

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

въ С.-Петербурѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

А. Я. КРАССОВСКАГО, К. Ф. СЛАВЯНСКАГО, И. И. СМОЛЬСКАГО.
АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДО-ПРОФЕССОРА КЛИНИКИ АКУШЕР-ДОЦЕНТА АКУШЕРСТВА И
СПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ. СТА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ. ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

ТОМЪ II

1888



С.-ПЕТЕРБУРГЪ

ТИПОГРАФІЯ А. С. СУВОРИНА. ЭРТЕЛЕВЪ ПЕР., Д. 11—2

1888



ОГЛАВЛЕНІЕ

Оригинальныхъ статей, лекцій и казуистики.

	СТР.
И. И. Федоровъ. Къ вопросу о первичномъ ракъ вагины и его оперативномъ лѣченіи	1, 79, 167
И. Кашнаровъ. Къ вопросу объ удаленіи костей черепа при краниотоміи	12
Н. В. Нечаевъ. Къ вопросу объ оваріотоміи при развитіи кистъ въ обоихъ яичникахъ.	19
Н. И. Васильевъ. Случай родовъ, продолжавшихся 6 ^{1/2} сутокъ, вслѣдствіе фиброміомы colli uteri, съ благопріятнымъ исходомъ для матери и плода и послѣдовательнымъ всасываніемъ опухоли въ послѣродовомъ періодѣ.	28
А. Я. Крассовскій. Краткій обзоръ операций кесарскаго сѣченія, произведенныхъ въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи съ 16-го октября 1885 г. по 1 января 1888 г.	73
И. Кашнаровъ. Отчетъ объ акушерскихъ операціяхъ, произведенныхъ въ Ярославлѣ съ 1880 г. по 1887 г.	98
А. Я. Крассовскій. Два случая кесарскаго сѣченія, произведеннаго по способу Porro.	178
Н. М. Поршняковъ. Случай операціи Porro, произведенный А. Я. Крассовскимъ.	187
М. А. Шуриновъ. Случай фиброміомы матки рѣдкой величины	194
Н. И. Стравинскій. Два случая виѣматочной беременности	205
К. Ф. Славянскій. Perimetritis lateralis и его лѣченіе.	261
Г. И. Гиммельфарбъ. О беременности въ зачаточномъ рогѣ матки	281
В. Л. Жадневичъ. Случай интоксикаціи сулемой въ акушерской практикѣ	304
И. И. Федоровъ. Нѣсколько словъ о преимуществахъ прямыхъ параллельныхъ щипцовъ проф. Лазаревича	331
А. Я. Крассовскій. Медицинскій отчетъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія за 1887 г.	339

- А. С. Соловьевъ. Случай кесарскаго сѣченія по Porro. Къ вопросу о приѣмнѣнн эластическаго жгута при вѣбрюшинномъ методѣ ухода за ножкою 363
- П. И. Архангельскій. Случай трудныхъ родовъ при небольшомъ суженнн выходной части таза. 372
- А. К. Гермоніусъ. Нѣсколько словъ о Freund'овскомъ способѣ полнаго удаленія матки путемъ чревосѣченія 379, 446, 581
- Н. В. Нечаевъ. Къ вопросу о кровяной опухоли головы новорожденныхъ 411
- И. И. Федоровъ. Къ казуистикѣ супрагименальныхъ врожденныхъ перепончатыхъ заращеній маточнаго рукава. *Haematometra et haematocolpos*. 421
- П. Н. Чунихинъ. Случай родовъ, осложненныхъ фиброміомой шейки и тѣла матки 429
- П. И. Архангельскій. Случай двойнаго уродства у человѣка: *dicerphalus thoraco-gastro-pagus tetrabrachius tripus*. 435, 516
- Н. В. Ястребозъ. *Colporovaricocystotomia*, какъ методъ лѣченія внутривязочныхъ кистъ. 491
- Преображенскій. Способъ *Credé*, какъ профилактика *blenorrhoeae neonatorum*. 501
- В. В. Сутугинъ. Краткое извлеченіе изъ медицинскаго отчета Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія за 1887 годъ 505
- М. А. Воскресенскій. Казуистика гинекологическихъ оперативныхъ случаевъ въ Черниговской губернской земской больницѣ съ 15-го іюля по 9-е декабря 1887 г. 532
- А. С. Соловьевъ. Къ казуистикѣ діагностическихъ лапаратомій при врожденныхъ порокахъ развитія женскихъ половыхъ органовъ 542
- К. Кемарскій. *Mola racemosa* 549
- С. Ю. Хазанъ. Къ аномаліямъ потужной дѣятельности матки. 559
- М. А. Шуриновъ. Асцитъ, какъ симптомъ скручиванія ножки кистъ яичниковъ 563
- К. Кемарскій. *Inversio totalis uteri puerperalis* 567
- В. А. Жадневичъ. Кровотеченіе въ послѣродовомъ періодѣ, обусловленное плацентарнымъ полипомъ. *Jodum trichloratum* при тампонаціи матки 579
- И. И. Федоровъ. Врожденные перепончатые стенозы влагалища, какъ причина осложненій родоваго акта и этиологическое значеніе ихъ въ развитіи хроническихъ ретенціонныхъ опухолей матки. 619
- О. Скворцова. Отчетъ по Пермскому родильному пріюту съ 1-го января 1880 г. по 1-е января 1888 г. 630
- І. Березницкій. Пять случаевъ оваріотоміи, произведенныхъ въ гг. Тобольскѣ и Томскѣ 645
- Н. В. Нечаевъ. Къ казуистикѣ укороченія круглыхъ маточныхъ связокъ при опущенн и искривленн матки назадъ 667

	СТР
С. Ю. Хазанъ. О тампонированіи послѣродовой матки при атоническихъ кровотеченіяхъ.	672
Г. К. Рунге. Схемы Breisky'аго и женскій нормальный тазъ.	699
В. А. Добронравовъ. О нервныхъ страданіяхъ женщинъ и о показаніяхъ къ употребленію электричества въ гинекологіи.	707
А. Я. Крассовскій. Еще 40 оваріотомій, произведенныхъ съ 1883 г. по февраль 1888 г.	740, 787
Э. Ф. Черневскій. Къ вопросу о леченіи маточныхъ кровотеченій	828
М. И. Гошкевичъ. Къ казуистикѣ приобрѣтенной atresiae hymenalis completae	834
А. А. Семянниковъ. О примѣненіи массажа въ гинекологіи.	873
И. Митропольскій. Хлораль-гидратъ въ болѣзняхъ сосковъ у кормящихъ грудью женщинъ	892
В. Н. Массенъ. Беременность зачаточнаго рода одпорогой матки.	897
В. С. Залькиндъ. Два случая врожденныхъ гинатрезій	902

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ СОДЕРЖАНИЯ.

А.

- Abbreviatio ligamentorum rotundorum, см. Укороченіе.
- Абсцессъ, см. Гнойникъ.
- Аденомы матки, 929.
- Aqua menthae pipere. при зудѣ нар. пол. органовъ, 480.
- Акушерскія операціи въ Ярославлѣ за 1880—87 года, 98.
- Акушерство, учебникъ его, 47.
- Alexander'овская операція, см. Укороченіе кругл. связокъ.
- Алкоголизмъ, острый, вліяніе его на роды, 132.
- Альбуминури и эклампсія, 473, 758.
- , связь ея съ заболѣваніями дѣтскаго мѣста, 123.
- Аменоррея, излеченная гипнотическимъ внушеніемъ, 68.
- , леченіе ея марганцово-кислымъ кали, 141.
- подъ вліяніемъ морфія, 852.
- Ампутація влаг. части шейки матки при дизменорреѣ, 769.
- вывернувшейся матки, 164.
- , надвлагалищная, матки, 16, 249, 402, 616, 773, 863.
- раково перерожденной шейки матки во время беременности, 129.
- , самородная, 221.
- шейки матки, 532.
- шейки матки, гематома широкой связки послѣ нея, 242.
- шейки матки, надвлагалищная, 235, 321.
- Анестезія во время родовъ закисью азота, 223, 942.
- , мѣстная, 479.
- Аномалія потужной дѣятельности матки, 559.
- Аномалія складокъ влагалища, 233.
- Анефлексія, см. Загибъ матки впередъ.
- Антипиринъ и спорынья, 61.
- при родахъ, 684.

- Антисептика, влагалищная, 396.
- Аплазія Мюллеровыхъ нитей, 212.
- Артериальный тромбозъ, послѣ родовъ, 764.
- Артерій, маточныхъ, перевязка ихъ при ракъ шейки, 936.
- Асцитъ при перекручиваніи ножки кисты, 563.
- Атоническія послѣродовыя кровотеченія, тампонація матки при нихъ, 136, 163, 221, 579, 672, 683.
- Атрезія, см. Заращеніе.
- Атрофія женскихъ половыхъ органовъ при diabetes mellitus, 766.
- Афазія, послѣ-родовая, 229.

Б (В).

- Бактеріологія послѣродовыхъ заболѣваній, 476, 478.
- Баллоны для возбужденія преждевременныхъ родовъ, 765.
- Банники для чистки полости матки, 149.
- Бартолинова железа, фиброма ея, 532.
- Беременная матка, ретрофлексія ея, 69, 128, 130.
- , ретрофлектированная, полное вѣрзваніе ея при ущемленіи, 69.
- Беременность, внутрематочная, кровотеченія во время нея, 222.
- вѣжматочная, 205, 229, 230, 231, 232, 317, 473.
- , анатомія и оперативное леченіе ея, 54.
- , —, исходъ ея, 58.
- , —, и саркома яичниковъ, 118.
- , —, чревосѣченіе при ней, 54, 58, 122, 678, 680, 757, 863, 942.
- , —, терапия ея, 869.
- въ зачаточномъ рогѣ однородной матки, 281, 297.
- двойнями, распознаваніе ея, 166.
- , двусторонняя овариотомія при ней, 960.
- , излечивающая параличъ, 760.

- , измѣненія крови во время нея, 309.
- , леченіе минеральными водами при ней, 677.
- , неукротимая рвота при ней, 591, 680.
- , новый признакъ ея, 846.
- , оваріотомія при ней, 63, 960.
- , осложненіе ея ракомъ шейки матки, 129, 610.
- , осложненная брюшнымъ тифомъ, 129.
- , — фиброміомами, 28, 429, 761.
- , отхоженіе осны къ ней, 219.
- , при гнойномъ воспаленіи яичника, 63, 859, 960.
- , при слоновой прокажѣ нар. полов. органовъ, 944.
- , пробное чревосѣченіе при ней, 775.
- , рефлекторный кашель при ней, 759.
- , сопутствующая кистомами яичника, 483, 63, 960.
- , трубная, 58, 118, 229, 231, 232.
- , —, повторный разрывъ ея, 757.
- , —, ранній разрывъ ея, 473.
- , трубно-маточная, 931.
- , четверными, 846.
- Беременные, геморрой у нихъ, 311.
- , неукротимая рвота у нихъ, 126, 591, 680, 760, 943.
- Бленоррея глазъ новорожденныхъ, предупредженіе ея, 117, 501.
- Боковой периметритъ и его леченіе, 261.
- Бокковыя смѣщенія матки, пессарій при нихъ, 219.
- Болеутоляющее при родахъ — антипиринъ, 684.
- Болотная лихорадка, послѣродовая, 185.
- Брюшина, бугорчатка ея, 63, 110.
- , лѣченіе воспаленій ея слабительными солями, 155.
- , послѣродовое воспаленіе ея, лѣченіе чревосѣченіями, 764.
- , промываніе ея при чревосѣченіяхъ, 861.
- , расслабленія ея, 937.
- , чревосѣченіе при гнойномъ воспаленіи ея, 862.
- Брюшная водянка при перекручиваніи ножки кисты, 563.
- Брюшное укрѣпленіе матки, 244, 248, 405, 768, 870.
- Брыжейка, хилозныя кисты ея, 694.
- Бугорчатка брюшины, чревосѣченіе при ней, 63, 110.
- Бѣлы, леченіе ихъ, 140.
- Бѣлокъ въ мочѣ при эклампсін, 473, 758.

В (V).

- Вагинизмъ, леченіе его, 145.
- Ventrofixatio uteri, 244, 248, 405, 768, 870.

- Viburnum prunifolium, какъ успокоивающее сокращенія матки, 593, 923.
- Влагалище, аномалія складокъ ея, 233.
- , врожденное зараженіе его, 242, 421, 542.
- , врожденные перепончатые стенозы его, 619.
- , гематома его, 480.
- Влагалище, двойное, 475.
- , инородныя тѣла его, 954.
- , киста его, 954.
- , первичный ракъ его, 167, 179.
- , полное отсутствіе его, 856.
- , порокъ развитія его при родахъ, 591.
- , проколь кистъ яичника черезъ него, 959.
- , саркома его у ребенка, 931.
- Влагалищная антисептика, 396.
- Влагалищное вырѣзываніе матки при выворотѣ ея, 939.
- — — при выпаденіи и омертвѣніи ея, 864.
- — — при ракъ ея, 70, 235, 237, 240, 321, 324, 402, 779, 936.
- — — —, дозвожительность его, 157.
- — — при фиброміомахъ, 325, 608.
- — — при фиброміомахъ и выворотѣ ея, 781.
- — — ради метроррагій, 611.
- частично вырѣзываніе внутри-связочныхъ кистъ, 491.
- Внутренняя рожа, возвратъ ея послѣ родовъ, 935.
- Внутриматочная гальванокаустика при леченіи метрита и эндометрита, 911.
- тампонадія при послѣродовыхъ кровотеченияхъ, 136, 163, 221, 579, 672, 683.
- Внутриматочное наложеніе петли при ловоротѣ, 924.
- Внутриматочныя впрыскиванія, 166.
- движенія плода, 929.
- кровотеченія у беременныхъ, 222.
- Внутриматочныя прижиганія хлористымъ цинкомъ, 778, 956.
- , сиринцеванія сулемою, опасность ихъ, 853.
- Внутрисвязочныя кисты, частичное вырѣзываніе ихъ черезъ влагалище, 491.
- Внушенія гипнотическія, при неправильностяхъ менструаціи, 68, 69.
- Виѣбрюшинный уходъ за ножкою послѣ операціи Poggio, 368.
- Виѣматочная беременность, 118, 205, 229, 230, 231, 232, 317, 473.
- — аномалія и оперативное леченіе ея, 54.
- —, исходъ ея, 58.
- — и саркома яичниковъ, 118.
- , —, чревосѣченіе при ней, 54, 58, 122, 678, 680, 757, 863, 942.

—, —, терапия ея, 869.
 Водянка, брюшная, при перекручиваніи ножки кисты, 563.
 Водянка, головная, плода, 594.
 Ворсистая оболочка, задержание ея, 313.
 Впрыскиванія эрготина, техника ихъ, 140, 318, 597.
 Врожденное зарощеніе наружнаго зъва, 857.
 Врожденные перепончатые стенозы влагалища, 619.
 — пороки развитія женскихъ полов. органовъ, 542.
 Врожденныя гинатрезіи, 902.
 Всащсаніе фиброміомы матки въ послѣродовомъ періодѣ, 28.
 Вульвовагинитъ въ дѣтскомъ возрастѣ, 932.
 Выворотъ матки, 164, 567, 682, 771.
 —, —, влагалищное вырѣзываніе послѣдняго, 939.
 — —, обусловленный фиброміомою, 781.
 — —, систематическій для облегченія вырѣзыванія полипозныхъ фиброміомъ, 71.
 — мочевого пузыря черезъ уретру, 685.
 Выкидышъ, внутренній, 165.
 — вслѣдствіе непрямоу травмы, 222.
 —, эклампсія при немъ, 229.
 — и заносъ, 945.
 —, начинающійся, *viburnum prunifolium* при немъ, 598, 923.
 —, неполный, выскабливаніе при немъ, 137, 393, 532.
 —, —, Хининъ при немъ, 598.
 —, оконченный краниогомією, 944.
 —, при двойной маткѣ, 680.
 —, тералія его, 762.
 —, угрожающее кровотеченіе на 17 день послѣ него, 681.
 Выпаденіе матки 243.
 — и влагалища, 532, 772.
 — — —, леченіе его ручными приемами, 395, 598, 602, 686, 854.
 — — —, оперативное леченіе его, 40, 41, 164, 243.
 — — —, излеченное маточно-влагалищной лигатурой, 771.
 — — —, какъ осложненіе родовъ, 763.
 — — съ омертвленіемъ ея, 864.
 — —, яйцевидные пессаріи при немъ, 618.
 — Пуловины, терапия его, 941.
 Вырѣзываніе, влагалищное, матки, см. влагалищное вырѣзываніе.
 — полное, ретрофлексированной беременной матки, 69.
 — матки путемъ чревосѣченія, 863.
 Выскабливаніе матки при эндометритѣ, 61, 220, 532.
 — послѣродовой матки, 849.

— при неполномъ выкидышѣ, 137, 393, 532.
 Выходъ таза, служеніе его.

Г (Н).

Гальвапокаустическій, внутриматочный способъ лѣченія хроническаго метрита, и эндометрита, 912.
 Haematocolpos, 421, 619, 834, 902.
 —, источники лихорадки при немъ, 605.
 Haematoma vulvae внѣ пуэрперіи, 147.
 — — et vaginae, 480
 Haematometra, 421.
 — при врожденномъ зарощеніи наружнаго зъва, 857.
 — при врожденномъ стенозѣ влагалища, 619.
 — при зарощеніи дѣвственной плевы, 834, 902.
 Haematosalpinx при врожденныхъ гинатрезіяхъ, 902.
 Haematocoele periuterina, хирургическое леченіе ея, 775.
 Гемиплегія, послѣродовая, 313.
 Геморрагическій инфарктъ въ фиброміомѣ матки, 394.
 Геморрагическія кисты личниковъ, 861.
 Геморрой беременныхъ, рожениць и родильницъ, 311.
 Гигантство матки, 147.
 Гигиеническіе панталоны для женщинъ, 407.
 Hydramnion, принятый за кисту личника при беременности, 775.
 Hydrastis Canadensis противъ кровотеченій при фиброміомахъ матки, 771.
 Hydrocephalus, 594.
 Hydronephrosis, 616.
 Hydrosalpinx, 616.
 Hymen, см. Дѣвственная плева.
 Гимнастика тазоваго дна при выпаденіи матки, 395, 689, 854, 855.
 Гинатрезія, 133, 393, 834, 857, 902.
 — врожденная, чревосѣченіе при нихъ, 542.
 Гинекологическія операціи въ Черниг. губ. земской больницѣ, 532.
 Гипертрофія шейки матки, какъ осложненіе родовъ, 763.
 Гипнотизмъ въ акушерствѣ, 223.
 Гипнотизмъ при неправильностяхъ менструаціи, 68, 69.
 Гистеро-эпилепсія, удаленіе маточныхъ придатковъ при ней, 613.
 Hystero-trachelorrhaphia, 605.
 Глина, скульптурная, при лѣченіи мастита, 604.
 Глисты, выходеніе ихъ черезъ свищъ послѣ оваріотоміи, 486.
 Глицериновыя слабительныя клизмы, 684.

Гнилокровіе, послѣродовое, общее лѣченіе его, 951, 952.
 Гной, извлеченіе его черезъ влагалище при острожѣ периметритѣ, 692.
 Гнойники, внутрибрюшинные, чревосѣченіе при нихъ, 156.
 Гнойникъ, околоматочный, проколъ его черезъ влагалище, 693.
 Гнойное воспаленіе яичника, 859.
 Гнойный перитонитъ, чревосѣченіе при немъ, 862.
 Голицынскій родильный пріютъ, отчетъ его за 1887 годъ, 939.
 Головка, послѣдующая, извлеченіе ея, 137, 314, 867.
 — чрезмѣрная величина ея, какъ препятствіе для родовъ, 312.
 Головная водянка плода, 594.
 Головные боли во время мѣсячныхъ, 140.
 Голоданіе вслѣдствіе упорной рвоты въ связи съ менструаціей, 138.
 Гоноррея въ дѣтскомъ возрастѣ, 932.
 —, локалізація ея у женщинъ, 38, 319.
 —, отношеніе ея къ половымъ отправлениямъ, 39, 309.
 Горячіе влагалищныя души при хроническомъ периметритѣ, 863.
 — — —, продолжительныя при рактѣ шейки матки, 773.
 Грыжа послѣ оваріотоміи, 488.
 —, пупочная, 330.
 Грыжесѣченіе у новорожденнаго, 692.
 Грудная железа, лѣченіе ея воспаленій скульптурною глиною, 604.
 — —, хлораль-гидратъ при заболѣваніяхъ сосковъ, 892.
 Губы, малыя, слововая прокажа ихъ, 233, 944.

Д (D).

Давящая повязка изъ липкаго пластыря, 119.
 Двойная матка, 475.
 — —, выкидышъ при ней, 680.
 Двойни, одинъ бѣлый, другой чернокожій, 132.
 —, различное развитіе каждаго изъ нихъ, 931.
 —, распознаваніе ихъ, 166.
 Двойное уродство у человѣка, 435, 516, 931.
 Двусторонній оваріотоміи, 19, 691, 782, 861.
 — — при беремености, 960.
 — — при порокѣ сердца, 958.
 Деодорированіе іодоформа, 61.
 Diabetes mellitus, атрофія женскихъ половыхъ органовъ при немъ, 766.
 Dicerphalus thoraco-gastropagus, 435.
 Дизменоррея, излеченная гипнотическимъ внушеніемъ, 68.

—, оперативное лѣченіе ея, 769.
 Дренажъ послѣ оваріотоміи, 688.
 Души, горячіе влагалищныя, при хроническомъ периметритѣ, 863.
 — — —, продолжительныя при рактѣ шейки матки, 773.
 Дѣвственная плева, заращеніе ея, 393, 834, 902.
 — —, значительное кровотеченіе изъ дрыва ея, 954.
 — —, почти сохранившаяся послѣ родовъ, 59.
 Дѣтское мѣсто, задержаніе его, 120, 310, 393, 951.
 — —, — — въ теченіе 50 дней, 847.
 — —, обращеніе съ нимъ во время чревосѣченія при вѣматочной беремености, 317.
 — —, отложеніе извести въ немъ, 310.
 — —, отношеніе между мѣстомъ прикрѣпленія его и входеніемъ въ него пуповины, 125.
 — —, предлежаніе его, 391, 472, 928.
 — —, развитіе его, 834.
 — —, связь заболѣваній его съ альбуминурией, 123.
 — —, склерозъ сосудовъ его, 310.

Е. Э.

Эклампсія и альбуминурія, 473, 758.
 — при 3-мѣсячномъ выкидышѣ, 228.
 —, пуперпальная, 226.
 — родильницы и новорожденнаго, 228.
 — роженецъ, 591.
 Escouvillonage полости матки, 149.
 — послѣ родовой матки, 849.
 Эластическій жгутъ при внутрибрюшинномъ методѣ ухода за ножкою, 363.
 Электричество въ гинекологіи, 64, 233, 707, 784.
 — при лѣченіи хроническаго метрита, 912.
 — при загибахъ матки, 696.
 — при фиброміомахъ матки, 320, 775, 853.
 —, см. Гальванизація, Фарадизація.
 Elephantiasis vulvae, nympharum et clitoridis, 233, 944.
 Эмбриотоміи, 950, 951.
 Эндометритъ, выскабливаніе при немъ, 61, 220, 532.
 —, лѣченіе его внутриматочной гальванокаустикой, 912.
 — — — хлористымъ цинкомъ, 778, 956.
 —, патологическая анатомія его, 165.
 Endometritis polyposa, 532.
 — septica, 393.
 Endometrium, распознаваніе и лѣченіе заболѣваній его, 320, 481.
 Эпителіома, первичная, наружн. половыхъ органовъ, 766, 767.

Эрготинъ и уксусная кислота при послѣ-
родовыхъ кровотеченіяхъ, 314.
— per gestum при фиброміомахъ матки,
143.
—, техника выпрыскиваній его, 140, 318,
597.

Ж.

Жгутъ, эластическій, при вѣбрюшин-
номъ уходѣ за ножкою, 363.
Железа, Бартолинова, фиброма ея, 532.
—, грудная, лѣченіе ея воспаленій скульп-
турною глиною, 604.
— —, хлораль-гидратъ при заболѣва-
ніяхъ сосковъ, 892.
Железы, надпочечныя, поражение ихъ
при ракъ половыхъ органовъ, 234.
— фаллопиевыхъ трубъ, 164.
Женская одежда, этиологическое значе-
ніе ея, 852.
Женскіе половые органы, атрофія ихъ
при diabetes mellitus, 766.
Женскія болѣзни, частная патологія и
терапия ихъ, 763.

З.

Загибъ матки впередъ и выкидышъ, 945.
— — —, лѣченіе его, 606.
— — назадъ, брюшное укрѣпленіе мат-
ки при немъ, 244, 248, 405, 768, 870.
— — назадъ, излѣченный маточно-вла-
галищной лигатурой, 404.
— — —, лѣченіе его, 606, 918.
— — — при беременности, 69, 128, 130.
— — —, укороченіе круглыхъ связокъ
при немъ, 243, 609, 667, 768, 919.
— —, обусловливающей непроходимость
канала шейки, 396.
— — —, фиксированные, лѣченіе
ихъ, 768.
— —, электричество при нихъ, 696.
Задержаніе дѣтскаго мѣста и частей его,
120, 310, 393, 847, 951.
— мочи у родильницъ, 922.
— остатковъ послѣ выкидыша, выскабли-
ваніе при этомъ, 137, 393, 532.
— — —, хининъ при этомъ, 598.
— плодныхъ оболочекъ, 120, 313, 941.
— послѣда въ теченіи 50 дней, 847.
Заднія затылочныя положенія, распозна-
ваніе и діатезига ихъ, 135.
Закисъ азота во время родовъ, 223, 942.
Заматочная кровяная опухоль, хирурги-
ческое лѣченіе ея, 775.
Заносъ и выкидышъ, 945.
—, пузырьный, 127, 549.
Заращеніе влагалища, врожденное, 242,
421, 542.
— дѣвственной плевы, 393, 834, 902.
— наружнаго зѣва, врожденное, 857.

— — —, почти полное, во время родовъ,
133.
Зачатіе при заращенной дѣвственной пле-
вѣ, 393.
— при неполной маточно-влагалищной
перегородкѣ, 319.
Зачаточный рогъ однорогой матки, бе-
ременность въ немъ, 281, 897.
Зашиваніе разрывовъ промежности, 39,
695, 870, 925.
— — шейки матки, 605.
Зеркала Bozeman-Simon'a, улучшенный
замокъ къ нимъ, 118.
Зеркало, маточное, съ съемными ложка-
ми, 252.
Зондъ, маточный, опасность его, 70.
Зудъ наружн. половыхъ органовъ, 480,
953.
Зѣвъ, наружный, врожденное заращеніе
его, 857.
—, —, почти полная атрезія его во вре-
мя родовъ, 133.

И I (J).

Ислѣдованіе, гинекологическое, новый
способъ его, 604.
—, —, помощью пальца, 782.
— матки и яичниковъ при введенномъ
въ прямую кишку каучуковомъ пузы-
рѣ, 406.
Известь, отложения ея въ дѣтскомъ мѣ-
стѣ, 310.
Ипорочныя тѣла въ женскихъ половыхъ
органахъ, 144, 954.
Интерстиціальная беременность, 118.
Инфарктъ, геморрагическій, въ фибро-
міомѣ матки, 394.
Искусственные преждевременные роды
по поводу кровотеченія, 133.
— — —, способъ производства ихъ,
765.
Ихорозно-распадающіяся міомы матки,
955.
Ischiopagus, 931.
Ишурія у родильницъ, 922.
Иодоформный коллодій, 480.
— фитиль, 157, 866.
Иодоформъ, дезодорированіе его и при-
бавленіе къ нему кокаина, 61.
Jodum trichlogatum при тампонаціи мат-
ки, 579.

К (C).

Кавернозное перерожденіе яичниковъ,
611.
Казанская акуш. клиника, отчетъ ея за
1876—1887 гг., 838.
Камни, мочевые, у женщинъ, 393.
—, уретральные, 145, 920.
Кастрація при аплазіи Мюллеровыхъ на-
тей, 242.

- — гнойномъ воспаленіи яичника, 854.
 — — непороченныхъ новообразованіемъ яичникахъ, 860.
 — — остеомалациі, 938.
 — — периметритъ, 863.
 — — фиброміомахъ матки, 154, 328, 863.
 — — чрезмѣрной рвотѣ беременныхъ, 943.
 —, см. Придатки матки и чревосѣченіе.
 Катетеръ съ двойнымъ теченіемъ, 119.
 Качанія Schultze для оживленія мнимоумершихъ новорожденныхъ, 595.
 Капель, рефлекторный во время беременности, 759.
 Kegelmantelförmige Excision влаг. части шейки матки, 769.
 Кесарское сѣченіе, 315, 479, 595, 851, 952.
 — — въ Спб. Родовспом. зав. за 1885—88 гг., 73.
 — — или перфорациа, 122.
 — — по Rogo, 178, 187, 363, 596, 597.
 — — при остеомалациі, 938.
 — —, производимое надъ собою самими беременными, 315.
 — —, условныя показанія къ нему, 122, 594.
 Катгутъ при зашиваніи разрывовъ промежности, 695.
 Кефалотрипсиа при окостенѣніи родничковъ, 312.
 Киста Бартолиновой железы, 532.
 — — влагалища, 954.
 — — яичника во время родовъ, 225, 404.
 — —, дермоидная, 164.
 — — и кистовидно-перерожденная почка, 401.
 — —, омертвѣвшая послѣ родовъ, 404.
 — —, папилломатозная, 488.
 — —, перекручиваніе ножки ея, 563.
 — —, разрывъ ея, 153, 399, 691.
 Кистовидныя брюшныя опухоли, вскрытіе ихъ въ два срока, 933.
 Кистомы яичника, непригодность пробнаго прокола при нихъ, 214.
 Кисты, внутрисвязочныя, частичное вырѣзываніе ихъ черезъ влагалище, 491.
 —, хилозныя, брыжейки, 694.
 — яичника, геморрагическія, 861.
 — —, лѣченіе ихъ проколомъ черезъ влагалище, 959.
 — — при беременности, 483.
 — —, сопровождающіяся плеврическими выпотами, 152.
 Кифотически-рахитическій тазъ, 165.
 Кишки, непроходимость ихъ послѣ овариотоміи, 690.
 Клизмы изъ глицерина, 684.
 Клитгоръ, см. Похотникъ.
 Клоака, какъ порокъ развитія, 768.
 Клѣтчатка, тазовая, воспаленіе ея, 329.
 Кокаинъ, прибавленіе его къ іодоформу, 61.
 Коллодій, іодоформный, 480.
 Коляисъ послѣ искусств. преждеврем. родовъ, 133.
 Colpomyotomia, 148, 614.
 Colporagovagioscystotomia, 491.
 Colporrhineorrhaphia, 532.
 Colporrhaphia anterior, 532.
 Colporrhaphia posterior, 532.
 Кондиломатозныя наросты наружн. полов. органовъ, 532.
 Кости черепа, удаленіе ихъ при краниотоміи, 12.
 Краниотомія, 594.
 — или кесарское сѣченіе, 122.
 — при выкидышѣ на 7-мъ мѣсяцѣ, 944.
 Кремнефтористый натръ, какъ обеззараживающее, 590.
 Креолинъ въ акушерствѣ, 220, 588, 589.
 Кровозаліаніе въ широкую связку послѣ операциа на шейкѣ матки, 242.
 Кровотеченіе, значительное, изъ надрыва дѣйствиной плевы, 954.
 —, маточно-послѣдовое, вызвавшее выкидышъ, 222.
 —, послѣродовое, 136, 163, 221, 314, 579, 672, 683.
 — при фиброміомахъ матки, hydrastis canadensis противъ нихъ, 771.
 —, расширеніе матки для остановки ихъ, 828, 865.
 —, смертельное, во время овариотоміи, 782.
 —, угрожающее жизни на 17 день послѣ выкидыша, 681.
 Кровотеченія, внутриматочныя, у беременныхъ, 222.
 Кровяная опухоль головы новорожденнаго, 162, 411.
 — —, заматочная, хирург. лѣченіе ея, 775.
 — — наружныхъ полов. органовъ и влагалища, 143, 480.
 Кровь, измѣненіе ея во время беременности, 309.
 Круглыя связки матки, укороченіе ихъ, 243.

L C.

- Laparohysterectomy, 379, 446, 581, 779
 Larooleytrotomia по поводу узкаго таза, 317.
 Laramyotomia, 16, 249, 402, 616, 773, 862, 871.
 Lapatotomia, см. Чревосѣченіе.
 Легкія мнимоумершихъ новорожденныхъ, содержаніе въ нихъ воздуха послѣ Schultze'скихъ качаній, 595.

Лигатура маточно-влагалищная при ре-
трофлексии и выпадении матки, 404,
771.

Lien dislocatum, 615, 616.

Липкий пластырь для давящей повязки,
119.

Лихорадка, болотная, послѣродовая, 135.

— при haematocolpos; источники ея, 605.

Ложка, тупая, для введения іодоформа,
118.

Лохіи, нормальныя, микроорганизмы ихъ,
60.

М.

Малярия, послѣродовая, 135.

Марганцово-кислосе кали при аменорее,
141.

Массажъ въ гинекологіи, 166, 598, 600,
602, 854, 855, 873.

— при выпадении матки, 395, 686, 854,
855.

— — лѣченіи фиксированныхъ переги-
бовъ матки назадъ, 918.

Мастить, лѣченіе его скульптурной гли-
ной, 604.

Маточно-влагалищная лигатура при ре-
трофлексии и выпадении матки, 404,
771.

— пергородка, неполная, 319.

Маточныя придатки, удаление ихъ при
гистеро-эпилепсии, 613.

Матка, аплазия ея (рудиментъ), 242.

—, боковыя смѣщенія ея, 219.

—, брюшное укрѣпленіе ея, 244, 248.

—, влагалищное вырѣзываніе ея при ра-
кѣ, 157, 235.

—, гигантство ея, 147.

—, двойная, выкидышъ при ней, 680.

—, однорогая, беременность въ зачаточ-
номъ рогѣ ея, 281, 897.

—, полное вырѣзываніе ея при ущемлен-
ной ретрофлексии на 3-мъ мѣс. бере-
менности, 69.

—, — отсутствіе ея при нормальномъ
влагалищѣ, 234.

—, — удаление ея путемъ чревосѣченія,
379, 446, 581, 779.

—, полный выворотъ ея, 682.

—, слиз. обол. тѣла ея при ракѣ влагал.
части, 610.

—, часть ея полости банниками, 149.

Менингитъ послѣродовой, 313.

Менструальная мигрень, 140.

Менструация, гигиеническіе панталоны
при ней, 407.

— и морфій, 852.

—, лѣченіе неправильностей ея гипно-
зомъ, 68, 69.

—, упорная рвота при ней, 138.

— у 3-хъ лѣтнаго ребенка, 588.

Ментолъ для дезодоризации іодоформа,
61.

— при зудѣ нар. полов. органовъ, 933.

Метритъ паранхиматозный, оперативное
лѣченіе его, 164.

—, хроническій, лѣченіе его внутри-ма-
точной гальванокаустикой, 912.

Механизмъ родовъ, 165.

Механика родовъ при черепныхъ поло-
женіяхъ, 932.

Мигрень, менструальная, 140.

Микроорганизмы нормальныхъ лохій, 60.

Мухомъ diffusum chorii, 127, 549.

Миксосаркома почки, принятая за кисту
яичника, 958.

Минеральныя воды, лѣченіе ими во вре-
мя беременности, 677.

Missed abortion, 165.

— labour, 592.

Mola hydatidosa, 127, 549.

Молоко, недостаточность его у кормя-
щихъ грудью, 44.

Mauriceau-Levet, ручной приемъ ихъ,
314.

Морфій и менструация, 852.

Моча, бѣлокъ въ ней при эклампсии,
473, 758.

—, задержаніе ея у родильницъ, 922.

Мочевой пузырь, выворотъ его черезъ уре-
тру, 685.

—, раненіе его при чревосѣченіяхъ,
927.

Мочевые камни у женщинъ, 145, 393, 920.

Мочезнуреніе, сахарное, атрофія жен-
скихъ полов. орган. при немъ, 766.

Мочиспускательный каналъ, камни его,
145.

— —, полипъ его, 532.

— —, полное разрушеніе его, 146.

— —, расширеніе его при ишуринъ у
родильницъ, 922.

Мѣстная анестезія, 479.

Мѣсячногонное средство, 141.

Мѣсячныя, весьма раннія, 137.

Мятная вода при зудѣ наружн. полов.
органовъ, 480.

Н.

Надвлагалищная ампутація матки, 16
249, 616, 773, 863.

— — шейки матки, 321.

— — — при ракѣ 235.

Наклоненія и загибы матки назадъ, опе-
ративное лѣченіе ихъ, 243, 244, 248.

— — — — —, фиксированныя, лѣченіе
ихъ, 396, 768, 918

— матки взадъ и впередъ, лѣченіе ихъ,
606.

Наружн. полов. органы, гематома ихъ
143, 480.

— — —, зудъ ихъ, 480.

- — —, кондиломатозные наросты ихъ, 532.
- — —, ментоль при зудѣ ихъ, 953.
- — —, первичная эпителіома ихъ, 766, 767.
- — —, слоновая проказа ихъ, 944.
- Насильственное расширеніе шейки матки, 156.
- Неправильныя положенія матки, лѣченіе ихъ пессаріями, 158.
- Непрерывное влагалищное орошеніе при задержаніи послѣда, 847.
- орошеніе горячею водою послѣ чревосѣченій, 156.
- Непроходимость кишекъ послѣ оваріотоміи, 401, 690.
- Первыя страданія женщинъ, 707.
- Неукротимая рвота беременныхъ, 126, 591, 680, 760.
- — —, кастрація при ней, 943.
- Новорожденная, грѣшесѣненіе у нея, 692.
- Новорожденные, вѣсъ ихъ, 159.
- , кровяная опухоль головы у нихъ, 162, 411.
- , мнимоумершіе, оживленіе ихъ по Schultzze, 595.
- , обеззараживающая перевязка остатка пуповины у нихъ, 403, 785.
- , профилактика ophthalmoblenorrhoeae у нихъ, 117, 501.
- Новорожденный, эклампсія его, 228.
- Ногодержатели Fritsch-Weinhold'a, 118.
- Ножка кисты, перекручиваніе ея, 404, 563.
- Нормальный женскій тазъ и схемы Breisky'аго, 699.
- О.**
- Обеззараженное тупело, 953.
- Обеззараживаніе женскаго полового канала, 677.
- Обеззараживающая перевязка остатка пуповины у новорожденныхъ, 403, 785.
- Обеззараживающія средства, 579, 588, 589, 590, 684.
- Обмѣнъ веществъ между матерью и плодомъ, 866.
- — у плода, 784.
- Оболочка, ворсистая, задержаніе ея, 313.
- Оболочки, плодныя, задержаніе ихъ, 120, 941.
- Обувь, вліяніе ея на форму таза, 116.
- Общественная профилактика послѣродовыхъ заболѣваній, 165.
- Оваріотомія, 62, 150, 154, 241, 250, 252, 329, 400, 401, 402, 404, 486, 487, 488, 489, 613, 616, 688, 740, 774, 787, 863.
- Оваріотомія во время беременности, 483, 960.
- , двусторонняя, 19, 691, 782, 861.
- , — при беременности, 960.
- , — при порокѣ сердца, 959.
- , непроходимость кишекъ послѣ нея, 401, 690.
- , при беременности, 63.
- , примѣненіе дренажа послѣ нея, 688.
- при разрывѣ кисты, 153, 691.
- , пять случаевъ ея въ Тобольскѣ и Томскѣ, 645.
- Овсяная спорынья въ акушерствѣ, 318.
- Одежда—въ этиологии женскихъ болѣзней, 852.
- Однорогая матка, беременность въ зачаточномъ роутѣ ея, 281, 897.
- Оживленіе мнимо-умершихъ новорожденныхъ по Schultzze, 595.
- Околоплодная жидкость, отсутствіе ея, 131, 474.
- , пищевое значеніе ея для плода, 46.
- , чрезмѣрное скопленіе ея, принятое за кисту яичника при беременности, 775.
- Омертвѣніе кисты яичника послѣ родовъ, 404.
- Операция Alexander'a, 165, 243, 609, 667, 769, 919.
- Emmet'a, 605.
- Freund'a 379, 446, 581.
- Roggo, 178, 187, 363, 596, 597.
- — при остеомалиціи, 938.
- Операции при выпаденіяхъ, исходы ихъ, 40, 41.
- Опій, вліяніе его на плодъ, 407.
- Опухоль пупочнаго канатика; 160.
- Опущеніе матки, операция Alexander'a при немъ, 667.
- Орошеніе, непрерывное, горячею водою послѣ чревосѣченія, 156.
- Оспа, отгашеніе ея къ беременности, 219.
- Остатки яйца при неполномъ выкидышѣ, удаленіе ихъ, 137.
- Остеомалиція, 166.
- , кастрація при ней, 938.
- Остеомалитическій тазъ, ущемленіе ретрофлексированной беременной матки при немъ, 69.
- Острая ложка для удаленія остатковъ выкидыша, 137, 393.
- Отравленіе сулемою, 141, 220, 304, 953.
- Отсутствіе влагалища, 856.
- матки при нормальномъ влагалищѣ, 234.
- околоплодныхъ водъ, 131, 474.
- Отчетъ Голицынскаго родильнаго приюта за 1887 годъ, 939.
- Казанской акушерской клиники за 1876—1887 гг., 838.
- Миланской Guardia obstetrica, 124.

- Московскаго родовспом. заведенія за 1887 годъ, 505.
- о гинекологическихъ операціяхъ въ Чернигов. губ. земской больницѣ, 532.
- Пермскаго родил. пріюта за 1880—1887 гг., 630.
- Спб. Родовспом. заведенія за 1887 г., 339.
- Orthalooblennorrhoea neonatorum, профилактика ея, 117, 505.

П (Р).

- Панталоны, гигиеническія, для женщинъ 407.
- для поддерживанія живота, 936.
- Папилломатозная киста яичника, 488.
- Параличъ, исчезающій во время беременности, 760.
- , послѣродовой, 313.
- Параметритъ, лѣченіе его, 329.
- Пароваріальная киста, частичное вырѣзваніе ихъ черезъ влагалище, 491.
- Первичная эпителиома наружныхъ половыхъ органовъ, 766, 767.
- Первичный ракъ влагалища, 1, 79, 167.
- Перевязка маточныхъ артерій при ракѣ шейки, 936.
- остатка пуповины обеззараживающими веществами, 785.
- пупка у новорожденныхъ, 408.
- Перегибъ, см. Загибъ.
- Перегородка, неполная маточно - влагалищная, 319.
- Перелой, см. Гоноррея.
- Перекручиваніе ножки кисты яичника, 404, 563.
- Perimetritis lateralis и его лѣченіе, 261.
- Периметритъ, кастрація при немъ, 863.
- , лѣченіе его горячими душами, 863.
- , острый, извлеченіе гноя черезъ влагалище, 692.
- Перинеопластика, 695, 925.
- по Lawson-Tait'у, 39, 870.
- Перитонитъ, см. Брюшина.
- Пермскій родильный пріютъ, отчетъ его за 1880—1887 гг., 630.
- Перфорация, см. Краниотомія.
- Пессарія при боковыхъ смѣщеніяхъ матки, 219.
- изъ целлюлоида, 829.
- при неправильныхъ положеніяхъ матки, 158, 606.
- , яйцевидные, Bresku'аго, 618.
- Петля, внутриматочное наложеніе ея при поворотѣ, 924.
- Пинцетъ для перевязки ножки, 118.
- Puosalpinx, 323, 329, 616.
- Placenta, см. Дѣтское мѣсто.
- Плацентарный полипъ, 579.
- шумъ, 310.

- Плевритическіе выпоты, сопровождающіе кисты яичника, 152.
- Плодъ, внутриматочныя движенія его, 929.
- , дѣйствіе опія на него, 407.
- , обмѣнъ веществъ между нимъ и матерью, 866.
- , питаніе и обмѣнъ веществъ у него, 784.
- , поврежденія его во время родовъ, 160.
- , полосы растяженія на его шеѣ, 786.
- , постоянство положенія его при повторныхъ родахъ, 682.
- , причины смерти его во время родовъ, 163, 941.
- Повивальныя бабки, контроль надъ ними, 253.
- Поворотъ при узкомъ тазѣ, 924.
- Повязка, давящая, изъ липкаго пластыря, 119.
- Полипные щипцы, 118.
- Полипозныя фиброміомы матки, 71, 249, 614.
- —, изсѣченіе ихъ при помощи систематическаго выворота матки, 71.
- Полипъ, плацентарный, 579.
- уретры, 532.
- Положенія, заднія затылочныя, распознаваніе и діететика ихъ, 135.
- плода, постоянство ихъ при повторныхъ родахъ, 682.
- Порокъ развитія влагалища при родахъ, 591.
- — прямокишечно-влагалищной области, 768.
- сердца, оваріотомія при немъ, 959.
- Послѣдний періодъ, діететика его, 120, 391, 867.
- Послѣдующая головка, извлеченіе ея, 137, 314, 867.
- Послѣдъ, см. Дѣтское мѣсто.
- Послѣродовая афазія, 229.
- болотная лихорадка, 135.
- горячка, этиология ея, 848.
- —, общее лѣченіе ея, 951, 952.
- —, предупрежденіе и лѣченіе ея, 52.
- —, матка, выскабливаніе ея, 849.
- —, фардизація ея, 854.
- —, phusometra, 682.
- Послѣродовое кровоотеченіе, 136, 163, 221, 314, 579, 672, 683.
- Послѣродовой выворотъ матки, 567.
- эндометритъ, 393, 849.
- —, менингитъ и гемиплегія, 313.
- —, періодъ, задержаніе мочи втеченіе его, 922.
- —, оваріотомія втеченіе его, 404.
- —, осложненный фиброміомою шейки матки, 28.
- — перитонитъ, чревосѣченіе при немъ, 764.

— тромбозъ артерій, 764.
 Послѣродовыя заболѣванія, бактериологія ихъ, 476, 478.
 — —, общественная профилактика ихъ, 165.
 — —, связь ихъ съ рожей, 593.
 Постоянное влагалитное орошеніе при задержаніи послѣда, 847.
 Потужная дѣятельность матки, аномалія ея, 559.
 Похотникъ, кондиломатозныя наросты на немъ, 534.
 —, первичная эпигелиома его, 767.
 —, слоновая проказа его, 233, 944.
 Почка, кистовидно-перерожденная при кистѣ яичника, 401.
 —, миксосаркома ея, 958.
 —, спустившаяся въ малый тазъ, 693.
 Пражское родовспомогательное заведеніе, способъ веденія родовъ въ немъ, 676.
 Предлежаніе дѣтскаго мѣста, 391, 472, 928.
 Преждевременные роды, способъ вызванія ихъ, 765.
 Придатки матки, здоровые, удаленіе ихъ, 860.
 — —, удаленіе ихъ при гистеро-эли-
 лисіи, 613.
 — —, — — при фибромиомахъ, 154,
 328, 863.
 Прижиганіе ножки послѣ овариотоміи, 329.
 — полости матки, гальванокаустическое.
 Приращеніе дѣтскаго мѣста, см. Задержаніе.
 Пришиваніе матки къ брюшнымъ стѣн-
 камъ, см. Брюшное прикрѣпленіе.
 — — къ переднему своду влагалитца при
 ретрофлексіи и выпаденіи 404, 771.
 Проглотиды, выхожденіе ихъ черезъ
 свищъ послѣ овариотоміи, 487.
 Пробное чревостѣченіе.
 Пробный проколъ при кистомахъ яч-
 ника, 214.
 Прободеніе головки плода, см. Краніо-
 томія.
 Проколъ кистъ яичника черезъ влага-
 лище, 959.
 Промежность, врожденное отсутствіе ея,
 768.
 —, зашиваніе разрывовъ ея, 38, 695,
 870, 925.
 —, центральный разрывъ ея, 763.
 Pruritus pudendi, см. Зудъ.
 Прыжокъ во время беременности, послѣд-
 ствія его, 130.
 Прямые параллельные щипцы, 331.
 Психозы, какъ послѣдствія гинекологи-
 ческихъ операцій, 868.
 Пузырно-влагалитный свищъ съ полнымъ
 разрушеніемъ уретры, 146.

Пузырный заносъ, 127, 549.
 Пуповина, выпаденіе ея, 941.
 —, мѣсто прикрѣпленія ея къ дѣтскому
 мѣсту, 125.
 —, опухоль ея, 160.
 —, перевязка остатка ея у новорожден-
 ныхъ, 408, 785.
 Пупочная грыжа съ кишечною фистулою,
 330.
 — — у новорожденной, грыжестѣченіе,
 692.

Р (R).

Разрывъ матки, лѣченіе ихъ, 930.
 — промежности, зашиваніе ихъ, 39, 695,
 870, 925.
 — —, центральный, 763.
 — шейки, вліяніе ихъ на заболѣванія
 матки, 119.
 — — матки, шиваніе ихъ, 605.
 — кистъ яичника, 153, 399, 691.
 — трубной беременности, 229, 231, 232,
 757.
 Разрывъ, срединные, таза и матки у ро-
 женицъ, 938.
 — шейки матки при родахъ, 112.
 Разслабленіе брюшины, 937.
 Ракъ матки, влагалитное вырѣзываніе
 послѣдней, 157, 235, 237, 240.
 — —, лѣченіе его хіосскимъ терпенги-
 номъ, 686.
 — —, — — хлористымъ цинкомъ, 956.
 — —, палліативное лѣченіе его, 396.
 — —, хирургическое лѣченіе его, 321.
 — —, см. Ракъ шейки.
 Ракъ, первичный, влагалитца, 1, 79, 167.
 — —, наружн. половыхъ органовъ, 766,
 767.
 — —, половыхъ органовъ, метастазы въ над-
 ключичныхъ железахъ, 234.
 Ракъ шейки матки, выскабливаніе его,
 532.
 — —, измѣненія въ слизистой обо-
 лочкѣ тѣла ея при немъ, 610, 937.
 — — —, какъ осложненіе беременности
 и родовъ, 128, 610.
 — — —, надвлагалитная ампутація
 шейки при немъ, 235.
 — — —, продолжительные горячіе вла-
 галитные души при немъ, 773.
 — — —, оперативное лѣченіе его, 936.
 Раненіе мочевого пузыря при чревостѣ-
 ченіи, 927.
 Ранняя менструація, 137, 588.
 Расширеніе матки, какъ кровеостанавли-
 вающее средство, 828, 865.
 — уретры при ишуріи у родильницъ,
 922.
 — шейки матки, наследственное, 156.
 — — —, кровавое, при дизменоррѣ, 769.
 Рахитическій тазъ, 165, 596.

Рвота беременныхъ, 126, 591, 680, 760, 943.
 —, упорная, въ связи съ менструаціей, 138.
 Retroflexio uteri gravidi, 69, 128, 130.
 —, см. Загибъ назадъ.
 Retroversio, см. Наклоненіе назадъ.
 Рефлекторный кашель во время беременности, 759.
 Рогъ матки, зачаточный, беременность въ немъ, 281, 897.
 Родильная горячка, см. Послѣродовая горячка.
 Родильница, эклампсія ея и новорожденного, 228.
 Родильница, геморрой у нихъ, 311.
 —, расширеніе уретры при ишурія у нихъ, 922.
 Роднички, окостенѣніе ихъ, 312.
 Родовая дѣятельность, задержаніе ея (missed labour), 592.
 — — матки, аномалія ея, 559.
 Родовспомогательное заведеніе, Московское, отчетъ за 1887-й г., 505.
 — —, Пермское, отчетъ его за 1880—1887 г.
 — —, С.-Петербургское, отчетъ его за 1887 г. 339.
 — —, Пражское, способъ веденія родовъ въ немъ, 676.
 Родовспоможеніе, современное, 945.
 Роды, антипиринъ при нихъ, 684.
 —, анестезія закисью азота при нихъ, 942.
 —, влияніе остраго алкоголизма на нихъ, 132.
 —, искусственные преждевременные, по поводу кровоточенія, 133.
 —, — —, способъ производства ихъ, 765.
 —, механизмъ ихъ, 165, 932.
 —, осложненныя выпаденіемъ матки, 763.
 —, — кистою яичника, 225.
 —, — ракомъ шейки матки, 610.
 —, — фиброміомою матки, 28, 429, 761.
 —, поврежденія плода во время нихъ, 160, 786.
 —, почти не повредившіе дѣвственной плевы, 59.
 —, при двойномъ уродствѣ плода, 436, 516.
 —, при порокахъ развитія влагалища, 591, 619.
 —, при почти полной атрезіи маточнаго зѣва, 133.
 —, при суженіи выхода таза, 372.
 —, при uterus didelphys, 475.
 —, при чрезмѣрной величинѣ головки плода, 312.
 —, продолжавшіеся 6 $\frac{1}{2}$ сутокъ, 28.
 —, смерть плода во время нихъ, 163, 941.
 —, способъ веденія ихъ въ Пражскомъ родовспомогательномъ заведеніи, 676.

—, третій періодъ ихъ, 120, 391, 867.
 — у умершей, 311.
 — четверными, 846.
 Рожа, внутренняя, возвратъ ея послѣ родовъ, 935.
 — и родильницы, 593.
 Родильница, геморрой у нихъ, 311.
 —, срединные разрѣзы таза и матки ихъ, 938.
 Руководство женскихъ болѣзней, 753.
 Ручные приемы при освобожденіи послѣдующей головки, 137, 314, 867.

C. (S).

Salufer, какъ обеззараживающее, 590.
 Salpingotomia 486, 616.
 Самопроизвольная (внутриутробная) ампутація, 221.
 Саркома влагалища у ребенка, 931.
 — матки, laparohysterectomy при ней, 779.
 — яичника, 62, 118, 616.
 Сахарное мочеизнуреніе, атрофія женскихъ половыхъ органовъ при немъ, 766.
 Свищъ, кишечный, при пупочной грыжѣ, 330.
 —, пузырно-влагалищный съ полипомъ разрушеніемъ уретры, 146.
 Селезенка, смѣщенная, 616.
 —, удаленіе ея, 615.
 Септицемія, послѣродовая, см. Послѣродовая горячка
 Септический эндометритъ, 393.
 Сердце, овариотомія при порокахъ его, 959.
 Склерозъ сосудовъ дѣтскаго мѣста, 310.
 Слабительныя клизмы изъ глицерина, 684.
 — соли при перитонитѣ послѣ чревосеченій, 155.
 Слизистая оболочка матки, измѣненія ея при ракъ шейки, 610, 937.
 — — —, распознаваніе и лѣченіе ея заболѣваній, 320.
 Слоновая проказа наружныхъ половыхъ органовъ, 233, 944.
 Смерть плода во время родовъ, 163, 941.
 Смѣщенія матки, лѣченіе ихъ, 158, 219.
 Смѣщенія матки, фиксированныя, 396, 768, 918.
 — —, см. Выпаденіе, Загибъ, Наклоненіе.
 Сокращенія матки, средства, успокоивающія и возбуждающія ихъ, 598, 923.
 Соски, грудные, заболѣваній ихъ, 892.
 Сосочковая киста яичника, 488.
 Спорынья и антипиринъ, 61.
 —, овсяная, въ акушерствѣ, 318.
 Срашенія, брюшинныя, смѣщенной матки, 396, 768, 918.
 —, перитонитическія кишечныя, симулировавшія фиброидъ матки, 64.

Срединные разрывы таза и матки роженицы, 938.

Стобляк матки во время родов, 313.

Стриктра матки до рождения плода, 950.

Судороги, пuerperальныя, 226.

—, см. Эклампсія.

Сулема, внутреннее употребление ея при послеродовомъ гнилокровіи, 952.

—, отравление ею, 141, 220, 304, 953.

Схемы Breisky'аго и нормальный женскій тазъ, 619.

Съуженія, см. Влагалище, Звѣзъ, Тазъ.

Съѣздъ, 60-й, нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей, засѣданія гинекологической секціи, 38, 110.

Т. (Т.).

Тазъ, женскій, нормальный и схема Breisky'аго, 699.

—, —, патологическія измѣненія его, 116.

—, кифотически-рахитическій, 165.

—, рахитическій, 596.

—, суженіе его выхода, 372.

—, —, —, предсказаніе при этомъ, 476.

—, узкій, терапия родовъ при немъ, 924.

Тампонація, внутриматочная, при послеродовыхъ кровотеченияхъ, 136, 163, 221, 579, 672, 683.

Терпентинъ, хіосскій, при леченіи рава матки, 686.

Тетанусъ матки во время родовъ, 313.

Тифъ, брюшной, у беременной, 129.

Thoraco-gastro-pagus discephalus, 435.

Травма, непрямая, въ этиологии выкидыша, 222.

Трехъ-хлористый іодъ для тампонаціи матки, 579.

Трещины сосковъ у кормящихъ грудью, 892.

Триперъ, см. Гоноррея.

Тройни, 474.

Тромбозъ артерій послѣ родовъ, 764.

Трубная беременность, 229, 231, 232.

—, —, двуплодная, 118.

—, —, повторный разрывъ ея, 757.

—, —, ранній разрывъ ея, 473.

Трубно-маточная беременность, срочная, 931.

Трубы фаллопиевы, болѣзни ихъ, 261, 328, 858, 957.

—, —, изъ железы, 164.

—, —, удаленіе ихъ, 486.

Тупело, обеззараженное, 953.

У. (У.).

Удаленіе костей черепа при краниотоміи, 12.

—, полное, матки, путемъ чревосѣченія, 379, 446, 581.

—, —, — черезъ влагалище, см. влагалищное вырѣзываніе.

— придатковъ матки, здоровыхъ, 860.

— — — при гистеро-эмпіисіи, 613.

— — — фиброміомахъ, 154, 328.

— фаллопиевыхъ трубъ, 486, 616.

Узкій тазъ, ошибки въ предсказаніи при немъ, 476.

Укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ, 165, 243, 609, 667, 768, 919.

Уксусная кислота и эрготинъ при послеродовыхъ кровотеченияхъ, 314.

—, —, какъ обеззараживающее въ акушерствѣ, 684.

Умершая, разрѣшеніе ея отъ бремени, 311.

Уремія послѣ влагал. вырѣзыванія матки, 325.

Уретральные камни, 145.

Urethrocele, 956.

Уродство двойное, 435.

Условныя показанія къ кесарскому сѣченію, 594.

Ustilago Maydis, терапевтическое при мѣненіе его, 139.

Uterus didelphys, 475.

Учебники женскихъ болѣзней, 753.

Ущемленіе приращеннаго дѣтскаго мѣста, 951.

— ретрофлектированной беременной матки, 128, 130.

— — —, полное вырѣзываніе ея, 69.

Ф. (F. Ph.).

Фаллопиевы трубы, см. Трубы.

Фарадизація послеродовой матки, 954.

Фиброзные полипы матки, леченіе ихъ, 71, 249, 614.

Фиброндъ матки, симулированный перитоническими кишечными сращениями, 64.

Фиброма Бартолиновой желѣзы, 532.

Фиброміома матки, влагалищное вырѣзываніе послѣдней при этомъ, 325.

—, —, всасываніе ея при послеродовомъ періодѣ, 28.

—, —, геморрагическій инфарктъ въ шей, 394.

—, —, обусловившая выворотъ послѣдней, 781.

—, —, полипозная, громадныхъ размѣровъ, удаленіе ея, 614.

—, —, рѣдкой величины, 194.

—, —, уменьшеніе ея послѣ удаленія придатковъ, 154.

— матки, во время и послѣ родовъ, 28.

Фиброміомы матки, hydrastis canadensis противъ кровотеченій при нихъ, 771.

—, —, ихорозно-распадающіяся, 955.

- —, какъ осложненіе беременности и родовъ, 28, 429, 761.
- —, кастрація при нихъ, 154, 328, 863.
- —, лечение ихъ, 608.
- —, — — электричествомъ, 320, 775, 853.
- —, — — суппозиторіями изъ эрготина, 143.
- —, подбрюшинныя, оперативное лечение ихъ, 116.
- —, подслизистыя, 71, 148, 249, 614, 781.
- —, удаленіе ихъ черезъ влагалище, 148.
- —, удаленіе маточныхъ придатковъ при нихъ, 154, 328, 863.
- —, чревосъченіе при нихъ, 617, 691.
- — — —, см. Гистеротомія, Кастрація, Lapaotomotomy, надвлагал. ампутація матки и т. п.
- тѣла матки, патолог. анатомія ихъ, 870.
- Physometra puerperalis, 682.
- Фиксированныя смѣщенія, наклоненія и загибы матки, лечение ихъ, 396, 768, 918.
- Фитиль, іодоформный, 157, 864

X. (Сb).

- Хилонныя кисти брыжейки, 694.
- Хининъ, для возбужденія сокращеній матки, 598.
- Хиосскій терпентинъ при ракъ матки, 686.
- Хлораль-гидратъ при заболѣваніи грудныхъ сосковъ, 892.
- — при рвотѣ беременныхъ, 760.
- Хлористый цинкъ при эндометритѣ, 778, 956.
- — при ракъ матки, 956.

Ц. (C. Z.)

- Центральный разрывъ промежности, 763.
- Cephalhaematoma, 162, 411.
- Zincum chloratum при лѣченіи эндометрита, 778, 956.
- — для прижиганія рака матки, 956.
- Cysto-sarcoma ovarii, 616.

Ч.

- Черепъ, удаленіе костей его при краниотоміи, 12.
- Четверни, 846.
- Чревосъченіе, (статистика), 250, 402, 616, 863.
- во время беременности, 483, 775.
- , вторичное, при гнойномъ перитонитѣ, 862.
- , діагностическое, при порокѣ развитія полов. органовъ, 542.

- для полного вырѣзыванія матки, 379, 446, 581, 779,
- , непрерывное орошеніе горячею водою послѣ него, 156.
- при болѣзняхъ фаллоп. трубъ, 261, 328, 329, 486, 616, 858, 957.
- при блуждающей почкѣ, 698.
- при бугорчаткѣ брюшины, 68, 110.
- при внутривнутрибрюшинныхъ гнойникахъ, 156.
- при выматочной беременности, 54, 58, 122, 229, 230, 231, 232, 317, 473, 678, 680, 757, 863, 942.
- при врожденныхъ гинатрезіяхъ, 542.
- при haematocoele perituterina, 775.
- при миксосаркомѣ почки, 958.
- при послѣродовомъ перитонитѣ, 764.
- при разрывѣ матки, 930.
- при фиброміомахъ матки, см. фиброміомы.
- при хилонной кистѣ брыжейки, 694.
- , пробное, при беременности, 775.
- , — при смѣщенной селезенкѣ, 617.
- , —, при фиброміомѣ матки, 691.
- , промываніе брюшины при немъ, 861.
- , раненіе мочевого пузыря при немъ, 927.
- , три случая его въ частной практикѣ, 252.
- у новорожденной, 692.
- , см. Надвлаг. гистеротомія, ампутація матки, кастрація, Lapaotomotomy, Овариотомія, Salpingotomy и т. п.

Ш.

- Шейка матки, ампутація ея, 129, 242, 532, 769.
- — — надвлагалищная, 235, 321.
- —, гипертрофія ея, какъ осложненіе родовъ, 763.
- —, кровавое расширеніе ея при дисменорее, 769.
- —, насильственное расширеніе ея, 156.
- —, непроходимость ея канала при загибѣ матки, 396.
- —, оперативное лѣченіе воспаленій ея, 164.
- —, разрывы ея, 119, 605.
- —, разрывъ ея при родахъ, 112.
- —, ракъ ея, см. ракъ шейки.
- Шея плода, полосы растяженія на ней, 786.
- Широкая связка, гематома ея, послѣ операціи на шейкѣ матки, 242.
- Шумъ, плацентарный, 310.

Щ.

- Щипцы для кистъ, 118.
- , полищные, 118.

- , прямыя параллельныя, 331.
- съ осевыми тракціями, 936.

Я.

Яичники, изслѣдованіе ихъ при введенномъ въ прямую кишку каучуковымъ пузырь, 406.

Яичникъ, геморрагическія кисты его, 861.

—, гнойное воспаленіе его, 859.

- , дермоидная киста его, 164.
 - , кавернозное перерожденіе его, 611.
 - , кисты его, сопровождающіяся плевритическими выпотами, 152.
 - , папилломатозная киста его, 488.
 - , пробный проколъ при кистахъ его, 214.
 - , разрывы кистъ его, 153, 399, 691.
 - , саркома его, 62, 118, 616.
- Яйцевидные пессаріи Breisky'аго, 618.

akusher-lib.ru

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВЪ.

а) русскихъ:

- Александровъ, Ф., 243.
Артемьевъ, А. П., 241.
Архангельскій, П. И., 372, 435, 516.
- Бажановъ, 851.
Балинъ, И. С., 474, 856.
Березницкій, Л., 645.
Боряковский, А. Г., 954.
Бурковъ, 480.
- Васильевъ, Н. И., 28.
Варнекъ, А. Н., 847.
Воскресенскій, М. А., 532, 862, 865.
Воскресенскій, И., 864.
- Гарнакъ, А. М., 941.
Гермониусъ, А. К., 38, 110, 379, 446,
581.
Гиммельфарбъ, Г., 143, 281.
Гинзбургъ, М., 476.
Гошкевичъ, М. И., 834.
Грабовская, М. П., 605.
Грамматикати, И. Н., 613.
Груздевъ, С.—163, 214.
Гршневальдъ, О.—323.
- Давидзонъ,—850.
Добронравовъ, В. А., 707.
- Жадкевичъ, В. Л., 304, 579.
Желтухинъ, В. В., 47, 253.
- Залькиндъ, В. С., 902.
Заяцкій, С. С., 230, 243.
- Иноевъ, К. Х., 939.
Исполатовъ, А., 242.
- Кадьянъ, А. А., 613.
Какушкинъ, А. М., 391.
Кашкаровъ, И., 12, 98.
Кемарскій, К., 549, 567.
- Кистеръ, П. Э., 683.
Кобылянский, Л., 68.
Кольскій, 68.
Красовскій, А. Я., 73, 178, 399, 740
787, 954.
Кулишова, 60.
Куз-Вигандтъ, Е., 138.
- Лебедевъ, А. И., 146.
Лебедевъ, М., 228, 769.
Лентовскій, С.—857.
Львовъ, 128, 785.
Ляхницкій, И. И., 953.
- Маевскій, А. И., 225, 400.
Майзель, Е. Л., 604.
Массевъ, В. Н., 897, 912.
Мекергьянцъ, 131.
Милевскій, С. Н., 393.
Митропольскій, И., 892.
Михайлова, Е. А., 233, 681.
Муратовъ, А. А., 145, 486.
Мурашко, С., 682.
- Нееловъ, Н. К., 944, 959.
Нечаевъ, Н. В., 19, 411, 667.
Нивольская, А., 855.
- Оленинъ, С. К., 591.
Орловъ, В., 954.
Оттъ, Д. О., 616.
- Паргаминъ, 846.
Першинъ, А. В., 685.
Петровъ, Н. В., 694.
Поршняковъ, М. Н., 187.
Преображенскій, 501.
Прокофьева, О., 394.
Протопоповъ, В. И., 399.
- Рейнъ, Г. Е., 959.
Розенгаргъ, М. М., 692.

Ростошинский, Р., 401.
 Рунге, Г. К. 699.
 Савельевъ, М. В., 952.
 Савинъ, Ф. А., 954.
 Семяниковъ, А. А., 873.
 Синайский, Р. А., 228, 591.
 Скворцова, О., 630.
 Склифасовский, Н. В., 943.
 Славянский, К. Ф., 261, 753.
 Соловьевъ, А. Н., 487.
 Соловьевъ, А. С., 363, 542, 838, 866.
 Столыпинский, В. А., 692, 838.
 Стравинский, Н. И., 205.
 Суугунъ, В. В., 505, 594, 813.
 Теръ-Григорянцъ, 396.
 Уженинъ, И. В., 694.
 Фагонский, О. О., 408.
 Федоровъ, И. И., 167, 179, 331, 421,
 619.

Феноменовъ, Н. Н., 250.

Хазанъ, С. Ю., 559, 672.
 Халафовъ, С., 402.

Цандеръ, А., 235.
 Цимковская, Ц. М., 393.

Черневский, Э. Ф., 476, 828.
 Чунихинъ, П. Н., 137, 429.

Шерешевский, Д. С. 941.
 Штраухъ, М., 242.
 Шуриновъ, М. А., 194, 563, 958.

Эберлинъ, А. М., 941.
 Эрбштейнъ, К., 223.

Ясинский, П. А., 47.
 Ястребовъ, Н. В., 491, 753.

Оаворский, В., 126.

б) иностранныхъ:

Abbe, 154.
 Abel, 610.
 Ahlfeld, 45, 928, 929.
 Annacker, 317.
 Apostoli, 912.
 Asch, 118.
 Ashby, 141.
 Ashton, 128.
 Auvard, 136, 222, 330.

Bailly, 149.
 Baldy, 155.
 Bancolini, 166.
 Bantock, 774.
 Barbour, Freeland, 391.
 Barnes, K., 52, 472.
 Barnes, S. P., 137.
 Barsony, 133.
 Barton, 691, 763.
 Bateman, 229.
 Battlehner, 939.
 Baumgärtner, 116, 936.
 Baum, 588.
 Bell, 143, 313.
 Benckiser, 69.
 Bennet, 473.
 Bernheim, 69.
 Betts, Helen, 852.
 Bonnain, 768.
 Bordé, 163.
 Born, 589.
 Bosquet, 318.

Bouteillier, 63.
 Braun, St., 851.
 Brinon, 856.
 Bucquet, 781.
 Budin, 59, 136, 160, 222, 311.
 Bumm, 38, 597, 936.
 Burford, 775.
 Byers, 52.
 Byrne, 605.

Calderini, 164.
 Cameron, 762.
 Campbell, 764.
 Candia, 164, 220.
 Caneva, 124.
 Cantrelle, 61.
 Carbonelli, 165.
 Casati, 165.
 Championnière, Just, 858.
 Championnière, Lucas, 328, 329.
 Champneys, 125.
 Charpentier, 849.
 Chase, 226.
 Chéron, 140.
 Choupe, 61.
 Chrobak, 157.
 Clarke, 950.
 Cohn, 40, 118.
 Coles, 760.
 Colucci, 164.
 Cordes, 598.
 Croom, 606.

Cuzzi, 158.

Danion, 233.
 Davies, 154.
 Debray, 597.
 De-Cristoforis, 166.
 Delefosse, 61.
 Demons, 152.
 Dentu, 71.
 Descroizilles, 162.
 Despeyroux, 312.
 Dick, 116.
 Döderlein, 935.
 Dohrn, 867.
 Doléris, 859, 861.
 Donald, 680.
 Dorland, 138.
 Dubois, Ch., 252.
 Duchamp, 58.
 Dührssen, 784, 866.
 Duke, 953.
 Durozier, 310.

Eckart, 937.
 Engelmann, 140, 684.
 Evans, 157.

Fagnart, 150.
 Fehling, 110, 938.
 Fergusson, 763.
 Ferrand, 140.
 Fetherston, 159.
 Fischel, 945.
 Fränkel, 598, 618, 956.
 Francis, 314.
 Frank, 41, 118,
 Freeland Barbour, 391.
 French, 70.
 Freund, H. W., 144.
 Freund, W., 120.
 Fritsch, 871.
 Frommel, 934.

Garde, 596.
 Gaston, 329.
 Gates, 58.
 Gérard, 863.
 Gilis, 150.
 Giovia, 165.
 Giudici, 62.
 Goth, 592.
 Gottschalk, 611.
 Graily Hewitt, 396.
 Grandin, 684, 696.
 Grossmann, 407,
 Günther, 680.
 Gusserow, 686.
 Guzzoni, 166.

Hackney, 127.
 Haggard, 156.

Hamill, 135.
 Hardon, 329.
 Harris, 315.
 Hawley, 678.
 Heinrichius, 610.
 Herman, 680, 695.
 Hewitt, Graily, 396.
 Hirsch, 690.
 Hirst, 129.
 Hofmeier, 928.
 Hulbert, 156.

Imlach, 613.
 Inverardi, 165.

Johnson, 489.
 Jorissenne, 593.

Kadyi, 130.
 Kaltenbach, 786.
 Kay, 401.
 Keda, 319.
 Keil, 933.
 Keith, Th., 249, 306.
 Kempe, 771.
 Kim, Mc., 317.
 Klotz, 248.
 Köberlé, 614.
 Korn, 117.
 Kornfeld, 588.
 Kortüm, 220, 221.
 Kroner, 39, 309.

Laidley, 488.
 Lantos, 758, 866, 917, 936.
 Lawson Tait, 229, 757, 870, 925.
 Lechten, 221.
 Lefabre, 765.
 Le-Fort, 157.
 Léon, Mendes de, 604.
 Leopold, 405, 930.
 Leprévost, 766.
 Lewis, 686.
 Liebman, 615.
 Liebreich, 479.
 Lillienfeld, 140.,
 Litzmann, 314.
 Loebel, 677.
 Lucas-Championnière, 328, 329.

Martin, A., 870.
 Mc. Kim, 317.
 Mc. Naught, 232.
 Male, 591.
 Mars, 782.
 Matlakowski, 764.
 Mayo Robson, 590.
 Mendes de Léon, 604.
 Mènière, 953.
 Mensinga, 44.
 Meyer, 309.

Michelson, 122.
 More Madden, 52, 145.
 Morton, 676.
 Mundé, 64, 693.
 Mynlieff, 141.

Nairne, 252.
 Nash, 135.
 Naught, Mc., 232.
 Navasse, 846.
 Nebel, 766.
 Newton Hill, 132.
 Nieberding, 401.
 Nöggerath, 119, 122.

Olshausen, 870, 932.

Parvin, 160.
 Pasquali, 164.
 Pereira Amado, 132.
 Pestalozza, 164.
 Pfannenstiel, 848.
 Philipps, 761.
 Pintaud-Désallées, 479.
 Playfair, 52.
 Polacco, 165.
 Polaillon, 147.
 Pott, 932.
 Potter, 960.
 Preuschen, 395, 686.
 Price, 62, 64.
 Profanter, 600, 602.

Rapin, 853.
 Reet, 860.
 Reihlen, 313.
 Rheinstädter, 778.
 Richelot, 235, 237, 240, 325, 608, 954.
 Richet, 767.
 Robson, Mayo, 590.
 Rossi, 166, 219.
 Routh, 480.
 Routier, 775.
 Ruge, 929.
 Runge, M., 951.
 Ruth, 407.
 Rutheford, 771.

Saint-Marc, 760, 951.
 Sallis, 223.
 Sanchez Toledo, 478.
 Sängler, 89, 244, 248, 870, 927.
 Sangregorio, 219.
 Schäublin, 682.
 Schatz, 920, 922.
 Schauta, 957.
 Schiedt, 137.
 Schmalfuss, 63.
 Schmid, H., 153, 480.
 Schrader, 120.
 Schramm, 233.

Schuchardt, 931.
 Schücking, 318, 404, 771
 Schultze, 929, 931.
 Schwarz, 869.
 Segond, 249.
 Seiffart, 600.
 Shoemaker, 759.
 Sinclair, 231.
 Sippel, 404, 955.
 Skutsch, 112, 918.
 Smith, 127.
 Smyly, 320.
 Spencer Wells, 784.
 Steavenson, 853.
 Stedman, 133.
 Steffek, 220, 677.
 Steinschneider, 234, 319.
 Stevens, 852, 952.
 Straus, 478.
 Stroynowski, 854.
 Subbotié, 684.
 Święcicki, 942.
 Sykes-Ward, 945.
 Szabo, 688.

Taft, 688.
 Tauffer, 475.
 Terrier, 865.
 Terrillon, 156, 328, 483, 773, 77.
 Teuffel, 682.
 Tibone, 163.
 Tivy, 775.
 Tornery, 773.
 Trélat, 768, 772.
 Troisier, 231.

Ullmann, 406.

Vallat, 483.
 Verchère, 321, 396, 481.
 Vulliet, 148.

Wackerhagen, 70.
 Warren-Potter, 960.
 Wathen, 942.
 Webb, 320.
 Werth, 54, 868.
 Wiedow, 123, 987.
 Wiercinsky, 595.
 Wilson, 313.
 Winckel, 867.
 Winter, 938.
 Worrall, 862.
 Wright, 311.
 Wittewulghe, 846.
 Wyder, 122.

Ythier, 861.
 Zeiss, 38, 110.

Zinsstag, 393.
 Zucker, 473.
 Zweifel, 315, 871, 925.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВТОРОЙ.

ЯНВАРЬ 1888, № 1.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

1.

КЪ ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОМЪ РАКѢ ВАГИНЫ И ЕГО ОПЕРАТИВНОМЪ ЛЕЧЕНИИ

И. И. Федорова.

(Штатнаго ординатора (ассистента) Гинекологической клиники проф. Н. В. Ястребова при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ).

Если изъ всѣхъ органовъ женскаго тѣла матка имѣетъ какую-то весьма печальную привиллегію поражаться раковымъ процессомъ по преимуществу ¹⁾, то рукавъ ея или влагалище является въ этомъ отношеніи органомъ, гдѣ новообразованія вообще и ракъ въ частности встрѣчаются довольно рѣдко. Такъ, въ клиникѣ *Martin'a* ²⁾ болѣе чѣмъ на 5,000 больныхъ данное страданіе встрѣтилось всего 4 раза. По *Beigel'ю* ³⁾ между 8,289 случаями смерти отъ рака, внесенными въ протоколы г. Парижа, на долю вагинальныхъ карциномъ приходится 14 смертей; въ *Clinique d'accouchements de la Faculté de Paris* за

¹⁾ Изъ всѣхъ женщинъ, страдающихъ ракомъ, цѣлая треть умираетъ отъ рака матки; *Schröder, Руковод. къ жен. бол. 1887 г.*

²⁾ *Brucner, Zeit. f. Gyn. u. Geb. 1881 г. Bd. VI; Martin; Path. u. Therapie Fr.-Kr. 1887 г.*

³⁾ *Beigel, Die Krankh. d. weibl. Geschl. Bd. II, Stutgard. 1875.*

время отъ 1864 по 1872 г., по заявленію Bailly ¹⁾, былъ наблюдаемъ только 1 случай. На 5,163 больныхъ Горвица ²⁾ лишь въ 5 случаяхъ была констатирована несомнѣнно первичная форма данного новообразованія; а въ клиникѣ проф. Б. Θ. Славянскаго ³⁾ на 1,500 случаевъ встрѣтился карциномъ только 1 разъ, наконецъ, въ клиникѣ проф. Н. В. Ястребова за время отъ 14 марта 1885 г. по августъ 1887 г. на 1,600 больныхъ наблюдалось 2 случая первичнаго рака вагины.

Такимъ образомъ, на основаніи статистическихъ данныхъ, приводимыхъ различными клиницистами, процентное отношеніе первичнаго рака рукава къ общей заболѣваемости половой сферы женщины вообще приблизительно можетъ быть выражено какъ 1 : 1,000.

Съ данными клиницистовъ почти согласуются и показанія анатомопатологовъ. По Eppinger'у ⁴⁾ на 3,149 вскрытій въ Пражскомъ институтѣ за время отъ 1 января 1868 г. по июль 1871 г. женщинъ пораженныхъ ракомъ было 202; причемъ въ 76 случаяхъ исходною точкою даннаго процесса была матка и только въ 3—вагина.

Rokitansky ⁵⁾ считаетъ первичный ракъ влагалища въ высшей степени рѣдкимъ явленіемъ; въ томъ же смыслѣ высказывается и Förster ⁶⁾. Virchow ⁷⁾, Birch-Hirschfeld ⁸⁾ и Klebs ⁹⁾ утверждаютъ, что эпителиома обыкновенно переходитъ на вагину съ P. vaginalis uteri, и только въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчается здѣсь первично.

¹⁾ Bailly, Gaz. des hôpitaux 1873 г.

²⁾ Горвицъ, Ручов. къ патологій и терапіи женск. пол. сферы. 1874.

³⁾ Грамматиками, Медицинскія Новости 1881 г.

⁴⁾ Eppinger, Sectionsergebniss an der Prager Path.-anatom. Anhalt vom 1 Januar 1868 г. bis zum letzten Juni 1871 г., Prager Vierteljahrschrift 1872 г., 49, Jahrg. pag. I.

⁵⁾ Rokitansky, Lehrb. d. Pat. Anat. 519 стр.

⁶⁾ Förster, Lehr. d. Spec. Pat. Anat. Leipzig. 1863.

⁷⁾ Virchow, Die Krankh. Geschw. Berlin. 1863.

⁸⁾ Birch-Hirschfeld, Pat. Anat. 1877 г.

⁹⁾ Klebs, Pat. Anat. 1876 г.

Однако, не всѣ авторы склонны раздѣлять общепринятое мнѣніе относительно рѣдкости первичнаго раковаго перерожденія вагинальныхъ стѣнокъ. *West*¹⁾, которому посчастливилось наблюдать 19 подобныхъ случаевъ, считаетъ данный, установившійся въ наукѣ взглядъ преувеличеннымъ; также и *Mason Warren*²⁾ изъ *Boston*'а, утверждающій, что раковое страданіе вагины вовсе не составляетъ рѣдкости среди женщинъ Соединенныхъ Штатовъ. *Wagner*³⁾, *Kustner*⁴⁾ и *Winkel*⁵⁾ высказываются въ томъ же родѣ, предполагая, что приводимые различными авторами цифры гораздо ниже дѣйствительныхъ, такъ какъ большинство случаевъ первичнаго рака разсматриваемой области обыкновенно ускользаетъ отъ наблюденія клиницистовъ и анатомопатологовъ. Первымъ чаще всего приходится имѣть дѣло съ даннымъ патологическимъ процессомъ уже въ томъ періодѣ его развитія, когда инфекция распространилась и на матку; вторые же въ большинствѣ случаевъ безъ обособенныхъ поводовъ не осматриваютъ влагалища, а потому несомнѣнно случаи раковаго перерожденія въ немъ легко ими просматриваются.

Какова бы ни была аргументація противниковъ общепринятаго мнѣнія относительно рѣдкости первичной карциномы вагины, тѣмъ не менѣе вышеприведенныя данныя остаются пока фактомъ, говорящимъ въ пользу особенной устойчивости вагинальной ткани въ смыслѣ ея раковаго перерожденія; и число казуистическихъ случаевъ даннаго перерожденія, собранныхъ нами по различнымъ журналамъ за время до 1887 года включительно не превышаетъ 79.

Въ виду такой рѣдкости считаемъ не безынтереснымъ привести здѣсь описаніе двухъ подобныхъ случаевъ; намъ при-

¹⁾ *West*, Lehrb. d. Frauenkrankh. Nach d. dritten Auflage d. orig. in's Deutsche ubertr. v. Langenbeck. Göttingen 1870 r.

²⁾ *Beigel*, l. c.

³⁾ *Wagner*, Die Gebärmutterkrebs, 1856 r.

⁴⁾ *Kustner*, Arch. f. Gyn. Bd. IX.

⁵⁾ *Winkel*, l. c.

шло наблюдать ихъ въ теченіи относительно короткаго времени въ Гинекологической клиникѣ проф. Н. В. Ястребова, причемъ позволимъ себѣ отмѣтить значеніе одного изъ нихъ какъ случая оперированнаго, въ то время какъ другой былъ поль- зуемъ амбулаторно.

Наблюденіе 1-е.

11 сентября 1886 г. на амбулаторный приемъ Гинекологической клиники явилась больная М. З., жена сапожника. Изъ разспросовъ ея оказалось, что она 40 лѣтъ отъ роду, католичка, родилась и живетъ въ Варшавѣ; въ дѣтствѣ своею перенесла тифъ и какую-то еще сыпную форму болѣзни, затѣмъ всегда оставалась здоровою. Первые крови начала носить на 17 году жизни; вторыя пришли черезъ 1 годъ, послѣ чего установились ^{по 4—5 дней} _{черезъ 4 недѣли}; всегда обильныя, онѣ сопровождалась болями какъ передъ, такъ и во время менструальнаго періода. Съ 23 года З. живетъ половую жизнью, а съ 33 г. находится въ замужествѣ съ 34 л. здоровымъ мужчиною. Характеръ кровей по выходѣ замужъ измѣнился лишь со стороны уменьшенія количества выдѣленій. Беременностей было 2; обѣ окончились выкидышами на 2 мѣсяцѣ; первый выкидышъ на 2-мъ году половой жизни, второй—7 лѣтъ тому назадъ. Въ обоихъ случаяхъ послѣ-выкидышный періодъ прошелъ безъ осложнений. З. считаетъ себя больною около 11-ти лѣтъ. Порядокъ развитія болѣзненныхъ симптомовъ былъ слѣдующій: сперва появились бѣли, которыя то усиливались, то доходили до minimum'a и совсѣмъ исчезали; затѣмъ не болѣе 3-хъ лѣтъ измѣнился типъ менструацій, онѣ стали показываться черезъ 3—4 недѣли, продолжаясь по 6—8 дней при обильномъ количествѣ выдѣляемой крови; наконецъ, въ послѣдніе 3 мѣсяца больная начала испытывать болѣзненные схватки внизу живота и боль рѣзкую при coitus, а обычныя выдѣленія изъ влагалища (бѣли) сдѣлались кровянистыми. Что касается coitus, то больная всегда позволяла себѣ неумѣренность въ этомъ отношеніи. Послѣднія регулы были 1 недѣля тому назадъ, тянулись 8 дней, причемъ потеря крови была значительная.

Объективное изслѣдованіе. Больная тѣлосложенія правильнаго, роста 157 сант.; бронетка; подкожной жировой клѣтчатки умеренное количество; слизистыя оболочки блѣдноваты; тазъ имѣетъ слѣдующія размѣры: Сг=28,5; Sp=25; С. ext=19. Наружные половые органы правильно развиты, малыя губы дряблы и выстоять изъ-за большихъ, половая щель немного зияетъ. Промежность въ 3 смт. высоты. Влагалищѣ умеренной величины, передняя стѣнка длиною въ 8 сант., задняя—8,5 сант.; слизистая оболочка разрыхлена, почти безъ складокъ. Въ заднемъ сводѣ болѣе вправо на разстояніи 1 сант. отъ задней губы находится лепестковидной формы изъязвленіе, съ неровными краями и легко кровоточащею поверхностію; длина этого участка

около 1^{1/2} сант., ширина не болѣе 1 сант. Матка не увеличена, въ Ante-flexio, подвижна, консистенція плотной, особенной чувствительности нѣтъ. Влагалищная ея часть цилиндрической формы, длина передней губы 1^{3/4} сант.; задняя имѣетъ около 2^{1/2} сант.; orif. externum овальное, безъ надрывовъ, въ окружности зѣва передняя и задняя губы представляются эрозированными. Своды свободны; яичники нормальной величины, паховыя железы не увеличены. Остальные органы таза и брюшной полости не представляютъ уклоненій отъ нормы.

Диагнозъ былъ поставленъ: *Endometritis; erosionis p. vaginalis et cancer vaginae primar. (?)*.

Большой назначена тампоны съ іодоформомъ и ежедневныя влагалищныя ирригаціи изъ раствора калии hypermanganici gr. jij на 4 стакана воды.

22 сентября. При изслѣдованіи внутреннихъ половыхъ органовъ черезъ зеркало оказалось, что изъязвленіе не кровоточитъ, поверхность его болѣе ровная, края какъ будто бы изрыты гораздо менѣе. *Curatio idem*.

25 сентября. Больная жалуется на боль внизу живота и бѣли, которыя беспокоятъ ее своимъ кровавистымъ цвѣтомъ. Объективныя изслѣдованіе обнаружили въ половыхъ органахъ явленія тѣже. Назначено было: тампонація съ глицериномъ и промываніе вагины растворомъ *Natri bicarbonici*.

9 октября. Язва въ заднемъ сводѣ *in statu quo*; эрозиі на влагалищной части матки покрываются плоскимъ эпителиемъ. Тампонація съ *Glycerini et T. jodi ana*.

27 октября. Боли продолжаютъ по прежнему; соитіе болѣзненъ и всегда сопровождается выдѣленіемъ изъ половыхъ частей жидкой крови; бѣли въ томъ же количествѣ и того же характера.

Изъязвленіе въ сводѣ повидимому увеличились въ глубину и по поверхности; эрозиі на задней губѣ также подвинулась далѣе по направленіи къ своду.

4 ноября З. поступила въ клинику.

5 ноября съ язвенной поверхности былъ взятъ небольшой кусочекъ ткани для микроскопическаго изслѣдованія съ цѣлю діагностической; дно язвы было прижжено Раquelin'омъ. Послѣ предварительнаго уплотнѣнія взятаго куска въ спиртъ и обработки пикрокарминомъ при микроскопическомъ изслѣдованіи срѣзковъ его опредѣленъ былъ жемчужный ракъ вагины.

8 ноября. Больная выписалась изъ клиника съ тѣмъ, чтобы недѣли черезъ 2 поступить вновь для операци; поступила же, по домашнимъ обстоятельствамъ, только почти черезъ 2 мѣсяца. Что касается *Status praesentis* ея при вторичномъ поступленіи подъ наше наблюденіе 30 декабря, то жалобы остались тѣже (кровавистыя бѣли, выдѣленія крови при соитіи и боль внизу живота), состояніе же внутреннихъ половыхъ органовъ измѣнились къ худшему, а именно: матка немного увеличена въ передне-заднемъ своемъ разиѣрѣ, нѣсколько чувствительна при давленіи; расположена въ *anteflexione* съ небольшою *lateroversione dextra*, подвижность ея ограниченная, консистенція плотноватая. Язва въ заднемъ сводѣ имѣетъ около 2 сант. въ поперечникѣ и около 2^{1/2} сант. въ длину; дно ея плотно и неровно, края изъѣденные,

рѣзко ограниченныя; верхняя граница ихъ не доходить до влагалищной части матки на величину не болѣе 0,5 смт.; задняя губа больше, передняя же меньше эрозированы.

Въ теченіи 10 дней до операціоннаго періода больная получала ежедневныя влагалищныя спринцеванія изъ 2⁰/₀ ас. carb.; общее состояніе было прекрасное, температура тѣла колебалась между 36,4 и 37,4⁰, пульсъ между 60 и 80.

Приготовленіе больной къ операціи состояло въ томъ, что за два дня до послѣдней она получила легкое слабительное, а наканунѣ вечеромъ была поставлена клизма и дана общая ванна.

Операція была произведена профессоромъ Н. В. Ястребовымъ 9 января 1886 года, безъ хлороформа. Наружныя половыя части и влагалище было тщательно дезинфицированы, первыя при помощи обмыванія дегтярнымъ мыломъ и, затѣмъ, 2⁰/₀ растворомъ ас. carbolicі; второе же черезъ обильное прополаскиваніе рукавной полости тѣмъ же растворомъ ас. carbolicі.

Послѣ этого влагалищная часть была обнажена ложкообразными зеркалами и боковыми подъемниками, а передняя губа была фиксирована щипцами. По удаленіи верхней ложки зеркала и низведеніи матки книзу, насколько это было возможно въ данномъ случаѣ, операціонное поле было тщательно обмыто струею 1⁰/₀ раствора ас. carbolicі, подъ постояннымъ орошеніемъ которой производилась и самая операція. Послѣдняя состояла изъ 3 моментовъ:

1) *Выскабливаніе* язвенной поверхности въ заднемъ сводѣ, что было произведено острою ложечкою Simon'a. При этомъ самымъ тщательнымъ образомъ удалены были всѣ подозрительныя мѣста вплоть до подлежащихъ, по видимому, здоровыхъ частей; края язвы и дно ея, кромѣ того, были подчищены кривыми ножницами, здоровый участокъ вагинальной стѣнки между язвою и р. vaginalis также былъ удаленъ ими. Въ результатѣ на мѣстѣ изъязвленія получилась кратерообразная рана, дно которой на большемъ протяженіи своемъ было образовано только брюшиною дугласа.

2) *Amputatio задней губы* была произведена послѣ предварительныхъ надрѣзовъ цервикальнаго канала до сводовъ справа и слѣва; наружный или нижній разрѣзъ губы прошелъ черезъ верхній край влагалищной раны, отчего послѣдняя удлинчилась на величину участка удаленной губы, имѣя своимъ верхнимъ краемъ слизистую оболочку цервикальнаго канала. Послѣдняя была пришта къ слизистой оболочкѣ рукава, составляющей нижній край раны, 8-ю шелковыми швами.

3) *Amputatio передней губы* и послѣдовательное наложеніе 9 швовъ сдѣланы по обычному способу клиновидной эксцизии.

По окончаніи операціи ампутаціонная рана была тщательно обмыта растворомъ Ас. carb., осушена карболовою ватой, и присыпана іодоформомъ; а влагалище затампонировано приложенными къ р. vaginalis тремя ватными іодоформными тампонами.

Больная во время операции чувствовала себя удовлетворительно, на боль не жаловалась.

Послеоперационный период. Вечером, в день операции тампоны были вынуты, причем правый из них пропитан был значительным количеством крови.

На другой день послѣ операции пришли крови, которыя продолжались 6 дней. Кровей было немного. Что касается самочувствія больной, то на 2-е сутки съ увеличеніемъ количества крови появились незначительныя и кратковременныя схватки внизу живота, а на 6-е во время стула больная почувствовала сильную колющую боль въ рукавѣ; боль эта возобновлялась нѣсколько разъ въ теченіе дня въ болѣе слабой степени.

Температура за все время не поднималась выше $37,4^{\circ}$ (на 11 сутки), въ первые сутки послѣ операции она была $36,9$ и 37° ; пульсъ колебался между 68 и 80 ударами. На 14-е сутки выдѣленія слизистыя изъ влагалища прекратились, а на 16-е были удалены швы. Заживленіе произошло на всемъ протяженіи ампутаціонной культи *per primam intentionem*. При изслѣдованіи пальцемъ рубецъ представляется мягкимъ, подвижнымъ, безъ уплотнѣній. Матка въ Anteflexio, безболѣзненна; своды чисты. Больная выписалась здоровою.

Со времени операции прошло 8 *мѣсяцевъ*. Больная все время аккуратно являлась на клиническіе амбулаторныя приемы 1 разъ въ мѣсяць для контроля, причемъ состояніе общее и половыхъ органовъ ея представляло улучшение сравнительно съ прежнимъ ея состояніемъ.

Благоприятные результаты операции особенно рѣзко выразились въ слѣдующемъ: менструація установилась въ правильномъ типѣ $\frac{\text{по 3 дня}}{\text{черезъ 4 недѣли}}$ при умѣренномъ количествѣ крови, чего у больной никогда не бывало; болѣе менструальныхъ нѣтъ совершенно; чувство тягости и давленія въ нижней области живота исчезло, coitus, по прежнему весьма неумѣренный, безъ боли; бѣлые нѣтъ совершенно. Чувствуя себя совершенно здоровою, больная принялась за тяжелую работу, начала очень много ходить и поднимать тяжести—что вызвало къ началу мая нарушеніе въ самочувствіи ея. Прежде всего стали показываться бѣли и появляться неопредѣленнаго характера боли то подъ ложечкою, то въ крестцѣ и внизу живота.

При изслѣдованіи, матка оказалась нѣсколько чувствительна; рубецъ мягкій попрежнему, совершенно гладкій, нѣсколько чувствительный при давленіи.

Въ юнѣ бѣли усилились, несмотря на влагалищныя спринцеванія изъ *kali hypermanganis*, которыя больная употребляла аккуратно со дня операции, появилась прежняя боль при coitus.

При изслѣдованіи больной въ юнѣ, т. е., почти черезъ мѣсяць оказалось, что со стороны рубца никакихъ подозрительныхъ измѣненій нѣтъ, кромѣ небольшой его болѣзненности при давленіи, изъ цервикальнаго канала матки выдѣляется стекловидная слизь: матка не чувствительна. Больная жалуется

на появившіяся въ послѣднее время кровянистыя выдѣленія изъ рукава при coitus; впрочемъ послѣдній coitus былъ безкровный и безболѣзненный.

Спустя 8 мѣсяцевъ, послѣ операціи, т. е., въ началѣ сентября Э. явилась уже съ несомнѣнными признаками рецидива. Кровянисто-окрашенныя выдѣленія изъ половыхъ органовъ, самостоятельныя стрѣляющія боли въ глубинѣ таза, боль при coitus—все это уже помимо объективныхъ данныхъ изслѣдованія внутреннихъ половыхъ органовъ указывало на возвратъ прежняго состоянія. И дѣйствительно, при изслѣдованіи рукава оказалось, что справа въ области рубца находится кровоточащая кратерообразная язва, около $1\frac{1}{2}$ сант. глубины и 1 сант. въ діаметрѣ. Края ея и дно неровны и плотны, боль при изслѣдованіи довольно значительная.

Больная изъявила согласіе подвергнуться вторичной операціи, о результатахъ которой сообщимъ впослѣдствіи.

Въ дополненіе къ общей картинѣ даннаго случая, мы позволимъ себѣ привести результаты микроскопическаго изслѣдованія ампутированной р. vaginalis, выскобленныхъ и срѣзанныхъ частей раковоперерожденной стѣнки вагины.

Препараты предварительно обрабатывались и окрашивались по способу практикуемому въ лабораторіи общей патологіи профессора С. М. Лукьянова, принятому у насъ и уже описанному нами на страницахъ этого журнала ¹⁾.

На срѣзкахъ изъ области эрозированныхъ участковъ влагалищной части матки данныя микроскопическія измѣненія соотвѣтствуютъ мѣстному гнѣздному воспалительному процессу, извѣстному подъ именемъ erosionis simplicis р. vagin. Рѣзко выраженная мелкоклѣтчатая инфильтрація подслизистой ткани особенно въ районѣ сосочковъ, совершенная атрофія межсосочковыхъ эпителиальныхъ столбовъ и эпителия, покрывающаго самые сосочки, наконецъ, интенсивная гиперемія сосочковыхъ сосудовъ—все это особенно рѣзко бросается въ глаза на препаратахъ изъ задней губы.

Что же касается микроскопическихъ картинъ, представляемыхъ препаратами изъ выскобленныхъ и срѣзанныхъ частей новообразованія, то послѣднія принадлежатъ къ такъ называемому «плоскому роговому раку—*carcinoma keratodes s. epitheliale*». Среди слоеобразно расположенныхъ раковыхъ стержней или тѣлъ, имѣющихъ рѣзко-железистое строеніе, въ довольно значительномъ количествѣ встрѣчаются жемчужины, или канкроидные шары съ ороговѣвшими клѣтками. Слабо выраженный соединительнотканнй остовъ обильно инфильтрированъ мелкоклѣтчатыми элементами и замѣчательно богатъ гиперемированными сосудами; по мѣстамъ послѣдніе совершенно маскируютъ остовы, выполняя промежутки между раковыми тѣлами.

При обработкѣ препаратовъ двухлористой ртутью по способу практикуемому въ лабораторіи общей патологіи профессора С. М. Лукьянова, и при

¹⁾ См. № 7 и 8; къ вопросу о врожденныхъ разщеплахъ перед. брюшной стѣнки и т. д.

окраскѣ срѣзовъ гѣматоксилиномъ, ингрозиномъ, эозинномъ и сафраниномъ въ опредѣленномъ сочетаніи, употребляемомъ въ той же лабораторіи ²⁾, намъ удалось подмѣтить нѣкоторыя любопытныя явленія, касающіяся тонкаго строенія даннаго новообразованія. Прежде всего слѣдуетъ указать на чрезвычайное обиліе каріокинетическихъ фигуръ въ области эпителиальныхъ элементовъ опухоли. Фиксаціи этихъ фигуръ и окраска ихъ не оставляли желать ничего лучшаго, а потому мы признали возможнымъ продѣлать нѣкоторыя счисленія. Оказалось, что въ полѣ зрѣнія Zeiss'овскаго микроскопа, при масляномъ апохроматѣ съ апертурой 1,30 и экв. фокусомъ разстоянія въ 2,00 мм. и при компенсаціонномъ окулярѣ № 4, можетъ быть насчитано до 15 каріокинетическихъ фигуръ и болѣе. Особенно часто попадались намъ клубчатая и звѣздчатая формы какъ прогрессивнаго, такъ и регрессивнаго ряда; не было, впрочемъ, недостатка и въ экваторіальныхъ пластинкахъ, соответствующихъ метакинетической фазѣ. Отдѣльныя хроматиновыя нити были выражены по большей части весьма отчетливо и имѣли видъ дѣйствительныхъ нитей, а не зеренъ, какъ это иногда бываетъ ³⁾. Ахроматиновыя нити въ большинствѣ случаевъ были скрыты либо, отсутствовали. Въ нѣкоторыхъ элементахъ замѣтны были, впрочемъ, образованія, напоминающія соединительныя нити *Rabl'*я.

Въ виду указаній *Martin'a* ¹⁾ и др., мы обращали вниманіе на число дочернихъ фигуръ и нашли, что съ этой стороны наша опухоль не представляетъ рѣдкаго отклоненія отъ типическаго каріокинеза: многополостнаго дѣленія мы вовсе не встрѣчали, а трехполосныя фигуры были далеко не часты.

Въ соединительнотканной стромѣ, а также въ элементахъ мелкоклетчатой инфильтраціи явленій каріокинеза не наблюдалось. Въ этомъ пунктѣ наблюденіе наше примѣняется къ случаямъ, недавно описаннымъ *Cornil'емъ* ²⁾.

Помимо только-что приведенныхъ данныхъ, вышеуказанная обработка препаратовъ позволила собрать еще нѣкоторыя подробности касательно строенія ядеръ раковыхъ элементовъ, находящихся въ состояніи такъ называемаго покоя.

Мы могли убѣдиться въ наличности ядрышекъ различнаго типа, описанныхъ *Косинскимъ*, работавшимъ подъ руководствомъ проф. *С. М. Лукьянова* ³⁾. Особенно рѣзко выступаютъ тѣ изъ нихъ, которые интензивно

²⁾ Ср. Сообщенія *Косинскаго* и *Воинова* въ «Еженедѣльной Клинической Газетѣ» за текущій годъ 1887 г. («къ ученію о различныхъ типахъ ядрышекъ у человѣка» и «нѣсколько замѣчаній относительно наклейки микроскопическихъ срѣзовъ на предметныя стекла»).

³⁾ *I. Arnold*, Beobacht. ueber Keimtheilungsfiguren in den Zellen der Geschwulste; Virchow's Archiv, Bd. 78.

¹⁾ *W. A. Martin*, Zur Kenntniss d. indiv. Keimtheilung; Virchow 7 Archiv, Bd. 86, 1881 г.

²⁾ *Cornil*, Sur le procédé de div. indir. des noyaux et des cellules épithéliales dans les tumeurs; Arch. de phys. norm. et pathol. 1886 г., № 7.

³⁾ *Косинскій*, I. с.

окрашиваются сафраниномъ. Число ихъ въ одномъ ядрѣ можетъ быть различно, также различна и величина ихъ. Сравнительно съ нормальными тканями, богатство нашей опухоли ядрышками этого типа врядъ ли можетъ подлежать сомнѣнію. Что же касается ядрышекъ второго типа, окрашивающихся гѣматоксилиномъ въ интензивный сине-фіолетовый цвѣтъ, то, какъ и въ случаѣ *Косинскаго*, они бросаются въ глаза нѣсколько меньше. Какъ бы то ни было, заслуживаетъ вниманія сходство этихъ структурныхъ элементовъ ядра съ тѣми плязмозомами и каріозомами, которымъ принадлежитъ, повидимому, весьма своеобразная роль въ жизни клѣтки, какъ это явствуетъ изъ работъ, произведенныхъ въ послѣднее время въ Лейпцигскомъ физиологическомъ Институтѣ.

Наблюденіе 2-е.

С. К., 56 лѣтъ отъ роду, вдова рабочаго, родомъ изъ Сѣдлецкой губерніи, въ Варшавѣ живетъ 17 лѣтъ; въ дѣтствѣ не болѣла. Регулы начала носить съ 16-го года; появляясь правильно черезъ 4 недѣли, крови держались 3 дня, съ болями до и во время. Послѣднія крови большая имѣла 6 лѣтъ тому назадъ. Въ замужествѣ была два раза: въ первый разъ вышла на 19-мъ году за 24-хъ-лѣтняго здороваго мужчину, съ которымъ прожила до 48 лѣтъ; на 50-мъ году, вышла вторично за 36-ти-лѣтняго и жила съ нимъ 1 годъ.

Характеръ кровей по выходѣ замужъ не измѣнился ни въ своемъ типѣ, ни въ количествѣ выдѣленій, которыхъ всегда было мало. Беременной ни отъ перваго, ни отъ втораго мужа не была. Чувствуетъ себя нездоровою около 3 лѣтъ. Порядокъ появленія болѣзненныхъ симптомовъ былъ слѣдующій: вмѣстѣ съ чувствомъ давленія и неловкости въ тазовой области стали появляться сильныя кровотеченія изъ половыхъ органовъ; послѣднія тянулись по нѣсколькимъ дней подъ-рядъ, промежутки между кровотеченіями отъ 1 недѣли до 2—3 мѣсяцевъ въ началѣ, сдѣлались въ теченіе послѣдняго года болѣе короткими и теперь, около 2 недѣль, у больной кровотеченіе постоянное, при чемъ выдѣляется довольно много крови. Рядомъ съ этимъ появились постоянныя боли въ области мочеваго пузыря, мочеиспусканіе болѣзненное, позывы часты при невозможности испусканія мочи безъ помощи катетера. Аппетита нѣтъ; общая слабость; отправленіе кишекъ смѣняется то запоромъ, то поносомъ.

26-го февраля 1887 года, С. К. была демонстрирована проф. Н. В. Ястребовымъ на амбулаторномъ приѣмѣ больныхъ студентамъ, при чемъ относительно status praes. больной было констатировано слѣдующее:

Тѣлосложеніе умѣренное, подкожной жировой клѣтчатки мало, слизистыя оболочки блѣдны; ростъ средній. Размѣры таза равняются: Сг=29; Sp.=27¹/₂; Соп. ext.—20. Наружныя половыя органы правильно развиты; малыя губы дряблы и выстоятъ изъ-за раздвинутыхъ большихъ губъ; половая щель зияетъ. Входъ во влагалище суженъ настолько, что проходимъ лишь для

одного пальца; служение это обусловлено на счетъ развитія на передней и боковыхъ стѣнкахъ влагалища бугристой опухоли. Последняя, по направленію вверхъ, принимаетъ болѣе неправильную форму съ многочисленными бороздами и углубленіями на своей выстоящей въ просвѣтъ вагины поверхности, которая такимъ образомъ имѣла дольчатую форму. На разстояніи около 1¹/₂ сантиметра отъ P. vaginalis опухоль передней стѣнки обрывается довольно рѣзко, переходя въ нормальную ткань передняго свода, съ боковъ же раковая инфильтрація заходитъ отчасти и въ область сводовъ. Задняя стѣнка еще довольно эластична при входѣ, по направленію вверхъ становится инфильтрированной, а на разстояніи 4 сант. отъ входа на ней находится выстоящая въ просвѣтъ вагины опухоль, величиною въ грецкій орѣхъ, на сравнительно узкомъ и подвижномъ основаніи. При изслѣдованіи черезъ прямую кишку опредѣляется равномерно плотное прерожденіе всей retro-vaginal'ной клѣтчатки, въ которой по мѣстамъ прощупываются узловатости отъ горошины до лѣсного орѣха. Что касается слизистой оболочки вагины, то послѣдняя представляется на ощупь гладкою лишь въ нижней трети канала, на дальнѣйшемъ же протяженіи она шереховата, покрыта углубленіями неправильной формы и разраженіями. Повсюду она плотно сращена съ подлежащею тканью. При расширеніи вагины подъемниками вышеописанныя измѣненія на слизистой оболочкѣ соотвѣтствуютъ язвенному процессу въ ней, благодаря которому поверхность опухоли представляется изъѣденною неправильной формы кровоточивыми язвами, съ грязно-сѣроватымъ дномъ. Изслѣдованіе большой безболѣзненно. Влагалищная часть матки въ состояніи старческой атрофіи, наружный маточный зѣвъ имѣетъ видъ узкаго, ограниченнаго складками, углубленія. Матка мала, дрябла, совершенно подвижна.

При изслѣдованіи мочеваго пузыря катетеромъ, послѣдній представляется занятымъ карциноматознымъ процессомъ со стороны своей задней стѣнки; она спаяна съ инфильтрированной пузырновлагалищною клѣтчаткою, слизистая оболочка довольно чувствительна для катетера.

14-го марта С. К. была снова на амбулаторномъ приѣмѣ, жалуюсь на сильныя кровоточенія изъ половыхъ органовъ и воючія отдѣленія; мочеиспусканіе сдѣлалось еще болѣе болѣзненнымъ.

При изслѣдованіи оказалось, что палецъ съ большимъ трудомъ вводится во влагалище, просвѣтъ котораго почти совершенно уничтоженъ на счетъ разраженія опухоли, язвенный процессъ съ омертвѣніемъ поверхностныхъ частей распространился какъ вглубь, такъ по поверхности; отдѣленія ихорозныя, дурно пахнущія; кровоточеніе при изслѣдованіи значительное; болѣзненность сильная. Введеніе катетера въ мочевой пузырь причиняетъ сильную боль. Моча мутноватая. Слизистая оболочка прямой кишки неподвижна, вслѣдствіе рѣзко выраженаго инфильтрата въ области ея передней и боковыхъ стѣнокъ. Больной данъ совѣтъ поступить въ больницу св. Лазаря, въ отдѣленіе неизлѣчимыхъ больныхъ. Дальнѣйшая судьба К. намъ неизвѣстна.

(Окончаніе въ слѣдующемъ номерѣ).

КЪ ВОПРОСУ ОБЪ УДАЛЕНИИ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА ПРИ КРА- НИОТОМИИ.

Ив. Кашкарова.

Въ № 10 «Медицинскаго Обозрѣнія» за 1887 годъ, я, въ видѣ предварительнаго сообщенія, описалъ инструментъ, который я употребляю для выламыванія костей, тамъ же я высказалъ свой взглядъ на неудобства современныхъ краниокластовъ для выполненія этой операціи. Въ виду того, что сообщеніе это было чрезвычайно коротко, мнѣ кажется, что многое, что я хотѣлъ сказать, вышло недостаточно яснымъ и голословнымъ. Въ настоящее время, въ виду изумительныхъ результатовъ, получающихся со всѣхъ сторонъ послѣ кесарскаго сѣченія, казалось бы и лишнимъ затѣвать вопросъ о выламываніи костей черепа, но я думаю, что въ мѣстахъ, удаленныхъ отъ центровъ и у этой операціи есть своя будущность. Нѣкоторые уже со-всѣмъ выбросили эту операцію, напримѣръ Шаута, но нужно знать, что въ Вѣнской школѣ забвеніе этой операціи произошло вовсе не вслѣдствіе успѣховъ кесарскаго сѣченія, а потому, что тамъ со временъ рожденія краниокласта Брауна не обращали вниманія на степень суженія таза и извлекали краниокла-стомъ во что бы то ни стало, а тогда объ успѣхахъ кесарскаго сѣченія, объ операціи Порро и по Зенгеру, еще не было и рѣчи. Слово «опасно» имѣетъ въ акушерствѣ весьма условное значеніе и спорить о томъ, что опасно и не опасно почти не стоитъ. Мнѣ, напримѣръ, опытъ показалъ, что гораздо опаснѣе форсиро-вать краниокластомъ, какъ извлекателемъ, нежели производить выламываніе костей даже по Simpson'у. Съ другой же стороны извѣстно—какъ трудно бываетъ иногда доказать, что опасныя послѣдствія произошли именно отъ операціи, а не отъ другихъ причинъ. Прежде чѣмъ перейти къ разбору показаній и оцѣнкѣ методовъ выламыванія костей, я считаю необходимымъ напомнить

ходъ событій, относящійся до техники краниотоміи, такъ какъ выламываніе костей въ разное время имѣло нѣсколько иное значеніе и иначе дѣлалось, чѣмъ теперь. До распространенія кифалотриптора, т. е., до 1833 года, въ нѣкоторыхъ старыхъ учебникахъ при краниотоміи описывали 3 акта: 1) Perforatio, Excerebratio; 2) Ablatio ossium cranii; 3) Attractio capitis uscorum acutorum ore; такъ что оба понятія perforatio и excerebratio считались синонимами ¹⁾; это объясняется тѣмъ, что въ прежнее время экцеребрацію, такъ какъ мы ее понимаемъ, дѣлали рѣже, чѣмъ теперь, да и не имѣли въ томъ особенной надобности, при тогдашнихъ способахъ извлеченія. Эти всѣ акты, какъ само собою разумѣется, примѣнялись или всѣ вмѣстѣ, или порознь, смотря по надобности; въ болѣе трудныхъ случаяхъ, когда извлеченіе рукой и острыми крючками не удавались, послѣ перфорации, прибѣгали къ выламыванію костей костными щипцами и извлекали ими же, или острыми крючками; само собою разумѣется, что не имѣя хорошихъ извлекателей, должны были гораздо чаще прибѣгать къ выламыванію костей, чѣмъ въ настоящее время. Что же касается до костныхъ щипцовъ, то ихъ было очень много. Отличительная черта всѣхъ ихъ необыкновенная громоздкость, что, можетъ быть, зависѣло отъ пристрастія нашихъ предковъ ко всему громоздкому и крѣпкому, а такъ же и отъ желанія сдѣлать пригоднымъ инструментъ и для извлеченія. Концы всѣхъ этихъ инструментовъ расширены въ видѣ эллипсовъ (Voer); эллипсы эти, то болѣе удлиненны, то наклонны въ ту или другую сторону (Dawis, Churchill, Chiari) или имѣютъ видъ утиного клюва (Mesnard-Stein и др.); то они имѣютъ типъ корнцанга, то клещей; внутренняя поверхность захватывающихъ частей ихъ усѣяна острыми зубьями, противоположная поверхность дырами, зубья эти самой разнообразной, иногда причудливой формы и посажены самымъ разнообразнымъ образомъ, по фантазіи изо-

¹⁾ Странно, что Скандони въ изд. 1855 года не дѣлаетъ различія между ними, хотя и описываетъ экцеребрацію, такъ какъ мы ее понимаемъ, весьма тщательно.

брѣтателей. Кромѣ острыхъ крючковъ, тоже разнообразныхъ, для извлеченія перфорированной головки былъ придуманъ цѣлый рядъ инструментовъ, никогда неимѣвшихъ обширнаго распространенія вслѣдствіе ихъ непрактичности и опасности; сюда принадлежатъ разныя Hackenzange, Tir tête à bascules Levret и т. д.

Акушеры того времени жаловались, что часто не разберешь, чѣмъ нанесено поврежденіе, перфораторомъ ли, острымъ крючкомъ или костными щипцами. Baudelocque (племянникъ) какъ бы хотѣлъ положить конецъ сомнѣніямъ такого рода своимъ 2-хъ футовымъ въ длину и 8-ми фунтовымъ кефалотрипторомъ, предложивъ даже не дѣлать перфорации, — его инструментъ замѣнялъ все. Всѣ выдающіеся акушеры того времени занялись имъ и вскорѣ убѣдились, что и имъ однимъ ничего не подѣлать безъ перфоратора. Кефалотрипторы совершенствовались — довели ихъ вѣсъ до 2-хъ фунтовъ и меньше, но, наконецъ, убѣдились, что и они инструменты опасные. На смѣну кефалотрипторовъ явились — краниокласты, не сразу они заняли то положеніе, которое подобаетъ имъ въ силу механическаго устройства, т. е., извлекателей; сначала, главнымъ образомъ, они предназначались для выламыванія костей, но такъ какъ механизмъ выламыванія костей этими инструментами нѣсколько иной, чѣмъ при употребленіи старыхъ костныхъ щипцовъ, вслѣдствіе другаго ихъ устройства, то было измѣнено и названіе метода: вмѣсто *ablatio ossium* — краниоклазія (Simpson).

Вскорѣ, однако, убѣдились, что въ большинствѣ случаевъ нѣтъ надобности производить выламыванія костей черепа, такъ какъ оказалось, что головка спадается въ силу противодѣйствія стѣнокъ таза при влеченіи ея краниокластомъ. Поэтому и занялись вопросомъ — при какихъ именно степеняхъ суженія таза необходимо производить выламываніе костей? Для рѣшенія этого вопроса было три пути: измѣреніе размѣровъ краниотомированной головки, послѣ выламыванія костей, измѣреніе размѣровъ безъ выламыванія костей, послѣ извлеченія краниокластомъ; но такъ какъ значительно узкіе тазы встрѣчаются рѣдко, то были

сдѣланы опыты на дѣтскихъ трупахъ и на фантомахъ. Эти изслѣдованія и наблюденія родовъ при узкихъ тазахъ выяснили, что при извѣстныхъ степеняхъ суженія таза, выламываніе костей свода черепа необходимо (а при нѣкоторыхъ даже и основанія черепа). Хотя относительно степени суженія не всѣ акушеры согласны между собою. Такъ, напримѣръ, А. Я. Красовскій полагаетъ необходимымъ выламываніе костей при *conj. vera* короче 6 *cm.*, В. Hicks, Barnes при *conj. vera* равной 7 *cm.* Докторъ Удинцевъ, на основаніи своихъ опытовъ на подобіяхъ фантомовъ, тоже пришелъ къ тому заключенію, что при суженіяхъ таза отъ 5—7 *cm.* невозможно протащить краниотомированную головку безъ отрыва костей. Также не всѣ акушеры согласны въ томъ, насколько краниокласты удобны для этой цѣли: Braun, инструментъ котораго считается лучшимъ извлекателемъ, считаетъ его неудобнымъ и, по отзывамъ очевидцевъ, онъ не прибѣгалъ къ краниоклазміи и при значительныхъ суженіяхъ таза и потому у него бывали случаи отрыва костей и вертикальнаго соскальзыванія краниокласта¹⁾. Simpson, В. Hicks, Davis и Barnes считаютъ свои инструменты удобными. И такъ, въ силу историческаго хода событій, старыя костныя щипцы остались на той-же ступени механическаго совершенства, на какой они стояли до изобрѣтенія и распространенія кефалотрипторовъ и краниокластовъ. И только почти одновременно съ распространеніемъ краниокласта нашъ русскій акушеръ, профессоръ Лазаревичъ, предложилъ свой эмбриотомъ, на который можно смотрѣть, какъ на нѣкоторое усовершенствованіе костныхъ щипцовъ. О скусывателѣ Anders, по непрактичности этого инструмента, я полагаю не упоминать. Позволивъ себѣ предположить вышеизложенное, хотя и давно всѣмъ извѣстное, я перейду къ разбору моихъ наблюденій, такъ какъ встрѣтившіеся мнѣ случаи значительныхъ суженій таза — дали мнѣ возможность практически ознакомиться съ разными методами выламыванія костей свода черепа.

¹⁾ В. Сутугинъ. Къ вопросу объ извлеченіи плода послѣ прободенія головки: «Военно-Медицинскій журналъ», августъ 1872 года.

Въ первомъ встрѣтившемся мнѣ случаѣ¹⁾ я убѣдился, что краниокласть Брауна дѣйствительно неудобна и даже, вѣрнѣе сказать, совсѣмъ негоденъ для выламыванія костей, въ силу своей большой величины и большой захватывающей поверхности ложекъ. Краниокласть же Simpson'a оказался болѣе удобнымъ, однако и здѣсь, какъ будетъ видно изъ описанія II-го случая, послѣ разъединенія костей, удалить отдѣльныя кости и осколки приходится опять-таки рукою (не удалять я считалъ опаснымъ); операція производилась крайне медленно и мнѣ казалось, что количество работы, произведенное краниокластомъ, значительно меньше работы руки. Нѣсколько удобнѣе мнѣ показалось выламываніе костей по способу Barnes и V. Hicks.

Послѣ этой операціи я рѣшился испробовать въ подходящихъ случаяхъ—насколько удобно дѣйствовать краниокластомъ Simpson'a при болѣе или менѣе нормальномъ тазѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ попробовать, насколько удобны для этой цѣли старыя костныя щипцы Boer'a, Mesnard-Stein'a. Я убѣдился путемъ опыта, что клювъ баклана краниокласта Simpson'a²⁾ не практичнѣе утиного клюва старыхъ костныхъ щипцовъ (Mesnard-Stein'a). Оказалось, что старыя костныя щипцы, въ этихъ случаяхъ, сравнительно еще болѣе удобны. Болѣе практичнымъ мнѣ показался эмбриотомъ профессора Лазаревича. Эти изысканія привели меня къ убѣжденію, что инструментъ, предназначенный для болѣе безопаснаго способа выламыванія костей и основанный на анатомическихъ данныхъ способа соединенія костей между собою, долженъ обладать слѣдующими свойствами: онъ долженъ быть совершенно тупъ, не долженъ развивать большой силы, долженъ занимать возможно менѣе мѣста, вся его дѣятельность должна заключаться въ возможности плотно

¹⁾ Отчетъ объ операціяхъ автора, на которыя онъ ссылается въ этой статьѣ, будетъ опубликованъ въ слѣдующихъ номерахъ журнала.

Прим. ред.

²⁾ Его краниокласть похожа на костныя щипцы Менара и Ванъ-Гювеля а концы ложекъ, по его словамъ, онъ устроилъ по типу клюва Баклана (Phalacrocorax) и другихъ морскихъ птицъ. Клювъ которыхъ приспособленъ къ открытію створокъ раковинъ.

захватить каждую кость отдѣльно, онъ долженъ быть возможно чувствителенъ для руки. Такъ какъ при выламываніи костей оказалось, что нѣтъ надобности сильно разводять крючья эмбриотома Лазаревича, а наоборотъ очень мало, и такъ какъ захватывающая часть крючьевъ тоже мнѣ не понравилась, поэтому я отбросилъ запирающій механизмъ, крючья же соединилъ съ вѣтвями, измѣнилъ ихъ форму и захватывающія поверхности. Вслѣдствіе этого я выгадалъ то, что инструментъ сдѣлался тоньше и чувствительнѣе, необходимость въ помощникѣ миновала. Получился инструментъ простой и удобный для чистки ¹⁾. Назначеніе его только выламывать кости, хотя онъ, какъ мнѣ кажется, пригоденъ и для эмбриотоміи (для выламыванія реберъ). Я пробовалъ его въ 9 случаяхъ при нормальномъ тазѣ и въ 2-хъ случаяхъ при узкомъ (въ №№ IV и II) — онъ мнѣ показался чрезвычайно удобнымъ. При его помощи выламываніе костей совершается несравненно скорѣе и безопаснѣе.

Хотя я путемъ опыта и убѣдился, что выламываніе костей черепа можетъ быть произведено какими угодно инструментами и даже безъ нихъ, однако, мнѣ кажется, что возможность работать съ большимъ комфортомъ для себя и съ меньшею опасностію для роженицы, все-таки представляетъ не маловажныя выгоды. Конечно, удобство и комфортъ, дѣло, такъ сказать, вкуса, но кого нужда заставитъ поработать надъ выламываніемъ костей — при узкомъ тазѣ старыми инструментами и мимъ, тотъ, я надѣюсь, вспомнитъ объ мнѣ съ нѣкоторою признательностію.

Кромѣ высокихъ степеней суженія таза, при которыхъ форсированное извлеченіе краниокластомъ можетъ быть гораздо опаснѣе осторожнаго выламыванія костей (см. III и IV) ²⁾. Я

¹⁾ Мой инструментъ, сдѣланный по рисунку въ № 10 «Медицинскаго Обозрѣнія» и надлежащимъ образомъ приготовленный, можно получить у Швабе въ Москвѣ.

²⁾ Иногда бываетъ необходимость, какъ я наблюдалъ, вынуть кости сильно разошедшіяся и отдѣленные уже другъ отъ друга при сильной сте-

полагаю, что выламываніе костей свода черепа необходимо дѣлать во всѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя рассчитывать на легкое извлеченіе краниокластомъ (т. е., во многихъ запущенныхъ случаяхъ) даже и при соц. vera не особенно сѣуженной (опредѣлить величину головки при узкомъ тазѣ я считаю невозможнымъ), такъ какъ осторожное выламываніе костей моимъ инструментомъ — очень легко, въ особенности при небольшомъ сѣуженіи таза, а такъ какъ мой инструментъ не имѣетъ особой специфической формы (какъ краниокласты), то при дѣйствіи имъ человѣкъ, даже и мало опытный, легко ориентуется, и послѣ выламыванія костей хорошо наложитъ краниокласть; къ этому убѣжденію я пришелъ не только на основаніи собственныхъ случаевъ, но на основаніи моихъ наблюденій надъ извлеченіями, какъ они производятся другими операторами, не могущими хватать особенной практической опытностью, а также и внимательное чтеніе чужихъ протоколовъ извлеченій.

Я убѣжденъ, что операція выламыванія костей черепа при краниотоміи, безспорно имѣетъ право на существованіе и гораздо безопаснѣе форсированнаго извлеченія краниокластомъ.

пени гниlostности плода и при узкомъ влагалищѣ, у первородящихъ, во избѣжаніе пораненій, выдающимися за покровы головы острыми краями костей.

Boër. Sieben Bücher über natürliche Geburtshülfe.

Wegand. Die Geburt des Menschen.

Osiander. Handbuch der Endbindungskunst.

Kilian. Operationslehre für Geburtshülfe.

Kilian. Armamentarium Lucinae novum.

Scanzoni. Lehrbuch der Geburtshülfe. 1885.

А. Крассовскій. Оперативное акушерство, изд. 1885 г.

И. П. Лазаревичъ. Курсъ акушерства, изд. 1879 г.

Шаута. Очеркъ основъ оперативнаго акушерства. Переводъ подъ ред. проф. К. Ф. Славянскаго, 1885 г.

Шнигельбергъ. Учебникъ акушерства. Русское изд. 1885 г.

И. Гарновскій. Медицинскій отчетъ, Спб. Родовспомогат. заведенія за 1872 г.

В. Сутугинъ. Къ вопросу объ извлеченіи плода послѣ прободенія головки «Военно-Мед. журналъ», августъ 1872 г.

Удинцовъ. О значеніи краниокласта въ акушерской практикѣ.

I. Simpson. Cranioclasme. Medicinal «Times», 1860.

I. Simpson. Clinical Lectures on the diascases of women.

КАЗУИСТИКА.

I.

Къ вопросу объ оваріотоміи при развитіи кистъ въ обоихъ яичникахъ

Н. В. Нечаева

Сверхштатнаго ординатора Гинекологической Клиники проф. Н. В. Ястребова при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ.

Кистовидное перерожденіе обоихъ яичниковъ—явленіе сравнительно рѣдкое: по Сп. Уэльсу ¹⁾ оно составляетъ приблизительно 8⁰/о всѣхъ случаевъ кистъ яичниковъ. По исчисленіямъ д-ра Матвѣева ²⁾ на 696 оваріотомій, произведенныхъ въ Россіи, двухстороннее заболѣваніе яичниковъ встрѣтилось 98 разъ, что составляетъ 12,6⁰/о. Впрочемъ, если принять во вниманіе и тѣ случаи, гдѣ второй яичникъ только отчасти перерожденъ и потому не всегда легко опредѣлимъ при обыкновенномъ клиническомъ способѣ изслѣдованія, то процентъ этотъ окажется несравненно большимъ: такъ по Сканцони ³⁾, производившемъ свои наблюденія на трупахъ, онъ равенъ 50⁰/о. На основаніи этихъ данныхъ надо думать, что даже во время оваріотомій заболѣваніе втораго яичника нерѣдко просматривается. При всемъ томъ случаевъ, потребовавшихъ вторичныхъ оваріотомій,

¹⁾ Ольсгаузенъ, Болѣзни яичниковъ.

²⁾ Д-ръ Матвѣевъ. Матеріалы къ вопросу объ оваріотоміи въ Россіи (Дисертация 1886 г. Спб.).

³⁾ Ольсгаузенъ 1. с.

по причинѣ развитія кисты во второмъ яичникѣ, вслѣдъ за экстирпаціей перваго, весьма немного: Шатцъ ¹⁾ во всей литературѣ своего времени нашель только 15 подобныхъ случаевъ, Сп. Узльсъ ²⁾ на 500 своихъ оваріотомій встрѣтилъ ихъ всего 7 разъ, д-ръ Матвѣевъ ³⁾ на 696 случаевъ экстирпаціи кистъ яичниковъ насчитываетъ только 6 повторныхъ оваріотомій. Такое относительно малое число повторныхъ оваріотомій можетъ обусловливаться самыми разнообразными причинами, но только что приведенными фактами и руководятся нѣкоторые гинекологи, какъ напр. Ольсгаузенъ ⁴⁾, совѣтуя не слѣдить съ удаленіемъ кисты и кистовидно перерожденнаго другаго яичника, тѣмъ болѣе, если это сопряжено съ особыми техническими трудностями и если есть надежда сохранить для оперируемой способность къ дѣторожденію. Однако мы полагаемъ, что въ каждомъ случаѣ оваріотоміи—другой яичникъ долженъ быть тщательно обзвслѣдованъ и если-бы онъ оказалъ также подвергнутымъ кистовидному поражению, но не во всей своей массѣ, то оставлять его весь цѣликомъ, рассчитывая на функцію здороваго участка будетъ не всегда рационально. Въ самомъ дѣлѣ, если здоровый участокъ яичника прилегаетъ къ ножкѣ, то лучше, оставивъ его, теперь-же удалить пораженныя части органа и, такимъ образомъ, съ большей вѣроятностью сохранится способность къ дѣторожденію при совершенно нормальныхъ условіяхъ организма. Если-же здоровый участокъ яичника находится на периферіи его и отдѣленъ отъ ножки кистовидно-перерожденными частями, то въ интересахъ больной слѣдуетъ пожертвовать ея ненадежной способностью къ дѣторожденію и удалить сейчасъ-же весь органъ, чтобы не подвергать женщину послѣ выздоровленія отъ одной оваріотоміи всѣмъ случайностямъ и разстройствамъ, связаннымъ съ ростомъ кисты въ другомъ яичникѣ и, такимъ образомъ, избѣгнуть и опасностей второй оваріотоміи. Случай послѣдняго рода намъ пришлось наблюдать въ клиникѣ проф. Ястребова и затѣмъ послѣ выздоровленія больной мы слѣдили за ней дома въ теченіе 9-ти мѣсяцевъ.

Въ виду относительной рѣдкости двусторонней оваріотоміи вообще и во-вторыхъ, въ виду особенностей, связанныхъ съ

¹⁾ Ольсгаузенъ I. с.

²⁾ idem.

³⁾ Д-ръ Матвѣевъ I. с.

⁴⁾ Ольсгаузенъ I. с.

каждымъ случаемъ и имѣющихъ всегда извѣстное значеніе, мы считаемъ не лишеннымъ интереса представить нижеслѣдующее описаніе этого случая.

27-го ноября 1886 г. въ упомянутую клинику поступила больная, Екатерина М-цъ, православнаго вѣроисповѣданія, 41-го года отъ роду, жена чиновника, — съ жалобой на замѣтно увеличивающійся безъ видимой причины животъ, тяжесть при ходьбѣ, затрудненія при мочеиспусканіи, стукъ и тупую боль въ правомъ и лѣвомъ подреберьяхъ. Изъ анамнеза выяснилось: больная уроженка Тульской губ., 19-ти лѣтъ, живетъ въ Варшавѣ; первыя крови получила на 15-мъ году, вторыхъ не помнить; обычный типъ ихъ $\frac{\text{по 4 д.}}{\text{черезъ 4 н.}}$, крови необильныя, до замужества всегда сопровождалась болями. Половой жизнью начала жить на 25-мъ году. Въ настоящее время уже 4 г. живетъ за вторымъ мужемъ; первый умеръ отъ болѣзни легкихъ. Характеръ кровей послѣ замужества не измѣнился относительно типа, но боли прекратились. Послѣднія крови были недѣлю тому назадъ, продолжались 4 дня какъ и прежде. Беременной ни отъ перваго, ни отъ втораго мужа не была. Сама родилась отъ многогородящей; въ дѣтствѣ, да и вообще никогда въ жизни серьезно не болѣла. Въ настоящее время почувствовала себя нездоровой съ 27-го октября 1886 года, послѣ паденія въ банѣ съ высоты 3-хъ—4-хъ футовъ; однако нѣсколько непропорционально большой животъ ея обращалъ на себя вниманіе какъ самой больной, такъ и окружающихъ уже около трехъ лѣтъ. Крови за время болѣзни не измѣнили своего характера; бѣли существуютъ почти два года; больная испытываетъ наклонность къ запорамъ и частымъ, но безболѣзненнымъ позывамъ къ мочеиспусканію. Больная представляетъ собою субъекта довольно крѣпкаго тѣлосложенія, съ хорошо развитой мускулатурой и костной системой; подкожный же жировой слой развитъ сравнительно плохо. Размѣры таза: сг. 27,2 ст., ср. — 25 ст. и conjug. ext. — 19 ст.

При наружномъ изслѣдованіи больной въ брюшной ея полости прощупывается опухоль, состоящая какъ бы изъ двухъ частей, изъ которыхъ передняя, помѣщающаяся въ области пупка, внизу отъ него до симфизы и нѣсколько кверху, болѣе плотной консистенціи и бугристая, величиной съ голову взрослого человѣка; задняя-же, вдвое большая по объему, представляется болѣе гладкой и эластической и лежитъ своимъ

длинникомъ поперекъ живота. Задняя часть опухоли поднимается сбоковъ нѣсколько выше передней, такъ что верхне-боковыми частями достигаетъ подреберій, а по срединной линіи живота имѣется выемка, опускающаяся почти до верхней границы передней части опухоли. Опухоль имѣетъ довольно ограниченную подвижность. При перкуссіи на мѣстѣ опухоли получается всюду тупой тонъ; аускультация даетъ отрицательные результаты. Размѣры живота: окружность его на уровнѣ пупка—95 ст., на 4 ст. выше пупка—91,5 ст., на 4 ст. ниже пупка—95,5 ст.; разстояніе отъ лобка до прос. xurhoid.—34,5 ст., до самой высшей точки опухоли (выемки задней части опухоли)—25 ст., отъ Spina ilei ant. sup. sin. до пупка—18 ст., до высшей точки опухоли 21,5 ст.; отъ Spina ilei ant. sup. dextra—до пупка—18,5 ст., до высшей точки опухоли—25 ст. Что касается половых органовъ, то наружныя ихъ части развиты совершенно правильно, промежность цѣла, высота ея равна 3 ст.; влагалище безъ какихъ бы то ни было особенностей; матка не увеличена, — ретроверзирвана, подвижна и нормальной консистенціи; portio vaginalis конической формы, передняя губа ея равна 2 ст., задняя же 2,5 ст.; orif. ext. овально. При передвиженіи опухоли матка слѣдуетъ за этими движеніями; боковыя стѣнки ея легко опредѣляются, но fundus опредѣлимъ только per rectum. Въ переднемъ сводѣ слѣва прощупывается сегментъ опухоли, а также небольшой бугоръ прощупывается спереди и справа. Правый яичникъ не былъ опредѣленъ. Все это изслѣдованіе по причинѣ болѣзненности и ради большей точности произведено подъ хлороформомъ. Изслѣдованіе остальныхъ органовъ больной не обнаружило въ нихъ никакихъ замѣтныхъ патологическихъ процессовъ.

На основаніи вышеизложенныхъ данныхъ была діагностирована многополостная киста лѣваго яичника. Допускались также частичныя сращенія опухоли съ брюшиной вверху справа, на основаніи довольно ограниченной подвижности опухоли и упорныхъ тупыхъ болей въ правомъ подреберьѣ, а также и характернаго треска въ данной области при движеніяхъ опухоли.

Со дня поступленія въ клинику до операціи обычными жалобами больной были—то отсутствіе аппетита, то затрудненіе при мочеиспусканіи, то, наконецъ, тупыя постоянныя боли въ обѣихъ подреберьяхъ, особенно справа, за все это время

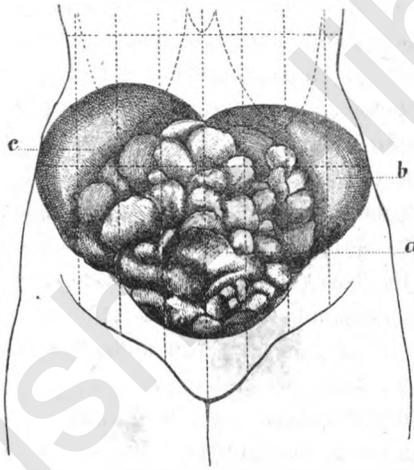
ни температура, ни пульсъ больной не выходили изъ предѣловъ нормы. Опухоль также замѣтно не увеличилась. Крови, опоздавъ на три дня, пришли 23-го дек., продолжались 3 дня вмѣсто обычныхъ 4-хъ и были не обильны. По окончаніи менструацій, съ 27-го дек. приступлено было къ подготовленію больной къ операціи: больная ежедневно получала теплыя (28°R) мыльныя ванны и влагалищныя спринцеванія изъ раствора сублимата — 1:3000; кромѣ того, кишечный каналъ ея былъ хорошо очищенъ приѣмомъ Olei ricini и промывательными.

4-го января профессоромъ Н. В. Ястребовымъ произведена операція. Операціонная комната, все присутствующія лица (въ ограниченномъ числѣ), какъ равно и все, что могло имѣть соприкосновеніе съ оперируемой, было тщательно дезинфицировано. Само операціонное поле омыто сначала сублиматомъ (1:1000), затѣмъ 5°/о карболовымъ растворомъ и, наконецъ, лимоннымъ сокомъ. При глубокомъ наркозѣ больной, сдѣланъ былъ разрѣзъ по бѣлой линіи, начиная на 4 см. выше пупка и кончая на 2 см. выше симфиза, обойдя пупокъ слѣва. Кровотеченіе при разрѣзѣ стѣнокъ живота было небогато. Нѣсколько мелкихъ сосудовъ захвачены и закручены пинцетами Пеана, другіе же перестали кровоточить отъ горячаго 1°/о раствора карболовой кислоты. По вскрытіи брюшины изъ раны показалась передняя бугристая доля опухоли, состоящая изъ цѣлаго конгломерата небольшихъ кистъ (см. рисунокъ—а); къ передне-верхней периферіи этой части опухоли на протяженіи ладони былъ приращенъ сальникъ, который, послѣ перевязки двумя лигатурами, былъ перерѣзанъ между ними, такъ что значительная часть его оставалась при опухоли. Для наложенія этихъ лигатуръ разрѣзъ брюшной стѣнки былъ немного продолженъ кверху. Изъ задней поверхности этой бугристой опухоли выходили двѣ большія кисты, изъ которыхъ— правая (см. рис.—с) доходила до нижней поверхности печени, а лѣвая (см. рис.—b) упиралась въ дно желудка и онѣ вмѣстѣ образовывали вышеописанный задній эластическій отдѣлъ всей опухоли. Эти кисты были также сращены съ боковыми частями сальника. При отдѣленіи послѣднихъ сращеній наступило довольно значительное кровотеченіе, потребовавшее нѣсколькихъ лигатуръ, для наложенія которыхъ сальникъ былъ извлеченъ, такъ какъ перевязка *in situ* была невозможна безъ

увеличенія и такъ уже продолженнаго кверху разрѣза. Затѣмъ, правая киста была соединена на протяженіи 10 кв. см. плоскостными сращеніями съ брюшной стѣнкой сейчасъ подъ печенью. Эти сращенія разъединены были простой рукой. Съ кишками сращенія не было. Отдѣливъ всѣ сращенія, приступлено было къ уменьшенію объема опухоли, что представило извѣстныя затрудненія. Прокалывать отдѣльныя кисты передней части опухоли было бесполезно, да и стѣнки ихъ послѣ укола кровоточили. Повернуть опухоль не представлялось возможнымъ, такъ какъ заднія кисты, уходя въ стороны и въ подреберья, дѣлали новообразование мало подвижнымъ. Тогда, оттянувъ лѣвый край раны кнаружи, а переднюю бугристую часть опухоли внутри насколько это можно было, не разрывая малыхъ кистъ (стѣнки кистъ были очень хрупки) была сдѣлана доступной и видной часть стѣнки лѣвой изъ заднихъ большихъ кистъ и, такимъ образомъ, послѣдняя была пунктирована труакарномъ. Также было поступлено съ правой задней кистой. При этомъ неизбежно попала въ брюшную полость часть густой коллоидной жидкости изъ обѣихъ кистъ. Удаливъ, такимъ образомъ, значительное количество содержимаго опухоли, ее безъ особыхъ затрудненій удалось вывести изъ брюшной полости наружу; при этомъ оказалось, что опухоль сидитъ на весьма короткой, но широкой ножкѣ, состоящей изъ лѣвой Фаллопиевой трубы, широкой маточной связки и лѣваго яичника. Ножка эта находилась въ состояніи неполнаго скручиванія, а именно: она была сдвинута съ своего нормальнаго мѣсторасположенія и заверочена на переднюю поверхность тѣла матки. Для отдѣленія ея отъ опухоли въ центрѣ ея была проведена двойная шелковая лигатура, раздѣлившая такимъ образомъ ножку на двѣ половины, изъ которыхъ каждая была затянута отдѣльно, причемъ лигатуры захватывали одна другую; кромѣ того на всю толщю ножки наложена еще третья общая лигатура, повыше которой ножка и перерѣзана. Затѣмъ опухоль цѣликомъ была удалена, а ножка ея опущена въ полость малаго таза.

Правый яичникъ оказался также кистовидно-перерожденнымъ, величиной съ большое гусиное яйцо. На периферіи его, противоположной прикрѣпленію ножки находился небольшой участокъ здоровой ткани, вся-же масса состояла изъ мелкихъ кистъ. Ножка была довольно длинна. Яичникъ располагался

значительной частью на передней поверхности запрокинутой позади матки, а отчасти вправо от нея. При этомъ положеніе между малоподвижной опухолью лѣваго яичника и маткой, оны не могъ быть опредѣленъ при клиническомъ изслѣдованіи, а часть его, прощупывавшаяся черезъ правопередній сводъ, была принята за часть опухоли лѣваго яичника. Не имѣя возможности сохранить здоровый участокъ ткани яичника при данномъ его положеніи вдали отъ ножки и, на основаніи выше приведенныхъ соображеній, не считая возможнымъ оставить значительно перерожденный органъ, пришлось пожертвовать, правда, сомнительной способностью больной къ дѣторожденію



Шематическій рисунокъ кисты лѣваго яичника: *a*) передній бугристый отдѣлъ, *b*) лѣвый задній отдѣлъ, *c*) правый задній отдѣлъ.

и теперь же удалить весь правый яичникъ послѣ наложенія лигатуры на его ножку. Вслѣдъ затѣмъ произведенъ туалетъ брюшины посредствомъ большихъ смоченныхъ въ 1% растворѣ карболовой кислоты губокъ. Операция закончилась наложеніемъ на рану 7-ми глубокихъ и 10-ти поверхностныхъ швовъ, причемъ брюшина не была сшита отдѣльно, но захватывалась вмѣстѣ съ остальными частями брюшнаго покрова въ общій глубокій шовъ. Зашитая рана присыпана іодоформомъ и покрыта повязкой, состоящей изъ послѣдовательныхъ слоевъ іодоформенной марли (4 слоя), карболовой ваты и простой марли (1 слой), — все это укрѣплено полосками липкаго пластыря.

Больная была переодѣта въ свѣжее подогрѣтое бѣлье, уложена въ чистую согрѣтую постель и перенесена въ тщательно дезинфицированную палату. Операція длилась 1¹/₂ часа.

Послѣоперационный періодъ протекъ безъ какихъ либо осложнений. Наивысшая температура наблюдалась въ день операціи къ 9 ч. в. и равнялась—38°С., при пульсѣ—88 въ м. Все же остальное время t° колебалась между 36,4° и 37,7°С.; пульсъ между 60 и 109 въ м., дыханіе 23—44 въ м. Первые часы послѣ операціи больную сильно беспокоили тошнота и рвота, боли въ крестцѣ и ранѣ, а также и сухой кашель, появившійся, по всей вѣроятности, вслѣдствіе вдыханія хлороформа. Къ вечеру показалось небольшое кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. Всѣ эти явленія на 3-й день были уже довольно слабо выражены и скоро наступило хорошее самочувствіе, только кашель держался еще упорно, безъ видимаго патологическаго процесса въ дыхательныхъ органахъ. Сонъ былъ все время спокойный, только первые дни прерывался кашлемъ. Первые три дня больная ничего не получала кромѣ вина со льдомъ и холоднаго чая, на 4-й день назначенъ куриный бульонъ, на 8-й—котлета и, затѣмъ, мало-по-малу перешли къ обычной ѣдѣ. На 9-й день назначена маслянная клизма, вызвавшая хорошее послабленіе. Моча первые сутки удалялась катетромъ, а со 2-го дня больная мочилась сама. Суточное количество мочи на первый день было 510 куб. с. Наименьшее количество ея наблюдалось на 3-и сутки—340 к. с.; затѣмъ, количество мочи стало возрастать и на 3-ю недѣлю оно достигло отъ 1200—1600 к. с. въ сутки. Изъ швовъ 9-ть поверхностныхъ снято на 6-е сутки, когда въ первый разъ смѣнена и повязка, оказавшаяся совершенно сухой. Послѣдній поверхностный и 1 глубокій швы сняты на 9-е сутки, 4 глубокихъ на 10-е и послѣдніе 2 глубокихъ на 12-е сутки. По всей ранѣ послѣдовало первое натяженіе. Съ 14-го дня больной позволено сидѣть, а съ 20-го ходить. Съ этого времени общее состояніе больной стало быстро улучшаться и 7-го февраля, на 35-я сутки послѣ операціи больная выписалась изъ клиники вполне здоровой, причемъ внутреннее изслѣдованіе ея половыхъ органовъ дало слѣдующее: положеніе матки нормально, своды влагалища пусты и утолщеній въ области ножекъ обѣихъ опухолей не прощупывается.

Въ настоящее время со дня описанной операціи прошло

болѣе полугода. Оперированная, все время находящаяся подъ нашимъ наблюденіемъ, значительно пополнила, окрѣпла и вообще представляетъ собою цвѣтущую и здоровую женщину, вполне способную къ ея обычнымъ занятіямъ. Однако, какъ послѣдствія такой тяжелой операціи, у нея наблюдаются слѣдующія явленія: во-первыхъ, полное отсутствіе регуль. Явленіе это, конечно, нисколько не удивительно и вполне понятно, если принять во вниманіе полную экстирпацію обоихъ яичниковъ нашей больной. Тѣмъ не менѣе въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ (Этли, Джексонъ, Стореръ и др. ¹⁾), гдѣ послѣ двусторонней оваріотоміи, черезъ извѣстное количество времени, регулы возстанавливались и принимали свой обычный дооперационный характеръ. Однако большинство гинекологовъ отрицаютъ возможность подобныхъ явленій, а описанные случаи объясняютъ неполнымъ удаленіемъ яичниковъ, такъ какъ извѣстно, что даже малѣйшая часть яичника не разрушаемая какимъ-либо патологическимъ процессомъ, способна функционировать и вызывать мѣсячныя очищенія. Это какъ нельзя лучше подтверждаетъ и описываемый нами случай: правый яичникъ нашей больной, почти весь, за исключеніемъ $\frac{1}{7}$ — $\frac{1}{8}$ его части (наружной) находился въ состояніи кистовиднаго перерожденія, однако до операціи больная менструировала совершенно правильно. Кромѣ отсутствія регуль наша оперированная страдала довольно обильными ночными потами, которые продолжались около 4-хъ мѣсяцевъ и не уступали обычнымъ способамъ леченія. Потѣтъ обыкновенно все тѣло, но главнымъ образомъ грудь безъ всякихъ болѣзненныхъ измѣненій со стороны легкихъ. Наконецъ, третье и самое тягостное для больной послѣдствіе операціи — это являющаяся повременамъ какая-то неопредѣленная, безпричинная тоска, часто доводящая больную до слезъ и отбивающая у ней охоту къ чтенію и другимъ занятіямъ. Тоскѣ всегда предшествуетъ замираніе и неприятное ощущеніе со стороны сердца, хотя объективно въ этомъ органѣ ничего патологическаго не констатируется. Этотъ приступокъ рѣзко былъ выраженъ въ теченіи 2-го мѣсяца послѣ операціи, въ послѣднее же время онъ наблюдается все рѣже и рѣже и выражается значительно слабѣе. Стоять ли эти два послѣднія явленія въ связи съ удаленіемъ яичниковъ больной или онѣ суть послѣдствія того глубокаго переворота въ пи-

¹⁾ Ольсгаузенъ.

танія ея организма, который произведенъ экстирпаціей такой громадной опухоли—трудно сказать. Несомнѣнно, нормальные яичники играютъ громадную роль въ отправленіи нервной системы женщины; но все-таки трудно допустить, чтобы удаленіе изъ ея организма на столько патологически измѣненныхъ органовъ, какъ у нашей больной, могло такъ отозваться на нервной системѣ ея. Что касается половыхъ ощущеній, то онѣ сохранились у нашей оперированной вполне. Явленіе это, впрочемъ, по наблюденіямъ Сп. Уэльса, Писли, Балли и др. ¹⁾ довольно не рѣдкое.

II.

Случай родовъ, продолжавшихся 160 часовъ (6¹/₂ сутокъ вслѣдствіе фиброміомы collis uteri, съ благопріятнымъ исходомъ для матери и плода и послѣдовательнымъ всасываніемъ опухоли въ послѣродовомъ періодѣ.

Н. И. Васильева. (Ковно).

А. С., первоящая, 27 лѣтъ, 2 февраля 1887 г., 9 часовъ утра, почувствовала первыя боли, которыя, постепенно усиливаясь, въ теченіе 3¹/₂ послѣдующихъ сутокъ (до вечера 5 февраля), достигли такой силы и частоты, что безъ преувеличенія могли быть названы судорожными. Тѣмъ не менѣе, не смотря на такую энергичную и продолжительную потужную дѣятельность, роды нисколько не подвигались впередъ и зѣвъ, по свидѣтельству присутствовавшей акушерки, былъ открытъ всего на одинъ палецъ. Для оказанія роженицѣ необходимаго пособія 5 февраля въ 8 ч. вечера позванъ былъ я. Анамнезъ больной слѣдующій: въ дѣтствѣ не страдала никакими особенно тяжелыми болѣзнями, по крайней мѣрѣ, за исключеніемъ кори, ничего другаго не помнитъ. Регулы получила на 13-мъ году; установились онѣ не съ разу и приходили въ теченіе 1-го года неправильно, сопровождааясь болями, обильнымъ отдѣленіемъ

¹⁾ Ольсгаузенъ.

крови въ теченіе 5—9 дней. Слѣдующій, 14-й годъ жизни больной, регулы появлялись каждыя четыре недѣли, продолжаясь 6—8 дней, но уже за 2—3 дня до нихъ у А. С. начинались головныя боли, боли въ нижней части живота и поясницѣ настолько сильныя, что она не въ состояніи была заниматься своими обычными дѣлами и ложилась въ постель. Изъ половыхъ частей появлялось обильное отдѣленіе слизи, которое постепенно смѣнялось менструальной кровью, а какъ только появлялась эта послѣдняя—указанныя выше болевья ощущенія дѣлались спокойнѣе и затѣмъ исчезали совсѣмъ. Кончался періодъ менструаціи опять таки обильнымъ отдѣленіемъ слизи, которое въ послѣдніе годы почти не прекращалось. По поводу этого страданія больная ни разу не обращалась за совѣтомъ къ врачу (хотя оно и было для нея очень тягостно). Въ маѣ 1886 г. А. С. вышла замужъ и сразу забеременѣла. Беременность протекла безъ особыхъ осложненій, если не считать того, что въ послѣдніе 2 мѣсяца она чувствовала нѣкоторое затрудненіе при мочеиспусканіи и одинъ разъ, недѣли за три до родовъ, изъ половыхъ частей ея показалось незначительное отдѣленіе крови, прекратившееся въ тотъ же день. Отправленія желудка, аппетитъ и сонъ были все время удовлетворительны.

Осмотръ больной далъ слѣдующіе результаты: она высокаго роста, блѣдна, сложена и упитана достаточно, костный скелетъ не представляетъ никакихъ замѣтныхъ для глаза уклоненій отъ нормы или уродливостей. Грудь средней величины, съ рѣзкой и широкой пигментаціей вокругъ сосковъ; животъ объемистый, неравномѣрно очерченный, покровы его сильно напряжены, съ красновато-синими полосами. Вправо отъ *linea alba*, на разстояніи отъ нея въ $1\frac{1}{2}$ стметр., тотчасъ надъ *symphysis ossium pubis*, замѣчается выпуклость, величиною въ большой мужской кулакъ; эта выпуклость остается на своемъ мѣстѣ при дыхательныхъ экскурсіяхъ и очень мало мѣняетъ свое положеніе при перемѣнѣ положенія больной. Верхняя граница выпуклости находится на разстояніи 12 стм. ниже пупка. При ощупываніи живота поверхность матки спереди и съ боковъ оказалась вездѣ гладкою и ровною, за исключеніемъ указанной выпуклости; дно матки доходитъ почти вплоть до мечевиднаго отростка. Прикосновеніе къ стѣнкамъ живота почти тотчасъ же вызываетъ сокращеніе матки. Самая выпуклость плотна на ощупь, неправильно-круглой формы, ограничена бо-

роздой отъ стѣнки матки, нечувствительна, несмѣщается ни въ одну изъ сторонъ и только мало мѣняетъ свое положеніе вмѣстѣ съ измѣненіями положенія матки. Внизъ опухоль спускается сзади симфиза въ полость таза; кожа подъ нею можетъ быть приподнята въ складку. Мелкія части плода вправо. Наполненный мочевой пузырь прикрываетъ опухоль спереди и снизу. Перкуторный тонъ съ боковъ живота тимпаническій, спереди и снизу тупой. Сердцебіеніе плода слышно отчетливо съ лѣвой стороны, ниже пупка. Испражненія затруднительны, моча всѣ три дня выпускается катетромъ. Измѣренія живота и диаметровъ таза дали слѣдующія цифры:

- a) D. Sp.=24¹/₂ ct; D. cr.=27 ct; D. tr.=30¹/₂ ct.
- b) C. ext=20 ct.
- c) Объемъ живота на уровнѣ пупка=108 ct.
- d) Высота дна матки по l. alba=40 ct.
- e) » » » черезъ опухоль параллельно l. alba=44 ct.;
- f) Длинный діаметръ опухоли=8 ct
- g) Поперечный ея діаметръ =6 ct.

Наружныя половыя части никакихъ особенностей не представляютъ, во время потуги изъ нихъ выдѣляется нѣсколько капель крови. При внутреннемъ изслѣдованіи стѣнки влагалища точно также не имѣютъ ничего особеннаго, прямая кишка наполнена жесткимъ каломъ. Portio vaginalis отличается совершенно необычной формой: прежде всего, въ верхней трети влагалища изслѣдующій палецъ натывается на толстое, мясистое тѣло, съ пульсирующими въ немъ довольно крупными сосудами; сквозь это тѣло можно прощупать крупную лежащую часть плода, уходящую при надавливаніи кверху. Это мясистое тѣло, оказавшееся при дальнѣйшемъ изслѣдованіи передней губой, — занимаетъ $\frac{3}{4}$ окружности влагалища, постепенно истончается, начиная отъ передняго свода къ заднему, и въ этомъ послѣднемъ переходитъ въ напряженную, съ острымъ краемъ, заднюю губу, при чемъ послѣдняя стоитъ, сравнительно, на значительной высотѣ и достигается нелегко. Если обвести пальцемъ стѣнки цервикальнаго канала, то онъ будетъ имѣть форму воронки, опрокинутой къ выходу своимъ широкимъ отверстіемъ, срѣзанной косо снизу вверхъ и спереди назадъ и сплюснутой въ передне-заднемъ направленіи. Между острой задней и толстой передней губами находимъ наружный зѣвъ, имѣющій

косо-эллиптическую форму съ длиннымъ поперечнымъ и короткимъ передне-заднимъ діаметрами. Плодный пузырь цѣль, во время схватки напрягается, весьма мало расширяя края наружнаго зѣва. Предлежащая часть—головка; баллотируетъ; зѣвъ открытъ не болѣе 1½ пальцевъ. По освобожденіи прямой кишки и мочеваго пузыря изслѣдованіе продолжено съ цѣлью опредѣленія отношенія опухоли къ окружающимъ частямъ. Черезъ передній сводъ можно было убѣдиться, что въ области, приблизительно внутренняго зѣва, передняя губа, постепенно утолщаясь, ограничивается отъ опухоли довольно замѣтной извилистой бороздкой, спускающейся въ правый боковой сводъ. Мочеваго пузыря, собственно задняя его стѣнка, по видимому, не срощена съ опухолью и лежитъ свободно на опухоли, на нижней ея части.

Не задумываясь пока надъ характеромъ новообразованія и принимая во вниманіе данныя изслѣдованія, я заключилъ, что препятствіемъ къ родамъ въ данномъ случаѣ является именно эта опухоль, сопряженная съ гипертрофіей передней губы. Въ виду-же того, что ни состояніе матери, ни состояніе плода, не смотря на продолжительную родовую работу, не оставляли пока желать ничего лучшаго, я рѣшился дѣйствовать выжидательно. Вмѣшательство мое ограничилось назначеніемъ спринцованій въ 32—36° R° черезъ каждые 3—4 ч., по 3 однолитровыхъ кружки заразъ, катетеризаціей мочеваго пузыря каждые 4 часа и клизмами, смотря по надобности. Послѣ 14 спринцеваній, 6 іюня утромъ, больная была изслѣдована мною вновь, причемъ оказалось, что дѣло подвинулось впередъ весьма мало. Назначена общая ванна въ 29° R° и оставлены души еще въ теченіе шести часовъ. Результатъ — открытіе зѣва на 2 пальца. Цѣлая ночь съ 6 февраля на 7 февраля прошла опять-таки при употребленіи спринцеваній; силы больной все время достаточны, пульсъ 78, t° 37,6, ребенокъ живъ, сердцебіенія слышны отчетливо. 7 февраля утромъ сдѣлано dilatatio artif. oris uteri manualis, какъ подготовительная операція къ кровавому, въ случаѣ надобности, расширенію. Зѣвъ удалось такимъ путемъ установить на 3 пальца. Въ виду начинавшихъ появляться признаковъ утомленія больной, рѣшено сдѣлать кровавое расширеніе зѣва. Оговариваюсь при этомъ, что на эту маленькую и неважную, можетъ быть, въ другихъ случаяхъ операцію, я рѣшился не совсѣмъ

охотно, главнымъ образомъ, потому, что приходилось дѣлать надрѣзы въ индурированной передней губѣ, съ большими пульсирующими сосудами; боязнь получить если не тотчасъ, то по окончаніи родовъ кровотеченіе изъ порѣзаннаго сосуда, когда оно и безъ того было возможно, долго останавливала меня отъ этой операціи. Тщательно избѣгая соосѣдства съ сосудами, я сдѣлалъ ножницами Scanzoni три насѣчки исключительно на передней губѣ, величиною приблизительно въ $1\frac{1}{2}$ см. — Дѣлать меньшіе разрѣзы гипертрофированной передней губы я считалъ безцѣльнымъ, такъ какъ и указанной величины далеко не достигали свода. Тотчасъ послѣ надрѣзовъ зѣвъ увеличился на $3\frac{1}{2}$ —4 пальца, головка опустилась во входъ таза, кровотеченіе было незначительное. Можно было совершенно ясно констатировать передній видъ I затылочнаго положенія. Черезъ 6 часовъ сдѣланы 2 дополнительныхъ, боковыхъ (по спайкѣ губъ) надрѣза величиною въ 1 см., произведенные, по желанію больной, подъ наркозомъ. Пузырь разорванъ и передняя губа заправлена за головку. Два часа спустя, 8 февраля въ $8\frac{1}{2}$ ч. в. прорѣзалась головка и родился живой мальчикъ, довольно упитанный, съ небольшой головной опухолью. Вслѣдъ за нимъ излилось много грязныхъ водъ, а черезъ $\frac{1}{2}$ часа вышелъ послѣдъ. Кровотеченія никакого, t° 37,5; п. 80. Прежде и послѣ надрѣзовъ, а также тотчасъ послѣ родовъ антисептическія влагалищныя спринцеванія. Родильница приведена въ порядокъ, положенъ ледъ на животъ и къ нѣсколькимъ открытымъ частямъ. Я наблюдалъ потомъ больную вплоть до 8 марта 1887 г. и вотъ вкратцѣ теченіе послѣродоваго періода, при чемъ мною преимущественно имѣлись въ виду измѣненія, происходящія въ опухоли.

2-й день послѣ родовъ, 9 февраля: t° 37, п. 78. Дно матки на $1\frac{1}{2}$ п. выше пупка. Чувствительность нижняго отрѣзка матки и праваго боковаго свода. Lochia cruenta безъ запаха, но со сгустками. Мочится сама. T° в. 37,5; п. 88. Груды массируются и бинтуются ¹⁾).

3-й день, 10 февраля: T° у. 37; п. 84. Обложенный языкъ; жажда. Одно жидкое испражненіе. Матка на $\frac{1}{2}$ п. выше пупка. Чувствительность нижняго отрѣзка матки. L. cruenta T° в. 37,1;—п. 88.

¹⁾ Ребенокъ умеръ на 2 день послѣ родовъ вслѣдствіе задержанія мочи. Вскрытія сдѣлано не было.

4-й день, 11 февраля: T° у. 37,6, п. 80. Fundus uteri in statu quo. При давлении на мѣстѣ опухоли легкая чувствительность, L. cruenta безъ запаха. Груды начинаютъ нагрубать. T° в. 37,4, п. 82. Sal Glauberi, массажъ грудей и согрѣвающей компрессъ.

5-й день, 12 февраля: T° у. 38, п. 86. Особенная чувствительность въ мѣстѣ опухоли. Опухоль плотна и напряжена. T° в. 38,7.; п. 94. Отдѣленія кровянисты, безъ запаха. Груды забинтованы еще, но несравненно легче.

6-й день, 13 февраля: T° у. 38,3, п. 84. F. uteri на 1^{1/2} п. ниже пупка, нечувствительно, мѣсто опухоли сильно болѣзненно при дотрогиваніи, loshia блѣднѣе. При внутреннемъ изслѣдованіи замѣчено: передняя губа значительно короче, но плотна по прежнему; мѣста надрѣзовъ еще замѣтны въ формѣ небольшихъ зубцовъ. Губы зѣва чувствительны весьма мало. При надавливаніи на опухоль черезъ передній сводъ чувствительность ея выступаютъ рѣзче; борозка, прежде отдѣлявшая ее отъ передней губы, исчезла, а вмѣсто нея осязающій палецъ ясно чувствуетъ всюду равномерную напряженную и болѣзненную ткань. Вся опухоль при двойномъ изслѣдованіи представляется плоче и какъ бы шире въ основаніи. Запаха нѣтъ. Назначено смазываніе живота t-га jodi и согрѣвающей компрессъ. T° веч. 38,7, п. 94.

7-й день, 14 февраля: T° у. 38,3; п. 80. Дно матки на 2^{1/2} п. ниже пупка. Опухоль плоче, шире и чувствительнѣй. Боли распространяются радіально по поверхности живота и занимаютъ значительно большее пространство сравнительно со вчерашнимъ. Одно жидкое испражненіе. Жажда. T° веч. 38,6, п. 88.

8-й день, 13 февраля: T° у. 38,1., п. 78. Головные боли, вздутый и чувствительный животъ, обложенный языкъ. Опухоль напряжена менѣе. F. uteri на 3 п. ниже пупка. Назначено: Inf. digit. 0,5 ad 180,0 aq. destill., kali nitric. et acetic 2,0, syrur. rub. idaei 15,0. Черезъ 2 часа по ст. ложкѣ.

Съ 16 по 21 февраля вечерняя и утренняя температура постоянно возрастала, достигая утромъ до 39,7 и вечеромъ до 40,4; пульсъ доходилъ до 112—120 уд. въ минуту. Матка все время оставалась на 3 п. ниже пупка. Чувствительность живота была довольно сильная и распространенная, опухоль постепенно уплотчалась, какъ бы расплываясь по поверхности матки; границы ея разрастались за l. alba на

лѣвую сторону. Зѣвъ открытъ на 1 палець, влагалищная часть мягка, передняя губа по величинѣ почти ничѣмъ не отличается отъ задней, отдѣленія ничего не представляютъ особеннаго, совершенно безъ запаха. Черезъ передній сводъ на мѣстѣ бывшей опухоли можно ощущать какъ бы полужидкое вещество, одинаковымъ образомъ констатировавшееся и на передней стѣнкѣ матки въ мѣстѣ, гдѣ прежде была замѣчена описанная уже опухоль. Начиная съ слѣдующаго дня (т. е. 22 февраля) температура убываетъ, инволюція матки идетъ быстрѣе, измѣненное описаннымъ образомъ новообразование дѣлается меньше и меньше, такъ что 27 февраля матки нельзя уже ощупать черезъ наружные покровы. Температура, пульсъ отправленія желудка нормальны и 8 марта больной разрѣшено покинуть постель. При предварительномъ внутреннемъ изслѣдованіи portio vaginalis нѣсколько увеличена въ объемѣ, умѣренно сокращена. Anteflexio II ст. — Дно, бока, передняя и задняя поверхности совершенно гладки и ровны, при самомъ тщательномъ изслѣдованіи не удается открыть малѣйшихъ слѣдовъ опухоли. Я видѣлъ больную одинъ разъ черезъ 1½ мѣсяца, другой 6 м. спустя послѣ родовъ и, изслѣдовавъ ее оба раза, получилъ отрицательные результаты по отношенію къ новообразованію. Она менструировала совершенно правильно, безъ болей, съ среднимъ количествомъ крови, 5-ть дней каждый разъ. Бѣлей нѣтъ. Представивъ исторію родовъ и послѣродоваго періода настоящаго случая, я перейду къ особенностямъ его. Но прежде всего нѣсколько словъ о новообразованіи, игравшемъ въ этомъ случаѣ не маловажную роль. Такъ какъ изъ анамнестическихъ данныхъ видно, что больная никогда не замѣчала никакой у себя опухоли, то нужно допустить, что до беременности у нея существовали или а) зачатки этой опухоли или в) уже опухоль извѣстной величины. Росту тѣхъ и другой способствовала наступившая беременность. Не будетъ большой ошибки ни въ томъ, ни въ другомъ предположеніи, но болѣе вѣрнымъ я считаю второе, такъ какъ въ функціяхъ матки до замужества существуютъ признаки, указывающія на присутствіе въ ней постоянного раздражителя, каковы: раннее появленіе мѣсячныхъ, болѣзненные, продолжительныя и обильныя регулы, бѣли и т. п. Хотя эти признаки свойственны и другимъ страданіямъ матки, но, во-первыхъ, я дѣлаю только предположеніе, а, во-вторыхъ, «интерстиціальныя міомы поло-

жительно обуславливают дисменоррею», говорит Fritsch, и въ третьихъ, продолжительныя и обильныя кровотеченія изъ матки тоже говорятъ за новообразование.

Какого характера было самое новообразование? На основаніи того, что опухоль развилась незамѣтно, была совершенно безболѣзненна, плотна, неподвижна, шаровидной формы, окружена бороздкой, съ увѣренностью можно ее считать за новообразование доброкачественное и именно за фиброміому матки. А такъ какъ опухоль эта помѣщалась тотчасъ подъ серозной оболочкой и сопровождалась гипертрофіей передней губы (и вѣроятно стѣнки) съ развитіемъ въ послѣдней сосудовъ, то она представляетъ собою смѣшанную цервикальную субсерозно-интерстиціальную фиброміому, окруженную капсулой. Особенности даннаго случая могутъ быть резюмированы слѣдующимъ образомъ. Онъ именно представляетъ интересъ: а) по мѣстоположенію опухоли, в) чрезвычайной продолжительности родовъ съ совершенно благополучнымъ исходомъ для матери и плода, с) по отсутствію обычныхъ опасныхъ спутниковъ фиброміомъ беременной матки: кровотеченій, атоніи, разрыва матки и т. п. d) по исчезанію опухоли въ послѣродовомъ періодѣ настолько полному и совершенному, что клинически нельзя было констатировать и слѣдовъ опухоли, спустя долгое время послѣ родовъ, и, наконецъ, е) по загадочности процесса всасыванія опухоли.

Что касается перваго пункта, т. е., мѣстоположенія опухоли, то извѣстно, что расположеніе фиброміомъ на передней, задней и боковыхъ стѣнкахъ тѣла матки не представляетъ рѣдкости, тогда какъ цервикальныя субсерозныя міомы попадаютъ далеко не такъ часто. О. Ли, между 74 міомами наблюдалъ всего лишь 4 in collo uteri. а Куртъ, изъ 131 маточныхъ фиброміомъ нашель 21, расположенныхъ цервикально.

Нашъ случай хотя и нельзя считать совершенно чистымъ случаемъ цервикальной субсерозной міомы, такъ какъ часть опухоли помѣщалась на передне-боковой поверхности тѣла матки и кромѣ того интерстициально, но на тѣхъ же основаніяхъ нельзя исключить и названія *fibromyomae subserosae colli uteri*, тѣмъ болѣе, что еще большой вопросъ, откуда собственно начала расти опухоль: съ тѣла на шейку или обратно? — Что касается продолжительности родовъ, то мнѣ не удалось въ доступныхъ для меня литературныхъ источникахъ найти ни од-

ного случая, гдѣ бы роды продолжались 160 часовъ подрядъ. Напротивъ, и менѣе продолжительные случаи родовъ съ смертельнымъ исходомъ для матери или плода, или для той и другаго вмѣстѣ, не представляютъ рѣдкости. Такъ извѣстно, что Трейеръ потерялъ роженицу послѣ трехдневныхъ родовыхъ мукъ, когда роды были окончены имъ щипцами. Вемеръ и Барнече видѣли случаи 6-ти-дневныхъ родовъ, гдѣ смерть матери наступила 48 часовъ спустя послѣ окончанія ихъ; М. Клинтонъ наблюдалъ роды тройнями, гдѣ роженица скончалась черезъ 50 часовъ отъ начала ихъ «вслѣдствіе истощенія силы». Нужно принять во вниманіе, что въ приведенныхъ мною случаяхъ хотя и существовали фиброміомы матки, но онѣ не представляли, по названнымъ авторамъ, прямого механическаго препятствія ¹⁾). Нельзя умолчать и о благопріятнымъ условіяхъ даннаго случая, столь частыхъ и столь обыкновенныхъ особенно при субсерозныхъ фиброміомахъ шейки матки,—т. е., объ отсутствіи атоніи, кровотеченій, разрыва матки и т. п. Много извѣстно случаевъ, гдѣ именно цервикальныя фиброміомы влекли за собою смертельный исходъ вслѣдствіе неудержимыхъ кровотеченій *in puerperio* (Шоссье, d'Outrepoint'a) или отъ «истощенія силъ» (Пухельтъ, Симсонъ) во время родового акта и т. п. Вообще-же изъ статистики видно, что средній процентъ смертности дѣтей достигаютъ 66⁰/₀, а матерей 54⁰/₀ — цифра далеко не дюжинная.

Большой интересъ представляетъ также процессъ исчезновенія опухоли *in puerperio* въ томъ отношеніи, что, — какъ это будетъ сказано ниже, — собственно способъ исчезновенія не можетъ быть точно указанъ, хотя исторія болѣзни даетъ много шансовъ за исчезновеніе опухоли путемъ размягченія ея, быть можетъ даже гнойнаго. Случаевъ исчезновенія фиброміомъ такимъ путемъ въ литературѣ нѣтъ, т. е., по крайней мѣрѣ, хорошо и точно наблюденныхъ. Извѣстно лишь вообще, что тѣмъ или другимъ путемъ, но фиброміомы исчезаютъ или во время менопаузы (27) или *in puerperio* (13). Таковы случаи Ашуэлла (3), Кидда (2), Симсона (1), Гольста, Казо, Шпигельберга, Фритча и др.—Лоренъ видѣлъ у одной роженицы фиброміому величиною съ дѣтскую голову; фиброміома эта,

¹⁾ Слѣдуетъ думать, что благополучное окончаніе родовъ въ нашемъ случаѣ много обязано современнымъ антисептическимъ правиламъ, практикуемымъ при веденіи родовъ.

когда родильница скончалась на 22 день послѣ родовъ, оказалась величиною всего лишь съ грецкій орѣхъ. Геню наблюдалъ резорпцію фиброміомы съ высокими лихорадочными явленіями. «Во всѣхъ этихъ случаяхъ», говоритъ Фритчъ, — «процессъ резорпціи ихъ (фиброміомъ) дѣлается понятнымъ, если допустить, что имѣемъ дѣло съ чистыми миомами, безъ капсулы, какъ это указалъ первый Шпигельбергъ, когда въ нихъ происходятъ тѣ же измѣненія, что и въ волокнахъ матки. «Само собою разумѣется, что отрицать резорпцію инкапсулированныхъ фиброміомъ было бы трудно», прибавляетъ онъ. Въ нашемъ случаѣ, для объясненія процесса исчезновенія опухоли, слѣдуетъ обратить вниманіе на а) отсутствіе какихъ-либо признаковъ, указывающихъ на страданія матки, ея придатковъ, влагалища, наружныхъ половыхъ частей и т. д., такъ какъ во всѣхъ поименованныхъ частяхъ ниразу не замѣчено ничего подозрительнаго. Если и были боли, то онѣ должны быть сочтены за послѣдовательныя явленія тѣхъ измѣненій, которыя первоначально появились въ опухоли. Не было точно также ни напряженія въ сводахъ, ни измѣненій въ отдѣленіяхъ и другихъ явленій, свойственныхъ страданіямъ матки. Затѣмъ, слѣдуетъ имѣть въ виду б) первоначальное появленіе болей въ самой опухоли, постепенное ея размягченіе, ростъ въ ширину, совпавшіе съ высокой температурой и с) ходъ и колебанія температуры, которые даютъ нѣкоторое право думать о воспалительномъ процессѣ, происходившемъ въ опухоли, быть можетъ даже съ образованіемъ гноя.

III

Zeiss. Отчетъ о засѣданіяхъ гинекологической секціи 60-го съѣзда нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Висбаденѣ, въ сентябрѣ 1887 года. (Centr. f. Gyn. №№ 41—49).

(Переводъ А. К. Гермоніуса).

Засѣданіе 20-го сентября.

(Предсѣдатель: проф. *Ahlfeld* (Марбургъ). Секретари: *Cuntz*, *Hempel*, *Wesener*).

Witt (Вюрцбургъ). О смѣшанномъ гонорройномъ зараженіи у женщины.

Подъ смѣшаннымъ зараженіемъ надо понимать вторженіе въ организмъ микробовъ двухъ разныхъ видовъ. Ходъ явленій при этомъ обыкновенно таковъ: сначала паразитъ одного вида производитъ въ пораженномъ органѣ однѣ измѣненія; затѣмъ, на подготовленной такимъ образомъ почвѣ, поселяется слѣдующій, другаго вида, паразитъ; такъ, пораженное пневмоническимъ процессомъ легкое представляетъ самую благопріятную почву для вторженія и развитія на ней туберкулезныхъ бациллъ. То же явленіе въ самыхъ разнообразныхъ видахъ наблюдается и при гонорройномъ зараженіи женскихъ половыхъ органовъ. Докладчикъ беретъ для своего сообщенія отдѣльные участки женскаго полового аппарата. Напримѣръ, столь часто наблюдаемое и, вѣстѣ съ тѣмъ, столь простое воспаленіе Бартолиновой железы никоимъ образомъ не можетъ быть приписываемо патологическимъ свойствамъ однихъ только гонококковъ, что докладчикъ доказалъ положительнѣйшимъ образомъ; здѣсь должны быть лишь въ послѣдствіи попадающіе зародыши, будь то *Staphylococcus pyogenes*, или возбудители гніенія, которые и влекутъ за собой нагноеніе, гесп. образованіе въ пораженной перелоемъ железнѣ кисты съ гнойнымъ содержимымъ. Небольшіе гнойнички, наблюдаемые иногда при перелоеѣ въ стѣнѣ мочеиспускательнаго канала, происходятъ всегда при посредствѣ микроорганизмовъ, прямо вызывающихъ нагноеніе и попадающихъ сюда только послѣдовательно. Равнымъ образомъ, не существуетъ и гонорройнаго цистита, въ точномъ смыслѣ этого слова, какъ это, вообще, было принимаемо до настоящаго времени; гонококки сами по себѣ не вызываютъ цистита, онъ является лишь вслѣдъ за иными микробами, проникающими въ мочевой пузырь, благодаря заболѣванію мочеиспускательнаго канала. Въ силу такой же послѣдовательности, развиваются и тѣ воспаленія околomatочной клѣтчатки и даже заболѣванія далеко-отстоящихъ суставовъ, которыя мы наблюдаемъ вслѣдъ за перелойнымъ зараженіемъ. Весьма вѣроятно, что и нѣкоторые случаи мѣстной бугорчатки трубъ исходятъ изъ этого же смѣшаннаго гонорройнаго зараженія.

Kroner (Бреславль). *Объ отношеніи перелоя къ процессамъ видовой жизни.*

Kroner сообщаетъ о раннихъ и позднихъ періодахъ послѣродоваго состоянія 97 матерей, дѣти которыхъ представляли ясныя признаки специфическаго бленнорройнаго зараженія глазъ. Онъ предостерегаетъ отъ преувеличенія вреднаго, въ смыслѣ *Nöggerath-Sänger'a*, вліянія перелоя какъ на ранній, такъ и на поздній послѣродовой періодъ. Прежде всего, необходимо установить перелой у родильницы путемъ бактериологическаго изслѣдованія отдѣленій изъ ея половыхъ органовъ или присутствіемъ *ophthalmoblennorrhoe* и у ея ребенка. *Kroner* въ своемъ сообщеніи держится также того взгляда, что ни на чемъ не основано и признаніе опаснаго вліянія на беременность перелоя, дающаго будто бы столь же частые поводы къ выкидышу, какъ и сифились. Съ недо-вѣріемъ же высказывается *Kroner* и о частотѣ безплодія, зависящаго отъ гонорройнаго зараженія женщины; онъ требуетъ въ каждомъ случаѣ одновременнаго изслѣдованія мужчины, дабы убѣдиться, не вліяетъ ли на это безплодіе отсутствіе или уменьшеніе у него числа сѣмянныхъ нитей, обусловленное его собственнымъ трипперомъ.

Пренія: Kugelmann (Ганноверъ) спросилъ, всякому ли бартолиниту предшествуетъ гонорройное зараженіе. *Wimh* отвѣтилъ отрицательно. *Kugelmann*, согласно своимъ наблюденіямъ, полагаетъ, что параметриты слѣдуютъ за перелоемъ не особенно часто.

Kaltenbach (Галле): «Смѣшанное зараженіе играетъ большую роль не только въ гинекологіи, но и въ акушерствѣ; за это говоритъ атипическое теченіе многихъ послѣродовыхъ заболѣваній, столь затрудняющее постановку безошибочнаго предсказанія. Часто имѣютъ также мѣсто комбинаціи зараженія съ отравленіемъ. Связь между перелоемъ и послѣродовымъ параметритомъ клинически твердо установлена. Бленноррея глазъ новорожденныхъ и лихорадочное теченіе послѣродоваго періода (эндометритъ и параметритъ) часто наблюдаются при неполномъ соблюденіи профилактическихъ мѣръ.

Кромѣ того въ преніяхъ принимали участіе краткими замѣчаніями—*Sänger* (Лейпцигъ), *Laaser* (Мемель) и *Cohn* (Берлинъ).

Sänger (Лейпцигъ). *Новый (англійскій) методъ perineorrhaphi'i путемъ расщепленія кишечно-влагалищной перегородки (septum recto-vaginale) и образованія лоскута.*

Въ началѣ года *Sänger* познакомился у одного датскаго врача съ новѣйшимъ способомъ леченія разрывовъ промежности и выпаденій, по *Lawson Tait'u*, и примѣнилъ его до сихъ поръ въ 17 случаяхъ съ прекраснымъ результатомъ. 7 случаевъ относились къ разнымъ степенямъ выпаденій влагалища и матки, 3—къ застарѣлымъ полнымъ разрывамъ промежности и 7—къ неполнымъ разрывамъ. Для уясненія приемовъ пластики въ этой операціи, *Sänger* представилъ растянутый на ражѣ спиртовой препаратъ и бумажные фантомы. Вкратцѣ техника операціи изложена докладчикомъ слѣдующимъ образомъ:

1) *При неполномъ разрывѣ промежности.* Въ прямую кишку вводится ватный тампонъ. Septum recto-vaginale расщепляется въ поперечномъ направленіи кривыми ножницами на протяженіи 3—4 см. въ ширину и 1,5 см. въ глубину. Отъ концовъ этого поперечнаго разрѣза подъ прямымъ угломъ проводятся еще два боковыхъ, доходящихъ приблизительно до мѣста соединенія большихъ губъ съ малыми, такъ что разрѣзы получаютъ форму \square . Отсепарованный такимъ образомъ влагалищный лоскутъ отворачивается кверху, причѣмъ получается закругленная сверху почти квадратная окровавленная поверхность. Соединеніе краевъ производится поперечно посредствомъ иглы (съ рукояткой) Peasly и серебряной проволоки, при чемъ вколы и выколы дѣлаются какъ-разъ на границѣ окровавленной поверхности съ кожей; 3—4 швовъ достаточно. Затѣмъ, между ними накладываютъ поверхностные шелковые швы, соединяющіе кожу, и присыпаютъ все іодоформомъ. Поверхностные швы снимаются на 7-й, глубокіе на 14-й день.—22) *При высшихъ степеняхъ выпаденія влагалища.* Послѣ предшествовавшей ампутаціи влагалищной части (или операциі Emmet'a, или экзизиі шейки, смотря по особенностямъ даннаго случая), colporrhaphi'i ant. и post. (последняя—не заходя на промежность),—поступаютъ въ общемъ такъ-же, какъ и въ 1-мъ случаѣ; только боковые разрѣзы ведутся еще дальше впередъ, такъ что послѣ окончательнаго шиванія получается болѣе узкій входъ во влагалище (introitus vaginae), болѣе высокая и прочная промежность. Одна-же Episiorrhaphia, безъ одновременной пластической операциі на влагалищѣ и шейкѣ, какъ то дѣлаетъ L.-Tait, недостаточна.—3) *При застарѣлыхъ полныхъ разрывахъ промежности.* Сначала поперечно расщепляется septum recto-vaginale, —лучше посредствомъ скальпеля, —потомъ боковыми разрѣзами, какъ и въ 1-мъ случаѣ, образуется влагалищный лоскутъ; затѣмъ эти разрѣзы продолжаютъ внизъ до того мѣста, гдѣ кончается разрывъ sphinctri ani, благодаря чему получается ректальный лоскутъ. Разрѣзы, слѣдовательно, образуютъ фигуру I—I, а плоскость окровавленія по отсепарованіи обоихъ лоскутовъ, почти прямоугольничекъ. Соединеніе краевъ раны производится такъ-же, какъ въ 1-мъ и во 2-мъ случаяхъ. Ни влагалищныхъ, ни ректальныхъ швовъ здѣсь не накладываютъ, —всѣ швы лежать со стороны промежности; этимъ безусловно исключается возможность образованія кишечно-влагалищныхъ фистулъ. Легкій и быстрый способъ образованія лоскута (L.-Tait употребляетъ на всю операцию только 4 минуты), равно какъ и простота наложенія швовъ, заставляютъ видѣть въ этой операциі большой шагъ впередъ въ дѣлѣ перинеопластики, тѣмъ болѣе, что она можетъ быть легко изучена и практическими врачами, въ противоположность кропотливымъ и сложнымъ оперативнымъ методамъ, сопряженнымъ съ освѣженіемъ и удаленіемъ тканей.

Sohn (Берлинъ). *О первоначальныхъ и окончательныхъ исходахъ операций, примѣняемыхъ при выпаденіяхъ.*

Выводы докладчика основываются на исходахъ 105 операций пролапса, произведенныхъ профессоромъ Schröder'омъ съ августа 1882 г. до февраля

1887 г., частью въ клиникѣ (88 случ.), частью въ частной практикѣ (17 случ.). На этихъ 105 выпаденіяхъ сдѣлано всего 123 colporrhaphi'i. Во всѣхъ случаяхъ примѣнялся непрерывный кэтутовый шовъ (кэтутъ Thiersch'a). Операция производилась всегда подъ постояннымъ орошеніемъ; послѣ нея, въ продолженіе 10—12 дней, опіемъ искусственно задерживались испраженія. Зажили: 94 — линейнымъ рубцомъ, 24 — съ небольшими дефектами, не портившими однако общаго хода заживленія; 2 — не зажили вовсе. Выпаденія, какъ таковыя, излечены въ 9 случаяхъ плохо (8 клиническихъ, 1 — частный), хорошо въ 80 (65 клиническихъ, 15 частн.), посредственно въ 9; исходъ 4 случаевъ остался неизвѣстенъ; 2 случая окончились послѣ операціи летально: одинъ — вслѣдствіе хроническаго нефрита и недостаточности сердечныхъ клапановъ, другой — вслѣдствіе высокой степени изнуренія. Въ 60 случаяхъ докладчикъ имѣлъ возможность провѣрить окончательные исходы. Совершенно излечены, т. е. выпаденія уничтожены только въ 34 случаяхъ, т. е. 57%; въ 23 — получился рецидивъ; между послѣдними только одинъ оперированъ внѣ клиники. Докладчикъ не находитъ словъ, чтобы достаточно убѣдительно рекомендовать дальнѣйшее примѣненіе непрерывнаго кэтутоваго шва. Этотъ шовъ почти безусловно гарантируетъ заживленіе раны первымъ натяженіемъ; причину-же многочисленныхъ возвратовъ слѣдуетъ искать въ чемъ-либо другомъ, на примѣръ въ неблагоприятныхъ жизненныхъ условіяхъ большинства оперируемыхъ.

Frank (Кельнъ). Обь операціяхъ при выпаденіяхъ.

Frank, при оперативномъ леченіи выпаденій, старался дать большую устойчивость влагалищу, которое, при данныхъ условіяхъ, должно не только удерживать само себя, но служить также опорой маткѣ, для чего онъ и пользовался слѣдующимъ способомъ, существенно отличающимся отъ всѣхъ до сихъ поръ употреблявшихся методовъ. Впереди заднепроходнаго отверстия дѣлается подковообразный разрѣзь, и вся задняя стѣнка влагалища отдѣляется отъ подлежащей ткани; потомъ, вырѣзавъ «соотвѣтствующій» кусокъ изъ этой задней стѣнки, стягиваютъ, начиная изъ глубины раны, кэтутовымъ непрерывнымъ швомъ соединительную ткань, окружающую влагалище и прямую кишку, и затѣмъ только приступаютъ къ наложенію обыкновенныхъ влагалищныхъ швовъ и къ зашиванію промежности серебряною проволокою. При этомъ способѣ натяженіе тканей влагалища не можетъ послѣдовать, такъ какъ въ глубинѣ лежащіе швы уменьшаютъ возможное напряженіе. Съ конца-же 1881 г. докладчикъ производитъ эту операцію даже безъ удаленія ткани. Кэтутовою лигатурой, продѣтою чрезъ отсенарованную заднюю стѣнку влагалища, на всемъ ея протяженіи, онъ стягиваетъ эту стѣнку такъ, что она вдается въ просвѣтъ влагалища въ видѣ значительнаго гребня, верхушку котораго составляетъ columna rugarum. Подъ этимъ гребнемъ соединяется, какъ описано выше, лежащая по сторонамъ влагалища и прямой кишки клѣтчатка. Frank очень доволенъ результатами своего способа; онъ ни разу не наблюдалъ возврата выпаденія, — въ одномъ случаѣ, даже послѣ четырехъ

послѣдовавшихъ затѣмъ родовъ. Принципъ операціи таковъ—дать влагалуцу болѣе крѣпкую связь съ сосѣдными органами.

Пренія: *Негар* (Фрейбургъ). Пластическія операціи на половыхъ органахъ не могли утвердиться въ Англіи по весьма понятной причинѣ: примѣнявшіеся тамъ до сихъ поръ методы неудовлетворительны, — освѣженіе и наложеніе швовъ дѣлаются слишкомъ поспѣшно, съ цѣлью лишь блеснуть возможною быстротой. Въмѣсто того, чтобы познаться съ усовершенствованными нѣмецкими методами и съ прекрасными ихъ результатами, англичане ухватились снова за операціи съ лоскутомъ. *Негар* не думаетъ, чтобы промежность, зашитая, какъ сказано, *L. Tait*'омъ, въ 4 минуты, выдержала хоть отдаленное сравненіе съ промежностью, заштою по нѣмецкому способу. Онъ сомнѣвается также и въ томъ воображаемомъ преимуществѣ *Tait*'овскаго метода, будто онъ, даже въ случаѣ отсутствія заживленія, оставляетъ всѣ условія такими-же, каковы онѣ были до операціи, ибо при производствѣ послѣдней нѣтъ удаленія тканей. На лоскуты, по мнѣнію *Негар*'а, обращено слишкомъ мало вниманія, они держатся почти на воздухѣ. Они, безъ сомнѣнія, должны сморщиваться, что именно и можетъ повлечь за собой, при полныхъ разрывахъ, нежелательныя послѣдствія. При неполныхъ разрывахъ промежности этотъ способъ еще можетъ быть хорошъ, но при нихъ и всѣ другіе способы хороши. Что касается излеченія выпаденій, — въ этомъ отношеніи *Негар* лишаетъ новый способъ всякаго значенія, такъ какъ если операція ведется по *L.-Tait*'у, т. е., безъ предшествующей пластической операціи (см. выше — докладъ *Sänger*'а), то она касается только влагалуцнаго выхода, resp. нижняго отдѣла кишечно-влагалуцной перегородки. *Негар*'у кажется сомнительнымъ и то, чтобы при этомъ способѣ на самомъ дѣлѣ миновалась возможность образованія ректо-вагинальныхъ фистулъ; напротивъ того, способъ наложенія швовъ долженъ, кажется, благопріятствовать расхожденію краевъ верхней части раны. — По поводу доклада *Cohn*'а *Негар* выразилъ свое удивленіе, что въ берлинской клиникѣ оперировано такъ мало выпаденій. Причина этого можетъ заключаться лишь въ недостаткѣ довѣрія къ этой операціи со стороны населенія. Онъ въ маленькомъ Фрейбургѣ оперируетъ гораздо больше, — и не только вполне выраженные, большія выпаденія, но и едва начинающіяся. Правда, нельзя не сознаться, что опубликованные берлинской клиниккою результаты не могутъ возбудить особеннаго довѣрія, — ни относительно первичнаго, ни окончательнаго исцѣленія. Указанные докладчикомъ (*Cohn*'омъ) причинные моменты, препятствующіе первичному заживленію, какъ-то — орошеніе карболовымъ и сулемовымъ растворами, неудовлетворительный матеріалъ для швовъ (шелкъ), складчатость и свертываніе тканей въ глубинѣ раны, — *Негар* не можетъ считать достаточно важными: очень тщательное наложеніе швовъ параллельно ранѣ, полуглубокіе швы, удаленіе излишнихъ частей тканей передъ завязываніемъ швовъ, — все это даетъ возможность избѣгать указанныхъ недостатковъ. Непрерывный шовъ не былъ испытанъ *Негар*'омъ, но онъ слышалъ, что въ Берлинѣ часто, послѣ наложенія непрерывнаго шва, примѣняютъ еще надлежащее количество шелковыхъ.

Задерживаніе испражнений послѣ операціи—способъ, разумѣется, не хорошій и притомъ совершенно лишній; можно даже при полномъ разрывѣ, не задумываясь, давать слабительное на 3—4 день.

Kaltenbach (Галле) отнесся далеко не такъ отрицательно къ рекомендованному *Sänger*'омъ методу *L.-Tail'a*. При оперативномъ леченіи выпаденій этотъ методъ, конечно, можетъ быть разсматриваемъ только, какъ вспомогательный. То обстоятельство, что при немъ не бываетъ удаленія ткани, имѣетъ значеніе лишь при полныхъ разрывахъ, такъ какъ при выпаденіяхъ бываетъ обыкновенно излишекъ этихъ тканей. Во всякомъ случаѣ, эта операція заслуживаетъ серьезнаго испытанія и въ Германіи. Затѣмъ, *Kaltenbach* высказалъ свои взгляды и на затронутые въ докладѣ *Cohn'a* вопросы. По его наблюденіямъ, матеріалъ для швовъ мало вліяетъ на успѣхъ операціи: у него исходы одинаково хороши и при шелкѣ, и при кѣтгутѣ, и при провололкѣ, равно какъ и при непрерывномъ кѣтгутовомъ швѣ.

Mermann (Мангеймъ) скептически отнесся къ нѣкоторымъ подробностямъ въ поясненіяхъ своихъ предшественниковъ. Онъ требуетъ въ особенности, чтобы при обсужденіи конечныхъ результатовъ, достигнутыхъ операціями при выпаденіяхъ, не брались въ расчетъ всѣ выпаденія, безъ различія, но чтобы разсматривались совершенно отдѣльно тѣ, гдѣ выпаденіе исключительно и главнымъ образомъ относится къ передней стѣнкѣ влагалища, при образованіи рѣзкаго *cystocele*; эти выпаденія даютъ гораздо худшее предсказаніе, чѣмъ другія.

Veit сомнѣвается въ томъ, чтобы *Tait* имѣлъ право приписывать себѣ первенство открытія только что опубликованнаго имъ способа. Онъ видѣлъ примѣненіе этого-же метода нѣсколько лѣтъ тому назадъ у *Wilms'a*; правда, тамъ чаще примѣнялось одновременное удаленіе съ боковъ небольшихъ лоскутовъ кожи. Этотъ способъ былъ тоже опубликованъ, но плохо и не совсѣмъ понятно. Однако операціи, сдѣланныя *Wilms*'омъ, иногда влекли за собой образованіе кишечно-влагалищныхъ фистулъ.

Fehling (Базель) обратился къ *Cohn*'у съ вопросомъ, что собственно онъ понимаетъ подъ рецидивомъ послѣ операціи выпаденія. Большая разница, дѣлается-ли операція вслѣдствіе недостаточности запирательнаго аппарата, вслѣдствіе гипертрофіи матки, или ослабленія, разрывленія соединительной ткани. Въ первомъ случаѣ, примѣняя хорошій способъ, должно ожидать прочнаго заживленія,—въ двухъ другихъ, не смотря на весьма суженное влагалище, матка можетъ снова выпасть. Приводя статистику, слѣдуетъ обращать вниманіе на это обстоятельство. Что касается до матеріала для швовъ, то и *Fehling* думаетъ, что это безразлично. Въ его практикѣ имѣется, правда, только сотня операцій при выпаденіяхъ. Въ нѣсколькихъ изъ нихъ онъ употреблялъ непрерывный кѣтгутовый шовъ; такъ какъ результаты, полученные при этомъ способѣ, были хуже прежнихъ, то онъ снова обратился къ провололкѣ и шелку. Впрочемъ, неудовлетворительные исходы зависѣли, по его мнѣнію, отъ недостатка опытности. Послѣдовательное кровотеченіе онъ

наблюдалъ одинъ разъ, какъ слѣдствіе спринцеваній, которыя онъ поэтому теперь и оставилъ. Брызжущіе сосуды и крупныя вены перевязываются.

Cohn (Берлинъ) старается опровергнуть догадку *Neegar'a* относительно причинъ малаго числа оперированныхъ въ берлинской клиникѣ выпаденій. Это объясняется не недовѣріемъ населенія къ данной операціи, а тѣмъ, что въ Фрейбургѣ всѣ должны обращаться въ одну клинику, тогда какъ въ Берлинѣ больныя, которымъ посовѣтована какая нибудь операція, бѣгаютъ изъ одной клиники въ другую. Рекомендую непрерывный катгуттовый шовъ, какъ хорошее средство для достиженія перваго натяженія, онъ этимъ вовсе не отрицаетъ, что и всякимъ другимъ матеріаломъ для швовъ можно достигнуть благоприятныхъ результатовъ. Частые возвраты выпаденій матки, не смотря на прекрасное заживленіе, позволяютъ поставить вопросъ прямо такъ, не покажется ли въ этихъ тяжелыхъ случаяхъ и прикрѣпленіе матки къ передней брюшной стѣнкѣ?

Sänger полагаетъ, что способъ *L.-Tait'a* стоитъ, все-таки, фактическаго испытанія со стороны нѣмецкихъ гинекологовъ. Соединяя его съ *colporrhaphia post.*, можно на самомъ дѣлѣ получить промежность, не только прочную, вполне соответствующую своему назначенію, но и удовлетворяющую всѣмъ требованіямъ косметики. Это могутъ подтвердить его ассистентъ, *Donat*, и присутствующій на засѣданіи д-ръ *Binder* (Плауенъ), изъ пациентокъ котораго *Sänger* одной, присланной къ нему, сдѣлалъ эту операцію. Какъ лучший матеріалъ, *Sänger* рекомендуетъ *silkworm* въ узловатомъ швѣ.

Ziegen speck (Мюнхенъ) возразилъ, что всякая операція надъ промежностью должна, по возможности, стремиться къ восстановленію пораженной части *ad integrum*, и что способъ *L. Tait'a* именно этого-то и не дѣлаетъ, а потому уже а priori долженъ быть отвергнутъ. Противъ этого возраженія настоятельно возсталъ *Meinert* (Дрезденъ). Этотъ способъ того именно и достигаетъ, чего въ немъ не находятъ *Ziegen speck*. Онъ какъ разъ восстанавливаетъ тѣ отношенія, которыя существовали до разрыва. Находящійся на верхнемъ концѣ зашитой раны лоскутъ ничуть не мѣшается. *Meinert* въ 14 случаяхъ изъ 15 оперированныхъ получилъ первое натяженіе.

Mensinga (Фленсбургъ). *О недостаточности молока у кормящихъ зрѣдью и леченіи ея.*

Всякому врачу бросается въ глаза, что число матерей, способныхъ кормить своихъ дѣтей, уменьшается; массаи появляющіяся на рынкѣ средства для вскармливанія дѣтей служатъ тому очевиднѣйшей иллюстраціей. Наша обязанность придти здѣсь всѣми средствами на помощь, и докладчикъ просить всѣхъ врачей, вообще, и присутствующихъ въ особенности, помочь ему «статчить съ мели эту застрявшую въ болотѣ молочную повозку». Причину этой возростающей неспособности кормить слѣдуетъ искать въ 3 условіяхъ: 1) периферическія, общія причины, — слабость, хроническія заболѣванія, острья лихорадочныя болѣзни и проч.; 2) центральныя или психическія (недостатокъ иннервации и проч.); 3) органическія или мѣстныя: а) болѣзни,

б) пороки развитія грудной железы. Mensinga, переходя, въ особенности, къ разсмотрѣнiю 3-го пункта, обращаетъ вниманiе на механическую задержку въ развитiи молочной железы, причиняемую уже въ юности несоответствующею одеждою. Mensinga показалъ на рисункахъ, какъ онъ простымъ способомъ сдѣлалъ обыкновенную одежду дѣвочекъ безвредною. На мѣстѣ, соответствующемъ грудной железѣ, съ каждой стороны дѣлается разрѣзь, дающiй свободу этой области; этотъ разрѣзь, такъ или иначе, можетъ быть задрапированъ, согласно требованiямъ эстетики. Въ болѣе позднемъ возрастѣ онъ помѣщаетъ между корсетомъ и грудью гуттаперчевыя футляры, съ продѣланными въ нихъ, какъ въ ситѣ, отверстiями. Черезъ это произойдетъ, съ одной стороны, венозный застой, съ другой—цѣлесообразный массажъ, а, при взаимодѣйствии этихъ двухъ моментовъ—жизнедѣятельность грудной железы. Въ заключенiе, докладчикъ рекомендуетъ массажъ и для совершенно противоположной цѣли—при галакторреѣ. (Пренiй по этому сообщенiю не было).

Ahlfeld (Марбургъ). Служитъ ли околоплодная жидкость пищевымъ средствомъ для плода?

Чтобы отвѣтить на этотъ вопросъ, надо доказать, во-первыхъ, что околоплодная жидкость воспринимается пищевымъ каналомъ плода посредствомъ глотательныхъ движенiй, во-вторыхъ, что она содержитъ въ себѣ питательныя вещества, въ-третьихъ, что она можетъ всасываться. Какъ извѣстно, въ первородномъ калѣ находится большое количество *verniciis caseosae* и очень много волосъ; въ доказательство этого явленiя, докладчикъ весьма наглядно демонстрировалъ стеклянныя пластинки, на которыхъ былъ налить и засушенъ меконiй въ очень разведенномъ видѣ. Находимыя здѣсь волосы свидѣтельствуютъ о томъ огромномъ количествѣ околоплодной жидкости, которую плодъ долженъ былъ проглотить и, разумѣется, переварить, такъ какъ она болѣе не находится въ кишечномъ каналѣ. Докладчикъ, доказавшiй уже прежними своими изслѣдованiями присутствiе въ околоплодной жидкости большого количества бѣлка, представилъ результаты 19 новыхъ, предпринятыхъ за послѣднiй годъ, изслѣдованiй этой жидкости. Она получена въ чистомъ видѣ, посредствомъ прокола такихъ плодныхъ пузырей, которые выпячивались изъ наружныхъ половыхъ органовъ, и изъ нея освобождался бѣлокъ. Добытыя такимъ путемъ изъ околоплодной жидкости количества бѣлка, по мнѣнiю докладчика, совершенно достаточны, чтобы подтвердить предположенiе, что околоплодная жидкость, воспринимаемая въ такихъ большихъ массахъ кишечникомъ, служитъ на самомъ дѣлѣ, пищевымъ средствомъ для плода. Вторая часть доклада посвящена опытамъ для доказательства существованiя внутриматочныхъ глотательныхъ движенiй у плода. Весьма нерѣдко новорожденный чрезвычайно скоро засовываетъ себѣ въ ротъ палецъ и сосетъ его. Иногда рука и пальцы сейчасъ послѣ родовъ носятъ на себѣ ясныя слѣды сосанiя. Докладчикъ уже прежде наблюдалъ короткiя, очень правильно-ритмическiя движенiя, повторяющiяся периодически въ теченiе дня и, въ видѣ догадки, объяснилъ ихъ глотательными движенiями. Reubold недавно присое-

дивился къ этому объясненію. Въ послѣднее время докладчикъ доказалъ существованіе этихъ движеній графически, посредствомъ помѣщенной на животъ беременной воронки и барабана Marey'a. (Демонстрація этихъ графическихкихъ данныхъ). При этомъ же онъ получилъ изображеніе движеній плода, которыя могутъ быть приняты за сосательныя движенія. Первые движенія (по всей вѣроятности, глотательныя) выражаются короткими повышеніями, довольно правильно повторяющимися разъ 20—30 въ минуту; онѣ наблюдаются въ продолженіе нѣсколькихъ минутъ, а затѣмъ, обыкновенно надолго прекращаются. Второй родъ движеній изображается на кривой ритмическими повышеніями, числомъ 50—70 въ минуту; но что это движенія сосательныя — это не болѣе, какъ весьма мало обоснованное предположеніе. Поводомъ для выраженія такой догадки служитъ для докладчика единственно то обстоятельство, что новорожденные сосутъ во снѣ свои пальцы приблизительно съ такою же скоростью и ритмичностью. Отъ дальнѣйшихъ изслѣдованій въ этомъ направленіи зависитъ, какое значеніе можно приписать околоплодной жидкости въ физиологіи плода.

(Окончаніе въ слѣдующемъ №).

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

ПРОФ. П. А. ЯСИНСКІЙ. КУРСЪ АКУШЕРСТВА ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВЪ. Ч. I. ХАРЬКОВЪ. 1887.

В. В. ЖЕЛТУХИНА.

Написать удовлетворительно научный курс акушерства равносильно, по нашему мнѣнію, созданію школы. Сдѣлать это можетъ лишь ученый, обладающій не только знаніемъ литературы предмета и опытомъ, но переработавшій эти два сырые матеріала въ стройное цѣлое, связанное лишь этому автору присущею логикою науки. Такая работа есть своего рода творчество и не можетъ не быть оригинальною. Обладать способностью оригинально мыслить акушерски, имѣть своеобразную акушерскую логику—есть обязательное условіе для автора акушерскаго курса. Такіе учебники составляютъ эпоху въ литературѣ предмета и, собственно говоря, только одни они должны были-бы передаваться тисненію.

Однако-же различнаго рода житейскія обстоятельства, какъ показываетъ опытъ, даютъ поводъ къ предложенію и даже спросу учебниковъ инаго характера. Эти послѣдніе составляютъ главнѣйшимъ образомъ продуктъ знакомства автора съ литературою и результатъ трудолюбія. Слѣдовъ творчества въ упомянутомъ выше смыслѣ они не носятъ. Ихъ принято называть компилятивными или, такъ сказать, реферирующими.

Къ числу учебниковъ второй категоріи мы относимъ и курсъ акушерства проф. Ясинскаго, говоря точнѣе его первую часть. Обнимая все нормальное акушерство она и одна, не дожидаясь окончанія всего труда, можетъ быть предметомъ критической оцѣнки, которую и позволяемъ себѣ сдѣлать.

Планъ разбираемаго сочиненія страдаетъ, если можно такъ выразиться, отсутствіемъ перспективы. Описаны вещи, которымъ совсѣмъ не мѣсто въ акушерствѣ. То, что должно быть изложено подробно, является порою въ видѣ

бѣглою замѣтки, и обратно. Предметы и явленія, требующіе, по своей тѣсной естественной связи, совмѣстнаго изложенія, представляются иногда разбросанными.

Акушерство и гинекологія, хотя безъ рѣзкихъ границъ переходятъ другъ въ друга и имѣютъ множество точекъ соприкосновенія, однако ради требованія классификаціи между ними проведена граница, можетъ быть мѣстами искусственная, но практичная и освященная опытомъ. Авторъ, главнымъ образомъ, въ двухъ мѣстахъ перешелъ эту границу, удалившись въ гинекологическую область, для довольно подробнаго изложенія ученія о менструаціи и способовъ гинекологическаго изслѣдованія. За эту роскошь, конечно, нельзя упрекать, но она является нѣсколько странною наряду съ встрѣчающеюся иногда бѣдностью изложенія чисто акушерскихъ отдѣловъ, напримѣръ ученія о нормальной таѣ, объ изгоняющихъ родовыхъ силахъ и нѣкоторыхъ мѣсть ученія о родовыхъ механизмахъ.

Въ курсахъ акушерства, предназначаемыхъ для врачей и студентовъ, принято анатомическій отдѣлъ излагать двояко: или очень подробно, какъ въ описательномъ, такъ въ особенности въ топографическомъ отношеніи; или-же затрогивать анатомію лишь по столько, по сколько требуетъ того связность чисто акушерскихъ вопросовъ. Второй способъ логичнѣе; первый — удобнѣе для справокъ; методъ-же автора, по нашему мнѣнію, совершенно непригоденъ. Его анатомія женскихъ половыхъ органовъ есть кратчайшая по содержанию, но растянутая въ изложеніи и не точная описательная анатомія съ изрѣдка попадающимися намеками на топографію. Чрезвычайно странно въ акушерствѣ для врачей и студентовъ читать такія, напр., фразы: «Яичниками называются два желѣзистыхъ тѣла» и т. д. (ст. 64); или: «Кромѣ всѣхъ уже разобранныхъ составныхъ частей грудной желѣзы, въ ней есть еще сосуды и нервы» (с. 83). Гораздо полезнѣе было-бы, если-бы вмѣсто своего анатомическаго очерка, авторъ далъ точное и подробное топографическое описаніе хотя бы одной женской промежности, котораго, насколько мнѣ извѣстно, не существуетъ на русскомъ языкѣ.

Нѣкоторые вопросы, какъ напр. о сердцебіеніи плода, объ образованіи родовой опухоли, о положеніи, предлежаніи и членорасположеніи плода къ неудобству читателя раздѣлены на-двое. Кровообращеніе и «принадлежности» плода почему-то трактуются какъ кровообращеніе и «принадлежности» *зрѣлаго* плода. Къ нормальной части акушерства отнесено описаніе *foetus parvulus* съ длинной и излишне подробной казуистикой¹⁾.

Форма изложенія не вездѣ одинакова. Лучше всего написаны чисто практическія мѣста объ уходѣ, діететикѣ и пр. Этотъ отдѣлъ въ то же время и наиболѣе обстоятельный, хотя иногда и носить кабинетный характеръ. Теорія передана порою чрезвычайно туманно, есть даже фразы совершенно непонятныя, въ родѣ слѣдующей, взятой изъ описанія строенія дѣтскаго мѣста:

¹⁾ Какое напр. имѣетъ значеніе для ученія о *foetus parvulus* приводимыя авторомъ свѣдѣнія о наружномъ поворотѣ головки живаго близнеца. (с. 244).

«Крупныя ворсины не могутъ быть сосудистыми ворсинками, только не нали-
тыми кровью, потому что изслѣдованію я подвергалъ послѣды естественно
налитыя, причѣмъ и способы изслѣдованія клонились къ тому, чтобы кровь
изъ него не терялась». (с. 175).

Перехожу къ частнымъ замѣчаніямъ, расположеннымъ въ порядкѣ выз-
вавшихъ ихъ мѣстъ книги.

Нельзя согласиться съ авторомъ, что «лінія направленія» таза — тер-
минъ лучший, нежели «ось» таза (с. 13).

Рисунокъ с. 63-й, въ отношеніи расположенія осей яичника и матки про-
тиворѣчить тексту с. 65-й.

Созрѣвшее человѣческое яйцо (а не «яичко») имѣетъ величину 0,2 м. м.
а не «до 1,5 сант.» (с. 68).

На с. 152 перечисляя кости черепа, да и то еще не всѣ, авторъ очевидно
смѣшиваетъ черепъ съ головою.

На рисункѣ, изображающемъ размѣры головки (с. 154) не нанесенъ ма-
лый косоу размѣръ. Вообще замѣтно, что авторъ придаетъ мало значенія
этому размѣру и даже, основываясь на казуистикѣ автора (с. 244—252)
можно предположить, что онъ совсѣмъ его не измѣряетъ, между тѣмъ какъ
извѣстно, что въ случаяхъ отсутствія диспропорціи между тазомъ матери и
головкою плода, размѣръ этотъ—самый существенный.

Говоря о гипотезахъ происхожденія околоплодной жидкости (с. 166),
авторъ вступаетъ на скользкій путь рѣшенія научныхъ вопросовъ по боль-
шинству голосовъ.

На той же стр. не основательно считаются синонимами «дѣтское мѣсто»
и «послѣдъ».

Въ оцѣнкѣ измѣненія количества околоплодной жидкости съ теченіемъ
беременности есть противорѣчіе между стр. 161 и 195.

Не вѣрно, будто у перво-беременныхъ влагалищная часть въ концѣ бере-
менности совершенно сглаживается (с. 221).

Приводя результаты работы *Корша*, слѣдовало-бы, во избѣжаніе недо-
разумѣнія, указать, какими приемами онъ достигалъ увеличенія размѣровъ
таза (с. 225).

Уча производить разпрость больной авторъ предлагаетъ справляться,
нѣтъ-ли *наслѣдственного безплодія*. Совершенно излишній вопросъ, ибо
безплодная ничего не можетъ передать по наслѣдству, а передающая по на-
слѣдству не можетъ быть безплодною и не можетъ, слѣдовательно, передать
то, чего сама не имѣетъ (с. 263).

Совѣты чисто кабинетнаго свойства: — опредѣлять перкуссіей границы
вляой до непрощупаемости послѣродовой матки и часто внутриутробнаго
плода (с. 275).

По наблюденіямъ автора, «въ большинствѣ случаевъ, при повторномъ
выслушиваніи, можно сдѣлать правильное предсказаніе пола плода по его
сердцебіенію; нужно только не упускать изъ виду, что кромѣ частоты сердце-
біенія слѣдуетъ обращать вниманіе также и на силу его, для чего требуется,

конечно, нѣкоторый навыкъ въ выслушиваніи сердцебіенія плода» (с. 281). Спрашивается, какъ опредѣлить въ данномъ случаѣ истинную силу сердцебіенія, когда степень препятствій къ прохожденію сердечныхъ звуковъ до уха наблюдателя неизвѣстна?

При описаніи сердечныхъ шумовъ плода, трудно понять, идетъ ли рѣчь о полулуныныхъ клапанахъ аорты или о двухстворкѣ (с. 285).

Странно въ руководствѣ для врачей и студентовъ читать слѣдующія ариеметическія наставленія: «для приготовленія раствора сулемы въ $\frac{1}{1000}$, растворяютъ 6 гр. сулемы въ 1 фунтъ (12 унц.) воды. Чтобы получить растворы въ $\frac{1}{2000}$, $\frac{1}{3000}$, $\frac{1}{4000}$ и т. д., предыдущій растворъ соответственно разбавляютъ водою въ 2, 3, 4 и т. д. раза». Вмѣсто этого лучше дать практический совѣтъ выписывать сулему въ 2-хъ или 4-хъ⁰/о растворѣ и дозировать послѣдній ложками на стаканы (с. 295).

Излагая ходъ обычнаго акушерскаго изслѣдованія авторъ разрѣшаетъ ощупывать наружныя половыя части въ томъ числѣ и клиторъ, прибавляя, что «этотъ послѣдній должно ощупывать осторожно у особъ очень возбудимыхъ» (стр. 297). Само собою разумѣется, что какъ правило никакое ощупываніе клитора, а тѣмъ болѣе «осторожное», ни у какихъ особъ непозволительно.

Уже если автору почему-то захотѣлось описывать въ акушерствѣ гинекологическія зеркала и даже приводить ихъ рисунки, то не слѣдовало забывать наиболѣе распространеннаго теперь зеркала Fritsch'a.

На верху 382-й стр. совѣтуется обмывать груди беременных тепловатою водою, а внизу той же стр. — холодной.

Таблица, изображающая графически продолжительность маточныхъ сокращеній и паузъ между ними, въ отношеніи послѣднихъ составлена по совершенно невѣрному принципу, вслѣдствіе чего получилось изображеніе крайне-перемежающагося типа, между тѣмъ какъ явленіе имѣетъ характеръ постепеннаго, безъ рѣзкихъ колебаній, паденія.

Головку можно сравнивать съ рычагомъ перваго рода, а не втораго, ибо точка опоры въ этомъ рычагѣ (позвоночно-головное сочлененіе) лежитъ между точками приложенія силъ, а не внѣ ихъ (стр. 424).

На стр. 445-й читаемъ: «головка, находясь во входѣ таза въ лобномъ положеніи, представляетъ равноплечій рычагъ. Если она задерживается въ какомъ нибудь мѣстѣ таза, то на нее начинаютъ дѣйствовать двѣ силы: изгоняющая сила и сила сопротивленія. Въ томъ случаѣ, когда эти двѣ силы сохраняютъ одинаковую величину и направленіе, то лобное положеніе сохранится во все время прохожденія головки; если же изгоняющая сила измѣнитъ свое направленіе или сила сопротивленія увеличивается, то происходитъ измѣненіе лобнаго положенія въ томъ или другомъ направленіи, — оно превращается или въ темянное или лицевое, смотря по тому какое плечо рычага удлинилось вслѣдствіе измѣненія силъ». Намъ же кажется, что если, при одномъ и томъ-же направленіи, изгоняющая сила и сопротивленіе равны, то

никакого прохожденія головки быть не можетъ: она останется въ покоѣ. Если послѣ этого сопротивленіе увеличится, головка поднимается кверху.

Не вѣрно, что при положеніи роженицы на спинѣ, съ приподнятымъ крестцомъ, сила тяжести плода дѣйствуетъ прямо на промежность, ибо центръ тяжести плода и промежность, при этихъ условіяхъ, не располагаются по одной вертикальной линіи (стр. 477).

Въ изложеніи пособій при задоложеніяхъ сказано: «послѣ выхода плечиковъ необходимо, чтобы головка не задерживалась (не долѣе какъ 2—3 минуты); но и 2—3 минуты слишкомъ долгій срокъ (стр. 499).

Про нормальныя, серозныя, послѣродовыя очищенія говорится, что онѣ имѣютъ острый запахъ (стр. 516).—Обладающія такимъ запахомъ очищенія уже ненормальны.

Въ числѣ противупоказаній къ кормленію матерью ребенка приводится «рахитизмъ» первой. Если подъ рахитизмомъ понимать рахитъ, то такового, какъ извѣстно, у взрослыхъ не бываетъ; если же — слѣды бывшаго рахита, то почему они противупоказываютъ кормленіе? (стр. 526).

Первая часть курса оканчивается перечнемъ литературныхъ источниковъ, занимающимъ десятую часть книги (58 стр. изъ 592). Онъ расположенъ въ алфавитномъ порядкѣ авторовъ. Въ текстѣ ссылокъ на него не имѣется; нѣкоторыхъ авторовъ и работъ, упоминаемыхъ въ текстѣ нѣтъ въ алфавитѣ, и обратно. Такимъ образомъ, будучи мало пригоднымъ для справокъ, регистръ этотъ является преимущественно свидѣтельствомъ о степени знакомства автора съ литературою. Но послѣдняго рода свидѣтельства не на столько важно, чтобы занимать десятую долю книги.

Въ предисловіи, объясняя причины появленія въ свѣтъ своего курса, авторъ становится на патристическую точку зрѣнія. Смотри на дѣло съ этой же точки, я позволилъ себѣ, избѣгая комплиментовъ, указать лишь на слабые, по моему мнѣнію, стороны разобраннаго труда, будучи убѣжденъ, что въ нашемъ отечествѣ, какъ и повсюду, наука двигается не столько восхваленіемъ ея успѣховъ, сколько искорененіемъ недостатковъ.

РЕФЕРАТЫ.

1. 1) **Playfair. Introduction to a discussion on the prevention of puerperal fever.** (Brit. medic. journ. 1887, № 1402. Section of Obstetric Medicine at the Dublin Meeting). Введение къ преніямъ о предупрежденіи родильной горячки.
- 2) **R. Barnes. On the causes, internal and external, of puerperal fever.** (Тамъ-же). О внутреннихъ и внѣшнихъ причинахъ родильной горячки.
- 3) **Byers. The prevention of puerperal fever in private practice.** (Тамъ-же). Предупрежденіе родильной горячки въ частной практикѣ.
- 4) **More Madden. On the prevention and treatment of puerperal septicaemia.** (Тамъ-же). О предупрежденіи и леченіи послѣродовой септицеміи.

1) *Playfair* признаеть родильную горячку тождественной съ хирургической септицеміей и задачу профилактики видитъ, съ одной стороны, въ предупрежденіи занесенія септического вещества, съ другой—въ ограниченіи возможности всасыванья. Последнее достигается зашиваньемъ всякаго разрыва промежности и хорошимъ сокращеніемъ матки, для чего, кромѣ легкаго растиранья рукой, назначается еще эрготинъ внутрь или подкожно. Для соблюденія строгой антисептики не только врачъ долженъ принимать всѣ мѣры предосторожности, но и сидѣлокъ слѣдуетъ снабжать несложными правилами касательно мытья рукъ и содержанія предметовъ, приходящихъ въ соприкосновеніе съ пациенткой. Въ ранній періодъ родовъ Р. дѣлаеть одно тщательное спринцеваніе влагалища растворомъ сулемы 1 : 1000; во время прорѣзыванья головки промежность обмывается тѣмъ же растворомъ. Въ послѣродовомъ періодѣ Р. назначаетъ влагалищныя спринцеванія два раза въ день, но не сулемой, въ виду возможности отравленія, а разведенной жидкостью *Condy*. Въмѣсто подкладныхъ простынь онъ совѣтуетъ употреблять «санитарныя полотенца», которыя бы сжигались по мѣрѣ ихъ загрязненія. Въ заключеніи авторъ

считает необходимымъ изслѣдовать гигиеническія условія того помѣщенія, гдѣ должны произойти роды.

2) *R. Barnes* считаетъ взглядъ германской школы на родильную горячку, какъ на простую септицемию, слишкомъ одностороннимъ. По его мнѣнію, febris puerperalis вызывается цѣлымъ комплексомъ причинъ. Во время беременности въ организмъ происходитъ усиленная образовательная дѣятельность, роды же и послѣродовая инволюція даютъ массу продуктовъ распада, которые должны быть своевременно выдѣлены. Всѣ условія, нарушающія дѣятельность экскреторнаго аппарата, могутъ вызвать и лихорадку. Поэтому, несмотря на громадное значеніе антисептики, ея недостаточно для предупрежденія febris puerperalis. Врачъ долженъ заботиться объ укрѣпленіи организма пациентки до родовъ и объ устраненіи вредныхъ внѣшнихъ условій. Авторъ подробно говоритъ о гигиенической обстановкѣ и атмосферныхъ вліяніяхъ; его метеорологическія кривыя показываютъ рѣзкое усиленіе смертности отъ febris puerperalis зимой, когда комнатный воздухъ наиболѣе загрязненъ вслѣдствіе недостаточной вентиляціи, а холодъ и сырость понижаютъ экскреторную дѣятельность организма. В. не признаетъ обособленности яда febris puerperalis, а считаетъ возможнымъ, чтобы одна и та же инфекція, вызывающая тифъ при другихъ условіяхъ, у родильницы вызвала бы родильную горячку.

3) *Byers* совершенно согласенъ съ мнѣніемъ Playfair'a и германской школы о сущности febris puerperalis. Напоминая о наблюденіяхъ Semmelweiss'a, Simpson'a и Pasteur'a, онъ указываетъ еще на сходство клинической картины родильной горячки и септицемии и на присутствіе одинаковыхъ микроорганизмовъ въ обоихъ заболѣваніяхъ. Результаты примѣненія антисептики въ родильныхъ домахъ представляютъ также блистательное доказательство хирургической теоріи и рѣшительно не объяснимы съ другой точки зрѣнія. Говоря о правилахъ антисептики для сидѣлокъ, В. утверждаетъ, что возможность занесенія септического вещества сводится на minimum, если сидѣлки проникнуты вѣрой въ антисептику. Относительно того, какъ скоро можно начать акушерскую практику послѣ соприкосновенія съ заразными больными, В. думаетъ, что достаточно взять теплую ванну и переѣнить платье, чтобы, соблюдая антисептическія правила, снова приступить къ веденію родовъ.

4) *More Madden* высказывается въ томъ смыслѣ, что febris puerperalis во всѣхъ ея видахъ есть слѣдствіе септического зараженія. Различныя особенности въ теченіи болѣзни зависятъ отъ общаго состоянія пациентки, интензивности септического яда и отъ господствующей «constitutio epidemica» атмосферы въ данное время. Признавая всю важность антисептики, М. настаиваетъ на приготовительномъ укрѣпляющемъ леченіи пациентки и съ этой цѣлью рекомендуетъ назначеніе желѣза, хинина и хлористаго кали въ каждомъ случаѣ за нѣсколько недѣль до родовъ. Въ послѣродовомъ періодѣ М. производитъ ежедневно промыванья матки горячей водой съ прибавленіемъ spirit. rectitic. terebinth. или карболовой кислоты. Лечение развившейся септицемии должно состоять въ удаленіи всѣхъ септическихъ веществъ изъ по-

лости матки и въ назначеніи укрѣпляющихъ и возбуждающихъ средствъ. Особенно хвалитъ авторъ терпентинъ, какъ лучшее возбуждающее, дѣйствующее благоприятно на почки и кожу и имѣющее непосредственное вліяніе на микроорганизмы. Въ случаяхъ же, осложненныхъ рвотой и поносами, назначаются препараты опія и отвлекающія на кожу въ видѣ горчичниковъ и терпентинныхъ компрессовъ.

Atthile нерѣдко наблюдалъ у слабыхъ, анемичныхъ женщинъ лихорадочное состояніе, похожее на послѣродовую септицемию, но независящее отъ зараженія, поэтому онъ настойчиво рекомендуетъ укрѣпляющее леченіе до родовъ.— По заявленію Molony во время недавней скарлатинозной эпидеміи въ Arklon не наблюдалось случаевъ febris puerperalis, хотя скарлатинозный ядъ считается способнымъ вызывать пуэрепериальную септицемию тяжелаго типа.— Humiston указываетъ на измѣненія удѣльнаго вѣса мочи, какъ на признакъ угрожающей септицеми, предупрежденіе которой зависитъ отъ врача.— Samuel Sloan заявляетъ, что онъ въ частной практикѣ болѣе довѣряетъ антисептическимъ мѣрамъ (гигіеническая обстановка, возможно рѣдкое изслѣдованіе абсолютно чистыми руками во время родовъ и т. п.), чѣмъ антисептическимъ средствамъ; онъ несогласенъ съ мнѣніемъ Playfair'a относительно назначенія влагалищныхъ спринцеваній въ каждомъ случаѣ, такъ-какъ они способствуютъ занесенію инфекции.— Lawson Tait на основаніи произведенныхъ имъ лапаротомій при лихорадочныхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ подраздѣляетъ всѣ случаи на двѣ группы: къ 1-й относятся случаи общаго зараженія организма извнѣ, дающія дурной прогнозъ, ко 2-й такіе, гдѣ заболѣваніе локализовано, и хирургическая терапия увѣнчивается успѣхомъ. Рѣшить до операціи, къ какой группѣ относится данное заболѣваніе, невозможно.— По мнѣнію Wallace'a, вопросъ о лапаротоміяхъ находится до сихъ поръ sub judice; его собственныя наблюденія сходны съ наблюденіями Lawson Tait'a.— Thomas Power находитъ, что значеніе антисептики въ профилактикѣ febris puerperalis преувеличено и ссылается на свои 2,000 случаевъ съ 0% смертности, въ которыхъ антисептическія мѣры почти не примѣнялись.

А. Пекарская.

2. Werth. Beiträge zur Anatomie und zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Stuttgart. 1887. Къ анатоміи и оперативному леченію внѣматочной беременности.

Въ предисловіи къ этой монографіи авторъ указываетъ на то странное явленіе, что, какъ во многихъ другихъ отдѣлахъ современной гинекологіи, такъ особенно въ ученіи о внѣматочной беременности, анатомическое изслѣдованіе значительно отстало отъ оперативной практики и развивается прогрессивно только теперь, благодаря, обширному примѣненію хирургическаго леченія внѣматочной беременности. Это страданіе слишкомъ долго было ареною медицинскаго диллетантизма, и потому приходится разбираться въ мусорѣ (Schütt), накопившемся за многія десятилѣтія, прежде чѣмъ представится возможность установить новое ученіе о внѣматочной беременности на

болѣ прочныхъ и обширныхъ основаніяхъ. Необходима коллективная работа многихъ изслѣдователей, чтобы собрать необходимый матеріалъ, и потому авторъ вмѣсто округленной, законченной обработки своей темы рѣшился представить только рядъ отдѣльныхъ наблюдений и изслѣдованій, оставаясь по возможности подробно на фактахъ и воздерживаясь отъ общихъ разсужденій. Тѣсной связью анатомическаго изслѣдованія и оперативнаго леченія вѣматочной беременности, а также и тѣмъ обстоятельствомъ, что ему пришлось большую часть матеріала добыть изъ живаго организма, авторъ оправдываетъ себя въ томъ, что въ концѣ своей по преимуществу патолого-анатомической работы онъ прибавилъ краткій очеркъ оперативнаго леченія эктопической беременности.

Сочиненіе свое Werthъ начинаетъ описаніемъ трехъ препаратовъ, уже прежде другими авторами описанныхъ подъ названіями брюшной и яичниковой беременности, а по его тщательному анатомическому изслѣдованію оказавшихся случаями трубной формы беременности.

Оставляя совершенно въ сторонѣ интерстиціальную беременность, авторъ дальше подробно описываетъ *gravitatem tubariam propriam*. По его мнѣнію, нужно различать *два* вида трубной беременности: *интралигаментарную*, описанную впервые Loschge, а затѣмъ Dezeimeris, и *стебельчатую* (*gestielte*), такъ какъ они разнятся между собою по развитію плоднаго мѣшка и по своему теченію. Авторомъ сопоставлены 16 случаевъ перваго и 13 случаевъ втораго вида въ таблицахъ, на основаніи которыхъ онъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

Интралигаментарная трубная беременность менѣе подвержена разрыву; при ростѣ плоднаго мѣшка сначала разворачивается *mesosalpinx*, затѣмъ нижній и медианно-расположенный отдѣлъ *ligamenti lati*; для покрытія мѣшка обыкновенно достаточна брюшина этой связки, послѣ середины беременности однако же плодный мѣшокъ приподнимаетъ брюшину съ задней поверхности матки и, такимъ образомъ, тѣсно соединяется съ маткою, нижнимъ же своимъ сегментомъ часто лежитъ непосредственно на тазовой клѣвчаткѣ, причеиъ не нужно вовсе разрыва, а только необходимо постепенное растяженіе его стѣнки. Мѣсто разрыва подобнаго мѣшка чаще всего находится сзади и вверху, такъ какъ здѣсь при постепенномъ ростѣ мѣшка задняя его стѣнка настолько растягивается, что зачастую остается только брюшинный листокъ, соединительная же и мышечная ткани рано исчезаютъ. *Матка* гипертрофируется и, кромѣ того, вытягивается растущимъ плоднымъ мѣшкомъ кверху изъ полости таза очень сильно (въ одномъ случаѣ—до уровня пупка). *Беременная труба* большею своею частью идетъ на образованіе мѣшка, остатокъ же ея около матки въ большинствѣ случаевъ имѣетъ длину только немногихъ сантиметровъ; но одинъ разъ онъ былъ 15 см., а другой разъ 6 англ. дюймовъ длиною, что вѣроятно объясняется гипертрофіею этого отдѣла трубы вслѣдствіе влеченія при ростѣ плоднаго мѣшка.

Изъ 8 случаевъ три раза сохранилась проходимость трубы, одинъ разъ отверстіе ея было закрыто послѣдомъ; изъ 4 другихъ случаевъ слѣпо-конча-

ющийся каналъ трубы 3 раза соотвѣтствовалъ мѣсту прикрѣпленія послѣда. Бахромчатый конецъ трубы не найденъ ни разу, такъ какъ при ростѣ плоднаго мѣшка фимбріи сглаживаются. *Яичника* часто вовсе нельзя найти; иногда же путемъ постепеннаго растяженія онъ тѣсно сростается въ видѣ пластинки со стѣнкою мѣшка, что легко можетъ обусловить ошибочное признаніе яичниковой беременности, если придерживаться извѣстныхъ критеріевъ Spiegelberg'a, установленныхъ имъ для этой формы беременности.

Стебельчатая трубная беременность развивается безъ раздвѣтыванія lig. lati; анатомическія ея условія проще даже въ болѣе позднихъ стадіяхъ. Изъ 13 случаевъ она два раза достигла 6-го мѣсяца развитія и 4 раза плодъ былъ доношенъ, хотя впрочемъ разрывъ плоднаго мѣшка здѣсь встрѣчается чаще. Благодаря громадной способности трубы гипертрофироваться, плодъ обыкновенно вполне окруженъ трубною стѣнкою. Положеніе мѣшка эксцентричное и, благодаря своей подвижности, онъ можетъ лежать высоко надъ тазомъ; но одинъ разъ, вслѣдствіе срощеній въ Douglas'ѣ, помѣщавшейся въ маломъ тазу 6-мѣсячный мѣшокъ вызвалъ смертельныя явленія ущемленія. Связь мѣшка съ маткою здѣсь гораздо меньше и она смѣщается въ сторону. *Просветъ трубы* часто остается проходимымъ и *яичникъ* чаще бываетъ изолированъ отъ мѣшка.

Абдоминальная беременность, гдѣ яйцо развивается на почвѣ брюшины, не признается авторомъ, такъ какъ до сихъ поръ не удалось еще найти ни одного настоящаго случая, удостовѣреннаго безошибочнымъ анатомическимъ изслѣдованіемъ.

Яичниковая беременность не только поставлена внѣ сомнѣнія немногими, но доказательными наблюденіями, но и доказана возможность развитія зрѣлаго плода въ яичникѣ безъ участія граничащихъ съ нимъ органовъ. Несомнѣнный случай интралигаментарной яичниковой беременности, по мнѣнію автора, описанъ Willigk'омъ.

Изъ смѣшанныхъ формъ внѣматочной беременности допустима трубно-абдоминальная, если доказано одновременное участіе брюшины и слизистой оболочки трубы въ образованіи placentaе maternae. Graviditas tubo-ovarialis образуется при существовавшемъ уже до оплодотворенія сляніи трубы съ яичникомъ.

При *разрывѣ* плоднаго мѣшка плодъ можетъ остаться въ живыхъ, если не нарушена связь яйца съ областью прикрѣпленія его на стѣнкѣ мѣшка.

Срощенія плода съ брюшиною навѣрно происходятъ только послѣ его смерти.

Разсмотрѣвъ признаки беременности въ придаточномъ рогѣ uterus unicornis, авторъ указываетъ на то, что незнавшими объ этой формѣ болѣе древними наблюдателями подобные случаи описывались ошибочно подъ другими названіями.

Характеръ *посмертныхъ измѣненій плода* зависитъ въ болѣе старыхъ случаяхъ внѣматочной беременности отъ присутствія или отсутствія гнилостныхъ зародышей. Въ первомъ случаѣ плодъ подвергается нагноенію,

гниенію и скелетированію; въ послѣднемъ же онъ высыхаетъ и поверхность его проростаеъ грануляціями мѣшка, благодаря чему образуются сроченія плода съ плоднымъ мѣшкомъ.

Во второмъ отдѣлѣ работы Werth'a приведено клиническое и подробное анатомическое описаніе 5 оперированныхъ имъ случаевъ. Въ 1-мъ изъ нихъ интралигаментарный трубный мѣшокъ на 5-мъ мѣсяцѣ беременности цѣликомъ удаленъ съ плодомъ *per laparotomiam*. Въ 3-хъ случаяхъ произведена эта же операція по тому же методу въ періодѣ образованія haematocеле послѣ (внутренняго) аборта на 2-мъ мѣсяцѣ стельчатой трубной беременности. Эти наблюденія дали автору возможность замѣтить, что haematocеле можетъ развиваться, помимо разрыва плоднаго мѣшка, путемъ истеченія крови изъ абдоминальнаго конца трубы. Въ 5-мъ случаѣ имѣлась лѣвосторонняя трубная беременность, причеъ разложеніе 5-ти-мѣсячнаго плода вызвало прободеніе мочеваго пузыря и пришлось послѣ пробной лапаротоміи произвести *sectionem altam* и *vaginetomiam* для опорожненія плоднаго мѣшка. Этотъ случай окончился смертью отъ септического перитонита, остальные же 4 больныя поправились.

Въ 3-мъ, посвященномъ оперативному леченію, отдѣлѣ авторъ излагаетъ вкратцѣ показанія и методы лапаротоміи при болѣе или менѣе позднихъ стадіяхъ развитія вѣматочной беременности.

По его мнѣнію, при терапіи этого страданія факторъ жизни ребенка долженъ принципиально игнорироваться, и нужно безразлично во всѣхъ періодахъ его развитія только заботиться о сохраненіи матери, рассматривая эктопическую беременность какъ злокачественное новообразованіе. — При жизни плода операція допустима только до тѣхъ поръ, пока безъ опасности для матери возможно еще удалить весь плодный мѣшокъ, такъ какъ изолированное удаленіе плода даетъ почти абсолютный летальный прогнозъ. Крайній срокъ для операціи, по его мнѣнію, представляютъ средина или средніе мѣсяцы беременности. Въ болѣе позднихъ періодахъ при интралигаментарномъ положеніи мѣшка приходится остановиться на старомъ консервативномъ методѣ (сохраненія мѣшка), дѣлающемъ счастливый исходъ операціи почти невозможнымъ. Изъ 8 такихъ операцій, произведенныхъ съ 1880—1886 годъ только 1 окончился выздоровленіемъ на 7-мъ мѣсяцѣ. Изъ 7 дѣтей 5 были отпущены живыми. Дальше авторъ за этотъ же періодъ времени сопоставилъ 40 лапаротомій послѣ смерти плода съ консервативнымъ леченіемъ плоднаго мѣшка, 11 полныхъ экстирпацій и 2 неоконченныя тотальныя экстирпаціи плоднаго мѣшка. На основаніи этихъ данныхъ авторъ, во-первыхъ, отмѣчаетъ быстрое учащеніе оперативныхъ случаевъ за послѣднія 6 лѣтъ и, во-вторыхъ—большое сравнительно количество полныхъ экстирпацій. Смертность двухъ названныхъ оперативныхъ методовъ почти одинакова—35—36%, но если принимать во вниманіе только тѣ случаи, которые оперированы по истеченіи первыхъ 12 мѣсяцевъ, то получается для консервативной операціи 4 смерти на 18 выздоровленій = 18,1%, для радикальной же напротивъ того 3 : 6 (2) = 33,3% смертности.

Нужно однако замѣтить, что эти числа слишкомъ малы для абсолютныхъ выводовъ. При стебельчатомъ плодномъ мѣшкѣ полная его экстирпация, а при интралигаментарномъ — резекція проминающей его части по Martin'у составляютъ существенный прогрессъ въ методѣ оперирования. Если необходимо оставить плаценту при консервативномъ леченіи, то нужно ее сдѣлать асептической, какъ впервые предложилъ Freund, на его смѣсь салициловой кислоты съ танниномъ повидому скорѣе задерживаетъ, чѣмъ ускоряетъ отдѣленіе мертвыхъ тканей, и Werth совѣтуетъ для этой цѣли испробовать *Natr. benzoicum*, которое имъ успѣшно примѣнялось для асептической консервации экстраперитонеально леченной маточной культуры.

К. Змигродскій.

3. Duchamp. Grossesse tubaire de 6 semaines, rupture de la trompe, laparotomie, guérison (Loire médicale, 15 juillet; Progrès médical, 26 novembre). Шестинедѣльная трубная беременность, разрывъ трубы, лапаротомія, выздоровленіе.

У 31-лѣтней многородящей, не имѣвшей регулъ шесть недѣль, внезапно и безъ видимой причины появились рѣзущія боли въ нижней части живота, со всѣми признаками прободенія брюшины и внутренняго кровотеченія. Имѣя въ виду отсутствіе регулъ у больной, обыкновенно менструировавшей правильно, а также мѣсто и внезапность появленія болей, — авторъ предположилъ разрывъ трубы вслѣдствіе трубной беременности и немедленно, чрезъ 25 часовъ послѣ начала припадковъ, приступилъ къ операциі. При вскрытіи брюшины вытекло около $2\frac{1}{2}$ литровъ черной, частью свернувшейся крови; въ тазу, среди сгустковъ, найдено маленькое яйцо (2 сант. въ діаметрѣ) и разрывъ лѣвой трубы на протяженіи около полуфранковой монеты. Труба перевязана и удалена, какъ и яичникъ; туалетъ брюшины; 10 швовъ изъ карболлизованнаго шелка; Листеровская повязка. Общее состояніе, крайне тяжелое до операциі, быстро улучшилось, и чрезъ 20 дней больная совершенно поправилась.

Сергій Груздевъ.

4. L. M. Gates. Extra-uterine pregnancy; removal of the foetal bones through the rectum after nine years. (The Medical and Surgical Reporter, october 29). Случай внѣматочной беременности, окончившійся выдѣленіемъ чрезъ прямую кишку костей плода спустя девять лѣтъ.

2 августа 1887 г. авторъ былъ позванъ къ г-жѣ N., 41 года, по поводу сильныхъ болей въ прямой кишкѣ, которыя она испытывала послѣ дефекаціи. Такъ какъ изъ разспросовъ оказалось, что больная прежде страдала геморроемъ, то былъ назначенъ суппозиторій съ опиумъ и іодоформомъ, послѣ котораго однако стало еще хуже; больная говорила, что чувствуетъ какое-то тѣло, сидящее въ кишкѣ, но не выдѣляющееся наружу. Тогда, введя въ прямую кишку палецъ, д-ръ G. дѣйствительно ощупалъ тамъ какой-то острый, закругленный предметъ вродѣ яичной скорлупы и затѣмъ не безъ труда извлекъ его; убѣдившись, что имѣетъ дѣло ни съ чѣмъ инымъ, какъ съ чешуей-

чатой частью височной кости, онъ ввелъ палецъ опять, желая извлечь и остальные кости, и нашелъ впадину въ прямой кишкѣ, набитую ими. Такъ какъ извлеченіе сопровождалось сильною болью, то данъ былъ сначала кокаиъ, а затѣмъ эфиръ, послѣ чего и былъ вытасенъ цѣлый скелетъ плода; послѣ извлеченія полость была промыта 1 : 1000 растворомъ марганцовокислога калия и назначенъ суппозиторій изъ extractum opii gr. j и jodoformii gr. ij. На слѣдующее утро пульсъ и температура были нормальны, но къ вечеру первый достигъ 120 въ минуту, а температура поднялась до 103° F. Опять сдѣлано промываніе кишки, а сверхъ того назначенъ антипиринъ чрезъ 4 часа по 3 грана. 4 августа температура 102°, пульсъ 120; чувствительность кишечника и тимпанитъ; боль при дефекаціи. Затѣмъ, эти явленія стали ослабѣвать и къ 8 числу исчезли.—Разспрашивая больную, авторъ узналъ, что назадъ тому 9 лѣтъ у нея какъ будто начиналась беременность, животъ увеличивался, регулы стали очень скудны и неправильны; потомъ съ нею начали случаться судороги и обмороки, съ постоянными болями въ животѣ, изъ-за которыхъ она 3 мѣсяца пролежала въ постели,—но вслѣдъ затѣмъ всѣ эти явленія прекратились и животъ опалъ, такъ что въ теченіе 6 лѣтъ больная пользовалась полнымъ здоровьемъ.

Три года тому назадъ у нея появилось нѣчто вродѣ перемежающейся лихорадки, съ воспаленіемъ кишечника, постоянными болями въ немъ и тимпанитомъ; съ тѣхъ поръ здоровье больной сильно разстроилось; начались постоянные поносы и приступы судорогъ. Очевидно, въ данномъ случаѣ и лихорадка и поносы были вызваны ничѣмъ инымъ, какъ остатками вѣматочной беременности.

Сергѣй Груздевъ.

5. Budin. Description d'un cas dans lequel l'accouchement n'a déterminé, chez une primipare, que de légères fissures de l'orifice hyménal. (Le Progrès Méd., 1887, № 48). Случай первыхъ родовъ, вызвавшихъ на дѣвственной плевѣ лишь легкія трещины.

Авторъ прибавляетъ еще одинъ случай къ важной, въ судебно-медицинскомъ отношеніи, казуистикѣ растяжимости hymen'a. 19-ти лѣтняя женщина начала 18-ти лѣтъ менструировать, а вскорѣ послѣ того и совокупляться; послѣдніе регулы имѣла 20 августа; родила 31 мая. Продолжительность нормальныхъ родовъ была около 20 ч. Положеніе 2-ое затылочное. Вѣсъ живаго плода 2450 grm. Размѣры головки: большой косою 12,5 сант., прямой 10,5, малый косою 10, большой поперечный 8,75, малый поперечный 8. Послѣ родовъ дѣвственная плева имѣла кольцевидную форму, $\frac{5}{6}$ окружности ея не были нарушены въ цѣлости и имѣлись всего двѣ щели: одна шла сзади, по срединной линіи; другая—на нѣсколько миллим. вправо. Первая спереди доходила до основанія плевы, вторая была менѣе глубокая. На слизистую оболочку входа въ рукавъ онѣ не распространялись, сзади же переходили отчасти на влагалище. Ограниченный щелями небольшой кусокъ плевы дополнялъ гименальное кольцо.

В. Желтухинъ.

6. D-r Anna Kuliscioff. Sui microrganismi dei lochj normali. Nota preventiva. (Отдѣльный оттискъ изъ Gazzetta degli Ospitali). О микроорганизмахъ нормальныхъ лохій (предварительное сообщеніе).

Изслѣдуя въ лабораторіи профессора *Golgi* подъ микроскопомъ нормальныя лохія въ 50 случаяхъ, авторъ нашелъ 5 видовъ кокковъ и 3 вида палочекъ.

А, *Кокки. 1-й видъ.* Въ желатинѣ развивается медленно, притомъ болѣе на поверхности, чѣмъ по длинѣ укола, образуя *непрозрачныя*, тонкія, *бѣлыя* колоніи. Желатину не разжижаетъ. Въ агарѣ развивается также по длинѣ укола, образуя сѣровато-бѣлыя колоніи съ неправильными краями. — Подъ микроскопомъ колоніи состоятъ изъ *большихъ кокковъ*, не имѣющихъ характернаго расположенія.

2-й видъ. Въ агарѣ образуетъ *сливочно-бѣлыя* колоніи, выдающіяся надъ поверхностью, полушаровидныя; онѣ мало распространяются вдоль уколовъ и состоятъ изъ скопленій *маленькихъ кокковъ*.

3-й видъ. На агарѣ образуетъ поверхностный *молочно-бѣлый* налетъ, распространяющійся и вдоль уколовъ и состоящій изъ *средней величины* кокковъ безъ характернаго расположенія.

4-й видъ. Развивается на агарѣ и желатинѣ въ видѣ колоній *лимонно-желтаго цвѣта*, расположенныхъ преимущественно по поверхности, но также и въ глубину; разжиженія не производитъ. — Колоніи состоятъ изъ *большихъ кокковъ*, расположенныхъ чаще всего по четыре, на подобіе сарпинъ. Этотъ видъ соответствуетъ «*merismopedoid*'амъ», найденнымъ *Bordoni* въ нормальной кожѣ.

5-й видъ. Въ агарѣ и желатинѣ развивается преимущественно по поверхности, образуя колоніи *темно-ангельсинаго цвѣта*, разжижающія желатину только дней чрезъ двадцать. Эти колоніи состоятъ изъ неправильно сгруппированныхъ кокковъ.

Б. *Палочки. 1-й видъ.* Начинаетъ разжижать желатину спустя 24 часа, образуя въ мѣстѣ прививки углубленіе, съ *сѣровато-бѣлымъ пятнышкомъ* въ немъ. Въ агарѣ растетъ весьма быстро по поверхности и въ глубину, образуя *сѣровато-бѣлыя колоніи*, усыпанныя призматическими кристаллами. — Колоніи эти заключаютъ въ себѣ формы сферическія, овальныя, продолговатыя и цѣпочечныя. Указанный видъ аналогиченъ *proteus-vulgaris Hauser'a*.

2-й видъ. Весьма сходенъ съ первымъ, отличаясь отъ него только тѣмъ, что рано начинаетъ разжижать желатину.

3-й видъ. Въ агарѣ и желатинѣ развивается быстро на поверхности и вглубь, образуя колоніи въ формѣ ключа сѣробѣлаго цвѣта съ красноватымъ отгѣнкомъ, не разжижающія желатину; онѣ содержатъ множество кокковъ и палочекъ, соединенныхъ по двѣ и цѣпочками. Аналогиченъ протею *Zenker'a*.

Всѣ эти три вида развиваютъ острый запахъ сѣроводорода или амміака, напоминающій запахъ загниваго сыра.

Констатировавъ присутствіе въ нормальныхъ ложіяхъ этихъ микроорганизмовъ, авторъ прививалъ ихъ подъ кожу и въ брюшную полость морскимъ свинкамъ, крысамъ и кроликамъ, и изъ такихъ опытовъ заключаетъ, что три формы протеевъ гніенія вѣроятно играютъ роль въ патологическихъ пuerн-ральныхъ процессахъ, въ обиліи развиваясь при задержкѣ остатковъ пля-центы и т. п. условіяхъ.

Сергій Груздевъ.

7. Cantrelle. Déodorisation de l'iodoforme. Iodoforme cocaïné. (Bulletin général de thérapeutique, 15 novembre). О дезодоризаціи іодоформа и о прибавленіи къ нему кокаина.

Имѣя въ виду неудачность прежнихъ попытокъ уничтожатъ неприятный запахъ іодоформа, авторъ предлагаетъ свой способъ, состоящій въ томъ, что къ этому веществу прибавляютъ немного ментола и лавандовой эссенціи:

Rp. Iodoformii puri. . . . 1,0
Mentholi. 0,05
Essent. lavandulae gtt. unam.

При такомъ способѣ отталкивающей запахъ іодоформа маскируется на все то время, которое можетъ пролежать повязка.

Прибавленіе же къ предварительно дезодоризированному іодоформу чистаго кокаина въ количествѣ 3% дѣлаетъ его хорошимъ анестезирующимъ средствомъ.

Сергій Груздевъ.

8. Chouppe. Antipyrine et seigle ergoté. (La Semaine Médicale, 23 novembre, Société de biologie, séance du 19 novembre). Антипиринъ и спорынья.

Авторъ указываетъ на прекрасные результаты, получаемые имъ отъ антипирина при маточныхъ коликахъ. Даваемый для остановки кровотеченій при міомахъ эрготинъ часто вызываетъ крайне болѣзненные сокращенія матки; эти боли прекращаются послѣ промыванія 2-мя грм. антипирина. Въ другихъ случаяхъ, данный за четверть часа до эрготина антипиринъ препятствуетъ появленію болей, не уменьшая силы сокращеній; этотъ фактъ очень важенъ, такъ какъ онъ показываетъ преимущества антипирина, въ подобныхъ случаяхъ, надъ препаратами опія.

Сергій Груздевъ.

9. Delefosse. Traitement de l'endométrite par le curettage de l'utérus (Journ. de Méd. de Paris. 1887, № 21. Société du IX arrondissement, Séance du 8 Octobre). Лечение эндометрита выскабливаніемъ матки.

Противъ широко распространяющагося леченія хроническаго эндометрита выскабливаніемъ авторъ приводитъ соображеніе чисто теоретическаго свойства съ трехъ точекъ зрѣнія: этиологической, патолого-анатомической и діагностической. Даже въ случаяхъ, гдѣ происхожденіе эндометрита могло бы быть разсматриваемо какъ паразитарное, т. е., гдѣ стремленіе *удалить* вредоносное начало наиболее логично и естественно, — даже въ этихъ случаяхъ, основываясь на аналогіи съ бленорреею глазъ и перелоомъ, излечивающи-

мися безъ удаленія тканей, выскабливаніе не можетъ считаться необходимымъ. Патолого-анатомическій субстрактъ эндометрита, въ видѣ ли железистаго или интерстиціального воспаления, при разлитомъ характерѣ того и другаго, говорить скорѣе за рациональность леченія жидкостью, имѣющею менѣе вѣроятности оставить нетронутыми больныя мѣста, нежели то можетъ быть при дѣйствіи ложкою. Наконецъ, диагностика эндометрита тѣла одна изъ труднѣйшихъ, почему возможны случаи скобленія при ошибочномъ показаніи, между тѣмъ какъ оперативный приемъ этотъ далеко не безопасенъ. Nitot возразилъ докладчику, что три нечасто встрѣчающіяся разновидности эндометрита — геморрагическая, грибковидная и септическая безусловно требуютъ скобленія.

В. Желтухинъ.

10. Price. Spindle-celled sarcoma of the ovary. (The Polyclinic, november 1887; Obstetrical society of Philadelphia). Случай веретенообразно-клеточковой саркомы яичника.

Большая 45 лѣтъ, двадцать лѣтъ замужемъ, но ни разу не рожала; была вполне здорова до 1-го января 1887 г., когда у нея появилось недержаніе мочи, постоянныя боли въ тазу, чувство полноты въ животѣ и отсутствіе регулъ. При изслѣдованіи авторъ нашелъ слѣдующее: матка мала, лѣвый яичникъ и труба здоровы и лежатъ сзади опухоли; правый яичникъ не опредѣляется. 11 июня 1887 г. произведена операція; извлеченная опухоль вѣсила 5 фунтовъ. Къ вечеру втораго дня температура слегка повысилась, пульсъ сталъ чаще; опасаясь перитонита, д-ръ P. назначилъ Эпсомскую соль по столовой ложкѣ чрезъ 2 часа, и на слѣдующій день, послѣ шести приемовъ лѣкарства, лихорадка исчезла.

Сергѣй Груздевъ.

11. Giudici Pietro. Tre ovariectomie eseguite nel corso di sei mesi. (Gazzetta degli ospitali, 11 settembre). Три случая овариотоміи.

Авторъ описываетъ три случая овариотоміи, имѣвшіе мѣсто въ клиникѣ проф. Chiarleoni; въ Vercelli.

I. В. М., 33 л., замужняя V-рага (одна изъ беременностей, именно третья, окончилась выкидышемъ на 3-мъ мѣсяцѣ); 3 апрѣля 1886 отняла отъ груди послѣдняго ребенка, сочтя себя снова беременною. Хотя регулы снова появились 6 июня 1886, но, имѣя въ виду прогрессивное увеличеніе живота, больная продолжала считать себя беременною, заявляя, что чувствуетъ движенія плода. 29 декабря проф. Chiarleoni опредѣлили у ней кистому яичника, а 31 января 1887 произведена овариотомія: плотныя части удаленной опухоли вѣсили 900 гр., а жидкое содержимое 11500 гр.; несмотря на обширныя сращенія, операція удалась вполне, и 22 февраля больная оставила клинику, вполне поправившись. II. F. М., 34 л., замужняя, родила 1 разъ (въ срокъ) 5 лѣтъ тому назадъ. Регулы появились на 14 году, по времени были всегда правильны, но сопровождалась болями. Около конца февраля 1887 г. животъ сталъ очень великъ; по словамъ больной, такое же

увеличеніе наблюдалось ею 2 года тому назадъ, но чрезъ 15 дней исчезло (?). Съ мая появились сильныя и постоянныя боли въ боковыхъ частяхъ живота. Больная считала себя беременною, но проф. *Charleoni* діагносцировалъ кистому яичника, которую и оперировалъ 25 апрѣля; оказалась пролиферирующая киста лѣваго яичника, вѣсомъ 10900 гр. (10 кило вѣсила жидкость). Послѣ операциі температура поднялась до 39°, первые 3 дня колебалась между 37°,5 и 38°,5, а затѣмъ пришла къ нормѣ. 9 іюля оперированная выписалась. III. M. R., 48 л., 8 мѣсяцевъ какъ овдовѣла. Менструируетъ съ 18 л., правильно, но въ теченіе послѣдняго года регуль не было. Беременна была 4 раза, — въ 3 случаяхъ послѣдовалъ выкидышъ на 3-мъ мѣсяцѣ. До послѣднихъ родовъ, бывшихъ 11 лѣтъ тому назадъ, была вполне здорова, а чрезъ 3 мѣсяца послѣ нихъ замѣтила присутствіе въ правой подвздошной впадинѣ подвижной, неболезненной опухоли величиною съ головку ребенка, постепенно увеличивавшейся, очень медленно; въ мартѣ текущаго года объемъ опухоли быстро увеличился, появились сильныя боли по всему животу, особенно въ лѣвой его сторонѣ, почти постоянная лихорадка, отсутствіе аппетита, запоръ, упадокъ силъ. Операциа произведена 14 іюля, съ хорошимъ исходомъ; киста вѣсила 21400 гр. Температура тотчасъ же упала и оперированная быстро поправилась. Этотъ случай интересенъ тѣмъ, что въ немъ ножка была перекинута слѣва направо, между тѣмъ сосуды ея нисколько не пострадали.

Сергій Груздевъ.

12. Bouteillier. Kyste de l'ovaire; grossesse, ovariectomie. (Le Progrès Méd., 1887. T. VI, № 42). Киста яичника, беременность, овариотомія.

Беременной на 8-мъ лунномъ мѣсяцѣ, въ концѣ марта, произведенъ проколъ кисты, извлечшій 8^{1/2} метровъ жидкости. 25 мая благополучныя роды доношеннымъ ребенкомъ. 28 октября овариотомія съ исходомъ въ выздоровленіе. Наэтомъ случаѣ подтвердилась трудность діагносцированія до операциі срощеній кисты съ мочевымъ пузыремъ: приподниманіе кисты, во время катетеризаціи мочеваго пузыря, останавливало истеченіе мочи, между тѣмъ какъ при операциі мочеваго пузыря оказался совершенно свободнымъ отъ срощеній.

В. Желтухинъ.

13. G. Schmalzfuss. Zur Kasuistik der Laparotomie bei tuberkulöser Peritonitis. (Centr. f. Gynäk., 1887, № 51). Къ казуистикѣ чрево-сѣченій при бугорчаткѣ брюшины.

Пользовавшаяся всегда хорошимъ здоровьемъ и безъ всякой патологической наслѣдственности 16-лѣтняя дѣвушка перенесла легкую форму тифа, послѣ котораго она довольно быстро начала поправляться; остались лишь небольшія боли и чувство полноты въ животѣ, который вскорѣ началъ замѣтно увеличиваться и достигъ 80 см. въ окружности; изслѣдованіе подъ хлороформомъ показало присутствіе въ брюшной полости неправильно-ограни-

ченныхъ бугристыхъ опухолей, доходящихъ до уровня пупка; небольшая матка опредѣлялась отдѣльно и, по видимому, связи съ опухолями не имѣла; яичники не прощупывались; органы груди здоровы, лихорадки нѣтъ. Поставленъ діагнозъ злокачественнаго новообразованія, исходящаго изъ сальника или яичниковъ и даващаго уже метастазы. Хотя и безъ особенной надежды на успѣхъ, авторъ приступилъ къ чревосѣченію. Брюшина оказалась утолщенной до 3 см. и пронизанною безчисленными желтыми и сѣро-желтыми узелками, достигающими величины горошины; дальнѣйшее проникновеніе въ полость брюшины оказалось абсолютно невозможнымъ, ибо плотно склеенныя между собою петли кишекъ представляли сплошныя сращенія съ сальникомъ и брюшной стѣнкою; иныхъ-же опухолей не оказалось. Вырѣзавъ небольшой кусочекъ брюшины для микроскопическаго изслѣдованія (которое, затѣмъ, подтвердило предположеніе о бугорчаткѣ), авторъ зашилъ брюшную рану. Оперированная поправилась. Наблюдая еѣ потомъ въ теченіе 16 мѣсяцевъ, S. могъ убѣдиться, что здоровье ея возстановилось вполнѣ: никакихъ опухолей въ брюшной полости нѣтъ, матка и яичники нормальны, общее состояніе цвѣтуще.

Хотя это и далеко не первый примѣръ излеченія бугорчатки брюшины послѣ пробнаго чревосѣченія, авторъ оставляетъ открытымъ вопросъ, наступило-ли въ данномъ случаѣ излеченіе *post* или *propter operationem*, такъ какъ незначительный разрѣзъ брюшной стѣнки безъ послѣдовательнаго промыванія или, вообще, туалета брюшины врядъ-ли можетъ имѣть значеніе «лечебнаго» приема.

А. Фишеръ.

14. Price. Adherent intestins from peritonitis, simulating fibroid tumor. (The Polyclinic, november 1887; Obstetrical society of Philadelphia).
Случай перитонитическихъ кишечныхъ сращеній, симулировавшихъ фиброидъ матки.

Больная 17 л. около 18 мѣсяцевъ тому назадъ получила ударъ копытомъ въ животъ и слегла надолго въ постель, ставъ вовсе неспособною къ работѣ, вслѣдствіе сильныхъ болей въ нижней части живота. При изслѣдованіи найдена кверху и вправо отъ матки твердая масса, очень похожая на фиброзную опухоль; предложена операція, которая однако совершенно опровергла діагнозъ, давъ слѣдующіе результаты: кишки были вездѣ сращены, сальника нельзя было найти; никакой опухоли не было. Разрѣзавъ сращенія, гдѣ возможно, ножницами, д-ръ P. промылъ животъ теплою дистиллированной водою и зашилъ. Послѣдовало полное выздоровленіе.

Сергѣй Груздевъ.

15. Paul F. Mundé. De l'électricité comme agent thérapeutique en gynécologie. Traduit avec l'autorisation de l'auteur et annoté par le D-r P. Ménière. Paris. 1888. 72 pp. in 8°, avec 12 figures dans le texte.
О примѣненіи электричества въ гинекологіи.

Разбираемая книга, трактующая объ одномъ изъ самыхъ современныхъ вопросовъ гинекологіи, представляетъ двойную цѣнность: съ одной стороны,

выйдя изъ-подъ пера извѣстнѣйшаго изъ гинекологовъ Америки, она является интересною, какъ плодъ многолѣтней обширной практической дѣятельности, а съ другой—сдѣланныя къ ней д-ромъ *Ménière* (редакторъ «*Gazette de gynécologie*») многочисленныя примѣчанія даютъ возможность ознакомиться съ мнѣніями французской гинекологической школы въ лицѣ одного изъ видныхъ ея представителей.

Все сочиненіе раздѣлено на двѣ части, заключающія въ себѣ пятнадцать главъ, содержаніе которыхъ я и резюмирую въ послѣдовательномъ порядкѣ.

Въ общей части, авторъ, сдѣлавъ краткій историческій обзоръ примѣненной электротерапіи къ гинекологіи и акушерству, указавъ на медленность распространенія этого терапевтическаго метода, переходитъ затѣмъ къ описанію самыхъ употребительныхъ аппаратовъ и способовъ ихъ приименія. Самыми практичными изъ этихъ аппаратовъ онъ, на основаніи личнаго своего опыта, считаетъ слѣдующіе: 1) Портативная фарадизаціонная баттарей *Kidder'a* и другихъ лучшихъ фабрикантовъ (*Ménière* употребляетъ баттарей *Tripier-Gaiffe*). 2) Гальваническая портативная баттарей, содержащая отъ 16 до 36 элементовъ и снабженная жидкимъ реостатомъ и коммутаторомъ (по *Ménière'у*, напр., портативные аппараты *Trouvé, Gaiffe'a* и *Chardin'a*). Затѣмъ, для пропусканія тока чрезъ органы таза нужны: а) плоскія, круглыя губки, около 2-хъ дюймовъ въ діаметрѣ, въ металлической оправѣ, съ деревянными ручками; в) двѣ большія (размѣромъ въ 4—6 дюймовъ длины и 3 ширины) плоскія губки, покрытыя съ одной стороны металлическими кружками, къ которымъ прикрѣпляются проводники, и обернутыя каучуковыми листками. Такія губки-электроды предъ употребленіемъ смачиваются въ теплой соленой водѣ и выжимаются почти до-суха; с) два металлическихъ электрода—одинъ, въ видѣ шарика въ 1 дюймъ діаметромъ, для замужнихъ женщинъ, а другой оливообразный и гораздо меньшаго діаметра—для дѣвицъ; тотъ и другой могутъ привинчиваться къ покрытому резиною стальному стержню и употребляются для приложенія къ стѣнкамъ влагалища, шейки и даже къ внутренней поверхности матки; d) металлическій электродъ, величиною съ палець, для приложенія тока ко всей поверхности влагалища; e) полые металлические внутри-маточные электроды различной формы, смотря по надобности. Стоимость всего этого набора приблизительно 2,500 франковъ. Во второй части своего труда проф. *Mundé* приводитъ терапевтическія показанія къ приименію электричества; таковыми могутъ служить, по его мнѣнію, слѣдующія заболѣванія женской половой сферы: недостаточное развитіе матки и яичниковъ, аменоррея, дисменоррея механическая и нейральнойческая, *super-et subinvolutio uteri*, гиперплазія маточной ткани, хроническое воспаленіе яичниковъ и воспаленіе трубъ, хроническія воспаленія тазовой клѣтчатки и брюшины, лимфангоиты, нейральгіи таза идиопатическія и рефлекторныя, смѣщенія матки, эрозіи шейки, фиброиды матки и опухоли яичниковъ; сверхъ того, авторъ указываетъ еще на тоническое дѣйствіе фарадизаціоннаго тока и на успокоивающее дѣйствіе тока гальваническаго, важное при анеміяхъ, такъ часто сопровождающихъ заболѣванія тазовыхъ органовъ.

I. Недостаточное развитіе матки и яичниковъ. Если порокъ развитія весьма сильно выраженъ, такъ что на мѣстѣ внутреннихъ половыхъ органовъ находятся только едва замѣтные слѣды ихъ, въ такомъ случаѣ, понятно, и электричество не поможетъ. Но когда матка только уменьшена въ своихъ размѣрахъ (*uterus infantilis*), когда существуетъ, хотя и недостаточная, менструація, тогда мѣстное лѣчение электричествомъ можетъ способствовать развитію органа и улучшить его функціи. Для этого вводятъ одинъ электродъ въ матку, а два другихъ (или одинъ большой) губчатыхъ электрода прикладываютъ къ животу соотвѣтственно положенію яичниковъ. Гальванической прерывистой или фарадизаціонный токъ постепенно усиливается, пока больная можетъ терпѣть, и проводится по получасу ежедневно или каждые два дня. Иногда очень полезно бываетъ мѣнять токъ, пропуская попеременно то фарадизаціонный, то гальванической. *II. Аменоррея.* Полное прекращеніе или недостаточность регуль можетъ зависѣть, какъ извѣстно, отъ самыхъ разнообразныхъ причинъ. Во многихъ случаяхъ бываетъ достаточно обыкновенной терапіи, электричествомъ же авторъ пользуется: 1) у замужнихъ женщинъ, у которыхъ, вслѣдствіе повторныхъ беременностей, наступила гиперплазія матки и аменоррея, и 2) у женщинъ незамужнихъ, страдающихъ общимъ ожирѣніемъ. Способъ электризаціи употребляется такой же, какъ и при недостаточномъ развитіи половыхъ органовъ. *III. Subinvolutio uteri и меноррагии;* для сокращенія объемистой матки здѣсь наиболѣе пригоденъ фарадизаціонный токъ, исключая болѣе затянувшихся случаевъ, когда лучше дѣйствуетъ токъ постоянный. *IV. Гиперплазія матки.* Это тягостное страданіе обыкновенно скоро уступаетъ частому приложенію гальваническаго тока такой силы, какую только можетъ вытерпѣть больная. Здѣсь, въ противоположность субинволюціи, показана внутриматочная гальванизация. (По *Ménière*'у окончательное излѣченіе достигается скорѣе всего его методомъ электролитической акупунктуры). *V. Superinvolutio uteri.* Послѣ родовъ иногда развивается атрофія матки и яичниковъ, часто не поддающаяся никакому лѣченію. Но въ началѣ процесса можетъ иногда принести пользу внутриматочная фарадизация, которую и рекомендуетъ авторъ для всѣхъ подобныхъ случаевъ. *VI. Хроническое воспаленіе яичниковъ и pyosalpingitis.* Авторъ говоритъ, что у большинства своихъ больныхъ онъ находитъ возможнымъ, не прибѣгая къ удаленію больныхъ частей, ограничиться палліативнымъ лѣченіемъ: онъ пропускаетъ постоянный токъ (отъ получаса на сеансъ) при помощи большого металлическаго шара (положительный полюсъ), помещаемого во влагалищѣ, и широкаго электрода-губки, прикладываемого или къ большой только сторонѣ, или ко всему животу. *VII—IX. Хроническое воспаленіе тазовой клетчаткы и перитонитъ; нейралгии таза мѣстныхыя и отраженныя; лимфадениты и лимфангоиты таза.* При всѣхъ этихъ заболѣваніяхъ, въ большинствѣ случаевъ сопровождающихся совершенно одинаковыми симптомами, проф. *Mundé* испробовалъ гальванической токъ; судя по приводимымъ имъ случаямъ, такое лѣченіе можетъ приносить значительную пользу. *X. Нейралгическая или механическая дисменоррея,*

зависящая отъ суженій цервикальнаго канала, иногда уступаетъ мѣстному лѣченію форсированному расширеніемъ и впрыскиваніями карболовой кислоты; но въ упорныхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ постоянному гальваническому току (въ матку вводится зондъ, служащій отрицательнымъ полюсомъ). XI. *Эрозиі шейки*, зависящія чаще всего отъ катаррального эндометрита, въ иныхъ случаяхъ бываютъ весьма упорны; чтобы вызвать образование рубца, авторъ прикладываетъ къ такимъ эрозіямъ отрицательный полюсъ гальванической батареи, доводя токъ до такой силы, чтобы онъ оказывалъ слегка прижигающее дѣйствіе. XII. *Смѣщенія матки*; при нихъ авторъ не особенно полагается на электричество, примѣняя его (фарадизаціонный токъ) только въ свѣжихъ случаяхъ послѣродоваго расслабленія влагалищныхъ стѣнокъ у первородящихъ молодыхъ женщинъ. XIII. *Фибромы и опухоли яичниковъ*. Для субперитонеальныхъ фибромъ матки авторъ считаетъ наиболѣе пригодною гальванизацию, а для интерстиціальныхъ—фарадизаціонный токъ; въ дѣйствительности первой онъ вынесъ самое полное убѣжденіе отъ д-ра *Apostoli*, котораго посѣтилъ, заинтересовавшись его способомъ. Что же касается яичниковыхъ опухолей, то при нихъ электричество, по мнѣнію М., даетъ очень неважные результаты, что ясно изъ сравнительной статистики смертности для электролиза и оваріотоміи.

По окончаніи обзора отдѣльныхъ заболѣваній, проф. *Mundé* напоминаетъ, что электризация не должна примѣняться при всѣхъ острыхъ и подострыхъ воспаленіяхъ органовъ таза, и, затѣмъ, дѣлаетъ слѣдующіе общіе выводы:

1) Мѣстная электризация есть очень могущественное средство, заслуживающее гораздо большаго распространенія, чѣмъ оно имѣетъ теперь.

2) Для гинекологической практики, чтобы примѣнять электризацию безопасно и съ пользою, не нужны ни особенно глубокія познанія, ни специальная опытность.

3) Этотъ терапевтической агентъ, будучи пускаемъ въ ходъ кстаті и на основаніи точныхъ показаній, не опасенъ.

4) Имъ слѣдуетъ пользоваться только при хроническихъ заболѣваніяхъ; при этомъ, употребляя гальванической токъ, не должно вызывать боли.

5) Фарадизаціонный токъ показанъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ преобладаетъ недостаточность развитія или недостатокъ *tonus'a* половыхъ органовъ; сюда относятся: неполное развитіе матки и яичниковъ, *super-* и *subinvolutio*, аменоррея, смѣщенія матки и интерстиціальныя фибромы. Этотъ токъ, дѣйствуя возбуждающимъ образомъ и вызывая сокращенія мышцъ, усиливаетъ питаніе и жизнеспособность органовъ.

6) Гальванической токъ, напротивъ, долженъ употребляться въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется въ виду вызвать всасываніе продуктовъ предшествовавшихъ воспаленій, уменьшить боли, содѣйствовать поправленію организма; кромѣ того, иногда его можно примѣнять и для прижиганій.

7) Настойчивость лѣченія составляетъ существенное условіе успѣха.

8) Острые и подострые воспалительные процессы вообще противоказуютъ мѣстное лѣченіе электричествомъ.

9) Патологическими условиями, въ которыхъ проявляется дѣйствіе электричества, являются тѣ, при которыхъ другіе способы лѣченія оказываются бесполезными или не переносятся больными.

10) При органическихъ заболѣваніяхъ электричество не можетъ вызвать полного излѣченія, но значительно успокоиваетъ боли и временно улучшаетъ теченіе болѣзней, безъ всякой опасности для больныхъ и болѣзненности.

Сергѣй Груздевъ.

16. Л. Нобылянскій. Излеченіе дизменорреи у истеричной больной гипнотическимъ внушеніемъ. (Врачъ. 1887 г. № 45).

М. 21 года. Первые регулы на 15 году, появляются правильно черезъ 3 недѣли, продолжаются 3 дня. 16 лѣтъ вышла замужъ. 17 родила. Черезъ 3 мѣсяца послѣ родовъ обильное кроветеченіе (выкидышь?), послѣ чего регулы продолжаютъ правильно и безъ перерыва. Съ осени 1885 г. появляется разстройство мѣсячныхъ. За нѣсколько дней до регулъ больная становилась вспыльчивой, раздражительной, появлялась дрожь во всемъ тѣлѣ, чувство зноба, смѣнявшееся ощущеніемъ жара и сильныя боли внизу живота и въ поясницѣ. Затѣмъ, при ожесточеніи болѣе являлись скудныя, блѣдно-крово-нистыя выдѣленія, продолжавшіяся 20—24 часа. На 2—3 день больная вполне поправлялась. Гинекологическое изслѣдованіе не указало отклоненій отъ нормы.

Леченіе гипнотическимъ внушеніемъ предложено было собственно въ виду истерическихъ припадковъ, которыми больная страдала еще во время беременности. Гипнозъ наступалъ довольно скоро. Когда благотворное дѣйствіе внушенія обнаружилось, оно было прижѣнено и къ дизменорреѣ. Всѣхъ сеансовъ внушеній сдѣлано 4, каждый разъ за нѣсколько дней до наступленія регулъ. Съ перваго же сеанса регулы появились въ достаточномъ количествѣ и безъ всякой боли. Послѣднее внушеніе въ іюлѣ, но до октября, когда авторъ видѣлъ больную послѣдній разъ, регулы являлись нормально. Истерическіе припадки прекратились послѣ перваго сеанса.

І. Рясенцевъ.

17. Кольскій. Случай вызыванія мѣсячныхъ при помощи словеснаго внушенія въ состояніи гипноза. (Медицинское Обозрѣніе. Т. XXVIII. 1887 г. № 20).

З., 18 лѣтъ, дѣвушка. Первые регулы появились на 13 году, вскорѣ послѣ перенесеннаго тяжелаго брюшнаго тифа, въ маломъ количествѣ, безъ болей, продолжались 2 дня. Потомъ они приходили очень неправильно черезъ 3—5 мѣсяцевъ. Въ 1884 г. З. 2 мѣсяца болѣла истероэпилепсией. До начала настоящей болѣзни, 19 декабря 1886 г., регулъ не было 3^{1/2} мѣсяца. Болѣзнь, начавшаяся, послѣ погрѣшностей въ діетѣ, неукротимой рвотой, поносомъ, сильными болями подъ ложечкой, черезъ три дня смѣнилась цѣлымъ рядомъ болѣзненныхъ припадковъ, не оставлявшихъ никакого сомнѣнія въ діагнозѣ истеро-эпилепсіи. Предпринятое леченіе (бромистый калий, морфій, хлораль-гидратъ и хининъ) не имѣло успѣха. Съ 20 января 1887 г. послѣ

2 внушеній въ состояніи гипноза больная сталааправляться. Затѣмъ, это же леченіе примѣнено для вызыванія регуль. 2 сеанса внушеній въ февралѣ и апрѣлѣ исполнились въ точности и 3. теперь совершенно здорова.

I. Рясенцевъ.

18. Bernheim. Sur la régularisation de la menstruation par suggestion. (Le Progrès Méd., 1887, № 48. Assoc. franc. pour l'avancem. des sciences. Congrès de touleuse). **Объ урегулированіи менструаціи внушеніемъ.**

Истеричная женщина, менструировавшая до родовъ каждыя три недѣли, послѣ нихъ стала получать обильныя регулы черезъ 15 и даже 12 и 11 дней. Были мoлiмiна и нервныя явленія. Больная легко приведена въ состояніе сомнамбулизма и получила внушеніе, что будетъ менструировать на 28-й день, безъ болей, менѣе обильно и не долѣе 3-хъ дней. Внушенное осуществилось съ точностью. Съ подобнаго же рода случаями имѣли дѣло *Bérillon, Burot* и *Décle*.

В. Желтухинъ.

19. A. Benckiser. Totalexstirpation des im 3. Monat graviden retroflectirten Uterus wegen Unmöglichkeit der Reposition bei osteomalacischem Becken; Heilung. (Centr. f. Gynäk., 1887, № 51). **Полное вырѣзываніе ретрофлексированной беременной на 3-мъ мѣсяцѣ матки ради невозможности вправленія при остеомалятическомъ тазѣ; выздоровленіе.**

Какъ извѣстно, въ ряду показаній къ полному вырѣзыванію матки черезъ влагалище главное мѣсто занимаетъ ракъ ея; сравнительно рѣдко эта операція производится на беременной маткѣ: извѣстно всего три случая таковой (*Landau, Thiem* и *Hofmeier*), и во всѣхъ трехъ всѣ-таки показаніемъ послужилъ ракъ матки. Предметомъ реферируемой статьи является первый случай вырѣзыванія беременной матки безъ осложненія ракомъ; операція произведена профессоромъ *Olshausen*'омъ лѣтомъ 1887-го года.

32-хъ-лѣтняя женщина, въ концѣ 3-го мѣсяца своей пятой беременности поступила въ клинику вслѣдствіе существующаго нѣсколько дней задержанія мочи; въ анамнезѣ имѣются ясныя указанія на остеомаляцію, появившуюся во второй половинѣ 2-й беременности; въ настоящее время всѣ характерныя признаки остеомаляціи на лицо, беременная-же матка находится въ рѣзкой степени загиба назадъ; настойчивыя попытки вправить её, сначала безъ наркоза, въ спинномъ и колѣнно-локтевомъ положеніяхъ, а затѣмъ въ наркозѣ, остаются безъ результата; предпринятыя затѣмъ способы произвести искусственный выкидышъ (горячіе дѣшi, ванны, большія дозы хинина и пилокарпина, наконецъ, — проколъ матки черезъ задній сводъ аспиратора *Potain*'а) также не приводятъ къ цѣли; тогда, въ виду начавшагося перитонита, ничего больше не оставалось дѣлать, какъ прибѣгнуть къ влагалищному вырѣзыванію матки, которое и было съ успѣхомъ произведено на 11-й день пребыванія больной въ клиникѣ. Послѣоперационное теченіе прошло гладко,

за исключеніемъ появившагося на 4-й день опуханія околоушной железы, сопровождавшагося небольшою лихорадкою. На 23-й день оперированная выписана изъ клиники здоровою. Въ заключеніе авторъ замѣчаетъ, что, благодаря обусловленному беременностью разрыхленію связочнаго аппарата матки, операція представлялась технически легкою.

А. Фишеръ.

20. French. The chief source of danger in the use of the uterine sound. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., Aug. 27, 1887). **Главный источникъ опасности примѣненія маточнаго зонда.**

Основываясь на томъ, что большинство учебниковъ по гинекологіи, особенно американскихъ, говоря о зондированіи матки, почти исключительно предостерегаютъ отъ *рубцаго примѣненія* инструмента въ смыслъ возможности нанесенія извѣстной травмы, авторъ считаетъ нелишнимъ обратить вниманіе на другой, болѣе важный, источникъ опасностей, сопряженныхъ съ употребленіемъ маточнаго зонда, а именно—на возможность *зараженія*. Помимо гнилостныхъ веществъ, которыя, будучи занесены инструментомъ въ полость матки, могутъ дагь цѣлый рядъ септическихъ заболѣваній до общаго перитонита включительно, авторъ указываетъ еще на гоноррейный ядъ, который, гнѣздясь въ латентной формѣ гдѣ-либо въ нижнемъ отрѣзкѣ полового канала, при употребленіи зонда можетъ быть привитъ на внутренней поверхности матки и даже фаллопиевыхъ трубъ и обусловить развитіе pyosalpinx'a со всѣми его тяжелыми послѣдствіями.

А. Фишеръ.

21. Wackerhagen. A case of colpohysterectomy for carcinoma with remarks upon antiseptic surgery in private practice. (The New-York Medical journal, Октябрь 8, стр. 398—400). **Случай влагалищнаго вырѣзыванія матки.**

Авторъ описываетъ случай влагалищнаго вырѣзыванія матки, вслѣдствіе пораженія послѣдней ракомъ. Дѣло шло о женщинѣ 35 лѣтъ, два раза рожавшей и жаловавшейся на боли, кровотеченія и вонючія истеченія изъ рукава. Болѣзнь локализовалась только на влагалищной части, при чемъ наиболѣе пораженной оказалась правая половина передней губы. Слизистая оболочка матки была утолщена и гиперемирована. Изъ удаленныхъ яичниковъ, правый оказался кистовидно-перерожденнымъ. Проведши сначала двѣ крѣпкія шелковыя лигатуры, черезъ правый и лѣвый своды, съ цѣлю перевязать маточные сосуды, авторъ вскрылъ сперва задній, затѣмъ передній сводъ и только потомъ отдѣлилъ матку съ боковъ. Операція окончилась вполне благополучно, не смотря на то, что дождь, въ которомъ оперировалъ авторъ, помѣщался у грязнаго канала, въ сосѣдствѣ табачной фабрики. W. думаетъ, что всѣ такъ называемыя серьезныя операціи отнюдь не должны производиться исключительно въ больницахъ, ибо все дѣло въ антисептикѣ, а послѣднюю, при добромъ желаніи и пониманіи дѣла, можно соблюсти и въ частномъ дождѣ. Авторъ поэтому, въ заключеніи, перечисляетъ тѣ вещи, которыя имѣются при немъ на случай операціи, не терпящей отсрочки.

Л. Личусъ.

22. **Dentu. De l'inversion systématique de l'uterus pour faciliter l'extirpation des fibromyomes très volumineux.** (*Le Progrès Méd.* 1887. № 47). **О систематическомъ выворотѣ матки, какъ способѣ, облегчающемъ изсѣченіе объемистыхъ фиброидовъ.**

При невозможности достигнуть мѣста прикрѣпленія, въ полости матки, фибрознаго полипа, не смотря даже на «morcellement» и употребленіе щипцовъ, накладываемыхъ на подобіе акушерскихъ, авторъ, основываясь на двухъ своихъ случаяхъ и указаніяхъ предшественниковъ, хвалить искусственный выворотъ матки, съ обратнымъ вправленіемъ ея по окончаніи удаленія новообразованія. Второй случай автора вскорѣ послѣ операціи кончился смертью отъ анеміи и шока.

В. Желтухинъ.

А. Я. Крассовскій.
 Редакторы: К. Ф. Славянскій.
 И. И. Смольскій.

ОТЪ РЕДАКЦІИ.

Въ редакцію поступили слѣдующія книги:

- І. Шпетъ. Учебникъ акушерства для акушеровъ.
В. Губертъ. Прививаніе телячьей и гуманизированной оспы.
Р. Mundé. De l'Electricité comme agent thérapeutique en gynécologie.
П. Чунихинъ. Удаленіе остатковъ яйца при неполномъ выкидышѣ острой ложкой.
П. Чунихинъ. Кислородъ въ эклампсін.
П. Чунихинъ. Бромистый этиль въ акушерской практикѣ.
П. Чунихинъ. Матеріалы къ вопросу о фиброміомахъ и полипахъ матки и влагалища.
П. Чунихинъ и М. Брилль. Матеріалы къ вопросу о способахъ удаленія послѣда.
П. Чунихинъ. Случай искусственнаго возбужденія родовъ, при узкости таза и сильномъ суженіи рукава.
Н. Живописцевъ. Матеріалы къ изученію корня *Hydrastis canadensis*.
И. Львовъ. *Kali hypermanganicum*, какъ *emepagogum*.
И. Львовъ. Мед. отчетъ по Лихачевскому род. отд. Казанской губ. зем. больницы. Съ сент. 1886 г. по сент. 1887 г.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

Будетъ выходить въ 1888 году ежемѣсячно книжками въ 4—6 печатныхъ листовъ. Программа: 1) Оригинальныя статьи, лекціи и казуистика (русскія и переводныя), 2) Рефераты, 3) Критика и библіографія, 4) Корреспонденція, 5) Объявленія. Въ видѣ приложенія—Протоколы засѣданій Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-ПетербургѢ.

Подписная цѣна для иногородныхъ съ доставкою 8 р. за годъ, для городскихъ — 7 р. 50 к., безъ доставки 7 р., для членовъ Общества и студентовъ медицины — 6 руб. 50 к. Подписка принимается только на годъ въ Редакціи (С.-Петербургъ, Ивановская ул., д. № 14, кв. № 20) и въ КонторѢ Редакціи при медико-хирургическомъ книжномъ магазинѢ Н. П. Петрова (С.-Петербургъ, Выборгская, Нижегородская улица, д. № 17). Разсрочки и коммисіонерская уступка не допускаются.



ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ
НА ШЕСТОЙ (1888) ГОДЪ ИЗДАНІЯ ЖУРНАЛА

АРХИВЪ ПСИХІАТРИИ, НЕЙРОЛОГИИ

И
СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ,

издаваемый подъ редакціей П. И. Ковалевскаго,

профессора психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьковскомъ университетѣ

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

П. И. Автократовъ—Петербургъ, Э. И. Андрузскій—Одесса, Д. Д. Ахшарумовъ—Полтава, М. А. Аше—Петербургъ, Н. Н. Баженовъ—Рязань, проф. В. М. Бехтеревъ—Казань, Бретманъ—Парижъ, В. А. Брянцевъ—Иркутскъ, Н. А. Бухаловъ—Казань, С. А. Бѣляковъ—Петербургъ, Я. А. Боткинъ—Москва, Ф. Ф. Брунсъ—Симферополь, М. С. Буба—Смоленскъ, П. А. Винторовскій—Бобруйскъ, Я. В. Гиршзонъ—Курскъ, З. В. Гутниковъ—Харьковъ, А. А. Говстевъ—Екатеринославъ, В. Ф. Галенко—Умань, А. Р. Грунау—Екатеринославъ, Я. А. Давидовъ—Харьковъ, А. П. Драгомановъ—Харьковъ, Д. А. Дриль—Москва, В. Х. Кандинскій—Петербургъ, С. С. Корсановъ—Москва, К. Н. Ковалевская—Харьковъ, Е. И. Компанійская—Ковалевская—Петербургъ, Д. В. Кулярскаго—Могилевъ, М. Е. Лѣонъ—Одесса, В. В. Лесевичъ—Тверь, Н. А. Миславскій—Казань, И. Я. Платоновъ—Харьковъ, Н. М. Поповъ—Петербургъ, Г. И. Раевскій—Симферополь, М. И. Рудовъ—Новочеркасскъ, В. Сербскій—Тамбовъ, М. П. Симоновичъ—Одесса, С. Н. Совѣтовъ—Владиміръ, К. П. Сулима—Ямполь, А. Толоконниковъ—Ярославль, П. А. Троицкій—Варшава, В. Д. Троновъ—Нижній-Новгородъ, В. Ф. Чинъ—Петербургъ, І. Б. Шергандъ—Орель, А. Г. Штейнбергъ—Варшава, С. И. Штейнбергъ—Саратовъ, М. А. Шульгинъ—Heidelberg. Н. И. Щербининъ—Харьковъ, А. А. Яковлевъ—Харьковъ и др.

Журналъ будетъ, выходить по прежней программѣ шестью книгами въ годъ.

Подписная цѣна безъ дост. и перес. 5 р., съ дост. и перес. 6 р.

Экземпляры Архива психіатріи за 1883, 84, 85 и 86 годы можно получить въ редакціи по 4 р.

Подписка принимается исключительно въ редакціи: Харьковъ, Михайловская пл., д. фоны-Галлера.

Редакція принимаетъ на себя отвѣтственность только по отношенію къ тѣмъ подписчикамъ, которые подписались въ редакціи.

Редакторъ-издатель проф. П. И. Ковалевскій.

13 Г. „РУССКАЯ МЕДИЦИНА“ Г. 13.

въ 1888 г.

Журналъ посвященный всѣмъ отраслямъ врачебной науки и вопросамъ быта врачей,

выходить четыре раза въ мѣсяцъ по воскресеньямъ,

подъ редакціей:

профессора Н. П. Ивановскаго и П. А. Илинскаго.
при участіи многихъ профессоровъ и врачей.

Отдѣлы журнала: 1) Самостоятельныя сообщенія и лекціи, 2) Казуистика, 3) Успѣхи медицины, 4) Библиографія и критика, 5) Отъ редакціи, 6) Больничные отчеты, 7) Хроника, 8) Корреспонденціи, 9) Оффиціальныя извѣстія, 10) Извѣщенія о вакансіяхъ и проч.

Подписная цѣна остается прежняя, т. е. за годовое изданіе съ перес. 8 р. Подписка принимается въ конторѣ редакціи „Русская Медицина“: Петербургъ, Ивановская ул., 12.

Ред. изданъ новыя книги: „Сборникъ законовъ для врачей, ветеринаровъ, фармацевтовъ, фельдшеровъ и акушеровъ“ 2 т., ц. 6 р. и „Врачебный Ежегодникъ на 1888 годъ“, ц. 1 р. 25 к. Выписывающіе вмѣстѣ всѣ изданія присылаютъ 15 р., причѣмъ пересылка на счетъ издателя.

ЧЕТВЕРТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНИЯ.

ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ

„ХИРУРГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

будетъ выходить и въ будущемъ 1888 году въ томъ-же объемѣ
и по той-же программѣ.

- I. Оригинальныя статьи по всѣмъ вопросамъ хирургіи.
- II. Корреспонденціи.
- III. Критика и Библиографія.
- IV. Рефераты и мелкія извѣстія.
- V. Объявленія.

Статьи просятъ адресовать на имя редактора Николая Александровича Вельяминова (Петербургъ, Ивановская, 13).

Подписка принимается въ конторѣ редакціи (С.-Петербургъ, Ивановская 13, кв. 2), ежедневно отъ 11 до 1 часа и отъ 4 до 5 часовъ, и во всѣхъ большихъ книжныхъ магазинахъ. (Гг. иногородныхъ подписчиковъ просятъ обращаться исключительно въ контору редакціи). Объявленія 40 к. за строчку петита.

цѣна съ перес. за годъ 7 р., за полгода 3 р. 50 к.

Редакторъ-Издатель Н. А. Вельяминовъ.

ЕЖЕМЪСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ

„МЕДИЦИНСКІЯ ПРИБАВЛЕНІЯ КЪ МОРСКОМУ СБОРНИКУ“.

Выходить и въ 1888 году книжками отъ 4—5 печатныхъ листовъ. Журналъ посвященъ по преимуществу разработкѣ вопросовъ, имѣющихъ отношеніе къ санитарному состоянію флота.

Достаточно отведено также мѣста и вопросамъ общей и практической медицины.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ:

въ С.-Петербургѣ, въ Главномъ Адмиралтействѣ, въ Управленіи главнаго медицинскаго инспектора флота.

Цѣна за годовое изданіе 4 р. съ пересылкою.

О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, дѣлается бесплатное объявленіе въ ближайшемъ № журнала.

Завѣдующій редакціей **М. Перфильевъ.**

ВѢСТНИКЪ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ
И
ОБЩЕСТВЕННОЙ ГИГИЕНЫ,

издаваемый

МЕДИЦИНСКИМЪ ДЕПАРТАМЕНТОМЪ,

будетъ выходить въ 1888 году въ мартѣ, іюнѣ, сентябрѣ и декабрѣ, книжками около 25 печатныхъ листовъ каждая, по той же программѣ, какъ и въ 1887 году.

Подписная цѣна за годовое изданіе „Вѣстника“, съ пересылкой и доставкой на домъ, **семь** руб. Подписка принимается въ редакціи „Вѣстника“ (С.-Петербургъ, Николаевская ул., д. № 52, кв. № 7).

Редакторъ д-ръ мед. **М. Шмелевъ.**

9-й годъ изданія.

ЭЛЕКТРИЧЕСТВО

ЖУРНАЛЪ,

ИЗДАВАЕМЫЙ VI ОТДѢЛОМЪ

ИМПЕРАТОРСКАГО РУССКАГО ТЕХНИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА,

БУДЕТЪ ВЫХОДИТЬ ВЪ 1888 ГОДУ

по той же программѣ и въ томъ же объемѣ, т. е. два раза въ мѣсяцъ—
тетрадами отъ одного до двухъ печатныхъ листовъ большаго формата
съ рисунками и чертежами.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА:

На годъ (въ обложкѣ) съ дост. и перес. 6 руб. — коп.

„ полгода „ „ „ 3 „ 50 „

— Экземпляры журнала за 1880 г. можно получать въ редакціи
по 3 р., 1881—1887 гг. по 6 р. съ пересылкой.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ: въ редакціи, Пан-
телеймонская, 2; въ Москвѣ: у г. Мамонтова и въ оптическомъ
магазинѣ г. Швабе; въ Кіевѣ: у г. Оглоблина.

Отъ Главнаго Военно-Медицинскаго Управленія.

Въ Хозяйственной части Редакціи „Военно-Медицинскаго жур-
нала“ при Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи прини-
мается подписка на „Военно-Медицинскій журналъ“ 1888 г., вы-
ходящій ежемѣсячно книжками отъ 15 до 20 листовъ и болѣе.

Цѣна за годовое изданіе журнала:

Безъ пересылки 6 руб. 50 коп., съ пересылкою 8 руб.

За приложенія:

Безъ пересылки 7 руб. 50 коп., съ пересылкою 9 руб.

Гг. иногородные адресуютъ свои требованія о высылкѣ „Военно-
Медицинскаго журнала“ и приложеній къ нему въ Главное Военно-
Медицинское Управленіе по хозяйственной части редакціи „Военно-
Медицинскаго журнала“.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1888 Г.

(ПЯТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНИЯ)

НА

ВѢСТНИКЪ ОФТАЛМОЛОГИИ

ДВУХМѢСЯЧНЫЙ ОФТАЛМОЛОГИЧЕСКІЙ ЖУРНАЛЪ,

издаваемый подъ редакціей

д-ра А. В. Ходина,

профессора офталмологіи въ университетѣ Св. Владимира, при содѣйствіи проф. Адамюка въ Казани, д-ра Бѣдова въ Варшавѣ, проф. Вольфринга въ Варшавѣ, проф. Гиришмана въ Харьковѣ, д-ра Денисенко въ Москвѣ, проф. Добровольскаго въ Петербургѣ, д-ра Донберга въ Петербургѣ, д-ра Евецкаго въ Москвѣ, д-ра Кацаурова въ Ярославлѣ, д-ра Брюкова въ Москвѣ, д-ра Ложечника въ Москвѣ, д-ра Любинскаго въ Кронштадтѣ, д-ра Маклакова въ Москвѣ, д-ра Миткевича въ Одессѣ, д-ра Пѣунова въ Владикавказѣ, д-ра Пржибыльскаго въ Варшавѣ, д-ра Рейха въ Тифлисѣ, д-ра Скребицкаго въ Петербургѣ, д-ра Талько въ Ярославлѣ, д-ра Фадковскаго въ Бердичевѣ и ми. др.

Журналъ будетъ выходить, какъ и въ прошлые годы, каждыя 2 мѣсяца, книжками въ 5—6 и болѣе листовъ и содержать какъ оригинальныя статьи, такъ и рефераты по всеѣмъ отдѣламъ офталмологіи.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА ШЕСТЬ РУБЛЕЙ СЪ ПЕРЕС. И ДОСТ.

Подписка принимается въ помѣщеніи редакціи: *Кіевъ, Нестеровская ул., д. 5.*

Редакторъ-издатель проф. **А. Ходинъ.**

НОВЫЯ КНИГИ:

ПРИМѢНЕНІЯ ГИМНАСТИКИ И МАССАЖА КЪ ЛЕЧЕНІЮ БОЛѢЗНЕЙ.

Профессора **Dujardin-Beaumetz'a.**

Переводъ съ французскаго д-ра В. К. Панченко. Съ рисунками.
1887 г. Цѣна 60 к.

ЛЕКЦІИ ОБЩЕЙ ТЕРАПІИ.

Профессора **HAUDEM'A.**

Переводъ съ франц. доцента В.-М. Акад. д-ра **Т. И. Богомолова.**
1887 г. Цѣна 2 р.

Продаются въ „Медико-хирургическомъ магазинѣ“ **Н. П. ПЕТРОВА.**
Спб., Выборгская, Нижегородская ул., № 17.

Принимается подписка на все журналы и газеты по цѣнамъ редакцій.

ВЪ МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКОМЪ МАГАЗИНЪ,

Н. П. ПЕТРОВА.

Спб., Выборгская, Нижегородская ул., № 17.

ПОСТУПИЛИ ВЪ ПРОДАЖУ НОВЫЯ КНИГИ:

Вѣнскій карманный сборникъ рецептовъ на 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

Любимовъ. Бактери и вліяніе ихъ на здоровье челоуѣка. Ц. 30 к.

Валл. Эротическое умопомѣшательство. Съ франц. Ц. 30 к.

Уреніусъ. Записки дерматологіи. Ц. 1 р. 50 к.

Кенигъ. Руководство къ общей хирургіи. Отдѣль II. Ц. 2 р. 40 к.

Тилингъ. Новыя видоизмѣненія въ технику артректоміи или резекцій.
Ц. 1 р.

Монастырскій. Современныя взгляды на патологию и терапію воспаленій суставовъ. Ц. 2 р.

Шольцъ. Діететика духа. Перев. Герстфельда, подъ ред. проф. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.

Решакъ, проф. Электродіагностика и электротерапія. Перев. подъ ред. Ковалевскаго. Ц. 1 р.

Адресъ. Заиканіе и его леченіе. Ц. 1 р.

Лейденъ. О бронхіальной астмѣ и ея леченіи. Ц. 20 к.

Hünepfauth. Руководство къ изученію массажа. Перев. съ нѣмец. подъ ред. д-ра В. Н. Попова. Съ 33 рис. Ц. 2 р.

Врачебный ежегодникъ на 1888 г. Ц. 1 р. 25 к.

Календарь для врачей на 1888 г. Ц. 1 р. 80 к.

По порученію продается:

*Embryologie-Ovologie humaine (accompagnée de 15 planches),
par le dr. Velpeau, Paris 33. Ц. 10 руб.*

Адресоваться въ „Медико-Хирургическій книжный магазинъ“ Н. П. ПЕТРОВА,
Спб., Нижегород. ул., № 17.

Готовятся къ печати:

ДОМАШНЯЯ ГИМНАСТИКА ДЛЯ ЗДОРОВЫХЪ И БОЛЬНЫХЪ

д-ра **АНГЕРШТЕЙНА.**

ГОДЪ ВТОРОЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ПРОТОКОЛЬ № 16.

Засѣданіе 19-го ноября 1887 г.

Предсѣдательствовалъ А. Я. Крассовскій.

Присутствовали 50 членовъ: Андреевъ Н. Ю., Байковъ, Вацевичъ, Видеръ, Бубновъ, Бѣляевъ, Гарфункель, Гессъ, Горайскій, Грипевальдъ, Гриневъ, Даниловичъ, Довнарвичъ, Еськовъ, Желтухинъ, Зачекъ, Змигродскій, Кирѣевъ, Лебедевъ, Личкусъ, Лилѣевъ, Маковецкій, Марцынкевичъ, Мершъ, Мисевичъ, Оттъ, Піотровичъ, Полонскій, Полотебновъ, Поршняковъ, Рентельнъ, Ростковскій, Рудольскій, Рунге, Салмановъ, Славянскій, Смольскій, Смоленскій, Стравинскій, Ульрихъ, Урвичъ, Фишеръ А., Фишеръ В., Франкъ, Фраткинъ, Чернышевъ, Чошинъ, Шлезингеръ, Штольцъ, Шуриновъ, 53 гостя и стенографъ.

Читанъ протоколъ № 15, утвержденіе его отложено до административнаго засѣданія.

К. Ф. Славянскій замѣтилъ, что слово «почтенный докладчикъ», употребленное въ протоколѣ, онъ считаетъ неудобнымъ и полагаетъ, что какіе либо эпитеты и qualificacіи въ отношеніи членовъ въ протоколѣ допущены быть не могутъ.

И. И. Смольскій предложилъ рассмотреть этотъ вопросъ въ административномъ засѣданіи, что и было рѣшено Обществомъ.

Н. И. Стравинскій сообщилъ о двухъ случаяхъ внематочной беременности, кончившихся смертію. I. Боль-

ная 36 лѣтъ; первое мѣсячное на 14 году; затѣмъ приходило правильно и продолжалось по 4—5 дней, не сопровождаясь болями. Замужемъ 11 лѣтъ; рожала два раза, послѣдній разъ четыре года тому назадъ. Вслѣдствіе задержанія плечиковъ, плодъ извлеченъ мертвымъ. Послѣ родовъ не хворала. Выкидышей не имѣла. Въ послѣдніе годы мѣсячныя стали неправильными, появляясь то раньше, то позже и сопровождаясь болями внизу живота и поясицѣ¹⁾. На тошноту въ послѣднее время не жаловалась и вообще не считала себя беременною. Особенныхъ болѣзней не переносила. Средняго роста и сложения; подкожная жирная вѣтчатка умѣренная. Наружные покровы очень блѣдны. Пульсъ слабый, 120; дыханіе поверхностное, около 30; температура 38,5°. Языкъ немного обложенъ, суховатъ. Сердце и легкія нормальны. Животъ сильно вздутъ, стѣнки его напряжены; по срединѣ тонъ барабанный; по бокамъ же и внизу—тупой. Наибольшая болѣзненность книзу и влѣво отъ пупка. Маточная шейка цилиндрической формы, средней величины и плотности, зѣвъ закрытъ, имѣетъ форму поперечной щели; слизистая оболочка около зѣва размягчена; шейка приподнята и смѣщена къ лону. Матка, по видимому, увеличена, смѣщена тоже къ лону, мало подвижна и трудно очерчивается вслѣдствіе выполненія всѣхъ сводовъ тѣстоватою опухолью; послѣдняя не вездѣ одинаковой плотности и занимаетъ всю полость таза. Лѣвый сводъ болѣзненнѣе праваго. Больная жалуется на сильныя боли внизу живота, колются въ подреберьяхъ, давленіе подъ ложечкою, боли въ поясицѣ и крестцѣ, распространяющіяся на верхнюю часть бедеръ, а также на тошноту, рвоту, иногда и съ желчью, жажду, отсутствіе аппетита и головокруженія. Позывы къ мочеиспусканію учащены. Запоры. На основаніи вышеизложеннаго распознана заматочная кровяная опухоль, вслѣдствіе внѣматочной беременности, а также ограниченное воспаленіе брюшины.

¹⁾ Послѣднія мѣсячныя были въ концѣ января 1882 г.; докладчикъ увидѣлъ больную въ первый разъ въ половинѣ марта того же года. Самое же заболѣваніе появилось за двѣ недѣли до этого.

Подъ вліяніемъ соотвѣтствующаго лѣченія, больная стала чувствовать себя лучше, хотя одно время, при обострившемся перитонитѣ, подвергалась опасности умереть каждую минуту. Черезъ три мѣсяца послѣ начала заболѣванія, появилось скудное мѣсячное, продолжавшееся два дня. Къ этому времени опухоль стала совершенно подвижною, неболѣзненною, плотною, величиною въ кулакъ. Она занимала болѣе заднюю часть лѣваго свода и была тѣсно соединена съ маткою, окружая послѣднюю. Въ правомъ сводѣ опухоли не было. Въ началѣ августа 1883 г. питаніе и общее состояніе удовлетворительны. Опухоль въ лѣвомъ сводѣ величиною въ сливу; она тонкимъ шнуркомъ соединена съ маточнымъ дномъ, расположена на высотѣ послѣдняго, гладка, плотна, подвижна и не болѣзненна. Больная оставлена безъ лѣченія. 3 декабря 1883 г. докладчика вновь пригласили къ больной. Мѣсячное, долженствовавшее наступить 10 ноября, не появилось. Уже 2 декабря больная почувствовала себя худо, а 3 декабря вдругъ появилась сильная боль внизу живота, справа, съ дурнотою, головокруженіями, рвотой и затрудненнымъ дыханіемъ. Больная малокровна, мечется и жалуется на рѣзкія боли въ подреберьяхъ и внизу живота, особенно справа. Пульсъ слабый, 60; дыханіе 30; температура понижена. Животъ вздутъ; тонъ, за исключеніемъ поясничныхъ областей, повсюду барабанный. Ощупать сквозь стѣнки живота ничего не удастся. Матка, повидимому, увеличена, какъ во второмъ мѣсяцѣ беременности, ткань ея размягчена, своды объемисты, выполнены какою-то жидкостью. Болѣзненность рѣзче всего выражена справа. Определено кровоизліяніе въ полость брюшины, — вѣроятно вслѣдствіе внѣматочной беременности. Не смотря на назначенное лѣченіе, больная скончалась на слѣдующій день. *Вскрытіе* произведено въ тотъ же день. Разрѣзъ по бѣлой линіи. Изъ брюшной полости удалено около 8—9 фунтовъ свернувшейся и отчасти жидкой крови. Никакихъ признаковъ свѣжаго перитонита; наружная поверхность печени и желчнаго пузыря неизмѣнена. Матка рѣзко увеличена, правильной округленной формы, мягка и при надавлива-

ніи производить впечатлѣніе зыбленія. Брюшина, покрывающая матку—нормальна. Размѣры матки: отъ наружнаго зѣва до дна $11\frac{1}{2}$ стм.; отъ дна до внутренняго зѣва 7; длина шейки $4\frac{1}{2}$; длина влагалищной части 2; ширина дна $7\frac{1}{2}$; ширина тѣла 8; ширина на уровнѣ внутренняго зѣва 4; ширина шейки $4\frac{1}{2}$, толщина тѣла $5\frac{1}{2}$; наружный зѣвъ въ видѣ поперечной щели въ $1\frac{1}{2}$ стм.; слизистая оболочка около него набухла, но нормально окрашена. У праваго угла матки, на мѣстѣ выходненія Фаллопиевой трубы, съ задней ея стороны, замѣчается выпячиваніе ткани матки, въ лѣсной орѣхъ, довольно рѣзко ограниченное; ткань въ этомъ мѣстѣ темно-багровая, покрыта кровяными сгустками, по удаленіи которыхъ оказался разрывъ, длиною около $1\frac{1}{2}$ стм. Разрывъ этотъ ведетъ въ полость вышеупомянутаго выпячиванія, которая немного углубляется въ толщѣ стѣнки матки и выполнена кровянымъ сгусткомъ и какою-то желтоватою массою, которая при болѣе тщательномъ изслѣдованіи оказалась частями зародыша; послѣдній, судя по развитію, долженъ быть отнесенъ къ одномѣсячной беременноти. Правая Фаллопиева труба утолщена, сочна, особенныхъ измѣненій не представляетъ. Зондъ, введенный въ наружный конецъ правой Фаллопиевой трубы, проникаетъ въ полость вышеупомянутаго выпячиванія и такимъ образомъ доказываетъ, что въ данномъ случаѣ имѣется начальный періодъ развитія плоднаго яйца въ той части Фаллопиевой трубы, которая проходитъ сквозь толщѣ стѣнки матки (*graviditas interstitialis*). Изъ полости выпячиванія въ полость матки зонда провести не удалось. Правый яичникъ немного увеличенъ, заключаетъ свѣжее желтое тѣло. Лѣвая Фаллопиева труба тоже утолщена, сочна. На срединѣ ея видна опухоль величиною въ сливу, круглая, плотная, находящаяся въ непосредственной связи съ трубою и покрытая ложными перепонками. При разрѣзѣ этой опухоли, содержимое ея оказалось состоявшимъ изъ старыхъ, немного безцвѣтныхъ, сгустковъ. Стѣнка опухоли представляетъ плотную сумку. Зондъ, введенный въ наружный конецъ лѣвой Фаллопиевой трубы, доходитъ непосредственно до стѣнки сумки. Присма-

триваясь ближе, можно ясно видѣть, какъ мышечныя волокна Фаллопиевой трубы переходятъ на стѣнку сумки. Такимъ образомъ, необходимо предположить, что найденная опухоль со старыми кровяными сгустками представляетъ собою осумкованный остатокъ значительнаго кровоизліянія, бывшаго у больной за годъ и 9 мѣсяцевъ до смерти и происшедшій, очевидно, отъ трубной беременности. Лѣвый яичникъ меньше праваго. Въ полости матки, кромѣ нѣсколькихъ капель кровянистой жидкости, ничего не оказалось. Отпадающая оболочка очень толста; мышечныя стѣнки матки также утолщены. Препараты, показанный Обществу, въ свѣжемъ видѣ былъ предъявленъ К. Ф. Славянскому. II. Больная, 31 г., плохо упитана. Мѣсячныя, наступившія на 16 году, приходили правильно и продолжались по 3—4 дня. Въ послѣдній разъ были въ первыхъ числахъ іюля сего года ¹⁾). Родила два раза; послѣдній разъ четыре года назадъ; послѣ родовъ не хворала. Особенныхъ болѣзней не переносила. Чувствовала себя удовлетворительно и вообще беременной себя не считала. Двѣ недѣли назадъ остунилась и вскорѣ почувствовала боли внизу живота; спустя 4 дня показалось немного крови изъ половыхъ частей; кровотеченіе это, однако, вскорѣ остановилось. 12 октября, вечеромъ, повидимому, безъ всякой новой причины, почувствовала сильныя боли внизу живота, заставившія ее лечь въ постель. Боль чувствовалась сильнѣе съ правой стороны и переходила въ видѣ колотья въ правыя подреберье и плечо. Появились рвота и учащенное мочеиспусканіе. Испражненія правильны. Малокровна; 37,9°; п. 110; д. 20. Легкія и сердце нормальны. Языкъ слегка обложенъ и суховатъ. Животъ вздутъ. Ощупать черезъ него ничего не удается. Шейка нормальной величины и плотности; зѣвъ закрытъ; матка увеличена, какъ во второмъ мѣсяцѣ беременности, немного размягчена, подвижна, наклонена впередъ; правый сводъ выпяченъ, выполненъ жидкимъ содержимымъ, сильно болѣзненъ при дотрогиваніи; какой бы то ни было опу-

¹⁾ Докладчика пригласили къ больной 13 октября.

холи ощупать не удалось. Лѣвый сводъ тоже выполненъ жидкимъ содержимымъ, но менѣе выпяченъ и менѣе болѣзненъ. Распознано кровоизліяніе въ полость брюшины, по всей вѣроятности, вслѣдствіе внѣматочной беременности. Предложенная операція была отклонена и больной, и ея родственниками. Лѣчѣніе оказалось бесплоднымъ и на другой день (14 октября) больная умерла. *Вскрытіе:* Въ брюшной полости много кровяныхъ сгустковъ, между которыми, вблизи правой Фаллопіевой трубы, найдено свободно лежащимъ плодное яйцо съ цѣльнымъ плоднымъ пузырьемъ. Плодное яйцо, въ большую сливу, покрыто только мѣстами кожистою оболочкою; дѣтское мѣсто въ начальномъ періодѣ развитія. Зародышъ, длиною въ 4 см., свободно плаваетъ въ плотной жидкости. Матка правильной, округленной формы; мягка, покрывающая ее брюшина неизмѣнена. Лѣвая Фаллопіева труба безъ измѣненій, длиною въ 9 см. Правая видимо толще, сочнѣе лѣвой, длиною въ 13¹/₂ см.; особенно утолщена воронка, бахромки которой также утолщены; воронка легко расправляется, образуя изъ себя полость, въ которой, очевидно, и помѣщалось плодное яйцо. На внутренней поверхности воронки найдены куски кожистой оболочки, недостававшіе въ плодномъ яйцѣ. Изъ воронки въ каналъ трубы проникнуть зондомъ не удалось. Правый яичникъ увеличенъ; въ немъ замѣчается желтое тѣло. Лѣвый кистовидно перерожденъ и увеличенъ вдвое. Въ полости матки тѣ же измѣненія, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Обществу предъявленъ препаратъ.

К. О. Славянскій и *А. Я. Крассовскій* замѣтили, что въ случаяхъ, подобныхъ случаю докладчика, единственною разумною мѣрою является своевременная операція и поэтому С. предлагаетъ такихъ больныхъ, если есть какая нибудь возможность, тотчасъ же вести въ клинику къ спеціалисту, гдѣ немедленно можетъ быть произведена операція.

А. И. Лебедевъ, указавъ на то, что *Veit*, напротивъ того, считаетъ такіе случаи за *poli me tangere*, самъ, тѣмъ не менѣе, вполне присоединился къ мнѣнію *К. О. Славянскаго* и *А. Я. Крассовскаго*.

Д. О. Оттъ поинтересовался узнать, не нашелъ ли докладчикъ причины, дважды обусловившей, въ его первомъ случаѣ, внѣматочную беременность.

Н. И. Стравинскій возразилъ, что онъ не могъ найти подобной причины: трубы не были сужены и не измѣнили своего положенія.

Н. М. Поршняковъ сообщилъ о случаѣ операціи Рогго, произведенной *А. Я. Крассовскимъ*. Больная, 28 л., принята въ Родовспомогательное заведеніе въ концѣ 6-го мѣсяца первой беременности. Мѣсячныя получила на 15 году. Онѣ приходили черезъ три недѣли и продолжались 2—3 дня, въ умѣренномъ количествѣ, безъ болей. Въ послѣдній разъ были 10 января сего года. Движенія плода ощутила впервые 8 іюня. Ростъ 129 см. Подкожный жировой слой и мышцы развиты удовлетворительно. Малокровіе. Правая ключица изогнута болѣе лѣвой и на границѣ первой своей $\frac{1}{3}$ отъ грудиннаго конца представляетъ утолщеніе, какъ бы костную мозоль, но перелома ключицы въ анамнезѣ нѣтъ. Позвоночный столбъ въ верхней половинѣ не представляетъ неправильности, но въ области нижнихъ поясничныхъ позвонковъ замѣчается небольшая *log-dosis*. На ребрахъ прощупываются мѣстами рѣзкія четкообразныя утолщенія. Трубчатыя кости рукъ и ногъ тонки, но больше нормальнаго утолщены въ эпифизахъ. На срединѣ лѣвой плечевой кости костная мозоль отъ бывшаго перелома. Лѣвое предплечіе слегка дугообразно искривлено и утолщено на срединѣ. Правая нога на $1\frac{1}{2}$ см. длиннѣе лѣвой: правое бедро 29, лѣвое 27; правая голень 30, лѣвая $30\frac{1}{2}$ см. Лѣвая нога имѣетъ форму *genu valgum*. Тазъ—рахитически общесуженный (съ особенно рѣзко выраженнымъ суженіемъ во входѣ) или т. н. ложноостеомалатической. Вертлюги $26\frac{1}{2}$, гребни 25, ости 23, наружный прямой 19, *conjugata diagonalis* 9, *conjugata vera* 7; наружные косые, правый и лѣвый, по 19; *dist. Litzmanni* $7\frac{1}{2}$; поперечный размѣръ выхода таза, между сѣдалищными буграми, 6; прямой— $8\frac{1}{2}$ см. Лонное соединеніе выпячивается вверхъ и впередъ и имѣетъ рѣзко выраженную, т. наз. клювовидную форму. Лонная дуга очень узка, такъ что на границѣ нисходящихъ вѣтвей лонныхъ костей съ восходящими вѣтвями сѣдалищныхъ выходъ таза едва пропускаетъ въ поперечникѣ

два пальца. Боковые стѣнки таза значительно вдавлены внутрь, такъ что полость его, а, главнымъ образомъ, выходъ, сильно уменьшены въ попереникъ. Передняя поверхность крестца сильно изогнута въ продольномъ направленіи кзади. Такъ какъ при такомъ сильномъ сѣуженіи таза трудно было рассчитывать на благополучный исходъ для ребенка, даже и при преждевременныхъ родахъ, то больной было предоставлено на выборъ или подвергнуться операциіи немедленно, пожертвовавъ жизнью плода, или же перенести операцию болѣе серьезную, дождавшись конца беременности, но зато съ сохраненіемъ жизни ребенка. Больная предпочла послѣднее съ тѣмъ, однако, условіемъ, чтобы предстоящая операциа избавила ее уже навсегда отъ возможности новой беременности. Дня за два до наступленія родовъ, больная, чувствовала себя дотолѣ вполне хорошо, стала жаловаться на боли въ поясницѣ и не ощущала уже болѣе движеній плода. Въ ночь съ 16-го на 17-е, черезъ 2¹/₂ ч. послѣ начала болей и спустя 1¹/₂ ч. послѣ излитія водъ А. Я. *Крассовскій* приступилъ къ операциіи. Шейка матки была изглажена; наружный зѣвъ, стоявшій очень высоко, былъ открытъ пальца на 1¹/₂; t° 38,8°, п. 104. Разрѣзъ по бѣлой линіи живота, при чемъ пупокъ обойденъ съ лѣвой стороны. Этотъ разрѣзъ еще увеличенъ пальца на три кверху, чтобы возможно было выкатить матку. Кишечныя петли, вверху брюшнаго разрѣза, удерживались въ своемъ положеніи сближеніемъ краевъ раны, захваченныхъ большими Мюзеевскими щипцами. На нижній отрѣзокъ матки, нѣсколько ниже внутренняго зѣва наложенъ упругій жгутъ, затянутый и укрѣпленный кольцомъ *Thiersch'a*, вслѣдъ затѣмъ сейчасъ же однимъ глубокимъ и длиннымъ разрѣзомъ черезъ дно и переднюю стѣнку матка вскрыта. Разрѣзъ попалъ на послѣдъ, сидѣвшій на передней стѣнкѣ у дна. Плодъ оказался въ правомъ косомъ положеніи (головкой вверхъ и вправо) и былъ извлеченъ безъ признаковъ жизни. Вѣсъ его 3100 грм.; длина 48. Послѣдъ удаленъ рукою. Матка вмѣстѣ съ яичниками и трубами срѣзана пальца на 1¹/₂ надъ внутреннимъ зѣвомъ. Такъ какъ наложенный жгутъ недостаточно плотно стягивалъ куль-

тию, то подъ нимъ наложенъ новый болѣе толстый, тоже затянутый кольцомъ *Thiersch*'а, а первый перерѣзанъ ножницами и удаленъ. Появившееся было кровотеченіе изъ сосудовъ широкихъ связокъ скоро остановлено наложеніемъ соотвѣтственныхъ шелковыхъ лигатуръ: слѣва 3-хъ, а справа 2-хъ. Туалетъ брюшины дѣлать не пришлось, такъ какъ въ полость ея ничего не попало. На рану живота наложено 10 глубокихъ и 9 поверхностныхъ шелковыхъ швовъ, при чемъ ближайшіе къ выведенной наружу культѣ наложены такъ, что брюшина краевъ раны плотно прилегала къ брюшинѣ культи ниже жгута; самая же культя не пришивалась къ краямъ раны, а, проколота надъ жгутомъ двумя перекрещивавшимися между собою длинными иглами, укрѣплена ими въ нижнемъ углу раны. Затѣмъ всѣ брюшные швы были покрыты слоемъ коллодія съ двуіодистою ртутью; культя же присыпана іодоформомъ и на животъ наложена противугнилостная повязка. Операция производилась около 1¹/₂ часа; главные же моменты ея—наложеніе жгута и извлеченіе плода заняли не болѣе 2—3 минутъ. Все, употреблявшееся во время операціи, какъ-то: ватные шарики, полотенца, шелкъ и т. д., было заранѣе обработано растворомъ двуіодистой ртути (1 : 2000); инструменты же и иглы лежали въ 5% растворѣ карболовой кислоты. Наивысшая температура въ послѣоперационномъ періодѣ была 38,4°, при чемъ пульсъ постоянно былъ полнымъ; наибольшая частота его равнялась 86. На 9-й день въ первый разъ перемѣнена повязка. На 12-е сутки сняты всѣ швы. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Культя отвалилась на 14 день. Съ 17 дня послѣ операціи и по настоящее время вечерняя температура не превышала 37,8°; самочувствіе оперированной прекрасно; и ранка на мѣстѣ культи почти совсѣмъ зарубцевалась. Въ заключеніе, докладчикъ обосновалъ операцію *Porro* въ данномъ случаѣ слѣдующими соображеніями. Эмбриульція съ прободеніемъ послѣдующей головки была неумѣстна вслѣдствіе узости таза, недозволившей введенія руки, необходимаго для производства операціи, которая, еслибы и удалась, несомнѣнно сопровождалась бы серьезными трауматическими осложненіями для матери,

отъ которыхъ можно было бы ожидать далеко небезопасныхъ послѣдствій. Съ другой стороны, для производства данной операціи зѣвъ былъ еще недостаточно раскрытъ, и, слѣдовательно, пришлось бы еще выжидать, а между тѣмъ общее состояніе роженицы (38,8°; п. 104) требовало немедленной помощи. Да и чего можно было ожидать въ будущемъ даже въ случаѣ благоприятнаго исхода? Новая беременность поставила бы больную опять въ такія же тяжкія условія, и при томъ совершенно безцѣльно, ибо о сохраненіи жизни будущаго плода посредствомъ преждевременныхъ родовъ, въ данномъ случаѣ, не можетъ быть и рѣчи, вслѣдствіе сильнаго суженія таза. Сохраняющее кесарское сѣченіе не могло быть предпринято по той же причинѣ, т. е., какъ операція, избавляющая роженицу отъ опасности новой беременности, — чего, главнымъ образомъ, желала больная и что исключительно побудило ее вообще согласиться на кесарское сѣченіе. Съ другой стороны, высокая температура, указывавшая уже на послѣдовавшее зараженіе, говорила противъ сохраняющаго сѣченія. И такъ, оставалась только операція *Porro*, которая и была предпринята тѣмъ охотнѣе, что въ рукахъ *А. Я. Крассовскаго* она дала вполнѣ благоприятные результаты. Изъ 5 случаевъ только 1 (въ которомъ операція была произведена при значительномъ раковомъ пораженіи влагалищной части и сводовъ) окончился смертью; остальные четыре прошли вполнѣ благополучно, при чемъ въ число послѣднихъ входитъ и случай при разрывѣ матки *sub partu*, оперированной лишь по истеченіи 5 часовъ. Больная была демонстрирована Обществу.

А. Я. Крассовскій замѣтилъ, что было бы очень желательно точнѣе очертить тѣ случаи, въ которыхъ уместна операція *Porro*. Что касается до его личнаго мнѣнія, то онъ полагаетъ, что и въ этомъ отношеніи слѣдуетъ сообразоваться съ частностями и особенностями cadaго случая.

А. И. Лебедевъ согласился съ тѣмъ, что въ случаѣ, сообщенномъ докладчикомъ, вполнѣ была уместна операція *Porro*.

Д-ръ *І. І. Березницкій* показалъ Обществу *ложноостеомалатическій тазъ* и сообщилъ при этомъ исторію родовъ жен-

щины, отъ которой добытъ предъявленный препаратъ. Больная, 24 л., страдавшая въ дѣтствѣ рахитомъ, получила первыя мѣсячныя на 19 году; онѣ приходили правильно и продолжались сначала по 7—8, а потомъ только по 3—4 дня. Последнее мѣсячное 24 мая 1886 г. Времени перваго движенія плода не помнитъ. Беременна въ 1-й разъ. Ростъ 127 см. Плохо упитана. Куриная грудь. Lordosis поясничной части позвоночника. Отвислый животъ. Наибольшая окружность его 92; окружность таза 72; ости 17; гребни 21; вертлюги 22,5; наружный прямой размѣръ 16 см. Наружные половые органы развиты правильно, обращены болѣе кзади. Первое затылочное положеніе плода. Температура тѣла роженицы нормальная. П. 80. Родовыя боли часты, правильны. Изъ рукава обильное выдѣленіе слизи. Шейка матки сглажена; зѣвъ пропускаетъ конецъ указательнаго пальца. Плодный пузырь цѣль. Предлежащая часть трудно достижима. Внутренніе размѣры таза сужены. Таково было состояніе больной при поступленіи ея 28 марта 1887 г. въ Томскій родильный пріютъ. Въ ночь на 31 марта прошли воды, и къ утру зѣвъ раскрылся на два пальца. Въ 3 ч. дня, при отсутствіи сердцебіенія и движенія плода—прободеніе подъ хлороформомъ. Извлеченіе краниокластомъ, однако, не удалось. Поворотъ не могъ быть произведенъ вслѣдствіе невозможности, при сильномъ суженіи таза, ввести руку. Приступлено поэтому къ кесарскому сѣченію. Разрѣзъ брюшныхъ покрововъ, по бѣлой линіи живота, начать на 6 см. выше пупка и конченъ на 8 ниже его. Такой же длинный разрѣзъ матки. Извлеченіе плода и послѣда. При этомъ обнаруженъ разрывъ матки, начинавшійся отъ нижняго конца разрѣза матки и продолжавшійся вправо, образуя съ разрѣзомъ прямой уголъ. Длина разрѣза 6 см.; онъ зашитъ 5 шелковыми швами. Швы на маточную и брюшную раны. Повязка. Смерть больной на слѣдующій день.

К. О. Славянской и *А. Я. Крассовскій* поблагодарили докладчика за интересное сообщеніе и замѣтили, что въ будущемъ онъ, вѣроятно, прибѣгнетъ, при подобныхъ обстоятельствахъ, къ кесарскому сѣченію болѣе своевременно.

Предсѣдатель А. Крассовскій.
Секретарь И. Смольскій.

ПРИЛОЖЕНИЕ КЪ ПРОТОКОЛУ № 16.

СЛУЧАЙ ЛОЖНО-ОСТЕОМАЛИТИЧЕСКАГО ТАЗА. КЕСАРСКОЕ СЪЧЕНИЕ.

I. I. Березницкаго.

(Томскъ).

28 Марта 1887 года въ родильный покой Томской повивальной Школы поступила роженица, тобольская мѣщанка, дѣвица Наталя Васильева Иштуканова, 24 лѣтъ, дочь арестанта, сирота, воспитанница Тобольскаго Сиротскаго тюремнаго Заведенія, — гдѣ и перенесла въ дѣтствѣ рахитъ.

Первыя регулы пришли на 13-мъ году, вначалѣ продолжались по 7—8 дней, а затѣмъ установились по 3—4 дня. Въ послѣдній разъ кончились 24 мая прошлаго 1886 года. Время перваго движенія плода не помнить. Родовыя боли почувствовала 26 марта; беременна въ 1-й разъ. Status praesens: Росту 127 сант.; тѣлосложенія слабого, съ плохо развитыми подкожнымъ жирнымъ слоемъ и мускулатурой. Кожа всего тѣла весьма смуглая, волосы черные. Голова большая, сплюснутая съ боковъ и съ выдающимися впередъ лобными буграми. Скулы и челюсти значительно развиты — выдаются. Грудная клѣтка книзу расширена и нижнія ребра ея отворочены кнаружи, въ верхней части кривизна реберъ уплощена, грудная кость выдается впередъ — грудь куринная. Поясничная кривизна позвоночника сильно изогнута впередъ. Животъ выпяченъ и весьма свѣшенъ книзу. Окружность живота по большой выпуклости 92 сант.; расстоянія отъ лоннаго сочлененія до пупка 11 сант., отъ пупка до мечевиднаго отростка 26 сант.; тазъ кажется малымъ; окружность его 72 сант.; діаметръ между остями 17 сант.; діам. между гребешками 21 сант. Наружная конъюгата 16 сант. Между вертлугами 22,5 сент. Наружные половые органы развиты правильно, обращены кзади. Мелкія части плода замѣчаются въ верхней части живота; сердцебиеніе плода лучше всего слышно въ лѣвой сторонѣ живота и немного выше пупка. Положеніе плода продольное. Температура тѣла роженицы нормальная; пульсъ 80 въ минуту. Родовыя боли часты, чрезъ 10 минутъ, правильны. — При внутреннемъ изслѣдованіи оказалось: изъ маточнаго рукава отдѣляется обильно слизь; шейка матки сглажена; наружный маточный зѣвъ пропускаетъ конецъ указательнаго пальца. Плодный пузырь цѣль. Предлежащая часть не опупывается. При изслѣдованіи замѣтно, что тазъ въ своихъ внутреннихъ размѣрахъ значительно суженъ. Въ ночь на 31 марта прошли воды и къ утру зѣвъ раскрылся на 2 поперечныхъ пальца. Предлежащую частію оказалась головка, весьма подвижная. Въ 3 часа дня 31 марта, въ виду того, что движенія плода и его сердцебиеніе стали не слышны, родовыя боли прекратились, приступлено подъ хлороформомъ къ прободенію головки трепаномъ Брауна, что удалось сдѣ-

лать, фиксируя послѣднюю снаружи чрезъ брюшные покровы. По наложеніи краниокласта Брауна, послѣ нѣсколькихъ осторожныхъ тракцій, послѣдній былъ извлеченъ съ отдѣлившимися и ущемленными имъ покровами и одной темяной костью головки плода. Попытка провести руку, чтобы сдѣлать поворотъ на ножку, неудалась, — рука не проходила. Рѣшено сдѣлать кесарское сѣченіе. Обмывъ кожу живота карболовымъ мыломъ, эфиромъ и 3% растворомъ карболовой кислоты, роженицу снова хлороформировали. Затѣмъ, сдѣланъ послонный разрѣзъ брюшныхъ покрововъ по бѣлой линіи длиною въ 14 сант., причеиъ разрѣзъ не достигалъ до лоннаго соединенія на 2 поперечныхъ пальца и начинался выше пупка на 6 сант., проходя черезъ его средину, гдѣ изъ лѣваго края кожного разрѣза появилось небольшое кровотеченіе, остановленное перевязкой кровотокащаго сосуда. Брюшина была захвачена пинцетами и между ними вскрыта ножеиъ. Затѣмъ, по введенному въ полость живота пальцу разрѣзъ брюшины ножницами былъ увеличенъ до величины кожной раны живота. Представившаяся въ разрѣзѣ передняя поверхность матки, соотвѣтственно кожной ранѣ, была вскрыта до плодныхъ оболочекъ, выпятившихся въ разрѣзъ. Выпадающіе чрезъ рану петли тонкой кишки, сальникъ и верхушка мочеваго пузыря были заправлены и удерживаемы теплыми губками. По пальцу разрѣзъ матки ножницами увеличенъ до длины кожного разрѣза покрововъ живота. Изъ края разрѣза стѣнки матки появилось кровотеченіе, остановленное наложеніемъ шелковой лигатуры на кровотокащій сосудъ. Послѣ разрыва плоднаго пузыря, плодъ былъ извлеченъ за правую ручку, какъ ближайшую его часть. По извлеченіи плода, находившагося въ I-черепномъ положеніи, появилось болѣе сильное кровотеченіе. Введенной рукой въ полость матки легко было отдѣлено и выведено дѣтское мѣсто, прикрѣпившееся къ задней стѣнкѣ матки близъ дна справа. Матка хорошо сократилась. Кровотеченіе, какъ оказалось, было изъ нѣсколькихъ сосудовъ разрыва стѣнки матки. Онъ начинался отъ нижняго конца разрѣза стѣнки матки вправо, образуя съ разрѣзомъ прямой уголъ. Длина разрыва 6 сант. По наложеніи 8 узловатыхъ шелковыхъ швовъ на края разрѣза и 5 такихъ-же швовъ на края разрыва стѣнки матки, кровотеченіе остановилось и матка весьма хорошо сократилась. Швы проходили черезъ все слои стѣнки матки, отступя отъ края раны на 1 сантиметръ. Концы швовъ коротко обрѣзаны и сближенные края раны матки сверху присыпаны іодоформомъ. Сдѣлавъ необходимый туалетъ брюшины теплыми губками, приступлено къ соединенію брюшной раны. Соединеніе ея достигнуто такимъ образомъ, что для сближенія листовъ брюшины наложено 15-ть узловатыхъ швовъ и такое-же число швовъ на кожные края раны, захватывая въ шовъ мышцы и фасцію брюшныхъ стѣнокъ. Затѣмъ, на животъ наложена повязка, состоящая изъ слѣдующихъ частей: два слоя 3% іодоформированной марли, нѣсколько слоевъ марли, смоченной въ 3% р. карболовой кислоты, толстые слои гигроскопической ваты, макинтошъ и широкій холщевый бинтъ. Хлороформа употреблено за оба раза 1½ унца. Операція длилась 1½ часа. Извлеченный плодъ — хорошо развитая доношенная дѣвочка.

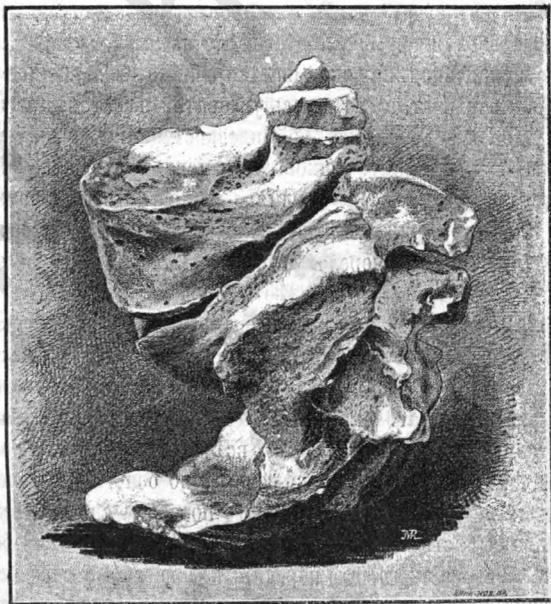
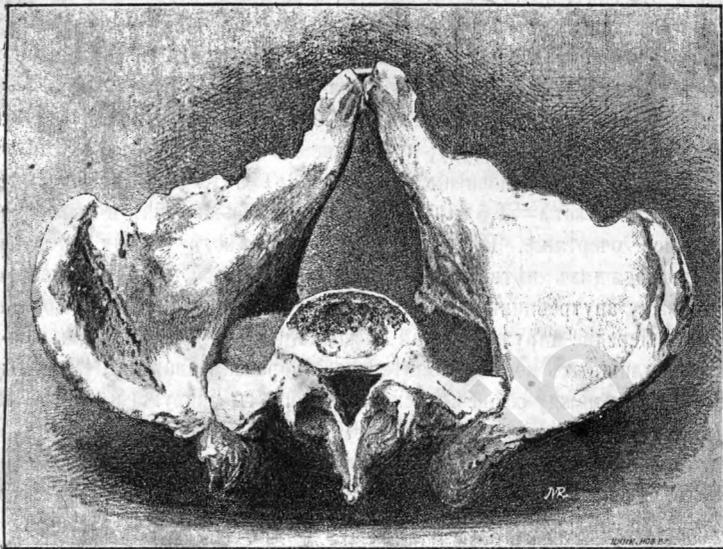
Въ 9 часовъ вечера перваго дня (31-го марта), температура 38° С. Пульсъ весьма слабый, до 140 въ минуту. Большая въ сознаниі, страдала отъ сильной жажды. Рвота весьма частая. Изъ вагины отдѣляются незначительныя кровяныя лохи. Въ 12 часовъ ночи t° 38,4. Пульсъ 140. Рвота продолжается; жажда усиливается. Утромъ, 1-го апрѣля, t° 36,8. Пульсъ нельзя сосчитать. Жажда и рвота постоянныя. Болѣзненность въ животѣ незначительная. Выдѣленія лохий продолжаются. Мочи выведено катетеромъ около $\frac{1}{2}$ фунта. Въ 1 часъ дня начался бредъ и въ 3 часа дня, 1-го апрѣля, больная умерла, проживъ послѣ операціи одни сутки.

При вскрытіи полости живота оказалось: кишечныя петли нѣсколько вздуты газами, серозная ихъ оболочка нормальнаго цвѣта. Въ полости живота никакихъ скопленій нѣтъ. Матка плотной консистенціи, величиной около 2-хъ кулаковъ взрослога человѣка; длина ея 17 с., ширина 12 с., толщина 8 с., окружность у дна 31 с., длина полости тѣла 12 с., длина шейки 5 с. На передней поверхности по средней линіи находится разрѣзъ стѣнки, края котораго соединены 8 шелковыми швами, а вправо отъ нижняго конца разрѣза разрывъ стѣнки въ поперечномъ направленіи съ неровными краями, сближенными между собою 5 стежками шелковаго шва. Явленій воспаленія серозной оболочки матки нѣтъ. Въ заднемъ заматочномъ углубленіи незначительное количество серозной жидкости. Кровяныхъ сгустковъ нѣтъ.

Тазъ, при тщательномъ изслѣдованіи, представилъ слѣдующее:

По общей формѣ, рассматриваемый тазъ принадлежитъ къ равномерно обще-суженнымъ тазамаъ — спавшимся. Общій вѣсъ его 330,0. Отдѣльно подвздошныя кости каждая—130,0. Крестецъ съ послѣднимъ поясничнымъ позвонкомъ и копчиковою костью—70,0.

Осмотръ таза показываетъ, что крестецъ вдвинуть впередъ и внизъ, вслѣдствіе чего мысъ, слегка повероченный влѣво, стоитъ на 1,5 сант. ниже прочихъ отдѣловъ тазоваго входа; чешуи подвздошныхъ костей стоятъ болѣе отвѣсно, онѣ болѣе нормальнаго изогнуты, отчего подвздошныя впадины представляются глубокими, что происходитъ отъ того, что заднія подвздошныя кости не только сближены между собою, но заворочены кнутри и кпереди. Гребешки подвздошныхъ костей болѣе утолщены, значительно короче нормальныхъ и, потерявъ S-образное очертаніе, имѣютъ скорѣе дугообразное направленіе. Чешуи этихъ костей не просвѣчиваютъ. Ушковидныя поверхности подвздошныхъ костей представляются сильно-бугристыми, покрытыми какъ бы костной накипью, равно какъ и задніе отдѣлы подвздошныхъ гребешковъ, ближайшія окружности вертлужныхъ впадинъ и наружная поверхность сѣдалищныхъ бугровъ. Безъимянная линія, вмѣсто дугообразнаго очертанія, имѣетъ S-образное, вслѣдствіе чего передніе отдѣлы обѣихъ безъимянныхъ линій, сближаясь между собою, придаютъ тазовому входу очертаніе рѣзко-выраженной формы червоннаго туза, чему еще болѣе способствуетъ выдвинутое впередъ положеніе крестцоваго мыса и послѣдняго поясничнаго позвонка. Задній отдѣлъ тазоваго входа стоитъ гораздо ниже, чѣмъ передній. На правой безъимянной линіи, соотвѣтственно подвздошно-лонному бугорку,



находится остистое возвышеніе, овально-заостренной формы, имѣющее при основаніи 0,4 сант. и 0,2 сантм. высоты, и смотреть верхушкою кнутри.

Горизонтальныя вѣтви лонныхъ костей изогнуты кнутри, сближены между собой и образуютъ подобіе утиного клюва. На срединѣ обѣихъ горизонтальныхъ вѣтвей лонныхъ костей имѣются два остистыя возвышенія, смотрящихъ верхушками кнаружи. Изъ нихъ лѣвое больше и имѣетъ 0,4 сант. въ основаніи и 0,3 сант. въ высоту; правое же—0,3 сант. при основаніи и 0,2 сант. высоты. Лонное сочлененіе, высоту 3,0 сант., сжато съ боковъ; въ самомъ толстомъ мѣстѣ=1,5 сант. Лонная дуга весьма узкая и имѣетъ ясное дугообразное очертаніе. Въ самомъ широкомъ мѣстѣ (между внутренними краями восходящихъ вѣтвей сѣдалищныхъ костей)=0,28 сант., въ самомъ узкомъ (между внутренними краями нисходящихъ вѣтвей лонныхъ костей)=0,09 сант. Передне-наружный край нисходящихъ вѣтвей лобковыхъ и восходящихъ сѣдалищныхъ костей значительно отвороченъ кнаружи. Сѣдалищные бугры сближены между собой и нѣсколько отогнуты кнаружи и кверху. Наибольшее разстояніе между ними = 0,45 (внутри). Запирательныя отверстія (foram. obturatoria) смотрятъ прямо кнаружи. Наибольшій діаметръ лѣваго овальнаго отверстія 3,9 сант., наименьшій 2,0 сант.; наибольшій діаметръ праваго=4,1 сант., наименьшій=2,0 сант. Вертлужныя впадины болѣе открыты кпереди, при чемъ вырѣзка ихъ края смотритъ болѣе впередъ и нѣсколько кверху. Дно лѣвой вертлужной впадины болѣе истончено и болѣе вдается внутрь. Діаметръ правой вертлужной впадины 4,9 сант., діаметръ лѣвой=5,2 сант.

Крестецъ сдавленъ сверху внизъ и укороченъ, представляется болѣе выпуклымъ сзади и верхушкой своей отстоитъ отъ мыса на 3,4 сант., вслѣдствіе чего крестцовая впадина оказывается сильно уменьшенною, не имѣетъ дугообразнаго направленія, а сдѣлалась угловатой и состоитъ изъ двухъ сходящихся между собой подъ угломъ 45° плоскостей. Изъ нихъ верхняя равна 3,7 сант., нижняя = 4,4 сант. Ушковидныя поверхности крестца выражены слабо, равно какъ и нижняя часть средняго гребня. Мысомъ своимъ крестецъ отстоитъ отъ верхняго края лоннаго сочлененія на 8,8. Спереди крестецъ сильно изогнутъ и какъ бы переломленъ въ области 3-го крестцоваго позвонка, который представляется болѣе укороченнымъ и болѣе порознымъ, чѣмъ прочіе. Самый высокій изъ крестцовыхъ позвонковъ первый, который имѣетъ тѣло высотой 2,2 сант., высота втораго 1,5 сант., третьяго 0,5 сант., четвертаго 1,2 сант. и пятаго 1,4 сант. Ширина тѣла перваго крестцоваго позвонка 5,0 сант., втораго 2,4 сант., третьяго 2,3 сант., четвертаго и пятаго—2,4 сант. Такимъ образомъ, всѣ крестцовыя позвонки вытянуты въ поперечномъ направленіи и сплющены по оси таза. Поперечная выпуклость передней поверхности тѣла перваго позвонка сильно увеличена. Замѣтно, что средняя часть тѣлъ позвонковъ стоитъ ниже, чѣмъ боковыя ихъ части, что доказывается тѣмъ, что переднія крестцовыя отверстія сплющены, имѣютъ поперечно-овальную форму и внутренніе концы ихъ смотрятъ книзу. Что же касается до крыльевъ позвонковъ, то онѣ, очевидно, подверглись

меньше болѣзненному процессу, меньше смѣстились книзу и между нѣкоторыми изъ нихъ, какъ-то: первымъ и вторымъ, третьимъ и четвертымъ, образовались желобоватая углубленія кнутри, постепенно переходящія въ переднія крестцовыя отверстія. Послѣднія представляютъ слѣдующіе размѣры: первое правое отверстіе, длиною 1,9 сант., въ самомъ широкомъ мѣстѣ и 0,5 сант. въ вертикальномъ направленіи, приближаясь же къ средней линіи постепенно суживается почти до 0. Первое лѣвое отверстіе въ поперечномъ діаметрѣ 0,2 сант., въ вертикальномъ, въ самомъ широкомъ мѣстѣ 0,6 сант.; постепенно суживаясь кнутри, оно образуетъ дугу, шириною 0,2 сант. Второе правое отверстіе въ поперечномъ направленіи 0,9 сант., въ самомъ широкомъ мѣстѣ, въ вертикальномъ направленіи 0,4 сант., круто суживаясь кнутри, отверстіе это дѣлается кнутри и кнаружи угловатымъ, болѣе острымъ къ средней линіи. Второе лѣвое отверстіе въ поперечномъ направленіи 1,2 сант., въ вертикальномъ 0,5 сант., дѣлаясь угловатымъ, какъ на правой сторонѣ. Третье правое отверстіе, почти круглой формы, въ поперечномъ діаметрѣ 0,7 сант. и 0,8 сант. въ вертикальномъ. Третье лѣвое отверстіе представляется воронкообразнымъ, въ обоихъ поперечникахъ 0,6 сант. Четвертое правое отверстіе овальной формы въ поперечномъ діаметрѣ 1,1 сант., въ вертикальномъ—0,7 сант. Лѣвое—0,7 сант. въ поперечномъ и 0,4 сант. въ вертикальномъ направленіи. Послѣднее, 5-е правое отверстіе, въ видѣ овальной щели, длиною въ поперечномъ направленіи 0,9 сант. и 0,3 сант.— въ вертикальномъ; лѣвое же отверстіе представляется въ видѣ вырѣзки, открытой кнаружи, длиною 1,5 сант., шириной 0,5 сант. Всѣ правыя отверстія расположены нѣсколько ниже, чѣмъ лѣвыя отверстія. У всѣхъ какъ у правыхъ, такъ и у лѣвыхъ отверстій, наружные концы поперечныхъ діаметровъ стоятъ выше, нежели внутренніе концы, за исключеніемъ двухъ нижнихъ правыхъ отверстій. На задней поверхности крестца второй остистый отростокъ представляется недоразвитымъ, въ видѣ тонкой и узкой ости, высотой въ 0,5 сант., шириною при основаніи 0,4 сант., шириною при верхушкѣ 0,2 сант. и толщиной въ 0,1 сант. Остистый отростокъ третьяго крестцоваго позвонка имѣетъ видъ продолговатаго бугра, идущаго косвенно справа налѣво и внизъ, и нижнимъ своимъ концемъ сливается съ правой стѣнкой крестцовой щели (*fiss. sacral.*), и слегка прикрываетъ верхнюю часть этой fissуры, которая очень длинна и узка и оканчивается едва замѣтнымъ входомъ въ крестцовый каналъ. Заднія крестцовыя отверстія (*foram. sacral. post.*) сильно уменьшены въ объемѣ, нѣкоторые изъ нихъ имѣютъ многоугольное очертаніе, другія же поперечно-овальной формы. Верхнее правое въ поперечномъ діаметрѣ, въ вертикальномъ направленіи 0,7 сант.; лѣвое верхнее въ поперечномъ направленіи 1,0 сант., въ вертикальномъ — 1,0 сант. Второе правое отверстіе въ поперечномъ — 0,6 сант., въ вертикальномъ — 0,5 сант., лѣвое въ поперечномъ — 0,8 сант., въ вертикальномъ — 0,4 сант. Третье правое отверстіе въ поперечномъ направленіи 0,9 сант., въ вертикальномъ—0,6 сант., лѣвое въ поперечномъ направленіи 0,7 сант., въ вертикальномъ—0,5 сант. Четвертое правое отверстіе, овальной формы, въ по-

перечномъ направленіи 1,2 сант., въ вертикальномъ—0,3 сант.; лѣвое, въ видѣ открытаго кнаружи желоба, шириною 0,6 сант., длиною 1,2 сант.

Копчикъ сильно укороченъ. Онъ состоитъ изъ ясно-выраженныхъ трехъ ложныхъ позвонковъ, тѣсно слитыхъ между собой, но сохранившихъ еще слѣды бывшаго раздѣленія на отдѣльные позвонки, въ видѣ глубокихъ бороздокъ которыя болѣе сглажены на его передней поверхности. Первый копчиковый позвонокъ, авкилотически сросшійся въ верхушкой крестца, былъ соединенъ съ нижней частью копчика посредствомъ псевдоартроза. Копчикъ обращенъ сильно впередъ.

Остистый отростокъ послѣдняго поясничнаго позвонка весьма узокъ и тонокъ, одинаковой длины съ первымъ отросткомъ перваго крестцоваго позвонка, вслѣдствіе чего подкрестцовая ямка почти не выражена. По снятіи послѣдняго поясничнаго позвонка оказывается, что суставная поверхность перваго крестцоваго позвонка сверху вдавлена и оканчивается впереди заостреннымъ краемъ, поднимающимся кверху на 2—3 миллим.

Такимъ образомъ, рассматриваемый тазъ похожъ по формѣ на мягкокоственный, но принявъ во вниманіе, что въ дѣтствѣ Иштуканова перенесла рахитъ, вліяніе котораго видно на измѣненіяхъ другихъ костей скелета ея, то должно этотъ тазъ отнести къ ложно-остеомалатическимъ.

ГОДЪ ВТОРОЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № XVI.

Административное засѣданіе.

19-го ноября 1887 г.

Присутствовали 30 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № XV.

2) Постановлено утвердить протоколъ № 15 въ томъ видѣ, какъ онъ былъ прочтенъ въ ученomъ засѣданіи, а возраженіе К. Ф. Славянскаго внести въ протоколъ № 16.

3) Избрана комиссія для ревизіи редакціи «Журнала акушерства и женскихъ болѣзней» за 1887 г. изъ членовъ А. И. Лебедева, П. И. Добрынина и Н. И. Стравинскаго.

4) Предложены къ избранію въ дѣйствительные члены: Рачковскій, Петръ Ивановичъ, лекарь и акушеръ. Предлож. Крассовскимъ, Вастеномъ и Бѣляевымъ.

5) Избранъ единогласно въ дѣйствительные члены Аѳанасій Семеновичъ Соловьевъ. Лекарь.

Окончилъ курсъ въ Императорской Военно-медицинской Академіи въ 1886 г. и, по конкурсу, оставленъ въ институтѣ врачей для усовершенствованія при Академіи. Состоитъ ординаторомъ въ клиникѣ профессора К. Ф. Славянскаго.

6) Въ бібліотекѣ Общества постунили слѣдующія книги:

Труды Акушерско-гинекологическаго Общества въ Москвѣ. 1887. № 1 и 2.
Протоколы засѣданій Императорскаго Кавказскаго медицинскаго Общества 1887/8 г. № 7—10.

Предсѣдатель А. Крассовскій.

Секретарь И. Смольскій.

акusher-lib.ru

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВТОРОЙ.

ФЕВРАЛЬ 1888, № 2.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

III.

КРАТКІЙ ОБЗОРЪ ОПЕРАЦІЙ КЕСАРСКАГО СЪЧЕНІЯ, ПРОИЗВЕДЕННЫХЪ ВЪ СПБ. РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ЗАВЕДЕНІИ, СЪ 16-ГО ОКТЯБРЯ 1885 ГОДА ПО 1-Е ЯНВАРЯ 1888 ГОДА

А. Я. Красовскаго.

№ по поряд.	Время производства операци и № журнала заведенія.	Лѣта.	Которые роды?	ПОКАЗАНІЯ.	Методъ операци.	ИСХОДЪ.		СУДЬБА КУЛЬТИ.
						Для матери.	Для ребенка.	
1	1885 г. 16-го окт. 2959.	44	8-ые	Наростъ хрящеватый малаго таза. Самый короткій д. между верхушкою опухоли и lig. arcuat. pubis=5 $\frac{1}{2}$ —6 ц.	Рогого.	Выздор.	Дѣвочка, здорова по настоящее время.	Укрѣплена вѣбъ брюшины.
2	1886 г. 22-го апр. 1287.	36	6-ые	Полный разрывъ матки во время родовъ съ выпаденіемъ плода и послѣда въ брюшную полость.	Тоже.	Выздор.	Мертв.	Тоже.
3	1886 г. 7-го окт. 3064.	33	4-ые	Тазъ рахитическій асимметричный, суженный. Лордозъ отъ 9 до 12 спин. позвонка. Горбъ пояснично-крестцовый С. ext=16 ц.	Рогого.	Выздор.	Дѣвочка, живая, здорова по настоящее время.	Укрѣплена вѣбъ брюшины.

№№ по поряд.	Время производства операции и № журнала заведения.	Лѣта.	Въ которые роды?	ПОКАЗАНИЯ.	Методъ операціи.	ИСХОДЪ.		СУДЬБА КУЛЬТИ.
						Для матери.	Для ребенка.	
4	1886 г. 28-го окт. 2742.	38	5-ые	Ракъ матки при правильномъ тазѣ.	Тоже.	Умерла.	Мальчикъ, здоровъ по настоящее время.	Тоже.
5	1886 г. 8-го дек. 3780.	30	2-ые	Плоскій асимметричный тазъ. <i>S. ext.</i> = 17, <i>s. diagonal.</i> = $10\frac{1}{2}$, <i>s. v.</i> = $8\frac{1}{2}$, <i>d. inter tubera ischi</i> $6\frac{1}{2}$ — 7 ц.	Консерватив. <i>Sänger Leopold'a.</i>	Выздоров.	Дѣвочка, живая, здорова по настоящее время.	Рана матеи зашита 16 глубокими и 15 поверхностными швами.
6	1887 г. 17-го окт. 2046.	28	1-ые	Ложно-остеомалатическій тазъ. Самое узкое пространство клюва вмѣщаетъ только 2 поперечныхъ пальца. Между сѣдалищными буграми = $5\frac{1}{2}$ — 6 ц.	Рогов.	Выздоров.	Плодъ умеръ <i>титу</i> за 24 ч. до операціи, мацерация его уже началась.	Внѣбрюшинное укрѣпленіе.
7	1887 г. 29-го дек. 3880.	28	1-ые	Обще-сжуженный плоскій тазъ. <i>Conjugata diagonal.</i> 8 — $8\frac{1}{2}$ ц.	Консерватив. <i>Sänger Leopold'a.</i>	Выздоров. послѣ перитонита парциальнаго.	Дѣвочка, живая.	Рана матки зашита 19 глубокими и 9 поверхностными шелковыми швами.

Главнѣйшія замѣчанія: Къ № 1. Роженица привезена по желѣзной дорогѣ со станціи Вишеры (152 в.) черезъ 12 час. послѣ начала родовъ. Операція ей произведена спустя 19 час. отъ начала родовъ. По выздоровленіи на мѣстѣ бывшей культы осталась грыжа, коей кольцо имѣетъ въ діаметрѣ около 2 ц. Молока не было.

Къ № 2. Въ этомъ случаѣ роженицѣ, доставленной въ заведеніе изъ отдаленной части города со всѣми признаками агоніи (пульсъ едва ощутимъ, t^0 понижена, ціанозъ) не представлялось возможности примѣнить хлороформъ. Туалетъ брюшины былъ весьма затруднителенъ и продолжителенъ, по причинѣ множества кровяныхъ сгустковъ, накопившихся между брюш-

ными внутренностями и въ Дугласовомъ пространствѣ. Примѣнено для этой цѣли двукратное выполаскиваніе полостей растворомъ сулемы 8⁰/₁₀₀, нагрѣтой до 35° Р. Нужно замѣтить, что больная во время производства операціи не очень страдала отъ боли.

Къ № 3. Первые роды были окончены перфорациею головки плода; при 2-й и 3-й беременности произведены своевременно преждевременные роды. Послѣ вторыхъ родовъ младенецъ жилъ только 4 часа. Поступила въ заведеніе на сносахъ и заявила непреодолимое желаніе, во что бы то ни стало имѣть живаго ребенка. Необходимымъ считаю отмѣтить, что у нея молоко выдѣлялось въ такомъ изобиліи, что она могла выкормить не только своего ребенка, но еще и чужаго.

Къ № 5. Методъ Säger-Leopold'a предпочтенъ потому, что въ данномъ случаѣ при слѣдующей беременности могутъ быть успѣшно примѣнены преждевременные роды. Операція предпринята спустя 30 час. отъ начала родовъ и 18 час. по истеченіи водъ. Сама выкормила ребенка вполне удовлетворительно. По выздоровленіи осталась въ брюшной стѣнкѣ очень глубокая фистула, достигающая вѣроятно до матки.

Къ № 7. Роженица поступила въ заведеніе во время срочныхъ родовъ съ преждевременно истекшими водами, безъ болей въ маткѣ, съ зѣвомъ, открытымъ на палецъ, коего края еще очень толсты. Предлежитъ головка, которая подвижна надъ входомъ таза, во 2-мъ затылочномъ положеніи. Сердцебіеніе плода совершенно правильно. Спустя 14 часовъ обнаружались маточныя сокращенія, которыя постепенно усиливались, достигли довольно значительной силы, но были спазмодическаго характера. Несмотря на терепавтическое леченіе средствами соотвѣстными этому случаю, характеръ болей не улучшился и роды въ теченіе 33 ч. почти не подвинулись впередъ; между тѣмъ сердцебіеніе плода продолжало быть правильнымъ. Вслѣдствіе заявленія матери, что она не можетъ родить живаго младенца, она просила спасти его, хотя бы въ ущербъ ея жизни. Въ виду того, что при слѣдующей беременности можетъ быть успѣшно

примѣнено возбужденіе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, нами предпочтенъ консервативный способъ кесарскаго сѣченія. Къ операціи приступлено спустя 44 час. по истеченіи водъ и 33 час. отъ начала родовой дѣятельности матки.

Что касается до техники этой операціи, то отмѣчу только нѣкоторыя особенности, предпочитаемыя мною при выполненіи главнѣйшихъ ея моментовъ.

Всѣ выше перечисленныя операціи произведены были мною подъ глубокимъ наркозомъ отъ хлороформа, исключая № 3, въ которомъ примѣнена мѣстная этеризація, помощію аппарата Ричардсона.

Во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ примѣнена была антисептика со строгимъ выполненіемъ во всѣхъ отношеніяхъ современныхъ ея требованій¹⁾. Изъ обеззараживающихъ средствъ употреблялись: для инструментовъ—кипяченіе въ водѣ, сохраненіе ихъ въ спиртѣ, а передъ самой операціей они погружались въ 5°/о растворъ карболовой кислоты, гдѣ и оставались лежать до конца операціи. Въ послѣднее время вмѣсто раствора карболовой кислоты беру 1°/о воднаго раствора тимола, въ виду того, что рѣзущіеи колющіе инструменты отъ тимола меньше тупятся. Для обмыванія живота, рукъ, приготовленія перевязочныхъ веществъ, не исключая лигатуръ, и для другихъ надобностей употребляю растворъ двуіодистой ртути отъ 1°/о до 4°/о²⁾. Въ настоящее время сулему употребляю весьма рѣдко. Морскія губки совершенно изгнаны изъ употребленія, онѣ замѣнены ватными шариками и плоскими подушечками (стеганками), завернутыми въ марли и простеганными. Эти послѣднія каждый разъ приготовляются вновь, бывшія же въ употребленія тотчасъ по окончаніи операціи сжигаются. Конечно какъ вата, такъ и марля были дезинфицированы.

¹⁾ Подробное описаніе см. «Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней», т. I 1887 г., стр. 576. Д-ръ мед. Большесольскій. 11 лапаротомій, произведенныхъ А. Я. Крассовскимъ съ примѣненіемъ двуіодистой ртути, какъ антисептическаго средства.

²⁾ Для полученія этого раствора различной крѣпости, заготавливается 1°/о растворъ по слѣдующей формулѣ: Rр. Hydrargyri bijodati, Kalii iodati aa ʒi Aq. fontanae ʒ centum.

Техника во всѣхъ случаяхъ операціи *Porro* применялась одна и та же. Послѣ лапаротоміи беременная матка извлекалась наружу. Затягиваніе своевременно подведеннаго эластического шнура на нижній отрѣзокъ матки, вскрытіе матки и плоднаго яйца производились *одновременно*, такъ что плацентарное дыханіе плода прекращалось *максимум* на одну минуту. Разрѣзъ дѣлаемъ былъ посрединѣ передней поверхности матки, начиная отъ дна ея и кончая на 3—4 поперечныхъ пальца надъ внутреннимъ зѣвомъ матки, и вообще при способѣ *Porro* нужно заботиться, чтобы культя матки была какъ можно длиннѣе. Если на пути попалось дѣтское мѣсто, то я продолжалъ операцію безъ всякой остановки, разсѣкая оное насквозь.

Лигатуры употребляемы были исключительно шелковыя. Кровеносные сосуды (большіе) культы перевязывались отдѣльно. Сама культя укрѣпляема была внѣ брюшной полости въ нижнемъ углу раны. Поверхъ шнура проводились крестообразно двѣ длинныя иглы, затѣмъ листки брюшины прилаживались такъ, чтобы листокъ края брюшной раны плотно прилегалъ къ такому же культы, находящемуся ниже шнура. Послѣ этого брюшная рана ниже и выше культы зашивалась глубокими и поверхностными швами.

При *консервативномъ способѣ* рана матки зашивается такимъ образомъ, что, наложивъ потребное число глубокихъ швовъ, проникающихъ чрезъ мышечный слой матки, захватывая въ шовъ слизистой оболочки, накладываются еще поверхностные швы; помощію этихъ послѣднихъ наружныя поверхности маточнаго покрывала приводятся въ тѣсное соприкосновеніе между собою. Поверхностные швы накладываются слѣдующимъ образомъ: сперва на разстояніи отъ $\frac{1}{2}$ до $\frac{3}{4}$ ц. отъ края зашитой уже раны дѣлается уколъ, далѣе игла проводится подъ брюшиной и лигатура выводится наружу съ той же стороны, захватывая въ шовъ брюшины самаго края раны, потомъ эта же игла такимъ же способомъ проводится съ другой стороны раны, но только въ обратномъ направленіи и наконецъ, лигатура стягивается и завязывается узломъ. Поверх-

ностныя швы накладываются между глубокими и преимущественно въ тѣхъ мѣстахъ, въ которыхъ края брюшины сами собою (вѣрнѣе при затягиваніи глубокихъ швовъ) не пришли еще въ тѣсное соприкосновеніе. Сшиваніе раны матки удобнѣе начинать отъ нижняго угла ея; они размѣщаются на разстояніи около одного сантиметра другъ отъ друга и настолько же отъ краевъ раны. Защищенная рана матки дезинфицируется до опусканія ее въ полость таза.

Перевязку брюшной раны при послѣднихъ операціяхъ въ брюшной и тазовой полостяхъ вообще я дѣлаю слѣдующимъ способомъ: по зашитіи раны и тщательномъ обмываніи ея и живота обеззараживающею жидкостью, а иногда и послѣ присыпки іодоформомъ, накладываю кусокъ дезинфицированной марли достаточной величины и сверху покрываю ее толстымъ слоемъ коллодія двуіодистой ртути ¹⁾, такъ что рана до снятія швовъ (т. е. до 7 или 8 дня) остается герметически заклеенною веществомъ, препятствующимъ внесенію заразы. Наконецъ, поверхъ засохшаго коллодія кладется толстый слой дезинфицированной ваты и все укрѣпляется марлевымъ бинтомъ. Снятіе приклеенной къ кожѣ марли производится помощію этеризаціи. Сѣрный эфиръ, растворяя коллодіумъ, способствуетъ удобной отслойкѣ марли и въ то же время, производя мѣстную анестезію, уничтожаетъ боль при удаленіи лигатуръ. Эта перевязка брюшной раны имѣетъ еще и ту выгоду, что въ случаѣ надобности (напр. при перитонитѣ) можно по удаленіи ваты удобно положить пузырь со льдомъ, между тѣмъ какъ рана остается герметически закрытою.

Молоко двухъ оперированныхъ родильницъ № 3 и 5 было подвергнуто микро-химическому изслѣдованію проф. А. В. Пелемъ, при чемъ оно найдено нормальнымъ.

¹⁾ Colloidii Zij Hydrarg. bijodat. rubri *grj* Spirit. vini rectificatis. *gutt. q. s.*

IV.

КЪ ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОМЪ РАКЪ ВАГИНЫ И ЕГО ОПЕРАТИВНОМЪ ЛЕЧЕНИИ.

И. И. Федорова.

Штатнаго ординатора (ассистента) Гинекологической клиники проф.
Н. В. Ястребова при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ.

(Продолженіе).

И такъ если второй нашъ случай представляетъ интересъ чисто казуистическій, то первое наблюдение заслуживаетъ вниманія съ точки зрѣнія и клинической, и анатомо-патологической.

Но прежде чѣмъ войдти въ разсмотрѣніе данныхъ его особенностей, мы позволимъ себѣ представить въ формѣ нижеслѣдующей таблицы всѣ собранные нами литературные случаи первичнаго рака вагины, дабы составить возможно полное представленіе о данномъ страданіи.

До сихъ поръ основаніемъ существующихъ нашихъ свѣдѣній о вагинальной карциномѣ служили 19-ть случаевъ West'a и собраніе Küstner'a въ 24 случая.

Всего 43 случая! Матеріалъ довольно скромный, чтобы на основаніи его можно было сказать о теченіи, свойствахъ, характерѣ и леченіи этого страданія больше, чѣмъ мы находимъ это въ соотвѣтственной главѣ классическихъ руководствъ по гинекологіи послѣдняго даже времени. А между тѣмъ, при современномъ стремленіи гинекологіи стать чисто оперативною наукою, когда выработка того или иного метода леченія всецѣло покоится на сравнительной оцѣнкѣ результатовъ наибольшаго числа случаевъ, по возможности полное собраніе статистическаго матеріала является тѣмъ болѣе желательнымъ, что до сихъ поръ еще нѣтъ опредѣленнаго оперативнаго приѣма для удаленія первичной карциномы вагины. Вотъ почему мы взяли

на себя трудъ собрать этотъ матеріалъ и разобраться въ немъ по мѣрѣ своихъ силъ.

Собранное нами содержитъ въ себѣ, кромѣ случаевъ *West*'а и '*Küstner*'а, все, что удалось отыскать въ литературѣ позднѣйшаго времени, т. е., съ 1882 г. по 1887 г. вѣлчительно. Сюда же внесены и случаи, о которыхъ почему-то не упоминаетъ *Küstner*, въ своемъ собраніи, обнимающемъ періодъ времени до 1882 года. Матеріалъ этотъ мы старались расположить въ хронологическомъ порядкѣ, за исключеніемъ случаевъ, помѣщенныхъ въ концѣ таблицы; такъ какъ послѣдніе или описаны слишкомъ кратко авторами, или же оказались недоступными для насъ ни въ оригиналѣ, ни въ рефератахъ.

ТАБЛИЦЫ

akusher-lib.ru

Авторы и источники.	№ по порядку.	Возраст.	Беремен- ность.	Симптомы.	Продолжи- тельность бо- лезни.	О П У Х О Л Ь.		Лечение.	Исходъ.	ПРИМЪЧАНИЯ.
						Положение, Величина и характеръ.	Микроско- пическое исследов.			
<i>Rowston, Jahrbucher Schmidt's I=98.</i>	1	34	5 разъ абортгиро- вала; 1 разъ отдѣленіи; норм. ро- дм. Бере- нна на 4-мъ мѣ- сяцѣ.	Боли во влажнищѣ при моче- отдѣленіи; окрашен- іи выдѣ- ленія.	Около 1 года.	Вся ваги- на выпол- нена разо- выми мас- сами. Значительной ве- личины опухоли, сту- живающая каналъ ва- гина и савливаю- щая сосѣдніе органы тѣла.	?	Расширение вагины песса- риями въ ин- тересахъ ро- дотв.	Умерла не разрѣшив- шись.	Матка и р. в. совершенно здо- ровы. Роды пре- ждевременны.
<i>Martin, Monatsch. f. Geb. I=17; 1861 г.</i>	2	25	1. Abortus на 2 мѣс.	Окраслен- ны исте- ченія изъ половыхъ частей безъ бо- лей.	9 мѣс.	Задняя стенка отъ узловой состп. rost. ва- гина до свода. Многочисленныя опухольи плотной консистен- ціи; поверхнотъ тем- но красная, неровная, покрытая по мѣстамъ экзудатомъ.	Sarcino- ma medul- lare.	Паллиативное.	Смерть.	Матка твердая, лимфатич. сосуды инфицированы раковыми клет- ками; <i>Sarcinoma uteri</i> поражена кам- крюидомъ.
<i>Baldwin, Philadelphia med. Times. 1870 г. дек.</i>	3	31	?	Кровоте- ченіе; во- нучее тем- ное отдѣ- леніе.	6 нед.	Передняя стенка близъ уре- тры. Опухоль, величина новъ съ грецкій орѣхъ, medullare, вязка опухольи лигатурою.	Sarcinoma Lig. fetti ses- telang. quicli. и пере- резъ 2 неф- 4 недѣли смерть.	Резидиивъ те- рѣзъ 2 неф- ли и черезъ лигатурою.	При резидиивъ появлялась на мѣ- стѣ прежней опу- хольи вновь раз- роспался на по- добе крѣпкой ка- пусты, а на зад- ней стѣнкѣ нѣ- сколько боль- шихъ, мягкихъ разрѣзавъ узловъ; остальная слиз. об. вагины инфо- цирована и утол- щена. Матка безъ измѣненій.	

4	15	0	?	?	?	Передняя стѣнка въ цѣстной калуствѣ, вѣ-медулле, нижней ея личиною въ кулакѣ, части.	Опухоль на подобіе Sarcinoma.	?	Смерть.	Лимфатич. жел. малаго газа увеличены и раково-перождены.
5	19	0	?	?	?	Передняя и задняя стѣнки изъязвленные на своей верхней части выгалища.	Многочисленные Sarcinoma узлы, большей частью medullare.	?	Смерть.	—
6	41	?	?	?	?	Вся вагина за исключениемъ участка въ 1" шир. передъ ма-точнымъ устьемъ.	Гангренозная опу- medullare.	?	Смерть.	Матка совершенно здорова; уретра и сосѣдн. соедин. ткань ин-фильтрированы.
7	35—	1 незамуж.	Боль=4	?	?	Передняя стѣнка=1. Правая лопина=1. Задняя стѣнка=6 сл.	Мозго-викъ.	—	—	Матка свободна.
8	50 до 50 л.	18 родили	случ.	?	?	Кровоточе-ние=6 случ.	Мозго-викъ.	—	—	Матка свободна.
9	25 7 сл.	85 разъ.	Кровоте-ние=6 случ.	?	?	Задняя стѣнка=6 сл.	2 мозго-вика.	—	—	Задняя губа по-ражена.
10	50—		Кровоте-ние=6 случ.	?	?	Объ влагалищ. стѣнки=11 сл.	4 эпителиомы.	—	—	Матка свободна.
11	66 л.		Боль=6сл.	?	?		Мозго-викъ.	—	—	Въ 2-хъ сл. матка неизсѣдована по случаю служебн.
12	12		Боль и вы-дѣления=1 случ.	?	?			—	—	Въ 2-хъ сл. жор-женіематки неиз-вѣстной природы.
13	66 л.		Выдѣле-нія=2 сл.	?	?			—	—	Въ 9-ти сл. мат-ка несомнѣнно карциноматозно перерождена,

Ehringer.
Prager
Viertelj.
1872 г. Bd. II.

Ibid.

Ibid.

West.

Lehrbuch d.
Frauenkrank-
heiten Götting-
gen. 1870 г.

Авторы и источники.	№ по порядку.	Возраст.	Времени- ность.	Симптомы.	Продолжи- тельность бо- лезни.	О П У Х О Л Ь.		Лечение.	Исход.	ПРИМЪЧАНІЯ.
						Положение.	Величина и характер.			
<i>Brilly</i> Gaz. des hôpi- taux 1873 г. стр. 378.	26	28	4 раза ро- дила и въ 5-й берем. на 9 мѣс.	Выдѣленіе и въ изъязв- леніи серозно- краснов. съ запах. и кровотеч. Боль при coitus и крово- теченіе.	8 мѣс.	Задняя стѣнка на 1 дюймъ отъ отѣи- снш задняго свода.	6-го августа до ро- дства на 1 дюймъ отъ отѣи- снш задняго свода.	Паліативное въ госпиталь, куда больная поступила въ безнадѣжномъ состояніи 4 мѣсяца спустя послѣ родовъ.		Роды окончились силами природы, причемъ задняя стѣнка вагина рвалась съ опу- холью были вы- тѣснены наружу проходящею го- ловкою; по рожде- ніи ребенка выпав- шая часть рено- нировалась само- произвольно; раз- рывовъ и силь- наго кровотече- нія изъ опухоли не было. На 11-й день больная встала.
<i>Parry</i> Amer. J. of Obst. V. (Jah- resbericht. Virchow 3.) 1873 г.	27	?	?	Крово- теченіе и вонючія отдѣленія. Кохексія.	?	?	?	Exsophleatio.	Благопрят- ный въ смыслѣ прекращенія кровоотенія и бѣлей.	—
<i>Neget</i>	28	56	?	?	?	Передняя	Два симметрично	Вылущеніе.	Черезъ нѣ-	Большая долгоно-

Die operative Gyn. 1874 г. Hegar, u. Kalt.	29 39	0.	Боли при менструах; бели	Около 2 года.	Задняя стѣнка въ верхней половинѣ.	расположенъ, узловатыхъ изъязвленія.	Мозголикъ.	Пражиганте ferrug sand. Вскребаніе острой лож. и прижиганіе Solut. Bromi.	Сколько недѣль sanguinosa diffusum.	сила несарій.
Beigel. Die Krankheiten d. weibl. Geschlechts. Bd. 2. 1875 г.	30 41	8 разъ.	?	?	Задняя стѣнка.	Язва около 2 линій ширины съ зовышенными твердыми краями.	?	Вылушченіе.	Редидивъ черезъ 3 1/2 мѣс.	Сюды чисты; задняя губа твердая и эрозирована.
Schröder Handbuch. 1876 г.	31 50	0.	Боль при соитіи; кровотеченія; доночья отдѣленія	Около 3 лѣтъ.	Задняя стѣнка.	Узловатая твердая опухоль; поверхность изъязвившаяся; начиналась отъ границы между нижней и среднею третью влагалища, она тянется вверхъ на 6 сант.; края ея рѣзко ограничены.	?	?	Смерть.	—
Freund Virchow's Arch. LXIV. 1875 г.	32 48	0.	?	?	Кольцо видно обхватывающую влагалищу въ средней трети.	Кольчатая опухоль, совершенно уничтожившая поверхность влагалища.	?	?	Смерть.	Верхняя треть влагалища и матки здоровы и образуютъ <i>Hühner-schapel</i> .
Kaltenbach Die oper. Gyn. Hegar u. Kalt. 1874 г.	33 35	?	?	?	Задній сводъ	?	?	Вылушченіе.	Редидивъ черезъ 2 мѣс.	Продолжительное носше не сарій.

Авторы и источники.	№ по порядку.	Возрастъ.	Беремен- ность.	Симптомы.	Продолжен- тельность бо- лезни.	О П У Х О Л Ь.		Лечение.	Исходъ.	ПРИМЪЧАНІЯ.
						Положеніе, величина и характеръ.	Микроско- пическое исследов.			
<i>Rondot.</i> Gaz. hebd. 2 Ser. XII. 1875 г.	34	63	1.	Боли и вы- дѣленія.	4 г.	?	Опухоль значи- тельной величины, осложненная на 4-мъ году своего суще- ствования раковыми пораженіемъ наруж- ныхъ органовъ.	Паллиатив- ное.	Смерть.	—
<i>Mesier.</i> L'Union méd. 1876 г.	35	18	0.	Боли при дефека- ции. Воюю- чія отдѣ- ленія.	1 1/2 года.	Задняя стѣнка.	Твердая, хрящевой консистенціи. Ин- фильтрація, сдвину- тая напередъ тес- ная recto-vagi- nalis.	Паллиатив- ное.	Смерть.	—
<i>Grünevald.</i> Arch. f. Gyn. XI—I; 1877 г.	36	?	?	?	?	Задняя стѣнка.	Величина съ грец- кій орѣхъ. Опухоль папилломатозная.	Гальванокау- стика и об- коль.	Выздоровле- ніе.	—
<i>Schröder.</i> Zetsch.f. Geb. u. Gyn. Vd. 8. 1878 г.	37 38 39	? ? ?	? ? ?	? ? ?	? ? ?	Задняя стѣнка до своей. Задняя стѣнка.	? ? ?	Выдущен- іе.	Смерть отъ руаеіа.	Задняя губа по- дозрительна. Передняя губа подозрительна.
<i>Bellamy.</i> Epithelioma of the Vagina Med. Times Gaz. London. 1880 г.	40	58	?	?	?	Задняя стѣнка.	? ?	?	Руаеіа и смерть.	Угнетъ здорова. Железы живота особ. сильно ин- фильтрованы.
<i>Körte.</i>	41	39	?	Хронич.	?	Нижняя	Опухоль ограни-	Выдущеніе.	Ручей-perbri-	Занята стѣнка

Arch. f. Kl. Sibir. 1880 г.	послабленіе мочевого пузыря.	часть не-речная, значительной величины.	сінопа.	тіс и на 14 й день смерть.	мочевого пузыря.
Висчест. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1881 г. Bd. VI.	Кропотле-ное и боль в нижней об-л. живот-а, а так-же и при маткѣ.	Около 5 мѣс. Лѣвая бо-ковая стѣнка и часть правой въ изъязвлена и покры-та нечистымъ нале-томъ.	Соединит. гн. строма Раquelin'омъ.	Резь и Редидивъ че-резъ 1 мѣ-сяцъ.	Матка норм. ве-личина и конси-стенція въ retro-positio; P. Vagi-nalis нормальная.
Ibid.	Кровяни-стая выдѣ-ленія и бо-ли въ ниж-ней об-л. живота.	Около 1 года. Задняя стѣнка въ возмущенія на слиз. оболочкѣ влагалища; ея трети.	Сансгрод.	Черезъ 2 мѣс. нагноение ре-троперито-ниальныхъ же-лезъ.	Матка умѣрен. плотності, под-вижна; P. Vagin-дов. плотна, по-верхность глад-кая; свободна отъ ракового перере-ждения.
Ibid.	Кропотле-ное и боли въ крестцѣ.	1 годъ. Задняя стѣнка въ лѣвую въ ядо, съ верхней неровною, легко кро-у/з ся до вогочащею поверх-ности, инфилтра-ція всей стѣнки до верхушки сое. tuga-tum. post.	?	?	Uterus atrophicus. Collum uteri и передняя стѣнка вагины чисты.
Ibid.	Кровяни-стая воню-чая отдѣ-ленно. втече-нія при coitus; боли.	8 мѣс. Задняя и боковая легко разрывающаяся стѣнка въ ся масса, выступающая канала, лища; поверхность которой почти гладкая; гра-съ трудомъ ница рѣзко выра-проходимаъ жени.	Мого-викъ.	Черезъ 1 годъ Редидивъ: карцинома-тозное пере-рождение мат-ки, тазовыхъ органовъ; об-щій карцино-мъ въ смерть.	Устье матки от-крыто; лимфатич. желѣзы не увели-чены. Годоразрѣ-шение при помо-щи наложения щипцовъ.

Авторы и источники.	Возраст.	Беременность.	Симптомы.	Продолжительность болезни.	О П У Х О Л Ъ.		Лечение.	Исход.	ПРИМЪЧАНІЯ.
					Положение.	Величина и характеръ.			
						Микроскопическое изслѣдов.			
<i>Gaye</i> <i>Ueber Neubildungen d. Scheide. Berl. Klin. Woch. 1882 г. № 43</i>	46	37	2 раза. 1-й разъ давление дала въ гестив. срокъ; во 2-й абортировала сканя. Въ замѣнѣ, подъ жествѣ во концѣ окрашенныя въ около 7 л. за моно-двѣтъ часо-въкомъ. цѣль.	6 н.	Задняя стѣнка. въ верхушкѣ ея $\frac{1}{2}$ сент. ширины при своемъ лѣвомъ край; почти все вышена, кропоточить, пое границы рѣзко опредѣлены, верхняя отдѣляется каймой нормальной слизистой оболочкѣ въ 1 сент. ширины отъ кѣтокъ. Р. vaginalis; справа кайма эта нѣсколько уже.	мулирована р. gravidat, за которую вначалѣ и была признана.	Amputatio R. vaginalis. Вылущение опухоли.	Черезъ 5 мѣ. болѣна вследствие разрастания тазовой опухоли. и сильныхъ болей послѣдила на излечение въ госпиталь.	Утегус не увеличена, подвижна Р. Vag. тверда и бугриста, губы эрозированы; сегукъ сдавленъ съ обѣихъ сторонъ, Vestibulum R. vaginalis свободна отъ пифекции.
	47	43	Кровотеченіе, боли въ силнѣ.	8 мѣ.	Задняя стѣнка въ верхней трети до родовъ; при-	?	Amputatio R. Vag.; extirpatio sagittalis; тазе, назожение новое.	На 14-й день вписалась на родичу съ живишимъ рубцомъ.	Матка расположена жена нормально; нѣсколько увеличена; Р. Vag. тверда, не ровна; на задн. губѣ явлен. поперх.

чемъ Р. У. отделяется отъ верхней границы язва не-большую полоскою здоровой слизи. оболочка.

46 24

Kattner.
Arch. f. Gyn.
I—IX. 1882 г.

4. Вѣли; кривоше- дышт. на 2 ченіе, боли мѣс. при coitus
II) на 6 м. дефека-
III) на 7 м. ціи, за-
IV) Бере- трудн. при мен. на 5 мочеотдѣ-
ленія.

Средняя часть ва- гины въ области задней и боковыхъ стѣнокъ.

Влагалищная стѣна покрыта слизистой оболочкой, возвышеній, образующихъ лавинку между собою и боюглубокой борозды, и только нижняя часть влагалища на тягъ протязненіи 1", равно какъ и въ сколько участвуютъ сюда предстательная, гладики и матки.

Богатая соединит. и тк. строма, въ которой заведены орошени ловой водой, катетеризат. 8 дней для искусственнаго возбужденіи родовъ.

Самостоятельное раціональное рождение мертвыхъ плодовъ въ амнионіи. Черезъ 7 дней смерть отъ Sepsisоругае- шнае.

На влагалищной части. Os uteri гладко, негнрунто, а также и Collum uteri. Въ остальномъ нормально глядеа поверхность Роgl. Vag. сзади справа представляеть шероховатости, зависящая отъ начинающагося новообразованія и повсюду неперьявно переходящій въ новообразованія вагина. *Катетеризація* обнаружено въ вагинѣ лзаву въ 10 сант. въ поперечн. съ волнистыми краями, основаніе язви негладкое, покрытое сформированіи желтнть налде-

Авторы и источники.	№ по порядку	Возрастъ.	Беремен- ность.	Симптомы.	Продолжи- тельность бо- лезни.	О П У Х О Л Ъ.		Лечение.	Исходъ.	ПРИМѢЧАНІЯ.
						Положеніе.	Величина и характеръ.			
<i>Kuttner.</i> Arch. f. Gyn. I—IX. 1882 г.	49	32	4 раза ро- дила и 5-я береж. на 6 мѣс.	Кровоте- чѣніе и 5-я береж. на 6 мѣс. боли въ низу живота; задерж- ка мочи; боль при дефекаціи	6 не- дѣль.	Задняя стѣнка въ верхней трети до заднего свода, ко- торый так же занятъ.	Опухоль съ неров- ною поверхностью, покрытою глубокихъ трещинахъ.	Амбулатор- ное пользова- ніе.	Преждевре- менные роды на 7-мъ мѣся- цѣ. Гипогза- ниваетъ всю заднюю стѣн- ку вагинн и сводъ, съ ко- торыхъ сли- лась переро- жденная пла- тальная часть и на- ружное устье матки.	томъ; доходить до мускулатуры; на- чинался отъ in- troitus, она про- стирается до P. Vagin. Передняя стѣнка до влагали- свода свободна въ видѣ полосъ въ 1 сант. ширины.
<i>Heitemann.</i> Spiegelbilder d. gesunden und kranken Vaginalpor- tion und Va-	50	38	0.	Бѣды въ видѣokra- шеннхъ и воню- чихъ отдѣ- леній; бо-	2 года.	Передній и задній сводъ.	Серпигинозная яз- ва, въ видѣ кольца окружающая влага- лищную часть матки; края ея тверды, под- крыты и рѣзко огра-	Симптомати- ческое.	Матка здорова; влагалищная часть не тронута раковыми процес- сомъ, хотя въ- сколько гипере-	

gina. Wien. 1868.	Граммати- хати. (Славинский) Медиц. Но- восты. №№ 21--23, 1884 г.	51 27	1.	липри со- итус.	Бъли.	Въ те- чение време- ни съ 28 фе- враля до июля 1884 года.	Задній сводъ вправо отъ сред- ней ли- нии.	Утолщеніе поверх- носнаго слоя на не протяженіи 1 1/2—2 сант. въ видѣ от- дѣльныхъ плосковоз- вышающихся бля- шекъ интензивно окрашенныхъ въ ограниченныхъ. Замѣченъ бѣли- зверные слуха мѣ- сяцъ постѣ посту- пленія большой въ клинику. Съ тече- ніемъ времени бля- шки превратились въ бугроватости, съ поверхностію, изъяз- вившейся и покра- тою гризото-сѣрова- тымъ вадетомъ. Новообразование на 1 сант. не дохо- дитъ до P. Vag; нап- большій диаметръ по длинь vagin. 6 сант., поперечникъ—4сант.	ничены отъ здороваго ткане, дно покрыто омертвѣшею массою распада.	Пророста- ніе на не дальнихъ дуговъ полжа- щейткани.	Эпите- лиальный ракъ.	Неоднократ- ное выкабли- ваніе ложеч- кою Фольк- мана.	Характеръ новообразова- ній оставалъ in statu quo.	мирована; въ окружности явы слизистаго оболоч- ка сращена съ подлежащими ча- стями и въ склад- ку не собирается.	Поступилъ въ кли- нику по случаю острого периме- трига.	Menzel. Zwei Fälle von primären sarcomen und	52 55	6 разъ.	Боли въ лѣвомъ бо- ку и пре- диспозити.	Задняя стенка иъ- сколко вышло за тазъ.	Возвышающсея надъ уровнемъ сли- зистой оболочки ве- личною въ тазу,	Medullare sarcoma.	Вырѣзаніе пораженнаго участка и на- ложеніе шововъ.	Prima inten- tio на мѣстѣ вырѣзаніе новообраз.	Uterus здорова, въ состояніи стар- ческой атрофіи.
----------------------	---	-------	----	--------------------	-------	---	---	--	---	---	-----------------------------	--	---	--	--	---	-------	---------	--	---	--	-----------------------	---	---	--

Авторы и источники.	№ по порядку	Возраст.	Беременность.	Симптомы.	Продолжительность течения.	О П У Х О Л Ь.		Лечение.	Исход.	ПРИМЪЧАНІЯ.	
						Положеніе.	Величина и характеръ.				
Sarcos. d. vagina. Centralblatt f. Gyn. № 16. 1885 г.				Жесточенія изъ вагины иногда окрашен. кровью.	среднюю линию.	легко кровотокающее, съ бархатистовъ зерхностью образование, доходящее до верхнихъ краемъ до P. Vagin.	Микроскопическое изслѣдов.	послѣд. наложеніемъ дренажа. Черезъ 8 мѣсяцевъ у больной появились бѣлы.			
Treffel. Zamp primären sarsinom d. Vagina. Central. f. Gyn. № 19. 1885 г.	53	32	2 раза, притомъ 1 разъ абортпорова.	Бѣлы; боли при соити; и кровотокаченіи.	6 мѣс.	Задняя стѣнка влагалища по средней напиминающее среднй орѣхъ, съ неправильной бугристой, легко поверхокающее, неподвижно сидящ. на свода.	Sarcinoma medullare.	Exstirpatio utera съ послѣдовательнымъ вскрытіе абдоминальномъ прессъ въ гестити; заживленіе; раны линеямъ рубцовъ.	Uterus и P. Vaginae совершенно нормальны.		
Geschen. Der Frauenarzt. 1887 г. № 4. Рефератъ Ж. Ак. и Жен. Болѣлей. № 6.	54	?	4 раза.	Бѣлы, боль при соити и дефекаціи.	4 мѣс.	Задняя стѣнка вытотъ до задняго свода съ распро-страненіемъ въ видѣ пуч-	?	Воскляиваніе ложкою и прижатіе палеца въ переднй оми.	Ни губы Port. Vagin., не слѣзист. об. гестіе не измѣнены. Пахо-вля железа инфилированы.		
								Вулущеніе уселна.	Черезъ 6 мѣс. ремидия въ видѣ небольш. узла на рубцѣ. Черезъ 5 мѣсяцевъ больная совершенно здорова.		

Из клиники Ястребова.	55 40	2 раза; оба выкидыша на 2-мъ мѣсяцѣ.	3 мѣс.	Задній своѣй справа. Поверхностная ин- фильтрація въ вѣдѣ кровоотчащей язву съ неровными изъ- явленными краями; длиною около 2 1/2 сант. и въ 2 сант. шириною.	Эпите- лиальный ракъ.	Вскрыта. Ва- скулитъ и вы- рѣзаны ножницами.	Матка въ состо- яніи хроническаго воспаленія; Port. Vaginalis эрозив- на, свободна отъ карциномато- зной инъфекціи.
Из клиники Ястребова.	56 56	0. Кровооче- ние и боли.	6 мѣс.	Опухоль, величи- ною въ грецкій орѣхъ.	—	Паллиативное.	Матка совершен- но здорова; Р. У. тоже.
Schroder. Учебникъ. Акушерства. Русск. пере- водъ. 1861 г.	57 Ста- ру- ха.	?	?	Инфильтрація.	?	Отреширо- вана слиз. об- волоть до клетчатки въмѣстѣ съ влагалищною ч. матки; fet. сапденъ; там- понація юдоф. жарлей.	—
Edter. Centrab. f. Stul. № 38. 1867 г.	58 36 л.	3 раза; последніе роды три года тому назадъ.	Нѣ- сколь- ко не- дѣль.	Инфильтраціо- но 5 сант. длиною и около 3 сант. шири- ною, съ буристой, рыхлою поверхностію	Carcinoma epithe- male.	По окружно- сти новообра- зованія ваги- наль. стѣнка была отсѣпа- дована и изъ- дана нѣ- какихъ узловъ.	Portio Vaginalis Uterus безъ сви- дѣтъ инфекціи; матка подвижна; никакихъ узловъ.

Авторы и источники.	Возраст.	Беременность.	Симптомы.	Продолжительность болевания.	О П У Х О Л Ь.		Лечение.	Исход.	ПРИМЕЧАНИЯ.
					Положение.	Величина и характер.			
			ся видѣ-леніемъ изъ Vth вае кровяи; боли и боль при coitus.	Нѣсколь-ко не-дѣль. Соврѣ-мени постѣ родовъ дѣтъ до P. vaginalis.	и велико-образно-приподнятыи, твердыи краями.	Сарсінома epitheliale.	рована, начиная отъ шейки вплоть стѣнка непоча до rectosigae, который былъ перевитъ въскрѣтъ; за-тѣмъ отъ рубца на слѣва была опухоль да речедава. по остальной Слуста 2 года окружности и подорител-при основаній харак-ніи. Перитонтеръ въ окру-ніальная рана жности; нор-защита кѣтъ-мальные рода. гутомъ. Ваги-Большая чув-нальный де-стуетъ себя-кратно дизло-цированное шейкою.	лено: задняя вагинальная стѣнка непоча до rectosigae, который былъ перевитъ въскрѣтъ; за-тѣмъ отъ рубца на слѣва была опухоль да речедава. по остальной Слуста 2 года окружности и подорител-при основаній харак-ніи. Перитонтеръ въ окру-ніальная рана жности; нор-защита кѣтъ-мальные рода. гутомъ. Ваги-Большая чув-нальный де-стуетъ себя-кратно дизло-цированное шейкою.	
Macdagni. De Sed. et Caut. XXXIX.	59 ?	?	?	?	?	?	?	Смерть.	P. vaginal. отеч-на, утолщена; губы и каналъ шей-ки эрозированы.
Ferrall. Dubl. Journ. 1839 г.	60 ?	?	?	?	?	?	?	—	Матка совершен-но здорова.
Kwisch. Oest. med. Jahrb. XLVI.	61 —	—	—	—	—	—	—	—	—

62	<i>Dittrich</i> . Prag. Viertelj. 1848 г.	6266 л.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Матка нормаль- на; передня гу- ба утолщена, зад- няя фиброзно- шлотна.
63	} <i>Mayer</i> . Verhandl d. Ges. f. Geb. in Berlin. 1851 г.	63	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
64		64	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
65	<i>Netalon</i> . Gaz. des h ^{op} i- taux. 1850 г.	65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
66	<i>Spengler</i> . Caspar's Wochen. 1851 г.	66	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
67	<i>Wagner</i> . Die Gebär- mutterkrebs. 1858 г.	67	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Матка ифициро- вана въ небольшо- шой степени.
68	<i>Credé</i> y Wagner'a.	68	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
69	<i>Dittrich</i> y Wagner'a.	69	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Матка инфиль- трирована.
70	<i>Ferral</i> y Wagner'a.	70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Авторы и источник.	Возрастъ.	Беремен- ность.	Симптомы.	Продолжи- тельность бо- лезни.	О П У Х О Л Ь.		Лечение.	Исходъ.	ПРИМЪЧАНІЯ.
					Положеніе.	Величина и характеръ.			
<i>Giersandy.</i> у Winckel'a Lehrbuch. 1886 г.	71 3 1/2 года.	Ребенокъ.	—	—	—	Въ видѣ дѣльной капусты опухоль распространяющаяся отъ <i>introitus Vagi-</i> <i>næ</i> вверхъ и имѣю- щая около 20 сант. длины и 28 сант. въ окружности (?).	—	—	—
<i>T. Smith.</i> Lehrbuch Winckel'a. 1886 г.	72 14 мѣс.	Ребенокъ.	—	—	—	Ретро-ва- гина'ная стѣнка.	—	—	—
<i>Johannowski.</i> <i>Briesty.</i> Щита и Биль- рога.	73 9 л.	Ребенокъ.	—	—	—	Задній влагалищ- ный сводъ.	—	—	—
<i>Klob.</i> Pat. Anat. d Weiblichen Sexualorg 1864 г.	74 —	—	—	—	—	—	—	—	Самопроизволь- ное омертвѣніе опухли и зажи- вленіе ранъ руб- цомъ.
<i>Goodell.</i> Bost. Gyn. J. I—VI.	75 —	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Cleveland.</i> The Clinic. IV; 1873 г.	76 —	—	—	—	—	—	—	—	—

77
Lyman.
 Boston.
 1880 г.

78
Rodick.
 Carcinoma
 Vaginal;
 Excision.
 Montreal
 Gen. Hosp.
 Ревер. I.

79
Simpson.
 Obstetr.
 J. Gr. Brit.
 London.
 1879—1880.
 VII.

(Окончание в следующем №).

V.

ОТЧЕТЪ ОБЪ АКУШЕРСКИХЪ ОПЕРАЦІЯХЪ, ПРОИЗВЕДЕННЫХЪ ВЪ ЯРОСЛАВЛѢ СЪ 1880 г. ПО 1887 г.

Ив. Кашкарова. (Ярославль).

Частная акушерская практика въ небольшомъ городѣ имѣеть то преимущество, сравнительно съ большими городами, что всегда есть возможность узнать объ исходѣ операций, даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣ родовъ не удается самому, почему либо, наблюдать за родильницей. Не ясный въ какомъ либо отношеніи случай, вслѣдствіе неполноты или невозможности собрать въ данную минуту всѣхъ требующихся для выясненія его свѣденій, нерѣдко выясняется при слѣдующихъ родахъ, или при встрѣчѣ съ родильницей въ качествѣ гинекологической пациентки.

Многія измѣренія въ частной практикѣ, или совсѣмъ невозможны, или, если и могутъ быть сдѣланы, то въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ, напримѣръ, измѣренія и взвѣшивания краниотомированнаго ребенка. Многое же не удастся, вслѣдствіе недостатка времени и усталости, такъ какъ часто случается, что случаи, требующіе акушерской помощи, какъ бы скопляются нарочно къ одному и тому же времени. Потому я прошу г. читателей отнестись снисходительно къ моимъ невольнымъ промахамъ и недомолвкамъ, хотя я самъ сознаю многіе недостатки моего труда, но напечатаніе его я считаю моимъ нравственнымъ долгомъ, такъ какъ мнѣ кажется, что нѣкоторыя стороны постановки «бабичьяго» дѣла у насъ въ провинціи только и могутъ быть выяснены подобными же отчетами.

Районъ моей дѣятельности былъ весьма обширенъ, съ одной стороны Ярославль съ своимъ около 40,000-мъ народонаселеніемъ, изъ нихъ фабричныхъ, если не ошибаюсь, около 7,000 человекъ и близъ лежація города Ростовъ, Даниловъ, Нерехта и другіе, а также окрестныя села и деревни. Врачей, занимающихся болѣе или менѣе акушерствомъ, кромѣ меня еще

было два-три. Большинство акушеровъ мало дисциплинированы, весьма немногія сами, по своей волѣ, зовутъ врачей, большинство же пускаютъ въ ходъ все свое краснорѣчіе, чтобы удержать своихъ пациентовъ отъ такой опасной, по ихъ мнѣнію, глупости. — Врачъ у нихъ почти всегда является непрошенымъ гостемъ: при трудныхъ родахъ чаще всего зовутъ: какаянибудь тетка, свать (пріѣхавшій изъ Питера), или даже сосѣди. Записокъ отъ врачей на право хоронить здѣсь не требуется¹⁾, смерти же здѣсь мало кто боится, поэтому большая часть акушеровъ, если и зоветъ врача, то только тогда, когда надобѣсть сидѣть нѣсколько дней и ночей у роженицы или тогда, когда имѣютъ въ виду болѣе богатую практику.

Я считалъ необходимымъ предпослать отчету маленькую акушерскую характеристику той мѣстности, въ которой мнѣ приходилось работать, такъ какъ мнѣ кажется, что большое число краниотомій, сдѣланныхъ мною, не есть простая случайность; конечно, на это мнѣ можно возразить, что мнѣ доставалась болѣе черная работа въ видѣ краниотомій и декапитацій, другіе же врачи дѣлали болѣе благородныя операціи: напримѣръ, извлекали живыхъ дѣтей щипцами, дѣлали повороты, опять-таки живыхъ же дѣтей и т. д., и если сопоставить мои цифры съ ихъ, то можетъ случиться, что процентное отношеніе краниотоміи по отношенію къ другимъ акушерскимъ операціямъ окажется даже меньшимъ, чѣмъ, напримѣръ, въ Лейпцигской клиникѣ. Противъ такого рода доводовъ съ цифрами въ рукахъ я отступлюсь съ извиненіемъ и признаю, что большее число встрѣтившихся мнѣ краниотомій есть просто случайность. Всѣхъ главнѣйшихъ акушерскихъ операцій въ частной практикѣ я сдѣлалъ 141, изъ нихъ:

Наложеніе щипцовъ	21
Поворотъ на ножку при узкомъ тазѣ изъ черенныхъ положеній	4

¹⁾ Я слышалъ, что по инициативѣ директора Медицинскаго Департамента, скоро будутъ введены «записки на погребеніе» отъ врачей.

Поворотъ на ножки при поперечномъ положеніи	2
Преждевременные роды при узкомъ тазѣ	1
Поворотъ на ножку при placenta praevia	2
Декапитаций	5
Эмбриотомія	1
Ручное отдѣленіе послѣда	3
Краниотомія	100
Punctio cranii	2

Прежде чѣмъ перейти къ обзору отдѣльныхъ операций, я долженъ сказать во избѣжаніе повтореній, что за узкій тазъ я считалъ всякій, у котораго *conjugata externa* при наружномъ измѣреніи была не болѣе 18 cm или тѣ, *conjug. diagonalis* которыхъ при внутреннемъ ручномъ измѣреніи оказывалась меньше нормальной, такъ какъ не всегда мнѣ удавалось дѣлать наружныя измѣренія.

При узкихъ тазахъ наложеніе щипцовъ сдѣлано 8 разъ у 5 лицъ; всѣ щипцы при узкомъ тазѣ были выходныя. Показаніями вообще къ наложенію щипцовъ служили эклампсія 5 разъ, въ остальныхъ замедленіе родовъ, вслѣдствіе слабой родовой дѣятельности матки, которая происходила или отъ большихъ препятствій со стороны уменьшенныхъ размѣровъ таза — въ 8 случаяхъ, въ трехъ отъ чрезмѣрной величины ребенка (см. ниже), въ 3-хъ отъ неправильнаго членорасположенія плода (лобное положеніе) и въ 1-мъ вслѣдствіе выпаденія ручки, только при эклампсiи щипцы были наложены при стоянiи головки въ верхнемъ отдѣлѣ полости — 4 раза, въ остальныхъ всѣ щипцы были наложены при низкомъ стоянiи головки въ нижнемъ отдѣлѣ полости или въ выходѣ таза. Большинство щипцовъ—17, были наложены у многородящихъ. Всѣхъ дѣтей послѣ наложенія щипцовъ умерло 2-е. Одинъ умеръ въ щипцахъ и роды окончены перфорацией (ребенокъ безъ мозга въсилъ 14¹/₂ фунтовъ), другой ребенокъ родился въ глубокой асфиксiи, не могъ быть оживленъ (высокія щипцы при эклампсiи).

Поворотъ на ножку при узкомъ тазѣ во всѣхъ случаяхъ сдѣланъ у многородящихъ, у которыхъ многія предшествовавшіе

роды отличались неправильностями, у 3-хъ изъ нихъ я самъ раньше дѣлалъ перфорацию и ни одна изъ нихъ раньше не принесла ни одного живаго ребенка, у одной же я самъ раньше провелъ роды при ягодичномъ положеніи и сдѣлалъ извлеченіе, такъ какъ ягодичныя долго не могли встаться, а воды прошли, то я перевелъ ягодичное положеніе въ ножное и сдѣлалъ извлеченіе, ребенокъ родился живымъ; изъ 4-хъ дѣтей я потерялъ 3-хъ, а именно у той, у которой я сдѣлалъ прежде удачно извлеченіе при ягодичномъ положеніи, а у одной ребенокъ умеръ черезъ два дня послѣ операціи.

Поворотъ на ножку сдѣланъ два раза при поперечномъ положеніи съ выпаденіемъ ручки у 2-хъ многородящихъ съ нормальнымъ повидимому тазомъ. Оба ребенка остались живы.

Преждевременные роды при равномѣрно суженномъ тазѣ съ conjug. vera 8, 5 cm, произведенные въ концѣ 8-го мѣсяца у 18-ти лѣтней жены купца М., окончились безъ виѣшательства, хотя и неудачно: ребенокъ родился мертвымъ, роды были вызваны черезъ 28 часовъ послѣ вставленія бужа и продолжались 18 часовъ.

Поворотъ на ножку при placenta praevia окончился благопріятно и для матери и для ребенка въ двухъ случаяхъ.

Интересъ одного изъ нихъ заключается въ томъ, что прежде, чѣмъ сдѣлать поворотъ, я отдѣлилъ весь послѣдъ и вотъ на какомъ основаніи: матка была открыта не болѣе какъ на 2¹/₂ пальца, кровотеченіе было очень сильно, больная въ глубокомъ обморокѣ (сдѣлана autotransfusio sanguinis), ребенокъ по счету послѣднихъ регулъ и по величинѣ былъ недоношенный около 8 мѣсяцевъ, спинка его была обращена вправо, послѣдъ прикрѣплялся на лѣвой стѣнкѣ матки; я рѣшился ввести правую руку въ матку, надѣясь на растяжимость шейки матки, такъ какъ роды были 8 е; я ввелъ руку, но такъ какъ шейка обхватила тѣсно мое предплечіе, а отдѣлившаяся часть послѣда заслонила входъ, то я, volens-nolens, долженъ былъ отдѣлить весь послѣдъ, прорвалъ оболочку у верхняго его края, быстро сдѣлалъ поворотъ и извлеченіе, — ребенокъ тотчасъ же запищалъ.

Большинство акушеровъ при *placenta praevia* не совѣтуютъ отдѣлять весь послѣдъ, другіе же наоборотъ совѣтуютъ.

Декапитаций сдѣлано 5, при такъ называемыхъ запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ, во всѣхъ случаяхъ при нормальныхъ тазахъ у многородящихъ.

Экзантерация была сдѣлана одинъ разъ у первородящей въ г. Нерехтѣ у жены Д., съ узкимъ плоскимъ тазомъ *conj. vera* 9, 5 *cm*, роды до моего прибытія продолжались 2 сутокъ, я и мѣстный врачъ г. Гончаровъ не рѣшились еѣ хлороформировать, было 2-ое поперечное положеніе со спинкой, обращенной взадъ и выпаденіе правой ручки; каждое введеніе руки сопровождалось сжатіемъ входа и влагалища; не смотря на скарификации ручки, которая была сильно отечна, декапитация была неисполнима, вслѣдствіе опасенія поранить мягкія части при спазмѣ; поэтому я удалилъ (вопреки совѣтамъ Шаута) ручку, сдѣлалъ перфораторомъ Бло два отверстія въ грудной клѣткѣ, слилъ ихъ между собою и черезъ полученное такимъ образомъ большое отверстіе, — вошелъ въ грудную полость пальцами, удалилъ грудныя внутренности, а затѣмъ и брюшныя черезъ прорванную пальцами діафрагму, далѣе наложилъ тупой крючекъ на туловище и сдѣлалъ извлеченіе. Послѣродовой періодъ протекъ весьма хорошо.

Punctio cranii была сдѣлана при сильномъ растяженіи головки жидкостью, плоды въ обоихъ случаяхъ мацерированные семи мѣсяцевъ; въ одномъ случаѣ, гдѣ *punctio cranii* сдѣлана просто пальцемъ, количество жидкости было огромное: вся постель и полъ небольшой комнатки были буквально залиты жидкостью; когда плодъ былъ положенъ на спину, то въ спавшемся состояніи размѣры растянутыхъ покрововъ головы были слѣдующіе: длина 32 *cm*., а ширина 20 *cm*. Этотъ случай въ началѣ далъ поводъ предполагать акушеркѣ и другому врачу поперечное положеніе. Роды, весьма болѣзненные, продолжались около 30 часовъ.

Ручное отдѣленіе послѣда, при срочныхъ родахъ, за всѣ семь лѣтъ, я сдѣлалъ только три раза. Въ одномъ

черезъ 4 дня послѣ родовъ, послѣдъ представлялъ кусокъ гнили и лежалъ свободно въ полости матки; въ другомъ часть послѣда была оторвана акушеркой и лежала во входѣ влагалища; я позвалъ другаго товарища, доктора Трояновскаго, и при немъ только рѣшился изслѣдовать роженицу, г-жу Авдулину, которая потеряла огромное количество крови; послѣ аутоотрансфузии, сдѣланной на обѣихъ нижнихъ конечностяхъ, я отдѣлилъ остальную половину послѣда. Только благодаря самоотверженію и высокой гуманности моего почтеннаго товарища, больная не умерла, аутоотрансфузія продолжалась товарищемъ дня два или три, съ небольшими перемежками. Въ третьемъ случаѣ повитуха оборвала пуповину, и я, черезъ 18 часовъ послѣ родовъ, отдѣлилъ загнившій послѣдъ. 1 и 3 обѣ умерли отъ септицеміи. Послѣ того, какъ я потрудился надъ моею диссертациею и убѣдился, что крѣпкія сращенія послѣда съ маткой принадлежать къ числу вещей, требующихъ еще доказательствъ, я сталъ относиться къ нимъ скептически и не встрѣчалъ ихъ вовсе; тогда какъ прежде, на первыхъ порахъ моей практической дѣятельности, я ихъ находилъ нерѣдко и ручное отдѣленіе послѣда была одна изъ моихъ частыхъ операций, теперь же я сталъ больше полагаться на дѣятельность матки, чѣмъ на свои руки. Часто клистирь, 2—3 раза повторенный послѣ родовъ, лишалъ меня удовольствія наблюдать крѣпкія сращенія послѣда съ маткой.

Изъ 100 краниотомій (93 сдѣланы въ самомъ городѣ Ярославлѣ) только въ одномъ случаѣ, я сдѣлалъ перфорацию живота ребенка, у жены кондуктора Ярославской желѣзной дороги, въ сентябрѣ 1881 года.

Тазъ: conj. exter. $15\frac{1}{2}$ ctm., conj. diag. 10 ctm. D. sp. 22 ctm. D. Cr. 24 ctm., conj. vera $8\frac{1}{2}$ ctm.

Послѣ перфорации роды были предоставлены силамъ природы. Послѣродовой періодъ протекъ превосходно. Въ остальныхъ случаяхъ, краниотомія была сдѣлана на мертвыхъ дѣтяхъ, гдѣ сомнѣній въ ихъ смерти не могло быть никакихъ, вслѣдствіе расхожденія и хлябанія костей черепа. Въ 34 случаяхъ кранио-

томія была сдѣлана въ выходѣ таза, гдѣ показаніемъ къ ней служило омертвѣніе (гангрена) слизистой оболочки входа въ рукавъ, вслѣдствіе многочасоваго стоянія въ выходѣ таза; замѣчательно, что ни одна изъ нихъ не умерла. Въ двухъ изъ нихъ образовались *fistula vesico-vaginalis*: обѣимъ я зашилъ фистулы черезъ восемь недѣль послѣ родовъ. Въ обоихъ случаяхъ былъ плоскій рахитическій тазъ. Здѣсь механизмъ происхожденія фистулъ понятенъ: послѣ многочасоваго стоянія во входѣ въ тазъ, головка не могла продвинуться дальше, потомъ ребенокъ умеръ, загнилъ и вотъ головка, размягченная силами природы (какъ выражался Wigand), послѣдними угасающими силами матки, продвинулась дальше къ выходу, аздѣсь уже ни матка, ни брюшнононой прессъ ничего не могли подѣлать. Въ 20 случаяхъ перфорация произведена при нормальномъ тазѣ, у первородящихъ, гдѣ ваніемъ для операцій служило желаніе пощадить мягкія части родовыхъ путей; въ трехъ изъ нихъ смерть ребенка послѣдовала за нѣсколькими днями до родовъ; въ четырехъ—смерть послѣдовала отъ долго продолжавшихся родовъ при выпаденіи ручки подлѣ головки; въ двухъ отъ выпаденія пуповины и ручки; въ четырехъ отъ выпаденія пуповины; въ остальныхъ же отъ долго продолжавшихся и нерационально веденныхъ родовъ.

Въ трехъ случаяхъ у многородящихъ показаніями для перфораций служила чрезмѣрная величина ребенка и вслѣдствіе того затянувшіеся роды; въ одномъ изъ нихъ послѣ тщетныхъ попытокъ окончить роды щипцами, во время которыхъ ребенокъ умеръ, я сдѣлалъ перфорацию (мальчикъ безъ мозга вѣсилъ 14½ ф. Случай былъ у жены служителя Пашкевича при аптекѣ Фрашшутъ). Въ 45 случаяхъ перфорация была сдѣлана при узкихъ тазахъ, изъ нихъ въ одномъ—смерть послѣдовала отъ перфорации (см. выше), въ семи только случаяхъ отъ выпаденія пуповины и, исключивъ еще шесть случаевъ чрезмѣрно узкаго таза, гдѣ и дѣти могли быть спасены только при кесарскомъ сѣченіи, въ остальныхъ смерть послѣдовала отъ долго продолжавшихся и неумѣло веденныхъ родовъ. Краніотомія повторена при слѣдующихъ родахъ—у одной роженицы еще

два раза, а у одной еще одинъ разъ. При слѣдующихъ родахъ, у трехъ краниотомированныхъ былъ сдѣланъ поворотъ на ножку, при этомъ дѣти родились живыми (одинъ черезъ два дня умеръ). У шести роженицъ съ узкимъ тазомъ, которыхъ я и послѣ имѣлъ возможность наблюдать, послѣдующіе роды окончились благополучно, а у одной я сдѣлалъ наложеніе щипцовъ.

Слѣдовательно, 100 краниотомій сдѣланы у 97 лицъ. Если изъ 100 краниотомій исключить семь случаевъ абсолютно узкихъ тазовъ, три случая чрезмѣрной величины плодовъ и даже восемь случаевъ выпаденія пуповинъ (такъ какъ пять было при абсолютномъ суженіи таза) и три случая мертвотныхъ плодовъ, то окажется, что изъ 100 краниотомированныхъ дѣтей при надлежащей и своевременной помощи могло родиться живыми семьдесятъ девять ребятисекъ. Я полагаю, что эти цифры говорятъ сами за себя и что дальнѣйшія разсужденія по этому поводу совершенно излишни.

Большинство перфораций сдѣлано перфораторомъ Бло и нѣсколько перфораторомъ Брауна.

Для извлеченія краниокласть Брауна былъ примѣненъ 19 разъ, 6 разъ при нормальномъ тазѣ и 13 разъ при узкомъ.

Выламываніе костей свода черепа при узкомъ тазѣ сдѣлано четыре раза.

По моему мнѣнію, заслуги врачей С.-Петербургскаго родо-вспомогательнаго дома заключаются не только въ распространеніи краниокластовъ среди русскихъ врачей, но и превосходныхъ наблюденіяхъ механизма извлеченія головки краниокластомъ. Въ иностранной литературѣ я мало встрѣчалъ такихъ превосходныхъ протоколовъ родовъ. Я часто находилъ въ нихъ и разъясненія и утѣшенія послѣ неособенно удачнаго примѣненія краниокласта.

Послѣ ряда произведенныхъ извлеченій краниокластомъ и рукой, я пришелъ къ убѣжденію, что трудность извлеченія, т. е., степень примѣненія силы, вовсе необусловливается степенью суженія таза, такъ что даже при тазахъ, повидимому,

нормальныхъ приходится употреблять значительно большую силу, чѣмъ при узкихъ. Степень прилагаемой силы обуславливается степенью маточной дѣятельности, и при стараніяхъ ее возбудить всегда мнѣ приходилось употреблять и меньшую силу. Я наблюдалъ, что матка, заснувшая (если возможно такъ выразиться) въ теченіи многихъ часовъ, опять можетъ проявить свою дѣятельность, хотя и не тотчасъ послѣ уменьшенія объема головки.

Въ концѣ отчета, я прилагаю нѣсколько исторій родовъ, одна изъ нихъ взята не изъ частной практики, а изъ родильнаго отдѣленія лечебницы Общества Ярославскихъ врачей ¹⁾, которую я привожу только ради интересующаго меня вопроса, изложеннаго въ приложеніи къ этому отчету, да и всѣ они приведены только ради этой цѣли.

№ 1. Въ 1882 году въ родильное отдѣленіе поступила первородящая, маленькаго роста, conj. diag.—6, 5 см, общее состояніе угнетенное, t. 39, пульсъ слабый и частый, роды до поступления продолжались 5 дней. Яро-

¹⁾ Кромѣ частной практики въ теченіи семи лѣтъ, я дѣлалъ операціи и въ здѣшнемъ родильномъ отдѣленіи лечебницы Общества Ярославскихъ врачей. Это здѣсь единственное учрежденіе, въ которомъ неимущія роженицы бесплатно получаютъ пріютъ и помощь; число родовъ въ годъ въ послѣдніе годы немного меньше 400; всѣхъ комнатъ 4, кроватей 10, двѣ для роженицъ и восемь для родильницъ; заболѣвающихъ приходится отправлять въ земскую больницу, отстоящую на далекомъ разстояніи отъ лечебницы. Анти-септика, внѣшній видъ, чистота, обиліе бѣлья, одѣяль, роскошная ванна, большія прекрасныя комнаты, обиліе свѣта не оставляютъ желать ничего лучшаго. Но и здѣсь съ теченіемъ лѣтъ, какъ и повсюду, замѣчается увеличеніе числа роженицъ, а помѣщеніе не можетъ быть расширено. Въ виду этого родильницъ приходится часто выписывать очень рано. Хозяева здѣсь Общество врачей. Завѣдывающій лечебницей и врачи-операторы жалованья не получаютъ. Послѣдніе года операціи дѣлалъ я и докторъ К. Ф. Веркау, а пользовалъ родильницъ докторъ Н. А. Никольскій. Съ 10-го марта этого года я, по постановленію Общества и по собственному желанію, взялъ на себя операціи и родильное отдѣленіе, но въ концѣ мая, я по служебнымъ обстоятельствамъ долженъ былъ уѣхать изъ Ярославля. Всѣхъ операцій я сдѣлалъ 22: 12 наложениій щипцовъ, 8 краниотомій и 2 поворота. Исходовъ краниотомій въ большинствѣ случаевъ я не знаю, такъ какъ родильницы отправлялись въ больницу и выписывались не мною; а такъ какъ именъ здѣсь не спрашиваютъ, то въ земской больницѣ справляться о нихъ было и невозможно, да я и не имѣлъ для этого свободнаго времени.

славскій уѣздный врачъ Шубинъ сдѣлалъ перфорацию: послѣ неудавшагося извлеченія послали за мной. Я опредѣлилъ тогда плоскій рахитическій тазъ съ conj. vera не болѣе 4 — 4^{1/2} ctm, поперечные размѣры и выходъ таза тоже уменьшены. Проведеніе руки, тыломъ обращенной къ крестцовой впадинѣ, удавалось только настолько, что фаланги пальцевъ входили въ входъ таза.

Мы рѣшили произвести выламываніе костей; краінокласть Брауна оказалась негоднымъ, и мы приспособились работать пальцами, принимая отломки костей корнцангомъ; послѣдовательно мы выломали всѣ кости свода черепа, но и тогда извлеченіе не удалось. Тогда я попробовалъ сдѣлать поворотъ наружными ручными приемами, поворотъ удался и подлежащую часть вдобавокъ оказалась ножка, на которую акушеркою накинута петля. Извлеченіе удалось, но съ примѣненіемъ большой силы. Черезъ три дня у роженицы открылось недержание мочи и она отправлена въ земскую больницу. Дальнѣйшихъ свѣдѣній у меня нѣтъ.

№ 2. Плоскій рахитическій тазъ. Выламываніе костей свода черепа въ теченіи 3-хъ рядовъ. Жена мѣщанина М. А. С., уроженка Вологодской губерніи, по специальности кружевница. Родители ея страдали, судя по рассказамъ, сифилисомъ. Родилась 2-й; старшая сестра умерла 6-ти лѣтъ отъ оспы; больше у ея родителей дѣтей не было; начала ходить 7 лѣтъ и то плохо, говорить же начала 8 мѣсяцевъ; была очень умнымъ и смысленнымъ ребенкомъ; четырехъ лѣтъ, сидя въ подушкахъ, занималась рукодѣльями, такъ что когда ей было 12 лѣтъ, она уже не имѣла соперницъ въ вязаніи кружевъ и умѣла хорошо писать и читать. Первые регулы пришли 19 лѣтъ. Регулы были правильны. Послѣ 10 лѣтъ пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Родители ея были богаты. 32-хъ лѣтъ вышла замужъ за 20-лѣтняго. Ростъ 134 ctm. Размѣры таза: Dist. Spin. 29^{1/2} ctm. Dist. cr. 29 ctm. Conj. externa 15 ctm., conj. diag. 7 ctm., D. troch. 31^{1/2} ctm, Int. tub. ischii 13 ctm. При внутреннемъ изслѣдованіи таза, проводя пальцами по linea innominata, лонному соединенію и promontorium, получается ясное представленіе о цифрѣ 8, сдѣланной съ математической правильностью, нижняя часть крестца загнута въ видѣ крючка. Прямою размѣръ выхода таза 9^{1/2} ctm. Лонное соединеніе значительно наклонено. Высота его 5 ctm. Длина голени отъ пятки до середины подколенной ямки 21 ctm. Длина бедеръ отъ колѣна до нахового сгиба 40 ctm. Эти отношенія размѣровъ голени — къ бедру даютъ ужасную непропорциональность, съ перваго взгляда поражающую. Бедряныя кости немного искривлены. Руки очень длинны: заходятъ ниже колѣнъ и очень велики. Небольшой кифозъ верхнихъ грудныхъ позвонковъ, рахитическій процессъ ясно выраженъ въ грудной клѣткѣ. Сколиозъ влѣво въ поясничной части позвоночника. Она брюнетка съ прекрасными черными глазами, лицо миловидное, портитъ только лобъ и выдающаяся нижняя челюсть. Эти измѣренія мнѣ удалось сдѣлать съ трудомъ, такъ какъ М. А. очень жеманна и самолюбива.

23-го ноября 1882 года, въ 2 часа ночи меня позвали къ ней; думать о приглашеніи еще другаго врача не представлялось возможности, такъ какъ они живутъ за городомъ и я къ нимъ ѣхалъ 2 часа по ужасной дорогѣ.

Головка стояла надъ входомъ въ тазъ подвижно, матка открыта, воды прошли 3 часа тому назадъ, выпаденіе не пульсирующей пуповины, стрѣловидный шовъ лежитъ за мысомъ крестца, предлежитъ лѣвое ухо, спинка вправо, роды начались 26 часовъ тому назадъ, надъ лѣвымъ ухомъ я сдѣлалъ перфораторное отверстіе, головка плотно фиксировалась акушеркой. Послѣ экскеребраціи, краниокластомъ Simpson'a и по его же способу, я сдѣлалъ краниоклазію. Отдѣлить изолированно одну кость отъ другой, вращеніемъ инструмента вокругъ оси на полъ оборота, мнѣ удавалось, но почти всегда, кромѣ этой кости, прихватывались и сосѣднія. Углы костей ломались легко, а при захватываніи кости на протяженіи удавалось на нихъ дѣлать только надломы. Краниокластомъ мнѣ удалось вывести только правую темянную кость, другія же, послѣ разъединенія я выводилъ рукою (въ точности держаться способа Simpson'a я боялся). Захватывать изолированно отдѣльныя кости, послѣ выламыванія, краниокластомъ же очень трудно. Осколковъ костей получалось много. Извлеченіе остатковъ головки удалось легко сдѣлать тѣмъ же краниокластомъ. Ребенокъ — небольшая дѣвочка. Послѣдъ отдѣлился самъ. Вся операція продолжалась 3 часа, что собственно говоря не особенно долго, такъ какъ я все дѣлалъ обдуманно, не торопясь, часто мылъ руки, дѣлалъ спринцованія и давалъ отдыхать роженицѣ. Общее состояніе роженицы хорошее. Долго я ничего не зналъ о М. А.

7-го Апрѣля 1884 года опять прислали за мной. Воды прошли до моего пріѣзда за 1 часъ, пуповина выпала и не пульсировала. Отношеніе плода къ маткѣ и тазу тѣ же. Выламываніе — по способу Barnes. Роженица относилась ко мнѣ съ большимъ довѣріемъ, лежала смирно, да и выламывать кости по Barnes'у легче и удобнѣе, и потому вся операція окончена въ 2¹/₂ часа. Этотъ разъ я особенно настойчиво разъяснилъ родильницѣ и ея роднымъ, что при такомъ служеніи таза она родить не можетъ и т. д.

3-го Апрѣля 1887 года меня опять позвали къ ней; опять то же кто-то её увѣрилъ, что она можетъ родить сама и что все несчастіе отъ выпаденія пуповины. Этотъ разъ я пріѣхалъ къ ней черезъ ¹/₂ часа послѣ излітія водъ. Передъ операціей t° 37, 5. Послѣ перфорации, которую я сдѣлалъ, въ font. Gasseri posterior перфораторомъ Бло, я отдѣлилъ кожные покровы, на возможно большемъ протяженіи, затѣмъ, я провелъ мой инструментъ закрытымъ къ мѣсту дѣйствій, ввелъ палецъ въ перфораторное отверстіе, раскрывъ немного инструментъ, просунулъ лѣвую темянную кость между вѣтвями ключевъ; такъ какъ я убѣдился, что до середины кости я такъ не доберусь и извлеченіе мнѣ можетъ не удасться, то я рѣшилъ отломить кусокъ кости, затѣмъ, я вывелъ кусокъ кости инструментомъ; вымылъ руки и инструментъ; потомъ я опять ввелъ руку, и, просунувъ кость въ вѣтви, я перешелъ пальцемъ на наружную вѣтвь, крѣпко захватилъ середину кости, подвинулъ кость въ стороны, пережѣдая инструментъ на мѣстѣ захвата, затѣмъ, сдѣлалъ движеніе внутрь черепа и тракцію внизъ, кость выдернулась, и я осторожно ее вывелъ, потомъ я удалилъ лѣвую и правую лобныя, и въ 4 куска сломалъ чешую затылочной. Сдѣлавъ спринцованіе, я далъ отдохнуть роженицѣ.

Извлечение сдѣлано краниокластомъ Брауна. Вся операція продолжалась 15 минутъ. Родильница поправилась.

№ 3. Осенью 1886 года акушерка г. Малкова пригласила меня къ роженницѣ, женѣ фабричнаго, жившей въ собственномъ домикѣ у городской бойни; тазъ равномерно сѣуженный, рахитическій, съ conj. vera 9 ctm. (Наружныхъ измѣреній не было сдѣлано, такъ какъ я забылъ тазомѣръ). Роды продолжались до меня и до прибытія акушерки 2-е сутокъ, воды прошли давно, головка стояла надъ входомъ въ тазъ, поворотъ былъ уже невозможенъ. Послѣ перфорациі я наложилъ краниокласть; извлечение не удавалось; я нѣсколько разъ перемѣстивъ ложки краниокласта, извлечение удалось, но произошелъ солпрооргхезис и разрывъ промежности. Больная была отправлена въ больницу, гдѣ и умерла отъ воспаления брюшины.

№ 4. Жена мѣщанина Л., 35 лѣтъ, замужемъ 13 лѣтъ, ростъ 130 ctm. Начала ходить на 4-мъ году. Первые регулы на 17-мъ году. Размѣры таза: D. sp. 29 ctm., D. cr. 29 ctm., Conj. ex. 17 ctm., conj. diag. 9 ctm. Тазъ немного ассиметриченъ по наружному виду. Дополнительные измѣренія по Негеле не указали разницы между правой и лѣвой половинами таза. Правая нога немного короче лѣвой. Первые роды — ножное положеніе, сдѣлано извлечение — ребенокъ мертвый; 2-е роды маленькая дѣвочка 8 мѣсяцевъ родилась благополучно; 3-и роды поперечное положеніе; поворотъ; ребенокъ мертвый. 4-е роды, черепное положеніе, выпаденіе пуповины, головка стояла плотно во входѣ въ тазъ, пуповина не пульсировала, я сдѣлалъ перфорацию и извлечение краниокластомъ Брауна; получился глубокой разрывъ шейки матки съ лѣвой стороны ¹⁾, тамъ, гдѣ былъ наложенъ краниокласть; нитевидный пульсъ, коматозное состояніе. Поправилась черезъ 3 недѣли. Въ январѣ мѣсяцѣ этого года, опять 1-е черепное положеніе и выпаденіе пуповины; я сдѣлалъ перфорацию на стрѣловидномъ швѣ и, не дѣлая эксцеребраціи, выломалъ правую темянную кость, затѣмъ, остальныя (своимъ инструментомъ) и сдѣлалъ извлечение рукой. Послѣродовой періодъ протекъ отлично.

¹⁾ Разрывъ шейки матки былъ довольно значительный и велъ въ глубину и въ брюшную полость.

РЕФЕРАТЫ.

23. Zeiss. Отчетъ о засѣданіяхъ гинекологической секціи 60-го съѣзда нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Висбаденѣ, въ сентябрѣ 1887 года. (Cent. f. Gyn., 1887, № 41—49),

(Переводъ А. К. Гермоніуса).

Засѣданіе 20-го сентября.

(Предсѣдатель: проф. *Ahlfeld* (Марбургъ). Секретари. *Cuntz, Hempel, Wesener*).

(Окончаніе).

Fehling (Базель). Къ вопросу о чревосъченіи при бурорчаткѣ брошинны.

Докладчикъ указываетъ на увеличивающуюся частоту пробныхъ разрѣзовъ при опухоляхъ живота; они вполне основательно все болѣе и болѣе вытѣсняють пробные проколы, такъ какъ подъ рукой оператора, соблюдающаго антисептику, они еще безопаснѣе проколовъ. За послѣдніе годы чаще, чѣмъ прежде, приходится находить туберкулезныя измѣненія въ брюшной полости, частью вслѣдствіе ошибокъ въ распознаваніи, частью-же и при вѣрно поставленномъ діагнозѣ. Полученные послѣ этихъ операций результаты пока настолько удовлетворительны, что требуютъ дальнѣйшей разработки, тѣмъ болѣе, что дѣйствіе ихъ еще не вполне объяснено. Въ виду рѣдкости названнаго матеріала, докладчикъ въ короткихъ словахъ описываетъ три оперированныхъ имъ случая, съ тѣмъ чтобы въ заключеніе сдѣлать нѣсколько общихъ замѣчаній. — *1-й случай*, касается нерожавшей женщины 34-хъ лѣтъ, явившейся съ жалобами на аменоррею и исхуданіе. При изслѣдованіи, надъ правой пунартовой связкой найдена опухоль, величиною съ апельсинъ, которая и была принята, благодаря своей ложной флюктуаци, за правый яичникъ. Позади матки съ обѣихъ сторонъ небольшіе узлы; асцитъ нѣтъ. Была заподозрѣна злокачественность новообразованія. Пробный разрѣзъ по-

казалъ, что мнимый tumor есть ничто иное, какъ слѣпая кишка, превращенная бугорковыми разраженіями въ круглую опухоль; бугорки разсѣяны также по червеобразному отростку, ближайшей петлѣ тонкой кишки и брыжжейкѣ. Позади матки обѣ трубы четкообразно раздуты. Заживленіе безъ реакціи; временное улучшение. *2-й случай.* Нерожавшая женщина, 24-хъ лѣтъ, перенесла за $1\frac{1}{2}$ года до того тяжелый перитонитъ. Она прислана въ виду предполагаемой опухоли ячника. Отъ лѣвой spina anter. вкось къ пупку лежитъ tumor, отчасти флюктуирующій, отчасти дающій ясное gârgouillement. Такъ какъ этому предшествовали также и плевритическія явленія, то съ вѣроятностью поставленъ былъ діагнозъ бугорчатки, и брюшная полость вскрыта съ тѣмъ, чтобы опорожнить существующій, быть можетъ, тамъ инкапсулированный экссудатъ. Кишки такъ тѣсно и на такомъ большомъ протяженіи срослись между собой и съ брюшной стѣнкой, что, несмотря на широкій разрѣзъ, не удалось проникнуть въ свободную полость брюшины. Пораненная при этомъ кишка зашита. Выздоровленіе, а чрезъ 3 мѣсяца и увеличеніе въ вѣсѣ на 18 фунтовъ. *3-й случай.* 25-лѣтняя женщина, рожавшая одинъ разъ $2\frac{1}{2}$ года тому назадъ; $1\frac{1}{2}$ года т. н., вслѣдствіе быстро увеличивавшагося асцита, сдѣланъ проколъ, послѣ котораго она долгое время лихорадила. При изслѣдованіи—съ лѣвой стороны надъ пупкомъ опухоль, съ ясною флюктуацией, но безъ рѣзко опредѣляемыхъ границъ. Діагнозъ—инкапсулированная бугорковая водянка—подтвержденъ при операціи. Сдѣланъ широкій разрѣзъ, проведенъ влагалищный дренажъ; мѣшокъ вшитъ въ брюшную рану; кишки усѣяны бугорками; въ вырѣзанномъ кусочкѣ брюшной стѣнки также доказано присутствіе бугорковъ. Выздоровленіе и значительное улучшение общаго состоянія.— Докладчикъ обращаетъ вниманіе на то, какъ различны бываютъ попадающіе подъ наблюденіе случаи туберкулознаго перитонита. Изъ 40 опубликованныхъ случаевъ операціи только два были у мужчинъ. При частотѣ бугорчатки мужскихъ половыхъ органовъ, остается непонятнымъ, почему бы и первичная бугорчатка брюшины не встрѣчалась у мужчинъ, по меньшей мѣрѣ, столь-же часто. Въ виду этого, докладчику кажется въ высокой степени вѣроятнымъ, что и у женщинъ бугорчатка брюшины, кажущаяся первичною, на самомъ дѣлѣ—вторичная, исходящая изъ трубъ. Часто діагнозъ остается подъ сомнѣніемъ, такъ какъ отсутствуютъ мѣстныя данныя, да и легкія еще свободны отъ пораженія. Весьма важнымъ признакомъ служить, какъ въ 1-мъ случаѣ, ложная флюктуация, на которую уже указывалъ König. Изъ 29 случаевъ, съ болѣе точными данными, 21 относится къ инкапсулированнымъ бугорковымъ асцитамъ; изъ нихъ вылѣчено 15 (8 чрезъ 1 годъ), 6—умерло; изъ 5 случаевъ свободной водянки, 2 дали выздоровленіе, 2—улучшеніе. Особенно рекомендуется, дѣлать широкій разрѣзъ и, по возможности, дренировать чрезъ влагалище. Излѣченіе зависитъ не отъ антисептическихъ средствъ (сулема, іодоформъ), а, по всей вѣроятности, отъ какаго-нибудь микроорганизма или бактеріи, или просто отъ облегченной циркуляціи. Не слѣдуетъ также забывать, что здѣсь, какъ и вообще при одиночныхъ бугоркахъ, можетъ произойти и самоизлѣченіе. Тѣмъ не менѣе докладчикъ

не может считать бугорчатку брюшины за страданіе мѣстное, какъ то дѣлаетъ Kümmer, и поставить ее на ряду съ бугорчаткой суставовъ; анатомическія данныя слишкомъ различны для такого сопоставленія. Длительность процесса и медленное излѣченіе основываются, можетъ быть, на тѣхъ-же причинахъ, которыя даютъ столь различное теченіе при легочной бугорчаткѣ. Слѣдовательно, оперативное вмѣшательство вовсе не такъ безнадежно, какъ то въ свое время думали. Докладчикъ, на основаніи высказаннаго имъ выше взгляда на этиологию, присоединяется къ мнѣнію Negar'a, по которому бугорчатка трубъ должна лѣчиться оперативнымъ путемъ возможно ранѣе.

Skutsch (Лена). О разрывахъ и кровотеченияхъ шейки матки при родахъ.

Не такъ рѣдко случается, что существуютъ показанія къ скорѣйшему окончанію родовъ, въ виду интересовъ матери или ребенка, а необходимое для извлеченія неуменьшеннаго въ объемѣ плода раскрытіе зѣва еще не наступило. При этомъ раскрытіе можетъ быть вполне нормальнымъ, но еще не достаточно далеко подвинувшимся, или оно патологически-замедлено. (Неподатливость зѣва, *conglutinatio orif. ext.*, недостаточное раскрытіе при судорожныхъ потугахъ). Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ препятствіе лежитъ только въ зѣвѣ, терапія очень проста—безкровное расширеніе, небольшіе надрѣзы; но за то тамъ, гдѣ требуется быстрое родоразрѣшеніе, напримѣръ, при служеніяхъ, лежащихъ выше *orif. ext.* или занимающихъ весь каналъ шейки, оно можетъ быть достигнуто только энергическимъ расширеніемъ; а это возможно путемъ широкихъ разрывовъ шейки. Неглубокіе надрѣзы, при неподатливости зѣва, рекомендуются многими; отъ глубокихъ-же разрывовъ обыкновенно предостерегаютъ, въ виду сопряженныхъ съ ними опасностей,—каковы: зараженіе, кровотеченіе, дальнѣйшіе глубокіе разрывы шейки, берущіе начало изъ сдѣланныхъ разрывовъ. Эти предостереженія весьма основательны, въ особенности, когда каналъ шейки длиненъ. Впрочемъ, гдѣ необходимо быстрое окончаніе родовъ, а служеніе находится лишь въ нижнемъ отрѣзкѣ шейки (отъ мѣста прикрѣпленія задняго свода внизъ), тамъ показанія къ разрывамъ для быстрѣйшаго окончанія родовъ могли бы быть расширены и съ цѣлью спасенія жизни плода. Опасность зараженія не такъ страшна съ тѣхъ поръ, какъ мы умѣемъ вести роды асептически. Опасность-же кровотечения, напротивъ того, важна, если нижній отдѣлъ шейки еще не растянута и если предлежащая часть не производитъ еще достаточнаго давленія на его стѣнки. Однако простымъ приемомъ при разрывѣ, не простирающемся далѣе свода, можно безопасно остановить кровотеченіе. Этотъ приемъ можетъ быть уясненъ приведеніемъ одного случая родовъ, при которомъ въ то время, когда нижній отрѣзокъ (1¹/₂ см.) цервикальнаго канала не былъ еще раскрытъ, явилась необходимость быстро окончить роды, чтобы спасти жизнь плода. По установленіи влагалищной части въ ложкообразномъ зеркалѣ, было сдѣлано согнутыми по краю ножницами Schultze 6 разрывовъ, длиною около 2 см. каждый. Изъ перваго-же разрыва тотчасъ появилось сильное кровотеченіе, остановленное тѣмъ, что на кровоточащія поверхности наложены швы. Эти

узловые швы повсюду въ зѣющемъ разрѣзѣ соединяли цервикальную и влагалищную слизистыя оболочки. Такимъ образомъ, при каждомъ разрѣзѣ сначала было останавливаемо кровотеченіе, а затѣмъ ужъ дѣлался послѣдующій. Концы швовъ оставлялись достаточной длины, чтобы служить впоследствии для фиксаціи. Послѣ этихъ надрѣзовъ зѣвъ оказался раскрытымъ настолько, что можно было извлечь плодъ щипцами. Послѣ выжиганія послѣда наложены швы⁵ (кэтгутъ) на два нѣсколько кровоточившіе разрыва, образовавшіеся изъ заднихъ надрѣзовъ. Наложенные для остановки кровотеченія швы были потомъ удалены, и надрѣзы зашиты кэтгутомъ. Ребенокъ-живъ; послѣродовое теченіе—нормально. Такимъ образомъ, поступаая какъ въ приведенномъ случаѣ, т. е., останавливая сильное кровотеченіе наложеніемъ лигатуры на кровоточащую поверхность одного разрѣза, прежде чѣмъ производить другой, можно при надрѣзахъ, доходящихъ до мѣста прикрѣпленія сводовъ, безопасно останавливать кровотеченіе. Разрѣзать шейку до этой границы, при недостаточномъ раскрытіи зѣва, съ цѣлью являющагося необходимымъ окончанія родовъ, должно считаться дозволительнымъ. При неподатливости зѣва предпочитаютъ множественные, но небольшіе надрѣзы напряженнаго кольца зѣва; для расширенія-же всего нижняго нераскрытаго отрѣзка шейки рекомендуется дѣлать разрѣзы справа и слѣва, почти до сводовъ; и только если эти разрѣзы окажутся недостаточными, то и въ другихъ направленіяхъ, особенно къзади, въ стороны отъ срединной линіи. По окончаніи родовъ предварительныя кровоостанавливающія лигатуры слѣдуетъ снять и разрѣзы соединить швами такъ-же, какъ при зашиваніи свѣжей кровоточащей раны шейки. Если разрѣзы рвутся дальше, то эти разрывы должны быть соединены, насколько возможно, швами; оставшіеся длинные концы швовъ способствуютъ быстрому обнаженію операціоннаго поля. Если-же какой-нибудь боковой разрѣзъ проникаетъ, благодаря дальнѣйшему разрыву, до самой параметральной клѣтчатки и даетъ сильное кровотеченіе, то можно чрезъ сводъ перевязать *art. uterina*. Въ одномъ случаѣ тяжелаго кровотеченія изъ правой стороны шейки докладчикъ сдѣлалъ такую перевязку обыкновенною кривою иглой. Быть можетъ, было-бы лучше сдѣлать маленькій разрѣзъ въ сводѣ и затѣмъ уже произвести перевязку съ помощью тупой (аневризматической) иглы. При всѣхъ этихъ манипуляціяхъ важно дѣйствовать подъ контролемъ зрѣнія; да и вообще при акушерскихъ терапевтическихъ приемахъ это правило должно было-бы пользоваться большимъ распространеніемъ, чѣмъ до сихъ поръ. Ложкообразныя зеркала не мѣшало-бы имѣть въ каждомъ акушерскомъ наборѣ. При просмотриваніи литературы найдено небольшое сообщеніе объ оперированномъ А. Martin'омъ случаѣ, о которомъ слѣдуетъ упомянуть: При рубцовомъ суженіи зѣва сдѣланы разрѣзы, края ранъ обшиты, и вслѣдствіе сильнаго кровотеченія перевязана *art. uterina*. Далѣе, нельзя не замѣтить, что въ гинекологическихъ случаяхъ обшиваніе поверхности раны при разрѣзахъ шейки уже примѣняется.

Пренія по поводу доклада Ahlfeld'a.

Fehling (Базель) спрашиваетъ, фильтровалась-ли околоплодная жидкость

предъ кипяченіемъ или вѣтъ. Fehling, и послѣ доклада Ahlfeld'a, не можетъ отказаться отъ своего мнѣнія, что околоплодная жидкость составляетъ для плода пищевое средство лишь второстепеннаго значенія. Онъ не будетъ отрицать, что она проглатывается и имѣетъ значеніе въ смыслѣ воспріятія воды, облегчающаго кровообращеніе. Впрочемъ, онъ долженъ упомянуть здѣсь о такихъ плодахъ, у которыхъ оказывалось зарощеніе пищевода или отсутствіе верхней или нижней челюсти. Кромѣ того, желудочный сокъ плода вовсе не приспособленъ для перевариванія бѣлковъ. Плодъ въ общемъ усваиваетъ ежедневно—на 8-мъ мѣсяцѣ $1\frac{1}{4}$, на 9-мъ—3, на 10-мъ— $4\frac{3}{4}$ gr. бѣлковъ. Околоплодная-же жидкость содержитъ среднимъ числомъ (согласно анализамъ Fehling'a, частью еще не сообщеннымъ), 0,2°/о бѣлка; такимъ образомъ плоду придется выпить литръ жидкости, чтобы заполучить 2 gr. бѣлка. Онъ спрашиваетъ поэтому Ahlfeld'a, сколько, по его мнѣнію, плодъ воспринимаетъ жидкости ежедневно, и кстати напоминаетъ, съ какимъ трудомъ глотаютъ преждевременно-рожденные младенцы.

Mermann (Мангеймъ) также наблюдалъ своеобразныя ритмическія движенія плода, описанныя точнѣе Ahlfeld'омъ, и сдѣлаетъ въ скоромъ времени о нихъ сообщеніе въ «Centralblatt'ъ». Онъ обращалъ на нихъ вниманіе еще въ 1880 году и склоненъ былъ объяснить ихъ тогда клоническими судорогами діафрагмы. Сверхъ того, такъ какъ они постоянно наблюдались со стороны спинки плода, то это не согласуется съ мнѣніемъ Ahlfeld'a, будто это глотательныя движенія.

Omm (Петербургъ) въ общемъ держится мнѣнія Ahlfeld'a; тоже относится къ *Meinert'y* (Дрезденъ), который считаетъ приводимые имъ доводы крайне убѣдительными.

Пренія по поводу доклада Fehling'a.

Frank (Кельнъ) сообщилъ о двухъ, видѣнныхъ имъ, случаяхъ бугорчатки брюшины. Въ одномъ случаѣ, оперированномъ 8 лѣтъ тому назадъ Vardenheuer'омъ, всѣ видимыя во время операціи внутренности, петли кишокъ, матка, трубы представлялись сплошь покрытыми узелками, напоминающими бугорки. Асцитическая жидкость была выпущена, произведенъ туалетъ и брюшная полость закрыта. Когда жидкость потомъ снова накопилась, пришлось сдѣлать еще два прокола. Послѣ того новаго накопленія не было, и полное выздоровленіе продолжается до сихъ поръ. Во второмъ случаѣ *Frank* встрѣтилъ опухоль въ Дугласовомъ пространствѣ; она состояла изъ усѣянныхъ бугорками и сросшихся между собой кишечныхъ петель. Матка, трубы и яичники покрыты такими-же узелками. Водяночная жидкость выпущена; брюшная полость закрыта. Вскорѣ послѣ выписки—смерть вслѣдствіе общей бугорчатки. Ссылаясь на описанные Fehling'омъ многочисленныя случаи исцѣленія оперативнымъ путемъ, *Frank* выражаетъ сомнѣніе, точно-ли неопровержимъ у него діагнозъ бугорчатки; онъ спрашиваетъ, доказано-ли въ этихъ случаяхъ присутствіе туберкулезныхъ бациллъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Meinert (Дрезденъ) замѣтилъ, что большая частота брюшинной бугорчатки у женщинъ—не болѣе, какъ кажущееся явленіе. Большинство изъ опе-

рированных у женщин случаев подвергаются операции, благодаря лишь ошибкѣ въ діагнозѣ. Мужчины-же въ подобныхъ случаяхъ вовсе не дѣются оперативнымъ путемъ и, будучи пользуемы внутренними средствами, пропадаютъ для статистики.

Sänger (Лейпцигъ) оперировалъ двѣ подобныя мнимыя опухоли; одинъ случай прошелъ неблагополучно.

Ahlfeld также видѣлъ при карциномѣ матки поражение брюшины, напоминающее бугорчатку; чрезъ 1¹/₂ года, при вскрытіи, вмѣсто узелковъ найдены лишь разлитыя сращения.

Пренія по поводу доклада Skutsch'a.

Ahlfeld полагаетъ, что въ практикѣ, гдѣ приходится стремиться къ возможному упрощенію приемовъ, всетаки лучше останавливать кровотечения послѣ надрѣзовъ тампонаціей.

Cohn (Берлинъ) также считаетъ излишнимъ зашиваніе болѣе мелкихъ разрывовъ или надрѣзовъ, такъ какъ они, какъ правило, не влекутъ за собой никакой опасности. Если разрывъ или разрѣзъ проникаетъ далеко вверхъ, если задѣта *art. uterina* или одна изъ ея вѣтвей, зашиваніе становится очень труднымъ и неудобнымъ и имѣетъ всетаки цѣлью скорѣе остановку кровотечения, чѣмъ заживленіе разрыва; тампонаціей и сдавливаніемъ матки достигается тоже.

Veit (Берлинъ) положительно возстаетъ противъ рекомендуемыхъ *Skutsch'*емъ глубокихъ надрѣзовъ; ему еще никогда не приходилось испытывать необходимость прибѣгать къ нимъ. Маленькія насѣчки по краю шейки, когда бѣльшая ея часть расширена, предоставляютъ простой и безопасный приемъ; больше-же 1¹/₂ см. вглубь шейки надрѣзы должны дѣлаться въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ. Кромѣ того, онъ предпочитаетъ накладывать мвы не съ помощью зеркала, а подъ руководствомъ пальцевъ.

Schrader (Оппельнъ) высказался въ томъ-же смыслѣ. Рекомендація такихъ надрѣзовъ, какіе дѣлаетъ *Skutsch*, можетъ повести въ практикѣ къ самымъ печальнымъ послѣдствіямъ, — недостаточно точно установленнымъ показаніямъ, трудностямъ при остановкѣ кровотеченій, при обнаженіи разрыва и пр. Для тампонаціи, какъ онъ часто видѣлъ, не годятся тампоны, вымоченные въ карболовой кислотѣ и выжатые; они, по мнѣнію *Schrader'a*, совершенно не всасываютъ; вата должна быть безусловно суха.

Sänger (Лейпцигъ) замѣтилъ относительно наиболѣе пригоднаго матеріала для тампонаціи, что лучшую службу ему сослужили тампоны изъ танинъ-йодоформенной марли и изъ ваты, вымоченной въ *Alum. aceticum*; простое йодоформенное марли негодится.

Skutsch въ своемъ заключительномъ словѣ говоритъ: «Разумѣется, я понять совершенно неправильно, если мнѣ приписываютъ желаніе рекомендовать безъ настоятельныхъ показаній, какъ то, кажется, полагаетъ *Schrader*, оперативное вмѣшательство при родахъ. Только успѣхи, достигнутые нашей терапіей въ послѣднее десятилѣтіе, заставляютъ насъ быть теперь смѣлѣе, чѣмъ прежде, особенно если рѣчь идетъ о спасеніи плода. Въ виду этого я

думаю, что и разрывы нижней части шейки должны производиться чаще, чѣмъ до сихъ поръ, тѣмъ болѣе, что описанные выше приемы исключаютъ опасность кровотечения при разрывахъ вплоть до сводовъ. Veit'у я возражу, что приведенный случай долженъ служить примѣромъ, иллюстрирующимъ только приемъ, а не доказывающимъ необходимость здѣсь надрывовъ шейки. Съ Ahlfeld'омъ я готовъ согласиться, что для такихъ приемовъ на шейкѣ необходима известная степень ловкости, приобретаемая навыкомъ, но замѣчу при этомъ, что сообщенные случаи принадлежатъ не клинической, а поликлинической практикѣ. Сопп не хочетъ спивать свѣжихъ разрывовъ шейки; я и не предлагаю дѣлать это въ каждомъ подобномъ случаѣ, такъ какъ многіе разрывы сростаются сами собой; зашивание требуется лишь при сильномъ кровотеченіи».

Dick (Вестербургъ-Вильменродъ). *О патологическихъ измѣненіяхъ женскаго таза, какъ послѣдствіи національной обуви, обусловленной топографическимъ положеніемъ бургомистерства Гоензолъмъ.*

Согласно многочисленнымъ наблюденіямъ докладчика, измѣненія эти сводятся къ суженію и къ наклоненію проводной оси. Онъ иллюстрируетъ свое сообщеніе нѣсколькими исторіями родовъ. — (Преній не было).

Baumgärtner (Бадень-Бадень). *Объ оперативномъ леченіи подбрюшинныхъ фибромъ матки.*

Сообщеніе свое докладчикъ сопровождаетъ демонстраціей препарата, полученнаго отъ одной 33-лѣтней больной. Препаратъ представляетъ собой твердую фиброзную опухоль, размѣромъ въ 15 и 10 см., по двумъ измѣреніямъ, которая явилась подбрюшинно по направленію къ широкой связкѣ. Такъ какъ образованіе ножки оказалось невозможнымъ, то опухоль была вырѣзана изъ своего соединительно-тканнаго ложа ножницами; кровоточащія мѣста сейчасъ-же захвачены и, затѣмъ, перевязаны или обколоты. Полость, образовавшаяся на мѣстѣ вылущенной опухоли, была закрыта глубокимъ и поверхностнымъ непрерывными швами изъ кэтгута въ два этажа; брюшина поверхъ этого зашита отдѣльно узловатыми кэтгутовыми швами. Если подобный способъ, т. е., полное закрытіе ложа опухоли, возможенъ, то его и слѣдуетъ примѣнять; въ противномъ случаѣ слѣдуетъ провести дренажъ во влагалище. Брюшная рана должна была быть зашита чрезвычайно тщательно, вслѣдствіе большого количества жира у больной. Больная выздоровѣла. *Baumgärtner* въ случаяхъ такихъ жирныхъ брюшныхъ стѣнокъ прежде всего накладываетъ на брюшину кэтгутовые швы, которые захватываютъ мускулатуру, фасцію и брюшину. Второй рядъ швовъ проникаетъ чрезъ всю толщю брюшной стѣнки, и затѣмъ только слѣдуютъ поверхностные кожные швы. При такомъ способѣ, образованіе брюшной грыжи предотвращено почти совершенно. Чтобы избѣжать просачиванія между краями раны раневаго отдѣленія, которое такъ часто препятствуетъ линейному заживленію брюшныхъ ранъ, *Baumgärtner* вкладываетъ, вмѣсто дренажа, небольшіе пучки хранившася въ маслѣ шелка между каждыми двумя глубокими швами вплоть до брюшинныхъ швовъ и удаляетъ ихъ при первой-же перебинѣ повязки.

Пренія. — *Veit* (Берлинъ) сообщилъ о такомъ-же случаѣ, который былъ

оперированъ по тому-же способу. Его больная также выздоровѣла. Въ его случаѣ мочевоы пузырь лежалъ на передней поверхности опухоли и достигалъ пупка, — вслѣдствіе чего образованіе ножки и наложеніе жгута также оказалось невозможнымъ.

Hegar (Фрейбургъ) держится того убѣжденія, что источникъ зараженія во многихъ случаяхъ находится въ брюшной ранѣ. При жирныхъ стѣнкахъ живота онъ поступаетъ въ общемъ такъ-же, какъ *Vaushgärtner*; только промежутки между верхними швами онъ дренируетъ посредствомъ полосокъ марли.

Kaltenbach (Галле) поступаетъ подобнымъ-же образомъ, т. е., накладываетъ этажные швы на брюшную рану.

Herff (Дармштадтъ) рекомендуетъ для сшиванія брюшины употребленіе непрерывнаго шва. Въ одномъ случаѣ оваріотоміи, при обратномъ вложеніи выпавшей кишечной петли, узловой шовъ оказалъ тому большое препятствіе. Для сшиванія кожи *Herff* употребляетъ шелкъ въ видѣ матрацнаго шва (*Zarfennath*).

Korn (Дрезденъ). *Дальнѣйшія наблюденія надъ предупрежденіемъ бленнореей глазъ новорожденныхъ.*

Korn подвергъ новому изслѣдованію вопросъ о профилактикѣ бленноррей глазъ новорожденныхъ, имѣя большой матеріалъ въ дрезденской женской клиникѣ. Эти опыты показали, что примѣненіе способа *Credé* позволяетъ почти безусловно избѣгать свѣжаго заболѣванія бленнорреей. Такое дѣйствіе не слѣдуетъ приписывать столь распространенной нынѣ антисептикѣ и педантической чистотѣ: — прекрасные результаты зависятъ исключительно отъ употребленія *argenti nitrici*. Онъ собралъ 150 случаевъ, гдѣ половыя части женщинъ не могли быть вымыты, или вслѣдствіе быстрого хода родовъ, или вслѣдствіе поступления больныхъ съ уже оконченными родами, и несмотря на то, послѣ употребленія лаписа, никакого заболѣванія бленнорреей не послѣдовало. Вообще въ послѣднихъ 1,600 случаяхъ, веденныхъ по *Credé*, не было свѣжихъ заболѣваній. Для сравненія *Korn* въ послѣднее время провелъ 1,000 случаевъ, по примѣру *Kaltenbach*'а и другихъ, съ соблюденіемъ лишь строжайшей чистоты, и получилъ столь-же, какъ и они, хорошіе результаты, т. е., цифра заболѣваній не превысила 0,03%. Изъ того обстоятельства, что результаты способа *Credé* получаются одинаково хорошіе и безъ предварительнаго очищенія половыхъ частей, безъ спринцеваній сулемой, *Korn* приходитъ къ заключенію, что зараженіе происходитъ виѣ материнскихъ половыхъ путей и что, слѣдовательно, спринцеванія сулемой излишни; вмѣстѣ съ этимъ устраняются всякія опасенія, мѣшавшія обучать повивальныхъ бабокъ этому способу и предоставлять имъ примѣненіе его въ практикѣ.

Пренія. Abegg (Данцигъ) и *Sohn* (Берлинъ) присоединились вполне къ мнѣнію *Korn*'а.

Kaltenbach (Галле) также считаетъ необходимымъ соблюденіе особенной осторожности во время послѣродоваго періода. Онъ получалъ, впрочемъ, пре-

красные результаты, очищая и обеззараживая только влагалище, без дезинфекции глаз ребенка; послѣдніе очищаются лишь дистиллированной водой и ватой.

Засѣданіе 21-го сентября утромъ.

Предсѣдатель — *Kaltenbach* (Галле). Секретари — тѣ-же.

Демонстраціи: а) *Frank* (Кельнъ): Препаратъ вѣматочной беременности съ одновременнымъ саркоматознымъ перерожденіемъ обѣихъ яичниковъ.

б) *Cohn* (Берлинъ). 1) Двуплодная беременность одной трубы; смерть отъ кровотеченія. 2) Препаратъ интерстиціальной беременности на 5-мъ мѣсяцѣ.

в) *Asch* (Бреславъ) показалъ нѣсколько новыхъ инструментовъ, которые болѣе или менѣе долгое время употребляются въ бреславской женской клиникѣ и оказались настолько хороши, что онъ рѣшается ихъ рекомендовать.

1) Улучшенные *Weinhold*'омъ ногодержатели *Fritsch*'а; послѣдніе имѣли тотъ недостатокъ, что не давали ассистенту никакой опоры и заставляли его невольно опираться на согнутую и безъ того подъ острымъ угломъ голень оперируемой. Надъ подвижной подушкой для бедра устроена двигающаяся въ вертикальномъ и горизонтальномъ направленіяхъ подставка, которая заходитъ выше голени и къ которой послѣдняя подвѣшивается вертикально. Эта подставка даетъ достаточную опору ассистенту, для того чтобы безъ беспокойства для больной сохранять покойное и устойчивое положеніе даже при длительныхъ операціяхъ.

2) Улучшенный *Härtel*'емъ и *Seltmann*'омъ замокъ зеркала *Bozeman-Simon*'а, удовлетворяющій всѣмъ требованіямъ антисептики и не размыкающійся внезапно при неосторожномъ надавливаніи. Рукоятка этого зеркала была слишкомъ тонка и длинна, такъ что державшіе ее пальцы скоро нѣмѣли; въ виду этого она сдѣлана крѣпче и укорочена; крючекъ на нижнемъ концѣ разогнуть. Для тѣхъ операцій, при которыхъ ассистентъ, держащій зеркало, не можетъ быть перемѣняемъ, а долженъ постоянно держать одной рукой, *Weinhold* изобрѣлъ рукоятку, вполне соотвѣтствующую полусогнутой ладони; она совершенно предохраняетъ отъ утомленія и даетъ оператору лучшее ручательство, что зеркало будетъ удерживаться покойно въ одномъ и томъ-же положеніи даже неопытной рукой.

3) Полипные щипцы *Fritsch*'а; они различаются, и каждая вѣтвь ихъ можетъ быть вводимая отдѣльно, какъ въ акушерскихъ щипцахъ.

4) Длинная и узкая тупая ложка для введенія іодоформа въ сгуженное и оберегаемое послѣ *colporrhaphi*'и влагалище.

5) Щипцы для кистъ, которые за одно и прокалываютъ кисту и захватываютъ ее стѣнки; брюшная полость этимъ самымъ предохраняется отъ прикосновенія къ содержимымъ кисты.

6) Въмѣсто аппарата *Deschamps*'а для перевязки ножки *Fritsch* употребляется длинный согнутый пинцетъ, вѣтви котораго помощью пружины удерживаются закрытыми, а при надавливаніи на рукоятку раскрываются. *Asch* сдѣлалъ этотъ пинцетъ изъ 2 отдѣльныхъ частей, соединяющихся при по-

средствъ Seltman'овскаго замка; такимъ образомъ, онъ отвѣчаетъ требованіямъ возможно легкаго очищенія.

7) Предложенный Weinhold'омъ катетръ для промыванія, который вмѣстѣ съ хорошимъ стокомъ жидкости обезпечиваетъ и строжайшую антисептику. Онъ состоитъ изъ толстой влагалищной трубки и двухъ частей, которыя, не имѣя ни отверстія, ни вдавленія, безъ шарнира и безъ винтоваго нарѣза, плотно прилаживаются другъ къ другу. Къ толстой влагалищной трубкѣ, которая хорошо вычищается круглою щеткой, подходятъ 3 различной толщины катетра, въ свою очередь легко прочищающихся щеткою по всей своей внутренней поверхности.

8) Дающая повязка изъ полосокъ липкаго пластыря (Heftpflasterschnürverband) для употребленія послѣ чревосѣченій; она уменьшаетъ напряженіе и можетъ оставаться даже при болѣе частой смѣнѣ перевязки.

Nöggerath (Висбаденъ). *О вліяніи разрывовъ шейки на происхожденіе болѣзней матки.*

Докладъ возстаетъ противъ ошибочнаго, по мнѣнію *Nöggerath*'а, предположенія, будто разрывы шейки лежатъ въ этиологіи цѣлаго ряда заболѣваній матки, съ присущими имъ симптомами; а также противъ того злоупотребленія операцией *Emmet*'а, которое явилось, какъ послѣдствіе этого взгляда. Тридцати заболѣваніямъ матки съ разрывами шейки противопоставлены тридцать такихъ-же, но безъ разрывовъ. Сравненіе показало, что измѣненіямъ въ положеніи матки разрывы не благопріятствуютъ. Двойное количество женщинъ безъ разрыва, страдающихъ болѣзнями матки, не имѣло дѣтей послѣ первыхъ родовъ. Общая сумма родовъ—безъ разрыва—173, при разрывѣ—185. Общая длина матокъ съ разрывами—361, безъ разрывовъ—382 см. Эрозій на неповрежденныхъ шейкахъ—33, на разорванныхъ—27. Нормальная ткань шейки—въ 18 случаяхъ отсутствія разрывовъ и въ 26—съ разрывами. *Metritis chronica*, *Emdometritis hyperplastica fungosa*—28 разъ безъ разрыва, 20—съ разрывомъ. Напротивъ того, простой катарръ— безъ разрыва только 7 разъ, съ разрывами—15 разъ. Выворотъ губъ (*ectropium*) наблюдался 24 раза. Такъ какъ и онъ происходитъ, по мнѣнію *Nöggerath*'а, не отъ разрыва, а отъ припуханія *port. vaginalis*, антеверсии и небольшого опущенія матки, а временно и отъ зеркала *Sims*'а, то и здѣсь недостаточно показана операція. Лѣченію подлежатъ только осложненія.

Пренія. Sänger, Skutsch и Ahlfeld высказали тотъ взглядъ, что *Nöggerath* пошелъ слишкомъ далеко въ своемъ отрицаніи *Emmet*'овской операціи.

Hegar по этому поводу напомнилъ, что часто ужъ возникали подобныя же пренія относительно вліянія и значенія собственно анатомической аномаліи сравнительно съ ея осложненіями, напр., по поводу ретрофлексіи матки. Онъ во всѣхъ отношеніяхъ становится на сторону *Nöggerath*'а: многихъ изъ этихъ операцій можно, конечно, избѣжать.

Nöggerath объяснилъ, что въ большинствѣ случаевъ благопріятный результатъ операціи зависитъ не отъ произведеннаго ею измѣненія формы, а отъ перемѣны въ консистенціи органа.

W. Freund (Страсбургъ). О современномъ положеніи вопроса о дѣтскихъ послѣдоваго періода.

Докладчикъ начинаетъ съ того своеобразнаго разлада, который наблюдается между послѣдователями двухъ борющихся теперь между собой методовъ—активнаго и выжидательнаго. Соглашеніе между тѣми и другими затрудняется вслѣдствіе того, что тѣ и другіе совершенно произвольно устанавливаются моментъ, въ который слѣдуетъ удалить послѣдъ. Для уясненія этого вопроса докладчикъ говоритъ: «Послѣдъ отдѣленъ тогда, когда матка поднимается въ вышину и тверда, когда пуповина опускается ниже и, главнымъ образомъ, когда сокращающееся тѣло матки ощущается въ видѣ гребневиднаго образования, сидящаго на кругломъ, выступающемъ надъ симфизомъ, нижнемъ отрѣзкѣ, содержащемъ послѣдъ; послѣднее выставляется имъ, равно какъ и проф. Freund'омъ въ Страсбургѣ, за особенно важный діагностическій признакъ. Въ это время послѣдъ *можно* удалить». — Докладчикъ совѣтуетъ, кромѣ того, осторожно фиксировать дно матки и отодвигать его вверхъ по направленію къ пупку. Это соответствуетъ физиологическому процессу, и необходимость иныхъ, болѣе грубыхъ, манипуляцій надъ маткой можетъ быть избѣгнута.

Schrader (Опельнъ). а) О причинѣ задержанія оболочекъ яйца.

Вопреки до сихъ поръ удерживающемуся мнѣнію, отдѣленіе яйца начинается вмѣстѣ съ началомъ раскрытія зѣва, ибо у задержанныхъ оболочекъ нижнія части яйца оказываются уже отдѣленными. «Вмѣстѣ съ отходомъ воды прекращается въ наиболѣе глубокихъ мѣстахъ отдѣленіе нижняго полюса яйца и вообще всего яйца; лишь въ 3-мъ періодѣ возобновляется это отдѣленіе, только теперь оно совершается преимущественно въ верхней части, причѣмъ послѣдъ извѣстнымъ образомъ опускается ниже». Таковъ нормальный ходъ процесса. Иллюстрируя свои взгляды чертежами, безъ которыхъ они трудно передаются, докладчикъ выясняетъ, какимъ образомъ вслѣдствіе разрыва оболочекъ, заходящаго очень далеко вверхъ, нарушается это нормальное теченіе; поэтому онъ рекомендуетъ возможно раннее искусственное вскрытіе пузыря, напр., у первородящихъ — въ то время, когда нижній отрѣзокъ матки уже тонокъ и зѣвъ раскрытъ на 3—5 сант. Плоду этимъ повредить нельзя, между тѣмъ какъ при позднему разрывѣ пузыря, дѣтское мѣсто частью отдѣляется, и поверхность плацентарнаго дыханія уменьшается.

б) О причинѣ задержанія дѣтскаго мѣста или его частей.

Путемъ теоретическаго разсужденія докладчикъ доказываетъ, что опасность задержанія увеличивается пропорціонально уменьшенію (малой величинѣ) площади, къ которой прикрѣплена или приращена задержанная часть, такъ какъ при этомъ бываетъ недостаточно силы для окончанія отдѣленія, какъ напр., при выкидышѣ, при излитіи наружу ретроплацентарнаго кровоизліянія. Послѣдняго въ особенности нужно тщательно избѣгать, пока верхній край дѣтскаго мѣста еще прикрѣпленъ; особенно легко это случается при потягиваніи за пуповину съ цѣлью извлеченія послѣда, при выхожденіи плода,

при перерѣзѣ пуповины, при давленіи на матку въ 3-мъ періодѣ, при раннемъ примѣненіи способа Credé и проч.

Пренія. *Abegg* (Данцигъ) въ способѣ Credé видитъ лишь усиленіе нормальнаго процесса, которое быстро доставляетъ роженицѣ столь необходимый покой, безъ всякаго, по его наблюденію, послѣдующаго вреда. *Abegg* высказывается противъ ранняго вскрытія пузыря, по *Schrader*'у, и ужасается предложенію разрѣшить повивальнымъ бабкамъ ручное отдѣленіе послѣда.

Fehling (Базель) находитъ себя вынужденнымъ сознаться *Freund*'у, что онъ принадлежитъ къ числу тѣхъ, которые еще массируютъ матку послѣ родовъ; слѣдуетъ, конечно, признать, что вслѣдствіе нападковъ *Dohna*, *Ahlfeld*'а и другихъ на методъ Credé, послѣдній въ значительной степени улучшенъ, и что теперь послѣдъ выжимаютъ гораздо позже, обыкновенно лишь спустя полчаса. Однако обучать массажу студентовъ и бабокъ слѣдуетъ на только-что родившей маткѣ; рѣдкіе случаи атоніи даютъ тому слишкомъ мало поводовъ. Къ тому-же и упомянутый *Freund*'омъ «гребень» на маткѣ требуетъ изъ ряду вонъ выходящей способности субъективнаго представленія. Увѣренія *Schrader*'а, будто отдѣленіе яйцевыхъ оболочекъ можетъ совершаться во время раскрытія, справедливы только въ теоріи; отдѣленіе ихъ въ первые два родовые періода мыслимо лишь ниже кольца сокращенія (*Kontractionsring*). Отрывъ яйцевыхъ оболочекъ отъ нижняго края дѣтскаго мѣста есть явленіе патологическое; оно зависитъ отъ столь часто встрѣчающейся *Placenta marginata* или, по меньшей мѣрѣ, отъ боковаго прикрѣпленія оболочекъ. Произведенный докладчикомъ опытъ подражанія отдѣленію послѣда (опытъ состоялъ въ извлеченіи резинового шара за тесемку) не соответствуетъ дѣйствительности. Изгнаніе послѣда собственною тяжестью, въ соединеніи съ кровью, заключающагося въ оболочкахъ, есть дѣло второстепенное; на первомъ планѣ стоятъ давленіе сокращающейся матки. Раннее вскрытіе пузыря, по *Schröder*'у, *Fehling* считаетъ чрезвычайно опаснымъ. Правда, при позднежъ разрывѣ чаще бываетъ задержка яйцевыхъ оболочекъ, но это происходитъ не потому, что пузырь разрывается позже, а потому, что, вслѣдствіе болѣе плотнаго прироста вверху, задерживается смѣщеніе плоднаго яйца и вмѣстѣ съ тѣмъ разрывъ пузыря.

Kugelmann (Ганноверъ) отдѣляетъ послѣдъ рукою подъ наркозомъ, если онъ не выходитъ чрезъ полчаса послѣ родовъ. Онъ также не задумался бы разрѣшить производство этого умѣлымъ повивальнымъ бабкамъ.

Ahlfeld (Марбургъ) ждетъ въ продолженіе 1½ часовъ по изгнаніи плода; только при кровотеченіяхъ и при безрезультатности произвольныхъ сокращеній матки онъ примѣняетъ способъ Credé. Съ выжидательнымъ методомъ онъ получаетъ прекрасные результаты. Такъ какъ проходитъ обыкновенно отъ 1½ до 2 часовъ, прежде чѣмъ матка стойко сократится, то столько именно и должна ждать повивальная бабка, слегка массируя, если есть кровотеченіе. Только въ 5% оказывается необходимымъ выжиманіе или другое ручное вмѣшательство.

Korn (Дрезденъ) стоитъ за модифицированный методъ Credé, т. е., вы-

жиманіе по истеченіи не менѣе получаса, а до того контролированіе матки съ потираніемъ ея. Предложеное Freund'омъ «отодвиганіе матки вверхъ» замѣняется дѣйствіемъ брюшнаго пресса родильницы.

Ahlfeld высказался противъ этихъ замѣчаній; не слѣдуетъ вносить еще больше путаницы въ терминологию различныхъ способовъ: «контролированіе съ потираніемъ» не есть методъ *Credé*.

Засѣданіе 21-го сентября, послѣ обѣда.

Предсѣдатель—*Abegg* (Данцигъ).

Michelsen (Висбаденъ) демонстрировалъ препаратъ вѣматочной беременности, удаленный путемъ чревосѣченія. Больная съ тѣхъ поръ родила одинъ разъ нормально.

Noeggerath (Висбаденъ). Инструменты—для прокола пузыря, для операціи выпаденія передней стѣнки влагалища, для удаленія полиповъ съ широкимъ основаніемъ, для вскрытія тазовыхъ гнойниковъ, для смѣщенія матки при изслѣдованіи чрезъ прямую кишку; двустворчатыя зеркала для влагалища.

Wyder (Берлинъ). *Перфорация или кесарское сѣченіе?*

Хотя подъ вліяніемъ антисептики и значительно усовершенствованной оперативной техники, результаты кесарскихъ сѣченій въ настоящее время и весьма благоприятны (по *Credé*, при узкомъ тазѣ — 17,5%), тѣмъ не менѣе докладчикъ считаетъ себя вынужденнымъ возражать, если находятъ уже наступившимъ (*Credé*) то время, когда можно окончательно поставить на мѣсто прободенія головки живаго плода кесарское сѣченіе. Сравнительное сопоставленіе другихъ способовъ родоразрѣшенія даетъ слѣдующее: 167 перфораций въ акушерской поликлиникѣ *Charité* дали 14,5% смертности. Если отсюда исключить почти безнадежные случаи, обусловленные невѣрностью распознаванія (*Hydrocephalus*), неправильными манипуляціями со стороны постороннихъ врачей, зараженіемъ извнѣ, то % смертности понизится до 8,4. Въ 126 случаяхъ былъ узкій тазъ. Изъ болѣе тяжелыхъ послѣдствій этихъ случаевъ слѣдуетъ упомянуть о 2 пузырно-влагалищныхъ фистулахъ, одной отслойкѣ гангренизированной слизистой оболочки пузыря и одной гангренѣ влагалища. 98 случаевъ возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ (10—изъ клиники проф. *Gusserow*'а) дали смертность для матерей 8,2%, для дѣтей—48%. Противъ предположенія замѣнить перфорацию на живомъ плодѣ кесарскимъ сѣченіемъ говорятъ еще и другія немаловажныя препятствія, такъ, напримѣръ, діагнозъ узкаго таза часто бываетъ поставленъ слишкомъ поздно, что существенно ухудшаетъ предсказаніе при кесарскомъ сѣченіи. Далѣе, слѣдуетъ помнить, что прогнозъ родовъ зависитъ не только отъ степени суженія таза, но и отъ цѣлаго ряда другихъ весьма важныхъ факторовъ, которые часто не даютъ возможности заранѣе предвидѣть, какое теченіе примутъ роды. Для первородящей съ тазомъ 1-й и 2-й степени суженія, когда нѣтъ еще опасности ни для матери, ни для плода, искусный врачъ не

можетъ рекомендовать операцію, которая все-таки даетъ еще теперь 17,5% смертности. Съ другой стороны, другая больная, перенесшая уже нѣсколько благополучныхъ родовъ, при слѣдующихъ родахъ, даже съ тяжелыми разстройствами, едва ли рѣшится на кесарское сѣченіе. Далѣе, является обсужденіе значенія жизни плода. Она, по мнѣнію оратора, во всякомъ случаѣ становится на задній планъ при выборѣ операціи, представляющей для матери наибольшіе шансы. Пусть каждый врачъ, находящійся предъ подобнымъ выборомъ, спроситъ себя, сдѣлалъ ли бы онъ кесарское сѣченіе, если бы роженица была его женой или сестрой. Въ заключеніе докладчикъ приходитъ къ такимъ положеніямъ: 1) При суженіи 3-й и 4-й степени слѣдуетъ, вмѣстѣ съ кесарскимъ сѣченіемъ и перфорацией, обсудить вопросъ объ искусственномъ выкидышѣ и предоставить выборъ роженицѣ. 2) При суженіи 1-й и 2-й степени, первородящимъ слѣдуетъ предлагать кесарское сѣченіе лишь въ исключительно-необходимыхъ случаяхъ, въ виду невозможности предвидѣть теченіе родовъ; многородящихъ же только тогда, если предшествовавшіе роды давали плохіе результаты. Сильное желаніе женщины имѣть живаго ребенка такъ же должно быть принято во вниманіе при постановкѣ показаній. Если беременность еще не достигла конца, то беременной, въ видѣ возможнаго метода, должно быть предложено возбужденіе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Пока кесарское сѣченіе даетъ двойной процентъ смертности въ сравненіи съ прободеніемъ и искусственными преждевременными родами, до тѣхъ поръ еще не наступило время замѣнять перфорацию на живомъ плодѣ кесарскимъ сѣченіемъ.

Пренія. *Ahlfeld* (Гиссенъ) въ общемъ согласенъ съ воззрѣніями *Wyder'a*, но предостерегаетъ отъ слишкомъ частаго примѣненія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, хотя его результаты даже лучше сообщенныхъ *Wyder'омъ*, такъ какъ это въ концѣ концовъ можетъ повести къ злоупотребленіямъ. Онъ вмѣстѣ съ *Wyder'омъ* высказываетъ желаніе, чтобы практическіе врачи присылали беременныхъ съ рѣзко-суженными тазами подъ надзоръ клиники, гдѣ существуютъ лучшія условія для возможнаго кесарскаго сѣченія.

Sänger (Лейпцигъ) и *Korn* (Дрезденъ) выставили противъ выводовъ *Wyder'a*—первый общія, а второй—статистическія доказательства.

Wiedow (Фрейбургъ). *О связи между альбуминурией и заболеваниями дѣтскаго мѣста.*

По поводу недавнихъ изслѣдованій *Fehling'a* по этому вопросу и въ подтвержденіе его взглядовъ, *Wiedow* сдѣлалъ нѣтъ болѣе тщательныхъ наблюденій и пришелъ къ слѣдующему заключенію. Анатомическія измѣненія состоятъ въ коагуляціонномъ некрозѣ и распространяются какъ на материнскую, такъ и на плодовую часть плаценты.

Пренія. *Fehling* «весьма радъ, что *Wiedow* своими изслѣдованіями подтвердилъ сдѣланныя имъ въ Страсбургѣ наблюденія. Онъ также съ того времени наблюдалъ еще подобные случаи. Кромѣ того, онъ изслѣдовалъ всѣхъ беременныхъ родильнаго дома въ отношеніи альбуминурии. Изъ 800 почти случаевъ только въ 18 найденъ бѣлокъ въ мочѣ; тутъ-же постоянно присут-

ствали въ большемъ или меньшемъ числѣ характерныя бѣлыя инфаркты. Вообще, послѣдніе встрѣчаются въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ. Связь этихъ инфарктовъ при альбуминуриі съ хроническимъ нефритомъ, — не съ простою почкою беременной, — стоитъ для него внѣ сомнѣнія. Дальнѣйшія изслѣдованія должны быть направлены къ рѣшенію вопроса, идентичны-ли относительно этиологии инфаркты при существованіи альбуминуриі и безъ нея. Для большинства случаевъ онъ согласенъ съ мнѣніемъ Scanzoni о происхожденіи ихъ вслѣдствіе кровотеченій. Если кровотеченіе происходитъ вблизи поверхности матки и разрываетъ deciduam maternam, то дѣло можетъ дойти до тяжелыхъ случаевъ преждевременнаго внутренняго кровотеченія; на совпаденіе послѣдняго съ альбуминурией Wiedow и обратилъ вниманіе».

Kaltenbach (Галле): «Связь тяжелыхъ заболѣваній почекъ съ болѣзнями плодаго яйца интересна во многихъ отношеніяхъ. Докладчикъ обратилъ, главнымъ образомъ, вниманіе на бѣлый инфарктъ дѣтскаго мѣста. Послѣдній, въ своихъ менѣе рѣзкихъ формахъ, равно какъ и альбуминуриі, встрѣчаются такъ часто, что оказывается необходимымъ большой рядъ непрерывныхъ изслѣдованій послѣда и мочи, для уясненія характера и постоянства связи между этими двумя явленіями. Въ настоящее время я хотѣлъ-бы указать на то, что, вмѣстѣ съ hydræmionомъ и бѣлымъ инфарктомъ, въ связь со страданіями почки можетъ быть, вѣроятно, поставлено и миксоматозное перерожденіе яйца. Я дважды наблюдалъ за послѣднее время при нефритѣ пузырные заносы. Въ одномъ случаѣ альбуминуриі обнаружилась спустя 8 дней по изгнаніи заноса; во второмъ — послѣдовала смерть отъ потери крови и порока сердца. Вскрытіе показало въ высокой степени сморщенную почку и послѣдовательную недостаточность двустворчататаго клапана. Здѣсь имѣлась беременность двойнями, и только одно яйцо было миксоматозно перерождено. Именно такіе случаи указываютъ на трудность рѣшенія вопроса о томъ, какое страданіе слѣдуетъ считать первичнымъ, — заболѣваніе почекъ или яйца. Съ другой стороны, они доказываютъ также, что заболѣванія яйца могутъ рѣзко ухудшать теченіе почечныхъ и послѣдовательныхъ сердечныхъ формъ. Наконецъ, я хотѣлъ-бы обратить еще вниманіе на то обстоятельство, что тяжелыя альбуминуриі, и безъ заболѣваній послѣда, сопровождаются важными послѣдствіями, наприимѣръ, сильными кровотечениями въ послѣдовомъ періодѣ родовъ. Такъ, еще недавно я видѣлъ больную нефритомъ, умершую, спустя $6\frac{1}{2}$ часовъ послѣ родовъ двойнями, отъ непрерывнаго, хотя и не сильнаго кровотеченія. Вскрытіе обнаружило эндокардитъ и паренхиматозный нефритъ, при полномъ отсутствіи образованія тромбовъ въ сосудахъ мѣста прикрѣпленія плаценты. Здѣсь можно легко предположить, что вслѣдствіе долго длившейся альбуминуриі получилась недостаточная свертываемость крови».

24. G. Caneva. Cenni storici e dati statistici della guardia ostetrica di Milano. (Il Morgagni, novembre 1887). О миланской „Guardia Ostetrica“ и ея дѣятельности.

2-го января прошедшаго года въ Миланѣ учрежденъ, подъ названіемъ «Guardia Ostetrica», институтъ для подачи бесплатной акушерской помощи

бѣднымъ и вообще всѣмъ требующимъ ея роженицамъ, беременнымъ и родильницамъ. Администрація института: 1) Дѣйствительные члены: директоръ по технической и административной части д-ръ *Malachia de Christoforis*, консультантъ-акушеръ и начальникъ *Guardi* и проф. *Alessandro Cuzzi* и 6 врачей-акушеровъ (въ числѣ ихъ 1 кассиръ и 1 секретарь, ведущій отчетность). 2) Ревизионный совѣтъ: предсѣдатель д-ръ *De Cristoforis*, вице-предсѣд. маркизъ *Ariberto Crivelli* и 8 членовъ изъ вліятельныхъ гражданъ Милана. Дѣятельность института состоитъ въ подачѣ акушерской помощи по первому требованію во всякое время дня и ночи, въ помѣщеніи института и на дому у больныхъ; бѣднымъ дается пища и небольшія денежныя вспомошествованія. Средства на это собираются изъ членскихъ взносов, субсидій отъ города и частныхъ пожертвованій. Институтъ снабженъ всѣми необходимыми инструментами и лѣкарствами и имѣетъ достаточное помѣщеніе; при немъ издается «Журналъ для акушеровъ» (*Giornale per le levatrici*), подъ редакціею проф. *Cuzzi*. За первые 8 мѣсяцевъ дѣятельности института (январь—августъ) подана помощи въ 1928 случаяхъ, причѣмъ сдѣлано было 168 акушерскихъ операций. Вотъ перечень послѣднихъ: наложеніе щипцовъ 41 разъ, краниоклазія 1, поворотъ классической 7, поворотъ по поводу предлежанія послѣда 2, поворотъ наружными приѣмами 6, ручное извлеченіе 16, низведеніе ножки за пахъ 5, искусственное удаленіе послѣда 33, искусственные роды (*Krause*) 3, искусственный выкидышъ 1, истеростоматомія 1, тампонація 6, проколъ пузыря 8 и извлеченіе яйца при абортѣ 23. Послѣродовыхъ періодовъ было прослѣжено членами (безъ веденія родовъ) 159, изъ которыхъ 21 лихорадочныхъ и 138 физиологическихъ. Смертныхъ случаевъ было 6; причины смерти: чахотка, эклампсія, брюшной тифъ, центральное предлежаніе послѣда, перикардитъ съ воспаленіемъ лѣвой верхушки и септической перитонитъ; всѣ эти больныя (за исключеніемъ случая перикардита) были уже близки къ смерти, когда ихъ посѣтили члены института, по зову лѣчившихъ ихъ врачей. Собственно же для родовъ, проведенныхъ членами, послѣродовой періодъ протекалъ во всѣхъ случаяхъ благопріятно; всѣ больныя выздоровѣли, и лихорадка была только въ 9 случаяхъ изъ 129.

Сергѣй Груздевъ.

25. F. H. Champneys. The relation between the implantation of the placenta and the insertion of the cord. (*American Journal of Obstetrics; The American Practitioner and News*, December 24). Объ отношеніи между мѣстомъ прикрѣпленія плаценты и мѣстомъ вхожденія въ нее пупочнаго канатика.

Желая провѣрить категорическое заявленіе *Levet* относительно связи между мѣстомъ прикрѣпленія плаценты и мѣстомъ вхожденія въ нее пупочнаго канатика, д-ръ *Champneys* изслѣдовалъ 189 плацентъ и получилъ слѣдующіе результаты:

Прикрѣпленіе канатика.	Направленіе точки прикрѣпленія.				Всего.
	Вверху.	Внизу.	По срединѣ.	Не отмѣчено.	
Центральное . . .	17	18	17	4	56
Боковое	46	54	10	1	117
Краевое	7	5	0	0	12
Insertio velamentosa.	1	1	2	0	4
Всего . . .	71	78	35	5	189

Эта таблица указываетъ родъ прикрѣпленія канатика, прикрѣпленіе его сверху или снизу въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ и число случаевъ того или другаго прикрѣпленія. Изъ приводимыхъ здѣсь цифръ очевидно, что мнѣніе *Leuret* несогласно съ фактами и что никакой связи, подобной той, которую онъ указалъ, нельзя констатировать.

С. Сергѣевъ.

26. В. Фаворскій. Къ вопросу о неукротимой рвотѣ беременныхъ.
(Русская Медицина. 1887 г. № 44).

С. Р. 18 лѣтъ, замужемъ 2-й годъ. Первые регулы на 15 году, приходили всегда правильно чрезъ 4 недѣли, продолжались 3—4 дня. Вскорѣ послѣ замужества забеременѣла; на 4 мѣсяцѣ беременности появилась рвота, которая продолжалась до преждевременныхъ родовъ мертвымъ плодомъ на 7 мѣсяцѣ. Послѣднія регулы 2¹/₂ мѣсяца назадъ. Послѣднія 2 недѣли Р. жалуется на рвоту послѣ каждаго приѣма пищи, боль подъ ложечкою и сильную слабость.

Гинекологическое изслѣдованіе: Беременность приблизительно 2¹/₂ мѣсяцевъ. Матка сочна, подвижна, въ положеніи antelateroversio dextra. Шейка матки при переходѣ въ тѣло изогнута, такъ что образуетъ съ послѣднимъ тупой уголъ.

Въ теченіе 3 недѣль авторомъ былъ примѣненъ почти весь арсеналъ средствъ, предложенныхъ противъ неукротимой рвоты. Леченіе не принесло никакой пользы, наоборотъ, положеніе больной всё ухудшалось, а потому рѣшено было приступить къ производству выкидыша.

Горячими душами, 2 ламинаріями и бужемъ въ теченіе 3 сутокъ удалось настолько раскрыть шейку матки, что ногтевой фалангъ пальца свободно проходилъ въ полость матки и достигалъ нижняго сегмента плоднаго яйца. Дальнѣйшее теченіе выкидыша предоставлено природѣ.

Въ теченіе времени, пока бужъ находился въ маткѣ, большую вырвало только одинъ разъ. На другой день появился аппетитъ. Боли внизу живота и кровотеченіе прекратились, чрезъ день по извлеченіи бужа. Чрезъ 3 дня больная могла встать. Въ настоящее время, хотя больная и сильно анемична, но аппетитъ и пищевареніе нормальны. Беременность продолжаетъ развиваться совершенно правильно.

Что касается до вопроса о причинахъ неукротимой рвоты беременныхъ, то авторъ, считая его открытымъ, всё же склоненъ думать, что не слѣ-

дуетъ ли искать этихъ причинъ въ особенностяхъ вообще нервной организаціи такихъ больныхъ, т. е., не есть ли это прежде всего неврозъ.

I. Рясенцевъ.

27. I. Thomas C. Smith. Hydatidiform mole. (The Journal of the American Medical Association, November 26). О пузырномъ заносѣ.

II. J. S. Hackney. Case of hydatidiform mole. (The Journal of the American Medical Association, December 10). Случай пузырнаго заноса.

I. Пузырное перерожденіе ворсинокъ хоріона встрѣчается, какъ извѣстно, далеко не часто, хотя и не такъ рѣдко, какъ утверждаетъ *M-me Bovin*, которая видѣла только одинъ случай на 20.375 родовъ (*Parvin*).

Д-ру *Smitch*'у пришлось недавно имѣть дѣло со слѣдующимъ случаемъ этого заболѣванія. Г-жа *F.*, бѣлая, 20 л., вышла замужъ 11-го апрѣля 1887 года, имѣла регулы 17-го апрѣля и, затѣмъ, 17-го мая, въ іюнь же ихъ уже не было и стали появляться обычные признаки беременности—тошнота и рвота, увеличеніе грудныхъ железъ и сильная пигментація сосковыхъ кружковъ. Рано утромъ 15-го сентября внезапно появились боли и кровотеченіе; прибывъ къ больной, авторъ нашелъ матку увеличенную, твердую, достигавшую пупка; при влагалитномъ изслѣдованіи зѣвъ былъ нераскрытъ, но кровь текла въ обилии; во влагалище вставленъ тампонъ, назначенъ эрготинъ и опій. Спустя 4 сутокъ кровотеченіе все еще продолжалось, пульсъ былъ малъ и слабъ; по удаленіи тампона зѣвъ оказался опять не расширеннымъ; назначено прежнее лѣченіе. Въ 11 час. ночи авторъ былъ позванъ опять, по поводу сильныхъ болей и кровотечения; на этотъ разъ зѣвъ былъ раскрытъ на палецъ, такъ что въ маткѣ легко можно было ошупать гроздевидную массу; такъ какъ животъ былъ очень чувствителенъ, то пришлось прибѣгнуть къ этеризаціи, послѣ чего д-ръ *S.* ввелъ палецъ въ матку и отслоилъ большую ткань; чрезъ нѣсколько минутъ матка сильно сократилась и вся пузырная масса вышла наружу, послѣ чего кровотеченіе прекратилось; весь заносъ вѣсилъ около $\frac{1}{4}$ галлона.

Въ другомъ случаѣ у того же автора дѣло шло о пузырномъ заносѣ около $\frac{1}{2}$ галлона вѣсомъ, выдѣлившимся у одной дамы, прежде рожавшей два раза благополучно.

Сущность этого заболѣванія принято теперь видѣть въ пролифераціонномъ перерожденіи ворсинокъ хоріона, причѣмъ вырастаютъ или настоящіе гидатидные пузыри, или кистовидныя образованія (*Cruveilhier*); относительно же времени, когда начинается пузырное перерожденіе, и причинъ его согласны далеко не всѣ. Большинство принимаетъ, что болѣзнь начинается въ первые три мѣсяца беременности, и по истеченіи этого срока, по *Thomas*'у, она не можетъ уже развиться, такъ какъ къ этому времени плацента бываетъ сформирована и ворсинки пронизываются сосудами; но *Graily Hewitt* считаетъ перерожденіе результатомъ смерти зародыша, хотя противъ его мнѣнія говорятъ многіе факты. Что касается симптомовъ болѣзни, то ихъ нельзя на-

звать особенно характерными (быстрое развитіе матки и повторныя кровоте-ченія), и только изгнаніе пузырчатой массы рѣшаетъ всѣ сомнѣнія. Предска-заніе обыкновенно благоприятно, хотя иногда дѣло оканчивается разрывомъ матки и острымъ перитонитомъ, какъ было въ случаѣ *Tyler Smith'a*, а въ другихъ случаяхъ угрожаетъ смерть отъ кровотечения (случай *Lusk'a*). Энергической терапіи требуетъ только сильное кровотеченіе.

II. Г-жа *W.*, 41 г., бѣлая, имѣетъ 6 человѣкъ дѣтей. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ она лѣчилась, по ея словамъ, отъ выпаденія матки, но послѣ смерти своего стараго врача перестала носить поддерживающіе снаряды и чувствовала себя хорошо. Авторъ былъ приглашенъ по поводу сильныхъ бо-лей въ спинѣ и бокахъ, обильныхъ бѣлей и общаго ослабленія и, узнавъ, что больная не имѣетъ регулъ уже два мѣсяца, предположилъ беременность. Спустя мѣсяць, за нимъ прислали опять; на дорогѣ посланный сообщилъ, что больная истекаетъ кровью. Прибывъ къ ней, д-ръ *Hackney* сейчасъ присту-пилъ къ изслѣдованію; матка была увеличена до размѣровъ приблизительно 3-го мѣсяца беременности и весьма болѣзненна при дотрогиваніи, зѣвъ рас-крытъ почти на палець; кровотеченіе продолжалось; назначенъ эрготинъ. На слѣдующее утро, такъ какъ кровь все еще текла, былъ вставленъ ватный тампонъ и оставленъ на 15 часовъ, по истеченіи которыхъ авторъ вынулъ его и нашелъ во влагалищѣ горсть гидатидообразныхъ тѣлъ; кровотеченіе прекратилось. Больная выздоровѣла, оставшись при своемъ мнѣніи, что не была беременна.

С. Сергѣевъ.

28. Львовъ (Бердичевъ). Случай загиба беременной матки взадъ съ явленіями ущемленія. (*Retroflexio uteri gravidi*). (Русская Медицина. 1887 г. № 44).

Описываемый случай интересенъ въ томъ отношеніи, что явленія ущемле-нія матки развились внезапно послѣ травмы. Больная, лѣтъ около 30, заму-жемъ лѣтъ 10, дѣтей у нея трое. Регулъ не имѣетъ уже третій мѣсяць. За 2 дня до приглашенія автора, больная, убѣгая отъ родственника, который хотѣлъ ее побить, перескочила черезъ ровъ. Вслѣдъ за этимъ появились силь-ныя боли въ животѣ и крестцѣ, а также невозможность испражняться и ис-пускать мочу. При изслѣдованіи среди живота найдена ясно очерченная сильно болѣзненная опухоль, доходящая до пупка. Матка въ положеніи рѣз-кой ретрофлексіи. *Potrio vaginalis* достаётся съ трудомъ. Попытки опорожнить мочевой пузырь и кишечникъ не удались. Вправленіе матки пальцами *per rectum et vaginam* удалось легко, послѣ чего моча стала изливаться большой струей. Больная вскорѣ оправилась и своевременно благополучно родила.

I. Рясенцевъ.

29. *Dr. Wililam E. Ashton*. Operation for *Ephithelioma of Cervix during Pregnancy*. (*The Obstetric Gazette*, декабрь, стр. 654—657). Опера-ція ради эпителиомы шейки матки во время беременности.

24-хъ-лѣтняя женщина, родившая одинъ разъ и выкидышавшая 2 раза, захворала послѣ втораго выкидыша обильными желтыми бѣлями, кровоте-че-

ніями, болями въ поясницѣ, пахахъ и т. д. Матка оказалась увеличенной, загнутой по передней поверхности и подвижною. Шейка изъязвлена, ложка и кровоточить при самомъ легкомъ прикосновеніи; она порвана съ обѣихъ сторонъ почти до сводовъ. Черезъ 2 мѣсяца докладчикъ вновь увидѣлъ больную: и субъективныя, и объективныя явленія ухудшились. Дно матки на 1^{1/2} дюйма надъ лономъ; слышно сердцебіеніе плода. Распознана беременность. Кусокъ ткани, срѣзанный съ шейки, былъ изслѣдованъ д-ромъ Rively, который высказался за эпителиому. Принимая во вниманіе то обстоятельство, что новообразованіемъ была поражена только шейка матки и что операція, произведенная при соблюденіи антисептическихъ мѣръ наврядъ ли обусловитъ выкидышъ, и не забывая съ другой стороны возможность быстрого роста опухоли въ теченіе беременности, докладчикъ рѣшилъ срѣзать шейку. Операція и послѣоперационный періодъ прошли благополучно; беременность не прервалась. Присутствовавшій въ засѣданіи (въ Филадельфіи) *Da-Costa* замѣтилъ, что операція, въ данномъ случаѣ, была несомнѣнно показана: лучше было рисковать даже возможностью выкидыша, чѣмъ дать новообразованію распространяться дальше. Оппонентъ интересуется теченіемъ имѣющихъ наступить родовъ. Д-ръ *Parish* сказалъ: Ashton поступилъ, въ данномъ случаѣ, гдѣ болѣзнь была ограничена, вполне цѣлесообразно. Тамъ же, гдѣ новообразование зашло такъ далеко, что необходима высокая ампутація шейки, можетъ возникнуть вопросъ, лучше ли сдѣлать операцію, навѣрное рискуя жизнью плода, или же ждать до конца беременности, дабы извлечь плодъ живымъ черезъ родовой каналъ или путемъ кесарскаго сѣченія. Если, послѣ оперативнаго вмѣшательства, можно надѣяться на то, что возврата не будетъ, то операція показана, каковъ бы при этомъ ни былъ исходъ для плода. Но если такого результата ожидать нельзя, т. е., опухоль не можетъ быть удалена вполне и матери, слѣдовательно, остается жить не долго, то интересы плода выступаютъ на первый планъ. Удаленіе раковой, беременной въ первые мѣсяцы, матки, должно производиться по тѣмъ же самымъ показаніямъ, какъ и удаленіе таковой небеременной. Что касается до предстоящихъ родовъ, то Р. не думаетъ, чтобы рубцы обусловили дистоцію, ибо они въ это время дѣлаются уступчивыми, да при томъ же и ткани влагалища весьма растяжимы. Раковое же пораженіе матки крайне опасно во время родовъ: почти половина такихъ случаевъ оканчивается смертью во время или въ теченіе нѣсколькихъ дней послѣ родоразрѣшенія. **Л. Личкусъ.**

30. **Hirst.** Typhoid fever in a pregnant woman. (The Journal of the American Medical Association, December 17; Obstetrical Society of Philadelphia, meeting of October 6). Случай брюшнаго тифа у беременной.

Кромѣ собранныхъ *Charpentier* 322 случаевъ осложненія беременности брюшнымъ тифомъ, противъ довольно распространеннаго между врачами мнѣнія, что беременныя не могутъ заболѣвать тифомъ, говоритъ и случай д-ра *Hirst'a*. Дѣло идетъ о беременной *primipara*, поступившей въ Philadelphia Hospital на второй недѣлѣ брюшнаго тифа, съ характерными симптомами этой

болѣзни; на 10-й день по поступленіи, молодая женщина родила ребенка, который по величинѣ соответствовалъ 7-му мѣсяцу и умеръ спустя 3 недѣли, причѣмъ причина смерти, къ сожалѣнію, осталась неизвѣстною. Въ этомъ случаѣ потуги оказали интересное вліяніе на температуру: до начала ихъ температура равнялась 104,2° F, послѣ же изгнанія плода упала до 95°. Больная выздоровѣла.

С. Сергѣевъ.

31. Dr. I. Kadyi. Skutki skoku kobiety cięzarnej. (Przegląd lekarski 1888 г., № 53). Д-ръ І. Кадыи. Послѣдствія прыжка беременной женщины.

Крестьянка М. К. 43 лѣтъ, была беременною два раза, родила легко, доношенныхъ, живыхъ дѣтей. Регулы приходили правильно. Въ іюнѣ мѣсяцѣ 1887 г. почувствовала себя беременною. Въ началѣ августа, работая въ полѣ, прыгнула неловко черезъ небольшую канавку и тутъ же почувствовала, что у ней что-то лопнуло въ животѣ, послѣ чего появилась значительная слабость, такъ что съ трудомъ больной удалось возвратиться домой. Слѣдующій день должна была пролежать въ постели, появились: задержаніе мочи, выдѣлявшейся каплями произвольно, запоры, боли въ крестцѣ и отсутствіе аппетита. Спустя три недѣли больная замѣтила отѣкъ ногъ. Вышеозначенныя болѣзненные явленія стали усиливаться и потому поступила въ госпиталь.

Больная плохо упитана. Кожа лица и губы синеваты. Дыханіе поверхностное, 35 въ минуту. Животъ значительнаго объема, при ощупываніи замѣчается сильно растянутый мочевоу пузырь, верхняя граница котораго достигаетъ середины между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ. Стѣнки пузыря сильно напряжены. Половыя части и нижнія конечности значительно отечны и рѣзко отличаются отъ худощавой верхней половины тѣла. Промежность представляется выпяченною настолько, что половая щель, не смотря на отѣкъ губъ, зияетъ; слизистая оболочка прямой кишки вывернута наружу въ видѣ толстаго сине-багроваго кольца. Изъ половой расщелины выпячивается задняя стѣнка влагалища, слизистая оболочка которой, мѣстами представляя ссадины, покрыта слизисто-творожистою жидкостью. Задняя стѣнка влагалища сильно прижата къ лонному соединенію тѣстоватою опухолью, такъ что изслѣдующій палецъ только съ трудомъ можно ввести во влагалище, при чемъ больная жалуется на боли. Влагалищной части достать не удалось. Не подлежало сомнѣнію, что найденная опухоль причинившая явленія ущемленія въ маломъ тазу, была матка, а на основаніи анамнеза слѣдовало принять пятый лунный мѣсяцъ беременности. Сомнительнымъ могло быть только, имѣется ли въ данномъ случаѣ retroflexio или retroversio uteri gravidi. Авторъ не старался разрѣшить этотъ вопросъ, такъ какъ это не повліяло бы на леченіе и предсказаніе, причиняя больше страданій, нежели пользы больной.

Введеннымъ катетеромъ было выпущено большое количество по виду нормальной мочи, послѣ чего больная почувствовала значительное облегченіе. Маточная шейка при изслѣдованіи достигается, опредѣлено — retroflexio uteri gravidi. Помѣстивъ больную въ колѣно-локтевое положеніе сдѣлано

было вправление матки. Вправление удалось сдѣлать скоро и безъ наркоза. Влагалище проширено слабымъ растворомъ карболовой кислоты.

Вправление произведено было 16-го сентября по полудни. Въ ночь на 17-е сентября появилось значительное количество кровянистой мочи, появленіе которой авторъ старается объяснить быстрымъ опорожненіемъ сильно растянутого мочевого пузыря. Больная чувствуетъ себя значительно легче, одышка исчезла, отекъ ногъ видимо уменьшается. Жалуется только на жажду и слабость. Кровянистая моча выдѣлялась еще въ продолженіи 4 дней, постепенно становясь все свѣтлѣе. Въ продолженіи этого времени производимы были прополаскиванія мочевого пузыря 3⁰/₀₀ растворомъ салициловой кислоты, разъ въ сутки. Съ 21 сентября моча стала нормальною, больная начала быстро поправляться. 23 сентября неожиданно появились маточныя боли и часъ спустя больная родила младенца мужескаго пола, длиною 25 сант. съ признаками жизни. Теченіе послѣродоваго состоянія нормально, больная, пролежавъ до 7 октября, выписалась здоровою.

Интересно въ данномъ случаѣ позднее наступленіе родовъ послѣ произведеннаго вправления, т. е., чрезъ 6 сутокъ, въ то время, когда больная чувствовала себя совершенно хорошо. Еще болѣе интереснымъ представляется то обстоятельство, что подобное опрокидываніе беременной матки съ послѣдующимъ ея ущемленіемъ произошло отъ прыжка женщины въ томъ срокѣ беременности, когда дно матки, благодаря своему объему, должно находиться выше входа въ малый тазъ. Возможность подобныхъ случаевъ нѣкоторыми авторами (Schröder) признается весьма сомнительною, между тѣмъ вышеописанный случай, по мнѣнію его автора, долженъ устранить всякія сомнѣнія.

Н. Стравинскій.

32. Менертчанцъ. Mangel von Fruchtwasser. (Centr. f. Gynäk., 1887, № 51). Отсутствие околоплодныхъ водъ.

Сообщеніе Lomer'a (см. «Журн. акуш. и женск. бол.», 1887 г., № 10, стр. 810) побудило автора описать свое наблюденіе подобнаго же рода. — Г-жа К. на 24-мъ году вышла замужъ, два раза выкидывала (на 6-мъ мѣсяцѣ), затѣмъ, въ концѣ августа 1883 года забеременѣла въ третій разъ, причеиъ съ 5-го мѣсяца у нея нѣсколько разъ выдѣлялось по цѣлому горшку безцвѣтной жидкости; роды наступили 25-го марта 1884 года и окончились рожденіемъ недоразвитой по сроку мертвой дѣвочки *въ цѣломъ плодномъ пузырькѣ*, по вскрытіи котораго въ немъ оказалось около двухъ столовыхъ ложекъ тягучей, слизистой жидкости. Четвертая беременность въ концѣ 6-го мѣсяца окончилась выкидышемъ, причеиъ околоплодной жидкости также не оказалось, — подстилки остались сухи.

Кромѣ того, слѣдуетъ отмѣтить то интересное явленіе, что въ первые дни послѣ втораго выкидыша у больной нѣсколько разъ повторялись маниакальныя приступы, а на 4-й день послѣ послѣдняго выкидыша она внезапно потеряла на короткое время сознаніе и, придя въ себя, представляла явленія афазіи, державшіяся, затѣмъ, очень долго, причеиъ русскому языку ей при-

шлось учиться снова, а знаніе нѣмецкаго языка, которымъ она до того владѣла совершенно свободно, потерялось окончательно. **А. Фишеръ.**

33. Pereira Amado. Alcoolismo agudo durante o trabalho do parto. (A Medicina Contemporanea, Lisboa, 18 de dezembro). О вліяніи остраго алкоголизма на родовой актъ.

28-го апрѣля 1887 г. авторъ, дежурившій въ Акушерской клиникѣ Медицинской Школы въ Лиссабонѣ, былъ позванъ въ Enfermaria de Santa Barbara для подачи помощи поступившей за полчаса передъ тѣмъ роженицѣ. Когда онъ увидѣлъ послѣднюю, то сейчасъ же замѣтилъ, что она пьяна и возбуждена; вскорѣ затѣмъ наступила фаза угнетенія, не позволившая сдѣлать подробное изслѣдованіе. Сильныя при поступленіи потуги прекратились; зѣвъ былъ раскрытъ вполнѣ, пузырь цѣль; сердцебіеніе плода слышалось въ правой половинѣ нижней части матки. Цѣлый часъ д-ръ *P.* старался вызвать потуги растираніемъ живота и, убѣдившись въ безуспѣшности попытокъ, удалился, попросивъ извѣстить, когда начнутся боли. Въ 7 час. утра, когда авторъ прибылъ опять, то засталъ уже начало родовъ и узналъ отъ акушерки, что больная спала всю ночь спокойно, въ 6 час. утра она проснулась, а спустя полчаса матка начала сокращаться — сначала слабо, затѣмъ постепенно все сильнѣе и сильнѣе; воды отошли въ 7 час. утра, плодъ былъ въ 1-мъ затылочномъ положеніи. Воды прошли нормально, и больная, оправившись, сообщила слѣдующее: она почувствовала сильныя боли въ 8 ч. утра въ день поступленія и, желая заглушить ихъ, выпила 6 децилитровъ бѣлаго вина; почти тотчасъ же она потеряла сознаніе, — смутно помнить, что была привезена въ больницу, и больше ничего. Это крѣпкая женщина 31-го года, имѣвшая 6 нормальныхъ родовъ. Послѣднія регулы были 15 іюля 1886 г.

Въ той же больницѣ автору сообщили еще о четырехъ случаяхъ остраго алкоголизма *sub partu*: 1) *X.*, бразильянка, прибыла въ іюль 1877 г. въ родильныхъ мукахъ, съ полнымъ раскрытіемъ зѣва; незадолго до поступленія выпила бутылку мадеры; спала 5 часовъ, при чемъ потугъ не было, но какъ только очнулась, сейчасъ же начались сильныя сокращенія матки; роды прошли благополучно. 2) Въ 1882 года, доставлена въ больницы *I-raga* въ родильныхъ мукахъ, пьяная; ее рвало виномъ. Сокращенія начались чрезъ 11 часовъ. 3) Въ 1883 г. поступила *multipara*, у которой потуги были сначала сильны, но затѣмъ прекратились (выпила $\frac{1}{2}$ литра вина). Сокращенія возобновились послѣ продолжительнаго сна. 4) Въ 1884 г. поступила точно также многородящая, съ признаками сильнаго опьяненія; потуги, скоро прекратившіяся, возобновились послѣ 6-ти-часоваго сна.

Сергѣй Груздевъ.

34. Newton Hill. Twins: One Black and One White. (The Medical and Surgical Reporter, December 31, 1887). Случай разрѣшенія отъ бремени двумя младенцами—бѣлымъ и чернокожимъ.

Авторъ сообщаетъ, какъ курьезъ, слѣдующій любопытный фактъ: 18-ти-лѣтняя негритянка, жившая въ качествѣ няньки въ одномъ бѣломъ семей-

ствѣ, родила двойни, причеъ одинъ изъ близнецовъ былъ черенъ, «какъ пиковое очко», по выраженію д-ра *N.*, другой же имѣлъ кожу совершенно бѣлую; оба пупочныхъ канатика прикрѣплялись къ одной плацентѣ. «Что же здѣсь такое», спрашиваетъ авторъ, — «простая ли игра природы, или, можетъ быть, оба ребенка имѣли разныхъ отцовъ?» (Дѣло происходило въ гор. Шиккенвиллѣ, въ штатѣ Алабама).

С. Сергѣевъ.

35. **Stedman. Serious collapse following labor induced in the ninth month on account of ante-partum haemorrhage.** (Boston Medical and Surgical Journal, December, 8). Случай серьезнаго коллапса послѣ искусственныхъ родовъ на девятомъ мѣсяцѣ, вызванныхъ по поводу кровотечения ante partum.

Д-ръ *Ellery Stedman* сообщилъ въ Obstetrical Society of Boston слѣдующій случай: Г-жа *N.*, 36 л., беременна 3-й разъ, всегда была здорова, послѣдніе регулы имѣла 14-го января. 4-го октября началось сильное кровотеченіе изъ матки, прекратившееся только къ вечеру 5-го октября, когда авторъ первый разъ увидѣлъ больную. Шейка матки была увеличена и мягка, зѣвъ раскрытъ на величину монеты въ $\frac{1}{2}$ доллара; кровотеченія уже не было, болѣе также, однако д-ръ *Stedman* счелъ за лучшее искусственно вызвать роды, чтобы предупредить вторичное кровотеченіе, которое могло кончиться печально. Сначала введенъ былъ катетеръ безъ стилета, но боли начались только потомъ, по введеніи стилета; послѣ рожденія ребенка (въ 2 ч. пополудни; за часъ передъ этимъ было дано 20 гранъ хлорала) назначена 1 драхма эрготина, плацента была выжата чрезъ $\frac{1}{4}$ часа, и все казалось шло хорошо. Спустя $\frac{1}{2}$ часа послѣ выхода ребенка больная вдругъ вскрикнула и впаала въ глубокой коллапсъ, хотя кровотеченія не было и матка сократилась. Несмотря на обычно примѣняемыя въ такихъ случаяхъ средства, все казалось потеряннымъ; лицо посинѣло, развилаь сильная одышка, больная рвала себѣ на груди халатъ и просила воздуха; пульсъ былъ неправильный, нитевидный. Но около 8 ч. эти явленія начали ослабѣвать и больная заснула. На 3-й день былъ сильный ознобъ, пульсъ 120, температура 102° F.; на 4-й день послѣдняя достигла 103° . Лохіи пахли дурно, несмотря на многократныя антисептическія промыванія влагалища. Послѣ сдѣланнаго вечеромъ на 4-й день карболоваго горячаго душа температура упала до $100,5^{\circ}$ съ, 103° , пульсъ съ 120 до 112, и на 10-й день больная поднялась съ постели. Авторъ недоумѣваетъ, отчего произошелъ коллапсъ: отъ хлорала ли, или это былъ просто шокъ, или, наконецъ, тромбозъ легочныхъ сосудовъ. Появленіе лихорадки также не поддается объясненію: антисептика была полная, на прислугу можно было понадѣяться, катетеры употреблялись новые и тщательно промытые сулемою.

С. Сергѣевъ.

36. **J. Barsony. Nahezu vollständige Atresie des Muttermundes als Geburtshinderniss.** (Centr. f. Gynäk., 1887, № 51). Почти полная атрезія маточнаго зѣва, какъ препятствіе для родовъ.

Приведа изъ литературы разнообразную казуистику тѣхъ препятствій для родовъ, которыя могутъ создаваться тѣми или иными патологическими состоя-

ними зѣва матки, авторъ описываетъ случай, представившійся его наблюденію въ Буда-Пештской клиникѣ проф. *Kézmarisky'аго*.

26-лѣтняя женщина рожала въ первый разъ въ той же клиникѣ 19-го октября 1881 года, — трудные роды были окончены прободеніемъ головки, — *ruptura cervicis uteri incompleta*, *haematoma subperitoneale*, лихорадочный послѣродовой періодъ; при выпискѣ на 89-й день найдено рубцовое суженіе влагалища, приблизительно на срединѣ его длины, едва пропускающее палець, своды влагалища также пронизаны рубцовой тканью, среди которой прощупывается передняя губа *portionis vaginalis* въ видѣ полудуннаго возвышенія, а позади послѣдняго съ трудомъ опредѣляется наружное отверстіе матки въ формѣ небольшого углубленія. Въ 1882 году, суженіе влагалища было искусственно расширено. Наконецъ, забеременѣвъ въ февралѣ 1887 года, больная 7-го октября, т. е. на X. мѣсяцѣ беременности, послѣ продолжавшейся четыре дня бесплодной родовой дѣятельности, поступила въ клинику. Внутреннее изслѣдованіе подѣ наркозомъ обнаружило присутствіе ближе къ переднему своду влагалища узелка, длиною въ 0,5 сант., на верхушкѣ котораго прощупывается неглубокая бороздка, а позади него довольно глубокое рубцовое углубленіе; черезъ передній сводъ опредѣляется лежащая головка; матка въ непрерывномъ сокращеніи, сердцебіеніе плода не слышно. Въ виду такого положенія дѣла, существовало показаніе создать для окончанія родовъ искусственный путь, — или черезъ сводъ влагалища, или посредствомъ кесарскаго сѣченія; отъ послѣдняго К. отказался какъ въ силу большей опасности его для матери, такъ особенно въ виду впадѣнія въроятной смерти плода. Роженица положена въ спинно-ягодичное положеніе; сводъ влагалища обнаженъ при помощи *Sims'*овскаго зеркала и подъемниковъ, захваченъ пулевыми щипцами и умѣренно оттянутъ книзу, причемъ на верхушкѣ вышеупомянутаго узла замѣчено небольшое углубленіе съ просовиднымъ отверстіемъ, которое боковыми надрѣзами и отчасти пальцемъ удалось съ нѣкоторымъ трудомъ увеличить до 3-хъ поперечныхъ пальцевъ, послѣ чего лежащая головка была перфорирована прободникомъ *Naegle*, наложенъ краниокласть, котормъ головка низведена къ выходу таза, причемъ большая часть черепныхъ костей была вылучена; дальнѣйшее извлеченіе головки, ручекъ (полиными щипцами) и туловища совершилось сравнительно легко; вѣсъ плода безъ мозга = 3070 грам.; послѣдъ удаленъ рукою; полость матки обильно промыта, а ново-образованная шейка и влагалище плотно затампонированы іодоформною марлею. Тотчасъ по окончаніи родовъ $t^{\circ} = 38,4$, пульсъ = 104, дальнѣйшее же теченіе послѣродоваго періода совершенно безлихорадочное. Удаленный на 9-й день тампонъ пахнетъ только іодоформомъ и едва пропитанъ отдѣляемымъ. На 16-й день родильница выписана Изъ клиники, а на 30-й она вновь изслѣдована, причемъ найдено слѣдующее: въ сводѣ влагалища — поперечно идущая, имѣющая 0,5 сант. въ ширину и 3 сант. въ длину, гранулирующая поверхность, въ срединѣ которой зондъ проникаетъ на $5\frac{1}{2}$ сант. въ полость матки.

А. Фишеръ.

37. **Nash.** The importance of an early diagnosis of occipito-posterior positions, with suggestions as to their management. (The Journal of the American Medical Association, November 19; Medical Society of Virginia, in Richmond). **О важности ранняго распознаванія заднихъ затылочныхъ положеній и о веденіи родовъ при нихъ.**

Основные положенія автора сводятся къ слѣдующему: темя плода при заднихъ затылочныхъ положеніяхъ ротируется вокругъ сямфиза далеко не такъ часто, какъ это принято думать; поэтому флексія и ротация головки должны выполняться искусственно, а не предоставляться случаю, такъ какъ при отсутствіи ихъ роды бываютъ очень продолжительны и трудны, а у первородящихъ и опасны, вслѣдствіе возможности большихъ разрывовъ промежности. Въ тѣхъ случаяхъ перваго періода родовъ, когда потуги слабы и головка очень мало или совсѣмъ не опустилась и, особенно, когда воды отошли рано, д-ръ *Nash* всегда предполагаетъ неправильное положеніе и обыкновенно находитъ большой родничокъ у лѣваго acetabulum, когда темя обращено направо, и наоборотъ. Если положеніе не можетъ быть опредѣлено указательнымъ пальцемъ, то онъ хлороформируетъ пациентку и вводитъ въ полость таза всю руку. Затѣмъ, проведя послѣднюю надъ теменемъ, онъ толкаетъ его книзу согнутыми пальцами, отводя вверхъ лицо при помощи ладони, и приступаетъ къ тракціямъ. При вколоченной или неподвижной головкѣ другая рука накладывается на нижнюю часть живота, помогая первой ротировать головку. Послѣ этого потуги обыкновенно становятся достаточны и роды протекаютъ въ передне-затылочномъ положеніи. Такой способъ дѣйствія требуетъ ранняго распознаванія положенія и нѣкоторой ловкости отъ акушера, но зато много уменьшаетъ болѣзненность родовъ и часто устраняетъ необходимость позднѣйшаго инструментальнаго вмѣшательства.

С. Сергѣевъ.

38. **R. H. Hamill.** Puerperal malarial fever simulating sepsis. (The Polyclinic, December). **Послѣродовая болотная лихорадка, симулирующая сепсисъ.**

Въ апрѣльской книжкѣ *American Journal of Obstetrics* за 1880 г. д-ръ *Fordyce Barker* указалъ на интересное лихорадочное разстройство, обозначенное имъ именемъ послѣродовой малярійной или болотной лихорадки (puerperal malarial fever) и могущее вполне симулировать послѣродовую горячку. Знать эту форму весьма важно для акушеровъ, такъ какъ съ каждымъ можетъ случиться, что у него въ практикѣ будетъ такой случай послѣродовой лихорадки, гдѣ все дѣло не въ неосторожности или небрежности, а въ дѣйствіи болотной миазмы.

Сюда относится и случай д-ра *H.* У больной его были вызваны искусственно преждевременные роды по поводу placenta praevia; спустя 12 часовъ температура поднялась до $101^{\circ},5$ F (около $38^{\circ},5$ C), хотя общее состояніе было хорошо. На слѣдующій день температура упала на 1° , на третій же день вечеромъ наступилъ сильный ознобъ, продолжавшійся 20 минутъ

и закончившейся проливным потоком. Такъ какъ роды сопровождался осложненіемъ (былъ сдѣланъ поворотъ), то авторъ сталъ уже подумывать о сепсисѣ, но вскорѣ дѣло объяснилось: ознобы повторялись до 9-го дня, но ни болей въ тазу, ни тимпанита, ни измѣненія лохий не наблюдалось; назначены были большія дозы хинина, и скоро больная поправилась. Возможность малярійнаго заболѣванія существовала въ данномъ случаѣ, такъ какъ улица, въ которой жила больная, находилась въ самыхъ дурныхъ гигиеническихъ условіяхъ и была занята нѣсколькими большими лужами стоячей воды.

Кинешемскій.

39. Auvard. Tamponnement intra-utérin. (Journ. de Médec. de Paris. 1887. Vol. XIII. № 24). Внутриматочная тампонація.

Сильное маточное кровотеченіе, вслѣдствіе атоніи органа, на 6-й день нормальнаго во всемъ остальномъ послѣродоваго періода, послѣ безуспѣшнаго горячаго промыванія матки, было остановлено тампонаціей маточной полости полосой 15% іодоформенной марли (gaze) въ 5 метровъ длины и около 15 савт. ширины. Матка была низведена двумя Мюзеевскими щипцами, захватившими по маточной губѣ; надѣтый на палецъ конецъ ленты введенъ въ матку. Послѣ неоднократнаго выведенія пальца и введенія его съ новымъ участкомъ марли, матка оказалась наполненною, когда изъ наружнаго зѣва ея торчалъ еще остатокъ полосы немного короче метра. Этотъ остатокъ помѣщенъ во влагище, за исключеніемъ кончика около 10 савт. длины, выведеннаго наружу. Половая щель прикрыта ватю, а на животъ и верхнюю часть бедеръ наложена повязка, слегка сжимающая матку. Тампонъ, не издававшій посторонняго запаха, черезъ 24 часа извлеченъ потягиваніемъ за наружный конецъ. Между 9 и 16 днями послѣродоваго періода t° колебалась между 37° и 38° , а два раза поднялась до $38,4^{\circ}$ и $38,8^{\circ}$, безъ того чтобы это можно было приписать какому либо опредѣленному послѣродовому заболѣванію. На 21-й день родильница выписалась совершенно здоровою. Авторъ намѣренъ испробовать такую же тампонацію и при септическомъ послѣродовомъ заболѣваніи, начавшемся съ эндометріа. Въ такомъ случаѣ тампонаціи будетъ предшествовать выскабливаніе и очищеніе послѣдняго.

В. Желтухинъ.

40. Budin. Extraction de la tête dernière arrêtée sur le plancher périéal. (La Semaine Médicale, 28 décembre). Извлеченіе послѣдующей головки въ случаѣ остановки ея за промежностью.

Описавъ разные способы, предложенные для извлеченія послѣдующей головки, авторъ приходитъ къ такому выводу: лучшій изъ всѣхъ этихъ способовъ есть приемъ *Mauriceau*, невѣрно приписываемый въ учебникахъ *Smellie* и *Veit'y*; при помощи его можно почти всегда добиться успѣха; но въ исключительныхъ случаяхъ, при неподатливости зѣва, инертности матки или ригидности *perinée*, нужно прибѣгать къ щипцамъ, охватывая ложками ихъ всю головку.

С. Груздевъ.

41. Schiedt. Delivery of the after-coming head. (The Journal of the American Medical Association, Chicago, December 24). **Рождение послѣдующей головки.**

Д-ръ *Philip M. Schiedt* разбираетъ исторію вопроса о рожденіи послѣдующей головки, начиная со временъ Цельса, высказываетъ сожалѣніе, что американскіе и англійскіе авторы такъ мало занимаются этимъ вопросомъ, и, наконецъ, критически разсматриваетъ методы, предложенные въ Германіи и Франціи. Его собственное мнѣніе таково, что самый лучший, быстрый и вѣрный способъ состоитъ въ наложеніи щипцовъ; всякое промедленіе здѣсь очень опасно, такъ какъ если головка не вышла чрезъ 5—8 минутъ послѣ рожденія туловища, то плодъ родится мертвымъ.

С. Сергѣевъ.

42. П. Чунихинъ. Удаленіе остатковъ яйца при неполномъ выкидышѣ острой ложкой. (Труды Харьк. Мед. Общества. 1887 г. В. I).

Авторъ асистировалъ 11 разъ при удаленіи остатковъ выкидыша острой ложкой. Выкидыши были отъ 6 недѣль до 4 мѣсяцевъ; операція же была сдѣлана въ 10 случаяхъ не позже недѣли, послѣ начала выкидыша, въ 11-мъ—чрезъ 3 мѣсяца. Въ 10 случаяхъ выскабливанію предшествовало удаленіе остатковъ яйца (въ одномъ пузырьнаго заноса) помощью пальца, иногда даже повторное въ теченіе нѣсколькихъ дней. Показаніями къ операціи служили: невозможность удалить маленькіе кусочки остатковъ яйца пальцемъ, кровотеченія, дурно пахнуція отдѣленія изъ полости матки, высокая t° и схваткообразныя боли въ маткѣ. Ни въ одномъ изъ описанныхъ случаевъ не было никакихъ воспалительныхъ явленій около матки. Въ 1 случаѣ операція дѣлалась подъ хлороформомъ, въ 10 безъ него. Исходомъ во всѣхъ случаяхъ было полное выздоровленіе, т. е., остатки были удалены, припадки, ради которыхъ предпринимались операціи, исчезли, t° быстро падала. Появившіеся вслѣдъ затѣмъ регулы были нормальны. Одна изъ больныхъ вскорѣ послѣ операціи забеременѣла и благополучно родила здороваго доношеннаго ребенка. У другой больной чрезъ 42 дня послѣ перваго выскабливанія было сдѣлано второе, для устраненія *endometritis cattarrhalis chronica*, которымъ больная страдала уже много лѣтъ.

І. Рясенцевъ.

43. S. P. Barnes. Very early menstruation. (The Medical and Surgical Reporter, December 31, 1887). **Случай весьма ранняго появленія регуль.**

Е. В., 11-ти лѣтъ, родилась въ Америкѣ, но отъ родителей германскаго происхожденія, вѣситъ 120 фунтовъ; менструировать начала на семнадцатомъ мѣсяцѣ; регулы продолжались сначала по 2—4 дня, но, затѣмъ, стали продолжительнѣе, оканчиваясь каждый разъ только на 5—7 день. Грудныя железы развиты больше, чѣмъ слѣдовало бы ожидать, судя по возрасту, однако, все-таки, менѣе объемисты, чѣмъ у взрослыхъ. Волосъ на лобкѣ нѣтъ. Физически дѣвочка развита хорошо, умственныя же способности ея очень

слабы, особенно память, так что учиться она не может; родители ея, а равно братья (2) и пять старших сестеръ, не представляютъ ничего ненормального.

С. Сергѣевъ.

44. Е. Куз-Вигандтъ. Случай упорной рвоты и продолжительнаго голоданія въ связи съ менструаціей. (Вжened. Клин. Газета 1887 г. № 32).

У больной, наблюдаемой авторомъ, крестьянской дѣвушки крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія, 18 лѣтъ, сейчасъ послѣ окончанія первыхъ регулъ появились головная боль, рвота и отвращеніе къ пищѣ. Чрезъ 13 дней рвота стала постоянной, больная совсѣмъ отказалась принимать пищу и только водой утоляла жажду, причѣмъ вслѣдъ за питьемъ опять наступала рвота.

Исслѣдованіе: Puella intacta. Portio vaginalis нормальна, матка въ положеніи антефлексіи 1-й степени, мала, подвижна. Длина матки по зонду 6 сант. Яичники, ни per rectum, ни per vaginam, не прощупываются. Диагнозъ: Atrophia ovariorum incompleta, congenita.

Подъ вліяніемъ горячихъ душь, восходящей t° въ 33—38 R., болѣзненные явленія въ теченіе 2 сутокъ исчезли. Между менструальнымъ періодомъ пациентка была здорова, но за 5 дней до вторыхъ регулъ тошнота и рвота опять появились и продолжались всё время менструаціи. На этотъ разъ болѣзненные припадки были устранены сухими горячими компрессами на нижнюю часть живота и грѣлками къ ногамъ.

Въ виду того, что болѣзненные припадки развились у больной съ недостаточнымъ развитіемъ полового аппарата и во время менструаціи, авторъ предполагаетъ, что упорная рвота въ описанномъ случаѣ ближе всего подходит къ отраженнымъ явленіямъ, исходящимъ изъ полового аппарата.

І. Рясенцевъ.

45. W. A. Dorland. Ustilago Maydis. (Medical News, November 5; Journal of the American Medical Association, December 24). **О терапевтическомъ примѣненіи Ustilago Maydis.**

Д-ръ Dorland изучалъ въ Philadelphia Hospital дѣйствіе новаго лѣкарственнаго средства — Ustilago Maydis и пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ.

І. Токсикологія и физиологическое дѣйствіе. Случаевъ отравленія Ustilago на человѣкѣ не наблюдалось, хотя въ большихъ дозахъ это растеніе обладаетъ несомнѣнными токсическими свойствами. Mitchell нашелъ, что у низшихъ животныхъ, въ большихъ дозахъ, оно сильно дѣйствуетъ на спинной мозгъ, парализуя сначала чувствительныя, а затѣмъ и двигательныя области, подъ конецъ же парализуетъ и нервы двигательныя, а вѣроятно и чувствительныя. Подобно спорыньѣ, Ustilago въ токсическихъ дозахъ оказываетъ вліяніе главнымъ образомъ на нервныя центры, вызывая токсическій параличъ. Особенно хорошо изучено дѣйствіе этого средства на матку. Спустя 20—30

минуть послѣ принятія внутрь достаточной дозы, потуги, если онѣ существовали, становятся сильнѣе, чаще и продолжительнѣе, представляя замѣтный *клоническій* характеръ, слѣдуя одна за другою чрезъ опредѣленные промежутки. Въ этомъ отношеніи Ustilago дѣйствуетъ совершенно непохоже на спорынью, которая въ надлежащихъ дозахъ вызываетъ *тоническій* спазмъ маточной мышцы. Спорынья имѣетъ то важное неудобство, что если назначить ее до выхода плаценты, то она производитъ неправильныя сокращенія матки, принимающей форму песочныхъ часовъ; Ustilago, повидимому, совершенно не вызываетъ этого неприятнаго осложненія. Сверхъ того, разбираемое средство обладаетъ свойствомъ, нѣсколько лѣтъ тому назадъ приписывавшимся хинину, вызывать потуги, когда онѣ совершенно прекратились. Что касается быстроты дѣйствія, то она зависитъ отъ особенностей даннаго случая, отъ той скорости, съ какою вещество всасывается въ желудочно-кишечномъ каналѣ и поступаетъ въ кровь. У автора только въ двухъ случаяхъ потребовалось 35 минутъ времени для обнаруженія дѣйствія и въ одномъ лѣкарство было извергнуто рвотою, въ остальныхъ же семи случаяхъ дѣйствіе обнаруживалось среднимъ числомъ чрезъ 25 минутъ. — Дѣйствіе Ustilago на гладкія мышцы другихъ органовъ еще не изслѣдовано; вѣроятно средство это усиливаетъ перистальтику и повышаетъ артеріальное давленіе, подобно спорыньѣ.

II. *Показанія къ употребленію лѣкарства.* Первымъ показаніемъ служить отсутствіе потугъ, *при полномъ раскрытіи маточнаго зѣва.* Во всѣхъ случаяхъ, когда принималось Ustilago, родовыя потуги или были настолько слабы, что нельзя было надѣяться на изгнаніе плода, или совершенно отсутствовали. Другимъ показаніемъ къ употребленію Ustilago д-ръ *Dorland* считаетъ *недостаточность или полное прекращеніе родовыхъ болей.* Наконецъ, послѣ приѣма этого лекарства никогда не замѣчается ни малѣйшей склонности къ послѣродовымъ кровотечениямъ; во всѣхъ случаяхъ автора послѣ изгнанія плаценты матка оставалась сильно сокращенною. Такимъ образомъ третьимъ показаніемъ можно считать *инертное состояніе матки, дающее поводъ къ послѣродовымъ кровотечениямъ.*

III. *Дозы и способъ назначенія.* Авторъ употреблялъ во всѣхъ своихъ случаяхъ жидкую вытяжку Ustilaginis, давая ее по ʒs—ʒjij на приемъ; для подкожныхъ впрыскиваній онъ считаетъ пригодными дозы отъ 5 до 15 капель.

Свое сообщеніе д-ръ *Dorland* заканчиваетъ указаніемъ на *преимущества Ustilago надъ спорыньей:* Ustilago не производитъ неправильныхъ сокращеній матки со всѣми ихъ послѣдствіями; содержитъ только $2\frac{1}{2}$ ‰ нелетучаго масла, тогда какъ спорынья содержитъ 25—28 ‰, лѣкарство это гораздо менѣе опасно; наконецъ, стоимость его вдвое меньше спорыньи.

С. Сергѣевъ.

46. **Chéron. Poudre contre la migraine menstruelle.** (Gazette de gynécologie, 1 Décembre). Порошки противъ менструальной мигрени.

Rp. Guaranae pulver. 3,0
Natri bicarbon. 0,50

M. f. pulv. D. t. dos. № 20. D. S. Принимать ежедневно по 1 порошку передъ обѣдомъ во время интерменструальныхъ періодовъ, до полного исчезновения припадковъ.
Сергѣй Груздевъ.

47. **Ferrand. Pilules contre la leucorrhée.** (Gazette de Gynécologie, 1 décembre, 1887). Пилули противъ бѣлей.

Д-ръ *Ferrand* совѣтуетъ назначать противъ бѣлей:

Rp. Rad. gentian. 5,0
Cort. cinnamomi
Rad. rhei ana 2,0
Bals. copaiv. 9,0.

M. f. massa, e qua form. pill. № 100. DS. Принимать по 4 пилули утромъ и вечеромъ. — Кромя того авторъ рекомендуетъ ежедневно два раза впрыскивать охлажденный растворъ 8,0 сѣрно-кислаго желѣза и 1 маковой головки въ 1 литръ кипящей воды.
Сергѣй Груздевъ.

48. **B. Lilienfeld. Zur Frage der Schmerzlosen Application von Ergotininjectionen.** — Къ вопросу о безболѣзненномъ примѣненіи подкожныхъ впрыскиваній эрготина. (Centr. f. Gyn., 1887, № 48).

Авторъ, между прочимъ, приводитъ случай безболѣзненнаго примѣненія имъ подкожныхъ впрыскиваній (до 140) на 44-лѣтней больной съ міомой матки, причемъ для доказательства отсутствія индивидуальной нечувствительности онъ указываетъ на то, что до него одинъ врачъ три раза принимался за эти впрыскиванія, но долженъ былъ отказаться, вслѣдствіе появленія каждый разъ жестокихъ болей, хотя онъ употреблялъ тотъ же препаратъ (Bombelon) и въ томъ же разведеніи (2 : 8), какъ и авторъ. Особенность способа Lilienfeld'a заключается въ томъ, что смѣшиваніе съ дистиллированной или обыкновенной водой онъ дѣлаетъ *непосредственно предъ употребленіемъ*, лучше всего въ самомъ шприцѣ, дабы избѣгнуть быстро наступающаго разложенія препарата. Такіе же прекрасные результаты онъ получалъ и при употребленіи Extracti. Боль и воспалительныя явленія бывають лишь, если задѣта какая нибудь нервная вѣточка поверхностнаго слоя кожи, почему онъ и рекомендуетъ вкалывать иглу (конечно, чистую и острую) возможно глубже, такъ чтобы конецъ ея свободно двигался подъ кожей; тамъ, къ тому же, и лучшія условія для всасыванія.
A. Гермоніусъ.

49. **F. Engelmann. Zur Technik der Ergotininjectionen.** (Centralblatt für Gynäkologie, 1888 г. № 1). Къ технику впрыскиваній эрготина.

Въ 28 № Centr.-bl. f. Gynäk. *Witt* говоритъ, что часто слѣдующія за впрыскиваніемъ эрготина воспаленія, затвердѣнія и боль зависяють отъ не-

удачнаго выбора мѣста для впрыскиванія (нижняя часть живота), отъ кислой реакціи эрготина и отъ высокой концентраціи раствора, и предлагаетъ производить впрыскиванія въ толщу *m. glutei*, употребляя нейтральный растворъ эрготина 1:5—10. *Engelmann* не соглашается съ мнѣніемъ *Vuttm'a*, и находитъ, что мѣсто впрыскиванія — безразлично; также мало имѣетъ значенія и реакція, и концентрація раствора; чистый эрготинъ не вызываетъ никакихъ, или лишь очень ничтожныя явленія раздраженія. Раздражающее его дѣйствіе зависитъ исключительно отъ разложенія препарата, которое нисколько не предотвращается прибавленіемъ обычныхъ антисептическихъ веществъ. Вода, входящая въ составъ препарата, содержитъ массу микроорганизмовъ, и дистиллированная вода нерѣдко содержитъ ихъ гораздо больше рѣчной воды. Единственно вѣрное средство имѣть чистый препаратъ — каждый разъ готовить его самому. (Способъ приготовленія см. въ его статьѣ—*Zur Behandlung per Uterusmyme. D. m. W. 25 ff, 1885*). Чистый, свѣжеприготовленный препаратъ даже при 50% концентраціи не вызываетъ никакихъ неприятныхъ осложнений, и впрыскиваніе его нисколько не болѣзненно, такъ что больныя автора, которымъ приходится лечиться впрыскиваніями эрготина въ продолженіе долгаго времени, дѣлаютъ ихъ себѣ сами.

А. Соловьевъ.

50. **Ashby. On the Treatment of Amenorrhoea with Permanganate of Potash** (The British Gynaecological Journal, ноябрь, стр. 464—465).
О леченіи аменоррѣи марганцевокислымъ кали.

Авторъ давно уже примѣняетъ марганцевокислосое кали при аменорѣѣ и всегда получаетъ отъ него столь удовлетворительные результаты, что считаетъ это средство однимъ изъ лучшихъ мѣсячно-гонныхъ. А, думаетъ поэтому, что въ каждомъ случаѣ отсутствія мѣсячнаго (за исключеніемъ тѣхъ молодыхъ дѣвушекъ, у которыхъ подобное отсутствіе можетъ быть объясняемо позднимъ развитіемъ полового аппарата), слѣдуетъ испытать этотъ препаратъ, который, помимо своего вліянія на малокровіе и блѣдную немочь, имѣетъ и непосредственное возбуждающее дѣйствіе на матку—подобно эрготину, донскому можжевелнику и хинину, съ тѣмъ, однако, отличіемъ, что не обладаетъ плодизгоняющими свойствами послѣднихъ. Въ формѣ пилюль это средство переносится всѣми и не вліяетъ на пищевареніе.

Л. Личнукъ.

51. **A. Mynlieff. Einige weitere Beobachtungen über die Anwendung des Sublimats in der Geburtshilfe, veranlasst durch zwei Fälle von Intoxication.** Дальнѣйшія наблюденія надъ употребленіемъ сулемы въ акушерствѣ, основанныя на двухъ случаяхъ отравленія. (*Der Frauenarzt, 1887, Heft 12*).

Авторъ приводитъ два случая отравленія сулемой отъ спринцованія. Случай первый: больная, 23 л., II-para. Родила 31-го января, за 5 мин. до прихода автора; плацента удалена по *Credé* 10 минутъ спустя послѣ перерѣзки пуповины. Матка сократилась хорошо. *Genitalia externa* вымыты теплой

водой съ мыломъ, застлано чистое бѣлье. Вечеромъ самочувствіе отличное, немного кровянистыхъ очищеній; однажды прикладывала ребенка къ груди. До 4 дня все благополучно. 5-го февраля въ полдень сильный знобъ, вечеромъ $t^{\circ}=39,5^{\circ}$. На слѣдующій день сильныя боли въ лѣвой подвздошной области; она болѣзненна при давленіи, лохія съ запахомъ. Матка чувствительна. Терапія: внутрь—*natr. salicyl.*, снаружи—*ung. ciner.* Вагина и матка утромъ и вечеромъ спринцуются 3-мя литрами раствора сулемы (1 : 4000), приче́мъ на долю матки приходится 1 литръ. Постепенно сталъ развиваться параметритъ съ выпотомъ слѣва. 7-го февраля боли въ крестцѣ и мочеиспускательномъ каналѣ. Катетеромъ выпущена моча съ большимъ количествомъ крови (уд. вѣсъ мочи 1028, кислая, бѣлокъ). Спринцованія сулемою замѣнены 3% растворомъ карболовой кислоты. 8-го февраля мочилась съ кровью. Поносъ. 9-го февраля кровь еще есть (уд. вѣсъ мочи 1024, бѣлка меньше). 10-го февраля кровь исчезла. Коснувшись нѣсколькихъ этиологіи пuerperальныхъ заболѣваній подобнаго рода, развившихся при соблюденіи самой строгой чистоты, авторъ разбираетъ этотъ случай, какъ фактъ интоксикаціи сулемою. Симптомы отравленія ею въ данномъ случаѣ: 1) жидкія испражненія съ тенезмами и 2) гематурія и альбуминурія. Кровь въ мочѣ несомнѣнно почечнаго происхожденія, на что указываютъ боли въ крестцѣ и бѣлокъ (токсическій *glomerulitis Fürbringer's*). Иногда отъ вліянія сулемы на почки развивается анурія или ишурія.

Случай второй. Больная, 27 л., III-рага, родила нормально въ сентябрѣ 1884. Въ началѣ февраля обратилась за помощію по случаю сильныхъ менструацій и коликообразныхъ болей; регулы приходили въ срокъ, но сопровождалась болью. Наблюденіе констатировало: явленія пара-и периметрита, эндометритъ съ дурно-пахнущимъ гнойнымъ выдѣленіемъ. По вечерамъ лихорадка. Послѣ того, какъ Priessnitz'овскіе компрессы и спринцеваніе карболовой кислотой (1 : 300) остались безъ результата, назначенъ былъ для спринцеванія растворъ сулемы, сначала 1 : 2000, а потомъ и 1 : 1000. Его употребляли съ 27-го февраля по 16-е марта. Температура понизилась, отдѣленіе приняло лучшей видъ, какъ вдругъ внезапно появилась сильная боль въ крестцѣ и области почекъ и кровь въ мочѣ. Сулема удалена. Гематурія продолжалась три дня.—Указавъ, затѣмъ, на то, что согласно съ наблюденіями различныхъ авторовъ (Keller, Ludwig) матка и влагалище несомнѣнно всасываютъ $HgCl_2$, авторъ задается вопросомъ, не слѣдуетъ ли этотъ сильно дѣйствующій ядъ выкинуть изъ гинекологіи. Случай отравленія сулемою, нотированный различными наблюдателями, не могутъ, однако, говорить еще за то, что это превосходное *antisepsicum* должно быть изгнано изъ употребленія. Все зависитъ отъ того, какъ употреблять его. Исторія введенія въ терапію карболовой кислоты и іодоформа показываетъ, что и тамъ дѣло не обошлось безъ ошибокъ. Тоже и съ сулемою. Тѣмъ не менѣе она должна быть употребляема при каждахъ родахъ. Профилактическія спринцеванія имѣютъ несомнѣнную цѣну и ихъ необходимо производить тамъ, гдѣ возможно. Вспрыскиванія въ послѣродовую матку слѣдуетъ производить всякій разъ, когда родился гнилой плодъ,

когда развилась *physometra*, когда плодныя воды оказались дурнопахнущими, когда была введена рука въ полость матки; далѣе, послѣ краниотоміи, декапитациі, эмбриотоміи, щипцовъ на высокостоящую головку и при всякихъ пораненіяхъ мягкихъ частей тазоваго входа. Влагалищныя спринцованія показаны послѣ всякихъ значительныхъ пораненій промежности или входа во влагалище, послѣ частаго изслѣдованія или произведеннаго многими лицами, при гнойномъ катаррѣ влагалища (Olshausen). Для влагалищныхъ и внутриматочныхъ спринцеваній крѣпость раствора сулемы не должна превышать 1 : 5000. Только въ сомнительныхъ случаяхъ можно брать для маточныхъ инъекцій 1 : 1000, но въ такомъ случаѣ необходимо тотчасъ ополоснуть матку или слабымъ растворомъ сулемы, карболовой или салициловой кислоты. Для спринцованія достаточно ограничиваться и 1 литромъ, если стекающая обратно жидкость не особенно мутна. Слѣдуетъ удалять жидкость изъ полости матки, нажимая на эту послѣднюю и заставляя ее сокращаться. Равнымъ образомъ, изъ боязни всасыванія сулемы слизистой оболочкой, заботятся объ удаленіи жидкости и изъ влагалища. Въ серьезныхъ случаяхъ спринцуютъ дважды въ день. Даже и при начавшейся инфекции не слѣдуетъ отказываться отъ спринцеванія. Не слѣдуетъ спринцевать: при нефритахъ, при сильной анеміи, при *eclampsia*, у лицъ, равнѣ продѣлавшихъ ртутное леченіе; съ большою осторожностью при *atonia uteri*. Слѣдуетъ внимательно относиться къ появленію жидкихъ испражнений съ тенезмами.

В. Массенъ.

52. Г. Гимельфарбъ. Къ казуистикѣ гематомъ vulvae внѣ пуэрперіи.
(Медицинское Обозрѣніе. Т. XXVIII. 1887 г. № 23).

Описываемый авторомъ случай интересенъ по величинѣ гематомы и курьезности этиологическаго момента. Больная 35 лѣтъ, крестьянка, крѣпкаго сложенія, имѣла сношеніе съ подвыпившимъ субъектомъ, который укусилъ большую въ нижнюю часть *labii majoris sinistri*, тотчасъ *post coitum*. Больная сразу почувствовала сильныя боли и образование опухоли, которая черезъ недѣлю достигла величины большаго мужскаго кулака. При поступленіи въ больницу опухоль діагносцирована какъ *haematoma labii majoris sinistri*. Расширенія венъ и варикозныхъ узловъ нѣтъ. Опухоль вскрыта широкимъ разрѣзомъ, причемъ изъ вскрытой полости удалена цѣлая горсть кровяныхъ сгустковъ. Черезъ 3 недѣли полость совершенно закрылась.

І. Рясенцевъ.

53. Bell. Traitement des fibrômes utérins au moyen de l'ergotine par la voie rectale. (Gazette de Gynécologie, 1 décembre). Лѣченіе фибромъ матки суппозиторіями съ эрготиномъ.

Предлагаемый авторомъ способъ лѣченія состоитъ въ ежедневномъ употребленіи суппозиторій такого состава:

Rp. Ergotini 0,25—0,50
Butyr. cacao 1,60
Vasellini q. s.

M. f. suppositorium. D. t. dos. № 10 S. Какъ сказано.

Въ одномъ случаѣ послѣ трехъ недѣль такого лѣченія произвольно вышла изъ матки полипозная опухоль. Эти же суппозиторіи могутъ съ успѣхомъ употребляться при меноррагіяхъ, метроррагіяхъ и хроническомъ метритѣ.

Сергій Груздевъ.

54. H. W. Freund. Zur Kasuistik der Fremdkörper in den weiblichen Genitalien. (Centr. f. Gynäk., 1887, № 51). Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ въ женскихъ половыхъ органахъ.

1) 15-тилѣтняя дѣвушка принята въ клинику черезъ 18 дней послѣ того, какъ употребленная ею съ цѣлью мастурбаціи головная шпилька проскользнула въ мочевою пузырь; при изслѣдованіи оказалось, что одинъ острый конецъ шпильки, пробуравивъ пузырно-влагалищную перегородку, помѣщался въ переднемъ сводѣ полости рукава, а другой конецъ проникъ сквозь стѣнку мочевого пузыря и mus. bulbo-savernosus въ толщу лѣвой большой губы, гдѣ его остріе и прощупывалось подъ покраснѣвшею кожей, сгибъ же шпильки свободно вдавался въ полость пузыря; подъ хлороформомъ удалось, разогнувъ нѣсколько шпильку, удалить ее черезъ влагалище цѣликомъ и не нанося новаго поврежденія больной, которая черезъ 5 дней и выписалась изъ клиники.

2) Поденщица, 41 года, замужемъ 8 лѣтъ; *послѣ двухъ-мѣсячнаго отсутствія регулъ* появилась лихорадка и умѣренное, но не прекращавшееся въ теченіе пяти недѣль кровянистое, смѣшанное съ небольшими клочьями отдѣленіе; въ это же время довольно часто стали являться приступы сильныхъ болей слѣва внизу живота, переходившихъ въ крестецъ и на область желудка и сопровождавшихся сердцебиеніемъ, одышкой и, наконецъ, судорожными припадками, въ формѣ подергиваній въ ногахъ, головѣ и проч., съ сохраненнымъ сознаніемъ. Черезъ три мѣсяца больная поступила въ клинику, причемъ изслѣдованіе обнаружило у лѣваго угла неувеличенной, антевертированной матки поперечно-овальную опухоль, величиною съ грецкій орѣхъ, которая, на основаніи анамнеза, съ наибольшею вѣроятностью должна была быть признана за остатокъ трубной беременности; примѣнявшееся, затѣмъ, въ теченіе трехъ мѣсяцевъ леченіе не дало никакихъ результатовъ, состояніе больной осталось столь же тягостнымъ, а опухоль даже нѣсколько увеличилась. Въ виду этого было произведено чревосѣченіе; не смотря на большой брюшной разрѣзъ, тѣсно соединенная съ маткою, широкою связкою, заднимъ Дугласовымъ пространствомъ, S гоманш и сальникомъ кистовидная опухоль лѣвой трубы лишь съ большимъ трудомъ могла быть отдѣлена отъ своихъ сращеній, причемъ при перевязкѣ одного изъ послѣднихъ съ сальникомъ обнаружился металлическій стержень въ 2,5 сант. длиною, состоящій изъ двухъ скрученныхъ между собою проволокъ и при ближайшемъ разсмотрѣніи оказавшійся обломкомъ перекрученной головной шпильки. Остатковъ беременности въ трубѣ не найдено. Больная поправилась. Авторъ, не смотря на отричаніе послѣдней, объясняетъ присутствіе шпильки попытками прервать предполагавшуюся, благодаря двухъ-мѣсячному отсутствію мѣсячныхъ, и нежелательную, въ силу крайней бѣдности семьи, беременность; шпилька, очевидно, была введена въ

полость матки, часть ея отломилась, проникла въ лѣвую трубу и послужила причиною всей вышеописанной картины заболѣванія. А. Фишеръ.

55. А. Муратовъ. Къ симптоматологіи уретральныхъ камней. (Медицинское Обозрѣніе. Т. XXVIII). 1887 г. № 23).

Въ описываемыхъ авторомъ 8 случаяхъ, уретральные камни вызвали отдаленные нервные симптомы, не уступавшіе обыкновеннымъ терапевтическимъ мѣрамъ. Камни, оксалаты, оказались очень небольшими. Размѣры камня у 1 больной 2 и 1 сант., у 2-й 1¹/₂ и 1 сант.

Въ первомъ случаѣ больная въ теченіе 6 мѣсяцевъ страдала приступами боли въ правой половинѣ живота и въ правомъ подреберьѣ. Во время пароксизмовъ боли были усиленные, позывы къ мочеиспусканію съ выдѣленіемъ очень малаго количества мочи. Къ этимъ припадкамъ въ послѣдніе 2 мѣсяца присоединилась диспаренія, въ началѣ временная, а затѣмъ постоянная ¹⁾).

У второй больной болѣзненные припадки вначалѣ проявились въ видѣ блуждающихъ и нестойкихъ болей въ разныхъ частяхъ тѣла, но особенно часто её беспокоили головныя боли и боли въ подложечной области. Черезъ 4 мѣсяца послѣ появленія этихъ припадковъ, у больной безъ всякой внѣшней причины сдѣлался эпилептической приступъ. Съ этого времени въ теченіе полугода приступы эпилепсіи повторялись то ежедневно, то съ промежуткомъ въ нѣсколько дней.

По извлеченіи камней, которое у первой больной не представляло затрудненій, а у второй потребовало надрѣзовъ наружнаго отверстія уретры по Симону, всѣ описанныя выше болѣзненные явленія исчезли. У второй больной послѣдній приступъ эпилепсіи былъ черезъ 2 часа послѣ операціи.

Что касается причины наименьшей или наибольшей реакціи организма, страдающаго уретральнымъ камнемъ, то авторъ, помимо индивидуальности, склоненъ искать её въ свойствахъ камня или вѣрнѣе — его поверхности, т. е., камни твердые съ неровною поверхностью, оксалаты, видѣраясь въ стѣнки уретры, больше раздражаютъ периферическія окончанія нервовъ и тѣмъ должны вызвать большую реакцію.

І. Рясенцевъ.

56. More Madden. The treatment of vaginismus. (Glasgow Med. Journ.; Med. and Surg. Rep., Decemb. 31). Лѣченіе вагинизма.

Авторъ, считая обыкновенною причиною вагинизма развитіе нейрома на развѣтвленіяхъ поверхностной перинеальной вѣтви срамнаго нерва, полагаетъ, что въ большинствѣ случаевъ можно добиться излѣченія насильственнымъ расширеніемъ влагалищнаго кольца и растяженіемъ срамнаго нерва, иногда же можетъ понадобиться операція Sims'a или Emmet'a; въ случаяхъ перваго рода необходимо, сверхъ того, общее успокоивающее лѣченіе.

С. Сергѣевъ.

¹⁾ Не вѣрнѣе ли будетъ отнести описанныя припадки, за исключеніемъ диспаренія, насчетъ прохожденія камня, а можетъ быть и нѣсколькихъ меньшихъ камней, черезъ мочеточникъ? (Прим. реф.).

57. Проф. А. И. Лебедевъ. Къ терапіи пузырно-влагалищныхъ фистулъ съ полнымъ разрушеніемъ уретры. (Еженед. Клин. Газета 1887 г. №№ 31 и 32).

С., крестьянка 22 лѣтъ, страдаетъ непроизвольнымъ выдѣленіемъ мочи послѣ родовъ, продолжавшихся 4 дня и оконченныхъ щипцами. Въ клинику поступила чрезъ 8 недѣль послѣ родовъ.

Status praesens: Общее суженіе таза въ средней степени. Зарубцевавшійся разрывъ промежности 2-й степени. Съ промежности рубцевая ткань тянется высоко въ глубину по задней стѣнкѣ влагалища и къ нисходящимъ вѣтвямъ лобковой кости. Входъ во влагалище значительно суженъ и представляетъ совершенно неподатливое каллезное кольцо. Мочепускавательный каналъ совершенно отсутствуетъ на всемъ протяженіи. Пузырно-влагалищная фистула находится на мѣстѣ шейки мочевого пузыря, свободно пропускаетъ 2 пальца. Задняя граница фистулы образуется довольно подвижной пузырно-влагалищной перегородкой, передняя и частью боковыя границы составляетъ лонная дуга съ нисходящими вѣтвями лобковой кости. Здѣсь составяетъ края фистулы плотно прилежать къ костямъ.

Операція съ цѣлю закрытія фистулы и образованія уретры повторена 3 раза.

1) Для образованія уретры въ предверіи влагалища окровавлены 2 полоски ткани, идущія отъ фистулы въ направленіи къ клитору и параллельно другъ другу. Между ними оставлена неокровавленная полоса. Освѣженные полоски сшиты двухъ-этажнымъ кѣтгутовымъ швомъ. Задній край фистулы пришить частью къ ткани, оставшейся подъ лонной дугой, частью къ вновь образованной уретрѣ. Результатъ: Каналъ уретры, длиною въ 1,5 сант., остался цѣлъ, края же фистулы на 6 сутки разошлись на всемъ протяженіи.

2) Фистулографія по прежнему плану. Приживленіе краевъ фистулы по всему протяженію, за исключеніемъ 2 мѣстъ, на которыхъ находились свищевыя отверстія.

3) Для образованія болѣе прочной уретры окровавлены двѣ болѣе длинныя полоски ткани вдоль внутренней поверхности малыхъ губъ и оживлена задняя стѣнка прежде образованнаго мочепускательнаго канала. Двухъ-этажный шовъ: Непрерывный кѣтгутовый глубокой и поверхностный шелковый узловатый. Свищевыя отверстія закрыты только однимъ рядомъ шелковыхъ швовъ. На 6 день большая часть швовъ удалена—*prima intentio*. Последніе швы сняты на 12 день. Полное заживленіе. Въ горизонтальномъ положеніи больная въ состояніи удерживать $\frac{1}{2}$ стакана мочи, но при первыхъ же попыткахъ къ ходьбѣ моча по прежнему вся вытекаетъ наружу.

Для замѣны сфинктера уретры устроенъ слѣдующій аппаратъ: Бисквитовидный резиновый шаръ, въ которомъ одна половина имѣетъ болѣе тонкую стѣнку, посредствомъ длинной трубки съ краномъ соединяется съ другимъ баллономъ емкостью вдвое или втрое болѣе перваго. Передъ употребленіемъ весь аппаратъ умѣренно наполняется водою. Тонкостѣнная половина бисквитовиднаго шара вводится во влагалище и помѣщается тотчасъ за входомъ, дру-

гая часть его остается снаружи. Затѣм открываютъ кранъ, сжимаютъ большой баллонъ, вслѣдствіе чего вода перегоняется въ бисквитовидный шаръ, внутренняя часть котораго расширяется и прижимаетъ стѣнку пузыря къ лонной дугѣ. Чтобы предупредить спаденіе расширенной части баллона, кранъ закрывается.

Больная скоро привыкла обращаться съ аппаратомъ и съ перваго же дня стала удерживать мочу отъ 1 до 1½ часовъ. Боли и неловкости больная отъ аппарата не испытывала ¹⁾.

И. Рясенцевъ.

58. Polailon. Note sur le gigantisme utérin; ses accidents, son traitement (Union médicale, 1887, № 144). О гигантствѣ матки, его припадкахъ и леченіи.

Авторъ описываетъ особую форму гипертрофіи всей матки, которую, по его мнѣнію, смѣшиваютъ съ фиброміомами, и которая, въ силу неизвѣстныхъ еще причинъ, развивается у женщинъ, приближающихся къ тридцатымъ годамъ, и затѣмъ, съ наступленіемъ менопаузы, обыкновенно исчезаетъ. Это увеличеніе органа, которое авторъ предлагаетъ называть *gigantisme utérin*, характеризуется, по его словамъ, правильною гипертрофіею всѣхъ гистологическихъ элементовъ, входящихъ въ составъ матки, причѣмъ и полость послѣдней также подвергается увеличенію пропорціонально утолщенію ея стѣнокъ; придатки матки (трубы, яичники) не принимаютъ участія въ этой гипертрофіи.

Кардинальными симптомами описываемой патологической формы авторъ считаетъ: 1) присутствіе правильной формы опухоли, очень похожей на беременность 4—6 мѣсяцевъ, увеличивающейся въ объемъ во время мѣсячныхъ и нѣсколько уменьшающейся въ межменструальномъ періодѣ; 2) періодическія кровотеченія, совпадающія съ регулами и длящіяся иногда по 10—15 дней; 3) въ промежуткахъ между кровотеченіями — обильныя серозно-слизистыя бѣли; 4) увеличеніе полости матки какъ въ длину, такъ и въ ширину. Отъ фиброміомъ авторъ отличаетъ эту эссенціальную, такъ сказать, гипертрофію матки на основаніи правильности формы ея и нѣсколько эластичной консистенціи, менѣе плотной, чѣмъ при фиброміомахъ.

Рекомендуемая авторомъ терапія заключается въ препаратахъ спорыньи, электричествѣ въ видѣ постоянного тока и, наконецъ, кастраціи. Въ заключеніе онъ приводитъ исторію одного случая, признаннаго имъ за «гигантство» матки и излеченнаго вырѣзываніемъ яичниковъ, послѣ чего кровотеченія и прочіе припадки исчезли, а матка въ теченіе 2½ мѣсяцевъ уменьшилась въ объемъ приблизительно втрое.

(Во всякомъ случаѣ, должно замѣтить, что возрѣнія автора, совершенно лишенныя анатомической основы, по меньшей мѣрѣ не убѣдительны и требу-

¹⁾ Рамки реферата не позволяютъ мнѣ коснуться литературныхъ указаній автора, подробностей техники, ухода и послѣоперационнаго теченія. Интересующіеся найдутъ все это въ оригинальной статьѣ, иллюстрированной рисунками, поясняющими технику операціи, устройство аппарата и его приѣмленіе.

ють дальнѣйшаго, болѣе объективнаго подтвержденія; а пока неволью приходится отнести менѣе рѣзкія формы наблюдавшагося имъ увеличенія матки къ разряду хроническихъ метритовъ, недостаточнаго обратнаго развитія послѣ родовъ и т. п., а болѣе выраженные случаи — къ фиброміомамъ и, вообще, новообразованіямъ матки; къ послѣдней группѣ, повидимому, принадлежатъ и упомянутый случай кастраціи. *Рез.*) **А. Фишеръ.**

59. Vulliet. Des fibromyomes utérins et des opérations qui leur sont applicables par les voies naturelles. (Journ. de Médec. de Paris. 1887. Vol. XIII. №№ 24, 25 et 26). **О фиброміомахъ матки и операціяхъ, которыми онѣ удаляются черезъ естественные пути.**

Фиброміома, зародившаяся въ мышечномъ слое матки, достигнувъ извѣстной величины, становится постороннимъ тѣломъ для этого слоя. Мышечныя волокна послѣдняго реагируютъ на постороннее тѣло сокращеніемъ. Если новообразование помѣщается какъ разъ по срединѣ мышечнаго слоя, то обѣ его половины, развивая при сокращеніи своємъ равныя силы, оставляютъ опухоль въ покоѣ. Если же мышечная стѣнка дѣлится опухолью на двѣ неравныя части, то бѣльшая часть стѣнки перемѣститъ новообразование въ сторону меньшей. Если слой мышечной стѣнки съ большимъ поперечникомъ прилегае къ брюшинѣ, то опухоль пережѣстится по направленію къ слизистой оболочкѣ, и обратно. Такъ какъ самыя благоприятныя условія для роста фиброміомы совпадаютъ съ ея интерстиціальнымъ состояніемъ, то сокращенія матки, старающіяся превратить интерстиціальную опухоль въ подслизистую или въ подбрюшинную, — несомнѣнно цѣлебны. Теранія должна усиливать ихъ или прямымъ образомъ, или косвенно, ослабляя сопротивленіе имъ. Прямо усиливаютъ маточныя сокращенія электричество и эрготинъ. Постоянный и прерывистый токи даютъ одинаково хорошіе результаты. Одинъ электродъ прикладывается къ маточной шейкѣ, другой — къ животу. Фарадизація, утромъ и вечеромъ по 15', предоставляется самой больной. Одна больная электризовалась въ теченіе 7 лѣтъ. Эрготинъ дается то внутрь, то подкожно. Оперативная помощь показуется лишь въ случаяхъ неустранимыхъ безъ нея угрожающихъ явленій со стороны кровотеченія или сдавленія опухолью сосѣднихъ органовъ. Способъ автора расширения матки, заключающійся, какъ извѣстно, въ прогрессивной тампонаціи ея полости, долженъ играть роль не только предварительнаго оперативнаго приѣма, но и обычнаго діагностическаго пособия, безъ котораго авторъ, во многихъ случаяхъ подслизистыхъ и интерстиціальныхъ фиброидовъ, не видитъ возможности ориентироваться въ топографіи новообразованія. Иногда удобнѣе прибѣгать къ ламинаріямъ и губкамъ, вставляемымъ по нѣсколько разъ. Длина ихъ должна соответствовать длинѣ всей полости матки, такъ какъ расширяется вся матка, а не одна шейка. Губки, вслѣдствіе ихъ конической формы, укладываются попеременно то вершиною, то основаніемъ впередъ. Способы оперированія автора родившихся и полостныхъ фиброидовъ ничѣмъ существеннымъ не отличаются отъ извѣстныхъ. Интерстиціальныя же опухоли, къ удаленію которыхъ авторъ,

опасаясь их быстрого роста, приступает сравнительно рано, лечатся имъ слѣдующимъ образомъ. Послѣ соответствующаго случая расширения всей полости матки, дѣлается внутриматочный разрывъ вдоль всего новообразованія, для чего употребляется ножъ со скрытымъ лезвиемъ, а иногда изогнутыя по краю ножницы. Глубина разрыва опредѣляется толщиной покрывающей опухоль слоя матки. Далѣе, слѣдуютъ обильныя дезинфицирующія промыванія полости матки и тампонація ея йодоформенной ватой. Со слѣдующаго дня начинается примѣненіе электричества и эрготина. Тампонація возобновляется каждые 48 час. Кромѣ ваты и наконечника для спринцованія въ матку ничего не вводится. Въ результатѣ получается одинъ изъ трехъ исходовъ: или происходитъ вылушеніе опухоли, или новообразование превращается въ полостной полипъ, или же, наконецъ, остается status quo ante. Вылушеніе наступаетъ обыкновенно не сразу, а происходитъ частями. Авторъ наблюдалъ случаи вылушенія, тянувшіяся отъ 2-хъ до 21-го дня. При асептическомъ веденіи процесса вылушеніе идетъ безлихорадочно. Если въ теченіе 3-хъ недѣль не наступитъ, этотъ исходъ, надо предполагать, что разрывъ зарубцевался. Въ послѣднемъ случаѣ не теряется еще надежды на превращеніе интестинциальной опухоли въ полостной полипъ. Третій, отрицательный исходъ, авторъ склоненъ объяснять отекомъ или какимъ либо перерожденіемъ новообразованія, вслѣдствіе которыхъ послѣднее становится объектомъ, недостаточно удобнымъ для изгоняющаго дѣйствія сокращеній маточной стѣнки. Но и въ этихъ случаяхъ, гдѣ разрывъ не давалъ прямого результата, онъ все-таки уменьшалъ потери крови и приостанавливалъ ростъ опухоли. Слѣдующій случай автора показываетъ, что послѣ родовымъ состояніемъ матки можно пользоваться такъ же, какъ и искусственнымъ ея расширеніемъ. На 3-й день по окончаніи 5-тимѣсячнаго выкидыша, матка, съ фибридомъ въ большой апельсинъ на передней стѣнкѣ, была затампонирована, а на 5-й день разрыванъ слой, покрывавшій внутри интестинциальную фиброму. Незначительное кровотеченіе. Матка снова затампонирована. На 6-й день послѣ разрыва появились родовыя боли, изгнавшія кусокъ опухоли. Съ промежуткомъ въ 5—6 дней онѣ появились еще 2 раза съ отдѣленіемъ остальныхъ частей новообразованія. Въ этой же статьѣ авторъ приводитъ два случая, гдѣ ему удалось подъ наркозомъ редрессировать ущемленную, перегнутую взадъ матку съ фиброидами, причемъ послѣ редрессаціи опухоль въ одномъ случаѣ достигла пупка, а въ другомъ—стояла еще выше.

В. Желтухинъ.

60. Bailly. Trois cas d'écouvillonage de l'utérus. (Journ. de Médec. de Paris. 1887. Vol. XIII. № 25). Три случая чистки полости матки банниками.

Авторъ сообщаетъ 3 случая удачнаго леченія полостныхъ заболѣваній матки банниками, по способу *Doléris*. Кровотеченія, въ двухъ случаяхъ послѣ выкидыша, и въ одномъ—вслѣдствіе геморрагическаго эндометрита, прекратились подъ влияніемъ этого леченія, производившагося слѣдующимъ образомъ. Послѣ предварительнаго расширения матки ламинаріей, влагалище

промывается раствором сулемы 1:1000; матка низводится пулевыми щипцами, захватившими переднюю губу; цервикальный канал расширяется еще больше металлическим расширителем *Charrière's*; затѣмъ вводится въ полость тѣла матки большой мягкой банникъ (*écouvillon*), смазанный іодоформомъ въ глицеринѣ ($1/10$), и производится первая «чистка» (*brossage*) слизистой оболочки. Далѣе, первый банникъ замѣняется другимъ, жесткимъ, смоченнымъ глицериномъ съ креозотомъ (*glycérine créosotée à 1/5*). Потомъ снова вводится первый банникъ съ первою же смѣсью, и операція кончается спринцованіемъ растворомъ сулемы. Авторъ оперировалъ безъ наркоза.

В. Желтухинъ.

61. I. *Fagnart*. Observation de kyste de l'ovaire avec adhérences. (La Presse Médicale Belge, 1 janvier 1888; Société anatomo-pathologique de Bruxelles, séance du 11 décembre 1887). Случай кисты яичника со сращениями.

II. *Gilis*. Kyste de l'ovaire; ovariectomie. (Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier, 24 décembre 1887). Киста яичника; овариотомія.

I. Д-ръ *Fagnart* сообщаетъ слѣдующій случай кисты яичника, оперированный проф. *De-Roubaix*: М. Х., 40 л., вышла замужъ 37 л., дѣтей не имѣетъ. За годъ до выхода замужъ, назадъ тому 4 года, она замѣтила у себя появленіе опухоли въ правой половинѣ живота, но никакихъ разстройствъ эта опухоль не вызывала; регулы были правильны. Только за послѣднее время, когда опухоль приняла громадные размѣры, обнаружались разстройства дыханія, функцій пузыря и прямой кишки. Мѣстный врачъ объявилъ больной, что она беременна, но когда эта quasi-беременность стала такъ тягостна для больной, то послѣдняя обратилась къ проф. *De-Roubaix*, который сейчасъ же опредѣлилъ, что это за беременность, и, поставивъ діагнозъ кисты яичника, приступилъ 1 декабря къ операціи, предварительно сдѣлавъ пробный проколъ, давшій 18 литровъ жидкости шоколаднаго цвѣта. Послѣ разрѣза кожи, хирургъ, обходя опухоль пальцами, нашелъ множество сращеній съ передней стѣнкой, перевязалъ ихъ и перерѣзалъ. Когда такимъ образомъ киста осталась висѣть только на своей ножкѣ, троакаромъ *Spencer-Wells's* было выпущено еще 12 литровъ жидкости. Затѣмъ, пришлось удалить нѣсколько мелкихъ кистъ изъ грыжевидно-выпяченнаго пупка. По удаленіи опухоли, она оказалась двугнѣздою, причеиъ сидѣвшая внутри вторичная киста содержала безцвѣтную коллоидную массу. Послѣоперационный періодъ протекъ благопріятно. 6 декабря оперированная имѣла первое испраженіе, 7-го снята повязка, 8-го удалены швы. Случай этотъ докладчикъ считаетъ интереснымъ въ томъ отношеніи, что содержимое кисты было неодинаково въ двухъ ея частяхъ.

Гораздо поучительнѣе случай д-ра *Gilis*, въ которомъ 1) діагнозъ былъ затрудненъ вызванными опухолью разстройствомъ, 2) вслѣдъ за операціею неожиданно развились нервныя явленія, и 3) весьма интересенъ результатъ

гистологическаго изслѣдованія опухоли, такъ какъ онъ подтверждаетъ одну изъ существующихъ въ настоящее время теорій относительно патогенеза кисты яичника.

II. Въ ноябрѣ 1886 г. къ автору обратилась за совѣтомъ больная 60 лѣтъ, хорошаго сложенія, два раза рожавшая, — жалуясь на упорные запоры, существующіе уже 15—18 лѣтъ и за послѣднее время ставшіе особенно мучительными. Менструировала она до 50 лѣтъ, всегда правильно; никакими болѣзнями не страдала; на волосистой части головы замѣтно множество сальныхъ кистъ. Назадъ тому недѣлю ея состояніе особенно ухудшилось: желудокъ пересталъ варить, при введеніи пищи стала сейчасъ же появляться рвота; животъ сильно растянуть газами, особенно по срединѣ и справа, тогда какъ налѣво перкуторный тонъ глуше. Изслѣдованіе *per gestum* не дало ничего особеннаго; при влагалитцномъ изслѣдованіи найдено только, что матка мала и лежитъ высоко. Такъ какъ на основаніи этихъ данныхъ поставить діагнозъ было невозможно, то прежде всего нужно было уменьшить тшпанитъ, чтобы сдѣлать возможнымъ ощупываніе брюшныхъ органовъ; назначены глицериновые промывательныя, дух *vomica* внутрь, пульверизація живота эфиромъ и электризація. Спустя 8 дней животъ опалъ и въ лѣвой части его стала ясна нефлюктуирующая опухоль; предположивъ кисту яичника, авторъ сдѣлалъ пробный проколь и получилъ 3 литра жидкости шоколаднаго цвѣта. Отъ операціи больная отказалась. Въ концѣ января 1887 г. у нея появились признаки гипереміи обохъ легкихъ, скоро исчезнушіе. 20 февраля развились симптомы внутренняго ущемленія, которые прекратились послѣ соответствующаго лѣченія, но чрезъ 8 дней появились опять; состояніе больной стало очень тяжелымъ, но на операцію она согласилась только послѣ долгихъ убѣжденій приглашеннаго авторомъ проф. *Dubruel'*я. Операція произведена 20 марта, при строгой антисептикѣ; киста содержала 10 литровъ жидкости; рана закрыта чрезбрюшиннымъ швомъ, наложена іодоформенная повязка. 21—22 марта температура 37°,4—37,7°; моча обильна; вечеромъ 22-го больная, не смотря на строгое запрещеніе, помочилась безъ катетѣра, и тотчасъ же у нея начались колики и позывъ на низъ; кала выдѣлилось много. 23 марта колики продолжались, больная возбуждена, испражнялась нѣсколько разъ. 24-го колики усилились, появились сильныя боли при мочеиспусканіи, а ночью развился нервный приступъ: больная пришла въ очень возбужденное состояніе, стала браниться и кричать, порывалась вскочить съ постели; боли въ животѣ. 25-го первая смѣна повязки; температура 39° и 39,°8; новый приступъ возбужденія. 26-го температура 39°, возбужденіе; мочеиспусканіе часто и болѣзненно. 27-го вторая перемѣна повязки; рана зажила первымъ натяженіемъ; температура вечеромъ 37,4; съ этого времени ни лихорадки, ни нервныхъ приступовъ не было, и больная выздоровѣла. Эти нервные приступы, граничившіе съ *delirium*, авторъ считалъ сначала результатомъ мѣстнаго перитонита въ области ножки опухоли, но затѣмъ пришелъ къ убѣжденію, что дѣло шло здѣсь объ истерическихъ явленіяхъ, вызванныхъ травмою. Проф. *Dubruel'* видѣлъ то же самое у 40-лѣтней старой дѣвы, у

которой подобные истерическіе приступы развились послѣ операціи, гораздо менѣ тяжелой (см. *Gaz. hebdomadaire de médecine*, 18 août 1883).

Опухоль состояла изъ главнаго мѣшка вмѣстимостью въ 10 литровъ и мягкой опухоли величиною съ два кулака, наполненной содержащимъ волоса казеознымъ содержимымъ, т. е., дермоидной кисты; рядомъ съ послѣдней находилась третья опухоль, плотная, величиною съ кулакъ. Яичника нельзя было найти.

Макроскопическое изслѣдованіе. А. *Плотная часть опухоли* представляется сѣрвато-бѣлаго цвѣта, болѣе темнаго въ нѣкоторыхъ мѣстахъ; ткань ея пронизана полостями разной величины. Б. *Большой кистовидный мѣшокъ* снаружи гладокъ, стѣнки его неодинаково толсты въ различныхъ мѣстахъ (отъ 1 миллим. до 1 сант.) и представляются состоящими изъ двухъ слоевъ различной консистенціи. В. *Дермоидная киста* имѣетъ очень тонкія стѣнки, мѣстами меньше 1 миллим. толщиной; салное содержимое ея содержитъ множество черныхъ и рыжихъ волосъ.

Гистологическое изслѣдованіе. А. *Плотная часть опухоли*, послѣ окраски пикрокарминомъ, при малыхъ увеличеніяхъ представляется состоящею изъ плотной соединительной ткани; послѣдняя при большихъ увеличеніяхъ состоитъ изъ плотныхъ фиброзныхъ перекладинъ съ соединительно-тканными и эмбриональными клѣтками. Промежутки между этими перекладинами представляются въ видѣ трубокъ, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ, почти вездѣ однослойнымъ. Б. *Стѣнки большого мѣшка* состоятъ, идя снаружи кънутри, изъ 1) плотнаго соединительнотканнаго слоя, мѣстами пронизаннаго выстланными эпителиемъ отверстиями, 2) очень рѣдкой соединительнотканной сѣтки и 3) слоя ткани совершенно похожей на ткань плотной опухоли. В. *Дермоидная киста* состоитъ изъ фиброзной стѣнки, въ одномъ мѣстѣ которой находится бугорокъ величиною съ орѣхъ, откуда растутъ волосы; этотъ бугорокъ имѣетъ строеніе кожи, состоя изъ эпителиальнаго слоя и сосочковаго, при чемъ послѣдній содержитъ салныя и потовыя железы, сосуды и волосныя мѣшечки. Это гистологическое изслѣдованіе вообще вполне подтверждаетъ теорію *Malassez* относительно происхожденія кистъ яичника изъ недоразвившихся *Pflüger*'овыхъ трубокъ, отрѣзки которыхъ все болѣе и болѣе растягиваются содержимымъ, отдѣляемымъ ихъ внутреннею поверхностью.

С. Груздевъ.

62. **Demons. Communication sur les épanchements pleurétiques, qui surviennent chez certaines femmes atteintes de kystes de l'ovaire.** (*Le Progrès Méd.* 1887. № 52. Soc. de Chirurgie, Séance du 21 Déc. 1887). О плевритическихъ выпотахъ, сопровождающихъ кисты яичниковъ.

Оставляя въ сторонѣ плевриты злокачественнаго или кахетическаго происхожденія, часто сопутствующіе злокачественнымъ новообразованіямъ яичника, докладчикъ обращаетъ вниманіе на серозные плевритическіе экссудаты, которые онъ наблюдалъ у 10-ти изъ 50-ти больныхъ кистами яичника. Та-

кое высокое процентное отношеніе указываетъ не на одно только простое совпаденіе. Плевриты встрѣчались при кистахъ средняго и очень большаго объема. Боль обыкновенно бываетъ слабая, иногда сильная, порою она совсѣмъ отсутствуетъ. Большею частью выпотъ оказывается прозрачнымъ, лимоннаго цвѣта. Въ единственномъ случаѣ прокола плевральной полости можно было убѣдиться, что дѣло идетъ не о транссудатѣ, такъ какъ по удаленіи жидкости слышенъ былъ шумъ тренія. Выпотъ можетъ быть двухсторонній и односторонній. Въ послѣднемъ случаѣ онъ можетъ помѣщаться на сторовѣ опухоли, или на противоположной. Докладчикъ не видитъ въ плевритѣ противопоказанія къ оваріотоміи, если только одышка не слишкомъ велика. Выпотъ исчезаетъ послѣ оваріотоміи, оставляя только шумъ тренія. Въ сообщающихся между собою лимфатическихъ сосудахъ брюшины и плевры авторъ усматриваетъ анатомическую подкладку причинной связи между кистой яичника и плевретическимъ эксудатомъ.

Въ томъ же засѣданіи *Terrillon* сообщилъ, что онъ предпочитаетъ при лапаротоміяхъ обмывать брюшину кипяченою водою и послѣ чревооткрытія давать больнымъ легкія слабительныя. *Pozzi* указалъ на неоднократное послѣдовательное кипяченіе, какъ на способъ вѣрнѣе стерилизующій воду.

В. Желтухинъ.

63. **H. Schmid. Ovarial-Cystenriss, Ovariectomie, Heilung.**—(Cntr. f. Gyn., 1887, № 48). Разрывъ кисты яичника, оваріотомія, выздоровленіе.

Разрывамъ подвергаются обыкновенно тонкостѣнные кисты, представляющія наименьшее сопротивленіе травматическимъ вліяніямъ. Но эти разрывы не столь опасны, ибо, если содержимое кисты серозное, то, при излитіи его въ брюшную полость, оно легко всасывается, да и коллоидныя массы въ такихъ случаяхъ не безусловно смертельны, какъ показали наблюденія. Въ приводимомъ случаѣ въ полость брюшины попало много коллоидной жидкости, и послѣдующія явленія, въ силу своего угрожающаго характера, заставили прибѣгнуть къ немедленной операціи.

Въ сентябрѣ 1884 года больная, 33 лѣтъ, прислана проф. *Lumpiszer* въ Пештѣ для оперативнаго леченія кисты лѣваго яичника. Опухоль, величиною съ арбузъ, подвижная, рѣзко ограниченная, выдается надъ среднею линією живота; покровы живота средней толщины, флюктуируютъ посрединѣ, нечувствительны; тонъ — по бокамъ тимпаническій, въ срединѣ — тупой. Опухоль растетъ въ продолженіе 4 лѣтъ. Черезъ четыре дня послѣ поступленія вдругъ явилась непрерывная рвота и позывы на низъ; больная мечется, блѣдна, пульсъ нитевидный; она едва можетъ объяснить, что, поворотившись въ постели, она вдругъ почувствовала, что у нея въ животѣ что-то лопнуло. Животъ сглаженъ, тонъ — въ срединѣ тимпаническій, по бокамъ — тупой. Опредѣленъ разрывъ кисты, назначена немедленная операція. Разрѣзъ — по бѣлой линіи до предбрюшинной жировой клѣтчатки, подъ которой замѣчена гладкая сѣрая поверхность, ошибочно принятая за стѣнку кисты и оказавшаяся просто воспалительно-утолщеною брюшиной. При вскрытіи ея изъ

брюшной полости вылилось около литра коллоидной жидкости. На передней стѣнкѣ кисты найдена обызвестковѣвшая поверхность, величиной съ дѣтскую ладонь, по которой зигзагомъ проходилъ разрывъ, около 3 см. длиною. Срошения съ Дугласомъ отдѣлены безъ острыхъ инструментовъ. Значительную часть 4-часовой операціи занялъ тщательный туалетъ брюшной полости, изъ которой губками извлечено еще около 2 литровъ жидкости. Брюшина прикрѣплена къ брюшной стѣнкѣ матрацнымъ швомъ; рана защита глубокими и поверхностными узловыми швами; въ брюшную полость проведено 3 дренажа. Рана зажила нагноеніемъ въ два мѣсяца; отъ времени до времени отпадали толстые клочки омертвѣвшей ткани, съ острымъ запахомъ. Большая выписалась съ шедшей въ брюшную полость фистулой, изъ которой черезъ 6 мѣсяцевъ вышло 5 шелковыхъ лигатуръ. Больная вполне оправилась.

А. Гермониусъ.

64. **Davies.** Note on a case of successful ovariectomy in a patient 75 years of age. (The British Gynaecological Journal, November). Случай овариотоміи у 75-ти-лѣтней женщины, окончившійся выздоровленіемъ.

Оперированная д-ромъ *E. J. Davies*'омъ (17-го сентября 1887, въ Liverpool Hospital for Women) женщина оказывается, по наведеннымъ имъ справкамъ въ литературѣ, самую старшую по возрасту изъ пережившихъ овариотомію: наиболее приближается къ его случаю случай *Thomas'a Keith'a* (73 года) и затѣмъ *Spencer Wells'a* (70 л.); послѣдній оперировалъ, правда, у одной 77-ти-лѣтней больной, но она умерла отъ истощенія на 6-й день послѣ операціи. — Въ случаѣ д-ра *Davies'a* опухоль занимала почти весь животъ и была срощена спереди съ брюшиною, такъ что отдѣлить ее отъ послѣдней во время операціи было нелегко. Киста была одногнѣздная, съ темнымъ жидкимъ содержимымъ. Рана зажила первымъ натяженіемъ, и оперированная поправилась.

С. Сергѣевъ.

65. **Abbe.** Marked Diminution in the Size of a Uterine Fibroid following Removal of the Appendages. (The New-York Medical Journal, ноябрь, 26, стр. 606). Замѣтное уменьшеніе величины маточнаго фиброида послѣ удаленія маточныхъ придатковъ.

Въ засѣданіи хирургическаго общества въ Нью-Йоркѣ, д-ръ *Abbe* показалъ фотографическіе снимки съ больной, которую онъ оперировалъ годъ тому назадъ. Это была 24-хъ-лѣтняя женщина, имѣвшая фиброму матки, величиною съ мужскую голову. Новообразование это, выросшее въ теченіе 2—3 лѣтъ, причиняло больной сильныя боли и обусловливало кровотеченія. Чревосѣченіе было произведено при помощи д-ра *Peters'a*. Для достиженія и удаленія маточныхъ придатковъ пришлось приподнять опухоль изъ полости таза, такъ что докладчикъ могъ составить себѣ весьма точное понятіе о ея величинѣ. Послѣоперационный періодъ прошелъ гладко и больная чувствуетъ себя съ тѣхъ поръ весьма хорошо; такъ что можетъ продолжать свои обыч-

ныя занатія (прачки). Боли и кровотеченія прекратились; мѣсячныя же продолжаютъ правильно появляться черезъ 28-дневныя промежутки. Половья ощущенія сохранены. Больная была изслѣдована два дня тому назадъ, при чемъ найдено, что опухоль уменьшилась почти на половину. Д-ръ *Lange* сказалъ, что онъ уже болѣе года наблюдаетъ 2 большихъ, которымъ онъ произвелъ ту же операцію. Въ обоихъ случаяхъ опухоль уменьшилась на половину, сравнительно съ первоначальной величиной. Одна больная совсѣмъ не менструировала, другая же продолжала менструировать нѣкоторое время, но затѣмъ потеряла регулы, взамѣнъ которыхъ у нея стали появляться ежемѣсячныя носовыя кровотеченія. Д-ръ *Bridson* спросилъ, нельзя ли объяснить не прекращеніе мѣсячнаго существованіемъ 3-го яичника? Д-ръ *Abbe* возразилъ, что нельзя обобщать этого объясненія, такъ какъ случаи, въ которыхъ былъ найденъ добавочный яичникъ, сравнительно немногочисленны, между тѣмъ какъ продолженіе мѣсячнаго, послѣ удаленія маточныхъ придатковъ, явленіе далеко не рѣдкое.

Л. Личкусъ.

66. I. M. Baldy. Salines in peritonitis following abdominal section. (The Journal of the American Medical Association, December 17). Лѣченіе слабительными солями послѣоперационнаго перитонита.

По *Agnew*, 25% всѣхъ смертныхъ случаевъ послѣ лапаротоміи обуславливаются перитонитомъ; понятно отсюда, что бороться съ этимъ грознымъ осложненіемъ долженъ всякій хирургъ всѣми силами. Между тѣмъ, что же дѣлается въ большинствѣ случаевъ?—Прежде всего, многіе считаютъ своею обязанностью задержать перистальтику кишекъ и только на 2-й или 3-й день послѣ операціи даютъ слабительныя соли въ повторныхъ, но малыхъ дозахъ, особенно когда существуетъ растяженіе кишечника и упорная рвота желчью. Но уже *Tait* возстаетъ противъ этого рутиннаго образа дѣйствій, и къ его мнѣнію присоединяется авторъ. Послѣдній предпочитаетъ давать соли большими и часто повторяемыми дозами, напр., по $\bar{3}j$, назначая сверхъ того, при вполнѣ развитомъ перитонитѣ вливанія терпентиннаго масла по $\frac{1}{2}$ галлона. Результаты обыкновенно получаются очень хорошіе, и припадки начинаютъ ослабѣвать почти тотчасъ же послѣ появленія водянистыхъ испражнений. Такое лѣченіе во всякомъ случаѣ полезнѣе, по мнѣнію автора, чѣмъ назначеніе опія, который можетъ сильно повредить, благопріятствуя образованію кишечныхъ сращеній, такъ часто ведущихъ за собою непроходимость кишечника; сверхъ того, опій запираетъ всѣ выходы для удаленія ядовитыхъ воспалительныхъ продуктовъ. Напротивъ соли, вызывая дѣятельную перистальтику, мѣшаютъ образованію сращеній и способствуютъ изгнанію всѣхъ вредныхъ продуктовъ. Правда, чрезчуръ сильное послабленіе также вредно, но при умѣренности и благоразуміи до этого дѣла не можетъ дойти. Такому лѣченію солями не подлежитъ только сухой перитонитъ, который лучше лѣчить опіемъ.

С. Сергѣевъ.

67. **Terrillon. Ouverture par la laparotomie des abcès pelviens intrapéritonéaux et profonds chez la femme.** (Le Progrès Méd. 1887. № 52. Leçon). **О вскрытіи при посредствѣ чревоотъченія внутрибрюшинныхъ и глубокихъ нарывовъ у женщины.**

Иллюстрируя свою лекцію описаніемъ нѣсколькихъ доказательныхъ оперированныхъ имъ случаевъ, лекторъ настаиваетъ на примѣненіи чревоотъченія къ леченію внутрибрюшинныхъ глубокихъ абсцессовъ у женщинъ, какъ еще не нашедшихъ себѣ выхода, такъ и уже сообщающихся съ пузыремъ или съ прямою кишкою. Опорожнивъ такой нарывъ аспираторомъ *Potain'a*, авторъ разрѣзаетъ его стѣнку ножницами или ножомъ и вшиваетъ пустой мѣшокъ въ брюшную рану. Къ выскабливанію ложкой внутренней поверхности стѣнки мѣшка онъ относится недовѣрчиво, опасаясь прободенія.

В. Желтухинъ.

68. **Haggard. Continuous irrigation with hot water in sepsis after laparotomy.** (Southern Practitioner; The Journal of the American Medical Association, December 17). **Непрерывное орошеніе горячею водою при сепсисѣ послѣ лапаротоміи.**

Авторъ приводитъ случай частичнаго удаленія маточной фибромы, въ которомъ вслѣдствіе омертвѣнія остатка развился сепсисъ, но при непрерывномъ орошеніи горячею (105° F) водою въ теченіе недѣли и обильномъ примѣненіи тоническихъ средствъ больная выздоровѣла. Въ другомъ случаѣ сепсиса послѣ лапаротоміи, произведенной по поводу кисты широкой связки, 12-ти-дневное орошеніе водою такой же температуры содѣйствовало удаленію распавшихся тканей и дѣло окончилось также выздоровленіемъ. Въ обоихъ случаяхъ обычные методы дренажированія не примѣнялись.

С. Сергѣевъ.

69. **Hulbert. Divulsion of the cervix.** (St. Louis Courier of Medicine, December). **О насильственномъ расширеніи маточной шейки.**

Подвергнувъ тщательному разбору механическое устройство матки и функциональную пригодность ея, д-ръ *Hulbert* приходитъ къ такого рода выводамъ.

Вся форма и устройство матки какъ нельзя болѣе цѣлесообразны для выполненія maximum'a работы, всякая часть этого органа необходима для надлежащаго функционированія его; поэтому всѣхъ средствъ, которыя не ведутъ къ восстановленію нормы, слѣдуетъ избѣгать, а къ числу ихъ относится и насильственное расширеніе шейки, которое слѣдовательно не можетъ имѣть мѣста въ научной медицинѣ, какъ ненаучное и часто вредное, расширять же шейку можно только до фізіологическаго предѣла. Дисменоррея отъ механическихъ причинъ или стеноза шейки, считающаяся показаніемъ къ разбираемой операци, встрѣчается по мнѣнію автора крайне рѣдко.

С. Сергѣевъ.

70. **Z. H. Evans. Is extirpation of the uterus for cancer a justifiable operation?** (Philadelphia Medical Times, January 1, 1888). Дозвоительно ли экстирпировать матку при ракъ ея?

Основываясь на невозможности при ракъ матки опредѣлить, гдѣ кончается перерожденная ткань и гдѣ начинается здоровая, д-ръ *Evans* заявляетъ, что по его мнѣнію полная экстирпація раковой матки представляется операціею ненаучною, основанною на незнаніи патологии болѣзни, и потому обречена на такое же забвеніе, какъ выполненная нѣсколько лѣтъ тому назадъ *Billroth*'омъ операція рака желудка. До тѣхъ поръ, — говоритъ въ заключеніе авторъ, — пока патологи не объяснятъ намъ сущность этого роковаго заболѣванія, мы должны оставить мысль о радикальномъ леченіи болѣзни, по необходимости ограничиваясь лишь палліативными средствами.

Сергій Груздевъ.

71. **Le Fort. De l'hystérectomie vaginale.** (Journ. de Médec. de Paris. 1887. Vol. XIII, № 23. Acad. de Médec. Séance du 29 novembre). О влагалищной экстирпаціи матки.

Указывая на то, что полная влагалищная экстирпація матки, по *Hofmeister*'у, за первый годъ своего существованія дала 63% неуспѣха (сумма смертей отъ операціи и рецидивовъ), черезъ 2 года 82% и черезъ 3 года 89%, докладчикъ не видитъ основанія для энтузіазма, съ которымъ относится къ этой операціи большинство хирурговъ. Тѣмъ не менѣе, онъ считаетъ ее примѣнимою при извѣстныхъ условіяхъ. Въ случаяхъ рака шейки матки, частичному удаленію матки онъ предпочитаетъ полное, подобно полному удаленію грудной желѣзы, пораженной ракомъ. *Verneuil* высказался въ пользу ампутаціи шейки по видоизмѣненному способу *Chassaignac*'а, добавивъ, что частичная ампутація даетъ только 10% смертности, тогда какъ полная — 25%. *Trélat* раздѣляетъ мнѣніе *Le Fort*'а.

В. Желтухинъ.

72. **R. Chrobak. Über Iodoformdocht.** (Centralbl. für Gynäkologie, 1888, № 1). О іодоформномъ фитилѣ.

По поводу предложенія *R. Gersuny* (Centralbl. f. Chirurgie, 1887, № 31) замѣнять іодоформное марли такимъ же фитилемъ, авторъ останавливается на способности послѣдняго замѣнять дренажъ тамъ, гдѣ требуется удалить только жидкость (безъ ключевъ гноя, кусковъ ткани и пр.). На основаніи прямыхъ опытовъ онъ доказываетъ, что волосность фитиля очень велика: если взять двѣ пробирки, изъ которыхъ въ одну налита вода, а другая суха, и соединить ихъ іодоформнымъ фитилемъ, концы котораго опущены въ обѣ пробирки, то черезъ 24 ч. обѣ пробирки будутъ содержать по равному количеству воды, между тѣмъ какъ при замѣнѣ фитиля іодоформною марлею, — вторая пробирка черезъ тотъ же промежутокъ времени остается совершенно сухой, и само марли или вовсе не смочится надъ уровнемъ воды, или, въ силу волосности, вода подыметъ по немъ лишь на очень небольшую высоту. Поэтому авторъ рекомендуетъ іодоформный фитиль особенно

въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кромѣ тампонаціи имѣется въ виду удаленіе крови, жидкаго гноя и пр., и находить, что въ такихъ случаяхъ іодоформный фитиль вполне можетъ замѣнить дренажъ. Въ подтвержденіе оныя приводитъ два случая лапаротоміи, въ которыхъ іодоформный фитиль былъ имъ заложенъ въ брюшную полость, и одинъ конецъ его выведенъ наружу черезъ нижній уголъ брюшной раны. Фитиль очень скоро имбиривался жидкимъ содержимымъ брюшной полости, и, подымаясь по немъ въ силу капиллярности, эта жидкость выходила наружу и сильно пропитывала повязку. Далѣе, авторъ считаетъ особенно умѣстнымъ примѣненіе іодоформнаго или таннинъ-іодормнаго фитиля при эндометритахъ, гдѣ оныя дѣйствуютъ и какъ лекарственное средство, и какъ дренажъ. Для введенія его въ полость матки (тонкими прядями изъ 3—6 нитей) оныя пользуется тонкими, гладкими, слегка изогнутыми по краю щипцами съ конической верхушкой.

А. Соловьевъ.

73. **Cuzzi. L'azione meccanica dei pessarii nella cura dei principali spostamenti uterini.** (Gazzetta degli Ospitali, 15 gennaio 1888; Società Medico-Chirurgica di Pavia, seduta del 26 novembre 1887). **О механическомъ дѣйствіи пессаріевъ при лѣченіи главнѣйшихъ смѣщеній матки.**

Для лѣченія начальныхъ стадій смѣщенія матки авторъ употребляетъ свой пессарій, по формѣ похожій на *Hodge'*евскій, съ тою только разницею, что придѣланною недалеко отъ середины большой дуги поперечною перегородкою въ немъ образуется окно, въ которое вставляется шейка. Механизмъ дѣйствія этого инструмента обуславливается многими факторами, легко понятными-если знать причины нормальнаго положенія матки.

Что касается отдѣльныхъ видовъ смѣщенія, то при антефлексіи и антеверсіи матки проф. *Cuzzi* ставитъ на первомъ планѣ причинное лѣченіе; его пессарій также можетъ принести нѣкоторую пользу, если его соотвѣтственно изогнуть. Для предупрежденія ретроверсіи необходимо заботиться о хорошей инволюціи послѣродовой матки; хорошій пессарій, отодвигая шейку кверху и кзади, и здѣсь полезенъ, облегчая инволюцію Дугласовыхъ складокъ. При ретрофлексіи подѣйствовать прямо на Дугласовы складки не удастся, такъ что *Alexander* предложилъ дѣйствовать на тѣло матки, укорачивая круглыя связки, но этотъ способъ леченія, по мнѣнію проф. *Cuzzi*, не даетъ особенно хорошихъ результатовъ; бѣдшаго можно надѣяться добиться пессаріемъ автора, вставивъ его вверхъ и кзади.

Если имѣется дѣло съ выпаденіемъ матки, то авторъ обыкновенно прибѣгаетъ къ солпрогериноррѣархіи *Hegar'*а или къ срединной солпрогериноррѣархіи, только въ случаѣ рѣшительнаго отказа больныхъ ограничиваясь воимъ пессаріемъ.

С. Груздевъ.

74. R. H. Fetherston. Weight of Victorian infants. (The Australian Medical Journal, Melbourne, November 15). Вѣсъ новорожденныхъ въ колоніи Викторіа, въ Австраліи.

Интересуясь вопросомъ о сравнительной величинѣ вѣса новорожденныхъ Австраліи по отношенію къ другимъ странамъ, авторъ изслѣдовалъ вѣсъ 10 тысячъ новорожденныхъ (по 5 тыс. того и другаго пола), записанныхъ въ книгахъ Мельбурнскаго Women's Hospital.

Въ 1862 г. д-ръ *G. H. Fetherston* вывелъ изъ 300 случаевъ въ томъ же госпиталѣ средній вѣсъ новорожденныхъ въ 7 англ. фунтовъ 11 унцій¹⁾. Студентъ *S. E. A. Z. Woinarski* въ 1879 г. изслѣдовалъ около 100 случаевъ и нашелъ средній вѣсъ равнымъ 7 ф. 3 унц. Авторъ вычислялъ, что 5,000 мальчиковъ, родившіяся за періодъ времени отъ 1858 г. по 1887 г., вѣсили 37,203 ф., т. е. въ среднемъ по 7 ф. 7 унц. каждый, а такое же число дѣвочекъ 36,000 ф. или по 7 ф. 3¹/₅ унц. каждая; такимъ образомъ, хотя перевѣсъ и оказался на сторонѣ мужскаго пола, но незначительный, всего въ 3⁴/₅ унц. на каждого средняго новорожденнаго. Если взять вѣсъ 10 тыс., не обращая вниманія на полъ, то получится среднее 7 ф. 5¹/₅ унц., которое, по исключеніи 2,000 родившихся съ 1876 по 1879 г. (періодъ сильнаго упадка колоніи), увеличивается до 7 ф. 7 унц. (3373,58 грам.); эту цифру авторъ и считаетъ за истинную среднюю. За указанный 30-лѣтній періодъ было 374 новорожденныхъ, вѣсившихъ каждый болѣе 10 ф. (230 мальчиковъ, у которыхъ самый болѣе наблюдавшійся вѣсъ равнялся 16¹/₄, 13¹/₂ и 13¹/₄ ф., и 144 дѣвочекъ, съ наибольшимъ вѣсомъ 14, 13¹/₂ и 12¹/₂ фунт.).

Если сравнить эти цифры съ имѣющимися для другихъ странъ, то оказывается, что и среднимъ вѣсомъ новорожденныхъ и числомъ особенно тяжелыхъ Викторіа превосходитъ многія страны. Такъ *Cazeaux* даетъ средній вѣсъ для Франціи 6—7 ф., прибавляя, что изъ 3,000 родившихся подъ его наблюденіемъ дѣтей, самое тяжелое вѣсило 10 ф., а изъ 4,000 новорожденныхъ въ *La Maternité* только одинъ вѣсилъ 12 ф. *Spiegelberg* въ своемъ учебникѣ акушерства считаетъ за средній вѣсъ 7 ф. для мальчиковъ и 6³/₄ для дѣвочекъ; самый тяжелый изъ его новорожденныхъ вѣсилъ 11¹/₂ ф. *Simpson* нашелъ средній вѣсъ безъ различія половъ равнымъ 6 ф. 13 унц. 7 драхмъ (7 ф. 3 др. для мальчиковъ и 6 ф. 10 унц. 11 др. для дѣвочекъ). Наконецъ, д-ръ *Alfred Mc. Clintock*, въ своихъ примѣчаніяхъ къ акушерству *Smellie*, сообщаетъ, что для 1,233 доношенныхъ дѣтей, родившихся въ Дублинскомъ *Lying-in Hospital* въ 1855 и 1856 гг., средній вѣсъ равнялся 7 ф. 3 унц. 340 гран. (7 ф. 6 унц. 41 гр. для мужскаго пола и 7 ф. 1 унц. 79 гр. для женскаго). Самое большое дитя изъ родившихся съ 1854 г. по 1861 г. вѣсило 12 ф. За дальнѣйшими подробностями авторъ отсылаетъ желающихъ къ статьѣ д-ра *Ogston*'а въ *Edinburgh Medical Journal* за январь 1881 г.

С. Сергѣевъ.

¹⁾ Английскій фунтъ равняется 453,59 грам., а унція (ихъ 16 въ фунтѣ)—28,35 грам.

Прим. реф.

75. Budin. note sur une tumeur du cordon ombilical. (Le Progrès Méd. 1887. № 53). **Замѣтка объ опухоли пупочнаго канатика.**

Авторъ очень подробно описываетъ и приводитъ рисунки новообразованія тератоиднаго типа, величиною въ кулакъ взрослога человѣка, помѣщавшагося на пупочномъ канатикѣ, въ 207 сант. разстоянія отъ пупочнаго кольца живой доношенной дѣвочки. Опухоль имѣла 3 полости, заключала въ себѣ представителей самыхъ различныхъ тканей и походила по микроскопическому составу на такого же типа кисты яичника и яичка. Роды (4-ые) протекли совершенно правильно. Съ 4-го мѣсяца беременности мать страдала ощущеніемъ тяжести внизу живота и болями въ лѣвомъ боку и бедрѣ, усилившимися въ послѣдніе 4 мѣсяца настолько, что беременная почти перестала ходить. На 6-мъ мѣсяцѣ она перенесла тяжкое горе. Первые 3 беременности никакихъ аномальностей не представляли.

В. Желтухинъ.

76. Parvin. Injuries of the Foetus during Labor. (The New-jork Medical Journal, ноябрь 26, стр. 606 — 611 и декабрь 3, стр. 634 — 639). **Поврежденія плода во время родовъ.**

Въ засѣданіи медицинскаго общества въ Филадельфій, д-ръ Parvin, разбирая вышеназванный вопросъ, замѣтилъ, что хотя поврежденія плода во время родовъ и не часты, тѣмъ не менѣе онѣ, вѣроятно, и не такъ рѣдки, какъ обыкновенно полагаютъ. Во многихъ случаяхъ онѣ не распознаются тотчасъ послѣ родовъ и либо самопроизвольно заживаютъ, либо же ведутъ за собою такіа патологическія послѣдствія, которыя, затѣмъ, приписываются другимъ ошибочнымъ причинамъ. Нѣкоторыя изъ такихъ поврежденій происходятъ во время родовъ, протекающихъ spontaneo modo, другія же при родахъ, оконченныхъ ручными или инструментальными пособіями. Въ виду невозможности классифицировать данныя поврежденія согласно съ обуславливающими ихъ причинами, докладчикъ подраздѣлялъ ихъ по мѣсту, гдѣ онѣ встрѣчаются: на поврежденія головы, шеи, туловища и конечностей. Перечисливши подробно эти всѣмъ извѣстныя поврежденія и пояснивши ихъ, по мѣстамъ, казуистическими литературными данными, докладчикъ приходитъ къ тому выводу, что слѣдуетъ болѣе снисходительно относиться къ врачамъ практикамъ, имѣющимъ несчастье переживать подобные случаи, ибо многія изъ наиболѣе серьезныхъ поврежденій могутъ возникнуть безъ вины акушера. Другой выводъ докладчика состоитъ въ томъ, что необходимо прибѣгать къ немедленному извлеченію послѣ поворота только при наличности строгихъ показаній; при такомъ образѣ дѣйствія можно избѣгнуть многихъ поврежденій плода, ибо, по справедливому замѣчанію Lamotte'a, неправильно дѣйствующая рука акушера опаснѣе любого инструмента. Въ заключеніе докладчикъ поставилъ на разрѣшеніе общества слѣдующіе вопросы: какой наиболѣе безопасный ручной способъ извлеченія послѣдующей головки? Какъ поступать въ случаяхъ таковаго предложенія, требующихъ медицинскаго пособія: слѣдуетъ ли, при возможности, низвести ножку, по совѣту Goodel'я, дабы быть въ состояніи, при необходимости, окончить роды извлеченіемъ; должно ли примѣнять тупой крью-

чокъ и слѣдуетъ ли, вообще, накладывать щипцы на ягодицы? Можно ли утверждать, что переломы бедра заживаютъ такъ же легко, какъ переломы верхнихъ конечностей и ключицы? Какой способъ леченія, въ данномъ случаѣ, наилучшій? Въ случаяхъ переломовъ черепныхъ костей съ вдавленіями оныхъ, не могутъ ли быть спасены многія жизни путемъ трепанаци? Въ другихъ же случаяхъ, неокончившихся смертельно, можно ли надѣяться на полное сохраненіе умственныхъ способностей? Д-ръ *Lusk* замѣтилъ, что докладчикъ привелъ старыя литературныя данныя для того, чтобы доказать, что переломы черепа могутъ произойти и при родахъ, протекающихъ *spontano modo*. Въ современной литературѣ подобныя наблюденія встрѣчаются крайне рѣдко. *Veit*, какъ извѣстно, опубликовалъ случай, въ которомъ поврежденіе черепа зависѣли отъ большихъ дозъ эрготина. *L.* думаетъ поэтому, что и во многихъ аналогичныхъ случаяхъ, опубликованныхъ много лѣтъ тому назадъ, немаловажную роль играло злоупотребленіе названнымъ средствомъ. Что касается вдавленій черепа, то въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онѣ не сопровождаются никакими припадками, можно надѣяться, что ребенокъ останется въ живыхъ и что вдавленіе это постепенно исчезнетъ. Оппонентъ обратилъ далѣе вниманіе на тотъ вредъ, который можетъ возникнуть при захватываніи щипцами головки въ лобно-затылочномъ размѣрѣ: вслѣдствіе давленія на продолговатый мозгъ разстраивается дыхательная функція и ребенокъ извлекается часто мертвымъ. Желательно, поэтому, въ случаѣ невозможности захватить головку въ поперечномъ размѣрѣ, наложить щипцы по крайней мѣрѣ въ косомъ. Замѣтивши далѣе, что при трудномъ извлеченіи ручекъ, позволительно иногда сломать ту или другую, лишь бы извлечь плодъ живымъ, *L.* говоритъ, что врача нельзя, конечно, обвинить за подобное осложненіе, но его можно обвинить за то, что ручка, напримѣръ, запрокинулась за затылокъ, ибо это указываетъ на неправильныя манипуляціи съ туповищемъ плода. Изъ другихъ замѣчаній оппонента слѣдуетъ еще указать на то, что онъ считаетъ возможнымъ, при извѣстныхъ обстоятельствахъ, наложеніе щипцовъ и на ягодицы, не примѣняя, однако, большой силы. Д-ръ *Wilson* былъ одинъ лишь разъ свидѣтелемъ наложенія щипцовъ на ягодицы, которыя ошибочно были приняты за головку. Роды окончены осторожными тракціями безъ вреда для матери и плода. Д-ра *Leaman* и *Longaker* обратили вниманіе на то, что рановременное перевязываніе пуповины обуславливаетъ персистированіе овальнаго отверстия, что бываетъ причиною разныхъ болѣзней питанія въ дѣтскомъ возрастѣ. Д-ръ *Wharton Sinkler* замѣтилъ, что большое количество параличей, которые приходилось ему наблюдать у дѣтей, зависѣли отъ тяжкихъ и длительныхъ родовъ или же родовъ оконченныхъ помощью инструментовъ. Д-ръ *Naucrede* обратилъ вниманіе на необходимость болѣе тщательнаго леченія поврежденій мягкихъ частей головки, которыя при несоблюденіи обезгниливанія могутъ повлечь за собою періоститъ, воспаленіе синусовъ, менингитъ, энцефалитъ и даже часто піэмію. Въ виду невозможности примѣнить въ подобныхъ случаяхъ повязку *Lister's*, слѣдуетъ прибѣгнуть къ борной кислотѣ, которая имѣетъ преимущество су-

хой перевязки. Оппонентъ обратилъ далѣе вниманіе на тотъ фактъ, что простые переломы черепа сами по себѣ не сопровождаются никакими послѣдствіями. Бояться слѣдуетъ лишь одновременнаго съ переломомъ поврежденія мозга. Въ такихъ случаяхъ умѣстна трепанакія, хотя и она, наперекоръ статистикѣ, по мнѣнію N., не вполне обезпечиваетъ отъ опасныхъ послѣдствій. Д-ръ *Goodel* замѣтилъ, что и ему случалось успѣшно извлекать ягодицы щипцами, но послѣднія при этомъ имѣютъ наклонность соскальзывать, поэтому онъ предпочитаетъ при ягодичномъ положеніи низводить ножку, дабы имѣть возможность вполне распоряжаться родами. Д-ръ *Lee* сказалъ, что ему приходилось наблюдать лишь небольшое число случаевъ гемиплегіи или параличей (у дѣтей 5—6 лѣтъ), которые могли бы быть поставлены въ зависимость отъ поврежденій, полученныхъ во время родовъ. Страданія нервной системы, ведущія свое начало отъ рожденія, бываютъ скорѣе ирритативнаго, чѣмъ паралитическаго характера: спастическіе параличи или спастическія сведенія. Подобные случаи обыкновенно неизлечимы и сопровождаются извѣстною степенью слабоумія. Д-ръ *Wood* замѣтилъ, что у 5 или 6-ти-лѣтнихъ дѣтей мы никогда не встрѣчаемъ гемиплегіи или параличей, обусловленныхъ поврежденіями во время родовъ, по той простой причинѣ, что дѣти съ такими поврежденіями не живутъ долго. Обыкновенно же встрѣчаются случаи спастическаго паралича, обусловленные родовыми поврежденіями, которые часто совсѣмъ просматриваются. Нѣсколько замѣчаній сдѣлали еще *Parish*, *Price* и *Ludlow*. Д-ръ *Parvin* сожалѣетъ, что не обсуждался вопросъ объ извлеченіи послѣдующей головки; онъ полагаетъ также, что недостаточно разобранъ вопросъ о вліяніи затянувшихся родовъ и родовъ, оконченныхъ щипцами, на послѣдовательныя растройства нервной системы и въ особенности на возникновеніе идиотизма.

Л. Личкусъ.

77. *Descroizilles*. D'un cas de céphalématome. (La France médicale, № 148, 1887). Случай цефалэматомы.

Къ автору былъ принесенъ плохо упитанный ребенокъ, мальчикъ 15-ти дней отъ рожденія. Мать, женщина болѣзненная и живущая при скверныхъ условіяхъ, благополучно родила его въ срокъ. Предлежала головка. Въ самый день рожденія замѣтили на черепѣ малютки ненормальное возвышеніе, которое стало замѣтно увеличиваться въ слѣдующіе дни. При осмотрѣ: на лѣвой темянной кости большая неподатливая округленная опухоль, яйцевидной формы. Бѣльшій, передне-задній діаметръ ея параллеленъ стрѣловидному шву и отстоитъ отъ него на 4 сант. Размѣры: спереди назадъ 9 сант., справа на лѣво 5 сант. При ощупываніи: пульсація вѣтъ, ясная флюктуакія, отсутствіе чувствительности. Надавливаніе не вызываетъ ни рвоты, ни судорогъ. По краю опухоли прощупывается костный валикъ, наиболѣе выраженный около двутемяннаго шва. Покровы черепа на мѣстѣ опухоли нормальнаго цвѣта и консистенціи, покрыты густыми волосами. Діагнозъ: цефалэматома. Происхожденіе опухолей подобнаго рода авторъ ставитъ въ зависимость отъ тѣхъ сжатій, которымъ подвергается головка плода, проходя по родовому

каналу. Что касается терапіи, то авторъ присоединяется къ мнѣнію тѣхъ, которые въ такихъ случаяхъ воздерживаются отъ всякаго оперативнаго вмѣшательства (Tarnier). Онъ ограничился поэтому назначеніемъ крѣпкаго раствора нашатыря для смачиванія компрессовъ. Сверху ихъ накладывался кусокъ гибкаго картона и одѣвался чепчикъ, производившій умѣренное сжатіе. При такомъ методѣ леченія опухоль стала быстро уменьшаться, и чрезъ 18 дней отъ всей опухоли оставался только костный валикъ, прощупывавшійся на мѣстѣ ея внутренняго края. Вообще, цефалематомы, по автору, быстро всасываются, но въ виду того, что онѣ являются обыкновенно у крайне истощенныхъ дѣтей, прогнозъ общаго состоянія надо ставить съ осторожностью.

В. Массень.

78. Кратній отчетъ о дѣятельности акушерско-гинекологической секціи съѣзда итальянскихъ врачей въ Павіи, осенью 1887 года.

Составилъ, по рефератамъ въ Gazzetta degli Ospitali и другихъ итальянскихъ изданій

Сергій Груздевъ.

Tibone сдѣлалъ сообщеніе къ вопросу о причинахъ смерти плода во время родового акта.

Докладчикъ указалъ на одну мало извѣстную до сихъ поръ причину умيرانія плода во время родовъ, именно на недостаточное окостенѣніе черепной покрывки его, вслѣдствіе чего давленіе передается содержимому черепа и чрезъ посредство цереброспинальной жидкости продолговатому мозгу. Одинъ такой случай наблюдалъ онъ самъ, а кромѣ того нѣсколько собрано д-ромъ *Truzzi*. Смерть происходитъ въ такихъ случаяхъ то отъ асфиксіи, то отъ паралича сердца. Для предупрежденія летальнаго исхода докладчикъ советуетъ употреблять кольпейринтеръ и щипцы, поворотъ же считаетъ не особенно пригоднымъ.

На вопросъ проф. *Calderini*, не было ли указаній на сифилисъ въ случаѣ докладчика, послѣдній отвѣчалъ отрицательно.

Bordè говорилъ о внутриматочной тампонаціи при тяжелыхъ метроррагіяхъ *post partum*.

Авторъ сообщилъ два случая, въ которыхъ онъ, чтобы остановить наступившее послѣ родовъ сильное кровотеченіе, ввелъ тампоны (по одному) немного меньше кулака величиною, напитанные растворомъ полуторохлористаго желѣза; кровотеченіе въ обоихъ случаяхъ прекратилось и послѣродовой періодъ протекалъ благополучно. Средство это, по мнѣнію д-ра *Bordè*, дѣйствуетъ вѣрно и быстро, будучи не такъ опасно, какъ выпрыскиваніе раствора полуторохлористаго желѣза.

Candia прибавилъ, что въ подобныхъ случаяхъ также довольно быстро и хорошо дѣйствуютъ выпрыскиванія горячей (50°) воды, какъ увѣряетъ *De Cristoforis*.

Pestalozza сообщил о новомъ оперативномъ способѣ лѣченія воспаленій шейки и паренхиматознаго метрита.

Обозрѣвъ наиболѣе распространенные методы лѣченія эрозій шейки, докладчикъ высказался противъ употребленія прижигающихъ, въ пользу ампутаціи ножомъ; вмѣсто шва онъ предлагаетъ сильное прижиганіе окровавленныхъ поверхностей, такъ какъ при этомъ операція совершается легче, разрушающее дѣйствіе распространяется на болѣшую глубину и кровотечения останавливаются скорѣе. Этотъ же методъ полезенъ при паренхиматозныхъ метритахъ, гдѣ при помощи его быстро достигается обратное развитіе хроническаго инфаркта матки вслѣдствіе совмѣстнаго дѣйствія ампутаціи и прижиганія. Въ заключеніе д-ръ *Pestalozza* привелъ три съ успѣхомъ оперированные имъ по этому способу случая.

De Cristoforis замѣтилъ, что противъ эрозій полезно употреблять хромовую кислоту. *Colucci* сообщил о железахъ *Фаллопиевыхъ* трубъ.

Авторъ [привелъ результаты своихъ изслѣдованій, произведенныхъ (совмѣстно съ проф. *Paladini*) надъ яйцепроводами женщины, собаки, кошки, кролика и медвѣдицы. На основаніи этихъ изслѣдованій онъ пришелъ къ убѣжденію, что въ *Фаллопиевыхъ* трубахъ несомнѣнно существуютъ слизистыя железы.

Candia говорил о радикальномъ оперативномъ лѣченіи выпаденій матки и влагалища.

Разобравъ въ подробностяхъ современное положеніе этого вопроса, докладчикъ описалъ случай, удачно оперированный имъ по методу *Martin'a*, съ тѣмъ только небольшимъ видоизмѣненіемъ, что окровавливаніе было произведено на большемъ пространствѣ по направленію вверхъ.

Сигги замѣтилъ, что онъ лично оперируетъ обыкновенно по способу *Негар'a*, у женщинъ же переступившихъ за климактерію предпочитаетъ методъ *Neugebauer'a*, дающій всегда удовлетворительные результаты и мало болѣзненный.

Pasquali сообщилъ случай излѣченія дермоидной кисты яичника прижиганіемъ. Такъ какъ больная рѣшительно не соглашалась на лапаротомию, а между тѣмъ обнаружилия признаки изъязвленія кишечника, то авторъ употребилъ прижиганіе; черезъ образовавшееся отверстіе выдѣлилось сальное содержимое кисты съ волосами, зубами и костями, и больная выздоровѣла.—Кромѣ того, докладчикъ привелъ два случая хроническаго выворота матки: вслѣдствіе несправимости перваго изъ этихъ случаевъ, пришлось удалить вывороченную часть, послѣ чего больная умерла отъ гнилостнаго перитонита, а культи оказалась опять вывороченною; другой случай, въ которомъ прижигался кольпейринтеръ, окончился вправленіемъ на 25-й день. По мнѣнію д-ра *P.* и выворотъ культи и вправленіе кольпейринтеромъ зависѣли отъ дѣйствія широкихъ связокъ.

Calderini изложилъ нѣсколько наблюденій надъ продуктами выкабливанія при эндометритахъ.

Изъ многихъ представленныхъ авторомъ препаратовъ интересны особенно

три, которые, по его мнѣнію, имѣютъ нѣкоторую цѣнность для рѣшенія вопроса о происхожденіи клѣтокъ отпадающей оболочки, о возможности перехода эндометрита въ карциному и о значеніи болѣзней плодныхъ оболочекъ, какъ причины выкидышей.

Inverardi сдѣлалъ сообщеніе къ вопросу о механизмѣ родовъ.

Разобравъ изслѣдованія прежнихъ авторовъ объ оси таза въ состояніи покоя и объ образованіи во время родовъ новаго канала изъ мягкихъ частей, докладчикъ перешелъ затѣмъ къ собственнымъ изслѣдованіямъ относительно оси этого канала; найдя экспериментальнымъ путемъ плоскости, гдѣ этотъ каналъ оказываетъ наибольшее сопротивленіе прохожденію головки, и соединивъ краевыя точки каждой изъ этихъ плоскостей, онъ продолжилъ полученную линію до неизмѣняющейся оси костнаго канала и получилъ такимъ образомъ ось таза во время родовъ, представляющуюся въ видѣ ломаной линіи.

Gioia говорилъ объ общественной акушерской профилактикѣ.

Изложивъ сущность новѣйшихъ теорій родильной горячки, докладчикъ высказалъ необходимость, чтобы эта болѣзнь, какъ другія эпидемическія и контагіозныя заболѣванія, была введена въ сферу дѣятельности санитарной полиціи; указавъ затѣмъ на жалкое положеніе этого вопроса въ Италіи, по сравненію съ другими странами, д-ръ *G.* закончилъ свое сообщеніе, выразивъ надежду, что по крайней мѣрѣ большія общины введутъ у себя профилактику родильной горячки.

Сообщеніе это вызвало оживленныя пренія, и въ концѣ концовъ секція единогласно постановила назначить затронутый вопросъ для обсужденія, на ближайшемъ будущемъ съѣздѣ.

Polacco привелъ два случая внутренняго выкидыша.

Передавъ вкратцѣ исторію этихъ двухъ случаевъ, докладчикъ высказалъ убѣжденіе, что въ обоихъ ихъ изгнаніе мертваго плода наружу не послѣдовало вслѣдствіе вліянія большихъ дозъ опія, данныхъ для предупрежденія выкидыша. Въ одномъ случаѣ изслѣдованы были ткани плода и его придатки; они оказались совершенно неизмѣненными.

Casati сообщалъ о видоизмѣненіи операціи *Alexander'a*.

Предлагаемое авторомъ видоизмѣненіе операціи *Alexander'a*, съ успѣхомъ испробованное имъ въ одномъ случаѣ, состоитъ въ слѣдующемъ: 1) разрѣзъ проводится одинъ, въ поперечномъ направленіи отъ одного паховаго кольца къ другому, чѣмъ облегчается отыскиваніе связокъ; 2) обѣ связки пришиваются къ столбикамъ наружнаго паховаго кольца и 3) по укороченіи ихъ, перекрещиваются надъ лобкомъ, чѣмъ исключается возможность возврата.

Carbonelli говорилъ о кифотическо-рахитическомъ тазѣ.

Докладчикъ описалъ рѣдкій экземпляръ таза изъ Мессинской клиники, въ которомъ признаки рахитизма и кифоза не компенсировались взаимно, какъ это обыкновенно наблюдается, а существовали порознь — первые въ нижнемъ отрѣзкѣ, вторые въ верхнемъ.

De Cristoforis сдѣлалъ сообщеніе о *массажѣ женскихъ половыхъ органовъ*.

Авторъ задался цѣлью разсѣять предубѣжденія противъ этого метода, указавъ на достигаемые при помощи его хорошіе результаты, если не забывать необходимыхъ предосторожностей, т. е. не массировать при наличности остраго процесса, а равно прекращать массажъ дней за 5 до наступленія регулъ и затѣмъ опять начинать его не раньше 5 дней по прекращеніи ихъ.

Suzgi предложилъ «водный массажъ», т. е., растяженіе влагалища водою подъ умѣреннымъ давленіемъ; особенно полезно по его мнѣнію употреблять съ этою цѣлью слабый теплый растворъ хлористаго натра.

Chiarleoni заявилъ, что онъ охотнѣе назначаетъ горячія припарки.

Guzgoni говорилъ о *новомъ признакѣ для распознаванія беременности двойнями*.

Этотъ новый признакъ составляетъ ограниченная флюктуация, наблюдающаяся на одной половинѣ матки послѣ разрыва пузыря и истеченія соотвѣствующихъ водъ. Авторъ привелъ три такихъ случая. Онъ замѣтилъ также равнее сглаживаніе и расширеніе цервикальнаго канала въ послѣдніе дни беременности.

Bancolini сообщилъ *случай остеомалачіи*.

Случай этотъ авторъ считаетъ интереснымъ въ томъ отношеніи, что онъ наблюдался въ Павійской провинціи, считающейся иммунной по отношенію къ этому заболѣванію. Больная представляла характерныя боли и потерю способности движенія, обиліе фосфатовъ въ мочѣ, но діаметры таза были нормальны и роды прошли благополучно. — Тотъ же авторъ описалъ *два случая, въ которыхъ назначеніе стрнокислаго хиинина едва не повело къ выкидышу*, при чемъ лихорадка не оказала никакого вліянія, такъ какъ тогда плоды были бы мертвы, а оба описанные случая окончились, по минованіи опасности, рожденіемъ живыхъ дѣтей.

Rossi говорилъ о *внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ*.

Рядомъ опытовъ на трупахъ авторъ доказалъ, что впрыскиваемая въ матку жидкость лишь съ большимъ трудомъ можетъ попасть въ полость брюшины, и потому считаетъ эту опасность небольшою. Для устраненія маточныхъ коликъ онъ совѣтуетъ предварительно впрыскивать 10—15 сантиграм. кокаина.

(Окончаніе слѣдуетъ).

А. Я. Крассовскій.

Редакторы: Н. Ф. Славянскій.

И. И. Смольскій.

ЖУРНАЛЬ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

Будеть выходить въ 1888 году, подъ редакцію А. Я. Крассовскаго, К. Ф. Славянскаго и И. И. Смольскаго, ежемѣсячно книжками въ 4—6 печатныхъ листовъ. Программа: 1) Оригинальныя статьи, лекціи и казуистика (русскія и переводныя), 2) Рефераты, 3) Критика и библиографія, 4) Корреспонденція, 5) Объявленія. Въ видѣ приложенія—Протоколы засѣданій Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-ПетербургѢ.

Подписная цѣна для иногородныхъ съ доставкою 8 р. за годъ, для городскихъ—7 р. 50 к., безъ доставки 7 р., для членовъ Общества и студентовъ медицины—6 руб. 50 к. Подписка принимается только на годъ въ Редакціи (С.-Петербургъ, Ивановская ул., д. № 14, кв. № 20) и въ КонторѢ Редакціи при медико-хирургическомъ книжномъ магазинѢ Н. П. Петрова (С.-Петербургъ, Выборгская, Нижегородская улица, д. № 17). Разсрочки и комиссіонерская уступка не допускаются.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1888 Г.

(ПЯТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНІЯ)

НА

ВѢСТНИКЪ ОФТАЛМОЛОГІИ

ДВУХМѢСЯЧНЫЙ ОФТАЛМОЛОГИЧЕСКІЙ ЖУРНАЛЪ,

издаваемый подъ редакціей

д-ра А. В. Ходина,

профессора офталмологіи въ университетѣ Св. Владимира, при содѣйствіи проф. Адамюка въ Казани, д-ра Бѣлова въ Варшавѣ, проф. Вольфринга въ Варшавѣ, проф. Гиршмана въ Харьковѣ, д-ра Денисенко въ Москвѣ, проф. Добровольскаго въ Петербургѣ, д-ра Донберга въ Петербургѣ, д-ра Евецкаго въ Москвѣ, д-ра Бацаурова въ Ярославлѣ, д-ра Брюкова въ Москвѣ, д-ра Ложечникова въ Москвѣ, д-ра Любинскаго въ Кронштадтѣ, д-ра Маклакова въ Москвѣ, д-ра Миткевича въ Одессѣ, д-ра Ибунова въ Владикавказѣ, д-ра Пржибыльскаго въ Варшавѣ, д-ра Рейха въ Тифлисѣ, д-ра Скребицкаго въ Петербургѣ, д-ра Талько въ Ярославлѣ, д-ра Фіалковскаго въ Бердичевѣ и мн. др.

Журналъ будетъ выходить, какъ и въ прошлые годы, каждыя 2 мѣсяца, книжками въ 5—6 и болѣе листовъ и содержать какъ оригинальныя статьи, такъ и рефераты по всѣмъ отдѣламъ офталмологіи.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА ШЕСТЬ РУБЛЕЙ СЪ ПЕРЕС. И ДОСТ.

Подписка принимается въ помѣщеніи редакціи: *Кіевъ, Нестеровская ул., д. 5.*

Редакторъ-издатель проф. **А. Ходинъ.**

НОВЫЯ КНИГИ:

ПРИМѢНЕНІЯ ГИМНАСТИКИ И МАССАЖА КЪ ЛЕЧЕНІЮ БОЛѢЗНЕЙ.

Профессора **Dujardin-Beaumetz'a.**

Переводъ съ французскаго д-ра В. К. Панченко. Съ рисунками.
1887 г. Цѣна 60 к.

ЛЕКЦІИ ОБЩЕЙ ТЕРАПІИ.

Профессора **НАУЕМ'А.**

Переводъ съ франц. доцента В.-М. Акад. д-ра **Т. И. Богомолова.**
1887 г. Цѣна 2 р.

Продаются въ „Медико-хирургическомъ магазинѣ“ **Н. П. ПЕТРОВА**
Спб., Выборгская, Нижегородская ул., № 17.

Принимается подписка на всѣ журналы и газеты по цѣнамъ редакцій.

ГОДЪ ВТОРОЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № 17.

Засѣданіе 17-го декабря 1887 г.

Предсѣдательствовалъ А. Я. Крассовскій.

Присутствовали 41 членъ: Баландинъ, Баскинъ, Вацевичъ, Виддеръ, Бѣляевъ, Вастень, Воловскій, Гарфункель, Довнарловичъ, Добрынинъ, Еремѣевъ, Еськовъ, Желтухинъ, Зачекъ, Змигродскій, Лазаревичъ, Лебедевъ, Лилѣевъ, Личкусъ, Марцынкевичъ, Мершъ, Оттъ, Полотебновъ, Поршняковъ, Радецкій, Рентельнъ, Репревъ, Рудольскій, Рунге, Салмановъ, Смольскій, Соловьевъ, Стравинскій, Фишеръ, Хрщоновичъ, Черневскій, Чернышевъ, Шлезингеръ, Шмидтъ, Шуриновъ, Янпольскій, 58 гостей и стенографъ.

Читанъ и утвержденъ протоколъ № 16, по поводу его,

К. I. Змигродскій въ дополненіе къ интересному казуистическому сообщенію д-ра Стравинскаго относительно повторной и обоюдосторонней вѣматочной беременности, позволилъ себѣ сдѣлать слѣдующія литературныя указанія:

Яс. Primerosius ¹⁾ описалъ случай вѣматочной беременности, относящейся къ 1591 году, гдѣ у одной и той же больной черезъ трехъ-лѣтній промежутокъ времени развившіеся два плода были успѣшно извлечены путемъ лапаротоміи.

Въ монографіяхъ Campbell'я и Parry ²⁾ цитированъ цѣлый рядъ наблюдений повторной вѣматочной беременности и Puech ³⁾ произвелъ даже стати-

¹⁾ Яс. Primerosi. De mulierum morbis. Libri V Roterodami. Anno 1655. 4 p. 316.

²⁾ Parry. Extra uterine pregnancy. Philadelphia. 1876, pag. 144—150.

³⁾ Puech. De la répétition des grossesses extra-utérines. Gazette Obstétricale. Paris. 1879. VIII. p. 321.

стическое изслѣдованіе этого вопроса, причѣмъ нашолъ, что повторное развитіе внѣматочной беременности встрѣчается такъ же часто какъ двойни при нормальной беременности.

Въ моей диссертациі ¹⁾ приведенъ, наблюдавшійся въ клиникѣ проф. Славянскаго, случай повторной haematocoele, развившейся, вѣроятно, вслѣдствіе двукратной трубной беременности и окончившейся выздоровленіемъ. Анатомическій же препаратъ, идентичный демонстрированному здѣсь, описанъ въ 1885 году въ Голландіи Siegenbeck von Neuhelon'омъ ²⁾, гдѣ на одной сторонѣ былъ свѣже лопнувшій мѣшокъ трубной беременности, на другой же трубная же беременность въ состояніи обратнаго развитія.

Слѣдовательно, и столь рѣдкое явленіе какъ повторная и обоюдосторонняя внѣматочная беременность имѣютъ уже свою литературу.

Врачъ С. В. Филимонова сообщила случай *пузырно-маточнаго свища*, оперированный А. И. Лебедевымъ. Указавъ сначала на то, что изъ литературы ей удалось собрать только 14 подобныхъ случаевъ, докладчица перешла къ описанію сказаннаго случая. Крестьянка, 36 л., поступила въ клинику 20 октября 1887 г. съ жалобами на произвольное истеченіе мочи черезъ влагалище, которое наступаетъ неминуемо, какъ только больная сядетъ или ляжетъ; въ стоячемъ же положеніи моча выдѣляется нормальнымъ образомъ черезъ мочеиспускательный каналъ. Такое состояніе наступило у нея *тотчасъ послѣ родовъ, бывшихъ 3 марта сего года*. Запоры. Отецъ больной пилъ запоемъ, мать умерла отъ чахотки. Ходить начала на 9 мѣсяцѣ, но къ году обнаружилия признаки англійской болѣзни, такъ что больная перестала ходить и лишь на 5 году снова стала твердо на ноги. Первое мѣсячное на 17 году; онѣ приходили черезъ 3 недѣли, продолжались по 7 дней. Рожала 12 разъ, обыкновенно легко, хотя воды и проходили задолго (часовъ за 12) до прорѣзыванія головки. Особенно трудными были 11-е роды, при которыхъ произошелъ разрывъ передняго свода влагалища, а крупный плодъ извлеченъ помощію поворота мертвымъ. 3 года, затѣмъ, не имѣла дѣтей и пользовалась хорошимъ

¹⁾ Змигородскій. Къ ученію о внѣматочной беременности. Диссерт. 1886. стр. 42 и 47.

²⁾ Siegenbeck von Neuhelon. Weekblad von het. Niderl. Tijdschr. voor Geneesk. 1885. 5. September. Centralbl. f. Gynäk. 1885 № 50.

здоровьемъ. Послѣдніе роды — легкіе, какъ уже сказано, были 3 марта; родившаяся маленькая дѣвочка жива и по настоящее время. Тазъ — общесъуженный-плоскій: вертлюги 27, ости 22, гребни 25, прямой наружный $17\frac{1}{2}$, діагональная conjugata 10, истинная — 8,5; ромбъ *Michaelis*'а — Δ формы. Слизистая оболочка влагалища разрыхлена, матка обращена впередъ, подвижна, неболѣзненна, нормальной плотности. Длина ея полости $7\frac{1}{2}$ см. Увеличенная, въ особенности въ поперечномъ размѣрѣ, влагалищная часть обращена къзади; она имѣетъ неправильную форму. Наружный зѣвъ треугольный, пропускаетъ палець; передняя губа его выворочена, по срединѣ ея — надрывъ (верхушка Δ); боковые разрывы шейки, особенно слѣва. Въ задней губѣ, слѣва, потеря вещества, рубецъ. На передней стѣнкѣ шеечнаго канала, справа, на 1 см. отъ нижняго края передней губы, отверстіе, ведущее въ мочевой пузырь. Форма его продолговатая, поперечникъ равенъ размѣру средняго мужскаго катетера; края стянуты рубцемъ, плотны. Слизистая оболочка полости шейки, слѣва, около свища, образуетъ выступъ круглой формы. 23 октября свищъ зашить. Колѣнно-локтевое положеніе. Введено зеркало *Неймбауера*. Влагалищная часть захвачена 2 пулевыми щипцами и съ трудомъ низведена ко входу во влагалище. Зондъ, введенный въ свищъ, показалъ, что свищевой каналъ имѣетъ косое направленіе, снизу вверхъ и слѣва направо. Правосторонній разрѣзъ влагалищной части, чтобы сдѣлать болѣе доступнымъ операціонное поле. Окровавленіе краевъ свища. Свищевой каналъ оказался настолько большимъ, что пропускалъ палець, при чемъ отверстіе въ мочевомъ пузырьѣ больше, чѣмъ въ маткѣ. Наложены 4 шва справа налѣво. Концы нитокъ (сулемованный шелкъ № 10) обрѣзаны. Сдѣланный разрѣзъ шейки оставленъ пока незашитымъ, на случай, если бы операція не удалась. Результатъ получился, однако, отличный: на 9-й день сняты швы, первое натяженіе. Спустя нѣкоторое время зашиты и всѣ поврежденія шейки. Больная, вполне поправившаяся, показана Обществу.

А. И. Лебедевъ, отмѣтивъ рѣдкость подобныхъ случаевъ, указалъ на то, что такія заболѣванія встрѣчаются чаще у женщинъ, рожавшихъ уже нѣсколько разъ, и при томъ немолодыхъ.

Н. А. Салмановъ сообщилъ *случай кастраціи при фибромиомахъ матки*. 38-лѣтняя больная получила первое мѣсячное на 17 году; до замужества мѣсячныя приходили правильно, каждые 3 недѣли, и длились по 7 дней; послѣ же выхода замужъ, въ особенности за послѣдніе 3 года, стали путаться, появляясь то черезъ 3, то черезъ 4, а иногда и черезъ 5 недѣль и продолжаясь тоже различно; при этомъ онѣ очень обильны и болѣзненны. Послѣднее мѣсячное кончилось 1 октября и продолжалось 6 дней. Въ дѣвушкахъ больная 2 раза перенесла какую-то лихорадочную форму. 4 года тому назадъ она стала замѣчать въ правой подвздошной области небольшую опухоль, одновременно съ которою появились и боли въ той же области. Съ ростомъ опухоли усиливались и боли, а за послѣдній годъ онѣ сдѣлались положительно невыносимыми: не только ходьба, но даже приемъ пищи сопровождался увеличеніемъ страданій, такъ что за послѣдніе мѣсяцы больная питалась только бульономъ, кускомъ хлѣба и рюмкой вина. Сложение крѣпкое, подкожный жирный слой развитъ хорошо; видимыя слизистыя оболочки умѣренно налиты кровью. Животъ немного увеличенъ, въ особенности правая его половина. Въ правой подвздошной области прощупывается шаровидная опухоль, съ головку недоношеннаго новорожденнаго, очень подвижная и легко отодвигаемая до пупка, что, однако, сопровождается сильною болью. Брюшныя стѣнки свободно и безболѣзненно сдвигаются надъ опухолью. Кромѣ того, слѣва надъ лономъ прощупывается другая опухоль, съ куриное яйцо; она мало подвижна и почти безболѣзненна. Подъ хлороформомъ матка найдена плотною, смѣщенною въ лѣвую сторону таза и мало подвижною; лѣвый уголъ и задняя стѣнка ея неравномѣрно увеличены, въ видѣ бугра. Въ области дна прощупываются двѣ малоподвижныя, плотныя опухоли на широкомъ основаніи, одна съ кури-

ное яйце, тотчасъ надъ лономъ, а другая немного меньше, у лѣваго угла матки. На передней стѣнкѣ, соотвѣтственно внутреннему зѣву, прощупывается 3-я опухоль, въ видѣ бугра. Влагалищная часть увеличена и плотна. Черезъ правый сводъ можно опредѣлить нижній отрѣзокъ той самой опухоли, которая снаружи прощупывается въ правой подвздошной области; она сидитъ на длинной ножкѣ, идущей отъ праваго угла матки. Зонда черезъ внутренній зѣвъ провести не удалось. Распознаны межучочныя и подсывороточныя фиброміомы матки.—9 октября 1886 г. докладчикъ произвелъ операцію. Разрѣзъ отъ пупка до лона, приблизительно въ 14 см. Кишечныя петли удерживались согрѣтой тимоловой марлей, которой были обернуты и края раны. Опухоль выведена наружу. Ножка ея, толщиною около 2 поперечныхъ пальцевъ, шла вмѣстѣ съ Фаллопиевой трубой отъ праваго угла матки, причемъ разстояніе между нею и угломъ матки было около 10 см. Правый яичникъ и бахромка находились у корня опухоли въ видѣ придатка. На трубу, яичниковую связку и ножку опухоли наложены лигатуры въ два пучка. По отдѣленіи ножемъ яичника, бахромы и самой опухоли, листки брюшины культи Фаллопиевой трубы и яичника были соединены 3, а культи ножки опухоли—7 шелковыми швами. Лѣвый яичникъ былъ отысканъ съ трудомъ и удаленъ ножницами по наложеніи на него лигатуры въ 2 пучка; листки брюшины соединены 3 швами. Послѣ тщательнаго туалета брюшины, брюшная рана была соединена 5 глубокими и 12 поверхностными шелковыми швами. Опухоль, предъявленная Обществу, имѣетъ шаровидную форму, мѣстами бугристая; наибольшая окружность ея 25 см., а наименьшая 22; вѣсъ 249 грм. Ткань въ разрѣзѣ имѣетъ мраморный видъ. Микроскопъ показалъ, что ткань опухоли состоитъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ съ небольшимъ количествомъ соединительно-тканыхъ. Оба яичника слегка увеличены и содержатъ по одному желтому тѣлу и 2 маленькихъ кисты. Правая бахрома имѣетъ 3, лѣвая—2 отверстія. На правой Фаллопиевой трубѣ 2 опухоли, съ канареечное зерно. Послѣ операціон-

ный періодъ не представлялъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Самая высокая температура была 37,8°. На 9 день сняты глубокіе, а на 13—поверхностные швы. Срощеніе произошло первымъ натяженіемъ. На 18 день больной позволено было встать съ постели. 5 января 1887 г., спустя 3 мѣсяца послѣ операціи, у нея въ 1 разъ показались крови, продолжавшіяся 10 дней и сопровождавшіяся сильными болями. Въ концѣ февраля появились крови во 2 разъ, длились 9 дней, но сопровождались болью только въ теченіи 4 часовъ. 13 апрѣля опять незначительное кровотеченіе, но боли очень сильныя. Въ началѣ іюня крови продолжались 8 сутокъ, боль была незначительная. Съ іюня и по настоящее время крови болѣе не появлялись, и больная чувствуетъ себя совершенно здоровою. Матка находится теперь за лономъ; подвижность ея значительно увеличилась, а объемъ задней стѣнки и лѣваго угла уменьшился. Докладчикъ сообщилъ данный случай, чтобы доказать, что кастрація при множественныхъ фиброміомахъ, повидимому, можетъ принести такой же результатъ, какъ и при фиброміомахъ нещеристаго характера.

И. И. Смольскій поставилъ на видъ докладчику то обстоятельство, что онъ прибѣгъ къ операціи холощенія, не испытавъ предварительно лѣченія эрготиномъ, которое при фиброміомахъ нерѣдко даетъ отличные результаты и иногда позволяетъ обойтись, по крайней мѣрѣ, во многихъ случаяхъ безъ уродующаго женщину оскпления.

А. И. Лебедевъ замѣтилъ, что теченіе послѣ операціи холощенія мало изучено. По его наблюденіямъ, на 3-й и 4-й день наступаетъ обыкновенно небольшое кровотеченіе. Онъ думаетъ также, что типичныя кровотеченія изъ матки не всегда прекращаются послѣ операціи. Такъ, въ одномъ изъ его случаевъ, гдѣ оскпление было сдѣлано ради наклоненія матки кзади, 4 мѣсяца кровей не было, но затѣмъ, онѣ стали появляться каждые 4 недѣли и продолжались по 3—4 дня. Такія типичныя кровотеченія изъ матки объясняются, по его мнѣнію, привычкою организма къ правильной потерѣ опредѣленнаго количества крови. Чѣмъ ближе женщина къ климактерическому возрасту, тѣмъ скорѣе можно ожидать, послѣ операціи, полнаго прекращенія кровотеченія.

А. Я. Крассовскій подтвердилъ наблюденія *Л.*: послѣ гистеротоміи ему нерѣдко приходилось наблюдать кровотеченія на 3—4 день послѣ операціи; за то онъ почти никогда не наблюдалъ типичныхъ кровотеченій изъ матки послѣ двусторонней овариотоміи.

Е. Ф. Бацевичъ замѣтилъ, что у одной больной, которой *А. Я. Красовскій* сдѣлалъ двустороннюю овариотомію, онъ въ теченіи 8 мѣсяцевъ наблюдалъ типичныя кровотеченія, которыя не уступали даже горячимъ душамъ въ 43°.

А. Я. Красовскій возразилъ, что онъ имѣлъ въ виду только тѣхъ изъ своихъ больныхъ, о которыхъ имъ составлены уже подробные отчеты; вѣроятно, больная, о которой говорить д-ръ Бацевичъ не принадлежитъ къ числу ихъ.

Н. А. Салмановъ считаетъ возможнымъ объяснить послѣдовательныя кровотеченія у своей больной вліяніемъ послѣоперационнаго рубца.

А. С. Соловьевъ сообщилъ случай кесарскаго сѣченія по Roggo у IV—рождающей 33-хъ лѣтъ. Трое первыхъ родовъ были очень трудные; всѣ дѣти—доношенные—рождались мертвыми. Послѣ вторыхъ родовъ—пузырно-влагалищная фистула, зашитая *К. Ф. Славянскимъ*. Послѣ третьихъ родовъ (ягодичное положеніе), снова образовалась пузырно-влагалищная фистула, существующая и теперь. Роженица поступила въ клинику *К. Ф. Славянскаго* съ зѣвомъ, открытымъ на два пальца. Воды отошли за день до поступленія въ клинику; t° роженицы 39°, п. 116, д. 36, изъ влагалища—выдѣленія съ запахомъ. Размѣры таза: Sp. II. 22 см., Cr. II. 26, D. Troch. 27, Conj. ext. 16, diag. 10, v. 8 см. Положеніе ребенка—1-е затылочное. Головка подвижна надъ входомъ. Въ теченіе 6—7 часовъ пребыванія роженицы въ клиникѣ, не смотря на хорошія родовыя схватки, давшія почти полное раскрытіе зѣва, подлежащая часть in statu quo. Явленія endometritidis sub partu (t 39,2, п. 116, запахъ въ выдѣленіяхъ) требовали возможно скорого окончанія родовъ. Такъ какъ, при полной подвижности головки надъ входомъ въ тазъ, накладывать щипцы было невозможно, примѣненіе же поворота при данномъ, хотя неравномѣрно, но общеслуженномъ тазѣ не давало увѣренности, что извлеченіе плода не потребууетъ прободенія послѣдующей головки и, вообще, удастся безъ вреда для жизни ребенка, тѣмъ больше, что предыдущіе роды съ ягодичнымъ положеніемъ окончились смертью плода и образованіемъ фистулы у

матери; то, въ виду существующихъ показаній кончатъ роды и условій даннаго случая, оставалось, чтобы не производить перфорациі на живомъ плодѣ, кесарское сѣченіе при относительныхъ показаніяхъ, при чемъ, не рискуя опустить инфицированную матку въ брюшную полость, рѣшено было произвести послѣднее по Рогго. Операциія произведена К. Ф. Славянскимъ. По удаленіи матки и придатковъ, эластическій жгутъ, наложенный на ножку, опущенъ въ полость брюшины, концы же его выведены наружу. Ножка ущемлена въ нижнемъ углу брюшной раны, послѣдняя защита шелковыми узловатыми швами, при чемъ нижніе швы прошли черезъ ткань ножки надъ эластической лигатурой. Ребенокъ извлеченъ въ легкой степени асфиксіи и скоро оживленъ. Вѣсъ ребенка (дѣвочка) 2,550 grm., длина—46 cm.; головка овоидной формы, размѣры ея: прямая окружность 33 cm., косая 35 cm., вертикальная 30 cm., прямой размѣръ головки 11 cm., б. косой 12, м. косой 9, б. поперечный 8, м. попер. 7, верт. 9. Окружность плечиковъ 31 cm., поперечный разм. 11, окр. ягодиць 26, попер. 9, грудной разм. 8 cm.

Микроскопическое изслѣдованіе удаленной матки дало картину остраго эндометрита.

Швы сняты на 12-й день, культя отдѣлилась на 21 день. (Больная демонстрирована въ засѣданіи).

Въ заключеніе докладчикъ останавливается на особенности въ способѣ наложенія эластической лигатуры въ данномъ случаѣ, при чемъ охватывающая культю петля лигатуры оставлена въ полости брюшины, концы же ея выведены наружу. Отмѣтивши, что этотъ способъ наложенія жгута примѣнялся К. Ф. Славянскимъ нѣсколько разъ, начиная съ 1885 г., а также А. И. Лебедевымъ и А. Я. Крассовскимъ, докладчикъ отмѣчаетъ, что въ первый разъ этотъ способъ наложенія эластическаго жгута былъ примѣненъ нашимъ же русскимъ врачомъ, — ординаторомъ одесской больницы Клебергомъ въ 1877 г. Далѣе, докладчикъ останавливается на мнѣніяхъ Martin'a и Hofmeier'a, изъ которыхъ первый утверждаетъ, что

эластическій жгутъ, предложенный Клебергомъ вмѣсто Реан'овской металлической лигатуры, прежде всѣхъ сталъ накладываться вокругъ шейки матки имъ, Martin'омъ, а Hofmeier говорить, что эта модификація Клеберговскаго способа наложенія жгута принадлежитъ Негар'у, который видоизмѣнилъ способъ Клеберга для вѣбрюшиннаго метода, тогда какъ при внутрибрюшинномъ методѣ съ тѣмъ же видоизмѣненіемъ эластическая лигатура была примѣнена Schröder'омъ. На основаніи статьи Клеберга въ S. Petersb. med. Wochenschr. за 1877 г. № 39 докладчикъ доказываетъ, что и наложеніе жгута вокругъ шейки было примѣнено въ первый разъ тоже Клебергомъ. Разница въ употребленіи жгута у Martin'a и Клеберга заключается только въ томъ, что первый примѣнялъ его провизорно, а послѣдній оставлялъ до отдѣленія культи. Также несправедливо, по мнѣнію докладчика, и утвержденіе Hofmeier'a, что наложеніе эластическаго жгута вокругъ шейки матки при вѣбрюшинномъ методѣ предложено Негар'омъ, такъ какъ послѣдній предлагаетъ этотъ приемъ уже гораздо позже того, какъ онъ былъ опубликованъ Клебергомъ.

Останавливаясь на вѣбрюшинномъ методѣ Негар'a, докладчикъ полагаетъ, что изъ 3-хъ основныхъ особенностей метода: наложенія эластическихъ лигатуръ, сшиванія брюшины культи съ брюшиной паріетальной и прижиганія культи, — 1-й и 3-й моменты представляютъ повтореніе въ основныхъ чертахъ тѣхъ же приемовъ Клеберга; второй же моментъ, — сшиваніе листковъ брюшины культи и паріетальной ниже петли жгута, съ цѣлью изолированія культи отъ брюшной полости, по мнѣнію докладчика, можетъ быть замѣнено простымъ ущемленіемъ одѣтой брюшиною ножки въ нижнемъ углу раны, при чемъ между двумя соприкасающимися листками брюшины уже очень скоро образуется слищивое воспаленіе. Такой способъ обращенія съ культей практикуется въ клиникѣ К. Ф. Славянскаго и даетъ совершенно удовлетворительные результаты. Поэтому докладчикъ думаетъ, что въ Негар'овскомъ методѣ центр тяжести лежитъ не въ сшиваніи одѣвающаго культю и паріетальнаго лист-

ковъ брюшины, а въ эластическомъ жгутѣ, который удовлетво-
ряетъ всѣмъ требованіямъ, предъявляемымъ къ клемпу, при-
способляясь въ каждый моментъ къ объему охватываемой имъ
культи. Введеніемъ этого эластическаго жгута въ роли клемпа
оперативная гинекологія обязана Клебергу, и Негар'овскій ме-
тодъ есть только одно изъ видоизмѣненій Клеберговскаго, рус-
скаго метода.

И. И. Смольскій, узнавъ предварительно, что дальнѣйшая участь ре-
бенка неизвѣстна и что, слѣдовательно, онъ могъ уже и умереть, замѣтилъ,
что въ данномъ случаѣ показанія къ операциі *Porro* не было. Не говоря
уже о томъ, что слѣдовало сдѣлать попытку поворота, который, какъ и
видно изъ сообщенныхъ свѣдѣній, могъ бы удался, онъ недоумѣваетъ, какъ
можно даже предпочесть при такихъ обстоятельствахъ прободенію хотя бы
и живаго плода операцию *Porro*. Вѣдь послѣдняя даетъ еще громадный
(58) % смертности и даже въ случаѣ благоприятнаго исхода женщина
остаётся на вѣки изуродованною, неспособною къ дальнѣйшей производи-
тельности; а между тѣмъ прободеніе, производимое при настоящихъ усло-
віяхъ обезгниливанія, навѣрное обезпечиваетъ жизнь матери; правда, мы
убиваемъ живой плодъ, но не должно забывать, что данная женщина съ
относительнымъ сужуженіемъ таза могла бы рожать еще въ будущемъ при
условіи возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ на 32—33
недѣлѣ. Если теперь еще спаривается замѣна прободенія сохраняющимъ
кесарскимъ сѣченіемъ по *Sänger*'у, то тѣмъ болѣе это, безъ сомнѣнія, при-
ложимо къ операциі *Porro*.

И. П. Лазаревичъ сказалъ: сообщенный случай остаётся вполне неяс-
нымъ по показаніямъ къ операциі *Porro*. Приступая къ такой серьезной
операциі, слѣдуетъ произвести болѣе тщательное клиническое изслѣдованіе.
Л. находить, что въ данномъ случаѣ произведены подробныя измѣренія
таза; о величинѣ матки, ея формѣ и положеніи ничего не сказано. Онъ уже
неоднократно указывалъ на то, напримѣръ, что затрудненіе родовъ обусловли-
вается иногда врожденнымъ боковымъ положеніемъ матки. Въ данномъ слу-
чаѣ, въ частности, непонятно, почему требовалось такое серьезное вмѣша-
тельство, когда большой поперечный размѣръ головки равнялся 8 см. (при
тазѣ съ конъюгатой въ 8 см.), а весь плодъ вѣсилъ только 2550 грм., т. е.,
очевидно былъ недоношеннымъ. А между тѣмъ измѣреніе величины плода и
головки его, по мнѣнію *Л.*, можетъ быть произведено съ большою точностью.
Что касается до гнилостнаго эндометрита, побуждавшаго къ скорѣйшему
окончанію родовъ, то, по его мнѣнію, здѣсь не было никакихъ данныхъ, до-
пускавшихъ существованіе его, не говоря уже о томъ, что при такихъ усло-
віяхъ плодъ неминуемо погибъ бы. Въ данномъ случаѣ роды можно было кон-
чить поворотомъ; если роды и не могли бы́ть окончены щипцами и пово-
ротомъ, то оставалось еще прободеніе, а въ будущемъ можно было бы произ-

водить искусственные преждевременные роды. Въ заключеніе *L.* замѣтилъ, что операцию *Porro* не должно смѣшивать съ кесарскимъ сѣченіемъ, такъ какъ она уродуетъ больную.

Д-ръ *A. P. Фишеръ* сказалъ: докладчикъ сдѣлалъ упущеніе, не напомнивъ о томъ, что въ моментъ операциіи было уже полное раскрытіе зѣва, а между тѣмъ головка, не смотря на энергическую 6-часовую дѣятельность матки, оставалась все еще подвижною. Это можетъ подтвердить и бывшій при операциіи *И. П. Лазаревичъ*. Температура 39, воды сопли, выдѣленія съ запахомъ. Очевидно, что гнилостный эндометритъ былъ на лицо, что, впрочемъ подтвердилось и анатомическимъ изслѣдованіемъ. Размѣры таза показывали ясное суженіе. Состояніе роженицы требовало скорѣйшей помощи. Что оставалось дѣлать? О наложеніи щипцовъ на подвижную головку не могло быть и рѣчи: этого не принято дѣлать ни въ Германіи, ни у насъ. Поворотъ хотя бы, можетъ быть, и удался легко, но при извлеченіи все было бы потеряно; да, при томъ же, изъ анамнеза извѣстно, что ягодичные роды у данной больной кончились рожденіемъ мертваго плода съ послѣдующимъ свищемъ. Сверхъ того, суженіе таза и въ поперечныхъ размѣрахъ говорило противъ поворота. Желаніе сохранить жизнь плода побудило къ выбору кесарскаго сѣченія. Такъ какъ, вообще, сохраняющее кесарское сѣченіе при нормальной маткѣ, а при больной прибѣгаютъ къ операциіи *Porro*, то, очевидно, что въ данномъ случаѣ, при наличности гнилостнаго эндометрита, выборъ долженъ былъ остановиться на послѣдней. Что же касается вообще до показаній къ операциіи, то *Ф.* думаетъ, что онѣ создаются *всѣми* условіями даннаго случая. Извлеченный плодъ, дѣйствительно, оказался маленькимъ, но развѣ существуютъ точные способы измѣренія внутриутробнаго плода? Да это, впрочемъ, и не важно, ибо суть въ отношеніи головки къ емкости таза въ каждомъ данномъ случаѣ. Лучше было бы сдѣлать операцию *Porro*, чѣмъ, прибѣгнувъ къ сохраняющему способу и оставивъ, слѣдовательно, зараженную матку, рисковать совсѣмъ потерять больную. *Ф.* считаетъ долгомъ напомнить о случаѣ *Schultze*, который удалилъ матку потому, что нельзя было извлечь изъ полости ея разлагавшагося дѣтскаго мѣста, бывшаго источникомъ пока еще мѣстнаго зараженія, и въ параллель съ этимъ случаемъ поставилъ наблюденіе *Pajot*, у котораго больная умерла черезъ двѣ недѣли съ неизвлеченнымъ послѣдкомъ.

A. Я. Крассовскій сказалъ, что измѣренія внутриутробнаго плода не могутъ быть произведены съ точностью. Въ этомъ убѣдился *B. B. Сутукинъ*, работавшій надъ этимъ вопросомъ въ родовспомогательномъ Заведеніи. О величинѣ же головки и степени ея плотности можно судить только тогда, когда она уже вколочена во входъ или полости таза! Вообще же *K.* вполне согласенъ съ *Фишеромъ*, что важно лишь отношеніе головки къ емкости таза въ каждомъ данномъ случаѣ.

И. О. Баландинъ, напротивъ того, думаетъ, что плотность головки несомнѣнно можетъ быть опредѣлена, а, руководствуясь ею, можно судить и объ ея величинѣ. Въ данномъ, наприимѣръ, случаѣ несомнѣнно, что плодъ—недо-

ношенный. Срокъ беременности, очевидно, не былъ опредѣленъ. Онъ, *Б.*, при такихъ условіяхъ непремѣнно сдѣлалъ бы поворотъ. Если всякій случай, гдѣ роды длѣтся 6 часовъ, считать безнадежнымъ, то оперировать придется очень часто. Доложенный Обществу случай—единственный въ литературѣ, гдѣ операція *Porro* была произведена при недоношенномъ плодѣ.

Д. О. Оттъ, воплиъ присоединяясь къ мнѣнію, высказанному *И. И. Смольскимъ*, *И. И. Лазаревичемъ* и *И. Ѡ. Баландинымъ*, считаетъ нужнымъ еще добавить, что бывшіе у большой роды годичнымъ положеніемъ отнюдь не доказательны въ смыслѣ неумѣстности въ данномъ случаѣ поворота. Вѣдь она рожала въ деревнѣ, безъ всякой медицинской помощи... Такимъ образомъ, остается одинъ гнилостный эндометритъ, который послужилъ поводомъ къ операціи *Porro*; это, насколько ему извѣстно, тоже единственный случай въ литературѣ. Онъ допустилъ бы еще возможность сохраняющаго сѣченія по *Sänger*'у. Слизистую оболочку матки можно было бы выскоблить и вообще обеззаразить внутриматочную полость. Операція *Porro* была неумѣстна.

Л. Г. Личкусъ замѣтилъ, что, насколько онъ понималъ *Фишера*, гнилостный эндометритъ послужилъ причиною операціи *Porro* потому, что вообще рѣшено было остановиться на кесарскомъ сѣченіи; а что при наличности гнилостнаго эндометрита и необходимости прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію остановились на операціи *Porro*, нѣтъ ничего удивительнаго или, лучше сказать, новаго. Вѣдь, въ литературѣ *Kehrer* (*Archiv für Gynäkologie*, т. XXVII, стр. 265), *Leopold* (*Archiv für Gynäkologie*, т. XXVI, стр. 424) и др. съ положительностью высказывались въ томъ же смыслѣ. Правда, *Freudeberg* (см. «Врачъ», 1886, стр. 653) еще гораздо раньше высказался относительно возможности выскабливанія при эндометритѣ, точно такъ же, какъ и *Д. О. Оттъ*. Онъ пошелъ даже еще дальше, т. е., предлагалъ подобное выскабливаніе, какъ средство предупреждающее, но это, все-таки, нисколько не измѣняетъ сущности дѣла, т. е. того, что гнилостный эндометритъ имѣетъ пока важное или, лучше сказать, рѣшающее значеніе при выборѣ между сохраняющимъ кесарскимъ сѣченіемъ и операціей *Porro*. Остальныхъ частныхъ сообщенія *Л.* не касался.

Д. О. Оттъ показалъ *стеклянные катетеры для промыванія матки*, которые были придуманы имъ еще нѣсколько лѣтъ тому назадъ. Они похожи на подобные же катетеры проф. *Г. Е. Рейна*. Докладчикъ показалъ ихъ Обществу только съ цѣлью доказать ихъ полную непригодность.

Предсѣдатель *А. Крассовскій*.

Секретарь *И. Смольскій*.

ПРИЛОЖЕНИЕ БЪ ПРОТОКОЛУ № 17.

СЛУЧАЙ КАСТРАЦИИ ПРИ ФИБРОМИОМАХЪ МАТКИ.

Н. А. Салманова.

Милостивые государи и государыни, представляю вамъ въ сегодняшнемъ засѣданіи больную, у которой въ прошедшемъ году были мною удалены оба яичника и одна изъ множественныхъ фиброміомъ матки, вызывавшая уже рядъ значительно-болѣзненныхъ припадковъ. Прибѣгая въ данномъ случаѣ къ удаленію субсерозной міомы и кастраціи, я задавался двоякою цѣлью: во-первыхъ, облегчить страданія больной, причиняемая этой опухолью, и во-вторыхъ, способствовать уменьшенію роста остальныхъ неудаленныхъ фиброміомъ посредствомъ кастраціи. Хотя мнѣ хорошо извѣстно, что кастрація въ примѣненіи къ данному случаю признается далеко не всѣми гинекологами, тѣмъ не менѣе я предпочелъ ее міотоміи, основываясь, главнымъ образомъ, на статистическихъ данныхъ процента смертности при двухъ этихъ операціяхъ.

Не смотря на современную антисептику, процентъ смертности при міотоміи могъ понизиться только до 33%¹⁾, между тѣмъ какъ кастрація, подобно оваріотоміи, даетъ всего 5% смертности²⁾.

5-го октября 1886 года, въ частную лечебницу д-ровъ Видемана, Штоля, Рентельна и Салманова поступила больная Ан. Фед. Матвѣева, 38 лѣтъ отъ роду. 11 лѣтъ замужемъ, беременною никогда не была. Живетъ постоянно въ Выборгѣ, занимаясь торговлей и домашнимъ хозяйствомъ. Первые регулы появились на 17 году, до замужества были правильныя, каждыя три недѣли, по 7 дней, съ выходомъ же замужъ приняли неправильный типъ, въ особенности за послѣдніе три года, когда стали появляться чрезъ три-четыре недѣли, а иногда и чрезъ 5 недѣль, причемъ продолжительность ихъ была также различна, всегда очень обильныя и сопровождавшіяся сильными бо-

¹⁾ Диссертація д-ра Мерша 1885 г. «Лапаро-міотомія за послѣднія 10 лѣтъ».

²⁾ Диссертація д-ра Зворыкина 1887 г. «Къ вопросу о кастраціи при фиброміомахъ матки».

лями внизу живота въ спинѣ. Последнія регулы окончились 1-го октября и продолжались 6 дней. Въ дѣвухахъ больная два раза перенесла какую-то лихорадочную форму. 4 года тому назадъ больная стала замѣчать въ правой подвздошной области небольшую опухоль, одновременно съ которою появились и боли въ этой области. По мѣрѣ того какъ опухоль росла, боли настолько увеличились, что за послѣдній годъ сдѣлались невыносимыми для больной. Онѣ усиливались обыкновенно не только при ходьбѣ, но и при покойномъ состояніи, больная никогда не могла лежать на лѣвомъ боку и для нея самое удобное положеніе во время сна было на спинѣ съ приподнятою верхней частью туловища. Запорами не страдала. Appetitъ былъ хорошъ, но больная избѣгала много ѣсть, такъ какъ послѣ ѣды боли обыкновенно усиливались. Последніе мѣсяцы она почти исключительно питалась бульономъ съ небольшимъ кускомъ хлѣба, выпивая при этомъ около рюмки вина. Больная крѣпикаго тѣлосложенія, подкожный жирный слой хорошо развитъ, видимыя слизи-стыя оболочки умѣренно налиты кровью. Животъ немного увеличенъ, въ особенности правая половина его. При пальпации живота in regione hypogastrica dextra, прощупывается опухоль шаровидной формы, величиною въ головку недоношеннаго новорожденнаго ребенка, очень подвижная и легко отодвигаемая до пупка, при чемъ однако больная ощущаетъ сильную боль, въ особенности при смѣщеніи этой опухоли къ лѣвой сторонѣ. Брюшныя стѣнки свободно и безболѣзненно сдвигаются надъ опухолью. Кромѣ того, слѣва надъ лоннымъ соединеніемъ прощупывается другая опухоль величиною въ куриное яйцо, мало подвижная и почти безболѣзненная. При изслѣдованіи подъ хлороформомъ оказалось, что матка плотная, смѣщена въ лѣвую сторону таза, подвижность ея очень ограниченная, лѣвый уголъ и задняя стѣнка неравно-мѣрно увеличены въ видѣ бугра. Въ области дна прощупываются двѣ мало подвижныя плотныя опухоли на широкомъ основаніи, одна величиною въ куриное яйцо тотчасъ надъ симфизомъ, другая немного меньше у лѣваго угла матки; на передней стѣнкѣ соответственно внутреннему зѣву, прощупывается третья опухоль въ видѣ бугра. Portio vaginalis увеличена и плотная, чрезъ правый сводъ прощупывается нижній сегментъ той самой опухоли, которая опредѣлялась при наружномъ изслѣдованіи, плотной, очень подвижной, величиною въ небольшую головку недоношеннаго новорожденнаго ребенка; опухоль эта находится на довольно длинной ножкѣ, идущей отъ праваго угла матки. Зондъ чрезъ внутренній зѣвъ провести не удалось.

Диагнозъ. Fibromyoma uteri subserosa et intermuralia.

9-го октября 1886 года произведена операція. Разрѣзъ былъ сдѣланъ отъ пупка до симфиза, длина его въ кожѣ равнялась приблизительно 14 сантиметрамъ. Подкожный жирный слой оказался довольно значительнымъ, разрѣзъ пришелся не по linea alba, а чрезъ влагалище правой прямой мышцы. Кишечныя петли удерживались согрѣтой тимоловой марлей, которой были обернуты и края раны. Опухоль была выведена внаружу чрезъ брюшную рану; ножка ея при изслѣдованіи оказалась толщиною около 2-хъ поперечныхъ пальцевъ и шла вмѣстѣ съ фаллопиевой трубой отъ праваго угла матки, при

чем разстояніе между нѣю и угломъ матки около 10 сантиметровъ. Правый яичникъ и *fimbria* находились у корня опухоли, въ видѣ придатка. Лигатуры въ два пучка были наложены на фаллопиеву трубу и яичниковую связку, а также и на ножку опухоли. По отдѣленіи ножомъ яичника, *fimbriae* и самой опухоли, листки брюшины, культи фаллопиевой трубы и яичникъ были соединены тремя швами, а культя ножки опухоли семью шелковыми швами. Лѣвый яичникъ былъ отысканъ съ трудомъ и удаленъ ножницами по наложеніи на него лигатуры въ два пучка, листки брюшины соединены тремя швами. Послѣ тщательнаго туалета брюшины, брюшная рана была соединена 5-ью глубокими и 12-ью поверхностными шелковыми швами.

Опухоль имѣетъ шаровидную форму, мѣстами бугриста, наибольшая окружность 25 сантим., наименьшая 22 сантим., вѣситъ 249 граммовъ. Ткань въ разрѣзѣ имѣетъ мраморный видъ. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что ткань опухоли состоитъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ съ небольшимъ количествомъ соединительно-тканныхъ. Оба яичника слегка увеличены, содержатъ по одному желтому тѣлу и по двѣ маленькихъ кисты. Правая *fimbria* имѣетъ три, лѣвая—два отверстія. На протяженіи правой фаллопиевой трубы замѣчаются двѣ опухоли величиною въ канареечное зерно. Послѣоперационный періодъ не представлялъ никакихъ отклоненій отъ нормы. Самая высокая температура была 37,8.

На 9-й день сняты глубокіе швы, поверхностные сняты на 13-й день; сращеніе произошло *per primam intentionem*, за исключеніемъ нижняго угла, гдѣ шовъ прорѣзался, нагноенія однако не было. На 18 день больной позволено было встать съ постели.

5-го января 1887 года, спустя три мѣсяца послѣ операциі, у больной въ первый разъ показались крови, продолжавшіяся 10 дней, при чемъ больная ощущала сильныя боли. Въ концѣ февраля появились крови во второй разъ, продолжались 9 дней, при чемъ однако больная ощущала боль не болѣе четырехъ часовъ. 13 апрѣля въ 3 разъ появились крови, въ незначительномъ количествѣ въ видѣ темной массы, сопровождаясь въ теченіе 3-хъ дней несравненно болѣе сильными страданіями. Въ началѣ іюня крови продолжались 8 сутокъ, боль была незначительная. Съ іюня мѣсяца по настоящее время крови болѣе не появлялись и больная чувствуетъ себя субъективно совершенно здоровою. При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ настоящее время находится за лоннымъ соединеніемъ, объемъ задней стѣнки и лѣваго угла значительно уменьшились и подвижность матки сдѣлалась гораздо больше.

Данный случай я нашелъ нужнымъ собранію представить какъ доказательство того, что кастрація и при множественныхъ фиброміомахъ новидимому можетъ принести такой же результатъ, какъ и при фиброміомахъ кавернознаго характера.

ГОДЪ ВТОРОЙ

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № XVII.

17-го декабря 1887 г.

Административное засѣданіе.

Присутствовали 28 членовъ.

- 1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № XVI.
- 2) Предложены къ избранію въ дѣйствительные члены:
- 3) Радецкій, Иванъ Ивановичъ. Докторъ медицины. Предложенъ Крассовскимъ, Смольскимъ, Стравинскимъ.
- 4) Поварнинъ, Михаилъ Иннокентіевичъ, докторъ медицины. Предложенъ Смольскимъ, Стравинскимъ, Добрынинымъ.
- 5) Лапинъ, Илья Ивановичъ, докторъ медицины. Предложенъ Смольскимъ, Фишеромъ и Соловьевымъ.
- 6) Баллотировка П. И. Рачковского отложена до слѣдующаго засѣданія, за отсутствіемъ необходимаго для сего числа членовъ.

Предсѣдатель А. Крассовскій.

Секретарь И. Смольскій.

Дозволено цензурою С.-Петербургъ 30 Января 1888 г.



Типографія А. С. Суварина, Эртелевъ пер., д. 11—2



ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВТОРОЙ.

МАРТЪ 1888, № 3.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

VI.

КЪ ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОМЪ РАКѢ ВАГИНЫ И ЕГО ОПЕРАТИВНОМЪ ЛЕЧЕНИИ.

И. И. Федорова.

Штатнаго ординатора (ассистента) Гинекологической клиники *проф. Н. В. Ястребова* при ИМПЕРАТОРСКОМЪ Варшавскомъ Университетѣ.

(Окончаніе).

Число случаевъ, помѣщенныхъ въ нашей таблицѣ, равняется 79. Число это, конечно, не обнимаетъ всѣхъ опубликованныхъ въ литературѣ заболѣваній первичнымъ ракомъ вагины. Тѣмъ не менѣе мы позволили себѣ на основаніи хотя бы даннаго матеріала сдѣлать нѣкоторые выводы, не лишенные извѣстнаго интереса.

Разсматривая распредѣленіе числа опубликованныхъ случаевъ по годамъ, нельзя не отмѣтить того обстоятельства, что самое большее ихъ количество приходится на послѣднія десятилѣтія; такъ, если до 1860 года всего было извѣстно только 15 случаевъ, а съ 1861 по 1871 г. — 2 случая, то съ 1870 по 1880 первичныхъ карциномъ насчитывается уже 38 случ., и въ теченіе времени съ 1880 по 1887 г. — 21 случай.

Большинство изъ нихъ было наблюдаемо въ Германія, — затѣмъ слѣдуетъ Англія, — Америка, — Франція, — Россія и наконецъ Италія.

Что касается возраста больныхъ, то максимумъ заболѣванія ракомъ вагины приходится на возрастъ между 31—40 годами, причемъ самой младшей пациенткѣ было 14 мѣсяцевъ, а самой старшей 66 лѣтъ (2 случая).

На 46 больныхъ (24 нами собранныхъ случая на 22 Küstner'a) раковый процессъ распредѣляется по дѣсятилѣтіямъ такъ:

отъ 1 года до 10 лѣтъ	3 случая.
» 11 » » 20 »	3 »
» 21 » » 30 »	6 »
» 31 » » 40 »	18 »
» 41 » » 50 »	5 »
» 51 » » 60 »	9 »
» 61 » » 66 »	2 »

Итого . . . 46 случаевъ.

Нѣсколько иначе представляется отношеніе это по West'у, который между 19 своихъ больныхъ имѣлъ 7 случаевъ, входящихся на возрастъ отъ 35 лѣтъ до 50-ти и 12 отъ 50 до 66.

Суммируя данныя той и другой таблицы, получится на 64 больныхъ слѣдующее распредѣленіе:

между 1 годами и 30	— 12 случаевъ
» 31 »	50 — 30 »
» 51 »	66 — 23 »

Итого . . 65 случаевъ.

т. е., наклонность вагины къ раковому перерожденію постепенно увеличивается съ 21-лѣтняго возраста и до 30, въ возрастѣ отъ 31 до 40 доходить до своего максимум'а, съ тѣмъ чтобы въ V-мъ десятилѣтіи упасть больше чѣмъ на треть, въ VI-мъ на половину, а въ VII-мъ уменьшиться въ 9-ть разъ.

Что касается вопроса, въ какомъ отношеніи находится беременность и предшествовашіе роды къ заболѣванію ракомъ, то данный процессъ, въ противоположность раку матки, не падаетъ не только вагины дѣвственницъ, но и дѣтей, кромѣ того, значительный процентъ также приходится на женщинъ вовсе нерожавшихъ, (небеременѣвшихъ или абортировавшихъ). Такъ:

Дѣтей	3
Небеременѣвшихъ	10
Абортировавшихъ	4
Рожавшихъ	37

причемъ на каждую изъ послѣднихъ приходится по 3,9 рожденія. Такимъ образомъ на 54 случая отношеніе нерожавшихъ къ рожавшимъ можетъ быть выражено какъ 1:2.

Между симптомами, которыми сопровождается заболѣваніе вагины разсматриваемую нами формою, чаще всего и ранѣе всего больныя жалуются на боли; послѣднія появляются или самостоятельно, или же сопутствуются другими явленіями, какъ кровотеченія и бѣли. Изъ нашей таблицы видно, что на 52 больныхъ выдающіеся симптомы начала болѣзни распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

Боли	въ 7 случаяхъ
Кровотеченія	» 10 »
Кровотеченія и боли	» 20 »
Выдѣленія и боли	» 10 »
Выдѣленія безъ болей	» 5 »
Итого	52 случаевъ.

Продолжительность болѣзни отъ времени перваго появленія вышеуказанныхъ симптомовъ до времени произведеннаго изслѣдованія и констатированія даннаго страданія, какъ вагинальнаго рака, точно указано только въ 24 случаяхъ; причемъ болѣзнь развивалась въ теченіе 6 недѣль у 3 больныхъ,

въ теченіе отъ 2 мѣс. до 1 года	у 15 больныхъ
» » » 1 г.	» 2 лѣтъ » 3 »
» » » 2	» 3 » » 2 »
» » » 3	» 4 » » 1 »

Итого у 24 больныхъ.

Разсматривая частоту пораженія раковымъ процессомъ различныхъ отдѣловъ вагинальнаго канала, приходится отмѣтить особенную воспримчивость къ данной инфекціи задней стѣнки рукава и наименьшее предрасположеніе стѣнокъ боковыхъ, а также и сводовъ.

На 66 случаевъ изъ нашей таблицы приходится:

на заднюю стѣнку . . .	31 поражение
» заднюю и переднюю . .	12 »
» кольцевидную форму . .	9 »
» переднюю стѣнку . . .	5 »
» боковыя	4 »
» задній сводъ	4 »
» оба свода	1 »

Итого . . . 66 случаевъ.

Первичная влагалитная карцинома является, главнымъ образомъ, въ четырехъ типичныхъ формахъ: 1) въ видѣ рѣзко ограниченной, на широкомъ основаніи сидящей, различной величины опухоли; наружная поверхность ея то неправильно изрытая, бороздчатая, похожая на цвѣтную капусту, то шишковатая, — скоро превращается путемъ центрального изъязвленія въ *ulcus elevatum* съ инфильтрованными краями.

Въ раннее время опухоль большею частію интенсивно краснаго цвѣта, богата сосудами и даетъ впечатлѣніе эректильнаго тѣла (*Klebs*¹⁾). 2) уже гораздо рѣже приходится наблюдать карциному въ видѣ кольцевиднаго, занимающаго большое протяженіе, касающагося какъ слизистой, такъ и подслизистой ткани

¹⁾ *Klebs* op. lit.

перерожденія, то болѣе медулярнаго, то болѣе скirrosнаго характера; подобная диффузная инфильтрація вагинальной стѣнки превращаетъ рукавъ въ твердую ригидную трубку. (*Klebs* и *Breisky*¹⁾. 3) Еще рѣже встрѣчается раковый процессъ подъ видомъ первичной язвы — *ulcus corodens s. phagadenicum*; серпигинозно распространяясь въ глубину и по поверхности, она представляется окруженною твердыми, изъѣденными краями. Наконецъ, 4) не менѣе рѣдкая форма, когда раковый процессъ является въ формѣ разбѣянныхъ узловъ или бляшекъ, распадающихся съ поверхности въ глубину.

Отношеніе этихъ формъ на 49 случаевъ нашей таблицы представляется такъ:

Опухолей	27
Инфильтрацій	14
Язвъ	4
Узловъ	4
Итого	49

Что же касается гистологическаго вида, въ которомъ проявляется раковое перерожденіе, то чаще всего приходится въ этомъ случаѣ имѣть дѣло съ мозговиками; по крайней мѣрѣ, въ 37 случаяхъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ было констатировано 27 мозговиковъ и только 10-ть канкроидовъ.

Интереснымъ представляется отношеніе вагинальнаго рака къ сосѣднимъ органамъ. По *Winckel*'ю распространеніе раковаго процесса на прямую кишку и мочевой пузырь случается чаще, чѣмъ на столь предрасположенную къ нему матку, которая иногда своею влагалищною частію просто купается въ ихорозномъ секретѣ вагинальнаго канала, оставаясь все-таки нетронутою. Вотъ почему онъ даже рекомендуетъ, *какъ правило*, заключать о первичномъ пораженіи вагины, если р. v. при этомъ лишь *отчасти* занята процессомъ. По *West*'у же данное отношеніе для мозговика и канкроида представляется различнымъ. Такъ, мозговикъ начавшись, въ видѣ узла или инфиль-

¹⁾ *Breisky*, Die Krankh. d. Wagina; Deutsche Chirurgie Billrott u Lueke 1886.

траціи въ опредѣленномъ пунктѣ вагинальной стѣнки, скоро имѣеть наклонность распространяться на сосѣдніе органы и на матку; между тѣмъ какъ канкроидъ, расширяясь по поверхности, обыкновенно падаетъ матку.

Вышеприведенныя положенія авторовъ въ общемъ подтверждаются данными нашего матеріала.

Изъ 54 больныхъ карциноматозный процессъ не перешелъ за границы вагинальной стѣнки у 36-ти; въ остальныхъ же 18-ти случаяхъ было констатировано частію поражение матки, частію сосѣднихъ органовъ таза. Случаи такого рода относятся нѣкоторыми авторами (Грамматикати, Küstner и др.) къ сомнительнымъ въ смыслѣ первичности вагинальной инфекции. Мы же, помѣстивъ ихъ въ свою таблицу, руководились съ одной стороны вышеприведеннымъ мнѣніемъ Winkel'я о распознаваніи первичнаго процесса во влагалищѣ и установленнымъ фактомъ возможнаго существованія первичнаго рака р. v. и ¹⁾ вагины, съ другой же имѣли въ виду то обстоятельство, что не всякое повидимому подозрительное состояніе влагалищной части матки, опредѣляемое лишь микроскопическими приѣмами объясненнаго изслѣдованія, можетъ говорить въ пользу карциноматознаго пораженія данной области и что микроскопическое изслѣдованіе р. vag., ампутированной по поводу подозрѣваемой въ ней раковой инфекции, обнаруживало не разъ страданіе, ничего общаго съ данной инфекціею не имѣющее (Gaye, нашъ случай и др.).

Что же касается возможности забеременѣнія при существующемъ пораженіи вагины, то, на основаніи имѣющихся въ нашемъ матеріалѣ пяти случаевъ, подобное осложненіе рака не можетъ считаться рѣдкимъ явленіемъ. Интересно, что во всѣхъ этихъ случаяхъ появленіе первыхъ симптомовъ разсматриваемой болѣзни совпадало съ началомъ беременности и что

¹⁾ *Martin*, Mont. f. Geb. Bd. 17, стр. 323. На основаніи описаннаго нами случая, въ которомъ Вирховымъ было констатировано первичное пораженіе р. v., М. говоритъ: So dürfte dieser Fall insofern einiges interesse bieten, als er die Möglichkeit darthut, dass die dem Carcinom Zugerechneten Degenerationen des Collum uteri auch von d. Scheide forgepflanzt sein können.

раковый процесс по сосѣдству, повидимому, мало имѣетъ вліянія на правильное теченіе послѣдней. По крайней мѣрѣ, только въ двухъ случаяхъ наступили самопроизвольные преждевременные роды (Roulston и Küstner), въ двухъ—были своевременные, причемъ въ случаѣ Baldwin'a они окончились силами природы, въ случаѣ же Brusner'a ребенокъ извлеченъ щипцами; наконецъ, въ одномъ только случаѣ (Küstner) были вызваны преждевременные роды помощію катетеризаціи матки.

Помимо различнаго рода осложнений со стороны заболѣваемости мочевого пузыря и прямой кишки, объемистыя раковыя опухоли могутъ обусловливать развитіе hydrocolpometrae, какъ это было наблюдаемо въ случаѣ Freund'a.

Рѣдкость первичной карциномы влагалища, говоритъ Шредеръ, служить причиною отсутствія опредѣленнаго оперативнаго метода въ леченіи этого страданія. И дѣйствительно, выскабливаніе острою ложечкою, гальванокаустическое отщепленіе, обколъ и лигатура, прижиганіе ѣдкими веществами и ferro candendo, равно и экстирпація ножемъ,—все это было перепробовано различными операторами и въ большинствѣ случаевъ лишь въ качествѣ палліатива съ цѣлю хотя на время прекратить опасныя припадки кровотеченія и ихорознаго распада.

И только въ послѣднее десятилѣтіе, послѣ того какъ тѣмъ же Шредеромъ были впервые произведены опыты радикальнаго удаленія карциноматозныхъ опухолей при помощи вылученія ихъ ножемъ съ послѣдовательнымъ закрытіемъ дефекта раны наложеніемъ швовъ, методъ былъ неоднократно примѣняемъ съ болѣе или менѣе благопріятнымъ исходомъ различными гинекологами.

Вообще же удаленіе рака оперативными приемами было произведено, согласно нашей таблицы, всего только въ 24 случаяхъ.

Для удобства разсмотрѣнія мы расположили ихъ въ особую таблицу съ указаніемъ оперативнаго метода и результатовъ леченія.

Операторы и №№ общей таблицы.	Число оперированных случаев.	Возраст оперированных больных.	МЕТОДЪ ОПЕРАЦИИ.							ИСХОДЪ.			Продолжительность наблюдения по-сле операций.	ВИДЪ РАКА.	
			Литература.	Гальвано-электрик и обожь.	Выскабли-ванье ко-жечкою.	Выскабли-ванье и швы.	Вылущив-анье не-жемы.	Вылущиванье ножомъ и швы.	Выздоровленіе.	Резекція.	Смерть.				
<i>Baldwin</i> (3)	1	31	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	Carc. medullare.
<i>Parry</i> (27)	1	56	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
<i>Nejar</i> (28)	1	39	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	Carc. medullare.
<i>Beigel</i> (29)	1	41	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
<i>Frise</i> (Schröder) (30)	1	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
<i>Kaltenbach</i> (33)	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Grünevald</i> (36)	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Schröder</i> (37—39)	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Körte</i> (41)	1	39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Brüner</i> (42—43)	2	{ 40 и 60 л.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Martin</i> (45, 46 и 47)	3	{ 29 37 43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Olshausen</i> (48)	1	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Грамманикуми</i> (Бла- вильскій) (51)	1	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Mezel</i> (52)	1	55	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Touffel</i> (53)	1	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Grechen</i> (54)	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Schröder</i> (57)	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Демпбовъ</i> (55)	1	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Rüter</i> (58)	1	36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Итого	24	—	1	1	4	1	1	6	11	10	9	5	—	—	—

Изъ вышеприведенной таблицы видно, что дѣлать заключеніе о преимуществахъ того или другаго метода леченія пока было бы преждевременно, такъ какъ и число оперированныхъ больныхъ незначительно, да и продолжительность наблюденія послѣ операций слишкомъ кратковременна. Рекомендуемое всѣми авторами (Negar, Schröder и др.) по возможности раннее вмѣшательство съ оперативною помощію, прежде чѣмъ успѣетъ перейти карциноматозная инфекция на сосѣдніе органы и лимфатическіе сосуды, во всѣхъ приведенныхъ нами случаяхъ повидимому имѣло мѣсто, тѣмъ не менѣе результаты получались крайне разнообразныя. Нужно думать, что методы операции съ одной стороны и данная форма рака съ другой въ своей взаимной комбинаціи оказывали здѣсь рѣшительное вліяніе на успѣхъ операции. По крайней мѣрѣ, при вылученіи карциномы ножомъ или основательномъ выскабливаніи ея острою ложечкою съ послѣдовательнымъ закрытіемъ раны швами получались результаты болѣе удовлетворительныя.

Такъ на 12 подобныхъ операций имѣлось: 1 полное выздоровленіе, 2 рецидива (черезъ 1 мѣсяць и 8 мѣсяц.) и 2 смерти (въ послѣоперационномъ періодѣ отъ осложнений) и 6 выздоровленій, конечно сомнительныхъ. Между тѣмъ какъ при простомъ вылученіи опухоли или выскабливаніи острою ложечкою безъ наложенія швовъ, каковыхъ операций было сдѣлано 10—выздоровленій 1, рецидивовъ 6 (отъ 2 недѣль до 1 года) и смертей 3 (отъ 7 дней до 5 мѣсяцевъ).

Что же касается гистологической формы рака, то изъ 8 рецидивовъ 4 приходится на медуллярную, 2 на канкроиды, въ двухъ же форма не извѣстна. Прочное выздоровленіе было получено при канкроидѣ, а наибольшее число относительныхъ выздоровленій далъ медуллярный ракъ.

Что оперативный методъ въ этихъ случаяхъ имѣетъ значеніе, доказательствомъ тому можетъ служить сравнительная оцѣнка случаевъ Rüter'a и оперированнаго проф. Ястребовымъ. Представляясь аналогичными и по формѣ рака, и по типу его, и по положенію въ заднемъ вагинальномъ сводѣ, наконецъ и

по возрасту больныхъ, случаи эти между тѣмъ прошли различно, хотя оба оперировались радикально. Казалось бы даже, что у *Rüter*'а, гдѣ карциноматозная инфекция была выражена рѣзче, гдѣ процессъ перерожденія захватилъ большую территорию тканей, чѣмъ въ нашемъ случаѣ, шансы на лучшій исходъ должны были быть при прочихъ равныхъ условіяхъ гораздо слабѣе. Опирируя по методу *Шредера* (п брюшина даже была вскрыта случайно, какъ у послѣдняго), *Rüter* достигъ полного выздоровленія, быть можетъ только благодаря основательному, повидимому, до брюшины, удаленію частей,носящихъ въ себѣ инфекцію, за что нельзя было ручаться въ случаѣ нашемъ. Быть можетъ, наша больная и избѣжала бы рецидива, если бы операція была сдѣлана двумя мѣсяцами ранѣе, какъ и предполагалось сдѣлать до поступленія больной въ клинику; возможно также предполагать, что резекція брюшины въ области задняго свода была бы въ данномъ случаѣ приемомъ болѣе обезпечивающимъ излеченіе, какъ это случайно вышло, хотя и отчасти у *Rüter*'а. Но, съ другой стороны, нельзя не допустить и того обстоятельства, что сила данной карциноматозной инфекции и свойства того неизвѣстнаго *ovi carcinomae*, изъ котораго вспыхиваютъ очаги разрушенія въ здоровыхъ тканяхъ, — все это должно являться несомнѣнно важнымъ условіемъ, индивидуализирующимъ, повидимому, аналогичные между собою случаи и влияющимъ на успѣшность того или другого оперативнаго метода, иногда и сомнительнаго въ смыслѣ радикальнаго пособія (случай *Grünevald*'а). Для опредѣленія этихъ внутреннихъ свойствъ новообразованія съ цѣлію прогностическою не послужитъ ли въ будущемъ болѣе близкое знакомство съ организаціею клѣточныхъ элементовъ вообще и тѣхъ структурныхъ образованій ядра, на изученіе которыхъ въ послѣднее время обращено нѣкоторыми изслѣдователями особенное вниманіе? И не находится ли въ тѣсной генетической связи несомнѣнная злокачественность опухоли въ нашемъ случаѣ съ тѣми особенностями внутренняго строенія ея элементовъ, на которые мы указали выше??

Заканчивая свою статью, намъ остается сказать нѣсколько словъ о веденіи родовъ, осложненныхъ присутвіемъ во влагалищѣ большей или меньшей величины карциноматозной опухоли. По *Schröder*'у ¹⁾, если опухоль не можетъ родиться впереди головки (случай *Bailly*) и составляетъ препятствіе для прохожденія плода, то ее должно удалить во время родовъ, какъ въ случаѣ *Brückner*'а. По *Шнигельбергу* ²⁾ же и *Fritsch*'у ³⁾, если сѣуженіе влагалища препятствуетъ нормальному родоразрѣшенію, а плодъ зрѣлый или почти доношенный, — кесарское сѣченіе является единственно-правильною терапевтискою мѣрою.

«Для матери, говоритъ Шнигельбергъ, операція эта не опаснѣе, чѣмъ другіе способы родоразрѣшенія, а между тѣмъ представляетъ собою единственное средство получить неповрежденнаго ребенка».

Микроскопическіе препараты демонстрированы проф. Н. В. *Ястребову* и проф. С. М. *Лукьянову*.

¹⁾ *Schröder*, Учебникъ Акушерства, рус. переводъ съ 6-го изд., 1881 г.

²⁾ *Шнигельбергъ*, Учебникъ Акушерства, рус. переводъ съ 6-го изданія, 1881 г.

³⁾ *Fritsch*, Klinik d. Geb. operat. III, Auf.

КАЗУИСТИКА.

IV.

ДВА СЛУЧАЯ КЕСАРСКАГО СЪЧЕНІЯ, ПРОИЗВЕДЕННЫЕ ПО СПОСОБУ PORRO.

А. Я. Красовскаго.

Случай 1: Срочные роды 8-ой разъ. Показаніе: опухоль въ области малаго таза плотной, почти хрящевой консистенціи, съ широкимъ основаніемъ, уменьшившая полость малаго таза до того, что между верхнею частью опухоли и lig. arcuatum ossium pubis размѣръ равнялся 5¹/₂ maximum 6 cm. Выздоровленіе матери. Дитя—дѣвочка, вполне развита и здорова по настоящее время. № журнала 2959.

Анастасія Ц..., жена ламповщика, 44 лѣтъ привезена впервые въ С.-Петербургское Родовспомогательное заведеніе 16 октября 1885 года со станціи Вишера Николаевской желѣзной дороги во время срочныхъ родовъ, начавшихся за 12 часовъ до поступленія въ заведеніе. Беременна 8-ой разъ. I-ая беременность 14 лѣтъ тому назадъ окончилась извлеченіемъ мертваго младенца при ножномъ положеніи; II-ая—сама собою при черепномъ положеніи, ребенокъ жилъ 2 года; III-ая—7 лѣтъ тому назадъ извлеченіемъ младенца щипцами, который живъ до сихъ поръ; IV-ая, 5 лѣтъ тому назадъ—извлеченіемъ мертваго плода при ножномъ положеніи; затѣмъ V-ая, VI-ая и VII-ая—выкидышами на 3—4 мѣсяцѣ бер. и, наконецъ, VIII-ая, т. е., послѣдняя беременность, протекла совершенно правильно.

Исслѣдованіе обнаружилъ: спинка плода обращена вправо, головка его находится надъ входомъ таза, подвижная, сердцебіеніе плода справа на уровнѣ пупка отчетливое и правильное. Наружные размѣры таза нормальны. При введеніи пальца во влагалище, тотчасъ за входомъ его, найдена опухоль фиброзной, почти хрящеватой плотности, гладкая, неподвижная, шаровидная, небольшая, съ широкимъ основаніемъ, величиною въ кулакъ взрослога человѣка. Основаніе опухоли занимаетъ лѣвое крестцово-подвздошное соединеніе и большую половину крестцовой впадины; вслѣдствіе этого полость малаго таза представляется запруженной и гораздо больше въ лѣвой половинѣ ея, чѣмъ въ правой. Размѣръ между наиболѣе выдающеюся въ полость таза частью опухоли и *lig. arcuatum symphysis ossium pubis* равняется отъ 5¹/₂—6 *cm.* Влагалищная часть матки стоитъ очень высоко, неслажена, пропускаетъ два пальца, но достигнуть до плоднаго пузыря или головки невозможно. Маточныя сокращенія болѣзненные и слабыя. Показаніе къ кесарскому сѣченію въ данномъ случаѣ по способу *Porro* неоспоримо. Мы рѣшили, въ виду усталости роженицы отъ путешествія и медлительности хода родовъ, приступить къ операціи только черезъ 7 часовъ по ея прибытіи въ заведеніе, т. е., 16 октября 1885 года въ 4 часа 30' по полудни. Операція *Porro* была произведена мною въ присутствіи врачей заведенія и при участіи профессоровъ Славянскаго и Биддера и д-ровъ Сутугина, Тарновскаго и Добрынина.

Роженица, нахлороформированная въ особомъ помѣщеніи, перенесена въ Маріинское гинекологическое отдѣленіе, въ предназначенную для операціи комнату, предварительно провѣтренную и тщательно дезинфицированную. Въ этой комнатѣ послѣ обычнаго годоваго ремонта не было ни одной больной. Животъ роженицы вымытъ карболовымъ мыломъ со щеткой и облитъ растворомъ сублимата. Волосы на *mons veneris* сбриты.

Брюшная полость вскрыта на протяженіи 20 *cm.* по бѣлой линіи въ одинъ приемъ и рана расширена вверхъ и внизъ по пальцу. Беременная матка выведена наружу, обернута согрѣтымъ полотенцемъ, дезинфицированнымъ растворомъ сулемы, и поручена удерживать помощнику до удаленія ея. По выведеніи матки наружу, въ виду стремительнаго и упорнаго выпаденія кишекъ и сальника, неподдающихся удержанію послѣ ихъ вправленія, а равно огражденія брюшины отъ охлажденія, верхняя часть раны до середины ея зашита 4-мя шелковыми

лигатурами, проникающими через брюшину. Такимъ образомъ, дальнѣйшее выпаденіе кишекъ предотвращено. Подведены: а) лигатуры съ обѣихъ сторонъ для перевязки сѣмянныхъ артерій вмѣстѣ съ широкими и круглыми связками и б) эластическій шнуръ вокругъ нижняго отрѣзка матки ниже сказанныхъ лигатуръ, а затѣмъ, въ моментъ затягиванія шнура помощникомъ, матка вскрыта двумя сѣченіями и младенецъ женскаго пола извлеченъ изъ матки вмѣстѣ съ послѣдомъ такъ, что моментъ вскрытія матки и извлеченіе плода продолжался не болѣе 2—3 минутъ. Лигатуры, наложенныя на связки *en masse*, затянуты и коротко обрѣзаны. Разрѣзъ проникъ черезъ дѣтское мѣсто, но это нисколько не помѣшало быстрому извлеченію плода. Послѣ излитія крови, содержимой въ маткѣ и дѣтскомъ мѣстѣ, всего около трехъ унцій, кровотечения не было, да оно и быть не могло. Околоплодной жидкости было очень немного. Матка отрѣзана ножницами на 3 смт. выше шнура, а связка приблизительно настолько же надъ лигатурами. Въ составъ культи вошли, кромѣ нижняго отрѣзка матки, и связки съ лигатурами. Поровнявши культю ножницами, проведены выше шнура крестъ на крестъ двѣ длинныя, крѣпкія иглы и брюшина культи пришита 4-мя кетгутowymi швами къ брюшинѣ нижняго угла раны. Благодаря ловкости помощниковъ, въ брюшную полость при вскрытіи матки не попало ни околоплодной жидкости, ни крови, почему туалетъ брюшины не понадобился. Изслѣдованіе опухоли въ тазу, быстро произведенное черезъ брюшную рану до ея сшиванія, подтвердило діагнозъ, полученный при изслѣдованіи *per vaginam*.

Рана зашита 16 глубокими и поверхностными швами изъ сублимованнаго шелка. Культя и вся рана обсыпаны іодоформомъ, покрыты іодоформенной марлей и слоємъ ваты; вся перевязка укрѣплена марлевымъ бинтомъ. Операція продолжалась 58 мин. Хлороформа употреблено около $\frac{1}{2}$ унціи. Состояніе оперированной во все время операціи было вполне удовлетворительно.

Въ продолженіе всего послѣопераціоннаго періода t° не поднималась выше 37,7 (на 8-ой день). Пульсъ колебался между 40 и 56 ударами и особенно въ первые 8 дней былъ рѣдокъ. Самочувствіе больной во все время было удовлетворительно. На 8-ой день снята повязка и рана покрыта новою іодоформенной марлей; рана заживаетъ *per primam*. Культя найдена мумифицирующейся. Въ этотъ же день кишечникъ очищенъ

клизтиромъ. На 10-й день сняты швы съ брюшной раны. На 12 д. на культѣ замѣченъ распадъ, но безъ запаха, съ гноевиднымъ выдѣленіемъ хорошаго качества изъ окружности культи. На 22-ой д. культя отдѣлилась. Ранка представилась въ видѣ воронки съ дномъ не болѣе серебрянаго пяточка, покрытымъ хлопьями; боковыя же стѣнки раны покрыты хорошими грануляціями. Рана ежедневно промывалась 2⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты. Ослабѣвшій шнуръ, заключавшійся въ образовавшемся вокругъ его каналѣ, перерѣзанъ и легко удаленъ. Во все остальное время закрытія раны на мѣстѣ бывшей культи продолжалось спринцеваніе съ карболовой кислотой и полость раны vyplнялась іодоформенной марлей. Больная выписалась 3 января.

Въ первыя пять дней послѣ операціи молоко въ грудяхъ прибывало и родильница до 10-го дня могла сама кормить грудью ребенка; затѣмъ, молоко у нея пропало. Дѣвочка до сего времени совершенно здорова.

2 случай: Срочные 5-ый разъ. Показаніе: Ракъ, матки, занявшій маточную шейку, и верхнюю часть рукава. Мать, умерла въ концѣ 6-хъ сутокъ отъ септикеміи, ребенокъ (мальчикъ) добытъ вполне развитымъ, живъ по настоящее время. № журнала 2742.

Елена Я..., 38 л., поступила въ С.-Петербургское Родовспомогательное заведеніе въ концѣ 8-го мѣсяца беременности съ маточнымъ кровотеченіемъ. Женщина высокаго роста, средняго тѣлосложенія; съ 16 года жизни менструировала правильно, а равно 4 раза родила благополучно. Прекращенія послѣдней менструаціи не помнитъ; первое шевеленіе плода въ эту беременность замѣтила 25 мая и, по ея расчету, роды должны наступить въ концѣ октября. Размѣры живота и высота дна матки соответствуютъ концу 8-го мѣсяца беременности. Тазъ правильный. Жалуется на кровотеченіе изъ половыхъ органовъ и на боли внизу живота.

Видъ больной кахектической; кожа и слизистыя оболочки губъ и конъюнктивы глазъ блѣдны; подкожный жировой слой слабо развитъ. Движеніе плода нормально, сердцебіеніе его ясно, слѣва ниже пупка. *Portio vaginalis* сплошь занята раковымъ процессомъ и представляется на ощупь короткой, очень толстой, хрящевой плотности, покрытой нѣсколькими не одинаковой величины бугорками. Отъ влагалищной части по правой сторонѣ задняго свода идетъ плотный, бугроватый, шириной немного болѣе пальца пучекъ, направляющійся къ задней стѣнкѣ

таза и составляющей, повидимому, продолжение того же процесса. При осмотрѣ черезъ зеркало *Симса* окружность наружнаго зѣва представлялась какъ бы изрытой, покрытой сплошной язвой, свойственной раковому процессу, изъ которой выдѣляется небольшое количество крови въ видѣ сукровицы. Назначено спринцеваніе изъ раствора сулемы (1:2000) и покойное положеніе; кровотеченіе остановилось. Для успокоенія болѣе примѣнены суппозитории съ опіемъ и теплыя ванны въ 28° R.

Послѣ повторныхъ изслѣдованій и врачебныхъ совѣщаній ампутація *portionis vaginalis* отклонена въ виду того, что очень трудно было точно опредѣлить границы распространенія процесса, а главное, изъ опасенія послѣдовательнаго кровотеченія, весьма опаснаго какъ для матери, такъ и для плода. Рѣшено выжидать нормальнаго наступленія родовъ.

Черезъ *два недѣли* кровотеченіе возобновилось въ значительномъ количествѣ; назначено тампонированіе влагалища растворомъ *ol. martis*, 1ч. на 8ч. воды. Тампонація помощью зеркала *Симса* произведена два раза съ промежутками въ теченіе двухъ сутокъ. Второй тампонъ оставался 24 часа.

27 октября въ 10 ч. 30' вечера начались родовыя боли, появлявшіяся черезъ 10' и продолжавшіяся отъ 1 до 3'. Къ тремъ часамъ ночи боли стали слабѣть: души въ 35° R, черезъ три часа. Въ это же время произведено первое внутреннее изслѣдованіе послѣ начала болѣй; влагалищная часть нисколько не измѣнилась: оставалась настолько же плотной и нисколько не укорачивалась; каналъ шейки совершенно не пропускалъ пальца. Къ утру боли, не смотря на души, нѣсколько ослабли. Изслѣдованіе въ 9 ч. утра показало, что влагалищная часть оставалась въ томъ же положеніи. Сердцебиеніе плода выслушивалось совершенно ясно съ лѣвой стороны, ниже пупка. Головка стоитъ надъ входомъ таза; спинка обращена влѣво, мелкія части вправо. Въ виду того, что влагалищная часть, не смотря на сильныя боли, нисколько не измѣнялась и, слѣдовательно, естественнаго окончанія родовъ ожидать было невозможно, въ виду ясной жизнеспособности плода, а такъ же невозможности спасти жизнь матери, рѣшено, подождавъ еще нѣсколько часовъ, произвести кесарское сѣченіе по способу *Porro*. При этомъ предполагено по отдѣленіи тѣла и дна матки, произвести комбинированное изслѣдованіе черезъ брюшную рану и влагалище, точнѣе опредѣлить границы распространенія процесса на своды и такимъ путемъ предрѣшить возможность экстирпаціи

всей матки. До 2-хъ час. дня измѣненій во влагалищной части не произошло. Кровотеченіе было самое незначительное; воды не отошли.

Предназначенная для операціи комната продезинфицирована хлориновой известью; за часъ до операціи пущенъ паровой шпре 5^o/о раствора карболовой кислоты. Больная тщательно вымыта въ теплой ваннѣ, влагалище промыто растворомъ сулемы и въ 2 ч. дня, 28 окт. въ присутствіи врачей заведенія и при участіи профессора Биддера и д-ровъ Тарновскаго, Добрынина и Сутугина я приступилъ къ операціи *Porro*.

Нахлороформированная до полного наркоза въ другой комнатѣ роженица перенесена и положена на операціонный столъ; волосы на *mons veneris* сбриты; животъ вымытъ карболовымъ мыломъ со щеткой и растворомъ сублимата. Разрѣзъ брюшной стѣнки по бѣлой линіи произведенъ послойно, начиная отъ уровня стоянія дна матки, приблизительно около 3¹/₂ п.п. выше пупка. По разрѣзѣ матка выведена изъ брюшной полости и покрыта теплымъ сулемованнымъ полотенцемъ. Вслѣдствіе упорнаго выпаденія кишечныхъ петель, на верхнюю часть раны наложены 4 глубокихъ шелковыхъ шва и выпадавшія петли закрыты теплой продезинфицированной широкой и плоской губкой. Затѣмъ, нижній отрѣзокъ матки надъ внутреннимъ зѣвомъ перетянуть эластичнымъ шнуромъ и въ моментъ затягиванія шнура сдѣланъ быстро разрѣзъ по передней стѣнкѣ матки, черезъ который въ 2 ч. 50' дня извлеченъ живой доношенный мальчикъ, вѣсомъ въ 3660 grm. Разрѣзъ пришелся на мѣстѣ прикрѣпленія плаценты. Околоплодные воды чисты и въ небольшомъ количествѣ. Кровотеченія, за исключеніемъ небольшого количества крови, заключавшейся въ сосудахъ матки и дѣтскаго мѣста, не было. Выше эластичнаго шнура отдѣльными шелковыми лигатурами перевязаны широкія и круглыя маточныя связки съ проходящими въ нихъ *vasa spermatica* и яйцепроводами и разрѣзомъ скальпеля надъ внутреннимъ зѣвомъ матки она удалена съ ея придатками, при чемъ оказалось, что *arteria uterina* тоже попала въ лигатуры. По удаленіи матки произведено комбинированное изслѣдованіе черезъ брюшную рану и влагалище, вполне подтвердившее распространеніе канкروزнаго процесса на задній сводъ съ правой стороны, доходящее до стѣнки таза, вслѣдствіе чего экстирпація оставшейся части тѣла и *portionis vaginalis* не произведена. Сдѣлана попытка спить операціонную культу съ брюшиной ниже эластичнаго шнура,

но при проведеніи иглы на мѣстѣ укола показалось значительное артеріальное кровотеченіе; кровоточащій сосудъ тотчасъ перевязанъ лигатурой съ коротко обрѣзанными концами и непосредственно надъ шнуромъ наложено съ каждой стороны по одному шву изъ тонкаго шелка на культю и паріетальный листокъ брюшины. Брюшная рана стянута семью глубокими и пятью поверхностными шелковыми швами, при чемъ ближайшій къ культѣ глубокій шовъ проведенъ черезъ брюшину культы. По наложеніи швовъ культя укрѣплена на двухъ длинныхъ, крѣпкихъ крестообразныхъ иглахъ. Культя и брюшная рана обсыпаны іодоформомъ, обложены іодоформенной марлей и, затѣмъ, весь животъ покрытъ слоемъ ваты, подушкой изъ просуленной ваты и забинтованъ холщевымъ бинтомъ. Влагалище, изъ котораго выдѣлялась сукровица, выполнено іодоформенной марлей.

1-ые сутки. Тотчасъ послѣ операціи небольшой знобъ. Боль въ области раны. Самочувствіе удовлетворительно. Утро t° 36,8. П. 58. Д. 24. Веч. t° 37,5. П. 72. Д. 22. Вино, морфій подъ кожу. Суточное количество мочи 1050.

2-ые сутки. Знобъ около 15'. Сильная боль и вздутіе въ *epigastri* и Отрыжка, тошнота, по временамъ рвота. Самочувствіе хуже. У. t° 39,4. П. 120. Д. 24 (послѣ зноба). Веч. t° 37,5. П. 100. Д. 20. Ледъ на *epigstrium*; вино и опій съ бисмутомъ внутрь. Суточное количество мочи 1050.

3-и сутки. Вздутіе и чувствительность распространились на весь животъ, рвота чаще. Рана въ хорошемъ состояніи, вокругъ культы нагноеніе,—перевязка съ сублиматомъ и карболовой ватой. Пульсъ слабѣетъ. У. t° 37,8. П. 110. Д. 28. Веч. t° 38,1. П. 116. Д. 32. Согревающій компрессъ на животъ. *Idem.* Суточное колич. мочи 920. Слѣды бѣлка.

4-ые сутки. Больная слабѣетъ. Пульсъ малъ и частъ. По временамъ впадаетъ въ безпамятство. Рвота чаще. Утр. t° 37,8. П. 100. Д. 26. Веч. t° 38,3. П. 118. Д. 28. *Idem.* Aether sulf. с. camph. подъ кожу. Суточное кол. мочи 530.

5-ые сутки. Слабость прогрессируетъ. Общія явленія тѣ же. Утр. t° 37,3. П. 110. Д. 28. Веч. t° 36,9. П. 130. *Idem.* Clusma. с. ol. tereb. Суточное колич. мочи 720. Бѣлокъ.

6-ые сут. Сняты 2 шва и въ полость брюшины введенъ зондъ и выпущено около 2 ложекъ гноя—дренажъ, асептичная повязка. Сопорозное состояніе; пульсъ едва возможно считать. Въ концѣ сутокъ *mors.*

Влагалище ежедневно 2 раза проспирцовывалось раствором сублимата и выполнялось карболовой ватой. Ребенок здоровъ и по настоящее время.

Autopsia. 24 часа послѣ смерти.

Правильно развитая, высокаго роста женщина, посредственнаго питанія, съ блѣдной кожей. Сильное трупное окоченѣніе только на нижнихъ конечностяхъ. Подкожный жирный слой, довольно толстый въ стѣнкахъ живота (отъ 1—1½ смт.), на остальныхъ частяхъ туловища и конечностяхъ весьма тонокъ. Животъ сильно вздутъ и напряженъ. Швы всюду держатся хорошо. Культи омертвѣвши, но безъ слѣдовъ гниlostнаго распада. Рана собственно кожи довольно плотно склеена, за исключеніемъ очень маленькаго участка, длиною приблизительно въ ½ смт., тотчасъ надъ культей, гдѣ края раны разошлись и рана имѣетъ видъ маленькаго треугольнаго отверстія. Губы раны подкожной клѣтчатки и прочихъ слоевъ брюшной стѣнки разошлись и представляютъ грязноватую поверхность, усѣянную кровоподтеками и покрытую довольно толстымъ слоемъ полужидкаго желтовато-бѣловатаго гноя безъ запаха. Брюшина по сторонамъ ея раны, на пространствѣ 2—3 смт., значительно утолщена, мутна, сильно гиперимирована, покрыта плотными, но тонкими гнойно-фибринозными осадками. Въ нижнемъ концѣ раны вокругъ культи воспаленіе развито наиболѣе сильно и встрѣчаются уже островки путридно-гнойнаго распада, почему съ большою вѣроятностью можно предположить, что воспаленіе началось именно съ этого отдѣла раны. Со стороны брюшной полости къ ранѣ брюшныхъ стѣнокъ плотно прилегаетъ средняя часть большаго сальника, плотно склееннаго съ переднею брюшною стѣнкой. На мѣстѣ, соответствующемъ ранѣ, сальникъ сильно воспаленъ. Кишечникъ весьма сильно вздутъ, особенно желудокъ, за исключеніемъ лишь ободочной кишки, которая представляется сжатой. *Coecum* свободно, съ верхнею частью *colonis ascendentis* и нижнею частью *ilei* имѣетъ общую брыжейку и лежитъ высоко. Въ полости брюшины обильный фибринозно-гнойный выпотъ, плотно склеившій внутренности другъ съ другомъ. *In fossa iliaca dextra* и выше отъ нея позади *coecum* и *colon ascendens* почти до печени находится громадное скопленіе жидкаго, гнойнаго выпота. Такое же скопленіе гноя выполняетъ всю *excavationem recto-uterinam*. Въ забрюшинной клѣтчаткѣ ткань сочна, слегка инфильтрирована сывороточнымъ выпотомъ. *Venae spermaticae in-*

ternae довольно хорошо инволютированы. Лимфатическіе сосуды безъ измѣненій; лимфатическія железы припухши, блѣдны; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ встрѣчаются мелкіе, блѣловатые и плотные узелки, похожіе на карциному. Правый мочеточникъ весьма сильно растянутъ, толщиной почти въ указательный палецъ взрослога человѣка. Стѣнки его истончены. Оставшаяся часть матки заключаетъ въ себѣ часть нижняго отдѣла тѣла ея, длиною около $3\frac{1}{2}$ смт. Мышечныя стѣнки этого остатка (составлявшаго культю) довольно тонки, безкровны и дряблы; на внутренней поверхности никакихъ слѣдовъ слизистой оболочки. Гуттаперчевая лигатура плотно обхватываетъ этотъ остатокъ приблизительно на 1 смт. выше внутренняго зѣва. Въ стѣнкахъ его никакихъ узловъ незамѣтно. Шейка очень коротка, около 2 смт. длины; внутренній зѣвъ выраженъ весьма рѣзко. Мышечныя стѣнки шейки весьма плотны и тонки. *Mucosa* на задней и лѣвой стѣнкѣ шейки блѣдна, но *plicae palmatae* выражены довольно рѣзко. Какъ каналъ шейки, такъ и оба зѣва сильно сужены, совершенно неподатливы, съ трудомъ пропускаютъ указательный палецъ. Въ толщѣ передней и правой стѣнокъ шейки, въ передней губѣ и въ правой половинѣ задней губы находится большая, довольно плотная раковая опухоль (*Carcinoma vulgatum*) съ громадною, глубокою, гниющею язвой; опухоль переходитъ и на правую заднюю и отчасти на правую боковую и переднюю стѣнки рукава, приблизительно на 3 смт. ниже *orificii externi uteri*. Изъ сводовъ совершенно сохраненъ одинъ только лѣвый и небольшая часть задняго. Раковая опухоль, величиной въ большое яблоко, лежитъ простѣночно, потому что со стороны параметральной и паравагинальной клѣтчатки на поверхности ея еще замѣтенъ тонкій слой мышечной ткани. *Vagina* безъ измѣненій, только стѣнки ея налиты кровью. Мочевой пузырь великъ, мало сокращенъ, почти пустъ, съ флегмонозно-инфильтрированной стѣнкой; на слизистой оболочкѣ его легкая мутность и весьма густая инъекція кровью. Тазовая клѣтчатка разбухла и сочна; нѣкоторыя изъ лимфатическихъ железъ правой стѣнки таза сильно опухли и карциноматозно измѣнены.

Почки жирны, нѣсколько увеличены, дрябловаты. Лоханка правой почки сильно расширена (прижатіе пузыряго конца праваго мочеточника опухолью).

Печень весьма блѣдна, жирна. Раковыхъ узловъ въ ней нѣтъ.

Селезенка опухши; мякоть размягчена, блѣдна. Діафрагма стоитъ высоко.

Верхушка лѣваго легкаго довольно плотно сращена съ грудными стѣнками, изборождена старыми плотными рубцами, заключаетъ довольно много мелкихъ, омѣлѣвшихъ творожистыхъ гнѣздъ; рубцы сильно пигментированы, прочіе отдѣлы легкиихъ свободны, блѣдны, сильно отечны, особенно нижнія доли. Ткань нижней доли праваго легкаго кромѣ отека еще сильно разрыхлена, вслѣдствіе затечной пневмоніи.

Сердце, кромѣ дряблости и невысокой степени ожиренія стѣнокъ, ничего особеннаго не представляетъ. Полость черепа не вскрыта.

Дренажъ, введенный передъ смертію, взошелъ наискось влѣво и вверхъ между складками большаго сальника и, затѣмъ, между брюшиной и кишечникомъ.

V.

Случай операціи Порро, произведенной А. Я. Крассовскимъ.

Н. М. Поршнякова.

4 іюля 1887 года въ палату беременныхъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія поступила крестьянка Калужской губ., Марья Костикова, 28-ми лѣтъ, беременною въ 1-ый разъ, въ концѣ 6-го мѣсяца беременности.

Анамнезъ. Въ дѣтствѣ, какъ только помнить себя, была слабымъ ребенкомъ и постоянно хворала. Около 9-ти лѣтъ была помѣщена въ Маріинскую больницу на излеченіе отъ зоба. На 11-мъ году, заболѣвъ панариціумомъ большаго пальца на лѣвой рукѣ, была помѣщена въ Петропавловскую больницу, гдѣ у нея развилась костоѣда большаго пальца, по случаю которой, пролежавъ около года въ больницѣ, ей ампутировали оба фаланга этого пальца. 12-ти лѣтъ была принята въ больницу Принца Ольденбургскаго на хирургич. отдѣл. для выпрямленія ногъ отъ рѣзко развившихся genu valgum, сильно мѣшавшихъ ходить больной, гдѣ и пролежала годъ и 7 мѣс., въ теченіе

которыхъ сдѣлано нѣсколько повторныхъ операцій выпрямленія ногъ, при чемъ она перенесла 12 гипсовыхъ повязокъ. На 22-мъ году пролежала около 2-хъ мѣсяцевъ въ Обуховской больницѣ съ переломами плеча и предплечія лѣвой руки. На 15-мъ году первыя регулы, которыя съ этихъ поръ постоянно правильно и безболѣзненно появлялись черезъ каждыя 3 нед. на 4-ую, продолжаясь дня по 2—3, въ умѣренномъ количествѣ; послѣдніе регулы имѣла съ 10-го по 12-е включительно января 1887 года. Первое ощущеніе движенія плода 8 іюня. 15-ти же лѣтъ начала половую жизнь, а съ 16-ти и по настоящее время состоитъ бланковой *puella publica*, и за это время (около 13 лѣтъ) она до 30 разъ лежала не подолгу (недѣли по 2) въ Калинкинской больницѣ, но ни разу не была лечима тамъ отъ сифилиса.

Осмотромъ при поступленіи въ палату беременныхъ дано слѣдующее. Роста Костикова малаго (всего 129 снт.); слегка анемична; подкожно-жировой слой и мышечная система развиты удовлетворительно. Костный скелетъ представляетъ много неправильностей. Правая ключица болѣе изогнута лѣвой и на границѣ первой своей трети отъ груднаго конца представляетъ утолщеніе, напоминающее собою какъ бы костную мозоль, хотя перелома ключицы въ анамнезѣ нѣтъ. Позвоночный столбъ въ верхней своей половинѣ не представляетъ неправильности, но въ области нижнихъ поясничнымъ позвонковъ замѣчается небольшой *lordosis*. На ребрахъ прощупываются, мѣстами довольно рѣзко выраженные четкообразныя (рахитическія) утолщенія. Трубчатыя кости рукъ и ногъ тонки съ утолщеніями больше нормы въ эпифизахъ. На срединѣ лѣвой плечевой кости прощупывается костная мозоль бывшаго перелома. Лѣвое предплечіе слегка дугообразно скривлено и на срединѣ утолщено. Правая нога на $1\frac{1}{2}$ снт. длиннѣе лѣвой:

$$\begin{array}{r} \text{femor dext.} = 29; \text{ fem. sin.} = 27 \\ \text{tibia dext.} = 30; \text{ tibia sin.} = 30\frac{1}{2} \\ \hline 59 \text{ снт.} \qquad \qquad \qquad 57\frac{1}{2} \end{array}$$

лѣвая нога и теперь имѣетъ форму *genu valgum*. Тазъ рахитически общесъуженный, съ особенно рѣзко выраженнымъ суженіемъ въ входѣ или такъ наз. ложно-остеомалатическій; главнѣйшіе размѣры его: D. tr. = $26\frac{1}{2}$ D. cr. = 25; D. sp. = 23, conj. ext. = 19; conj. diagon. = 9; conj. vera = 7; D. obliq. ext. dext. et sin. \ddot{a} 19; D. Litzm. = $7\frac{1}{2}$ снт. Поперечный выходъ

между сѣдалищными буграми=6 (5); прямой выходъ таза= $8\frac{1}{2}$; лонное соединеніе выпячивается вверхъ и впередъ и имѣетъ довольно рѣзко выраженную, такъ наз., клювовидную форму. Лонная дуга представляется очень узкой, такъ что приблизительно на границѣ нисходящихъ вѣтвей лонныхъ костей съ восходящими вѣтвями сѣдалищныхъ выходъ таза едва пропускаетъ два пальца; боковыя стѣнки таза значительно вдавлены внутрь, такъ что полость его, а главнымъ образомъ выходъ, сильно уменьшены въ поперечникѣ. Promontorium хотя стоитъ довольно высоко, но крестецъ, передняя поверхность котораго сильно изогнута въ продольномъ направленіи взадъ, верхней своею частью значительно наклоненъ впередъ.

Въ виду такого сильнаго суженія таза трудно было надѣяться на благополучный выходъ для ребенка, даже при преждевременныхъ родахъ, а потому и было предоставлено Костиковой на выборъ: или подвергнуться операциі немедленно, пожертвовавъ жизнью плода или же перенести операцию болѣе серьезную (чревосѣченіе), дождавшись конца беременности, но за то съ сохраненіемъ жизни ребенка. Послѣ нѣскольководневнога обдумыванія она согласилась на послѣднее, прося при этомъ избавить ее уже разъ навсегда отъ возможности новой беременности, вслѣдствіе боязни вновь подвергать опасности свою жизнь. Рѣшено было дожидаться окончанія беременности и съ наступленіемъ первыхъ родовыхъ схватокъ произвести кесарское сѣченіе. Во все время пребыванія въ положеніи беременности (около 3 мѣс.), равно какъ и дома съ самаго начала своей беременности, она чувствовала себя вполнѣ здоровой, пользовалась хорошимъ аппетитомъ и беременность протекала безъ всякихъ осложненій. Въ послѣдніе 2 мѣсяца сталъ сильно выраженъ *venter prorepens*, стоявшій къ бедромъ почти подъ прямымъ угломъ. При изслѣдованіяхъ даже въ послѣднее время беременности *portio vaginalis* стояла постоянно очень высоко, такъ что съ трудомъ могла быть ощупываема пальцемъ. Положеніе плода довольно часто мѣнялось, то приближаясь къ поперечному, то занимая одно изъ косыхъ; въ послѣднія 2 недѣли оно стало болѣе постояннымъ, при чемъ головка прощупывалась въ правомъ углу матки, а ягодицы влѣвонадъ лоннымъ соединеніемъ; сердцебіеніе въ это время было слышно постоянно на $1\frac{1}{2}$ п. выше пупка, вправо отъ бѣлой линіи. 15 октября, т. е., за два дня до операциі, беременная впервые почувствовала боль въ поясницѣ, при чемъ замѣтила ослабленіе движеній плода,

сердцебиение которого однако ясно было слышно на прежнем мѣстѣ. 16 октября утромъ сердцебиение плода стало не ясно и заглушалось переливаніемъ въ кишечникѣ и маточными шумами; ею принята 3j Ol. ricin., послѣ котораго нѣсколько разъ ее проследило; движеній плода больше уже не ощущала; вмѣстѣ съ тѣмъ боли въ поясницѣ стали сильнѣе, появилась ноющая боль внизу живота и хотя настоящихъ родовыхъ болей и не было, но общій тонусъ матки значительно повысился, что рѣзко замѣчалось на ощупь рукою и чѣмъ отчасти объяснялось не столь ясное сердцебиение плода и слабость его движеній. Къ вечеру (16 октября) она стала безпокойнѣе, хотя настоящихъ родовыхъ болей все еще не было; сердцебиение плода больше не было слышно за маточными шумами; t° веч. = 37,9; п. = 94; въ 10 час. веч. появились первыя родовыя схватки, а въ 11 ч. ночи отошли околоплодные воды грязныя и въ небольшомъ количествѣ; рѣшено приступить немедленно къ операціи.

Операція Порро произведена А. Я. Крассовскимъ подъ глубокимъ хлороформнымъ наркозомъ въ 12 ч. 30 м. ночи съ 16-го на 17-е октября, чрезъ $2\frac{1}{2}$ ч. послѣ начала болей и спустя около $1\frac{1}{2}$ час. послѣ излитія водъ. Шейка матки къ этому времени представлялась изглаженной и наружный зѣвъ, очень высоко стоящій, приоткрытымъ пальца на $1\frac{1}{2}$; t° роженицы передъ операціей поднялась до $38,8^{\circ}$, а пульсъ = 104. Разрѣзъ брюшной стѣнки сдѣланъ по linea alba брюшистымъ бистуріемъ, причемъ пупокъ обойденъ съ лѣвой стороны; кожа, необильный подкожно-жировой слой, мышечныя влагалища, graerigitone'альный слой и брюшина вскрыты почти однимъ разрѣзомъ, причемъ особеннаго кровотеченія не было; окно въ брюшинѣ расширено вверхъ и внизъ по пальцу пуговчатымъ бистуріемъ. Попытка выкатить матку по малости разрѣза оказалась безуспѣшной, а потому онъ сейчасъ же увеличенъ ножницами вверхъ еще пальца на 3, разомъ чрезъ всю толщю тканей съ брюшиной включительно, послѣ чего матка легко выведена изъ брюшной полости. Кишечныя петли вверху брюшнаго разрѣза удерживались въ своемъ положеніи посредствомъ сближенія краевъ разрѣза, захваченныхъ большими Мюезевскими щипцами. На шейку матки наложенъ эластическій жгутъ приблизительно ниже уровня внутренняго зѣва, затянутъ и укрѣпленъ кольцомъ Тирша, вслѣдъ затѣмъ, сейчасъ же однимъ глубокимъ и длиннымъ разрѣзомъ черезъ дно и перед-

нюю стѣнку матка вскрыта, причемъ разрѣзь прошелъ какъ разъ черезъ плаценту, прикрѣпленную къ передней стѣнкѣ матки и у дна ея; ребенокъ оказался лежащимъ въ правомъ косомъ положеніи, головкою вверхъ и вправо, а спинкою назадъ и извлеченъ безъ признаковъ жизни, вѣсомъ въ 3100 grm., длина его 48; послѣдъ съ оболочками отдѣлены и удалены рукою; кровотеченіе умѣренное. Вслѣдъ за этимъ матка ампутирована пальца на $1\frac{1}{2}$ надъ жгутомъ съ обѣими яичниками и яйцепроводами, причемъ разрѣзь косо прошелъ приблизительно сейчасъ же надъ уровнемъ внутр. зѣва. При провѣркѣ крѣпости положенія на культѣ жгута оказалось, что онъ расслабъ и недостаточно плотно стягиваетъ культю, почему и наложенъ сейчасъ же подъ нимъ новый, болѣе толстый эластич. жгутъ, закрѣпленный тѣмъ же способомъ ~~жгутомъ~~; прежній же разрѣзомъ ножницъ удаленъ. Появившееся было кровотеченіе изъ сосудовъ широкихъ связокъ скоро остановлено соответственнымъ наложеніемъ шелковыхъ лигатуръ слѣва 3-хъ, а справа 2-хъ. Туалета брюшины дѣлать не пришлось, такъ какъ въ полость ея ничего не попало. На брюшной разрѣзъ живота, начиная сверху, наложено 10 глубокихъ и 9 поверхностныхъ шелковыхъ швовъ, причемъ ближайшіе къ выведенной наружу культѣ наложены такъ что брюшина краевъ раны плотно прилежала къ брюшинѣ культи ниже жгута; сама же культя не пришивалась къ краямъ раны и, будучи проколота надъ жгутомъ двумя перекрещивающимися длинными иглами, фиксирована ими въ нижней части брюшной раны. Затѣмъ, всѣ брюшные швы были покрыты слоемъ коллодія съ двуіодистою ртутью, культя же посыпана іодоформомъ и на животъ наложена антисептическая повязка. Операция продолжалась около $1\frac{1}{2}$ часа, главный же моментъ ея — наложеніе жгута и извлеченіе ребенка занялъ не болѣе 2—3 минутъ. Все употреблявшееся во время операций, какъ-то: ватные шарики, стеганки (замѣнявшія губки), полотенца, шелкъ для лигатуръ и швовъ были заранѣе обработаны растворомъ двуіодистой ртути 1:2000; инструменты же и иглы лежали въ 5% растворѣ карболовой кислоты.

Послѣ наложенія повязки оперированная была перенесена на носилкахъ въ верхній этажъ въ заранѣе продезинфицированную для нея палату. За ночь большую нѣсколько разъ вырвало; къ утру 1-го дня $t^{\circ} = 37,5$; пульсъ полный = 86, д. = 34; жалобы на боль внизу живота и рвоту; самочувствіе довольно удовлетворительно; мочи очень мало (за первые сутки

около 700 куб. снт.), она мутна, при кипяченіи порядочное количество бѣлка въ видѣ осадка; къ веч. $t^{\circ} = 38,2$, пульсъ 86 полный, $d = 34$. Дальнѣйшая t° по утрамъ въ теченіи всего послѣ-операционнаго періода не подымалась выше 37,6, а вечерній максимумъ былъ на 9-й день $= 38,4$, причемъ пульсъ постоянно былъ полный и наибольшая частота его $= 86$ въ минуту. Рвота къ концу 3-хъ сут. совершенно прекратилась. Небольшой метеоризмъ прекратился послѣ того какъ больную хорошо прослabilo на 3-и сутки подѣ влияніемъ восходящей клизмы съ *ol. terebinthinae*. Бѣлокъ въ мочѣ къ 4-мъ суткамъ совершенно исчезъ и моча стала прозрачнѣе и больше количествомъ. Въ теченіе первыхъ 2-хъ сутокъ была рѣзко выраженная у нея катаральная анги́на и бронхитъ, вѣроятно подѣ влияніемъ хлороформированія и льда даваемого больной отъ рвоты. На третьи и 4-ые сутки было довольно сильное нагрубаніе грудей. На 9-ый день переимѣнена въ первый разъ повязка, все время бывшая сухою, причемъ культя представлялась довольно свѣжей, безъ проявленій мумификаціи; изъ-подъ нея выдѣлилось немного доброкачественнаго гноя; культя хорошо обмыта карболовымъ растворомъ и посыпана сухимъ жженымъ гипсомъ. На 12-е сутки всѣ швы сняты, причемъ нѣкоторые слегка оказались нагноившимися; края брюшнаго разрѣза срослись вездѣ *per primam*; изъ-подъ культы продолжается отдѣляться гной; культя мумифицировалась, но снова засыпана гипсомъ. Культя отпала на 14-е сутки. Съ 17-го дня послѣ операціи и по настоящее время вечерняя t° не превышаетъ 37,8, самочувствіе оперированной прекрасно и ранка на мѣстѣ культы почти совсѣмъ зарубцевалась.

Что касается мотивовъ, побудившихъ оператора предпочесть въ данномъ случаѣ операцію Порро эмбриульціи или кесарскому сѣченію по консервативному методу, то они слѣдующіе:

Эмбриульція съ перфорацией послѣдующей головки завѣдомо мертваго плода въ данномъ случаѣ найдены неумѣстными вслѣдствіе того, что по узости таза, въ который едва-едва можно ввести руку, выполнение означенныхъ операцій было бы пожалуй даже совсѣмъ невозможнымъ или, по крайней мѣрѣ, сопровождалось бы большими затрудненіями и серьезными траматическими осложненіями для матери, послѣ которыхъ можно было ожидать далеко не безопасныхъ послѣдствій. Кромѣ того, для примѣненія означенныхъ операцій нужно было бы еще выжидать нѣсколько часовъ, пока хотя на нѣсколько паль-

цевъ не откроется зѣвъ, который передъ началомъ самой операціи не пропускалъ еще и $1\frac{1}{2}$ пальцевъ и края его были довольно толсты, а между тѣмъ роженица стала лихорадить и t° ея поднялась уже до $38,8^{\circ}$ C, а пульсъ до 104, и, слѣдовательно, были уже неотложныя показанія къ немедленному окончанію родовъ; (примѣнить же немедленно *accouchement forcé* было бы почти равносильнымъ обреченію роженицы на вѣрное тяжелое послѣродовое заболѣваніе, какъ указываетъ казуистика подобныхъ родовыхъ случаевъ). Наконецъ, пренебрегая даже вышеизложенными соображеніями, допуская (даже) возможность (конечно съ большимъ для роженицы рискомъ) сравнительно благополучнаго исхода на этотъ разъ означенныхъ операцій роженица остается не гарантированной отъ возможности въ случаѣ новой беременности попасть опять въ такія же тяжелыя условія и при томъ совершенно безцѣльно, такъ какъ на сохраненіе жизни будущаго плода посредствомъ преждевременныхъ родовъ въ данномъ случаѣ (почти) нѣтъ никакой надежды, по причинѣ сильнаго суженія таза.

Кесарское сѣченіе по консервативному методу было отклонено, во-первыхъ, по только что изложеннымъ причинамъ, какъ операція не избавляющая роженицу отъ опасностей новой беременности, между тѣмъ какъ получено было согласіе ея подвернуться лишь той, даже болѣе опасной для нея, операціи, которою, въ случаѣ выздоровленія, она была бы ужъ навсегда избавлена отъ опасности, а во-вторыхъ, противопоказаніемъ въ данномъ случаѣ являлась повышенная t° роженицы, указывавшая на начавшуюся уже инфекцію, послѣдствія которой легче всего конечно предупредить удаленіемъ матки.

И такъ, операція Порро въ данномъ случаѣ представляла много преимуществъ и примѣнена тѣмъ охотнѣе, что общій результатъ случаевъ оператора далъ вполне хорошій исходъ, а именно изъ 5 имѣющихся въ настоящее время операцій Порро, произведенныхъ А. Я. Крассовскимъ въ С.-Пет. Родовспом. Заведеніи лишь одинъ былъ съ летальнымъ исходомъ, гдѣ операція произведена была при значительномъ раковомъ поражении *portio vaginalis* и сводовъ, а 4 окончились полнымъ выздоровленіемъ, при чемъ въ число послѣднихъ входитъ случай операціи Порро, произведенный при разрывѣ матки *sub partu* и спустя 5 часовъ послѣ констатированія его.

VI.

Случай фиброміомы матки рѣдкой величины.

М. А. Шуринова.

(Сообщено въ засѣданіи Общества 22 октября 1887 г.).

Просматривая литературу фиброміомъ матки, по поводу представившагося въ больницѣ Свято-Троицкой Общины Сестеръ Милосердія случая фиброміомы эксквизитной величины, я, въ числѣ приводимыхъ въ работахъ проф. Рейна и д-ра Мерша ¹⁾ 678 случаяхъ фиброміомъ матки, нашелъ лишь 25, въсѣ которыхъ былъ свыше 30 фунтовъ. У другихъ авторовъ мнѣ встрѣтились еще 4 такихъ случая. Вотъ маленькая табличка этихъ случаевъ.

№ по порядку.	Авторы и источники.	Возрастъ больной; рожала или не рожала.	ОПУХОЛЬ.	Вѣсъ опухоли.	ОПЕРАЦІЯ.	ИСХОДЪ.
1	<i>Schröder.</i> (По Hofmeir'y—Die Myomotomie an 100 Operationen).	50 л. Не рожала.	Громадная міома на широкомъ основаніи и многочисленныя интестинальныя міомы.	32 ф.	Надвлагалищная міомотомія. Двойная лигатура черезъ шейку. Эгажные швы.	Выздоровленіе.
2	— Ibid.	45 л. 1 разъ абортъ	Fibroma cysticum.	36 ф.	Надвлагалищная міомотомія. Двойная лигатура. Культия опущена.	Смерть на 20-й день отъ перитонита. Лигатура ослабла. Цервикальный каналъ свободенъ открывается въ брюшную полость.

¹⁾ *Рейнъ.* Къ вопросу объ удаленіи фиброміомъ матки посредствомъ чрезвѣченія. 1876. Спб. Дисс.

Мершъ. Лапороміотомія за послѣднія 10 лѣтъ 1885. Спб. Дисс. Въ таблицѣ д-ра Мерша вошли 100 случаевъ изъ клиники *Schröder'a*, описанные *Hofmeier'омъ*.

№ по порядку.	Авторы и источники.	Возраст, боль- ной; рожала или не рожала.	ОПУХОЛЬ.	Вѣсъ опухоли.	ОПЕРАЦІЯ.	ИСХОДЪ.
3	<i>Schröder.</i> (По Hof- meir'y—Die Myomotomie an 100 Ope- rationen).	42 л. Не ро- жала.	Fibromyoma.	38 ф.	Энуклеация съ ча- стичнымъ удале- ниемъ стѣнки мат- ки. Швы на матку.	Смерть на 7-й день. Перитонитъ нѣтъ. Атрофія одной почки и гидро- нефрозъ дру- гой.
4	<i>Rose.</i> Deutsche Zeitsch. für Chirurg. XII.	36 л.	Мягкая субсероз- ная фиброма, сло- женная съ rectum.	38 ф.	Опухоль удалена. Anus praeterna- tur. на l. alba.	Смерть черезъ 3 часа послѣ операции.
5	<i>Keith.</i> The British méd. Journ. 1883, p. 1116.	28 л.	Фиброидъ.	42 ф.	Способъ операци не описанъ.	Выздоровленіе.
6	— Ibid.	46 л.	Мягкая фиброма.	34 ф.	Миомотомія.	Выздоровленіе.
7	<i>Péan.</i> Leçons de cli- nique chirurg. 1876—1882.	35 л. Рожала.	Фиброидъ.	15 klg.	Удаленіе матки и праваго яични- ка. Культия фикса- рована въ брюш- ной ранѣ.	Смерть отъ истощенія.
8	— Ibid.	48 л.	Fibroma subperi- toneale.	15 1/2 klg.	Morcellement. Культия шита въ рану.	Смерть на 4-й день отъ перитонита.
9	<i>Peaslee.</i> Ovar. tum. 1872, p. 147.		Субсерозная ки- сто-фиброма дна матки.	50 ф.	Миомотомія.	Выздоровленіе.
10	— Ibid., 1876.		Fibroma дна матки.	48 ф.	Удаленіе матки и яичниковъ.	Смерть отъ перитонита.
11	<i>Atlee.</i> Gener. a. dif- fer. diagn. of ovar. tum. 1873, p. 276.	40 л. Незам.	Стебельчатый ки- сто-фиброидъ дна матки на ножкѣ, толщиною 2—3 дюйма.	55 ф. безъ жидко- сти 40 ф.	Способъ операци не описанъ.	Смерть на 4-й день.
12	— Ibid., p. 279.	56 л. Незам.	Два стебельча- тыхъ фиброида. Одинъ изъ зад- ней стѣнки мат- ки, другой изъ лѣвой широкой связки близъ матки.	40 ф.	—	Выздоровленіе.

№ по порядку	Авторы и источники.	Возраст бол- ной, рожала или не рожала.	ОПУХОЛЬ.	Вѣсъ опухоли.	ОПЕРАЦІЯ.	ИСХОДЪ.
13	<i>Olshausen.</i> Arch. f. Gynä- kol. Bd. XVII.	49 л. Замуж.	Cystomyoma.	45 ф.	Внѣбрюшинное укрѣпленіе культи.	Выздоровленіе.
14	— <i>Ibid.</i> , Н. 3. <i>Schwarz.</i>	49 л. Не ро- жала.	Миома cysticum въ задней стѣн- ки матки.	45 ф.	Операция удалась безъ вскрытія по- лости матки. Культя съ эла- стичнымъ жгу- томъ укрѣплена въ раиѣ живота.	Выздоровленіе.
15	<i>Koerberlé.</i> Gas. hebdom. de méd. et de chirurg. 1869, февраль.	34 л. Intac- ta.	Субсерозный ки- сто-фиброидъ задней стѣнки матки.	14 ¹ / ₂ klg.	Миотомія.	Выздоровленіе.
16	— Thèse de <i>Cat- ternault.</i> Essai sur la gastro- tom. etc. Stras- sbourg. 1866. Observation I.	24 л. Дѣв.	Субсерозный фи- броидъ дна мат- ки въ состояніи отека.	32 klg.	Миотомія. Serre-noeds.	Смерть на 3-й день отъ пери- тонита и гной- наго плеврита.
17	<i>Spencer- Wells.</i> Dis. of the ovar. II. 1872. p. 191.	36 л. Дѣв.	Субсерозная фи- бромиома задней стѣнки матки.	34 ф. 10 ³ / ₄ .	Культя укрѣпле- на въ брюшной раиѣ.	Смерть на 3-й день.
18	<i>Hegar.</i> Die oper. Gy- näköl. <i>Hegar</i> und <i>Kalten- bach.</i> 1866, p. 220.		Cystofibromioma дна матки.	36 ф.	—	Смерть черезъ 8 дня отъ кро- вотеченія.
19	<i>Billroth.</i> Wien. méd. Wochens. 1876. № 2.	19 л. Незам.	Интерстиціаль- ная множествен- ная фибромиома.	17 klg.	Внѣбрюшинное укрѣпленіе куль- ти клипсомъ. Дре- нажъ per vagin.	Выздоровленіе.
20	<i>Burschmann.</i> Wien. méd. Wochens. 1880. № 28.	35 л. Рожала.	Fibromyoma re- tropéritoneale.	18 klg.	Энуклеация.	Смерть на 5-й день отъ пери- тонита.
21	<i>Кузнецкій.</i> Журн. Казан. врач. 1881 г., №№ 16 и 17.	46 л.	Кистофиброма. (Окружн. живо- та—159 сант.).	46 klg.	Внѣбрюшинное укрѣпленіе куль- ти. Опухоль уда- лена экзареромъ.	Выздоровленіе черезъ 7 не- дѣль.

№ по порядку.	Авторы и источники.	Возраст боль- ной; рожала или не рожала.	ОПУХОЛЬ.	Вѣсъ опухоли.	ОПЕРАЦІЯ.	ИСХОДЪ.
22	<i>G. Thomas.</i> Dies. of. wom. 1874, p. 520.		Фиброміома.	50 ф.	Способъ операціи не описанъ.	Смерть.
23	<i>Tapphorn.</i> Deutsche kli- nik. 1871. № 30.	50 л. Рожала.	Субсерозный фи- броидъ.	35 ф.	Миотомія. Ли- гатуры выведны въ рану.	Смерть черезъ 21 часъ отъ внутренняго кровотеченія.
24	<i>Sloane.</i> Brit. méd. Journ. 1857. X. II.	33 л. Незам.	Стебельчатая ки- стофиброма.	50 ф.	Миотомія.	Смерть черезъ 5 часовъ послѣ операціи.
25	<i>Storer.</i> Amer. Journ. of the méd. sc. 1866, январь.	47 л. Intac- ta.	Множественный интерстиціаль- ный фиброидъ и кисто-фиброма широкой связки.	37 ф.	Надвлагалищная миотомія.	Выздоровленіе на 28-й день.
26	<i>Courty.</i> Traité prat. des mal. de Uterus. 1872. p. 927.			50 ф.		
27	<i>Binz.</i> Gas. méd. de Paris. 1858. p. 807.			62 ф.		
28	<i>Waïter.</i> Denkbeh. ü. fibröse Ge- schwülste d. Gebärm. Dor- pat. 1842. p. 10.			71 ф.		
29	<i>Neuschler.</i> Schmidt's Jahrb. Bd. 133. p. 310.			35 ф.		

Изъ нихъ самый большой, видѣнный кѣмъ-либо, принадле-
жить д-ру Кузнецкому.

Рѣдкость такихъ большихъ опухолей съ одной стороны, а
съ другой трудности діагностики, встрѣтившіяся въ данномъ
случаѣ, позволяютъ мнѣ сообщить какъ исторію болѣзни, такъ
и результатъ вскрытія.

Прежде всего считаю долгом оговориться, что въ клиническомъ отношеніи больная мнѣ не принадлежитъ. Лапоратомія, на которой я и не присутствовалъ, была ей сдѣлана главнымъ врачомъ Свято-Троицкой Общины, многоуважаемымъ Е. В. Павловымъ, а наблюденіе велось д-ромъ Тернеромъ. Мой лишь протоколъ вскрытія и изложеніе всего въ системѣ.

3-го сентября настоящаго года въ женское хирургическое отдѣленіе Свято-Троицкой Общины сестеръ милосердія поступила крестьянка Псковской губ., Степанида Павлова, 37 лѣтъ отъ роду. Изъ анамнеза извѣстно, что она первые регулы получила на 17 году; типъ ихъ установился правильный—черезъ 3 недѣли по 3 дня; на 23 году вышла замужъ; рожала 5 разъ, всегда благополучно; выкидышей не имѣла. Послѣ 3-хъ родовъ, 11 лѣтъ тому назадъ, больная не забеременѣвала долѣе обыкновеннаго и при этомъ начала чувствовать боли въ нижней части живота справа. Всю слѣдующую 4-ую беременность боли эти были очень сильны; роды (7 лѣтъ тому назадъ) наступили въ срокъ. 3 года тому назадъ, были послѣднія, 5-е роды. Болей внизу живота больная за послѣдніе 6 лѣтъ не испытываетъ никакихъ. Послѣ 4-хъ родовъ, т. е., 7 лѣтъ тому назадъ, она впервые замѣтила существованіе внизу живота опухоли—«животъ не опалъ», по ея словамъ. Опухоль росла медленно и ничѣмъ особенно не беспокоила; больная лѣтомъ 1886 года могла еще исполнять полевые работы. Съ появленіемъ опухоли регулы не измѣнили своего правильнаго 3-хъ недѣльнаго типа, но стали продолжительнѣе—до 7 дней. Послѣдній годъ больная мало-по-малу лишилась возможности работать вслѣдствіе чрезмерной величины живота, одышки и кашля, что и составляетъ ея жалобы.

St. praes. Больная средняго роста, очень худощавая; цвѣтъ покрововъ слегка ціанотичный, отековъ нигдѣ нѣтъ. Животъ отвислый, стѣнки его сильно истончены; окружность на уровнѣ пупка при лежачемъ положеніи больной = 123 см. При перкуссии на всемъ пространствѣ спереди тупой тонъ; кишечникъ опредѣляется кзади и кверху отъ выполняющей всю брюшную полость опухоли, представляющей при ощупываніи гладкой, эластичной. Болѣзненно чувствительныхъ точекъ на всей поверхности живота нигдѣ нѣтъ. При изслѣдованіи per vaginam—port. vag. не достижима, рукавъ вытянуть и направленъ нѣсколько влѣво. Малый тазъ занятъ шаровидной опухолью, совершенно неподвижной и непосредственно переходящей въ опу-

холь, выполняющую брюшную полость. Сегментъ опухоли, прощупываемый per vaginam, тоже гладокъ, эластиченъ, ясной флукутаціи не даетъ.

Въ легкихъ — сзади до угловъ лопатокъ крепитирующие хрипы, выше усиленное везикулярное дыханіе. Спереди вездѣ чистое везикулярное дыханіе; притупленія перкуторнаго тона нигдѣ нѣтъ. Тоны сердца ясны, безъ шумовъ. Моча безъ ненормальныхъ примѣсей. Функція кишечника нормальна.

Діагнозъ: *Cystoma ovarii dextri*, вѣроятно интерлигаментарная.

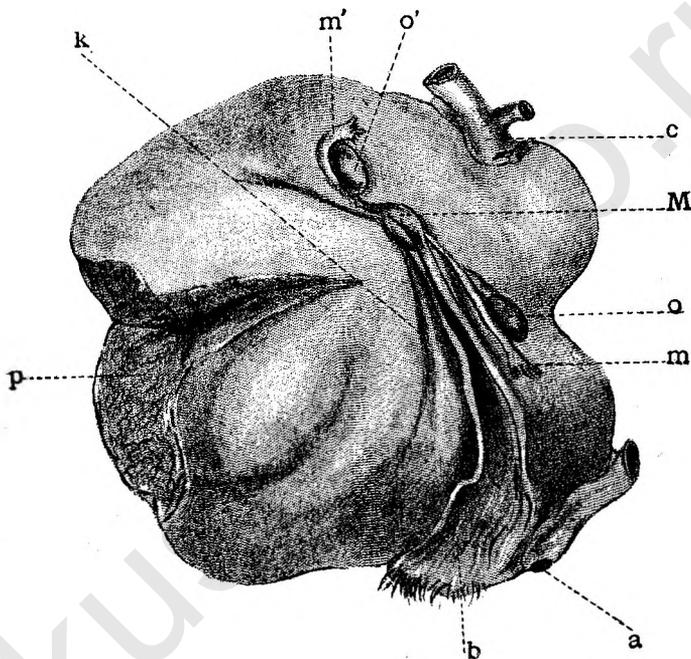
5-го сентября приступлено къ лапаротоміи. Наркозъ хлороформомъ. Разрѣзъ по *linea alba* посрединѣ между пупкомъ и лобкомъ въ 7—8 см. По вскрытіи *fasciae transversae*, въ нижнемъ углу раны свободнаго листка брюшины не найдено: опухоль широко сращена съ брюшной стѣнкой, и только нѣсколько выше по длинѣ разрѣза удалось попасть въ брюшную полость, причемъ въ моментъ вскрытія брюшины излилось около 2-хъ столовыхъ ложекъ серозной жидкости изъ поверхностно лежавшей въ опухоли полости, величиной съ грецкій орѣхъ; эта большая полость имѣла сообщеніе съ нѣсколькими меньшими полостями въ существѣ опухоли. Увеличивши разрѣзъ до пупка, введена рука, и ею опредѣлено, что вверхъ и въ стороны опухоль свободна отъ сращеній, что внизу спереди и, далѣе, по направленію къ обоимъ *Sp. il. ant. sup.* существуетъ прямой переходъ брюшины съ брюшной стѣнки на опухоль, плотно фиксированную вмѣстѣ съ тѣмъ во входѣ въ тазъ, и что сзади справа слѣпая кишка и корень брыжейки тѣсно связаны съ опухолью. Проколы троакаромъ какъ со свободной поверхности опухоли, такъ и съ внутренней стѣнки вскрытой вначалѣ полости, не открыли больше крупныхъ полостей; троакаръ входилъ вездѣ съ трудомъ, несмотря на эластическую мягкость опухоли. Тогда передняя часть опухоли разсѣчена термокаутеромъ вдоль, соответственно брюшной ранѣ, на глубину 5—6 см.; въ разрѣзѣ попадались лишь изрѣдка мелкія полости съ серознымъ содержимымъ. Имѣя предъ собою такую тѣсную связь солидной опухоли со слѣпой кишкой и корнемъ брыжейки и такія широкія сращенія со стѣнками таза, признано, что опухоль не удалима даже и частично. Операція закончена тѣмъ, что углы брюшной раны сверху и внизу стянуты нѣсколькими швами, а на остальномъ пространствѣ кожа сшита шелковыми узловатыми швами съ краемъ разрѣза значительно

выпятившейся въ рану опухоли. Перевязка іодоформной марли и смоленой паклей.

Первые дни послѣ операціи больная чувствовала себя плохо, безпокойль, главнымъ образомъ, кашель. Крепитационные хрипы въ заднихъ нижнихъ отдѣлахъ легкихъ замѣнились теперь крупными влажными хрипами. Повязку приходилось мѣнять каждый день вслѣдствіе обильнаго смачиванія ея отдѣляемой раной серозно-кровоянистой жидкостью. Температура на 2-й и 3-й день слегка повысилась, тахіумъ была 38,3 на 3-й день вечеромъ, затѣмъ, она была нормальна до 6-го дня, когда вечеромъ послѣ зноба достигла 40,9. Такое повышение температуры зависѣло отъ пневмоніи въ нижней долѣ лѣваго легкаго, вѣроятно эмболическаго происхожденія, опредѣленной уже на слѣдующій день. Объективно подѣ лѣвой лопаткой появился тупой тонъ и субкрепитирующія хрипы. Температура выше 39,0 продержалась 3 дня и, затѣмъ, снова упала до нормы вмѣстѣ съ разрѣшеніемъ уплотянія въ легкомъ. Швы были сняты на 7-й день послѣ операціи; въ углахъ брюшной раны сращенія не получилось. Окружность живота вслѣдствіе вытягиванія опухоли постепенно уменьшилась съ 123 до 111 см. на уровнѣ пупка. Въ *scrobis cordis* можно было теперь прощупать на опухоли единственный небольшой бугорокъ величиною въ грецкій орѣхъ плотнѣ остальной массы опухоли и чувствительный при давленіи.

На 14-й день послѣ лапаротоміи, д-ромъ Е. В. Павловымъ было сдѣлано безъ наркоза выжиганіе термокаутеромъ клиновиднаго куска изъ сильно выпячивавшейся наружу части опухоли, съ цѣлью съ одной стороны дать возможность выпятиться новой долѣ опухоли и тѣмъ уменьшиться внутрибрюшному давленію, а съ другой была надежда встрѣтить при этомъ еще большую полость въ глубинѣ опухоли. При отжиганіи масса опухоли представлялась вездѣ солидной съ небольшимъ лишь количествомъ мелкихъ полостей. Подѣ конецъ отжиганія изъ глубины раны появилось сильное венозное кровотеченіе, которое не могло быть остановлено прижиганіемъ, почему кровоточившее мѣсто было обшито шелковой лигатурой, вся рана затампонирована іодоформной марлей, и, кромѣ того, наложенъ еще шовъ сверху, стянувшій нѣсколько рану. Вѣсъ отожженнаго куска былъ 157 grm. На 2-й день повязка найдена смоченной кровью, сочившейся изъ мелкихъ венъ на поверхности опухоли; кровотеченіе остановлено прижиганіемъ, тампонъ остав-

лень *in situ*. Самочувствіе больной въ первые два дня послѣ этого отжиганія было наилучшее—кашель болѣе ея не беспокоилъ, сонъ и аппетитъ были хороши. Послѣ снятія на 3-й день наружнаго шва и удаленія тампона, кровотеченія не было, но въ тотъ же день вечеромъ температура начала повышаться и, затѣмъ, все время до смерти больной имѣла септической характеръ, несмотря на ежедневныя промыванія сублиматомъ и обильную присыпку раны салициловой кислотой въ порошокѣ.



a—заднепроходное отверстіе съ прямой кишкой; *b*—влагалище; *M*—дно матки; *o'*—правый яичникъ; *o*—лѣвый яичникъ; *k*—круглая связка; *p*—мѣсто выжиганія опухоли термокаутеромъ; *m*—*m'*—фаллоп. трубы. Полость матки и влагалище вскрыты, *port. vagin.* отсутствуетъ; матка и влагалище вытянуты въ длину; *c*—слѣзная кишка.

Отдѣленія съ поверхности раны были теперь довольно скудны. Послѣ снятія наружнаго шва углубленіе на мѣстѣ удаленнаго конуса постепенно сглаживалось на счетъ выпячиванія опухоли, такъ что окружность живота дошла подѣ конецъ до 108 см. Съ появленіемъ вновь лихорадочной температуры состояніе больной ухудшилось. Время отъ времени начали возобновляться кровотеченія изъ-подъ струпа, требовавшія или новаго прижиганія, или иногда обкалыванія сосудовъ, подходившихъ къ поверхности опухоли. Больная очень ослабѣла. 3-го октября, т. е.,

на 28 день послѣ лапаротоміи и на 14 день послѣ отжиганія части опухоли, въ 8 часовъ вечера у больной появилось сильное кровотеченіе, убившее ее въ теченіе нѣсколькихъ минутъ.

Вскрытіе произведено 4-го октября, черезъ 23 часа по смерти. Вотъ протоколъ его.

По вскрытіи брюшной стѣнки до *prosc. ensiformis*, представилась опухоль бѣловатаго цвѣта, тѣстоватой консистенціи, занимающая всю брюшную полость. Край брюшныхъ стѣнокъ, вокругъ выпячивавшейся наружу части опухоли отъ пупка до уровня соединенія средней съ нижней третью разстоянія отъ него до симфизы, вездѣ плотно сращенъ съ опухолью на ширину $1\frac{1}{2}$ —2 *cm.* По отдѣленіи этого сращенія опухоль оказалась свободною по своей передней поверхности до уровня линіи, соединяющей обѣ *Sp. il. ant. sup.*, т. е., вездѣ спереди брюшина съ брюшныхъ стѣнокъ переходитъ на опухоль, образуя правильную складку. При извлеченіи опухоли изъ брюшной полости оказалось, что и сзади брюшина съ нею очень высоко переходитъ въ *perit. parietale, mesosoesum* и въ корень брыжейки; складка лежитъ на уровнѣ 4-го поясничнаго позвонка. Поверхность опухоли вездѣ гладка, кромѣ одного возвышенія въ видѣ валика, идущаго въ поперечномъ направленіи и расположеннаго по срединной линіи на высотѣ 10 *cm.* надъ пупкомъ. Это возвышеніе есть дно матки; отъ угловъ его идутъ круглыя связки и фаллопьевы трубы, а при послѣднихъ свободно отъ опухоли лежатъ немного увеличенныя яичники. Лѣвая широкая связка совершенно свободна, правая же укорочена въ вертикальномъ направленіи, т. е., нижняя часть ея раздвоена и покрываетъ опухоль. Длина Фаллопиевыхъ трубъ по 15 *cm.* *Fimbriae* правой трубы отечны. При попыткѣ вытянуть вверхъ дно матки, передняя стѣнка остается тѣсно слитой съ массой опухоли, задняя же оказывается свободной на высоту около 5—6 *cm.* Для извлеченія опухоли сдѣланъ разрѣзъ складки брюшины на задней поверхности, причемъ на опухоли оставлены *soesum* и часть *int. ilei*. Дальнѣйшее отдѣленіе опухоли требовало вылуценія ея изъ забрюшинной клѣтчатки и клѣтчатки таза. Мочеточники, мочевой пузырь, *rectum* и рукавъ съ наружными половыми органами вырѣзаны, затѣмъ, вмѣстѣ съ опухолью. Забрюшинная клѣтчатка справа найдена инфильтрированной студенистымъ экссудатомъ. *Excavatio vesico-uterina* совершенно отсутствуетъ. Мочевой пузырь лишь немного вытянуть вверхъ и совсѣмъ не покрытъ брю-

пиной; *sacum Douglassii* лежитъ въ большомъ тазу, сохраняя свою форму. Брюшина вездѣ очень утолщена. Прямая кишка вступала въ малый тазъ слѣва отъ *promontorium'a*. Мочеточники нормальной толщины прилегаютъ къ задней поверхности опухоли. Ружавъ значительно вытянутъ. *Port. vag.* матки совершенно сглажена; длина матки отъ наружнаго зѣва до дна, измѣренная зондомъ, 16 см. Тѣло и шейка матки слиты съ задне-лѣвой поверхностью опухоли. По вскрытіи полости матки по лѣвому свободному краю, она оказалась покрытой неизмѣненной микроскопически слизистой оболочкой. Сама опухоль, положенная на столъ на заднюю поверхность, сплющивается вслѣдствіе своей мягкости. Наибольшая окружность ея въ экваторіальномъ направленіи 94 см. Опухоль представляется состоящей изъ трехъ главныхъ, разграниченныхъ неглубокими бороздами, отдѣловъ: передне-праваго, самаго большаго, правозадняго, меньшаго и задне-нижняго, еще меньшаго, занимавшаго полость малаго таза. Продольный разрѣзъ черезъ опухоль перпендикулярно ко дну матки обнаружилъ прямой переходъ ткани опухоли въ ткань передней стѣнки матки, капсулы для опухоли нѣтъ. вмѣстѣ съ тѣмъ въ этомъ разрѣзѣ попался пучекъ сильно развитыхъ венъ, оканчивающійся въ углу удаленнаго термокаутеромъ конуса опухоли, давшій смертельное кровотеченіе. Ткань опухоли мягка, въ разрѣзѣ содержитъ изрѣдка мелкія (съ горошину) полости съ серознымъ содержимымъ, а кое-гдѣ попадаются полости, выстланныя блестящей оболочкой и содержащія фибриновые свертки — это расширенные и затромбированные лимфатическіе сосуды. Опухоль вообще мало сосудиста. Вѣсъ вырѣзаннаго препарата 17 килограммъ. Печень нормальной величины, мускатна. Легкія свободны отъ сращеній съ грудной клѣткой, вездѣ проходимы для воздуха, малокровны и слегка эмфизематозны. Другіе органы не вскрыты. Данный случай интересенъ, какъ со стороны клинической, такъ и съ патолого-анатомической. Диагнозъ склонялся въ пользу овариальной опухоли, а не интерстиціальной фиброміомы матки, такъ какъ для діагноза послѣдней не было ни одного кардинальнаго признака: опухоль была не бугриста, а гладка, не плотна, а мягка и эластична; менструировала больная правильно, никогда не имѣя ни мено, ни метроррагій. Величина опухоли въ виду рѣдкости такихъ огромныхъ фиброміомъ невольно заставляла думать объ овариальной опухоли. Отсутствие флуктуаціи въ большихъ опухоляхъ признакъ ненадежный.

Неопредѣлимость положенія матки и высокое положеніе влагаліщной части могло-бы говорить противъ кисты яичника на ножкѣ, а не интерлигаментарной, которая и была здѣсь предположена. Болѣе быстрый ростъ кисты яичника въ сравненія съ фиброміомами, указываемый Gusselow'ымъ¹⁾ въ своей работѣ о новообразованіяхъ матки и др., есть признакъ относительный. Дѣйствительно, если принять начало заболѣванія въ данномъ случаѣ даже 11 лѣтъ тому назадъ съ начала появленія болѣе ввизу живота, а не 7 лѣтъ тому назадъ, какъ замѣтила больная, то и тогда невозможно опредѣлить, быстрый или не быстрый былъ ростъ опухоли, достигшей такой рѣдкой величины.

Съ патолого-анатомической точки зрѣнія мы имѣемъ здѣсь, во-первыхъ, крайне поучительный примѣръ возможности нормальной функціи яичниковъ и матки при такомъ огромномъ смѣщеніи органовъ. Во-вторыхъ, доказательство еще разъ, что причиной кровотеченій при фиброміомахъ матки служатъ, главнымъ образомъ, патологическія измѣненія со стороны слизистой оболочки матки, а не фиброміомы сами по себѣ. Въ-третьихъ, нужно отмѣтить еще одну особенность даннаго случая — это то, что и мочеотдѣленія и актъ мочеиспусканія были абсолютно нормальны, несмотря на присутствіе въ брюшной полости и полости малаго таза такой огромной опухоли.

Наконецъ, въ заключеніе, вскрытіе доказало совершенную невозможность удаленія опухоли при жизни больной вполнѣ или даже частично. Дѣйствительно, опухоль только наполовину была свободна и покрыта брюшиной, нижняя же часть была тѣсно связана съ забрюшинной клѣтчаткой и клѣтчаткой таза — вылушеніе отсюда опухоли, препаровка отъ большихъ сосудовъ таза, мочеточниковъ, мочеваго пузыря на операціонномъ столѣ была невысказима. Для частичнаго-же удаленія опухоли діаметръ ея былъ настолько великъ, что никакая лигатура не могла быть примѣнена для образованія культи.

¹⁾ Die Neubildungen des uterus. 1878. Stuttgart. p. 67.

VII.

Два случая вѣматочной беременности.

Н. И. Стравинскаго.

(Сообщено въ засѣданіи Общества 19 ноября 1887 года).

Въ послѣднее время пришлось мнѣ наблюдать, между прочимъ два случая вѣматочной беременности окончившихся смертью; оба случая во многихъ отношеніяхъ интересны, тѣмъ болѣе что мнѣ удалось добыть препараты и потому желаю сообщить хотя вкратцѣ оба эти случая:

1-ый случай. Въ половинѣ марта 1882 года я былъ призванъ на консультацію врачей къ больной Екатеринѣ С., при чемъ больная рассказала, что 1-го марта того же года т. е., за двѣ недѣли до моего посѣщенія, будучи совершенно здоровою, возвращаясь изъ театра въ тряскомъ экипажѣ, почувствовала рѣзкія боли въ нижней части живота. Изъ половыхъ частей появилось незначительное выдѣленіе кровянистой жидкости; больная приняла это за начало регулъ, которые по счету должны были придти недѣлею раньше. Между тѣмъ боли все усиливались, появились колотья въ подреберьяхъ, стѣсненіе дыханія, тошнота и рвота, блѣдность и головокруженіе, затѣмъ вздутіе живота и сильная болѣзненность въ нижней его части, больше слѣва. Въ слѣдующіе дни появились лихорадочныя явленія, темпер. держалась около $38,5^{\circ}$ съ небольшими колебаніями. Такъ приблизительно съ постепеннымъ однако ухудшеніемъ продолжалось до перваго моего посѣщенія. Врачи-терапевты, пользовавшіе больную, опредѣлили болѣзнь такъ: скопленіе желчныхъ камней, воспаленіе желчнаго пузыря и разрывъ его, а потому образованіе эксудата и воспаленіе брюшины.

Больная 36 лѣтъ отъ роду, уроженка Кіевской губерніи, православная, получила регулы 14 лѣтъ, регулы приходили правильно, продолжались по 4—5 дней, не сопровождаясь болями. Замужемъ 11 лѣтъ, родила 2 раза, послѣдній разъ 4 года тому назадъ, не благополучно. Ребенокъ оказался настолько объ-

емистымъ, что послѣ рожденія головки, присутствующая при родахъ акушерка никакъ не могла вытащить плечиковъ, пришлось посылать за акушеромъ, которому удалось послѣ значительныхъ усилій освободить плечики и извлечь уже мертвого ребенка. Послѣ родовъ не болѣла. Выкидышей не было. Въ послѣдніе годы регулы стали неправильными, появлялись то раньше, то позже и сопровождалась нерѣдко болями внизу живота и поясницы. На тошноту въ послѣднее время не жаловалась и вообще себя беременною не считала. Послѣдніе регулы были въ концѣ января. Особенныхъ болѣзней не переносила. Поносами не страдала. Съ дѣтства слухъ значительно притупленъ—плохо слышать.

При наружномъ осмотрѣ найдено: больная тѣлосложенія и росту средняго, подкожная жирная клѣтчатка умѣренно развита, наружные покровы очень блѣдны, пульсъ слабый 120, дыханіе поверхностное около 30, темпер. 38,5°. Языкъ немного обложенъ, суховатъ. Легкія вездѣ проходимы, хриповъ нѣтъ. Тоны сердца нормальны. Животъ сильно вздутъ, стѣнки напряжены, по срединѣ живота тонъ тимпанической, по бокамъ же и внизу живота тонъ получается тупой. При ощупываніи самая сильная болѣзненность замѣчается книзу отъ пупка больше слѣва, кверху болѣзненность при нажатіи постепенно уменьшается, такъ что оба подреберья мало чувствительны. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: маточная шейка цилиндрической формы, средней величины и плотности, зѣвъ закрытъ, въ видѣ поперечной щели, слизистая оболочка около зѣва размягчена, шейка приподнята и смѣщена къ лонному соединенію, матка повидимому увеличена, тоже смѣщена къ лонному соединенію, мало подвижна, контуры ея почти не опредѣлимы по причинѣ выполненности всѣхъ сводовъ тѣстоватою опухолью. Опухоль въ сводахъ не вездѣ одинаковой консистенціи, мѣстами она плотнѣе, безъ рѣзкихъ границъ выполняетъ повидимому всю полость таза, при нажатіи лѣвый сводъ болѣзненнѣе праваго. — Больная жалуется на сильныя боли внизу живота и колотья въ подреберьяхъ, на давленіе подъ ложечкою, стѣсненіе дыханія, боль въ поясницѣ и крестцѣ, боль въ родѣ ломоты переходитъ на верхнюю часть бедеръ; тошнота и повремениамъ рвота желчью, жажда и отсутствіе аппетита, головокруженія. Испражненія задержаны и появляются только послѣ слабительныхъ клистировъ, калъ нормально окрашенъ; мочи мало, она насыщена, позывы къ мочеиспусканію учащены.

Вышеизложенныя явленія, а именно: быстрое заболѣваніе, рѣзко выраженное малокровіе, выполненность сводовъ тѣстоватою опухолью, при смѣщеніи матки впередъ, отсутствіе какихъ бы то ни было измѣненій со стороны печени — дали мнѣ право заключить, что въ даннѣмъ случаѣ я имѣю дѣло съ кровоизліяніемъ въ брюшную полость (haematocele perituterina). — Далѣе, въ виду увеличенія матки, размягченія слизистой оболочки около яѣва, опозданія регуль можно было съ нѣкоторою вѣроятностью предположить, что причиною кровоизліянія есть вѣматочная беременность. Наконецъ, повышеніе температуры, сильное вздутіе живота и его болѣзненность, учащенный пульсъ и затрудненіе дыханія — указывали на существованіе въ даннѣмъ случаѣ и воспаленія брюшины (peritonitis circumscripta).

Вслѣдствіе постановки такого діагноза, больная была передана на мое попеченіе.

Назначено: ледъ на животъ, смазываніе живота *tinct. jodi*, опій въ суппозиторіяхъ, внутрь — кусочки льда, вино и легкая укрѣпляющая діета при неподвижномъ положеніи больной. Въ слѣдующіе дни общее состояніе больной постепенно ухудшалось, одышка и объемъ живота увеличились, пульсъ сталъ крайне слабымъ, до 140 въ минуту, рвота не прекращалась, упадокъ силъ достигъ крайней степени, можно было каждую минуту опасаться за смертельный исходъ больной. Назначено возбуждающее леченіе. Вино — шампанское черезъ часъ по ложкѣ, мускусъ съ камфарою внутрь и мускусъ съ эфиромъ подъ кожу, по временамъ вдыханіе кислорода. Послѣ трехъ-четыреухъ дней такого критическаго состоянія больной явленія перитонита начали утихать; рвота стала рѣже, объемъ живота и одышка уменьшились, желудокъ началъ удерживать принимаемую пищу, температура понизилась, а вмѣстѣ съ тѣмъ и силы больной стали, видимо, прибывать.

Улучшеніе больной, за исключеніемъ незначительныхъ перерывовъ, подвигалось впередъ. При внутреннемъ изслѣдованіи опухоль прощупывалась плотною, выполняющею всю полость таза, матка смѣщена къ лонному соединенію, совершенно неподвижна. Ледъ постепенно замѣненъ былъ согрѣвающимъ компрессомъ на животѣ, смазыванія *tinct. jodi* продолжены, назначены тампоны во влагалище, пропитанные въ растворѣ іодистаго калія. Діета питательная и укрѣпляющая. Постепенно, при общемъ улучшеніи больной, опухоль начала уменьшаться

въ объемѣ, появилась нѣкоторая подвижность; уменьшеніе опухоли рѣзче замѣтно на правой сторонѣ. Отправленія кишечника довольно правильны. Апетитъ удовлетворительный.

Въ концѣ мая того же года, т. е., три мѣсяца послѣ начала заболѣванія, появились регулы въ небольшомъ количествѣ, продолжались 2 дня. Къ этому времени опухоль стала совершенно подвижною, неболезненною, плотною на ощупь, величиною въ кулакъ, слегка неправильной округленной формы, помѣщается въ лѣвомъ сводѣ больше кзади, соединена съ маткою, отчасти окружая ее. Въ правомъ сводѣ опухоли не замѣтно. Разрѣшено больной садиться и вскорѣ привставать съ постели. Назначены ванны съ крейднахскою солью въ 28°. Въ концѣ іюня больная переѣхала на дачу, продолжая принимать ванны.

Осенью того же года, опухоль найдена величиною въ небольшое яблоко, кругловатой формы, неболезненна, подвижна, находится въ нѣкоторомъ соединеніи съ маткою. Матка наклонена впередъ, немного увеличена, средней плотности, неболезненна, подвижна. Регулы появляются правильно. Больная ведетъ себя очень осторожно, тѣмъ не менѣе по временамъ появляются боли внизу живота, распространяющіяся на крестецъ и нижнія конечности. Въ виду малокровія, больная на слѣдующее лѣто, т. е., въ 1883 г. уѣхала за границу пользоваться минеральными водами и морскими купаньями.

Въ началѣ августа 1883 г. я больную видѣлъ по возвращеніи изъ заграницы. Питаніе и общее состояніе здоровья удовлетворительны. Расположена къ запору. Опухоль въ лѣвомъ сводѣ величиною въ сливу, плотная, гладкая по поверхности, неболезненна, находится на высотѣ дна матки, подвижна, соединена съ маткою шнуркомъ, идущимъ отъ опухоли ко дну матки. Больная оставлена безъ леченія.

3-го декабря 1883 года, я былъ приглашенъ къ больной, при чемъ узналъ: къ 10-му ноября больная ожидала регулъ, но они не явились, она имѣла нѣкоторое подозрѣніе на беременность. 2-го декабря послѣ нѣсколькихъ тревожныхъ и безпокойныхъ дней (по домашнимъ обстоятельствамъ) почувствовала себя нехорошо, приписала это, однако, незначительному запору, какъ это и раньше иногда бывало, ночью спала хорошо. Утромъ 3-го декабря встала съ постели и начала заниматься обычными домашними дѣлами, вдругъ почувствовала сильную боль внизу живота съ правой стороны, появилась дурнота, головокруженіе, рвота, боль по временамъ усиливалась, животъ началъ увели-

чиваться, явилось затрудненіе дыханія по причинѣ коликъ въ подреберьяхъ, силы начали падать. Больная анемична, мечется и сильно жалуется на рѣзкія боли въ подреберьяхъ и внизу живота, особенно справа. Пульсъ слабый 60, дыханіе около 30 темпер. понижена, животъ вдутъ, тимпаниченъ за исключеніемъ поясничныхъ областей. Сильная болѣзненность при нажатіи въ области матки особенно съ правой стороны, ощупать сквозь стѣнки живота ничего не удастся. Ощупываніе и нажатіе въ обоихъ подреберьяхъ больная переноситъ довольно спокойно. Внутреннее изслѣдованіе затруднительно по причинѣ толщины жирнаго слоя брюшныхъ покрововъ, ихъ напряженности и болѣзненности. Матка, повидимому, увеличена какъ во второмъ мѣсяцѣ беременности, ткань ея размягчена, своды объемисты, выполнены какой-то жидкостью, матка легко перемѣщается, какъ будто плаваетъ и сильно чувствительна съ правой стороны при нажатіи черезъ брюшные покровы, смѣщеніе матки при нажатіи на маточную шейку не болѣзненно, нажатіе пальцемъ въ сводахъ не усиливаетъ боли и вообще ограниченной опухоли при ощупываніи сводовъ открыть не удалось.

Опредѣлено: Кровоизліяніе въ полость брюшины, вѣроятно, по причинѣ внѣматочной беременности.

Назначено: два пузыря льда на животъ, клистиры съ опіятною настойкою, глотать куски льда, мускусъ внутрь и подъ кожу, вино, вдыханіе кислорода, къ ногамъ теплые кувшины. Не смотря на это, общее состояніе постепенно ухудшалось, появилось обморочное состояніе и въ 6 час. утра 4-го декабря больная скончалась.

Съ трудомъ удалось получить разрѣшеніе родственниковъ на вскрытіе брюшной полости, что и было произведено въ тотъ же день въ 4 часа дня разрѣзомъ вдоль бѣлой линіи живота. Удалено изъ брюшной полости громадное количество кровяныхъ сгустковъ и отчасти жидкой крови—приблизительно около 8—9 фунтовъ. Никакихъ признаковъ свѣжаго перитонита, наружная поверхность печени и желчнаго пузыря не измѣнена. Матка съ придатками по возможности осторожно вырѣзана и удалена изъ брюшной полости. При изслѣдованіи въ свѣжемъ состояніи оказалось: матка рѣзко увеличена, правильной округленной формы, довольно мягкой консистенціи, при надавливаніи получается чувство выблевія, общее впечатлѣніе наружнаго осмотра таково, что кажется несомнѣннымъ, что въ полости ея должно находиться плодное яйцо. Брюшина, покрывающая матку, нор-

мальна. Размѣры матки: длина — отъ наружнаго зѣва до дна $11\frac{1}{2}$ ц., отъ дна до внутр. зѣва 7 ц., длина шейки — отъ внутр. зѣва до наружнаго $4\frac{1}{2}$ ц., длина влагалищной части 2 ц., ширина дна у начала Фаллопиевыхъ трубъ $7\frac{1}{2}$ ц., ширина тѣла въ самомъ широкомъ мѣстѣ 8 ц., ширина на мѣстѣ внутренняго зѣва 4 ц., ширина шейки $4\frac{1}{2}$ ц., толщина тѣла $5\frac{1}{2}$ ц., наружный зѣвъ представляется въ видѣ поперечной щели длиною въ $1\frac{1}{2}$ ц., слизистая оболочка около зѣва набухшая, нормально окрашена. У праваго угла матки, на мѣстѣ выходе Фаллопиевой трубы съ задней ея стороны замѣчается выпячиваніе ткани матки, довольно рѣзко ограниченное, величиною въ лѣсной орѣхъ; ткань въ этомъ мѣстѣ представляется темно-багроваго цвѣта, покрыта кровяными сгустками, послѣ удаленія которыхъ оказался разрывъ ткани длиною около $1\frac{1}{2}$ ц. Разрывъ ткани ведетъ въ полость вышеупомянутаго выпячивания, полость немного углубляется въ толщу стѣнки матки и выполнена кровянымъ сгусткомъ и какою-то желтоватою массою, которая при болѣе тщательномъ изслѣдованіи оказалась частями зародыша. Судя по развитію зародыша, нужно отнести его къ одномѣсячной беременности. Правая Фаллопиева труба утолщена, сочна, особенныхъ измѣненій не представляетъ. Зондъ, введенный въ наружный конецъ правой Фаллопиевой трубы, проникаетъ въ полость вышеупомянутаго выпячивания и такимъ образомъ доказываетъ, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ начальнымъ періодомъ развитія плоднаго яйца въ той части Фаллопиевой трубы, которая проходитъ сквозь толщу стѣнки матки (*graviditas interstitialis*). Изъ полости выпячивания въ полость матки зондъ провести не удалось. Правый яичникъ немного увеличенъ, неправильной формы, длиною въ $4\frac{1}{2}$ ц., шириною въ $2\frac{3}{4}$ ц., заключаетъ свѣжее желтое тѣло. — Лѣвая Фаллопиева труба тоже утолщена, сочна. На срединѣ ея протяженія, замѣчается опухоль величиною въ сливу, круглой формы, довольно плотной консистенціи, находящаяся въ непосредственной связи съ трубою и покрытая ложными перепонками. При разрѣзѣ этой опухоли содержимое ея оказалось состоящимъ изъ старыхъ кровяныхъ сгустковъ, немного обезцвѣченныхъ, стѣнка опухоли представляетъ плотную капсулу. Введенный зондъ въ наружный конецъ лѣвой Фаллопиевой трубы, доходитъ непосредственно до стѣнки капсулы. Присматриваясь ближе, можно ясно убѣдиться какъ мышечныя волокна Фаллопиевой трубы переходятъ на стѣнку капсулы. Такимъ образомъ, необходимо

предположить, что найденная опухоль со старыми кровяными сгустками представляет собою капсулировавшийся остатокъ значительнаго кровоизліянія, бывшаго у больной за годъ и 9 мѣсяцевъ до смерти и происшедшій очевидно отъ трубной беременности (*graviditas tubaria*). Лѣвый яичникъ меньше праваго, длина его $3\frac{1}{2}$ ц., ширина $2\frac{1}{4}$ ц. Матка была осторожно вскрыта полулуннымъ разрѣзомъ по задней ея стѣнкѣ, въ полости ея вопреки ожиданію ничего не оказалось. Полость ея заключала нѣсколько капель кровянистой жидкости, отпадающая оболочка оказалась очень толстою, сочною, въ видѣ пульпознаго слоя толщиной въ $\frac{1}{2}$ цен., прилегающею къ мышечной стѣнкѣ матки. Мышечный слой тоже утолщенъ, у дна $1\frac{1}{2}$ цен., а въ тѣлѣ матки $1\frac{3}{4}$ цен. Препаратъ въ свѣжемъ состояніи былъ демонстрированъ профессору К. Ф. Славянскому. Такимъ образомъ, на этомъ препаратѣ мы видимъ измѣненія двухъ внѣматочныхъ беременностей, развившихся послѣдовательно одна за другою, первую—больная едва вынесла оставаясь долгое время на краю гибели, вторая была причиною ея смерти благодаря кровотеченію. Препаратъ, самъ по себѣ интересный, сталъ еще болѣе таковымъ тому, кто имѣлъ возможность прослѣдить этотъ случай клинически и, такимъ образомъ, сравнить прижизненные явленія съ измѣненіями, найденными послѣ смерти. Къ сожалѣнію, оперативная помощь—единственно раціональная, не могла быть подана въ данномъ случаѣ.

2-ой случай. 13-го октября сего года я былъ приглашенъ къ больной, страдавшей сильными болями внизу живота. Въ 12 ч. дня прибывши къ больной, я узналъ: Больная Юлія М. жена личнаго дворянина, 31 года, уроженка Эстляндской губерніи, православная, тѣлосложенія и роста средняго, худощава, подкожная жирная клѣтчатка и мышечный слой плохо развиты. Регулы получила на 16 году, приходили правильно, продолжаясь по 3—4 дня, послѣдніе были въ первыхъ числахъ іюля сего года. Родила два раза, послѣдній разъ 4 года тому назадъ, послѣ родовъ не хворала. Особенныхъ болѣзней не переносила. Занимается домашнимъ хозяйствомъ и живетъ въ бѣдной обстановкѣ. Чувствовала себя удовлетворительно, тошноты не было и вообще себя беременной не считала. Двѣ недѣли тому назадъ, т. е., 30-го сентября оступилась и вскорѣ почувствовала боли внизу живота, спустя 4 дня показались небольшія крови изъ половыхъ частей, вскорѣ остановившіяся. 12-го октября въ 10 ч. вечера, повидимому безъ всякой новой

причины, почувствовала сильныя боли внизу живота, заставившія больную лечь въ постель. Боль чувствовалась сильнѣе съ правой стороны и переходила въ видѣ колотья на правое подреберье и правое плечо. Появилась рвота и учащенное мочеиспусканіе. Испражненія правильны.

Больная анемична. Темпер. тѣла 37,9, пульсъ 110, слабый, дыханій около 20 въ минуту. При изслѣдованіи легкихъ и сердца измѣненій не найдено. Языкъ слегка обложенъ и суховатъ. Животъ немного вздутъ, стѣнки его напряжены, въ верхней половинѣ тимпаниченъ. Легкое надавливаніе живота въ нижней его части съ правой стороны вызываетъ сильную боль, опухать ничего не удается, надавливаніе съ лѣвой стороны немного болѣзненно. Верхняя половина живота безболѣзненная. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: collum uteri нормальной величины и плотности, звѣвъ закрытъ, матка увеличена въ объемѣ какъ во второмъ мѣсяцѣ беременности, немного размягчена, подвижна, наклонена впередъ; правый сводъ выпяченъ, выполненъ жидкимъ содержимымъ, сильно болѣзненъ при дотрогиваніи, какой бы то ни было опухоли опухать не удалось. Лѣвый сводъ тоже выполненъ жидкимъ содержимымъ, но менѣе выпяченъ и менѣе болѣзненъ.

Опредѣлено: кровоизліяніе въ полость брюшины, по всей вѣроятности вслѣдствіе вѣматочной беременности.

Назначено: абсолютно покойное положеніе на спинѣ, два пузыря льда на животъ, клистирь съ опіемъ, при тошнотѣ кусочки льда, внутрь Acid. muriat. и валеріановыя капли.— Намекъ на операцію былъ рѣшительно отклоненъ больною и родственниками. Къ вечеру общее состояніе больной видимо ухудшилось, боли не уменьшались, рвота чаще. Въ 3 ч. ночи 14-го октября больная мертвенно блѣдна, пульсъ не прощупывается, жалуется на знобъ, конечности холодныя, повременамъ появляются обмороки. Боли повидимому тише. Животъ больше вздутъ и напряженъ.— Назначенъ мускусъ съ камфарою каждые полъ-часа, вино, вдыхать кислородъ, теплыя кувшины къ ногамъ. Въ 7 ч. утра 14-го октября больная скончалась.

Послѣ долгихъ переговоровъ удалось получить согласіе мужа на вскрытіе брюшной полости, что и произведено было въ 3 ч. дня того же числа.— Въ брюшной полости найдено много кровяныхъ сгустковъ между которыми вблизи правой Фаллопиевой трубы найдено свободно лежащимъ плодное яйцо съ цѣльнымъ плоднымъ пузыремъ. Плодное яйцо величиною въ большую

сливу покрыто было только мѣстами кожистою оболочкою, дѣтское мѣсто въ начальномъ періодѣ развитія. Зародышъ свободно плаваетъ въ плодной жидкости, длиною въ 4 ц., повидимому, мужескаго пола,—отвѣчаетъ тремъ мѣсяцамъ беременности. Кровяные сгустки были удалены изъ полости брюшины. Количество крови около 5—6 ф. Peritoneum безъ измѣненій. Матка съ придатками была осторожно отдѣлена отъ соединеній и вынута наружу. Матка правильной округленной формы, ткань ея размягчена, брюшина, ее покрывающая, безъ измѣненій. Размѣры матки: длина $10\frac{1}{2}$ ц., ширина $6\frac{1}{2}$ ц., толщина 4 ц. Лѣвая Фаллопіева труба безъ измѣненій, длиною 9 ц. Правая Фаллопіева труба видимо толще, сочнѣ лѣвой, длиною $13\frac{1}{2}$ ц., особенно утолщенною представляется воронка, бахромки тоже утолщены; воронка легко расправляется образуя изъ себя полость въ которой очевидно помѣщалось плодное яйцо. На внутренней поверхности воронки найдены куски кожистой оболочки, недостающіе на плодномъ яйцѣ. Изъ воронки въ каналъ трубы проникнуть зондомъ не удалось. Правый яичникъ увеличенъ, въ немъ замѣчается желтое тѣло.—Лѣвый яичникъ увеличенъ вдвое и представляетъ кистовидное перерожденіе. Матка вскрыта продольнымъ разрѣзомъ, измѣненія въ ней найдены совершенно аналогичныя съ предыдущимъ случаемъ.

РЕФЕРАТЫ.

79. Краткій отчетъ о дѣятельности акушерско-гинекологической секціи съѣзда итальянскихъ врачей въ Павіи, осенью 1887 года.

Составиль, по рефератамъ въ Gazzetta degli Ospitali и другихъ итальянскихъ изданій,

Сергѣй Груздевъ.

(Окончаніе).

Riagga сдѣлалъ сообщеніе о непригодности пробныхъ проколовъ при кистамахъ яичниковъ.

За послѣднее десятилѣтіе въ Италіи особенно много работали и писали по вопросу о репродукціи селезенки; результатъ этихъ изслѣдованій резюмированъ *Albertoni Stefani* (*Fisiologia Umana*, Milano 1887, pag. 264) въ такихъ словахъ: «спорный вопросъ о репродукціи селезенки, которую отвергаютъ *Philippeaux* и *Vulpian*, *Vella* и *Puglia*, *Tizzoni*, *Foà* и другіе, недавно рѣшенъ *Cecchini* и *Griffini*, доказавшими, что репродукція наступаетъ, если во время вылушенія часть элементовъ селезеночной мякоти осталась въ брюшной полости».

Докладчикъ счелъ нужнымъ коснуться этого вопроса, считая его находящимся въ тѣсной связи со взятою имъ темою. Въ самомъ дѣлѣ, теперь можно считать доказаннымъ, что ткань селезенки можетъ прививаться на серозножъ покровѣ живота; благодаря этому и происходитъ регенерація узловъ селезенки на сальникѣ и сосѣднихъ мѣстахъ, когда при удаленіи органа случайно или намѣренно произошло разсыпаніе элементовъ селезеночной мякоти по этимъ мѣстамъ. Теперь возникаетъ вопросъ: не можетъ ли происходить нѣчто подобное при діагностическихъ проколахъ кистъ яичника? Разъ отвѣтъ получится утвердительный, тогда операцію эту придется, можетъ быть, совершенно вычеркнуть изъ списка дозволимыхъ. Но для разрѣшенія этого вопроса необходимо прежде всего опредѣлить природу яичниковыхъ кистъ.

Fritsch въ третьемъ изданіи своего учебника (*Die Krankheiten der Frauen*), появившемся въ 1886 г., дѣлитъ яичниковыя опухоли на четыре рода: 1) Простыя ретенціонныя кисты или *hydrops follicularis*; 2) эпителиальныя опухоли, происходящія изъ зародышеваго эпителия и изъ клѣтокъ *membranae granulosaе*, — железистыя опухоли, сосочковыя, карцинома; 3) соединительнотканныя опухоли, — фиброма, саркома, ангиома и т. п.; 4) дермоидныя опухоли.

Изъ этой классификаціи слѣдуетъ, что кистомы относятся къ эпителиальнымъ опухолямъ, на ряду съ карциномами, такъ что должны обладать злокачественностью, что дѣйствительно и доказано д-ромъ *Fasola* въ его недавней работѣ (*Contributo alla tecnica operativa nei cistomi intralegamentosi dell'ovaio. Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1886). Принявъ эпителиальное происхожденіе кистомъ, нужно еще замѣтить, что изъ всѣхъ яичниковыхъ опухолей онѣ едва ли не самыя частыя, чѣмъ еще болѣе увеличивается интересъ вопроса. Можетъ ли кистома эпителиальнаго происхожденія успѣшно привиться гдѣ нибудь въ брюшной полости? Что можетъ, въ этомъ докладчикъ нисколько не сомнѣвается, и въ подтвержденіе своего взгляда приводитъ интересное наблюденіе профессора *Maffucci* (Пиза), который наблюдалъ въ одномъ случаѣ первичнаго рака желудка, что эпителиальные элементы, попавшіе въ полость брюшины, привились на дѣтѣ матки и въ нѣкоторыхъ другихъ мѣстахъ (*Cancro dello stomaco e sarcoma dell'ovaio nello stesso individuo. Movimento Medico-Chirurgico*, 1882). Что произошло въ случаѣ профессора *Maffucci* съ карциномою, то же самое можетъ, по мнѣнію докладчика, имѣть мѣсто и для кистомы яичника, которыя въ концѣ-то концовъ, какъ указано выше, оказываются такими же эпителиальными опухолями, какъ и ракъ. Въ доказательство этого д-ръ *Piazga* приводитъ наблюденіе изъ клиники проф. *Сиззи*, опубликованное въ 1882 г. (*Casistica di Ostetricia e Ginecologia, Annali di Ost. e Gin.*) и касающееся женщины, которой произведена была овариотомія. Въ этомъ случаѣ дѣло шло о типичной кистомѣ яичника: мѣшокъ кисты, разорвавшійся за много мѣсяцевъ до операціи, выдѣлилъ въ брюшную полость множество эпителиальныхъ элементовъ, которые привились на всей поверхности брюшины, придавъ ей ворсистый видъ; ворсинки длиною отъ нѣсколькихъ миллиметровъ до нѣсколькихъ сантиметровъ сидѣли плотно одна около другой, образуя какъ бы покровъ брюшины, причемъ даже брюшина грудобрюшной преграды была захвачена этимъ процессомъ кистовиднаго или, лучше сказать, эпителиальнаго перерожденія; при микроскопическомъ изслѣдованіи эти ворсинки оказались одинаковаго строенія съ элементами яичниковой опухоли.

Такимъ образомъ, возможность прививки элементовъ яичниковыхъ кистомъ на серозной оболочкѣ полости живота слѣдуетъ считать доказанною. Это размноженіе кистомъ окажется еще болѣе гибельнымъ, если принять во вниманіе, что переходъ кистомъ въ ракъ не только возможенъ, но встрѣчается довольно часто, какъ доказали *Poupinel* (*De la généralisation des kistes et tumeurs épithéliales de l'ovaire. Thèse de Paris*, 1886) и *Cohn* (*Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynaek.*, t. XXII, 1886).

Разъ доказанъ фактъ, что морфологическіе элементы кистомъ могутъ размножаться на брюшинѣ, сама собою является необходимость изслѣдовать, не можетъ ли наступать это послѣ діагностическихъ проколовъ, примѣняемыхъ въ практикѣ. Въ этомъ отношеніи интересно сообщеніе проф. *Cuzzi*. Одной изъ женщинъ, которымъ была произведена овариотомія въ Ospedale di Pallanza (см. отчетъ проф. *Cuzzi* въ *Gazzetta degli Ospitali* за 1887 г.), за нѣсколько дней до операціи былъ сдѣланъ проколъ аспираторомъ съ діагностическою цѣлью. Несмотря на достаточную ширину канюли, удалось извлечь только весьма небольшое количество коллоидной жидкости. Тотчасъ послѣ прокола больная почувствовала себя дурно, у ней появилось головокруженіе и болѣзненность въ области ниже пупка, безъ явленій острой анеміи и безъ увеличенія объема живота. Значеніе этихъ симптомовъ, исчезнувшихъ часа черезъ два, стало ясно во время овариотоміи. Когда животъ былъ вскрытъ, показала опухоль, не имѣвшая сращеній, и поднимая губы разрѣза можно было обозрѣть мѣсто кисты, въ которое былъ вколотъ троакаръ. Стѣнки кисты представлялись плотными и ригидными, отверстіе зіяло и чрезъ него выступала коллоидная жидкость. Въ области живота, лежащей ниже мѣста укола, найдено около 250 грам. такой же жидкости. Удаливъ опухоль и промывъ животъ сѣрнокарболовымъ цинкомъ, операторъ зашилъ брюшную рану; больная, молодая женщина 25 лѣтъ, выздоровѣла. Этотъ клиническій фактъ доказываетъ возможность вытеканія содержимаго кистъ въ брюшную полость послѣ пробныхъ уколовъ. Несмотря на плотность и ригидность стѣнокъ кисты, вытеканіе въ только что описанномъ случаѣ произошло.

Изъ всего этого, какъ полагаетъ докладчикъ, слѣдуетъ вывести, что яичниковыя кистомы могутъ прививаться на брюшинѣ послѣ діагностическаго прокола опухолей; поэтому эксплораторный проколъ яичниковыхъ опухолей, будучи весьма опасенъ, долженъ выйти изъ употребленія.

Далѣе, докладчикъ переходитъ къ дальнѣйшему разсмотрѣнію вопроса и къ другимъ выводамъ.

Нѣтъ никакого сомнѣнія, говоритъ онъ, что проколъ яичниковой опухоли съ діагностическою и также лѣчебною цѣлью, какъ оперативный актъ, весьма часто оказывается вполне безвреднымъ. Въ пользу этого можно привести массу клиническихъ наблюденій, въ которыхъ опорожняющій проколъ повторялся много разъ безъ всякаго вреда; цѣлый рядъ такихъ случаевъ указываютъ *Boinet* и *Ferrand* въ *Dictionnaire Encyclop. des Sc. Méd. Dechambre's* статья *Ovaire* (Pathologie). Такъ *Coste* дѣлалъ проколъ у одной женщины 98 разъ, каждый разъ выпуская 16—18 литровъ жидкости. *Bezard* въ теченіе 14 лѣтъ произвелъ одной больной 665 проколовъ, удаливъ 10,275 пинтъ жидкости. *Lecurt de Cantilly* видѣлъ больную, у которой въ три года, 135-ю проколами, было извлечено 2,700 литровъ жидкости. Наконецъ, *Dumreicher* описываетъ случай даже такого рода, что больная извлекала денежные выгоды изъ этой операціи: за плату въ 2 гульдена она позволяла дѣлать проколы студентамъ хирургіи, которымъ для сдачи экзамена необходимо было продѣлать операцію на животѣ, и безъ вреда перенесла 70 такихъ проколовъ.

Сюда же слѣдуетъ отнести случай профессора *Porro*, который повторялъ на одной дамѣ опорожняющей проколъ 354 раза, также безъ вреда. (*Paracentesi addominale praticata 354 volte in un caso di cist ovario, Annali Universali di Medicina, 1878*).—Но, будучи безвредною операціею въ однихъ случаяхъ, въ другихъ проколъ опухолей яичника можетъ повлечь за собою опасныя послѣдствія. Сюда относится пораненіе кровеносныхъ сосудовъ, нагноеніе и гнилостное распаденіе содержимаго кисты, перитонитъ, образованіе сращеній, проколъ другихъ органовъ (кишечника, мочевого пузыря, матки и т. д.), синкопе и т. п.

Поранены могутъ быть и довольно значительные сосуды въ брюшной стѣнкѣ и въ стѣнкахъ опухоли. Правда, кровотеченіе изъ пораненной артеріи или вены живота иногда можетъ быть довольно легко остановлено прижатіемъ или наложеніемъ глубокаго шва. Но въ другихъ случаяхъ инструментъ ранитъ столь объемистые сосуды и такъ сильно, что быстро наступаетъ острая анемія, которая можетъ послужить прямымъ показаніемъ къ лапаротоміи, какъ было въ случаяхъ *Jobert'a*, *Delpech'a* и *Lawson Tail'a*. Последній у одной пациентки счелъ нужнымъ сдѣлать проколъ раньше удаленія опухоли; къ несчастью, стѣнки кисты содержали большія венозныя пазухи, одна изъ которыхъ и была поранена троакаромъ, такъ что въ брюшную полость вытекло нѣсколько фунтовъ крови; произведенная вслѣдъ за тѣмъ овариотомія кончилась смертью больной. (*Diseases of the ovaries, Birmingham, 1883*). Извѣстны случаи *Ricter'a* и *Brimminghausen'a*, поранившихъ надчревную артерію, и *Spencer Wells'a*, который проткнулъ большую вену, шедшую отъ печени къ пупку. Нѣсколько разъ бывали поранены сосуды сальника (случай *Peaslee* и *Scanzoni*).

Нагноеніе и гнилостное распаденіе содержимаго кисты могутъ зависѣть отъ разныхъ причинъ: иногда приходится винить хирурга, употребившаго нечистые инструменты и не принявшаго надлежащихъ антисептическихъ предосторожностей; въ другихъ случаяхъ можно объяснить дѣло поступленіемъ внутрь опухоли содержащаго болѣзнетворныя зародыши воздуха. По этой именно причинѣ проколъ кистъ принято дѣлать черезъ влагалище только въ исключительныхъ случаяхъ, когда проколъ живота не можетъ повести къ цѣли, а проколъ черезъ прямую кишку считается совершенно непригоднымъ. Начало нагноенія не сопровождается особенно рельефно выступающими симптомами, но потомъ появляются ознобы, изнурительная лихорадка, упадокъ силъ и въ концѣ концовъ перитонитъ.

Но чаще появляется послѣдній послѣ такихъ проколовъ, когда часть жидкаго содержимаго кисты изливается въ полость брюшины; часто бываетъ то же самое вслѣдствіе разрыва кисты.

Образованіе сращеній, развивающихся послѣ укола вслѣдствіе *peritonitis circumscripta*, можетъ затруднить послѣдующее радикальное лѣченіе и сдѣлать его менѣе безвреднымъ. Но здѣсь не слѣдуетъ впадать въ преувеличеніе: обыкновенно эти сращенія бываютъ очень необширны, и если для кистъ, предварительно прокалывавшихся, смертность послѣ лапаротомій больше, то

это зависит не столько от сращений, сколько от измененій самой опухоли подъ влияніемъ прокола.

Возможность поврежденія другихъ органовъ доказана многочисленными примѣрами. Понятно, что, напримѣръ, если кишечная петля проходитъ впереди опухоли, то проколоть ее очень легко. Такое расположеніе внутренностей не всегда легко опредѣлить, а между тѣмъ оно наблюдается не особенно рѣдко. *Spencer Wells* (*Medical Times and Gazette*, Jan. 2, 1885) видѣлъ одинъ случай, въ которомъ кишка найдена была во время оваріотоміи лежащею впереди опухоли, раньше же операціи, перкуторно, этого не удалось распознать. *Olshausen* (руков. *Pith'y* и *Billroth'a*) наблюдалъ такой же фактъ: во время оваріотоміи была замѣчена кишечная петля, проходившая поперечно передъ опухолью и сращенная съ нею. Профессоръ *Chiara*, вскрывши брюшину въ одномъ случаѣ кисты яичника, нашелъ кишечную петлю, которая проходила косвенно слѣва и снизу вправо и вверхъ (*Un errore diagnostico e sue conseguenze. Annali di Ostetricia e Ginecologia, Settembre-Ottobre 1885*). Особенно часто приходится видѣть прохожденіе кишечныхъ петель тотчасъ позади передней брюшной стѣнки при ретроперитонеальныхъ опухоляхъ, равно при такихъ опухоляхъ матки и яичниковъ, которыя имѣютъ не большіе размѣры.

Мочевой пузырь можетъ быть раненъ въ томъ случаѣ, когда сращенная съ нимъ опухоль подняла его кверху. *Ritouret* (*Arch. gén. de médecine*, 1865, № 1) приводитъ подобный случай оваріотоміи. Въ одномъ случаѣ оваріотоміи, изъ числа оперированныхъ въ Павійской клиникѣ въ іюнѣ прошедшаго года, пузырь былъ сращенъ съ передней поверхностью опухоли и своею верхушкою почти доходилъ до пупка.

Матка также можетъ быть проколота, какъ это случилось, напримѣръ, съ *Voisin'*омъ. Особенно опасно ранить матку беременную. *Lawson Tait* (l. c.) зналъ трехъ опытныхъ врачей, которые имѣли несчастье сдѣлать проколъ живота у пациентки, страдавшей водянкою плоднаго мѣшка, и были крайне изумлены, когда за проколомъ послѣдовалъ выкидышъ и скоро затѣмъ смерть больной. Нѣчто подобное случилось и съ профессоромъ *Chiara*, который проколотъ съ діагностическою цѣлью беременную матку, считая ее за кисту, и потомъ вторично проколотъ ее во время лапаротоміи. Если проколота опухоль есть ничто иное, какъ кисто-фиброма матки, то больная подвергается серьезной опасности. *Gusserow* (руководство *Pith'y* и *Billroth'a*), говоря о діагностическомъ проколѣ кисто-фибромы матки, сомнѣвается въ позволительности этой операціи, указывая на 11 случаевъ *Fehling'a* и *Leopold'a*, которые всѣ безъ исключенія окончились смертью.

Кромѣ того, проколъ, особенно опорожняющій, можетъ вызвать опасное и даже смертельное супсоре, вслѣдствіе кровотеченія, попаданія жидкости въ брюшную полость и анеміи мозга. При горизонтальномъ положеніи больной и медленномъ выпусканіи жидкости супсоре вслѣдствіе анеміи мозга наблюдается весьма рѣдко.

Наконецъ, можетъ случиться, что мѣсто прокола не зарубцуется и будетъ гноиться, что иногда ведетъ къ флегмонѣ брюшной стѣнки.

И такъ, заключаетъ докладчикъ, діагностическій или опорожняющій проколъ, иногда ведущій къ размноженію кистъ и сверхъ того вызывающій въ нѣкоторыхъ случаяхъ цѣлый рядъ опасныхъ явленій, вовсе не такъ безвреденъ, какъ это можетъ показаться на первый взглядъ.—Не такъ рѣдки и смертные случаи послѣ укола троакаромъ: статистика *Fock'a*, реферированная *Olshausen'омъ*, обнимаетъ 132 случая опорожняющаго прокола, со смертностью 19%. *Peaslee* изъ 63 больныхъ, у которыхъ произведенъ былъ имъ проколъ въ первый разъ, потерялъ четырехъ, а послѣ перваго прокола многокѣздныхъ кистъ онъ принимаетъ смертность равную 50% (*Olshausen*). *Cosentino* (Prelezione al corso di Ginecologia, Palermo, 1887) потерялъ вслѣдствіе эксплораторнаго прокола одну больную, страдавшую кистой яичника.

Принимая во вниманіе эти факты, говорить д-ръ *Piazza*, понятно, что *Stillings* имѣлъ право назвать проколъ кисты яичника преступленіемъ. Понятно также, что нѣкоторые операторы въ сомнительныхъ случаяхъ предпочитаютъ прибѣгать къ пробной лапаротоміи. Такого мнѣнія держится, напримѣръ, *Lawson Tait*. *Doran* приводитъ (*British Medical Journal*, 1886) 14 случаевъ пробной лапаротоміи, въ которыхъ удаленіе опухолей оказалось невозможнымъ, и тѣмъ не менѣе всѣ они окончились благополучно. Такого же мнѣнія придерживается и *Fritsch*, который заявляетъ, что не прибѣгаетъ къ проколу никогда, пока хоть сколько нибудь возможна радикальная операція, даже при бугорчаткѣ брюшины, сопровождающейся асцитомъ, предпочитая проколу разрѣзъ стѣнки такой величины, чтобы можно было провести палецъ. Въ самомъ дѣлѣ, если жидкость выпущена, то достаточно и одного пальца чтобы осязать всю полость живота отъ печени и селезенки до Дугласова пространства. Такихъ эксплораторныхъ операцій *Fritsch* сдѣлалъ болѣе 30-ти, не потерявъ ни одной больной.

Въ заключеніе докладчикъ повторяетъ свой выводъ, что проколъ съ діагностическою цѣлью опухолей живота и особенно яичниковыхъ кистъ долженъ быть оставленъ.

Rossi показалъ двѣ новыя формы пещарія для боковыхъ смѣщенной матки. Эти пещаріи представляютъ видоизмѣненіе *Hodge'*евскаго, отличающаясь отъ него одною или двумя вѣтвями, расположенными перпендикулярно плоскости инструмента и назначенными служить опорой для шейки.

Sangregorio говорилъ объ отношеніи оспы къ беременности.

Авторъ сообщилъ, что въ 1884—86 гг. и въ первомъ семестрѣ 1887 г. въ Миланскомъ *Ospedale Maggiore* было 72 случая заболѣванія беременных оспою; въ 31 случаѣ послѣдовалъ выкидышъ и 26 беременных умерли. Изъ этихъ 72 случаевъ въ 7 была слабая форма оспы, вызвавшая выкидышъ въ 1 случаѣ; изъ 40 случаевъ обыкновенной оспы выкидышъ послѣдовалъ въ 10-ти, и три беременных умерли; изъ 22-хъ больныхъ сливною оспою умерли 20, причѣмъ у 17 изъ нихъ передъ смертью произошелъ выкидышъ; наконецъ,

имѣвшія геморрагическую форму оспы (3 случая) умерли всѣ, предварительно выкинувъ.

Candia сообщилъ о *выскабливаніи полости матки при хроническомъ геморрагическомъ эндометритѣ*.

Докладчикъ задаясь цѣлью доказать дѣйствительность этого способа и привелъ шесть случаевъ, оперированныхъ имъ по методу *Martin'a*; наркозъ онъ считаетъ не особенно необходимымъ, такъ какъ можно получать хорошіе результаты при употребленіи 4⁰/₁₀₀ раствора кокаина.

80. **Steffeck. Ein Fall von Sublimatintoxication mit tödlichem Ausgang.** (Centr. f. Gynäk. 1888, № 5). **Случай отравленія сулемою со смертельнымъ исходомъ.**

Въ доказательство того, что отравленіе сулемою въ акушерской практикѣ возможно даже при употребленіи слабыхъ растворовъ ея, авторъ приводитъ случай, гдѣ у здоровой, повидимому, 27-лѣтней женщины, продѣлавшей на 4—5 мѣсяцѣ своей 4-й беременности выкидышъ, послѣ семикратнаго (въ продолженіи 6 дней) влагалищнаго спринцованія растворомъ сулемы 1:3000 и двукратнаго промыванія полости матки растворомъ 1:5000, наступили явленія отравленія ртутью (характерный меркуріальный стоматитъ, поносъ съ тенезмами, рвота, анурія, головокруженія, временныя потемнѣнія сознанія, обмороки и т. п.), повлекшія за собою черезъ недѣлю легальный исходъ; вскрытіе показало дизентерическій процессъ въ нижнемъ отрѣзкѣ тонкихъ кишекъ и особенно въ толстыхъ, острый паренхиматозный нефритъ, незначительную эмфизему и отекъ легкихъ

А. Фишеръ.

81. **Max Kortüm. Das Creolin, ein zweckmässiges Desinfektionsmittel für die Geburtshilfe.** (Centralbl. für Gynäkologie, 1888, № 6). **Креолинъ, цѣлесообразное для акушерства дезинфицирующее средство.**

Послѣ въ высокой степени благоприятныхъ результатовъ, достигнутыхъ авторомъ въ примѣненіи креолина въ хирургіи (*Berliner klin. Wochenschrift*. 1887. № 46), онъ съ успѣхомъ испробовалъ его и въ акушерствѣ и рекомендуетъ его для употребленія здѣсь во всѣхъ случаяхъ. Съ особенной выгодой выступило это средство при наложеніи промежностнаго шва. Благодаря примѣненію компрессовъ, смоченныхъ $\frac{1}{2}$ ⁰/₁₀₀ растворомъ креолина и обмыванію тѣмъ же растворомъ, шовъ промежности содержался столь чистымъ и столь не раздраженнымъ, какъ того не замѣчается при употребленіи другихъ средствъ. При наложеніи же шва проявилось и *кровоостанавливающее дѣйствіе* креолина, свойство, крайне драгоцѣнное, конечно, въ акушерствѣ. Но самая крупная выгода этого средства,—его неядовитость. Креолинъ легко и совершенно растворяется въ водѣ. Оба эти свойства позволяютъ безъ опасенія дать креолинъ въ руки повивальныхъ бабокъ и профановъ. Опасность прижигающаго дѣйствія, вслѣдствіе нерастворимости отдѣльныхъ капель (какъ то бываетъ, напр., съ карболовой кислотой), совершенно исключается.

Креолинъ отличается отъ сулемы какъ своимъ цвѣтомъ, такъ и сильнымъ дегтярнымъ запахомъ. Это обстоятельство служитъ контролемъ, дѣйствительно ли произведена дезинфекція.

Въ заключеніе авторъ горячо рекомендуетъ креолинъ въ $\frac{1}{2}$ — 2°/о растворѣ для акушеровъ, какъ для дезинфекціи рукъ, на которыя онъ *не дѣйствуетъ*, такъ и для очищенія дѣтородныхъ органовъ рожепицъ, resp. родильницъ.

В. Массень.

82. Max Kortüm. Die Creolintamponade bei Atonie des Uterus post partum. (Centralblatt für Gynäkologie, № 6. 1888). Креолиновая тампонада при атоніи матки post partum.

Вмѣсто тампонады матки іодоформенной марлей, рекомендованной А. Dührsen'омъ (Centralblatt für Gynäkol. 1887. № 35) въ тѣхъ отчаянныхъ случаяхъ, когда матка не оказываетъ ни малѣйшей склонности къ сокращенію, несмотря на примѣненіе всѣхъ мѣръ (secale, растираніе, горячіе души), тампонады, имѣющей несомнѣнное превосходство надъ тампонадой, предложенной Zweifel'емъ (полуторохлористое желѣзо), авторъ рекомендуетъ выполнение полости матки марлей, смоченной 2—3°/о растворомъ креолина. Этотъ способъ имѣетъ двоякую выгоду: служить кровоостанавливающимъ средствомъ и отвѣчаетъ всѣмъ требованіямъ антисептики. Растворъ креолина можетъ быть употребляемъ и болѣе крѣпости, такъ какъ онъ не ядовитъ и не дѣйствуетъ прижигающимъ образомъ. Такимъ образомъ, исключается всякая опасность распада и загниванія тканей. Авторъ примѣнилъ свою креолиновую тампонаду въ слѣдующемъ случаѣ. Многородящая, ягодичное предлежаніе, младенецъ съ гидроцефаліей. Для выведенія головки потребовался проколъ черепа и выпущеніе 3 литровъ воды. Вслѣдствіе значительнаго увеличенія матки повивальная бабка и врачи ставили распознаваніе двойней. Послѣ родовъ не получилось сокращенія матки не смотря на всѣ мѣры (secale, горячіе и холодные души). Тогда полость матки была выполнена компрессами, смоченными въ 2°/о растворѣ креолина. Быстро остановилось кровотеченіе и матка плотно сократилась. Больная по истеченіи нѣсколькихъ часовъ умерла отъ истощенія силъ (послѣ 36 часовой родовой дѣятельности), но эффектъ, произведенный креолиномъ въ маткѣ, оставался до самой смерти. Авторъ сообщаетъ, кромѣ того, наблюденіе, что креолиновая тампонада влагалища при метроррагіи можетъ лежать въ теченіи 12—24 часовъ, не вызывая дурнаго запаха и необнаруживая никакого вреднаго вліянія на стѣнки вагины.

Креолинъ (химическій анализъ котораго будетъ вскорѣ обнародованъ) можно получать отъ фирмы William Pearson, Hamburg, прямо или чрезъ аптеки.

В. Массень.

83. Lechten. Un cas d'amputation spontanée. (Gazette Médic. de Strasbourg, 1888, № 2. Soc. de Médic. de Strasb. Séance du 1 Décembre 1887). Случай самородной ампутаціи.

Докладчикъ представилъ случай внутриутробной самородной «ампутаціи» кистей съ предплечьями обѣихъ сторонъ, и стопы съ голенью слѣва. Правая

нижняя конечность цѣлая, но она укорочена и искривлена во всѣхъ своихъ частяхъ. Принимая въ расчетъ отсутствіе рубцевъ на «культяхъ», а также атрофію и уродливость остатковъ конечностей, авторъ подводитъ свой случай подъ гипотезу о внутриматочной атрофіи. *Koeberléé*, соглашаясь съ такимъ объясненіемъ, прибавилъ, что причина задержки развитія должна быть центральной, нервного свойства (*cause centrale, nerveuse*), въ родѣ мозговыхъ грыжъ, *spina bifida*, мозговой водянки, которыя часто сопутствуются атрофіей и недостаткомъ членовъ.

В. Желтухинъ.

84. **Auvard. Avortement de 4 mois causé par une hémorrhagie utéro-placentaire. Hémorrhagie due vraisemblablement à un traumatisme indirect.** (*Journ. de Médéc. de Paris, 1888, № 3*). Выкидышъ на 4-мъ мѣсяцѣ вслѣдствіе маточно-послѣдоваго кровотеченія, вызваннаго вѣроятно не прямымъ поврежденіемъ.

Нижеслѣдующій случай имѣетъ нѣкоторое значеніе въ судебно-акушерскомъ отношеніи. 28-ми-лѣтняя женщина, начавшая менструировать съ 14-ти лѣтъ, на 24-мъ году родила въ срокъ и благополучно перваго ребенка. На 27-мъ году—двухмѣсячный выкидышъ безъ видимой причины. Въ началѣ 3-го мѣсяца послѣдней, третьей, беременности, сходя съ качелей, на которыя она качалась безъ какихъ-либо приключеній, беременная ощутила боль внизу живота. Черезъ нѣсколько дней появилось легкое кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, продолжавшееся съ мѣсяцъ и кончившееся выкидышемъ плода въ 230 грм., длиною 21 сант., не представлявшаго слѣдовъ ни жизни, ни мацерации. Черезъ 10' по рожденіи плода вышелъ послѣдъ, вѣсившій 100 грам. По краю дѣтскаго мѣста, въ связи съ нимъ и съ водною оболочкою, лежалъ въ видѣ вѣнка блѣдно-красный кровяной сгустокъ, толщиною въ 1 сант. и шириною въ 4 сант.

В. Желтухинъ.

85. **Budin. Des hémorrhagies internes de l'utérus gravide.** (*Le Progrès Médic. 1888, №№ 2 et 3. Leçon*). О внутриматочныхъ кровотеченіяхъ беременныхъ.

Первобеременная, 34-хъ лѣтъ, перенесшая въ дѣтствѣ коклюшъ, краснуху и скарлатину, страдавшая до 17-ти-лѣтняго возраста анеміей и начавшая менструировать 18-ти лѣтъ, — до 5-го мѣсяца беременности имѣла маточное кровотеченіе, отличавшееся отъ регулъ неправильностью и меньшимъ количествомъ. Къ концу 7-го мѣсяца появились отеки, распространившіеся снизу вплоть до брюшной стѣнки включительно. Далѣе, наступили обильныя носовыя кровотеченія. Кромя того, въ началѣ беременности, вслѣдъ за травмой, была флегмоне на ногѣ. За мѣсяцъ до срочнаго окончанія беременности истекли воды, окрашенные кровью. Затѣмъ, начались схватки и родился младенецъ, 1,770-ти грам. вѣсомъ, въ состояніи трупнаго окочененія. Тотчасъ за послѣдомъ вышло около литра жидкой крови и плотныхъ черноватыхъ сгустковъ. Материнская поверхность дѣтскаго мѣста была покрыта жидкою кровью и сгустками, одинъ изъ которыхъ, величиною въ 8 и 5 сант., углуб-

лялся въ ткань плаценты. Вѣсъ послѣда 700 грам. Прикрѣпленіе пуповины плевистое. Во время родовъ замѣчено весьма значительное количество бѣлка въ мочѣ. Авторъ, объясняя наступленіе преждевременныхъ родовъ и смерть плода внутриматочнымъ кровотеченіемъ, это послѣднее, въ свою очередь, ставитъ въ весьма вѣроятную причинную связь съ альбуминуріей.

В. Желтухинъ.

86. Эрбштейнъ, К. О закиси азота. (Проток. Имп. Виленскаго Медич. Общества. Годъ LXXXII, № 5).

Авторъ примѣнялъ смѣсь закиси азота (80) и кислорода (20) для анестезіи во время родовъ у 2 перворождающихся и 2 многорожавшихъ, причемъ вдыханіе газа начиналось незадолго до или тотчасъ послѣ стока водъ. Во всѣхъ случаяхъ роженицы быстро успокоивались, схватки и потуги были безболѣзненны, но также энергичны, какъ и до примѣненія газа. Побочныхъ явленій подъ вліяніемъ вдыханія газа авторъ не замѣтилъ. Для каждыхъ родовъ потребовалось отъ 2 до 4 футовъ газа. Кромѣ того, авторъ съ успѣхомъ примѣнилъ газъ для успокоенія болѣе, напоминавшихъ родовыя, у одной больной, одержимой фибрознымъ полипомъ, находящимся *in cavo uteri*.

Выводы, къ которымъ пришелъ авторъ, на основаніи разбора работъ Кликовича, Titel'я, Döderlein'a и собственныхъ наблюденій, слѣдующія: эффектъ дѣйствія закиси азота въ частности зависитъ отъ умѣнья вдыхать его.

Нельзя согласиться съ Döderlein'омъ о необходимости примѣненія закиси азота только послѣ прохожденія околородныхъ водъ на томъ основаніи, что только въ этомъ періодѣ начинаются сильныя боли, такъ какъ это не вѣрно для всякаго случая. Точно также и дѣлать вдыханія въ теченіи $1/2$ —1 часа безъ перерыва, кажется, не совсѣмъ удобно, а гораздо лучше примѣнять способъ Кликовича. Въ виду анестезирующаго свойства закиси азота, употребленіе ея должно производиться въ присутствіи врача.

Въ акушерской практикѣ закись азота уже завоевала себѣ право гражданства, но кажется, что въ аналогичныхъ случаяхъ она можетъ быть полезна также и въ гинекологіи.

І. Рясенцевъ.

87. Sallis. Der Hypnotismus in der Geburtshilfe. (Der Frauenarzt, 1888, Н. 1—2). Гипнотизмъ въ акушерствѣ.

Первую половину своей статьи авторъ посвящаетъ краткому историческому очерку ученія о гипнотизмѣ и нѣсколькимъ общимъ замѣчаніямъ, не имѣющимъ спеціально-гинекологическаго интереса. Затѣмъ, упомянувъ объ одномъ случаѣ восстановленія прекратившихся менструацій и 77 случаяхъ излѣченія недержанія мочи посредствомъ внушенія, Sallis переходитъ къ описанію извѣстныхъ ему случаевъ примѣненія гипнотизма въ родовспомогательномъ искусствѣ. Описаніе это направлено къ разрѣшенію двухъ вопросовъ: 1) Какимъ образомъ дѣйствуетъ гипнозъ на маточныя сокращенія? 2) Какое вліяніе оказываетъ внушеніе на сопряженные съ родовымъ актомъ боли?

Первымъ авторъ приводитъ случай Mesnet. Алиса Д., 22 лѣтъ, уже съ дѣтства страдаетъ эпилептоидными припадками и была не разъ уже подвергана гипнотическимъ внушеніямъ съ терапевтической цѣлью. Въ октябрѣ 1886 г. она поступила въ Hôtel Dieu, какъ беременная. Изслѣдованіе показало, между прочимъ, лѣвостороннюю гемипарестезію и чувствительность въ области праваго яичника. Вліянію гипноза она подвергалась очень скоро и легко; всѣ извѣстныя для этого средства дѣйствовали на нее безъ различія. Въ этомъ состояніи беременная оказала необыкновенную мускульную возбудимость (Hyperexcitabilität): давленіе на facialis вызывало тотчасъ сокращеніе одной половины лица, легкое поглаживаніе sterno-cleido-mastoidei дѣйствовало такъ же на другую половину; сгибаніе и разгибаніе конечностей получалось при дуновеніи или малѣйшемъ прикосновеніи къ соответствующимъ мышцамъ. Такъ дѣло шло до родовъ, которые произошли 1 апрѣля 1887 года. Боли начались 30-го марта и, сначала незначительныя, сдѣлались въ полночь 31-го до того сильными, что роженица послала за дежурнымъ врачомъ, который и загипнотизировалъ ее. Затѣмъ обыкновеннымъ порядкомъ, — постепенно усиливая значеніе мысли, — было внушено сперва уменьшеніе, а потомъ и прекращеніе болей, не ослабляя потугъ. Эффектъ сейчасъ же получился совершенный, и роженица, согласно внушенію, даже сильнѣе натуживалась для быстрой окончатія родовъ. Но приблизительно за часъ до начала врѣзыванія вновь появилась боль, имѣвшая такую интензивность, какая наблюдается у незагипнотизированныхъ роженицъ; внушеніе не достигало цѣли, ибо больная не могла сосредоточиться. Когда роды окончились, Алиса Д. была разбужена; при этомъ она, какъ оказалось, ничего не помнила, высказывала большое удивленіе и, предложивъ тѣ же вопросы, которыя дѣлала еще въ гипнозѣ, совершенно одинаково отнеслась къ отвѣтамъ и въ дегипнотизированномъ состояніи.

Другой случай пришлось наблюдать Dumontpalliers на 24-лѣтней первородящей женщинѣ; опыты гипноза были производимы уже на 6-мъ мѣсяцѣ беременности. На одномъ изъ этихъ сеансовъ было внушено, — согласно съ предварительнымъ вычисленіемъ, — что роды должны произойти 15-го декабря. Однако на этотъ разъ внушеніе оказалось безсильнымъ, и первыя боли появились лишь 26-го декабря въ ночь, давъ къ 6 часамъ утра продолжительность въ 2 минуты, чрезъ каждыя 10 минутъ. Но загипнотизированія, роженица уже отрицала всякія боли, чувствуя лишь сокращенія. Безъ гипноза же, онѣ были настолько сильны, что больная сама потребовала новаго усыпленія. При этомъ было замѣчено, что потуги безъ гипноза являлись чрезъ 4 минуты, во время же сна промежутки удваивались, за то самыя боли были менѣе сильны и продолжительнѣе. Роды прошли нормально; впрочемъ, слѣдуетъ замѣтить, что за 1½ часа до окончанія ихъ, роженица проснулась и не могла быть вновь загипнотизирована.

Третій случай наблюдался въ клиникѣ С. Браунъа въ Вѣнѣ (въ хронологическомъ порядкѣ — онъ, собственно, первый) и описанъ Pritzl'емъ въ 1885 году. Онъ замѣчательнъ тѣмъ, что, тогда какъ роженицы Mesnet и Du-

montralliers были женщины нервно-больныя, послѣдняя не представляла ни прежде, ни теперь никакихъ признаковъ нервного расстройства. Первые сеансы гипногизаціи произведены на 8-мъ мѣсяцѣ беременности. Беременная — первородящая, 26 лѣтъ. Часовъ черезъ 20 послѣ начала болей, когда они достигли такой силы, что больная металась въ постели, было приступлено къ гипногизированію, легко удавшемуся. Пузырь проколотъ гораздо раньше. Роженица сразу успокоилась; потуги продолжались по 50 секундъ, являлись чрезъ 2 минуты и стали энергичнѣе, правильно поддерживаемыя каждый разъ давленіемъ брюшнаго пресса. Роженица все время сохраняла полную нечувствительность; съ лѣвой стороны рука судорожно сжималась, а нога казалась онѣмѣвшею; правая половина тѣла оставалась нормально-спящею. Во время потугъ роженица стонала и морщилась, поворачивая голову туда и сюда; во время же паузъ она успокоивалась. По окончаніи родовъ, черезъ 1¹/₄ час., больная была разбужена и чрезвычайно удивилась, узнавъ положеніе вещей.

Такимъ образомъ, состояніе гипноза никогда не нарушаетъ правильнаго теченія родоваго акта. Что касается болей, то *Sallis* находитъ возможнымъ поставить слѣдующее положеніе: «характерныя проявленія болевой чувствительности, — стоны, метанія тѣла, энергическая дѣятельность брюшнаго пресса и т. д., — доказываютъ фактическую воспринимаемость (Perception) потужныхъ болей; воспоминаніе же о совершившемся исчезаетъ, такъ какъ роженицы, хотя и знаютъ, что роды уже начались, однако не хотятъ вѣрить ихъ окончанію». Въ заключеніе авторъ видитъ въ гипногизмѣ «существенное и безопасное» средство для облегченія родоваго акта.

Въ статьѣ есть довольно обширныя указанія на литературу разбираемаго вопроса.

А. Гермониусъ.

88. А. Маевскій. Роды, осложненные кистовиднымъ перерожденіемъ яичника, кончившіеся смертью, вслѣдствіе разрыва кисты и остраго перитонита. (Протоколы Имп. Виленскаго Мед. Общества. Годъ LXXXII № 6).

А. Г., 38 лѣтъ, беременна 11-й разъ. Ночью 15-го декабря 1886 года начались роды. При изслѣдованіи найдено: животь объемистъ. Кромѣ увеличенной матки, дно которой доходитъ до *scrobiculum cordis*, въ полости живота, съ лѣвой стороны, прощупывается ограниченная опухоль. Тазъ нормальный. Предлежащая часть — головка, стоитъ высоко. Зѣвъ раскрытъ на полдюйма. Родовыя боли слабы. 16-го декабря замѣченная съ лѣвой стороны опухоль исчезла. Роды окончились самостоятельно, продолжались 47 часовъ. Родившійся мальчикъ, длиною 21 дюймъ, вѣсомъ 9 фунтовъ. Температура во время и въ первые сутки послѣ родовъ оставалась нормальной. 19-го декабря, при рѣзко выраженномъ коллапсѣ и повышеніи t° до $40,4^{\circ}$, появились симптомы остраго перитонита, при дальнѣйшемъ развитіи котораго больная 20-го пополудни умерла.

Аутоцзія: Въ полости живота въ большомъ количествѣ вонючая, грязно-гноевидная жидкость; брюшина помутнѣвшая. Матка и правый яичникъ ни-

чего ненормального не представляют. Лѣвый яичникъ перерожденъ, имѣетъ видъ мѣшка (кисты), величиною въ голову взрослого человѣка; въ стѣнкѣ кисты находится разрывъ, длиною въ 5 сант. На мѣстѣ разрыва стѣнка кисты истончена до прозрачности, въ остальныхъ довольно толста. Внутренняя поверхность кисты покрыта густымъ слоемъ темнокраснаго вонючаго распада; въ двухъ же мѣстахъ замѣчаются разрощенія въ видѣ грануляцій. Лѣвая труба помѣщается на передней стѣнкѣ кисты; каналъ ея въ срединѣ закрытъ, центральная часть трубы сообщается съ полостью кисты.

I. Рясенцевъ.

89. **Walter B. Chase.** (The New-York Medical journal, 24 декабря 1887 г.).

О лѣченіи пуэрперальныхъ судорогъ.

Въ засѣданіи «Medical Society of the County of Kings» д-ръ Walter B. Chase говорилъ о лѣченіи пуэрперальныхъ судорогъ. Прежде всего слѣдуетъ, хоть сколько-нибудь, ознакомиться съ причинами данного случая: не разстроила ли себѣ больная желудка какою-нибудь неудобоваримую пищу, нѣтъ ли запора, не раздражена ли матка или мочевой пузырь, нѣтъ ли ясно выраженной истеріи? Въ первомъ случаѣ показано рвотное, или легкое, но быстро дѣйствующее, слабительное. Наполненный мочевой пузырь долженъ быть опорожненъ катетеромъ; при водянкѣ плоднаго яйца необходимо разорвать оболочки; наконецъ, при наличности истеріи, умѣстны успокаивающія: хлораль-гидратъ, препараты брома, морфій и т. д. Если же остается какое либо сомнѣніе относительно свойства приступа, то необходимо изслѣдовать мочу на бѣлокъ и цилиндры и въ случаѣ положительнаго результата прибѣгнуть къ средствамъ, способствующимъ освобожденію крови отъ продуктовъ окисленія азотистыхъ веществъ. Исходя изъ того соображенія, что кишки до извѣстной степени принимаютъ на себя отправления почекъ, при заболѣваніи послѣднихъ докладчикъ совѣтуетъ примѣнять въ подобныхъ случаяхъ проносныя, напримѣръ капельные приемы кротонаваго масла черезъ получасовые или часовые промежутки, до появленія поноса; равно дѣйствительно и elaterium, которое, къ тому-же, и менѣе раздражаетъ. Вообще при подобныхъ обстоятельствахъ умѣстны всѣ средства, примѣняющіяся при лѣченіи моче-кровя. Если болѣзнь затягивается и больная можетъ глотать, то необходимо позаботиться о поддержкѣ ея силъ. Молоко съ известковою водою отлично переносится и вполне удовлетворяетъ требованіямъ. При невозможности глотанія необходимы питательныя клизмы. На первомъ планѣ, конечно, стоятъ средства, которыми нужно бороться противъ самихъ судорогъ. Въ этомъ отношеніи отличны хлороформъ, хлораль-гидратъ и препараты брома, въ особенности бромистый калий. Хороши также, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже и незамѣнимы, по мнѣнію докладчика, опій и его алкалоиды; но, въ виду разногласія различныхъ авторовъ, слѣдуетъ думать, что эти средства, будучи иногда по-истинѣ благодѣтельными, въ другихъ случаяхъ могутъ и повредить. Въ прежнее время, при переполненіи кровью мозга, охотно прибѣгали

къ кровопусканію; хотя докладчикъ на ряду съ неудачами видѣлъ иногда и благоприятные результаты отъ кровопусканія, тѣмъ не менѣе онъ всё-же предостерегаетъ отъ него, ибо малокровіе мозга, въ свою очередь, можетъ обусловить судорожные приступы. Взамѣнъ этого небезопаснаго средства, Chase предлагаемъ *extractum fluidum veratri viridis* (рекомендованный Ferrag'омъ), которое слѣдуетъ давать по 15 капель и даже по чайной ложкѣ черезъ короткіе промежутки времени, пока пульсъ не сдѣлается мягкимъ или не наступитъ рвота. Въ случаѣ отравленія, хорошими противоядіями могутъ быть алкоголь и опій. Для уменьшенія количества крови въ мозгу и угрожающаго кровоизліянія—умѣстно и сдавливаніе сонныхъ артерій, которое докладчикъ успѣшно испыталъ въ одномъ очень тяжеломъ случаѣ. Когда судороги появляются во время беременности и когда, сверхъ того, онѣ—мочекровнаго происхожденія, то можетъ возникнуть, если роды не наступаютъ сами собою, довольно трудная задача: стараться ли освободить кровь отъ продуктовъ мочи, имѣя въ виду довести беременность до конца, или же, наоборотъ, возбудить искусственные преждевременные роды? Докладчикъ заявляетъ, что этого вопроса нельзя рѣшать вообще, но что въ каждомъ данномъ случаѣ необходимо тщательно взвѣсить всѣ обстоятельства. Если же судороги наступаютъ во время родовъ, то необходимо, при первой же возможности, окончить послѣдніе. Предсказаніе, въ случаяхъ мочекровнаго происхожденія, должно ставить крайне осторожно.—Д-ръ Charles Jevett замѣтилъ, что докладчикъ свалилъ въ одну кучу истерію, эпилепсію, апоплексію и эклампсію. Говоря о судорогахъ у беременныхъ, роженицъ и родильницъ, слѣдуетъ, конечно, главнымъ образомъ, имѣть въ виду послѣднюю. Упомянувъ о существующихъ теоріяхъ относительно возникновенія эклампсіи, Jevett самъ высказался за мочекровное происхожденіе ея. Что же касается до лѣченія, то хлороформъ, хлораль-гидратъ и бромистый калий несомнѣнно отличныя средства. Кровопусканіе, что бы про него ни говорили, тоже даетъ хорошіе результаты; но особенно умѣстно *veratrum viride*. Слѣдуетъ начинать съ подкожнаго впрыскиванія 10—20 капель жидкости вытяжки Squibb'a и повторять оное, сообразуя приемы съ пульсомъ, число ударовъ котораго должно быть низведено ниже 60. Средство это всегда даетъ отличные результаты. Упадка силъ бояться нечего: къ нашимъ услугамъ всегда возбуждающія. Полезны также и слабительныя, о которыхъ не слѣдуетъ забывать, а равно, какъ думаетъ Winkel, и горячія ванны.—Д-ръ Fearn замѣтилъ, что докладчикъ не совсѣмъ вѣрно передалъ его мнѣніе о *veratrum viride*; онъ, F., назначаетъ его во всѣхъ случаяхъ, а также и въ судорогахъ у дѣтей, и ставитъ это средство выше хлороформа и хлораль-гидрата. Приемы, смотря по случаю,—отъ 15 капель до драхмы. Какъ предварительное средство при болѣзни почекъ во время беременности—хорошо *kali bitartaricum*, которое дѣйствуетъ прекрасно не только на почки, но и послабляющимъ образомъ на кишечникъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, очевидно, должна была бы быть эклампсія, ея не было, по наблюденіямъ Fearn'a, подъ влияніемъ этого средства. Хлороформъ необходимъ только тогда, когда требуется скорое воздѣйствіе на организмъ

больной; въ качествѣ же средства, предупреждающаго приступы, онъ несомнѣнно уступаетъ *veratro viridi*.

Л. Личнусъ.

90. Синайскій, Р. Случай эклампсіи родильницы и новорожденнаго.
(Русская Медицина, 1888 г., № 1).

К., 34 лѣтъ, крѣпкаго сложенія. Первые регулы на 16-мъ году. Типъ регулъ 4 недѣли, по 4—5 дней. Первые роды на 21 году. Съ августа 1886 г. беременна. Въ послѣдніе мѣсяцы беременности появился значительный отекъ ногъ, одутловатость лица. Роды наступили въ срокъ, прошли нормально. Черезъ часъ послѣ родовъ у родильницы начались приступы эклампсіи, уже съ самаго начала проявившіе свой бурный характеръ. Послѣ 13 приступовъ судороги прекратились, но больная впала въ коматозное состояніе и выступили явленія гипереміи головного мозга. Черезъ сутки больная скончалась при явленіяхъ отека легкихъ.

У новорожденнаго чрезъ 2 часа послѣ родовъ появились такіе же приступы эклампсіи, сопровождавшіеся также судорогами всего тѣла, *trismus*'омъ, нѣною у рта и послѣ 4 такихъ приступовъ онъ тоже скончался.

Изслѣдованіе мочи (родильницы), выпущенной во время приступа, указало примѣсь крови, эпителиальные цилиндры и столько бѣлка, что онъ занималъ $\frac{3}{4}$ (по объему) взятой для изслѣдованія мочи.

Относя описываемый случай эклампсіи, судя по изслѣдованію мочи, къ формѣ уреміческой, авторъ склоненъ объяснить эклампсію и смерть младенца зараженіемъ его крови составными частями мочи матери.

І. Рясенцевъ.

91. Лебедевъ, М. Случай эклампсіи при 3-хъ-мѣсячномъ выкидышѣ.
(Труды акушерско-гинекол. общества въ Москвѣ. Годъ I, № 2).

Больная 34 лѣтъ. Регулы бываютъ правильно; послѣдніе были 3 мѣсяца назадъ. Беременна 4-й разъ. Первая беременность окончилась абортomъ на 3-й мѣсяцѣ; 2-я и 3-я прошли нормально и роды были благополучны. Больная нервна, раздражительна, психическое состояніе очень подавленное. За 3 дня до наступленія припадковъ больная сильно утомилась, послѣ чего у ней показалось небольшое количество окрашенныхъ бѣлей, что продолжалось и слѣдующіе 2 дня. Ночь предъ припадкомъ больная не спала, и всю ночь, по ея словамъ, галюцинировала. Въ 8 часовъ утра больная найдена въ безсознательномъ состояніи, съ открытыми глазами и подергиваніями въ лицѣ, вскорѣ перешедшими въ общіе судороги. Судороги, клоническаго характера, были въ лицѣ, въ рукахъ, ногахъ, въ шейныхъ и спинныхъ мышцахъ. Припадокъ продолжался 3 часа и по окончаніи его больная осталась въ безсознательномъ состояніи. Правая рука и нога парализованы, лицо нѣсколько перекошено. Изъ влагалища выдѣляется небольшое количество крови, шейка матки пропускаетъ палецъ, причѣмъ оцупывается напряженный околоплодный пузырь. На 2-й день околоплодный пузырь найденъ лопнувшимъ и часть ислѣда опустилась въ отверстіе матки. Послѣдъ и оболочки удалены выска-

бливаніемъ. Крови во все теченіе аборта потеряла очень мало. Дальнѣйшее теченіе безлихорадочное. Съ 5-го дня проявилось сознаніе, на 9-й день начала неясно говорить. На 16-й замѣтно движеніе въ ногѣ, а еще чрезъ недѣлю и въ рукѣ. Поправленіе шло быстро и теперь больная вполне здорова.

По вопросу о формѣ болѣзни, которою могутъ быть объяснены вышеописанные припадки, авторъ, исключивъ эпилепсію и обширное кровоизліяніе въ мозгъ, останавливается на эпилепсіи (рефлекторной) съ точечными кровоизліяніями въ мозгъ.

I. Рясенцевъ.

92. **Bateman. On puerperal aphasia.** (Brit. med. journ. 1888, № 1414).

О послѣродовой афазіи.

У больной 23 лѣтъ, съ здоровымъ сердцемъ и безъ всякихъ нервныхъ разстройствъ, кромѣ наклонности къ головнымъ болямъ, на 7-мъ мѣсяцѣ 1-ой беременности, годъ тому назадъ, было затрудненіе рѣчи, продолжавшееся съ мѣсяцъ. Вскорѣ послѣ родовъ—односторонняя galactorrhoea, окончившаяся черезъ нѣсколько недѣль полнымъ прекращеніемъ выдѣленія молока изъ этой груди. На 7-мъ мѣсяцѣ 2-й беременности появился постепенный парезъ правой руки и ноги, на 9-мъ затрудненіе рѣчи, а спустя 6 сутокъ послѣ совершенно нормальныхъ родовъ hemiplegia dextra и полная афазія безъ потери сознанія. Наряду съ этимъ замѣчалось разстройство въ выдѣленіи молока: на 2-е сутки послѣ родовъ при внезапной туресценціи грудей началось обильное выдѣленіе молока, прекратившееся совершенно на 5-й день. Черезъ 6 недѣль послѣ родовъ смерть отъ истощенія. Случай послѣродовой афазіи и гемиплегіи съ исходомъ въ выздоровленіе приводится Napier. Poupon въ своей статьѣ «Des aphasies puerpérales» (Encéphale. Juillet 1885) сообщаетъ между прочимъ случай афазіи у больной, страдавшей порокомъ v. mitralis съ гипертрофіей сердца; P. объясняетъ эту афазію эмболией art. cerebialis med. sin. Два другіе случая P. сопровождались galactorrhoea съ парализованной стороны, обусловленной, по мнѣнію автора, параличемъ вазомоторныхъ нервовъ. Въ случаѣ Gignoux афазія повторялась во время двухъ послѣдующихъ беременностей. Въ виду рѣдкости совпаденія афазіи съ послѣродовымъ состояніемъ B. не рѣшается высказаться категорически относительно патологіи своего случая, но, принимая во вниманіе медленное развитіе нервныхъ разстройствъ и отсутствіе порока сердца, склоняется въ пользу тромбоза одной изъ мозговыхъ артерій.

A. Пекарская.

93. **Lawson Tait. Twelve Cases of Ruptured Tubal Pregnancy.** (The British Gynaecological journal, ноябрь 1887 г. стр. 415—427). Двѣнадцать случаевъ лопнувшей трубной беременности.

Въ засѣданці британскаго гинекологическаго общества Lawson Tait сообщилъ еще о 12 случаяхъ чревосѣченія, произведеннаго имъ вслѣдствіе лопнувшей беременной трубы. Такимъ образомъ, у докладчика набралось уже 35 подобныхъ операций; изъ нихъ только 2 кончались смертью: одна, произведенная на умиравшей больной, а другая—самая первая, когда T. еще не

вполнѣ выработалъ своего нынѣшняго способа оперирования. Распознать лопнувшую трубную беременность не всегда возможно; руководствуясь, однако, анамнезомъ и теченіемъ болѣзни, можно, говоритъ Т., почти въ 85% всѣхъ случаевъ сдѣлать вѣрное распознаваніе. Такія женщины долгое время оставались безплодными; мѣсячныя не появлялись въ теченіе недѣль и даже мѣсяцевъ. Затѣмъ внезапно наступаютъ боли и общій упадокъ силъ; такіе приступы повторяются, и дѣло въ большинствѣ случаевъ оканчивается смертью. Tait убѣжденъ, что изъ его 35 больныхъ 32 или даже 33, навѣрное, погибли бы, если бы имъ не было оказано оперативнаго пособія. Операция, сама по себѣ, проста. Вскрываютъ животъ и сразу же направляютъ къ мѣсту разрыва, т. е., къ широкой связкѣ, которую и перевязываютъ, потому что на пути, до достиженія самой связки, ткань повсемѣстно такъ рыхла и дрябла, что попытка какии-либо другимъ образомъ остановить кровотеченіе, навѣрное, кончилась бы неуспѣшно. Само собою разумѣется, что отшнурованная масса должна быть удалена, ибо никому не придетъ въ голову оставлять подобную вещь гнить въ брюшной полости. Несомнѣнно, что женщина послѣ подобной операціи остается только съ одной трубой и, вѣроятно, однимъ яичникомъ, но не должно забывать, что удаленныя труба и яичникъ не могли бы вновь функционировать и вообще вести какую-либо дѣятельную жизнь послѣ перевязки широкой связки; поэтому-то Tait и полагаетъ, что мнѣніе Burton'a, называющаго подобную операцію уродованіемъ, можетъ быть высказано лишь человѣкомъ, совсѣмъ неопытнымъ въ данномъ вопросѣ.

Какъ поступать въ тѣхъ случаяхъ, когда беременная труба еще не лопнула, докладчикъ не рѣшаетъ, но высказывается, однако, въ томъ смыслѣ, что умерщвленіе плода, напримѣръ, проколомъ, не прекращаетъ роста плаценты; во всякомъ случаѣ, разъ труба лопнула, необходимо оперативное пособіе, и Tait думаетъ, что подобные случаи далеко не такъ рѣдки, чтд, впрочемъ, уже и раньше высказывалось Blundell'емъ и что подтверждается и его, Tait'a, личною опытностью: за 7 лѣтъ—35 случаевъ! Л. Личкусъ.

94. С. Заяицкій. Операція внѣматочной беременности на мертвомъ плодѣ съ удаленіемъ всего мѣшна. Выздоровленіе. (Медицинское Обозрѣніе. Т. XXIX, 1887 г., № 1).

Н. А., 23-хъ лѣтъ, замужемъ 10 лѣтъ, дѣтей не имѣла. Menses съ 15-ти лѣтъ. Типъ регулъ 4 недѣли, по 3 дня. Съ мая по конецъ іюня, когда появилось сильное кровотеченіе, продолжавшееся 6 дней, регулъ не было. Больная сочла себя выкинушею. Одновременно съ кровотеченіемъ появились боли внизу живота съ правой стороны и въ этомъ же мѣстѣ замѣченъ желвакъ, величиною съ куриное яйцо. Боль внизу живота и опухоль постепенно увеличивались и послѣднія 3 недѣли до поступленія въ больницу (12-го ноября) больная стала сильно лихорадить (t° до 40°).

Stat. praes. При осмотрѣ живота обнаруживается опухоль, занимающая часть правой подвздошной области и заходящая налѣво отъ linea alba на 3 поперечн. пальца. Опухоль выходитъ изъ малаго таза и сверху дости-

гаеть пупка, болѣзненна, флюктуируетъ, малоподвижна. *Port. vagin.* рыхла, мягка. Матка при *lateropositio sinistra* нѣсколько ретрофлексирована и уменьшена. Длина ея по зонду $2\frac{1}{4}$ д. Въ переднемъ сводѣ прощупывается тѣло, похожее на головку, а также мелкія части, напоминающія ручку. Диагнозъ: Внѣматочная беременность правой стороны, мертвый плодъ, нагноеніе въ мѣшкѣ.

14-го ноября лапаротомія. Опухоль имѣетъ видъ интерлигаментарной правой кисты. По верхней части опухоли по срединѣ шла удлинненная, но не гипертрофированная Фаллопіева труба; опухоль плотно охвачена листками широкой связки и флюктуируетъ. Связи съ маткой нѣтъ. Опухоль вскрыта, выпущено около стакана коричневаго гноя. Плодный мѣшокъ, толщиною въ мизинецъ, плотно прилегалъ къ гипертрофированнымъ листкамъ связки. Спереди и сверху въ мѣшкѣ оказалась дряблая плацента, часть которой безъ кровотока удалена. Плодъ извлеченъ. Затѣмъ, полудунными разрѣзами спереди и сзади обрѣзана связка и изъ нижнихъ остатковъ ея былъ легко *in toto* извлеченъ мѣшокъ съ заключенной въ немъ плацентой. Края связки обшиты. Операция продолжалась часъ. Потери крови вовсе не было. Черезъ 3 недѣли послѣ операціи больная вполне оправилась, а 10-го декабря уѣхала въ Ярославль.

При изслѣдованіи плода и мѣшка оказалось слѣдующее: Плодъ на 6-мъ мѣсяцѣ, мацерированный, сморщенный. Длина 28 см., вѣсъ 10 З. Правая Фаллопіева труба удлинена, проходитъ по верхне-передней части мѣшка и въ срединѣ своей длины имѣетъ дефектъ нижней стѣнки около 2 савт. Мѣшокъ заключенъ между листками широкой связки, пальцемъ вылуцивается.

Описанный случай внѣматочной беременности авторъ считаетъ трубной, причеъ черезъ $1\frac{1}{2}$ мѣсяца отъ начала беременности произошелъ разрывъ нижней стѣнки трубы и плодъ вышелъ въ интерлигаментарную клетчатку. Затѣмъ, беременность продолжала развиваться между листками широкой связки до 6 мѣсяца, когда произошла смерть плода. Изложенное объясненіе не вполне удовлетворяетъ автора по слѣдующимъ причинамъ: 1) Правый яичникъ при операціи не найденъ. Былъ ли онъ атрофированъ или беременность была яичниковая, развивавшаяся какъ интерлигаментарная, не выяснено. 2) Гипертрофіи трубы и воронки на мѣстѣ ея разрыва на препаратѣ не было.

І. Рясенцевъ.

95. Sinclair. Rupture of the sac in the earlier stages of tubal pregnancy, with notes of two cases. (*Brit med. Journ.* 1888, № 1412).
Разрывъ мѣшка въ раннемъ періодѣ трубной беременности съ описаніемъ двухъ случаевъ.

Въ 1-мъ случаѣ, послѣ 2-хъ мѣсячнаго отсутствія регуль, наступилъ внезапный коллапсъ при явленіяхъ поноса съ тенезмами, приведшій черезъ нѣсколько часовъ къ летальному исходу. При вскрытіи констатирована 6-ти недѣльная трубная беременность съ разрывомъ мѣшка. Во 2-мъ случаѣ—также 2-хъ мѣсячное отсутствіе регуль, внезапное появленіе симптомовъ внутренняго кровоточенія, рвоты, боли и вздутія живота; на 4-й день лапаротомія,

очищеніе брюшной полости отъ излившейся крови и удаленіе послѣ предварительной лигатуры яичника и трубы; вставленъ дренажъ. Больная выздоровѣла. Въ заключеніе S. обращаетъ вниманіе на слѣдующіе пункты: 1) Въ обоихъ случаяхъ не было никакихъ симптомовъ ненормальной беременности; оба раза эта послѣдняя не превышала 2-хъ мѣсяцевъ; въ томъ и другомъ случаѣ растяженіе фаллопиевой трубы до разрыва не причиняло безпокойства больнымъ; 2) Послѣ разрыва наряду съ симптомами внутренняго кровотеченія выдавались явленія, не имѣвшія отношенія къ половымъ органамъ; 3) При изслѣдованіи per vaginam во 2-мъ случаѣ констатировалось ограниченіе подвижности матки, хотя ее нельзя было назвать фиксированной; какъ оказалось во время операціи, это обусловливалось присутствіемъ кровенныхъ сгустковъ. S. придаетъ этому признаку діагностическое значеніе въ подобныхъ случаяхъ; 4) Какъ на признакъ, имѣющій меньшее значеніе, S. указываетъ на просвѣчиванье крови черезъ нескрытую брюшину; пробный проколъ можетъ дать отрицательный результатъ, если игла попадетъ въ кровенной сгустокъ; 5) При лапаротоміи въ подобныхъ случаяхъ S. считаетъ особенно умѣстнымъ употребленіе въ качествѣ дезинфицирующей жидкости $1/2\%$ раствора поваренной соли, какъ имѣющаго растворяющее дѣйствіе на кровенные сгустки; 6) Моча больной не содержала ненормальныхъ составныхъ частей.

А. Пенарская.

96. Mc Naught. Ruptured extra uterine gestation successfully treated by abdominal section (Brit. med. Journ. 1888, № 1412). Прерванная внѣматочная беременность, успѣшно излеченная лапаротоміей.

Больная 34 лѣтъ, замужемъ 10 л., не рожавшая; менструаціи, всегда правильныя, скудныя и болѣзненныя, послѣдніе два мѣсяца отсутствовали. Послѣ незначительныхъ болей въ нижней части живота, появились симптомы внутренняго кровотеченія; матка найдена опущенной внизъ и фиксированной, лѣвый сводъ (при положеніи на лѣвомъ боку) выпячивался во влагалище. На другой день произведена лапаротомія, кровь и сгустки удалены, средняя часть правой фаллопиевой трубы оказалась растянутой, и на задней ея периферіи замѣчалось небольшое отверстіе. Растянутая часть вырѣзана по наложеніи лигатуръ на оба конца; туалетъ брюшины сдѣланъ съ помощью горячей воды и губокъ; наложены проволочныя и шелковыя швы. Въ теченіе слѣдующихъ 4-хъ дней—позывы на рвоту, тошнота, бессонница, боли и вздутіе живота; нижній шовъ удаленъ, края раны раздвинуты, брюшина раздѣлена; произведено промыванье посредствомъ сифона слабымъ горячимъ растворомъ поваренной соли, причемъ изъ полости выдѣлилось порядочное количество кровяной сыворотки безъ запаха, и вставленъ толстый дренажъ. Рвота прекратилась, черезъ 3 дня дренажъ удаленъ, черезъ 10 дней произошло полное заживленіе раны. Операція произведена въ частномъ помѣщеніи, въ деревнѣ.

А. Пенарская.

97. Danion. Dangers de l'électrothérapie. (Acad. de Médec. Séance du 10 Janv. 1888). Опасности въ электротерапіи.

На основаніи несчастныхъ случаевъ въ практикѣ, одинъ изъ которыхъ кончился смертью и экспериментальнаго изслѣдованія надъ кроликами, докладчикъ предостерегаетъ отъ употребленія въ маточной электротерапіи постоянныхъ токовъ высокаго напряженія, доводимыхъ, напр. *Apostoli*, до 200 и даже до 250 миллиметровъ. Такіе токи, будучи опасны вслѣдствіе возможности вызвать приливы крови и воспаленіе, въ то же время и совершенно бесполезны.

В. Желтухинъ.

98. I. Schramm. Elephantiasis praeputii clitoridis et nympharum. (Centr. f. Gyn., 1888, № 7). Слоновая проказа крайней плоти похотница и малыхъ губъ.

Нерожавшая 29-лѣтняя женщина, представлявшая по тѣлу явленія кожного сифилида, въ то же время жаловалась на недержаніе мочи и ѣдкія истеченія изъ половыхъ органовъ. При осмотрѣ послѣднихъ оказалось слѣдующее: малыя губы, имѣющія видъ толстыхъ, неправильно-бугристыхъ валиковъ, образуютъ съ значительно утолщеною крайнею плотью клитора почти равнобедренный треугольникъ сине-багроваго цвѣта, покрытый клейкимъ гнойнымъ отдѣляемымъ; валикъ мочеиспускательнаго канала также сильно утолщенъ и уплотненъ на ощупь; уретра легко проходима для пальца до самаго пузыря; влагалище и матка не представляютъ ничего особеннаго. Въ виду явныхъ явленій сифилиса было предпринято леченіе ртутными втираніями, которое однако на мѣстный процессъ въ наружныхъ половыхъ органахъ никакого вліянія не оказало. Тогда было рѣшено удалить все пораженное оперативнымъ путемъ (по *Schroder's*у): вырѣзаны послѣдовательно, начиная отъ промежности, лѣвая малая губа, пораженные части крайней плоти похотника и уретрального валика и, наконецъ, правая малая губа; по мѣрѣ послѣдовательной экстирпаціи новообразованія, удаленнаго цѣликомъ, накладывались и швы изъ шелка и кэтгута, такъ что потеря крови была незначительна; заживленіе почти на всемъ протяженіи раны произошло первымъ натяженіемъ. Макро-и микроскопическое изслѣдованіе удаленнаго новообразованія привело проф. *Neelsen'a* къ слѣдующему выводу: «можно съ вѣроятностью предположить, что здѣсь рядомъ съ слоновою проказой (хотя, по всей видимости, безъ этиологической связи, а лишь какъ случайное осложненіе) имѣется сифилитическое воспаленіе».

А. Фишеръ.

99. Е. Михайлова. Рѣдній случай аномалій складонъ влагалища. (Медицинское Обозрѣніе. Т. XXIX, 1888 г., № 1).

Г., 25 лѣтъ, проститутка, менструируетъ чрезъ 4 недѣли, безъ боли. Первый coitus на 17-мъ году сопровождался обильнымъ истеченіемъ крови.

Stat. praes. Наружные половые органы нормальны. На боковыхъ стѣнкахъ влагалища оказываются добавочныя образованія въ видѣ складокъ

слизистой оболочки. Цвѣтъ ихъ тождественъ съ цвѣтомъ слизистой оболочки вагины. Расположеніе этихъ складокъ слѣдующее: начинаясь на передней стѣнкѣ влагалища, по сторонамъ отверстія уретры, довольно тонкими складками, онѣ продолжаютъ вдоль боковыхъ стѣнокъ влагалища до верхней его части, причѣмъ правая складка кончается на передней губѣ матки, лѣвая же теряется въ заднемъ сводѣ. На срединѣ влагалища складки дѣлаются шире и толще, утончаясь и суживаясь въ верхней и нижней части влагалища. Шейка матки мала, укорочена, вообще недоразвита, передній сводъ отсутствуетъ, слизистая оболочка передней губы непосредственно переходитъ на переднюю стѣнку влагалища. Тѣло матки нѣсколько увеличено, консистенція нормальна. Яичники и трубы ощупать не удалось.

Что касается происхожденія этихъ складокъ, то авторъ видитъ въ нихъ врожденную аномалію развитія, происшедшую вслѣдствіе неполнаго исчезновенія перегородки зачаточныхъ Мюллеровыхъ протоковъ, причѣмъ винтообразный ходъ складокъ ставитъ въ зависимость отъ неправильнаго расположенія Мюллеровыхъ протоковъ въ зародышѣ.

І. Рясенцевъ.

100. Steinschneider. Zur Kasuistik des totalen Mangels der Gebärmutter bei normaler Vagina. (Centr. f. Gyn., 1888, № 4). Случай полного отсутствія матки при нормальномъ влагалищѣ.

Больная, 28 лѣтъ, никогда не менструировала и не имѣла *molimina menstrualia*, замужемъ 5 лѣтъ, бездѣтна. Кромя общаго малокровія и исхуданія, обусловленнаго тяжелою формою маляріи, перенесенной три года тому назадъ, общій видъ больной не представлялъ ничего особеннаго; грудныя железы хорошо развиты, хотя очень вялы; наружныя половыя органы нормальны; довольно широкій *introitus* ведетъ во влагалище, имѣющее 8 *cm.* длины и кончающееся въ формѣ совершенно гладкаго, безъ всякихъ неровностей, слѣзнаго мѣшка. Двойное изслѣдованіе черезъ влагалище и прямую кишку, черезъ прямую кишку и брюшныя покровы—показало полное отсутствіе матки, а равно и яичниковъ. (Клинически опредѣляемое отсутствіе матки и яичниковъ, не могущее быть провѣреннымъ анатомически, не даетъ еще права отрицать существованіе зачаточныхъ, рудиментарныхъ органовъ, доказательствомъ чему служатъ многіе извѣстные уже въ литературѣ случаи этого рода. *Ресф.*)

А. Фишеръ.

101. Troisier. Trois faits d'adénopathies susclaviculaires dans diverses variétés de cancers viscéraux. (Le Progrès Médic., 1888, № 3. Soc. Méd. des hopitaux. Séance du 13 Janv., 1888). Три случая пораженія надключичныхъ желѣзъ при различныхъ внутреннихъ раковыхъ заболѣваніяхъ.

Авторъ встрѣтилъ три новыхъ случая пораженія *надключичныхъ* желѣзъ: дважды при ракъ матки и разъ при ракъ яичника. Какимъ бы способомъ это заболѣваніе ни происходило—путемъ ли постепеннаго пораженія всей предпозвоночной лимфатической цѣпи, путемъ ли раковой эмболии, — во

всякомъ случаѣ заболѣваніе надключичныхъ железъ при внутреннемъ ракъ имѣетъ большое симптоматическое и прогностическое значеніе.

В. Желтухинъ.

102. Цандеръ, А. Четыре случая полного вылущенія раково-перерожденной матки. (Врачъ, 1888 г., № 1).

У всѣхъ 4 больныхъ, у которыхъ авторъ произвелъ экстирпацію раково-перерожденной матки, при изслѣдованіи была констатирована полная подвижность матки. Новообразование находилось только на влагалищной части; измѣненія въ сводахъ отсутствовали. Во время операціи у двухъ больныхъ найдено поврежденіе широкихъ связокъ, такъ что не все новообразование могло быть удалено. Исходы операцій слѣдующіе: одна больная, потерявшая много крови при операціи, умерла чрезъ 3 дня; у двухъ больныхъ, у которыхъ удалено не все новообразование, послѣднее стало расти быстрѣе и у четвертой рецидивъ чрезъ 3 мѣсяца.

По мнѣнію автора, и это незначительное число случаевъ ясно доказываетъ, что одной подвижности матки мало для заключенія, что перерожденіе не распространилось уже дальше, а потому при выборѣ случаевъ для операціи необходимо быть очень осторожнымъ.

І. Рясенцевъ.

103. Richelot. De l'amputation sous-vaginale irrégulière (L'Union Medicale, № 10, 22 января 1888). Нетипичная надвлагалищная ампутація.

Авторъ рѣшительно высказывается противъ подвлагалищной (sous-vaginale) ампутаціи при раковыхъ повреженіяхъ шейки матки. Два оперативныхъ способа должны быть примѣняемы въ этихъ случаяхъ: 1) полное удаленіе матки, какъ радикальная операція, дающая иногда прекрасный результатъ и 2) надвлагалищная (sus-vaginale) ампутація шейки, какъ палліативъ, устраняющій тягостные для больной симптомы ракового страданія. Первая операція исключительно показана тамъ, гдѣ раковый процессъ не распространился еще на околоматочную кѣтчатку.

Въ замѣну простаго выскабливанія опухоли авторъ предлагаетъ свою «нетипичную» надвлагалищную ампутацію, при чемъ приходится оперировать посреди больной ткани, идти по опухоли и разрушать ее, подчасъ оставлять раковую массу (une parre cancéreuse), приросшую къ мочевому пузырю или прямой кишкѣ, удалять острой ложечкой локія части и выскабливать дно матки. Операція (которую авторъ съ успѣхомъ примѣнилъ во многихъ случаяхъ) является ресурсомъ въ тѣхъ отчаянныхъ случаяхъ, гдѣ полная экстирпація матки противопоказана. Однако, уже самъ авторъ прибавляетъ, что и эта операція не всегда достигаетъ своей цѣли и не можетъ вселить въ насъ полной къ ней довѣренности.

Изъ случаевъ своей практики, въ которыхъ R. примѣнилъ свой способъ ампутаціи, онъ сообщаетъ три. Но мы ограничимся подробнымъ пересказомъ одного, интереснаго и въ другихъ отношеніяхъ.

М-ше L., 44 л., считает себя больной 4 мѣсяца. Все время болѣзни страдала неправильными, не обильными кровотечениями, болью въ поясницѣ; прибѣгаетъ къ подкожному вспыскиванію морфія. Ислѣдование: шейка—широкое, твердое, некровоточащее кольцо; въ центрѣ его большой бугоръ. Своды влагалища вокругъ него мягки, задній изглаженъ. Въ общемъ, цервикальный каналъ изъязвленъ и бугристъ, шейка кажется инфильтрированной во всю толщу, повидимому рыхлой консистенціи, матка малоподвижна. Такимъ образомъ, экстирпація матки исключается; назначена надвлагалищная («нетипичная») ампутація. Первые темпы операціи трудны, благодаря неподвижности матки и ломкости передней губы шейки; медленно и съ трудомъ отдѣленъ пузырь на нѣкоторомъ пространствѣ, но въ дальнѣйшемъ движеніи встрѣчено здѣсь препятствіе, благодаря присутствію опухоли. Зондъ, введенный въ пузырь, показываетъ, что отслойка пузыря не можетъ быть произведена безъ риска разорвать его стѣнки. Посредствомъ *pince-surette* удалена большая средняя опухоль; кривыми ножницами резецированы боковыя части шейки матки, отдѣльными частями удалена бѣлая часть нижняго ея сегмента, обыкновенной острой ложечкой выскоблена спереди ткань, приросшая къ пузырю, удалены всѣ ломкія бугристости, сзади оставлена языкоподобная часть шейки (тщательно выскобленной острой ложечкой), приросшая къ Дугласову пространству. Три пинцета *à demeure* на мелкіе сосуды, йодоформенный тампонъ. Послѣ операціи: t° однажды $38,2^{\circ}$, ни рвоты, ни болей; на другой день послѣ операціи удалены пинцеты. Регулы чрезъ три дня. Вдругъ больная сбѣлалась скучной, жалуется на боли въ различныхъ мѣстахъ (главнымъ образомъ поясница и животъ). Оказалось, что больная ежедневно вспыскивала до 0,25 грм морфія. Съ трудомъ, въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, удалось убѣдить больную не злоупотреблять этимъ средствомъ. Между тѣмъ раковый процессъ возобновился, инфильтрировалъ влагалищно-пузырную перегородку и занялъ всю вагину. Одновременно развилась полная картина тяжелаго нефрита. Это заболѣваніе заставило больную понизить позволенную ей дозу морфія до 3 сантигр. Вскорѣ питаніе улучшилось, количество мочи возросло до 1000 грм (бѣлокъ уменьшился незначительно). Боли постоянныя, весьма сильныя при регулахъ.

Въ началѣ апрѣля (операція 22 декабря) больная уѣхала домой блѣдной, страдающей вѣчными болями (неизвѣстно отъ чего именно: нефрита, морфинизма или рака). Р. ждалъ со дня на день извѣстія о ея смерти. Но чрезъ мѣсяць получилось извѣстіе, что силы больной укрѣпились и что боли ея ничтожны, составъ мочи нормальный. Въ іюлѣ она начала полнѣть, боли въ поясницѣ исчезли; больная считаетъ себя совершенно здоровой.

Этому случаю можетъ быть противопоставленъ другой: м-ше В. послѣ операціи («нетипичной» ампутаціи) получила возможность оставлять на нѣсколько часовъ постель, которую не покидала годъ, но боли, отъ которыхъ спасалась морфіемъ, не прекратились. Она умерла 2 мѣсяца спустя послѣ операціи. Но обыкновенно результатъ операціи занимаетъ среднее мѣсто между двумя приведенными: быстро поправившись послѣ операціи, больная

принимается за свою обычную дѣятельность; отвратительно пахнуція выдѣленія и кровотеченія исчезаютъ или уменьшаются; боли не всегда поддаются. Ничто не доказываетъ, чтобы операція замедляла смерть. Хорошая сторона операція заключается между прочимъ въ томъ, что она дѣйствуетъ на психику больной, вселяя въ нее надежду на выздоровленіе.

В. Массень.

104. L. G. Richelot. Six nouvelles hystérectomies vaginales. (L'union médicale, 1887, № 130 и 131). Шесть новыхъ случаевъ влагалищнаго вырѣзыванія матки.

Авторъ приводитъ 6 новыхъ случаевъ влагалищнаго вырѣзыванія матки, окончившихся выздоровленіемъ. Показаніемъ къ операціи во всѣхъ случаяхъ было раковое пораженіе матки.

I. Г-жа С., 58 лѣтъ, на видъ здорова, съ сентября 1886 года почти ежедневно теряетъ немного крови изъ рукава, нѣсколько недѣль назадъ появились зловонныя бѣлы. Найдена внутривлагалищная эпителиома матки, шейка здорова, матка подвижна, своды не поражены. 27-го апрѣля 1887 года операція. Тотчасъ по вскрытіи сводовъ и отдѣленіи мочевого пузыря, авторъ вырѣзалъ круговую полосу изъ стѣнокъ влагалища, вблизи новообразованія, для предупрежденія рецидива; операція прошла безъ осложнений. Спустя мѣсяць, при выпискѣ больной изъ госпиталя, въ глубинѣ рукава получился небольшой мягкій, безболѣзненный рубецъ. Общее состояніе больной очень хорошо.

II. Г-жа Г., 29 лѣтъ, два мѣсяца страдаетъ вонючимъ истеченіемъ изъ рукава и болями въ поясницѣ. Последнія двѣ менструаціи были болѣе обильны, чѣмъ обыкновенно, но общее состояніе больной превосходно. По заявленію больной, мать ея умерла отъ рака матки. Шейка матки инфильтрирована во всю толщу, губы ея выворочены, тверды, зѣвъ зияетъ, въ каналѣ шейки фунгозные разраженія; своды свободны, матка подвижна. Операція 23-го мая 1887 года продолжалась 1¹/₂ часа. Какъ и въ предыдущемъ случаѣ, авторъ сдѣлалъ частичную круговую резекцію влагалища, но больше — по задней стѣнкѣ такъ какъ задняя губа была поражена больше передней. Влагалищная часть, захваченная музейскими щипцами, постоянно рвалась, поэтому пришлось захватывать выше — ткань матки, но каждая тракція матки щипцами производила новый разрывъ ея дряблой ткани; во избѣжаніе этого, былъ наложенъ длинный зажимъ на двѣ нижнія трети связокъ и послѣ этого пришлось отдѣлить ихъ отъ матки разрѣзомъ, какъ можно выше и на уровнѣ ея; послѣ чего, захвативъ матку справа, легко было ее извлечь, но въ это время, вслѣдствіе укороченія широкой связки слѣва, лѣвый край матки застрялъ у влагалищнаго входа, поэтому были наложены 3 пинцета снизу вверхъ на эту часть широкой связки, и матка была удалена постепенно, а вмѣстѣ съ нею и лѣвый яичникъ. Для остановки кровотечения понадобилось 17 пинцетовъ (изъ нихъ 5 на широкія связки). На другой день утр. $t^{\circ} 38,0^{\circ}$, веч. $39,0^{\circ}$. Max. $t^{\circ} 39,5^{\circ}$; послѣ влагалищной инъекціи t° вскорѣ понизилась. Къ концу 3-й недѣли послѣ

операциі, больная встала съ постели и оставила госпиталь съ маленькимъ линейнымъ рубцомъ въ глубинѣ рукава.

III. Г-жа S....., 35 лѣтъ, больна съ іюля 1886 г., страдаетъ умѣреннымъ кровотеченіемъ изъ рукава въ теченіе 6 мѣсяцевъ. Въ январѣ 1887 года появились зловонныя бѣли и умѣренныя боли. Заболѣвши, потеряла въ вѣсъ 11 фунтовъ. Большая хорошо упитана, на видъ довольно свѣжа. Шейка матки рѣзко увеличена, тверда, спутри бугриста, а слѣва изъѣдена и сглажена почти до уровня лѣваго свода, который, сверхъ ожиданія, нисколько не инфильтрированъ, уступчивъ и, повидимому, не пораженъ. Матка подвижна. Операциія произведена 2-го іюня 1887 года въ такомъ порядкѣ: вскрытіе сводовъ, отдѣленіе мочеваго пузыря, послѣ чего, по обыкновенію, частичная круговая резекція влагалища. Добраться до брюшины и отдѣлить ее было очень трудно вслѣдствіе глубины и узкости операціоннаго поля, поэтому и другія манипуляціи были чрезвычайно затруднительны; какъ и въ предъидущемъ случаѣ, лѣвая широкая связка укорочена; часть лѣваго свода резецирована. Вмѣстѣ съ маткой былъ удаленъ и лѣвый яичникъ съ трубой. 13 пинцетовъ à deux — удалены вечеромъ въ день операциіи. На слѣдующій день послѣ операциіи, вечеромъ грозныя явленія остраго перитонита (колики, вздутіе живота, рвота, лихорадка), однако, послѣ клизмы и вслѣдъ за послѣдовавшими за ней жидкими испражненіями, метеоризмъ исчезъ, t° упала до $37,0^{\circ}$. Подобныя же явленія возобновились на 3-й недѣлѣ, но скоро исчезли послѣ отдѣленія изъ раны небольшого количества гноя. Въ началѣ іюля больная уѣхала въ деревню съ маленькой еще не вполне зарубцевавшейся ранкой, въ лѣвомъ углу которой прощупывался плотный выдающійся узелокъ, характеръ котораго выяснился въ сентябрѣ, когда авторъ констатировалъ начало рецидива: узелокъ превратился въ язву величиною съ монету въ 50 сантимовъ, съ изъѣденными краями, позади которой прощупывался новый плотный узелъ величиною въ фасоль; поэтому 9-го октября авторъ вторично приступилъ къ операциіи: онъ сдѣлалъ разрѣзъ чрезъ узелъ и язву и тотчасъ наткнулся на размягченную эпителию, которая была выскоблена острой ложкой, и такимъ образомъ получила небольшая полостная ранка съ чистымъ дномъ и краями; 13-го октября рана была прижжена крѣпкимъ растворомъ хлористаго цинка; 16-го октября видъ раны вполне удовлетворительный, и больная выписана здоровой.

IV. Г-жа V....., 34 лѣтъ, около года страдаетъ незначительнымъ кровотеченіемъ изъ рукава, умѣренными болями въ животѣ и поясницѣ и бѣлами безъ запаха. Общее состояніе прекрасное. Процессъ локализованъ только въ шейкѣ. Своды свободны, матка подвижна. Оперирована 1-го августа 1887 года. Въ данномъ случаѣ авторъ тоже произвелъ частичную влагалищную резекцію, но впервые, въ этотъ разъ, *послѣ экстирпаціи матки*, такъ какъ онъ раньше убѣдился, что присутствіе матки во влагалищѣ много мѣшаетъ производству резекціи. Несмотря на запрещеніе, больная, спустя 3 недѣли, вышла изъ госпиталя. Авторъ видѣлъ ее въ сентябрѣ и нашелъ совершенно здоровою.

V. Г-жа V....., 34 лѣтъ, съ января 1887 года страдаетъ умѣреннымъ кро-

вотеченіемъ, но общее состояніе очень хорошее. Мать больной умерла отъ рака матки. На задней губѣ шейки ограниченная эпителиома; сосѣднія части, по-видимому, совершенно здоровы, матка подвижна. Операция произведена 31-го августа 1887 года съ резекціей влагалища; она, по обыкновенію, прошла безъ осложнений; резекція влагалища сдѣлана тоже послѣ экстирпаціи матки. Max. t° послѣ операции $38,4^{\circ}$. Вслѣдствіе непредусмотрѣннаго загрязненія посуды, въ которой хранились губки, больная перенесла двухдневную септицемию, развившуюся исключительно высокой температурой, безъ всякихъ угрожающихъ явленій; t° доходила до $41,3^{\circ}$. Послѣ удаленія тампоновъ и влагалищной иригации, лихорадка прекратилась. Авторъ совѣтуетъ удалить тампоны и начинать влагалищныя инъекціи на 3-й день послѣ операции. Больная до сихъ поръ здорова.

VI. Слѣдующій случай весьма поучителенъ, по мнѣнію автора, и можетъ служить поразительнымъ приѣмомъ великихъ услугъ, оказываемыхъ человѣчеству современной хирургіей.

Г-жа D....., 37 лѣтъ, жалуется только на бѣли, которыми страдаетъ уже нѣсколько мѣсяцевъ и которыя лишь недавно стали зловонны. Два мѣсяца назадъ она обратилась за совѣтомъ къ хирургу, который, осмотрѣвъ больную, отказался ей помочь, находя данный случай безнадежнымъ. Больная обратилась къ автору 29-го августа 1887 года. Шейка оказалась сглаженной, въ видѣ кольцеобразнаго бугристаго валика, твердаго на ощупь и пропускающаго конецъ указательнаго пальца; задній сводъ сглаженъ и усѣянъ твердыми буграми. Матка почти не опускается внизъ. Не смотря на трудность случая, авторъ рѣшился оперировать. Операция 3-го сентября 1887 г. Обезображенная влагалищная часть была захвачена специальнымъ инструментомъ, придуманнымъ Collin'омъ (pince-égrigne) — это полый зондъ, на концѣ котораго, посредствомъ простаго механизма выскакиваетъ двойной крючекъ, на подобіе кошки, вонзающейся крѣпко въ захватываемую ею ткань. Затѣмъ слѣдуетъ осторожное вскрытіе передняго свода и отдѣленіе мочеваго пузыря, который оказывается сросшимся съ маткой посредствомъ уплотненной клѣтчатки, поэтому отдѣленіе его было очень трудно, особенно въ тотъ моментъ, когда пальцемъ приходилось мало-по-малу раздѣлять сращения и добираться къ переднему брюшинному мѣшку; при этомъ ткань матки оказалась разрыхленной, нѣсколько разъ, при захватываніи ея, рвалась; наконецъ, мочеваго пузырь отдѣленъ и оказался непораженнымъ; затѣмъ былъ вскрытъ задній сводъ среди покрывающихъ его раковыхъ узловъ, которые, по возможности, удаляются ножомъ, затѣмъ матка выводится, какъ обыкновенно, по отдѣленіи ея отъ связокъ, на которыя постепенно накладываются длинныя пинцеты. Послѣ экстирпаціи слѣдуетъ и здѣсь резекція влагалища; особенно тщательно былъ резецированъ задній сводъ. Наложено 22 гемостатическихъ пинцета. Яичники и трубы оставлены. Операция длилась 2 часа 45 мин. Спустя 36 часовъ удалена, вслѣдствіе послѣдовательнаго кровотеченія, только половина пинцетовъ, остальные были удалены на слѣдующій день. Max. t° $39,5^{\circ}$, которая упала до нормы послѣ влагалищной инъекціи. При изслѣдованіи больной 17-го ок-

тября ранка оказалась чистой съ мягкими ровными краями и дною въ 2 сант. глубиною и 3 сант. въ ширину; больная была здорова, весела и чувствовала себя великолѣпно. На основаніи микроскопическаго изслѣдованія кусочковъ оставшейся язвы и по общему состоянію больной, авторъ остался доволенъ полученнымъ результатомъ, не найдя никакихъ намековъ на рецидивъ, и даже, въ случаѣ его появленія, авторъ утѣшалъ бы себя сознаниемъ, что онъ возвратилъ жизнь безнадежной больной, или же, по крайней мѣрѣ, отдалилъ роковую развязку.

Оканчивая свое сообщеніе, авторъ общается въ будущемъ болѣе подробную статью объ анатомическомъ изслѣдованіи удаленныхъ опухолей, о значеніи наследственности, статистическихъ данныхъ и т. п. Посвящая нѣсколько словъ производству операціи, авторъ 1) особенное вниманіе обращаетъ на *pincés à demeure*, которые въ большемъ ходу у французскихъ хирурговъ; авторъ придаетъ имъ громадное преимущество передъ сложными лигатурами, и съ ними возможны операціи, невыполнимыя по старому способу; 2) резекція влагалища, всегда практикуемая авторомъ, имѣетъ громадное значеніе въ смыслѣ предупрежденія рецидива; 3) авторъ настойчиво рекомендуетъ *pince-à-ergne* Collin'a: въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ необходимо захватить матку съ дряблыми стѣнками, ткань которыхъ разрывается при захватываніи ея обыкновенными щипцами, инструментъ Collin'a незамѣнимъ.

Въ заключеніе авторъ всетаки не высказывается окончательно о результатахъ операціи, число его случаевъ не велико для опредѣленныхъ выводовъ; нѣкоторыя изъ оперированныхъ авторомъ здоровы уже въ теченіе 11—14 мѣсяцевъ, но, по мнѣнію автора, этого недостаточно, опасность рецидива еще не миновала, а потому окончательныхъ результатовъ операціи слѣдуетъ ждать въ будущемъ. Пока-же, по статистикѣ, смертность послѣ операціи равна 10⁰%, а изъ оставшихся въ живыхъ вполне выздоравливаетъ 50⁰%, такъ что уже и теперь, по автору, операція даетъ благоприятные результаты.

Н. Н. Маслениновъ.

105. L. G. Richelot. *Hystérectomie vaginale*. (L'union medicale, 1887, № 153). Влагалищное вырѣзываніе матки.

Въ началѣ статьи авторъ разсматриваетъ условія, при которыхъ операція дѣлается затруднительной и даетъ рецидивы; въ числѣ ихъ на первомъ планѣ стоитъ распространеніе болѣзненнаго процесса на сосѣднія части; въ 8 изъ 10 такихъ случаевъ мало шансовъ на успѣхъ. Во многихъ случаяхъ процессъ является скрытно, на первыхъ порахъ не даетъ себя знать, больная подолгу находится въ роковомъ невѣдѣніи относительно злокачественности своего страданія и нерѣдко являются къ врачу уже съ запущенной болѣзью; кромѣ того, во многихъ случаяхъ бываетъ весьма трудно рѣшить вопросъ, насколько процессъ уже успѣлъ распространиться на сосѣднія части, такъ какъ сплошь и рядомъ трудно опредѣлить—гдѣ кончается больная ткань и начинается здоровая; но нѣкоторые признаки, по автору, даютъ извѣстную точку опоры для распознаванія пораженія ближайшихъ тканей. Въ послѣднемъ случаѣ, при

изслѣдованіи, матка кажется мало подвижной; неподвижность матки, вслѣдствіе раковой инфильтраціи окружающихъ ее частей, рѣже выражена, чѣмъ при простомъ укороченіи связокъ; кромѣ того, измѣненіе влагалищной части, изъязвленіе ея, сглаживаніе сводовъ и т. д. помогаютъ распознаванію; однако попадаются случаи, не легкіе для точной діагностики, и нижеприведенный случай весьма поучителенъ въ этомъ отношеніи.

Г-жа В...., 68 лѣтъ, два года страдаетъ блуждающими болями въ животѣ и поясницѣ, умѣреннымъ кровотеченіемъ и буроватымъ зловоннымъ истеченіемъ изъ рукава. Больная выглядитъ моложе своихъ лѣтъ. Шейка матки совершенно нормальна; въ заднемъ сводѣ прощупывается кругловатая, съ среднее яблоко, плотная опухоль, въ связи съ маткой, которая очень подвижна во всѣ стороны. Послѣдующее расширеніе матки съ цѣлью точной діагностики было произведено 5-го октября посредствомъ іодоформныхъ ламинарій, при чемъ полость матки оказалась неровной, шероховатой и отдѣляла кровянисто-буроватый зловонный секретъ. Больная оперирована. Операція ничѣмъ не отличалась отъ предыдущихъ; стѣнки матки сильно инфильтрированы, и потому матку пришлось удалять по частямъ. Въ заднемъ Дугласѣ, во время операціи найденъ плотный разлитой инфильтратъ, теряющійся вверху подъ брюшиной, который, по возможности, былъ выскобленъ острой ложкой. Промывка полости раны суемой послѣ тампованціи губками. Іодоформный тампонъ. Max. t° 38,0°. Спустя 3 недѣли, больная, еще слабая, оставила палату. И такъ, до операціи невозможно было предположить такого сильнаго распространенія процесса. Авторъ резюмируетъ слѣдующимъ образомъ:

- 1) ракъ слизистой оболочки матки служитъ наиболѣе неопровержимымъ показаніемъ къ влагалищной экстирпаціи;
- 2) если процессъ ограничивается тѣломъ, то подвижность матки и цѣлостность шейки облегчаютъ производство операціи, и
- 3) послѣдняя форма рака даетъ рѣже рецидивъ, чѣмъ ракъ влагалищной части, такъ какъ широкія связки и придатки матки рѣже и труднѣе инфильтрируются, чѣмъ влагалищные своды. Поэтому достаточно малѣйшаго раціональнаго признака для энергическаго противодѣйствія распространенію раковаго процесса.

Н. Н. Маслениковъ.

106. **А. П. Артемьевъ. Случай оваріотоміи.** (Проток. Кавк. Медіц. Общ. 16 ноября 1887, № 12).

Авторъ сообщаетъ случай удаленія большой двуполостной, серозной кисты праваго яичника, содержавшей 2¹/₂ ведра жидкости и не представлявшей никакихъ сращеній, причемъ произведенный имъ брюшной разрѣзъ былъ длиною только въ 2 дюйма, и по поводу этого случая энергично высказывается въ пользу возможно малаго разрѣза брюшныхъ стѣнокъ при оваріотоміи, если не предвидится сращеній, ибо этимъ предупреждается, какъ охлажденіе кишекъ и полости живота во время операціи, такъ и возможность образованія впоследствии грыжи живота.

А. Фишеръ.

107. М. Штраухъ. Случай кастраціи по причинѣ аплазіи мюллеровыхъ нитей. (Труды акушерско-гинекол. общества въ Москвѣ: Годъ I, № 2).

П. М., 24 лѣтъ, съ 16 лѣтъ чувствуетъ нестерпимыя боли внизу живота, которыя повторяются каждый мѣсяць, по 3—4 дня. Регуль и кровотеченій изъ половыхъ органовъ никогда не было. Послѣдніе 2 года имѣла *menstruatio vicaria* чрезъ носъ, ротъ и прямую кишку.

Stat. praes. Женскій типъ. Груды и наружныя половыя части нормальны. Входа во влагалище нѣтъ. Катетеръ, введенный въ пузырь, прощупывается непосредственно *per rectum*. *Per rectum* же и брюшныя стѣнки прощупываются, толщиной въ средней карандашъ, круглое тѣло, которое идетъ чрезъ тазъ въ фронтальномъ направленіи и можетъ быть прослѣжено до *linea innominata*, гдѣ прощупываются ясно яичники, на которыя больная точно указываетъ, какъ на мѣсто исхода невыносимыхъ болей. Вышеупомянутое тѣло во время *molimina menstr.* не измѣняется въ объемѣ. Диагнозъ—рудиментарное развѣтвіе Мюллеровыхъ протоковъ при функционирующихъ яичникахъ—впослѣдствіи вполне подтвердился при произведенной кастраціи. Послѣоперационный періодъ безъ лихорадки и осложненій. Вырѣзанные яичники оказались мелкокистозно-перерожденными.

І. Рясенцевъ.

108. А. Исполатовъ. Случай гематомы правой широкой связки, образовавшейся послѣ вырѣзыванія клиновидныхъ кусковъ изъ шейки матки. (Труды общ. русскихъ врачей въ Москвѣ за первое полугодіе 1886 г.).

У больной, страдавшей *metritis et endometritis chron. colli*, авторъ произвелъ 22-го января 1886 года клиновидное вырѣзываніе маточныхъ губъ, причѣмъ въ правомъ углу раны было кровотеченіе изъ перерѣзанной артеріи. Сосудъ захваченъ въ общій шовъ. Въ тотъ же день оперированная почувствовала боль надъ правымъ пахомъ. 30-го января швы сняты. По удаленіи послѣдняго шва въ правомъ углу отдѣлилось немного густой черной крови, количество которой увеличилось при надавливаніи на правый уголокъ передняго свода. Одновременно была констатирована надъ правымъ пахомъ продолговатая, валикообразная, кверху немного суживающаяся опухоль, тѣстообразной консистенціи, расположенная по направленію линіи, проведенной отъ *Symph. oss. pub.* къ средней части *lineae innominatae oss. ilei*. Опухоль признана за гематому *lig. lat. dextr.* На другой день уже замѣчалась бѣлая плотность опухоли. Отдѣленіе стеснившейся темной крови въ незначительномъ количествѣ продолжалось 5—6 дней. Къ 6-му февраля опухоль замѣтно уменьшилась и стала плотнѣе, а 25-го марта опухоль совершенно всосалась. Матка подвижна, болѣзненности нагдѣ нѣтъ.

Образованіе гематомы въ описываемомъ случаѣ авторъ объясняетъ кровотеченіемъ изъ перерѣзанной во время операціи артеріи, центральный конецъ которой вѣроятно былъ мало сдавленъ или совсѣмъ не захваченъ наложеннымъ для остановки кровотеченія общимъ швомъ изъ серебряной проволоки.

І. Рясенцевъ.

109. С. Заяицкій. Укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ. (Операція Alexander Adams'a съ описаніемъ 1-го случая автора). (Труды акушерско-гинекол. общества въ Москвѣ. Годъ I, № 1).

Большая 26-ти лѣтъ, бірага, со времени 2 родовъ страдаетъ выпаденіемъ матки при ходьбѣ и работѣ и постоянными тянущими болями внизу живота и въ крестцѣ. Регулы неправильны, menorrhagia. При изслѣдованіи діагносцировано: Subinvolutio uteri, vaginae et adnexa chronica, praesentim lig. rotundorum—retroflexio utericum prolapsu. Полость матки увеличена въ 1^{1/2} раза.

Операція подъ хлороформомъ. Связки вытянуты на 5 сант., изолировались легко, пришиты вмѣстѣ съ покровами живота. Пессарій Barnes'a. Въ послѣоперационномъ періодѣ больная въ 1-ые сутки жаловалась на жгучую поверхностную боль въ кожѣ задней поверхности крестца и копчика и онѣмѣніе (anaesthesia dolorosa). Температура повысилась только одинъ разъ до 38,2°. Черезъ 3 недѣли больная встала, а черезъ мѣсяць послѣ операціи матка при изслѣдованіи найдена въ положеніи anteversio, плотной консистенціи, разрѣзъ матки уменьшился на цѣлый дюймъ.

Въ заключеніе своей довольно обширной статьи, бѣольшая часть которой посвящена литературному обзору операціи, авторъ ставитъ 12 вопросовъ, изъ которыхъ я цитирую только основные: Нужна ли постоянная, во время операціи, фиксація матки зондомъ? Нужно ли употреблять пессарій во время послѣоперационнаго лежанія? Необходимо ли въ теченіи 3 недѣль лежать на спицѣ съ согнутыми колѣбнями? Зачѣмъ дренажи? Помимо этого, авторъ предлагаетъ еще особый измѣритель для болѣе точнаго опредѣленія направленія разрѣзовъ, но изъ описанія и приложеннаго схематическаго рисунка я не могъ себя съ точностью уяснить устройство прибора. **І. Рясенцевъ.**

110. Ѡ. Александровъ. Случай Александровской операціи по видоизмѣненному способу. (Труды акушерско-гинекол. общества въ Москвѣ. Годъ I, № 1).

Указавъ на то, что главный моментъ операціи—отысканіе круглыхъ связокъ въ наружномъ кольцѣ паховаго канала,—представляетъ большія трудности, причѣмъ возможно еще и пораненіе брюшины, авторъ описываетъ предложенное проф. Снегиревымъ видоизмѣненіе способа операціи, при которомъ такія случайности могутъ быть устранимы. Видоизмѣненіе состоитъ въ томъ, что связку отыскиваютъ не у наружнаго, а у внутренняго отверстія паховаго канала, для чего передняя стѣнка канала осторожно расщепляется. По мнѣнію автора, способъ этотъ имѣетъ еще и ту выгоду, что даетъ возможность дѣлать меньшій кожный разрѣзъ.

При произведенной по этому способу проф. Снегиревымъ операціи у многорожавшей женщины, страдавшей ретрофлексіей и незначительнымъ опущеніемъ матки, обѣ связки легко найдены ¹⁾. **І. Рясенцевъ.**

¹⁾ Въ моей диссертациі «Укороченіе круглыхъ связокъ и проч.», Спб., 1887 г., стр. 175-я, я высказалъ, какъ предположеніе, что если вскрыть па-

111. M. Sanger. Ueber operative Behandlung der Retroversio-flexio uteri (Centr. f. Gynaek., 1888, № 2 и 3). Оперативное лечение наклоненій и перегибовъ матки назадъ.

Оперативное лечение смѣщений матки назадъ необходимо въ довольно большомъ числѣ случаевъ (20⁰/о), гдѣ смѣщеніе не поддается лечению посредствомъ пессаріевъ. Кроме того, во многихъ случаяхъ, гдѣ пессаріи достигаютъ своей цѣли, можно было бы всегакі прибѣгнуть къ операциі, чтобы избавить женщину отъ необходимости постоянно возиться съ пессаріями.

Операциі для устранения смѣщений матки назадъ раздѣляются на

I. Косвенно дѣйствующія: а) Устраненіе дефектовъ промежности, опущеній и выпаденій влагалища и матки; б) шиваніе глубокихъ разрывовъ шейки матки; с) вырѣзываніе клина изъ portio, ампутація portionis; d) удаленіе посредствомъ лапаротоміи опухолей, вызывающихъ ретрофлексію матки; е) кастрація; f) безкровное устраненіе сращеній по способу *B. Schultze*.

II. Непосредственно дѣйствующія: а) операциі по *Rabenau* (резекція передней стѣнки шейки). Авторъ считаетъ эту операцию непригодной, въ особенности вслѣдствіе происходящаго послѣ операциі значительнаго рубцоваго сокращенія.

б) *Alquié-Alexander*'овская операциі (укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ). Какъ германскіе, такъ и англійскіе гинекологи высказываются противъ этой операциі, потому что удлиненіе круглыхъ связокъ, какъ явленіе вторичное, не вызываетъ перегиба матки, а потому и укороченіе ихъ не ведетъ къ исправленію положенія матки. Авторъ одинъ разъ прииѣнилъ этотъ способъ, но не имѣлъ успѣха. Авторъ высказываетъ предположеніе, что, можетъ быть, эта операциі будетъ имѣть нѣкоторый успѣхъ, если ее дѣлать въ связи съ операцией укороченія крестцово-маточныхъ связокъ.

хвой каналъ по его длинѣ и шить связку вмѣстѣ съ брюшиной у внутренняго паховаго отверстія, то условія для происхожденія грыжи будутъ устранены. Чтобы избѣжать такого неприятнаго послѣдствія операциі, какъ возможность образованія грыжи; мнѣ еще казалось рациональнымъ вскрыть паховой каналъ, но дѣлать это при каждой операциі въ виду рѣдкихъ осложненій, указываемыхъ авторомъ, едва ли необходимо. Конечно, при затрудненіяхъ въ отыскиваніи связокъ можно вскрыть и весь паховой каналъ, что нѣкоторые операторы (Polk, Mundé и Reid) и дѣлали. Начинать же операцию вскрытіемъ паховаго канала, когда ее при необходимости этимъ можно закончить, едва ли правильно, тѣмъ болѣе, что въ трудныхъ случаяхъ и при этомъ условіи можно не найти связокъ.

Затѣмъ, я не могу согласиться съ авторомъ еще и въ томъ, что при вскрытіи паховаго канала придется дѣлать меньшій кожный разрѣвъ. Длина разрѣва не зависитъ отъ затрудненій въ отыскиваніи связокъ, а исключительно отъ дородности оперируемой. Къ тому же, въ случаѣ, описываемомъ авторомъ, разрѣвъ сдѣланъ въ 6 сант., т. е., нисколько не меньше, чѣмъ у другихъ операторовъ.

Точно также кажется страннымъ: какимъ образомъ, разрѣвъ, начатый отъ tub. rubicim и проведенный на ³/₄ сант. выше Пупартовой связки, по-казался автору параллельнымъ послѣдней.

Прим. реф.

с) Оперативное устраненіе ретрофлексіи посредствомъ лапаротоміи и брюшнаго прикрѣпленія (*ventrale Fixation*) органа. *Koeberle* первый сдѣлалъ эту операцію при ретрофлексіи матки. Сдѣлавъ кастрацію, онъ пришилъ обѣ культы къ углу брюшной раны. Вслѣдъ за нимъ *P. Müller* предложилъ пришивать дно матки или культю къ брюшной стѣнкѣ. *B. Schultze* допускаетъ этотъ способъ оперирования въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ по какой либо другой причинѣ приходится сдѣлать лапаротомію. Чревосѣченіе же ради ретрофлексіи онъ допускаетъ только въ исключительныхъ случаяхъ, когда при ретрофлексіи невозможно разорвать со стороны влагалища существующія значительныя сращенія матки съ сосѣдними органами. *Olshausen* точно также говоритъ, что лапаротомія можетъ быть допущена только въ очень трудныхъ случаяхъ ретрофлексіи. Онъ предлагаетъ посредствомъ невсасываемаго матеріала пришивать культы, если была сдѣлана кастрація — *cornua uteri* или круглыя связки если придатки были сохранены — не къ углу брюшной раны, а къ брюшной стѣнкѣ кнутри отъ *art. epig. inf.*

До сихъ поръ были прижѣнены слѣдующіе способы брюшнаго прикрѣпленія матки: 1) кастрація (овариотомія) и пришиваніе одной или обѣихъ культъ къ углу брюшной раны (*Koeberle, Hennig, Olshausen, Sängner*); 2) кастрація и пришиваніе дна матки къ брюшной стѣнкѣ (*Lawson Tait, Czerny*); 3) кастрація и пришиваніе одной или обѣихъ культъ къ брюшной стѣнкѣ; 4) пришиваніе роговъ матки (*ligam. lat., rot.*) къ брюшной стѣнкѣ безъ предшествовавшей кастраціи; чистая «*ventrofixatio uteri retroflexi*» (*Sängner*).

Авторъ сдѣлалъ 7 операцій такого рода. Изъ нихъ двѣ были сдѣланы по 1-му способу. По совершеніи кастраціи (вызванной заболѣваніемъ придатковъ), перегнутая назадъ матка была приведена въ нормальное положеніе и пришита двумя серебряными швами, проведенными въ одномъ случаѣ черезъ правую культю, въ другомъ черезъ правый рогъ матки, къ углу брюшной раны. Выздоровленіе. Матка въ нормальномъ положеніи безъ помощи пессарія.

Въ трехъ случаяхъ операція была сдѣлана по 2-му способу. По совершеніи кастраціи вслѣдствіе двусторонняго гоноррейнаго и чисто воспалительнаго заболѣванія яичниковъ и трубъ, положеніе матки было исправлено и она была пришита посредствомъ швовъ изъ *silkworm'a* къ брюшной стѣнкѣ на 4 ст. выше лобка и на 2 ст. кнаружи отъ брюшной раны. На каждой сторонѣ было проложено по 2 шва черезъ мѣста отхожденія трубы и черезъ *lig. rot.* или *cornua uteri*. Выздоровленіе. Во всѣхъ трехъ случаяхъ матка осталась въ нормальномъ положеніи по удаленіи пессарія, введеннаго только до заживленія брюшной раны, и была подвижна.

По 4-му способу авторъ оперировалъ два раза. Сюда относятся случаи, гдѣ въ первый разъ была сдѣлана лапаротомія единственно съ цѣлью брюшнаго прикрѣпленія ретрофлектированной матки. Въ одномъ случаѣ больная въ высшей степени истерична, страдала дисменорреей и подвижной ретрофлексіей. Вторая больная была уже раньше оперирована по способу *Alquié-Alexander'a*, но безуспѣшно. Такъ какъ въ обоихъ случаяхъ придатки были здоровы, то была сдѣлана операція *Olshausen'a* безъ кастраціи. Съ каждой

стороны было наложено по 3 шва из *silkworm'a*, проходившіе съ одной стороны через *lig. rot.* и переднюю пластинку *lig. lati*, съ другой стороны через брюшную стѣнку на разстояніи 2 см. отъ раны. Выздоровленіе. Пессарій *Hodge'a* въ теченіе 3 недѣль. По удаленіи пессарія матка осталась въ обонихъ случаяхъ въ нормальномъ положеніи и была подвижна.

Авторъ указываетъ на то, что никто не оспариваетъ, что операція брюшнаго прикрѣпленія перегнутой назадъ матки дозволительна при кастраціи, но что не смотря на то, что въ пользу этой операціи высказываются многіе гинекологи, она примѣняется еще слишкомъ рѣдко. Поэтому авторъ совѣтуетъ дѣлать эту операцію во всѣхъ случаяхъ кастраціи, гдѣ можно опасаться, что вслѣдствіе ненормальнаго положенія матки кастрація не принесетъ ожидаемой пользы.

Въ виду того, что такіе авторитеты какъ *Olshausen* и *B. Schultze* совѣтуютъ прибѣгать къ вышеописанной операціи только въ томъ случаѣ, когда ретрофлексированная матка фиксирована, авторъ болѣе подробно останавливается на вопросѣ о производствѣ операціи при нефиксированной маткѣ. Необходимость операціи ясно видна изъ статистическихъ данныхъ *Löhlein'a*, *Mundé*, *B. Fraenkel'a* и автора, указывающихъ на то, что во многихъ случаяхъ нефиксированной перегнутой назадъ матки никакое леченіе пессаріями не приводитъ къ дѣлю. При фиксированной маткѣ устраненіе сращеній воспалительныхъ процессовъ занимаетъ первое мѣсто, такъ что тутъ одно брюшное прикрѣпленіе часто не могло бы принести желаемыхъ результатовъ. Напротивъ, при подвижной ретрофлексированной маткѣ всѣ явленія мѣстнаго и общаго страданія зависятъ единственно отъ ненормальнаго положенія матки, такъ что въ такихъ случаяхъ брюшное прикрѣпленіе матки является вполнѣ достаточной операціей. Сама операція при подвижной маткѣ относительно очень легка. Методъ *Olshausen'a* заслуживаетъ во всѣхъ случаяхъ предпочтенія, потому что пришиваніе только одной культи или дна матки можетъ повести къ *torsio uteri*, а также оказаться недостаточнымъ для фиксаціи матки. При примѣненіи же способа *Olshausen'a* матка остается хорошо прикрѣпленной и въ то же время до извѣстной степени подвижной, что особенно важно для послѣдующихъ беременностей. Матеріалъ для пришиванія не долженъ подвергаться всасыванію, а потому лучше всего употреблять *silkworm*.

Главная опасность, съ которой сопряжена эта операція, заключается въ возможности внутренняго ущемленія кишекъ. Этого однако легко избѣжать, если пришивать матку такимъ образомъ, чтобы между ней и мочевымъ пузыремъ осталась только очень незначительная щель. Для этого слѣдуетъ по наложеніи швовъ, прежде чѣмъ ихъ завязать, удостовѣриться, что вышеозначенное условіе соблюдено. Еще одно неудобство, связанное съ этой операціей, заключается въ томъ, что мы фиксируемъ матку, тогда какъ нормально антефлексированная матка вполнѣ подвижна. Но и этого можно избѣжать, оперируя по способу *Olshausen'a*, такъ какъ при этомъ подвижность матки страдаетъ всего меньше. Главное препятствіе къ большому примѣненію этой операціи заключается въ необходимости сдѣлать лапаротомию. *Fritsch* говоритъ,

что судьба многих гинекологических операций зависит единственно от того, насколько безопасно можно будет прибѣгать къ лапаротоміи. Въ виду того, что при этой операциі не было до сихъ поръ ни одного смертнаго случая, мы въ правѣ считать ее относительно безопасной, въ родѣ напр. пробной лапаротоміи.

Предложеніе *Caneva* пришивать дно матки къ брюшной стѣнкѣ, не прибѣгая къ лапаротоміи, едва ли будетъ имѣть успѣхъ, такъ какъ при такомъ способѣ оперировавія могутъ быть поранены петли кишекъ.

Для болѣе легкихъ случаевъ смѣщенія матки назадъ авторъ предлагаетъ болѣе безопасныя епособы. Такъ напр., особенно при ретроверсіяхъ, можно вскрыть задній сводъ и укоротить крестцово-маточныя связки, или посредствомъ тампонаціи Дугласова пространства іодоформной марлей вызвать слищичное воспаление, чтобы образовавшіяся при этомъ восалительныя перепонки оттянули шейку матки назадъ. Этотъ способъ соотвѣтствовалъ бы наблюдаемому иногда излеченію ретроверсіи матки при parametritis posterior и pelvi-peritonitis. Сюда же относится вспрыскиваніе алкоголя въ Дугласово пространство. *B. Schultze* говоритъ, что, при невозможности безкровнымъ способомъ разорвать сращенія матки съ прямой кишкой, можно вскрыть задній сводъ, удалить сращенія и укоротить брюшину посредствомъ нѣсколькихъ швовъ. Можно, кромѣ того, повліять на предварительно антевертированную матку и со стороны передняго свода посредствомъ вскрытія его и прикрѣпленія тѣла матки къ влагалищу посредствомъ серебрянаго шва или, не вскрывая передняго Дугласова пространства, продолжить серебряный шовъ черезъ матку и передній сводъ.

Въ самое послѣднее время *Klotz* обнарудовалъ еще одинъ способъ, заключающийся въ томъ, что, по устраненіи сращеній между органами тазовой полости, трубу или hilus яичника пришиваютъ къ углу брюшной раны и, кромѣ того, фиксируютъ матку посредствомъ стеклянной дренажной трубки толщиною въ $1\frac{1}{2}$ ст., идущей до дна задняго Дугласа. Выздоровленіе наступаетъ черезъ 3—4 недѣли. Изъ 17 оперированныхъ по этому способу случаевъ наступило выздоровленіе въ 14 случаяхъ; въ одномъ пришлось употреблять пессарій въ теченіе 4 мѣсяцевъ, а въ двухъ случаяхъ черезъ 4 мѣсяца р. о. матка опустилась внизъ и положеніе ее пришлось исправить помощью пессарія.

По мнѣнію *Sänger'a*, недостатокъ этого способа заключается въ томъ, что пришиваніе одного яичника, одной трубы недостаточно для фиксировавія. Затѣмъ примѣненіе дренажа неудобно уже потому, что необходимъ большій уходъ за больной, чѣмъ при оперировавіи по способу *Olshausen'a*. Происходящее при этомъ слищичное воспаление можетъ подчасъ перейти границы и повести къ тому, что вновь образовавшіяся сращенія вызовутъ опять ретрофлексію. Кромѣ того, совершенно излишне вызывать образованіе сращеній, которыя только что были устранены. Авторъ допускаетъ этотъ способъ только въ томъ случаѣ, когда существуютъ очень значительныя сращенія, при устраненіи которыхъ бываетъ очень сильное кровотеченіе. Впрочемъ, въ такихъ случаяхъ лучше прямо прибѣгнуть къ кастраціи, которой избѣгаетъ *Klotz*,

такъ какъ при удаленіи придатковъ удаляются и всѣ кровотокащія мембраны и прекращается кровотеченіе изъ сѣмянныхъ артерій. **А. Семянниковъ.**

112. **Klotz. Die operative Behandlung der Retroflexio uteri fixati.** (Centr. f. Gynäk., 1888, № 5). **Оперативное леченіе фиксированнаго перегиба матки назадъ.**

Авторъ отвѣчаетъ на сдѣланныя *Sänger*'омъ ¹⁾ противъ его операциіи возраженія. Къ своему способу онъ совѣтуетъ прибѣгать особенно въ случаяхъ значительныхъ сращеній матки, не дѣлая при этомъ кастраціи, а потому считаетъ случаи *Sänger*'а (№ 1—5 атрофированная матка, № 6 и 7 подвижная матка) не подходящими для сравненія обоихъ способовъ. Быть можетъ устраненіе сращеній въ случаяхъ, подобныхъ *Sänger*'овскимъ, уже само по себѣ достаточно для излеченія. Къ открытому способу леченія раны автору и самому не хотѣлось прибѣгать, но онъ продолжалъ его примѣнять въ виду того, что получились хорошіе результаты. Дренажъ служитъ отличнѣйшимъ средствомъ для усиленія фиксаціи. Далѣе авторъ вполне отрицаетъ возможность съ успѣхомъ оперировать по способу *Olshausen*'а въ случаяхъ съ очень значительными сращеніями, потому что сокращеніе большаго рубца въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ должно преодолѣть сопротивленіе, оказываемое меньшимъ переднимъ рубцомъ. Вновь образующіяся сращенія не имѣли ни разу дурныхъ послѣдствій, распространялись только на одну треть матки, усиливая ея заднюю стѣнку и уголь между шейкой и тѣломъ и оттягивая шейку назадъ. Окончательно высказаться можно будетъ только на основаніи вскрытій. **А. Семянниковъ.**

113. **M. Sänger. Zur Ventrofixation des retroflectierten Uterus.** (Centr. f. Gyn., 1888, № 7). **О брюшномъ укрѣпленіи перегнутой назадъ матки.**

Въ отвѣтъ на замѣчанія *Klotz*'а (см. предыдущій рефератъ) *S.* говоритъ, что онъ не понимаетъ, почему перегнутая назадъ матка, если она удерживалась въ этомъ положеніи сращеніями, но затѣмъ была совершенно освобождена отъ нихъ, не можетъ быть такъ же прочно пришта къ передней брюшной стѣнкѣ безъ примѣненія дренажа, какъ и матка, не представлявшая никакихъ сращеній, предполагая, конечно, что пришиваніе не ограничивается *одною* трубою или *одною* яичниковою ножкою, а производится съ *обѣихъ* сторонъ сравнительно распространеннымъ прикрѣпленіемъ къ передней брюшной стѣнкѣ круглыхъ и широкихъ маточныхъ связокъ. Во всякомъ случаѣ *S.* думаетъ, что лучше прямо фиксировать матку основательнымъ пришиваніемъ къ брюшной стѣнкѣ, чѣмъ полагаться на дренажную трубку, которая все-таки не будетъ въ состояніи удерживать матку, еслибы послѣдняя почему бы то ни было имѣла наклонность возвратиться въ положеніе перегиба назадъ. **А. Фишеръ.**

¹⁾ См. предыдущій рефератъ.

114. **Second. Traitement des polypes fibreux de l'uterus.** (La France Médicale, № 6, 14 января 1888). **Лечение фиброзныхъ полиповъ матки.**

«Всякій разъ», говоритъ S., «когда имѣютъ дѣло съ полипомъ (подслизистымъ) матки, слѣдуетъ оперировать». Нельзя разсчитывать на самостоятельное рожденіе полипа, которое несомнѣнно наблюдается въ исключительныхъ случаяхъ, такъ какъ такой выжидательный методъ можетъ повести къ смерти отъ септицеміи. Существуютъ два противопоказанія къ операціи: 1) полипъ совершенно замкнутъ въ полости матки, а шейка нетронута. Въ такихъ случаяхъ необходимо ждать пока сгладится шейка и такимъ образомъ можно будетъ войти въ полость матки, 2) беременность. Операція производится при строгой антисептикѣ. При этомъ, можетъ представиться два случая: 1) полипъ въ маткѣ; шейка сглажена, но не совершенно раскрыта. Въ такомъ случаѣ разрѣзываютъ ножницами шейку на обѣ стороны; по удаленіи полипа на разрѣзъ накладываютъ швы, 2) полипъ находится между расширенными губами шейки матки. Здѣсь необходимо спустить матку, потягивая ее за шейку (а не за фиброму, дабы не вызвать инверзіи матки). Войдя, затѣмъ, пальцами въ полость матки, тщательно опредѣляютъ мѣсто прикрѣпленія фибромы и отрѣзаютъ ее кривыми ножницами. Если бы величина опухоли сдѣлала примѣненіе этого способа неудобнымъ, то прибѣгаютъ къ экзарерамъ (наиболѣе удобный Chassaignac'a) или serre-noeud'амъ. Накладываніе цѣпи можно производить и пальцами, при чемъ низкое положеніе ея не влечетъ за собой важныхъ неудобствъ. Маленькій кусочекъ ножки исчезаетъ обыкновенно самъ собою, большой же можно легко ощупать и отрѣзать ножницами. Если фиброма столь велика, что совершенно выполняетъ вагину и тѣмъ препятствуетъ введенію оперативныхъ инструментовъ, то является необходимость раздробить (morceler) эту опухоль. По указаніямъ автора Collin устроилъ для этого инструментъ, напоминающій кефалотрибъ. **В. Массень.**

115. **Thomas Keith. Results of supravaginal hysterectomy, with remarks on the old ways and the new of treating uterine fibroids** (Brit. med. journ. 1887, № 1406). **Результаты надвлагалищныхъ ампутацій матки съ замѣчаніями о старыхъ и новыхъ способахъ леченія маточныхъ фибридовъ.**

На основаніи своихъ 64 надвлагалищныхъ ампутацій матки, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Операція эта въ частной практикѣ даже въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ даетъ меньшій ^o/о смертности (3,8^o/о), чѣмъ въ госпиталяхъ (15,7^o/о). За послѣдніе 3 года ^o/о смертности въ госпиталяхъ повысился, что К. объясняетъ усиливающимся съ теченіемъ времени загрязненіемъ; 2) Mania acuta наблюдалась въ 5 случаяхъ и, повидимому, стоитъ въ связи съ операціей. Mania, развивающаяся спустя болѣе или менѣе долгое время послѣ операціи, даетъ лучшій прогнозъ, чѣмъ наступающая немедленно; 3) Интраперитонеальный способъ предпочитается экстраперитонеальному въ виду 0^o/о смертности и менѣе продолжительнаго послѣоперационнаго

періода (21 день при интраперитонеальномъ и 41 при экстраперитонеальномъ); 3) Полная кастрація, дающая блестящіе результаты (прекращеніе роста опухоли и менструацій) при фиброидахъ умѣренной величины, не всегда удобоисполнима по причинѣ могущихъ быть срощеній; въ такихъ случаяхъ К. совѣтуетъ ограничиться эксплоративной лапаротоміей; 4) Вылущеніе фиброидовъ даетъ меньшій процентъ смертности сравнительно съ другими оперативными способами леченья. По техникѣ это наиболѣе трудная изъ всѣхъ гинекологическихкихъ операций, требующая строжайшей антисептики. К. производитъ кровавое расширеніе зѣва съ послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ; 5) Наилучшій способъ леченья фиброидовъ—это способъ Apostoli. Авторъ примѣнялъ электротерапію приблизительно въ 100 случаяхъ съ хорошимъ успѣхомъ: прекращеніе болей, уменьшеніе опухоли и почти правильныя менструаціи; 6) Принимая во вниманіе, что фиброиды сами по себѣ рѣдко ведутъ къ летальному исходу, и что надвлагалищныя ампутаціи матки даютъ высокій % смертности, К. считаетъ преступленіемъ рѣшаться на эту операцію, не испробовавши сначала способа Apostoli.

А. Пенарская.

116. Проф. Н. Н. Феноменовъ. 34 чревосѣченія. (Врачъ, 1888 г., № 1, 2 и 3).

За время съ 7-го марта 1884 г. по 5-е мая 1887 г. авторъ произвелъ 34 лапаротоміи. Двѣ изъ нихъ сдѣланы въ Петербургѣ до сентября 1885 г., остальные въ Казани. По отдѣльнымъ рубрикамъ случаи чревосѣченій распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

	Умерло.	Выздоровѣло.
1) Овариотоміи вообще—22.		
Изъ нихъ по поводу:		
а) кисть яичниковъ	16	1 15
б) кисть широкихъ связокъ	6	3 3
2) Міомотомія съ удаленіемъ придатковъ .	1	1 —
3) Сальпинготомія съ удален. »	1	0 1
4) Сальпингоэктомія съ овариотоміей . . .	1	0 1
5) Удаленіе припадковъ (по Tait'у)	1	0 1
6) Холощеніе при міомѣ.	1	0 1
7) Повторное чревосѣченіе.	1	0 1
8) Надвлагалищная ампутація матки съ удаленіемъ придатковъ.	1	0 1
9) Чревосѣченіе при внѣматочной беременности	1	0 1
10) Кесарское сѣченіе.	1	1 0
11) Операція Porro.	1	1 0
12) Пробныхъ разрѣзовъ.	2	0 2
Итого	34	7 27

Причинами смерти были: гноекровіе 4 раза, двусторонняя пневмонія и истощеніе по 1 разу. Невьяснено 1 разъ.

Въ таблицѣ, приложенной къ статьѣ автора, каждый отдѣльный случай чревосѣченія кратко описанъ. Болѣе интересные случаи внѣматочной беременности, операциі Porro, кесарскаго сѣченія и надвлагалищной ампутаціи матки приведены авторомъ подробно въ текстѣ.

Обстановка чревосѣченій, приготовленіе больной къ операциі, техника операциі, послѣоперационный уходъ описаны авторомъ очень подробно, но все это не представляетъ ничего новаго и уже много разъ описано другими операторами.

Болѣе интересныя замѣчанія и выводы автора могутъ быть резюмированы въ слѣдующемъ:

1) Прокола опухоли, ради распознаванія, авторъ не дѣлалъ ни разу и допускаетъ только проколъ стѣнокъ живота въ случаяхъ, осложненныхъ водянкой, въ которыхъ нельзя сдѣлать заключеній о существованіи опухоли. Къ такому проколу больная готовится какъ къ чревосѣченію, которое производится на слѣдующій день, если при изслѣдованіи найдена опухоль, подлежащая удаленію.

2) Въ показаніяхъ къ операциі при кистахъ яичниковъ и широкихъ связокъ авторъ придерживался того принципа, что киста, сама по себѣ, разъ присутствіе ея неоспоримо, подлежитъ удаленію, независимо отъ ея величины.

3) Относительно оперированія при заболѣваніяхъ трубъ, авторъ держался уже ранѣе высказанныхъ ими взглядовъ.

4) Въ одномъ случаѣ показаніемъ къ кастраціи служилъ хроническій пельвиоперитонитъ.

5) Уклоненія половыхъ отправленій отъ нормы послѣ полной кастраціи авторъ не наблюдалъ и потому считаетъ возможнымъ совершенно категорически высказать: «что для возникновенія полового желанія и для удовлетворенія его помощью нормальнаго совокупленія, ни яичники, ни трубы, ни сама матка не могутъ считаться необходимыми».

6) Относительно срощеній опухоли съ брюшиной авторъ считаетъ нужнымъ указать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ вмѣсто отдѣленія опухоли отъ брюшины можно отслоить послѣднюю отъ подбрюшинной клѣтчатки. Всего легче это можетъ случиться, когда брюшина патологически значительно измѣнена и при разрѣзѣ ея вытекаетъ не только студенистая жидкость, но и цѣлыя комья студенистаго вещества, вслѣдствіе чего кажется, что разрѣзъ проникъ въ полость кисты. Что касается свойствъ этихъ измѣненій брюшины, то авторъ присоединяется къ мнѣнію Werth'a и др., что въ подобныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ разрывомъ кистъ и изліяніемъ содержимаго въ брюшную полость съ послѣдовательнымъ измѣненіемъ брюшины.

7) Вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли удалять измѣненную такимъ образомъ пристѣночную брюшину на возможно большемъ протяженіи или же оставить, въ расчетѣ, что произойдетъ *restitutio ad integrum*, авторъ оставляетъ

открытымъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ изсѣкалъ значительные участки брюшины безъ дурныхъ послѣдствій.

8) Что касается вліянія оваріотоміи на другія патологическія состоянія половой сферы, то авторъ замѣтилъ въ одномъ случаѣ значительное уменьшеніе гипертрофированной влагалитической части, въ другомъ исчезновеніе обширнаго выпаденія задней стѣнки рукава.

Въ заключеніе авторъ описываетъ 8 наблюденій надъ измѣненіемъ температуры брюшной полости во время чревосѣченія. Изъ приведенныхъ цифръ видно, что t° брюшной полости въ большинствѣ случаевъ въ концѣ операціи падаетъ. По мнѣнію автора, это паденіе было бы, вѣроятно, еще больше, еслибы не умѣрялось употребленіемъ горячихъ растворовъ въ различные моменты операціи.

І. Рясенцевъ.

117. Nairne. Three unusual cases of abdominal section in private practice. (Brit. med. journ. 1888, № 1412). Три необыкновенныхъ случая лапаротоміи въ частной практикѣ.

І случай. Большой tumor abdominis, симптомы хроническаго перитонита и септицеміи. Во время лапаротоміи оказалась мультилокулярная киста, наполненная гноемъ и разложившимися сгустками; обширныя сращенія съ брюшными стѣнками, кишками и тазовыми органами. Тонкая и широкая ножка перевязана узломъ Staffordshire'a, киста удалена.

ІІ случай. Пациентка страдала головными болями, болью въ пахахъ и спинѣ и болѣзненной дефекаціей. При изслѣдованіи найденъ небольшой, подвижный, крайне болѣзненный tumor въ дугласовомъ пространствѣ, признанный за опущенный яичникъ и удаленный per laparotomiam.

ІІІ случай. Сильныя боли въ спинѣ послѣ травмы, повышеніе t° , истощеніе; при изслѣдованіи въ дугласовомъ пространствѣ констатирована плотная, овальная, болѣзненная опухоль, величиной съ куриное яйцо. По разрѣзѣ брюшныхъ стѣнокъ опухоль оказалась сращенной съ правымъ угломъ матки, такъ что часть мышечной ткани матки была захвачена въ лигатуру. Опухоль представляла собой скирръ и вѣсила около 2 унцъ. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ рана заживала per primam, швы удалялись около 8-го дня, приблизительно черезъ мѣсяцъ наступило полное выздоровленіе въ первыхъ 2-хъ случаяхъ и значительное улучшеніе въ третьемъ.

А. Пенарская.

118. Ch. Dubois. Nouveau speculum à valves amovibles. (Journ. de Médic. de Paris, 1888, № 4). Новое маточное зеркало со съемными ложками.

Зеркало Dubois удобнѣе всего себѣ представить, какъ зеркало Куско, въ которомъ раскрывающій механизмъ, будучи устроенъ нѣсколько иначе, допускаетъ комбинировать съ нимъ по-парно шесть различныхъ съемныхъ ложекъ. Каждая изъ послѣднихъ можетъ быть, кромѣ того, соединена съ одною изъ двухъ отдѣльныхъ рукоятокъ, причемъ получится наборъ зеркалъ Симона.

В. Желтухинъ.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

О КОНТРОЛЬ НАДЪ ВОЛЬНОПРАКТИКУЮЩИМИ ПОВИВАЛЬНЫМИ БАБКАМИ.

В. В. Желтухина.

«Выработка правилъ антисептики составляетъ самую легкую часть въ данномъ вопросѣ ¹⁾, и подобныя правила уже неоднократно появлялись и у насъ, между тѣмъ какъ всѣ затрудненія сосредоточиваются въ приведеніи ихъ въ осуществленіе, при отсутствіи какой-либо организаціи, порядка и контроля у насъ въ повивальномъ дѣлѣ».

Изъ доклада Медицинск. Совѣту членовъ Совѣта *В. Н. Этлингера* и *П. С. Лигена*. «Вѣстн. Суд. Мед. и Общ. Гиг.». 1887. Т. II, стр. 18 и 19.

Не подлежитъ сомнѣнію, что въ рукахъ повивальныхъ бабокъ, въ буквальномъ значеніи этого слова, лежитъ вопросъ о жизни и здоровьи матерей. Угодно акушеркѣ усвоить и исполнять «Наставленія Медицинскаго Совѣта», или противугниlostныя правила современныхъ учебниковъ, — она не заразитъ роженицу; въ противномъ случаѣ послѣдняя подвергается громад-

¹⁾ Въ вопросѣ объ изданіи обязательныхъ правилъ для повивальныхъ бабокъ.

ному риску. Отъ счастья и случая зависитъ, ввѣрять ли женщина свою судьбу акушеркѣ, соблюдающей антисептику, или бабкѣ, не придерживающейся ея.

Очевидно, что въ благоустроенномъ обществѣ зависимость жизни людей отъ счастья и случая должна быть сведена до возможнаго минимума.

У насъ въ разсматриваемомъ вопросѣ и данномъ направленіи сдѣлано далеко не все возможное. Мы имѣемъ школы и учебники для повивальныхъ бабокъ, излагающіе профилактику родильной горячки. Съ цѣлью пропаганды того же ученія изданы «Наставленія Медицинскаго Совѣта», обязательныя для повивальной бабки, при самостоятельномъ веденіи ею родовъ. Въ послѣднее время сталъ даже зарождаться вопросъ о періодическихъ провѣрочныхъ испытаніяхъ акушерокъ. Всѣ эти мѣры имѣютъ цѣлью научить бабокъ предупреждать послѣродовыя заболѣванія. Но допустивъ, что даже всѣ безъ исключенія бабки ознакомятся съ антисептическими приѣмами, мы все таки до тѣхъ поръ не будемъ гарантированы въ исполненіи этихъ приѣмовъ на практикѣ, пока акушерки останутся безконтрольными. Для всякаго, знакомаго со степенью общаго образованія и развитія большинства повивальныхъ бабокъ, положеніе это не требуетъ доказательствъ.

Мы подходимъ теперь къ вопросу о правѣ общества контролировать акушерокъ и степени осуществимости этого контроля.

При поверхностномъ взглядѣ на дѣло контроль этотъ можетъ казаться несправедливымъ. Дѣйствительно, ни врачи, ни фельдшера, ни знахари, ни повитухи, словомъ никто изъ патентованныхъ или самозванныхъ врачей, въ ихъ частной практикѣ, не подвергается какому либо систематическому контролю. Почему же исключать изъ этого обычая акушерокъ?

Врачъ, будучи общеобразованъ и пройдя полный медицинскій курсъ, не нуждается въ такомъ контролѣ, ибо степень развитія врача, неизбѣжно сопутствующая его образованности, гарантируетъ его отъ небрежнаго и неумѣлаго отношенія къ дѣ-

лу. Большинство ошибок врачей составляют роковой результат несовершенства медицины данного времени. Апеллировать на такія ошибки некуда.

Фельдшера являются лишь исполнителями предписаній врачей, дѣятельность ихъ контролируется, такъ сказать, *in statu nascendi*. Если гдѣ либо и существуетъ еще фельдшеризмъ, то лишь какъ явленіе, отживающее свой вѣкъ; да и въ этихъ случаяхъ лѣченіе фельдшеровъ, хоть изрѣдка, да провѣряется врачами.

Знахари и повитухи, какъ врачеватели, не имѣющіе диплома, не рекомендуемые правительствомъ, принося вредъ въ обмѣнъ за невѣжество ихъ пациентовъ, не могутъ быть предметомъ ни контроля, ни жалобъ со стороны потерпѣвшихъ. Контролировать ихъ нельзя уже по одному неимѣнію свѣдѣній о нихъ, а жаловаться пациентамъ на свою собственную оплошность не логично.

Совершенно особнякомъ стоятъ повивальныя бабки. Обладая дипломомъ, а по желанію и вывѣской, будучи явно санкціонированы властью, онѣ привлекаютъ къ себѣ беременныхъ, имѣющихъ основаніе и право рассчитывать на рациональную съ ихъ стороны помощь.

Въ то же время, акушерки являются полными и безъотчетными хозяйками акта нормальныхъ, а иногда и патологическихъ родовъ, процесса, въ которомъ можно сѣять раннія заболѣванія съ легкостью, уступающею развѣ успешности посѣвовъ въ питательныя среды бактериологовъ.

Третья особенность повивальныхъ бабокъ заключается, у большинства ихъ, въ почти полномъ отсутствіи общаго образованія, въ ремесленномъ характерѣ медицинскаго и незначительной степени развитія.

Понятно само собою, что личность, дѣйствующая на общественномъ поприщѣ при совокупности такихъ трехъ, плохо гармонирующихъ между собою, особенностей, не можетъ считать несправедливостью исключительный контроль надъ собою.

Цѣль контроля, по моему мнѣнію, исчерпывается возможностью въ любой моментъ убѣдиться въ степени безвредности каждой повивальной бабки. Для этого совершенно достаточно снабдить акушеровъ именными шнуровыми книжками, въ которыя онѣ обязательно записывали бы свои приѣмки. Предложеніе это въ принципѣ не заключаетъ въ себѣ ничего оригинальнаго. Подобными книжками снабжены, напр., учащіяся въ Спб. Родовспомогательномъ Заведеніи. Наиболѣе аккуратныя изъ нихъ продолжаютъ записывать въ такой же формѣ и случаи изъ своей частной практики. Задача предлагаемаго мною образца заключалась въ возможно краткой и наглядной записи приѣмки съ занесеніемъ въ таблицу всѣхъ признаковъ, могущихъ констатировать, или отрицать, или оставить въ подозрѣніи асептичность ухода акушерки.

Книги, хотя бы разъ въ годъ, могутъ обозрѣваться вѣдающими вольнопрактикующихъ бабокъ правительственными инстанціями. Во избѣжаніе же пропусковъ въ записяхъ несчастныхъ практикъ, компрометирующихъ акушеровъ, необходимо, чтобы врачи, пользующіе родильницъ, всякій разъ подписью своею удостовѣряли правильность изложенія случаевъ, въ которыхъ они были приглашаемы.

Мнѣ кажется, что рекомендуемый контроль, при своей достаточной полезности, не можетъ быть особенно обременителенъ ни для провѣряемыхъ, ни для провѣряющихъ. Закону онъ не противорѣчитъ. Напротивъ, онъ можетъ быть разсматриваемъ какъ примѣненіе 181-й ст. Врачебн. уст., при нѣсколько расширенномъ ея толкованіи. Во всякомъ случаѣ такой контроль лучше полной безъотчетности акушеровъ, неудобства которой признаются и официальными авторитетами ¹⁾.

Быть можетъ кто-либо предложить нѣчто болѣе практичное и скорѣе достигающее цѣли?

¹⁾ См. эпиграфъ.

ОБРАЗЕЦЪ

akusherlib.ru

РАСПЛАНИРОВКИ ВОПРОСНЫХЪ ПУНКТОВЪ ШНУРО

- Примѣчанія:* а) Въ случаяхъ желанія роженицы скрыть свое имя, во 2-й графѣ пи
 б) На 17-й вопросъ отвѣчается тройко: или «выздоровленіе», или «смерть»
 в) Отвѣчая на 20-й вопросъ, необходимо имѣть въ виду состояніе глазъ
 г) Въ 22-мъ вопросѣ подразумѣвается одно внутреннее изслѣдованіе.
 д) На вопросы 1-й—11-й и 22-й акушерка обязательно записываетъ от-
 кращенія ухода, или по первому требованію приглашеннаго врача.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
№ по порядку.	Имя, фамилія и званіе роженицы; замужняя-ли?	Мѣстожителство роженицы.	Возрастъ.	Мѣсяцъ, число и часъ окончанія родовъ.	Которые роды.	Срочные роды, или жбсацъ, на которомъ прервалась беремен-ность	Положеніе плода.	Продолжительность родовъ въ часахъ.	Заболѣванія и непра-вильности во время родовъ, температура при нихъ.	Оперативная пособія. Кѣмъ они произве-дены.
1										
2										
3										

ВОЙ КНИГИ ВОЛЬНОПРАКТИКУЮЩИХЪ АКУШЕРОКЪ.

пется: «секретная», а 3-я графа остается безъ отвѣта.
рть», или «хроническое заболѣваніе».
новорожденного.

вѣты не позже какъ на другой день по окончаніи родовъ, на прочіе же — въ день пре-

Послѣродовой періодъ.					Новорожденный.			21	22	23	24
12	Неправильный.				18	19	20				
Правильный.	13	14	15	16	17	Живой, мертвый или мацерированный.	20	21	22	23	24
День первой повыш. темпер.	Число дней съ повыш. темпер.	Высшая температура.	Названіе болѣзни.	Исходъ болѣзней.	Число, полъ и длина въ сантиметр.						

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

Выходитъ въ 1888 году, подъ редакцію А. Я. Красовскаго, К. Ф. Славянскаго и И. И. Смольскаго, ежемѣсячно книжками въ 4—6 печатныхъ листовъ. Программа: 1) Оригинальныя статьи, лекціи и казуистика (русскія и переводныя), 2) Рефераты, 3) Критика и библиографія, 4) Корреспонденція, 5) Объявленія. Въ видѣ приложенія — Протоколы засѣданій Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

Подписная цѣна для иногородныхъ съ доставкою 8 р. за годъ, для городскихъ — 7 р. 50 к., безъ доставки 7 р., для членовъ Общества и студентовъ медицины — 6 руб. 50 к. Подписка принимается только на годъ въ Редакціи (С.-Петербургъ, Ивановская ул., д. № 14, кв. № 20) и въ Конторѣ Редакціи при медико-хирургическомъ книжномъ магазинѣ Н. П. Петрова (С.-Петербургъ, Выборгская, Нижегородская улица, д. № 17). Разсрочки и комиссіонерская уступка не допускаются.

А. Я. Красовскій.
Редакторы: К. Ф. Славянскій.
И. И. Смольскій.

ВЪ МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКОМЪ МАГАЗИНѢ

Н. П. ПЕТРОВА.

Спб., Выборгская, Нижегородская ул., № 17.

продаются слѣдующія книги ПО ГИНЕКОЛОГИИ:

Соловьевъ, А. Оперативная гинекологія. Съ рис. въ текстѣ. 1886—88 г. Ц. 5 р. 50 к.

— О сохраненіи здоровья женщины. Понятіе о менструаціи, беременности и гигиенѣ этихъ состояній. Съ рис. 1881 г. Ц. 75 к.

Хегаръ и Кальтенбахъ. Оперативная гинекологія, со включеніемъ ученія о гинекологическомъ изслѣдованіи. Перев. съ нѣмец. Д-ра К. Штоль. Съ 175 рис. 1875 г. Ц. вмѣсто 4 р.—2 р 50

Fritsch. Женскія болѣзни. Руководство для студентовъ и врачей. Перев. подъ ред. проф. К. Ѳ. Славянскаго. Съ рис. 1885 г. Ц. 2 р. 80 к.

— Основы патологіи и терапіи послѣродоваго періода. Перев. подъ ред. проф. Г. Е. Рейна. 1885 г. Ц. 1 р.

Аманъ, проф. Клиника послѣродовыхъ болѣзней. Перев. подъ ред. Доц. А. Шварца. 1883 г. Ц. 2 р. 20 к.

Мержеевскій, В. Судебная гинекологія. Руков. для врачей и юристовъ. 1875 г. Ц. 4 р.

Мартино, Л., проф. Бленнорея у женщинъ. 1887 г. Ц. 1 р. 25 к.

Маргинъ, А. Патологія и терапія женскихъ болѣзней. Съ рис. 1885 г. Ц. 3 р.

Дунканъ, I., проф. Клиническія лекціи по женскимъ болѣзнямъ. Перев. подъ ред. А. Шварца. 1881 г. Ц. 1 р. 25 к.

Негаг. Нервные заболѣванія у женщинъ. Значеніе кастраціи при неврозахъ. 1886 г. Ц. 75 к.

Стоффель. Привычныя запоры у женщинъ. 1886 г. Ц. 20 к.

Rothe. Compendium женскихъ болѣзней для студентовъ и врачей. Съ 50 рис. 1886 г. Ц. 1 р. 75 к.

Научныя бесѣды врачей Закавказскаго повивальнаго института за 1886—87 гг. Ц. 2 р. 50 к.

Змигродскій. Къ ученію о вѣматочной беременности. 1882 г. Ц. 2 р.

Красовскій, А. Я., акад. Объ оваріотоміи, съ атласомъ производства операций по способу, принятому авторомъ. 1868 г. Ц. 10 р.

Матвѣевъ, В. Матеріалы къ вопросу объ оваріотоміи въ Россіи. 1886 г. Ц. 2 р.

Выписывающіе изъ магазина Петрова за пересылку не платятъ.

ARCHIVES de TOCOLOGIE

des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés,

основанный Профессоромъ ДЕПОЛЕМЪ.

Издается въ 1888 году подъ редакціею д-ра Оварь (Auvard) въ Парижѣ. Выходитъ разъ въ мѣсяць каждаго 20 числа.

Цѣна **20** франковъ.

PARIS. Place de l'école de médecine. Adrien Delahoye et E. Lecrosnier, editeurs.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1888 Г.

(ПЯТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНИЯ)

НА

ВѢСТНИКЪ ОФТАЛМОЛОГИИ

ДВУХМѢСЯЧНЫЙ ОФТАЛМОЛОГИЧЕСКІЙ ЖУРНАЛЪ,

издаваемый подъ редакціей

д-ра **А. В. Ходина,**

профессора офталмологіи въ университетѣ Св. Владимира,

при содѣйствіи проф. Адамюка въ Казани, д-ра Бѣлова въ Варшавѣ, проф. Вольфринга въ Варшавѣ, проф. Гиришмана въ Харьковѣ, д-ра Денисенко въ Москвѣ, проф. Добровольскаго въ Петербургѣ, д-ра Донберга въ Петербургѣ, д-ра Евецкаго въ Москвѣ, д-ра Кацурова въ Ярославлѣ, д-ра Брюкова въ Москвѣ, д-ра Ложечника въ Москвѣ, д-ра Любинскаго въ Кронштадтѣ, д-ра Макакова въ Москвѣ, д-ра Миткевича въ Одессѣ, д-ра Пѣунова въ Владикавказѣ, д-ра Пржибыльскаго въ Варшавѣ, д-ра Рейха въ Тифлисѣ, д-ра Свребницкаго въ Петербургѣ, д-ра Талько въ Ярославлѣ, д-ра Фіалковскаго въ Бердичевѣ и мн. др.

Журналъ будетъ выходить, какъ и въ прошлые годы, каждыя 2 мѣсяца, книжками въ 5—6 и болѣе листовъ и содержать какъ оригинальныя статьи, такъ и рефераты по всемъ отдѣламъ офталмологіи.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА ШЕСТЬ РУБЛЕЙ СЪ ПЕРЕС. И ДОСТ.

Подписка принимается въ помѣщеніи редакціи: *Кіевъ, Нестеровская ул., д. 5.*

Редакторъ-издатель проф. **А. Ходинъ.**

ГОДЪ ТРЕТІЙ.
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № 1.

Годишное засѣданіе 21-го января 1888 г.

Предсѣдательствовалъ А. Я. Крассовскій.

Присутствовали 57 членовъ: Байковъ, Баладинъ, Ваньковскій, Баскинъ, Бачевичъ, Виддеръ, Вубновъ, Вастень, Виридарскій, Воловскій, Гарфункель, Гессъ, Горайскій, Грамматикати, Гриневъ, Даниловичъ, Довнарвичъ, Добрынинъ, Ережѣвъ, Еськовъ, Зачекъ, Змигородскій, Кирѣвъ, Лебедевъ, Лилѣвъ, Личкусъ, Маковецкій, Марцынкевичъ, Мершъ, Мисевичъ, Оттъ, Поршняковъ, Рентельнъ, Репревъ, Рудольскій, Рунге, Салмановъ, Славянскій, Смольскій, Соловьевъ А. С., Стельмаховичъ, Стравинскій, Тарновскій, Ульрихъ, Урвичъ, Фишеръ А., Фишеръ В., Франкъ, Фраткинъ, Хрщоновичъ, Цырскій, Черневскій, Чернышевъ, Шлезингеръ, Штоль, Штольцъ, Ямпольскій, 25 гостей и корреспонденты газетъ: «Новаго Времени» и «Врача».

Читанъ и утверждень протоколъ № 17.

Секретарь Общества, *И. И. Смольскій* прочелъ отчетъ за 1887 годъ о научной дѣятельности Общества.

Казначей и библиотекарь *Н. И. Стравинскій* прочелъ отчетъ о состояніи кассы и библиотеки Общества за 1887 годъ.

Предсѣдатель Общества, А. Я. Крассовскій сказалъ прощальное слово.

Предсѣдатель К. Славянскій.
Секретарь И. Смольскій.

ПРИЛОЖЕНИЯ КЪ ПРОТОКОЛУ № 1.

I.

ГОДОВОЙ ОТЧЕТЪ О ДѢЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

За 1887 (2-й годъ).

Мм. Гг. Во второмъ году своего существованія Общество пополнилось 12 дѣйствительными членами и 2 членами-корреспондентами; такимъ образомъ, къ сегодняшнему дню оно состоитъ изъ 108 дѣйствительныхъ членовъ и 2 членовъ-корреспондентовъ; изъ 108 дѣйств. членовъ 79 живутъ въ Петербургѣ и 29—вънѣ оного.

За этотъ годъ, согласно требованію устава (§ 27), было 9 нормальныхъ засѣданій, изъ нихъ 8 ученыхъ и одно годовое, всѣ онѣ посѣщались гг. членами, по примѣру прошлаго года, съ прежнимъ рвеніемъ и охотою.

Въ этихъ 8 ученыхъ засѣданіяхъ сдѣланъ 22 докладъ, изъ этого числа 6 докладовъ были сдѣланы гостями, а именно 2 женщинами-врачами: 1) О. Ф. Гренстрайдъ-Славянскою—случай беременности и родовъ при цѣломъ нупен'ѣ и 2) С. В. Филимоновой—случай пузырно-маточнаго свища, и 4 гостями врачами: 3) I. I. Березницкимъ изъ Томска — случай ложноостеомалатического таза, при чемъ былъ демонстрированъ и самый тазъ; 4) А. И. Замшинымъ — случай кесарскаго сѣченія по Säger'u, съ демонстраціею выздоровѣвшей больной; 5) В. Я. Миллеромъ—случай операции Порро и, наконецъ, 6) Н. Н. Макшѣвымъ былъ показанъ новый ороситель. Остальные докладчики были члены Общества; 5 сообщеній касались общаго обзора какого либо научнаго отдѣла, а прочіе были чисто казуистическія. Къ первой категоріи надо отнести: 7 и 8) 2 сообщенія П. К. Большесольскаго о двуіодистой ртути, какъ объ антисептическомъ средствѣ; 9) Д. О. Отта—о противогнилостной обстановкѣ при 25 чревосѣченіяхъ; 10) В. В. Сутугина—о вро-

жденныхъ заращеніяхъ рукава съ демонстраціею препарата и больной; 11) и нашего многоуважаемаго Предсѣдателя, А. Я. Крассовскаго, сообщившаго обзоръ 19 гистеротомій. Во вторую категорію войдутъ доклады 12) и 13) Д. М. Кирѣева—случай удачной оваріотоміи при аневризмѣ восходящей аорты, при чемъ докладчикъ показалъ при первомъ докладѣ больную и экстирпированную опухоль, а въ другомъ засѣданіи сообщилъ исторію операціи; 14) И. О. Даниловича—случай кесарскаго сѣченія по Säger'y; 15) Б. О. Урвича—случай вылущенія подслизистой міомы въ послѣдовомъ періодѣ; 16) А. С. Соловьевъ—случай остраго перекручиванія ножки кисты яичника и 17) его же—случай операціи Порро съ демонстраціею больной; 18) М. А. Шуринова — случай фиброміомы матки рѣдкой величины; 19) Н. И. Стравинскаго—2 случая виѣматочной беременности; 20) Н. М. Поршнякова—случай операціи Порро; 21) Н. А. Салманова—случай кастраціи при фиброміомахъ матки; 22) И. П. Лазаревичемъ былъ доложенъ рефератъ статьи д-ра Harris'a о разрывахъ живота и беременной матки рогаатыми животнымп, съ предложеніемъ къ членамъ Общества прибавить къ этому имѣющіяся наблюденія въ Россіи. Кромѣ того, были демонстррованы Обществу: I) Д. О. Оттомъ — препаратъ вырѣзаннаго hydrosalpinx'a и лѣваго яичника, II) Д. О. Оттомъ — стеклянные катетеры, III) А. Я. Крассовскимъ—тоже стеклянные катетеры, предложенные Г. Е. Рейномъ и IV) имъ же—оловянныя кольца для зажима упругаго жгута вмѣсто узла.

Не могу не остановить вниманія многоуважаемаго Общества на значительное преобладаніе казуистическихъ сообщеній. Несмотря на все ихъ значеніе, какъ матеріала для научныхъ выводовъ, нельзя не желать побольше уже готовыхъ обобщеній, экспериментальныхъ изслѣдованій и разработки текущихъ научныхъ вопросовъ.

Наконецъ, къ дѣятельности Общества за этотъ годъ надо отнести также и энергичную литературную работу многихъ членовъ, участвовавшихъ въ журналѣ Акушерства и женскихъ болѣзней.

СПИСОКЪ

дѣйствительныхъ членовъ Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ за первые 2 года, до 18 января 1888 г.

- Агафоновъ, Сергѣй Николаевичъ, съ 8 мая 86 г.
 Андреевъ, Николай Юстиновичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Андреевъ, Николай Павловичъ, съ 86 г., 16 окт.
 Антиповъ, Николай Васильевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Вайковъ, Андрей Ивановичъ, съ 86 г., 25 сент.
 Валандинъ, Илья Федосѣевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Валинскій, Михаилъ Ивановичъ, съ 86 г., 22 апр.
 Ваньковскій, Владиславъ Александровичъ, съ 86 г., 25 сент.
 Васкинъ, Самуилъ Захаровичъ, съ 86 г., 22 апр.
 Вацевичъ, Евгенийъ Феликсовичъ, съ 86 г., 8 мая.
 Виддеръ, Эрнестъ Федоровичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Вольшесольскій, Павелъ Константиновичъ, съ 87 г., 23 апр.
 Вубновъ, Николай Дементьевичъ, съ 87 г., 14 мая.
 Вѣляевъ, Яковъ Петровичъ, съ 87 г., 22 окт.
 Ваденюкъ, Александръ Ерофѣевичъ, съ 87 г., 14 мая.
 Васильевъ, Николай Ивановичъ, съ 86 г., 22 апр.
 Вастень, Владиміръ Александровичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Веберъ, Фридрихъ Даниловичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Виридарскій, Сергѣй Тимоновичъ, съ 86 г., 25 сент.
 Воловскій, Казиміръ Альбертовичъ, съ 87 г., 23 апр.
 Гарфункель, Яковъ Борисовичъ, съ 86 г., 16 окт.
 Гешвендъ, Александръ Александровичъ, съ 86 г., 16 окт.
 Гессъ, Николай Федоровичъ, съ 86 г., 27 ноябр.
 Горайскій, Константинъ Ивановичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Грамматикати, Иванъ Николаевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
учр.

Гриневальдъ, Отто Оттовичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Гриневъ, Леонидъ Ильичъ, съ 86 г., 8 мая.

Гугенбергеръ, Федоръ Карловичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Даниловичъ, Иванъ Осиповичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Довнарвичъ, Ярославъ Францевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
учр.

Добрынинъ, Петръ Ивановичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Добронравовъ, Варнава Алексѣевичъ, съ 86 г., 16 окт.

Еремѣевъ, Анатолий Андриановичъ, съ 86 г., 22 апр.

Еськовъ, Сергѣй Ивановичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Желтухинъ, Василий Васильевичъ, съ 86 г., 22 апр.

Зачекъ, Мечиславъ Маркеловичъ, съ 86 г., 25 сент.

Змигородскій, Казимиръ Юсифовичъ, съ 86 г., 27 ноябр.

Иноевсъ, Константинъ Харлампіевичъ, съ 86 г., 16 окт.

Кирѣевъ, Дмитрій Михайловичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Красовскій, Антонъ Яковлевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Предсѣдателемъ съ 18 янв. 1886 г. до 21 янв. 1888 г.

Крейтцеръ, Робертъ Ивановичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Лазаревичъ, Иванъ Павловичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Лабенскій, Петръ Степановичъ, съ 86 г., 25 сент.

Лебедевъ, Алексѣй Ивановичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Ливень, Павелъ Павловичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Лилѣевъ, Федоръ Николаевичъ, съ 87 г., 22 окт.

Личкусъ, Лазарь Григорьевичъ, съ 86 г., 8 мая.

Лопатинскій, Осипъ Григорьевичъ, съ 86 г., 25 сент.

Маевскій, Адольфъ Ивановичъ, съ 87 г., 19 февр.

Маковецкій, Евменій Емельяновичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
учр.

Мартыновъ, Александръ Васильевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
учр.

Марцынkevичъ, Евгенийъ Осиповичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
учр.

Масловскій, Иванъ Федоровичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

- Масловскій, Василій Федоровичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Матвѣевъ, Владиміръ Алексѣевичъ, съ 86 г., 25 сент.
 Макѣевъ, Александръ Матвѣевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Мершъ, Готлибъ Генриховичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Мисевичъ, Антонъ Игнатъевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Оттъ, Дмитрій Оскаровичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Пассоверъ, Леонидъ Петровичъ, съ 87 г., 21 янв.
 Піотровичъ, Ѳома Ивановичъ, съ 86 г., 27 ноябр.
 Полонскій, Болеславъ Игнатъевичъ, съ 86 г., 25 сент.
 Полотебновъ, Сергѣй Михайловичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
 учр.
 Поржецкій, Владиміръ Юліановичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
 учр.
 Поршняковъ, Николай Михайловичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
 учр.
 Радецкій, Рудольфъ Кондратьевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
 учр.
 Ракѣевъ, Андрей Платоновичъ, съ 86 г., 25 сент.
 Рейнъ, Георгій Ермолаевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Рентельнъ, Карлъ-Отто-Владиміровичъ, съ 86 г., 18 дек.
 Репревъ, Александръ Васильевичъ, съ 86 г., 16 окт.
 Ростковскій, Ѳома Яковлевичъ, съ 87 г., 14 мая.
 Рудольскій, Леонидъ Васильевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Рунге, Георгій Карловичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Рясенцевъ, Юсифъ Марковичъ, съ 86 г., 22 апр.
 Салмановъ, Николай Антиповичъ, съ 86 г., 22 апр.
 Славянскій, Кронидъ Федоровичъ, съ 86 г. 18 янв. чл. учр.
 Тов. Предсѣдателя съ 18 янв. 1886 г. до 21 янв. 1888 г.
 Смольскій, Иванъ Ивановичъ, съ 86 г. 18 янв. чл. учр. Се-
 кретаремъ съ 18 янв. 1886 г. до 21 янв. 1888 г.
 Смоленскій, Иванъ Федоровичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.
 Соколовскій, Людвигъ Игнатъевичъ, съ 86 г., 8 мая.
 Соловьевъ, Александръ Николаевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
 учр.
 Соловьевъ, Афанасій Семеновичъ, съ 87 г., 19 ноябр.

Стельмаховичъ, Николай Матвѣевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
учр.

Стравинскій, Николай Ивановичъ, съ 86 г. 18 янв. чл. учр.
Казначеемъ съ 18 янв. 1886 г. до 21 янв. 1888 г.

Сутугинъ, Василій Васильевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Сыромятниковъ, Иванъ Михайловичъ, съ 86 г., 8 мая.

Тарновскій, Ипполитъ Михайловичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
учр.

Толочиновъ, Николай Филипповичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
учр.

Ульрихъ, Владиміръ Андреевичъ, съ 86 г., 16 окт.

Урвичъ, Борисъ Осиповичъ, съ 86 г., 27 ноябр.

Феноменовъ, Николай Николаевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Феноменовъ, Модестъ Николаевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
учр.

Фишеръ, Андрей Романовичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Фишеръ, Болеславъ Адамовичъ, съ 87 г., 21 янв.

Франкъ, Дмитрій Александровичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Фраткинъ, Борисъ Анисимовичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Хрщоновичъ, Александръ Казиміровичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
учр.

Цѣхановецкій, Сигизмундъ Владиміровичъ, съ 86 г., 22
апр.

Цырскій, Леонардъ Игнатъевичъ, съ 87 г., 23 апр.

Черневскій, Эдуардъ Францевичъ, съ 86 г., 22 апр.

Чернышевъ, Иванъ Васильевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Чошинъ, Григорій Александровичъ, съ 86 г., 8 мая.

Шлезингеръ, Оскаръ Александровичъ, съ 86 г. 18 янв., чл.
учр.

Шмидтъ, Александръ Эдуардовичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Штоль, Карлъ Германовичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Штольцъ, Владиміръ Ивановичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Шуриновъ, Михаилъ Александровичъ, съ 86 г., 16 окт.

Ямпольскій, Борисъ Григорьевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Ястребовъ, Николай Васильевичъ, съ 86 г. 18 янв., чл. учр.

Члены-корреспонденты:

Нейгебауеръ, Людовикъ Генриховичъ, съ 87 г., 21 мая.
Нейгебауеръ, Францъ Людовиковичъ, съ 87 г., 21 мая.

II.

ОТЧЕТЪ КАССЫ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ

за 1887 годъ (второй годъ).

Приходъ.

Къ 1-му января 1887 г. состояло	1812 р. 95 к.
Въ счетъ недоимки за 1886 г. 26 дѣйстви- тельныхъ членовъ уплатило по 5 руб. и двумя сдѣланы единовременные взносы по 8 руб. и того	146 » — »
Всѣхъ дѣйствительныхъ членовъ въ отчет- номъ году считалось 108, изъ которыхъ 61 членъ внесли по 5 руб. и одинъ 3 руб., и того	308 » — »
Вновь поступило въ теченіе отчетнаго года 12 дѣйствительныхъ членовъ и два члена-кор- респондента, изъ которыхъ 11 уплатило едино- временныхъ взносовъ по 8 руб., и того	88 » — »
Двумя членами сдѣланы взносы по 5 руб. въ счетъ 1888 года	10 » — »
Остальные 42 *) дѣйствительные члены къ сожалѣнію до сихъ поръ не внесли членскихъ взнозовъ за 1887 годъ и за ними считается не- доимка 231 руб. (38 членовъ по 5 р., 1 членъ 2 р., 3 члена по 13 руб.). Недоимка за 1886	

*) Пятеро членовъ-учредителей, внесшихъ по 100 р. каждый, освобожда-
ются по уставу отъ платежа ежегодныхъ взносовъ. *

годъ остается 23 руб. (двое по 5 руб. и одинъ 13 руб.).

Получено отъ Предсѣдателя А. Я. Брассовскаго въ счетъ уплаты за стенограммы 10 р. — к.

Получено $\%$ съ бумагъ, хранящихся въ Государственномъ банкѣ за учетомъ 5 $\%$ купоннаго налога 50 » 78 »

Получено $\%$ съ суммы, находящейся на текущемъ счету въ банкирской конторѣ Вавельберга 30 » 34 »

Итого поступило въ 1887 году по 1-е января 1888 года 2456 р. 7 к.

Расходъ.

Наборъ, печатаніе, бумага и брошюровка 9 протоколовъ засѣданій Общества 255 р. 82 к.

Печатаніе 10 пригласительныхъ карточекъ на засѣданія Общества 24 » — »

Почтовые расходы 22 » 70 »

Переписка 9 протоколовъ и бумагъ для печати 27 » — »

Покупка $\%$ бумагъ и храненіе ихъ въ Государственномъ банкѣ 2 » 8 »

Одинъ экземпляръ «Журнала Акушерства и женскихъ болѣзней» для Закавказскаго повивальнаго Института, на основаніи постановленія Общества отъ 24 сентября 1887 г. съ пересылкою 8 » 18 »

Уплачено за двѣ стенограммы 20 » — »

Выдано прислугѣ 26 » — »

Всего израсходовано въ 1887 году 385 » 78 »

Приходъ въ 1887 году 2456 » 7 »

Расходъ въ 1887 году 385 » 78 »

Осталось къ 1-му января 1888 года 2070 » 29 »

Сравнивая произведенный расходъ въ отчетномъ году съ предшествующимъ, а равно съ предварительною смѣтою, утвер-

жденною Обществомъ въ засѣданіи 21-го января 1887 г. въ количествѣ 780 р., оказывается, что Правленію удалось значительно ограничить текущіе расходы, низведя ихъ до половины намѣченного бюджета.

Состоить къ 1-му января 1888 года:

Въ Государственномъ банкѣ 11 билетовъ по 100 руб. 2-го восточнаго займа	1093 р. 88 к.
На текущемъ счету въ банкирской конторѣ Вавельберга	850 » 62 »
Въ кассѣ	125 » 79 »
Итого	2070 р. 29 к.

Такимъ образомъ и второй годъ существованія Общества можетъ быть названъ въ матеріальномъ отношеніи вполне благопріятнымъ, такъ какъ поступившій годичный доходъ (487 р. 12 к.) замѣтно превысилъ текущіе расходы (385 р. 78 к.), вслѣдствіе соблюдавшейся экономіи, а главнымъ образомъ потому, что многихъ существенныхъ расходовъ Обществу удалось избѣгнуть, благодаря заботливости и щедрости нашего предсѣдателя. Капиталъ Общества въ отчетномъ году увеличился на 258 руб.

ОТЧЕТЪ БИБЛИОТЕКИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

За 1887 годъ.

Библиотека въ отчетномъ году значительно увеличилась пожертвованіями дѣйствительныхъ членовъ, между которыми особенно способствовалъ приращенію секретарь нашего Общества Ив. Ив. Смольскій, принеся въ даръ 309 сочиненій, изъ которыхъ нѣкоторыя состоятъ изъ многихъ томовъ. Всего поступило въ отчетномъ году 395 книгъ и брошюръ. Такимъ образомъ, библиотека Общества къ 1-му января 1888 г. заключаетъ

въ себѣ 602 номера и 21 фотографическихъ снимковъ патологическихъ тазовъ, присланныхъ членомъ-корреспондентомъ нашего Общества—д-ромъ Нейгебауеромъ изъ Варшавы. Вскорѣ предстоитъ значительное еще приращеніе бібліотеки за передачею многочисленныхъ періодическихъ изданій по акушерству и гинекологіи изъ редакціи органа нашего Общества «Журнала акушерства и женскихъ болѣзней».

Казначей и бібліотекаръ Д-ръ Н. Стравинскій.

III.

ПРОЩАЛЬНОЕ СЛОВО ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА,

произнесенное 21 января 1888 года.

Мм. Гг. Сегодня оканчивается второй годъ дѣятельности нашего Общества и, на основаніи 9 п. нашего устава, я долженъ предоставить дальнѣйшее руководство Обществомъ тому лицу, которое будетъ Вами сегодня избрано на мое мѣсто.

Но прежде, чѣмъ оставить предсѣдательство, я не могу не сказать съ удовольствіемъ и даже съ нѣкоторою гордостью, что тѣ главнѣйшіе принципы, которые были мною предложены въ основу нашего Общества при его открытіи, въ истекшіе два года Вами были дружно поддержаны, за что и приношу сердечную благодарность почтеннѣйшимъ сочленамъ.

27 марта 1886 г. въ своемъ вступительномъ словѣ я указалъ, что главною задачею Общества, составившагося изъ лучшихъ русскихъ силъ по нашей спеціальности, должно быть упроченіе процвѣтанія еще юной русской акушерской школы. Выѣстъ съ тѣмъ я тогда же въ краткомъ историческомъ обзорѣ указалъ на тѣ обстоятельства, которыя въ прежнее время служили причиною медленнаго развитія нашей науки въ Россіи и очертилъ Вамъ ея положеніе въ день открытія Общества.

Съ тѣхъ поръ прошло два года, и я едва ли ошибусь, сказавши, что они прошли не безплодно. Наше молодое Общество окрѣпло и расширилось: число членовъ почти удвоилось, вмѣ-

сто 58 членовъ-учредителей имѣется уже 108 дѣйствительныхъ членовъ и 2 члена-корреспондента. Оживленный характеръ за-сѣданій, усердное ихъ посѣщеніе, — какъ членами, такъ и мно-гими посторонними лицами, — безпристрастное стремленіе къ разрѣшенію животрепещущихъ научныхъ вопросовъ, — все это указываетъ съ одной стороны на значительную жизненность Общества, а съ другой доказываетъ, что будущность его упро-чена.

Дѣйствительно, съ спокойною совѣстью могу сказать, что во время моего предсѣдательства никакіе эгоистическіе инте-ресы не успѣли проникнуть въ нашу среду и Вы единодушно поддержали мое предложеніе бороться съ этимъ зломъ, дѣй-ствующимъ губительно на всѣ научныя стремленія и въ ущербъ дѣлу науки.

Вторая задача, которую я считалъ важною въ смыслѣ зна-ченія нашего Общества для науки, — это изданіе въ Россіи спе-ціального журнала, была Вами осуществлена съ энергіею и настойчивостью, вполнѣ достойной такой высокой идеи, кото-рой задалась наша корпорація. Вы не пожалѣли при всѣхъ своихъ многосложныхъ занятіяхъ ни труда, ни времени, ни матеріальныхъ затратъ для выполненія этого важнаго условія. Благодаря этому, акушерско-гинекологическій журналъ въ пер-вый же годъ своего существованія занялъ въ русской литера-турѣ почетное мѣсто и, смѣю надѣяться, принесъ ужъ русскимъ врачамъ ожидаемую пользу, особенно трудящимся въ провин-ціи. Довольно успѣшная подписка, которая теперь идетъ на второй годъ изданія журнала, появившіяся уже требованія изъ заграницы, суть лучшія доказательства его правильной поста-новки. А мы знаемъ, какое важное значеніе для прогресса на-уки имѣетъ общеніе работъ отдѣльныхъ ея тружениковъ-спе-ціалистовъ въ одномъ печатномъ органѣ; ничто такъ не поднимаетъ уровень современныхъ знаній врачей, имѣющихъ задачею помогать населенію, какъ спеціальный журналъ, по-священный такой важной отрасли медицины, какъ акушерство и гинекологія, и дающій врачу возможность слѣдить по сжа-

тымъ рефератамъ за современными успѣхами въ наукѣ. Если вспомнить о массѣ врачей, заброшенныхъ судьбою въ захолустья, гдѣ они не только лишены личнаго общенія съ представителями науки, но и вообще страдаютъ отъ недостатка научныхъ пособій и руководства, то Вы можете быть увѣрены, что въ этой-то глуши провинціальный товарищъ не разъ намъ скажетъ большое спасибо за нашъ журналъ. Однимъ словомъ, изданіе журнала я ставлю въ одну изъ основныхъ заслугъ нашему Обществу.

Далѣе вспомнимъ, какъ мы хлопотали объ объединеніи съ нами рабочихъ силъ по акушерству и гинекологіи въ провинціи, и здѣсь наши заботы не прошли даромъ: благодаря имъ, осуществилось открытіе 2-хъ специальныхъ Обществъ—въ Москвѣ и Кіевѣ.

Наконецъ, наши дебаты въ засѣданіяхъ касались такихъ современныхъ вопросовъ, какъ выясненіе значенія операціи *Alexander'a*, о *trachoma pudendorum* и, что еще важнѣе, объ операціи *Porro* и *Sänger-Leopold'a*; а главное, въ засѣданіяхъ нашихъ собирался матеріалъ для выясненія показаній къ примѣненію кесарскаго сѣченія въ замѣнь череподробленія при жизни плода, т. е., при относительныхъ показаніяхъ,—вопроса, рѣшеніе котораго можетъ послужить началомъ новой эры въ акушерской наукѣ.

Какъ видите, въ 2 года нами сдѣлано достаточно; и мнѣ остается лишь отъ души пожелать, чтобы въ дальнѣйшемъ своемъ существованіи, Общество неуклонно шло путемъ единодушной работы, на пользу страждущаго человѣчества во имя науки, безъ малѣйшей примѣси вопросовъ узкаго эгоизма.

Позвольте еще разъ поблагодарить всѣхъ членовъ Общества и въ особенности членовъ Правленія, какъ ближайшихъ сотрудниковъ, а равно и всѣхъ врачей, помѣстившихъ безвозмездно свои труды въ нашемъ журналѣ. Безъ единодушной поддержки съ Вашей стороны, неосуществимо дальнѣйшее развитіе и процвѣтаніе дорогой моему сердцу русской акушерско-гинекологической школы.

А. Крассовскій.

ГОДЪ ТРЕТІЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № I.

Засѣданіе 21 января 1888 года.

Административное засѣданіе.

Присутствовали 58 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № XVII.

2) На основаніи § 9 устава произведены выборы членовъ Правленія Общества, при чемъ Предсѣдателемъ избранъ **К. Ф. Славянскій**; Товарищемъ Предсѣдателя—**И. М. Тарновскій**; Секретаремъ—**И. И. Смольскій**; Казначеемъ **Н. И. Стравинскій** и Библіотекаремъ—**И. О. Даниловичъ**.

3) Вновь избранный Предсѣдателемъ Общества **К. Ф. Славянскій** предложилъ избрать *первымъ почетнымъ членомъ Общества* **А. Я. Крассовскаго**. Предложеніе принято присутствующими единогласно, при громкихъ аплодисментахъ и **А. Я. Крассовскій** избранъ почетнымъ членомъ Общества.

А. Я. Крассовскій поблагодарилъ Общество за оказанную ему честь и обѣщаль служить по мѣрѣ своихъ силъ дальнѣйшему процвѣтанію Общества.

Протоколъ объ избраніи подписанъ 46 членами и переданъ въ архивъ Общества.

4) Казначей, *Н. И. Стравинскій*, согласно постановленію Общества, сдѣланному въ административномъ засѣданіи 21-го

января 1887 г. (протоколъ № X п. 4), объявилъ, что дѣйствительные члены Фридрихъ Даниловичъ *Веберъ* и Владиміръ Алексѣевичъ *Матвѣевъ*, несмотря на письменныя напоминанія, не уплатили своего членскаго взноса.

5) 44 дѣйствительныхъ члена, согласно § 45 устава, внесли письменное предложеніе о дополненіи устава слѣдующимъ §: «Общество имѣетъ право избирать изъ числа своихъ членовъ въ званіе Почетнаго Предсѣдателя Общества. Поставлено обсудить это предложеніе въ очередномъ административномъ засѣданіи, извѣстивъ о семъ членовъ повѣстками.

6) Избраны въ члены ревизіонной комиссіи, согласно § 42 устава, *И. М. Тарновскій*, *К. А. Воловскій* и *Э. Ф. Биддеръ*.

7) Избраны въ дѣйствительные члены:

а) Рачковскій, Петръ Ивановичъ, лекарь и акушеръ.

Окончилъ курсъ въ декабрѣ 1875 года въ Императорской медико-хирургической Академіи, со степенью лекаря. Въ 1876 году опредѣленъ на службу въ военно-медицинское вѣдомство врачомъ для командировокъ и въ томъ же году прикомандированъ къ клиническому военному госпиталю. Съ января 1876 г. по 15-е февраля 1879 года былъ врачомъ-экстерномъ при с.-петербургскомъ родовспомогательномъ заведеніи и за это время сдалъ экзаменъ на степень акушера. Съ 29-го декабря 1879 г. назначенъ городovýmъ врачомъ въ г. Красноярскъ, а въ апрѣлѣ 1879 г. перемѣщенъ акушеромъ Енисейской врачебной Управы, гдѣ и служилъ до сихъ поръ, завѣдывая кромѣ того въ г. Красноярскѣ родильнымъ отдѣленіемъ и повивальной школою; въ настоящее же время, 30 ноября сего года, назначенъ и. д. инспектора Енисейской врачебной Управы.

б) Радецкій, Иванъ Ивановичъ, докторъ медицины.

Окончилъ курсъ медицинскихъ наукъ въ Императорской медико-хирургической Академіи въ 1858 году, съ награжденіемъ серебряною медалью, былъ оставленъ при Академіи и 3 года пробылъ въ качествѣ ассистента въ терапевтической женской клиникѣ профессора А. Я. Краковского, подъ руководствомъ котораго и занимался.

Степень доктора медицины получилъ въ 1861 г. за защиту диссертациі «Патологія катарральнаго воспаленія легкихъ у новорожденныхъ и грудныхъ дѣтей», въ положеніяхъ которой защищалъ мнѣніе объ опасностяхъ неумѣстнаго употребленія маточнаго зонда. Съ 1863 по 1865 г. пробылъ за границею, посѣщая поочередно акушерскія, женскія и дѣтскія клиники всѣхъ итальянскихъ университетовъ, Вѣны и Парижа.

Въ 1866 и 1867 гг. былъ ассистентомъ проф. А. Я. Крассовскаго, при приемѣ амбулаторныхъ больныхъ въ Максимилиановской Лечебницѣ. Съ 1867 по 1874 г. состоялъ штатнымъ консультантомъ по женскимъ и дѣтскимъ болѣзнямъ въ лечебницѣ при приютѣ въ память въ Возѣ почившаго Наслѣдника Цесаревича Николая Александровича.

Въ 1874 и 1876 гг. провель нѣсколько мѣсяцевъ заграницею, посѣщая женскія и дѣтскія клиники въ Вѣнѣ и Парижѣ.

Написалъ: 1) Минеральные источники въ Бирштанахъ и дѣйствіе ихъ на организмъ, въ 1885 г., гдѣ изложена теорія дѣйствія минеральныхъ водъ въ женскихъ болѣзняхъ и преимущественно вліяніе ихъ на фиброидныя опухоли матки и кровоточенія. Приведены наблюденія.

2) Случай *Hysteriae magnaе* у 16 лѣтн. дѣвцы, вызванный присутствіемъ глисты, въ первый разъ наблюдаемой въ здѣшнемъ климатѣ, *Anguillula stercoralis*, причинявшей маточныя кровоточенія и сильнѣйшее малокровіе (*Anaemia pernicioса*).

Пребывая ежегодно съ 1879 г., въ теченіе лѣтнаго сезона въ заведеніи Бирштанскихъ минеральныхъ водъ, въ качествѣ Директора, имѣетъ ежегодно около 150 гинекологическихъ случаевъ въ своемъ пользованіи.

с) Поварнинъ, Михаилъ Иннокентьевичъ, докторъ медицины; избранъ единогласно.

Родился въ г. Брестъ-Литовскѣ 24-го сентября 1853 г. Окончилъ курсъ классической гимназіи въ г. Бѣлѣ 1873 года. Окончилъ курсъ Императорской медико-хирургической Академіи въ 1880 г. Признанъ докторомъ медицины въ 1883, году 23-го мая.

Въ настоящее время состоитъ младшимъ врачомъ въ 1-мъ Военномъ Павловскомъ Училищѣ.

Научные труды: Диссертация на степень доктора медицины: «Къ вопросу о вліяніи сна на мышечную силу человѣка».

d) Лапинъ, Илья Ивановичъ, докторъ медицины и уѣздный врачъ; избранъ единогласно.

Родился 20-го іюля 1856 г. По окончаніи курса въ Уфимской гимназіи, въ которой обучался съ 1865 по 1874 г., поступилъ на медицинскій факультетъ Императорскаго Казанскаго Университета, откуда, по истеченіи двухъ лѣтъ, перешелъ на III-й курсъ Императорской медико-хирургической Академіи. Окончивъ здѣсь въ 1880 г. курсъ *sum eximia laude*, получилъ серебряную медаль за слѣдующія представленныя имъ сочиненія:

1) Zur Kenntniss der kalten Klystiere.

2) Zur Casuistik der Verletzungen der äusseren Geschlechtsorgane des Weibes bei Skoptzen.

Въ мартѣ 1881 г. сдалъ экзаменъ на степень Уѣзднаго Врача и въ іюлѣ того же года занялъ должность земскаго врача Бирскаго уѣзда Уфимской гу-

бервіи, въ каковой должности пребылъ по 1-е сентября 1884 года, завѣдуя больницей на 30 кроватей.

По прибытіи въ Петербургъ въ февралѣ 1885 г., прикомандированъ Медицинскимъ Департаментомъ къ Императорской Военно-медицинской Академіи, гдѣ и состоитъ до настоящаго времени ординаторомъ при клиникѣ профессора К. Ф. Славянскаго.

Экзамены на степень доктора медицины началъ сдавать въ октябрѣ 1885 года и окончилъ таковыя 5 мая 1886 года. Въ апрѣлѣ 1887 г. защищалъ диссертацию подъ заглавіемъ: «Частичная ампутація влагалищной части при хроническомъ воспаленіи матки» и 2 мая 1877 г. постановленіемъ Конференціи Императорской Военно-медицинской Академіи удостоенъ степени доктора медицины.

8) Въ бібліотеку Общества отъ редакціи «Журнала Акушерства и женскихъ болѣзней» поступили слѣдующіе журналы за 1887 годъ:

а) Русскіе:

- 1) Военно-медицинскій журналъ.
- 2) Еженедѣльная клиническая газета.
- 3) Вѣстникъ офталмологіи.
- 4) Хирургическій вѣстникъ.
- 5) Международная клиника.
- 6) Медицинское обозрѣніе.
- 7) Вѣстникъ судебной медицины.
- 8) Архивъ психіатріи и неврологіи.
- 9) Врачъ.
- 10) Русская медицина.
- 11) Электричество.

б) Испанскіе:

- 12) Revista de medicina y cirugía prácticas.
- 13) Coimbra medica.

в) Итальянскіе:

- 14) Annali di ostetricia e ginecologia.
- 15) Giornale internazionale delle scienze mediche.

д) Французскіе:

- 16) La France médicale.
- 17) Journal de medecine et de chirurgie pratiques.
- 18) Gazette de gynécologie.
- 19) La semaine médicale.

- 20) Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier.
21) Journal d'accouchements.
22) Revue generale de clinique et de therapeutique.

e) Англійскіе:

- 23) The Journal of the American Medical Association.
24) Britisch medical Journal.
25) The Austrasian medical gazette.

f) Польскіе:

- 26) Gazeta lekarska.

g) Нѣмецкіе:

- 27) Cetrablatt für Gynäkologie.
28) Medicinisch-chirurgisches Central-Blatt.

Предсѣдатель К. Славянскій.
Секретарь И. Смольскій.

Дозволено цензурою С.-Петербургъ 28 Февраля 1888 г.



Типографія А. С. Суворина. Эртелевъ пер., д. 11—2



ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВТОРОЙ.

АПРѢЛЬ 1888, № 4.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

VII.

PERIMETRITIS LATERALIS И ЕГО ЛѢЧЕНІЕ.

Проф. К. Ф. Славянскаго.

Предсѣдателя Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

(Вступительная рѣчь, произнесенная въ Засѣданіи 25 февраля 1888 г.).

Слѣдуя высказанному нами въ учредительскомъ собраніи, имѣвшемъ мѣсто два года тому назадъ, желанію—отъ каждаго вновь избраннаго Предсѣдателя Общества, при вступленіи его въ отправленіе своихъ обязанностей, требовать рѣчи, посвященной какому-либо вопросу, относящемуся до специальности нашего Общества,—я и рѣшаюсь сегодня занять на нѣкоторое время Ваше вниманіе.

Не могу скрыть, что я чувствую себя на этотъ разъ въ довольно затруднительномъ положеніи, и это—по многимъ вѣскимъ причинамъ.—Начну съ того, что, благодаря Вашему лестному для меня выбору, почтенные товарищи, я силою самыхъ вещей долженъ стать во главѣ Общества, проявившаго уже—я говорю это смѣло—такую безпримѣрно-блестящую дѣятельность, какъ едва-ли какое-либо изъ другихъ обществъ столицы, въ первые два года своего существованія. Меня подобный успѣхъ радуетъ вдвойнѣ, такъ какъ онъ служитъ однимъ изъ доказательствъ тому, что, когда я болѣе двухъ лѣтъ

тому назадъ рѣшился созвать тѣхъ товарищей, которые затѣмъ вошли въ кадръ нашего Общества въ качествѣ членовъ учредителей, для выслушанія составленнаго мною проекта устава Акушерско - Гинекологическаго Общества, мнѣ удалось тогда подмѣтить дѣйствительно назрѣвшую потребность въ такомъ органѣ научнаго и товарищескаго единенія, какимъ съ того времени проявило себя наше Общество.

Затруднительность моего почетнаго положенія, какъ руководителя Общества, увеличивается еще тѣмъ, что я вижу себя призваннымъ къ нему въ относительно еще далеко не старые годы, — хотя и не безъ доли извѣстной опытности и такта, но все-же обладая этими качествами не въ такой степени и совершенствѣ, какъ это вырабатывается только годами и пропорціонально имъ житейскою мудростью.

Но при Вашемъ добромъ, товарищескомъ содѣйствіи, я стараюсь, по мѣрѣ своихъ скромныхъ силъ, доказать, какъ высоко я цѣню довѣріе и связанную съ нимъ отвѣтственность, каковыми Вамъ угодно было почтить меня.

Вступая сегодня въ исполненіе своихъ обязанностей Предсѣдателя Общества, я не могъ не высказать передъ вами волнующихъ меня при этомъ чувствъ. — Теперь-же я позволю себѣ перейти къ непосредственному предмету моей рѣчи.

Если-бы я, въ краткой, по необходимости, вступительной рѣчи, задался цѣлью изложить передъ Вами успѣхи гинекологіи (акушерства и женскихъ болѣзней) за послѣдніе 10—15 лѣтъ, то я взялъ-бы на себя по-истинѣ невыполнимый и, слѣдовательно, бесплодный трудъ: мнѣ пришлось-бы ограничиться только перечисленіемъ достигнутыхъ результатовъ, указывая одни лишь голые факты, — настолько велики успѣхи и открытія послѣдняго времени. Такой мощный, жизненный ростъ разрабатываемой нами отрасли медицины, долго считавшейся одною изъ младшихъ сестеръ врачебныхъ наукъ, былъ возможенъ только благодаря принципу раздѣленія труда между многими изслѣдователями, вслѣдствіе развитія спеціализаціи.

Въ силу этихъ соображеній моею задачею на сегодня бу-

деть остановить Ваше вниманіе только на какомъ-либо одномъ, совершенно частномъ вопросѣ нашей разросшейся до такихъ обширныхъ размѣровъ специальности.

Я останавлиюсь на воспаленіи брюшины малаго таза, и притомъ локализованномъ только въ одной или обѣихъ боковыхъ сторонахъ послѣдняго, причемъ постараюсь намѣтить тѣ исходныя точки зрѣнія, которыми должно руководствоваться при постановкѣ показаній къ лѣченію нѣкоторыхъ формъ этого рода воспаленій: я буду говорить о *peritonitis pelvica lateralis* или, сокращеннѣе, о *perimetritis lateralis*.

Названіе «*perimetritis*» для этихъ формъ, по моему мнѣнію, можетъ быть удержано, выражая собою одновременное, совмѣстное воспаленіе брюшины широкихъ связокъ, фаллопиевыхъ трубъ, боковыхъ частей матки, прилежащихъ кишечныхъ петель и, наконецъ, наружной поверхности яичниковъ, покрытой, какъ извѣстно, коротко-цилиндрическимъ эпителиемъ. Строгое дѣленіе на «*perisalpingitis*» и «*perioophoritis*» въ чисто анатомическомъ смыслѣ возможно только для нѣкоторыхъ случаевъ, такъ какъ почти всегда въ процессѣ принимаетъ участіе и брюшина прилежащихъ частей, — такимъ образомъ воспаленіе не представляется строго ограничивающимся только перитонеальнымъ покровомъ трубы, или только наружною поверхностью яичника.

Воспалительныя измѣненія при периметритѣ въ разбираемой нами области носятъ на себѣ такой-же двоякій характеръ, какъ и при перитонитѣ вообще. Мы должны различать 1) незаразный, асептический и 2) заразный, бактерійный *perimetritis lateralis*; случаи перваго рода встрѣчаются замѣтно рѣже и причиняютъ больнымъ гораздо меньше болѣзненныхъ ощущеній, протекаютъ, я-бы сказалъ, незамѣтнѣе для нихъ, чѣмъ случаи втораго рода.

Незаразный, асептический боковой периметритъ развивается или подъ вліяніемъ какой-либо травмы, или-же вслѣдъ за быстро наступающимъ или долго длящимся охлажденіемъ большихъ поверхностей тѣла (простуда); теченіе его, если онъ строго

локализованъ, весьма быстро, и *restitutio ad integrum* въ большинствѣ случаевъ полная. Фибринозныя склейки прилежащихъ другъ къ другу органовъ оставляютъ послѣ себя сращения въ формѣ ложныхъ перепонокъ, представляющихъ большую способность быть растягиваемыми, благодаря физиологическимъ перемѣщеніямъ органовъ, между которыми они развились; вслѣдствіе подобнаго растяженія они мало по малу истончаются и, наконецъ, разрываются, придавая поверхности бывшихъ сращенными мѣстъ бахромчатый, клочковатый видъ, въ свою очередь также постепенно сглаживающійся и современемъ безслѣдно исчезающій.

Совершенно иную картину анатомическихъ измѣненій представляетъ бактерійный тазовой перитонитъ. Характернымъ его отличіемъ является развитіе значительной величины фибринозно-гнойныхъ выпотовъ, склеивающихъ между собою прилежащія органы и превращающихъ яичникъ, *lig. latum*, трубу и ближайшія петли кишекъ въ одну общую опухолевидную массу, каковою она представляется при наружно-внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи.

Staphylococcus aureus, *gonococcus* и другіе, менѣе важные и еще не вполне изученные въ этомъ отношеніи виды микроорганизмовъ, попадая, или путемъ проникновенія черезъ фаллопиевыя трубы, или же путемъ лимфатической системы, изъ полового канала въ брюшину малаго таза, вызываютъ болѣе или менѣе интенсивныя степени фибринозно-гнойныхъ воспаленій периметрія. — Считаю необходимымъ оговориться въ этомъ мѣстѣ, что сегодня я не имѣю въ виду говорить о тѣхъ формахъ инфекціонныхъ периметритовъ, которыя ведутъ къ образованію цѣлыхъ фокусовъ нагноенія, такъ что случаи такъ называемыхъ глубокихъ тазовыхъ гнойниковъ будутъ мною оставлены въ сторонѣ.

Интензивность воспаленія при разбираемыхъ нами бактерійныхъ формахъ, насколько позволительно, вообще, судить въ настоящее время, зависитъ, какъ отъ количества проникшихъ въ брюшину только-что названныхъ микроорганизмовъ,

такъ и отъ состоянія той почвы, которую они встрѣчаютъ. Экспериментальныя изслѣдованія послѣдняго времени несомнѣнно указываютъ на то, что при создаваемыхъ искусственно мѣстныхъ условіяхъ, благопріятствующихъ росту микроорганизмовъ въ полости брюшины, вызываемыя ими воспалительныя явленія представляются гораздо болѣе рѣзко выраженными; такимъ образомъ, количество привитыхъ микрококковъ, несомненное вызвать сколько-нибудь обширныхъ воспаленій брюшины при обыкновенныхъ, фізіологическихъ условіяхъ, дѣлается уже достаточнымъ, чтобы обусловить смертельный перитонитъ, при условіяхъ, созданныхъ искусственно, экспериментальнымъ путемъ.

Смотря по интензивности зараженія полости брюшины соотвѣтственными видами микроорганизмовъ, мы имѣемъ передъ собою или разлитой, общій перитонитъ, или же строго ограниченный бѣльшимъ или меньшимъ пространствомъ. По поступленіи микрококковъ въ полость брюшины, эта послѣдняя тотчасъ-же реагируетъ на это обильнымъ выдѣленіемъ фибринознаго выпота, пытаясь этимъ путемъ защитити себя отъ враговъ, одѣвая ихъ фибринозною капсулою, и, образуя такимъ образомъ склейки между тѣсно прилежащими другъ къ другу органами, преграждаетъ до извѣстной степени путь къ дальнѣйшему распространенію инфекціи.

Этотъ защитительный барьеръ изъ волокнистаго выпота, при извѣстной силѣ зараженія, смотря по количеству проникшихъ враговъ, оказывается недостаточнымъ, и воспаленіе распространяется по всей брюшинѣ, давая обычно поводъ къ смертельному исходу. При менѣе интензивномъ зараженіи, при относительно маломъ количествѣ вошедшихъ микроорганизмовъ и при условіяхъ, не особенно благопріятствующихъ ихъ дальнѣйшей культурѣ, фибринозной выпотъ вполне локализируетъ процессъ, и мы имѣемъ передъ собою мѣстный перитонитъ, сфера развитія котораго совершенно обособлена отъ остальной полости брюшины, вначалѣ — фибринозными склейками между прилежащими органами, а впослѣдствіи — соединительно-тканными

ложными перепонками, развивающимися на мѣстѣ этихъ предварительныхъ склеекъ.

Такіе мѣстныя, строго локализованныя воспалительныя фокусы бактерійнаго перитонита гинекологу приходится встрѣчать почти ежедневно и во всякомъ случаѣ гораздо чаще, чѣмъ нашимъ товарищамъ другихъ спеціальностей. Мы встрѣчаемъ ихъ обыкновенно въ полости малаго таза, вокругъ матки, захватывающими ея серозный покровъ, и называемъ ихъ съ легкой руки Virchow'a «периметритами». Главными источниками этихъ воспаленій, въ смыслѣ проводящихъ путей для микроорганизмовъ, представляются лимфатическіе сосуды широкихъ маточныхъ связокъ, фаллопиевы трубы и иногда яичники. Лимфатическая система широкихъ связокъ играетъ важную роль въ этомъ отношеніи преимущественно только въ послѣродовомъ періодѣ, при развитіи септическихъ заболѣваній, свойственныхъ этому послѣднему;— на сегодня я ограничусь только указаніемъ на этотъ путь распространенія заразы и не буду входить въ болѣе подробный разборъ «параметритическихъ» заболѣваній.

При проникновеніи въ брюшину однимъ изъ указанныхъ путей хотя и большого количества микробовъ, но все же не достаточнаго для развитія общаго перитонита, образуется обильный фибринозно-гнойный экссудатъ, занимающій уже болѣе обширный районъ, причемъ по мѣрѣ удаленія отъ источника заразы выпоть представляется все болѣе и болѣе чисто фибринознымъ, образующимъ вмѣстѣ со склееными кишечными петлями ту отдѣляющую его отъ свободной полости брюшины капсулу, о которой я упоминалъ раньше. Болѣе жидкія, обладающія болѣе выраженнымъ гнойнымъ характеромъ части экссудативной массы скопляются при этомъ обыкновенно въ excavatio recto-uterina и обуславливаютъ ту характерную, ставшую даже нѣсколько шаблонной, картину, которая получается при объективномъ изслѣдованіи въ случаяхъ болѣе значительнаго экссудативнаго периметрита, и описаніе которой мы находимъ обычно въ учебникахъ гинекологіи.

Сегодня я остановлюсь, какъ уже сказалъ, только на тѣхъ

менѣ интензивныхъ формахъ заразнаго воспаления тазовой брюшины, которыя локализируются по бокамъ матки и вызываютъ развитіе склеекъ вокругъ придатковъ матки той или другой стороны и прилежащихъ къ нимъ кишечныхъ петель, т. е. на *perimetritis lateralis*.

Наблюденія новѣйшаго времени пролили новый свѣтъ на этиологію бактерійнаго боковаго периметрита, соотвѣтственно чему не могли, конечно, не измѣниться кореннымъ образомъ и наши воззрѣнія на терапію данной формы заболѣванія. — Въ настоящее время можно считать болѣе или менѣ твердо установленнымъ тотъ фактъ, что самою частою исходною точкою *perimetritidis lateralis* являются заболѣванія фаллопиевыхъ трубъ, а въ этиологіи послѣднихъ первенствующія роли принадлежатъ инфекціямъ — септической въ послѣродовомъ періодѣ и гонорройной *sub coitu*; подъ влияніемъ той и другой, смотря по силѣ зараженія и извѣстному предрасположенію почвы, развиваются заболѣванія внутренней поверхности трубъ — эндосальпингиты, которые влекутъ за собою различной интензивности перисальпингиты, въ свою очередь легко распространяющіеся на наружную поверхность яичниковъ, боковыя области матки и сосѣднія петли кишекъ, — развивается картина боковаго периметрита.

Воспаленія слизистой оболочки трубы быстро распространяются по поверхности до фимбрій, доходятъ до границы съ брюшиною, обуславливая ея воспаленіе, результатомъ котораго въ большемъ числѣ случаевъ является развитіе перитонитическихъ склеекъ между фимбріями и полная облитерация брюшнаго отверстия трубы. Благодаря этому обстоятельству, продукты отдѣленія слизистой оболочки трубы начинаютъ скопляться и даютъ поводъ къ развитію *hydro-*, или *pyo-*, или *haematosalpinx'a*; при этомъ крайне интереснымъ представляется тотъ фактъ, что, хотя маточное отверстіе трубы и остается въ значительномъ числѣ случаевъ проходимымъ, но оно оказывается неспособнымъ давать стокъ всей накопляющейся въ полости трубы жидкости: обыкновенно приходится наблюдать воспалительныя измѣненія

слизистой оболочки въ *isthmus tubae*, распуханіемъ которой и объясняется закупорка этого хода.

Воспаленія слизистой оболочки трубы представляются нашему наблюденію или какъ *endosalpingitis catarrhalis*, или какъ *endosalpingitis purulenta phlegmonosa*, или-же какъ *endosalpingitis haemorrhagica*. Каждая изъ этихъ трехъ формъ, при закупоркѣ и непроходимости отверстій трубы, ведетъ къ скопленію въ ея полости выдѣлений съ послѣдовательнымъ растяженіемъ заболѣвшей трубы; при первой формѣ получается *hydrosalpinx*, при второй — *pyosalpinx*, а при третьей — болѣе рѣдкая геморрагическая форма, *haematosalpinx*. Всѣ эти виды растяженія трубы, столь рѣзко отличающіеся по своему содержимому, могутъ при извѣстныхъ обстоятельствахъ вызывать воспаление брюшины, какъ покрывающей ихъ, такъ и граничащей съ ними, хотя необходимо признать, что всего чаще это наблюдается при гнойныхъ формахъ и особенно при такихъ, въ содержимомъ которыхъ констатируются патогенные микроорганизмы.

Легкія катарральныя формы инфекціонныхъ заболѣваній слизистой оболочки трубы, обуславливая только заращеніе брюшнаго отверстія и накопленіе жидкости (*hydrosalpinx*), могутъ существовать иногда весьма долгое время, не причиняя никакого замѣтнаго безпокойства больнымъ; въ этихъ случаяхъ изслѣдованіе содержимаго трубы показываетъ обыкновенно полное отсутствіе микрококковъ, и такая сравнительно доброкачественная жидкость, попадая непосредственно въ полость брюшины, не причиняетъ никакого раздраженія, легко и безслѣдно всасывается, подобно содержимому нѣкоторыхъ внутрисвязочныхъ, пароваріальныхъ кистъ. Но, съ другой стороны, такой *hydrosalpinx*, достигая болѣе значительныхъ размѣровъ, до головки новорожденнаго ребенка, и подвергаясь различнаго рода травмамъ, можетъ нерѣдко служить поводомъ къ развитію асептическихъ боковыхъ периметритовъ и представляться такимъ образомъ источникомъ тѣхъ или иныхъ страданій для больной. Особенно болѣзненные и долго длящіеся периметриты наблюдаются, какъ я уже сказалъ, при *pyosalpinx*'ахъ, что совер-

шенно понятно въ виду констатируемаго въ ихъ содержимомъ присутствія тѣхъ или другихъ болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ.

Какъ *pyosalpinx*'ы, такъ и *hydrosalpinx*'ы могутъ быть встрѣчаемы весьма плотно сращенными съ окружающими частями и особенно съ кишечными петлями; сращенія эти бывають иногда настолько плотны, что отдѣленіе ихъ, безъ нарушенія цѣлости стѣнки приращенной кишечной петли, представляется невозможнымъ; о плотности и обширности ихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы можемъ судить уже по тому, что не разъ наблюдались самопроизвольныя вскрытія гнойныхъ скопищъ трубы въ просвѣтъ прилежащей и приращенной кишки.

Другимъ упомянутымъ мною раньше источникомъ развитія *perimetritidis lateralis* являются яичники, обуславливающіе въ большей части случаевъ формы асептического мѣстнаго перитонита и только болѣе рѣдко — бактерійныя формы его.

Асептическія воспаленія вокругъ яичника (*perioophoritis*) развиваются обыкновенно, какъ слѣдствіе воспалительныхъ процессовъ, разыгрывающихся въ самомъ существѣ органа и переходящихъ, затѣмъ, на его периферію. Воспаленія эти настолько частое явленіе, что почти у каждой женщины въ періодъ полнаго расцвѣта половой жизни на наружной поверхности яичника находятся большіе или меньшіе остатки ложныхъ перепонокъ — слѣды бывшаго періоофорита.

Не смотря на часто представляющуюся намъ въ настоящее время возможность изслѣдовать яичникъ анатомически при чревосѣченіяхъ, производимыхъ по тому или иному поводу, мы все-таки не получаемъ еще достаточнаго матеріала для изученія острыхъ формъ заболѣваній его, и удаляемые яичники представляются обыкновенно пораженными хроническими воспалительными процессами. Иной характеръ такого матеріала для изслѣдованія, его свѣжесть сравнительно съ получаемымъ при патолого-анатомическихъ вскрытіяхъ — принесли уже существенную пользу, измѣнивъ нѣкоторые господствовавшіе до недавняго времени взгляды на суть нѣкоторыхъ не рѣдко развивающихся въ яичникахъ процессовъ.

Особенно рѣзко измѣнились наши возрѣнія на развитіе и характеръ мелкихъ кистъ яичника («kleincystische Folliculärdegeneration» нѣмцевъ), которыя мы въ настоящее время, вопреки прежнему мнѣнію, не можемъ считать за *hydrops folliculi*, за ретенціонныя кисты граафова пузырька, а должны ихъ разсматривать, какъ нормальные граафовы пузырьки, развившіеся лишь въ извѣстный данный моментъ въ бѣльшемъ числѣ, чѣмъ это бываетъ нормально, — гистологическія изслѣдованія убѣждаютъ насъ въ этомъ. Появленіе такого чрезмѣрнаго числа ихъ и притомъ различной величины объясняется вліяніемъ какого-нибудь раздраженія, подѣйствовавшего на весь яичникъ. Нѣчто подобное мы встрѣчаемъ даже въ самые ранніе годы жизни дѣвочки, — явленіе, для даннаго случая относящееся къ чисто физиологическимъ процессамъ. Подобное-же многочисленное развитіе граафовыхъ пузырьковъ мы не разъ уже наблюдали при хроническихъ воспалительныхъ измѣненіяхъ въ ткани яичниковъ.

Oophoritis chronica, какъ сказано, весьма часто даетъ поводъ къ развитію сначала клееекъ наружной поверхности яичника съ брюшиною *lig. latum* или кишечныхъ петель, а затѣмъ къ образованію ложныхъ перепонокъ, представляющихъ въ извѣстный періодъ своего развитія въ видѣ многочисленныхъ, весьма нѣжныхъ перемишекъ между прилежащими органами, крайне легко разрывающихся безъ всякаго кровотеченія, напр., подъ пальцами при освобожденіи яичника во время кастраціи. Эти нѣжныя, уступчивыя ложныя перепонки при болѣе долгомъ существованіи обыкновенно разрываются, такъ сказать, самопроизвольно, лишь подъ вліяніемъ одного физиологическаго передвиженія тазовыхъ органовъ, оставляя на наружной поверхности яичника различной величины бахромчатыя, сосочковыя образованія, рѣзко отличающіяся подъ микроскопомъ своимъ эндотеліальнымъ покровомъ отъ окружающаго ихъ основаніе коротко-цилиндрическаго эпителія наружной поверхности яичника. Съ новымъ обостреніемъ воспалительнаго процесса въ яичникѣ склейки образуются вновь и снова продѣлываютъ весь

циклъ описанныхъ превращеній до небольшихъ сосочковыхъ образованій на поверхности яичника. При чистыхъ асептическихъ, незаразныхъ періоофоритахъ измѣненія въ брюшинѣ этимъ обыкновенно и ограничиваются.

Совершенно другую картину представляютъ измѣненія при бактерійныхъ формахъ періоофорита, сопряженныхъ съ образованіемъ абсцесса въ яичникѣ, какъ мы это наблюдаемъ при нѣкоторыхъ септическихъ формахъ послѣродоваго періода. Сращенія, обусловливаемые реактивнымъ воспаленіемъ прилежащихъ частей брюшины, представляются въ такихъ случаяхъ уже гораздо болѣе обширными, плотными и стойкими, чѣмъ при асептическихъ мѣстныхъ перитонитахъ. Яичникъ представляется какъ-бы завернутымъ въ цѣлую систему плотныхъ, неподатливыхъ ложныхъ перепонокъ, между пластинками и слоями которыхъ могутъ встрѣчаться еще отдѣльныя скопленія гноя или кровоизліянія. Развитие такихъ ложныхъ перепонокъ бываетъ иногда настолько значительно, что яичникъ не можетъ быть найденъ и удаленъ *sub laparotomia*, чему примѣры въ литературѣ далеко нерѣдки.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда источниками заразы при боковомъ периметритѣ служатъ въ одно и то-же время и яичникъ, и труба, развитие ложныхъ перепонокъ бываетъ настолько обильно, оба органа до такой степени плотно соединены между собою и окутаны ложными перепонками, что получается одна сплошная масса въ видѣ опухоли, отношеніе частей въ которой даже на вскрытіи удается выяснитъ только съ большимъ трудомъ, послѣ долгаго препарованія. — Такія опухолевидныя образованія, содержація въ себѣ нерѣдко то растянутую трубу (*pyosalpinx*), то болѣе или менѣе значительной величины кисту яичника или *parovarĭi*, извѣстны въ настоящее время у постели больной подъ собирательнымъ именемъ «*tumor tubo-ovarialis*». Къ категоріи этихъ-же опухолевидныхъ образованій слѣдуетъ отнести и такъ называемыя трубно-яичниковыя кисты, имѣющія источникомъ своего образованія тѣ-же воспалительные процессы.

Изъ всего мною сказаннаго явствуетъ такимъ образомъ, что за исключеніемъ наиболѣ легкихъ формъ, не представляющихъ выдающагося клиническаго интереса, въ этиологіи *perimetritidis lateralis* главную дѣйствующую роль играютъ проникающіе извнѣ микроорганизмы, изъ которыхъ наиболѣ извѣстны въ этомъ отношеніи пока только четыре вида: *staphylococcus aureus*, *gonococcus*, бугорковая бацилла и лучистый грибокъ (*actinomycosis*); послѣдніе два вида, какъ болѣ рѣдкіе и имѣющіе свои, имъ только свойственныя особенности, нами сегодня разсматриваться не будутъ.

Клиническая картина болѣзни, вызываемая хроническимъ периметритомъ, вообще, настолько извѣстна каждому врачу-гинекологу, что приводить её передъ Вами, Милостивые Государи, я считаю вполне излишнимъ.

Изъ результатовъ объективнаго изслѣдованія при боковомъ периметритѣ я укажу только на присутствіе опухолевиднаго образованія съ той или другой стороны матки. Какъ мы уже видѣли, эта опухоль формируется въ указанной области сразу, съ самаго начала развитія процесса, и для возникновенія ея вовсе не необходимо присутствіе ложныхъ перепонокъ болѣ стараго происхожденія, между которыми, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, развиваются скопленія экссудативныхъ массъ, и которыя, яко-бы, и препятствуютъ распространенію выпота въ самую низкую часть мѣшка брюшины, въ *excavatio rectouterina*.

Смотря по интензивности процесса и количеству воспалительнаго экссудата, спаивающаго между собою широкую связку, трубу, яичникъ и кишечныя петли, мы будемъ имѣть опухолеподобное образованіе сбоку матки, не позволяющее при изслѣдованіи прощупать окруженные выпотомъ яичникъ или трубу, даже если-бы эти органы сами представляли развитіе кистъ. Только со временемъ, при соответствующемъ лѣченіи, послѣ того какъ произойдетъ до извѣстной степени всасываніе экссудата, контуры придатковъ матки дѣлаются болѣ ясными, и мы можемъ уже съ достаточною точностью высказаться относительно

источника этого воспаления; на первое время мы ясно определяем вышеназванный tumor tubo-ovarialis, а затѣмъ при повторныхъ изслѣдованіяхъ и иногда только при примѣненіи хлороформнаго наркоза уже болѣе точно и болѣе детально определяемъ, съ какими измѣненіями трубы или яичника мы имѣемъ дѣло.

Иногда фаллопиева труба поразительно легко и ясно можетъ быть прощупана на всемъ своемъ протяженіи, въ видѣ болѣе или менѣе длиннаго извитаго тяжа, идущаго отъ угла матки кнаружи и книзу, постепенно при этомъ расширяющагося и приобретающаго болѣе мягкую консистенцію. Небольшой величины hydro- или pyosalpinx'ы определяются также безъ особеннаго труда въ видѣ мѣстныхъ расширеній трубы болѣе или менѣе продолговатой формы, съ мѣстными, весьма характерными перетяжками, отличающими ихъ отъ другихъ опухолей данной области. Присутствіе подобныхъ перетяжекъ и зависящая отъ этого грубая бугристость такой ретенціонной кисты фаллопиевой трубы опредѣляется сравнительно не трудно, и каждый разъ, когда мнѣ приходилось въ подобныхъ случаяхъ производить чревосѣченіе, наше распознаваніе hydro- или pyosalpinx'a подтверждалось.

Теченіе болѣзни при боковыхъ периметритахъ представляется не одинаковымъ, смотря по лежащимъ въ основѣ заболѣванія этиологическимъ моментамъ. При незаразныхъ, асептическихъ формахъ, какъ я уже имѣлъ случай упомянуть раньше, теченіе быстро, и весьма скоро наступаетъ, какъ общее правило, болѣе или менѣе полная restitutio ad integrum; при бактерійныхъ же болѣзняхъ всегда принимаетъ длительное, хроническое теченіе, съ весьма характерными для этихъ формъ періодами обостренія, смѣняющимися временными утиханіями воспалительныхъ явленій. Видимыя, доступныя нашему клиническому наблюденію причины обостреній крайне разнообразны: различнаго рода вредныя вліянія, связанныя съ активными гипереміями тазовыхъ внутренностей, даютъ обыкновенно толчекъ къ подобнымъ обостреніямъ. При современномъ положеніи даннаго

вопроса мы должны искать имъ объясненіе въ тѣхъ модификаціяхъ почвы, которыя создаются измѣненными условіями кровообращенія, и которыя такъ благопріятны для дальнѣйшей культуры того или иного микроорганизма.

Стоитъ только вспомнить, съ какою легкостью у женщины, имѣвшей въ свое время триперное зараженіе и затѣмъ не представлявшей, повидимому, и слѣдовъ гонококковъ во влагалищной слизи, эти микроорганизмы снова могутъ быть находимы въ выдѣленіяхъ полового канала послѣ родовъ при относительно нормальномъ даже теченіи послѣродового періода, — чтобы допустить подобную же возможность и для другихъ видовъ микроорганизмовъ при измѣненіи мѣстныхъ условій той почвы, на которой они привились.

Повседневныя наблюденія надъ больными насъ учатъ, что достаточно уже физиологическихъ колебаній въ мѣстныхъ условіяхъ кровообращенія, чтобы появлялись обостренія заболѣванія. Подъ вліяніемъ обычныхъ менструальныхъ приливовъ картина болѣзни при *perimetritis lateralis gonorrhoeica* каждый разъ такъ значительно и такъ періодически правильно обостряется, что въ симптоматологической терминологіи это явленіе уже издавна извѣстно подъ именемъ «*colica scortorum*» (боли публичныхъ женщинъ).

Благодаря такому теченію болѣзни, и предсказаніе наше всегда сдержанно, а иногда даже и неблагопріятно, такъ какъ при извѣстной интензивности зараженія болѣе значительное распространеніе процесса можетъ вызывать заболѣванія, ведущія иногда къ летальному исходу. Самопроизвольное исцѣленіе при бактерійныхъ формахъ или полное излѣченіе ихъ подъ вліяніемъ нашей медикаментозной терапіи относятся къ рѣдкимъ явленіямъ и наблюдаются почти исключительно въ періодѣ угасанія половой жизни женщины и послѣ него.

Больныя, страдающія боковымъ периметритомъ бактерійнаго происхожденія, представляютъ изъ себя мученицъ, переносящихъ свои страданія въ теченіе всего періода расцвѣта половой жизни и только временами пользующихся сравнительно

лучшимъ самочувствіемъ въ тѣ кратковременные промежутки, которые остаются между обостреніями мѣстнаго процесса.

Асептическимъ боковымъ периметритамъ, развивающимся и поддерживаемымъ воспалительными процессами яичника, свойственны гораздо менѣе интензивныя и болѣе кратковременныя обостренія, равно какъ и возможность полной *restitutio ad integrum* при нихъ гораздо болѣе вѣроятна. — Быстрое образованіе ложныхъ перепонокъ и такое-же относительно быстрое исчезновеніе ихъ при асептическихъ воспаленіяхъ брюшины извѣстны уже давно и въ свое время были даже причиною возникновенія особой теоріи, имѣвшей цѣлью объяснить переходъ яйца изъ граафова пузырька въ фаллопиеву трубу: по этой теоріи появленіе указанныхъ ложныхъ перепонокъ разсматривалось, какъ явленіе фізіологическое, долженствовавшее имѣть мѣсто при каждой менструаціи, вѣрнѣе — овуляціи.

Такова, Милостивые Государи, въ общихъ чертахъ патологія разбираемой нами формы заболѣванія. Теперь намъ остается поговорить о терапіи ея.

Однимъ изъ самыхъ блестящихъ успѣховъ, которыхъ достигла гинекологія за послѣднее десятилѣтіе, безспорно представляется лѣченіе интересующаго насъ въ данный моментъ заболѣванія и особенно самыхъ трудныхъ, самыхъ затяжныхъ, бывшихъ почти безнадежными формъ бактерійнаго боковаго периметрита.

Въ профилактикѣ заболѣванія периметритомъ, вообще, большую услугу оказало современное антисептическое веденіе родовъ и послѣродоваго періода. Воспаленія тазовой брюшины, ведущія свое начало послѣ родовъ, стали встрѣчаться рѣже, — то-же самое слѣдуетъ сказать и объ интересующей насъ сегодня разновидности этихъ воспаленій, о *perimetritis lateralis*.

Точное знакомство съ этиологіею заболѣванія и успѣхи внутрибрюшной хирургіи дали намъ методъ радикальнаго — оперативнаго лѣченія хроническихъ воспалительныхъ процессововъ, локализирующихся съ той или другой стороны матки, — методъ, прежде не примѣнявшійся и составляющій достояніе только по-

слѣднаго времени. Принимая за источникъ какъ самаго заболѣванія, такъ и постоянныхъ его обостреній измѣненія фаллопиевой трубы, а для нѣкоторыхъ случаевъ и яичника, мы должны въ настоящее время считать вполне показаннымъ оперативное удаленіе больныхъ органовъ путемъ чревосѣченія. Исходы этой операціи представляются вполне удовлетворительными и процентъ смертности послѣ нея равняется такому при оваріотоміи и даже еще меньше послѣднаго.

Конечно, не каждый случай *perimetritidis lateralis* подлежитъ оперативному лѣченію, и до сихъ поръ мы ограничиваемъ примѣненіе послѣднаго только извѣстною группою случаевъ, представляющихся при иныхъ методахъ лѣченія безнадежными. Произведя чревосѣченія съ означенною цѣлью до сихъ поръ въ 15-ти случаяхъ и не потерявъ на это число ни одной больной, я считаю показаніемъ къ операціи долгія, затяжныя формы боковаго периметрита, источникомъ котораго являются патологически измѣненныя трубы и яичники, причемъ больныя, послѣ настойчиваго и вполне рациональнаго лѣченія, проведеннаго врачами, присылавшими къ намъ такихъ больныхъ, не избавлялись отъ своего страданія, и рецидивы, вѣрнѣе — обостренія болѣзни продолжали появляться такъ-же настойчиво и упорно, какъ и до примѣненія какой-либо терапіи. — Относительно свѣжіе случаи должны быть совершенно исключаемы, такъ какъ только теченіе болѣзни при данной формѣ заболѣванія можетъ служить мѣриломъ интензивности процесса, вѣрнѣе — зараженія, и обуславливать тотъ или иной прогнозъ. Въ подобныхъ случаяхъ мы никогда не можемъ съ достовѣрностью высказаться впередъ, и только болѣе продолжительное наблюденіе больной, или-же точный анамнезъ и результаты наблюденій слѣдившаго за нею товарища могутъ дать намъ вѣскія данныя для прогноза заболѣванія и, слѣдовательно, обусловить положительное показаніе къ оперативному вмѣшательству.

Болѣе простыми относительно установки показаній представляются случаи хорошо опредѣлимаго *pyosalpinx'a*, небольшихъ кистомъ яичника и абсцесса его, такъ какъ эти заболѣ-

ванія, помимо обусловливаемыхъ ими боковыхъ периметритовъ, уже сами по себѣ требуютъ оперативнаго вмѣшательства.

Задачею операціи является, слѣдовательно, удаление источника, постоянно поддерживающаго бактерійный боковой периметритъ, такъ какъ этимъ самымъ мы удаляемъ очагъ заразы и избавляемъ, такимъ образомъ, больную отъ возможности появленія, при благопріятствующихъ этому условіяхъ, новыхъ обостреній процесса.

Непремѣннымъ условіемъ для операціи мы считаемъ, чтобы хроническое воспаленіе находилось въ періодѣ ремиссіи, на сколько возможно внѣ періода ожесточенія процесса, и требуемъ предварительнаго устраненія всѣхъ острыхъ явленій, а если только можно, то и разрыхленія существующихъ сращеній. Это послѣднее достигается весьма удовлетворительно примѣненіемъ мѣстнаго массажа и гимнастики, помощью методически производимыхъ искусственныхъ смѣщеній матки и связаннаго съ этимъ передвиженія ся придатковъ и растяженія существующихъ вокругъ нихъ склеекъ. Относительно сращеній съ петлями кишекъ оказывается весьма полезнымъ — усиливать тѣми или иными средствами перистальтику кишечника и тѣмъ давать возможность названнымъ сращеніямъ также растягиваться и разрыхляться до извѣстной степени. — Всѣ эти манипуляціи, оговорюсь еще разъ, допустимы только при существованіи болѣе старыхъ ложныхъ перепонокъ безъ слѣда свѣжихъ воспалительныхъ явленій.

Какъ я уже сказалъ, операція, устраняющая хроническій боковой периметритъ, должна состоять въ удаленіи его источника — трубъ и яичниковъ: *sublata causa tollitur effectus*. Она сводится, слѣдовательно, на *laparosalpingotomiю* и кастрацію. — Удаленіе оперативнымъ путемъ заболѣвшей фаллопиевой трубы представляется обычно операціею не трудною въ случаяхъ отсутствія плотныхъ и разлитыхъ сращеній. Подобные случаи встрѣтятся намъ, если мы приступаемъ къ операціи не поспѣшно, а выждавъ періода ремиссіи и позаботившись объ устраненіи путемъ массажа существующихъ, быть можетъ, сраще-

ний. Не только при hydrosalpinx'ѣ, но и при pyosalpinx'ѣ этотъ результатъ можетъ быть удовлетворительно достигнуть. Въ одномъ случаѣ такого удаленія лѣвосторонняго pyosalpinx'a величиною въ булакъ взрослога человѣка предварительныя попытки вправлять опухоль и выводить её изъ дугласова пространства обусловили постепенное разъединеніе весьма значительныхъ сращеній; добившись этимъ путемъ подвижности опухоли и удаливъ затѣмъ всю заболѣвшую трубу, мы могли ясно констатировать почти на всей поверхности опухоли многочисленные разорванныя перепончатыя сращенія; нѣкоторыя изъ разорванныхъ ложныхъ перепонокъ имѣли форму маленькихъ полипозныхъ гематомъ, вслѣдствіе довольно объемистыхъ кровоизліяній въ ткань ихъ свободныхъ концовъ.

Конечно, далеко не всегда получается такой благоприятный результатъ, и намъ, volens-nolens, приходится часто оперировать при наличности сращеній, которыя, какъ мы уже видѣли, особенно при pyosalpinx'ѣ бываютъ иногда настолько сплошными, разлитыми и плотными, что отдѣленіе ихъ отъ кишечныхъ петель безъ нарушенія цѣлости стѣнокъ послѣднихъ представляется дѣломъ невозможнымъ. Припомнивъ, кромѣ того, еще случаи вскрытія гнойнаго мѣшка трубы въ просвѣтъ одной изъ прилежащихъ кишечныхъ петель, намъ становится понятнымъ, почему такіе искусныя и смѣлыя операторы, каковымъ былъ напр. покойный С. Schröder, считаютъ операцію иногда невыполнимою, — и она дѣйствительно бываетъ невыполнима, что касается удаленія всей заболѣвшей трубы: приходится удалять по частямъ, оставляя части сращенныхъ стѣнокъ ея въ полости брюшины и дренируя эту послѣднюю, какъ въ подобныхъ случаяхъ поступаетъ А. Martin.

Лично я вынесъ нѣсколько иное убѣжденіе, чѣмъ А. Martin, и предпочитаю, въ случаѣ неподдающихся легко разъединенію sub operatione сращеній, оставлять расширенную фаллопиеву трубу, будетъ-ли то hydro- или pyosalpinx, на мѣстѣ, вскрывать ея полость и, вшивая края получаемого въ ней отверстія въ нижній уголъ брюшной раны, вставлять дренажъ

и обуславливать такимъ образомъ впоследствии запусътіе просвѣта трубы. — Мнѣ пришлось до сего времени оперировать подобнымъ способомъ въ пяти случаяхъ, два раза — при hydrosalpinx, два раза — при pyosalpinx и одинъ разъ — при haematosalpinx; во всѣхъ случаяхъ результатъ получался прекрасный, больныя выздоравливали, дренированная труба превращалась въ солидный пучекъ ткани, и явленія perimetritidis исчезали. Одну изъ этихъ больныхъ съ обоюдостороннимъ pyosalpinx'омъ я имѣлъ случай изслѣдовать черезъ 2¹/₂ года послѣ операциі: больная представляла цвѣтущій видъ, болѣе внизу живота не было даже во время менструаціи, и въ сводахъ влагалища не прощупывалось никакихъ опухолей-подобныхъ образований.

Съ цѣлью избѣжать сравнительно довольно долгаго періода заращенія дренированной полости трубы и желая, вообще, воспользоваться всѣми выгодами внутрибрюшиннаго метода лѣченія, я испробовалъ въ четырехъ, почти подрядъ встрѣтившихся случаяхъ hydrosalpinx'a, методъ salpingotomiae partialis intraperitonealis, причѣмъ я поступалъ, какъ при одностороннихъ внутрисвязочныхъ серозныхъ кистахъ, т. е., вскрывалъ опухоль, вырѣзалъ доступную часть ея стѣнки, останавливалъ кровотеченіе наложеніемъ швовъ и вскрытую такимъ образомъ полость оставлялъ свободно въ полости брюшины; всѣ четыре случая не дали желаемого результата, — быстро наступало заращеніе искусственно произведеннаго отверстія, и труба растягивалась вновь, такъ что въ настоящее время я совершенно отказался отъ этого метода и въ случаяхъ, гдѣ невозможно легко и безвредно удалить всего мѣшка hydrosalpinx'a, дренирую его экстраперитонеально.

Для производства подобнаго рода дренированія чревосѣченіе необходимо: предлагаемые методы вскрывать растянутыя трубы внѣбрюшинно, обусловивъ предварительное плотное приращеніе ихъ къ брюшной стѣнкѣ, или проколы троакаромъ слѣдуетъ считать приемами, болѣе рискованными, такъ какъ при существованіи старыхъ сращеній пораненіе кишки при нихъ представляется дѣломъ далеко не невозможнымъ.

При экстраперитонеальномъ дренированіи hydrosalpinx'a путемъ чревосъченія результаты получаются весьма удовлетворительные, и полное запусѣніе мѣшка трубы нерѣдко наступаетъ уже въ концѣ третьей или началѣ четвертой недѣли послѣ операціи.

Удаленіе яичниковъ, какъ источниковъ perimetritidis lateralis—кастрація—принадлежитъ также къ операціямъ, обычно не представляющимъ большихъ затрудненій: ложныя перепонки между наружною поверхностью яичника и окружающими частями обыкновенно весьма рыхлы, легко разрываются пальцемъ и мало кровоточатъ.—Въ болѣе трудныхъ случаяхъ бактерійнаго періоофорита, при существованіи нагноенія въ ткани яичника, ложныя перепонки настолько плотны и обильны, что совершенно обволакиваютъ яичникъ, дѣлая иногда совершенно невозможнымъ даже опредѣленіе мѣста его нахождения; приходится удалять по-частямъ и оставаться въ неизвѣстности, удалено-ли все, подлежащее удаленію. Кромѣ того, оставляя въ полости брюшины частицы яичника, представляющія на поверхности разрѣза ткань, иногда инфильтрованную гноемъ, мы рискуемъ получить крайне ссрѣзное теченіе послѣоперационнаго періода, причемъ возможность развитія общаго бактерійнаго перитонита представляется далеко не устраненною.

Въ подобныхъ случаяхъ быть можетъ заслуживаетъ вниманія практикуемый Bardenheuer'омъ методъ почти внѣбрюшиннаго удаленія заболѣвшаго яичника. Онъ производитъ разрѣзъ брюшной стѣнки параллельно lg. Poupartii, отдѣляетъ брюшину отъ мочеваго пузыря, проходитъ этимъ путемъ къ корню широкой связки, расщепляетъ обѣ ея пластинки и доходитъ такимъ образомъ до яичника; продолжая тупую сепаровку дальше, Bardenheuer'у удается сдѣлать яичникъ болѣе свободнымъ, и затѣмъ, небольшимъ разрѣзомъ вскрывъ заднюю пластинку широкой связки, онъ извлекаетъ и удаляетъ больной органъ. Помимо того, что этотъ внѣбрюшинный методъ даетъ возможность болѣе легкаго нахождения яичника, онъ предотвращаетъ возможность излитія гноя изъ абсцесса этого послѣдняго въ по-

лость брюшины. Bardenheuer'у удалось уже примѣнить этотъ способъ въ нѣсколькихъ случаяхъ съ полнымъ успѣхомъ. —

Изложивъ передъ Вами, почтенные товарищи, одинъ изъ вопросовъ современной гинекологіи, на основаніи какъ литературныхъ данныхъ, такъ и своей личной опытности, я прошу отнестись къ моей вступительной рѣчи снисходительно, такъ какъ сама форма изложенія для насъ такъ нова, что мнѣ, если не ошибаюсь, первому пришлось, въ качествѣ Предсѣдателя научнаго медицинскаго Общества, говорить вступительную рѣчь, посвященную одному изъ вопросовъ его специальности.

VIII.

О БЕРЕМЕННОСТИ ВЪ ЗАЧАТОЧНОМЪ РОГѢ МАТКИ ¹⁾.

Д-ра Г. И. Гиммельфарба.

(Изъ Одесской городской Больницы).

Врожденные аномаліи развитія женской половой сферы, главнымъ образомъ матки, могутъ при нѣкоторыхъ условіяхъ приобрести выдающійся клиническій интересъ по тѣмъ осложненіямъ, которыя могутъ имѣть мѣсто въ аномально развитомъ половомъ аппаратѣ. Сюда, между прочихъ, относятся случаи недостаточнаго развитія одного изъ роговъ двурогой матки, если въ зачаточномъ рогѣ произойдетъ беременность.

Женскіе половые органы, начиная отъ входа во влагалище до брюшнаго отверстія трубъ, развиваются, какъ извѣстно, изъ миллеровскихъ ходовъ, двухъ расположенныхъ рядомъ и раздѣленныхъ между собою сначала сплошныхъ, потомъ полныхъ шнурковъ. Миллеровскіе ходы, начиная съ VIII недѣли зародышевой жизни, срастаются между собою въ нижнихъ и среднихъ отдѣлахъ, образуя влагалище и матку; верхніе отдѣлы, изъ ко-

¹⁾ Читано съ демонстраціей препарата въ засѣданіи Общества одесскихъ врачей, 7-го ноября 1887 года.

торыхъ образуются трубы, остаются отдѣленными, расходящимися. Если такое спаяніе миллеровскихъ ходовъ произойдетъ только частично, если притомъ ходъ на одной сторонѣ не вполне разовьется, между тѣмъ какъ на другой развитіе произойдетъ нормально, то получится *однорогая матка съ зачаткомъ другого рога* (*uterus unicornis cum rudimento cornu alterius*), или вѣрнѣе — *двурогая одношейная матка съ однимъ зачаточнымъ рогомъ* (*uterus bicornis unicollis uno latere rudimentarius*). Степень развитія зачаточнаго рога и связь его съ развитымъ рогомъ могутъ быть весьма разнообразны. Зачаточный рогъ является то въ видѣ связкообразнаго *сплошнаго* мышечнаго шнура, то въ видѣ меньшаго *полостнаго* придатка, выстланнаго слизистой оболочкой, то, наконецъ, въ видѣ болѣе или менѣе развитаго рога. Соединительный тяжъ между развитымъ и зачаточнымъ рогами также является разнообразнымъ и притомъ вполне независимо отъ степени развитія зачаточнаго рога: соединительный тяжъ является то сплошнымъ, то отдѣльными только мѣстами канализованнымъ, то, наконецъ, полымъ на всемъ протяженіи, такъ что полости обоихъ роговъ то лишены всякаго сообщенія, то свободно сообщаются между собою. Замѣтимъ еще, что зачаточный рогъ подобно развитому имѣетъ свои фаллопиеву трубу и яичникъ. — Въ зачаточно-развитомъ полымъ рогѣ можетъ произойти беременность и подвергнуться, какъ мы это ниже увидимъ, разнообразнымъ исходамъ.

Случаи беременности въ зачаточномъ рогѣ матки принадлежатъ къ крайне рѣдко встрѣчающимся аномаліямъ. Первый случай такого рода *распозналъ Rokitansky*¹⁾ въ 1842 г.; случай этотъ былъ прежде принятъ за трубную беременность и Rokitansky опредѣлилъ его и описалъ какъ беременность въ зачаточномъ рогѣ матки. Въ 1854 г. *Scanzoni*²⁾ описалъ второй подобный препаратъ; и этотъ случай былъ также вначалѣ принятъ за трубную беременность и только Virchow распозналъ

¹⁾ Rokitansky, Handb. der pathol. Anatomie. Wien 1842. Bd. III p. 519.

²⁾ Scanzoni, Beitr. zur Geburtsk. und Gynäkol. Bd. I Hft. 1. 1854.

истинную натуру аномалии. Однако *Kussmaul*, тщательно пересмотрѣвъ литературу трубной беременности и беременности въ двойной маткѣ, затѣмъ лично переизслѣдовавъ 2 сохранившіеся въ музеяхъ препарата, доказалъ, что нѣкоторые случаи, описанные подъ именемъ трубной беременности, суть въ дѣйствительности случаи беременности въ зачаточномъ рогѣ матки. Въ своемъ классическомъ сочиненіи³⁾, вышедшемъ въ 1859 г., онъ кромѣ упомянутыхъ уже случаевъ *Rokitansk'ago* и *Scanzoni* собралъ изъ прежней литературы еще 10 случаевъ, ошибочно описанныхъ какъ трубная беременность (*Dionis* 1681 г., *Pfeffinger-Fritze* 1779 г., *Canestrini* 1788 г., *Czihak* 1824 г., *Ioerg-Grüntz* 1831 г., *Ramsbotham* 1832 г., *Drejer* 1834 г., *Ingleby* 1834 г., *Heyfelder* 1836 г. и *Behse* 1852 г.). Къ этимъ 12 случаямъ *Fürst*⁴⁾ въ 1867 г. прибавилъ еще собранные имъ въ литературѣ 7 новыхъ случаевъ (*Stoltz*⁵⁾ 1860 г., *Virchow*⁶⁾ 1860 г., *Rosenburger*⁷⁾ 1862 г., *Luschka*⁸⁾ 1863 г., *Day*⁹⁾ 1866 г. и *Turner*¹⁰⁾ (2 случая) 1866 г.). *Iaensch*¹¹⁾ описалъ въ 1873 г. еще одинъ случай и сопоставилъ въ небольшой таблицѣ всѣ опубликованные до того времени 20 случаевъ *Sänger* собралъ въ 1883 г. всѣ описанные въ литературѣ случаи и насчиталъ ихъ 27; кромѣ упомянутыхъ уже 20 случаевъ еще слѣдующіе: *Koerberle*¹²⁾ 1866 г., *Chiari*¹³⁾ 1876 г.,

³⁾ *A. Kussmaul*, Von dem Mangel, d. Verkümmerng und Verdopplung der Gebärmutter. Würzburg. 1859. pp. 124 — 163.

⁴⁾ *Fürst*, Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. XXX. Hft. 2, 3.

⁵⁾ *Stoltz*, Gaz. médic. de Strassbourg. 1860. № 3 p. 37. — Monatsschr. f. Geburtsk. 1867. Bd. XXX. p. 171.

⁶⁾ *Virchow*, Monts. f. Geburtsk. 1860. Bd. XV. p. 176.

⁷⁾ *Rosenburger*, Mon. f. Geburtsk. 1862. Bd. XIX p. 189.

⁸⁾ *Luschka*, Mon. f. Geburtsk. 1863. Bd. XXII. p. 31.

⁹⁾ *Day*, Edinb. med. journ. May 1866. p. 931. — M. f. Geburtsk. 1867. Bd. XXX.

¹⁰⁾ *W. Turner*, Edinb. med. journ. XI. May. 1866. p. 971. Schmidt's. Jahrb. Bd. 175. p. 53.

¹¹⁾ *R. Iaensch*, Virchow's Arch. 1873. Bd. LVIII. Hft. 2 p. 185.

¹²⁾ *Koerberle*, Gaz. médic. de Strassbourg. 1866. p. 157. — *Galle*. Dis. inaug. Breslau. 1885. p. 11.

¹³⁾ *H. Chiari*, Wiener mediz. Wochenschr. XXVI. 1876. № 24.

*Ruge*¹⁴⁾ 1877 г., *Salin*¹⁵⁾ 1881 г., *Litzmann-Werth*¹⁶⁾ 1881 г., *Maschka*¹⁷⁾ 1882 г. и *Sänger*¹⁸⁾. Начиная съ 1883 г. по настоящее время мнѣ удалось найти въ литературѣ еще 6 случаевъ (*Kaltenbach*¹⁹⁾ 1883 г., *Ienny*²⁰⁾ 1883 г., *Macdonald*²¹⁾ 1885 г., *Wiener*²²⁾ 1885 г., *Galle*²³⁾ 1885 г. и *Bandl*²⁴⁾ 1886 г.).

Такимъ образомъ за 2 слишкомъ столѣтія, начиная съ 1681 г.²⁵⁾, накопилось въ литературѣ всего 33 случая беременности въ зачаточномъ рогѣ матки. Крайняя рѣдкость этой аномалии беременности съ одной стороны, а съ другой интересъ, сопряженный съ разрѣшеніемъ нѣкоторыхъ побочныхъ вопросовъ, затрогиваемыхъ при изученіи этой аномалии, побуждаютъ меня описать любезно представленный въ мое распоряженіе уважаемымъ прозекторомъ Одесской городской больницы д-мъ *Н. А. Строгоновымъ* препаратъ беременности въ зачаточномъ рогѣ матки тѣмъ болѣе, что это, насколько мнѣ извѣстно, *первый* публикуемый въ русской литературѣ случай.

¹⁴⁾ *C. Ruge*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. 1877.

¹⁵⁾ *M. Salin*, Hygiea. 1881. № 3.—Centrbl. f. Gynäk. 1881. p. 221.

¹⁶⁾ *Werth*, Arch. f. Gynäkol. Bd. XVII. 1881. p. 282.

¹⁷⁾ *I. Maschka*, Prag. Med. Wochenschr. 1882. VII. 49.

¹⁸⁾ *Sänger*, Centrbl. f. Gynäkt 1883. № 20. p. 324.—Arch. f. Gynäkol. Bd. XXIV. 1884. p. 392.

¹⁹⁾ *Kaltenbach*, Gynäkol. Sect. d. Naturforschervers. in Freiburg.—Centrbl. f. Gynäkol. 1883. № 44. p. 707.

²⁰⁾ *H. Meyer*, Ueber Verdoppel. d. Gebärmutter etc.—Inaug. Dissert. Zürich. 1883.—Centrbl. f. Gynäk. 1883. № 34. p. 543.—1886. № 38. p. 629.

²¹⁾ *A. Macdonald*, Edinb. med. Journ. April. 1885.—Centrbl. f. Gynäk. 1886. № 21. p. 334.

²²⁾ *M. Wiener*, Arch. f. Gynäk. Bd. XXVI. 1885. p. 234.

²³⁾ *G. Galle*, Ueber Nebenhornschwangerschaft. Inaug. Dissert. Breslau 1885.

²⁴⁾ *L. Bandl*, Die Krankh. d. Tuben. d. Ligam. etc. Stuttgart. 1886. p. 53.

²⁵⁾ *Baart de la Faille* (Verhandl. over gravid. tubo-uterinae. Groningen. 1867—Schmidt's Jahrb. 1868. Bd. 138. p. 191—197) утверждаетъ, что описанный и срисованный *Mauriceau* въ 1669 г. случай gravid. tubo-uterinae есть ничто иное, какъ беременность въ зачаточномъ рогѣ матки. *Kusstaal*, однако, заявляетъ, что ни изъ описанія, ни изъ рисунка *Mauriceau* нельзя рѣшить съ положительностью, былъ ли это случай беременности въ зачаточномъ рогѣ, или graviditas interstitialis herniosa.

Препаратъ полученъ при вскрытіи 26-лѣтней женщины, рожавшей нормально 2 раза и умершей при явленіяхъ внутренняго кровотеченія. При вскрытіи были найдены явленія остраго малокровія всѣхъ внутреннихъ органовъ и громадное кровоизліяніе въ брюшную полость.

Въ общемъ препаратъ состоитъ изъ влагалища и цилиндрической согнутой вправо матки, отъ верхушки которой отходятъ придатки правой стороны (труба, круглая связка и *ligam. ovarii* съ яичникомъ); отъ нижняго отдѣла матки, съ лѣвой стороны, отходитъ широкій, плоскій тяжъ, лѣвый свободный конецъ котораго, имѣющій свои нормальные придатки (трубу, круглую связку и яичникъ), превращенъ въ большой плодный мѣшокъ, состоящій изъ мясистаго чашкообразнаго основанія, на которомъ сидитъ грибообразно *placenta* съ плодными оболочками; черезъ разорванныя плодные оболочки выдается пуповина, на которой виситъ 6-мѣсячный плодъ.

Подробное изслѣдованіе, необходимое для точнаго уясненія препарата, показываетъ слѣдующее. Правая однорогая матка, помѣщавшаяся въ правой половинѣ таза, значительно увеличена въ объемѣ: она имѣетъ въ длину 10,2 сант., изъ коихъ на тѣло приходится 6,5, а на шейку 3,7 сант. Маточное тѣло согнуто подъ тупымъ, открытымъ вправо угломъ, начинающимся тотчасъ надъ шейкой; оно заканчивается слегка заостренной верхушкой, отъ которой отходятъ придатки правой стороны. Шейка переходитъ въ совершенно правильную по положенію и формѣ влагалищную порцію съ наружнымъ зѣвомъ поперечной формы.

Отъ обращенной вправо верхушки рога отходитъ правая фаллопиева труба, длиною въ 9 сантим., имѣющая два *ostia abdominalia*. Сверхсчетное брюшное отверстіе трубы лежитъ подъ нормальнымъ, отдѣлено отъ него промежуткомъ въ 1 сантим., нѣсколько меньше его и снабжено болѣе скудными и менѣ развитыми фимбріями; зондъ, введенный въ одно отверстіе, легко выводится черезъ другое. Соответственный, т. е., *правый яичникъ*, отношенія котораго къ сосѣднимъ частямъ вполнѣ нормальны, *увеличенъ въ объемъ и въ его медіальномъ концѣ находится corpus luteum verum* со всѣми особенностями, свойственными настоящему желтому тѣлу. — Внутри отъ начала фаллопиевой трубы отходитъ отъ верхушки рога правая круглая связка.

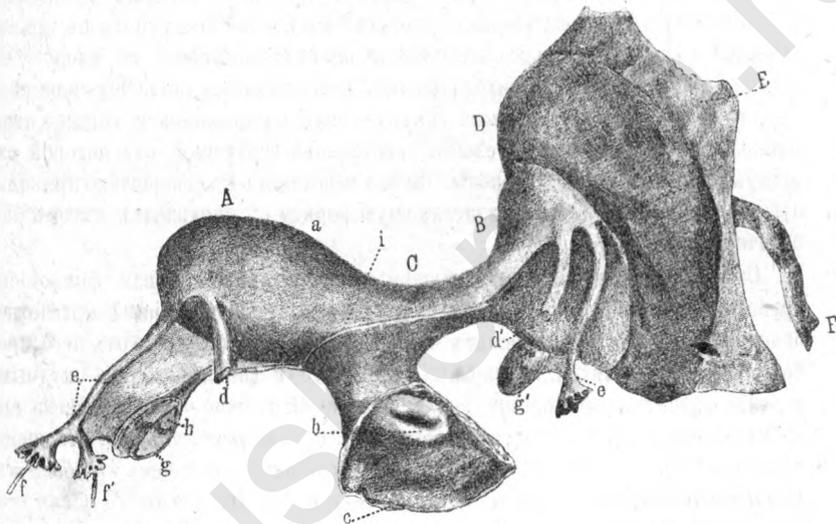
Толщина стѣнокъ праваго рога колеблется отъ 0.8 сантим. у верхушки до 2 сантим. въ серединѣ тѣла. Полость маточнаго тѣла выстлана толстой мембраною *decidua*, которая легко сдирается отдѣльными лоскутами и довольно рѣзко оканчивается въ области внутренняго зѣва. Микроскопическое изслѣдованіе этой оболочки показало обычное, характеристичное для мембраны *decidua* строеніе. — Слизистая оболочка полости шейки снабжена слегка сглаженными *plicis palmatis*.

Въ верхушкѣ маточнаго тѣла находится *ostium tubarium uterinum dextrum*, черезъ которое можно ввести тонкій зондъ въ правую трубу и вполнѣ констатировать ея проходимость. Какихъ либо слѣдовъ соответствующаго отверстія лѣвой трубы нельзя открыть.

Отъ лѣвой, внутренней выпуклой стороны правой однорогой матки, не-

много выше внутренняго зѣва, отходить плоскій, мясистый тяжъ, наружный свободный конецъ котораго превратился въ большой плодный мѣшокъ. Верхний край этого тяжа отстоитъ на 8,5 сантим., а нижняя граница его на 12 сантим. отъ мѣста начала правой фаллопѣевой трубы у верхушки праваго рога. Длина тяжа 5.5 сантим., размѣръ сверху внизъ около 3 сантим. и толщина его не болѣе 4 миллиметровъ.

Тонкіе разрѣзы этого мышечнаго тяжа, при изслѣдованіи лупой, и также подъ микроскопомъ, оказались состоящими только изъ мышечныхъ пучковъ и кровеносныхъ сосудовъ, безъ малѣйшихъ слѣдовъ какого-либо преформированнаго канала. Такимъ образомъ, соединительный тяжъ представлялся сплошнымъ мышечнымъ пучкомъ безъ сообщенія какъ съ полостью правой однорогой матки, такъ и съ полостью плоднаго мѣшка.



Объясненіе рисунка.

A. Правый нормально развитый рогъ матки. *a.* тѣло матки, *b.* влагалищная порція и наружный зѣвъ, *c.* влагалище, *d.* правая круглая маточная связка, *e.* правая фаллоп. труба, *f.* нормальное брюшное отверстие трубы, *f'.* добавочное отверстие трубы, *g.* правый яичникъ, *h.* corpus luteum verum, *i.* контуръ отсепарованной брюшины.

B. Лѣвый зачаточный рогъ матки, въ которомъ развилась беременность, *d'.* лѣвая круглая связка, *e'.* лѣвая фаллоп. труба, *g'.* лѣвый яичникъ.

C. Мышечный соединительный тяжъ между рогами, **D.** Плацента. **E.** Контуръ плоднаго мѣшка съ мѣстомъ разрыва, **F.** Пуповина.

Брюшина задней поверхности праваго рога матки и соединительнаго тяжа переходит на переднюю стѣнку прямой кишки, образуя excavationem uterogectalem. Только правая дугласова связка нормально выражена, лѣвая же, соответственно боковому наружному концу тяжа, уплощена до полнаго почти исчезанія. Дугласово пространство представляетъ неравномѣрную глубину; оно довольно глубоко въ томъ отдѣлѣ, который соответствуетъ правой однорогой маткѣ и весьма поверхностно въ отдѣлѣ, соответствующемъ тяжу. — Брюшина передней поверхности правой матки и соединительнаго тяжа переходит на заднюю стѣнку мочеваго пузыря, образуя excavationem vesico-uterinam.

Лѣвый свободный конецъ соединительнаго тяжа оканчивается толстымъ мышечнымъ тѣломъ чашкообразной формы, отъ котораго начинается плодный мѣшокъ, величиною въ голову взрослого человѣка. Наружная поверхность мѣшка, совершенно гладкая, безъ малѣйшихъ слѣдовъ сращеній, покрыта серознымъ покровомъ, непосредственнымъ продолженіемъ брюшины, покрывающей соединительный тяжъ. Подъ серознымъ покровомъ находится другой весьма тонкій слой, состоящій, какъ показало микроскопическое изслѣдованіе, изъ большихъ мышечныхъ клѣтокъ. Основаніемъ плоднаго мѣшка служить, какъ было уже упомянуто, толстый мышечный чашкообразной формы конецъ соединительнаго тяжа. Это мышечное основаніе имѣетъ въ окружности 17 сантим., а въ толщину около 3,5 сантим.; оно губчататаго строенія и снабжено большимъ количествомъ сосудистыхъ просвѣтовъ. На немъ сидитъ въ видѣ гриба placenta, діаметръ которой имѣетъ 16 сантим., такъ что свободный край плаценты значительно выдается надъ мышечнымъ основаніемъ и прикрѣпляется къ болѣе утонченнымъ стѣнкамъ мѣшка. Полость послѣдняго выстлана отходящими отъ края плаценты плодными оболочками; толщина стѣнокъ его не болѣе 1,5—2 миллімет. Мѣшокъ представляетъ большой неправильной формы разрывъ, черезъ который выступаетъ прикрѣпленная къ центральной части послѣда пуповина съ висящимъ на ней плодомъ мужскаго пола, длиною въ 32 сантимет. и соответствующимъ VI мѣсяцу развитія. Плодъ свободно лежалъ въ брюшной полости, окруженный кровяными сгустками.

Къ нижней поверхности плоднаго мѣшка, а именно къ толстому мышечному основанію его прикрѣпляются кпереди и болѣе кнутри лѣвая круглая связка, книзу и болѣе кнаружи лѣвая фаллопиева труба и кзади книзу короткое плотное ligam. ovarii съ лѣвымъ яичникомъ.

Лѣвая круглая связка отстоитъ на 9 сантим. отъ мѣста начала соединительнаго тяжа и на 3,5 сантим. отъ нижняго края его. Она представляетъ одинаковую толщину съ правой связкой и мышечныя волокна ея составляютъ пріямое продолженіе утолщенной части плоднаго мѣшка.

Лѣвая фаллопиева труба начинается на 1,5 сантим. кнаружи и нѣсколько ниже круглой связки, имѣетъ въ длину 9. сантим. Зондъ, введенный черезъ ostium abominale, свободно проходитъ черезъ полость трубы до утолщенной мышечной части плоднаго мѣшка, къ которой прикрѣпленъ послѣдъ.

Лѣвый яичникъ нормальной величины, безъ всякихъ слѣдовъ истиннаго желтаго тѣла, находится въ совершенно нормальныхъ отношеніяхъ къ круглой связкѣ и трубѣ.

Описанныя сейчасъ особенности нашего препарата указываютъ съ несомнѣнной положительностью, что мы имѣемъ дѣло съ беременностью въ зачаточномъ рогѣ матки. Анатомическія доказательства, какъ онѣ вытекаютъ изъ вышеизложеннаго описанія, суть слѣдующія:

1) Правая матка есть настоящій *uterus unicornis* со всѣми свойственными ему особенностями, описанными *Kussmaul'емъ* въ его классическомъ сочиненіи (op. cit. pp. 108—111): «она представляетъ вытянутое въ длину цилиндрическое тѣло, помѣщается въ тазовой полости въ косомъ направленіи и обращена своей верхушкой къ соотвѣтственной (въ нашемъ случаѣ—правой) сторонѣ; она имѣетъ *вогнутую* сторону и *выпуклую*, соотвѣтствующую недостающему или зачаточному рогу; отъ верхушки отходить *одна* труба, *одна* круглая связка и *одно* *ligam. ovariі* съ *однимъ* яичникомъ».

2) Отъ лѣвой выпуклой стороны правой матки отходить *не на уровень прикрѣпленія правой трубы, но тотчасъ надъ внутреннимъ звеномъ шейки* сплошной мышечный соединительный тяжъ, не имѣющій просвѣта и не сообщающійся съ полостью матки. Свободный лѣвый конецъ этого тяжа оканчивается полымъ мышечнымъ тѣломъ, толстымъ у основанія и очень тонкимъ въ прочихъ отдѣлахъ, въ которомъ развилась беременность.

3) Что это мышечное полое тѣло, связанное соединительнымъ тяжемъ съ правой маткой, есть зачаточный рогъ — явствуетъ изъ слѣдующаго:

а) Оно покрыто брюшиной, по своему строенію состоитъ изъ мышечныхъ элементовъ и въ мѣстѣ прикрѣпленія плаценты обнаруживаетъ характерное для беременной матки строеніе.

б) Отъ него отходятъ лѣвая труба, круглая связка и *ligam. ovariі* съ яичникомъ во взаимныхъ нормальныхъ между собою отношеніяхъ.

с) Лѣвая труба проходима и имѣеть *одинаковую* длину съ правой; мѣсто ея отхожденія недалеко отъ мѣста разрыва, что вполне соотвѣтствуетъ указаніямъ *Kussmaul'*я (op. cit. p. 166): «мѣсто разрыва беременнаго зачаточнаго рога находилось во всѣхъ случаяхъ вблизи и надъ мѣстомъ отхожденія трубы, слѣдовательно, соотвѣтственно верхушкѣ рога, т. е., тому мѣсту, гдѣ стѣнки небеременной однорогой матки тоньше всего».

4) Соотвѣтственно хорошо развитой правой маткѣ правая дугласова складка *нормально* выражена, между тѣмъ какъ лѣвая почти совершенно отсутствуетъ.

Всѣ эти анатомическія данныя совершенно исключаютъ всякую мысль о трубной или интерстиціальной беременности, съ которой такъ часто смѣшивалась беременность въ зачаточномъ рогѣ матки, и съ положительностью доказываютъ, что въ нашемъ случаѣ имѣлась беременность въ лѣвомъ зачаточномъ рогѣ матки.

Такимъ образомъ, анатомически нашъ случай опредѣляется по классификаціи *Kussmaul-Fürst'a* какъ *uterus unicornis excavatus dexter cum rudimento cornu sinistri partim excavato gravido*, или, по болѣе вѣрному предложенію *Ruge-Sänger'a*, какъ *uterus bicornis unicollis latere sinistro rudimentarius excavatus gravidus*.

Продолжительность, теченіе и исходы беременности въ зачаточномъ рогѣ матки въ наблюдавшихся до сихъ поръ и описанныхъ случаяхъ оказались весьма разнообразными. Для того, чтобы можно было ихъ разсмотрѣть въ этомъ отношеніи, я взялъ на себя трудъ сопоставить въ нижеслѣдующей таблицѣ всѣ разбросанные въ литературѣ случаи беременности въ зачаточномъ рогѣ двурогой матки.

№ и годъ.	Авторъ.	Продолжительность беременности.	Исходъ.	ПРИМЪЧАНІЯ.
I 1881	<i>Dionis.</i>	6 мѣсяцевъ.	Смерть отъ разрыва плоднаго мѣшка и внутренняго кровотеченія.	Uterus unicornis dexter cum rudimento cornu sinistri gravido. Соединительный тяжъ между рогами безъ канала; полости роговъ не сообщались между собою.
II 1788	<i>Canestrini.</i>	4 мѣсяцъ.	Смерть отъ внутр. кровотечения вслѣдствіе разрыва плода. мѣшка.	Uterus unicornis sinister cum rudimento cornu dextri gravido. Полости обоихъ роговъ сообщались будто бы тонкимъ каналомъ. Corpus luteum verum in ovario dextro.
III 1779	<i>Pfeffinger-Fritze.</i> Препаратъ былъ переизслѣдованъ Коеберлѣ.			Плодь умеръ на V мѣсяцѣ беременности и превратился въ литопедій; плодный мѣшокъ спаялся съ яйцевыми оболочками, значительно уплотнялъ и пропитался мѣстами известью. Спустя болѣе 30 л. содержимое плоднаго мѣшка подверглось гнилоственному разложенію и большая умерла отъ пѣмни. Uterus unicornis dexter et rudimentum cornu sinistri. Соединительный тяжъ между рогами, тщательно изслѣдованный <i>Koeberlé</i> , оказался сплошнымъ, безъ канала.
IV 1824	<i>Tiedemann-Czihak.</i> Препаратъ былъ переизслѣдованъ и снова описанъ <i>Kissmaul'емъ.</i>	6 мѣсяцевъ.	Смерть отъ внутренняго кровотеченія вслѣдствіе разрыва плоднаго мѣшка.	Uterus unicornis sinister cum rudimento cornu dextri gravido. Мѣшечный соединительный тяжъ между рогами силошной, безъ канала. Corpus luteum verum in ovario sinistro.
V 1831	<i>Joerg-Güntz.</i> Препаратъ былъ переизслѣдованъ <i>Credé.</i>	5 мѣсяцевъ.	Смерть отъ внутр. кровотечения вслѣдствіе разрыва беременнаго рога.	Uterus unicornis dexter cum rudimento cornu sinistri gravido. Соединительный тяжъ имѣлъ каналъ, закрытый на обоихъ концахъ. Corpus luteum verum in ovario sinistro.
VI 1832	<i>Ramsbotham.</i>	4 мѣсяца.	Смерть отъ разрыва плоднаго мѣшка и внутренняго кровотеченія.	Uterus unicornis dexter cum rudimento cornu sinistri gravido.
VII 1834	<i>Drejer.</i>	5 мѣсяцевъ.	Смерть отъ разрыва плоднаго мѣшка и внутренняго кровотеченія.	Uterus unicornis sinister cum rudimento cornu dextri gravido. Полости роговъ не сообщались между собою. Corpus luteum verum in ovario sinistro. Transmigratio ovuli extrauterina.
VIII 1834	<i>Ingleby.</i>	4 мѣсяца.	Тоже.	Uterus unicornis dexter cum rudimento cornu sinistri gravido. Соединительный тяжъ между плоднымъ мѣшкомъ и шейкой правой

№ и годъ.	Авторъ.	Продолжительность беременности.	Исходъ.	ПРИМЪЧАНІЯ.
IX 1836	<i>Heyfelder.</i>	3 мѣсяца.	Тоже.	матки сплошной, безъ канала. Corpus luteum verum in ovario sinistro. Transmigratio seminis extrauterina. Uterus unicornis dexter cum rudimento cornu sinistri gravido. Соединительный тяжъ между рогами имѣлъ, по всѣмъ вѣроятіямъ, каналъ. Corpus luteum verum in ovario sinistro.
X 1842	<i>Rokitansky.</i>	3 мѣсяца.	Тоже.	Uterus unicornis sinister cum rudimento cornu dextri gravido. Полости роговъ сообщались между собою посредствомъ канала въ соединительномъ тяжѣ.
XI 1852	<i>Behse.</i>	4 мѣсяца.	Тоже.	Uterus unicornis sinister cum rudimento cornu dextri gravido. Соединительный тяжъ между рогами имѣлъ, повидимому, каналъ. Corpus luteum verum in ovario dextro.
XII 1854	<i>Scanzoni.</i>	4 мѣсяца.	Тоже.	Uterus unicornis dexter cum rudimento cornu sinistri gravido. Соединительный тяжъ имѣлъ каналъ, свободно открывавшійся въ полости обоихъ роговъ. Corpus luteum verum in ovario dextro.
XIII 1860	<i>Virchow.</i>	4 мѣсяца.	Тоже.	Uterus unicornis dexter cum rudimento cornu sinistri partim excavato. Graviditas cornu rudimentarii. Соединительный тяжъ между рогами безъ канала. Corpus luteum verum in ovario sinistro. Transmigratio seminis extrauterina.
XIV 1860	<i>Stoltz.</i>	?	?	Uterus unicornis dexter cum rudimento cornu sinistri gravido.
XV 1862	<i>Rosenburger.</i>	5 мѣсяцевъ.	Смерть отъ разрыва плоднаго мѣшка и внутренняго кровотеченія.	Uterus unicornis sinister cum rudimento cornu dextri gravido. Соединительный тяжъ между рогами безъ канала. Corpus luteum verum in ovario dextro. Transmigratio seminis extrauterina.
XVI 1863	<i>Luschka.</i>	2½ мѣсяца.	Тоже.	Uterus unicornis sinister cum rudimento cornu dextri gravido. Соединительный тяжъ между рогами сплошной, безъ канала. Corpus luteum verum in ovario sinistro. Transmigratio ovuli extrauterina.
XVII 1866	<i>W. Turner.</i>	3 мѣсяца.	Смерть отъ разрыва плоднаго мѣшка и внутренн. кровотеч.	Uterus unicornis dexter cum rudimento cornu sinistri partim excavato gravido. Соединительный мышечный тяжъ между рогами

№ и годъ.	Авторъ.	Продолжительность беременности.	Исходъ.	ПРИМѢЧАНІЯ.
XVIII 1866	W. Turner.			<p>сплошной, безъ канала. Corpus luteum verum in ovario sinistro. Transmigratio seminis extrauterina.</p> <p>У 38-лѣтней женщины, находившейся въ нормальномъ ковиѣ беременности, наступили роды при живомъ ребенкѣ; спустя 3 дня сильныя схватки превратились. Плодъ умеръ и превратился въ литопедій. Женщина умерла спустя 1/2 года отъ чахотки. При аутопсiи плодъ былъ найденъ въ неповрежденномъ зачаточномъ рогѣ. Uterus unicornis dexter cum rudimento cornu sinistre partim excavato gravido. Соединительный тяжъ сплошной, безъ канала. Полости роговъ не сообщались между собой.</p>
XIX 1866 XX 1866	Day. Koeberlé.	?	?	<p>Uterus unicornis dexter cum rudimento cornu sinistri gravido.</p> <p>Спустя 21 мѣсяць послѣ смерти 7-мѣсячнаго плода, развившагося въ зачаточномъ рогѣ матки, произведена была въ июлѣ 1865 г., лапаротомія. Плодный мѣшокъ былъ сильно приращенъ къ передней брюшной стѣнкѣ; плодъ удаленъ былъ эмбриотоміей; мѣшокъ, инкрустированный большей частью известью, былъ выскобленъ. При операціи были найдены слѣды раньше происшедшаго разрыва въ задней стѣнкѣ мѣшка.</p>
XXI 1873	R. Jaensch.	4 мѣсяца	Разрывъ плоднаго мѣшка и смерть отъ внутренняго кровотечения.	<p>Uterus unicornis dexter cum rudimento cornu sinistri gravido. Соединительный тяжъ между рогами съ каналомъ, слѣднымъ на обоихъ концахъ; полости роговъ не сообщаются. Corpus luteum verum in ovario sinistro. Transmigratio seminis extrauterina.</p>
XXII 1876	H. Chiari.	4 мѣсяца.	Разрывъ беременнаго зачаточнаго рога; плодъ вышелъ въ брюшную полость и превратился въ литопедій.	<p>При вскрытіи 60-лѣтней женщины, умершей отъ порока сердца, найденъ былъ uterus unicornis dexter cum rudimento cornu sinistri. На задней поверхности зачаточнаго рога находился звѣздчатый рубецъ. Соединительный тяжъ между рогами сплошной и полости роговъ не сообщались между собой. Въ дуэласовомъ</p>

№ и годъ.	Авторъ.	Продолжительность беременности.	Исходъ.	ПРИМЪЧАНІЯ.
XXIII 1877	<i>C. Ruge.</i>	—	Разрывъ плоднаго мѣшка и смерть отъ внутренняго кровотечения.	пространствѣ находился 4-мѣсячный плодъ, превращенный въ литопедій. Женщина носила этотъ литопедій безъ всякихъ принадлежностей въ 15—20. <i>Uterus unicornis sinister cum rudimento cornu dextri gravido.</i> Полости роговъ не сообщались между собою. <i>Transmigration ovuli extrauterina.</i>
XXIV 1881	<i>M. Salin.</i>			У 22-лѣтней первобеременной роды не наступили въ срокъ; движенія плода прекратились. Въ теченіе слѣдующихъ 6 мѣсяцевъ — маточныя кровотечения, схваткообразныя боли, лихорадка, исхуданіе. Лапаротомія 17 іюня 1880 г. При операціи найденъ <i>uterus unicornis sinister cum rudimento cornu dextri gravido.</i> Беременный зачаточный рогъ входитъ посредствомъ широкой сплошной ножки въ надвлагалищную часть шейки. Беременный рогъ экстирпированъ. Выздоровленіе.
XXV 1881	<i>Litzmann-Werth.</i>			У 39-лѣтней III <i>gravidae</i> , у которой прежніе роды прошли правильно, не наступили роды въ нормальномъ концѣ беременности. Движенія плода прекратились; плодъ умеръ и подвергся гнилостному разложенію. У больной наступили явленія септицеміи; 14 февраля 1881 г. (спустя 5 мѣсяцевъ послѣ нормальнаго конца беременности) произведена <i>per laparotomiam</i> ампутація беременнаго рога съ заключеннымъ въ немъ гнилымъ плодомъ. Смерть отъ перитонита. <i>Uterus unicornis sinister cum rudimento cornu dextri gravido.</i> Полости обоихъ роговъ сообщались между собою узенькимъ каналомъ. <i>Corpus luteum verum in ovario dextro.</i>
XXVI 1882	<i>Maschka.</i>		Разрывъ плоднаго мѣшка и смерть отъ внутренняго кровотечения.	<i>Uterus unicornis dexter cum rudimento cornu sinistri gravido.</i>
XXVII 1883	<i>Sänger.</i>			У 21-лѣтней женщины, рожавшей 2 раза, удаленъ 2 октября 1882 г. <i>per laparotomiam</i> вмѣстѣ съ при-

№ и годъ.	Авторъ.	Продолжительность беременности.	Исходъ.	ПРИМѢЧАНІЯ.
XXVIII 1883	<i>Kaltenbach.</i>	4 мѣсяца.	Смерть отъ разрыва беременнаго рога и внутренняго кровоотеченія.	датками беременный въ VII мѣсяцѣ зачаточный рогъ матки, спустя 9 недѣль послѣ смерти плода. Uterus bicornis duplex latere sinistro rudimentarius excavatus gravidus. Диагнозъ поставленъ до и подтвержденъ во время операціи. Больная выздоровѣла и родила впоследствии 2 раза (graviditas in utero unicorni dextro artificiali). Corpus luteum verum in ovario dextro. Transmigratio ovari extrauterina.
XXIX 1883	<i>Jenny-Meyer.</i>	2 мѣсяца	Смерть отъ внутрен. кровоотеч. вслѣдствіе разрыва плоди. мѣшка.	Uterus unicornis sinister cum rudimento cornu dextri gravidus. Соединительный тяжъ сплошной, полости роговъ безъ сообщенія. Corpus luteum verum in ovario dextro. Transmigratio seminis extrauterina.
XXX 1885	<i>A. Macdonald.</i>			У 23-лѣтней женщины, родившей 1 разъ правильно, наступили въ нормальномъ концѣ II беременности сильныя схватки, длившіяся 3 дня. Спустя годъ, 26 января 1885 г., удалена per laparotomiam опухоль живота, которая оказалась лѣвымъ недоразвитымъ беременнымъ рогомъ матки съ заключеннымъ въ немъ плодомъ въ началѣ мацерации. Больная выздоровѣла. Uterus bicornis uncollis latere sinistro excavatus rudimentarius gravidus. Полости роговъ, вѣроятно, не сообщались между собою.
XXXI 1885	<i>M. Wiener.</i>			У 29-лѣтней женщины, родившей 1 разъ, въ нормальномъ концѣ II беременности роды не наступили; движенія плода прекратились. 2 мѣсяца спустя, 9 декабря 1884 г., удаленъ per laparotomiam вмѣстѣ съ придатками правый зачаточный рогъ матки съ заключеннымъ въ немъ доношеннымъ плодомъ въ началѣ мацерации. Больная выздоровѣла. Uterus bicornis uncollis latere

№ и годъ.	Авторъ.	Продолжительность беременности.	Исходъ.	ПРИМЪЧАНІЯ.
XXXII 1885	<i>G. Galle.</i>			dextro excavatus rudimentarius gravidus. Сообщались ли полости роговъ между собою съ положительностью рѣшить нельзя было. Corpus luteum verum in ovario dextro. У 28-лѣтней II беременной наступили въ нормальномъ концѣ беременности схватки, длившіяся 3 сутокъ. Спустя 16—17 мѣсяцевъ послѣ начала (7—8 мѣсяцевъ послѣ нормального конца) беременности удаленъ per laparotomiam 15 мая 1885 г. вмѣстѣ съ придатками лѣвый зачаточный рогъ матки съ доношеннымъ плодомъ, начавшимъ уже превращаться въ литопедій. Больная выздоровѣла. Uterus bicornis unicolis latere sinistro rudimentarius excavatus gravidus. Соединительный тяжъ между рогами сплошной, безъ канала.
XXXIII 1885	<i>L. Bandl.</i>	3½ мѣсяца.	Смерть отъ внутренняго кровотечения вслѣдствіе разрыва плоднаго мѣшка.	Uterus unicornis sinister cum rudimento cornu dextri gravido. Полости роговъ не сообщались между собою. Отчетливаго истиннаго желтаго тѣла нельзя было найти на разрывахъ яичниковъ. Transmigratio seminis extrauterina.
XXXIV	Нащъ случай.	6 мѣсяцевъ.	Смерть отъ внутренняго кровотечения вслѣдствіе разрыва беременнаго рога.	Uterus bicornis unicolis latere sinistro excavatus rudimentarius gravidus. Соединительный тяжъ безъ каналь; полости роговъ не сообщались между собою. Corpus luteum verum in ovario dextro. Transmigratio ovuli extrauterina.

Относительно *продолжительности* беременности всѣ случаи могутъ быть раздѣлены на 2 группы:

I. Въ абсолютномъ большинствѣ случаевъ (28 изъ 34) беременность не доходитъ до конца, но прерывается большей частью въ первой половинѣ ея (въ 26 случаяхъ изъ 28).

II. Только въ очень небольшомъ числѣ случаевъ (6 изъ 34) беременность достигаетъ нормального конца.

Что касается *теченія и исходовъ* беременности, то всѣ наблюдавшіеся до сихъ поръ случаи могутъ быть подведены подъ 3 группы:

1) Большинство (24 изъ 34) случаевъ окончилось въ теченіи первыхъ 6 мѣсяцевъ беременности такъ называемымъ «внутреннимъ выкидышемъ», т. е., разрывомъ беременнаго рога и смертельнымъ внутреннимъ кровотеченіемъ.

2) Въ 3 случаяхъ произошло образованіе литопедія. Въ случаѣ *Pfeffinger-Fritze* (см. табл. № III) плодъ умеръ на V мѣсяцѣ и, превратившись въ литопедій, оставался слишкомъ 30 л. въ зачаточномъ рогѣ, послѣ чего подвергся гнилостному разложенію и больная погибла отъ септицеміи. Въ случаѣ *Turner'a* (XVIII въ табл.) беременность достигла нормальнаго срока, доношенный плодъ умеръ во время наступившихъ родовыхъ схватокъ и превратился впослѣдствіи въ литопедій. Въ случаѣ *Chiari* (XXII въ табл.) произошелъ на IV мѣсяцѣ беременности разрывъ зачаточнаго рога (единственный случай разрыва, окончившійся выздоровленіемъ), плодъ вышелъ въ брюшную полость, превратился въ литопедій и въ такомъ видѣ оставался лѣтъ 15—20, когда былъ случайно найденъ на вскрытіи.

Въ 7 случаяхъ (см. въ таблицѣ случаи XX, XXIV, XXV, XXVII, XXX, XXXI и XXXII) была произведена послѣ смерти плода лапаротомія (*sectio caesarea*) и въ 6 изъ нихъ экстирпация беременнаго рога (*semiamputatio uteri gravidi*). Въ 5 случаяхъ операція произведена послѣ нормальнаго конца беременности, въ 2-хъ послѣ смерти плода на VII мѣсяцѣ беременности. Въ 6 случаяхъ (*Koerberlé, Salin, Sanger, Wiener, Macdonald, Fritsch-Galle*) исходъ операціи былъ благопріятный, больныя выздоровѣли. Въ единственномъ случаѣ (*Litzmann-Werth*), окончившемся смертью, лапаротомія была произведена при крайне неблагопріятныхъ условіяхъ, а именно надъ больной съ явленіями септицеміи вслѣдствіе гнилостнаго разложенія плода.

Такимъ образомъ, мы видимъ, что въ абсолютномъ большинствѣ случаевъ беременность въ зачаточномъ рогѣ двурогой матки оканчивается, подобно трубной беременности, разрывомъ рога и смертельнымъ внутреннимъ кровотеченіемъ. Изъ таблицы мы видимъ также, что разрывъ беременнаго рога происходитъ

обыкновенно между III—VI мѣсяцами беременности, позже, слѣдовательно, чѣмъ при трубной беременности. Въ одномъ только случаѣ *Chiari* разрывъ окончился выздоровленіемъ. Единичнымъ стоитъ также случай *Pfeffinger-Fritze*, гдѣ умершій на V мѣсяцѣ беременности плодъ превратился въ литопедій.

Затѣмъ, имѣются 2 случая (*Koerberlé u Sanger'a*), гдѣ беременность достигла VII мѣсяца безъ разрыва рога и умершій къ тому времени плодъ продолжалъ оставаться въ плодномъ мѣшкѣ. Впрочемъ, въ случаѣ *Koerberlé* были найдены на плодномъ мѣшкѣ слѣды прежде происшедшаго надрыва безъ того, однако, чтобы плодъ попалъ въ брюшную полость.

Наконецъ, остается еще 6 случаевъ, гдѣ беременность дошла до нормального конца, роды вовсе не наступали или наступившіе прекращались, плодъ умиралъ и подвергался дальнѣйшимъ измѣненіямъ (литопедій, мацерация, гнилостное разложение).

Такая разница въ продолжительности и исходахъ беременности стоитъ въ прямой зависимости отъ степени развитія зачаточнаго рога. Указанная аномалія, являясь, какъ я выше упомянулъ, результатомъ недостаточнаго развитія одного изъ миллеровскихъ ходовъ, можетъ быть различныхъ степеней и можетъ колебаться между образованіемъ въ видѣ сплошнаго мышечнаго придатка и почти вполне развитымъ рогомъ. Естественно, что чѣмъ менѣе развитъ будетъ рогъ, тѣмъ раньше произойдетъ въ случаѣ беременности разрывъ его стѣнокъ и, наоборотъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ рогъ достигъ значительной степени развитія, беременность будетъ протекать подобно беременности въ правильно развитомъ рогѣ двурогой матки съ той только разницей, что роды въ нормальномъ концѣ беременности вовсе не наступаютъ, или явившіяся родовыя схватки болѣе или менѣе скоро прекращаются.

То обстоятельство, что роды въ нѣкоторыхъ случаяхъ, не смотря на достиженіе беременностью нормального конца, вовсе не наступаютъ, нужно объяснить, по всѣмъ вѣроятіямъ, тѣмъ, что мускулатура стѣнокъ беременнаго рога въ этихъ случаяхъ на

столько слабо развита, что она не реагирует замѣтными и чувствительными сокращеніями на раздраженія, исходящія отъ плоднаго яйца. Дѣйствительно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ беременность достигла нормальнаго конца, стѣнки рога были необычайно тонки, такъ въ случаѣ *Galle* стѣнки плоднаго мѣшка, измѣренныя на сильно сморщенномъ въ спиртѣ препаратѣ, имѣли въ толщину 1—2 мм., въ случаяхъ *Werth'a* и *Wiener'a* не болѣе 4 мм. Необходимо также замѣтить, что во всѣхъ случаяхъ беременности въ зачаточномъ рогѣ происходитъ значительная гипертрофія мускулатуры въ нижнемъ отдѣлѣ рога, между тѣмъ какъ стѣнки верхняго полюса плоднаго яйца являются сравнительно истонченными. Такъ въ нашемъ случаѣ толщина стѣнокъ основанія рога доходила до 3,5 сантим., между тѣмъ какъ прочій отдѣлъ плоднаго мѣшка имѣлъ въ толщину не болѣе 2 мм. Въ случаѣ *Wiener'a* при толщинѣ стѣнокъ нижней части рога въ 1,8 сантим. верхняя часть имѣла въ толщину только 4 мм. Также въ случаѣ *Litzmann-Werth'a* толщина маточныхъ стѣнокъ въ нижнемъ отдѣлѣ мѣшка была въ 1,5 сантим., въ верхнемъ же отдѣлѣ не болѣе 4 мм., а мѣстами даже меньше. Нужно также имѣть въ виду, что дѣтское мѣсто занимаетъ весьма значительную часть плоднаго мѣшка, въ нашемъ случаѣ почти половину мѣшка; то же было въ случаяхъ *Galle* и *Werth'a*; а въ случаѣ *Wiener'a* почти вся внутренняя поверхность мѣшка была покрыта пляцентой.

Оба послѣднія обстоятельства, т. е., рѣзкая разница въ толщѣ стѣнокъ верхнихъ и нижнихъ отдѣловъ беременнаго рога и занятіе пляцентой значительнаго отдѣла плоднаго мѣшка, даютъ намъ объясненіе, почему беременный рогъ не разрывается при наступленіи родовыхъ схватокъ. Могло бы казаться, что беременный рогъ, начавъ сокращаться и не имѣя возможности выдѣлить свое содержимое, долженъ былъ бы неминуемо разорваться, какъ мы это наблюдаемъ на нормальной беременной маткѣ, если для окончанія родовъ представляются непреодолимые препятствія. Съ одной стороны слабое развитіе всей вообще мускулатуры беременнаго рога, а съ другой рѣзкая раз-

ница въ степени развитія верхнихъ и нижнихъ отдѣлахъ плоднаго мѣшка, т. е., слабое развитіе *маточнаго дна* по сравненію съ *нижнимъ маточнымъ сегментомъ* служатъ причиною того, что слабый по своей мускулатурѣ рогъ гораздо быстрѣ парализуется и прекращаетъ свою сократительную дѣятельность, чѣмъ нормально развитая матка. Можетъ также стать, что часть родовыхъ схватокъ, о которыхъ сообщаютъ больныя, исходятъ не отъ зачаточнаго беременнаго рога, а отъ нормально развитаго не беременнаго рога, который всегда симпатически гипертрофируется и покрывается *membrana decidua*, каковая при наступленіи родовъ выбрасывается маточными схватками.

По *мѣстоположенію* беременный рогъ изъ 32-хъ случаевъ 19 разъ принадлежалъ лѣвой и 13 — правой сторонѣ; такимъ образомъ, нѣсколько превалирующей является лѣвая сторона.

Относительно *взаимной связи* полостей роговъ между собою я могъ найти положительная указанія только въ 27 случаяхъ, а именно, въ 6 случаяхъ соединительный тяжъ между рогами былъ каналиризованъ и полости роговъ сообщались между собою, въ 2 случаяхъ соединительный тяжъ, хотя и имѣлъ каналъ, но закрытый на обоихъ концахъ, такъ что сообщенія между полостями не было; наконецъ, въ 19 случаяхъ соединительный тяжъ представляется сплошнымъ, безъ малѣйшихъ слѣдовъ канала.

При такихъ взаимныхъ отношеніяхъ полостей роговъ между собою является въ высокой степени интереснымъ вопросъ, какимъ образомъ происходитъ беременность въ зачаточномъ рогѣ, какимъ путемъ попадаютъ туда яичко и сперма? Возможенъ троякій путь. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ полости роговъ сообщаются между собою каналирированнымъ соединительнымъ тяжемъ, зачатіе происходитъ обыкновеннымъ путемъ: яичко черезъ соотвѣтствующую фаллопиеву трубу проникаетъ въ полость зачаточнаго рога, гдѣ и оплодотворяется спермой, прошедшей туда изъ полости матки черезъ каналъ соединительнаго тяжа. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ соединительный тяжъ сплошной и полости роговъ не сообщаются между собою, для происхожде-

нія беременности въ зачаточномъ рогѣ предстоятъ двѣ возможности въ зависимости отъ мѣстонахожденія corpus lutei veri. Когда corpus luteum verum находится въ ячникѣ той стороны, которая соотвѣтствуетъ зачаточному рогу, сѣмя проходитъ черезъ нормально развитый рогъ, фаллопиеву трубу, далѣе по брюшинѣ тазовой полости къ ячнику другой стороны и оплодотворяетъ здѣсь яичко, которое, будучи воспринято трубой рудиментарнаго рога, проходитъ въ полость послѣдняго и здѣсь развивается (*transmigratio seminis extrauterina*). Что такое *наружное передвиженіе сѣмени* дѣйствительно имѣетъ мѣсто доказывається тѣмъ, что у животныхъ неоднократно находимы были сперматозоа на ячкѣ и во всемъ тазовомъ отдѣлѣ брюшной полости, такъ, и случаями яичниковой и брюшной беременности. Иначе обстоятъ дѣло, когда corpus luteum verum находится, какъ это было въ нашемъ случаѣ, въ ячникѣ на сторонѣ нормально развитаго рога. Для происхожденія беременности въ зачаточномъ рогѣ матки необходимо допустить, чтобы оплодотворенное сѣменемъ яичко со стороны ячника нормальнаго рога прошло черезъ тазовую полость, было воспринято трубой зачаточнаго рога и, проникнувъ въ полость послѣдняго, подвергалось дальнѣйшему развитію; другими словами, — необходимо допустить *наружное передвиженіе яичка* (*transmigratio ovuli extrauterina*). Вопросъ о возможности внѣматочнаго передвиженія яичка служилъ предметомъ споровъ до послѣдняго времени, и всякій случай, подтверждающій возможность такого передвиженія у человѣка, заслуживаетъ вниманія. Просматривая всѣ опубликованные до сихъ поръ случаи беременности въ зачаточномъ рогѣ матки, гдѣ, при отсутствіи сообщенія между полостями роговъ, corpus luteum verum находилось въ ячникѣ со стороны нормальнаго рога, мы находимъ только 5 (см. въ табл. случай IV, VII, XVI, XXIII и XXVII), а съ нашимъ 6, гдѣ беременность могла произойти только при условіи внѣматочнаго передвиженія яичка.

Впервые вопросъ о возможности наружнаго передвиженія яичка былъ поднятъ въ 1834 г. копенгагенскимъ анатомомъ

Eschricht омъ по поводу случая *Drejer'a* (см. въ табл. случай VII), гдѣ, при отсутствіи сообщенія между полостями нормальнаго и зачаточнаго рога желтое тѣло находилось на сторонѣ, противоположной беременному рогу, и *Eschricht* съ положительностью высказывался за существованіе *transmigrationis ovuli extrauterinae*. *Kussmaul*, опираясь на опытныхъ изысканіяхъ *Bischoff'a*, который, начиная съ 1842 г., опубликовалъ цѣлый рядъ наблюденій надъ животными съ двурогими матками, у которыхъ онъ наблюдалъ передвиженіе яичка изъ одного рога въ другой и для которыхъ призналъ существованіе *внутриматочнаго* передвиженія яичка, далѣе, основываясь на тщательныхъ литературныхъ изысканіяхъ, занялся въ 1859 г. рѣшеніемъ этого вопроса и въ своемъ не разъ уже упомянутомъ мною сочиненіи отрицаетъ для человѣка внѣматочное передвиженіе яичка и признаетъ внутриматочное единственно возможнымъ. Но уже въ 1862 г. тотъ же *Kussmaul*²⁶⁾ долженъ былъ на основаніи нѣкоторыхъ новыхъ наблюденій уступить и признать хотя и въ видѣ исключенія, существованіе *transmigrationis ovuli extrauterinae*. До 1879 г. мы встрѣчаемъ нѣсколько работъ (*Biesiadecki*²⁷⁾, *Hassfurther*²⁸⁾, *Афанасьевъ*²⁹⁾ *Mayrhofer*)³⁰⁾, высказывающихся то противъ, то за существованіе внѣматочнаго передвиженія яичка. Въ виду разногласій и стоянія вопроса на почвѣ однѣхъ только гипотезъ (*Leopold*), *Parzenow*³¹⁾ и *Leopold*³²⁾ приступили въ 1879 — 1880 гг. къ экспериментальному рѣшенію вопроса о внѣматочномъ передвиженіи яичка у животныхъ, первый въ лабораторіи *Cohnheim'a*, второй въ клиникѣ *Schatz'a*. Суть опытовъ заключалась въ

²⁶⁾ *Kussmaul*, Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. XX. 1862. p. 225.

²⁷⁾ *Biesiadecki*, Monatschr. f. Geburtsk. Bd. XXX. 1866. p. 190.

²⁸⁾ *Hassfurther*, Von d. Ueberwand. d. menschl. Eies. Iena. 1882. Цит. по Кирѣву.

²⁹⁾ *В. Афанасьевъ*, Журн. для норм. и патол. гистол., фармакол. и клинич. медицины т. V. 1872. Стр. 188.

³⁰⁾ *Mayrhofer*, Ueber die Gelben Körper und d. Ueberwand. d. Eies. Wien. 1876. — Sterilität d. Weibes etc. Stuttgar. 1882. p. 19.

³¹⁾ *Parzenow*, Experiment. Beiträge zur Ueberwand. d. Eies. — Rostock. 1879.

³²⁾ *Leopold*, Arch. f. Gynäk. Bd. XVI. 1880. p. 24.

томъ, чтобы перевязкой или перерѣзкой трубы на одной сторонѣ и вырѣзываніемъ яичника на другой сдѣлать для животнаго беременность возможной только при условіи внѣматочнаго передвиженія яичка. Въ томъ же направленіи производили экспериментальныя изслѣдованія *Küstner*³³⁾, *Кирпеевъ*³⁴⁾, и *Bruzzi*³⁵⁾. Въ то время какъ *Parsenow*, экспериментировавшій надо кроликами, и *Küstner* — надъ морскими свинками, пришли къ отрицательному результату, *Leopold*, *Кирпеевъ* и *Bruzzi* экспериментально доказали существованіе внѣматочнаго передвиженія яичка у кроликовъ.

Эти экспериментальныя изслѣдованія надъ животными и клиническія наблюденія у человѣка, аналогичныя нашему случаю, даютъ вполне право признать существованіе внѣматочнаго передвиженія яичка у женщины.

Интереснымъ является также вопросъ, почему въ нашемъ, равно какъ и въ прочихъ случаяхъ, гдѣ не было сообщенія между полостями роговъ, не произошло менструальной крови, образованія гематометры въ полости зачаточнаго рога и, какъ результатъ этого, исключеніе возможности беременности? Что зачаточный рогъ можетъ менструировать, доказывается многими случаями односторонней гематометры при двурогой маткѣ. Допустить, какъ это высказываетъ *Leopold*³⁶⁾, что зачаточный рогъ можетъ забеременѣть, не смотря на то, что онъ менструируетъ, такъ какъ скопляющаяся кровь всасывается будто бы обратно, наврядъ ли возможно. Если даже допустить, что часть крови, изливающейся при каждой менструаціи, всасывается обратно, то все-таки остающаяся и постепенно и постоянно увеличивающаяся въ количествѣ кровь должна исключить всякую возможность имплантаціи и развитія яичка въ такомъ рогѣ.

³³⁾ *Küstner*, Arch. f. Gynäk. Bd. XV. p. 259.

³⁴⁾ *Кирпеевъ*, къ вопросу о внѣмат. передвиженіи яичка. Диссерт. С.-Петербургъ. 1881 г.

³⁵⁾ *Bruzzi*, Annali di ostetrica etc. Ockt. 1884 г.— Cntrbl. f. Gynak. 1885. № 9. p. 138.

³⁶⁾ *Leopold*, Sitz. d. Gesellsch. f. Geburtsh. in Leipzig vom 20 Nov. 1882. Cntrbl. f. Gynäk. 1883. № 20.

Разъ происходитъ развитіе оплодотвореннаго личка въ закрытомъ зачаточномъ рогѣ, то необходимо заключить, что такой рога въ этихъ случаяхъ не менструируетъ. Страннымъ это не должно казаться: имѣются наблюденія (Freudenberg³⁷⁾, гдѣ закрытый рога менструировалъ при существованіи аменорреи въ открытомъ; еще Andrieux³⁸⁾ обратилъ вниманіе на то, что при удвоеніяхъ матки одинъ рога, даже наиболѣе развитый, можетъ не менструировать. Вполнѣ, слѣдовательно, допустимо, что и закрытый, притомъ еще зачаточный рога можетъ не менструировать. Отчего это происходитъ, трудно сказать. Можетъ быть, въ некоторую роль играетъ недостаточное развитіе слизистой оболочки, выстилающей полость зачаточнаго рога. Что одной менструальной гипереміи полового аппарата недостаточно для появленія крововыдѣленія, что для этого необходимо еще специальное строеніе и измѣненіе слизистой оболочки матки, лучше всего доказывается тѣмъ, что при нормальныхъ условіяхъ менструируетъ только слизистая оболочка тѣла матки, но не цервикальнаго канала, хотя гипереміи подвергается вѣдь вся матка. Недостаточное развитіе слизистой оболочки полости зачаточнаго рога, будучи причиной аменорреи, не препятствуетъ, однако, имплантациі яичка и дальнѣйшему его развитію. Можетъ вѣдь яичко, какъ это доказываютъ случаи внѣматочной беременности, привиться къ такимъ тканямъ, которыя по своему строенію ничего общаго не имѣютъ со слизистыми оболочками.

³⁷⁾ Freudenberg, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. V. p. 334.

³⁸⁾ H. Meyer, op. cit.

КАЗУИСТИКА.

VIII.

СЛУЧАЙ ИНТОКСИКАЦИИ СУЛЕМОЙ ВЪ АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКѢ.

Врача-акушера В. Л. Жадкевича (Новгородсѣверскъ).

Въ журналѣ «Акушерства и Женскихъ болѣзней», т. I, № 2-й, стр. 141, приведенъ рефератъ 2-хъ случаевъ отравленія сулемой. Такъ какъ примѣненіе противогнилостныхъ средствъ въ акушерской практикѣ принадлежитъ къ чрезвычайно важнымъ мѣрамъ не только въ родильныхъ домахъ, но и въ частной практикѣ, особенно бѣдной, и такъ какъ сулема есть болѣе сильное и дешевое противогнилостное, то крайне важно выяснитъ причины, способствующія отравленію ея.

Приведу случай изъ моей земской практики. Въ декабрѣ 1887 года я былъ приглашенъ подать пособіе роженицѣ, крестьянкѣ, живущей въ 10 верстахъ отъ мѣста моего жительства въ с. Ш. Взявъ все необходимое, я прибылъ къ родильницѣ, гдѣ засталъ волостнаго фельдшера; оказалось, что она родила уже 20 часовъ тому назадъ; роды двойнями; оба мальчика; второй ребенокъ появился на свѣтъ чрезъ 25 минутъ послѣ перваго; послѣдъ же не выдѣлялся. Растираніе дна матки вызывало сокращеніе, но послѣдъ не подвигался. При соблюденіи мѣръ обезгниливанія (руки обмыты сулемой 1:2000, влагалище проспирцовано 1:3000) введена рука въ полость матки, послѣдъ отдѣленъ и удаленъ; онъ оказался прикрѣплен-

нымъ справа вверху и сзади и держался верхне-правымъ сегментомъ. По удаленіи послѣда сдѣлано спринцованіе полости матки теплымъ растворомъ сулемы 1:4000 при посредствѣ изогнутой стеклянной трубки; раствора израсходовано около 2-хъ фунтовъ; стокъ жидкости былъ совершенно свободный; растираніе дна матки помогло сокращенію ея; чрезъ $1/2$ часа она была уже сокращена; роженица чувствовала себя совершенно хорошо. Чрезъ два дня я снова былъ въ с. III. и былъ позванъ къ родильницѣ; она жалуется на боль поясицы, живота, частый позывъ на мочу; позывъ на стулъ; испражненія съ слизью, окрашенною въ красноватый цвѣтъ; моча съ кровью (кровяныя шарики подъ микроскопомъ). Матка сокращена, къ давленію мало чувствительна, шейка и своды неболъзненны; своды пусты. До родовъ больная была совершенно здорова; чрезъ полтора мѣсяца послѣ родовъ она совершенно поправилась; моча сдѣлалась нормальной. Повидимому, не было ни одного противопоказанія къ назначенію сулемы, а между тѣмъ, однократное промываніе матки слабымъ растворомъ вызвало отравленіе. Здѣсь, вѣроятно, сулема могла поступить въ кровяной токъ только чрезъ сосуды матки.

РЕФЕРАТЫ.

119. Статистика сверхъ-влагалищной ампутации матки съ замѣчаніями насательно стараго и новаго метода леченія фиброзныхъ опухолей матки. Thomas Keith (Эдинбургъ). (Le concours medical, 1888. № 1).

Переводъ Реймана (Кіевъ).

Уже прежде опубликованы мною всѣ случаи брюшной (сверхъ-влагалищной) ампутации матки, которые я производилъ до конца 1884 года; смертность была 7,9%. Точно также я опубликовалъ всѣ случаи маточныхъ опухолей, при которыхъ я сдѣлалъ лапаротомію, какому примѣру еще никто не послѣдовалъ. Теперь я пополняю списокъ сдѣланныхъ мною до настоящаго времени ампутаций матки.

Смертность стала больше и существуетъ большая разница между результатами операций въ больницѣ и въ частной практикѣ. Въ послѣднее время всѣ больныя въ частной практикѣ выздоровѣли и только въ больницѣ были случаи съ смертельнымъ исходомъ. Всего же я сдѣлалъ 64 ампутации матки, между ними 26 въ частной практикѣ. Изъ нихъ умерла только одна больная отъ острой маніи (3,8%); изъ 38 больныхъ, которыя были оперированы въ больницѣ, умерли 6 (15,7%).

При этомъ опухоли, оперированныя въ частной практикѣ, бывали вообще больше, такъ какъ больныя рѣшались на операцію обыкновенно только въ крайнемъ случаѣ. Поэтому онѣ были вообще болѣе ослаблены кровотечениями и находились въ гораздо худшемъ состояніи, чѣмъ больныя въ госпиталѣ. То же самое было наблюдаемо мною при случаяхъ вырѣзанія яичниковъ.

Въ трехъ первыхъ годахъ моей дѣятельности во вновь устроенномъ госпиталѣ я потерялъ (безъ «spray») менѣе, чѣмъ $2\frac{1}{2}$ % больныхъ. Съ этого времени, т. е., въ послѣднихъ трехъ годахъ, были три эпидеміи рожи и три раза являлось воспаленіе легкихъ, которое существуетъ тамъ эндемически. Вслѣдствіе этого смертность увеличилась отъ $2\frac{1}{2}$ до $5\frac{1}{2}$ %. Это зависѣло отчасти отъ того, что число трудныхъ и сильно развитыхъ опухолей

ячниковъ стало больше, потому что больныя рѣдко присылаются къ намъ въ началѣ болѣзни.

За то я потерялъ въ этихъ послѣднихъ трехъ годахъ въ частной практикѣ только одну больную отъ оваріотоміи, и ту вслѣдствіе диабетическаго кома. Всѣ эти случаи были оперированы мною или въ гостиницахъ и меблированныхъ комнатахъ, или въ частныхъ домахъ.

Послѣ ампутаціи матки я потерялъ 5 больныя отъ острой маніи. Всегда, когда приступъ являлся скоро послѣ операціи, исходъ былъ смертельный; въ другихъ случаяхъ больныя выздоравливали, но заболѣли снова во время выздоровленія.

Такъ я наблюдалъ шестой случай маніи у 19-лѣтней женщины, которую я нашелъ чрезъ нѣсколько лѣтъ послѣ операціи апатичной, въ состояніи огромной вялости и утомленія. Не могу вѣрить, чтобы манія, которая слѣдуетъ такъ часто за этой операціей, была только случайнымъ явленіемъ.

Выздоровленіе продолжалось въ моихъ случаяхъ гистеректоміи среднимъ числомъ 41 дн. при внѣбрюшномъ способѣ, и 21 дн. при внутривбрюшномъ способѣ.

Съ тѣхъ поръ, какъ я употреблялъ внутривбрюшную способъ, я не терялъ болѣе ни одной больной, и считаю этотъ способъ самымъ лучшимъ; правда, что онъ болѣе труденъ и требуетъ особенно тщательной перевязки сосудовъ въ рыхлыхъ тканяхъ.

По теоріи внѣбрюшной способъ можетъ казаться лучшимъ, потому что при другомъ способѣ нужно оставить въ животѣ множество тканей; но практика опровергла мои теоретическія предположенія.

Это разумѣется не умаляетъ заслуги внѣбрюшнаго метода и «клампа»; ибо только посредствомъ его могъ Спенсеръ-Вельсъ достигнуть признанія оваріотоміи, и если эта операція въ началѣ не дала блестящіе результаты, какъ мы видимъ это теперь съ ампутаціей матки, то не слѣдуетъ забывать, что тогда антисептика не была еще такъ усовершенствована, какъ теперь.

Въ послѣдней серіи моихъ брюшныхъ ампутаціи матки опухоли были меньше, чѣмъ прежде. Во всѣхъ случаяхъ съ смертельнымъ исходомъ я намѣривался въ началѣ операціи ограничиться вырѣзаніемъ ячниковъ; но я или не могъ найти ихъ, или не могъ вырѣзать ихъ даже послѣ извлеченія опухоли изъ брюшной полости. Я полагаю, что слѣдуетъ зашить животъ немедленно, если при фиброидѣ средней величины нельзя вырѣзать вполнѣ яичники. Ибо если оваріотомія подвергаетъ больную умѣренной опасности, то мы не въ правѣ увеличить эту опасность посредствомъ ампутаціи матки безъ полного ея предварительнаго согласія.

Я заявляю здѣсь по зрѣлому обсужденію, что брюшная ампутація матки сдѣлала вообще больше вреда, чѣмъ принесла пользы и что смертность этой операціи совершенно не соотвѣтствуетъ пользѣ, которую она принесетъ маленькому числу больныя. Какъ высока въ самомъ дѣлѣ смертность этой операціи, которая производится теперь такъ часто и безъ нужды, вообще въ рукахъ всѣхъ операторовъ вѣстѣ? Мы этого никогда не будемъ знать, но я полагаю, что она достигаетъ, по крайней мѣрѣ, 25% и вѣроятно гораздо болѣе.

Если я ошибаюсь, то пусть противники мои опубликуют для опроверженія тоже полную свою статистику.

Слѣдовательно, одна изъ 4 женщинъ, которой ампутирована матка, умираетъ отъ этой операціи. Однако опухоль, которая дала поводъ къ такой операціи, угрожаетъ рѣдко жизни и растетъ только до извѣстной степени. Поэтому я того мнѣнія, что мы не въ правѣ подвергнуть большую такой большой опасности, какъ мы это видимъ всякій день; и прискорбно замѣтить, что въ брюшной хирургіи операторы потеряли всякое чувство ответственности.

Когда возможно вырѣзать яичники вполнѣ, методъ такъ простъ, что можно назвать его мелкой хирургіей; къ несчастію бываютъ исключенія: то яичники лежатъ слишкомъ близко къ опухоли, то они включены въ широкія связки, лежатъ глубоко въ тазѣ или за опухолью и нельзя вырѣзать ихъ вполнѣ. Тогда успѣхъ сомнителенъ; больная потерпѣла всѣ невзгоды операціи безъ всякой пользы; кровотеченія и ростъ опухоли не останавливаются. Правда, когда яичники удалены вполнѣ, выздоровленіе полное, кровотеченія останавливаются и опухоль перестаетъ расти; но въ двухъ случаяхъ не полной экстирпаціи яичниковъ я не видѣлъ никакой пользы.

Одинъ изъ этихъ случаевъ былъ вылеченъ однако вполнѣ, какъ я могу сказать утвердительно, посредствомъ электрическаго леченія доктора *Апостоли* въ Парижѣ, и другой подвергается такому же самому леченію теперь. Кроме того, я употребилъ этотъ методъ доктора Апостоли у многихъ другихъ больныхъ.

Къ счастью для больныхъ, одержимыхъ маточными опухолями, безразлично въ настоящее время, котораго изъ прежнихъ методовъ операціи слѣдуетъ держаться. Уже не существуетъ вопроса о томъ, должны ли яичники быть удалены, или нѣтъ. Лучше ли употребить методъ вѣтробрюшной или внутрибрюшной, требуетъ ли выздоровленіе въ одномъ случаѣ 6 недѣль, а въ другомъ 20 дней. Теперь нужно предпочитать всѣмъ другимъ методамъ леченія методъ доктора Апостоли. Успѣхи, достигнутые этимъ леченіемъ, — важный фактъ; и ежели я держусь вполнѣ, безъ ограниченій (*toto animo*), наставленій доктора Апостоли, то я говорю не безъ личнаго опыта объ его методѣ.

Въ самомъ дѣлѣ, я и сынъ мой, лечили въ теченіи менѣе 5 мѣсяцевъ болѣе 100 больныхъ, большей частью страдающихъ фиброидами матки по этому методу и употребили болѣе 1200 разъ внутри матки очень сильный, но весьма точно измѣренный электрическій токъ. Это была трудная задача, но при этомъ открывались для насъ все новые виды и надежды. Когда я возвратился въ июль мѣсяцъ съ поѣздки, я нашелъ много больныхъ, пріѣхавшихъ для ампутаціи матки или вырѣзанія яичниковъ. Всѣ эти больныя уже уѣхали домой *безъ операціи*; менструація ихъ почти нормальна, постепенно еще улучшается, опухоли продолжаютъ уменьшаться. Больныя ходятъ безъ затрудненія, не страдаютъ болями и чувствуютъ что онѣ оживаютъ снова. Одинъ разъ только кровотеченіе показалось снова. Въ этомъ случаѣ опухоль уменьшилась на двѣ трети, больная чувствовала себя хорошо, не желая задержать её долго въ городѣ, я позволилъ ей возвратиться домой слишкомъ рано.

Всѣ мои больныя счастливы тѣмъ, что онѣ избѣгли опасности операціи, которая сама собою угрожаетъ жизни, и многочисленныхъ неудобствъ, на которыя мы всѣ безъ исключенія смотримъ слишкомъ легко. Ежели улучшенія по этому новому методу будутъ оставаться навсегда (какъ удостовѣряетъ докторъ Апостоли и я могу подтвердить его указанія) то *истеректомія* и *кастрація* будутъ исчезать все болѣе и болѣе изъ списка средствъ леченія фиброидовъ матки.

Я никогда не принадлежалъ къ поклонникамъ ампутаціи матки, по той простой причинѣ, что смертность при ней очень высокая, особенно для болѣзни, которая рѣдко ведетъ къ смерти сама собою; но то, что я видѣлъ отъ новаго метода, сдѣлало такое впечатлѣніе на меня, что я считалъ бы себя *преступникомъ*, ежели бы я совѣтовалъ отнынѣ больной подвергнуть свою жизнь опасности, и еще такой опасности, съ какой сопряжены старыя методы леченія, пока не былъ употребленъ ею новый способъ леченія доктора Апостоли. Мое мнѣніе не перемѣнилось бы даже тогда, когда я былъ увѣренъ, что общая смертность ампутаціи матки упадетъ до такой степени, которую я достигъ у моихъ больныхъ въ частной практикѣ, т. е., до 4⁰/₁₀₀. **Рейманъ.**

120. **Kroner (Breslau). Ueber die Beziehungen der Gonorrhoe zu den Generationsvorgängen** (Arch. f. Gynak. Bd. 31, Heft. 2). **Объ отношеніяхъ гонорреи къ половымъ отправлениямъ.**

Авторъ противорѣчитъ преувеличеніямъ, по которымъ въ послѣднее время гоноррея опять таки обвиняется, какъ самая частая причина воспалительныхъ послѣродовыхъ заболѣваній и первичнаго, и послѣдовательнаго безплодія. Относительно пурперальныхъ болѣзней онъ справедливо требуетъ не только сознанія мужа о бывшемъ или существующемъ еще трипперѣ, но и доказательства о совершившемся зараженіи женщины; относительно же безплодія онъ считаетъ необходимымъ доказать, во-первыхъ, присутствіе болѣзни половой сферы женщины, несомнѣнно зависящей отъ гонорройнаго зараженія, и во-вторыхъ — здоровье мужскаго сѣмени. Интересную статистику, доказывающую относительную безвредность гонорреи и исторіи болѣзни, нужно читать въ подлинникѣ. **Б.**

121. **Paul J. Meyer (Bern). Untersuchungen über die Veränderungen des Blutes in der Schwangerschaft** (Archiv. f. Gynäkol. Bnd. 31 Heft 1). **Исслѣдованія надъ измѣненіями крови во время беременности.**

Авторъ примѣняетъ только способы исчисленія красныхъ кровяныхъ шариковъ и опредѣленія количества гемоглобина помощью такъ называемаго гемометра Fleisch'a. Онъ находитъ, что количество гемоглобина и число красныхъ кровяныхъ шариковъ во время послѣднихъ мѣсяцевъ беременности уменьшены, и еще болѣе уменьшаются родовымъ процессомъ. Послѣ родовъ то и другое опять нарастаетъ, иногда такъ значительно, что черезъ двѣ недѣли цифры уже превышаютъ найденныя во время беременности. Привести абсолютныя цифры считаю не нужнымъ; онѣ отчасти значительно расходятся съ ци-

фрамы прежнихъ изслѣдователей, преимущественно Jugerslev'a и Fehling'a, а при неточности способовъ изслѣдованія мы не въ состояніи отличить, виноваты-ли въ томъ или эти способы, или матеріалъ подлежащій изслѣдованію, или то и другое. Потому важный этотъ вопросъ остается попрежнему нерѣшеннымъ. Матеріаломъ служили беременныя клиники въ Бернѣ (проф. Müller).

Б.

122. Durozier. Placenta; granulations crétaées; adhérence. Angio-sclérose. Souffle placentaire. (L'Union médicale № 31—33, 1888). Отложение извести въ дѣтскомъ мѣстѣ; сращеніе его съ маткой. Склерозъ сосудовъ. Пляцентарный шумъ.

Отложение извести встрѣчается довольно часто и начинается обыкновенно въ слизистой оболочкѣ; переходитъ часто на плаценту, въ особенности при облитерациі ворсинокъ, причемъ углекислыя и фосфорно-кислыя соли извести и магнезій отлагаются подчасъ въ большомъ количествѣ на поверхности ворсинокъ и вполнѣ ихъ покрываютъ. Сращеніе послѣда можетъ быть вызвано соединительно-тканнымъ перерожденіемъ (*Smellie*), отложеніемъ извести (*Godefroy*). *Lediberder* описываетъ случай соединительно-тканно-жирового перерожденія, вызвавшаго сращеніе плаценты съ маткой.

Затѣмъ, авторъ переходитъ къ вопросу о связи между заболѣваніями судистой системы и послѣда. Она указываетъ на то, что вопросъ этотъ еще мало разработанъ, въ особенности относительно заболѣванія сосудовъ. Не только при болѣзняхъ сердца, но и при заболѣваніяхъ (склерозѣ) сосудовъ часто встрѣчаются измѣненія въ послѣдѣ, вызванныя этими болѣзнями. *Marty* приводитъ 5 случаевъ, въ которыхъ была констатирована болѣзнь сердца, но онъ ни слова не говоритъ о склерозѣ сосудовъ. *Porak* въ 88 случаяхъ болѣзни сердца нашель 7 случаевъ заболѣванія послѣда. Ангioskлерозъ можетъ во время беременности легко повести къ заболѣванію дѣтскаго мѣста. При выслушиваніи сердца мы находимъ въ такихъ случаяхъ шумъ галопа (*bruit de galop*) или спеціальнй ритмъ, состоящій изъ двухъ ясныхъ тоновъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга раздвоеннымъ или простымъ шумомъ. Шумъ этотъ вызывается часто одновременно хлоро-анеміей и склерозомъ. Пляцентарный шумъ встрѣчается всего чаще въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наблюдается шумъ надъ шейными сосудами, т. е., при хлоро-анеміи, но такъ какъ послѣдняя встрѣчается у беременныхъ гораздо рѣже, чѣмъ обыкновенно принимаютъ, то и маточный шумъ явленіе относительно рѣдкое. *Porak* указываетъ на то, что составъ крови у беременныхъ и при хлорозѣ представляетъ разницу, особенно въ томъ отношеніи, что при хлорозѣ находится больше твердыхъ веществъ въ крови, чѣмъ у беременныхъ. Маточный шумъ встрѣчается только у хлоротичныхъ беременныхъ, а не у здоровыхъ. Трудно рѣшить, измѣняется ли его характеръ при одновременномъ существованіи склероза. Шумъ, который слышится у верхушки сердца чисто хлоро-анемичный, а не вызванъ недостаточностью двустворчатого клапана. Это подтверждается тѣми случаями, гдѣ кромѣ шума не находили никакихъ другихъ симптомовъ, указывающихъ на недостаточность клапана. Въ подтвержденіе сказаннаго, авторъ

приводить два случая. Въ первомъ случаѣ былъ констатированъ у верхушки сердца совпадавшій съ первымъ тономъ шумъ. Кромѣ того, былъ слышенъ маточный шумъ надъ шейными сосудами. За отсутствіемъ явленій, которыя непреложно указывали бы на недостаточность двустворчатого клапана у 41-лѣтней больной, пришлось остановиться на діагнозѣ старческаго склероза сосудовъ, вызвавшего этотъ шумъ. Авторъ совѣтуетъ въ подобныхъ случаяхъ предпринимать во время беременности леченіе противъ склероза. Въ ткани послѣда были найдены отложенія извести въ большомъ количествѣ.

Во второмъ случаѣ, касавшемся 39-лѣтней больной, явленія старческаго склероза артерій были ясно выражены, но дифференціальный діагнозъ между недостаточностью двустворчатого клапана и атероматозной хлоро-анеміей былъ труденъ. У этой больной наблюдался шумъ у верхушки сердца. Первый и второй тоны были ясно слышны, между ними шумъ. Первоначально при пріемѣ больной была діагностирована *endocarditis ulcerosa valvulae mitralis*, такъ какъ t° была повышена до $39,8^{\circ}$. Сердце нѣсколько увеличено; шумы надъ шейными сосудами, атероматозъ лучевой артеріи. Діагностированнаго въ началѣ язвеннаго эндокардита очевидно не существовало, такъ какъ лихорадочныя явленія прошли очень скоро. Недостаточность двустворчатого клапана можно было допустить, но во всякомъ случаѣ характеръ шума говорилъ противъ этого. Всѣ явленія зависѣли, очевидно, отъ атероматознаго состоянія сердца и сосудовъ. Вены и артеріи одинаково принимали участіе въ процессѣ. О послѣдѣ ничего неизвѣстно. Въ приведенныхъ двухъ случаяхъ явленія зависѣли отъ склероза и хлоро-анеміи.

А. Семяниковъ.

123. Budin. Des hémorrhoides pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. (Le Progrès méd. 1888. № 9. Leçon.). О геморроѣ беременныхъ, роженицъ и родильницъ.

Въ случаѣ ущемленія наружныхъ геморроидальныхъ шишекъ у родильницъ, необходимо слѣдить, не появляется ли омертвѣніе, выражающееся обыкновенно темноватыми пятнами на внутренней поверхности шишекъ. Вправлять ихъ слѣдуетъ подъ неполнымъ, акушерскимъ хлороформнымъ наркозомъ, достаточнымъ для ослабленія заднепроходнаго сфинктера. При подозрѣніи заболѣванія внутреннихъ геморроидальныхъ венъ передней стѣнки recti можно сдѣлать послѣднюю доступною зрѣнію, для чего палецъ, введенный во влагалище, постепеннымъ давленіемъ на заднюю рукавную стѣнку, понижаетъ кишечно-влагалищную перегородку вплоть до появленія слизистой оболочки recti черезъ anus.

В. Желтухинъ.

124. Wright. Post mortem parturition (Indian Medical Gazette; International Journal of the Medical Sciences, February). Случай разрѣшенія отъ бремени умершей матери.

Одна индуска упала въ колодезь, и тѣла ея не могли найти 3 дня. На четвертый день, послѣ того какъ трупъ былъ вытащенъ, скопленіе гнилост-

ныхъ газовъ произвело изгнаніе вполнѣ развитаго плода и его придатковъ, при чемъ матка вывернулась, а брюшина разорвалась на протяженіи отъ влагалища до прямой кишки.

Сергѣй Груздевъ.

125. Despeyroux. Dyssoeie par excès de volume de la tête et ossifications des fontanelles. Céphalotripsie. Péritonite partielle. Guérison. (La France Médicale 23 Février 1888, № 23). Трудные роды вслѣдствіе чрезмѣрной величины головки и окостенѣнія родничковъ. Кефалотрипсія. Частичный перитонитъ. Выздоровленіе.

Авторъ былъ позванъ къ многородящей, хорошо сложенной роженицѣ, не представлявшей никакихъ аномалій, кромѣ чрезмѣрнаго объема живота. Роженица угнетена, съ выраженіемъ тоски, страха и безпокойства. Воды отошли за день. Полное открытіе. Схватокъ нѣтъ. До подлежащей части (головка) удалось достигнуть только при нажиманіи другой рукой на брюшныя стѣнки, при чемъ авторъ ясно констатировалъ частичное затвердѣніе на мѣстѣ родничковъ. Сердцебіеніе плода слабо. Роженицѣ дано нѣсколько ложекъ бульона и вина, и предложено походить. При послѣдующихъ повторныхъ изслѣдованіяхъ оказалось, что головка фиксирована во входѣ, но роды не подвигаются впередъ. Щипцами окончить роды не удалось, и авторъ, не находя суженія таза, объяснилъ невозможность родоразрѣшенія чрезмѣрнымъ объемомъ головки плода, и сдѣлалъ кефалотрипсію. Привлекши, затѣмъ, нѣсколькими тракціями головку къ выходу таза, онъ предоставилъ окончаніе родовъ дѣятельности матки. Роды окончились быстро, но дѣтское мѣсто пришлось удалить искусственно. Кровотеченія не было.

Призванный снова черезъ нѣсколько часовъ, онъ находитъ больную задыхающуюся, похолодѣвшею, покрытою потомъ; губы посинѣли, ознобы, нитевидный пульсъ. Матка сокращена; ни малѣйшаго кровотеченія. Назначены растиранье, согрѣванье тѣла, хининъ, вино, аконитъ, меркуріальная мазь съ белладонной, олійные припарки, спринцеванье съ сулемой 3 раза въ день. Больная начала поправляться, какъ вдругъ на 10-й день снова жестокой ознобъ, t° 40,4, п. 140; животъ вздутъ, особенно справа, и чрезвычайно болѣзненъ. Опредѣленъ частичный перитонитъ, поставлено 15 пьядковъ и назначено соотвѣтственное леченіе. Больная снова стала поправляться, но черезъ нѣсколько дней опухла правая нога. Вскорѣ, впрочемъ, опухоль стала опадать, и черезъ 30 дней больная была уже на пути къ выздоровленію. (Къ сожалѣнію, приведенный случай описанъ авторомъ довольно неполно. Не приведены размѣры таза, не видно, выполнены ли правила антисептики во время родовъ, не понятно, почему авторъ выбралъ кефалотрипсію, а не краниотомію, разъ показаніе къ ней было установлено, не отмѣчено, какими найдены роднички по рожденіи ребенка, не отмѣчена длина ребенка и т. п. *Ресф.*).

А. Соловьевъ.

126. **Wilson. A fatal case of tetanus uteri** (Maryland Medical Journal, December 10). **Тетанусъ матки, окончившійся летально.**

28-лѣтняя I—para, особа здоровая и крѣпкая. Первый періодъ родовъ прошелъ нормально. Такъ какъ плодъ не выходилъ, наложены были щипцы, но головка постоянно возвращалась назадъ при каждой остановкѣ тракцій. Пока собирались дѣлать поворотъ, больная умерла. На вскрытіи плечики плода оказались плотно охваченными нижнимъ сегментомъ маточной мышцы.

Во время родовъ давался хининъ и алкоголь, затѣмъ хлороформъ.

С. Сергѣевъ.

127. **M. Reihlen (Stuttgart). Zur Frage der Behandlung der Chorion-Retention** (Archiv für Gynäkol. Band 31 Heft 1). **Къ вопросу о леченіи задержанія ворсистой оболочки.**

Статистическое изслѣдованіе на основаніи матеріала повивальной школы въ Штутгартѣ (Fehling), гдѣ на 3534 случая родовъ было 152 случая задержанія хоріа. Авторъ приходитъ къ заключенію, что, во-первыхъ, названное задержаніе не такъ невинно, какъ полагаютъ Креде и Ольсгаузенъ, и что заболѣванія послѣ задержанія «въ нѣкоторыхъ случаяхъ, даже въ хорошо управляемыхъ заведеніяхъ, являются вслѣдствіе секундарнаго зараженія, т. е., вслѣдствіе всасыванія продуктовъ гніенія мертвыхъ, задержанныхъ въ маткѣ плодныхъ оболочекъ и приставшей къ нимъ крови». Далѣе цифры доказываютъ, что не трогать оставшіяся оболочки было гораздо безопаснѣе, чѣмъ вывести ихъ введенною въ матку рукою, при чемъ величина оставшагося куска не играла никакой роли. Наконецъ, авторъ предлагаетъ слѣдующій образъ дѣйствія при задержаніи оболочекъ: профилактически—выжиманіе послѣда по Credé только по истеченіи 1/2 часа; при ущемленіи оболочекъ—осторожное выведеніе ихъ, или, при надобности, наложеніе на нихъ лигатуры (Abbinden) въ половой щели. Если хоріонъ отрывается, что можетъ случиться безъ погрѣшности акушера, особенно при placenta marginata, то рука вводится только тогда, когда атоническое кровотеченіе этого требуетъ; тогда хоріонъ выводится при строгой антисептикѣ, послѣ чего матка вымывается 3°/о горячимъ растворомъ карболовой кислоты. Если рука не была введена, то пока не требуется никакого леченія; при болѣе сильномъ выдѣленіи крови: ледъ и эрготинъ; при появленіи лихорадочнаго состоянія: вагинальные души и только при продолжающейся лихорадкѣ нужно одно или два внутриматочныхъ спринцеванія (3°/о карбол. вода). Б.

128. **Bell. A case of meningitis and hemiplegia following labour** (Indian Medical Journal; The London Medical Recorder, February 20). **Случай послѣродоваго менингита и гемиплегіи.**

Описываемый д-ромъ *Howard Bell* емъ случай касается 26-лѣтней дамы, 21 августа прошедшаго года родившей въ первый разъ. Роды были нормальны, прошли легко, и все шло хорошо до утра 25 августа, когда родильница начала жаловаться на головную боль. Послѣдняя особенно стала

сильна 29 числа, такъ что авторъ счелъ нужнымъ дать бромистый калий и хлораль, но безъ результата. На слѣдующій день, 30-го, бромистый калий давался чрезъ каждые четыре часа, а 31-го каждые три часа, вмѣстѣ съ хлораломъ и камфорою. 1-го сентября больная впала въ сопорозное состояніе, дыханіе ея стало затруднено, а скоро развились и явленія гемиплегіи: языкъ отклонялся вправо, правый уголъ рта былъ опущенъ, правый зрачекъ расширенъ, рука на той же сторонѣ похолодѣла и лежала безъ движенія. 2-го сентября больная была уже совершенно безъ сознанія, пульсъ ея становился все слабѣе, дыханіе приняло стерторозный характеръ, наконецъ она умерла.

Случай послѣродоваго паралича, особенно оканчивающагося летально, рѣдки въ литературѣ; *Churchill* собралъ ихъ 35, но въ это число включены и параличи, развившіеся до наступленія родовъ и во время ихъ, а не одни только послѣродовые. Параличи эти развиваются обыкновенно на правой сторонѣ и встрѣчаются чаще у первородящихъ. **С. Груздевъ.**

129. **Francis. Ergot and acetic acid in post-partum haemorrhage.** (Brit. med. Journ. 1888. № 1415). **Эрготинъ и уксусная кислота при послѣродовыхъ кровотеченияхъ.**

При послѣродовыхъ кровотеченияхъ вслѣдствіе атоніи матки *Fr.* совѣтуетъ давать: *Rp.* Liq. ergotae, acid. acetic. concentr. aa \mathfrak{z} i, aether. sulfur. \mathfrak{z} iv въ количествѣ 3-хъ чайныхъ ложекъ на рюмку воды. Послѣдующія боли незначительны. *Fr.* одновременно кладетъ на животъ небольшую плотную подушку, находя, что обыкновенный бинтъ не оказываетъ прямого давленія на матку. **А. Пенарская.**

130. **Litzmann (Kiel). Der Mauriceau-Levret'sche Handgriff** (Archiv f. Gynäkol. Bnd 31. Hft 1). **Ручной способъ Мориссо-Леврета.**

Этимъ историческимъ изслѣдованіемъ повидимому окончательно рѣшается вопросъ о поименованіи того способа ручнаго извлеченія послѣдующей головки, при которомъ одна рука потягиваетъ за плечики, а другая дѣйствуетъ на личико плода. Авторъ убѣдительно доказываетъ, что Mauriceau первый описалъ этотъ способъ, и что громкое имя Levret'a приобрѣло ему полное право гражданства въ французскихъ акушерскихъ школахъ, между тѣмъ какъ Smellie вовсе не держался одного способа, но примѣнялъ по обстоятельствамъ то тотъ, то другой, а главнымъ образомъ свойственные ему приемы, дѣйствующіе только на одну головку.

Въ началѣ настоящаго столѣтія способъ Mauriceau-Levret'a по разнымъ причинамъ былъ оставленъ большинствомъ акушеровъ, пока Veit, въ началѣ 60-хъ годовъ, не далъ первый толчокъ для вторичнаго введенія его въ практику, при чемъ онъ назвалъ его Levret'овскимъ. Потому представляется возможность связать этотъ способъ съ именами Mauriceau, Levret'a, пожалуй и Veit'a, а отнюдь не Smellie, какъ это дѣлалъ, напр., Schroeder. Интересныя подробности этой статейки нужно читать въ подлинникѣ. **Б.**

131. P. Zweifel (Leipzig). Sechs weitere Fälle von conservativem Kaiserschnitt nach Säger (Arch. f. Gynäk. Bd. 31, Heft. 2). Еще шесть случаев консервативнаго кесарскаго сѣченія по Зенгеру.

Всѣ эти операціи сдѣланы при суженіяхъ таза отъ 6,5—8 см. С. v.—Всѣ дѣти живы; изъ числа матерей 1 умерла отъ септического перитонита, 1 легко заболѣла пагноеніемъ вокругъ нижнихъ брюшныхъ швовъ, 4 остались совершенно здоровыми. На основаніи этихъ случаевъ авторъ, въ началѣ своей статьи, разбираетъ значеніе Säger'a относительно развитія этой операціи, а въ эпикризѣ—показанія. Онъ полагаетъ, что подъ вліяніемъ консервативнаго кесарскаго сѣченія, главнымъ образомъ, ограничится число искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, но что перфорация, даже живыхъ дѣтей, при настоящихъ условіяхъ жизни останется неизбѣжной, напр., въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ врачъ приглашается слишкомъ поздно къ роженицѣ уже больной, лихорадящей, такъ какъ кесарское сѣченіе на пострадавшей уже маткѣ, при разлагающемся содержимомъ ея, пока еще слишкомъ опасно; далѣе, если младенецъ уже пострадалъ чрезмѣрною продолжительностью родовъ, мы имѣемъ только весьма мало шансовъ сохранять его жизнь посредствомъ кесарскаго сѣченія. Въ томъ и другомъ случаѣ перфорация заслуживаетъ предпочтенія.

Б.

132. Harris. Six self-inflicted caesarean operations with recovery in five cases (The International Journal of the Medical Sciences, February). Шесть произведенныхъ самими беременными кесарскихъ сѣченій, съ выздоровленіемъ въ пяти случаяхъ.

Изучая по литературнымъ источникамъ исторію кесарскаго сѣченія, д-ръ Harris наткнулся на шесть любопытныхъ случаевъ, въ которыхъ операція эта была совершена самими беременными. Всѣ операторши-оперированныя принадлежали къ низшимъ рабочимъ классамъ; у трехъ изъ нихъ (въ томъ числѣ одна замужняя) беременность была незаконна.

Первый случай относится къ 1769 г.; онъ имѣлъ мѣсто на о-вѣ Ямайкѣ и описанъ Moseley въ его Tropical Diseases (4th edit., London, 1803, pp. 108—109). Оперировала падъ собою невольница, IV—para, вскрывъ себѣ животъ (на протяженіи 2¹/₂ дюйм.) обломкомъ ножа, влѣво отъ бѣлой линіи. Ребенокъ выпалъ, а пуповину перерѣзала призванная бабка-негритянка. Спустя нѣсколько дней больную увидѣлъ врачъ, который обмылъ кишки, извлекъ черезъ рану плаценту и наложилъ швы. Ребенокъ родился здоровымъ и крѣпкимъ, но умеръ на шестой день отъ trismus nascentium. Спустя шесть недѣль мать принялась за работу. При слѣдующихъ родахъ, спустя 1—2 года, она опять намѣревалась продѣлать надъ собою операцію, но была остановлена. Причиною всему былъ единственно нетерпѣливый характеръ этой женщины, такъ какъ первые три раза она рожала легко.

Другой случай описанъ Mc. Clellan'омъ въ New-York Medical and Physical Journal за 1823 г., т. II, стр. 40—42. Служанка-квартиронка 14 лѣтъ, незаконно беременная близнецами, 29 января 1822 г. вскрыла себѣ животъ

и матку бритвою. Пока хозяйева обѣдали, она отошла ярдовъ на 200 отъ дома и присѣла у снѣжнаго сугроба около забора, гдѣ ее и замѣтилъ хозяинъ, когда она зарывала въ снѣгъ ребенка. Увидя себя замѣченною, она побѣжала, спрятавъ бритву, при чемъ второй ребенокъ частью выпалъ изъ раны и висѣлъ изъ нея, вмѣстѣ съ многочисленными петлями кишекъ. Призванный врачъ обрѣзалъ пуповину и удалилъ плаценту, а затѣмъ послалъ за авторомъ, прося его на консультацію. Прибывъ къ больной, д-ръ *Mc. Clellan* удалилъ скопившуюся въ нижней части живота кровь, зашилъ рану и наложилъ повязку. Мать выздоровѣла, о дѣтяхъ же въ статьѣ не упомянуто.

Третій случай, описанный *Guggenberg*'омъ въ *British Medical Journal* за 1885 г. (21 февраля, стр. 392), наблюдался въ *Tetschen*'ѣ, въ Богеміи, 27 сентября 1876 года. Операторъ-пациентка рожала раньше 7 разъ (4 раза безъ медицинской помощи, въ 2-хъ случаяхъ были наложены щипцы и въ одномъ сдѣлана краниотомія). Д-ръ *Guggenberg* былъ позванъ 28 сентября. Онъ нашелъ больную въ состояніи крайней слабости, лежащую на грязной постели; на правой сторонѣ живота виднѣлась рана, чрезъ которую выпали кишки; между ногами лежалъ вполнѣ сформировавшійся, но мертвый ребенокъ. По наложеніи швовъ и повязки пациентка скоро оправилась и на слѣдующій день рассказала д-ру *G.*, что родовыя муки начались у нея еще 24, затѣмъ 25-го прекратились, а 26-го начались снова; 27-го боли стали такъ сильны, что она, желая освободиться отъ мученій, вскрыла себѣ животъ и вытащила ребенка за ножку. Больная выздоровѣла.

Четвертый случай происходилъ въ Турціи, около 1879 г. (*Wien. Med. Wochenschr.*, 1880 г., № 13, стр. 360): замужняя крестьянка, мучившаяся родами три дня, въ отчаяніи разрѣзала себѣ животъ бритвою мужа; и она и ребенокъ остались живы.

Пятый приводимый авторомъ случай описанъ д-ромъ *Айзенштадтомъ* во «Врачѣ» (годъ?). Дѣло было въ г. Кириловѣ, Новгородской губ. Замужняя VI—рага, забеременѣвъ въ отсутствіе мужа, разрѣзала себѣ животъ топоромъ и умерла вечеромъ того же дня. Прибывъ для судебно-медицинскаго вскрытія, д-ръ *A.* нашелъ рану почти по бѣлой линіи, въ 14 сант. длины; тазъ былъ нормаленъ. Ребенокъ умеръ спустя сутки отъ неизвѣстной причины.

Шестой и послѣдній случай, описанный д-рами *Ranciro Baliva* и *Adolfo Serpieri* въ *Gazzetta degli ospitali* за 1886 г., 14 апрѣля, произошелъ въ Италіи 28 марта 1886 года. 23-лѣтняя дѣвица, забеременѣвъ, вскрыла животъ кухоннымъ ножомъ, извлекла мертваго (отъ пансенныхъ ранъ) ребенка и, наложивъ сама себѣ повязку на животъ, спустя часа 2 отправилась пѣшкомъ къ замужней сестрѣ своей, жившей въ разстояніи около 1 километра; съ послѣдней она позавтракала и ушла, ничего не сказавъ, потомъ гуляла по городу, но, придя домой, почувствовала жестокія боли и потеряла сознание. Д-ра *B.* и *S.* зашили рану, вставивъ дренажъ. Первые 15 дней повязка мѣнялась ежедневно; дренажъ удаленъ на 10-й день, а швы сняты на 14-й. Спустя 40 дней рана вполнѣ зарубцовалась.

С. Сергѣевъ.

133. Mc. Kim. A successful laparo-elytrotomy for contracted pelvis (New York Medical Journal; International Journal of the Medical Sciences, February). Случай лапаро-элитротоміи по поводу узкаго таза, окончившійся благопріятно.

Этотъ случай касается 16-лѣтней I—рага, имѣвшей обществуженный тазъ и конъюгату меньше 3 дюймовъ (англійскихъ). Послѣ болѣе чѣмъ двухчасовыхъ усилій извлечь плодъ щипцами, была предложена краниотомія, но бывшій при этомъ священникъ не согласился на нее. Роды длились уже 29 часовъ, больная имѣла 8 приступовъ конвульсій, когда приступили къ лапаро-элитротоміи. Операция была произведена при самыхъ неблагопріятныхъ условіяхъ — въ грязи и темнотѣ. Обычный разрѣзъ проведенъ справа. Головка оказалась весьма крѣпко ущемленною. Вскрывъ стѣнку влагалища ножницами, извлекли щипцами мертваго ребенка вѣсомъ въ 8 фунтовъ; плацента удалена по способу *Credé*. Затѣмъ, промывъ рану растворомъ сулемы 1:4000, авторъ вставилъ 3 дренажа и наложилъ іодоформенную повязку. Вскорѣ послѣ операциі у больной развился гнойный паротитъ, сильный бредъ и всѣ признаки септицеміи, однако оперированная пережила все это и выздоровѣла черезъ 4 недѣли. Лѣчение: постоянная пригация раны, матки и влагалища антисептическимъ растворомъ, большія количества молока съ известковою водою, пептоны, желѣзо, алкоголь, уксуснокислый свинецъ и въ теченіе 10 дней вдыханія кислорода.

Сергій Груздевъ.

134. Annacker. On Martin's method of dealing with the placenta and sac in laparotomy for extra-uterine pregnancy. (Brif. med. journ. 1888. № 1415). О способѣ обращенія Martin'a съ плацентой и мѣшкомъ при лапаротоміи вслѣдствіе внѣматочной беременности.

Многіе изъ новѣйшихъ авторовъ, какъ *Thomas, Hicks, Barnes, Koerberlé* и *Tait* высказываются въ пользу оставленія плацента при лапаротоміяхъ въ позднихъ періодахъ внѣматочной беременности вслѣдствіе того, что удаленіе ея сопровождается часто сильнымъ, иногда даже смертельнымъ кровотеченіемъ. Но и оставленіе плаценты представляетъ много неудобствъ: замедленное выздоровленіе, возможность смерти отъ истощенія вслѣдствіе продолжительнаго нагноенія мѣшка во время процесса отдѣленія, возможность вторичнаго кровотеченія. По статистикѣ *Parry*, частота вторичнаго кровотеченія послѣ произвольнаго отдѣленія плаценты относится къ частотѣ его послѣ насильственнаго удаленія, какъ 1:5. Большинство авторитетныхъ гинекологовъ сосланы съ тѣмъ, что плацента можетъ быть безопасно удалена черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ смерти зародыша, когда весь органъ уменьшился въ объемѣ, сосуды его подверглись атрофіи, венозные синуса услѣди затромбироваться. Д-р *Martin* въ Берлинѣ первый изобрѣлъ способъ, благодаря которому плацента можетъ быть удалена во всякомъ періодѣ, причѣмъ опасность кровотеченія не болѣе той, какая бываетъ при овариотоміяхъ или экстирпацияхъ матки. Вмѣсто того, чтобъ шивать мѣшокъ въ брюшную рану,

онъ резецируетъ его стѣнки на возможно большемъ протяженіи, удаляетъ плаценту, дренируетъ мѣшокъ черезъ Дугласово пространство и влагалище, зашиваетъ его стѣнки непрерывнымъ швомъ изъ кѣтгута и оставляетъ его въ брюшной полости. Такимъ образомъ, возможно заживленіе брюшной раны *per primam*, дренажъ проходитъ черезъ наиболѣе низко лежащую часть мѣшка, и выздоровленіе наступаетъ гораздо быстрѣе. Для остановки кровотечения *Martin* накладываетъ лигатуры *en masse* на большія кровотоціи поверхности. Возраженіе, что плацента можетъ прикрѣпляться къ кишкамъ или къ такому мѣсту, откуда бозопасное удаленіе ея невозможно, имѣетъ болѣе теоретическое значеніе, такъ какъ подобные случаи представляются исключительными. За три года у *Martin*'а было почти 20 случаевъ, въ которыхъ онъ примѣнилъ описанный способъ; результаты ихъ вполне доказали его превосходство надъ примѣнявшимися до сихъ поръ способами. А. приводитъ описаніе двухъ операций успѣшнаго удаленія плаценты *Martin*'омъ, на которыхъ онъ присутствовалъ.

А. Пекарская.

135. **Bosquet.** Note sur l'ergot d'avoine et son emploi en obstétrique. (Journ. de Médec. de Paris. 1888. № 7, p. 267). Замѣтка объ овсяной спорынѣ и ея употребленіи въ акушерствѣ.

Узнавъ, что въ Алжирѣ съ успѣхомъ употребляется овсяная спорынья, авторъ испыталъ ее, въ порошкообразномъ видѣ, въ 11-ти акушерскихъ и гинекологическихъ случаяхъ. Оказалось, что она дѣйствуетъ столь же скоро и надежно, какъ ржаная. Кромѣ того, авторъ подмѣтилъ общее возбуждающее дѣйствіе овсяной спорыньи. Этотъ послѣдній эффектъ, подобный алкогольному, онъ приписываетъ азотистому веществу, находящемуся въ наружномъ слое овсянаго зерна (*pericarp*) и названному *Samson*'омъ *aveline*.

В. Желтухинъ.

136. **A. Schücking.** Zur Technik der Ergotinjectionen. (Centr.-bl. f. Gynäk. 1888, № 8). Къ техникѣ впрыскиваній эрготина.

Появившіяся недавно сообщенія *Bumm*'а и *Engelmann*'а о различныхъ способахъ впрыскиванія эрготина (см. реф. въ «Жур. Акуш. и Жен. Бол.» 1888 г., стр. 141) побуждаютъ автора напомнить читателямъ способъ впрыскиванія этого средства, предложенный имъ еще въ 1883 г. (Berl. Klin. Wochenschr. 1883 г. № 27). Авторъ впрыскиваетъ свѣжій, неразбавленный водой «*Ergotin Vombel. pro injectione*» въ паренхиму маточной шейки. Тщательно дезинфицированную иглу приспособленнаго для этого инструмента онъ вкалываетъ на $\frac{1}{2}$ —1 см. въ переднюю или заднюю губу шейки и оставляетъ иглу въ такомъ положеніи на нѣсколько секундъ. Тотчасъ послѣ впрыскиванія шейка нерѣдко блѣднѣетъ и уменьшается въ объемѣ. Иногда замѣчаются на мѣстѣ впрыскиванія фокусныя явленія раздраженія, но болѣе или менѣе продолжительныхъ воспалительныхъ явленій автору наблюдать ни разу

не приходилось. Способъ этотъ авторъ считаетъ абсолютно безболѣзненнымъ и безопаснымъ, и въ то же время наиболѣе рациональнымъ: благодаря громадному развитію въ ткани матки лимфатическихъ сосудовъ, не смотря на плотность ткани, всасываніе происходитъ чрезвычайно быстро, и эффектъ получается очень скоро. Явленія раздраженія, наблюдавшіяся нѣкоторыми при употребленіи его способа, Schücking объясняетъ тѣмъ, что они или впрыскивали эротинъ въ тѣло матки, или въ опухоль (чего, по автору, дѣлать никакъ не слѣдуетъ), или же препаратъ былъ не чистъ, или, наконецъ, игла недостаточно дезинфицирована. Но если придерживаться строго рекомендуемыхъ имъ правилъ, то при *subinvolutione uteri*, при высокой степени разслабленія органа и зависящихъ отъ этого измѣненій его положенія, далѣе, при эрозіяхъ и гиперплазіи железъ шейки инъекціи по его способу, напр. іода и *t-rae Fowleri*, очень часто устраняли у него необходимость ампутаціи шейки матки.

А. Соловьевъ.

137. Steinschneider. Ueber den Sitz der Gonorrhöischen Infection beim Weibe. (Verhandl. d. med. Section d. schles. Gesellsch. f. vaterland. Cultur). (Bresl. Aertzl. Ztschr., 1888, № 3). **О локализаци зараженія трипернымъ ядомъ у женщинъ.**

Авторъ тщательно изслѣдовалъ 37 случаевъ гонорреи у женщинъ, — изъ нихъ 34 свѣжихъ и 3 старые, — и нашелъ гонококковъ въ отдѣлимомъ мочеиспускательнаго канала только во всѣхъ свѣжихъ случаяхъ; отдѣленія Бартолиновыхъ железъ содержало гонококковъ въ одномъ случаѣ, шейка — въ 16 изъ 34 случаевъ свѣжаго зараженія и въ 2 изъ 3 застарѣлыхъ; въ отдѣленіи матки они найдены 3 раза въ 6 свѣжихъ и 1 разъ въ 2 старыхъ случаяхъ. Въ отдѣлимомъ наружныхъ частей, влагалища и крайней плоти похотника кокки не попадались ни разу. На основаніи этихъ изслѣдованій авторъ приходитъ къ такимъ заключеніямъ: 1) Во всѣхъ случаяхъ гонорреи на первомъ планѣ стоитъ уретра, затѣмъ слизистая оболочка цервикальнаго канала (47%), матки и иногда Бартолиновыя железы; 2) во всѣхъ случаяхъ свѣжей гонорреи существуетъ также гонорройный уретритъ; 3) по исчезновеніи гонококковъ изъ отдѣлимаго уретры они еще долго могутъ быть находимы въ шейкѣ и тѣлѣ матки; 4) на слизистой оболочкѣ наружныхъ частей и влагалища гонококки у взрослыхъ не поселяются; если же ихъ здѣсь и находятъ, то это объясняется сосѣдствомъ слизистой оболочки, пораженной бленорройнымъ процессомъ.

А. Гермониусъ.

138. J. Keda (Японія). Ein inkomplettes Uterovaginalseptum als ein prädisponirendes Moment zu einer Konception (Centr. f. Gynäk., 1888, № 10). **Неполная маточно-влагалищная перегородка, какъ располагающій моментъ для зачатія.**

Анемичная, нѣжнаго тѣлосложенія японка, начавшая менструировать на 15-мъ году, вышла замужъ на 18-мъ году и затѣмъ рожала ежегодно, за исключеніемъ 3-хъ лѣтъ, когда она была больна, такъ что на 32-мъ году

она родила въ 10-й разъ. При изслѣдованіи ея авторъ нашелъ складку въ 2 мм. вышины, идущую вдоль задней стѣнки влагалища до задней губы влагалищной части шейки матки; по расширеніи цервикальнаго канала, продолженія этой неполной перегородки въ полость матки не найдено. Зная, между прочимъ и изъ собранной имъ самимъ статистики, что японскія женщины обыкновенно имѣютъ очень мало дѣтей (не болѣе 1—4), авторъ находитъ возможнымъ поставить необыкновенную плодовитость своей націентки въ связь съ упомянутой складкой (неполной перегородкой) во влагалищѣ, которая, по его мнѣнію, играла для сперматозоидовъ роль лѣстницы или моста, облегчавшаго ихъ проникновеніе въ полость матки. **А. Фишеръ.**

139. **Webb. On fibroid tumours of the uterus** (Canadian Medical Record; International Journal of the Medical Sciences, February). **Лѣчение фибромъ матки электричествомъ.**

Д-ръ *Woodham W. Webb* приводитъ три случая фиброзныхъ опухолей матки, въ которыхъ онъ примѣнилъ лѣчение электролизомъ по методу *Arostoli*. Всѣ эти три случая окончились благопріятно — уменьшеніемъ размѣра опухолей. Число сеансовъ варьировало отъ 15 до 38, а время лѣченія отъ 12 до 18 мѣсяцевъ. **С. Груздевъ.**

140. **Smyly. The diagnosis and treatment of diseases of the endometrium.** (Brit med. Journ. 1888. № 1415). **Діагнозъ и лечение заболѣваній эндометрія.**

Единственный способъ, дающій возможность точно діагносцировать заболѣванія слизистой оболочки матки—это микроскопическое изслѣдованіе кусочковъ ткани, удаленныхъ помощью ложки. Въ большинствѣ случаевъ вѣроятный діагнозъ можетъ быть поставленъ уже во время выскабливанья: когда ложка средней величины свободно входитъ и движется въ полости матки по мягкой, бархатистой, по неровной поверхности, причѣмъ извлекаются длинныя полоски гиперплазированной оболочки, можно предположить фунгозный эндометритъ, но можетъ оказаться и задержаніе deciduae, простая или злокачественная аденома. Если отдѣляются лишь небольшіе обрывки тонкой оболочки даже послѣ энергичнаго выскабливанія вѣроятно атрофія слизистой оболочки, хотя нельзя опредѣлить, какого она рода. Небольшія, ломкія, бѣловатыя частички внушаютъ мысль о ракѣ. На долю микроскопическаго изслѣдованія выпадаетъ задача точно опредѣлить злокачественность образованія. Особенно важно рѣшить этотъ вопросъ въ тѣхъ раннихъ періодахъ, когда злокачественное заболѣваніе ограничивается лишь тѣломъ матки, и слѣдовательно возможно излеченіе путемъ экстирпации матки. Прежде подобные случаи считались большой рѣдкостью, но съ помощью выскабливанья одному *Veit'y* въ Берлинѣ за послѣднія 7 лѣтъ удалось діагносцировать 11 заболѣваній тѣла матки, Выскабливанье съ діагностической цѣлью, введенное *Résamier*, дало возможность *Robin'y*, изслѣдовавшему микроскопически удаленные куски ткани, составить точное описаніе фунгознаго эндометрита. *S.* кажется

слишкомъ искусственнымъ дѣленіе эндометритовъ на три формы, смотря по развитію железъ или межучточной ткани, предположенное *de Sinéty* и *Ruge*, такъ какъ всѣ три формы могутъ встрѣчаться одновременно; но онъ не отрицаетъ важности такого дѣленія въ томъ случаѣ, если подтвердится мнѣніе *Martin'a*, что при железистой формѣ существуетъ склонность къ злокачественному характеру, и *Wyder'a*, что преобладающее развитіе межучточной ткани сопровождается геморрагіями. Наиболее частое заболѣваніе слизистой оболочки матки—задержаніе deciduae послѣ выкидыша—отличается микроскопически отъ фунгознаго эндометрита отсутствіемъ железъ; слизистая оболочка при этомъ обыкновенно находится воспаленномъ состояніи, почему и должна быть удалена какъ можно раньше. Изъ атрофическихъ формъ эндометрита S. обращаетъ вниманіе на описанный *Schroeder'омъ* *endom. dysmenorrhoea*, при которомъ наблюдается развитіе интерстиціальной ткани, ведущее къ облитерациі железъ и циррозу слизистой оболочки, и на *psoriasis uterina*, описанный *Zeller'омъ*, при которомъ полость матки выстлана плоскимъ эпителиемъ. Обѣ формы были открыты съ помощью ложки и микроскопа. Діагностическое выскабливаніе имѣетъ значительныя преимущества передъ изслѣдованіемъ зондомъ или пальцемъ послѣ расширенія шейки, какъ способъ менѣе болѣзненный, вполне безопасный и дающій болѣе точныя свѣдѣнія о сущности заболѣванія. Болѣе широкому примѣненію выскабливанія содѣйствовали изслѣдованія *Diivelius'a*, ассистента *Martin'a*, которыя доказали, что послѣ самаго энергичнаго выскабливанія наступаетъ регенерація слизистой оболочки, не представляющей и слѣдовъ рубцеванья, и что данная операція не только не вызываетъ безплодія, но даже благоприятствуетъ беременности. При леченіи заболѣваній слизистой оболочки слѣдуетъ стремиться къ возможно полному удаленію заболѣвшей оболочки и способствовать нормальному развитію новой. Первое достигается выскабливаньемъ, второе послѣдовательными впрыскиваньями *t-rae jodi* или соединенія іода съ феноломъ. Хорошіе результаты, помимо выскабливанья, даетъ впрыскиванье сильныхъ прижигающихъ средствъ, какъ напримѣръ *ac. nitric. fum.*, но оно имѣетъ свои неудобства: необходимость предварительнаго расширенія шейки, невѣрность дѣйствія вслѣдствіе геморрагій и другихъ выдѣленій и разрушеніе тканей, нужныхъ для діагноза.

А. Пенарская.

141. F. Verchère. Des indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale dans le cancer utérin (La France médicale, 1888 г., № 21). Показанія и противопоказанія къ хирургическому вмѣшательству при ракѣ матки.

По мнѣнію автора, ракъ матки представляется для хирурга въ двухъ формахъ: оперируемый и не подлежащій операціи. Каждый разъ ракъ матки долженъ быть оперируемъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ ограниченъ, не распространился на сосѣднія части, если ножомъ или инструментомъ можно обойти границы пораженія, иначе сказать, въ началѣ развитія, что встрѣчается обыкновенно въ годы наступленія менопаузы, рѣдко раньше. Діагно-

спировать начало болѣзни можно при весьма тщательномъ изслѣдованіи больной; обыкновенно въ это время еще нѣтъ болей, или онѣ очень слабо выражены, появляются кровотечения или сами по себѣ, или въ формѣ меноррагій, болѣе или менѣе обильныя бѣли, весьма характерныя по своему ржавому оттѣнку и специфическому запаху, который достаточно разъ слышать, чтобы никогда его не забыть. Что касается способовъ операціи рака матки, то хирурги расходятся въ своихъ мнѣніяхъ. Одни, въ виду опасностей радикальной операціи (полное удаленіе матки) предпочитаютъ частичную ампутацію, другіе же, болѣе энергичные, слѣдующи принципѣ—удалять все больное съ частью здоровыхъ тканей, съ цѣлью болѣе надежнаго предохраненія отъ рецидива, настоятельно совѣтуютъ полное удаленіе раковой матки. Это разногласіе между хирургами нѣсколько поубавилось съ появленіемъ послѣднихъ статистическихъ данныхъ (*Terrier, Richelot, Bouilly etc.*), показавшихъ, что смертность послѣ операціи не превысила 4%, такъ что сила опасеній на этотъ счетъ значительно ослабѣла. Частичная ампутація матки, какъ извѣстно, бываетъ *подъ-влагалищная* и *надъ-влагалищная*. Послѣдняя, о которой недавно *Labbe* сообщалъ въ Медицинской Академіи, особенно рекомендуется *Schröder*'омъ, но,—по многимъ причинамъ, большинство авторовъ отказывается отъ этого способа, такъ какъ ампутировать матку приходится очень высоко, обязательна полная подвижность органа, приходится нерѣдко имѣть дѣло съ сильнымъ кровоточеніемъ, трудно останавливаемымъ въ глубинѣ влагалища; часто при этой операціи невозможно избѣгнуть пораненія брюшины со стороны задняго дугласа, наконецъ, приходится оставлять часть большого органа; все это вмѣстѣ взятое далеко не въ пользу этого способа операціи, тѣмъ болѣе, что она, какъ и полное удаленіе матки, даетъ 14% смертности. На этомъ основаніи болѣе предпочитаютъ *подъ-влагалищную* частичную ампутацію матки, т. е. ампутацію шейки, которая производится на уровнѣ сводовъ и въ Германіи ее дѣлаютъ ножомъ, а во Франціи различно: *Gallard* употребляетъ для этой цѣли гальванокаутеръ, *Verneuil*, во избѣжаніе кровотечения, пользуется экразеромъ *Chassaignac*'а. Хотя нѣкоторые хирурги и говорятъ, что употребленіе экразера влечетъ за собою послѣдовательное кровотеченіе, что его трудно фиксировать на маткѣ, вслѣдствіе легкаго его соскальзыванія, и что даже однажды *Verneuil*, употребляя экразеръ, получилъ прободеніе брюшины, но, по мнѣнію автора, опасенія эти преувеличены, особенно теперь; *Verneuil* поступаетъ слѣдующимъ образомъ: на уровнѣ сводовъ онъ проводитъ черезъ шейку толстую иглу съ двойною цѣпью экразера, чѣмъ избѣгаетъ соскальзыванія его; такимъ образомъ одна цѣпь экразера постепенно отрѣзываетъ правую половину *colli uteri*, а другая—лѣвую. По наблюденіямъ *Verneuil*'я, всѣ его больныя, оперированныя такимъ образомъ, жили послѣ операціи среднимъ числомъ два года, и это результатъ превосходный. Операція полнаго удаленія раковой матки состоитъ изъ 3-хъ моментовъ: низведенія матки, круговаго разрѣза влагалищныхъ сводовъ и отдѣленія матки отъ мочеваго пузыря и прямой кишки. Низведеніе матки—важнѣйшій моментъ операціи и, если оно невозможно, или не полно, служитъ про-

тивноказаніемъ къ производству этой операціи и вмѣстѣ съ тѣмъ доказываетъ, что поражены окружающія матку части. Разрѣзъ сводовъ слѣдуетъ дѣлать быстро, энергично и довольно глубоко, такъ какъ пораненіе матки, въ виду послѣдующаго отнятія ея, не имѣетъ значенія. По отдѣленіи матки отъ мочевого пузыря и rectum, открываютъ доступъ къ брюшинѣ, которую надрѣзаютъ настолько, чтобы могъ свободно пройти палецъ, которымъ осторожно разрываютъ брюшину вокругъ дна матки и обходятъ ее со всѣхъ сторонъ, послѣ чего матка остается въ связи только съ боковъ. Въ прежнее время на широкія связки накладывали лигатуры и между послѣдними разрѣзали ихъ; теперь поступаютъ проще: по *Richelot*, накладываютъ съ каждой стороны на широкую связку длинный зажимной пинцетъ, вдоль котораго связки легко и безопасно разрѣзываются, при этомъ пинцеты оставляютъ на 36—48 часовъ. Такой пріемъ очень удобенъ, предупреждая кровотеченіе и при немъ даже не требуется защемлять матку, какъ это дѣлали прежде, если она хорошо отдѣлена со всѣхъ сторонъ. Окапчивая свою статью, авторъ утверждаетъ, что влагалищное вырѣзываніе матки, не смотря на свои опасности, даже въ началѣ развитія раковаго процесса, все таки болѣе рационально, чѣмъ частичная ампутація, а тѣмъ болѣе въ тѣхъ случаяхъ, когда процессъ уже успѣлъ распространиться на сосѣднія части; въ послѣднемъ случаѣ отъ операціи не слѣдуетъ ожидать многого, между тѣмъ какъ вначалѣ болѣзни она можетъ привести къ полному выздоровленію. Что касается надвлагалищной ампутаціи, то въ виду вышеизложенныхъ неудобствъ ея, она, по автору, не имѣетъ смысла, такъ что, въ большинствѣ случаевъ, дѣлаютъ выборъ между полной экстирпаціей или частичной подъ-влагалищной ампутаціей матки; показуется эта операція только въ самомъ началѣ развитія рака и даетъ хорошіе результаты.

Н. Маслениковъ.

142. **О. ф.-Грюневальдъ. Die Elythrohysterotomie.** — (S.-Petersb. Medic. Wochenschr. 1888, № 5—6). — **Влагалищная экстирпація матки.**

Четыре случая названной операціи, проведенные въ петербургской Евангелической больницѣ д-ромъ *Домбровскимъ* (3) и авторомъ (1), даютъ послѣднему поводъ сдѣлать краткое историко-критическое изслѣдованіе влагалищной экстирпаціи матки. Авторъ приводитъ различныя мнѣнія о процентѣ смертности отъ этой операціи, объ условіяхъ достиженія ею наилучшихъ результатовъ, описываетъ нѣсколько способовъ ея производства и извѣстныхъ ему осложненій, встрѣчавшіяся у разныхъ операторовъ. Источниками послужили литературныя данныя послѣднихъ лѣтъ, такъ что эта первая часть статьи носить характеръ краткаго реферата, ставящаго читателя болѣе или менѣе прочно на высоту современнаго состоянія данной операціи. (Одно, что кажется страннымъ для русскаго читателя,—это почти полное игнорированіе русскихъ работъ, даже, напр., такой обстоятельной и новой, какъ диссертация д-ра *Заяцкаго*. Авторъ считаетъ нужнымъ упомянуть лишь о 10 случаяхъ д-ровъ *Биддера* и *Отта*; между тѣмъ 90—100 случаевъ, приведенныхъ у д-ра *Заяцкаго*, надо думать, не помѣшали бы цѣлостности впечатлѣнія и точности выводовъ г. *фонъ-Грюневальда*.—*Реф.*).

Затѣмъ, авторъ переходитъ къ частному описанію сказанныхъ четырехъ случаевъ. Одинъ касался 34-лѣтней женщины, у которой вся шейка была поражена раковымъ процессомъ, выходящимъ за внутренній зѣвъ; матка подвижна; о степени поражения околоматочной кѣтчатки точнаго заключенія сдѣлать нельзя. Показанія къ операциі послужили—желаніе больной и знаніе ею ожидавшей ее судьбы, если она не подвергнется операциі (!). Больная умерла на 3-й день послѣ операциі отъ остраго гнилокровія. Вскрытіе показало, что ткани таза и лимфатическіе сосуды и железы поражены ракомъ.—Другой случай относится къ нерожавшей женщинѣ, 41 года; матка могла быть смѣщаема внизъ, увеличена; влагалищная часть сильно инфильтрирована и укорочена; каналъ шейки слабо ступень, шероховатъ. Въ ткани влагалища сзади и справа—инфильтрированныя железы. Операциа оказалась трудною; пришлось вырѣзать порядочную часть влагалищной стѣнки; перевязка а. spermaticae и запрокидываніе матки назадъ потребовали много усилій. Больная, продолжавъ тяжелый послѣоперационный періодъ, осложненный полученною ею фистулою, чрезъ 7 недѣль умерла отъ крупознаго воспаленія легкихъ. При вскрытіи найдены новые раковые узлы въ оставленной кѣтчаткѣ; въ полости удаленной матки—сидящая на ножкѣ аденома, а въ самой ткани—фиброма, величиною съ голубиное яйцо.—Третій случай. Нерожавшая, 43 лѣтъ, поступила съ поставленнымъ внѣ учрежденія діагнозомъ фибромы матки; она въ продолженіе 1¹/₂ лѣтъ страдала обильными, но безболѣзненными мено-и метроррагіями. Больная на видъ здорова; величина матки—какъ въ 4-мъ мѣсяцѣ беременности; она подвижна, антефлектирована; шейка длинная и тонкая, наружный зѣвъ—узкій; придатки совершенно свободны. Выскабливаніе полости и микроскопическое изслѣдованіе извлеченныхъ массъ, мягкихъ и разрушающихся, позволило установить раковое пораженіе. Операциа была затруднена узостью влагалища и величиною матки, удаленной чрезъ задній сводъ; кровотеченіе незначительное. Въ маткѣ, выше внутренняго зѣва, нѣсколько ограниченныхъ раковыхъ узловъ, отдѣленныхъ отъ брюшины слоемъ здоровой ткани; кромѣ того, здѣсь найдены двѣ субсерозныя фибромы въ голубиное яйцо. Благопріятное теченіе выздоровленія нарушилось поносами (сулема?) и явленіями коллапса, перенесеннымъ дифтеритомъ зѣва въ легкой формѣ и плевритомъ. Въ настоящее время, по прошествіи 2 лѣтъ, пациентка совершенно здорова.

Наконецъ, въ четвертомъ случаѣ, самъ авторъ оперировалъ 46-лѣтнюю многородящую, страдавшую кровотеченіями лишь съ начала года. При изслѣдованіи, матка увеличена, вполнѣ подвижна, дно утолщено и твердо, губы эктропированы и на наружной поверхности поражены раковымъ процессомъ, не проникшимъ еще въ глубину шейки; придатки здоровы. Съ діагнозомъ рака шейки и интерстиціальной фибромы, 7-го октября 1887 г. сдѣлана операциа,—по Leopold'у, безъ запрокидыванія дна матки. Послѣоперационное теченіе безлихорадочно, функціи кишечника нормальны, самочувствіе прекрасно. Отдѣленіе изъ раны довольно долго—съ запахомъ; впрочемъ, оно улучшилось подъ вліяніемъ обмываній *Ac. pyrolign.* въ зеркалѣ. Чрезъ 7 не-

дѣль послѣ операциі удалены послѣдніе швы, и авторъ полагаетъ возможнымъ считать этотъ случай вполне излѣченнымъ. Изслѣдованіе удаленной матки подтвердило діагнозъ. Полной экстирпациі предъ высокою ампутаціею шейки отдано предпочтеніе въ виду большей надежности перваго способа въ отношеніи возврата, тѣмъ болѣе, что экстирпация, при данныхъ условіяхъ, не опаснѣе несложненной овариотоміи; къ тому же, и присутствіе фибромы подтверждало показанія къ полному удаленію матки.

А. Гермоніусъ.

143. L. G. Richelot. Fibromes utérins. Hystérectomie vaginale. Coma urémique. (L'Union médicale, 1888 г. № 23). Фибромы матки. Влагалищное вырѣзываніе матки. Coma—вслѣдствіе уреміи.

Влагалищное вырѣзываніе матки, пораженной фиброзными опухолями, дѣлали за границей не часто. По *Demons* (изъ Бордо), при небольшихъ фибромахъ матки, которая легко могутъ пройти черезъ влагалище, эта операциія должна быть предпочитаема таковой же — *per laparotomiam*. *Péan* также заявляетъ о большомъ числѣ операций влагалищнаго вырѣзыванія матки, произведенныхъ имъ безъ вредныхъ послѣдствій, по поводу маточныхъ фибромъ. Авторъ, съ своей стороны, описалъ одинъ случай, гдѣ онъ сдѣлалъ ту же операцию вслѣдствіе пораженія матки небольшими опухолями, которая постепенно увеличивалась и вызывала тяжкіе припадки; во всѣхъ случаяхъ прогрессивнаго роста небольшихъ фиброміомъ матки, авторы настоятельно совѣтуютъ дѣлать описываемую операцию, если появляются тяжелые припадки, какъ-то: боли, кровотеченія, давленіе на сосѣдніе органы, нервы и т. п. По мнѣнію автора трудны тѣ случаи фибромъ, когда онѣ расположены подвижно, или неподвижно позади матки, когда онѣ многочисленны и проростаютъ толщу матки, вызывая гипертрофію ея и тяжелые припадки, при наступленіи которыхъ обязательно слѣдуетъ прибѣгнуть къ операциі; но въ данномъ случаѣ гораздо труднѣе и опаснѣе рѣшиться на операцию *hystérectomiæ per laparotomiam*, чѣмъ при большихъ опухоляхъ и растянутыхъ ими стѣнкахъ живота. Операциія же *Batley*, хотя имѣетъ свое значеніе, не всегда легко выполнима, даетъ значительную смертность, неполное, или даже никакого выздоровленія. Конечно, не всѣ фибромы матки подлежатъ влагалищному вырѣзыванію; опытъ въ этомъ отношеніи даетъ много указаній для рѣшенія вопроса о показаніяхъ этой операциі. *Péan*, въ случаѣ несоотвѣтствія опухоли съ размѣрами влагалища, прибѣгаетъ къ раздробленію опухоли по частямъ, хотя нужно сознаться, при большихъ фибромахъ матки, операциія влагалищнаго ихъ вырѣзыванія бываетъ весьма затруднительна; дѣло облегчается предварительнымъ наложеніемъ лигатуръ на главные сосуды во избѣжаніе сильнаго кровотеченія при раздробленіи опухоли; все же нельзя избѣгнуть трудностей при отдѣленіи, напр., мочеваго пузыря, при наложеніи кровоостанавливающихъ пинцетовъ, какъ на отдѣльныя части опухоли, по мѣрѣ удаленія ихъ, такъ и на широкія связки, при чемъ авторъ отдаетъ громадное преимущество своимъ пинцетамъ передъ лигатурами, даже

тверждаетъ, что безъ пинцетовъ эта операція была бы невыполнима. Указывая на достоинства этой операціи при фибромахъ матки, авторъ приводитъ случай, окончившійся смертью, но весьма поучительный.

Г-жа Д. 57 лѣтъ, жалуется на тупыя боли внизу живота, появившіяся 3—4 мѣсяца тому назадъ, общую слабость, отсутствіе аппетита; большая весьма раздражительна, невротика, бѣлами и кровотеченіемъ не страдаетъ. Шейка матки нормальна, смотритъ влѣво и впередъ, тѣло матки сильно отклонено взадъ и вправо, немного увеличено въ объемѣ. Для болѣе подробнаго изслѣдованія и діагноза большая принята въ госпиталь Vichat 17-го ноября 1887 г., гдѣ она пробыла 10 дней, но за это время діагнозъ не выяснился, трудно было рѣшить, фиброма ли это, или простое отклоненіе матки, поэтому большая выписалась и авторъ имѣлъ возможность наблюдать ее до конца года. За это время болѣзнь подвинулась впередъ, припадки ея усилились — слабость и боли увеличились, ходить стало трудно вслѣдствіе пареза нижнихъ конечностей, матка замѣтно увеличилась и еще болѣе отклонилась взади, откуда трудно выводится. Авторъ рѣшилъ, что имѣетъ дѣло съ интерстиціальной фибромой, занимающей всю толщу матки и вызвавшей припадки давленія на тазовые органы. Больной поэтому предложена была операція, для чего она поступила въ госпиталь Tenon 12-го янв. 1888 г., а 19-го ей была сдѣлана операція—влагалищное вырѣзываніе матки. Последнюю удалось вывести довольно легко, отдѣленіе мочевого пузыря тоже не представило затрудненій; доступъ къ переднему своду брюшины, въ виду большихъ размѣровъ матки, былъ весьма труденъ; съ этой цѣлью въ мочевой пузырь авторъ ввелъ катетеръ и подъ руководствомъ послѣдняго старался тупымъ крючкомъ отдѣлить брюшину, рискуя поранить стѣнку пузыря, которая, обыкновенно, будучи недостаточно толстой въ такихъ случаяхъ, легко рвется; но отдѣлить этимъ способомъ брюшину послѣ тщетныхъ усилій не удавалось, вслѣдствіе чего авторъ принужденъ былъ начать отдѣленіе брюшины съ задняго дугласа, куда ему легко удалось проникнуть, затѣмъ туда былъ введенъ тупой крючекъ *Quénie*, демонстрированный авторомъ 26-го окт. 1887 г. въ хирургическомъ обществѣ и въ данномъ случаѣ оказавшій ему громадную услугу. Инструментомъ этимъ невозможно было свободно обхватить дно матки въ виду увеличенія его размѣровъ, поэтому пришлось наложить его нѣсколько косо, и тогда короткій конецъ его легъ свободно по передней поверхности матки, послѣ чего авторъ указательнымъ пальцемъ лѣвой руки, приподнимая мочевой пузырь, ладонною поверхностью того же пальца надавливаетъ на тупой конецъ инструмента; далѣе, подъ руководствомъ пальца авторъ вводитъ длинныя ножницы и дѣлаетъ въ брюшинѣ разрѣзъ величиною въ поперечный палецъ, послѣ чего пальцемъ же легко увеличить отверстіе; затѣмъ, по обыкновенію, авторъ вводитъ длинный свой пинцетъ и по нему совершенно отдѣляетъ матку отъ широкой связки справа и спереди; однимъ ударомъ удалить всю опухоль никоимъ образомъ невозможно; приходится при помощи зажимъ-пинцетовъ и ножницъ раздроблять большую матку мало-по-малу, не теряя, однако, ни капли

крови; во время этих манипуляцій, инструментъ, которымъ производится тракція матки, однимъ изъ своихъ острыхъ зубцовъ, къ несчастію, зацѣпилъ стѣнку мочевого пузыря — получилась, къ сожалѣнію, поперечная разорванная рана пузыря, длиною въ 2 сантиметра. Не теряя времени, авторъ продолжалъ раздробленіе опухоли и вскорѣ удалил ее до послѣдняго куска, далѣе затѣмъ наложилъ, по обыкновенію, свой длинный пинцетъ на широкую связку сзади, отдѣлил послѣднія связи съ маткой и закончилъ операцію туалетомъ брюшины. На ушибленную рану пузыря былъ наложенъ двухъэтажный шовъ: первый этажъ состоялъ изъ 4 поперечныхъ катгутовыхъ швовъ, наложенныхъ иглой *Reverdin'a* на пузырьную рану и захватывавшихъ часть пузырьной клетчатки; второй этажъ, надъ первымъ, соединялъ края влагалищной раны и вмѣстѣ съ тѣмъ закрѣплялъ первый рядъ швовъ, въ заключеніе опудриваніе раны йодоформомъ. Операція продолжалась 2 часа. Авторъ былъ увѣренъ въ благополучномъ исходѣ операціи, но, къ сожалѣнію, ошибся. На другой день послѣ операціи, не смотря на отсутствіе лихорадки (t° $37,0^{\circ}$ С, п. 76 — хороший) и рвоты, больная была въ безсознательномъ состояніи и часто погружалась въ глубокой сонъ, хотя дыханіе при этомъ было спокойное, пульсъ ровный, такъ что авторъ никакъ не могъ подозрѣвать уремію, да и моча, вслѣдствіе раны пузыря, выводилась каждые 2 часа и въ небольшомъ количествѣ; краткій анализъ мочи былъ сдѣланъ еще въ ноябрѣ, далъ къ тому же отрицательные результаты и потому съ тѣхъ поръ моча не изслѣдовалась; глубокую спячку авторъ приписывалъ невропатическому состоянію больной и, въ виду отсутствія другихъ грозныхъ припадковъ, не особенно беспокоился. 20 января сняты пинцеты, спячка продолжается. 21 января t° $37,0$, п. 90. 22 января t° $37,0$, п. 120 — спячка услилась. 23 января t° къ вечеру 35° , п. 130 — теперь только авторъ понялъ свою ошибку и рѣшилъ, наконецъ, что имѣетъ дѣло съ уреміей. 24 января въ теченіе дня t° поднялась до $38,0^{\circ}$. Въ 5 ч. утра 25 января — смерть. При вскрытіи найдено: брюшина вездѣ здорова, мѣста разрѣзовъ хорошо зажили, рег ргішаш, серозный покровъ кишекъ блѣденъ, ни слѣда жидкости въ маломъ тазу, мочевой пузырь пустъ, рана его прекрасно срослась на всемъ протяженіи, поверхность ея ровная, гладкая, мочеточники нормальны, удалены отъ раны пузыря; правая почка мала — 7 сантиметровъ въ длину, нормальнаго цвѣта и консистенціи, только кортикальное вещество истончено, почка вѣситъ 90 грм. (вмѣсто 170 по *Sappey'ю*). Атрофія лѣвой почки еще рѣзче выражена, длина ея 4 сантиметра, а вѣсъ всего 10 грм. Почки были изслѣдованы прозекторомъ *Pitiet*, который констатировалъ рѣзко выраженный интерстиціальнй склерозъ обѣихъ почекъ, особенно лѣвой. Измѣненій другихъ органовъ при вскрытіи не обнаружено. Подобный же случай автора описанъ въ диссертациі д-ра *Madec*; больная, оперированная авторомъ по поводу рака матки, умерла на 3-й день послѣ операціи при явленіяхъ возбужденнаго состоянія, затѣмъ судорогъ и асфиксіи. Вскрытіе тоже обнаружило въ рѣзкой степени интерстиціальнй нефритъ, который нерѣдко наблюдается у такихъ больныхъ, вслѣдствіе сдав-

ленія мочеточниковъ. Авторъ сознается, что онъ сдѣлалъ непростительную ошибку, не изслѣдовавъ до операціи мочевой аппаратъ больной и теперь авторъ, умудренный опытомъ, никогда не начинаетъ операціи безъ предварительнаго изслѣдованія мочи.

Заканчивая статью, авторъ обращаетъ особенное вниманіе на инструментъ *Quénne*, посредствомъ котораго вообще облегчается производство операціи. Затѣмъ, что касается раненія мочевого пузыря, которое иногда случается при операціи, то оно—непріятное осложненіе, но не влечетъ за собою вредныхъ послѣдствій; такъ думаетъ авторъ на основаніи своихъ 4 случаевъ, гдѣ печально былъ пораненъ мочевой пузырь, но, не смотря на это, раны, будучи зашиты, всегда хорошо срослись.

Н. Маслениковъ.

144. Lucas — Championnière. Salpingite suppurée. Ablation des deux trompes distendues par une quantité de pus considerable. (Journ. Med. de Paris. 1888. № 8, p. 303). Гнойный сальпингитъ. Удаленіе обѣихъ трубъ, сильно растянутыхъ гноемъ.

Фаллопиевы трубы были необычайно растянуты: изъ одной извлечено 1200 grm. гноя, изъ другой—1000. Одна труба, по формѣ, очень походила на волынку. Несмотря на крайнее измѣненіе трубъ, менструація совершалась вполне правильно. Симптомы болѣзни были крайне темны, ограничиваясь тяжестью и неопредѣленными болями живота. Увеличенныя трубы не достигались при внутреннемъ изслѣдованіи; наоборотъ, образованныя ими припухлости прощупывались черезъ переднюю брюшную стѣнку, причѣмъ справа опухоль болѣе выдавалась, была очень плотна, безболѣзненна, съ весьма неяснымъ зыбленіемъ; слѣва же — располагалась глубже, была неподвижна, весьма болѣзненна и безъ слѣдовъ флюктуаціи. Случай относится къ 37-лѣтней, нерожавшей женщинѣ и былъ благополучно оперированъ.

В. Желтухинъ.

145. Terrillon. Neuf cas d'ablation des ovaires et trombes pour fibromes hémorrhagiques et pour hémorrhagies utérines incoercibles. (Journ. de Med. de Paris. 1888. № 11, p. 429). 9 случаевъ удаленія яичниковъ и трубъ по причинѣ фиброидовъ и неудержимыхъ маточныхъ кровотеченій.

5 изъ вышеназванныхъ операцій были вызваны фиброміомами матки, 4—метроррагиями, неуступавшими обычнымъ способамъ лѣченія, вплоть до выскабливанія матки включительно. Въ этихъ послѣднихъ четырехъ случаяхъ причина кровотеченій не могла быть опредѣлена. Въ одномъ изъ нихъ яичникъ оказался раковоперерожденнымъ. Исходъ не указанъ. У другой оперированной, дѣвственницѣ, лѣвый яичникъ, значительно увеличенный, въ центрѣ, гдѣ оказалось обильное скопленіе эпителия, былъ желтѣе и пористѣе (creuse), нежели въ прочихъ мѣстахъ. Казалось, что здѣсь остатки граафова пузырька, вмѣсто того, чтобы всасываться, увеличивались въ объемъ и обильно пролиферировали. Въ этомъ случаѣ, какъ и въ двухъ остальныхъ,

въ которыхъ яичники и трубы оказались здоровыми, кровотечения послѣ операций прекратились. Такой же кровоостанавливающий результатъ дали операции у 4-хъ больныхъ фиброидами; 5-я же оперированная погибла вслѣдствіе кишечной непроходимости, причиненной давленіемъ опухоли.

В. Желтухинъ.

146. Lucas — Championnière. Quelques observations d'hydropsie de la trompe et de salpingite suppurée opérée par la laparotomie. (Journ. de Méd. de Paris. 1888. № 11, p. 438). Наблюденіе надъ водяной и гнойнымъ скопленіемъ трубъ, оперированными чревосѣченіемъ.

Оба случая представляли очень темные симптомы. Страдавшая одно-стороннимъ hydrosalpinx'омъ проявляла признаки двигательной атаксіи, но не въ полномъ ихъ комплексѣ. Больная двухстороннимъ pyosalpinx'омъ, въ теченіе 9-ти мѣсяцевъ имѣла нѣкоторые вѣроятные признаки беременности: увеличеніе живота и груди, рвоту; вслѣдствіи ощущеніе движеній какъ бы плода. Менструація однако не переставала быть правильной. У первой больной труба, оказавшаяся растянутой до 20 сант. въ длину, не достигалась черезъ влагалище; у второй можно было опредѣлить присутствіе болѣзненной опухоли въ маломъ тазу. Оба случая оперированы. Результаты операций еще не имѣли времени выясниться.

В. Желтухинъ.

147. Gaston. On cauterising the ovarian pedicle (Albany Medical Annals, January). Каутеризація яичниковой ножки.

Д-ръ *I. Mc. F. Gaston*, удаляя большую опухоль яичника, перевязалъ ножку шелкомъ и, затѣмъ, отдѣлилъ опухоль термокаутеромъ *Paquetin'a*; результатъ получился хорошій, такъ что авторъ считаетъ возможнымъ указать товарищамъ на практичность этого способа.

С. Сергѣевъ.

148. Hardon. Observations on pelvic cellulitis (Atlanta Medical and Surgical Journal, № 5). О воспаленіи тазовой клетчатки.

Д-ръ *Hardon* выставяетъ на видъ, что острое воспаленіе тазовой клетчатки (parametritis) въ періодѣ выпотѣванія можетъ быть устранено высасываніемъ выпота тонкою иглою, вводимую въ разные мѣста. Эти проколы уменьшаютъ давленіе, ослабляютъ боль и лихорадку. Когда выпоть занимаетъ мѣсто между листками широкой связки, вводити иглу нужно осторожно, чтобы не поранить *arter. uterinam*.

Хроническій параметритъ, являющійся слѣдствіемъ прежняго остраго воспалительнаго процесса, встрѣчается, по мнѣнію автора, далеко не такъ часто, какъ это думаютъ нѣкоторые, принимая простыя вздутія тазовыхъ венъ за параметритическія опухоли; эти вздутія венъ легко устраняются поднятіемъ матки тампонами.

С. Груздевъ.

149. Auvard. Note sur un cas de hernie ombilicale avec fistule intestinale. (Journ. de Médec. de Paris. 1888 г., № 7, p. 269). Случай пупочной грыжи съ кишечной фистулою.

Авторъ сообщаетъ объ эмбриональной аномаліи, давшей въ результатѣ пупочную грыжу съ кишечной фистулою на ней, выдѣлявшей первородный калъ. Послѣдній выходилъ и черезъ нормальное заднепроходное отверстіе.

В. Желтухинъ.

ОПЕЧАТКА ВЪ № 3.

Напечатано:

Стр. 233 строка 7 сверху: миллиметровъ

Слѣдуетъ:

миллиамперовъ

А. Я. Крассовскій.
Редакторы: К. Ф. Славянскій.
И. И. Смольскій.

ВЪ РЕДАКЦИИ ЖУРНАЛА
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ

(С.-Петербургъ, Ивановская ул., д. № 14, кв. № 20).

ПОСТУПИЛИ ВЪ ПРОДАЖУ

„ПРОТОКОЛЫ ЗАСѢДАНІЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИ-
ЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ“,

Выпускъ 1-й, за 1886—1887 годъ.

Цѣна 2 руб., съ пересылкою 2 руб. 25 коп.

ARCHIVES de TOCOLOGIE

des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés,

основанный Профессоромъ ДЕПОЛЕМЪ.

Издается въ 1888 году подъ редакціею д-ра Оваръ (Auvard) въ
Парижѣ. Выходить разъ въ мѣсяць каждаго 20 числа.

Цѣна **20** франковъ.

PARIS. Place de l'école de médecine. Adrien Delahoye et
E. Lecrosnier, editeurs.

ВЪ МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКОМЪ МАГАЗИНѢ

Н. П. ПЕТРОВА.

Сиб., Выборгская, Нижегородская ул., № 17.

продаются слѣдующія книги ПО ГИНЕКОЛОГИИ:

(Продолженіе, см. № 3).

Книгъ. Безплодіе. Распознаваніе, предсказаніе, патолого-анатомія, этиология и леченіе. 1884. Ц. 50 к.

Коршъ. Къ вопросу о вліяніи беременности на подвижность сочлененій таза. 1881. Ц. 1 р. 25 к.

Шредеръ. Болѣзни женскихъ половыхъ органовъ. Перев. съ 7-го изд. д-ра Фридберга и Хавкина. 1887. Ц. 3 р. 50 к.

Цвейфель. Какъ предупреждать зараженіе послѣродовою горячкою. Перев. подъ ред. проф. Славянскаго. Ц. 20 к.

Агафоновъ. Разрывъ шейки матки. 1882. Ц. 75 к.

Миллеръ, Н. Женское молоко и выборъ кормилицъ. 1888. Ц. 1 р. 50 к.

Винкель. Патологія и терапія родильнаго періода. Перев. подъ ред. Горвица. Ц. 3 р. 20 к.

— Болѣзни женскаго мочеиспускательнаго канала и пузыря. 1881. Ц. 2 р.

Горвицъ. Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы. 2-е изд. 2 т. 1883. Ц. 8 р.

— О неукротимой рвотѣ беременныхъ. 1882. Ц. 1 р.

Рейнъ, проф. Великая реформа въ современномъ акушерствѣ и хирургіи. 1886. Ц. 35 к.

Майергоффъ. Безплодіе, пороки развитія и воспаленія матки 37 рис.

Бандль. Болѣзни трубъ, связокъ, тазовой брюшины и тазовой соединит. ткани. 31 рис. (Хирург. Пита и Бильрота) 1887. Ц. 2 р. 50 к.

Гильдебрандтъ. Болѣзни наружныхъ женскихъ половыхъ органовъ. 1881. Ц. 1 р. 50 к.

Ольсгаузенъ. Болѣзни яичниковъ. 1879. Ц. 2 р.

Хробакъ. Исслѣдованіе женскихъ дѣтородныхъ частей. Съ 90 рис. 1881. Ц. 1 р. 50 к.

Гуссеровъ. Новообразование матки. Съ 40 рис. 1883. Ц. 1 р. 50 к.

Брейски. Болѣзни влагалища. 1880. Ц. 1 р. 50 к.

Выписывающіе на 1 р. и болѣе за пересылку не платятъ.

ГОДЪ ТРЕТІЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № 2.

Засѣданіе 25-го февраля 1888 г.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 47 членовъ: Андреевъ, Н. Ю., Баландинъ, Бацевичъ, Бѣляевъ, Вастепъ, Горайскій, Гриневъ, Даниловичъ, Довнаровичъ, Добрынинъ, Еремѣевъ, Еськовъ, Желтухинъ, Кирѣевъ, Лазаревичъ, Лалинъ, Лебедевъ, Лилѣевъ, Лопатинскій, Маковецкій, Марцынкевичъ, Мершъ, Мисевичъ, Отгъ, Піотровичъ, Полонскій, Поршняковъ, Радецкій, Р., Радецкій, И., Рентельнъ, Ростовскій, Рунге, Салмановъ, Смольскій, Соловьевъ, А. С., Стравинскій, Тарновскій, Урвичъ, Фишеръ, А., Фишеръ, Б., Фраткинъ, Цѣхановскій, Цырскій, Черневскій, Чернышевъ, Штоль и 49 гостей.

К. Ф. Славянскій открылъ засѣданіе *вступительнымъ словомъ*, посвященнымъ воспаленію брюшины малаго таза, и при томъ локализирующему только въ одной или обѣихъ боковыхъ сторонахъ послѣдняго: *peritonitis pelvica lateralis* или, короче, *perimetritis lateralis*. Название «perimetritis» для подобныхъ формъ можетъ быть, по мнѣнію *С.*, удержано, выражая собою одновременное, совмѣстное воспаленіе брюшины широкихъ связокъ, Фаллопиевыхъ трубъ, боковыхъ частей матки, прилежащихъ кишечныхъ петель, и наконецъ, наружной поверхности яичниковъ, покрытой, какъ извѣстно, коротко-цилиндрическимъ эпителиемъ. Строгое дѣленіе на «perisalpingitis» и «perioopho-

ritis» въ чисто анатомическомъ смыслѣ возможно только для нѣкоторыхъ случаевъ, ибо почти всегда въ процессѣ принимаетъ участіе и брюшина прилежащихъ частей; такимъ образомъ, воспаленіе не представляется строго ограничивающимся сывороточнымъ покровомъ только трубы или только наружную поверхность яичника. Воспалительныя измѣненія при периметритѣ въ разбираемой области носятъ на себѣ такой же двойной характеръ, какъ и при перитонитѣ вообще. Различаютъ: 1) незаразный, негнилостный (простуда, траума) и 2) заразный, бактерійный боковой периметритъ (*staphylococcus aureus*, *gonococcus*, бугорковая палочка и лучистый грибокъ). Микроорганизмы эти, проникая въ трубу, обуславливаютъ различныя заболѣванія ея внутренней поверхности (эндосальпингиты), которыя влекутъ за собою различной силы перисальпингиты, въ свою очередь, легко распространяющіеся на наружную поверхность яичниковъ, боковыя области матки и сосѣднія петли кишки, — развивается картина бокового периметрита. Кромѣ трубъ, источниками такихъ бактерійныхъ воспаленій, въ смыслѣ проводящихъ путей для микроорганизмовъ, служатъ также лимфатическіе сосуды широкихъ маточныхъ связокъ и иногда яичники. Лимфатическая система широкихъ связокъ играетъ роль въ этомъ отношеніи преимущественно только въ послѣродовомъ періодѣ, при развитіи гнилостныхъ заболѣваній, свойственныхъ этому послѣднему. Докладчикъ ограничился лишь указаніемъ на этотъ путь распространенія заразы и не входилъ въ подробный разборъ «параметрическихъ заболѣваній». Что же касается до яичниковъ, то они, какъ уже сказано, лишь иногда обуславливаютъ бактерійныя формы бокового периметрита; въ большей же части случаевъ они бывають источникомъ негнилостныхъ формъ мѣстнаго перитонита. Теченіе незаразнаго, негнилостнаго бокового периметрита, если онъ строго ограниченъ, весьма быстро; и *restitutio ad integrum* въ большинствѣ случаевъ бываетъ полная. Совершенно иначе протекаетъ бактерійный боковой периметритъ. Больныя, страдающія имъ, представляютъ изъ себя мученицъ все время расцвѣта ихъ половой

жизни и только по временамъ пользуются сравнительно лучшимъ самочувствіемъ. Болѣзнь постоянно обостряется, и само-родное ея исцѣленіе или полное излѣченіе подѣ влияніемъ ле-карствъ наблюдается рѣдко, почти исключительно въ періодѣ уга-санія половой жизни женщины и послѣ него. Разобравъ анато-мическую картину двухъ упомянутыхъ формъ бокового пери-метрита и остановившись нѣсколько на распознаваніи, доклад-чикъ перешелъ къ вопросу о *леченіи*. Принимая за источникъ возникновенія какъ самого бактерійнаго бокового периметрита, такъ и постоянныхъ его обостреній, измѣненія Фаллопиевой трубы, а для нѣкоторыхъ случаевъ и яичника, мы должны, eo ipso, въ настоящее время считать вполне показаннымъ опера-тивное удаленіе больныхъ органовъ путемъ чревосѣченія. Ис-ходы этой операціи представляются вполне удовлетворитель-ными, и $\frac{0}{100}$ смертности послѣ нея равняется таковому же послѣ оваріотоміи и даже еще меньше послѣдняго. Самъ докладчикъ изъ 15 больныхъ не потерялъ ни одной. Разумѣется, что не всѣ случаи бокового периметрита подлежатъ оперативному ле-ченію. Относительно свѣжіе должны быть совершенно исклю-чаемы изъ этого числа. Что же касается до хроническаго вос-паленія, то необходимо, чтобы оно находилось въ періодѣ по-слабленія, насколько возможно — внѣ періода ожесточенія про-цесса; при этомъ требуется еще предварительное устраненіе всѣхъ острыхъ явленій, а если возможно, то и разрыхленіе су-ществующихъ срощеній. Последнее достигается весьма удовле-творительно мѣстнымъ массажемъ и гимнастикой. Часто, однако, volens-nolens, приходится оперировать и при наличности срощеній, которыя, особенно при pyosalpinx'ѣ, бываютъ иногда на-столько сплошныя, развитыя и плотныя, что отдѣленіе ихъ отъ кишечныхъ петель безъ нарушенія цѣлости послѣднихъ пред-ставляется дѣломъ невозможнымъ. Въ такихъ случаяхъ прихо-дится удалять трубу по частямъ, оставляя участки срощен-ныхъ стѣнокъ ея въ полости брюшины и дренируя послѣднюю, какъ поступаетъ *A. Martin. C.* при подобныхъ обстоятель-ствахъ поступаетъ иначе: онъ оставляетъ расширенную Фал-

лопёву трубу, будь то hydro или ruosalpinx, на мѣстѣ, вскрываетъ ея полость и, вшивая края получаемого въ ней отверстія въ нижній уголъ брюшной раны, вставляетъ дренажъ и достигаетъ, такимъ образомъ, въ послѣдствіи запустѣнія просвѣта трубы. Шестъ случаевъ (2 hydro —, 2 ruo — и 2 haematosalpinx), оперированные подобнымъ образомъ, дали отличные результаты. Въ 4 случаяхъ hydrosalpinx'a докладчикъ примѣнилъ способъ salpingotomiae partialis intraperitonealis, т. е., вскрывалъ опухоль, вырѣзывалъ доступную часть ея стѣнки, останавливалъ кровотеченіе наложеніемъ швовъ и вскрытую такимъ образомъ полость оставлялъ свободно въ полости брюшины; всѣ 4 случая, однако, не дали желаемого результата: быстро наступило зарощеніе искусственно произведеннаго отверстія, и труба растягивалась вновь, такъ что въ настоящее время С. совершенно отказался отъ этого способа и въ случаяхъ, гдѣ невозможно легко и безвредно удалить весь мѣшокъ hydrosalpinx'a, дренируетъ его внѣбрюшиннымъ образомъ. Для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ, при наличности обширныхъ и плотныхъ сращеній, невозможно было бы удалить цѣликомъ больной яичникъ и въ которыхъ оставляемые части его, иногда пропитанныя гноемъ, могли бы служить источникомъ общаго бактерійнаго перитонита, С. считаетъ заслуживающимъ, быть можетъ, вниманія способъ *Bardenheuer*'а, а именно, способъ почти внѣбрюшиннаго удаленія заболѣвшаго яичника: *Bardenheuer* дѣлаетъ разрѣзъ брюшной стѣнки параллельно *Poupart*'овой связкѣ, отдѣляетъ брюшину отъ мочевого пузыря, проходитъ этимъ путемъ къ корню широкой связки, расщепляетъ обѣ ея пластинки и доходитъ до яичника; продолжая тупую сепаровку дальше, онъ дѣлаетъ яичникъ болѣе свободнымъ; вскрывъ, затѣмъ, небольшимъ разрѣзомъ заднюю пластинку широкой связки, онъ извлекаетъ и удаляетъ больной органъ.

Секретарь Общества, *И. И. Смольскій* прочелъ докладъ, присланный *И. И. Федоровымъ*: «нѣсколько словъ о преимуществѣхъ прямыхъ параллельныхъ щитцовъ проф. *И.*

И. Лазаревича». Щипцы эти, съ сентября 1887 г. по 1 февраля 1888 г., были примѣнены въ значительномъ числѣ случаевъ въ клиникѣ *Н. В. Ястребова* въ Варшавѣ, при головно-черепныхъ предлежаніяхъ плода и при самыхъ разнообразныхъ показаніяхъ. Докладчикъ находитъ въ щипцахъ *И. П. Лазаревича* слѣдующія преимущества: онѣ не сжимаютъ головки и не требуютъ примѣненія вращательныхъ движеній ради исправленія положенія подлежащей части, ибо послѣдняя, оставаясь свободною отъ сжиманія, сама совершаетъ всѣ повороты, какъ бы отъ дѣйствія изгоняющей силы матки. Щипцы эти, далѣе, могутъ быть наложены въ любомъ размѣрѣ таза на головку, стоящую въ любомъ отдѣлѣ послѣдняго и даже надъ входомъ узкаго таза. Затѣмъ, щипцы *И. П. Лазаревича* можно накладывать и на головку недоношеннаго плода. Всѣ свои положенія докладчикъ подкрѣпилъ соответственными примѣрами и въ концѣ концовъ пришелъ къ тому выводу, что «щипцы проф. *И. П. Лазаревича*, т. е., прямые параллельные, дѣйствительно являются типомъ нормальныхъ акушерскихъ щипцовъ, что это *manus ferreae* въ собственномъ смыслѣ этого названія, и что работающій ими работаетъ при полной возможности соблюсти коренное правило относительно нормальнаго примѣненія этого инструмента, какъ родоразрѣшающаго вообще, и не встрѣчается при этомъ съ тѣми трудностями и опасностями, которыя создаются особенностями устройства общепринятыхъ изогнутыхъ щипцовъ».

Е. Ф. Бацевичъ на первое положеніе, высказанное въ докладѣ Д-ра Федорова о преимуществѣ щипцовъ проф. Лазаревича предъ щипцами съ тазовой кривизной *Simpson'a*, состоящее въ томъ, что щипцы Лазаревича меньше сдавливаютъ головку плода, позволяя себѣ замѣтить слѣдующее: 1) Щипцы *Симпсона* устроены по своимъ размѣрамъ именно такъ, чтобы головка средняго плода не сдавливалась, развѣ только она захвачена въ косомъ или поперечномъ размѣрѣ и сдавливаніе ея вообще и въ послѣднемъ случаѣ въ частности, зависитъ не отъ щипцовъ, между рукоятками которыхъ, въ случаѣ ихъ несхожденія, принято класть полотенце, или что нибудь другое, а отъ того препятствія, которое встрѣчаетъ влекомая головка въ каналѣ, чрезъ который она должна пройти; 2) Препятствіе въ каналѣ такжеже, какъ и приспособленіе головки по формѣ, суть величины, стояція во взаимной, неизвѣстной и неза-

висящей отъ насъ пропорціи. Короче говоря, разъ щипцы устроены по размѣрамъ головки, они не могутъ дѣйствовать какъ кефалотрибъ, развѣ только въ случаѣ диспропорціи головки, да и на этотъ случай у насъ существуетъ способъ. Спрашивается, могутъ ли щипцы проф. Лазаревича сдавливать *меньше* головку, разъ это не отъ нихъ зависитъ, если даже допустимъ, что они *больше* способны приспособляться къ величинѣ головки? Конечно, нѣтъ.

А могутъ ли они *больше* сдавливать головку?

Да, и вотъ почему: разъ щипцы проф. Лазаревича наложены, рукоятки установлены параллельно, то при первой же тракціи, ложки, не будучи скрѣплены извнѣ рукой, будутъ расходиться, такъ какъ нельзя же согласиться съ мнѣніемъ самого проф. Лазаревича, будто сами костяныя стѣнки таза будутъ держать щипцы на головкѣ, послѣднее могло бы имѣть мѣсто лишь въ томъ случаѣ, если бы головка и тазовой каналъ всегда и во всѣхъ точкахъ соприкасались между собой, чего нѣтъ, такъ какъ намъ всегда приходится накладывать щипцы въ плоскостяхъ меньшаго соприкосновенія. А разъ мы признаемъ, что ложки щипцовъ Лазаревича должны быть удерживаемы снаружи рукой во взаимномъ другъ къ другу отношеніи, то вмѣстѣ съ тѣмъ должны признать, что сдавливать меньше, чѣмъ кривые щипцы они ни въ какомъ случаѣ не могутъ, такъ какъ это отъ нихъ не зависитъ, сильнѣе же могутъ, такъ какъ сила, сдерживающая ложки, отдана въ руки оперирующаго, а значить индивидуальна и зависитъ отъ мышечнаго чувства оператора.

И. И. Смольскій замѣтилъ, что при извлеченіи высокостоящей головки щипцами *И. П. Лазаревича* приходится сильно отдавливаетъ промежность взади; если это и возможно у многорождающихъ, то у первородящихъ представитъ несомнѣнныя затрудненія.

И. П. Лазаревичъ сказалъ слѣдующее: Уже прошло около 25 лѣтъ, въ теченіе которыхъ я не переставалъ изучать механизмъ дѣйствія щипцовъ и стремиться къ усовершенствованію этого важнѣйшаго акушерскаго инструмента. Въ 1866 году я представилъ въ Лондонѣ на международную выставку акушерскихъ инструментовъ мои *неперекрещивающіеся* щипцы. Эти щипцы дали возможность извлекать головку, нисколько не сдавливая ее, а дѣйствуя только захватываніемъ ее окончаніями ложекъ и какъ бы проталкиваніемъ ея (*visa tergo*) по родовому пути. При этомъ головкѣ дается возможность совершать повороты, необходимые для правильности механизма родовъ.

Дальнѣйшее, существенное усовершенствованіе моихъ щипцовъ состояло въ томъ, что я сдѣлалъ ихъ *прямыми*, уничтоживъ въ нихъ тазовую кривизну. Послѣ этого явилась возможность дѣйствовать ими даже при высоко и подвижно стоящей головкѣ съ несравненно большею увѣренностью въ правильности направленія, даваемого изгоняющей силѣ, и съ большею возможностью избѣгать поврежденія плода и матери.

Когда я убѣдился, что соскальзываніе щипцовъ обыкновенно происходитъ вслѣдствіе недостаточности ихъ захвата, уменьшающагося по мѣрѣ увеличенія угла расхожденія ложекъ, я нашелъ возможнымъ, при всякой величинѣ головки, удерживать обѣ половины щипцовъ въ *параллелизмъ*, устройствомъ мною придуманнаго замка.

Во избѣжаніе поврежденій частей матери и для облегченія введенія ложекъ, ихъ конечный край не долженъ быть ни слишкомъ остръ и ни очень притупленъ.

Для сохраненія промежности я придалъ шейкѣ ложекъ округленную форму, а самими щипцамъ форму клинообразную.

Я нашелъ нужнымъ дѣлать щипцы *не большими* и ложки ихъ *не широкими* для того, чтобы, занимая возможно меньшее пространство, они могли, бы вполнѣ хорошо приспособляться, и къ головкѣ, и къ родовому пути.

Чтобы была возможность содержать щипцы въ совершенной чистотѣ они сдѣланы мною изъ цѣльной никелированной стали, и на нихъ нѣтъ ни шарнировъ, ни щелей, ни углубленій.

При всѣхъ вышеуказанныхъ особенностяхъ, мои щипцы даютъ возможность извлекать доношенный плодъ, при высоко и подвижно стоящей головкѣ, при тазѣ, котораго конъюгата сжужена до 8,5 с. Убѣдившись, наконецъ, на многихъ случаяхъ, какъ клиническихъ, такъ и моей частной практики, въ томъ, что дѣйствіе моихъ щипцовъ представляется необыкновенно вѣрнымъ, удобнымъ и безопаснымъ, я нашелъ правильнымъ назвать ихъ *нормальными щипцами*.

Я получалъ письма изъ разныхъ мѣстъ Россіи и даже изъ Сибири съ заявленіемъ объ испытанныхъ на дѣлѣ необыкновенной легкости употребленія и вѣрности дѣйствія моихъ щипцовъ. Заграницею являлись печатные отзывы, подтверждавшіе тѣ или другія преимущества моихъ щипцовъ. Но мнѣ было особенно пріятно, когда на послѣднемъ съѣздѣ врачей въ Москвѣ мое сообщеніе о щипцахъ было встрѣчено громкимъ сочувствіемъ. Тогда же я сообщилъ случай наложенія моихъ щипцовъ въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ заведеніи, у одной экламптической, при высококомъ и подвижномъ стояніи головки. Плодъ извлеченъ живымъ и мать выздоровѣла. Предсѣдательствовавшій на съѣздѣ А. Я. Крассовскій подтвердилъ вѣрность моего сообщенія.

Въ настоящемъ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества я впервые услышалъ отзывъ о моихъ щипцахъ отъ представителя акушерской науки въ одномъ изъ нашихъ университетовъ. Отзывъ этотъ, подтвержденный вѣскими наблюденіями, въ которомъ выразилось болѣе чѣмъ вниманіе къ труду соотечественника, я считаю для себя великою нравственною поддержкою.

Пользуюсь благопріятномъ случаемъ, чтобы, хотя бѣгло, сообщить пять случаевъ наложенія моихъ щипцовъ въ завѣдываемомъ мною № 6-мъ Рождественскихъ бараковъ.

1) Въ октябрѣ прошлаго 1887 года, у первороженицы, при приступахъ эклампсін, при с. е.—17,5, шесть часовъ спустя послѣ выхода водъ, я наложилъ мои щипцы на боковыя стороны головки, стоявшей во входѣ въ тазъ и извлекъ живой плодъ, вѣсомъ 3250 граммъ.

2) 17 января 1888 года, у первороженицы, у которой уже было 4 сильныхъ приступа эклампсін и 2 раза безуспѣшно накладывались кривые щипцы, при с. е.—17,0, высококомъ стояніи головки, съ значительною на ней

опухолью, при уже слабомъ плодовомъ сердцебіеніи, щипцы были наложены на лобъ и затылокъ и, послѣ 8 притяженій, былъ извлеченъ плодъ мужскаго пола 48 с. длиною, въ глубокой асфиксіи.

3) 20 января 1888 г., послѣ трехсуточного продолженія родовъ и когда прошло болѣе сутокъ послѣ разрыва пузыря, ягодицы стояли неподвижно во входѣ въ тазъ и сердцебіеніе плода было едва слышно, я наложилъ щипцы на боковыя стороны таза плода и извлекъ его. Освобожденіе головки было затруднено. Новорожденная вѣсила 3000 граммъ, находилась въ глубокой асфиксіи и не могла быть оживлена. На нижней части ея туловища не оказалось никакихъ поврежденій отъ наложенія щипцовъ.

4) 16 февраля 1888 г. наложены щипцы у 28-лѣтней роженицы; первые роды были очень трудны и окончились рожденіемъ небольшого живаго плода; послѣ этихъ родовъ остался глубокой рубецъ на правой сторонѣ половой щели. Вторые роды окончились рожденіемъ недоношенной дѣвочки. С. е.—17.0. Сильный отекъ вокругъ половой щели и особенно промежности. Головка, затылкомъ обращенная влѣво, стояла неподвижно во входѣ въ тазъ, съ отчетною опухолью надъ правымъ темяннымъ бугромъ. Ложки щипцовъ наложены на оба виска. По извлеченіи, головка повернулась личикомъ кверху, а потомъ обратно вправо. Причиной такого поворота оказалась пуповина, идущая вокругъ туловища и поверхъ правой ручки. При этомъ обѣ руки завернулись назадъ за спинку. Плодъ мужскаго пола, живой, вѣсомъ 3800 граммъ, а длиною 52.0. На 3-й и до 8-го дня послѣ родовъ температура повышалась до 38—40°. Въ остальномъ послѣродовое время прошло благополучно.

5) 20 февраля 1888 г. у 6 разъ рожавшей, при с. е.—18.5, затылочнолѣвымъ плодоложеніи, и головкѣ стоявшей неподвижно во входѣ въ тазъ, съ значительною на ней опухолью и при сильномъ отека передній губы маточнаго отверстія, я извлекъ живой плодъ мужскаго пола, наложивъ щипцы на обѣ височныя стороны головки.

Всѣ приведенные здѣсь случаи окончились благополучно для матерей; изъ новорожденныхъ, трое родились живыми, а два въ глубокой асфиксіи, не зависѣвшей отъ дѣйствія щипцовъ. Въ трехъ случаяхъ была значительная узкость таза (с. е.—17.0 — 17.5) и головка стояла высоко; въ одномъ случаѣ щипцы были наложены на тазъ.

Предсѣдатель К. Славянскій.

Секретарь И. Смольскій.

ГОДЪ ТРЕТІЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № II.

Засѣданіе 25 февраля 1888 года.

Административное засѣданіе.

Присутствовали 34 члена.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 1 и I.

2) Утверждена слѣдующая смѣта расходовъ на 1888 г.

Печатаніе протоколовъ	400 руб.
Печатаніе пригласительныхъ повѣстокъ.	30 »
Почтовый расходъ.	35 »
Канцелярскій расходъ.	10 »
Переписка протоколовъ и бумагъ для печати.	35 »
Переплеть книгъ, покупка шкафа для библіотеки . . .	135 »
Прислугѣ	30 »
Непредвидѣнные расходы	100 »

Итого 775 руб.

3) Секретаремъ Общества прочитанъ отчетъ редакціи «Журнала Акушерства и женскихъ болѣзней». Постановлено благодарить редакторовъ и сотрудниковъ за ихъ труды.

4) Ревизіонная комиссія изъ членовъ П. И. Добрынина, А. И. Лебедева и Н. И. Стравинскаго доложила Обществу, что

при ревизіи редакціи «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней» всѣ книги, документы и денежные суммы найдены въ полномъ порядкѣ и исправности.

5) По предложенію редакторовъ журнала на 1888—1889 г. К. Ф. Славянскаго и И. И. Смольскаго постановлено просить А. Я. Крассовскаго продолжать редактировать журналъ и въ 1888—1889 году.

6) По обсужденіи вопроса о присутствіи стенографа въ засѣданіяхъ Общества постановлено на сей предметъ суммъ не ассигновать, но открыть для сей цѣли подписку среди членовъ Общества.

7) Предложены къ избранію въ дѣйствительные члены Общества:

1) Нейштубе, Петръ Тимофѣевичъ, лекарь и кандидатъ естественныхъ наукъ. Предл. Даниловичемъ, Смольскимъ, Стравинскимъ.

2) Федоровъ, Иванъ Ивановичъ, лекарь. Предл. Славянскимъ, Смольскимъ, Тарновскимъ.

3) Сченсновичъ, Василій Васильевичъ, лекарь и уѣздный врачъ. Предл. Даниловичемъ, Стравинскимъ, Тарновскимъ.

8) По письменному предложенію 44 членовъ обсуждался вопросъ о дополненіи устава статьею «*Общество имѣетъ право избирать изъ числа своихъ членовъ въ званіе почетнаго Предсѣдателя Общества*». Постановлено отложить рѣшеніе его до слѣдующаго засѣданія.

9) Въ бібліотеку Общества поступили отъ редакціи «Журнала Акушерства и женскихъ болѣзней» слѣдующіе журналы и брошюры за 1887 годъ.

И. Рясенцевъ. Укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ.

И. Львовъ. *Kali hypermanganicum*, какъ *emenagogum*.

— *Ueber die Blutgeschwülste der äusseren Geschlechtsorgane und der Scheide.*

— Къ ученію о причинахъ происхожденія неправильныхъ положеній и поворотовъ младенца при родахъ.

— Къ вопросу о предупрежденіи блеворрейнаго воспаленія глазъ у новорожденныхъ.

— Къ вопросу о вліяніи перемежающейся лихорадки на теченіе беременности и утробный плодъ.

— Медицинскій отчетъ по Лихачевскому родильному отдѣленію Казанской Губернской Земской Больницы. Съ сентября 1883 г. по сентябрь 1887 г.

А. Лебедева. 59 съѣздъ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Берлинѣ.

— Къ техникѣ оперативнаго лѣченія интралигаментарныхъ кистъ.

— Къ казуистикѣ *hysteromyomatomi*'и (надвлагалищной ампутаціи тѣла матки).

— Кесарское сѣченіе или краніотомія на живомъ плодѣ?

— Ueber die intrauterine Uebertragbarkeit des Erysipel.

П. Чунихинъ. Кислородъ въ эклампсіи.

— Бромистый этиль въ Акушерской практикѣ.

— Матеріалы къ вопросу о фиброміомахъ и полипахъ матки и влагалища.

— Случай искусственнаго возбужденія родовъ, при узкости таза и сильномъ суженіи рукава.

— Удаленіе остатковъ яйца при неполномъ выкидышѣ острой ложкой.

П. Чунихинъ и М. Бриль. Матеріалы къ вопросу о способахъ удаленія послѣда. Удаленіе послѣда по способу И. П. Лазаревича выпрямленіемъ матки съ надавливаніемъ на ея дно.

И. Лапинъ. Частичная ампутація влагалищной части при хроническомъ воспаленіи матки.

L. Martineau. Leçons sur la thérapeutique de la métrite.

А. Скаренціо. Лечение сифилиса.

Д. Парышевъ. Медицинскій отчетъ Акушерской клиники баронета Вилліе съ 1874 по 1885—1886 гг.

Н. Гавронскій. Желѣзноводскъ, какъ бальнеотерапевтическая станція для гинекологическихъ больныхъ.

— Матеріалы къ гистологіи влагалищной части матки и ея шейки.

Г. Гиммельфарбъ. Патологическое значеніе и оперативное лечение разрывовъ маточной шейки.

С. Wegner. Массажъ, его техника, примѣненіе и дѣйствіе.

У. Шпетъ. Учебникъ Акушерства для акушеровъ.

Anna Kuliscioff. Sui microrganismi dei lochii normali.

О. Штоффъ. Уходъ за ребенкомъ въ первый годъ его жизни.

Г. Польш. Исторія, сущность, современный взглядъ о пользѣ и вредѣ гомотеопатіи.

P. Mundé. De L'électricité comme agent thérapeutique en gynécologie.

В. Губерта. Прививаніе телячьей и гуманизированной оспы.

В. Матвѣева. Матеріалы къ вопросу объ овариотоміи въ Россіи.

С. Заяицкій. Полная экстирпація раковоперерожденной матки черезъ влагалище къ 30 случаямъ.

G. Apostoli. Sur un nouveau traitement de la métrite chronique.

— Записки Русскаго географическаго Общества.

Журналы французскіе.

- 1) L'union médicale.
- 2) Le Progrès Medical.
- 3) Journal de Médecine de Paris.
- 4) Annales Médico-chirurgicales.
- 5) Gazette médicale de Strasbourg.
- 6) Revue internationale des sciences médicales.

Журналы англійскіе.

- 1) The Obstetric Gazette.
- 2) The Polyclinic.
- 3) New York Medical Journal.

Журналы нѣмецкіе.

- 1) Breslauer Aerztliche Zeitschrift.
- 2) St.-Petersburger Medicinische Wochenschrift.
- 3) Centralblatt für Chirurgie.
- 4) Der Frauenarzt.

Журналы польскіе.

- 1) Zdrowie.
- 2) Przegląd lekarski.
- 3) Medycyna.
- 4) Kronika lekarska.
- 5) Pamiętnik towarzystwa lekarskiego.

Журналы итальянскіе.

- 1) Bollettino della sezione dei cultori delle scienze mediche in Siena.

Журналы шведскіе.

- 1) Finska läkaresällskapets handlingar.
- 2) Upsala lakareförenings förhandlingar.

Въ бібліотеку Общества поступили въ обмѣнъ слѣдующіе протоколы.

Протоколы Общества Кіевскихъ врачей за 1885—1886 г.

Протоколы Императорскаго Кавказскаго медицинскаго Общества за 1887 г. №№ 7—16.

Приложенія къ протоколамъ Общества Кіевскихъ врачей за 1885—1886 годъ.

Протоколы Императорскаго Виленскаго медицинскаго Общества за 1887 годъ №№ 5—7.

Протоколы Общества Одесскихъ врачей за 1886 г. № 6. За 1887 г. №№ 7, 10, 11, 12, 14.

Протоколы Акушерско-гинекологическаго Общества въ Москвѣ за 1887 г. №№ 1, 3.

Протоколъ Тамбовскаго медицинскаго Общества за 1887 г. № 8 и годичный.

Труды Общества Русскихъ врачей въ Москвѣ за 1886 г.

Труды Общества Русскихъ врачей въ Москвѣ за 1887 г. №№ 3, 4, 5.

Труды врачей Одесской городской больницѣ.

Отчетъ о Полтавской Губернской земской больницѣ.

Отъ М. А. Шуринова—Матерьялы для фармакологіи берберина.

Предсѣдатель К. Славянскій.

Секретарь И. Смольскій.

Дозволено ценаурою. С.-Петербургъ, 26 марта 1888 г.



Типографія А. С. Суворина. Эртелевъ пер., д. 11—2



ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВТОРОЙ.

МАЙ 1888, № 5.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

IX.

**НѢСКОЛЬКО СЛОВЪ О ПРЕИМУЩЕСТВАХЪ ПРЯМЫХЪ ПА-
РАЛЛЕЛЬНЫХЪ ЩИПЦОВЪ ПРОФ. ЛАЗАРЕВИЧА.**

И. И. Федорова.

Штатнаго ординатора (ассистента) клиники Акушерства и Женскихъ болѣзней проф. Ястребова при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ.

Съ 1-го сентября 1887 года проф. Н. В. Ястребовымъ въ завѣдываемой имъ клиникѣ введены въ употребленіе щипцы проф. Лазаревича въ послѣдней его модификаціи ¹⁾.

Благодаря относительно богатству оперативнаго матеріала данной клиники, намъ пришлось въ теченіе сравнительно короткаго времени—съ 1-го сентября 1887 г. по 1-е февраля 1888 года—примѣнить этотъ инструментъ уже въ значительномъ числѣ случаевъ, руководясь самыми разнообразными показаніями при головночерепныхъ предлежаніяхъ плода. Въ виду совершенной новизны щипцовъ проф. Лазаревича въ акушерской практикѣ ²⁾, устройство и механическое дѣйствіе которыхъ опи-

¹⁾ Смолри «Труды 2-го съѣзда русскихъ врачей» и «Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней», № 2.

²⁾ Смолри «Труды 2-го съѣзда русскихъ врачей», сообщеніе проф. Лазаревича.

саны самимъ изобретателемъ относительно недавно, а также въ виду блестящихъ результатовъ, полученныхъ нами при работѣ съ ними — я, по предложенію проф. Н. В. Ястребова, позволю себѣ представить въ настоящей замѣткѣ нѣкоторые выводы относительно несомнѣнныхъ преимуществъ и выгоды прямыхъ параллельныхъ щипцовъ проф. Лазаревича передъ обычно употребляемыми изогнутыми инструментами. Я дѣлаю это тѣмъ болѣе охотно, что мнѣ самому въ теченіе короткаго промежутка времени пришлось уже наложить ихъ при самыхъ разнообразныхъ положеніяхъ головки плода въ различныхъ отдѣлахъ таза.

Самимъ проф. Лазаревичемъ достаточно подробно и ясно развита идея, лежащая въ основаніи предложенной модификаціи его инструмента, точно разобрано и механическое дѣйствіе его, такъ что я позволю себѣ только въ интересахъ болѣе ясной сравнительной оцѣнки того и другаго вида щипцовъ отчасти лишь коснуться и вышеупомянутыхъ пунктовъ.

Какъ извѣстно, акушерскіе щипцы должны служить къ тому, чтобы потягиваніемъ за головку плода или замѣнять дѣйствіе потугъ, сообщающихъ, при нормальномъ теченіи родовъ, поступательное движеніе подлежащей части, или же чтобы исправить неправильную ротацію ея. Отсюда механическое дѣйствіе этого инструмента распадается на *влеченіе* и *вращеніе* — дѣйствія *полезныя*. Въ томъ и другомъ случаѣ головка, насколько возможно, должна сохранять способность приспособляемости своей формы и объема къ емкости таза (конфигурація), т. е., ложки щипцовъ должны какъ можно меньше сдавливать ее, что во всякомъ случаѣ бываетъ недостижимо при изогнутыхъ обыкновенныхъ инструментахъ. Неизбѣжное *сжиманіе* головки составляетъ необходимое зло этого рода акушерскихъ щипцовъ и является третьимъ, но уже *вреднымъ* дѣйствіемъ ихъ. Вотъ почему идеальными щипцами *Шредеръ*¹⁾ считаетъ только такіе, которые держали бы головку довольно плотно, не производя на нее ни малѣйшаго давленія.

¹⁾ *Шредеръ*, Учебникъ Акушерства и т. д. Переводъ подъ ред. Рейна, 1887 г.

Выходя из данного опредѣленія цѣли и дѣйствія инструмента, казалось бы, что господствующія модификаціи щипцовъ если и не достигаютъ своего идеала, тѣмъ не менѣе вполне удовлетворяютъ главному своему назначенію — замѣнять дѣйствіе потугъ, обнаруживая *изгоняющую* или *толкательную* силу по отношенію къ головкѣ плода. Между тѣмъ, факты говорятъ противное. По выраженію Шредера ²⁾, щипцы, во время своего дѣйствія — при тракціяхъ, представляются какъ бы искусственно продолженною головкою плода, къ выстоящей точкѣ которой, удобно прикладывается сила для извлеченія. Такое дѣйствіе инструмента, развивающаго *vim a fronte*, уже ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть разсматриваемо, какъ дѣйствіе, аналогичное съ изгоняющею силою матки и замѣняющее послѣднюю. Что касается втораго дѣйствія щипцовъ, когда послѣдніе употребляются съ цѣлью исправленія неправильной ротациі головки, то приемъ этотъ по справедливости считается затруднительнымъ приемомъ, требующимъ большой опытности, вполне выработанной техники, при чемъ онъ все таки представляется опаснымъ и нѣкоторыми акушерами (*Шаутъ*) совершенно отвергается.

Далѣе, если, помимо вышесказаннаго, принять во вниманіе, что нерискованное примѣненіе изогнутаго инструмента ограничено узкими рамками лишь благопріятныхъ условій со стороны положенія головки плода, если припомнить себѣ цѣлый рядъ, такъ сказать, законныхъ осложненій и затрудненій при наложеніи щипцовъ на головку, несогласно съ благопріятными условіями установленную, то едва ли можно считать общепринятыя щипцы цѣлесообразно устроенными въ интересахъ легкаго и удобнаго родоразрѣшающаго ихъ назначенія. Вотъ почему инструментъ проф. Лазаревича, который развиваетъ изгоняющую силу безъ малѣйшаго сжатія головки и не требуетъ примѣненія вращательныхъ движеній съ цѣлью исправленія положенія лежащей части, ибо послѣдняя, оставаясь свободною отъ сжиманія, сама совершаетъ всѣ повороты, какъ бы при дѣйствіи

²⁾ С. с.

изгоняющей силы матки, уже по одному этому является инструментомъ, вполне удовлетворяющимъ нормальному типу акушерскихъ щипцовъ. И дѣйствительно, какъ таковые, они, помимо прочихъ своихъ преимуществъ, подробно перечисленныхъ самимъ авторомъ ихъ, не требуютъ примѣнія сложныхъ манипуляцій при наложеніи, тракціи позволяютъ совершать съ относительно малою затратою силы, а условія, благоприятствующія или по крайней мѣрѣ несоставляющія противупоказанія къ ихъ употребленію, значительно расширяются.

Чтобы выяснитъ послѣднее обстоятельство, мы позволимъ себѣ привести здѣсь нѣкоторыя *conditiones*, соблюденіе которыхъ обязательно при наложеніи изогнутыхъ щипцовъ и которыхъ теряютъ свое значеніе при щипцахъ проф. Лазаревича. Для того, чтобы можно было приступить къ наложенію щипцовъ, говоритъ проф. Крассовскій¹⁾, необходимо между прочимъ: 1) «имѣть головку неподвижно установленною въ полости или въ выходѣ таза и при томъ такъ, чтобы стрѣловидный шовъ ея соотвѣтствовалъ одному изъ косыхъ діаметровъ таза, или приближался къ прямому размѣру выхода (*прямое наложеніе*); если иногда дѣлаются отступленія отъ этого кореннаго правила, то это имѣетъ мѣсто лишь въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ случаяхъ (*косое наложеніе*); далѣе, непозволительно накладывать щипцы такъ, чтобы поперечные размѣры головной кривизны ихъ совпадали съ прямыми размѣрами таза».

Правило это, ограничивающее сферу полезнаго дѣйствія щипцовъ вообще и создающее цѣлый рядъ сложныхъ оперативныхъ приѣмовъ такъ называемаго *перекладыванія* ложекъ при *косомъ ихъ наложеніи*, теряетъ свою обязательность и значеніе при примѣненіи прямыхъ, параллельныхъ щипцовъ проф. Лазаревича.

Приспособленные, по своему устройству, главнымъ образомъ, къ нормальному захватыванію головки, т. е., въ поперечномъ ея размѣрѣ, ложки ихъ легко накладываются на послѣднюю во всѣхъ діаметрахъ полости и выхода таза. Кромѣ того,

¹⁾ Крассовскій, Оперативное акушерство, 1885 г.

мы съ одинаковымъ удобствомъ проводили ихъ какъ въ косомъ, такъ и въ прямомъ размѣрѣ тазоваго входа и съ необыкновенною легкостію извлекали при этомъ вполне доношенныхъ дѣтей, безъ малѣйшаго поврежденія родоваго канала матери. Ротированіе головки, установленной въ одномъ изъ косыхъ діаметровъ таза или въ поперечникѣ его, во всѣхъ этихъ случаяхъ совершалось при первыхъ же тракціяхъ съ демонстративною рельефностію, увлекая за собою и ложки щипцовъ.

Далѣе, при наложеніи изогнутыхъ щипцовъ необходимо имѣть въ виду «чтобы размѣры головки приближались къ размѣрамъ головки доношеннаго плода, ибо въ противномъ случаѣ можетъ случиться соскальзываніе инструмента со всѣми вредными его послѣдствіями; соскальзываніе обусловливается здѣсь тѣмъ, что головная кривизна изогнутыхъ щипцовъ имѣетъ опредѣленную величину, которой въ упомянутыхъ случаяхъ несоотвѣтствуетъ объемъ головки».

Что касается этого имѣющаго столь важное значеніе правила, то для щипцовъ проф. Лазаревича оно на половину, такъ сказать, теряетъ свою обязательность. Благодаря особенному устройству своей замковой части, обѣ ложки ихъ получаютъ полную возможность приспособляться къ головкѣ и къ стѣнкамъ родоваго канала, и обѣ половины щипцовъ легко удерживаются на желаемомъ разстояніи или въ параллелизмѣ, или во взаимномъ наклоненіи. Отсюда становится понятнымъ успѣшное дѣйствіе ихъ при наложеніи и на головку даже недоношеннаго плода, какъ это имѣло мѣсто въ одномъ изъ нашихъ случаевъ. Щипцы были наложены при двойняхъ на головку 1-го плода, стоявшую въ поперечномъ діаметрѣ полости малаго таза, причемъ съ первою же тракціею послѣдняя ротировалась затылкомъ къ симфизѣ и стала въ прямомъ размѣрѣ выхода, щипцы же изъ прямого, въ которомъ они были наложены, дабы захватить головку въ поперечникѣ ея, повернулись вмѣстѣ съ послѣднею въ поперечный діаметръ. Извлеченный ребенокъ былъ вѣсомъ всего 1,700 грм., прямая окружность его головы равнялась 30 см., а большой поперечникъ—7,5 см.

3) Если принято считать обычные щипцы, — будутъ-ли то щипцы *Nägele*, *Busch'a*, *Simpson'a* и др., — оказывающими прекрасные результаты при извлеченіи низкостоящей головки и если, по выраженію *Шайма*, операція эта врядъ-ли можетъ подлежать какому-либо улучшенію въ будущемъ, то относительно наложенія щипцовъ на высокостоящую головку существуетъ, напротивъ, всеобщее убѣжденіе въ трудности и опасности данной операціи, и что причиною тому являются несовершенства или недостатки въ устройствѣ самаго инструмента, которыми (недостатками) обусловливается неблагоприятное направление тракцій и требуется при этомъ приложеніе значительной силы. Немалое значеніе въ созданіи часто непреодолимыхъ затрудненій имѣетъ также и установка головки особенно при узкомъ плоскомъ тазѣ. При наложеніи щипцовъ на головку, стоящую подвижно надъ входомъ, извлеченіе плода, сопряженное большею частію съ опасностію для матери и для ребенка, почти обыкновенно не удается. Головка же, установленная неподвижно въ тазовомъ входѣ, большею частію требуетъ для своего проведенія въ полость развитія громадной силы, при чемъ происходитъ сжатіе ея, весьма пагубное для плода и вредное для правильной конфигураціи, такъ какъ сжимаемая въ продольномъ своемъ діаметрѣ, она увеличивается въ поперечникѣ. Всевозможныя усовершенствованія и приспособленія въ изогнутыхъ щипцахъ (*Osiander*, *Stein*, *Hermann*, *Tarnier* и *Breus*) съ цѣлію достигнуть возможности производить такъ называемые *осевые тракціи* безъ вреда для матери и плода, до сихъ поръ еще не привели къ желаемымъ результатамъ.

Причиною подобныхъ неудачныхъ попытокъ, какъ доказываютъ щипцы проф. Лазаревича, есть общая вѣра въ quasi-великую заслугу, оказанную будто-бы человечеству изобрѣтеніемъ тазовой кривизны съ перекрещиваніемъ ложекъ ¹⁾, вслѣдствіе чего авторы щипцовъ съ осевыми тракціями стремились и стремятся сохранить въ своихъ инструментахъ общеприня-

¹⁾ Смотри Оперативное Акуш. Красовскаго.

тый *типъ ихъ*. Щипцы же проф. Лазаревича если и сдѣлались способными удовлетворять вполнѣ вышеупомянутымъ условіямъ, т. е., захватывать высокостоящую головку и проводить ее черезъ входъ съ малою затратою силы и безъ всякаго вреда для матери и плода, — то лишь благодаря тому, что они лишены вредныхъ *усовершенствованій* изогнутыхъ щипцовъ. При полномъ открытіи маточнаго зѣва и при сопј. v. не менѣе 8,5 стм., когда наложеніе ихъ возможно и легко производится въ какомъ угодно размѣрѣ тазоваго входа, а также и при неполномъ открытіи зѣва и сопј. v. меньше 8,5 стм., когда наложеніе ихъ удастся только въ поперечномъ или косомъ діаметрѣ — во всѣхъ этихъ случаяхъ, благодаря особенному устройству замка и отсутствію тазовой кривизны, щипцами Лазаревича можно провести головку черезъ входъ, не сжимая и не стѣсняя ея движеній, т. е., не лишая ея способности конфигурироваться; приче́мъ, по справедливому выраженію проф. Лазаревича, плодъ дѣйствительно извлекается съ такою легкостію, которая невозможна при употребленіи обыкновеннаго, изогнутаго инструмента.

Такимъ образомъ, мнѣ удалось, на примѣръ, окончить благополучно роды у II-рага при Сопј. diag = 10 стм.; головка плода, прижатая ко входу въ тазъ во время маточныхъ, судорожнаго характера сокращеній и легко подвижная внѣ потугъ, находилась въ поперечномъ видѣ 1-го черепнаго положенія при рѣзко выраженной *obliquitatis Nägele*; маточный зѣвъ былъ открытъ всего на 4 пальца, при сильной отечности передней губы. Щипцы проф. Лазаревича были наложены мною въ прямомъ размѣрѣ входа и съ первою же тракціею головка проведена была въ полость, гдѣ она совершила свободно поворотъ малымъ родничкомъ кпереди. Извлеченный ребенокъ вѣсилъ 3420 грм.; имѣлъ въ длину 51 стм.; прямая окружность его головки равнялось 35 стм., прямой діаметръ — 12 стм., а большой поперечный — 8,5 стм.

Или, на примѣръ, слѣдующій не менѣе интересный случай, гдѣ роды, затянувшіеся до половины 3-хъ сутокъ, также были окончены наложеніемъ тѣхъ-же щипцовъ проф. *Ястребовымъ*.

Большая 26 лѣтъ, I-рага, conj. diag. таза равнялась 9,5 стм. потуги судорожнаго характера, зѣвъ маточный неподатливъ, открытъ всего на 3 пальца, головка надъ входомъ въ тазъ въ переднемъ видѣ 1-го черепнаго положенія подвижна, воды пролились болѣе сутокъ тому назадъ. Послѣ предварительной *инцизии* наружнаго маточнаго зѣва вправо и влѣво, вверхъ и внизъ, ложки щипцовъ проведены были въ лѣвомъ косомъ діаметрѣ входа и головка, такимъ образомъ, захвачена была въ поперечномъ своемъ діаметрѣ.

При извлеченіи ребенка сдѣлано было 15-ть сильныхъ тракцій, прежде чѣмъ головка опустилась въ полость таза. Это былъ доношенный живой мальчикъ, вѣсомъ въ 2880 грм. длиною въ 46 стм.; прямая окружность головки равнялась 36 стм.; прямой размѣръ ея—11,5 стм.; большой поперечный—9,5 стм. и малый поперечный около 8 стм. NB. Размѣры таза были проверены вторично непосредственно послѣ родовъ, и въ третій разъ на 11-й день, при выпискѣ больной изъ клиники вмѣстѣ съ совершенно здоровымъ ребенкомъ.

И такъ, если наложеніе обыкновенныхъ щипцовъ на головку, подвижно стоящую надъ входомъ въ узкій тазъ, большинствомъ акушеровъ отвергается совершенно въ пользу совершенія поворота на ножки ¹⁾, то щипцы проф. Лазаревича могутъ оказать и дѣйствительно оказываютъ несомнѣнную услугу въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ затянувшіеся роды со всѣми неблагоприятными послѣдствіями ранняго отхожденія водъ и сильнаго истонченія нижняго отрѣзка матки, создаютъ солидныя противупоказанія для совершенія поворота, а на операцію кесарскаго сѣченія для спасенія ребенка роженица несоглашается, — въ такихъ случаяхъ попытка окончить роды наложеніемъ прямаго инструмента приноситъ блестящіе результаты, спасая плодъ и не причиняя вреда матери.

На основаніи вышеизложеннаго мы едва ли погрѣшимъ, выразившись, что щипцы проф. Лазаревича, т. е., щипцы прямые,

¹⁾ Крассовскій, 1. с.

параллельные дѣйствительно являются типомъ нормальныхъ акушерскихъ щипцовъ, что это есть *manus ferreae* въ собственномъ смыслѣ этого названія, что работающій ими работаетъ при полной возможности соблюденія кореннаго правила относительно нормальнаго примѣненія этого инструмента, какъ родоразрѣшающаго вообще, и не встрѣчается при этомъ съ тѣми трудностями и опасностями, которыя создаются особенностями устройства общепринятыхъ изогнутыхъ щипцовъ.

X.

МЕДИЦИНСКІЙ ОТЧЕТЪ С.-ПЕТЕРБУРГСКАГО РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ ЗА 1887 ГОДЪ.

I. Часть педагогическая.

Преподаваніе въ повивальномъ Институтѣ производилось по слѣдующимъ руководствамъ: «Учебникъ Акушерства для повивальныхъ бабокъ д-ра Виддера» и «Полное руководство къ изученію повивальнаго искусства д-ра Добрынина», а въ школахъ сельскихъ повивальныхъ бабокъ: «Учебникъ родовспомогательнаго искусства для сельскихъ повивальныхъ бабокъ А. Жижиленко». Преподавателями состояли: профессоръ повивальнаго Института д-ръ Биддеръ, доцентъ д-ръ Добрынинъ и ординаторъ Смоленскій; преподавателемъ школы для сельскихъ повивальныхъ бабокъ А. Жижиленко и учительницею чтенія и письма Г. Грибанова. Кроме того, при каждомъ преподавателѣ для повторенія уроковъ съ учащимися и руководства ихъ въ практическихъ приѣмахъ состояло по одному ретентору изъ врачей заведенія, именно: при проф. Биддерѣ д-ръ Штоль, при доцентѣ Добрынинѣ д-ръ Черневскій, при преподавателѣ Жижиленко д-ръ Смоленскій.

Способъ преподаванія, какъ и въ прежніе годы, — демонстративный, практическій, съ примѣненіемъ взаимнаго обученія. Всѣ учащіяся во все время пребыванія въ заведеніи зани-

мались уходомъ за беременными, роженицами, родильницами и поворожденными, причеъ каждая изъ нихъ въ теченіи курса приняла не менѣе 20 младенцевъ.

№ 1.		ВѢДОМОСТЬ ОБЪ УЧАЩИХСЯ.				
		Состояло къ 1-му январю 1887 г.	Въ теченіе года посту- пило.	Выбыло по окончаніи курса.	Выбыло, не окончивъ курса.	Состоятъ къ 1-му январю 1888 г.
Пансіонерокъ . . . . .	) Повивальнаго Института.	47	15	23	4	35
Вольнослушательницъ		182	120	86	16	200
Ученицъ школы Сельск. Пов. бабокъ		38	47	37	5	43

Выпускные публичные экзамены были произведены пансіонеркамъ 27-го мая, а ученицамъ школы Сельскихъ повивальныхъ бабокъ 28-го февраля и 27-го августа 1887 года, причеъ удостоены наградъ:

а) Въ Повивальномъ Институтѣ.

- | | |
|---|----|
| 1) Акушерскій наборъ для бабокъ | 4 |
| 2) Книги | 14 |
| 3) Похвальные листы | 12 |
| 4) Серебряные часы за труды по аптекъ | 2 |

б) въ школѣ сельскихъ повивальныхъ бабокъ:

- | | |
|--|----|
| 1) Серебряные часы | 1 |
| 2) Акушерскій наборъ для повивальныхъ бабокъ | 3 |
| 3) Книги | 3 |
| 4) Похвальные листы | 11 |

№ 2.		ВѢДОМОСТЬ О ВЫБЫВШИХЪ.		
		Пансіоне- рокъ.	Вольнослуша- тельница.	Ученицъ Сельской школы.
По причинѣ невзноса платы		—	4	—
По домашнимъ обстоятельствамъ		2	12	—
По болѣзни и неспособности къ занятіямъ		1	—	5
Переведено въ число вольнослушательницъ		1	—	—
Итого		4	16	5

II. Часть медицинская.

А. Родильное отделение.

Въ теченіе 1887 года было принято въ заведеніе всего 3,920, изъ нихъ 40 беременныхъ и 3,880 роженицъ. Выписалось беременными до родовъ 10, умерло беременными 2, осталось въ заведеніи беременными 0, разрѣшилось 3,908.

Изъ 3,908 разрѣшившихся выписалось изъ заведенія 3,819, переведено въ больницы 5, умерло 16, состоитъ въ заведеніи къ 1-му января 1888 г. 68.

№ 3. Сравнительная вѣдомость 3-хъ послѣднихъ лѣтъ.	Принято беременныхъ и роженицъ.	Выписалось беременными.	Умерло беременными.	Состоитъ въ заведеніи къ 1-му января беременныхъ.	Разрѣшилось.	Изъ разрѣшившихся.				
						Выписалось.	Переведено въ больницы.	Умерло.	Состоитъ въ заведеніи къ 1-му января.	Итого.
1885 . . .	3740	9	—	10	3721	3605	9	34	73	3721
1886 . . .	4030	4	—	6	4020	3921	9	20	70	4020
1887 . . .	3920	10	2	—	3908	3819	5	16	68	3908

Временами въ этомъ году по неимѣнію въ заведеніи свободныхъ мѣстъ приходилось отказывать въ приѣмъ ищущимъ пріюта для родоразрѣшенія, а иногда и совсѣмъ закрывать заведеніе на время отъ 12 до 24 часовъ.

1887 годъ.

№ 4.	Январь.	Февраль.	Мартъ.	Апрѣль.	Май.	Іюнь.	Іюль.	Августъ.	Сентябрь.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	Итого.
Число лицъ, получившихъ отказъ въ приѣмъ	126	107	114	105	102	109	89	87	102	114	106	105	1266
Число дней закрытія заведенія.	17	18	17	15	15	23	24	20	17	18	14	12	210

Число явившихся и недопущенныхъ въ заведеніе въ эти дни неизвѣстно. Если сравнить число отказовъ и число дней

закрытія заведенія за нѣсколько послѣднихъ лѣтъ, то оказы-
вается слѣдующее:

№ 5. Г О Д Ы.	Число приня- тыхъ въ заве- деніе.	Число отка- зовъ.	Итого искав- шихъ убѣжи- ща для родовъ.	Число дней за- крытія заве- денія.
1881	3120	1187	4307	7
1882	3322	1252	4574	23
1883	3466	1715	5181	43
1884	3650	1902	5552	36
1885	3740	1836	5576	50
1886	4030	1429	5459	122
1887	3920	1266	5186	210

Изъ сопоставленія вышеозначенныхъ цифръ, оказывается весьма наглядно, что потребность въ пріемѣ для родоразрѣше-
нія возрастаетъ и Родовспомогательное заведеніе, не смотря на
всѣ принятыя и принимаемыя мѣры, о которыхъ заявлено въ
отчетахъ прежнихъ лѣтъ, не можетъ удовлетворить этой потреб-
ности, а потому печальные случаи разрѣшенія на улицѣ по-
вторяются весьма часто даже передъ самымъ зданіемъ заведе-
нія. Это обстоятельство, попуждавшее начальство заведенія и
въ предшествующіе годы, во избѣжаніе скандаловъ на улицѣ,
обращаться къ полицейской власти, заставило въ прошломъ
1887 году настоятельно просить Г. Градоначальника о приня-
тіи надлежащихъ мѣръ.

По ходатайству заведенія, Г. Градоначальникъ въ приказѣ
отъ 27-го іюля № 210 и отъ 29-го сентября № 272 предпи-
салъ гг. приставамъ въ случаѣ вывѣски объявленія о закрытіи
заведенія по неимѣнію свободныхъ мѣстъ, направлять роженицъ
въ городскіе пріюты.

Такое распоряженіе хотя и устраняетъ до нѣкоторой сте-
пени вышесказанное затрудненіе заведенія, но не можетъ вполнѣ
предупредить печальные случаи родоразрѣшенія на улицѣ, ко-
торыя хотя и рѣже прежняго, но тѣмъ не менѣе повторяются
и въ настоящее время.

Если принять во вниманіе основное положеніе Родовспо-
могательнаго заведенія, которое устроено собственно для неза-

конныхъ рожденій и, стало быть, по существу должно преслѣдовать цѣль нравственную—искорененіе дѣтоубійства и сокрытіе позора, то въ него должны поступать исключительно незамужнія женщины; поэтому на основаніи Устава ни отъ кого не требуется ни предъявленія паспорта, ни даже объявленія своего имени. Замужнихъ же женщинъ разрѣшено принимать только въ крайнихъ случаяхъ: при близкомъ наступленіи родовъ. Между тѣмъ оказывается, что съ каждымъ годомъ число незамужнихъ женщинъ увеличивается и тѣмъ самымъ стѣсняетъ незамужнихъ, отнимая у нихъ свободныя мѣста.

Вотъ результаты послѣднихъ 5 лѣтъ:

№ 6. Г О Д Ы.	Число замужнихъ.	%	Число незамужнихъ.	%
1883	1113	34,3	2243	65,6
1884	1245	34,5	2357	65,4
1885	1373	37,0	2335	62,9
1886	1554	38,9	2435	61,0
1887	1488	38,07	2396	61,3

Изъ этой вѣдомости ясно видно, что процентъ замужнихъ возрастаетъ, а процентъ незамужнихъ падаетъ. Но такъ какъ при поступленіи по Уставу паспорта не требуется, а предъявляется онъ лишь въ томъ случаѣ, если родильница желаетъ окрестить своего ребенка законнымъ, то тѣ замужнія, которыя не желаютъ брать съ собою своихъ дѣтей, оставляя ихъ на попеченіе Воспитательнаго Дома, обыкновенно не предъявляютъ паспорта и дѣти ихъ считаются незаконнорожденными. Принимая въ соображеніе это обстоятельство, число замужнихъ будетъ въ дѣйствительности еще больше, такъ какъ въ графѣ замужнихъ выставлены только тѣ, которыя сами о томъ заявили.

Такимъ образомъ первоначальная цѣль заведенія измѣняется: оно было предназначено для искорененія безнравственности, а теперь съ каждымъ годомъ становится все болѣе и болѣе благотворительнымъ и, давая возможность замужней женщинѣ сберечь свои средства, препятствуетъ часто незамужней скрыть свой проступокъ.

Такой ненормальный порядокъ хотя съ благотворительною окраскою, какъ высказано было еще въ отчетѣ прошлаго года, составляетъ двоякое зло: во 1-хъ, при развитіи вообще бѣдности населенія, заведеніе съ каждымъ годомъ должно увеличивать свой бюджетъ и истощать средства вѣдомства, не предвидя впереди никакого предѣла такому увеличенію расходовъ; во 2-хъ, болѣе и болѣе стѣсняя въ приемѣ незаконнорождающихъ, заведеніе съ каждымъ годомъ даетъ болѣе и болѣе поводовъ къ совершенію дѣтубійствъ. А потому, если первоначальная цѣль заведенія должна быть свято сохранена, то необходимо измѣнить правила приема въ заведеніе и дополнить многіе параграфы нынѣ дѣйствующаго Устава.

Внутреннее состояніе заведенія въ нынѣшнемъ году было вполне удовлетворительно, благодаря строгому исполненію правилъ изолированія родильницъ и антисептики. Эти мѣры, а также и способъ ухода за родильницами, оставались въ истекшемъ году въ томъ же видѣ, какъ и въ предшествовавшемъ и, съ каждымъ годомъ болѣе и болѣе практически усваиваясь врачевнымъ персоналомъ, дали въ этомъ году сравнительно лучший результатъ. Подробное описаніе этихъ санитарныхъ мѣръ изложено въ отчетахъ предъидущихъ лѣтъ.

Среднее число дней пребыванія въ заведеніи здоровыхъ родильницъ составляетъ 5,3 сутокъ. Въ прошломъ году оно было менѣе, но такъ какъ съ одной стороны въ виду распоряженія Г. Главноуправляющаго—воздерживаться отъ превышенія смѣты расходовъ, а съ другой стороны въ виду вышеупомянутыхъ приказовъ Г. Градоначальника, заведеніе считало себя въ правѣ болѣе свободно отказывать въ приемѣ, то оказалось возможнымъ продлить нѣсколькимъ родильницамъ время пребыванія въ заведеніи, ради поправленія ихъ здоровья, а потому и число принятыхъ въ заведеніе въ этомъ году—менѣе противъ 1886 г. на 100.

Слѣдующая вѣдомость показываетъ дѣятельность заведенія въ теченіе 1887 года и ея результаты.

	Январь.	Февраль.	Март.	Апрель.	Май.	Июнь.	Июль.	Август.	Сентябрь.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	Итого.
Разрѣшилось	356	310	352	345	354	294	273	286	341	330	323	344	3908
» первородящихъ	112	84	89	87	85	87	85	87	114	95	110	108	1143
» многородящихъ	244	226	263	258	269	207	188	199	227	235	213	235	2765
Родовъ одиночныхъ	351	299	348	338	350	287	266	280	336	323	318	339	3835
» двойными	5	11	4	7	4	7	7	6	5	7	5	5	73
Родильницъ законныхъ	149	122	142	116	124	115	113	106	127	123	111	140	1488
» незаконныхъ	204	187	206	223	227	178	159	180	213	206	211	202	2396
» секретныхъ ¹⁾	3	1	4	6	3	1	1	—	1	1	1	2	24
Родовъ срочныхъ	309	288	313	306	323	264	247	264	316	309	289	309	3537
При нихъ родилось дѣтей	311	297	315	308	326	269	251	267	320	312	289	312	3577
Родовъ преждевременныхъ	33	13	26	31	22	21	21	14	13	9	24	27	254
При нихъ родилось дѣтей	36	15	28	34	23	22	24	16	13	11	27	29	278
Поль неопредѣленъ	7	7	9	2	3	1	3	4	6	6	5	7	60
Выкидышей ²⁾	14	9	13	8/10	9	9/10	5	8/9	12/13	12/12	10/12	8	117/126
Плодовъ мацерированныхъ	9	5	—	10	9	4	3	2	3	2	4	8	59
Плодовъ, умершихъ въ родахъ	7	11	15	5	10	9	16	10	6	6	13	10	118
Плодовъ, рожденныхъ въ асфиксiи, но неоживленныхъ	—	—	3	3	—	1	—	—	1	2	1	—	11

¹⁾ Такъ называемыхъ секретныхъ, т. е. находящихся въ платномъ секретномъ отдѣленiи, было 37, по только 24 изъ нихъ пожелали остаться вполне неизвѣстными, а потому считаются действительно секретными.

²⁾ Цифры, стояща въверху, показываютъ число родовъ, а подъ чертою число плодовъ.

	Январь.	Февраль.	Март.	Апрель.	Май.	Июнь.	Июль.	Август.	Сентябрь.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	Итого.
Плодовъ, умершихъ вскорѣ послѣ ро- доть	4	3	5	9	7	6	10	5	3	3	7	5	67
здоровыхъ	277	232	265	271	253	212	181	203	254	250	250	268	2915
лихорадившихъ безъ мѣстныхъ яв- лений	23	14	30	18	32	18	22	29	19	21	25	27	278
легко заболѣвшихъ инфекцион- ми послѣродовыми болѣзнями .	28	38	24	27	41	36	43	28	45	29	23	25	387
тяжело или заболѣвшихъ	5	4	5	4	3	7	2	4	4	6	5	2	51
Умерло изъ нихъ	2	2	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	7
Родильницъ, заболѣвшихъ послѣро- дьями не инфекционными болѣзнями .	3	2	4	4	2	2	5	2	2	4	2	3	35
Умерло изъ нихъ	1	1	—	1	—	1	—	—	1	1	—	—	6
Родильницъ, больныхъ общими болѣз- нями	5	5	6	5	5	4	5	2	2	3	6	8	56
Умерло изъ нихъ	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	3
Кратковременно легко лихорадившихъ при грещинахъ сосковъ, нагрубаніи грудей и т. п.	15	15	18	16	18	13	15	18	16	17	13	12	186
Всего родилось мальчиковъ	185	163	180	175	187	172	145	139	176	166	193	170	2051
» * дѣвочекъ	169	151	167	175	168	128	132	149	164	165	130	172	1870

Изъ этой вѣдомости видно, что процентъ смертности вообще отъ всѣхъ болѣзней за 1887 годъ составлялъ 0,40. сравнительно съ прежними . . » 1886 » » 0,49
» 1885 » » 0,90

Процентъ смертности, какъ видно, постепенно уменьшается.

Процентъ смертности исключительно отъ послѣродовыхъ инфекционныхъ формъ въ сравненіи съ прочими двумя годами оказался слѣдующій:

за 1885 годъ составлялъ 0,80
» 1886 » » 0,19
» 1887 » » 0,18

Такое постепенное, хотя и небольшое паденіе процента смертности отъ послѣродовыхъ инфекционныхъ заболѣваній прямо указываетъ на вліяніе мѣръ антисептики и изолированія, съ которыми съ каждымъ годомъ болѣе и болѣе осваивается весь врачебный персоналъ и которыя поэтому съ каждымъ годомъ строже и точнѣе примѣняются.

Вѣдомость о родахъ, сопровождавшихся осложненіями.

№ п.	Месяцы												Итого.
	Январь.	Февраль.	Мартъ.	Апрѣль.	Май.	Іюнь.	Іюль.	Августъ.	Сентябрь.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	
Выпаденіе пуповины	3	2	1	1	1	1	2	—	—	1	1	—	13
» ручки	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	3
» ножки	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Спазмодическія боли	1	—	3	3	2	—	—	—	4	3	2	2	20
Предлежаніе дѣтскаго мѣста	—	2	1	2	1	1	—	1	—	—	—	1	9
Кровотеченіе во время родовъ	—	—	3	1	2	1	1	2	1	2	—	1	14
» въ V срокъ родовъ	1	2	6	5	1	2	—	3	—	8	1	5	34
» послѣ родовъ	—	2	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	6
Эклампсія	2	2	4	4	4	3	5	—	1	2	2	2	31
Разрывъ матки	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2
Разрывъ промежности	22	21	23	18	21	27	16	11	18	22	25	18	242
Узкій тазъ	6	6	7	6	6	7	5	6	2	4	8	5	68
Итого	35	38	51	41	38	44	29	23	28	42	39	35	443

Вѣдомость объ операціяхъ, произведенныхъ при родахъ.

№ 9.	Январь.	Февраль.	Мартъ.	Апрѣль.	Май.	Июнь.	Июль.	Августъ.	Сентябрь.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	ИТОГО.
Эпизиотомія	—	—	—	3	4	4	1	3	—	1	2	—	18
Разрывъ пузыря . . .	3	4	11	11	8	2	5	3	1	9	8	9	74
Надрѣзы зѣва	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Вправление ручекъ . .	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2
Поворотъ на ножку . .	6	3	4	2	3	2	3	3	2	1	4	2	35
Поворотъ на головку	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Извлеченіе младенца полное	2	4	1	2	1	6	3	5	—	7	4	1	36
Извлеченіе верхней части туловища	8	5	4	3	4	6	2	3	6	9	4	1	55
Щипцы	7	10	9	7	12	5	8	7	5	10	10	6	96
Выжиманіе плода (по Кристеллеру).	2	1	6	2	2	2	—	2	2	2	1	2	24
Отдѣленіе и извлеченіе послѣда	1	2	2	7	2	2	—	2	—	4	2	4	28
Перфорация и краниоклазія	1	2	1	1	1	1	4	2	2	—	4	2	21
Прободеніе послѣдующей головки	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2
Декапитация	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2
Кесарское сѣченіе	—	Porro	—	—	—	Porro	—	—	—	—	Säng.	Säng.	4
Extirpatio uteri in puerperio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Искусственные преждевр. роды	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	4
Сшиваніе промежности	20	21	22	18	21	26	15	11	17	22	23	16	232
Итого	52	56	62	56	59	58	41	41	35	66	63	47	637

Въ послѣдніе три года при значительныхъ суженіяхъ таза и разрывахъ матки въ заведеніи примѣняется операція чрево-сѣченія по консервативному способу Зенгера-Леопольда и по способу Порро.—Въ 1885 году такихъ операцій было произведено 2, въ 1886—3 и въ 1887—4.

Подробное описание этихъ операций помѣщено въ «Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней» за февраль 1888 года Т. II № 2. Результатъ этихъ операций былъ слѣдующій:

№ 10.	ПОКАЗАНИЕ.	Способъ производства операціи.	Исходъ для матери.	Исходъ для ребенка.
1885 г.	2742 Cancer portionis vaginalis	Porro.	Умерла.	М. живъ.
	2959 Enchondroma pelvis	Porro.	Выздор.	Д. жива.
1886 г.	1287 Ruptura uteri (съ выходомъ плода въ брюшную полость)	Porro.	Выздор.	М. мертв.
	3064 Pelv. coarct. rachitica, kyphos. lumbo-sacral.	Porro.	Выздор.	Д. жива.
	3780 Pelv. coarctata	Sänger-Leopold.	Выздор.	Д. жива.
1887 г.	486 Ruptura uteri. Hydrocephalus	Extirpatio uteri in puerperio.	Умерла.	М. мертв.
	1829 Ruptura uteri.	Porro.	Умерла.	М. мертв.
	2046 Pelvis osteomalacica spuria	Porro.	Выздор.	М. мертв.
	3880 Pelvis coarctata (conjug. diag. 8 c.)	Sänger-Leopold.	Выздор.	Д. жива.
	3428 Paralysis diaphragm. et extrem. inferior. Agonia	Sänger-Leopold.	Умерла.	М. мертв.

Такіе крайне благопріятные результаты, какъ видно изъ этой сравнительной за три года вѣдомости, даютъ надежду, что эта операція при условіяхъ современнаго ея производства во многихъ случаяхъ замѣнитъ перфорацию и краніоклазію.

Вѣдомость о вліяніи нормальныхъ и патологическихъ родовъ, а равно и оперативныхъ пособій на заболѣваніе и смертность.

№ 11.	Осталось здоровыми.	Лихорадило.	Заболѣло легко.	Заболѣло тяжело.	ВСЕГО.	У М Е Р Л О.	
						Отъ послѣродовыхъ инфекціонныхъ болѣзней.	Отъ послѣродовыхъ неинфекціонныхъ болѣзней.
Роды нормальные . .	2448	372	311	21	3152	3	3
Роды патологическіе безъ операціи . . .	122	15	37	5	179	—	3
Роды оперативные . .	345	77	130	25	577	4	5
Итого . . .	2915	464	478	51	3908	7	11

Сравнивая эти цифры съ предшествовавшими двумя годами оказывается слѣдующее:

№ 12.		Осталось здоровыми.	Легко заболѣло.	Тяжело заболѣло.	Умерло.	ИТОГО.	% смерти.
1885	Роды нормальные	2268	407	39	14	2714	0,3
1886		2574	457	15	8	3046	0,1
1887		2448	683	21	6	3152	0,1
1885	Роды патологическіе безъ операціи .	173	57	6	0	236	0
1886		154	65	3	2	222	0,04
1887		122	52	5	3	179	0,07
1885	Роды оперативные	508	221	42	19	771	0,5
1886		509	213	30	10	752	0,2
1887		345	207	25	9	577	0,2

При вычисленіи процентовъ принята общая смертность. Если же принять смертность исключительно отъ послѣродовыхъ инфекціонныхъ болѣзней, то она при оперативныхъ родахъ въ 1887 году оказывается всего 0,1%.

Вѣдомость о положеніяхъ младенцевъ при родахъ.

№ 13.	Затылочное.				Затылочное.				Затылочное.				Лобное и лицевое.		Итого.						
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	
Январь	212	111	1	1	1	1	1	1	3	6	6	6	2	2	—	—	—	—	—	—	12
Февраль	195	92	2	1	1	1	1	2	2	7	3	3	3	3	2	2	—	—	—	—	11
Мартъ	213	107	1	1	1	1	1	1	1	6	3	1	1	1	3	3	—	—	—	—	11
Апрѣль	211	109	—	—	—	—	—	—	3	4	3	—	—	—	2	2	—	—	—	—	8
Май	234	96	—	—	—	—	—	—	2	5	8	—	—	1	4	—	—	—	—	—	6
Іюнь	194	73	—	—	—	—	—	—	6	1	6	—	—	5	3	—	—	—	—	—	6
Іюль	170	75	—	—	—	—	—	—	1	1	5	2	2	1	4	1	—	—	—	—	14
Августъ	167	90	—	—	—	—	—	—	3	4	3	5	3	3	—	—	—	—	—	—	11
Сентябрь	202	108	—	—	—	—	—	—	4	4	5	5	4	4	—	—	—	—	—	—	13
Октябрь	181	112	1	1	—	—	—	—	1	2	8	1	1	4	4	—	—	—	—	—	12
Ноябрь	202	93	1	1	—	—	—	—	1	2	5	—	—	2	3	1	—	—	—	—	10
Декабрь	229	92	—	—	—	—	—	—	1	2	1	2	2	2	3	—	—	—	—	—	12
Итого	2410	1158	6	4	3	1	1	1	25	32	63	48	4	33	28	2	36	126	3981	126	3855
		3578		6		3584		25		115		63		178		36		3855		Опр.	
		3609 = 93,61%		3609 = 93,61%		3609 = 93,61%		3609 = 93,61%		3609 = 93,61%		3609 = 93,61%		3609 = 93,61%		3609 = 93,61%		3609 = 93,61%		3609 = 93,61%	
		Черепныхъ		Черепныхъ		Черепныхъ		Черепныхъ		Черепныхъ		Черепныхъ		Черепныхъ		Черепныхъ		Черепныхъ		Черепныхъ	
		93,61%		93,61%		93,61%		93,61%		93,61%		93,61%		93,61%		93,61%		93,61%		93,61%	
		Лобныхъ и лицев.		Лобныхъ и лицев.		Лобныхъ и лицев.		Лобныхъ и лицев.		Лобныхъ и лицев.		Лобныхъ и лицев.		Лобныхъ и лицев.		Лобныхъ и лицев.		Лобныхъ и лицев.		Лобныхъ и лицев.	
		1 : 120		1 : 120		1 : 120		1 : 120		1 : 120		1 : 120		1 : 120		1 : 120		1 : 120		1 : 120	
		3641 = 0,88%		3641 = 0,88%		3641 = 0,88%		3641 = 0,88%		3641 = 0,88%		3641 = 0,88%		3641 = 0,88%		3641 = 0,88%		3641 = 0,88%		3641 = 0,88%	
		ГОЛОВНЫХЪ.		ГОЛОВНЫХЪ.		ГОЛОВНЫХЪ.		ГОЛОВНЫХЪ.		ГОЛОВНЫХЪ.		ГОЛОВНЫХЪ.		ГОЛОВНЫХЪ.		ГОЛОВНЫХЪ.		ГОЛОВНЫХЪ.		ГОЛОВНЫХЪ.	

№№	№ 14. БОЛЕЗНИ БЕРЕМЕННЫХЪ.				
		Прибыло больныхъ.	Разршилось.	Переведено въ больницу.	Умерло.
1	Angina catarrhalis	2	2	—	—
2	Pncumonia chronica	8	8	—	—
3	Vitium cordis	2	2	—	—
4	Enteritis acuta diphteritica, peritonitis	1	1	—	—
5	Rheumatismus articularis acutus	1	1	—	—
6	Nephritis parenchymatosa	2	2	—	—
7	Apoplexia medullae spinalis (sectio caesar. in agonia)	1	1	—	—
8	Ulcus cruris	2	2	—	—
9	Ankylosis genu	2	2	—	—
10	Phlebitis cruris	1	1	—	—
11	Prolapsus ani	1	1	—	—
12	Syphilis	4	4	—	—
13	Anaemia acuta, mors in partu, sectio caesarea p. m.	1	—	—	1
14	Eclampsia in graviditate, oedema pulmonum, mors in partu, sectio caesarea	1	—	—	1
	Итого	29	27	—	2

№№	№ 15. БОЛЕЗНИ РОДИЛЬНИЦЪ ОБЩИ.					
		Заболѣло во время бере- менности.	Заболѣло по- слѣ родовъ.	Выпсалось.	Переведено въ больницу.	Умерло.
1	Angina catarrhalis	2	—	2	—	—
2	Bronchitis	—	12	12	—	—
3	Pneumonia chronica	8	—	5	2	1
4	Emphysema pulmonum	—	1	1	—	—
5	Pneumonia crouposa	—	4	4	—	—
6	Pleuro-pneumonia	—	1	—	—	1
7	Vitium cordis	2	—	2	—	—
8	Catarrhus intestinalis	—	5	5	—	—
9	Enteritis acuta diphteritica, peritonitis	1	—	—	—	1
10	Apoplexia cerebri	—	1	—	—	1
11	Apoplexia medullae spinalis, sectio caesarea in agonia	1	—	—	—	1
12	Nephritis parenchymatosa	2	—	—	1	1
13	Rheumatismus articularis acutus	1	—	—	1	—
14	Typhus abdominalis	—	4	4	—	—
15	Ulcus cruris	2	—	2	—	—
16	Ankylosis genu	2	—	2	—	—

№№	№ 15. БОЛЕЗНИ РОДИЛЬНИЦЪ ОБЩІА.	Заболѣло во время беременности.				Заболѣло послѣ родовъ.		Выпсалось.		Переведено въ больницу.		Умерло.	
		Заболѣло во время беременности.	Заболѣло послѣ родовъ.	Выпсалось.	Переведено въ больницу.	Умерло.							
17	Phlebitis cruris	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
18	ProLapsus ani	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
19	Eczema mammae	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
20	Syphilis	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	
Итого		27	29	46	4	6	—	—	—	—	—	—	

№№	№ 16. ПОСЛѢРОДОВЫЯ СЕПТИЧЕСКІЯ ЗАБОЛѢВАНІА.	Заболѣло.		Переведено въ больницу.		Умерло.	
		Заболѣло.	Выздоровило.	Переведено въ больницу.	Умерло.		
1	Kolpitis	79	79	—	—	—	—
2	Kolpitis, endometritis	18	18	—	—	—	—
3	Kolpitis, endometritis, parametritis	13	13	—	—	—	—
4	Kolpitis, endometritis, parametritis, peritonitis	1	—	—	—	—	1
5	Kolpitis, endometritis, parametritis, pleuro-pneumonia	1	—	1	—	—	—
6	Kolpitis gangraenosa	1	1	—	—	—	—
7	Lochiometra	25	25	—	—	—	—
8	Endometritis levior	175	175	—	—	—	—
9	Endometritis gravior	63	63	—	—	—	—
10	Endometritis, parametritis	38	38	—	—	—	—
11	Endometritis, parametritis diffusa	6	6	—	—	—	—
12	Endometritis, peritonitis, septicaemia	1	—	—	—	—	1
13	Endometritis, mesometritis, embolia cerebri	1	—	—	—	—	1
14	Endometritis, eclampsia	3	3	—	—	—	—
15	Endometritis, parametritis, mania	1	1	—	—	—	—
16	Endometritis, pneumonia crouposa	1	1	—	—	—	—
17	Endometritis, eclampsia, pneumonia crouposa, endocarditis	1	1	—	—	—	—
18	Endometritis placentaris	3	3	—	—	—	—
19	Endometritis placentaris, parametritis	2	2	—	—	—	—
20	Endometritis placentaris, parametritis, metrophlebitis, pyaemia	3	1	—	—	—	2
21	Septicaemia	2	—	—	—	—	2
22	Febricula (febris sine laceratione)	278	278	—	—	—	—
Итого		716	708	1	7	—	—

Примѣчаніе. Кромѣ того легкихъ кратковременныхъ лихорадочныхъ заболѣваній вслѣдствіе трещинъ на соскахъ, сильнаго нагрубанія грудей, запоровъ и т. п. 211.

№№	№ 17. ПОСЛЪРОДОВЫЯ БОЛѢЗНИ НЕ СЕПТИЧЕСКІЯ.	Заболѣло.	Выписалось.	Переведено въ больницу.	Умерло.
1	Eclampsia, nephritis parenchymatosa	25	23	—	2
2	Anaemia acuta post metrorrhagiam	2	2	—	—
3	Ruptura uteri	2	1	—	1
4	Haematoma labii majoris	1	1	—	—
5	Cancer colli uteri	1	1	—	—
6	Mastitis	4	4	—	—
Итого		35	32	—	3

Вѣдомость объ умершихъ въ родовспомогательномъ заведеніи.

№ 18.

№№	Роды, оперативныя пособія, при- жизненная діагностика болѣзней.	Посмертная діагностика.
34	Eclampsia, pleuritis.	Pleuritis exsud, oedema pulmonum, nephritis parenchymatosa.
124	Endometritis, parametritis, peritonitis. (Mola hydatidosa).	Endometritis dissecans, peritonitis exsud.
339	Endometritis, septicaemia. (Двойни, первый ребенокъ рожденъ дома мацерир.).	Endometritis, mesometritis, peritonitis septica.
486	Ruptura uteri, operatio Porro, peritonitis.	Peritonitis.
603	Endometritis, pyaemia, septicaemia.	Mesometritis purulenta, septico-pyaemia.
1004	Eclampsia.	Oedema pulmonum, nephritis parenchymatosa.
1169	Endometritis, peritonitis, pleuritis.	Endomesometritis, peritonitis septica, pleuritis exsudativa.
1737	Pneumonia chronica, dysenteria.	Phthisis pulmonum, diphteritis intestinorum et uteri.
1785	Apoplexia cerebri. Умерла въ родильнѣ черезъ 6 час. послѣ родовъ.	Haemorrhagia in ventriculo quarto et in ponte Varollii.
1578	Endometritis placentaris, pyaemia.	Endo-mesometritis placentaris, lymphangoitis, pyaemia.
1829	Ruptura uteri. Extirpatio uteri in puerperio.	Haemorrhagia intraperitonealis, peritonitis, ruptura uteri.

Вѣдомость объ умершихъ въ родовспомогательномъ заведеніи.

№ 18.

№№	Роды, оперативныя пособія, прижизненная діагностика болѣзней.	Посмертная діагностика.
2055	Anaemia acutissima, metrorrhagia sub placenta praevia. Умерла въ родильномъ покоѣ не разрѣшившись.	Тѣло выдано судебною властью для погребенія безъ вскрытія.
2280	Eclampsia. Умерла въ родильнѣ. Sectio caesarea post mortem.	Oedema pulmonum, nephritis parenchymatosa.
2796	Eclampsia, oedema pulmonum.	Nephritis parenchymatosa, oedema pulmonum.
2990	Endometritis, peritonitis septica. (Двойни, щипцы на головку 1-го и 2-го).	Endometritis, metrolymphangoitis, peritonitis.
2991	Eclampsia. Щипцы.	Nephritis parenchymatosa.
3295	Dysenteria, endometritis.	Enteritis ulcerosa, endometritis.
3428	Paralysis extremitat. inferiorum et diaphragmatis. Sectio caesarea in agonia.	Apoplexia medullae spinalis.

Вѣдомость о родильницахъ, переведенныхъ въ больницы.

№ 19.

№ Родовспомогательнаго заведенія.	Когда переведена.	Болѣзнь.	Куда переведена.	Исходъ болѣзны въ больницѣ.
9	15 января.	Ascites.	Маріинская больница.	Умерла. Peritonitis chronica.
350	8 февраля.	Rheumatismus artic. acutus.	Маріинская больница.	Выздоровѣла и выписалась.
1077	14 марта.	Pneumonia chronica.	Александровская больница.	Умерла. Phtisis pulmonum.
1769	13 июня.	Pneumonia chronica.	Александровская больница.	Умерла. Phtisis pulmonum.
2867	19 октября.	Pneumonia chronica.	Александровская больница.	Умерла. Phtisis pulmonum.

Такимъ образомъ, если присоединить къ умершимъ въ заведеніи еще и тѣхъ, которые умерли въ больницахъ, то число всѣхъ умершихъ послѣ родовъ будетъ 20 или 0,5%. Всѣ переведенныя въ больницы умерли, какъ видно, не отъ послѣродовыхъ болѣзней: 4 умерло отъ хронической пневмоніи и 1 отъ асцита, обусловленнаго хроническимъ воспаленіемъ брюшины, съ которымъ больная поступила еще во время беременности. Заболѣваніе всѣми лихорадочными формами послѣродовыхъ болѣзней составляетъ 18,2%. Исключивъ отсюда число лихорадившихъ отъ 3 до 48 часовъ безъ всякихъ мѣстныхъ болѣзненныхъ явленій, доступныхъ изслѣдованію (febricula), получится процентъ заболѣваній опредѣленными послѣродовыми формами 11,1%.

№ 20. Годы.	Число родовъ.	‰ заболѣваній послѣродовы- ми болѣзнями.	‰ смертности отъ послѣро- дovýchъ болѣз- ней.	‰ патологиче- скихъ и опе- ративныхъ родовъ.	‰ смертности отъ патологи- ческихъ и опе- ративныхъ родовъ.
1885 . . .	3721	20,5	0,51	18,3	0,5
1866 . . .	4020	19,2	0,19	16,4	0,6
1887 . . .	3928	18,2	0,18	19,2	0,3

Постепенное и постоянное паденіе процентовъ заболѣваній и смертности ясно указываетъ на постоянное улучшеніе ухода за роженицами и родильницами. Смертность исключительно отъ послѣродовыхъ заболѣваній въ этомъ году была 0,18. Если при этомъ обратить вниманіе на вѣдомость № 11, то оказывается, что въ этомъ отношеніи роды оперативные составляютъ большую половину этихъ смертныхъ случаевъ и тѣмъ не менше процентъ смертности при оперативныхъ родахъ съ каждымъ годомъ уменьшается, какъ это видно изъ послѣдней таблицы № 20.

Б. Гинекологическое отдѣленіе.

Къ 1 января 1887 г. состояло большихъ 7
 Въ теченіе года прибыло 44
 Итого 51

Изъ нихъ выздоровѣло 24
 Выписано безъ перемѣны 4
 Получила облегченіе 12
 Умерло 3
 Состоить къ 1 января 1888 г. 8
 Итого 51

№№	№ 21.	Состояло къ 1-му января 1887 г.	Прибыло къ 1887 г.	Выздоровѣло и выписалось.	Получило облегченіе и выписалось.	Безъ перемѣны выписалось.	Умерло.	Состоить къ 1-му января 1888 г.
1	Kolpitis	—	1	1	—	—	—	—
2	Endometritis	3	11	7	5	1	—	1
3	Endometritis et perimetritis	—	1	1	—	—	—	—
4	Metritis chronica	—	2	—	2	—	—	—
5	Oophoritis	—	1	—	—	—	—	1
6	Phlegmon pelvis	—	1	—	—	—	—	1
7	Polypus mucosus colli uteri	—	1	1	—	—	—	—
8	Hypertrophia colli uteri	1	—	—	1	—	—	—
9	Fibroma uteri	—	2	—	—	—	1	1
10	Adenoma uteri	—	1	—	—	1	—	—
11	Polypus fibrosus uteri	—	1	1	—	—	—	—
12	Cystes ovariorum	2	20	11	4	1	2	4
13	Echinococcus abdominis	1	—	1	—	—	—	—
14	Dysmenorrhoea	—	1	1	—	—	—	—
15	Vaginismus	—	1	—	—	1	—	—
	Итого	7	44	24	12	4	3	8

Вѣдомость объ операціяхъ, произведенныхъ въ гинекологическомъ отдѣленіи.

№ 22.	Число опера-					
	тивныхъ.	Выписалось здоровыми.	Выписалось въ улучшенномъ состояніи.	Выписалось безъ перемѣнъ.	Умерло.	Состоитъ къ 1-му января 1888 г.
Овариотомія односторонняя	8	7	—	—	1	—
» двусторонняя	8	4	—	—	1	3
Гистеротомія	1	—	—	—	1	—
Проколъ кистъ	1	—	1	—	—	—
Удаленіе фиброзаго полипа	1	1	—	—	—	—
Удаленіе слизистаго полипа	1	1	—	—	—	—
Ампутація маточной шейки	3	1	1	1	—	—
Итого	23	14	2	1	3	3

В. Отдѣленге приходящихъ больныхъ.

Вѣдомость о приходящихъ больныхъ.

№ 23.	Число беременныхъ, обращающихся за опредѣленіемъ срока родовъ.	Число больныхъ.	Число сдѣланныхъ визитовъ.
Февраль	219	137	609
Мартъ	312	183	835
Апрѣль	230	153	630
Май	146	174	634
Іюнь	226	201	758
Іюль	95	65	286
Августъ	168	120	400
Сентябрь	215	162	649
Октябрь	207	171	723
Ноябрь	224	166	692
Декабрь	262	124	668
Итого	2549	1847	7616

Приемъ больныхъ бываетъ ежедневно. Въ июлѣ мѣсяцѣ приемъ былъ прекращенъ на двѣ недѣли по случаю ремонта помещенія.

III. Часть административная и хозяйственная.

1. 1 октября вышло изъ заведенія:

1) Состоящій на очереди сверхштатный врачъ Башкировъ, на мѣсто котораго опредѣленъ изъ врачей экстерновъ д-ръ-медицины фонъ-Рентельнъ; 2) состоящіе на очереди экстерны-врачи: Бацевичъ, Еремѣевъ, Вашкевичъ, Чагинъ, Лаврентьевъ и Бѣляевъ, а на мѣсто ихъ опредѣлены: Замшинъ, Мазуркевичъ, Маркотунъ, Тюрстигъ, Воробьевъ и Кокоринъ; 3) состоящія на очереди женщины-врачи: Румянцова-Геллеръ и Мириманова, а на мѣсто ихъ опредѣлены Кочурова и Познанская; 4) зачислены врачами аспирантами: Ростковскій, Нейштубе, Мершъ, Франценъ, Бритневъ, Гаринъ, Земацкій и Рутковскій. 5) Доктору Еремѣеву, состоящему на службѣ по морскому министерству, предоставлено пользоваться правами сверхштатнаго ординатора по занятіямъ въ заведеніи на три года по 1 сентября 1890 года.

2. Помѣщеніе заведенія остается въ прежнемъ видѣ.

3. Лѣтомъ былъ произведенъ обычный ремонтъ зданія и мебели, причемъ въ операціонной комнатѣ гинекологическаго отдѣленія сдѣланъ новый полъ изъ метлахскихъ изразцовъ. Кромѣ того, сдѣлано представленіе объ устройствѣ новаго втораго ледника, старый же капитально отремонтированъ. — Это представленіе сдѣлано на томъ основаніи, что по причинѣ значительнаго требованія на ледъ для больныхъ родильницъ обыкновенно осенью недостаетъ собственнаго льда изъ существующаго въ заведеніи ледника и ледъ приходится покупать, что составляетъ расходъ, по смѣтѣ не положенный.

4. Вентиляція и водоснабженіе вполне удовлетворительны, а потому остаются безъ измѣненій.

5. Соблюдение чистоты, удаление нечистотъ остается въ прежнемъ видѣ. Что касается дезинфекціи и стирки бѣлья, то въ виду необходимости дезинфицировать бѣлье, одѣяла, тюфяки и т. п. послѣ выпски родильницъ, а въ особенности больныхъ инфекціонными болѣзнями, а также платья и бѣлья каждой поступающей въ заведеніе, было сдѣлано представленіе объ устройствѣ дезинфекціонной камеры, причемъ представлена смѣта и планъ этой постройки, но до настоящаго времени разрѣшенія на этотъ предметъ не послѣдовало.

6. Аптечное помѣщеніе и способъ снабженія лекарствами и перевязочными средствами остается прежній.

7. Въ замѣнъ исключеннаго имущества вновь приобрѣтено.

№ 24.	Повиваль- ный ин- ститутъ.		Школа сельскихъ бабокъ.		Родиль- ный госпи- таль.		Марин- ское гине- кологиче- ское отдѣ- леніе.		ИТОГО.	
	Руб.	К.	Руб.	К.	Руб.	К.	Руб.	к.	Руб.	К.
Одежда, бѣлье носильное, постельное и столовое.	615	29	311	25	1362	71	106	79	2396	4
Обувь	200	60	247	25	—	—	—	—	447	85
Посуда и разныя вещи .	17	35	33	46	419	74	88	80	559	35
Медицинскіе инструменты	—	—	—	—	381	90	100	90	482	80
Аптечная посуда и при- надлежности	—	—	—	—	36	5	—	—	36	5
Итого	833	24	591	96	2200	40	296	49	3922	9

Кромѣ того для всего заведенія вообще куплено разной мебели, кухонной посуды, кроватей и прочихъ вещей на 1,060 руб. 86 коп.

8. Приобрѣтено въ замѣнъ негодныхъ каучуковыхъ пузырей, термометровъ, крановъ, пульверизаторовъ, катетеровъ и т. п. для гинекологическаго отдѣленія на 100 р. 90 к., для родильнаго госпиталя на 381 р. 90 к. Починка инструментомъ 226 р. 87 к. Аптечная посуда 36 р. 5 к. Гуттаперчевая клеенка 132 р. Двусторонняя клеенка 36 р. и на прочіе мелочныя пред-
меты по статьѣ медицинскихъ пособій 191 р. 59 к.

Учебныя пособія прибрѣтены: учебныя медицинскія книги 330 р. 10 к., духовныя сочиненія 24 р. 50 к., за переплеты 25 р. 30 к., оспопрививательныя ланцеты 21 р. 20 к. Печата-
ніе списковъ учащихся 60 р. Фантомы и куклы 36 р. Бумага,
перья и другіе мелочныя расходы 24 р. 74 к.

Содержаніе заведенія въ 1887 году.

1. Содержаніе личнаго состава по врачебной и административной части	17,769 р. — к.
2. Содержаніе личнаго состава по учебной части	4,870 » — »
3. Канцелярскіе расходы и наемъ писарей	820 » — »
4. Содержаніе прислуги	16,555 » 21 »
5. Пища	13,153 » 43 »
5. Одежда	3,931 » 33 »
7. Мытье бѣлья	619 » 48 »
8. Отопленіе	9,627 » 62 »
9. Освѣщеніе	2,624 » 21 »
10. Водоснабженіе	1,260 » — »
11. Содержаніе чистоты	2,463 » 97 »
12. Ремонтъ зданій	6,551 » 14 »
13. Ремонтъ мебели, посуды и столоваго бѣлья	1,445 » 11 »
14. Содержаніе экипажей и лошадей	553 » 86 »
14. Медикаменты и медицинскія пособія	4,890 » 24 »
16. Учебныя пособія	521 » 84 »
17. Городской оцѣночный сборъ	227 » 36 »
18. Мелочныя расходы	645 » 88 »
19. Награжденіе учащихся при выпускѣ	304 » 50 »
20. Награжденіе служащихъ	1,427 » 50 »
21. Сверхсмѣтныя награды по случаю юбилея и постепенныя прибавки служащимъ над- зирательницамъ и бабкамъ	446 » 73 »
22. Налогъ 5 ⁰ / ₁₀₀ на купоны проц. бумагъ ка- питала заведенія	19 » 53 »
Итого	91,042 р. 94 к.

Средства заведенія въ 1887 году были:

1. Проценты съ неприкосновеннаго капитала .	16,392 р. 64 к.
2. » » запаснаго капитала	70 » 50 »
3. » » пожертвован. капиталовъ . . .	372 » 50 »
4. Плата за содержаніе пансіонерокъ и уча- щихся	16,201 » 46 »
5. Плата за леченіе больныхъ платящихъ и се- кретныхъ родильницъ	4,202 » 66 »
6. Сумма, вырученная отъ продажи негоднаго имущества	95 » 73 »
7. Сумма отъ обращенія капиталовъ по теку- щему счету	79 » 86 »
Итого . . .	37,415 р. 35 к.

8. Отъ вѣдомства учрежденій Императрицы Маріи.	
а) По смѣтѣ 1887 годъ отпущено	52,066 р. 80 к.
б) Сверхъ смѣты на награды по случаю юбилея	446 » 73 »
в) Дефицитъ, имѣющійся быть покрытымъ изъ средствъ вѣдомства	1,114 » 06 »
Итого . . .	53,627 р. 59 к.
Всего	91,042 р. 94 к.

Директоръ **А. Ёрассовскій.**

КАЗУИСТИКА.

VIII.

**Случай Кесарскаго сѣченія по Рогго.—Къ вопросу о при-
мѣненіи эластическаго жгута при виѣбрюшинномъ методѣ
ухода за ножкой.**

(Изъ клиники акушерства и женскихъ болѣзней проф. К. Ф. Славянскаго).

Ординатора клиники А. С. Соловьева.

1887 г., 22-го октября, въ 8 ч. 30 м. вечера въ родильный покой клиники профессора К. Ф. Славянскаго поступила роженица, крестьянка Тверской губ. А. Г., 33-хъ лѣтъ отъ роду, замужняя, беременная въ 4-й разъ.

Изъ анамнеза оказалось: Г.—дочь здоровыхъ родителей; ходить начала 2¹/₂ лѣтъ, въ дѣтствѣ была здорова. Регулы въ первый разъ на 19 году, приходили черезъ 4 недѣли, продолжались 6—8 дней. Вышла замужъ на 24-хъ году. Родила въ первый разъ на 27 году; роды были очень трудные, продолжались 3 сутокъ; ребенокъ родился мертвымъ; послѣ родовъ Г. долго была больна. Вторые роды 5 лѣтъ назадъ, ребенокъ доношенный и также мертвый. Эти роды были также очень тяжелые, и послѣ нихъ у Г. образовалась пузырно-влагалищная фистула, которая мѣсяца черезъ 4 послѣ родовъ съ успѣхомъ была оперирована профессоромъ Славянскимъ. 3 года назадъ Г. снова забеременѣла, и опять родила мертваго ребенка, который, по словамъ роженицы, «шелъ ножками». Послѣ родовъ снова образовалась пузырно-влагалищная фистула,

которая остается и до настоящего времени. Въ февралѣ мѣсяцѣ 1887 г. Г. забеременѣла въ 4-й разъ. Послѣднія регулы были у ней въ началѣ февраля; движенія плода почувствовала въ маѣ. Во время беременности появлялась рвота, судороги, отеки. 21-го октября у Г. отошли воды, но родовыхъ болей еще не появлялось, и роженица оставалась дома. Родовыя схватки начались 22-го октября въ 5 ч. вечера, а черезъ 3¹/₂ часа она прибыла въ клинику.

Status praesens. Роженица роста ниже средняго, питанія плохаго, костная и мышечная системы плохо развиты; позвоночникъ безъ патологическихъ искривленій, кости конечностей и туловища тоже не представляютъ патологическихъ измѣненій. Кожа покрыта испариной, горяча на ощупь; подкожный слой представляется отечнымъ; на нижнихъ конечностяхъ и *lab. majora* находятся варикозно-распиренныя вены. Органы дыханія нормальны, число дыханій 32 въ минуту, тоны сердца чисты, пульсъ 116 въ минуту, полный, ритмъ правильный, *t.* 39°. Языкъ обложенъ, небольшая жажда. Животъ немного вздутъ, ощупываніе его не болѣзненно. Окружность живота на уровнѣ пупка 86 *ctm.*, выше пупка 85 *ctm.*, ниже 82 *ctm.*; разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка 37 *ctm.*; высота дна матки надъ лобкомъ 30 *ctm.*, надъ пупкомъ 11 *ctm.*

При наружномъ изслѣдованіи положеніе плода продольное, спинка влѣво и впередъ. Сердцебіеніе плода совершенно ясное, слѣва на уровнѣ пупка; головка баллотируетъ надъ входомъ въ тазъ. При изслѣдованіи *per vaginam*: шейка сглажена, зѣвъ открытъ на 2 пальца, края его толсты, со слѣдами отъ прежнихъ надрывовъ. Плодный пузырь разорванъ, воды отошли, головка подвижна и стоитъ надъ входомъ правой половины таза; малый родничекъ влѣво, стрѣловидный шовъ въ правомъ косомъ діаметрѣ, большой родничекъ не достижимъ (1-е затылочное положеніе, передній видъ). Рѣзко выраженная *obliquitas Naegele*. Изъ половыхъ органовъ серозно-кровоянистое выдѣленіе съ запахомъ.

Размѣры таза: *Sp. il.* 22 *ctm.*, *Cr. il.* 26, *Conj. ext.* 16, *diag.* 10, *Vera* 8¹), *Troch.* 27. (Общій неравнобѣрно-суженный плоскій, нерахитическій тазъ).

Явленія эндометрита и повышающаяся *t*^o (въ 11 часовъ ночи 39,2) требовали возможно скорого окончанія родовъ.

¹) Измѣренная тазомѣромъ Van-Nuevel'я, *conj. vera* = 7,9 *ctm.*

Между тѣмъ, не смотря на продолжительныя и хорошія родовыя схватки въ продолженіе 6—7 часовъ пребыванія роженицы въ клиникѣ и почти полное открытіе зѣва, роды не подвигались впередъ, и головка не устанавливалась во входѣ въ тазъ. Принимая во вниманіе довольно значительное сужженіе таза (conj. diag. 10, vera 8 cm.), а также анамнестическія данныя, изъ которыхъ видно, что трое первыхъ родовъ у Г. были очень трудныя, дѣти рождались мертвыми, и двое послѣднихъ родовъ кончились образованіемъ фистулы,—нельзя было рассчитывать на самопроизвольные скорые роды и въ нашемъ случаѣ, тѣмъ больше, что роженица беременна только 4-й разъ, и, значитъ, мы могли ждать, что ребенокъ не только не будетъ мелче, а еще, вѣроятно, крупнѣй предыдущихъ дѣтей. Итакъ, требовалось оперативное вмѣшательство для скорѣйшаго окончанія родовъ; но какое? Щипцы накладывать было нельзя, такъ какъ головка не фиксирована во входѣ. Поворотъ на ножки рекомендуется многими при плоско-суженныхъ тазахъ, но только тогда, когда онъ такъ называемый легкій, а между тѣмъ у насъ воды уже давно отошли; при томъ же мы имѣли здѣсь хотя неравномѣрно, но обще-суженный тазъ. Наконецъ, изъ анамнеза мы знаемъ, что у больной уже были роды съ ягодичнымъ положеніемъ 3-и, и все же послѣдующая головка была настолько велика, что не могла родиться произвольно безъ сильныхъ травматическихъ поврежденій (фистула). Въ силу всего этого мы никакъ не могли быть увѣрены, что намъ не придется окончить нашъ поворотъ перфорацией послѣдующей головки. Поэтому, отрѣшившись отъ мысли рисковать жизнью ребенка при трудномъ поворотѣ, а тѣмъ болѣе — жертвовать его жизнью при перфораци, остановились на Кесарскомъ сѣченіи, и при томъ рѣшили произвести его по способу Porro, потому что больная представляла ясную картину *endometritidis sub partu*, и опустить въ брюшную полость инфицированную матку было очень рискованно.

Въ 2 ч. 35 м. ночи на 23-е октября, послѣ того, какъ роженица была обмыта, приступлено къ ея хлороформированію. Въ 3 ч. она была нахлороформирована и перевезена въ ночную операціонную залу, и здѣсь профессоръ К. Ф. Славянскій произвелъ ей операцію Кесарскаго сѣченія по Porro.

Брюшной разрѣзъ проведенъ по *l. alba*; онъ начинается на 4 поперечныхъ пальца выше пупка, и оканчивается пальца на 2 надъ лобкомъ. Брюшные покровы тонки, кровотеченіе изъ

разрѣза незначительное. Peritoneum вскрытъ между 2 пинцетами, разрѣзъ продолженъ по пальцу. Выпавшія черезъ рану сильно вздутыя кишки вправлены и удержаны салфетками изъ карболизованной марли. Матка выведена изъ брюшной полости; вокругъ нея въ области шейки обведенъ эластическій жгутъ. Затѣмъ, матка вскрыта по передней поверхности, въ тотъ же моментъ затушить жгутъ, и извлеченъ живой ребенокъ. Дѣтское мѣсто подъ разрѣзъ не попало: оно помѣщалось на задней стѣнѣ матки. По удаленіи дѣтскаго мѣста, эластическій жгутъ завязанъ хирургическимъ узломъ, узелъ жгута перевязанъ шелковой лигатурой. Надъ этимъ жгутомъ черезъ ткань шейки проведена Кальтенбаховская игла, и шейка перевязана болѣе тонкими эластическими жгутами, при чемъ узлы ихъ также укрѣплены шелковыми лигатурами. Надъ этимъ вторымъ жгутомъ матка и яичники отрѣзаны ¹⁾. Въ полость брюшины ни крови, ни околоплодной жидкости не попало, и потому туалетъ брюшины оказался излишнимъ. Нисколько не натянутая и не проколота фиксационными иглами ножка ущемлена въ нижнемъ углу раны, и брюшная рана, обмытая растворомъ сулемы 1:1000, зашита 12 глубокими и 5 поверхностными швами. Ближайшіе къ ножкѣ швы проведены такимъ образомъ, что ими захвачена и ткань ножки между верхнимъ и нижнимъ этажами жгутовъ; такимъ образомъ, нижній жгутъ оказался въ полости брюшины. Концы эластическихъ лигатуръ выведены наружу. Вся операція проведена при обычной антисептической обстановкѣ (безъ spray'я); зашита рана присыпана іодоформомъ, перевязана іодоформной марлей и сулемованной ватой; повязка укрѣплена обыкновеннымъ холщевымъ бинтомъ для согревающихъ компрессовъ. Операція продолжалась 45 минутъ.

Ребенокъ, извлеченный черезъ разрѣзъ матки въ легкой степени асфиксіи, скоро былъ оживленъ. Это была дѣвочка, вѣсомъ въ 2550 grm. Длина ребенка 46 cm. Головка — правильной овоидной формы. Размѣры головки: прямая окружность 33 cm., косая — 35, вертик. 30; прямой размѣръ головки 11 cm;

¹⁾ По уплотнѣніи въ спиртѣ, ткань матки изслѣдована микроскопически. Срѣзы проводились чрезъ мышечную ткань и слизистую оболочку. Вся слизистая оболочка оказалась инфильтрированной гнойными тѣльцами. Эта инфильтрація наблюдается во всѣхъ слояхъ deciduae; наиболѣе рѣзко выражена она ближе къ шейкѣ матки, тогда какъ у dna инфильтрація менѣе значительная. Въ мышечную ткань инфильтрація не заходитъ.

б. косою 12, м. косою 9, б. поперечный 8, м. попер. 7, верт. 9. Окружность плечиковъ 31 см., попер. размѣръ 11; окружн. ягодицъ 26, попер. 9, грудной размѣръ 8 см.

Первые дни ребенокъ оставался въ клиникѣ, гдѣ его кормили другія родильницы. Затѣмъ, его помѣстили въ Воспитательный домъ, въ отдѣленіе для законнорожденныхъ.

По окончаніи операціи, б-ная уложена въ теплую постель; къ подошвамъ ея положены грѣлки съ теплою водою. Въ 5 ч. у. t. 36,2., п. 72., д. 36. Часовъ съ 8 утра появилась испарина, и б-ная стала жаловаться на боль въ ранѣ. Въ 9 ч. у. t. 36, п. 76. Въ 11 ч. у. боль въ ранѣ усилилась, и б-ной впрыснута подъ кожу $\frac{1}{6}$ gr. morph. mur. Вскорѣ б-ная заснула, и проспала до 2 $\frac{1}{2}$ ч. дня, въ 2 $\frac{1}{2}$ ч. дня t. 37,0, п. 70. Въ 6 ч. в. t. 37,3, п. около 80; сильная жажда, глотаетъ кусочки льда. Съ 7 ч. в. снова жалуется на боль, t. начинаетъ подыматься, и въ 1 ч. ночи на 24 октября поднялась до 37,8. Съ часу больная заснула, и проспала до 5 ч. у. Съ этого времени снова сильныя боли, t. 37,9, больная безпокойна, появился кашель. Впрыснуть морфій ($\frac{1}{6}$ gr.), б-ная успокоилась и заснула. Въ 9 ч. у. t. 38,0, п. 100, болей нѣтъ. 12 ч. д. t. 37,9, п. 90, д. 32. Съ 3-хъ ч. д. t. поднялась на 38,2, п. около 90. Въ 9 ч. в. t. снова понизилась до 37,6, при п. 88, д. 30.

Ночь на 25 октября б-ная провела довольно спокойно и проснулась бодрою. Въ 8 ч. у. t. 37,6, п. 84., болей не было. Весь этотъ день t. колебалась между 37,5—37,3, при пульсѣ около 84. Въ 3 ч. д. б-ная выпила $\frac{1}{2}$ рюмки вина, $\frac{1}{2}$ чашки бульона и $\frac{1}{2}$ чашки чаю. Въ 6 ч. в. появились боли въ животѣ; поставлена clusma съ ol. terebinthinae, больную прослабило, и боли прекратились.

26 октября въ 8 час. ут. t. 37,6, п. 82. Весь день больная чувствовала себя хорошо. Перемѣнена повязка, и культя присыпана іодоформомъ. Въ 6 часовъ вечера t. поднялась до 38 при п. 84. 27 октября б-ную нѣсколько безпокоить кашель, t. 37,6—37,8, п. около 90. 28 октября снова перемѣнена повязка; она почти суха, t. б-ной 37,6—37,5, п. около 85. 29 октября кашля у больной нѣтъ, t. 37,1—37,5, п. около 75; на повязкѣ порядочное количество гноя. 30 октября, t. 37,6—37,6, п. 80. 31 октября появился поверхностный пролежень въ области крестца, чему, по всей вѣроятности, способствовало произвольное истеченіе мочи t. 37,3—37,2. Пролежень при-

сыпанъ іодоформомъ, б—ная лежитъ на гуттаперчевомъ кругѣ. 1 ноября снята половина швовъ (черезъ одинъ) съ брюшной раны; заживленіе подъ ними per primam. t. 37,5—37,2; жа- лобъ со стороны б—ной нѣтъ.

Дальнѣйшее теченіе послѣоперационнаго періода совершенно правильно: t° все время въ границахъ нормы (max. 37,5, min 36,3), самочувствіе б—ной хорошо. Пролежень мало-по-малу очистился и зажилъ. Появка мѣнялась ежедневно; отдѣленіе на мѣстѣ культи ничтожное. 4 ноября сняты остальные брюшные швы, подъ которыми получилось первое натяженіе. 12 ноября (на 21 сутки) отдѣлилась ножка съ эластическими лигатурами; на мѣстѣ этой ножки осталось кратерообразное углубленіе см. въ 4 глубиной съ гранулирующими стѣнками. Это углубленіе присыпалось іодоформомъ и выполнялось іодоформированной мар- лей. Мало-по-малу оно выполнилось грануляціями и зажило. Съ 8 декабря Г. стала вставать съ постели и въ настоящее время чувствуетъ себя вполне удовлетворительно. При ощупы- ваніи брюшныхъ стѣнокъ, на томъ мѣстѣ, гдѣ вшита ножка, прощупывается плотное тѣло. При изслѣдованіи per vaginam, portio vaginalis оказывается высоко притянутою къ нижнему краю бывшей брюшной раны.

Въ заключеніе я позволю себѣ сказать нѣсколько словъ объ уходѣ за ножкой. Какъ я уже упомянулъ выше, въ описываемомъ случаѣ фиксирующіе ножку швы прошли между нижнимъ и верх- нимъ этажомъ эластическихъ лигатуръ, и такимъ образомъ, охва- тывающій шейку матки нижній жгутъ остался въ полости брю- шины, и только свободные его концы выведены наружу. Та- кой способъ ухода за ножкой представляетъ нѣкоторыя удоб- ства сравнительно съ обыкновеннымъ внѣбрюшиннымъ, особенно тамъ, гдѣ ножка коротка, такъ какъ при немъ значительно уменьшается степень натяженія тканей ножки, а послѣ отдѣ- ленія культи, оставшаяся ея часть, не будучи врослена въ толщу брюшныхъ стѣнокъ, легко отходить въ брюшную по- лость.

Описанную модификацію внѣбрюшиннаго способа проф. К. Ф. Славянскій примѣняетъ уже не въ первый разъ. Еще въ 1885 г., тоже при операциі Рогго¹⁾, ножка была имъ укрѣ-

¹⁾ «Врачъ» 1885 г. № 49.

плена именно по этому методу, и съ тѣхъ поръ онъ употреблялъ его при фиброміомахъ матки нѣсколько разъ съ полнымъ успѣхомъ. Этотъ же способъ былъ примѣненъ въ одномъ случаѣ hysteromyotomiae проф. А. И. Лебедевымъ¹⁾ и при операциіи Roggo проф. А. Я. Крассовскимъ²⁾, при чемъ какъ тотъ, такъ и другой для фиксаціи культи проводили черезъ нее длинныя иглы (чего проф. Славянскій не дѣлаеть). Sānger³⁾ на 59 съѣздѣ врачей въ Берлинѣ также предлагаетъ спиваніе брюшины культи съ паріетальной брющиной надъ эластическимъ жгутомъ и, въ случаѣ нужды, рекомендуетъ закладывать вокругъ изолированной такимъ образомъ отъ брюшной полости ножки стеклянные дренажи. Но еще гораздо раньше упомянутыхъ операторовъ этотъ же способъ наложенія эластическаго жгута былъ предложенъ нашимъ же русскимъ врачомъ Клебергомъ, хирургомъ при Одесской городской больницѣ. Этотъ послѣдній еще въ 1877 г. опубликовалъ 6 случаевъ міомотоміи и оваріотоміи, гдѣ онъ употреблялъ эластическій жгутъ, причѣмъ охватывающая ножку петля его оставалась въ полости брюшины, концы же лигатуръ выводились наружу. Вообще, мнѣ кажется, что заслуга Клеберга въ разработкѣ экстраперитонеальнаго метода ухода за ножкой гораздо серьезнѣй, чѣмъ она обычно выставляется, а сообщенія его о примѣненіи имъ эластическихъ лигатуръ, по видимому, мало обращали на себя вниманіе гинекологовъ-хирурговъ. Правда, имя Клеберга, какъ оператора, впервые употребившаго эластическую лигатуру при внѣбрюшинномъ методѣ ухода за ножкой, встрѣчается почти во всѣхъ руководствахъ, но о его способѣ примѣненія этихъ лигатуръ или вовсе не упоминается, или онъ передается неточно. Такъ, Schröder⁴⁾ говорить, что эластическая лигатура впервые была предложена Клебергомъ, а затѣмъ Martin'омъ, но послѣдній въ своемъ руководствѣ⁵⁾ доказываетъ, что эластическій жгутъ «впервые испытанъ и рекомендованъ» имъ — Martin'омъ. Martin употребилъ его въ первый разъ 27 іюля 1878 г., а между тѣмъ Клебергъ⁶⁾ уже въ 1877 г. далъ цѣлыхъ 6 случаевъ лапаротоміи

¹⁾ Еженедѣльная клинич. газета 1887 г. №№ 6—7.

²⁾ Протокъ засѣд. Спб. Акуш.-Гинекол. Общ. 19 ноября 1887 г.

³⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1886 № 44. Zur Technik der Amputatio uteri myomatosis supravaginalis).

⁴⁾ Болѣзни женск. пол. орг. 1887 г. стр. 228.

⁵⁾ A. Martin. Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten, 1887, стр. 279—284.

⁶⁾ S.-Petersb. Med. Wochenschr. 1877, № 39.

съ употребленіемъ эластическаго жгута. Martin и не отвергаетъ этого, но говоритъ, что Клебергъ употреблялъ жгутъ только вмѣсто Реап'овской металлической лигатуры, протягивая его *черезъ* ткань шейки, тогда какъ онъ, Martin, примѣнялъ его провизорно въ смыслѣ Эмарховскаго бинта, и накладывалъ его *вокругъ* шейки матки. У Hofmeier'a, въ его монографіи о міомотоміяхъ¹⁾ мы читаемъ: «Первоначально предложенный Клебергомъ методъ съ употребленіемъ эластическихъ лигатуръ съ особенно блестящимъ успѣхомъ модифицированъ Негар'омъ для внѣбрюшиннаго, Schröder'омъ для внутрибрюшиннаго метода, при чемъ какъ тотъ, такъ и другой видоизмѣнили этотъ способъ въ томъ отношеніи, что они не проводили лигатуру черезъ ткань шейки матки, а обводили ее вокругъ шейки». — Но тутъ, какъ и у Martin'a, очевидно, какое-то недоразумѣніе: Hofmeier цитируетъ статью Клеберга въ St. Petersburg. Med. Wochenschr. за 1879 г., но въ томъ же журналѣ за 1877 г. Клебергъ подробно описываетъ способъ употребленія имъ эластическихъ жгутовъ, и изъ этого описанія видно, что въ 2-хъ случаяхъ изъ 6 жгутъ употребленъ имъ именно такъ, какъ употребляютъ его Martin и Негар, т. е. онъ обводился вокругъ ножки опухоли. Итакъ, разница между употребленіемъ эластическаго жгута у Мартина и Клеберга та, что первый употребляетъ его провизорно, при внутрибрюшинномъ методѣ, тогда какъ послѣдній оставляетъ жгутъ до отдѣленія культи, но способъ наложенія жгута, рекомендованный Martin'омъ (вокругъ шейки матки), употреблялся еще годомъ раньше его Клебергомъ.

Способъ Негар'a, описанный Dog'омъ²⁾ въ 1880 г., очень подробно изложенъ въ послѣднемъ изданіи оперативной гинекологіи Негар'a и Kaltenbach'a³⁾. Какъ на главныя особенности своего метода—Негар указываетъ на эластическій жгутъ, на сшиваніе брюшины культи съ паріетальной брюшиной и на прижиганіе поверхности культи термокаутеромъ Raquelin'a и zincо chlorato. Способъ наложенія эластическихъ лигатуръ у Негар'a тотъ же, какъ и у Клеберга⁴⁾. Правда, послѣдній въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ проводилъ эластическій жгутъ черезъ ткань шейки, пользовался троакаромъ: протыкалъ имъ шейку матки или верхній отдѣлъ влагалища, вынималъ стилетъ, вво-

¹⁾ Die Myomotomie, 1884, Stuttgart. Стр. 4—5.

²⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1880 г. № 12.

³⁾ Hegar und Kaltenbach. Operat. Gynäkologie. Aufl. 3. 1886, стр. 467, 483.

⁴⁾ Loc. cit.

диль въ канюлю 2 пары эластическихъ лигатуръ, извлекалъ канюлю, а лигатуры завязывалъ направо и налѣво, захватывая въ нихъ придатки; Негаръ же вмѣсто троакара пользуется Кальтенбаховскою иглой; но съ измѣненіемъ инструмента—не измѣнился способъ наложенія лигатуры. Далѣе, прижиганіе культи *zinc chlor.* (Ж на Ж) предложилъ и примѣнялъ тоже Клебергъ¹⁾. Разница въ методахъ Клеберга и Негар'а заключается только въ томъ, что первый не сшивалъ брюшину паріетальную съ брюшиной культи и оставлялъ послѣднюю тамъ, гдѣ она лежала безъ всякаго натяженія. Вокругъ же ножки онъ закладывалъ дренажи, которые доходили до дна малаго таза. Такимъ образомъ Клебергъ, примѣняя свой способъ, не имѣлъ въ виду отдѣлять брюшную полость отъ сообщенія съ культей, тогда какъ Негаръ своимъ методомъ изолировалъ культу отъ полости брюшины. Несомнѣнно, это—огромное преимущество Негар'овскаго метода, но рекомендуемый Негар'омъ для достиженія этой цѣли приемъ, мнѣ казалось бы, основанъ не столько на наблюденіи, сколько на теоретическихъ соображеніяхъ: вѣдь изоляція брюшной полости достигается и простымъ ущемленіемъ одѣтой брюшиною ножки въ углу раны, при чемъ между прилегающими другъ къ другу брюшиною ножки и брюшиною паріетальною уже очень скоро образуется слипчивое воспаленіе. Поэтому проф. Славянскій, напр., никогда не сшиваетъ брюшину по способу Негар'а, а просто ущемляетъ ножку въ нижнемъ углу раны, далеко не всегда даже проводя черезъ нее брюшную шовъ, и до сихъ поръ никакихъ дурныхъ послѣдствій отъ этого не наблюдалось. Поэтому я позволилъ бы себѣ думать, что въ такъ называемомъ Негар'овскомъ методѣ центръ тяжести лежитъ не въ сшиваніи брюшины паріетальной съ брюшиною культю, а въ эластическомъ жгутѣ. Этотъ послѣдній представляетъ собой громадное преимущество передъ другими способами сжатія культи, и нигдѣ его преимущество не сказывается такъ рѣзко, какъ при операци *Porro*, гдѣ ткань культи уже физиологически должна очень быстро измѣнять свой объемъ; и жомъ, который при равномерномъ давленіи въ каждый моментъ соответствовалъ бы своимъ объемомъ объему охватываемой имъ ножки, — такой жомъ составляетъ дѣйствительно очень большое приобрѣтеніе въ технику оперативной гинекологіи. Этими требованіямъ удовлетворяетъ эластическій жгутъ, введеніемъ и разработкой спо-

¹⁾ S. Petersb. Med. Wochenschr. 1879, № 1.

соба примѣненія котораго мы обязаны прежде всего Клебергу. Вотъ почему мнѣ кажется, что на русскихъ врачахъ лежитъ пріятная обязанность оттъннить ту заслугу, которую оказалъ нашъ соотечественникъ оперативной гинекологіи, и указать, что Негар'овскій экстраперитонеальный методъ является только однимъ изъ видоизмѣненій Клеберговскаго, русскаго метода.

IX.

Случай трудныхъ родовъ при небольшомъ сѣуженіи выходной части таза.

П. И. Архангельскаго. (Обоянь).

Современная бактериологія, съ каждымъ днемъ обогащаясь новыми знаніями, дала уже много драгоцѣнныхъ указаній для всѣхъ областей практической медицины, въ особенности же для хирургіи, акушерства и гинекологіи. Такъ, благодаря этой новой отрасли знанія, стало извѣстно, что въ дѣлѣ профилактики послѣродовыхъ заболѣваній первое условіе составляетъ асептическое веденіе родовъ и послѣродоваго періода; это правило сдѣлалось азбучной истиной для каждаго современнаго врача. Вотъ почему врачъ, наблюдая развитіе послѣродоваго заболѣванія у женщины, которая съ перваго момента родовъ и до начала заболѣванія была на его попеченіи и въ отношеніи антисептики казалась вполне обезпеченной,—при такихъ обстоятельствахъ врачъ готовъ подчасъ приписать зараженіе чуть не микроскопической кожной складкѣ около ногтя на пальцѣ, которымъ изслѣдовалъ: до такой степени убѣдительны факты пуэрперальныхъ заболѣваній вслѣдствіе занесенія извнѣ даже ничтожнаго количества заравы. Но съ другой стороны встрѣчаются и такіе случаи, гдѣ, по той или другой причинѣ, загрязненіе влагалища и матки во время родовъ достигаетъ громадной степени и, несмотря на это, послѣродовой періодъ протекаетъ нормально, не представляя уклоненій со стороны т., отдѣленій и инволюціи матки. Въ этомъ отношеніи кажется особенно поучительнымъ случай, который мнѣ пришлось наблюдать въ апрѣлѣ 1887 г.

13-го апрѣля земскій товарищъ, д-ръ Балкъ пригласилъ меня къ роженицѣ въ деревню, находящуюся въ 20 верст. отъ города, прося захватить щипцы, которые предполагалъ наложить по причинѣ прекращенія потугъ. Роженица, крестьянка Курской губерніи Оболенскаго уѣзда деревни Орловки, Варвара Алексѣева Поѣдалова, 43 л., primipara. Менструировать начала на 16-мъ году; регулы установились сразу въ 4-хъ-недѣльный типъ, продолжаясь 3—4 дня, понемногу, безъ боли. Замужъ вышла на 19 году; вскорѣ послѣ этого регулы сдѣлались болѣзненны, причеиъ типъ и форма ихъ остались прежніе. Такъ продолжалось 2 года; въ концѣ этого времени болѣзнь легко уступила лѣченію и съ тѣхъ поръ до настоящей беременности не было никакихъ отклоненій въ половыхъ отправленияхъ. Послѣднія регулы больная запомнила очень хорошо: по ея словамъ, они были «между Троицей и Петровскимъ заговѣньемъ», т. е., между 2 и 7 іюня 1886 г. Эти регулы были особенно скудны. Беременность протекла нормально. Схватки появились въ ночь съ 9-го на 10-е апрѣля и съ самаго начала были сильныя; водъ больная не замѣтила: по ея словамъ, «роды были сухіе». 11-го утромъ натуги остановились; д-ръ Балкъ приглашенъ 12-го утромъ, а я пріѣхалъ 13-го. Ростъ Поѣдаловой высокій, костномышечная система развита очень хорошо, подкожный жирный слой значительный. Лицо блѣдное, выражаетъ усталость. Пульсъ больше 100, волпа малая. Животъ выдается больше слѣва, гдѣ прощупывается продольно лежащее туловище плода; мелкія части прощупываются въ правой половинѣ живота. При внутреннемъ изслѣдованіи прощупывается волосистая часть головки, стоящая довольно плотно во входѣ въ малый тазъ; швы и роднички не прощупываются по причинѣ значительной *carut succedaneum*. Зѣвъ совершенно раскрытъ; задняя и боковыя части его отошли за головку, передняя же губа ущемлена между головкой и симфизомъ и представляется отеочною. Послѣ надавливаній на головку снизу и передняя маточная губа также отодвинулась кверху, при чемъ отошло небольшое количество водъ, а черезъ уретру выдѣлилось много мочи. Матка не сокращалась, не смотря на то, что были примѣнены: растираніе живота, холодныя компрессы и *secale cornut*, въ видѣ порошка, *t-rae* и *ergotini Bonjeani*. Въ часъ пополудни наложены были щипцы: продолжительными и усиленными тракціями удалось только вколотить головку и низвести ее до середины полости малаго таза; дальше она нисколько не подвигалась, не смотря на самыя усердныя тракція. Долженъ замѣтить, что щипцы 2 раза соскальзывали кзади. Связь щипцы, мы приступили къ перфорации; за неимѣніемъ перфоратора рѣшено перфорировать ножницами. Было 6 час. вечера. Въ то же время въ городъ отправили нарочнаго за акушерскимъ наборомъ, который онъ долженъ былъ привезти немедленно. По разрѣзѣ кожи найдено было, что сагитальный шовъ обращенъ къ крестцу, а большой родничекъ—вправо, вверхъ и кзади; родничекъ трудно достижимъ вслѣдствіе того, что головка была очень плотно вколочена. На мѣстѣ шва имѣлось сильное захожденіе костей. При попыткахъ ввести черезъ родничекъ въ полость черепа металлическій катетръ получалась только кровь. Просверлить кость ножницами не удалось

по причинѣ ея плотности. Операцию пришлось прекратить въ ожиданіи инструментовъ, но посыльный вернулся только на слѣдующее утро въ 6 час. Ночью рожевица не спала и съ нею былъ сильный потрясающій ознобъ и бредъ; къ утру пульсъ сдѣлался еще слабѣе, такъ что пришлось давать liq. ammon. anis съ tinct. valerian. aether. Вновь начали перфорацию въ 7 ч. утра 14-го, новымъ копьевиднымъ перфораторомъ Vlot'a предлагающая темная кость легко была раздѣлена и удалена при помощи костныхъ щипцовъ Bøer'a. Показавшійся при этомъ мозгъ издавалъ страшное зловоніе. Наложить щипцы на уменьшенную головку не удалось, потому что нельзя было ввести лѣвую ложку между головкой и стѣнкой таза; поэтому черепныя кости были удалены по частямъ при помощи костныхъ щипцовъ, которыми вмѣстѣ съ тѣмъ можно было производить и тракціи, захватывая кожу головки. Послѣ значительныхъ усилій головка была извлечена; но при этомъ явилось затрудненіе со стороны плечиковъ, которыя настолько плотно стали въ прямомъ размѣрѣ выходной части таза, что невозможно было освободить ни той, ни другой ручки. Уже казалось, что, примѣняя однѣ тракціи за головку, нельзя извлечь плода безъ серьезной травмы влагалища и половой щели, и мы подумывали о дробленіи плечиковъ! но вскорѣ онѣ освободились. При прохожденіи таза опять встрѣтилось препятствіе, но менѣе значительное. Въ 3 часа пополудни родился ребенокъ мужскаго пола, очень крупный, съ признаками начавшагося разложенія на кожѣ живота. Пуговина дряблая, разложившаяся; при легкомъ потягиваніи она оборвалась. Во время выжиманія послѣда матка не сокращалась, а изъ нея выдавливались вонючія газы, съ шумомъ вырывавшіеся черезъ половую щель, какъ это бываетъ при *garrulitas vulvae*. Въ виду появившихся кровотеченія и обмороковъ, а съ другой стороны принимая во вниманіе отсутствіе маточныхъ сокращеній, я ввелъ руку въ полость матки: послѣдъ оказался прикрѣпленнымъ къ правой стѣнкѣ въ верхней ея части; кромѣ того найдено было спазмодическое кольцо, отдѣлявшее небольшой сегментъ матки въ области правой фаллопиевой трубы; оно приходилось какъ разъ посрединѣ послѣда. По этой причинѣ, хотя послѣдъ былъ и дряблый, но отдѣленіе его продолжалось $\frac{1}{2}$ часа; эта операциа замедлилась еще потому, что производилась лѣвой рукой, такъ какъ правую невозможно было ввести по причинѣ значительной набухлости и болѣзненности тканей влагалища. Послѣдъ извлеченъ въ 4 ч. пополудни. Такимъ образомъ роды продолжались 4 $\frac{1}{2}$ сутокъ. По извлеченіи послѣда мы не могли сдѣлать ни внутриматочнаго, ни влагалищнаго спринцеванія, такъ какъ подъ руками не было ирригатора. Послѣ новыхъ приѣмовъ *secalis cornuti* матка сократилась хорошо. Дальнѣйшее лѣченіе состояло въ приѣмахъ хинина (по 5 гранъ утр. и вечер.; всего дано 4 пор.), *secal. cornut. (infus ex Zij par. 3vj cum acid. mur dil 33; 4 стол. лож. въ день)* и влагалищныхъ спринцеванія въ 3% раствора карбол. кисл. утромъ и вечеромъ. Промыванія начаты на слѣдующій день въ 10 ч. утра и дѣлались простой женщиной, которой предварительно было показано, какъ это дѣлать. За теченіемъ послѣдородоваго периода наблюдалъ д-ръ Балкъ: t° и отдѣленія все время были нормальны;

инволюція матки совершалась правильно; самочувствіе и всѣ физическія отправленія родильницы въ полномъ порядкѣ; на 9-й день она встала, чувствуя себя совершенно здоровою. На 14-й день Поѣдалова заболѣла правосторонней крупозной пневмоніей, поразившей одну нижнюю долю. Эта болѣзнь, за которую наблюдалъ также д-ръ Балкъ, протекла циклически и разрѣшилась вполне. Я изслѣдовалъ П—ву мѣсяца черезъ 1½ послѣ родовъ: положеніе и объемъ матки были нормальны, зѣвъ былъ безъ надрывовъ.

Встрѣтивъ изложенныя затрудненія при извлеченіи ребенка, я и д-ръ Б. первоначально предположили, что имѣемъ дѣло съ значительной степенью суженія таза, которое признали воронкообразнымъ въ виду того, что препятствія возрастали по мѣрѣ приближенія къ выходу таза. Но, съ другой стороны, мы ожидали, что и ребенокъ долженъ быть крупный, такъ какъ въ настоящемъ случаѣ были всѣ обстоятельства, обыкновенно благоприятствующія росту плода, а именно: роженица primipara, 43 л.,¹⁾ высокаго роста и крѣпкаго тѣлосложенія и, наконецъ, беременность продолжалась почти на мѣсяць больше нормы. Дѣйствительно, размѣры родившагося ребенка даже превзошли ожиданія (къ сожалѣнію, онъ остался неизмѣреннымъ); при этомъ оказалось, что росту плода способствовалъ еще и поль его. Но, помимо размѣровъ плода, затрудненіе родового акта несомнѣнно зависѣло еще отъ плохой конфигураціи головки, причиною которой было сильное окостенѣніе черепныхъ костей. Что же касается до размѣровъ таза, то относительно этого впоследствии пришлось измѣнить свое мнѣніе при болѣе точномъ изслѣдованіи таза. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ родовъ я имѣлъ возможность измѣрить тазъ П-вой при помощи тазомѣра, при чемъ получились слѣдующія данныя: d. sp. 24,5; d. cr. 27; d. trochant. 32; conjug. ext. 20; conjug. diag. 11,5; d. ischiad 8; прямой размѣръ выхода таза 9. Копчикъ неподвиженъ и прямой діам. выхода измѣрялся между lig. arcuat и наружной поверхностью верхушки копчика. Такимъ образомъ, всѣ размѣры находятся въ предѣлахъ нормы; только выходная часть таза оказалась нѣсколько суженной. Однако нужно замѣтить, что, вычисляя внутренніе размѣры по наружнымъ, въ настоящемъ случаѣ мы должны принять во вниманіе значительную толщину подкожнаго жирнаго слоя и массивность всѣхъ костей скелета, почему и вычитать нужно будетъ не обыкновенныя среднія

¹⁾ Впрочемъ, по Шпигельбергу, вѣсъ плода увеличивается только до 39 года, а потомъ уменьшается. (Шпигельбергъ. Учебн. акуш. 1879 г., стр. 89).

цифры, а нѣсколько больше. При этомъ весь тазовой каналъ окажется сѣуженнымъ, но сѣуженіе это, конечно, небольшое и во время родовъ оно имѣло громадное значеніе только относительно настоящаго плода, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ, по Шпигельбергу, «даны тѣ же самыя условія, какъ при общеравномѣрно-сѣуженномъ тазѣ, и затрудненіе родовъ можетъ достигать громадныхъ степеней, если только тазъ самъ по себѣ не принадлежитъ къ широкимъ²⁾».

Впрочемъ, въ описанныхъ родахъ не такъ важно точное выясненіе причинъ затрудненнаго извлеченія плода; гораздо болѣе заслуживаетъ вниманія благополучный исходъ родовъ для родильницы. Въ самомъ дѣлѣ, рассматривая всѣ тѣ оперативныя и неоперативныя приемы, которые примѣнялись нами около больной, легко видѣть, что они далеко не безупречны. Головка оставлена вколоченной въ тазу въ продолженіи почти сутокъ, тракціи производились черезчуръ сильно; было соскальзываніе щипцовъ. Принимая во вниманіе слабую дѣятельность сердца у роженицы во все время нашихъ манипуляцій, нисколько не было бы удивительно, если бы при такихъ обстоятельствахъ образовалась какая-нибудь фистула. Кромѣ того, загрязненіе родовыхъ путей было колоссальное. Чтобы охарактеризовать это загрязненіе языкомъ бактериологовъ, можно выразиться такъ: и въ самой больной и около нея, гдѣ только возможно, были устроены культуры микроорганизмовъ. Культивировались микробы въ мозгу плода послѣ того, какъ дань была туда доступъ воздуха: это выразилось потрясающимъ ознобомъ и бредомъ больной, а также тѣмъ зловоніемъ, которое распространилось въ воздухѣ. Кромѣ того, микробы культивировались на тряпкахъ, которыми мы вытирали руки, въ водѣ и чашкахъ, служившихъ для обмыванія рукъ и инструментовъ, на самыхъ рукахъ, покровы которыхъ отъ постоянного соприкосновенія съ различными жидкостями набухли (мацерировались) и содержали массу инфицирующихъ веществъ, о чемъ можно было заключить по запаху рукъ. Инструменты, то вводившіяся въ вагину, то вынимавшіяся обратно, также трудно было содержать въ надлежащей чистотѣ. И все это происходило по необходимости: у насъ не было хорошей и въ достаточномъ количествѣ посуды для обмыванія рукъ и инструментовъ, даже воды было мало; а для вытиранія рукъ все время служили

²⁾ 1. с. стр. 554.

однѣ и тѣ же тряпки, которыя загрязнились очень скоро. Бывшій съ нами небольшой запасъ карболовой кислоты израсходовался въ самомъ началѣ. Акушеры по возможности избѣгаютъ частыхъ изслѣдованій во время родовъ, опасаясь ввести пальцемъ даже незначительный пузырекъ воздуха, а здѣсь воздухъ вошелъ въ матку большими массами. Вдобавокъ всякая зараза, поступавшая въ вялую матку, могла легко всасываться. Поэтому можно сказать, что въ данномъ случаѣ вся обстановка родовъ съ начала и до конца была пагубна для роженицы, а она даже и не заболѣла. Чѣмъ же объяснить это? Вѣдь если бы шелъ вопросъ о томъ, почему въ извѣстномъ случаѣ развилось такое пуэрперальное заболѣваніе, а не другое, то можно бы дать слѣдующее, теоретически совершенно вѣрное, объясненіе: что въ данномъ случаѣ находился извѣстный специфическій микроорганизмъ или исключительно, или по преимуществу. Въ нашемъ же случаѣ навѣрное имѣлись мириады различныхъ микробовъ, которые, не смотря на вялость кровообращенія у роженицы, въ изобиліи поступали въ кровь вмѣстѣ съ продуктами своей жизнедѣятельности, на что указываетъ сильный пароксизмъ лихорадки, бывшій ночью; но заболѣванія все-таки не послѣдовало. Неужели потому, что не было специфическаго грибка? Что же касается до примѣненной послѣ родовъ терапіи, то самое большее, что она могла сдѣлать, это нѣсколько ослабить новое поступленіе инфицирующихъ веществъ, а противъ поступившей въ кровообращеніе заразы она была недействительна. Нельзя же, въ самомъ дѣлѣ, допустить, что суточный приемъ хинина въ 10 гр. оказался достаточнымъ для прекращенія жизнедѣятельности поступившихъ въ кровь микроорганизмовъ. Всякому извѣстно, на сколько недействительна (безсильна) эта профилактическая мѣра даже въ тѣхъ случаяхъ, когда поступаетъ небольшое количество заразы. Обращаю вниманіе на количество заразы, конечно потому, что не намѣренъ брать для сравненія тѣ случаи, гдѣ существуетъ занесеніе въ родовые пути специфической заразы, наприм. дифтеритической и т. п. Здѣсь я имѣю въ виду лишь тѣ роды, которые вполне аналогичны только что описаннымъ по происхожденію заразы; а такіе роды встрѣчаются очень часто и большинство ихъ сопровождается пуэрперальными заболѣваніями, которыя тѣмъ тяжелѣе, чѣмъ больше занесено инфекціи.

Такимъ образомъ, настоящій случай—одинъ изъ тѣхъ, которые составляютъ загадку для современной бактериологіи и

могутъ быть объяснены только при дальнѣйшемъ и болѣе обстоятельномъ изученіи ихъ.

Не могу здѣсь не упомянуть о той крайне симпатичной простой деревенской бабкѣ, которая присутствовала при описанныхъ родахъ. Ей отъ роду 95 лѣтъ; занимается своей профессіей 50 л. Не смотря на то, что 2 сутокъ провела безъ сна и въ хлопотахъ, она была еще довольно бодра, а главное очень участлива къ своей пациенткѣ, каждый стонъ которой трогалъ ее до слезъ. Нужно было видѣть смущеніе этой рѣдкой старухи, когда порвалась пуповина, которую она слегка потягивала съ нашего разрѣшенія послѣ неотступныхъ просьбъ ея; нужно было также видѣть ея сердечную признательность по окончаніи родовъ.

IX

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Нѣсколько словъ о Freund'овскомъ способѣ полного удаленія матки путемъ чревосѣченія.

(Литературно-статистическій очеркъ).

А. Гермониуса.

«Von allen Kranken, welche man durch eine Operation Heilung gebracht hat, ist keine so glücklich, keine so dankbar, keine ihren Arzt so ergeben, als eine von ihrem verjauchenden Uteruskrebse geheilte Patientin».

Bardenheuer. Die Drainirung der Peritonealhöhle 1881. S. 38—39.

ЛИТЕРАТУРА ¹⁾.

1. *Ahlfeld.* Bericht über 10 Laparatomien. Deut. Medic. Woch. 1880 №№ 1—3. 2) *W. Alexander.* Case of ablation of the uterus for cancer. Med. times and gaz. 1879. V. I № 1489. Реф.: Cntrbl. f. Gynäk. 1879. № 8, S. 203. 3) **Bardenheuer.* Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle. Stuttgart. 1879. Реф.: Cntrbl. f. Gynäk. 1880, № 1, S. 17. 4) *Bardenheuer.* Die Drainirung der Peritonealhöhle. Stuttgart. 1881. 5) *Bardenheuer.* Die Peritonealdrainage. Cnbl. f. Gynäk. 1881, № 22. 6) *Binswanger.* Anatomische Beiträge zur Indicationsfrage der Freund'schen Operation. Cntrbl. f. Gynäk. 1879, № 1. 7) *Боголюбовъ.* Случай полного вырѣзыванія матки in situ по способу Freund'a, съ благопріятнымъ исходомъ. Врачъ, 1881, № 8. 8) **Bottini.* Uterusexstirpation aus: Bricchetti's Contribuzione allo studio della terapia dei carcinomi uterini. Gaz. med. Prov.

¹⁾ Отмѣчены статьи, съ которыми пришлось познакомиться посредствомъ рефератовъ).

venete. 1880, № 5 и слѣд. Peф.: Cntrbl. f. Gynäk. 1880, № 12, S. 286. 9) *Bruntzel*. Sechs Fälle von Exstirpation des Uterus «nach Freund». Arch. f. Gynäk. B. XIV, H. 2. 10) *Bunge*. Zur Freund'schen Uterusexstirpation. Allgem. Medic. Central-Zeitung № 48 (1879). 11) **Clinton Cushing*. Uterusexstirpation. The Amer. Journ. of the medic. sciences. Peф.: Cntrbl. f. Gynäk. 1882, № 46, S. 734. 12) *Credé*. Eine neue Methode der Exstirpation des Uterus. Arch. f. Gynäk. 1879, B. XIV, H. 3. 13) *Credé*. Die totale Exstirpation des Uterus. Cnfrbl. f. Chirurgie 1878 № 32. 14) *Czerny*. Ueber die Ausrottung des Gebärmutterkrebses. Wien. Medic. Wochenschr. 1879, №№ 45—49. 15) *Fränkel*. Ueber eine Freund'sche Totalexstirpation eines carcinomatösen Uterus, mit partieller Resection des secundär erkrankten Scheidengrundes. Berl. Klin. Wochenschr. 1878, №№ 27 и 31. 16) *M. B. Freund*. Zur Totalexstirpation des Uterus. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. B. VI, H. 2. 17) *W. A. Freund*. Eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus. Sammlung Klin. Vorträge. 1878 № 133 (Gynäk. № 41). 18) *W. A. Freund*. Zu meiner Methode der totalen Uterus-Exstirpation. Cntrbl. f. Gynäk. 1878, № 12. 19) *W. A. Freund*. Bemerkungen zu meiner Methode der totalen Uterus-Exstirpation. Cm. *H. Fritsch*. Bericht über die Verhandlungen der XVIII Sect. d. Versamml. deut. Naturforsch. u. Aerzte in Cassel. Sitz. B. IX. 78. Cntrbl. f. Gynäk. 1878, № 21. 20) *W. A. Freund*. Erfahrungen über totale Uterusexstirpation. Cm. *H. Fehling*. Bericht über die Verhandlung. d. Gyn. Sect. der Naturforscherversamml. zu Baden-Baden. Cntrbl. f. Gyn. 1879, № 21. 21) *W. A. Freund*. Gedankengang der Eröffnungsrede über Totalexstirpation des Uterus. Cm. Verhandl. d. VI. Sect. des internation. medic. Kongr. zu London. Cntrbl. f. Gynäk. 1881. № 17. 22) *Fritsch*. Operative Casuistik, I Eine Freund'sche Operation. Cntrbl. f. Gynäk. 1879, № 17. 23) *Fritsch*. Женскія болѣзни. Руководство для студентовъ и врачей. Перев. подъ ред. К. Славянскаго. 1882. 24) *v. Grünewald (ф. Грюневальд)*. Ptrsb. Medic. Wochenschr. 1879, № 20, S. 200. 25) *Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden*. Sitz. 5. II. 80. Cntrbl. f. Gyn. 1880, № 22. 26) **Hazlewood*. Exstirpation uteri nach Freund, Mich. med. News. 1879, Febr. 20. Peф. Cntrbl. f. Gynäk. 1879, № 19, S. 477. 27) *Hegar u. Kaltenbach*. Die operative Gynäkologie. 1881. 28) *Heilbrun*. Beiträge zur Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus. Cntrbl. f. Gynäk. 1885, № 6. 29) *Hofmeier*. Zur Statistik des Gebärmutterkrebses und seiner operativen Behandlung, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. B. X (1884), H. 2. 30) *Hofmeier*. Zur Carcinomstatistik. Cm. „Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitz. 14. III. 84“. Cntrbl. f. Gynäk. 1885, № 18. 31) **Ianorin*. Ein Fall von Freund'scher Operation. New-York med. Journ. Vol. XXXVIII, № 6. Peф. Cntrbl. f. Gynäk. 1884, № 15, S. 235. 32) *Kaltenbach*. Totale Exstirpation des Uterus von der Scheide aus. Cntrbl. f. Gynäk. 1880, № 11. 33) *Kispert*. Totalexstirpation der Gebärmutter mit partieller Resection des rechten Scheidengewölbes. Cntrbl. f. Gynäk. 1882, № 48. 34) *Kleinwächter*. Die erste Exstirpation uteri nach Freund in Tirol. Wien. Medic. Presse 1881, №№ 3—4. 35) *Kocher*. L'excision totale de la matrice et la question du drainage abdominal. Rev. medic. de la Suisse Romande. 1881, № 11. 35) *Kocks*. Ueber die Totalexstirpation des Uterus. Arch. f. Gyn. B. XIV, H. 1. 37) *Kocks*. Cm. „Verhandl. aerztl. Gesellsch. Niederrhein. Gesellsch. f. Natur-u. Heilkunde in Bonn. Sitz. 17. II. 79“. Berlin. Klin. Woch. 1879, № 41. 38) *Kocks*. Cm. «Verhandl. aerztl. Gesellsch. Niederrhein. Gesellsch. f. Natur-u. Heilkunde in Bonn. Sitz. 21. VII. 79». Berl. Klin. Woch. 1880, № 6. 39) *Kocks*. Zur Totalexstirpation des Uterus. Cnbl. f. Gyn. 1882, № 8. 40) *Krabbel*. Eine Uterusexstirpation mit unglücklichen Ausgang. Cntrbl. f. Gyn. 1880, № 18. 41) *Krukenberg*. Cm. «Niederrhein. Gesellsch. in Bonn. Sitz. 17. V. 86». Cntrbl. f. Gyn. 1887, № 37. 42) **Krysinaky*. Ein Fall von Schleimhautkrebs des Uterus. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. B. XII, H. 1. Peф.: Cntrbl. f. Gyn. 1886, № 8. 43) *Kuhn*. Zur Kasuistik der Totalexstirpation des Uterus nach Freund. Cntrbl. f. Gyn. 1880,

- № 10. 44) *Leopold*. Ueber eine totale Uterusexstirpation nach Freund. Cntrl. f. Gyn. 1878, № 23. 45) *Linkenheld*. Zur Totalexstirpation des Uterus Cntrl. f. Gyn. 81, № 8. 46) *Loebker*. Bericht über die in der gynäk. Klinik zu Greifswald ausgeführten Laparotomien. Arch. f. Gyn. 1879, B. XIV, H. 3. 47) *Лесенуеуэв*. Zwei Fälle totaler Uterus Exstirpation nach W. A. Freund. Ptsb. Medic. Wochenschr., 1879, № 18. 48) **Mac. Cormac*. Totalexstirpation des Uterus. The Lancet. 1882, Jan. 14. Peф.: Cntrl. f. Gyn. 1882, № 11, S. 167. 49) *A. Martin*. См. «Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitz. 26. III. 86». Cntrl. f. Gynäk. 1886, № 18. 50) *A. Martin*. Паталогія и терапия женскихъ болъзней. Перев. А. Максимова. 1886. 51) **Mason*. Zwei Fälle von Totalexstirpation. St. Bartholomeus hospital reports. Vol. XIX. Peф.: Cntrl. f. Gyn. 1884, № 20, S. 319. 52) *Massari*. Studien über Exstirpation des Uterus. Wien. Medic. Wochenschr. 1878, №№ 45—46. 53) *Massari*. Exstirpation der Ovarien und des Krebskranken Uterus von der Bauchhöhle aus. Cntrl. f. Gyn. 1879, № 11. 54) *Mikulicz*. Ueber die Totalexstirpation des Uterus. Wien. Medic. Woch. 1880, №№ 47—52; 1881, №№ 1—9. 55) *P. Müller*. Ueber Exstirpation des Uterus. Corresp. bl. f. Schw. Aerz. 1878, № 20. 56) *Nicoladoni*. Bericht über 50 wegen Tumoren am Weiblichen Genitale ausgeführte Laparotomien. Wien. Med. Presse, 1887, № 19. 57) **Olshausen*. Ueber die Totalexstirpation des Uterus nach zehn eigenen Fällen. Berl. Klin. Wochenschr. 1881, №№ 35—36. Peф.: Centrbl. f. Gyn. 1881, № 23, S. 565. 58) *Prochownik*. См. „Aerztlich. Verein zu Hamburg. Sitz. 23. I. 88. Discussion über den Vortrag des H. Staude“. Deut. Med. Woch. 1883, № 46. 59) *Reuss*. Mittheilungen aus der Praxis. I Eine Freund'sche Operation. Tod. Arch. f. Gyn. 1880, B. XV, H. 1. 60) *Reuss*. Mitth. aus d. Pratis. III Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom. Arch. f. Gyn. 1881, B. XVII. H. 1. 61) *Рейеръ*. См. „Protocoles des allgemeinen Vereins St. Petersb. Aerzte. Sitz. B. III. 79. Petersb. Medic. Wochenschr. 1879. № 20. 62) *Ruge u Veit*. Der Krebs der Gebärmutter. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1881, B. VI, H. 2. 63) *Ruge u Veit*. Der Krebs der Gebärmutter. Stuttgart. 1881. 64) *Rydygier*. Ein Fall von Exstirpation des ganzen Uterus und beider Ovarien nach Freund, nebst einigen Bemerkungen zur Operationsmethode. Berl. Klin. Wochenschr. 1889, № 45. 65) *Rydygier*. Zur Sprayfrage. Zehn Fälle von Laparotomie. Deut. Ztschr. f. Chir. B. XV. 66) *Sänger*. См. Gesellschaft. f. Geb. zu Leipzig. Sitz. 15. VI. 85. Cntrl. f. Gyn. 1887, № 9. 67) *Sänger*. Zur Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus. Weiteres Fall von Freund'scher Operation mit Genesung. См. «Gesellsch. f. Geb. zu Leipzig Sitz. 17. I. 87». Cntrl. f. Gyn. 1887. № 14. 68) *Залуикій*. Полная экстирпация раково-перерожденной матки черезъ влагалище. Дисс. 1887. (Москва). 66) **Schink*. Ueber die Exstirpation des ganzen Uterus. Diss. Berlin. 1879. 70) *Schröder*. Ueber die theilweise und vollständige Ausscheidung der carcinomatösen Gebärmutter. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1881, B. VI, H. 2. 71) *Schöder*. См. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitz. 27 XI. 85. Cnbl. f. Gyn. 86, № 1. 72) *Schröder*. Болъзни женскихъ половыхъ органовъ. Харьковъ. 1887. 73) *Schultze*. Ueber Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus. Deut. med. Ztschr. 1886 №№ 2—4. 74) *Schultze*. Bericht über die in der Jahren 1884, 1885, 1886 von mir ausgeführten Laparotomien. Wien. medic. Blatt. 1887, X, 20. *Соловьевъ*. Обь оперативномъ лъченіи злокачественныхъ новообразований матки чрезъ лапаротомію. Медиц. Обзор. 1879, Т. 11. 76) *Соловьевъ*. Полная экстирпация раково-перерожденной матки по способу Фрейнда. Медиц. Обзор. 1879, Т. 12. 77) *Соловьевъ*. Обь экстирпации раково-перерожденной матки. Мед. Об. 1881, Т. 16. 78) *Соловьевъ*. О выръзываніи раково-перерожденной матки. Мед. Об. 1881, Т. 17. 79) *Соловьевъ*. Оперативная гинекологія. Отд. II, вып. 1. 1886. 80) *Spiegelberg*. Pathologische Mittheilungen. Sarcoma colli uteri hydropicum. Arch. f. Gyn. B. XIV, H. 2. 81) *Spiegelberg*. Ein weiterer Fall von papillärem hydropischen Cervixsarcom und von Exstirpation nach Freund. Arch. f. Gyn. B

XV, H. 3. 82) *Spiegelberg*. Nachtrag zu dem früher mitgetheilten Falle von Uterusexstirpation. Arch. f. Gyn. B. XVI, H. 1. 83) *Staude*. Ueber 7 Fälle von Totalexstirpation des Uterus. Deut. Med. Woch. 1883, № 45. 84) *Сыромлятниковъ*. Забѣчанія на статью Соловьева. Мед. Об. 1882. т. 18. 85) **K. Thornton*. Exstirpation des Uterus und seiner Adnexen wegen Epitheliom der Cervix. Transact. of the obst. Soc. of Lond. Peф.: Schmidt's Jahrbücher etc. 1885. B. 206, S. 210. 86) *Toeplitz*. Beitrag zur Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus nach der Freund'schen Methode. Bretl. Aerztl. Ztschr. 1879, № 3. 87) *Veit*. Ueber Carcinom des Uteruskörpers. Deut. Med. Woch. 1883, № 1. 88) **Wal-lace*. Totalexstirpation des Uterus. Brst. med. jour, 1884. Dec. 27. Peф.: Cnbl. f. G. 85, № 19. 89) **E. Weigt*. Die Radikaloperationen bei Uteruscarcinom. Diss. Halle. Peф.: Cnbl. f. G. 81, № 19. 90) *Sp. Wells*. Ein Fall von Excision des schwangeren Uterus bei Epitheliom des Cervix. Med. Chir. Transact. 1882, p. 25. Peф.: Cnbl. f. Gyn. 1884, № 7, S. 110. 91) *Zweifel*. Kasnistische Beiträge insbesondere über die Laparotomien und Fisteloperationen. Berl. Klin. Woch. 1881, №№ 22—24. Peф.: Cnbl. f. G. 81, № 16.

I.

Изъ приводимыхъ *Schröder*'омъ таблицъ *Glatter*'а видно, что изъ 1000 женщинъ, умирающихъ въ возрастѣ отъ 35 до 60 лѣтъ, 48,9 погибають отъ рака матки. Приблизительно такую-же цифру даетъ и *Mikulicz*, указывая на то, что въ Вѣнѣ ежегодно умираетъ отъ рака матки $4\frac{1}{2}\%$ всѣхъ женщинъ старше 25 лѣтъ. Такая ужасающая губительность, превосходящая всевозможные тифы, холеру и проч., и съ которою спорить, кажется, можетъ одна чахотка (по *Hirsch'y*,—28,57% смертности), невольно заставляетъ искать радикальныхъ средствъ для борьбы съ нею. И мѣръ уже предложено достаточно, но всѣ онѣ какъ-то спорны, какъ-то шатки; одно, на чемъ пока сходятся огромное большинство врачей,—это виѣшательство оперативное, единственно стоящее на уровнѣ современной науки, единственно дающее надежду на возможность успѣха.

Но разъ мы вступили на путь радикальнаго хирургическаго лѣченія, то ужъ а priori кажется естественнымъ выбирать наиболѣе усовершенствованные, наиболѣе блестящіе по своимъ результатамъ способы его прохожденія. Въ данномъ случаѣ, послѣ того, если можно такъ выразиться, крещенія, которымъ обновилъ насъ *Lister*, современная хирургія врядъ-ли можетъ представить другой столь блестящій оперативный методъ, какъ чревосѣченіе.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ предъ собою два факта: съ одной стороны, роковой процентъ смертности отъ рака матки,—съ другой неопровержимо-благодѣтельные исходы и результаты чревосѣченій вообще,—сопоставленіе этихъ фактовъ напрашивается само собою... Таково свойство великихъ моментовъ исторіи: ихъ идея проста.... Такимъ моментомъ нельзя не признать операцию, произведенную 30 января 1878 года *Wilhelm'омъ Alexandr'омъ Freund'омъ*, въ то время профессоромъ Бреславскаго Университета, по поводу рака шейки матки. И дѣйствительно, большинство гинекологовъ признало гениальность замысла въ новомъ приобрѣтеніи хирургіи. Но прошло десять лѣтъ, и въ настоящее время, пожалуй, даже не всякій врачъ знаетъ о

существованіи этой операціи: она сдана въ архивы, и новыя поколѣнія врачей не имѣютъ понятія о гениально-задуманной, по выраженію *Bruntzel'a*, операціи. Она забыта сразу, какъ-бы по уговору, одновременно всѣми, безъ какой-либо серьезной борьбы, — и тѣмъ болѣе роковой смыслъ получаетъ это забвеніе.

Гдѣ-же причина такого необычайно-быстраго забвенія? Ее искать долго; — почти во всякой статьѣ, трактующей объ этой операціи, она видна уже съ первыхъ строкъ: «гениальная» ¹⁾, какъ называлъ ее *Sänger*, операція оказалась лишь немного уступающею самому раку по количеству уносимыхъ жертвъ. Статистическія данныя *Staude*, *Ahlfeld'a* и *Kleinwächter'a*, даютъ 76, 72 и 74 процента смертности.... Ничего, повидимому, не оставалось-бы, какъ преклониться предъ грустнымъ фактомъ несоотвѣтствія теоріи съ практикой, если-бы не мысль, что одна четверть больныхъ всетаки переносятъ эту операцію. Тутъ-то и возникаютъ вопросы о причинахъ неудачныхъ исходовъ, тутъ вспоминается судьба большинства серьезныхъ операцій послѣдняго времени.

Посмотримъ, отъ чего-же, вообще, зависятъ исходы операцій, въ данномъ случаѣ — исходы неблагоприятныя. Причины неуспѣха могутъ находиться или въ самомъ объектѣ, подвергаемомъ тому или другому лѣченію, или внѣ его. Никто не станетъ отрицать, что состояніе больного до примѣненія терапевтическихъ мѣръ играетъ первенствующую роль въ эффектѣ этихъ мѣръ: мертвого не воскресить никакими средствами. Что касается условій, лежащихъ внѣ больного, то онѣ чрезвычайно разнообразны и въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже трудно-удовимы. На первомъ планѣ здѣсь стоитъ, конечно, выборъ соотвѣтствующаго метода лѣченія. Но если допустить, что и методъ выбранъ именно тотъ, который требуется, то этимъ еще не утверждается, что онъ примѣненъ правильно. Различные исходы хирургическихъ операцій зависятъ не исключительно отъ технической стороны дѣла, но и отъ явленій предшествующихъ и послѣдующихъ, т. е., отъ мѣръ, примѣненныхъ въ видѣ подготовительныхъ къ операціи, и отъ послѣопераціоннаго наблюденія. Наконецъ, и техника операціи можетъ и даже должна измѣняться, независимо отъ самой идеи ея, — измѣняться въ смыслѣ усовершенствованія въ различныхъ ея моментахъ.

Переходя въ частности къ интересующей насъ операціи, надо, мнѣ кажется, прежде рѣшенія вопроса о цѣлесообразности полнаго удаленія матки посредствомъ чревосѣченія, анализировать слѣдующія условія:

- 1) Какіе результаты даетъ операція?
- 2) Каково было состояніе больныхъ до операціи?
- 3) Какія видоизмѣненія общаго способа были примѣняемы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ?
- 4) Какимъ образомъ дѣлались приготовленія къ операціи, въ отношеніи: а) больной, б) окружающихъ и в) самой операціи?

¹⁾ Archiv für Gynäkologie. B. XXI, H. 1, S. 99.

5) Какія мѣры принимались въ послѣопераціонномъ періодѣ?

6) Какovy патолого-анатомическія причины смерти послѣ операціи?

Первый и послѣдній вопросы, представляясь наиболѣе общими, вытекающими изъ остальныхъ, въ то-же время были важнѣйшіе и наиболѣе между собой связанные.

Большинство хирурговъ, получивъ на первый изъ вопросовъ отвѣтъ далеко неблагоприятный, постановило сдать *Freund'*овскую операцію въ архивъ, какъ весьма опасную, трудную и не цѣлесообразную. Такое постановленіе, въ виду полученныхъ результатовъ, вполне понятно, но оно не можетъ удовлетворить въ смыслѣ окончательнаго рѣшенія вопроса.

Въ виду такихъ соображеній я задался цѣлью, собравъ изъ литературы возможно большее число случаевъ *Freund'*овской операціи, разобрать причины смертности и условія выздоровленія, дабы удостовѣриться, точно-ли полное удаленіе матки путемъ чревосѣченія должно считаться операціей вредной и нецѣлесообразной. Изъ сказаннаго ясно, что, въ виду намѣченной цѣли, мнѣ безразлична исторія этой операціи, — исторія, въ смыслѣ развитія и примѣненія ея основной идеи до *Freund'*а, и въ отношеніи къ мнѣніямъ различныхъ авторовъ о ней, и я ради краткости опускаю эти лишнія для меня подробности, указывая на приложенный списокъ литературныхъ данныхъ. Необходимое исключеніе сдѣлано лишь для описанія нѣкоторыхъ наиболѣе характерныхъ способовъ операціи, и то во избѣжаніе повтореній въ дальнѣйшемъ изложеніи.

II.

При изученіи литературы даннаго вопроса оказывается, что первоначальный методъ операціи, какъ и слѣдовало ожидать, недолго оставался такимъ, какъ онъ описанъ въ первомъ сообщеніи *Freund'*а. Не говоря ужъ о тѣхъ переиначкахъ и дополненіяхъ, которыя были сдѣланы самимъ авторомъ способа, въ скоромъ-же времени стали появляться статьи другихъ операторовъ, внесшихъ различныя модификаціи въ свои случаи и предлагавшихъ ихъ примѣненіе въ будущемъ. Эти измѣненія касались различныхъ моментовъ операціи и приготовленій къ ней. Но прежде чѣмъ говорить о нихъ, считаю необходимымъ вкратцѣ описать первоначальный способъ *Freund'*а.

Приготовленія къ операціи въ общемъ не отличаются отъ примѣняемыхъ въ другихъ случаяхъ чревосѣченія; здѣсь присовокупляется лишь тщательное промываніе влагалища и полости матки достаточно крѣпкими растворами дезинфицирующихъ веществъ — карболовой кислоты въ 10⁰/₁₀₀ разведеніи, сулемы въ 1⁰/₁₀₀ и друг. Положеніе больной также строго опредѣленное; голова обращена въ сторону свѣта, тазъ поднять выше другихъ частей тѣла, — чѣмъ достигается лучшее освѣщеніе поля операціи. Чистота наружныхъ покрововъ и соответственное состояніе кишечника разумѣются сами собой. Операторъ, ассистенты и помѣщеніе, равно какъ и инструменты, приготовляются такъ-же, какъ при другихъ чревосѣченіяхъ.

Самую операцію, мнѣ кажется, можно раздѣлить на 4 точно ограниченные момента. *Первый* имѣетъ характеръ подготовительнаго и мало отличается отъ такового при другихъ лапаротоміяхъ; здѣсь операторъ доставляетъ себѣ доступъ къ пораженному органу и дѣлаетъ первые шаги на пути его изоляціи отъ окружающихъ частей. Вскрывъ брюшные покровы по *linea alba* отъ пупка до лоннаго сочлененія, *Freund* прикрѣпляетъ брюшину къ брюшной стѣнкѣ, чтобы она, въ силу своей эластичности, не ушла въ глубь или, отдѣлившись, не опустилась въ брюшную полость; прикрѣпленіе это сначала дѣлалось проволокой. Первое препятствіе, послѣ вскрытія брюшныхъ покрововъ, для доступа къ маткѣ — кишки или, собственно, часть ихъ, лежащая въ полости таза, поднимаются оттуда и, смотря по вѣстивости живота, или оставляются въ верхней его области, удерживаемыя марлевой салфеткой, или помещаются сверху, на наружныхъ покровахъ, причѣмъ обвертываются такою-же салфеткой; послѣдняя въ обоихъ случаяхъ смачивается 1% растворомъ теплой карболовой кислоты и, по мѣрѣ остыванія, замѣняется другими. Затѣмъ, обыкновеннымъ путемъ отдѣляются сращенія, тонкія — рукою, болѣе солидныя — перерѣзкой между двумя лигагурами. Послѣ этого чрезъ тѣло матки проводится тонкая лигатурная петля, служащая для приложенія силы при различныхъ манипуляціяхъ съ маткой въ слѣдующихъ моментахъ операціи.

Второй моментъ имѣетъ цѣлью предупрежденіе могущаго быть кровотеченія при отдѣленіи матки отъ ея придатковъ и непосредственно соприкасающихся съ ней органовъ и отъ влагалища. Для этого *Freund* накладываетъ по три лигатуры, лежащая одна надъ другой, на обѣ широкія связки, причѣмъ первый актъ въ наложеніи верхнихъ двухъ производится одновременно; для этого со стороны задняго брюшиннаго мѣшка чрезъ связку личника проводится двойная нитка, которая ужъ и раздѣляется въ переднемъ мѣшкѣ, и отдѣльные концы ея продѣваются при помощи иглы — одинъ сквозъ фаллопиеву трубу, другой — сквозъ круглую связку, такъ что въ заднемъ Дугласѣ вновь оказываются всѣ четыре конца; здѣсь они и завязываются. Такимъ образомъ получается слѣдующее: верхній вколъ верхней лигатуры проходитъ чрезъ фаллопиеву трубу, нижній ея вколъ — чрезъ собственную связку яичника; верхній вколъ слѣдующей лигатуры соотвѣтствуетъ нижнему вколу первой, а нижній ея вколъ прободаетъ круглую связку; оба узла находятся въ заднемъ брюшинномъ мѣшкѣ. Такъ-же дѣлаютъ и на другой сторонѣ; матка при этомъ поднимается за вышеупомянутую петлю вверхъ и въ сторону, противоположную той, на которой производится перевязка. Теперь *Freund* переходитъ къ наложенію третьей или нижней лигатуры, играющей собственно главную роль, такъ какъ она должна захватить самый важный въ данномъ случаѣ сосудъ — *art. uterinam*. Для этого *Freund* предложилъ особенный изогнутый троакаръ, въ которомъ роль стилета играетъ соотвѣтственная игла съ ушкомъ у острія. Длинная нитка вдѣвается въ иголку такъ, что короткій ея конецъ приходится на вогнутой сторонѣ троакара, т. е., на той, которая, при введеніи инструмента во влагалище обращена

къ передней его стѣнкѣ. Остріе иглы вводятъ со стороны влагалища въ боковой сводъ на разстояніи одного поперечнаго пальца отъ влагалищной части и при томъ такъ, чтобы оно вышло въ переднемъ брюшинномъ мѣшкѣ; матка оттягивается вверхъ и назадъ. При появленіи иглы и съ нею нитки въ пузырно-маточномъ пространствѣ, короткій конецъ этой нитки захватывается ассистентомъ и удерживается имъ въ рукѣ, между тѣмъ какъ операторъ, вытянувъ иглу обратно въ троакаръ, снова прокалываетъ сводъ, но уже нѣсколько кзади отъ перваго вкола, чтобы игла на этотъ разъ попала въ задній дугласъ; матка поднимается вверхъ и впереди; нитка обрѣзывается. То-же самое, не вынимая троакара изъ влагалища, дѣлаютъ и на противоположной сторонѣ, такъ что въ каждомъ изъ брюшинныхъ мѣшковъ оказывается по два конца нитокъ,—одинъ справа отъ матки, другой—слѣва. Тогда одинъ изъ заднихъ концовъ продѣваютъ посредствомъ обыкновенной иглы чрезъ нижнее отверстіе средней лигатуры, т. е., сквозь круглую связку, въ передней брюшинный мѣшокъ и крѣпко затягиваютъ съ другимъ концомъ этой-же нитки, бывшимъ здѣсь уже раньше; такъ-же поступаютъ съ другой стороны. Такимъ образомъ и здѣсь оказывается общее отверстіе для сосѣднихъ лигатуръ, но узлы третьей лигатуры лежатъ уже на передней поверхности широкой связки. При этомъ надо зашѣпить, что концы лигатуръ, послѣ завязыванія ихъ, не обрѣзаются и что тутъ слѣдуетъ остерегаться захватить въ петлю мочеточникъ.

Третій моментъ состоитъ въ удаленіи матки. Онъ начинается прорѣзываніемъ въ поперечномъ къ оси тѣла направленіи брюшины, покрывающей переднюю поверхность матки; разрѣзъ этотъ проводится на 2 см. выше верхней границы мочеваго пузыря, опредѣляемой введеннымъ въ послѣдній катетромъ, затѣмъ на 2 см. выше дна дугласовой полости, т. е., нѣсколько ниже передняго разрѣза, прорѣзывается брюшина сзади; послѣ чего матка отдѣляется, по возможности тупымъ путемъ, отъ прилежащей къ ней спереди и сзади клѣтчатки вплоть до сводовъ, которые прорѣзываются сначала ножомъ изъ полости живота, а затѣмъ этотъ прорѣзъ продолжается или такъ же, или изъ влагалища ножницами. Наконецъ, теперь разрѣзаются боковыя прикрѣпленія матки между нею и лигатурами, и матка выводится наружу.

Четвертый моментъ посвящается огражденію полости брюшины отъ возможныхъ неблагоприятныхъ послѣдствій такой большой операціи. Сюда относится забота о недопусканіи инфекціи со стороны нижней брюшной (влагалищной) раны и о скорѣйшемъ ея заживленіи, объ очисткѣ брюшной полости отъ попадающихъ туда во время самой операціи раздражителей, т. е., о туалетѣ брюшины, о приведеніи внутренностей, по мѣрѣ возможности, въ тотъ видъ, въ какомъ онѣ должны находиться нормально, и о закрытіи передней брюшной стѣнки. Послѣдніе три пункта, какъ общіе большинству чревосѣченій, существенно и не отличаются отъ соответствующихъ мѣръ при прочихъ лапаротоміяхъ; за то первая забота присуща только этой операціи, въ виду исключительности ея мотива — вскрытія брюшной полости со стороны влагалища. Тутъ *Freund* поступаетъ такимъ образомъ: онъ выводитъ

оставшіея необрѣзанными концы шести лигатуръ чрезъ влагалище наружу и, натягивая ихъ, выворачиваетъ культи широкихъ связокъ въ просвѣтъ влагалища, такъ что ихъ окровавленныя поверхности занимаютъ почти то же мѣсто между сводами, которое занимала шейка вырѣзанной матки. Затѣмъ обыкновеннымъ узловымъ швомъ сшиваются между собою края ректальной и пузырьной брюшины, образуя этимъ самымъ сводъ надъ вывернутыми во влагалище лоскутами широкихъ связокъ; въ пространство между послѣдними и сводомъ вкладывается смоченный въ 10% растворѣ карболовой кислоты тампонъ на ниткѣ. Слѣдующіе затѣмъ туалетъ брюшины, обратное вкладываніе кишекъ и зашиваніе наружной раны производятся по общимъ правиламъ. Антисептическая повязка заканчиваетъ операцію. — Веденіе послѣ-операционнаго періода зависитъ отъ его теченія, отъ тѣхъ или другихъ осложненій, сопутствовавшихъ операціи.

По такому, приблизительно, плану произведены первыя операціи *Freund'a*, но уже въ самомъ непродолжительномъ времени появились различныя дополненія и усовершенствованія, предложенныя съ разныхъ сторонъ. О нѣкоторыхъ изъ нихъ я и позволю себѣ теперь упомянуть, держась того-же раздѣленія операціи на 4 момента и мѣры подготовительныя.

Между этими послѣдними заслуживаетъ вниманія предложенное и примѣненное проф. *Spiegelberg'омъ* введеніе во влагалище кольпейринтера за нѣсколько дней до операціи, что, способствуя, по его словамъ, поднятію матки изъ полости малаго таза и дѣлая въ то-же время широкія связки болѣе тонкими и податливыми, облегчаетъ такимъ образомъ всѣ манипуляціи съ маткой. По тому-же принципу *Knowsley Thornton* вводитъ въ прямую кишку резиновый шаръ, который и наполняетъ водою. *Reuss* просто наполняетъ водой мочевого пузыря. *Fritsch*, замѣчая, что зараженіе можетъ произойти путемъ просачиванія гниlostнаго яда изъ прямой кишки, предлагаетъ кромѣ обыкновеннаго опоражнванія ея клизмами — дезинфицированіе растворомъ *kali chlorici*.

Что касается самой операціи, то уже скоро стали стремиться расширить ея поле, чтобы имѣть больше свободы въ дѣйствіяхъ. Самъ *Freund* въ этомъ отношеніи предложилъ тенотомію прямыхъ мышцъ; кромѣ того *B. Credé* совѣтовалъ недѣли за двѣ до операціи производить резекцію лонныхъ костей; предложеніе дѣлать разрѣзъ брюшной стѣнки не по *lin. alba*, а поперекъ живота и полулунной формы, выпуклостью внизъ, — имѣетъ только историческое значеніе. Эту-же цѣль преслѣдуютъ и рекомендованныя — *Massari* и *Freund'омъ* рама для удерживанія кишекъ, *Spiegelberg'омъ* — длинныя, плоскіе крючки, въ родѣ подъемниковъ. Тутъ-же можно упомянуть, что *Kocher* и друг., вынимая кишки, помѣщали ихъ не прямо на подостланную марлевою салфетку, а подкладывали предварительно каучуковую бумагу. Петлю для подниманія матки *Freund* вскорѣ замѣнилъ окончатными щипцами, такъ какъ первая въ случаяхъ перерожденія тѣла матки легко прорѣзывалась. *Ahlfeld* для этой цѣли употреблялъ двѣ петли, продѣтыя въ мускулатуру матки около маточныхъ отверстій трубъ.

Наконецъ, слѣдуетъ упомянуть о весьма рациональномъ предложеніи *Rydygier*'а, перенесенаго одну изъ манипуляцій третьяго момента къ началу операци, — это предварительное надрѣзаніе сводовъ со стороны влагалища, что значительно облегчаетъ оператора и сокращаетъ то время, въ теченіе котораго брюшная полость остается открытою. *Bardenheuer* въ этомъ отношеніи пошелъ еще дальше и, гдѣ возможно, отдѣляетъ изъ влагалища всю шейку до самой брюшины. Таковы наиболѣе интересныя измѣненія и дополненія, внесенныя въ первый моментъ операци.

Перевязка широкихъ связокъ претерпѣвала чуть-ли не самыя многочисленныя измѣненія; здѣсь почти каждый операторъ индивидуализировалъ, какъ число лигатуръ, такъ и способъ ихъ наложенія. Измѣненія касаются въ особенности нижней лигатуры. Верхнія двѣ, по предложенію *Schröder*'а и рекомендаціи *Kocks*'а, замѣнены одною, проходящую чрезъ круглую связку и яйцепроводъ, *Fritsch* прибавилъ къ этой одной еще вторую лигатуру, нижній вколъ которой соотвѣтствуетъ вколу первой, а верхній дѣлается снаружи отъ яичника, такъ что послѣдній оказывается лежащимъ между двумя лигатурами. Въ способѣ наложенія нижней лигатуры *Freund* ввелъ слѣдующія усовершенствованія: замѣтивъ, что нитка, при выдвиганіи иглы изъ троакара, перетирается, онъ сталъ сначала вкалывать въ сводъ свою троакарную иглу и потомъ уже вдѣвать нитку; кромѣ того, чтобы лучше затянуть нижнюю лигатуру, онъ старается захватывать въ нее меньше тканей въ стѣнкѣ сводовъ, для чего и дѣлаетъ вколы въ сводахъ возможно ближе одинъ къ другому. *Spiegelberg* нашелъ возможнымъ совѣтъ не захватывать ткань свода въ свою лигатуру, чего и достигаетъ однимъ вколкомъ для обоихъ концовъ лигатуры, которые попадаютъ въ надлежащія брюшинныя мѣшки, сильно расходясь. Троакарную иглу *Freund*'а многіе нашли неудобной и замѣнили ее — *Leopold-Bruns*'овской иглой, *Martin* — иглой *Pean*'а, *Kocks* — аневризматической; *Kleinwächter* накладывалъ нижнюю лигатуру при помощи обыкновеннаго троакара. *Freund*, какъ упомянуто выше, при прокалываніи свода поднимаетъ матку вверхъ, — *Leopold* находитъ это неудобнымъ, такъ какъ при этомъ сводъ напрягается почти до полного исчезновенія, что затрудняетъ выборъ мѣста для вкола, и совѣтуетъ наоборотъ низдавливать матку, *Veit*, накладывая, по *Schröder*'у, двѣ лигатуры, прибавилъ къ нимъ еще одну — общую; *Kocher* накладываетъ прямо одну. *Rydygier*, *Billroth*, *Credé* и др. отдѣльно перевязываютъ изолированную *art. uterinam*, что имѣетъ большое значеніе, въ смыслѣ надежности; не менѣе важенъ и предложенный *Bruntzel*'емъ и *Bardenheuer*'омъ способъ постепеннаго, по мѣрѣ надобности, перевязыванія сосудовъ (кровоночныхъ) широкой связки. *Martin* не оставляетъ длинныхъ концовъ, а прямо перерѣзываетъ ихъ. *Massari*, оставляя три лигатуры, измѣняетъ способъ ихъ наложенія такимъ образомъ, что накладываетъ ихъ одною ниткой и начинаетъ съ нижней. *Zweifel* беретъ для послѣдней проволоку, тогда какъ другимъ операторамъ матеріаломъ служатъ шелкъ и катгутъ. Для предупрежденія нечаянной перевязки мочеточниковъ *Massari* воспользовался способомъ *Simon*'а — введеніемъ въ

ихъ просвѣтъ зонда, который и служить индикаторомъ. Наконецъ, *Kocks* и *Bardenheuer* внесли и здѣсь измѣненіе въ порядкѣ двухъ моментовъ операціи: они приступаютъ къ наложенію нижней лигатуры лишь по отдѣленіи матки отъ околоматочной клѣтчатки.

Въ третьемъ моментѣ, по самому существу его, наименьшее число формулированныхъ правилъ; здѣсь все почти зависитъ отъ каждаго отдѣльнаго случая. Можно упомянуть, что *Freund*, при отдѣленіи матки, удерживаетъ ее крючкообразно-согнутымъ пальцемъ, введеннымъ въ наружный зѣвъ чрезъ отверстіе, сдѣланное въ переднемъ сводѣ. *Kocks*, чтобы не поранить пузырь и прямую кишку, вводитъ въ нихъ указательный палецъ, на которомъ и производитъ отсепаровку матки; *Fritsch* для той же цѣли примѣнилъ прижатіе пузыря къ симфизу при помощи толстой кетгутовой нитки; проведенной чрезъ наружную рану и влагалище и завязанной на лобкѣ. Этимъ собственно и ограничиваются модификаціи третьяго момента, если не считать кореннаго видоизмѣненія *Freund*'овской операціи, выражающагося въ томъ, что матка вырѣзывается не вся, а оставляется кусокъ влагалищной части (шейки), въ видѣ діафрагмы отдѣляющей внѣшній міръ отъ полости живота. Это видоизмѣненіе примѣнялось *P. Müller*'омъ, *Nicoladoni*, одинъ разъ *Veit*'омъ и друг.

Измѣненія въ послѣднемъ актѣ операціи касаются способовъ обращенія съ нижней брюшинной раной. Закрытіе этой раны почти всѣми дѣлается по способу, данному *Freund*'омъ. Нѣкоторыя перемѣны въ этомъ отношеніи, введенныя другими авторами, не имѣютъ большого значенія; таковы — спиваніе *Fritsch*'емъ влагалища въ направленіи справа налево; трудно-понимаемое соединеніе слизистой оболочки влагалища съ наружною (нижнею) поверхностью брюшины, предложенное *Kocher*; тампонація влагалища обеззараженными губками, по мысли *B. Credé* и др. Матеріаломъ для шва служатъ шелкъ и кэтгутъ. *B. Credé* впервые не зашилъ нижней раны, ограничившись сближеніемъ краевъ ея посредствомъ трехъ длинныхъ пивцетовъ. Наконецъ, въ 1879 году появилось сообщеніе *Bardenheuer*'а, радикально измѣняющее способы обращенія съ брюшной полостью. *Bardenheuer* рѣшился вовсе не закрывать полость брюшины, дабы дать болѣе свободный стокъ раневому отдѣленію, много способствующему, по мнѣнію автора, гнилостному зараженію брюшной полости; пособіемъ для этого служить вводимая въ послѣднюю дренажная трубка, снабженная на верхнемъ концѣ дренажною-же перекладиной, которая удерживаетъ весь аппаратъ отъ сползанія. Когда эта перекладина оказалась недостаточною, *Bardenheuer* прибавилъ вторую, поставивъ ее на-крестъ перпендикулярно къ первой. Потомъ, замѣтивъ, что чрезъ незашитую рану выпадаютъ петли кишекъ, онъ замѣнилъ перекладину резиновой пластинкой съ небольшими отверстіями для стока отдѣленій (*Darmstützplatte*). Однако, когда эту послѣднюю приходилось, по достаточномъ заживленіи раны, удалять, то получались не малыя поврежденія, такъ что *Bardenheuer* даже потерялъ вслѣдствіе этого одну больную. Тогда онъ ввелъ послѣднюю модификацію своего метода — кэтгутовую сѣтку,

которая, достаточно предохраняя кишки отъ выпаденія, въ то-же время не требовала ручнаго удаленія, такъ какъ она всасывалась какъ разъ къ тому времени, когда эта поддержка для кишекъ оказывалась лишнею.

Въ зашиваніи наружной брюшной раны всегда держались симптоматическихъ показаній и вообще опыта другихъ чревосъченій. Матеріаломъ служатъ какъ шелкъ и кэгутъ, такъ и проволока. Для дезинфекціи употребляются всевозможные препараты — сулема, іодоформъ, карболовые, тимоловые, феноловые, салициловые растворы различныхъ концентрацій.

Заканчивая описаніе методовъ полнаго удаленія матки посредствомъ чревосъченія, я считаю нужнымъ вновь оговориться, что приведенными модификаціями далеко не исчерпываются всѣ онѣ, да и нѣтъ ни возможности, ни надобности перечислять всѣ тѣ мелкія отклоненія отъ общаго метода, которыя когда-либо примѣнялись, такъ какъ таковыя не вносятъ ничего поучительнаго въ эту часть исторіи операціи.

(Продолженіе въ слѣдующемъ номерѣ).

РЕФЕРАТЫ.

150. Н. М. Накушкинъ. Случай предлежанія послѣда. (Протоколы Тамбовскаго меиц. Общества, годъ 10-й, № 2).

NN, 30 лѣтъ, беременная 6-й разъ, въ концѣ беременности поступила въ больницу съ жалобой на кроветеченіе изъ половыхъ органовъ.

При изслѣдованіи діагносцировано: Placenta praevia centralis. Тазъ нормальный. Положеніе плода продольное. Предлежащая часть — высоко-стоящая головка. Сердцебіеніе плода ясно не выслушивается. Устье матки приблизительно открыто на 3 пальца. Кроветеченіе не особенно сильно. На другой день кроветеченіе усилилось. Больная сразу впала въ обморочное состояніе, схватокъ нѣтъ. Тампонація кольпейринтеромъ Брауна. Вслѣдствіе сильныхъ болей, причиняемыхъ кольпейринтеромъ, быстро ослабленія большой, въ тотъ же день рѣшено было произвести accouchement forcé. Послѣдъ отдѣленъ безъ затрудненій. Поворотъ на лѣвую ножку съ послѣдующимъ извлеченіемъ плода. Тотчасъ за головкой вышелъ послѣдъ со всѣми оболочками. Плодъ родился въ асфиксіи и скоро былъ оживленъ. У родильницы съ вечера 2 дня повышеніе t° и воищее отдѣляемое. Повышенная t° держалась въ теченіе 14 дней (maximum 40,6 $^{\circ}$).

Терапія состояла изъ промываній полости матки карболовой кислотой, сублиматомъ и постоянныхъ влагалищныхъ орошеній по способу Морозова. Выздоровленіе.

Изъ разныхъ этиологическихъ моментовъ placentaе praeviae авторъ болѣе склоненъ объяснить происхожденіе этой патологической формы тѣмъ, что оплодотвореніе совершилось въ области нижняго отрѣзка матки, или въ тотъ моментъ, когда яйцо должно было быть выброшено наружу силами менструаціи.

I. Рясенцевъ.

151. Freeland Barbour. A lecture on the third stage of labour. (Brit. med. journ. 1888, № 1415). Лекція о третьемъ періодѣ родовъ.

Для выясненія современнаго взгляда на сущность третьяго періода родовъ В. разбираетъ слѣдующіе вопросы: когда, подъ вліяніемъ какихъ силъ и ка-

кимъ образомъ отдѣляется дѣтское мѣсто? Многіе относятъ отдѣленіе плаценты ко второму періоду, въ подтвержденіе чего указываютъ на асфиксію, наступающую при замедленномъ рожденіи туловища: но асфиксія можетъ зависѣть отъ сдавленія пуповины или нарушенія кровообращенія въ дѣтскомъ мѣстѣ вслѣдствіе маточныхъ сокращеній. По мнѣнію В. отдѣленіе плаценты происходитъ обыкновенно подъ вліяніемъ родовыхъ схватокъ третьяго періода; малый вѣсъ плаценты сравнительно съ площадью прикрѣпленія и горизонтальное положеніе больной исключаютъ вопросъ о вліяніи тяжести. Въ прежнее время отдѣленіе дѣтскаго мѣста объясняли уменьшеніемъ площади прикрѣпленія, за которымъ оно не можетъ слѣдовать. В. на основаніи своихъ наблюденій утверждаетъ, что это обстоятельство пріобрѣтаетъ значеніе лишь съ того момента, когда площадь прикрѣпленія становится меньше $4-4\frac{1}{2}$ д., величины, соотвѣтствующей такому состоянію матки, когда въ полости ея нѣтъ ничего кромѣ дѣтскаго мѣста. Такое уменьшеніе площади прикрѣпленія—дѣйствіе матки, какъ цѣлаго, и схватки третьяго періода являются настоящей Причиной отдѣленія плаценты. В. не согласенъ со взглядомъ германской школы на значеніе плацентарнаго сгустка и предостерегаетъ отъ увлеченія теоріей, приписывающей плацентѣ роль поршня въ насосѣ (*Baudouque, Schultze, Ahlfeld, Cohn, Stratz*), такъ-какъ форма и консистенція дѣтскаго мѣста и родовыхъ путей не допускаютъ такой аналогіи, и кромѣ того въ послѣродовой маткѣ нѣтъ полости. Процессъ отдѣленія оболочекъ можно наблюдать при операциі *Porro*: когда матка освободится отъ своего содержимаго *chorion* и *decidua* ложатся въ складки, и *decidua* разрывается, такъ-что часть ея остается на мышечной стѣнкѣ. Говоря о механизмѣ изгнанія плаценты и оболочекъ, В. напоминаетъ, что матка во время родовъ дѣлится на верхнюю, активную часть, утолщающуюся и укорачивающуюся, и на нижнюю, пассивную, удлиняющуюся и истончающуюся, и такимъ образомъ сходную по свойствамъ съ шейкой и влагалищемъ. Изъ верхней части дѣтское мѣсто изгоняется дѣйствіемъ стѣнокъ въ третьемъ періодѣ; при изгнаніи изъ нижней дѣйствуютъ повышеніе внутрибрюшнаго давленія, тяжесть при вертикальномъ положеніи больной и искусственное виѣшательство (Дублинскій способъ извлеченія плаценты и способъ *Credè* помогаютъ естественному ходу изгнанія). По *Schultze* дѣтское мѣсто выходитъ сначала плодовой поверхностью, по *Matthews Duncan*'у—краемъ. По мнѣнію В., подтвержденному изслѣдованіями *Champneys*'а, чаще прорѣзывается край. Въ естественной остановкѣ кровотеченія изъ мѣста прикрѣпленія плаценты весьма важную роль играютъ, повидимому, слѣдующіе три фактора: механическое вліяніе маточныхъ сокращеній на сосуды, произвольное образованіе тромба, предшествующее отдѣленію дѣтскаго мѣста, и свойства самой крови; на важность послѣдняго момента указываетъ кровотеченіе въ случаѣ фосфорнаго отравленія, несмотря на сильно сокращенную матку.

А. Пекарская.

152. Ц. М. Цымновская. Два случая септического эндометрита. (Медицинское Обозрѣніе. Т. XXIX. 1888 г. № 4).

Случай 1. Нормальные роды живымъ плодомъ. Заболѣваніе чрезъ три дня. На 12 день при изслѣдованіи констатировано: Матка на уровнѣ пупка. Шейка матки сформирована. Изъ полости матки извлекается цѣлая масса совершенно разложившагося дѣтскаго мѣста.

Случай 2. Выкидышъ на 11 недѣль. Сильное маточное кровотеченіе. Въ полости матки остатки плода. Въ томъ и другомъ случаѣ сильный гнилостный запахъ изъ половыхъ органовъ.

Леченіе по способу Dührsen'a (Centralbl. für Gynäcol. 1887 г. № 35). Промываніе полости матки сулемой 1:4000. Выскабливаніе остатковъ оболочекъ острой ложкой. Тампонада полости матки іодоформной марлей, густо усыпанной порошокъ іодоформа. Быстрое выздоровленіе.

I. Рясенцевъ.

153. W. Zinsstag. (Basel). Ein Fall von Konzeption bei Hymen occlusum. (Centr.-bl. f. Gynäk. 1888, № 14). Зачатіе при заращеніи hymen'a.

Роженица хорошаго тѣлосложенія, 29 лѣтъ. Менструируетъ съ 16 л. Послѣднія регулы въ концѣ апрѣля 1886 г.; 25 января (? года, *ref.*), доставлена въ клинику спустя 31 часъ отъ начала родовъ. При изслѣдованіи: черепное положеніе, сердцебиеніе плода слыва; головка во входѣ. Хорошія родовыя схватки. Входъ во влагалище закрытъ перепонкой съ очень развитыми сосудами. Въ этой перепонкѣ нельзя открыть ни малѣйшаго отверстія. Urethra очень растянута. Очевидно, имѣлась полная atresia hymenis; coitus совершался черезъ urethr'y. Такъ какъ менструаціи проходили правильно, и произошло зачатіе, то нужно предполагать, что до беременности маленькое отверстіе въ hymen'ѣ существовало, и сперматозонды проникли черезъ него sine immissione penis, во время же беременности, вслѣдствіе воспалительнаго процесса, отверстіе заросло.—Разстройство со стороны мочеваго пузыря не было.

Перепонка въ $\frac{1}{2}$ см. толщиной разрѣзана поперекъ, слизистая оболочка рукава сшита съ таковою же наружныхъ половыхъ частей. При изслѣдованіи послѣ операціи зѣвъ на 4 пальца, пузырь толстъ; онъ вскрытъ искусственно; воды съ примѣсью мессоніи; головка опустилась. Два боковыхъ разрѣза впереди, по бокамъ уретры, и одинъ въ сторону промежности. Ritgen'овскій способъ. Роды окончились черезъ 35 минутъ послѣ операціи. Послѣдъ удаленъ по способу Credé черезъ 30 минутъ. Надрѣзы зашиты. Въ послѣродовомъ періодѣ 2-хъ дневный легкій психозъ съ идеями преслѣдованія.

A. Соловьевъ.

154. С. Н. Милевскій. Къ вопросу о мочевыхъ камняхъ у женщинъ. (Врачъ 1888 г. №№ 9 и 10).

Приведа литературныя данныя по вопросу о частотѣ мочевыхъ камней у женщинъ и указавъ на существующія разнорѣчія относительно способовъ уда-

ленія этихъ камней, авторъ описываетъ бывшій подъ его наблюденіямъ случай мочевого камня у женщины, выдающійся какъ по величинѣ камня, такъ и потому, что женщина, имѣя въ мочевомъ пузырьѣ весьма рѣдкій по величинѣ и вѣсу камень, свободно и безъ всякаго для себя поврежденія родила живаго ребенка.

Е. Т. 29 лѣтъ. Первые мѣсячныя на 14 году, чрезъ 3 недѣли по 5 дней. Замужемъ 18 лѣтъ. Рожала 4 раза. Первый ребенокъ родился мертвымъ, 3-й былъ недоношенъ. Послѣдніе роды, за 2 мѣсяца до поступленія въ больницу, продолжались 2 дня. Родился живой ребенокъ. Съ мѣсяць назадъ появилось недержаніе мочи и сильныя боли при мочеиспусканіи.

При изслѣдованіи найдено: На передней стѣнкѣ влагалища, въ области мочевого пузыря, ощущается твердая продолговатая опухоль, съ длинникомъ вдоль влагалища. Металлическій катетеръ, введенный въ мочевой пузырь, тотчасъ за шейкой его наталкивается на камень съ шероховатой поверхностью, лежащій совершенно неподвижно; при введеніи даже небольшого количества жидкости, послѣдняя совсѣмъ не удерживается. Моча гнойная, съ примѣсью крови и рѣзкимъ аммиачнымъ запахомъ, непрерывно вытекаетъ по каплямъ.

Въ виду неподвижности и большой величины камня, послѣ предварительнаго леченія катарра мочевого пузыря, сдѣлана *colpocystotomia*. Разрѣзъ около 5 сант. Послѣ $\frac{1}{2}$ часовыхъ усилій удалось захватить щипцами плотно вѣдренный въ слизистую оболочку камень и оттянуть его наружу. Для полнаго же удаленія камня пришлось расширить разрѣзъ какъ въ длину, такъ и въ поперечномъ направленіи. Разрѣзъ зашитъ 8 швами. Чрезъ 9 дней послѣ операціи, при осмотровѣ зеркаломъ, оказалось, что края раны разошлись почти на всемъ протяженіи.

Удаленный камень состоялъ изъ фосфатовъ и ксантина и имѣлъ слѣдующіе размѣры: Длина—6,9 см., поперечникъ 5 см., окружность 14,5 сант. Вѣсъ 140 грм.

Чрезъ мѣсяць послѣ первой операціи пузырно-влагалищный свищъ удачно зашитъ, въ 1 сеансъ. Зашиваніе произведено свободно и безболѣзненно послѣ впрыскиванія одного грана соляно-кислаго кокаина въ разныхъ мѣстахъ окружности свища.

По мнѣнію автора, описываемый имъ случай еще разъ доказываетъ, что камнедробленіе, которое для большинства случаевъ всегда будетъ занимать первое мѣсто изъ операцій, производимыхъ у женщинъ ради камней, въ нѣкоторыхъ случаяхъ совсѣмъ неприимимо, а потому камнещеченіе у женщинъ не можетъ быть исключено изъ ряда операцій, предпринимаемыхъ съ вышеуказанною цѣлью.

І. Рясенцевъ.

155. О. Прокофьева. Случай геморрагическаго инфаркта въ фиброміомѣ матки. (Врачъ 1888 г. № 9).

При одной изъ операцій, произведенныхъ Д. О. Оттомъ, была удалена изъ полости живота, чрезъ разрѣзъ живота, субсерозная фиброміома матки.

Вынутая кругловатая опухоль была съ головку 5—6 мѣсячнаго ребенка, съ гладкою и твердою на оцупь прверхностью, на розоватомъ фонѣ которой просвѣчивали толстыя вены. На верхней поверхности опухоли, нѣсколько вправо отъ срединной линіи, ясно выступало кругловатое пятно, темнокрасное въ периферіи и болѣе блѣдное въ центрѣ. Пятно это, слегка возвышавшееся надъ поверхностью и покрывавшее верхнюю часть ея какъ бы шапкою, отдѣлялось отъ остальной поверхности опухоли рѣзкимъ темно-фіолетовымъ поясомъ, въ которомъ, при внимательномъ разсматриваніи, замѣтно усиленное развитіе сосудовъ.

Разрѣзъ, проведенный чрезъ средину пятна къ центру опухоли, показалъ, что пятно продолжалось внутрь опухоли, въ формѣ-неправильнаго темно краснаго сегмента, рѣзко отграничивавшагося отъ ткани опухоли. Микроскопическимъ изслѣдованіемъ распознанъ геморрагическій инфарктъ въ опухоли. Въ центрѣ инфаркта было уже распаденіе красныхъ кровяныхъ шариковъ и клѣточныхъ элементовъ, а на периферіи — сильная гиперемія сосудовъ.

Подробнаго изслѣдованія сосудовъ вырѣзанной опухоли произведено не было и о фактическомъ существованіи заносной пробки въ артеріи ничего сказать нельзя, но такъ какъ больная, у которой была удалена эта опухоль, имѣла нѣкоторую степень недостаточности двустворки, то авторъ склоненъ объяснить происхожденіе инфаркта эмболіей артеріи, причеъ положеніе инфаркта заставляетъ предполагать, что пробка помѣщалась внутри опухоли.

Изъ клиническихъ припадковъ у больной авторъ отмѣчаетъ боли, на которыя она постоянно жаловалась въ теченіи послѣднихъ предъ операцией дней. При чревосѣченіи оказалось, что область болей соотвѣтствовала участку опухоли, пораженному геморрагическимъ инфарктомъ.

І. Рясенцевъ.

156. T. von Preuschen. Die Heilung des Vorfalles der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckenmuskulatur und methodische Uterushebung (Centr.-blt. f. Gyn. 1888 № 13). Излеченіе выпаденія матки посредствомъ гимнастики тазовой мускулатуры и методическаго оттягиванія матки кверху.

Авторъ описываетъ случай излеченія выпаденія матки по способу *Thurne Brand'a* заключающемуся въ 1) оттягиваніи матки кверху (Gebärmutterlüftungen), 2) движеніяхъ сопротивленія бедеръ, 3) постукиваніяхъ по поясничнымъ позвонкамъ и крестцу. Первое производится такимъ образомъ, что операторъ проникаетъ между симфизомъ и маткой и старается поднять матку съ придатками какъ можно выше, а ассистентъ помогаетъ ему со стороны влагалища. Когда достигнута граница, до которой можно поднять матку, послѣдняя снова опускается внизъ. Въ одинъ сеансъ это повторяють три раза. Движенія сопротивленія бедеръ производятся слѣдующимъ образомъ: находящаяся въ положеніи для камнебѣженія пациентка держитъ ноги такимъ образомъ, что колѣни и пятки соприкасаются. Операторъ старается развести ноги, а пациентка оказываетъ ему сопротивленіе. Когда ноги разведены на-

сколько возможно, то больная старается привести ихъ въ соприкосновеніе, а операторъ противоудѣйствуетъ этому.

На основаніи вылеченнаго по этому способу случая выпаденія матки, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: оттягиваніемъ матки кверху разрываются сращенія матки съ пузыремъ и исправляется отклоненіе матки назадъ. Главную роль играетъ вторая манипуляція, которой вызывается значительное сокращеніе levatoris ani, ведущее къ суженію въ передне-заднемъ направленіи мѣста прохожденія влагалища черезъ тазовую діафрагму и къ увеличенію разстоянія отъ линіи, проведенной между остями сѣдалищной кости (Spinallinie) къ мѣсту прохожденія влагалища черезъ діафрагму. Вслѣдствіе этого влагалище раздѣляется на верхнюю горизонтальную и нижнюю вертикальную части. Въ верхней части номѣщается portio, которая и удерживается въ нормальномъ положеніи благодаря сокращенію levatoris ani и существованію горизонтальной части влагалища. Чѣмъ дальше отъ вертикальной части находится portio, тѣмъ труднѣе происходитъ выпаденіе матки. Такимъ образомъ антеверсія или антефлексія, которой мы достигаемъ оттягиваніемъ матки кверху, препятствуютъ выпаденію.

А. Семяниковъ.

157. Теръ-Григоріанцъ. Die diagnose und Behandlung peritonealer Adhäsionen des verlagerten Uterus (Centr.-blt. f. Gyn. 1888 № 13).
Діагнозъ и леченіе перитонеальныхъ сращеній смѣщенной матки.

Авторъ описываетъ практикуемый имъ при смѣщеніяхъ матки назадъ способъ леченія перитонеальныхъ сращеній, представляющій преимущество въ томъ отношеніи, что его можно приимѣнять амбулаторно и безъ предварительныхъ приготовленій. Захвативъ пулевыми щипцами влагалищную часть, оттягиваютъ ее кпереди и книзу, а введеннымъ во влагалище указательнымъ пальцемъ лѣвой руки стараются съ правой стороны проникнуть на заднюю поверхность матки, разорвать сращенія и репонировать матку, при чемъ правой рукой помогаютъ со стороны брюшныхъ стѣнокъ. Въ случаѣ неудачи, влагалищную часть оттягиваютъ кзади и книзу и поступаютъ какъ сказано. Можно, наконецъ, поступить и такимъ образомъ, что portio оттягиваютъ кпереди и книзу, ладонную поверхность указательнаго пальца прикладываютъ къ правому краю матки, тремя пальцами правой руки проникаютъ со стороны брюшныхъ покрововъ тоже къ правому краю матки, смѣщаютъ ее влѣво и такимъ образомъ разрываютъ существующія сращенія. Авторъ дѣлаетъ такіа попытки редрессіи отъ одного до двухъ разъ въ недѣлю.

Такое леченіе противопоказуется, если задняя поверхность матки оказывается сросшеюся съ крестцомъ или вся матка окруженной соединительно тканними массаами. Въ подтвержденіе сказаннаго приведены четыре краткихъ исторіи болѣзни.

А. Семяниковъ.

158. Graily Hewitt. Patency of the uterine canal as affected by flexion of the uterus (Brit. met. journ. 1888. № 1418).
Нарушеніе проходимости цервикальнаго канала загибомъ матки.

Н. даетъ два изображенія препарата изъ музея University College рѣзкой anteflexio матки. Препарат разрѣзанъ продольно приблизительно по средин-

ной линіи, такъ-что видна полость тѣла матки и нижней части шейки, но верхняя часть цервикальнаго канала на протяженіи $\frac{3}{4}$ д. едва замѣтна и представляется какъ бы облитерированной. На 2-мъ рис. изображенъ тотъ же препаратъ съ растянутымъ съ помощью витокъ цервикальнымъ каналомъ. Очевидно, что облитерация только кажущаяся и зависитъ отъ сильнаго сдавленія канала въ передне-заднемъ направленіи. При жизни проходимость канала можетъ быть восстановлена введеніемъ зонда, дилатора или тампона, а также и путемъ маточныхъ сокращеній, дѣйствующихъ на жидкость, заключенную въ полости. Данный препаратъ подтверждаетъ мнѣніе, что проходимость цервикальнаго канала значительно нарушается загибомъ матки.

А. Пекарская.

159. Verchère. De l'antisepsie vaginale. Traitement palliatif du cancer uterin (La France médicale 1888 № 27 & 33). Влагалищная антисептика. Паллиативное леченіе рака матки.

Указавъ на то, что только благодаря введенію антисептики гинекологическая хирургія могла сдѣлать въ послѣдніе годы такіе значительные успѣхи, авторъ переходитъ къ разбору наиболѣе употребительныхъ антисептическихъ средствъ: борной и карболовой кислотъ, двуіодистой и двухлористой ртути. Борная кислота, какъ очень слабое дезинфицирующее средство, годится только для обыкновенныхъ влагалищныхъ спринцеваній, но не для дезинфекціи влагалища для операціи. Карболовая кислота дѣйствуетъ достаточно сильно только въ 4% растворѣ, который имѣетъ однако уже прижигающее дѣйствіе. Всего лучше препараты ртути. Въ Германіи часто употребляется 2-хлористая ртуть въ видѣ жидкости Van Swieten'a¹⁾. Для внутриматочныхъ спринцеваній ее нужно разбавлять 3—5 ч. воды, для влагалищныхъ можно употреблять въ чистомъ видѣ. Двуіодистая ртуть менѣе ядовита, но зато и менѣе дѣйствительна. Важно не только употреблять названныя вещества, но и дѣлать это какъ слѣдуетъ. Въ теченіе 4—5 или лучше 8—10 дней передъ операціей влагалище должно 2 раза въ день очень тщательно проспринцевывать, обращая особенное вниманіе на то, чтобы своды были вполне очищены отъ накопившихся секретовъ. Въ промежутки между спринцеваніями влагалище должно быть выполнено ватными тампонами, посыпанными іодоформомъ или, если онъ не переносится вслѣдствіе дурнаго запаха, какимъ нибудь другимъ дезинфицирующимъ порошкомъ, какъ напр. іодоломъ, салоломъ, азотнокислымъ висмутомъ и т. д.

Затѣмъ авторъ переходитъ къ вопросу о паллиативномъ леченіи рака матки. Если рака матки нельзя оперировать и никакія особенныя обстоятельства не требуютъ немедленнаго внѣшательства, то можно вполне довольствоваться одной антисептикой влагалища. Этимъ мы препятствуемъ развитію общаго сепсиса, устраняемъ нестерпимый запахъ, предупреждаемъ кровотеченія и можемъ такимъ образомъ сдѣлать жизнь больной вполне сносною,

¹⁾ 1 ч. сулемы, 900 ч. воды, 100 ч. спирта.

въ особенности если мы въ то же время позаботимся о регулированіи функцій другихъ органовъ и объ улучшеніи питанія. Два явленія — кровотеченіе и боли — требуютъ при неоперативномъ ракъ матки особеннаго леченія, если простыя мѣры антисептики оказываются недостаточными. Противъ кровотечения у насъ есть два средства: выскабливаніе и расширеніе шейки и полости матки. Фиксировавъ матку щипцами, стараются низвести ее какъ можно ниже и выскабливаютъ острой ложкой всю больную ткань. Подчасъ приходится удалять такъ много, что отъ матки почти что ничего не остается, кромѣ воспалительно утолщеннаго серознаго покрова. Удалять все больное должно очень тщательно, не опасаясь прободать стѣнокъ матки. Только въ области сводовъ, особенно задняго, должно оперировать осторожно, чтобы не поранить брюшины. Послѣ операціи кровотеченіе останавливаютъ вспрыскиваніемъ горячей воды и тампонаціей ватой, посыпанной іодоформомъ. Въмѣсто выскабливанія мы можемъ примѣнить при кровотеченіи, если оно не особенно сильно, тампонацію шейки и полости матки іодоформной марлей, палочками ламинарія и прессованной губкой. Дѣйствіе этихъ веществъ чисто механическое: набухая, онѣ сжимаютъ сосуды и останавливаютъ такимъ образомъ кровотеченіе.

Ракъ матки обыкновенно не вызываетъ сильныхъ болей, но если онъ распространился на влагалище или сосѣдніе органы, то очень часто появляются значительныя боли. Мы можемъ всего легче устранить ихъ, если будемъ дѣйствовать на причину. Такъ при переполненіи прямой кишки каломъ, вслѣдствіе давленія производимаго на нее разрастающимися раковыми массами, должно заботиться объ опорожненіи кишки посредствомъ клистировъ и слабительныхъ солей. Если произошло уже прободеніе кишки и вслѣдствіе этого болѣе или менѣе паралитическое состояніе ея, то должно прибѣгнуть къ операціи искусственнаго задняго прохода по Littré. Со стороны мочевой системы боли вызываются сдавливаніемъ мочеточниковъ, ведущимъ къ воспаленію ихъ, къ циститу и интерстиціальному нефриту. Здѣсь мы должны лечить циститъ и нефритъ промываніемъ мочеваго пузыря, отвлекающими, мочегонными. Часто этого бываетъ недостаточно, тогда приходится употреблять опіаты, чтобы хоть немного утишить боли, пока не наступитъ смерть вслѣдствіе урэміи. Боли, вызываемыя заболѣваніемъ стѣнокъ матки, устраняются въ началѣ мѣрами антисептики — присыпаніемъ іодоформомъ, промываніями. Для этой же цѣли мы можемъ примѣнить выскабливаніе. Наконецъ приходится прибѣгнуть къ мѣстнымъ и общимъ anaesthetica: хлоралгидрату, морфію, опію и т. д.

Въ краткихъ словахъ терапія рака матки заключается въ слѣдующемъ: пока своды свободны — экстирпація, позже антисептика. Противъ кровотеченій: выскабливаніе и расширеніе шейки. Противъ болей: антисептика, мѣстныя и общія anaesthetica; клистиры, слабительныя, *anus praeternaturalis*; леченіе цистита и нефрита.

А. Семянниковъ.

160. В. И. Протопоповъ. Интересный случай траматическаго разрыва кистовидной опухоли яичника (Протоколъ засѣд. Губернск. Земск. Врачебн. Совѣта etc. Курскъ. 1888, pag. 65.)

Больная 57 л., жалуется на страшную боль въ лѣвой ногѣ и лѣвой ягодицѣ, длящуюся уже 2 недѣли. Начало болѣзни приписываетъ паденію. Съ дѣтства больная была здорова; менструировать начала съ 13 лѣтъ; вышла замужъ 16-ти л., а на 17 году родила въ срокъ мертваго младенца; роды были продолжительныя, младенецъ предлежалъ ягодицами. Послѣ родовъ была больна нѣсколько недѣль. Дѣтей больше не было. Менструація все время появлялась правильно, прекратилась 5 лѣтъ т. н.

2¹/₂ года т. н. стала чувствовать тяжесть и полноту въ животѣ; къ этому же времени появились боли въ лѣвой ногѣ. Животъ достигъ значительныхъ разжѣровъ, что побудило больную обратиться къ врачамъ, которые находили у нея опухоль яичника; 1¹/₂ года тому назадъ профессора *Грубе* и *Толочинновъ* въ Харьковѣ предложили ей овариотомію, но больная не согласилась.

Однажды, желая снять теплый сапогъ, больная поскользнулась и упала на спину, болѣе на лѣвый бокъ; тотчасъ она почувствовала неособенно сильную боль внизу живота и въ лѣвой ягодицѣ; черезъ день она замѣтила, что *лѣвая нога пухнетъ, а животъ опадаетъ*, вѣстѣ съ тѣмъ постоянныя боли въ ягодицѣ и ногѣ усилились до высокой степени; съ этого же дня усилились запоры, истеченіе бѣлей и появилось частое и обильное мочеиспусканіе.

Больная анемичная, но довольно полная женщина. Лѣвая нижняя конечность, включая и ягодичную область, объемомъ значительно превосходила правую ногу, вслѣдствіи разлитой опухоли, которая сглаживала *placum patium* и вообще нормальныя формы конечности со стопою включительно. Кожа на ней блѣдная, лоснящаяся, съ красными пятнами въ нѣкоторыхъ мѣстахъ. Отъ давленія пальцемъ на кожу опухшихъ областей остается слѣдъ въ видѣ ямки. Правая нога совершенно нормальна. Температура тѣла не повышена. Со стороны органовъ грудной клѣтки никакихъ отклоненій отъ нормы нѣтъ. Животъ покрытъ вялой морщинистой кожей, какъ послѣ окончившейся беременности; при болѣе сильномъ и глубокомъ давленіи болѣзненность увеличивалась по направленію къ лѣвой подвздошной ямкѣ, гдѣ при глубокомъ давленіи ощущалась разлитая принуждость тѣстоватой консистенціи. При перкуссіи живота получался въ обычныхъ мѣстахъ тимпанической тонъ, кромѣ небольшой области надъ лѣвой пупартовой связкой, гдѣ тонъ былъ притупленъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: влагалище удлинено, указательный палецъ съ трудомъ достигаетъ *port. vagin.*, которая въ высокой степени атрофирована и выдается въ видѣ твердаго рубцеваго соска; тѣло матки, очевидно тоже атрофированное, не прощупывается; своды почти изглажены, справа яичникъ непрощупывался, а слѣва пальцы раздѣлялись отечными тканями. Влагалище съ атрофированною маткою сильно оттѣснено вверхъ и фиксировано въ такомъ положеніи. Лѣвая стѣнка влагалища представляетъ отечную

припухлость, через нее можно было определить только разлитую, тѣстоватую и болѣзненную опухоль тканей.

Субъективно больная жалуется на сильную и постоянную боль въ лѣвой ягодицѣ и въ лѣвомъ бедрѣ; чувство же тяжести и полноты въ животѣ, послѣ паденія, значительно уменьшились.

Что могло быть причиной рѣзко выраженной опухоли лѣвой нижней конечности? Исключивъ всѣ возможныя обычныя причины, авторъ остановился на существованіи кистовидной опухоли въ животѣ до паденія больной и исчезновенія опухоли послѣ паденія; самое вѣроятное объясненіе этого факта было разрывъ кисты съ изліяніемъ содержимаго ея въ подлежащія ткани, но куда? Такъ какъ не имѣлось никакихъ указаній на изліяніе содержимаго въ брюшную полость или въ сосѣдніе органы, то авторъ пришелъ къ заключенію, что подъ вліяніемъ насилія произошелъ разрывъ оболочки опухоли въ томъ мѣстѣ, гдѣ она не была покрыта брюшиною; содержимое кисты, очевидно жидкое, излилось въ подбрюшинную клѣтчатку *cavi pelvi rectalis superioris sinistri (Richet)*, а отсюда черезъ *foramen ischiad. majus* проникло въ межмышечныя промежутки лѣвой ноги. Обращая вниманіе на отсутствие какой либо реакціи со стороны организма, не смотря на громадное всасываніе, на что указывало рѣзко усилившееся мочеиспусканіе, должно думать, что содержимое было серозное и принадлежало интралигаментарной кистѣ.

Подъ вліяніемъ теплыхъ ваннъ, осторожнаго массажа и небольшихъ приѣмовъ внутрь іодистаго калия, въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ отекъ лѣвой ноги и лѣвой ягодицы настолько уменьшился, что только при тщательномъ сравненіи ея съ правою можно было замѣтить, что она превосходитъ объемомъ послѣднюю; движенія ея безболѣзненны и свободны. Мѣсяць спустя послѣ паденія, начали возвращаться бывшія до того жалобы; между лобкомъ и пупкомъ найдена область притупленнаго тона, а еще черезъ мѣсяць можно было ясно определить пальпаціей въ подчревной области эластическую, малоподвижную, ясно флюктуирующую опухоль, которая вытягивалась слѣва. Эти данныя говорили за вторичное наполненіе кистовидной опухоли. Несомнѣнно было также то, что съ опаденіемъ кистовидной опухоли явилась опухоль лѣвой ноги и наоборотъ, съ опаденіемъ этой послѣдней наполнилась киста.

К. Штоль.

161. А. И. Маевскій. Второй случай *ovariotomiae*, исполненной 30 іюля въ госпиталѣ Св. Якова (Проток. Имп. Виленскаго Медіц. Общества, годъ LXXXII, № 9).

С. У. 27 лѣтъ, *nullipara*, больна около 4 лѣтъ. При изслѣдованіи діагностирована многокамерная киста лѣваго яичника. Верхняя граница опухоли на 2 пальца выше пупка. Операция, произведенная докторомъ Каденаци, прошла безъ осложненій. Сращеній не было. Нормальный послѣоперационный періодъ. Выздоровленіе.

І. Рясенцевъ.

162. **Ростошинскій Р. Случай овариотоміи.** (Протоколы Тамбовскаго медицинскаго общества, годъ 19-й, № 2).

II. III. 22 лѣтъ. Увеличеніе живота замѣчаетъ съ годъ. Огромная киста лѣваго яичника (окружность живота немного выше пупка 114 см.). Проколь кисты за 3 дня до операціи, причежъ выпущено 38 гражданскихъ фунтовъ темно-красной (кровянистой) жидкости. Черезъ день послѣ прокола повышеніе t° до $40,6^{\circ}$, рвота желчью. Операція безъ осложненій. Въ послѣ операціонномъ періодѣ нагноеніе въ каналахъ швовъ и повышеніе t° до 39° . Выздоровленіе.

I. Рясенцевъ.

163. **Thomas Kay. Cystic kidney and ovarian cyst in the same individual. Ovariectomy and recovery.** (The Journ. of the Americ. med. Assoc. 1888. March 10). Кистовидно перерожденная почка и киста яичника у одной и той же больной. Овариотомія. Выздоровленіе.

Дѣвушка 15 лѣтъ за 5 мѣсяцевъ до поступленія въ больницу во время регулы стала ощущать боль въ правой овариальной области. При слѣдующей менструаціи она замѣтила опухоль въ правой паховой области, боли также возобновились; съ тѣхъ поръ мѣсячныя стали скудными, неправильными и очень болѣзненными. Три мѣсяца тому назадъ опухоль была пунктирована врачомъ, причежъ выпущено около двухъ стакановъ жидкости, не содержащей бѣлка; черезъ нѣсколько дней опухоль достигла прежняго объема. При изслѣдованіи К. нашель въ правой паховой области продолговатую, мало подвижную, не флюктуирующую опухоль съ неровной поверхностью, величиной въ два кулака. Матка и лѣвой яичникъ оказались нормальны, правый ясно не опредѣлялся. Чревосѣченіе: многочисленныя срощенія сальника съ кишками и съ пунктированной опухолью, оказавшейся увеличенной, смѣщенной и, по видимому, кистовидно перерожденной правой почкой. Въ правомъ яичникѣ, спаянномъ съ концомъ фаллопиевой трубы, нѣсколько небольшихъ кистъ и одна съ куриное яйцо; яичникъ и конецъ трубы удалены. Большая выздоровѣла, первая менструація была безболѣзненна. По наблюденію К. опухоли яичниковъ очень рѣдки у восточныхъ женщинъ, такъ какъ это первый случай, встрѣтившійся ему за 5 лѣтъ пребыванія въ Сиріи.

A. Пекарская.

164. **Nieberding. Beitrag zur Darmocclusion nach Ovariectomie** (Centrblt. f. Gyn. 1888 № 12). Непроходимость кишечника послѣ овариотоміи.

Къ неприятымъ осложненіямъ овариотоміи принадлежитъ непроходимость кишекъ вслѣдствіе заворота. Два подобныхъ случая пришлось наблюдать автору въ вюрцбургской клиникѣ. Въ первомъ случаѣ резецированный сальникъ сросся съ тонкой кишкой и вызвалъ заворотъ, вслѣдствіе котораго больная умерла нѣсколько дней спустя послѣ операціи. Во второмъ случаѣ овариотомія была сдѣлана по поводу кисто-саркомы лѣваго яичника. Операція не представляла ничего особеннаго. Автору бросилось въ глаза только то, что сальникъ былъ небольшой величины и не покрывалъ кишекъ. Послѣ операціи

больная чувствовала себя хорошо, но къ вечеру втораго дня наступило учащеніе пульса, икота и затѣмъ рвота при нормальной температурѣ. На слѣдующій день эти явленія усилились, t° поднялась до $38,5^{\circ}$. По постановкѣ діагноза на непроходимость кишекъ, было рѣшено сдѣлать чревосѣченіе. По вскрытіи брюшной полости, тонкая кишка оказалась склеившейся съ лѣвымъ краемъ брюшинной раны. По устраненіи сращенія и заворота кишки, изъ полости газа удалена мутная, грязно-коричневая жидкость. Первое время послѣ вторичнаго чревосѣченія больная чувствовала себя хорошо, но 28 часовъ спустя умерла при явленіяхъ упадка силъ.

Въ этомъ случаѣ причиной смерти является первичное склеиваніе кишки съ брюшинной раной, вызвавшее volvulus и поведшее вслѣдствіе этого къ смерти. Другія возможные причины смерти—отравленіе сулемой, острая септикемія—могутъ быть исключены за отсутствіемъ данныхъ, которыя подтвердили бы это. На основаніи этого случая авторъ совѣтуетъ всегда тщательно зашивать брюшинную рану, чтобы сдѣлать невозможнымъ сращеніе кишекъ съ брюшиной, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда сальникъ малъ и не покрываетъ кишекъ. Въ случаѣ заворота кишки слѣдуетъ какъ можно скорѣе сдѣлать чревосѣченіе, чтобы устранить заворотъ, потому что тогда можно разсчитывать на благоприятный исходъ, если еще не успѣли развиваться воспалительныя явленія.

А. Семяниковъ.

165. С. Халафовъ. Пятнадцать случаевъ оваріотоміи, гистеротоміи и полной экстирпаціи матки. (Медицинское Обзорніе. Т. XXIX. 1888 г. № 4).

Въ концѣ 1886 г. и въ 1887 г. авторъ произвелъ 3 надвлагалищныхъ ампутаціи, 5 оваріотоміи и 7 полныхъ экстирпаціи матки.

Amputatio supravaginalis.

1) Ю. П. 43 лѣтъ. Интерстиціальная фиброма передней стѣнки матки при нормальной величинѣ полости.

2) П. С. 45 лѣтъ. Опухоль величиною съ голову взрослого человѣка состояла изъ двухъ отдѣльныхъ опухолей, выросшихъ изъ дна матки; одной съ волокнистымъ строеніемъ, другой въ видѣ большой полости съ коллоидно-перерожденнымъ содержимымъ и массы мелкихъ коллоидныхъ кистъ. Въ полости матки полипъ съ яйцо величиной. Микроскопическій діагнозъ Fibrocystosarcoma.

3) О. Е. 33 лѣтъ. Опухоль величиною съ голову ребенка, тѣсно срослась съ дномъ и правою стороною матки и росла между листками широкой связки. Полость uteri нормальной величины съ полипозными разраженіями. Микроскопическій діагнозъ Fibrosarcoma.

Техника операціи по Шредеру, за исключеніемъ простаго шва на культю, которымъ захватывалась и серозная оболочка. Послѣоперационный въ 2-хъ случаяхъ съ умѣренно повышенной t° . Исходъ во всѣхъ случаяхъ—выздоровленіе.

Изъ двухъ оперативныхъ методовъ леченія фиброміомъ матки, кастраціи и надвлагалищной ампутаціи, авторъ, при подвижности органа и возможности образовать культю, отдаетъ предпочтеніе послѣдней, какъ по ея радикальности, такъ и потому, что злокачественность опухоли не всегда можетъ быть своевременно распознана.

Ovariectomy.

1) М. Т. 38 лѣтъ. Cysto-fibroma ovarii d. величиною въ 5-ти мѣсячную беременную матку.

2) А. Г. 44 лѣтъ. Многокамерная киста съ верхней границей на 4 пальца выше пупка. Умѣренный геморрогическій асцитъ. Хроническій общій перитонитъ.

3) Л. А. 28 лѣтъ. Киста праваго яичника съ свѣтло-серознымъ содержимымъ и границей на уровнѣ пупка.

4) М. С. 24 лѣтъ. Fibrosarcoma ovarii d. съ кулакъ величиною.

5) Е. Ф. 32 лѣтъ. Многокамерная киста съ верхней границей на уровнѣ пупка. До операціи высокая t° .

Во всѣхъ случаяхъ ножка была опущена въ полость живота. Дренажъ не былъ вставленъ ни разу. Послѣоперационный періодъ только въ одномъ случаѣ съ повышенной t° , въ остальныхъ нормальный. Исходъ — выздоровленіе во всѣхъ 5 случаяхъ.

Extirpation of the uterus per vaginam.

Показаніемъ къ полной экстирпаціи матки во всѣхъ 7 случаяхъ было раковое пораженіе шейки матки и отчасти шейнаго канала. Во всѣхъ случаяхъ пораженіе было настолько развито, что переходило на своды и даже на влагалище въ большей или меньшей степени.

Больныя отъ 27 до 60 лѣтъ. Сращенія матки съ сосѣдними органами были только въ одномъ случаѣ. Всѣ операціи проведены съ заворотомъ матки, причемъ въ 2 случаяхъ низведеніе матки было очень затруднительно, а въ третьемъ uterus была расщеплена по длинѣ пополамъ (по Müller'y). Послѣ операціи въ трехъ случаяхъ былъ вставленъ Т-образный дренажъ, въ остальныхъ легкая тампонада рукава іодоформной марлей. Примѣненіе дренажа авторъ находитъ нецѣлесообразнымъ, такъ какъ онъ въ первый же день закупоривается кровянымъ сгусткомъ, перестаетъ служить и препятствуетъ въ то же время свободному стоку жидкости. Послѣоперационный періодъ въ половинѣ случаевъ проходилъ при нормальной t° ; въ остальныхъ съ умѣреннымъ повышеніемъ. Исходы: въ одномъ случаѣ смерть отъ септического перитонита на 6 день, въ другомъ рецидивъ черезъ мѣсяць, въ остальныхъ выздоровленіе¹⁾. Операцію полного вылущенія матки, авторъ считаетъ не рискованной и не опасной и способу операціи съ заворотомъ матки отдаетъ предпочтеніе передъ способомъ — съ постепеннымъ ея низведеніемъ.

И. Рясенцевъ.

¹⁾ Послѣ операціи больныя оставались въ больницѣ maximum около 1½ мѣсяцевъ, а о дальнѣйшей судьбѣ ихъ авторъ ничего не сообщаетъ. (Прим. реф.).

166. **Albert Sippel.** Laparotomie am zweiten Wochenbettstage. Gangränescirende Ovarialcyste nach Stieldrehung. Diffuse Peritonitis. Glatte Heilung. (Central.-bl. f. Gynäk. 1888 г. № 14). Чревоъстѣненіе на второй день послѣ родовъ. Омертвѣвающая овариальная киста вслѣдствіе перекручиванія ножки. Разлитой перитонитъ. Выздоровленіе.

Многородящая на 7 мѣсяцѣ беременности внезапно почувствовала очень сильныя боли въ животѣ. При изслѣдованіи животъ напряженъ, гораздо тверже, чѣмъ это обычно наблюдается при беременности. Матка въ лѣвой сторонѣ брюшной полости, дѣтскія части ошупываются очень ясно, сердцебіеніе плода далеко влѣво отъ средней линіи. Справа отъ матки напряженная, флюктуирующая, весьма болѣзненная опухоль. Товъ на опухоли тупой, въ окружности тимпанитъ. Печень не увеличена. Per vaginam опухоль не достигается. Диагностирована беременность, осложненная опухолью яичника, при чемъ, вслѣдствіе препятствій, представляемыхъ опухолью, матка отклонилась влѣво и измѣнила свою форму. Предложена ovariectomy, на которую, однако, больная не согласилась. На 8-й день t° 38,6, животъ вздутъ и болѣзненъ, тошнота, напряженіе опухоли сильнѣй. Предположена торзія овариальной опухоли съ ужѣреннѣмъ затрудненіемъ кровообращенія въ ней, вслѣдствіе неполнаго сдавливанія сосудовъ ножки, или перегибъ ножки опухоли вслѣдствіе давленія увеличивающейся матки. Больная, которой была выяснена вся опасность ея положенія, согласилась на операцію, но начались роды, и операція была отложена. Родился живой, но не жизнеспособный ребенокъ (въ ягодичномъ положеніи). Разсчитывая, что при послѣродовой инволюціи матки, вслѣдствіе уменьшенія давленія на ножку опухоли, кровообращеніе въ ней выровняется, авторъ рѣшилъ отложить овариотомію до окончанія послѣродоваго періода. Но перитонитъ продолжался, при изслѣдованіи подъ хлороформомъ ясно констатирована киста, и, опасаясь ея гангрены или разрыва, авторъ приступилъ къ овариотоміи на 2-е сутки послѣ родовъ.

При вскрытіи брюшной полости, въ ней оказался серозно-кровянистый экссудатъ, брюшина представляла картину остраго воспаленія. Киста синекраснаго цвѣта, кровообращенія въ ней совсѣмъ нѣтъ, вслѣдствіе полнаго сжатія ея сосудовъ, чѣмъ авторъ и объясняетъ отсутствіе кровоизліянія въ полость кисты и нерѣзко выраженныя явленія перекручиванія. — Дальнѣйшее теченіе болѣзни совершенно правильно, матка прекрасно и быстро инволютировалась, и на 21 день больная выписана.

А. Соловьевъ.

167. **Schücking.** Eine neue Methode der Radikalheilung der Retroflexio uteri (Centrblt. f. Gyn. 1888 № 12). Новый способъ радикальнаго излеченія перегиба матки назадъ.

Способъ автора заключается въ прикрѣпленіи перегнутой назадъ подвижной матки къ переднему влагалищному своду съ цѣлью вызвать сращеніе стѣнки тѣла матки со стѣнкою шейки. Для этого расширяютъ шейку палочками ламинарія, вводятъ лѣвой рукой снабженную ниткой иглу до два

матки, тогда какъ правой рукой отодвигаютъ передній сводъ кверху до дна матки, чтобы такимъ образомъ избѣжать пораненія мочевого пузыря и кишки. Проколовъ мускулатуру матки, иглу проводятъ черезъ передній сводъ и завязываютъ оба конца нитки, выходящія изъ наружнаго зѣва и черезъ передній сводъ. Въ случаѣ надобности накладываютъ нѣсколько швовъ. Швы удаляютъ черезъ 9—14 дней. Изъ приведенныхъ авторомъ двухъ случаевъ, первый окончился неблагопріятно или вслѣдствіе того, что было недостаточно одного шва, или что шовъ былъ удаленъ слишкомъ рано (на 9-й день). Второй случай увѣнчался полнымъ успѣхомъ. Этотъ способъ можно примѣнять и при фиксированной маткѣ, устранивъ предварительно сращения и релаксировавъ матку.

А. Семанниковъ.

168. Leopold. Ueber die Annäherung der retroflektirten Gebärmutter an der vorderen Wand (Centr. f. Gyn. 1888 № 11). Пришиваніе перегнутой назадъ матки къ передней брюшной стѣнкѣ¹⁾.

Публикація случаевъ Olshausen'a, Sänger'a, Klotz'a побудили и автора сообщить три собственныхъ наблюденія. Во всѣхъ трехъ случаяхъ операція была сдѣлана только послѣ того, какъ безуспѣшно были испробованы всѣ другія средства. Въ первомъ случаѣ былъ перегибъ матки назадъ безъ всякихъ воспалительныхъ процессовъ, такъ что здѣсь надо было только выпрямить матку и пришить ее къ брюшной стѣнкѣ. Во второмъ случаѣ были воспалены яичникъ и труба на лѣвой сторонѣ, а въ третьемъ на обѣихъ сторонахъ. Кроме того, въ обѣихъ случаяхъ существовали болѣе или менѣе многочисленныя сращения между органами малаго таза. По устраненіи сращеній, удаленіи заболѣвшихъ придатковъ, матка была релаксирована и пришита къ брюшной ранѣ. Способъ наложенія швовъ отличается отъ способовъ, предложенныхъ другими операторами. Въ двухъ случаяхъ было наложено по 3 шва, въ одномъ 1 шовъ. При этомъ въ послѣднемъ случаѣ въ задній Дугласъ была вложена дренажная трубка, потому что пришлось устранить очень много сращеній. Швы накладывались такимъ образомъ, что нижній шовъ проводился черезъ лѣвый край брюшной раны, проходилъ подъ серозной оболочкой матки, захватывая поверхностно ея мускулатуру, между или немного ниже мѣстъ прикрѣпленія круглыхъ маточныхъ связокъ, и выводился черезъ правый край брюшной раны. Слѣдующій шовъ проходилъ на 1 ст. выше предъидущаго на протяженіи 2 ст. подъ серозной оболочкой матки передъ мѣстами прикрѣпленія трубъ, а третій позади трубъ на 1 ст. выше предъидущаго. При наложеніи всего одного шва, послѣдній проходилъ подъ серозной оболочкой дна матки, захватывая поверхностно ея мускулатуру. Чтобы вызвать болѣе прочное сращеніе матки съ брюшной стѣнкой, авторъ соскабливалъ между швами поверхностный эпителиальный слой серозной оболочки. Затѣмъ, швы завязывались. Такимъ образомъ, одни и тѣ же швы служили для прикрѣпленія матки и зашиванія брюшной раны. Въ случаѣ надобности накладывалось для пол-

¹⁾ См. рефераты въ предыдущей книжкѣ журнала.

наго закрытія брюшной раны еще нѣсколько швовъ. Для укрѣпленія матки было вполне достаточно наложенныхъ швовъ, такъ что авторъ даже на первое время не вкладывалъ пессаріевъ. Во всѣхъ трехъ случаяхъ получились вполне благоприятные результаты. Явленія, которыя были вызваны ретрофлексіей, исчезли, больныя сдѣлались способны къ работѣ, матка осталась въ anterositii, дно крѣпко прикрѣплено къ брюшной стѣнкѣ, сама матка подвижна. Явленій со стороны мочевого пузыря не наблюдалось. Больныя оставались подъ наблюденіемъ автора довольно продолжительное время, отъ 11 мѣсяцевъ до 1¹/₄ года.

Этотъ способъ наложенія швовъ представляетъ преимущество относительно простоты, такъ какъ приходится накладывать меньше швовъ, чѣмъ при другихъ способахъ. Наблюденія автора, что послѣ кесарскихъ сѣченій матка срастается съ брюшной раной, не вызывая при этомъ неприятныхъ явленій, побудили его пришивать дно матки къ брюшной ранѣ, а не рога ея къ брюшной стѣнкѣ, какъ предложилъ Olshausen. При оперированіи по способу автора сращенія бывають болѣе обширныя и прочныя.

Авторъ совѣтуетъ при всѣхъ кастраціяхъ пришивать матку къ брюшной ранѣ или стѣнкѣ. Что же касается способа прикрѣпленія, то хотя авторъ и указываетъ на преимущества предложеннаго имъ метода, но говоритъ, что еще невозможно окончательно высказаться въ пользу какого либо изъ предложенныхъ способовъ, такъ какъ число опубликованныхъ до сихъ поръ случаевъ еще слишкомъ недостаточно для этого.

А. Семянниковъ.

169. Ullmann. Das Abtasten des Uterus und der Ovarien bei in das Rectum eingeführtem Kolpeurynter (Centrblt. f. Gyn. 1888 № 12). Изслѣдованіе матки и яичниковъ при введенномъ въ прямую кишку каучуковымъ пузырьѣ.

Указавъ на различные способы, примѣнявшіеся для облегченія изслѣдованія матки и яичниковъ, какъ-то: тампонацію влагалища, изслѣдованіе черезъ прямую кишку по Симону, низведеніе матки пулевыми щипцами, авторъ предлагаетъ въ трудныхъ случаяхъ вводить въ прямую кишку каучуковый пузырь, наполненный 200—250 ссм. жидкости. Изслѣдованія на трупѣ дали слѣдующіе результаты: при порожнемъ мочевомъ пузырьѣ и кольпейринтерѣ съ 200—250 ссм. жидкости, матка поднимается кверху и впереди. Лѣвый яичникъ и маточное отверстіе лѣвой трубы стоятъ выше, матка отклонена нѣсколько вправо, оба ея края находятся на равномъ разстояніи отъ брюшныхъ покрововъ. Если же въ мочевомъ пузырьѣ находится около 150 ссм. жидкости, то происходитъ боковое отклоненіе матки такимъ образомъ, что лѣвый край ея становится выше и ближе къ брюшнымъ стѣнкамъ, чѣмъ правый. Лѣвый яичникъ находится вблизи брюшныхъ покрововъ, а правый въ глубинѣ таза и трудно достигается. Произведенныя на живой изслѣдованія дали тѣ же результаты, а потому авторъ совѣтуетъ въ трудныхъ случаяхъ примѣнять этотъ способъ изслѣдованія, такъ какъ при этомъ часто удается

съ особенной точностью изслѣдовать переднюю и заднюю стѣнки матки, широкія связки и яичники. При переполненіи мочеваго пузыря правый яичникъ однако очень часто недостигается. Чрезмѣрное переполненіе кольлейринтера можетъ повести къ разрыву прямой кишки, а потому должно довольствоваться 200—250 ссм. жидкости.

А. Семяниковъ.

170. Grossmann. Ein hygienisches Beinkleid für Frauen (Centrblt. f. Gyn. 1888 № 12). Гигиеническіе панталоны для женщинъ.

Преимущество предложенныхъ авторомъ панталонъ заключается въ томъ, что они держатъ весь животъ въ теплѣ, всасываютъ потъ, препятствуютъ загрязненію тѣла кровью и секретами, допускаютъ удобную перемѣну повязки и нисколько не стѣсняють женщину. Бандажъ этотъ состоитъ изъ панталонъ, похожимъ на купальныя, и пелота изъ двойной полоски мягкой красной резиновой матеріи, къ которой помощью двухъ крючковъ прикрѣпляется снабженная кольцами антисептическая подушка изъ сулемованной древесной ваты. Пелоть снабженъ двумя ремешками съ кольцами, которыя посредствомъ тесьмы съ крючками прикрѣпляются къ панталонамъ. Такое устройство всего приспособленія позволяетъ легко и удобно перемѣнять повязку. Чтобы избѣжать врѣзыванія въ тѣло краевъ разрѣза панталонъ, авторъ вставилъ въ разрѣзъ спереди и сзади по куску двойной менѣ эластичной матеріи, такъ что вслѣдствіе этого при движеніяхъ разрѣзъ дѣлается не уже и длиннѣй, а шире и больше. При мочеискусаніи и дефекаціи панталоны тоже нисколько не стѣсняютъ. Кромѣ менструаціи ихъ можно употреблять въ послѣродовомъ періодѣ, при гиперсекреціи половыхъ органовъ, а замѣнивъ пелоть воздушной подушкой или шаромъ Breisky'—при выпаденіи матки. Бандажъ этотъ примѣняютъ также послѣ операціи на наружныхъ половыхъ органахъ и промежности, если замѣнить пелоть какимъ нибудь перевязочнымъ матеріаломъ.

А. Семяниковъ.

171. Ruth. The effect of opium on the unborn child (The Journ. of the Americ. med. Assoc. 1888, March 10). Дѣйствіе опія на плодъ.

По наблюденіямъ К. опій, принятый беременными, можетъ вызывать конвульсіи у плода, выражающіяся усиленными движеніями послѣдняго, причиняющими боль матери. Такія конвульсіи могутъ окончиться смертью плода. У внутриутробнаго младенца смерть наступаетъ отъ паралича сердца; если же опій подѣйствовалъ только за нѣсколько часовъ до родовъ, и ребенокъ рождается, такъ сказать, съ отравленной кровью, то является опасность паралича дыхательныхъ мышцъ—обычная причина смерти при отравленіи опіемъ. Поэтому К. высказывается противъ употребленія опія при преждевременномъ прерываніи беременности и вообще у беременныхъ. Опій не только не предохраняетъ отъ выкидыша, но можетъ даже способствовать ему въ виду своего токсическаго дѣйствія на плодъ. Въ своей практикѣ К. видѣлъ одинаковое число выкидышей, какъ при употребленіи опія, такъ и безъ него.

А. Пенарская.

172. **Ө. Ө. Фагонскій. О способахъ перевязки пупковъ у новорожденныхъ.** (Врачъ. 1888 г. № 11).

По предложенію В. В. Сутугина авторъ произвелъ наблюденія надъ перевязкой пуповины новорожденныхъ гипсомъ, талькомъ, смѣсью проф. Runge (салициловая кислота 1 часть на 5 картофельной муки или борная кислота 1:3), и одной гигроскопической ватой. Достоинства и недостатки той или другой перевязки видны изъ слѣдующаго:

При перевязкѣ по 100 новорожденныхъ.	Гипсомъ.	Талькомъ.	Смѣсью проф. Runge.	Гигроскопич. ватой.
Erythema и intertrigo	5	—	3	2
Erosio circa umbilicum	4	5	2	3
Незначительное кровотеченіе изъ пупка . .	7	10	8	4
Желтуха	6	8	8	18
Тетанія	1	—	—	—
Офтальмія	3	5	6	1
Omphalitis	—	—	—	2
Soor	1	4	4	1
Мѣстное нагноеніе пупочнаго кольца (в. слабое)	2	48	51	29
Влажное омертвѣніе остатка пуповины съ запахомъ	—	30	65	28
Сухое омертвѣніе (съ запахомъ)	100	70	35	72

Отпадала пуповина въ большинствѣ случ. на 5 день—Позже 6 дня.

Перевязку гипсомъ авторъ считаетъ самую цѣлесообразною для предупрежденія заболѣваній пупковъ и ихъ послѣдствій. Встрѣчавшаяся при гипсѣ довольно часто erythema обуславливалась употребленіемъ слишкомъ большаго количества гипса. Этого легко избѣгнуть, употребляя для всей перевязки не болѣе 10 гранъ гипса и не жалѣя гигроскопической ваты.

І. Рясенцевъ.

А. Я. Крассовскій.
 Редакторы: Н. Ф. Славянскій.
 И. И. Смольскій.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

ОТЪ КОМИТЕТА

ГЛАВНОЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАССЫ.

учрежденной

Я. А. ЧИСТОВИЧЕМЪ.

Въ виду заявленій о желательности допустить женщинъ-врачей къ участию въ Вспомогательной Медицинской Кассѣ, полученныхъ отъ многихъ отдѣленій и участниковъ Кассы, Комитетъ Главной Кассы передалъ этотъ вопросъ на обсужденіе общаго собранія участниковъ Кассы, бывшаго 19 декабря 1887 г.—Общимъ собраніемъ рѣшеніе этого вопроса поставлено въ зависимость отъ того, съ какимъ сочувствіемъ отнесутся женщины-врачи къ означенному предположенію и какъ велика будетъ та сумма, которая составитъ изъ взносовъ въ Кассу женщинъ-врачей въ теченіи шестилѣтняго срока. Для выясненія этихъ обстоятельствъ, общимъ собраніемъ постановлено ходатайствовать, установленнымъ порядкомъ, о дозволеніи открыть при Главной Кассѣ, въ видѣ опыта, отдѣленіе для женщинъ-врачей на слѣдующихъ основаніяхъ. Въ теченіи 6 лѣтъ отдѣленіе принимаетъ отъ женщинъ-врачей пожертвованія и взносы въ томъ размѣрѣ, который указанъ § 10 Устава Кассы (по 10 руб. ежегодно или 200 руб. одновременно). По истеченіи означеннаго срока, женщинамъ-врачамъ предоставляется рѣшить вопросы: позволяютъ-ли собранныя средства открыть для нихъ особую кассу, или нѣтъ; въ случаѣ успѣшности сбора, пожелаютъ-ли онѣ присоединиться къ Вспомогательной Медицинской Кассѣ, или вести отдѣльно свою кассу. Если же результаты сбора окажутся неблагоприятными для самостоятельнаго существованія отдѣльной кассы, то общее собраніе участниковъ Кассы рѣшаетъ: принять ли въ Кассу всѣхъ женщинъ-врачей, дѣлавшихъ взносы, или же возвратитъ имъ, по принадлежности, деньги.—Въ настоящее время получено согласіе г. Товарища Министра Внутреннихъ Дѣлъ на приведеніе въ исполненіе изложеннаго постановленія общаго собранія, о чемъ Комитетъ и имѣетъ честь увѣдомить г-жъ женщинъ-врачей.—Пожертвованія и взносы въ отдѣленіе для женщинъ-врачей принимаются членомъ Комитета *В. А. Манассеинымъ* (въ клиникѣ и редакціи „Врача“) и секретаремъ Комитета *В. Н. Сажновскимъ* (Вознесенскій проспектъ, д. 26, кв. Столичнаго Врачебнаго Управленія; ежедневно, около часу дня, кромѣ четверга и праздниковъ); иногородныя благоволятъ выслать пожертвованія и взносы на имя „Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы“ по адресу Петербургскаго Столичнаго Врачебнаго Управленія (Вознесенскій проспектъ, д. 26, Макарова).

19-го октября 1885 года умеръ извѣстный дѣятель въ области отечественной медицины академикъ Яковъ Алексѣевичъ Чистовичъ.

Покойному Якову Алексѣевичу, въ числѣ другихъ заслугъ, принадлежитъ учрежденіе Вспомогательной Медицинской Кассы, въ которой онъ принималъ до своей смерти самое близкое участіе въ качествѣ Предсѣдателя Комитета Главной Кассы.

Общее собраніе участниковъ Вспомогательной Медицинской Кассы, желая почтить память Якова Алексѣевича и связать его имя съ добрымъ дѣломъ, постановило между прочимъ, ходатайствовать установленнымъ порядкомъ о доз-

волені образовать при Главной Вспомогательной Медицинской Кассѣ, путемъ добровольныхъ пожертвованій, благотворительный капиталъ имени Якова Алексѣевича Чистовича. Назначеніе этого капитала будетъ состоять въ выдачѣ единовременныхъ пособій (на пособія предназначаются ежегодно три четверти дохода отъ капитала, оставленная четверть идетъ на увеличеніе капитала): а) участникамъ Вспомогательной Медицинской Кассы или ихъ семьямъ, которые крайне нуждаются въ матеріальной поддержкѣ, но, по уставу Кассы, не имѣютъ права на пособие изъ нея и б) участникамъ Кассы или ихъ семьямъ, которые получаютъ изъ Кассы незначительныя пенсіи, далеко не соответствующія ихъ нуждамъ.

Въ настоящее время получено Высочайшее соизволеніе на удовлетвореніе ходатайства Вспомогательной Медицинской Кассы.

Извѣщая объ открытій сбора пожертвованій для образованія благотворительнаго капитала Я. А. Чистовича, Комитетъ Главной Вспомогательной Медицинской Кассы имѣетъ честь увѣдомить гг. товарищей—врачей, что пожертвованія принимаются гг. членами комитета: В. А. Манассеинимъ (въ клиникѣ и въ редакціи «Врача», Е. А. Сорокинымъ и И. А. Веревкинымъ (въ Конторѣ клиническаго военнаго госпиталя) и секретаремъ комитета В. Н. Сахновскимъ (Вознесенскій пр., д. 26, кв. Столичнаго Врачебнаго Управленія; ежедневно, около часу пополудни, кромѣ четверга и праздниковъ). Гг. иногородніе товарищи благоволятъ высылать пожертвованія на имя Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы по адресу С.-Петербургскаго Врачебнаго Управленія (Вознесенскій пр., д. 26, Макарова).

Магазинъ хирургическихъ инструментовъ

ЯХТМАНА.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ. НЕВСКІЙ ПРОСПЕКТЪ, Д. № 88.

Поступили въ продажу

АКУШЕРСКІЕ ЩИПЦЫ

профессора **ЛАЗАРЕВИЧА,**

последняго усовершенствованнаго образца (нормальные), изготовляемые по личному указанію автора.

Также имѣются всѣ прочіе хирургическіе инструменты и термометры, бандажи всѣхъ родовъ и назначеній для лицъ обоого пола, какъ-то: грыжевые, для поддержанія живота, почечныя, ортопедическія корсеты, протезы и пр. по новѣйшей методѣ.

ГОДЪ ТРЕТІЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № 3.

Засѣданіе 17-го марта 1888 г.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 39 членовъ: Андреевъ Н. Ю., Баньковский, Баскинъ, Бацевичъ, Биддеръ, Бѣляевъ, Вастень, Гешвендъ, Горайскій, Гриневальдъ, Даниловичъ, Довнарвичъ, Желтухинъ, Кирѣевъ, Лазаревичъ, Лалинъ, Ливень, Личкусъ, Мартыновъ, Масловскій И., Мершъ, Мисевичъ, Оттъ, Полонскій, Полотебновъ, Радецкій, Рентельнъ, Ростовскій, Рунге, Салмановъ, Смольскій, Стравинскій, Тарновскій, Фишеръ А., Фишеръ В., Цырскій, Шмидтъ, Штоль, Штольцъ и 20 гостей.

Предсѣдатель открылъ засѣданіе слѣдующими словами:

Сегодня я долженъ сообщить Вамъ объ утратѣ, понесенной нашимъ Обществомъ; одинъ изъ нашихъ товарищей, членовъ Общества, преждевременно сошелъ въ могилу, въ періодъ полного разцвѣта силъ и дѣятельности. Докторъ медицины и акушеръ Яковъ Борисовичъ Гарфункель, членъ нашего Общества съ 16 октября 1886 года, былъ однимъ изъ ревностныхъ посѣтителей нашихъ засѣданій и представлялъ типъ врача-акушера практика, сумѣвшаго въ то же время плодотворно развитъ свою дѣятельность на учебномъ поприщѣ. Окончивъ курсъ въ Ме-

дико-хирургической Академіи въ 1870 году, онъ поступилъ на военно-медицинскую службу младшимъ полковымъ врачомъ. Первые три года службы онъ почти безъ перерыва проводилъ въ различныхъ командировкахъ, изъ которыхъ упомянемъ одну въ Туркестанскій военный округъ для сопровожденія 480 молодыхъ солдатъ. Остальные три года своей обязательной военно-медицинской службы онъ провелъ уже въ Петербургѣ, будучи прикомандированнымъ къ Академіи сначала для несенія ординаторскихъ обязанностей, а затѣмъ съ ученою цѣлью. Въ это время онъ посвятилъ себя вполне изученію акушерства и женскихъ болѣзней подъ руководствомъ покойнаго профессора Горвица въ его клиникѣ при Академіи и Маринскомъ родильномъ домѣ. Въ 1876 году мы видимъ д-ра Гарфункеля, защищающимъ свою докторскую диссертацию: «Объ измѣреніи выхода таза въ акушерскомъ отношеніи». Весьма добросовѣстно произведенныя измѣренія выхода таза на 100 живыхъ женщинахъ дали возможность ему съ опредѣленностью высказаться за методъ измѣренія Breisk'аго и установить среднія цифры прямого и поперечнаго размѣровъ выхода таза на живой женщинѣ. Удовлетворительное рѣшеніе этого вопроса, какъ извѣстно, представляется важнымъ въ практическомъ отношеніи. Окончивъ диссертацию, д-ръ Гарфункель уже всецѣло преданъ практическому дѣлу нашей специальности и взялъ на себя трудъ учить и готовить акушеровъ въ качествѣ сначала исправляющаго должность, а затѣмъ и преподавателя акушерства повивальной школы Маринскаго родопомогательнаго дома. Скромный и трудолюбивый, онъ сумѣлъ приобрести расположеніе и уваженіе среди товарищей-сослуживцевъ. Умеръ онъ весьма рано, имѣя только 41 годъ отъ роду. Болѣзнь сразила его вдругъ. *Sit tibi terra laevis.*

Присутствовавшіе выслушали сообщеніе предсѣдателя о смерти товарища стоя.

С. М. Полотебновъ, коснувшись сравненія щипцовъ Тарнье и Брейса и указавъ на ихъ аналогію, сообщилъ о модификаціи, которую онъ сдѣлалъ въ щипцахъ Брейса, а именно онъ сдѣлалъ ложки щипцовъ параллельными, по идеѣ щипцовъ Лазаревича, съ цѣлью избѣгнуть усиленнаго сжатія головки. Замокъ у его щипцовъ, съ небольшими измѣненіями, похожъ на замокъ щипцовъ Лазаревича. Выгоды щипцовъ докладчика: 1) свобода выбора введенія первой правой или лѣвой ложки, 2) отсутствіе сжатія головки плода, 3) легкое замыканія, 4) умеренный вѣсъ и объемъ щипцовъ, 5) легкость дезинфекціи. Докладчикъ демонстрировалъ и самый инструментъ.

И. П. Лазаревичъ въ дополненіе сказалъ слѣдующее: Мнѣ особенно пріятно увидѣть, что въ щипцахъ, представленныхъ докторомъ *Полотебновымъ*, приняты во вниманіе по крайней мѣрѣ главныя основы, которыя я нахожу безусловно необходимыми для правильнаго дѣйствія акушерскихъ щипцовъ. Д-ръ *Брейсъ* находитъ, что при высокостоящей головкѣ тазовая кривизна необходима для вѣрности захвата головки; но въ то же время, сознавалъ, что та же кривизна можетъ наносить вредъ во время притяженій, онъ находитъ, что этотъ вредъ отстраняется, благодаря подвижному сочлененію ложекъ съ шейкою, изглаживающему тазовую кривизну при первомъ притяженіи щипцовъ. Если же это дѣйствительно такъ, то какую же пользу приноситъ тазовая кривизна, если она сохраняется только до той минуты, пока щипцы находятся въ кокоѣ—не дѣйствуютъ? За то въ щипцахъ *Тарнье* и во всѣхъ ихъ видоизмѣненіяхъ непонятные указатели и шарниры служатъ для того, чтобы осложнять инструментъ, затруднять его употребленіе и дѣлать невозможнымъ его чистое содержаніе.

Только въ прямыхъ щипцахъ концы ложекъ, во время притяженій, плотно и равномерно прилегая къ головкѣ, могутъ правильно ее захватывать; при кривыхъ же щипцахъ, окончанія ложекъ торчатъ передъ головкою безъ пользы, потому что она захватывается преимущественно верхнею рамкою оконечнаго отверстія кривыхъ ложекъ.

Брейсъ и другіе относительно моихъ щипцовъ выражали сомнѣніе въ возможности захватыванія ими высокостоящей головки; но таковое сомнѣніе должно разсѣяться послѣ данныхъ мною объясненій, а еще болѣе послѣ доказанной успѣшности дѣйствія моихъ щипцовъ въ самыхъ затруднительныхъ случаяхъ и наконецъ въ такихъ, при которыхъ всѣ другіе щипцы оказываются непримѣнными. Достаточно указать на таковые случаи, сообщенные изъ клиники профессора *Ястребова*.

Мои окончательно усовершенствованные щипцы я назвалъ *нормальными*, будучи убѣжденъ, что если при устройствѣ щипцовъ руководствоваться всѣми правильными указаніями, вытекающими изъ сущности механизма этой операціи, то разнообразіе въ устройствѣ щипцовъ неминуемо должно будетъ исчезнуть.

Секретарь прочелъ докладъ *М. А. Шуринова* объ асцитѣ, какъ припадкѣ скручиванія ножки кисты яичниковъ. 27-ми-лѣтняя больная въ теченіе 10 мѣсяцевъ начала замѣчать увеличеніе живота, 15 сентября 1887 г. къ этому присоединился асцитъ, 4 октября сдѣланъ проколъ, повторенный 8 октября. Оба раза вынущено по ведру прозрачной жидкости. При изслѣдованіи 11 октября вновь найдено скопленіе въ брюшной полости жидкости и, кромѣ того, гладкая опухоль, неподвижно прилегающая къ передней брюшной стѣнкѣ. Черезъ передній сводъ влагалища прощупываются 2 отдѣла этой опухоли, правый большій и лѣвый меньшій; по отношенію къ влагалищной части матки лѣвая опухоль опредѣлена какъ матка, а правая опухоль признана за кисту праваго яичника. Въ тотъ же день операція. Оказалась многополостная кистома, соединенная плоскостными, рыхлыми сращеніями съ переднею брюшною стѣнкою. Стѣнки опухоли отечны. Киста принадлежала лѣвому яичнику и ножка ея была скручена на $\frac{1}{2}$ окружности слѣва направо. Ножка погружена. Операція произведена по правиламъ антисептики и подъ хлороформомъ. Теченіе послѣоперационнаго періода безлихорадочное. На 20-й день больная встала съ постели, водянка не возобновлялась. Асцитъ докладчикъ объясняетъ затрудненіемъ кровообращенія въ ножкѣ кисты вслѣдствіе неполнаго скручиванія ея. Поэтому и наблюдалось острое развитіе асцита, и, по его мнѣнію, безъ немедленной оваріотоміи больная погибла бы.

Д. О. Оттъ на это замѣтилъ, что онъ полагаетъ, что въ описанномъ случаѣ нѣтъ убѣдительныхъ данныхъ, чтобы свести появленіе асцита на перекручиваніе ножки кисты: мы знаемъ, что часто бываетъ асцитъ и безъ всякаго перекручиванія ножки, который проходитъ совершенно послѣ удаленія опухоли; съ другой стороны сплошь и рядомъ наблюдаются перекручиванія различной степени и при этомъ асцитъ не наблюдается. Кромѣ этого, нужно

отмѣтить, что особенно при солидныхъ опухоляхъ яичниковъ наблюдается асцитъ, который, повидимому, можно поставить въ связь съ опухолью, за немнѣишемъ другихъ данныхъ.

К. Г. Штолъ на замѣчаніе *К. Ф. Славянскаго*, не было ли въ данномъ случаѣ разрыва кисты, отвѣтилъ, что противъ предположенія, что быть можетъ жидкость, истекшая послѣ сдѣланнаго разрѣза стѣнокъ живота, изъ брюшной полости, попала туда изъ разорвавшагося какого либо отдѣла кисты, говорить то обстоятельство, что при осмотрѣ всей кисты не найдено отверстія, черезъ которое содержимое кисты могло бы попасть въ брюшную полость; кромѣ того, тотъ отдѣлъ кисты, благодаря уменьшенію котораго удалось извлечь кисту и содержимое котораго по свойству своему могло попасть въ брюшную полость, представлялся не спавшимся, а сильно напряженнымъ и содержалъ жидкость совершенно иную, чѣмъ та, которая за три дня до операціи скопилась въ брюшной полости. Изъ другихъ отдѣловъ кисты содержимое то же немогло истечь уже потому, что оно было настолько густое, что не вытекало даже послѣ разрѣза ихъ.

На замѣчаніе же *Д. О. Отта*, *Ш.* возразилъ, что въ данномъ случаѣ висцеральная и паріетальная брюшина не оказались патологически измѣненными, за исключеніемъ только того мѣста, гдѣ находились сращенія, и за отсутствіемъ другихъ извѣстныхъ причинъ, мы остановились на скручиваніи ножки, какъ на единственной и весьма вѣроятной въ данномъ случаѣ причинѣ асцита; если бы тому были другія причины, то удаленіе кисты едва ли остановило бы развитіе асцита. Что касается того, почему здѣсь неполное скручиваніе ножки повело къ асциту, между тѣмъ какъ въ другихъ случаяхъ многократное скручиваніе не влекло за собою асцита, то положительное рѣшеніе этого *Ш.* считаетъ невозможнымъ.

Д. М. Киръевъ сказалъ, что 2 недѣли тому назадъ имъ сдѣлана овариотомія, при чемъ ножка найдена дважды перекрученной и опухоль сращенною ложными перепонками съ окружающими частями и, тѣмъ не менѣе, въ полости *regioe* не найдено ни капли асцитической жидкости, что вѣроятно наблюдали всѣ дѣлавшіе овариотоміи; почему въ одномъ случаѣ получается асцитъ, а въ другихъ, болѣе частыхъ, его не бываетъ, желательно выяснитъ.

Е. Ф. Бачевичъ добавилъ слѣдующее: Я позволилъ себѣ замѣтить, вопреки высказанному *Д. Оттъ* и *Киръевымъ*, что не нужно вполнѣ ножкѣ быть перекрученной $2\frac{1}{2}$ раза (*Киръевъ*) съ одной стороны, точно такъ же и затрудненному кровообращенію „*ad maximum*“ съ другой (*Оттъ*), чтобы опухоль давала транссудатъ въ полость брюшины. Малыя перекручиванія, какъ въ случаѣ *Шуринова* ($\frac{1}{2}$ раза), подобно перевязкѣ крупной вены ноги собаки и прижатой общей подвздошной вены у беременной, при существующихъ коллатеральныхъ кровообращеніяхъ, могутъ дать огромные транссудаты. Транссудаты образуются незначительнымъ препятствіемъ въ кровообращеніи и, по моему, количество транссудата зависяетъ при всѣхъ условіяхъ для него еще отъ внутрибрюшнаго давленія, почему въ двухъ аналогичныхъ случаяхъ, но разнящихся по внутрибрюшному давленію, транссудатъ можетъ быть въ одномъ и не быть въ другомъ

А. С. Соловьевъ сдѣлалъ докладъ о случаѣ врожденной гинатрезіи и пробномъ чревосѣченіи при оной. 19-тилѣтняя дѣвушка жаловалась на отсутствіе мѣсячныхъ и на боли въ животѣ, сдѣлавшіяся въ послѣднее время постоянными. Наружные половые органы нормальны, нуменъ отсутствуетъ, vagina на 3 — 4 отъ introitus оканчивается слѣпымъ мѣшкомъ съ выступомъ по срединѣ и мѣшкообразными углубленіями справа и слѣва, лѣвый мѣшокъ глубже праваго; въ нижней части живота прощупывается упругая опухоль, верхняя граница которой на 1—2 пальца выше пупка; та же опухоль прощупывается чрезъ влагалище и rectum, опухоль даетъ зыбленіе. Кромѣ этой большой опухоли, замѣчается другая, длиною въ 6 сент., а шириною въ 4, расположенная длинникомъ въ горизонтальномъ направленіи и помѣщающаяся на верхней окружности большой опухоли, вправо отъ нея. Диагнозъ—заращеніе влагалища, съ скопленіемъ крови въ выше лежащихъ частяхъ полового аппарата. Для дальнѣйшаго выясненія 21 октября 1887 г. К. Ф. Славянскій, въ клиникѣ котораго больная находилась, сдѣлалъ laparotomiam, при чемъ оказалось, что большая опухоль есть растянутое влагалище и шейка матки, тѣло же сидитъ въ видѣ придатка къ опухоли съ правой стороны, скопленіе въ трубахъ не найдено; тогда троакаромъ чрезъ проколъ заросшаго влагалища выпущено 400 гр. коричневаго цвѣта жидкости, оказавшейся старою кровью, троакаръ замѣненъ дренажною трубкою; 4 февраля 1888 г. отверстіе въ перегородкѣ рукава вновь расширено боковыми разрезами. Больная выздоровѣла безъ осложнений, менструація первый разъ пришла 20 января, и затѣмъ 3 марта. Въ заключеніе докладчикъ указываетъ на практичность пробной лапаротомии при гинатрезіяхъ, дающей возможность болѣе точно ориентироваться оператору.

Предсѣдатель К. Славянскій.
Секретарь И. Смольскій.

ПРИЛОЖЕНИЕ КЪ ПРОТОКОЛУ № 3.

**ЩИПЦЫ БРЕЙСА, МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ДОКТОРОМЪ
С. ПОЛОТЕБНОВЫМЪ.**

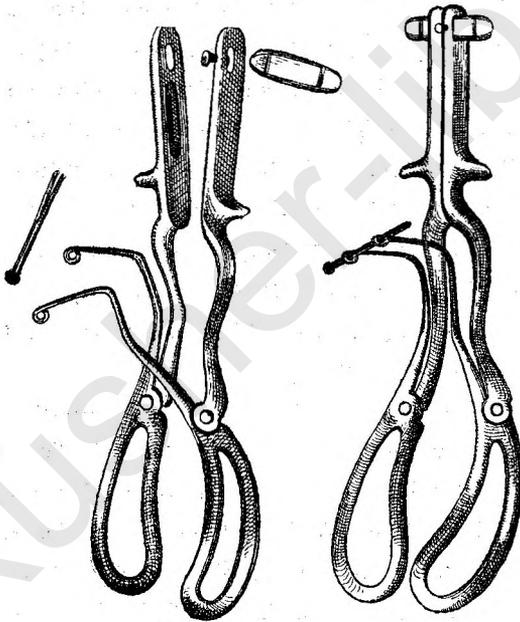
Ординаторомъ клиники профессора А. И. Лебедева.

Идея щипцовъ Тарнье въ настоящее время дѣлается еще болѣе выполнимой, благодаря щипцамъ Брейса, который весьма удачно видоизмѣнилъ и усовершенствовалъ массивные щипцы Тарнье. Извѣстно, что Брейсъ расходится съ Тарнье только въ деталяхъ, относительно пониманія отдѣльныхъ частей инструмента, тогда какъ въ принципѣ совершенно съ нимъ согласенъ: иначе говоря, что Тарнье ставитъ на первое мѣсто, то, по мнѣнію Брейса, должно отнести на второй планъ. Не индикаторъ, говоритъ Брейсъ, играетъ главную роль, а подвижное сочлененіе между ложками щипцовъ и ихъ вѣтвями, благодаря которому головкѣ плода предоставляется болѣе свободный путь при движеніи по тазовому каналу.

Вполнѣ соглашаясь съ Брейсомъ, что не индикаторъ, а шарнирообразное соединеніе влекущихъ вѣтвей съ ложками играетъ главную роль въ щипцахъ Тарнье, и вполнѣ признавая цѣлесообразность такой конструкціи щипцовъ, я позволилъ себѣ однако модифицировать щипцы Брейса такимъ образомъ: вѣтви сдѣлалъ не перекрещивающимися, а параллельными, на подобіе щипцовъ профессора Лазаревича, будучи глубоко убѣжденъ, что щипцы съ параллельными вѣтвями никогда не могутъ причинить плоду той травмы, какую мы причиняемъ почти невольно, сдавливая головку мышечною силою рукъ, благодаря перекресту вѣтвей. Соразмѣрить же эту силу крайне трудно, особенно принимая въ соображеніе то обстоятельство, что намъ приходится ее индивидуализировать почти при каждой операціи наложенія щипцовъ.

На этомъ основаніи я думаю, что сочетаніе идеи щипцовъ Брейса съ идеею щипцовъ профессора Лазаревича будетъ наиболѣе удовлетворять требованіямъ, которыя можно поставить щипцамъ съ теоретической точки зрѣнія, т. е., чтобы помощію щипцовъ можно было не только сохранить жизнь двухъ существъ, но чтобы вмѣстѣ съ тѣмъ причинить, какъ матери, такъ и плоду возможно меньше травмы.

На предлагаемомъ рисункѣ видно, что верхняя половина моихъ щипцовъ всецѣло принадлежитъ Брейсу, тогда какъ нижняя съ нѣкоторыми измѣненіями въ замкѣ — профессору Ла-



заревичу. Замокъ въ моихъ щипцахъ весьма легко замыкается и размыкается, благодаря совершенно подвижному штифту, который въ то же время служитъ и точкой опоры для лѣвой руки. Слѣдовательно, въ моихъ щипцахъ имѣются удобные два пункта для приложенія влекущей силы: крючки Буша съ одной стороны, и самый замокъ съ другой стороны... Разъ вѣтви щипцовъ параллельны, то поэтому самому онѣ обладаютъ и тѣми преимуществами, которыя вообще даются щипцами этого типа а именно:

1) Свобода выбора введенія первою правой или лѣвой ложки, такъ какъ смыканіе обѣихъ половинъ можно произвести въ томъ и другомъ случаѣ одинаково удобно. Въ щипцахъ же Брейса это получаетъ особенное значеніе, потому что здѣсь переведеніе одной вѣтви черезъ выстоящій кондукторъ другой сопрягается съ довольно значительнымъ насиліемъ, которое неизбѣжно отражается на внутренней поверхности матки.

2) При тракціяхъ не примѣняется мускульная сила, сжимающая головку плода, такъ какъ при неперекрещивающихся щипцахъ головка удерживается ложками только благодаря дѣйствію на нихъ частей матери.

3) Замыканіе и размыканіе замка очень простое и удобное.

4) Вѣсъ и объемъ щипцовъ крайне умѣренные, почти тѣ же, что въ щипцахъ Симпсона.

5) Щипцы мои металлическіе, чтобы ихъ легче можно было дезинфицировать.

Накладывая неоднократно модифицированные щипцы Брейса въ теченіе двухъ лѣтъ какъ на высокостоящую головку, такъ и на головку, находящуюся въ полости таза, я пришелъ къ тому убѣжденію, что они вполне удовлетворяютъ своей цѣли.

ГОДЪ ТРЕТІЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № III.

Засѣданіе 17 марта 1888 года.

Административное засѣданіе.

Присутствовали 32 члена.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 2 и II.

2) Доложено отношеніе Товарища Министра Внутреннихъ Дѣлъ къ Предсѣдателю Общества за № 333, въ которомъ сказано, что ходатайство Акушерско-гинекологическаго Общества о назначеніи субсидіи на изданіе журнала удовлетворено быть не можетъ.

3) Ревизіонная комиссія изъ членовъ Биддера, Воловскаго и Тарновскаго доложила, что приходо-расходныя книги, касса и библіотека Общества найдены ею въ полномъ порядкѣ.

4) Обсуждался вопросъ о дополненіи устава статьею «*Общество имѣетъ право избирать изъ числа своихъ членовъ въ званіе Почетнаго Предсѣдателя Общества*». Признано неудобнымъ дополнить уставъ этою статьею.

5) Постановлено продавать оставшіеся экземпляры протоколовъ Общества за 1886—1887 гг. (вып. 1) по 2 руб., а съ пересылкою по 2 руб. 25 коп. за экземпляръ.

6) Предложены къ избранію въ дѣйствительныя члены:

1) Чагинъ, Алексѣй Александровичъ. Лекаръ. Предложенъ Салмановымъ, Смольскимъ, Тарновскимъ.

2) Замшинъ, Андрей Ивановичъ. Лекаръ. Предложенъ Лебедевымъ, Тарновскимъ и Штолемъ.

7) Избраны въ дѣйствительные члены:

Нейштубе, Петръ Тимофѣевичъ. Лекаръ и Кандидатъ естественныхъ наукъ.

Окончилъ Екатеринославскую гимназію въ 1877 году, поступилъ въ С.-Петербургскій Университетъ на физико-математической факультетъ (отдѣленіе естественныхъ наукъ), каковой факультетъ окончилъ въ 1882 году; въ 1883 году былъ удостоенъ званія Кандидата естественныхъ наукъ. Въ томъ же 1883 г. поступилъ на медицинскій факультетъ Харьковскаго Университета, каковой окончилъ въ 1886 году со званіемъ лекаря и уѣзднаго врача. Съ апрѣля мѣсяца 1887 г. занимается въ Надеждинскомъ Родильномъ дождѣ.

Федоровъ, Иванъ Ивановичъ. Лекаръ.

Родился въ 1857 г. въ Воронежской губерніи и первоначальное образованіе получилъ въ духовной семинаріи. Въ 1876 году поступилъ въ число студентовъ медицинскаго факультета Императорскаго Варшавскаго Университета, а въ 1882 году окончилъ курсъ, выдержавъ испытаніе на степень доктора медицины. Тогчасъ же, по окончаніи курса, былъ опредѣленъ на должность сверхштатнаго помощника прозектора при кафедрѣ описательной анатоміи Императорскаго Варшавскаго Университета; въ ноябрѣ 1885 года былъ переведенъ на должность штатнаго ординатора госпитальной клиники акушерства и женскихъ болѣзней проф. Ястребова при томъ же Университетѣ. Съ 1883 года принимаетъ участіе въ амбулаторномъ бесплатномъ приѣмѣ больныхъ въ лечебницѣ при Варшавскомъ отдѣленіи Общества Краснаго Креста, и съ 1884 года исполняетъ обязанности врача при 3-й варшавской мужской гимназіи.

Написаны имъ и опубликованы слѣдующія работы:

1) О несросшемся переломѣ надколенной кости безъ нарушенія функціи коленной сустава. «Варш. Унив. Извѣстія» 1882 г.

2) Результаты изслѣдованія по вопросу о развитіи грудинно-реберныхъ сочлененій. «Медицинскій Вѣстникъ» 1884 г.

3) Къ ученію объ уродствахъ. Двойное уродство у человѣка. *Monstrum congenitum humanum; dicephalus tribrachicus tripus*. Замѣчанія о развитіи двойнаго уродства. «Русская Медицина» 1886 г.

4) Случай двойнаго человѣческаго уродства. Особенности въ развитіи сосудистой системы. *Monstrum congenitum humanum; dicephalus tribrachicus*. «Варшав. Унив. Извѣстія» 1888 г.

5) Къ вопросу о врожденныхъ расщеплахъ передней брюшно-тазовой

стѣнки съ выпаденіемъ кишекъ и мочевого пузыря. «Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней» 1887 г.

6) Къ вопросу о первичномъ ракъ влагалища и его оперативномъ леченіи. «Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней» 1888 г.

7) Нѣсколько словъ о преимуществахъ прямыхъ параллельныхъ щипцовъ проф. Лазаревича. (Находится въ редакціи «Журнала Акушерства и женскихъ болѣзней»).

8) Къ казуистикѣ врожденныхъ супрагименальныхъ перепончатыхъ зарощеній маточнаго рукава. Haematometra et haematocolpos. (Находится въ редакціи «Журнала Акушерства и женскихъ болѣзней»).

Сченсновичъ, Василій Васильевичъ. Лекаръ и уѣздный врачъ.

По окончаніи витебской гимназіи поступилъ въ Медико-хирургическую Академію въ 1873 году. Въ 1878 году получилъ званіе лекаря и назначенъ былъ младшимъ врачомъ 3-го Керченскаго крѣпостнаго полка. Будучи откомандированъ, исполнялъ обязанности ординатора Керчь-Еникальскаго военного госпитала по 1879 годъ. По оставленіи военно-медицинской службы съ 1879 по 1881 годъ служилъ Варнавинскимъ земскимъ врачомъ Костромской губерніи. Съ 1881 по 1885 годъ, состоя на службѣ ординаторомъ въ Александровской больницѣ въ память 19 февраля 1861 года, занимался въ качествѣ врача экстерна въ С.-Петербургскомъ родовспомогательномъ Заведеніи. Въ 1885 году выдержалъ экзаменъ на званіе уѣзднаго врача. Съ 1885 года и по нынѣ состоитъ помощникомъ Инспектора врачебнаго отдѣленія Витебскаго губернскаго Правленія.

8) Въ бібліотеку Общества поступили слѣдующія книги.

Протоколы Общества врачей Восточной Сибири за 1885—1887 годъ.

Отчеты о дѣятельности Одесскаго бальнеологическаго Общества. Вып. III.

Труды Акушерско-гинекологическаго Общества въ Москвѣ за 1887 г.

Протоколы Императорскаго Виленскаго медицинскаго Общества 1887 г.

№ 9 и 10.

Протоколъ Тамбовскаго медицинскаго Общества № 2.

Предсѣдатель К. Славянскій.

Секретарь И. Смольскій.



ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВТОРОЙ.

ЮНЬ 1888, № 6.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XI.

КЪ ВОПРОСУ О КРОВЯНОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ НОВОРО- ЖДЕННЫХЪ.

Н. В. Нечаева.

Сверхштатнаго ассистента Клиники акушерства и женскихъ болѣзней проф.
Н. В. Ястребова при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ.

Кровяная опухоль головы новорожденныхъ (*cephalaematoma neonatorum* по Naegele), понимаемая въ смыслѣ болѣе или менѣе обильнаго скопленія крови между костями черепа и надкостницей, не смотря на свою относительную рѣдкость (0,5% по Рунге¹⁾), давно уже служитъ предметомъ изученія и тщательныхъ изысканій многихъ гинекологовъ. Тѣмъ не менѣе и въ настоящее время разсматриваемый нами вопросъ еще не можетъ считаться вполне исчерпаннымъ: если въ отношеніи патолого-анатомической картины, находимой обыкновенно въ случаяхъ цефалематомы, и нѣтъ рѣзкихъ разногласій между различными

¹⁾ Русская Мед. № 31, 32, 33 1886 г. N В. Въ статьѣ Рунге: «*Cephaloematoma neonatorum*—съ точки зрѣнія этиологии»—приведена обстоятельно и литература, относящаяся къ этому вопросу и потому мы не приводимъ этого отдѣла.

наблюдателями, то съ другой стороны—этіологія этого заболѣванія еще далеко не выяснена. Въ виду этого—мы считаемъ нелишнимъ привести здѣсь описаніе пяти случаевъ цефалэомы новорожденныхъ, которые намъ пришлось наблюдать съ 1 янв. 1887 г. по 10 февр. 1888 г. (слишкомъ на 475 родовъ) въ клиникѣ проф. Ястребова.

Въ случаѣ отмѣченномъ въ таблицѣ подь № 1-мъ, у ребенка, въ области его темянныхъ костей, было замѣчено двѣ опухоли, которыя представляли слѣдующіе размѣры: лѣвая опухоль въ продольномъ и поперечномъ направленіи имѣла—7 см.; таковыя же размѣры правой равнялись—5 см. Разстояніе между верхними наиболѣе выдающимися точками обѣихъ опухолей— $6\frac{1}{2}$ см.; разстояніе между ихъ внутренними краями на высотѣ 2 см. отъ малаго родничка—2 см. Разстояніе задней окружности лѣвой опухоли отъ ламбдовиднаго шва—2 см.; тоже разстояніе правой— $1\frac{1}{2}$ см. Обѣ опухоли ясно флюктуируютъ и окружены костными валиками, которые на нѣкоторыхъ мѣстахъ представляютъ неровности, зазубрены. При плачѣ ребенка опухоли не увеличиваются; онѣ безболѣзненны и не пульсируютъ. Наружные покровы ихъ никакихъ патологическихъ измѣненій не представляютъ.

У ребенка 2-го случая опухоль занимала область лѣвой темянной кости и имѣла слѣдующіе размѣры: длина, параллельно сагитальному шву— $7\frac{1}{2}$ см.; ширина— $4\frac{1}{2}$ см.; передній ея край находится на $1\frac{1}{2}$ см. отъ *sutura coronoides*, внутренній—на $\frac{1}{2}$ см. отъ сагитальнаго шва; задняя же окружность, стуживаясь, заходитъ за *sutura lambdoidea* на *os occipitalis* и сливается съ малымъ родничкомъ. Границы опухоли рѣзко выражены въ области темянныхъ костей присутствіемъ костнаго валика, который у задней окружности выраженъ слабѣе; у наружной окружности опухоли возлѣ *sutura lambdoidea*, не доходя до послѣдняго на $1\frac{1}{2}$ см., валикъ даетъ отростки внутрь и такимъ образомъ дѣлитъ опухоль на двѣ части—переднюю большую и заднюю меньшую. Опухоль флюктуируетъ, безболѣзненна и не измѣняется отъ крика ребенка.

Въ третьемъ случаѣ опухоль помѣщалась въ области задняго верхняго угла лѣвой темянной кости и имѣла въ продольномъ направленіи—6 см., въ поперечномъ—5 см., выдающаяся точка задняго края лежала на $1\frac{1}{2}$ ст. отъ ламбдовиднаго шва; наружный верхній край—на 2 см. отъ сагитальнаго шва. Опухоль окружена ясновыраженнымъ костнымъ валикомъ и подобно предыдущимъ флюктуируетъ и при надавливаніи не вызываетъ никакой реакціи со стороны ребенка. Наружные покровы опухоли никакихъ измѣненій не представляютъ.

Въ случаѣ подъ № 4-мъ мы имѣли дѣло съ двумя большими опухолями, расположенными почти симметрично въ области обѣихъ темянныхъ костей. Лѣвая опухоль въ продольномъ размѣрѣ имѣла 9 см., а поперечникъ—5 см. Внутренніе края обѣихъ опухолей идутъ параллельно сагитальному шву, но не сливаются съ нимъ. Разстояніе между внутренними краями этихъ опухолей въ области малаго родничка равно 2 см. Кнаружи обѣ опухоли спускаются до верхнихъ краевъ соответственныхъ височныхъ костей: кзади онѣ доходятъ до ламбдовиднаго шва, отъ котораго однако отдѣляются костнымъ валикомъ. По направленію впередъ обѣ опухоли, постепенно уплощаясь, переходятъ на лобныя кости, гдѣ и ступеваются, оставляя большой родничекъ нетронутымъ. Костный валикъ явственно выраженъ на всей периферіи какъ правой, такъ и лѣвой опухоли, исключая ихъ переднихъ краевъ. И здѣсь, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ, опухоли флюктуируютъ, безболѣзненны, не измѣняютъ своего объема при надавливаніи или крикѣ ребенка, а также и покровы ихъ совершенно нормальны.

Для краткости и большаго удобства свѣдѣнія о роженицахъ и болѣе важныхъ моментахъ родовъ представляемъ въ видѣ нижеприведенной таблицы:

№№ приемного журнала. Годъ и мѣсяцъ поступления въ клинику.	№№ по порядку.	Имена и фамилии роженицы.	Число родовъ.	Время появления менструаціи и ихъ типъ.	Размѣры живота.	Размѣры таза.	Теченіе родовъ.
№ 96-й. 1887 года 18-го марта.	I	Маріанна Сивинская.	I	16 лѣтъ; по 3 дня, черезъ 4 нед.	Окружность на уровнѣ пупка—87 ст.; высота дна матки надъ лобкомъ—47 ст.	Cr.—25 ст. Sp. il.—23 ст. Conj. ext.—19 ¹ / ₂ ст.	I періодъ—10 ч. 10 м. II періодъ—1 ч. 10 м. III періодъ—20 м. Прод. родовъ—11 ч. 40 м.
№ 150-й. 1887 года 29-го апрѣля.	II	Анеля Ближская.	I	14 лѣтъ; по 2 дня, черезъ 4 нед.	Окружность на уровнѣ пупка—92 ст.; высота дна матки надъ лобкомъ—43 ст.	Cr. il.—27 ст. Sp. il.—25 ст. Conj. ext.—18 ст.	I періодъ—4 ч. 45 м. II періодъ—35 м. III періодъ—8 м. Прод. родовъ—5 ч. 28 м.
№ 378-й. 1887 года 21-го октября.	III	Юзефа Шимановская.	I	15 лѣтъ; по 8 дней, черезъ 4 нед.	Окружность на уровнѣ пупка—96 ст.; высота дна матки надъ лобкомъ—42 ст.	Cr. il.—27 ¹ / ₂ ст. Sp. il.—26 ст. Conj. ext.—19 ¹ / ₂ ст. Conj. vera—10 ¹ / ₂ ст.	I періодъ—35 ч. 10 м. II періодъ—20 м. Expressio plac. Прод. родовъ—35 ч. 30 м.
№ 45-й. 1888 года 3-го февраля.	IV	Агнешка Чижевская.	III	15 лѣтъ; по 6—7 дней, черезъ 4 нед.	Окружность на уровнѣ пупка—116 ст.; высота дна матки надъ лобкомъ—43 ст.	Cr. il.—30 ст. Sp. il.—25 ст. Conj. ext.—21 ст.	I періодъ—5 ч. 18 м. II періодъ—5 м. III періодъ—25 м. Прод. родовъ—5 ч. 48 м.
№ 102-й. 1887 года 24-го марта.	V	Аполонія Ляхъ.	II	16 лѣтъ; по 2 дня, черезъ 4 нед.	Окружность на уровнѣ пупка—87 ст.; высота надъ лобкомъ—47 ст.	Cr. il.—27,5 ст. Sp. il.—25 ст. Conj. ext.—17 ст. Conj. diag.—10 ¹ / ₂ ст.	I періодъ—59 ч. 55 м. II и III періоды } Perforatio, cranioclasia et expressio placentae.

положеніе младенца.	Вѣсъ и размѣры младенца.	Захожденіе костей.	Мѣсторасположеніе кровоной опу- холи.	Теченіе послѣро- доваго періода.
черепное; передній видъ.	Мальчикъ, доношенный. Вѣсъ—3500 гр. Длина— 50 ст. Окр. гол. пр.— 34 ст., косая—39 ст.; разм. пр. 11 ст.; б. к.—12 ст., м. к.—9 ст., б. по- пер.—9 ст., м. п. 8 ст.	Лѣвая темянная на правую и на лобную, темян- ныя на затылоч- ныя.	Двѣ опухоли— одна на правой, другая на лѣвой темянныхъ ко- стяхъ.	Безъ осложненій. Выписана на IX сутки. Дальнѣйшая судьба ребенка не извѣстна.
черепное; передній видъ.	Мальчикъ, доношенный. Вѣсъ—3450 гр. Длина— 50 ст. Пр. окр. гол.— 34 ст., к.—38 ст., пр. р.— 11½ ст., б. к.—13 ст., м. к.—9 ст., б. попер.— 9 ст., м. п.—8 ст.	Правая темянная на лѣвую темян- ную, на лобную и затылочную.	На лѣвой темян- ной кости.	Нормально. Выписана на IX сутки. Судьба опу- холи не извѣстна.
черепное; передній видъ.	Мальчикъ, доношенный. Вѣсъ—3100 гр. Длина— 46 ст., пр. окр. гол.— 34 ст., к.—40; пр. разм.— 11 ст., б. к.—14 ст.; м. к. 10 ст., б. п.—9 ст., м. попер.—8 ст.	Правая темянная подъ лѣвую темян- ную кость, пр. те- мянная на лобную и подъзатыл.; лѣв. темянная на лобн. и затылочн. кость.	На лѣвой темян- ной кости.	Нормально. Выписана на IX сутки. Судьба опу- холи не извѣстна.
черепное; задній видъ перехо- мъ въ пе- редній.	Мальчикъ, доношенный. Вѣсъ—4250 гр. Длина— 55 ст., пр. окр. гол.— 36 ст., к.—40 ст., пр. разм.—12 ст., б. к.—14 ст., м. к.—10 ст., б. по- пер.—9 ст.	Лѣвая лобная подъ правую, за- тылочная и лоб- ныя подъ темян- ныя кости.	Двѣ опухоли на обѣихъ темян- ныхъ костяхъ.	Нормально. Выписана на IX сутки. Объемъ опу- холей въ теченіе послѣродоваго пе- риода не измѣнился.
черепное; передній видъ.	Плодь доношенный, мертворожденный. Вѣсъ—3100 гр. Длина— 52 ст., окр. гол. пр.— 32 ст., к.—39 ст., пр. р.—10½ ст., к. б.—13 ст., к. м.—8 ст., п. б.— 7½ ст., м. п.—7 ст.	Не извѣстно.	Отъ globella до emin. occip. ext. и отъ одного бугра темянной кости до другого.	Осложненіе: vagini- tis dissecans. Выпи- сана здоровой на 27 сутки послѣ ро- довъ.

Что касается, наконецъ, пятаго случая, то онъ представляетъ нѣкоторыя особенности. При изслѣдованіи роженицы, когда головка ребенка находилась еще во входѣ въ малый тазъ, можно было констатировать большую опухоль, наружные покровы которой отдѣлены въ видѣ пузыря отъ костей черепа. При перфорациі (мертвый плодъ и значительное суженіе таза) изъ этой опухоли вышло большое количество вонючей, ихорозной кровянистой жидкости. При ближайшемъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль занимала *locus subaroneuroticus* на протяженіи отъ *globella* до *eminentia occip. ext.* и отъ одного темяннаго бугра до другаго, причемъ *regisgantium* представлялся инъецированнымъ, а кожа, покрывавшая опухоль, была имбибирована. Такимъ образомъ, въ этомъ послѣднемъ случаѣ мы имѣли дѣло съ такого рода опухолью, которая извѣстна подъ именемъ *cephalaematoma spurium* и характеризуется въ отличіе отъ *cephalaematoma verum* присутствіемъ кровезлиянія между *galea aroneurotica* и *periosteum*, а не между этимъ послѣднимъ и костью, какъ это бываетъ въ случаяхъ истинныхъ цефалѣматомъ.

Конечно, приведенныхъ нами случаевъ кровяной опухоли головы новорожденныхъ слишкомъ недостаточно для того, чтобы можно было на основаніи ихъ дѣлать строго-научные выводы и обобщенія. Тѣмъ не менѣе мы постараемся указать на сколько имѣющійся и въ нашемъ распоряженіи матеріаль (случай ложной цефалѣматомы—мы не будемъ здѣсь принимать въ расчетъ) — говорить въ пользу тѣхъ или другихъ наиболѣе извѣстныхъ теорій, объясняющихъ этиологию описываемаго нами заболѣванія. Мы не будемъ касаться теорій, высказанныхъ тѣми наблюдателями, которые причину *cephalaematomae neonatorum* ищутъ въ особыхъ благопріятныхъ условіяхъ со стороны черепа новорожденныхъ: — будутъ ли эти условія заключаться въ особыхъ первичныхъ патологическихъ измѣненіяхъ костей (*Michaelis*), или въ варикозныхъ расширеніяхъ сосудовъ (*emissarii Santorini*), которые легко могутъ рваться подъ вліяніемъ колебаній кровянаго давленія при пер-

выхъ вздохахъ новорожденныхъ (Naegele), или же въ особомъ врожденномъ ослабленіи стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ (Noeter), а также въ увеличеніи порозности стѣнокъ сосудовъ подь вліяніемъ растяженія мягкихъ частей черепа (Siecsa) и даже въ общей гемафилии (Hofmolk), или же, наконецъ, причины эти будутъ лежать во врожденныхъ фиссурахъ и переломахъ костей (Féré), или въ *ostitis rarificiens* (Csaselin) и т. п. Мы не будемъ касаться данныхъ теорій потому, что въ нашихъ четырехъ случаяхъ *cephalaematomatis veri*—не могло быть произведено патолого-анатомическое изслѣдованіе, и мы, такимъ образомъ, не имѣемъ данныхъ, чтобы судить о предрасполагающихъ моментахъ со стороны череповъ нашихъ новорожденныхъ.

Остановимся на теоріяхъ болѣе современныхъ намъ авторовъ, приписывающихъ главную этиологическую роль въ образованіи *cephalaematomatis neonatorum*—родовому акту.

Loudwig смотритъ на *cephalaematom'u*, какъ на результатъ отслоенія надкостницы, вслѣдствіе нахождения одной кости на другую.

Насколько вѣренъ этотъ взглядъ? Въ силу физическихъ законовъ, при захожденіи одной кости подь другую, отслойка надкостницы должна произойти на той кости, которая подходитъ подь другую и при томъ—прежде всего на той части кости, которая глубже всего подходитъ подь другую кость, слѣдовательно, при подхожденіи одной темянной кости подь другую—на сагитальномъ концѣ подходящей темянной кости. Однако, если мы взглянемъ на нашу таблицу, то увидимъ, что въ случаѣ № 3 кровавая опухоль расположена въ области лѣвой темянной кости, надвиганіе же костей было таково, что правая темянная кость заходила подь лѣвую, т. е., мы видимъ совершенно обратное тому, что должно бы быть по Людвигу. Далѣе, въ случаѣ № 1-й мы имѣемъ двѣ опухоли—одна на правой, другая на лѣвой темянныхъ костяхъ, причемъ лѣвая темянная кость заходила на правую. Если въ данномъ случаѣ объяснить происхожденіе правой опухоли—захожденіемъ правой темянной кости подь

лѣвую, то какъ понять тогда происхожденіе лѣвой опухоли? Случай, отмѣченный въ таблицѣ подь № 2-мъ, повидимому какъ бы вполне соотвѣтствуетъ теоріи Людвига: здѣсь существуетъ лѣвая темянная опухоль при захожденіи лѣвой темянной кости подь правую. Но если въ этомъ случаѣ опухоль произошла отъ надвиганія костей, то спрашивается почему же она отграничена отъ сагитальнаго края кости, гдѣ отслойка должна бы произошла прежде всего, неповрежденнымъ мостикомъ кости съ надкостницей шириной въ $\frac{1}{2}$ см.? Да и вообще, какъ объяснить съ точки зрѣнія теоріи Людвига—несомнѣнно установленный фактъ наичаастаго мѣста расположенія *cephalaematomy neonatorum* въ области темянныхъ костей (по Burchard'у на 53 случая кровяной опухоли головы новорожденныхъ — въ 47-ми она занимала темянные кости; по Hennig'у — на 127 случаевъ—область темянныхъ костей была занята—94 раза), тогда какъ надвиганіе можетъ происходить и со стороны лобныхъ и затылочныхъ костей?

Перейдемъ теперь къ рассмотрѣнію теоріи Valeix'a. По его мнѣнію, въ этиологіи цефалэматы новорожденныхъ играетъ существенную роль сдавливаніе подлежащей головки плотно обхватывающей ее шейкой матки. Такимъ образомъ мѣстомъ гематомы по этой теоріи будетъ часть черепа наиболее низко стоящая въ родовомъ каналѣ. Взглянувъ на нашу таблицу мы видимъ, что въ случаѣ подь № 1-мъ имѣлось 2-е черепное положеніе передній видъ, слѣдовательно, наиболее низкая подлежащая часть, гдѣ должна образоваться по Valeix'у опухоль, была лѣвая темянная кость; между тѣмъ мы имѣемъ у даннаго ребенка двѣ опухоли: по одной на правой и на лѣвой темянныхъ костяхъ. Если первую объяснить сжатіемъ маточной шейки, то что сказать о второй? То же самое надо сказать и о случаѣ № 4-й, гдѣ также имѣется двѣ темянныхъ опухоли и если происхожденіе одной изъ нихъ,—а именно лѣвой (2-е черепное положеніе, задній видъ) объяснить дѣйствіемъ маточной шейки, то остается непонятнымъ происхожденіе правой опухоли. Далѣе, въ случаѣ № 2-го было первое черепное положеніе передній

видъ, наиболѣе низкая предлежащая часть — правая темянная кость, между тѣмъ опухоль здѣсь образовалась на лѣвой темянной кости. То же самое мы видимъ и въ случаѣ № 3, гдѣ при переднемъ видѣ перваго черепнаго положенія имѣется опухоль также на лѣвой темянной кости, т. е., совершенно противоположно тому, что должно бы имѣть мѣсто съ точки зрѣнія Valeix'a.

Въ заключеніе рассмотримъ теорію Фритче. Онъ допускаетъ образованіе цефалэматомы на протяженіи всего родоваго канала — отъ входнаго родоваго кольца до introitus vagin'ы включительно, и на самую опухоль смотритъ какъ на результатъ отдѣленія надкостницы отъ кости, происходящаго вслѣдствіе того поступательнаго движенія головки внизъ и послѣдовательнаго ея отхожденія вверхъ, которое она совершаетъ подъ вліяніемъ сокращеній матки, будучи въ то же время тѣсно сцѣплена съ окружающими ее мягкими частями. Съ точки зрѣнія Фритче благоприятными условіями образованія кровяной опухоли будутъ узкій маточный зѣвъ, упругое не слишкомъ разрыхленное влагалище, а также отсутствіе разрывовъ промежности (всѣмъ этимъ условіямъ въ большинствѣ случаевъ удовлетворяютъ первородящія); далѣе, извѣстная пропорціональность между объемомъ головки новорожденныхъ и родовыми путями и, наконецъ, извѣстная степень энергіи сократительной дѣятельности матки (обуславливающая скорость родовъ). Разсматривая наши случаи — мы видимъ, что они во многомъ отвѣчаютъ требованіямъ этой теоріи: три роженицы первородящія, довольно молодаго возраста; нѣтъ рѣзкихъ аномалій ни со стороны размѣровъ таза, ни со стороны объема головокъ новорожденныхъ. Роды въ первыхъ двухъ и въ четвертомъ случаяхъ происходили довольно быстро, что указываетъ на энергичную работу матки. Эти же случаи служатъ подтвержденіемъ высказаннаго д-ромъ Рунге ¹⁾ положенія: «что возможность возникновенія цефалэматомы прямо пропорціональна быстротѣ поступательнаго движенія двухъ тѣлъ

¹⁾ Русская Мед. № 31, 32, 33 1886 г. «Cephaloematoma neonatorum».

(влагалища и черепа), двигающихся во взаимно противоположномъ направленіи». Изъ только что приведенной теоріи Фритче видно, что условія требуемая ею для происхожденія цефалэма-томы не представляются исключительными, — онѣ весьма обычны. Спрашивается какъ же объяснить съ точки зрѣнія этой теоріи относительную рѣдкость кровяной опухоли новорожденныхъ? Остается допустить, что въ этиологіи этого заболѣванія, помимо родового акта, имѣютъ не меньшее значеніе и особыя благопріятныя условія со стороны черепа новорожденныхъ.

КАЗУИСТИКА.

X.

Къ казуистикѣ супрагименальныхъ врожденныхъ перепончатыхъ зарощеній маточнаго рукава. *Haematometra et haematocolpos.*

Штатнаго ординатора (ассистента) клиники Акушерства и женскихъ болѣзней проф. Н. В. Ястребова при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ.

И. И. Федорова.

Супрагименальныя врожденныя перепончатыя зарощенія простаго влагалища, обуславливая полную непроходимость *introitus vaginae*, являются обыкновенно пороками развитія, аналогичными съ такъ называемыми *hymen imperforatus*. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ картина вполнѣ развившихся przypadковъ *molimina mensium*, а равно и данныя объективнаго состоянія половыхъ органовъ вообще настолько представляются между собою сходными, что многіе изслѣдователи принимали случаи несомнѣннаго зарощенія вагины за *atresia hymenalis* — сравнительно болѣе рѣдкій порокъ образованія (Dohrn ¹).

Въ виду легкости смѣшенія этихъ двухъ формъ, Шредеръ ²) особенно рекомендуетъ тщательное анатомическое изслѣдованіе

¹) Dohrn, Ein Fall von Atresia vaginalis. Arch. f. Gynäc. 1876 г. P. 544.

²) Шредеръ, Руков. къ болѣзн. женскихъ половыхъ органовъ 1887 г.

имѣющей перепонки, которая, будучи выпячена скопившеюся позади нея кровью, часто бываетъ такъ плотно прижата къ дѣвственной плевѣ, что послѣдняя легко остается незамѣченною. *Брейски* ¹⁾ же указываетъ на важное значеніе въ діагностическомъ отношеніи тѣхъ свойствъ такой перепонки, которыя обуславливаются морфологическимъ ея происхожденіемъ. Если, говоритъ онъ, закрытіе просвѣта производится перепонкою, построенною на подобіе слизисто-тканной дубликатуры, какова дѣвственная плева, то даже при значительной степени развитія своего ей присущи бываютъ свойства тонкой діафрагматической атрезии со значительною эластическою растяжимостію, чего не бываетъ при зарощеніяхъ вагинальныхъ.

Принимая во вниманіе случаи, хотя и довольно рѣдкіе, гдѣ влагалище переходитъ непосредственно въ наружныя половыя части безъ образованія гименальной складки, а также необходимость иногда распознаванія рассматриваемыхъ пороковъ развитія въ различныхъ стадіяхъ послѣдовательныхъ осложненій, — становится понятнымъ, насколько условны въ каждомъ данномъ случаѣ вышеупомянутые признаки дифференціального діагноза и насколько представляется труднымъ точное опредѣленіе морфологическаго характера данной перепонки. Правда, въ интересахъ леченія отсутствіе точныхъ признаковъ для постановки вѣрнаго діагноза не имѣетъ здѣсь особеннаго значенія, тѣмъ не менѣе съ чисто научной стороны далеко не безразлично, будемъ ли мы трактовать существующее зарощеніе путей, какъ *hymen imperforatus*, или какъ *atresiam suprahymenalem*, а потому всякій признакъ дополняющій анатомопатологическую или клиническую картину рассматриваемыхъ пороковъ и хотя отчасти помогающій распознаванію ихъ въ указанномъ направленіи является нелишнимъ своего научнаго значенія.

Насколько намъ извѣстно, никто изъ авторовъ не останавливался на гистологическомъ строеніи запирающей перепонки съ тою подробностію, которая въ этомъ направленіи несомнѣнно можетъ имѣть особенный интересъ. И дѣйствительно, данныя, добытыя этимъ путемъ, представляются чрезвычайно любопытными и весьма цѣнными какъ въ діагностическомъ, такъ и въ генетическомъ отношеніяхъ. По крайней мѣрѣ въ случаѣ,

¹⁾ *Брейски*, Богѣзни влагалища. Руков. къ общ. и частн. Хир. Питы и Вильрота 1880 г.

представившемся нашему наблюденію въ клиникѣ Н. В. Ястребова, діагнозъ врожденнаго зарощенія входа въ рукавъ былъ точно опредѣленъ на основаніи лишь результатовъ гистологическаго изслѣдованія вырѣзанной перепонки, при чемъ самое строеніе послѣдней представлялось настолько интереснымъ, что мы позволимъ себѣ привести здѣсь вмѣстѣ съ исторіею болѣзни пользуемой больной и результаты даннаго микроскопическаго изслѣдованія.

Случай этотъ слѣдующій:

30-го апрѣля 1887 г. въ клинику поступила Я. Х., крестьянка Варшавской губ., 19-ти лѣтъ отъ роду съ жалобами: на постоянную боль внизу живота, которая переходитъ также въ крестецъ и бедра, на чувство болѣзненнаго напряженія въ области промежности и наружныхъ половыхъ частей, запоръ на низъ, частые позывы къ мочеиспусканію и невозможность coitus'a.

Въ дѣтствѣ своемъ больная всегда была здоровою, регулъ въ видѣ истеченія изъ половыхъ органовъ не имѣла, molimina же mensium впервые появились въ декабрѣ 1886 года; продержались онѣ около 2 дней; припадки эти повторились чрезъ 4 недѣли въ формѣ сильныхъ болей внизу живота и крестцѣ. Въ послѣдующее время промежутки между появленіемъ ихъ сдѣлались короче, и боли продолжительнѣе и сильнѣе; съ апрѣля мѣсяца, послѣдніе уже не прекращались, при чемъ больная замѣтила увеличеніе живота въ нижней части его, на счетъ опухоли, растущей отъ симфиза вверхъ. Съ января 1887 г. Х. замужемъ, попытки къ coitus остались безуспѣшными, всегда сопровождаясь сильною болью.

При изслѣдованіи больной 30 апрѣля 1887 года, было найдено слѣдующее: Х. блондинка, крѣпкаго тѣлосложенія, здороваго вида, роста 147 cm.; груди хорошо развиты, соски и околососковыя кружки слабо пигментированы. Лихорадки нѣтъ. Размѣры таза: Sp. = 25; Cr. = 29; C. ext = 18. Животъ нѣсколько выдается, особенно ниже пупка. Выпячиваніе это обуславливается опухолью, поднимающеюся надъ симфизомъ, въ формѣ продолговато-овальнаго тѣла съ незначительною подвижностью всего органа. Поверхность ея гладкая, въ глубинѣ замѣтна слабая флюктуація. Верхній край опухоли возвышается надъ симфизомъ на 12 cm., ширина въ верхней части = 7 cm.: въ нижней = 8 cm.; при давленіи небольшая чувствительность.

Правильно развитыя наружныя половыя части и промежность выпячиваются кнаружи въ видѣ небольшой полушаровидной опухоли. Среди раскрытой на $3\frac{1}{2}$ см. половой щели выпячиваніе это представляется образованнымъ на счетъ кожисто-плотной эластической перепонки темно-розоваго цвѣта съ многочисленными венозными стволиками на ея поверхности. Съ боковъ перепонка эта отдѣляется при помощи слабо выраженной бахромчатой складки отъ внутренней поверхности растянутыхъ малыхъ губъ, къзади она переходитъ въ выпятившуюся промежность, а спереди въ задній край уретрального валика. Отверстія Бартолиновыхъ железъ значительно расширены, а въ окружности ихъ находятся небольшія ссадины. При изслѣдованіи per rectum, прощупывается эластическая опухоль, выполняющая полость малаго таза, зыбленіе которой передается въ область перепонки и промежности; просвѣтъ прямой кишки сдавленъ. Дно и верхняя часть тѣла матки опредѣляются черезъ покровы живота въ формѣ небольшого бугра, длиною около 3 см., постепенно расширяющагося книзу и сливающагося съ границами вышеописанной эластической опухоли. Придаточныхъ опухолей въ области малаго таза констатировано не было.

На основаніи вышеизложеннаго былъ поставленъ діагнозъ: *Atresia vaginalis congenita cum haematometra et haematocolpos.*

1-го мая вечеромъ у больной появились сильныя схваткообразныя, рѣжущія боли внизу живота и было констатировано при этомъ увеличеніе размѣровъ опухоли вверхъ на 3 см., и въ ширину на $1\frac{1}{2}$ см. Чтобы избавить больную отъ страданія, въ тотъ же вечеръ проф. Ястребовъ счелъ нужнымъ вскрыть опухоль. Разрѣзъ былъ сдѣланъ обоюдоострымъ ножомъ по сагитальной линіи перепонки, длиною около $1\frac{1}{2}$ см.; изъ полученнаго отверстія выдѣлилось самопроизвольно около 500 к.с. густой, частію въ сверткахъ, шоколаднаго цвѣта, безъ запаха жидкости. На края раны наложено 4 боковыхъ шва, а наружныя половыя части были обмыты 2% растворомъ ас. carbolicі. Въ теченіе ночи у больной нѣсколько разъ появились болевыя схватки внизу живота при обильномъ выдѣленіи изъ разрѣза вышеописаннаго характера жидкости.

2 мая утромъ t^0 нормальна, п. = 74; д. = 20. Напряженія въ опухоли живота нѣтъ, верхняя граница ея на 10 см. выше симфизы; боли меньше.

3 мая кровь не выдѣляется наружу; болѣзненность при

давлени на опухоль весьма малая, границы матки опредѣляются съ трудомъ.

4 мая произведено было проф. Ястребовымъ полное вырѣзываніе перепонки у ея основанія съ послѣдовательными наложеніями на края раны швовъ изъ шелку, которыхъ въ данномъ случаѣ было 21. Операция производилась безъ хлороформа при постоянномъ орошеніи операціоннаго поля 2% растворомъ ас. carbolicі. Замыкающая перепонка имѣла въ толщину болѣе 1 см., представляясь образованіемъ довольно плотной, почти хрящевой консистенціи.

Кровотеченіе изъ разрѣзовъ было небольшое. По удаленіи перепонки изъ полости влагалища выдѣлилось около 200 грм. густой жидкости, которая благодаря своей густотѣ не могла свободно вытекать изъ прежде сдѣланнаго отверстія. Полость рукава промыта карболовымъ растворомъ; при изслѣдованіи его пальцемъ оказалось: стѣнки гладки, плотны и неподатливы, наклонности къ спаденію нѣтъ и весь вагинальный каналъ дѣлаетъ впечатлѣніе трубки, особенно расширенной у своего верхняго конца, гдѣ она непосредственно переходитъ въ каналъ *colli uteri*; *portionis vaginalis* нѣтъ и слѣда.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ всякихъ осложненій; температура была нормальна, самочувствіе прекрасное, изрѣдка только больная жаловалась на легкія маточныя схватки съ небольшимъ выдѣленіемъ крови изъ наружныхъ половыхъ органовъ.

7 мая выдѣленіе крови совершенно прекратилось.

10 мая швы были удалены; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ наступило *grimo intentio*. Отверстіе свободно пропускаетъ палецъ и растяжимо. Стѣнки влагалища еще плотны и гладки; каналъ безъ наклонности къ спаденію; замѣтны слѣды начавшагося сформированія *portionis vaginalis*; *orificium extern.* въ видѣ зубчататаго, звѣздообразнаго, слегка зіющаго отверстія; передняя губа въ видѣ слабо выраженнаго возвышенія, задняя прощупывается уже въ формѣ хорошо опредѣляемаго валика. Черезъ наружные покровы живота матка не прощупывается.

21 мая наружные половые органы представляются совершенно правильно расположенными; наружная щель закрыта соприкасающимися между собою большими губами. Рана зажила совершенно; отверстіе для пальца свободно проходимо. Влагалище укоротилось, передняя стѣнка длиною въ 7 см., задняя—въ 9 см. На передней образовалась рѣзковыраженная

складчатость; задняя же еще гладка; каналъ почти спался; *portio vaginalis* коротко; губы его въ видѣ довольно рельефно выступающихъ валиковъ, *orificium externum* пропускаетъ концы пальца. Длина полости матки 9 см.

Считая себя вполне здоровою, больная въ этотъ день выписалась изъ клиники.

Что касается микроскопическаго изслѣдованія выдѣлившейся жидкости, то она содержитъ значительное количество зернистаго пигмента, красныхъ кровяныхъ шариковъ и плоскія эпителиальныя клѣтки.

Гистологическое строеніе вырѣзанной перепонки представляется довольно сложнымъ; на срѣзкахъ ея, полученныхъ микротомомъ черезъ всю толщю препарата, предварительно обработаннаго по нижеприведенному рецепту ¹⁾ и окрашеннаго гематоксилиномъ, никрозиномъ, эозиномъ и сафраниномъ, а равно и однимъ пикрокарминомъ, рѣзко выступаетъ слоистое расположеніе равнообразныхъ тканей, входящихъ въ составъ перепонки. Слои эти, по направленію свнутри кнаружи, состоятъ:

1) Изъ *слизистой оболочки*, которая по строенію своему является здѣсь совершенно аналогичною со слизистой оболочкою влагалища вообще; поверхность ея, снабженная складками и массою различной величины сосковъ, покрыта многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, доходящимъ по мѣстамъ до 0,6 мм. толщины; вся же толщина оболочки представляется пронизанною болѣе или менѣе широкими сосудистыми стволиками.

2) За слизистой оболочкою слѣдуетъ очень толстая *muscularis*, состоящая изъ 3-хъ слоевъ: а) *внутренняго* — поперечнаго, б) *серединнаго* — продольнаго и в) *наружнаго* — также поперечнаго. Внутренній слой содержитъ въ себѣ довольно толстыя пучки мышечныхъ волоконъ связанныхъ между собою небольшимъ количествомъ межмышечной соединительной ткани; пучки серединнаго слоя относительно тонки, нѣкоторые изъ нихъ косвенно заходятъ въ поперечные наружные слои; слой наружный почти ничѣмъ не отличается отъ слоя внутренняго.

¹⁾ Свеже вырѣзанная перепонка уплотнялась 12 часовъ въ 50% алкоголь и 12 часовъ въ абсолютномъ; затѣмъ около 6 часовъ содержалась въ гвоздичномъ маслѣ при t. 38 C., и 6 часовъ въ Ol. Thererb. rectificiss. при той же температурѣ; откуда переносилась въ равную смѣсь Ol. ther. et. Paraffini на 4 часа при t.—38° C., а затѣмъ заливалась расплавленнымъ на водяной банѣ парафиномъ при t.—50° C.

3) Снаружи *muscularis* расположена наружная *слизистая оболочка* со свойствами вышеописанной внутренней. Поверхность ея также снабжена многочисленными довольно развитыми сосочкообразными возвышеніями, которыя здѣсь представляются по большей части одиночными; складчатости же, наблюдаемой на внутренней оболочкѣ, на наружной нѣтъ совершенно. Что же касается эпителиальнаго ея покрова, то онъ также состоитъ изъ многослойнаго плоскаго эпителія, достигающаго 1,0—1,5 mm. толщины, при чемъ клѣточные элементы самаго поверхностнаго наслоенія очень близко подходятъ и по формѣ и по окраскѣ къ роговому слою эпидермоидальнаго покрова кожи.

На основаніи вышеизложеннаго данное ^{Д.} перепончатое образование должно быть разсматриваемо, какъ ^{было} пликатура вагинальной стѣнки; трактовать же его, какъ *hymen imperforatus*, было бы ошибочно частію въ виду опредѣленныхъ анатомо-клиническихъ свойствъ данной вагинальной перепонки, частію же въ виду того, что, насколько намъ извѣстно, нигдѣ нѣтъ указаній на возможность подобнаго, аналогичнаго съ вагинальными стѣнками строенія гипертрофированной, мясистой дѣвственной плевы. Объяснить же происхожденіе подобнаго аномальнаго состоянія вагины, на основаніи существующихъ теорій, едвали возможно. Согласно общепринятому взгляду низко сидящія вагинальныя перепончатыя заращенія разсматриваются, какъ продуктъ зародышеваго воспалительнаго процесса. При чемъ, по изслѣдованіямъ *Dohrn'a* ¹⁾, данное патологическое осложненіе происходитъ приблизительно около 15—16 недѣли эмбриональной жизни, когда стѣнки вагинальнаго канала прилежать другъ къ другу довольно тѣсно, а существующія эпителиальныя склейки между соприкасающимися поверхностями, которыя по *Piana* и *Bassi* ²⁾, составляютъ физиологическое явленіе даннаго періода и у человѣческаго плода, способствуютъ легкости заращенія просвѣта (*Schröder, Breyski*).

Отсюда, если разсматриваемая нами перепонка есть образование чисто патологическое, то едва ли гистологическое строеніе ея могло бы выразиться въ формѣ типически-нормальнаго расположенія тканей, составляющихъ непосредственное продолженіе вагинальной стѣнки *in toto*. Какъ продуктъ воспалитель-

¹⁾ *Dohrn. Zeit. f. Geb. u. Gyn. T. XI. 1884 г.*

²⁾ *Шредеръ I. с.*

ной склейки, она состояла бы или из чистой соединительной ткани, или же съ примѣсью незначительнаго количества гладкихъ мышечныхъ элементовъ (*Scanzoni*)¹⁾, смотря по глубинѣ, на которую проникло воспалительное измѣненіе.

Вотъ почему строго-выраженная типичность и правильность въ расположеніи тканей перепонки, по нашему мнѣнію, должны указывать на возможность инаго происхожденія ея, на развитіе ея изъ того же самаго эмбриональнаго зачатка, изъ котораго развилась и вся вагинальная трубка.

Существующее мнѣніе (*Шредеръ*) относительно происхожденія врожденныхъ, высокосидящихъ, перепончатыхъ заращеній рукава, объясняющее развитіе этого порока такимъ образомъ, что верхняя часть вагинальной трубки принадлежитъ одному, а нижняя другомъ, ^{вскр.} ^{чр.} иллерову протоку, — мнѣніе это можетъ быть также примѣнено къ объясненію развитія и низкорасположенныхъ супрагименальныхъ атрезій. Если же при данномъ способѣ образованія разсматриваемаго порока долженъ существовать остатокъ нижней трубки въ видѣ слѣпо-оканчивающагося кверху канала, то въ нашемъ случаѣ присутствіе небольшой гименальной складки, какъ непосредственнаго продолженія вагинальной стѣнки (*Budin*), несомнѣннымъ служитъ доказательствомъ, что подобный каналъ дѣйствительно существовалъ. Исчезновеніе же его легко объясняется анатомо-патологическими данными послѣдовательныхъ уже осложненій — развитіемъ haematocolpos и нисдавливаніемъ резистентной перепонки книзу, вслѣдствіе чего значительно измѣнилось ея первичное отношеніе къ сосѣднимъ частямъ вообще и къ вагинальнымъ стѣнкамъ въ частности.

¹⁾ *Scanzoni*, Болѣзни женск. полов. органовъ. (1873 г. Русск. перев.).

XI.

Случай родовъ, осложненныхъ фиброміомой шейки и тѣла матки.

Изъ Акушерской клиники Императорскаго Харьковскаго Университета.

II. Н. Чунихина.

22 февраля 1887 года, во 2-мъ часу утра, я былъ приглашенъ въ г. Харьковъ къ роженицѣ А. Д., уроженкѣ Тверской губ., 29 лѣтъ, V пара. Родители ея были здоровые люди и сама она до 1885 г. всегда была здорова, только малокровна. Регулы получила на 15 г.; онѣ всегда были по 4—5 дней, въ умѣренномъ количествѣ, безболѣзненны и появлялись черезъ 3 недѣли какъ до замужества, такъ и послѣ него (исключая беременности и 9 мѣсяцевъ послѣ родовъ, когда она кормила— въ это время регулы не имѣла). 22 лѣтъ вышла замужъ и съ тѣхъ поръ рожала 4 раза съ промежутками почти въ 1½ года; всѣ дѣти родились здоровыми, своевременно и легко. Первые 3 беременности прошли безъ всякихъ осложненийъ, во время 4-й были отеки рукъ и ногъ, которые прошли послѣ родовъ. Всѣхъ дѣтей кормила сама по 9 мѣсяцевъ. Окончивши кормленіе 4-го ребенка въ апрѣлѣ 1886 г., она почувствовала себя очень слабой и обратилась къ доктору, который нашель у нея опухоль матки, о чемъ ей и сказалъ. Въ маѣ 86 г. она опять забеременѣла (между 5 и 15 мая послѣдніе регулы); беременность прошла легко и только подъ конецъ сопровождалась сильною тяжестью въ животѣ при ходьбѣ, чего она во время прежнихъ беременностей не испытывала. 20 февраля въ 7 ч. вечера начались роды, а 22 ф. въ часъ утра (черезъ 30 часовъ) разорвался пузырь. Потуги все время, по словамъ роженицы и двухъ акушерокъ бывшихъ при ней, были частыя и сильныя.

Приѣхавши тотчасъ за излитіемъ воды, я нашель слѣдующее: А. Д. роста ниже средняго, умѣреннаго тѣлосложенія, малокровна, съ слабо развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ. Грудныя железы достаточно развиты; груди слабо напряжены. Органы грудной полости нормальны. На кожѣ живота рядомъ съ се-ребристыми, старыми рубцевыми полосами, находится неболь-

шое количество и новыхъ розовыхъ. Бѣлая линія пигментирована въ умѣренной степени; пупокъ сглаженъ. Яйцевидной формы матка дномъ своимъ наклонена въ правую сторону и доходить до праваго подреберья; на тѣлѣ ея, сантиметра на 2 выше пупка, находится глубокий кольцевидный перехватъ. Головка плода прощупывается внизу надъ входомъ въ тазъ, а спинка на правой сторонѣ; на той же сторонѣ ниже пупка выслушивается сердцебиение плода—135 въ минуту.

Наибольшая окружность живота	91 с.
Окружность большаго таза	89 с.
Отъ лобка до пупка	19 с.
Отъ лобка до дна матки	25 с.
Отъ лобка до прос. хурhoid.	43 с.
Ширина матки	18 с.
Отъ Spina ilei anter. super. dextra до пупка	19 с.
» » » » » » » »ложечки	36 с.
» » » » » sinistra до пупка.	18 с.
» » » » » » » »ложечки	35 с.
Distantia spinarum	22 с.
» cristarum	26 с.
Conjugata externa	19 с.
Distantia intertrochanterica.	31 с.

Большія губы отечны. При внутреннемъ изслѣдованіи ошупывается въ рукавѣ мягкая, отечная опухоль, величиною нѣсколько меньше головы взрослога человѣка, овальной формы, наибольшій ея діаметръ совпадаетъ съ правымъ косымъ діаметромъ таза. Сливаясь съ заднею и лѣвою частями наружнаго маточнаго зѣва, опухоль переходитъ на тѣло матки. Правая часть наружнаго маточнаго зѣва свободна отъ опухоли, истончена и стоитъ высоко; передняя тоже свободна отъ опухоли и растянута надъ нею. Зѣвъ имѣетъ видъ поперечной щели, причемъ передній и задній края его почти соприкасаются, но между ними легко ввести 2 пальца, которые ошупываютъ головку, отодвинутую опухолью въ правую сторону, свободно и высоко стоящую надъ входомъ въ малый тазъ. Сильныя и болѣзненные потуги появлялись черезъ 2—3 минуты и продолжались около 1 минуты. Подъ вліяніемъ ихъ головка крѣпко прижималась къ опухоли, но чуть только потуга проходила, головка становилась опять подвижной. Моча кислой реакціи, удѣльный вѣсъ ея 1,012; при изслѣдованіи на бѣлокъ, полу-

чается слабая опалесценція. Температура 37.4; пульсъ 90; дыханіе 15. Признавши опухоль за интерстиціальную фиброміому матки, я сказалъ роднымъ роженицы, что роды не могутъ кончиться силами природы и посовѣтовалъ перевезти А. Д. въ Харьковскую Акушерскую клинику, такъ какъ квартира и средства роженицы совершенно не позволяли обставить ее какъ слѣдуетъ для предстоящей серьезной помощи и, быть можетъ, тяжелаго послѣродоваго періода.

Когда роженица была перевезена въ клинику, то проф. Н. Ф. Толочиновъ, осмотрѣвши ее, рѣшился немедленно приступить къ искусственному родоразрѣшенію, имѣя въ виду: 1) что роды длятся уже 38 часовъ и, не смотря на сильныя потуги, головка стоитъ подвижно надъ входомъ въ тазъ и 2) что нижній сегментъ матки былъ очень сильно растянутъ (высокое стояніе кольца Bandl'я), почему можно было опасаться разрыва матки. Предложено было попытаться сначала сдѣлать поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ за ножки; еслибы извлеченіе оказалось невозможнымъ, то произвести перфорація послѣдующей головки, а при невозможности поворота кесарское сѣченіе.

Обмывши наружные половые органы и животъ мыломъ и растворомъ сулемы (1:2000) и проспринцевавши рукавъ сулемой же (1:4000) А. Д. была нахлороформирована.

Обмытую въ сулемѣ (1:2000) руку профессоръ ввелъ въ матку, отодвинувши предварительно головку въ правую сторону. Ножки находились у дна матки; сначала была захвачена и выведена въ рукавъ правая ножка, на которую наложили петлю, затѣмъ была низведена лѣвая и поворотъ сдѣланъ былъ довольно легко. Извлеченіе туловища тоже не представляло особыхъ затрудненій; только правая ручка, обращенная къ лобку и запрокинутая за головку, потребовала поворота плода вокругъ продольной оси его, послѣ чего правая ручка обратилась къ промежности и была извлечена. Не смотря на то, что туловище было извлечено, головка стояла высоко во входѣ въ малый тазъ и только послѣ неоднократнаго сильнаго надавливанія на нее черезъ брюшныя покровы и совмѣстнаго потягиванія за туловище плода, головка была введена въ полость малаго таза и затѣмъ извлечена по способу M-me Lachapelle.

Такъ какъ плодъ былъ въ асфиксіи, то пуповина сейчасъ же была перевязана и отрѣзана, а плодъ былъ оживленъ по способу Шульца вмѣстѣ съ обливаніями холодной водой въ горячей ваннѣ. Ребенокъ женскаго пола; длина его 50 cent.,

вѣсъ 3600 grm. Окружность головки 34 с. Поперечникъ плечъ 13 с.

Матка все время слегка массировалась и черезъ 20 минутъ послѣ рожденія ребенка, послѣдъ былъ удаленъ по способу Credé; вѣсъ его 670 grm. Полость матки была промыта растворомъ сулемы 1:6000 и на небольшой разрывъ слизистой оболочки лѣвой большой губы наложены швы изъ сулемованнаго шелка. Послѣ этого появилось кровотеченіе изъ полости матки и небольшихъ надрывовъ слизистой оболочки влагалищной части матки, для остановки котораго дано было внутри 10 gr. pulv. secale cornuti, а полость матки стали орошать ледянымъ растворомъ сулемы (1:6000) черезъ большой катетеръ Боземана-Фритша; но кровотеченіе не останавливалось, а потому, промывши матку 1^o/_o растворомъ карболовой кислоты (чтобы удалить сулему), полость матки и влагалище были затампонированы. Тампоны были сдѣланы изъ 4^o/_o салициловой ваты и обвязаны 10^o/_o іодоформенной марлей.

Тяжелые роды и значительное кровотеченіе послѣ нихъ, при бывшемъ уже малокровіи, повлекли за собою временный упадокъ силъ, требовавшій подкожныхъ впрыскиваній эфира и приложенія бутылокъ съ горячей водой къ конечностямъ; но уже черезъ 1¹/₂ часа это состояніе прошло и родильница чувствовала себя хорошо. На другой день (23 февраля), тампоны были вынуты и вновь уже не клялись, такъ какъ кровотеченія не было; только полость матки была промыта 2^o/_o растворомъ карболовой кислоты. Общее состояніе становилось все лучше и лучше. Температура не была ни разу выше 37.8. Appetitъ и сонъ прекрасные. Послѣродовыя очищенія нормальны. Молоко отдѣлялось въ достаточномъ количествѣ и хорошаго качества, такъ что ребенокъ былъ сытъ и здоровъ (вѣсъ его на 4-й день 3.340 grm., а на 10-й 3.670 grm.).

На 11 день послѣ родовъ А. Д. чувствовала себя такъ хорошо, что была выписана изъ клиники. Ислѣдуя ее въ этотъ день, легко можно было прощупать черезъ брюшные покровы опухоль, которая, выходя изъ полости малаго таза, не доходила до пупка только на 1 поперечный палецъ; на верху ея съ правой стороны находилась въ видѣ придатка плотная, хорошо сократившаяся матка. Опухоль выполняла почти всю полость малаго таза; плотность ея стала гораздо больше, чѣмъ была во время родовъ. Начинаясь отъ задней и лѣвой стороны рукавной части матки, опухоль переходитъ въ тѣло матки.

Передняя губа истончена и растянута надъ опухолью; наружный зѣвъ пропускаетъ 3 пальца; нижняя часть передней маточной стѣнки очень тонка. Высота матки (отъ передней губы до дна) 15 с., ширина 7 с.; высота опухоли 13 с., ширина 11 с.

Случай этотъ, мнѣ кажется, представляетъ интересъ, такъ какъ здѣсь фиброміома развилась и достигла значительной величины безъ всякихъ симптомовъ, которые мы привыкли при этомъ видѣть, каковы кровотеченія, боли, бесплодіе, выкидыши,

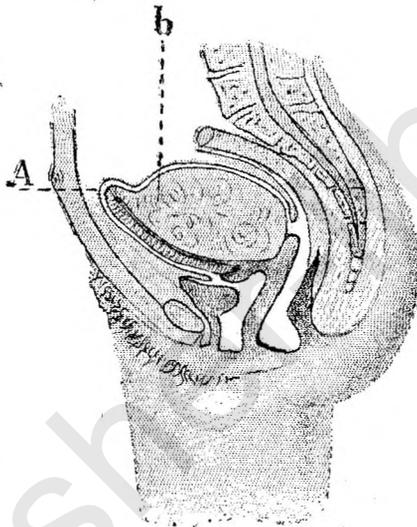


Рис. 1. ¹⁾.

преждевременные роды и пр. Далѣе, такихъ значительныхъ размѣровъ фиброміомы представляютъ крайне серьезное препятствіе для правильнаго теченія родовъ, которые часто даже при искусственномъ пособіи оканчиваются смертью матери или ребенка или даже обоихъ. Такъ Stratz ²⁾, интересуясь осложненіемъ опухолей матки беременностью, разработалъ относящійся сюда матеріалъ Берлинской акушерской клиники за послѣднія 10 лѣтъ; при чемъ оказалось, что изъ бывшихъ за это время

¹⁾ Послѣдній разъ я видѣлъ А. Д. въ декабрѣ, т. е. около 9 мѣсяцевъ спустя послѣ родовъ и нашелъ, что опухоль съ тѣхъ поръ немного увеличилась во всѣхъ размѣрахъ. Матка (рис. 1. А) сидитъ на правой сторонѣ передней поверхности опухоли (b). Длина полости матки 14 с. Общее состояніе здоровья удовлетворительно.

²⁾ Zeitschr. f. Geburt. u. Gyn. Bd. XII Hft 2 за 1886 г. стр. 262.

въ клиникѣ родильницъ съ большими фиброміомами матки, остались въ живыхъ 46.2% матерей и 61.5% дѣтей; $\frac{1}{3}$ часть изъ этихъ матерей перенесли тяжелыя послѣродовыя заболѣванія. По этому Stratz приходитъ къ тому заключенію, что во всѣхъ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ во время беременности дѣлать удаленіе фиброміомъ или, еще лучше, производить искусственные выкидыши. Нашъ случай, кончившійся такъ благоприятно для матери и плода, показываетъ, что даже и при большихъ фиброміомахъ, занимающихъ рукавную часть матки и шейку, т. е., мѣста, развиваясь на которыхъ опухоли наиболѣе затрудняютъ роды, послѣдніе иногда могутъ быть окончены съ сохраненіемъ жизни матери и плода. На возможность такого хорошаго исхода родовъ, при большихъ фиброміомахъ матки, существуетъ не мало указаній въ литературѣ. Благоприятнымъ условіемъ для этого является наблюдаемое всегда во время родовъ размягченіе опухоли; если при этомъ опухоль можетъ быть отодвинута въ большой тазъ, то имѣется много шансовъ на благоприятный исходъ. Но даже при отсутствіи этого послѣдняго условія, хорошій исходъ не исключается ¹⁾. Кажущіяся иногда непреодолимыми препятствія, которыя представляютъ эти опухоли для родовъ, *per vias naturae*, на дѣлѣ оказываются преодолимыми, какъ это и было въ нашемъ случаѣ, гдѣ мы были убѣждены, что дѣло кончится кесарскимъ сѣченіемъ, а между тѣмъ удалось сдѣлать поворотъ и извлеченіе живаго, крупнаго ребенка. Поэтому къ той терапіи, которую Stratz считаетъ наилучшею при данныхъ обстоятельствахъ, т. е., къ производству искусственнаго выкидыша, надо прибѣгать съ крайнею осторожностью и въ исключительныхъ случаяхъ.

¹⁾ А. Я. Крассовскій. Оперативное акушерство. Изданіе 3-е (1885 г.), стр. 384.

РИСУНКИ

къ статъѣ врача П. И. Архангельскаго: „случай двойнаго уродства у чловѣка: *dicerhalus thoracogastro-pagus tetrabrachius tripus*“.

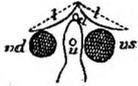


Рис. 5-й.

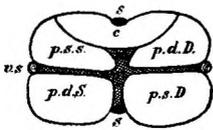


Рис. 6-й.

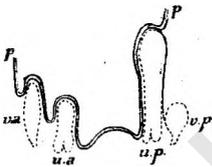


Рис. 7-й.

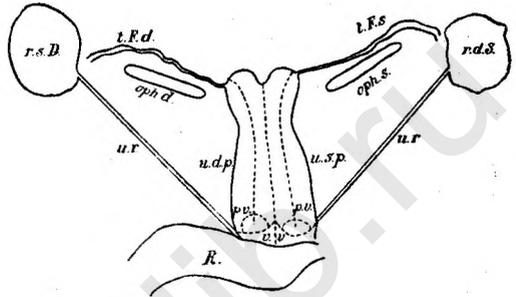


Рис. 9-й.

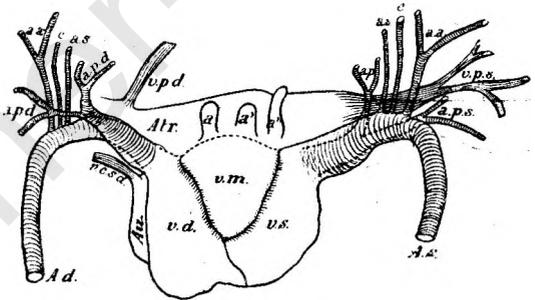


Рис. 10-й.

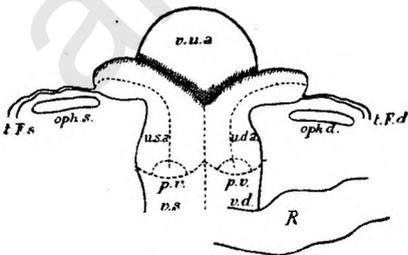


Рис. 8-й.

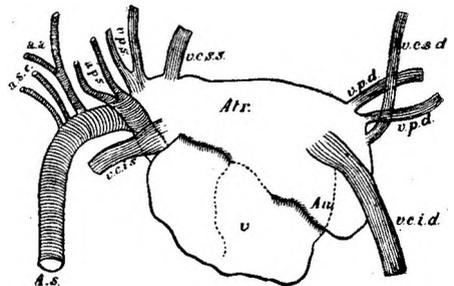


Рис. 11-й.

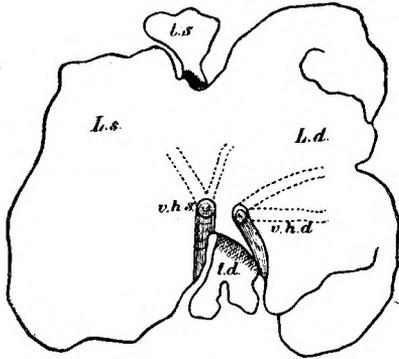


Рис. 12-й.

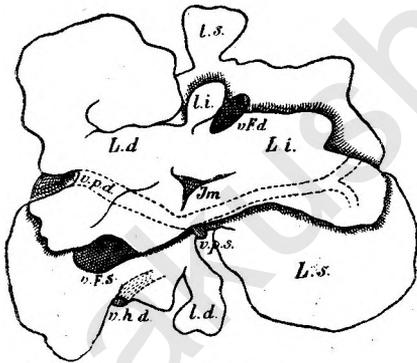


Рис. 13-й.

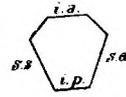


Рис. 14-й.



Рис. 15-й.



Рис. 16-й.

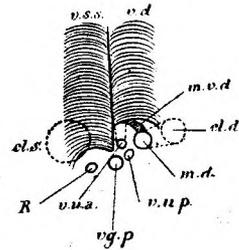


Рис. 17-й.

Объясненія къ рисункамъ.

Рис. 5. *Наружные половые органы* (схемат. рис.).—l—labia majora; vd—vagina (=cloaca) dextra; vs—vag. sinistra; cl—clitoris; u—urethra.

Рис. 6. *Поперечный разръзъ грудной полости* (схематич. рис.).—s—Sternum; v. d.—vertebrae dextrae; v. s.—vertebrae sinistrae; p d D, p s D—pulmo dexter et sin. Dextri; p s S, p. d. S—pulmo sin. et dext. Sinistri; m—mediastin. c—cor.

Рис. 7. *Сагиттальный разръзъ тазовыхъ органовъ* (схем. рис.).—P.—peritoneum; v. a, v. p.—vesica anterior et posterior; ua, up—uterus anterior et posterior; R—rectum.

Рис. 8. *Видъ передней матки сзади*.—V. u. a—vesica urinaria anterior; t. F. d, t. F. s—tuba Fallop. dextr. et sin.; oph. d., oph. s.—oophoron dexter et sinister; u. s. a., u. d. a—uterus sinister et dexter anter.; p. v.—portio vaginalis; v. d., v. s.—vagina dextra et sinistra; R—rectum.

Рис. 9. *Видъ задней матки спереди*.—R. s. D—ren sinister Dextri; r. d. S—ren dexter Sinistri; t. F. d., t. F. s—tuba Fallop. dextra et sinistra; oph. d., oph. s—oophoron dexter et sinister; ur—urether, u. d. p., u. s. p.—uterus dexter et sinister posterior; p. v.—portio vaginalis; v—vagina; R—rectum.

Рис. 10. *Передняя поверхность сердца*.—Atr—atrium; v. d., v. m., v. s—ventric. dexter, medius et sinister; a, a', a"—auricula, atrii; Au—auric. atrii majus; Ad, As—aorta dextra et sin., a. p. d., a. p. s.—art. pulmon. dextr. et sin.; v. p. d.; v. p. s—vena pulmon. dextr. et sin.; v. c. s. d.—vena cava super. dextra; a. a.—art. anonyна; c—carotis; a. s.—art. subclavia.

Рис. 11. *Задняя поверхность сердца*.—Atr.—atrium; v—ventriculi; Au—auriculum majus; A. s.—aorta sinistra; a. s.—arteria subclavia; c—carotis; a. a.—art. anonyна; a. p. d.—art. pulmon. dextra; v. p. d., v. p. s.—vena pulmon. dext. et sin.; v. c. s. d., v. c. i. d.—vena cava sup. dex. et sin.; v. c. s. s., v. c. i. s.—vena cava super. et infer. sin.; v. p. s.—vena pulmon. sin.

Рис. 12. *Печень сверху*. L. d., L. s.—lobus dexter et sinister; l. d., l. s.—lobulus dexter et sinister; v. h. d.,—v. h. s—vena hepatica dextra et sinistra.

Рис. 13. *Печень снизу*. L. d., L. s.—lobus dexter et sinister; l. d., l. s.—lobuli dexter et sinister; L. i.—lobus inferior; Im—impressio; v. F. d., v. F. s—vesica fellea dextra et sinistra; v. p. d., v. p. s.—vena portae dextra et sinistra; l. i.—lobulus inferior; v. h. d.—vena hepatica dextra.

Рис. 14. *Входъ въ тазъ* (схематич. рис.).—Ia, ip—os innominatum anterius et posterius; s. d., s. s.—Sacrum dextrum et sinistrum.

Рис. 15. *Скелетъ стопы сверху*.—H—hallus; d. d.—digitus dorsalis (duplex); cu—oscuеiforme; l—os lunatum; n. I—os naviculare I; th—os thalus; cc—os calcaneum; m. t.—malleolus tibiae.

Рис. 16. *Голенно-стопное сочлененіе сзади*.—T—tibia; f—fibula; cc—os calcaneum; th—os thalus.

Рис. 17. *Отверстія клоаки* (схематич. рисун.).—S.—septum (inter vaginale); v. s. v. d.—vagina sinistra et dextra; m. v. d.—membrana vaginae dextrae (клапанобразная); cl. d., cl. s.—cloaca dextra et sinistra (наружныя отверстія клоаки: правое и лѣвое, или, по положенію своему около большихъ губъ, начальныя части влагалищъ); m. cl.—ходъ изъ клоаки въ наружное правое отверстіе; v. u. p.—vesica urinaria posterior; vg. p.—vaginae posteriores; v. u. a.—vesica urinaria anterior; R—rectum.

XII.

Случай двойного уродства у человѣка: *dicerphalus thoraco-gastro-pagus tetrabrachius tripus*.

II. Архангельскаго. (Обоань).

Случаи двойныхъ уродствъ у человѣка очень рѣдки, насколько можно судить объ этомъ по диссертациі д-ра Брунса ¹⁾ о двойныхъ уродствахъ (объ этомъ предметѣ), въ которой сдѣланъ довольно тщательный обзоръ тератологической литературы. Изъ этой работы видно, что Ruess, собравшій свѣдѣнія изъ родильныхъ домовъ многихъ большихъ городовъ Европы, получилъ на 100,000 родовъ только 2 случая двойныхъ уродствъ. Самъ Брунсъ, на основаніи отчетовъ д-ровъ Иноевса, Тарновскаго, Гугенбергера, а также и словеснаго сообщенія д-ра Муратова, насчитываетъ 2 случая двойныхъ уродствъ на 123,000 родовъ. У животныхъ двойныя уродства встрѣчаются гораздо чаще, нежели у человѣка. Такъ, по наблюденіямъ Coste ²⁾, у рыбъ на 400,000 вылупившихся рыбокъ встрѣчается 100 двойныхъ уродовъ (1:4000). Lereboullet ³⁾, наблюдавшій за развитіемъ 203,962 щукъ, встрѣтилъ 1 случай двойнаго уродства на 920 нормальныхъ. Darestre ⁴⁾, изучавшій развитіе куриныхъ зародышей, приводитъ на 10,000 зародышей 2 тройныхъ урода и 38 двойныхъ (1:250). Существованіе классификацій уродствъ еще не доказываетъ, что въ распоряженіи патологовъ имѣется достаточный и хорошо изученный матеріалъ, — уже потому, что такихъ классификацій нѣсколько; да и взаимное отношеніе различныхъ частей уродствъ настолько разнообразно, что почти каждый новый случай представляетъ свой казуистическій интересъ. Вотъ почему я счелъ нужнымъ познакомить товарищей съ представившимся мнѣ случаемъ двойнаго уродства, который заслуживаетъ тѣмъ большаго вниманія, что принадлежитъ къ сравнительно рѣдкой разновидности, именно къ кате-

¹⁾ Брунсъ. О двойныхъ уродствахъ. Дисс. Москва, 1880 г., стр. 20.

²⁾ I. с., стр. 22.

³⁾ I. с., стр. 22.

⁴⁾ I. с., стр. 22.

gorii terata anakatadidyma, представляющихъ раздвоеніе съ обоихъ концовъ тѣла. По Förster'у на 500 извѣстныхъ въ литературѣ случаевъ двойнаго уродства приходится 31 случай terata anakatadidyma ¹⁾).

Вечеромъ 14 декабря 1886 г. я былъ приглашенъ Обоянской земской акушеркой—фельдшерницей М. А. Пезаровіусъ ²⁾) для вскрытія трупа урода, при рожденіи котораго она присутствовала въ тотъ же день.

Мать урода — крестьянка Курской губерніи, Обоянскаго уѣзда, деревни Нагорный Хуторъ, Марина Галкина, 37 л.; она высокаго роста, съ хорошо развитой костной системой, мускулатура вялая; подкожный жирный слой развитъ слабо; слизистыя оболочки глазъ и рта блѣдны. Первые регулы появились на 16 году безъ боли и установились сразу; приходили черезъ каждыя 3 недѣли и продолжались по 4 дня. Вышла замужъ 17-ти лѣтъ, скоро забеременѣла, но на 5 мѣсяцѣ упала и выкинула. Послѣ выкидыша была чѣмъ-то больна: впродолженіе 4-хъ недѣль лежала въ постели безъ сознанія. Въ послѣдующія беременности была здорова; роды и послѣродовые періоды проходили благополучно. Всѣхъ дѣтей имѣла 9 (мальчики). Въ послѣдніе 3 года дѣтей не было. За годъ передъ настоящей беременностью Галкина страдала сильными маточными кровотечениями, продолжавшимися 30 недѣль и принудившими ее лечь въ земскую больницу, гдѣ кровотечения скоро прекратились. Послѣднія регулы, по указаніямъ Г—ой, были приблизительно въ началѣ марта 1885 г. Во время послѣдней беременности, особенно со второй половины, чувствовала общую слабость, одышку, сердцебиеніе и мучительную тяжесть внизу живота, такъ что съ трудомъ передвигала ноги.

Роды начались 13 декабря поздно вечеромъ; къ полночи родился первый ребенокъ (дѣвочка) въ черепномъ положеніи. Вскорѣ по отхожденіи послѣда, прошли вторыя воды и показались одна за другой 3 ножки съ нижней частью туловища. Сколько присутствовала при родахъ деревенская бабка ни тя-

¹⁾ Цитировано по статьѣ прозек. Федорова: «къ ученію объ уродствахъ. Двойное уродство у человѣка» и проч. См. «Русск. Медиц.» 1886 годъ, №№ 21 и 22.

²⁾ Считаю долгомъ выравить здѣсь мою благодарность этой любящей свое дѣло и знающей акушеркѣ-фельдшер. за настоящій случай, знакомствомъ съ которымъ я обязанъ исключительно ея любознательности. Послѣдующія свѣдѣнія относительно матери и механизма родовъ также любезно доставлены г-жей Пезаровіусъ,

нула за ножки, плодъ не подавался впередъ. Акушерка П—съ явилась въ 11 часовъ утра 14-го. Освободивши 4 ручки, она нашла нижележащую головку лицомъ повернутой къ крестцовой впадинѣ и извлекла ее при помощи указательнаго пальца, который былъ введенъ въ ротъ. Вторая головка выскользнула вслѣдъ за первой настолько быстро, что П—съ не успѣла и замѣтить ея положенія. Вскорѣ вышелъ второй послѣдъ довольно объемистый, но одиночный и безъ раздѣленій; пуловина при немъ одна. Каждый послѣдъ съ оболочками представляетъ совершенно отдѣльное цѣлое и не имѣетъ ничего общаго съ другимъ послѣдомъ. Первый плодъ родился живымъ, а 2-й мертвымъ. Роды были окончены г-жей П—съ въ теченіе часа; продолжительность ихъ меньше 20 часовъ.

Съ какою силою бабка тащила урода, можно судить потому, что у него оказались глубокіе надрывы мягкихъ частей во всѣхъ трехъ пахахъ, достигающіе до тазобедренныхъ суставовъ; эпидермисъ на большей поверхности ножекъ ссаженъ; оба позвоночника надорваны въ своихъ нижнихъ частяхъ. Не смотря на такую варварскую помощь, родильница чувствовала себя настолько хорошо, что сочла лишнимъ послать за акушеркой, вскорѣ же встала и на 4-й день послѣ родовъ пекла хлѣбы. Спустя мѣсяць послѣ родовъ, Галкина была осмотрѣна г-жею П—съ, при чемъ у нея было найдено незначительное выпаденіе передней стѣнки влагалища, констатированное г-жею П—съ тотчасъ послѣ родовъ. Неизвѣстно, было ли раньше это выпаденіе; но всего вѣроятнѣе, что оно причинено усердіемъ бабки.

Родившаяся первю дѣвочка по своимъ размѣрамъ вполне походитъ на каждую половину урода. Въ настоящее время она представляется вполне здоровой.

Наружный осмотръ урода ¹⁾). Уродъ имѣетъ 2 совершенно

¹⁾ Галкина уступила трупъ только на самое короткое время съ тѣмъ, чтобы возвратитъ его назадъ; онъ былъ въ моемъ распоряженіи лишь нѣсколько часовъ въ позднее ночное время. Этимъ обстоятельствомъ, а отчасти и трудностью вскрывать ребенка-урода, объясняются многіе недостатки вскрытія: напримѣръ, печень извлечена не такъ тщательно, какъ бы слѣдовало и пр. Узнавши впоследствии, что, при содѣйствіи полиціи, я могъ бы оставить у себя и всего урода (мною оставлены всѣ органы грудной и брюшной полостей, обѣ грудины и задняя ножка), я не раскался въ томъ, что не сдѣлалъ такъ. Всякій, кому приходилось работать въ глуши, знаетъ, какъ трудно прививается въ крестьянствѣ рациональная медицина. Если же въ дѣла медицинскія врачъ будетъ иногда замѣшивать и полицію, то этимъ, мнѣ кажется, еще больше затормозится распространеніе медицинской помощи въ деревняхъ.

отдѣльныя и вполнѣ нормальныя головы и шеи, одно туловище, представляющее сліяніе двухъ туловищъ, 4 верхнихъ и 3 нижнихъ конечности. По виду каждая половина плода представляется немного меньше нормального доношеннаго плода. Головки лицами обращены другъ къ другу и нѣсколько впередъ относительно общаго туловища, передняя поверхность котораго опредѣляется прикрѣпленіемъ пуповины, положеніемъ двухъ нижнихъ конечностей и наружныхъ половыхъ органовъ. Грудныя клѣтки праваго и лѣваго плода (выраженія: «правый плодъ и лѣвый плодъ» для краткости будутъ обозначаемы буквами П и Л) обращены другъ къ другу и соединены между собою передними частями, такъ что лѣвая ключица Л соединена съ правой ключицей П, а правая ключица Л переходитъ въ лѣвую П. Соединеніе реберъ происходитъ какъ разъ посрединѣ общаго туловища спереди и сзади его. Въ мѣстахъ перехода одной грудной клѣтки въ другую находятся продольныя углубленія; изъ нихъ заднее выражено значительно рѣзче; это потому, что каждое отдѣльное туловище своей передней стороною больше обращено въ переднюю сторону общаго туловища. Въ названныхъ углубленіяхъ прорщупываются плотныя хрящевыя соединенія грудныхъ клѣтокъ, соотвѣтствующія грудинамъ. Верхніе концы этихъ грудиныхъ соединены между собою хрящевымъ мостикомъ, благодаря которому грудная клѣтка каждой половины имѣетъ свою *aperturam thoracis superiorem*. Длина передней грудины=6 с.; длина задней=8 с.; ширина мостика=1 с.; длина его=1,5 с. Позвоночникъ каждого плода обращенъ въ соотвѣтствующую боковую сторону общаго туловища и отчасти кзади. Верхнія конечности вполнѣ развиты и нормальны: каждая пара ихъ имѣетъ нормальное отношеніе къ своему туловищу. По отношенію къ общему туловищу лѣвая конечность Л и правая П обращены впередъ, а правая Л и лѣвая П смотрятъ назадъ. На каждой клѣткѣ находятъ нормально расположенные соски, такъ что всѣхъ сосковъ уродъ имѣетъ 4: одна пара ихъ находится на передней поверхности общей груди, а другая на задней. Разстояніе между передними сосками=6,5 с., а между задними=5,2 с. Изъ переднихъ сосковъ ближайшій къ срединной линіи общаго туловища—лѣвый: его разстояніе отъ этой линіи—2,5 с.; а изъ заднихъ сосковъ ближе къ срединной линіи правый (иначе лѣвый П): разстояніе его=2 с. Изъ этого видно, что оба плода передними сторонами грудныхъ клѣтокъ обращены нѣсколько впередъ и

II больше, нежели I. По мѣрѣ приближенія къ тазу, слияніе плодовъ увеличивается и окружность туловища становится значительно меньше. Каждый позвоночникъ внизу переходитъ въ отдѣльный крестецъ. Тазъ общій, представляетъ кольцо, въ которомъ соединены 2 таза. Съ боковъ таза на нормальныхъ мѣстахъ находятся 2 нормальные и вполне развитыя нижнія конечности: правая и лѣвая. Сзади на срединной линіи съ тазомъ сочленяется третья ножка, которая сильно приведена къ туловищу, такъ что голень и стопа ея смотрятъ вверхъ. Эта задняя ножка имѣетъ столько особенностей, что будетъ разсмотрѣна отдѣльно. Ягодицъ двѣ; онѣ хорошо развиты и расположены нормально. Соотвѣтственно верхушкѣ копчика съ каждой стороны имѣется пупковидное вдавленіе кожи, —намекъ на заднепроходныя отверстія. Спереди туловища, книзу отъ симфиза лобковыхъ костей, находятся двѣ большія срамныя губы сходящіяся своими верхними концами подъ очень тупымъ угломъ; нижніе концы ихъ переходятъ въ кожу промежности. Мѣсто соединенія губъ лежитъ на срединной линіи тѣла; онѣ плохо развиты: длина каждой=1 с. Тотчасъ подъ мѣстомъ соединенія большихъ губъ находится хорошо развитый клиторъ. Ниже клитора, на срединной же линіи, находится овальный участокъ кожи, покрытый ороговѣвшимъ эпителиемъ; къзади и внизъ онъ переходитъ въ кожу промежности. Длина этого овала=1 с., а ширина меньше 1 с.; въ серединѣ его есть отверстіе въ которое тонкій зондъ проходитъ только на 1 с.; это, вѣроятно, часть ненормально сформированной уретры. Кнаружи отъ овала въ обѣ стороны находится по одному круглому зияющему отверстію не одинаковаго размѣра: ширина праваго=0,5 с., а ширина лѣваго около 1 с. Какъ увидимъ ниже, это—наружныя отверстія клоаки. Края ихъ совершенно гладки и не представляютъ слѣдовъ ни малыхъ губъ, ни дѣвственной плевы.

Размѣры отдѣльныхъ частей урода слѣдующіе. Длина его=47 с. Окружность головки II (измѣренная чрезъ наиболѣе выдающіяся точки)=31,5 с.; окружность головки I=30,5 с. Общая окружность груди=37,7, окружность груди II=19,5 с.; окружность груди I=17 с. Длина каждой ручки=19,5 с. (руки измѣрялись отъ acromion). Длина каждой нормальной ножки=18,2 с. (ноги измѣрялись отъ trochanter major). Длина задней ноги=16 с. Разстояніе пуповины до верхняго края симфиза=5,5 с. Сличая эти размѣры съ размѣрами одиночнаго до-

ношенного плода¹⁾, находимъ, что они меньше. Тоже замѣчено и во всѣхъ описанныхъ случаяхъ доношенныхъ двойныхъ уродствъ²⁾.

При вскрытіи *грудной полости* найдено, что сзади передней грудины находится сердечная сумка, занимающая почти всю переднюю часть общей грудной полости; въ ней помѣщается одиночное большаго размѣровъ сердце. Сзади отъ сердца, въ обѣихъ половинахъ общей грудной полости, помѣщаются 4 совершенно отдѣльныхъ другъ отъ друга плевральныхъ полости, въ которыхъ находятся 4 легкихъ. Каждая пара легкихъ принадлежитъ отдѣльному плоду и нормально расположена относительно своего позвоночника. Вблизи каждаго позвоночника нормально расположены трахея съ бронхами и пищеводъ. Правое легкое II имѣетъ 3 доли, а лѣвое легкое II—2 доли, съ подраздѣленіемъ нижней доли на 2 части. Въ правомъ легкомъ II три доли, а въ лѣвомъ — двѣ. Спереди каждой трахеи въ грудной полости находится по одной отдѣльной зубной желѣзѣ; поперечникъ каждой изъ нихъ=2 с., а длина перешейка=1 с. Длина каждаго пищевода=7 с. Длина каждой трахеи до bifurcatio=3,5 с. Діафрагма одна, представляетъ два сухожильныхъ центра. *Брюшная полость* общая, безъ раздѣленій. Сальниковъ нѣтъ. Верхняя часть ея занята большою печенью, которая представляетъ 2 слившіяся передними краями печени. Въ лѣвомъ подреберьи каждаго плода находится по желудку. У праваго при желудкѣ имѣется одна селезенка (длина ея=3,5 с., а ширина=2 с.), а у лѣваго 4 совершенно отдѣльныя селезенки, внизу связанныя между собою соединительною тканью. Онѣ расположены такимъ образомъ, что самая большая прикасается къ ребрамъ, а самая маленькая примыкаетъ къ желудку. По размѣрамъ самая большая лѣвая селезенка=правой, рядомъ лежащая нѣсколько меньше ея, 3-я съ горошину, а 4-я еще меньше. Отъ каждаго желудка начинается отдѣльная 12-типерстная кишка. Поджелудочныхъ желѣзъ 2; та и другая нормально расположены относительно своей 12-типерстной кишки и посылаютъ къ нимъ свои выводные протоки. Отъ каждой 12-типерстной кишки начинается отдѣльный кишечный трактъ, имѣющій отдѣльную и нормально лежащую

¹⁾ По Шредеру нормальные размѣры доношеннаго одиночнаго плода слѣдующіе: длина=51 с., окруж. головы=34,5 с. (См. «Курсъ акушерства» 1881 г., стр. 50 и 53).

²⁾ Брунсъ—1 с., стр. 133.

относительно своего позвоночника брыжейку. Вблизи праваго позвоночника нижнія части брыжеекъ сближаются и въ нижнихъ частяхъ отдѣльныхъ подвздошныхъ кишекъ происходитъ слияніе кишечниковъ въ общій каналъ. Брыжейки же остаются отдѣльными, такъ что общая часть кишечнаго тракта имѣетъ двѣ брыжейки, прикрѣпляющіяся къ задней его сторонѣ. Тонкія кишки переходятъ въ толстыя: на границѣ между ними находится хорошо развитая слѣпая кишка съ *processus vermicularis*. Двойная брыжейка продолжается до конца толстыхъ кишекъ. Длина праваго кишечника до мѣста слиянія = 229 с.; длина лѣваго кишечника до мѣста слиянія = 270 с. Длина общей части тонкихъ кишекъ до слѣпой кишки = 24 с. Длина толстыхъ кишекъ = 44 с. Толстыя кишки лежатъ больше въ правой сторонѣ брюшной полости; нижняя часть ихъ идетъ справа направо и заканчивается въ срединѣ таза, гдѣ лежитъ между двумя матками, передней и задней. Въ концѣ праваго кишечнаго тракта, у мѣста его слиянія съ лѣвымъ, имѣется зачаточный *processus vermicularis*, который сращенъ съ правымъ кишечникомъ и имѣетъ направленіе по продольной оси его. Просвѣтъ тонкихъ кишекъ не вполнѣ равномеренъ: 12-типерстныя кишки очень узки, онѣ вдвое уже начала тощихъ кишекъ; размѣры же тощей и подвздошной кишекъ колеблутся между 2 и 3,5 с. (въ окружности). Въ толстыхъ кишкахъ эта неодинаковость діаметра выражена еще больше: такъ, въ самомъ началѣ ихъ окружность = 3 с., а часть, лежащая въ тазу, имѣетъ 7 с. въ окружности. Почекъ 4; расположены попарно около обоихъ позвоночниковъ, но не на одномъ уровнѣ и размѣры ихъ неодинаковы. Правая почка у II верхнимъ краемъ лежитъ противъ 2-хъ нижнихъ реберъ; она самая большая. Верхній край лѣвой почти съ той же стороны приходится противъ нижняго края правой. Лѣвая почка Л лежитъ немного ниже, чѣмъ правая у II. Правая почка у Л гораздо меньше лѣвой и лежитъ ниже всѣхъ другихъ почекъ. При каждой почкѣ мочеточникъ и очень развитая надпочечная желѣза.

Въ тазу, позади симфиза лобковыхъ костей и передней брюшной стѣнки, находится мочевой пузырь; къ нему идутъ 2 мочеточника отъ переднихъ почекъ, т. е., отъ правой II и лѣвой Л. Брюшина сзади пузыря переходитъ на матку, которая представляется двурогою. Отъ каждаго рога идетъ широкая связка, содержащая фаллопиеву трубу и яичникъ; яичники лежатъ на задней сторонѣ широкихъ связокъ и не покрыты

брюшиной; каждый из них представляется въ видѣ тоненькаго продолговатаго тѣла. Съ задней поверхности матки брюшина переходитъ на нижній конецъ толстой кишки, а съ кишки — на вторую матку, лежащую въ задней части таза по срединной линіи, противъ передней матки. Задняя матка выше передней; тѣло ея вверху раздѣлено на протяженіи 1 с.; брюшина покрываетъ только переднюю поверхность ея и отчасти края, вся же задняя поверхность находится внѣ брюшиннаго мѣшка. Клѣтчатка, лежащая сзади этой матки, развита значительно, почему и матка представляется подвижною и прикрѣпленною къ задней брюшной стѣнкѣ какъ бы при помощи брыжейки. Отъ верхнихъ угловъ задней матки кнаружи и отчасти вверхъ, по направленію къ ближайшимъ почкамъ (заднимъ), идутъ 2 слабо выраженные складки брюшины; въ каждой изъ нихъ находится фаллопиева труба и яичникъ. Эти фаллопиевы трубы длиннѣе переднихъ; задніе яичники по формѣ походятъ на передніе, но также длиннѣе ихъ; они не покрыты брюшиной и лежатъ на передней поверхности широкихъ связокъ. По отсепарованіи задней матки, сзади ея оказался другой мочевоу пузырь, который гораздо меньше передняго и помѣщается на 4,5 с. ниже верхняго края матки. Этотъ пузырь находится, слѣдовательно, внѣ брюшиннаго мѣшка и съ брюшиной нигдѣ не соприкасается; къ нему идутъ 2 мочеточника отъ заднихъ почекъ, т. е., отъ лѣвой II и отъ правой I.

Сердце, печень, тазовые органы, такъ и задняя нога представляютъ столько особенностей, что необходимо рассмотреть ихъ болѣе подробно.

Сердце по наружному виду напоминаетъ нормальныя очертанія съ тою только разницею, что оно значительно больше нормальнаго и особенно растянуто въ поперечникѣ; кромѣ того, верхушка обращена больше въ правую сторону и влѣво отъ нея есть довольно замѣтная вырѣзка края. На передней поверхности ясно видна граница между желудочками и предсердіями; она имѣетъ горизонтальное направленіе съ дугообразнымъ выпячиваніемъ кверху въ средней части. Разстояніе отъ верхушки сердца до его основанія = 6 с.; разстояніе же отъ верхушки до предсердій = 4 с. Поперечникъ желудочковъ на границѣ съ предсердіями = 5 с. На передней поверхности сердца, отступя на 1 с. отъ праваго края и почти параллельно ему, идетъ сверху внизъ борозда, доходящая до лѣваго края сердца. На такомъ же разстояніи отъ лѣваго края и парал-

лельно ему идетъ внизъ другая борозда, которая доходить только до предыдущей борозды. Такимъ образомъ, между этими бороздами получается треугольникъ, имѣющій основаніемъ дугообразную часть передней границы между предсердіями и желудочками. При ощупываніи желудочковъ, оказывается, что этому треугольнику соотвѣтствуетъ отдѣльная полость. Предсердіе спереди имѣетъ видъ горизонтальной трубки, діаметръ которой въ различныхъ частяхъ неодинаковъ. На передней поверхности его, противъ описаннаго выше треугольника, выстоятъ 3 пальцевидныхъ ушка неодинаковыя по величинѣ: длина праваго—1 с.; ширина его = 2 mm.; длина средняго меньше 1 с.; ширина его = 4 mm.; длина лѣваго больше 1 с.; ширина его = 2 mm. Разстояніе между ушками = 1 с. Задняя граница между предсердіями и желудочками представляется въ видѣ дуги, выпуклость которой обращена внизъ, при чемъ самая выпуклая часть дуги соотвѣтствуетъ перегородкѣ между желудочками; въ этомъ мѣстѣ разстояніе дуги отъ верхушки сердца = 1,5 с., между тѣмъ, какъ разстояніе той же дуги отъ лѣваго края желудочковъ доходитъ до 2,5 с. Правая часть предсердія даетъ сзади значительное ушковидное выпячиваніе, спускающееся внизъ и отчасти покрывающее заднюю стѣнку праваго желудочка. Разстояніе отъ верхушки этого выпячиванія до границы его съ желудочками = 3 с.; поперечникъ же его около той же границы больше 2 с.

По вскрытіи желудочковъ, оказалось, что ихъ 3: правый, лѣвый и средній; болѣе выражены первые два, а средній представляется въ видѣ придатка къ лѣвому. Длина праваго и лѣваго желудочковъ около 4 с., длина средняго около 2 с.

Ширина полостей желудочковъ:		Толщина стѣнокъ желудочковъ:
Праваго	= 2 с.	меньше 4 mm.
Лѣваго	= 2,5 »	= 4 »
Средняго	меньше 2 »	= 2 »

Въ правомъ и лѣвомъ желудочкахъ значительно выражены trabeculae carneae и слабо musculi papillares. Перегородка между желудочками представляется мускульною, имѣетъ хорошо выраженные мясныя перекладки; по толщинѣ она равна стѣнкамъ желудочковъ. Въ нижней части перегородки находится отверстіе въ 2 mm., сообщающее правой и лѣвой желудочки; вверху она оканчивается у нижней границы средняго желу-

дочка. Правый желудочекъ сообщается съ предсердіемъ при помощи отверстія, имѣющаго трехстворчатый клапанъ. Лѣвый желудочекъ не имѣетъ непосредственнаго сообщенія съ предсердіемъ, а сначала сообщается съ среднимъ желудочкомъ, въ которомъ и имѣется предсердечно-желудочковое отверстіе, снабженное двустворчатымъ клапаномъ. Средній желудочекъ имѣетъ только одну настоящую стѣнку — переднюю, — да и та вдвое тоньше стѣнокъ другихъ желудочковъ; края этой стѣнки завернуты внутрь. Боковыя же стѣнки его состоятъ изъ сосковидныхъ мышцъ принадлежащаго ему клапана (двустворчатого), которыя начинаются отъ задней стѣнки желудочковъ и отчасти отъ передней стѣнки средняго желудка; онѣ расположены довольно тѣсно двумя группами, вправо и влѣво. Вотъ эти-то межмышечныя промежутки и служатъ для сообщенія средняго желудка какъ съ лѣвымъ, такъ и съ правымъ; сообщеніе съ послѣднимъ гораздо меньше. Въ верхнихъ углахъ средняго желудка находятся 2 отверстія, ведущія въ тѣ вѣнечныя артеріи, которыя проходятъ въ переднихъ бороздахъ сердца. Отъ верхне-наружнаго угла праваго желудка начинаются 2 артеріальныхъ ствола, каждый особымъ отверстіемъ. Отъ передняго отверстія начинается легочная артерія праваго плода, дающая двѣ вѣтви: одну для правой его стороны и другую для лѣвой. Отъ задняго отверстія начинается аорта которая недалеко отъ своего начала дѣлаетъ дугообразный изгибъ выпуклостью кверху; эта дуга даетъ нормально расположенные сосуды для верхней половины II; справа налѣво (считая относительно II) порядокъ сосудовъ такой: truncus anony-mus (дающій art. subclav. dextr. и art. carot. dextr.), carotis sinistra и subclavia sinistra. Аорта и легочная артерія снабжены полулунными клапанами, которыхъ по три въ каждомъ сосудѣ. Отъ легочной артеріи къ аортѣ идетъ Боталовъ протокъ, впадающій въ нее тотчасъ ниже начала art. subclaviae sin. Онъ представляетъ дугу, которая выпуклостью обращена внизъ. Въ лѣвомъ желудочкѣ у его верхне-наружнаго угла имѣются тоже 2 артеріальныхъ отверстія, переднее и заднее. Отъ передняго здѣсь начинается аорта, а отъ задняго легочная артерія. Вѣтви этихъ сосудовъ тѣ же, что и справа, но расположены онѣ нормально относительно II, стало быть, противоположно тому, что мы видѣли у II. Сосуды, начинающіеся отъ лѣваго желудка, болѣе развиты, чѣмъ соответствующія артеріи II, кромѣ того, начальный стволъ каждой легочной артеріи

шире ствола аорты съ той же стороны; Боталовы протоки значительно развиты, такъ что легочныя артеріи представляются какъ бы придатками ихъ. Вѣтви легочныхъ артерій съ каждой стороны проходимы. Обѣ аорты въ брюшной полости прослѣжены только до раздѣленія ихъ на подвздошныя вѣтви: на этомъ протяженіи онѣ идутъ нормально. т. е., влѣво отъ позвоночниковъ и имѣютъ нормальныя вѣтви; анастомозовъ между обѣими брюшными аортами не найдено.

Предсердіе имѣетъ видъ горизонтально лежащей трубки; длина его = 7 с., а ширина отъ 2 с. до 2,5 с. Въ правой задней части оно значительно расширяется, потому что даетъ описанный выше ушкообразный отростокъ; стѣнки предсердія очень тонки. На одной линіи съ перегородкой желудочковъ и въ предсердіи имѣется перегородка, идущая сверху внизъ, справа налѣво и отчасти спереди назадъ; длина ея = 1,5 с., а ширина = 1 с. Только верхнимъ и нижнимъ краями она прикрѣплена къ стѣнкамъ предсердія, боковые же края свободны и представляются дугообразно вогнутыми. Такимъ образомъ, просвѣтъ предсердія около перегородки имѣетъ 2 овальныхъ отверстія: одно впереди и вправо отъ нея, а другое кзади и влѣво, длина перваго = 1,5 с., а ширина нѣсколько больше 1 с., длина втораго = 1,5 с., а ширина меньше 1 с. Соотвѣтственно каждому изъ этихъ отверстій имѣется клапанообразная тончайшая перепонка: въ переднемъ отверстіи такая перепонка идетъ отъ верхняго края и едва закрываетъ половину этого овала; задній же клапанъ идетъ снизу вверхъ и закрываетъ почти все отверстіе. Направленіе клапановъ таково, что передній мѣшаетъ току крови слѣва направо, а задній справа налѣво. Отступая отъ заднелѣваго края перегородки на 1 с. влѣво имѣется еще вертикально стоящая мясная перемычка, идущая отъ верхней стѣнки предсердія къ нижней. Описанная перегородка дѣлитъ все предсердіе на 2, неравныя по величинѣ и неодинаковыя по формѣ части: правое предсердіе ушкообразно, идетъ сверху внизъ, а лѣвое имѣетъ видъ горизонтально лежащей трубки, длина которой = 4,5 с.

(Окончаніе въ слѣдующемъ номерѣ).

ХІІІ.

КРИТИКА И БИБЛОГРАФІЯ.

Нѣсколько словъ о Freund'овскомъ способѣ полного удаленія матки путемъ чревосѣченія.

(Литературно-статистическій очеркъ).

А. Гермоніуса.

ІІІ.

Мною собрано 130 случаевъ Freund'овской операціи, представляемыхъ въ нижеслѣдующей таблицѣ. Такимъ образомъ, моя таблица является наиболѣе полною, такъ какъ таблица *Kleinwächter*'а содержитъ всего 94 случая; болѣе полною она можетъ считаться и потому, что въ ней впервые указаны различныя данныя операціи, до и послѣ-операционнаго періодовъ, а не одни исходы. Въ видахъ точности, я позволилъ себѣ исключить изъ своей таблицы случаи недостоверныя, какъ напр., входящіе въ число *Kleinwächter*'овскихъ — 8 случаевъ *Billroth*'а; я нашель только 2¹⁾); изъ той-же таблицы пришлось исключить случай *Lane*, гдѣ произведено удаленіе матки чрезъ влагалище, и проч. Однако и изъ моихъ 130 случаевъ слишкомъ многіе грѣшатъ отсутствіемъ не только полноты, но и всякихъ свѣдѣній, кромѣ обозначенія оператора и исхода. (Случай *Bantock*'а и *Caponotes* я не счель возможнымъ помѣстить въ таблицу, такъ какъ здѣсь мнѣ неизвѣстенъ даже исходъ операціи). Эта неполнота зависить, съ одной стороны, быть можетъ отъ того

¹⁾ *Mikulicz* (54) дѣйствительно описываетъ 8 случаевъ *Billroth*'а, но изъ нихъ 6 произведены по способу послѣдняго чрезъ влагалище.

обстоятельства, что съ нѣкоторыми источниками я не имѣлъ возможности познакомиться иначе, какъ по рефератамъ¹⁾, съ другой стороны, и сами авторы оказывались иногда слишкомъ краткими. Однѣ изъ операций (напр., большинство *Freund*'а и *Martin*'а) пришлось перечитывать по нѣсколькимъ авторамъ, такъ какъ сами операторы ихъ не описывали, — что чрезвычайно затрудняло работу, въ особенности при отсутствіи указаній дня операціи: одну и ту-же операцію, описанную, напр., двумя лицами, можно было принять за двѣ разныя, и наоборотъ двѣ за одну и ту-же. Порядокъ ихъ въ таблицѣ принять по алфавиту *операторовъ*, такъ какъ болѣе рациональный — хронологическій, за отсутствіемъ чиселъ, оказался невозможнымъ. Въ случаяхъ, гдѣ тотъ или иной способъ обозначенъ словами «*по автору*», описаніе его въ короткихъ чертахъ можно найти въ предыдущей главѣ.

(Нѣсколько описанныхъ, а также упоминаемыхъ у разныхъ авторовъ, неоконченныхъ операций я не счелъ возможнымъ помѣстить въ таблицу, по причинѣ такового уклоненія ихъ отъ нормальнаго типа операціи).

¹⁾ Нѣкоторыхъ журналовъ и всѣхъ помѣченныхъ ниже нѣмецкихъ диссертаций я не могъ достать.

130 Freund'овскихъ операций, произв

№№ случая и источника. Операторы.	День опера- ции.	Анамнезъ.	Исследование и диагнозъ.	О П Е	
				Про- долж.	Кишки.
1—1. <i>Auffeld.</i>	30 IV 79	S., 57 л.—11 мѣс. крово- теченія и боли. Морфи- нистка.	Port. vag. съ затвердѣ- ніями, но не изъязвлена. Влагалище свободно: Car- cinoma colli uteri et port. vag.	2 часа.	Вывуты.
2—2. <i>Alexander.</i>	9 XI 78	..., 38 л., проститутка. 6 мѣс. кровотеченія и силь- ныя боли.	Матка увеличена въ 2—3 раза, подвижна. Шейка за- нята раковою опухолью.	—	—
3—3 и 4. <i>Bardenheuer.</i>	24 X 78	M. —	—	—	—
4—3 и 4. Онъ же.	13 VIII 79	S. U. —	—	—	—
5—3 и 4. Онъ же.	5 IX 79	B. —	—	—	—
6—3 и 4. Онъ же.	7 IX 79	B. —	—	—	—
7—4. Онъ же.	29 XII 79	Schwarz, 53 л.,—2 мѣс.— частія кровотеченія.	Матка неподвижна. Лѣ- вая сторона port. vag. и влагалища поражена. Car- cinoma portionis vag.	—	—
8—4. Онъ же.	22 V 80	W., 45 л. Нѣсколько лѣтъ весьма сильное кровотече- ніе.	Передняя стѣнка матки утолщена, слизистая обо- лочка размягчена. Въ обо- ихъ параметріяхъ экзудаты.	—	—
9—4. Онъ же.	16 VI 80	V., 46 л., многорожав- шая. Годъ сильныя крово- теченія. Боли въ области лѣвой почки.	Port. vag. очень увелич. и изъязвлена. Стѣва и сза- ди изъязвленія перешли да- леко на влагалище. Rectum и пузырь здоровы.	—	—

Л И Ц А

денныхъ съ 1878 по 1886 годъ.

Р А Ц И Я.		Послѣоперационный періодъ.		Исходъ.
Производство.	Нижняя рана.	Продолж.	Характеръ.	
Матка поднята 2 нитками. По Freund'у. При наложеніи 2-й лигатуры, матка дала трещину въ области orig. ext. Сосуды перевязаны на скорую руку. Пузырь пораненъ.	Не зашита. Во влагалище карболовый тампонъ.	20 час.	T° — 37,5; п. — 80. Погъ; въ мочѣ — кровь. Предъ † t° 40,5; п. 150.	†
Разрѣзъ до середины между пупкомъ и serobic. cordis. По Freund'у. Правая верхняя лигат. — снаружи отъ яичника (поражена труба). Отрѣзана часть передней влагалищной стѣнки.	—	1½ ч.	Коллапсъ.	† Шокъ.
—	Дренажъ.	—	—	Выздоровленіе.
—	Дренажъ.	—	—	Выздоровленіе.
—	Дренажъ.	—	—	Выздоровленіе.
—	Дренажъ.	—	—	Выздоровленіе.
—	Дренировано по 1-му способу.	2 мѣс.	—	Выздоровленіе. Рецидивъ чрезъ 6 мѣсяцевъ.
—	Дренированіе по 2-му способу.	—	На 5-й день — боли въ спинѣ и тошнота; по введеніи пальца въ Дугласъ и разрывѣ сращеній — масса гноя. Параличъ лѣвой руки вслѣдствіе давленія на pl. axill. при операціи.	Выздоровленіе.
—	Дренированіе по 3-му способу.	—	Флегмона передней брюшной стѣнки; отверстіе влагалищнаго дренажа закрыто кишечной петлей. 2 дренажа по бокамъ передней брюшной стѣнки.	Выздоровленіе.

№№ случая и источника. Операторы.	День операции.	Анамнез.	Исследование и диагноз.	О П Б	
				Продолж.	Кишки.
10—4. Онъ же.	9 IX 80	В—2 года бѣли съ запахомъ, $\frac{1}{2}$ г. кровотеченія.	Полость матки увеличена; port. vag. поражена большими кровотокащими разраженіями, въ видѣ цвѣтной кап. Задній сводъ занятъ.	1 часть.	—
11—4. Онъ же.	20 IX 80	К.—2 года кровотеченія. Очень слаба.	Матка очень увеличена; все влагалище выполнено опухолью. Левый сводъ занятъ на 1 см.	1 $\frac{1}{4}$ ч.	—
12—4. Онъ же.	23 IX 80	Sturm, 50 л.; рожала 3 раза. 4 мѣсяца кровотеченія и зловонныя бѣли. Боли вдоль по правому мочеточнику.	Матка утолщена; port. vag. тверда, узловата, изъязвлена. Левый сводъ пораженъ. Правый параметрій инфильтрированъ около пузыря и мочеточника.	—	—
13—4. Онъ же.	9 VIII 80	Limbach, 51 г. Рожала 8 разъ. 2 года зловонныя бѣли; $\frac{1}{2}$ г. кровотеченія.	Матка подвижна; влагалище выполнено разраженіями, port. vag., въ видѣ цвѣтной капусты. Rectum и пузырь—здоровы.	—	—
14 и 15—4. Онъ же.	—	—	—	—	—
16—18—4. Онъ же.	—	—	—	—	—
19 и 21—4. Онъ же.	—	—	—	—	—
22—19. Baumgartner.	— 78	—	Правая широкая связка сильно поражена.	—	—
23—54. Billroth.	2 IV 78	Е. L., 38 л.; рожала 1 разъ, выкид. 5 разъ. 7 мѣс. г. н., послѣ выкидыша, началось непрерывное кровотеченіе, продолжавшееся 3 мѣс.; потомъ правильныя менструаціи, но сильныя боли остались.	Матка подвижна; port. vag. увеличена, разрыхлена, неправильной формы, легко кровотокачить. Исследование болѣзненно. Влагалище и железы не поражены. Carcinoma port. vag.	1 $\frac{1}{2}$ ч.	Вынуты.
24—54. Онъ же.	25 V 78	F. S. 38 л.; рожала 6, выкид. 6. 5 мѣс. непрерывныя кровотеченія, съ сильными болями въ крестцѣ.	Матка подвижна; задняя губа port. vag. увеличена и тверда, легко кровотокащая опухоль идетъ въ цервикальный каналъ и справа на заднюю стѣнку влагалища. Carcinoma port. vag.	—	Вынуты.

РАЦИА.	Производство	Нижняя рана.	Послѣоперационный періодъ.		ИСХОДЪ.
			Продолж.	Характеръ.	
—	—	Дренировано по 4-му способу.	4 нед.	Первые дни—пульс учащенный; t° на 5-й день повышена. Потомъ все шло хорошо.	Выздоровленіе.
—	—	Дренажъ по 4-му способу.	4 нед.	—	Выздоровленіе.
—	—	Дренажъ по 4-му способу.	2 мѣс.	—	Выздоровленіе.
—	—	Дренировано по 3-му способу.	10 дн.	Первые 5 дней хорошо. При удаленіи дренажа сильная боль; потомъ лихорадка и боль въ лѣвой половинѣ живота. Выпаденіе кишекъ въ малый тазъ и задержка отдѣленій.	† Peritonitis septica.
—	—	Безъ дренажа.	—	—	††
—	—	—	Менѣе 24 час.	—	††† Collapsus.
Пораны пузырь или мочеочникъ.	—	—	—	—	††† Peritonitis diffusa.
Вслѣдствіе сильнаго кровотечения оставлено нѣсколько цинцетовъ.	—	—	4 дня.	—	†Sepsis.
Черезъ тѣло матки—шелковая петля. Широкія связки—3 лигатурами; art. uterinae перевязаны отдѣльно.	Зашита 9 шелковыми швами.	28 час.	Частая рвота; боли въ животѣ. Вечеромъ t° 39,6; п. 115.	† Perit. septica—констатировано на вскрытіи; правый мочеочн. пораненъ на 1 1/2 см. отъ пузыря. Въ тазу инфильтрированныя железы.	
По Freund'у. Изъ лѣв. а. uter. сильное кровотеченіе лигатура плохо наложена). Пораженная часть влагалища отрѣзана, но не сохвѣтъ чисто.	Зашита 11 швами.	2 1/2 дн.	T° 38,6 -- 38,7 п. 120—150. Явленія перитонита.	† Perit. septica. Вскрытіе: не все раковое удалено изъ влагалища. Въ тазу инфильтр. железы.	

№№ случая и источника. Операторы.	День опера- ции.	Анамнез.	Исследование и диагноз.	О П И	
				Про- долж.	Клиски.
25—7. <i>Боголюбов.</i>	12 VIII 81	Красавина, 35 л., рож. 7 разъ. 7 мѣс. бѣли и боли. 2 мѣс. т. н. кровотечения 2 нед., потомъ утикли и замѣнились постоянными бѣлами.	Матка подвижна. Разра- щения въ видѣ цвѣтной ка- пусты закрываютъ наруж- ный зѣвъ. Периферія р. vag. и своды здоровы. На задней поверхности матки 2 узла. Carcin. cervic. et corp. ut.	—	Отодри- нуты.
26—8. <i>Bottini.</i>	—	..., 37 л. Рож. 7 разъ.	Carcinoma cervicis et cor- poris uteri.	—	—
27—11. <i>Cl. Cushing.</i>	—	—	—	—	—
28—13. <i>B. Credé.</i>	Июнь, 78	..., 43 л. Рож. 3 раза. 2 года ракъ передней губы; 4 раза выскабливаніе: ре- цидивы. Съ мѣсяцъ пере- шло на влагалище. Боли въ лѣвой нижней части жи- вота.	Задняя губа здорова. На передней — распадающаяся масса, нечистая, дряблая, переходящая слѣва на вла- галище. На наружи. поверхн. шейки прощупывается чрезъ своды 2 узла съ вишкою и нѣсколько маленькихъ. Же- лезы свободны.	2½ ч.	Вынуты
29—12. Онъ же.	Февр. 79	... Впродолженіе мѣсяца обильныя кровотечения.	Большія разраженія вы- полняютъ влагалище.	—	—
30—14. <i>Czerny.</i>	29 XI 78	К, Г., 46 л. Рож. 5 разъ, вык. нѣсколько. 12 лѣтъ т. н. проколъ живота, по поводу какой-то опухоли, много жидкости. Нагноеніе укола года 2, вышло 5 зубовъ и кость; грыжа.	Шейка съ кулакъ; Матка увелич., чувствит., подвиж- на только въ стороны. Грыжа легко вправляется. Carcinoma colli.	Болѣе 3 час.	Вынуты.
31—14. Онъ же.	4 XII 78	С. R., 44 л. Рож. 1 разъ. 2 года крови стали непра- вильны то сильнѣе, то слабѣе. 8 мѣс. т. н. сильное кровотеченіе, послѣ кото- раго бѣли. Потомъ еще 2 раза такое же кровотеченіе.	Шейка съ кулакъ; спе- реди она гладкая, сзади разрыхлена. Матка немного увеличена, отклонена влѣво, подвижна. Послѣ исследо- ванія — сильныя боли въ лѣвомъ паху. Влагалище поражено. У задней стѣнки таза слѣва — инфильт ат.	2½ ч.	Вынуты.

РАЦИЈА.		Послѣоперационный періодъ.		ИСХОДЪ.
Производство.	Нижняя рана.	Продолж.	Характеръ.	
По Freund'у съ модификаціями: верхняя лигагура тройная. Нижняя—при помощи троакара Chasseignas'a	Дренажъ изъ влагалища—надъ сводами.	20 дн.	Изъ влагалища незначительное слизистое истечение (сначала, съ запахомъ). Небольшія боли. Самочувствіе хорошее.	Выздоровленіе.
Безъ spray. По Freund'у. Матка отдѣлена отъ влагалища при помощи полого зонда, прикрѣпленнаго Т-образно къ концу обычно веннаго зонда.	—	4 дн.	—	† Periton. septica
По Freund'у.	—	—	—	†
По Freund'у. Яичники удалены.	Защемлена тремя длинными пинцетами, котор. и оставлены.	На 2-й день.	Т° 36,8 — 38,0; п. 100—92. Боли во всемъ тѣлѣ, тошнота, рвота. По прекращеніи рвоты, вздутіе живота и одышка.	† Огромное вздутіе живота (вѣроятно, отъ перегиба кишекъ). Вскрытіе: слѣдовъ кровотеченія, sepsis'a и запаха нѣтъ; кишки слегка инъецированы.
Резекція лонной дуги. Черезъ 2 недѣли экстирпація. Перевязка сосудовъ отдѣльно.	Тампонація дезинфицированной губкою.	6 час.	—	† отъ истощенія.
По Freund'у. Троакари. игла сломалась; отдѣленіе матки по немногу. Правый мочеточникъ пораненъ; гестум — тоже. Отъ правой lig. lat. къ грижевому кольцу — какой-то шнуръ, перерѣзанъ между 2 лигагурами.	Защита.	1 1/2 ч.	Коллапсъ; искусств. дыханіе, переливаніе человеческой крови (210 gm). Слабость сердца, безъ искусств. дыханія не бьется.	† Вскрытіе: нижній отдѣлъ кишекъ зеленовато окрашенъ. Правого яич. нѣтъ (вѣроятно, шнуръ). Конецъ праваго мочеточника торчитъ во влагалище.
Сначала пытались чрезъ влагалище: слизистая оболочка обрѣзана кругомъ, матка отдѣлена отъ пугвара. Изъ-за сращеній—потомъ по Freund'у (нижняя лигагура не троакарной иглой). Небольшое кровотеченіе. Киста въ лѣвомъ нѣтъ, утѣла.	Защита 13 шелковыми швами.	20 час.	Т° вечер. 39,8; п. 128. Боли, ознобъ, жажда.	† Periton. septica.

№ случая и источника. Операторы.	День опера- ции.	Анамнез.	Исследование и диагноз.	О П Е	
				Про- долж.	Кишки.
32—1. <i>Delchaes.</i>	—	—	Fibroma.	—	—
33—34. <i>Franken- häuser.</i>	—	—	—	—	—
34—17. <i>W. A. Freund.</i>	30 I 78	Heidemann, 62 л. Рож. 3 раза. 2 ¹ / ₂ г. т. н. нача- лись кровотечения; съ годъ — запахъ и боли.	Матка увелич., подвижна, флексиа назадъ и влѣво. Port. vag. — 4 сант., зѣвъ кратерообразный, наружи. поверхн. гладкая. Сосѣднія части свободны. — Carci- noma cervicis uteri.	2 часа.	Припод- няты.
35—15. Онъ же.	17 V 78	Nentwig, 50 л. Рож. 13, выкид. 5. Кровотеченія мѣ- сяцевъ 6.	На задней губѣ язва, на- чавшая распадаться и пере- ходящая на влагал. Матка увеличена; паховыя железы тоже. Carcinoma port. vag.	—	Вынуты.
36—86. Онъ же.	28 VII 78	N., 37 л. Рож. 6, вык. 3, Кровотеченіе 14 мѣс.; 4 мѣс. непрерывно. Боли въ животѣ. Intermittens съ по- вышеніями до 38,6.	На port. vag. сильное ра- ковое перерождение съ рас- падомъ. Тѣло матки мало увеличено. Сосѣднія части свободны. Carcinoma port. vag.	3 часа.	Вынуты.
37—4. Онъ же.	Янв. 80	Brühl, 47 л. Годъ силь- ныя неправильныя крово- теченія и бѣли съ запахомъ.	Матка увеличена, мало подвижна. Пораженіе port. vag.	—	—
38 и 39—77. Онъ же.	—	—	—	—	—
40—9. Онъ же.	10 V 78	T. Schmidt, 18 л. Исте- ченіе замѣчено года 1 ¹ / ₂ тому назадъ.	Разрашенія съ передней стѣнки канала шейки, вы- полняютъ все влагалище; при исследованіи кровото- чатъ; задняя губа и на- ружная поверхность здо- ровы. Узлы на S-goman и пузырь слѣва. Срощенія. Sarcoma colli uteri.	2 ¹ / ₄ ч.	Вынуты.
41—86. Онъ же.	30 VI 78	K., 52 л., дѣвица. 2 ¹ / ₂ г. неправильныя кровотечения и бѣли.	P. vag. свободно. Не- большія разрашенія во вла- галищѣ, слѣва съ горошину. Микроскопъ: Carcin. corp. uteri.	3 часа.	Вынуты.
42—62. Онъ же.	26 I 79	V., 51 г. Рож. 5 разъ, вык. 1. Зловонныя бѣли и неправильное кровотеченіе.	Матка увеличена, непо- движна; внутрен. поверхн. шероховата. Микроскопъ: Carcinoma corp. uteri.	—	Вынуты.

P A Ц I Я.		Послѣоперационный періодъ.		ИСХОДЪ.
Производство.	Нижняя рана.	Продолж.	Характеръ.	
—	—	—	—	†
—	—	—	—	†
По Freund'у.	—	19 дн.	На 3-й день невысокая лихорадка, разрѣшившаяся черезъ 36 часовъ выдѣленіемъ гноя изъ брюшной раны. Швы сняты всѣ на 14 день.	Выздоровленіе. Возвратъ и †.
Пораженная часть вала отдѣлена отъ здоровой лигатурою; она долго мертвѣвала и потомъ удалена Rasquelin'омъ (на 37 д.).	—	—	Почти всѣ лигатуры удалены на 14 день.	Выздоровленіе. Возвратъ.
Изъ лѣвой а. uter. кровоизліченіе, скоро остановленное. Въ днѣ матки также жировой узелъ.	—	4 нед.	Абсцессъ въ нижнемъ углу раны на 3 день (t° 38,7—38,1).	Выздоровленіе. Черезъ 6 мѣс. возврата нѣтъ.
Пораженіе перешло на узръ.	Дренажъ по 1-му способу Bardenheuer'a.	Менѣе мѣс.	—	Выздоровленіе.
—	—	—	—	Оба — выздоровленіе.
По Freund'у. Узлы удалены, раны зашиты.	Зашита шелкомъ.	53 ч.	Вскорѣ явленія перитонита; большое количество гноя изъ половыхъ частей. На 2 день клизма изъ коньяка, прорвавшая рану S-rom.	† Periton. septica.
Петля, продѣтая черезъ кату, рвала ее, и содержимое выливалось наружу.	Зашита	30 ч.	Боли въ животѣ, рвота, безпокойство. T° 37,0—37,3, но п. 96—140, слабый. Тимпанита нѣтъ. Мочится сама. Слабость.	† Collapsus. Вскр.: жирное сердце, старый геморрагическ. нефритъ съ агрофіей почекъ. Полость брюшины безусловна.
Лѣвая нижняя лигатура разорвалась и наложена торично.	Зашита.	12 дн.	—	† Острый катарръ кншекъ. Вскр.: значительное отложение гноя на ранѣ.

№№ случаев и источника. Операторы.	День опера- ции.	Анамнез.	Исследование и диагноз.	О П Е	
				Про- долж.	Бишки.
43—14. Онъ же.	—	Е. В., 40 л. Рож. 8. 3 ¹ / ₂ г. обильный кровотечения. 5 пед. частые позывы на мочу (через 2 часа).	Грибовидное разращение p. vag. Матка расширена, антефлектирована, подвиж- на. Левый параметрий. Шейвы и паховыя железы увеличены. Carcinoma port vag.	—	—
44—20. Онъ же.	—	—	—	—	—
45—20. Онъ же.	79	— (Erlangen).	—	—	—
46 и 47—20. Онъ же.	—	—	—	—	—
48—20. Онъ же	79	— (Strassb.).	—	—	—
49—20. Онъ же.	—	— (Prag.).	—	—	—
50—16. M. B. Freund.	—	—	—	—	—
51—16. Онъ же.	—	—	—	—	—
52—23. Fritsch.	25 VII 79	..., 62 л. Не рож. 2 г. кровянистыя выделения. 1 г. т. н. изъ передней губы вырѣзанъ раковый узель съ горошину.	Изъ зѣва — бугристыя, 2 часа. легко разрываемяя рако- выя массы; наружная по- верхность port. vag. здоро- ва. Матка подвижна. Пара- метрии свободны. Carc. serv. uteri.	—	Вынуты.
53—24. v. Grünewald.	79	—	—	—	—
54—34. Gussenbauer.	—	—	—	—	—
55—28. Heilbrun.	18 XII 84	А. В., 47 л. Не рож. 6 мѣс. кровян. бѣли. Боли въ животѣ сирава.	Матка очень увеличена, 5 гверда. Ложка въ правомъ углу проникла глубоко. Микроскопъ: Carcin. corp uteri.	5 мин.	Не вы- путы.

А Ц І Я.		Послѣоперационный періодъ.		ИСХОДЪ.
Производство.	Нижняя рана.	Продолж.	Характеръ.	
Лѣвая нижняя лигатура не достаточно затянута: а. тер. Кровооточить.	Зашита 13 швами.	30 ч.	Т° 35,1 (?); через 24 часа — 38,7. Животъ вздутъ, болѣзненъ. Бѣлокъ въ мочѣ. Рвоты нѣтъ.	† Peritonitis.
—	—	12 дн.	—	† Peus.
—	—	На 4 день.	—	† Peritonitis (Perienternitis, perihepatitis).
—	—	—	—	†† Peritonit. septica
—	—	—	—	† Collapsus и начинающійся перитонитъ.
—	—	—	—	† Безъ вскрытія.
—	—	—	—	Выздоровленіе.
—	—	—	—	†
По Freund'у и автору. Большего кровотеченія не зашито справа нѣтъ.	Влагалище зашито справа нѣтъ.	5 дн.	На 4 и 5 день сильная рвота зеленоватыми массами, безъ запаха.	† Peus. Вскрытіе: полное отсутств. peris'a.
—	—	—	—	†
—	—	—	—	†
Изъ влагалища сдѣлано все: только лѣвая lig. lat. оперирована сверху. Гнойный инкапсулирован. эксузатъ около праваго угла матки, тампонъ.	Не зашита Тампонъ.	20 дн.	2 раза т° 38,0 (до операциі бывало и выше). Боли въ животѣ утихли подъ вліяніемъ опія и вина. Тампоны окрашены кровью, но безъ запаха.	Выздоровленіе.

№ случая и источника. Операторы.	День опера- ции.	Анамнез.	Исследование и диагноз.	О П Е	
				Про- долж.	Кишки.
56—34. <i>Heinwood Smith.</i>	—	—	—	—	—
57 ¹⁾ . <i>Herff.</i>	—	—	—	—	—
58—68. <i>Ill.</i>	—	—	—	—	—
59—1. <i>Jaquet.</i>	—	—	—	—	—
60—33. <i>Kispert.</i>	18 IV 80	K. Gonzalo, 56 л. Рож. 13. Боли, зловонныя выдѣленія.	Матка увеличена въ 1 ^{1/2} раза. Ракъ—въ шейкѣ и въ гѣлѣ. Правая стѣнка вла- галища слегка изъязвлена.	3 часа.	Вынуты.
61—34. <i>Kleinwä- chter.</i>	31 X 80	..., 47 л. Рож. 4. Года 2 худѣть и слабѣть; потомъ боли въ крестцѣ. 4 мѣс.— кровь.	Матка увеличена, подвиж- на. P. vag.—грибовидн. раз- раженія; каналъ шейки по- раженъ. Carcin. colli uteri	2 часа.	Не выну- ты.
62—35. <i>Kocher.</i>	4 IV 81	R., 47 л. Рож. 4. 10 мѣс. Кровотеченія черезъ 8—15 дней по 3—4 дня, безъ бо- лей. 3 г. т. н.—операция рака въ груди и 3 перито- нита 5 мѣс. т. н.—высокая экцизия шейки по поводу рака. Мать † отъ рака гру- ди, 3 брата—отъ рака жел- удка.	На мѣстѣ port. vag.—во- ронкообразное углубленіе съ твердыми краями. Матка увеличена, въ ретрофлекси; подвижна нѣсколько. Извен- ная поверхность распро- страненная. Позади гесті- твердый узелокъ.	4 часа.	Вынуты.
63—36. <i>Kocks.</i>	28 IV 79	H. Sprung. 39 л. Рож. 2. 4 мѣсяца—бѣли безъ болей.	Port. vag.—воронкообраз- ное углубленіе съ разроще- ніями. Матка увеличена, слегка подвижна. Своды и железы—свободны. Carcino- ma uteri.	—	Огосди- нуты вверхъ.
64—38. Онъ же.	79	..., 50 л. Кровотеченія, боли.	Жировое перерожденіе всѣхъ органовъ. Cancer uteri.	—	—
65—67; 39. Онъ же.	—	—	—	—	—
68—40. <i>Kralbel.</i>	3 VIII 80	Winterhof. 33 л. Нѣсколь- ко лѣтъ обильныя менструа- ціи съ сильными болями. Разъ 6—7 выскабливаніе. Потомъ и кровотеченія.	Матка не увеличена, под- вижна. P. vag: дѣвственная. Послѣ кроваваго расшире- нія—на задней стѣнкѣ мя- кая масса; микроскопъ: Sar- coma corp. uteri.	Менѣе 2 ча- совъ.	Вынуты.

¹⁾ Cnbl. f. G. 79, № 26, s. 652 (93).

А Ц І Я.		Послѣоперационный періодъ.		ИСХОДЪ.
Производство.	Нижняя рана.	Про- доля.	Характеръ.	
—	—	—	—	Выздоровленіе.
—	—	—	—	Выздоровленіе. — Репидивъ.
По Freund'y.	—	21 день.	—	Выздоровленіе.
—	—	—	—	†
По Freund'y. — Сильное звеченіе справа.	Зашита.	13 час.	Черезъ 12 ч.—t° уже 40,0.	† Вѣроятно, ser- sis acuta. (Безъ вскры- тія).
Gray. — По Freund'y жнія лигатуры при по- ци троакара. Въ сводахъ лжи,—оставлены.	По Freund'y.	24 ч.	Коллапсъ (П. 36— 39—42; t° 35,8—37,6). Къ ночи рвота. Утромъ: П. 140, t° 39,6.	† Collapsus. Вскр.: начинающийся perit. sept.,—много гноя.
Лувризация. — Одна дая лигатура съ каждой роны. — Подъ лѣвымъ никомъ, приросшимъ къ нѣъ таза, — железа съ шу.	Зашита.	1 мѣс.	Сначала въ выдѣле- ніяхъ изъ влагалища— запахъ, потомъ исчезъ. Самочувствіе хорошее.	Выздоровленіе. Черезъ 5 мѣс. † отъ перитонита.
Gray. — По Freund'y и ору. — 3 ячника: 3-й ва между маткой и нор- днымъ: въ немъ свѣже- нувшій Граафовъ пузы- рь.	Зашита 6-ю швами.	—	На 27-й день повыше- ніе t°, разрѣшившееся выходомъ большаго ко- личества гноя чрезъ влагалище.	Выздоровленіе.
—	—	На 3-й день.	Слабость.	† вѣроятно, пара- личъ жирнаго сердца. (Безъ вскрытія).
—	—	—	—	†††
Gray.—По Freund'y.	По Barden- heuer'y.	15 час.	Коллапсъ: t°, при сла- бомъ пульсѣ, не была вы- ше 35,6. Тошнота. Мо- ча — зеленого цвѣта. (Карболовое отравле- ніе).	† Collapsus.

№ случая и источника. Операторы.	День опера- ции.	Анамнез.	Исслѣдование и диагнозъ	О П	
				Про- долж.	Кишн
69—41. <i>Krukeberg.</i>	86	..., 60 л., virgo. 1 г. бѣли. Удалены 2 міомы съ орѣхъ.	Carcinoma corp. ut.	—	—
70—43. <i>Kuhn.</i>	18 XI 79	С. U., 39 л. Рож. 7 разъ. Бѣли давно. Кровотеченія съ годъ; недавно запоръ.	Матка увелич., подвижна. Раковыя разращенія шейки далеко вглубь. Сосѣднія ча- сти свободны.	2½ ч.	Не в нутр
71—43. Онъ же.	2 III 80	М. М., 40 л., Рож. 2 разъ. Около года сильныя крово- теченія, въ промежуткахъ зловонныя бѣли. Боли.	P. vag. увеличена немно- го; палець чрезъ наружный зѣвъ проникаетъ въ губча- тую, разрыхленную массу. Матка—9 сант., подвижна. Carcinoma corp. et cerv. ut.	2¼ ч.	Не в нутр
72—34. <i>Langenbuch.</i>	78	—	—	—	—
73—44. <i>Leopold.</i>	30 IX 78	Т., 37 л. Рож. 2 раза. 3 мѣсяца боли въ животѣ; менструація обильнѣе; ино- гда бѣли съ запахомъ.	Матка увеличена, по- движна, въ ретроверси. P. vag. разрушена, но края ея прошупываются. Сосѣднія части свободны. Carcinoma.	2½ ч.	Прищ няти
74—47. <i>Леон- штейнъ.</i>	27 VII 78	..., 48 л. Рож. 7 разъ, вык 1. 9 мѣс. бѣли; по- томъ къ нимъ—кровь и за- пахъ.	Матка увелич., подвижна. Наружный зѣвъ кратеро- образный; каналъ шейки разрыхленъ, съ распадомъ. Сосѣднія части свободны. Carc. colli.	3 часа.	Выну
75—47. Онъ же.	9 II 79	..., 38 л. Рож. 11 разъ. 10 мѣс. обильныя менструа- ции, бѣли и боли въ жи- вотѣ и крестцѣ.	Матка увелич., подвижна. P. vag. поражена; каналъ шейки тоже, до внутрен- зѣва. Задѣтъ задній сводъ. Carcin. colli uteri.	2¾ ч.	—
76—48. <i>Mac-Cormac,</i>	—	... 36 л. Сильные запоры.	На шейкѣ раковыя массы. Tumor, давящій на прямую кишку.	—	—
77—1 и 19. <i>Martin.</i>	30 VI 78	—	—	—	—
78—1. Онъ же.	19 VIII 78	—	—	—	—
79—1 и 69. Онъ же.	22 IX 78	—	—	—	—

Р А Ц И Я.		Послѣоперационный періодъ.		ИСХОДЪ,
Производство	Нижняя рана.	Продолж.	Характеръ.	
По Ruydygier'y.	—	12 ч.	—	† Peritonitis incipiens.
Кольпейринтеръ. — По Freund'y. Яичники удалены.	Защита 13 швами.	2 мѣс.	Въ 1-й день коллапсъ: t° 35,5, къ вечеру — 37,7. Рвота одинъ разъ. На 3-й день t° 39,8.	Выздоровленіе. Рецидивъ и † черезъ 4 мѣс. Возвратъ во влагалищѣ, s-roman. пузырь и печени.
Кольпейринтеръ. — По Freund'y. Яичники удалены.	Защита 8 шелковыми швами.	15 ч.	Сначала коллапсъ. Потомъ сильныя боли въ животѣ. Къ ночи t° нормальна, п. 160. Холодный потъ.	† Sepsis (Kuhn?) Вскрытіе: нѣсколько гнойной жидкости, брюшина кое-гдѣ матовая, на печени повреждена.
—	—	—	—	† (Забрюшинныя железы увеличены).
Spray. По Freund'y (Иглунгса). Сильное кровотеченіе. Пузырь (инфильтрирована часть) отдѣленъ съ рудою.	Защита въ нѣкоторыхъ мѣстахъ скверно.	24 ч.	Сильныя боли во влагалищѣ.	† Peritonitis septica и кровотеченіе.
Въ частномъ помѣщеніи. По Freund'y. Нижняя лигатура разорвалась и забнена другою. Коллапсъ.	Защита катгутымъ.	На 3 день.	При t° 37,0 — 36,2, П. 120 — 140. Полное сознаніе. Болей въ животѣ и тимпанита нѣтъ. Изъ влагалища кровянистое выдѣленіе, безъ запаха.	† Collapsus или кровотеченіе (безъ вскрытія).
По Freund'y. — Сильное кровотеченіе изъ большой теріи въ заднемъ сводѣ.	—	24 ч.	Коллапсъ: t° 36,1, п. 120. Моча зеленоватая.	† Collapsus и peritonitis septica (при вскрытіи).
Большая киста яичника, гнойнымъ содержимымъ. Ovariectomy bilateralis.	T-образный дренажъ.	—	На 5 день t° 102,5 F (39,26), вслѣдствіе задержки гноя въ нижнемъ углѣ раны.	Выздоровленіе.
—	—	—	—	†
—	—	—	—	† Collapsus.
—	—	—	—	† Collapsus

№№ случая и источника. Операторы.	День опера- ции.	Анамнез.	Исслѣдованіе и діагнозъ.	О П Е	
				Про- долж.	Кишки.
80—69. Онъ же.	10 X 78	—	—	—	—
81—10. Онъ же.	25 II 79	Th. Sp., 41 г. 1½ г. обиль- ныя менструаціи; боли въ крестцѣ.	Матка въ антефлексіи, увеличена. Шейка непро- ходима. Расширеніе — въ верхней части матки tumor; микроскопъ: adenocarcinoma fundii ut.	1¼ ч.	—
82—49. Онъ же.	—	..., 52 л., дѣвица. Кро- вотеченія. Кахексія.	Carcinoma corp. uteri.	—	—
83—15. Martini.	—	—	—	—	—
84—15. Онъ же.	—	—	—	—	—
85—51. Mason.	—	..., 34 л. 14 мѣс. — не- правильныя кровотеченія и боли.	Изъязвленія на р. vag. и влагалищѣ. Матка подвиж- на. Carcin. cervicis uteri.	2½ ч.	—
86—53. Massari.	1 II 79	Th. A., 53 л. Рож. 8. 1½ г. бѣли; ½ г. кровотеченія и запахъ въ бѣляжѣ.	Матка подвижна. Р. vag. увелич., плотна; наружный зѣвъ — бугристая, дряблая, кровооточающая ткань. Carci- noma cervicis uteri.	1¼ ч.	Припод- няты.
87—34. Oelschlager.	16 V 78	..., 45 л. Рож. 5. 6 мѣс. кровотеченія, 2 мѣс. бѣли съ запахомъ. Боли.	На наружномъ зѣвѣ ра- ковая опухоль съ твердыми краями.	2 ч.	—
88—19. Olshausen.	31 III 78	—	—	—	—
89—19. Онъ же.	—	—	—	—	—
90 и 91—57. Онъ же.	—	—	—	—	—
92—46. Pernice.	13(23?) III 79	Niemann, 37 л. Рож. 5. 1 г. постоянныя кровотече- нія.	Матка увелич., подвиж- на. Р. vag. грибовидна; зѣвъ изъязвленъ; въ каналѣ шей- ки — кровооточающая ткань. Carcinoma cervicis uteri.	3 ч.	Вынута.

А Ц І Я.		Послѣоперационный періодъ.		ИСХОДЪ.
Производство.	Нижняя рана.	Продолж.	Характеръ.	
—	—	—	—	† Peritonitis.
Срғау. Лигатуры коротко рѣзаны и оставлены въ полости живота. Яичники удалены.	Зашита сверху.	50 ч.	Т° не была выше 37,8; п. 60—120. Боль- ная безпокойна.	† Sepsis.
Сначала удалено тѣло, томъ и шейка.	—	На 3-й день.	Безъ реакціи.	†
—	—	—	—	Выздоровленіе.
—	—	—	—	†
Лигатуры — кнаружи отъ яичковъ. Резекція влага- лища.	Не зашита.	3 дня.	—	† Peritonit. uni- versalis ac.
Срғау. По автору. Силь- ное кровотеченіе изъ пра- вой а. uter. Яичники уда- лены. Резекція влагалища. сенажъ сверху.	—	3 дня.	Т° 37,9—41,0. Ча- стая рвота и давленіе въ животѣ. Тимпанита нѣтъ. Мочи мало.	† Peritonitis. Вскр.: правый мочеточникъ перерѣзанъ и пере- вязанъ.
По Freund'у.	—	40 ч.	Моча послѣ операци не выдѣлялась.	† Вскр.: въ поло- сти живота около литра кровянистой жидкости. Оба моче- точника перевязаны.
Вѣроятно, пораненъ пу- ль или мочеточникъ: 5—6 см.—изъ раны моча. Яич- ники удалены.	—	—	—	Выздоровленіе. Возвратъ чрезъ 5 мѣс. Чрезъ 16 мѣс. †.
Яичники удалены.	—	—	—	† Кровотеченіе. Вскр.: ракъ почки.
—	—	—	—	†† Шокъ.
Срғау. По Freund'у. Силь- ное кровотеченіе изъ лѣвой а. uter.	Зашита.	7 дн.	Съ 3-го дня рвота. Изъ влагалища обиль- ное отдѣленіе съ запа- хомъ. Животъ вздутъ. Т° до 39,7; передъ † 35,6.	† Pelveoperitonit. septica.

№№ случая и источника. Операторы.	День опера- ции.	Анамнезъ.	Исслѣдованіе и діагнозъ.	О П И	
				Про- долж.	Кишки.
93—60. <i>Reuss.</i>	21 VII 80	F., 36 л. Нерож. 2½ г. лѣтится отъ кровотеченія и бѣлей. Выскабливаніе. Высокая экцизія.	Матка увеличена вдвое, въ ретрофлексіи, неподвиж- на. Сосѣднія части свобод- ны. Carcinoma uteri.	—	Вынуты
94—59. Онъ же.	21 XII 78	B., 46 л. Рож. 2. Крово- теченія, бѣли съ запахомъ, боли.	Раковыя измѣненія на шейкѣ, особенно на перед- ней губѣ. Матка увелич. Послѣ выскабливанія—воз- вратъ и пораженіе сводовъ	2½ ч.	Вынуты
95—61. <i>Reyer.</i>	—	..., 40 л. 10 л. метрор- рагіи и боли.	Fibroma uteri.	3 ч.	—
96—33. <i>Rubio.</i>	82	—	—	—	—
97—65. <i>Rudygier.</i>	—	E. Radacka, 50 л. Не- правильныя кровотеченія и бѣли.	Матка очень увеличена, тверда; внутренняя поверх- ность неровна. Carcin. corp. uteri.	—	Вынуты
98—64. Онъ же.	5 VII 80	K. Bukofzev, 39 л. Рож. 5. 10 мѣс. слабость въ ногахъ, rectum и пузырь. Кровоте- ченія, бѣли.	Port. v. разрушена. Вла- галище поражено, кромѣ праваго свода. Желѣзы при- пухли. Carcin. port. vag.	—	Вынуты
99—67. <i>Sänger.</i>	16 XII 86	Stehfest, 54 л. Рож. 4. 1¼ кровотеченія и бѣли. 3 мѣс. боли въ животѣ.	Матка не увеличена, съ тонкими стѣнками (мало подвижна; lig. lata коротки). Микроскопъ: Carcin. corp. uteri.	2 часа.	Не вы- ты.
100—66. Онъ же.	20 V 85	Hasselbach, 54 л. Рож. 5, вык. 3. 2 года непрерыв- ное кровотеченіе. Одышка.	Матка 14 сант. Хронич. бронхитъ, жирное сердце, эмфизема. Carcinoma corp. uteri.	2 часа.	—
101—34. <i>Schüdel.</i>	—	—	—	—	—
102—1. <i>Schede.</i>	15 V 78	—	—	—	—
103—1. Онъ же.	—	—	—	—	—
104—25. <i>Schramm.</i>	80	—	Carcinoma cerv. uteri.	2 часа.	—
105—70. <i>Schröder.</i>	2 VII 78	—	—	—	—

Р А Ц И Я.		Послѣоперационный періодъ.		ИСХОДЪ.
Производство.	Нижняя рана.	Продолж.	Характеръ.	
Spray. Пузырь наполненъ водою. По Freund'у. Сильное кровотеченіе изъ лѣвой а. uter.	По Bardenheuer'у	29 дн.	Сначала коллапсъ (t° 35,9). Дренажъ понемногу выходилъ изъ влагалища.	Выздоровленіе. 3 менструальные періода—безъ крови и боли.
По Freund'у. Безъ резекціи влагалища. Кровотеченіе изъ обѣихъ аа. uter.	—	4 дня.	На 3-й день тошнота, рвора фекальнаго характера. Чревостѣченіе и кишки инъфицированы.	† Peritonitis sept. Вскр.: нижнія лигатуры—черезъ стѣнку пузыря.
—	—	24 час.	—	†
По Freund'у.	—	—	—	†
По автору. Яичники удалены.	Зашита катгутомъ.	—	Безъ болей. Т° повысилась во время отдѣленія чистаго гноя изъ влагалища.	Выздоровленіе.
По автору. Яичники удалены. Задняя стѣнка пузыря поражена и поранена.	Зашита.	На 3-й день.	Безпокойство. На 3-й день рвота, жалобы на давленіе повязки. Сукровичное отдѣленіе.	† Collapsus (?).
Сначала изъ влагалища. Нижнія лигатуры двойныя.	—	65 дн.	Диспенсія, рвоты. Въ нижнемъ углу раны—большой гнойникъ. Пролежень въ ладонь.	Выздоровленіе.
По Rudygier'у.	Сулемовый тампонъ.	30 час.	Т° 37,4; п. 96. Рвоты иѣтъ. Сильный кашель. Отекъ легкиихъ.	† Параличъ сердца. Вскр.: жировое перерожденіе органовъ. Перитонита иѣтъ.
—	—	—	—	†
—	—	—	—	†
—	—	—	—	†
По Kocks'у.	—	2 часа.	—	† Collapsus.
—	—	—	—	Выздоровленіе. Возвратъ чрезъ 2г.

№№ случая и источника. Операторы.	День опера- ции.	Анамнезъ.	Исслѣдованіе и діагнозъ.	О П Е	
				Про- долж.	Книжки.
106—70. Онъ же.	13 VIII 78	—	—	—	—
107—69. Онъ же.	—	—	—	—	—
108—1 и 70. Онъ же.	20 VI 78	—	—	—	—
109—1 и 70. Онъ же.	17 XI 78	—	—	—	—
110—1 и 70. Онъ же	8 III 79	—	—	—	—
111—70. Онъ же.	20 VII 79	—	—	—	—
112— ⁴⁾ Онъ же.	81	—	Матка и ея придатки не- подвижны.	—	—
113—71. Онъ же.	Сент. 85	Беременная.	Р. vag. — въ кулакъ. Роды за 7 нед. до нормы. Лихо- радка.	—	—
114—42. <i>Schultze.</i>	—	... 50 л. Не рож. 10 л. кровотеченія.	Туморъ, выступающій надъ смифизомъ на 1½ сант., въ связи съ р. vag.; ея перед- няя губа тверда и изъ- язвлена. Cancer port. vag.	—	—
115 и 116—73. Онъ же.	—	—	—	—	—
117—26. <i>Shepard.</i>	5 I 79	... 38 л. Кровотеченія 1 мѣс. Ампутація шейки. Воз- вратъ.	Carcinoma colli uteri.	—	—
118—76. <i>Соловьевъ.</i>	1 IX 79	А. Тимоеева, 43 л. Рож. 4 раза. 7 мѣс. непрерыв- ныя кровянистыя выдѣленія, съ запахомъ.	Матка увелич., плотна, подвижна. Изъ зѣва торчатъ бѣлые клочья. Внутр. по- верхность матки бугриста. Carcinoma colli et corp. uteri.	1½ г.	Внууты.

⁴⁾ Zt-schr. f. Geb. u. Gyn. B. VIII. H. Löhlein. (92).

Р А Ц И Я.		Послѣоперационный періодъ.		ИСХОДЪ.
Производство.	Нижняя рана.	Продолж.	Характеръ.	
—	—	—	—	Выздоровленіе.
—	—	—	—	Выздоровленіе.
—	—	16 час.	—	†
—	—	—	—	†
—	—	30 час.	—	†
—	—	4 час.	—	†
По Rydygier'у.	—	30 час.	—	† Collapsus.
Бесарское сѣченіе: ребенокъ мертвъ. Удаленіе всей кишки; сосуды перевязаны съильно. Пузырь пораненъ.	Зашита	5 час.	—	† Peritonitis septica.
По Freund'у.	—	1 1/2 ч.	—	† Шокъ.
—	—	24 час.	—	†† Шокъ.
По Freund'у.	—	88 час.	Т° 38,1; п. 100—108. Слабость.	†
По Freund'у.	—	26 час.	Т° 38,2 — 39,8; п. 124—160. Жажда, рвота, одышка. Зловонныя выдѣленія во влагалищѣ.	† Шокъ (?). Вскр.: кишки вздуты, инъцированы. Въ полости брюшины 1/2 ф. грязной, зеленоватой жидкости. Передняя lig. lat. омертвѣла.

№№ случая и источника. Операторы.	День операции.	Анамнезъ.	Исследование и диагнозъ.	О П Б	
				Продолж.	Кишки.
119—9. <i>Spiegelberg.</i>	14 VII 78	С. Scholz., 47 л. Рож. 3. Больше 2 мѣс. обильныя крови; въ промежуткахъ—бѣли съ кровью. Боли.	Матка слегка увеличена, подвижна. На краяхъ наружнаго зѣва—твердое бургистое кольцо. <i>Sarcin. port. vag.</i>	2½ ч.	Отодвинуты.
120—81 и 82 Онъ же.	1 XI 79	А. К., 31 л. Рож. 2. 1 г. кровотечения, прекратившіяся 5 м. т. н., послѣ операции. Теперь—бѣли.	Матка увелич., подвижна. Передняя губа короткая; задняя отрѣзана. Съ задней стѣнки канала—опухоль съ куриное яйцо; микроскопъ: <i>sarcoma cervic. uteri.</i>	2 часа.	Вынуты.
121—9. Онъ же.	24 VII 78	А. John, 41 г. Рож. 1, вык. 1. 1½ г.—крови обильнѣе и чаще; 2 мѣс. почти постоянное кровотечение. Иногда бѣли съ запахомъ. Запоры.	Матка небольшая, подвижная. На р. <i>vag.</i> грибовидная опухоль. Своды свободны. <i>Sarcinoma port. vag.</i>	2¼ ч.	Вынуты.
122—9. Онъ же.	25 X 78	Е. Scholz, 41 г. Рож. 6. 6 л. т. н. бѣли и кровотечения, прекратившіяся чрезъ 2 г. во время беременности. ½ г. кровотечения опять безпрерывны. Лихорадка. Запоры и позывы на мочу.	Матка очень увеличена. На р. <i>vag.</i> справа разрывъ, откуда и выдаются изъ шейки раковыя массы. Во влагалищѣ справа неизъязвленное затвердѣніе. Сосѣднія части свободны. <i>Sarcinoma colli uteri.</i>	1¾ ч.	Вынуты.
123—9. Онъ же.	28 XI 78	В. Mann, 40 л. Рож. 4, вык. 1. 3 мѣс. постоянныя кровотечения. Боли. Запоры.	Каналь шейки и передняя губа инфильтрированы. Инфильтрація по узкому рубцу переходитъ на параметрій. Влагалище и задняя губа свободны. <i>Sarcinoma colli uteri.</i>	2 часа.	Вынуты.
124—83. <i>Staud.</i>	Октябрь 78	..., 53 л. Кровотечение и бѣли больше года.	Матка увеличена, подвижна, гладка. Р. <i>vag.</i> занята большою раковою опухолью. Въ лѣвомъ параметріи ограниченная инфильтрація. <i>Sarcinoma uteri.</i>	—	Вынуты.
125—85. <i>K. Thornton.</i>	—	..., 64 л. 4 года неправильныя кровотечения.	Матка подвижна (кромѣ лѣваго верхняго угла). Т° ниже нормы. По расширеніи шейки—въ полости матки раковыя массы. <i>Epilethioma corp. uteri.</i>	2 часа	—

P A Ц I Я.		Послѣоперационный періодъ.		ИСХОДЪ.
Производство.	Нижняя рана.	Продолж.	Характеръ.	
По Freund'у. Слѣва сильное кровотеченіе.	Зашита.	25 дн.	Нормальный.	Выздоровленіе. Возвратъ чрезъ 2½ мѣс.
Кольейгитеръ. По Freund'у и автору. Яичники удалены.	Зашита.	7 нед.	Максимумъ t° 38,6. Нормальный.	Выздоровленіе. Возвратъ и чрезъ 4 мѣс. †. Вскр.: 2 узла прижали прямую и слѣпую кишки: непроходимость.
По Freund'у. Сильное кровотеченіе. Пузырь пораненъ.	Зашита.	24 ч.	П. едва ощущимъ. Анемія. Слабость.	† Кровотеченіе. Peritonitis universa.
По Freund'у. При попыткѣ вынуть матку, тѣло ея оторвано отъ шейки. Коллапсъ. Яичники удалены.	Зашита.	13 час.	Безъ сознанія.	† Вскр.: жировое перерожденіе сердца. Инфильтрація железъ. 3 шва—сквозь стѣнку пузыря.
По Kocks'у. Сильное кровотеченіе. Яичники вырѣзаны.	—	5 дней.	Полное задержаніе мочи, безъ явленій уреміи и водянки. Потливость, слюнотеченіе. Вдутье живота, расхожденіе краевъ раны, откуда выходятъ зловонные газы и гной.	† Вскр.: Peritonitis sept. Оба мочеточника перевязаны; послѣдовательныя явленія въ нихъ и въ почкахъ.
По Freund'у. Резекція задней стѣнки пузыря. Коллапсъ. Постоянный катетръ въ пузырь.	Не зашита.	30 час.	Коллапсъ.	† Peritonit. incipiens.
Въ rectum — резиновый шаръ. По Freund'у. Яичники и трубы удалены.	Не зашита. Въ Дугласъ—стеклянная трубка Koberlé.	5 дней.	На 3-й день — изъ трубки выдѣленія съ сильнымъ запахомъ.	† Peritonit. septica (въротно).

№№ случая и источника. Операторы.	День опера- ции.	Анамнезъ.	Исследование и диагноза.	О П Е	
				Про- долж.	Кишки.
126—1. <i>Tillmanns.</i>	—	—	—	—	—
127—70 и 62. <i>Veit.</i>	30 VIII 78	L., 60 л. 7 л. бѣли, 3 г. кровотеченія.	P. vag. мала, съ узкимъ звѣномъ. Матка въ ретро- флексіи, увеличена (11 сант.), неподвижна; вну- тренняя поверхность нер- овная. Микроскопъ: Sarci- нома corporis uteri.	—	Вынуты.
128—88. <i>Wallace.</i>	84	—	Матка увеличена. Sar- coma uteri.	—	—
129—90. <i>Sp. Wells.</i>	—	... 37 л. Рож. 5 разъ. 13 мѣсяц. бѣли и выкидышъ. Беременна 6 мѣс.	Матка увеличена до го- ловы взрослога человека. Шейка удлинена; губы эктропированы; каналъ за- нятъ раковыми массами; колоссальныя разрошенія, безъ язвы.	1 час.	Не вы- нуты.
130—91. <i>Zweifel.</i>	—	—	—	—	—

(Окончаніе въ слѣдую

P A Ц I Я.		Послѣоперационный періодъ.		ИСХОДЪ.
Производство.	Нижняя рана.	Продолж.	Характеръ.	
—	—	—	—	†
По Freund'y.	Зашита.	28 дн.	Съ 4-го по 14-й день лихорадка.	Выздоровленіе. Возвратъ и † чрезъ 1½ года.
По Freund'y.	Зашита.	—	—	†
<p>Spray. — Катетръ въ пузырь. Аа spermaticae обкооты. Матка дала трещину, въ нее вынчивается плодный пузырь; проколъ; извлеченіе плода, дѣтское мѣсто ставлено. При отдѣленіи втки, на сосуды пинцеты, потомъ уль перевязка.</p>	Зашита.	—	Теченіе лихорадочное, съ большой рвотю. Внизу брюшной раны швы прорѣзались, такъ что видны кишки; наложены другіе швы.	Выздоровленіе.
По Freund'y, съ модификаціями Spiegelberg'a и Ardenheuer'a. Нижняя литары проволочныя. Кровоченіе.	—	19 час.	—	†

иъ номеръ).

РЕФЕРАТЫ.

173. Robert Barnes. Placenta praevia. (Brit. med. Journ. № 1418, 1888).
Предлежащее дѣтское мѣсто.

Разсматривая причины кровоточенія при предлежаніи дѣтскаго мѣста и условія остановки его, В. приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) Источникомъ кровоточенія являются маточныя артеріальныя сосуды. Кровоточеніе часто совпадаетъ съ менструальнымъ періодомъ и объясняется разрывомъ сосудовъ соотвѣтственно наиболее тонкимъ стѣнкамъ, вслѣдствіе повышеннаго давленія въ сосудистой системѣ. 2) Въ теченіи многихъ родовъ оно останавливается произвольно. 3) Эта произвольная остановка не зависитъ отъ полнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, смерти ребенка, обморока матери и т. п. 4) Необходимыя условія для остановки кровоточенія заключаются въ активныхъ или тоническихъ сокращеніяхъ матки и тромбозѣ сосудовъ. 5) Физиологическая остановка кровоточенія вполне обезпечена только тогда, когда отдѣлилась вся часть дѣтскаго мѣста, прикрѣплявшаяся къ нижнему сегменту матки; границей этого прикрѣпленія служитъ экваторъ головки ребенка, почти совпадающій съ пограничною линіею авторовъ (*Bandl*евскій поясъ, кольцо сокращенія *Schroeder*'а). 6) Послѣ частичнаго отдѣленія кровоточенія не бываетъ до изгнанія плода. Частичнаго соединенія дѣтскаго мѣста съ маткою достаточно для сохраненія жизни ребенка, за исключеніемъ случаевъ *plac. praeviae centralis* или преждевременныхъ родовъ. 7) Прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста надъ внутреннимъ зѣвомъ матки мѣшаетъ правильному расширенію нижняго сегмента, и пока существуетъ такое прикрѣпленіе, нормальный ходъ родовъ невозможенъ. 8) Послѣ родовъ съ *plac. praev.* весьма часто наблюдаются травмы и воспаленія нижняго сегмента матки, обильно васкуляризованнаго вслѣдствіе сосѣдства съ дѣтскимъ мѣстомъ. На основаніи этихъ положеній В. даетъ нѣсколько терапевтическихъ указаній: 1) При веденіи родовъ слѣдуетъ воздерживаться отъ всякаго насилія. 2) Желательно возможное ускореніе раскрытія зѣва, такъ какъ въ этотъ періодъ существуетъ склонность

къ кровотеченію. 3) Въ случаяхъ значительнаго кровотеченія при неизбѣжности родовъ и закрытомъ зѣвѣ, открытіе его и остановка кровотеченія могутъ быть вызваны разрывомъ оболочекъ и тампонираніемъ. 4) Если неправильное положеніе ребенка нарушаетъ нормальную дѣятельность матки, необходимую для остановки кровотеченія, надо кончать роды, какъ только это позволитъ состояніе зѣва. 5) Между тѣмъ какъ полное отдѣленіе дѣтскаго мѣста или *accouchement forcé* опасны или непримѣнны, отдѣленіе дѣтскаго мѣста отъ нижняго сегмента помощью указательнаго пальца, введеннаго въ зѣвъ, представляется безопасной операцией. 6) При слабой дѣятельности матки, дальнѣйшему раскрытію ея полезно помогать употребленіемъ каучуковыхъ расширителей автора. 7) Послѣ достаточнаго расширенія, роды могутъ быть ускорены, если это необходимо, щипцами, поворотомъ или эмбриотоміей. Въ своей практикѣ В. получилъ 33% живыхъ дѣтей, смертность матерей была меньше, чѣмъ при другихъ методахъ леченія.

А. Пекарская.

174. **J. H. Bennett. A case of eclampsia, with albuminuria; treatment.** (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1888, March 24). **Случай эклампсін съ альбуминуріей; леченіе.**

На основаніи своей 40 л. практики, В. совѣтуетъ при леченіи эклампсін примѣнять слѣдующія мѣры: 1) кровопусканіе съ цѣлью уменьшенія застоя въ мозгу и венозной системѣ; 2) *drastica* противъ отековъ; 3) *acid. benzoic.* для нейтрализаціи циркулирующаго въ крови углекислаго аммонія; 4) *colchicum* и *guaiaicum*, какъ средства, способствующія выдѣленію мочевины; 5) колѣбногрудное положеніе, чтобы механически облегчить почечное кровообращеніе. В. приводитъ случай эклампсін на 8-мъ мѣс. беременности съ рѣзко выраженной альбуминуріей и отеками, гдѣ вышеупомянутая терапия имѣла полный успѣхъ; роды наступили черезъ 30 дней послѣ 1-го приступа и кончились благополучно для матери и ребенка.

А. Пекарская.

175. **J. Zucker. Ein Fall von frühzeitig geplatzter Tubenschwangerschaft.** (Centr.-bl. f. gynäk. 1888 г. № 15). **Случай ранняго разрыва плоднаго мѣшка при тубной беременности.**

III-родящая, 32-лѣтняя хорошо упитанная женщина, имѣвшая послѣдвіи регулы въ декабрѣ или январѣ, 12 февраля внезапно почувствовала жестокия боли въ животѣ, успокоившіяся послѣ приѣма слабительнаго. 17 февраля боли возобновились съ тою же силою. При изслѣдованіи больной—пульсъ слабъ, языкъ сухъ. Матка рѣзко отклонена вправо; слѣва неясно (вслѣдствіе большой чувствительности живота) прощупывается нерѣзко ограниченная, мягкая масса. Назначень олій и холодные компрессы, но состояніе больной быстро ухудшалось: пульсъ замѣтно ослабѣвалъ, больная становилась все блѣдней, конечности холодныя, животъ плоскій, чрезвычайно болѣзненъ и напряженъ, особенно слѣва. Явленія острой анеміи безъ потери крови наружу заставили автора предположить кровотеченіе въ брюшную полость изъ внутреннихъ половыхъ органовъ, но обстановка, въ которой находилась больная,

и очень большая слабость ея не позволяли приступить къ оперативному вмѣшательству, и, назначивши ей опій и сильныя возбуждающія, авторъ отложилъ операцію до слѣдующаго дня.

Назавтра больная осторожно перенесена въ ближайшую клинику *J. Veit'a*, и здѣсь ей сдѣлана лапаротомія. При началѣ операціи больная была почти безъ пульса, но сознание сохранено. Хлороформа дано нѣсколько капель. Подъ наркозомъ опредѣлить какую нибудь рѣзко ограниченную опухоль въ животѣ не удалось, и операція предпринята съ цѣлью остановить внутреннее кровотеченіе. При вскрытіи брюшной полости, она оказалась выполненной жидкою кровью; по удаленіи 3—4 литровъ крови, выяснилось, что источникомъ кровотеченія служилъ разрывъ правой трубы на границѣ внутренней и средней ея трети. Длина разрыва 5 мм., ширина—2 мм. Труба перевязана съ обѣихъ концовъ, и брюшная рана зашита. Въ полости брюшины осталось около литра крови. Операція продолжалась минутъ 10. Въ сверткахъ крови, удаленной изъ брюшной полости, нашли сгусто-подобную массу, которая оказалась плоднымъ яйцомъ. Послѣ операціи пульсъ едва ощутимъ; t 34,6—36,1. На 2-й день смерть отъ острой анеміи.

Ислѣдованіе мѣста разрыва не дало автору объясненія, отчего такъ рано (2—3 недѣли) послѣдовалъ разрывъ плоднаго мѣшка. Непонятно для него также, почему при такомъ, сравнительно, небольшомъ разрывѣ кровотеченіе не остановилось само собою, тогда какъ случаи самопроизвольнаго прекращенія кровотеченій наблюдаются иногда и при большихъ разрывахъ. Въ заключеніе авторъ останавливается на леченіи вѣматочной беременности, и говоритъ, что наиболѣе благоприятные исходы оперативнаго леченія получаютъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ операція примѣняется еще раньше, чѣмъ мѣшокъ лопнулъ; въ случаѣ же разрыва плоднаго мѣшка надежда на благоприятный исходъ тѣмъ больше, чѣмъ раньше предпринята операція.

А. Соловьевъ.

176. **Балинъ. Drillingsgeburt. Mangel von Fruchtwasser.** (Centr.-blt. f. Gyn. 1888, № 16). **Тройни. Отсутствіе околоплодной жидкости.**

Авторъ наблюдалъ случай родовъ тройнями у 30-лѣтней женщины, которая за 6 лѣтъ передъ тѣмъ разрѣшилась двойнями. Въ теченіе послѣдней беременности она чувствовала большую слабость, страдала затрудненіемъ дыханія и замѣтила очень значительное увеличеніе живота. За сутки до начала родовыхъ болей отошли воды. Къ вечеру слѣдующаго дня авторъ былъ призванъ къ больной и нашелъ въ нижнемъ сегментѣ матки большое, твердое тѣло, точно такое же наверху на правой и лѣвой сторонѣ. Мелкія части прощупывались и справа, и слѣва; сердцебіеніе плода было слышно на обѣихъ сторонахъ. Зѣвъ сглаженъ, предлежатъ ягодицы, воды отошли. Ребенокъ былъ извлеченъ за ягодицы. Затѣмъ, во входѣ въ тазъ вставился головкой второй плодъ въ цѣломъ плодномъ пузырьѣ и былъ выжатъ по способу *Kristeller'a*. Точно также было поступлено съ 3-мъ плодомъ, который и родился въ неразорванномъ плодномъ пузырьѣ. По вскрытіи пузыря вытекло всего

около двухъ столовыхъ ложекъ слизистой жидкости. 15 минутъ спустя было удалено по *Credé* одно большое дѣтское мѣсто со всѣми оболочками и тремя симметрически прикрѣпленными пуповинами. Авторъ указываетъ на то, что въ данномъ случаѣ плохое развитіе третьяго плода зависѣло отъ двухъ причинъ: во 1) отъ механической — вслѣдствіе развитія ребенка въ верхней части матки—и во 2) отъ полного почти отсутствія околоплодной жидкости. Второе обстоятельство служитъ подтвержденіемъ мнѣнія *Omnia*, что околоплодная жидкость служитъ для питанія ребенка, тогда какъ дѣтское мѣсто только для газообмѣна.

А. Семяниновъ.

177. Eugen Tauffer. Durch einen Uterus didelphys erschwerte Geburt.
(Centr.-bl. f. gynäk. 1888 г. № 15). Трудные роды при *uterus didelphys*.

Здоровая, 38-лѣтняя женщина всегда имѣла правильныя, неболѣзненныя регулы съ незначительной потерей крови. Рожала 2 раза въ срокъ и одинъ разъ выкинула. Врачебнаго вмѣшательства ни разу не требовалось.

Авторъ былъ приглашенъ къ 4-мъ родамъ этой женщины. При изслѣдованіи: дно матки на три поперечныхъ пальца ниже мечевиднаго отростка; сердцебіеніе плода вправо отъ средней линіи. Въ правой сторонѣ большого таза, соотвѣтственно подвздошной впадинѣ, прощупывается тѣстоватой консистенціи образование, величиною въ мужскую ладонь. Влагалище раздѣлено перегородкой на 2 половины. Въ лѣвой половинѣ влагалища ощупывается значительно раскрытый маточный зѣвъ съ глубоко вдавленнымъ въ него плоднымъ пузыремъ; предлежитъ правое колѣно. Въ правую половину влагалища, высланную разрыхленной слизистой оболочкой, выдается отдѣльная маточная шейка; зѣвъ которой пропускаетъ верхушку пальца и представляетъ слѣды бывшихъ надрывовъ.

Подъ вліяніемъ сильныхъ схватокъ пузырь лопнулъ, но роды не подвижались, и ихъ пришлось окончить экстракціей. Довольно сильное послѣродовое кровотеченіе остановлено массажемъ матки и инъекціями эрготина. Первые 3 дня послѣродоваго періода протекли нормально, на 4-й день изъ небеременной матки выдѣлилась *decidua*, толщиной въ 4—5 mm. Съ этого времени началось повышеніе t° , зависѣвшее отъ эндометрита въ небеременной маткѣ и продолжавшееся нѣсколько дней.

Черезъ 8 мѣсяцевъ та же больная обратилась къ автору по поводу меноррагій. Изслѣдуя ее, онъ нашелъ ту же перегородку, раздѣляющую влагалище на 2 половины, и въ каждомъ вторичномъ влагалищѣ *portiones vaginales* съ надорванными краями наружнаго зѣва, который пропускалъ конецъ пальца. Совершенно ясно ощупывались двѣ матки, подвижныя совершенно независимо другъ отъ друга. Въ обѣ шейки свободно вводились средней величины зеркала, которыми и были констатированы эрози и катарральное состояніе цервикальныхъ каналовъ. При изиѣреніи зондомъ—полости обѣихъ матокъ равнялись 7—8 cm.

А. Соловьевъ.

178. М. Гинзбургъ. Ошибки въ предсказаніи исхода родовъ при сѣуженіяхъ таза, оправдываемыя научными данными. («Медицинское Обозрѣніе», т. ХХІХ, 1888 г. № 7)

Три женщины, трудно разрѣшившіяся отъ первой беременности мертвыми дѣтми, вслѣдствіе сѣуженія таза (Сл. I—плоскосѣуженный тазъ съ conj. diag. въ 8, 5—9 сант.; Сл. II—Conj. diag. въ 8—8, 5 сант.; Сл. III.—Conj. ext.—16 сант.), обращались къ автору за совѣтомъ, какъ имъ поступить при второй беременности, чтобы дѣти родились живыми. Каждой изъ нихъ авторъ совѣтовалъ искусственные преждевременные роды, но пациентки не воспользовались совѣтомъ. Исходъ второй беременности у этихъ больныхъ былъ слѣдующій: Первая—разрѣшилась въ срокъ благополучно живою дѣвочкою; у второй чрезъ 12 часовъ послѣ начала срочныхъ родовъ наложены щипцы и въ нѣсколько минутъ извлеченъ живой ребенокъ; третья въ срокъ разрѣшилась живымъ мальчикомъ.

Указавъ на преимущества преждевременныхъ искусственныхъ родовъ у женщинъ съ узкимъ тазомъ передъ срочными родами у нихъ, авторъ, по поводу своихъ трехъ случаевъ, замѣчаетъ, что хотя предсказаніе его относительно исхода срочныхъ родовъ и не оправдалось, но предложеніе вызвать у нихъ преждевременные роды было основано на научныхъ данныхъ: сѣуженіе таза средней степени, трудные первые роды и смерть дѣтей при нихъ.

І. Рясенцевъ.

179. Э. Ф. Черневскій. Къ вопросу о послѣродовыхъ заболѣваніяхъ. (Бактеріоскопическое изслѣдованіе). Дисс. С.-Петербургъ, 1888 г.

Вопросъ о связи послѣродовыхъ заболѣваній съ развитіемъ въ организмѣ микропаразитовъ еще до сихъ поръ представляется далеко не рѣшеннымъ. Между тѣмъ какъ связь съ микроорганизмами твердо установлена для тяжелыхъ септическихъ послѣродовыхъ заболѣваній, и нѣкоторые ученые (*Pasteur, Doleris, Lomer, Goenner*) готовы даже считать стрептококкъ специфическимъ микробомъ родильной горячки, на причину легкихъ послѣродовыхъ заболѣваній до настоящаго времени нѣтъ еще установившагося взгляда, что объясняется малочисленностію изслѣдованій въ этомъ направленіи. Авторъ задался цѣлью пополнить эту сторону вопроса и произвелъ рядъ изслѣдованій послѣродовыхъ выдѣленій на патогенные микроорганизмы при легкихъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ. Вѣсть съ тѣмъ, для сравненія найденныхъ при этомъ микробовъ съ таковыми же при тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, онъ производилъ изслѣдованія и послѣднихъ, какъ при жизни, такъ и послѣ смерти родильницъ. Для изслѣдованія служили: послѣродовыя выдѣленія, въ нѣсколькихъ случаяхъ кровь изъ укула или изъ v. medianae и жидкости изъ различныхъ полостей и органовъ умершихъ. Изслѣдованія производились какъ микроскопическія, такъ и бактеріоскопическія.

Результаты изслѣдованія представлены въ формѣ двухъ таблицъ. 1-я заключаетъ 81 случай легкихъ послѣродовыхъ заболѣваній. Авторъ бралъ выдѣленія родильницъ то прокаленной платиною проволокою, то тупой ло-

жечкой, промывая предварительно влагалище 0,2% раствором сулемы, вычищая канал маточной шейки ватой, спиртомъ и эфиромъ и принимая, по возможности, строгія антисептическія предосторожности, во избѣжаніе загрязненія культуръ. Субстратомъ для культуръ ему служилъ $\frac{1}{2}$ —1% мясопептонъ—агарь, 5—10% мясопептонъ—желатина, мясопептонъ бульонъ, кровяная сыворотка и въ послѣднее время альбуминатъ. Изъ 81 случая легкихъ послѣродовыхъ заболѣваній культуры однихъ стрептококковъ получились въ 35 случаяхъ, — стрептококковъ смѣшанныхъ съ другими микроорганизмами — въ 13, другихъ микроорганизмовъ безъ стрептококковъ въ 5 случаяхъ, и вовсе не получилось культуръ въ 24 случаяхъ. Отсутствіе микроорганизмовъ въ культурахъ послѣднихъ 24 случаевъ, по мнѣнію автора, вовсе не доказываетъ, чтобы въ этихъ случаяхъ не было микробовъ, такъ какъ впрыскиваніе кролику выдѣлений отъ одной изъ больныхъ, отъ которой не получилось культуры, вызвало смерть кролика, и изъ его трупа, какъ изъ органовъ, такъ и изъ жидкостей, получились чистыя культуры стрептококка. Культуры стрептококка изъ живой крови получались очень рѣдко: изъ 300 посѣвовъ отъ 27 больныхъ только въ 6 пробиркахъ отъ 5 больныхъ.

Вторая таблица обнимаетъ 10 случаевъ тяжелыхъ септическихъ заболѣваній, (такъ называемыхъ лимфатическихъ формъ), со смертельнымъ исходомъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ, какъ изъ выдѣлений, полученныхъ при жизни, такъ и изъ органовъ и тканей послѣ смерти въ культурахъ получились колоніи стрептококковъ. Посѣвы изъ крови, взятой незадолго передъ смертью, — дали 9 культуръ на 70 посѣвовъ отъ 5 больныхъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи ткани почекъ, печени, селезенки и мышцъ родильницъ, умершихъ отъ септицеміи, встрѣчаются только отдѣльные кокки, и то сравнительно рѣдко. То же наблюдается у кроликовъ, умершихъ послѣ впрыскиванія культуръ стрептококка. Въ видѣ цѣпочекъ микробы наблюдаются только на мѣстѣ ихъ вступленія въ организмъ, а чѣмъ дальше отъ мѣста впрыскиванія, тѣмъ цѣпочекъ становится все меньше и меньше. У людей кокки въ видѣ цѣпочекъ наблюдаются лишь въ лимфатическихъ сосудахъ, въ которыхъ происходитъ нагноеніе. Въ крови изъ сердца и крупныхъ сосудовъ микроорганизмы встрѣчаются только въ видѣ отдѣльныхъ коковъ, и то довольно рѣдко; наоборотъ, въ капиллярахъ органовъ они встрѣчаются всегда и выполняютъ весь просвѣтъ сосуда.

Кромѣ заболѣвшихъ, авторъ изслѣдовалъ выдѣленія 57 нормальныхъ родильницъ. Изъ нихъ только у одной получились культуры стрептококка и у двухъ—*bacillus subtilis* и *sarcina*. Поэтому авторъ вполне отрицаетъ патогенныя и флогогенныя свойства нормальныхъ послѣродовыхъ выдѣлений.

Установивши фактъ присутствія стрептококковъ въ выдѣленіяхъ изъ матки при легкихъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, авторъ задается вопросомъ, есть ли это патогенный, или рожистый микробъ? На основаніи литературныхъ данныхъ, онъ не могъ установить прочныхъ основаній для отличія стрептококка отъ рожистаго микроба. На основаніи же собственныхъ наблюденій, авторъ утверждаетъ, что стрептококкъ можетъ вызвать и нагное-

ніе и рожеподобное воспаленіе кожи, и при томъ не только у различныхъ, но даже у одного и того же животнаго.

Выводы, къ которымъ пришелъ авторъ на основаніи своихъ изслѣдованій, слѣдующіе: 1) въ послѣродовыхъ выдѣленіяхъ здоровыхъ родильницъ въ полости матки микроорганизмы встрѣчаются, какъ рѣдкое исключеніе, поэтому 2) послѣродовыя выдѣленія здоровыхъ родильницъ не обладаютъ ни пирогенными, ни флогенными свойствами. 3) Въ громадномъ большинствѣ случаевъ въ выдѣленіяхъ изъ полости матки у легко заболѣвшихъ родильницъ можно доказать присутствіе цѣпочнаго кокка, который, безъ всякаго сомнѣнія, и вызываетъ эти заболѣванія. 4) Въ смертельныхъ случаяхъ послѣродовыхъ заболѣваній (септицеміи—лимфатической формы), цѣпочные кокки развиваются въ постѣвахъ, какъ изъ выдѣленій, такъ и послѣ смерти рѣшительно изъ всѣхъ жидкостей и органовъ. 5) Смертельные случаи послѣродовой септицеміи зависятъ отъ поступленія въ организмъ черезъ половые органы стрептококка. 6) Цѣпочные кокки, встрѣчающіеся при легкихъ и при смертельныхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, идентичны между собою. 7) Стрептококки, встрѣчающіеся при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, способны вызвать какъ нагноеніе, такъ и рожеподобное воспаленіе кожи. 8) Пораженіе организма стрептококками выражается приливомъ крови къ паренхиматознымъ органамъ и серознымъ оболочкамъ.

А. Соловьевъ.

180. **Straus et D. Sanchez Toledo. Recherches bactériologiques sur l'utérus après la parturition physiologique.** (La France Médicale 6 Mai 1888, № 53). Бактеріологическія изслѣдованія матки послѣ нормальныхъ родовъ.

Авторы произвели рядъ изслѣдованій ткани и содержимаго полости матки послѣ физиологическихъ родовъ у различныхъ животныхъ и пришли къ слѣдующимъ главнымъ выводамъ: 1) бактеріологическія изслѣдованія содержимаго маточныхъ роговъ у кроликовъ, морскихъ свинокъ, крысъ и мышей, произведенныя спустя отъ 3-хъ часовъ до 3-хъ дней послѣ родовъ, не дали колоній микроорганизмовъ. Микроскопическіе препараты, приготовленные изъ того же содержимаго маточныхъ роговъ, а также и изъ ткани, соскобленной съ внутренней поверхности матки, не содержали микрококковъ; точно также не найдено микробовъ и въ срѣзахъ самой ткани матки и ея роговъ. Итакъ, послѣ физиологическихъ родовъ у животныхъ ни въ стѣнкѣ матки, ни въ ея содержимомъ не содержится микробовъ, что вполне согласно съ выводами *Döderlein'a* по отношенію къ нормальнымъ лохіямъ женщинъ. 2) Впрыскивая животнымъ, спустя отъ 3-хъ часовъ до 3-хъ дней послѣ родовъ, въ полость матки культуры *bacillus antracis*, септическихъ вибрионовъ, *staphylococcus pyogenes aureus* и холеры куръ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ авторы не получили инфекціи, даже при очень большихъ количествахъ введенныхъ паразитовъ; только микробъ куриной холеры составлялъ исключеніе и заражалъ кроличихъ, которымъ былъ введенъ, но вѣдь извѣстно, насколько вообще чувствительны кролики къ этому виду инфекціи. Авторы не

берутся объяснить причину такой разницы въ воспримчивости къ инфекціоннымъ началамъ со стороны послѣродовой матки животныхъ и женщины, и довольствуются констатированіемъ факта.

А. Соловьевъ.

181. Pintaud-Désallées. Opération césarienne.—Guérison (Union Médicale, 1888 г., № 60). Кесарское сѣченіе. Выздоровленіе.

Рахитическая женщина 29 лѣтъ съ conj. v. въ 6 см. Въ началѣ беременности авторъ предлагалъ ей произвести искусственный выкидышъ, но пациентка на это не согласилась. Приглашенный при наступленіи родовъ, авторъ, вмѣстѣ съ д-ромъ *Audiot*, нашли слѣдующее: боли начались за 24 часа, пузырь разорвался при первыхъ сокращеніяхъ матки; головка въ правой подвздошной впадинѣ; при внутреннемъ изслѣдованіи палецъ попадаетъ въ лѣвую подмышечную ямку; сердцебіеніе плода хорошо. Роженица бодрa, но пульсъ ея слабъ. Рѣшено тотчасъ приступить къ кесарскому сѣченію, и операція произведена ночью въ грязной, бѣдной комнаткѣ, освѣщенной двумя лампами. Хлороформировала акушерка, губки мыли двѣ находившіяся здѣсь женщины.

Послѣ обычныхъ приготовленій (опороженіе пузыря и recti, обмываніе живота), роженицѣ впрыснуть *ergotin* *Tanret*. Разрѣзъ по l. alba въ 20 см. Толщина маточной стѣнки при разрѣзѣ — около 1 см. Извлеченъ за ножки мальчикъ въ легкой асфиксiи, быстро оживленный. Послѣдъ отдѣленъ легко. Сильное кровотеченіе изъ разрѣза матки. Матка сжата рукой и переведена въ антеверзію. Выпавшіе сальникъ и кишки вправлены въ брюшную полость, и края брюшнаго разрѣза сближены пальцами. Спѣша окончить операцію, авторъ не отслаивалъ брюшину и не накладывалъ отдѣльно мышечныхъ и серозныхъ швовъ, а наложилъ въ одинъ этажъ 12 глубокихъ кетгутовыхъ швовъ, заботясь однако, чтобы петли швовъ не проникли въ маточную полость. Края брюшной раны соединены глубокими металлическими швами и булавками. Операція длилась 1 часъ. Послѣоперационное теченіе нормальное; больная встала съ постели черезъ мѣсяцъ. Ребенокъ здоровъ.

А. Соловьевъ.

182. Liebreich. Ueber locale Anästhesie. (Bresl. aezrtl. Zeitschr., 1888, № 9; Verhandl. d. 7. Congr. f. inn. Med. in Wiesbaden). О мѣстной анестезіи.

Авторъ изслѣдовалъ на кроликахъ и морскихъ свинкахъ мѣстное анестезирующее дѣйствіе 70 различныхъ веществъ при подкожномъ ихъ прижнѣніи. Наибольше дѣйствительными оказались нашатырь и антипиринъ, а затѣмъ—эфирныя масла, изъ которыхъ, напр., ol. chamomillae aeth., будучи введено въ глазъ, вызываетъ полную нечувствительность роговицы; помимо многихъ другихъ средствъ, даже перегнанная вода давала анестезію. Авторъ своимъ сообщеніемъ имѣлъ въ виду показать, что имѣется масса средствъ, вызывающихъ мѣстную анестезію у животныхъ, и что, вѣроятно, извѣстная часть ихъ можетъ найти терапевтическое примѣненіе и у человѣка.

А. Фишеръ.

183. **H. Schmid.** *Der antiseptische Schutz des Iodoformkollodiums.* (Central blt. f. Chir. 1888 г. № 19). **Антисептическое значеніе іодоформнаго коллодія.**

Авторъ указываетъ на то, что покрытіемъ зашитой раны слоємъ іодоформнаго коллодія мы достигаемъ того же, что достигается наложеніемъ антисептической повязки. Во многихъ случаяхъ невозможно наложить *lege artis* повязку и приходится поэтому прибѣгать къ открытому способу леченія раны. Для избѣжанія этого мы можемъ примѣнить іодоформный коллодій, чтобы воспользоваться всѣми преимуществами закрытаго способа леченія ранъ. Особеннаго вниманія заслуживаетъ это средство при многихъ гинекологическихкихъ операціяхъ: при вылущеніи опухолей изъ наружныхъ половыхъ органовъ или влагалища, при всевозможныхъ операціяхъ во влагалищѣ, при клиновидной эксцизиі изъ влагалищной части шейки, при чревосъченіяхъ, если не представляется необходимости прибѣгнуть къ открытому способу и не существуетъ показанія къ наложенію давящей повязки.

По снятіи повязки черезъ 10—14 дней, можно покрыть брюшную рану слоємъ іодоформнаго коллодія, чтобы по удаленіи швовъ защитить свѣжій еще рубецъ отъ слишкомъ сильнаго растяженія со стороны кожи и препятствовать нагноенію каналцевъ. Полученные авторомъ хорошіе результаты, говорятъ въ пользу примѣненія этого средства въ большихъ размѣрахъ, чѣмъ это было до сихъ поръ.

А. Семянниковъ.

184. **Бурновъ.** *Случай гематомы лѣвой большой срамной губы и влагалища.* («Русская Медицина», 1888 г. № 14).

Первородящая чрезъ 2 часа послѣ срочныхъ нормальныхъ родовъ почувствовала тянущія боли въ наружныхъ половыхъ органахъ и при ощупываніи ихъ замѣтила постепенно увеличивающуюся опухоль.

Чрезъ день при осмотрѣ въ больницѣ оказалось: опухоль синебагроваго цвѣта, величиною съ головку 7-ми мѣсячнаго плода, занимаетъ лѣвую большую губу и продолжается въ видѣ валика шириною около 2 поперечныхъ пальцевъ по лѣвой стѣнкѣ влагалища до самаго свода.

Чрезъ 17 дней опухоль вскрылась на внутренней поверхности небольшимъ отверстіемъ, изъ котораго выдѣляется густая темная кровь. Образовавшаяся полость вполне закрылась только чрезъ мѣсяць. Температура все время оставалась нормальной.

Леченіе началъ выжидательное, по вскрытіи опухоли, состояло изъ промываній и тампонаціи образовавшейся полости. **І. Рясенцевъ.**

185. **Amand Routh.** *Peppermint water in pruritus pudendi* (Brit. med. Journ. April 14, 1888). *Aqua menth. piper.* при *pruritus pudendi.*

Р. рекомендуетъ названное средство для обмыванія въ случаяхъ *pruritus pud.* при неповрежденной кожѣ, употребляя или официнальную препаратъ или же прибавляя къ пинтѣ горячей воды 5 канель *ol. menth. piper.* и чайную

ложку буры. При существованіи экземы большую пользу приносит смазываніе *ol. olivar.* съ іодоформомъ — *gr. V* на \mathcal{Z} j. *Aq. menth.* всего лучше дѣйствуетъ въ случаяхъ нервнаго происхожденія, особенно при рефлекторномъ зудѣ беременныхъ, въ климактерическомъ возрастѣ, а также и при разныхъ другихъ заболѣваніяхъ полового аппарата. *R.* предпочитаетъ *aq. menth. pip.* даже кокаину.

А. Пекарская.

186. **F. Verchère. Traitement de l'endométrite** (*La France Médicale.* № 39. 31 марта 1888 г.). Лечение эндометрита.

По мнѣнію *V.* всѣ ((эндо-?)метриты имѣютъ заразное происхожденіе. «Каковы бы ни были метриты», говоритъ онъ, «простые или фунгозные, ограниченные или распространенные на все тѣло, поверхностные или глубокие, — всѣ они имѣютъ своимъ источникомъ инфекцію». Положеніе слизистой оболочки, трудность истеченія внутре-маточныхъ или цервикальныхъ отдѣленій, частыя поврежденія шейки (при родахъ, бленоррагіи и пр.) и невозможность дезинфицировать глубокую полость матки, — все клонится къ тому, чтобы она сдѣлалась болѣе благопріятною культурною средою, чѣмъ всякая иная часть организма. Знаніе инфекціонной природы метритовъ помогаетъ намъ достигнуть двухъ цѣлей: уничтожить заразу и излечить вызванныя ею страданія. Первая цѣль достигается тѣмъ, что въ продолженіе нѣсколькихъ дней исключительно дезинфицируютъ влагалище и только тогда, когда полость ея сдѣлается асептической, переходятъ къ маткѣ. Въ дезинфекціи матки, достигаемой впрочемъ съ большимъ трудомъ, заключается главное леченіе легкихъ случаевъ, эндометрита. Такъ какъ полость матки почти совсѣмъ закрыта, то липкій и вязкій секретъ, который въ нее выдѣляется, лишь съ трудомъ можетъ стекать наружу. Образуется такимъ образомъ скопленіе его въ полости матки. Иногда, въ случаяхъ застарѣлыхъ метритовъ, гдѣ выдѣленіе становится гнойнымъ, полость матки можно сравнить съ настоящимъ гнойникомъ. Это сравненіе уже подсказываетъ и леченіе. Всякая гнойная полость должна быть вскрыта: необходимо открыть и матку широко и асептично. Но въ случаѣ, если одно раскрытіе матки не достигаетъ цѣли, необходимо видоизмѣнить стѣнки. Широкое раскрытіе полости матки, произведенное асептично, не представляетъ нынѣ, какъ прежде, никакой опасности. Это раскрытіе называется расширеніемъ полости. Выгоды его: свободное истеченіе внутрематочныхъ отдѣленій, достиженіе болѣе точнаго знакомства съ состояніемъ слизистой оболочки матки (можно изслѣдовать и пальцемъ), легкость примѣненія лекарственныхъ средствъ непосредственно на самыя заболѣвшія мѣста.

Этимъ расширеніемъ полости матки достигается вторая цѣль маточной терапіи. Должно, однако, избѣгать быстрого расширенія посредствомъ различнаго рода инструментовъ. Самое безопасное и удобоприимное ко всѣмъ случаямъ есть медленное расширеніе. Существуетъ два способа этого расширенія: посредствомъ антисептическихъ тампоновъ и посредствомъ разбухающихъ тѣлъ. Первый способъ, введенный въ 1883 году *Villiet* (изъ Женевы), примѣняется тогда, когда шейка матки не пропускаетъ ни катетера, ни ан-

тисептическихъ разбухающихъ тѣлъ. Расширеніе по *Villiet* производится посредствомъ маленькихъ тампоновъ изъ іодоформированной ваты, величиною отъ горошины до боба. Они связаны ниткой, за которую ихъ, по минованіи надобности, можно вытащить обратно. Эти тампоны сохраняются въ іодоформенномъ эфирѣ, который поддерживаетъ ихъ асептическое состояніе. Эффектъ, производимый тампонами по *Villiet*, много меньше, чѣмъ отъ разбухающихъ тѣлъ: они дѣйствуютъ въ нѣкоторомъ родѣ пассивно, и для того, чтобы добиться успѣха, необходимо употреблять ихъ довольно долгое время. Тѣмъ не менѣе *Villiet* достигалъ столь полнаго расширенія матки, что можно было ввести въ нее зеркало и сдѣлать доступной полость матки и глазу, и изслѣдующему пальцу. Первый сеансъ расширенія начинаютъ со введенія (послѣ предварительной катетеризаціи матки) двухъ-трехъ тампоновъ. Это число будетъ достаточно для первыхъ сеансовъ. Далѣе, каждые два дня производятъ новый сеансъ, прогрессивно увеличивая и число и объемъ тампоновъ, до тѣхъ поръ, пока не достигнутъ желаемой степени расширенія. Женщина все время должна лежать въ постели, и если все сдѣлано такъ, какъ нужно, то операція расширенія не должна влечь за собою никакого измѣненія въ общемъ состояніи больной. Само собой разумѣется, что влагалище поддерживается антисептичнымъ посредствомъ большихъ тампоновъ изъ іодоформированной ваты.

Второй способъ расширенія—посредствомъ антисептическихъ разбухающихъ тѣлъ—употребляется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ отверстіе цервикальнаго канала не даетъ свободнаго доступа въ полость матки. Эффектъ расширенія здѣсь болѣе быстръ, чѣмъ отъ предыдущаго способа, расширеніе полости происходитъ въ болѣе широкихъ границахъ. Изъ различныхъ тѣлъ, предложенныхъ для этой цѣли (*gentiana*, тупело и пр.) наиболѣе часто употребляются два: ламинарія и губка. Размѣрыхъ различны: ламинарія, однако, представляется въ видѣ болѣе тонкихъ палочекъ, чѣмъ губка, а потому и предпочитается въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ маточное отверстіе узко въ началѣ расширенія. Но ламинарія въ сравненіи съ губкой имѣетъ тотъ недостатокъ, что плохо удерживается въ шейкѣ матки и часто выпадаетъ въ полость влагалища. Ламинарія и губка, прежде чѣмъ пойти въ дѣло, должны быть выдержаны въ теченіи долгаго времени въ насыщенномъ іодоформенномъ эфирѣ. У всякаго врача должна находиться банка съ этою жидкостью, въ которой погружены палочки ламинаріи трехъ размѣровъ, и въ которую погружаются губки только передъ тѣмъ, чтобы быть введенными въ полость матки. Расширители вводятся послѣ предварительной катетеризаціи полости матки и измѣренія ея длины. Матка фиксируется посредствомъ зубчатаго пинцета, крѣпко захватывающаго одну изъ ея губъ, причемъ одна вѣтвь пинцета находится въ полости шейки, другая снаружи. Расширители должны вводиться нѣжно, медленно, безъ насилій. Иногда, съ цѣлью болѣе легкаго проникновенія въ полость матки, оказывается необходимымъ придать имъ небольшую кривизну съ передней вогнутостью. Наконецъ, для того, чтобы достичь болѣе полнаго расширенія, необходимо, чтобы палочка ламинаріи занимала все пространство полости матки. Чтобы получить это, необходимо, чтобы длина палочки соотвѣтствовала длинѣ по-

лости матки, измѣренной маточнымъ катетеромъ. Сеансы введенія расширителей повторяются каждые два дня. Палочка, введенная во время предыдущаго сеанса вынимается весьма легко за нитку, привязанную къ ея концу. Во многихъ случаяхъ, даже при хроническихъ метритахъ, это расширение, соединенное съ антисептикой полости, бываетъ достаточно для того, чтобы достигнуть излеченія. Тѣмъ не менѣе весьма часто приходится идти дальше и прибѣгать къ видоизмѣненію слизистой оболочки матки.

Модификація слизистой оболочки матки, составляющая третью часть леченія эндометрита, производится или каустическими, или механическими агентами. Первые употребляются въ легкихъ случаяхъ, когда фунгозные разращенія не особенно обильны, когда слизистая оболочка не гипертрофирована, словомъ, когда метритъ свѣжъ. Различные авторы придерживаются различныхъ прижигателей (*Emmet—t-rae jodi*, *Doléris—креозотированнаго глицерина*, *Trélat—arg. nitr. etc.*). Всѣ они могутъ принести пользу при условіи, если будутъ примѣнены въ соответствующихъ случаяхъ и если будутъ дѣйствовать на всю заболѣвшую поверхность. Главный механическій агентъ—острая ложечка, введенная *Récamier* въ 1846 году. Она примѣняется тамъ, гдѣ существуютъ мягкія, богатая кровью, грибовидныя разращенія, выполняющія собой всю полость матки. Къ выскабливанію приступаютъ послѣ предварительнаго расширенія полости матки. Наркозъ большой необязателенъ, такъ какъ операція безболѣзненна. Послѣ тщательной дезинфекціи полости матки растворомъ сулемы, захватываютъ матку зубчатымъ пинцетомъ и слегка опускаютъ ее. Тогда вводится ложечка, которою тщательно выскабливаютъ всю внутреннюю поверхность полости матки. Когда все заболѣвшее удалено (что узнается по хрусту здоровой ткани), снова производится внутре-маточное спринцованіе, быстро останавливающее кровотеченіе. Вслѣдъ затѣмъ влагалище набиваютъ іодоформными тампонами, и больная укладывается въ постель.

Всѣ вышеперечисленные лечебныя приемы метрита могутъ быть употребляемы лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда нѣтъ на-лицо никакихъ осложненій ни со стороны влагалища, ни со стороны матки, когда имѣется только одинъ метритъ. Если метритъ поддерживается такими болѣзненными явленіями, какъ выворотъ слизистой оболочки маточныхъ губъ, разрывъ шейки матки, выпаденіе матки и пр., то лечебныя мѣры должны быть, конечно, направлены противъ этихъ страданій. Свою статью авторъ резюмируетъ слѣдующимъ образомъ: леченіе метрита покоится на трехъ главныхъ мѣропріятіяхъ: дезинфекціи, расширеніи и модификаціи. Всего этого надо умѣть достигать простыми и безвредными средствами.

В. Массень.

187. **P. Terrillon et Vallat. De la conduite à tenir en présence d'une grossesse compliquée d'un kyste ovarique** (*Arch. de tocologie des malad. des femm* 1888 № 4). Къ терапіи кистъ яичника, сопутствующихъ беременностью.

Указавъ на довольно частое совпаденіе кисты яичника съ беременностью, авторъ приводитъ 3 подобныхъ случая, представившихся его наблюденію вте-

чевіе 1887 года. 1) Киста праваго яичника на перекрученной ножкѣ. Семинедѣльная беременность. Овариотомія, Выкидышъ. Больная 30 л. Появленіе опухоли замѣтила 5 л. тому назадъ; правильно менструируя, два раза рожала. Послѣдніе роды 5 л. тому назадъ. Три года тому назадъ дважды болѣла перитонитомъ съ сильными болями въ животѣ, рвотой и лихорадкой. На этомъ основаніи авторъ предположилъ у больной въ это время перекручиваніе ножки. Опухоль величиною съ голову взрослого человѣка съ ясной флюктуаціей поднимается выше пупка; мало подвижна. Шейка матки велика, немного разрыхлена. Не имѣя регулъ впродолженіи 7 недѣль, больная считала себя беременной. 2-го ноября 1888 г. сдѣлана оvariотомія. Киста была срощена съ кишками; ножка коротка и 3 раза перекручена слѣва направо. Послѣ пункціи опухоли вытекло до 3-хъ литровъ черноватой жидкости; на ножку наложено 3 лигатуры, еп *chaîne* послѣ чего опухоль, а также и лѣвый яичникъ, содержавшій малую кисту, были удалены. Теченіе послѣоперационнаго періода благоприятно; на 8-ой день довольно сильное кровотеченіе изъ матки и затѣмъ семинедѣльный выкидышъ. Не смотря на это осложненіе больная быстро поправилась.

2) Киста яичника. Трехмѣсячная беременность. Овариотомія. Срочные роды.

Больная 29 л. Начала менструировать 15 л. правильно и безъ болей; 3 раза рожала; послѣдніе роды 5 л. тому назадъ; опухоль замѣчена 3 года тому назадъ, съ тѣхъ поръ она постепенно увеличивалась. *Status praesens*: животъ неравномѣрно увеличенъ; съ обѣихъ сторонъ замѣчается по большому сферическому возвышенію; между ними по средней линіи живота продольная борозда. Лѣвый выступъ, величиною въ 2 кулака, меньше праваго съ гладкой поверхностью, круглой формы, очень напряженъ и подвиженъ. Позади и справа находится другой, тоже съ гладкой и сферической поверхностью, но напряженъ менѣе, даетъ ясную флюктуацію, менѣе подвиженъ и продолжается въ тазовую полость. Тонъ при перкуссіи по всей поверхности обѣихъ опухолей абсолютно тупой. Окружность живота на уровнѣ пупка = 83 сант. Шейка матки слегка увеличена; въ правомъ сводѣ прощупывается нижній отрѣзокъ бѣльшей опухоли. Отсутствіе регулъ въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ. 15-го марта 1887 г. оvariотомія; послѣ вскрытія брюшной полости пункція бѣльшей опухоли, изъ которой вытекло 1½ лит. бурой жидкости; затѣмъ пункція второй, давшей около 1 литра желтой, очень густой жидкости. Оба мѣшка, не имѣя сращеній, были легко извлечены наружу; они не были совершенно самостоятельными, какъ предполагалось до операциіи. Ножка длинна и въ началѣ торсіи. Матка по объему соотвѣтствуетъ 3-мъ мѣсяц. беременности. Послѣоперационный періодъ безъ лихорадки. 8-го апрѣля больная выписалась здоровой, а въ концѣ сентября 1887 г. нормальные роды.

3) Киста лѣваго яичника. Пятимѣсячная беременность. Овариотомія. Срочные роды.

Больная 28 л. Первая менструація на 16 г.; на 27 г. нормально протекшіе роды. Послѣ родовъ животъ не принялъ нормальной величины, а сталъ

постепенно увеличиваться; однако больная чувствовала себя здоровой и продолжала кормить до поступления в клинику.

Status praesens. Увеличение живота, соответствующее 8-ми месячной беременности. Обѣ половины симметричны, ясная флуктуация по всей поверхности опухоли. Окружность на уровнѣ пупка=102 сан.; отъ симфиза до мечевиднаго отростка 40 сант. Шейка матки оттянута вверхъ, толста, мягка; зѣвъ слегка открытъ. Матка подвижна. Со времени первыхъ родовъ регулъ не было. 12-го ноября 1887 г. оваріотомія. Пункція кисты; ножка коротка, широка и сращена съ кишками; на нее наложено 6 лигатуръ. Правый яичникъ нормаленъ. Течение послѣоперационнаго періода безъ лихорадки. 16-го марта 1888 г. нормальные роды.

Описавъ эти три случая, авторъ задается вопросомъ, какого-же, вообще, образа дѣйствій должно держаться при кистѣ яичника съ существующей одновременно беременностью. Въ литературѣ на этотъ счетъ большія разногласія. Одни совѣтуютъ выжидать, считая хирургическое вмѣшательство при беременности опаснымъ, какъ для матери, такъ и для плода; кромѣ того извѣсто много случаевъ беременности, окончившихся безпрепятственно, не смотря на одновременное существованіе большихъ оваріальныхъ кистъ. Однако есть много и такихъ, которые при выжидательномъ образѣ дѣйствій представляютъ большую опасность. Достаточно вспомнить осложненія, могущія присоединиться во всякое время: нагноеніе или разрывъ кисты, перекручиваніе ножки, перитонитъ, выкидышъ, неправильное положеніе плода и пр. Поэтому другіе хирурги предпринимали мѣры и до наступленія какихъ-бы то ни было осложненій. Изъ этихъ мѣръ извѣстны: 1) прерываніе беременности; 2) пункція кисты и 3) оваріотомія. Преждевременные роды, восхваляемые въ подобныхъ случаяхъ *Barnes'*омъ, въ настоящее время большинствомъ оставлены вслѣдствіе неудовлетворительности получаемыхъ результатовъ. *Remy* въ своей диссертациі приводитъ, что на 11 случ. кисты яичника, осложненной беременностью при этомъ способѣ 3 раза послѣдовала смерть матери и 5 разъ смерть плода. Приверженцевъ пункціи гораздо больше. *Stoltz, Doumairon, Treille, Zebland, Duplay, Boinet et Ferrand, Polaillon* всѣ совѣтуютъ къ ней прибѣгать, лишь только киста причиняетъ какія-либо осложненія: затрудненіе дыханія или кровообращенія, расстройства пищеваренія и т. п. Къ тому-же пункція, сдѣланная съ антисептическими предосторожностями не опасна и повторенная много разъ даетъ возможность беременности достигнуть своего нормальнаго срока. Но при кистахъ многополостныхъ или съ очень густымъ содержимымъ польза ея ничтожна, а повтореніе ея ослабляетъ большую и способствуетъ образованію сращеній, что впоследствии, когда больная должна будетъ подвергнуться операциі, уменьшитъ шансы на выздоровленіе. Далѣе, при осложненіяхъ, болѣе тяжелыхъ, каковы: перекручиваніе ножки, разрывъ или нагноеніе кисты, пункція непримѣнима, а приходится непременно дѣлать оваріотомію, которая при такихъ условіяхъ даетъ менѣе удовлетворительные результаты. На основаніи всего сказаннаго авторъ приходитъ къ заключенію, что слѣдуетъ сразу дѣлать оваріотомію, не смущаясь

существованіемъ беременности. Въ подтвержденіе своего мнѣнія онъ приводитъ статистику изъ диссертациі *Remy*, гдѣ на 67 оваріотомій, произведенныхъ во время беременности, въ 13-ти случаяхъ произошло прерываніе беременности и смерть матери, въ 22-хъ прерываніе беременности и выздоровленіе и въ 32-хъ срочные роды и выздоровленіе, т. е. 19,4% смертности для матерей и 50% для плодовъ. Еще болѣе удовлетворительные получены результаты *Spencer Wells'*омъ и *Lawson Tait'*омъ. Первый во всѣхъ случаяхъ получилъ выздоровленіе матери и только въ 2-хъ произошелъ выкидышъ; изъ 10, оперированныхъ *Laws.* Т. всѣ выздоровѣли и родили въ срокъ. Другой выводъ, вытекающій изъ статистики—тотъ, что самымъ удобнымъ временемъ для операціи, какъ для матери, такъ и для плода надо считать время отъ 4—5 мѣс. беременности. Послѣ 6-го мѣс. шансы для плода уменьшаются. Въ 2-хъ случаяхъ *Sp. Wel.*, гдѣ произошелъ выкидышъ, больная была на 7-мъ мѣс. беременности. Слѣдовательно, въ послѣдніе три мѣсяца при отсутствіи настоятельныхъ показаній операцію слѣдуетъ отложить на время послѣ родовъ.

Затѣмъ, сдѣлавъ пѣкоторые замѣчанія на счетъ моментовъ самой операціи, авторъ резюмируетъ все сказанное въ слѣдующихъ 5-ти положеніяхъ: 1) Совпаденіе кисты яичника съ беременностью подвергаетъ большую многочисленнымъ и тяжелымъ осложненіямъ. 2) Въ подобныхъ, осложненныхъ случаяхъ оваріотомія имѣетъ предпочтеніе предъ пункціей. 3) Удаленіе кисты даетъ самые лучшіе результаты при операціи на 3, 4 или 5-мъ мѣс. беременности; въ послѣдніе три мѣс. при отсутствіи необходимости операцію должно отложить на послѣ родовъ. 4) Во время операціи слѣдуетъ какъ можно менѣе трогать матку; при случайномъ же ея раненіи слѣдуетъ, предварительно ее опорожнивъ, наложить на рану шовъ. 5) Всѣ предосторожности при операціи мало отличаются отъ таковыхъ при обыкновенной оваріотоміи.

Н. Алесенко.

188. А. А. Муратовъ. *Salpingotomia et ovariectomy sin*, выздоровленіе, образованіе свища въ брюшныхъ покровахъ чрезъ 5 мѣсяцевъ послѣ операціи и выходненіе проглотившей чрезъ свищевое отверстіе. («Медицинское Обозрѣніе», т. XXIX, 1888 г. № 7).

22 марта 1887 г. авторъ произвелъ лапаротомію у 33 лѣтней больной по поводу опухоли лѣвой трубы и яичника. Отдѣленіе опухоли фаллопиевой трубы отъ окружающихъ частей представило затрудненія и, не смотря на крайне осторожное вылуценіе опухоли, фаллопиева труба разорвалась, причемъ вытекла въ брюшную полость масса сгустившейся крови. Въ послѣопераціонномъ періодѣ отмѣчено незначительное нагноеніе въ каналѣ одного шва, воспалительный инфильтратъ въ *excavatio vesico-uterina* и высокая t° до 39,1 въ теченіи 3 недѣль. Рана зажила *per primam*. 5 мая больная вышла изъ лечебницы здоровою.

8 сентября больная снова явилась къ автору по поводу у образовавшагося на животѣ нарыва, изъ котораго, по словамъ больной, вышла сначала

«маленькая глиста», а на другой день «нитка завязанная петлей». При исследовании больной оказалось следующее: на месте бывшего правого вкола нижнего основного шва находится отверстие с красными втянутыми краями, диаметром около $\frac{1}{2}$ сант. Зондъ, введенный въ отверстие, проникаетъ на 4 сант. и идетъ, повидимому, подкожно и по направлею бывшего шва. На месте вырванного яичника ощущается твердая, небольшая опухоль, величиною съ апельсинъ. Отъ этой опухоли по направлею къ брюшнымъ покровамъ идетъ, какъ бы тяжъ, а съ другой, противоположной стороны, прорывается петля кишки, повидимому, сращенная съ опухолью. Изъ отверстия выдѣляется въ незначительномъ количествѣ гноевидная жидкость безъ всякаго запаха.

22 октября авторъ лично убѣдился въ выхожденіи живыхъ проглотидъ изъ свищеваго отверстия. Выхожденіе проглотидъ было замѣчено еще нѣсколько разъ, причемъ въ то же время у больной глисты выдѣлялись *per anam*. Исследование тѣхъ и другихъ проглотидъ показало, что они идентичны и принадлежать къ роду *taenia mediocanellata*. Къ 5 января 1888 г. свищевое отверстие закрылось плотнымъ и втянутымъ рубцомъ. 7 февраля больная вышла изъ лечебницы, причемъ исследование показало, что опухоль слѣва матки уменьшилась, безболѣзненная, твердой консистенціи. Въ спяніи опухоли съ прилежащею петлею кишки теперь можно еще болѣе убѣдиться. За все время вторичнаго пребыванія больной въ лечебницѣ t° оставалась нормальной и всѣ отправления были вполне удовлетворительны.

Что касается до способа образованія свищеваго хода и появленія въ немъ проглотидъ, то этотъ процессъ авторъ представляетъ себѣ слѣдующимъ образомъ. Въ лѣвой широкой связкѣ произошло воспаленіе съ переходомъ въ нагноеніе, инкапсулированный гнойникъ спаялся къ кишкой и брюшной стѣнкой, причемъ сначала перфорировалъ кишку. Часть глисты, находившейся въ кишечномъ каналѣ, проникла въ гнойную полость и продолжала тамъ существовать; между тѣмъ кишечное отверстие успѣло скоро зарубцеваться. Присутствіе въ гнойникѣ проглотидъ разрушало стѣнки этой полости, и мало-по-малу произошла перфорация брюшной стѣнки съ образованіемъ свища, чрезъ посредство котораго и появились проглотиды.

I. Рясенцевъ.

189. А. Н. Соловьевъ. Къ казуистикѣ оваріотомій. («Медицинское Обозрѣніе», т. XXIX, 1888 г. № 7).

Помимо случаевъ оваріотомій, опубликованныхъ А. Н. С. въ разное время, авторъ въ настоящей статьѣ описываетъ свои дальнѣйшіе шесть случаевъ оваріотомій. Больныя, относящіяся къ этой серіи операций имѣли слѣдующій возрастъ: 16, 17, 27, 28, 34 и 35 лѣтъ. Изъ 6 больныхъ 4 замѣтили у себя опухоль за годъ, одна за 3 и одна за 9 лѣтъ до операціи. Во время болѣзни регулы у 3-хъ больныхъ остались нормальными, у 2-хъ стали неправильны и обильныѣ, у одной значительно уменьшились. Лихорадочное состояніе до операціи замѣчено у одной больной (v). У другой больной (vi) до операціи 3 раза произведена пункция опухоли.

Операціи у всѣхъ больныхъ предприняты по поводу одностороннихъ кистъ яичниковъ; въ двухъ случаяхъ дермоидныхъ кистъ и въ 4 — многокамерныхъ кистомъ. У 4 больныхъ былъ пораженъ правый яичникъ, у одной лѣвый и въ одномъ случаѣ неопредѣлено какому яичнику принадлежала опухоль. Сращенія опухоли съ сосѣдними органами и передней брюшной стѣнкой замѣчены у всѣхъ больныхъ, но были незначительны, и только у одной, у которой въ лѣвой половинѣ таза найдены 2 кистовидныя, спаиванныя между собою опухоли, сращенія ихъ съ сосѣдними органами оказались на столько плотны, что одна опухоль извлечена съ громаднымъ трудомъ, а другую пришлось оставить на мѣстѣ (ш); у остальныхъ больныхъ опухоли вполне удалены. Другихъ осложнений во время операцій не отмѣчено. Послѣ операцій дренажъ въ брюшную полость введенъ только одной больной (ш). При одной изъ операцій для дезинфекціи примѣненъ растворъ двуюдистой ртути 1:3000. Послѣоперационный періодъ въ 3-хъ случаяхъ протекалъ при нормальной t° , въ 2-хъ при однократномъ повышеніи t° до 38° — $38,2^{\circ}$. У одной больной (ш) послѣ операціи въ теченіи 10 дней t° держалась между 38° — $38,8^{\circ}$. У этой же больной чрезъ $1\frac{1}{2}$ мѣсяца послѣ операціи снова было лихорадочное состояніе, въ зависимости отъ образованія абсцесса въ подкожной клетчаткѣ съ лѣвой стороны зажившей брюшной раны. Изъ другихъ осложнений послѣоперационнаго періода, авторъ отмѣчаетъ только бронхитъ, сопровождавшійся сильнымъ кашлемъ, у больной (vi). Заживленіе раны во всѣхъ случаяхъ произошло per primam.

Исходъ всѣхъ операцій — выздоровленіе.

Максимальный вѣсъ удаленныхъ опухолей 18 ф.

I. Рясенцевъ.

190. Laidley. Papillomatous cystic tumor of ovary, with a hernial pouch developed in the cicatrix of the abdominal wound from a former ovariectomy. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. April 14, 1888). Папилломатозная киста яичника и грыжа въ рубцѣ брюшной раны послѣ овариотоміи.

Больная 39 л., менструировала съ 14 л., вышла замужъ 22 л., 8 лѣтъ тому назадъ у нея была удалена большая многополостная киста лѣваго яичника, черезъ годъ она родила въ срокъ; подъ вліяніемъ беременности въ рубцѣ развилась грыжа, величиной съ головку доношеннаго плода. 11 мѣс. тому назадъ была замѣчена опухоль въ правой подвздошной области, быстро увеличивавшаяся. Черезъ 5 мѣс. послѣ ея появленія «врачъ-магнетизеръ» производилъ сдавливанье этой опухоли руками, съ цѣлью выдавить содержимое въ фаллопиевы трубы, причемъ per vaginam выдѣлялось большое количество кровенистой жидкости, а опухоль почти исчезла. При изслѣдованіи анемичной, крайне истощенной больной L. нашелъ кисту праваго яичника, сообщающуюся фистулезнымъ отверстіемъ съ влагалищемъ. Произведена частичная овариотомія, сращенія и остатки кисты послѣ предварительнаго наложенія лигатуръ прижжены каленымъ желѣзомъ. Грыжевой мѣшокъ удаленъ вмѣстѣ съ приросшей къ нему частью сальника. Рана зашита близко лежа-

щими другъ къ другу швами. Первые два дня тошнота и повышение t° до $103,8^{\circ}$, съ третьяго дня t° нормальна. На пятый день удаленъ дренажъ, на 7-й сняты швы—*prima intentio*. Черезъ 4 недѣли больная стала ходить съ хорошо прилаженнымъ бандажемъ. Черезъ 3 мѣс. отверстие во влагалищѣ закрылось, пациентка совѣтъ здорова. Опухоль оказалась папилломатознаго, новидимому, доброкачественнаго характера.

А. Пенарская.

191. **I. T. Johnson. Three bad cases of ovariectomy; two double, one single.** (The Journal of american med. association. 1888, № 13). Три трудныхъ случая овариотоміи; два двусторонней, одинъ односторонней.

Сл. 1. Вдова 51 года, четыре года тому назадъ замѣтила увеличеніе живота на лѣвой сторонѣ. Такъ какъ ростъ опухоли былъ очень быстрый, то больная вскорѣ стала неспособна къ работѣ и слегла въ постель. При изслѣдованіи авторъ нашелъ очень значительное увеличеніе живота и діагностицировалъ однополостную яичниковую кисту. Больная находилась въ очень плохомъ состояніи, страдала рвотой, запорами, бессонницей. Въ мочѣ бѣлокъ; сердце и почки больныя, t° по вечерамъ выше $38,3^{\circ}$, пульсъ учащенъ, слабъ и неровенъ. Авторъ рѣшился на операцію только по настоятельной просьбѣ больной. По вскрытіи брюшной полости, верхняя часть опухоли оказалась состоящей изъ одной полости, тогда какъ нижняя часть состояла изъ множества маленькихъ полостей, наполненныхъ тягучей жидкостью. Сращеній не было. На ножку былъ наложенъ клемпъ и опухоль поверхъ его срѣзана. Другой увеличенный и плотный яичникъ былъ также удаленъ. Опухоль вѣсила $22\frac{1}{2}$ килограмма. Кромѣ того была найдена фиброміома величиною въ куриное яйцо. Ножка ея была перевязана въ два пучка, и опухоль удалена. Послѣ операціонный періодъ протекъ нормально; больная выздоровѣла.

Сл. 2. Больная 35 лѣтъ, 5 мѣсяцевъ тому назадъ впервые замѣтила увеличеніе живота. Послѣдніе два мѣсяца больна перитонитомъ. Пульсъ 94—112, t° выше 100° ($37,7^{\circ}\text{Ц.}$). При операціи найденъ общій перитонитъ и множество сращеній между опухолью, брюшиной, кишками и сальникомъ. Изъ опухоли выпущено около $4\frac{1}{2}$ литровъ жидкости. По устраненіи сращеній и остановкѣ кровотеченія, былъ удаленъ и другой кистовидно-перерожденный яичникъ и была вложена дренажная трубка. Больная выздоровѣла.

Сл. 3. Больная 67 лѣтъ, 2 года тому назадъ замѣтила увеличеніе живота. Въ теченіе этого времени было сдѣлано 37 проколовъ и выпущено въ общей сложности около 420 литровъ жидкости. При операціи найдена многополостная киста съ коллоиднымъ содержимымъ. Ножка, шириною въ 10 цт., была перевязана въ 4 пучка. Удаленная часть опухоли вѣсила безъ жидкости 9 килограммъ. Больная выздоровѣла.

А. Семяниковъ.

А. Я. Крассовскій.

Редакторы: **Н. Ф. Славянскій.**

И. И. Смольскій.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

Выходитъ въ 1888 году, подъ редакцію А. Я. Красовскаго, К. Ф. Славянскаго и И. И. Смольскаго, ежемѣсячно книжками въ 4—6 печатныхъ листовъ. Программа: 1) Оригинальныя статьи, лекціи и казуистика (русскія и переводныя), 2) Рефераты, 3) Критика и библиографія, 4) Корреспонденція, 5) Объявленія. Въ видѣ приложенія — Протоколы засѣданій Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

Подписная цѣна для иногородныхъ съ доставкою 8 р. за годъ, для городскихъ — 7 р. 50 к., безъ доставки 7 р., для членовъ Общества и студентовъ медицины — 6 руб. 50 к. Подписка принимается только на годъ въ Редакціи (С.-Петербургъ, Ивановская ул., д. № 14, кв. № 20) и въ Конторѣ Редакціи при медико-хирургическомъ книжномъ магазинѣ Н. П. Петрова (С.-Петербургъ, Выборгская, Нижегородская улица, д. № 17). Разсрочки и комиссіонерская уступка не допускаются.

ГОДЪ ТРЕТІЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № 4.

Засѣданіе 14-го Апрѣля 1888 г.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянской.

Присутствовали 36 членовъ: Андреевъ Н. Ю., Васкинъ, Вацевичъ, Вѣлевъ, Вастень, Воловскій, Горайскій, Даниловичъ, Довнарвичъ, Добрынинъ, Желтухинъ, Змигродскій, Крейтцеръ, Лапинъ, Личкусъ, Мершъ, Мисевичъ, Нейштубе, Поварнинъ, Поршняковъ, Радецкій, Репревъ, Рунге, Смольскій, Соловьевъ А. С., Стельмаховичъ, Стравинскій, Тарновскій, Фишеръ А., Фравкъ, Хрщоновичъ, Черневскій, Чернышевъ, Чошинъ, Штоль, Ямпольскій и 28 гостей.

А. В. Репревъ сдѣлалъ сообщеніе о вліяніи беременности на обмѣнъ веществъ у животныхъ. Кратко указавъ на значеніе половыхъ органовъ, какъ вмѣстилище вѣчно живой протоплазмы, благодаря которой жизнь высшихъ организмовъ имѣетъ возможность сохраниться на безконечное время, докладчикъ остановился на процессахъ характеризующихъ жизнь: ассимилизациі и дезассимилизациі. Признавъ, затѣмъ, за процессами ассимилизациі наиболѣе характерную черту жизни, докладчикъ, видя въ созиданіи живаго существа самое наглядное проявленіе жизни, выводитъ заключеніе, что процессы ассимилизациі должны преобладать, да и дѣйствительно преобладаютъ въ жизни утробнаго плода. Указавъ далѣе на то, что органическая среда матери (кровь) служитъ питательной средой для плода, докладчикъ дѣ-

лаеть выводъ, что на основаніи теоретическихъ разсужденій должно предполагать и объ усиленіи въ организмѣ матери ассимиляціонныхъ процессовъ; поставляя на видъ, что въ противномъ случаѣ пришлось бы признавать всякую беременность за явленіе патологическое, при которомъ организмъ матери, самъ по себѣ взятый, поневолѣ голодалъ бы, или долженъ бы былъ строить плодъ изъ продуктовъ распада, чего нельзя признать въ виду того, что животному организму не свойственъ синтезъ изъ элементовъ или тѣлъ простыхъ. Указавъ далѣе на значеніе опыта надъ животными вообще для разрѣшенія многихъ вопросовъ жизни и ея проявленій, а въ частности на значеніе опыта для гинекологіи, какъ отрасли медицинской науки, входящей въ разрядъ біологическихъ, докладчикъ опредѣлилъ цѣли и задачи опыта для разсматриваемаго имъ вопроса. Объяснивъ далѣе, что вліяніе беременности на организмъ матери можетъ быть понятно только при помощи изученія обмѣна веществъ, авторъ перешелъ къ своимъ опытамъ въ этомъ направленіи, предпославъ предварительно обзоръ извѣстной ему литературы по данному вопросу и коснувшись вкратцѣ анализовъ крови. Имъ прослѣжено 6 беременностей (7-я неполная) у кроличихъ и собаки, и во время беременности опредѣлялись: приходъ и расходъ азота, выдѣленіе CO_2 и водяныхъ паровъ, поглощеніе кислорода (не прямымъ путемъ), выдѣленіе мочевины, хлоридовъ и фосфатовъ въ мочѣ. Анализы велись: изо дня въ день.

Результаты опытовъ таковы, что утилизація поступающихъ азотистыхъ веществъ совершеннѣе, расходъ же во время беременности уменьшается; процессы ассимилизаціи усилены. Количество поглощаемаго кислорода и выдѣляемой CO_2 меньше во время беременности, чѣмъ не въ беременномъ состояніи, съ которымъ и сравнивалъ докладчикъ состояніе беременности; количество мочевины и фосфатовъ, особенно послѣднихъ, прогрессивно съ теченіемъ беременности падаютъ. Такой типъ обмѣна веществъ докладчикъ наблюдалъ въ нормальной беременности; Нормальной же беременностью онъ называетъ такую, при ко-

торой разстройство въ питаніи матери не наблюдается. И такъ какъ жизнь всякаго организма можетъ колебаться по напряженности мѣны веществъ въ предѣлахъ фізіологическаго maximum'a, и minimum'a, то нормальною беременностью онъ называетъ такую, при которой, сокращая роскошь собственной индивидуальной жизни, организмъ не выходитъ за предѣлы фізіологическаго minimum'a (относительно собственнаго питанія).

Въ ненормальной беремености онъ замѣчалъ исхуданіе, усиленіе процессовъ распада въ первое время беременности при наклонности организма утилизировать изъ поступающаго больше, при наклонности задерживать азотистыя вещества. Докладчикъ говоритъ, что организмъ ненормально беременной былъ съ одной стороны голодающій лично для себя, а съ другой стороны наминалъ лихорадящаго. Не осмѣливаясь дѣлать выводы на основаніи одного опыта ненормальной беременности, онъ только указалъ, какъ самъ себѣ освѣщалъ полученныя данныя и какіе вопросы у него возникли по этому поводу.

Исходя изъ той мысли, что въ голодающемъ (не полно) организмѣ обмѣнъ веществъ долженъ идти извѣстнымъ образомъ, что во время беременности при недостаточномъ питаніи эффектъ неполнаго голоданія усиливается ради убавленія питательныхъ и пластическихъ веществъ (убавленія, имѣющаго мѣсто и въ нормальную беременность) изъ крови матери для постройки плода, авторъ ставитъ вопросъ, на чемъ прежде всего отразится недостатокъ питательныхъ веществъ въ крови матери?

По его предположенію выходитъ, что на крови же, какъ ткани, требующей для своей жизни питательныхъ веществъ, и въ ней, въ 1-й линіи на красныхъ кровяныхъ тѣльцахъ, которыя, по его мнѣнію, будутъ созидаться въ меньшемъ количествѣ, а нѣкоторыя, за недостаткомъ питательнаго матеріала, погибнуть и, какъ таковыя, должны быть выведены изъ тѣла. Указывая далѣе, что мѣстомъ разрушенія красныхъ тѣлецъ служитъ печень и что эта же желѣза признается главнымъ мѣстомъ образованія мочевины, авторъ ставитъ вопросъ, не этими ли явленіями неполнаго голоданія при дѣйствіи фактора-бере-

менности, усиливающего голоданіе, могутъ быть объяснены явленія исхуданія, блѣдности, лихорадочнаго состоянія, альбуминури и рвоты въ первую половину беременности у женщинъ. Если же не такъ-то можетъ быть эти явленія ненормальнаго отношенія организма къ вѣшной средѣ могутъ дать намекъ на объясненіе истинныхъ причинъ, что во всякомъ случаѣ принадлежитъ будущему. При разсмотрѣніи выдѣленія ClNa въ нормальную и ненормальную беременности авторъ считаетъ выводимое количество этихъ солей колеблющимся въ весьма широкихъ предѣлахъ, но въ ненормальную беременность, по его даннымъ, этихъ солей въ мочѣ меньше. Колебанія въ выдѣленіи онъ пытается объяснить измѣненіемъ метаболизма веществъ въ разные періоды беременности, измѣненіями состава крови, цѣлами созиданія и вынужденностью разрушаться при ненормальной беременности большому количеству бѣлковыхъ тѣлъ. То или другое объясненіе, даваемое авторомъ, по его мнѣнію, не болѣе, какъ слабая попытка освѣтить замѣченныя имъ явленія.

Закончилъ авторъ свой докладъ тѣмъ, что, на основаніи данныхъ его опытовъ, обмѣнъ веществъ во время беременности измѣненъ, процессы ассимиляціи, синтеза превалируютъ надъ процессами распада, дезорганизациі, словомъ надъ процессами смерти, т. е., преобладаютъ тѣ же процессы, которые и составляютъ наиболѣе характерныя проявленія жизни.

Товарищъ Предсѣдателя И. Тарновскій.

Секретарь И. Смольскій.

ГОДЪ ТРЕТІЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ПРОТОКОЛЬ № IV.

Засѣданіе 14 апрѣля 1888 года.

Административное засѣданіе.

Присутствовали 31 членъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 3 и III.

2) Доложено письмо дѣйств. члена М. Н. Феноменова о желаніи его сложить, по причинѣ отъѣзда въ Минскъ, званіе дѣйствительнаго члена Общества. Постановлено предложить ему остаться членомъ-корреспондентомъ.

3) Обсуждался вопросъ о выраженіи со стороны Общества благодарности А. Я. Крассовскому за его дѣятельность на пользу Общества. Избрана для сего Комиссія изъ членовъ: Радецкаго И. И., Тарновскаго и Фишера А. Р.

4) Для опредѣленія средствъ на изданіе Журнала Акушерства и женскихъ болѣзней избрана Комиссія изъ членовъ: Бубнова, Тарновскаго и Ямпольскаго.

5) Представителями Общества въ предстоящемъ юбилеѣ Н. Ф. Здекауера избраны члены: Оттъ, Стравинскій, Тарновскій и Фишеръ А. Р.

6) Предложенъ къ избранію въ дѣйствительные члены: Гавронскій, Николай Денисовичъ. Докторъ медицины и акушеръ. Предложенъ Славянскимъ, Стравинскимъ и Смольскимъ.

7) Избраны въ дѣйствительные члены.

а) Замшинъ, Андрей Ивановичъ. Докторъ медицины.

Родился въ 1862 году, по окончаніи гимназическаго курса въ Варшавѣ, поступилъ въ 1880 году на медицинскій факультетъ Императорскаго Варшавскаго Университета. Въ 1882 году перешелъ въ Имп. Военно-Медицинскую Академію, гдѣ въ 1885 году окончилъ курсъ вторымъ съ отличіемъ и преміей и по конкурсу оставленъ при Академіи для научнаго усовершенствованія. Съ того же 1885 года состоитъ ординаторомъ Академической Акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева. Въ маѣ 1886 года сдалъ экзаменъ на степень доктора медицины; съ того же времени занимается въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи, гдѣ въ октябрѣ 1887 года утвержденъ врачомъ-экстерномъ, и ведетъ амбулаторію женскихъ болѣзней при Покровской Общинѣ Сестеръ Милосердія. Съ 10 декабря 1887 года состоитъ дѣйствительнымъ членомъ Общ. Русскихъ Врачей въ С.-Петербургѣ. 12 мая 1888 г. защитилъ диссертацию подъ заглавіемъ «Къ вопросу о Кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи». Имъ опубликованы работы и сдѣланы научныя сообщенія:

1) Beobachtungen uber die Function der Ureteren an einer Frau mit grosser Recto-vesico-vaginal-Fistel (Centralblatt für Gynäcologie, 1887 года № 19-й).

2) Случай кесарскаго сѣченія по консервативному методу съ модификаціей Sängera, оперированный А. И. Лебедевымъ (Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней, 1887 года № 6-й и протоколъ № 12-й Засѣданія Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ 1887 года).

3) Случай полной экстирпаціи матки при фиброміомѣ, осложненной ракомъ шейки матки (Врачъ, 1887 года, страница 902-а).

4) Къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи (Врачъ, 1888 года, № 8-й).

в) Чагинъ, Алексѣй Александровичъ. Лекаръ.

Въ 1877 г. окончилъ курсъ въ 1-й С.-Петербургской гимназіи. Въ 1882 г. — въ Военно-Медицинской Академіи (лекаремъ). Состоитъ на службѣ съ 1883 г. сверхштатнымъ ординаторомъ городской Калининской больницы и амбулаторной лечебницы при Св. Троицкой Общинѣ сестеръ милосердія; съ 1885 г., — экстерномъ въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи.

8) Въ библіотеку Общества отъ Редакціи журнала Акушерства и женскихъ болѣзней поступили слѣдующіе журналы за 1887 г.

Французскіе:

- 1) Bulletin général de thérapeutique.
- 2) Gazette médicale de Paris.
- 3) La Presse médicale Belge.

Испанскіе:

1) Anales de Obstetrica Ginecopatia y Peditria.

Брошюры и протоколы:

Г. Рунге. Тазъ русской женщины.

И. Радецкій. Минер. источники въ Вирштанахъ.
Мед. Сборникъ Импер. Кавк. Мед. Общества № 46.Прот. Импер. Кавк. Мед. Общ. 188 $\frac{7}{8}$ № 17 и 18.

Прот. Темниковскаго мед. Общ. Г. IV № 1.

Прот. Тамбовскаго мед. Общ. № 2.

Прот. Императ. Виленскаго мед. Общ. № 9 и 10.

Отчетъ о дѣятельности бальнеологич. Общ. въ Одессѣ. Вып. 3.

Протоколы Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.
Вып. 1-й (годъ 1886—1887). 59 экзempl.

Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней т. I. Годъ 1887. 105 экзempl.

Товарищъ Предсѣдателя И. Тарновскій.

Секретарь И. Смольскій.



ЖУРНАЛЬ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВТОРОЙ.

ЮЛЬ и АВГУСТЪ 1888, № 7 и 8.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

XII.

COLPORAROVARIOSYSTOTOMIA, КАКЪ МЕТОДЪ ЛѢЧЕНІЯ ВНУТРИСВЯЗОЧНЫХЪ КИСТЪ.

Проф. Н. В. Ястребова. (Варшава).

Какъ извѣстно, кисты, развивающіяся изъ эмбриональныхъ остатковъ Вольфова тѣла между листками широкихъ маточныхъ связокъ, являются въ извѣстной стадіи своего развитія или сидящими на ножкѣ, или лишенными ея совершенно.

Въ большинствѣ случаевъ мы встрѣчаемъ ихъ въ формѣ однополостныхъ, тонкостѣнныхъ образований съ серознымъ, прозрачнымъ содержимымъ, низкаго удѣльнаго вѣса; внутренняя поверхность ихъ гладка и покрыта обыкновенно цилиндрическимъ эпителиемъ съ мерцательными рѣсничками или безъ нихъ. И только иногда попадаются здѣсь множественныя и многополостныя кисты, а также кисты болѣе сложнаго строенія. Въ стѣнкахъ послѣднихъ наблюдается развитіе желѣзистыхъ и сосочковыхъ образований; сами стѣнки бывають толсты, содержимое кисты мутно, тягуче, высокаго удѣльнаго вѣса.

При этомъ разнообразіи положенія, формы и строенія внутрисвязочныхъ кистъ оперативное лѣченіе ихъ не можетъ быть однообразнымъ.

Когда новообразование развивается въ наружномъ концѣ широкой связки изъ остатковъ половой части Вольфова тѣла и при своемъ ростѣ, оставаясь между растянутыми листками ея, вытягиваетъ часть послѣдней въ болѣе или менѣе длинную ножку, оно должно быть удалено черезъ чревосѣченіе.

Въ случаяхъ же, когда киста развивается изъ остатковъ Вольфова тѣла, расположенныхъ ближе къ маткѣ (вѣроятно почечной части) и растягиваетъ при своемъ ростѣ листки широкой связки, продвигаясь между ними книзу, когда она нерѣдко приподнимаетъ потомъ брюшину дугласова пространства или другихъ углубленій брюшиннаго мѣшка въ тазу и извѣстнымъ сегментомъ выполняетъ то или другое изъ нихъ, словомъ, когда новообразование располагается подбрюшинно значительной частью въ полости малаго таза, смѣщая въ различной степени и различнымъ образомъ матку, мочевой пузырь и сдавливая просвѣтъ прямой кишки, то удаленіе такой опухоли сопряжено иногда съ большими трудностями.

Въ виду этихъ трудностей, связанныхъ съ полнымъ удаленіемъ новообразованія черезъ чревосѣченіе (*laparogonario-cystoektomia*),—въ настоящее время практикуется также чревосѣченіе, но съ частичнымъ удаленіемъ кисты (*laparogonario-cystotomia*), причемъ съ остаткомъ мѣшка поступаютъ различно.

Изъ этихъ видоизмѣненій неполнаго удаленія опухоли мы должны поставить на первомъ мѣстѣ резекцію стѣнки кисты съ обшиваніемъ краевъ мѣшка и опусканіемъ его въ брюшную полость (*Spenser Wels*)¹⁾.

¹⁾ Какъ видоизмѣненіе этого способа неполнаго удаленія опухоли—въ послѣднее время проф. Феломеновъ («Врачъ» 1887 г. №№ 19 и 20) приводитъ, а д-ръ Соловьевъ («Опер. Гинекологія» стр. 300) описываетъ, какъ особый способъ, способъ проф. Лебедева, состоящій въ той же резекціи стѣнки кисты съ обшиваніемъ краевъ мѣшка—наложеніемъ лигатуры на *art. sperm.* и *v. et art., uterin.* Это прибавленіе проф. Лебедева къ способу *Spenser Wels*'а—несущественно, такъ какъ перевязка а. *uterinae* при наличныхъ условіяхъ не ходитъ оправданія въ анатомическихъ данныхъ, а перевязка а. *sperm.*—излишня. Въ самомъ дѣлѣ, при резекціи стѣнки кисты и обшиваніи краевъ мѣшка въ тонкихъ стѣнкахъ остатка послѣдняго на столько разстраивается питаніе, что исчезновеніе его можно считать обезпеченнымъ, а при перевязкѣ а. *sperm.* напрасно только можетъ быть нарушено питаніе нормальныхъ яичника и трубы.

Такъ оперировать возможно съ успѣхомъ только въ случаяхъ однополостныхъ кистъ съ тонкими стѣнками и серознымъ содержимымъ и нельзя при кистахъ толстостѣнныхъ съ густымъ содержимымъ и при развитіи на внутренней поверхности ихъ сосочковыхъ образований. Въ этихъ послѣднихъ, правда, рѣдкихъ случаяхъ, при невозможности полного удаленія опухоли, приходится примѣнять резекцію стѣнки кисты и вшиваніе краевъ мѣшка въ брюшную рану, причемъ, такъ какъ выдѣленіе стѣнокъ остатка кисты не выводится наружу вполне, а скопляется въ полости ея, препятствуя спаденію и склейкѣ стѣнокъ, то и послѣдовательное заживленіе при этомъ способѣ обыкновенно затягивается.

Чтобы заживленіе шло быстрѣе, можно прокладывать сквозной дренажъ въ рукавъ, чѣмъ достигается полный стокъ выдѣлений стѣнокъ мѣшка. Полный стокъ выдѣлений, конечно, можетъ быть и при одномъ влагалищномъ отверстіи.

Шредеръ въ одномъ случаѣ тонкостѣнной кисты при невозможности полного удаленія ея, срезавъ выдающійся въ брюшную полость куполь опухоли и проложивъ дренажъ въ вагину, закрылъ остатокъ мѣшка непрерывнымъ кетгутovýmъ швомъ со стороны брюшной полости и зашилъ совершенно брюшную рану.

Въ послѣднихъ трехъ видоизмѣненіяхъ неполнаго удаленія новообразованія, имѣется возможность такъ или иначе дѣйствовать ножомъ на внутреннюю поверхность остатка мѣшка и тѣмъ способствовать сращенію его стѣнокъ ¹⁾.

Принимая во вниманіе характеръ растущихъ книзу внутрисвязочныхъ кистъ въ большинствѣ случаевъ, а именно—однополостность, тонкостѣнность и серозное содержимое—я полагаю, что всѣ виды неполнаго удаленія новообразованія черезъ чревосѣченіе, по крайней мѣрѣ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, должны

¹⁾ Говоря о различныхъ методахъ лѣченія, я не упоминаю о пункціи, которая, какъ извѣстно, представляетъ методъ ненадежный въ смыслѣ радикальности леченія и рискованный, такъ какъ при немъ случайныя пораненія сосѣднихъ органовъ и крупныхъ сосудовъ самой опухоли, не могутъ быть предусмотрѣны.

быть замѣнены неполнымъ удаленіемъ опухоли черезъ влагалище — colporrhagiocystotomi'ей. Къ этому заключенію привелъ меня слѣдующій, недавно оперированный мною, случай:

29-го октября 1887 г., въ завѣдываемую мною клинику поступила жена работника — А. П., съ жалобой на опухоль въ животѣ, одышку, боли въ области сердца, отдающія въ лѣвую руку, сердцебиенія, боли между лопатками, въ крестцѣ и внизу живота. Всѣ эти припадки существуютъ уже давно, но усилились особенно въ послѣдніе два мѣсяца, когда больная стала страдать еще болями при дефекаціи и мочеиспусканіи, а также по временамъ продолжительными задержаніями мочи.

А. П., уроженка Сѣдлецкой губерніи, 58-и лѣтъ отъ роду, изъ которыхъ 48 послѣднихъ постоянно живетъ въ Варшавѣ, родилась отъ многородящей (13-я у матери), въ дѣтствѣ перенесла корь, оспу, скарлатину, а взрослой уже — тифъ и сочленовный ревматизмъ. Начала ходить на 6-мъ году. Первые крови получила на 17-мъ году, жила до появленія ихъ 10 лѣтъ на родинѣ, а затѣмъ въ Варшавѣ; работала тяжело, питалась плохо. Вторыя крови пришли черезъ годъ, а потомъ стали являться черезъ 4 недѣли, продолжаясь по 3 дня, — въ небольшомъ всегда количествѣ и сопровождаясь болями, которыя прекратились только съ замужествомъ, причѣмъ типъ кровей остался безъ перемѣны. Послѣднія крови были 6 лѣтъ тому назадъ, продолжались 5 дней, — обильнѣе нормальныхъ.

А. П. вышла замужъ на 30-мъ году. Мужъ старше ея на 11 лѣтъ. Беременная была 4 раза. Первые роды — на первомъ году замужества, а послѣдніе — 15 лѣтъ тому назадъ. Первые — наступили въ срокъ и были кончены щипцами, въ послѣродовомъ періодѣ 2 недѣли страдала кровотеченіями. Вторая, равно 3-я и 4-я беременности не достигли до срока и кончились преждевременными родами на 8-ми, а послѣдняя на 9-ти мѣсяцахъ. Вторые и четвертые роды кончены, какъ и первые — щипцами, а 3-и поворотомъ и экстракціей. Послѣ вторыхъ родовъ не болѣла, послѣ 3-хъ хворала 8 недѣль, а послѣ 4-хъ — 2 недѣли. Родила одного живаго мальчика (послѣдній) и 2-хъ мальчиковъ (1-го и 2-го) и 1 дѣвочку (3-я) мертвыми.

А. П. блондинка, малаго роста, на нижнихъ конечностяхъ замѣтны слѣды перенесеннаго рахита. Размѣры таза: ср. $27\frac{1}{2}$, Sp. il.—23, conj. ext.— $17\frac{1}{2}$ см. Наружные половые органы — въ состояніи старческой атрофіи, половая щель — пріоткрыта. Остатокъ прсмежности, разорвавшейся при первыхъ родахъ, имѣетъ 2 см. длины. При изслѣдованіи органовъ грудной полости, опредѣлено — въ легкихъ сильно развитая эмфизема и отекъ заднихъ долей, а въ сердцѣ недостаточность двухстворчатой заслонки и суженіе аортальнаго отверстія.

Животъ представляется нѣсколько увеличеннымъ, въ нижней части его

прощупывается эластичная опухоль, шарообразной формы, поднимающаяся по срединной линии на 13 см. выше симфизы. Опухоль нижним сегментом уходит в малый тазъ, подвижность ея въ высшей степени ограничена. Рукъвъ укорочень, сужень, стѣнки его вялы, слизистая оболочка лишена складокъ, тонка.

Влагалищная часть матки отодвинута вперед и находится за лѣвою горизонтальною лобковою вѣтвью; тѣло матки опредѣляется черезъ брюшные покровы надъ лѣвою горизонтальною лобковою вѣтвью и дно органа стоитъ надъ нею на $4\frac{1}{2}$ см. Матка довольно плотна, удлинена, располагается такимъ образомъ на передне-лѣвой поверхности опухоли, которая нижнимъ своимъ сегментомъ занимаетъ значительную часть полости малого таза, выполняя правый и задній своды и обуславливая данное смѣщеніе матки, которая почти неподвижна по поверхности опухоли. Въ опухоли, стѣнки которой представляются тонкими, опредѣляется ясная флюктуация. При изслѣдованіи черезъ прямую кишку, просвѣтъ послѣдней оказывается сдавленнымъ опухолью.

На основаніи данныхъ изслѣдованія опредѣлена киста правой широкой связки и какъ осложненіе страданія—недостаточность двухстворчатой заслонки сердца, суженіе аортальнаго отверстія, эмфизема легкихъ и отекъ ихъ въ заднихъ доляхъ.

При имѣющихся осложненіяхъ страданія и въ возрастѣ нашей больной—оперативное вмѣшательство для удаленія опухоли представляло серьезныя затрудненія, главнымъ образомъ въ виду опасности хлороформированія.

Между тѣмъ быстрое увеличеніе опухоли въ послѣднее время при данномъ ея положеніи, поведшее уже къ появленію припадковъ со стороны мочеваго пузыря и прямой кишки и могущее обусловить въ недалекомъ будущемъ развитіе ихъ до полного разстройства дѣятельности названныхъ органовъ и неизбѣжно усилившее припадки, вызываемые страданіемъ сердца и легкихъ, являлось настоятельнымъ показаніемъ къ удаленію новообразованія.

Въ виду положенія опухоли, частью въ маломъ тазу, причемъ значительный сегментъ ея выполнялъ задній сводъ, я рѣшилъ оперировать безъ хлороформа—черезъ вагину.

Больная до операціи находилась въ клиникѣ 8 дней и за это время t° колебалась отъ отъ 36,4 до 37,2 $^{\circ}$ С., пульсъ отъ 68 до 104 ударовъ, а дыханіе—отъ 24 до 32 разъ въ минуту. Все это время она страдала вышепри-

веденными болями, сердцебиением и кроме того, ежедневно сильными припадками удушья.

Въ послѣдніе два дня больная была надлежащимъ образомъ приготовлена къ операциі—ванны, слабительное и обильная промывка рукава 2⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты. 7-го ноября произведена мною *colporrhagocystotomia*, которая при старческой атрофіи вагины и наружныхъ половыхъ частей была сопряжена съ нѣкоторыми техническими трудностями.

Задній сводъ былъ обнаженъ на пространствѣ 5 см. малыми ложкообразными зеркалами и на протяженіи 4-хъ см. по срединной линіи разрѣзанъ. Затѣмъ, паравагинальная клѣтчатка разъединена пальцемъ до стѣнки новообразованія. Киста была вскрыта обоюдоострымъ ножомъ, вколотымъ въ нее сейчасъ позади влагалищной части матки; разрѣзъ стѣнки кисты продолженъ къзади и къверху, на величину влагалищнаго разрѣза, причемъ изъ полости опухоли вытекло слишкомъ 600 к. см. серозной жидкости. Послѣ этого, стѣнки кисты, имѣвшія въ толщину около 3-хъ мм., были захвачены пинцетными щипцами и, послѣ отдѣленія ихъ пальцемъ отъ окружающихъ частей на небольшомъ протяженіи, вытянуты въ вагину; небольшіе куски ихъ отрѣзаны для микроскопическаго изслѣдованія.

Затѣмъ, стѣнки кисты сшиты со стѣнками рукава 18 шелковыми швами, полость кисты промыта растворомъ *Hydr. bijodati* 1 : 4000 и рукавъ загампонированъ полосой іодоформенной марли, конецъ которой черезъ отверстіе въ заднемъ сводѣ проведенъ внутрь спавшейся кисты.

Операцию больная перенесла хорошо, жалуясь на боли только при отдѣленіи и вытягиваніи стѣнокъ кисты, такъ что резецировать большой кусокъ стѣнки безъ хлороформа не представлялось возможнымъ. Кровотеченіе было ничтожное. На другой день марля удалена и полость кисты промыта 2⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты, а въ слѣдующіе дни послѣоперационнаго періода производились только ежедневныя промывки рукава тѣмъ же растворомъ карболовой кислоты, послѣ чего на сутки въ вагину вводился небольшой марлевой тампонъ. Черезъ 10 дней, т. е., 18-го ноября—сняты швы.

Стѣнки кисты, какъ видно на края, нѣсколько выстоящихъ въ рукавъ, проникнуты грануляціями и срослись между собою, такъ что полости нѣтъ и слѣдовъ. Часть внутренней поверхности кисты соотвѣтственно вагинальному разрѣзу представляетъ грануляціонную поверхность, переходящую непосредственно въ гранулирующіе края вагинальной раны и имѣетъ въ діаметрѣ около 2-хъ см. При изслѣдованіи 24 ноября, т. е., на 17-й день послѣ операциі, въ день выписки больной,—въ заднемъ сводѣ замѣчается полоска свѣжаго рубца въ 1¹/₂ см. длины и 1/2 см. ширины. Матка найдена въ *anteversio*, подвижной, въ правомъ и заднемъ сводахъ не прощупывается уплотненія или какихъ-либо слѣдовъ прежде бывшей опухоли, кроме ничтожнаго утолщенія въ области молодаго рубца на мѣстѣ вагинальнаго разрѣза.

Въ февралѣ 1888 года, т. е., черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи, больная явилась на амбулаторный пріемъ въ клинику и при изслѣдованіи найдено: матка въ anteversio, подвижна, своды свободны, въ области рубца нѣтъ уплотненія, самочувствіе больной прекрасное.

Больная послѣ операціи съ каждымъ днемъ стала чувствовать себя лучше и лучше: приступы удушья, ослабѣвая съ каждымъ днемъ, прекратились черезъ недѣлю, къ этому же сроку прошли боли въ области сердца, въ лѣвой рукѣ, между лопатками и внизу живота, а также боли при мочеиспусканіи и стулѣ; отекъ легкихъ исчезъ въ первые же дни. Систолическій шумъ у верхушки сердца уменьшился въ силѣ.

Такимъ образомъ, результатъ операціи получился вполне удовлетворительный, не смотря на неблагоприятныя условія со стороны больной, и результатъ этотъ говоритъ несомнѣнно въ пользу colporcystotomi'i.

Теперь разсмотримъ условія, наличность которыхъ необходима для успѣшнаго производства этой операціи.

Внутрисвязочныя кисты, растущія книзу, какъ извѣстно, въ началѣ имѣютъ чисто боковое положеніе и смѣщаютъ матку въ противоположную сторону. Въ этомъ періодѣ онѣ отличаются относительно наибольшою подвижностью. Съ дальнѣйшимъ же разростаніемъ новообразованія, подвижность эта все больше и больше уменьшается, такъ какъ опухоль, выпячивая больше задній или передній листокъ широкой связки, приподнимаетъ брюшину дугласова пространства или маточнопузырнаго углубленія и плотно фиксируется въ томъ или другомъ изъ нихъ. Располагаясь въ заднемъ дугасловомъ пространствѣ, киста плотно прилегаетъ извѣстнымъ сегментомъ къ стѣнкѣ задняго свода и выпячиваетъ его кпереди, а матка, отодвинутая раньше въ сторону, смѣщается еще кпереди и кверху.

Въ первомъ періодѣ роста новообразованія, т. е., при чисто боковомъ еще его положеніи, можетъ быть произведена, хотя съ значительными иногда техническими трудностями, laporocystoektomia, а во второмъ періодѣ при невозможности laporoparovariocystoektomi'i — или laporoparovariocystotomia, или colporoparovariocystotomia.

Для успѣшнаго выполненія послѣдней необходимо, чтобы

известный сегмент кисты прилежалъ къ стѣнкѣ задняго свода. Это положеніе кисты пока слѣдуетъ считать основнымъ условіемъ для производства colporovariocystotomi'i.

Принимая это условіе въ наличности, рассмотримъ, при какомъ строеніи и при какихъ формахъ кистъ—colporovariocystotomia возможна и каково значеніе ея въ ряду другихъ методовъ лѣченія данныхъ опухолей.

Если дѣло идетъ объ однополостной тонкостѣнной кистѣ безъ сосочковыхъ разраженій на внутренней ея поверхности, съ чисто серознымъ содержимымъ, то значительное число гинекологовъ настоящаго времени, взглядъ которыхъ и я раздѣляю, считаютъ полное удаленіе новообразованія излишнимъ, а ограничиваются чревосѣченіемъ, иссѣченіемъ куска стѣнки, обшиваніемъ краевъ остатка мѣшка и опусканіемъ его въ брюшную полость, съ которой онъ остается въ сообщеніи.

Я полагаю теперь, что этотъ оперативный приемъ, при которомъ получается полное выздоровленіе больной, съ большей выгодой долженъ быть замѣненъ colprocystotomi'ей.

Вѣроятность успѣха при послѣдней сравнительно съ таковой при laporovariocystotomi'i ничуть не меньше, такъ какъ опороженіе кисты отъ жидкаго содержимаго, спаденіе стѣнокъ, иссѣченіе куска изъ нихъ и обшиваніе краевъ суть моменты, имѣющіе мѣсто и при colprocystotomi'i. Слѣдовательно, здѣсь, такъ же какъ и при laparocystotomi'i, достигается разстройство питанія стѣнокъ остатка кисты, сращеніе послѣднихъ между собою, проростаніе грануляціями и вѣроятно совершенное впоследствии исчезновеніе ихъ. Но colprocystotomia имѣетъ и значительныя преимущества передъ laparocystotomi'ей, такъ какъ при ней мы избѣгаемъ лалоротоміи, которая, какъ ни легко переносится, все-таки опаснѣе кольпотоміи; дальше, послѣ colprocystotomi'i выдѣленія стѣнокъ кисты въ первые дни выводятся наружу, а не поступаютъ въ брюшную полость, для которой хотя онѣ и индефферентны, но ненормальны. Дальше, не малое преимущество colprocystotomi'i составляетъ возможность оперировать безъ хлороформа тамъ, гдѣ употребленіе его

почему-либо противопоказуется. При этомъ, правда, невозможно изсѣкать большой кусокъ стѣнки по причинѣ той болѣзненности, которою сопровождается отдѣленіе и вытягиваніе ея въ вагину, но и резекція малаго куска не уменьшаетъ вѣроятности успѣха, какъ это доказываетъ нашъ случай. Къ числу преимуществъ *colporovarilocystotomi*'и слѣдуетъ еще отнести сравнительную легкость асептического производства ея и невозможность поврежденія при ней соответственной трубы и яичника, что при резекціи стѣнки мѣшка со стороны брюшной полости и обшиваніи его краевъ связано иногда съ значительными техническими трудностями. Такимъ образомъ, въ случаяхъ только-что разсмотрѣннаго вида растущихъ книзу внутрисвязочныхъ кистъ *colpocystotomia* имѣетъ полное право на предпочтеніе передъ другими методами оперативнаго лѣченія ихъ.

Теперь разсмотримъ, какое значеніе *colporovarilocystotomia* можетъ имѣть въ меньшинствѣ случаевъ, когда киста представляется сложной по строенію. Киста, содержимое которой густо, тягуче и на внутренней поверхности имѣются сосочковья разращенія — должна быть удалена совершенно черезъ чревосѣченіе. Но не всегда *laporovarilocystoektomia* представляется выполнимой, такъ какъ могутъ существовать противопоказанія къ лапоротоміи вообще, или къ полному удаленію кисты.

Въ первомъ ряду случаевъ, т. е., при наличности противопоказаній къ лапоротоміи вообще, *colporovarilocystotomia* — становится единственнымъ возможнымъ методомъ лѣченія, а во второмъ, т. е., при невозможности *parovarilocystotomi*'и, остается выборъ между различными видами неполнаго удаленія опухоли черезъ чревосѣченіе или *colporovarilocystotomi*'ей. Лапоротомія и резекція стѣнки съ послѣдовательнымъ вшиваніемъ краевъ мѣшка въ брюшную рану безъ дренажа въ вагину ведутъ къ цѣли сравнительно медленно. Та же операція съ дренажемъ въ вагину (сквозной дренажъ) и лапоротомія съ резекціей стѣнки кисты, дренажемъ въ рукавъ и закрытіемъ мѣшка со стороны брюшной полости и полнымъ закрытіемъ брюшной раны яв-

ляются приемами болѣе сложными и опасными, чѣмъ colporogovariocystotomia.

Вѣроятность успѣха colporogovariocystotomi'и и при этомъ видѣ кистъ зависитъ отъ того, что нарушение питанія остатка мѣшка, спаденіе его стѣнокъ при полномъ стокѣ выдѣлений ихъ и возможность дѣйствовать на внутреннюю поверхность остатка кисты, способствуя сращенію стѣнокъ, — находятся въ наличности.

Наконецъ, намъ остается рассмотреть рѣдкій случай многополостной внутрисвязочной кисты и болѣе частый — множественныхъ опухолей, когда одна изъ нихъ достигаетъ объема, требующаго оперативнаго вмѣшательства.

Въ обоихъ случаяхъ должно, если возможно, практиковаться полное удаленіе новообразованій черезъ чревосѣченіе. Colporogovariocystotomi'ю здѣсь можно практиковать только при противопоказаніяхъ къ лапоротоміи вообще, или при невозможности полнаго удаленія опухолей на ряду съ различными видами laporogovariocystotomi'и.

При многополостной кистѣ, когда, слѣдовательно, въ стѣнкахъ главной развились вторичныя, придется поступать слѣдующимъ образомъ: произведи colpotomi'ю, опорожнивъ главную полость, резицировавъ стѣнку и сшивъ края мѣшка съ краями вагинальнаго разрѣза, слѣдуетъ подвести къ ранѣ, что удастся легко, дѣйствуя рукой черезъ брюшную стѣнку, различныя части внутренней поверхности главной полости и вскрыть въ нее широкими разрѣзами вторичныя кисты. Въ результатѣ получается, такимъ образомъ, одна большая полость, спаденіе и сращеніе стѣнокъ которой должно пойти обычнымъ путемъ. Въ случаѣ множественныхъ кистъ, если мы вынуждены будемъ прибѣгнуть къ colporogovariocystotomi'и, то избавимъ больную только отъ кисты большаго объема, оставивъ малыя, которыя оставить, впрочемъ, можно спокойно, такъ какъ малыя кисты въ широкихъ связкахъ встрѣчаются часто, не вызывая никакихъ припадковъ.

И такъ, отдавая полное преимущество laporogovariocysto-

ектом'и передъ другими современными способами лѣченія внутрисвязочныхъ кистъ, растущихъ книзу, я полагаю, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, а именно—при кистахъ однополостныхъ, тонкостѣнныхъ съ серознымъ содержимымъ—всегда, а при кистахъ болѣе сложнаго строенія, при противопоказаніяхъ къ лапоротоміи вообще и къ раговариоцистоектоміи въ частности, colporovariocystotomia, при наличности условій для производства ея, въ смыслѣ положенія кисты, должна занять первое мѣсто въ ряду оперативныхъ методовъ неполнаго удаленія новообразования. Такимъ образомъ, лапоротомія въ этихъ случаяхъ будетъ замѣнена менѣе опасной кольпотоміей.

Варшава.

5-го марта 1888 г.

XIII.

СПОСОБЪ CREDE, КАКЪ ПРОФИЛАКТИКА BLENNORRHOEAЕ NEONATORUM.

Преображенскаго.

Профилактическое лечение blepharoblennorrhoea neonatorum было введено въ Воспитательномъ Домѣ въ мартѣ 1884 года. Уменьшеніе числа глазныхъ больныхъ, начинающееся въ 1884 году и весьма ясно выступающее въ 1885 году совпадаетъ съ введеніемъ профилактическаго леченія blepharoblennorrhoeae по способу Crede. Въ 1885 году было дѣтей съ глазными болѣзнями 421, въ 1884—609, въ 1883—688, въ 1882—722, въ 1881—797.

Внѣ Дома заболѣвшихъ глазами младенцевъ принято въ Воспитательный Домъ въ 1885 году въ количествѣ около $\frac{2}{3}$, остальная $\frac{1}{3}$ заболѣла въ Домѣ, между тѣмъ какъ въ предыдущіе года въ Домѣ заболѣвало около половины. Процентное отношеніе въ Домѣ заболѣвшихъ дѣтей къ общему числу принимаемыхъ въ Домъ дѣтей minus внѣ Дома заболѣвшихъ глаз-

ныхъ оказывается на половину уменьшившимся сравнительно съ прочими годами ¹⁾). Въ отчетѣ д-ра Фишера въ Голицинской больницѣ въ Москвѣ за 1886 годъ говорится, что съ сентября мѣсяца со введеніемъ профилактики бленнорреи новорожденныхъ не встрѣтилось ни одного случая гнойнаго конъюнктивита, а до введенія способа были замѣчены 3 случая.

Въ этомъ отчетѣ д-ръ Рабиновичъ сообщаетъ, что кромѣ способа Credé, 29 дѣтямъ впускали растворъ муравьиной кислоты 1 : 1000 (новое дезинфицирующее средство, предложенное д-ромъ Войтовымъ въ засѣданіи Московскаго Физико-медицинскаго Общества 24 марта 1886 г.).

Magnus въ *Klinische Monatsblatt für Augenheilkunde* ²⁾ сообщилъ случай *blennorrhoea neonatorum* съ заболѣваніемъ роговицы, развившейся у плода въ внутриутробной жизни.

Traugot ³⁾, Kroner, Nögurrath, Sängner говорятъ, что матери съ пуэрперальной септициеміей имѣютъ дѣтей съ *blennorrhoea neonatorum*.

Это воззрѣніе, что перелойный ядъ переходитъ на ребенка отъ зараженной матки, побуждаетъ акушеровъ разными обеззараживающими средствами во время самаго рожденія предотвращать *blennorrhoea neonatorum*.

Въ отчетѣ Ahfeld'a, *Bericht und Arbeiten aus der Geburtshilflich Gynäkologischen Klinik zu Marburg 1885—1886 г.*, не было ни одного случая *ophthalmoblennorrhoea*, только 2 случая конъюнктивита и нѣсколько легкихъ случаевъ раздраженія конъюнктивы.

Ernst Kohn въ *Universitets Frauenklinik zu Berlin* нашелъ, что при употребленія *arg. nitric.* заболѣвало *blennorrhoea* 1,09% дѣтей, при употребленія сублимата—1%, сульфокарболоваго цинка заболѣвалъ 1 ребенокъ на 500, при употребленія дистиллированной воды—8 на 200.

Д-ръ Kohn изъ клиники Leopold'a примѣнялъ при 1600 ро-

¹⁾ Отчетъ Императорскаго Воспитательнаго Дома за 1884 и 1885 годъ.

²⁾ XXV. 389. 1887.

³⁾ *Archiv. für Gynäcol.* XXXI. 1887.

дахъ способъ Credé, приче́мъ наблюда́лъ только 1 перелойное воспаление́ глазъ. Способъ Kaltenbach'a при 111 родахъ далъ 6 перелойныхъ воспале́ній глазъ.

Въ 1886 году было въ Воспитательномъ Домѣ всѣхъ заболѣвшихъ глазами дѣтей 200; изъ нихъ 46 были моложе 3-хъ дней и получали капли изъ *arg. nitric.*, остальные 154 были старше 3-хъ дней и не получали капель. Изъ младшихъ 46 дѣтей 11 поступили съ *blepharoblennorrhoea*, 11 болѣли въ те-

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45		
																																													МОЛОЖИ ¹ НА	1
																																													— 2 ² —	2
																																													— 3 ² —	3
																																													— 4 ¹ —	4
																																													СТАРШЕ 1 МѢСЯЦА	1
																																													— 2 ² —	2
																																													— 3 ² —	3
																																													ВНѢДОМЪ ЗАБОЛѢВШЕЕ ТЕЧЕНІЕ	1
																																													— 2 ¹ —	2
																																													ВНѢДОМЪ ЗАБОЛѢВШЕЕ ТЕЧЕНІЕ	1
																																													— 2 ¹ —	2
																																													— 3 ¹ —	3
																																													— 4 ¹ —	4
																																													— 5 ¹ —	5
																																													— 6 ¹ —	6
																																													— 7 ¹ —	7
																																													— 8 ¹ —	8

гнойное воспаление конъюнктивы.

гнойное воспаление конъюнктивы съ язвами на роговицѣ.

Цифры обозначаютъ число заболѣвшихъ дѣтей.

ченіи первой недѣли, 16 въ теченіи второй, 5 дѣтей на третьей недѣлѣ, двое на четвертой и 1 на восьмой недѣлѣ.

Изъ старшихъ дѣтей 45 заболѣло моложе однедѣльнаго возраста, 41 моложе 2-хъ-недѣльнаго, 17 моложе 3-хъ-недѣльнаго, 4 моложе 4-хъ-недѣльнаго; изъ дѣтей старше одного мѣсяца заболѣло 4, старше 2 мѣсяцевъ 3 и 2 старше 3-хъ мѣсяцевъ.

Изъ приложенной картограммы видно: 1) что число заболѣвшихъ глазами дѣтей какъ старшихъ, такъ и моложе 3-хъ дней гораздо больше на первыхъ двухъ недѣляхъ по приѣмъ дѣтей въ Воспитательный Домъ, 2) число заболѣвшихъ старшихъ дѣтей, не получавшихъ капли, превышаетъ втрое число заболѣвшихъ дѣтей моложе 3-хъ дней, получавшихъ капли изъ *arg. nitric.*

Д-ръ Львовъ ¹⁾ при примѣненіи способа Credé имѣлъ изъ 626 дѣтей трехъ дѣтей, у которыхъ развилась blepharoglenoophthoea только потому, что способъ этотъ былъ примѣненъ не сразу послѣ родовъ, а черезъ 24 часа. Д-ръ Львовъ изслѣдовалъ 150 роженицъ и нашель, что гонококки Neisser'a могутъ находиться въ родовыхъ путяхъ и послѣ обезгниливающихъ спринцованій сублиматной водой, производившихся въ прошломъ году д-ромъ Парышевымъ въ клиникѣ проф. Лебедева и предложенныхъ Kaltenbach'омъ въ клиникѣ Leopold'a. Наблюденія д-ра Львова имѣютъ важность въ томъ отношеніи, что способъ Credé не можетъ быть замѣненъ способомъ Kaltenbach'a и Парышева вопреки мнѣнію Cohn'a ²⁾. Frank и Gusserow предпочитаютъ способъ Credé, но не надѣются на добросовѣстное исполненіе его служебнымъ больничнымъ персоналомъ.

Указанные въ картограммѣ 9 случаевъ заболѣванія blepharoglenoophthoea съ язвами на роговицѣ у 7-ми дѣтей моложе одной недѣли и у двоихъ дѣтей моложе трехъ дней, случай Magnus'a, приведенный выше, а также превышающее число заболѣванія дѣтей моложе 2-хъ недѣль противъ 3-хъ, 4-хъ, 1-го и двухъ мѣсяцевъ, всѣ эти данныя говорятъ въ пользу того, что зараженіе глазъ гонококками происходитъ внутри утробы и предупреждать заразу слѣдуетъ дезинфекціей самихъ глазъ, а не дезинфекціей родовыхъ путей.

¹⁾ Дневникъ Каз. Общ. Врачей №№ 8 и 9.

²⁾ Fortschritte u Leistungen in der gesamten Medicin. 1888. Zweiter Band, Zweiter Abschnitt.

XIV.

КРАТКОЕ ИЗВЛЕЧЕНИЕ ИЗЪ МЕДИЦИНСКАГО ОТЧЕТА МОСКОВСКАГО РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ ЗА 1887 ГОДЪ.

В. Сутугина.

Въ теченіи отчетнаго года прибыло въ Заведеніе 5209 беременныхъ и рожениць, изъ нихъ разрѣшилось въ заведеніи 4457, оставили Заведеніе до родоразрѣшенія 752 беременныхъ. Первобеременныхъ было 1430=27,5%, повторнобеременныхъ 3779=72,5%. Изъ 4457 родившихъ хворало вообще 1186=26,6%, умерло 48=1,0%; изъ нихъ случайными болѣзнями, безъ связи съ послѣродовымъ состояніемъ, поступившія уже больными 448=10,0%, изъ коихъ умерло 19=0,4%. Послѣродовыми болѣзнями хворали 738=16,6%; изъ нихъ легкими формами 638=14,5%, тяжелыми 100=2,1%, изъ коихъ умерло 29=0,6%.

Средняя продолжительность пребыванія родильницъ въ Заведеніи 5,9 дня; а если исключить платныхъ больныхъ, обычно остающихся въ Заведеніи долѣе 10 дней, то получимъ среднюю продолжительность пребыванія въ бесплатномъ общемъ отдѣленіи 5,6 дня.

Для большей наглядности движенія больныхъ по мѣсяцамъ позволю себѣ привести слѣдующую таблицу:

Помтсаячное движеніе родовъ, заболваній и смертности въ
родильномъ періодѣ.

Мѣсяцы.	Число родовъ.	Отъ родильной горячки.						Отъ случайныхъ болѣзней.				ИТОГО.			
		Заболѣло.		Всего.	%	Умерло	%	Заболѣло.		Умерло.	%	Заболѣло.		Умерло.	%
		Легко.	Трудно					Заболѣло.	Умерло.			Заболѣло.	Умерло.		
Январь . . .	368	46	12	58	15,8	3	0,8	25	6,7	1	0,2	83	22,5	4	1,0
Февраль . . .	350	54	4	58	16,6	4	1,1	31	8,8	2	0,5	89	25,4	6	1,6
Мартъ . . .	381	40	9	49	12,8	3	0,7	24	6,3	2	0,5	73	19,1	5	1,2
Апрѣль . . .	331	25	3	28	8,4	2	0,6	17	5,1	3	0,9	45	13,5	5	1,5
Май	358	52	5	57	15,9	1	0,2	29	8,1	2	0,5	86	24,0	3	0,7
Іюнь	376	86	10	96	25,5	1	0,2	34	9,0	2	0,5	130	34,5	3	0,7
Іюль	427	66	9	75	17,5	3	0,6	46	10,8	1	0,2	121	28,3	4	0,8
Августъ . . .	391	66	9	75	19,2	3	0,7	38	9,7	4	1,0	113	28,9	7	1,7
Сентябрь . .	365	82	7	89	24,3	6	1,6	36	9,8	1	0,2	125	34,2	7	1,8
Октябрь . . .	378	42	13	55	14,5	1	0,2	51	13,4	1	0,2	106	28,0	2	0,4
Ноябрь . . .	349	38	11	49	14,0	1	0,2	56	16,0	—	—	105	30,0	1	0,2
Декабрь . . .	383	41	8	49	12,7	1	0,2	61	15,9	—	—	110	28,6	1	0,2
Итого . . .	4457	638	100	738	16,5	29	0,6	448	10,0	19	0,4	1186	26,6	48	1,0

Формы болѣзней распространялись слѣдующимъ образомъ:

1) Болѣзни общія, неисключительно свойственныя родильному состоянію:

	Хворало.	Умерло.
Воспаленіе дыхательныхъ органовъ . . .	15	1
Легочная чахотка	3	2
Желудочнокишечный катарръ	6	0
Перитонитъ при беременности	1	0
Воспаленіе печени и острая атрофія ея . .	2	1
Мозговое кровоизліяніе	1	1
Nephritis parenchymatosa	3	0
Переменяющаяся лихорадка	3	0
Возвратная горячка	1	1
Различныхъ видовъ тифа	5	0
Порокъ сердца	2	0
Рожа	10	0
Скарлатина	1	0
Phlegmone et abscessus	6	0
Сифилисъ	11	0

	Хворало.	Умерло.
Lithiasis et pyelonephritis	1	1
Arthropatia	1	0
Papilloma genu et glutei	2	0
Простыя хроническія язвы голени	5	0
Флебитъ нижнихъ конечностей	1	0
Тифлитъ и перитифлитъ	1	0
Дифтеритъ и флегмонозная жаба	2	0
Доброкачественная опухоль печени	1	0
Экзема	1	0
Фиброидовъ матки	2	0
Воспаленіе Бартолиніевой желѣзы	1	0
Трещинъ на соскахъ	19	0
Итого	108	7

2) Болѣзни, развившіяся вслѣдствіе родовъ и родильнаго состоянія, несептическихъ:

	Хворало.	Умерло.
Разрывовъ промежности ¹⁾	223	0
» маточной шейки и матки	4	3
» рукава	2	2
Гематома половыхъ органовъ	3	0
Острая анемія и истощеніе	12	3
» » отъ послѣродовыхъ кровото- теченій	78	0
Эклампея	16	4
Послѣродовая манія	1	0
Symphisis	1	0
Итого	390	12

3) Послѣродовыя болѣзни въ тѣсномъ смыслѣ—

а) Легкія формы:

	Хворало.	Умерло.
Кольпитовъ и вульвитовъ	114	0
Легкихъ эндометритовъ	159	0

¹⁾ Сверхъ того 100 другихъ разрывовъ промежности осложнились другими послѣродовыми болѣзнями.

	Хворало.	Умерло.
Легких параметритовъ	53	0
» периметритовъ	26	0
Неопредѣленной формы травматической лихорадки	288	0
Итого	638	0

6) Трудныхъ формъ:

	Хворало.	Умерло.
Гангренозныхъ и дифтеритическихъ язвъ во входѣ въ рукавъ	19	1
Септической и дифтеритической эндо- метритъ	18	2
Тяжелый параметритъ	32	3
Острый и септической перитонитъ	19	15
Гнойный метрофлебитъ и пиемія	12	8
Итого	100	29

Значительное число (19) умершихъ отъ случайныхъ бо-
лѣзней объясняется тѣмъ, что всѣ тяжелыя больныя въ родахъ
со всей Москвы большею частію направляются въ Родовспомо-
гательное Заведеніе, особенно въ лѣтніе мѣсяцы, когда бываетъ
закрыта акушерская клиника. Такъ, въ теченіи лѣта было при-
везено 7 роженицъ съ тяжкими формами болѣзней, а нѣкото-
рыя изъ нихъ въ агоніи, и въ 3-хъ случаяхъ сдѣлано было
кесарское сѣченіе по смерти, давшее мертвыхъ дѣтей; а въ
одномъ случаѣ была внѣматочная беременность. (Эти больныя
исключены изъ общаго числа захворавшихъ и умершихъ въ
Заведеніи).

Замѣтное паденіе числа общихъ болѣзней съ ноября мѣ-
сяца обусловлено болѣе тщательнымъ удаленіемъ больныхъ
непослѣродовыми болѣзнями въ городскія больницы. Уменьше-
ніе же смертности отъ послѣродовыхъ болѣзней частію должно
быть приписано введенію въ дѣйствіе смотровой комнаты, гдѣ
прибывающія роженицы очищаются и переодѣваются въ чистое
бѣлье до поступленія въ родильни (до означеннаго времени всѣ

роженицы поступали прямо въ родильни). Кроме того, въ концѣ октября въ Заведеніи были приняты болѣе строгія мѣры обезгниливанія рожениць и отдѣленіе больныхъ рожениць отъ здоровыхъ, а равно и рожениць съ мертвогнилыми плодами.

Между тѣмъ смертность отъ послѣродовыхъ заболѣваній въ отчетномъ году осталась равной предъидущему (1886 г.) — (0,6‰); общая смертность въ 1‰ осталась тоже одинаковой. Въ теченіи 1887 года больныхъ общими болѣзнями поступило 108, а въ 1886 г. всего 82.

Условія Заведенія относительно помѣщенія оставались одинаковыми, а равно и предварительная профилактическая дезинфекція производилась растворомъ сублимата. Ни разу не отмѣчено было какихъ либо признаковъ отравленія.

Всѣхъ дѣтей, родившихся въ Заведеніи, за исключеніемъ 52 выкидышей и 3 заносовъ, было 4,503, изъ нихъ было 2,360 мальчиковъ и 2,143 дѣвочки, отношеніе 110,1 : 100. Живорожденныхъ было 4,179 = 92,8‰; мертворожденныхъ 324 = 7,2‰. Изъ родившихся въ Заведеніи при 5,9 дневномъ пребываніи умерло 203 = 4,5‰, — изъ умершихъ было 114 мальчиковъ и 89 дѣвочекъ.

Рожениць, застигнутыхъ родами по дорогѣ въ Заведеніе, было 89 = 1,9‰. Изъ нихъ хворало легко послѣродовыми болѣзнями 13 = 14,6‰, главнымъ образомъ заболѣванія обуславливались значительнымъ числомъ разрывовъ промежности при уличныхъ родахъ = 16,8‰, а у перворождающихъ было 51,8‰, что значительно превышаетъ общее число (5,0‰) разрывовъ промежности въ Заведеніи.

Многоплодныхъ родовъ было 109 = 2,4‰, число подтверждающее особенную плодовитость славянской расы между другими народностями остальной Европы.

Беременность прервалась ранѣе нормальнаго срока въ 536 случаяхъ, что составляетъ всего 12‰ общаго числа родившихъ, или въ одномъ случаѣ изъ 8 беременныхъ. Притомъ на долю выкидышей (до VII мѣсяца беременности) приходится 141 случай = 3,1‰ общаго числа родившихъ, или у одной изъ 31 бе-

ременной; на долю преждевременных родовъ пришлось 392 случая = 8,9% общаго числа родившихъ. Частота заболѣваній и исходовъ у преждевременно родившихъ мало разнилась отъ таковыхъ же при срочныхъ родахъ, за исключеніемъ болѣе частыхъ заболѣваній общими, непослѣродовыми болѣзнями.

Заболѣваемость же и смертность недоносковъ далеко превышаетъ таковую же зрѣлыхъ дѣтей. Мертворожденныхъ было 33,3%, изъ нихъ гнилыхъ плодовъ 20,4%. Изъ родившихся живыми умерло въ Заведеніи 30,9%, притомъ VII-мѣсячныхъ 76%, VIII-мѣсячныхъ 39,7% и въ IX мѣсяцѣ 10,9%, при общей для дѣтей смертности въ Заведеніи 4,5%.

Предлежаніе дѣтскаго мѣста встрѣтилось 17 разъ, то есть въ 0,38% или 1 разъ на 268 родовъ. Въ 107 случаяхъ было краевое, а въ 7 центральное предлежаніе. Изъ 17 матерей хворало 15 и умерла одна (5,8%), привезенная уже съ признаками значительной анеміи. Не лишено интереса вліяніе способа лѣченія на исходъ для матерей при предлежаніи дѣтскаго мѣста. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ примѣнялось болѣе выжидательное лѣченіе съ употребленіемъ колпейринтера, родильницы тяжело хворали, къ нимъ же относится и единственный смертельный исходъ; во всѣхъ же случаяхъ энергическаго примѣненія поворота на ножки и извлеченія, всѣ родильницы хворали менѣе тяжелыми формами и всѣ выздоровѣли, не смотря на то, что подобное лѣченіе предпринималось по преимуществу тамъ, гдѣ нельзя было откладывать операціи. Изъ 17-ти дѣтей родилось живыми 7 и мертвыми 10 = 53%.

Эклампсія была наблюдаема въ 21 случай = 0,4% или 1 разъ на 212 родовъ; изъ нихъ въ двухъ случаяхъ при беременности и въ 1 изъ нихъ больная оправилась и выписалась беременной, въ другомъ больная привезена въ безсознательномъ состояніи въ агоніи и умерла не разрѣшившись. Произведенное у ней кесарское сѣченіе по смерти дало мертвый плодъ.

Исходъ родовой эклампсіи изъ 10-ти въ 3-хъ былъ смертеленъ (30%), а для послѣродовой смертельный исходъ получился всего въ 25% (у 2 изъ 8). Исходъ для дѣтей

изъ 12 случаевъ (въ 1 случаѣ двойни) былъ смертеленъ въ $4=33,3\%$.

Узкость таза наблюдалась у 41 родильницы $=0,9\%$ общаго числа или въ 1 изъ 108, и 19 перво- и 22 повторнوبرеменныхъ. Изъ 41 у 15 роды кончились силами природы, а въ 26 понадобилась оперативная помощь. Въ 5 случаяхъ были произведены преждевременные искусственные роды; всѣ матери остались живы и одна только легко хворала; изъ дѣтей 3 живыхъ и 2 мертвыхъ. Наложение щипцовъ было въ 11 случаяхъ, перфорация и краниоказія въ 3-хъ, плодоразсѣчение въ 1, поворотъ на ножки и извлечение въ 3, исправление лицеваго положенія въ темянное въ 1 случаѣ, извлечение головки при ягодичныхъ предлежаніяхъ въ 2-хъ случаяхъ.

Изъ 41 родильницы съ узками тазами умерла только одна, прибывшая въ Заведеніе съ наступившимъ разрывомъ матки, и роды окончены были перфорацией, послѣ неудачнаго наложенія щипцовъ въ Заведенія. Малая смертность ($2,4\%$) при узкомъ тазѣ зависѣла частію отъ невысокихъ степеней суженія таза, частію же отъ своевременнаго примѣненія соотвѣствующихъ операций.

Болѣе важныхъ операций всего произведено было 241 $=6,0\%$, изъ нихъ наложеніе щипцовъ 112 разъ $=2,5\%$. Матерей хворало 55 $=49,1\%$, умерло 11 $=9,9\%$. Дѣтей извлечено живыми 91 $=81,2\%$, мертвыми 21 $=18,8\%$.

Поворотъ на ножки произведенъ 62 раза $=1,4\%$. Матерей хворало 25 $=40,3\%$, умерло 5 $=8,0\%$. За исключеніемъ трехъ умершихъ независимо отъ операции (2 разрыва матки и 1 апаемія acuta), умерло послѣ операции 2 $=3,2\%$. Дѣтей извлечено живыми 37 $=59,6\%$, мертвыми 25 $=40,3\%$.

Извлеченій при тазовыхъ положеніяхъ было 78 $=1,7\%$. Изъ матерей хворало 16 $=20,2\%$, ни одна не умерла, а изъ дѣтей извлечено живыми 63 $=80,7\%$, мертвыми 15 $=19,3\%$.

Черепосверленіе 4 раза и въ 1 проколъ при головной водянкѣ, всего 5 разъ $=0,1\%$. Изъ матерей заболѣло 3 $=60,0\%$,

умерла 1 = 20,0% (отъ разрыва матки до прибытія въ заведение).

Прободеніе съ послѣдующимъ плодоразсѣченіемъ 1, плодоразсѣченіе 4 раза, всего 5 = 0,1%. Изъ матерей хворало 3 = 60,0%, ни одна не умерла.

Трахеотомія у туберкулезной произведена 1 разъ, больная умерла.

Искусственныхъ преждевременныхъ родовъ было 5, о нихъ уже упомянуто при узкихъ тазахъ.

Кесарское сѣченіе на мертвой = 3 раза, всё дѣти извлечены безъ признаковъ жизни.

Изъ операций менѣе важныхъ произведено было 412 = 9,2%. Искусственный разрывъ плоднаго пузыря 89 = 2,0%; надрѣзовъ маточной шейки 6.

Боковыхъ надрѣзовъ большихъ губъ 39 = 0,8%.

Искусственное отдѣленіе и извлеченіе послѣда 120 разъ = 2,6%. Изъ матерей хворало 60 = 50%, умерло 12 = 10,0%.

Извлеченіе выкидышей и остатковъ ихъ 128 разъ = 2,8%. Изъ матерей хворало 37 = 28,9%, умерло 4 = 3,1%, изъ нихъ одна при предлежаніи дѣтскаго мѣста и 1 послѣ эклампсіи.

Вправленіе выпавшихъ конечностей 3 = 0,06%.

Перерѣзка пуповины до рожденія младенца 27 разъ = 0,6%.

Въ 4-хъ случаяхъ послѣ перерѣзки пуповины дѣти родились живыми.

Изъ 4,503 новорожденныхъ хворали катарромъ слизистой оболочки вѣкъ 42 = 0,9%, изъ нихъ въ 29 случаяхъ была легкая форма простаго катарра, а въ 13 конъюнктивитъ имѣлъ бленнорройный характеръ (0,29%). Между тѣмъ профилактика бленнорреи ограничивалась лишь промываніемъ рукава у матери до родовъ, а глазки новорожденныхъ обмывались лишь просто водой на гигроскопической ватѣ.

Послѣродовой уходъ за отпадающей пуповиной новорожденного до ноября мѣсяца ограничивался обмываніемъ въ ваннѣ и перевязкой гигроскопической ватой, смоченной въ 2% растворѣ карболовой кислоты въ глицеринѣ. Мною замѣчено было

довольно нерѣдкое развитіе эритемы кожи около пупочнаго кольца, почему и введена въ употребленіе присыпка пуповины гипсомъ и закрываніе въ сухую гигроскопическую вату. Послѣ того эритемы кожи около пупка совсѣмъ не замѣчалось, и отдѣленіе пуповины совершалось гораздо чище. Параллельныя наблюденія надъ перевязкой пуповины просто одной гигроскопической ватой, присыпкой порошкомъ смѣси Runge (acidі botic. с. Amyl.), талькомъ и закрываніемъ въ гигроскопическую вату давали худшіе результаты. При перевязкѣ одною сухою ватой пуповина иногда явно загнивала и намъ приходилось прибѣгать къ присыпкѣ гипсомъ, который быстро останавливалъ гніеніе. — Способъ этотъ уже описанъ ординаторомъ докторомъ Фагонскимъ во «Врачѣ» (№ 11, 1888 г.).

По вступленіи мною въ завѣдываніе Родовспомогательнымъ Заведеніемъ, кромѣ устройства общей смотровой комнаты для очистки и переодѣванія прибывающихъ роженицъ, введены для каждой роженицы отдѣльные стеклянные наконечники, стеклянные катетеры, — сохраняющіеся у каждой въ растворѣ сублимата въ особомъ цилиндрѣ, и отдѣльныя фаянсовыя подкладныя судна. Каждая родильня, а равно и послѣродовая палата, снабжена стеклянной посудой для храненія гигроскопической ваты, порошковъ и растворовъ.

Прежде практиковавшійся уходъ за родильницами одними няньками подъ надзоромъ одной акушерки на все отдѣленіе, замѣненъ дежурными ученицами, по возможности принимавшими у тѣхъ же родильницъ. Для акушеровъ и ученицъ сдѣлана обязательной форма — ситцевое платье, бѣлый фартукъ и бѣлая косынка на головѣ. Для обмыванія рукъ всего ухаживающаго персонала введены умывальники съ двойными водовмѣстителями: для горячей и холодной (остывшаго кипятка) воды.

Для дезинфекціи растворомъ сублимата сдѣлано обязательнымъ купанье рукъ въ растворѣ, помѣщаемомъ въ фаянсовый чашкѣ около каждаго умывальника.

Приходящихъ больныхъ женскими болѣзнями было 4,186, изъ коихъ было принято на стаціонарныя три кровати при по-

лижлиникъ 44. Собственно же въ гинекологическомъ отдѣленіи на 11 постоянныхъ кроватяхъ, сверхъ вышеупомянутыхъ 44, было принято съ оставшимися отъ предыдущаго года 72 больныхъ, изъ коихъ было 40 платныхъ и 32 бесплатныхъ. Кроме того, въ свободныхъ особосекретныхъ палатахъ пользовалось еще 15 гинекологическихъ больныхъ. Всего больныхъ женскими болѣзнями въ отчетномъ году было принято въ Заведеніе 131.

Операций произведено было у стационарныхъ больныхъ 93. Малыхъ операций 80, а именно клиновидныхъ частичныхъ ампутаций маточной шейки 35, надрѣзовъ шейки при врожденномъ стенозѣ ея 6, зашиваніе ея боковыхъ надрывовъ 1, удаленіе полиповъ 3, выскабливаній 11. Изъ всѣхъ больныхъ умерла одна послѣ выскабливанія, какъ оказалось при вскрытіи, вслѣдствіе трубнояичниковой кисты съ гнойнымъ содержимымъ въ ней.

Операций при болѣзняхъ влагалища произведено было 8: кольпорафій 5, зашиванія пузырно-влагалищной фистулы 1, разрѣзовъ при суженіи 1, разрѣзъ влагалищной кисты 1.

Защито старыхъ разрывовъ промежности 14.

Выщелушиваніе кисты малой губы въ 1 случаѣ.

Вырѣзываніе язвы со слизистой оболочки прямой кишки 1 разъ.

При болѣзняхъ органовъ въ брюшной полости произведено 13 операций. Въ 1 случаѣ пробный проколъ при ракѣ яичниковъ, больная умерла на 12 день при явленіяхъ коллапса.

Лапаротомій произведено 12: оваріотомія въ 8 случаяхъ, изъ нихъ въ двухъ при беременности: одна выздоровѣла (беремен. 2 мѣс.), другая умерла по удаленіи дермоидной кисты на VI мѣсяцѣ беременности.

Остальныя VII оваріотомированныхъ всѣ выздоровѣли.

Сальпинготомія въ 1 случаѣ при гнойномъ сальпингитѣ; больная умерла.

Миомотомія съ удаленіемъ придатковъ матки по причинѣ осложненія сальпинго-офоритомъ; больная умерла.

Гистероміотоміей произведено 2, обѣ выздоровѣли.

Общая смертность при лапоротоміяхъ 3 изъ 12 = 25%. Довольно благоприятенъ исходъ собственно овариотоміи; умерла 1 изъ 8 = 12,5%. Смертельный исходъ былъ у беременной въ VI мѣсяцѣ, помѣщавшейся въ особосекретномъ отдѣленіи. Опухоль съ головку доношеннаго плода оказалась дермоидною кистою лѣваго яичника, фиксированной въ маломъ тазу. При асептическомъ теченіи раны движенія плода вызвали травматическій общій перитонитъ и можетъ быть съ кровоизлияніемъ въ полость малаго таза. Больной была предложена операція за 2 мѣсяца до поступления, когда опухоль была еще подвижна, но нерѣшительность больной на операцію заставила прибѣгнуть къ ней лишь послѣ приобрѣтенія сращеній опухоли съ стѣнками малаго таза.

Въ Повивальномъ институтѣ было къ 1-му января 1887 года вольнослушательницъ	275
Вновь поступило	109
Принято по экзамену прямо въ старшій классъ . . .	9
Итого	393
Изъ этого числа выпущено повивальными бабками .	143
Выбыло по разнымъ причинамъ.	23
Итого	166
Къ 1-му января состоитъ въ старшемъ классѣ . . .	108
» » » » » младшемъ »	119
Итого	227

КАЗУИСТИКА.

XIII.

Случай двойного уродства у человѣка: *dicerphalus thoraco-gastro-pagus tetrabrachius tripus*.

П. Архангельскаго, (Обоянь).

(Окончаніе.)

Въ верхне-наружной части основанія ушка имѣется отверстіе для верхней полой вены П; въ заднюю же стѣнку ушка широкимъ отверстіемъ открывается нижняя полая вена П. Тотчасъ влѣво отъ передневерхней границы передняго овальнаго отверстія въ верхнюю стѣнку *лѣваго* предсердія открываются легочныя вены П двумя рядомъ лежащими отверстіями. Въ наружной стѣнкѣ *лѣваго* предсердія имѣются 3 вертикально расположенныя отверстія: верхнее — для верхней полой вены, а 2 нижнія — для 2-хъ легочныхъ венъ Л. Кзади и ниже легочныхъ венъ въ заднюю стѣнку *лѣваго* предсердія открывается нижняя полая вена широкимъ отверстіемъ, которое снабжено клапаномъ. Въ нижней стѣнкѣ предсердія какъ разъ у основанія его перегородки находятся 2 атриоventрикулярныя отверстія: передне-лѣвое — бicuspidальное (ведетъ въ средній желудочекъ) и задне-правое — трикусpidальное (для праваго желудочка). Диаметръ праваго отверстія = 1,5 с., диаметръ *лѣваго* = 1 с. Въ передней стѣнкѣ *лѣваго* предсердія находятся 3 отверстія для маленькихъ ушковъ, которыя мы видѣли снаружи. Нижнія полая вены въ брюшной полости идутъ отдѣльными стволами, каждая вправо отъ своего позвоночника.

Печень, какъ сказано выше, представляетъ слияніе двухъ отдѣльныхъ печеней ихъ передними краями. Граница слиянія имѣетъ направленіе спереди назадъ и лежитъ въ срединной сагиттальной плоскости урода. Ligam. suspensorium hepatis прикрѣпляется къ печени по этой линіи соединенія; вѣсь печени больше 3 унцій. Обѣ половины ея неодинаковы: правая длиннѣе и уже; длина правой доли = 9 с., шир. ея = 4—5,5 с.; длина лѣвой = 7,5, шир. ея = 4—5,5 с. Наибольшая толщина печени = 1,5 с.; задніе края обѣихъ долей гораздо толще переднихъ. Передній и задній края соотвѣтственно ligam. suspensor. имѣютъ глубокія вырѣзки: длина задней вырѣзки = 4 с.; наибольшій ея поперечникъ = 1,5 с.; длина передней вырѣзки = 2 с., наибольшій ея поперечникъ = 1,5 с. Въ обѣихъ вырѣзкахъ выступаютъ языкообразныя маленькія дольки печени, которыя начинаются у краевъ этихъ вырѣзокъ отъ нижней поверхности печени: передняя — отъ лѣвой половины, а задняя отъ правой. Боковые края каждой половины печени соотвѣтственно позвончикамъ имѣютъ неглубокія вдавленія. Верхняя поверхность лѣвой половины совершенно гладкая, на правой же имѣются 2 извилистыя, довольно рѣзкія углубленія. На верхней поверхности печени вблизи задней вырѣзки находятся 2 широкихъ отверстія по одному въ каждой половинѣ: черезъ нихъ выходятъ печеночныя вены, которыя по краямъ задней вырѣзки направляются внизъ и въ стороны позвончиковъ, гдѣ и вливаются каждая въ свою полую вену. На нижней поверхности печени находится широкая и длинная доля, занимающая середину и длинникомъ своимъ направленная отъ одного позвончика къ другому. Края этой доли почти вездѣ свободны, верхняя же часть ея совершенно сливается съ печенью; въ средней части ея находится рѣзкое треугольное вдавленіе, а влѣво отъ него — другое, имѣющее видъ извилистой линіи. Къ краямъ этой доли примыкаютъ сосуды и желчные пузыри; по своему положенію она напоминаетъ слившіяся треугольныя и четырехугольныя доли печеней. Желчныхъ пузырей 2: правый, находящійся у задняго края правой доли на разстояніи 1,5 с. отъ него, и лѣвый — у передняго края лѣвой доли, на такомъ же разстояніи отъ него. Пузыри наполнены желчью; части ихъ, прилежащія къ желчнымъ протокамъ, закрыты краями нижней доли печени, которая около лѣваго пузыря даетъ небольшой языкообразный отростокъ, свободно выстоящій и отчасти закрывающій пузырь. Длина каждого пу-

зыря = 2 с., а ширина больше 1 с. Недалеко отъ праваго позвоночника на нижней поверхности правой доли находится широкое отверстіе воротной вены, которая въ ткани печени идетъ надъ нижней ея долею по направленію къ лѣвому позвоночнику; средняя часть этого сосуда приближается къ задней вырѣвкѣ печени, гдѣ принимаетъ широкій сосудъ (вѣроятно, лѣвую воротную вену), отсюда направляется къ лѣвому краю печени, не доходя до котораго даетъ 2 крупныхъ вѣтви: переднюю и заднюю. Стволъ воротной вены на своемъ пути даетъ нѣсколько другихъ менѣе значительныхъ вѣтвей. Отношеніе пупочныхъ венъ къ печени не прослѣжено.

Тазъ (рис. 1-й и 2-й) состоитъ изъ двухъ хорошо развитыхъ и нормальныхъ безъимянныхъ костей, составляющихъ переднюю половину его; задняя же половина его состоитъ изъ двухъ крестцовъ, находящихся по бокамъ, и примыкающей къ нимъ сзади широкой кости; эта послѣдняя представляетъ сляніе двухъ недоразвитыхъ безъимянныхъ костей: лѣвой II и правой L. Сочлененія между тазовыми костями слѣдующія: *symphysis ossium pubis* — между лобковыми костями спереди; 2 *symph. sacroiliacae anteriores*, служація для сочлененія крестцовъ съ передними подвздошными костями, и 2 *symph. sacroiliacae posteriores*, которыя служатъ для сочлененія крестцовъ съ задними недоразвитыми костями. Входъ въ тазъ имѣетъ форму неравносторонняго шестиугольника; внутренняя поверхность каждаго крестца обращена нѣсколько впередъ. Оба крестца представляются изогнутыми по краю: передніе края ихъ вогнуты, а задніе выпуклы, почему копчики очень близко примыкаютъ къ сѣдалищнымъ буграмъ переднихъ безъимянныхъ костей и, напротивъ, очень удалены отъ задней кости.

Чтобы понять особенности задней кости, слѣдуетъ вообразить себѣ, что изъ нормальной безъимянной кости при помощи прямолинейнаго разрѣза, проведеннаго черезъ *tubercul. pubis* и *spin. ossis ischii*, удалены нисходящая вѣтвь лобковой кости, обѣ вѣтви и бугоръ сѣдалищной кости и передняя часть вертлужной впадины. Чтобы еще болѣе приблизиться къ нашему случаю, нужно, кромѣ того, вообразить себѣ горизонтальную вѣтвь лобковой кости приподнятой вверхъ такъ, чтобы она занимала положеніе среднее между горизонтальнымъ и вертикальнымъ. Сочленивши двѣ такія парныя кости ихъ передними частями, мы и получимъ то, что представляетъ задняя кость въ тазу урода, именно: 2 подвздошныя кости (правая и лѣвая),

въ мѣстѣ ихъ соединенія—вертлужная впадина, которая больше каждой изъ переднихъ впадинъ; двѣ ости, стоящія вертикально: одна, большая, обращена вверхъ отъ впадины, а другая—внизъ. Такимъ образомъ, между обѣими остями и гребешками получаютъ 4 вырѣзки: изъ нихъ обѣ верхнія уже и длиннѣе нижнихъ. На задней поверхности верхней ости есть дыра, идущая сверху внизъ и нѣсколько спереди назадъ; это,—вѣроятно, остатокъ foram. obturatorii обѣихъ слившихся костей. Края зад-

Тазъ спереди и сверху (немного меньше натуральной величины).

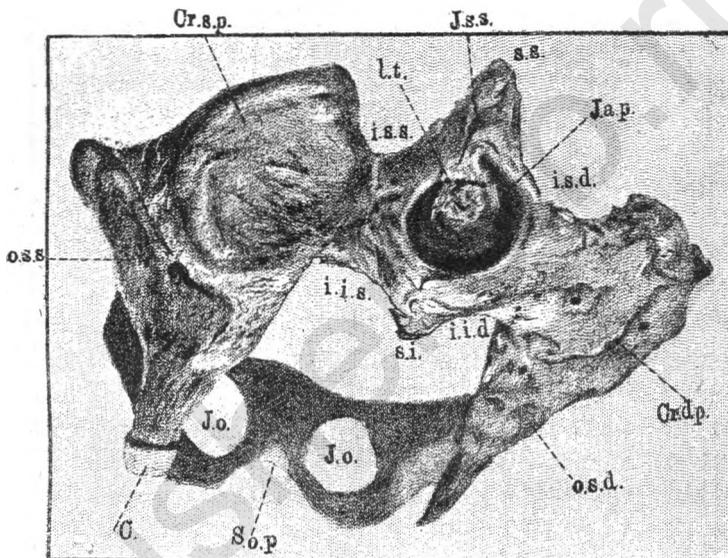


Рис. 2-й: *Cr. d. p.* — задній прав. гребеш.; *Cr. s. p.* — задній лѣв. гребеш.; *o. s. d.* — правый крестецъ; *o. s. s.* — лѣвый крестецъ; *J. a. p.* — задняя вертлужная впадина; *l. t.* — круглая связка; *J. o.* — закрытое отверстие; *S. o. p.* — сочленение лобковыхъ костей; *s.* — кожа, покрывающая верхушку лѣваго копчика (сохранена для демонстраціи анальнаго зачаточнаго отверстия); *s. s.* — верхняя ость; *J. s. s.* — дыра, проникающая въ верхнюю ость; *s. i.* — нижняя ость; *i. s. d.* — верхняя прав. вырѣзка; *i. s. s.* — верхняя лѣв. вырѣзка; *i. i. d.* — нижняя прав. вырѣзка; *i. i. s.* — нижн. лѣв. вырѣзка.

Примѣчаніе: верхнія ости заднихъ гребешковъ стоятъ на одной горизонт. линіи.

нихъ гребешковъ стоятъ почти вертикально, а переднихъ—горизонтально. Какъ на особенность переднихъ безъимянныхъ костей слѣдуетъ указать, что ихъ *spinae anteriores superiores* значительно удалены другъ отъ друга.

Размѣры скелетированнаго таза слѣдующіе:

Окружность, проведенная через края вертлужных впадинъ=24 с.

Разстояние между spin. ilei anteriores sup.=6,5 с.

Разстояние между spin. ilei posteriores. sup.=7,5 с.

Высота symphysis ossium pubis=1,5 с.

Разстояние между внутренними краями передних вертлужных впадинъ=4 с.

Кривизна каждого гребешка=5 с.

Тазъ сзади (въ натуральную величину).

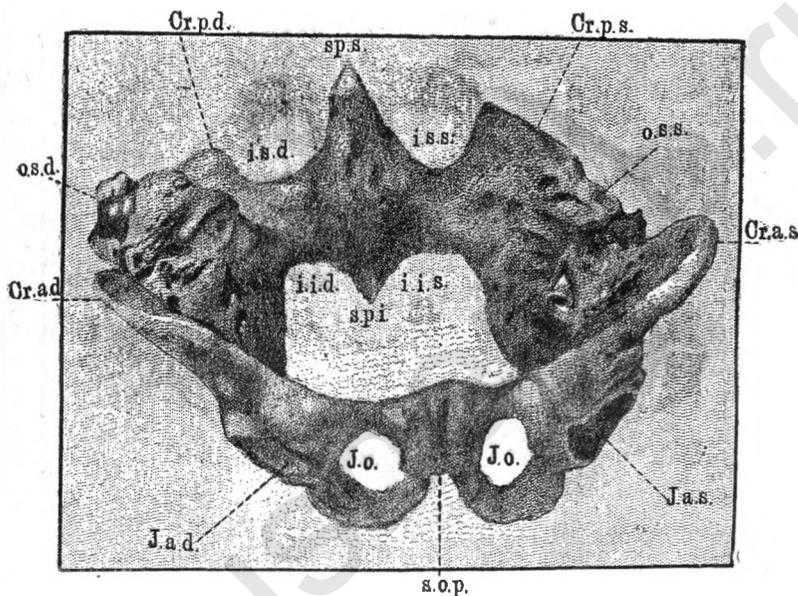


Рис. 1-й: Cr. a. d. правый передний гребешекъ; Cr. a. s.—лѣв. передний греб.; Cr. p. d. задний правый греб.; Cr. p. s.—задний лѣвый гребеш. J. a. d.—прав. вертлуж. впад.; J. a. s.—лѣв. вертлуж. впад.; S. o. p.—сочленение лобковыхъ костей; J. o.—закрытое отверстие; o. s. d.—правый крестецъ; o. s. s.—лѣвый крестецъ; Sp. s.—верхняя ость; Sp. i.—нижняя ость; i. s. d.—верхняя прав. вырѣзка; i. s. s.—верхняя лѣв. вырѣзка; i. i. d.—нижняя прав. вырѣзка; i. i. s.—нижняя лѣв. вырѣзка.

Разстояние между spina anterior superior и spina posterior superior каждого гребешка=3,5 с.

Разстояние между верхнимъ краемъ симфиза и задней выпуклостью при заднемъ acetabulum (или внутренній передне-задній размѣръ таза)=5,5 с.

Разстояние между symphysis sacroiliacae anteriores=5,5 с.

Расстояние между *symphyses sacroiliacae posteriores* = 2,5 с.

Расстояние между верхушками копчиковъ = 5 с.

Расстояние между копчикомъ и *tuber ischii* той же стороны = 1,5 с.

Расстояние между каждымъ копчикомъ и нижней остью задней *acetabuli* = 4 с.

Длина верхней ости задней *acetabuli* = 1,5 с.

Длина нижней ости задней *acetabuli* = 1 с.

Расстояние между верхними (=передними) остями заднихъ гребешковъ = 4 с.

Расстояние между нижними (=задними) остями заднихъ гребешковъ = 5 с.

Расстояние между верхушками обѣихъ остей при заднемъ *acetabulum* = 4 с.

Длина каждого крестца съ копчикомъ = 4,5 с.

Наибольшій поперечникъ каждого крестца = 3,5 с.

Весь тазъ нѣсколько скошенъ справа налѣво и сзади напередъ.

Задняя нога (рис. 3-й и 4-й) сочленяется съ задней вертлужной впадиной; она сильно согнута въ этомъ суставѣ, такъ что имѣетъ направление снизу вверхъ и нѣсколько справа налѣво. Части ея слѣдующія: бедро, голень и стопа. Эта ножка короче каждой парной на 2,2 с.; укороченіе только отчасти приходится на долю бедра и голени, а главнымъ образомъ зависитъ отъ особаго устройства голенно-стопнаго сустава. Длина бедра = 8,5 с.; длина голени = 7,5 с. Тѣло бедра имѣетъ нормальную кривизну: выпуклая сторона его обращена кзади, а вогнутость впередъ¹⁾. Окружность колѣннаго сустава, по снятіи кожи = 8,5 с., въ немъ находятся 2 *patellae*: одна спереди, а другая сзади; задняя *patella* больше: длина ея = 1 с., а ширина больше 1 с.; длина передней *patellae* = 1 с., а ширина = 0,7 с. Въ колѣнномъ суставѣ возможно сгибаніе впередъ до прямого угла и сгибаніе назадъ до очень тупаго угла (вѣрнѣе гиперэкстензія). Бедро и голень задней ноги объемистѣе соответствующихъ частей каждой парной ноги. Голень имѣетъ 2 кости: *tibiam*, которая занимаетъ правую сторону, и *fibulam* — на лѣвой сторонѣ. Стопа сочленяется съ голенью подъ прямымъ угломъ и

¹⁾ Чтобы не сбиваться въ терминологіи, при описаніи задней ноги все будетъ разсматриваться относительно ея положенія на уродѣ: такимъ образомъ, обыкновенно лежація внизу части будутъ верхними и наоборотъ, переднія — задними и наоборотъ.

пальцами обращена впередъ (т. е. къ спинкѣ плода); ея подошвенная поверхность обращена влѣво и находится въ одной плоскости съ лѣвой поверхностью голени. Къ подошвѣ имѣють отношеніе 6 пальцевъ (рис. 3-й), которые выступаютъ въ передней части ея. Всѣ эти пальцы имѣють тыльную и подошвенную поверхности и на каждомъ есть ноготь съ тыльной стороны; изъ нихъ 2 верхніе пальца и 3 нижніе имѣють по 3 фаланги. Во всѣхъ этихъ пальцахъ возможны сгибаніе по на-

Правая поверхность голени и верхняя часть тыльной стороны стопы (въ натуральн. величину).

h d.d.

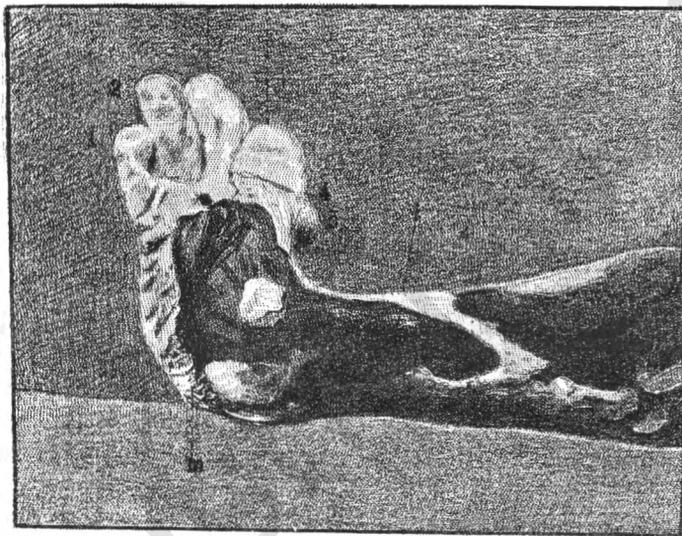


Рис. 3-й: 1—верхній мизинецъ; 2—сосѣдній ему палецъ; h—большой палецъ; d. d. тыльный или двойной палецъ; 5—нижній мизинецъ; 4—сосѣдній съ нимъ палецъ; t—большеберцовая кость; М.—лодыжка ея.

Бѣлый цвѣтъ означаетъ поверхность, покрытую эпидермисомъ, черный—поверхность безъ эпидермиса.

правленію къ стопѣ и разгибаніе въ противоположную сторону; кромѣ того 2 нижніе пальца и 3 верхнихъ составляютъ какъ бы отдѣльныя группы, такъ какъ они тѣснѣе связаны между собою, нежели съ большимъ пальцемъ и при сгибаніи направляются къ средней линіи подошвы, проходящей черезъ большой палецъ. Кромѣ сгибанія, въ большомъ пальцѣ возможно и значительное отведеніе отъ средней линіи въ обѣ стороны. Два нижніе пальца раздѣлены между собою на незначительномъ

протяженіи и развиты гораздо слабѣе крайнихъ верхнихъ пальцевъ. Тыльная поверхность стопы (рис. 4-й) имѣетъ видъ двухъ сходящихся подъ прямымъ угломъ плоскостей: одна плоскость обращена вверхъ и вправо, а другая внизъ и вправо; послѣдняя нѣсколько шире. Линія пересѣченія обѣихъ плоскостей соотвѣтствуетъ 7-му пальцу, находящемуся на тылѣ стопы. Этотъ

Левая сторона голени и подошвенная поверхность стопы (въ натуральную величину).

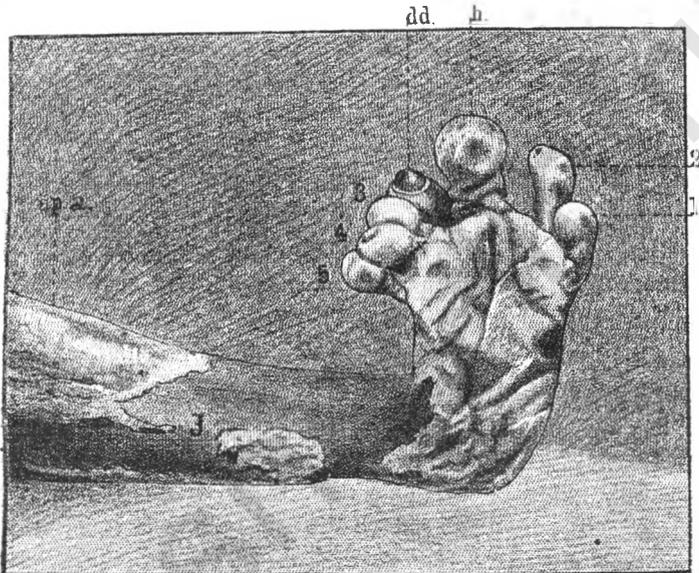


Рис. 4-й: *h.* — большой палецъ стопы; 1—верхній мизинецъ; 2 — сосѣдній съ нимъ палецъ; 5—нижній мизинецъ; 4 и 3—сосѣдніе съ нимъ пальцы; *d. d.*—тыльный или двойной палецъ стопы, находящійся на тыльной поверхности стопы и имѣющій 2 ногтя; только *h.* 1, 2, 3, 4, 5 выступаютъ на подошвенную поверхность стопы; *p. a.*—передняя надколенная чашка; *J.*—малоберцовая кость.—Бѣлый цвѣтъ означаетъ поверхность, сохранившую эпидермисъ, черный—поверхность безъ эпидермиса.

палецъ стоитъ особнякомъ отъ другихъ 6-ти пальцевъ и имѣетъ направленіе описаннаго выше большаго пальца, вправо отъ котораго онъ и находится. По толщинѣ онъ равенъ большому пальцу, но длиннѣе его: длина его = 2 с., а длина большаго пальца = 1 с. Этотъ 7-й, или тыльный, палецъ стопы имѣетъ 2 фаланги и 2 ногтя, которые помѣщаются на верхней и нижней его поверхностяхъ и сходятся своими концами. Кожа, покрывающая верхнюю и нижнюю поверхности этого пальца,

имѣть всѣ свойства тыльной кожи пальцевъ. Тыльный палецъ можетъ быть сгибаемъ до прямого угла какъ вверхъ, такъ и внизъ; кромѣ того, возможны приведеніе къ стопѣ и отведеніе. Слѣдовательно, плоскости его движеній перпендикулярны къ плоскостямъ соответственныхъ движеній большого пальца. Въ голенно-стопномъ суставѣ возможны слѣдующія движенія: сгибаніе и разгибаніе (вверхъ и внизъ)—ограниченнѣе нормальныхъ; приведеніе (въ сторону подошвы) и отведеніе едва возможны.

Размѣры стопы слѣдующіе:

Длина подошвенной стороны = 5 с.

Ширина съ подошвенной стороны у пятки = 1,5 с.

Ширина съ подошвенной стороны у основанія мизинцевъ = 2 с.

Ширина пятки съ тыльной стороны = 2,5 с. Разстояніе между основаніями верхняго и нижняго мизинцевъ съ одной стороны и основаніемъ тыльнаго пальца съ другой = 2 с. Такимъ образомъ, на подошвенной сторонѣ ширина увеличивается отъ пятки къ основанію пальцевъ, а на верхней части тыльной поверхности, по мѣрѣ приближенія отъ пятки къ пальцамъ, она уменьшается.

Скелетъ задней ноги. Головка задняго бедра и его *ligam. teres* гораздо больше тѣхъ же частей каждаго парнаго бедра; она имѣетъ широкое желобоватое углубленіе, идущее по ней отъ *ligam. teres* кверху ¹⁾. Вдѣло надъ головкою находится значительно развитый *trochanter major*; наружный край его идетъ параллельно оси бедра и имѣетъ въ длину 2 с.; разстояніе этого края *trochanteris* до мѣста слиянія его съ бедромъ = 1,5 с.; передне-задній размѣръ у его основанія больше 1 с.; задняя поверхность *troch. majoris* бугриста. Справа надъ головкой бедра выдается *troch. minor*; высота его = 0,5 с.; разстояніе отъ верхушки его до края *troch. majoris* = 3 с. Средняя часть бедренной кости самая тонкая; по направленію къ обимъ концамъ она быстро дѣлается массивной, при чемъ, по мѣрѣ приближенія къ головкѣ, она расширяется справа налѣво, неизмѣняясь въ переднезаднемъ размѣрѣ; часть же бедренной кости, обращенная къ колѣнному суставу, имѣетъ видъ 4-хъ гранной пирамиды, боковыя грани которой шире передней и зад-

¹⁾ Слѣдуетъ помнить, что верхними здѣсь называются тѣ части, которыя на нормальныхъ конечностяхъ называются нижними, и наоборотъ.

ней (слѣдовательно, здѣсь кость сплющена справа налѣво). Поверхность бедра, обращенная въ колѣнный суставъ, покрыта хрящемъ только по краямъ; части хряща, которыя обращены къ надколѣбникамъ, шире и имѣютъ нормальныя углубленія, идущія къ срединѣ суставной поверхности. Кратчайшее разстояніе между переднимъ и заднимъ краями хряща какъ справа, такъ и слѣва = 2 с., а длина суставной поверхности между тѣми же краями справа = 3 с., а слѣва = 4 с.; это потому, что съ лѣвой стороны передній и задній концы хряща болѣе выдаются къ средней части бедренной кости, нежели справа. Лѣвый край суставнаго хряща по своей формѣ приближается къ полукружности, описанной въ передне-задней плоскости; правый же край, хотя и представляется полукруглымъ, но передній и задній концы его приближаются къ лѣвому краю. Такимъ образомъ, наибольшее разстояніе между правымъ и лѣвымъ краями хряща находится въ срединѣ; оно = 1,5 с. Средняя часть суставной поверхности не покрыта хрящемъ, она имѣетъ видъ неправильнаго овала, длинникъ котораго идетъ спереди назадъ; длина ея = 1,5 с.; наибольшая ширина = 1 с. Эта часть представляетъ углубленіе, выполненное рыхлой клѣтчаткой, отъ которой начинается широкая плоская связка, состоящая изъ такой же рыхлой клѣтчатки.

Связка прикрѣпляется къ *ligam. patellare proprium posterius*; ширина ея = 1 с.; длина меньше 1 с.; широкій размѣръ ея направленъ спереди назадъ. Въ срединѣ связки находится крупный нервный стволъ, идущій отъ суставной поверхности бедренной кости къ *lig. pat. proprium. poster.*; какъ въ бедренной кости, такъ и на голени продолженія этого нерва не оказалось.

Разстояніе между голенными костями задней ноги больше, чѣмъ на другихъ конечностяхъ, а также и сама *tibia* толще; часть ея, обращенная къ колѣнному суставу, представляется не соответвенно объемистой сравнительно съ ея стопной частью. Грани на *tibia* почти не выражены, почему она очень походить на конусъ, основаніемъ обращенный къ колѣнному суставу. Лодыжка *tibiae* выступаетъ на верхнюю поверхность стопы. *Fibula* на срединѣ своей наружной поверхности имѣетъ рѣзко выраженную бугристость, къ которой прикрѣпляется одинъ изъ мускуловъ бедра; начиная отъ этой бугристости, по направленію къ голенностопному суставу, *fibula* искривляется такимъ образомъ, что конецъ ея приближается къ *tibia* и съ ней со-

членяется своей боковой поверхностью, не достигая тыльной поверхности стопы. Такимъ образомъ, лодыжки *fibula* не даетъ и, хотя разстояніе между *tibia* и *fibula* вблизи голенностопаго сустава = 1,5 с., однако въ томъ же мѣстѣ разстояніе лодыжки *tibiae* до противоположнаго края пятки = 2,5 с. Разстояніе между концемъ *fibulae* и тыльной поверхностью стопы выполнено двумя короткими костями, изъ которыхъ внутренняя, соприкасающаяся съ *tibia*, больше всего напоминаетъ изуродованную и уменьшенную пяточную кость, а наружная (или лѣвая) — таранная кость. Пяточная кость имѣетъ слѣдующія суставныя поверхности: боковую правую, которою она сочленяется съ *tibia*, ниже-заднюю — для сочлененія съ *fibula*, боковую лѣвую — для сочлененія съ *thalus* и переднюю — для *os naviculare*. Таранная кость также ненормальна: та поверхность, которою она нормально сочленяется съ голенными костями, здѣсь свободна и обращена вверхъ и кзади; эта поверхность не имѣетъ суставнаго хряща, а покрыта надкостницей. Задній конецъ *thali* смотритъ впередъ, а головка, плохо развитая и покрытая надкостницей, обращена кзади въ сторону *fibulae*. Справа *thalus* сочленяется съ пяточной костью, снизу съ *fibula*, спереди съ *os cuboideum*. Къ лодыжкѣ *tibiae* спереди примыкаетъ 1-я клиновидная кость, которая переднимъ своимъ концомъ сочленяется съ плюсневой костью тыльнаго пальца, а сзади съ *os naviculare*; между лодыжкой и этой клиновидной костью нѣтъ сочлененія, онѣ соединены только связкою. *Os naviculare*, сзади сочленяющаяся съ пяточной костью, на передней своей поверхности имѣетъ 3 фасетки: 1-я — для клиновидной кости тыльнаго пальца, 2-я и 3-я — для двухъ клиновидныхъ костей большаго пальца. Каждой клиновидной кости соотвѣтствуетъ отдѣльная плюсневая кость: одна изъ нихъ обращена къ тылу стопы, а другая къ подошвѣ; 1-я толще и своей головкой сочленяется съ фаланговой костью большаго пальца, головка же подошвенно-плюсневой кости сочленяется только съ боковой частью головки тыльной плюсневой кости. *Os cuboideum* спереди сочленяется съ плюсневыми костями двухъ верхнихъ крайнихъ пальцевъ.

Подъ описанными мелкими костями находится еще одна кость, отчасти похожая на клиновидную: острымъ концемъ она обращена къ тылу стопы; спереди она сочленяется съ плюсневой костью 2 нижнихъ пальцевъ, а сверху и сзади съ *os cuboideum*, *thalus* и лѣвой *os cuneiforme* большаго пальца.

Мышцы задней ноги слѣдующіе ¹⁾. На задней поверхности бедра (соответственно выпуклой сторонѣ бедренной кости) идетъ мышца, имѣющая косое направление отъ trochanter major къ tibia, къ spina которой она и прикрѣпляется; начало не замѣчено; это, вѣроятно, m. sartorius. Подъ нею находится extensor cruris quadriceps posterior, имѣющій нормальное начало и прикрѣпляющійся къ задней patella. На передней сторонѣ бедра находится другой extensor cruris quadriceps anterior, начинающійся отъ linea intertrochanterica и отъ передней (вогнутой) поверхности бедренной кости, причемъ его начало граничить съ началомъ задняго разгибателя; прикрѣпляется онъ къ передней patella. Задній разгибатель болѣе развитъ, нежели передній. Отъ верхняго конца trochanteris majoris начинаются общимъ сухожилиемъ 2 веретенообразныя тонкія мышцы, которыя обособляются вскорѣ послѣ начала: одна изъ нихъ идетъ къ capitulum fibulae, а другая къ серединѣ ея, гдѣ и прикрѣпляется къ находящейся здѣсь tuberositas.

На задней поверхности голени (соответственно гребешку tibiae) находятся слѣдующія мышцы. 1) Tibialis posticus, начинающійся нормально; его сухожилие, поворачивая на правую поверхность tibiae недалеко отъ лодыжки, идетъ къ основанію плюсневой кости тыльнаго пальца, гдѣ и прикрѣпляется вмѣстѣ съ tibialis anticus (2), который имѣетъ соответственное начало на передней сторонѣ tibiae. 3) Въ глубинѣ отъ ligamentum interosseum и fibula начинается мышца, которая, переходя черезъ боковую поверхность tibiae вмѣстѣ съ tibialis posticus, идетъ по верхней сторонѣ тыльнаго пальца и прикрѣпляется къ его 2-й фалангѣ; этотъ мускулъ сгибаетъ тыльный палецъ кверху. 4) Отъ колѣнной части tibiae и fibulae начинается мышца, сухожилие которой, ложась въ бороздѣ между tibia и fibula, переходитъ на верхнюю часть тыльной поверхности стопы, гдѣ дѣлится на 3 сухожилия, идущія къ верхнему краю большаго пальца и къ 2-мъ верхнимъ пальцамъ—extensor digitorum communis longus (?). Подъ этими сухожилиями лежатъ 2 маленькихъ мышечныхъ пучка, имѣющихъ начало отъ пяточныхъ костей; эти пучки перекрещиваются съ лежащими надъ ними сухожилиями: одинъ изъ нихъ даетъ сухожилие тыльному

¹⁾ Мышцы тазобедреннаго сочлененія не изучены по причинѣ глубокаго надрыва мягкихъ частей, а съ другой стороны по причинѣ торопливости вскрытія.

пальцу, а другой—по одному сухожилию къ 2 верхнимъ пальцамъ, такъ что для большаго пальца этотъ короткій мускуль не даетъ сухожилия. 5) *Peroneus posterior longus*, начинаясь отъ большей части задней поверхности *fibula*, даетъ сухожилие, которое, идя сначала по наружной сторонѣ этой кости, потомъ ложится на подошвенную поверхность пятки, гдѣ и прикрѣпляется къ основанію плюсневой кости верхняго мизинца. 6) *Peroneus brevis*, начинаясь отъ *fibulae* вблизи голенно-стопнаго сустава, прикрѣпляется тамъ же, гдѣ и предъидущій мускуль.

Мышцы передней стороны голени. 1) *Tibialis anticus*, описанъ выше. 2) Рядомъ съ нимъ, начинаясь отъ колѣнныхъ частей *tibiae* и *fibulae* и *ligam. interosseum*, идетъ къ сгибающей сторонѣ стопы другой мускуль, который прикрѣпляется ко 2-й флангѣ тыльнаго пальца снизу; онъ сгибаетъ этотъ палецъ внизъ. 3) Отъ колѣнной части *fibulae* и *spina tibiae* идетъ мускуль, дѣлящійся на нижней части тыльной поверхности стопы на 3 сухожилия: одно прикрѣпляется ко 2-й фалангѣ большаго пальца съ нижней стороны, другое — къ пальцу, лежащему рядомъ и ниже его, а 3-е къ 2 нижнимъ пальцамъ. Какъ эта мышца, такъ и предъидущая усиливаются короткимъ мускуломъ, который, начинаясь у голеностопнаго сустава, даетъ 3 сухожилия: 1 къ тыльному пальцу и 2 къ тремъ нижнимъ пальцамъ; это—*extensor digitorum brevis*. 5) *Peroneus anticus*, начинаясь отъ большей части передней поверхности *fibulae*, прикрѣпляется съ подошвенной стороны къ основанію плюсневой кости нижняго мизинца. 6) На подошвенной поверхности стопы имѣется короткій сгибатель пальцевъ, который, начинаясь отъ пяточной части стопы, посылаетъ 5 сухожилий для 6 пальцевъ, имѣющихъ отношеніе къ стопѣ (для 2 нижнихъ пальцевъ даетъ одно сухожилие).

Изъ этого обзорѣнія мускулатуры задней ноги видно, что какъ на бедрѣ, такъ и на голени много повторяющихся мышцъ.

Сосуды и нервы задней ноги. Оба *extensores cruris* своими началами образуютъ на бедрѣ 2 борозды: одну справа, а другую слѣва. Въ правой бороздѣ (на той же сторонѣ, гдѣ головка бедренной кости и *tibia*) находится бедренная артерія, которая посрединѣ бедра распадается на нѣсколько мелкихъ вѣтвей; прослѣдить ее на голени не удалось. При артеріи незначительный нервный стволъ, также развѣтвляющійся въ средней части бедра. Въ лѣвой бороздѣ бедра идетъ довольно толстый нервъ, который дѣлится на 3 вѣтви: одна, прободая *tibialis an-*

ticus спереди, развѣтвляется на передней сторонѣ голени; другая, идя спереди мышцы, прикрѣпляющейся къ capitulum fibulae, прободаетъ tibiale posticum и иннервируетъ заднюю часть голени; 3-я вѣтвь по наружной сторонѣ fibulae направляется къ подошвѣ стопы. Подкожныхъ бедренныхъ венъ 2: одна правая, а другая лѣвая; правая толще лѣвой; обѣ онѣ получаютъ начало на тылѣ стопы, гдѣ много анастомозовъ между ними; затѣмъ идутъ отдѣльными стволами по боковымъ сторонамъ голени и бедра.

Мочеполовые органы. При болѣе подробномъ изслѣдованіи этихъ органовъ, получились слѣдующіе результаты.

	Размѣры почекъ.		Размѣры мочеточниковъ.
	длина.	шир.	
Правая поч. П.	4 с.	3 с.	9,5 с.
Лѣв. поч. П.	3,5 с.	2 с.	8 с.
Прав. поч. Л.	2,5 с.	2 с.	7 с.
Лѣв. поч. Л.	4 с.	2,5 с.	9 с.

Наружные размѣры передней матки: длина ея тѣла отъ мѣста раздѣленія до задней переходной складки брюшины=2 с.; разстояніе же между верхнимъ краемъ ея и передней складкой брюшины, лежащей сзади пузыря=1 с.; ширина матки=3,5 с.; длина праваго рога=2,5 с.; длина лѣваго рога=3 с. Длина каждой передней фаллопиевой трубы=3 с. Длина каждого передняго яичника=2 с.; ширина ихъ=4 mm. Верхній край передняго пузыря выше рядомъ лежащей матки на 2,5 с.; длина его=5,5 с.; ширина=3,5 с. Длина задней матки отъ ея верхняго края до переходной кишечно-маточной складки=5 с.; поперечный размѣръ ея неодинаковъ: вверху=2 с.; въ средней трети=1 с., а внизу=3 с. Длина правой фаллопиевой трубы=4 с., длина лѣвой трубы=5 с. Длина заднихъ яичниковъ=3 с., ширина ихъ около 4 mm. Задній мочевой пузырь лежитъ ниже верхняго края (сосѣдней матки на 4,5 с.; длина его=3,5 с.; ширина=2 с.

По вскрытіи передней матки оказалось, что въ ней находятся 2 совершенно отдѣльныхъ матки, соотвѣтствующія рогамъ ея. Каждая матка имѣетъ свое отдѣльное влагалище, такъ что перегородка, раздѣляющая матку, продолжается до нижней части влагалища. Влагалищная часть каждой матки очень развита и выдается во влагалище на 1 с. Длина каждой матки=3,5 с.; ширина полостей ихъ колеблется отъ 0,5 с. до 1 с.; самая узкая часть находится на границѣ верхней

трети съ среднею. Длина каждого влагалища=3 с., а ширина=2 с. Всѣ размѣры правыхъ частей больше, нежели лѣвыхъ. Во влагалищахъ и маткахъ хорошо выражены нормальныя складки.¹

Задняя матка также состоитъ изъ 2-хъ отдѣльныхъ матокъ; при каждой изъ нихъ отдѣльное влагалище. Влагалищныя части здѣсь нѣсколько короче, нежели въ переднихъ маткахъ. Длина каждой задней матки=4,5 с.; ширина=0,5 с.—1 с.; длина каждого влагалища=5 с., а ширина=1,5 с. Нормальныя складки въ маткахъ и влагалищахъ и здѣсь хорошо выражены. Перегородка между влагалищами въ своей нижней части имѣетъ 3 овальныхъ отверстія, лежащихъ одно надъ другимъ. Въ мѣстахъ соединенія фаллопиевыхъ трубъ съ матками есть сообщающія отверстія; также и въ мочевыхъ пузыряхъ есть отверстія для мочеточниковъ.

Хотя въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ 2 двуполостными матками, однако ни на одной изъ нихъ нѣтъ той выступающей снаружи продольной линіи, на которую указываетъ въ руководствѣ Горвица; также, не смотря на двурогость передней матки, при ней не находимъ той складки брюшины, которая, по авторамъ, въ такихъ случаяхъ идетъ отъ передней стѣнки кишки между роговъ къ пузырю и дѣлитъ тазъ на 2 части. (См. «Руководство къ патол. и терап. жен. пол. сферы» Горвица 1882 г. часть 1-я, стр. 399 и 401).

Вскрывши конечную часть кишки, находимъ, что впереди она быстро суживается и заканчивается отверстіемъ, свободно пропускающимъ желобоватый зондъ и ведущимъ въ нижнюю часть передняго лѣваго влагалища; это отверстіе находится какъ разъ противъ наружнаго лѣваго полового отверстія, верхняя и лѣвая стѣнки котораго составляютъ продолженіе передней и лѣвой стѣнокъ лѣваго влагалища. Правая стѣнка этого влагалища, составляющая перегородку между обѣими влагалищами, внизу оканчивается свободнымъ краемъ, подъ которымъ имѣется отверстіе, собирающее оба переднія влагалища. Вправо отъ этой межвлагалищной перегородки находятся нѣсколько отверстій, которыми оканчиваются слѣдующіе органы: передній и задній пузыри, а также и заднія влагалища. Такимъ образомъ, кишка, всѣ влагалища и оба мочевые пузыря открываются въ одну общую полость, которую приходится назвать клоакой. Границы ея слѣдующія: справа и лѣва боковыя стѣнки переднихъ влагалищъ, спереди—также стѣнки

влагалищъ и мочевоу пузыря; сзади—заднія стѣнки влагалищъ и передняя стѣнка кишки; снизу—продолженія заднихъ и боковыхъ стѣнокъ влагалищъ, которыя въ нижнихъ частяхъ своихъ быстро измѣняютъ вертикальное направленіе въ горизонтальное. Передняя стѣнка праваго передняго влагалища въ нижней своей части на нѣкоторомъ протяженіи свободна и имѣетъ видъ перепонки, примыкающей къ задней стѣнкѣ пузыря. Между нею и пузыремъ имѣется продольная перемычка; влѣво отъ этой перемычки находится отверстіе, которымъ оканчивается короткая уретра передняго пузыря (длина этой уретры меньше 0,5 с.); а вправо отъ перемычки есть другое отверстіе, которое ведетъ къ наружному правому половому отверстію; оба послѣднія отверстія соединены между собою короткимъ каналомъ, который кнаружи гораздо шире. Кзади отъ перемычки въ нижнюю стѣнку клоаки небольшимъ отверстіемъ открывается уретра задняго пузыря; длина уретры = 1,6 с. Въ нижней же стѣнкѣ клоаки, между описаннымъ отверстіемъ задней уретры и перегородкой влагалищъ, находится еще одно отверстіе: въ него открывается заднее правое влагалище. Лѣвое же заднее влагалище не имѣетъ непосредственнаго сообщенія съ клоакой, но сообщается съ нею черезъ правое влагалище при помощи отверстій, находящихся въ нижней части задней межвлагалищной перегородки¹⁾.

На основаніи найденной при вскрытіи гипереміи всѣхъ внутренностей плода, особенно въ брюшной полости, а также на основаніи кровоподтековъ мягкихъ частей, нужно заключить, что плодъ умеръ во время родовъ. Въ отношеніи же внѣутробной жизнеспособности, нашъ уродъ, на основаніи анатомическихъ данныхъ, можетъ быть причисленъ къ младенцамъ, родившимся съ дефектами перегородокъ въ предсердіяхъ и желудочкахъ.

Крайне сожалѣю, что, не имѣя подъ руками соотвѣтствующей литературы, я не могу провести параллель между настоящимъ случаемъ уродства и другими ему аналогичными.

Позволяю себѣ обратить вниманіе только на то обстоятельство, что въ описанномъ мною уродѣ, рядомъ съ явленіями сліянія обѣихъ половинокъ его (или по другой теоріи: рядомъ съ явленіями не достаточнаго расщепленія яйца), встрѣчаются и

¹⁾ Сохранившіяся у меня внутренности урода, тазъ, задняя нога и обѣ грудины демонстрировались врачамъ: П. Н. Дахневскому, В. С. Карчевскому, Н. К. Середенко, Э. В. Шиманскому и ветеринарному врачу И. С. Сакуну.

явленія избыточнаго образованія нѣкоторыхъ частей, а именно: лѣвая половина уroda имѣеть 4 селезенки; кромѣ того, каждой половинѣ его соотвѣтствуютъ двѣ матки и два влагалища, тогда какъ остальные мочеполовые органы не представляютъ и намека на избыточное образованіе, а напротивъ въ нижнихъ частяхъ даже слились; лежащій рядомъ съ матками нижній отдѣлъ толстой кишки также образовался путемъ сліянія изъ двухъ трубокъ, равно какъ и тазъ, содержащій эти органы, представляется слитнымъ.

XIV.

Казуистика гинекологическихъ оперативныхъ случаевъ въ Черниговской губернской земской больницѣ съ 15 іюля по 9 декабря 1887 г.

М. А. Воскресенскаго.

(Ординатора акушерско-гинекологическаго отдѣленія).

Поступивши въ іюлѣ 1887 года на службу въ Черниговское губернское земство, я имѣлъ удовольствіе участвовать въ реорганизациі Черниговской губернской земской Больницы раздѣленія ея на спеціальныя отдѣленія. Завѣдуемое мной акушерско-гинекологическое отдѣленіе было сформировано въ концѣ сентября 1887 г., оно помѣщается въ отдѣльномъ зданіи и приспособлено только на 12 больныхъ вмѣстѣ съ родильницами; въ этомъ же помѣщеніи есть отдѣльный гинекологическій кабинетъ и отдѣльная родильная комната. Въ отношеніи свѣта и воздуха отдѣленіе находится въ удовлетворительныхъ условіяхъ и снабжено большинствомъ необходимыхъ приспособленій и инструментовъ.

Печатаая настоящую статью, я хочу подѣлиться съ товарищами наблюденіями при производствѣ описываемыхъ операцій, а съ другой стороны имѣю намѣреніе указать на то, что акушерско-гинекологическое отдѣленіе можетъ и должно существовать, какъ особое спеціальное отдѣленіе въ губернскихъ больницахъ. Этимъ я хочу выразить, что принципъ раздѣленія

губернскихъ больницъ на спеціальныя отдѣленія стоитъ еще нетвердо и во многихъ губернскихъ городахъ Россіи такія больницы имѣютъ или смѣшанныя отдѣленія, или въ нѣкоторыхъ акушерско-гинекологическое отдѣленіе причислено къ терапевтическому, какъ часть его.

Всѣхъ гинекологическихъ больныхъ съ іюля по 9-е декабря было 50, операций сдѣлано 16 ¹⁾, изъ нихъ на наружныхъ половыхъ частяхъ 6, на влагалищѣ 3, на маткѣ 6 и 1 чрево-сѣченіе (описаніе котораго не входитъ въ настоящую статью, а будетъ изложено отдѣльно).

Операциі производились первое время на обыкновенномъ простомъ столѣ съ привинченными къ нему желѣзными ногодержателями Fritsch'a, а теперь на креслѣ Schröder'a, которое можетъ считаться самымъ удобнымъ для гинекологическихъ операций; кіевскій инструментальный магазинъ Графъ и К^о, у котораго было заказано это кресло, сдѣлалъ къ нему еще очень практичное приспособленіе, а именно, между сидѣньемъ и нижней доской вставляется въ особыя подвижныя желѣзныя скобки не глубокой тазикъ съ гуттаперчевой трубкой, отводящейся въ подставляемый позади кресла сосудъ. Возлѣ оператора не скопляется никакой жидкости, а на нижней доскѣ можно поставить чашку съ инструментами, которые будутъ, такъ сказать, подъ руками. Для орошенія раны и послѣ операціонныхъ спринцеваній я употреблялъ *acidum carbolicum* 2%, сулему 1:5000 и двуіодистую ртуть 1:5000. Последнее средство оказалось наилучшимъ, оно хорошо дезинфицируетъ и не раздражаетъ раны и рукъ; приготовленіе раствора производилось по рецепту проф. Крассовскаго съ прибавленіемъ іодистаго калия.

Для очищенія раны отъ крови примѣнялись только ватные шарики, смоченные въ растворѣ двуіодистой ртути или сулемы, губки же совсѣмъ изгнаны изъ употребленія. Шелкъ употреблялся англійскій плетеный и обязательно прокипяченный мною лично въ растворѣ двуіодистой ртути наканунѣ операціи вечеромъ, оставшійся шелкъ передъ слѣдующей операціей вновь кипятился не менѣе полчаса. Хлороформированіе производилось черезъ колпачекъ обыкновеннымъ простымъ хлороформомъ, промытымъ въ аптекѣ водой; я замѣчалъ, что послѣ такого хлоро-

¹⁾ Это число могло быть увеличено до 25, но нѣкоторымъ больнымъ, бывшимъ въ больницѣ въ іюль, августѣ и началѣ сентября, неудобно было дѣлать операціи по причинѣ несформированія отдѣленія и, кромѣ того, первое время на операцію смотрѣли съ большимъ недовѣріемъ.

форма рвотъ почти не бываетъ, но хлороформированіе идетъ нѣсколько труднѣе, такъ что приходится прибѣгать къ морфію. Послѣ операціи дѣлалась опійная клизмочка и клался ледъ на животъ. перевязка заключалась въ небольшихъ тампонахъ изъ іодоформной марли. Приготовленіе къ операціи состояло, какъ обыкновенно, въ очищеніи кишекъ и большой ванны съ мыломъ.

Операціи на наружныхъ половыхъ частяхъ были слѣдующія: вырѣзываніе кондиломатозныхъ наростовъ (3), опухолей бартолиновой железы (2) и полипа уретры (1).

Кондиломатозные наросты въ 1-мъ случаѣ представляли большія разращенія на малыхъ губахъ и клиторѣ, выдававшіяся наружу въ видѣ такъ называемыхъ пѣтушкихъ гребней, съ неправильными краями и изъязвленными въ глубокихъ частяхъ поверхностями, откуда сочилась вонючая гнойная жидкость. Больная эта была беременна на 5-мъ мѣсяцѣ и безуспѣшно лечилась уже 4 мѣсяца отъ начала появленія болѣзни промываніями, мазями и присыпками; при поступленіи ея въ больницу рѣзко бросалось въ глаза сильное истощеніе организма, желтизна кожи и подавленное нравственное состояніе.

Операція (5 августа) состояла въ клиновидномъ вырѣзываніи ножемъ наростовъ съ частями малыхъ губъ и клитора, затѣмъ все зашито и присыпано іодоформомъ. Послѣ операціи *maxim. t° 37,9* (6-й день), швы сняты на 10-й день, а на 12-й произошелъ выкидышъ, при чемъ было сильное кровотеченіе, потребовавшее введенія руки въ полость матки для выведенія задержавшихся оболочекъ. Больная довольно быстро оправилась. Введеніе руки не повліяло на сросшіяся поверхности губъ и клитора, а дало только возлѣ уздечки маленькую трещину, скоро зажившую. Измѣненія половыхъ частей послѣ операціи состояли въ томъ, что лѣвая малая губа совсѣмъ уничтожена, отъ правой остался продолговатый валикъ, а на мѣстѣ клитора небольшое возвышеніе немного больше булавоочной головки.

Я видѣлъ больную черезъ 1½ мѣсяца послѣ операціи; общее состояніе вполне хорошее, *coitus*, по ея словамъ, индифферентенъ.

Два другіе случая представляли собой многочисленные, разсѣянные на большихъ, малыхъ губахъ, входѣ во влагалище и *praeputium clitoridis* кондиломы величиной отъ булавоочной головки до лѣснаго орѣха, поверхность ихъ была остроконечная, влагалище въ обоихъ случаяхъ катаррально. Одна больная была больна до поступленія въ больницу 2 недѣли, а другая 2 мѣ-

сяца. Изслѣдованіе на гонококки дало отрицательные результаты (вѣроятно оттого, что микроскопы въ больницѣ загрязнены и не имѣютъ сильныхъ объективовъ). Операція состояла въ вырѣзываніи наростовъ ножницами и втиранія въ ранки порошка іодоформа, а въ слѣдующіе дни прижиганія ихъ ляписомъ (2 раза). Больныя пробыли въ больницѣ больше мѣсяца и возврата не наблюдалось.

Опухоли бартолиновой железы были: fibroma и cystis.

Въ первомъ случаѣ больная 62 л., находящаяся въ климактерическомъ періодѣ около 20 лѣтъ, замѣтила появленіе опухоли 10 мѣсяцевъ тому назадъ. Опухоль выпячивалась большимъ сегментомъ наружу черезъ лѣвую большую губу и закрывала собой входъ во влагалище, на ощупь плотна и подвижна надъ кожей, меньшій сегментъ прощупывался черезъ влагалище и былъ менѣе подвиженъ. Діагнозъ опухоли лѣвой бартолиновой железы былъ поставленъ на основаніи мѣстоположенія ея и подвижности. Величина больше куриного яйца.

Для удаленія опухоли (12 августа) былъ сдѣланъ разрѣзъ по краю большой губы, затѣмъ тупымъ концемъ скальпеля отсепарована клѣтчатка, опухоль захвачена щипцами, вытащена наружу и у основанія перевязана. Кровотеченіе изъ пораненныхъ вѣтвей arteriae pudendae было довольно значительное и для лучшей остановки его полость, образовавшаяся послѣ удаленія опухоли, была затампонирована іодоформной марлей, одинъ конецъ которой выведенъ въ нижній уголъ раны, а рана разрѣза шита шелковыми швами. Въ послѣдующіе дни марля понемногу вытаскивалась и обрѣзывалась, а къ 8-му дню была совсѣмъ удалена, полость промыта сулемой и вставлена дренажная трубка; швы сняты на 10-й день, а дренажъ вынутъ на другой день. Заживленіе получилось хорошее, осталась только на нѣкоторое время припухлость у нижняго края. Вырѣзанная опухоль овальной формы, плотна, поверхность бугриста, вѣсъ около 3j, длинный діаметръ 4 см., а короткій 3, на разрѣзѣ строеніе нѣсколько листоватое, при микроскопическомъ изслѣдованіи — ясная фиброзная ткань.

Другая больная съ кистой правой бартолиновой железы замѣтила начало ея около года назадъ, поступила въ больницу черезъ 4 недѣли послѣ родовъ еще съ послѣродовымъ очищеніемъ. Опухоль величиною съ куриное яйцо, на ощупь эластична и флюктуируетъ. Разрѣзъ (22 ноября) по краю большой губы, при чемъ была разрѣзана и стѣнка кисты, жидкость вы-

текла совершенно свѣтлая, серозная; мѣшокъ вылуценъ и ножка его изъ остатка железы перевязана. Передъ зашиваніемъ, чтобы не оставлять полости, часть губы резецирована и все было зашито глубокими и поверхностными швами. Швы сняты на 9-й день, заживленіе per primam, въ результатѣ получилось, что правая губа въ нижней части нѣсколько оттянута кнаружи. Совѣтуемый въ руководствахъ разрѣзъ изнутри (со стороны влагалища) едвали, мнѣ кажется, имѣеть предпочтеніе передъ наружнымъ, при которомъ легче и удобнѣ оперировать, косметическая сторона нѣсколько не страдаетъ, а полное зашивание черезъ дно раны облегчаетъ уходъ.

Polypus urethrae, состоявшій изъ гипертрофированной слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала, былъ величиной съ вишню, наружный край его былъ гангреницированъ. Больная поступила въ больницу уже 10 дней послѣ родовъ и (съ тѣхъ поръ) страдала очень болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ. Операция (19 октября) состояла въ вырѣзываніи полипа ножницами и выскабливаніи острой ложкой, затѣмъ сдѣлано было промываніе и прижиганіе *argento nitrico in substantia*, влагалище также промыто и затампонововано іодоформной марлей. Моча выводилась съ помощью катетера черезъ каждые 2 часа только 1-ые сутки; прижиганіе повторено еще на 3-й день; на 6-ые сутки больная выписалась съ хорошо сократившейся уретрой и безъ всякихъ болей.

Изъ операций на влагалищѣ сдѣланы: 1) *colporaphia posterior*; 2) *colporperineographia* и 3) *colporaphia anterior cum excisione colli uteri et colporperineographia* при выпаденіи матки и влагалища.

При производствѣ этихъ операций я придерживался способа Негар'а — вырѣзыванія треугольника, для чего, захвативши пулевыми щипцами вершины угловъ намѣченнаго треугольника, отдѣлялъ ножемъ слизистую оболочку отъ клѣтчатки мелкими сѣченіями, начиная съ вершины. Швы накладывались глубокіе и поверхностные попеременно, и первый шовъ выше начала раны, что, какъ мнѣ казалось, облегчаетъ накладываніе и завязываніе нижнихъ швовъ.

Colporaphia posterior (27 сентября) сдѣлана у женщины, страдавшей выпаденіемъ гипертрофированной задней стѣнки влагалища безъ разрыва промежности. Болѣзнь длилась около 5 лѣтъ, причиной послужили частые роды (9) и раннее вставаніе съ постели; упорные запоры способствовали увеличенію

выпаденія и при поступленіи въ больницу задняя стѣнка влагалища выдавалась въ видѣ опухоли величиной съ куриное яйцо. По окончаніи операціи во влагалище былъ заложенъ довольно большой тампонъ изъ іодоформной марли, черезъ 2 часа появилось кровотеченіе, остановившееся послѣ промыванія горячей водой и ватнаго небольшого тампона, смоченнаго въ растворѣ полуторохлористаго желѣза (10 капель на 1 стаканъ воды). При осмотрѣ чрезъ нѣсколько дней оказалось, что въ нижней трети влагалища края раны въ двухъ швахъ оторваны другъ отъ друга. Причиной этому, по моему мнѣнію, послужило вкладываніе послѣ операціи большаго тампона, давленіе котораго могло подѣйствовать именно такимъ образомъ. Въ результатѣ операціи верхняя часть зажила *per primam*, а въ нижней части въ вышеуказанномъ мѣстѣ—зажиженіе *per secundam* при прижиганіи *argento nitrico*.

Colporrhineorrhagia произведена 18 октября для излѣченія почти полнаго разрыва промежности у 40 л. женщины, получившей это страданіе 6 лѣтъ тому назадъ во время родовъ. Около *anus'a* оставался мостикъ въ 8 mm., матка стояла низко, длина ея полости 88 mm., *port. vaginalis* эрозирована. Вершина треугольника была сдѣлана у самаго зѣва матки, а основаніе возлѣ *anus'a*, послѣ операціи во влагалище заложена небольшая полоска іодоформной марли. Послѣ-операционное время протекло безъ осложненій, всѣ швы сняты въ 14-му дню; шовъ на уздечкѣ разошелся, остальные *per primam int.*, промежность 29 mm.

Операція для излѣченія выпаденія матки и влагалища. Больная 40 л. претерпѣла уже одну подобную операцію въ Кіевѣ въ ноябрѣ 1886 г., и получила возвратъ болѣзни черезъ 3 мѣсяца.

Начало болѣзни больше 2-хъ лѣтъ. При поступленіи въ больницу констатировано, что изъ влагалища выдается на 5 cm. опухоль съ зѣвомъ на вершинѣ, конецъ катетера, введеннаго въ мочевой пузырь, прощупывается почти у самаго зѣва, промежность 1¹/₂ cm., *rectocele* очень незначительно, а выпадаетъ дугласово пространство; все это покрыто старыми рубцами и слущивающимися, въ видѣ сыровиднаго вонючаго отдѣленія, эпителиемъ. Матка кзади, зондъ входитъ на 13,5 cm. Выпаденіе представляло собой совершенно точную копию рисунка, представленнаго въ нѣмецкомъ руководствѣ Hegar'a и Kaltenschach'a ¹⁾. Вправленіе матки произведено было съ нѣкоторымъ

¹⁾ Die operative Gynäkologie v. Hegar u. Kaltenschach. 1886 г. стр. 735, рис. 216.

насиліемъ, влагалищная часть оставалась очень короткой—около 1 см. Судя по прикрѣпленію сводовъ, можно было думать, что гипертрофія касается главнымъ образомъ суправагинальной части шейки матки. Жалобы больной заключались въ частомъ и болѣзненномъ мочеиспусканіи, обильныхъ регулахъ (черезъ 2 недѣли по 5—6 дней) и сильной слабости. Какъ предварительное лѣченіе назначено: покой, спринцованіе 2 раза въ день изъ отвара льняной муки и внутрь *extr. fluidum secal. cognat.*, по 5 капель, 3 раза въ день. Черезъ 3 недѣли измѣреніе вправленной матки зондомъ дало разницу противъ прежняго на 2 см. (менѣе). Черезъ мѣсяць послѣ поступленія сдѣлана операція (2 декабря). Съ боковъ маточной шейки наложены толстые швы, служившіе возжами для натяженія поля операціи, въ каждой губѣ вырѣзанъ былъ клинъ длиной около 2 см., и затѣмъ на передней стѣнкѣ влагалища вырѣзанъ ромбо-овальный кусокъ ткани, начиная отъ уретры до соединенія съ клиномъ передней губы, а на задней стѣнкѣ треугольникъ съ вершиной отъ задней губы и основаніемъ на промежности. При наложеніи швовъ было обращено особенное вниманіе на то, чтобы соединеніе краевъ раны было ровное и полное безъ сильнаго стягиванія швовъ, это замедлило операцію, которая продолжалась 2 часа. Швы на концахъ связаны въ одинъ пучекъ, марли во влагалищѣ не заложено. Первые трое сутокъ лежалъ ледъ, моча выводилась съ помощью катетера, спринцеваній во влагалище не дѣлалось, а ограничивались только обмываніемъ снаружи. Первое промываніе сдѣлано на 4-ые сутки, а на 5-ые показались регулы, продолжавшіеся 4 дня, первый стулъ на 8-ые сутки. Температура была все время нормальна. Сниманіе швовъ начато на 12-ый день и окончено на 20-й р. *operationem*, при чемъ это представило не малыя трудности по причинѣ малой ширины влагалища. Заживленіе произошло вездѣ *per primam intentionem*, ни одинъ шовъ не разошелся. Въ результатѣ получилось: промежность 4 см., уздечка приплась на средней части малыхъ губъ и половая щель плотно закрыта губами, а во влагалищѣ на разстояніи 7 см. отъ входа указательный палецъ встрѣчаетъ едва пропускающее его кольцо, за которымъ ощупываются остатки влагалищной части.

Изъ операцій на маткѣ сдѣланы 4 выскребыванія полости острой ложкой и 2 *amputatio colli uteri*.

Для операціи выскребыванія шейка матки обнажалась зер-

калами Симса и притягивалась книзу пулевыми щипцами. Затѣмъ, производилось расширеніе матки постепеннымъ введеніемъ палочекъ Негар'а до № 11 и промываніе полости дезинфицирующимъ растворомъ. Слизистая оболочка энергично выскабливалась окончатой ложкой до тѣхъ поръ, пока всѣ стѣнки матки не издавали одинаковаго звука, похожаго на трескъ и чувствовалась твердая ткань. По окончаніи операціи матка промывалась, прижигалась іодной настойкой съ карболовой кислотой и тампонировалась іодоформной марли.

Случаи для выскабливанія были слѣдующіе:

Abortus chronicus. Больная, 22-хъ лѣтъ, послѣ приостановки регуль на 10 недѣль получила кровотеченіе въ срединѣ іюня 1887 г., въ концѣ іюня выходили куски, при сильныхъ боляхъ. Изслѣдованіе 13 іюля: шейка пальца не пропускаетъ, кровотеченіе умѣренное съ небольшимъ запахомъ, кровь смѣшана со слизью и небольшими кусочками плотныхъ элементовъ, своды свободны, тѣло матки увеличено и чувствительно. Операція 15-го іюля. Въ послѣопераціонномъ времени давали внутрь *sesale coruntum* и дѣлали влагалищныя спринцеванія изъ сулемы. Регулы наступили черезъ 6 недѣль, были довольно обильны, съ большимъ количествомъ катаррального отдѣленія.

Cancer uteri съ инфильтраціей связокъ и кратерообразнымъ пораженіемъ шейки матки. 22-го іюля сдѣлано выскабливаніе кратера и прижиганіе Пакэленомъ. Больная 45 лѣтъ, съ сильнымъ истощеніемъ организма и привычкой къ морфію, выписалась на 12-й день послѣ операціи съ удовлетворительнымъ видомъ раны. По словамъ больной, употребленіе морфія утѣляло боли, но на количество отдѣленія крови вліянія не имѣло.

Endometritis catarrhalis съ обильнымъ выдѣленіемъ гноевидной слизи, по анамнезу гоноррейнаго происхожденія, отъ начала болѣзни 2 мѣсяца. Выскабливаніе 22-го ноября, черезъ 8 дней сдѣлано промываніе полости матки и прижиганіе посредствомъ банника іодной настойкой съ карболовой кислотой. Влагалищныя спринцеванія производились 2 раза въ день растворомъ двуіодистой ртути. При выходѣ больной изъ больницы отдѣленіе изъ матки было свѣтлое, слизистое, въ незначительномъ количествѣ.

Endometritis polyposa. Больная 42-хъ лѣтъ, страдавшая обильными регулами, поступила въ больницу съ кровотеченіемъ, продолжавшимся 3 недѣли; при изслѣдованіи оказалось, что

матка 99 mm., въ anteflexio, губы слегка выворочены отъ боковыхъ разрывовъ и въ лѣвомъ углу шейки видно выдающееся изъ полости полипозное разращеніе величиной съ просяное зерно. Выскабливаніе 9-го декабря, послѣ котораго полость матки промыта горячимъ растворомъ полторохлористаго желѣза, прижжена іоднымъ настоемъ съ карболовой кислотой и затампонирована іодоформенной марли. Промываніе полости матки и прижиганіе произведено было въ послѣдующіе дни 3 раза (на 5-й, 10-й и 12-й день). Эффектъ получился очень благоприятный, отдѣленіе совсѣмъ прекратилось и матка уменьшилась на 1 cm.

Эта небольшая операція—выскабливаніе, которую Schröder, Hegar, Winkel и др. считаютъ очень благодарной, должна однако, какъ это и указывается въ руководствахъ означенныхъ авторовъ, для своего успѣха сопровождаться неоднократными промываніями и прижиганіями полости матки въ послѣопераціонномъ періодѣ; это тѣмъ болѣе необходимо, когда дѣло идетъ о случаѣ болѣе или менѣе хроническомъ. Я ставлю себѣ въ упрекъ, что въ описанномъ мною первомъ случаѣ этого необходимаго послѣдующаго лѣченія выполнено не было и такимъ образомъ не было излѣчено сопутствующее хроническому выкидышу катарральное заболѣваніе полости матки.

Amputatio colli uteri было сдѣлано въ двухъ случаяхъ: по поводу descensus uteri и ectropion colli uteri. Descensus uteri съ загибомъ матки взадъ наблюдался у больной рабочей женщины, 27 лѣтъ, страдавшей сильными болями внизу живота и поясницѣ около 1 году. Попытка исправить положеніе матки не удалась, такъ какъ дно ея имѣло крѣпкія сращенія въ ду-гласовомъ пространствѣ, что констатировано было подъ хлороформомъ. Въ виду того, что матка была 82 mm. и что облегченіе страданія можетъ быть достигнуто уменьшеніемъ матки, было сдѣлано *amputatio colli uteri* (26-го сентября).

Послѣ обнаженія шейки матки зеркалами Симса, при основаніи съ боковъ шейки наложены толстыя лигатуры съ длинными концами. За эти 2 лигатуры (возжи) матка была притянута ко входу во влагалище и передана для держанія помощникамъ. Этотъ приѣмъ, по моему мнѣнію очень облегчаетъ производство операціи и препятствуетъ обильному кровотеченію, такъ какъ лигатуры сдавливаютъ главные сосуды, лежащіе по бокамъ матки. Послѣ боковыхъ разрѣзовъ, каждая губа отрѣзана почти до сводовъ съ небольшимъ клиномъ и наложены

шелковые швы. Послѣ операціонный періодъ прошелъ безъ осложненій.

Швы сняты на 12-й день, uterus 7 см., лѣчение dokonчено было вливаніемъ чрезъ зеркало древеснаго уксуса въ продолженіи нѣсколькихъ дней. Больная выписалась безъ всякихъ болей.

Ectropion съ гипертрофіей губъ представлялъ собой случай вполне классическій. Разрывъ шейки доходилъ съ обѣихъ сторонъ до сводовъ и на вывороченныхъ толстыхъ губахъ выдавалась темно-красная, легко кровоточащая слизистая оболочка шейки. Больная 8 лѣтъ какъ родила, и съ тѣхъ поръ страдала болями и бѣлями. Матка въ слабомъ retroversio, 8 см., каждая губа больше 2 см. Въ виду того, что гипертрофія и каттаръ шейки были значительны, рѣшено было, вмѣсто Эмметовской операціи, сдѣлать amputatio. При операціи (6-го декабря) губы срѣзаны нѣсколько вкось внутрь и вырѣзана вся цервикальная гипертрофированная слизистая оболочка съ тѣмъ намѣреніемъ, чтобы при сшиваніи заворотить внутрь края влагалищнаго покрова. Края ранъ почти вездѣ пришлось шить глубокими швами, такъ какъ при накладываніи поверхностныхъ маточная слизистая оболочка легко рвалась. Послѣ-операціонное время прошло безъ осложненій, швы сняты на 11-й день, на нижней губѣ въ среднемъ швѣ полного сращенія не произошло, а верхняя губа удалась вполне. Матка 7 см. Мнѣ кажется, что для достиженія полного успѣха при этихъ операціяхъ, для полученія шейки, покрытой вполне влагалищной оболочкой, слѣдуетъ расширять матку, что облегчаетъ какъ наложеніе шва изнутри, такъ и стягиваніе краевъ раны. По крайней мѣрѣ въ моемъ небольшомъ опытѣ при прежнихъ моихъ операціяхъ я видѣлъ отъ предварительнаго расширения несомнѣнную выгоду въ этомъ отношеніи.

Описанный въ настоящей статьѣ рядъ гинекологическихъ оперативныхъ случаевъ не представляетъ собой ничего особеннаго и встрѣчается у оперирующаго гинеколога на каждомъ шагу, но для Черниговской больницы, по сравненію съ ея дѣятельностью въ прошлые года, эта казуистика имѣетъ значеніе, если не по качеству, то по количеству. Такъ напримѣръ, за послѣднія 5 лѣтъ (1882—1886) въ Черниговской больницѣ (по ея годовымъ отчетамъ) было сдѣлано только 5 гинекологическихъ операцій, а именно въ 1884 году—2 (вырѣзываніе новообразованія на большой губѣ и вырѣзываніе новообразова-

нія во влагалищѣ) и въ 1886 году—3 (2 amputatio colli uteri и 1 op. fistulae vesico-vaginalis), за 1882, 1883 и 1885 гг. не было сдѣлано ни одной. Объяснить это можно, во 1-хъ, близостью медицинскаго центра въ Кіевѣ, а во 2-хъ, плохой постановкой вообще больничнаго дѣла до реорганизаціи больницы, въ подтвержденіе послѣдней причины могу указать на слѣдующій фактъ: пріѣхавши въ іюль 1887 г. въ Черниговъ, я получилъ въ завѣдываніе (до образованія спеціального отдѣленія) женское отдѣленіе съ 60 больными разнаго рода болѣзней, изъ нихъ около 50% лежало уже въ больницѣ отъ $\frac{1}{2}$ до 8 лѣтъ и нуждалось больше въ помѣщеніи, чѣмъ въ лѣченіи.

XV.

Къ казуистикѣ діагностическихъ лапаротомій при врожденныхъ порокахъ развитія женскихъ половыхъ органовъ.

А. С. Соловьева,

Ординатора гинекологической клиники проф. К. Ф. Славянскаго.

«Гинекологическое изслѣдованіе въ томъ видѣ, какъ оно производится теперь, есть дитя по преимуществу настоящаго вѣка», такъ начинается Schröder главу о методахъ изслѣдованія женскихъ половыхъ органовъ. Должно сознаться, что этому дитяти нужно еще много роста и развиваться, чтобы удовлетворить тѣмъ требованіямъ, какія предъявляетъ ему наша наука въ ея современномъ развитіи. Въ самомъ дѣлѣ: оперативная, техническая сторона гинекологіи достигла поразительной высоты. Внутрибрюшная хирургія завоевываетъ себѣ все большее и большее поле примѣненія. А между тѣмъ, какія наши діагностическія средства, помощью которыхъ мы устанавливаемъ показанія къ внутрибрюшнымъ операціямъ? Пальпація, (включая сюда всѣ способы наружно-внутренняго изслѣдованія), перкуссия, пожалуй,—аускультуція, зондированіе и иногда пробная пункція,—вотъ и всѣ обычные приемы діагностики. Безспорно, этими приемами можно добыть очень цѣнныя данныя; на основаніи ихъ нерѣдко удается поставить достаточно точныя діагнозы, но несо-

мнѣнно и то, что въ очень большомъ числѣ случаевъ діагнозы эти только болѣе или менѣе вѣроятны, а никакъ не несомнѣнны. Да это и понятно! Вѣдь, примѣняя всё эти способы изслѣдованія, мы дѣйствуемъ болѣе или менѣе въ потьмахъ. Въ этомъ отношеніи внутри-брюшная, такъ сказать, часть гинекологіи стоитъ въ несравненно болѣе невыгодныхъ условіяхъ, чѣмъ влагалищно-маточная. Влагалище, шейка матки, а при современныхъ способахъ изслѣдованія и полость ея доступны непосредственному нашему наблюденію: мы можемъ ихъ и осмотрѣть, и ощупать, и взять препаратъ для микроскопа, словомъ, мы имѣемъ полный доступъ къ заболѣвшему органу. Между тѣмъ, опухоли и болѣзненные процессы маточныхъ придатковъ и брюшинной поверхности матки доступны намъ только посредственно, черезъ брюшныя стѣнки, или своды влагалища, или rectum. И если вспомнить, сколько случайностей видоизмѣняютъ результаты нашихъ изслѣдованій при указанныхъ условіяхъ, то станетъ ясно, что добытыя нами данныя абсолютной несомнѣнности имѣть не могутъ: толщина брюшныхъ покрововъ, упругость тканей, количество газа въ кишкахъ, состояніе сосѣднихъ органовъ и масса другихъ условій слишкомъ рѣзко видоизмѣняютъ добытые перечисленными выше способами результаты и вполне объясняютъ тѣ ошибки въ діагнозахъ, которыя встрѣчаются въ практикѣ даже наиболѣе опытныхъ гинекологовъ.

Какое же средство обезпечить себѣ возможно болѣе несомнѣнный діагнозъ? Это—возможность непосредственнаго изслѣдованія болѣзненнаго пункта, возможность поставить ad oculos заболѣвшій органъ и изслѣдовать его внѣ зависимости отъ вышеупомянутыхъ побочныхъ условій. Къ сожалѣнію, у насъ нѣтъ естественнаго пути, по которому мы могли бы проникнуть взоромъ или инструментомъ къ заболѣвшему органу. Поэтому въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ обычные способы изслѣдованія оказываются недостаточными, а точная постановка діагноза является необходимой, мы пролагаемъ себѣ этотъ путь искусственно. Прежде мы пользовались для этого пробнымъ проколомъ; въ настоящее время намъ служить для той же цѣли діагностическая лапаротомія. О преимуществахъ послѣдней, какъ діагностическаго пріема, сравнительно съ пробнымъ проколомъ распространяться нечего: пробный проколъ возможенъ только при опухоляхъ съ жидкимъ содержимымъ, да и тутъ добытыя имъ химическо-микроскопическія данныя далеко не все-

гда безусловно вѣрны ¹⁾). Не то при пробной лапаротоміи: ее мы можемъ примѣнять и при опухоляхъ полыхъ, и при плотныхъ опухоляхъ; она даетъ намъ возможность осмотрѣть опухоль, выяснитъ ея топографическія отношенія, опредѣлитъ возможные осложненія операціи, и наконецъ, въ случаѣ, если операція представляется выполнимой, пробная лапаротомія можетъ перейти въ лапаротомію полную, и изъ діагностическаго приѣма перейти въ активное,—оперативное пособіе.

Другой вопросъ, насколько серьезень этого рода діагностическій приѣмъ. Отвѣтить на этотъ вопросъ точно, съ цифрами въ рукахъ, едва ли возможно, такъ какъ 1) онѣ будутъ относиться къ разнымъ фазамъ развитія внутри-брюшной хирургіи, а 2) не всегда можно точно провести границу между пробной и неоконченной лапаротоміей. Во всякомъ случаѣ, при современномъ состояніи внутри-брюшной хирургіи, пробная лапаротомія не представляютъ особенной опасности, Fehling ²⁾) на 60 сѣздѣ естествоиспытателей и врачей въ Висбаденѣ высказался такъ, что въ рукахъ опытнаго оператора, при антисептическихъ предосторожностяхъ, пробный разрѣзъ безопаснѣй пробнаго прокола. Но если пробная лапаротомія и не является совершенно невиннымъ оперативнымъ приѣмомъ, то опасность ея, при надлежащей обстановкѣ, не можетъ быть велика. А между тѣмъ, при внутри-брюшныхъ заболѣваніяхъ половыхъ органовъ совсѣмъ не рѣдки случаи, гдѣ врачъ не можетъ совершенно увѣренно рассчитывать на возможность произвести операцію, и долженъ или рискнуть на пробный разрѣзъ, или предоставить больную ея собственной печальной судьбѣ. Конечно, выбрать тотъ или другой *modus agendi*—зависитъ отъ каждаго даннаго случая, но тамъ, гдѣ теорія невмѣстательства равносильна осужденію больной на гибель, тамъ пробный разрѣзъ исполнѣ имѣеть мѣсто.

Но бываютъ другіе случаи, гдѣ пробный разрѣзъ долженъ рѣшить не то, *возможна ли лапаротомія*, а — *нужна ли она?* Одинъ изъ такихъ случаевъ мы наблюдали въ настоящемъ учебномъ году въ клиникѣ проф. К. Ф. Славянскаго.

8 октября 1887 г. въ завѣдуемую имъ клинику поступила Б. В., дѣвушка 19 лѣтъ, уроженка Виленской губерніи. В. жалуется, что до сихъ поръ у нея нѣтъ регулъ. Между

¹⁾ В. В. Сутугинъ. Къ діагностикѣ злокачественныхъ опухолей яичниковъ и т. д. Отдѣльный оттискъ изъ Мед. Вѣстника 1883 г.

²⁾ Журн. Ак. и Ж. болѣзней. 1888 г., № 2, стр. 110.

тѣмъ, вотъ уже 4 года, какъ она испытываетъ сильныя боли внизу живота, отдающія въ оба паха и обѣ ноги. Боли эти сначала появлялись черезъ 1—2 мѣсяца, продолжались по нѣскольку дней, и затѣмъ исчезали, но года два назадъ онѣ стали приходить черезъ 1—2 недѣли, а послѣдніе пол-года приняли постоянный характеръ, обостряются черезъ 1—2 дня, а иногда и ежедневно, продолжаются по нѣскольку часовъ и уступаютъ только большимъ дозамъ наркотическихъ. Года же два назадъ В. замѣтила опухоль внизу живота, которая все больше и больше увеличивается. Спустя около года послѣ появленія опухоли, В. обратилась въ Виленскій госпиталь. Тамъ у ней нашли заращеніе влагалища, дѣлали какую-то операцію, вскорѣ послѣ которой разъ или два изъ влагалища появлялась кровь, но затѣмъ выдѣленіе снова прекратилось и не возобновляется до настоящаго времени.

При изслѣдованіи больной оказалось:

Больная средняго роста, довольно нѣжнаго (*gracilis*) тѣлосложенія, посредственнаго питанія. Костная и мышечная системы развиты довольно слабо, подкожное отложеніе жира невелико. Органы дыханія нормальны, при выслушиваніи сердца—нерѣзкій систолическій шумъ у верхушки. Грудныя железы развиты слабо, но отступленій отъ нормы не представляютъ. Наружные половые органы нормальны, *hymen* отсутствуетъ. Нижній конецъ влагалища обычной для нерожавшей ширины, но на разстояніи 3—4 *cm.* отъ нижняго конца оно оканчивается слѣпымъ мѣшкомъ съ выступомъ по срединѣ и двумя вторичными мѣшками справа и слѣва. Правый вторичный мѣшокъ, около 1 *cm.* въ глубину, направляется вправо и кнаружи, а лѣвый—длиной *cm.* въ 2—влѣво, кнаружи и кзади. Въ глубинѣ послѣднихъ прощупывается напряженная опухоль, верхняя граница которой опредѣляется со стороны брюшныхъ стѣнокъ. При надавливаніи ея черезъ послѣднія, толчки неясно передаются пальцу, находящемуся въ одномъ изъ дивертикуловъ. Та же эластическая опухоль прощупывается и впереди отъ прямой кишки, при изслѣдованіи *per rectum*. Ощупываемая опухоль черезъ брюшныя стѣнки, мы находимъ, что верхняя ея граница проходитъ на 1—2 пальца выше пупка; опухоль круглой формы, смѣщена нѣсколько вправо отъ средней линіи. На верхней периферіи опухоли, вправо отъ нея, прощупывается продолговатое тѣло, длиною *cm.* въ 6, шириною около 4 *cm.*, направляющееся длинникомъ по горизонтальной

линии. Опухоль, повидимому, ограничивается отъ главной опухоли вертикальной бороздой. При пальпации большая опухоль ясно флюктуируетъ, относительно малой съ положительностію сказать этого нельзя. Подвижность опухоли—какъ большой, такъ и малой—очень незначительная. Тонъ на опухоли тупой; онъ прощупывается сверху пальца на два выше пупка, влѣво пальца на 3 отъ средней линии, вправо онъ оканчивается, не доходя пальца на два до *sp. il. sup. anter.* и переходитъ книзу *in fossam iliacam*. Размѣры живота таковы: окружность на уровнѣ пупка 67 *cm.*, ниже (наибольшая) 69 *cm.*, отъ конца мечевиднаго отростка до пупка 14, отъ правой *sp. ant. sup.* до пупка 14, отъ лѣвой—13¹/₂ *cm.*

На основаніи всѣхъ изложенныхъ данныхъ не трудно было опредѣлить сущность страданія больной. Мы имѣли здѣсь врожденную (такъ какъ въ анамнезѣ нѣтъ данныхъ, указывающихъ на приобретенное заращеніе) атрезію влагалища со скопленіемъ крови въ выпележащихъ частяхъ полового аппарата, при чемъ нашъ случай представлялъ сравнительно рѣдкій порокъ развитія этого рода, такъ какъ большею частію *atresia vaginae* наблюдается въ нижнемъ отдѣлѣ влагалища. Перегородка, отдѣлявшая нижнюю половину влагалища отъ верхней, повидимому, была довольно толста, такъ какъ, хотя ощущеніе флюктуации передавалось черезъ нее, но довольно неясно. Гораздо труднѣй было рѣшить вопросъ, гдѣ скопилась кровь, растянула ли она верхній отдѣлъ влагалища (*Haematocolpos*), или она скопилась и въ полости матки (*Haematometra*?) Вся ли полость матки наполнена кровью, или только ея шейка? Наконецъ, какъ смотрѣть на ту колбасовидную, малоподвижную опухоль, которая прощупывалась сбоку главной опухоли? Это могъ быть растянутый кровью рогъ матки, еслибы у насъ былъ *uterus unicornis*; это могло быть само тѣло матки, еслибы главная опухоль состояла изъ растянутого кровью влагалища и шейки матки; наконецъ, это могъ быть *haematosalpinx*. Данныя наружно-внутренняго изслѣдованія не давали намъ опредѣленнаго отвѣта на всѣ эти предположенія, а между тѣмъ этотъ отвѣтъ былъ необходимъ уже не только съ точки зрѣнія чисто научнаго интереса, но и для выбора оперативнаго пособія. Извѣстно, что нерѣдко развивающіеся при заращеніяхъ влагалища *haematosalpinx*'ы по большей части имѣютъ лишь очень узкій просвѣтъ на маточномъ концѣ трубы; съ другой стороны, они очень часто осложняются воспалительными сра-

щеніями съ окружающими тканями. Вслѣдствіе этихъ двухъ причинъ, въ случаѣ опорожненія haematometr'ы проколомъ черезъ влагалище 1) кровь изъ мѣшка трубы не можетъ стекать въ матку, а 2) вслѣдствіе ли перистальтическихъ сокращеній мышцъ трубнаго мѣшка вслѣдъ за сокращеніями матки, или вслѣдствіе измѣненія топографическихъ отношеній при опорожненіи матки, при чемъ сросшіеся съ сосѣдными тканями трубы не могутъ измѣнить своего положенія соотвѣтственно новымъ топографическимъ условіямъ, — во всякомъ случаѣ кровяные трубные мѣшки при этихъ условіяхъ очень часто лопаются, при чемъ излившаяся въ брюшную полость кровь вызываетъ очень опасныя явленія перитонита. Во избѣжаніе этой опасности при опорожненіи проколомъ черезъ влагалище haematometr'ы, осложненной haematosalpinx'омъ, Hausmann предложилъ прежде опорожненія матки выпускать кровь изъ трубы, прокалывая послѣднюю черезъ брюшную стѣнку. Въ настоящее же время начинаетъ устанавливаться взглядъ, что присутствіе haematosalpinx'a при гинатрезіяхъ служитъ показаніемъ къ laparo-salpingectomi'i¹⁾, между тѣмъ какъ въ случаѣ отсутствія haematosalpinx'a, haematocolpos и haematometra могутъ быть опорожнены черезъ влагалище.

И такъ, въ нашемъ случаѣ требовалось рѣшить, имѣемъ ли мы въ малой, лежащей вправо отъ большой опухоли haematosalpinx, или это есть тѣло матки, чтобы соотвѣтственно съ этимъ выбрать тотъ или другой способъ оперативнаго пособія. Такъ какъ обычными способами, изслѣдованіемъ подъ хлороформомъ и продолжительнымъ наблюденіемъ окончательно выяснитъ этотъ вопросъ не удалось, то было рѣшено сдѣлать діагностическій разрѣзъ, при чемъ дальнѣйшій планъ дѣйствій былъ составленъ такой: если маленькая продолговатая опухоль окажется растянutoю кровью трубой, то предполагалось удалить ее черезъ лапаротомію, если же эта опухоль окажется тѣломъ матки, а большая опухоль — растянутымъ влагалищемъ, однимъ, или съ шейкой матки, то проложить путь для выхода крови черезъ влагалище, а пробный разрѣзъ зашить.

Операція произведена проф. К. Ф. Славянскимъ 21 октября 1887 г. Кожный разрѣзъ проведенъ по l. alba, начиная отъ пупка, и оконченъ, не доходя пальца на 3 до лобка. Брюшина

¹⁾ См. В. В. Сутугинъ. Къ вопросу о врожденныхъ зарращеніяхъ рукава и о способахъ ихъ оперативнаго леченія Журн. Ак. и ж. 6. 1887 г. № 5.

вскрыта на протяженіи около 4 стм.; при изслѣдованіи пальцемъ, введеннымъ въ полость брюшины, оказалось: большая опухоль представляетъ растянутое влагалище и шейку матки, тѣло же матки сидитъ на опухоли съ правой стороны въ видѣ ея придатка. Скопленія крови въ трубахъ въ формѣ отдѣльныхъ опухолей не опредѣляется. — Тотчасъ же взять изогнутый толстый троакаръ, и подъ контролемъ пальца, введеннаго въ rectum, осторожно проведенъ чрезъ заросшее мѣсто рукава въ верхній, растянутый кровью отдѣлъ влагалища. Стилеть вынуть, черезъ трубку медленно начала выдѣляться густая коричневаго цвѣта жидкость, оказавшаяся подъ микроскопомъ кровью съ частію распавшимися, частію претерпѣвшими значительныя измѣненія въ формѣ кровяными тѣльцами. Количество выдѣлившейся крови было около 400 grm.

Брюшной разрѣвъ зашить. Брюшина соединена 2 кетгут-выми швами, кожная рана—8 шолковыми (5 глубокихъ и 3 поверхностныхъ). Трубка троакара замѣнена толстымъ каучуковымъ дренажемъ, вокругъ дренажа и на наружный его конецъ положена іодоформенная марля, салициловая вата, юта, и все это укрѣплено Т-образной повязкой.

Больная пребыла подъ клиническимъ наблюденіемъ до половины марта 1888 г. Брюшной разрѣвъ зажилъ *per primam*. Отверстіе черезъ перегородку *vagin'ы*, вслѣдствіе рубцового сокращенія ткани, нѣсколько сзuzилось, и 4-го февраля 1888 г. было расширено двумя боковыми разрѣзами, края которыхъ обшиты шелковыми швами. Регулы въ первый разъ пришли 20 января,—черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи, были довольно обильны, съ болями, продолжались 8 дней съ перерывомъ въ 2 дня. Второй разъ крови пришли 7 марта, тоже довольно обильны, но безъ болей; продолжались 4 дня. Больная чувствуетъ себя очень хорошо, и 12 марта выписалась изъ клиники.

Насколько мнѣ извѣстно, въ литературѣ не описано ни одного случая діагностической лапаротоміи, которая была бы примѣнена при условіяхъ, имѣвшихся въ нашемъ случаѣ. Между тѣмъ, умѣстность ея въ этомъ случаѣ едва ли подлежитъ сомнѣнію. Маленькій брюшной разрѣвъ, при асептической обстановкѣ, представлялъ весьма мало опасности, а между тѣмъ онъ далъ возможность вполне точно и отчетливо выяснить условія операціи. Благодаря ему 1) былъ исключенъ *haematosalpinx*, и потому проложеніе пути для стока крови черезъ влагалище уже не имѣло главнаго противопоказанія; а 2) самая эта операція

уже не являлась такою «слѣпою», какъ это было бы, еслибы проколъ былъ произведенъ безъ точнаго выясненія топографическихъ отношеній сосѣднихъ органовъ. Имѣя передъ глазами мочевоу пузырь и растянутый кровью верхній отдѣлъ влагалища, составивъ себѣ ясное представленіе о толщинѣ перегородки и выяснивъ направленіе, въ которомъ она должна быть проколота, при контролѣ per gestum, операторъ могъ вести троакаръ, отдавая себѣ отчетъ въ каждомъ миллиметрѣ проходимой имъ ткани и не рискуя заблудиться среди весьма нерѣдкихъ при гинатрезіяхъ измѣненій топографическаго положенія тазовыхъ органовъ.

XVI.

Mola racemosa.

К. Кемарскаго (Гродно).

Желая подѣлиться съ товарищами своими впечатлѣніями относительно случая пузырьнаго заноса, бывшаго въ Гродненскомъ Родильномъ Приютѣ, я намѣренъ указать на тѣ особенности этого случая, которыя представляютъ интересъ въ акушерскомъ отношеніи. Прежде чѣмъ коснуться разбираемаго нами случая, не лишнимъ полагаю представить тотъ обзоръ, утвердившихся въ наукѣ положеній, которыя составляютъ еще далеко не разработанный матеріалъ въ ученіи о заносахъ вообще и пузырьномъ въ особенности. Стоитъ только остановиться на опредѣленіи пузырьнаго заноса, какъ уже съ перваго шага, наталкиваемся на туманныя и ошибочныя представленія, часто не выдерживающія критики въ гистологическомъ отношеніи. Таковы названія пузырьнаго заноса:—*Mola hydatinosa*. *Exochorion*. *Mухома multiplex*. *Mухома diffusum*. *Mухома fibrosum placentae*. *Mola racemosa*.

Пузырный заносъ извѣстенъ былъ еще въ 1565 г., первый описалъ его Schenk von Grafenberg. Уже въ болѣе позднѣйшее время работами ученыхъ Геллера, Метенгеймера, Брауна, Вирхова, Graily Hewitt, Гшейдлена до нѣкоторой степени выяснена гистологическая сторона происхожденія пузырей заноса. Картина развитія этого заноса, въ настоящее время, предста-

вляется въ слѣдующемъ видѣ. Онъ образуется вслѣдствіе гипертрофіи и гиперплазіи слизистой ткани и эпителія ворсинокъ chorion. Въ первые два мѣсяца беременности, когда chorion на всей своей наружной поверхности покрыта ворсинками, связующими chorion съ decidua reflexa, питаніе яйца поддерживается именно только этою связью. Въ это время, если произойдетъ нарушеніе питанія въ мѣстѣ этой связи, можетъ образоваться пузырьный заносъ, такъ и было въ случаѣ, сообщенномъ Williams'омъ въ 1875 г., гдѣ такой заносъ отдѣлился въ цѣлости съ chorion, на поверхности которой были расположены пузырьки на подобіе жемчуга. Если такое патологическое измѣненіе происходитъ на кожистой оболочкѣ, то питаніе яйца дѣлается неправильнымъ, всѣ элементы яйца какъ бы перестаютъ развиваться, существующіе атрофируются, и развивающаяся патологическая опухоль часто долго не остается въ маткѣ, а силою сокращеній ея выводится наружу, безъ всякихъ слѣдовъ зародыша. Въ этомъ случаѣ любая точка на периферіи chorion можетъ быть исходною точкою заболѣванія. Процессъ начинается съ того, что ворсинки, вслѣдствіе увеличеннаго содержанія слизистой ткани, заключающейся въ ворсинкахъ, увеличиваются и какъ бы разбухаютъ, дѣлаются больше и длиннѣе, образуютъ какъ бы вздутія на концахъ ворсинокъ въ видѣ пузырей. На поверхности ворсинокъ (по Вирхову) происходитъ значительное развитіе клѣтокъ эпителія. Когда усиленное развитіе слизистой ткани идетъ дальше, то такіе пузыри являются не только на концахъ, но и на протяженіи ворсинокъ. Измѣненіе слизистой ткани идетъ не только на счетъ ея увеличенія, но при этомъ происходитъ распадѣніе слизистыхъ клѣтокъ; въ самой полости ворсинокъ образуются какъ бы разгородки или отдѣльныя пространства, стѣнки которыхъ состоятъ изъ рыхлой соединительной ткани, пространства же выполнены безцвѣтною жидкостью. Пузырьки висятъ на тонкихъ основаніяхъ и, скопляясь во множествѣ, образуютъ видъ виноградной кисти. Группы такихъ пузырьковъ никогда не сидятъ на одномъ общемъ стеблѣ, а ножки ихъ переходятъ отъ одного пузырька къ другому и даютъ отъ себя развѣтвленія. Всѣ пузырьки, близъ лежащіе къ стѣнкѣ матки, снаружи одѣваются отвороченною опадающею оболочкою, и это обстоятельство сохраняетъ ткань матки отъ разрушенія, иначе же, за недостаткомъ опадающей оболочки, пузырьки эти проникаютъ въ самую подслизистую и мускульную ткань маточной стѣнки или внѣдряются въ сосудистыя пазухи

и разрушаютъ стѣнку матки иногда до серознаго покрова или клѣтчатки. Это бываетъ не часто потому, что рѣдко когда заносъ остается въ маткѣ больше 3—5 мѣсяцевъ, слѣдовательно, отпадающая оболочка еще въ состояніи, развиваясь соотвѣтственно усиленному росту пузырьковъ, составить какъ бы оплотъ въ смыслѣ сохраненія маточной ткани. Что касается до химическаго состава жидкости, наполняющей пузырьки, то она близко подходитъ къ амніотической. По Гшейдену она состоитъ изъ воды, муцина, небольшихъ количествъ альбумина и слѣдовъ лейцина и тирозина. Съ дальнѣйшимъ развитіемъ заноса пузырьковая жидкость теряетъ сходство съ амніотической и приближается къ серознымъ трансудатамъ, такъ какъ въ ней начинаетъ увеличиваться содержаніе бѣлка, тогда какъ количество послѣдняго при увеличеніи амніотической жидкости съ теченіемъ беременности постоянно уменьшается. Вообще чѣмъ дальше идетъ ростъ пузырей, тѣмъ жидкость ихъ дѣлается плотнѣе. Развитіе заноса можетъ произойти уже въ то время, когда *alantois* своимъ расширеннымъ концомъ сближенъ съ *chorion* (къ концу 2-го мѣсяца беременности) и вѣдряется въ нее своими ворсинками, какъ бы вплетаясь въ сѣть ворсинокъ *chorion*. Если въ это время вслѣдствіе какой либо причины произойдетъ усиленное разращеніе ворсинокъ *chorion* и совмѣстныхъ съ ними ворсинокъ *alantois*, то можетъ развиваться пузырьный заносъ и, по изслѣдованіямъ Вирхова, все дѣло объясняется разращеніемъ эпителія ворсинокъ кожистой оболочки, распространяющихся въ видѣ отростковъ по направленію къ рыхлой соединительной ткани. Эта же соединительная ткань происходитъ отъ алантоиднаго мѣшка и составляетъ продолженіе пуповинной (Вартоновеой) студени. Слизистое межъячейчатое вещество увеличивается и, отъ его накопленія и растворяющаго дѣйствія слизи на ячейки, ворсинки постепенно превращаются въ пузырьки съ жидкимъ содержимымъ. Образовавшійся такимъ образомъ пузырьной заносъ растетъ рядомъ съ мертвымъ, мацерированнымъ или даже и съ здоровымъ плодомъ. Дави и Гильдебрандтъ представили нѣсколько случаевъ, гдѣ вмѣстѣ съ пузырьнымъ заносомъ существовалъ и здоровый плодъ. У профессора Лазаревича описанъ его случай, гдѣ вмѣстѣ съ пузырьнымъ заносомъ на маточной сторонѣ послѣда, былъ мацерированный четырехмѣсячный плодъ. Кромѣ этихъ ученыхъ подобные случаи приводятъ и другіе: какъ, *Boivin*, *Maj*, *Hewitt*, *Porper* и т. д.

Слѣдовательно, заносъ, развившійся въ моментъ образованія, *alantois* можетъ существовать въ маткѣ иногда довольно долго, но однако ни какъ не долѣе 6-го мѣсяца. При кровянистомъ и мясистомъ заносѣ, они оставались иногда до 11 и 13 мѣсяцевъ, при пузырьномъ же такихъ случаевъ не было.

Причины происхожденія пузырьнаго заноса могутъ быть со стороны плода или яйца и матери. Со стороны плода или яйца—смерть его отъ сифилиса или другихъ дискразій или перетягиванія пуповины. Со стороны матери—часто травматическія причины, ушибы, паденія, толчки, нравственныя потрясенія — испугъ, гнѣвъ и т. п. Но почему эти же причины со стороны матери и яйца разъ ведутъ къ выкидышу, что и бываетъ часто, а другой разъ ведутъ къ образованію заноса? Достаточныхъ объясненій этого вопроса въ нашей литературѣ заносовъ не встрѣчается. Занимаясь акушерскою практикою въ продолженіи двѣнадцати лѣтъ, я имѣлъ много случаевъ наблюдать выкидыши и заносы, послѣдніе въ различныхъ его видахъ, а) бугристый, в) кровянистый и е) пузырьчатый, встрѣчающійся сравнительно рѣже первыхъ двухъ. На причины происхожденія выкидышей и заносовъ у меня составилъ свой взглядъ на этотъ предметъ, который я постараюсь изложить здѣсь. Во время первыхъ мѣсяцевъ беременности, яйцо, окруженное стѣнками матки, находится въ связи съ этими стѣнками посредствомъ ворсинокъ кожистой оболочки; въ этихъ ворсинкахъ и происходитъ притокъ питательнаго матеріала. Слѣдовательно, на периферіи всего яйца въ первые два мѣсяца беременности, начиная съ 3-го мѣсяца въ мѣстѣ развивающагося изъ *alantois* послѣда, происходитъ довольно сильная физиологическая гиперемія и на столько сильная, что обнаруживаются замѣтно признаки малокровія у женщины, всѣхъ ея органовъ и тканей, кожи, слизистыхъ оболочекъ, за исключеніемъ половыхъ органовъ. Въ это время является, положимъ, какая нибудь травматическая причина или нервное потрясеніе—ушибъ, паденіе, гнѣвъ, испугъ и т. д. — дѣйствіе такой причины вызоветъ еще болѣе сильный приливъ крови въ томъ мѣстѣ, гдѣ и безъ того была уже физиологическая гиперемія, до того сильный, что произойдетъ разрывъ нѣжныхъ кровеносныхъ сосудовъ, т. е., произойдетъ *aroplexia* въ мѣстѣ соединенія оболочекъ яйца и матки. Если крови, излившейся между *chorion* и *decidua reflexa*, будетъ достаточно, то она по силѣ тяжести, опускаясь внизъ, будетъ отслаивать *chorion* отъ *decid. reflexa* и судьба яйца будетъ зависѣть отъ

тонуса, упругости мышечныхъ волоконъ матки, а такъ же и энергіи и воспріимчивости нервной системы, заложеной въ стѣнкахъ матки. При такихъ условіяхъ, у молодыхъ здоровыхъ субъектовъ и первобеременныхъ чаще всего происходитъ изверженіе яйца, т. е., выкидышъ. Если же крови не много и мѣсто разьеденія не велико, то и беременность можетъ продолжаться правильно. Вотъ почему и случаетъ заносовъ у молодыхъ, здоровыхъ субъектовъ и первобеременныхъ почти не бываетъ. У субъектовъ же слабыхъ, золотушныхъ или же малокровныхъ и многорожавшихъ, гдѣ всѣ ткани полового аппарата представляются вялыми, дряблыми, гдѣ и нервная система менѣе воспріимчива къ внѣшнимъ раздраженіямъ, тамъ судьба яйца будетъ иная: кровь, излившаяся между оболочками, хотя бы по силѣ тяжести опускаясь и разьедняла бы эти оболочки, т. е., chorion и decid. reflexa на значительномъ пространствѣ, сама бы подвергалась измѣненію, въ жидкой своей части она бы всасывалась, а плотныя ея части жирноперерождались и также отчасти всасывались, но она въ началѣ своего появленія между оболочками, какъ инородное тѣло, не достаточно бы возбуждала нервы къ раздраженію, а слѣдовательно, и не произошло бы достаточныхъ сокращеній матки для еще большаго отдѣленія яйца отъ стѣнокъ матки и, наконецъ, изверженія его. Нуженъ цѣлый рядъ причинъ, чтобы возбудить нервы вялой матки для окончательнаго отдѣленія и изгнанія яйца; этимъ и объясняются продолжительныя отдѣленія крови изъ половыхъ органовъ и всѣ явленія такъ называемыхъ хроническихъ выкидышей.—Если выкидыша не произойдетъ, то оставшееся въ маткѣ яйцо, отчасти отдѣленное, начинаетъ свой патологическій ростъ, благодаря отсутствію энергіи сокращеній матки. Патологическій ростъ яйца обуславливается неравномѣрностію распредѣленія крови по периферіи яйца. Тамъ, гдѣ связь яйца, его chorion съ decidua reflexa нарушена, поступления крови въ этомъ мѣстѣ отъ матки къ яйцу не будетъ, и эта часть яйца должна получать кровь чрезъ тѣ мѣста, гдѣ еще существуетъ связь яйца съ маткой. слѣдовательно, въ этихъ мѣстахъ должна существовать такъ называемая викарная гиперемія, а такъ какъ самая тѣсная связь яйца съ маткою будетъ въ мѣстѣ наибольшаго развитія ворсинокъ chorion и alantois, то и понятно, почему въ этомъ мѣстѣ и произойдетъ усиленное питаніе ворсинокъ съ патологическимъ разращеніемъ всѣхъ элементовъ, составляющихъ ткань ворсинокъ. Такое разращеніе

идеть такъ далеко, что остальные части яйца отстаютъ въ своемъ развитіи, атрофируются, всасываются и исчезаютъ. Последнее бываетъ при развитіи пузырьнаго заноса съ ворсинокъ самой chorion, т. е., до 2-хъ мѣсяцевъ беременности, при этомъ зародышъ такъ малъ еще, что онъ можетъ исчезнуть безслѣдно, оставляя небольшую полость съ амниотическою жидкостію и остатками, пожалуй, пупочнаго канатика. Когда же развитіе пузырьнаго заноса происходитъ въ 3 мѣсяца и позже, то развившійся зародышъ или даже плодъ, хотя и атрофируется, мацерируется, но безслѣдно не исчезаетъ, тогда при заносѣ будутъ находимы хотя остатки частей самаго плода или зародыша. —

Чѣмъ дальше развивается заносъ въ маткѣ, тѣмъ онъ неблагоприятнѣе по отношенію къ стѣнкамъ ея. Развиваясь во множествѣ своихъ пузырей, онъ внѣдряется ими въ маточную стѣнку, разрываетъ ее и дѣлаетъ ее какъ бы изъѣденною, т. е., производитъ атрофію мышечной ткани, ведя иногда даже къ полному прободенію стѣнки и перитониту. Таковы случаи Wilton и Кригера.

Представивъ краткій очеркъ ученія о пузырьномъ заносѣ, перейду теперь къ описанію сообщаемаго мною случая. — 23 февраля 1882 года прибыла въ Гродненскій Родильный Приютъ еврейка Алта Яновская изъ м. Езёръ. Въ стационарной книгѣ Родильнаго Отдѣленія записана за № 11. Поступившая имѣетъ отъ роду 24 года, замужемъ четвертый годъ, третій разъ беременна. Трое родовъ были правильные и своевременные. Последняя беременность по словамъ роженицы, особенно отличалась отъ двухъ первыхъ беременностей. Разстройства нервной и кровеносной системы выражались явлениями частой тошноты, рвоты, слабостью, отдышкою и сердцебиеніемъ. Изъ предшествовавшаго состоянія Яновской выяснилось, что она въ последнюю беременность, въ силу сложившихся обстоятельствъ, находилась въ крайне бѣдственномъ положеніи, ей приходилось питаться почти что однимъ хлѣбомъ. За два дня до поступленія въ Родильный Приютъ она имѣла довольно обильное кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, такъ что когда была привезена, то сама не могла войти, а была внесена на рукахъ. При существующемъ сильномъ кровотеченіи, съ учащеннымъ слабымъ, почти нитевиднымъ пульсомъ, при довольно частыхъ обморокахъ и при ужасающей блѣдности кожи и слизистыхъ оболочекъ, она была принята въ 11¹/₂ часовъ вечера. Пригла-

шенный къ роженицѣ я ввелъ нѣсколько тампоновъ, послѣ предварительнаго спринцованія холодной воды съ прибавленіемъ liquor ferri sesquichlorati. Когда кровотеченіе немного было приостановлено, было приступлено къ осмотру живота и, по вынутіи тампоновъ, къ внутреннему изслѣдованію. Осмотръ далъ слѣдующіе результаты: Грудныя железы увеличены, соски и около-сосковые кружки окрашены пигментомъ. Животъ увеличенъ, круглой формы ¹⁾, матка, опредѣляемая перкуссіею была такъ велика, что дномъ своимъ стояла на четыре пальца ниже мечевиднаго отростка. Однимъ словомъ, матка по своей величинѣ и по высотѣ стоянія своего дна наводила на мысль о восьмимѣсячной беременности. При выслушиваніи, въ лѣвой сторонѣ матки слышенъ былъ маточный шумъ. Сердцебиенія плода не слышно. При пальпаціи стѣнки живота были довольно упруги. Полагая, что плодъ мертвъ, вслѣдствіе сильнаго кровотеченія, пришлось отложить всякія попеченія о скорѣйшемъ окончаніи родовъ съ цѣлью спасти плодъ. Частей плода вслѣдствіе упругости брюшныхъ стѣнокъ опредѣлить было невозможно. По вынутіи тампоновъ, сдѣлано было внутреннее изслѣдованіе, при чемъ оказалось: въ рукавѣ были сгустки крови, матка въ своемъ зѣвѣ была раскрыта не болѣе какъ на два пальца, края маточнаго зѣва еще не были сглажены, а представлялись валикообразными. Черезъ открытый зѣвъ надъ пальцемъ ощущалася рыхлая, губчатая масса, но болѣе плотная, чѣмъ обыкновенныя сгустки крови. Въ виду произведеннаго осмотра не было уже никакого сомнѣнія въ томъ, что въ данномъ случаѣ имѣемъ дѣло съ placenta praevia при мертвомъ плодѣ, положеніе котораго, судя по правильной формѣ матки, продольное, но головное или ягодичное—было неизвѣстно. Такъ какъ послѣ изслѣдованія кровотеченіе появилось снова, то опять введены были тампоны и употреблены возбуждающія средства. Потуги, хотя чрезвычайно слабыя и съ довольно длинными промежутками, съ момента поступленія роженицы въ пріютъ не прекращались. Кровотеченіе при тампонаціи останавливалось, а потому, назначая питательную пищу, возбуждающія средства и новую смѣну тампоновъ черезъ каждые четыре часа, съ предварительнымъ прополаскиваніемъ рукава холодной водой съ прибавленіемъ liquor ferri sesq., можно было ожидать та-

¹⁾ Окружность живота 97 с. Длина матки отъ дна до лобка 25 с. Ширина матки 23 с. Dist. Sp. il.—25 с. Cr. il.—28 с. Conj. ext.—19 с.

кого раскрытія матки, когда бы можно было приступить къ отслаиванію какого либо края послѣда и сдѣлать извлеченіе плода. Послѣ 30 часовъ времени пребыванія въ родильномъ пріютѣ роженицы, матка открылась всего только на три пальца и при изслѣдованіи уже въ это время можно было убѣдиться въ томъ, что тутъ дѣло не въ плацентѣ, а въ пузырчатомъ, загнившемъ заносѣ. Удаляя, мало-по-малу, большія массы пузырей и растягивая маточный зѣвъ, можно ужъ было ввести всю руку въ полость матки и, захватывая въ горсть массу пузырей, выводить ихъ въ приготовленную посуду. Выведеніе такой массы пузырей, отчасти уже загнившихъ, издающихъ такое сильное зловоніе, что открытіе форточекъ, дезинфекція карболовою кислотою не уменьшало зловонія, продолжалось около получаса. Два большихъ мѣдныхъ таза было вынесено таковой пузырчатой массы. Взвѣшиванія этой массы мною сдѣлано не было, такъ какъ операція выведенія была довольно продолжительна, и долгое пребываніе такой гнѣющей массы въ родильномъ отдѣленіи я считалъ небезопаснымъ по отношенію къ свѣжимъ родильницамъ. Мнѣ кажется, я не ошибусь, если скажу, что вѣсъ такой массы былъ приблизительно въ 4—6 фунтовъ, объемъ же самъ собою опредѣляется вмѣстимостію матки въ 8 мѣсяцевъ беременности. По мѣрѣ опорожненія полости матки, изслѣдующая рука находила стѣнки матки неровными, съ довольно глубокими въ нѣкоторыхъ мѣстахъ углубленіями, ограниченными какъ бы соединительно-тканными перемычками. Таковыя неровности не имѣли мѣста на одной какой нибудь стѣнкѣ матки, онѣ находимы были всюду и даже у дна. Во время самаго производства операціи кровотеченіе было ничтожное. Роженица въ это время имѣла частые обмороки, пульсъ нитевидный и иногда не ощутимый. Внутренніе приемы вина, трае valerianaе, снаружи напатырный спиртъ, одеколонъ поддерживали упадающія силы роженицы. Послѣ опорожненія матки и промыванія ея карболовою холодною водою, матка уменьшилась на столько, что дно ея стояло на два пальца ниже пупка.—Назначена была укрѣпляющая, питательная пища. Операція была окончена въ 4 часа утра 25 февраля. Температура 37,4; пульсъ нитевидный, неуловимый. Вечерняя температура того же дня 38,5; пульсъ 120.

26. Родильница слаба, сна и аппетита нѣтъ, жалуется на сильныя боли внизу живота и крестцѣ. Моча выпущена кате-

теромъ. Матка на 3 пальца ниже пупка, очищеніе кровяное въ маломъ количествѣ:

температура утр. $39,5^{\circ}$ п. 130. *Natr. Salicyl. Chloral-Hyd.* на ночь.

» веч. $38,3$ п. 120. Спринцованіе.

27. Моча выпускается катетеромъ. Очищеніе темно-бурое. Температура утр. $39,5$ п. 110.

» веч. 40° п. 130. Быль ознобъ продолж. $\frac{1}{4}$ часа, другой ознобъ прод. полчаса. Послѣ озноба температура 41° .

28. Аппетитъ имѣеть. Моча выпускается катетеромъ. Во всѣ часы дня температура 40° . Ознобъ продолж. около часу и послѣ него 41° .

1 марта. Матка на той же высотѣ, боли въ животѣ и крестцѣ слабѣе. Очищенія нѣтъ. Моча выпускается катетеромъ. Ъсть много. Температура утр. 39° , п. 90. Съ полудня температура 40° , п. 120. Веч. $40,3^{\circ}$, п. 120. Ознобъ прод. часъ, температура 41° .

2. Моча сама выдѣляется и кишечникъ дѣйствуетъ. Матка та же. Утр. температура 39° , п. 100. Ознобъ продолж. $\frac{1}{4}$ часа, послѣ озноба 40° ; температура веч. $39,5^{\circ}$, п. 100.

3. Матка на два пальца выше лобка. Аппетитъ хорошій всѣ отправления нормальны.

Температура утр. 39° , п. 90. Ознобъ прод. 40 м., температура 41° .

Вечер. температура $39,5^{\circ}$, п. 90. Ночью ознобъ прод. часъ, послѣ температура $41,5^{\circ}$.

4. Матка въ полости таза. Температура утр. $39,5^{\circ}$, п. 84.

» веч. $39,5^{\circ}$, п. 90.

5. Утр. температура $38,5^{\circ}$ п. 86. Ознобъ продол. $\frac{1}{2}$ часа, послѣ температура 40° .

веч. » $39,5^{\circ}$ п. 90.

6. Утр. » $38,7^{\circ}$ п. 86. Ознобъ продол. $\frac{1}{4}$ часа, послѣ 40° .

веч. » $39,5^{\circ}$ п. 90. Вечер. ознобъ продолж. $\frac{1}{2}$ часа, послѣ 40° .

7. Утр. » $38,5^{\circ}$ п. 84. Ознобъ продол. $\frac{1}{4}$ часа, послѣ 40° .

веч. » $41,5$ п. 100. Быль ознобъ, прод. часъ, послѣ $41,5^{\circ}$.

8. Утр. » 39° п. 90. Хининъ.

веч. » $39,5$ п. 96. »

9. Утр.	температура	39°	п.	90.	хининъ
	веч.	»	39,5 ^c	п.	100. »
10. Утр.	»	39°	п.	90.	»
	веч.	»	39,5	п.	90. »
11. Утр.	»	39	п.	84.	»
	веч.	»	39,5	п.	90. Ночью ознобъ продолж.
					¹ / ₂ , час. температура 40,5°.
12. Утр.	»	38,5°	п.	78	
	веч.	»	38,5 ^c	п.	78
13. Утр.	»	38°	п.	74	
	веч.	»	38,5	п.	80
14. Утр.	»	38°	п.	74	
	веч.	»	38,5	п.	78
15. Утр.	»	38	п.	78	
	веч.	»	38,5	п.	78
16. Утр.	»	38°	п.	74	
	веч.	»	38	п.	74
17. Утр.	»	38°	п.	74	
	веч.	»	38,2	п.	74
18. Утр.	»	38°	п.	72	
	веч.	»	38°	п.	72
19. Утр.	»	37,5°	п.	72	
	веч.	»	37,8°	п.	72

20, 21, 22, 23, 24 температура и пульсъ нормальны. Родильница здорова и 25 марта вышла изъ Родильнаго Приюта. Во все время пребыванія больной въ Родильномъ Приютѣ, она, не смотря на высокую температуру, имѣла всегда довольно сильный аппетитъ. Пищи, назначаемой по росписанію, ей оказывалось мало; ей назначалось молоко и яйца сверхъ порціи, т. е., она получала кварту молока и два яйца. Кромѣ всего этого покойная надзирательница Некрасова ежедневно давала ей отъ своего стола кофе, котлету. Словомъ, этотъ случай такого волчьаго аппетита при высокой температурѣ есть своего рода *unicum*. Передавъ вамъ исторію нашей больной, я долженъ подчеркнуть тѣ особенности даннаго случая, которыя представляютъ значительный интересъ въ акушерской практикѣ. 1) Пузырьчатый заносъ, до такой громадной величины разившійся, имѣлъ своею исходною точкою развитія ворсинки *chorion* въ первые два мѣсяца беременности; если бы началось развитіе съ 3-го мѣсяца, то есть уже въ то время, когда развитъ *alantois*, то зародышъ, разившійся отъ 7—9 саят. длины съ окостенѣвшею

ключицею и верхнею челюстію, не могъ бы исчезнуть безслѣдно. Развившійся пузырьный заносъ въ первые два мѣсяца беременности, какъ сказано уже, рѣдко достигаетъ роста 5—6 мѣсяцевъ. Нашъ же случай мнѣ кажется единственный и въ литературѣ не извѣстный. 2) Ошибочный диагнозъ, произведенный въ первые часы пребыванія роженицы въ Родильномъ Приютѣ, основанъ былъ на группѣ признаковъ беременности, настолько вѣскихъ, что сомнѣніе казалось невозможнымъ. 3) Недостаточное питаніе, истощеніе многорожавшей женщины могли быть важными условіями для развитія патологической беременности при дѣйствіи травматическихъ и нравственныхъ причинъ. 4) Недоразвитіе *decidua reflexa*, вслѣдствіе усиленнаго роста яйцевой оболочки, было причиною нарушенія цѣлости ткани маточной стѣнки, что и обнаружено было при изслѣдованіи. Не трудно себѣ представить, какой опасности подвергалась роженица въ теченіе самой беременности или въ моментъ изгнанія или выведения яйца. 5) Обильное употребленіе пищи при температурѣ отъ $39,5^{\circ}$ до 40° въ теченіе весьма продолжительнаго времени, представляетъ такую рѣдкость, которую немногимъ приходилось наблюдать у кровати лихорадящаго больнаго. Не отрицаю пользы дезинфицирующихъ и противулихорадочныхъ средствъ, употребленныхъ у кровати нашей больной, обильно употребляемая пища спасла больную отъ неминуемой смерти.

XVII.

Inversio totalis uteri puerperalis.

К. Кемарскаго (Гродно).

Выворотомъ матки называется такое ея выпячиваніе тѣла въ полость, когда внутренняя поверхность стѣнокъ становится наружною, бывшая полость исчезаетъ, а вмѣсто нея возникаетъ другая открытая кверху и высланная серозною оболочкой. Выворотъ матки, какъ извѣстно, бываетъ трехъ степеней:

1) *Depressio uteri*, когда дно ея, опускаясь немного, по направленію къ каналу шейки, можетъ образовать только вда-

вление, 2) *Inversio incompleta*, когда дно опускается ниже и доходить до самого канала шейки и 3) *Inversio completa s. inversio totalis uteri*, когда дно и тѣло ея проходить чрезъ каналъ шейки въ рукавъ или даже совершенно выходятъ наружу.

Въ послѣднемъ случаѣ, въ полости, образуемой ея углубленнымъ дномъ и тѣломъ, вмѣщаются фалопіевы трубы, яичники, круглыя, широкія и заматочныя связки, нерѣдко петли тонкихъ кишекъ, часть сальника и даже задняя стѣнка мочевого пузыря и передняя прямой кишки.

Вывороты первыхъ двухъ степеней случаются нерѣдко, но зато полные вывороты составляютъ явленіе весьма необыкновенное.

Въ Дублинскомъ Родильномъ Домѣ, со времени его основанія въ 1745 году по 1885 годъ на 190.000 родовъ, такой выворотъ наблюдался всего одинъ разъ. Съ 1867 года, въ клиникѣ, поликлиникѣ и частной практикѣ Фритша въ Галле по 1881 годъ всего наблюдался одинъ выворотъ. Браунъ въ Вѣнѣ на 250.000 родовъ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ не видѣлъ ни одного выворота. Въ завѣдуемомъ мною родильномъ пріютѣ на 570 родовъ не было ни одного случая выворота. Въ клиникахъ и родильныхъ домахъ случаи выворотовъ потому такъ рѣдки, что здѣсь роды ведутся на строгонаучныхъ основаніяхъ, чего не бываетъ въ частной практикѣ, а потому и случаи выворотовъ будутъ сравнительно чаще.

Предрасполагающими причинами выворота могутъ быть вялость матки у многорожавшихъ, *hydramnion*, двойни, уличные роды при стоячемъ положеніи женщины и при короткости пуповины. Также выворотъ можетъ произойти при усиленномъ дѣйствіи брюшнаго пресса, чиханіи, рвотѣ, при неумѣренномъ потягиваніи за пуповину, въ то время, когда послѣдъ еще прикрѣпленъ ко дну матки, вслѣдствіе ненадлежащаго примѣненія способа *Credé* или сильнаго давленія на животъ.

При происшедшемъ полномъ выворотѣ матки вслѣдствіе ущемленія или растяженія мягкихъ частей и находящихся въ нихъ нервовъ, обнаруживается сильная боль, идущая отъ матки къ крестцу и пахамъ. Нерѣдко бываетъ рвота, обмороки, сильный ознобъ, судорожныя подергиванія въ разныхъ мышцахъ, кровотеченіе, иногда опасное. При такихъ обстоятельствахъ могутъ обнаружиться явленія шока или коллапса. При полномъ выворотѣ надъ входомъ въ тазъ матка

вовсе не прощупывается. На внутренней поверхности вывороченной матки, находится возвышенная, рыхлая, неровная послѣдовая площадка или еще не отдѣлившійся послѣдь. При своевременномъ пособіи, обыкновенно исчезаютъ всё угрожающія явленія. Но если вывороченная часть ущемляется, то она опухаетъ, подвергается воспаленію и даже можетъ омертвѣвать.

Смерть можетъ послѣдовать отъ воспаленія брюшины, отъ ущемленія кишекъ и отъ кровотечения. Иногда же припадки ущемленія постепенно исчезаютъ, кровотеченіе останавливается и больныя долго послѣ живутъ съ вывороченною маткою, страдая сильными кровотечениями во время регуль и другими припадками, сопровождающими неправильное положеніе органа. Случаи, гдѣ при существованіи вывороченной матки, отсутствовали бы важныя болѣзненные симптомы, крайне рѣдки. Одинъ такой случай описанъ у Боавень: больная поступила въ больницу 6 дней спустя послѣ родовъ. Дюбуа и Voivín никакъ не могли вправить совершенно вывороченную у нея матку и больная ушла на 18 день послѣ родовъ. Спустя пять лѣтъ, она явилась къ г-жѣ Voivín съ вывороченною, но уменьшившеюся въ объемѣ маткою. Чувство давленія въ пахахъ, частые позывы къ мочеиспусканію и отдѣленіе красноватой слизи были единственными болѣзненными явленіями. Больная жаловалась на тучность и отсутствіе регуль.

Чѣмъ больше прошло времени послѣ родовъ, тѣмъ труднѣе вправить вывороченную матку. При послѣдовавшихъ, органическихъ измѣненіяхъ стѣнокъ матки и при сращеніи ея съ содѣльными частями, вправленіе становится невозможнымъ.

Какъ сказано уже раньше, самая главная причина выворотовъ лежитъ въ вялости матки; такое расслабленіе маточной стѣнки можетъ быть общее и частное. На этомъ обстоятельстве и основанъ весь механизмъ развитія полныхъ выворотовъ. Radford, Smith и Taylor думали, что прежде всего выворачивается расслабленная шейка, а затѣмъ уже сквозь нее протискивается, въ силу своего сокращенія, дно. Такой взглядъ не вѣренъ. При сокращеніи дна матки и тѣла, оно такъ выпячивается наружу, что опуститься внизъ не можетъ. Гораздо лучше объясняетъ механизмъ выворота Duncan. Онъ принимаетъ а) пассивный и в) активный выворотъ. Въ первомъ случаѣ: вся матка остается вялою, расслабленною внѣ сокращенія и при такихъ условіяхъ, если подѣйствуетъ брюшной прессъ или потягиваніе за пуго-

вину, то можетъ выворотиться весь органъ до самой шейки, если она сокращается; если же и шейка расслаблена, то и она выворачивается. Связки какъ широкія, такъ и круглыя не препятствуютъ вывороту, такъ какъ онѣ расслаблены и удлинены.

Если же такихъ инверсій не происходитъ чаще, то потому только, что, при слабости сокращеній, матка наполняется сгустками крови и потому не выворачивается, такъ какъ положительное внутри-маточное давленіе приблизительно возстановляется. Доказательствомъ дѣйствія внутрибрюшнаго давленія на расслабленную матку при внутри-маточномъ отрицательномъ давленіи, служатъ примѣры выворота ея по смерти одновременно съ изгнаніемъ ребенка или тотчасъ послѣ него (Taylor, Börner и Reimann 1887). Во второмъ случаѣ: когда расслаблено только то мѣсто или площадка, гдѣ былъ послѣдъ или дно матки (23 случ. Henning.), когда оно не сокращается совмѣстно со стѣнками матки, то оно выдается туда въ видѣ посторонняго тѣла (полипа). Дѣло происходитъ такъ: не вяченая, способная къ сокращенію часть стѣнки матки относится къ вяченной, какъ къ постороннему тѣлу; сокращаясь она обхватываетъ ее и, все болѣе отгѣсняя книзу, прогоняетъ наконецъ черезъ маточный зѣвъ.

Что касается до леченія, то въ виду мною собранныхъ, имѣющихся въ литературѣ способовъ и пріемовъ, постараюсь изложить этотъ отдѣлъ подробнѣе. Леченіе выворота всегда должно быть радикальнымъ, потому что многочисленныя, угрожающія жизни опасности зависятъ непосредственно отъ измѣненія положенія. Поэтому прежде всего необходимо вправленіе. Оно въ свѣжихъ случаяхъ часто не представляетъ затрудненій. При долгомъ же существованіи выворота, напротивъ того, вправленіе встрѣчаетъ затрудненія, хотя послѣднія не возростають пропорціонально продолжительности выворота. Случалось часто, что послѣ кратковременнаго существованія вправленіе оказывалось невозможнымъ, тогда какъ послѣ продолжительнаго существованія, оно, напротивъ, удавалось легко. Несправедливо было бы объяснять это поразительное наблюденіе ловкостью оператора или превосходствомъ какого либо метода. Всѣ манипуляціи слишкомъ просты, чтобы съ ними трудно было справиться. Все по большей части зависитъ отъ индивидуальности случая, такъ что одинъ разъ вправленіе удается, а другой разъ оказывается невозможнымъ. Затрудненія состоятъ, во-первыхъ, въ твердости и величинѣ подлежащей впра-

вленію матки; во-вторыхъ, въ узкости и не податливости шейки, черезъ которую должна пройти матка, и, въ-третьихъ, при старыхъ выворотахъ, въ склеиваніяхъ, наступающихъ въ воронкѣ. Съ первыми двумя затрудненіями и приходится считаться при свѣжихъ случаяхъ выворота; при застарѣлыхъ же выворотахъ, при сращеніяхъ, манипуляціи изъ влагалища будутъ бесполезны. При ручной попыткѣ вправленія, слѣдуетъ оперировать не быстро и не насильственно, а медленно, осторожно, съ промежутками. Приемы должны быть постоянно комбинированные, такъ чтобы снаружи лежащая рука поддерживала находящуюся внутри. Нужно начинать безъ наркоза, если изслѣдованіе показываетъ, что манипуляціи не слишкомъ болѣзненны. Боль служить самымъ лучшимъ контролемъ относительно поврежденій. Однако рѣдко лишь посчастливится быстро покончить дѣло безъ примѣненія наркоза.

Еще Кивишъ и Нёггератъ совѣтывали выпячивать матку указательнымъ пальцемъ, начиная съ одной изъ трубъ, и вправлять сперва то, что было выворочено послѣднимъ, т. е., дно матки. Эмметъ совѣтуетъ *vola manus* и пальцами производить сильное давленіе на матку, а вмѣстѣ съ тѣмъ концами пальцевъ вдавливать въ желобъ на шейкѣ и расширять его растопыриваніемъ пальцевъ. Такимъ образомъ давленіе на тѣло дѣйствуетъ уменьшающимъ, а центробѣжное давленіе въ шейкѣ расширяющимъ способомъ. Приводятся въ литературѣ случаи, гдѣ, при значительномъ давленіи на дно, вся матка отрывалась отъ верхней тонкой части влагалища съ исходомъ въ смерть. Поэтому необходимо препятствовать чрезмѣрному растяженію посредствомъ фиксированія *portionis*. Для этого, во-первыхъ, необходимо противодавленіемъ извнѣ препятствовать, чтобы матка не отодвигалась слишкомъ высоко въ брюшную полость, и, во-вторыхъ, шейка можетъ удерживаться изъ влагалища. Шредеръ совѣтуетъ фиксировать шейку снизу 4-мя мюзеевскими щипцами, а Фрейндъ — шелковыми тесьмами, проведенными сквозь шейку.

Придуманы были особые инструменты, имѣющіе видъ пестиковъ, сходные по формѣ съ старыми, снабженными ножкой влагалищными пессаріями, употребляемыми при выпаденіяхъ. Ими воспринимали матку въ находящемся на пестикѣ углубленіи и, затѣмъ, производилось сильное давленіе.

Пытались производить вправленіе такимъ путемъ, что большіе пальцы обѣихъ рукъ вводились во влагалище находящейся

въ боковомъ положеніи оперируемой, два пальца одной руки помѣщались въ rectum, а указательный палецъ другой—въ мочевоѣ пузыря. Пальцы, находящіяся in recto et vesica, должны были фиксировать матку, слѣдовательно, находясь въ выворотной воронкѣ, препятствовать приподнятію матки. Въ то же время большіе пальцы, противоудѣствуя другимъ, должны были отѣснять дно матки кверху.

Нѣкоторые гинекологи предлагали производить надрѣзы на шейкѣ точно такъ же, какъ при оперативномъ вправленіи ущемленныхъ грыжъ дѣлаются немногіе крупныя или многочисленныя мелкіе надрѣзы въ грыжевыхъ воротахъ. Саймсъ, напротивъ того, прежде вправленія производилъ три продольныхъ надрѣза на тѣлѣ матки. Онъ думалъ этимъ устранить предполагаемое препятствіе, состоящее, по его мнѣнію, въ циркулярныхъ мышечныхъ волокнахъ въ самомъ нижнемъ слоѣ маточной мускулатуры.

Другіе хирурги, не отрицая пользы такихъ надрѣзовъ, видѣли эффектъ въ истеченіи крови изъ матки и обусловленнаго тѣмъ опаденія припухлости и уменьшенія ея. Были предложены обматывать матку очень узкими Мартиновскими резиновыми бинтами. Сильное дѣйствіе эластическаго давленія можетъ принести въ извѣстныхъ случаяхъ пользу. Эмметъ пытался еще инымъ образомъ производить постоянное сильное давленіе на дно матки. Онъ проводилъ чрезъ маточныя губы серебряныя проволоки и, сильно натягивая, завязывалъ эти швы надъ дномъ матки. Далѣе, гинекологи сдѣлали наблюденіе, что хотя выворотъ и противустоитъ первой попыткѣ вправленія, однако же продолжительныя попытки, все-таки, наконецъ, приводили къ цѣли. Поэтому на отдѣльныя попытки смотрѣли, какъ на приготовительное леченіе. Цѣль этихъ попытокъ состояла въ размягченіи и уменьшеніи матки. По этому весьма естественно являлась мысль стремиться къ достиженію этого подготовительнаго уменьшенія путемъ постояннаго давленія на матку. Если, слѣдовательно, вывороченная матка лежала впереди влагалища, то она прежде всего вдвигалась обратно во влагалище, а затѣмъ впереди матки вставлялся пессарій.

Тайлоръ Сидтъ, которому мы обязаны этимъ методомъ, вставлялъ воздушный пессарій Гаріэля. Другіе—прикрѣпляли цѣлый аппаратъ. Пестикообразные инструменты приставлялись къ маткѣ и укрѣплялись снаружи тазовымъ поясомъ и Т-образнымъ бинтомъ. Мало-по-малу всѣ гинекологи перешли къ

кольпейринтеру Брауна. Этотъ часто употребляемый и всѣмъ извѣстный инструментъ вводится во влагалище до самой матки и наполняется или водою, или воздухомъ. Наполненіе доводится до той степени, при которой больная еще переноситъ давленіе. По нѣскольку разъ въ день производится форсированное наполненіе, чтобы такимъ образомъ усилить давленіе. Извѣстно не мало случаевъ, гдѣ матка, уступая постоянному давленію, вправлялась сама собою и при томъ это самопроизвольное вправленіе совершалось или безъ малѣйшаго ощущенія, или же съ сильнѣйшими потужными болями. Бывали случаи, гдѣ всѣ попытки къ вправленію остались безуспѣшными, а давленіе кольпейринтеромъ приводило быстро къ цѣли.

Въ этихъ фактахъ нельзя не видѣть указанія на то, чтобы при вправленіи не употреблять ужь очень большихъ усилій. Лучше попытаться произвести хотя бы даже въ продолженіе нѣсколькихъ недѣль введеніе кольпейринтера. Если уже послѣднее не привело къ цѣли, то въ такомъ случаѣ показанъ переходъ къ другому способу леченія. Въ виду имѣющихся въ литературѣ случаевъ, которые были излечены кольпейринтеромъ по прошествіи 11 и даже 40 лѣтъ, положительно не слѣдуетъ отказываться отъ этого безопаснаго способа, какъ отъ совершенно безнадежнаго. Однако, существуютъ препятствія къ вправленію, устраненіе которыхъ оказывается невозможнымъ. Это бываетъ при развитіи плотныхъ сращеній въ воронкѣ. Но и здѣсь кольпейринтеръ все же составляетъ наилучшій методъ вправленія. Если вправленіе невозможно, то необходимо ампутировать матку. Опасности, проистекающія отъ продолжающагося существованія смѣщеній, на столько велики, что настоятельно требуютъ радикальнаго леченія. Въ старыя времена примѣняли лигатуру, предоставляли матку ниже лигатуры гангренѣ и быстро или медленно удаляли клочья, смотря по тому, какъ они отдѣлялись, легко или трудно. Значительный процентъ смертности хоть и указываетъ на недостатки этого способа, тѣмъ не менѣе, однако, попытка къ излеченію, быстро достигавшая цѣли, оказалась еще опаснѣе. Если матку отрѣзывали, или отщемляли экразеромъ или удаляли гальванокаустической петлей, то шейка вправлялась немедленно и кровоточащая, вполнѣдствіи гноящаяся или даже ихорозная поверхность опрокидывалась въ брюшную полость, такъ что наступала опасность кровотеченія или перитонита.

Поэтому пытались, сохраняя выгоду лигатуры, обойти ея

вредныя дѣйствія. Это достигалось способомъ многодневной предварительной лигатуры (Praeventive ligatur). Слѣдовало держать лигатуру до тѣхъ поръ, пока воронка, по всей вѣроятности, не выполнится перемычками соединительной ткани, вслѣдствіе сращеній, а затѣмъ матка, пока еще не гангренисцировалась, вырѣзывалась вонъ. И этотъ методъ имѣетъ свои недостатки: шейка все-таки вправлялась, развитіе сращеній, если ихъ раньше не было, не происходило, или же сила вправляющей шейки была такъ велика, что сращенія разрывались.

Новѣйшіе гинекологи предпочитаютъ рѣзущіе инструменты. (Браунъ въ Вѣнѣ 5 разъ удалялъ матку при выворотахъ, безъ предварительной перевязки). При такихъ операціяхъ опасность является главнымъ образомъ отъ кровотеченій. Въ этомъ случаѣ лучшимъ средствомъ противъ кровотеченія служитъ шовъ. Хегаръ предложилъ черезъ вывороченную матку, по направленію сзади напередъ, провести 4 — 5 проволочныхъ или шолоковыхъ лигатуръ. Если матка лежитъ слишкомъ высоко, то оттягиваніемъ книзу ее можно сдѣлать доступной. По завязкѣ этихъ швовъ можно подъ послѣдними отрѣзать матку. Саймсъ накладывалъ эти швы послѣ удаленія матки. Возможенъ и такой способъ: сперва вокругъ матки или шейки ея, такъ высоко, какъ только можно (безъ опасеній), позади двухъ перекрещивающихся подъ прямымъ угломъ иголокъ, налагаютъ резиновую трубку; затѣмъ матку отрѣзываютъ, дѣлаютъ поверхность разрѣза немного желобоватой, тщательно соединяютъ ее швомъ и затѣмъ, по снятіи кровоостанавливающей трубки, шейку предоставляютъ своей участи.

Разсмотрѣвъ приведенную мною литературу леченія выворотовъ, не могу не остановиться на 4-хъ способахъ, рекомендуемыхъ въ послѣднее время Крассовскимъ.

1) Способъ Montgomery. Нужно захватить рукою нижній отрѣзокъ матки, какъ можно ближе къ зѣву, крѣпко его сжать и держать въ этомъ положеніи, какъ можно дольше и въ то же время вправлять матку въ томъ же направленіи и по тѣмъ же правиламъ, какъ и при способѣ Kilian'a и M. Clintoх'a, т. е., какъ при грыжѣ. 2) Способъ Tyler-Smith'a, рекомендуемый Барнсомъ и испытанный многими извѣстными англійскими акушерами, состоитъ въ томъ, что сжатіе нижняго отрѣзка матки производится не рукою, а помощію каучуковаго пессарія, наполненнаго воздухомъ; пессарій накладывается вблизи зѣва и оставляется на нѣсколько дней. Этимъ способомъ достигается

сжатіе постоянное, равномерное и, по мѣрѣ надобности, продолжительное. Tyler-Smith достигъ этимъ способомъ благопріятнаго результата у больной, страдавшей выворотомъ матки въ продолженіе 12 лѣтъ. 3) Надрѣзы зѣва производятся очень просто: опухоль (вывернутая матка) помощію щипцовъ Nelaton'a или петлей низводится ко входу влагалища, и пуговчатымъ бистури или ножницами Scanzoni подъ руководствомъ пальцевъ дѣлають продольные разрѣзы зѣва на мѣстѣ ущемленія, съ каждой стороны по одному, глубиною отъ $\frac{1}{2}$ до 1 cm. Иногда сначала накладываютъ кольцо изъ вулканизированнаго каучука, лишь послѣ того прибѣгаютъ къ надрѣзамъ зѣва. 4) Способъ Courty состоитъ въ томъ, что вывороченная матка выводится изъ половой расщелины, два пальца (средній и указательный) одной руки вводятся въ прямую кишку и со стороны передней стѣнки ея проводятся въ зѣвъ матки; крючкообразно согнувши ихъ, сильно растягивають зѣвъ; въ то же время другою рукою стараются вправить матку. Способъ этотъ заслуживаетъ вниманія при трудныхъ обстоятельствахъ.

Перейду теперь къ описанію наблюдаемаго мною случая.

Бажанова, 20 лѣтъ, жена чиновника, первороженца, 12-го іюля 1886 года родила благополучно, отдѣленіе мѣста произошло самопроизвольно. Родильница чувствовала себя хорошо и плохо выполняла совѣты акушерки—лежать совершенно покойно. На 4-й день послѣ родовъ, 15-го іюля въ 11 ч. 5 м. вечера, родильница встала съ постели и сѣла на горшокъ; при сильныхъ натугахъ и жиленіи у нея выпала вывернувшаяся матка. Родильница почувствовала себя такъ дурно, что ее подхватили и положили въ постель. Было обморочное состояніе, тянущія боли внизу живота и весьма слабое, почти ничтожное кровотеченіе. Приглашенный къ больной, я нашелъ вывернутую матку, помещающуюся между бедрами родильницы. Матка величиною была, приблизительно, въ длину 14—15 cm., въ ширину 8—10 cm. у дна, ближе къ половой щели около 6 cm. и толщиною у дна 5—6 cm. Поверхность ея была темно-красная, шероховатая и мало кровоточивая. Состояніе родильницы было таково: пульсъ частый, ускоренный и замѣтно малый, необыкновенная блѣдность лица и слизистыхъ оболочекъ, обмороковъ при мнѣ не было. Особенно рѣзкихъ явленій, или особенныхъ болей также не было.

Черезъ переднюю брюшную стѣнку можно было ясно прощупать отсутствіе матки и ясно выраженное углубленіе въ

видѣ воронки. Около 12 часовъ ночи, спустя не болѣе полчаса послѣ совершившагося выворота и выпаденія, я приступилъ къ вправленію вывороченной матки, придерживаясь способа Kilian'a. Захвативъ полною рукою вывернутую матку, я старался вдвинуть ее во влагалище, это не представило большой трудности, не продвигая дальше черезъ зѣвъ, такъ какъ въ немъ встрѣтилось значительное препятствіе.

Не смотря на растяженіе маточнаго зѣва растопыренными концами пальцевъ, матка только незначительно своею частью прошла зѣвъ и дальше, не смотря на всѣ усилія, не вдвигалась. Предполагая спазматическое сокращеніе маточнаго зѣва, я отказался отъ дальнѣйшихъ попытокъ производить форсированное вправленіе до полной наркотизаціи хлороформомъ, считывая на ослабленіе спазма отъ наркотизаціи. Такъ какъ угрожающихъ явленій со стороны родильницы не было, то и рѣшено было отложить операцію дальнѣйшаго вправленія подѣ хлороформомъ до слѣдующаго дня.

На другой день, совмѣстно съ докторомъ Г. Т. Замковымъ, мы нахлороформировали больную до полной наркотизаціи и производили вправленіе матки; нѣсколько разъ я и д-ръ Замковъ пытались вправлять ее, но безуспѣшно; вправивъ весьма незначительную часть ея, дно же и тѣло оставили въ рукавѣ. Провозившись довольно долго, мы рѣшили оставить дальнѣйшіе попытки къ вправленію. Къ операціи надрѣзовъ или другихъ какихъ либо рѣшительныхъ дѣйствій мы не прибѣгали, такъ какъ явленій, угрожающихъ опасностію жизни въ данную минуту не было, слѣдовательно, рисковать производствомъ надрѣзовъ уже въ то время, когда въ продолженіе цѣлаго часа примѣняли и безъ того форсированные приемы, не слѣдовало. Назначивъ пузырь со льдомъ на нижнюю часть живота, *Secale cornuti* внутрь и спринцованіе дезинфицирующими средствами, мы оставили больную. Вечеромъ въ тотъ же день я навѣстилъ больную. Боли внизу живота были умѣренные. Самочувствіе хорошо, температура была 39°. На другой день мы видѣли больную вмѣстѣ съ докторомъ Н. Д. Беклемішевымъ; въ виду высокой температуры больной назначили противулихорадочныя средства. *Chinin* по 5 гр., 2 раза въ день и спринцеваніе раствора сулемы (ex. *3ij ℥j*) стол. л. на кружку воды, черезъ каждые 2 часа. Вино, питательная діета и постоянное лежаніе на спинѣ. Затѣмъ, больная была посѣщаема мною ежедневно до 1-го августа. Въ теченіе всего этого времени тем-

пература держалась въ границахъ 38—39°, боли мало-по-малу утихали; съ 1-го августа температура сдѣлалась нормальной, болей почти совсѣмъ не было, отсутствіе матки надъ лобковымъ соединеніемъ ощущалось ясно.

Больная имѣла хорошій аппетитъ и сонъ, очищенія не было, да и трудно было замѣтить его при частомъ спринцованіи; больная такъ хорошо себя чувствовала, что часто просила разрѣшить ей сидѣть. Я посѣщалъ больную уже не каждый день, а черезъ день и два и строго запретилъ больной вставать или сидѣть. Такъ было дѣло до 8-го августа, когда уже въ послѣдній разъ я видѣлъ больную. Изслѣдовавъ матку, я нашелъ ее значительно уменьшившуюся до третьей части ея первоначальной величины, т. е., до вправленія. Она свободно лежала въ рукавѣ отчасти только вправленною въ маточный зѣвъ. Я позволилъ больной сидѣть и затѣмъ попробовать встать и, въ случаѣ кровотеченія во время регуль (она сама не кормила) или другихъ какихъ либо опасныхъ явленій, дать мнѣ знать. Кровотеченія не было. Больная чувствовала себя хорошо и я не видѣлъ ее цѣлый годъ.

Въ октябрѣ мѣсяцѣ 19 числа настоящаго 1887 года больная явилась ко мнѣ за совѣтомъ по поводу часто появляющихся головныхъ болей. Разспрашивая ее относительно какихъ либо страданій со стороны матки и половыхъ органовъ, я не слышалъ ни одной жалобы на какое либо страданіе въ половой сферѣ, ни боли внизу живота и крестцѣ, ни тяжести, ни даже бѣлей—не было.

Регулы правильные, чрезъ каждый мѣсяцъ, продолжаютъ по 3 дня, такіе же по характеру какъ были въ то время, когда она была дѣвушкой. На мое предложеніе изслѣдовать ее, она положительно воспротивилась этому, такъ какъ считаетъ себя совершенно здоровою. Но мнѣ не хотѣлось упустить случая, оставивъ безъ изслѣдованія.

Напугавъ ее тѣмъ, что головныя боли находятся въ тѣсной зависимости съ болѣзнями матки, я вынудилъ, наконецъ, согласіе.

Я былъ пораженъ, нашедши при изслѣдованіи вполне правильно сформировавшуюся влагалищную часть матки и самую матку въ легкой степени retrovers'ии. Такой случай самопроизвольнаго вправленія вывернутой матки настолько замѣчательнъ, что я рѣшился сообщить его Обществу врачей.

Такіе случаи такъ рѣдки и такъ мало вѣроятны, что когда нѣчто подобное случилось въ клиникѣ Шпительберга, онъ от-

казался самъ сдѣлать сообщеніе. Д-ръ Фритшъ въ Галле описываетъ слѣдующій случай. Шпигельбергъ принялъ въ свою клинику большую съ выворотомъ матки, чтобы показать слушателямъ столь рѣдкій случай. Нѣкоторое время больная оставлена въ клиникѣ безъ пользованія. У пациентки наступили сильные поносы, и когда ее изслѣдовали вновь, то выворотъ оказался исчезнувшимъ самопроизвольно. Объясненіе этого чудеснаго случая представилъ Шатцъ. Онъ предполагалъ, что двухнедѣльное лежаніе на спинѣ вызвало то, что брюшинныя прикрѣпленія матки сократились.—Въ нашемъ случаѣ, принимая въ расчетъ молодость больной, упругость и эластичность тканей, можно думать, что сокращеніями и возстановленіемъ также круглыхъ, широкихъ и заматочныхъ связокъ матка возстановилась въ своемъ правильномъ положеніи.

Что касается до новѣйшей литературы случаевъ выворота матки, то въ Журналѣ Акушерства и женскихъ болѣзней за 1887 г. приведены случаи: Roeser (май). Послѣ щипковъ и потягиванія за пуповину у 26 лѣтней роженицы образовался выворотъ. Послѣдовало вправленіе и опять выворотъ, перешедшій въ хроническій.

Fort (тамъ же). Выворотъ нѣсколько разъ былъ вправленъ и опять возобновлялся. Наложена была лигатура эластическимъ бинтомъ въ нѣсколько оборотовъ. Отдѣлилась матка и больная выздоровѣла.

Lawson Tait (тамъ же). Выворотъ принять былъ за полипъ; когда его удалили, то оказалась инверзія матки; у Alfred'a Venker'a была также ошибка.

Gustav-Schmalfus (за февр.). На 10-й день послѣ родовъ, вслѣдствіе потягиванія за пуповину произошелъ выворотъ. Вправленіе не увѣнчалось успѣхомъ. Произведена операція *larogotomia*—выздоровленіе.

Heusinger (ноябрь), сообщилъ 2 случая. У одной 33-хъ лѣт. акушерка тянула за пуповину; послѣдоваль выворотъ, акушерка сама отчасти вправила; спустя продолжительное время вправленіе удалось подъ наркозомъ. У другой 23-хъ лѣт. акушерка давила на дно, произошелъ неполный выворотъ, анемія, вправленіе удалось, но больная умерла отъ анеміи.

Barkas (октябрь). Послѣ родовъ вывернулась матка вмѣстѣ съ плацентой, вслѣдствіе потягиванія за пуповину, произведеннаго акушеркою. Авторъ отдѣлил послѣдъ и вправилъ матку. Кровотеченія не было. Полное выздоровленіе.

XIX.

Къ аномаліямъ потужной дѣятельности матки.

С. Ю. Хазана.

(Завѣдывающаго жепскою лечебницею въ Гродно).

Опубликованный Göth'омъ ¹⁾ интересный случай «missed labour», въ которомъ потужная дѣятельность матки не появилась къ нормальному сроку окончанія беременности и части разложившагося плода удалялись, почти годъ спустя, черезъ прямую кишку, побуждаетъ меня передать наблюденное мною въ одномъ случаѣ родовъ полное отсутствіе потугъ. Правда, виденный мною случай не совершенно аналогиченъ съ упомянутымъ—Göth'a, такъ какъ въ моемъ дѣло касалось невыношеннаго плода, тѣмъ не менѣе онъ можетъ представить нѣкоторый интересъ при изученіи этой, сравнительно еще мало изслѣдованной области патологіи родовъ—аномалій потужной дѣятельности.

Вотъ вкратцѣ исторія наблюденнаго мною случая.

11-го января сего года приходитъ ко мнѣ въ амбулаторные часы жена пивозчика М., съ жалобою на общую слабость и частые позывы къ мочеиспусканію. Больная 38 лѣтъ отъ роду, низкаго роста и весьма плохо упитанная. Вышедши замужъ на 22-мъ году жизни, она рожала 6 разъ, при чемъ 5 родовъ были нормальны, послѣдніе происходили 5¹/₂ лѣтъ тому назадъ, а одни роды были преждевременные и имѣли мѣсто сейчасъ послѣ первыхъ нормальныхъ родовъ. Менструаціи у нея появились въ первый разъ на 17-омъ году жизни; до послѣднихъ родовъ онѣ имѣли правильный характеръ, появлялись также во время кормленія дѣтей грудью и только въ послѣдніе годы онѣ стали болѣе неправильными, появляясь то рѣже, чѣмъ въ каждые 4 недѣли, то, наоборотъ, въ болѣе короткіе промежутки времени. Время послѣднихъ регулъ больная съ точностью опредѣлить не можетъ, но считаетъ себя беременною въ 6 мѣсяцѣ, такъ какъ уже 5—6 недѣль, какъ она чувствуетъ движенія плода. Больная утверждаетъ, что недѣлю тому назадъ она послѣ сильнаго физическаго напряженія, — поднятія тяжести, почувствовала, будто у нея отошли воды, при едва замѣтныхъ по-

¹⁾ Arch. für Gyn. Bd. XXXII. Heft 2.

тужныхъ боляхъ. Въ настоящее же время она, кромѣ нѣкото-
рой тяжести въ животѣ и легкаго недомоганія въ крестцѣ, ни-
какихъ болей не чувствуетъ, за то ее мучать частые позывы
къ мочеиспусканію и сильное слизетеченіе изъ половыхъ путей,
которое довело ее до сильнаго изнуренія. Убѣдившись при из-
слѣдованіи больной въ совершенной инертности вялой матки,
въ сохраненіи влагалищной части и въ закрытіи внутренняго
зѣва, я, не смотря на то, что мнѣ не удалось констатировать
жизнь плода, усомнился въ показаніяхъ больной относительно
отхожденія водъ и, считая найденную мною въ видимо нор-
мальной маткѣ 5—6 мѣсячную беременность еще не прерван-
ною, отпустилъ больную съ указаніемъ соблюдать абсолютный
покой и легкую питательную діету.

7 дней я не имѣлъ свѣдѣній объ этой больной. На 8-й
день я былъ приглашенъ къ ней на домъ. Какектический видъ
больной за эту недѣлю значительно увеличился, пульсъ—110,
повышенія t° нѣтъ. Изъ разспросовъ больной я узналъ, что
слизистое истеченіе изъ половыхъ органовъ за послѣднее время
сильно увеличилось и приняло зловонный характеръ. Больная
жалуется на частые ознобы, общее недомоганіе, отсутствіе аппе-
тита и потерю силъ. Исслѣдованіе черезъ брюшные покровы
дало вышеизложенный результатъ, при внутреннемъ же исслѣ-
дованіи я наткнулся на продолговатое твердое тѣло, которое
выстояло изъ входа во влагалище и при ближайшемъ осмотрѣ
оказалось почти уже обнаженнымъ отъ мягкихъ частей скеле-
томъ нижней конечности плода.

Выкидышъ, значить уже въ полномъ ходу, а между тѣмъ,
вялая, легко прощупываемая черезъ брюшные покровы, почти
въ уровнѣ съ пупкомъ лежащая матка, равно какъ сохранив-
шаяся еще вполне влагалищная часть, все это указывало на
полное отсутствіе потугъ, въ чемъ убѣдительно увѣряла меня
и больная.

Въ виду общаго состоянія больной и обильнаго слизисто-
гнойнаго, весьма дурно пахнущаго отдѣленія, я рѣшился уско-
рить изгнаніе плода. Имѣя дѣло съ многожовашкою, я смѣло
сталъ тянуть за выпавшую ножку, ожидая произвести такимъ
образомъ постепенное расширеніе родового пути. Дѣйствительно,
черезъ нѣкоторое время мнѣ удалось извлечь ягодицы и осталь-
ную часть мацерированнаго туловища плода. Но когда дѣло
дошло до головки, извлеченіе пошло туго; шейка плода уще-
милась внутри-маточнымъ зѣвомъ и безъ насилія дальнѣйшее

извлечение не обошлось бы. Не желая форсировать извлечения через вполне еще закрытый зѣвъ, я смѣлымъ поворотомъ туловища вокругъ его оси оторвалъ туловище отъ оставшейся внутри матки головки. Послѣ этого я, промывъ опорожнившеяся влагалище 2,5% растворомъ карболовой кислоты, вложилъ туда кольпейринтеръ, желая этимъ возбудить потужную дѣятельность матки и на всякій случай гарантировать себя отъ кровотеченія. Когда же на слѣдующее утро, т. е., черезъ 15 часовъ я пришелъ къ больной, то уже кольпейринтера во влагалищѣ не оказалось; болѣе 6 часовъ больная не могла вынести давленія отъ тампона и, выпустивши воду, она вынула кольпейринтеръ изъ половой щели. Ожидаемаго эффекта не послѣдовало. Кромѣ давленія отъ тампона больная за все время его лежанія, равно какъ послѣ его вынутія, никакихъ потужныхъ болей не чувствовала; и, дѣйствительно, при изслѣдованіи оказалось, что влагалищная часть не сглажена и внутренній зѣвъ и теперь едваходимъ съ трудомъ для одного пальца. Но далѣе медлить было ничего; больная должна же была разъ навсегда быть освобождена отъ маточнаго содержимаго. Фиксируя матку острымъ крючкомъ, мнѣ удалось, подъ контролемъ одного пальца лѣвой руки, захватить послѣ нѣсколькихъ неудачныхъ попытокъ корнцангомъ выступающій край черепной кости и осторожными тракціями вытащить сплюснутую головку наружу.

Остался не реагиовавшей на все это внутри матки еще послѣдъ.

Но слабая больная, измученная прежними манипуляціями, произведенными безъ наркоза, наотрѣвъ отказалась отъ дальнѣйшаго оперативнаго вмѣшательства съ моей стороны, прося со слезами на глазахъ дать ей немного успокоиться и отложить удаленіе плаценты до слѣдующаго раза. Будучи, какъ читателю извѣстно, поборникомъ активнаго веденія выкидыша, я въ данномъ случаѣ уступилъ мольбамъ больной только потому, что у меня зародилась мысль, не можетъ ли при данной атоніи матки развиться сильное кровотеченіе послѣ ускореннаго и внезапнаго удаленія всего сравнительно объемистаго маточнаго содержимаго. Такимъ образомъ, я теперь ограничился дезинфекціею влагалища и тампонированіемъ послѣдняго, равно какъ растянутой шейки матки ватой, смоченною въ 5% растворѣ карболовой кислоты. Вечеромъ того же дня я однако приступилъ къ удаленію послѣда, который оказался отдѣленнымъ отъ маточной стѣнки, и безъ особеннаго труда былъ

извлеченъ наружу корнцангомъ подъ контролемъ пальца. Матка, безъ того чтобы больная чувствовала какія нибудь боли, сильно уменьшилась въ объемѣ и опасаемого атонического кровотече- нія не наступило. Промывши теперь полость матки и влага- лище 2¹/₂% растворомъ карболовой кислоты, я профилактиче- ски еще затампонировалъ задній сводъ. Когда на слѣдующій день, т. е., черезъ 12 часовъ удаленные тампоны оказались су- хими и матка хотя значительнаго объема, но уже твердою на ощупь, я совершенно оставилъ больную. За эти два дня по- вышенія t° не было, пульсъ же колебался между 110—120 ударовъ въ минуту. Изъ собранныхъ мною, затѣмъ, справокъ у акушерки, которой я поручилъ слѣдить за родильницею, послѣ- операціонный періодъ прошелъ безъ особенныхъ осложненій.

Пожелавъ предъ написаніемъ этихъ строкъ узнать о судьбѣ больной, равно какъ пополнить нѣкоторые анамнестическія дан- ныя, скудно отмѣченныя въ моемъ амбулаторномъ журналѣ, я послалъ за больною. Оказывается, что она чувствуетъ себя прекрасно, имѣетъ здоровый видъ, уже два раза правильно менструировала и объективное изслѣдованіе половыхъ органовъ ничего аномальнаго не находитъ.

Отсылая читателя за свѣдѣніями по поводу существующихъ теорій относительно совершеннаго отсутствія потужной дѣятель- ности при выношенномъ плодѣ къ упомянутой статьѣ Göth'a, мы укажемъ на одинъ, какъ намъ кажется, для нашего слу- чая весьма правдоподобный этиологическій моментъ, а именно, на продолжающіяся менструаціи при одновременномъ кормле- нии грудью. Не затрогивая на этомъ мѣстѣ ближе патогенеза и значенія этого явленія мы ограничимся только указаніемъ на то, что послѣ продолжавшихся менструацій при одновремен- номъ кормленіи грудью мы нерѣдко видимъ сильную степень гиперинволюціи матки, ведущей за собою полную атрофію органа.

Отчего, спрашивается, не развиться бы при этомъ нѣкото- рымъ измѣненіямъ въ мышечной ткани, а главное въ ея нерв- ной возбудимости, измѣненіямъ, которыя влекли бы за собою подобныя вышеописаннымъ явленія потужной инерціи?

Вопросъ этотъ рѣшать конечно дальнѣйшія изслѣдованія и наблюденія.

XVIII.

Асцитъ, какъ симптомъ скручиванія ножки кистъ яичниковъ.

М. А. Шуринова.

Вопросъ о скручиваніи ножки кистъ яичниковъ, какъ съ анатомической, такъ и съ клинической стороны разрабатывается уже около 40 лѣтъ со времени работъ Rokitansk'ago ¹⁾ и Ribbentropp'a ²⁾, впервые описавшихъ это осложненіе — первый по даннымъ вскрытія, второй изъ наблюденій на живыхъ. Съ тѣхъ поръ многимъ оваріотомистамъ приходилось встрѣчать и отчасти діагностировать заранѣе это крайне серьезное осложненіе. Клиническія явленія при скручиваніи ножки кистъ, крайне разнообразныя, подробно описаны какъ въ отдѣльныхъ статьяхъ, такъ и въ учебникахъ. Самая послѣдняя, доступная мнѣ работа по этому вопросу, такъ сказать, монографія вопроса — это диссертация Parizot ³⁾, вышедшая въ 1886 году. Не повторяя описаній клиническихъ явленій при скручиваніи ножки кистъ, какъ достаточно общеизвѣстныхъ, скажу, что нигдѣ въ литературѣ мнѣ не пришлось встрѣтить случая, гдѣ-бы симптомомъ торзіи былъ только асцитъ, угрожающій жизни больной. Большинство авторовъ говоритъ объ асцитѣ при торзіяхъ вскользь, какъ о возможномъ спутникѣ, въ просмотрѣнной же мной, довольно большой казуистикѣ только въ двухъ случаяхъ Réan'a ⁴⁾ упоминается объ асцитѣ, наблюдавшемся при торзіяхъ и стоявшемъ на второмъ планѣ при явленіяхъ хроническаго перитонита.

Въ послѣднее время мнѣ встрѣтился исключительный случай асцита при скручиваніи ножки кисты, и я считаю долгомъ его описать.

Дарья И — ва, крестьянка, 27 лѣтъ; первые регулы получила на 14 году, типъ ихъ былъ правильный, черезъ 3 недѣли, по 3 дня; вышла замужъ на 23 году; беременна ни разу не была; никогда ничѣмъ серьезно не хворала. Около 10 мѣсяцевъ т. наз. замѣтила медленное увеличеніе живота, которое

¹⁾ Rokitansky. Lehrbuch der patol. Anat. III. p. 413.

²⁾ Ribbentropp. Preus. Vereinsztg. 1846 г. № 1.

³⁾ Parizot. De la torsion du pedicule des Kystes de l'ovaire. Thèse de Paris. 1886 г.

⁴⁾ №№ 522 и 540. 4°. Serie: des gastrotomies pratiquées pour l'ablation des tumeurs de l'ovaire etc. Cliniques chirurgicales de l'hôpital St. Louis par le d-r. Réan, IV volume. Цитировано по Parizot l. c. p. p. 49 и 50.

она объяснила сильно ею желаемой беременностью. Менструировала все это время больная правильно. Съ появленіемъ увеличенія живота изрѣдка стала чувствовать боли въ правой его половинѣ, внизу. Ради этого увеличенія живота поступила 30-го августа 1887 года въ земскую больницу въ г. Ямбургѣ, гдѣ ей была предложена операція, на которую она не согласилась и, пробывши въ больницѣ 3 недѣли, выписалась. Во время пребыванія въ больницѣ температура большой ни разу не переходила за норму. 15-го сентября, т. е., за недѣлю до выписки изъ больницы, былъ замѣченъ у больной асцитъ, появившійся безъ всякой видимой причины: жалобъ при этомъ она никакихъ не предъявляла. По выходѣ изъ больницы, по словамъ больной, животъ сталъ быстро расти. Приглашенный къ ней на домъ д-ръ Бруннеръ, окружной врачъ С.-Петербургскаго Воспитательнаго Дома, засталъ ее въ крайней опасности, вслѣдствіе механическаго вліянія огромнаго асцита и сдѣлалъ пункцію живота троакаромъ, причеъ удалилъ ведро совершенно прозрачной, легко створожившейся при стояніи, жидкости. Это было 4-го октября; 8-го октября асцитъ достигъ той-же степени, какъ и до прокола — вторичный проколъ съ удаленіемъ такого-же количества и качества жидкости. Послѣ перваго прокола д-ръ Бруннеръ опредѣлялъ въ лѣвомъ отдѣлѣ имѣющейся въ брюшной полости неправильной формы опухоли ясную флуктуацію. Послѣ 2-го прокола живота больная была помѣщена въ завѣдуемый д-ромъ Бруннеромъ сельскій лазаретъ 1-го Ямбургскаго округа С.-Петербургскаго Воспитательнаго Дома въ деревнѣ Мануйлово (близъ станціи Веймарнъ Балтійской ж. д.). Приглашенные на консультацію д-ръ К. Г. Штоль и я видѣли больную въ первый разъ 11-го октября. St. praes. Больная средняго роста, удовлетворительнаго питанія; цвѣтъ покрововъ нормальный; небольшой отекъ обѣихъ ногъ до колѣнъ и на mons Veneris, появившійся дной 5 тому назадъ. Животъ увеличенъ и равномерно растянутъ; наибольшая окружность его на уровнѣ пупка. При ощупываніи опредѣляется присутствіе въ брюшной полости свободной жидкости и гладкой опухоли, неподвижно прилегающей, повидимому, сращенной съ передней брюшной стѣнкой на пространствѣ отъ пупка до входа въ тазъ справа. Точные контуры и размѣры опухоли не опредѣлимы изъ-за асцита. Ощупываніе живота почти безболѣзненно. Introitus vag., рукавъ и port. vag. нерожавшей женщины. Port. vag. смѣщена кзади, тѣло и дно матки ясно не опредѣлилось. Черезъ передній сводъ прощупываются два отдѣла опухоли — правый болѣе и лѣвый — меньшій, раздѣленные довольно глубокой бороздой. Оба они могутъ быть приподняты вверхъ, оба гладки, эластичны; правый нѣсколько мягче. Величина и форма лѣваго отдѣла, а также связь его съ port. vag. дала возможность принять его за дно матки. Зондированіе матки произведено не было. Напряженіе брюшныхъ стѣнокъ крайне затрудняло изслѣдованіе. Опухоль признана за кисту праваго яичника. Физическое изслѣдованіе грудныхъ органовъ не дало ничего ненормальнаго. Печень изъ-подъ края ложныхъ реберъ не прощупывалась, верхняя граница также нормальна, область ея безболѣзненна. Моча безъ ненормальныхъ прирѣсей.

Не имѣя съ одной стороны во внутреннихъ органахъ никакихъ указаній на

обычныя причины асцита, а съ другой исключивъ на основаніи характера асцитической жидкости какое либо злокачественное новообразованіе, я высказалъ предположеніе, не зависить-ли асцитъ въ данномъ случаѣ отъ неполной торзіи ножки кисты яичника. Теоретически такое предположеніе было возможно.

Общее состояніе больной требовало по возможности скорой оперативной помощи, въ виду же ея слабости, а также нежеланія быть переводимой въ С.-Петербургъ было рѣшено произвести овариотомію на мѣстѣ и въ тотъ-же день. Кишечникъ больной наканунѣ былъ опорожненъ приѣмомъ *Ol. Ricini*, и наканунѣ-же она имѣла ванну. Для операціи была выбрана большая палата въ отдѣльномъ баракѣ, только что отремонтированномъ за-ново и не имѣвшемъ послѣ этого больныхъ. Операціоннымъ столомъ послужили новыя доски, положенныя на высокіе табуреты и покрытые сложеннымъ въ 4 раза байковымъ одѣяломъ и затѣмъ новой двухсторонней клеенкой и простыней. Операція произведена мною при ассистенціи д-ровъ К. Г. Штоля, А. Ф. Бруннера и земскаго врача Ябургскаго уѣзда П. Н. Прохорова.

Операція 11-го октября 1887 года. Наркозъ хлороформомъ. Разрѣзъ по *l. alba* отъ пупка внизъ около 10 см. По вскрытіи брюшины истекло огромное количество асцитической жидкости, прозрачной, желтоватаго цвѣта и маслянистой на ощупь. Представившаяся въ разрѣзѣ опухоль при изслѣдованіи рукой оказалась многополостной кистой, большею частью свободной и срощенной только съ передней брюшной стѣнкой вправо отъ срединной линіи плоскостѣнными, довольно рыхлыми срощеніями. Опухоль широко вскрыта ножомъ вдоль брюшной раны; она содержала густую жидкость. При попыткѣ захватить край разрѣза опухоли пулевыми щипцами и пинцетами Коеберга, ткань ея чрезвычайно легко рвалась. Тогда, отодвинувъ лѣвый край брюшной раны, вскрытъ также ножомъ слѣдующій отдѣлъ опухоли — истекла довольно густая, шоколаднаго цвѣта жидкость, не содержащая кровяныхъ сгустковъ. Оттянувъ теперь опухоль вправо, еще разъ она была разсѣчена — здѣсь содержимымъ была очень густая коллоидная масса, а стѣнки опухоли оказались сильно отечными. Расширивъ ножницами разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ вверхъ на 2 поперечныхъ пальца выше пупка, обойдя его слѣва, приступлено къ отдѣленію срощеній. Это удалось довольно легко тупымъ путемъ, пальцами, и только въ двухъ мѣстахъ потребовалось обшить порядочно кровоточившіе сосуды на внутренней поверхности брюшной стѣнки. Теперь опухоль извлечена изъ брюшной полости — она оказалась кистой лѣваго яичника, и ножка ея скрученной на $\frac{1}{2}$ окружности, такъ что передняя поверхность собственно есть задняя, и скручиваніе было по вертикальной оси слѣва направо. Ножка, состоявшая изъ части широкой связки и Фаллопиевой трубы, перевязана въ два пучка, и опухоль сръзана. Матка нормальной величины, на задней поверхности покрыта довольно большимъ количествомъ фибринозныхъ свертковъ. Какъ они, такъ и оставшаяся еще въ тазу и вообще въ брюшной полости жидкость по возможности вполнѣ удалены влажными компрессами изъ сулемованной марли. Поверхность сръза ножки закрыта брюшиной, обшита скорняжнымъ швомъ, запудрена іодоформомъ и опущена. Брюшная рана зашита 10 глубокими и нѣсколькими поверхност-

ными узловатыми швами. Повязка изъ іодоформной марли, салициловой (4%) ваты, гигроскопической ваты и мягкаго марлеваго бинта. Больная перенесена на постель и оставлена въ той-же комнатѣ, гдѣ произведена операція ¹⁾.

Послѣоперационное теченіе было вполне гладкое, безлихорадочное: температура выше 37,5 не подымалась ни разу. Первая смѣна повязки и удаленіе швовъ произведено 23-го октября, на 13-й день; заживленіе раны получилось полнымъ первымъ натяженіемъ. На 20-й день больная оставила постель, чувствуя себя вполне хорошо. Асцитъ не возобновился.

Разбирая этотъ случай, мы видимъ, что діагнозъ кисты яичника со скрученной ножкой вполне подтвердился, но киста была не праваго, а лѣваго яичника, и лѣвый ея узелъ симулировалъ дно матки. Результатомъ торзіи былъ огромный асцитъ и патолого-анатомическія измѣненія самой кисты, различныя въ разныхъ отдѣлахъ въ зависимости отъ степени измѣненія кровообращенія. Задній отдѣлъ (передній при операціи) представлялъ явленія размягченія стѣнокъ, правый содержалъ геморрагическую жидкость и массу кровоподтековъ со стороны полости, передній былъ сильно отеченъ. Скручиваніе было неполное, и не было въ кистѣ гангрены, какъ слѣдствія полнаго прекращенія кровообращенія. Время торзіи надо отнести къ 15 сентября, когда впервые былъ замѣченъ асцитъ. Имѣвшіяся перитоническія складки опухоли съ передней брюшной стѣнкой въ виду рыхлости, конечно, недавняго происхожденія и явилась слѣдствіемъ механическаго раздраженія отъ скручиванія ножки кисты, точно также, какъ и фибриновые свертки въ дугласовомъ пространствѣ. Отекъ ногъ объясняется гидремией, явившейся послѣ пункціи, удалившей огромное количество бѣлка. Въ клиническомъ отношеніи на первомъ планѣ стоялъ, такъ сказать, острый асцитъ, и больная несомнѣнно погибла-бы отъ него, если-бы не была подвергнута овариотоміи. Въ этомъ асцитѣ, какъ единственномъ симптомѣ скручиванія ножки кисты, повторяю, исключительность случая, нигдѣмъ никогда еще не описаннаго по наблюденію у постели больной.

¹⁾ Швы и лигатура наложены все шелковые разныхъ №№, свѣже прокипяченые въ сулемѣ 1:500. Для защиты кишекъ и краевъ раны, осушеніе и пр. употреблялись компрессы изъ іодоформной или сулемованной марли, смоченные сулемой въ растворѣ 1:1000, или такіе же шарики гигроскопической ваты. Инструменты лежали въ 5% растворѣ карболовой кислоты.

XX.

Кровотеченіе въ послѣродовомъ періодѣ, обусловленное плацентарнымъ полипомъ. *Jodum trichloratum* при тампонаціи матки.

В. Л. Жадкевича. (Новгородъ-Сѣверскъ).

Родильница 38 лѣтъ; III-рага, крѣпкаго тѣлосложенія. По выходѣ замужъ больна метрит'омъ, 1-го ребенка родила чрезъ 4 года послѣ замужества. Во время послѣдней беременности все время четвертаго и пятаго мѣсяца сильная гипохондрія; къ концу беременности здорова. Родила, по ея словамъ, легко; роды съ послѣдовымъ періодомъ тянулись минутъ 40-50. Первые дни послѣ родовъ чувствовала хорошо. На шестой день, сидя въ кровати, мыла голову, послѣ чего явились сильныя боли въ животѣ и къ лохіямъ примѣшалось значительное количество крови. На 20-й день прыгнула съ крыльца въ $\frac{3}{4}$ аршина вышиной и пробѣжала шаговъ 20; тотчасъ же сильное кровотеченіе, остановившееся безъ посторонняго вмѣшательства чрезъ часъ; послѣ кровотеченія обморокъ, шумъ въ ушахъ, судорожное подергиваніе ногъ; эти явленія скоро прошли и больная скоро оправилась, но чрезъ недѣлю послѣ незначительнаго физическаго усилія опять сильное кровотеченіе съ обморокомъ и другими признаками остраго малокровія. Тогда былъ приглашенъ я; придя чрезъ $\frac{1}{2}$ часа, я засталъ больную съ припадками остраго малокровія, кровотеченія же уже не было. Назначивъ *Inf. secal. cornuti*, я отложилъ изслѣдованіе по случаю поздняго времени (часъ ночи) до слѣдующаго дня. На другой день я нашелъ: матка прощупывается надъ лобкомъ, чувствительна къ дотрогиванію, изъ влагалища выдѣляется кровянистая темная жидкость непріятнаго, напоминающаго гнилостный, запаха; наружный и внутренній зѣвъ матки открыты; палецъ свободно прошелъ въ полость матки, гдѣ ощущается округленное продолговатое тѣло, прикрѣпленное къ лѣвой стѣнкѣ матки; это тѣло легко отдѣлено пальцемъ; мѣсто прикрѣпленія его выдается въ полость матки; прощупать углубленіе снаружы матки на мѣстѣ прикрѣпленія этого тѣла внутри—не удается; отдѣленное тѣло легко выведено наружу; оно оказалось состоящимъ изъ однородной массы желтовато-розоваго цвѣта; середина его окрашена темнѣе.

До введенія руки — влагалище и руки обмыты растворомъ іодтрихлорида 1:1000. По вынутіи пальца изъ полости матки явилось сильное кровотеченіе почти струею; растираніе матки и впрыскиваніе горячей воды не остановило его; тогда я прибѣгнуль къ тампону; при помощи Симоновскаго зеркала крючковатыми щипцами Шредера я захватилъ переднюю губу шейки и ввелъ въ полость матки тампону изъ марлевого, предварительно вывареннаго бинта, смоченнаго предъ введеніемъ растворомъ 1:1000 трехлористаго іода; бинта употреблено около 2-хъ аршинъ. Кровотеченіе остановилось. Черезъ 30 часовъ тампонъ удаленъ, запаха не было; кровотеченія не было; матка болѣе сократилась. Боясь новаго кровотеченія (больная была сильно ослаблена, я опять ввелъ такой же тампонъ, при чемъ употреблена была полоска марли около 1¹/₄ аршина длиною (ширина бинта около 1-го вершка); второй тампонъ удаленъ черезъ сутки. Съ тѣхъ поръ прошло уже три недѣли, кровотеченія нѣтъ, больная оправилась; матка сократилась; наружный зѣвъ не пропускаетъ пальца.

Случай этотъ интересенъ слишкомъ позднимъ появленіемъ кровотеченія. По Шредеру (стр. 733 послѣдняго русскаго перевода) при фибриновыхъ полипахъ послѣ срочныхъ родовъ кровотеченіе является уже на 1-й и 2-й недѣлѣ; послѣ выкидыша же по прошествіи нѣсколькихъ недѣль, даже мѣсяцевъ. Въ моемъ же случаѣ послѣ срочныхъ родовъ сильное кровотеченіе явилось черезъ мѣсяць.

Растворъ трехлористаго іода есть сильное обезвонивающее и обезгниливающее средство. Въ одномъ случаѣ послѣродоваго эндометрита, съ вонючимъ отдѣленіемъ изъ полости матки и повышенной t° — двукратное промываніе полости матки уничтожило запахъ отдѣленій при пониженіе температуры.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

XIV.

Нѣсколько словъ о Freund'овскомъ способѣ полнаго уда-
ленія матки путемъ чревостѣченія.

(Литературно-статистическій очеркъ).

А. Гермониуса.

(Окончаніе).

IV.

Изъ этихъ 130 случаевъ операціи—92 или 70,77% окончились смертью, а 38 или 29,23%—выздоровленіемъ. Такимъ образомъ моя таблица и въ го-
лыхъ цифрахъ даетъ нѣсколько лучшее предсказаніе для операціи, чѣмъ вы-
шеуказанныя изслѣдованія *Staude*, *Ahlfeld'a* и *Kleinwächter'a*.

Изъ операторовъ наибольшее число случаевъ—19—опубликовалъ *Bardenheuer*; изъ нихъ 10 или 52,6% выздоровѣли (20-й случай, помѣщенный у *Bardenheuer'a*, оперированъ *Freund'омъ* (№ 37) и отнесенъ мною къ операціямъ послѣдняго; онъ также окончился выздоровленіемъ). Если-же изъ этого числа исключить еще 2 случая, такъ сказать, не характерныхъ для *Bardenheuer'a*, т. е. веденныхъ безъ дренированія (№№ 14 и 15), то процентъ выздоровленія еще повысится почти до 59% (58,8).—Далѣе, по количеству извѣстныхъ операцій, слѣдуетъ самъ изобрѣтатель способа *W. A. Freund*, давшій 16 случаевъ, изъ которыхъ 6 выздоровленій, т. е. 37,5%. Затѣмъ оперированныхъ *Schröder'омъ* извѣстно 9 случаевъ, изъ нихъ выздоровѣли 3 или 33,3%; *Martin* оперировалъ 6 разъ, — всѣ неудачно; *Spiegelberg* и *Kocks*—по 5 разъ, изъ нихъ у перваго процентъ выздоровленія—40, у втораго—20. *Olshausen* далъ 4 случая съ 25% выздоровленія. Остальные операторы прибѣгали къ *Freund'овскому* методу менѣе 4 разъ.

Если для наглядности свести эти 62 случая (2 вышеуказанных случая *Bardenheuer'a* я исключаю), составляющие почти половину всѣхъ опубликованныхъ, то мы будемъ имѣть:

<i>Bardenheuer</i>	. . . . .	17	случаевъ,	ум.	7,	выздоровл.	10	или	58,8 ⁰ / ₀
<i>Spigelberg</i>	. . . . .	7	»	»	3	»	2	»	40 ⁰ / ₀
<i>Freund</i>	. . . . .	16	»	»	10	»	6	»	37,5 ⁰ / ₀
<i>Schröder</i>	. . . . .	9	»	»	6	»	3	»	33,3 ⁰ / ₀
<i>Olshausen</i>	. . . . .	4	»	»	3	»	1	»	25 ⁰ / ₀
<i>Kocks</i>	. . . . .	5	»	»	4	»	1	»	20 ⁰ / ₀
<i>Martin</i>	. . . . .	6	»	»	6	»	0	»	0

62 случая, ум. 39, выздоровл. 23 или 37,09⁰/₀

Изъ этого можно, мнѣ кажется, сдѣлать то, непротивѣчающее результатамъ другихъ операций, заключеніе, что операторы, проводившіе наибольшее число случаевъ, получаютъ лучшіе исходы; совершенно непонятно только остается постоянная неудача *Martin'a*, получившаго 100⁰/₀ смертности.

Случаевъ, въ которыхъ можно болѣе или менѣе точно установить годъ операциі,—81, изъ нихъ 27 выздоровленій, т. е. 33,33⁰/₀. По годамъ они распредѣляются такъ.

	1878,	1879,	1880,	1881,	1882,	1884,	1885,	1886.	Всего.
†	15	16	7	1	1	1	2	1	54
Выздор.	9	7	7	2	—	1	—	1	27
% выздор.	28,07		45,83						

Слѣдовательно, въ первые 2 года оперировали гораздо больше, чѣмъ въ слѣдующія 7 лѣтъ, однако число выздоровленій въ послѣдніе годы значительно повысилось; оно и попятно, если взять во вниманіе первоначальное увлеченіе операцией *Freund'a*, когда не слишкомъ то разбирали возможные и невозможные случаи, лишь бы примѣнить этотъ новый методъ леченія; между тѣмъ въ послѣдніе годы и выборъ оперативныхъ случаевъ сталъ дѣлаться осмотрительнѣе (хотя на долю *Freund'овской* операциі и сваливали все то, что не годилось для *Schröder'овской*), да и самая техника усовершенствовалась.

62 больныя, лѣта которыхъ извѣстны, по возрасту подвергались операциі въ такомъ порядкѣ:

18 лѣтъ	1,	изъ	нихъ	†	1,	выздор.	0	или	0 ⁰ / ₀
30—40 »	19	»	»	»	11	»	8	»	42,10 ⁰ / ₀
40—50 »	21	»	»	»	15	»	6	»	28, 5 ⁰ / ₀
50—60 »	16	»	»	»	11	»	5	»	31,25 ⁰ / ₀
выше 60 »	5	»	»	»	3	»	2	»	40,00 ⁰ / ₀

Эта табличка, дающая приблизительно такое же отношеніе возраста больныхъ, подвергшихся операциі, какъ таблица *Glatter'a*—вообще умирающихъ отъ рака матки, показываетъ, что наиболѣе благопріятный моментъ для совершенія операциі—возрастъ отъ 30 до 40 л. Получившуюся же въ послѣдней строкѣ цифру 40⁰/₀, придется объяснить малымъ числомъ всѣхъ

случаевъ. Если взять отношеніе числа выздоровѣвшихъ въ каждомъ возрастѣ къ числу всѣхъ выздоровѣвшихъ, то эта постепенность скажется еще ярче:

Отъ	30—40 лѣтъ	выздор.	8 или	38,09%
»	40—50 »	»	6 »	28,57%
»	50—60 »	»	5 »	23,80%
выше	60 »	»	2 »	9,52%

Одна большая 18 лѣтъ, которая была оперирована и умерла, должна быть отнесена къ рѣдкостямъ; впрочемъ у нея и диагностирована была саркома, а не ракъ (№ 40).

Свѣдѣнія о половой жизни оперированныхъ мы имѣемъ въ 47 случаяхъ, помѣщаемыхъ ниже:

	Дѣв.	Нерож.	Рож.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	XIII	Всего.
†	4	3	—	3	3	1	3	6	2	2	3	1	1	32
Выздор.	—	2	1	—	2	3	2	1	1	2	—	—	1	15
Всего	4	5	1	3	5	4	5	7	3	4	3	1	2	47

Кромѣ того, одна изъ больныхъ — проститутка (№ 2) и одна беременная (№ 113).

Въ этой таблицѣ интересны цифры первой и послѣдней графы. Въ первой, гдѣ проявленія половой дѣятельности равняются нулю, смертность абсолютная; въ послѣдней, гдѣ помѣщены наиболѣе функционировавшія, въ половомъ смыслѣ, женщины, процентъ выздоровленія одинъ изъ благопріятнѣйшихъ. Отнести ли это къ интензивности заболѣванія у дѣвственницъ и малорожавшихъ, или ихъ меньшей сопротивляемости вѣдшему влиянію, — вопросъ остается открытымъ. Однако подтвержденіемъ этому замѣчанію служить и другой способъ вычисленія. На 32 умершія больныя мы имѣемъ въ общемъ 128 родовъ или 4 на каждую; между тѣмъ 14 выздоровѣвшихъ имѣли 59 дѣтей, т. е. 4,21—каждая. Опять-таки рожавшія въ меньшемъ числѣ умирали больше тѣхъ, которыя рожали больше.

Изъ 10 имѣвшихъ выкидыши умерли 8, причемъ опять повторяется та же законность, такъ какъ одна изъ двухъ выздоровѣвшихъ имѣла, кромѣ выкидышей, 13 дѣтей, другая 6. Тѣмъ не менѣе предшествующіе выкидыши, какъ оказывается, ухудшаютъ предсказаніе. Наилучшіе исходы давали III-рагае.

Продолжительность болѣзни имѣетъ влияніе на исходъ операціи въ томъ смыслѣ, что, чѣмъ она дольше тянется, тѣмъ предсказаніе хуже: 32 умершія пациентки болѣли 576 мѣсяцевъ или 18 мѣс. каждая, тогда какъ 19 выздоровѣвшихъ болѣли всего 262 мѣс., т. е. только по 13,8 мѣс. каждая.

Жалобы, отобранныя у 61 больной, состояли въ слѣдующемъ:

	Кровотеченія.	Бѣли.	Бѣли съ запахомъ.	Боли.
†	33	8	10	19
Выздоровл.	19	12	7	7
•/о выздор.	36,54	60,10	41,17	26,92

Такимъ образомъ жалобъ болѣе всего на кровотеченія и боли, причемъ и смертность въ этихъ случаяхъ больше; бѣли вообще даютъ меньше поводовъ

обращаться къ оперативному пособию и, разъ подвергнутыя такому, болѣе его выдерживаютъ, — вѣроятно, вслѣдствіе менѣе глубокаго пораженія.

Что касается локализациі процесса, то изъ 65 злокачественныхъ новообразованій (изъ нихъ 4 саркомы) на долю тѣла матки приходится 14 случаевъ (21,53%), шейка была поражена 44 раза (67,69%), вся матка 7 разъ (10,77%). Исходы въ отношеніи мѣста заболѣванія, распредѣляются такъ:

	Тѣло.	Шейка.	Вся матка.
†	10	30	5
Выздор.	4	14	2
% выздор.	28,57	31,81	28,57

Изъ этого слѣдуетъ, что чаще всего обращались за оперативною помощью больныя ракомъ шейки; онѣ же лучше и выносили операцію; второе мѣсто занимаетъ ракъ тѣла матки, но онъ даетъ предсказаніе худшее, чѣмъ первый. Заболѣваніе обѣихъ этихъ частей матки вмѣстѣ, встрѣчаясь гораздо рѣже у операторовъ, къ самой операціи относится такъ же, какъ заболѣваніе одного тѣла. Изъ 4 указанныхъ саркомъ выздоровленіемъ окончилась одна. Кромѣ того, операціи по способу *Freund'a* подверглись двѣ фибромы.

Объ отношеніи сосѣднихъ частей къ главному заболѣванію упоминается 30 разъ, въ томъ числѣ 18 разъ — въ смыслѣ ихъ участія въ процессѣ, а въ 12 случаяхъ такое участіе прямо отрицается. Получающееся при этомъ, яко-бы, противорѣчіе относительно вліянія того или другаго отношенія сосѣднихъ частей объяснить трудно: по таблицѣ оказывается, что изъ 18 случаевъ пораженія сосѣднихъ органовъ окончились смертью только 10, между тѣмъ какъ въ 12, гдѣ эти органы были здоровы, умерли 9: мнѣ кажется, здѣсь возможно такое объясненіе, что авторы, желая подчеркнуть исходъ операціи, упоминаютъ о состояніи окружающихъ частей далеко не во всѣхъ случаяхъ, а лишь въ тѣхъ, которые даютъ основаніе къ такому подчеркиванію, т. е. въ противорѣчащихъ апріорному предположенію.

Операція постоянно совершалась, разумеется, при соблюденіи строжайшей антисептики, точныя основанія которой, къ сожалѣнію, еще не установлены, такъ что трудно найти двухъ операторовъ, которые приняли бы однѣ и тѣ-же средства для достиженія одной цѣли обеззараживанія. Spray употреблялся всего 11 разъ, причеиъ 4 разъ операція прошла благопріятно.

Вліяніе продолжительности операціи на исходы ея можно отчасти видѣть, сопоставивъ тѣ случаи, въ которыхъ эта продолжительность обозначена. Такихъ случаевъ я нашелъ 40 съ 11 выздоровленіями. Въ сказанномъ отношеніи ихъ можно раздѣлить такъ:

	1 ч. и менѣе	Отъ 1 ч.—2 ч.	Отъ 2 ч.—3 ч.
†	0	14	15
Выздор.	2	5	4
% выздор.	100,00	25,31	21,05

Отсюда ясно, какъ возрастаетъ процентъ выздоровленія по мѣрѣ уменьшенія продолжительности операціи. Это отношеніе подтверждается также и

тѣмъ фактомъ, что 29 операций, окончившихся летально, продолжались 65,25 час., т. е. 2,25 ч. каждая, а 11 съ благоприятнымъ исходомъ — 23,25 ч. или 2,11 ч. каждая: счастливыя операции производились быстрее. Совершенно отдѣльно стоитъ случай *Heilbrun'a*, при которомъ брюшная полость была открыта сверху всего 5 минутъ и окончившийся выздоровленіемъ (№ 55).

Кишки вынимались изъ 39 въ 28 случаяхъ, изъ нихъ выздорѣли 7, т. е. 25,00%; въ тѣхъ же 11 случаяхъ, гдѣ онѣ не выводились изъ брюшной полости, оказывается 8 со счастливымъ исходомъ, т. е. 72,72%. Заключение понятно: выпиманіе кишекъ во время операции увеличиваетъ процентъ смертности отъ нея.

*Freund'*овскій способъ обращенія съ нижней брюшинной (влагалищной) раной отиѣченъ 35 разъ съ 10 выздоровленіями, что составляетъ 28,58% Огромное преимущество способа *Bardenheuer'a* видно изъ того, что записанные 15 случаевъ (изъ нихъ 10 самого автора) дали всего 2 смертныхъ исхода или 87,66% выздоровленія.

Осложненія во время производства операций распределяются слѣдующимъ образомъ:

	Кровотеч.	Поврежд. пуз., мочев. и гесті	Вырѣз. яичв.	Резекц. влаг.
†	14	10	10	4
Выздор.	3	1	6	1
% выздор.	17,64	9,09	37,50	20,00

Т. е. чаще всего операция осложняется кровотечениями; менѣе всего вліяетъ на ухудшеніе исхода оваріотомія или кастрація; крайне печально отражается случайное или необходимое раненіе пузыря (мочеточниковъ) и прямой кишки.

Продолжительность послѣоперационнаго періода въ 56 случаяхъ, окончившихся смертью, видна изъ слѣдующей таблицы. Смерть послѣдовала, въ суткахъ, чрезъ:

1	2	3	4	5	7	10	12
25	11	9	4	3	1	1	2

разъ.

Другими словами, хирургъ, производящій удаленіе матки по способу *Freund'a*, долженъ имѣть въ виду, что опасность смертельнаго исхода наибольшая въ первые сутки и уменьшается болѣе, чѣмъ вдвое, въ слѣдующіе два дня, т. е. самое тщательное наблюденіе за оперированными больными требуется въ первый день. Выздоровленіе, какъ показываютъ наши 18 случаевъ, наступаетъ болѣею частью чрезъ мѣсяцъ (7 случ.); менѣе мѣсяца послѣоперационный періодъ продолжался въ 6 случаяхъ, болѣе мѣсяца — въ 5.

Переходя къ вопросу о конечныхъ результатахъ операции, слѣдуетъ замѣтить, что они на первый взглядъ далеко не блестящи. Процентъ выздоровленія послѣ операции, какъ сказано, не превышаетъ 30; изъ выздорѣвшихъ, если вѣрить *Hofmeister'у*, наблюденія котораго въ этомъ направленіи, впрочемъ, очень недостаточны, свободными отъ рецидива остается чрезъ два года только одна треть. Такимъ образомъ, окончательно выздорѣвшими

(хотя 2 года и не составляют самого крайняго предѣла для возможности возврата) можно считать лишь 10% изъ оперированныхъ.

Въ чемъ же лежатъ причины смертности послѣ операціи, — хотя-бы причины вѣшнія? Для этого придется разсмотрѣть тѣ случаи нашей таблицы, въ которыхъ эта анатомическая причина смерти указана. Такихъ случаевъ 59; по категоріямъ она распредѣляется такъ:

	Перитонитъ.	Шокъ.	Шокъ и перитонитъ.	Кровоотеченіе.	Кровотеч. и перитонитъ.	Параличъ сердца.	Плевс.	Истощеніе.	Остр. катарръ кишекъ.	Всего.
Число	28	17	3	1	2	3	3	1	1	59
%	47,45	28,81	5,08	1,69	3,33	5,08	5,08	1,69	1,69	99,33

Подавляющее большинство смертныхъ случаевъ зависитъ отъ перитонита и отъ шока—около 75,26%, остальные 23,74% придется на болѣе или менѣе случайныя осложненія.

Если остановиться на валовомъ % смертности послѣ *Freund*овской операціи, то можно и должно было-бы отвергнуть ее и замѣнить, повидимому, менѣе опасною влагалищною экстирпаціею матки. Но мы видѣли результаты одного изъ видоизмѣненій этой операціи, — результаты, по сравненіи съ только что приведенными, блестящіе; это способъ *Bardenheuer*'а, давшій всего 13,34% смертности. При видѣ такихъ крайнихъ цифръ, поневолѣ приходится усомниться въ неизбѣжности той большой смертности, которую давала до сей поры *Freund*овская операція. И дѣйствительно, главнѣйшія причины—sepsis и шокъ—нельзя признать столь существенными, столь неустраняемыми при современной высотѣ хирургическихъ знаній, чтобы изъ-за нихъ отказаться отъ операціи, «геніально задуманной», соединяющей въ себѣ такую цѣль, какъ избавленіе женщины отъ рака матки, и такой путь, какъ чревосѣченіе. Гниlostное зараженіе, уносившее до настоящаго времени почти половину оперируемыхъ, должно уступить энергическому сопротивленію чистоты и скорости въ операціи, какъ оно уступило въ чревосѣченіяхъ: вообще шокъ сократить число своихъ жертвъ, когда наносимая брюшнымъ и тазовымъ органамъ травма будетъ соразбѣраться съ индивидуальностью больныхъ. Усовершенствованіемъ техники и антисептики, какъ сказано, достигнута въ другихъ областяхъ хирургіи блестящіе результаты, — чему примѣромъ могутъ служить овариотоміи и діагностическіе брюшные разрѣзы, — тѣмъ же путемъ и къ такимъ же результатамъ пришелъ *Bardenheuer* во *Freund*овской операціи.

Вопросъ о преимуществахъ *Freund*овской операціи предъ операціею *Czerny-Schröder*'а подробно разработанъ тѣмъ же *Bardenheuer*'омъ, и результаты послѣдняго должны пріобрѣсти еще болѣе вѣсъ, при наличности тѣхъ выводовъ, къ которымъ приводитъ изученіе исторіи и статистики операціи. Заключенія, сдѣланныя мною на основаніи каждаго отдѣльнаго осложненія или сопутствующаго операціи явленія, имѣютъ, разумѣется, лишь

временное, относительное значение, но при известной группировкѣ, сопоставленіи этихъ заключеній, они должны принести свою долю пользы въ дѣлѣ установки, какъ показаній къ операци, такъ и приблизительнаго ея прогноза.

Эти вывода слѣдующіе:

1) Всѣ до сихъ поръ имѣвшіяся таблицы случаевъ *Freund'*овской операци были слишкомъ кратки и не давали права дѣлать заключенія о ея достоинствахъ и недостаткахъ.

2) Увеличеніе числа благопріятныхъ исходовъ зависитъ отъ опытности оператора, въ смыслѣ болѣе частаго примѣненія даннаго способа.

3) Въ послѣдніе годы (1880 — 1886) процентъ выздоровленія значительно возросъ.

4) Изъ больныхъ болѣе шансы на выздоровленіе имѣютъ—болѣе молодыя, рожавшія, никогда не выкидывавшія, менѣе долго болѣвшія и жалующіяся только на бѣли.

5) Пораженія одной шейки даютъ лучшій прогнозъ.

6) Слѣдовало бы стремиться къ сокращенію продолжительности операци.

7) Кишки не должны быть вынимаемы изъ брюшной полости.

8) Въ этомъ направленіи требуются еще усовершенствованія.

9) Дренированіе по способу *Bardenheuer'*а близко подходитъ къ идеалу обращенія съ брюшинной раной.

10) При соблюденіи сказанныхъ условій процентъ выздоровленія значительно повысится.

11) Опасность смертельнаго исхода наивысшая въ первые 24 часа послѣ операци.

12) Шокъ и *sepsis*—главнѣйшія причины смертности.

13) Эти причины не могутъ считаться неустраняемыми.

14) На основаніи этого *Freund'*овская операци должна быть извлечена изъ мрака забвенія.

Заканчивая этия свою работу, не могу отказать себѣ въ удовольствіи привести слѣдующія слова *Bardenheuer'*а.

«*Ich weiss sehr wohl, dass ich bei der Vertheidigung der oberen Uterusexstirpation, gegenüber der unteren, einen schweren Standpunkt einnehme, und mich im Gegensatze befinde zu der herrschenden, allgemein verbreiteten Ansicht; indess glaube ich trotzdem, der oberen den Vorzug geben zu müssen.*» (L. cit., s. 49).

Апрѣль, 1888 г.

РЕФЕРАТЫ.

192. Kornfeld. Menstruation bei einem 3-jährigen Kinde. (Centrbl. für Gynäkol. № 19, 1888). Менструация у 3-х-лѣтнаго ребенка.

Занимавшаяся онанизмомъ дѣвочка 3-хъ лѣтъ спустя нѣкоторое время стала жаловаться на боли въ поясницѣ; это было въ началѣ апрѣля 1887 г. 5-го-же апрѣля къ утру у ней появилось кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, которое къ утру слѣдующаго дня прекратилось. Никакого пораненія, или другаго какого-либо источника кровотеченія не было, въ чемъ точно убѣдилась мать дѣвочки. Кровотеченіе повторилось правильнымъ образомъ въ началѣ мая, іюня и іюля, причеиъ въ послѣдніе два мѣсяца оно было слабѣе прежняго. Ребенокъ съ тѣхъ поръ пересталъ заниматься онанизмомъ; въ умственномъ отношеніи онъ развитъ относительно хорошо. Ея старшая сестра, посѣщавшая уже школу, ничего подобнаго не имѣла. Н. Алексенко.

193. Baumm. Das Creolin in der Geburtshilfe. (Centr.-blt. f. Gyn., 1888, № 20). Креолинъ въ акушерской практикѣ.

Авторъ началъ употреблять креолинъ сначала при разрывахъ промежности для смачиванія компрессовъ и подстилокъ и для влагалищныхъ спринцеваній въ $1/2\%$ растворѣ. Изъ 13 разрывовъ 12 зажили первымъ натяженіемъ и притомъ скорѣй и лучше, чѣмъ при употребленіи сулемы или карболовой кислоты. Затѣмъ, онъ началъ примѣнять креолинъ у роженицъ и родильницъ. Для мытья рукъ, спринцеваній до и во время родовъ, обмываній наружнымъ половыхъ органовъ у родильницъ брался 2% , для подстилокъ $1/2\%$ растворъ. Для влагалищныхъ спринцеваній у родильницъ употреблялся $1/2\%$ растворъ при разрывахъ промежности, 1% —при болѣе значительныхъ разрывахъ слизистой оболочки влагалища. Изъ 40 родильницъ повышеніе t° выше 38° наблюдалось у 7, т. е., въ 17, 5% , тогда какъ при примѣненіи сулемы или карболовой кислоты въ 20, 2% . Въ двухъ случаяхъ было сдѣлано промываніе матки 2% растворомъ при кровотеченіи въ 3-ий періодъ родовъ и при задержаніи ворсистой оболочки. Дѣйствіе креолина во второмъ

случаѣ при пахнувшихъ послѣродовыхъ очищеніяхъ и значительномъ повыше-
 шеніи t° было хорошее. Въ первомъ случаѣ наблюдались явленія головокру-
 женія, шума въ ушахъ, тошноты и сильной рвоты, которая нельзя было объ-
 яснить анеміей, такъ какъ потеря крови не была настолько значительна.
 Такъ какъ, по словамъ сидѣлки, моча была чернаго цвѣта, то можетъ быть
 это были явленія легкаго отравленія креолиномъ. Къ сожалѣнію изслѣдова-
 нія мочи не было сдѣлано. На основаніи своихъ наблюденій авторъ прихо-
 дитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Креолинъ хорошее обеззараживающее сред-
 ство въ акушерской практикѣ для обмываній, влагалищныхъ и маточныхъ
 спринцеваній. 2) Разрывы промежности и влагалища заростають при упо-
 требленіи креолина замѣчательно хорошо. 3) Трещины и ссадины сосковъ за-
 живають хуже, чѣмъ при употребленіи сулемы. 4) Неадовитость креолина
 еще недоказана вполне. 5) 2^o/о растворы вызываютъ слабое, 3^o/о—сильное
 жженіе. 6) Для дезинфекціи рукъ 3^o/о растворъ креолина пріятнѣе сулемы
 и карболовой кислоты. 7) Кровоостанавливающаго дѣйствія креолина автору
 не случилось наблюдать. 8) 2^o/о растворы убивають *pediculos pubis*.

А. Семяниковъ.

194. **Born. Erfahrungen über das Creolin.** (Centr.-blt. f. Gyn. 1888, № 20).

Примѣненіе креолина въ акушерствѣ.

Имѣя въ виду изслѣдовать главнымъ образомъ неадовитость креолина,
 авторъ примѣнилъ его при 124 родахъ для влагалищныхъ и внутриматоч-
 ныхъ спринцеваній, тогда какъ для мытья рукъ онъ употреблялъ сулему, какъ
 болѣе сильное обеззараживающее средство. Точно также для дезинфекціи ин-
 струментовъ нельзя было употреблять креолина по причинѣ его непрозрач-
 ности. Результаты получились хорошіе, такъ что общее состояніе здоровья
 родильницъ было не хуже, чѣмъ при примѣненіи сулемы или карболовой кис-
 лоты. Повышенія t° хотя и случались, но не чаще, чѣмъ прежде. Въ числѣ
 124 случаевъ было 10 оперативныхъ: 3 раза зашиваніе разорванной влага-
 лищной части, 4 раза наложеніе щипцовъ, 3 раза поворотъ и извлеченіе.
 Изъ этихъ 10 случаевъ только въ одномъ наблюдалось временное повышеніе
 t° . Для влагалищныхъ спринцеваній употреблялся 2^o/о, для маточныхъ 1^o/о—
 2^o/о растворъ. При разрывахъ промежности и воспалительныхъ процессахъ
 груди компрессы смачивались 1^o/о растворомъ, такъ какъ 2^o/о—вызывалъ
 чувство жженія и иногда легкую красноту кожи. При сильныхъ кровоте-
 ченіяхъ кровоостанавливающее дѣйствіе креолина ни разу не проявилось. Зна-
 чительное преимущество креолина заключается въ томъ, что, при примѣненіи
 его для влагалищныхъ спринцеваній, влагалище сохраняетъ свою нормальную
 растяжимость, остается гладкимъ, а не дѣлается неподатливымъ и шерохова-
 тымъ, какъ при употребленіи сулемы и карболовой кислоты. Далѣе авторъ
 высказывается за неадовитость креолина, указывая на то, что въ 124 слу-
 чаяхъ ни разу не наблюдалось ни малѣйшихъ признаковъ отравленія, тогда
 какъ въ предыдущихъ 168 случаяхъ случились 2 довольно сильныхъ отра-
 вленія карболовой кислотой послѣ маточныхъ спринцеваній. Во всѣхъ слу-
 чаяхъ, гдѣ примѣнялось промываніе матки креолиномъ, авторъ изслѣдовалъ

мочу на фенолы, такъ какъ предполагаютъ, что креолинъ содержитъ въ себѣ дериваты карболовой кислоты. Во всѣхъ случаяхъ получалась феноловая реакція, которая, однако, ничего не доказываетъ, такъ какъ контрольные опыты показали, что моча родильницъ въ первые дни послѣ родовъ содержитъ карболовую кислоту, хотя бы для спринцеваній не употреблялись ни карболовая кислота, ни креолинъ. Появленіе карболовой кислотѣ въ мочѣ родильницъ объясняется существующими у нихъ обыкновенно запорами, причемъ легко можетъ произойти всасываніе феноловъ изъ кишечника и выдѣленіе ихъ мочою.

А. Семяниковъ.

195. Mayo Robson. The use of „salufer“ (silico-fluoride of soda) as an antiseptic. (Brit. med. journ. May 19, 1888). Употребленіе „salufer'a“ (кремне-фтористаго натра), какъ антисептическаго средства.

По изслѣдованіямъ Thomson'a, среднія фтористо-натронныя, калийныя и амміачныя соли и ихъ кремневыя соединенія обладаютъ замѣчательными антисептическими свойствами. Кремне-фтористый натръ наиболѣе приимчивъ, какъ средство не ядовитое, безъ запаха и умѣренно растворимое въ водѣ. Насыщенный растворъ его, содержащій лишь 0,61^o/_o, обладаетъ болѣе сильнымъ антисептическимъ дѣйствіемъ, чѣмъ растворъ сулемы 1 : 500. R. приимчивалъ названное средство при самыхъ разнообразныхъ операціяхъ, между прочимъ и при нѣкоторыхъ гинекологическихъ, употребляя обыкновенно растворъ въ 20 гранъ на пинту воды, а именно: при промываніи брюшной полости послѣ чревосѣченій (10 гранъ на пинту), при промываніи матки послѣ выскабливанія и удаленія разложившихся задержанныхъ оболочекъ, какъ влагалитическое спринцеваніе при электризаціи матки по способу Apostoli при фибридахъ, при гонорреѣ (10 гранъ на пинту). R. описываетъ нѣсколько отдѣльных случаевъ, изъ нихъ два гинекологическихъ. Туберкулезный салпингитъ: острый перитонитъ. Разрѣзъ по linea alba около 3 д.; найденъ острый перитонитъ съ экссудатомъ, обусловленный разрывомъ фаллопиевой трубы, покрытой милліарными бугорками. Труба удалена, полость промыта растворомъ salufer'a, введена трубка Bantock'a. Pyosalpinx. Разрѣзъ около 1¹/₂ д.; растянутая, плотно сросшаяся труба случайно разорвалась, большое количество зловоннаго гноя излилось въ брюшную полость. Полость абсцесса и нижняя часть перитонеальной полости, отдѣленная отъ верхней губками, промыта 10-ю пинтами раствора (20 гранъ на пинту); введенъ дренажъ Keith'a. Въ обоихъ случаяхъ послѣоперационное теченіе вполне асептическое. Для повязки употреблялись марля и вата, обработанныя salufer'омъ. Послѣ многихъ опытовъ R. приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) Salufer представляетъ собой энергическое антисептическое средство. 2) Присыпанный въ видѣ порошка на раненую поверхность, дѣйствуетъ прижигающимъ образомъ, и потому неприимчивъ. 3) Растворъ въ 10—20 гранъ на пинту можетъ быть употребляемъ для промыванія закрытыхъ полостей даже тогда, когда нельзя быть умѣреннымъ въ обратномъ вытеканіи всей жидкости. 4) Растворъ не раздражаетъ кожи рукъ. 5) Обладаетъ дезодорирующимъ

свойствомъ. 6) Дѣйствуетъ на фарфоръ послѣ долгаго употребленія, разъѣдаетъ стальные инструменты, но не вліяетъ на губки. Прибавленіе соды уменьшаетъ дѣйствіе на сталь.

А. Пекарская.

196. Р. Л. Синайскій, Къ казуистикѣ неукротимой рвоты при беременности. («Русская Медицина», 1888 г. № 17).

С. 33 лѣтъ, беременна 7-ой разъ. Съ 3 мѣсяца беременности у больной появилась рвота, которая вскорѣ стала безпрерывной. Ислѣдованіе показало, что беременная матка никакихъ уклоненій отъ нормы не представляетъ. Страданія самаго желудка въ данномъ случаѣ авторъ также не допускаетъ. Для леченія были примѣнены всѣ средства, предложенныя противъ неукротимой рвоты, но безъ всякаго успѣха и состояніе больной со дня на день ухудшалось. Отъ предложеннаго въ виду безуспѣшности леченія искусственнаго выкидыша больная отказалась и согласилась на это только въ концѣ 6 мѣсяца беременности, когда С. была уже очень сильно истощена.

Горячими душами и эластическимъ катетеромъ въ теченіи 5 сутокъ удалось произвести абортъ. Послѣ опорожненія матки, рвота стала появляться гораздо рѣже, но истощенная до ужасающихъ размѣровъ больная чрезъ нѣсколько дней умерла.

І. Рясенцевъ.

197. С. К. Оленинъ. Эклампсія роженицы. (Протоколъ Тамбовскаго Мед. Общ. Годъ 19-ый. № 3).

Описываемый авторомъ случай эклампсіи у первородящей 32 лѣтъ, окончившейся смертью при явленіяхъ уреміи, не представляя никакихъ особенностей по теченію, имѣетъ интересъ по отношенію къ вопросу о прирѣвнн рожениць въ нашихъ провинціальныхъ городахъ. Роженица, умершая отъ эклампсіи, доставлена въ Тамб. Губ. Зем. больницу изъ родильнаго пріюта, содержимаго въ довольно большихъ размѣрахъ простой необразованной крестьянской женщиной. Автору не разъ приходилось лечить въ больницѣ кліентокъ этого пріюта отъ септическихъ пуэрперальныхъ заболѣваній. Существованіе такого пріюта рядомъ съ хорошо устроеннымъ бесплатнымъ родильнымъ отдѣленіемъ при больницѣ авторъ объясняетъ тѣмъ, что въ родильномъ отдѣленіи родильницы встрѣчаютъ затрудненіе въ помѣщеніи своихъ новорожденныхъ дѣтей, въ частныхъ же пріютахъ онѣ въ этомъ отношеніи вполне обезпечены.

І. Рясенцевъ.

198. Herbert Male. Obstruction during labour from malformation of vagina. (Brit. med. journ. June 9, 1888). Препятствіе во время родовъ вслѣдствіе неправильности развитія влагалища.

М. нашель у первородящей 24 л. черезъ 10 часовъ послѣ начала родовъ полное раскрытіе зѣва и предлежаніе головки, опущенію которой препятствовала широкая полоса ткани, идущая поперегъ влагалища въ переднезаднемъ направленіи. Черезъ нѣсколько часовъ роды окончены извлеченіемъ щипцами небольшого ребенка безъ разрыва тканей. При изслѣдованія роженицы вполнѣ оказалось, что влагалище раздѣлялось перегородкой, прикрѣпляю-

щейся къ его передней и задней стѣнкамъ по срединной линіи и кончающейся внизу на 1 д. выше влагалищнаго отверстія и вверху подъ шейкой свободнымъ полукруглымъ краемъ.

А. Пекарская.

199. E. Göth. Ein Fall von Aussetzen der Geburtsthätigkeit, «missed labour», nebst Bemerkungen über die Aetiologie dieser seltenen Erscheinung. (Archiv f. Gynäk., XXXII. Bd., 2 Heft., 1888). Случай задержанія родовой дѣятельности, «missed labour», съ замѣчаниями объ этиологіи этого рѣдкаго явленія.

Въ виду большой рѣдкости той неправильности въ теченіи беременности, которая *Oldham*'омъ названа «missed labour», а равно совершенной невыясненности этиологіи ея, авторъ сообщаетъ слѣдующій случай:

Г-жа J. B., съ дѣтства была всегда здорова, начала менструировать на 15-мъ году, вышла замужъ на 26-мъ, и черезъ 3 мѣсяца забеременѣла; послѣднія мѣсячныя у нея были 6-го сентября 1884 года, а въ началѣ февраля 1885 г. она почувствовала первыя движенія плода; такимъ образомъ родовъ можно было ожидать около 20-го іюня. Беременность протекала совершенно правильно; но 25-го апрѣля больная на улицѣ поскользнулась, упала и, вслѣдствіе сильной боли въ животѣ, не могла встать, такъ что только при посторонней помощи она была посажена въ экипажъ и доставлена домой. Продѣлавъ затѣмъ въ теченіе шести недѣль, по словамъ пользовавшаго ее въ то время врача, распространенное воспаленіе брюшины, она немного оправилась, хотя все еще оставалась замѣтная слабость и общее недомоганіе. Въ концѣ іюня появились умѣренные боли въ крестцѣ и отошли воды, которыя затѣмъ поемногу отдѣлялись въ теченіе четырехъ дней, послѣ чего опять все прекратилось. Вскорѣ появились густыя зловонныя отдѣленія изъ половыхъ органовъ, постоянная лихорадка съ потрясающими ознобами, сильныя боли, иногда обмороки; однажды изъ влагалища выдѣлился кусокъ кости. Въ первыхъ числахъ января 1886 г. больная впервые обратилась къ автору, причемъ онъ нашель матку величиною съ дѣтскую голову, приблизительно на уровнѣ пупка, отклоненною влѣво, очень чувствительною; цервикальный каналъ проходимъ для пальца, черезъ внутренній зѣвъ прощупывается плоская, широкая тонкая кость съ острыми краями, почти неподвижная; изъ половыхъ органовъ обильныя выдѣленія съ пронизательнымъ гнилостнымъ запахомъ. Выжидательная терапія въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ не дала никакихъ результатовъ, общее же состояніе больной еще болѣе ухудшилось. Въ началѣ марта, послѣ предварительнаго расширенія шейки матки толстой ламинаріей и прессованной губкой, приступлено къ удаленію лежащей во внутреннемъ зѣвѣ кости помощью корнцанга, но—безуспѣшно; также безуспѣшно оказалась и вторая попытка, предпринятая двѣ недѣли спустя подъ хлороформомъ. Больная все больше истощалась и слабѣла подъ влияніемъ постоянной лихорадки, расстройствъ пищеваренія и проч. Наконецъ, 28-го апрѣля въ ея состояніи наступила неожиданная перемена: появился обильный поносъ, и съ сильными болями изъ кишки выдѣлились нѣсколько кусковъ костей,—очевидно, образовалось со-

общеніе между полостью матки и толстою кишкою; послѣ этого въ теченіе 5 недѣль изъ задняго прохода продолжали выдѣляться мелкія кости (ручной кисти, стопы, отдѣльныя ребра и позвонки), а затѣмъ и кожистыя образованія (фасціи, обрывки брыжжейки); но такъ какъ послѣ этого отхожденіе частей плода совершенно прекратилось, между тѣмъ какъ крупныя кости скелета (плечевыя, бедренныя), очевидно еще оставались въ маткѣ, не смотря на то, что свищъ между послѣднею и кишечнымъ каналомъ продолжалъ существовать (во влагалищѣ приходилось находить остатки пищи, — листья салата, огуречныя сѣмечки), то было рѣшено произвести еще одну попытку освободить матку отъ ея гніющаго содержимаго. Послѣ тщательнаго обеззараженія влагалища и цервикальнаго канала, шейка матки (въ наркозѣ) съ обѣихъ сторонъ разрѣзана до сводовъ, лѣвая рука введена во влагалище, а указательный и средній пальцы ея — въ полость матки; удаленіе упомянутой раньше плоской кости, предлежавшей надъ внутреннемъ зѣвомъ, представило значительныя трудности, такъ какъ острия края ея какъ бы вросли въ складки слизистой оболочки; когда она была освобождена и извлечена корнцангомъ, удаленіе остальныхъ костей совершилось довольно легко; послѣ этого полость матки и влагалище основательно промыты растворомъ карболовой кислоты, а влагалище рыхло затампонировано іодоформенною марлей. Дальнѣйшее теченіе было очень благопріятно: лихорадка и зловонныя выдѣленія черезъ нѣсколько дней прекратились, самочувствіе больной быстро улучшилось; существовавшее сообщеніе между маткою и кишкою также вскорѣ закрылось, и въ настоящее время г-жа В. чувствуетъ себя вполне хорошо, правильно менструируетъ и, вообще, пользуется цвѣтущимъ здоровьемъ.

Относительно этиологіи «missed labour», авторъ присоединяется къ мнѣнію, что въ основѣ этой аномаліи лежатъ воспалительныя и новообразовательныя процессы въ мышцѣ матки, которая вслѣдствіе этого становится неспособною исполнять лежащую на ней функцію. **А. Фишеръ.**

200. Jorissenne. L'érysipèle et les femmes en couches. (Archives de toxicologie, 1888, № 5). Рожаѣи родильницы.

На основаніи ежемѣсячныхъ статистическихъ таблицъ о заболѣваемости, издаваемыхъ Бельгійскимъ Société royale de médecine publique, авторъ доказываетъ ту тѣсную этиологическую связь, которая существуетъ между рожею и септическими послѣродовыми заболѣваніями. Такъ напр. изъ 610 мѣстностей, гдѣ отмѣчены послѣродовыя заболѣванія, въ 355 одновременно существовали и заболѣванія рожею, а въ 101 рожа наблюдалась въ предшествовавшемъ мѣсяцѣ; такимъ образомъ совпаденіе отмѣчено въ 75%. Авторъ убѣжденъ, что, если бы свѣдѣнія, которыми онъ располагалъ, были болѣе точны и полны, то такое совпаденіе послѣродовыхъ заболѣваній и рожи наблюдалось бы еще чаще. Вообще, онъ думаетъ, что типическая послѣродовая септицемія всегда рожистаго происхожденія. — Онъ упоминаетъ затѣмъ объ одномъ случаѣ, гдѣ онъ самъ, не смотря на всѣ принятыя предосторожности, передалъ рожу одной особѣ изъ своего семейства, у которой въ это время пришли мѣсячныя: у нея развился общій перитонитъ со всѣми признаками

послѣродовой (?) септицеміи, окончившейся, впрочемъ, выздоровленіемъ; въ практикѣ же другаго врача въ томъ же Liège'ѣ двѣ дѣвушки, при совершенно аналогичныхъ условіяхъ, умерли.— Въ заключеніе авторъ описываетъ случай заболѣванія родильницы на 3-й день послѣ родовъ общою септицеміею, окончившеюся черезъ 5 дней смертью, гдѣ занести заразу могла только ухаживавшая за роженицею и ежедневно навѣщавшая ее сосѣдка, всего за недѣлю передъ тѣмъ оправившаяся отъ рожи лица; въ виду отсутствія запаха въ послѣродовыхъ отдѣленіяхъ, съ одной стороны, и наличности капиллярнаго бронхита, съ другой, авторъ считаетъ себя въ правѣ признать, что въ данномъ случаѣ не родовой каналъ, а дыхательные органы послужили путемъ для проникновенія заразнаго начала.

А. Фишеръ.

201. В. Орловъ. Прободеніе головки и извлеченіе плода одними ручными приемами. («Русская Медицина». 1888 г. № 17).

Приглашенный къ 25 лѣтней первобеременной по поводу весьма упорной, непрерывной рвоты, авторъ засталъ трудно рожаящую женщину. Роды продолжались уже 3 дня. При изслѣдованіи оказалось: зѣвъ раскрытъ на 3 пальца. Надъ входомъ въ тазъ баллотируетъ большая гидроцефалическая головка. Сердцебіенія плода не слышно. Не имѣя съ собою инструментовъ для искусственнаго окончанія родовъ, авторъ рѣшилъ замѣнить ихъ рукою. Расширивъ пальцами зѣвъ на столько, чтобы можно было провести руку, О. отыскалъ наиболѣе зыблющееся мѣсто головки и съ большимъ трудомъ прорвалъ его; тотчасъ вылилась масса воды. Кости черепнаго свода вылучены, послѣ чего произведено извлеченіе головки и туловища. (Авторъ называетъ эту часть операціи самой трудной). Приращенный послѣдъ удаленъ ручными приемами. Послѣродовой періодъ съ однократнымъ повышеніемъ t° до 39° на 3-ій день. Операція произведена безъ хлороформа. Дезинфекціи никакой.

І. Рясенцевъ.

202. В. В. Сутугинъ, Къ вопросу объ условномъ показаніи къ кесарскому сѣченію. («Врачъ» 1888 г. №№ 18 и 19).

Разобравъ статистическій матеріалъ, относящійся къ описываемой операціи, авторъ приходитъ къ заключенію, что въ настоящее время будетъ болѣе справедливымъ предпочитать операціи, болѣе щадящія жизнь матери, или, по меньшей мѣрѣ, возможно строже относиться къ постановкѣ условныхъ показаній къ кесарскому сѣченію и во всякомъ случаѣ принимать въ расчетъ желаніе матери, объяснивъ ей опасность отъ кесарскаго сѣченія.

Самъ авторъ произвелъ кесарское сѣченіе при слѣдующихъ условіяхъ:

В. Г. 18 лѣтъ, первобеременная, поступила въ Моск. родовспомогат. Заведеніе 21 февр. 1888 г. Послѣднія регулы въ іюнѣ 1887 г. Движенія плода въ октябрѣ. Тѣлосложеніе правильное, видъ дѣтскій. Ростъ 139 сант. Размеры таза: окружность 81 см.; d. troch.—28,5; d. cr.—25; d. sp.—24,25; conj. ext.—16; conj. diag.—10. Мысъ стоитъ высоко, и ниже его опредѣляется второй—ложный мысъ. Тазъ общесъуженный плоскій 2-й степени (по Litzmann'у). Conj. obstetrica—8 сант. Длина плоднаго яйца 23,5 сант. Спинка

плода прощупывается вправо и кзади, головка подвижна надъ входомъ въ тазъ. Сердцебиеніе плода справа и нѣсколько ниже пупка. Родовыя боли начались 24 февр., въ 2 часа ночи. Въ 3 ч. 30 мин. дня приступлено къ операциі при открытіи зѣва на 3 поперечныхъ пальца, хорошо сформированномъ плодномъ пузырьѣ и баллотирующей надъ входомъ въ тазъ головкѣ. По наложеніи жгута сдѣланъ разрѣзъ по передней стѣнкѣ матки въ 15 сант.; извлеченъ плодъ, лежащій во второмъ затылочномъ положеніи — живая дѣвочка. Рана мышечной стѣнки матки зашита узловатыми швами въ 3 этажа; брюшина же отдѣльно скорняжнымъ швомъ съ заворотомъ внутрь ея краевъ. По снятіи жгута, кровотеченіе изъ полости матки—вслѣдствіе плохого ея сокращенія. Туалетъ брюшины оказался излишнимъ. Рана живота зашита глубокими и поверхностными узловатыми швами. Въ послѣоперационномъ періодѣ повышеніе t на 2-й день до $38,3^{\circ}$ и съ 4-го до 9-го дня лихорадочное состояніе въ зависимости отъ нагноенія нижнихъ швовъ брюшной раны. Швы сняты на девятый день; на 28-й день родильница выписана здоровой.

Извлеченная дѣвочка вѣсила 2,600 грм., длина — 48 см.; окружность головки—30; прямой размѣръ ея—10,5; б. косой—12; м. косой—8; б. поперечный—9; м. поперечный — 7. Размѣръ плечиковъ — 9,5; ягодицъ — 8. Вѣсъ ребенка въ день выписки 3,180 грм.

І. Рясенцевъ.

203. Urban Wiercinsky. Vor dem Blasensprung abgestorbene Frucht. Sectio Caesarea in moribunda. Schultze'sche Schwingungen. Ausgedehnter Luftgehalt beider Lungen. (Centrabl. f. Gyn., 1888, № 23). Смерть плода до разрыва плоднаго пузыря. Кесарское сѣченіе. Schultze'вскія качанія (для оживленія мнимоумершихъ новорожденныхъ). Распространенное содержаніе воздуха въ обоихъ легкихъ.

16-го ноября 1887 г. изъ Евангелической больницы въ Спб. въ Надеждинское Родовспомогательное Заведеніе поступила XII—пара, 42 лѣтъ, съ диагнозомъ: Aporplexia medullae spinalis въ области 4 груднаго позвонка, paraplegia, pausis diaphragmatis, bronchitis universalis acuta. При изслѣдованіи: шейка матки сглажена, края толсты и неуступчивы, зѣвъ открытъ на $1\frac{1}{2}$ пальца, пузырь цѣль и не напряженъ; никакихъ схватокъ. Ребенокъ во 2-мъ череномъ положеніи, сердцебиенія его не слышно. Больная не можетъ лежать вслѣдствіе одышки. Черезъ $2\frac{1}{4}$ ч. внезапно наступилъ коляпсъ: сердце работаетъ очень слабо, нитевидный пульсъ. Примѣнено искусственное дыханіе, и сдѣлано классическое кесарское сѣченіе. Во время операциі больная не представляла никакихъ признаковъ жизни кромѣ того, что, при наложеніи швовъ, изъ уколовъ выступала жидкая кровь. Ребенокъ извлеченъ безъ всякихъ признаковъ жизни. Произведено 52 качанія по способу Schultze, и затѣмъ произведена перкуссія грудной клѣтки: вездѣ получался ясный легочный звукъ, по никакихъ признаковъ жизни не обнаруживалось. Тогда примѣнили остальные способы оживленія, и тоже безрезультатно.

Извлеченный ребенокъ вѣсилъ 2870 грм., длина его 43 см. Кожа и слизистыя оболочки блѣдны. Никакихъ слѣдовъ разложенія или мацерациі.

При вскрытіи очень значительный отекъ рыхлой клѣтчатки, особенно sub- и retroperitonealis. Въ брюшной полости много серозной жидкости. Желудокъ, тонкія кишки, colon ascendens и transversum содержать много воздуха; colon descendens, flexura sigmoidea и rectum переполнены меконіемъ. Печень нормальной величины съ умѣреннымъ кровенаполненіемъ, v. portae и v. cava inferior переполнены жидкой кровью. Правое легкое расширено больше лѣваго; оба легкія, вмѣстѣ съ trachea, glandula thymus и сердцемъ плаваютъ въ водѣ. Гортань, трахея и крупныя бронхи содержатъ небольшое количество слизи. Верхняя доля праваго легкаго, передняя половина средней его доли и нѣкоторыя части нижней доли, особенно у входа бронховъ, содержатъ воздухъ, всѣ остальные части воздуха не содержатъ. Лѣвое легкое: верхняя половина верхней доли и передній ея край наполнены воздухомъ, въ нижней долѣ замѣчается только нѣсколько наполненныхъ воздухомъ островковъ. Экхимозовъ не замѣчается ни на pleura pulmonalis, ни на pleura costalis, но на передней поверхности glandulae thymus замѣчаются точечныя кровоизліянія. Большіе сосуды грудной полости умѣренно наполнены жидкой кровью. Сердце мало, предсердія и желудочки пусты. Мозгъ отеченъ.

На основаніи изложенныхъ данныхъ авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: 1) Воздухъ въ легкія младенца вошелъ исключительно благодаря Schultze'вскимъ качавіямъ, такъ какъ при цѣломъ пузырьѣ воздухъ въ матку попасть не могъ, а извлеченъ младенецъ несомнѣнно мертвымъ. 2) При этомъ методѣ воздухъ попадаетъ не только въ легкія, но и въ желудокъ и верхній отдѣлъ кишекъ. 3) Ребенокъ не дѣлалъ дыхательныхъ движеній внутри матки, такъ какъ большіе сосуды грудной полости почти пусты, а воздухоносныя пути свободны отъ аспирированныхъ массъ. 4) При недостаткѣ кислорода въ материнской крови, плодъ погибаетъ раньше матери. 5) Вскрытіе плода, медленно задохшагося въ маткѣ, даетъ гораздо болѣе рѣзкую картину распространенныхъ отековъ и серозныхъ трансудатовъ въ различныя полости, нежели картину, характерную для асфиксін, какъ-то: переполненіе кровью сердца и венозныхъ сосудовъ, гипереміи, экхимозы и проч.

Насколько извѣстно автору, случай его есть первый въ литературѣ, гдѣ Schultze'вскій методъ провѣренъ на ребенкѣ, умершемъ до вскрытія плоднаго пузыря и извлеченномъ посредствомъ кесарскаго сѣченія.

А. Соловьевъ.

204. **Garde.** A case of Porro's operation for rachitis of pelvis. (Aust. med. gaz., March 15, 1888). Случай операціи Porro при рахитическомъ тазѣ.

Рахитичной женщиной, 23-хъ лѣтъ, съ переднезаднимъ діаметромъ таза въ 1¹/₂ д. въ концѣ 10-го мѣсяца беременности, въ виду невозможности извлечь живаго ребенка per vias naturales и нежеланія новой беременности, произведена операція Porro. Вскрывши брюшную полость, Garde сдѣлалъ разрѣзъ черезъ маточную стѣнку въ 1 д., ввелъ въ него оба указательныхъ пальца, разорвалъ ткань матки на протяженіи 5—6 д., затѣмъ оболочки и извлекъ ребенка. На шейку матки за неимѣніемъ serre-noeud *Koerberlé* на-

ложена проволока экразера *Braxton Hicks'a*, причемъ трубы и яичники захвачены въ лигатуру; масса надъ лигатурой срѣзана, культя фиксирована иглами аспиратора; брюшина пришта къ основанію культи; на рану наложено 4 глубокихъ и нѣсколько поверхностныхъ швовъ. Черезъ 6 часовъ кровотеченіе изъ культи—наложена шелковая лигатура и сдѣлано прижиганіе термокаутеромъ; черезъ 4 часа новое кровотеченіе, остановленное совершенно наложеніемъ эластическаго жгута дважды вокругъ культи надъ иглами. Культя отпала на 15-й день; въ послѣоперационномъ періодѣ было единичное повышеніе температуры до $101,6^{\circ}$ F. Швы удалены на 5-й и 7-й дни; на 23-й день больная встала. Причину кровотеченія *Garde* видитъ въ слишкомъ тонкой проволоцѣ экразера или въ возможномъ соскальзываніи ея.

А. Пекарская.

205. **Debray. Opération de Porro.** (Presse médic. belge, 1888, № 22; Société anatomo-pathologique de Bruxelles, séance du 20 avril). **Операція Porro.**

Докладчикъ демонстрировалъ матку, вырѣзанную при операціи *Porro* у рахитической 2-родящей женщины съ кососъуженнымъ тазомъ (соңj. vera—5,6 ctm.), у которой первые роды были окончены помощью классическаго кесарскаго сѣченія, оставившаго послѣ себя рубецъ, совершенно ясно видимый на вырѣзанной маткѣ. Родильница выздоровѣла. **А. Фишеръ.**

206. **E. Bumm. Zur Technik der Ergotinjectionen. II.** (Centralblatt für Gynäkologie, 1888 г. № 22). **Къ техникѣ впрыскиваній эрготина.**

Замѣтка *Engelmann'a* (Centralblatt f. Gynäk. 1888 г. № 1; см. рефератъ въ «Журн. Ак. и женск. бол.» № 2, стр. 140) относительно того, что явленія раздраженія на мѣстѣ впрыскиванія зависятъ ни отъ выбора мѣста, ни отъ реакціи и концентраціи раствора, какъ думаетъ *Bumm*, а исключительно отъ разложенія препарата, вызвала возраженіе со стороны послѣдняго. *Bumm* говоритъ, что и при употребленіи чистаго, свѣжеприготовленнаго раствора гораздо удобнѣе дѣлать инъекціи въ мышцы ягодицъ, чѣмъ въ толщу брюшныхъ покрововъ, такъ какъ реактивныя явленія въ первомъ случаѣ бывають незначительны и исчезаютъ быстрѣе, чѣмъ на брюшныхъ стѣнкахъ. Онъ совѣтуетъ втыкать иглу перпендикулярно къ кожѣ въ толщу ягодицъ, причемъ больная должна лежать на спинѣ и бедра должны быть раздвинуты. Растворы кислой реакціи, по его мнѣнію, причиняють большую боль, чѣмъ растворы нейтральныя, и степень концентраціи раствора также играетъ важную роль въ этомъ отношеніи. Поэтому заявленіе *Engelmann'a* о томъ, что 50°/о растворъ и даже чистый эрготинъ, если онъ недавно приготовленъ, не вызываютъ никакихъ неприятныхъ побочныхъ явленій, онъ понимаетъ такимъ образомъ, что авторъ пользовался при этомъ препаратомъ *Bombellon'a*, содержащимъ 75°/о воды, и что, слѣдовательно, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ рѣчь идетъ о 50°/о растворѣ, въ дѣйствительности употребляли 25°/о растворъ resp. 12,5°/о экстракта. (По точному анализу проф. *Kunkel'a* въ 100 грам. препарата *Bombellon'a* содержится 26,1 грам. экстракта фармакопей).

Vitt согласенъ однако съ *Engelmann*'омъ въ томъ, что не слѣдуетъ употреблять мутныхъ разложившихся растворовъ, такъ какъ само собою понятно, что эти послѣдніе раздражаютъ гораздо сильнѣе, чѣмъ прозрачные растворы, и что слабые растворы, не смотря на прибавленіе къ нимъ антисептическихъ веществъ, разлагаются весьма скоро. Для устраненія этихъ неудобствъ авторъ совѣтуетъ готовить растворъ самому непосредственно передъ инъекціей: онъ набираетъ въ шприцъ извѣстное количество концентрированнаго, приблизительно 15—20% раствора, который хорошо сохраняется въ теченіе долгаго времени, и прибавляя затѣмъ обыкновенной чистой воды получаетъ растворъ желаемой крѣпости.

М. Чиркинъ.

207. **A. Cordes. Un utéro-sedatif—un utéro-moteur.** (Annales de gynéc. et d'obst., Avril, 1888). Средство, успокоивающее сокращенія матки, и средство, возбуждающее ихъ.

Въ терапіи выкидыша прежде всего приходится рѣшать вопросъ, есть ли еще надежда на возможность задержать начинающійся выкидышъ, или, наоборотъ, слѣдуетъ способствовать скорѣйшему изгнанію плоднаго яйца (или его остатковъ). Въ случаяхъ перваго рода авторъ съ успѣхомъ пользуется жидкимъ экстрактомъ *viburni prunifolii* (см. Журн. акуш. и женск. бол., 1887, № 1, стр. 45), который онъ назначаетъ по 4 грм. въ сутки въ микстурѣ. Тамъ же, гдѣ существуютъ показанія ускорить выкидышъ или способствовать изгнанію задержаннаго послѣ выкидыша дѣтскаго мѣста и, вообще, остатковъ яйца, онъ настоятельно рекомендуетъ хининъ по 2 грм. въ сутки въ раздѣльныхъ приемахъ. Приведено десять наблюденій.

А. Фишеръ.

208. **E. Fraenkel. Ueber manuelle Behandlung des Scheiden-Gebärmutterovfalls** (Breslauer aerztl. Zeitschr., 1888, № 10). Лечение выпаденія влагалища и матки ручными приемами.

Авторъ примѣнилъ способъ *Thure Brandt*'а при полномъ выпаденіи матки у 30-ти-лѣтней крестьянки, которая 8 лѣтъ тому назадъ впервые замѣтила опущеніе матки. Изъ наружныхъ половыхъ органовъ выдавалась опухоль, длиною въ 8 цтм., образованная утолщенной и увеличенной маткой. Длина полости матки равнялась 10 цтм. По вправленіи матки по способу *Brandt*'а, больная, значительно облегченная, отправилась домой, причемъ она больше часу шла пѣшкомъ. При вторичномъ посѣщеніи, больная могла при сильномъ натуживаніи инвертировать только небольшую полоску передней и задней стѣнокъ влагалища. Затѣмъ, больная пришла только черезъ четыре дня и этотъ разъ могла при сильномъ натуживаніи произвести полное выпаденіе матки, которое сейчасъ-же было опять вправлено. Два дня спустя былъ сдѣланъ массажъ въ 4-й и послѣдній разъ. Очень можетъ быть, что въ данномъ случаѣ нельзя будетъ достигнуть полнаго излеченія въ виду того, что пациентка находится въ очень неблагоприятныхъ условіяхъ, такъ какъ домашнія дѣла не позволяютъ ей являться каждый день для массированія, и, кромя того, она принуждена заниматься тяжелой работой.

Въ этомъ случаѣ былъ примѣненъ съ нѣкоторыми видоизмѣненіями способъ *Thure Brandt'a*. Сеансъ начинается постукиваніемъ по поясничнымъ позвонкамъ и крестцу. Затѣмъ, больная кладется въ положеніе для камне-сѣченія. Матку вправляютъ и редрессируютъ, а затѣмъ введенными во вла-галище двумя пальцами стараются приподнять ее кверху, производя давленіе на переднюю поверхность влагалищной части; въ то же время другой рукой со стороны брюшныхъ покрововъ оттягиваютъ матку кверху до или даже выше пупка. Достигнувъ границы, до которой можно безъ насилія оттянуть матку кверху, наружная рука выпускаетъ матку, и послѣдняя медленно опускается. Въ каждый сеансъ это повторяется три раза. За этимъ слѣдуютъ движенія сопротивленія бедеръ, производимыя такимъ образомъ, что массажеръ старается попеременно то развести сомкнутыя, то привести въ соприкосно-веніе разведенныя колѣни больной, причемъ она оказываетъ ему въ этомъ со-противленіе. Продѣлавъ это три раза, сеансъ заканчивается вторичнымъ по-стукиваніемъ по поясничнымъ позвонкамъ и крестцу. Больная остается, за-тѣмъ, 5 минутъ въ колѣнно-локтевомъ положеніи и еще $\frac{1}{2}$ часа должна про-лежать на спинѣ. Кромѣ того, больной предписывается нѣсколько разъ въ день искусственно вызывать сокращенія *m. levatoris ani*, для чего она должна въ положеніи на спинѣ 10—20 разъ подрядъ произвольно сжимать и втяги-вать anus.

Такой способъ леченія выпаденія примѣнимъ въ ограниченномъ числѣ случаевъ. Противопоказаніемъ служатъ острые и подострые воспаленія матки, придатковъ и брюшины; затѣмъ старческія выпаденія, гдѣ тазовая клѣтчатка сильно редуцирована. Нельзя также рассчитывать на успѣхъ и въ тѣхъ слу-чаяхъ, гдѣ, вслѣдствіе долгаго ношенія пессаріевъ, влагалище чрезмѣрно рас-тянуто. Преимущества этого способа леченія передъ оперативнымъ заключа-ются въ его безопасности и въ томъ, что при этомъ получается нормальное положеніе матки, тогда какъ при оперативномъ способѣ леченія матка обык-новенно остается перегнутой назадъ.

Затѣмъ, авторъ переходитъ къ вопросу о научномъ объясненіи дѣйствія этого способа леченія. Относительно движеній сопротивленія бедеръ, онъ вполне соглашается съ *Preuschen'омъ* (см. рефератъ въ «Журналѣ Акушер-ства и женскихъ болѣзней», № 5, стр. 395), доказавшимъ, что этими движе-ніями вызываются сокращенія *levatoris ani*. Дѣйствіе же послѣдняго вполне ясно. Относительно дѣйствія оттягиванія матки кверху мнѣнія расходятся. Одни утверждаютъ, что поднятіями матки уничтожаются сращенія ея съ мо-чевымъ пузыремъ. Другіе же (*Profanter*) утверждаютъ, что элевации матки вызываютъ очень значительное равномерное растяженіе влагалища, всѣхъ связокъ матки, мышечныхъ элементовъ приводящихъ и отводящихъ крове-посныхъ и лимфатическихъ сосудовъ. При этомъ мышечные элементы отвѣча-ютъ на растягиваніе энергичнымъ сокращеніемъ. Кромѣ того, элевации измѣ-няютъ циркуляцію крови, вызываютъ лучшій притокъ артеріальной крови, способствуютъ оттоку венозной крови и лимфы и такимъ образомъ ведутъ къ уменьшенію объема матки, вслѣдствіе чего она легче удерживается въ нормальномъ положеніи.

А. Семяниновъ.

209. P. Profanter. Die Massage in der Gynaekologie. (Wien, 1887, 91 стр.).
 Массажъ въ гинекологіи.

Работа автора заключается въ передачѣ 16 случаевъ изъ гинекологической клиники въ Іенѣ, леченныхъ посредствомъ массажа. Массажъ примѣнялся во всѣхъ этихъ случаяхъ *Thure Brandt* омъ и *dr. Nissen* омъ подъ непосредственнымъ контролемъ профессора *B. Schultze*. Результаты изслѣдованія до и послѣ леченія вносились *B. Schultze* въ журнальные листы и схематическіе рисунки. Приведенныя исторіи болѣзней имѣютъ поэтому тѣмъ большую цѣну, что за вѣрность всего ручается такой опытный гинекологъ, какъ *Schultze*. Во время леченія массажемъ никакая другая терапія не примѣнялась: Приведенныя 16 исторій болѣзней ясно доказываютъ, что въ подходящихъ случаяхъ подострыхъ и хроническихъ болѣзней женскихъ половыхъ органовъ, помощью массажа можно достигнуть отличнаго результата и притомъ часто въ болѣе короткое время, чѣмъ при другомъ способѣ леченія. Больныя подвергались массажу втеченіе очень различнаго времени, отъ 2 до 58 дней. Кромѣ массажа, въ одномъ случаѣ полного выпаденія матки, было сдѣлано съ полнымъ успѣхомъ оттягиваніе матки кверху, такъ что больная совершенно вылечилась отъ выпаденія матки, которое существовало уже 9 лѣтъ. Въ большинствѣ случаевъ существовали болѣе или менѣе значительныя смѣщенія органовъ вслѣдствіе существованія старыхъ пери-параметритическихъ рубцовъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ удалось постепеннымъ растяженіемъ фиксирующихъ массъ достигнуть того, что смѣщенные органы можно было привести въ вполне нормальное или почти нормальное положеніе. При хроническомъ воспаленіи матки массажъ былъ примѣненъ всего одинъ разъ, да и то втеченіе короткаго времени, такъ какъ больную выписали, чтобы сначала вылечить существовавшій одновременно довольно значительный эндометритъ. Желающихъ ближе ознакомиться съ исторіями болѣзней отсылаю къ подлиннику.

А. Семяниновъ.

210. Seiffart. Die Massage in der Gynaekologie. (Stuttgart, 1888, 54 стр.).
 Массажъ въ гинекологіи.

Авторъ примѣнилъ втеченіе года леченіе массажемъ на амбулаторныхъ больныхъ приблизительно въ 60 случаяхъ, изъ числа которыхъ онъ приводитъ 12 исторій болѣзни, наглядно доказывающихъ преимущества этого способа леченія. Въ 10 случаяхъ массажъ былъ примѣненъ при разныхъ воспалительныхъ процессахъ, какъ-то: воспаленіи матки, придатковъ, тазовой клѣтчатки и брюшины. Въ самый короткий срокъ получались блестящіе результаты, такъ какъ удавалось вполне излечить всѣ мѣстныя и тѣ изъ общихъ заболѣваній, которыя зависѣли отъ заболѣванія половой сферы. Такъ, напримѣръ, запоры, которыми страдаетъ большинство гинекологическихъ больныхъ, излечивались уже послѣ нѣсколькихъ сеансовъ. Аппетитъ значительно поправлялся, отрыжка, икота, чувство тяжести подъ ложечкой исчезали. Раздражительность уменьшалась, боли совершенно исчезали. Регулы приходили безъ боли даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ они прежде были въ высшей степени болѣзненны. Иногда, конечно, не наступало полнаго излеченія,

но главнымъ образомъ потому, что больныя, чувствуя себя субъективно вполне здоровыми, прекращали лечение. Для полного излеченія нужно было отъ 10 до 37 дней, среднимъ числомъ 2—3 недѣли. Преимущества массажа выступаютъ еще нагляднѣе, если принять во вниманіе, что больныя во время леченія не были принуждены лежать въ постели, а могли заниматься своими домашними дѣлами. Кромѣ массажа въ двухъ случаяхъ выпаденія матки было примѣнено оттягиваніе (приподниманіе) матки кверху (Gebärmutterlüftung). Въ обоихъ случаяхъ получились хорошіе результаты, хотя больныя и не вылечились вполне, а были отпущены съ пессаріями. Въ одномъ случаѣ больная занималась, не смотря на запрещеніе доктора, во время леченія очень тяжелой работой, являлась неаккуратно и уже черезъ три недѣли прекратила лечение, чувствуя себя гораздо лучше. Во второмъ случаѣ результатъ получился лучшій, но всетаки осталась незначительная rectocele, и такъ какъ больная отказалась отъ операціи, то былъ вложенъ пессарій. Затѣмъ, авторъ приводитъ два случая съ опухолями, изъ которыхъ одинъ принадлежитъ ему, а другой *Winiwarter*'у, гдѣ примѣненіе массажа повело къ значительному уменьшенію объема опухоли. Въ случаѣ автора, опухоль—киста яичника, в теченіе 3 недѣль значительно уменьшилась. При первомъ изслѣдованіи больной получились слѣдующіе размѣры: отъ симфиза до пунка 16 цтм., отъ симфиза до мечевиднаго отростка 36 цтм., окружность 86 цтм. Тѣ же размѣры послѣ трехнедѣльнаго леченія=13; 30; 84. Случай *Winiwarter*'а касался 79-лѣтней больной съ кистой яичника. Въ теченіе 8 мѣсяцевъ пришлось 5 разъ сдѣлать пункцию, такъ какъ больная не соглашалась на операцію. Во время массированія опухоль значительно уменьшилась и пункцировать ее не представлялось надобности.

Кромѣ приведенныхъ исторій болѣзней, авторъ довольно подробно разбираетъ въ своей брошюрѣ весь способъ леченія массажемъ относительно дѣйствія массажа, показаній, техники и т. д. Помощью массажа достигается всасываніе патологическихъ продуктовъ, усиленіе кровообращенія, растяженіе рубцовыхъ тканей. Массажъ примѣнимъ при хроническихъ и подострыхъ воспалительныхъ процессахъ, далѣе при всѣхъ послѣдствіяхъ этихъ заболѣваній, выражающихся сморщиваніемъ или растяженіемъ, слѣдовательно, при всѣхъ смѣщеніяхъ. Противопоказуется массажъ при острыхъ воспалительныхъ процессахъ. При леченіи массажемъ метрита, авторъ совѣтуетъ не обращать вниманія на существующій часто при этомъ эндометритъ, если только этотъ послѣдній не развитъ въ особенно сильной степени. *Profanter*, напротивъ, требуетъ сначала полного излеченія эндометрита, прежде чѣмъ приступить къ леченію массажемъ метрита. При выпаденіи матки можно рассчитывать на полный успѣхъ только при цѣлой промежности. При существованіи разрыва, необходимо зашить его или вложить пессарій. Для успѣшнаго примѣненія массажа требуется точный діагнозъ, такъ какъ нужно массировать заболѣвшее мѣсто, а это только возможно при точномъ діагнозѣ. Изъ этого слѣдуетъ, что массировать можетъ только самъ врачъ, а не сидѣлка или акушерка. Массажъ дѣлается ежедневно въ теченіе 8—10 минутъ. Во время регулъ авторъ не массируетъ. Массировать должно въ высшей степени осто-

рожно и нѣжно, такъ чтобы пациентка не чувствовала боли. Конечно въ первые дни неизбежно будетъ существовать нѣкоторая чувствительность, но она не должна быть значительна. Никогда не должно массировать такъ сильно, чтобы вызвать крикъ боли у пациентки. Техника массажа заключается въ слѣдующемъ: если тазовая брюшина не поражена въ значительной степени, то сеансы начинаютъ легкимъ постукиваніемъ по поясничнымъ позвонкамъ и крестцу. Это постукиваніе должно производиться нѣжно, такъ какъ при сильномъ постукиваніи легко могутъ произойти кровотечения. Затѣмъ, больную кладутъ въ положеніе для камнешчечія съ приподнятой верхней частью туловища, немного согнутыми въ тазобедренныхъ суставахъ ногами и не сильно разведенными колѣнями. Одинъ или два пальца вводятся во влагалище, чтобы служить противоопорою для массируемаго органа, но ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ массировать со стороны влагалища. Массируютъ только со стороны брюшныхъ покрововъ. Сначала дѣлаютъ такъ называемый «вступительный массажъ», заключающійся въ томъ, что производятъ легкое давленіе и круговыя движенія въ области мыса и крестцово-подвздошныхъ сочлененій въ центростремительномъ направленіи, чтобы по возможности опорожнить лимфатическія железы. Затѣмъ, переходятъ къ массажу окружности больного мѣста и наконецъ массируютъ и само больное мѣсто. Къ концу дѣлаютъ легкий массажъ всѣхъ органовъ таза. Постукиваніемъ по крестцу вызывается болѣе сильный притокъ крови къ тазовымъ органамъ и они дѣлаются болѣе воспримчивы къ дальнѣйшимъ манипуляціямъ. Массированіемъ периферіи достигается опорожненіе лимфатическихъ и венозныхъ сосудовъ и этимъ облегчается оттокъ крови и лимфы изъ мѣста заболѣванія. Поэтому-то такъ важно начинать съ периферіи. Если начать прямо съ мѣста заболѣванія, то этимъ мы только усилимъ венозный застой въ органѣ и не только не уменьшимъ, а, напротивъ, усилимъ воспалительное состояніе органа. Наконецъ заключительный массажъ еще болѣе способствуетъ оттоку крови и лимфы, вызываетъ суженіе просвѣта сосудовъ и этимъ препятствуетъ вторичному переполненію органовъ кровью.

А. Семяниковъ.

211. P. Profanter. Die manuelle Behandlung des prolapsus uteri. (Wien, 1888). Лечение выпаденія матки ручными приемами.

Авторъ приводитъ случай выпаденія матки, описанный имъ уже въ прошломъ году въ брошюрѣ «Массажъ въ гинекологіи» (см. выше). 34-лѣтняя больная начала съ 1875 г. страдать опущеніемъ матки, а въ 1879 г. у нея произошло полное выпаденіе. Съ 30 декабря 1886 г. по 31 января 1887 г. больную массировалъ *G. Brandt* въ Іенской клиникѣ. Уже послѣ перваго сеанса матка больше не выпадала. Сначала она оставалась перегнутой назадъ, но, будучи каждый день редрессирована, приняла наконецъ нормальное положеніе и значительно уменьшилась въ объемѣ, съ 14 цтм. на 9. Больная выписалась изъ клиники вполне здоровой. Черезъ годъ она, по просьбѣ автора, снова пришла въ клинику. Въ теченіе этого времени она была вполне здорова. При изслѣдованіи оказалось, что матка нисколько не опустилась, но была перегнута назадъ; выпрямленіе удалось легко.

Авторъ описываетъ затѣмъ довольно подробно весь способъ леченія, при-
мѣненный *Brandt*'омъ. Это описаніе большею частію вполнѣ сходно съ опи-
саніемъ, даннымъ *Fraenkel*'емъ въ *Breslauer aerztliche Wochenschrift*.
Только способъ оттягиванія матки отличается отъ способа *Fraenkel*'я, а по-
тому я и привожу его здѣсь, относительно же остальнаго отсылаю къ статьѣ
Fraenkel'я, реферированной въ этой же книгѣ журнала. Больная лежитъ
въ положеніи для камнестѣченія на низенькомъ твердомъ диванѣ. Ассистентъ
становится съ лѣвой стороны, вводитъ во влагалище указательный палецъ
лѣвой руки, репонируетъ и затѣмъ редрессируетъ матку. Затѣмъ, онъ отмѣ-
чаетъ правой рукой на брюшныхъ покровахъ то мѣсто, гдѣ находится дно
матки. Операторъ становится въ ногахъ больной, лѣвымъ колѣномъ упирается
на край дивана, правой ногой стоитъ на полу. Колѣни больной упираются въ
тазовую область оператора. Затѣмъ, послѣдній сильно перегибается впередъ,
такъ что лицо его приближается къ лицу больной, кладетъ сильно супиниро-
ванныя руки на животъ больной и, вдавливая кожу, проникаетъ между сим-
физомъ и маткой въ глубину таза. Обхвативъ матку, онъ оттягиваетъ ее
кверху и выводитъ изъ полости малаго таза. Иногда удается оттянуть матку
до или даже выше пупка. Затѣмъ, матку осторожно выпускаютъ, и она мед-
ленно опускается въ полость малаго таза. Ассистентъ помогаетъ при оттяги-
ваніи надавливаніемъ на переднюю поверхность влагалищной части, отгѣсная
ее кзади и кверху. При обратномъ опусканіи матки, онъ не даетъ ей опу-
скается слишкомъ скоро.

Затѣмъ, авторъ переходитъ къ объясненію дѣйствія *Brandt*'овскаго спо-
соба леченія. Оттягиваніемъ матки кверху вызываются помощью механиче-
скаго раздраженія болѣе или менѣе продолжительныя сокращенія мышечныхъ
элементовъ въ связкахъ матки, тазовой брюшинѣ, кровеносныхъ и лимфати-
ческихъ сосудахъ. Этими упражненіями, которыя повторяются каждый день,
всѣ эти мышцы постепенно укрѣпляются и приобретаютъ, наконецъ, способ-
ность удерживать матку въ нормальномъ положеніи. Кромѣ того, этими упраж-
неніями достигается растяженіе и даже полное уничтоженіе сращеній между
маткой и мочевымъ пузыремъ. Наконецъ, они вліяютъ и на кровообращеніе:
усиливаютъ теченіе крови въ капиллярахъ, облегчаютъ оттокъ венозной крови
и лимфы. Кромѣ этого мѣстнаго леченія, *Brandt* примѣняетъ и общее укрѣп-
ляющее леченіе всего организма помощью шведской гимнастики, состоящей
частію изъ активныхъ, частію изъ пассивныхъ движеній, приуроченныхъ
къ каждому отдѣльному случаю. Для полнаго излеченія выпаденія матки тре-
буется отъ одного до двухъ мѣсяцевъ. Всего больше можно разсчитывать на
полное излеченіе у молодыхъ особъ съ цѣлою промежностью. Менѣе благо-
приятные результаты получаются у очень старыхъ, истощенныхъ субъектовъ,
влагалище которыхъ чрезвѣрно растянуто пессаріями. Значительный разрывъ
влагалища долженъ быть зашитъ, прежде чѣмъ приступить къ леченію вы-
паденія. Во время леченія больныя не должны много ходить, особенно по лѣст-
ницамъ, должны избѣгать тяжелой работы. Въ первые дни лучше всего пол-
ный покой. Противопоказаніемъ служатъ: беременность, твердая, неподатли-
вая пара-периметритическія сращенія, фиксированныя яичники, острая вос-

паленія матки и придатковъ. Относительно значенія движеній сопротивленія бедеръ авторъ вполне соглашается съ объясненіемъ, даннымъ *Preuschen*'омъ¹⁾.

А. Семяниновъ.

212. Mendes de Leon. Ein neues Untersuchungsverfahren. (Centralblatt f. Gynäk., 1888, № 21). **Новый способъ изслѣдованія.**

Недавно авторъ производилъ кастрацію по поводу міомы матки, и, вслѣдствіе выпаденія кишекъ и сидящихъ на маткѣ маленькихъ міомъ, никакъ не могъ достигъ яичниковъ. Тогда, по совѣту д-ра *Korteweg*'а, онъ приѣхивилъ методъ, рекомендуемый *Trendelenburg*'омъ при опухляхъ мочевого пузыря.

Больная уложена такимъ образомъ, что голова ея обращена къ свѣту и нижняя половина ея тѣла приподнята гораздо выше верхней. Ноги больной, согнутыя въ колѣнахъ, лежатъ на плечахъ обращеннаго къ ней спиной помощника. При такомъ положеніи больной, кишки ея очень легко были вправлены и отодвинуты къ грудобрюшной преградѣ, и совершенно легко достигались увеличенные, глубоко помѣщавшіеся въ маломъ тазу, сращенные съ окружающею тканью яичники. Они были очень легко отдѣлены. Правая ножка оказалась отекою и обильною кровью. Послѣ ея перевязки и прижиганія термокаутеромъ *Raquelin*'а, появилось значительное артеріальное кровотеченіе. Вышеописанное положеніе больной дало возможность легко увидѣть кровотокаціе въ глубинѣ таза сосуды и перевязать ихъ.

Послѣ этого случая авторъ рѣшилъ попробовать этотъ способъ въ тѣхъ случаяхъ гинекологическаго изслѣдованія, гдѣ, вслѣдствіе значительнаго тимпанита, съ трудомъ удается ощупать органы малаго таза. Оказалось, что при указанномъ положеніи пациентки, вслѣдствіе отхожденія кишекъ къ діафрагмѣ, тазовые органы ощупываются чрезвычайно удобно; кромѣ того, пациентка въ этомъ положеніи не имѣетъ возможность напрягать брюшныя мышцы. Благодаря этому послѣднему обстоятельству, является возможность очень часто избѣгнуть необходимости хлороформировать больную для діагностическихъ цѣлей (напр., при значительной болѣзненности живота), и произвести очень обстоятельное изслѣдованія въ короткое время и при самой простой обстановкѣ. Въ случаѣ отсутствія помощника, описанное выше положеніе можно придать женщинѣ, уложивъ ее на наклонной плоскости такимъ образомъ, чтобы тазовой выходъ былъ обращенъ кверху; напр., женщина укладывается на кушеткѣ такъ, что тазъ ея занимаетъ мѣсто, гдѣ обычно помѣщается голова, а ноги, согнутыя въ колѣнныхъ суставахъ, перевѣшиваются черезъ спинку, которая и является для нихъ опорой.

А. Соловьевъ.

213. Е. Л. Майзель. Лѣченіе паренхиматознаго мастита и флегмоны грудной железы бѣлой скульптурной глиной. («Врачъ», 1888 г. № 21).

Въ 7 случаяхъ паренхиматознаго воспаленія и 5 флегмонъ грудной железы авторъ примѣнялъ для леченія бѣлую глину, причемъ изъ 12 случаевъ

¹⁾ См. «Журн. Ак. и Жен. бол.», Май, 1888 г.

8 окончились разрѣшеніемъ, а въ остальныхъ образовались нарывы. Способъ употребленія: хорошо разведенной и вымѣшанной бѣлой скульптурной глиной намазываютъ кружокъ коленкора или мягкой марли такой величины, чтобы онъ покрылъ всю грудь, въ центрѣ кружка дѣлаютъ окошечко для соска. Обмывъ грудь, покрываютъ ее сначала кускомъ марли, а потомъ намазаннымъ кружкомъ такъ, чтобы онъ плотно облегалъ кругомъ всей груди. Повязку укрѣпляютъ косынкой. Мѣнять повязку слѣдуетъ 2 раза въ день.

І. Рясенцевъ.

214. М. П. Грабовская. Къ вопросу объ источникахъ лихорадки при *haematocolpos*. («Врачъ», 1888 г. № 21).

Въ одномъ случаѣ *haematocolpos ex «hymen imperforatum»* у дѣвочки 14 лѣтъ, лихорадившей при поступленіи въ больницу (t° 38,8), авторъ произвелъ бактериологическое изслѣдованіе содержимаго влагалища, выпущеннаго чрезъ проколъ дѣвственной плевы. При немедленномъ микроскопическомъ изслѣдованіи препаратовъ, окрашенныхъ, какъ по способу *Gramm'a*, такъ и карболовымъ растворомъ фуксина, найдены въ большомъ количествѣ красныя кровяныя тѣльца въ различныхъ степеняхъ распаденія, небольшое количество оголенныхъ ядеръ лимфоидныхъ тѣлецъ и множество небольшихъ цѣпочекъ изъ кокковъ, сходныхъ во всѣхъ отношеніяхъ съ *streptococcus pyogenes Rosenbach'a*; самыя длинныя цѣпи состояли изъ 8—15 кокковъ. При культивировкѣ двухъ капель упомянутой жидкости на МПА и МПС было подтверждено, что въ скопившейся во влагалищѣ крови развилась чистая разводка *streptococcus pyogenes Rosenbach'a*. Съ паденіемъ t° послѣ операціи въ отдѣляемомъ влагалища никакихъ микробовъ не найдено.

По мнѣнію автора, развитіе *streptococci* въ содержимомъ влагалища, состоявшемъ почти изъ чистой крови съ примѣсью небольшого количества слизи, даетъ возможность съ большою вѣроятностью объяснить тѣ лихорадочныя движенія или даже развитіе перитонитовъ, которые наблюдаются въ теченіи *haematocolpos* и слѣдующихъ за нимъ *haematometra et haematosalpinx*.

І. Рясенцевъ.

215. William Byrne. Trachelo-raphe. (Austr. med. gaz., March 15, 1888).
Сшиваніе разрывовъ шейки матки.

Byrne полагаетъ, что главная причина неуспѣха *Emmet'*овской операціи лежитъ въ трудности выбора случаевъ, въ которыхъ слѣдуетъ предлагать ее. Нерѣдко разрывы шейки даже значительной величины не причиняютъ безпокойства больной, но рано или поздно большой разрывъ шейки вызоветъ лейкоррею, гранулярное перерожденіе зѣва, *ectropion*, *subinvoluti'ю*, оваріальную невралгію и смѣщеніе матки. Поэтому *Byrne* считаетъ необходимымъ дѣлать операцію при большихъ разрывахъ шейки до появленія серьезныхъ симптомовъ. При эрозіяхъ, выворотѣ губъ, *subinvoluti'и* и т. д. хирургическое вмѣшательство вполне показано. Небольшіе разрывы должны быть зашиваемы только тогда, когда вызываютъ болѣзненные симптомы; продолжительное примѣненіе мѣстнаго леченія даетъ возможность рѣшить: предста-

вляеть ли разрывъ простое совпаденіе или причину разстройствъ. *Вурне* приводитъ три случая, въ которыхъ пациентки страдали со времени родовъ болями въ лѣвой яичниковой области, лейкорреей, общимъ упадкомъ силъ и различными разстройствами нервной системы; разрывы шейки были значительны и осложнялись эрозіями и выворотомъ губъ. Длительное консервативное лечение не принесло никакой пользы. Послѣ операціи всѣ явленія, какъ общія, такъ и мѣстныя, исчезли. *Вурне* снимаетъ швы на 30-й день, затѣмъ, вкладываетъ толстое кольцо съ узкимъ отверстиемъ, послѣ чего пациентка возвращается къ своимъ занятіямъ. Полный эффектъ сказывается лишь по истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, такъ какъ нарушенное обратное развитіе матки, встрѣчаемое въ подобныхъ случаяхъ, не совершается такъ быстро, какъ послѣ родовъ.

А. Пекарская.

216. **Halliday Croom.** The management of anterior and posterior displacements of the uterus (Brit med. journ., № 1415, 1888). Лечение отклоненій матки взадъ и впередъ.

С. дѣлится всѣ неправильныя положенія матки на двѣ большія группы: врожденныя у нерожавшихъ и приобретенныя у рожавшихъ. Къ первымъ относится *anteflexio* въ смыслѣ недоразвитія и *retroflexio* въ смыслѣ уродства. Нерѣдко онѣ сочетаются съ воспалительнымъ измѣненіемъ придатковъ, на которыя тогда и должно быть направлено лечение. Отклоненія отъ правильнаго положенія матки слабой степени не вызываютъ никакихъ симптомовъ; болѣе значительныя наклоненія, неосложненныя фиброидами, очнь рѣдки и также не требуютъ механическаго леченія. Загибы впередъ или назадъ въ сильной степени могутъ обуславливать жестокою дисменореею; въ такихъ случаяхъ влагалитичные пессаріи не приносятъ пользы, а примѣненіе внутриматочныхъ сопряжено съ опасностью воспаленія придатковъ. Нерѣдко дисменорея излечивается расширеніемъ цервикальнаго канала бужемъ или зондомъ совмѣстно съ продолжительнымъ употребленіемъ горячихъ душей. При малѣйшемъ заболѣваніи придатковъ слѣдуетъ ограничиваться одними душами. У рожавшихъ измѣненія положенія матки обыкновенно бываютъ приобретенныя. Примѣненіе пессаріевъ уѣбно при наклоненіяхъ и загибахъ матки впередъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда они зависятъ единственно отъ увеличенія матки въ вѣсѣ. Воспалительные процессы придатка составляютъ противопоказаніе для механическаго леченія, и даже мягкое кольцо, часто приносящее значительное облегченіе, собственно говоря, не должно быть назначено. Загибы и наклоненія назадъ возникаютъ часто механическимъ путемъ, почему и развиваются въ послѣродовомъ періодѣ, какъ результатъ несовершенной инволюціи, продолжительнаго положенія на спинѣ, увеличенія матки въ вѣсѣ и слишкомъ ранняго вставанья. Если несомнѣнно механическое происхожденіе неправильнаго положенія, обуславливающаго безплодіе, лейкоррею, менорагін, симптомы давленія и т. п., то и леченіе должно основываться, главнымъ образомъ, на механическихъ принципахъ: 1. Слѣдуетъ тонизировать матку назначеніемъ эрготина и горячихъ душей. 2. Привести

се въ нормальное положеніе: а) отдавливаньемъ вверхъ дна; б) отодвиганьемъ кзади шейки; с) колѣнолоктевымъ положеніемъ; d) низведеніемъ губы шейки щипцами, и е) наконецъ, зондомъ; бимануальное исправленіе положенія наиболѣе безопасно и совершенно, введеніе зонда въ полость матки должно быть по возможности избѣгаемо. 3. Матка должна быть удержана на мѣстѣ pessariemъ. При рѣзко выраженной ретроверсії хорошо прилаженный *Hodge*'вскій pessariй оказывается вполне дѣйствительнымъ; при ретрофлексіи лучше примѣнять обыкновенное кольцо, которое поднимаетъ всю матку; *Hodge*'вскій pessariй неудобенъ въ такихъ случаяхъ, такъ какъ онъ легко попадаетъ въ борозду между шейкой и маткой и, не оказывая дѣйствія на дно, ухудшаетъ положеніе. Въ трудныхъ случаяхъ рѣзкой флексіи съ гипертрофіей матки можно употреблять стебельчатые pessariи, но только какъ крайнее средство. Въ нервѣдкихъ случаяхъ комбинаціи версії съ флексіей, *Hodge*'вскій pessariй примѣняется съ успѣхомъ. При существованіи срощеній или опущенія яичника, мягкое каучуковое кольцо съ глицериномъ оказываетъ хорошія услуги.—*Lombe Atthill* не признаетъ антефлексію патологическимъ измѣненіемъ, требующимъ леченія, и наблюдающуюся при этомъ положеніи дисменорею относитъ на счетъ копической шейки и суженнаго цервикальнаго канала. Ретрофлексія всегда бываетъ приобретенной; если она вызываетъ симптомы давленія, то слѣдуетъ назначать *Hodge*'вскій pessariй. Въ пользу послѣдняго высказываются *More Madden* и *Barnes*, требуя, чтобы для каждаго отдѣльнаго случая pessariй былъ хорошо прилаженъ и могъ бы дѣйствовать, какъ рычагъ, образуя одно цѣлое съ маткой и двигаясь вмѣстѣ съ ней. Кольцо не приноситъ пользы, такъ какъ растягиваетъ влагалище и тѣмъ ослабляетъ естественную поддержку матки. При антефлексіи *Barnes* совѣтуетъ люлочные pessariи *Hewitt*'а. *Byrne* рекомендуетъ исправлять по возможности всякое неправильное положеніе даже въ случаяхъ, не сопровождающихся угрожающими симптомами. *William Duncan* считаетъ большинство случаевъ версій и флексій, не требующими леченія, какъ не причиняющими беспокойствъ, и ограничиваетъ употребленіе pessariй, которые, по его мнѣнію, никогда не излечиваютъ неправильнаго положенія. *Cameron* замѣтилъ, что неправильныя положенія безъ леченія постепенно ухудшаются и предложилъ между прочимъ укороченіе ligam. rotund. *Smyly*, признавая пользу употребленія *Hodge*'вскаго pessariя, указываетъ на то, что послѣдній дѣйствуетъ на крестцово-маточныя связки въ смыслѣ укороченія ихъ, а не поддерживаетъ дна матки. *J. Wallace* считаетъ необходимымъ точное изслѣдованіе этиологіи каждаго случая. У дѣвушекъ неправильныя положенія часто обуславливаются натуживаніемъ при дефекаціи, продолжительнымъ стояніемъ, тугимъ шнурованіемъ и вообще разстроеннымъ здоровьемъ съ слабой мышечной системой. Такъ называемая S—образная матка (ante-flexio шейки, зѣвъ, обращенный впередъ, небольшое выстояніе тѣла матки и ретроверсія дна) вызываетъ въ извѣстномъ періодѣ мѣстныя или рефлекторныя разстройства и можетъ быть излечена общими и мѣстными средствами безъ pessariевъ; у замужнихъ женщинъ съ бесплодіемъ излеченіе часто достигается разрѣзомъ задней губы. У женщинъ, много рожавшихъ въ корот-

кій промежутокъ времени, нерѣдко наблюдается subinvolutio матки, фаллопиевыхъ трубъ и связокъ. При послѣродовыхъ неправильныхъ положеніяхъ *Wallace* почти постоянно находилъ фаллопиевы трубы открытыми. *Grigg* на основаніи своихъ наблюденій опровергаетъ послѣднее мнѣніе *Wallace'a*.

А. Пекарская.

217. **Richelot. Sur le traitement des fibromes utérins.** (Union méd. 1888, № 69; Société de chirurgie, séance du 21 mai). **О леченіи маточныхъ фибромъ.**

Говоря объ оперативномъ леченіи маточныхъ фибромъ, авторъ не совѣтуетъ держаться во всѣхъ случаяхъ однообразнаго систематическаго способа леченія, но видоизмѣнять его, руководствуясь главнымъ образомъ величиною фибромы.

При фибромахъ *огромной* величины, выполняющихъ весь животъ, по мнѣнію автора, нѣтъ другого способа леченія, какъ только laparomyotomia.

Для фибромъ *средней* величины, поднимающихся самое большое до пупка, авторъ стоитъ за кастрацію, чтобы вызвать раньше времени climacterium, уничтожить кровотеченіе и боли, изнуряющія больную, и способствовать сморщиванію и прогрессивной атрофіи опухоли, такъ что, примѣняя этотъ способъ леченія, можно вполне достигнуть цѣли. Но иногда яичники не могутъ быть легко удалены, такъ какъ въ иныхъ случаяхъ, будучи измѣнены, смѣщены, приросши, они совершенно не могутъ быть найдены по вскрытіи брюшной полости, и въ такомъ случаѣ операція не можетъ быть окончена въ смыслѣ кастраціи, и нужно предпринять laparomyotom'ю, которая и при средней величинѣ фибромъ представляетъ тѣ же опасности, что и при фибромахъ огромной величины.

Остаются фибромы *малой* величины, выполняющія тазовую полость и только немного выдающіяся надъ лобкомъ. Здѣсь при угрожающихъ симптомахъ—чрезмѣрные боли и обильныя кровотеченія— по мнѣнію автора, вполне уместна влагалищная экстирпація матки, какъ операція менѣе опасная, чѣмъ лапароміотомія, не говоря уже о кастраціи, которая во многихъ случаяхъ не можетъ быть произведена по вышеупомянутымъ причинамъ. Только для одиночныхъ маленькихъ фибромъ, заключающихся въ стѣнахъ матки, авторъ предлагаетъ вылуценіе по способу *Schröder'a*. Но при множественныхъ малыхъ внутривѣстныхъ и заматочныхъ подбрюшинныхъ фибромахъ авторъ стоитъ за влагалищную экстирпацію матки.

Далѣе, авторъ приводитъ три случая подобныхъ малыхъ фибромъ матки, оперированныхъ имъ съ успѣхомъ въ госпиталѣ *Bichat* посредствомъ влагалищнаго вырѣзыванія матки.

1-й случай. Больная, 41 года, жалуется на боли въ поясницѣ и сильную слабость ногъ. Кровотеченій нѣтъ. При наружно-внутреннемъ изслѣдованіи оказывается: матка въ retroflexio, мало подвижна, величиною въ кулакъ. Позади матки нѣсколько малыхъ подбрюшинныхъ опухолей, выдающихся въ заднее Дугласово пространство; самая большая опухоль величиною съ орѣхъ.

Влагалищная экстирпация матки произведена авторомъ съ полнымъ успѣхомъ, и онъ видѣлъ больную спустя нѣсколько недѣль совершенно здоровою. Въ данномъ случаѣ, опухоль, хотя незначительная по величинѣ, была такъ невыгодно расположена въ маломъ тазу, что производила давленіе на нервныя сплетенія и механически вызывала безконечныя боли и парезъ ногъ. Очевидно, кастрація здѣсь не принесла бы никакой пользы, такъ какъ значительнаго регресса опухоли здѣсь нельзя было получить, матка осталась бы въ томъ же положеніи, и больная не избавилась бы отъ беспокоящихъ ее симптомовъ.

2-й случай. Больная, 57 л., жалуется на глухія боли внизу живота. Послѣ нѣсколькихъ мѣсяцевъ наблюденія боли усилились, больная стала крайне нервной, походка затруднена. Матка постепенно увеличилась въ объемъ и смѣстилась впередъ и вправо. Констатируются множественныя внутривъстничныя фибромы. И въ данномъ случаѣ авторъ съ успѣхомъ произвелъ влагалищную экстирпацию и хотя потерялъ больную на 6-й день послѣ операціи, но больная умерла отъ уреміи, и на вскрытіи авторъ нашелъ одну почку, вѣсящую 40 grm., другую 90 grm.

3-й случай. Больная, 45 лѣтъ, страдаетъ въ продолженіе года обильными кровотечениями (2 раза въ мѣсяцъ) и сильными бѣльями (безъ запаха). Больная крайне ослабла и жалуется кромѣ того на постоянныя боли внизу живота и поясницы. Изслѣдуя больную въ 1-ый разъ, 15-го ноября 1887 г., авторъ при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи нашелъ: шейка смотритъ впередъ, въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ опухоль малой величины, средней плотности, безболѣзненная. Послѣ повторенныхъ изслѣдованій авторъ предположилъ, что имѣетъ передъ собою простую retroversio uteri. Была произведена операція *Alexander'a*. Обѣ круглыя связки были найдены безъ затрудненія, отдѣлены отъ ихъ прикрѣпленій, перерѣзаны и пришиты къ кожѣ. Послѣ удаленія швовъ матка представлялась въ нормальномъ положеніи. Заднее Дугласово пространство сглажено, въ переднемъ—тѣло матки, которая казалась уменьшенной въ объемѣ. 7-го мая 1887 г. больная выписалась изъ госпиталя, будучи совершенно здоровою. 18-го апрѣля 1888 г. больная вновь явилась въ госпиталь съ тѣми же жалобами на боли внизу живота и поясницы, при томъ она крайне слаба. При наружно-внутреннемъ изслѣдованіи оказалось: шейка смотритъ впередъ, дно матки значительно увеличено въ объемѣ, снова занимаетъ заднее Дугласово пространство. Въ виду этого авторъ измѣнилъ свой прежній діагнозъ и предположилъ, что имѣетъ дѣло съ заматочной фибромою матки. 17-го мая произведена влагалищная экстирпация матки. Операція, почти безкровная, продолжалась $\frac{3}{4}$ часа. На широкія связки наложены *pinces à demeure*, влагалищная рана затампонирована. Послѣоперационный періодъ протекалъ хорошо, за исключеніемъ кратковременнаго повышенія температуры (39°); небольшое вздутіе живота исчезло послѣ назначенія каломеля и вставленія трубочки въ rectum. Пинцеты удалены черезъ 48 часовъ, тампоны на 5 день. Больная поправилась.

М. Скворцова.

218. K. Abel. Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio. (Archiv f. Gyn., Bd. XXXII, Heft 2). Слизистая оболочка матки при раке влагалищной части.

Семь случаев влагалищной экстирпации при раке влагалищной части дали автору возможность исследовать слизистую оболочку матки. Авторъ даетъ довольно подробное макро- и микроскопическое описание всѣхъ семи препаратовъ. Во всѣхъ семи случаяхъ была поражена только шейка матки, такъ что раковый процессъ не заходилъ за внутреннй зѣвъ. Несмотря на это слизистая оболочка матки была болѣе или менѣе сильно измѣнена. Макроскопически она представлялась значительно утолщенной, блестящей, желтовато-сѣраго цвѣта. Микроскопически было найдено въ трехъ случаяхъ саркоматозное перерождение. Въ двухъ изъ нихъ въ ткани слизистой оболочки встрѣчались ряды веретенообразныхъ клѣтокъ, переходившихъ иногда въ эпителиодныя. Въ третьемъ случаѣ была ясно выраженная круглоклѣточная саркома. Въ двухъ другихъ случаяхъ встрѣчались также ряды веретенообразныхъ клѣтокъ, хотя и въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ въ первыхъ трехъ случаяхъ.

Во всѣхъ пяти случаяхъ веретенообразныя или круглыя саркоматозныя клѣточки были расположены неправильно и плотно прилегали другъ къ другу, такъ какъ между ними почти не было промежуточного вещества. Интерстиціальная ткань между рядами саркоматозныхъ клѣтокъ была инфильтрирована. Это саркоматозное перерождение встрѣчалось только въ интерстиціальнй ткани верхнихъ слоевъ слизистой оболочки. Железы встрѣчались здѣсь въ огромномъ количествѣ. Въ болѣе глубокихъ слояхъ слизистой оболочки саркоматозныхъ клѣтокъ вовсе не было. Здѣсь интерстиціальная ткань была значительно уменьшена въ количествѣ, но за то железы были значительно увеличены какъ по объему, такъ и въ числѣ. Сосуды были также сильно развиты. Въ остальныхъ двухъ случаяхъ было только воспаление железистой и промежуточной ткани слизистой оболочки. Въ клиническомъ отношеніи эти исследования указываютъ на то, что позволительно экстирпировать всю матку при раке одной влагалищной части.

А. Семянниковъ.

219. G. Heinricius. Carcinome du col de l'utérus compliquant la grossesse et l'accouchement. (Nouv. archives d'obst. et de gynécol., 1888, Avril). Ракъ шейки матки, какъ осложнение беременности и родовъ.

У 40-лѣтней женщины; на 5-мъ мѣсяцѣ ея 8-й беременности, замѣчено поражение шейки матки, главнымъ образомъ — передней губы ея, которая представлялась плотной, нѣсколько бугристой, увеличенной до разбѣровъ куриного яйца, не изъязвленной; своды влагалища свободны, паховыя железы не увеличены. Затѣмъ, черезъ четыре мѣсяца (за 2 дня до родовъ) исследование показало, что передняя губа шейки матки достигла величины небольшого яблока, бугристая, болѣе мягкой консистенціи; задняя губа нормальна; въ каналѣ шейки, на его передней стѣнкѣ замѣчаются также неровности. Роды протекали очень легко, продолжались 3 часа; новорожденный — живой

мальчикъ, вѣсомъ въ 2250 грм.; кровотеченія не было ни во время, ни послѣ родовъ; послѣродовой періодъ нормальный.

Черезъ 3 мѣсяца послѣ родовъ авторъ ампутировалъ шейку матки; по обнаженію поля операціи ложеобразными зеркалами и боковыми подъемниками, передній сводъ влагалища, на нѣкоторомъ разстояніи отъ границъ новообразованія, надрѣзанъ скальпелемъ, и затѣмъ рукояткою послѣдняго отсепарована нижняя часть шейки матки; опухоль отрѣзана термокаутеромъ *Raque-lin'a*, равно какъ и пораженная часть задней губы; термокаутеромъ же прижжена слизистая оболочка цервикальнаго канала; влагалище затампонировано іодоформною марлею. Микроскопическое изслѣдованіе показало раковый характеръ новообразованія. Черезъ мѣсяць больная выписана изъ клиники. — Улучшившееся состояніе, впрочемъ, продолжалось недолго; вскорѣ появились сильныя боли внизу живота, часто бывала рвота, а черезъ 1 годъ и 3 мѣсяца у больной появились судороги и потеря сознанія (уремія? *ref.*), окончившіяся черезъ недѣлю смертью.

А. Фишеръ.

220. J. Gottschalk. Ein Fall von cavernöser Metamorphose der Ovarien (Archiv. f. Gyn., Bd. XXXII, Heft 2). Случай кавернознаго перерожденія яичниковъ.

28-ми-лѣтняя, замужняя больная, начала 10 лѣтъ тому назадъ страдать кровотеченіями, которыя первыя семь лѣтъ выражались усиленіемъ мѣсячныхъ очищеній. Послѣдніе три года кровотеченія значительно усилились и начали появляться неправильно. Такъ какъ никакія средства, между прочимъ и выскабливаніе матки, повторенное 17 разъ втеченіе 3 лѣтъ, не помогли, и больная стала въ высшей степени анемична, то была сдѣлана влагалищная экстирпація матки, причемъ были удалены и оба яичника. Больная выздоровѣла и послѣдніе два года не была больна. При изслѣдованіи удаленныхъ органовъ оказалось, что матка не увеличена, но стѣнки ея нѣсколько утолщены. Правый яичникъ увеличенъ вдвое, съ темно-красно-фіолетовой поверхностью. Лѣвый еще немного больше. При разрѣзѣ яичника, поверхность разрѣза покрылась кровью, выступавшей изъ множества различной величины полостей, частію овальной, частію круглой формы. Такъ какъ эти полости не походили на увеличенные фолликулы, то авторъ предположилъ кавернозное перерожденіе. Произведенное микроскопическое изслѣдованіе привело къ слѣдующимъ результатамъ: albigena утолщена; за ней слѣдуетъ гиперэмическій поясъ, въ которомъ капилляры сильно развиты и переполнены кровью. За нимъ слѣдуетъ переходный участокъ, въ которомъ встрѣчаются ограниченныя и неправильныя расширенія капилляровъ. Въ окружающей ткани мѣстами скопленія бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Далѣе къ центру расширенія волосныхъ сосудовъ увеличиваются, кромѣ того начинаютъ встрѣчаться новообразованные сосуды. Наконецъ, слѣдуетъ участокъ, въ которомъ произошелъ уже полный кавернозный метаморфозъ. Перерожденная ткань даетъ картину пещеристыхъ тѣлъ члена. Здѣсь встрѣчаются продолговатыя и круглыя полости, не имѣющія собственныхъ стѣнокъ, а представляющіяся безстѣвочными расширеніями въ ткани. Капилляры значительно увеличены какъ

по объему, такъ и въ числѣ. Промежуточная ткань сильно истончена и образуетъ только какъ бы сѣтъ перекладинъ между полостями. По направленію къ центру эти перекладины все больше и больше истончаются. Опѣ состоятъ изъ соединительной ткани съ соединительно-тканными клѣтками и волосными сосудами. Эти послѣдніе проходятъ большею частію по краямъ перекладинъ, оставляя по срединѣ свободное мѣсто. Капилляры одного края вливаются въ одну полость, капилляры другаго—въ другую. Иногда они анастомозируютъ; подчасъ же не соединяются ни съ одной изъ сосѣднихъ полостей. Въ окружности такихъ волосныхъ сосудовъ встрѣчаются въ очень большомъ количествѣ соединительно-тканныя клѣтки, которыя, очевидно, ничто иное, какъ выступившіе изъ сосудовъ бѣлые кровяные шарики. Чѣмъ дальше къ центру, тѣмъ въ большемъ количествѣ встрѣчается эта эмбриональная соединительная ткань, постепенно переходящая въ нормальную соединительную ткань. Такимъ образомъ, мы имѣемъ здѣсь дѣло съ хроническимъ воспалительнымъ процессомъ. Результатомъ этого воспалительнаго процесса и является кавернозное перерожденіе яичника. Новообразованная ткань имѣетъ склонность рубцово сокращаться. Вслѣдствіе этого произошло расширеніе капилляровъ и повело къ образованію щелей и полостей. Расширеніе это не вездѣ одинаково, потому что и сокращеніе происходитъ не вполне равномерно. Когда образовались такія полости, то для снабженія ихъ кровью, стало недостаточно существовавшихъ сосудовъ, а поэтому начали образовываться новыя сосуды. Яичникъ сталъ такимъ образомъ чрезмѣрно переполняться кровью. Вслѣдствіе этого произошло расширеніе сосудовъ, соединяющихъ *aa. spermaticae et uterinae*, и переполненіе матки кровью. Результатомъ усиленнаго притока крови должно было бы явиться усиленное питаніе матки. Дѣйствительно это отчасти и выразилось въ утолщеніи стѣнокъ матки, но въ очень незначительной степени, потому что оттокъ крови происходилъ слишкомъ быстро. Слизистая оболочка не была нисколько утолщена. Она давала только картину чрезмѣрной гипереміи: не только капилляры были переполнены кровью, но кровь находилась и въ маточныхъ железахъ. Скудная промежуточная ткань была переполнена выступившими бѣлыми кровяными шариками. Всѣ эти явленія ясно указываютъ на то, почему кровотеченія не могли быть остановлены выскабливаніемъ слизистой оболочки матки. Такъ какъ послѣдняя была здорова, то удаленіе ея и не могло принести пользы. Причина лежала только въ яичникахъ, а поэтому слѣдовало бы ограничиться удаленіемъ однихъ яичниковъ. Это было бы и сдѣлано, еслибы можно было передъ операцией поставить вполнѣ вѣрный діагнозъ. Кромѣ того, въ данномъ случаѣ можно было бы достигнуть излеченія перевязкой анастомозовъ между *aa. spermaticae et uterinae*. При этомъ, однако, возможно, что вскорѣ образовались бы коллатеральныя соединенія между этими артеріями, такъ что все-таки пришлось бы удалить яичники. Принимая во вниманіе симптомы болѣзни у этой больной, можно поставить только вѣроятный діагнозъ на кавернозное перерожденіе яичниковъ, если существуютъ чрезвычайно сильныя кровотеченія, не поддающіяся никакому леченію, если слизистая оболочка матки только сильно гиперемирована, но не представляетъ никакихъ другихъ

измѣненій, если при этомъ отсутствуютъ всякія другія заболѣванія, которыми можно было бы объяснить кровотеченія. Отъ хроническаго воспаленія яичника этотъ процессъ отличается, полной безболѣзненностью.

А. Сеяниниковъ.

221. И. И. Грамматикати. Пять случаевъ оваріотоміи. («Врачъ», 1888 г. №№ 19 и 20).

Въ теченіе 1887 г. авторъ произвелъ пять оваріотомій въ Саратовской земской больницѣ,

1) С. Т. 22 лѣтъ, больна 2 года. *Cystoma coll. prolif. gland.* праваго яичника.

2) Е. А. 33 лѣтъ, больна 11 лѣтъ. Дермоидная киста праваго яичника. *Perimetritis lig. lati sinistri c. degeneratione cystica ovarii sinistri.*—Правая оваріотомія съ вырѣзываніемъ лѣваго яичника.

3) Е. С. 37 лѣтъ, больна 2 года. *Cystoma ovarii dextri.* Перитонитъ вокругъ кисты. Оваріотомія произведена при разившемся перитонитѣ. Найдено скручиваніе ножки и кровоизліяніе въ полость кисты.

4) Е. П. 30 лѣтъ, больна 3 года. Киста правой широкой связки, двуполостная. Одновременное удаленіе и праваго яичника.

5) Е. М. 25 лѣтъ, больна 3 года. Киста правой широкой связки. Одновременное удаленіе и праваго яичника, въ толщѣ котораго оказалась киста съ вишню.

Во всѣхъ случаяхъ ножка была опущена въ полость живота. Послѣоперационный періодъ протекалъ безъ осложненій, изрѣдка съ кратковременными вечерними повышеніями t° до 38° . Исходъ—выздоровленіе во всѣхъ 5 случаяхъ.

Клипическія и анатомическія особенности 4 послѣднихъ случаевъ авторомъ описаны подробно.

І. Рясенцевъ.

222. А. А. Надьянъ. Случай оваріотоміи въ г. Симбирскѣ. (Проток. Симбирскаго Медиц. Общества за 1887 г.).

Авторъ описываетъ свою первую оваріотомію и вмѣстѣ съ тѣмъ первую въ Симбирскѣ. Поводомъ къ операциі была громадная опухоль живота (діагнозъ многокамерная коллоидная кистома), размѣромъ въ 9 мѣсячную беременную матку. Операциа безъ осложненій. Сращеній опухоли не было. Послѣоперационный періодъ нормальный. Удаленная опухоль, коллоидная кистома праваго яичника, представляетъ изъ себя плотную часть, величиною съ большой кулакъ, и составленную изъ мелкихъ полостей, наполненныхъ коллоидными массами, и большой мѣшокъ, изъ котораго во время операциі выпущено 25 фунтовъ желтоватой коллоидной жидкости.

І. Рясенцевъ.

223. Francis Imlach. A case of hystero-epilepsy of twenty year's duration, treated by removal of the uterine appendages. (Brit. med. Journ., April 7, 1888). Случай истеро-эпилепсіи, длившійся 20 лѣтъ и излеченный удаленіемъ маточныхъ придатковъ.

Больная 40 л. вышла замужъ на 28-мъ году и имѣла одного ребенка. 20 лѣтъ страдаетъ эпилептическими припадками, участвовавшими за послѣд-

нее время до 3—4 разъ въ день. Регулы обильны и болѣзненны. Продолжительное госпитальное общее и мѣстное леченіе не дало улучшенія; бромъ и другія пегвина оказались совершенно бесполезны. При изслѣдованіи—значительно растянутыя фаллопеевы трубы. Произведено удаленіе маточныхъ придатковъ, причѣмъ былъ констатированъ Hydrosalpinx duplex съ цирротическими яичниками. Во время наркоза рѣзко выраженный припадокъ; послѣ операціи, дивившейся нѣсколько минутъ, другой, и черезъ недѣлю третій. Затѣмъ, припадки не повторялись, а спустя мѣсяць больная возвратилась домой. Въ теченіе слѣдующаго мѣсяца—два не особенно сильныхъ припадковъ, совпавшихъ съ менструаціей и, повидимому, подававшихся брому.

А. Пекарская.

224. E. Kœberlé. Ablation d'un polype utérin de dimensions énormes. (Nouv. arch. d'obst. et de gynéc., 1888, Avril). Удаленіе полипа матки громадныхъ размѣровъ.

Больная, дѣвица, 54 лѣтъ; регулы всегда были обильны по причинѣ множественныхъ фиброміомъ матки, объемъ которыхъ въ совокупности, впрочемъ, не превышалъ величины дѣтской головки; 5 лѣтъ тому назадъ наступила менопауза, но, затѣмъ, черезъ 2 — 3 года снова появились кровотеченія изъ половыхъ органовъ съ неправильными промежутками, достигшія вскорѣ угрожающихъ размѣровъ. Когда больная обратилась къ автору, изслѣдованіе, крайне затрудненное узостью наружнаго отверстія полового канала (дѣвственной плевы), обнаружило во влагалищѣ громадную, плотную опухоль, неправильно сферической формы, выполявшую всю полость малаго таза; матка съ мелкими фиброміомами была отгѣснена кверху и протискивалась; надъ лоннымъ соединеніемъ. Отказавшись отъ мысли удалить опухоль вмѣстѣ съ маткою путемъ чревосѣченія, что представило бы громадныя трудности и было бы сопряжено съ большою опасностью для жизни больной, авторъ рѣшился удалить опухоль черезъ влагалище хотя бы по частямъ. Разрѣзавъ промежность вплоть до задняго прохода, онъ пытался, но безуспѣшно, извлечь полипъ акушерскими и мюзеевскими щипцами; тогда онъ остановился на мысли, поворачивая опухоль вокругъ ея продольной оси, перевернуть до извѣстной степени ножку полипа, прекратить такимъ образомъ питаніе послѣдняго и вызвать омертвеніе его, послѣ чего удаленіе его по частямъ было бы совершенно безопаснымъ; но сдѣлавъ два полныхъ оборота опухоли вокругъ продольной оси, онъ внезапно почувствовалъ отсутствіе какого-либо сопротивленія: ножка оторвалась; но такъ какъ и послѣ этого полипъ не могъ быть извлеченъ цѣликомъ, то авторъ срѣзалъ съ его поверхности спиральную полосу ткани около 30 см. въ длину, послѣ чего остатокъ опухоли былъ извлеченъ; вѣсъ всей опухоли равнялся 750 грм.; ножка ея исходила изъ лѣвой стѣнки канала шейки близъ наружнаго зѣва; промывъ тщательно влагалище растворами сулемы и карболовой кислоты, авторъ закончилъ операцію наложеніемъ швовъ на промежность; послѣоперационное теченіе безлихорадочное; черезъ 3 недѣли оперированная была совершенно здорова.

А. Фишеръ.

225. С. Liebman. (Triest). Ein Fall von Milzexstirpation. (Centralblatt f. gynäk., 1888, № 21). Случай удаленія селезенки.

Крестьянка 28 л. отъ роду, никогда не страдала тяжелыми болѣзнями, ни разу не болѣла перемежающейся лихорадкой. Менструируетъ съ 13 лѣтъ, правильно. Родила 3 раза. Со времени послѣднихъ родовъ (въ маѣ 1885 г.) больная замѣтила въ лѣвой сторонѣ живота ниже пупка твердую опухоль, которая долго не причиняла ей никакихъ неудобствъ и не увеличивалась въ объемѣ. Но съ конца юля 1887 г. опухоль стала замѣтно расти, больная стала испытывать сильную боль, особенно при движеніи, и 25 ноября 1887 г. поступила въ больницу. При изслѣдованіи найдено: женщина средняго роста, слабаго сложенія, блѣдна, анемична. Грудные органы нормальны, печеночная тупость въ границахъ нормы. Селезеночная тупость выстукивается по l. axillaris отъ 8 до 10 ребра, продольный діаметръ ея около 7 см. Животъ выпяченъ гладкою, кругло-овальной опухолью, величиной съ дѣтскую голову. Опухоль помѣщается надъ входомъ въ тазъ и смѣщена нѣсколько влѣво отъ средней линіи. Она лежитъ внутрибрюшинно, подвижна во всѣхъ направленіяхъ, доходитъ до нижней границы реберъ, но подъ нихъ не заходитъ. На опухоли выслушивается ясный дующій систолическій шумъ. Матка подвижна, слегка ретровертирована; лѣвый яичникъ ощупывается легко, правый не прощупывается. При оттягиваніи опухоли вправо, дно матки отклоняется въ ту же сторону, но при отклоненіи первой влѣво, а равно и при оттягиваніи ея кверху, матка остается почти неподвижной. Моча нормальна по количеству и качеству, аппетитъ порядочный, пищевареніе удовлетворительно. Поставленъ діагнозъ новообразованія въ сальникѣ или трубѣ, и 13 декабря сдѣлано чревосѣченіе.

Разрѣзъ по l. alba въ 18 см. длины; брюшина тонка и прозрачна. Сальникъ со множествомъ сосудовъ покрываетъ опухоль. Рукой, введенной въ брюшную полость, удалось ощупать матку и оба атрофированные яичника; опухоль не связана съ ними. Она выведена изъ брюшной полости и оказалась въ 4 раза увеличенной селезенкой, обращенной выпуклою поверхностію впередъ и тѣсно сросшейся съ сальникомъ. Сальникъ перерѣзанъ между лигатурами, точно также перерѣзано lig. phrenico-lienale. Селезеночные сосуды раздѣлены на 3 пучка и перевязаны 3 лигатурами. Кромѣ того, на нихъ наложена одна общая лигатура. Операция продолжалась недолго, крови потеряно мало. Удаленная селезенка вѣситъ безъ крови 690 grm., длина ея 18 см., ширина 10 см. Ткань ея дряблая, на верхнемъ концѣ инфарктъ съ голубиное яйцо. Микроскопическое изслѣдованіе дало картину гиперплазіи селезеночной ткани.

Въ первые дни послѣ операціи больную безпокоили сильный метеоризмъ и колики, затѣмъ ее прослабило, и боли успокоились. Брюшная рана зажила per primam. Съ 8-го дня t. поднялась вечеромъ до 39,6. Пришли регулы съ сильными болями въ лѣвой сторонѣ живота. На 2-й день отъ начала менструаціи t. поднялась до 40,7°, и былъ опредѣленъ лѣвосторонній параметритическій экссудатъ, который поднялся до sp. il. sup. ant. и распростра-

нился глубоко въ тазу около матки и гесті. Значительная анемія больной, быстрое образованіе эксудата и мягкость его давали право предположить геморрагическое его происхожденіе. Подъ вліяніемъ жаропонижающихъ и хорошаго питанія, эксудатъ значительно уменьшился, больная поправилась и черезъ 3^{1/2} мѣсяца была здорова.

Передъ операцией исчисленія бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ не сдѣлано, но оно произведено спустя 1 часъ послѣ операци; оказалось, что количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ 7 разъ больше нормы. Тоже получалось и при многочисленныхъ повторныхъ изслѣдованіяхъ въ первое время послѣ операци, такъ что связи между удаленіемъ селезенки и увеличеніемъ количества бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ подмѣтить не удалось. Наоборотъ, по мѣрѣ выздоровленія, количество бѣлыхъ шариковъ все уменьшалось и наконецъ пришло къ нормѣ. Увеличенія щитовидной и лимфатическихъ железъ не замѣчено.

Послѣ операци много разъ перкутировали селезеночную тупость, причемъ результаты получались всякій разъ различныя: то она была больше, то меньше, то совсѣмъ исчезала. Авторъ объясняетъ это большимъ или меньшимъ наполненіемъ flexurae sigmoideae и думаетъ, что если бы нѣсколько разъ проперкутировать селезенку до операци, то еще тогда удалось бы подмѣтить это непостоянство селезеночной тупости. Кромѣ того, въ данномъ случаѣ, по его мнѣнію, легко было бы поставить правильный діагнозъ, при изслѣдованіи подъ хлороформомъ черезъ прямую кишку.

Авторъ собралъ въ литературѣ 46 случаевъ экстирпаци селезенки, изъ которыхъ только 15 окончились выздоровленіемъ. Но эта высокая смертность объясняется тѣмъ, что 18 экстирпаци сдѣлано по поводу лейкеміи, и всѣ эти случаи окончились смертью; кромѣ того, нѣкоторые случаи относятся къ до-антисептическому времени. Особенно благоприятны исходы операци при блуждающей селезенкѣ: изъ 10 случаевъ этого рода погибло только 2 больныхъ, да и то одна изъ нихъ отъ торзіи раздутаго газами желудка; другая оперированная умерла отъ шока (селезенка вѣсила безъ крови 4,500 grm.). По мнѣнію автора, экстирпация блуждающей селезенки ни сколько не опаснѣй оваріотоміи въ смыслѣ травмы; а съ другой стороны, удаленіе селезенки не наноситъ особеннаго ущерба общей экономіи организма, какъ это видно изъ экспериментовъ надъ животными и немногочисленныхъ клиническихъ наблюденій надъ людьми.

А. Соловьевъ.

226. **Д. О. Оттъ.** Особенности противогнилостной обстановки и клиническаго теченія въ 30 чревостѣченіяхъ («Врачъ». 1888 г. № 13, 15, 16 и 17).

Съ 11-го декабря 1883 г. по 1-е юля 1887 г. авторъ произвелъ 30 лапаротомій. Изъ нихъ 27 сдѣланы въ Клиническомъ Институтѣ В. Кн. Елены Павловны, 2 — въ разныхъ петербургскихъ больницахъ и по одной въ хирургическомъ пріемномъ покоѣ при Пятигорскихъ минеральныхъ водахъ и частной квартирѣ.

Заболѣванія, служившія показаніями для чревосѣченій, распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

	Умерло.	Выздоровило.
1) Кистовидное перерожденіе яичниковъ 18 разъ (10 разъ одностороннее и 8 обоюдостороннее).		
Изъ нихъ:		
а) Кистъ простыхъ	2	0
б) Кистожъ	8	1
в) Интерлигаментарныхъ кистъ	4	0
г) Дермоидныхъ кистъ	4	1
2) Adenoma sarcomatodes ovarii utriusque	1	1
3) Кисты широкихъ связокъ	2	0
4) Hydrosalpinx	1	0
5) Pyosalpinx	1	0
6) Фибриомы матки	4	0
7) Cysto-sarcoma haemorrhagica	1	1
8) Hydronephrosis (діагнозъ киста яичника).	1	0
9) Lien dislocatum (діагнозъ многополостная кистома). Пробный разрѣзъ	1	0
Итого	30	4
		26

Причина смерти въ одномъ случаѣ не выяснена, въ другомъ —гноекровіе и въ 2 — истощеніе вслѣдствіе злокачественнаго новообразованія. Кромѣ того, одна оперированная (cyst. interlig.) спустя нѣсколько недѣль по выходѣ изъ больницы умерла отъ гнойнаго воспаленія въ маломъ тазу.

Каждый отдѣльный случай чревосѣченія, смотря по его интересу, описанъ авторомъ болѣе или менѣе подробно въ текстѣ.

Обстановка чревосѣченій, приготовленіе больной къ операциі, техника операциі, послѣоперационный уходъ, равно какъ и наблюденія автора надъ дѣйствіемъ срагу'я описаны очень подробно, но все это уже извѣстно читателямъ журнала изъ доклада автора въ Петерб. акуш.-гин. Общ. (протоколъ 1887 г. № 12). Вкратцѣ же это можетъ быть резюмировано въ слѣдующемъ:

1) Всѣ приемы и вся противугниlostная обстановка направлены къ тому, чтобы обезпечить главнымъ образомъ полнѣйшую и самую педантичную чистоту и безгниlostность всего, приходящаго въ непосредственное соприкосновеніе съ больною вообще и съ брюшною полостью въ особенности.

2) Входъ въ операционное помѣщеніе свободенъ для всѣхъ.

3) Относительно туалета брюшины авторъ держится слѣдующаго правила: «обеззараживанію подлежитъ только то, что представляется зараженнымъ».

4) Срагу авторъ употреблялъ при всѣхъ чревосѣченіяхъ и благотворное противубактерійное дѣйствіе его объясняетъ не механическимъ дѣйствіемъ срагу'я, а его химическимъ вліяніемъ.

І. Рясенцевъ.

227. E. Fränkel. Erfahrungen über Breisky's Eipessarien (Centr.-blt. f. Gyn., 1888, № 18). Яйцевидные пессарии Breisky'аго.

Авторъ съ успѣхомъ примѣнялъ при выпаденіяхъ матки у пожилыхъ женщинъ яйце- или шаровидные пессаріи *Breisky*'аго изъ твердаго каучука. Эти пессаріи вполне достигали цѣли и оказывались совершенно безвредными, если ихъ вынимали черезъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ года для того, чтобы очистить и въ случаѣ надобности замѣнить меньшимъ номеромъ. Такая замѣна особенно часто необходима у старыхъ женщинъ, у которыхъ вслѣдствіе старческаго обратнаго развитія наступаетъ укороченіе и суженіе влагалища. Пессаріи вынимаются легко введеннымъ въ прямую кишку пальцемъ. Однако въ четырехъ случаяхъ, гдѣ больныя явились къ автору только по прошествіи 2—3 лѣтъ, было очень трудно удалить пессаріи, такъ что пришлось прибѣгнуть къ предложеннымъ для этого щипцамъ *Breisky*'аго, причѣмъ во всѣхъ 4 случаяхъ произошелъ разрывъ влагалища. Кромѣ того, у этихъ больныхъ развились сильный кольпитъ и очень значительныя явленія жженія и давленія въ животѣ. Поэтому авторъ беретъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больныя не могутъ являться къ нему въ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ годовые промежутки, нѣсколько меньшей номеръ пессаріа, чѣмъ нужно и помощью T образной повязки препятствуетъ его выпаденію. Такой пессаріей больная можетъ легко вынуть, вычистить и снова ввести. Выѣсто повязки можно примѣнять рекомендованныя *Grossmann*'омъ гигиеническіе панталоны съ пелотомъ (см. рефератъ въ Журн. Акуш. и Женск. Бол., № 5, стр. 407).

А. Семяниковъ.

А. Я. Крассовскій.
Редакторы: Н. Ф. Славянскій.
И. И. Смольскій.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВТОРОЙ.

СЕНТЯБРЬ 1888, № 9.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

XV.

ВРОЖДЕННЫЕ ПЕРЕПОНЧАТЫЕ СТЕНОЗЫ ВЛАГАЛИЩА, КАКЪ ПРИЧИНА ОСЛОЖНЕНІЙ РОДОВАГО АКТА И ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНІЕ ИХЪ ВЪ РАЗВИТІИ ХРОНИЧЕСКИХЪ РЕТЕНЦІОННЫХЪ ОПУХОЛЕЙ МАТКИ.

И. И. Федорова.

(Штатнаго Ординатора (ассистента) Клиники Акушерства и Женскихъ болѣзней проф. Н. В. Ястребова, при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ).

Atresia vaginae congenita membranacea imperfecta по Klob'y и Scanzoni, *atresia v. mebr. incompleta французскихъ авторовъ*, *stenosis v. cong. annularis* по Schröder'y, Brejsky и другимъ авторамъ, представляетъ ту форму порочнаго образованія вагины, когда просвѣтъ ея канала является раздѣленнымъ поперечно-расположенною неполною перегородкою на 2 отдѣла—верхній и нижній.

Занимая то болѣе широкій, то относительно узкій поясъ вагинальной стѣнки, чаще всего у мѣста соединенія верхней части влагалища со среднею, а также и въ области сводовъ, подобныя перегородки обыкновенно представляются подъ видомъ кожистой плевы различной толщины и эластичности. На извѣстномъ мѣстѣ, чаще всего близъ самаго центра, въ нихъ нахо-

дится одно или нѣсколько отверстій, то въ формѣ болѣе или менѣе широкихъ кругловатыхъ, съ ровными и тонкими краями просвѣтовъ или продолговатыхъ фиссуръ, то въ видѣ едва проходимыхъ для тонкаго хирургическаго зонда узкихъ щелей.

Что касается происхожденія подобныхъ стенозовъ, то вопросъ этотъ различными авторами разрѣшается различно.

Большинство изъ нихъ, какъ *Brejsky* ¹⁾, *Dohrn* ²⁾ и др., рассматриваютъ эту форму наряду съ полными заращеніями вагинальнаго канала, какъ послѣдствіе зародышевыхъ воспалительныхъ процессовъ вагины—*vaginitis adhaesiva foetalis*. «Если, говоритъ Breisky, полное закрытіе канала развивается въ ранніе періоды зародышевой жизни, когда просвѣтъ вагины узокъ, а отторженіе эпителия въ немъ не столь обильно, то стенозы, быть можетъ, возникаютъ въ болѣе поздній періодъ, благодаря отсутствію благоприятныхъ условій для полнаго закрытія просвѣта».

Другіе же, какъ *Scanzoni* ³⁾ рядомъ съ этимъ указываютъ также на возможность образованія продыравленныхъ перепонокъ путемъ позднѣйшаго, подъ давленіемъ скопившейся менструальной крови, разрыва полныхъ атрезій.

Въ пользу тѣсной генетической связи между тѣми и другими пороками развитія, повидимому, говорятъ также и факты гистологическаго строенія данныхъ плевистыхъ образованій. И при стенозахъ, и при атрезіяхъ, онѣ обычно представляются построенными или изъ одной соединительной ткани, или же съ примѣсью небольшого количества гладкихъ мышечныхъ элементовъ (*Scanzoni*).

Если же принять во вниманіе возможность такихъ случаевъ, гдѣ вагинальная перепонка сохраняетъ въ цѣломъ типическое строеніе вагины ⁴⁾, то вполне становится понятнымъ и тотъ

¹⁾ *Brejsky*. Болѣзни влагалища. Ручов. къ общ. и част. хир. Питы и Бильрота. 1880 г.

²⁾ *Dohrn*. Ein Fall von Atresia vaginalis, Arch. f. Gyn. 1876 г.

³⁾ *Scanzoni*. Болѣзни женскихъ половыхъ органовъ. Русскій перев. 1873 г.

⁴⁾ Федоровъ. Къ казуистикѣ супрагименальныхъ врожденныхъ перепончатыхъ заращеній мат. рук. Журн. Ак. и Женск. болѣзн. 1888 г.

взглядъ (Schröder), по которому замыкающая дѣтородный каналъ плева есть продуктъ аномалійнаго превращенія Миллеровыхъ протоковъ, когда верхняя часть вагины образовалась изъ одного, а нижняя—на счетъ другаго протока.

Каково бы ни было происхожденіе этихъ перепонокъ, во всякомъ случаѣ присутствіе ихъ въ дѣтородномъ каналѣ женщины наблюдается далеко не часто, еще рѣже онѣ остаются въ немъ совершенно индифферентнымъ quo ad vitam женщины образованіемъ, не вызывая различнаго рода, иногда весьма тяжелыхъ осложненій въ періодъ половой жизни.

Низко расположенныя плевы въ этомъ отношеніи являются относительно самыми благопріятными пороками, такъ какъ, препятствуя совершенію coitus'a, онѣ въ самомъ началѣ вынуждаютъ больныхъ обратиться за соотвѣтственною оперативною помощію и, во-время устраненныя, уже теряютъ въ дальнѣйшемъ свое вліяніе на правильность менструальныхъ очищеній и на возможность забеременѣнія.

Иначе дѣло представляется въ случаяхъ, гдѣ кожистая пергородка помѣщается высоко въ вагинѣ. Такія женщины случайно лишь становятся объектами врачебнаго наблюденія. Къ таковымъ случайностямъ между прочимъ относятся особенно благопріятныя условія, способствующія наступленію оплодотворенія и беременности. Обычно обреченныя на полное безплодіе и случайно забеременѣвшія, онѣ являются уже предрасположенными къ различнаго рода осложненіямъ родоваго акта, особенно при плотности и неподатливости заправляющей каналъ плевы, осложненіямъ далеко не безразличнымъ какъ для самой роженицы, такъ и для жизни плода.

Правда, со всѣмъ этимъ приходится встрѣчаться вообще не часто; по крайней мѣрѣ заявленія въ данномъ направленіи различныхъ авторовъ, можно считать единичными.

Такъ изъ 3-хъ случаевъ *Hohl*'я ¹⁾, только въ одномъ потребовалось устраненіе перепонки поперечнымъ сѣченіемъ ея.

¹⁾ *Hohl*, Lehrbuch d. Geburtsh. 1885 г.

Scanzoni ¹⁾ упоминает также объ одномъ только случаѣ изъ своей практики, гдѣ пришлось разсѣчь перепонку головчатыхъ бистури.

Busch ²⁾ цитируетъ *Ackermann*'а, *Sreifselich*'а, *Schmidt*'а и *Richerdson*'а, а *Brejsky* ³⁾ случай *Hömner*'а, гдѣ роды были окончены послѣ предварительнаго кроваваго расширенія отверстия въ плевѣ. Въ случаѣ же *Dolérís* ⁴⁾ подобная операція потребовалась даже при выкидышѣ на 6-мъ мѣсяцѣ. Наконецъ, въ 2-хъ случаяхъ, изъ еврейской больницы г. Варшавы, описанныхъ д-ромъ *Гузарскимъ* ⁵⁾, наступило самопроизвольное родоразрѣшеніе послѣ того, какъ отверстіе въ перепонкѣ было расширено пальцами. Обѣ родильницы выписались здоровыми вмѣстѣ со своими дѣтьми.

Къ сожалѣнію ни упомянутые авторы (за исключеніемъ д-ра Гузарскаго), ни тѣ, которые наблюдали роды, осложненные даннымъ порокомъ и окончившіеся безъ оперативной помощи, не приводятъ при этомъ свѣдѣній относительно исходовъ для матерей и плодовъ. Судя же по аналогіи со склеиваніемъ губъ маточнаго зѣва—*conglutatio orificii ext. uteri* (порокъ, трудно отличаеваемый отъ перепончататаго стеноза вагины, особенно въ теченіе 2-го періода родовъ, при которомъ, по даннымъ *Mattei* ⁶⁾, въ 28 случаяхъ, 7-мъ дѣтей родилось мертвыми и погибло 2 изъ матерей), нужно думать, что и перепончатый стенозъ далеко не безразличенъ для роженницъ и ихъ плодовъ. У *Брейски* въ этомъ отношеніи приведенъ весьма доказательный примѣръ изъ практики *Kiennedy*, который былъ свидѣтелемъ смертельнаго разрыва матки, наступившаго во время родовъ, вслѣдствіе серповиднаго стеноза влагалища. Кромѣ того, у Шпигельберга мы находимъ категорическое заявленіе о возможности весьма опасныхъ для жизни матери и ребенка осложнений, даже при своевременной оперативной помощи.

¹⁾ *Scanzoni*. Lehrbuch d. Geburtshilfe. Wien. 1867 г.

²⁾ *Busch*. Das Geschlechtsleben d. Weibes Bd. III, 1841 г.

³⁾ *Brejsky*. L. c.

⁴⁾ *Dolérís*. L'obstetrique et la Gyn., 1886 г.

⁵⁾ *Huzarski*. Gazeta lekarska, 1883 г. Т. III, № 30.

⁶⁾ *Шпигельбергъ*. Учебникъ акушерства. Русскій переводъ.

Въ виду этого и самую операцію кроваваго расширенія перепонки, какъ повидимому она ни проста, онъ совѣтуетъ производить лучше всего во время потуги, подъ руководствомъ пальца, введеннаго или въ мочевой пузырь послѣ предварительнаго расширенія уретры, или въ прямую кишку, и строго контролировать прохожденіе ребенка черезъ суженное мѣсто, такъ какъ, для предупрежденія весьма опасныхъ дальнѣйшихъ разрывовъ вагины, можетъ явиться индикація къ извлеченію плода.

Само собою понятно, насколько велика опасность, въ случаѣ самопроизвольныхъ родовъ, или тамъ, гдѣ при поверхностномъ изслѣдованіи растянутая перепонка будетъ принята за покрывающія головку плода плевы. Во избѣжаніе даннаго весьма возможнаго заблужденія, совѣтуется поэтому предпринимать изслѣдованіе роженицы или половиною руки, чтобы опредѣлить переходъ стѣнокъ рукава непосредственно на головку, или же при помощи Симоновскаго зеркала и подъемниковъ, чтобы непосредственно зрѣніемъ констатировать характеръ плевы и мѣсто отверстія въ ней.

Благодаря, такимъ образомъ, съ одной стороны относительной своей рѣдкости, съ другой же и тому особенному практическому значенію, которое свойственно родовому акту при данномъ осложненіи, думаемъ, что нижеприводимая нами исторія подобныхъ родовъ не лишена извѣстнаго интереса; при отсутствіи же въ русской литературѣ, насколько можно судить объ этомъ безъ спеціальнаго библиографическаго указателя, аналогичныхъ сообщеній, случай этотъ во всякомъ случаѣ заслуживаетъ вниманія также и съ точки зрѣнія казуистической.

Случай этотъ слѣдующій.

1-го августа, въ 9^{1/2} утра, была привезена въ клинику проф. Н. В. Ястребова, изъ гор. Новый Дворъ, роженица Э. Б-рь. Большая 32 лѣтъ, жена машиниста, 1 рага, родилась въ Плоцкой губ., отъ многородящей, въ дѣтствѣ своемъ перенесла оспу и корь. Первые регулы получила на 16 г., которыя сразу установились правильно въ типѣ по 3 дня, черезъ 4 недѣли и безъ болей. Живетъ половую жизнь съ 30 лѣтъ. Какъ до замужества своего, такъ и послѣ, никогда ничѣмъ не болѣла. Послѣднія крови имѣла въ ноябрѣ 1886 г.,

съ этого времени Б-ръ считаетъ себя беременною. Въ первые мѣсяцы беременности страдала рвотами, во второй же половинѣ появился отекъ нижнихъ конечностей. 29 іюня 1887 г., утромъ, т. е., по истеченіи 9-ти мѣсяцевъ отъ кровей, больная почувствовала первыя родовыя боли, 30-го отошли воды и боли приняли неправильный спазматическій характеръ. Къ вечеру того же дня, къ больной были приглашены одинъ за другимъ три врача; всѣ они ограничивались назначеніемъ какихъ-го лекарственныхъ средствъ внутрь. Послѣ того больная поступила въ исключительное уже пользованіе 2-хъ акушеровъ, одна изъ нихъ, по словамъ больной, рѣшила ускорить родоразрѣшеніе, расширеніемъ маточнаго зѣва, который, несмотря на сильныя родовыя боли, вовсе не раскрывался. Данный оперативный приемъ она пыталась произвести какимъ-то желѣзнымъ прутомъ или проволокою, конечно, безъ предварительной дезинфекціи своихъ рукъ и своего инструмента.

Послѣ неудачныхъ попытокъ въ этомъ направленіи, акушерки посовѣтовали отправить больную въ Варшаву, для помѣщенія въ клинику, куда она и прибыла по желѣзной дорогѣ на 3-е сутки родовъ.

Э. Б-ръ тѣлосложенія правильнаго, питанія хорошаго; брюнетка, роста 157 см.; t° in fossa ax. 38° ; П.—90; Д.—30'. Окружность живота на уровнѣ пупка—98 см.; вышена 5 см.—93; ниже на 5 см.—95; разстояніе отъ лобка до пупка—23 см., до мечевиднаго отростка—45 см.; высота дна матки надъ лобкомъ—40 см.; надъ пупкомъ—19 см. Матка плотно обхватываетъ плодъ, находясь въ состояніи судорожнаго сокращенія. Шредеревское контракціонное кольцо сокращенія находится на уровнѣ пупка, нижній отрѣзокъ сильно истонченъ. Сердцебіеніе плода слѣва отъ средней линіи, ниже пупка, частота его около 100 уд. въ минуту; головка опредѣляется неподвижно установленною во входѣ въ тазъ. Изъ вагины выдѣляется первородный калъ.

Размѣры таза больной: Ст.— $26\frac{1}{2}$; Sp.— $24\frac{1}{2}$; Conj. ext. 19 см. Груды и соски развиты правильно; на нижнихъ конечностяхъ отекъ; наружные половые органы безъ уклоненій въ развитіи; introitus vaginae окаймлено лоскутами дѣвственной плевы, на слизистой оболочкѣ замѣтны болѣе или менѣе глубокія язвы съ сѣроватымъ дномъ, продолжающіяся вглубь вагинальнаго канала, особенно по задней его стѣнкѣ. Влагалище нѣсколько укорочено, стѣнки его непосредственно переходятъ на подлежащую головку плода, покрывая послѣднюю какъ бы чепцомъ.

Приблизительно въ центрѣ перепонки опредѣляется неровность, въ видѣ продольнаго валика, съ боковыми углубленіями. Черезъ перепонку легко опредѣляются швы и роднички головки, стрѣловидный шовъ въ правомъ косомъ діаметрѣ, малый родничокъ по проводной оси таза, нѣсколько влѣво и впередъ.

Диагностировавъ *stricturam vaginae*, приступили немедленно къ устраненію препятствія, а въ виду настоятельныхъ индикаций со стороны матери, и плода, къ ускоренію родовъ, которые окончили вслѣдъ за тѣмъ наложеніемъ щипцовъ на головку ребенка.

Послѣ нахороформированія роженницы, половыя части ея тщательно были вымыты и проспиринцованы растворомъ сулемы 1 : 3000, вагина расширена

Симоновскими зеркалами, съ боковыми подъемниками. Сдѣлавъ такимъ образомъ доступнымъ для зрѣнія стѣнки вагинальнаго канала, легко можно было опредѣлить особенности строенія расположенной въ сводахъ перепонки, именно: приблизительно въ диаметръ ея находятся два различной формы и величины отверстія, расположенныхъ по бокамъ треугольнаго мостика.

Лѣвое отверстие круглое, свободно пропускающее конецъ маточнаго зонда, правое же щелевидное, длиною въ $1\frac{1}{2}$ см. Края отверстия гладки и ровны. Треугольный мостикъ особенно рѣзко выдѣляется при оттягиваніи зеркаломъ задней стѣнки вагины, которая по своей окружности непосредственно продолжается въ перегородку, отъ ткани которой ткань ея ничѣмъ не отличается.

Приподнявъ мостикъ пинцетомъ, мы разрѣзали его поперечно ножницами, а затѣмъ подъ руководствомъ пальца расширили отверстие вправо и влѣво помощію боковыхъ надрѣзовъ настолько, что оно свободно пропускало 4 пальца. Лоскуты перепонки сильно сократились, а позади нихъ на разстояніи не болѣе 0,5 см. можно было опредѣлить края неизгладившагося еще маточнаго зѣва.

Извлеченный вслѣдъ за тѣмъ щипцами ребенокъ, находился въ асфиксіи, но скоро приведенъ къ жизни по методу Шульце. Это былъ правильно развитый, доношенный мальчикъ, вѣсившій 3,790 гр. при длинѣ въ 52 см.

Вслѣдствіе значительнаго маточнаго кровоточенія, при безуспѣшномъ примѣненіи способа Среде для удаленія послѣда, мы извлекли его введеніемъ руки въ полость матки, при этомъ со стороны строенія послѣдней мы не замѣтили никакихъ признаковъ аномальнаго развитія органа.

Послѣродовой періодъ протекалъ съ мѣстными и общими осложненіями инфекціоннаго характера, чтѣ и слѣдовало ожидать, въ виду возможнаго занесенія въ организмъ большой септического начала при настойчивыхъ и разнообразныхъ манипуляціяхъ въ родовомъ каналѣ ея со стороны акушерокъ. А констатированныя у нея язвы на слизистой оболочкѣ *introitus et vaginae* при повышеніи температуры тѣла до 38° служили несомнѣннымъ *corpus delicti* привившагося уже зараженія.

Спустя часа два послѣ родовъ, у больной появился потрясающій знобъ съ повышеніемъ t -ры до 40° при пульсѣ въ 120 удар.; знобъ смѣнился чувствомъ жара и проливнымъ потомъ; послѣ приступа t -ра пала до $37,6^{\circ}$. Въ теченіе слѣдующихъ сутокъ t -ра держалась между 36° — $37,8^{\circ}$; на 3-ьи сутки знобъ повторился и приступы его затѣмъ аккуратно являлись 2 раза въ сутки, утромъ и вечеромъ до 8-го дня, при этомъ колебаніе температурной кривой доходило до 3 — 4° . Высота пульса за это время не выходила изъ умѣренныхъ границъ. Вздутія кишекъ не было, матка уменьшалась медленно съ интервалами, отличаясь особенно болѣзненностію при давленіи и особенно чувствительностію лѣвой параметральной области.

Лохіи со 2-го дня сдѣлались грязными и дурно-пахнущими, а съ 3-го приняли гнойно-сѣроватый характеръ, каковыми оставались до 9-го дня. Рядомъ съ этимъ слизистая оболочка влагалища представляла почти сплошную сѣроватаго цвѣта язву, съ отчетнымъ припуханіемъ остальныхъ тканей ея.

На 9-й день отдѣленія рукава сдѣлались серозными, съ небольшою лишь примѣсю грязноватыхъ ключевъ, язвы почти очистились.

Лечение состояло, кромѣ внутреннихъ приемовъ *pulv. secalis cornuti* и *chinini* съ виномъ, въ мѣстномъ прикладываніи льда на область матки и двукратныхъ въ сутки ирригаціяхъ ея полости растворомъ сулемы 1:3000; кромѣ того, вагина промывалась отдѣльно растворомъ сулемы, крѣпости 1:1000, а язвы слизистой оболочки ея прижигались 5% растворомъ *ac. carbolicæ* въ глицеринѣ.

На 10-й день больная пожелала выпцаться изъ клиники, по настоятельному требованію своего мужа.

При внутреннемъ изслѣдованіи ея половыхъ органовъ найдено: ткань вагины еще отечна, мѣстами язвы въ грануляціонномъ періодѣ заживленія; въ сводахъ 2 поперечно-серповидныхъ складки — передняя и задняя, ограничивающихъ щелевидное, свободно проходимое для пальца, отверстіе. Свободный край ихъ гладкій и тонкій, основаніе же болѣе широкое, нечувствительно переходитъ вверхъ во влагалищную часть матки, которая поэтому представляется гораздо короче обыкновеннаго. *Orif. ext.* ея въ видѣ поперечной щели, съ двумя боковыми разрывами, вправо и влѣво; каналъ шейки проходимъ для пальца до внутренняго зѣва. Матка плотна, въ положеніи *ante-flexionis*, подвижна, при давленіи нѣсколько чувствительна. Левый сводъ напряженъ и болѣзненъ, выдѣленія съ легкимъ запахомъ.

Спустя два мѣсяца, мы имѣли случай узнать, что больная около 6 недѣль пролежала въ постели, почти при тѣхъ же болѣзненныхъ явленіяхъ, отъ которыхъ, повидимому, благополучно отдѣлалась въ клиникѣ.

И такъ, если нѣкоторыя обладательницы разсматриваемаго порока вагины представляютъ интересъ въ смыслѣ возможнаго забеременѣнія и развитія осложненія при родахъ, то другая часть этихъ больныхъ, оставаясь въ состояніи *sterilitatis*, бываетъ вынужденною искать врачебной помощи по другимъ причинамъ.

Если отверстіе въ перепонкѣ незначительно, и менструальная кровь, по мѣрѣ своего выдѣленія, не можетъ правильно опорожнить маточно-цервикальнаго канала, то, накапливаясь въ послѣднемъ, она въ состояніи обусловить цѣлый рядъ тягостныхъ припадковъ дизменнорейнаго характера. Рядомъ съ этимъ, подобныя больныя указываютъ также и на то обстоятельство, что послѣ менструальнаго періода довольно долгое время продолжаютъ еще отходить изъ влагалища густыя, шоколаднаго цвѣта или похожія на деготь выдѣленія, обычно въ небольшомъ количествѣ и дурнаго запаха. Точно діагноспровать при вну-

треннемъ изслѣдованіи характеръ даннаго страданія, какъ зависящій отъ высокой степени стеноза, иногда удается только съ помощію маточнаго зеркала во время регуль. Только такимъ способомъ, говоритъ Scanzoni въ одномъ случаѣ, въ которомъ много разъ напрасно отыскивались отверстія въ перепонкѣ, послѣднее легко удалось открыть во время менструальныхъ очищеній и только потому, что въ опредѣленномъ мѣстѣ изъ нея сочилась кровь.

При данной узкости перепончатаго стеноза, легко понятна возможность слѣдующаго теченія болѣзни: если задержавшаяся менструальная кровь предшествовавшаго періода почему либо не успѣетъ совершенно выдѣлиться изъ матки, и если такое явленіе повторится съ каждымъ новымъ періодомъ, то накопленіе въ полости послѣдней менструальныхъ остатковъ поведетъ къ образованію такъ называемой *haematometrae* въ формѣ временнаго скопленія *mensium*.

По мнѣнію большинства авторовъ, это единственно неблагоприятное осложненіе стеноза, которое впрочемъ долго не существуетъ, такъ какъ послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго періода маточныхъ сокращенія преодолѣваютъ имѣющееся сопротивленіе и *haematometra* исчезаетъ при одновременномъ обильномъ выдѣленіи дегтеобразной крови. Указаніе же на то, что при данныхъ условіяхъ можетъ развиваться въ теченіе многихъ лѣтъ хроническая, т. е., болѣе постоянная форма *haematocolpometrae* со всѣми осложнениями ретенціонныхъ опухолей, со стороны маточныхъ придатковъ, въ доступной намъ литературѣ, мы не могли отыскать. Единственный случай, повидимому доказывающій а ріоріѣтную возможность подобнаго рода осложнений, въ прошломъ 1887 г., былъ сообщенъ д-ромъ *Сутгиннымъ* ¹⁾.

Изъ 2-хъ больныхъ представившихся нашему наблюденію съ перепончатымъ стенозомъ вагины, мы позволимъ себѣ сообщить здѣсь исторію одной, гдѣ несомнѣнно имѣлось такое

¹⁾ *Сутгинъ*. Журн. Акуш. и женск. болѣзн. 1887 г. № 5.

последовательное развитие ретенционной опухоли в маткѣ, а течение болѣзни совершенно представлялось аналогичнымъ съ теченіемъ ея въ случаѣ Сутугина.

З. З—ръ, еврейка, 44 лѣтъ отъ роду, жена маклера, 22 августа 1887 г. явилась въ клинику проф. Н. В. Ястребова, на амбулаторный пріемъ за со-вѣтомъ, по поводу болей внизу живота и кровенистыхъ выдѣленій изъ влагалища. Больная родилась и живетъ въ Варшавѣ, въ дѣтствѣ своемъ никакихъ сыпныхъ формъ болѣзни не проходила. Первые регулы появились на 17-мъ году, вторыя пришли черезъ 6 мѣсяцевъ, послѣ чего типъ ихъ установился крайне неправильно $\frac{\text{по } 1-3 \text{ дни.}}{\text{черезъ } 2-6 \text{ нед.}}$, причеиъ какъ первыя, такъ и послѣдующія всегда сопровождалась сильными дизменоррейными припадками, доводившими больную въ 1-й день кровей до обмороковъ и конвульсій. Выдѣляясь обычно въ небольшомъ количествѣ въ теченіе менструальнаго періода, крови довольно часто продолжали показываться и послѣ, въ теченіи недѣли, иногда двухъ, въ видѣ дегтеобразной, съ дурнымъ запахомъ жидкости. Данный характеръ ихъ не измѣнился и по выходѣ больной замужъ на 24 г.; въ теченіе же послѣднихъ двухъ лѣтъ менструальныя выдѣленія показывались всего по 1 разу въ годъ, въ томъ же небольшомъ количествѣ и съ тѣми же *polimina*, причеиъ, по окончаніи кровей, истеченіе смолистой жидкости нѣкоторое время повторялось попрежнему. Что же касается мѣсячныхъ періодовъ за послѣднее время, то въ нѣкоторые мѣсяцы у больной появлялись всѣ припадки, свойственныя наступленію регулъ, кромѣ выдѣленія крови, въ другіе же—ихъ вовсе не бывало.

Въ различное время вышеописанныя припадки со стороны половыхъ органовъ, доходя до высокой степени своего развитія и напряженія, вынуждали больную искать врачебной помощи; такъ 7-мъ лѣтъ тому назадъ, она лечилась въ больницѣ нѣсколько недѣль, причеиъ, по словамъ больной, ей предлагали какую-то операцію въ виду существующей на маткѣ опухоли; 4 года тому назадъ она вторично пользовалась госпитальнымъ леченіемъ отъ сильнаго кровотеченія изъ половыхъ органовъ; подобное кровотеченіе потомъ повторялось въ различное время 2 раза. 4 недѣли тому назадъ у З—ръ появились сильныя боли въ правомъ паху, крестцѣ и правой нижней конечности въ области бедра и повторились обычныя темно-кровенистыя густыя выдѣленія въ небольшомъ количествѣ. Беременную З—ръ никогда не бывала.

При изслѣдованіи З—ръ найдено: размѣры таза равнялись Cr.—27; Sp. sp.—24; Conj. ext.—20; наружныя половыя органы развиты нормально, *introitus vaginae* окаймленъ остатками дѣвственной плевы; влагалище узкое, слизистая оболочка его въ складкахъ;верху каналъ его воронкообразно суживается, оканчиваясь въ области сводовъ слѣпымъ мѣшкомъ, образованнымъ на счетъ тонкой поперечной перепонки. На перепонкѣ этой пальцемъ нельзя было прощупать никакихъ слѣдовъ какого-либо отверстія. При всякомъ надавливаніи на послѣднюю, легко опредѣлялась расположенная позади

нея коническая верхушка *portio vaginalis*. Матка увеличена во всёх своих размѣрахъ, верхняя ея граница доходитъ на 3 пальца выше симфиза; опухолей со стороны ея придатковъ опредѣлить нельзя.

При изслѣдованіи помощью маточнаго зеркала, на перепончатомъ сводѣ, замыкающемъ каналъ влагалища, замѣчается небольшое кругловатое отверстие, сквозь которое просачивалась капелъка дегтеобразной жидкости.

Отверстіе располагалось эксцентрически влѣво и съ трудомъ могло пропустить конецъ тонкаго зонда. Намъ удалось пройти по всей поверхности верхней перепонки, причеъ слѣва она оказалась приросшею къ влагалищной части матки; приращенія эти впрочемъ были не прочныя и при нѣкоторомъ натискѣ зондомъ легко разрушались. Толщина перепонки не превышала 2—3 мм., по всему протяженію своему она казалась однороднаго строения, и нигдѣ никакихъ признаковъ рубцовой ткани на ней и въ окружности ея замѣтно не было. Поступить въ клинику больная не желала. Спустя нѣкоторое время больная показала еще разъ на приемѣ, а затѣмъ мы упустили ее совершенно изъ виду.

Приведенный случай, какъ и случай д-ра *Сутугина*, служа несомнѣннымъ доказательствомъ развитія *haematometrae* при стенозахъ рукава, въ то же время, дополняетъ и клиническую картину теченія болѣзни. Въ томъ и другомъ случаѣ своевременно появившіяся крови вскорѣ принимаютъ неправильный дизменоррейный характеръ съ временными задержками ихъ, подвліяніемъ которыхъ матка гинертрофируется и періодически освобождается отъ своего содержимаго. Болѣе или менѣе полное опорожненіе органа, возможное въ періодѣ наибольшей функциональной его дѣятельности, съ приближеніемъ климактерическаго періода жизни женщины ослабѣваетъ настолько, что накапливающиеся постепенно остатки *mensium* уже не вызываютъ въ маткѣ обычныхъ явленій раздраженія и такимъ образомъ наступаетъ непрерывный ростъ ретенціонной опухоли ея, съ осложненіями *impressionis* на сосѣднія тазовыя органы. И дѣйствительно, если въ случаѣ д-ра *Сутугина* больная въ 39-тъ лѣтъ еще получаетъ кровотеченіе и такимъ образомъ освобождается хотя отчасти отъ задержавшихся *mensium*, у нашей больной съ 42-го года обычныя кровотеченія уже не повторяются, хотя *molimina mensium* еще существуютъ, дѣйствуя здѣсь лишь въ смыслѣ непрерывнаго роста маточной опухоли. Съ теченіемъ времени при наступленіи климактерическаго періода, конечно, такая опухоль

уже измѣнить свой характеръ haematometrae, содержимое ея превратится въ серозную жидкость и такимъ образомъ на почвѣ стеноза получится подъ конецъ hydrometra senilis.

XVI.

ОТЧЕТЪ ПО ПЕРМСКОМУ РОДИЛЬНОМУ ПРИУТУ СЪ 1-ГО ЯНВАРЯ 1880 Г. ПО 1-Е ЯНВАРЯ 1888 Г.

О. Скворцовой. (Пермь).

Пермскій родильный приютъ существуетъ съ сентября 1870 года и въ нынѣшнемъ 1888 году, по рѣшенію Пермскаго губернскаго земскаго Собранія, долженъ закончить свою дѣятельность ¹⁾. Я завѣдую приутомъ только съ октября 1879 года и такъ какъ многія данныя за предшествовавшіе годы не сохранились, то и не могу сдѣлать очерка за все время существованія приюта. Цѣль же настоящаго обзора состоитъ только въ томъ, чтобы показать, какимъ образомъ современный способъ веденія родовъ, даже при бѣдности обстановки нашего земскаго родильнаго дома, могъ повліять на уменьшеніе заболѣваемости и смертности роженицъ и родильницъ. При этомъ считаю нужнымъ высказать сожалѣніе за неполноту сообщаемыхъ мною данныхъ, — я, какъ земскій врачъ, завѣдую, кромѣ родильнаго дома, еще и женскимъ отдѣленіемъ больницы, въ которомъ въ теченіе года бываетъ до 800 больныхъ со всевозможными болѣзнями и кромѣ того амбулаторныхъ больныхъ ежегодно болѣе 2,000 безъ повторныхъ посѣщеній, естественно поэтому, что я не могла удѣлять, много времени родильному покою.

При поступленіи моемъ врачомъ въ Пермскую губернскую земскую больницу, родильный покой находился въ одноѣмъ зданіи съ общимъ женскимъ отдѣленіемъ, на частной квартирѣ; въ женскомъ же отдѣленіи въ то время помѣщались были женщины, больныя всевозможными болѣзнями, не исключая рожистыхъ, гангренозныхъ, тифозныхъ и другихъ заразныхъ больныхъ. Причемъ сифилитическое отдѣленіе помѣщалось внизу, а родильный покой съ общимъ женскимъ отдѣленіемъ вверху. Находя сосѣдство сифилитиковъ менѣе опаснымъ для роженицъ, я перевела тотчасъ же родильный покой въ нижній

¹⁾ Губернское земство, на основаніи того, что главный контингентъ родильницъ составляютъ жительницы г. Перми, желало передать содержаніе приюта городу; городское же общество не беретъ на себя этого расхода. Пререканія эти тянулись нѣсколько лѣтъ и въ концѣ концовъ разрѣшились вышеупомянутымъ постановленіемъ земства.

этажъ и вмѣстѣ съ тѣмъ замѣнила прежній способъ зарыванія плацент'ы—ея сжиганіемъ, что конечно не обошлось вначалѣ безъ ропота со стороны прислуги. Вскорѣ женское отдѣленіе было переведено въ общій земскій больничный дворъ, а для родильнаго помѣщенія не нашлось иного, какъ верхъ постоялаго двора, потому что хозяева домовъ, считая родильный покой равнозначимымъ съ больницей, не соглашались отдавать подъ родильный свон дома. Здѣсь родильный покой имѣлъ всего двѣ небольшихъ комнаты, одну для родовъ, другую для родильницъ. Ванны въ собственномъ смыслѣ слова не было, потому что воду для ванны приходилось грѣть въ чугунахъ и рѣдкая изъ роженицъ не успѣвала родить, прежде чѣмъ согрѣется ванна. Черезъ 2 года для родильнаго покоя была нанята болѣе просторная квартира, подъ родильнымъ помѣщался подвалъ и мелочная лавка. По прошествіи еще 2-хъ лѣтъ, т. е., въ концѣ 1883 г., родильный былъ переведенъ въ еще болѣе удобную квартиру, занимаемую имъ и понынѣ. Съ 1883 же года была устроена ванна по образцу, данному въ одной изъ медицинскихъ газетъ,¹⁾ и хотя она имѣла тотъ недостатокъ, что давала запахъ отъ керосина и раскаленнаго желѣза, но за то обладала и тѣмъ преимуществомъ сравнительно съ прежней ванной, что почти каждой роженицѣ удавалось сдѣлать ванну, такъ какъ ее возможно было согрѣть въ теченіе получаса; только съ 1886 года у насъ устроена настоящая ванна, въ которую вода накачивается изъ нижняго этажа, а загрязненная обратно спускается чрезъ водоотводную трубу; такъ что въ настоящее время мы имѣемъ возможность дѣлать ванну каждой прибывшей въ родильный покой. Настоящее помѣщеніе для родильнаго пріюта состоитъ изъ 5 комнатъ, прихожей, корридора и кухни внизу, въ которой помѣщается прислуга: сторожъ и 2 сидѣлки, одна изъ комнатъ занята акушеркой. Пища для родильницъ и служащихъ готовится въ больничной кухнѣ, бѣлье стирается также въ общей больничной прачешной.

Изъ прилагаемаго чертежа видно, что въ родильномъ 4 палаты, корридоръ и прихожая. Большая изъ палатъ 7^{1/2} аршинъ длины и 7 ширины, наименьшая, вмѣщающая только одну койку, дл. въ 5 арш. и шир. въ 3 арш., средняя въ 4 арш. шир. и также 5 дл.; затѣмъ чрезъ корридоръ находится родильная палата, раздѣленная перегородкой на 2 части, изъ которыхъ въ меньшей, имѣющей 3 аршина ширины и 6 длины, помѣщается ванна, шкафъ для бѣлья и столикъ для вѣсовъ, для взвѣшиванія новорожденныхъ (вѣсы заведены только въ іюнѣ 1887 года), другая большая половина ея, въ 4 арш. ширины, вмѣщаетъ 2 родильныхъ кровати, столъ для пеленанія дѣтей и сто-

¹⁾ Я не могу въ настоящее время указать, въ которой изъ медицинскихъ газетъ помѣщено было устройство этой ванны; оно приблизительно слѣдующее: въ обыкновенную ванну наливается вода и вставляется 4-хъугольный желѣзный ящикъ съ 3-мя трубами въ верхнемъ двѣ, одной длинной, соединенной съ печной трубой и 2-мя короткими, изъ которыхъ чрезъ одну входитъ воздухъ, чрезъ другую бросаютъ стружки обмокнутые въ керосинъ; стружки, сгорая, разогреваютъ ящикъ и чрезъ него воду въ ваннѣ, которая черезъ ^{1/2} часа согрѣется; чтобы воспрепятствовать плаванію ящика, на верхнее дно кладутся гири.

ликъ для роженицъ, затѣмъ корридоръ и прихожая по $2\frac{1}{2}$ арш. ширины и 6 длины каждая, общая высота стѣнъ $4\frac{1}{2}$ аршина. Слѣдовательно, если мы даже будемъ считать воздухъ, заключающійся въ прихожей и корридорѣ, которые загромождены шкафами, то и тогда во всемъ помѣщеніи получимъ 26,5 кубич. сажень; если же выключить прихожую и корридоръ, т. е. около 6 квад. саж., то тогда объемъ воздуха всего родильнаго пріюта будетъ равенъ $20\frac{1}{2}$ квад. саж. При переходѣ въ настоящее помѣщеніе въ родильномъ въ теченіе года было всего 143 женщины, которыя провели вмѣстѣ 897 дней или среднимъ числомъ каждая по 6,2 дня, слѣдовательно, на каждый день придется менѣе 3-хъ женщинъ, т. е. если считать воздухъ корридора и прихожей,

Планъ родильнаго дома.



то около 9 куб. саж. воздуха на каждую, безъ нихъ же около 7 куб. саж.; въ настоящемъ же году данъ былъ пріютъ 278 женщинамъ; всѣми проведено 1,753 дня, среднимъ числомъ каждой по 6,3 дня, слѣдовательно, на каждый день придется около 5 женщинъ, т. е. если считать воздухъ корридора и прихожей, то и тогда придется только на каждую по 5,3 куб. саж. воздуха, безъ нихъ же по 4 куб. саж., количество воздуха, конечно, далеко недостаточное особенно для родильницъ. Кромѣ того, какъ извѣстно, въ родильныхъ домахъ какъ и больницахъ, никогда не бываетъ одинаковаго количества лицъ; нерѣдко въ пріютѣ находится по 7—8 и даже 12 женщинъ, тогда количество воздуха, даже съ корридоромъ и прихожей, будетъ только на каждую по 3,6 и 3,3 куб. сажени, при 12 же родильницахъ по 2,2 куб. сажени на каждую. При такомъ скученіи можно было бы ожидать увеличеніе заболѣваемости и смертности, сравнительно съ предъидущими годами, между тѣмъ какъ,

благодаря современному способу веденія родовъ, какъ это видно будетъ изъ дальнѣйшаго изложенія, заболѣваемость и смертность не только не увеличиваются, но значительно уменьшились.

Способъ веденія родовъ. Въ началѣ моей дѣятельности въ родильномъ, я до родовъ спринцеваній не производила, въ послѣродовомъ же періодѣ всѣ родильницы подвергались спринцеваніямъ различными дезинфицирующими жидкостями, преимущественно, впрочемъ, 2⁰/₀ карболовой кислотой; руки акушерокъ омывались той же жидкостью.

Уже въ 1882 году я замѣтила, что тѣ изъ родильницъ, которыя не позволяли спринцевать себя, имѣли часто совершенно нормальный послѣродовой періодъ и наоборотъ, подвергавшіяся спринцеванію сплошь и рядомъ заболѣвали; тогда я стала назначать спринцеванія только заболѣвшимъ, а также перенесшимъ операнцію родильницамъ. Съ появленіемъ работъ о сулемѣ, я стала въ широкихъ размѣрахъ приимать ее, но вскорѣ замѣтила, что у женщинъ, потерявшихъ много крови во время родовъ, внутриматочное спринцеваніе сулемой перѣдко вызываетъ коляпсъ.

Съ 1886 года роды ведутся мною по общимъ правиламъ, а именнѣо: акушерка, прежде чѣмъ изслѣдовать вновь прибывшую, вымываетъ себѣ руки горячей водой съ карболовымъ мыломъ и щеткой, затѣмъ дезинфицируетъ ихъ сулемой $\frac{1}{2000}$, омываетъ такимъ же образомъ и наружныя половыя части роженицы, а также и верхнюю часть бедеръ и дезинфицируетъ ихъ, равно какъ и влагалище $\frac{1}{3000}$ растворомъ сулемы, еще разъ омываетъ и дезинфицируетъ себѣ руки и смоченными въ сулемѣ руками изслѣдуетъ роженицу (всякія масла для смазыванія пальцевъ мною выведены изъ употребленія). Если женщина уже находится въ родахъ, то ей тотчасъ же дѣлаютъ клизму и опорожниваютъ мочевою пузырь, затѣмъ послѣ ослабленія роженица принимаетъ ванну, послѣ которой влагалище и наружныя половыя части вновь дезинфицируются и роженица переводится въ родильную палату. Если новаго изслѣдованія до родовъ не потребуется, то роженица не подвергается болѣе и дезинфекціи, въ случаѣ же необходимости новаго изслѣдованія, какъ руки акушерки, такъ и родовой каналъ роженицы вновь дезинфицируются. По окончаніи родовъ, если роды были совершенно нормальные, омываются и дезинфицируются только наружныя половыя части; если же воды были грязныя, то влагалище, а въ случаѣ же, если пришлось входить рукой въ полость матки или плодъ былъ мертво-гнилой, то и полость матки дезинфицируется $\frac{1}{3000}$ растворомъ сулемы. Въ нормальномъ послѣродовомъ періодѣ спринцеваній не производится, при появленіи же запаха въ отдѣленіяхъ, я произвожу спринцеваніе не только наружное, но и внутриматочное; каждому внутриматочному спринцеванію, конечно, предшествуетъ влагалищное. Трудно заболѣвшія переводятся въ общее отдѣленіе больницы. По окончаніи родовъ родильница перевозится на томъ же матрацѣ, на которомъ родила, если онъ не запачкавъ, на приспособленной для того тележкѣ, въ послѣродовую палату, по выходѣ же ея изъ родильнаго, солома изъ матраца вытряхивается и жи-

гается, а наволока, равно какъ и одѣяло отдаются въ стирку; если же матрасъ промокъ во время родовъ, то подъ родильницу подкладываютъ чистый, а съ запачканнымъ постулають, какъ выше сказано. Простыни подъ родильницей мѣняются по нѣсколько разъ въ день, по мѣрѣ промоканія. Полъ родильной палаты по окончаніи родовъ вымывается мыломъ и дезинфицируется карболовой кислотой съ сулемой и если нѣтъ въ ней еще родильницы, ждущей родовъ, то открывається и форточка. Воздухъ родильной палаты дезинфицируется посредствомъ карболоваго шпре, только въ томъ случаѣ, если есть основаніе думать, что мы имѣемъ дѣло съ зараженной роженицей, впрочемъ и подобную дезинфекцію мы можемъ производить только тогда, когда или нѣтъ другой роженицы, или если есть возможность помѣстить ее до окончанія родовъ въ одну изъ послѣродовыхъ палатъ. Ребенка по рожденію вымываютъ въ ваннѣ, промывъ предварительно ему глаза растворомъ сулемы $\frac{1}{5000}$, пупокъ перевязывается салициловой ватой (шнурки для перевязки пуповины, ссученные изъ простыхъ нитокъ, лежатъ постоянно въ сулемѣ). Перевязку пупковъ салициловой ватой и обмываніе глазъ новорожденныхъ сулемой я уже практикую около 4-хъ лѣтъ и съ тѣхъ поръ исчезли заболѣванія пупковъ и глазъ новорожденныхъ. Дѣтское мѣсто, какъ я уже сообщала выше, по окончаніи измѣренія и взвѣшиванія сжигается.

О родахъ. Въ теченіе 8-ми лѣтъ въ Пермскомъ родильномъ покоѣ родило 1,228, выписано беременными 27, прибыло въ V періодъ родовъ 9 и тотчасъ послѣ родовъ 9. Слѣдовательно, въ теченіе 8 лѣтъ въ родильномъ пріютѣ получили помощь 1,273 женщины. Число женщинъ, ищущихъ помощи въ родильномъ покоѣ, ежегодно увеличивается, что можно видѣть изъ прилагаемой таблицы:

Годъ.	Родовъ.	Бережен-ныхъ.	Прибывшихъ въ V періодъ родовъ.	Прибывш. послѣ родовъ.	Всего было.
1880	91	—	—	—	91
1881	100	1	—	1	102
1882	110	1	1	1	113
1883	138	4	1	—	143
1884	143	1	1	—	145
1885	182	—	1	1	184
1886	212	3	2	—	217
1887	252	17	3	6	278
Итого . .	1228	27	9	9	1,273

Изъ нихъ было:

Замужнихъ	465
Незамужнихъ	715
Вдовъ	89
Секретныхъ	4

Итого . . . 1,273

Слѣдовательно, количество законныхъ рожденій относится къ количеству незаконныхъ какъ 1 : 1,73.

Въ 1880 году замужнихъ было 23, незамужнихъ и вдовъ вмѣстѣ 68, т. е., количество законныхъ родовъ къ количеству незаконныхъ относилось почти какъ 1 : 3; въ 87 году замужнихъ 133, незамужнихъ, вдовъ и секретныхъ 145, т. е., количество законныхъ рожденій почти было равно количеству незаконныхъ. Ежегодное возрастаніе числа родовъ, равно какъ увеличеніе числа замужнихъ женщинъ, ищущихъ помощи въ родильномъ покоѣ, указы-ваетъ на увеличеніе довѣрія населенія къ родильному покою.

По сословію:

Крестьянокъ	447
Мѣщанокъ	257
Мастеровыхъ	244
Солдатокъ	204
Сельскихъ обывательницъ . .	45
Чиновницъ	45
Разночинцевъ	20
Купчихъ	6
Почетныхъ гражданокъ	1
Секретныхъ	4
<hr/>	
Итого	1,273

Мы видимъ, что у насъ, какъ и въ другихъ родильныхъ домахъ, преобла-даетъ бѣдный рабочій классъ, а на болѣе или менѣ состоятельныхъ, какъ-то: женъ купцовъ, почетныхъ гражданъ, чиновницъ и секретныхъ приходится всего 4,3%, да и изъ нихъ едва ли половина могутъ назваться состоятель-ными.

По припискѣ роженицы, родильницы и беременныя были:

Перми и Пермскаго уѣзда	568
Другихъ уѣздовъ Пермской губерніи	437
Другихъ губерній	262
Иностранокъ	2
Секретныхъ	4
<hr/>	
Итого	1,273

Слѣдовательно, Пермь съ своимъ уѣздомъ даетъ 44,6% всѣхъ, получа-ющихъ помощь въ родильномъ покоѣ, но и вообще большинство женщинъ, бывшихъ въ родильномъ, суть жительницы города Перми, хотя и приписаны къ другимъ мѣстамъ. Это можно видѣть изъ данныхъ за послѣдніе 2 года:

Жительницъ города Перми	454	91,9%
Пермскаго уѣзда	28	} 8%
Остальныхъ уѣздовъ	12	
<hr/>		
Итого	494	

Данные о запятыхъ я также имѣю только за 2 послѣдніе года, а именно:

Домашня прислуга	204
Домашнее хозяйство	158
Прачекъ	48
Швей	28
Чернорабочихъ	24
Сидѣлокъ больницъ	5
Торгующихъ	11
Проституттокъ	2
Актрисъ	2
Акушеровъ	2
Сапожницъ	1
Нищихъ	2
Чулочницъ	1
Кружевницъ	2
Секретныхъ	4

Итого 494

Срочныхъ родовъ было	1,089 (87%)
Преждевременныхъ	100 (8%)
Выкидышей	43 (3,2%)
Заносовъ	9 (0,7%)

Итого 1,241 ¹⁾

При 1 черепномъ положеніи, переднемъ видѣ	788	} 89,8%
» » » заднемъ »	6	
2-е черепное, передній видъ	278	
» » задній »	4	} 0,4%
1-е лицевое	3	
2-е »	2	
1-е ягодичное, передній видъ	16	} 2,7%
» задній »	1	
2-е » передній »	15	
» задній »	1	
Ножное	5	—0,4%
Поперечное 1-е, передній видъ	5	} 1,2%
» задній »	2	
» 2-е, передній »	7	
» задній »	1	
Предлежаніе плаценты	3	0,16%
Положеніе не опредѣлено	54	
Заносовъ	9	—0,7%

Итого 1,197 ²⁾.

¹⁾ 27 вышедшихъ беременными не вошли въ эту таблицу, равно какъ и 9 прибывшихъ тотчасъ послѣ родовъ.

²⁾ Изъ этой таблицы исключены 18 родовъ двойнями и 1 тройнями.

Двойни родились при слѣдующихъ положеніяхъ:

Первое черепное положеніе, передній видъ	17	} 61,1%
» » » задній »	1	
Второе » » передній »	3	
» » » задній »	1	} 16,6%
1-е ягодичное, передній видъ	3	
» задній »	1	
2-е » передній »	2	} 5,5%
1-е поперечное, передній видъ	2	
Положеніе ножное	2	} 5,5%
» неизвѣстно	4	
Итого		36

Тройни родились при слѣдующихъ положеніяхъ:

1-е черепное, передній видъ	1	
2-е » задній видъ	1	
2-е ягодичное	1	
Итого		3

Изъ вышеприведенныхъ данныхъ мы видимъ, что при одиночныхъ родахъ черепное положеніе встрѣчается въ 89,8% всѣхъ родовъ, тогда какъ при родахъ двойнями 61,1% общаго числа родовъ, и наоборотъ ягодичное встрѣчается при двойняхъ въ 16,6% всѣхъ родовъ, при одноплодной беременности только въ 2,7%; поперечное положеніе при родахъ двойнями встрѣчается въ 5,5%, при одноплодной же беременности только въ 1,2% всѣхъ родовъ.

Послѣды при двойняхъ въ 14 случаяхъ были отдѣльные, въ 4-хъ общіе. При тройняхъ было 2 послѣда, сросшіеся между собой, причемъ одна изъ пуповинъ получала питаніе отъ обоихъ послѣдовъ, кожистыхъ оболочекъ была одна, водныхъ 3.

Изъ женщинъ, рожавшихъ двойни, было:

I пара	7	
II »	4	
III »	2	
IV »	1	
VIII »	3	
IX »	1	
Итого		18

Роды тройнями были у женщины беременной въ 16 разъ.

На 512 I пара 7 двойней или на каждые 73 I пара одни двойни; на 716 M. пара 11 двойней или на каждые 65 родовъ M. пара одни двойни.

О младенцахъ. Плодовъ мужескаго пола было	652
» женскаго » »	573
Поль плода неизвѣстенъ при выкид.	14
» заносовъ » » »	9

Отношеніе мальчиковъ къ дѣвочкамъ какъ 100 : 88.

Изъ доношенныхъ младенцевъ рождены мертвыми 33; изъ нихъ при родахъ, оконченныхъ оперативнымъ путемъ 22 и отъ разныхъ причинъ какъ-то: эклампсія матери, обвитіе пуповины вокругъ шейки плода, перерѣзка выпавшей пуповины простой бабкой до рожденія младенца и друг. всего 11.

Кромѣ того, рождено мацерированными 20.

Умерло въ родильномъ покоѣ 46 дѣтей: мальчиковъ 23 и дѣвочекъ 23. Изъ нихъ доношенныхъ дѣтей умерло 11, мальчиковъ 5 и дѣвочекъ 6. Изъ доношенныхъ дѣтей только 2-е умерло отъ эклампсіи, остальные отъ слабости.

Изъ 18 двойной дѣти разнаго пола въ 9-ти случаяхъ, въ 5-ти мальчики и въ 4-хъ дѣвочки. Изъ нихъ 9 родовъ срочныхъ и дѣти рождены живыми за исключеніемъ одного мальчика (2-го по числу), рожденнаго ножками, 7 родовъ преждевременныхъ, между которыми только въ двухъ случаяхъ дѣти выписаны живыми, въ другихъ умерли вскорѣ послѣ родовъ, остальные 2-е родовъ выкидышей. Тройни рождены недоношенными, изъ нихъ 1 мертвымъ, остальные 2-е умерли вскорѣ послѣ родовъ.

Уродствъ рожденій было 8, т. е., на каждые 153 родовъ 1 уродъ. Изъ уродствъ наблюдались слѣдующія:

1) мальчикъ съ гипоспадіей, *labium leporinum*, конечностями, доходящими до колѣнъ и оканчивающимися мясистыми придатками, доношенъ; умеръ вскорѣ послѣ рожденія.

2) Мальчикъ съ *spina bifida* въ области крестца, доношенъ; тоже вскорѣ умеръ.

3 и 4) Мальчики микроцефалы, доношены, хорошо развиты; выписаны съ матерями.

5 и 6) мальчикъ и дѣвочка съ лобномозговою грыжею; у мальчика кромѣ того отсутствовала нижне-челюстная кость и на рукахъ было только по 3 пальца, большіе отдѣлены, остальные срослись по 2; недоношены, умерли вскорѣ послѣ рожденія.

7) Дѣвочка съ *labium leporinum*, доношена; взята матерью.

8) Мальчикъ съ 6-ю пальцами на каждой рукѣ, доношенъ; взята матерью.

Неправильности таза. Суженіе таза наблюдалось у

13 I. para

и 9 M. »

Итого 22 раза ¹⁾).

Слѣдовательно, на каждые 56 нормальныхъ тазовъ одинъ суженный. Кромѣ суженныхъ тазовъ наблюдался одинъ остеомалягическій.

¹⁾ Я считаю тазъ суженнымъ, если *conjugata externa* менѣе 18 сант.

При суженных тазях роды окончены щипцами 15 раз, из роженицъ были 10 I рага и 5 M. рага. Въ одномъ случаѣ роды окончены перфорацией головки; въ одномъ произведены искусственные роды и только въ 5 окончены силами природы, слѣдовательно, при суженныхъ тазяхъ въ 77,4% всѣхъ родовъ пришлось прибѣгнуть къ оперативнымъ приемамъ.

Дѣтей умерло при наложеніи щипцовъ	6
» перфорации	1
» родахъ окончившихся силами природы	2
Итого	9 (40,9%)

Роженицъ съ остеомалятическимъ тазомъ была произведена перфорация головки младенца; перфорации предшествовалъ поворотъ на ножки. Роженица умерла отъ разрыва матки.

Объ операціяхъ. Роды окончены оперативнымъ путемъ въ 117 случаяхъ; операций же сдѣлано 143, онѣ слѣдующія:

Наложение щипцовъ	41
Поворотъ	20
Декапитация	1
Перфорации	2
Извлеченіе ребенка	13
Извлеченій яйца	9
Извлеченій послѣда	53
Искусственные роды	1
Выскабливаніе заноса	2
Выскабливаніе части послѣда	1
Итого	143

Щипцы наложены вслѣдствіи:

Слабости плода	6 разъ.
» потугъ	14 »
При выпавшей перерѣзанной пуповинѣ на мертвомъ плодѣ	1 »
» суженіи таза	15 »
» эклампсін роженицъ	5 »
Итого	41 разъ.

Поворотъ сдѣланъ:

При поперечномъ положеніи ребенка	17 разъ.
» черепномъ съ выпаденіемъ пуповины	2 »
» предлежаніи дѣтскаго мѣста	1 »
Итого	20 разъ.

Декапитация произведена на мертвомъ плодѣ 1 разъ.

Перфорация произведена въ одномъ случаѣ при вышеупомянутомъ остео-малаятическомъ тазѣ, этой же роженницѣ на слѣдующій годъ произведены искусственные преждевременные роды; ребенокъ рожденъ живымъ, роженница не заболѣла.

Извлеченіе ребенка было сдѣлано при ягодичныхъ и ножныхъ положеніяхъ:

При слабости потугъ	12 разъ.
» эклампсiи роженницы	1 »
<hr/>	
Итого	13 разъ.

Извлеченіе послѣда вслѣдствіе:

Приращенія	5 разъ.
При кровотеченіяхъ	40 »
Послѣ выкидыша	8 »
<hr/>	
Итого	53 раза.

Выскабливаніе послѣда послѣ выкидыша	1 разъ.
Выскабливаніе заноса	2 раза.

Искусственное вскрытіе плоднаго пузыря:

При слабости потугъ	47 разъ.
» крѣпости оболочекъ	64 »
<hr/>	
Итого	111 разъ.

Эпизиотомія сдѣлана 40 разъ и въ 28 случаяхъ разрыва промежности не послѣдовало, въ 12 промежность всётаки разорвалась.

Осложненія родовъ. Кровотеченій наблюдалось:

До родовъ	16 разъ.
И послѣ родовъ	51 »
<hr/>	
Итого	67 разъ.

Обвитіе пуповины вокругъ шеи младенца помѣчено только 32 раза и въ 25 случаяхъ дѣти рождены живыми, въ 7-ми мертвыми.

Выпаденіе пуповины помѣчено 6 разъ, въ 4-хъ удалось заправить и въ одномъ изъ этихъ 4-хъ случаевъ роды окончены щипцами, въ остальныхъ 3-хъ силами природы. Въ 2-хъ вправить пуповину не удалось и сдѣланъ поворотъ на ножки ⁴⁾

⁴⁾ Одинъ изъ этихъ случаевъ былъ при остеомалятическомъ тазѣ, гдѣ кромѣ поворота сдѣлана перфорация головки ребенка.

Годъ.	Gastroenter. acuta.	Dysenteria.	Nephritis.	Bronchitis.	Ulcus et erythema.	Otitium cordia.	Pleuritis.	Pneumon. chron.	Pneumon. cruposa.	Typhus.	Febris intermitt.	Rheumatismus acuta.	Tuberculosis.	Syphilis.	Eclampsia.	Всѣхъ больныхъ.	Переведено.	Выздоровѣло.	Умерло.
1880	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	5	2	4	1
1881	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	3	2	1	1
1882	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	1	—	5	5	4	1
1883	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	1	1	5	3	4	1
1884	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	4	2	3	1
1885	—	—	2	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	1	2	8	4	7	1
1886	—	1	3	1	—	1	1	2	—	1	2	1	—	3	2	18	7	18	—
1887	1	—	1	1	1	—	1	—	—	1	1	1	3	—	3	14	5	12	2
Итого	1	2	7	3	1	1	2	6	1	6	3	2	7	8	12	62	30	53	8

Изъ прилагаемой таблицы видно, что на 1228 родовъ было 12 эклампсій или на каждые 103 родовъ одна эклампсія между ними.

I пара	7
M. »	5
Итого	12

До родовъ эклампсія наблюдалась 8 разъ, послѣ родовъ 4 раза. Изъ роженицъ одна привезена въ V періодѣ родовъ съ сильнымъ кровотеченіемъ, въ безсознательномъ состояніи и съ задержаніемъ дѣтскаго мѣста.

Роды окончены оперативнымъ путемъ 7 разъ, слѣдовательно, изъ 8-ми роженицъ, имѣвшихъ экламптическіе припадки до родовъ, 7 подверглись оперативнымъ приемамъ, т. е. 87,5%. Причемъ въ 5 наложены щипцы и кромѣ того еще въ 3-хъ изъ этихъ 57-ми случаевъ пришлось выдѣлить плаценту, вслѣдствіи значительнаго кровотечения; въ одномъ сдѣлано извлеченіе младенца за ягодицы и въ одномъ извлеченіе послѣда у вышеупомянутой роженицы, прибывшей въ V періодѣ родовъ. Наибольшее количество припадковъ было 27, наименьшее 2. Нефритъ констатированъ только въ 3-хъ случаяхъ, родильницы переведены въ больницу и выздоровѣли.

Дѣти рождены мертвыми 3 раза или изъ 8 дѣтей умерло 3, т. е., 37,5%.

При этомъ въ 2-хъ случаяхъ при операциіи наложенія щипцовъ, въ 1-ю у роженицы, родившей дома безъ помощи искусства и доставленной въ V періодѣ родовъ.

Изъ 12 роженицъ и родильницъ, имѣвшихъ экламптическіе припадки, умерло 3 или 25%. Всѣ умершія имѣли припадки до и во время родовъ; изъ имѣвшихъ припадки въ послѣродовомъ періодѣ не умерла ни одна.

Таблица операций.

Годъ.	Щипцы.	Поворотъ.	Декапитации.	Перфорация.	Извлечение ре- бенка.	Извлечение по- слѣда.	Искусственные роды.	Выскабливание загноса.	Извлечение яйца.	Выскабливание части послѣда.	Всѣхъ операт.
1880	4	1	—	—	—	1	—	—	—	—	6
1881	5	3	—	—	1	4	—	—	2	2	15
1882	2	3	1	—	2	5	—	—	2	—	15
1883	5	2	—	2	2	6	—	—	—	—	17
1884	5	3	—	—	2	7	—	—	—	—	17
1885	3	3	—	—	1	13	1	—	1	—	22
1886	7	3	—	—	2	3	—	—	1	—	16
1887	10	2	—	—	3	14	—	2	3	1	35
Итого	41	20	1	2	13	53	1	2	9	1	143

Заболѣвшія послѣ операций.

Годъ.	Colpitis.	Endometrit.	Endoparametr.	Parametr.	Perimetr.	Ruacemia.	Sepsicaemia.	Коллч. операт. родовъ.	Всѣхъ забол.	Умерло.	% заболѣв- шихъ.	% смертности.
1880	2	1	—	—	—	1	—	4	4	1	100	25
1881	—	5	—	1	1	3	—	13	10	2	76,2	15,3
1882	—	4	1	—	—	—	1	13	6	1	46,1	7,69
1883	1	3	1	—	—	—	—	11	5	—	45,4	0%
1884	—	1	—	—	—	2	—	13	3	2	23,3	15,3
1885	—	1	—	—	—	—	—	20	1	—	5,0	0%
1886	—	2	—	—	—	—	—	17	2	—	11,7	0%
1887	—	2	—	—	—	—	—	26	2	—	7,6	0%

Малыя операции, заболѣваемость и смертность послѣ нихъ.

Годъ.	Разрѣзъ пузыря.	Erysipetomia.	Colpitis.	Endometritis.	Parametr.	Erysipelas.	Коллч. операт.	Число заболѣв- шихъ.	Умерло.	% заболѣв- шихъ.	% смертности.
1880	11	2	—	1	—	1	13	23	1	15,3	7,6
1881	17	4	2	2	3	—	21	7	—	33,3	—
1882	13	3	—	1	1	—	16	2	—	12,5	—
1883	12	5	—	—	—	—	17	—	—	—	—
1884	10	6	—	—	—	—	16	з а б о л ѣ в а н і й			
1885	6	5	—	—	—	—	11	н е б ы л о.			
1886	10	7	—	—	—	—	17	н е б ы л о.			
1887	32	8	—	—	—	—	40	н е б ы л о.			
Итого	111	40	2	5	4	1	151	32	1	21,3	0,6

Общее количество послеродовых заболеваний.

Годъ.	Колич. родовъ.	Lochometra.	Colpitis.	Mastitis.	Endometritis.	Parametritis.	Endoparametr.	Perimetritis.	Peritonitis.	Puemia.	Septicaemia.	Erysipelas.	Всѣхъ забо- дѣло.	Выздоровѣло.	Умерло.	% заболѣ- вшихъ.	% смертности.
1880	91	—	4	1	6	7	2	2	1	1	—	2	26	24	2	28,5	2,1
1881	101	—	2	1	12	7	—	1	1	3	—	—	27	25	2	26,7	1,9
1882	112	—	—	1	10	3	—	2	—	—	1	—	17	16	1	15,1	0,8
1883	139	—	1	1	8	5	—	1	1	1	—	—	18	16	2	12,9	1,4
1884	144	—	—	—	2	4	—	1	—	3	—	—	10	8	2	6,9	1,3
1885	184	—	—	—	9	4	—	—	—	—	—	—	13	13	—	—	—
1886	214	3	—	1	12	1	—	—	—	1	—	—	18	17	1	8,3	0,4
1887	261	1	2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	11	11	—	3,4	—
Итого	1,246	4	9	10	59	31	2	7	3	9	1	2	140	130	10		

Изъ представленной таблицы видно, что на 1,246 женщинъ, проведенных послеродовой періодъ въ родильномъ покоѣ, отъ септическихъ заболеваний умерло 10, кромѣ того еще умерло: 3 отъ эклампсии, 2 отъ гиртура uteri во время поворота, въ одномъ случаѣ при судорожныхъ боляхъ и узкомъ тазѣ; въ другомъ также при судорожныхъ боляхъ при остеомалятическомъ тазѣ и одна умерла отъ острой анеміи; роженица эта прибыла безъ пульса съ сильнымъ кровотеченіемъ, продолжавшимся трое сутокъ; головка находилась въ выходѣ таза, наложены щипцы безъ наркоза и черезъ 5 минутъ извлеченъ мертвый младенецъ, placenta не отдѣлялась и чрезъ $1\frac{1}{2}$ часа показалось кровотеченіе; при изслѣдованіи оказалось краевое предлежаніе плаценты и сильное сращеніе ея съ тканью матки съ правой стороны внутренняго зѣва, такъ что небольшой кусокъ ея не могъ быть извлеченъ; кровотеченіе по вынутіи послѣда прекратилось, но черезъ 6 часовъ вновь возобновилось, сдѣлана опять попытка вынуть послѣдъ, но безуспѣшно и хотя кровотеченіе скорѣе остановлено, но наступилъ упадокъ силъ и ничто (даже вливаніе въ вену солянаго раствора) не могли спасти родильницу: чрезъ 2 часа она скончалась. При аутопсіи ничего, кромѣ общаго малокровія всѣхъ органовъ, не найдено. Слѣдовательно, на 1,246 женщинъ умерло отъ послѣдствій родовъ 16 или 1,2%, остальные умерли отъ независящихъ отъ родовъ причинъ.

Изъ вышеприведенныхъ данныхъ мы видимъ, что, не смотря на то, что родильный домъ съ конца 83 года помѣщается въ одномъ и томъ же зданіи, между тѣмъ какъ количество родовъ и родильницъ за это время почти удвоилось (въ 83 г. 139—въ 87 г. 261) процентъ заболѣваемости и смертности, какъ послѣ нормальныхъ, такъ и послѣ оперативныхъ родовъ значительно понижился, да и самый характеръ послеродовыхъ заболеваний измѣнился къ лучшему: въ послѣдніе 3 года было всего одно тяжелое заболѣваніе нѣміей, окончившееся летально ¹⁾, остальные всѣ случаи были настолько легкіе, что

¹⁾ Роженица эта сифилитка прибыла съ высокой t. и потрясающими знобами, родила мертво-гнилаго недоношеннаго ребенка; переведена въ больницу, гдѣ и скончалась.

не приходилось даже переводить въ больницу. Такое сравнительно съ предъидущими годами благоприятное теченіе родовъ и послѣродоваго періода нельзя объяснить ничѣмъ инымъ, какъ измѣненіемъ способа веденія родовъ. (Другіе условія остались тѣ же). Отъ случайныхъ же заносныхъ, такъ сказать, заболѣваній и смертности не гарантированъ ни одинъ родильный домъ, даже при самомъ безукоризненномъ устройствѣ его и самомъ тщательномъ веденіи родовъ, тогда какъ нашъ родильный домъ, какъ это видно изъ вышеприведеннаго описанія, оставляетъ желать очень многого.



111.

akusher-lib.ru

КАЗУИСТИКА.

XXI.

Пять случаевъ оваріотоміи, произведенныхъ въ гг. Тобольскѣ и Томскѣ.

I. Березницкаго.

1-й случай. Оваріотоміа 17 ноября 1882 г.

Октября 8-го дня 1883 г. въ городскую больницу Тобольскаго Приказа Общественнаго Призрѣнія поступила крестьянка Тобольской губерніи, Бѣгипшевской волости, дер. Мазаевской, Ксенія *Фотьева*.

Больная 28 л., средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, съ умѣренно развитой клѣтчаткой и хорошей мускулатурой тѣла. Цвѣтъ лица румяный, здоровый, выраженіе спокойное. Шатенка съ русыми волосами и карими глазами. Видимыя слизистыя оболочки розоваго цвѣта. Въ замужествѣ 8 лѣтъ; первыя регулы пришли на 18-мъ году, приходили каждый мѣсяцъ и длились трое сутокъ, довольно обильныя. Изъ четырехъ ея дѣтей, три живыхъ: дѣвочка 7 лѣтъ, мальчикъ — 3-хъ и послѣдняя дѣвочка 1 года 6 мѣс. Шестой годъ, какъ стала чувствовать себя больной: въ животѣ, въ правой подчревной области, временами стала появляться боль и больная ощущала опухоль, величиной съ гусиное яйцо. Ощущаемая опухоль была столь подвижной, что больная сама могла чрезъ покровы живота

сдвигать ее съ мѣста на мѣсто, напр., поднимать кверху, хотя опухоль лежала внизу живота. Во время беременности 3-мъ ребенкомъ она замѣтила, что опухоль *стала расти* больше и достигла къ концу беременности величины головы взрослога человѣка, но вліянія на роды не оказала. Лѣвая половина живота послѣ родовъ, по словамъ больной, была пуста, т. е., свободна отъ опухоли; когда же больная забеременѣла послѣдней дѣвочкой, то опухоль снова стала замѣтно увеличиваться, а беременная матка лежала въ лѣвой сторонѣ живота, такъ что дномъ достигала влѣво до *reg. lumbalis sin.*, гдѣ больная и чувствовала движенія плода. Послѣ послѣднихъ родовъ, опухоль поднялась уже выше пупка и стала выполнять лѣвую половину живота. Больная замѣтила, что во время беременности опухоль росла сильнѣе и сильно стѣсняла дыханіе. До послѣдней беременности мѣсячныя были правильны. Въ беременности кровотеченіями *ex genitalibus* и бѣлями не страдала. Послѣ родовъ, по прекращеніи очищеній, во время кормленія ребенка грудью (приблизительно около года), мѣсячныя не приходили, а затѣмъ наступили своимъ чередомъ. Послѣ послѣднихъ родовъ, бывшихъ 25 марта 1881 г., очищенія были 4 недѣли, а по прекращенію кормленія ребенка грудью (всего 3 недѣли) вскорѣ пришли регулы; животъ сталъ сильнѣе и чаще болѣть и болѣе въ правой сторонѣ; лихорадочнаго состоянія больная не ощущала. Мѣсячныя стали приходиться черезъ 1½ и 2 мѣс., по словамъ больной, «путаться», такъ что были разъ весной, въ продолженіи трехъ дней и въ послѣдній разъ, предъ поѣздкой въ больницу, т. е., дня за три до поступленія (5 октября) прекратились, продолжаясь трое сутокъ.

Status praesens. Въ настоящее время больная чувствуетъ ежедневно боль въ животѣ; боль непостоянная, но временами бываетъ столь сильной, что больная настаиваетъ на производствѣ операціи. Боль сильнѣе въ правой выпяченной, повидимому, опухолью части живота. Покровы живота умѣренно напряжены, легко собираются въ складку надъ опухолью. Пупокъ нормальный. Размѣры живота: поясной 89,5 см. (при стояніи), 98 см. (въ лежачемъ положеніи); чрезъ пупокъ въ первомъ случаѣ 1 метр. 8,5 см., во второмъ—1 метр. 2 см., отъ мечевиднаго отростка до пупка 26 и (18 см.), отъ пупка до лоннаго соединенія 26 и (16 см.), отъ передне-верхней ости подвздошной кости до пупка на лѣвой сторонѣ 24 и 21 см., на пра-

вой—21 и 20,5 см. При положеніи больной на спинѣ по формѣ выпуклостей покрововъ передней стѣнки живота и ощущеніи руками можно судить, что ощущаемая въ полости живота опухоль состоитъ изъ трехъ большихъ отдѣловъ. Поверхность отдѣловъ гладкая; въ мѣстахъ раздѣленія опухоли на отдѣлы замѣчаются втянутости, въ видѣ углубленныхъ полосъ на кожѣ живота. Въ углубленіи покрововъ выше пупка и въ области его, при сдвиганіи ихъ, ощущается въ ширину двухъ пальцевъ хрустѣніе отъ присутствія перемычекъ, которыми, повидимому, опухоль сращена съ паріетальнымъ листкомъ брюшныхъ покрововъ. Опухоль имѣетъ ограниченную подвижность при смѣщеніяхъ въ ту или другую сторону живота и нѣсколько большую при поднятіи ея кверху. Напряженіе стѣнокъ опухоли умѣренное. При пальпаціи получается ясная флюктуація жидкаго ея содержимаго; флюктуація яснѣе въ правомъ большомъ отдѣлѣ опухоли. Во время смѣщеній опухоли руками черезъ покровы, больная боли въ тазу и въ покровахъ живота не ощущаетъ.—При перкуссіи всюду надъ опухолью тупой звукъ, не измѣняющійся при перемѣнахъ положенія больной и переходящій за границы опухоли въ кишечный. Вверху и вправо опухоль граничитъ краемъ реберныхъ хрящей, а слѣва лежитъ на два поперечныхъ пальца ниже ихъ. Съ правой стороны доходить до продолженной аксиллярной линіи и нѣсколько переходитъ за сосковую линію (l. mamill. sin.) на лѣвой сторонѣ живота. Внизу опухоль лежитъ на отлогостяхъ подвздошныхъ костей. Форма живота при перемѣнахъ положенія больной не измѣняется. Наружные половые органы нормальны. Рукавъ объемистъ, влаженъ; бѣлей не отдѣляется. При изслѣдованіи больной въ стоячемъ положеніи ощущается выполняющая передній сводъ и уходящая при поднятіи опухоли кверху, часть ея, въ которой получается флюктуація при постукиваніи опухоли черезъ покровы живота. Влагалищная часть матки нормальной плотности и величины, круглой формы; на краяхъ наружнаго зѣва—рубцы отъ бывшихъ родовъ; въ зѣвъ конецъ пальца не входитъ, рыльце отклонено кзади и вправо, тѣло матки отклонено впередъ и влѣво. Маточный зондъ проходитъ повидимому до внутреняго зѣва на 3 см.—При смѣщеніи опухоли справа на лѣво движенія ея передаются тѣлу матки, но менѣе при обратномъ движеніи опухоли. Лѣвый боковой сводъ болѣе свободенъ и объемистъ, нежели правый, выполненный, какъ сказано, опухолью. Задній сводъ, повидимому, свободенъ, но палецъ до

него вполне не достигаетъ. Сращеній съ тазовыми органами опухоль, повидимому, не имѣеть. Прямая кишка нормальна. Ежедневныя испражненія больной жидки, запорами не страдала. Моча отдѣляется за сутки около 2 литровъ; моча густая, мутная, при отстаиваніи даетъ на дно сосуда большой осадокъ слизи. При кипяченіи, какъ профильтрованная, такъ и непрофильтрованная даетъ въ пробиркѣ муть, которая вполне растворяется отъ прибавленія къ ней нѣсколькихъ капель ас. nitrici. Груды вялы, около-сосковые кружки слабо пигментированы. Рубцевыя полосы покрововъ живота слабо развиты. Пигментная линія живота, доходящая до пупка и окружающая его, слабо развита. Сонъ и аппетитъ у больной нормальные. Въстѣла въ больничномъ бѣльѣ—4 п. 48 золотн. Состояніе температуры, пульса и дыханія до операціи:

Октябрь

	t°	ут.	веч.	пуль.	ут.	веч.	дых.	ут.	веч.
17	»	37,0.	37,5	»	72	66	»	24	24
18	»	36,5	37,5	»	66	66	»	24	26
19	»	36,7	—	»	66	—	»	24	—
20	»	—	37,3	»	—	68	»	—	26
21	»	36,3	37,0	»	60	60	»	20	24
22	»	36,5	36,8	»	60	64	»	24	24
23	»	37,0	37,0	»	60	60	»	24	26
24	»	36,3	37,5	»	60	64	»	24	24
25	»	36,5	37,0	»	60	60	»	24	26
26	»	36,5	37,0	»	60	64	»	20	24
27	»	36,0	37,5	»	64	72	»	24	26
28	»	36,5	37,0	»	60	64	»	20	24
29	»	36,0	37,0	»	60	60	»	20	24
30	»	36,5	37,0	»	60	64	»	24	26
31	»	36,3	37,5	»	60	64	»	24	26

Ноябрь

1	»	36,5	37,0	»	60	60	»	24	26
2	»	36,0	37,0	»	60	60	»	20	24
3	»	36,5	37,0	»	60	60	»	24	26
11	»	37,0	37,5	»	68	72	»	24	26
12	»	36,5	37,5	»	68	72	»	24	26
13	»	36,5	37,0	»	68	68	»	24	26
14	»	36,5	37,5	»	68	72	»	24	24
15	»	37,5	36,5	»	72	64	»	24	24
16	»	37,1	37,0	»	68	72	»	24	26

За все время наблюденія больная находилась на питательной діетѣ, принимая утромъ и вечеромъ углекислый литій по 3 грана, при чемъ моча сдѣлалась прозрачной и осадокъ на днѣ сосуда меньше. Испражненія на низъ ежедневно разъ, жидкія. Временами больная жаловалась на боли въ верхней части живота и затрудненное дыханіе.

Распознаваніе. Кистома праваго яичника, имѣющая, вѣроятно, двѣ или три большихъ полости, съ ножкой, умѣренной длины и незначительными паріетальными сращеніями въ области пупка.

18 ноября мной сдѣлана операція овариотоміи при участіи и въ присутствіи гг. товарищей-врачей: М. Л. Петрускевича, Левантуева, Матвѣева, Преображенскаго, Дунаева и Лѣтнина. Операціонная комната больницы, хорошо освѣщаемая двумя большими окнами, обращенными на югъ, была провѣтриваема за нѣсколько дней, при чемъ стѣны ея нѣсколько разъ пульверизовались 2¹/₂% растворомъ карболовой кислоты и камфарнымъ спиртомъ, а крашеный полъ, двѣ желѣзныя койки, столики и табуреты обмыты нѣсколько разъ горячей водой со скипидаромъ. Температура комнаты въ день операціи достигла 18,5° P. — Бѣлье на больной и постельное, а также халаты и фартуки для врачей сдѣланы новые; тюфяки, подушки — сѣнные, свѣжіе. Всѣ вещи согрѣты и много разъ пульверизируемы карболовымъ растворомъ и камфарнымъ спиртомъ. За три дня до операціи больная принимала на ночь теплую мыльную ванну, а въ день операціи, въ 7 ч. утра клизмами достигнуто нѣсколько жидкихъ послабленій. Новыя губки, хорошо очищенные, находились въ 5% р. карболовой кислоты, всѣ необходимые инструменты, лигатуры и кѣгуты, послѣ нѣсколькихъ часовъ нахождения въ 2¹/₂% р. карболовой кислоты, были передъ операціей погружены въ камфарный спиртъ, которымъ были хорошо опульверизированы всѣ присутствующія при операціи лица. Въ 11 час. утра вприснуто подъ кожу праваго предплечья ¹/₅ гр. раствора морфія; выведена катетеромъ моча и больная положена на операціонную кровать, а въ 11¹/₂ час. приступлено къ хлороформированію. По достиженіи полного наркоза подъ srgau'емъ камфарнаго спирта сдѣланъ послыйный разрѣзъ брюшныхъ покрововъ по бѣлой линіи живота, на протяженіи 8 см., не доходя до пупка на 3 см. и до лоннаго соединенія на 5 см. По остановленіи незначительнаго венознаго кровотеченія закручиваніемъ кровотокащихъ венъ, брю-

пина, захваченная вкладку крючковатымъ пинцетомъ, вскрыта въ верхнемъ углу раны и по указательному пальцу разрѣзъ ея продолженъ вверхъ и внизъ. Блестящая, бѣлая поверхность опухоли, совершающая явственныя экскурсіи, была проколота въ верхнемъ углу раны троакаромъ Крассовскаго № 1-ый. Вытекающая струей коллоидная прозрачная жидкость, свѣтлаго желтаго цвѣта, удѣльнаго вѣса 1020, собрана въ количествѣ 26¹/₂ фунтовъ. По опорожненіи опухоли, оказавшейся однополостной кистой, убѣдившись, что нѣтъ сращеній съ окружающими органами, я извлекъ ее на троакаръ изъ полости живота. Опухоль принадлежала правому яичнику. Ножка кисты, оказавшаяся умѣренной длины, но довольно толстая и широкая, была образована Фаллопиевой трубой, собственной связкой яичника и широкой связкой; она была захвачена въ зажимъ съ параллельными вѣтвями Сп. Уэллса у самой опухоли, при отдѣленіи которой, стѣнки ея впереди зажима, на разстояніи 1¹/₂ см., были разсѣчены ножницами. — Исслѣдуя введенной рукой въ полости живота состояніе лѣваго яичника, оказавшагося вполнѣ нормальнымъ, въ полости таза встрѣтилась опухоль, величиной въ кулакъ, упругой консистенціи, исслѣдуя же больную чрезъ рукавъ и найдя вдагалищную часть матки плотной и нѣсколько увеличенной, а тѣло и дно отклоненными, вслѣдствіе натяженія ножки въ ранѣ зажимомъ, вправо и впередъ, мы приняли эту опухоль за кисто-міому передней стѣнки матки, а потому рѣшено было ее опорожнить. Для этой цѣли опухоль въ самой выпуклой части была проколота кривымъ троакаромъ, соотвѣтствующимъ № 3 Крассовскаго, изъ трубочки котораго вытекло немного прозрачной, серозной жидкости и опухоль нѣсколько уменьшилась въ объемѣ, а затѣмъ чрезъ трубочку показалась кровь, это заставило введенной рукой, захвативъ опухоль, вывести послѣднюю изъ полости таза, приблизивъ къ ранѣ, а для большаго удобства, рана брюшныхъ покрововъ по пальцу была удлинена на 3 см. кверху до пупка, отклонившись отъ послѣдняго нѣсколько въ лѣвую сторону.

При чемъ оказалось, что сальникъ, въ области пупка, имѣетъ сращеніе съ задней поверхностью брюшныхъ стѣнокъ, гдѣ ощущался шумъ тренія, при исслѣдованіи больной. Послѣ высказаннаго опасенія, не есть ли проколота опухоль—беременная матка, трубочка троакара была извлечена, а для остановленія продолжавшагося кровотеченія изъ сдѣланной троакаромъ

раны, края послѣдней были соединены шелковой лигатурой съ коротко обрѣзанными концами; поверхность ранки была затерта порошкомъ іодоформа и опухоль погружена въ полость малаго таза. Послѣ повторныхъ введень въ полость брюшины теплыхъ губокъ, былъ достигнутъ возможный туалетъ послѣдней. Положивъ широкую, согрѣтую въ карболовомъ растворѣ губку на петли кишекъ, приступлено къ наложенію швовъ на край брюшной раны. Выше зажима положено три глубокихъ шелковыхъ, захватывающихъ брюшину, узловатыхъ шва и 5 поверхностныхъ на края кожи; предъ завязываніемъ швовъ, губка, положенная на кишки, была удалена изъ полости брюшины. Рана, посыпанная іодоформомъ, особенно подъ зажимомъ съ обѣихъ сторонъ ножки, была покрыта слоемъ гигроскопической ваты, смоченной камфарнымъ спиртомъ. Кромѣ того, вся передняя поверхность живота покрыта нѣсколькими слоями гигроскопической ваты, опульвизированной камфарнымъ спиртомъ, поверхъ которой положена повязка, дѣлаемая мной изъ двухсторонней бѣлой бумагеи такимъ образомъ, что въ ширину бумагеи, какъ разъ равную длинѣ живота, отъ очевиднаго отростка до лоннаго соединенія, сшиваютъ вдвойнѣ два неровной длины куска повязки. Болѣе длинный, къ узкимъ краямъ котораго пришиваются двойныя, въ $2\frac{1}{2}$ вершка длиной, не широкія тесемки по 4 пары съ каждой стороны, подкладывается подъ поясицу больной, при чемъ края его съ тесемками заходятъ на боковыя стороны живота и прикрываютъ при этомъ края другаго болѣе короткаго куска повязки, на боковыхъ частяхъ котораго, не прикрытыхъ краями перваго, пришиты въ два ряда изъ тѣхъ же тесемокъ, соотвѣтственно завязкамъ нижняго куска, петли длиной въ $\frac{1}{2}$ вершка. Такъ что, смотря по объему живота больной и количеству ваты на немъ, завязки продѣваются въ тотъ или другой рядъ петель, и повязка можетъ быть болѣе или менѣе туго наложена, а соотвѣтственно этому производится въ большей или меньшей степени давленіе на содержимое полости живота, послѣ удаленія опухоли. Кромѣ того, такая повязка даетъ возможность во всякое время, не безпокая больную, сдѣлать осмотръ раны, перемѣнять перевязочныя средства, оказывая равномерное давленіе и сохраняя одинаковую температуру, будучи сдѣлана изъ мягкаго, легкаго, но вмѣстѣ съ тѣмъ и недорогога матеріала. Послѣ наложенія такой давящей повязки больная переложена съ операціонной

кровати въ согрѣтую свѣжую кровать. Операція длилась полтора часа, хлороформа употреблено 2 унца.

Извлеченная опухоль—фиброзотканый, однополостный мѣшокъ, имѣющій въ длину 26 см. и 21 см. въ ширину, неправильно овальной формы, съ довольно плотными стѣнками отъ 3—4 миллимет. въ толщину, бѣловато-розоваго цвѣта, мѣстами съ буроватыми пятнами. Вѣсъ мѣшка кисты 2 фунта. Наружная поверхность кисты гладкая, но мѣстами съ незначительной мелкой бугристостью; по верхнему краю ея находится брюшной конецъ увеличенной фаллопиевой трубы. Внутренняя поверхность мѣшка кисты гладкая, блестящая, бѣлаго цвѣта; соотвѣтственно нахожденію остатка трубы на ней находится 4 вторичныхъ кисты, сидяція на широкихъ ножкахъ. Большая—съ куриное яйцо и малая съ лѣсной орѣхъ. Въ нихъ содержится густая, прозрачная, коллоидная жидкость. Поверхность большой кисты покрыта нѣсколькими малыми. Кромѣ того, близъ вторичныхъ кистъ на внутренней поверхности мѣшка находятся, въ видѣ широкихъ складокъ, расходящіяся подъ угломъ, два гипертрофированные трабекула стромы яичника. Коллоидная жидкость опухоли удѣльнаго вѣса 1020, содержитъ большое количество бѣлка, который при кипяченіи съ уксусной кислотой совершенно растворяется и, кромѣ того, содержитъ хлористыя и азотно-кислыя соединенія.

Послѣ-операционное время. По пробужденіи отъ хлороформа у больной легкая жажда и незначительная рвота слизью. Въ 9 час. вечера t° 37, 4 с., пульсъ 92, дыханіе 35. 18 ноября. Спала ночь хорошо, утромъ температура 38, с., пульсъ 100, дыханіе 30. Болѣзненности въ животѣ нѣтъ. Моча выводится катетеромъ около двухъ литровъ въ сутки. Вечеромъ температура 37, 4, пульсъ 97. Повязка мѣняется утромъ и вечеромъ.

19. Температура утр. 37, 8, пульсъ 84. Дыханіе 24. Боли въ животѣ нѣтъ. Выведенная моча съ меньшимъ осадкомъ. Ночь спала хорошо, появился аппетитъ. Вечеромъ температура 37, 9, пульсъ 74. На повязкѣ небольшое количество гноя.

20. Утромъ температура 36, 8, пульсъ 72. Небольшое нагноеніе въ ранѣ. Пьетъ бульонъ. Вечеромъ температура 37, 9, пульсъ 84.

21. Утромъ температура 37, 3, пульсъ 72. Ночь спала хорошо. Вечеромъ температура 37, 7.

22. Утромъ температура 37, 8, пульсъ 80, дыханіе 24. Ночью въ 3 часа ознобъ, повторившійся черезъ нѣкоторое время;

пульсъ 96, чувствуетъ слабость и головную боль. Сняты поверхностные швы и одинъ глубокий.

23. Утромъ температура 37, 6, пульсъ 80. На повязкѣ кровь изъ верхней части ножки. Жомъ сжать. На кожѣ спины поверхностная ссадина. Изъ - подъ жома въ нижнемъ углу раны выдѣляется буровато-сѣрая гнойная матерія. Вечеромъ температура 37, 0, пульсъ 76.

24. Утромъ температура 37, пульсъ 72. На крестцѣ образовался съ 20 копѣчную монету пролежень. Дано положеніе на правомъ боку. Ножка мумифицировалась.

25. Утромъ температура 37, 5, пульсъ 84. Моча выводится. На лицѣ появились прыщи (аспе), особенно на верхней губѣ, щекахъ и подбородкѣ. Пролежень не увеличивается.

26. Вечеромъ при перемѣнѣ повязки отдѣлена мумифицированная ножка. Жомъ сильно втянуть въ рану. Больная сама мѣняетъ положеніе въ кровати. Ъсть курицу въ супѣ.

27. Утромъ температура 37, 0. Мочится чрезъ катетеръ. Слизь въ мочѣ нѣтъ. Аспе исчезаетъ.

28. Пролежень очищается.

29. Послѣ клизмы не слабило.

30. Жомъ снятъ. Послѣ клизмы 2 раза былъ стулъ.

1-го Декабря больная сидитъ въ кровати съ свѣшенными ногами, мочится безъ помощи катетера.

3. Вечеромъ появилось изъ рукава кровянистое отдѣленіе съ потугообразными болями въ животѣ. Пролежень на крестѣ гравулируетъ.

4. Кровянистыя отдѣленія изъ рукава съ болями въ поясницѣ продолжаются. Въ 11^{1/2} ночи появилось сильное кровотеченіе. Въ 12 часовъ введенъ ватный тампонъ въ рукавъ, который чрезъ 6 часовъ былъ удаленъ, а за нимъ вышло изъ рукава плодное яйцо съ зародышемъ. Длина плоднаго яйца 8, 5 сантиметра. Ширина въ мѣстѣ образованія послѣда 6, 5, вѣсу 100 граммъ. Въ полости плоднаго яйца находится буровато-прозрачная жидкость, содержащая въ значительномъ количествѣ рыхлые зернистые сгустки крови и плодъ, съ хорошо сохранившейся бѣловатой кожицей. Головка зародыша пригнута къ груди. Головка обращена къ острому концу яйца, противоположному прикрѣпленію послѣда. Длина плода 8, 5 сантиметра. На передней поверхности шеи зародыша находится рана кожи, расположенная въ косомъ направленіи отъ лѣваго угла нижней челюсти къ правому грудино-ключичному сочле-

ненію, длиною въ 1 сантиметръ, проникая въ глубокія части шеи. Соответственно ей на оболочкахъ средней части яйца находится круглое отверстіе. Рана шеи зародыша и отверстіе въ оболочкахъ яйца произведены троакаромъ во время операціи.

6. Изъ рукава отдѣляются кровянистые лохи. Общее состояніе больной весьма удовлетворительно.

8. Лохій мало и онѣ блѣдныя.

9. Больная оставила кровать.

11. На кожѣ рукъ крапивная сыпь.

14. Крапивница прекратилась.

15. Сонъ и аппетитъ нормальные. Больная вышла изъ больницы.

24. января 1883 года. Пришли регулы, продолжавшіяся 3 сутокъ.

2-й случай. Овариотомія 11 февраля 1883 г.

Марія Дегтярова поступила въ Тобольскую городскую Больницу 20 дек. 1882 г. Больная 28 л. отъ роду, жена отставнаго солдата, тѣлосложенія удовлетворительнаго, съ плохо развитой клѣтчаткой и умѣренной мускулатурой. Покровы лица нормальнаго цвѣта, съ легкимъ румянцемъ на щекахъ. Выраженіе лица спокойное, не болѣзненное. Цвѣтъ волосъ русый, радужныя оболочки голубаго цвѣта. 4 г. замужемъ, дѣтей не имѣла. Первые регулы пришли на 16-мъ году, приходили чрезъ 4 недѣли и продолжались 3 сутокъ, небольшія. Болей предъ регулами и въ теченіе ихъ не чувствовала. — Когда появилась опухоль въ животѣ не можетъ сказать, но помнитъ, что въ дѣвцахъ животъ у ней былъ большой. 2 года тому назадъ начала ощущать опухоль, больше кулака, внизу живота болѣе съ правой стороны. Опухоль упругая и весьма подвижная, на ощупь не болящая. Съ увеличеніемъ опухоли, а особенно въ послѣдній годъ, больная стала ощущать затрудненіе при дыханіи и неудобство при ея хозяйственныхъ занятіяхъ. За годъ до замужества и въ послѣдніе 4 года больная замѣтила, что регулы стали приходять неправильно, лѣтомъ не бываютъ, въ остальное время года приходятъ. Предъ поступленіемъ въ больницу онѣ были въ послѣдній разъ между 10—14 декабря. При изслѣдованіи: вѣсъ тѣла 3 п. 25¹/₂ ф., животъ равномерно увеличенъ, симметриченъ; отъ лоннаго соединенія до мечевиднаго отр. 42 с., до пупка 22. Разстояніе отъ передне-верхней ости до

пупка на правой сторонѣ 23 с., на лѣвой—24. Опухоль занимаетъ средину живота; при лежаніи на спинѣ, верхній край опухоли выше пупка на 9 сент., а ширина ея въ области пупка 21 с., она подвижна, одинаково смѣщается отъ средней линіи живота, какъ вправо, такъ и влѣво; кверху свободно поднимается до мечевиднаго отростка. Она упругой консистенціи, даетъ по всей поверхности ясную, равномерную флюктуацію. Надъ опухолью покровы живота умѣренно напряжены, въ складку взять ихъ трудно; пупокъ выпяченъ, величиной съ лѣсной орѣхъ, покровы его просвѣчиваются. При смѣщеніяхъ опухоли крепитационнаго шума не слышно. При пальпаціи покрововъ живота, замѣчается легкая ихъ вибрація, отъ присутствія порядочнаго количества асцитической жидкости въ животѣ. При постукиваніи звукъ надъ опухолью тупой, выше опухоли тимпанической; въ боковыхъ частяхъ живота тупой. Окружность живота въ области пупка, въ самой выпуклой части его, — 104 с., ниже и выше пупка на 3 поперечныхъ пальца—102 с. Наружные половые органы нормальны; рукавъ тоже. Своды рукава свободны; чрезъ правый сводъ, надавливая чрезъ покровы живота и смѣщая опухоль, палецъ ощущаетъ напряженную опухоль; рыльце матки коническое, обращено вправо и впередъ, зѣвъ круглый—отверстіе мало. Тѣло дѣвственной матки хорошо прощупывается чрезъ лѣвый и задній сводъ; матка подвижна, легче смѣщается вправо и, особенно, при перемѣщеніи опухоли въ лѣвую сторону живота. Отправленія кишечника нормальныя. Моча мутная съ бѣловатымъ слизистымъ осадкомъ. Количество ея за сутки 1 литръ. Бѣлка не содержитъ. Температура тѣла нормальная. Пульсъ умѣреннаго напряженія, легко сжимаемый, 68 ударовъ въ минуту. Состояніе органовъ груди и живота нормальное.

Назначенъ углекислый литій по 5 грань утромъ и вечеромъ.

числа.	утр. т.	п.	д.	веч. т.	п.	д.
21	37,3	68	26	37,4	60	20
22	36,5	60	20	37,0	60	20
23	36,6	60	20	37,0	60	20
24	36,7	60	20	»	»	»
25	37	68	24	37,2	60	20
26	36,5	60	20	37	60	20
27	36,6	60	20	37	60	20 Моча прозрачнѣе, оса-
28	36,2	80	26	37,8	86	30 докъ меньше. Колич.
29	36,7	80	26	37,5	80	34 ея 1 литръ. Литій
30	36	68	26	37,	80	30 оставленъ.

числа.	утр. т.	п.	д.	веч. т.	п.	д.
31	36,2	68	28	37	60	30
1883 г. Январь:						
1	36	68	28	37	68	30
2	36,2	68	28	37	68	30
3	36	60	28	36,5	68	28
4	36,4	60	28	—	—	—

Измѣреніе температуры оставлено. Чувствуетъ себя весьма удовлетворительно. Аппетитъ и сонъ хорошіе. Съ 17 на 18 января пришли въ нормальный срокъ регулы.

18 }
19 } Регулы умѣренные.
20 }

21. Регулы прекратились. Больная, кромѣ тяжести въ животѣ, чувствуетъ себя хорошо.

Февраль. При осмотрѣ живота оказалось, что пупокъ выпяченъ значительно, покровы его просвѣчиваютъ.

Существуетъ грыжа пупочнаго кольца, чрезъ грыжевидное кольцо проходитъ конецъ мизинца.

9. Въ животѣ водяночной жидкости больше; опухоль яичника почти тѣхъ же свойствъ. Окружность живота въ области пупка—104 см. Покровы живота болѣе напряжены. Звукъ надъ опухолью тупой, переходящій въ пустой въ боковыхъ частяхъ живота. Больная въ послѣднее время ежедневно утромъ принимаетъ теплыя ванны.

10. Темпер. веч. 36,7, п. 76. Чувствуетъ себя удовлетворительно.

11. Темпер. 36,4, п. 68, дых. 16.

Диагноз. Коллоидная кистама, однокамерная, праваго яичника, умѣренныхъ размѣровъ, на длинной ножкѣ, безъращеній.

Операция. 11 февраля въ 11 час. утра сдѣлано впрыскиваніе въ руку раствора морфія ($\frac{1}{5}$ gr.); 11 $\frac{1}{2}$ началось хлороформированіе. Начало операціи въ 11 $\frac{3}{4}$ ч. Подъ spray'емъ камфорнаго спирта сдѣланъ разрѣзъ брюшныхъ покрововъ, послонный по бѣлой линіи, между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, длиной въ 8 см. По вскрытіи полости живота вышло асцитической жидкости 6 $\frac{1}{2}$ ф. Представившаяся опухоль проколота троакаромъ и опорожнена отъ содержимаго, состоявшаго изъ густой коллоидной жидкости съ кашицеобразной бѣлой массой, въ количествѣ 15 $\frac{3}{4}$ фунта. Киста на длинной и

широкой ножкѣ, верхній край которой имѣетъ плотное сраще-
ніе съ S-образной кривизной на разстояніи 6 см. Сращеніе не
тронута. Другой яичникъ нормальный. Ножка зажата въ па-
раллельный жомъ Спенсеръ Уэльса, мѣшокъ кисты отрѣзанъ
около жома и ножка выведена чрезъ нижній уголъ раны. Въсь
мѣшка кисты 2 ф. 60 зол. Теплыми губками сдѣланъ туалетъ
брюшины. Ножка посыпана порошкомъ іодоформа. Наложено
нѣсколько шелковыхъ узловатыхъ швовъ на края брюшины и
поверхностныхъ на края кожи. На рану положена вата, смо-
ченная камфарнымъ спиртомъ, толстый слой сухой гигроско-
пической ваты и давящая повязка. Хлороформу употреблено
 $\frac{1}{2}$ унца. По пробужденіи отъ наркоза большую нѣсколько разъ
рвало слюной. Темпер. веч. 36,8 С. пульсъ 68.

Посльоперационное время. Ночь провела спокойно, спала,
жажды не чувствуетъ. При рвотѣ, повторявшейся нѣсколько разъ,
чувствовала боль въ животѣ, чрезъ 6 ч. выведена моча катете-
ромъ, мутная, въ небольшомъ количествѣ. Утромъ въ 7 ч.
предъ перевязкой, температура 37,7 С. пульсъ болѣе напря-
женъ 64 уд., больная чувствуетъ себя хорошо. При перевязкѣ
рана въ хорошемъ состояніи; крови нѣтъ. Ножка спалась и потем-
нѣла. Кожа живота нормальная, животъ впалый, пульсъ по-
слѣ перевязки 80, мягкій. День провела хорошо. Пьетъ из-
рѣдка глотками воду съ краснымъ виномъ. Лежитъ на спинѣ.

Вечеромъ въ 9 $\frac{1}{2}$ ч. перемѣнена повязка и больная пере-
ложена на другую кровать. Животъ впалый, при ощупываніи
болѣзненъ. Моча насыщеннѣе, но прозрачна.

2-й день, 13. Спала хорошо. Боли не чувствуетъ, пульсъ 80,
мягкій, температура 37,4 С. Жомъ лежитъ хорошо. Дозволенъ
чай. Три чашки бульона. Чувствуетъ себя хорошо.

3-й день, 14. Спала хорошо. Пульсъ и температура нор-
мальны. Въ ранѣ никакого воспалительнаго явленія нѣтъ. Пила
бульонъ и чай съ молокомъ. Темпер. утромъ 37, п. 64, вече-
ромъ темпер. 37,2.

4-й день, 15. Безъ перемѣнъ. Пьетъ молоко съ чаемъ, буль-
онъ. Моча, выведенная катетеромъ, прозрачна. Животъ впа-
лый. Темпер. утромъ 37,3, пульсъ 64, вечеромъ темпер. 37,2,
пульсъ 68.

5-й день, 16. Утромъ удалены швы—2 глубокихъ и поверх-
ностный. Произошло полное сращеніе раны. Ножка въ жомѣ
сильно спалась. Позволено ложиться на бокъ. Утромъ темпер.
37,5, вечеромъ темпер. 37,1, пульсъ 72.

6-й день, 17. Темпер. утромъ 37,0, пульсъ 60, вечеромъ 37,9, пульсъ 72.

7-й день, 18. Темпер. утромъ 37,3, пульсъ 64, вечеромъ 37,0. Даны два яйца въ смятку. Ножка мумифицировалась.

8-й день, 19. Темпер. утромъ 37,3, вечеромъ 37,0. Моча прозрачна, выводится чрезъ катетеръ.

9-й день, 20. Темпер. утромъ 37,2, пульсъ 72, вечеромъ 37,0. Снять жомъ, ножка мумифицировалась и отдѣлилась. Общее состояніе удовлетворительно. Моча прозрачна, выводится катетеромъ.

10-й день, 21. Темпер. 36,9, вечеромъ 36,6. Тоже.

11-й день, 22. Утромъ темпер. 36,7, пульсъ 72, вечеромъ 36,8.

12-й день, 23. Позволено състь; дана булка съ молокомъ. Утромъ темпер. 36,7, пульсъ 66.

13-й день, 24. Темпер. утромъ 37,3, пульсъ 54, веч. тоже.

14-й день, 25. Темпер. утромъ 35,8, пульсъ 40. Чувствуетъ себя хорошо. Послѣ клизмы вышло немного слизистыхъ массъ. При постукиваніи живота вездѣ кишечный тонъ, нѣсколько тупой къ желудку и въ лѣвой подвздошной области. Болѣзненности нѣтъ. Дана котлета.

15-й день, 26. Сидить. Послѣ клизмы слабило густымъ каломъ. Діета та же.

16-й день, 27. Мочится сама. Позволено перейти самой на свѣжую кровать.

17-й день, 28. Слабило хорошо. Ходить.

3-го апрѣля. Выписана изъ больницы.

20-го апрѣля. Были регулы, продолжались трое сутокъ, необильныя. Значительно пополнила и чувствуетъ себя хорошо. Вырѣзанная киста шаровидной формы, въ діаметрѣ 19 и 20 см., наружная ея поверхность гладкая, бѣловато-блестящая, внутренняя поверхность бугристая; киста однополостная.

3-й случай. Овариотомія 8 окт. 1883 г. Томскъ.

2 октября 1883 г. поступила въ Томскую городскую Больницу Пелагея Левендовская, вдова Нарышскаго поселенца, 46 лѣтъ, нерожавшая; регулы на 15 году, до 17 были правильныя, но вслѣдствіе простуды ихъ не было 6 лѣтъ. Послѣ леченія онѣ пришли, но во время лѣтнихъ жаровъ 2—3 мѣс. регулъ не бывало. Лѣтъ 10 тому назадъ послѣ паденія въ воду ре-

гулы снова прекратились и не приходили. Съ 17-лѣтняго возраста больная замѣтила, что въ животѣ, въ правой подвздошной области, появилась твердая, подвижная, постоянно увеличивающаяся опухоль, которая въ январѣ 1883 г. стала мягче, и какъ бы разсыпалась по животу. Съ увеличеніемъ опухоли больная стала страдать запорами на низъ и весьма мучительными задержаніями мочи, въ послѣднее время повторяющимися по нѣсколько разъ въ мѣсяць.

Status praesens. Больная тѣлосложенія слабаго, выраженіе лица спокойное, настроеніе духа веселое. Глаза сѣрые, волосы русые, цвѣтъ лица блѣдный, животъ неправильно овальной формы, особенно увеличенъ съ правой стороны. Кожа живота вялая, слегка собирается въ складки. При движеніи покрововъ надъ опухолью ощущаются крепитационныя шумы подъ рукой, особенно въ области пупка. При постукиваніи живота надъ опухолью вездѣ тупой звукъ, переходящій въ подреберьяхъ и поясничныхъ областяхъ въ пустой-кишечный. Опухоль напряжена и даетъ ясную мелкую флюктуацію и кромѣ того ощущается флюктуація отъ асцитической жидкости въ полости живота. Опухоль подвижна, сдвигается въ лѣвую сторону, книзу и кверху до подложечки. Пупокъ сглаженъ. Наружные половые органы нормальны. Рукавъ влаженъ, объемистъ, рыльце круглое, дѣвственное, отклонено въ правую сторону таза; матка мягкой консистенціи, дно ея отклонено впередъ и влѣво. Черезъ передній сводъ ощущается въ выпячивающейся черезъ него части опухоли ясная флюктуація. При смѣщеніяхъ опухоли влѣво—матка смѣщается нѣсколько вправо. Размѣры живота: чрезъ пупокъ 106 см., отъ мечевиднаго отростка до пупка 19 с. отъ пупка до лоннаго соединенія 24 с. Отъ пупка до правой верхне-передней ости 28,5 см., до лѣвой 27 см. Тр. тѣла 36,5 С.; пульсъ мягкій, 80—84 въ минуту. Ежедневный жидкій стулъ. Мочеотдѣленіе свободно, мочи достаточное количество, безъ осадка. Больной ежедневно дѣлается теплая ванна.

Диагнозъ. Большая киста праваго яичника съ сращеніями съ сосѣдними органами таза.

Операция. 8 окт. 1883 г., въ 11 ч. утра сдѣлано впрыскиваніе подъ кожу руки раствора морфія ($\frac{1}{6}$ gr.), въ 11 $\frac{1}{2}$ ч. приступлено къ хлороформированію. Наркозъ чрезъ $\frac{1}{4}$ ч. По бѣлой линіи подъ srgau'емъ камфарнаго спирта изъ пароваго пульверизатора послонно вскрытъ животъ на пространствѣ 12 сент. ниже пупка. Небольшое венозное кровотеченіе изъ пе-

перѣзанныхъ въ трехъ мѣстахъ венозныхъ сосудовъ остановлено перевязкой сосудовъ sat-gut'омъ. По вскрытіи брюшины представилась передняя поверхность кисты, сѣровато-бѣлаго цвѣта, не совершающая дыхательныхъ экскурсій. При изслѣдованіи опухоли рукою оказалось, что она имѣетъ сращенія боковыми и задней поверхностями съ окружающими органами. Черезъ проколъ большого отдѣла опухоли въ нижнемъ углу раны тонкимъ троакаромъ выведено значительное количество желтой коллоидной жидкости; тѣмъ же троакаромъ вскрыты еще двѣ полости меньшихъ размѣровъ, содержавшихъ такую же жидкость, какъ и въ первой полости. Всей жидкости получено 30 фунтовъ. Кромѣ того, при опорожненіи кисты вытекала въ значительномъ количествѣ асцитическая жидкость изъ полости живота. При попыткахъ вывести опорожненную опухоль пришлось увеличить разрѣзъ брюшныхъ покрововъ, обойдя пушокъ слѣва, на нѣсколько сантиметровъ выше его. Приступлено къ отдѣленію сращеній мѣшка кисты съ петлями тонкихъ кишекъ, слѣпой и червеобразнымъ отросткомъ. Сращенія перерѣзались между двухъ шелковыхъ лигатуръ. Довольно расширенный правый мочеточникъ входилъ въ заднюю стѣнкѣ кисты, образуя изгибъ, въ которомъ лежала довольно плотная и упругая часть опухоли, величиной съ куриное яйцо. По перевязкѣ мочеточника въ двухъ мѣстахъ, опухоль была отрѣзана отъ него. Отъ праваго угла матки шла мясистая толстая ножка къ передне-нижней поверхности мѣшка кисты. Ножка зацеplена въ жомъ Spencer Wells'a и отрѣзана у самой опухоли и выведена въ нижній уголъ раны живота. Лѣвый яичникъ нормальный. По удаленіи теплыми губками большого количества трансудирующей жидкости изъ полости живота, сдѣлано протираніе пальцемъ мѣсть сращеній порошкомъ іодоформа, котораго употреблено было около 2-хъ драхмъ. Наложено 7 узловатыхъ глубокихъ шелковыхъ швовъ на края брюшины и кожи и 4 поверхностныхъ шва. На рану положенъ слой ваты, смоченной камфарнымъ спиртомъ, толстый слой гигроскопической ваты и давящая повязка. Операция длилась два часа.

Послѣоперационное время. По пробужденіи отъ хлороформа большую рвало жидкостью; пульсъ 60 ударовъ, слабый. Дано вино. Вечеромъ того же дня рвота жидкостью, небольшая жажда, утоляемая глотаніемъ льда. Выведено катетеромъ 2 столов. ложки мочи. Въ 1 ночи появилась сильная боль въ правой сторонѣ живота, рвота усилилась. Послѣ впрыскиванія

$\frac{1}{2}$ грана морфія, боль въ животѣ меньше. Въ три часа ночи пульсъ слабый, трудно считаемъ, конечности холодныя, языкъ сухой, сильная жажда, частая рвота. Дано вино и дѣлается согрѣваніе конечностей кувшинами съ горячей водой. Утромъ 9-го октября, пульсъ слабый, температура тѣла 38° С. Боль въ животѣ значительная, рвота постоянная. Черты лица больной осунулись. Въ мѣстахъ впрыскиваній сѣрнаго ээира темно-багровыя пятна омертвѣвшей кожи. Пульсъ неощутимъ. Въ 11 час. больная умерла.

Вскрытіе. Животъ ввалившійся, цвѣтъ кожи буроватый, кожа сморщена отъ камфарнаго спирта. Операціонная рана длиной 16 см. соединена 11 стежками шовковаго шва, по снятію которыхъ находится въ незначительномъ слипаніи. Въ полости живота около двухъ фунтовъ желтовато-бурой гнойной жидкости съ большимъ количествомъ желтыхъ фибриновыхъ хлопьевъ. Желудокъ, петли кишекъ, мѣста сращеній, перевязанныя лигатурами, покрыты пленками рыхлаго фибринозно-гнойнаго эксудата. Мочеточникъ правой почки, перевязанный лигатурой, толщиной въ палецъ, растянутъ мочей, скопившейся въ немъ и лаханкѣ. Въ мочевомъ пузырьѣ содержится незначительное количество мочи. Матка и лѣвый яичникъ покрыты фибринознымъ желтымъ эксудатомъ. Мѣшокъ удаленный при операціи кисты праваго яичника состоитъ изъ трехъ полостей, толщина стѣнокъ его около 0,5 см. съ гладкой наружной поверхностью, съ большимъ количествомъ фиброзныхъ разращеній и мѣстами известковыхъ бляшекъ, величиной отъ горошины до мѣднаго пятака, на внутренней его поверхности.

4-й случай. Овариотомія 17 іюня 1884 г.

14 іюня 1884 г. поступила въ Томскую Городскую Больницу Мѣймупя Аинтдинова, по мужу Хойсанова, жена мѣщанина, изъ ссыльныхъ, татарка, 45 л. Въ замужествѣ 10 л., имѣетъ 3 дѣтей; слабого тѣлосложенія, вслѣдствіе значительнаго исхуданія, кожа всего тѣла сухая, особенно на лицѣ, морщинистая, легко собирается въ складки, пигментированная. Выраженіе лица больной страдальческое; видимыя слизистыя оболочки сильно цианотичны; больная усиленно и съ трудомъ дышетъ. Цвѣтъ волосъ темнорусый, глаза темно-каріе. Пульсъ въ лучевыхъ артеріяхъ, весьма слабый, до 120 уд. въ минуту, дыханіе весьма учащенное и поверхностное, до 40 въ минуту,

темпер. тѣла нормальная—37°Ц. Когда пришли въ первый разъ регулы не помнитъ; онѣ приходятъ чрезъ 3 нед. и бываютъ одинъ день въ небольшомъ количествѣ; послѣдній разъ были 3 мѣсяца тому назадъ. Съ августа 1883 г. больная стала замѣчать, что въ лѣвой сторонѣ живота появилась опухоль и животъ сталъ увеличиваться—это повело къ предположенію, что больная беременна. Окружность живота въ самомъ выпукломъ мѣстѣ 124 сантиметровъ. Разстояніе отъ пупка до мечевиднаго отростка 40 сантиметровъ, отъ лобка до пупка 20 сантиметровъ. Отъ передне-верхней ости до пупка съ обѣихъ сторонъ живота по 35 сантиметровъ. Животъ равномерно увеличенъ и больная, чтобы удерживать себя на ногахъ, должна значительно перегибаться въ поясничной части позвоночника кзади. Покровы живота такъ растянуты, что невозможно захватить ихъ въ складку. Кромѣ того, покровы живота весьма отечны и на нихъ ясно видны растянутыя подкожныя вены. Пупокъ выпяченъ, величиной съ большой грецкій орѣхъ; покровы его истончены. просвѣчиваютъ. Въ животѣ вездѣ получается ясная флюктуация. При постукиваніи живота вездѣ тупой звукъ, а ясный кишечный получается по краю реберъ и въ поясничныхъ областяхъ. Лежать можетъ только недолго на правомъ боку. Запоровъ на низъ нѣтъ; моча отдѣляется часто, но понемногу. Лихорадочнаго состоянія и болей въ животѣ, говорить, что не ощущала. При пробномъ проколѣ наканунѣ операціи по бѣлой линіи живота выше пупка тонкой иглой аппарата Діэлафуа выкачиваніемъ съ трудомъ получилось небольшое количество студенистой массы, желтопрозрачнаго цвѣта, которая на блюдцѣ не расплывается. Такая же масса получена при проколѣ живота ниже пупка. Внутреннее изслѣдованіе произведено при стояніи больной, такъ какъ при значительномъ отекаѣ нижнихъ конечностей и наружныхъ половыхъ органовъ введеніе руки въ половую щель было невозможно при положеніи на спивѣ. Слизистая оболочка рукава отечна; влагалищная часть матки нормальная; своды свободны, тѣло матки приближено къ лонному соединенію.

Операція. 17 іюня 1884 г. въ 11 часовъ утра по предварительномъ впрыскиваніи раствора морфія ($\frac{1}{5}$ гр.) въ руку, приступлено къ хлороформированію. Наркозъ наступилъ быстро и пульсъ сдѣлался сильнѣе. Послойный разрѣзъ брюшныхъ покрововъ по бѣлой линіи живота отъ пупка, не доходя на 5 сантиметровъ до лоннаго соединенія. По вскрытіи живота

оказалось, что полость живота наполнена громаднымъ количествомъ бѣловато-желтаго цвѣта вышеупомянутыхъ студенистыхъ коллоидныхъ массъ, сильно приставшихъ мѣстами къ поверхности кишекъ и другихъ органовъ живота, серозная оболочка которыхъ значительно утолщена, шероховата и съ трудомъ очищается отъ приставшихъ къ ней массъ. Освободивъ полость живота выгребаніемъ руками отъ содержимаго, представился тонкостѣнный мѣшокъ кисты лѣваго яичка, вскрывшійся въ брюшную полость. Кромѣ вскрывшагося большого мѣшка, киста состоитъ изъ множества меньшихъ, наполненныхъ той же коллоидной массой, что и въ полости живота. Мѣшокъ кисты лѣваго яичника на ножкѣ въ 8 сантиметровъ длиной. Правый яичникъ нормальной величины. Ножка кисты зажата въ жомъ Spencer Wells'a, мѣшокъ отрѣзанъ близъ жома и ножка выведена въ нижній уголокъ раны. Всѣ мѣшка кисты съ содержимымъ меньшихъ пузырей 6 фунтовъ и всей коллоидной массы, содержащейся въ полости живота 39 фунтовъ. Туалетъ брюшины произведенъ теплыми губками. Sprau не употреблялся. Соединеніе краевъ брюшной и кожной раны живота достигнуто наложеніемъ узловатыхъ шелковыхъ швовъ. На животъ положена толстымъ слоемъ гигроскопическая вата, напитанная камфарой, спиртомъ и бумазейная повязка. Операція длилась 1³/₄ часа. Хлороформа употреблено одинъ унць.

Послѣоперационное время. Рвоты не было, температура была нормальной съ максимальнымъ повышеніемъ послѣ операціи до 38, 8 с. на 6 сутки, пульсъ хотя и слабый, но не переходилъ за 112 въ минуту. На 3 день послѣ операціи были 2 жидкихъ стула. Діета: вино, бульонъ и яйца въ смятку и цыпленокъ. На 7 сутки удалены всѣ швы, при чемъ середина раны расшилась на 3 сантиметра и изъ нея выдѣляется большое количество серозной жидкости изъ полости живота. Силы больной постепенно падаютъ и на 12 сутки больная умерла отъ истощенія, вслѣдствіе хроническаго перитонита.

5-й случай. Овариотомія 1 марта 1887 г.

Операція произведена въ помѣщеніи Томской повивальной Школы. Александра Кузминична Новикова, 23 лѣтъ, дочь Барнаульскаго мѣщанина.

Урожденная Вятской губерніи, Яронскаго уѣзда. Послѣдніе

9 лѣтъ жила въ г. Барнаулѣ. Регулы пришли на 15 году; приходятъ чрезъ 3 недѣли, продолжаются 7 дней, всегда обильныя. Два года тому назадъ замѣтила въ лѣвой нижней части живота опухоль, величиной съ куриное яйцо, которая стала постепенно увеличиваться. Съ годъ назадъ появились боли въ лѣвой половинѣ живота, недававшія ей покоя. Съ мѣсяць, какъ больная упала съ экипажа, послѣ чего у ней появились сильныя боли въ животѣ, продолжающіяся до послѣдняго времени. Послѣ этого паденія животъ значительно увеличился и больная не можетъ заниматься по хозяйству. Въ настоящее время больная хорошаго тѣлосложенія, съ хорошо развитой мускулатурой и достаточно развитой клѣтчаткой тѣла, особенно въ покровахъ живота. Цвѣтъ покрововъ и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ здоровой. Лицо съ болѣзненнымъ выраженіемъ. Окружность живота, чрезъ пупокъ, нѣсколько выпяченный, 97 сантиметровъ. Отъ лоннаго соединенія до пупка 21 сантиметръ, отъ пупка до мечевиднаго отростка 22 сантиметра. Отъ передне-верхней ости до пупка съ лѣвой стороны 22 сантиметра, съ правой 21 сантиметръ. Въ животѣ прощупывается овальной формы опухоль, плотная на ощупь съ глубокой и не сплошной по опухоли флюктуаціей. Опухоль мало бугристая. Хотя опухоль лежитъ посрединѣ живота, но болѣе выдается въ лѣвую сторону, начинаясь надъ лоннымъ соединеніемъ, и достигаетъ почти до мечевиднаго отростка. Она умѣренно подвижна болѣе въ стороны и менѣе всего кверху. Звукъ при постукиваніи надъ ней тупой, а по бокамъ переходитъ въ кишечный. При смѣщеніяхъ опухоли больная ощущаетъ значительную болѣзненность въ животѣ. При захватываніи покрововъ живота въ складку иногда ощущается рукой слабое хрустѣніе. При осторожномъ введеніи указательнаго пальца въ рукавъ за отверстіе кольцевидной формы дѣвственной плевы, влагалищная часть матки конической формы, отклонена влѣво и впередъ, а дно матки кзади и вправо. Дѣвственная матка нормальной величины. Смѣщенія опухоли чрезъ покровы не передаются маткѣ. Своды рукава свободны. Отправленія желудочно-кишечныя нормальны. Мочи отдѣляется мало, моча мутная съ большимъ слизистымъ осадкомъ; бѣлка не содержитъ. Пульсъ 96 въ минуту, температура 38, 6.

Діагнозъ. Кистама лѣваго яичка на длинной ножкѣ съ обращеніями. За день до операціи утромъ t° 38, 2, пульсъ 104, вечеромъ 38, 7, п. 112.

Назначенъ салициловый натръ $7\frac{1}{2}$ гр., чрезъ 2 часа; касторовое масло на ночь, а утромъ, въ день операціи клизма.

1 *Марта* въ 7 часовъ утра t° 38, 5, пульсъ 120 ударовъ. За $\frac{1}{2}$ часа до операціи сдѣлано подкожное впрыскиваніе $\frac{1}{4}$ граммы морфія. Наркозъ хлороформомъ. Кожа живота обмыта эфиромъ и $\frac{1}{10}$ 0/0 растворенной сулемы.

Разрѣзъ покрововъ по бѣлой линіи послойно отъ пупка, не доходя на 5 сантиметровъ до лоннаго соединенія, длиной 10 сантиметровъ. Незначительное венозное кровотеченіе изъ перерѣзанныхъ сосудовъ клѣтчатки остановлено закручиваніемъ. Въ срединѣ кожного разрѣза пришлось перевязать кетгутотъ незначительную кровоточащую артерію. По вскрытіи брюшины разрѣзъ увеличенъ по пальцу ножницами. Чрезъ брюшную рану излилась асцитическая жидкость, темно-бурого цвѣта, въ количествѣ 12 ф. Передняя поверхность представившейся опухоли покрыта сильно гиперемированнымъ салъникомъ, который сращенъ съ ней довольно слабо, свѣжими сращеніями. Разрѣзъ живота, обходя пупокъ, увеличенъ кверху на 9 с. Въ нижнемъ углу раны просвѣчиваетъ сѣроватаго цвѣта передняя стѣнка опухоли. По отдѣленіи сращеній съ салъникомъ рукою, опухоль оказалась на длинной ножкѣ и многокамерная. По опорожненіи одной изъ полостей, содержавшей коллоидную красно-бурого цвѣта жидкость, опухоль захвачена щипцами Мюзе и извлечена наружу. Длина опухоли 22 сент., ширина 21 снт., вѣсъ 6 фунт. На кишки положена большая, теплая, асептическая губка и края раны сближены. Ножка кисты 8 с. ширины, мясистая, до 3-хъ сент. толщины. Въ образованія ножки входитъ лѣвая фаллопиева труба, которая сращена съ опухолью по верхнезаднему краю. Раздѣленная лигатурами на 4 части, ножка близъ опухоли перевязана асептическимъ толстымъ шелкомъ. Опухоль выше лигатуръ отрѣзана. Въ разрѣзѣ ножки оказалось много довольно развитыхъ сосудовъ, на зіяющіе просвѣты которыхъ положены изъ тонкаго шелка лигатуры, числомъ до 10-ти; поверхность отрѣза ножки протерта іодоформомъ. По изслѣдованіи праваго яичника, послѣдній оказался увеличеннымъ, имѣя 6 сент. длины и 5 сент. ширины, состоя изъ одного большаго пузыря и большаго числа малыхъ, содержимое его полостей—совершенно прозрачная жидкость. Въ образованіе короткой ножки опухоли праваго яичника входили собственная связка яичника и фаллопиева труба. Одной шелковой лигатурой отдѣлена труба отъ яичника, а другой лигатурой

перевязана связка, послѣ чего измѣненный правый яичникъ отдѣленъ; ножка протерта іодоформомъ и погружена въ тазъ. Затѣмъ, сдѣланъ туалетъ брюшины губками и приступлено къ соединенію краевъ брюшной раны. На брюшину положено довольно большое число стежекъ узловатаго шелковаго шва, и кромѣ того, 4 шва на края подкожной клѣтчатки. Ножка отъ опухоли лѣваго яичника вшита въ нижній уголъ раны, соединивъ край брюшины 8 швами съ окружностью ниже лигатуръ, которыми ножка перевязана. Протеревъ края кожи іодоформомъ, наложено 15 стежекъ узловатаго шелковаго шва. Такимъ образомъ ножка вшита между брюшиной и кожей. На рану положено 8 слоевъ 30⁰/₀ іодоформной марли и 16 слоевъ химически чистой марли, погруженной до операціи въ 1¹/₁₀⁰/₀ растворъ сулемы, выжатой передъ наложеніемъ. Затѣмъ, положенъ толстый слой гигроскопической ваты, поверхъ макинтошъ и животъ забинтованъ нѣсколькими турами вязаннаго Билротовскаго бинта. Операція длилась 2 часа, хлороформу употреблено 4 унц. Во время операціи ноги больной были въ толстыхъ шерстяныхъ чулкахъ, окружены грѣлками и завернуты до таза въ теплыя одѣяла. На больной фланелевая кофта. Послѣ операціи больная перенесена въ согрѣтую кровать.

Послѣоперационное время. По пробужденіи больной отъ хлороформа, появилась нѣсколько разъ рвота. Небольшая жажда — утолялась холодной водой съ виномъ и кусочками льда. Т. веч. 38,8 с., пульсъ 90 ударовъ. Это самая большая температура въ послѣоперационное время. На 4 сутки темпер. веч. 37,8, пульсъ 90. Съ 5-хъ сутокъ темпер. установилась на 37,0. и пульсъ 64. Послѣ клизмы слабило. На 7 сутки изъ рукава появилось незначительное количество крови. На 8 сутки сняты кожные швы. Заживленіе per primam intentionem. Наложена свѣжая повязка и бинтъ поверхъ оной. Больной разрѣшено сидѣть. На 11 сутки больная покинула кровать. Въ виду того, что больная должна отправится въ Барнаулъ, ей разрѣшены прогулки на чистомъ воздухѣ. Отъ этого, или отъ какихъ другихъ причинъ, Новикова заболѣла крупознымъ воспаленіемъ лѣваго легкаго, которое она довольно удовлетворительно перенесла. На 7 сутки наступилъ кризисъ (26 марта). Въ настоящее время Новикова здорова, регулъ нѣтъ.

XXII.

Къ казуистикѣ укороченія круглыхъ маточныхъ связокъ при опущеніи и искривленіи матки назадъ.

Н. В. Нечаева.

Сверхштатнаго Ассистента Клиники акушерства и женскихъ болѣзней проф. Н. В. Ястребова при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ.

Литература разсматриваемаго нами вопроса полна самыхъ противорѣчивыхъ взглядовъ и мнѣній. Это объясняется отчасти новизной описываемой операціи, а отчасти тѣми противорѣчивыми результатами, которые она давала различнымъ наблюдателямъ. Правда, — многіе изъ этихъ послѣднихъ высказывали свой взглядъ на данную операцію только на основаніи теоретическихъ соображеній, не имѣя подъ руками клиническихъ наблюденій (Baudelocque, Villeneuve, Rajot, Heidenreich и др.), другіе же основывались лишь на опытахъ, произведенныхъ ими надъ трупами, забывая, что при этихъ условіяхъ трудно судить объ эффе́ктѣ операціи на живыхъ, вслѣдствіе глубокихъ измѣненій, претерпѣваемыхъ круглыми маточными связками въ посмертномъ періодѣ (Alquie, Freund, Agar и др.). Мы не будемъ здѣсь приводить подробно литературы интересующаго насъ вопроса, такъ какъ въ этомъ отношеніи мы вполне можемъ сослаться на обстоятельную работу д-ра Рясенцева¹⁾, скажемъ только, что если описываемая операція имѣетъ съ одной стороны защитниковъ въ лицѣ такихъ авторовъ, какъ Alquie (ему приписывается идея этой операціи), Freund, Alexander, Adams (оба послѣдніе возобновили эту операцію), Imlach, Benonier, Doleris, Maurique, Heidenreich и др., то съ другой стороны цѣлый рядъ такихъ гинекологовъ, какъ Fritsch, Martin, Winkel, Küstner и др. — совершенно отрицаютъ за ней всякую будущность. Такое же несогласіе во взглядахъ на данную операцію царитъ и среди русскихъ гинекологовъ, такъ: проф. Лазаревичъ считаетъ эту операцію сомнительной; д-ръ Оттъ — совѣтуетъ по возможности избѣгать ее и предпочитать ей обычные спо-

¹⁾ Диссертація. С.-Петербургъ.

собы леченія неправильныхъ положеній матки; проф. Лебедевъ считаетъ ее показанной только при ретрофлексіяхъ матки, зависящихъ отъ ослабленія ея связочнаго аппарата; д-ръ Сутугинъ не совѣтуетъ прибѣгать къ ней въ виду опасности произвести искусственныя паховыя грыжи; проф. Славянскій, на основаніи его личнаго матеріала, считаетъ эту операцію заслуживающей серьезнаго вниманія, хотя высказаться окончательно о ея значеніи находитъ еще преждевременнымъ; наконецъ, д-ръ Рясенцевъ, въ своей диссертациі, высказывается въ пользу операціи, хотя со многими ограниченіями.

Изъ приведеннаго краткаго очерка ясно на сколько непрочно установленъ въ наукѣ разсматриваемый нами вопросъ; и, конечно, не голословнымъ теоретическимъ соображеніемъ помочь выйти этому вопросу изъ такого неопредѣленнаго положенія: только однѣ безпристрастныя, точныя клиническія наблюденія могутъ выяснитъ, насколько примѣнима и существенно полезна описываемая нами операція. На этомъ-то основаніи мы и рѣшаемся представить здѣсь описаніе случая укороченія круглыхъ маточныхъ связокъ, который пришлось намъ наблюдать въ Клиникѣ акушерства и женскихъ болѣзней проф. Ястребова.

1887 г. 6-го сентября въ упомянутую клинику поступила больная А. И., жена городского, 27 лѣтъ отъ роду, католичка, уроженка Варшавской губерніи. Первые крови у нея появились на 14 году, вторыя черезъ 4 недѣли. Обычный типъ кровей $\frac{7 \text{ дней}}{4 \text{ недѣли}}$ обильныя, безболѣзненныя. Начала жить половой жизнью на 22 году. Мужу 26 лѣтъ, — здоровъ. Послѣ замужества характеръ кровей не измѣнился. Послѣднія крови — 30-го августа, продолжались пять дней. Беременной была одинъ разъ, родила доношенную дѣвочку на первомъ году половой жизни. Роды — безъ помощи искусства. Послѣ родовъ болѣла около двухъ мѣсяцевъ. Кормила сама. Сама родилась отъ многогородящей. Въ настоящее время больна около 4 лѣтъ. Жалуется на выходженіе матки изъ половой щели и боли внизу живота и въ крестцѣ. Крови за время болѣзни не измѣнились. Отправленіе желудочнокишечнаго канала правильны; мочеиспусканіе тоже. Объективное изслѣдованіе дало слѣдующее: больная средняго тѣлосложенія и роста (брюнетка), съ слабо развитыми мышцами и подкожной жирной кѣтчаткой; покровы и слизистыя оболочки — блѣдны. Со стороны грудныхъ и брюш-

ныхъ органовъ никакихъ патологическихъ явленій не наблюдается. При осматриваніи наружныхъ половыхъ органовъ замѣчено—полное отсутствіе промежности (разрывъ 3-й степени), ectropion слизистой оболочки прямой кишки, умѣренный descensus передней и задней стѣнки влагалища, между которыми виднѣется большая цилиндрическая portio vaginalis съ боковыми надрывами, выступающая наружу при покашливаніи. Матка нѣсколько гипертрофирована, въ ретрофлексіи (впрочемъ безъ особыхъ затрудненій приводится въ нормальное положеніе), плотной консисетенціи, слегка болѣзненна. Полость матки—9 см. длины, orifitium internum сужено. Правый яичникъ увеличенъ и болѣзненъ, лѣвый—безъ измѣненій. Своды свободны, въ заднемъ ощущается тѣло матки. Размѣры таза: ср.—28¹/₂ ст., sp.—26 ст., conj. ext.—18¹/₂ ст. Итакъ, мы имѣли у нашей больной: ruptura perinei III ст., retroflexio uteri, hypertrophia port. vaginalis и descensus vaginae et uteri. Было показано: уменьшить объемъ матки, дать ей нормальное положеніе и восстановить разрушенную промежность.

Съ первой цѣлью 22-го сентября больной было произведено проф. Ястребовымъ excisio clinoida portionis vaginalis по общимъ правиламъ, причемъ на культю было наложено 12 шелковыхъ швовъ. Кровотеченіе было незначительно. Теченіе послѣоперационнаго періода вполнѣ нормально, безъ повышенія t°. 3-го апрѣля всѣ 12 швовъ сняты, получилось полное заживленіе per primam intentionem.

Для достиженія второй цѣли рѣшено было произвести укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ, чтѣ и было сдѣлано профессоромъ (послѣ предварительной подготовки больной: ванны, очистки желудочно-кишечнаго канала, влагалищныхъ дезинфицирующихъ спринцеваній и пр.) 12-го октября. Передъ операцией больной придано горизонтальное положеніе; операционное поле обычнымъ образомъ дезинфицировано; матка предварительно приведена въ положеніе антеверзіи и фиксирована тампономъ. Затѣмъ, при полномъ хлороформномъ наркозѣ больной, сдѣланъ по направленію паховаго канала надъ пупартовой связкой разрѣзъ около 10 см. длины, сначала съ правой стороны. По отсепарованіи кожи и подкожной клѣтчатки (слабо развитой), въ области наружнаго отверстія паховаго канала были замѣчены древесовидно-развѣтвленныя сухожильныя нити, сливавшіяся по направленію въ глубь упомянутаго канала, въ одинъ толстый, съ гусиное перо шнурокъ, который и былъ

ничто иное, какъ правая круглая маточная связка; она была настолько изолирована скалпелемъ отъ окружающихъ ее частей, что при вытягиваніи двигалась довольно свободно; связка была захвачена въ лигатуру, а подъ нее подложенъ пинцетъ. Затѣмъ, тоже было сдѣлано и съ лѣвой стороны; здѣсь также связка была найдена безъ особыхъ затрудненій, хотя она оказалась нѣсколько тоньше правой. После изолировки обѣихъ связокъ было приступлено къ ихъ укороченію. Правая связка была приподнята въ видѣ петли въ 5 см.¹⁾ и послѣ наложенія лигатуры у основанія послѣдней, верхушка ея срѣзана ножницами; такимъ образомъ изъ связки удаленъ значительный кусокъ и маточный конецъ ея остался связаннымъ съ наружнымъ, такъ что представлялся хорошо фиксированнымъ; кромѣ того онъ былъ захваченъ въ шовъ при закрытіи кожной раны. То же самое было сдѣлано и слѣва. Затѣмъ, послѣ очистки ранъ отъ кусковъ жирной клѣтчатки и свертковъ крови (кровотеченіе было незначительно и было остановлено помощью пинцетовъ Pean'a), онѣ были запиты шелкомъ, присыпаны іодоформомъ и покрыты нѣсколькими слоями марли и ваты; все это укрѣплено липкимъ пластыремъ. Тампонъ во влагалищѣ замѣненъ другимъ и матка фиксирована въ положеніи сильной anteversio, получившейся при укороченіи связокъ. Операция длилась 1½ часа. Послеоперационный періодъ протекалъ безлихорадочно: t° колебалась между 36 — 37,7° С; пульсъ между 60 — 120 въ минуту; дыханіе — между 16 — 24 въ минуту. Въ ранахъ, въ тѣхъ углахъ, гдѣ помѣщались отрѣзки круглыхъ связокъ не наступило primo intentio: онѣ зажили путемъ нагноенія. Какъ осложненіе, у больной въ первые же дни послѣ операции появились боли въ области мочевого пузыря, моча насыщенная, съ обильнымъ осадкомъ мочекислымъ солей и съ небольшимъ количествомъ бѣлка. Явленія эти продолжались около полуторы недѣли и затѣмъ мало-по-малу исчезли. Больная все время послѣ операции (около мѣсяца), проводила въ постели въ лежачемъ положеніи. На пятые сутки послѣ операции при изслѣдованіи больной матка найдена въ anteversio, но затѣмъ при повторныхъ изслѣдованіяхъ было замѣчено постепенное отклоненіе дна матки назадъ, такъ что ко дню выписки больной (4-го января 1888 г.) матка оказалась въ retroversio,

¹⁾ При этомъ матка дномъ своимъ подтягивалась почти къ брюшной стѣнкѣ, въ чемъ легко можно было удостовѣриться при изслѣдованіи,

вмѣсто бывшей до операціи retroflexio. 23-го ноября больной произведена colporrhineographia, причемъ наложено 15 внутреннихъ влагалищныхъ швовъ, 8—промежностныхъ и 3 на anus. Послѣоперационный періодъ протекъ безъ осложненій. При снятіи швовъ оказалось, что всѣ наружные промежностные и верхніе влагалищные швы зажили per primam; но между rectum и нижней частью влагалища остался узкій свищевой ходъ, для уничтоженія котораго 19-го декабря сросшаяся было промежность снова разрушена ножомъ, затѣмъ окровавлена и сшита.

4 января 1888 г. больная выписалась изъ клиники въ слѣдующемъ положеніи: матка въ retroversio, неболѣзненна, уменьшена въ объемѣ; влагалищная часть значительно укорочена, влагалище сужено, стѣнки его не выпадаютъ наружу; промежность имѣетъ 3 см. длины, anus возстановленъ вполнѣ, слизистая оболочка его не выпячивается. Субъективно больная чувствуетъ себя удовлетворительно: болѣе нѣтъ, аппетитъ хорошъ, иногда только бываютъ легкія головокруженія.

Итакъ, операція укороченія круглыхъ связокъ въ нашемъ случаѣ не дала полного результата. Спрашивается, чѣмъ же объяснить эту относительную неудачу? Быть можетъ операція не была показана въ данномъ случаѣ? Напротивъ—именно въ случаяхъ подобныхъ нашему эта операція съ послѣдовательной за ней colporrhineographi'ей—настоятельно рекомендуется такими авторами, какъ самъ Alexander, Adams, Imlach, Munde, Parich, Barmes, Maurique, Polk и др.,—а съ другой стороны и въ техническомъ отношеніи нашъ случай представлялся въ высшей степени благоприятнымъ: больная худощава, круглыя связки сравнительно хорошо развиты (ихъ можно было прощупать при цѣлыхъ брюшныхъ покровахъ), матка совершенно свободно выправлялась и т. д. Правда, у насъ было въ послѣоперационномъ періодѣ одно осложненіе—именно: раны зажили не вполнѣ per prim. int., но частью per secundam. Это обстоятельство предусмотрѣно нѣкоторыми авторами (Groom, Keith, Рясенцевъ и др.) и ему приписывается возможность уничтожить эффектъ операціи. Но намъ непонятно—какимъ образомъ secunda intentio, дающая все-таки въ концѣ концовъ весьма стойкій и плотный рубецъ, который, конечно, прочно удерживаетъ маточный конецъ, связанный лигатурой съ периферическимъ концомъ укороченныхъ круглыхъ связокъ,—какимъ образомъ она можетъ обуславливать неблагоприятный исходъ описываемой операціи?

Не смотря однако на относительный неуспѣхъ операціи укороченія круглыхъ связокъ при такихъ благопріятныхъ для нея условіяхъ, какъ въ нашемъ случаѣ,—мы не считаемъ себя въ правѣ высказываться не въ пользу этой операціи, а думаемъ, что, можетъ быть, въ подобныхъ случаяхъ, согласно Doleris, болѣе рационально производить *colporrhineoplastic*'у раньше укороченія круглыхъ связокъ, а не послѣ, какъ это было сдѣлано въ данномъ случаѣ.

XXIII.

О тампонированіи послѣродовой матки при атоническихъ кроветеченіяхъ.

С. Ю. Хазана.

Завѣдущаго женскою лечебницею въ Гродно.

Послѣ введенія антисептики, въ акушерствѣ народилось не мало, повидимому, опасныхъ приѣмовъ, которые однако на дѣлѣ оказались весьма полезными. Къ такимъ именно оперативнымъ приѣмамъ принадлежитъ предложенное Dührssen'омъ¹⁾ тампонированіе полости матки помощью іодоформированной марли при атоническихъ кроветеченіяхъ послѣ родовъ. Недавно я имѣлъ возможность въ трехъ случаяхъ воспользоваться, правда съ нѣкоторыми отступленіями, совѣтомъ Dührssen'a и не могу не признать за этимъ методомъ несомнѣнную пользу. Передамъ кратцѣ относящіяся сюда случаи:

1) Т. 20 лѣтъ отъ роду, крѣпкаго тѣлосложенія. I пара, нормальный конецъ беременности. Потуги начались перваго апрѣля въ 7 часовъ утра. Нельзя съ точностью констатировать, когда воды отошли. Во время перваго моего посѣщенія больной, 2 апрѣля въ 7 часовъ утра, оказалось: полное раскрытіе зѣва, отсутствіе плоднаго пузыря. Первое ягодичное положеніе, ягодицы виднѣются уже въ половой щели. Серпцебіеніе плода правильное, общее состояніе роженицы удовлетворительно, потуги слабы. Два часа спустя, послѣдовало рожденіе

¹⁾ Centbl. f. Gyn. 1887, S. 553.

туловища до пупка, послѣ чего я скоро и безъ труда освободилъ плечики и извлекъ головку. Новорожденное дитя появилось на свѣтъ безъ всякихъ признаковъ асфикціи. Полчаса спустя, я удалилъ плаценту помощью метода Credé. Не успѣлъ я, однако, разсмотрѣть послѣдъ и оболочки плода, какъ мое вниманіе было обращено на появившееся кровотеченіе изъ половой щели и послѣдніе роженицы. Я принялся самъ за массируваніе вялой матки, послѣдняя стала нѣсколько тверже на оупь, а кровотеченіе все-таки продолжалось; больная стала жаловаться на тошноту и головокруженіе. Убѣдившись при предпринятомъ мною изслѣдованіи въ цѣлости влагалища и матки, я въ то же время увидѣлъ, что даже проникновеніе руки въ полость матки съ одновременнымъ массируваніемъ мѣста прикрѣпленія плаценты снаружи не приводитъ къ желаемой цѣли. Въ этотъ критическій моментъ я прибѣгнулъ къ послѣднему средству и затампонировалъ полость матки кускомъ не дезинфицированнаго, но чистаго полотна. Кровотеченіе моментально остановилось, тампонъ былъ удаленъ черезъ 5 часовъ, послѣ чего полость матки была промыта 2% растворомъ карболовой кислоты.

Послѣродовой періодъ прошелъ совершенно нормальнымъ образомъ, на десятый день родильница уже оставила постель.

2) X. Я. 37 лѣтъ отъ роду. XI пара. Прежніе роды нормальны. Послѣднія регулы въ концѣ іюля 1887 г. Потуги начались приблизительно за сутки до отхожденія водъ, которое, какъ передаетъ акушерка, имѣло мѣсто при полномъ раскрытіи вѣва въ 2 часа утра 10 мая. Во время моего прихода, въ 8 часовъ того же утра, оказалось: животъ сильно вздутъ газами, не болѣзненъ. Сердцебіенія плода не слышно. Первое черепное положеніе. Головка въ полости малаго таза, общее состояніе роженицы удовлетворительно. Потуги слабы. Больная проситъ окончить какъ нибудь на этотъ разъ долго тянущіеся роды. Не будучи вполне увѣреннымъ въ смерти плода, я уступилъ просьбѣ большой и, наложивъ щипцы, легко и скоро извлекъ головку. Не новорожденный, чрезвычайно большой мальчикъ, родился безъ всякихъ признаковъ жизни. Едва я, нѣсколько минутъ спустя, оставилъ роженицу, чтобы по просьбѣ послѣдней помочь трудившейся напрасно надъ оживленіемъ младенца акушеркѣ, какъ былъ опять призванъ къ постели роженицы вслѣдствіе появившагося кровотеченія. Когда первая попытка захватить матку рукою черезъ брюшныя покровы, вслѣдствіе измѣнивагося положенія послѣдней и сильной вздутости живота, мнѣ не сразу

удалась, я, въ виду сильнаго кроветеченія, отказался отъ мысли выжать послѣдъ наружными манипуляціями и приступилъ къ ручному его отдѣленію, что мнѣ легко и удалось. Но кроветеченіе и послѣ этого не прекращалось. Такъ какъ захватить рукою какъ слѣдуетъ матку черезъ наружные покровы было нельзя, то я рѣшился затампонировать полость матки и влагалища ватными тампонами, смоченными въ 2^o/_o раств. карболовой кислоты. Эффектъ былъ немедленный, тампоны удалены черезъ 5 часовъ и полость матки промыта той же крѣпости растворомъ карболовой кислоты. Что касается послѣродоваго періода, то нужно упомянуть только объ единичномъ повышеніи t^o до 38,4 вечеромъ 12 мая. Пульсъ же подымался постепенно въ первые три дня до 120, но уже на слѣдующій день утромъ, т. е. 13 мая, былъ равенъ 100 и колебался между 80—90 до 14 дня послѣ родовъ, когда больная совсѣмъ встала съ постели.

3) Р. 34 лѣтъ отъ роду, слабago тѣлосложенія и питанія. X рага. О ходѣ настоящихъ родовъ нельзя было ничего обстоятельнаго узнать отъ глухой роженицы и малообразованной акушерки. Послѣдняя только рассказала, что сильное кроветеченіе послѣ родовъ заставило ее удалить послѣдъ руками и затампонировать влагалище ватой, смоченною въ разведенномъ полуторнохлористомъ желѣзѣ. Ко времени моего прихода, 20 мая въ 11 часовъ вечера, я нашель роженицу при явленіяхъ весьма рѣзко выраженной острой анеміи: чрезвычайная блѣдность, кожа покрыта холоднымъ потомъ, пульсъ едва ощутимъ и чрезвычайно ускоренъ, рвота, головокруженіе и т. д. Матка, находившаяся на уровнѣ съ пупкомъ, стала нѣсколько тверже на ощупь послѣ предпринятаго мною массированія снаружи. Такъ какъ кроветеченія не было, то, держа матку въ рукѣ для предотвращенія новаго ослабленія ея, я старался посредствомъ соотвѣтственнаго положенія больной, приемами большаго количества жидкостей: молока, чая и въ особенности раствора поваренной соли, по мѣрѣ возможности устранить угрожающій колыяпсъ. Но только черезъ 2 часа мнѣ удалось вызвать замѣтное улучшеніе въ состояніи больной. Удаливъ тогда вложенные акушеркою во влагалище тампоны, за которыми находилось большое количество кровяныхъ свертковъ, и промывъ влагалище, я хотѣлъ было уже оставить больную и предъ моимъ уходомъ еще разъ убѣдиться въ сокращаемости матки, какъ вдругъ замѣтилъ, что послѣдняя опять стала вялою, больная стала жаловаться на холодъ, пульсъ сталъ меньше и кровь появилась

снова. Мнѣ ничего не оставалось, какъ освободить маточную полость отъ кровяныхъ свертковъ и затампонировать ее, равно какъ и влагалище, тампонами, смоченными въ 2⁰/₀ растворѣ карболовой кислоты, что дѣйствительно моментально повело къ цѣли. 6 часовъ спустя были удалены тампоны и полость матки промыта 2⁰/₀ раств. карболовой кислоты. Послѣродовой періодъ прошелъ безъ какихъ либо осложнений. Анемичная, но все-таки сравнительно здоровая родильница встала уже на 15 день съ постели.

Послѣ вышеизложеннаго я совсѣмъ не хочу утверждать, что въ тампонадѣ мы имѣемъ единственно рациональное средство противъ послѣродовыхъ атоническихъ кровотеченій, такъ какъ массажированіе въ этихъ случаяхъ матки снаружи, равно какъ употребленіе горячихъ или ледяныхъ внутриматочныхъ ирригацій несомнѣнно должны быть предпочтены тампонадѣ, если только средства эти надлежащимъ образомъ и съ требуемою поснѣшностью могутъ быть примѣнены на дѣлѣ. Цѣль же моего краткаго сообщенія заключается главнымъ образомъ въ томъ, чтобы подтвердить высказанную Dührssen'омъ надежду, что «никакая роженица не погибнетъ болѣе отъ атоническаго кровотеченія». Нужно ли еще прибавить, что уже одно это сознаніе, что въ тампонадѣ мы имѣемъ средство, которое непремѣнно ведетъ къ цѣли, доставляетъ намъ необходимсе спокойствіе и самоувѣренность даже при употребленіи другихъ приемовъ.

Съ другой стороны, я бы хотѣлъ тутъ упомянуть объ одномъ, въ другомъ мѣстѣ ¹⁾ мною уже нѣсколько подробнѣе разобранномъ обстоятельствѣ, а именно, что успѣхъ акушерскихъ операцій зависитъ главнымъ образомъ отъ строгаго соблюденія профилактической антисептики, такъ что хорошій исходъ тампонады, употребляемой Dührssen'омъ и мною, не должно приписать употребленію при этомъ іодоформа или карболовой кислоты, но единственно тому обстоятельству, что руки наши уже задолго до операціи были свободны отъ специфической заразы. Вотъ почему во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ профилактическая антисептика не могла быть съ надлежащею педантичностью выполнена, мы смотримъ на тампонированіе полости послѣродовой матки, при такихъ условіяхъ, какъ на далеко не безопасный приемъ, и хотя бы были употреблены при этомъ тѣ или другія антисептическія средства, мы за успѣхъ подобной тампонады все-таки не ручаемся.

¹⁾ «Жур. Ауш. и Жен. Болѣв.» 1887 г., № 6 и 9.

РЕФЕРАТЫ.

228. H. Morton. *Obstetric methods in Prague* (N.-York. Med. Journal, June 30, 1888). Способъ веденія родовъ въ пражскомъ родо-вспомогательномъ заведеніи.

Авторъ описываетъ антисептическія предосторожности, которыя примѣняются въ пражскомъ родильномъ домѣ. При изслѣдованіи роженицъ какъ руки изслѣдующаго, такъ и инструменты тщательно дезинфицируются. Передъ первымъ изслѣдованіемъ дѣлается влагалищное спринцеваніе, которое во время родовъ повторяется только въ случаѣ кровотеченія, повышенія t° и изслѣдованія роженицы многими студентами. Послѣ родовъ обмываніе наружныхъ половыхъ органовъ, ирригація же только въ случаѣ употребленія инструментовъ или значительныхъ поврежденій. Внутриматочныя спринцеванія послѣ инструментальныхъ пособій, причежъ вслѣдъ за спринцеваніемъ въ полость матки вкладываются двѣ іодоформныя палочки. Сейчасъ послѣ родовъ наружные половые органы покрываются смоченной въ хлорной водѣ тряпкой, которая мѣняется по мѣрѣ надобности. Въ родильномъ періодѣ влагалищныя спринцеванія дѣлаются въ случаѣ пахнущихъ послѣродовыхъ очищеній, кровотеченій и черезчуръ большаго количества очищеній. Внутриматочныя спринцеванія—при эндометритѣ, повышеніи t° и задержаніи частей послѣда. Комнаты родильницъ провѣтриваются и тщательно вымываются каждые 10 дней. Кровати вымываются, матрацы выбиваются и провѣтриваются. Относительно ухода за грудями, придерживаются слѣдующаго: беременныя ежедневно моютъ груди 4^o/о растворомъ борной кислоты; въ случаѣ чрезмѣрнаго отдѣленія жира—втиранія 4^o/о борнымъ вазелиномъ и обмыванія 4^o/о борной кислотой, Профилактика офтальмобленорреи заключается въ впусканіи въ глаза новорожденнаго капли 2^o/о раствора азотнокислаго серебра. Пуповина укутывается въ салициловую вату, которая пережѣняется ежедневно послѣ купанья. При катаррахъ новорожденныхъ примѣняется леченіе по способу *Ebstein'a*, заключающемуся въ промываніи желудка помощью зонда и воздержаніи отъ пищи втеченіе сутокъ. За это время ребенокъ получаетъ только воду съ

яичнымъ бѣлкомъ въ количествѣ 16 унцъ. Въ случаѣ сильнаго поноса къ этой водѣ прибавляютъ уксуснокислаго свинца.

Въ родильномъ періодѣ *secale cornutum* не дается безъ особыхъ показаний. Смертность въ родильномъ пріютѣ отъ 4 до 6 на 1000; отъ гнилокровія отъ 2 до 2,5.

А. Семяниковъ.

229. Steffek. Ueber Desinfection des weiblichen Genitalkanals (Centr. f. Gyn. 1888. № 28). О дезинфекціи женскаго полового канала.

Такъ какъ изслѣдованія *Winter'a* показали, что болѣзнетворные микроорганизмы не проникаютъ дальше внутренняго зѣва, то авторъ обращалъ въ своихъ опытахъ вниманіе на обеззараживаніе влагалища и цервикальнаго канала. Онъ бралъ передъ дезинфекціей и непосредственно послѣ нея слізъ влагалища или цервикальнаго канала и вносилъ ее на агаръ-агаръ. Эти опыты привели къ слѣдующимъ результатамъ: влагалищныя спринцеванія $\frac{1}{3}^{\circ}/_{\infty}$ раствора сулемы не оказываютъ вліянія на количество микроорганизмовъ; при промываніи влагалища однимъ пальцемъ количество микроорганизмовъ очень незначительно уменьшалось. Изъ пяти случаевъ промыванія влагалища помощью 2 пальцевъ, въ двухъ случаяхъ питательная среда осталась безплодною, а въ трехъ развились колоніи кокковъ въ очень ограниченномъ количествѣ. При промываніи влагалища и цервикальнаго канала всѣ стекла остались безплодными. Часъ спустя можно было констатировать появленіе микроорганизмовъ. Если часъ спустя послѣ промыванія сдѣлать влагалищное спринцеваніе $\frac{1}{3}^{\circ}/_{\infty}$ раствора сулемы или 3% растворомъ карболовой кислоты и повторять это каждый часъ, то микроорганизмы не появляются во внутреннихъ половыхъ органахъ. На основаніи этихъ опытовъ авторъ совѣтуетъ обмываніе влагалища и цервикальнаго канала съ слѣдующими влагалищными спринцеваніями $\frac{1}{3}^{\circ}/_{\infty}$ раствора сулемы или 3% карболовой кислотой, повторяемыми каждый часъ.

А. Семяниковъ.

230. Loebel. Der Kurgebrauch mit Mineralwässern während der Gravidität. (Der Frauenarzt. 1888, №№ 6, 7, 8). Лѣченіе минеральными водами во время беременности.

Авторъ, указывая въ своей обширной статьѣ на разногласія врачей въ разбираемомъ имъ вопросѣ, дѣлаетъ попытку систематизировать, какъ измѣненія въ организмѣ матери во время беременности, такъ и дѣйствіе водъ при купаньяхъ и при внутреннемъ ихъ употребленіи. Систематизація эта, не представляя сама по себѣ ничего новаго ни въ отношеніи акушерскомъ, ни гидротерапевтическомъ, тѣмъ не менѣе достаточно ясно доказываетъ даже необходимость примѣненія названнаго лѣченія во время беременности, безъ всякой опасности для матери. Что же касается возможности выкидыша, то, примѣняя тотъ же способъ параллельнаго разбора анатомическихъ измѣненій, сопровождающихъ выкидышъ, и фізіологическаго дѣйствія тѣхъ или другихъ гидротерапевтическихъ мѣръ, — авторъ приходитъ къ заключенію, что съ этой стороны требуются осторожность и строгая индивидуализація каждаго случая. Такимъ образомъ отъ употребленія минеральныхъ водъ во время бере-

менности, при правильномъ ихъ примѣненіи, можно ожидать только пользы, т. е. возстановленія нарушенныхъ этимъ физиологическимъ состояніемъ отъправленій, не нарушая самаго состоянія.

А. Гермоніусъ.

231. I. S. Hawley. Primary Laparotomy in early extra-uterine pregnancy (N.-York. Med. Journal, June 16, 1888). Первичное чревосѣченіе въ первые мѣсяцы внѣматочной беременности.

Подъ первичнымъ чревосѣченіемъ авторъ подразумѣваетъ чревосѣченіе, сдѣланное въ первые 4—5 мѣсяцевъ трубной беременности до разрыва плоднаго мѣшка, съ цѣлью удаленія цѣльной беременной трубы. Онъ сообщаетъ подобный случай, который ему пришлось наблюдать въ апрѣлѣ этого года. Это всего второй случай первичной лапаротоміи при трубной беременности. 39-ти-лѣтняя женщина, рожавшая 9 разъ, обратилась къ автору по поводу кровотеченій. Предполагая начинающійся выкидышъ, онъ посовѣтывалъ ей полный покой. Прекратившееся на слѣдующій день кровотеченіе снова повторилось черезъ 12 дней, причѣмъ изъ половыхъ органовъ отошло тѣло, по описанію принятое авторомъ за яйцо въ нѣсколько недѣль. При изслѣдованіи зѣвъ найденъ закрытымъ, въ области праваго яичника болѣзненная опухоль величиною въ голубиное яйцо. Три недѣли спустя опухоль оказалась величиною въ лимонъ, занимала задній сводъ и была соединена съ маткой. Воспалительныя явленія отсутствовали. Авторъ поставилъ діагнозъ на трубную беременность, который и подтвердился при операціи, сдѣланной на другой день. Плодный мѣшокъ былъ образованъ изъ наружной части трубы и сращенъ съ маткой, кишками и заднимъ листкомъ широкой связки. По вскрытіи удаленнаго цѣликомъ мѣшка, въ немъ оказался приблизительно 6-ти недѣльный зародышъ.

Авторъ сдѣлалъ въ этомъ случаѣ чревосѣченіе, потому что существовали симптомы (быстрый ростъ опухоли за 3 недѣли и увеличеніе напряженія въ стѣнкахъ ея втеченіе 24 часовъ), указывавшіе на то, что угрожалъ разрывъ стѣнки. Поэтому въ данномъ случаѣ нечего было и думать о примѣненіи электричества, столь рекомендуемаго большинствомъ американскихъ гинекологовъ. Онъ говоритъ, что женщина въ этомъ случаѣ подвергается гораздо меньшей опасности, чѣмъ при выжидательномъ способѣ, гдѣ очень легко можетъ произойти разрывъ мѣшка, такъ что приходится предоставить большую своей участія или оперировать послѣ разрыва, что представляетъ гораздо большія опасности. Затѣмъ, онъ разбираетъ вопросъ о примѣненіи электричества, преимуществъ котораго, по мнѣнію большинства, заключаются въ простотѣ примѣненія, вѣрности дѣйствія и безопасности въ случаѣ неуспѣха. Подъ влияніемъ электричества напряженіе въ плодномъ мѣшкѣ, будто бы, уменьшается и происходитъ всасываніе содержимаго. Электричество примѣнимо, однако, только въ первые мѣсяцы беременности, такъ какъ въ болѣе поздній періодъ легко можетъ произойти, подъ влияніемъ электричества, разрывъ плоднаго мѣшка. Послѣ разрыва электричество не играетъ никакой роли въ благопріятномъ исходѣ, потому что оно не оказываетъ никакого влиянія ни на кровотеченіе, ни на всасываніе плода. Все это дѣло природы, между тѣмъ какъ

многіе поборники электричества и въ такихъ случаяхъ благопріятный исходъ приписываютъ электричеству. Въ литературѣ существуетъ 33 случая трубной беременности, гдѣ въ первые 4 мѣсяца беременности было съ успѣхомъ примѣнено электричество. Во всѣхъ этихъ случаяхъ, однако, недостаетъ полной увѣренности въ точности діагноза. Возможность смѣшиванія трубной беременности съ hydrosalpinx'омъ доказана многими операціями. Поэтому возможно, что во многихъ изъ этихъ случаевъ вовсе не было трубной беременности, а существовали hydrosalpinx или пароваріальная киста. Если электричество можетъ оказать вліяніе на всасываніе жидкости изъ плоднаго мѣшка, то оно вѣдь можетъ оказать такое же вліяніе и при означенныхъ заболѣваніяхъ. Въ случаѣ же неуспѣха опасность отъ промедленія увеличивается. Тогда приходится оперировать при менѣе благопріятныхъ условіяхъ: перитонеальныя склейки могутъ организоваться; вслѣдствіе разрыва стѣнки кисты приходится оперировать въ наполненной кровью брюшной полости, содержащей, можетъ быть, уже разложившійся плодъ и гнойную жидкость; отъ потери крови могутъ развиваться шокъ или коллапсъ.

Главныя возраженія противъ чревосѣченія заключаются въ опасности и трудности операціи. Однако, примѣненіе электричества тоже не лишено опасности, особенно въ виду тѣхъ неблагопріятныхъ условій, въ которыя ставится больная въ случаѣ неуспѣха. Кромѣ того, только немногіе практическіе врачи обладаютъ необходимыми для этого познаніями и хорошей электрической батареей, между тѣмъ какъ ножъ, кровоостанавливающіе пинцеты, иглы и шелкъ найдутся у всякаго врача. Въ случаѣ же невѣрнаго діагноза, операція представляетъ то же преимущества передъ электричествомъ, такъ какъ даетъ возможность, смотря по обстоятельствамъ, или удалить существующую опухоль, или ограничиться пробнымъ чревосѣченіемъ.

Хотя авторъ и отдаетъ предпочтеніе оперативному леченію, но онъ не отрицаетъ вполне цѣлесообразности примѣненія электричества. Въ самомъ раннемъ стадіи трубной беременности можно прибѣгнуть къ электричеству, но оно должно быть оставлено, если послѣ извѣстнаго числа сеансовъ ростъ опухоли не уменьшился, если оно не предупредило появленія характерныхъ болей, если угрожаетъ разрывъ мѣшка. Оба способа леченія должны идти рука объ руку, должны пополнять другъ друга, а не стоять враждебно другъ противъ друга. Чревосѣченію въ равную эпоху трубной беременности должно принадлежать въ будущемъ почетное мѣсто на ряду съ чревосѣченіями, дѣлаемыми по другимъ показаніямъ.

Послѣ того, какъ вышесказанное было уже написано, автору пришлось во второй разъ сдѣлать чревосѣченіе при трубной беременности. Въ плодномъ мѣшкѣ заключался 3-хъ мѣсячный плодъ, начавшій уже разлагаться, и приблизительно два унца гнойной жидкости. Стѣнки мѣшка на задней и верхней поверхности были истончены и потому, по всей вѣроятности, въ скоромъ времени произошелъ бы разрывъ, послѣдствіемъ котораго было бы изліяніе гнойной жидкости въ полость брюшины. Этотъ случай говоритъ тоже въ пользу ранняго чревосѣченія при вѣматочной беременности.

А. Семяниковъ.

232. Ernest Herman. A case of extra-uterine gestation cured by abdominal section two hours and a half after rupture. (Brit. Med. Journ., June 2, 1888). Случай вѣматочной беременности, излеченной чрево-сѣченіемъ черезъ 2½ часа послѣ разрыва.

Н. считаетъ свой случай интереснымъ въ виду поздняго разрыва (около 4-хъ мѣс.) беременной трубы, наименьшаго промежутка между разрывомъ и операцией, ясно слышавшагося до разрыва маточнаго шума и наконецъ въ виду повторной вѣматочной беременности у одного и того же субъекта. Произведена лапаротомія съ удаленіемъ правой трубы и яичника; вставленъ дренажъ въ Дугласово пространство, удаленный на слѣдующій день. На 6-й день повышеніе t° до 101° , изъ раны выдѣлилось много жидкой крови, послѣ чего постепенное пониженіе t° . Черезъ 1½ мѣсяца выздоровленіе. 3 года тому назадъ у больной послѣ 1½ мѣсячнаго отсутствія регулъ появилось кровотеченіе, внезапныя боли схватками и обморокъ; при поступленіи въ больницу найдена плотная, выпуклая, чувствительная опухоль въ лѣвой задней четверти таза, полость матки 3¼ д., t° не выше 100° . Кровотеченіе прекратилось черезъ 3 нед., боли и опухоль постепенно уменьшились. На основаніи этихъ признаковъ діагносцирована haematocoele вслѣдствіе разрыва беременной трубы (хотя Н. допускаетъ возможность, что имѣлось дѣло и съ расширенной лѣвой трубой).

А. Пекарская.

233. Günther. Zur Behandlung der Hyperemesis gravidarum. (Centr. f. Gyn. 1888. № 29). О леченіи неукротимой рвоты беременныхъ.

Исходя изъ того предположенія, что неукротимая рвота беременныхъ зависить не отъ заболѣванія желудка, а есть послѣдствіе разстройства функціональныхъ нервовъ, т. е., что мы имѣемъ въ этомъ случаѣ явленіе аналогичное невралгіямъ чувствительныхъ нервовъ, авторъ прибѣгъ къ электричеству для леченія этого страданія. Онъ кладетъ анодъ постоянного тока на влагалищную часть и прилежащую къ ней часть свода, а катодъ на 8—12 грудные позвонки. Чтобы не вызвать выкидыша, въ электрическую цѣпь вставляется гальванометръ *Edelmann*'а и реостатъ. Сила тока не должна превышать 5 Milliampères, сеансъ продолжается 7—10 минутъ. При ежедневномъ примѣненіи электричества рвота прекращалась самое большее черезъ 4 дня. Иногда послѣ этого появлялась еще тошнота. Ради профилактики леченіе электричествомъ продолжалось послѣ излеченія еще втеченіе нѣсколькихъ недѣль по 2 раза въ недѣлю. Авторъ съ успѣхомъ примѣнилъ этотъ способъ леченія въ 5 случаяхъ неукротимой рвоты, изъ которыхъ 3 находились уже во II стадіи.

А. Семяниковъ.

234. Archibald Donald. Abortion in double uterus. (Brit. med. Journ., June 9, 1888). Выкидышъ при двойной маткѣ.

Большая 28 л. выкинула на 3-мъ мѣсяцѣ, продолжая менструировать во время беременности. Послѣ изгнанія яйца кровотеченія повторялись два раза, за вторымъ разомъ, черезъ два мѣсяца послѣ выкидыша, выдѣлилась часть

дѣтскаго мѣста, пациентка выздоровѣла. При изслѣдованіи ея послѣ перваго кровотеченія найдено: влагалище въ верхней трети дѣлится на двѣ половины мясистой, слабо напряженной перегородкой. Въ каждомъ отдѣлѣ—нерожавшая шейка съ закрытымъ наружнымъ зѣвомъ; два зонда, введенные въ цервикальные каналы, въ нижней части шли параллельно, отдѣляясь перегородкой, въ верхней расходились кнаружи отъ срединной линіи. Обѣ маточныя полости не увеличены. При двойномъ изслѣдованіи съ введенными зондами прощупывались два маточныхъ дна, отдѣленныхъ пространствомъ около 2 д. Данный случай представляетъ порокъ развитія—uterus duplex bicornis cum vagina subseptata. Статистическія данныя показываютъ, что при двойной маткѣ выкидышъ происходитъ не чаще, чѣмъ при нормальной; въ данномъ случаѣ *D.* полагаетъ, что недостатокъ развитія былъ единственной причиною прерыванія беременности; можетъ быть, имѣло вліяніе и продолженіе менструаціи. Продолженіе регулъ при беременности въ двойной или частично-двойной маткѣ отмѣчено лишь въ двухъ случаяхъ изъ 70, собранныхъ *Kussmaul* емъ.

А. Пенарская.

235. Е. А. Михайлова. Случай угрожающаго жизни кровотеченія на 17 день послѣ выкидыша. («Медицинское Обозрѣніе». Т. XXXIX. 1888 г. № 11).

23-го сентября 1887 г. авторъ былъ приглашенъ къ пациенткѣ 34 лѣтъ по поводу начавшагося аборта. При изслѣдованіи найдено: Матка увеличена, болѣзненна, зѣвъ пропускаетъ палецъ до внутренняго отверстія, у котораго прощупывается яйцо. Кровотеченіе 3 день сгустками. Влагалище затамповировано; на другой день вмѣстѣ съ тампономъ извлеченъ и плодъ. Послѣдъ остался въ полости матки. Извлеченіе его представило нѣкоторое затрудненіе, такъ какъ послѣдъ былъ приращенъ. Часть послѣда отдѣлена утромъ, остальные же кусочки послѣда, издававшіе уже запахъ, извлечены вечеромъ. Послѣ отдѣленія послѣда, мѣсто его прикрѣпленія выдавалось въ видѣ вышеннаго вала. Промываніе полости матки сулемой; ледъ на животъ, спорынья. Вечеромъ потрясающій ознобъ и t° 39. Въ остальномъ теченіи болѣзни t° оставалась нормальной. Къ 3 дню матка сократилась довольно хорошо. На 10 день больная встала. 7-го октября появилось незначительное кровотеченіе, продолжавшееся 2 дня. 10-го больная сильно волновалась, а въ ночь съ 11-го на 12-е безъ всякихъ предвѣстниковъ появилось бурное кровотеченіе, послѣ котораго авторъ нашелъ пациентку въ безсознательномъ состояніи, съ едва ощутимымъ пульсомъ, холодными конечностями и судорожно-сжатыми челюстями. Послѣ этого кровотеченія больная оправилась только къ концу мѣсяца.

Что касается причины этого поздняго послѣродоваго кровотеченія, то авторъ видитъ ее въ замедленномъ образованіи тромба послѣдоваго мѣста, вслѣдствіе недостаточнаго обратнаго развитія матки. Возбужденное психическое состояніе пациентки, вызвавъ повышенное кровяное давленіе, вызвало и разрушеніе еще неорганизованныхъ тромбовъ.

І. Рясенцевъ.

236. Н. Schäublin. Ueber die Constanz der Kindeslagen bei wiederholten Geburten (Arch. f. Gyn. Bd. XXXII, Hft. 2). О постоянствѣ положенія плода при повторныхъ родахъ.

Авторъ собралъ 1,064 случая повторныхъ родовъ (отъ 2 до 9 разъ) изъ базельской клиники и штутгартскаго родильнаго дома. Для опредѣленія отношенія I положенія ко II, онъ собралъ изъ тѣхъ же родовспомогательныхъ заведеній 13,151 случаевъ. На основаніи своихъ изслѣдованій онъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: отношеніе I положенія ко II = 2 : 1. При повторныхъ родахъ это отношеніе увеличивается въ пользу I положенія. При двухъ родахъ у той же женщины I : II = 4 : 1; при трехъ родахъ = 4,3 : 1,0. У многорожавшихъ II положеніе встрѣчается нѣсколько чаще, чѣмъ у I рожавшихъ, такъ у послѣднихъ I : II = 1,98 : 1, у первыхъ же = 1,72 : 1. Вторные роды въ косомъ положеніи, въ III; III—II; IV—I и т. д. встрѣчались главнымъ образомъ при суженіяхъ таза и зависятъ, можетъ быть, отъ измѣненія формы и положенія матки при узкомъ тазѣ. А. Семяниковъ.

237. R. Teuffel. Inversio completa uteri. (Centr. f. Gyn., 1888, № 25).
Полный выворотъ матки.

У 24-лѣтней I родящей вмѣстѣ съ послѣдомъ изъ наружныхъ половыхъ органовъ выступила вполнѣ вывороченная матка. По отдѣленіи послѣда, давленіемъ на дно матки удалось вдвинуть ее во влагалище. Полное же вправленіе удалось легко, 1¹/₂ часа спустя послѣ родовъ, посредствомъ давленія со стороны влагалища на задній сводъ по направленію кверху и кпереди и одновременнаго надавливанія со стороны брюшныхъ покрововъ въ противоположномъ, направленіи т. е. сзади и книзу. Авторъ отмѣчаетъ, что пуповина была очень коротка, что, можетъ быть, и способствовало образованію выворота. А. Семяниковъ.

238. С. Мурашко. Случай *physometra puerperalis*. (Медицинское Обозрѣніе. Т. XXIX, 1888 г., № 11).

Е. К., 36 лѣтъ, поступила подъ наблюденіе автора на 3 сутки въ срокъ наступившихъ 7-хъ родовъ, послѣ различныхъ манипуляцій, произведенныхъ надъ нею деревенскими бабками.

Stat. praes. Покровы живота сильно напряжены, въ особенности его середина, гдѣ ясно обрисовывается форма матки продолговатая, напоминающая сигару. Дно матки достигаетъ *scrobiculum cordis*. Перкуссия по бокамъ живота даетъ тимпаническій тонъ, въ области дна матки — барабанный, переходящій внизу въ тупой. Положеніе плода черепное. Сердцебиенія нѣтъ. Головка сильно вколочена въ выходъ таза. Часть отечной опухоли головки выстоитъ изъ раскрытой и сильно отечной половой щели. Головка извлечена введенными въ ротъ 2 пальцами оператора. Освобожденіе плечиковъ потребовало предварительнаго извлеченія ниже лежащей лѣвой ручки. Какъ только плечико показалось, плодъ моментально выскочилъ, какъ пробка изъ бутылки, и оператора и окружающихъ обдало вонючимъ газомъ. Матка моментально

спалась. Загнившій послѣдъ извлечень рукой. Матка сократилась хорошо только чрезъ 6 часовъ. Въ послѣродовомъ періодѣ, за время наблюденія (10 дней), высокая t° , отдѣленіе гангренозныхъ струпеевъ изъ вагины, омертвѣніе половины малыхъ губъ, и съ 3 дня непроизвольное выдѣленіе мочи чрезъ рывавъ.

І. Рясенцевъ.

239. П. Э. Кистеръ. Случай смертельнаго атоническаго послѣродоваго кровотеченія. («Медицинское Обозрѣніе», Т. XXIX, 1888 г., № 11).

И. В., 20 лѣтъ, беременна въ 1-й разъ. Послѣднія регулы въ маѣ 1887 г. Перваго движенія не помнитъ. Родовыя боли начались 22 февраля текущаго года въ 12 часовъ дня.

Stat. praes. Роженица, правильнаго сложенія, хорошаго питанія. Со стороны сердца, легкихъ и остальныхъ органовъ никакихъ аномалій. Окружность живота 100 сант. Высота дна матки 35 сант. Положеніе продольное. Предлежитъ головка. Сердцебіенія не слышно. Теченіе родовъ слѣдующее: 22 февраля въ 7 часовъ вечера прошли воды. 23-го утромъ t° 38,2, въ 12 часовъ дня полное открытіе, а въ 3 час. 30 м. родилась мертвая доношенная дѣвочка. Схватки все время были нормальны. Послѣ рожденія младенца матка плохо сокращалась и послѣдъ не выходилъ. Чрезъ 2 часа испробованъ методъ Credé безуспѣшно. Еще чрезъ 3 $\frac{1}{2}$ часа новыя безуспѣшныя попытки метода Credé; t° 39,9. Въ виду высокой t° и 6 часоваго задержанія послѣда приступлено къ ручному извлеченію послѣда. Весь послѣдъ былъ прикрѣпленъ къ передней стѣнкѣ матки. Большую часть его удалось отдѣлить легко, но верхняя треть прироста довольно крѣпко и отдѣлена съ трудомъ. Тотчасъ послѣ отдѣленія послѣда явилось ужасное кровотеченіе изъ вполнѣ атоничной матки. *Sesale* $\mathcal{O}\beta$, массажъ матки, горячіе души въ перемежку съ холодными спринцеваніями, введеніе руки въ полость матки нисколько не уменьшали его. Тогда авторъ приступилъ къ тампонаціи матки іодоформенной марлей, причежъ полоски марли просовывались въ матку по рукѣ, введенной въ полость, и тамъ укладывались по стѣнкамъ. Матка сократилась и кровотеченіе остановилось сначала, но чрезъ $\frac{1}{2}$ часа матка снова растянулась и кровь стала просачиваться чрезъ тампонъ. Попробованъ былъ индукціонный токъ къ маткѣ, но онъ вызывалъ сокращеніе тѣхъ частей матки, которыхъ касались электроды. Тогда пропитавшійся кровью тампонъ извлечень, удалена масса кровяныхъ сгустковъ и матка вновь затампонирована при помощи длиннаго корнцанга. Сверху матки наложена давящая повязка. Кровотеченіе дѣйствительно остановилось, но было уже поздно, больная чрезъ $\frac{1}{4}$ часа умерла.

Аутопсія показала, что матка бугристо сокращена вокругъ тампона, крови не содержитъ. Эндометрій, кромѣ сильнѣйшей анеміи, никакихъ поврежденій не представляетъ.

Разбирая въ заключеніе своего сообщенія этиологическія моменты и леченіе атоническихъ послѣродовыхъ кровотеченій, авторъ, по отношенію къ первымъ, обращаетъ вниманіе на *endometritis subpartu* и вообще повышенную t° во время родовъ. По наблюденіямъ въ Московскомъ Родовспомогатель-

номъ Заведеніи на 177 случаевъ атонического послѣродоваго кровотеченія 34—20% имѣли при родахъ t° 38 и выше.

Что же касается леченія, то авторъ, между различными предложенными способами, отдастъ предпочтеніе антисептической тампонадѣ лопости матки іодоформной марли, хотя и не увлекается ею такъ, какъ Dührsen, которому принадлежитъ введеніе этого способа въ акушерство. **І. Рясенцевъ.**

240. **E. H. Grandin. The use of antipyrine during labor (N.-York. Med. Journal, July 14, 1888).** Примѣненіе антипирина при родахъ.

Авторъ получилъ хорошіе результаты отъ примѣненія антипирина въ первомъ періодѣ родовъ. Онъ давалъ gr. XV, черезъ часъ доза повторялась и въ случаѣ надобности давалось въ 2-хъ часовые промежутки еще по gr. X. Обыкновенно одновременно онъ давалъ gr. XV хлоралгидрата, повторяя эту дозу, смотря по надобности, 3—4 раза. Болѣзненность потугъ не только уменьшилась, но почти совершенно исчезала послѣ двухъ дозъ. Для матери или ребенка, авторъ не видѣлъ отъ этого ни малѣйшаго вреда. Потужная дѣятельность нисколько не уменьшалась. **А. Семяниковъ.**

241. **Subbotić. Zur Wirksamkeit der rectalen Glycerininjectionen. (Centr. f. Gyn. 1888. № 27).** О дѣйствиі глицериновыхъ клизмъ.

Въ цѣломъ рядѣ случаевъ авторъ съ успѣхомъ примѣнялъ для опорожненія прямой кишки впрыскиванія 2—3 граммъ глицерина въ прямую кишку. Если въ прямой кишкѣ не было каловыхъ массъ, то впрыскиваніе глицерина оставалось безъ эффекта. **А. Семяниковъ.**

242. **F. Engelmann. Die Essigsäure als Desinficienz in der Geburtshilfe. (Cent. f. Gyn. 1888. № 27).** Уксусная кислота, какъ обеззараживающее средство въ акушерствѣ.

Въ виду ядовитыхъ свойствъ сулемы, авторъ попробывалъ замѣнить ее уксусной кислотой. Послѣдняя обладаетъ одинаковой обеззараживающей силой съ карболовой кислотой. Она обладаетъ многими преимуществами, какъ-то: полною неядовитостью, способностью лучше проникать ткани, чѣмъ другія средства, придавать мягкость кожѣ, дѣйствовать кровоостанавливающимъ образомъ. Неудобства при ея примѣненіи заключаются въ томъ, что мыло не растворяется въ растворѣ уксусной кислоты и стальные инструменты портятся, но въ меньшей степени, чѣмъ отъ сулемы. Примѣненіе 3% или, въ рѣдкихъ случаяхъ, 5% раствора дало отличные результаты въ 5 случаяхъ наложенія щипцовъ, при двухъ поворотахъ, при предлежаніи послѣда, въ двухъ случаяхъ ручнаго отдѣленія послѣда, въ двухъ случаяхъ выскабливанія матки при септическомъ зараженіи и въ цѣломъ рядѣ случаевъ выкидыша.

А. Семяниковъ.

243. А. В. Першинъ. Свѣжій случай выворота мочевого пузыря черезъ уретру. («Дневникъ Казанскаго Общества врачей», 1888 г., № 9).

М. И. дѣвочка, 8 лѣтъ, за день до поступления въ клинику проф. Феноменова, переносила песокъ изъ одного мѣста въ другое на разстояніи ста сажень. Переносъ послѣднюю порцію, 2 ведра, И. почувствовала сильную боль внизу живота и въ половой щели. Съ этого же момента появились учащенные болѣзненные позывы на мочеиспусканіе, причѣмъ окрашенная кровью моча вытекала каплями.

Stat. praes. Большія и малыя губы нормальны, между ними въ верхней трети половой щели находится продолговато-овальная опухоль, величиной со сливу; поверхность ея сильно гиперемирована, бархатиста, съ обильнымъ количествомъ продольныхъ и поперечныхъ складокъ. Опухоль эта выходитъ изъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, куда отъ нея идетъ ножка такого-же характера, какъ и сама опухоль. Ширина ножки соответствуетъ диаметру канала. Подъ опухолью замѣчается аннулярной формы тумеп. При напряженіи брюшнаго пресса опухоль нѣсколько больше выдается изъ уретры. Зондъ идетъ въ уретру параллельно ножкѣ на 1,5 сант., причѣмъ имъ можно обвести кругомъ всю ножку. При введеніи зонда изъ отверстія уретры по нему идетъ толчками окрашенная кровью моча. Отверстія мочеточниковъ на опухоли не найдены.

Съ большимъ трудомъ опухоль удалось обратно вправить пальцами чрезъ уретру, которая послѣ вправления оказалась весьма расширенной и сильно гиперемированной. Боли послѣ вправления значительно успокоились. Для предупрежденія выпаденія опухоли между половыми губами вложенъ ватный тампонъ. При дальнѣйшемъ 10-ти дневномъ наблюденіи большой опухоль показывалась еще 2 раза. Въ первый разъ на 2 день, въ томъ же объемѣ, послѣ дефекаціи, и въ послѣдній разъ, значительно меньшей величины, на 3 день. Больная мочилась сама только 1 разъ въ день выписки изъ клиники. Лечение заключалось въ назначеніи покойнаго положенія, холода на животъ, опія внутрь и частой катетеризаціи. Катетеръ не входилъ дальше, какъ на 2,5 сантим.

Чрезъ 5 мѣсяцевъ больная снова явилась въ клинику съ жалобами на частые позывы на мочу и сильныя выдѣленія изъ рукава. При изслѣдованіи оказалось, что *orific. ext. urethrae* расширено, губы его блѣдно-краснаго цвѣта, выворочены по всей периферіи уретры, такъ что на мѣстѣ наружнаго отверстія сидитъ какъ бы опухоль, величиной въ небольшую вишню, а въ центрѣ ея (опухоль) отверстіе, ведущее въ мочевой пузырь.

Что касается до діагноза описаннаго заболѣванія, то авторъ считаетъ его острымъ выпаденіемъ слизистой оболочки мочевого пузыря и уретры. На это, по его мнѣнію, указываютъ, какъ величина всей опухоли, цвѣтъ и характеръ ея, такъ и жалобы больной.

Разобравъ всѣ описанные въ литературѣ случаи выворота мочевого пузыря, авторъ могъ убѣдиться, что ни въ одномъ изъ нихъ выворота, *sic dictu*, не было наблюдаемо, почему и полагаетъ, что правильнѣе всѣ такіе случаи

называть не выворотами пузыря съ выпаденіемъ мусос'ы уретры, а просто отслоеніемъ и выпаденіемъ слизистой оболочки пузыря и уретры, полнымъ или частичнымъ, смотря по случаю.

I. Рясенцевъ.

244. F. von Preusschen. Weitere drei Fälle von Heilung des Vorfalles der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckenmuskulatur und methodische Uterushebung (Centr. f. Gyn. 1888, № 30). Три случая излеченія выпаденія матки посредствомъ гимнастики тазоваго дна и методическаго оттягиванія матки кверху. (См. Журн. Акуш. и Жен. бол., 1888 г., № 5, стр. 395).

Случай I. 69-ти лѣтняя женщина, рожавшая 6 разъ, 30 лѣтъ страдаетъ выпаденіемъ матки. Полное выпаденіе, cystocele, длина матки 12 ц. Первые двѣ недѣли леченія больная провела въ постели. Для полнаго излеченія потребовалось 9 недѣль времени.

Случай II. 23-хъ лѣтняя, ни разу не рожавшая дѣвушка, страдаетъ 2 мѣсяца выпаденіемъ матки, происшедшимъ послѣ поднятія значительной тяжести. Длина матки 8 ц., передній сводъ глубиною въ 2 ц., задній въ 3 ц. Выдающаяся изъ наружныхъ половыхъ органовъ часть величиною въ воложскій орѣхъ. Послѣ перваго же сеанса, матка осталась въ полости таза, послѣ 8 сеансовъ она осталась въ антеверсии. Леченіе продолжалось около 10 недѣль.

Случай III. 6 разъ рожавшая, 71 лѣтняя больная страдаетъ 40 лѣтъ полнымъ выпаденіемъ матки. Длина матки 11 ц., cystocele, сводовъ не существуетъ, наружный зѣвъ зияетъ. Послѣ перваго сеанса матка осталась въ полости таза, послѣ десятаго въ антеверсии. Полное выздоровленіе послѣ 5-ти недѣльнаго леченія.

A. Семяниковъ.

245. D. Lewis. The Chian Turpentine Treatment of Cancer (N.-York. Med. Journal, July 21, 1888). Леченіе рака хіосскимъ терпентиномъ.

Чистый хіосскій терпентинъ рекомендуется въ послѣднее время проф. Слай, который прописываетъ его въ видѣ эмульсии изъ 1 части терпентина и 2 частей aetheris sulfurici на 300 частей воды. На приемъ десертную ложку, т. е. 6 гранъ терпентина. Во многихъ случаяхъ рака матки, прямой кишки, груди и при накожныхъ эпителиомахъ, онъ наблюдалъ значительное улучшеніе и даже полное выздоровленіе. Изъ другихъ врачей, приѣзжавшихъ терпентинъ, нѣкоторые высказываются за, нѣкоторые противъ него. Авторъ видѣлъ значительную пользу отъ его примѣненія въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, гдѣ онъ его употреблялъ. При ракъ маткѣ боли уменьшались, кровотеченія прекращались и разраженія принимали доброкачественный характеръ. Большая эпителиома на лицѣ значительно улучшилась. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ не получилось никакого результата.

A. Семяниковъ.

246. A. Gusserow. Erfahrungem über Pyosalpinx und deren operative Behandlung. (Archiv f. Gyn., Bd. XXXII, Heft 2). Гнойное скопленіе въ фаллопиевыхъ трубкахъ и его оперативное леченіе.

Статья эта написана авторомъ на основаніи оперированныхъ имъ 31 случая pyosalpinx'a, краткія исторіи которыхъ сообщены въ началѣ статьи. Этиоло-

гія гнійнаго скопленія въ трубахъ совпадаєть вполнѣ съ етіологіей периметрита, такъ какъ о скопленіи гноя въ трубкахъ только тогда можетъ быть рѣчь, когда вслѣдствіе воспаленія прилежащихъ частей lig. lat. произошло зараженіе брюшнаго отверстія трубы. Въ ряду етіологическихъ моментовъ играютъ роль гоноррейное зараженіе, раннее вставаніе послѣ выкидыша и родовъ, недостаточная осторожность во время регулъ и т. д. Симптомы ruosalpinx'a поэтому также совпадаютъ вполнѣ съ симптомами периметрита. Къ болѣе характернымъ для ruosalpinx'a явленіямъ причисляютъ схваткообразныя боли во время регулъ и усиленіе ихъ. Авторъ, однако, не находитъ, чтобы эти припадки можно было считать патогномичными, такъ какъ они могутъ встрѣчаться и при другихъ заболѣваніяхъ и какъ разъ отсутствовать при ruosalpinx'ѣ. Ruosalpinx по преимуществу болѣзнь рабочаго класса, такъ какъ, съ одной стороны, женщины этого класса чаще подвергаются вреднымъ моментамъ, дающимъ поводъ къ заболѣванію, а съ другой стороны, онѣ не могутъ, въ случаѣ наступившаго заболѣванія, посвятить достаточно времени леченію. Поэтому-то у нихъ болѣзнь часто обостряется и мало-по-малу ухудшается, такъ что въ концѣ концовъ онѣ становятся неспособными ни къ какой работѣ. Еще болѣе опасности подвергаются такія больныя при разрывѣ трубы, причемъ, вслѣдствіе поступленія гноя въ полость брюшины, легко можетъ произойти острый перитонитъ со смертельнымъ исходомъ. Разрывъ ruosalpinx'a можетъ произойти или вслѣдствіе изъязвленій и разрыва стѣнки мѣшка, или вслѣдствіе разрыва склеекъ, закрывающихъ брюшное отверстіе трубы. Хотя поступленіе гноя въ брюшную полость и не всегда ведетъ къ общему перитониту, какъ это доказано многими операціями, но при *разрывѣ* наполненной гноемъ трубы болѣею частью наблюдается перитонитъ. Условія, отъ которыхъ это зависитъ, еще не выяснены вполнѣ. Діагнозъ ruosalpinx'a можно поставить на основаніи наружно-внутренняго изслѣдованія. При послѣднемъ мы находимъ слѣды периметрита, какъ-то: сращенія, перемычки, тяжи, экссудаты, и кромѣ того опухоль, болѣею частію цилиндрической формы, съ однимъ или нѣсколькими перехватами. Эта опухоль плотно прилегаетъ къ маткѣ, обладаетъ нѣкоторой подвижностью, но не можетъ быть выведена изъ полости малаго таза. Всего легче ее смѣшать съ яичниковой опухолью, отъ которой ее часто тѣмъ труднѣе отличить, что яичникъ и труба бывають соединены периметритическими сращеніями въ одно цѣлое. Затѣмъ возможно смѣшеніе съ маленькими подбрюшинными міомами, которыя, однако, отличаются тѣмъ, что рѣдко помѣщаются между листками широкаго связокъ, тогда какъ ruosalpinx всегда между ними. Имѣемъ ли мы дѣло съ руо haemato-или hydrosalpinx'омъ, очень трудно рѣшить. Здѣсь должны помочь клиническія явленія: чѣмъ болѣзненнѣе и быстрѣе протекаетъ болѣзнь, тѣмъ вѣроятнѣй, что мы имѣемъ дѣло съ ruosalpinx'омъ. Единственно вѣрное леченіе заключается въ удаленіи опухоли путемъ чревосѣченія, причемъ обыкновенно должно удалить и яичникъ соотвѣтствующей стороны. Операція часто представляетъ очень значительныя трудности, зависяція главнымъ образомъ отъ многочисленныхъ периметритическихъ сращеній и глубокаго положенія опухоли въ тазу. Операціи дали автору хорошіе результаты, такъ

какъ изъ 31 оперированной умерла всего одна отъ септического перитонита. Въ большей части случаевъ наступило полное выздоровленіе, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ успѣхъ операціи былъ значительно умаленъ влѣдствіе образованія грыжи, или происхожденія параметрита, или усиленія существовавшего параметрита. Лучшимъ средствомъ противъ образованія грыжи служитъ маленькій брюшной разрѣзъ, а пара-и периметритъ могутъ быть, съ теченіемъ времени, излечены.

А. Семяниковъ.

**247. Szabo. Bericht über 37 Ovariectomien (Arch. f. Gyn. Bd. XXXII, Hft. 2).
Отчетъ о 37 овариотоміяхъ.**

Авторъ сообщаетъ о результатахъ, сдѣланныхъ въ Будапештѣ втеченіе 6 лѣтъ 37 овариотомій. Одинъ разъ была сдѣлана кастрація, 3 раза оперировали при дермоидныхъ кистахъ, 8 разъ при злокачественныхъ опухоляхъ, остальные случаи относятся къ кистамъ яичника. Смертность при доброкачественныхъ кистахъ — 1 на 26; при дермоидныхъ 1 на 3; при злокачественныхъ опухоляхъ — 4 на 8. Въ первое время 3 раза была предварительно сдѣлана пункція кисты для облегченія діагноза, такъ какъ пункція, однако, можетъ имѣть часто неприятныя послѣдствія и немногимъ облегчаетъ діагнозъ, то при слѣдующихъ операціяхъ ея уже больше не повторяли. Авторъ сообщаетъ нѣсколько интересныхъ исторій болѣзней: случай осложненія кисты беременностью, случай кастраціи при незначительно измѣненныхъ яичникахъ, овариотоміи при мѣстномъ подостромъ перитонитѣ, съ благопріятнымъ исходомъ, и также при остромъ перитонитѣ, со смертельнымъ исходомъ; затѣмъ нѣсколько случаевъ овариотоміи при злокачественныхъ опухоляхъ и т. д. Изъ злокачественныхъ перерожденій яичника оперировали 1 разъ при мелкоклѣточковой саркомѣ, 3 раза при ракѣ и 4 раза при кистахъ съ сосочковыми разраженіями. Авторъ указываетъ на то, что сосочковыя разраженія на кистахъ принуждаютъ считать опухоль злокачественной, даже и въ томъ случаѣ, когда микроскопъ не даетъ положительныхъ данныхъ въ подтвержденіе этого. Результаты операцій при злокачественныхъ опухоляхъ получились плохіе: послѣ удаленія саркоматозно перерожденнаго яичника, больная умерла черезъ годъ. Изъ остальныхъ семи случаевъ, 3 умерли отъ послѣдствій операцій, 2 влѣдствіе рецидива, и только въ двухъ случаяхъ разраженія оказались доброкачественными. Къ концу авторъ описываетъ способъ подготовленія больной къ операціи, всю обстановку и технику операціи, а также и уходъ за оперированной.

А. Семяниковъ.

248. Ch. Taft. The use of drainage tubes after ovariectomy. (N-York Med. Journal, July 14, 1888). Примѣненіе дренажныхъ трубокъ послѣ овариотоміи.

Такъ какъ примѣненіе дренажныхъ трубокъ послѣ овариотоміи можетъ повести къ образованію грыжи или пазухи, плохо поддающихся заживленію, то дренажъ должно принять только при строгихъ показаніяхъ. Кромѣ того надо умѣть выбрать подходящую трубку, удалить ее во-время и т. д. По-

этому авторъ довольно подробно разбираетъ этотъ вопросъ. Примѣненіе дренажныхъ трубокъ показуется при кровотеченіи, гнойномъ выдѣленіи изъ брюшной полости и присутствіи гнойниковъ. Если въ брюшную полость при операціи была влита вода, то въ дренажъ нѣтъ надобности, такъ какъ вода легко всасывается. При водянкѣ поступаютъ различно: если причина водянки устраняется операціей, то дренажъ не нуженъ; точно также онъ не нуженъ при неоперативномъ ракѣ брюшины. При водянкѣ туберкулезнаго происхожденія прежде дренировали, теперъ же не считаютъ этого нужнымъ, такъ какъ простымъ удаленіемъ жидкости изъ брюшной полости достигается излеченіе водянки. Въ послѣднее время дренажъ предложень *Polk'*омъ и *Klotz'*омъ (См. «Журн. Акуш. и Женск. бол.» 1888 г. № 3, стр. 248), при перегибахъ и отклоненіяхъ матки кзади. По прикрѣпленіи редрессированной матки къ брюшнымъ покровамъ, вводится дренажная трубка до дна задняго дугласова пространства. Въ этихъ случаяхъ авторъ не совѣтуетъ дренировать, такъ какъ это легко можетъ повести къ образованію грыжи, тѣмъ болѣе, что *Klotz* совѣтуетъ оставлять дренажную трубку на 3—4 недѣли. Въмѣсто способа *Klotz'*а лучше примѣнять методъ *Sänger'*а, *Leopold'*а и т. д. (См. Журн. Акуш. и Женск. бол.» 1888, № 3, стр. 244 и № 5, стр. 405). Дренажную трубку можно проводить также и черезъ влагалище, чтобы получить лучшей оттокъ жидкости. Иногда дренажъ вызываетъ упорныя явленія со стороны желудка (*Mundé*). Въ такихъ случаяхъ для устраненія всѣхъ явленій бываетъ достаточно удаленія дренажной трубки. Всего лучше употреблять стеклянныя трубки безъ боковыхъ отверстій. Годятся также и трубки изъ твердаго каучука; совсѣмъ не пригодны трубки изъ мягкаго каучука, такъ какъ онѣ легко сдавливаются. Толщина трубки не должна превышать $\frac{3}{8}$ — $\frac{1}{2}$ дюйма. Обыкновенно бываетъ достаточно одной трубки. *Koerberlé* употребляетъ двѣ металлическихъ трубки, изъ которыхъ одна проводится черезъ влагалище, другая же черезъ брюшную рану. Въмѣсто дренажа нѣкоторые авторы (*Mikulicz*, *Fritsch*) совѣтуютъ выполнять полость, которую хотятъ дренировать, іодоформной или сулемованной марлею. Въ первые сутки дѣлаютъ обыкновенно промыванія, главнымъ образомъ для того, чтобы вовремя діагностицировать кровотеченіе. Трубка удаляется, коль скоро выдѣленія примутъ серозный характеръ или совершенно прекратятся. Слишкомъ позднее удаленіе трубки можетъ повести къ образованію грыжи. Въ первые 6 часовъ выдѣленія бываютъ обильны, нѣсколько окрашены кровью. Черезъ 1—3 сутокъ они становятся чисто серозными. Если трубка остается слишкомъ долго, то выдѣленія принимаютъ иногда гнойный характеръ. Дренажъ примѣняется также при присосшихъ кистахъ, гдѣ нельзя удалить мѣшка. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ оставлять широкое отверстіе и не сшивать краевъ мѣшка съ краями раны, потому что легко можетъ произойти вокругъ трубки слипчивое воспаленіе, препятствующее выдѣленію содержимаго мѣшка черезъ дренажъ. Неудобства примѣненія дренажа въ такихъ случаяхъ заключаются въ томъ, что облитерируется только окружающая трубку часть мѣшка, выдѣленія могутъ увеличиться въ количествѣ, сдѣлаться гнойными и повести къ общему гнилоровію. Въ избѣжаніе этого трубку надо часто (каждые $\frac{1}{2}$ —3

часа) промывать и заботиться о свободномъ оттокѣ жидкости. Въ такихъ случаяхъ дренажную трубку лучше замѣнить марлею. Иногда приходится прибѣгать къ постоянной ирригаціи и для этого всего удобнѣе употреблять трубки à double courant.

А. Семяниковъ.

249. W. Hirsch. Ueber Darmocclusion nach Ovariectomie (Arch. f. Gyn. Bd. XXXII, Hft. 2). О непроходимости кишечника послѣ овариотоміи.

Непроходимость кишечника можетъ произойти вслѣдствіе различныхъ причинъ, какъ-то: сращенія кишки съ брюшной или брюшинной раной, образования фиброзныхъ соединительно-тканыхъ спаекъ, ведущихъ къ сращенію кишечника съ сальникомъ, и, наконецъ, ущемленія кишки между ножкой и брюшной или тазовой стѣнкой. Течение бываетъ острое или хроническое, въ рѣдкихъ случаяхъ простирающееся на 10 и болѣе лѣтъ. Симптомы непроходимости кишекъ: сильная рвота, метеоризмъ, прекращеніе дефекаціи, смерть при явленіяхъ коллапса. Пульсъ и t° то остаются нормальными, то достигаютъ высшихъ границъ. Диагнозъ очень труденъ, такъ что только въ рѣдкихъ случаяхъ можно успѣть сдѣлать вторичное чревосѣченіе для спасенія больныхъ (см. Журн. Акуш. и Женск. бол., 1888 г., № 5, стр. 401). Самымъ вѣрнымъ признакомъ служитъ изверженіе рвотою каловыхъ массъ, тогда какъ другія явленія могутъ быть и при перитонитѣ. Мѣсто заболѣванія только въ рѣдкихъ случаяхъ можно съ точностью опредѣлить. При препятствіи въ тонкихъ кишкахъ явленія протекаютъ болѣе быстро, разстройства въ нервной системѣ выступаютъ на первый планъ, выдѣленіе мочи почти совершенно прекращается, и въ мочѣ увеличивается количество индикана. Прогнозъ очень неблагоприятенъ; изъ 14 собранныхъ авторомъ случаевъ только въ одномъ наступило выздоровленіе. Въ терапіи этого осложненія овариотоміи главную роль играетъ профилактика: *Kaltenbach* совѣтуетъ не прибѣгать къ вѣбрюшинному способу прикрѣпленія ножки, если она коротка или срощена съ кишкой. Точное зашиваніе раны, избѣжаніе излишняго раздраженія брюшины при операціи, помѣщеніе сальника между брюшной стѣнкой и кишками препятствуютъ сращенію кишки съ раной. *P. Müller* совѣтуетъ не примѣнять сдавливающихъ повязокъ и вливать въ брюшную рану достаточное количество легко всасывающейся, не раздражающей брюшину жидкости, напр., 0,75% раствора поваренной соли. *Olshausen* видитъ въ іодоформѣ одну изъ причинъ сращеній. *Schatz* совѣтуетъ давать при ileus опіи. *Kaltenbach* наблюдалъ это осложненіе три раза при примѣненіи карболовой кислоты и ни разу отъ сулемы. *Säxinger*, напротивъ, не видѣлъ отъ примѣненія карболовой кислоты при 131 чревосѣченіи ни разу этого осложненія. *Elischer* совѣтуетъ тщательно зашивать рану ножки, то же дѣлаетъ, по словамъ *Küstner'a*, *B. Schultze*. При наступившей непроходимости кишекъ остается только прибѣгнуть къ вторичному чревосѣченію или entero-или colotomіи. Къ первой приходится прибѣгнуть въ томъ случаѣ, если не опредѣлено точно непроходимое мѣсто, ко второй же, если изслѣдованіе показало, что существуютъ очень значительныя

сращенія, которыя едва ли возможно уничтожить, или если мѣсто непроходимости находится въ ободочной или прямой кишкѣ. Чѣмъ раньше будетъ сдѣлана операція, тѣмъ больше шансовъ на успѣхъ. Смертность послѣ чревосѣченія при непроходимости кишекъ очень велика. Въ послѣднее время, вслѣдствіе усовершенствованія въ техникахъ и введенія антисептики, она нѣсколько уменьшилась. По *Schramm*'у смертность = 73°/о (до 1873 г.) и 58°/о (послѣ 1873 г.), по *Adelmann*'у 54°/о (1863 г.), по *Delaporte* = 43°/о, по *Leichtenstern*'у = 75°/о (1874 г.), по *Dahm*'у = 62°/о (1883 г.). Не смотря на это, неоперативное леченіе должно примѣнять только при сильномъ коллапсѣ или при несогласіи больной на операцію. Въ такомъ случаѣ можно попробовать промываніе желудка, отъ котораго *Kussmaul* видѣлъ успѣхъ въ трехъ случаяхъ. Затѣмъ рекомендуются еще наркотическія средства, среди которыхъ первое мѣсто принадлежитъ опію, который въ одномъ случаѣ былъ съ успѣхомъ примѣненъ *Schatz*'омъ. Къ концу авторъ сообщаетъ 14 собранныхъ имъ случаевъ непроходимости кишекъ. Изъ всѣхъ этихъ случаевъ выздоровленіе наступило только въ одномъ, гдѣ на 21 день послѣ оваріотоміи и на 6 послѣ начала явленій непроходимости кишекъ было сдѣлано чревосѣченіе.

А. Семянниковъ.

250. **Barton. Cases of abdominal surgery.** (Journ. of the Amer. Med. Assoc., April 28, 1888). **Случаи чревосѣченій.**

Большой фиброидъ матки. Laparotomia explorativa; вслѣдствіе обширныхъ сращеній невозможность удалить матку или яичники; выздоровленіе. У дѣвушки 36 л. субмукозный фиброидъ, матка выше пупка; опухоль замѣчена съ годъ, первоначально были явленія раздраженія со стороны пузыря; страдаетъ метро-и менорагіями, несмотря на приемы эрготина. Вслѣдствіе плотныхъ сращеній съ кишками оказалось невозможнымъ удалить матку; яичники не найдены. Быстрое выздоровленіе. Впродолженіи 3 лѣтъ послѣ операціи менорагіи не было, менструаціи первые два года по 3—4 дня, на третій годъ до 10 дней (какъ и до операціи), но необильны. Боли прекратились; общее состояніе улучшилось. Ростъ опухоли продолжался, появилось затрудненіе дыханія. — *Разрывъ кисты яичника. Оваріотомія; смерть на 4-й день.* У больной 54 л. за нѣсколько лѣтъ діагностирована большая киста яичника; при появленіи симптомовъ удущья—чревосѣченіе. Удалено 60 пинтъ тягучей жидкости; киста на длинной ножкѣ разорвана въ нѣсколькихъ мѣстахъ, вѣроятно, задолго до операціи, сращена мѣстами съ салъникомъ; ножка перевязана, рана дренирована. Смерть отъ септического перитонита. — *Двусторонняя оваріотомія; многокамерная киста въсомъ около 40 ф.; выздоровленіе.* Больная 28 л., nullipara, впродолженіи года страдала кровотечениями и затрудненіемъ мочеиспусканія; діагностирована киста. По разрѣзѣ брюшныхъ стѣнокъ вытекла асцитическая жидкость; удалена мультилокулярная киста лѣваго яичника съ клейкимъ содержимымъ, ножка перевязана, опущена въ брюшную полость; позади ея оказалась другая киста праваго яичника около 8 д. въ діаметрѣ, которая также удалена. Швы сняты на 5-й

и 6-й дни, температура не поднималась выше 100° , пациентка встала в концѣ 3-й недѣли.

А. Пенарская.

251. В. Столыпинскій. Чревосѣченіе у новорожденной. (Дневникъ Казанскаго Общества врачей. 1888 г. № 7—8).

10-го марта текущаго года въ акушерскомъ отдѣленіи клиники проф. Феноменова, отъ 30-лѣтней здоровой женщины, родился доношенный ребенокъ, вѣсомъ въ 3,290 grm. При осмотрѣ плода, у него въ области пупка замѣчена опухоль, величиною съ гусиное яйцо, въ которую непосредственно переходила пуповина. Размѣръ опухоли въ одномъ діаметрѣ 18 сант., въ другомъ 16. Стѣнки опухоли состояли изъ тонкой прозрачной оболочки, въ толщѣ которой съ лѣвой стороны проходили пупочные сосуды, направляясь къ пупочному кольцу, гдѣ эта прозрачная оболочка переходила непосредственно въ кожу плода. Черезъ стѣнки этой опухоли ясно просвѣчивали петли кишекъ.

Разсматривая опухоль, какъ *hernia umbilicalis congenita*, авторъ приступилъ къ вправленію грыжи, но всѣ попытки въ этомъ направленіи оказались тщетными, такъ какъ пупочное кольцо, какъ оказалось при лапаротоміи, едва пропускало конецъ мизинца. Такъ какъ ожидать произвольнаго вправленія грыжи не было оснований и, кромѣ того, можно было опасаться омертвѣнія грыжеваго мѣшка, то рѣшено было сдѣлать лапаротомию, къ которой профессоръ Феноменовъ и приступилъ черезъ часъ послѣ рожденія плода. Ребенокъ нахлороформированъ, для чего потребовалось нѣсколькихъ вдыханій хлороформа. Разрѣзъ кожныхъ покрововъ на 3 сант. выше пупочнаго кольца и влѣво отъ l. alba. Брюшина вскрыта на меньшемъ протяженіи, черезъ увеличенное такимъ образомъ пупочное кольцо почти всѣ петли кишекъ были быстро вправлены, за исключеніемъ только одной петли, сильно вздутой газами и плотно сращенной со стѣнками грыжеваго мѣшка. Для вправленія этой петли пришлось увеличить брюшной разрѣзъ и резицировать небольшой участокъ грыжеваго мѣшка и въ видѣ брыжейки оставить его на этой петли кишекъ. Затѣмъ, грыжевой мѣшокъ срѣзанъ на уровнѣ пупочнаго кольца; брюшина зашита отдѣльно непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ, а брюшная рана и пупочное кольцо—7 глубокими и поверхностными шелковыми швами. На рану наложенъ марлевый компрессъ, укрѣпленный липкимъ пластыремъ и сверхъ него марлевый бинтъ. Послѣ-операционный періодъ при нормальной t° , безъ осложненій. Швы сняты на 8 день. Рана зажила *per primam*. На 17 день выписана здоровой.

І. Рясенцевъ.

252. М. М. Розенгартъ. Случай извлеченія гноя при остромъ периметритѣ черезъ влагалище. («Врачъ», 1888 г. № 24).

А. К. 20 лѣтъ, обратилась къ автору по поводу продолжавшагося уже 6 недѣль кровотеченія, появившагося послѣ 2 мѣсячной менопаузы. При изслѣдованіи найдено: животъ вздутъ и болѣзненъ, перкуторный звукъ на немъ тупо-барабанный, переходящій книзу въ тупой. t° 40° . П. 132, слабый. Матка увеличена, чувствительна, отклонена вправо. Задній и лѣвые боковые своды выдаются въ видѣ зыблущейся опухоли. Въ лѣвомъ паху неясное зыбленіе.

При примѣненномъ леченіи, боли въ животѣ утихли, t° давала утреннія ослабленія на $1/2^{\circ}$; t° вечеромъ держалась на 39—39,5 со знобами; кровотеченіе же никакимъ терапевтическимъ мѣбрамъ не уступало. Въ виду угрожавшаго малокровія, авторъ прибѣгнулъ къ внутриматочному впрыскиванію $1\frac{1}{2}$ хлористаго желѣза съ послѣдующимъ горячимъ орошеніемъ и тампонадцей. Кровотеченіе прекратилось, но выпотъ усилился (съ послѣднимъ кровотеченіемъ вышелъ кусокъ разложившагося послѣда). Въ теченіе послѣдующихъ 6 дней, больная значительно ослабла, метеоризмъ усилился и появилась рвота. При этихъ условіяхъ авторъ рѣшился опорожнить выпотъ приборомъ Diecсаfoу. Черезъ задній сводъ медленно высосано $7\frac{1}{2}$ цилиндровъ темнаго гноя, въ послѣднихъ порціяхъ съ примѣсью крови. Больная послѣ операціи находилась въ состояніи коллапса, но вскорѣ оправилась. t° послѣ операціи пала до нормы и болѣе уже не повышалась. Дальнѣйшее поправленіе больной шло быстро. На 6-й день разрѣшено ходить, а на 12 отпущена домой. При изслѣдованіи нельзя было найти ни малѣйшаго намека на бывшій периметритъ, только матка оставалась уклоненной вправо. Черезъ $2\frac{1}{2}$ мѣсяца К. забеременѣла; беременность развивалась правильно. **І. Рясенцевъ.**

253. **P. F. Mundé.** Intrapelvic kidney mistaken for diseased uterine appendages (N.-York. Med. Journal, July 21, 1888). Внутритазовая почка, принятая за заболѣвшіе маточные придатки.

Блуждающая почка встрѣчается довольно часто, но она рѣдко опускается такъ низко, чтобы ее можно было принять за тазовую опухоль. Авторъ сообщаетъ рѣдкій случай, гдѣ опухоль опустилась въ полость малаго таза.

Больная 21 года, рожавшая два раза, послѣдній разъ 14 мѣсяцевъ тому назадъ, захворала послѣ паденія на животъ. Сильныя боли внизу живота съ лѣвой стороны и лихорадка. При изслѣдованіи, 3 недѣли спустя, матка найдена въ нормальномъ положеніи, не вполнѣ подвижна въ боковомъ направленіи. Правый яичникъ не прощупывается. Налѣво отъ матки, въ заднемъ дуэглосовомъ пространствѣ, овальная, болѣзненная опухоль, величиною съ апельсинъ, нѣсколько подвижная во всѣхъ направленіяхъ, дающая картину сращенныхъ другъ съ другомъ яичника и трубы. При операціи правые яичникъ и труба найдены нормальными; лѣвые яичникъ и труба сращены и окружены сращениями. Принятая до операціи за яичникъ и трубу опухоль оказалась опустившейся въ полость малаго таза почкой, была вылучена изъ капсулы и удалена. Почка была удалена только потому, что она была вѣрно діагностирована только по вылученіи изъ капсулы. Случись это раньше, авторъ оставилъ бы ее на мѣстѣ. Въ первые дни послѣ операціи явленія шока. Больная выздоровѣла; t° послѣоперационнаго періода $37,2^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$.

Опущеніе почки произошло всего вѣроятнѣй послѣ вторыхъ родовъ; возможно, однако, что это былъ врожденный порокъ развитія. Нѣкоторымъ подтвержденіемъ втораго предположенія можетъ, пожалуй, служить то обстоятельство, что у ребенка этой женщины, умершаго отъ дѣтской холеры, была найдена при вскрытіи опустившаяся до входа въ малый тазъ почка. Замѣчательно, что опущеніе почки не вызвало никакихъ явленій, такъ какъ появив-

шіяся за три недѣли передъ тѣмъ боли, должны быть приписаны мѣстному перитониту. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ трудно или даже невозможно съ положительностью діагностицировать блуждающую почку. Если, вслѣдствіе перитонита, яичникъ и труба смѣщены и недостижимы, а почку по ея формѣ легко можно принять за придатки, то ошибку можно открыть только при чревосѣченіи. Этого, впрочемъ, можно избѣжать, если до операціи сдѣлать изслѣдованіе всей рукой черезъ прямую кишку. Въ случаѣ вѣрнаго діагноза лучше удалить почку посредствомъ разрѣза въ поясничной области, такъ какъ при этомъ получаются лучшіе результаты, чѣмъ при чревосѣченіи. Если чревосѣченіе уже сдѣлано, то лучше смѣстить почку обратно на мѣсто и пришить ее, проводя швы черезъ жировую капсулу почки и края брюшной раны.

А. Семяниновъ.

254. И. В. Унженинъ и Н. В. Петровъ. Къ вопросу о хилозныхъ кистахъ брыжжейки. («Дневникъ Казавскаго Общества Врачей. 1888 г. № 7—8).

10-го октября 1887 г. въ клинику профессора Феноменова поступила больная Р., 26 лѣтъ, жалуясь на присутствіе внизу живота безболѣзненной, легко подвижной опухоли. Началомъ своей болѣзни Р. считаетъ апрѣль 1887 года, когда она впервые замѣтила, что въ животѣ у нея что-то перекачивается въ видѣ опухоли.

Р. nullipara, замужемъ 6 лѣтъ. Первые регулы на 18 году, установились сразу, приходятъ черезъ 3 недѣли, по 4 дня, безъ боли. Послѣднія 7 лѣтъ больная часто страдала перемежающейся лихорадкой. Жизнь увеличенъ. Вправо и ниже пупка прощупывается верхняя граница сферической, помѣщающейся въ брюшной полости, опухоли. Нижній сегментъ опухоли, круглой формы, удобнѣе всего прощупывается черезъ правый сводъ. Опухоль эластической консистенціи, величиною въ 2 кулака, подвижна. Матка въ положеніи легкой антефлексіи, не увеличена. При движеніи влагалищной части опухоль не слѣдуетъ за нею. Клинической діагнозъ.—*Cysta ovarii*.

21-го октября профессоръ Феноменовъ произвелъ лапаротомію. По вскрытіи брюшины въ рану выпятилась киста, которая тотчасъ же была проколота ножомъ, послѣ чего изъ нея фонтаномъ брызнула молочная жидкость, въ количествѣ болѣе 2 чайныхъ чашекъ. Содержимое кисты не было собрано. Введя руку въ полость живота, можно было убѣдиться, что это была киста брыжжейки тонкихъ кишекъ. Мѣшокъ вылуценъ главнымъ образомъ при помощи пальцевъ и листки брыжжейки сшиты шелковыми лигатурами, а часть ихъ ниже лигатуръ срѣзана. Обычный туалетъ брюшины. Наружная рана зашита 3 проволочными глубокими и 7 болѣе поверхностными шелковыми швами. Послѣопераціонный періодъ при нормальной t° . Всѣ швы сняты къ 13 дню. На 22 день больная выписалась изъ клиники, чувствуя себя вполне здоровой.

Микроскопическое изслѣдованіе кисты, произведенное авторами, показало слѣдующее. Киста величиною въ большое яблоко. Стѣнка отъ 0,5 мм.—до 2 мм. толщиною. Приносящаго и выносящаго сосудовъ не замѣчено. Вну-

трянная поверхность кисты гладкая, сѣрватобѣлаго цвѣта, мѣстами буровата, наружная шероховата, покрыта клочками фиброзной и жировой ткани. Въ толстои мѣстѣ стѣнка состоитъ изъ 3 слоевъ. Внутренній богатъ довольно крупными клѣтками съ небольшимъ ядромъ и имѣетъ много расширенныхъ сосудовъ, переполненныхъ красными кровяными шариками. Изрѣдка встрѣчаются кровозалиянiя, въ окружности которыхъ находятъ значительнаго количества желтаго въ видѣ зернышекъ пигмента. Мѣстами на внутренней поверхности встрѣчаются эндотелиальные клѣтки. Внутренній слой состоитъ изъ фиброзной ткани, бѣдной клѣтками и сосудами. Въ этомъ слой разбросаны островки лимфоидной ткани, которая мѣстами образуетъ настоящiе фолликулы. Мѣстами встрѣчаются маленькiе фокусы слизистаго перерожденiя, путемъ котораго исчезла, вѣроятно, лимфоидная ткань. Последнюю снаружи окружаетъ поясъ фиброзной ткани, похожей на капсулу лимфатической железы, а затѣмъ идетъ слой жировой клѣтчатки. Въ тонкихъ мѣстахъ можно найти только 2 слоя: внутренний и среднiй—фиброзный.

Присутствiе лимфоидной ткани въ стѣнкахъ кисты убѣждаетъ авторовъ въ томъ, что киста произошла изъ лимфатической железы путемъ растяженiя ея и исчезанiя лимфоидной ткани отъ давленiя скопляющейся жидкостью.

Кромѣ описанiя рѣдко встрѣчающейся опухоли, дающей поводъ къ неправильному диагнозу кисты яичника, интересное сообщенiе авторовъ пополнено довольно подробнымъ литературнымъ очеркомъ случаевъ этой опухоли встрѣтившихся другимъ операторамъ.

И. Рясенцевъ.

255. Ernest Herman. On catgut sutures in the operation for ruptured perineum. (Brit. med. Journ., June 9, 1888). О катгутovýchъ швахъ при зашиванiи разрывовъ промежности.

При полномъ разрывѣ, проходящемъ черезъ sphincter, Н. окрвавливаетъ поверхность расщепленiемъ septi recto-vaginalis (по способу *Waren Tay*'а), причемъ получаютъ два треугольника, правый и лѣвый, основанiя которыхъ образуются кожей промежности, боковыя стороны слизистой оболочкой recti и vaginae, усѣченныя же вершины соприкасаются другъ съ другомъ. При первомъ швѣ игла вкалывается на границѣ слизистой оболочки recti и окрвавленной поверхности у самой верхушки одного изъ треугольниковъ и выкалывается на срединѣ окрвавленной поверхности, т. е. на линiи, соединяющей средину основанiя и вершинъ треугольниковъ; та же игла снова вкалывается на той же линiи на одинаковомъ разстоянiи отъ вершины другого треугольника и выкалывается на границѣ слизистой оболочки recti и окрвавленной поверхности; шовъ затягивается. Второй шовъ вводится на границѣ окрвавленiя и влагалищной слизистой оболочки и выводится по срединной линiи окрвавленной поверхности, но нѣсколько ближе къ основанiю треугольника; опять также вкалывается въ срединную линiю и выкалывается у влагалищной слизистой оболочки. Третiй шовъ проводится опять со стороны recti и еще ближе къ основанiю треугольника и т. д. до тѣхъ поръ, пока оба окрвавленные треугольника не приведены въ соприкосновенiе. Когда лишь узкiя полосы параллельно основанiямъ остаются несоединенными, на

кожу промежности накладывается нѣсколько поперечныхъ швовъ. Два послѣднихъ шва не затягиваются до наложенія поперечныхъ швовъ. При этомъ способѣ необходимо употреблять тонкій кѣтгутъ. Послѣ операціи гестумъ промывается два раза въ день въ теченіе двухъ недѣль; швы не удаляются, обыкновенно къ концу двухъ недѣль не остается и слѣда ихъ. Если въ частяхъ, подлежащихъ соединенію, много рубцовой ткани, то для уменьшенія напряженія черезъ *septum recto-vaginale* предварительно проводится обычнымъ способомъ одинъ глубокой шелковый шовъ, который впоследствии и удаляется. Главныя преимущества способа: не требуется удалять швы; вслѣдствіе употребленія большого количества швовъ большая поверхность приводится въ соприкосновеніе, и уменьшается напряженіе на мѣстѣ каждаго шва; нагноеніе въ мѣстахъ укола, если и бываетъ, то незначительное. *Corpus perinei* толще и больше, чѣмъ при другихъ способахъ смыванья, вызывающихъ сморщиванье тканей. Единственное неудобство — продолжительность операціи. Непрерывный кѣтгутовый шовъ, которымъ можно также пользоваться при зашиваніи старыхъ разрывовъ, уступаетъ шву Н. въ томъ отношеніи, что при разрывѣ нитки при непрерывномъ швѣ приходится шить сначала, и въ случаѣ соскальзыванья узла шовъ расходится. При разрывѣ, недоходящемъ до сфинктера, достаточно одного ряда швовъ.

А. Пенарская.

256. **E. H. Grandin. Electrolysis in uterine flexions** (N.-York. Med. Journal, June 30, 1888). Электричество при перегибахъ матки.

Для леченія дисменорреи, очень часто сопровождающей перегибы матки къзади, примѣняютъ расширеніе канала шейки стальными дилататорами. Этотъ способъ леченія представляетъ, однако, разныя неудобства, какъ-то: необходимость наркоза, принуждаетъ лежать въ постели и вызываетъ иногда воспаленіе тазовой клѣтчатки. Въ избѣжаніе этихъ неудобствъ, авторъ прибѣгъ къ другому средству, именно электричеству. Измѣривъ предварительно полость матки, онъ придаетъ соответствующую кривизну электроду, имѣющему форму металлическаго пуговчатого зонда для изслѣдованія мужскаго мочеиспускательнаго канала. Этотъ электродъ соединяется съ отрицательнымъ полюсомъ батареи. Другой электродъ, въ видѣ губки или тоненькой пластинки, обтянутой бумажной тканью, соединяется съ положительнымъ полюсомъ и помѣщается на дно матки. Сила тока равняется обыкновенно 8—10 камерамъ. Сеансъ продолжается приблизительно 10 минутъ. По прошествіи 2—3 менструальныхъ періодовъ больная можетъ считаться выздоровѣвшей. Особеннаго вниманія заслуживаетъ этотъ способъ леченія у дѣвушекъ, такъ какъ при немъ можно обойтись безъ зеркалъ и, слѣдовательно, избѣжать нарушенія цѣлости дѣвственной плевы.

А. Семяниковъ.

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

ПИСЬМО ВЪ РЕДАКЦІЮ.

Акушерско-гинекологическое Общество въ Кіевѣ приступило къ собиранію матеріаловъ по вопросу—*какія особенности представляетъ родовой актъ и какіе приемы и обычаи практикуются при родоразрѣшеніи какъ у русской женщины въ различныхъ мѣстностяхъ Россіи, такъ и у представительницъ другихъ племенъ, населяющихъ наше отечество.* Въ то время, какъ по этому вопросу въ иностранной литературѣ имѣется цѣлый рядъ специальныхъ изслѣдованій, касающихся даже самыхъ дикихъ племенъ, населяющихъ земной шаръ, въ русской литературѣ находимъ по этому важному вопросу лишь немногія отдѣльныя сообщенія, разсѣяныя въ различныхъ изданіяхъ, въ томъ числѣ и не специально медицинскихъ. Нечего и говорить, насколько этотъ пробѣлъ нуждается въ пополненіи, а имѣющійся матеріалъ въ тщательной обработкѣ. Помимо общаго этнографическаго и антропологическаго интереса, этимъ путемъ, какъ показалъ опытъ со многими народными средствами, введенными во внутреннюю медицину, могутъ быть внесены драгоцѣнные вклады въ научное и практическое акушерство.

Нижеподписавшійся питаетъ надежду, что товарищи-врачи, работающіе въ различныхъ частяхъ нашего отечества, откликнутся на этотъ призывъ и не откажутся подѣлиться своими свѣдѣніями по данному вопросу. Тотъ или другой обычай или повѣрье, соблюдаемое при веденіи родовъ или послѣродоваго періода, а также и практикуемое во время беременности, далѣе, средства внутреннія или наружныя, употребляемыя для помощи въ трудныхъ случаяхъ родовъ, положеніе роженицы, въ которомъ совершаются нормальные и патологическіе роды въ данной мѣстности, способъ удаленія дѣтскаго мѣста, персоналъ, помогающій при родахъ, уходъ за новорожденнымъ и т. п.,—указанія объ всемъ этомъ будутъ приняты съ благодарностью, какъ бы ни были, повидимому, незначительны и отрывочны присылаемыя замѣтки, въ особенности, если онѣ проверены врачомъ или, по крайней мѣрѣ, акушеркою

или фельдшеромъ. Доставленный матеріалъ будетъ разработанъ нижеподписавшимся для доклада въ Акушерско-гинекологическомъ Обществѣ въ Кіевѣ и для опубликованія во всеобщее свѣдѣніе, разумѣется, съ приведеніемъ всюду именъ авторовъ. Поясняющіе рисунки, хотя бы и схематическіе, крайне желательны. Адресъ для писемъ: Кіевъ, университетъ, профессору Рейну.

Предсѣдатель Акушерско-гинекологическаго Общества въ Кіевѣ Г. Рейнъ.

А. Я. Крассовскій.
Редакторы: Н. Ф. Славянскій,
И. И. Смольскій.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВТОРОЙ.

ОКТАБРЬ 1888, № 10.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XVII.

СХЕМЫ BREISKY'АГО И ЖЕНСКІЙ НОРМАЛЬНЫЙ ТАЗЪ.

(Клиника акушерства и женскихъ болѣзней Проф. К. Ф. Славянскаго).

Г. Рунге.

Когда Breisky въ 1865 г. предложилъ свои проэкторіонныя схемы для болѣе подробнаго изученія патологическаго таза въ различныхъ плоскостяхъ, то онъ самъ при этомъ выразилъ сожалѣніе, что для сравненія своихъ патологическихъ тазовъ съ нормальнымъ тазомъ пришлось ему снимать проэкторіи съ одного только, хотя бы и «красиваго» таза, въ виду того, что онъ у себя не имѣлъ, а въ литературѣ же не нашелъ подходящихъ среднихъ цифръ, пригодныхъ для постройки проэкторіонныхъ схемъ различныхъ плоскостей женскаго нормальнаго таза. [Breisky; Ueber das Becken bei Kyphose (Wiener Medicinische Jahrbücher XXI Jahrgang, I. Bd. 1865 г.). Дѣло въ этомъ отношеніи и по сей часъ еще нисколько не подвинулось впередъ, ибо въ работахъ, посвященныхъ изученію патологическихъ тазовъ и въ которыхъ примѣнялся методъ Breisky'аго, берутся для сравненія всегда только цифры, полученныя путемъ измѣренія одного,

какого либо «нормальнаго» таза, а ни среднія цифры, являющіяся результатомъ измѣренія болѣе или менѣе значительнаго количества тазовъ; такъ поступали и наши отечественные изслѣдователи, какъ напр. Н. Феноменовъ (Къ учению о кифотическомъ тазѣ и т. д. Дисс. С.-Петербургъ. 1880 г.) и А. Сильверсанъ. [Къ казуистикѣ узкихъ тазовъ, (Приложеніе къ протоколамъ Конференціи Имп. Военно-Мед. Академіи за 1885 г.). Что понятіе о нормальномъ тазѣ на основаніи измѣренія одного какого либо объекта изслѣдованія весьма шатко, доказывали уже многія работы, между прочимъ, и мои изслѣдованія 50 тазовъ русскихъ женщинъ, опубликованныхъ въ моей диссертациі (Къ учению о формѣ таза взрослой женщины, и т. д. С.-Петербургъ, 1888 г.). Въ упомянутой работѣ нормальный женскій тазъ изслѣдованъ и освѣщенъ съ разныхъ точекъ зрѣнія; мнѣ осталось, въ видѣ добавленія, дать схемы нормальнаго таза по Breisky'ому, построенныя на основаніи моихъ среднихъ цифръ, что и составляетъ непосредственную цѣль настоящей статьи. Прежде всего необходимо мнѣ оговорить, что среднія цифры модифицированы въ моей работѣ такимъ образомъ, что намъ дѣлается извѣстнымъ предѣлъ вѣроятнаго колебанія каждой отдѣльной цифры въ ту и другую стороны. Достигается это путемъ приложенія къ среднимъ величинамъ извѣстной формулы Gauss'a, выведенной изъ законовъ теоріи вѣроятностей. На подробностяхъ примѣненія означенной формулы я здѣсь останавливаться не буду, ибо желающіе могутъ найти все необходимое въ моей диссертациі; здѣсь же скажу только, что въ приложенныхъ схемахъ рисунокъ сплошными линиями обозначаетъ среднія схемы, рисунки же съ прерывающимися штрихами представляютъ вѣроятный предѣлъ возможнаго колебанія нормальной средней схемы.

Кромѣ размѣровъ таза, помѣченныхъ въ моей диссертациі, для воспроизведенія схемъ по Breisky'ому необходимо еще измѣрить:

1) Передній поперечный размѣръ входа въ малый тазъ: отъ tub. ileo-pect. одной стороны къ tub.-ileo-pect. другой стороны.

2) Расстояние отъ обѣихъ *art. sacro-iliacae* къ срединѣ симфиза въ плоскости входа.

3) Отъ обѣихъ *tub. ileo-pect.* къ срединѣ симфиза.

4) Расстояние отъ середины мыса до *tub. ileo-pect.* каждой стороны. (*Distantia sacro-cotyloidea*).

5) Отъ конечной точки большаго поперечника входа каждой стороны къ *art. ileo-sacralis* своей стороны.

6) Отъ конечной точки большаго поперечника входа каждой стороны къ срединѣ мыса.

7) Расстояние между обоими углами S-образныхъ кривизнъ гребешковъ подвздошныхъ костей.

8) Расстояние между упомянутыми углами и *art. sacro-iliaca* своей стороны.

9) Расстояние между тѣми же углами и *sp. il. post. sup.* своей стороны. Заручившись и этими размѣрами, поступаютъ слѣдующимъ образомъ:

1) Для воспроизведенія профильной проэкции таза:

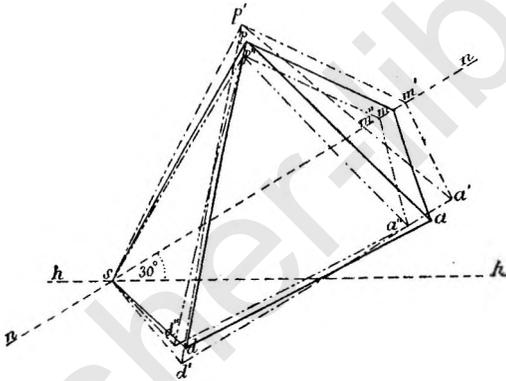
На линію *mn*, стоящую на горизонтальной линіи *hh* подъ угломъ 30° , наносится нормальная конъюгата (расстояние отъ середины симфиза въ плоскости входа къ срединѣ 3-го крестцовогаго позвонка) *ms*; затѣмъ изъ точки *s* берется расстояние истинной конъюгаты, изъ точки *m* расстояние между задней точкой *ms* и мысомъ въ циркуль и получается такимъ образомъ точка *p*, какъ точка пересѣченія двухъ круговъ. Такимъ же образомъ получается нижняя граница симфиза *d* помощью двухъ круговъ, радіусы которыхъ равняются расстояніямъ высоты симфиза и діагональной конъюгаты, причемъ центры круговъ будутъ находится въ *s* и въ *p*. Чтобы найти, наконецъ, нижнюю границу крестцовой кости, берутся опять два круга, радіусы которыхъ равняются хордѣ крестца *pa* и прямому размѣру выхода *da*. Найденныя точки соединяются линіями, причемъ получается слѣдующій рисунокъ (см. рис. 1-й).

2) *Проекція плоскости входа въ малый тазъ:*

На горизонтальную линію *hh*, которая пересѣкается перпендикулярно линіей *vv*, переносится расстояние передней ши-

рины крестца въ плоскости входа такимъ образомъ, что uv дѣлитъ ширину на двѣ равныя части; чтобы найти направленіе симфиза, берутъ два круга съ радіусами, равными разстоянію конечныхъ точекъ ширины крестца a и a' отъ симфиза, причемъ точка пересѣченія двухъ круговъ и опредѣляетъ точку s . Конечныя точки косыхъ размѣровъ c и c' опредѣляются циркулемъ такимъ образомъ, что вѣтвями циркуля изъ a опредѣляется разстояніе праваго косаго, изъ a' лѣваго косаго размѣровъ, причемъ переднія точки этихъ размѣровъ помѣщаются другъ отъ друга на разстояніи равномъ переднему или малому

Рис. 1.

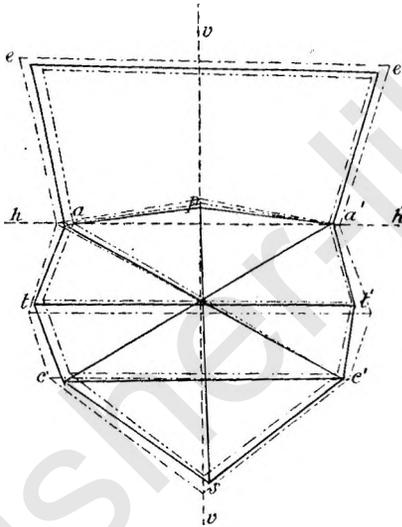


sd = высота симфиза, pa = хорда крестца, sp = истинная конъюгата, sm = нормальная конъюгата, da = прямой размѣръ выхода.

поперечнику входа. Правильное направленіе этихъ линій провѣряется разстояніемъ ихъ переднихъ точекъ отъ середины симфиза. Для опредѣленія мыса проводятся изъ c и c' два круга, радіусы которыхъ равняются *distantiae sacrocotyloideae* каждой стороны. Затѣмъ изъ p наносится по направленію прежденазванной точки длина истинной конъюгаты, находя этимъ точку s . Чтобы найти мѣсто большаго поперечника входа, пользуются разстояніемъ его конечныхъ точекъ отъ *art. sacro-iliaca* и отъ мыса, причемъ поступаютъ такъ же какъ и при опредѣленіи конечныхъ точекъ косыхъ размѣровъ. Соединивъ найденныя точки

линіями, мы имѣемъ проэктію входа въ малый тазъ; прибавляется еще разстояніе угловъ S-образныхъ кривизнъ подвздошныхъ костей отъ art. sacro iliaca каждой стороны, причемъ берется это разстояніе съ каждой стороны такимъ образомъ, что верхнія точки соотвѣтствуютъ разстоянію между обоими упомянутыми углами. Мы получаемъ, слѣдовательно, слѣдующее изображение:

Рис. 2.



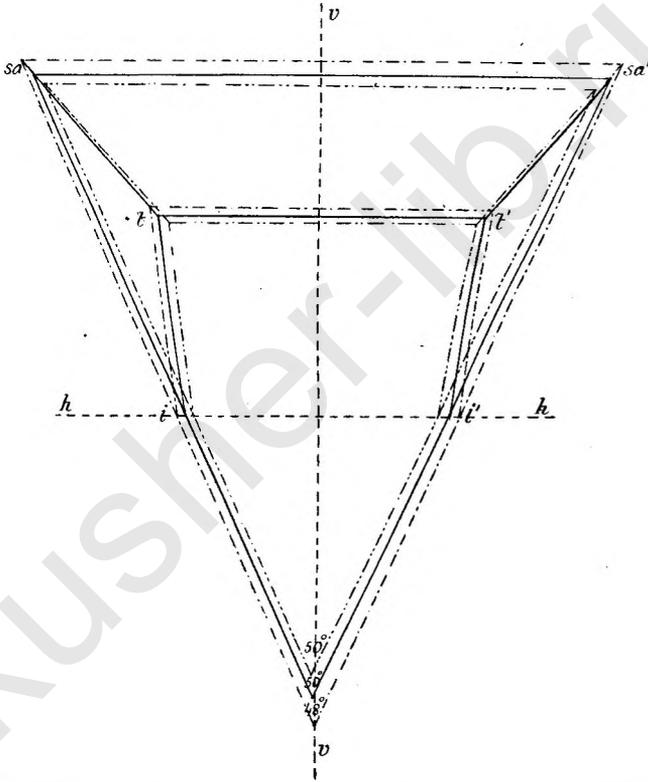
aa' = ширина крестца, ps = истинная конъюгата, tt' = большой поперечникъ входа, cc' = малый поперечникъ входа, ac' и $a'e'$ = косыя размѣры входа, pc и pc' = distantiae sacro-cotyloideae, e и e' = разстояніе между углами S-образ. кривизнъ подвз. костей, ae и ae' = разстояніе отъ кон. точекъ ширины крестца къ упомянутымъ угламъ."

3) Проектия таза въ передней фронтальной плоскости.

На горизонтальную линію hh , которую пересѣкаетъ подъ прямымъ угломъ другая vv , наносится поперечный размѣръ выхода такимъ образомъ, что послѣдній дѣлится линіей vv на двѣ равныя части. Такимъ образомъ получаютъ точки i и i' . Отъ этихъ точекъ наносятъ далѣе разстояніе отъ sp. il. ant. sup. къ сѣдалищному бугру съ каждой стороны и притомъ такъ, что ихъ верхнія точки отстоятъ другъ отъ друга на величину раз-

стоянія между обѣими *sp. il. ant. sup.* Такимъ же образомъ находятъ и высоту боковой стѣнки малаго таза, причеиъ *t* и *t'* представляютъ конечныя точки большаго поперечника входа въ малый тазъ. Найденныя точки соединяются линіями, а линіи *sa* и *sa'* проводятъ внизъ до ихъ точки пересѣченія, причеиъ измѣряется уголъ между ними.

Рис. 3.



sa—sa'—Distantia inter *sp. il. ant. sup.*; *sa* и *sa'*—разстоянія между *sp. ant. sup.* и *tuber ischii*. *tt'*—поперечный размѣръ выхода, *ic* и *ic'*—высота боковой стѣнки таза, *ss'*—большой поперечникъ входа въ малый тазъ.

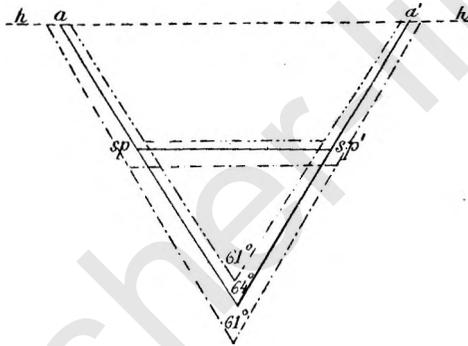
4) *Проекція таза въ задней фронтальной плоскости.*

Разстояніе между углами S-образныхъ кривизнъ подвздошныхъ костей *aa'* наносится на горизонтальную линію *hh*.

Изъ конечныхъ точекъ a и a' отмѣряется циркулемъ разстояніе между вышеупомянутыми углами и *spin. il. post. sup.* и при томъ такъ, что sp и sp' приходятся другъ отъ друга какъ разъ на разстояніе между задне-верхними подвздошными остями. Затѣмъ линіи asp и $a'sp'$ удлиняются внизъ до ихъ пересѣченія и измѣряется уголъ между ними, какъ это видно на слѣдующемъ рисункѣ:

Имѣя передъ собою вышеприведенныя среднія схемы нормального таза женщины, легко уже сравнивать ихъ съ такими же схемами, снятыми съ одного какого либо патологическаго

Рис. 4.



таза, причемъ мои схемы какъ истинно-среднія, уже не грѣшатъ больше противъ основнаго положенія, что нормы на одномъ какомъ либо объектѣ опредѣлить невозможно.

Для характеристики взаимныхъ отношеній отдѣльныхъ размѣровъ таза, Breisky приводитъ не эти размѣры сами по себѣ, а ихъ процентныя отношенія къ одному основному размѣру, принятому за 100; послѣднимъ Breisky считаетъ переднюю ширину крестцовой кости въ плоскости входа въ малый тазъ. Въ этомъ смыслѣ, изъ моихъ среднихъ величинъ для нормальнаго женскаго таза получаютъ слѣдующія отношенія:

Если передняя ширина крестца, равная 11 см. = 100,

то:

Spin. ilei ant. sup. 212%

Cristae ilei. 243%

Inter spin. post. sup.	72 ^o / _o
Spin. ant. sup.—tub. ischii	148 ^o / _o
Выс. боковой стѣнки таза	171 ^o / _o
Выс. малаго таза.	74 ^o / _o
Нар. косой размѣръ правой стор.	186 ^o / _o
» » » лѣвой »	185 ^o / _o
Conjugata externa.	164 ^o / _o
» vera obst.	99 ^o / _o
» diagonalis	115 ^o / _o
Diameter transversus maj.	121 ^o / _o
» obliquus dext.	118 ^o / _o
» » sin.	116 ^o / _o
Conjugata vera anat.	102 ^o / _o
» normalis	122 ^o / _o
Выс. лоннаго соединенія.	37 ^o / _o
Хорда крестца	95 ^o / _o
Поперечный размѣръ выхода	96 ^o / _o
Diam. rectus spatii minimi.	102 ^o / _o
» transversus spatii min.	92 ^o / _o
Сред. мыса — сред. 3-го крестц. позв.	61 ^o / _o
Diam. transversus introitus pel minor	105 ^o / _o
Отъ симфиза къ art. ileo-sacralis прав. стор.	109 ^o / _o
» » » » » лѣв. »	107 ^o / _o
Отъ tub. ileo-pect. къ симфизу	66 ^o / _o
Distantia sacrocotyloidea прав. стор.	82 ^o / _o
» » лѣв. »	82 ^o / _o
Отъ кон. точки поперечнаго разм. къ art. sacro- iliaca прав. стор.	32 ^o / _o
Отъ кон. точки поперечнаго разм. къ art. sacro- iliaca лѣв. стор.	31 ^o / _o
Отъ кон. точки поперечнаго разм. къ мысу прав. стор.	72 ^o / _o
Отъ кон. точки поперечнаго разм. къ мысу лѣвой стор.	73 ^o / _o

Между углами S-образныхъ крив. подвз. костей.	131 ⁰ / ₀
Между углами S-образныхъ крив. подвз. костей и art. sacro-iliacae.	61 ⁰ / ₀
Между тѣми же углами и spin. ilei. post. sup.	56 ⁰ / ₀

Я позволилъ себѣ подробнѣе остановиться на описаніи метода Breisky'аго въ виду того, что далеко не у всѣхъ товарищей подлинникъ подѣ рукою, а, между тѣмъ, наиважно — большее примѣненіе этого метода при описаніи одной или другой патологической формы таза, конечно, весьма желательно.

XVIII.

О НЕРВНЫХЪ СТРАДАНИЯХЪ ЖЕНЩИНЪ И О ПОКАЗАНИЯХЪ КЪ УПОТРЕБЛЕНІЮ ЭЛЕКТРИЧЕСТВА ВЪ ГИНЕКОЛОГИИ.

ДВѢ ЛЕКЦІИ ВЪ ПОЛИКЛИНИКѢ.

Пр.-Доцента, Д-ра

В. А. Добропорова (Кіевъ).

Мм. Гг. Во время Вашихъ занятій въ поликлиникѣ женскихъ болѣзней, Вы, вѣроятно, не разъ испытывали подавляющее чувство отъ той массы нервныхъ симптомовъ, на которые жаловались опрашиваемыя Вами больныя. Въ такихъ случаяхъ еще болѣе затруднительное состояніе возникаетъ тогда, когда по окончаніи осмотра и всесторонняго изслѣдованія больной, приходится давать себѣ отвѣтъ на вопросъ: чѣмъ собственно страдаетъ данная женщина, и какъ, и чѣмъ ей можно помочь. И если, какъ нерѣдко случается при подобныхъ обстоятельствахъ, затруднительный вопросъ quasi-разрѣшается тѣмъ, что больную отправляютъ въ другое отдѣленіе, на примѣръ, туда, гдѣ исключительно лечатъ нервныя болѣзни, то, очевидно, поставленный вопросъ всетаки остается открытымъ. И онъ не можетъ, конечно, рѣшаться подобнымъ образомъ въ дѣятельности практическаго врача (каковыми быть Вы здѣсь воспитываетесь). Вы хорошо знаете, что въ теченіи курса на-

шихъ занятій я всегда обращалъ преимущественное вниманіе на то, чтобы въ каждомъ представлявшемся намъ случаѣ Вы умѣли точнѣе ориентироваться: гдѣ находится исходная точка страданія, какое явленіе отъ какого находится въ зависимости и, уже на основаніи подобныхъ данныхъ, какъ должно быть направляемо соотвѣтствующее лечение. Если я могу считать въ настоящее время, что для болѣе простыхъ, неосложненныхъ гинекологическихъ случаевъ Вы приобрѣли уже знаній настолько, что въ состояніи будете и дальше самостоятельно совершенствоваться въ сказанномъ направленіи, то теперь наступаетъ очередь для случаевъ болѣе сложныхъ. Къ таковымъ, по справедливости, принадлежатъ именно тѣ, гдѣ, при существованіи гинекологическаго страданія, женщина болѣе всего жалуется на удручающія ее нервныя явленія. Такихъ больныхъ очень много, и потому настоятъ высокая необходимость посвятить этому предмету какъ можно болѣе вниманія.

И въ литературѣ, и въ обыденной жизни наше время, нашъ вѣкъ носятъ названіе «нервнаго». Среди современнаго общества, особенно интеллигентнаго, рѣдко можно найти человѣка, здороваго въ нервномъ отношеніи; когда же появляется та или другая болѣзнь, то въ ней въ большей или меньшей степени обнаруживается такъ называемый «нервный» характеръ. Если подобное состояніе почти не составляетъ исключенія въ той половинѣ человѣческаго рода, которая считается болѣе крѣпкою физически, отличается болшею выносливостію и меньшею чувствительностію, то тѣмъ болѣе оно должно выступать и выступать въ той половинѣ, которая менѣе развита физически, у которой нервная система болѣе впечатлительна и съ чѣмъ неизбежно приходится считаться при ихъ различныхъ страданіяхъ (лечение которыхъ и составляетъ предметъ нашихъ здѣсь съ Вами занятій). Такого рода современная потребность вызываетъ, по моему мнѣнію, необходимость ввести для такого рода состояній *новую «нервную» главу въ Гинекологию*, какъ въ науку, и по самому словопроизводству требующую, чтобы въ ней были изложены всѣ тѣ знанія и способы, которыя могутъ возстановлять здоровое состояніе больной женщины.

Если мы признаемъ необходимость введенія въ Гинекологию такой новой главы, трактующей о нервныхъ страданіяхъ современныхъ женщинъ, то, очевидно, что дѣло это должно быть поставлено, по возможности, на строго научную почву.

Въ этой главѣ, соотвѣтственно общему строю нашей науки, я думаю, что прежде всего должны быть изложены анатомическія и фізіологическія основы, которыя могли бы разъяснять, какимъ образомъ болѣзненное состояніе въ половыхъ органахъ распространяется и переходитъ въ область нервно-патологическую, а также и обратно. Затѣмъ, должна быть представлена въ возможно болѣе характерныхъ чертахъ симптоматологія такихъ *осложненныхъ состояній*, равно какъ и тѣ данныя, которыми обладаетъ современная наука, чтобы въ цѣляхъ болѣе рациональной и цѣлесообразной терапіи была поставляема діагностика, указывающая, въ чемъ состоитъ преимущественное страданіе въ данномъ случаѣ и какаѣ изъ того должна вытекать терапія. При изложеніи же этой послѣдней, я думаю по справедливости отвести выдающееся мѣсто тому средству, которое въ послѣднее время день ото дня получаетъ болѣе широкое примѣненіе въ медицинѣ нервныхъ болѣзней. Я разумѣю здѣсь, *примѣненіе электричества*, которое теперь постепенно съ эмпирической почвы насаждается на научную, равно и въ *Гинекологіи* начинаетъ находить все больше случаевъ для своего приложенія.

Указываемыя мною такимъ образомъ данныя для новой главы въ Гинекологіи существуютъ въ наукѣ разбросанными въ различныхъ ея отрасляхъ и до сихъ поръ составляли достояніе по преимуществу журнальныхъ статей, специальныхъ сочиненій и частію отрывками находятся въ различныхъ руководствахъ. Лично для меня давно уже ощущалась потребность имѣть изъ этихъ разрозненныхъ свѣдѣній, по возможности, одно цѣлое, и сегодня я буду имѣть честь изложить Вамъ его по сказанной программѣ съ присоединеніемъ тѣхъ личныхъ моихъ воззрѣній на этотъ предметъ, которыя постепенно создавались у меня на основаніи наблюденій.

Какъ ни гордится современная анатомія тѣмъ, что она составляетъ око медицины и что успѣхи послѣдней въ значительной степени зависятъ отъ совершенствованія и углубленія знаній въ тончайшее строеніе органовъ, но къ разсматриваемому нами предмету такое положеніе можетъ быть примѣнено лишь отчасти. Не смотря на то, что *нервный аппаратъ матки* въ послѣднее двадцатилѣтіе, былъ предметомъ изученія многихъ изслѣдователей (Schlesinger'a, Röhrig'a, Goltz'a, Рейна, Cohnstein'a, Dembo), которые доставили намъ нѣсколько капитальныхъ изысканій; тѣмъ не менѣе для клиническихъ цѣлей

мы далеко не имѣемъ еще удовлетворяющихъ насъ свѣдѣній, и весьма нерѣдко должны основывать свои воззрѣнія, или на гипотетическихъ соображеніяхъ, или же прямо говорить, что не знаемъ анатомическаго субстрата для даннаго состоянія. Дѣйствительно, если Вы захотите специально ознакомиться со всей массой произведенныхъ въ этомъ направленіи наблюденій, опытовъ, разсужденій, въ которыхъ подчасъ съ трудомъ можно ориентироваться, то чѣмъ дальше, тѣмъ больше будете приходить къ заключенію, что строго опредѣленной почвы, такой, какую даетъ анатомія съ фізіологіей въ другихъ отрасляхъ медицины, здѣсь нѣтъ. Существующія въ настоящую минуту свѣдѣнія объ этомъ предметѣ не представляютъ строго доказанныхъ данныхъ, а составлены нерѣдко косвеннымъ путемъ, или же на основаніи наблюденій, для которыхъ потребовалось дать лишь возможное объясненіе. Или же доставляемые знанія выведены путемъ исключенія съ такимъ характеромъ, что если нѣтъ плюса, такъ значить долженъ быть минусъ. Подобнаго рода данныя могутъ вселять лишь надежду и убѣжденіе, что, быть можетъ, въ недалекомъ будущемъ онѣ будутъ замѣнены другими съ болѣе удовлетворяющимъ характеромъ.

Что же мы знаемъ изъ анатоміи и фізіологіи относительно нервнаго аппарата женскихъ половыхъ органовъ?

Прежде всего то, что какъ изъ его расположенія, такъ равно изъ расположенія сосудовъ и соотношенія тканей, входящихъ въ ихъ составъ, мы видимъ, что здѣсь нѣтъ того особеннаго типа, какой представляютъ другіе внутренніе органы, какъ печень, почки и др. Здѣсь мы встрѣчаемъ *весьма сложное строеніе*, какъ относительно отдѣльныхъ нервовъ растительной и животной жизни въ самой маткѣ, такъ особенно въ той связи, какая существуетъ между ними и ближайшими и отдаленными нервами другихъ органовъ. Изъ этого обстоятельства вытекаетъ уже то положеніе, что *строго изолированнаго нервнаго аппарата матки не существуетъ*. Слѣдовательно, невозможны строго изолированныя ея функціи, невозможны и строго изолированныя ея страданія; но какъ съ одной стороны въ соучастіе должны вступать сосѣднія части, такъ равно функціи и измѣненія въ этой области должны отражаться и въ другихъ частяхъ организма. Въ самомъ дѣлѣ: если мы прослѣдимъ, напримѣръ, нервы изъ матки до *аортальнаго сплетенія*, обратимъ вниманіе на тѣсную связь по-

слѣдняго съ солнечнымъ сплетеніемъ, то въ этой хитро-сплетенной сѣти мы видимъ пока лишь тотъ путь, или, вѣрнѣе сказать, тайникъ, въ которомъ, быть можетъ, не мы, а лишь наши преемники въ состояніи будутъ съ ясностію понимать, гдѣ и какъ совершаются здѣсь разнообразныя функціи и передача болѣзненныхъ проявленій съ полового аппарата на различныя части организма и обратно. Тотъ тайникъ, въ которомъ, быть можетъ, имѣетъ мѣсто тотъ *circulus vitiosus* болѣзненныхъ проявленій, съ которымъ такъ часто приходится имѣть дѣло у нашихъ больныхъ. Съ такимъ же чувствомъ недоумѣнія мы взираемъ, какъ на трупъ, такъ и въ анатомическомъ атласѣ на *маточно-яичниковые узлы* въ спинной части позвоночника. Къ нимъ приходится обращать наше представленіе при тѣхъ измѣненіяхъ въ половыхъ органахъ, которыя мы открываемъ своимъ осязаніемъ и зрѣніемъ, безъ того однако, чтобы при этомъ была для насъ ясною та роль, какую они играютъ при существующихъ патологическихъ состояніяхъ.

Затѣмъ напомнимъ Вамъ, что въ большомъ *подчревномъ сплетеніи* симпатическаго нерва Frankenhäuser признаетъ двигательныя нервы матки, сосудосжимающія волокна, чувствительныя и задерживающія волокна. *Сѣмное сплетеніе* содержитъ тоже и чувствительныя, и двигательныя волокна (при его раздраженіи, во время физиологическихъ опытовъ, между прочимъ повышается кровяное давленіе въ сонныхъ артеріяхъ). *Крестцовые нервы* суть также, и двигательныя, и чувствующіе.

Но масса опытовъ и клиническихъ наблюденій показываетъ, что *въ самой маткѣ* существуетъ не только одинъ, а цѣлая система *центровъ*, благодаря которымъ матка можетъ самостоятельно и изолированно отъ остальнаго организма возбуждаться къ дѣятельности. (У свины такіе центры находятся въ узлахъ на нервныхъ стволахъ, проходящихъ по бокамъ матки). R. Lee описалъ у женщинъ узлы не только по сторонамъ шейки, но и подъ брюшиннымъ покровомъ почти всего органа. Возможно, что такіе узлы находятся и въ самомъ существѣ матки, подобно тому, какъ въ кишкахъ. Вторымъ центромъ для матки является *ganglion cervicale* (въ верхней части передней стѣнки влагалища), въ которомъ, можно думать, находятся периферическіе центры для сосудовъ матки. Второстепенные центры матки находятся въ *поясничной части спиннаго мозга*. Эти центры, повидимому, служатъ регуляторами дѣятельности матки, и въ нихъ совершается передача раздраженій на центры той

группы мышц, которая служить вспомогательной при родахъ. Въ поясничной же части находится и сосудистый центръ нижней части живота (сюда же, какъ къ сборному пункту, направляются нервы пузыря и прямой кишки). Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что если нужно дѣйствовать на нервы матки, то нужно дѣйствовать или непосредственно на органъ, или же чрезъ посредство спиннаго мозга.

Въ коркѣ большихъ полушарій находятся *психомоторные центры*, которые путемъ, напримѣръ, сильныхъ психическихъ аффектовъ могутъ дѣйствовать на матку. Также въ продолговатомъ мозгу есть центры, отъ раздраженія которыхъ диспноэтической кровью (при прекращеніи доступа къ мозгу артеріальной крови) являются сокращенія матки. То же при нѣкоторыхъ опытахъ получалось и отъ раздраженія мозжечка, варолиева моста и сгуга *cerebri ad pontem*, равно какъ и отъ непосредственнаго раздраженія по всему протяженію спиннаго мозга, особенно его поясничной части. Вотъ все, что можно сказать существеннаго о нервномъ аппаратѣ женскихъ половыхъ органовъ.

Теперь скажемъ о томъ, какими *симптомами* проявляются въ нервной системѣ страданія женскаго полового аппарата.

Самые частые имѣютъ мѣсто по преимуществу въ вѣтвяхъ *поясничнаго и крестцоваго сплетеній* и обычнымъ образомъ сказываются въ такъ хорошо извѣстной Вамъ жалобѣ больныхъ на чувство разбитости въ крестцѣ, боли въ подвздошныхъ областяхъ, тянущей боли въ ногахъ. Рѣже къ нимъ присоединяются: парезъ нижнихъ конечностей, кокцигодинія, анестезія, или гиперэстезія влагалищнаго входа, затрудненіе въ выведеніи мочи и испраженій. Затѣмъ, по порядку частоты идутъ симптомы со стороны болѣе отдаленныхъ органовъ—тѣхъ, которые снабжены вѣтвями *блуждающаго и симпатическаго нервовъ*. Между ними на первомъ планѣ стоятъ желудокъ и кишки, а затѣмъ сердце, щитовидная желѣза, груди. Изъ другихъ черепно-мозговыхъ нервовъ чаще, въ такихъ случаяхъ, поражается тройничный нервъ; въ послѣднее время чаще и чаще обращаютъ на себя вниманіе, какъ сопутствующія явленія, страданія глаза и уха. Наконецъ, хотя и очень рѣдко, но въ связи съ женскими болѣзнями наблюдаются большіе и общіе неврозы, какъ хорэя, эпилепсія и психозы, причемъ, не лишнимъ будетъ отмѣтить здѣсь то наблюденіе, что неврозы, по большей части, бываютъ въ той половинѣ тѣла, въ которой исключительно

образовалось патологическое измѣненіе въ половой сферѣ женщины. Но особенно часто страданія женскихъ половых органовъ сопровождаются истеріей.

Прежде чѣмъ говорить объ *истеріи*, объ истерической почвѣ при гинекологическихъ страданіяхъ, условимся насчетъ того, что мы будемъ разумѣть подъ словами «истерическая» «истерія». Ибо и до сихъ поръ въ наукѣ существуетъ не одно, а нѣсколько возрѣній для объясненія сущности этой болѣзни, и нельзя не сказать, что ни одно изъ нихъ не въ состояніи объяснить всѣхъ проявленій, свойственныхъ этой болѣзни.

Если мы будемъ придерживаться современныхъ лучшихъ монографистовъ объ этомъ предметѣ: Playfair'a ¹⁾, Holst'a ²⁾, Beard and Rockwell ³⁾, Hegar'a ⁴⁾, то опредѣлимъ истерическое состояніе, какъ особаго рода страданіе всей нервной системы, выражающееся болѣе *въ разстройство*, но не всегда въ строго болѣзненномъ состояніи головного и спиннаго мозга. Такое *suu generis* состояніе, по большей части, или передается по наслѣдству, какъ передается, напримѣръ, геморрой, или возникаетъ отъ разстройства въ развитіи и питаніи всей, или же только нѣкоторыхъ отдѣловъ нервной системы, и выражается въ усиленной впечатлительности, слабости, легкой возбудимости, въ гиперѣстезіи нервной системы. Къ характеристикѣ такого состоянія надо добавить еще то существенное, что не всегда и при врожденномъ предрасположеніи, женщина непременно будетъ страдать истеріей, но по большей части лишь тогда, когда появляются извѣстныя случайныя причины, и между ними первое мѣсто занимаютъ страданія въ половой сферѣ.

Для пониманія отчасти той связи, какая существуетъ между проявленіями страданій чисто нервнаго свойства и гинекологическими можно указать на тотъ почти фیزیологическій фактъ, что у многихъ женщинъ ко времени менструаціи обнаруживается въ нервной системѣ общая гиперѣстезія. Подобно тому, надо думать, что и неправильность кровообращенія, сопровождающая ту или другую женскую болѣзнь, служитъ достаточнымъ раздражителемъ для проявленія истерическихъ явленій въ предрасположенномъ къ тому организмѣ. Насколько

¹⁾ Nervosität u. Hysterie. Berlin. 1883.

²⁾ Die Behandlung der Hysterie u. Neurasthenie. Riga. 1883.

³⁾ Die sexuelle Neurasthenie. Wien. 1885.

⁴⁾ Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden etc. Stuttgart. 1885.

часто женскія болѣзни сопровождаются истеріей можетъ слу-
жить, напримѣръ, статистика, приводимая Аманн'омъ ¹⁾:

При недостаточномъ развитіи матки истеріей страдаетъ	85 ⁰ / ₀
» выпаденіи	13 ⁰ / ₀
» опущенія	87,5 ⁰ / ₀
» перегибѣ назадъ	77 ⁰ / ₀
» » впередъ	55 ⁰ / ₀
» хроническомъ метритѣ	84 ⁰ / ₀
» фиброидахъ	68 ⁰ / ₀

Въ этой таблицѣ рѣзко бросающійся въ глаза небольшой процентъ истеричныхъ при выпаденіи матки долженъ быть объясненъ тѣмъ, что это болѣзнь преимущественно бѣднаго класса, у котораго нервная система вообще крѣпче и психика отвлекается тяжелой заботой о добываніи насущнаго хлѣба. И дѣйствительно, опытъ показываетъ, что и въ болѣе интеллигентныхъ слояхъ общества, при существующемъ предрасположеніи, истерическія явленія мучаютъ женщину болѣе тогда, когда у нея есть время и возможность сравнить ея настоящее болѣзненное состояніе съ другимъ, болѣе радостнымъ, почерпнутымъ иногда даже изъ читаемыхъ романовъ. Или же, если женщина, при возникшей у нея женской болѣзни, не ощущая прежнихъ удовольствій *sub coitu*, замѣчаетъ и измѣнившіяся къ ней чувства мужа ея и вообще измѣненіе характера своей жизни. Если при томъ у нея много свободнаго времени на то, чтобы ея внутренній міръ былъ постоянно занятъ тѣми субъективными болѣзненными ощущеніями, которыя сопровождаютъ ея женскую болѣзнь, то особенно благопріятно развивается та разнообразная и столь причудливая картина страданій, свойственная истерическимъ больнымъ. Болѣе и болѣе обостряется впечатлительность нервной системы, вмѣстѣ съ тѣмъ постепенно развивается и психическая гиперѣстезія. Но чуть не ежедневный опытъ практическаго врача показываетъ ему, что если у такой больной почему либо измѣнятся условія ея жизни въ томъ смыслѣ, что явится чувство довольства, если вниманіе будетъ поглощено чѣмъ нибудь болѣе интереснымъ, чѣмъ существующія болѣзненные ощущенія; тогда и при неизмѣнившемся состояніи женской болѣзни, больная будетъ мало, или вовсе не будетъ жаловаться на различные

¹⁾ Ueber den Einfluss der weiblichen Geschlechtskrankheiten auf das Nervensystem. Erlangen. 1868.

симптомы истерической гиперестезии. Подобныя обстоятельства въ высокой степени характерны въ симптоматологіи такого рода больныхъ.

Вообще же въ *симптоматологіи*, какъ истерическихъ, такъ и другихъ нервныхъ страданій у женщинъ *характеристиченъ во-первыхъ тотъ фактъ*, что *такія страданія не безусловно всегда сопровождаются измѣненіями въ половыхъ органахъ*. Гинекологическое страданіе при этомъ можетъ быть, но можетъ и не быть. Даже нельзя сказать, чтобы существовало извѣстное правильное соотношеніе въ интензивности между измѣненіями и симптомами обѣихъ областей. Можетъ, напри- мѣръ, быть очень рѣзкій перегибъ матки кзади, можетъ существовать очень сильное давленіе на нервы крестцовой впадины, казалось бы, что непременно должны существовать и рѣзкія отраженныя явленія, что нерѣдко и бываетъ; за то въ другихъ случаяхъ онѣ очень слабо выражены, или даже вовсе ихъ нѣтъ. Такое же явленіе иногда особенно бросается въ глаза при раковомъ пораженіи половыхъ и сосѣднихъ съ ними органовъ: когда, не смотря на обширность пораженія, почти не наблюдается нервныхъ страданій. Въ другихъ же случаяхъ почти ничтожный рубецъ, оставшійся отъ протекшаго воспалительнаго процесса въ окружности матки, или какая-нибудь сравнительно маленькая опухоль вызываютъ такія серьезныя страданія, что женщина мучается до тѣхъ поръ, пока не будетъ произведено серьезнаго гинекологическаго леченія.

Другую характеристическою особенностію разсматриваемыхъ нами явленій, особенно важною, какъ въ діагностическомъ, такъ еще болѣе въ терапевтическомъ отношеніи, является тотъ фактъ, что указанные выше *симптомы* со стороны нервной системы въ нѣкоторыхъ случаяхъ *могутъ имѣть вызывающій ихъ моментъ не въ половой сферѣ, а въ другихъ брюшныхъ органахъ*, или же, напри- мѣръ, въ потери крови черезъ легкія и т. п. За то, въ свою очередь, такія причины, дѣйствуя продолжительное время на спинной мозгъ женщины могутъ вліять и на состояніе, и на функціи ея половыхъ органовъ. Подобно тому, какъ и психическіе моменты—страхъ, испугъ, огорченіе, дѣйствуя первоначально на центральную нервную систему, отраженно могутъ выразиться, напри- мѣръ, прекращеніемъ начавшагося менструальнаго прилива. Но надо также знать и то, что и менструальный приливъ самъ по себѣ, вслѣд-

ствіе измѣнившагося въ то время кровянаго давленія, можетъ обусловить такія явленія, какъ набухлость щитовидной желѣзы, пассивныя приливы къ мозгу, а чрезъ то нерѣдко и ухудшеніе существующей нервной или психической болѣзни. Указываемыя эти особенности, когда онѣ на-лицо, имѣють огромное значеніе при клиническомъ разборѣ даннаго случая, а слѣдовательно и для примѣненія той или другой терапіи.

Наконецъ, *третьею характеристическою особенностію* подобнаго рода страданій является то нерѣдко наблюдаемое обстоятельство, что *по удаленіи причины*, произведшей нервныя болѣзненные явленія, и послѣ того, какъ ихъ вовсе не было извѣстное время, онѣ *снова могутъ обнаруживаться*, но безъ того, чтобы снова возникла та первоначально производившая ихъ причина. Онѣ обнаруживаются тогда быть можетъ, въ силу лишь той привычки, которую приобрѣлъ и сохраняетъ организмъ къ ихъ проявленію. Быть можетъ оттого, что въ такихъ случаяхъ отъ первоначально дѣйствовавшей причины послѣдовали измѣненія въ нервныхъ центрахъ, или же въ проводящихъ путяхъ.

Спрашивается теперь: какія данныя практической врачъ долженъ считать доказательными въ пользу того, что въ разбираемомъ случаѣ болѣзненные *нервныя явленія дѣйствительно зависятъ отъ измѣненій въ половой сферѣ женщины?*

— Всего убѣдительнѣе, конечно, здѣсь могутъ быть такія данныя, такія обстоятельства, которыя могутъ быть примѣняемы съ характеромъ контрольнаго эксперимента: какъ, напримѣръ, появленіе эпилептоиднаго припадка отъ умѣреннаго давленія на яичники и прекращеніе существующихъ судорогъ отъ сильнаго давленія на эти органы. Но такіе случаи исключительны. По большей части несомнѣнное доказательство вы будете имѣть тогда, когда при существованіи нервныхъ явленій и женской болѣзни, вы начнете лечить послѣднюю, и если съ излеченіемъ ея исчезнутъ и нервныя страданія, тогда очевидно, что сдѣланное предположеніе было основательно. Такъ, напримѣръ, если судорожный кашель, годами мучившій женщину и подтачивавшій ея жизнь, пройдетъ послѣ излеченія перегиба матки; или, если въ другомъ случаѣ рядъ тягостныхъ нервныхъ припадковъ пройдетъ послѣ зашиванія стараго разрыва промежности, то такую терапію вы доказали существовавшую причинную связь. Къ сожалѣнію однако надо сказать, что нерѣдко въ подобныхъ случаяхъ, или вовсе не получается благопріят-

наго результата, или же, если онъ и получается, то оставляетъ все-таки мѣсто для предположеній и разсужденій о томъ, что причинной связи не было, что гинекологическое и нейропатологическое состояніе въ данномъ случаѣ были лишь совпаденіями и пр. Такія разсужденія имѣютъ право быть высказываемыми до тѣхъ поръ, пока въ наукѣ не будутъ извѣстны въ точности всѣ тѣ пути и обстоятельства, при посредствѣ которыхъ нервныя страданія въ подобныхъ случаяхъ происходятъ отъ болѣзненнаго состоянія въ половой сферѣ. Но, если говорить съ такою желаемою положительностію составить достояніе науки будущаго, созидать которую составляетъ нашу задачу въ настоящемъ; то посмотримъ, какими современная наука обладаетъ данными и основаніями, которыми мы могли бы руководствоваться и пользоваться, чтобы участвовать въ разрѣшеніи такой исполненной высокаго интереса задачи.—Остановимся на разсмотрѣніи тѣхъ извѣстныхъ изъ опыта *патологическихъ состояній въ женскихъ половыхъ органахъ*, которыя въ состояніи быть источниками раздраженія для проявленія нервныхъ болѣзненныхъ припадковъ.

Весьма нерѣдко нервныя страданія у женщины возникаютъ отъ такихъ моментовъ въ ея половыхъ органахъ, которые оказываютъ давленіе на нервныя стволы и сплетенія. Къ такимъ производящимъ моментамъ будутъ относиться *увеличенные и смѣщенные матка и яичники*, а также различные *воспалительные экссудаты*, какъ въ прогрессивномъ періодѣ процесса, такъ и при сморщиваніи гиперплазированной ткани. При давленіи смѣщенными органами обыкновенно сперва является чувство тянущей боли, которая постепенно переходитъ въ распространенный комплексъ симптомовъ со стороны поясничной части спиннаго мозга. Затѣмъ, появляются симптомы въ отдаленныхъ областяхъ, и наконецъ въ психикѣ. Такимъ путемъ смѣщенные яичники вызываютъ неврозы, пониженіе психическаго здоровья, а затѣмъ и нервнопсихическія болѣзни. Воспалительные экссудаты половой сферы, состоя раздражающимъ стимуломъ для проявленія болей, сверхъ того еще своимъ присутствіемъ препятствуютъ правильному физиологическому растяженію и сокращенію заключенныхъ въ нихъ органовъ—матки, пузыря, кишекъ, чѣмъ обусловливаются еще болѣзненные сокращенія этихъ органовъ и натяженія образовавшихся спаекъ. Такъ же дѣйствуютъ и *раковыя массы*. Стягивающаяся строма яичника, препятствуя растяженію фолли-

кула, обусловливаетъ его неправильное обратное развитіе и необычное состояніе напряженія, чрезъ что еще болѣе усиливается вліяніе непосредственнаго сдавливанія нервныхъ окончаній.

При *перегибахъ матки* растяженіе и измѣненіе ткани въ стѣнкѣ органа, противоположной перегнутой, играетъ тоже нерѣдко видную роль въ проявленіи нервныхъ симптомовъ у женщинъ. — Скопленіе отдѣляемаго при *эндометритѣ*, вызывая растяженія матки съ послѣдовательными сокращеніями, обусловливаетъ сдавленіе нервовъ въ набухшей слизистой оболочкѣ, что даетъ поводъ къ разнообразнымъ отдаленнымъ нервнымъ явленіямъ. Nonat вмѣстѣ съ Hoffmann'омъ считаютъ даже происхожденіе разнообразныхъ истерическихъ симптомовъ прямо зависящими отъ спазмодическихъ сокращеній матки. (Если такимъ образомъ катарръ матки даже у крѣпкихъ и здоровыхъ дѣвушекъ можетъ вызывать сильныя головныя боли и расстройства менструаціи, то съ другой стороны не надо забывать и того, чтои катарръ матки, и расстройства менструаціи могутъ обусловливаться у нихъ исключительно нервнымъ вліяніемъ). Но вообще при катаррахъ матки, и особенно при ихъ почти неизбѣжныхъ спутникахъ *эрозіяхъ*, мы имѣемъ на-лицо обнаженныя нервныя окончанія, т. е., несомнѣнный и дѣйствительный стимулъ для проявленія разнообразныхъ нервныхъ страданій. Здѣсь, подобно тому, какъ и при обнаженіи зубной пульпы, сперва являются боли въ мѣстахъ обнаженныхъ и сосѣднихъ съ ними; а затѣмъ боли постепенно распространяются дальше и дальше, постепенно и самъ субъектъ становится раздражительнымъ и болѣе чувствительнымъ, отъ бессонницы и дурнаго аппетита слабѣетъ и т. д. Также и *катарръ влагалища*, особенно, если дѣло доходитъ до сморщиванія и суживанія органа съ мѣстнымъ запусѣніемъ сосудовъ на нѣкоторыхъ мѣстахъ и послѣдовательнымъ капиллярнымъ застоємъ въ сосѣднихъ, то тѣмъ обусловливается развитіе *чувствительныхъ сосочковъ*. Развившіеся сосочки при случаѣ, на примѣръ, *sub coitu*, могутъ быть источникомъ сильныхъ болей и подобно такимъ же сосочкамъ на конъюнктивѣ вѣкъ получаютъ наклонность сильно распространяться по сосѣдству и вызывать отдаленныя нервныя явленія.

Недостаточное развитіе отдѣльныхъ частей и тканей въ половыхъ органахъ, особенно же описанную Virchow'ымъ врожденную *малость сосудовъ* слѣдуетъ предполагать у тѣхъ дѣвушекъ, которыя, отличаясь нѣжными формами и не-

достаточнымъ общимъ питаніемъ всего организма, при формированіи своемъ страдаютъ дизменнорреей и различными нервными болѣзнями: мигренью, хореей, эпилепсіей. Надо думать, что здѣсь играетъ роль недостаточная иннервация мышцъ и посредственное или непосредственное трофическое вліяніе со стороны нервовъ.—Подобно хлоротическимъ дѣвушкамъ, особенно разнообразную картину нервныхъ симптомовъ даетъ тотъ импульсъ изъ половыхъ органовъ, который имѣетъ мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ женщины, въ эпоху наибольшаго развитія своей половой жизни (между 25—40 годами) имѣютъ недостатокъ въ удовлетвореніи полового чувства. Будетъ ли это послѣднее зависѣть отъ полного отсутствія мужа, или же отъ его неудовлетворительности, или же отъ неестественнаго удовлетворенія полового чувства *masturbatione, aut coitu interrupto, aut reservato*.—Порочное развитіе половыхъ органовъ и другихъ частей организма можетъ обусловливать различные нервные припадки и въ тѣхъ случаяхъ, когда это развитіе состоитъ въ избыткѣ. Такъ въ наблюденіи Tüngel'я, приводимомъ Virchow'ымъ, при усиленномъ образованіи сѣраго вещества и двойной маткѣ наблюдалась цѣлая масса истерическихъ припадковъ. Или же, какъ въ случаѣ Battey, вызвавшемъ открытіе его извѣстной операціи — нормальной овариотоміи—больная мучилась нервными припадками вслѣдствіе того, что у нея при отсутствіи матки были слишкомъ хорошо развиты яичники.

Наконецъ, цѣлая серія нервныхъ явленій у данной больной можетъ имѣть свою исходную точку въ *старомъ разрывѣ промежности*, resp. въ зіяніи вульвы. Раздражающимъ моментомъ здѣсь, во-первыхъ является то обстоятельство, что опускающееся влагалище на большемъ пространствѣ становится доступнымъ внѣшнимъ вреднымъ вліяніямъ; съ другой же стороны, когда рукавъ опускается, то даетъ поводъ къ болѣе низкому стоянію внутреннихъ половыхъ органовъ, застою и даже воспалительнымъ явленіямъ—что опять является вѣрнымъ раздражителемъ для проявленія нервныхъ симптомовъ.

Такъ вотъ, по возможности, краткое перечисленіе патологическихъ состояній женскихъ половыхъ органовъ, которыя, на основаніи существующихъ клиническихъ наблюденій и данныхъ патологіи, могутъ служить источниками раздраженія для проявленія какъ ближайшихъ, такъ и отдаленныхъ нервныхъ симптомовъ.

Возможность проявленія послѣднихъ, большая или меньшая ихъ интензивность будетъ, главнымъ образомъ, зависѣть отъ степени воспримчивости нервной системы даннаго субъекта, отъ степени того состоянія, которое Beard такъ удачно называлъ нервною слабостію, недостаткомъ нервной силы. Чѣмъ нервная система слабѣе, возбудимѣе, тѣмъ болѣе она склонна къ произведенію отдаленныхъ нервныхъ симптомовъ, тѣмъ больше будетъ страдать подобная женщина, тѣмъ больше она будетъ жаловаться, тѣмъ больше она будетъ перемѣнять врачей, переходя отъ одного спеціалиста къ другому!

Наиболѣе могучимъ факторомъ, обусловливающимъ подобныя состоянія, сверхъ указаннаго уже врожденнаго предрасположенія, является въ наши дни *неправильное развитіе строя нервной системы*. Оно особенно имѣетъ мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, когда при физическомъ воспитаніи и развитіи организма питательный матеріалъ привлекается болѣе къ центральной нервной системѣ, такъ что усиленное развитіе ея идетъ на счетъ другихъ системъ организма. Вы знаете изъ лекцій нервной патологіи, какимъ образомъ въ такихъ случаяхъ развивается такъ называемое *нейрастеническое состояніе*. Вы знаете, что оно характеризуется главнымъ образомъ особенно быстрымъ переходомъ эффекта раздраженія съ одной группы нервовъ на другую, съ нервовъ одной системы на другую. При такомъ состояніи по большей части отъ незначительнаго раздраженія происходятъ усиленные отраженныя явленія, преимущественно болевыя. Чрезвычайно много и беспорядочно расходуется нервной силы на такую усиленную передачу и чрезвычайно легко и быстро она ослабѣваетъ и извращается. Беспорядочно чередуются состоянія общаго возбужденія и угнетенія нервной системы. Представьте себѣ теперь, что при такомъ состояніи нервной системы не наступаютъ моменты испѣляющіе или по крайней мѣрѣ улучшающіе, да, напротивъ,— еще болѣе ухудшающіе. Представьте, что у такой женщины *половая жизнь* въ широкомъ значеніи этого слова (какъ въ физическомъ, такъ еще болѣе въ нравственномъ смыслѣ), оказывающая огромное вліяніе на женскую нервную систему и психику, тоже не благоприятствуетъ; тогда по большей части, между другими нервными симптомами, начинается особенно выступать *бессонница и недостатокъ аппетита*. Когда присоединяются еще и эти факторы, истощающіе какъ весь организмъ, такъ особенно больную нервную систему, тогда является

какъ отраженное явленіе въ половой сферѣ, усиленныя потери въ видѣ бѣлей, кровотеченій и усиленіе существующихъ болей. Это опять придаетъ новый плюсъ къ истощенію нервной силы. И вотъ вамъ на лицо такъ называемый *circulus vitiosus* въ его болѣе простой формѣ. Обратите же вниманіе на то, что во многихъ изъ такихъ случаевъ рѣшительный импульсъ для ослабленія нервной системы у женщинъ дѣйствительно дается изъ половой сферы (импульсъ, можетъ быть, иногда даже съ совершенно физиологическимъ характеромъ, какъ на примѣръ, частые роды); но по мѣрѣ проявленія различныхъ отдаленныхъ симптомовъ дѣло доходитъ до того, что эти послѣдніе получаютъ такую силу, что сами уже начинаютъ вліять на половую сферу и тѣмъ ухудшать существующее состояніе, или же вызывать новые симптомы, какъ въ этой области, такъ и въ другихъ. Въ подобныхъ случаяхъ нерѣдко тѣ явленія, которыя имѣли прежде вызывающій моментъ въ половыхъ органахъ, имѣютъ его уже въ центрахъ, находящихся въ болѣзненномъ состояніи. Дѣло усложняется и крайне запутывается, запутывается настолько, что иногда является полная невозможность сказать, какое болѣзненное явленіе отъ какого находится въ зависимости.

Естественно, что въ такихъ случаяхъ, когда *нельзя поставить точной діагностики*, а все-таки *надо назначить лечение*; съ практической цѣлю могу Вамъ рекомендовать обращать вниманіе на указанныхъ содѣйствующихъ факторовъ. Прежде всего постарайтесь измѣнить условія, при которыхъ находится больная, направьте все усилія на то, чтобы *поднять ея питаніе* и затѣмъ, терпѣливо изучая данный случай, оцѣнивайте каждый отдѣльный признакъ, какъ самъ по себѣ, такъ и по отношенію къ другимъ его сопровождающимъ и особенно—какую онъ играетъ роль въ общемъ теченіи болѣзни: только такимъ путемъ бываетъ возможно привести ихъ въ извѣстную систему, составить генезисъ даннаго состоянія. Если и это не удастся, и нельзя рѣшить вопроса, насколько данные нервныя симптомы находятся въ непосредственной зависимости отъ патологическаго страданія, полезно бываетъ прибѣгнуть къ методу исключенія, т. е., допустить, быть можетъ на время, что гинекологическое состояніе не играетъ здѣсь видной роли и тѣмъ временемъ *лечить нейрастѣнію по общимъ правиламъ*. Поступать такимъ образомъ мы имѣемъ тѣмъ болѣе основанія, помня, что нерѣдко и первичныя нервныя болѣзни могутъ производить

очень значительное влияние на функцию и даже на отношения въ строении половых органовъ. Не забывать также слѣдуетъ и того, что послѣ подѣйствовавшихъ на организмъ особенно *сильныхъ вредныхъ влияній*, какъ-то испуговъ и другихъ сильныхъ душевныхъ движеній, также послѣ перенесенныхъ тяжелыхъ формъ дифтерита, скарлатины, тифа наблюдаемыя нервныя страданія и одновременная женская болѣзнь не находятся между собою въ причинной связи, а представляютъ лишь одновременное совпаденіе (coëffect).

Но если въ подобномъ случаѣ Вы настолько ориентировались, что, усмотрѣвши *гинекологическое* страданіе, находите возможнымъ приступить къ его *леченію*, то такое совершаете по тѣмъ общимъ правиламъ, которыя хорошо извѣстны Вамъ изъ курса. Какимъ бы невиннымъ и незначительнымъ ни представлялось Вамъ найденное измѣненіе въ половыхъ органахъ: простая ли ссадина, или доступный леченію периметритическій тяжъ, ими никогда не слѣдуетъ пренебрегать. Это должно быть возведено въ *принципъ*. Вспомните приведенный выше случай упорнаго кашля, подобныхъ которому можно найти въ медицинской казуистикѣ, вѣроятно, не одну тысячу. Примите во вниманіе, что такимъ леченіемъ Вы во всякомъ случаѣ удаляете одного изъ вѣрныхъ болѣзненныхъ раздражителей и тогда указанный принципъ безъ дальнѣйшихъ разсужденій установится прочно въ Вашихъ воззрѣніяхъ.

Вообще же, при леченіи разсматриваемыхъ осложненныхъ случаевъ, гдѣ, несомнѣнно, существуетъ и самостоятельное страданіе нервной системы, даже и строгому спеціалисту-гинекологу нельзя успѣшно дѣйствовать безъ того, чтобы не обращать вниманія и *на психику* больной. При изложеніи симптоматологии истеричныхъ я указывалъ уже на то, какое огромное влияние въ самочувствіи больной играетъ обстановка и сосредоточеніе вниманія на субъективныхъ ощущеніяхъ. Поэтому не забывайте давать совѣтъ и въ сказанномъ направленіи, разумѣется по столько, по сколько это будетъ въ Вашихъ силахъ и власти. Весьма часто, назначая такой больной чтеніе соответствующей книги или извѣстное занятіе, Вы можете содѣйствовать укрѣпленію ея силы воли, а слѣдовательно, сдѣлаете ее болѣе способной противустоять появленію истеричныхъ припадковъ. Если не всегда въ силахъ врача и вообще обстоятельствъ перемѣнить обстановку, измѣнить условія жизни въ данномъ случаѣ, но разъ Вы пришли къ убѣжденію,

что именно въ нихъ заключается одна изъ вызывающихъ причинъ, то Вы не устанете настойчиво повторяемыми совѣтами и развитіемъ такой идеи убѣждать¹⁾ и больную, и окружающихъ въ необходимости подобной мѣры, даже хотя на время. Невропатологи въ специальныхъ случаяхъ, для поднятія психическаго здоровья такихъ больныхъ, стараются широко развивать тѣ мѣры, которыя, дѣйствуя непосредственно на умъ и чувства женщины, заключаютъ въ себѣ чистый источникъ здороваго психическаго возбужденія, т. е. такія мѣры, которыя имѣютъ цѣлю замѣнить низшіе чувственные возбудители высшими психическими. Этого золотого правила нельзя упускать изъ виду и гинекологу. Вообще же практическому врачу при леченіи женщинъ, особенно интеллигентныхъ, слѣдуетъ хорошо знать, что сфера женскаго интеллекта есть по преимуществу сфера добра, высоты и тонкости чувства.—Наконецъ, касаясь области психическаго леченія, не могу не указать Вамъ на то, что у современныхъ нашихъ пациентокъ нерѣдко нервная система достигаетъ слишкомъ большаго напряженія отъ стремленія къ невозможному, отъ стремленія иногда къ недостигаемому идеалу, или же, что чаще, къ положенію, которое не по силамъ. Къ такой категоріи должны быть между прочимъ отнесены болѣзни вдовъ, на которыхъ всегда лежитъ извѣстный отпечатокъ разстроенной иннерваціи, отъ усиленныхъ заботъ о себѣ и о дѣтяхъ, заботъ, соединенныхъ съ постояннымъ давящимъ чувствомъ одиночества и отсутствія довольства у домашняго очага, гдѣ по преимуществу возможно здоровое самочувствіе женщины.

Возвращаясь къ соматическому леченію, на основаніи вышесказаннаго, я долженъ здѣсь особенно подчеркнуть о важности *профилактическихъ мѣръ* для дѣвушекъ, имѣющихъ наследственное предрасположеніе къ рассматриваемымъ болѣзнямъ. Мѣры эти должны заключаться въ удаленіи подобныхъ дѣвушекъ отъ возможности къ переимчивости; при воспитаніи ихъ должно быть обращено вниманіе на преимущественное развитіе ихъ физическаго здоровья. Такихъ дѣвушекъ слѣдуетъ какъ можно меньше интеллигентно развивать, а больше учить домаш-

¹⁾ Въ моемъ *Отчетѣ Лечебницы* (изданіе Извѣстій Университета Св. Владимира. 1886) я особенно развивалъ ту идею, что при леченіи хроническихъ женскихъ болѣзней, соединенныхъ съ нервнымъ состояніемъ, существенно необходимо, чтобы лечащій врачъ обладалъ рѣшительной волей и методически преслѣдовалъ опредѣленный планъ леченія. Въ противномъ случаѣ, какъ показываетъ опытъ, всякая лучшая терапія оказывается безсиальною.

нему и сельскому хозяйству; вообще надо заботиться, чтобы воспитаніе ихъ имѣло цѣлю развитіе здороваго духа, твердости воли, привычки подавлять боли и способности въ борьбѣ съ собою. Затѣмъ, еще разъ напомнимъ, что леченіе хлорова, анэмїи, гидрэмїи должно быть во главѣ всякаго предпринимаемаго Вами леченія у женщинъ. — Не забывайте также, что при упадкѣ питанія, въ послѣднее время несомнѣнно благоприятные результаты получаютъ отъ леченія по способу Weir-Mitchell'я съ уединеніемъ, покоемъ, массажемъ, насильственнымъ кормленіемъ и леченіемъ электричествомъ.

О всѣхъ указанныхъ способахъ леченія Вы знаете; знаете, какъ они должны быть примѣняемы въ каждомъ случаѣ. Теперь же я буду говорить объ употребленіи электричества въ Гинекологической практикѣ, буду говорить о немъ, какъ о средствѣ новомъ, до сихъ поръ мало и почти эмпирически здѣсь примѣнявшемся¹⁾. — По самой новизнѣ дѣла, я долженъ буду остановиться здѣсь по преимуществу на разработкѣ показаній къ примѣненію этого средства, руководствуясь, какъ данными изъ гинекологіи вообще, такъ и аналогіей на основаніи засвидѣтельствованнаго электротерапіей и оправдавшагося на опытѣ благоприятнаго дѣйствія его при другихъ состояніяхъ въ другихъ отрасляхъ медицины.

Въ женской практикѣ электричество до сихъ поръ примѣнялось по преимуществу въ акушерствѣ, причемъ выработался тотъ строго установившійся фактъ, что электричество составляетъ надежное возбуждающее средство для сокращенія матки. И чисто съ гинекологическими цѣлями, какъ увидимъ ниже, оно по преимуществу показуется и оказывается хорошо дѣйствующимъ средствомъ тамъ, гдѣ, такъ или иначе, надо дѣйствовать, возбуждая сократительную способность, тонусъ матки.

Прежде всего скажемъ, *какой токъ и какъ слѣдуетъ употреблять*.

Большинство наблюденій съ электризаціей матки¹⁾ до сихъ

¹⁾ Въ извѣстномъ руководствѣ по электротерапіи Цимсена ничего не говорится объ этомъ предметѣ.

²⁾ *Onimus*. Etude physiologique et pathologique sur l'électrisation et la contractilité de la matrice. Arch. gener. de Medecine. 1883.

D-r Moritz Meyer. Die Electricität in ihrer Anwendung auf practische Medicin. 4 Aufl. Berlin. 1883.

Bumm. Untersuchungen ueber die Electricische Reizbarkeit der Uterus. Arch. f. Gynäkologie 1884.

E. Remak. Electrodiagnostik u. Electrotherapie. Русскій переводъ Ковалевскихъ. Харьковъ. 1888.

поръ сдѣлано съ индуктивнымъ токомъ, какъ болѣе портативнымъ и такимъ, который вызываетъ сокращенія матки, дѣйствуя вѣрно и энергично. Но еще Maskenzie, извѣстный англійскій акушеръ пятидесятихъ годовъ, экспериментируя на беременныхъ животныхъ съ обнаженной маткою, нашель, что постоянный токъ, когда онъ приложенъ однимъ концомъ къ верхнему концу спиннаго мозга, а другимъ къ маткѣ, дѣйствуетъ сильнѣе индуктивнаго и сильнѣе чѣмъ, въ томъ случаѣ, когда оба полюса приложены непосредственно къ паренхимѣ матки. Если же прикладывать электроды только къ маткѣ, то пропущенный въ продольномъ направленіи токъ, т. е. отъ дна до шейкѣ вызываетъ болѣе сильныя сокращенія, чѣмъ пропущенный въ поперечномъ направленіи. Эти положенія имѣютъ полное значеніе и въ настоящую минуту, особенно относительно преимуществъ гальваническаго тока передъ индуктивнымъ, что твердо установлено потомъ R. Remak'омъ въ 1856 году для электротерапіи вообще. Относительно матки дѣло пошло еще дальше, и въ самые послѣдніе годы много занимавшіеся электризаціей матки Opimus и Bunn, къ которымъ присоединяются и мои личныя наблюденія, утверждаютъ, что иногда сравнительно слабый гальваническій токъ скорѣе достигаетъ эффекта сокращенія матки, чѣмъ болѣе сильные индуктивные удары. Сверхъ того, говоритъ Bunn, такъ какъ гальваническій токъ имѣетъ способность вообще глубже проникать въ ткани, то представляетъ особенныя выгоды для примѣненія электричества къ маткѣ черезъ кожные покровы и большій или меньшій слой жира. Къ этому надо присоединить еще то данное изъ электрофизиологіи, что вообще болѣе энергичныя сокращенія получаютъ тогда, когда токъ прилагается не къ самой мышцѣ, а къ двигательному ея нерву. (Въ данномъ случаѣ это должно относиться къ маточному сплетенію и крестцовымъ нервамъ, помѣщающимся глубже, чѣмъ мышцы матки). Opimus же, экспериментируя на животныхъ, нашель, что матка лучше сокращается, когда электроды прикасаются къ нервнымъ узламъ, особенно же къ извѣстному *ganglion cervicale*. — Далѣе, для электризаціи матки слѣдуетъ знать, что обыкновенно сокращенія ея продолжаются нѣкоторое время и по прекращеніи приложенія тока. Электрическая возбудимость у отдѣльныхъ субъектовъ подвержена большимъ колебаніямъ; мускулатура же челоуѣческой матки не обладаетъ вообще большою раздражимостію. Кромѣ того, степень сопротив-

ленія у различныхъ особъ, даже у одной и той же личности въ различное время (даже въ теченіи одного и того же сеанса) настолько измѣнчивы, что *градуировка тока* всегда крайне необходима. — Такъ какъ эффектъ приложенія электричества обнаруживается всегда болѣе на анодѣ, чѣмъ на катодѣ и анодъ дѣйствуетъ сильнѣе катода на сокращеніе гладкихъ мышечныхъ волоконъ, то всего цѣлесообразнѣе *анодъ прилагать къ матку*, а катодъ, въ силу высказанныхъ выше данныхъ, ставить на спину *въ сторону 3—5 поясничныхъ позвонковъ*. Для приложенія анода къ маткѣ черезъ брюшные покровы всего лучше давать ему широкую поверхность, соотвѣтствующую величинѣ органа. Такой способъ приложенія, я думаю, слѣдуетъ предпочитать непосредственному введенію анода въ матку; ибо опытъ показываетъ, что электроды, вводимые внутрь, могутъ дѣйствовать сильно раздражающимъ, разъѣдающимъ образомъ, причемъ и дезинфекція затруднительна. Если же анодъ надо ввести въ матку именно съ раздражающею цѣлю, напримѣръ, при аменорреѣ, то, обыкновенно часть электрода, помѣщающаяся во влагалищѣ, изолируется гуттаперчевымъ рукавчикомъ (по моему мнѣнію всего проще въ такихъ случаяхъ брать обыкновенный маточный зондъ съ рукавчикомъ), катодъ же прилагается снаружи къ маткѣ, которая тогда плотно замкнута между полюсами¹⁾. Если нужно избѣжать сильнаго раздраженія внутренней поверхности матки, а приложить токъ непосредственно къ двигательнымъ нервамъ, то анодъ помѣщается въ задній сводъ влагалища по направленію къ мысу, причемъ нѣкоторые находятъ въ такихъ случаяхъ болѣе полезнымъ и катодъ помѣщать у передней стѣнки шеечнаго канала. — Что касается до *силы тока*, то, какъ вообще существуетъ правило въ электротерапіи, надо начинать всегда съ болѣе слабыхъ токовъ и восходить постепенно, *сообразуясь съ индивидуальностью*. Въ обыкновенныхъ случаяхъ употребляютъ для матки до 30 элементовъ, прилагая токъ въ теченіи $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ минуты. Сеансъ продолжается отъ нѣсколькихъ минутъ до $\frac{1}{2}$ часа. — Наконецъ, что касается до самаго аппарата, то въ виду чуть не ежедневно являющихся усовершенствованій въ этой области, трудно говорить о такомъ предметѣ въ строго опредѣленныхъ выраженіяхъ. Тѣмъ не менѣе

¹⁾ *Apostoli* въ прошломъ году на международномъ медицинскомъ съѣздѣ въ Вашингтонѣ особенно рекомендовалъ свой биполярный возбудитель, помощью котораго токъ замыкается внутри матки, не раздражаетъ ее, не вызываетъ боли. (Врачъ. 1887).

въ настоящую минуту, какъ наиболѣе удобный и портативный аппаратъ можетъ быть названъ аппаратъ Clapert'a изъ Берлина. При вѣсѣ въ 20 фунтовъ онъ имѣетъ почти кубическую форму по $5\frac{1}{2}$ вершковъ въ размѣрѣ и содержитъ въ себѣ 30 элементовъ изъ цинка и угля, опускающихся въ растворъ хромокислаго калия. Въ аппаратѣ находятся всѣ требуемыя современной электротерапией приспособленія, равно какъ и приборъ для индуктивнаго тока ¹⁾. Я нахожу его болѣе портативнымъ и цѣлесообразнымъ, чѣмъ употреблявшіяся до сихъ поръ аппараты Spammer'a и Sterer'a.

Какъ же дѣйствуетъ электричество на матку? — При отвѣтѣ на этотъ вопросъ я, конечно, и не буду дѣлать попытокъ къ разрѣшенію его по существу. Я не буду излагать Вамъ извѣстныхъ электрофизиологическихъ теорій, ибо пока это дѣло не примѣнимо ближайшимъ образомъ къ практическимъ цѣлямъ и составитъ достояніе будущаго. Для нашихъ цѣлей, для леченія нервныхъ женщинъ съ гинекологическими страданіями, я ограничусь лишь указаніемъ тѣхъ свойствъ его, которые могутъ имѣть примѣненіе въ подобныхъ случаяхъ. О первомъ и самомъ главномъ его свойствѣ, *возбужденія сократительности и тонуса матки*, Вы знаете. Во-вторыхъ, какъ показываетъ ежедневный опытъ, при боляхъ, особенно спазмодическаго характера, электричество оказываетъ *болеутоляющее* свойство, причемъ обыкновенно пульсъ и общее самочувствіе улучшаются. Третье несомнѣнно доказанное свойство его при продолжительномъ употребленіи есть способность *усиливать менструацію*. Остановимся сперва на этомъ и посмотримъ, какъ слѣдуетъ пользоваться этими свойствами.

Всего болѣе до сихъ поръ электричество въ Гинекологіи примѣнялось французскими врачами; такъ, по крайней мѣрѣ, свидѣтельствуютъ литературныя данныя. Сыраго казуистическаго матеріала съ характеромъ поверхностности наблюдений (какъ это свойственно вообще французскимъ писателямъ) можно найти всего болѣе. Такимъ матеріаломъ, если нельзя пользоваться какъ строго научнымъ, т. е. смотрѣть на него какъ на строго научныя данныя, тѣмъ не менѣе, подвергая его критикѣ, можно имѣть какъ стимулъ или указаніе для провѣрки, или для дальнѣйшихъ наблюдений. Такъ мы и поступимъ.

По свидѣтельству Onimus при *набухлости* матки (engorg-

¹⁾ Цѣна его въ Россіи при настоящемъ курсѣ 148 руб. (іюль.)

gement), соединенной *съ* наклоненіями или перегибами органа Tripier и Veuvain употребляли *съ* успѣхомъ индуктивный токъ. Положительный полюсъ они помѣщали въ подчревной области, или въ пузырьѣ, или въ прямой кишкѣ, а отрицательный къ шейкѣ матки. Они полагаютъ, что токъ дѣйствуетъ здѣсь, возстановляя тонусъ расслабленныхъ мышечныхъ волоконъ, а чрезъ то и чрезъ исправленіе положенія возстановляются нормальныя условія питанія мышечной ткани. — Если неправильное положеніе въ такихъ случаяхъ было явленіемъ первичнымъ, то со сказаннымъ нельзя не согласиться. Я самъ видѣлъ пользу и исправленіе положенія органа *съ* улучшеніемъ отраженныхъ нервныхъ явленій въ подобныхъ случаяхъ. Нельзя согласиться лишь здѣсь *съ* французскими наблюдателями относительно размѣщенія электродовъ: я помѣщаль анодъ къ той стѣнкѣ шейки матки, гдѣ находился перегибъ.

Съ тою же цѣлью возбужденія тонуса ослабѣвшихъ тканей и исправленія питанія поддерживающаго аппарата Thevenat употреблялъ электричество при *выпаденіи* матки, ставя электроды въ паховыя области. Thevenat не придаетъ большаго значенія происходящему при этомъ сокращенію матки, а чрезъ то и уменьшенію ея гипертрофированнаго состоянія. По моему же мнѣнію, послѣднее обстоятельство играетъ роль такой же производящей причины при выпаденіи, какъ и ослабленіе поддерживающаго аппарата. И если электричество здѣсь можетъ дѣйствовать успѣшно, то именно потому, что оно можетъ тутъ удовлетворять обоимъ показаніямъ. Элетризація и самой матки здѣсь тоже необходима.

При *хроническомъ метритѣ* Beau, Veuvain, Fano, Tripier, Althaus употребляли опять же индуктивный токъ, *съ* цѣлью, какъ они, по большей части, выражаются, поправленія питанія въ набухшемъ органѣ, богатомъ лимфатическими и кровеносными сосудами. При этомъ, какъ видно, они разсматриваютъ матку въ подобномъ состояніи какъ губку, не обращая вниманія на существенно обусловливающій состояніе хроническаго метрита процессъ развитія соединительной ткани. Я полагаю, что *съ* точки зрѣнія современной патологіи, обстоятельство это надо имѣть въ виду по преимуществу. Я самъ, наблюдавшій не разъ несомнѣнную пользу отъ элетризаціи матки при хроническомъ метритѣ, думаю, что польза эта главнымъ образомъ вызывается тѣмъ состояніемъ сокращенія органа, при которомъ является препятствіе къ прогрессирующему раз-

витию соединительной ткани и способствуется всасывание образовавшейся. Примѣненіе электричества при воспалительныхъ образованіяхъ имѣетъ строго научное показаніе, и при хроническомъ метритѣ должно имѣть очень широкое примѣненіе на основаніи слѣдующихъ данныхъ изъ физиологіи. Если теперь можно считать доказаннымъ, что приложеніе тока всякій разъ вызываетъ расширеніе сосудовъ, то такое часто повторяющееся временное ихъ состояніе при общемъ возбужденіи тонуса въ больномъ органѣ, обуславливая по временамъ увеличеніе въ нихъ количества крови и лимфы, тѣмъ самымъ будетъ способствовать *всасыванію*, особенно въ болѣе упорныхъ *застарѣлыхъ* случаяхъ. Такое приложеніе электричества будетъ имѣть тѣмъ большее показаніе, что хроническій метритъ часто сопровождается и другими экссудативными образованіями, которыя чрезъ то будутъ успѣшнѣе всасываться. Обыкновенно подобныхъ же результатовъ можно достигнуть примѣненіемъ многихъ другихъ средствъ, которыя употреблялись и употребляются съ пользою при хроническомъ метритѣ (хотя врядъ ли когда его основательно излечиваютъ). Для примѣненія электричества я счелъ бы показанными преимущественно тѣ случаи, гдѣ особенно выступаютъ отраженные нервныя страданія, гдѣ, вдобавокъ, другія средства уже испробованы, а отправиться куда нибудь на курортъ больная не можетъ. Для примѣненія электричества при хроническомъ метритѣ я считаю особенно показанными случаи осложненные, которыя и послужили темою для настоящихъ лекцій, тѣ случаи, гдѣ при повышенной чувствительности въ половыхъ органахъ существуетъ и общая гиперестезія нервной системы. Надо думать, что вообще электричество особенную приноситъ пользу въ нашъ нервный вѣкъ потому, что обладаетъ болеутоляющими и тонизирующими свойствами для гиперестезированной нервной системы.

Разсуждая такъ, мы еще болѣе признаемъ показаннымъ примѣненіе электричества при исходѣ хроническаго метрита, при *циррозѣ матки*. Тотъ, кому приходилось много видать больныхъ при такомъ состояніи, хорошо знаетъ по опыту, насколько безуспѣшно здѣсь оказывается самая разнообразная терапія. Положеніе гинеколога бываетъ здѣсь нерѣдко весьма тяжелымъ: причинному показанію удовлетворить нельзя, ибо развивающаяся соединительная ткань неудержимо болѣе и болѣе сдавливаетъ захватываемые ею сосуды и нервы,

уменьшаетъ привычныя выдѣленія и усиливаетъ страданія еще раньше наболѣвшей нервной системы. Для такихъ состояній особенно благотѣльнымъ оказывается тотъ фактъ, установленный для электротерапіи Remak'омъ, что если приложить анодъ къ мѣсту чувствительному ко всякому прикосновенію (даже хотъ при ревматическомъ или травматическомъ воспаленіи сустава), продержатъ его такъ нѣсколько минутъ, то какъ боль отъ прикосновенія, такъ и самостоятельная, надѣжно останавливаются на нѣсколько часовъ. Такое болеутоляющее дѣйствіе анода окажется въ нашихъ случаяхъ тѣмъ болѣе благотѣльнымъ, что избавитъ отъ необходимости постепенно приучать и отравлять больную наркотическими, что, къ сожалѣнію, нерѣдко практикуется современными врачами (по безуспѣшности другихъ способовъ леченія). Употребляя въ такихъ случаяхъ частую гальванизацію матки, я думаю, что иногда мы будемъ имѣть возможность пользоваться указаннымъ третьимъ свойствомъ электричества—усиливать менструацію и тѣмъ хотя временно облегчать организму возможность привыкать къ прекращенію привычнаго выдѣленія. Сказанныя разсужденія будутъ имѣть полное примѣненіе и къ *страданіямъ женщины въ концѣ ея критическаго періода*. Если принять еще во вниманіе свидѣтельство Opimus, Driver'a, Fraser'a, Erb'a, которые считаютъ особенно благотѣльнымъ *каталитическое дѣйствіе тока* при тѣхъ мучительныхъ боляхъ, которыя сопровождаютъ атрофію зрительнаго нерва, то и въ аналогичныхъ тому страданіяхъ при циррозѣ матки, мы должны будемъ признать такое дѣйствіе тока и на самую склерозированную ткань вмѣстѣ съ вазомоторнымъ, измѣняющимъ и возбуждающимъ дѣйствіемъ тока.

Если Cleron et Moreau ¹⁾ особенно хвалятъ каталитическое и болеутоляющее дѣйствіе тока при тѣхъ мучительныхъ боляхъ, доходящихъ до психозовъ, которыя бываютъ при бленнорейномъ воспаленіи testiculorum и гипертрофіи простаты, то и мы можемъ считать показаннымъ его примѣненіе при тѣхъ мучительныхъ боляхъ, которыя сопровождаютъ хроническія *гонорройныя формы воспаленія трубъ и яичниковъ*. Формы эти, какъ Вы знаете, бываютъ упрямы, мучительны и неподатливы обычнымъ способамъ терапіи настолько, что въ послѣднее время, по справедливости, вызвали научную уста-

¹⁾ Wolff. Journal des connaissances medico-chirurgicales. 1869 г. Gazette des hôpitaux 1870 г. №№ 2 и 3.

новку показанія къ оперативному полному удаленію пораженныхъ такимъ образомъ органовъ¹⁾. Я полагаю, что прежде чѣмъ рѣшиться на такую серьезную во многихъ отношеніяхъ операцію, которую, вдобавокъ, не вездѣ можно и произвести, есть показаніе прибѣгнуть еще къ болеутоляющему и *измѣняющему дѣйствию* электричества. Если даже въ такомъ случаѣ придется ограничиться только однимъ болеутоляющимъ дѣйствіемъ и выиграть время, то Вы хорошо знаете, какъ нерѣдко много значитъ въ медицинѣ доставить самому организму возможность приспособиться къ существующему неблагоприятному состоянію и даже достигнуть возможнаго исцѣленія (силами природы). Особенно я полагаю будетъ полезнымъ примѣненіе электричества въ тѣхъ, происшедшихъ гонорройнымъ путемъ, рассматриваемыхъ периметритовъ, гдѣ уже не наблюдается рѣзкихъ вспыхиваній воспалительнаго процесса, но выдающимся явленіемъ представляется безплодіе.

Какъ въ подобныхъ случаяхъ *безплодія*, такъ и въ тѣхъ запущенныхъ, гдѣ при наличности существующихъ данныхъ, мы при современномъ состояніи ученія о безплодіи не можемъ найти къ тому никакой другой объясняющей причины, кромѣ *недостатка энергіи въ органъ*, употребленіе электричества показано. Вы помните изъ физиологіи то наблюденіе Heindehain'a, по которому восходящій токъ дѣйствуетъ освѣжающимъ образомъ на мускулы, лишенные возбудимости и утомленные; руководствуясь этимъ, мы выведемъ показаніе для употребленія восходящаго тока на матку и при тѣхъ состояніяхъ безплодія, которыя зависятъ отъ долго продолжающихся катарровъ и хроническихъ метритовъ, соединенныхъ съ общою вялостію организма, вялостію матки и замѣтнымъ вообще общимъ ослабленіемъ тонуса въ организмѣ. Такія состоянія безплодія обычно сопровождаются столь разнообразными нервными страданіями, что создаютъ изъ женщины вѣчнаго инвалида. Если въ такихъ случаяхъ электричество окажется въ силахъ, возбудивши общій тонъ организма²⁾ и половыхъ органовъ въ частности, содѣйствовать зачатію, то мы должны будемъ рассматривать его здѣсь не столько какъ самое лечашее средство, какъ это

¹⁾ *Славянской*. Perimetritis lateralis и его леченіе. Рѣчь. «Журналъ Акуш. и женск. болѣзней». Слб. 1888 г.

²⁾ Какъ въ такихъ случаяхъ, такъ и во многихъ другихъ подобныхъ, мѣстная электризація должна быть соединяема съ общей, о чемъ будетъ сказано ниже.

дѣлають нѣкоторые авторы, сколько какъ благопріятный инцидентъ. Ибо въ теченіи курса Вы не разъ уже слышали отъ меня, что *высшимъ* и могущественнымъ разрѣшающимъ *умлетельнымъ средствомъ* для воспалительныхъ состояній половой сферы и вообще всего организма женщины является *правильная послеродовая инволюція*. Въ восстановленіи нормальныхъ условій организма путемъ, такъ сказать, физиологическимъ и заключается тотъ идеаль, къ которому должны быть устремлены мысли и дѣятельность научно образованнаго врача.

Названные выше французскіе врачи примѣняли электричество при тѣхъ гинекологическихъ формахъ, которыя называются ими *приливами къ маткѣ и яичникамъ*, соединенными съ рѣзко выраженными *маточно-яичниковыми невралгіями*. По заявленію этихъ врачей, употреблявшихъ въ такихъ случаяхъ постоянный токъ съ положительнымъ полюсомъ на позвоночникъ, начиная съ шейныхъ позвонковъ, а съ отрицательнымъ на нижнюю часть живота въ области яичниковъ, результатомъ являлось уменьшеніе болей и болѣе правильное выдѣленіе крови при регулахъ, что особенно ясно обнаруживалось при *dysmenorrhoea membranacea*. За употребленіе *при дисменорреѣ* постоянного тока, какъ средства болеутоляющаго, восстанавлиющаго нормальную иннервацію, говорятъ теперь почти всѣ современные учебники. Когда мнѣ приходится употреблять въ этихъ случаяхъ электричество, то обыкновенно, по высказаннымъ выше соображеніямъ, на сторону яичниковъ я ставлю анодъ.

Въ виду тѣхъ блестящихъ результатовъ, которые такими яркими красками описываются Remak'омъ, Leyden'омъ, Althaus'омъ, Erb'омъ, Panas'омъ и другими электротерапевтами отъ употребленія тока при *neuritis et perineuritis*, равно какъ и отъ приложенія анода къ болящимъ мѣстамъ поперечныхъ отростковъ шейныхъ позвонковъ, гальванизация матки непременно должна быть примѣняема при *истералгіи*, при той формѣ, гдѣ женщина говоритъ, что она имѣетъ чувство горящаго угля въ маткѣ. Равно и при другой невралгіи половой сферы—*кокигодинии*. Seeligmüller свидѣтельствуетъ, что болѣзненное сухое раздраженіе кожи электрическою кистью, дѣйствуя въ такихъ случаяхъ, стало быть, противураздраженіемъ, производитъ полное исцѣленіе въ нѣсколько сеансовъ. Заговоривши о невралгіяхъ, слѣдуетъ упомянуть еще и о тѣхъ, сопровождаемыхъ

отраженными явлениями, которыя обуславливаются сдавленіемъ нервныхъ окончаній въ рубцѣ разрыва маточной шейки. Электризація матки будетъ здѣсь показана, если почему нибудь нельзя сдѣлать Emmet'овской операціи.

При *фиброидахъ*, и сперва тѣхъ, которые имѣютъ склонность расти внутрь матки, еще Tyler Smieth рекомендовалъ электричество, указывая особенно на то, что средство это, вызывая *сокращенія* матки, тѣмъ самымъ заставитъ опухоль скорѣе обособиться и выйдти изъ матки. Съ такимъ положеніемъ нельзя не согласиться и слѣдуетъ примѣнять, по моему мнѣнію, лучше фарадизацію, какъ помощь къ употребляемому обычно эрготину. Въ концѣ семидесятыхъ годовъ Cutler, Kimbal, Thomas, Omboni, Aimé Martin при интерстициальныхъ фибромиомахъ проникали иглами въ существо матки и пропускали токъ, съ цѣлью дѣйствовать *прижигающимъ* образомъ, и такимъ путемъ содѣйствовать разрушенію и уничтоженію опухоли. Въ настоящее время врядъ ли кто будетъ слѣдовать подобному способу леченія, ибо опасность септицеміи здѣсь, очевидно, огромная. Тѣмъ не менѣе нѣкоторые французскіе врачи, судя по тѣмъ летучимъ замѣткамъ, печатаемымъ обыкновенно петитомъ въ текущей медицинской журналистикѣ, употребляютъ здѣсь электричество, хотя уже не съ цѣлію разрушенія опухоли, а, какъ говорятъ они, съ цѣлію нарушить ея питаніе, остановить ростъ и жизнь (какъ бы нѣкоего паразита) (!?). Лично я не употреблялъ электричества въ подобныхъ случаяхъ; но полагаю возможнымъ, какъ и въ первой категоріи, испробовать индуктивный токъ, въ надеждѣ дѣйствовать имъ здѣсь такъ же, какъ дѣйствуетъ и эрготинъ. Сверхъ того, во французской же литературѣ существуетъ рядъ диссертаций, занимавшихся вопросомъ—насколько электричество дѣйствуетъ вообще цѣлительно при фибромиомахъ. Вопросъ этотъ рѣшается тамъ въ положительномъ смыслѣ такимъ образомъ, что электрическому току приписывается непосредственное вліяніе на самое новообразованіе, въ смыслѣ остановки его въ ростѣ и на кровотеченія; въ доказательство приводятся случаи, гдѣ несомнѣнно послѣ употребленія электричества, въ теченіи продолжительнаго времени, останавливались ростъ опухоли, и кровотеченіе, съ чѣмъ вмѣстѣ поправлялось и общее питаніе больной. Я полагаю, что къ такимъ заявленіямъ надо относиться съ большою осторожностью и не выводить заключеній съ характеромъ *post hoc ergo propter hoc*. Современная патологія не обладаетъ данными,

на основаніи которыхъ для нея могло бы быть яснымъ, какимъ путемъ электричество, буде оно дѣйствительно, можетъ останавливать ростъ фиброміомы, дѣйствуетъ здѣсь въ подробности. Тѣмъ болѣе мы должны быть воздержными съ приписываніемъ тому или другому средству непосредственнаго вліянія на остановку роста, что, благодаря Schröder'у, мы теперь знаемъ и о несомнѣнной способности этихъ опухолей не только останавливаться въ ростѣ, но даже и исчезать самостоятельно. Электричествомъ при фиброміомахъ (кромѣ указаннаго его вліянія на сокращенія матки) мы можемъ еще пользоваться и какъ средствомъ тонизирующимъ нервную систему съ послѣдовательнымъ оттого поправленіемъ общаго питанія больнои. Если послѣднее будетъ достигаться, тогда ослабѣвшія и удобо-разрываемыя стѣнки сосудовъ, приобретаая болѣе тонъ и плотность, будутъ менѣе способны къ кровотеченію. Такимъ путемъ, я полагаю, можно достигать на продолжительное время улучшенія самочувствія больнои, имѣющей подобное новообразование.

Когда послѣ опытовъ Пеликана и Савельева, а затѣмъ Bergmann'a и Munk'a ¹⁾ оказалось, что путемъ *катафорическаго дѣйствія тока* можно вводить въ неповрежденный организмъ, минуя желудокъ, различныя терапевтическія средства, то представилось несомнѣнно полезнымъ воспользоваться этимъ путемъ для введенія лекарственныхъ средствъ въ больнои организмъ. (Вводимые такимъ путемъ въ организмъ стрихнинъ, желѣзо, хининъ, іодистый калий открываются всегда соотвѣтствующими химическими реакціями). Одно время, въ семидесятыхъ годахъ, когда послѣ настойчиваго и продолжительнаго приложенія іода ко внутренней поверхности матки въ одномъ случаѣ фиброміомы, я увидалъ остановку въ ростѣ, а потомъ и уменьшеніе опухоли ²⁾, то, приписывая тогда такой результатъ мѣстному приложенію іода, я думалъ примѣнить катафорическое дѣйствіе тока къ введенію іода въ новообразование. Такая идея тѣмъ болѣе достойна преслѣдованія, что и по настоящую минуту все еще существуетъ настоятельное желаніе имѣть для леченія фиброміомъ такой способъ, которымъ бы надежно, безъ риска для жизни, можно было облегчать подчасъ невыносимыя

¹⁾ Ueber der galvanischen Einführung differenter Flüssigkeiten in der nuversehten lebenden Organismus.—Archiv für Anatomie, Physiologie. 1873.

²⁾ См. мой Отчетъ изъ Поликлиники женскихъ болѣзней Московскаго Университета. «Врачебный Вѣстникъ». 1874.

страданія такихъ больныхъ. Но, еслибы названная идея могла осуществиться съ полнымъ благопріятнымъ результатомъ, то я не думаю теперь, чтобы оно могло быть разрѣшено экспериментальнымъ путемъ въ физиологической лабораторіи. Насколько я знакомъ теперь съ литературою этого интересующаго меня вопроса, способъ введенія и приложенія средствъ катафорическимъ путемъ, со стороны физиологіи, рѣшенъ совершенно въ положительномъ смыслѣ. Съ 1874 года и до настоящей минуты, преслѣдуя сказанную идею при многихъ десяткахъ, представившихся моему наблюденію случаевъ фиброміомъ матки, я прежде всего долженъ сказать, что мои основныя возрѣнія, относительно дѣйствія іода въ такихъ случаяхъ на самое новообразованіе, существенно измѣнились. Какъ личнымъ опытомъ, такъ и данными изъ наблюденій другихъ изслѣдователей, я болѣе и болѣе склоняюсь къ тому убѣжденію, что дѣйствіе іода въ подобныхъ случаяхъ, будетъ ли то въ формѣ водъ, грязей, и т. п. способовъ примѣненія его, нельзя считать непосредственно разрѣшающимъ на гиперплазированную ткань новообразованія. Могучее дѣйствіе іода въ продуктахъ воспалительныхъ и сифилитическихъ новообразованій не приложимо къ фиброміомамъ матки. Если больныя, имѣющія такія опухоли, и пріѣзжаютъ въ лучшемъ самочувствіи съ курортовъ, гдѣ примѣнялись іодовыя соединенія, то это надо объяснять лишь тѣмъ улучшившимся питаніемъ, послѣдствіемъ усиленнаго обмѣна веществъ, который несомнѣнно имѣетъ мѣсто на такихъ курортахъ. И я теперь склоненъ думать, что цитированный выше случай мой далъ благопріятный результатъ отъ остановки метроррагій, вслѣдствіе благопріятнаго вліянія леченія на эндометрій, составляющей, какъ Вы теперь знаете, главный источникъ кровотеченій въ такихъ случаяхъ. Быть можетъ также, что и въ этомъ случаѣ играли роль тѣ неизвѣстныя причины, отъ которыхъ подобныя опухоли могутъ даже и исчезать безслѣдно¹⁾.

Приведенныя сейчасъ въ подробности соображенія заставляютъ меня здѣсь, при изложеніи показаній къ употребленію электричества въ гинекологіи, считать *катафорическое* (съ вве-

¹⁾ Считаю излишнимъ здѣсь говорить объ употребленіи электролиза для леченія опухолей яичника. Его употребляли, или вѣрнѣе, кажется, лишь говорили, что употребляли съ успѣхомъ (быть можетъ съ цѣлію рекламы) нѣкоторые американскіе гинекологи! («Нѣтъ болѣе оваріотомій». — Рефератъ «Врачебнаго Вѣстника» 1876 г.). Серьезныхъ послѣдователей такого леченія не было.

денієм разрѣшающихъ средствъ) *дѣйствіе тока* показаннымъ въ примѣненіи къ *экссудатамъ половой сферы*, подобно тому, какъ теперь несомнѣнно доказано такое дѣйствіе тока для быстрого всасыванія артроменингіальныхъ опухолей. Такое примѣненіе тока въ названныхъ случаяхъ является тѣмъ болѣе желаннымъ способомъ, что экссудаты въ женскихъ половыхъ органахъ характеризуются всегда такимъ длительнымъ, большею частию истощающимъ теченіемъ, что, такъ сказать, притупляются наши, далеко не одинъ, существующіе методы леченія. И имѣтъ еще одинъ новый, дѣйствующій надежно, является особенно желательнымъ въ практическомъ обиходѣ. Способъ этотъ окажется здѣсь тѣмъ болѣе цѣннымъ, что помощью его достаточно вводитъ и небольшія количества іода и не обременяетъ желудка, который почти всегда страдаетъ у этихъ больныхъ. Тѣмъ болѣе, наконецъ, такой способъ является благоприятнымъ еще и потому, что, какъ показали опыты въ физиологическихъ лабораторіяхъ, этимъ путемъ поступленіе средства въ организмъ продолжается еще извѣстное время и по прекращеніи дѣйствія тока. Электроды надо брать съ широкимъ основаніемъ, изъ средствъ же всего лучше растворъ іодистаго калия.

Далѣе, опыты электротерапевтовъ показываютъ, что *лябильная гальванизация*¹⁾ нервныхъ стволовъ улучшаетъ условія питанія мускуловъ, управляемыхъ этими нервными стволами, причемъ мускулы увеличиваются въ объемъ. (На лягушкѣ это наблюдается въ видѣ сперва расширенія мускульныхъ сосудовъ). R. Решакъ думаетъ, что здѣсь играетъ роль посредственное каталитическое дѣйствіе тока, посредственное потому, что токъ дѣйствуетъ чрезъ посредство вазомоторныхъ нервовъ. Въ гинекологіи такимъ свойствомъ тока, я думаю, съ успѣхомъ можно пользоваться при *атрофіи матки*, особенно приобретенной и особенно при той нерѣдкой формѣ ея, которая называется *супергинволюціей*. Точками приложенія, полагаю, здѣсь должны быть задній влагалищный сводъ и поясничная часть спиннаго мозга.

Улучшающее питаніе дѣйствіе тока путемъ *гальванизации шейной части симпатическаго нерва* должно найти широкое примѣненіе въ тѣхъ столь частыхъ разнообразныхъ страда-

¹⁾ Лябильнымъ токомъ называется такой, когда электродъ довольно сильно и быстро проводится по всему направленію нерва къ мускулу, подвергая такимъ образомъ всѣ его части наибольшей густотѣ тока.

ніяхъ, зависящихъ отъ *разстройства питанія*, которыя сопутствуютъ различнымъ измѣненіямъ въ женскихъ половыхъ органахъ. Особенно же здѣсь надо назвать мигрень, *neurasthenia gastrica s. dyspepsia neurosa*, оварію Charcot (центральное страданіе). Если въ такихъ случаяхъ неизбежно и рационально должно быть производимо специальное гинекологическое леченіе, то одновременно, для выигрыша времени, особенно если вызванныя разстройства питанія сдѣлались уже и самостоятельными угрожающими страданіями, вполне показано обратить и на нихъ немалое вниманіе. Уже изъ Вашихъ личныхъ наблюденій въ Поликлиникѣ, Вы знаете, какая тѣсная связь существуетъ между нервнымъ аппаратомъ половыхъ органовъ и нервнымъ аппаратомъ пищеварительныхъ путей. Если теперь изъ опыта электротерапевтовъ можно считать доказаннымъ, что получается огромная польза отъ гальванизации при *neurasthenia gastrica* вообще, то, само собою разумѣется, что всякій гинекологъ сочтетъ показаннымъ при существованіи такого состоянія у его пациентки употребленіе и электрическаго тока, даже какъ средства прямо лечащаго и женскую болѣзнь. Ибо Вы помните изъ курса, что особенно хроническія женскія болѣзни тогда только улучшаются въ своемъ теченіи, когда поправляется и общее питаніе больной.

Сказавши о нейрастеническихъ больныхъ, всего естественнѣе перейти теперь къ *истерическимъ*. Выше я говорилъ о томъ, какъ великъ процентъ истеричныхъ между гинекологическими больными, и какъ настойчиво посылаютъ такихъ больныхъ лечиться именно въ гинекологическое отдѣленіе; между же тѣмъ, при леченіи одной женской болѣзни, врачъ почти всегда выноситъ здѣсь то убѣжденіе, что одного такого леченія недостаточно, что не въ женской болѣзни находится производящая причина того состоянія, на которое по преимуществу жалуется больная. Вотъ почему и до тѣхъ поръ, пока истерія будетъ пребывать неврозомъ, нельзя не считать показаннымъ, судя по опытамъ электротерапевтовъ, *гальванизацию головы* у такихъ больныхъ. Практической врачъ, принимая къ свѣдѣнію засвидѣтельствованный въ такихъ случаяхъ простой опытъ электротерапевтовъ, безъ всякаго объясненія о причинѣ успѣха, долженъ, конечно, пользоваться такимъ указаніемъ, хотя и не безъ той мысли, что, быть можетъ, такимъ клиническимъ путемъ à posteriori возможно будетъ рѣшеніе столь настойчиваго въ медицинѣ вопроса—въ чемъ состоитъ сущность того невроза,

который именуется истеріей. Для гальванизациі головы въ подобныхъ случаяхъ могу указать Вамъ изъ экспериментальной физиологіи на опыты Löwenfeld'a съ трепанированными кроликами, при которыхъ оказалось, что анодъ надо ставить на то мѣсто головы, гдѣ требуется усилить притокъ крови. Въ виду тѣхъ въ высокой степени измѣнчивыхъ симптомовъ, какіе проявляются на истерической почвѣ, симптомовъ, въ которыхъ нерѣдко Вы безъ труда можете усматривать несомнѣнно неправильное распредѣленіе крови, очевидно и Вамъ придется здѣсь тоже быть не мало измѣнчивыми съ мѣстами приложенія электродовъ.

Beard, какъ при истеріи, такъ и вообще при болѣзняхъ, соединенныхъ съ *общимъ разстройствомъ питанія*, наблюдалъ блестящіе успѣхи отъ такъ называемой *центральной гальванизациі*. Широкій катодъ онъ прикладываетъ къ подложечной ямкѣ, а анодъ—поочередно ко лбу, темени, затылку и вдоль позвоночника. Блестящіе успѣхи состояли въ томъ, что электричество являлось общимъ укрѣпляющимъ тоническимъ средствомъ, т. е., при такой электризациі сонъ улучшался, вся центральная нервная система возбуждалась къ болѣе правильной дѣятельности, повышалось питаніе и мышечной ткани. Такое тонизирующее дѣйствіе электричества на общее состояніе организма, должно считаться показаннымъ и имѣть широкое примѣненіе въ гинекологіи *послѣ обильныхъ потерь* крови, все равно отъ какой бы причины таковыя ни происходили. Особенно, я полагаю, такое примѣненіе будетъ благоприятнымъ для тѣхъ случаевъ хроническаго метрита, которые соединены съ такъ называемымъ *геморроидальнымъ состояніемъ* и гдѣ нерѣдко предъ истощающими кровотеченіями оказывается безсильною всякая терапія. Къ этой же категоріи должны быть отнесены неизлѣчимые случаи *кровотеченій при раковой кахексис*, когда и больная, и особенно окружающіе ее такъ дорожатъ каждымъ днемъ хорошаго самочувствія больной, и когда на врача возлагается тяжелая, но тѣмъ не менѣе выскокая задача—облегчать положеніе безнадежной больной.

Этимъ пока исчерпываются показанія для приложенія электричества къ нуждамъ гинекологическихъ больныхъ. При такомъ его примѣненіи, какъ Вы видѣли, лично я почти вездѣ отдаю предпочтеніе употребленію гальваническаго тока, какъ менѣе болѣзненнаго, потому также, что его можно употреблять болѣе продолжительное время и, наконецъ, потому, что самый

способъ его примѣненія болѣе разностороненъ—какъ вслѣдствіе его болшей методичности и количественнаго преобладанія, такъ и вслѣдствіе непосредственнаго его вліянія на чувствительные нервы и центральные нервныя органы. Однако, не могу здѣсь умолчать и о томъ опытѣ электротерапевтовъ, что при леченіи нейрастеніи вообще гальванической токъ уступаетъ болѣе пріятно дѣйствующей на такихъ больныхъ общей фарадизаціи. Впрочемъ, данныя изъ электротерапіи вообще убѣждаютъ насъ, что строгаго разграниченія терапевтической области дѣйствія, съ одной стороны гальванизаціи, а съ другой фарадизаціи, не можетъ существовать; такъ какъ при однихъ и тѣхъ же страданіяхъ употреблялись съ успѣхомъ оба рода тока, хотя и съ различныхъ точекъ зрѣнія. Вотъ почему нельзя не рекомендовать имѣть въ употребляемомъ аппаратѣ съ постояннымъ токомъ приспособленія и для фарадизаціи. De Watterwill¹⁾ совѣтуетъ, какъ особенно дѣйствительный методъ электризаціи, сочетаніе обоихъ токовъ—гальванофарадизацію. Онъ рекомендуетъ такое сочетаніе особенно тамъ, гдѣ желательно сильное сокращеніе глуболежащихъ мышечныхъ массъ; слѣдовательно, мы можемъ имѣть это въ виду для матки.

О франклинизациіи я сегодня ничего не говорю потому, что не имѣю въ этомъ личнаго опыта, да, сколько извѣстно и изъ литературныхъ данныхъ, способъ этотъ имѣетъ пока чисто эмпирическую основу, хотя въ Salpetrier'ѣ теперь и не мало заботятся о болѣе широкомъ и научномъ примѣненіи этого способа.

Въ заключеніе всего сдѣланнаго мною обзорѣнія нервныхъ страданій у нашихъ больныхъ, имѣя въ виду преимущественно практическую сторону дѣла, для предстоящей Вамъ дѣятельности, я считаю необходимымъ еще разъ запечатлѣть въ Вашей памяти то основное положеніе, которымъ Вы всегда должны руководствоваться въ подобныхъ осложненныхъ случаяхъ и отъ котораго будетъ зависѣть *успѣхъ въ леченіи. Онъ будетъ зависѣть прежде всего отъ точности поставленной діагностики, затѣмъ, отъ степени внимательнаго отношенія Вашего къ индивидуальности даннаго случая и уже наконецъ и отъ соответственнаго тому выполненія плана назначеннаго леченія.*

Какъ ни кратки и неполны могли бы съ перваго взгляда

¹⁾ Neurologische Centralblatt. 1882.

казаться изложенныя мною въ настоящихъ лекціяхъ свѣдѣнія, но я считаю ихъ достаточными для той цѣли, которая здѣсь преслѣдуется, цѣли общаго образованія Вашего, какъ будущихъ практическихъ врачей. Достаточными и для того, чтобы и мнѣ самому имѣть ту высокую для преподавателя надежду, что слышанное здѣсь побудитъ Васъ къ еще большей самостоятельной разработкѣ существующихъ, и намѣченныхъ въ настоящихъ лекціяхъ вопросовъ. Я надѣюсь на это тѣмъ болѣе, что въ матеріалѣ къ тому ни у кого изъ Васъ недостатка не будетъ, ибо нервныя страданія составляютъ злобу дня. Каждый занимающійся этимъ предметомъ, кромѣ принесенія той огромной услуги, въ которой такъ нуждается современный вѣкъ, при доброй волѣ и благопріятныхъ обстоятельствахъ, въ этой области, быть можетъ, скорѣе и легче чѣмъ въ другой будетъ содѣйствовать еще и поступательному движенію науки — что, безъ сомнѣнія, составляетъ завѣтную мечту всякаго истиннаго научно-образованнаго дѣятеля!

XIX.

ЕЩЕ 40 ОВАРИОТОМІЙ, ПРОИЗВЕДЕННЫХЪ СЪ 1883 Г. ПО ФЕВРАЛЬ 1888 Г.

А. Я. Крассовскаго.

Полныя оваріотоміи.

№ 114. 1. *Мѣсто и время произведенной операціи.* Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, февраля 3-го дня 1883 г. К. Т... дочь статскаго совѣтника.

2. *Видъ оваріотоміи.* Односторонняя оваріотомія.

3. *Возрастъ больной.* 26 лѣтъ.

4. *Замужняя или нѣтъ.* Дѣвица.

5. *1-е появленіе мѣсячныхъ.* 13-ти л. черезъ 3 нед. по 5—6 дней, довольно обильны.

6. *Мѣсячныя во время болѣзни.* Въ послѣднее время обильны, но кратковременны.

7. *Продолжительность болъзни. Общее состояніе больной.* Опухоль опредѣлена 7 лѣтъ тому назадъ. Больная посредственнаго питанія, малокровна.

8. *Лѣченіе до операціи.* Терапевтическое.

9. *Распознаваніе (до операціи).* Коллоидная киста неизвѣстно котораго яичника. Ножка короткая, срощенія возможны.

10. *Длина разрыва въ сантиметрахъ.* 11 сант.

11. *Срощенія и другія осложненія.* Тесемчатая, мѣстами сплошная, кровоточивая, довольно обширная срощенія кисты съ переднею брюшною стѣнкою и съ сальникомъ. 2 шелков. лиг. на срощенія съ брюшною стѣнкою и 3 на срощенія съ сальникомъ съ коротко обрѣзанными концами опущены въ брюшную полость навсегда. Часть сальника (около 2-хъ драхмъ) удалена.

12. *Ножка и способъ ея отдѣленія.* Длинная, сочная, нѣсколько разъ перекрученная, ножка принадлежала правому яичнику. Отъ нея шло срощеніе частью къ кишкамъ, частью къ кистѣ въ видѣ второй ножки. 2 шелковыхъ лигатуры на ножку и 1 на срощенія ея, которыя съ коротко обрѣзанными концами опущены въ тазовую полость. Киста удалена.

13. *Способъ шиванія раны.* 3 глубокихъ и 4 поверхностныхъ металлическихъ шва. Повязка антисептическая.

14. *Продолжительность операціи.* 1 ч. 30 м.

15. *Вѣсъ кисты съ содержимымъ.* Вѣсъ выпущенной жидкости 11000 грм. Вѣсъ мѣшка кисты 850 грм. Вся 11850 грм.

16. *Исходъ.* Выписана на 24 д. здоровою. Prima intentio брюшной раны. Швы сняты на 9 день.

17. *Замѣчанія.* Киста состояла изъ большаго мѣшка, въ полости ея находились конгломераты, величиною въ гусиное яйцо. Ложныя перепонки вокругъ матки и лѣваго яичника.

Примѣч. При дальнѣйшихъ наблюденіяхъ вмѣсто заглавій, для краткости, будутъ только обозначаемы цифры, соответствующія заглавіямъ или графамъ.

№ 115. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, февраля 10 дня 1883 г. Жена мастерового.

2. Двухсторонняя овариотомія.

3. 53 лѣтъ.

4. Родила 9 разъ, 1 разъ былъ выкидышъ, 13 лѣтъ назадъ до операціи.

5. 15 л. черезъ 3 нед., по 5 д., безъ болей.

6. Послѣднія регулы 13 л. назадъ.

7. Опухоль замѣчена 3 года назадъ. Ростъ ея безъ особенныхъ болей.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста лѣваго яичника и кистовидное перерожденіе праваго. Опухоль повидимому безъ срощеній.

10. 13 сант.

11. Безъ срощеній.

12. Большая киста принадлежитъ лѣвому яичнику. Ножка ея длинная, мясистая, широкая перевязана 5 шелковыми лигатурами. Киста праваго яичника величиною въ куриное яйцо, толстая ножка ея перевязана 2 шелковыми лигатурами. Всѣ лигатуры, коротко обрѣзанныя, оставлены въ тазовой полости. Обѣ же кисты удалены.

13. 3 глубокихъ и 4 поверхностныхъ металлическихъ шва. Повязка антисептическая.

14. 1 часъ.

15. Всѣхъ выпущенной жидкости 7702 грм. Всѣхъ мѣшка 840 грм. Вся киста 8542 грм.

16. Выписалась здоровой. Лихорадила до 26 д. Въ первый день Т. 40.7; повышеніе Т. зависѣло отъ воспаленія клѣтчатки и брюшины вокругъ ножки. Рана per primam. Швы сняты на 9 день.

17. Киста состояла изъ большаго мѣшка съ толстыми стѣнками. На внутренней поверхности его находились большіе бугры.

№ 116. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, марта 5 дня 1883 г. А.... М.... Мѣщанка.

2. Односторонняя оваріотомія.

3. 24 года.

4. Родила 1 разъ благополучно 3 года назадъ.

5. 12 лѣтъ черезъ 3¹/₂ нед., по 7 д., безъ болей.

6. Не обильны и безъ перемѣны. Послѣднія передъ операціей.

7. Опухоль величиною въ кулакъ, замѣчена послѣ родовъ въ правой подчревной области. Опухоль росла съ болями въ животѣ. Больная малокровна.

8. Въ 1882 г. проколъ и выпущено 5850 грм. жидкости. Черезъ 5 мѣсяцевъ второй проколъ и выпущено 15860 грм.

9. Коллоидная киста, вѣроятно праваго яичника, сросшаяся съ брюшною стѣнкою.

10. 11. с.

11. Сплошныя кровоточивыя сращения со всею переднею поверхностью брюшной стѣнки. 7 шелковыхъ лигат. наложено на сращения. Кровоточивыя сращения съ сальникомъ и кишками; 6 лигатуръ на нихъ. Всѣ лигатуры коротко обрѣзаны и опущены въ брюшную полость.

12. Ножка широкая, мясистая, не очень длинная, принадлежала правому яичнику, перевязана 4 шелковыми лигатурами, которыя оставлены въ тазовой полости. Киста удалена.

13. 4 глубокихъ и 4 поверхностныхъ металлическихъ шва. Вата съ іодоформомъ на рану, укрѣплена пластыремъ. Ледъ на животъ.

14. 2 ч.

15. Всѣй выпущенной жидкости 10350 грм. Всѣй мѣшка 600 грм. Вся киста 10950 грм.

16. Смерть черезъ двое сутокъ отъ перитонита, подтвержденнаго вскрытіемъ.

17. Внутренняя поверхность мѣшка покрыта эскудатами. Шпрэ 5°/о растворомъ карболовой кислоты.

№ 117. 1. Въ частной квартирѣ, отлично устроенной, при строгой антисептикѣ. 4 мая 1883 г. З... Жена чиновника.

2. Двусторонняя оваріотомія.

3. 33 лѣтъ.

4. Замужняя, не рожала.

5. 17 лѣтъ.

6. Сначала были продолжительны. Съ появленіемъ опухоли, кратковременны. Всегда первые часы болѣзненны.

7. Съ 1881 г. больна. Общее состояніе удовлетворительно, но истерична.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста обоихъ яичниковъ. Ростъ быстрый.

10. 13 с.

11. Киста безъ сращеній.

12. Короткая и широкая, сосудистая ножка праваго яичника раздѣлена на 4 пучка, а лѣваго на два пучка (длинная), всѣ пучки перевязаны шелковыми лигатурами и съ коротко обрѣзанными концами опущены въ тазовую полость. Культя присыпана іодоформомъ. Обѣ кисты удалены.

13. 2 глубокихъ и 6 поверхностныхъ металлическихъ шва. Повязка по Листеру.

14. 1 ч. 50 м.

15. Обѣ кисты вѣсили: 10.400 грм.

16. Выздоровѣла безъ лихорадки. Рана per primam. Швы сняты на 7 и 8 день.

17. Киста лѣваго яичника состояла изъ множества полостей, съ разнообразнымъ содержимымъ по цвѣту и консистенціи. Правая, величиною въ кулакъ, тоже коллоидная и многополостная. До появленія кисты два раза имѣла тифъ. *Botriospherhalus latus et Taenia sol.* изгнаны въ количествѣ около 80 аршинъ. На маткѣ *остались 2 фиброида*, величиною одинъ въ горошину, другой въ лѣсной орѣхъ. Черезъ два года при изслѣдованіи фиброиды оказались неувеличенными.

№ 118. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родоспомагательнаго Заведенія, ноября 17-го дня, 1883 г. М. Н... Жена чиновника.

2. Односторонняя овариотомія.

3. 22 лѣтъ.

4. Родила 1 разъ благополучно 3^{1/2} года назадъ.

5. 15 лѣтъ.

6. Послѣднія 1^{1/2} мѣсяца назадъ.

7. Увеличеніе живота замѣтила 2 года назадъ. Большая исхудалая, малокровная. Ростъ опухоли не сопровождался болями живота.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста праваго яичника, не сросшаяся съ маткою, и, повидимому, безъ большихъ сращеній съ другими органами.

10. 18 с.

11. Сплошныя и тесемчатая, кровоточивыя сращенія кисты съ брюшной стѣнкой на большомъ пространствѣ. 6 катгутовыхъ, карболизированныхъ лигатуръ на сращенія.

12. Длинная, широкая ножка, принадлежавшая правому яичнику, перевязана катгутовыми, карболизированными лигатурами. Отдѣльные сосуды ножки перевязаны 3 шелковыми. Ножка съ коротко-обрѣзанными лигатурами по удаленіи кисты опущена въ брюшную полость. Ножка кисты присыпана іодоформомъ.

13. 6 глубокихъ и 5 поверхностныхъ металлическихъ шва. Дренажъ чрезъ Дугласово пространство. Повязка по Листеру.

14. 3 ч.

15. Вѣсъ выпущ. жидкости 9,000 гр. Вѣсъ мѣшка съ нескрытыми отдѣлами кисты 1500 гр. Вся киста 10,500 гр.

16. Смерть на 5 день отъ воспаления брюшины.

17. Киста состояла изъ большого мѣшка и многихъ отдѣловъ меньшаго размѣра. Невскрытые отдѣлы кисты были наполнены очень густымъ содержимымъ. Капиллярное кровотечение изъ брюшныхъ стѣнокъ остановлено горячими губками. Длительность операціи зависѣла отъ продолжительнаго останавливанія кровотечения и туалета брюшины. Шпрэ 5⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты.

№ 119. 1. Въ частной квартирѣ въ Петербургѣ 23 января 1884 г. Княжна Ш. Ш.

2. Двусторонняя оваріотомія.

3. 19 лѣтъ.

4. Дѣвица.

5. 13 лѣтъ черезъ 4 нед., по 7 д., обильны.

6. Въ послѣднее время приходили черезъ 3 нед.

7. Увеличеніе живота замѣчено въ августѣ 1883 года. Ростъ сопровождался болями живота. Больная удовлетворительнаго питанія.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста неизвѣстно котораго яичника. Повидому безъ срощенія.

10. 12 с.

11. Небольшія сплошныя срощенія кисты съ брюшными стѣнками. Кровотеченіе остановлено сжатіемъ кровоточащей брюшной стѣнки губками, положенными въ брюшную полость, и пузырьемъ со льдомъ, положеннымъ снаружи на животъ.

12. Длинная, широкая ножка, принадлежавшая правому яичнику, перевязана 3 шелковыми лигатурами, отрѣзана, присыпана іодоформомъ, опущена въ тазовую полость. Ножка лѣваго яичника, довольно широкая, перевязана 2 шелковыми лигатурами и опущена въ тазовую полость, какъ и праваго яичника. Оба яичника удалены.

13. 3 глубокихъ и 4 поверхностныхъ металлическихъ шва. Повязка по Листеру.

14. 2 часа.

15. Вѣсъ содерж. кисты 11 ф. русскихъ (4095 грм.). Вѣсъ мѣшка 1 ф. (409 грм.). Всего 4504 грм.

16. Выздоровѣла почти безъ лихорадки.

17. Кистовой мѣшокъ былъ одноплостный. Лѣвый яичникъ былъ кистовидно перерожденъ, величиною въ куриное яйцо.

№ 120. 1. Въ Маринскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, февраля 1-го дня 1884 г. Н... Р... Крестьянка.

2. Двусторонняя оваріотомія.

3. 28 лѣтъ.

4. Родила 3 раза благополучно, послѣдній разъ 2 года назадъ двойни.

5. 15 л., черезъ 3 нед., по 3 дня.

7. Увеличеніе живота замѣчено въ іюнѣ 1883 г. Ростъ опухоли, повидимому, не сопровождался воспаленіями въ животѣ. Больная малокровна, истощена.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста, быть можетъ, обоихъ яичниковъ, и со срощеніями.

10. 12 с.

11. Киста праваго яичника была срощена съ сальникомъ рыхлыми перемычками. Часть сальника (около 2 драхмъ) удалена. На срощенія съ сальникомъ наложены 2 шелковыя лигатуры, которыя съ коротко-обрѣзанными концами опущены въ брюшную полость навсегда.

12. Ножка праваго яичника широкая, мясистая, раздѣлена въ 3 пучка и перевязана 3 шелковыми лигатурами; ножка лѣваго яичника не очень длинная, раздѣлена въ два пучка, перевязана 2 шелковыми лигатурами. Всѣ лигатуры съ коротко-обрѣзанными концами оставлены въ тазовой полости. Кисты удалены.

13. 3 глубокихъ и 3 поверхностныхъ металлическихъ шва. Повязка по Листеру.

14. 1 ч. 10 м.

15. Вѣсъ содержимаго кисты 7371 грм. (18 ф. рус.). Вѣсъ кисты 1638 грм. (4 ф. рус.). Всего 9009 грм. (22 ф. рус.).

16. Выздоровѣла на 11 день послѣ операціи. Найдена небольшая припухлость около культи праваго яичника при Т. до 39. Припухлость вскорѣ исчезла. Швы сняты на 9 и 11 день.

17. Лѣвый яичникъ величиною съ куриное яйцо былъ кистовидно перерожденъ.

№ 121. 1. Въ Маринскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, марта 21 дня 1884 г. Дочь генерала А... З...

2. Односторонняя оваріотомія.

3. 25 лѣтъ.
 4. Дѣвица.
 5. 14 л., черезъ 3 нед., по 5 дней.
 6. Въ послѣднее время регулы черезъ 4 нед.
 7. Увеличеніе живота замѣчено въ началѣ 1882 г. Ростъ опухоли сопровождался болями въ лѣвой половинѣ живота. Больная очень малокровна, истощена, страдала кровохарканіемъ.
 8. Терапевтическое.
 9. Серозная киста, вѣроятно праваго яичника.
 10. 11 сант.
 11. Безъ срощеній.
 12. Ножка, принадлежащая лѣвому яичнику, длинная, широкая, мясистая, раздѣлена въ 4 пучка, перевязана 4 шелк. лиг. и опущена въ тазовую полость. Киста удалена.
 13. 3 глубокихъ, 4 поверхностныхъ металлическихъ шва на рану. Повязка антисептическая.
 14. 1 ч. 50 м.
 15. Вѣсъ серознаго содержимаго 5800 грм. Вѣсъ мѣшка 104 грм. Вся киста 5904 грм.
 16. Выздоровѣла. Швы сняты на 8 и 9 день. Рана зажила per primam, кромѣ нижняго угла. Въ брюшной стѣнкѣ на мѣстѣ швовъ гнойники.
 17. Кистовой мѣшокъ былъ однополостный.
- № 122. 1. Въ Маринскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, апрѣля 23 дня, 1884 г. Ю. М... жена помѣщика.
2. Односторонняя оваріотомія.
 3. 49 лѣтъ.
 4. Родила 2 раза благополучно, и 1 разъ выкинула на 3 мѣсяцѣ.
 5. 15 л., черезъ 3—4—5 нед., продолжались по 2 д.
 6. Послѣднія регулы 10 лѣтъ назадъ.
 7. Увеличеніе живота замѣчено въ маѣ 1883 г. Ростъ опухоли сопровождался небольшими болями въ животѣ.
 8. Терапевтическое.
 9. Коллоидная киста неизвѣстно котораго яичника. Отношеніе къ маткѣ опредѣляется неясно.
 10. 18 с.
 11. Нижняя часть кисты была срощена съ мочевымъ пузыремъ рыхлыми, очень кровоточивыми, сплошными срощеніями. Кровотеченіе остановлено поверхностными обкалываніями.

12. Ножка кисты довольно тонкая, принадлежавшая лѣвому яичнику, перевязана 2 шелковыми карболизированными лигатурами, и по удаленіи кисты опущена въ тазовую полость.

13. 10 металлическихъ шва (5 глубокихъ и 5 поверхностныхъ). Повязка по Листеру.

14. 1 ч. 10 м.

15. Выпущено жидкости 6050 грм. Вѣсъ мѣшка 1455 грм. Вся киста 7505 грм.

16. Умерла на 5 день отъ воспаленія брюшины, осложненнаго карциноматознымъ процессомъ. Брюшная рана не спаялась.

17. При операціи оказалось 6050 грм. асцитичной жидкости. Киста состояла отчасти изъ размягченныхъ многихъ отдѣловъ карциноматозно перерожденныхъ. Во время операціи у больной была коляпсъ. При аутопсіи *processus vermicularis*, а равно лимфатическія заброшенныя железы найдены тоже пораженными ракомъ.

№ 123. 1. Въ Маринскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, сентября 29 дня, 1884 г. Е... В. Классная дама.

2. Односторонняя оваріотомія.

3. 65 лѣтъ.

4. Дѣвица.

5. 14 л., черезъ 2 нед., по 8—10 д., обильны, съ болями.

6. Послѣднія регулы прекратились на 36 году отъ роду.

7. Увеличеніе живота замѣчено 3 года назадъ. Опухоль росла безъ болей.

8. 28 марта 1883 г. сдѣланъ проколъ кисты чрезъ брюшныя стѣнки и выпущено коллоидной жидкости 9300 грм.

9. Коллоидная киста неизвѣстно котораго яичника.

10. 18 с.

11. Киста была срощена съ передней брюшной стѣнкой на большомъ пространствѣ. Кровотеченіе изъ срощенія остановлено только послѣ наложенія 3 глубокихъ металлическихъ швовъ на брюшную рану. Ножка срощена была съ сальникомъ и толстыми кишками двумя длинными, тесемчатыми перемычками. На эти срощенія наложены 3 шелковыхъ лигат., которыя съ коротко обрѣзанными концами опущены въ брюшную полость.

12. Ножка длинная, не сочная принадлежала лѣвому яичнику, раздѣлена въ 3 пучка, перевязана 3 шелковыми карболизированными лигатурами. Киста удалена, а ножка съ коротко обрѣзанными лигатурами опущена въ тазовую полость.

13. Брюшная рана шита 6 глубокими и 4 поверхностными металлическими швами. Повязка съ іодоформной марлей и карболизированной ватой.

14. 1 ч. 10 м.

15. Вѣсъ содержимаго кисты 12845 грм. Вѣсъ мѣшка 2000 грм. Вся киста 14845 грм.

16. Умерла отъ истощенія. До 7 дня почти не лихорадила, съ 7 дня лихорадка продолжалась до смерти вслѣдствіе множества нарывовъ, развившихся въ брюшной стѣнкѣ и брюшной полости. Швы сняты на 7 и 9 дни.

17. Въ кистовомъ мѣшкѣ, кромѣ мелкихъ опухолей, найдена опухоль, величиною съ дѣтскую головку. Всѣ онѣ были наполнены густымъ коллоиднымъ содержимымъ.

№ 124. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родоспомагательнаго Заведенія, октября 10 дня, 1884 г. М... П... жена чиновника.

2. Односторонняя оваріотомія.

3. 33 лѣтъ.

4. Родила 7 разъ; послѣдняя беременность кончилась выкидышемъ 6 мѣсяцъ, за три мѣсяца до операціи.

5. 11 л., черезъ 4 нед., по 7 дней.

6. Послѣднія регулы кончились предъ послѣднею беременностію.

7. Опухоль въ животѣ опредѣлена послѣ первыхъ родовъ. Послѣдующимъ родамъ опухоль не препятствовала. Ростъ опухоли былъ безболѣзненный. Больная истощена, малокровна.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста, повидимому, праваго яичника, безъ значительныхъ срощеній.

10. 11 с.

11. Киста была срощена съ сальникомъ на довольно большомъ пространствѣ. На срощенія наложены 5 шелковыхъ сулемованныхъ лигатуръ, которыя съ коротко обрѣзанными концами оставлены въ брюшной полости.

12. Ножка тонкая, длинная, праваго яичника, перевязана 2 шелковыми сулемованными лигатурами и опущена въ тазовую полость. Яичникъ удаленъ.

13. 11 металлическихъ швовъ, проникавшихъ чрезъ брюшину. Повязка по Листеру. Брюшная рана присыпана іодоформомъ. Карболовое шпрѣ.

14. 45 м.

15. Вѣсь содержимаго кисты 1200 грм. Вѣсь мѣшка кисты 950 грм. Вся киста 2150 грм.

16. Выздоровѣла. Послѣоперационный періодъ съ незначи-
тельнымъ повышеніемъ температуры. Швы сняты на 5 — 6
дни. Рана спаялась per primam.

№ 125. 1. Въ Маринскомъ гинекологическомъ отдѣленіи
С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, октября 27
дня 1884 г. С... М... Жена генерала.

2. Односторонняя оваріотомія.

3. 50 лѣтъ.

4. Родила 1 разъ благополучно 23 года назадъ.

5. 16 л., черезъ 4 недѣли, послѣ замужества по 12 дней,
обильны.

6. Регулы прекратились за 4 года до операціи.

7. Увеличеніе живота замѣчено 4 года назадъ. Ростъ ки-
сты не сопровождался ясными воспалительными явленіями.
Больная исхудала.

8. Проколъ кисты 17 октября 1883 г., выпущено 12550
грм. Проколъ кисты 5 мая 1884 г. выпущено 12300 грм.

9. Коллоидная киста праваго яичника со срощеніями.

10. 13 с.

11. Небольшія срощенія кисты съ брюшной стѣнкой и саль-
никомъ, на нихъ наложены 4 шелковыя лигатуры, которыя
съ коротко обрѣзанными концами опущены навсегда въ брюш-
ную полость.

12. Ножка длинная, мясистая, широкая, принадлежала лѣ-
вому яичнику. Раздѣлена на 3 пучка, перевязана 3 шелко-
выми сулемованными лигатурами, которыя съ коротко обрѣ-
занными концами опущены навсегда въ брюшную полость.
Яичникъ удаленъ.

13. 5 глубокихъ, 6 поверхностныхъ металлическихъ шва
на рану. Повязка по Листеру. Карболовымъ 5⁰/₁₀₀ раствор. шпрѣ.

14. 45 м.

15. Вѣсь содержимаго кисты 14,652 грм. Вѣсь кистоваго
мѣшка 1,930 грм. Вся киста 16,582 грм.

16. Выздоровѣла. Первые дни послѣ операціи безъ лихо-
радки; на 6 день небольшое оплотненіе около культи, сопро-
вождавшееся умѣренной лихорадкой. Швы сняты на 7—8 дни.

17. Захлороформировать большую удалось только по Neu-
derfer'овскому способу и послѣ вприскиванія $\frac{1}{8}$ гр. Morphii.
Въ кистовомъ мѣшкѣ находились папилломатозныя разращенія.

№ 126. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, января 3 дня 1885 г. А... Б... дочь полковника.

2. Двусторонняя оваріотомія.

3. 18 лѣтъ.

4. Дѣвица.

5. 14 л., черезъ 2—4 нед., по 3—4 дня, безъ болей.

6. Послѣднія регулы въ половинѣ октября 1884 г.

7. Значительное увеличеніе живота больная замѣтила 2 мѣсяца назадъ. Въ послѣднее время у больной были сильныя *перитонитическія* боли, преимущественно въ правой половинѣ живота. Больная истощена.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста, вѣроятно, праваго яичника съ очень густымъ содержимымъ, даже быть можетъ папилломатозная, сросшаяся съ брюшной стѣнкой.

10. 18 с.

11. Сплошное сращеніе съ передней брюшной стѣнкой на значительномъ пространствѣ. Сверхъ того, сращеніе въ видѣ ножки шириной 2 с., длиною до 8 с., начиналось отъ брюшной стѣнки и оканчивалось на кистѣ. Наложены лигатуры и между ними эта ложная ножка перерѣзана, конецъ ея отъ брюшины оставленъ длиною около $1\frac{1}{2}$ с.

12. Толстая широкая ножка, не длинная, раздѣлена въ три пучка и перевязана 3 сулемованными лигатурами. Ножка лѣваго яичника, кистовидно перерожденнаго, раздѣлена на два пучка, на нихъ наложены 2 лигатуры. Обѣ ножки по удаленіи кисть съ коротко обрѣзанными концами лигатуръ опущены въ тазовую полость.

13. 7 глубокихъ и 6 поверхностныхъ металлическихъ швовъ на брюшную рану. Повязка по Листеру.

14. 1 ч. 30 м. Операция замедлилась вслѣдствіе останавливанія кровотеченія изъ сращеній.

15. Вѣсъ содержимаго кисты 6512 грм. Вѣсъ кистовиднаго мѣшка 1831 грм. Всего 8743 грм.

16. Умерла на 11 д. отъ воспаленія брюшины. Т стала подниматься съ 8 дня и возвышалась до смерти. Пульсъ тотчасъ послѣ операциі началъ учащаться. Безсознательное состояніе, съ расширенными зрачками, продолжалось съ 4 до 9 дня. Швы сняты на 8 и 9 дни.

17. Капиллярное кровотечение остановлено сжатіемъ брюшной стѣнки между пузырьемъ со льдомъ, положеннымъ на брюшную стѣнку и губкой, положенной въ брюшную полость. Киста состояла изъ многихъ мелкихъ отдѣловъ. Шпрэ 5⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты. Лигатуры сулемованныя.

(Продолженіе въ слѣдующемъ номерѣ).

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Проф. К. Ѳ. Славянскій. Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней. Руководство для врачей и студентовъ. Т. I. Болѣзни влагалища и матки, съ 297 рисунками. 1888. (724 стр.).

Проф. Н. Ястребова.

Наша отечественная литература очень бѣдна оригинальными руководствами по женскимъ болѣзнямъ. Мы имѣемъ старое руководство Киттера, руководство 69-го года Флоринскаго и Горвица. Обширно задуманный трудъ Флоринскаго, къ сожалѣнію, остался неоконченнымъ; изданіе этого прекраснаго руководства остановилось на первомъ томѣ, по которому теперь представляется только возможность судить о капитальности и серьезности прерваннаго труда. Руководство Горвица закончено и выдержало два изданія, послѣднее относится къ 82—83-му годамъ. При быстромъ развитіи нашей спеціальности всѣ эти руководства имѣютъ теперь только историческое значеніе, и мы вынуждены поэтому пользоваться имѣющимися у насъ руководствами переводными, изъ которыхъ нѣкоторыя принадлежатъ лучшимъ представителямъ данной спеціальности за границей. Однако руководства послѣднихъ авторовъ, при всѣхъ своихъ несомнѣнно большихъ достоинствахъ вообще, имѣютъ для насъ собственно цѣну относительную, такъ какъ не служатъ выразителями отечественнаго развитія науки.

На основаніи только что сказаннаго мы съ особеннымъ удовольствіемъ встрѣчаемъ появленіе I-го тома «Частной патологіи и терапіи женскихъ болѣзней», вышедшей изъ-подъ пера проф. Славянскаго—представителя самой большой русской гинекологической школы, работающаго уже многіе годы въ данной спеціальности и обладающаго большимъ опытомъ.

Передавая свой опытъ молодымъ врачамъ въ настоящемъ учебникѣ и удовлетворяя такимъ образомъ насущной потребности русской школы имѣть свое оригинальное руководство, проф. Славянскій въ то же время придалъ своему

труду то значеніе, которое ставитъ его на высоту современнаго состоянія нашей спеціальности. Обычно въ руководствахъ по женскимъ болѣзнямъ мы встрѣчаемъ кромя частной патологіи и терапіи женскихъ болѣзней главы, посвященныя вопросамъ чисто физиологическимъ, или относящимся къ общей патологіи и терапіи, или же къ діагностикѣ женскихъ болѣзней.

Въ послѣдніе годы, когда гинекологія, одна изъ младшихъ медицинскихъ спеціальностей, разрослась такъ быстро, а ея научный матеріалъ накопился въ болѣе, чѣмъ достаточномъ количествѣ для выдѣленія вопросовъ физиологическихъ, общепатологическихъ и др. въ особые отдѣлы, — частная патологія и терапія женскихъ болѣзней должна обособиться въ самостоятельный отдѣлъ гинекологіи. Первую попытку въ этомъ смыслѣ и дѣлаетъ проф. Славянской. Въ этомъ отношеніи его руководство стоитъ внѣ сравненій, такъ какъ даже въ первоклассныхъ заграничныхъ руководствахъ по женскимъ болѣзнямъ данная точка зрѣнія еще не проведена, и мы, напримѣръ, тамъ встрѣчаемъ на ряду съ общей терапіей трактаты о безплодіи, о внѣматочной беремености и т. п. главы, которыя при современномъ состояніи науки должны находиться въ другихъ отдѣлахъ гинекологіи.

Недостатокъ времени лишаетъ меня возможности представить подробный разборъ обширнаго труда проф. Славянскаго, а потому, приведа содержаніе отдѣльныхъ главъ I-го тома, я позволю себѣ ограничиться лишь общими замѣчаніями.

Въ I-мъ томѣ излагаются болѣзни влагалища и матки. Болѣзни влагалища занимаютъ 252 стр. и рассмотрѣны въ 10 главахъ.

I глава посвящена заболѣваніямъ дѣвственной плевы.

Представивъ краткое описаніе анатомическаго строенія и отношенія hymenis къ рукаву, авторъ подробно разбираетъ: 1) пороки развитія; 2) аномаліи строенія; 3) невроты и, наконецъ, 4) новообразованія дѣвственной плевы.

Во II-й главѣ излагаются пороки развитія влагалища.

Смотря на пороки развитія даннаго органа съ клинической точки зрѣнія, авторъ дѣлитъ ихъ на двѣ большихъ группы: А) пороки развитія влагалища, при которыхъ просвѣтъ его проходимъ и Б) пороки развитія влагалища, при которыхъ просвѣтъ его не проходимъ. Дѣленіе это въ высшей степени удобно для практическаго изученія этихъ пороковъ и для живаго изложенія предмета.

Въ III-й главѣ идетъ рѣчь объ измѣненіи въ положеніи влагалища и авторъ подробно говоритъ о 1) смѣщеніи и выпаденіи нижняго отрѣзка влагалища, его передней и задней стѣнки; 2) смѣщеніи и выпаденіи верхняго отрѣзка влагалища, его передней и задней стѣнки; 3) выпаденіи всего влагалища, его полномъ выворотѣ.

Въ IV-й главѣ рассматриваются воспаленія влагалища, при чемъ подробно изложены: 1) *Vaginitis catarrhalis*; 2) *Vag. emphysematosa*; 3) *V. exfoliativa*; 4) *V. mycotica*; 5) *V. tuberculosa*; 6) некротическія воспаленія слизистой оболочки влагалища, дифтеритъ и гангрена влагалища, и 7) флегмонозное воспаленіе влагалища.

Въ V-й главѣ описываются опухоли и новообразования влагалища, каковы: 1) кровяная опухоль, 2) кисты, 3) фибромы, фиброміомы и міомы, 4) ракъ, 5) саркома влагалища.

Въ VI-й главѣ говорится объ инородныхъ тѣлахъ во влагалищѣ.

Въ VII-й описаны раны и разрывы влагалища, при чемъ въ связи съ разрывами рукава въ его нижней трети авторъ излагаетъ въ VIII-й главѣ разрывы промежности.

Въ IX-й главѣ рассматриваются нарушенія дѣлости влагалища, связаннаго съ сообщеніемъ его съ полостями сосѣднихъ органовъ, именно: 1) влагалищныя фистулы мочевыхъ путей, гдѣ авторъ рассматриваетъ и пузырно-цервикальныя и мочеточничко-цервикальныя фистулы; 2) влагалищныя фистулы кишечнаго канала: а) влагалищныя фистулы прямой кишки, б) влагалищныя фистулы тонкихъ кишекъ.

X-я глава посвящена обстоятельному разбору вагинизма.

Болезни матки изложены на 460 страницахъ.

Въ I-й главѣ разбираются пороки развитія матки, которые раздѣлены, подобно порокамъ развитія влагалища, на двѣ группы:

А) Пороки развитія матки, при которыхъ просвѣтъ существующей матки повсюду вполне проходимъ. Сюда отнесены: 1) однорогая, 2) двурогая, 3) двуполостная матки, 4) недостаточное развитіе матки—*uterus foetalis, infantilis et pubescens, atrophia uteri auctorum*, 5) суженіе отверстій матки.

Б) Пороки развитія матки, при которыхъ просвѣтъ ея не существуетъ вовсе, или же онъ непроходимъ на извѣстномъ пространствѣ. Сюда отнесены: 1) дефектъ матки и рудиментъ ея, 2) дефектъ и рудиментарное развитіе шейки матки и 3) односторонній дефектъ и рудиментарное развитіе шейки матки.

II-я глава обнимаетъ неправильныя положенія и смѣщенія матки. Предпославъ краткое описаніе нормальнаго положенія матки, авторъ рассматриваетъ подробно: 1) наклоненіе матки впередъ, 2) перегибъ матки впередъ, 3) наклоненіе матки назадъ, 4) перегибъ матки назадъ, 5) наклоненіе и перегибъ матки въ сторону, 6) смѣщеніе матки книзу, выпаденіе матки, гипертрофическія удлиненія шейки матки, 7) выворотъ матки, 8) смѣщенія матки—а) впередъ, б) назадъ, в) въ сторону, г) вверхъ, д) въ грыжевой мѣшокъ; 9) поворотъ матки вокругъ ея продольной оси.

III-я глава посвящена воспаленію матки, гдѣ подробно разобраны: 1) *metritis acuta*, 2) *m. chronica*, 3) воспаленіе шейки матки и ея разрывы, 4) *endometritis corporis acuta et chronica*.

Въ IV-й главѣ рассматриваются опухоли и новообразования матки, а именно: 1) железистыя опухоли матки, 2) фиброміомы, 3) ракъ матки, шейки и тѣла, 4) саркома матки.

Всѣ перечисленныя главы разобраны подробно, насколько позволяетъ объемъ труда, назначеннаго для врачей и студентовъ. Особенно хорошо обработаны главы о воспаленіяхъ влагалища и матки. Всюду существуетъ полная гармонія между научною и практическою стороною каждаго вопроса, и

нигдѣ не замѣтно односторонности, всегда вредной для начинающаго изучать специальность.

Руководство проф. Славянскаго при своихъ чисто-научныхъ достоинствахъ имѣетъ и большую практическую цѣну, что объясняется обширнымъ клиническимъ опытомъ автора. Излагая особенно подробно и ясно оперативную терапію, авторъ отводитъ подобающее мѣсто и общему лѣченію.

При всѣхъ своихъ несомнѣнныхъ достоинствахъ, руководство это не лишено, конечно, и нѣкоторыхъ небольшихъ недостатковъ. Такъ, напр., говоря о лѣченіи старыхъ разрывовъ промежности (стр. 112), авторъ называетъ операцію восстановления послѣдней—*perineorrhaphia secundaria*,—название не особенно удачное, такъ какъ не выражаетъ сущности оперативнаго приема, для котораго имѣется болѣе подходящій терминъ—*perineoplastica*. Далѣе, пузырно-цервикальныя фистулы рассматриваются въ отдѣлѣ пузырно-влагалищныхъ (стр. 184). Это отступленіе отъ системы не оправдывается практическими потребностями. Пузырно-цервикальныя фистулы слѣдовало бы разсмотрѣть въ особой главѣ поврежденій шейки матки, тѣмъ болѣе, что условія для происхожденія пузырно-цервикальныхъ и пузырно-влагалищныхъ фистулъ далеко не представляются одинаковыми. Если же рассматривать всѣ мочевыя фистулы въ совокупности, то слѣдовало бы ихъ описать въ отдѣлѣ поврежденій мочевого пузыря, руководствуясь чисто-практическими соображеніями, такъ какъ гинекологу чаще приходится встрѣчаться съ болѣзнями женскаго мочевого пузыря, чѣмъ чистому хирургу.

На стр. 281-2-й объясненіе *dysmenorrhoe*'и при суженіяхъ отверстій матки препятствіемъ для истеченія крови со стороны слизистой пробки цервикальнаго канала едва ли достаточно,—причина дизменорреи здѣсь другая.

Далѣе, на стр. 287-8-й операція при суженіи цервикальнаго канала на всемъ его протяженіи и при суженіи внутренняго отверстія матки описана или неполно, или рекомендуется не вполне рациональный оперативный приемъ.

Воспаленія шейки матки и разрывы ея не слѣдовало соединять въ одну главу, а лучше рассматривать послѣднія въ особой главѣ поврежденій шейки, куда должно было отнести и пузырно-цервикальныя фистулы.

Вотъ съ подобными мелкими недосмотрами приходится встрѣчаться въ руководствѣ, но они не уменьшаютъ достоинства послѣдняго, такъ какъ большинство ихъ относится къ формѣ, а не къ сущности дѣла.

Поэтому въ заключеніи намъ остается пожелать, чтобы второй томъ этого труда явился скорѣе и былъ такъ же хорошъ и строгъ по характеру, какъ и первый.

Варшава.
Сентябрь. 1888.

РЕФЕРАТЫ.

257. Lawson Tait. A case in which ruptured tubal pregnancy occurred twice in the same patient. (Brit. med. journ., May 12, 1888). Случай повторнаго разрыва при трубной беременности у одной и той же больной.

У больной 25 л., послѣ 3-х мѣсячнаго отсутствія регуль и двухъ правильныхъ менструацій, сильныя боли внизу живота, а черезъ нѣсколько дней рвота и обморокъ. При изслѣдованіи въ правой половинѣ живота большая, не рѣзко ограниченная масса, стоящая въ тѣсной связи съ маткой. Диагнозъ — разрывъ при трубной беременности. Произведена лапаротомія; правая фаллопиева труба удалена вмѣстѣ съ трехмѣсячнымъ зародышемъ, пролабировавшимъ черезъ трещину, и съ дѣтскимъ мѣстомъ (случай сообщенъ въ Brit. med. journ. 19 декабря, 1885 г.). Спустя 18 мѣсяцевъ послѣ операціи больная родила доношеннаго ребенка. Черезъ 15 мѣсяцевъ послѣ этихъ родовъ новая беременность, не сопровождавшаяся никакими особенными симптомами, только ощущеніе ребенка было яснѣе, чѣмъ въ соотвѣтствующія сроки прежнихъ беременностей. На 4-мъ мѣсяцѣ приступъ сильныхъ болей, обморокъ, рвота, смерть отъ внутренняго кровоотеченія. При вскрытіи: разрывъ верхней задней стѣнки лѣваго рога матки; полость, гдѣ помѣщались 4-хъ мѣсячный плодъ и дѣтское мѣсто, отдѣлена отъ полости матки плотной перегородкой маточной ткани и сообщается съ лѣвой фаллопиевой трубой. По поводу этого случая Л. Т. дѣлаетъ слѣдующія замѣчанія: 1) «первичный разрывъ» въ перитонеальную полость бываетъ повидимому всегда смертельнымъ для матери и плода; при первичномъ разрывѣ въ широкую связку плодъ можетъ еще продолжать развиваться и достигнуть жизнеспособности, если не послѣдуетъ вторичнаго разрыва въ перитонеальную полость. 2) При интерстиціальной внѣматочной беременности разрывъ наступаетъ позже, чѣмъ при трубной. 3) Вслѣдствіе отсутствія болѣзненныхъ симптомовъ, больныя до разрыва обращаются къ врачу крайне рѣдко, а діагностировать внѣматочную беременность чрезвычайно трудно, особенно интерстиціальную; потому Л. Т. скеп-

тически относится къ заявленіямъ объ излеченіи вѣматочной беременности пункцией, электричествомъ и т. п. Въ данномъ случаѣ спасти больную послѣ разрыва могла бы только лапаротомія, но если бы удалось поставить діагнозъ и точно опредѣлить соотношеніе частей до разрыва, то слѣдовало бы, расширивши шейку, разрѣзать перегородку и опорожнить полость маточнаго рога. Умерщвление плода не принесло бы пользы матери, такъ какъ продолжающееся развитие дѣтскаго мѣста повело бы все-таки къ разрыву и, кромѣ того, присутствіе легка загнивающего матерьяла угрожало бы жизни больной.

А. Пекарская.

258. Emil Lantos. Beiträge zur Lehre von der Eklampsie und Albuminurie. (Archiv. f. Gynaekologie, Bd. XXXII, Hft. 1888). Къ ученію объ эклампсіи и альбуминуриі.

Сложную картину болѣзни, которую еще въ 1763 г. Sauvages обозвалъ «экламписей, подвергли болѣе подробному анализу только въ настоящемъ столѣтіи. Въ 1843 г. Lever нашелъ бѣлокъ въ мочѣ больныхъ эклампсіею. На основаніи этого открытія, Devilliers и Regnault установили связь между эклампсіей и альбуминурией, объясняя образованіе отековъ давленіемъ растянутой, беременной матки на сосуды нижней части полости живота. Процентное количество (здоровыхъ беременныхъ женщинъ), у которыхъ былъ найденъ бѣлокъ, колеблется по литературнымъ даннымъ весьма значительно; авторъ изъ 70 беременныхъ нашелъ бѣлокъ въ мочѣ въ 18,57%, цифрѣ, близкой къ цифрамъ, приводимымъ Mikschik'омъ, Blot и Litzmann'омъ. У роженицъ, сейчасъ же послѣ родовъ, процентное количество имѣющихъ бѣлокъ въ мочѣ значительно возрастаетъ; по автору, бѣлокъ въ мочѣ находится въ 59,33%. Чѣмъ объяснить появленіе этого бѣлка? Почти всѣ изслѣдователи приводятъ анемію почекъ у беременныхъ, которая должна считаться артеріальной. Spiegelberg впервые объяснилъ появленіе бѣлка въ мочѣ у такихъ экламптическихъ, у которыхъ воспаленія почекъ не было, рефлекторной судорогой почечныхъ сосудовъ; эта судорога или, по крайней мѣрѣ, это суженіе сосудовъ есть послѣдствіе вазомоторнаго раздраженія; съ тѣхъ поръ какъ Frankenhäuser доказалъ непосредственную связь между нервной системой матки и нервными узлами, заложенными въ ткань почекъ, суженіе артеріальныхъ сосудовъ почекъ, совмѣстно съ частымъ появленіемъ бѣлка въ мочѣ у беременныхъ, можно считать послѣдствіемъ вазомоторнаго раздраженія, переходящаго изъ беременной матки, рефлекторнымъ путемъ, черезъ симпатическую нервную систему на вазомоторные нервы почекъ. Въ пользу такого взгляда говоритъ слѣдующее:

1) Альбуминурию мы находимъ чаще у роженицъ, чѣмъ у беременныхъ (усиленное раздраженіе нервныхъ окончаній, заложенныхъ въ ткань матки, во время сокращенія матки).

2) Она появляется чаще у I-рагае и перво-беременныхъ, такъ какъ стѣнка матки у нихъ болѣе противодѣйствуетъ напряженію, а это противодѣйствіе является съ своей стороны нервнымъ импульсомъ.

3) При двойняхъ и срочныхъ родахъ альбуминурия является болѣе часто потому, что сравнительно большее содержимое болѣе напрягаетъ стѣнки матки.

4) Продолжительные роды даютъ болѣе продолжительное раздраженіе, что съ своей стороны благоприятствуетъ появленію альбуминурии.

5) Искусственное окончаніе родовъ можетъ являться только такимъ нервнымъ раздраженіемъ, которое усиливаетъ рефлекторную раздражительность вазомоторнаго первнаго аппарата матки и почекъ.

6) Альбуминурия встрѣчается наиболѣе часто у I-рага отъ 15—20 лѣтъ, явно вслѣдствіе болѣе воспримчивости по отношенію ко всякаго рода раздраженіямъ въ молодомъ возрастѣ.

7) Быстрое исчезаніе бѣлка въ мочѣ объясняется прекращеніемъ первнаго раздраженія.

Въ виду всего вышесприведеннаго, авторъ приходитъ къ заключенію, что альбуминурия, являющаяся во время беременности или родовъ и не зависящихъ отъ какихъ либо органическихъ измѣненій почечной ткани, есть не рѣдкій, во время родовъ даже частый симптомъ, не имѣющій патологическаго значенія и могущій служить цѣннымъ діагностическимъ признакомъ беременности, на ряду съ другими гадательными и вѣроятными признаками ея.

Указавъ далѣе на причинную связь между альбуминурией и эклампсией, которая принимается многими изслѣдователями, и разобравъ критически всѣ нынѣ существующія теоріи, объясняющія сущность эклампсии, авторъ приходитъ къ заключенію, что и тутъ, какъ и при одной альбуминурии, мы имѣемъ дѣло съ явленіями вазомоторнаго свойства; на основаніи физиологическаго факта, что центръ для возбужденія сокращеній матки находится въ мозжечкѣ и продолговатомъ мозгу, легко можно далѣе заключить, что чрезмѣрное раздраженіе первнаго аппарата матки способно вызвать раздраженіе вазомоторнаго центра въ продолговатомъ мозгу, рефлекторнымъ путемъ, отсюда суженіе мозговыхъ сосудов—отсюда далѣе анэмія мозга съ послѣдовательными судорогами, комою и т. д.

Г. Рунге.

259. Shoemaker. Reflex cough from pregnancy. (The Obstetric Gazette, July, 1888; Philadelphia County Medical Society). Рефлекторный кашель во время беременности.

Въ параллель съ обще-извѣстной отраженной рвотой и другими наблюдаемыми въ раніе мѣсяцы беременности рефлекторными явленіями въ сосудодвигательной, трофической, психической и прочихъ областяхъ, авторъ сообщаетъ исторію больной, у которой почти каждая беременность сопровождалась появленіемъ кашля, который ничѣмъ инымъ не могъ быть объясненъ, кромѣ рефлекса съ нервовъ беременной матки на центръ блуждающаго нерва и прочіе нервные пути, принимающіе участіе въ актѣ кашля.

Г-жа X., 30 лѣтъ, пользуется цвѣтущимъ здоровьемъ, находится на 7-мъ мѣсяцѣ своей 6-й беременности. Три года тому назадъ, за нѣсколько времени до выкидыша, которымъ окончилась на второмъ мѣсяцѣ ея четвертая беременность, у нея развился кашель, безъ мокроты, появлявшійся каждый разъ, какъ она ложилась на спину, и совершенно прекратившійся съ

опорожненіемъ матки.—Спустя $1\frac{1}{2}$ года, на второмъ мѣсяцѣ пятой беремен-ности ее опять сталъ беспокоить кашель, появившійся также, когда она ло-жилась спать, продолжавшійся съ перерывами всю ночь и отсутствовавшій въ теченіе дня; небольшіе приемы бромистыхъ препаратовъ, хлорала и hyosциаміи останавливали его, но съ прекращеніемъ приемовъ лекарства онъ возобно-влялся; постепенно ослабѣвая, онъ продолжался во все время беременности.—То-же самое наблюдается и въ теченіе настоящей шестой беременности. Пер-вые три беременности протекли внѣ наблюденія автора; рвоты никогда не было.

А. Фишеръ.

260. **Corneille Saint-Marc. Du chloral dans les vomissements de la gros-
sese.** (Gazette de Gynec., 1888, № 54). Хлораль при рвотѣ бере-
менныхъ.

Зная хорошее дѣйствіе хлораль-гидрата при морской болѣзни и убѣдив-шись въ не менѣе благотворномъ влияніи его на рвоту, зависящую отъ такъ называемаго желудочнаго головокруженія (vertige stomacal), авторъ, въ виду аналогичности припадковъ, сталъ примѣнять его при рвотѣ беременныхъ, при чемъ достигнутые результаты вполне оправдали его ожиданія. Въ качествѣ примѣра, онъ приводитъ слѣдующій случай неукротимой рвоты во время бе-ременности.

Г-жа Р., 26 лѣтъ отъ роду, беременна во второй разъ на 4-мъ мѣсяцѣ; рвота, продолжавшаяся также въ теченіе всей первой беременности, на этотъ разъ особенно сильна и упорна: самое незначительное количество какъ твер-дой, такъ и жидкой пищи тотчасъ по приемѣ извергается обратно, исхуданіе и слабость достигли значительной степени. Авторъ назначилъ хлораль-гид-ратъ, четыре приема по 1,0 въ день, и посоветовалъ непосредственно послѣ каждой дозы лекарства принимать немного пищи; рвота тотчасъ же умень-шилась, такъ что на второй день больную вырвало только 5 разъ; а затѣмъ рвота совершенно остановилась; черезъ недѣлю больная прекратила леченіе и рвота возобновилась; на этотъ разъ хлораль-гидратъ послѣ 6-дневнаго примѣненія окончательно излечилъ беременную, послѣ чего общее состояніе послѣдней при надлежащемъ питаніи весьма быстро улучшилось.

А. Фишеръ.

261. **Coles. Paralysis relieved by pregnancy.** (The Obstetric Gazette, July, 1888, St.-Louis Obst. and Gynecol. Society). Параличъ, исчезающій во время беременности.

Больная 27 лѣтъ, рожала три раза и имѣла два выкидыша; первые роды были шесть лѣтъ тому назадъ; мѣсяцевъ одиннадцать спустя она замѣтила, что ея лѣвая нога волочится при ходьбѣ, а черезъ короткое время развился почти полный параличъ обѣихъ нижнихъ конечностей; кромѣ того, наблю-дался парезъ мочеваго пузыря и прямой кишки, равно какъ и влагалища, которое представлялось, по словамъ автора, настолько ослабленнымъ, что въ него безъ малѣйшаго затрудненія можно было ввести кулакъ. Самое разно-образное лѣченіе, которому подвергалась больная, не приносило никакой

пользы, пока она, наконецъ, не забеременѣла во второй разъ: тотчасъ-же она почувствовала замѣтное облегченіе и вскорѣ стала совершенно свободно владѣть нижними конечностями. Послѣ-же вторыхъ родовъ прежнія явленія паралича возобновились съ прибавленіемъ сильныхъ болей въ икрахъ ногъ, отдающихъ иногда въ бедра, на подобіе сѣдалищной невралгіи. Наступившая третья беременность опять избавила ее отъ всѣхъ явленій, но лишь на короткое время, такъ какъ на пятомъ мѣсяцѣ произошелъ выкидышъ, послѣ чего параличъ возобновился—до четвертой беременности, которая, впрочемъ, также окончилась выкидышемъ. Пятая беременность снова прекратила припадки паралича, которые отсутствовали затѣмъ и по рожденіи ребенка втеченіе одиннадцати мѣсяцевъ; въ послѣднія-же шесть недѣль замѣчается парезъ нижнихъ конечностей, особенно лѣвой; въ половыхъ органахъ, кромѣ нѣсколько задержаннаго обратнаго развитія матки (*subinvolutio*) и разрывовъ шейки, ничего патологическаго не найдено.

А. Фишеръ.

262. Philipps. On the management of fibromyomata complicating pregnancy and labour. (Brit. med. Journ., June 23, 1888). Объ осложненіи беременности и родовъ фиброміомами.

Значеніе фиброміомъ различно, смотря по ихъ мѣстонахожденію. Опухоли дна и верхней части тѣла матки играютъ роль главнымъ образомъ во время беременности, опухоли же нижняго сегмента и шейки, вызываютъ явленія давленія и могутъ препятствовать роженію ребенка. Иногда, впрочемъ, случается, что опухоли, принадлежавшія въ началѣ беременности къ верхнему отдѣлу матки, опускаются втеченіе беременности внизъ и, наоборотъ, опухоли нижняго отдѣла, особенно обладающіе длинной ножкой, могутъ быть оттѣснены кверху. Авторъ собралъ въ литературѣ за послѣдніе 7 лѣтъ 106 случаевъ осложненія беременности и родовъ фиброміомами, изъ которыхъ въ 46 было сдѣлано чревосѣченіе. Въ ранніе мѣсяцы беременности, когда ребенокъ еще не способенъ къ жизни, были предложены слѣдующіе способы леченія: колѣбнолоктевое положеніе, удаленіе опухоли черезъ влагалище, искусственный выкидышъ, вправленіе опухоли въ хлороформномъ наркозѣ, муотомія и Müller'овская операція, заключающаяся въ томъ, что удаляютъ опухоль вмѣстѣ съ внутренними половыми органами въ томъ періодѣ беременности, когда ребенокъ еще нежизнеспособенъ. Эта операція отличается отъ Porro только тѣмъ, что не принимается въ расчетъ жизни ребенка. Муотомія была сдѣлана 5 разъ и дала смертельный исходъ въ 60%. Операція Müller'а была сдѣлана 19 разъ съ 36,8% смертности, причемъ внутрибрюшинный способъ далъ 50%, а внѣбрюшинный 30,8%. Обѣ эти операціи могутъ быть сдѣланы только въ томъ случаѣ, если явленія требуютъ немедленнаго вмѣшательства, такъ что нѣтъ надежды довести беременность до того времени, когда ребенокъ становится уже способнымъ къ жизни. Если плодъ уже жизнеспособенъ, то можно прибѣгнуть къ слѣдующимъ способамъ: къ преждевременнымъ родамъ, вправленію опухоли, кесарскому сѣченію и Porro. Lefour, собравшій 300 случаевъ осложненія беременности и родовъ фиброміомами, нашелъ, что преждевременные роды были вызваны 6 разъ съ 1 смер-

тельными исходомъ для матери и 5—для дѣтей. Въ 59 случаяхъ автора, преждевременные роды были вызваны 3 раза и при этомъ въ двухъ случаяхъ послѣдовала смерть матери. Къ насильственному вправленію опухоли особенно совѣтуетъ прибѣгать *Plaisfair*, получившій хорошіе результаты въ 3 случаяхъ. Авторъ, однако, высказывается противъ этого способа леченія, такъ какъ легко можетъ произойти кровотеченіе, да и кромѣ того попытки вправленія, даже въ подходящихъ случаяхъ, не всегда приводятъ къ цѣли. За послѣдніе 7 лѣтъ были сдѣланы кесарское сѣченіе и *Porro* по 13 разъ. Обѣ эти операціи дали одинаковую смертность, въ 69,22%. При этомъ надо замѣтить, что результаты получились несравненно лучшіе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ операція была сдѣлана по выбору, т. е., въ то время, когда состояніе матери было еще удовлетворительно. Изъ 300 случаевъ *Lefour'a*, въ 60, гдѣ не было оказано никакой помощи, получилась смертность въ 48,4%; 35 случаевъ поворота дали 60% смертности, щипцы 25,9%, эмбриотомія 55,5%. Смертность дѣтей=77,7%.

А. Семяниковъ.

263. **Murdoch Cameron. The pathology of abortion. in relation to treatment** (Brit. med. journ. March 31, 1888). Патологія выкидыша по отношенію къ леченію.

С. настаиваетъ на необходимости тщательнаго осмотра выдѣленныхъ стучковъ въ каждомъ случаѣ выкидыша, чтобъ имѣть возможность судить о грозящихъ осложненіяхъ. Въ статьѣ приложены рисунки трехъ препаратовъ зародышей; 1) 8-недѣльнаго, окруженнаго всеми своими оболочками, яйцевидной формы и съ гладкой поверхностью кромѣ мѣста, покрытаго ворсинками *chorion*; 2) 6-недѣльнаго только съ *amhion* и *chorion*, представляющаго, благодаря ворсинкамъ послѣдняго, шероховатую поверхность, и 3) 9-недѣльнаго, окруженнаго еще несросшимися *decidua vera* и *reflexa*; въ послѣдней оболочкѣ ограниченное кровоизліяніе, образующее опухоль величиной въ орѣхъ. Наиболее частыя осложненія, встрѣчающіяся послѣ выкидыша: септицемія и кровотеченіе; послѣднее обыкновенно служитъ указаніемъ на задержаніе части яйца или дѣтскаго мѣста, хотя бываетъ и послѣ полного выкидыша. Съ цѣлью профилактики С. совѣтуетъ способствовать полному изгнанію яйца; при разрывѣ оболочекъ въ ранніе періоды беременности не слѣдуетъ торопиться съ ихъ извлеченіемъ, а ограничиться лишь повторными спринцеваніями. При задержаніи дѣтскаго мѣста С. извлекаетъ его въ большинствѣ случаевъ только пальцами безъ инструментовъ и настойчиво предостерегаетъ отъ употребленія послѣднихъ, въ виду того, что работать приходится въ темнотѣ, и возможное раненіе здоровой слизистой оболочки способствуетъ септицеміи. При кровотеченіи С. примѣняетъ антисептическую тампонацію совмѣстно съ хорошо прилаженнымъ плотнымъ бинтомъ. Въ случаяхъ, гдѣ спазмъ или неподатливость зѣва служатъ препятствіемъ къ выдѣленію дѣтскаго мѣста, онъ получалъ хорошіе результаты отъ оній въ пилюляхъ по 2 грана. При симптомахъ септицеміи С. назначаетъ антисептическія спринцеванія черезъ каждые 2 часа; внутрь большія дозы хинина, иногда одновременно *natr. salicylic*. Послѣ полного изгнанія при продолжающемся

кровотеченіи, желѣзо и эрготинъ. По мнѣнію С., выжиданіе вообще менѣе вредно, чѣмъ вмѣшательство. Въ преніяхъ по поводу доклада Lombe Atthill и J. A. Вугне высказались въ пользу выжидательной терапіи при начавшемся выкидышѣ, напротивъ Aust Lawrence, Lawson Tait и Murphy совѣтовали энергическое вмѣшательство въ подобныхъ случаяхъ, Lawson Tait заявилъ, что счелъ бы небрежностью со стороны врача, еслибы тотъ завѣдомо оставилъ кусокъ дѣтскаго мѣста послѣ выкидыша. **А. Пекарская.**

264. I. Fergusson. Perforation of the perineum during labour (Brit. med. Journ., July 21, 1888). **Центральный разрывъ промежности при родахъ.**

Авторъ описываетъ два случая центрального разрыва промежности, одинъ изъ которыхъ произошелъ у 25-лѣтней первородящей. Разрывъ произошелъ неожиданно и такъ быстро, что авторъ не успѣлъ принять никакихъ мѣръ, чтобы его предупредить. Разорванными оказались m. sphincter ext. и задняя часть промежности, тогда какъ передняя ея часть сохранилась на 2¹/₂ цтм. Зашитая catgut'омъ рана зажила p. primam. Причину разрыва авторъ видитъ въ данномъ случаѣ въ чрезмѣрной вышинѣ лонной дуги (3¹/₂ дюйма) и въ узкости ея, такъ что она по формѣ приближалась къ мужской. Второй случай произошелъ у 3-родящей женщины. Но такъ какъ авторъ во-время замѣтилъ начинающійся центральный разрывъ, то онъ наложилъ щипцы и предупредилъ дальнѣйшее увеличеніе разрыва. Величина разрыва=2 цтм., sphincter остался цѣль; наложеніе двухъ швовъ, полное заживленіе. Причиной разрыва были два рубца, образовавшіеся вслѣдствіе разрыва промежности при предъидущихъ родахъ, когда были наложены щипцы, а разрывъ не былъ зашитъ. Авторъ находитъ, что въ случаѣ начинающагося центрального разрыва можно наложеніемъ щипцовъ предупредить во многихъ случаяхъ разрывъ sphincter'a и нѣтъ надобности прибѣгать для этого, какъ совѣтуетъ Charpentier, къ разрывыванію неразорванной передней части промежности.

А. Семяниковъ.

265. H. Barton. Labour complicated by prolapsus and hypertrophy of the cervix uteri; its progress and treatment (Brit. med. Journ., July 7, 1888). **Осложненіе родовъ выпаденіемъ и гипертрофіей шейки матки.**

3-родящая, 34-лѣтняя женщина еще до замужества страдала выпаденіемъ матки. Первые беременности были прерваны на 4 и 5 мѣсяцахъ. При изслѣдованіи шейка матки выдавалась на 2 дюйма изъ половой щели и имѣла 3 дюйма въ окружности. Предлежащая головка стояла на 3 дюйма выше наружнаго зѣва. Такъ какъ втеченіе 2 сутокъ головка не опустилась ниже и зѣвъ не расширился, а шейка матки, напротивъ, увеличилась въ объемѣ, то были назначены горячія припарки и было дано нѣсколько разъ по 20 гранъ хлораль-гидрата въ 10 минутные промежутки. Черезъ нѣсколько часовъ края зѣва размягчались и 7-мѣсячный ребенокъ родился произвольно. Послѣ родовъ коллапсъ, отъ котораго мать умерла нѣсколько часовъ спустя.

А. Семяниковъ.

266. S. Campbell. A case of puerperal arterial thrombosis. (Brit. med. Journ., July 21, 1888). Случай послѣродоваго артеріальнаго тромбоза.

Авторъ вкратцѣ описываетъ случай множественныхъ эмболій въ послѣродовомъ періодѣ, поведшихъ черезъ два мѣсяца къ смерти при явленіяхъ паралича, общей слабости и гипостазной пнеймоніи. А. Семяниковъ.

267. W. Matlakowski.—Dwa przypadki zapalenia otrzewnej pochodzenia pŃogowego, leczone za pomocą laparotomii. (Gazeta lekarska 1888. № 23). Два случая послѣродоваго воспаления брюшины, леченные помощью лапаротоміи.

1-й случай. Больная С. 32 лѣтъ, дочь купца, поступила 4-го іюня 1887 г. въ Пражскій госпиталь. Родила два раза благополучно. Два мѣсяца тому назадъ выкинула на 3 мѣсяцѣ беременности, выкидышъ сопровождался обильнымъ кровотеченіемъ. Плодное яйцо выдѣлилось само. Спустя три дня больная встала и, чувствуя себя хорошо, принялась за обычные занятія. Такъ продолжалось около 5 недѣль. Три недѣли тому назадъ появилось лихорадочное состояніе, сопровождавшееся знобами, животъ сталъ увеличиваться въ объемѣ. Изслѣдованіе больной дало ясные признаки ограниченнаго перитонита и скопленія гноя въ полости брюшины. Температура тѣла $39,0^{\circ}$, пульсъ 120. Окружность живота на уровнѣ пупка 93 сент.—7-го Іюля сдѣлана была лапаротомія разрѣзомъ по бѣлой линіи живота, ниже пупка, выпущено большое количество жидкаго гноя, брюшина оказалась покрытою слоемъ фибринозно-гнойнаго выпота. Полость брюшины вымыта растворомъ борной кислоты, затѣмъ растворомъ сулемы (1 : 2000) и опять растворомъ борной кислоты. Въ рану положены два куска іодоформной марли, идущіе отъ Дугласоваго пространства, и укрѣплены въ нижнемъ углу раны. Рана зашита. Больная сперва пачала поправляться, лихорадочное состояніе исчезло, появился аппетитъ, затѣмъ наступило ухудшеніе, апатическое состояніе, и спустя три недѣли послѣ операціи больная скончалась.

2-й случай. Больная О. Р. 37 лѣтъ, жена сторожа, прибыла въ госпиталь 23-го ноября 1887 года. Родила 4 раза благополучно. Недѣлю тому назадъ выкинула на 5-мъ мѣсяцѣ беременности, послѣ выхода плода, послѣдъ вынуть былъ акушеркою. Съ момента родовъ больная почувствовала лихорадочное состояніе. Температура тѣла $38,6^{\circ}$, пульсъ 104. Животъ вздутъ, окружность 94 сент., болѣзненность его незначительна. При поворачиваніи больной и сотрясеніи таза ясно слышится переливаніе и клокотанія жидкости въ животѣ (succussio Hippocratis). Слабитъ часто.—Питаніе умѣренное. Определено peritonitis purulenta. Жидкость полученная пробнымъ уколомъ показала при изслѣдованіи громадное количество содержащихся бактерій: Streptococcus, Staphylococcus, Bacillus saprogenes foetidus, гнойныхъ шариковъ почти не оказалось. 24-го ноября 1887 г. сдѣлана лапаротомія разрѣзомъ по бѣлой линіи живота, вышло много крайне вонючихъ газовъ и 2,500 куб. центиграммъ гнойной жидкости. Брюшная полость промыта рас-

творомъ тимола (1:1000), сулемы (1:5000) и поваренной соли. Брюшина представляется утолщеною, неровною, шероховатою, грязно-сѣраго цвѣта. Въ брюшную полость положено нѣсколько кусковъ сулемованной марли, рана зашита и наложена іодоформная повязка. Въ слѣдующіе за тѣмъ дни куски марли были вынуты и брюшная полость опять промыта теплымъ растворомъ тимола (1:2000) подъ малымъ давленіемъ; промываніе было необходимо по причинѣ вонючихъ выдѣленій. Зловонный запахъ выдѣленій спустя нѣсколько дней исчезъ, больная видимо стала поправляться и 22-го декабря 1887 года выписалась здоровою.

Н. Стравинскій.

268. M. Lefabvre. Observations d'accouchement prématuré provoqué au moyen d'un ballon excitateur et dilatateur volumineux et incompressible (France méd. 1888 № 83—85). Вызываніе преждевременныхъ родовъ посредствомъ объемистаго и несжимающагося баллона.

Для искусственнаго вызыванія родовъ при суженіяхъ таза *Champentier de Ribes* предложилъ новый баллонъ изъ шелковой ткани, покрытый внутри тонкимъ слоемъ резины. Округлость сложеннаго и ненаполненнаго жидкостью баллона = 3 цтм. При полномъ-же наполненіи какой нибудь жидкостью онъ представляетъ собой цилиндръ, вышиною въ 4 цтм., съ выпуклой верхней частью и коническимъ концомъ въ 5—6 цтм. длиною, переходящимъ въ трубку, шириною въ 6 мм. Диаметръ его = $7\frac{1}{4}$ цтм., округность = 24 цтм., высота 10 цтм. и водовмѣстимость = 360 куб. цтм. Способъ примѣненія слѣдующій: сложенный и порожній баллонъ вводится подъ руководствомъ руки помощью щипцовъ въ полость матки. По удаленіи щипцовъ, онъ удерживается на жѣстѣ рукой и наполняется черезъ трубку водою, затѣмъ трубка перевязывается и рука удаляется. Авторъ подробно описываетъ три случая, въ которыхъ былъ примѣненъ этотъ способъ. Показаніемъ для возбужденія преждевременныхъ родовъ служили во всѣхъ случаяхъ болѣе или менѣе значительныя суженія таза. Въ двухъ случаяхъ—у первородящихъ—посредствомъ наружнаго поворота головное положеніе было предварительно превращено въ ягодичное, чтобы избѣжать возможнаго выпаденія пуповины. Въ третьемъ случаѣ—у второродящей—ребенокъ родился въ черепномъ положеніи. Во всѣхъ случаяхъ боли начинались скоро послѣ введенія расширителя, самое позднее черезъ 2 часа. При полномъ раскрытіи зѣва, шаръ выпадаетъ во влагалище, изъ котораго его извлекаютъ не выпуская жидкости, чтобы лучше подготовить родовыя пути. Въ обоихъ случаяхъ ягодичнаго положенія было сдѣлано извлеченіе за ножку. При предлежаніи черепомъ ребенокъ родился произвольно. Отъ момента введенія расширителя до полнаго раскрытія зѣва проходило самое большее 7 часовъ. Плодные оболочки по возможности щадились. Выпаденія пуповины не произошло ни въ одномъ случаѣ. Кромя приведенныхъ авторомъ случаевъ, этотъ баллонъ былъ съ такимъ же успѣхомъ примѣненъ еще въ 5 случаяхъ, причѣмъ въ 4 изъ нихъ не было сдѣлано поворота на ягодицы, а оставлено черепное положеніе.

А. Семянниковъ.

269. August Nebel. Kasuistischer Beitrag zur Atrophie der weiblichen Genitalien bei Diabetes mellitus (Central. für Gynäcol. 1888 № 31).
Случай атрофіи женскихъ половыхъ органовъ при diabetes mellitus.

Больная 37 лѣтъ, рожала 6 разъ; послѣдніе роды 7 мѣс. тому назадъ; всѣ предшествовавшіе беременности и роды протекали нормально, къ концу же послѣдней беременности больная стала испытывать весьма сильную жажду и очень часто мочиться; животъ, представлявшій до того соотвѣтственно нормальные размѣры, около этого времени началъ колоссально увеличиваться, что заставило пользовавшаго врача вслѣдствіе наступившаго тягостнаго состоянія больной произвести на 8-мъ мѣс. искусственные преждевременные роды. Очень слабый плодъ умеръ на 4-й день. Послѣродовой періодъ протекъ нормально, однако жажда и увеличенное суточное количество мочи оставались по прежнему. Силы больной значительно пали и регулы со времени родовъ не приходили. Больная представляетъ кахектическій видъ; сердце и легкія здоровы. Рукавъ чрезвычайно узокъ, особенно задній сводъ; слизистая оболочка блѣдна, съ выраженными красными пятнами. Матка мала и вяла; длина=4¹/₂ сан. Оба яичника на нормальномъ мѣстѣ, очень дряблы, каждый величиною въ бобъ. Суточное количество мочи около 4250 куб. сан. съ уд. вѣс. отъ 1032—1040 и съ 3¹/₂—4⁰/₁₀₀ содержаниемъ сахара. По мнѣнію автора влияніе diabetes mellitus въ данномъ случаѣ очевидно.

Николай Алексенко.

270. Leprévost. Note sur deux cas d'épithélioma primitif de la vulve. (Gaz. de Gynéc., 1888, № 54). Два случая первичной эпителиомы наружныхъ половыхъ органовъ.

Сравнительная рѣдкость, съ какою наблюдается первичный канкроидъ наружныхъ половыхъ органовъ женщины, побуждаетъ автора сообщить два встрѣтившихся въ его практикѣ случая этого рода.

I. *Первичная эпителиома лѣвой малой губы; перерожденіе соотвѣтственныхъ паховыхъ железъ.* — Г-жа М., 52-хъ лѣтъ, рожала три раза; до наступленія менопаузы, т. е., до 47-лѣтняго возраста, была всегда здорова; съ этого же времени, среди другихъ припадковъ, сопровождающихъ нерѣдко климактерическій періодъ, ее началъ сильно беспокоить зудъ наружныхъ половыхъ органовъ, не уступавшій никакому леченію. Затѣмъ, на лѣвой сторонѣ vulvae появилась язва, принятая пользовавшимъ врачомъ за твердый шанкръ. Когда больная обратилась къ автору, онъ нашелъ лѣвую малую губу разрушенною, на внутренней же поверхности большой губы вплоть до похотника, равно какъ на сосѣдней части передне-боковой стѣнки влагалища имѣлась бугристая изъязвленная поверхность съ неровными, зазубренными краями; мочепускательный каналъ не тронутъ, шейка матки также нормальна; кожа большой губы и внутренней поверхности бедеръ, кромѣ расчесовъ, ничего не представляютъ; въ лѣвомъ паховомъ сгибѣ прощупывается пакетъ увеличенныхъ неболезненныхъ лимфатическихъ железъ. Больная за-

мѣтно похудѣла и жалуется на сильныя боли въ пораженныхъ частяхъ. Операция: сначала удалена вся масса перерожденныхъ паховыхъ железъ, рана дренирована и зашита; затѣмъ вырѣзаны всѣ пораженныя новообразованиемъ части наружныхъ половыхъ органовъ, захватывая на нѣсколько сантиметровъ здоровыя ткани; артеріальное кровотеченіе потребовало наложенія 3—4 лигатуръ, а вся окровавленная поверхность прижжена термокаутеромъ; влагалище загампонировано карболизованною марлею; перевязка по *Lister*'у. Послѣоперационное теченіе вполнѣ удовлетворительно. Паховая рана зажила первымъ натяженіемъ, рана же на наружныхъ половыхъ органахъ зарубцевалась постепенно. Черезъ два мѣсяца больная могла отдаться своимъ обычнымъ занятіямъ. Но еще черезъ два мѣсяца (т. е. черезъ четыре послѣ операции), появился рецидивъ, какъ въ паховыхъ железахъ, такъ и во влагалищѣ, и больная вскорѣ умерла.

II. *Первичная эпителиома лѣвой большой губы; рецидивъ въ паховыхъ железахъ противоположной стороны.* Г-жа V., 58 лѣтъ, рожала два раза, до настоящаго заболѣванія была всегда здорова. Въ началѣ 1884 года она замѣтила на лѣвой большой губѣ утолщеніе, которое и было удалено при помощи термокаутера; черезъ нѣсколько мѣсяцевъ — рецидивъ, также удаленный въ августѣ, но почти тотчасъ же возобновившійся. При изслѣдованіи вся внутренняя поверхность большой губы занята характернымъ изъязвленіемъ, простирающимся отъ задней снайки до похотника. Операция произведена 18 октября по тому же методу, какъ и въ первомъ случаѣ. Рубцеваніе совершилось безъ всякихъ осложнений, и оперированная чувствовала себя очень хорошо до августа слѣдующаго года, когда появился метастазъ въ *правомъ* паху; въ сентябрѣ тщательно удалены всѣ пораженныя железы, но черезъ три мѣсяца замѣченъ рецидивъ, поведшій вскорѣ къ летальному исходу при явленіяхъ маразма.

А. Фишеръ.

271. **Richet. Epithelioma du clitoris.** (Gaz. de Gynec., 1888, № 59). Эпителиома похотника.

Больная 40 лѣтъ, изъ здоровой семьи, рожала 1 разъ на 23-мъ году; полгода тому назадъ замѣтила на наружныхъ половыхъ органахъ опухоль, которая постепенно увеличивалась и сдѣлалась болѣзненною. При изслѣдованіи найдено бугристое новообразование, величиною съ куриное яйцо, занимающее область соединенія большихъ и малыхъ губъ съ похотникомъ; мочеиспускательный каналъ не пораженъ; въ обоихъ пахахъ прощупываются железы, небольшія, подвижныя, довольно мягкія и мало болѣзненныя. Такъ какъ новообразование было довольно подвижно и соединялось съ подлежащими тканями только при посредствѣ корней похотника, то и полное удаленіе его, произведенное помощью термокаутера, не представило особыхъ трудностей; болѣе крупныя артеріи потребовали наложенія лигатуръ. Микроскопическое изслѣдованіе одной железы, вырѣзанной съ этою цѣлью изъ лѣваго паха, показало исключительно воспалительныя измѣненія.

А. Фишеръ.

272. **Bonnain.** Vice de conformation étrange de la région ano-vaginale (L'Union Médicale, № 108, 4 Сент. 1888). Странный порокъ образованія прямо-кишечно-влагалищной области.

Въ письмѣ своемъ къ редактору «Union Médicale» *B.* описываетъ слѣдующій интересный случай порочнаго образованія прямокишечно-влагалищной перегородки. Онъ былъ приглашенъ акушеркой къ родильницѣ, 25-ти лѣтней первородящей. Быстро прибывъ туда, куда его звали, онъ съ удивленіемъ увидѣлъ, что роды уже окончились, новорожденный давно обряженъ и спитъ, родильница совершенно спокойна и что домашніе ея восхищены тою легкостью и быстротою, съ какими совершился процессъ родоразрѣшенія. Одна акушерка была взволнована. Она сообщила *B.*, что поражена страннымъ недостаткомъ, которымъ страдаетъ родильница. Оказалось, что у этой послѣдней, въ силу порока развитія, нѣтъ ни заднепроходнаго отверстія, ни промежности, ни уздечки, ни вульварнаго кольца, ни влагалищнаго жома, словомъ всего того, что называется половой щелью. Виѣсто всего этого была ужасная клоака. Очевидно, что при такихъ условіяхъ ребенокъ, несмотря на свои большіе размѣры, могъ родиться безъ всякихъ затрудненій. На вопросъ о томъ, почему больная, которую *B.* зналъ еще дѣвучкой, ничего не говорила ему ранѣе о своемъ недостаткѣ, родильница отвѣтила, что порокъ этотъ ея не беспокоилъ и притомъ же она полагала, что создана такъ, какъ и всѣ другія женщины. При внутреннемъ изслѣдованіи маточная шейка оказалась на своемъ мѣстѣ; въ равномъ разстояніи отъ шейки матки и нижняго края псевдо-влагалища находилось настоящее заднепроходное отверстіе, снабженное энергическимъ жомомъ. Нечего и говорить, что послѣродовой періодъ протекъ прекрасно.

Сообщая настоящій случай, *B.* говоритъ, что ему въ теченіе долгой его практики довелось наблюдать трехъ дѣвочекъ, имѣвшихъ прирожденное зарощеніе заднепроходнаго отверстія съ образованіемъ прямокишечно-влагалищной фистулы. Всѣ попытки облегчить судьбу этихъ несчастныхъ, обыкновенно, остаются безрезультатными.

Редакція «Union Médicale», помѣщая реферированное нами письмо, находитъ со своей стороны этотъ случай совершенно исключительнымъ. Ненормальное окончаніе прямой кишки, вульварный или влагалищный задній проходъ, по ея словамъ, всюду описано. Но въ такихъ случаяхъ существуетъ промежность. Ничего подобнаго клоакѣ, наблюдаемой *Bonnain*, сообщено не было.

В. Массень.

273. **Trélat.** Des rétroversions et des réflexions adhérentes de l'uterus et de leur traitement (Semaine méd. 1888 № 27). Фиксированныя наклоненія и перегибы матки кзади и ихъ леченіе.

Перегибы и наклоненія матки могутъ быть вызваны различными причинами, между которыми первое мѣсто принадлежитъ расслабленію заднихъ двугласовыхъ связокъ и покрывающей ихъ фасціи. Смотря по степени выривимости матки, различаютъ вправимый, трудно вправимый и невправимый перегибы. Невправимость обусловливается или перитонитическими складками,

перемычками, или параметритическими рубцами. Лечение перегиба заключается в редрессии матки, которую должно дѣлать, по *Schultze*, только помощью рукъ, прибѣгая, въ трудныхъ случаяхъ, къ расширенію матки, чтобы введенный въ нее палецъ можно было ее выравить. При этомъ можно прибѣгнуть къ насильственному разрыву перепонокъ, фиксирующихъ матку. Другой способъ леченія заключается въ томъ, что сначала начинаютъ лечить метритъ, такъ какъ очень часто фиксирующія матку утолщенія заразнаго происхожденія, такъ что они исчезаютъ по мѣрѣ того, какъ проходитъ вызывающая ихъ причина, т. е., метритъ. Для этого способа леченія расширяютъ шейку матки палочками ламинарія и лечатъ матку, смотря по степени заболѣванія, внутриматочными промываніями или острой ложкой. Когда матка уменьшилась въ объемѣ, сдѣлалась мягче, тогда исправляютъ ее положеніе помощью зонда. Для полнаго излеченія достаточно 15—16 дней. Этотъ способъ леченія былъ съ успѣхомъ примѣненъ авторомъ въ 3 случаяхъ и д-ромъ *Pouillet* въ 11 изъ 12 случаевъ. Когда исправлено положеніе матки, то остается исполнить вторую половину леченія, т. е., удержать матку въ правильномъ положеніи. Этого можно во многихъ случаяхъ достигнуть помощью пессаріевъ. Въ другихъ случаяхъ, однако, пессаріи не въ состояніи удержать матку, и тогда остается прибѣгнуть къ оперативному способу леченія, заключающемуся въ прикрѣпленіи матки къ передней брюшной стѣнкѣ (см. «Журн. Акуш. и Жен. Бол.» 1888 № 3 стр. 244—248 и № 5, стр. 404—406) или къ укороченію круглыхъ маточныхъ связокъ. Авторъ высказывается противъ первой операціи, допуская ее только въ исключительныхъ случаяхъ, особенно тамъ, гдѣ, кромѣ перегиба, существуютъ еще опущеніе матки и гипертрофія шейки. Самымъ удобнымъ способомъ онъ считаетъ вторую операцію, если пессаріи не ведутъ къ цѣли. Авторъ шесть разъ съ успѣхомъ сдѣлалъ эту операцію. Онъ укорачивалъ обѣ круглыя связки на 11—14 птм. Такъ какъ со времени операціи прошло еще слишкомъ мало времени, то авторъ предоставляетъ будущему рѣшить вопросъ, насколько прочными окажутся полученные операціей результаты.

А. Семяниковъ.

274. М. Лебедевъ. Къ вопросу о дизменорреѣ и ея леченіи кровавымъ расширеніемъ шейки матки. (Дисс., Москва, 1887 г.).

Разбирая этиологію болѣзненныхъ мѣсячныхъ — дизменорреи, авторъ становится въ ряды противниковъ исключительно механической теоріи, причежъ онъ слѣдующимъ образомъ формулируетъ свои воззрѣнія на этотъ вопросъ: 1) дизменоррея есть симптомъ разнообразныхъ заболѣваній матки, яичниковъ, трубъ, брюшины и клѣтчатки; 2) отверстія матки играютъ роль въ произведеніи дизменорреи не величиной своей, но неспособностью растягиваться, вслѣдствіе измѣненія ткани, съ одной стороны, и вслѣдствіе спазма, съ другой; 3) такъ называемая механическая дизменоррея зависитъ отъ болѣзненныхъ сокращеній матки, необходимыхъ для раскрыванія отверстій матки, а не для изгнанія крови въ смыслѣ ученія о механической дизменорреѣ; 4) кровь при менструаціи выдѣляется вслѣдствіе сокращеній матки, вызывающихъ разрывъ венозныхъ капилляровъ; 5) вопросъ о ближайшей причинѣ

болѣзненныхъ сокращеній при настоящихъ нашихъ знаніяхъ не можетъ быть рѣшенъ удовлетворительно.

Задачею оперативнаго леченія дизменорреи авторъ ставитъ — сдѣлать шейку матки и ея отверстія растяжимыми; въ частности-же требуется уничтожить каллѣзность, затверденія въ отверстіяхъ, уничтожить гипертрофію и удлиненіе шейки, исправить неправильность положенія и направленія матки, особенно шейки, сдѣлать форму шейки болѣе подходящей къ нормальной, устранивъ воспалительные процессы и ихъ продукты въ эндометріи, периметріи, яичникахъ и трубахъ. Слѣдовательно, хирургическое поле очень обширно. Обращаясь въ частности къ методамъ кроваваго расширенія шейки матки, авторъ отдаетъ предпочтеніе предложенной *Simon'*омъ и описанной *Marckwald'*омъ „kegelmantelförmige Excision“, состоящей, какъ извѣстно, въ вырѣзываніи клиновидныхъ кусковъ изъ передней и задней губы влагалищной части (см. *К. Ф. Славянский*, «Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней», 1888 г., т. I, стр. 286, *Ресф.*). Въ соотвѣтственныхъ случаяхъ авторъ видоизмѣняетъ эту операцію; такъ, напр., при гипертрофіи одной какой-либо губы, чаще задней, онъ вырѣзываетъ кусокъ только изъ нея; при чрезчуръ низкомъ прикрѣпленіи передняго свода, такъ что передняя губа представляется крайне короткою, какъ-бы отсутствующею, онъ перерѣзаетъ прикрѣпленіе свода и, отсепаровавъ его ручкою скальпеля на 1 см. кверху, укрѣпляетъ его тамъ двумя швами. Результатами этой операціи онъ вполне доволенъ. Приведена таблица изъ 29 случаевъ кроваваго расширенія шейки по различнымъ способамъ.

Помѣщенные въ концѣ диссертациі положенія таковы: 1) Дизменоррея есть симптомъ разныхъ заболѣваній матки, яичниковъ, трубъ, пара- и периметритовъ.— 2) Отверстія матки имѣютъ вліянія на происхожденіе дизменорреи не величиной своей, а нерастяжимостью, ригидностью.— 3) Нервная форма дизменорреи зависитъ по преимуществу отъ заболѣванія тазовыхъ нервовъ.— 4) Способъ двусторонняго разрѣза *Sims'*а не всегда достигаетъ цѣли и въ виду указанныхъ неудобствъ долженъ быть оставленъ.— 5) Сагитальный разрѣзъ *Sims'*а не выпрямляетъ канала матки при флексіяхъ, помѣщающихся выше прикрѣпленія сводовъ.— 6) Способъ *Simon-Marckwald'*а заслуживаютъ полнаго вниманія для устраненія суженій и гипертрофіи шейки.— 7) При низкомъ прикрѣпленіи передняго свода и флексіи шейки предлагаемый мною способъ выпрямленія шейки имѣетъ важное значеніе при лѣченіи безплодія.— 8) Для устраненія выворота при *Simon-Marckwald'*овскомъ способѣ необходимо наложеніе боковыхъ швовъ.— 9) Вопросъ о причинахъ *Emmet'*овскаго разрыва требуетъ для своего рѣшенія анатомо-гистологическаго изслѣдованія маточной шейки.— 10) Ученіе о молочной лихорадкѣ послѣ родовъ должно быть выброшено изъ учебниковъ акушерства.

А. Фишеръ.

275. **H. Rutherford.** The treatment of haemorrhage in fibro-myomata by *Hydrastis Canadensis* (Brit. med. journ., July 21, 1888). Примѣненіе *Hydrastis Canadensis* противъ кровотеченій при фиброміомахъ матки.

Авторъ сообщаетъ 5 краткихъ исторій болѣзни, гдѣ онъ съ полнымъ успѣхомъ примѣнилъ при фиброміомахъ *Hydrastis*, чтобы остановить кровотеченіе, продолжавшееся очень долго и не поддававшееся подчасъ никакимъ другимъ средствамъ. Онъ употреблялъ *tincturam* въ количествѣ gr. XV—3j или *extractum* отъ gr. XV—3ß. Это средство вызываетъ въ медицинскихъ дозахъ сокращеніе сосудовъ, въ ядовитыхъ же—расширеніе. По *Fellner'y* и *Wilcox'y* оно вызываетъ также и сокращенія матки, что, однако, отрицаетъ *Schatz*. Величина опухоли не уменьшается. Преимущества его передъ *ergotin'омъ* заключаются въ томъ, что онъ даже при продолжительномъ употребленіи не разстраиваетъ пищеваренія и не вызываетъ запоровъ, а напротивъ способствуетъ пищеваренію и возбуждаетъ аппетитъ. Затѣмъ онъ не вызываетъ болѣзненныхъ сокращеній матки, которыя часто наблюдаются при примѣненіи *ergotin'a*. Въ виду этого *Hydrastis* можетъ быть съ успѣхомъ примѣненъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больныхъ нельзя оперировать или гдѣ онѣ сами не соглашаются ни на операцію, ни на леченіе электричествомъ, сопряженное со многими неудобствами для больныхъ.

А. Семяниковъ.

276. **A. Kempe.** Case of *inversio uteri* of four months standing: cure (Brit. med. journ., July 7, 1888). Извлеченіе выворота матки, существовавшего 4 мѣсяца.

У 21-лѣтней первородящей произошелъ послѣ родовъ выворотъ матки. Такъ какъ попытки вправленія не удались, то больная поступила въ больницу, гдѣ для вправленія былъ примѣненъ инструментъ *Aveling'a*. Цѣль не была достигнута, но у больной сдѣлалось очень сильное воспаленіе тазовой клѣтчатки. Мѣсяць спустя авторъ началъ лечить больную отъ параметрита и черезъ 4 мѣсяца отъ начала болѣзни ему удалось вправить матку посредствомъ надрѣзовъ зѣва и послѣдовательнаго вложенія своего каучуковаго, наполненнаго воздухомъ пузыря. Вправленіе посредствомъ инструмента *Aveling'a* не удалось, быть можетъ, потому, что верхушка его не соотвѣтствовала дну матки.

А. Семяниковъ.

277. **Adrian Schücking.** Zwei Fälle von *totalem Prolapsus uteri* geheilt durch die Anwendung der vaginalen *Uterusligatur* (Centrbl. für Gyn. № 35, 1888). Два случая полного выпаденія матки, излеченныхъ маточно-влагалищной лигатурой.

Указавъ на благоприятные результаты леченія ретрофлексіи подвижной матки своимъ способомъ маточно-влагалищной лигатуры (Журн. ак. и жен. бол. Май 1888), авторъ приводитъ теперь два случая полного выпаденія матки, въ которыхъ примѣненіе этого способа увѣнчалось такимъ-же успѣхомъ. Больная 54 л. страдаетъ полнымъ выпаденіемъ матки въ теченіе 14-ти лѣтъ. Рожала 10 разъ, выпаденіе-же развилось послѣ первыхъ родовъ. Длина

выпавшей наружу части матки = 12 сан., длина-же полости = 13 сан. Cystocele и rectocele; вокруг наружного зѣва изъязвленіе. Вправление матки удается легко. Большая жалуется на затрудненіе мочеиспусканія и совершенную неспособность къ работѣ въ стоячемъ положеніи. Оттянувъ мочевой пузырь при помощи зонда вверхъ во избѣжаніе его раненія, авторъ ввелъ въ полость матки инструментъ съ выдвижной иглой, снабженной на концѣ шелковой лигатурой и наклоненіемъ рукоятки его назадъ перевелъ матку въ anteфлексію, а затѣмъ подл контролемъ пальца лѣвой руки во влагалищѣ провелъ иглу чрезъ мускулатуру передней стѣнки матки въ передне-правый сводъ. Послѣ удаленія, наконецъ, инструмента со втянутой иглой оба конца нитки, проходящія чрезъ наружный зѣвъ и передне-правый сводъ влагалища, были крѣпко завязаны. Произведенное затѣмъ изслѣдованіе показало, что матка находилась въ сильной anteфлексіи и на нормальной высотѣ въ тазу; припадки затрудненнаго мочеиспусканія послѣ фиксированія матки исчезли. Удаленіе лигатуры чрезъ 19 дней. Чрезъ 4 недѣли положеніе матки не измѣнилось. Такого-же результата авторъ достигъ и во второмъ случаѣ у 44-хъ-лѣтней женщины съ полнымъ выпаденіемъ матки въ теченіе 18 лѣтъ; лигатура была удалена чрезъ 18 дней. По мнѣнію автора, его способъ по своей простотѣ, безопасности и результатамъ имѣеть преимущество предъ всѣми другими.

Николай Алексенко.

278. M. Trélat. Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de femme (Annal. dn gyn. et d'obstetr. 1888 № 5). Лекціи о выпаденіи женскихъ половыхъ органовъ. Первая лекція.

Обращаясь къ этиологій, авторъ находитъ, что указываемые обыкновенно этиологическіе моменты, какъ-то: много разъ бывшая беременность, частые роды съ ихъ послѣдствіями, далеко не выдерживаютъ критики, такъ какъ съ одной стороны большое число многорожавшихъ женщинъ совсѣмъ не страдаетъ выпаденіемъ половыхъ органовъ, а съ другой это заболѣваніе не особенно рѣдко приходится наблюдать у не рожавшихъ и даже у дѣвицъ. Признавая за вышеказанными моментами значеніе предрасполагающихъ, непосредственной причиной выпаденія авторъ считаетъ какое-нибудь большое усиліе или напряженіе (l'effort), напр. поднятіе большой тяжести, влекущее за собою разрывъ связочнаго аппарата. Въ пользу этого говоритъ большое число наблюденій автора, гдѣ выпаденіе, подобно грыжамъ, развивалось внезапно съ ощущеніемъ сильной боли внизу живота. Выпаденія половыхъ органовъ наблюдаютъ не только у рожавшихъ, но также у не рожавшихъ и у дѣвицъ. *Churchill, Monro, Nonat, Scanzoni, Puech* приводятъ относительно этого свои наблюденія; особенно замѣчательенъ случай *Mundé*: полное выпаденіе матки у молодой дѣвушки 19 лѣтъ въ моментъ сильнаго напряженія. По мнѣнію автора, въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ предполагать врожденную, наследственную слабость какъ связочнаго аппарата матки, такъ и мускулатуры влагалища и тазоваго дна, которая въ подобныхъ случаяхъ является предрасполагающимъ моментомъ. Въ другой категоріи случаевъ наблюдаютъ быстрое образованіе выпаденія матки у беременных; случается это также послѣ

какого-либо усилія, паденія, сильнаго удара въ животъ и проч., вслѣд. разрыва связокъ; больныя нерѣдко чувствуютъ, что у нихъ въ этотъ моментъ что-то порвалось внизу живота. Въ случаяхъ особенно трудныхъ родовъ, примѣненія щипцовъ и т. п., гдѣ одновременно происходитъ большой разрывъ промежности, выпаденіе наблюдается иногда очень скоро послѣ родовъ, лишь только родильница встаетъ съ постели. Въ такихъ случаяхъ, по мнѣнію автора, надо предполагать разрывъ маточныхъ связокъ вслѣдствіе самаго родового акта, а не какого-либо усилія или напряженія со стороны родильницы. Въ заключеніе своей первой лекціи авторъ указываетъ на то, что дѣленіе выпаденій на смѣщенія, или выпаденія матки, влагалища, на cystocele и gestocele, слишкомъ искусственно, такъ какъ на самомъ дѣлѣ всѣ смѣщенія и выпаденія комбинируются между собою самымъ различнымъ образомъ и наблюдать отдѣльныя формы почти не приходится; этимъ обстоятельствомъ авторъ и оправдываетъ заглавіе въ общей формѣ, которое онъ даетъ своимъ лекціямъ.

Н. Алексенко.

279. M. de Torneray. Des injections d'eau chaude prolongées dans l'épithélioma du col de l'uterus (France méd. 1886 № 86). Продолжительные горячіе души при ракъ шейки матки.

Въ томъ періодѣ развитія рака, когда его уже нельзя оперировать, авторъ съ успѣхомъ примѣнялъ горячіе влагалищныя души. Они дѣлались два раза въ день втеченіе по крайней мѣрѣ полчаса. Авторъ остался вполне доволенъ полученными результатами, такъ какъ кровотеченія, гнойныя истеченія и боли очень значительно уменьшались и теченіе болѣзни замедлялось. Раковыя массы дѣлались тверже и уменьшались въ объемѣ. Къ сожалѣнію, автору не удалось прослѣдить дальнѣйшаго теченія болѣзни послѣ выхода больныхъ изъ клиники, кромѣ одного случая, гдѣ по истеченіи 4 мѣсяцевъ все еще продолжается улучшеніе.

А. Семяниковъ.

280. D-r Terrillon. Seize hystérectomies abdominales (An. de gynéc. et d'obst. 1888 № 5). 16 надвлагалищныхъ ампутацій матки (laparohysterotomia).

По мнѣнію автора, надвлагалищная ампутація матки при фиброміомахъ представляетъ операцію довольно опасную, дающую около 30% смертности, которая, однако, вполне показуется въ случаяхъ, гдѣ объемъ опухоли очень великъ и жизнь больной подвержена опасности либо вслѣдствіе постоянныхъ и сильныхъ кровотеченій, либо вслѣдствіе сдавленія окружающихъ органовъ, т. е., при наличности жизненныхъ показаній. При фиброміомахъ-же малой или средней величины, не поднимающихся выше пупка, но причиняющихъ обильныя потери крови, слѣдуетъ предпочитать кастрацію, которая гораздо менѣе опасна и даетъ прекрасные результаты въ смыслѣ прекращенія кровотеченій и обратнаго развитія опухоли. Для полнаго эффекта операціи необходимо удалять оба яичника, что, къ сожалѣнію, не всегда бываетъ возможнымъ. Наконецъ, въ случаяхъ, гдѣ фиброміомы матки, хотя и большія по объему, не вызываютъ ни сколько-нибудь серьезныхъ кровотеченій, ни явле-

ній сдавленія окружающихъ органовъ, или другихъ тяжелыхъ разстройствъ здоровья, должно, по мнѣнію автора, воздерживаться отъ оперативнаго вмѣшательства и примѣнять лекарственное лечение, въ которомъ первое мѣсто занимаютъ подкожныя впрыскиванія эрготина. Руководствуясь указанными принципами при выборѣ того или другаго метода леченія фиброміомъ матки, авторъ въ теченіе послѣднихъ пяти лѣтъ на матеріалѣ въ 76 случаевъ произвелъ 16 надвлагалищныхъ ампутацій матки и 6 кастрацій. Изъ остальныхъ 54 больныхъ 6 умерло, не дождавшись операціи, 48 были пользуемы фармацевтическими средствами. При laparohysterotomii, за исключеніемъ двухъ случаевъ, въ 14-ти былъ примѣненъ въбрюшинный методъ ухода за ножкой, укрѣпленной въ нижнемъ углу брюшной раны, причѣмъ выздоровѣло 11 больныхъ и умерло 5. Изъ 6 кастрированныхъ 5 выздоровѣло и одна умерла, смерть которой, однако, не была послѣдствіемъ операціи, а завистла отъ со-всѣмъ посторонней причины.

Н. Алексенко.

281. G. Bantock. Notes on three year's ovariectomy work in the Samaritan free hospital: eighty-two cases without a death (Brit. med. journ., June 30, 1888). Отчетъ о 82 овариотоміяхъ безъ смертельнаго исхода, сдѣланныхъ въ теченіе 3 лѣтъ въ Samaritan free hospital.

Сообщивъ въ началѣ статьи объ одной овариотоміи со смертельнымъ исходомъ, сдѣланной при очень неблагоприятныхъ условіяхъ, авторъ затѣмъ даетъ краткій отчетъ о сдѣланныхъ имъ подрядъ 82 овариотоміяхъ безъ смертельнаго исхода. Въ 47 изъ 82 случаевъ существовали болѣе или менѣе значительныя сращенія. Въ 6 случаяхъ, кромѣ сращеній, опухоли не имѣли ножки и были вылушены. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ киста находилась въ состояніи нагноенія; въ другомъ случаѣ пришлось для прекращенія кровотока наложить 9 лигатуръ; въ третьемъ, по удаленіи двусторонней кисты, пришлось удалить и матку. Въ остальныхъ 28 случаяхъ не было сращеній. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ была пупочная грыжа, которую авторъ съ успѣхомъ оперировалъ одновременно съ овариотоміей. Въ 45 случаяхъ были вложены дренажныя трубки. Въ 34 случаяхъ былъ удаленъ и другой болѣе или менѣе большой яичникъ. Въ 9 случаяхъ были дермоидныя кисты. 8 разъ встрѣтилось перекручиваніе ножки, 5 разъ разрывъ кисты. Въ двухъ случаяхъ оперировали при ракѣ, причѣмъ одна больная умерла отъ рецидива черезъ 14 мѣсяцевъ, другая черезъ нѣсколько недѣль. При саркоматозномъ перерожденіи яичниковъ больная умерла отъ рецидива черезъ 7 недѣль. Всѣ эти операціи дѣлались безъ употребленія обеззараживающихъ веществъ. Для промыванія брюшной полости употреблялась просто теплая вода. Такъ какъ въ той же больницѣ другіе хирурги оперируютъ при соблюденіи антисептики, то авторъ приводитъ сравнительную таблицу смертности при несоблюденіи антисептики и при ея примѣненіи. Въ первомъ случаѣ за три года (1885—1888) пришелся одинъ смертельный случай на 86 операціи (1,16%), во второмъ 11 случаевъ на 118 операцій (9,3%).

А. Семяниновъ.

282. **W. Tivy. Notes on three cases of uterine fibroids under treatment by Apostoli's electrical method** (Brit. med. Journ., June 30, 1888).

Примѣненіе электричества по способу Apostoli въ трехъ случаяхъ фиброміомъ матки.

Авторъ вкратцѣ описываетъ три случая, гдѣ при большихъ фиброміомахъ матки было примѣнено электричество. Въ одномъ случаѣ, послѣ 11 сеансовъ, объемъ живота утѣнился съ 41^{1/2} дюйма на 34; во второмъ, послѣ 8 сеансовъ, съ 41^{1/2} на 35; въ третьемъ, тоже послѣ 8 сеансовъ, съ 34 на 32. Опухоли во всѣхъ трехъ случаяхъ очень значительно уменьшились въ объемъ и больныя чувствовали себя хорошо. Лечение заключалось въ слѣдующемъ: влагалище промывалось до и послѣ каждаго сеанса растворомъ обеззараживающаго вещества; отрицательный электродъ прикладывался къ внутренней поверхности матки, положительный къ брюшнымъ покровамъ; сеансъ продолжался 10 минутъ и повторялся черезъ 10 дней. Сила тока бралась въ первый сеансъ въ 80—90 Milliamperes и постепенно увеличивалась до 150, а затѣмъ также постепенно уменьшалась.

А. Семяниковъ.

283. **G. Burford. Hydramnios simulating ovarian tumour, with pregnancy abdominal section: delivery per vias naturales: recovery.** (Brit. med. Journ., July 21, 1888).

Hydramnion, принятый за осложненную опухоль яичника беременность, чревоушибленіе; роды per vias naturales: выздоровленіе.

Поставленный до операціи вѣроятный діагнозъ на овариальную кисту и беременность съ hydramnion не подтвердился при пробномъ чревоушибленіи, гдѣ была найдена только беременная матка, чрезмѣрно растянутая околоплодной жидкостью. Въ виду плохаго состоянія матери, были вызваны преждевременные роды. Двойни 4—5 мѣсяцевъ. Въ послѣоперационномъ періодѣ единичное повышение t° на 4-й день до 40^o. Выздоровленіе.

А. Семяниковъ.

284. **Routier. Traitement chirurgical de l'hématocèle périutérine.** (La Semaine Medicale, № 25, 1888). Хирургическое лечение haematocèle periuterinae.

Авторъ сообщаетъ 3 случая haematocèle periuterinae., въ которыхъ произведено было имъ чревоушибленіе.

1) Женщина 30 лѣтъ, постоянно здоровая, менструируетъ правильно съ 15 лѣтъ, 10 лѣтъ замужемъ, беременна не была. 20-го февраля 1888 года у нея появились регулы, но вслѣдствіе простуды къ вечеру того же дня вдругъ прекратились: появились сильныя боли въ животѣ, усиливавшіяся при движеніи и малѣйшемъ напряженіи, больная принуждена лечь въ постель; затѣмъ наступило лихорадочное состояніе и обильная испарина.

При поступленіи въ больницу (24-го марта 1888 года): животъ большой, равномерно вздутъ, чрезвычайно болѣзненъ, перкуторный звукъ вездѣ ясный, Внимательная пальпація живота обнаруживала въ немъ большой круглый туморъ, достигающій почти до пупка, выполняющій малый газъ, съ трудно ощутимой флюктуаціей. Матка неподвижна, отклонена впередъ, прижата къ

симфизу. Задній сводь сглаженъ, плотенъ, не флюктуируетъ. Общее состояніе больной: отсутствіе аппетита, лицѣ слегка иктерично, морщинисто, глаза впалые, пульсъ малый и скорый, t° отъ 39 до 40 $^{\circ}$. Діагнозъ: haematocеле retrouterina suppurativa. 30-го марта 1888 года чревосъченіе; разрѣзь по бѣлой линіи, по отдѣленіи нѣкоторыхъ сращеній, достигли гнойнаго очага, не вскрывая серозной полости, — вытекло по крайней мѣрѣ $\frac{3}{4}$ литра гноя. Кромѣ того, были вскрыты еще 2 гнойныхъ очага, помѣщавшіеся съ обѣихъ сторонъ матки. Введенъ стеклянный дренажъ. Послѣ операціи t° пала до 37,4 при хорошемъ общемъ состояніи. Больная скоро совсѣмъ выздоровѣла бы, но во время операціи былъ раненъ мочевой пузырь (моча по ошибкѣ не была выпущена предъ операціей) и, хотя наложенъ былъ на него шовъ, но черезъ 16 дней послѣ операціи появилась моча изъ раны живота: образовалась фистула, которая, впрочемъ, на пути къ самопроизвольному излѣченію. Авторъ обращаетъ вниманіе на катетеризацію пузыря.

2) Прачка, 38 лѣтъ, въ іюнѣ 1887 г. простудилась во время регулъ и тотчасъ же почувствовала сильныя боли въ животѣ съ усиленіемъ кровей, Нѣсколько недѣль пролежала въ постели, но послѣ того осталась болѣзненность живота. 7 мѣсяцевъ спустя появился новый болѣзненный припадокъ, снова кровотеченіе, и больная обратилась за помощью въ больницу. Она явилась съ выдающимися явленіями крайней болѣзненности живота: не могла ни кашлять, ни высморкаться безъ рѣзкой боли въ животѣ. Упорный запоръ, болѣзненная дефекація.

При пальпаціи обнаруживалось затвердѣніе сферической формы, достигавшее середины разстоянія между пупкомъ и симфизомъ, выступавшее справа за среднюю линію. Слева прощупывался плотный туморъ, катавшійся подъ пальцемъ, напоминавшій собою яичникъ; флюктуаціи въ немъ не замѣтно.

Port. vag. многородящая, уплощена, съ разрывами, прилегаеть къ симфизу. Матка неподвижна. Во влагалище вдалась большая опухоль, занимавшая задній и боковой правый сводъ.

Діагнозъ: haematocеле retrouterina; но вслѣдствіе отсутствія лихорадки (t° не выше 38 — 38,3 $^{\circ}$) не предполагалось нагноеніе.

23-го апрѣля 1888 года чревосъченіе, подтвердившее діагнозъ: дѣйствительно, имѣлась не нагноившаяся haematocеле, но подперитонеальнаго происхожденія. Стѣнки мѣшка образованы были листками широкой связки. Мѣшокъ вскрытъ былъ бистури, такъ какъ пункція ничего не дала, и изъ него удалено было большое количество кровяныхъ сгустковъ. Мѣшокъ промытъ теплымъ борнымъ растворомъ. Очагъ распространялся по всей правой и задней части малаго таза, переходя за среднюю линію сзади матки. Введены 2 толстыхъ стеклянныхъ дренажа. T° пала до 37,2. На 16 день удалены дренажи, черезъ мѣсяць больная совершенно выздоровѣла.

3) Женщина до 30 лѣтъ, родила въ 4-й разъ 20-го марта 1888 года въ срокъ. Послѣродовой періодъ вначалѣ протекалъ хорошо, но къ концу 15-го дня лохії вдругъ прекратились, и появились сильныя боли въ reg. hypogastrica. При поступленіи въ больницу животъ представлялся большимъ и болѣзненнымъ при давленіи. Въ полости живота опредѣлялась круглая опухоль,

достигавшая середины разстоянія между пупкомъ и симфизомъ и простиравшаяся вправо. Матка фиксирована и наклонена впередъ, задній и правый боковой сводъ были сглажены. Т° была съ большими колебаніями, временно упала до нормы, но затѣмъ снова больная стала лихорадить.

20-го мая 1888 г. чревосѣченіе. Абсцессъ занималъ полость таза сзади и справа матки. Проживание теплымъ борнымъ растворомъ, 2 стеклянныхъ дренажа. Послѣ операциі т° пала до нормы, на 15 день удалены дренажи, вмѣсто же нихъ въ теченіе 2 дней вводилась іодоформенная марля. Больная вполне выздоровѣла.

Такимъ образомъ въ короткое время авторъ наблюдалъ 3 случая haematocoele, по это, по его мнѣнію, вовсе не говорить за частоту этого заболѣванія, что подтверждается статистикой и другихъ авторовъ.

Переходя къ лѣченію haematocoele, авторъ констатируетъ, что въ настоящее время примѣняется хирургическое вмѣшательство, тогда какъ прежде ожидали рассасыванія кровезлиянія и приступали къ вскрытію абсцесса, когда онъ обозначался уже подъ кожей.

Для достиженія очага были избираемы различные пути: черезъ влагалище и черезъ брюшную стѣнку и при томъ или по бѣлой линіи, или сбоку.

Перечисляя различныхъ операторовъ, авторъ причисляетъ Gusserow'a, Roth'a и Champneys'a къ поборникамъ влагалищнаго пути. Наоборотъ Imlach влагалищный способъ признаетъ опаснымъ и не отвѣчающимъ требованіямъ антисептики. L. Tait въ одной изъ своихъ статей (въ Lancet) говоритъ въ пользу чревосѣченія, но различаетъ при этомъ, имѣется ли haematocoele intra- или extraperitonealis. Первый видъ, по его мнѣнію, предоставленный самому себѣ, никогда не излѣчивается; второй видъ, если онъ не обильный, можетъ, излѣчиваться самопроизвольно, если же появляется нагноеніе, то и при немъ нужно оперировать.

Düwelius, Philips, Galabin съ успѣхомъ оперировали haematocoele, Hermann же — только въ случаяхъ лихорадочныхъ.

Pozzi предложилъ для достиженія haematocoele retrouterinae косвенный путь, какъ при перевязкѣ a. iliacae externae, отдѣляя брюшину отъ fossae iliacaе, пока не достигнетъ опухоли.

Авторъ предпочитаетъ разрѣзъ по средней линіи, такъ какъ при этомъ легче достигнуть очага, въ какой бы сторонѣ онъ ни находился. Бояться вскрытія полости брюшины при нагноившейся haematocoele нечего, такъ какъ отъ инфекціи гарантируютъ съ одной стороны обыкновенно имѣющіяся ссѣщенія, съ другой стороны методическое употребленіе губокъ.

Въ отношеніи выбора времени для хирургическаго вмѣшательства одни придерживаются того мнѣнія, что слѣдуетъ выжидать нагноенія, другіе же оперируютъ, какъ только будетъ діагностировано рассматриваемое заболѣваніе. Авторъ приверженецъ послѣдняго мнѣнія и считаетъ, что выжидать нагноенія, значить подвергать женщину большой опасности: излітіе содержимаго въ полость брюшины, въ мочевой пузырь, въ кишки, вторичные абсцессы.

Далѣе авторъ подробно останавливается на легкой возможности раненія

мочевого пузыря, который, по его мнѣнію, вслѣдствіе retrouterin'наго extra или intraperitoneal'наго изліянія выдвигается впередъ, сращения же въ тазу препятствуютъ расширяться ему въ стороны, и онъ поднимается вверхъ по срединѣ. Поэтому не слѣдуетъ приближать разрѣзъ брюшной стѣнки болѣе, чѣмъ на 2 поперечныхъ пальца отъ симфиза.

Кромѣ того авторъ не совѣтуетъ оставлять дренажи долѣе 8 дней, такъ какъ въ противномъ случаѣ можетъ наступить повышение t° , что и наблюдалось у второй изъ описанныхъ больныхъ.

Считая труднымъ достиженіе антисептики при влагалищномъ способѣ, авторъ по той же причинѣ не признаетъ и дренированія очага одновременно черезъ влагалище и животъ.

Е. Маковецкій.

285. Rheinstädter. Die intra-uterine Chlorzinkätzung. (Centralblatt für Gynäkol., № 34, 25 Авг. 1888). Внутриматочныя прижиганія хлористымъ цинкомъ.

Авторъ возражаетъ противъ мнѣнія врачей, высказавшихся по поводу доклада *Bröse* (о предложенномъ *R.* способѣ леченія хроническаго катарра матки методическими внутриматочными прижиганіями хлористымъ цинкомъ) въ томъ смыслѣ, что прижиганія могутъ повести къ суженію цервикальнаго канала и послѣдовательной гематометрѣ. По мнѣнію автора, употреблявшаго свой способъ съ большимъ успѣхомъ въ теченіе 10 лѣтъ, для подобныхъ апріорныхъ сужденій нѣтъ никакихъ основаній. Произведя до 1164 прижиганій (внутриматочныхъ и внутрицервикальныхъ) у 970 лицъ, авторъ ни разу не видалъ развитія суженія канала, какъ послѣдствія предложеннаго имъ терапевтическаго метода. Напротивъ того, всѣ больныя получали столь продолжительное исцѣленіе, что *R.* не приходилось ни разу производить имъ новой серіи прижиганій, несмотря на то, что изслѣдовалъ ихъ спустя много лѣтъ послѣ леченія. Однако, весьма вѣроятно, что новое заболѣваніе триперомъ, роды или выкидышъ могутъ заставить болѣзнь рецидивировать. Продолжительность леченія способомъ, рекомендуемымъ *R.*, достигаетъ 7 недѣль, при чемъ въ теченіе 6 недѣль онъ дѣлаетъ по 2 прижиганія въ недѣлю; седьмая же недѣля—заключительная, въ теченіе которой больная остается безъ всякой терапіи. Среди средствъ, дѣйствующихъ на хронически воспаленную матку въ качествѣ сократителей (эрготиновые клизмы, горячія души, глицериновые тампоны),—прижиганія хлористымъ цинкомъ обладаютъ исключительной способностью вызывать методическія сокращенія ея. Прижиганія эти тѣмъ болѣе приемлемы, что, по наблюденію автора, не вызываютъ развитія периметрита, что при другихъ методахъ (выскабливаніе, расширеніе и выполаскиваніе) случается отъ времени до времени. Эти прижиганія отлично дѣйствуютъ и противъ эрозій; даже папиллярныя эрозіи и эрозіи выворота маточныхъ губъ заживаютъ весьма быстро. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ *R.* совѣтуетъ дѣлать глубокія прижиганія путемъ насѣчекъ (*Stichelätzung*). *Spiegelberg*'овскимъ скарификаторомъ онъ производитъ 10—20 уколовъ, на которыя кусочкомъ ваты наносится растворъ цинка. Подобный способъ въ

нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ замѣнить собой Emmet'овскую операцію. Въ теченіе всего леченія цинковыми прижиганіями больная носить глицириновые тампоны, частью какъ средство перевязочное (для того, чтобы всасывать отдѣленіе изъ ятки и эрозій и защищать эти послѣднія отъ тренія при ходьбѣ), частью же какъ средство для уменьшенія объема матки. Тампоны, передъ ихъ введеніемъ, должны быть хорошо выжаты; въ противномъ случаѣ, вызывая обильное водянистое исеченіе, они могутъ на нѣжной кожѣ вызвать развитіе фурункуловъ. Въ сравненіи съ выскабливаніемъ, цинковыя прижиганія оказываются болѣе дѣйствительнымъ средствомъ. Едва ли онѣ могутъ повлечь за собой безплодіе. Согласно съ наблюденіями автора, надо думать обратное: по крайней мѣрѣ, изъ 4 бездѣтныхъ, лечившихся по его методу, одна забеременѣла тотчасъ послѣ начала леченія, двѣ послѣ четырехъ, и одна спустя семь мѣсяцевъ.

В. Массень.

286. Terrillon. Communication à propos de deux observations d'hystérectomie pour tumeurs malignes intra-uterines. (Bulletins et mémoires de la Société Obstétricale et gynécologique de Paris № 6. Séance de Juin 1888). **Сообщеніе о двухъ случаяхъ полного вырѣзыванія матки ради злокачественныхъ внутри-маточныхъ опухолей.**

Авторъ съ отличнымъ исходомъ удалилъ матку у двухъ женщинъ пожилаго возраста по поводу злокачественныхъ опухолей ея. Одна изъ опухолей, удаленная чрезъ влагалище, оказалась цилиндрической эпителиомой, другая, извлеченная путемъ лапаротоміи, — объемистой саркомой.

Случай I. Д., 65 л., регулы съ 14 л., имѣла 7 дѣтей, въ менопаузѣ съ 45 лѣтъ. Четыре мѣсяца тому назадъ начались не обильныя маточныя кровотеченія, повторившіяся 2—3 раза въ мѣсяць. Съ этого времени похуданіе и потеря силъ; боли отсутствуютъ.

Ислѣдованіе: матка совершенно подвижна, шейка ея снаружи кажется здоровой, но при разведеніи краевъ маточнаго отверстія на глубинѣ одного сантиметра ясно видны маленькія, плотныя разраженія, кровоточація при малѣйшемъ прикосновеніи инструментомъ. Они препятствуютъ проникновенію его въ полость матки, которая кажется выполненною этими разраженіями. Былъ такимъ образомъ распознанъ ракъ матки и было рѣшено сдѣлать полное удаленіе матки. Матка была безъ труда стянута къ вульвѣ; разсѣченіе передняго свода до брюшины относительно легко, отдѣленіе задняго много труднѣе: матка немного приросла къ передней стѣнкѣ прямой кишки. Такъ какъ до сращеній этихъ можно было добраться сбоку, то разрѣзаны предварительно обѣ широкія связки. По окончаніи операціи полость влагалища выполнена іодоформенной марлей. Извлеченная матка оказалась увеличенной въ объемѣ главнымъ образомъ на уровнѣ гѣла и дна матки; передняя ея стѣнка была гладкая, задняя шероховатая, благодаря приращенію матки къ rectum: она не инфильтрирована новообразованіемъ. Полость матки выполнена разросшимися массами раковаго характера; стѣнка матки, главнымъ образомъ, передняя также инфильтрована, но не перфорирована новообразо-

ваніємъ. Гистологическое изслѣдованіе показало, что имѣють дѣло съ трубчатой эпителиомой. Въ послѣопераціонномъ періодѣ — недержание мочи и явленія цистита. Борныя промыванія чрезъ 28 дней сдѣлали мочу менѣе мутвой.

Случай П. В., 57 л., вдова, регулы съ 14 лѣтъ, всегда нѣсколько болѣзненны, не было ни родовъ, ни выкидыша. Въ менопаузѣ уже 4 года. Три мѣсяца спустя вслѣдъ за прекращеніемъ менструацій легкое кровотеченіе; затѣмъ до марта все благополучно. Но съ марта постоянныя кровотеченія; кровь выдѣляется то жидкая, черноватая, то въ видѣ сгустковъ. Съ марта же появилось: чувство тяжести, стрѣляющія боли надъ лонной костью и въ правомъ паху. Боли всегда предшествуютъ изліянію крови и выдѣленію сгустковъ. При пальпаціи: въ нижней части живота крѣпкая, неправильная опухоль, величиною въ голову взрослого человѣка, дольчатая, подвижная въ стороны. Ова болѣзненна, при пальпаціи въ нижней своей части и по средней линіи. При внутреннемъ изслѣдованіи: въ переднемъ сводѣ округлая, твердая, очень болѣзненная опухоль, соединяющаяся съ опухолью живота и принимающая участіе въ передвиженіи этой послѣдней. Тонкій зондъ, введенный въ матку, проникаетъ въ нее на 15—20 сантим. Увеличеніе объема матки, постоянныя кровянистыя выдѣленія, отсутствіе пораженія шейки дѣлали возможнымъ предполагать саркому матки. Была произведена радикальная операція. На опухоль, возможно ниже, былъ наложенъ эластическій жгутъ, укрѣпленный толстою шелковою лигатурою. Толстую, но короткую ножку, состоящую изъ остатка шейки матки, невозможно было укрѣпить въ брюшной ранѣ. Послѣ предварительной каутеризаціи культи была погружена въ полость живота. Послѣопераціонное теченіе безлихорадочное; чрезъ мѣсяць больная совершенно оправилась отъ операціи. При анатомическомъ и гистологическомъ изслѣдованіи опухоли найдено: длина полости матки = 10 сантим., передняя стѣнка толщиною въ 3 сантим. выполнена фиброміомами величиною отъ боба до орѣха. Дно матки и ея задняя стѣнка толщиною въ 15 сантим., главнымъ образомъ состоятъ изъ новообразованной массы. Подъ микроскопомъ эта масса состоитъ изъ мелкихъ полигональныхъ веретенообразныхъ клѣтокъ, изъ которыхъ многія находятся въ состояніи пролифераціи. Это обстоятельство указывало, конечно, на большую злокачественность опухоли; имѣли, словомъ, дѣло съ междуствѣнной саркомой матки. Этотъ случай *Terrillon* считаетъ особенно интереснымъ потому, что съ одной стороны діагнозъ опухоли былъ подтвержденъ операціей, а съ другой потому, что по выдѣленію черной крови, имѣвшему мѣсто въ данномъ случаѣ, подозрѣвали саркому именно слизистаго покрова матки. О подобномъ же случаѣ авторъ сообщалъ въ 1886 году въ Хирургическомъ Обществѣ. Тамъ тоже была саркома слизистой оболочки съ расширеніемъ полости матки. Вся полость была выполнена черною кровью и кровяными сгустками.

В. Массенъ.

287. M. Bucquet. Hystérectomie vaginal pour un énorme fibrome uterin ayant occasionné une inversion complète de l'uterus avec procidence de la tumeur en dehors de la vulve.—Guérison (L'Union médic. 1888 № 107). Влагалищное вырѣзываніе матки по поводу большой фиброміомы, причинившей полный ея выворотъ съ выпаденіемъ опухоли изъ наружныхъ половыхъ частей.—Выздоровленіе.

Больная 36 лѣтъ; первая менструація на 13 году, выходъ замужъ на 19-омъ. Дѣтей не имѣла и до настоящаго заболѣванія была совершенно здорова. Въ Январѣ 1887 г. сильное маточное кровотеченіе съ болями; затѣмъ въ теченіе всего 1887 г. частыя метроррагіи и только въ Мартѣ 1888 г. больная обратилась къ врачу, который, діагносцировавъ большую подслизистую фиброміому матки, направилъ ее въ больницу de Laval. Съ этого времени общее состояніе ухудшалось: больная, истощенная постоянными кровотечениями, лихорадила и сильно недомогала. При пальпаціи живота прощупывалась увеличенная, какъ при 5-ти мѣсячной беременности, матка; зѣвъ закрытъ, своды совершенно свободны. Больной назначенъ эрготинъ внутрь и подъ кожу. Черезъ 2 недѣли она выписалась, но леченіе эрготиномъ продолжала, подъ влияніемъ котораго кровотеченія мало по малу прекратились. 26-го Іюня 1888 г., при очень сильныхъ боляхъ произошло, рожденіе опухоли безъ большой потери крови, а 1-го Іюля больная возвратилась въ больницу. Авторъ нашелъ ее въ очень тяжеломъ состояніи: общіе покровы съ желтушной окраской, t-ра выше 39,3°, очень слабый пульсъ и почти непрерывная рвота. Между бедрами большая, съ голову доношеннаго плода, на половину омертвѣвшая опухоль, которая бороздой дѣлится на двѣ неравныя части; въ одной можно распознать фиброміому, другая-же представляетъ тѣло вполне вывернутой матки. При оттягиваніи опухоли наружу видна верхняя граница влагалища, вывернутого на подобіе перчатки и образующаго цилиндрическую ножку; своды свободны и совѣтъ почти сглажены. 3-го Іюля операція. Убѣдившись въ отсутствіи cystocele, авторъ наложилъ подъ наркозомъ у основанія опухоли на ножку, образованную вывернутымъ влагалищемъ, эластическую лигатуру въ два оборота, послѣ чего ножка была перерѣзана вмѣстѣ съ серознымъ покровомъ матки, которая оставалась еще только въ соединеніи съ fallopieвыми трубами; удаливъ затѣмъ для удобства большую часть опухоли разрѣзомъ, проведеннымъ ниже перваго черезъ ткань самой матки, авторъ наложилъ на каждую трубу по крѣпкой лигатурѣ изъ «fil de Florence» и послѣ ихъ перерѣзки края полученной культи соединилъ 6-ю швами; съ правой стороны былъ удаленъ и яичникъ, выпавшій вмѣстѣ съ маткой. Операція продолжалась $\frac{1}{2}$ час. безъ всякой потери крови. Послѣоперационный періодъ безъ осложненій, но довольно продолжительный, эластическая лигатура отпала чрезъ 2-ое сутокъ. Первые 8 дней лихорадка послабляющаго типа и съ t-рой выше 39°. По мнѣнію автора, она зависѣла отъ всасыванія продуктовъ омертвѣвшей опухоли въ дооперационный періодъ, а не отъ послѣдствій операціи. Черезъ 2 недѣли, однако, лихорадка прекратилась, а въ концѣ Іюля больная выписалась совершенно здоровой.

Н. Алексенко.

288. A. Mars. Kilka uwag nad badaniem ginekologicznem za pomoca palca. (Przegląd lekarski 1888, № 27). Нѣсколько замѣчаній объ гинекологическомъ изслѣдованіи помощьюъ пальца.

Авторъ статьи обращаетъ вниманіе, что въ сочиненіяхъ по гинекологіи очень мало говорится объ условіяхъ гинекологическаго изслѣдованія и рассматриваетъ физиологическія свойства изслѣдующаго пальца и условія большей или меньшей осязаемости кожи. Къ условіямъ понижающимъ чувство осязанія причисляетъ частое обмываніе рукъ растворомъ карболовой кислоты, вліяніе растворовъ прижигающихъ веществъ, какъ-то: азотно-кислаго серебра, азотной кислоты; продолжительное вліяніе холода или слишкомъ высокой температуры, смачиваніе пальцевъ въ хлороформѣ, эфирѣ, утомленіе руки вслѣдствіе мышечной работы, давленіе, производимое на руку. Кромѣ перечисленныхъ условій, на чувство осязанія вліяетъ также и качество осязаемаго предмета. Тѣмъ легче и точнѣе осязаніе, чѣмъ изслѣдуемый предметъ плотнѣе, шероховатѣе, чѣмъ температура его болѣе разнится отъ изслѣдующаго пальца; и наоборотъ, осязаніе труднѣе и менѣе ясно, если предметъ мягче, эластичнѣе, глаже и температура его не разнится отъ температуры изслѣдующаго пальца. Далѣе авторъ рассматриваетъ общеизвѣстныя условія, благоприятствующія изслѣдованію, и, подобно другимъ авторамъ, между прочимъ, указываетъ на необходимость при изслѣдованіи держать локоть на томъ же уровнѣ или ниже уровня изслѣдующаго пальца.

Н. Стравинскій.

289. Terrier. Kyste ovarique volumineux à gauche.—Petit kyste á droite.—Ovariectomie double.—Hémorrhagie abondante pendant l'opération.—Mort par anémie aiguë.—Autopsie. (L'Union Médicale № 78, 1888). Огромная киста лѣваго яичника.—Небольшая киста праваго яичника.—Двусторонняя оваріотомія.—Обильное кровотеченіе во время операциі.—Смерть вслѣдствіе острой анеміи.—Вскрытіе.

Описываемый случай касается женщины 45 лѣтъ, правильно менструировавшей съ 18 лѣтъ. Замужъ вышла на 19 году, родила благополучно 4 раза, послѣдніе роды на 28 году. Съ 1878 года, регулы стали болѣзненны, запаздывали, сопровождалась рвотой, а въ 1881 году совершенно прекратились. Къ этому времени животъ началъ замѣтно увеличиваться, но безъ болей и безъ воспалительныхъ явленій. 3 ноября 1884 г. произведена пункція живота по бѣлой линіи аппаратомъ Потэпа, при чемъ выпущено сначала 4 литра свѣтлой жидкости, а подъ конецъ $\frac{1}{2}$ литра кровянистой, послѣ чего животъ опалъ справа, слѣва же по прежнему остался объемистымъ. Въ половинѣ ноябра больная выписалась и поступила снова въ больницу 16 декабря 1884 г., 12 января 1885 г. животъ представлялся въ слѣдующемъ состояніи: стѣнка его отечна, варикозныя расширенія лимфатическихъ сосудовъ въ *reg. hypogastrica*, значительное развитіе подкожныхъ вепъ, пупокъ сглаженъ. Въ полости живота опредѣляется огромный флюктуирующий туморъ, мягкій во всѣхъ своихъ частяхъ, занимающій *regionem hypogast., umbi-*

lical., половину *reg. epigastr. hypochondr.*, правой стороны и обѣ *fossae iliacaе*. Перкуторный токъ *reg. hypochondr. sin.* и лѣвой половины живота ясный. Крепитация не замѣчается нигдѣ.

Своды влагалища свободны, за исключеніемъ праваго боковаго, гдѣ прощупывается круглый туморъ, помѣщающійся, вѣроятно, въ правой широкой связкѣ. Матка неподвижна.

Размѣры живота: отъ мечевиднаго отростка, до пупка 25 сант. отъ пупка до симфиза 45 с., окружность на уровнѣ пупка 1 метръ 20 сант.; отъ *spin. sup. ant. sin.* до пупка 32 сант., отъ *sp. ant. sup. dextri* до пупка 41 сант.

Діагнозъ: многокамерная киста яичника съ вѣроятными сращеніями съ правой широкой связкой.

Овариотомія 13 января 1885 г. Разрѣзь по средней линіи около 15 сант. Стѣнка кисты оказалась сращенной съ брюшной стѣнкой. Изъ большаго мѣшка на верхне-правой части тумора аспирирована черноватая жидкость. Во время отдѣленія сращеній съ брюшной стѣнкой произошло обильное кровотеченіе въ кисту вслѣдствіе разрыва крупной вены въ чрезвычайно сосудистой стѣнкѣ. Кровотеченіе остановлено наложеніемъ пинцета на поврежденный сосудъ. Больная впала въ обморокъ, почему разрѣзь быстро увеличенъ до мечевиднаго отростка, стѣнка кисты отдѣлена мало по малу отъ сращеній съ брюшной стѣнкой и нижней поверхностью печени, и киста выведена наружу. Туморъ этотъ развился отъ лѣваго яичника.

Правый яичникъ кистовиденъ, величиной въ кулакъ и также удаленъ. Матка содержала нѣсколько фибридовъ, величиною максимумъ въ орѣхъ. 28 глубокихъ и 2 поверхностныхъ шва. Операция продолжалась 1 часъ 10 м., послѣ нея больная находилась въ состояніи крайней простраціи. Отъ впрыскиванія эфира она черезъ $\frac{1}{4}$ часа пришла въ себя, но 3 часа спустя умерла.

Многокистная масса новообразованія вѣсила 7 килограммовъ. Большой мѣшокъ содержалъ 10 литровъ жидкости, выпущенной во время операции.

Вскрытіе показало присутствіе въ правой половинѣ полости живота около 100 грам. кровянисто-серозной жидкости, отсутствіе перитонита, нѣсколько экхимозовъ на внутренней поверхности брюшной стѣнки. Прочіе органы совершенно безкровны, не представляютъ ничего ненормальнаго, и только матка содержитъ множество фибромъ.

По мнѣнію автора, описываемый случай интересенъ по причинѣ, вызвавшей фатальный исходъ. Въ то время какъ при фибромахъ матки могутъ происходить серьезныя кровотеченія вслѣдствіе поврежденія огромныхъ венозныхъ сосудовъ, находящихся обыкновенно на поверхности и въ толщѣ ихъ, при многокамерныхъ кистовидныхъ опухоляхъ этого не бываетъ. Изъ 99 овариотомій у автора встрѣтилось въ первый разъ такое осложненіе. Въ стѣнкѣ кисты находились крупныя вены, образовавшія настоящіе венозные синусы, изъ которыхъ происходило много малыхъ развѣтвленій особенно въ мѣстахъ сращенія кисты съ передней брюшной стѣнкой.

Е. Маковецкій.

290. Spencer Wells. Remarks on the electrical treatment of diseases of the uterus. (Brit. med. journ., May 12, 1888). Обь электротерапiи въ гинекологiи.

Признавая важное значенiе электротерапiи въ гинекологiи, *Sp. W.* указываетъ на то, какъ много сдѣлалъ *Apostoli* по этому вопросу. Онъ выяснилъ двоякое дѣйствiе постояннаго тока: 1) прижигающее, на мѣстѣ приложенiя электродовъ, и 2) трофическое, обусловленное прохожденiемъ тока между полюсами, вызывающимъ различныя молекулярныя измѣненiя, смотря по полюсу. Трофическое дѣйствiе прямаго тока и вторичнаго контръ-тока продолжительно и имѣетъ гораздо большее терапевтическое значенiе, чѣмъ простая гальвано-химическая каутеризацiя. Самый методъ леченiя электричествомъ выработалъ *Apostoli*, который при точной дозировкѣ началъ примѣнять сильныя токи, вводя одинъ изъ электродовъ въ полость матки или въ ткань опухоли. Врагъ шаблоннаго леченiя, онъ настаиваетъ на строгомъ индивидуализированнiи въ электротерапiи. Въ своихъ работахъ *Apostoli* указалъ между прочимъ на то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ опухоль развивалась лишь послѣ менопаузы, въ виду чего кастрацiя, какъ способъ леченiя при фиброидахъ съ геморрагiями у молодыхъ женщинъ, не выдерживаетъ критики.

Sp. W. считаетъ вполне показаннымъ примѣненiе электричества: 1) при большихъ опухоляхъ съ плотными сращениями, когда операцiя затруднительна, 2) при фиброидахъ съ кровотечениями, и 3) въ видѣ пробы при опухоляхъ, не достигшихъ величины, препятствующей хирургическому леченiю. При подслизистыхъ и подбрюшинныхъ фиброидахъ оперативное леченiе предпочитается, какъ болѣе скорый и безопасный способъ. Кроме того, электротерапiя нерѣдко даетъ хорошия результаты въ упорныхъ случаяхъ хроническаго метрита, при нѣкоторыхъ заболѣванiяхъ маточныхъ придатковъ и въ случаяхъ оварiальныхъ невралгiй и вагинизма.

А. Пекарская.

291. Dührssen: Ueber Ernährung und Stoffwechsel der menschlichen Frucht. (Archiv f. Gynaekologie Bd. XXXII, Hft. 3 1888). Къ ученiю о питанiи и обмѣнѣ веществъ въ человѣческомъ зародышѣ.

Вопросъ о способѣ питанiя и обь обмѣнѣ веществъ въ зародышѣ человѣка остается спорнымъ и по сiе время. Болѣе старое ученiе смотритъ на дѣтское мѣсто только какъ на органъ дыханiя плода, между тѣмъ какъ питанiе плода приписывается околоплодной жидкости; по этому ученiю, околоплодная жидкость есть ничто иное, какъ трансудатъ изъ сосудовъ отпадающей оболочки, причеиъ плодъ получаетъ свой питательный материалъ изъ этого трансудата, отчасти путемъ всасыванiя черезъ кожу, отчасти же въ позднѣйшихъ мѣсяцахъ беременности путемъ глотательныхъ движенiй. За это ученiе высказались вновь Ahlfeld, Оттъ и Anderson. Другое ученiе придаетъ дѣтскому мѣсту болѣе важное значенiе: плодъ получаетъ изъ послѣдняго не только кислородъ, но и питательный материалъ, необходимый для роста и развитiя своихъ органовъ, околоплодная жидкость происходитъ изъ плода и содержитъ извѣстные, конечные продукты обмѣна веществъ въ зародышѣ. За такой взглядъ высказались Schatz и Prochovnik, но особенно

важны въ этомъ отношеніи изслѣдованія Gusserov, который путемъ клиническихъ изслѣдованій и лабораторно доказалъ переходъ въ околоплодную жидкость и въ мочу плода веществъ, принятыхъ матерью (Jodkalium, acid. benzoicum въ видѣ гиппуровой кисты). Въ виду многочисленныхъ возраженій, въ особенности со стороны Ahlfeld'a, авторъ рѣшился повторить опыты, произведенныя Gusserov. Сперва онъ изслѣдовалъ ретроплацентарную гематому и кровь пупочныхъ венъ у женщинъ, которымъ онъ предварительно давалъ бензойную кислоту и гликоголь, результатъ какъ по содержанію бензойной, такъ и гиппуровой кислотъ былъ отрицательный. Дальнѣйшіе опыты автора однако привели къ тому что бензойная кислота непосредственно переходитъ изъ крови матери въ кровь плода и что, слѣдовательно, важная роль дѣтскаго жѣста въ вопросѣ о питаніи плода стоитъ внѣ всякихъ сомнѣній.

Г. Рунге.

292. И. М. Львовъ. О необходимости перевязывать остатокъ пуповины сухими обезгниливающими веществами. («Медицинское Обозрѣніе», Т. XXIX, 1888 г., № 11).

Съ сентября 1886 г. авторъ, въ завѣдываемомъ имъ Лихачевскомъ родильномъ Домѣ (Казань), примѣняетъ слѣдующій способъ ухода за пуповиной новорожденныхъ. Пуповина перевязывается тесьмой, обработанной и хранящейся въ растворѣ сублимата (1 : 1000). Послѣ купанья младенца остатокъ пуповины и пупочное кольцо до-суха вытираются: затѣмъ обмываются растворомъ сублимата (1 : 2—3000), снова вытираются до-суха; послѣ этого остатокъ пуповины обсыпается порошкомъ, состоящимъ изъ 10 частей magisterii bismuthi и 1 части jodoformii pulv., и затѣмъ обертывается въ компрессикъ изъ карбололизованной марли и прибинтовывается бинтомъ изъ той же марли. При ежедневномъ купаніи младенца повязка и туалетъ пуповиннаго остатка повторяется въ томъ же видѣ. По отпаденіи пуповиннаго остатка пупочная ранка присыпается тѣмъ же порошкомъ, подъ которымъ, обыкновенно, хорошо заживаетъ.

Въ 500 случаяхъ описанный уходъ за пуповиной далъ слѣдующіе результаты: обыкновенно на 2—3 день наступала сухая мумификація пуповиннаго остатка, гніенія и разложенія его не было ни разу; равнымъ образомъ ни разу не было воспаленія пупка и какого либо раздраженія и эрозій въ области пупка, также какъ ни разу не наблюдалось воспаленія пупочныхъ сосудовъ и зараженія чрезъ пупокъ новорожденныхъ. Отпаденіе пуповиннаго остатка происходитъ, въ большинствѣ случаевъ, позднѣе 6 дней. Сравнивая свой способъ съ предложенными другими авторами, Л. находитъ, что присыпка смѣсью висмута и іодоформа стоитъ значительно выше способа Runge, перевязки талькомъ и одной гигроскопической ватой, и даетъ почти одинаковые результаты со способомъ перевязки гипсомъ.

І. Расенцевъ.

293. R. Kaltenbach. Dehnungsstreifen in der Halshaut des Fötus (Centralblatt für Gynäcologie. 1888, № 31). Полосы растяжения на шеѣ плода.

Авторъ описываетъ явленіе, о которомъ, сколько ему извѣстно, въ литературѣ до сихъ поръ не упоминалось, именно, — образованіе при извѣстныхъ условіяхъ проходящихъ поперекъ шеи плода спереди или сзади особенныхъ, красноватыхъ полосъ, которыя, представляя очень большое сходство съ полосами во время беременности, есть ничто иное, какъ разрывы въ мальпигиевомъ слоѣ кожи вслѣдствіе очень сильнаго растяженія. Вотъ два очень демонстративныхъ случая:

1) У 28-ми лѣтней, въ 4-й разъ рожавшей женщины, послѣ того какъ воды отошли 5-ю днями раньше, при весьма энергичной потуживой дѣятельности втеченіе 3-хъ часовъ родился плодъ, вѣс. въ 3000 grm.; окр. головки—36 сант. Головка прорѣзалась въ весьма сильной степени сгибанія и съ громадной опухолью. По задней поверхности шеи тянулся въ поперечномъ направленіи цѣлый рядъ частью параллельныхъ, частью перекрѣкающихся между собою красныхъ полосъ, которыя на слѣдующій день значительно поблѣднѣли, а на третій почти исчезли, оставивъ по себѣ обильное шелушеніе эпидермиса.

2) Подобное же явленіе авторъ наблюдалъ и на передней поверхности шеи плода, родившагося въ лицевомъ положеніи, при сильномъ разгибаніи головки. Полосы также исчезли на 2—3 день съ послѣдующимъ шелушеніемъ эпидермиса. Изъ этого видно, что въ обоихъ случаяхъ полосы образовались въ томъ мѣстѣ, гдѣ кожа шеи подверглась самому сильному растяженію. Знаніе о возможности подобнаго явленія и правильное его объясненіе кажутся автору не лишними также и практическаго значенія, такъ какъ полосы на передней поверхности шеи могутъ быть приняты незнакомыми съ этимъ явленіемъ врачами за странгуляціонныя; съ другой стороны авторъ сообщаетъ, что въ его первомъ случаѣ полосы на задней поверхности шеи были совершенно ошибочно приняты за выраженіе врожденнаго сифилиса.

Н. Алексенко.

А. Я. Крассовскій.

Редакторы: К. Ф. Славянскій.

И. И. Смольскій.

ГОДЪ ТРЕТІЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № 5.

Засѣданіе 19-го мая 1888 г.

Предсѣдательствовалъ И. М. Тарновскій.

Присутствовали 33 члена: Баскинъ, Вацевичъ, Бѣляевъ, Вастень, Гессъ, Гриневальдъ, Даниловичъ, Довнарвичъ, Замшинъ, Зингородскій, Кирѣевъ, Крейтцеръ, Лазаревичъ, Ланинъ, Лилѣевъ, Личкусъ, Марцынкевичъ, Мершъ, Нейштубе, Оттъ, Полонскій, Поршняковъ, Репревъ, Ростовскій, Смольскій, Соловьевъ А. С., Стравинскій, Фишеръ А., Цырскій, Чагинъ, Черневскій, Чернышевъ, Ямпольскій и 22 гостя.

Д-ръ Э. Ф. Черневскій сообщилъ результаты своей работы: «Къ вопросу о послѣродовыхъ заболѣваніяхъ». Относительно тяжелыхъ, такъ называемыхъ гнилостныхъ послѣродовыхъ заболѣваній въ литературѣ накопилось уже достаточно данныхъ, какъ микроскопическихъ, такъ и бактериоскопическихъ. Изслѣдованіями этими твердо установлено, что пзвѣстные организмы — кокки — встрѣчаются не только въ жидкостяхъ и органахъ труповъ, но иногда и при жизни можно ихъ получить изъ крови. Нѣкоторые авторы прямо высказываютъ предположеніе, не есть ли цѣпочный коккъ (стрептококкъ) — специфическій микроорганизмъ, по крайней мѣрѣ, для тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваній. Что же касается до легкихъ

послѣродовыхъ заболѣваній, то относительно ихъ существуютъ различные взгляды, главнымъ образомъ, вслѣдствіе того, что до сихъ поръ не было точныхъ изслѣдованій. Имѣя въ виду эту неполноту вопроса, докладчикъ и рѣшился изслѣдовать послѣродовыя выдѣленія на болѣзнетворные микроорганизмы. Вмѣстѣ съ тѣмъ, чтобы найденные микробы сравнить съ таковыми же при тяжелыхъ гнилостныхъ заболѣваніяхъ, онъ изслѣдовалъ и эти послѣднія, какъ при жизни, такъ и послѣ смерти. Для изслѣдованія брались какъ послѣродовыя выдѣленія, такъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, и кровь изъ уха или изъ срединной вены. Отъ умершихъ, кромѣ того, дѣлались посѣвы изъ трупа: изъ жидкостей различныхъ полостей, изъ различныхъ органовъ и крови. Почвой для посѣвовъ служили $\frac{1}{2}$ —1% мясопептонъ-агарь, 5—10% мясопептонъ-студень, мясопептонъ-бульонъ, кровяная сыворотка, альбуминатъ, а, чаще всего, агарь, студень и бульонъ. Агарь разливался въ пробирки по наклонной плоскости и въ маленькія чашечки, а студень въ пробирки и на пластинки. Питательныя среды приготовлялись по общепринятымъ правиламъ. Посѣвы изъ выдѣленій дѣлались слѣдующимъ образомъ: маточная шейка, послѣ предварительнаго спринцеванія рукава растворомъ сулемы (1 : 2000), открывалась или подъемниками *Sims*'а, или зеркаломъ *Kusco*. Зеркало тоже обмывалось растворомъ сулемы. Маточная шейка удерживалась *Museu*'евскими щипцами; каналъ ея тщательно очищался ватой, спиртомъ и эфиромъ; шейка раскрывалась проведеннымъ нѣсколько разъ чрезъ пламя спиртовой лампы корнцангомъ; обезпложенной платиновой проволокой, введенной глубже въ полость матки, захватывались частицы выдѣленій, которыя и вносились въ пробирки съ питательными средами. Въ виду того, что многократное введеніе и выведеніе платиновой проволоки, вслѣдствіе того, что она сгибалась, а иногда и царапала слизистую оболочку, — представляло большія неудобства, докладчикъ сталъ брать выдѣленія изъ полости матки тупою металлическою ложечкою, изъ которой уже и дѣлались посѣвы. Ложечка еще въ рукавѣ закрывалась стеклышкомъ. Какъ ложечка,

такъ и стекло, передъ самымъ ихъ употребленіемъ, самымъ тщательнымъ образомъ обеззараживались растворомъ сулемы, спиртомъ и огнемъ. Кровь для посѣвовъ бралась или изъ укола, царапины, или изъ срединной вены; кожа тщательно обмывалась мыломъ, щеткой, растворомъ сулемы, спиртомъ и эфиромъ. При всѣхъ посѣвахъ и пересѣвахъ руки тоже тщательно обеззараживались. Изъ перитонической, перикардiальной и плевральной жидкостей, изъ крови сердца посѣвы дѣлались сейчасъ по вскрытіи полостей; изъ органовъ—такимъ образомъ: раскаленнымъ и остывшимъ ножомъ дѣлался прямой разрѣзъ и оттуда боковой, съ котораго уже и дѣлались посѣвы. Вообще при всѣхъ изслѣдованіяхъ принимались самыя тщательныя мѣры, предписываемыя бактериологіей, чтобы не получить загрязненія. Зараженные такимъ образомъ пробирки съ агаромъ, не болѣе какъ черезъ часъ, помѣщались въ термостатъ *Koch*'а при 35—38° R.; со студенью же оставлялись при комнатной температурѣ. На 2-й день, какъ только въ пробиркѣ что-нибудь развивалось, дѣлалось микроскопическое изслѣдованіе, а затѣмъ переносы въ нѣсколько другихъ пробирокъ, чашечекъ и пластинокъ. Микроскопическое изслѣдованіе разводовъ производилось какъ въ свѣжемъ состояніи, въ растворѣ уксуснокислаго кали или въ перегнанной водѣ, такъ и въ сухомъ видѣ. Въ послѣднемъ случаѣ примѣнялось окрашиваніе генціанъ-віолетомъ, метиленовой синькой, фуксиномъ и рубиномъ. Жидкости для микроскопическаго изслѣдованія намазывались на покровное или предметное стекло, высушивались, проводились черезъ огонь и окрашивались слабыми спиртными растворами анилиновыхъ красокъ, промывались водой, а въ случаѣ густой окраски обезцвѣчивались слабыми растворами уксусной, азотной или соляной кислотъ, промывались и изслѣдовались въ канадскомъ бальзамѣ съ ксиоломъ. Кусочки органовъ предварительно уплотнялись въ спиртѣ, дѣлались срѣзы, которые окрашивались въ водныхъ растворахъ анилиновой краски различной крѣпости, изъ краски на нѣсколько секундъ погружались въ 1—5% растворъ уксусной кислоты, промывались въ водѣ,

обезцвѣчивались въ спиртѣ, просвѣтлялись въ маслѣ и разсматривались въ канадскомъ бальзамѣ. Срѣзы иногда также окрашивались по способу *Loeffler*'а и *Graam*'а. Изъ 57 *здоровыхъ* родильницъ только въ разводкѣ изъ выдѣлений одной получилось стрептококки, при посѣвахъ же выдѣлений изъ остальныхъ—пробирки оставались совершенно чистыми, а лишь 2 загрязнялись *bacillo subtili* и *sarcina*. Въ выдѣленияхъ *легко заболѣвшихъ* найдены:

- | | |
|---|----------------------|
| 1) Стрептококки безъ примѣси другихъ организмовъ. | въ 35 случ. |
| 2) Въ однѣхъ пробиркахъ стрептококки, въ другихъ смѣшанные съ другими организмами (<i>sarcina</i> , <i>bacterium termo</i> , <i>bacillus subtilis</i> , палочки) | » 8 » |
| 3) Стрептококки смѣшанные съ другими. | » 5 » |
| 4) Стрептококкъ и стафилококкъ | » 1 » |
| 5) Стафилококкъ и <i>bacterium termo</i> | » 1 » |
| 6) <i>Bacterium termo</i> и сарцина | » 2 » |
| 7) <i>Bacterium termo</i> | » 1 » |
| 8) Ничего | » 24 » ¹⁾ |

Въ *тяжелыхъ смертельныхъ случаяхъ гнилокровія послѣ родовъ* въ посѣвахъ всегда получались стрептококки, какъ при жизни изъ выдѣлений, такъ и послѣ смерти, рѣшительно изъ всѣхъ органовъ. Такихъ случаевъ, такъ называемыхъ лимфатическихъ формъ, докладчикъ изслѣдовалъ 10.—Разводки стрептококка изъ живой крови получались очень рѣдко. Больше чѣмъ изъ 300 посѣвовъ, отъ 27 *легко заболѣвшихъ* разведки получились только въ 6-ти пробиркахъ отъ 5-ти родильницъ. Посѣвы изъ крови *тяжело заболѣвшихъ* удавались лучше, особенно если они дѣлались незадолго передъ смертью; изъ 70 посѣвовъ въ 9 отъ 5 больныхъ получились чистыя разведки стрептококка. На микроскопическихъ препаратахъ не только

¹⁾ Докладчикъ полагаетъ, что и въ этихъ 24 случаяхъ заболѣваніе тоже зависѣло отъ микроорганизмовъ, а посѣвы не получились влѣдствіе случайныхъ причинъ.

свѣжей крови, но даже взятой при вскрытіи докладчику ни разу не пришлось видѣть характернаго цѣпочнаго кокка; рѣдко встрѣчались отдѣльныя кокки и еще рѣже диплококки.—Опыты на кроликахъ производились такимъ образомъ: разводки брались изъ агара и студени, разбавлялись обезпложенною водою или бульономъ, или же брались прямо бульонныя разводки. Животныя заражались 2-мъ—3-мъ—4 и 5-мъ поколѣніями. Впрыскиванія дѣлались или *Koch*'овскимъ шприцемъ, или просто стеклянную трубочкой въ отверстіе кожи, сдѣланное иглою, далѣе, въ вены и брюшную полость. Впрыскивалось зараженной жидкости отъ 3 капель до 1 к. с. При этомъ какъ инструменты, такъ кожа были строго обеззараживаемы и ранки предохраняемы отъ дальнѣйшаго зараженія іодоформомъ и коллодіемъ. Сперва, когда дѣлались впрыскиванія незначительныхъ количествъ, и при томъ старыхъ разводовъ (на 6-й—7-й день и позже послѣ ихъ развитія), опыты были не совсѣмъ удачны; на мѣстѣ впрыскиванія иногда только развивались краснота или нарывы, наполненные жидкимъ гноемъ, а чаще творожистыми массами; смерть наступала только въ исключительныхъ случаяхъ. Такихъ впрыскиваній было сдѣлано до сентября 1887 г. болѣе чѣмъ 50 кроликамъ—болѣе ста, и изъ этого количества умерли только 5 кроликовъ. Когда же съ сентября докладчикъ сталъ впрыскивать въ большихъ количествахъ, а главное, свѣжія разводки, каждый разъ можно было сказать, что животное погибнетъ.—Такъ какъ и въ тяжелыхъ, и въ легкихъ случаяхъ послѣродовыхъ заболѣваній въ выдѣленіяхъ встрѣчаются одни и тѣ же организмы, то, чтобы прослѣдить, они ли дѣйствуютъ болѣзнетворно, или, кромѣ того, и другіе микроорганизмы, докладчикъ впрыскивалъ прямо послѣродовыя выдѣленія отъ заболѣвшихъ—кроликамъ и въ случаѣ смерти послѣднихъ дѣлалъ изъ ихъ органовъ и жидкостей посѣвы; получались чистыя разводки стрептококковъ.—Въ заключеніе докладчикъ привелъ 4 опыта, доказывающіе, что стрептококки, встрѣчающіеся при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, способны вызывать, какъ нагноеніе, такъ и роженоподобное воспаленіе кожи.

Въ концѣ концовъ докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Въ послѣродовыхъ выдѣленіяхъ здоровыхъ родильницъ въ полости матки микроорганизмы встрѣчаются лишь какъ рѣдкое исключеніе, поэтому.

2) Послѣродовыя выдѣленія здоровыхъ родильницъ не обладаютъ ни жарородными, ни воспалительнородовыми свойствами.

3) Въ громадномъ большинствѣ случаевъ въ выдѣленіяхъ изъ полости матки у легко заболѣвшихъ родильницъ можно доказать присутствіе цѣпочнаго кокка, который, безъ всякаго сомнѣнія, и вызываетъ эти заболѣванія.

4) Въ смертельныхъ случаяхъ послѣродовыхъ заболѣваній (гнилокрівія лимфатической формы) цѣпочные кокки развиваются въ послѣвахъ какъ изъ выдѣленій, такъ и послѣ смерти рѣшительно изъ всѣхъ жидкостей и органовъ.

5) Смертельные случаи послѣродоваго гнилокрівія зависятъ отъ поступленія въ организмъ черезъ половые органы стрептококка.

6) Стрептококки, встрѣчающіеся при легкихъ и при смертельныхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, — тождественны.

7) Стрептококки, встрѣчаемые при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, способны вызывать какъ нагноеніе, такъ и рожеподобное воспаленіе кожи.

8) Пораженіе организма стрептококками выражается приливомъ крови къ паренхиматознымъ органамъ и сывороточнымъ оболочкамъ.

Послѣ нѣсколькихъ возраженій *Бачевича, Отта, Репрева, и Смольскаго* Предсѣдатель, *И. М. Тарновскій* заключилъ пренія, указавъ, что работа Э. Ф. Черневскаго доказываетъ патогенность найденныхъ имъ микроорганизмовъ, а отнюдь не разрѣшаетъ вопроса объ этиологіи родильной горячки. Тотъ фактъ, что кокки въ крови исчезаютъ и вновь могутъ быть найдены въ тканяхъ невольно наводитъ на мысль, что не суть ли они только флагъ септического процесса, присутствуя тамъ, гдѣ онъ идетъ, помимо всякой причинной связи съ самимъ процессомъ. Въ заключеніе *И. М. Тарновскій* поблагодарилъ докладчика за интересное сообщеніе.

Предсѣдатель К. Славянскій.
Секретарь И. Смольскій.

ГОДЪ ТРЕТІЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № V.

Засѣданіе 19-го мая 1888 г.

Административное засѣданіе.

Присутствовали 30 членовъ:

- 1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 4 и IV.
- 2) И. М. Тарновскій заявилъ, отъ лица Коммисіи, что адресъ Н. Ф. Здекауеру поднесенъ.
- 3) Онъ же заявилъ, что Н. Д. Бубновъ отказался принять участіе въ Коммисіи, избранной для изысканія средствъ на изданіе журнала. Общество взамятъ его избрало въ эту Коммисію И. П. Лазаревича.
- 4) Предложено обсудить Обществу постановку вопросовъ для гинекологической секціи будущаго 3-го съѣзда врачей въ С.-ПетербургѢ, при чемъ указано, что Акушерско-гинекологическое Общество въ КіевѢ для сей цѣли предлагаетъ вопросы: 1) О повторительныхъ курсахъ для бабокъ и 2) массажъ въ примѣненіи къ леченію женскихъ болѣзней. Общество, по предложенію предсѣдательствующаго И. М. Тарновскаго, постановило избрать съ своей стороны вопросы: 1) объ однообразной программѣ и объемѣ преподаванія повивальнымъ бабкамъ 2) объ однообразіи акушерской и гинекологической номенклатуры. Для сего вопроса постановлено просить избранную для

сего въ засѣданіи 29 февраля 1887 г. Комиссію (Г. I, прот. № XI) представить свои труды къ слѣдующему засѣданію. По выбытіи изъ этой Комиссіи В. В. Сутугина, она въ настоящее время состоитъ изъ дѣйств. членовъ Лазаревича, Личкуса, Отта и Славянскаго. и 3) по предложенію д-ра Замшина, — о показаніи къ Кесарскому сѣченію при относительно узкомъ таѣ.

5) И. М. Тарновскій сообщилъ для свѣдѣнія членовъ, что на съѣздѣ будетъ устроена выставка инструментовъ и перевозочныхъ средствъ, и что для гинекологическаго отдѣла будетъ отведена особая комната.

6) Избранъ въ дѣйствительные члены:

Гавронскій, Николай Денисовичъ, докторъ медицины и акушеръ.

Родился 1842 году. Получилъ домашнее воспитаніе. Поступилъ по экзамену въ Харьковскій университетъ въ 1860 году. Въ 1865 году удостоенъ званія лекаря съ отличіемъ. Съ 1866 г. по 1871 г. состоялъ ординаторомъ Акушерской клиники Императорскаго Харьковскаго Университета при проф. Лазаревичѣ. Въ 1869 году удостоенъ званія акушера. Въ 1870 году выдержалъ экзаменъ на степень доктора медицины. Въ этомъ же году помѣстилъ въ «Медицинскомъ Вѣстникѣ» статью: «Роды тройными съ поворотомъ и извлеченіемъ всѣхъ трехъ плодовъ». Съ 1874 года ежегодно посѣщалъ Желѣзноводскъ въ качествѣ вольнопрактикующаго врача. Въ 1883 году въ журналѣ «Вѣстникъ водолеченія» и т. д., помѣстилъ статью: «О совмѣстномъ леченіи кумысомъ и кавказскими водами». Въ 1884 году защитилъ въ Харьковскомъ Университетѣ диссертацию на степень доктора медицины подъ заглавіемъ: «Матеріалы къ гистологіи влагалищной части матки и ея шейки». Въ 1887 г. на второмъ съѣздѣ врачей въ память Н. И. Пирогова сдѣлалъ докладъ: «Желѣзноводскъ, какъ бальнеотерапевтическая станція для гинекологическихъ больныхъ», помѣщенный въ трудахъ втораго съѣзда врачей. Въ послѣднее время состоитъ консультантомъ при Михайловской городской больницѣ въ Тифлисѣ.

7) Въ библіотеку Общества поступили слѣдующія книги и брошюры:

К. Змигородскій. Виѣматочная беременность въ судебно-медицинскомъ отношеніи.

I. Rosenthal. Opis Szpitala Starozakonnych w Warszawie.

— O operacyjnem leczeniu wypadnięcia macicy i pochwy.

— Wynicowanie macicy.

— Drgawki, obłąkanie, zapalenie wnętrza macicy położowe.

Протоколы Императорскаго Виленскаго Медицинскаго Общества 1887 г. № 11, 1888 г. № 1 и 2 и годовой отчетъ за 1887.

Протоколы Императ. Кавказскаго Медиц. Общества за 1888 № 20, 21, 22, 23 и № 1.

Медицинскій сборникъ Императорскаго Кавказскаго Медицинскаго Общества № 47.

Протоколы Симбирскаго Медицинскаго Общества за 1887 г.

Протоколы Тамбовскаго Медицинскаго Общества г. 19-й, №№ 3 и 6.

Содержаніе протоколовъ Тамбовскаго медицинскаго Общества за 18 лѣтъ.

Труды акушерско-гинекологическаго Общества въ Москвѣ за 1887 г.

Протоколъ Темниковскаго Медицинскаго Общества годъ IV, № 2.

Протоколы Общества врачей въ г. Николаевѣ за 1887 г.

Уставъ лѣчебницы практическихъ врачей въ Полтавѣ.

Отчетъ за первый годъ лѣчебницы практическихъ врачей въ Полтавѣ.

И. Рапчевскій. Записка о положеніи вопроса о пендинской язвѣ.

Протоколы Общества Кіевскихъ врачей за 1887—88 г. Вып. 1-й.

Протоколы Общества Кіевскихъ врачей за 1887—87 г.

Труды Общества русскихъ врачей въ Москвѣ. 2 полугодіе. 1886 года.

Труды Общества русскихъ врачей въ Москвѣ. 1887 г. Май. № 8.

Предсѣдатель К. Славянскій.

Секретарь И. Смольскій.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВТОРОЙ.

НОЯВРЬ 1888, № 11.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XX.

ЕЩЕ 40 ОВАРИОТОМІЙ, ПРОИЗВЕДЕННЫХЪ СЪ 1883 Г. ПО
ФЕВРАЛЬ 1888 Г.

А. Я. Крассовскаго.

Полныя оваріотоміи.

№ 127. 1. Въ Маринскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, 19 января 1885 г. М. К., жена крестьянина.

2. Двусторонняя оваріотомія.

3. 38 лѣтъ.

4. Родила 6 разъ благополучно. Послѣдніе роды 4 года назадъ.

5. 15 л., черезъ 3 нед., безъ болей.

6. Послѣднія регулы 3 нед. назадъ.

7. Увеличеніе живота замѣтила 7 мѣсяцевъ назадъ; ростъ кисты сопровождался болями въ животѣ. Больная истощена.

8. 20 октября 1885 г. проколъ кисты, выпущено 63 ф. коллоидной жидкости.

9. Коллоидная киста, вѣроятно, лѣваго яичника, со срощеніями.

10. 25 с.

11. Плотныя, кровоточивыя сплошныя сращения всей передней поверхности кисты съ брюшной стѣнкой. Сращеніе *sit lig. teres* и съ сальникомъ; на послѣднія наложены 3 сулемованныя шелковыя лигатуры.

12. Ножка длинная, широкая, мясистая, принадлежала правому яичнику, раздѣлена въ 3 пучка и перевязана 3 шелковыми лигатурами, которыя по удаленіи кисты оставлены въ брюшной полости. Ножка кисты лѣваго яичника перевязана лигатурою и по удаленіи кисты опущена въ брюшную полость.

13. 3 Кеберлевскихъ шва для остановленія кровотеченія изъ брюшныхъ стѣнокъ. Акупрессура на брюшную стѣнку. 12 глубокихъ металлическихъ швовъ наложены въ 2 ряда на брюшную рану. 1 поверхностный металлическій.

14. 2 ч.

15. Вѣсъ выпущенной жидкости 30 ф. = 14,652 грам. Вѣсъ мѣшка $11\frac{1}{2}$ ф. рус. = 4680 грам. Всего 19,332 грамма.

16. Выздоровленіе. На второй день послѣ операциі Т. поднялась до 40,5. Рана срослась *per primam*, швы сняты на 7 и 8 дни.

17. Шпрэ 5⁰/₀ раств. карболовой в., лигатуры сулемованныя.

№ 128. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, 17 апрѣля 1885 г. Е. Л., жена купца.

2. Двусторонняя оваріотомія.

3. 29 лѣтъ.

4. Родила 4 раза благополучно, послѣдній разъ 4 года назадъ; больная посредственнаго питанія.

5. 16 л., 3 нед., по 4—5 дней, съ сильными болями предъ регулами.

6. Въ послѣднее время регулы обильны и чаще прежняго.

7. Опухоль начала развиваться во время третьей беременности.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста, вѣроятно, лѣваго яичника, безъ сращеній.

10. 12 с.

11. На небольшія сращения съ сальникомъ наложена шелковая лигатура, оставленная въ брюшной полости.

12. Сосудистая широкая, умѣренной длины ножка принадлежала лѣвому яичнику, перевязана 3 шелковыми сулемованными лигатурами. Ножка кистовидно перерожденнаго праваго яичника раздѣлена въ два пучка и перевязана двумя

шелковыми сулемованными лигатурами; обѣ ножки съ коротко обрѣзанными лигатурами опущены въ тазовую полость. Культия присыпана іодоформомъ; оба яичники удалены.

13. Брюшная рана сшита 4 глубокими и 6 поверхностными сулемованными шелковыми лигатурами.

14. 1 ч.

15. Вѣсъ содержимаго кисты 9,828 грм. Вѣсъ кистовиднаго мѣшка 650 грм. Вся киста 10,478 грм.

16. Выздоровленіе сопровождалось непродолжительнымъ и небольшимъ повышеніемъ температуры въ первые дни послѣ операціи. Швы сняты на 7 день. Рана зажила *per primam*.

17. Операція и уходъ за оперированной произведены при строгой антисептикѣ.

№ 129. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, 8 января 1886 г. Л. Г. артистка.

2. Односторонняя оваріотомія праваго яичника.

3. 34 г.

4. Родила 2 раза благополучно. Хорошаго питанія, немного малокровна.

5. 13 л., черезъ 3 нед., по 5 д., съ болями.

6. Въ послѣднее время очень обильны, безъ болей.

7. Увеличеніе живота замѣтила 2 года назадъ. Ростъ опухоли былъ безболѣзненный.

8. Терапевтическое.

9. Киста лѣваго яичника.

10. 15 с.

11. Безъ срощеній.

12. Довольно длинная, неширокая ножка, принадлежавшая правому яичнику, раздѣлена въ 2 пучка, перевязана 2 шелковыми сулемованными лигатурами и опущена въ тазовую полость. Киста удалена. Культия присыпана іодоформомъ.

13. Брюшная рана сшита 5 глубокими и 6 поверхностными сулемованными шелковыми лигатурами, присыпана іодоформомъ и покрыта подушкой изъ сулемованной ваты.

14. 45 м.

15. Вѣсъ кистоваго мѣшка 1,400 грм. Вѣсъ выпущенной жидкости 3,155 грам. Вся киста 4,555 грм.

16. Умерла на 4 день отъ септикеміи. При вскрытіи найдено: воспаленіе брюшины, забрюшинной клѣтчатки и перерожденіе желѣзистыхъ органовъ.

17. Киста состояла изъ большого мѣшка, наполненнаго густымъ коллоиднымъ содержимымъ и изъ неопорожненныхъ конгломератовъ, разросшихся на стѣнкахъ большого мѣшка. Мѣстами въ стѣнкахъ мѣшка начиналось омертвѣніе.

№ 130. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, 30 апрѣля 1886 г. А. Ф., крестьянка.

2. Двусторонняя оваріотомія.

3. 33 лѣтъ.

4. Родила 2 раза благополучно, послѣдній разъ 7 лѣтъ назадъ.

5. 15 л.; черезъ 3—4 нед., по 6 д.

6. Безъ измѣненій.

7. Присутствіе опухоли въ животѣ больная замѣтила 11 л. назадъ. Ростъ опухоли не сопровождался воспалительными явленіями въ животѣ. Больная малокровна, посредственнаго питанія.

8. Терапевтическое.

9. Быть можетъ дермоидная киста лѣваго яичника и небольшая коллоидная праваго яичника.

10. 12 сант.

11. Безъ сращеній.

12. Очень длинная, неширокая ножка, принадлежащая лѣвому яичнику, раздѣлена въ 2 пучка, перевязана 2 шелковыми карбололизированными лигатурами, кромѣ того 3 отдѣльныхъ лигатуры на сосуды ножки. На короткую ножку праваго яичника наложены 2 шелковыхъ лигатуры; обѣ ножки по удаленіи яичниковъ опущены въ тазовую полость. Обѣ культы присыпаны іодоформомъ.

13. 5 глубокихъ и 6 поверхностныхъ металлическихъ шва на рану. Рана присыпана іодоформомъ.

14. $\frac{3}{4}$ ч.

15. Вѣсъ лѣваго кистоваго мѣшка 250 гр. Вѣсъ содержащаго лѣвой кисты 400 гр. Правая киста была величиною въ гусиное яйцо.

16. Выздоровѣла безъ лихорадки. Брюшная рана срослась per primam. Швы и повязка сняты на 8 и 10 день.

17. Киста лѣваго яичника имѣла такую длинную ножку что могла быть легко передвигаема въ полости живота изъ одного подреберья въ другое. Больной въ лежачемъ положеніи кисты не причиняли страданій, но въ стоячемъ онѣ вызывали сильную боль въ нижней части живота и ногахъ, препятствуя

щую ходбѣ. Это зависѣло отъ опущенія кисты лѣваго яичника въ Дугласово пространство и давленія ею на сосѣдніе органы. Дезинфекція комнаты и шпрэ производились озогеномъ.

№ 131. 1. Въ Маринскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, 1 мая 1886 г.

А. К., жена чиновника.

2. Односторонняя оваріотомія лѣваго яичника.

3. 35 лѣтъ.

4. Не рожала.

5. 15 л.; черезъ 3—4 нед., по 5 д.

6. Безъ измѣненія.

7. Увеличеніе живота замѣтила около года.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста лѣваго яичника.

10. 13 сант.

11. Безъ сращеній.

12. Довольно длинная ножка принадлежала лѣвому яичнику, раздѣлена въ 2 пучка и перевязана 2 шелковыми карболлизированными лигатурами и по удаленіи кисты опущена въ тазовую полость. Культия присыпана іодоформомъ.

13. 13 металлическихъ швовъ на рану. Брюшная рана присыпана іодоформомъ.

14. 35 м.

15. Вѣсъ удаленной опухоли равнялся 1,160 гр. Вѣсъ содержимаго около 6,000 граммъ.

16. Выздоровѣла безъ лихорадки. Брюшная рана зажила *per primam*. Швы и повязка сняты на 8 и 9 день.

17. Киста состояла изъ большаго мѣшка, наполненнаго коллоиднымъ содержимымъ и большимъ количествомъ мелкихъ конгломератовъ. Дезинфекція комнаты и шпрэ перекистью водорода.

№ 132. 1. Въ Маринскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, 7 мая, А. М., жена чиновника.

2. Односторонняя оваріотомія праваго яичника.

3. 50 лѣтъ.

4. Родила 3 раза благополучно.

5. 18 л.; черезъ 4 нед., по 7 д.

6. Послѣдніе регулы 18 л. назадъ.

7. Увеличеніе живота замѣтила 1 годъ назадъ.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста праваго яичника.

10. 13 сант.

11. Безъ сросшеній.

12. Ножка принадлежала правому яичнику и была короткая, мясистая, раздѣлена въ 2 пучка и перевязана 2 шелковыми лигатурами. Культи присыпана іодоформомъ и опущена въ тазовую полость.

13. 5 глубокихъ и 6 поверхностныхъ металлическихъ шва. Рана присыпана іодоформомъ.

14. 1 ч.

15. Вѣсъ кистоваго мѣшка 140 гр. Вѣсъ содержимаго кисты 4,450 граммъ.

16. Выздоровѣла почти безъ лихорадки. Упорная рвота въ первые 3 дня; брюшная рана зажила *per primam*. Швы и повязка сняты на 7—8 день.

17. Киста состояла изъ однополостного мѣшка. Дезинфекція комнаты озогономъ. Шпрэ.

№ 133. 1. Въ Маринскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, 1 ноября 1886 г. С. Ш., дворянка.

2. Двусторонняя оваріотомія.

3. 50 лѣтъ.

4. Родила 9 разъ благополучно, послѣдній разъ 9 лѣтъ назадъ. Кромѣ того имѣла 5 выкидышей, послѣдній 15 л. назадъ.

5. 13 л., черезъ 3 нед., по 7 д., обильны, безъ болей.

6. Послѣднія—2 года назадъ.

7. Увеличеніе живота замѣчено 4 года назадъ. Ростъ опухоли безболѣзненный. Истощена.

8. Терапевтическое и одинъ проколъ въ Марин. гинеколог. отд. 27 октября 1886 г. Выпущено 7,800 грам. коллоидной жидкости.

9. Коллоидная киста, вѣроятно, лѣваго яичника, повидимому, не сросшаяся съ маткой.

10. 26 сант.

11. Киста была сросшена со всею переднею поверхностью брюшной стѣнки и отчасти съ сальникомъ; на сросшенія съ сальникомъ наложено 4 шелковыя сулемованныя лигатуры.

12. Кистовой мѣшокъ принадлежалъ лѣвому яичнику. Ножка его была довольно широка; она раздѣлена въ 3 пучка, перевязана 3 шелковыми сулемованными лигатурами и отрѣзана. Кистовидно перерожденный правый яичникъ, величиною въ куриное яйцо, послѣ перевязки его ножки шелковой суле-

мованной лигатурой, удаленъ. Культы присыпаны іодоформомъ и опущены въ тазовую полость.

13. 8 глубокихъ и 12 поверхностныхъ шелковыхъ узловатыхъ шва на брюшную рану. Антисептика по прежнему.

14. 2¹/₂ ч.

15. Всѣхъ жидкости, удаленной изъ кисты, равнялся 19,200 граммъ. Всѣхъ кистоваго мѣшка 2,000 граммъ.

16. Умерла на 4 день отъ воспаления брюшины.

№ 134. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родоспособительнаго Заведенія, января 29 дня 1887 г. А... Б., вдова солдата.

2. Двусторонняя оваріотомія (лѣвой широкой связи и праваго яичника).

3. 27 лѣтъ.

4. Родила 1 разъ благополучно.

5. Первые крови 16 л., черезъ 3 нед., по 6—7 дней, не обильны, съ болями.

6. Безъ измѣненія.

7. Увеличеніе живота замѣтила 1¹/₂ г.,назадъ. Ростъ опухоли безъ боли. Больная посредственнаго питанія.

8. Терапевтическое.

9. Киста, быть можетъ, лѣвой широкой связки.

10. 14 сант.

11. Безъ срощеній.

12. Широкая, мясистая ножка, переходившая прямо въ лѣвую широкую связку, раздѣлена въ 5 пучковъ и перевязана 5 шелк. лиг., прокипяченными въ растворѣ (1:2000) двуіодистой ртути. Ножка праваго кистовидно-перерожденнаго яичника раздѣлена въ 3 пучка и перевязана такими же лигатурами. Культя съ коротко обрѣзанными лигатурами опущена въ тазовую полость.

13. Брюшная рана шита 5 глубокими и 8 поверхностными шелковыми узловатыми швами.

14. 1¹/₂ ч.

15. Прозрачная, нествораживающаяся при кипяченіи жидкость выпущена изъ кистоваго мѣшка лѣвой широкой связки въ количествѣ 5855 грм. Всѣхъ мѣшка 250 грм. Всего 6,105 грм. Правый яичникъ въ длину равнялся 9 с. и въ ширину 2¹/₂ с.

16. Выздоровѣла безъ лихорадки. Швы сняты на 8 день. Рана зажила *per primam*.

№ 135. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, февраля 12 дня 1887 г. Дочь дворянина Л... К...

2. Односторонняя оваріотомія.

3. 16 лѣтъ.

4. Дѣвица.

5. Первые регулы 12 л., по 6 д., обильны, безъ болей.

6. Во время роста опухоли съ болями.

7. Увеличеніе живота замѣчено 2 года назадъ. Во время роста опухоли были боли въ животѣ, но не воспалительнаго характера. Больная посредственнаго питанія.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста.

10. 12 сант.

11. Безъ сращеній.

12. Кистовый мѣшокъ принадлежалъ правому яичнику. Ножка ея длинная, мясистая, раздѣлена въ 3 пучка, которые перевязаны тремя шелковыми двуіодисто-ртутными лигатурами. По удаленіи кисты, культи съ коротко-обрѣзанными лигатурами опущена въ тазовую полость.

13. Брюшная рана зашита 3 глубокими и 5 поверхностными узловатыми шелковыми швами. Антисептика, какъ и въ предыдущей операціи.

14. 35 мин.

15. Вѣсъ выпущенной жидкости 6,165 грм. Она была густая, темная, коллоидная. Вѣсъ кистоваго мѣшка 550 грм. Всего 6,715 грам. Задняя поверхность его начала гангреницироваться.

16. Выздоровѣла безъ лихорадки. Рана зажила *per primam* Повязка и швы сняты на 8 день.

№ 136. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, марта 1 дня 1887 г. Жена камердинера Ея Величества Е... С...

2. Односторонняя оваріотомія.

3. 43 лѣтъ.

4. Родила 6 разъ благополучно. Послѣдніе роды были 2¹/₂ г. назадъ. Хорошаго питанія, немного малокровна.

5. Первые регулы 13 л., черезъ 3 нед., по 5 д., безъ болей, довольно обильны.

6. Въ послѣднее время меньше.

7. Увеличеніе живота замѣтила въ августѣ 1886 г. Иногда

бывали у больной сильныя боли въ животѣ, повидимому, нервнаго характера.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста, осложненная водянкой брюшной полости.

10. 14 сант.

11. Безъ срощеній.

12. Киста, состоявшая изъ небольшого мѣшка, наполненнаго густымъ коллоиднымъ содержимымъ, и многочисленныхъ плотныхъ кангломератовъ, сидѣвшихъ на стѣнкахъ его, принадлежала правому яичнику. Мясистая, съ крупными сосудами ножка перевязана въ 4 пучка 4 шелковыми лигатурами и по удаленіи кисты опущена въ тазовую полость.

13. Брюшная рана шита 5 глубокими и 6 поверхностными узловатыми швами. Строгая антисептика, какъ при предыдущей операціи.

14. 2 часа.

15. Вѣсъ асцитической жидкости, выпущенной во время операціи, 3,915 грм. Вѣсъ кистоваго мѣшка съ содержимымъ 1550 грм. Всего 5,465 грм.

16. Выздоровленіе почти безъ повышенія температуры. Сильная слабость послѣ операціи. Вдыханіе кислорода. Въ первые три дня послѣ операціи рвота по временамъ. Брюшная рана спаялась *per primam*. Швы и повязка сняты на 9 день. При выпискѣ небольшое уплотнѣніе около культи и лѣваго яичника.

17. Во время операціи *collapsus*, мускусъ подъ кожу и искусственное дыханіе.

№ 137. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, марта 18 дня 1887 г. М... И... вдова курьера.

2. Односторонняя овариотомія.

3. 30 лѣтъ.

4. Не рожала, хорошаго питанія. Въ 1877 г. было кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, продолжавшееся 4 мѣсяца. Боль внизу живота при движеніяхъ.

5. Первые регулы 13 л., черезъ 4 нед., по 6 д., съ болями.

6. Послѣднія регулы въ августѣ 1886 г.

7. Опухоль праваго яичника опредѣлена 4 года назадъ.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста праваго яичника.

10. 12 с.

11. Безъ срощеній.

12. Очень жирные и сильно напряженные брюшные покровы способствовали выпаденію кишекъ и мѣшали операціи. Киста оказалась принадлежащею правому раговариі, гладка, эластична, наполнена прозрачнымъ содержимымъ. Тонкая ножка перевязана 2 шелковыми лигатурами и по удаленіи кисты опущена въ тазовую полость. Правый яичникъ очень сухой, лежалъ около ножки, съ которою и удаленъ.

13. 5 поверхностныхъ и 6 глубокихъ шелковыхъ шва на брюшную рану. Антисептика по предыдущему способу.

14. 1 часъ.

15. Киста величиною въ гусиное яйцо.

16. Выздоровѣла почти безъ повышенія температуры. Рана почти вся зажила *per primam*. На 9 день снята повязка и швы.

№ 138. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, марта 26 дня 1887 г. Е... О... Н., жена доктора.

2. Односторонняя оваріотомія.

3. 44 лѣтъ.

4. Родила 3 раза благополучно. Послѣдняя беременность (15 л. назадъ) кончилась выкидышемъ на 3 мѣсяцѣ, 2 года назадъ было продолжительное кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. Предъ операціей сильный перитонитъ правой половины живота, продолжавшійся 2 мѣсяца. Больная посредственнаго питанія.

5. Первые регулы 16 л., черезъ 3 нед. по 5 д., съ болями.

6. Передъ операціей во время перитонита задержались въ продолженіи 2 мѣсяцевъ и открылись только за 4 дня.

7. Опухоль въ животѣ замѣтила 1¹/₂ года назадъ.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста праваго яичника, сросшаяся съ брюшною стѣнкою.

10. 12 с.

11. Обширные сплошные, но не плотные срощенія кисты съ брюшною стѣнкою, сальникомъ и кишками.

12. Ножка принадлежала правому яичнику, перевязана въ 3 пучка и по удаленіи кисты опущена въ тазовую полость.

13. 4 глубокихъ и 5 поверхностныхъ шелковыхъ лигатуры на брюшную рану. Антисептика по предыдущему способу.

14. 1 ч. 15 м.

15. Киста состояла изъ большого мѣшка съ малыми конгломератами, наполненными прозрачнымъ коллоиднымъ содержимымъ, вѣсила 4,505 грм.

16. Выздоровленіе безъ лихорадки. Рвота въ первые 2 дня. Рана спаялась *per primam*. Повязка и швы сняты на 7 день. Послѣ операціи была небольшая припухлость около культи.

№ 139. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, апрѣля 30 дня 1887 г. Н... Ш..., жена почетнаго гражданина.

2. Односторонняя овариотомія.

3. 53 лѣтъ.

4. Родила 17 разъ благополучно, послѣдній разъ 11 лѣтъ назадъ. Большая хорошаго питанія. Особенными болѣзнями, кромѣ оспы на 40 г., не страдала.

5. Первые регулы 12 лѣтъ, черезъ 3—4 нед., по 5—6 д.

6. Послѣднія 2 года назадъ.

7. Опухоль замѣтила годъ тому назадъ; ростъ опухоли не сопровождался болями въ животѣ.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста, повидимому, сросшаяся съ брюшною стѣнкою.

10. 14 с.

11. Обширныя кровоточивыя сплошныя сращения кисты съ брюшною стѣнкою въ верхней части правой половины живота. Кровотеченіе остановлено смазываніемъ паріетальной брюшины *Ol. Martis*, сжатіемъ брюшныхъ стѣнокъ и наложеніемъ шелковой лигатуры на упорно-кровооточащее мѣсто на паріетальной брюшинѣ.

12. Довольно длинная, не очень широкая ножка перевязана 2 шелковыми лигатурами и по отнятій кисты опущена въ тазовую полость.

13. Брюшная рана шита 6 глубокими и 5 поверхностными узловатыми швами. Антисептика и повязка по предыдущему способу.

14. 1 ч. 15 м.

15. Коллоидная киста съ густымъ содержимымъ состояла изъ многихъ довольно крупныхъ отдѣловъ. Вѣсъ вытекшей жидкости 9,110 грм. Вѣсъ мѣшка 2,950 грм. Всего 12,060 грм.

16. Выздоровѣла безъ лихорадки. Рвота была одинъ разъ

въ 1 день послѣ операціи. Уже на 2 день появился аппетитъ. Швы и повязка сняты на 8 день послѣ операціи.

17. Лигатура на кровоточащую артерію въ брюшной ранѣ.

№ 140. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, мая 4 дня 1887 г. Е... Н... К..., жена дворянина.

2. Односторонняя оваріотомія.

3. 35 лѣтъ.

4. Не рожала. Посредственнаго питанія. Особенными бо-
лѣзнями не страдала.

5. Первые регулы 13 лѣтъ, черезъ 3 нед., по 4 д., безъ
болей.

6. Безъ измѣненій.

7. Опухоль лѣваго яичника замѣчена въ 1882 г. Ростъ
ея—4 года, сопровождался явленіями оофорита, но послѣдній
годъ опухоль стала замѣтно увеличиваться, съ растройствомъ
пищеваренія и питанія. Потеря аппетита, запоры.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста лѣваго яичника безъ срощеній.

10. 11 с.

11. Безъ срощеній.

12. Сильно напряженные брюшные мускулы и выпадав-
шія кишки препятствовали выведенію кисты изъ тазовой поло-
сти. Рукой, введенной во влагалище, киста была выдвинута въ
брюшную рану. Широкая мясистая ножка, принадлежавшая
лѣвому яичнику, перевязана въ 3 пучка 3 шелковыми лигату-
рами, и по удаленіи кисты опущена въ тазовую полость.

13. Брюшная рана сшита 3 глубокими и 6 поверхност-
ными узловатыми швами и смазана растворомъ въ коллодіумѣ
двуіодистой ртути. Антисептика и повязка по предыдущему
способу.

14. 45 мин.

15. Киста, величиною въ головку новорожденнаго, напол-
нена густымъ коллоиднымъ содержимымъ.

16. Выздоровѣла. На 3, 4 и 5 день Т. поднималась до 38.
Въ первые 4 дня послѣ операціи рвота, икота и боль подъ
ложечкой. Морфій подъ кожу, вдыханіе кислорода, клизма съ
прибавленіемъ опиума, ледяныя пилюли. 10 мая сняты повязка
и швы. Рана зажила *per primam*.

№ 141. 1. Въ частной квартирѣ въ С.-Петербургѣ, мая 16
дня 1887 г. Л. О. П..., дочь генераль-инженера.

2. Односторонняя овариотомія.
 3. 27 лѣтъ.
 4. Дѣвица, посредственнаго питанія. Въ дѣтствѣ имѣла золотуху. Весъ 1879 г. проболѣла перемежающею лихорадкою.
 5. Первые регулы 15 л., черезъ 4 нед., по 4—5 дней.
 6. Въ 1886 г. регулы приходили чаще, въ 1887 г. по-прежнему.
 7. Увеличеніе живота замѣтила въ октябрѣ 1880 г. Въ апрѣлѣ 1887 г. имѣла сильное раздраженіе брюшины.
 8. 4 января 1881 г. сдѣланъ былъ проколъ живота.
 9. Коллоидная киста, вѣроятно, съ незначительными срощеніями.
 10. 12 с.
 11. Почти безъ срощеній.
 12. Широкая мясистая ножка раздѣлена въ 4 пучка и перевязана 4 шелковыми лигатурами и по отнятіи кисты опущена въ тазовую полость.
 13. Брюшная рана шита 6 глубокими и 5 поверхностными швами. Антисептика и перевязка по предыдущему способу.
 14. 45 мин.
 15. Киста состояла изъ нѣсколькихъ крупныхъ отдѣловъ, наполненныхъ коллоиднымъ содержимымъ и холестеариномъ. Вѣсъ жидкости 3663 грм., вѣсъ мѣшка кисты 1,700 грм. Всего 5,363 грм.
 16. Выздоровѣла безъ лихорадки, швы и повязка сняты на 8 день.
 17. Операція произведена въ роскошномъ, строго дезинфекцированномъ помѣщеніи.
- № 142. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, мая 20 дня Е. Н..., жена полковника.
2. Двусторонняя овариотомія.
 3. 35 лѣтъ.
 4. Родила 4 раза благополучно, послѣдній разъ 1 годъ назадъ; послѣ послѣднихъ родовъ была больна мѣсяць. Первая беременность окончилась выкидышемъ на 2 мѣсяцѣ. Хорошаго питанія.
 5. Первые регулы 12 лѣтъ, черезъ 4 нед., по 7 д., безъ болей.
 6. Въ послѣдній годъ продолжались по 3 дня.

7. Опухоль въ животѣ замѣтила 1 годъ навадѣ. Ростъ опухоли почти безболѣзненный.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста, вѣроятно, праваго яичника, безъ срощеній.

10. 13 с., въ три приѣма.

11. Киста праваго яичника имѣла довольно обширныя кровоточивыя срощенія съ сальникомъ и брюшной стѣнкой. На срощенія наложены шелковыя лигатуры. Лѣвая киста была срощена съ заднею поверхностью матки на довольно значительномъ пространствѣ. Изъ этого срощенія при сшиваніи брюшной раны послѣдовало значительное кровотеченіе. Рана расшита, увеличена въ длину, кишки отодвинуты кверху, при осмотрѣ кровотеченіе оказалось изъ задней поверхности матки, оно остановлено лигатурой.

12. Ножка кисты праваго яичника была очень широка, мясиста. Она перевязана въ 3 пучка 3 шелковыми петлями. На отдѣльные сосуды ея наложены 4 шелковыхъ лигатуры. Ножка второй кисты была очень коротка, перевязана въ 2 пучка, на отдѣльные сосуды ея наложена нѣсколько лигатуръ. Обѣ культи опущены въ тазовую полость.

13. Брюшная рана шита 11 шелковыми швами. Строгая антисептика по предыдущему способу.

14. 3 час.

15. Киста праваго яичника состояла изъ большаго мѣшка и многихъ мелкихъ. Содержимое всѣхъ отдѣловъ было коллоидное, но различной консистенціи и цвѣта; она выполняла значительную часть брюшной полости. Другая киста, повидимому, принадлежала лѣвой широкой связкѣ, была наполнена прозрачнымъ содержимымъ и величиною равнялась головкѣ взрослога младенца. Вѣсъ кистовой жидкости 2,855 грм. Вѣсъ кистъ 2,650 грм.

16. Выздоровленіе. Послѣоперационный періодъ почти безъ лихорадки. Рвоты послѣ операціи почти небыло. Повязка и швы сняты 27 мая. Рана зажила *per primam*. 28 мая прощупана въ дугласовомъ пространствѣ небольшая опухоль, которая при выпискѣ изъ отдѣленія почти рассосалась.

17. Всѣхъ лигатуръ оставлено въ брюшной и тазовой полостяхъ 22. Между клѣтчаткою и брюшиною въ нижнемъ углу брюшной раны было значительное венное расширеніе, давшее обильное кровотеченіе.

№ 143. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, октября 21 дня 1887 г., крестьянка М...

2. Двусторонняя оваріотомія.

3. 33 лѣтъ.

4. Родила 2 раза благополучно, послѣдній разъ 6 лѣтъ назадъ.

5. Первые регулы 18 лѣтъ, по 8 д., съ болями.

6. Безъ измѣненія.

7. Увеличеніе живота замѣтила въ маѣ 1887 г. Ростъ опухоли безболѣзненный. Питанія посредственнаго.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста, вѣроятно, праваго яичника, повидимому, не сросшаяся съ маткой. Срощенія ея съ брюшною стѣнкой возможны.

10. 16 с. Разрѣзъ зависѣлъ отъ сращенія кисты съ брюшною стѣнкою и сальникомъ.

11. Кровоточивыя плотныя сращенія кисты лѣваго яичника съ брюшною стѣнкою и сальникомъ. Упорныя кровотечения изъ этихъ сращеній остановлены горячимъ компрессомъ и 3 шелковыми лигатурами.

12. Ножка кисты лѣваго яичника перекручена, раздѣлена въ 2 пучка и перевязана 2 шелковыми лигатурами. Ножка праваго яичника также раздѣлена въ 2 пучка и перевязана 2 шелковыми лигатурами. Лигатуры оставлены въ тазовой полости.

13. 9 глубокихъ и 6 поверхностныхъ узловатыхъ шелковыхъ шва на брюшную рану. Повязка по предыдущему способу. Острые инструменты обеззараживались въ растворѣ тимола.

14. 2 часа.

15. Вѣсъ лѣвой кисты съ содержимымъ равнялся 3,655 грм. Киста праваго яичника была величиною въ куриное яйцо.

16. Выздоровѣла. На 4 день послѣ операціи Т. до 39,4. На 5 день и въ остальные дни нормальна. Въ первые три дня легкая рвота. Швы сняты на 9 день. Брюшная рана зажила *per primam*. На 10 день найдена небольшая опухоль около лѣвой культи, которая и разрѣшилась передъ выпиской больной изъ отдѣленія.

17. Киста состояла изъ большаго мѣшка и нѣсколькихъ плотныхъ конгломератовъ. Стѣнка кисты мѣстами была очень дрябла и рвалась при отдѣленіи сращеній. Небольшое скопленіе асцитической жидкости въ брюшной полости. На фим-

бри правой фаллопиевой трубы серозная киста величиною въ голубиное яйцо и рядомъ съ нею фиброидъ величиною въ горошину. Киста эта и фиброидикъ удалены. На 3 день послѣ операціи открылись регулы и были по прежнему.

№ 144. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, ноября 1 дня 1887 г. Т... Н..., дворянка.

2. Двусторонняя оваріотомія.

3. 35 лѣтъ.

4. Дѣвица.

5. Первые регулы 15 л., черезъ 4 нед., по 5 д., безболѣзненны.

6. Безъ измѣненія.

7. Увеличеніе живота замѣтила $\frac{1}{2}$ года назадъ. Ростъ опухоли безъ особенныхъ болей. 5 лѣтъ страдала, какъ говоритъ, хроническимъ катарромъ кишекъ. Больная истощена, малокровна.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста, повидимому, праваго яичника съ короткой ножкой. Киста довольно подвижна въ стороны.

10. 16 с.

11. Безъ сращеній.

12. Ножка кисты лѣваго яичника была широкая, мясистая, раздѣлена въ 3 пучка и перевязана 3 шелковыми лигатурами. Сверхъ того двѣ лигатуры на отдѣльные кровотокащіе сосуды ножки и одна на фаллопиеву трубу. Ножка кисты праваго яичника раздѣлена въ 2 пучка и перевязана 2 лигатурами. Всѣ лигатуры оставлены въ тазовой полости.

13. Брюшная полость прополоскана растворомъ двуіодистой ртути (1:6000) Т. 30—32 R. 12 шелковыхъ швовъ на брюшную рану; послѣдняя смазана растворомъ двуіодистой ртути съ *collodium*. Дезинфекція и перевязка по прежнему.

14. 2 ч.

15. Вѣсъ кисты съ содержимымъ 9,200 грм. Правый яичникъ былъ величиною съ гусиное яйцо.

16. Выздоровѣла. Въ первые два дня послѣ операціи рвота, Т 38,4. Повышеніе Т продолжалось до 9 дня. Швы сняты на 9 день. Рана зажила *per primam*.

17. Брюшная полость найдена наполненною коллоиднымъ содержимымъ, излившимся въ нее до операціи. Поверхность сальника, широкихъ связокъ, фаллопиевыхъ трубъ была усѣяна

массой какъ бы кистовидныхъ образованій величиною въ горошину, происшедшихъ отъ обростанія коллоидной массы ложными перепонками. Для приведенія больной въ состояніе полной анестезіи потребовался 1 часъ. Наркозъ достигнуть 10⁰/₀ паровъ хлороформа съ кислородомъ. Потеря чувствительности наступила раньше потери сознанія.

№ 145. 1. Въ Маринскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, ноября 11 дня 1887 г., дворянка В.....

2. Односторонняя оваріотомія.

3. 66 лѣтъ.

4. Вдова, родила 6 разъ благополучно.

5. Не помнитъ.

6. Послѣднія регулы 25 лѣтъ назадъ.

7. Увеличеніе живота замѣтила лѣтъ 7 тому назадъ. Истоцена.

8. Сдѣланы 3 прокола кисты: послѣдній разъ 9 мѣсяцевъ тому назадъ.

9. Коллоидная киста, вѣроятно, праваго яичника.

10. 17 с.

11. Обширные кровоточивыя сращенія кисты съ брюшными стѣнками около пупка и преимущественно въ правой половинѣ живота. Кровотеченіе остановлено прикладываніемъ горячихъ ватныхъ подушечекъ къ кровоточащей поверхности. Срощеніе отъ ножки шло къ лѣвой широкой связкѣ; на него наложена лигатура.

12. Широкая, мясистая ножка принадлежала лѣвому яичнику, раздѣлена въ два пучка и перевязана шелковой лигатурой. Три шелковыя лигатуры на кровоточащіе крупные сосуды культи. Культи смазана растворомъ двуіодистой ртути (1:1000).

13. 19 шелковыхъ узловатыхъ шва на брюшную рану. Повязка и антисептика, какъ и въ предыдущемъ случаѣ.

14. 35 мин.

15. Вѣсъ кистоваго мѣшка 2,370 грм. Вѣсъ удаленаго коллоиднаго содержимаго 21,600 грм. Всего 23,760.

16. Умерла черезъ сутки. Упадокъ силъ начался вслѣдъ за окончаніемъ операціи.

№ 146. 1. Въ Маринскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, ноября 18 дня 1887 г., крестьянка М.....

2. Односторонняя оваріотомія.
 3. 37 лѣтъ.
 4. Родила 7 разъ благополучно, послѣдній разъ 5 лѣтъ назадъ; предпослѣдняя беременность кончилась выкидышемъ. Послѣ послѣднихъ родовъ кровотеченіе продолжалось 7 недѣль.
 5. Первые регулы 13 лѣтъ, черезъ 3 недѣли, по 7 дней, безъ болей.
 6. Послѣднія регулы въ маѣ 1887 г.
 7. Увеличеніе живота замѣтила 2 года назадъ. По временамъ боли въ животѣ во время роста опухоли. Питаніе посредственное.
 8. Терапевтическое.
 9. Коллоидная киста со срощеніями.
 10. 20 с.
 11. На кровоточивыя срощенія съ салъникомъ 6 лигатуръ. Около 110 граммъ салъника удалено. Срощенія ножки кисты съ самой кистой потребовали наложенія 2-хъ лигатуръ.
 12. Широкая, мясистая ножка праваго яичника раздѣлена въ три пучка и перевязана 3 шелковыми лигатурами.
 13. 13 глубокихъ и 10 поверхностныхъ шелковыхъ узловатыхъ шва на брюшную рану. Перевязка и дезинфекція по предыдущему способу.
 14. 1¹/₂ ч.
 15. Выздоровѣла. Въ первые 3 дня повышеніе температуры до 38,9. Рвоты не было. Рана зажила *per. primam*. На 9 день сняты швы.
 16. Небольшое количество асцитической жидкости. Стѣнки кисты очень дряблы и она могла быть извлечена только введеніемъ руки въ полость кисты, захвативъ за перегородки ея.
- № 147. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, ноября 25 дня 1887 г., С....., вдова офицера.
2. Односторонняя оваріотомія.
 3. 64 лѣтъ.
 4. Родила 8 разъ благополучно, послѣдній разъ 27 лѣтъ назадъ.
 5. Первые регулы 13 лѣтъ, черезъ 3—4 недѣли, по 5 дней.
 6. Послѣднія регулы 12 лѣтъ назадъ.
 7. Увеличеніе живота замѣтила 15 лѣтъ. Опухоль опре-

дѣлена 5 лѣтъ назадъ. Ростъ опухоли сопровождался небольшими болями. Продолжительныя бѣли. Посредственнаго питанія.

8. Терапевтическое.

9. Киста обоихъ яичниковъ, повидимому, съ короткой ножкой.

10. 13 с.

11. На кровоточивыя сращения кисты съ брюшиной лѣвой тазовой стѣнкой наложено 5 шелковыхъ лигатуръ.

12. Широкая, мясистая, короткая ножка, раздѣлена въ 3 пучка и перевязана 3 шелковыми лигатурами.

13. 13 шелковыхъ швовъ на брюшную рану. Дезинфекція и перевязка какъ и въ предыдущемъ случаѣ.

14. 50 мин.

15. Вѣсъ кисты съ содержимымъ около 8,000 грм.

16. Выздоровленіе, повышеніе температуры послѣ операціи не болѣе 2-хъ дней до 38,5. Брюшная рана зажила *per primam*. на 8-й день швы сняты.

17. Киста состояла изъ одного мѣшка. На днѣ его въ Дугласовомъ пространствѣ помѣщался плотный конгломератъ, который былъ діагносцированъ за вторую кисту. Воспалительныя уплотненія, образовавшіяся послѣ операціи, всосались предъ выпиской больной изъ отдѣленія.

№ 148. 1. Въ Маріанскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, декабря 1-го дня 1887 г., вдова унтеръ-офицера В....

2. Односторонняя оваріотомія.

3. 53 лѣтъ.

4. Родила 7 разъ благополучно, послѣдній разъ 19 лѣтъ назадъ.

5. Первые регулы 14 лѣтъ, черезъ 3 недѣли, по 5 дней.

6. Послѣднія регулы 11 лѣтъ назадъ.

7. Увеличеніе живота замѣтила 11 лѣтъ тому назадъ. Ростъ опухоли безболѣзненный, питанія удовлетворительнаго.

8. Сдѣланъ проколъ кисты 2 раза.

9. Киста, повидимому, лѣваго яичника.

10. 14 с.

11. Безъ сращеній.

12. Широкая, мясистая, короткая ножка лѣваго яичника, раздѣлена въ три пучка и перевязана 3 шелковыми лигату-

рами. Сверхъ того на одинъ пучекъ наложена вторая лигатура. Культя смазана растворомъ двуіодистой ртути (1:1000).

13. 13 шелковыхъ швовъ на брюшную рану. Дезинфекція и перевязка какъ и въ предыдущемъ случаѣ.

14. 50 мин.

15. Вѣсъ удаленной кисты 170 грм. Вѣсъ выпущенной прозрачной жидкости 4,500 грм.

16. Выздоровѣла. Повышеніе температуры на 6-й день до 38,9. Брюшная рана зажила *per primam*, но поверхностная часть ея мѣстами разошлась вслѣдствіе нагноенія въ клѣтчаткѣ около брюшной раны и зажила *per secundam*.

№ 149. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, января 14 дня 1888 г., вдова д. с. с. Н... К...

2. Односторонняя оваріотомія.

3. 54 лѣтъ.

4. Родила 10 разъ благополучно, послѣдніе роды 17 лѣтъ назадъ.

5. Первые регулы 15 лѣтъ, черезъ 3 недѣли, по 7 дней, обильны.

6. Послѣдніе 3 года назадъ.

7. Увеличеніе живота замѣтила 2 мѣсяца назадъ, случайно. Хорошаго питанія. Особенными болѣзнями не страдала. Ростъ опухоли почти безболѣзненный.

8. Терапевтическое.

9. Киста яичника, повидимому, съ короткою ножкою.

10. 11 с.

11. Безъ срощеній.

12. Короткая, не широкая ножка праваго яичника раздѣлена въ два пучка, перевязана 2 шелковыми лигатурами и по отнятїи кисты опущена въ тазовую полость. Культя обмыта растворомъ двуіодистой ртути (1:1000).

13. Брюшная рана обмыта растворомъ двуіодистой ртути (1:1000) и шита 11-ти узловатыми шелковыми лигатурами, заклеена марлею, смазанною растворомъ двуіодистой ртути въ collodium (2 грана на \mathfrak{z} кол.).

14. 25 мин.

15. Вѣсъ удаленной кисты и содержимаго ея 3,340 грм.

16. Выздоровѣла. На 2-й и 3-й дни повышеніе температуры до 38,6; $\frac{3}{4}$ брюшной раны зажили *per primam*, осталь-

ная часть *per secundam*. Небольшое оплотнение въ клѣтчаткѣ около пупка скоро разрѣшилось.

17. Киста была многополостная. Изъ большого отдѣла ея выпущено 450 грм. коллоидной жидкости. Остальныя полости были различной величины (отъ голубиного до гусиного яйца) съ содержимымъ различной консистенціи и цвѣта.

№ 150. 1. Въ Маринскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, февраля 20 дня 1888 г. А... К..., жена мѣщанина.

2. Двусторонняя оваріотомія.

3. 45 лѣтъ.

4. Родила 6 разъ благополучно и 1 разъ выкинула.

5. Первые крови 12 л., черезъ 3 нед., по 6 д., безъ болей.

6. Послѣдніе въ мартѣ 1887 г.

7. Увеличеніе живота замѣтила годъ назадъ. Больная считала себя беременной. Ростъ опухоли безъ воспаленій. Больная посредственнаго питанія.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста, повидимому, праваго яичника.

10. 16 с.

11. Безъ срощеній.

12. Широкая, довольно мясистая ножка кисты праваго яичника раздѣлена въ 2 пучка и перевязана 2 шелковыми лигатурами. Ножка лѣваго, немного увеличеннаго, но кистовидно перерожденнаго яичника также раздѣлена въ 2 пучка и перевязана. Яичникъ и киста удалены.

13. 12 узловатыхъ шелковыхъ лигатуръ на брюшную рану. Повязка и антисептика какъ въ предыдущемъ случаѣ.

14. 50 м.

15. Вѣсъ кисты 1,200 грм. Вѣсъ коллоидной жидкости 7,800 грм.

16. Выздоровѣла почти безъ повышенія Т. Брюшная рана зажила *per primam*. Повязка и швы сняты на 8 д.

17. Кромѣ 2 кистъ еще найдена срезная киста, величиною съ небольшой орѣхъ, на фимбріи лѣвой фаллопиевой трубы.

№ 151. 1. Въ Маринскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, марта 7 дня 1888 г. М... П..., жена

2. Двусторонняя оваріотомія.

3. 23 лѣтъ.

4. Родила одинъ разъ благополучно 1¹/₂ г. назадъ.

5. Первые крови 15 л., черезъ 4 нед., по 3 д., безъ болей, не обильны.

6. Последнія регулы передъ операцией.

7. Увеличеніе живота осталось послѣ родовъ. Ростъ опухоли безъ болей. Большая очень малокровна.

8. Терапевтическое.

9. Коллоидная киста.

10. 13 с.

11. Тонкія кровоточивыя сращения кисты съ брюшной стѣнкой на большомъ пространствѣ около пупка. Кровотеченіе изъ брюшныхъ стѣнокъ остановлено помощью ихъ сжатія.

12. Широкая ножка кисты принадлежала лѣвому яичнику, раздѣлена въ 3 пучка и перевязана 3 шелковыми лигатурами. Ножка кистовидно перерожденнаго праваго яичника перевязана въ 2 пучка. Культы обоихъ кистъ дезинфекцированы растворомъ двуіодистой ртути (1:1000).

13. Брюшная рана шита 8 глубокими и 6 поверхностными узловатыми швами. Перевязка и дезинфекція какъ и въ предыдущемъ случаѣ.

14. 40 м.

15. Вѣсъ кисты 400 грм., вѣсъ удаленной жидкости 5,350 грм. Правый яичникъ величиною въ куриное яйцо.

16. Выздоровѣла. Коляпсъ въ теченіе перваго дня послѣ операциі. На 14 день вновь, Т до 39,6; воспаленіе около правой культи. Подкожное впрыскиваніе *tincturae moschi*. Ледъ на животъ, по удаленіи ватной подушки, съ 4 дня послѣ операциі.

17. Кистовидно перерожденный правый яичникъ былъ прикрытъ расширенной и утолщенной правой фаллопиевой трубой, съ которой и былъ спаянъ. Содержимое оной было гноевидное. Труба вмѣстѣ съ кистой удалены, а оставшаяся при маткѣ часть трубы дезинфекцирована.

Неполныя оваріотоміи.

№ 16. *Мѣсто и время произведенныхъ операций.* Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, марта 7-го дня 1885 г. Е. М., жена купца.

2. *Видъ оваріотоміи.* Двухсторонняя оваріотомія, полная праваго яичника и парціальная лѣваго.

3. *Возрастъ больной.* 34 года.

4. *Замужняя или нѣтъ.* Не рожала, хорошаго питанія, 15 лѣтъ назадъ имѣла сифились.

5. *1-е появленіе мѣсячныхъ.* 16 л., черезъ 3 нед., по 4 дня, безъ болей.

6. *Мѣсячныя во время болѣзни.* Безъ измѣненій.

7. *Продолжительность болѣзни. Общее состояніе больной.* Увеличеніе живота замѣтила 6 $\frac{1}{2}$ лѣтъ назадъ.

8. *Леченіе до операціи.* Проколъ кисты чрезъ брюшныя стѣнки 28-го февраля 1880 г., выпущено 7,300 грм. серозной жидкости.

9. *Распознаваніе до операціи.* Коллоидная киста, вѣроятно, лѣваго яичника, не сросшаяся съ маткой, мало подвижная. Правый яичникъ увеличенъ до головки новорожденнаго ребенка, гладкій и плотный.

10. *Длина разрѣза въ сантиметрахъ.* 16 сант.

11. *Срощенія и другія осложненія.* Срощеніе правой кисты съ брыжейкой. Поперечно ободочная кишка была срослена съ среднею частію опухоли. Обширныя срощенія той-же кисты съ брюшными стѣнками, съ тонкими кишками и съ лѣвой стѣнкой таза. Срощеніе лѣваго яичника съ окололежащими частями были настолько кровоточивы, что нужно было ограничиться парціальною оваріотомією.

12. *Ножка и способъ ея отдѣленія.* На ножку праваго яичника наложено 2 шелковыя лигатуры, которыя и оставлены въ тазовой полости навсегда, яичникъ же удаленъ. Культи лѣваго яичника плотно вшита въ брюшную рану шелковыми лигатурами. Около половины кисты лѣваго яичника вошло въ составъ культи.

13. *Способъ шиванія раны.* Брюшная рана шита 4 глубокими и 6-ю поверхностными шелковыми лигатурами; полость культи выполнена іодоформовою марли. На животъ положена подушка изъ сулемовой ваты, укрѣплена бинтомъ.

14. *Продолжительность операціи.* 3 $\frac{1}{2}$ часа. До наступленія анестезіи прошло $\frac{3}{4}$ часа.

15. *Вѣсъ кисты съ содержимымъ.* Изъ праваго яичника выпущено 3,300 грм. коллоидной жидкости, а изъ лѣваго 4,300 грм. серозной жидкости. $\frac{1}{2}$ кистоваго лѣваго мѣшка удалено.

16. *Исходъ.* Выздоровленіе. Послѣоперационный періодъ прошелъ почти безъ лихорадки. Въ полость культи вкладыва-

лась іодоформовая марля (30%) и грануляціи очень скоро выполнили ее. Нагноенія почти не было.

17. *Замѣчанія*. Операция производилась съ соблюденіемъ строгой антисептики.

№ 17. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, 17-го января 1887 г. П. М... жена чиновника.

2. Ovariectomy part. лѣвой широкой связки.

3. 40 лѣтъ.

4. Не рожала.

5. Первые крови 15 л., черезъ 4 нед., по 3 д., не обильны.

6. Безъ измѣненій.

7. Увеличеніе живота замѣчено 8 л. назадъ. Въ первые годы роста опухоли были боли въ животѣ. Посредственнаго питанія.

8. Терапевтическое.

9. Киста, сросшаяся съ маткой.

10. 13 сант.

11. На срощенія съ салъникомъ наложены 2 шелковыя карбололизированныя лигатуры. Нижняя часть кисты была срощена съ маткой, лѣвой тазовой стѣнкой и выходила изъ лѣвой широкой связки.

12. Киста была отрѣзана близъ своего основанія, края остатковъ кисты обшиты 4 шелковыми лигатурами. Культия присыпана іодоформомъ и опущена въ тазовую полость.

13. Брюшная рана шита 4-мя глубокими и 6-ю поверхностными шелковыми лигатурами. Она присыпана іодоформомъ, покрыта іодоформовой марлей и подушкой изъ сулемовой ваты. Операция произведена подъ парами перекиси водорода (раст. 1:10 ч. перегн. воды). Въмѣсто губокъ употребляли сулемовую вату. Инструменты погружались въ растворъ карболовой кислоты.

14. 2 часа.

15. 8,500 грм. серозной жидкости, не створаживающейся при кипяченіи.

16. Выздоровѣла. Послѣоперационный періодъ былъ безлихорадочный. Рана зажила *per primam*. Швы сняты на 8 день.

№ 18. 1. Въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, 12-го декабря 1887 г. Т... Г... крестьянка.

2. Ovariectomy dextra partialis.

3. 35 лѣтъ.
4. Не рожала.
5. Первые регулы 15 л., черезъ 4 нед. по 5 д.
6. Послѣднія регулы передъ операціей.
7. Увеличеніе живота замѣтила 3 года назадъ. По словамъ больной, она 14 лѣтъ тому назадъ, т. е., тотчасъ послѣ замужества была больна въ теченіе полугода, повидимому, воспалительною болѣзнью въ тазовыхъ органахъ, въ августѣ же 1887 года воспаленіемъ въ животѣ. Малокровна, но не истощена.
8. Терапевтическое.
9. Киста яичника. Отношеніе ея къ сосѣднимъ органамъ, по причинѣ громаднаго ея объема, трудно опредѣлить.
10. 19 снт.
11. Обширныя кровоточивыя срощенія кисты съ салъникомъ, кишками, маткой и широкой связкой. На срощенія наложено 6 шелковыхъ лигатуръ.
12. По вскрытіи брюшной полости вылученіе всей кисты, по причинѣ срощеній, оказалось невозможнымъ; поэтому $\frac{1}{3}$ часть ея, сросшаяся съ кишками, маткой и широкой связкой, оставлена въ брюшной полости, свободная же часть отъ срощеній удалена. Для предупрежденія кровотеченія на основаніе кисты временно наложенъ эластическій шнуръ. Края культи обшиты 8 шелковыми лигатурами. Внутренняя кровоточащая поверхность части кисты, оставленной въ брюшной полости, прижжена термокаутеромъ и выполнена двуіодисто-ртутной марли. Культи по удаленіи шнура укрѣплена снаружи 3 длинными иглами.
13. Первые два шва наложены сверху и снизу вовлѣ культи. Сверху того на брюшину наложено 8 глубокихъ и 12 поверхностныхъ, узловатыхъ шелковыхъ шва. Культи и брюшная рана смазаны растворомъ двуіодистой ртути съ коллодіумомъ
14. 2 $\frac{1}{2}$ часа.
15. Всѣ кисты съ содержимымъ 3,100 грм.
16. Умерла отъ септицеміи черезъ 2 сутокъ послѣ операціи.
17. Окружность живота до операціи равнялась 156 сант. Киста состояла изъ мѣшка съ плотными стѣнками. На внутренней поверхности ея находились мелкія папилломатозныя кисты.

Разсматривая эту серію операцій, оказывается:

I. Въ числѣ 40 оваріотомій было:

1) Полныхъ 36:—выздоровѣло 28, умерло 8.

Изъ нихъ:

одностороннихъ 23:—выздоровѣло 17; умерло 6

двустороннихъ 13:— » 11; » 2

односторон. { праваго яичн. 14:—выздоровѣло 11; умерло 3
лѣваго » 9:— » 6; » 3

2) Неполная праваго яичника 1:—умерла.

3) Экстирпація лѣв. широкой связки 1—выздоровѣла.

4) Смѣшанныхъ оваріотомій 2: обѣ выздоровѣли. Изъ нихъ: у одной больной сдѣлана полная оваріотомія праваго яичника и неполная лѣваго, а у другой того же яичника и экстирпація кисты лѣвой широкой связки.

И такъ удалено 53 кисты яичниковъ у 40 женщинъ.

37 оваріотомій произведены въ Маріинскомъ гинекологическомъ отдѣленіи С.-петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія и 3 въ частныхъ домахъ С. Петербурга. Всѣ съ соблюденіемъ обеззараживанія помѣщеній и примѣненіи различныхъ антисептическихъ средствъ во время производства операціи.

II. *Кистъ по ихъ содержанию было:*

1) Коллоидныхъ 33:—выздоровѣло 25; умерло 8.

2) Серозныхъ 4: » 4 » 0.

3) Смѣшанныхъ по содержанию и пораженнымъ органамъ 2—выздоровѣло 2.

4) Карциматозная—1: умерла.

Изъ 4 серозныхъ и 2 смѣшанныхъ кистъ у 1-й больной была серозная киста праваго *parovarii*, у 1-й лѣваго яичника, у 1-й серозная, вѣроятно, лѣвой широкой связки, у 2-хъ коллоидная киста праваго яичника, а лѣвой широкой связки серозная и, наконецъ, у 1-й больной праваго яичника коллоидная, а лѣваго серозная. Всѣ 6 больныхъ выздоровѣли.

И такъ коллоидныхъ кистъ было въ 8,2 разъ больше, чѣмъ серозныхъ, а если присоединить смѣшанныя къ коллоиднымъ и карциматозную, то выйдетъ въ 9 разъ.

III. Оперированные были слѣдующихъ сословій:

Дворянокъ . . .	15:—	выздоровѣло 11,	умерло 4
Мѣщанокъ . . .	5:—	» 4,	» 1
Женъ чиновниковъ	11:—	» 8,	» 3
Крестянокъ. . .	6:—	» 5,	» 1
Солдатокъ . . .	2:—	» 2,	» —
Жена офицера . .	1:—	» 1,	» —

IV. Возрастъ оперированныхъ:

лѣтъ	число	умерло	смертн. въ %.
отъ 15 до 20	3	1	33,3
» 20 » 25	3	2	66,6
» 25 » 30	6	0	—
» 30 » 40	14	2	14,2
» 40 » 50	4	1	25,0
» 50 » 60	7	1	14,3
» 64 » —	1	0	—
» 65 » —	1	1	—
» 66 » —	1	1	—

Сравнивая выводы этой серіи съ таковыми же, полученными по 1-е января 1883 г., явствуетъ, что кисты яичниковъ встрѣчаются наблюденію врача, точнѣе сказать для производства операціи, всего чаще въ возрастѣ отъ 20 до 60 лѣтъ, а послѣ 60 лѣтъ было 3 случая. Исходы же оваріотоміи оказались самыми благопріятными въ возрастѣ отъ 30 до 50 л. (% см. = 17,2) и отъ 50 до 60 л. (% смерт. = 14,3), между тѣмъ по прежнему отчету отъ 30 до 50 л. (% см. = 47), а отъ 50 до 60 л. = 61,0. Результаты прежняго времени, съ таковыми настоящаго, въ смыслѣ благопріятныхъ исходовъ, не могутъ быть сравниваемы, ибо въ случаяхъ послѣдней серіи антисептика постепенно улучшалась и примѣнялась тщательнѣе и строже; но нельзя не обратить вниманія на разительный фактъ, случившійся въ возрастѣ отъ 25 до 30 л., состоящій въ томъ, что при разбираемой серіи % смерт. = 0, при прежней же % смерт. = 45,0.

V. Въ числѣ оперированныхъ было: дѣвиць (cum humere integro) 8:

		—выздоровѣло	6;	умерло	2
не рожавшихъ	7	»	6	»	1
рожавшихъ	25	»	19	»	6

Изъ 25 рожавшихъ:

4	родили	1	разъ;	—выздоровѣло:—	2;	умерло	2
4	»	2	»	»	2	»	2
3	»	3	»	»	всѣ	выздоровѣли	
2	»	4	»	»	обѣ	выздоровѣли	
4	»	6	»	»	3;	умерло	1
3	»	7	»	»	всѣ	выздоровѣли	
1	»	8	»	»	выздоровѣла		
2	»	9	»	»	1;	умерло	1
1	»	10	»	»	выздоровѣла		
1	»	17	»	»	»		

Исходъ операциі для нерожавшихъ былъ благопріятнѣе, чѣмъ для дѣвиць, а равно для многорожавшихъ, чѣмъ для родившихъ отъ 1 до 2 разъ.

VI. *Первое появленіе регулъ.*

11-ти	лѣтъ	у	1:	—выздоровѣла	
12-ти	»	»	5	»	4;—умерло 1
13-ти	»	»	9	»	7 » 2
14-ти	»	»	4	»	2 » 2
15-ти	»	»	12	»	9 » 3
16-ти	»	»	5	»	5 » —
17-ти	»	»	1	»	1 » —
18-ти	»	»	2	»	2 » —

1 не помнитъ,—умерла.

Ростъ кистъ видимо разнообразно вліялъ на регулы, которыя передъ операциею оказались:

- а) безъ измѣненія у 13;—выздоровѣло 11; умерло 2
- б) уменьшенными у 5 » 5 » —
- в) усиленными у 2 » 1 » 1

- d) усиленными, но кратковременными . . . у 1 — выздоровѣло 1 » —
- e) болѣзненными у 1 » 1 » —

Регулы прекратились:

- a) вслѣдствіе зрѣлости возраста
у 11:—выздоровѣло 7; умерло 4
- b) вслѣдствіе роста кисты
у 7:—выздоровѣло 5; умерло 2

VII. *Продолжительность существованія кисты:*

2 мѣсяца:—у. 1; выздоровѣла 1				
¹ / ₂ года » 4 » 3 умерла 1				
отъ 1 до 2 лѣтъ вклуч. 17 » 14 » 3				
» 3 » 4 » 7 » 3 » 4				
» 5 лѣтъ » 2 » 2 » —				
» 7 » — » 5*) » 4 » 1				
» 8 до 10 (по одной) 2 » 2 » —				
» 11 лѣтъ » 1 » 1 » —				
» 15 » — » 1 » 1 » —				

И такъ продолжительное существованіе кистъ у больныхъ не имѣло неблагоприятнаго вліянія на исходъ операціи, ибо почти всѣ, у которыхъ кисты существовали долѣе 4-хъ лѣтъ, выздоровѣли.

VIII. *Развитіе кистъ*, пословамъ, больныхъ не сопровождалось явственными воспалительными явленіями въ сосѣднихъ органахъ у 24:—изъ нихъ выздоровѣло 20 умерло 4; въ остальныхъ же 16 случаяхъ болѣзнь сопровождалась болѣе или менѣе выраженными воспалительными явленіями; изъ нихъ выздоровѣло 11, умерло 5. Между тѣмъ срощенія оказались во время производства операціи въ 23 случаяхъ. Очевидно, что показанія больныхъ невѣрны.

*) Одна изъ этихъ 5 была беременна, беременность и роды протекли у нее до операціи благополучно.

Болѣе или менѣе тяжелыя формы различныхъ болѣзней, которымъ больныя подверглись въ теченіе роста кисть за болѣе или менѣе продолжительное время до операціи, были слѣдующія:

Маточное кровотеченіе у 4-хъ (№№ 122*, 137, 138, 17) у одной изъ нихъ, № 122*, кромѣ того было кровотеченіе изъ прямой кишки и хроническій катарръ кишекъ.

Кровотеченіе изъ легкихъ у 1 (№ 121). Продолжительная перемежающаяся лихорадка у 3-хъ (№№ 123*, 126*, 141).

Тифъ у 1 (№ 117).

Упорный поносъ у 3 (120, 140, 144).

Воспаленіе яичниковъ у 1 (№ 128).

Воспаленіе тазовыхъ органовъ у 2-хъ: у 1-й нерожавшей (№ 18*) и у одной послѣ родовъ (№ 130).

Сифились и истерія у 1 (№ 16).

Оспа на 40 году жизни (№ 139).

Часто повторяющаяся боль въ животѣ неизвѣстнаго характера у 4-хъ (№№ 116*, 119, 127, 146).

Хроническій катарръ матки у 1 (№ 147).

Итого 22:—выздоровѣло 17, умерло 5.

IX. Обращая вниманіе на *общее состояніе больныхъ*, насколько это доступно къ опредѣленію, оказывается, что ихъ было:

а) съ питаніемъ хорошимъ 6:—выздоровѣли;

б) болѣе или менѣе удовлетворительнымъ 3:—выздоровѣло 2, умерло 1.

в) посредственнымъ 19:—выздоровѣло 16, умерло 3.

г) ослабленнымъ и малокровнымъ 11:—выздоровѣло 6, умерло 5.

д) съ истощеніемъ въ высокой степени (№ 121) 1:—выздоровѣла.

Безспорно, ненадлежащее питаніе организма не можетъ имѣть неблагоприятнаго вліянія на исходъ операціи, но, къ со-

* означаетъ смертность.

жалѣнію, мы не имѣемъ точнаго мѣрила для опредѣленія степени упадка питанія.

Х. Показаніями къ оваріотоміи въ громадномъ большинствѣ случаевъ служило обременительное увеличеніе живота, сопровождаемое болѣе или менѣе тяжелыми припадками, какъ въ сферѣ тазовыхъ органовъ, такъ и отдаленныхъ.

Приводя фактическія данныя, относящіяся къ вѣсу кистъ разсматриваемой группы оваріотомій, оказывается, что самыя меньшія кисты были въ двухъ случаяхъ: № 130 (при двусторонней оваріотоміи) одна киста была величиною въ гусиное яйцо, другая вѣсила 650 грм., но больная лишена была возможности работать, ибо одна изъ кистъ при стоячемъ положеніи ея опускалась въ дугласовое пространство, вызывала нестерпимую боль въ нижней части живота и въ ногахъ; № 140, коллоидная киста была величиною только въ головку новорожденнаго, но видимо стала увеличиваться, что сопровождалось разстройствомъ пищеваренія, потерей аппетита и вообще упадкомъ питанія:—обѣ выздоровѣли.

Самая большая коллоидная киста обоихъ яичниковъ у больной № 18* вѣсила 31,000 грм.

Между этими крайними предѣлами вѣса кистъ, остальные вѣсили:

около	2,000	грам.	у	1	(№ 124)
»	3,000	»	»	2	(№ 143, 149)
»	4,600	»	»	1	(№ 148)
»	5,000	»	»	5	(№№ 119, 129*, 132, 138 и 141)
»	6,000	»	»	6	(№№ 121, 134, 135, 136, 141 и 142)
»	7,000	»	»	2	(№ 131, 16 двусторон. кисты)
»	8,000	»	»	5	(№№ 115, 122*, 126*, 14 и 17)
»	9,000	»	»	3	(№№ 120, 144 и 150)
»	10,000	»	»	4	(№№ 116*, 117, 118* и 128)
»	12,000	»	»	2	(№№ 114, 139)
»	15,000	»	»	1	(№ 123*)
»	17,000	»	»	1	(№ 125)
»	19,000	»	»	1	(№ 127)

около	21,200	грам.	у	1	(№ 133*)
»	21,600	»	»	1	(№ 145*)
»	27,300	»	»	1	(№ 146)
»	31,000	»	»	1	(№ 18*)

Средній вѣсъ кисты около 9,300 грм., или около 23 апт. фунтовъ, а у вѣхъ 40 больныхъ около 23 пудовъ.

XI. *Припадки*, заставившіе больныхъ искать оперативной помощи, въ разбираемыхъ случаяхъ, чаще всего были боли въ нижней части живота, въ пахахъ, въ поясицѣ, въ ногахъ, затрудняющія ходьбу и лишающія возможности работать; затрудненное мочеотдѣленіе, поносъ или запоръ. Кромѣ того, боль подъ ложечкою съ потерю аппетита, удушье и всеобщая слабость.

XII. *Лечение кистъ до операціи* и вліяніе оногo на исходъ овариотоміи.

а) терапевтическое въ 30 случаяхъ:—выздоровѣло отъ овариотоміи 25, умерло 5.

б) проколъ чрезъ брюшныя стѣнки у 10 больныхъ:—выздоровѣло 6, умерло 4. Въ этихъ случаяхъ двумъ больнымъ проколъ сдѣланъ былъ по 2 раза:—выздоровѣла 1, умерла 1, и у одной 3 раза:—умерла.

XIII. *Срощеніе кистъ съ различными органами.*

Кисть оказалось:

безъ сращеній 17:	—	выздоровѣло 16,	умерло 1
со сращеніями 23:	»	15	» 8

Трудное разрушеніе сращеній встрѣтилось:

въ 18	»	10;	» 8
Легкое же въ 5	»	5	« —

Къ трудно разрушеннымъ сращеніямъ относятся: сплошное, тесемчатое и кровоточивое сращеніе на большомъ пространствѣ съ брюшными стѣнками (№№ 118*, 126* и 139);—выздоровѣла 1, умерло 2.

Обширныя кровоточивыя сращенія съ брюшными стѣнками и сальникомъ (№ 114: значительная часть сальника удалена № 133*, 143)—выздоровѣло 2, умерло 1.

Обширные срощения съ брюшными стѣнками, сальникомъ и ligament. teres (№ 127).

Обширные срощения съ брюшными стѣнками, сальникомъ и кишками (№ 123* истощена, № 116* и 138):—выздоровѣла 1 умерло 2.

Обширные срощения съ брюшною стѣнкою, брыжейкой, тонкими, толстыми кишками и тазовымъ листкомъ брюшины (№ 16).

Обширные кровоточивыя срощения правой кисты съ брюшными стѣнками, а лѣвой съ маткою (№ 142).

Срощение съ мочевымъ пузыремъ (№ 122*).

Срощения съ сальникомъ, маткой и брюшиной въ тазу (№ 17).

Обширные кровоточивыя срощения съ сальникомъ, кишками, маткой и широкой связкой (№ 18*).

Обширные кровоточивыя срощения съ брюшною стѣнкою и широкою связкою (№ 145*).

Обширные кровоточивыя срощения съ сальникомъ и срощение ножки съ самою кистою (№ 146).

Обширные кровоточивыя срощения съ лѣвою тазовою стѣнкою (№ 147).

Къ легко разрушеннымъ причисляются:

Необширные срощения съ брюшною стѣнкою (№ 119).

Небольшія срощения съ сальникомъ (№№ 120, 124, 128).

Необширные срощения съ брюшною стѣнкою и сальникомъ (№ 125).

Что касается до способовъ разрушенія срощеній и остановки кровотеченій, то срощения разрушались тѣмъ же способомъ какъ это описано въ прежнемъ отчетѣ объ овариотоміяхъ¹⁾. Для прекращенія же кровотеченія въ 2-хъ случаяхъ (№ 143 и 145) была примѣнена горячая вода около 40° R. безуспѣшно.

XIV. *Ножки кистъ*. Во всѣхъ случаяхъ разбираемой серіи кистъ, ножки были перевязаны лигатурами и съ коротко

¹⁾ «Врачъ» № 10, 1884 г.

обрѣзанными концами опущены въ тазовую полость. Изъ этого нужно исключить два случая: № 16—при двусторонней оваріотоміи киста лѣваго яичника не могла быть удалена и почти половина ея вшита въ нижній отдѣлъ брюшной раны; № 18—при односторонней оваріотоміи праваго яичника вся киста не могла быть удалена, главнымъ образомъ, по причинѣ тѣсныхъ сращеній съ кишками.

Толстыя широкія ножки, богатые объемистыми кровеносными сосудами, для удобнаго и плотнаго наложенія лигатуръ были раздѣляемы на пучки, а иногда сверхъ этого приходилось перевязывать нѣкоторые сосуды отдѣльно.

1. При одностороннихъ оваріотоміяхъ: ножки раздѣлены были: а) на 2 пучка въ 10-ти случаяхъ (№№ 114, 122*, 124, 129*, 131, 132, 137, 139, 145* и 149).

б) на 3 пучка въ 8-ми случаяхъ (№№ 123*, 125, 135, 138, 140, 146, 147 и 148).

с) на 4 пучка въ 5-ти случаяхъ (№№ 116*, 118* (кэть-гуть), 121, 136 и 141).

2) При двустороннихъ оваріотоміяхъ:

а) Обѣ ножки на 8 пучковъ (одной на 5, другой на 3), № 134.

б) Обѣ ножки на 6 пучковъ (одной на 4, другой на 2) №№ 115 и 117.

с) На 5 пучковъ (одной на 3, другой на 2), №№ 119, 120, 126*, 128, 130, 142 и 144.

д) Одна ножка на 2 пучка, а другая безъ раздѣленія, №№ 127 и 133*.

е) Обѣ ножки на 4 пучка (каждая на 2), №№ 143 и 150.

Наконецъ, въ одномъ случаѣ (№ 17) при неполной оваріотоміи кисты лѣвой широкой маточной связки, края оставляемой частицы кисты въ тазовой полости обшиты шелковыми лигатурами.

Изъ этого очевидно, что количество оставляемыхъ лигатуръ на пучкахъ ножекъ, а равно раздѣленіе ихъ на многіе пучки не оказываетъ неблагоприятнаго вліянія на исходъ операціи.

Въ моей статьѣ въ прошломъ году «19 гистеротомій» *), я уже указалъ, насколько важно строго-антисептическое приготовленіе лигатуръ. Нахожу умѣстнымъ здѣсь привести факты, доказывающіе, что лигатуры и вообще перевязочные матеріалы, свѣже приготовленные по способу, въ этой же статьѣ описанному, надежнѣе, чѣмъ покупные.

Ножки кистъ, перевязанные:

а) шелковыми лигатурами *невываренными, а только намоченными* передъ операціею въ 5% растворѣ карболовой кислоты: №№ 16, 114, 115, 116*, 117 и 119.

б) шелковыми лигатурами, *вываренными у себя дома* въ 5% растворѣ карболовой кислоты въ продолженіи 12 ч. Сохраняемы были въ томъ же 5% растворѣ. Растворъ перемѣняемъ былъ черезъ 1—2 недѣли: №№ 130, 131, 132 и 17.

в) шелковыми *сулемованными* лигатурами, *купленными* въ лучшихъ частныхъ аптекахъ и аптекарскихъ складахъ: №№ 120, 121, 122*, 123*, 124, 125, 126*, 127, 128, 129* и 133*.

г) Шелковыми лигатурами, *вываренными, передъ самою* операціею, въ теченіе 2 час. въ растворѣ двуіодистой ртути съ іодистымъ калиемъ 1:2000 част. воды: №№ 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145*, 146, 147, 148, 149, 150 и 18*.

д) Кэть-гутовою лигатурою, сохраняемою въ карболовомъ маслѣ № 118*.

Результаты очевидны: покупныя сулемованныя лигатуры на 11 случаевъ дали только 6 выздоровленій и 5 смертей; при употребленіи же приготовленныхъ дома (б и г) на 22 оперированныхъ было 2 смертныхъ исхода, изъ которыхъ одна, № 145, отъ коллапса вслѣдствіе истощенія при громадной кистѣ. При кэть-гутовой лигатурѣ умерла 1. Напитанные же въ растворѣ карболовой кислоты (а) на 6 случаевъ 5 выздоровѣло и 1 умерла.

*) Журналъ Акушерства и женскихъ боѣзней, 1887 г., № 9, Сентябрь.

До опущенія ножки кисты въ тазовую полость, рана ея была присыпана порошкомъ іодоформа: №№ 117, 119, 128, 129*, 130, 131, 132, 133* и 17, отъ смоченныхъ же растворомъ двуіодистой ртути 1 : 2000 (отъ № 134 до 150) и 18; въ результатъ получились, какъ только что сказано, 2 смертельные исхода: № 16—полость оставшейся части кисты въ брюшной полости присыпана іодоформомъ и выполнена іодоформенною марлею, и № 144—брюшная полость была выполаскана растворомъ двуіодистой ртути 1 : 6000.

XV. *Сшиваніе брюшной раны.*

Оно производилось металлическими и шелковыми лигатурами. Металлическія прокалывались передъ началомъ операціи на спиртовой лампочкѣ, погружались въ 5% растворъ карболовой кислоты, въ которомъ и оставались до сшиванія раны.

Принимая въ соображеніе количество этихъ швовъ, оказывается, самое большое число ихъ было наложено: въ № 127 (12 глуб., 1 поверхн. 1 акупрессура и 3 Кеберле) и въ № 131 (13 глуб.):—обѣ выздоровѣли; изъ смертельныхъ случаевъ: №№ 116 (глуб. и поверхн. по 4), 123 (6 глуб., 4 пов.), 122 (глуб. и пов. по 5), 118 (6 глуб. и 5 пов.). Выходить, что большее количество наложенныхъ металлическихъ лигатуръ не имѣло неблагоприятнаго вліянія на исходъ операціи.

При употребленіи шелковыхъ лигатуръ самое большое число швовъ было въ № 146—23 лигатуры, въ № 18—22 л.; въ № 133*—20 л., разрѣзъ 26 сант. и обширныя сращения; въ № 145—19 л., въ № 143—15 л., въ №№ 134, 147 и 148—13 л.; въ № 144 и 150—12 л., въ остальныхъ же случаяхъ брюшная рана была сшита шелковыми лигатурами отъ 9 до 11.

Относя № 133* къ исключительнымъ случаямъ, количество лигатуръ неимѣетъ особеннаго вліянія.

По зашитіи брюшной раны въ 22 случаяхъ, она была присыпана іодоформомъ и покрыта іодоформовой 30% марлей: изъ нихъ умерло 7, выздоровѣло 15. Въ остальныхъ же случаяхъ по окончаніи операціи вся поверхность живота и тща-

тельно вымытая 3% растворомъ іодистой ртути и осушенная рана заклеивалась растворомъ двуіодистой ртути въ коллодіумѣ и покрывалась іодисто-ртутной марлей; гнойниковъ на мѣстѣ уколовъ не наблюдали.

При присыпкѣ іодоформомъ, гнойники на мѣстѣ уколовъ особенно вблизи нижняго угла, не составляли рѣдкости (№№ 121, 127, 130 и 123*). Въ этомъ послѣднемъ случаѣ *phlegmone* распространилось отъ уколовъ на брюшную и тазовую клітчатку.

Рана зажила *per primam* въ 28 случаяхъ, частью *per primam* частью *per secundam* въ 3 случаяхъ

Лигатуры удаляемы были на 7—8 день.

Перевязка раны и повязка употреблялась, какъ это было изложено при 19 гистеротоміяхъ.

Вата въ формѣ подушекъ для повязки живота употреблялась:

Простая гигроскопическая	въ 6 случ.:	—	вызд.	4	умер.	2
Салициловая	» 8	»	»	5	»	3
Сулемовая	» 8	»	»	6	»	2
Двуіодисто-ртутная . . .	» 9	»	»	9	»	—

Эта послѣдняя въ настоящее время предпочитается.

XVI. Продолжительность оваріотомии:

- a) Менѣе часа у 15 больныхъ:—вызд. 13, умер. 2
- b) Около часа у 10 » » 7 » 3
- c) Около 2 час. у 11 » » 9 » 2
- d) Около 3 » у 4 » » 2 » 2

Въ числѣ этихъ послѣднихъ у одной (№ 16) операція продолжалась 3¹/₂ ч.

Продолжительность операціи въ этой серіи была тѣсно связана съ количествомъ и качествомъ сращеній. Важную роль въ этомъ отношеніи играли сплошныя сращения, на которыя предварительное наложеніе лигатуръ было не возможно. По разрушеніи оныхъ паренхиматозное, волосное (*en masse*) кровотеченіе, хотя и малоколичественное, но иногда бывало такъ

упорно, что требовалось продолжительное время для остановки его, чрезъ это замедлялось окончаніе операціи. Источникомъ такихъ упорныхъ кровотеченій были паріетальные листки брюшины, а такъ же наружная поверхность кишекъ и матки.

Слѣдуетъ отмѣтить, что изъ 9 случ., въ которыхъ операція, по причинѣ трудности остановить кровотеченіе, продолжалась отъ 1^{1/2} до 3^{1/2} час., выздоровѣло 5, умерло 4.

Въ одномъ случаѣ (№ 127) упорнаго волоснаго кровотеченія изъ брюшной стѣнки, удалось оное остановить Коеберге'вскими швами и акупрессурами, больная выздоровѣла; въ другомъ подобномъ же случаѣ (№ 139) было примѣнено сжатіе брюшной стѣнки между двумя горячими ватными подушками, прижиганіе кровоточивыхъ мѣстъ *ol. Martis* и окончательно удалось только остановить кровотеченіе наложеніемъ лигатуръ на кровоточивыя мѣста. Наконецъ, въ случаѣ № 142 при шиваніи раны обнаружилось значительное кровотеченіе изъ веннаго сплетенія вблизи матки, остановленное лигатурой по расшитіи раны. Отыскиваніе кровоточиваго мѣста затруднялось вздутіемъ кишекъ и значительною напряженностью брюшныхъ стѣнокъ. Операція продолжалась 3^{1/2} часа, больная выздоровѣла.

XVII. Хлороформированіе.

Всѣ операціи произведены подъ хлороформомъ. Только въ 4 случаяхъ былъ употребленъ хлороформъ, приготовленный изъ хлораль-гидрата, въ остальныхъ же простой, но самый чистый. Дѣйствіе хлороформа было крайне разнообразно, такъ: у одной больной достаточно было \mathfrak{Jij} , у 7 больныхъ $\mathfrak{J}s$, у 10 б. около $\mathfrak{J}vj$, у 7 б. около $\mathfrak{J}j$, у 3 б. около $\mathfrak{J}j\beta$, у 7 больныхъ около $\mathfrak{J}ij$, у 2 б. около $\mathfrak{J}ijj$, у 1 б. около $\mathfrak{J}v$, у 1 б. около $\mathfrak{J}vj$ и наконецъ 1 больная не поддавалась вліянію хлороформа (№ 125). Послѣ тщетныхъ попытокъ, повторенныхъ въ теченіе нѣсколькихъ дней, произвести анестезію хлороформомъ (2 раза), закисью азота, эфиромъ при подкожныхъ вприскиваніяхъ морфія, удалось, наконецъ, д-ру Бартельсу нахлороформировать по способу Neudegger'a. Вліянію хлороформа противудѣйствовало, повидимому, истерическое состояніе больной и страхъ смерти

отъ операціи; между тѣмъ она сознавала необходимость операціи и чувствовала, что съ кистою громадной величины прозябать ей очень тяжело. Почти такія же причины со стороны нервной системы были еще у 2 больныхъ № 16 (хлороформа $\mathcal{Z}v$) и № 17 (хлороформа $\mathcal{Z}vj$), но въ этихъ случаяхъ подкожное впрыскиваніе морфія посодѣйствовало благопріятному вліянію хлороформа на организмъ.

Рвоты отъ хлороформа не было только у 10 больныхъ; у всѣхъ остальныхъ она обнаруживалась болѣе или менѣе сильною и продолжительною, у нѣкоторыхъ даже была упорная. Самое лучшее средство отъ рвоты—ничего не давать даже ледяныхъ пилюль; конечно, не всѣ больныя могутъ это исполнить.

Упадокъ силъ (*collapsus*) отъ хлороформа случился во время производства операціи 3 раза. Прекращеніе хлороформированія и подкожныя впрыскиванія *t-rae moschi* оказались достаточными для возстановленія силъ. При хлороформированіи употребленіе капельницы съ дѣленіями имѣетъ немаловажное значеніе въ отношеніи опредѣленія количества израсходованнаго хлороформа въ данномъ случаѣ, а равно для сбереженія онаго.

XVIII. Лихорадочное состояніе послѣ операціи:

Выздоровѣло: безъ лихорадки	9
» слабо лихорадившихъ	18
» сильно лихорадившихъ	3

Кромѣ того, къ лихорадившимъ нужно причислить еще 1 больную съ туберкулами легкихъ, развившимися вскорѣ послѣ операціи. Она въ этомъ состояніи и выписана.

Лихорадочное состояніе наблюдалось всего чаще при опухоляхъ возлѣ культией, вѣроятно воспалительнаго или отечнаго характера; такихъ случаевъ было 9. Всѣ эти больныя выздоровѣли.

Примѣчаніе: Къ слаболихорадившимъ относятся больныя съ $t\ 38^{\circ}$, а если она и превышала эту цифру, то кратковре-

менно (нѣсколько часовъ), а къ сильно лихорадившимъ съ t° выше 39° и болѣе или менѣе продолжительною.

XIX. Смертность:

Изъ 40 больныхъ выздоровѣло 31, умерло 9; $\%$ смер. = 22,5.

Подвергая разбору каждый отдѣльный случай, оказывается:

№ 116—сплошныя кровоточивыя срощенія со всею переднею поверхностью брюшной стѣнки, кровоточивыя срощенія съ сальникомъ, кишками, потребовавшія 13 лигатуръ; продолжительность операціи 2 часа. Малокровіе. Смерть отъ перитонита.

№ 118—сплошныя и тесемчатыя кровоточивыя срощенія на большомъ пространствѣ съ брюшиною; операція продолжалась 3 часа по причинѣ кровотоечения изъ срощеній у субъекта истощеннаго, 'притомъ шелковыя и катгутковыя лигатуры покуныя можетъ быть недостаточно обеззаражены. Смерть отъ перитонита.

№ 122—карциноматозная киста яичника съ таковымъ же поражениемъ *processus vermicularis*, забрюшинныхъ желѣзъ. Кровоточивыя срощенія съ мочевымъ пузыремъ. Асцитъ. Смерть отъ перитонита.

№ 123—обширныя кровоточивыя срощенія съ брюшными стѣнками, съ сальникомъ и толстыми кишками, трудно поддающаяся остановка кровотоечения *en masse*, 65 лѣтній возрастъ. Длина брюшной раны 18 снт. Смерть отъ истощенія вслѣдствіе флегмонознаго воспаления забрюшинной влѣтчатки, начавшагося отъ шва и перешедшаго въ нагноительный процессъ, t° стала повышаться только на 7 день послѣ операціи.

№ 126. До операціи хроническій перитонитъ, истощеніе, обширныя сплошныя кровоточивыя срощенія съ переднею брюшною стѣнкою, длительность остановки кровотоечения. Послѣ операціи высшая t° съ 8 дня, безсознательное состояніе съ 4 до 9 дня. Смерть на 11 день отъ перитонита.

№ 129. Случай гладкій. Смерть отъ септикеміи.

№ 133. Истощена, обширныя срощенія со всею переднею поверхностью брюшной стѣнки, потребовавшія разрѣза ея въ

26 снт., срощенія съ сальникомъ, 4 лигатуры, операція продолжалась 2¹/₂ час. Смерть отъ перитонита.

№ 145. 66 л., истощена, 3 раза въ промежуткѣ 3 л. проколъ кисты черезъ брюшныя стѣнки, громадная киста съ обширными кровоточащими срощеніями. Смерть отъ упадка силъ, обнаружившагося тотчасъ по окончаніи операціи.

№ 18 (парціальная овариотомія). Малокровіе. Кистовидная опухоль необыкновенно громадныхъ размѣровъ, обширныя срощенія, предшествующія болѣзни, по всей вѣроятности воспалительнаго характера, продолжительность операціи 2¹/₂ ч. съ осложнениями, разрѣзъ живота 19 с. Смерть отъ септикеміи.

Сравнивая цифру смертности этой серіи съ таковою же, полученною до 2 января 1883 г., мы видимъ, что она значительно уменьшилась, а именно: смертность съ 45% уменьшилась до 22,5. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что на уменьшеніе смертности всего болѣе вліяло строгое выполненіе антисептики. Легко убѣдиться, что отдѣльные случаи разбираемой серіи ничѣмъ не отличались отъ предыдущихъ случаевъ какъ въ отношеніи величины кистъ, срощеній ихъ съ сосѣдними органами, содержимаго, такъ и въ другихъ отношеніяхъ. Вообще можно сказать, безъ преувеличенія, что число трудныхъ случаевъ было въ 8—9 разъ больше, чѣмъ легкихъ. Правда, что техника самой операціи упростилась, стала болѣе однообразная, обстановка во многомъ измѣнилась къ лучшему. Несмотря однако же на это, 2 больныя потеряны отъ септического перитонита; въ остальныхъ же случаяхъ причины смерти были разнообразны.

Наконецъ, мнѣ кажется, что слѣдуетъ остановиться на томъ, что между причинами смерти отъ операціи нужно считать не только внесеніе въ организмъ заразительныхъ началъ, но и совокупность другихъ выше указанныхъ причинъ.

Антисептика строго соблюдалась въ такомъ видѣ, какъ это было изложено въ моей статьѣ подъ заглавіемъ «19 гистеротомій», напечатанной въ журналѣ Акушерства и женскихъ болѣзней, № 9, сентябрь 1887 г.

КЪ ВОПРОСУ О ЛѢЧЕНІИ МАТОЧНЫХЪ КРОВОТЕЧЕНІЙ.

Эд. Фр. Черневскаго.

Для остановки кровотока необходимо, во 1-хъ, чтобы естественно или искусственно было прекращено самое истечение крови и, во 2-хъ, чтобы она обладала известною степенью свертываемости. При наличности этихъ условий кровь въ сосудѣ у кровоточащаго мѣста свернется только черезъ нѣкоторое время, такъ какъ известно, что она свертывается не моментально. Не только кровь различныхъ субъектовъ, но и различныхъ органовъ одного и того же субъекта обладаетъ неодинаковою степенью свертываемости. — Женская кровь, по Nasse, свертывается среднимъ числомъ черезъ 2' 20". — Въ необходимости для остановки кровотока вышесказанныхъ условий легко можетъ убѣдиться каждый акушеръ у постели многихъ, только что разрѣшившихся женщинъ: матка вялая, дряблая, между тѣмъ нѣтъ ни внутренняго, ни наружнаго кровотечения. Это могло произойти только вслѣдствіе того, что при предшествовавшихъ сокращеніяхъ матки и при уменьшеніи такимъ образомъ до minimum'a просвѣта сосудовъ, кровь, обладая достаточною степенью свертываемости, успѣла свернуться и образовать пробку. — Съ другой стороны въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ нужныхъ условий, кровотечение продолжается долго (Феноменовъ. Проток. Ак.-Гинек. Общ. въ Спб.) или даже совершенно не останавливается и ведетъ къ смерти (Lampre. Arch. F. Gyn. 23).

Изъ полости матки при различныхъ заболѣваніяхъ внутренней поверхности ея, внѣ послѣродоваго періода, кровотечение безъ сомнѣнія происходитъ отъ недостатка вышесказанныхъ условий.

Дѣйствіе всѣхъ кровеостанавливающихъ средствъ и основано на томъ, что или увеличивается свертываемость крови in loco, или закрывается отверстіе сосуда прямо или же тѣмъ, что усиливается сократительность сосудовъ и окружающихъ тканей. — Остановка кровотока увеличеніемъ свертываемости крови in loco производится фармацевтическими сред-

ствами. Насколько ими достигается цѣль при кровотеченіяхъ изъ полости матки—знаетъ каждый врачъ, занимающійся гинекологіей. Къ средствамъ, вызывающимъ сокращенія мышечной ткани, принадлежатъ всѣ раздражающія: тампоны, спринцеванія; къ этой же группѣ по дѣйствию должны быть причислены и нѣкоторыя внутреннія фармацевтическія средства:—*Secale cornutum*, *Gossypium herb.*, *Hydrastis canad.* и т. д.

Но одно изъ лучшихъ и болѣе вѣрныхъ средствъ этой группы для остановки кровотеченія изъ полости матки — разбухающія средства: *laminaria*, прессованная губка и *tupelo*.

Какъ извѣстно, первый, примѣнившій прессованную губку съ цѣлію діагностики и введенія лѣкарствъ былъ Simpson (*Monthly J. of med. Sc. and obstetrics memoires T. I 1844*). Въ 1862 году Sloan вмѣсто прессованной губки предложилъ ламинарію (*Glasgow med. Journal. 1862. Oct.*).—Sims (*Klinik. der Gebärmutter-Chirurgie*, пер. Beigel'я. Erlangen 1866 г.), употребляя прессованную губку во время кровотеченія изъ матки съ цѣлію опредѣленія причины болѣзни, замѣтилъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ губка оставалась болѣе долгое время, не только останавливалось кровотеченіе, но даже послѣдовало полное излѣченіе. Авторъ наблюдалъ даже исчезновеніе значительныхъ фиброидовъ. По этому Sims смотрѣлъ на губку не только какъ на средство, служащее для діагностики, но и какъ на терапевтическое. Если же послѣ многихъ случайныхъ удачныхъ излѣченій, Sims все-таки прессованныхъ губокъ въ полости матки на продолжительное время не оставлялъ, то это только потому, что, во 1-хъ, боялся продолжительнымъ раздраженіемъ инороднымъ тѣломъ вызвать хроническое воспаленіе матки (?) и, во 2-хъ, пѣмни, которая легко могла бы развиться вслѣдствіе всасыванія разлагающихся тканей (l. c. стр. 50). Тамъ же Sims замѣчаетъ, что D-r Emmet постоянно употребляетъ губки при общей гипертрофіи матки и въ одну недѣлю достигаетъ лучшихъ результатовъ, нежели при лѣченіи другими способами въ теченіе 2-хъ—3-хъ мѣсяцевъ.

Со времени изобрѣтенія (*Ellinger-Arch. f. Gyn. T. 5*) металлическихъ расширителей губка и ламинарія почти совершенно забыты и оставлены, хотя въ настоящее время во многихъ случаяхъ преимущество первыхъ передъ послѣдними сомнительно. И въ литературѣ въ защиту губокъ и ламинарій раздаются единичные голоса и то только въ исключительныхъ случаяхъ. Fritsch (*Klinik d. geburtshilf. Operationen*) рекомен-

дуетъ и употребляетъ *laminariam* въ случаяхъ кровотеченія при загибахъ матки кзади. Jungbluth (Volkmann's Samml, kl. Vorträge № 235) предлагаетъ прессованную губку въ случаяхъ кровотеченія при предлежаніи дѣтскаго мѣста.

По сообщенію д-ра Ляхницкаго *tupelo* въ 10-ти случаяхъ была употреблена въ клиникѣ проф. Рейна, вѣроятно съ цѣлю расширенія канала маточной шейки («Врачъ» 1888 г. № 7. Изъ акушерско-гинеколог. общ. въ Кіевѣ). Въ клиникѣ Breisky'аго, по сообщенію д-ра Bloch'a (Centralblatt f. die gesammte Therapie IV H. 1888 г.) тоже употребляется *laminaria* съ цѣлю открытія матки. Breisky предпочитаетъ медленное раскрытіе, потому что при немъ не происходитъ надрывовъ, получается кромѣ механическаго и динамическое дѣйствіе и раскрытіе матки происходитъ подъ вліяніемъ маточныхъ сокращеній.

Губка, положенная въ цервикальный каналъ матки оставяетъ кровотеченіе слѣдующимъ образомъ. Во 1-хъ, изливающаяся кровь приходитъ въ соприкосновеніе съ инороднымъ тѣломъ и свертывается (Brücke). Это свертываніе распространяется, конечно, вплоть до кровоточащаго мѣста. Во 2-хъ, на болѣе или менѣе продолжительное время закрывается полость матки, слѣдовательно, изливающейся крови дается достаточно времени для того, чтобы она успѣла свернуться и образовать въ сосудѣ плотную пробку. Въ 3-хъ, мышцы дна и тѣла матки сокращаются, перемѣщаются, сжимаютъ сосуды, останавливаютъ токъ крови и тѣмъ способствуютъ образованію свертка. Последнее дѣйствіе, по моему, самое главное, — этимъ дѣйствіемъ безъ сомнѣнія объясняются случаи Sims'a, гдѣ послѣдовала не только остановка кровотеченія, но даже радикальное излѣченіе плотныхъ новообразованій. Трудно предположить, чтобы губка, какъ это думаютъ многіе авторы и въ послѣднее время рѣшительно высказался въ этомъ смыслѣ Hegar (Hegar и Kaltensch. Die operative Gynäkologie. III Aufl.), раскрывала матку только растягивая нижнюю часть ея (механически). Вѣроятно же всего раскрытіе здѣсь происходитъ такимъ же образомъ, какъ при равныхъ выкидышахъ. При всѣхъ кровотеченияхъ изъ полости матки происходитъ приливъ крови къ мышечной ткани, которая вслѣдствіе усиленнаго питанія гипертрофируется. Положенная прессованная губка, ламинарія или *tupelo*, производя равномерное раздраженіе въ области внутренняго зѣва, рефлекторно вызываетъ сокращенія (перемѣщенія) мышечной ткани дна и тѣла матки. Сокращенія эти всегда можно констати-

ровать рукою (изслѣдованіемъ);—онѣ наступаютъ въ большинствѣ случаевъ, особенно въ первые часы, черезъ правильные промежутки времени и иногда бываютъ очень болѣзненны. Если допустить чисто механическое раскрытіе, вслѣдствіе растяженія одной шейки, а не вслѣдствіе маточныхъ сокращеній, на чемъ настаиваетъ Schultze (Wien. med. Blätter 1879 № 49), трудно объяснить слѣдующія явленія.—Извѣстно, что прессованная губка или *laminaria*, положенная въ каналъ маточной шейки, вполне разбухаетъ въ теченіе 4-хъ до 16-и часовъ;—если же мы ее вынемъ гораздо позже, черезъ 12—26 часовъ (болѣе позднихъ наблюденій у меня нѣтъ; по Sims'у (l. c.) до 24 ч. и 7 дней, Courty—Traité des maladies de l'uterus II ed. 1872—болѣе 30 ч.), то увидимъ, что матка остается открытой соотвѣтственно разбухшей губкѣ. Спрашивается, какимъ образомъ совершенно мягкая, легко сжимаемая губка удерживаетъ матку открытою въ теченіи столь долгаго времени, тогда какъ стоитъ только ее вынуть и во многихъ случаяхъ уже черезъ $\frac{1}{2}$ часа въ полость матки можно проникнуть только съ большимъ трудомъ. Это явленіе можно объяснить, принявъ, что въ раскрытіи зѣва разбухающими средствами играютъ большую, а можетъ быть и единственную роль сокращенія мышечной ткани матки. Въ пользу этого говорить и слѣдующее обстоятельство. Женевскій префессоръ Vulliet предложилъ для раскрытія матки ватныя шарики, пропитанныя іодоформомъ; сначала вводится за внутренній зѣвъ самый маленькій, какой можетъ пройти черезъ каналъ маточной шейки, затѣмъ, по мѣрѣ того какъ матка открывается все болѣе и болѣе, шарики вводятся все большіе и большіе. Каждый шарикъ остается до 48 часовъ. Главное достоинство этого способа по автору то, что — *il permet de prolonger la dilatation quel qu'en soit le degré, aussi longtemps, qu'on juge nécessaire de la maintenir.* Vulliet примѣнялъ этотъ способъ раскрытія матки при эндометритахъ, фиброміомахъ и ракахъ.—Комиссія, составленная Парижскою Медицинскою Академіей изъ профессоровъ: Tillaux Cusco и Charpentier для провѣрки достоинствъ этого способа раскрытія матки, нашла, что дѣйствительно матку можно раскрыть до желаемой степени и удерживать это раскрытіе нужное время;—неудобство же этого способа то, что часто вызываются сильныя боли и нервное состояніе. При этомъ Charpentier, дѣлавшій докладъ въ Медицинской Академіи, заявилъ, что раскрытіе матки, вѣроятно, происходитъ такимъ же образомъ, какъ

при раннихъ выкидышахъ. Здѣсь мы видимъ, что маленькій тампонъ, заведенный за внутренній зѣвъ, производить раскрытіе матки. О механическомъ растяженіи шейки здѣсь не можетъ быть и рѣчи.

Въ настоящее время, когда мы знаемъ правила антисептики и послѣ того, какъ Herff (Berl. kl. Wochenschr. 1885 № 25), Ляхницкій (l. c.) и Chrobak (см. Bloch l. c.) указали способы обеззараживанія ламинарій, губокъ и *tupelo*, нѣтъ ни малѣйшаго основанія бояться внесенія въ организмъ заразы¹⁾. Всѣ тѣ дурные исходы послѣ ихъ употребленія (острый метритъ, параметритъ, периметритъ даже со смертельнымъ исходомъ), о которыхъ говорятъ авторы, безъ сомнѣнія, зависѣли отъ зараженія вслѣдствіе недостаточной чистоты.

Съ 1884 г. по 1887 г. мнѣ пришлось у 9-ти больныхъ (при эндометритѣ полостномъ и цервикальномъ, при хроническомъ метритѣ и 2 раза при небольшой простѣночной фиброміомѣ) прибѣгнуть къ прессованной губкѣ и ламинаріи съ цѣлю остановки кровотеченія, такъ какъ въ этихъ случаяхъ другія кровеостанавливающія средства оказались безуспѣшными. Всѣ случаи относятся къ женщинамъ рожавшимъ. Каждый разъ губка лежала въ каналѣ маточной шейки отъ 10 до 20 часовъ. Въ 4-хъ случаяхъ кровотеченіе остановилось только на 8—30 ч., почему пришлось прибѣгнуть къ вторичному введенію губки и ламинарія, — два раза и третьему; — шахішм лежанія всѣхъ губокъ съ большими или меньшими промежутками времени 62 часа. Во всѣхъ случаяхъ кровотеченіе останавливалось на болѣе или менѣе продолжительное время. Въ 4-хъ случаяхъ, повидимому, послѣдовало полное излѣченіе, по крайней мѣрѣ одна изъ нихъ, въ теченіе 2-хъ лѣтъ не имѣвшая ни разу правильныхъ регулъ, въ теченіе 5-ти мѣсяцевъ менструировала правильно и вскорѣ забеременѣла; другія 3, страдавшія въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ частыми кровотеченіями, до настоящаго времени, болѣе 3-хъ лѣтъ, менструируютъ совер-

¹⁾ Herff нашелъ, что *laminaria* и *tupelo*, положенная въ растворъ сулемы или іодоформа въ эфирѣ часовъ на 14, сохраняютъ ту же величину, между тѣмъ послѣ высушиванія оказываются пропитанными сулемою или іодоформомъ. Способъ Ляхницкаго обеззараживанія *tupelo* состоитъ въ высушиваніи ихъ въ аппаратѣ Koch'a при t° , медленно поднимающейся до 150° Ц. — Chrobak кипятитъ ламинаріи нѣсколько минутъ въ 5% растворѣ карболовой кислоты, потомъ высушиваетъ и сохраняетъ въ іодоформенной или сулемованной марли. Kocks (Centralbl. f. Gyn. 1881 № 10), употребляетъ разбухающія средства въ тонкихъ резиновыхъ мѣшкахъ.

шенно правильно. Подробныхъ исторій больныхъ я не при-
вожу, считая это лишнимъ въ виду того, что, если мы, съ
цѣлю остановить кровотеченіе, употребляемъ холодныя и го-
рячія души, тампоны рукава и т. п. средства, дѣйствующія
подобно губкамъ и ламинаріямъ, только въ неизмѣримо мень-
шей степени, то уже съ теоретической точки зрѣнія, ламина-
рія, губка и *tupelo* должны заслуживать полнаго нашего вни-
манія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ почему либо немедленно не мо-
жетъ быть предпринято радикальное лѣченіе (выскабливаніе,
удаленіе опухоли и т. д.), а такихъ случаевъ практическому
врачу попадается много. При этомъ нужно имѣть въ виду, что,
благодаря сокращеніямъ матки, а также давленію губки (осо-
бенно при *endometritis cervicalis*)¹⁾ можно достигнуть если и
неполнаго, то во всякомъ случаѣ значительнаго улучшенія. Этотъ
способъ остановки кровотеченія имѣетъ еще и то преимуще-
ство, что по раскрытіи матки точнѣе можемъ опредѣлить при-
чину болѣзни и въ случаѣ надобности съ одной акушеркой,
безъ хлороформа, сдѣлать выскабливаніе или по крайней мѣрѣ
хорошо продезинфицировать полость матки и тѣмъ до извѣстной
степени уничтожить источникъ заразы.

Съ губками, ламинаріями и *tupelo*, какъ и со всѣми раз-
дражающими матку средствами, надо быть осторожнымъ при
кровотеченіяхъ въ климактерическомъ возрастѣ, такъ какъ
извѣстно, что въ это время, сплошь и рядомъ, всѣ средства,
вызывающія сокращенія матки не только не останавливаютъ
кровотеченія, но, напротивъ, еще усиливаютъ (можетъ быть
вслѣдствіе перерожденія сосудовъ), въ то время какъ *pacso-
tica* останавливаютъ.

Что касается техники введенія расширяющихъ веществъ,
то одно долженъ сказать, что губку, ламинарію и *tupelo* удоб-
нѣе вводить безъ зеркала, потому что тогда гораздо легче
слѣдить за маткою и направленіемъ губки. Разумѣется, рукавъ
и шейка должны быть предварительно тщательно проспирин-
цованы и обеззаражены. Кромѣ того, губка или ламинарія
должны быть достаточной длины, чтобы онѣ непремѣнно про-
инкали за внутренній зѣвъ.

¹⁾ См. Горвиць «Патол. и тер. ж. п. сф.» т. I, стр. 90.

КАЗУИСТИКА.

XXIV.

Къ казуистикѣ приобрѣтенной atresiae hymenalis completae.

Херсонскаго городского врача

М. И. Гошкевича.

Если случаи врожденныхъ гименальныхъ атрезій, сравнительно, довольно рѣдки, то еще болѣе, по рѣдкости, представляютъ интересъ случаи приобрѣтенныхъ атрезій hymen'a. Къ категоріи такихъ заболѣваній относится и описываемый мною ниже случай гименальной атрезіи, съ рѣзко выраженными симптомами haematocolpos et haematometrae.

30 іюля сего года, въ временно-завѣдываемое мною отдѣленіе Херсонской губернской земской Больницы поступила дѣвица, херсонская мѣщанка Е. Шевченко, 19^{1/2} лѣтъ, съ жалобой на запоръ мочи. При этомъ отъ нея получены были слѣдующія анамнестическія свѣдѣнія. Во все время, съ дѣтства, чувствуетъ себя совершенно здоровой; не помнитъ, какими острыми заразными болѣзнями болѣла въ дѣтствѣ, а также не помнитъ у себя никакихъ заболѣваній въ области наружныхъ половыхъ органовъ. Ни разу еще не имѣла мѣсячныхъ. За послѣдній годъ нѣсколько разъ чувствовала боли и напряжение въ нижней части живота; боли эти наступали чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ и продолжались каждый разъ отъ 3 до 5 дней, заставляя больную на это время лежать въ постели.

Въ послѣдніе 4—5 мѣсяцевъ эти боли наступали въ правильные мѣсячные періоды и были очень интенсивны по своей силѣ (*modima mensium*). Въмѣстѣ съ этимъ кровей не появлялось, а опухоль, замѣчавшаяся больною и раньше—въ нижней части живота, за послѣдніе мѣсяцы сильно увеличилась. Съ каждымъ изъ послѣднихъ мѣсяцевъ увеличивалось затрудненіе при мочеиспусканіи, достигшее въ послѣдніе дни полного запора мочи.

Больной немедленно въ мочевой пузырь былъ введенъ катетеръ, удалившій до 3 фунтовъ свѣтло-соломеннаго цвѣта, нѣсколько мутноватой мочи. Въмѣстѣ съ тѣмъ было произведено изслѣдованіе Шевченковой, представившее слѣдующія объективныя данныя.

Е. Шевченкова роста средняго, тѣлосложенія правильнаго, питанія хорошаго. Груды развиты хорошо, соски и околососковые круги блѣдно-розоваго цвѣта, съ слабо-коричневой пигментацией. Размѣры таза не отступаютъ отъ нормы. На *linea alba* очень слабо выражена пигментация кожи. Животъ выпяченъ; наибольшее выпячиваніе его соотвѣтствуетъ мѣсту на два поперечныхъ пальца ниже пупка, гдѣ объемъ (окружность) живота равенъ 70 сант. При пальпации—въ полости живота оказалась опухоль, помѣщающаяся по срединной продольной линіи живота, довольно плотная, малоподвижная. Верхушка опухоли находится на три поперечныхъ пальца выше пупка. При давленіи опухоль мало чувствительна. Лобокъ покрытъ довольно густыми курчавыми волосами. Большія и малыя срамныя губы, а также отверстіе *urethrae* развиты правильно. При раздвиганіи бедеръ эти части представляются нѣсколько выпяченными, напряженными, равно какъ и промежность. Срамныя губы представляются нѣсколько раскрытыми, а между ними выпячивается плотная, напряженная синеvато-розоваго цвѣта, васкуляризованная перепонка—дѣвственная плева. Спереди она переходитъ въ задній край валика уретры, кзади—въ промежность, а съ боковъ составляетъ внутреннюю поверхность малыхъ срамныхъ губъ. На поверхности ткани этой выпятившейся перепонки, непосредственно подъ *orificium urethrae*, замѣчается островокъ, кругловатаго очертанія, величиною въ малую фасоль, съ гладкимъ ровнымъ дномъ; ткань на всей плоскости этого островка нѣсколько вдавлена и блѣднѣе остальной ткани перепонки (здѣсь она имѣетъ бѣлесоватый цвѣтъ), края же этого островка имѣютъ звѣздчатое очертаніе. Какъ положеніе, такъ и очертаніе этого островка ткани совершенно соотвѣтствуетъ положенію и очертанію нор-

мальнаго отверстія дѣвственной плевы. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что, быть можетъ, въ дѣтскомъ возрастѣ на этомъ мѣстѣ существовало такое нормальное отверстіе, но подѣ вліяніемъ воспалительныхъ процессовъ in vulva или другихъ причинъ оно превратилось въ общую рубцовую ткань и отмѣтилось на общей плоскости hymen'a тканью болѣе блѣднаго цвѣта и болѣе низменнымъ положеніемъ относительно общаго уровня всей дѣвственной плевы. Толчекъ въ верхнюю часть опухоли довольно явственно передается пальцу, приложенному къ выпяченному и напряженному hymen'у.

Ислѣдованіе per rectum показало значительное расширеніе вагины жидкимъ содержимымъ, которое, надавливая на rectum, превратило его въ узкую щелеобразную полость. Со стороны прямой кишки ясно была ощущаема флюктуація содержимаго влагалища.

И такъ, не было сомнѣнія, что предъ нами—*atresia hymenalis*, вызвавшая громадное расширеніе влагалища и матки, *atresia* приобрѣтенная, на какое заключеніе давало право рѣзкое обозначеніе нѣкогда существовавшего отверстія дѣвственной плевы въ видѣ перепонки, несомнѣнно позднѣйшаго происхожденія, какъ это было описано выше.

Такой взглядъ на происхожденіе въ данномъ случаѣ атрезіи давалъ больше смѣлости взяться за ножъ, безъ риска встрѣтить еще выше лежація (вагинальную и утеральную) атрезіи. Къ тому же произведенный пробный проколъ hymen'a Пращаповскимъ шприцомъ показалъ присутствіе кровянистой жидкости не выше какъ на 1 сантиметръ надъ растянутой дѣвственной плевой.

Подѣ хлороформнымъ наркозомъ, послѣ основательной дезинфекціи наружныхъ половыхъ органовъ, операція состояла въ крестообразномъ разрѣзѣ всей плоскости дѣвственной плевы, при чемъ изъ разрѣза полилась густоватая, цвѣта кофейной гущи жидкость, безъ всякаго запаха, а вмѣстѣ съ истеченіемъ содержимаго наблюдалось быстрое уменьшеніе объема растянутой матки. Всей жидкости было извлечено до 5 фунтовъ. Затѣмъ, сдѣлано промываніе ретенціоннаго мѣшка посредствомъ ирригатора сулемовымъ растворомъ (1:2000). При ислѣдованіи чрезъ сдѣланный разрѣзъ, влагалище оказалось весьма растянутымъ, безъ складокъ, маточная шейка растянута и матка съ влагалищемъ составляла общій ретенціонный мѣшокъ. Дѣвственная плева оказалась толщиной въ $\frac{1}{2}$ сан-

тиметра, рубцовая перепонка на мѣстѣ бывшаго отверстія hумен'а была нѣсколько тоньше, нежели остальная часть дѣвственной плевы и меньше кровоточила при разрѣзѣ. На края раны наложены были шелковые швы, а наружные половые органы покрыты сулемовымъ компрессомъ. На другой день, впрочемъ, въ отверстіе hумен'а оказалось необходимымъ вставить средняго калибра короткую дренажную трубку со всѣми при этомъ антисептическими предосторожностями для лучшаго стока еще не выдѣливаемаго содержимаго. На второй день кровянистое отдѣленіе совсѣмъ прекратилось.

Больная провела въ больницѣ 7 дней послѣ операціи и въ теченіе всего этого времени у нея не замѣчалось ни повышения температуры, ни мѣстныхъ болей. На 5-й день произведено было промываніе сулемовымъ растворомъ полости влагалища, при чемъ вытекавшая вода оказалась почти не окрашенной. На 7-й день, по снятіи швовъ, по желанію, больная выписалась изъ больницы.

Я видѣлъ больную чрезъ двѣ недѣли послѣ операціи. Матка чрезъ наружные покровы не прощупывалась, половыя губы закрывали входъ во влагалище, отверстіе hумен'а пропускало конечный суставъ мизинца. Дѣвственная плева сократилась. Правильные, нѣсколько болѣзненные регулы Шенченко имѣла нѣсколько дней тому назадъ; они совпали съ мѣсячнымъ промежуткомъ послѣ послѣднихъ mоlimina и, продолжаясь 3 дня, не были обильны кровью. Болей въ животѣ не было. Пациентка заявила о чувствѣ общаго благосостоянія, на болѣе же подробное изслѣдованіе ея половыхъ органовъ не согласилась.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

В. А. Столыпинскій. Медицинскій отчетъ Акушерской клиники профессора Н. Н. Феноменова, при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, съ октября 1876 г. по май 1887 года.
(Казань, 1888 г. 177 стр.).

А. С. Соловьева.

Отчетъ д-ра *Столыпинскаго* есть первый отчетъ изъ Казанской акушерской Клиники со времени ея основанія, которое относится къ 1833 г., когда въ первый разъ устроены были акушерскій институтъ и женская больница. Акушерское отдѣленіе состояло изъ 6 кроватей, завѣдывалъ имъ проф. терапевтической клиники *Лентовскій*. На содержаніе акушерскаго института отпускалось 1000 р. асс. Въ такомъ состояніи акушерская клиника существовала до 1841 г. включительно (9 л.). За это время въ клиникѣ было 145 больныхъ; изъ нихъ 144 выздоровѣло, 1 беременная (? авт.) мертвымъ младенцемъ умерла. Главнѣйшія болѣзни были: родильная лихорадка, воспаленіе матки и маточныя кровотеченія.

Въ 1840 году на средства, пожалованныя Императоромъ Николаемъ Павловичемъ (200,000 р. асс.), устроено новое клиническое зданіе, въ которомъ и до настоящаго времени помѣщаются всѣ университетскія клиники. Подъ акушерскую клинику была отведена лѣвая половина нижняго этажа. Въ этой клиникѣ въ то время полагалось 14 кроватей—8 платныхъ (6 р. въ мѣс.) и 6 бесплатныхъ. Свѣдѣнія о движеніи больныхъ за періодъ времени отъ 1841 по 1875 г. (34 года) имѣются очень неполныя, и притомъ лишь за 20 лѣтъ изъ этого 34 лѣтнаго промежутка. За 20 лѣтъ въ клинику поступило беременныхъ 56, роженицъ 910, послѣ родовъ 5; умерло 45 (4,6%).

Послѣ *А. Е. Лентовскаго* акушерскою клинкою завѣдывали послѣдовательно профессора: *А. И. Козловъ* (1856—1876 г.), *К. Ф. Славянскій*

(по 1878 г.)¹⁾, В. М. Флоринскій (по 1885 г.), а съ 1885 г. ею завѣдуетъ Н. Н. Феноменовъ.

Въ настоящее время акушерская клиника помѣщается попрежнему въ лѣвой половинѣ нижняго этажа. Это помѣщеніе въ свою очередь дѣлится центральнымъ корридормъ на двѣ половины, изъ которыхъ въ лѣвой помѣщаются родильный покой, 2 операционныхъ, пріемная комната, палата для родильницъ и 2 палаты для гинекологическихъ больныхъ.—Родильный покой объемомъ въ 20 кв. саженой и 15 кв. четвертей, въ 2 окна, стѣны выкрашены масляной краской, полъ цементовый, тоже покрытъ масляной краской. Кровати въ родильномъ покоѣ съ проволочными сѣтками и тонкими резиновыми матрацами; ножныя спинки въ случаѣ нужды снимаются, и такимъ образомъ получается возможность оперировать, сдвинувши роженицу на край кровати.—Родильная палата, вмѣстимостію въ 20 кв. саженой и 22 кв. четв., имѣетъ 3 окна, выходящіе на югъ, въ садъ. Стѣны и полъ окрашены масляной краской; матрацы мочальные.

Всѣхъ мѣстъ въ акушерско-гинекологической клиникѣ 25; изъ нихъ родильницы занимаютъ отъ 5 до 10. Въ акушерскую клинику принимаются только роженицы, а беременныя — лишь съ патологическими осложнениями. Поступающей въ клинику роженицѣ ставится клизма, дѣлается теплая ванна, половыя части обмываются щеткой съ мыломъ, а затѣмъ суземой 1:2000. Влагалищныхъ спринцеваній не дѣлается.

При родахъ присутствуютъ 2 студента и 2 ученицы. Нормальныя родильницы встаютъ съ кровати на 4—5 день, а выписываются на 5—7 день послѣ родовъ.

Съ сентября 1876 г. по май 1887 г. разрѣшилось въ клиникѣ 966 роженицъ, — изъ нихъ 1-родящихъ 30,5%; кромѣ того 13 женщинъ поступили въ послѣродовомъ или послѣдовомъ періодѣ. Срочныхъ родовъ было 893, преждевременныхъ 51, выкидышей 22. Одиночныхъ родовъ 947, двойней 19. Средняя продолжительность родовъ для первородящихъ 18 ч., для многородящихъ—10 ч. 55 м.

Стараясь найти связь между возрастомъ отца и матери и поломъ ребенка, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: При одинаковомъ возрастѣ отца и матери отъ 17 до 20 л.—дѣти преимущественно женскаго пола; съ увеличеніемъ же числа лѣтъ родителей, чаще рождаются мальчики; если женщина имѣетъ 17—20 л., мужчина же старше ея на 5,10 и болѣе лѣтъ, то также чаще рождаются мальчики.

Положеніе плодовъ. Головное наблюдалось 826 разъ (85,7%), изъ нихъ 1 зат., пер. в. 529 р. (62,8%), задній видъ 2 р. (0,24%), 2-е зат. пер. в.

¹⁾ К. Ф. Славянскій былъ избранъ профессоромъ акушерства въ Казань, въ октябрѣ 1876 г., вступилъ въ завѣдываніе клиникой въ февралѣ 1877 г., а въ августѣ того же года избранъ профессоромъ въ Имп. Медико-хирургическую Академію, такъ что онъ былъ директоромъ Казанской акушерской клиники только 5 мѣсяцевъ, а фактически велъ эту клинику около 5 недѣль, такъ какъ лѣтомъ клиника не функционировала. А. Соловьевъ.

285 р. (34,5%),—задн. в. 3 р. (0,34%). Тазовыя положенія встрѣтились 32 р. (3,3%), поперечныя 9 разъ (0,93%). Приведенныя числа выражаютъ положенія, въ которыхъ родились дѣти. Что касается заднихъ видовъ затылочныхъ положеній до окончательной установки, то ихъ было при 1 черепномъ положеніи 23 (2,7%) при второмъ 82 (9,9%). Указывая на обычность перехода положеній изъ задняго въ передній видъ, авторъ не совѣтъ справедливо жалуется, что ему не съ чѣмъ было сравнить свои цифры, такъ какъ въ другихъ медицинскихъ отчетахъ задніе виды затылочныхъ положеній до окончательной установки не приводятся.—Такія цифры есть, напр., въ отчетахъ д-ра *А. Р. Фишера* за 1883/4 и 1884/5 гг., въ отчетѣ д-ра *С. И. Еськова* за 1885—87 гг. (напечатанъ въ «Журн. Ак. и ж. б.» за 1887 г.) и др.—Въ случаяхъ автора, гдѣ задній видъ сохранялся до конца родовъ, вѣсъ плода почти всегда превышаетъ средній.

Лицевыя положенія имѣлись 4 раза (0,4%). Въ одномъ случаѣ роды окончены перфорацией. Тазъ былъ нормальный. Показаніемъ къ перфорации служили: ослабленіе схватокъ, повышеніе t° роженницы, появленіе Bandl'евского кольца сокращенія при ослабленіи сердцебіенія плода.

Лобное положеніе встрѣтилось 3 раза (0,3%). Въ двухъ случаяхъ беременность осложнялась hydranion'омъ, а въ одномъ, кромѣ того, выпаденіемъ пуповины. Всѣ трое родовъ окончены щипцами, при чемъ въ двухъ случаяхъ щипцы накладывались по 2 раза. Кромѣ того, были сдѣланы еще слѣдующія операции: извлеченіе головки 1 разъ (?),—placentae 1 разъ, плечиковъ—1 разъ (полный разрывъ промежности и переломъ 5 шейнаго позвонка у мертваго плода). Живой плодъ родился одинъ. Изъ родильницъ умерла 1 на 8-й день отъ септицеміи.

Тазовыхъ положеній 32 (3,3%). Мертвыхъ дѣтей 8 (25%), изъ матерей умерла 1 (3,1%) отъ pyelonephritis duplex, parametritis puerperalis duplex и дифтерита толстыхъ кишекъ.

Поперечныхъ положеній было 9 (0,93%). Смертность дѣтей—66,6%. Операции: Embryotomia 3 раза, versio et extractio 2 раза, extractio capitis 1 разъ, solutio placentae 1 разъ. (Нормальный тазъ, косое положеніе, вправленіе выпавшей ручки, наружный поворотъ на головку, щипцы; по извлеченіи младенца—небольшое кровотеченіе; sec. corn. gr. X, кровотеченіе прекратилось, но послѣдъ не выходилъ и былъ извлеченъ искусственно).

Выкидыши. Къ нимъ авторъ причисляетъ всѣ роды, наступившіе до 28 недѣли включительно. Всѣхъ выкидышей отмѣчено 22 (2,3%). Большинство ихъ происходило на 3—4 мѣсяцѣ беременности. Изъ врачебныхъ пособій въ 4-хъ случаяхъ примѣнена тампонада рукава по поводу кровотеченія. Авторъ не признаетъ за тампонадой значенія ускоряющаго выкидышъ средства, такъ какъ въ одномъ случаѣ тампонада продолжалась 5 дней, и только на 6-й день (уже по прекращеніи тампонаціи) наступилъ выкидышъ.—Въ одномъ случаѣ яйцо оставалось въ маткѣ около 5 мѣсяцевъ по прекращеніи развитія. Вотъ вкратцѣ этотъ случай: 8-родящая 24 лѣтъ женщина; послѣднія регулы 15 октября 1881 года. 15 декабря послѣ тяжелой работы, небольшое, небо-

лѣзненное кровотеченіе. Матка въ гусиное яйцо, неболѣзненна, подвижна; шейка нормальна, каналъ закрытъ. До 16 апрѣля 1882 г. кровотеченіе не возобновлялось, а 16-го снова появилось несильное кровотеченіе съ большою примѣсью слизи. При изслѣдованіи найдено то же, что раньше, только матка болѣзненна. «Въ виду того, что не было данныхъ предполагать правильное теченіе беременности (даже сомнѣвались, имѣлась ли дѣйствительно беременность)», назначенъ ergotin по gr. j, 3 раза въ день и теплые рукавные души. 5-го мая изъ полости матки извлечено цѣлое плодное яйцо, величиной съ куриное: длина его—7 см., ширина въ днѣ—6 см. Плодъ мацерированный—длиною въ 8 см. Пуповина 5,5 см. Толщина оболочекъ въ днѣ—3 см. Микроскопическое изслѣдованіе показало старое кровоизліяніе въ оболочки съ послѣдовательнымъ хроническимъ ихъ воспаленіемъ. (Изъ описанія автора все-таки не видно, почему онъ считаетъ возрастъ плода—1½ мѣсяца: длина зародыша въ 8 см. соотвѣтствуетъ сроку около 3-хъ мѣсяцевъ).

Преждевременные роды авторъ считаетъ съ 29 недѣли, хотя тутъ же относитъ къ преждевременнымъ родамъ 2 случая беременности на VI-мъ мѣсяцѣ (стр. 54). Всѣхъ преждевременныхъ родовъ наблюдалось 51 (5,2%). Мертворожденныхъ 32,7%, а съ умершими въ первые дни послѣ родовъ—40%. Изъ родильницъ умерли 2 (4%),—одна отъ metrorrhagia secundaria, и одна отъ peritonitis sub graviditate и s. partu.

Двойни имѣлись 19 разъ (2%); срочные роды были при нихъ 15 разъ (78%), преждевременные 4 раза (21%). Положеніе плодовъ чаще всего (31,5%) было: 1-й въ черепномъ, 2-й въ ягодичномъ, далѣе—оба плода въ ягодичномъ (26,3%), потомъ оба въ черепномъ (21%), 1-й въ ягодичномъ, 2-й въ черепномъ (10,5%); самое рѣдкое положеніе—1-й въ черепномъ, 2-й въ поперечномъ. Большинство плодовъ, рожденныхъ первыми, было тяжелѣй, чѣмъ рожденные вторыми. Промежутокъ времени между рожденіемъ 1-го и втораго плода чаще всего былъ не болѣе 3 минутъ, но въ одномъ случаѣ 2-й плодъ родился на 3 сутки послѣ перваго.

Уличными родами авторъ, какъ намъ кажется, не совсѣмъ удачно называетъ роды очень быстрые,—игнорируя собственно—гдѣ они произошли, и принимая во вниманіе только ихъ продолжительность. Такихъ родовъ было 4 (0,41%). Самые быстрые роды (5 м.) были у 3-родящей 30 лѣтъ, страдавшей pneumonia cruposa sin. sub partu. Родилась живая дѣвочка въ 2900 грм. Родильница умерла на 9 сутки отъ осложненій pneumoniae.

Тазы. Принимая за границу для узкихъ тазовъ conj. ext. въ 18 см., авторъ насчитываетъ 39 узкихъ тазовъ на все количество родовъ (4%). Одинъ изъ узкихъ тазовъ—коксалгическій. Оперативное пособіе потребовалось при нихъ 11 разъ (28,2%). Смертность дѣтей—25,6%, для матерей—2,5%. Операциі и осложненія при узкихъ тазахъ представлены въ 2-хъ таблицахъ.

Предлежаніе дѣтскаго мѣста встрѣтилось 5 разъ (0,5%),—въ 4-хъ случаяхъ placenta praevia marginalis, и въ 1-мъ—lateralis. Исходы для матерей во всѣхъ случаяхъ благоприятны, изъ дѣтей умерло 3—(60%), кромѣ того, одинъ родился мертвымъ—мацерированный.

Эклампсія наблюдалась 5 разъ (0,5%), 4 раза у первородящихъ, и 1 разъ у многородящей. Тазы во всѣхъ случаяхъ нормальныя. Начало эклампсiи — въ 2-хъ случаяхъ до родовъ, въ остальныхъ — во время родовъ. Припадки прекращались, за исключенiемъ одного случая, съ окончанiемъ родовъ. Количество приступовъ было отъ 2-хъ до 21; продолжительность ихъ отъ 2—3 и до 25 мин. (Авторъ, впрочемъ, и самъ оговаривается, что такая продолжительность припадковъ, по всей вѣроятности, — результатъ неточности наблюденiй, при чемъ слѣдовавшiе быстро одинъ за другимъ нѣсколько припадковъ приняты за одинъ). Терапія была: *chloral-hydrat. по 5 gr. черезъ 2 часа* внутрь, горячіе души (32—35°). Свѣчки изъ опія съ белладонной, хлороформъ. Изъ этихъ средствъ только хлороформъ оказалъ вліяніе на теченіе эклампсiи. (Намъ кажется, что назначая такія малыя дозы *chloral-hydrat.*, — нельзя судить о его вліяніи на эклампсiю). Оперативныя пособія: 2 раза щипцы и 1 отдѣленіе послѣда. Смертность матерей — 40%, дѣтей — 60%.

Разрывы промежности получились въ 112 случаяхъ (11,5%). Изъ нихъ 86 (29,9%) у 1-родящихъ и 26 (4,4%) у многородящихъ. *Perineorrhaphia* сдѣлана только 17 разъ. Материаломъ для швовъ служили: шолкъ, катгутъ, проволока, а въ послѣднее время нити изъ оленьихъ сухожилій (Путловъ). Зашиваніе промежности производилось большею частью подъ хлороформомъ. Швы снимались по большей части на 6—8 день. Выпаденіе пуповины встрѣтилось 7 разъ (0,7%), вправленіе ея удалось 1 разъ. *Hydrarniion* отмѣченъ въ 6 случаяхъ (0,6%).

Разрывы матки имѣлись 3 раза у многородящихъ (7—9 разъ), *отрывы сводовъ* — 2 раза у 1 5-родящей и у 1 первородящей.

Оперативныя пособія. *Щипцы* накладывались 30 разъ (3,1%). Наибольше частымъ показанiямъ къ наложенію щипцовъ служили слабыя потуги. Въ 3-хъ случаяхъ послѣ неудачнаго наложенія щипцовъ (въ одномъ изъ нихъ щипцы накладывались 3 раза), была сдѣлана *craniotomia*; въ 3-хъ случаяхъ щипцы накладывались по 2 раза, при чемъ въ одномъ изъ нихъ, послѣ двукратнаго соскальзыванія щипцовъ, роды окончены поворотомъ на ножку (септической перитонитъ и разрывъ влагалищнаго свода; смерть на 3-й день). Въ послѣднее время щипцы накладываются только при стоянiи головки въ прямомъ разиѣрѣ таза, или близко къ нему. Смертность матерей послѣ наложенія щипцовъ — 9,7%, смертность дѣтей — 9,6%.

Перфорация и краниоклазія прижѣнена 10 разъ (1,03%). Въ послѣдніе два года перфорация производится съ обнаженіемъ головки ложкообразными зеркалами, при чемъ покровы ея разрѣзаются, и перфораторъ приставляется прямо къ кости. Показанія изъ перфорации въ отчетѣ приведены, къ сожалѣнію, не всегда достаточно ясно. Попытка же автора объяснить большую частоту перфораций у многородящихъ сравнительно съ первородящими большей величиной плодовъ при повторныхъ беременностяхъ едва ли подходитъ къ его случаямъ, такъ какъ изъ приведенныхъ имъ цифръ только въ 4-хъ случаяхъ имѣется вѣсъ плода болѣе 3000 grm., въ 4-хъ же онъ колебался

между 1920—2710 grm. — Въ одномъ случаѣ перфорация произведена по поводу рубцового стеноза влагалища.

Embryotomia сдѣлана 3 раза на мертвыхъ плодахъ. Изъ родильницъ умерла 1. *Поворотъ* — 12 разъ (1,24⁰/₀): 6 разъ при поперечныхъ положеніяхъ, 2 раза по причинѣ placenta praevia и по 1 разу при узкомъ тазѣ (conj. vera 9 cm.), разрывѣ матки, атовіи матки и отека легкихъ. Смертность родильницъ — 16,6⁰/₀, плодовъ — 50⁰/₀.

Экстракцій сдѣлано 21, изъ нихъ 10 послѣ поворота и 11 самостоятельно. *Извлеченіе послѣда* произведено 35 разъ (3,6⁰/₀) выжиманіе его по *Credé* — 139 разъ (14,3⁰/₀). Способъ *Credé* особенно часто примѣнялся въ послѣдніе годы и далъ очень хорошіе результаты, такъ какъ при немъ не только уменьшается частота послѣдовательныхъ кровотеченій, но перѣдко онъ можетъ замѣнить ручное извлеченіе послѣда.

Операция Porro произведена 14 января 1881 г. д-ромъ *Боголюбовымъ* у 7-родящей 30-ти-лѣтней женщины. Первые двое родовъ правильны. 3-и роды продолжались трое сутокъ; ребенокъ мертвый. Въ продолженіе беременности женщина испытывала ломоту въ тазовыхъ костяхъ. 4-е и 5-е роды продолжались по 5 сутокъ, дѣти рождались гнилостными. Съ каждою послѣдующею беременностію ломота въ костяхъ усиливалась, такъ что къ концу 6-й беременности больная уже не могла ходить и вороваться въ постели. 6-е роды продолжались около двухъ недѣль, ребенокъ совершенно сгнилъ, и головка вышла отдѣльно отъ туловища. Въ теченіе 7-й беременности больная уже не могла и лежать, а все время сидѣла обложенная пуховиками. Больная страшно истощена. Черезъ 3 дня отъ начала родовыхъ болей она поступила въ клинику. При изслѣдованіи: крестецъ неправильной формы, сильно изогнутъ, чувствителенъ при давленіи. Тазобедренныя суставы болѣзненны. Sp. II. 23,5, Cr. II. 27,5, conj. ext. 18, c. diag. 10,5. Troch. 27; между tub. Ischii 5 cm.; между сближенными частями на границѣ нисходящихъ частей лонныхъ и восходящихъ вѣтвей сѣдалищныхъ костей — 2,5 cm.; внутренніе разрывы сжужены; выходъ таза не пропускаетъ руки. (Тазъ остеоматическій, хотя въ мягкости костей убѣдиться нельзя). Ребенокъ, повидимому, доношенный, сердцебіеніе не слышно, головка едва достижается пальцемъ. Гнилостный эндометриъ. *Операция Porro*. По вскрытіи брюшины — картина серозно-фибринознаго перитонита. Разрѣзъ передней стѣнки матки *in situ*; извлеченъ мертвый, слегка мацерированный ребенокъ (2700 grm.). Кровотеченія не было. Сократившаяся матка извлечена изъ брюшной полости, перетянута жѣдной проволокой, стянута констрикторомъ и затѣмъ отдѣлена. Ножка проколота булавкой ниже констриктора и укрѣплена виѣбрюшинно въ нижнемъ углу раны. На нее положенъ мѣшокъ съ гипсомъ, пропитаннымъ дегтемъ; на 3-й день смерть отъ перитонита.

Въ отдѣл *кровоотеченій* не вошли кровотеченія при выкидышахъ, placenta praevia и травматическихъ поврежденіяхъ рукава и зѣва матки. Поэтому, ⁰/₀ кровоотеченій не великъ — 4,3⁰/₀. Онѣ встрѣчались, приблизительно, одинаково часто у 1 и многородящихъ. Чаще всего онѣ наступали тотчасъ послѣ

родовъ или въ послѣдовомъ періодѣ. Продолжительность родовъ на кровотеченіи не вліяла; за то можно замѣтить связь между величиной послѣда и частотой кровотеченій, — чѣмъ больше послѣдъ, тѣмъ чаще кровотеченія. Изъ особенностей терапіи отмѣтимъ назначеніе *sec. cognuti* до выхожденія послѣда. — Въ одномъ случаѣ всѣ средства оказались безсильны и женщина погибла отъ острой анеміи. Вотъ вкратцѣ этотъ случай: Первородящая 33-хъ лѣтъ. Срочные роды. Въ первомъ періодѣ родовъ небольшое, скоро прекратившееся кровотеченіе. Тотчасъ по рожденіи ребенка — сильное кровотеченіе. Попытка выжать послѣдъ безуспѣшна. Черезъ 20 мин. рука введена въ полость матки; по задней стѣнкѣ ея плотныя перемиčky, плацента удалена не вся; кровотеченіе продолжается. Возбуждающія, массажъ матки, электризація ея, *secale cognutum*, холодныя спринцеванья, ледъ во влагалище, впрыскиваніе въ полость матки *liq. ferri sesquichlor.* Удаленіе рукой изъ полости матки сгустковъ крови и плодныхъ оболочекъ. Кровотеченіе по прежнему, 2 раза переливаніе крови. Смерть. Патолого-анатомическаго описанія даннаго случая авторъ не приводитъ. А между тѣмъ этотъ случай, изслѣдованный съ анатоми-патологической стороны д-ромъ Кошкарковымъ и описанный въ его диссертациі (*Atonia partialis uteri ex metritide interstitiali chronica*. Спб. 1880 г.) представляется въ высшей степени интереснымъ. Кошкарвъ нашелъ въ данномъ случаѣ микроскопическую картину интерстиціального хроническаго воспаленія матки на мѣстѣ прикрѣпленія *placentae*, что онъ и считаетъ одною изъ причинъ бывшей здѣсь атоніи матки со смертельнымъ кровотеченіемъ. Крѣпкаго сращенія послѣда съ маткой имъ не найдено.

Средній вѣсъ *postda* при одиночныхъ родахъ выведенъ авторомъ въ 450—500 grm., самый же тяжелый послѣдъ вѣсилъ 1130 grm. Длина пуповины наичаще (33,2%) была 40 — 50 см., самая короткая пуповина — 12 см. (роды протекли правильно), а самая длинная — 100 см.

Обвитіе пуповины встрѣтилось въ 9,8% (въ отчетѣ 9%, но это, очевидно, опечатка, какъ видно изъ сопоставленія цифръ), въ томъ числѣ у первородящихъ 27 на 295 родовъ, у многородящихъ — 60 на 589 родовъ. Въ одномъ случаѣ имѣлось перекручиваніе пуповины амниальнымъ снуркомъ.

Послѣродовой періодъ. Изъ числа разрѣшившихся въ клиникѣ 966 рожениць нормальный послѣродовой періодъ (пов. t° до 38°) имѣли 46,1%, лихорадили 53,9%, въ томъ числѣ безъ локалізаціи воспалительнаго процесса 24,3%, съ локалізаціей его — 29,1%; явно (?) септической формы — 0,5%, умершихъ 2,6%, изъ нихъ отъ послѣродовыхъ заболѣваній — 1,96%. Въ послѣдніе два года % лихорадившихъ и умершихъ понизился весьма рѣзко сравнительно съ прошлыми годами. Въ 188^{5/6} г. лихорадившихъ 28%. (Въ отчетѣ 22,1%, но это, очевидно, ошибка: на 119 родовъ лихорадили безъ локалізаціи 17, съ локалізаціей — 16 родильницъ); въ 188^{6/7} г. лихорадило 15,6%, смертность 0,8.

Новорожденныя: отношеніе числа мальчиковъ къ числу дѣвочекъ — 100:91,08. Общій процентъ смертности — 5,08. Самая частая причина смерти — преждевременные роды и замедленіе акта родовъ при узкомъ тазѣ.

Профилактика глазъ новорожденныхъ состоитъ въ промываніи глазъ ребенка тотчасъ послѣ рожденія растворомъ сулемы 1:2000. За все время прижизненія сулемы (послѣдніе 2 года) ophthalmopleorrhoeae не было. Спринцеваніе влагаллица передъ родами или во время ихъ, для уничтоженія триппернаго яда, ни разу не прижѣнялось.

Изъ аномалій новорожденныхъ очень интересна hernia diaphragmatica, черезъ которую въ полость лѣвой плевры вышли желудокъ, часть кишекъ, селезенка, поджелудочная железа и долька печени, совершенно измѣнивши топографію грудныхъ органовъ. Въ другомъ случаѣ имѣлось полное отсутствіе ducti venosi Arrantii, вмѣсто котораго лежалъ тонкій спуровидный пучекъ, идущій отъ v. portae къ v. cava inferior.

Въ концѣ книги приложены таблицы съ кривыми лихорадящихъ и умершихъ, таблица важнѣйшихъ операцій, образцы родильныхъ и послѣродовыхъ листовъ, таблица узкихъ тазовъ и рисунокъ остеомалятического таза.

Уже изъ представленнаго мною краткаго обзора отчета д-ра *Стольтинскаго* читатель можетъ видѣть, насколько обстоятельно составленъ этотъ отчетъ. Авторъ воспользовался всеми имѣвшимися въ его рукахъ данными, систематизировалъ ихъ и далъ возможно полную и безпристрастную картину состоянія акушерской клиники Казанскаго Университета. Заслуга его тѣмъ больше, что этотъ отчетъ, какъ уже упомянуто выше, есть первый отчетъ Казанской акушерской клиники, и читатель, который бы захотѣлъ познакомиться съ матеріаломъ, строемъ и особенностями постановки акушерства въ этой клиникѣ, прочтетъ отчетъ д-ра *Стольтинскаго* съ большимъ интересомъ.

РЕФЕРАТЫ.

294. Паргаминъ. Еще одинъ признакъ беременности (Русская медицина 1888 г. № 31).

Разобравъ всѣ объективные и субъективные признаки беременности и придя къ заключенію, что хотя признаковъ беременности много и они цѣнны, но ошибки, при опредѣленіи беременнаго состоянія женщины, все же возможны, особенно въ началѣ, даже при совершенно нормальной беременности, а во второй половинѣ беременности при ея патологическихъ осложненіяхъ, авторъ предлагаетъ для опредѣленія беременности новый признакъ, который ему удалось твердо установить во всѣхъ случаяхъ беременности, даже въ самомъ раннемъ ея періодѣ, когда еще не бываетъ и слѣда объективныхъ признаковъ. Описываемый авторомъ новый признакъ беременности заключается въ ощущеніи пульсаціи одной изъ маточныхъ артерій въ нижнемъ отрѣзкѣ матки, для чего изслѣдующій ладонною поверхностью указательнаго или двухъ пальцевъ (указательнаго и средняго) обводитъ нижній отрѣзокъ матки, ближе къ области внутренняго маточнаго зѣва, оставляя нѣсколько секундъ въ покоѣ палецъ или пальцы на различныхъ точкахъ изслѣдуемой окружности. Если при изслѣдованіи по вышеописанному способу, говоритъ авторъ, найдемъ у здоровой, достигшей половаго возраста, женщины, у которой нѣтъ никакого повода не допускать возможности беременности, — вышеописанный признакъ беременности, то значить, что произошло зачатіе.

I. Рясенцевъ.

295. Navasse et Wtterwulghe.—Grossesse quadruple; oedème considérable; accouchement près du terme de quatre enfants bien développés, deux garçons et deux filles; deux mort-nés, deux vivants. Suites heureuses. (Journ. d'accouchements № 16, 1888). Беременность четвернями; значительный отекъ; роды почти въ срокъ 4-мя доношенными плодами: двумя мальчиками и двумя дѣвочками, двумя мертвыми и двумя живыми. Послѣдствія благоприятны.

Авторъ сообщаетъ рѣдкій случай беременности и почти срочныхъ родовъ четвернями, наблюдавшійся двумя акушерками: женщина 35 л., 9 разъ рожавшая, въ 10-ый выкинувшая на 3-й мѣсяцѣ, малаго роста, худая, мало-

кровенная пользовалась обыкновенно хорошим здоровьемъ. Последняя 11-ая беременность сопровождалась очень тяжелыми явлениями сдавленія брюшныхъ и грудныхъ органовъ вслѣдствіе громаднаго увеличенія живота и большого отека нижней половины тѣла. Ходьба, вначалѣ затрудненная, стала вслѣдствіи совершенно невозможной. Родовыя схватки наступили внезапно на 8^{1/2} мѣсяцѣ беременности въ 10 час. вечера, а къ 1^{1/2} ночи родились 4 плода, изъ которыхъ первый (мальчикъ) и послѣдній (дѣвочка) во время родовъ умерли отъ асфиксіи. Другіе два тоже, мальчикъ и дѣвочка, родились живыми. Послѣдковъ было 4, изъ которыхъ первый вышелъ тотчасъ за изгнаніемъ плода, а остальные три послѣ окончанія родовъ: сперва одинъ отдѣльный, а затѣмъ два другихъ, соединенныхъ вмѣстѣ. Всѣ плоды представляли одинаковую степень развитія и были вполне способны къ жизни. Два живыхъ — мальчикъ и дѣвочка вѣсили каждый по 2000 grm. и имѣли въ длину по 43 сан. Для матери послѣдствія благоприятны.

Н. Алексеево.

296. Л. Н. Варнекъ. Случай выдѣленія послѣда на 50-й день послѣ родовъ посредствомъ постояннаго влагалищнаго орошенія. (Врачъ № 26, 1888 г.).

И. 37 лѣтъ поступила подъ наблюденіе автора на 12 день послѣ 4-хъ родовъ съ жалобами на общее недомоганіе, слабость и сильныя боли въ животѣ и спинѣ. Stat. praes: 27 мая влагалищная часть вполне сформирована, дряблая, каналъ маточной шейки пропускаетъ палецъ до внутренняго отверстія. Матка почти фиброзной консистенціи, гладкая, круглая, подвижна, слегка болѣзненна; дно ея прощупывается на уровнѣ пупка. Кровянистыя отдѣленія безъ запаха. Предполагая въ данномъ случаѣ подслизистую фиброміому, авторъ назначилъ соответственное леченіе, подъ вліяніемъ котораго въ теченіе 24 дней матка нѣсколько уменьшилась, а t° держалась на нормѣ. Затѣмъ, у больной t° стала сильно повышаться (за 40°), бѣды значительно усилились, появились знобы, сильная слабость и отдѣленія съ запахомъ. 27 мая при изслѣдованіи доступной теперь полости матки найдено, что она на половину наполнена разросшейся массой, напоминавшей послѣдъ. Масса на столько приращена къ стѣнкѣ матки, что пальцемъ еѣ нѣтъ возможности отдѣлить. Попытка удалить эту массу ложкой также не увѣнчалась успѣхомъ. Тогда полость матки промыта, смазана смѣсью іодоформа съ глицериномъ и назначено постоянное влагалищное орошеніе по 4—10 часовъ подъ рядъ ежедневно. Черезъ 10 дней, т. е., на 50 день послѣ родовъ, при спринцеваніи удаленъ кусокъ послѣда, въ 1^{1/2} ладони, дряблый, съ оплотнѣлыми фиброзными обочками, безъ всякаго запаха. Съ выдѣленіемъ послѣда t° пала до нормы, больная стала быстро поправляться и 20 іюля выбыла здоровой.

І. Рясенцевъ.

РЕФЕРАТЫ.

294. Паргаминъ. Еще одинъ признакъ беременности (Русская медицина 1888 г. № 31).

Разобравъ всѣ объективные и субъективные признаки беременности и придя къ заключенію, что хотя признаковъ беременности много и они цѣнны, но ошибки, при опредѣленіи беременнаго состоянія женщины, все же возможны, особенно въ началѣ, даже при совершенно нормальной беременности, а во второй половинѣ беременности при ея патологическихъ осложненіяхъ, авторъ предлагаетъ для опредѣленія беременности новый признакъ, который ему удалось твердо установить во всѣхъ случаяхъ беременности, даже въ самомъ раннемъ ея періодѣ, когда еще не бываетъ и слѣда объективныхъ признаковъ. Описываемый авторомъ новый признакъ беременности заключается въ ощущеніи пульсаціи одной изъ маточныхъ артерій въ нижнемъ отрѣзкѣ матки, для чего изслѣдующій ладонною поверхностью указательнаго или двухъ пальцевъ (указательнаго и средняго) обводитъ нижній отрѣзокъ матки, ближе къ области внутренняго маточнаго зѣва, оставляя нѣсколько секундъ въ покоѣ палець или пальцы на различныхъ точкахъ изслѣдуемой окружности. Если при изслѣдованіи по вышеописанному способу, говоритъ авторъ, найдемъ у здоровой, достигшей половаго возраста, женщины, у которой нѣтъ никакого повода не допускать возможности беременности, — вышеописанный признакъ беременности, то значитъ, что произошло зачатіе.

I. Рясенцевъ.

295. Navasse et Wtterwulghе. — Grossesse quadruple; oedème considérable; accouchement près du terme de quatre enfants bien développés, deux garçons et deux filles: deux mort-nés, deux vivants. Suites heureuses. (Journ. d'accouchements № 16, 1888). Беременность четвернями; значительный отекъ; роды почти въ срокъ 4-мя доношенными плодами: двумя мальчиками и двумя дѣвочками, двумя мертвыми и двумя живыми. Послѣдствія благопріятны.

Авторъ сообщаетъ рѣдкій случай беременности и почти срочныхъ родовъ четвернями, наблюдавшійся двумя акушерками: женщина 35 л., 9 разъ рожавшая, въ 10-ый выкинувшая на 3-мъ мѣсяцѣ, малаго роста, худая, мало-

кровая пользовалась обыкновенно хорошим здоровьем. Последняя 11-ая беременность сопровождалась очень тяжелыми явлениями сдавления брюшных и грудных органов вследствие громаднаго увеличения живота и большого отека нижней половины тела. Ходьба, вначалѣ затрудненная, стала впоследствии совершенно невозможной. Родовыя схватки наступили внезапно на 8^{1/2} мѣсяцѣ беременности въ 10 час. вечера, а къ 1^{1/2} ночи родились 4 плода, изъ которыхъ первый (мальчикъ) и послѣдній (дѣвочка) во время родовъ умерли отъ асфиксiи. Другіе два тоже, мальчикъ и дѣвочка, родились живыми. Послѣдовъ было 4, изъ которыхъ первый вышелъ тотчасъ за изгнаниемъ плода, а остальные три послѣ окончанія родовъ: сперва одинъ отдѣльный, а затѣмъ два другихъ, соединенныхъ вмѣстѣ. Всѣ плоды представляли одинаковую степень развитія и были вполне способны къ жизни. Два живыхъ — мальчикъ и дѣвочка вѣсили каждый по 2000 грм. и имѣли въ длину по 43 сан. Для матери послѣдствія благопріятны.

Н. Алексенко.

296. Л. Н. Варнекъ. Случай выдѣленія послѣда на 50-й день послѣ родовъ посредствомъ постояннаго влагалищнаго орошенія. (Врачъ № 26, 1888 г.).

И. 37 лѣтъ поступила подѣ наблюденіе автора на 12 день послѣ 4-хъ родовъ съ жалобами на общее недомоганіе, слабость и сильныя боли въ животѣ и спинѣ. Stat. praes: 27 мая влагалищная часть вполне сформирована, дрябля, каналъ маточной шейки пропускаетъ палецъ до внутренняго отверстія. Матка почти фиброзной консистенціи, гладка, кругла, подвижна, слегка болѣзненна; дно ея прощупывается на уровнѣ пупка. Кровянистыя отдѣленія безъ запаха. Предполагая въ данномъ случаѣ подслизистую фиброміому, авторъ назначилъ соответственное леченіе, подѣ влияніемъ котораго въ теченіе 24 дней матка нѣсколько уменьшилась, а t° держалась на нормѣ. Затѣмъ, у больной t° стала сильно повышаться (за 40°), бѣли значительно усилились, появились знобы, сильная слабость и отдѣленія съ запахомъ. 27 мая при изслѣдованіи доступной теперь полости матки найдено, что она на половину наполнена разросшейся массой, напоминавшей послѣдъ. Масса на столько приращена къ стѣнкѣ матки, что пальцемъ еѣ нѣтъ возможности отдѣлить. Попытка удалить эту массу ложкой также не увѣнчалась успѣхомъ. Тогда полость матки промыта, смазана смѣсью іодоформа съ глицериномъ и назначено постоянное влагалищное орошеніе по 4—10 часовъ подѣ рядъ ежедневно. Черезъ 10 дней, т. е., на 50 день послѣ родовъ, при спринцеваніи удаленъ кусокъ послѣда, въ 1^{1/2} ладони, дряблый, съ оплотнѣлыми фиброзными оболочками, безъ всякаго запаха. Съ выдѣленіемъ послѣда t° пала до нормы, больная стала быстро поправляться и 20 іюля выбыла здоровой.

І. Рясенцевъ.

297. Pfannenstiel. Kasuistischer Beitrag zur Aetiologie des Puerperal-
fiebers. (Centralbl. f. Gyn. № 38, 1888). Казуистическія данныя
къ этиологии послѣродовой горячки.

Лѣтомъ 1887 г. въ бреславльской женской клиникѣ 4 родильницы одна за другой заболѣли послѣродовой горячкой, много лѣтъ не наблюдавшей въ клиникѣ, и всѣ умерли по истеченіи 6—11 дней.

Изъ приводимыхъ авторомъ исторій болѣзни и протоколовъ вскрытій видно:

1) 23 л. первородящая родила 22 мая. 23-го—ознобъ. Температура во время болѣзни 39,5—40,8. Пульсъ 100—120. Дифтеритическіе налеты на губахъ и во влагалищѣ. Дизентерія. Болѣзненное припуханіе лимфатической железы на голени. Красныя пятна, величиной въ 20 коп. монету, по всему тѣлу. Терапія: влагалищныя промыванія 2,5% карболовымъ и 0,05% сублиматнымъ растворами. Смерть 31 мая. Вскрытіе: endometritis puerperalis partim diphtheritica, thromboses plexus uterini, lymphangoitis purulenta in parametrio, эмболии въ почкѣ и эндкардіи, diphtheria intestinorum.

2) 23 л. второродящая родила 24 мая. 26 потрясающій ознобъ. Темп. 40,2—40,8. Пульсъ 120—140. Дифтеритическіе налеты на губахъ и во влагалищѣ. Дизентерія. Влагалищныя и внутриматочныя промыванія 2,5% карболовой, салициловой и борной кислотами и кали hyperm. Смерть 6 іюня. Вскрытіе: peritonitis purulenta, endometritis puerp. diphtheritica, para-и perimetritis purulenta, thrombophlebitis venarum spermat., venae iliacaе dextrae et brachialis dextrae.

3) 40 лѣтняя, 10 родящая, родила 26 мая. 29 потрясающій ознобъ. Температура 38,0—40,6. Пульсъ 116—140. Сѣрые налеты на губахъ и во влагалищѣ. Влагалищныя и внутриматочныя промыванія кали hypermanganico. Phlegmone предплечія и голени; разрывы. Смерть 4 іюня. Вскрытіе: endometritis diphtheritica, lymphangoitis uterina et parauterina.

4) 20 лѣтняя первородящая родила 9 іюля. 14-го—потрясающій ознобъ. Температура 38—42°. Пульсъ 120—132. Сѣрые налеты во влагалищѣ. Поносы. Флегмона предплечія, разрывы. Внутриматочныя промыванія 3% карболовымъ растворомъ и кали hypermanganico. Смерть 22 іюля. Вскрытіе: salpingitis purulenta, diphtheria uteri, phlebitis purulenta in plexu uterino et spermatico, emboliae въ селезенкѣ.

Бактеріологическія изслѣдованія производились въ гигиеническомъ институтѣ Bitter'омъ. 1) Въ крови, добытой при жизни у 2 больной изъ пальца, бактерій не оказалось. 2) Въ жидкости изъ произведенныхъ у 3 и 4 больной разрывовъ флегмоновыхъ мѣстъ, при жизни больныхъ, оказались кокки, которые были также культивированы. 3) Въ кусочкахъ печени, селезенки и почекъ, взятыхъ у 4 больной спустя 16 часовъ послѣ смерти, были найдены кокки, выступавшіе особенно ясно при окраскѣ по способу Gram'a, и палочки; послѣдніе, очевидно, сапрофиты. Культуры кокковъ также удалась. Кокки эти представляли сходство съ streptococcus pyogenes (Rosenbach) и streptococcus erysipelatis (Fehleisen); но при тщательныхъ сравнительныхъ изслѣдованіяхъ найдена нѣкоторая разница въ цвѣтѣ колоній, скорости ихъ роста,

отношеніи ихъ къ кислотамъ и щелочамъ, такъ что *Bitter* называетъ этотъ коккъ послѣдородогорячечнымъ (*Puerperalfieber - Streptococcus*). Опыты на животныхъ (кроликахъ) дали слѣдующіе результаты: 1) *подкожное* впрыскиваніе *старой* культуры (5 генерация) вызвало только мѣстную рожу; животное оправилось; 2) впрыскиваніе въ ушную *вену свожей* культуры (1 и 3 дневной) вызвало мѣстную рожу и смерть животнаго. Контрольные опыты съ впрыскиваніемъ *старыхъ* культуръ *streptococcus pyogenes* и *str. erysipelatis* не вызвали у животныхъ никакихъ явленій: ни мѣстной, ни общей реакціи.

Какъ на источникъ заразы авторъ указываетъ на эпидемію *anginae tonsillarigis*, бывшую, между прочимъ, у двухъ сидѣлокъ изъ той палаты, гдѣ лежали заболѣвшія родильницы. Конецъ эпидеміи *anginae tonsillarigis* совпалъ съ началомъ эпидеміи послѣдородовой горячки. Подобный случай перенесенія заразы наблюдался и въ клиникѣ *Gusserow'a*.

Различіе клиническихъ и патолого-анатомическихъ явленій авторъ объясняетъ индивидуальнымъ предрасположеніемъ организма и, быть можетъ, количествомъ и ядовитостью поступающаго въ организмъ одного и того же микроорганизма, тѣмъ болѣе что большинство авторовъ приходитъ къ заключенію, что идентичные микроорганизмы могутъ дѣйствовать различно при различныхъ условіяхъ.

Но авторъ, при современномъ положеніи этого вопроса, не отрицаетъ возможности, что и другіе гнойные кокки въ состояніи вызвать послѣдородовую горячку. Не рѣшается авторъ также отнестъ найденный микрококкъ къ отдѣльному виду; отрицательные результаты контрольных опытовъ *Bitter'a* надъ кроликами авторъ объясняетъ тѣмъ, что послѣдовательная культура ослабляютъ ядовитость микроорганизмовъ: *Str. pyogenes* и *St. erysipelatis*. Для окончательнаго рѣшенія вопроса объ этиологіи послѣдородовой горячки авторъ предлагаетъ на основаніи клинически одинаково протекающихъ случаевъ послѣдородовой горячки, флегмоны, рожи и, быть можетъ, воспаленія зѣва, брать при жизни больныхъ кровь и секреты, засѣвать ими одинаковыя питательныя среды и полученныя чистыя культуры прививать животнымъ одного вида при условіи, чтобы культуры были одинаковыхъ генераций.

И. Блонскій.

298. J. M. Charpentier. Du curage et de l'écouvillonnage de l'uterus dans l'endometrite septique puerpérale (Bulletin de l'Acad. de Médec. 1888. № 38). Примѣненіе выскабливанія и чистки полости матки банниками при послѣдородовомъ септическомъ перитонитѣ.

Сл. является ревностнымъ сторонникомъ предложеннаго *Doléris* способа леченія послѣдородоваго эндометрита (см. «Журн. акуш. и женск. бол.» 1888 г. № 2, стр. 149). Въ тѣхъ случаяхъ послѣдородовыхъ заболѣваній, гдѣ исходной точкой является заболѣваніе эндометрія, главныя усилія должны быть обращены на то, чтобы обеззаразить находящіяся въ такихъ случаяхъ въ полости матки вещества и воспрепятствовать всасыванію ихъ въ организмъ. Во мно-

гихъ случаяхъ этой цѣли можно достигнуть тщательно сдѣланными внутриматочными спринцеваніями. Встрѣчаются, однако, трудные случаи, гдѣ внутриматочные спринцеванія оказываются недостаточными. Въ такихъ случаяхъ авторъ получилъ блестящіе результаты отъ выскабливанія матки съ послѣдующимъ примѣненіемъ банниковъ. Для этого больную кладутъ въ спинно-ягодичное положеніе, матку низводятъ и фиксируютъ пулевыми щипцами. Если зѣвъ уже не достаточно раскрытъ, то его расширяютъ стальнымъ расширителемъ. Сдѣлавъ внутриматочное спринцеваніе разбавленной вдвое жидкостью Van Swieten'a ¹⁾, дѣлаютъ выскабливаніе полуострой ложкой Resasier и опять промываютъ матку. Затѣмъ, вводятъ банникъ, смоченный растворомъ креозота въ глицеринѣ (aa) и, дѣлая вращательныя движенія, удаляютъ изъ матки всё оставшіяся еще послѣ выскабливанія и промыванія вещества. Затѣмъ, слѣдуетъ тампонація влагалища іодоформенной марлею, которая мѣняется, смотря по надобности, каждые 12—24 часа. Сн. видѣлъ блестящіе результаты отъ этого способа леченія: немедленное паденіе t^o, улучшеніе общаго состоянія больной и быстрое выздоровленіе. Этотъ способъ былъ примѣненъ Сн. въ шести случаяхъ при септическомъ эндометритѣ послѣ срѣзныхъ родовъ. Въ одномъ случаѣ, однако, послѣдовала смерть на 11 день послѣ того, какъ одинъ разъ было сдѣлано выскабливаніе и произведена чистка полости матки банниками. Выскабливаніе послѣ выкидыша автору приходилось съ полнымъ успѣхомъ примѣнять гораздо чаще. Въ преніяхъ по поводу этого доклада, Guéniot высказался противъ этого способа леченія, указавъ на то, что въ большинствѣ случаевъ можно достигнуть цѣли промываніемъ матки, такъ что только очень рѣдко можно было бы рѣшиться прибѣгнуть къ примѣненію банниковъ.

А. Семянниковъ.

299. Давидзонъ. Случай эмбриотоміи. (Протоколы общ. врачей въ г. Николаевѣ за 1887 г., стр. 5).

Роженица 25 лѣтъ, рождаетъ 3 разъ, боли начались за сутки до поступленія въ больницу. Роженица безсвязно отвѣчаетъ на вопросы едва слышнымъ голосомъ; цѣанозъ лица, пульсъ крайне частый, нитевидный. Матка судорожно сокращена, схватки прекращаются на самое короткое время; выпала правая ручка, плечико вколотилось, нижній сегментъ матки и шейка сильно истончены. Указательнымъ пальцемъ введенной руки удалось обхватить шейку плода, но провести ее дальше нѣтъ возможности. Попытка произвести поворотъ на ножки, послѣ предварительнаго вырыскиванія мускуса, не удалась, точно также не удалось ввести тrenaнационный перфораторъ Брауна, такъ какъ головка едва достигалась. Въ виду этого произведена эмбриотомія, для чего употреблены были ножницы, искривленныя по плоскости. Прежде вылучена была ручка, затѣмъ отрѣзана головка, послѣ чего туловище было извлечено безъ труда, а головка выведена посредствомъ указательнаго пальца введеннаго въ ротъ плода. Влагалище промыто растворомъ судемы 1:3000,

¹⁾ Жидкость Van Swieten'a состоитъ изъ 1 ч. судемы на 900 ч. воды и 100 ч. сахара.

а матка—1:6000. Температура нормальна, но общее состояніе больной та- кое же какъ и до операціи. На 2-й день t° 38,2. На 3-й день изъ влагалища выдѣлилось небольшое количество черной вонючей жидкости; такая же жид- кость съ примѣсью кусочковъ кала выдѣлялась изъ прямой кишки; t° 39,2, П. 112. На 10-й день возбужденное состояніе; на 12-й день выдѣлился изъ влагалища какой-то кусокъ ткани величиною въ полъ ладони; вслѣдъ за этимъ упомянутая жидкость перестала выдѣляться изъ рукава, общее состоя- ніе значительно улучшилось. На 22-й день боляная выписалась. На основаніи тождества жидкости, вытекавшей изъ влагалища и rectum, авторъ допу- скаетъ фистулу незначительной величины; омертвѣніе перегородки между вагиною и rectum произошло не во всю толщину и лишь на точечномъ участкѣ оно вызвало образование фистулы.

Н. Штоль.

300. Бажановъ. Изъ земской акушерской казуистики. (Русская медицина 1888 г. № 33).

Авторъ описываетъ случай эмбриотоміи при запущенномъ положеніи плода съ выпаденіемъ ручки у 22-лѣтней первородящей. Операція произведена на 6 сутки родовъ, послѣ того какъ всѣ манипуляціи, произведенныя надъ роженицей деревенскими бабками въ теченіе 5 дней, не дали никакого резуль- тата. Родильница умерла на слѣдующій день при явленіяхъ коллапса.

І. Рясенцевъ.

301. St. Braun. Nowy przypadek cięcia cesarskiego dokonanego na kar- licy według metody Saengera z wynikiem pomyślnym dla matki i płodu. (Przegląd lekarski № 34, 1888). Новый случай кесарскаго сѣченія, исполненнаго на карлицѣ по методу Saenger'a съ благо- пріятнымъ исходомъ для матери и плода.

Въ акушерскую клинику Краковскаго Университета принята была бере- менная 24 лѣтъ отъ роду, хорошаго питанія, росту 120 цент., съ ясными признаками бывшаго рахитизма. Беременная первый разъ. Размѣры таза: dist. spin. $22\frac{1}{2}$ с., dist. crist. 26 с., dist. troch. 28 с., conj. ext. 17 с., conj. diag. 9 с., conj. vera 8 с., окружность таза 80 с. Определено: общесуженный, плоскій, рахитическій тазъ. Первое черепное положеніе плода. Окончаніе ро- довъ силами природы найдено невозможнымъ и потому рѣшено было сдѣлать кесарское сѣченіе при относительномъ его показаніи.

8-го іюня 1888 года появились родовыя боли, маточная шейка изглади- лась и при совершенно закрытомъ наружномъ зѣвѣ прошли плодные воды. Въ виду этого приступлено было немедленно къ операціи. Роженица была на- хлороформирована, операціонное поле тщательно вымыто, разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ сдѣланъ длиною въ 36 ц., матка вынута наружу и временно нало- женъ эластическій шнуръ на надвлагалищную часть матки. Для предупре- жденія выпаденія кишекъ верхняя часть брюшной раны была защита 4 шел- ковыми швами, матка въ нижней ея части обложена теплыми компрессами, смоченными въ 3% растворѣ борной кислоты. Разрѣзъ матки сдѣланъ вдоль по срединѣ ея, начиная отъ диа, и доведенъ на разстояніи двухъ поперечныхъ

палецъ до эластическаго шнура. Послѣ разрыва плоднаго пузыря, плодъ былъ вытасненъ за ягодицы въ легкой асфиксiи и вскорѣ оживленъ (мальчикъ 3300 gram.). Полость матки вымыта губкою, намоченною въ 5% растворѣ карболовой кислоты, и посыпана iодоформомъ, стѣнки ея сократились хорошо. Наложены три ряда обвивныхъ швовъ изъ кѣтгута, внутреннiй—на глубокой мышечный слой матки, причеиъ уколы иглы не задѣвали слизистой оболочки, среднiй—на поверхностный мышечный слой, наружный шовъ захватывалъ брюшину. Вслѣдъ за снятiемъ эластическаго шнура, показалось незначительное кровотеченiе изъ нижняго угла раны, остановленное наложенiемъ узловатаго шва. Матка была обмыта губкою, намоченною въ 3% тепломъ растворѣ борной кислоты, рана посыпана iодоформомъ и хорошо сокращенная матка опущена въ полость живота. Тщательно очистивъ брюшину, рана живота была зашита тремя рядами швовъ, внутреннiй на брюшину изъ кѣтгута, среднiй—мышечный, наружный—кожный, оба шелковые шва. Наложена давящая повязка изъ iодоформной марли, карболовой ваты и фланелеваго бiята. Операция продолжалась до извлеченiя плода 26 минутъ, съ зашитiемъ раны одной частью. Состоянiе больной послѣ операции было удовлетворительное, одинъ разъ на 4-й день темп. повысилась до 38,2° при одновременномъ нагрубанiи грудей. Послѣ родовыя очищенiя были правильны, безъ всякаго запаха, первые пять дней окрашены кровью. Первая перевязка сдѣлана на 10-й день, края раны срослись хорошо, сняты глубокие (мышечные) швы; на 15-ый день—вторая перевязка, сняты поверхностные швы.—Больная выписалась изъ клиники 14-го iюля здоровою.

Н. Стравинскiй.

302. Helen Betts. Dress of women in relation to the etiology und treatment of pelvic disease. (The Journ. of the Americ. med. Assoc. April 28, 1888). Женская одежда по отношенiю къ этиологiи женскихъ болѣзней.

В. находитъ, что женскiй костюмъ, затрудняя физическiя упражненiя въ молодомъ возрастѣ, препятствуетъ правильному развитiю тазовыхъ костей, связокъ, мышцъ и т. д. Корсетъ съ завязанными на поясѣ юбками, низдавливая брюшныя органы, вызываетъ нарушенiе кровообращенiя и питанiя, результатомъ чего черезъ болѣе или менѣе продолжительное время являются гиперемiя (воспаленiе) матки, смѣщенiя ея и т. п. По современнымъ изслѣдованiямъ венозная гиперемiя составляетъ важный этиологическiй моментъ для роста фиброидовъ; на этомъ основанiи при леченiи случаевъ гиперемiи и смѣщенiя тазовыхъ органовъ В. приписываетъ гораздо большее значенiе устраненiю неудобствъ костюма, чѣмъ жѣсткимъ и лекарственнымъ средствамъ.

А. Пекарская.

303. B. Stevens. Morphine and the menstrual function (The Obstetr. Gaz. 1888, № 8). Морфiй и менструация.

S. указываетъ на то обстоятельство, что женщина, постоянно употреблявшая въ теченiе 2—3 лѣтъ морфiй, перестаетъ менструировать, но что ре-

гулы снова начинают приходить правильно, коль скоро она перестает злоупотреблять морфіемъ (см. «Журн. акуш. и женск. бол.» 1887, № 9, стр. 727).

А. Семяниновъ.

304. Rapin (Genève). Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de la matrice. (L'Electrothérapie, № 8, авг. 1888). Обь электрическомъ леченіи фиброзныхъ опухолей матки.

R. съ большимъ успѣхомъ провелъ электрическое леченіе фибромъ матки. Способъ, которымъ онъ при этомъ пользовался, принадлежитъ *Martin'у* и описанъ въ 1879 году въ *Annales de Gynécologie*. Онъ состоитъ въ томъ, что положительный полюсъ, представляющій металлическую оливу, вводится, если это возможно, въ полость шейки матки или—въ затруднительныхъ случаяхъ—просто приводится въ прикосновеніе съ маткой. Эта олива есть окончаніе металлическаго стержня, обернутаго въ каучуковый изоляторъ. Стержень дѣлается изъ неизмѣняющагося отъ дѣйствія тока металла,—золота или платины. Отрицательный полюсъ накладывается на область живота, соответствующую опухоли. Онъ представляетъ металлическую пластинку, въ 10—12 сант., обернутую кожей и передъ употребленіемъ смачиваемую горячей водой. При пропусканіи тока трудно избѣжать ожога кожи. Для того, чтобы сдѣлать электродъ индифферентнымъ съ большимъ успѣхомъ (особенно при токахъ большой силы) примѣняется жирная (скульптурная) глина или железина. Длительность сеанса—15—20 мин. Токъ развивается при помощи 10—20 элементовъ *Daniell'я* или *Callaud—Trowé*. Не смотря на то, что токъ при такихъ условіяхъ не имѣетъ большой силы (вѣроятно, не болѣе 20—25 милли-амперовъ), результаты его примѣненія у *R.* получились блестящіе. Въ доказательство, авторъ приводитъ пять подробныхъ исторій болѣзни, изъ которыхъ мы видимъ, какъ быстро подъ вліяніемъ электризаціи окончателно прекращались кровотеченія, улучшалось общее самочувствіе больныхъ и опухоль исчезала совершенно. Число сеансовъ, потребовавшихся для достиженія этихъ результатовъ,—23, 41, 120, 16, 62. Подводя итоги своимъ наблюденіямъ, авторъ оказывается несогласнымъ съ мнѣніемъ тѣхъ врачей, которые думаютъ, что электрическое леченіе фибромъ не ведетъ къ радикальному ихъ уничтоженію. Изъ своего опыта *R.* выводитъ то заключеніе, что вызываемое электризаціей обратное развитіе фибромъ является довольно полнымъ для того, чтобы обусловить достаточное (если не совершенное) возстановленіе матки въ анатомическомъ и фізіологическомъ отношеніяхъ.

В. Массенъ.

305. W. E. Steavenson. The electrolysis of fibroids. (Brit. med. journ, may 12, 1888). Обь электролизѣ фибридовъ.

St. склоненъ думать, что при пропусканіи тока черезъ маточные фибриды электролизъ совершается не только въ мѣстахъ приложенія электродовъ, но и въ толщѣ опухоли. Что токъ встрѣчаетъ нѣсколько тѣлъ, обладающихъ различной полярностью по отношенію другъ къ другу, это несомнѣнно; но происходятъ ли химическія измѣненія на мѣстѣ соединенія каждаго изъ

этих разнородных тѣлъ, въ настоящее время опредѣлить невозможно. St. неоднократно наблюдалъ, что послѣ электризованья пациентка сама превращается во вторичную батарею и способна давать токъ противоположнаго направленія. Слабый токъ, не разлагая водныхъ частей кѣтокъ на О и Н, усиливаетъ ихъ дѣятельность; а повышенная дѣятельность кѣточныхъ элементовъ вызываетъ притокъ крови и расширеніе капилляровъ. Измѣненія въ кровообращеніи въ кѣточныхъ элементахъ человѣческаго тѣла въ значительной степени зависятъ отъ осмотической силы электричества: если токъ идетъ отъ менѣ плотной къ болѣе плотной жидкости, обычный осмосъ повышается: въ противномъ случаѣ является обратный осмосъ. Весьма вѣроятно, что именно осмотическая сила электричества обуславливаетъ всасывающее дѣйствіе гальванизма на экссудаты въ суставахъ или серозныхъ полостяхъ. Понятно, что прохожденіе тока не остается индифферентнымъ и для нормальныхъ тканей, расположенныхъ между электродами (кожа, соединительная ткань и т. п.), а именно усиливаетъ ихъ метаморфозъ. Въ пользу этого предположенія говорить и наблюденія *Apostoli*, замѣтившаго необычайное отложеніе подкожной жировой ткани въ брюшныхъ стѣнкахъ пациентокъ, подвергавшихся электризованію. St. считаетъ вполне правдоподобною теорію *Inglie Parsous'a* о модифицирующемъ вліяніи электрическаго тока на кѣтки опухоли, которыя вслѣдствіе своей пониженной жизнѣдѣятельности, не могутъ самостоятельно разрушаться подобно нормальнымъ кѣткамъ. Электрическое леченіе, какъ несовершенное и недостаточно быстрое, по мнѣнію автора, не исключаетъ необходимости міотомій или кастрацій, но оно представляетъ лучшій способъ тамъ, гдѣ оперировать невозможно. St. почти во всѣхъ своихъ случаяхъ наблюдалъ уменьшеніе объема опухолей наряду съ улучшеніемъ самочувствія и прекращеніемъ кровотеченія.

А. Пенарсная.

306. Ed. Stroynowski. — O zastosowaniu mięsienia w chorobach kobiecych, mianowicie przy wypadnięciu macicy całkowitem, metoda Thure Brandt'a. (Przegląd lekarski 1888. № 37). O примѣненіи массажа при женскихъ болѣзняхъ, а именно при полномъ выпаденіи матки по способу Thure Brandt'a.

Въ этой статьѣ авторъ сперва излагаетъ развитіе и теперешнее состояніе этого способа, подробно описываетъ технику въ примѣненіи этого метода, слѣдуя указаніямъ, существующимъ въ литературѣ, и наконецъ приводитъ два случая выпаденія матки, излеченные этимъ способомъ.

1-й случай. Женщина 49 лѣтъ, немного анемична, родила 4 раза, послѣдніе роды были 15 лѣтъ тому назадъ. Опущеніе, а затѣмъ и выпаденіе матки больная начала замѣчать со времени послѣднихъ родовъ. Матка, равно какъ передняя и задняя стѣнки влагалища, при осмотрѣ оказываются выпавшими наружу, влагалищная часть около зѣва изызвѣдена, длина матки 14 цент. Регулы еще сохранились. Старый разрывъ промежности. Жалуется на затрудненія при мочеиспусканіи. Матка введена въ полость таза безъ затрудненій и приведена въ положеніе наклоненія впередъ, при помощи другаго врача примѣненъ былъ массажъ по способу Thure Brandt'a. На слѣдующій

день, не смотря на значительную ходьбу больной, матка оказалась не выпавшею, а только опущенною книзу. Съ тѣхъ поръ массажъ былъ примѣняеъ въ продолженіе 8 недѣль ежедневно. Матка уменьшилась на 5 цент., разстояніе отъ входа во влагалище до маточной шейки 5 цент., больная чувствуетъ себя лучше, мочеиспусканіе правильно. Случайно появившаяся рвота не измѣнила положенія матки.

2-й случай. Больная 40 лѣтъ, родила 3 раза. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ страдала кистою праваго яичника при одновременномъ выпаденіи матки, не смотря на это забеременела и спустя три года родила еще разъ. Послѣ третьихъ, т. е., послѣднихъ родовъ, у больной появилось воспаленіе брюшины, какъ оказалось потомъ, вслѣдствіе разрыва стѣнокъ кисты. По причинѣ выпаденія матки больная не разъ обращалась за совѣтомъ, на предложенную операцію не соглашалась. Какъ-то гуляя въ саду, больная, садясь неосмотрительно, присѣла на выпавшую матку, что причинило ей сильную боль и заставило опять обратиться за совѣтомъ къ врачу. Авторъ посоветовалъ примѣнить массажъ, на что больная охотно согласилась. Послѣ перваго-же сеанса матка удержалась въ полости таза, замѣтно было только небольшое выпаденіе передней стѣнки влагалища. Послѣ 14-ти-кратнаго примѣненія массажа, маточная шейка находилась въ разстояніи 4 цент. отъ входа во влагалище. Больная принуждена была дѣлать переѣзды въ 20 верстѣ на лошадахъ оставшіеся безъ вреда.

Авторъ полагаетъ, что массажъ по способу Thure Brandt'a, имѣетъ несомнѣнную будущность, потому что примѣненіе его не подвергаетъ больныхъ никакой опасности, что этимъ способомъ избѣгается операція и что, кромя извѣстной техники, требуется только терпѣніе врача и больной.

Н. Стравинскій.

307. А. Никольская. Лѣченіе женскихъ болѣзней массажемъ по способу Brandt'a. (Врачъ 1888 г. №№ 23, 27, 28, 29, 30).

Въ обширной и интересной статьѣ автора, имѣвшего возможность, въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, изъ дня въ день, наблюдать примѣненіе способа Brandt'a, имъ самимъ въ Stockholm'ѣ въ его приемной, читатели найдутъ возможно точное и полное описаніе всѣхъ приемовъ, употребляемыхъ Brandt'омъ при леченіи женскихъ болѣзней. Кромя описанія этихъ приемовъ, авторъ, чтобы нагляднѣе показать, какіе результаты могутъ быть достигнуты при помощи Brandt'овскаго способа, привелъ вкратцѣ нѣкоторые изъ случаевъ, описанныхъ Profanter'омъ и Seiffart'омъ (См. Журн. Ак. и жен. бол. 1888 г. №№ 7 и 8, стр. 600 и 602).

Наблюденія свои авторъ резюмируетъ слѣдующимъ образомъ:

1) Субъективныя болѣзненные ощущенія нерѣдко уменьшаются уже послѣ первыхъ сеансовъ массажа.

2) Чтобы достигнуть полного или почти полного возстановленія патологически измѣненныхъ частей, массажъ долженъ примѣняться 2—4 и болѣе мѣсяцевъ.

3) Столь быстрых исследований, как это описывают Profanter и Seiffart, автор не наблюдалъ.

4) Способъ Brandt'a даетъ прекрасные результаты, но при примѣненіи его требуется самое основательное распознаваніе заболѣваній органовъ женскаго таза. При несоблюденіи этихъ условий способъ Brandt'a можетъ принести больше вреда, чѣмъ пользы.

5) Чтобы примѣнить съ успѣхомъ способъ Brandt'a необходимо извѣстное устройство рукъ: лица съ маленькими, слабыми руками или слишкомъ короткими пальцами положительно не будутъ въ состояніи продѣлывать нѣкоторыхъ приемовъ.

6) Въ виду той опасности, которая грозитъ больной, если массажъ производится неумѣлой рукой, лицомъ, мало или вовсе незнакомымъ съ гинекологіей, слѣдуетъ принять за правило, чтобы гинекологическій массажъ производился исключительно врачами.

I. Рясенцевъ.

308. P. Brinon. Contributions à l'étude de l'uréthrocele vaginale. (Thèse pour le doctorat en médecine 1888). Къ ученію объ urethrocele.

Авторъ указываетъ на рѣдкость подобнаго заболѣванія и приводитъ случаи, собранные имъ въ литературѣ; своихъ наблюденій было три, которыя представляютъ особенный интересъ, такъ какъ относятся къ дѣтскому возрасту.

Сущность болѣзни заключается въ мѣстномъ расширеніи задней стѣнки мочеиспускательнаго канала.

Въ краткомъ очеркѣ анатоміи и гистологіи мочеиспускательнаго канала, Br. обращаетъ вниманіе на слой ткани, заложенный между слизистою оболочкою и мышечнымъ слоемъ, какъ на условіе благоприятное для развитія urethrocele.

Относительно этиологіи, Br. приводитъ различныя теоріи: травматизмъ (Duplay), врожденное заболѣваніе (Lawson Tait), общее истощеніе организма (Newmann) и мочевые камни, которые служатъ раздражителями.

При изслѣдованіи больныхъ наблюдали: во входѣ рукава, на его передней стѣнкѣ, по протяженію мочеиспускательнаго канала, опухоль круглой формы, которая флюктуируетъ при надавливаніи, уменьшается въ объемѣ, причемъ вытекаетъ моча изъ мочеиспускательнаго канала.

Катетеръ, введенный въ каналъ, позволяетъ опредѣлить выпячиваніе задней стѣнки.

Леченіе хирургическое: удаленіе ножомъ или отягитіе термокаутеромъ. Br. отдаетъ предпочтеніе послѣднему способу.

A. Лапина.

309. И. С. Балинъ. Случай полного отсутствія влагалища. (Врачъ № 32, 1888 г.).

Е. Ш. 22 лѣтъ, замужняя. Никогда не было ни molimina menstrualia, ни регулъ. Совокупленія съ мужемъ совершала правильно, причемъ кровотеченія ни при первомъ coitus'ѣ, ни при послѣдующихъ не было. Половыхъ побужденій и страстнаго ощущенія во время совокупленія не чувствуетъ. Stat. praes.

Женскій видъ. Груды нормальны. Большія и малыя губы, особенно послѣднія, сравнительно нормальны. Похотникъ нормальнаго вида. Отверстіе уретры круглой формы, нѣсколько расширено, легко пропускаетъ въ пузырь мизинецъ. Ни разрывовъ, ни поврежденій, ни болѣзненныхъ измѣненій вокругъ его не замѣчается. Отъ отверстія уретры внизъ, на мѣстѣ входа рукава, имѣется совершенно сплошная, гладкая, розовая, слизистая перепонка, непосредственно переходящая въ промежность. При надавливаніи оболочка эта незначительно вдается внутрь. Промежность и задній проходъ нормальны. При комбинированномъ изслѣдованіи *per rectum* и мочевого пузыря открыто, что палецъ и катетеръ раздѣляютъ только стѣнки этихъ органовъ; точно такъ же при этомъ изслѣдованіи нельзя открыть никакихъ слѣдовъ ни матки, ни ея придатковъ, ни вообще какой нибудь опухоли отъ задержанія.

По мнѣнію автора, расширение мочеиспускательнаго канала въ данномъ случаѣ обязано своимъ происхожденіемъ повторнымъ совокупленіямъ *per urethram*.

І. Рясенцевъ.

310. С. Лентовскій. Къ казуистикѣ случаевъ гематометры, вслѣдствіе врожденной атрезіи наружнаго зѣва. (Мед. прибавл. къ морск. сборнику. Іюнь 88, стр. 485).

Крестыанка 27 лѣтъ поступила 17 сент. 86 г. въ Кронштадскій морской госпиталь съ жалобой на сильныя боли, въ родѣ схватокъ, внизу живота. За три мѣсяца до поступленія у нея были такія же боли; до этого подобныхъ болей у нея никогда не было; она была совершенно здорова, но только замѣчала, что въ животѣ у нея растетъ какая-то опухоль. Регулы никогда не показывались. Животъ увеличенъ въ объемъ; въ полости его находится опухоль круглой формы, довольно упругая, удобоподвижная и заходящая на палецъ выше пупка. *Per vaginam* найдено полное отсутствіе влагалищной части шейки матки; рукавъ удлинненъ и заканчивается куполообразнымъ сводомъ, въ центрѣ котораго прощупывается едва выдающійся валикъ, почти круглой формы, съ небольшимъ углубленіемъ посерединѣ; надавливая на углубленіе ощущается неясное зыбленіе.

«Общая картина была такъ ясна, что трудно было бы смѣшать матку, наполненную кровью, съ мѣомъ матки, подслизистымъ фибридомъ или съ какимъ нибудь злокачественнымъ новообразованіемъ, развившимся въ тѣлѣ матки». Диагнозъ: гематометра вслѣдствіе врожденной атрезіи наружнаго отверстія матки. До операціи сдѣлана ванна, опорожненъ кишечникъ и мочевого пузырь; влагалище промыто растворомъ сулемы 1:2000. Подъ хлороформомъ, при пользованіи зеркаломъ *Симса*, сдѣланъ проколъ троакаромъ средней толщины, черезъ углубленіе въ валикъ. Изъ трубки троакара выдѣлялась густая, непахучая, шоколаднаго цвѣта кровь. Выпусканіе крови производилось медленно по каплямъ; всякое нажатіе на брюшныя стѣнки тщательно избѣгалось изъ боязни, чтобы не лопнули растянутыя Фаллопиевы трубы. Въ продолженіе 6-ти дней изъ матки выдѣлялась шоколаднаго цвѣта кровь, по мѣрѣ выдѣленія которой уменьшался объемъ матки. Влагалище все время промывалось слабою струею раствора сулемы 1:2000. Больная

чувствовала себя прекрасно, температура была нормальная, почему, несмотря на увещевания, она требовала выписки; в день ухода ее матка найдена почти нормальной величины, влагалищная часть начала образовываться.

«Нашъ случай интересенъ еще тѣмъ, что не смотря на значительное скопление крови въ маткѣ, больная не чувствовала періодическихъ болей (*molimina menstrualia*)».

К. Штоль.

311. **Just Championnière. Quelques observations d'hydropsie de la trompe et de salpingite suppurée opérées par la laparotomie.** (Bull. et mém. de la soc. obtétr. et gynéc. de Paris. № 2, Séance de Février 1888).
Водянка трубы и гнойный сальпингитъ, оперированные чревооткрытіемъ.

Авторъ сообщаетъ о двухъ интересныхъ случаяхъ страданій яйцеводовъ. Въ одномъ случаѣ имѣла дѣло съ растянутой трубой, наполненной прозрачною жидкостью, съ настоящею кистовидною трубою (*trompe kystique*). Больная, 40 лѣтъ, крови носила неправильно и послѣднее время предъ поступленіемъ подъ наблюденіе *Ch.*, имѣла нѣкоторую склонность къ кровотеченіямъ. Она обнаруживала комплексъ страданій двигательнаго аппарата, напоминающихъ *ataxie locomotrice*, вмѣстѣ съ параличемъ мочевого пузыря. Однако, у больной отсутствовали страданія зрительнаго аппарата и желудочные припадки. Она имѣла громадный и болѣзненный животъ; матка увеличенная въ объемѣ, казалось, содержала въ себѣ фиброму. Однако это заблужденіе матки, какъ авторъ убѣдился путемъ изслѣдованія, не могло играть существенной роли въ этиологіи нервныхъ страданій. Все зависѣло отъ находившейся въ животѣ, болѣзненной при давленіи, опухоли, вызывавшей приступы самородныхъ болей, особенно при мѣсячныхъ. Черезъ влагалище опухоль эта не была достижима. Лапаротомія: опухоль—облитерированная труба, растянутая прозрачною жидкостью; она окружена сращеніями, прилежащими главнымъ образомъ брыжейкѣ тонкихъ кишекъ. На задней части трубы находился яичникъ, красноватаго цвѣта, немного увеличенный въ объемѣ, содержавшій въ себѣ нѣсколько маленькихъ кистъ. Онъ сращенъ съ соотвѣтствующей трубой посредствомъ перемычекъ, вѣроятно фиброзныхъ. Вся правая труба со своимъ яичникомъ была резецирована, удаленъ также и лѣвый яичникъ (нѣсколько увеличенный въ объемѣ) вмѣстѣ со своей (нормальной) трубой. Больная выздоровѣла. Животъ ея пересталъ быть чувствительнымъ. Будущее покажетъ исчезнуть ли двигательные рефлексы со стороны нижнихъ конечностей.

Второй случай представлялъ двухсторонній гнойный сальпингитъ. Женщина, 24 лѣтъ, обнаруживала довольно странные припадки. Выйдя замужъ четыре года тому назадъ, она въ началѣ 1887 г. въ первый разъ стала предъ-являть признаки беременности (увеличеніе объема живота, рвота, набуханіе груди). Нѣсколько мѣсяцевъ спустя она весьма отчетливо почувствовала шевеленіе плода. Но на 9-мъ мѣсяцѣ эти признаки беременности исчезли и животъ уменьшился въ объемѣ. За все время своей ложной беременности больная ни разу не имѣла нарушеній правильности мѣсячныхъ. Однако боль-

ная продолжала представлять собою нервную женщину; страдала болями в животѣ. Мѣсячные причиняли довольно сильныя боли, объемъ живота не уменьшался дажѣ. Изслѣдованіе: матка мала, въ боковыхъ сводахъ ничего патологическаго. Полость малаго таза выполнена опухолью, болѣзненною при давленіи. Въ обѣихъ подвздошныхъ впадинахъ при глубокой пальпации осязается болѣзненная тѣстоватость. Лапаротомія: слѣва—опухоль, образованная расширенной трубой. Эта послѣдняя, сросшаяся съ лѣвой подвздошной впадиной, была настолько отдѣлена отъ яичника, что ее можно было удалить независимо отъ яичника; вслѣдъ затѣмъ былъ удаленъ и этотъ послѣдній. Направо—вторая опухоль, образованная правой трубой, несравненно болѣе подвижной, чѣмъ лѣвая, но какъ бы закутывающей собою яичникъ. Изслѣдованіе трубъ показало, что въ нихъ заключалось гнойное содержимое; оба яичника были здоровы. Больная выздоровѣла.

Авторъ считаетъ свои случаи интересными съ точки зрѣнія исторія сальпингитовъ. Они показываютъ на разнообразіе наблюдаемыхъ страданій, равно какъ на то, что твердая діагностика подобныхъ страданій, болѣе трудна, чѣмъ объ этомъ принято думать. Случаи эти указываютъ кромѣ того на то, что при здоровыхъ яичникахъ мѣсячныя очищенія не зависятъ отъ болѣе или менѣе полного разрушенія трубъ.

В. Массень.

312. Doléris. Ovarite chronique suppurée datant de 3 ans, grosseuse et accouchement normaux; laparatomie, guérison. (Bull. et mém. de la société obstétr. et gynécol. de Paris. № 3. Mars 88). Гнойное воспаленіе яичника, продолжавшееся три года; беременность и нормальные роды; лапаротомія, выздоровленіе.

М-ше X., регулы съ 12 лѣтъ, неправильны, безболѣзненны. Половыя сношенія съ 19 лѣтъ. Семь беременностей. Предпослѣдніе роды (три года тому назадъ) сопровождались явленіями инфекции (перитонитъ, плевритъ, въ постели въ теченіе 5-ти мѣсяцевъ). Во время послѣдней беременности (1887)—геморрагія, продолжавшаяся 25 дней; рѣзкая анемія; тошнота, рвота, боли въ животѣ. Срочные роды въ сентябрѣ 87 г. Во время беременности справа замѣчена опухоль величиною съ куриное яйцо. Она стала быстро расти во время послѣдородоваго періода. Лапаротомія. Удалены правый яичникъ и соответствующая труба. Придатки лѣвой стороны, какъ здоровыя, оставлены. Выздоровленіе. Анатомическое изслѣдованіе: правый яичникъ, величиною съ яйцо индѣйки, былъ приращенъ къ тонкимъ кишкамъ, маткѣ и тазовымъ стѣнкамъ. Сращеніе съ кишками—твердая пластинка, содержащая гнойныя гнѣзда, изолированныя фиброзными перегородками. Яичникъ содержитъ милиарныя абсцессы, близко другъ около друга расположенныя. Они развились въ фолликулахъ и желтыхъ тѣлахъ. Гной этихъ абсцессовъ, равно какъ тотъ, который находился въ маточно-яичниково-кишечныхъ сращеніяхъ—содержалъ въ себѣ микрококковъ, одиночныхъ, двойныхъ и въ видѣ колоній.

Интересъ этого случая заключается въ томъ, что не смотря на трехлѣтнее существованіе очага инфекции, роды и послѣдородовой періодъ протекали благополучно. Все зависѣло отъ изоляціи этого очага. Разрывъ перемычекъ,

болѣе слабыхъ или менѣе старыхъ, могъ бы повлечь за собой ту пуэрперальную инфекцію, которая не зависитъ отъ виѣшнихъ причинъ и которую *Dolérís* называетъ *неизбѣжною*.
В. Массень.

313. Ch. Reed. An adress on the principles of practice involved in the extirpation of the uterine appendages when not seat of tumor. (Journ. of the amer. med. assoc., August 25, 1888). Объ удаленіи придатковъ матки, когда они не поражены опухолью.

В. говорить объ удаленіи придатковъ въ тѣхъ случаяхъ, когда они свободны отъ новообразованія. Въ такихъ случаяхъ часто приходится рѣшать вопросъ о томъ, можно ли ихъ оставить или приходится удалить. Относящіяся сюда случаи могутъ быть подведены подъ нѣсколько рубрикъ: операциі L. Tait'a, Battey'a, удаленіе яичниковъ при фиброміомахъ, послѣродовомъ воспаленіи брюшины, внутрибрюшинномъ кровоизліяніи, неврозахъ, пробное чревосѣченіе, удаленіе растянутыхъ жидкостью (кровью, гноемъ, серозной жидкостью) трубъ показуется во многихъ случаяхъ въ виду того, что страданіе это часто неизлечимо другимъ путемъ и представляетъ опасность гноянаго перитонита со смертельнымъ исходомъ въ случаѣ разрыва трубы. Операциія Battey'a заключается въ удаленіи здороваго яичника съ дѣлюю вызвать преждевременный климактерій. Эта операциія показуется при болѣзненной менструаціи у женщинъ съ недоразвитой маткой, затѣмъ при такихъ смѣщеніяхъ яичниковъ, когда происходитъ неустраняемое ущемленіе ихъ, которое вызываетъ постоянныя боли, и при хроническомъ, не поддающимся никакому леченію воспаленіи яичниковъ. Удаленіе здоровыхъ яичниковъ при истеріи, предложенное вслѣдствіе предполагаемой связи истеріи съ половыми органами, должно быть оставлено, какъ не ведущее къ дѣлюю средство. Дальѣйшимъ показаніемъ для удаленія яичниковъ служатъ быстро растущія или вызывающія сильныя кровотеченія фиброміомы матки, если леченіе электричествомъ не приноситъ пользы. Въ такихъ случаяхъ удаленіемъ яичниковъ часто достигается прекращеніе кровотеченій и замедляется ростъ опухоли. Въ послѣродовомъ періодѣ удаленіе придатковъ показуется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при повышенной t° можно доказать присутствіе жидкости въ полости живота. Такъ какъ самой частой причиной внутрибрюшинныхъ кровоизліяній бываеетъ разрывъ беременной трубы, то въ такихъ случаяхъ лучшее леченіе заключается также въ чревосѣченіи съ удаленіемъ придатковъ соответствующей стороны. Относительно вопроса о томъ, что удаленіе придатковъ дѣлаеетъ женщину какъ бы бесплоднымъ существомъ, авторъ указываетъ на то, что уже вслѣдствіе заболѣванія придатковъ женщина часто дѣлаеется все равно бесплодной, такъ что операциія не приноситъ вреда въ этомъ отношеніи. Относительно же полового чувства, наблюденія выдающихся гинекологовъ показали, что оно не только не уничтожаеется, но скорѣй увеличивается операцией, такъ какъ устраняются боли, которыя часто вызываютъ *dyspareuniám*. Пробное чревосѣченіе показуется во всѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется подозрѣніе на существованіе одного изъ разобранныхъ выше состояній или при заболѣ-

ваніяхъ полости живота или таза, разрушающихъ здоровье или угрожающихъ жизни, если не предполагается существованіе неудаляемаго злокачественнаго новообразованія.

А. Семяниковъ.

314. Doléris. *Forme rare de kystes hémorrhagiques des deux ovaires.—Ovariectomie double.—Guérison.* (Bull. et mém. de la société obstétr. et gynécol. de Paris, № 2. 1888). Рѣдная форма геморрагическихъ кистъ обоихъ яичниковъ. Двухсторонняя овариотомія. Выздоровленіе.

Авторъ произвелъ двухстороннюю овариотомію у 27 лѣтней больной. Одинъ яичникъ былъ величиной съ большой апельсинъ и представлялся въ видѣ мѣшка, наполненнаго темнокрасною, сироподобною кровью; изъ стромы его уцѣлѣло только то, что образовало стѣнки этой кисты. Другой яичникъ, на внутреннемъ краѣ имѣлъ подобную же кисту величиной въ миндалину и громадное желтое тѣло, превращенное въ геморрагическую полость, объемомъ равное большому бобу. Микроскопъ: маленькія кровяныя кисты въ остаткѣ стромы; яички, заложенные въ ней, —перерождены. По всей толщѣ стромы рѣзкій склерозъ.

Эта форма фолликулярныхъ геморрагическихъ кистъ яичника, описанная *Rokitansky* и *Schroeder*'омъ, отлична отъ апоплексій яичника; она столь мало извѣстна, что большинство сочиненій по гинекологіи о ней не упоминаетъ.

В. Массенъ.

315. Ch. Ythier. *Du lavage du Péritoine dans la laparotomie.* (Thèse pour le doctorat en médecine 1888). О промываніи брюшины при лапаротоміяхъ.

Въ предисловіи къ своей работѣ, авторъ говоритъ о примѣненіи англійскими хирургами (*Lawson-Tait* и *Keith*) способа промыванія брюшины кипяченой, профильтрованной водой, при лапаротоміяхъ.

Этотъ способъ имѣетъ большое значеніе и приноситъ пользу въ тѣхъ случаяхъ, когда нужно удалить большую опухоль (яичника, матки, трубы), причѣмъ приходится сдѣлать длинный разрѣзъ передней брюшной стѣнки и разрушить большія, сосудистыя сращенія.

Для промыванія употребляется кипяченая, профильтрованная вода, охлаждаемая до 30°—35°, безъ примѣси антисептическихъ жидкостей (карболовая кислота и сулема), которыя могутъ, всасываясь, подать поводъ къ отравленію. Въ количествѣ 30 литровъ вода вливается въ сосудъ (стеклянный, чистый), который герметически закрывается.

Когда опухоль удалена и остановлено видимое кровотеченіе, приступаютъ къ промыванію брюшины, для чего вводятъ, въ заднее Дугласово пространство, стеклянный наконечникъ, соединенный съ резервуаромъ каучуковой трубкой. Промываніе продолжается пока вытекающая жидкость не будетъ чиста, на что требуется отъ 5—10 минутъ, т. е. не болѣе того времени, которое хирургъ тратитъ при выниманіи губками сгустковъ крови. Избытокъ воды удаляется съ помощью губокъ и если останется небольшое количество воды, то послѣдняя всасывается не производя раздраженія.

Подобное промывание, говоритъ Yth., дѣлаетъ туалетъ брюшины совершеннымъ, при чемъ вымываются сгустки крови или остатки содержимаго лопнувшей кисты или трубы; позволяетъ открыть кровоточащія поверхности, которыя могли остаться незамѣченными.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда операція продолжается долго, промывание дѣйствуетъ оживляющимъ образомъ на организмъ. Всѣхъ наблюденій представлено 14.

А. Лапина.

316. Ralph Worrall. Case of abdominal section in which the abdomen was re-opened on the eighth day for purulent peritonitis. (The Austr. med. Gaz. Febr. № 15. 1888). Случай лапаротоміи съ вторичнымъ вскрытіемъ брюшной полости на восьмой день вслѣдствіе гнойнаго перитонита.

26-ти лѣтней больной съ лѣвой интралигаментарной кистой и большимъ тазовымъ экссудатомъ произведена лапаротомія. Растянутыя фаллопиевы трубы съ творожистымъ содержимымъ и увеличенные яичники, несмотря на массу сращеній, удалены; вставленъ дренажъ *Keith'a*, наложены проволочные швы. На 3-й день повышение t° , вздутіе живота и слабый пульсъ; вслѣдствіе отсутствія выдѣленій дренажъ удаленъ. Съ 5-го дня началось выдѣленіе гноя изъ дренажнаго отверстія, общее состояніе ухудшилось; на 8-й день вторичное вскрытіе брюшной полости, причѣмъ она оказалась наполненной гноемъ, а всѣ брюшные органы склеенными массой ложныхъ перепонокъ. Послѣ промыванья полости горячей водой и разрушенія ложныхъ перепонокъ, рана зашита проволочными швами, и вставленъ дренажъ. На слѣдующій день t° нормальна, общее состояніе, не смотря на присоединившійся phlebitis v. jugul. int. sin. и femoral. dextr., все улучшалось. Черезъ 3 недѣли дренажъ удаленъ; выдѣленіе гноя продолжалось. На 4-мъ мѣсяцѣ выдѣлилась лигатура, вскорѣ послѣ чего констатирована haematocoele. Къ концу года отверстіе оставалось открытымъ, изъ него выдѣлялась водянистая жидкость.

А. Пенарская.

317. М. Воскресенскій. Удаленіе миомы матки посредствомъ чревосточенія. (Земскій врачъ. 1888 г. № 7).

У 47-лѣтней пациентки авторъ удалилъ per laparotomiam миому, сидѣвшую у лѣваго угла матки на толстой и короткой ножкѣ. На ножку наложена эластическая лигатура, которая захватила часть дна матки и трубы. Культи обшита шелковыми швами, обложена іодоформнымъ фитилемъ, одинъ конецъ котораго выведенъ у нижняго угла брюшной раны наружу. Пять дней послѣ операціи больная провела спокойно, при нормальной t° ; на 6-й день t° повысилась до $39,6^{\circ}$ и держалась на этой высотѣ до утра 8-го дня, когда, послѣ появившейся рвоты, у больной почти вдругъ сдѣлался упадокъ пульса до полнаго его исчезновенія и къ ночи больной не стало. Никакихъ измѣненій со стороны раны и половыхъ органовъ за эти два дня замѣчено не было. Вскрытіе сдѣлано не было. Причиной смерти авторъ считаетъ параличъ сердца вслѣдствіе быстраго повышенія температуры. Вѣсъ удаленной опухоли $6\frac{1}{2}$ фунтовъ.

І. Рясенцевъ.

318. В. В. Сутугинъ. 25 чревосъченій, произведенныхъ въ гинекологическомъ баракѣ Рождественской городской больницы (С.-Петербургъ). (Врачъ 1888 г. №№ 22, 23, 24 и 26).

Съ 12 ноября 1878 г. по 22 апрѣля авторъ произвелъ 27 чревосъченій, 25 изъ нихъ подробно описаны въ приложенной къ статьѣ таблицѣ, о двухъ же оваріотоміяхъ авторъ упоминаетъ только при вычисленіи ⁰/_о смертности послѣ произведенныхъ имъ операций. По отдѣльнымъ рубрикамъ случаи чревосъченій распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

		Умерло.	Выздоровѣло.
1) Оваріотоміей	14	3	11
2) Сальпинго-оваріотоміей	2	0	2
3) Кастрацій при миомахъ матки	2	0	2
4) » ради устранения повторныхъ перитонитовъ	3	0	3
5) Надвлагалищныхъ ампутацій матки	4	1	3
6) Чревосъченіе при вѣтматочной беременности	1	—	1
7) Гистерэктомія съ удаленіемъ придатковъ матки при широкомъ врожденномъ заращеніи рукава и тазовомъ перитонитѣ	1	—	1
Итого	27	4	23

Послѣоперационный періодъ протекалъ при слѣдующихъ осложненіяхъ: Въ ранахъ живота нагноеніе развилось въ 11 случаяхъ; изъ нихъ въ 2 дѣло доходило до смертвѣнія въ нижнемъ углу раны. Въ 8 случаяхъ наблюдалось образование выпотовъ въ полости малаго таза; изъ нихъ въ 3-хъ съ одновременнымъ нагноеніемъ въ брюшной ранѣ, а въ остальныхъ при безукоризненномъ первичномъ натяженіи въ брюшной ранѣ, и при томъ съ явленіями, похожими на кровоизліаніе въ брюшной полости — haematocoele. Болѣе бурныя явленія общаго перитонита наблюдались два раза. Въ одномъ случаѣ съ 8-го дня развилась pneumonia cruposa sin. и затѣмъ trismus и tetanus.

Причинами смерти были: истощеніе 2 раза, pneumon. crup. sin, trismus и tetanus одинъ разъ, внутреннее кровотеченіе вслѣдствіе соскользнувшей лигатуры.

I. Рясенцевъ.

319. M. Gerard. Des Injections vaginales chaudes, prolongés dans le traitement des perimetrites chroniques. (Thèse pour le doctorat en médecine 1888). Горячіе, продолжительные, рукавные души при леченіи хроническаго периметрита.

Авторъ, занимаясь въ госпиталѣ Lourcine, имѣлъ возможность прослѣдить результаты систематическаго примѣненія горячихъ, продолжительныхъ душъ при леченіи хроническаго периметрита.

Разбирая способы леченія различными разрѣшающими средствами, Ger. находитъ, что получается только временное улучшеніе, не смотря на продолжительное употребленіе.

Примѣненіе горячей воды давно извѣстно въ гинекологіи и новость заключается въ измѣненіи способа, а именно: въ систематическомъ употребленіи горячей воды, обиліи вводимой жидкости и продолжительности душь.

Чтобы этотъ способъ достигалъ желаемой цѣли, онъ долженъ удовлетворять слѣдующимъ условіямъ: 1) t° воды не менѣе 39° — 40° и до 45° ¹⁾; 2) количество жидкости отъ 20 до 30 литровъ и 3) продолжительность—1 часъ и болѣе. Аппаратъ, при помощи котораго дѣлають души, состоитъ изъ сосуда (стекляннаго или металлическаго) вмѣстимостью 20—30 литровъ и соединеннаго съ канюлею посредствомъ каучуковой трубки. Аппаратъ подвѣшивается, на извѣстной высотѣ, около кровати больной.

Души слѣдуетъ дѣлать ежедневно по одному разу; если эксудативныя массы очень объемисты, то слѣдуетъ примѣнять души два раза.

Леченіе, по предложенному способу, выражается въ быстромъ исчезновеніи болѣзненныхъ припадковъ (съ 3-го, 4-го дня). Боли проходятъ, бессонница также, аппетитъ улучшается и силы больной восстанавливаются. Гер. наблюдалъ полное всасываніе эксудативныхъ массъ къ концу 15-го—20-го—30-го дня, при чемъ указываетъ, что не всегда результаты такъ усильны. Самые трудные случаи для леченія—это послѣродовые периметриты. Въ подобныхъ случаяхъ Гер. примѣняетъ внутриматочныя инъекціи три-четыре раза въ день.

Леченіе не должно продолжаться болѣе двухъ мѣсяцевъ. Представлено 31 наблюденіе. А. Лапина.

320. И. Воскресенскій. Выпаденіе матки съ омертвѣніемъ ея (Оперативное удаленіе матки *per vias naturales*). (Русская медицина 1888 г. № 22).

Въ бытность свою городовымъ врачомъ въ г. Тарѣ Тамбовской губ., авторъ 28 февраля 1865 г. былъ призванъ къ 55-лѣтней больной, жаловавшейся, что у нея уже двое сутокъ идутъ роды, но окончиться не могутъ. При изслѣдованіи авторъ убѣдился, что между большими губами дѣтородныхъ органовъ выступила половина увеличенной въ объемѣ, гангренизированной матки. На слѣдующій день произошло полное выпаденіе. Такъ какъ авторъ въ данномъ случаѣ считалъ вполне показаннымъ удаленіе органа и со стороны больной было полное согласіе на операцію, то въ тотъ же день при помощи фельдшера произведена была операція полнаго удаленія матки. Выше выпавшей матки наложены двѣ общія лигатуры, между которыми и былъ произведенъ разрѣзъ, отдѣлившій органъ. Хотя послѣоперационный періодъ съ 6-го дня протекалъ при высокой t° и явленіяхъ воспаленія брюшины, но на 20-й день послѣ операціи В. встрѣтилъ свою пациентку у воротъ дома совершенно здоровою, идущею отъ сосѣда. І. Рясенцевъ.

¹⁾ Къ сожалѣнію авторъ не упоминаетъ Ц. или Р.

321. **M. Terrier. De la dilatation de l'utérus pour arrêter les hemorrhagies dues à la métrite aiguë ou chronique et aux fibromes utérins.** (Gazet. de gynécol. № 58, 1888). О расширеніи матки съ цѣлью остановки кровотеченій при остромъ или хроническомъ метритахъ и при фиброміомахъ.

Авторъ горячо рекомендуетъ далеко не новый способъ остановки маточныхъ кровотеченій путемъ расширенія полости матки и совѣтуетъ употреблять для этой цѣли палочки ламинарія и прессованную губку. Г. подробно останавливается на техникахъ расширенія и соблюденіи антисептическихъ предосторожностей. По его мнѣнію, этотъ способъ всегда оказываетъ услугу при метритахъ (эндометритахъ) геморрагическихъ или фунгозныхъ и даже при фиброміомахъ матки. Съ другой стороны имъ можно пользоваться, какъ діагностическимъ приемомъ: если подъ влияніемъ расширенія маточныхъ кровотеченія не прекращаются, то слѣдуетъ подумать о злокачественномъ (раковомъ) перерожденіи слизистой оболочки матки, что, по мнѣнію автора, бываетъ не такъ рѣдко, какъ обыкновенно принимаютъ.

Н. Алексенко.

322. **М. Воскресенскій. О примѣненіи іодоформнаго фитиля въ гинекологіи.** (Земскій Врачъ. 1888 г. №№ 3, 4 и 5).

Авторъ примѣнялъ іодоформный фитиль въ качествѣ дренажа или тампона въ слѣдующихъ случаяхъ: при гнойномъ послѣродовомъ эндометритѣ, задержаніи частей яйца при хроническомъ выкидышѣ, эндометритахъ различныхъ формъ, ампутаціи маточной шейки, соединенной съ расширеніемъ и промываніемъ полости матки, искусственномъ образованіи влагалища при атрезіае вагінае, полномъ вырѣзываніи матки черезъ влагалище — всего въ 20 случаяхъ. Для приготовленія фитиля хлопчато-бумажныя нитки обрабатывались въ спиртово-жирномъ растворѣ іодоформа (іодоформа 10% на всё количество нитокъ). Фитиль отъ 5 нитокъ до 2 пальцевъ толщины вводился въ дренажируемую полость при помощи длиннаго Шредеровскаго пинцета или тонкаго корнцанга. До введенія фитиля полость матки выскабливалась и промывалась или только промывалась. Фитиль оставался въ полости матки отъ 8—10 дней безъ запаха и реакціи, причемъ съ 2-го дня назначались влагалищныя спринцеванія изъ двуіодистой ртути (1 : 6000 по 2 раза въ день). Эффектъ дренажированія выражался въ теченіе 1-хъ сутокъ обильнымъ выхожденіемъ оставшейся жидкости. Удаленіе фитиля совершалось безъ всякаго раздраженія и насилія, его можно было вытаскивать по отдѣльнымъ ниткамъ. Всѣ наблюдавшіеся авторомъ случаи протекли благоприятно; лѣченіе шло быстро, заживленіе ранъ ни въ одномъ изъ случаевъ amput. colli uteri не было нарушено. На основаніи своихъ наблюденій авторъ приходитъ къ слѣдующему заключенію: іодоформный фитиль есть надежное дренажирующее средство, примѣненіе его способствуетъ во многихъ случаяхъ успѣху оперативной гинекологіи и облегчаетъ послѣоперационный уходъ за больными, удобство-же пользованія іодоформнымъ фитилемъ при хорошихъ качествахъ ставитъ его выше другихъ средствъ.

І. Рясенцевъ.

323. Emil Lantes. Отчетъ о второмъ сѣздѣ нѣмецкаго гинекологическаго общества въ Halle, 24—26 мая 1888 г. (Centralblatt f. Gynäkol., 1888, №№ 24—26). Переводъ А. С. Соловьева.

Предсѣдательствовалъ Kaltenbach.

1) Первый докладъ сдѣлалъ *Dührssen* (Berlin) объ обменѣ веществъ между матерью и плодомъ. По примѣру *Gusserow'a*, онъ давалъ роженицамъ бензойную кислоту, и находилъ ее, такъ же какъ и *Gusserow*, въ мочѣ плода и околоплодной жидкости въ видѣ гиппуровой кислоты. Но тогда какъ въ изслѣдованіяхъ *Gusserow'a* еще можно было предположить, что гиппуровая кислота переходитъ въ плодъ какъ таковая, *D.* исключилъ возможность такого предположенія, найдя въ 6 случаяхъ въ дѣтскомъ мѣстѣ одну только бензойную кислоту. Гиппуровая кислота, открытая въ мочѣ трехъ плодовъ изъ этихъ 6 случаевъ, могла образоваться изъ бензойной кислоты только въ почкахъ плодовъ. Что бензойная кислота не транссудируетъ изъ децидуальныхъ сосудовъ въ околоплодную жидкость, видно изъ того, что ни *D.*, ни *Gusserow* ни разу не находили въ послѣдней бензойной кислоты, но оба они 4 раза нашли въ ней гиппуровую кислоту. Такимъ образомъ, изслѣдованія докладчика подтвердили выводы *Gusserow'a*, что въ концѣ беременности почки плода функционируютъ такъ же, какъ и почки взрослого, что онѣ превращаютъ бензойную кислоту въ гиппуровую и вырабатываютъ мочу, которая до разрыва пузыря повременамъ опорожняется въ околоплодную жидкость. Что почки начинаютъ функционировать уже во вторую половину беременности, видно изъ того, что въ двухъ случаяхъ беременности на 4 и 8 мѣсacъ авторъ не нашелъ въ околоплодной жидкости ни слѣда бензойной кислоты.

Отсутствіемъ бензойной кислоты въ околоплодной жидкости доказывается и несостоятельность гипотезы *Fehling'a*, по которой околоплодная жидкость должна быть отчасти транссудатомъ изъ пупочныхъ сосудовъ. Въ мѣстѣ съ тѣмъ *D.* въ первый разъ удалось получить положительное доказательство на человѣкѣ, что въ концѣ беременности питаніе плода происходитъ исключительно при посредствѣ плаценты, и что въ концѣ беременности околоплодная жидкость является экскретомъ плода.

Wiener (Breslau) держится взгляда докладчика.

Ahlfeld не считаетъ околоплодную жидкость существеннымъ питательнымъ средствомъ, хотя содержащійся въ ней бѣлокъ можетъ восприниматься плодомъ при внутриматочномъ глотаніи.

Fehling. Докладчикъ доказываетъ только, въ чемъ, впрочемъ, онъ и не сомнѣвается, что плодъ сецернируетъ, но какъ много, онъ не указываетъ, равно какъ и того, что околоплодная жидкость содержитъ только экскретъ. Откуда берется часто огромное количество бѣлка въ околоплодной жидкости?

D. не можетъ признать, что околоплодная жидкость есть транссудатъ изъ материнскихъ сосудовъ. Такое доказательство, необходимое для теоріи *Ahlfeld'a*, еще до сихъ поръ имъ не представлено. Продолжительное употребленіе бензойной кислоты во время беременности по *Sänger'y*, какъ требуетъ

этого *Fehling*, не приводит ни къ какимъ результатамъ, такъ какъ гиппуровая кислота весьма быстро исчезаетъ изъ мочи плода и околоплодной жидкости. Вѣлокъ въ послѣдней можетъ оставаться отъ первой половины беременности и доставляться *Jungbluth*'овскими сосудами.

2) *Winckel* (München) въ своемъ докладѣ о содѣйствіи рожденію послѣдующей головки перечислялъ 21 служащій для этой цѣли методъ. Въ заключеніе онъ остановился на приемѣ, первоначально предложенномъ *Wiegand*'омъ (1800 г.), и которому въ новѣйшее время слѣдуютъ *Champetier de Ribes*, *A. Martin* и онъ: непосредственно по освобожденіи второй ручки, двумя пальцами руки, соотвѣтствующей личику, заходятъ глубоко въ ротъ плода, между тѣмъ какъ второй рукой отклоняютъ туловище плода нѣсколько въ сторону. Надавливая на корень языка, подбородокъ оттягивается по возможности ниже, такъ чтобы онъ прилегалъ къ шейкѣ плода; туловище плода помѣщается на предплечіе введенной во влагалище руки; дальнѣйшая задача находящейся во влагалищѣ руки будетъ только та, чтобы управлять выходомъ головки при пригнутомъ подбородкѣ. Когда подбородокъ пригнутъ, затылокъ стоитъ высоко въ маткѣ, и его очень легко охватить черезъ матку свободной рукой. Этой рукой проталкиваютъ головку черезъ суженный тазовой входъ, поворачивая ее вокругъ поперечной ея оси по направленію отъ затылка къ личику, при чемъ, если суженіе значительно, одновременно примѣняется легкое поворачиваніе черепа въ сагиттальномъ направленіи. Разъ черепъ протолкнули въ малый тазъ, что часто удается замѣчательно легко, оттягиваютъ лицо ребенка кзади и, одновременно надавливая другой рукой снаружи, медленно поднимаютъ туловище плода кверху по отношенію къ тѣлу роженицы. Особеннаго поддерживанія промежности при этомъ не требуется. Этотъ прекрасный приемъ, который *W.* примѣнялъ въ 15 клиническихъ и 5 поликлиническихъ случаяхъ, не примѣняютъ при очень жирныхъ брюшныхъ стѣнкахъ, при воспалительныхъ процессахъ и раненіяхъ матки и влагалища.

Olshausen думаетъ, что разъ тазы, гдѣ оперируютъ, по большей части плоски, простаго вставленія головки недостаточно, также думаетъ и *Schultze*, который низводитъ головку всею рукою, накладывая ее не на подбородокъ, но на лобъ. *A. Martin* согласенъ съ *W.* и не совѣтуетъ примѣнять способъ *Schultze*, такъ какъ при немъ теряется время.

Breisky (Wien) обращаетъ вниманіе на 2 пункта:

1) Давленіе на послѣдующую головку только тогда хорошо и безопасно, если головка находится въ сокращенномъ, а не расслабленномъ участкѣ родового канала. 2) Такъ какъ введенный въ ротъ палецъ легко можетъ внести туда инфекцію, то его нужно помѣщать на подбородокъ или верхнюю челюсть. *Veit* (Berlin) боится разрыва матки. *W.* въ заключеніе замѣтилъ, что влеченіе не примѣняется, а сила снаружи очень ничтожная.

3) *Dohrn* (Königsberg). Къ вопросу о веденіи послѣдоваго періода съ демонстраціями на рисункахъ. Упомянувши, что въ сущности онъ и нынѣ держится тѣхъ же воззрѣній, которыя онъ высказалъ въ 1880 г., докладчикъ указалъ преимущества способа *Credé*, но признаетъ великое будущее

за выжидательнымъ методомъ. На 1-й таблицѣ онъ представилъ отдѣленіе плацентъ по *Lemser-Schultze*: количество крови, скопляющейся между стѣнками матки и дѣтскимъ мѣстомъ, дѣйствующей какъ тампонація, и въ то-же время выталкивающей дѣтское мѣсто, онъ опредѣляетъ въ среднемъ, на основаніи 500 наблюденій, въ 305 grm. Этотъ процессъ отдѣленія плацентъ онъ считаетъ наиболее частымъ (4 : 1). 2-я таблица изображаетъ отдѣленіе дѣтскаго мѣста по *Duncan*'у, по которому дѣтское мѣсто выходитъ краемъ. 3-я таблица изображаетъ старый пріемъ—потягиваніе за пуповину. На 4-й таблицѣ изображенъ способъ *Credé*, примѣненный правильно, а на 5-й тотъ же способъ, но выполненный невѣрно.

Въ заключеніе этого доклада *Fehling* говорилъ о механизмѣ отдѣленія дѣтскаго мѣста. Тогда какъ въ Германіи наиболее приверженцевъ имѣютъ воззрѣнія *Schultze*, гинекологи Америки придерживаются взглядовъ *Duncan*'а. На 81 случай *F.* наблюдалъ 57 разъ отдѣленіе дѣтскаго мѣста по *Duncan*'у, 5 разъ по *Schultze* и 19 разъ механизмъ отдѣленія былъ смѣшанный. Отдѣленіе плацентъ по *Duncan*'у онъ считаетъ наиболее обычнымъ. Отдѣленіе же по *Schultze* наступаетъ 6. ч. при потягиваніи за пуповину. Ретроплацентарное кровоизліяніе не можетъ имѣть никакого вліянія на отдѣленіе дѣтскаго мѣста и можетъ наступить послѣ первой схватки, въ чемъ онъ убѣдился на экспериментахъ съ хлороформомъ. Кровотеченіе останавливается вслѣдствіе тромбоза, обусловливаемаго ретроплацентарнымъ кровоизліяніемъ.

Въ дебатахъ по двумъ послѣднимъ вопросамъ участвовали: *Schatz*: въ практикѣ выжидательный методъ непримѣнимъ;—потеря крови при немъ значительная. *Winckel* на 100 случаевъ видѣлъ 79 разъ отдѣленіе дѣтскаго мѣста по *Schultze*. Онъ велъ третій періодъ выжидательно, выжималъ послѣдъ только черезъ 2 часа; потеря крови всегда. *Lahs* высказался за модифицированный способъ *Credé*, и считаетъ наиболее частымъ отдѣленіе плацентъ по *Duncan*'у. *Ahlfeld* въ 40% случаевъ не видѣлъ кровотеченія до отдѣленія дѣтскаго мѣста. Потеря крови въ первые часы, въ среднемъ, — 495 grm. Послѣдующихъ кровотеченій не наблюдалось. Въ послѣднія 5—6 лѣтъ при своемъ способѣ онъ не примѣнялъ никакихъ кровоостанавливающихъ средствъ; въ крайнемъ развѣ случаѣ иногда—массажъ. При кровотеченіяхъ выжидательно дѣйствовать нельзя. Дѣтское мѣсто пришлось отдѣлять искусственно въ 0,3—0,4% случаевъ, а при способѣ *Credé*—въ 7%. *Dohrn* въ заключеніе упомянулъ, что отдѣленіе дѣтскаго мѣста наступаетъ сначала вслѣдствіе сокращенія, и только потомъ вступаетъ въ дѣйствіе кровоизліяніе. Въ 1,000 случаевъ способъ *Credé* примѣнялся имъ только при особомъ показаніи, обыкновенный же способъ, какъ и у *Winckel*'я—выжидательный.

4) О возникновеніи психозовъ вслѣдствіе операций на женскихъ половыхъ органахъ говорилъ *Werth* (Kiel). Онъ видѣлъ на 32 полныхъ экстирпаціи 2, на 160 овариотоміи 2 и на 36 кастраціи 2 психоза, слѣдовательно, всего 6 душевныхъ заболѣваній, изъ нихъ 5 разъ была меланхолія и 1 разъ активная меланхолія. Эти заболѣванія обнаружились 2 раза на 5-й

gesp. 8 день послѣ операціи, 2 раза чрезъ 2—3 недѣли и 2 раза послѣ выписки изъ клиники. Три выздоровѣли: одна на 15 день, одна черезъ 4 мѣсяца, одна черезъ 6—8 мѣсяцевъ; у двухъ не наступило никакого улучшенія, и одна кончила самоубійствомъ черезъ 3¹/₂ мѣсяца послѣ операціи. Три были беременны; три послѣ менопаузы (одна полная экстирпація и 2 оваріотоміи). Иодоформной интоксикаціи заподозрить нельзя: въ одномъ случаѣ іодоформъ не употреблялся вовсе, три раза лишь въ ничтожномъ количествѣ, а два раза нѣсколько въ большемъ. Объясненія Landau, по которому эти психозы зависятъ отъ прекращенія функцій половыхъ органовъ (Ausfallerscheinungen) вслѣдствіе ихъ изуродованія, W. принять не можетъ, ибо 3 изъ его случаевъ относились къ старухамъ, гдѣ о половой жизни не могло быть и рѣчи. Въ 3-хъ случаяхъ онъ склоненъ объяснить психозы психологическими основаніями: одинъ разъ психозъ наступилъ въ связи съ промываніемъ пузыря, и одинъ разъ женщина обнаруживала явленія психической ненормальности еще раньше операціи.

Sänger: Психозъ по большей части уже существуетъ скрыто, и операція является только толчкомъ, вызывающимъ проявленіе этого скрытаго страданія. Лечение основной болѣзни ни въ какомъ случаѣ не можетъ видоизмѣняться при существованіи психоза. *Martin* не приписываетъ гинекологическимъ операціямъ особенной роли въ возникновеніи душевныхъ болѣзней, ибо психозы наблюдаются и при другихъ хирургическихъ приѣмахъ. Во всякомъ случаѣ оперировать на психически больной женщинѣ можно только съ большою осторожностью. *Ahlfeld* согласенъ съ *Martin*'омъ.

Frommel пережилъ два подобныхъ случая: одна была извѣстная пьяница, другая черезъ 6 недѣль послѣ операціи была помещена въ домъ умалишенныхъ.

5) *Schwarz* (Halle) говорилъ о леченіи внѣматочной беременности, и высказался за оперативное внимательство. Если наступило кровотеченіе подъ брюшину, слѣдовательно, инкапсулированное, то можно вести дѣло выжидательно, но если состояніе больной не улучшается, — должно приступить къ операціи. Разъ мы имѣемъ кровотеченіе въ полость брюшины, и черезъ брюшныя стѣнки можно ощупать образовавшуюся опухоль, то приступаемъ тотчасъ къ операціи.

Winckel сообщилъ, что въ 7 случаяхъ трубной беременности онъ вприскивалъ въ опухоль растворъ морфія, — 5 разъ съ успѣхомъ. Въ одномъ случаѣ онъ въ продолженіе 2-хъ лѣтъ довелъ до сморщиванія 2 плода въ обѣихъ трубахъ. Впослѣдствіи на вскрытіи плоды въ обѣихъ трубахъ найдены окостенѣвшими. *Veit* не думаетъ, чтобы легко можно было рѣшиться вприскивать «въ потѣмахъ». Онъ оперировалъ 7 неосложненныхъ случаевъ съ блестящимъ успѣхомъ, кромѣ того 3 раза на умирающихъ: одна погибла отъ гниlostнаго зараженія, одна, по всей вѣроятности, вслѣдствіе всасыванія крови (Resorption des Blutes), третья выздоровѣла, не смотря на 3-кратный разрывъ. Въ періодѣ развитія внѣматочной беременности онъ оперируетъ принципиально, и только въ случаѣ смерти плода лечитъ выжидательно.

Wiedow высказывается за выжидательный методъ, такъ какъ въ 10 случаяхъ ему едва удалось остановить послѣдующее кровотеченіе. *Martin* считаетъ способъ *Winckel*'я рискованнымъ, вслѣдствіе опасности повредить кишки. Въ неосложненныхъ случаяхъ онъ дѣлаетъ чревосѣченіе. Въ томъ же смыслѣ высказался *Löhlein*. *Ziegenspeck* держится приемовъ *Winckel*'я, въ одномъ случаѣ онъ 10 разъ пунктировалъ кишки безъ всякихъ послѣдствій. *Schwarz*: Методъ *Winckel*'я только утверждаетъ его (*Schwarz*'а) въ правильности его леченія, такъ какъ при инъекціяхъ паціентка никогда не будетъ здорова, и такъ какъ въ первыя недѣли плодный мѣшокъ недоступенъ черезъ брюшныя стѣнки.

6) *Sänger* (Leipzig) демонстрировалъ 5 женщинъ, которымъ произведена *лоскутная perineorrhaphia* по *Taitt*'у, въ одномъ случаѣ вмѣстѣ съ операцией *Emmeth*'а, въ 4-хъ случаяхъ—какъ заключеніе операциі выпаденія; во всѣхъ случаяхъ—прекрасное заживленіе; далѣе, два случая вшиванія въ брюшныя стѣнки перегнутой назадъ матки; одинъ изъ этихъ случаевъ описанъ въ *Centr.-bl. f. Gynäk* 1888 г. № 3 подъ № 7; продолжительное, стойкое выздоровленіе; 2-й случай оперированъ въ концѣ февраля; показаніемъ послужила рѣзкая ретрофлексія матки съ тяжелыми симптомами. Матка прилегаетъ къ передней брюшной стѣнкѣ; можно, однако, опредѣлить перегибъ два матки къзади. Далѣе, онъ привелъ письменно сообщенный ему *E. Fränkel*'емъ (Breslau) случай ретроверсии матки съ тяжелыми симптомами, излеченный вшиваніемъ матки въ переднюю брюшную стѣнку.

Olshausen (Berlin) представилъ случай *вшиванія въ брюшную стѣнку перегнутой назадъ матки*, и кромѣ того двухъ женщинъ, у которыхъ онъ 7 и 5 лѣтъ назадъ произвелъ полное вырѣзываніе матки черезъ влагалище, и рецидивовъ нѣтъ до сихъ поръ. По этому поводу онъ напоминаетъ еще 2 случая, гдѣ рецидивовъ нѣтъ уже шесть лѣтъ. Онъ ставитъ на видъ, что нельзя судить о рецидивѣ черезъ короткій промежутокъ времени; 1 годъ, какъ принимаетъ *Martin*,—слишкомъ короткій срокъ, нужно брать по крайней мѣрѣ 2 года, такъ какъ *O.* въ одномъ случаѣ наблюдалъ возвратъ черезъ 3¹/₂ года. У одной *остеомалатической* многокородающей на 3-мъ мѣсяцѣ беременности появились *явленія ущемленія*. Вправленіе не удалось; 2-кратный проколъ не освободилъ наружу нѣсколько жидкости, такъ что *O.* былъ вынужденъ сдѣлать *вагинальную экстирпацию*. Женщина выздоровѣла.

7) *Martin* (Berlin) въ своемъ докладѣ о *миомахъ* сообщилъ результаты изслѣдованія 205 удаленныхъ операциею *миомъ тыла матки*. Жировое перерожденіе наблюдалось 7 разъ,—3 раза въ стадіи обызвествленія; 10 разъ нагноительные процессы; эти опухоли были по большей части подслизистыя или внутри-стѣночныя, но расположенныя близко къ полости матки, *миомы*, которыя пришли въ сообщеніе съ полостью матки, разрушивши отдѣляющую ихъ слизистую оболочку; 11 разъ отекъ опухолей (явленія застоя) у женщинъ, истощенныхъ кровотечениями; 8 разъ кистовидно-перерожденные *миомы (cysto-myomata)*; 3 раза *телеангиэктатическія*, 6 разъ *саркоматозныя* опухоли: 2 раза *фибросаркомы* безъ образованія капсулы съ ножкой, 4 раза

инкавулированная внутри-брюшинная опухоль; 2 изъ этихъ случаевъ окончились смертію черезъ 7 недѣль resp. 4 мѣс. послѣ операціи отъ рецидива; 9 случаевъ осложнены карциномой: 2 раза саркома шейки, 7 разъ — тѣла матки.

8) *Zweifel* (Leipzig). *Обращеніе съ культей при миомоміи*. Изложивши сущность внѣ-и внутрибрюшиннаго метода, и высказавшись противъ погруженія эластической лигатуры (*Olshausen*), докладчикъ перешелъ къ изложенію своего метода, который онъ видоизмѣнилъ со времени сообщенія о немъ въ Salzburg'ѣ въ томъ отношеніи, что онъ ввелъ перевязку ножки въ 4 пучка и обшиваніе покровнымъ швомъ (*Decknaht*). Съ этого времени онъ улучшилъ свой способъ введеніемъ *Bruns*'овскихъ иглъ съ рукояткой; широкія связки прокалываются ими по частямъ, проводятся лигатурныя нити, концы которыхъ захватываются въ зажимные пинцеты; послѣ того, какъ лигатуры наложены, всѣ онѣ, за исключеніемъ послѣднихъ, завязываются съ обѣихъ сторонъ, и широкія связки перерѣзаются до мѣста наложенія послѣдней лигатуры; затѣмъ накладывается резиновая трубка, въ которую захватываются конечныя складки широкихъ связокъ; потомъ культя срѣзается поперекъ, и накладываются швы. Послѣ того какъ образована культя, она сшивается покровнымъ швомъ и погружается. Изъ 23 миомоміи 9 онъ произвелъ съ примѣненіемъ непрерывнаго шва (*fortlaufende Partiennaht*); послѣдніе случаи протекли безъ реакціи.

Въ заключеніе этого доклада говорилъ о *миомоміяхъ Fritsch* (Breslau). Первая миомоміи онъ дѣлалъ по *Olshausen*'у, погружая резиновый жгутъ, и никогда, въ противоположность *Zweifel*'ю, не видѣлъ некроза. Позднѣе онъ держался *Schröder-Hofmeier*'овскаго метода, отъ котораго *Zweifel*'евскій ничѣмъ существеннымъ не отличается, но послѣ единичнаго примѣненія, оставилъ этажный шовъ—какъ излишній. Такъ какъ при этомъ способѣ онъ не получилъ хорошихъ результатовъ (изъ 39 онъ потерялъ 12), а *Hegar*'овскій способъ ему казался ненадежнымъ по отношенію къ омертвѣнію культи, то онъ обращался съ культей по *Wölfler*'у, *Hacker*'у и *Sänger*'у съ слѣдующимъ видоизмѣненіемъ: выкативши матку, онъ зашиваетъ верхній уголь брюшной раны (во избѣжаніе выпаденія кишекъ); затѣмъ широкія связки перевязываются съ обѣихъ сторонъ *Déchamp*'овскими иглами, и накладывается провизорный эластическій жгутъ. Теперь матка срѣзается, но не въ одной плоскости, а такимъ образомъ, чтобы продольная линія срѣза шла параллельно съ направленіемъ брюшной раны, слѣдовательно такъ, чтобы рана была соединена справа налѣво; нѣсколькими маленькими швами широкія связки пришиваются къ культѣ; верхняя часть сшитой съ брюшиною культи помѣщается внѣбрюшинно. Воронка присыпается іодоформомъ и выполняется іодоформированной марлей; сверху накладывается типическая листеровская повязка. На 9 день повязка мѣняется, и маленькіе швы удаляются. Зажившая рана выглядит какъ при обыкновенной лапаротоміи. *F.* оперировалъ по этому способу 19 случаевъ; всѣ выздоровѣли, а одна женщина могла быть отпущена уже на 13-й день послѣ операціи.

При міомах широкой связки *F.* сохраняет матку; самая міома вылучается, и мѣшок вшивается въ брюшную рану. Резекцію и дренаж мѣшка, какъ предлагаетъ *Martin*, докладчикъ считаетъ нецѣлесообразными. Вылученіе міомы изъ матки по *Martin*'у призвано замѣнить излишнюю въ этихъ случаяхъ кастрацію.

Пренія: *Olshausen* подтвердилъ замѣчаніе *Fritsch*'а, что затягиваніе эластической трубкой не ведетъ къ омертвѣнію культи, нагноеніе тоже наблюдается рѣдко, если трубка основательно обеззаражена; во всякомъ случаѣ питаніе культи понижается, вслѣдствіе чего съ тѣхъ поръ, какъ находится въ Берлинѣ, *O.* не погружаетъ трубку. Перевязка широкихъ связокъ въ 4 пучка, какъ совѣтуетъ *Zweifel*, излишня: совершенно достаточно перевязать *lig. infundibulo-pelvicum*, въ которомъ проходятъ большіе сосуды. При образованіи культи, нужно себя обезопасить отъ послѣдовательнаго кровотеченія перевязкой *arteriae uterinae*. Многократное прокалываніе культи по *Zwiefel*'ю, причѣмъ прокалывается и цервикальный каналъ, *O.* считаетъ опаснымъ въ смыслѣ возможности *sepsis*'а. *O.* сначала вырѣзаетъ слизистую оболочку цервикальнаго канала и дезинфицируетъ послѣдній сулемованными ватными шариками, потомъ сшиваетъ его катгутомъ и въ заключеніе покрываетъ культю брюшиной. Предложеніе *Fritsch*'а кажется ему очень цѣлесообразнымъ. *Wiedow* того же мнѣнія, что зараженіе весьма часто происходитъ черезъ цервикальный каналъ; три несчастно протекшихъ случая удерживаютъ *Hegar*'а отъ погруженія эластическаго жгута. Съ мертвымъ пространствомъ *Hegar* поступаетъ такъ же, какъ *Fritsch*. Онъ придаетъ большую цѣну кастраціи, такъ какъ въ настоящее время смертность отъ нея еще гораздо меньше, чѣмъ при міомотоміяхъ. *Déchamp*'овскія иглы онъ предпочитаетъ *Bruno*'овскимъ.

Hofmeier убѣжденъ, что внутрибрюшинный методъ можетъ дать лучшіе результаты, но нуждается въ усовершенствованіяхъ. Обшиваніе культи можетъ иногда предотвратить кровотеченіе и гнилостное зараженіе, но оно излишне, если слизистая оболочка цервикальнаго канала основательно обеззаражена, и сосуды перевязаны тщательно. *H.* просто обшиваетъ ножку, послѣ тщательнаго обеззараживанія цервикальнаго канала.

(Окончаніе въ слѣдующей книжкѣ).

Поправка: на стр. 711, въ 12-й строкъ сверху вмѣсто «спинной части» слѣдуетъ читать «поясничной области».

Редакція покорнѣйше проситъ врачей *I. Березницкаго* и *O. Скворцову* сообщить ихъ адресъ.

А. Я. Крассовскій.

Редакторы: К. Ф. Славянскій.

И. И. Смольскій.

Въ медико-хирургическомъ магазинѣ

Н. П. ПЕТРОВА

Спб., Выборгская сторона, Нижегородская ул., д. № 17,
ПРОДАЮТСЯ СЛѢДУЮЩІЯ ДИССЕРТАЦІИ ПО ГИНЕКОЛОГІИ И АКУШЕРСТВУ:

Агафоновъ. Разрывъ шейки матки. 1883 г. Ц. 60 к.

Бабанасянцъ. Къ вопросу объ отпаденіи пуповины у новорожденныхъ.
1881 г. Ц. 60 к.

Бартель. Матеріалы къ изученію вопроса о менструаціи и маточныхъ кровотеченіяхъ при разныхъ формахъ тифа. 1881 г. Ц. 75 к.

Блохъ. О заматочныхъ кровяныхъ опухоляхъ. 1863 г.

Ваденюкъ. Къ вопросу о вліяніи медикаментовъ на внутриматочный плодъ. 1863 г. Ц. 60 к.

Войцеховскій. Къ вопросу объ измѣненіи мышечной ткани матки въ послѣродовомъ періодѣ. 1882 г. Ц. 50 к.

Даниловичъ. Клиническое и экспериментальное изслѣдованіе объ отдѣленіи и выдѣленіи послѣда. 1883 г. Ц. 75 к.

Дубенскій. Матеріалы къ этиологіи произвольныхъ разрывовъ матки во время беременности. 1884 г. Ц. 50 к.

Жаботинскій. Къ вопросу объ удаленіи внутриматочныхъ стебельчатыхъ фиброміомъ. 1887 г. Ц. 50 к.

Замшинъ. Къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи. 1888 г. Ц. 1 р.

Заяцкій. Полная экстирпація раково-перерожденной матки черезъ влагалище. 1887 г. Ц. 1 р. 50 к.

Зворынинъ. Къ вопросу о кастраціи при фиброміомахъ матки. 1887. Ц. 60 к.

Змигродскій. Къ ученію о внѣматочной беременности. 1887 г. Ц. 2 р.

Нажданъ. О температурѣ полости матки во время родовъ и родильнаго періода. 1883 г. Ц. 60 к.

Нашеварова-Руднева. Матеріалы для патологической анатоміи маточнаго влагалища. 1876 г. Ц. 50 к.

Кирѣевъ. Къ вопросу о внѣматочномъ передвиженіи яичка. 1881 г. Ц. 50 к.

Колесинскій. Къ вопросу о вліяніи русской бани на отдѣленіе молока кормилицами. 1887 г. Ц. 50 к.

Коляго. Къ патологической анатоміи яичниковъ. 1882 г. Ц. 50 к.

Коршъ. Къ вопросу о вліяніи беременности на подвижность сочлененій таза. 1881 г. Ц. 75 к.

Лапинъ. Частичная ампутація влагалищной части при хроническомъ воспаленіи матки. 1887 г. Ц. 60 к.

Маковецкій. Къ вопросу о гнойныхъ скопленіяхъ фаллопиевыхъ трубъ. 1888 г. Ц. 75 к.

ТОЛЬКО ЧТО ПОСТУПИЛА НОВАЯ КНИГА:

ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГІЯ И ТЕРАПІЯ ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

Руководство для врачей и студентовъ. Проф. Н. Славянскаго.
Томъ I. Болѣзни влагалища и матки. 297 рисунковъ. 1888 г. Ц. 5 р. 60 к.

Выписывающіе изъ магазина Петрова книгъ на 1 р. и болѣе за пересылку не платятъ.

Главная премія журнала большая олеографическая картина
ЖЕРТВА БОЯРСКИХЪ КОЗНЕЙ.

XI г. ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1889 ГОДЪ. г. XI

ИЛЛЮСТРИРОВАННЫЙ

На годъ безъ до-
ставки въ Спб.

4 Р.

МІРЪ

На годъ съ до-
ставк. и перес.

6 Р.

БОЛЬШОЙ ИЛЛЮСТРИРОВАННЫЙ ЖУРНАЛЪ,

съ разными даровыми приложен. и великолѣпными преміями.

Выходитъ еженедѣльно, въ количествѣ 52 №№ въ годъ, въ форматѣ большихъ иллюстрацій и печатается на прекрасной бумагѣ; каждый номеръ заключаетъ въ себѣ множество великолѣпныхъ полтипажей.

Всѣ подписчики „Иллюстрированнаго Мира“ получаютъ въ теченіе года бесплатно:

**Еженедѣльная литературная
приложенія,**

закрывающія въ себѣ выдающіяся произведенія представителей иностранной литературы, къ концу года эти приложенія составляютъ нѣсколько томовъ вполнѣ оконченныхъ романовъ.

**Роскошныя художественныя
приложенія,**

состоящія изъ прекрасно выполнен-
ныхъ копій съ картинъ русскихъ и
иностранныхъ художниковъ.

Новѣйшія парижскія моды.

Полный руководяльно-модный журналъ съ руководящими и вышивочными работами.

Въ теченіе года дается масса полтипажныхъ рисунковъ руководящихъ работъ, равнообразныхъ буквъ, инициаловъ и пр.

Въ каждомъ модномъ номерѣ заключаются отдѣлы: Модный курьеръ, Описание рисунковъ, Хозяйство и кухня, Совѣты и рецепты, Смѣсь, Почтовый ящикъ, въ которомъ даются отвѣты на всевозможные вопросы.

Помимо этого, тѣ изъ гг. подписчиковъ, которые хотя бы и подписались съ разсрочкою, но заявятъ свои требованія до 1-го января 1889 г., получаютъ съ № 1 журнала необходимый для всѣхъ

КАЛЕНДАРЬ-ДНЕВНИКЪ,

въ видѣ записной книжки, съ подробно составленными святцами. На пере-сылку этого календаря прилагается три семи-копѣечныя марки.

Всѣ **ГODOВЫЕ** подписчики получаютъ **РОСКОШНУЮ ПРЕМІЮ**, большую олеографическую картину

ЖЕРТВА БОЯРСКИХЪ КОЗНЕЙ.

Въ наступающемъ году редація дѣлаетъ капитальныя улучшенія въ журналѣ, какъ въ литературномъ, такъ и въ художественномъ отдѣлѣ. При этомъ, для нашего изданія остаются тѣ-же, а именно: доставляя интересное и разнообразное чтеніе, давать, въ то-же время, полный и всесторонній обзоръ явленій истекшей недѣли, имѣя въ виду семейныхъ читателей и помогая имъ ориентироваться въ массѣ свѣдѣній, сообщаемыхъ ежедневными газетами.

Допускается подписка въ разсрочку: при подпискѣ 2 р., къ 1 марта 2 р. къ 1 іюля 1 р. и къ 1 сентября 1 р.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ въ Главной Конторѣ Редакціи журнала „Иллюстрированный Мірѣ“ въ С.-Петербургѣ, по Литейному проспекту, № 51, графа Шереметева.

НЕОБХОДИМЫЙ ПОДАРОКЪ ГГ. ПОДПИСЧИКАМЪ

КАЛЕНДАРЬ-ДНЕВНИКЪ.

ГОДЪ ТРЕТІЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № 6.

Засѣданіе 22-го сентября 1888 г.

Предсѣдательствововала К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 48 членовъ: Андреевъ Н. Ю., Баладинъ, Баскинъ, Биддеръ, Вастень, Воловскій, Горайскій, Грамматикати, Гриневъ, Даниловичъ, Довнаровичъ, Ережѣвъ, Еськовъ, Желтухинъ, Замшинъ, Кирѣвъ, Лапинъ, Лебедевъ, Личкусъ, Маковецкій, Масловскій В., Мершъ, Нейштубе, Оттъ, Піотровичъ, Полотебновъ, Поршняковъ, Репревъ, Салмановъ, Смольскій, Смоленскій, Соловьевъ А. С., Стельмаховичъ, Стравинскій, Тарновскій, Ульрихъ, Урвичъ, Фишеръ А., Фишеръ Б., Франкъ, Фраткинъ, Чагинъ, Черневскій, Чернышевъ, Шлезингеръ, Штоль, Штольцъ, Яциольскій и 26 гостей.

Читанъ и утвержденъ протоколъ № 5.

Гость, *д-ръ Массенъ*, сообщилъ о беременности въ зачатномъ рогѣ однорогой матки и демонстрировалъ препаратъ. Больная 29 лѣтъ, вышла замужъ на 18 году, три раза родила въ срокъ; при изслѣдованіи, 15 февраля 1888 г., матка найдена увеличенною, менѣ чѣмъ 4 мѣс. беременности, спереди и слѣва ея ощупывается эластическая, круглая, подвижная, неболѣзненная опухоль, величиною меньше головы новорожденного младенца; послѣдніе регулы 7 ноября 1887 г. Черезъ 8

дней появились рѣзкія боли въ животѣ и симптомы внутренняго кровотеченія, почему проф. Славянскій и приступилъ къ лапаротоміи. При операціи найдено скопленіе крови въ полости брюшины, беременность въ зачаточномъ рогѣ матки, съ небольшими, величиною въ $\frac{1}{2}$ сант., разрывомъ брюшины, покрывающей заднюю поверхность беременнаго рога; кровотеченіе было изъ подбрюшиннаго венознаго сосуда; ножка опухоли состояла изъ lig. latum, lig. rotundum sin. и лѣвой фаллопиевой трубы. Опухоль удалена и ножка опущена въ брюшную полость. Зародышъ, 15 сент. длины, соответствовалъ IV мѣс. утробной жизни. Больная скончалась на 4-й день вслѣдствіе общаго перитонита.

А. Р. Фишеръ сообщилъ случай первичнаго рака влагалища, встрѣтившійся его наблюденію и оперированный имъ лѣтомъ текущаго года въ клиникѣ проф. К. Ф. Славянскаго. Предпославъ нѣкоторыя предварительныя замѣчанія, касавшіяся статистики разбираемой формы заболѣванія и различныхъ методовъ оперативнаго леченія ея, изъ которыхъ докладчикъ отдаетъ предпочтеніе вырѣзыванію ножомъ съ послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ, онъ перешелъ къ изложенію исторіи своего случая. 11-го іюля 1888 г. въ клинику принята жена дорожнаго мастера Францишка З., уроженка и жительница Гродненской губерніи, 39 лѣтъ отъ роду. Изъ разспросовъ больной выяснилось, что она начала менструировать на 16-мъ году, типъ регулъ былъ по 3 дня, черезъ 4 недѣли; вышла замужъ на 24-мъ году, рожала 6 разъ въ срокъ и 1 разъ преждевременно; послѣдніе роды 4 года тому назадъ. Больна около двухъ лѣтъ; сначала появились бѣли, становившіяся все обильнѣе и по временамъ имѣвшія примѣсь крови, но безъ запаха; затѣмъ, мѣсячныя крови стали приходиться чаще и сдѣлались сильнѣе, иногда замѣчались неправильныя по времени кровотеченія; вскорѣ присоединились боли внизу живота. При изслѣдованіи въ клиникѣ найдено слѣдующее: больная средняго роста, посредственнаго питанія, мышцы и подкожный жирный слой развиты слабо, наружно-внутреннее изслѣдованіе половыхъ органовъ показало — старый разрывъ промежности, на задней стѣнкѣ

влагалища, въ верхней ея трети возвышающаяся надъ поверхностью язва, имѣющая по длиннику влагалища 3,5 см., а въ поперечномъ направленіи 2 см. и не доходящая на 2 см. до прикрѣпленія задняго свода; поверхность ея шероховата, покрыта распадомъ, при дотрогиваніи легко кровоточитъ; влагалищная часть шейки матки отклонена назадъ, нормальной консистенціи, кромѣ нѣкоторой гипереміи никакихъ замѣтныхъ патологическихъ измѣненій не представляетъ, тѣло матки въ нормальной антекурваціи, слегка увеличено; своды свободны.

Распознаваніе: первичный ракъ влагалища. Черезъ три дня по поступленіи больной въ клинику, т. е., 14-го іюля, произведена операція. Поле операціи обнажено при помощи подъемниковъ и пулевыхъ щипцовъ; постоянное орошеніе 1% растворомъ карболовой кислоты; подъ слизистую оболочку задней стѣнки влагалища впрыснуть 1 гранъ *sosaiini muriatici* въ водномъ растворѣ; описанная, пораженная новообразованіемъ поверхность обведена разрѣзомъ, захватывающимъ на 1 см. въ окружности здоровыя ткани; очерченный такимъ образомъ лоскутъ отсепарованъ частью рукояткою скальпеля, частью его лезвиемъ отъ подлежащей кльтчатки; по мѣрѣ отдѣленія лоскута накладываются швы, чѣмъ потеря крови низводилась до возможнаго minimum'a; всего наложено 6 швовъ изъ іодоформированнаго шелка; по окончаніи операціи влагалище рыхло выполнено полосками іодоформированной марли.

Послѣоперационное теченіе безъ осложненій; температура не повышалась выше 37,5° С., кровотеченій не было. Черезъ двѣ недѣли сняты швы, по всей длинѣ раны—первое натяженіе. Черезъ три дня оперированная выписана изъ клиники. Но 13-го сентября, т. е., черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи, она возвратилась съ жалобами на возобновившіяся бѣли и отдѣленіе крови; при изслѣдованіи найденъ рецидивъ въ формѣ такого же, какъ и прежде, *ulcus elevatum* въ верхней трети задней стѣнки влагалища, хотя меньшей величины—1 см. въ длинникѣ и 2 см. въ поперечникѣ; въ настоящее время больная ждетъ вторичной операціи. Въ заключеніе докладчикомъ демонстрированы микроскопическіе препара-

раты, на основаніи которыхъ новообразование въ данномъ случаѣ должно быть отнесено къ разряду карциномъ.

Секретаремъ Общества было прочитано сообщеніе Д-ра *Якова Розенталя* объ операціонно-гинекологическомъ столѣ имъ придуманномъ и показаны рисунки этого стола.

За Предсѣдателя И. Тарновскій.

Секретарь И. Смольскій.

akusher-lib.ru

ГОДЪ ТРЕТІЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № VI.

Засѣданіе 22-го сентября 1888 г.

Административное засѣданіе.

Присутствовали 47 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № V.

2) Доложено отношеніе Инспектора С.-Петербургскаго столичнаго Врачебнаго Управленія къ Предсѣдателю Общества за № 2124, въ которомъ онъ, по поводу жалобы г-на Таунлей, проситъ Общество отвѣтить на вопросъ — правильно ли леченіе жены лейтенанта Таунлей и отношеніе къ своему дѣлу врачей и акушерки.

Послѣ продолжительныхъ преній, путемъ баллотировки, постановлено принять это дѣло къ разсмотрѣнію, для чего избрана комиссія изъ членовъ: Крассовскаго, Смольскаго и Штольца.

3) Редакція «Журнала акушерства и женскихъ болѣзней» просила Общество выдать ей изъ суммъ Общества на изданіе Журнала остатокъ противъ смѣты отъ печатанія протоколовъ въ 1887 г., а равно сумму, по смѣтѣ 1888 г., назначенную на печатаніе протоколовъ, за вычетомъ сдѣланныхъ уже въ семь

году на сей предмет расходовъ. Постановлено выдать редакціи просимыя суммы.

4) Предложены къ избранію въ дѣйствительные члены:

1) Генрихсенъ, Карль Романовичъ. Докторъ медицины и акушеръ. Предложенъ Добрынинымъ, Крассовскимъ и Смоленскимъ.

2) Массенъ, Василій Николаевичъ. Лекаръ. Предложенъ Масловскимъ В., Смольскимъ и Фишеромъ А.

3) Семяниковъ, Александръ Александровичъ. Лекаръ и докторъ медицины Мюнхенскаго Университета. Предложенъ Масловскимъ В., Смольскимъ и Фишеромъ А.

4) Алексенко, Николай Демьяновичъ. Лекаръ. Предложенъ Масловскимъ В., Смольскимъ и Фишеромъ А.

5) Мазуркевичъ, Александръ Ксенофонтовичъ. Лекаръ. Предложенъ Даниловичемъ, Поршняковымъ и Стравинскимъ.

6) Заяицкій, Сергѣй Спиридоновичъ. Докторъ медицины, привать-доцентъ гинекологіи Императорскаго Московскаго Университета. Предложенъ Піотровичемъ, Славянскимъ и Смольскимъ.

5) Въ бібліотеку Общества поступили слѣдующія книги:

Замшицъ. Къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи.

К. Славянскій. Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней. Т. I.

Э. Черневскій. Къ вопросу о послѣродовыхъ заболѣваніяхъ.

Протоколы засѣданій кievскихъ врачей.

Медицинскій Отчетъ Родовспомогательнаго Заведенія Московскаго Воспитательнаго Дома за 1887 годъ.

Е. Маковецкій. Къ вопросу о гнойныхъ скопленіяхъ фаллопиевыхъ трубъ.

За Предсѣдателя И. Тарновскій.

Секретарь И. Смольскій.

ПРИЛОЖЕНИЕ КЪ ПРОТОКОЛУ № 6.

ОПЕРАЦИОННО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКІЙ СТОЛЪ

придуманнѣй

д-ромъ Яковомъ Розенталъ

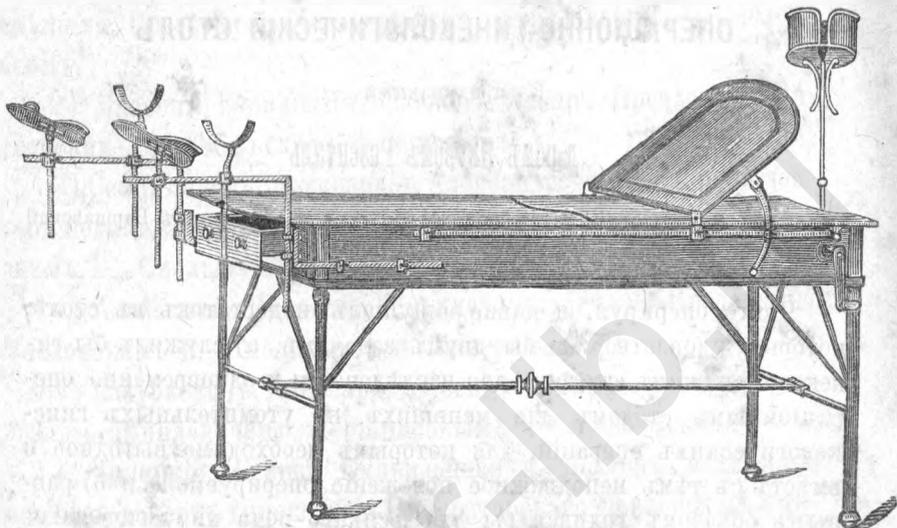
Ординаторомъ отдѣленія для женскихъ болѣзней и родильницъ Варшавской еврейской больницы.

Часто оперируя, я давно ощущалъ недостатокъ въ столѣ, который удовлетворялъ-бы двумъ задачамъ: а) служилъ бы гинекологическимъ столомъ для изслѣдованія и одновременно операционнымъ столомъ для меньшихъ, но утомительныхъ гинекологическихъ операций, для которыхъ необходимо выгодное и вмѣстѣ съ тѣмъ неподвижное положеніе оперируемой; и б) равнымъ образомъ годился бы для всякаго рода хирургическихъ операций, въ особенности для чревосѣченій. — Придумывая такой столъ, я руководствовался слѣдующими соображеніями: во-первыхъ, чтобы столъ былъ асептиченъ и легко могъ быть обеззараживаемъ; во-вторыхъ, чтобы любое положеніе оперируемой не стѣсняло ея; въ-третьихъ, чтобы послѣ операций, произведенныхъ въ полости живота или на животѣ, возможно было очистить заднюю поверхность туловища или наложить повязку вокругъ живота, безъ подниманія вверхъ или подвиганія оперируемой.

Въ виду вышесказанныхъ требованій, весь столъ построенъ изъ желѣза, покрытъ свѣтлокаменной масляной краской для того, чтобы всякія пятна легко обнаруживались; далѣе, столъ не заключаетъ въ себѣ ни крючковъ, ни угловъ, ни углубленій и т. п., къ которымъ нечистота могла бы прилегать. Желѣзная плита стола нѣсколько вогнута и на дюймъ наклонена кпереди, такъ что вода легко стекаетъ съ боковъ и съ верхней части стола въ мѣдный, цинкомъ покрытый сосудъ, вставленный въ рамку выдвигаемаго ящика, помѣщеннаго въ передней части стола.

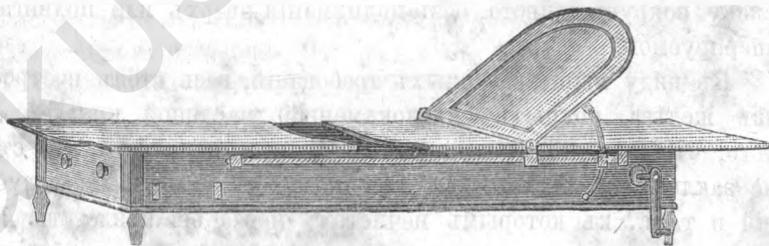
Столъ, котораго ноги почиваютъ на крѣпкихъ шарикахъ, вышиною въ 90 цтм. Ширина плиты въ 64 цтм., длина въ

190 цтм. Плита состоитъ изъ двухъ частей: передняя длиною въ 80 цтм., задняя въ 110 цтм. Передняя неподвижно прикрѣплена къ рамѣ стола; задняя же отодвигается отъ первой, помощью пробѣгающаго подъ нею винта, помѣщеннаго на зуб-



Фиг. 1. Столъ цѣликомъ, съ подножиями и подпорами для колѣнъ, съ выдвинутымъ ящичкомъ, подставкой для аригатора и рукоядкой для раздвиганія желѣзной плиты.

чатомъ колесѣ, которое приводится въ движеніе рукояткой, находящейся сбоку стола. Задняя часть плиты отодвигается отъ передней, смотря по надобности, на 30—60 цтм.

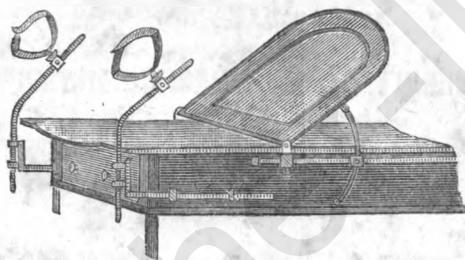


Фиг. 2. Столъ съ раздвинутой плитой, для положенія повязки вокругъ живота послѣ чревосѣченія.

Подголовокъ сдѣланъ изъ желѣза, снабженъ подушкой, покрытой непромокающимъ матеріаломъ; онъ передвигается взадъ и впередъ на двухъ прутьяхъ, прикрѣпленныхъ съ обѣихъ сто-

ронъ подъ плитой, но выдающихся изъ-за нея. Кромѣ того подголовокъ, смотря по надобности, можетъ быть то опускаемъ, то поднимаемъ. При отодвиганіи задней части плиты отъ передней, подголовокъ остается неподвижнымъ въ томъ мѣстѣ, въ которомъ былъ раньше укрѣпленъ.

Въ передней части стола, подъ выдающимися краями плиты находятся передвижныя кручья, въ которыхъ помѣщаются стальные прутья для подножій и подпоръ для колѣнъ. При гинекологическихъ операціяхъ, для которыхъ требуется возможно полная неподвижность ногъ, — въ эти же кручья вставляютъ ногодержатели (Beinhalter) или лучше сказать, держатели бедеръ, похожіе на ногодержатели Fritsch'a.



Фиг. 3. Гинекологическій стулъ съ подпорами для бедеръ метода Fritsch'a.

Подголовокъ можно отодвинуть отъ передняго края стола на 56 цтм., тогда образуется гинекологическій стулъ со спинкою, болѣе или менѣе наклонною, смотря по надобности.

Сзади или сбоку стола, къ нему привинчивается скоба, въ которой помѣщается подставка для ирригатора, произвольно опускаемая или поднимаемая ¹⁾).

Присовокупленные рисунки даютъ точное понятіе о столѣ и его употребленіи.

Этимъ столомъ я пользуюсь всего три мѣсяца. Онъ оказался весьма цѣлесообразнымъ во всѣхъ произведенныхъ мною

¹⁾ Въ «Centralblatt für Gynäkologie» № 48 за 1887 г. описанъ столъ д-ра Landau'a для чревосѣченій. Для того, чтобы оперируемой не трогать при наложеніи повязки вокругъ живота, опускаютъ въ этомъ столѣ два клапана, находящіеся какъ разъ противъ живота. Не смотря на то, что этотъ столъ также построенъ цѣликомъ изъ желѣза, однакожь онъ не удовлетворяетъ требованіямъ асептики въ виду того, что клапаны снабжены крючками, въ углубленіяхъ которыхъ можетъ нагромождаться нечистота.

операціяхъ. При чревосѣченіяхъ, которыя я произвелъ на немъ уже числомъ четыре, въ особенности при наложеніи повязки вокругъ живота оперируемой, онъ оказался неоцѣнимымъ, о чемъ присутствующіе товарищи могутъ засвидѣтельствовать.

Передъ операціей покрываютъ столъ двумя кусками резиновой простыни, внутренніе края которыхъ впускаютъ между плотно смыкающимися краями частей плиты. Для болѣе мягкой подстилки можно подложить подъ резиновую простыню войлокъ или толстыя простыни.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 1 ноября 1888 г.

Типографія А. С. Суворина. Эртелевъ пер., д. 11—2.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВТОРОЙ.

ДЕКАБРЬ 1888, № 12.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XXII.

О ПРИМѢНЕНИИ МАССАЖА ВЪ ГИНЕКОЛОГИИ.

(Изъ Акушерско-гинекологической клиники проф. К. Ф. Славянского).

А. Семяникова.

Сообщено въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ 27 октября 1888 г.

Хотя уже въ сочиненіяхъ *Cazeaux*¹⁾ (1844) и *Estradère*²⁾ (1863 г.) мы находимъ указанія относительно примѣненія массажа при заболѣваніяхъ женскихъ половыхъ органовъ, однако, первенство, въ смыслѣ практической разработки этого способа леченія и систематическаго его примѣненія, принадлежитъ безъ сомнѣнія шведскому маіору *Thure Brandt*'у, который уже болѣе четверти столѣтія тому назадъ началъ посредствомъ массажа лечить всевозможныя заболѣванія органовъ женской половой сферы.

Полученные имъ результаты были настолько хороши, что привлекли къ нему массу больныхъ и обратили на себя внима-

¹⁾ *Cazeaux*. Traité de l'art des Accouchements. Paris. 1844 г.

²⁾ *Estradère*. Du massage, son histoire, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques. 1 Edition Paris 1868 г.

ніе нѣкоторыхъ шведскихъ гинекологовъ. Для ознакомленія со своими способами леченія, *Brandt* ¹⁾ написалъ нѣсколько брошюръ. Эти публикаціи, однако, мало способствовали дальнѣйшему распространенію массажа, такъ какъ были написаны лицомъ, не получившимъ систематическаго медицинскаго образованія и не могли вслѣдствіе этого внушить достаточно довѣрія. Поэтому неудивительно, что большинство гинекологовъ съ самаго начала скептически отнеслись къ публикаціямъ *Brandt*'а, видя въ нихъ только рекламы лица, берущагося за леченіе болѣзней женскихъ половыхъ органовъ, не имѣя на это ни малѣйшаго права. Къ тому же нужно сознаться, что брошюры *Brandt*'а страдаютъ неясностью изложенія и многими излишними мистическими прибавленіями, что въ особенности относится къ его первой брошюрѣ. *Никольская* ²⁾ въ своей статьѣ «о леченіи женскихъ болѣзней по способу *Brandt*'а» указываетъ на то, что дальнѣйшая причина непопулярности *Brandt*'а лежитъ въ его личныхъ качествахъ: «несообщительности, недружелюбіи и нетерпимости по отношенію къ врачамъ; стремленіи примѣшивать къ своему разумному способу мистическій элементъ».

Вышедшая недавно въ нѣмецкомъ переводѣ послѣдняя брошюра *Brandt*'а ³⁾ знакомитъ насъ гораздо лучше съ интересующимъ насъ предметомъ, чѣмъ его предыдущія работы. Изложеніе болѣе ясное и, кромѣ того, отсутствуютъ мистическіе элементы его прежнихъ брошюръ. Кромѣ описанія массажа, въ этой книгѣ даны краткія указанія относительно тѣхъ обще-гимнастическихъ приѣмовъ, которыми главнымъ образомъ достигается притокъ крови къ органамъ полости малаго таза, оттокъ крови отъ нихъ, устраненіе запоровъ и регулированіе притока крови

¹⁾ *Brandt*. Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin. Stockholm. 1868 г.

Id. Die Bewegungscur als Heilmittel gegen weibliche sogenannte Unterleibsleiden und Prolapsen. Stockholm. 1880 г.

²⁾ *Никольская*. «Врачъ» 1888 г. №№ 23, 27, 28, 29, 30.

³⁾ *Thure Brandt's* Heilgymnastische Behandlung weiblicher Unterleibskrankheiten. Wien. 1888 г.

къ грудной железѣ и оттока отъ нея, т. е., всѣхъ тѣхъ гимнастическихъ упражненій, которыя болѣе важны для гинеколога.

Съ теченіемъ времени шведскіе врачи могли ознакомиться съ *Brandt'*овскимъ способомъ леченія, однако между ними нашлись немногіе, которые въ то время вполнѣ оцѣнили его значеніе. Однимъ изъ первыхъ былъ проф. *Sköldberg*, который въ 1872 г., обратилъ вниманіе на гинекологическій массажъ и пригласилъ *Brandt'*а въ *Stockholm*, чтобы подвергнуть контролю его способъ леченія, однако смерть помѣшала ему привести въ исполненіе это намѣреніе. Только нѣсколько лѣтъ спустя начали появляться въ шведской и норвежской прессѣ сообщенія относительно примѣненія массажа въ гинекологіи. Препятствіемъ для большаго знакомства съ этими работами является то обстоятельство, что онѣ были написаны на шведскомъ и норвежскомъ языкахъ. Хотя и появились краткіе рефераты этихъ отчетовъ, но во всякомъ случаѣ этого было мало, чтобы въ достаточной степени заинтересовать медицинскую публику. Подлинники же были недоступны для большинства, а переводовъ не появилось. Къ тому же такіе отчеты появлялись не часто. Разсмотримъ сначала вкратцѣ сообщенія скандинавскихъ врачей о примѣненіи массажа въ гинекологіи.

L. Faye ¹⁾ сообщилъ нѣсколько случаевъ болѣе или менѣе успѣшнаго примѣненія массажа при выпаденіи, опущеніи и хроническомъ воспаленіи матки. Изъ статьи *Hartelius'*а ²⁾ мы видимъ, что примѣненіе массажа дало ему хорошіе результаты при выпаденіи матки, плохіе—при опущеніи, хроническомъ воспаленіи и перегибѣ матки назадъ. Въ 1875 г., въ засѣданіи гинекологическаго общества въ Христианіи былъ поднятъ вопросъ о гинекологическомъ массажѣ. Ревностнымъ защитникомъ

¹⁾ *Zl. Faye* Major T. Brandt's Behandling of Uterinlidelser vel Medicinal Gymnast. Norsk. Mag. f. Laegevid. R., 3 Bd., 4 Forh., pag. 25. Virchow, Jahresberichte 1874 r. Bd. II, pag. 731.

²⁾ *Hartelius*. Om den. s. k. Brandtska behandlingsmetoden of underliffjukdomar. Hygea, So, läh. sällsk. förb., pag. 56. Virchow, Jahresberichte 1875, II Bd. pag. 562.

его выступилъ д-ръ *Nissen* ¹⁾, сдѣлавшій сообщеніе относительно техники массажа, показаній, противопоказаній и результатовъ леченія. Полученные имъ результаты положительно хороши, особенно при полныхъ выпаденіяхъ матки, такъ что онъ говоритъ, что ему не встрѣчалось ни одного случая полного выпаденія матки, которое не поддавалось бы болѣе или менѣе леченію массажемъ. Въ преніяхъ, возникшихъ по поводу его доклада, большинство врачей высказалось противъ этого способа леченія, считая примѣненіе его непозволительнымъ въ особенности съ моральной точки зрѣнія и допуская его развѣ только при выпаденіяхъ матки. Лишь немногіе изъ присутствовавшихъ высказались за его примѣненіе, въ видѣ исключенія, и при воспалительныхъ процессахъ.

Два года спустя *Orum* ²⁾ обнародовалъ изъ клиники проф. *Howitz*'а результаты уснѣшнаго примѣненія массажа при параметритическихъ остаткахъ экссудатовъ. Затѣмъ *Asp* ³⁾ сталъ примѣнять въ своей гимнастической лечебницѣ въ *Гельсингфорсѣ* при леченіи женскихъ болѣзней, кромѣ общей гимнастики, и мѣстное леченіе по измѣненному имъ способу *Brandt*'а. Въ 35 изъ 72 случаевъ примѣненія массажа онъ имѣлъ дѣло съ хроническимъ воспаленіемъ матки, причемъ въ 15 случаяхъ наступило полное выздоровленіе, въ 13 получилось значительное облегченіе, а въ 7 не было принесено пользы. При хроническомъ эндометритѣ получились приблизительно такіе же результаты. Изъ 7 случаевъ смѣщенія матки въ 2 получилось выздоровленіе, въ 3—улучшеніе и въ одномъ не получилось никакого результата. Въ 11 случаяхъ перегиба матки впередъ и въ 1 назадъ, не удалось достигнуть исправленія перегиба, но бо-

¹⁾ Discussion om Major Thure Brandt's gymnastike Uterinbehandling idet medicinske Selskab. i. Christiania. Norsk. Magaz. t. Lägevid. R., 3 Bd., 4 Forh. p. 243—292, og Band 5, Forh., p. 4—26, og. 35—60. Virchow, Jahresberichte 1875, Bd. II., pag. 563.

²⁾ *Orum*. Om Massagebehandling vel nogle parametriske Exsudater Gynæk. og obstet. Meddeleser nag. of F. Howitz. Bd. I, H. 1; p. 61. Virchow, Jahresberichte 1877, Bd. II, pag. 568.

³⁾ *Asp*. G. on lifmodermassage Nord med. Arkiv. Bd. X, Nr. 22. Virchow, Jahresberichte 1878, pag. 570. Central. f. Gyn. 1879, № 8.

лѣзненныя явленія исчезли во всѣхъ случаяхъ. Затѣмъ слѣдуетъ нѣсколько случаевъ воспаления яичниковъ и периметрія. Изъ всѣхъ 72 случаевъ, полное выздоровленіе получилось въ 23, значительное облегченіе въ 34 и не было принесено никакой пользы въ 15 случаяхъ. Штокгольмскій врачъ *Norström*¹⁾ издалъ въ 1876 г. на французскомъ языкѣ брошюру о гинекологическомъ массажд, въ которой онъ довольно подробно разбираетъ этотъ вопросъ. Онъ считаетъ массажъ примѣнимымъ главнымъ образомъ при хроническомъ воспаленіи матки, кровотеченіяхъ вслѣдствіе внутривѣночныхъ фиброміомъ и подслизистыхъ полиповъ, и при смѣщеніяхъ матки. Далѣе, массажъ примѣнимъ при воспаленіяхъ яичниковъ, если не существуетъ одновременно заболѣванія параметрія. Однако, по его мнѣнію, массажъ менѣе пригоденъ при оофоритѣ, чѣмъ при метритѣ. Въ его брошюрѣ приведены данныя относительно 176 случаевъ примѣненія массажа. Эти статистическія таблицы страдаютъ, однако, тѣмъ недостаткомъ, что черезчуръ кратки, а потому по нимъ невозможно составить себѣ вполнѣ точнаго понятія о полученныхъ авторомъ результатахъ. Къ сожалѣнію и эта работа, хотя и появившаяся на общепонятномъ языкѣ, не обратила на себя должнаго вниманія и не особенно способствовала большому распространенію массажа. Авторитеты науки или продолжали неодобрительно отзываться о гинекологическомъ массажд, или говорили о немъ черезчуръ кратко, или просто обходили его молчаніемъ.

Такимъ образомъ, мы видимъ, что въ Швеціи, на родинѣ *Brandt*'а, за все время появилось очень немного работъ о примѣненіи массажа въ гинекологіи. Большинство шведскихъ врачей относились враждебно къ этому способу леченія и этимъ, конечно, не мало препятствовали его дальнѣйшему распространенію.

Теперь посмотримъ, что было сдѣлано относительно интересующаго насъ вопроса въ другихъ странахъ.

¹⁾ *Norström*. Traitement des maladies des femmes au moyen de la méthode du massage. Paris. 1876.

Изъ американскихъ гинекологовъ *Jackson Reeves*¹⁾ примѣнялъ массажъ преимущественно при хроническомъ воспаленіи матки. Дѣлая въ гинекологическомъ Обществѣ докладъ объ этомъ способѣ леченія, онъ далъ указанія относительно техники массажа, показаній къ его примѣненію и сообщилъ три исторіи болѣзни. Онъ, однако, считаетъ необходимымъ, при существованіи воспалительныхъ процессовъ въ окружности матки, устраненіе ихъ, прежде чѣмъ приступить къ леченію метрита посредствомъ массажа.

Среди нѣмецкихъ гинекологовъ нашлось больше лицъ, которыя болѣе или менѣе часто примѣняли массажъ. Такъ *Bandl*²⁾ упоминаетъ объ усиленномъ примѣненіи массажа для растяженія оставшихся послѣ параметритическихъ экссудатовъ рубцовъ, но считаетъ примѣненія его при экссудатахъ опаснымъ вслѣдствіе могущаго произойти отъ этого обостренія процесса. *Chrobak*³⁾ въ общемъ очень осторожно высказывается относительно гинекологическаго массажа, указывая на то, что со временемъ, быть можетъ, массажъ будетъ примѣняться въ болѣе широкихъ размѣрахъ. Онъ считаетъ примѣненіе его всего болѣе цѣлесообразнымъ въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣются на столько значительныя опухоли, что ихъ можно массировать черезъ брюшныя покровы, не прибѣгая къ противопорѣ со стороны влагалища или прямой кишки. Въ случаѣ же надобности можно прибѣгнуть къ тампонаціи или кольпейринтеру вмѣсто того, чтобы вводить палецъ въ vaginaм или въ rectum. *Winivarter*⁴⁾ описалъ случай примѣненія массажа при кистѣ яичника у 79-ти-лѣтней женщины. Втеченіе 9 мѣсяцевъ было достигнуто уменьшеніе окружности живота на 19 ст., значительное улучшеніе со-

¹⁾ *Reeves*. Uterine massage as a means of treating certain forms of enlargement of the womb. Trans. of the Amer. Gynaecological. Soc. Vol. V. 1880.

²⁾ *Bandl*. Болѣзни трубъ, связокъ, тазовой брюшины и тазовой соединительной ткани. С.-Петербургъ. 1887.

³⁾ *Chrobak*. Untersuchung der weiblichen Genitalien und allgemeine gynae-cologische Therapie. Stuttgart. 1879.

⁴⁾ *Winivarter*. Zwei Beobachtungen über Verwendung der Massage bei chronischen Erkrankungen innerer Organe. Wiener med. Blätter. 1878, № 29—31.

стоянія больной, такъ что во все это время не было надобности прибѣгать къ проколу; тогда какъ въ предшествовавшіе массажу 8 мѣсяцевъ 5 разъ былъ сдѣланъ проколъ, *Bunge*¹⁾ съ успѣхомъ примѣнялъ массажъ при остаткахъ пара-и периметритическихъ экссудатовъ, при перегибѣ матки назадъ и при хроническомъ воспаленіи ея. Изъ 17 леченныхъ этимъ способомъ случаевъ въ 9 наступило выздоровленіе, въ 6 получило облегченіе и въ 2 не получило никакого результата. Впрочемъ, въ этихъ двухъ случаяхъ больныя слишкомъ рано прекратили леченіе. На 57 сѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей *Prochownik*²⁾ сдѣлалъ докладъ о примѣненіи массажа въ гинекологіи, основанный на болѣе, чѣмъ 2-хъ-лѣтнемъ опытѣ. Въ теченіе этого времени онъ примѣнилъ массажъ на 102 больныхъ. Изъ числа этихъ случаевъ массажъ 5 разъ былъ примѣненъ при опухоляхъ, причемъ въ двухъ случаяхъ произошелъ разрывъ опухоли и вслѣдствіе этого излеченіе, въ 1 случаѣ вскорѣ была сдѣлана операція, а въ 2 случаяхъ подслизистыхъ міомъ не получило улучшенія. Въ случаяхъ выпаденія и опущенія матки не наступило выздоровленія. Изъ 10 случаевъ *subinvolutionis et metritidis* въ 4 получило выздоровленіе, въ 3—улучшеніе. Изъ 18 случаевъ экссудатовъ (въ томъ числѣ 5 разъ *Haematocèle*) въ 8 наступило выздоровленіе, въ 2 значительное, въ 3 только незначительное улучшеніе и въ 3 массажъ принесъ вредъ. При рубцовыхъ остаткахъ экссудатовъ въ 24 случаяхъ получило выздоровленіе, въ 10—улучшеніе. Въ преніяхъ по поводу этого доклада за массажъ высказались *Bunge, Baumgärtner, Winckel*.

*Hegar*³⁾ еще въ послѣднемъ изданіи оперативной гинекологіи только вратцѣ говоритъ о массажѣ, не придавая ему особеннаго значенія. Упомянувъ о томъ, что онъ примѣняется глав-

1) *Bunge*. Beiträge zur Massage des Unterleibs. Berliner Klin. Wochenschrift. 1882, № 25.

2) *Prochownik*. Ueber Massage in der Gynaekologie. Bericht der 57 Naturforscherversammlung in Magdeburg, 1884, pag. 229.

3) *Hegar und Kalltenbach*. Operative Gynaekologie. Stuttgart. 1886.

нымъ образомъ при *subinvolutio uteri*, старыхъ экссудатахъ, рубцахъ, рубцовыхъ сокращеніяхъ широкихъ связокъ и вызванныхъ этимъ смѣщеніяхъ матки, онъ высказывается за примѣненіе массажа только при *subinvolutio uteri*, которое дало ему хорошіе результаты. Въ руководствѣ женскихъ болѣзней *Winckel*'я¹⁾, появившемся въ 1886 г. хотя часто упоминается о примѣненіи массажа при разныхъ хроническихъ заболѣваніяхъ женскихъ органовъ, но говорится объ этомъ чересчуръ кратко.

Такимъ образомъ мы видимъ, что въ Западной Европѣ хотя и находились лица, примѣнявшія массажъ, но это были единичныя личности, которыя, за исключеніемъ *Prochownik*'а, только въ относительно рѣдкихъ случаяхъ прибѣгали къ этому способу леченія, большинство же гинекологовъ относилось къ нему съ предубѣжденіемъ, считая примѣненіе его непозволительнымъ уже вслѣдствіе будто бы производимаго имъ полового раздраженія.

Такъ продолжалось до конца 1886 г., когда, благодаря стараніямъ *Profanter*'а, гинекологическій массажъ вышелъ изъ забвенія. Познакомившись у *Brandt*'а съ гинекологическимъ массажемъ и придя къ убѣжденію, что этотъ способъ леченія можетъ принести большую пользу въ гинекологической терапіи, онъ убѣдилъ *Brandt*'а обратиться къ какому нибудь германскому профессору, чтобы въ его клиникѣ и подъ его непосредственнымъ контролемъ показать примѣненіе массажа на цѣломъ рядѣ больныхъ. Съ согласія проф. *Schultze*, *Brandt* вмѣстѣ съ докторомъ *Nissen*'омъ пріѣхалъ въ Іену и втеченіе 3 мѣсяцевъ примѣнилъ леченіе массажемъ на 16 гинекологическихъ больныхъ. Всѣ эти случаи строго контролировались *Schultze*, имъ самимъ дѣлались журнальные отмѣтки и схематическіе рисунки. Полученные результаты были опубликованы *Profanter*'омъ, причемъ во введеніи къ его брошюрѣ *Schultze* высказывается въ томъ смыслѣ, что гинекологическому массажу при-

¹⁾ *Winckel*. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig. 1886.

надлежит почетное мѣсто въ гинекологической терапіи на ряду съ другими способами леченія. Въ работѣ *Profanter*'а¹⁾ опубликовано 16 случаевъ, относящихся къ хроническому и подострому воспаленію тазовой клѣтчатки, воспаленію яичниковъ, перегибу матки назадъ, опущенію и выпаденію ея и заматочному кровотеченію. Во всѣхъ случаяхъ получило излеченіе или, по крайней мѣрѣ, значительное улучшение, ни въ одномъ не было принесено вреда. Эта работа *Profanter*'а дала толчекъ для общаго ознакомленія гинекологовъ съ этимъ новымъ, хотя уже примѣняемымъ болѣе 25 лѣтъ, терапевтическимъ средствомъ. Послѣдствіемъ ея появленія было то, что нѣкоторые профессора поѣхали къ *Brandt*'у, чтобы лично убѣдиться въ получаемыхъ имъ результатахъ и изучить технику массажа. Такъ въ 1887 году проф. *Preusschen* съ своимъ ассистентомъ *Resch*'емъ поѣхалъ къ *Brandt*'у. Затѣмъ туда отправился проф. *Schantz*. Кромѣ того, многіе врачи, бывшіе въ Іенской клиникѣ во время пребыванія тамъ *Brandt*'а, могли лично ознакомиться съ *Brandt*'овскимъ способомъ леченія. Вскорѣ послѣ этого въ періодическихъ изданіяхъ стали отъ времени до времени появляться статьи о массажѣ въ видѣ сообщеній объ отдѣльныхъ успѣшныхъ случаяхъ или общихъ результатахъ, вмѣстѣ съ болѣе или менѣе подробнымъ описаніемъ техники массажа.

*Resch*²⁾ и *Schantz*³⁾ констатировали прекрасные результаты массажа преимущественно при хроническомъ и подостромъ воспаленіи тазовой клѣтчатки и вызванныхъ этимъ смѣщеніяхъ матки и придатковъ, далѣе при хроническомъ метритѣ, haematocoele retrouterina, опущеніи и выпаденіи матки. *Schantz* кромѣ того далъ описаніе техники массажа. *Preusschen*⁴⁾ сдѣлалъ

¹⁾ *Profanter*. Die Massage in der Gynaekologie. Wien. 1887.

²⁾ *Resch*. Ueber die Anwendung der Massage bei Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Centr. f. Gyn. 1887 г. № 32.

³⁾ *Schantz*. Ueber gynaekologische Massage. [Prager med. Wochenschrift 1887 г. № 43.

⁴⁾ *Preusschen*. Die Heilung des Vorfalles der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckenmuskulatur und methodische Uterushebung. Centr. f. Gyn. 1888 г. № 13 und 30.

сообщение о 4 удачныхъ случаяхъ излеченія выпаденія матки по способу *Brandt*'а и сдѣлалъ попытку научно объяснить дѣйствие этого способа. *Fraenkel* ¹⁾) описалъ примѣненіе способа *Brandt*'а въ одномъ случаѣ полного выпаденія матки. *Seiffart* ²⁾) сообщилъ 12 случаевъ успѣшнаго примѣненія массажа при воспаленіяхъ тазовой клѣтчатки, матки, яичниковъ и при выпаденіи матки. Кромѣ сообщенныхъ 12 случаевъ, онъ уже въ 60 случаяхъ съ большимъ или меньшимъ успѣхомъ примѣнилъ массажъ. Въ своей брошюрѣ онъ, кромѣ того, довольно подробно разобралъ вопросъ о примѣненіи массажа въ гинекологіи относительно показаній, противопоказаній и техники. *Profanter* ³⁾), сообщившій въ вышеозначенной работѣ между прочимъ одинъ случай полного выпаденія матки, сдѣлалъ объ этомъ случаѣ вполнѣ впослѣдствіи дополнительное сообщеніе, въ которомъ онъ говоритъ, что больная черезъ годъ послѣ прекращенія леченія была совершенно здорова и что выпаденіе не повторилось. *Theilhaber* ⁴⁾), пробывшій нѣсколько недѣль у *Brandt*'а и подъ его руководствомъ примѣнявшій массажъ, описываетъ въ своей статьѣ весь способъ леченія, указывая при этомъ на то важное значеніе, которое имѣютъ примѣняемыя *Brandt*'омъ рядомъ съ массажемъ обще-гимнастическія упражненія. *Vulliet* ⁵⁾) горячо высказывается за массажъ при воспалительныхъ процессахъ въ полости малаго таза и зависящихъ отъ нихъ смѣщеніяхъ матки. При перегибахъ матки онъ не придерживается вполнѣ способа *Brandt*'а, а прибѣгаетъ также къ расширенію полости матки по предложенному имъ способу и къ исправленію перегиба помощью зонда или введеннаго въ матку пальца. Что же касается примѣненія *Brandt*'овскаго способа леченія выпаденія матки, то онъ считаетъ его только въ рѣдкихъ случаяхъ

1) *Fraenkel*. Ueber manuelle Behandlung des Scheiden-Gebärmuttervorfalls. Breslauer aerztl. Zeitschr. 1888 г. № 10.

2) *Seiffart*. Die Massage in der Gynaekologie. Stuttgart. 1888 г.

3) *Profanter*. Die manuelle Behandlung des prolapsus uteri. Wien. 1888 г.

4) *Theilhaber*. Münchener med. Wochenschr. 1888 г. № 28.

5) *Vulliet*. Sur le massage en gynécologie. Journ. de Médecine de Paris. V. XIV № 15 et 16.

ведущимъ къ цѣли. При существованіи значительной гипертрофіи шейки или большаго разрыва промежности, едва ли можно рассчитывать на успѣхъ. Два случая неполнаго выпаденія матки были излечены имъ послѣ 3 и 8 мѣсяцевъ леченія. При prolapsus ex hypertrophia cervicis получалось уменьшеніе объема матки, но выпаденіе снова происходило, когда больныя начинали ходить, и матка тогда снова увеличивалась въ объемѣ.

Изъ этого краткаго очерка мы видимъ, что за послѣдніе два года гинекологическій массажъ нашелъ много друзей среди выдающихся гинекологовъ и пріобрѣлъ, такъ сказать, права гражданства въ гинекологической терапіи наравнѣ съ другими способами леченія. Необходимо, конечно, теперь заняться клинической разработкой вопроса, чтобы по возможности безпристрастно начертать границы для массажа, такъ какъ чрезмѣрное увлеченіе можетъ, безъ сомнѣнія, повести къ печальнымъ послѣдствіямъ и помѣшать занять массажу то мѣсто, которое ему принадлежитъ. Поэтому-то, мнѣ кажется, наблюденія, произведенныя въ клиникѣ, являются цѣннымъ матеріаломъ и сообщеніе хотя бы только нѣсколькихъ отдѣльныхъ случаевъ представляетъ извѣстный интересъ.

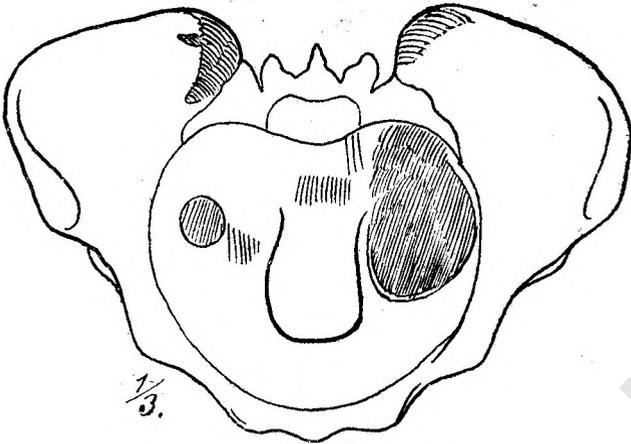
Въ клиникѣ проф. К. Ф. Славянскаго съ іюня этого года началось примѣненіе массажа преимущественно при воспалительныхъ процессахъ въ полости малаго таза. Такъ какъ въ не трудныхъ и не застарѣлыхъ случаяхъ болѣзней женскихъ половыхъ органовъ можно, и помимо массажа, обыкновенными способами леченія получить хорошіе результаты, то такіе случаи не брались для массажа. Леченіе массажемъ требуетъ извѣстнаго постоянства какъ со стороны врача, такъ и со стороны больныхъ, требуетъ значительной затраты времени, такъ что не сильно больныя женщины, особенно среди рабочаго класса, въ рѣдкихъ случаяхъ согласятся лечь въ клинику или ежедневно приходить туда для массажа, такъ какъ получаютъ достаточное облегченіе, приходя разъ въ недѣлю или и того рѣже на пріемъ. Поэтому для массажа выбирались преимущественно такіе случаи, гдѣ собственно нельзя было рассчитывать на

быстрое излеченіе обыкновенными способами леченія. Это были или застарѣлые случаи, гдѣ больныя втеченіе болѣе или менѣе долгаго времени безуспѣшно лечились, или такіе относительно свѣжіе случаи, гдѣ очень значительное распространеніе болѣзненнаго процесса заставляло а ргіогі предполагать, что при обычномъ способѣ леченія потребуется очень много времени для того, чтобы получилось облегченіе, не говоря уже о полномъ или почти полномъ излеченіи. Чтобы можно было составить себѣ вѣрное понятіе о результатахъ леченія массажемъ, всякая другая терапия по возможности избѣгалась. Конечно, иногда приходилось прибѣгать при очень сильной болѣзненности къ согрѣвающимъ компрессамъ или при значительныхъ бѣляхъ къ влагалищнымъ спринцеваніямъ, но это допускалось только въ видѣ исключенія. Въ настоящее время въ цѣломъ рядѣ случаевъ получились хорошіе результаты. Подробный отчетъ можно будетъ дать тогда, когда наберется побольше матеріала, теперь же приходится ограничиться только сообщеніемъ нѣсколькихъ уже законченныхъ случаевъ, къ которому я теперь перехожу.

Случай 1. Больная 22 лѣтъ, на 17 году получила первый разъ регулы, которые съ самаго начала стали приходиться безъ болей черезъ 4 недѣли, продолжаясь 4—5 дней. На первомъ году замужества, въ концѣ января 1888 г. родила благополучно и въ срокъ. Роды были нетрудные и больная чувствовала себя отлично. Недѣлю спустя, она захворала. При лихорадочныхъ явленіяхъ появились сильныя боли въ поясницѣ и внизу живота. Впослѣдствіи появились довольно сильныя бѣли. Больная вскорѣ же начала лечиться, но, не чувствуя никакого облегченія втеченіе 4 мѣсяцевъ, обратилась въ клинику.

Больная средняго роста, удовлетворительнаго питанія и правильнаго сложенія. Жалуются на постоянныя сильныя боли въ поясницѣ и внизу живота на лѣвой сторонѣ. Повременамъ появляются боли и на правой сторонѣ. Сильныя бѣли. При наружномъ изслѣдованіи замѣчается сильная болѣзненность при надавливаніи на лѣвую подвздошную область.

Наружныя половыя органы нормальны, промежность цѣла. При внутреннемъ изслѣдованіи матка оказывается нѣсколько смѣщенной вправо отъ срединной линіи. Portio обращена къзади и влѣво, цилиндрической формы, не велика, зѣвъ въ видѣ небольшой поперечной щели, нижняя губа эродирована. Тѣло матки въ anteflexio, нѣсколько вправо отъ средины, увеличено, значительно болѣзненно. Налѣво отъ матки прощупывается довольно плотная, очень болѣзненная опухоль съ гладкой поверхностью, подвижная, отдѣленная



Схематический рисунок 1, А. 31 мая 1888 г.

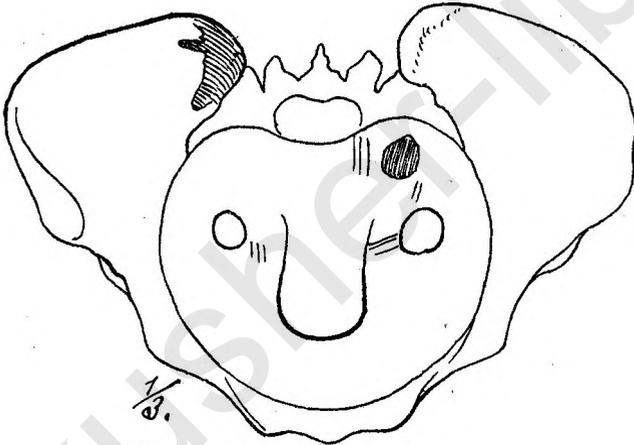


Рисунок 1, В. 1 августа 1888 г.

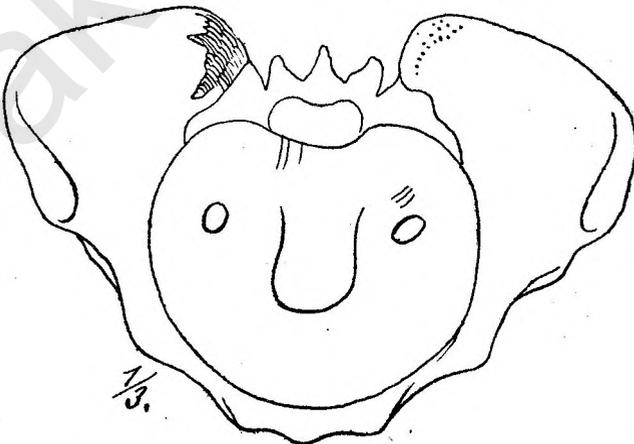


Рисунок 1, С. 2 сентября 1888 г.

бороздкой отъ матки, занимающая весь боковой сводъ, идущая книзу приблизительно до уровня внутренняго зѣва, къзади заходитъ за заднюю поверхность матки, къверху немного не достигаетъ дна матки. Позади матки прощупывается не такой плотный, соединенный съ лѣвосторонней опухолью болѣзненный выпоть. Правый яичникъ увеличенъ приблизительно вдвое, болѣзненъ. Между правымъ яичникомъ и маткой находится почти неболѣзненный старый параметритическій рубчикъ. Лѣвое *lig. sacro-uterinum* значительно утолщено и болѣзненно. Дефекація происходитъ правильно безъ всякихъ слабительныхъ. Съ 6 по 31 мая, больная пользовалась горячими душами, смазываніемъ лѣваго свода *T-ra jodi*, теплыми ваннами. Втеченіе этого времени субъективно больная стала чувствовать себя лучше, боли нѣсколько уменьшились, но замѣтнаго уменьшенія въ опухоли не произошло.

Диагнозъ: *Metritis et Endometritis chronica, Oophoritis dextra, Para-perimetritis sinistra.*

1-го іюня 1888 г. началось примѣненіе массажа. *Status praesens* почти ничѣмъ не отличался отъ вышеприведеннаго при поступленіи больной въ клинику. Прилагаемый рисунокъ даетъ ясное понятіе о состояніи заболѣванія.

Втеченіе іюня ежедневно производился массажъ, кромѣ времени регулъ, которые послѣ 5 мѣсячнаго отсутствія пришли 12-го числа и кончились 18-го. Уже послѣ первыхъ сеансовъ больная стала чувствовать себя гораздо лучше: боли внизу живота почти совершенно прошли, появляясь только изрѣдка и то не въ очень значительной степени; боли въ поясницѣ оставались постоянно, но интенсивность ихъ значительно уменьшилась. Во время регулъ нѣкоторое усиленіе болей. Къ концу мѣсяца замѣтное уже уменьшеніе экссудата.

Въ теченіе іюля массажъ дѣлался ежедневно, за исключеніе времени 18—23 и 26—30 числа. Регулы 26—30, нѣсколько болѣзненны, но меньше, чѣмъ въ предыдущій разъ. Повременамъ появлялись бѣли, но проходили черезъ нѣсколько дней отъ влагалищныхъ спринцеваній сулемой (0,05%). Въ іюнѣ и въ іюлѣ эрозія была 3 раза смазана *T-ra jodi*.

Къ 1-му августа можно было констатировать уже значительное уменьшеніе болѣзненнаго процесса. Матка уменьшилась въ объемъ, не болѣзненна, въ *anteflexio*, немного вправо отъ срединной линіи. Длина полости матки 7,5 цтм. Въ правомъ боковомъ сводѣ прощупывается нѣсколько увеличенный, немного болѣзненный яичникъ. Кзади отъ него, но совершенно отдѣльно остатокъ выпота. Между маткой и яичникомъ незначительный тяжъ. Лѣвый яичникъ только по величинѣ немного больше нормальнаго. Отъ бывшаго въ правомъ сводѣ рубца ничего не осталось. На его мѣстѣ ткани представляютъ едва замѣтную резистентность. *Lig. sacro-uterinum sinistrum* нѣсколько утолщено.

Втеченіе августа ежедневно массажъ, не исключая и времени регулъ (28 августа—1 сентября). Боли внизу живота прекратились. Въ поясницѣ еще изрѣдка покальваніе. Бѣли прошли. 3-го сентября больная могла быть выписана, какъ выздоровѣвшая. При выпискѣ было найдено слѣдующее: *Portio*

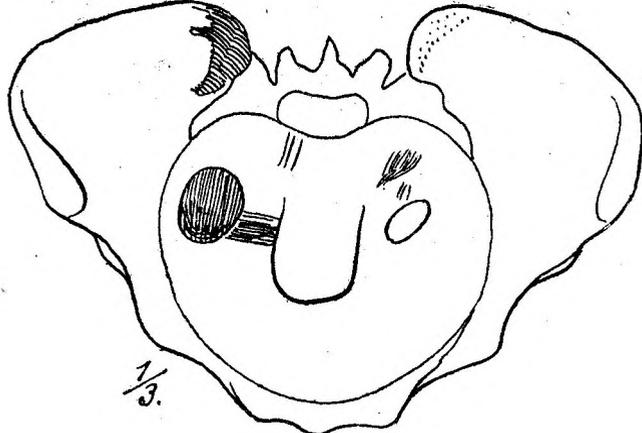
кзади и посрединѣ, зѣвъ въ видѣ поперечной щели, въ окружности его эрозій нѣтъ. Тѣло матки неувеличено, не болѣзненно, въ anteflexio, подвижно. Оба яичника нормальной величины, не болѣзненны. Lig. sacro-uterinum sinistrum утолщено и нѣсколько болѣзненно. Влѣво отъ него незначительная резистентность.

Состояніе больной при поступленіи въ клинику было довольно плачевное. Уже нѣсколько мѣсяцевъ продолжавшійся послѣродовой воспалительный процессъ былъ значительно распространенъ и очень туго поддавался обыкновенной терапіи. Съ примѣненіемъ же массажа, больная стала быстро поправляться. Субъективно это выразилось уже послѣ нѣсколькихъ сеансовъ, объективно можно было констатировать къ концу перваго мѣсяца леченія. Появленіе регулъ при примѣненіи массажа послѣ 5-ти-мѣсячнаго отсутствія должно приписать не самому массажу, а вызванному имъ уменьшенію воспаления. На все леченіе понадобилось 3 мѣсяца (всего 75 сеансовъ). Еслибы въ первые два менструальныхъ періода не было сдѣлано перерыва, то продолжительность леченія можно было бы сократить приблизительно на мѣсяць. Послѣ ухода изъ клиники больная приходила показаться черезъ 3 недѣли. Она чувствовала себя отлично. Не смотря на то, что она принуждена заниматься работой, не только не возобновились боли внизу живота, но и покаяванія въ поясницѣ стали появляться значительно рѣже. Регулы пришли правильно черезъ 4 недѣли и безъ болей.

Случай 2. Больная 30 лѣтъ, регулы получила на 13 году, безъ болей. Съ самаго начала регулы стали приходиться правильно, черезъ мѣсяць, продолжались 7 дней. Первый разъ вышла замужъ на 26 году и была $\frac{1}{2}$ года замужемъ. Затѣмъ, годъ тому назадъ, вышла вторично замужъ. Уже съ перваго раза во второмъ замужествѣ стала чувствовать довольно сильную боль при coitus. Полгода спустя появились боли въ поясницѣ и внизу живота на правой сторонѣ, распространившіяся затѣмъ и на лѣвую сторону. Сначала боль появлялась только повремениамъ, особенно послѣ coitus, но затѣмъ сдѣлалась постоянной. Регулы вначалѣ были безболѣзненны, но послѣдніе два раза передъ поступленіемъ больной въ клинику, приходили съ очень сильными болями. Послѣдніе два мѣсяца передъ поступленіемъ въ клинику, боль оставалась постоянной; такъ что больная могла только съ трудомъ ходить. Нѣсколько лѣтъ страдаетъ въ высшей степени упорными запорами, такъ что дефекація невозможна безъ помощи слабительнаго или клистира. Незначительныя, повремениамъ появляющіяся бѣли.

Больная выше средняго роста, плохаго питанія. Подкожная жировая кѣтчатка развита очень плохо. Пальпація живота въ высшей степени болѣзненна. Промежность цѣла, hymen надорванъ. Portio кзади, немного вправо, цилиндрической формы, зѣвъ въ видѣ небольшого круглаго отверстія. Тѣло матки не увеличено, не болѣзненно, въ рѣзко выраженной anteflexio. Правый яичникъ рѣзко увеличенъ, сильно болѣзненъ.

Между правымъ яичникомъ и маткой параметритическій экссудатъ: Правое lig. sacro-uterinum значительно утолщено и болѣзненно. Лѣвый яичникъ



Схематический рисунок 2, А. 11 июня 1888 г.

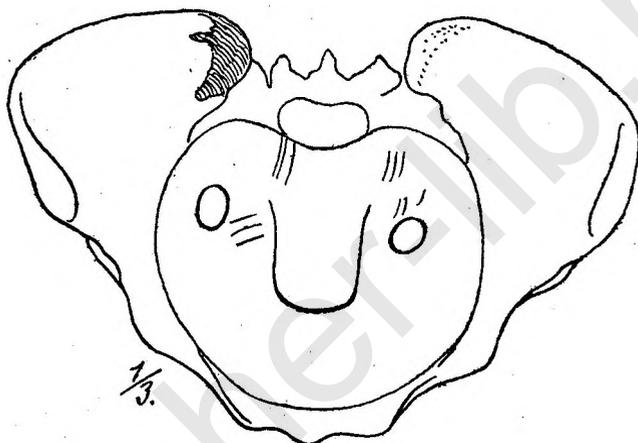


Рисунок 2, В. 29 июля 1888 г.

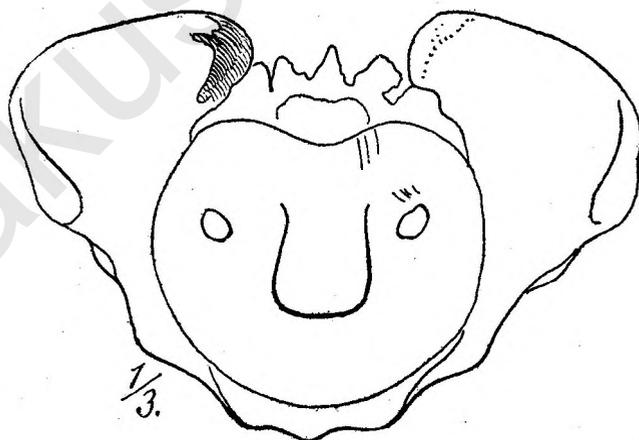


Рисунок 2, С. 5 сентября 1888 г.

тоже увеличенъ, хотя въ меньшей степени, чѣмъ правый, и сильно болѣзненъ. Кзади и книзу отъ лѣваго яичника периметритическія очень болѣзненные утолщенія. Бѣли въ очень незначительномъ количествѣ. Жалобы на отсутствіе аппетита, запоры, боли въ поясницѣ и внизу живота.

Діагнозъ: Anteflexio, Oophoritis duplex, Para-perimetritis.

11-го іюня началось леченіе массажемъ. Массажъ дѣлался ежедневно, кромѣ времени регулъ. Втеченіе іюня боли нѣсколько уменьшились, не были постоянны, такъ что повременамъ были безболѣзненные промежутки. Боли передъ регулами были значительно слабѣе, чѣмъ въ предыдущіе раза, также и во время регулъ боли были значительно меньше и то, главнымъ образомъ, первые два дня. Запоры остались попрежнему, такъ что рѣдкій день можно было обходиться безъ слабительнаго. Объективно получалось незначительное улучшеніе. Втеченіе іюля значительное какъ субъективное, такъ и объективное улучшеніе. Боли стали появляться гораздо рѣже, чѣмъ въ іюнѣ, продолжались болѣе короткое время и были не такъ сильны. Регулы пришли безъ болей и только на 3-й и 4-й день регулъ были боли внизу живота втеченіе нѣсколькихъ часовъ. Массажъ ежедневно за исключеніемъ 18—23 іюля и времени регулъ (24—30). Къ концу мѣсяца изслѣдованіе дало слѣдующіе результаты: матка въ менѣе рѣзко выраженной anteflexio, не болѣзненна, не увеличена. Правый яичникъ значительно уменьшился въ объемѣ и почти безболѣзненъ. Между нимъ и маткой только незначительная резистентность. Правое lig. sacr. uterinum утолщено и болѣзненно. Лѣвый яичникъ немного уменьшился, но все еще чувствителенъ. Периметрій утолщенъ, позади яичника периметритическія утолщенія остались почти въ томъ же состояніи, какъ при поступленіи въ клинику.

Втеченіе августа состояніе больной мало-по-малу стало значительно улучшаться. Боли стали появляться рѣдко, преимущественно въ поясницѣ и внизу живота на лѣвой сторонѣ. Бѣли показывались изрѣдка въ небольшомъ количествѣ. Иногда нѣсколько дней подрядъ больная обходилась безъ слабительнаго, но болѣею частію приходилось прибѣгать къ помощи разныхъ слабительныхъ. Регулы безъ болей. Во время регулъ массажъ не прекращался.

5-го сентября, послѣ 60 сеансовъ больная выписалась. Чувствуетъ себя хорошо. Portio кзади и посрединѣ, зѣвъ круглый, тѣло матки въ переднемъ сводѣ, въ anteflexio, уголъ между тѣломъ и шейкой менѣе острый, чѣмъ при поступленіи больной въ клинику. Яичники нормальной величины, не болѣзненны. Правое lig. sacro-uterinum нѣсколько утолщено и болѣзненно. Кзади отъ лѣваго яичника едва замѣтная, почти не болѣзненная резистентность. Бѣлей нѣтъ. Запоры не прошли.

Для полнаго почти излеченія больной понадобилось сдѣлать 60 разъ массажъ. Еслибы не было нерывовъ, то на все леченіе потребовалось бы всего мѣсяца два, срокъ во всякомъ случаѣ небольшой для полученныхъ благоприятныхъ результатовъ. Появлявшіяся часто довольно значительныя боли въ животѣ зависѣли во всякомъ случаѣ не только отъ заболѣванія половыхъ органовъ, а отчасти, безъ сомнѣнія, отъ заболѣванія кишечнаго канала. Те-

рапевтъ, къ которому обратилась больная, поставилъ діагнозъ на застарѣлый атоническій катарръ кишекъ, существованіе котораго могло само по себѣ вызвать тѣ боли, на которыя жаловалась больная. Передъ поступленіемъ въ клинику больная между прочимъ спрашивала совѣта относительно безплодія. Имѣя передъ собою рѣзко выраженную ante flexio, имѣлось въ виду сдѣлать ей, по устраненіи воспаленія, hysterostomatomiam. Къ концу оказалось, однако, не нужнымъ прибѣгать къ этой операціи, такъ какъ, перегибъ матки значительно уменьшился, такъ что, принявъ во вниманіе устраненіе воспаленія, можно надѣяться, что больная можетъ забеременѣть и безъ операціи.

Случай 3-й. Больная 24 лѣтъ, начала менструировать на 17 году правильно въ 4 недѣльные промежутки, по 4 дня, безъ болей. На 20 году вышла замужъ и родила къ концу года. Захворала 2 мѣсяца спустя послѣ родовъ, 4 года тому назадъ. Появились сильныя боли въ поясищѣ и внизу живота и бѣли. Регулы сохранили прежній типъ, но сдѣлались очень болѣзненны. Всѣ 4 года больная лечилась, но безъ особеннаго успѣха: только повременамъ на короткое время боли немного уменьшались.

Жалобы: сильныя боли въ поясищѣ и внизу живота, лишаящія больную возможности работать и принуждающія ее преимущественно лежать въ постели; сильныя бѣли, болѣзненные регулы.

Больная выше средняго роста, хорошаго питанія. Подкожная жировая кѣтчатка хорошо развита.

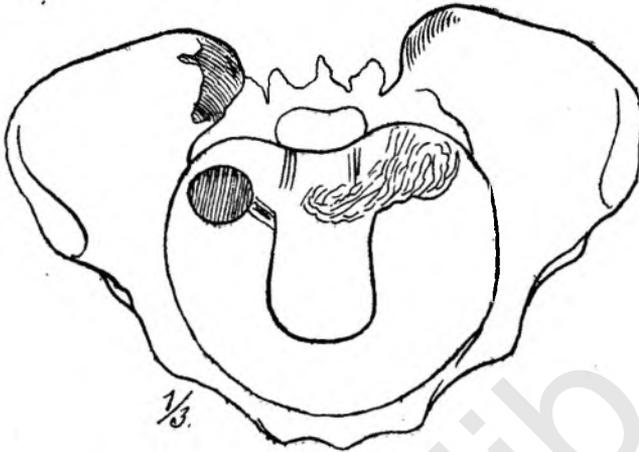
Пальпація живота въ высшей степени болѣзненна. На промежности незначительный разрывъ. Portio кзади, цилиндрической формы, зѣвъ въ видѣ поперечной щели. Въ окружности зѣва не особенно значительныя эрозіи. Тѣло матки въ переднемъ сводѣ, въ ante flexio, увеличено, очень болѣзненно. Длина полости матки 8,5 цтм. Правый яичникъ увеличенъ, болѣзненъ и нѣсколько опущенъ. Въ заднемъ сводѣ позади матки экссудатъ, который переходитъ въ лѣвый сводъ и окружаетъ яичникъ, контуры котораго не ощупываются вполне ясно.

Діагнозъ: Metritis et Endometritis chronica. Oophoritis dextra. Perimetritis sinistra.

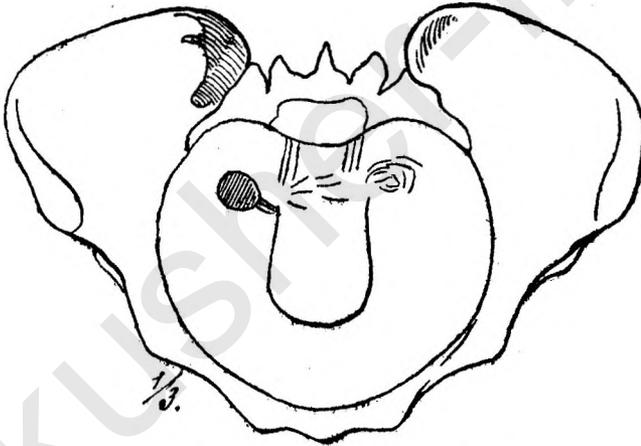
6-го сентября пришли регулы и начато леченіе массажемъ, не смотря на довольно сильныя боли. Регулы продолжались до 10-го сентября. Въ то же время шли очень густыя бѣли въ большомъ количествѣ. По окончаніи регулъ бѣли уменьшились. 13—17 сентября боли совершенно прошли. Объективно замѣтно значительное улучшеніе. 19-го сентября больная не захотѣла дольше оставаться въ клиникѣ. Массажъ былъ сдѣланъ всего 13 разъ.

При выпискѣ больной найдено слѣдующее: матка уменьшилась въ объемѣ, нах. въ переднемъ сводѣ, въ ante flexio, менѣе болѣзненна. Правый яичникъ почти нормальной величины, немного болѣзненъ. Въ заднемъ и лѣвомъ сводѣ остались только слѣды экссудата и прощупываются утолщенныя lig. sasgoterina. Бѣлей нѣтъ.

Больная сама не захотѣла дольше оставаться въ клиникѣ, поэтому поневолѣ пришлось прекратить леченіе. Судя по тому, какого результата уда-



Схематическій рисунокъ 3, А. 6 сентября 1888 г.



Рисунокъ 3, В. 19 сентября 1888 г.

лось достигнуть въ 13 сеансовъ, можно было разсчитывать на полное излеченіе воспалительныхъ явленій вокругъ матки въ какихъ нибудь двѣ недѣли. Для излеченія метрита и эндометрита понадобилось бы, конечно, больше времени. Въ этомъ случаѣ бросается въ глаза быстрое улучшеніе въ такое короткое время. Въ предыдущихъ случаяхъ приходилось ждать больше времени, чтобы получить такіе результаты. Быть можетъ, благоприятнымъ моментомъ въ этомъ случаѣ является то обстоятельство, что начало массажа совпало съ наступленіемъ регуль, такъ что съ перваго же дня массажа, условия для всасыванія вынота были въ высшей степени благоприятны.

XXIII.

ХЛОРАЛЬ-ГИДРАТЬ ВЪ БОЛѢЗНЯХЪ СОСКОВЪ У КОРМЯЩИХЪ ГРУДЬЮ ЖЕНЩИНЪ.

Д-ра Ивана Митропольскаго.

(Москва).

Многочисленность средствъ, предложенныхъ противу ссадинъ и трещинъ на грудныхъ соскахъ у кормящихъ грудью женщинъ, указываетъ какъ на упорство этого страданія, такъ и на разнообразіе его причинъ. Въ числѣ послѣднихъ, есть одна довольно частая, и она-то ведетъ къ наиболѣе упорному страданію сосковъ, передъ которымъ оказываются безсильными всѣ обычныя средства.

Въ этой формѣ заболѣваніе сосковъ начинается появленіемъ обыкновенно на передней поверхности ихъ мелкихъ, съ булавочную головку, пузырьковъ (*vesiculae*), наполняющихся въ теченіе 12—24 часовъ прозрачнымъ жидкимъ содержимымъ и затѣмъ лопающихся, оставляя обнаженную отъ эпидермиса поверхность. Одновременно или послѣдовательно, пузырьки появляются и на боковыхъ поверхностяхъ соска и у его основанія, иногда же распространяются и по всей ареолѣ, но никогда не переходятъ ея границы — на неокрашенную кожу груди. Процессъ, т. е., появленіе, наполненіе и лопаніе пузырьковъ, на всѣхъ этихъ мѣстахъ однообразный, но дальнѣйшее теченіе зависитъ, повидимому, отъ мѣста, гдѣ появляются пузырьки, именно, насколько оно подвергается раздраженію отъ сосанія ребенкомъ.

Экскориации, остающіяся послѣ лопнувшихъ пузырьковъ, весьма болѣзненны при дотрогиваніи до нихъ и тѣмъ дѣлають крайне мучительнымъ для матери кормленіе. Но, понятно, что болѣзненностью своею мѣшаютъ кормленію особенно тѣ ссадины, къ которымъ сосущій ребенокъ прикасается своими гу-

бами и языкомъ, находящіяся же внѣ такого прикосновенія, напр., на сосковой ареолѣ, кормленію не мѣшаютъ. По этой же причинѣ наиболѣе мѣшаютъ кормленію ссадины у основанія (въ окружности) соска, которое захватывается деснами ребенка; здѣсь же у основанія прежде другихъ появляются и трещины, чему помогаетъ оттягиваніе соска при сосаніи. Однажды появившіяся ссадины и трещины покрываются эпидермисомъ только въ томъ случаѣ, когда устраняется ихъ раздраженіе сосаніемъ и въ такомъ случаѣ заживленіе наступаетъ быстро, въ 24—36 часовъ. Впрочемъ, на боковыхъ поверхностяхъ соска и вообще тамъ, гдѣ прикосновеніе ртомъ ребенка слабо, лопнувшіе пузырьки иногда подсыхаютъ, затѣмъ вновь появляются; вообще же, чрезъ нѣсколько дней форсированнаго кормленія, которое, вслѣдствіе своей болѣзненности, иногда доводитъ женщину до обмороковъ, сосокъ представляетъ красную мокнущую поверхность, съ разсѣянными на ней въ разныхъ направленіяхъ трещинами, кровоточащими во время кормленія.

Не знаю, къ какому разряду сыпей правильнѣе отнести эти пузырьки на соскахъ, при всемъ кажущемся сходствѣ болѣзни съ *ecz. vesiculosum*, здѣсь на соскахъ, высыпаніе ограничивается только пигментированною поверхностью груди и не переходитъ ея границъ; затѣмъ лишенная эпидермиса и мокнущая поверхность образуется только на частяхъ, раздражаемыхъ сосаніемъ, слѣдовательно, всего пигментированнаго на груди пространства не занимаетъ, и, наконецъ, по устраненіи раздраженія, т. е., по прекращеніи кормленія, мокнущая экскорированная поверхность быстро заживаетъ при соблюденіи одной опрятности, вмѣстѣ съ тѣмъ прекращается и образованіе новыхъ пузырьковъ, т. е., болѣзнь оканчивается. Такая легкость прекращенія болѣзни не свойственна настоящей экземѣ. Замѣчено еще мною, что описанная форма сыпи поражала женщинъ исключительно малокровныхъ и истеричныхъ, которыя при этомъ и внѣ кормленія обнаруживали гиперестезію сосковъ, напр. зудомъ, легкими рефlekсами на половую сферу при постороннемъ прикосновеніи къ нимъ и т. п. Замѣчено также, что разъ появляв-

шееса во время кормленія высыпаніе пузырьковъ съ своими послѣдствіями, имѣетъ наклонность возвращаться и при послѣдующихъ кормленіяхъ.

Въ этомъ страданіи, никѣмъ еще, сколько мнѣ извѣстно, не описанномъ, которое ведетъ неминуемо къ прекращенію кормленія грудью, не уступая обычнымъ средствамъ, оказался весьма полезнымъ употребляемый мною хлораль-гидратъ. Не устраняя образованія пузырьковъ, онъ препятствуетъ образованію экскоріацій и мокнущихъ поверхностей на соскѣ, а появляющіяся трещины дѣлаетъ мало болѣзненными и скоро заживаетъ, такъ что кормленіе можетъ быть продолжаемо и доводится до конца. Для доказательства дѣйствительности этого средства, а также для описанія способовъ его употребленія, я привожу исторію первой изъ моихъ пациентокъ, какъ наиболѣе рѣзко выдающуюся.

Женщина, выкормившая четырехъ дѣтей и кормившая пятаго въ 1880 году, на шестомъ мѣсяцѣ кормленія получила ссадины и затѣмъ трещины на обоихъ соскахъ. Не смотря на разнообразное леченіе, въ правой груди развился нарывъ и кормленіе должно было прекратиться. Черезъ годъ съ небольшимъ та же женщина родила шестаго ребенка и непремѣнно хотѣла кормить его сама. Вышій и вскрытый въ свое время нарывъ въ правой груди, кормленію не мѣшалъ, молока было достаточно и кормленіе пошло было успѣшно, но на второй недѣли появились на соскахъ описанные выше пузырьки, за ними экскоріаціи, а затѣмъ трещины. Такъ какъ обѣ груди были поражены одновременно, то оказалось возможнымъ пробовать разнообразное леченіе тѣмъ болѣе, что у женщины не было недостатка въ терпѣніи, лишь бы кормленіе стало возможнымъ. Но все перепробованное не принесло пользы; мучительныя боли при кормленіи разстроили и питаніе, и нервную систему; ребенка пришлось отнять отъ груди. Черезъ годъ новые, седьмые роды; новая попытка къ кормленію и тотъ же результатъ. Въ это время больная совѣтовалась со многими врачами, какъ въ своемъ городѣ, такъ и въ Москвѣ, куда нарочно ѣздила, но получала только прежде испытанныя, слѣдовательно, бесполезныя совѣты и рецепты. Новаго она приобрѣла только въ указаніи на секретную противъ трещинъ мазь, составляющую собственность одной московской аптеки. Эта мазь, употребленная больною, обнажила отъ эпидермиса сплошь соски и ареолы, такъ что кормленіе стало окончательно невозможнымъ и прекращено на третьей недѣлѣ отъ начала.

Черезъ годъ несчастная женщина забеременела въ 8-й разъ; это было въ 1883 году. Во время беременности были приняты мѣры къ укрѣпленію сосковъ, такъ какъ пациентка, частію по болѣзненному желанію кормить самой,

частью вследствие испытанных неприятностей и хлопотъ съ кормилицами двухъ предшествовавшихъ дѣтей, не внимала никакимъ резонамъ. Но та же болѣзнь сосковъ возвратилась въ первые десять дней кормленія и началась старая исторія безуспѣшнаго леченія и тяжелой пытки для кормящей. Въ это время мною предложено было ей испробовать прикладываніе на соски компрессовъ, намоченныхъ въ растворъ хлораль-гидрата, прописаннаго ей мною въ количествѣ 3β на $\mathcal{Z}ij$ воды. Первое приложеніе такихъ компрессовъ сдѣлано было вслѣдъ за кормленіемъ и на обѣ груди. Очередная изъ нихъ, на которой, слѣдовательно, компрессъ лежалъ отъ $2\frac{1}{2}$ до 3 часовъ, оказалась уже менѣе болѣзненною при первомъ кормленіи, а другая, находившаяся подъ примочкой вдвое дольше, стала почти безболѣзненною; трещины и ссадины на ней покрылись бѣловатой пленкой, которая не уничтожилась при кормленіи, и затѣмъ поджили. Съ этого времени оба свои соска женщина стала держать постоянно подъ примочкой и, благодаря этому, могла кормить ребенка цѣлый годъ. Послѣ этого она чрезъ $1\frac{1}{2}$ года забеременила 9-мъ ребенкомъ и была уже спокойна на счетъ своего кормленія и на счетъ своей болѣзни, хотя бы она и возвратилась. И она дѣйствительно возвратилась на 10-й день, но компрессы изъ хлорала доставили возможность кормить самой этого послѣдняго ребенка около шестнадцати мѣсяцевъ.

Какъ сказано уже, содержаніе сосковъ подъ примочкою изъ хлорала не предотвращало появленія, время отъ времени, пузырьковъ и даже небольшихъ ссадинъ и трещинокъ, но онѣ были мало болѣзненны и скоро подживали. Самое приложеніе компрессовъ варьировалось слѣдующимъ образомъ. Обыкновенно, для постоянныхъ примочекъ употреблялся болѣе слабый растворъ хлорала, именно, часть прописываемаго ей раствора, 3β на $\mathcal{Z}ij$, разбавлялась, по мѣрѣ надобности, равнымъ приблизительно количествомъ воды, и тѣмъ же размачивались присохшіе къ кожѣ компрессы, что случалось, когда ссадины еще мокли. Въ случаѣ же, если онѣ медленно подживали или становились чувствительнѣе, особенно же, когда при этомъ появлялись трещины, то употреблялся неразведенный растворъ на особыхъ мягкихъ кусочкахъ полотна, а весь сосокъ сверху покрывался компрессомъ изъ слабого раствора. Приложеніе цѣльнаго раствора, вызывало на экскорірованныхъ мѣстахъ чувствительное жженіе, впрочемъ скоро проходившее само собою. Въ послѣдніе 3—4 мѣсяца кормленія, когда дѣти, прикармливаемые другою пищею, рѣже брали грудь, слѣдовательно, менѣе раздражали соски, и примочка изъ хлорала становилась

менѣе необходимою, такъ что и совсѣмъ оставлялась на нѣ-
сколько дней. Но затѣмъ, все же появлялось высыпаніе пу-
зырьковъ и приходилось возвращаться къ примочкѣ. Съ пре-
кращеніемъ кормленія, какъ сказано выше, болѣзнь исчезла
сама собою и безслѣдно. На дѣтей компрессы изъ хлорала не об-
наруживали никакого вліянія, хотя соски предъ кормленіемъ
не обмывались, а только осушались мягкимъ полотномъ.

КАЗУИСТИКА.

XXV.

Беременность зачаточного рога однорогой матки.

Д-ра В. Н. Массена.

Сообщено въ акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ въ С.-Петербургѣ 22-го сентября 1888 г.

Я намѣренъ сообщить почтенному собранію случай беременности въ зачаточномъ рогѣ однорогой матки. Случай этотъ, который мнѣ и моимъ товарищамъ привелось наблюдать въ гинекологической клиникѣ проф. К. Ф. Славянскаго, заключается въ слѣдующемъ:

15-го февраля текущаго года въ клинику проф. К. Ф. Славянскаго явилась больная Анна Т., 29 лѣтъ отъ роду, жена дворянина. Она жаловалась на появленіе у себя въ животѣ какой-то опухоли, обнаружившейся два мѣсяца тому назадъ. Изъ анамнеза больной выяснилось, что первую менструацію получила она на 16 году и, затѣмъ, стала носить крови правильно по 5 дней, черезъ 3 недѣли. Замужъ вышла на 18 году. Чрезъ три года бездѣтнаго супружества подверглась операциі—*hysterostomatomі*'и, произведенной въ клиникѣ проф. Славянскаго. Восемь мѣсяцевъ спустя послѣ этой операциі забеременела и благополучно родила въ срокъ доношеннаго младенца. Вторые роды также были совершенно нормальны. Въ третій же разъ (который былъ для нея и послѣднимъ) больная родила при помощи акушера, дѣлавшаго у нея

экстракцію плода. Въ настоящее время считаетъ себя беременной на IV-мъ мѣсяцѣ, такъ какъ регулы были послѣдній разъ 7-го ноября прошлаго года. Въ началѣ настоящей беременности больная страдала тошнотой и рвотою, продолжавшимися въ теченіе первыхъ двухъ мѣсяцевъ. Но вслѣдъ за тѣмъ и до настоящаго времени чувствуетъ себя отлично, аппетитъ и сонъ прекрасные. Единственная тревога ея — опухоль, за со-вѣтомъ по поводу которой, больная и обратилась въ клинику.

Status praesens. Больная весьма умѣренного тѣлосложенія и питанія. Наружныя половыя части нормальны. Черезъ брюшныя покровы прощупывается опухоль, ясно-округлой формы, эластической консистенціи, безболѣзненная и совершенно подвижная. Величина ея нѣсколько менѣе головы новорожденнаго младенца. При внутреннемъ изслѣдованіи — *portio vaginalis* разрыхлена, матка увеличена въ объемѣ, но представляется по размѣрамъ меньше того, чѣмъ бы она должна быть на IV мѣсяцѣ. Она отодвинута нѣсколько вправо отъ средней линіи и въ глубь брюшной полости опухолью, находящейся по отношенію къ маткѣ спереди и влѣво. Опухоль эта имѣетъ величину кулака, совершенно подвижна, безболѣзненна; консистенція ея и здѣсь ясно-эластическая. Передній и лѣвый своды заняты опухолью; правый же и задній свободны и совершенно безболѣзненны.

Совокупность такихъ данныхъ не давала возможности немедленно сдѣлать точное и окончательное распознаваніе. Съ одной стороны наличность круглой, эластической и подвижной опухоли наводила мысль на діагнозъ кисты; съ другой же стороны — разрыхленіе шейки, увеличеніе объема матки и анамнестическія данныя говорили въ пользу беременности. Нѣкоторая отсталость матки въ ростѣ и присутствіе рядомъ съ ней сравнительно быстро растущей опухоли, заставляли предполагать именно вѣматочную беременность. Кроме того, допустимо было и то предположеніе, что въ данномъ случаѣ мы имѣли дѣло съ комбинаціей *graviditatis* съ кистой яичника, но несомнѣнно было одно, что больная должна была во всякомъ случаѣ подвергнуться операціи (чревосѣченія). Въ ожиданіи этой операціи она и была помѣщена въ гинекологическое отдѣленіе клиники, 15-го февраля 1888 г.

Въ теченіе слѣдующихъ затѣмъ восьми дней больная пользовалась отличнымъ самочувствіемъ. Но вотъ 23-го февраля, въ 9 ч. утра, больная внезапно почувствовала рѣзкія боли

внизу живота. Появилась рвота. Пульсъ въ это время колебался между 76 и 80 ударами въ 1', $t^{\circ}=37,2$; животъ сдѣлался чувствительнымъ. Къ половинѣ втораго часа дня пульсъ началъ ускоряться въ числѣ ударовъ и дошелъ до 120 въ 1', при чемъ волна его стала рѣзко слабѣть. Появились и другія признаки острой анеміи (головокруженіе, упадокъ силъ и пр.); явленія эти заставляли думать о появленіи внутренняго кровотечения, всего вѣроятнѣе путемъ разрыва плоднаго мѣшка внѣматочной беременности. Неотложность оперативнаго вмѣшательства такимъ образомъ стала очевидной. Въ 3 ч. 35 мин. дня проф. Славянскій рѣшилъ приступить къ операціи. Больная была принесена въ оперативную комнату съ едва ощутимымъ, порой исчезающимъ пульсомъ, съ холодными конечностями, въ совершенно апатическомъ состояніи. Угасающая жизнѣдѣтельность была поднята послѣдовательными подкожными впрыскиваніями четырехъ полныхъ шприцевъ эфира. Вслѣдъ затѣмъ, при улучшившейся сердечной дѣятельности, больная была подвергнута наркозу, смѣсью хлороформа съ эфиромъ, какъ 2: 1. Въ полномъ наркозѣ она была переведена въ дневной операціонный залъ клиники и начата операція. Разрѣвъ брюшной стѣнки былъ веденъ по *linea alba* отъ пупка до симфиза. Въ полости живота оказалось большое количество кровяныхъ сгустковъ и жидкой крови. Опухоль была найдена легко и извлечена рукою наружу. Она оказалась зачаточнымъ лѣвымъ рогомъ матки въ состояніи беременности. Сзади и сверху въ брюшинѣ, покрывающей этотъ рогъ, находилось едва замѣтное отверстіе, откуда изъ разорваннаго венознаго подбрюшиннаго сосуда струилась кровь. Отверстіе было величиною до полсантиметра въ поперечникѣ. Плодное яйцо и мышечныя стѣнки рога оказались совершенно цѣлыми. Ножка опухоли представляла собой солидный пучекъ тканей, идущій къ маткѣ и состоящій изъ *lig. latum*, *lig. rotundum sin.* и лѣвой фаллопиевой трубы, гезр. абдоминальнаго конца ея. Ножка *in toto* была проколота иглою и раздѣлена на-двое лигатурами. Вслѣдъ затѣмъ, на ножку была наложена еще одна общая лигатура. Концы всѣхъ трехъ лигатуръ обрѣзаны и эти послѣднія брошены, затѣмъ, въ брюшную полость. Кровотеченія изъ ножки не было. Обычный туалетъ брюшины; брюшная рана защита шелковыми іодоформированными лигатурами. Въ извлеченной опухоли, оказавшейся 375 grm. вѣсомъ, заключалась серозная жидкость и зародышъ, соответствующій приблизительно 4-му

мѣсяцу утробной жизни. Длина зародыша равнялась около 15 сант., толщина стѣнокъ беременнаго рога около $1\frac{1}{2}$ сант. Всѣ кровяныхъ сгустковъ, найденныхъ въ брюшной полости, равнялся приблизительно 600 грм.; жидкой крови было тамъ около стакана.

По окончаніи операціи для поднятія сердечной дѣятельности былъ впрыснутъ одинъ шприцъ эфира. Мало-по-малу общее состояніе стало улучшаться и вскорѣ стало вполне удовлетворительнымъ. Больная находилась въ возбужденномъ состояніи. Никакихъ неприятныхъ субъективныхъ ощущеній не испытывала. Температура колебалась между 36 и $37,2^{\circ}$, пульсъ $60-108$, число дыханій между $20-28$. Къ полуночи обнаружился, однако, нѣсколько тревожащій симптомъ—учащеніе пульсовыхъ ударовъ, достигшее до 120 въ $1'$. Первую ночь больная провела весьма сносно: порой дремала, болѣе никакихъ не испытывала, психика ея была самая свѣтлая, пульсъ продолжалъ держаться учащеннымъ. На слѣдующій день, 24 февраля, самочувствіе стало ухудшаться, появились боли внизу живота, около пупка и въ спинѣ; пульсъ попрежнему былъ учащенъ, t° за день въ среднемъ $37,3^{\circ}$. Къ вечеру обнаружился упадокъ сердечной дѣятельности, стало развиваться состояніе апатіи. Благодаря примѣненію возбуждающихъ къ утру слѣдующаго дня (25 февраля) удалось поднять вялую жизнедѣятельность. Въ теченіе дня больная предъявляла постоянныя жалобы на боли въ животѣ и подъ ребрами, вздутіе живота. Въ слѣдующую затѣмъ ночь она нѣсколько разъ впадала въ дремотное, крайне чуткое состояніе; въ общемъ же эта ночь прошла тревожно: боли подъ ложечкой и крайне болѣзненный позывъ на рвоту, изжога и, наконецъ, неоднократная рвота желчью,—все это держало больную въ крайне тяжеломъ состояніи. За истекшій день и слѣдующую затѣмъ ночь температура не переходила выше $37,3$, пульсъ въ среднемъ держался около 100 , число дыханій около 24 . Отсутствіе стула. Всѣ попытки вызвать испражненіе (клизмы обыкновенныя, глицериновыя, резиновый наконечникъ въ чехлѣ) безъ эффекта. Съ утра слѣдующаго дня (26 февраля) субъективныя явленія продолжаютъ усиливаться. Больная неустанно жалуется на невыносимую боль по всему животу, на особенное чувство полноты и раздуванія его, на болѣзненныя ощущенія распиранія реберъ. Вся примѣняющаяся до сихъ поръ терапія (ледъ въ пилюляхъ, ледъ на животѣ, шампанское, уголь и морфій съ tag.

bism. внутрь и пр) не производит ни малѣйшаго успѣха. Повторныя клизмы безъ результата, $t^{\circ}=37,8$, пульсъ 96, число дыханій 28. Къ 4 часамъ дня (26 февраля) сильный упадокъ сердечной дѣятельности. Несмотря на энергическое примѣненіе возбуждающихъ (чрезъ 15 — 20 минутъ шприцъ эфира) упадокъ прогрессируетъ, больная мало-по-малу впадаетъ въ состояніе глубокой апатіи, изъ которой она выходитъ повременамъ подъ вліяніемъ бурныхъ болей. Въ 7 - мѣ часу вечера пульсъ едва ощутимъ въ плечевой артеріи, сфинктеры расслаблены, дыханіе учащено и поверхностно, сознаніе исчезаетъ. Въ 7 часовъ 55 минутъ больная скончалась, на четвертые сутки послѣ операціи.

Вскрытіе произведенное профессоромъ Бурцевымъ, обнаружило слѣдующее. Въ полости pericardii немного сывороточной жидкости. Сердце въ поперечникѣ равняется 10 сантиметрамъ, въ продольномъ размѣрѣ 12 сантиметрамъ. Въ полости праваго предсердія и желудочка рыхлые обезцвѣченные сгустки фибрина. По бороздамъ сердца отложеніе жира, мускулатура дряблая; стѣнка лѣваго желудочка равняется 1 сантиметру, стѣнка праваго ожирѣла, толщиною не болѣе сантиметра; клапаны, intima сосудовъ безъ измѣненія. Лѣвый желудочекъ пустъ. Оба легкія свободны, проходимы для воздуха, малокровны. Печень плоска, въ разрѣзѣ дряблая, блѣдная (паренхиматозный процессъ). Желчный пузырь содержитъ темноватаго цвѣта жидкость. Селезенка мала, толщиною въ 1 сантиметръ, шириною 5 сантиметровъ, продольный размѣръ равенъ 8 сантиметрамъ, пульпа ея блѣдна. Почки малокровны, капсула снимается легко, вещество ихъ дрябло. Слизистая оболочка желудочно-кишечнаго канала малокровна. Матка неправильной формы вслѣдствіе удлиненія ея въ видѣ рога, отходящаго отъ лѣваго угла дна ея. Надъ этимъ удлиненіемъ наложена лигатура на ножку ампутированнаго при жизни новообразованія (graviditas extrauterina). Къ лигатурѣ подходит lig. rotundum sinistrum. Оба яичника небольшого объема, малокровны. Фаллопиевы трубы особыхъ измѣненій не представляютъ. Матка увеличена въ объемѣ до величины кулака. Соотвѣтственно ея увеличенію расширенъ маточный каналъ. Слизистая оболочка матки разрыхлена, утолщена, съ экстрavasатами.

Такимъ образомъ, мы имѣли предъ собой случай беременности зачаточнаго рога однорогой матки, случай, подобныхъ которому въ литературѣ не много. Мы не станемъ касаться на

этотъ развѣ иностранныхъ источниковъ, въ которыхъ въ разное время сообщалось о случаяхъ беременности рудиментарнаго рога однорогой матки, предоставляя себѣ право вернуться къ этому въ ближайшемъ будущемъ. Но я не могу отказать себѣ въ удовольствіи упомянуть о прекрасной работѣ д-ра Гиммельфарба, помѣщенной въ апрѣльской книжкѣ этого журнала за текущій годъ. Въ этой статьѣ, озаглавленной: «О беременности въ зачаточномъ рогѣ матки» авторъ описываетъ препаратъ, добытый имъ при вскрытіи д-ромъ Строгановымъ одной женщины, умершей при явленіяхъ внутренняго кровотечения. Приводя литературу беременности рудиментарнаго рога, д-ръ Гиммельфарбъ сообщаетъ, что въ иностранной литературѣ насчитывается пока всего лишь 33 случая, подобныхъ третируемому и что случай автора—первый описанный русскій случай. Такимъ образомъ нашъ случай надо считать *вторымъ* русскимъ случаемъ, но только въ смыслѣ патолого-анатомическаго его описанія. Въ смыслѣ же клиническаго его наблюденія да позволено ему именоваться *первымъ*.

XXVI.

Два случая врожденныхъ гинеатрезій.

Д-ра В. С. Залькинда.

(Сообщено въ Императорскомъ Виленскомъ медицинскомъ Обществѣ).

Я позволю себѣ вкратцѣ сообщить о двухъ случаяхъ изъ завѣдуемаго мною Гинекологическаго отдѣленія еврейскаго госпиталя; случаи эти хотя не тождественные, но какъ по нѣкоторымъ объективнымъ признакамъ, такъ и по многимъ субъективнымъ находятся, если можно такъ выразиться, въ близкомъ родствѣ между собою: одинъ изъ этихъ случаевъ представляетъ полное врожденное зарощеніе дѣвственной плевры, а второй—врожденное зарощеніе рукава, причемъ направленіе перепончатой перегородки было не исключительно поперечное, какъ это въ большинствѣ случаевъ бываетъ, а поперечное въ лѣвой половинѣ рукава и продольное въ правой его половинѣ; впрочемъ подробности ниже.

25-го сентября 1887 года, поступила въ госпиталь дѣвица Хана Хомская, 18 лѣтъ, мѣстная жительница, съ жалобами на боли въ крестцѣ, въ области живота и по бокамъ его; боли эти начались за полгода до поступленія ея въ госпиталь; онѣ не постоянныя, но являются въ довольно правильные промежутки, нѣсколько болѣе мѣсяца. Во время этихъ болей бываетъ также чувство давленія подъ ложечкой и въ горлѣ; менструаціи еще не было; отправленія на низъ не вполне правильны, преобладаетъ запоръ, мочеиспусканіе иногда затруднено и немного болѣзненно. Результаты объективнаго изслѣдованія слѣдующіе. Большая роста ниже средняго, вполне удовлетворительнаго питанія и тѣлосложенія; слизистыя оболочки окрашены нормально. При ощупываніи живота ниже пупка, по средней линіи прощупывается нѣсколько плотная опухоль, величиною въ дѣтскую головку. *Mons veneris*, равно какъ большія и малыя половыя губы развиты нормально. При раздвиганіи губъ, входа во влагалище мы не замѣчаемъ, но передъ нами является выпертая впередъ мясистая оболочка, при надавливаніи флюктуирующая. При изслѣдованіи больной *per rectum* сразу ощупывается опухоль, констатированная нами при наружномъ изслѣдованіи. Опухоль эта, круглая по своей формѣ, величиною въ дѣтскую головку, флюктуируетъ незначительно, неподвижна и прикасается непосредственно къ вышеупомянутой оболочкѣ; въ нижней правой сторонѣ этой опухоли прощупывается незначительное углубленіе. На основаніи только что изложенныхъ данныхъ субъективнаго и объективнаго изслѣдованія, мы, конечно, опредѣлили, что мы въ данномъ случаѣ имѣемъ дѣло съ зарощеніемъ дѣвственной плевою входа въ рукавъ. Опухоль же, которую мы прощупали какъ при наружномъ изслѣдованіи, такъ и при изслѣдованіи *per rectum* очевидно представляетъ полость или, вѣрнѣе выражаясь, вмѣстилище, наполненное задержанными менструальными отдѣленіями, не нашедшими для себя выхода наружу. Рѣшить, что представляло собою это вмѣстилище составляло дальнѣйшую нашу задачу. Больная до операціи была нами демонстрирована нѣкоторымъ товарищамъ и, если при рѣшеніи первой задачи, т. е., что мы имѣемъ въ данномъ случаѣ дѣло съ *atresia hymenalis*, существовало полное единогласіе, то при рѣшеніи второй возникло сомнѣніе. Изслѣдуя больную мы предположили, что вмѣстилищемъ менструальныхъ отдѣленій служить растянутая матка и влагалище т. е., что мы имѣемъ *haematocolpos* и *haematometra*. Съ этимъ

взглядомъ согласилось большинство изъ присутствовавшихъ товарищей; нѣкоторые же изъ изслѣдовавшихъ больную, усумнились въ правильности подобнаго предположенія, настаивали на томъ, что вмѣстительствѣ задержанныхъ отдѣленій служить одна лишь вагина, матка же въ данномъ (случаѣ) процессѣ никакого участія не принимаетъ; иначе говоря, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло только съ haematocolpos, но никакъ не съ haematometra. Очевидно, товарищи настаивали на своемъ предположеніи, придерживаясь взгляда, высказаннаго покойнымъ профессоромъ Шредеромъ въ своемъ руководствѣ Гинекологіи (Учебникъ Ziemsen'a, IX, стр. 40), гдѣ онъ прямо говоритъ, что при зарощеніи дѣвственной плевы или верхней части влагалища сама матка остается довольно безучастной; кровь скопляется во влагалищѣ и растягиваетъ его весьма сильно, такъ что оттиснутая вверхъ матка сидитъ на колоссальной опухоли, образуемой влагалищемъ, въ видѣ маленькаго твердаго придатка, большею частью съ правой стороны. Такъ какъ матка очень поздно начинаетъ принимать участіе въ этомъ растяженіи, то было бы правильнѣе называть подобные случаи не haematometra, а haematocolpos, и, слѣдовательно, Ш. почти всегда отрицаетъ участіе матки въ этомъ процессѣ; того же мнѣнія Fritsch ¹⁾. Но другіе авторы, какъ напр. Сканцони ²⁾, Брейскій ³⁾, Горвицъ ⁴⁾ и другіе прямо заявляютъ, что вмѣстительствѣ задержанныхъ отдѣленій въ подобныхъ случаяхъ служить не только vagina, но и uterus, и что въ подобныхъ случаяхъ развивается не только haematocolpos, но и haematometra, конечно сначала первое, затѣмъ уже второе; ниже мы увидимъ, что и въ данномъ случаѣ вполне подтвердилась правильность этого послѣдняго взгляда.

Леченіе въ подобныхъ случаяхъ весьма простое и всегда одинаковое. Нупен вскрывается остроконечнымъ бистури и такимъ образомъ задержаннымъ отдѣленіямъ открывается свободный доступъ наружу, чѣмъ устраняется болѣзнь. Разрѣзъ можетъ быть проведенъ двоякимъ образомъ или прямо бисту-

¹⁾ Н. Fritsch—Женскія болѣзни. Изданіе редакціи Медицинск. Библиотеки 1882 г. стр. 179.

²⁾ Scanzoni Lehrbuch d. Krankheiten d. weiblichen Sexualorgane. Wien. 1859 стр. 493.

³⁾ Breisky- Krankheiten d. Vagina. Handbuch d. Frauenkrankheit, redigirt von Th. Billroth. Stuttgart 1879 P. 19 § 9.

⁴⁾ Горвицъ— Учебникъ Гинекологіи I часть. II изданіе стр. 165.

реемъ снизу вверхъ или же, раздвинувъ хорошенько большія губы, разрѣзъ проводятъ крестообразно.

18-го октября начаты приготовленія къ операціи. Больной назначена легкая діета, дано слабительное, волосы на шопс и губахъ сбриты. Больной сдѣлана ванна, назначено обмываніе наружныхъ половыхъ частей растворомъ сулемы 1:2000. 21-го октября. Больная была умѣренно нахлороформирована и, затѣмъ, И. А. Юндзилломъ проведенъ по средней линіи hymenis остроконечнымъ скальпелемъ разрѣзъ, длиною около 3 сантиметровъ. Немедленно по проведеніи разрѣза брызнула изъ полученнаго отверстія черная, дегтеобразной консистенціи жидкость, которая, затѣмъ, продолжала вытекать довольно толстой струею въ продолженіе 5—6 минутъ; всего выдѣлилось жидкости около $\frac{3}{4}$ j. Послѣ того vagina была промыта 2% растворомъ *Ac. carbolicі* и изслѣдована операторомъ, которымъ было констатировано, что вмѣстилищемъ служила не только вагина, но и полость матки, которая найдена вполне раскрытой; цервикальный каналъ ея былъ изглаженъ, словомъ она была имъ найдена почти въ такомъ состояніи, въ какомъ намъ приходится ее видѣть сейчасъ же по окончаніи родовъ. Затѣмъ, полость была вторично промыта 2% *Aq. Carbol.* и затампонирована іодоформенной марлей. Больной прописанъ опій, куриный супъ и вино. Послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ всякихъ осложненій. 30-го октября больной было разрѣшено начать понемногу прогулки по палатѣ. При изслѣдованіи *per vaginam, uterus* найденъ вполне сократившимся, *portio vaginalis* формировавшеюся. Hymen имѣлъ циркулярный видъ и съ трудомъ пропускалъ указательный палецъ, *fundus* наклоненъ нѣсколько вправо, *collum* конической формы. Наружное маточное отверстіе въ видѣ поперечной щели, не пропускающей ногтевой части указательнаго пальца. 30-го ноября у больной появилась менструація, продолжавшаяся пять дней и протекшая безъ всякихъ аномальностей, а 10-го декабря больная выписана изъ Госпитала вполне здоровою.

Такимъ образомъ нашъ случай можетъ служить какъ бы подтвержденіемъ правильности взглядовъ Сканцони, Ольсгаузена, Брейскаго и др. и неправильности Шредера и Фритча, т. е. что вмѣстилищемъ задержанныхъ менструальныхъ отдѣленій при *atresia hymenaeica* служитъ не только vagina, но и uterus и что, слѣдовательно, въ подобныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло не только съ *haematocolpos*, но и съ *haematometra*.

Гораздо больше интереса какъ по сложности своей, по опасности для жизни, такъ и по трудности прогноза представляетъ второй случай. Седьмого октября 1885 года поступила въ Госпиталь Потапникъ Двора, дѣвица 18-ти лѣтъ, родомъ изъ м. Сморгоны.

Больная жаловалась на сильныя боли въ крестцѣ, животѣ и *sub scrobiculo cordis*. Боли то тянущаго, то ноющаго характера и легко вызываются при надавливании на животъ, а подчасъ и при дотрагивании къ нему, особенно къ тому мѣсту, въ которомъ, по указанію больной, прощупывается опухоль. Боли эти кромѣ того являются и самопроизвольно почти въ мѣсячные промежутки; въ это время больной вообще какъ-то не по себѣ; существуютъ эти боли нѣсколько болѣе года. Больная никогда не менструировала. Отправленія на низъ правильны; каловыя массы всегда очень плотныя, мочеиспусканіе бываетъ часто затруднено и болѣзненно (около полугода уже). Въ послѣднее время эти боли бываютъ почти ежедневно, обостряясь тѣмъ не менѣе довольно интенсивно въ мѣсячные промежутки. Больная роста ниже средняго, посредственнаго питанія и тѣлосложенія. Слизистыя оболочки окрашены нормально. При ощупывании живота ниже пупка прощупываются двѣ опухоли: одна задняя, круглая, большая, параллельная средней линіи тѣла, а вторая бобовидная меньшая, направляющаяся подъ острымъ угломъ къ первой. Обѣ опухоли связаны между собою и легко передвигаются вправо и весьма незначительно влево, слегка флюктуируютъ по всей своей поверхности, нигдѣ бугристости не представляютъ. *Mons veneris*, а также большія и малыя половыя губы нормально развиты. Длина влагалища уменьшена; длина его по направленію къ *promontorium* около 4 сантиметровъ, но помимо этого существуетъ еще перемычка въ продольномъ направленіи, раздѣляющая *vagina* на двѣ половины: лѣвую, въ которую палецъ попадаетъ при введеніи его *in vagina* въ прямомъ направленіи, и правую, въ которую палецъ лишь попадаетъ въ полусогнутомъ положеніи, обогнувъ эту перемычку. Правая половина *vaginae* значительно глубже лѣвой и даже какъ бы симулируетъ нормальный *laquear*. Гименальная складка отсутствовала; ни надрывовъ, ни какихъ либо другихъ ея слѣдовъ не было видно.

На основаніи данныхъ анамнеза и объективныхъ изслѣдованій, мы считаемъ себя въ правѣ поставить слѣдующій діагнозъ: *Atresia vaginalis congenita, Haematocolpos — metra et sal-*

ринх. Меньшая опухоль впрочемъ могла быть и расширеннымъ рогомъ двурогой матки.

Очевидно въ настоящемъ случаѣ причина этого состоянія та же, чтѣ и въ первомъ случаѣ, а именно загражденіе выхода менструальныхъ отдѣленій; разница однако та, что во-1), пергородка, препятствующая выходу, помѣщается въ болѣе верхнихъ частяхъ родового пути, и во-2), болѣзнь тянется уже почти вдвое дольше, чѣмъ въ первомъ случаѣ, и наконецъ, въ 3), eo ipso послѣдствія представляются уже болѣе серьезными какъ для операціи, такъ и для послѣоперационнаго періода.

Демонстрируя эту большую тѣмъ же товарищамъ и передавая имъ поставленный мною діагнозъ, у насъ опять возникло разногласіе: нѣкоторые изъ товарищей предположили, что въ данномъ случаѣ вмѣстилищемъ задержанныхъ отдѣлений служитъ вагина и отчасти лишь uterus, т. е., большую вертикальную опухоль они приняли за растянутую вагину, бобовидная же опухоль съ косымъ направленіемъ, по ихъ мнѣнію, былъ uterus, повернутый вокругъ своей оси и удаленный такимъ образомъ изъ мѣста обыкновеннаго своего нахождения. Въ данномъ случаѣ взглядъ товарищей ничѣмъ не обосновывался, ибо не только всѣ вышеприведенные авторы, но и Фритшъ ¹⁾ и Шредеръ ²⁾ прямо говорятъ, что при атрезіяхъ вагины легко образуется haematosalpinx; правда не всѣ они одинаково объясняютъ наполненіе трубъ кровью; такъ, Горвицъ оставляетъ открытымъ вопросъ откуда берется кровь въ яйцеводахъ при атрезіяхъ вагины, но категорически отрицаетъ взглядъ Шредера ³⁾. Сканцони ⁴⁾ и Ольсгаузенъ ⁵⁾ категорически заявляютъ, что при болѣе продолжительномъ періодѣ времени существованія симптомовъ задержанія менструальныхъ отдѣленій, соответственно съ увеличеніемъ таковыхъ вмѣстилищемъ ихъ постепенно становятся вагина, uterus и наконецъ и трубы; у Брейскаго ⁶⁾ и Бейгеля объ образованіи haematosalpinx упоминается лишь глухо. Фритшъ же и Шредеръ объясняютъ образованіе haematosalpinx при atresia'хъ вагины викарною менструаціей

¹⁾ Фритшъ. Женскія болѣзни. Изданіе Медич. Библиот. 1882 г. стр. 180 и 365.

²⁾ Шредеръ. Учебникъ Гинекологіи (Ziemsen, T. X) стр. 41. Харьковъ. 1879 г.

³⁾ Учебникъ Горвица. II Издан. Т. I, стр. 412.

⁴⁾ Сканцони—I, с. стр. 320.

⁵⁾ Olshauzen—Arch. f. Gynecologie T. I, стр. 53.

⁶⁾ Breissky—I, с. стр. 21.

трубъ, а никакъ не прибоемъ застойной крови изъ матки въ трубы. По ихъ мнѣнію, по наполненіи матки кровью центробѣжное давленіе на ея слизистую оболочку настолько увеличивается, что при менструаціи кровотеченіе происходитъ викарирующимъ образомъ изъ слизистой оболочки трубъ, а не матки. Правильность своего взгляда Шредеръ объясняетъ тѣмъ будто постоянно повторяющимся фактомъ, что кровяные мѣшки помѣщаются поближе къ брюшному отверстию трубы, между тѣмъ какъ въ сторону матки каналъ очень узокъ или совершенно закрытъ.

Нашъ случай можетъ служить прямымъ опроверженіемъ взглядовъ Шредера и Фритша, но объ этомъ ниже. Словомъ, мы видимъ, что всѣ авторитеты науки единогласно признають, что при атрезіяхъ вагины, существующихъ болѣе или менѣе продолжительное время, уже послѣ появленія *molimina menstrualualia* въ большинствѣ случаевъ принимаютъ участіе и трубы.

10-го октября у больной появились *molimina menstrualualia*, продолжавшіяся до 15-го октября; съ 15-го числа сильныя боли прекратились, но тѣмъ не менѣе больная жаловалась на боли въ крестцѣ и особенно въ животѣ; тогда больной были прописаны ванны, боли эти лишь успокоились къ концу мѣсяца. Въ виду однако пасмурной погоды пришлось отложить операцію и лишь 10-го ноября начаты обычныя приготовленія больной къ операціи, произведенной 14-го ноября въ 10 ч. утра И. А. Юндзилломъ.

Больная была нахлороформирована до глубокаго наркоза. Затѣмъ, катетеромъ выпущена моча, и операторъ ввелъ указательный палецъ *in vaginam* въ прямомъ направленіи до мѣста заращенія, по пальцу же ввелъ брюшистый скальпель и сдѣлалъ поперечный разрѣзъ, длиною около сантиметра. Немедленно же начала вытекать темная, густая, кровянистая жидкость дегтеобразной консистенціи. Жидкости этой выдѣлилось около 2 фунтовъ; затѣмъ разрѣзъ этотъ былъ продолженъ въ ширину еще сантиметра на три. По мѣрѣ истеченія жидкостей напряженность обѣихъ опухолей явно начала уменьшаться, а вмѣстѣ съ тѣмъ моментъ величайшей опасности для больной увеличиваться. Извѣстно, что наибольшая опасность для оперируемой — могущій произойти разрывъ или лопаніе яицевода. Сокращенія матки вслѣдствіе опорожненія ея могутъ тройкимъ образомъ неблагоприятно повліять на наполненные кровью яицевода. Главнымъ образомъ непосредственнымъ прибоемъ задер-

жанныхъ отдѣленій изъ своей полости въ полость uterus'a; это однако можетъ случиться лишь тогда, когда ostium uterinum tubae достаточно расширено. Далѣе, самосокращенія матки могутъ передаваться трубамъ, и этимъ вызвать внезапное, значительное повышеніе внутренняго давленія въ нихъ, что въ свою очередь можетъ повести къ разрыву ихъ. Наконецъ, чаще всего мы видимъ несчастный исходъ при существующемъ уже сращеніи трубъ съ сосѣдними частями брюшины и именно потому, что значительное уменьшеніе объема матки, а затѣмъ измѣненіе ея мѣстоположенія, наступающее при истеченіи задержанныхъ отдѣленій, влечетъ за собою измѣненіе положенія трубъ; трубы же вслѣдствіе упомянутыхъ сращеній не могутъ вслѣдъ за uterus'омъ измѣнить свое положеніе, а это обстоятельство можетъ повлечь за собою разрывъ и безъ того уже истонченныхъ стѣнокъ трубъ. Для возможной профилактики этого предлагаютъ производить операцію по возможности скорѣ послѣ появленія первыхъ molimina, что, конечно, зависитъ не отъ врача, а отъ того, когда больная впервые обратится къ нему за совѣтомъ; затѣмъ, время для операціи надо выбрать по возможности среднее между двумя molimina menstrualia съ тѣмъ, чтобы не увеличилась опасность вслѣдствіе ббльшаго увеличенія объема вмѣстителища задержанныхъ отдѣленій. Третье и самое главное условіе — возможное предотвращеніе какого бы то ни было увеличенія давленія на внѣшніе покровы живота непосредственно послѣ сдѣланнаго разрѣза, равно какъ возможное уничтоженія внутри брюшнаго давленія; послѣднее легче всего достигается глубокимъ наркозомъ во время операціи. Наконецъ, всѣ авторы почти единогласно придаютъ чрезвычайно большое значеніе возможно медленному опорожненію вмѣстителищъ для того, чтобы предупреждать слишкомъ быстрое уменьшеніе объема uterus'a. Одни совѣтуютъ для этого выпускать задержанныя отдѣленія троакаромъ, другіе — аппаратомъ Dieulafoi, а наконецъ третьи — разрѣзомъ бистури, но не въ одинъ пріемъ, а въ два, какъ это мы дѣлали и въ нашемъ случаѣ.

Полости, заключавшія жидкость, промыты 2% теплой (30° P.) карболовой водою, и операторъ, а за нимъ и К. Л. Эрбштейнъ, по надлежащемъ обеззараженіи рукъ, изслѣдовали бывшія вмѣстителища задержанныхъ отдѣленій, при чемъ они констатировали, что цервикальный каналъ изглаженъ вполне, матка открыта вполне, полость ея значительно расширена, въ правой сторонѣ uteri прощупывается большое отверстіе, черезъ которое палецъ

свободно входить въ расширенную правую Фаллопиеву трубу. Затѣмъ, полость была вторично промыта упомянутымъ растворомъ, вагина была выполнена іодоформенною марлей. Для возможнаго предотвращенія могущаго быть вреда отъ быстрого пониженія внутрибрюшнаго давленія, на животъ наложенъ слой ваты и подъ умѣреннымъ давленіемъ онъ забинтованъ. Больной прописанъ опій. 14-го вечеромъ т. 37,3; затѣмъ т. 38,0 п. 110. Нѣсколько разъ была рвота и икота. Моча выпущена катетеромъ. Больная жалуется на головную боль и легкое познабливанье. Больной назначенъ ледъ для глотанія. 15-го т. 38,0 п. 90. Рвота повторялась три раза; икота продолжается. Головная боль прекратилась. Больная жалуется на боли въ животѣ, продолжаетъ глотаніе льда, опій и кромѣ того капли изъ смѣси Т-га Valer. aeth. и aq. Laugocer. Вечеромъ. Т. 38,5; п. 120. Рвота прекратилась, икота стала рѣже. Больная жалуется на познабливаніе и дрожь. 16-го. Болѣзненность меньшая; т. 38,2, п. 100. 17-го. Температура вчера вечеромъ 38,0; сегодня утромъ 37,2. Болѣзненность незначительная; приемъ опія прекращенъ. 17-го. Температура нормальная. Іодоформенная марля изъ вагина удалена. Отдѣленіе крови продолжается. 19-го. Послѣдовало испраженіе. Общее состояніе вполне удовлетворительное. Кровь выдѣляется лишь пятнами. Съ 20-го ноября по 1-е декабря въ состояніи больной никакихъ особыхъ перемѣнъ не произошло. Опухоль постепенно уменьшалась и матка приближалась къ нормальнымъ своимъ размѣрамъ. Больная чувствовала себя вполне удовлетворительно; боли бывали иногда и то весьма незначительныя.

Начиная съ 1-го декабря больная начала жаловаться на боли въ животѣ, подчасъ довольно интенсивныя. Больной прописана эмульсія изъ Semen Huosiami и тепловатые ванны, отъ употребленія которыхъ боли значительно утихали, но совершенно однако не прекратились. Тѣмъ не менѣе рѣшено было оставить больную еще на нѣкоторое время для наблюденій. Менструація не появлялась. 20-го января 1888 года. При внутреннемъ изслѣдованіи больной оказалось, что сдѣланный въ перегородкѣ разрѣзъ ссужился до того, что съ трудомъ пропускалъ малый вондъ, вслѣдствіе чего 27-го того же мѣсяца И. А. Юндзилломъ произведенъ былъ вторичный разрѣзъ въ томъ же направленіи длиною около 5 сантиметр. Сдѣланное отверстіе выполнено іодоформенной марлей. Больной назначенъ покой и отъ поры до времени расширеніе сдѣланнаго

отверстія. Вслѣдъ за этимъ т° нормальна, боли въ животѣ незначительны. 5-го февраля. При введеніи зеркала хорошо виднѣется вполне образовавшаяся *portio vaginalis*, изъ которой выдѣляется прозрачная, стекловидная жидкость, смѣшанная съ кровью. Боли весьма незначительныя.

20-го февраля больная выписана. Передъ выпискою она подвергнута изслѣдованію, причемъ оказалось: внутренніе половые органы нормальныхъ размѣровъ, *portio vaginalis* конической формы, *os uteri externum* легко пропускаетъ ногтевую часть указательнаго пальца.

Случай этотъ весьма интересенъ какъ по счастливому исходу для больной, такъ и по поучительности своей на основаніи данныхъ, полученныхъ при изслѣдованіи послѣ операціи. Какъ извѣстно, операція при атрезіяхъ вагины связана съ тройною опасностью: во-1), во время операціи могутъ быть повреждены сосѣдніе органы: *rectum*, мочевоу пузырь или брюшина; во-2), можетъ лопнуть значительно растянутая труба Фаллопія и въ-3), можетъ получиться септическая инфекція.

Главною и особенно угрожающей опасностью, конечно, слѣдуетъ считать могущій произойти при этомъ разрывъ яицевода, каковая опасность была бы неминуема, еслибы больная не подвергла себя операціи.

Въ научномъ отношеніи случай нашъ тѣмъ интересенъ, что представляетъ намъ ясно доказательство того, что а) при атрезіяхъ *hymenis* вмѣстѣлищемъ задержанныхъ отдѣленій служить не только влагалище, но и матка, т. е., образуется *haematocolpos* и *haematometra*, и б) что содержимое растянутыхъ трубъ при вагинальныхъ атрезіяхъ не кровь, появившаяся здѣсь отъ менструальныхъ отдѣленій, иначе говоря, оно не является послѣдствіемъ происходящаго будто викарнаго менструированія трубъ, иначе не было бы констатированнаго при изслѣдованіи расширенія *ostii uterini tubae*, а есть послѣдствіе прибоа задержанной менструальной крови изъ матки въ трубы.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Georges Apostoli. Sur un nouveau traitement de la métrite chronique et en particulier de l'endométrite par la galvanocaustique chimique intra-utérine. (Paris, 1887 г. 68 стр.).
О новомъ леченіи хроническаго метрита и въ частности эндометрита внутриматочнымъ гальвано-каустическимъ химическимъ способомъ.

В. Н. Массенъ.

Электрический методъ леченія женскихъ болѣзней, съ неизмѣннымъ счастьемъ проводимый Apostoli въ теченіи уже нѣсколькихъ лѣтъ и несомнѣнно оправдываемый практикою и другихъ врачей, безспорно имѣетъ за собой право на существованіе, имѣетъ свою будущность. Обстоятельство это всеяетъ въ насъ желаніе попытаться нѣсколько подробнѣе ¹⁾ познакомиться русскаго читателя съ одною изъ послѣднихъ работъ *Apostoli*, какъ бы запоздалой ни казалась эта попытка. Въ работѣ этой, носящей вышеприведенное заглавіе, парижскій электротерапевтъ излагаетъ примѣненіе своего способа относительно новаго леченія метрита и эндометрита. Весь трудъ распадается на введеніе и четыре самостоятельныхъ отдѣла: 1) объ электрическихъ инструментахъ; 2) оперативная техника; 3) общія разсужденія и 4) заключеніе. Въ введеніи между прочимъ узнаемъ, что родоначальникомъ современной гинекологической электротерапіи слѣдуетъ считать *A. Tripier*, который своимъ первымъ докладомъ въ парижской Академіи наукъ (въ августѣ 1859 года), озаглавленнымъ: «Соединительно-тканная гиперплазія сократительныхъ органовъ; о фарадизаціи въ леченіи воспаленій (engorgements) и

¹⁾ Въ «Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней» за прошлый годъ (Декабрь),—былъ уже помѣщенъ рефератъ о терапіи метрита по способу Apostoli на основаніи статьи «*Presse méd. Belge*» объ этомъ предметѣ.

смѣщеніи матки и гипертрофіи простаты» открылъ, такъ сказать, двери къ изученію новаго метода врачеванія въ гинекологіи. Методъ этотъ раздѣлялъ, однако, судьбу многихъ другихъ нововведеній: современники отнеслись къ нему равнодушно и забыли его. Однако, семь лѣтъ тому назадъ, *Apostoli*, ученикъ *Tripier*, попытался вновь вернуть къ жизни забытый способъ и сдѣлалъ въ парижской медицинской Академіи докладъ о примѣненіи его въ терапіи матки, перенесшей роды или выкидышъ. Матеріаломъ для доклада послужили наблюденія, сдѣланныя А. вмѣстѣ со своимъ учителемъ. Съ тѣхъ поръ начинается, такъ сказать, новая эра гинекологической электро-терапіи. Фиброіомы матки были первою чисто-гинекологическою формою, противъ которой *Apostoli* направилъ свой усовершенствованный способъ. Читателю, конечно, не безызвѣстны тѣ прекрасные результаты, которые при этомъ получились. Диссертация *Carlet*: «О леченіи фиброзныхъ опухолей матки электричествомъ по способу *Apostoli*, Paris. 1884 г.» представила краснорѣчивое доказательство успѣха нововведеннаго метода. Четыре года спустя, вслѣдъ за примѣненіемъ этого метода къ леченію фибромы, *Apostoli* примѣнилъ его и къ леченію метрита и эндометрита. Въ разсматриваемой нами нынѣ работѣ *Apostoli* не приводитъ пока статистическихъ данныхъ, общія знакомить съ ними въ ближайшемъ трудѣ. Онъ ограничивается на этотъ разъ главнымъ образомъ весьма подробнымъ изложеніемъ практической постановки своего метода въ леченіи упомянутыхъ патологическихъ формъ. Читателю, знакомому съ литературой, созданной *Apostoli* при разработкѣ новаго вопроса гинекологіи, разбираемая нами работа едва ли представитъ что-либо новое, въ смыслѣ усовершенствованнаго примѣненія электрической силы. Въ ней встрѣтится онъ съ выводами и обобщеніями, истекающими изъ предыдущихъ статей и докладовъ *Apostoli*. Но помимо того, что работа эта даетъ для всякаго другаго бѣглое знакомство со всей почти литературой вопроса, этотъ сводъ выводовъ сразу ставитъ читателя въ простыя и ясныя отношенія къ данному методу. Написанная прекраснымъ языкомъ, работа читается съ удовольствіемъ. Нѣкоторая растянутость изложенія и повторяемость, столь свойственныя, къ сожалѣнію, многимъ лучшимъ французскимъ авторамъ, въ данномъ случаѣ едва ли подлежатъ осужденію, если имѣть въ виду доброе желаніе автора поставить дѣло на ясно-практическую почву.

Въ главѣ первой *Apostoli* даетъ перечень инструментовъ, необходимыхъ при электризаціи. Это суть: во первыхъ, хорошій гальванометръ, какъ указатель истрачиваемаго во время сеанса электричества. Роль гальванометра, по словамъ А., заключается во взвѣшиваніи и дозировкѣ тока. Онъ долженъ имѣть дѣленія соотвѣтственно электрической единицы мѣры (милли-амперамъ). Въ послѣднее время, сообразно усовершенствованію въ примѣненіи электрической силы, А. ввелъ новые гальванометры, градуированные до 200 и даже 250 миллиамперовъ. Во-вторыхъ, — батарея. А. пользуется въ настоящее время 20 или 30 элементами *Leclanché*, которые могутъ дать токъ силою въ 150—250 миллиамперовъ въ теченіи отъ 30 мин. до часа. Эта батарея, конечно, не можетъ быть переносима по желанію. Изъ портативныхъ же бата-

рей всего болѣе удовлетворяють цѣли батареи, гдѣ токъ развивается при погруженіи цинка и угля въ растворъ двухсѣрнистой ртути. Въ-третьихъ — внутри-маточный возбудитель. Онъ имѣетъ форму и объемъ обыкновеннаго маточнаго зонда, сдѣланъ изъ платины и долженъ обладать достаточной длиной для того, чтобы занимать полость матки на всея ея протяженіи. На него одѣвается изоляторъ изъ целлюлоида, длиной до 10 сант., для того чтобы предохранить влагалище отъ дѣйствія тока. Въ-четвертыхъ — кожный электродъ. Такъ какъ примѣненіе обыкновеннаго кожного электрода при тѣхъ большихъ токахъ, которыми *Apostoli* пользуется по преимуществу, вызываетъ крайнюю болѣзненность, даже ожоги, то *A.* придумалъ ставить этотъ электродъ на пластинку изъ жирной глины, непосредственно положенной на извѣстную территорію кожи. Въ-пятыхъ — проводники. Они должны быть гибки и въ то же время резистентны. Надо тщательно обслѣдовать ихъ цѣлость предъ сеансомъ, такъ какъ нарушеніе цѣлости ихъ *sub operatione* влечетъ за собой появленіе удара, крайне болѣзненнаго для пациентки.

Вторая глава посвящена оперативной техникѣ. Здѣсь прежде всего обращается вниманіе на подготовительныя шѣры. Опирующій производитъ тщательную дезинфекцію рукъ и той среды, въ которой ему предстоитъ дѣйствовать. Далѣе убѣждаются, всѣ ли гальваническія пары батареи дѣйствуютъ надлежащимъ образомъ. При этомъ *Apostoli* не безъ умысла подчеркиваетъ, что «матка переноситъ все при двойномъ условіи: чтобы была произведена предварительно хорошая антисептика и чтобы съ маткою не обращались грубо». Вотъ почему токъ, прогрессивно восходящій до большой силы мало по-малу, безъ толчковъ и рѣзкостей, не вредитъ маткѣ; въ то же время всякая непослѣдовательность въ соединеніи или разъединеніи электрическихъ паръ, влекущая за собой рѣзкое колебаніе силы тока, вызываетъ извѣстное сотрясеніе, дурно сказывающееся на маткѣ. Опирующій долженъ затѣмъ наблюдать за правильною установкою гальванометра, батареи и коллектора; внутриматочный возбудитель погружается вмѣстѣ съ влагалищнымъ изоляторомъ въ растворъ карболовой кислоты. Наконецъ, убѣждаются въ томъ, достаточно ли хорошо впитываетъ въ себя воду глина и хорошо ли смачиваетъ она ту ткань (миткаль), которая на нее накладывается. Далѣе, *Apostoli* излагаетъ самое вступленіе въ операцію. Пациенткѣ вселяется убѣжденіе, что операція, которой она должна подвергнуться, не представляетъ опасности и можетъ быть перенесена легко. Больная должна снять корсетъ и распустить завязки своихъ юбокъ для того, чтобы дыханіе было свободно и чтобы весь животъ былъ обнаженъ. Если сеансъ производится въ кабинетѣ врача, то больная помѣщается на обыкновенномъ гинекологическомъ креслѣ; если же операція происходитъ на дому пациентки, то пользуются поперечной кроватью. Далѣе, въ разбираемомъ нами трудѣ идутъ наставленія касательно употребленія кожного электрода и зонда; этотъ послѣдній облекается влагалищнымъ изоляторомъ и на немъ закрѣпляется проводникъ. Затѣмъ идетъ описаніе самой операціи, состоящей изъ трехъ стадій: начальной стадіи, во время которой осторожно восходятъ до большаго числа милли-амперовъ; ста-

діи полного дѣйствія (при 100 милли-амперахъ для перваго сеанса), длительностью въ среднемъ 5 минутъ и конечной стадіи, въ теченіе которой послѣдовательно и осторожно разъединяють пару за парой. Послѣ операціи—больная отдыхаетъ, лежа, въ теченіе одного или нѣсколькихъ часовъ. Необходимо предупредить ее, что послѣ операціи часто наступаютъ маточныя боли. Ощущенія эти, сила которыхъ находится въ зависимости отчасти отъ конституціи субъекта, а главное отъ интенсивности операціи, иногда бываютъ болѣзненнѣе этой послѣдней. Къ вечеру дня сеанса, даже въ теченіе слѣдующихъ дней, у больной можетъ появиться сначала кровянистое, позднѣе серозно-гнойное отдѣленіе. Явленіе это, представляя собой послѣдствіе электризаціи, не представляетъ ничего серьезнаго и излечивается покоемъ и влагалищными спринцованіями. Coitus въ день сеанса и на другой день запрещается. Вообще же слѣдуетъ запрещать супружескія отношенія на все время леченія электричествомъ изъ боязни произвести выкидышъ введеніемъ зонда. Если боли, слѣдующія за операціей, покажутся пациенткѣ весьма сильными, то тяжесть ихъ умѣряется прикладываніемъ къ животу мягчительныхъ каттаплазмъ.

Третью главу авторъ посвящаетъ общимъ разсужденіямъ. Здѣсь мы прежде всего встрѣчаемся съ оцѣнкою самаго метода, въ смыслѣ внутриматочнаго примѣненія его вообще и въ частности при метритахъ. Относительно послѣднихъ формъ способъ автора сравнивается съ другими обычными терапевтическими приѣмами. Далѣе говорится о химическомъ (гальвано-каустическомъ) и перифическомъ дѣйствіи электричества, и о различіи въ дѣйствіи положительнаго и отрицательнаго полюсовъ. Положительный полюсъ употребляется тамъ, гдѣ имѣють дѣло съ конгестивными, геморрагическими и язвенными формами метрита и эндометрита; онъ представляетъ собой агента, противо-дѣйствующаго чрезмѣрной васкуляризаціи; вотъ почему онъ является хорошимъ, хотя и косвенно дѣйствующимъ средствомъ при упорныхъ лейкорреяхъ. Отрицательный полюсъ примѣняется главнымъ образомъ во второмъ періодѣ метрита (индураціи матки), часто осложняющимся аменореей и дисменореей. Вообще онъ назначается при замедленномъ или нарушенномъ кровообращеніи, вызывая усиленный приливъ крови къ маткѣ. Далѣе, *Apostoli* говоритъ объ «интенсивности операціи», о томъ именно, до какого числа милли-амперовъ можно доходить безъ риска и какія осложненія бываютъ при этомъ. Говоря о длительности сеанса авторъ считаетъ среднюю продолжительность его равною 5—10 минутамъ, хотя и въ этомъ случаѣ существуетъ maximum и minimum, зависящіе какъ отъ самой формы болѣзни, такъ и отъ степени раздражительности больной. Что касается до числа сеансовъ, то въ случаяхъ свѣжихъ и легко поддающихся леченію 3—5 сеансовъ будетъ вполне достаточно; въ случаяхъ болѣе старыхъ и упорныхъ уже потребуются 10—15 сеансовъ; наконецъ, можетъ быть иногда необходимо 20—30. Особенно длительно леченіе въ индуративныхъ случаяхъ метритовъ. Критеріумъ достигнутаго излеченія долженъ покоиться съ одной стороны на жалобахъ и самочувствіи больной, съ другой же на объективныхъ данныхъ изслѣдованія.

Если всякое перемѣщеніе матки, если всякое легкое давленіе на стѣнки этого органа не вызываютъ большой чувствительности, то существуютъ всё шансы, что matka здорова и женщина можетъ считаться излеченной». Длительность промежутка между сеансами находится въ зависимости отъ соціального положенія пациентки и степени ея страданія. Все зависитъ отъ того, въ какой степени больная можетъ пользоваться покоемъ, существенно необходимымъ для того, чтобы улеглась реакція, вызванная электризаціей и тѣмъ самымъ получилась бы возможность для производства новаго сеанса. При опредѣленіи частоты сеансовъ необходимо, разумѣется, принимать въ расчетъ и самый ходъ леченія и впечатлительность матки относительно электрическаго раздражителя.

Въ заключеніи третьей главы своего труда Apostoli отвѣчаетъ на всё тѣ возраженія, которыя могли бы быть сдѣланы по поводу его метода леченія. Онъ говоритъ, что операція его выполнима безъ труда; она не можетъ быть причиной послѣдующаго безплодія и не влечетъ за собой атрезіи матки и дисменореи, какъ слѣдствія этой атрезіи. Операція не можетъ быть опасной по причинѣ пераспознанной беременности; во избѣжаніе этой послѣдней врачъ долженъ запретить coitus на все время леченія, долженъ поставить себѣ за правило производить первый сеансъ сряду послѣ бывшей менструаціи и подвергать больныхъ тщательному изслѣдованію предъ началомъ леченія. Наконецъ, Apostoli указываетъ на то, что его способъ можетъ обострить существующій периметритъ и вызвать у истеричныхъ появленіе ложныхъ перитоническихъ болей. Однако, оба эти явленія не представляются на стоѣ серьезными, чтобы ихъ можно было выставить въ качествѣ существеннаго упрека методу. Съ ними можно успѣшно бороться.

Въ заключеніи своего труда авторъ говоритъ, что для того, чтобы работа его считалась полной, ей необходимо опираться на выводы продолжительной практики. Во всякомъ случаѣ все то, что ему удалось видѣть, было столь демонстративно, что онъ смотритъ въ лице будущаго съ полною довѣрчивостью. Работа резюмирована перечисленіемъ всего того, при помощи чего автору удалось систематизировать электротерапію метрита и эндометрита: 1) установлены терапевтическія границы наведеннаго или фарадизаціоннаго тока; 2) на клиническихъ и логическихъ основаніяхъ утверждено внутриматочное гальваническое леченіе; 3) путемъ усовершенствованій достигнута примѣненіе тока высокой силы, имѣющаго одновременно антисептическое и лечебное значеніе; 4) установлены показанія для положительнаго и отрицательнаго полюса; 5) въ внутриматочной терапіи достигнута математическая точность, дозировка и локалізація; 6) къ маткѣ примѣненъ особый видъ молекулярнаго гальваническаго выскабливанія; 7) выяснено преимущество новаго способа предъ прежними; 8) словомъ, создана новая глава гинекологической терапіи въ дѣлѣ леченія самыхъ упорныхъ патологическихъ формъ, часто считаемыхъ даже неизлѣчимыми.

РЕФЕРАТЫ.

324. Emil Lantos. Отчетъ о второмъ съѣздѣ нѣмецкаго гинекологическаго общества въ Halle, 24—26 мая 1888 г. (Centralblatt f. Gynäkol., 1888, №№ 24—26). Переводъ А. С. Соловьева.

(Окончаніе).

Frommel не наблюдалъ послѣдовательнаго кровотеченія ни у *Schröder'a*, ни въ своей практикѣ. 15 случаевъ протекли совершенно гладко, 16-й случай онъ потерялъ нѣсколько дней назадъ, на 7-й день послѣ операціи отъ непроходимости кишекъ; вскрытіе показало, что культия вполне зажила, и въ брюшной полости не содержалось ни капли крови. Въ 3-хъ случаяхъ, гдѣ онъ вылущалъ опухоль, онъ спивалъ и опускалъ въ брюшную полость резецированный иѣшокъ—исходъ былъ благополучный.

Breisky высказался за вѣбрюшинный методъ. Онъ поставилъ на видъ, что *Gersuny* еще годомъ раньше, нежели *Fritsch*, примѣнялъ сагиттальный шовъ на культию. *B.* дренируетъ теперь исключительно іодоформнымъ фитилемъ и горячо его рекомендуетъ.

Dohrn не видѣлъ никакихъ дурныхъ послѣдствій отъ погруженія эластической лигатуры.

Kaltenbach въ обоихъ предложенныхъ методахъ не нашелъ ничего новаго: *Zweifel*'евскій методъ внутрибрюшинный, *Fritsch*'евскій—вѣбрюшинный способъ. Результаты вѣбрюшиннаго способа лучше. *Zweifel*'евскій способъ онъ считаетъ за возвращеніе къ временамъ многочисленныхъ перевязокъ, и онъ кажется ему ненадежнымъ относительно дезинфекціи цервикальнаго канала. Употребленіе каленаго желѣза онъ не рекомендуетъ, такъ какъ получающійся струпу легко разрушается. Кастрацію при маленькихъ многочисленныхъ миомахъ онъ считаетъ показанною.

Zweifel своими опытами ясно убѣдился, что внутрибрюшинный методъ по отношенію къ послѣдующимъ кровотеченіямъ недостаточно безопасенъ.

Fritsch'евскій способъ раздѣляетъ достоинства и недостатки вѣбрюшиннаго метода.

Martin—приверженецъ внутрибрюшиннаго способа; такъ же, какъ и *Fritsch*, онъ предпочитаетъ вылуценіе кастраціи, особенно у молодыхъ особъ. Съ тѣхъ поръ, какъ онъ получилъ нѣсколько неприятныхъ осложненій при употребленіи шелка (нагноеніе, непроходимость кишекъ), онъ употребляетъ исключительно можжевельный кэтгутъ, и очень доволенъ этимъ матеріаломъ.

9. *Skutsch* (Jena). *Къ леченію перегиба матки назадъ*. До тѣхъ поръ, пока мы не въ состояніи примѣнить причинное леченіе въ случаяхъ ретрофлексіи матки, обусловливаемой аномаліями маточныхъ прикрѣпленій, мы должны восполнить утраченныя функціи этихъ прикрѣпленій; для восполненія ихъ служатъ пессаріи, результаты примѣненія которыхъ лучше, нежели обычно считаются. Неудача леченія пессаріями часто происходитъ оттого, что употребляется аппаратъ неподходящей для даннаго случая, далѣе, оттого, что препятствія для приведенія матки въ нормальное положеніе или для продолжительнаго удерживанія въ этомъ положеніи не устраняются или устраняются не вполне. Случай, въ которыхъ перитонеальные сращенія слишкомъ плотны, чтобы позволить себѣ ихъ разорвать (по способу *Schultze*), такъ же, какъ и случаи съ распространенными околوماتочными рубцами—считаются по большей части неисправимыми. Но даже въ такихъ случаяхъ получается нѣкоторый успѣхъ безъ серьезной операціи (чревосѣченіе), если мы предварительно создадимъ условія для плодотворнаго примѣненія пессаріевъ. Это достигается постепеннымъ растяженіемъ и методическимъ массажемъ мѣшающихъ сращеній и рубцовъ.

S. дѣйствуетъ въ этомъ смыслѣ уже въ продолженіе трехъ лѣтъ. Первымъ поводомъ примѣнить это леченіе послужилъ случай фиксированной ретрофлексіи, въ которомъ, вслѣдствіе порока сердца, нельзя было примѣнить наркозъ (предполагалось разорвать перемычки по *Schultze*). Въ болѣе широкихъ границахъ *S.* сталъ примѣнять растяженіе и массажъ года 1¹/₂, послѣ того, какъ лично изучилъ массажъ ж. пол. органовъ у *Thure Brandt*'а. При пучковидныхъ перитонеальныхъ сращеніяхъ растяженіе лучше всего удается при методическихъ попыткахъ произвести исправленіе положенія матки наружно-внутренними приемами. При плоскостныхъ сращеніяхъ или значительныхъ остаткахъ параметритическаго экссудата примѣняется выработанный *Brandt*омъ методъ бимануальнаго массажа хронически воспаленной тазовой клетчатки. Послѣ значительнаго уменьшенія экссудативныхъ остатковъ присоединяется постепенное растяженіе. Если существуютъ препятствія не къ вправленію, а къ удержанію матки въ правильномъ положеніи, то приводятъ къ дѣлу прямое растяженіе: наружно-внутренними приемами исправляютъ положеніе матки и движеніями, которыя сообщаются маткѣ, пытаются растянуть мѣшающія перемычки. Этому растяженію способствуютъ прямымъ массажемъ рубцовыхъ перемычекъ. Какъ только возможно, пытаются фиксировать матку въ нормальномъ положеніи пессаріемъ.

Для примѣненія этой техники требуется самый точный діагнозъ. При изслѣдованіи *S.* обращаетъ большое вниманіе на ощупываніе тазоваго дна; для выясненія всякаго нормальнаго и ненормальнаго состоянія тазоваго дна по-

лезно комбинированное его изслѣдованіе: одна рука ощупываетъ черезъ влагалище или гесбум, другая въ то же время, подложенная подъ тазъ, снаружи. Особенно о мышцахъ, помѣщающихся въ глубинѣ таза, какъ наприимѣръ *m. rugiformis* (ощупываніе черезъ большую запирательную дыру), *levator ani*—можно получить нѣкоторыя данныя, заставляя больную производить активныя или пассивныя движенія.

Въ послѣдніе 4 года въ клинику *Schultze* въ Іенѣ были приняты 230 больныхъ съ ретрофлексіями; у 25 ретрофлексія не лечилась, большею частію потому, что раньше приходилось удовлетворять другимъ показаніямъ. Изъ остальныхъ 205 случаевъ въ 182 получились удовлетворительные результаты отъ примѣненія пессаріевъ, только въ 4-хъ случаяхъ потребовалось обратиться къ помощи внутриматочнаго стебельчатого пессарія. Въ 15 случаяхъ удалось постепеннымъ растяженіемъ и массажемъ подготовить условія для успѣшнаго примѣненія пессарія. Въ 19 случаяхъ брюшинныя сращенія безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій разорваны по способу *Schultze*: 4 раза удалось только частичное разрываніе перепонокъ, въ 15-ти же случаяхъ матки сдѣлались вполне подвижны.

Къ случаямъ труднымъ для леченія пессаріями относятся случаи ненормальной короткости передней влагалищной стѣнки. Для удлиненія ея можно дѣлать поперечныя надрѣзы и сшивать ихъ въ сагиттальномъ направленіи. Между оперативными способами леченія ретрофлексіи, повидимому, только чревосѣченіе даетъ стойкіе результаты. *S.* считаетъ себя въ правѣ вскрывать брюшную полость при ретрофлексіи матки только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не удастся достигнуть излеченія другимъ путемъ: возможность достигнуть цѣли другимъ путемъ должна быть исчерпана. Такъ какъ чревосѣченіе еще не можетъ считаться безопаснымъ приѣмомъ, то является долгомъ болѣе ревностно примѣнить другіе, менѣе серьезныя методы, достигающіе цѣли, и сдѣланное имъ сообщеніе должно послужить нѣкоторымъ матеріаломъ по этому вопросу. Особенно совѣтуетъ *S.* приступать къ чревосѣченію не прежде, нежели будутъ тщательно испробованы изложенныя выше приемы. Методическое растяженіе мѣшающихъ исправленію положенія матки сращеній онъ рекомендуетъ особенно настойчиво.

Во время преній *Schwarz* замѣтилъ, что онъ прежде всего лечитъ осложненія, и затѣмъ смотритъ, остаются ли жалобы, которыя бы требовали ортопедическаго леченія. Разрываніемъ перемычекъ по *Schultze* онъ не могъ достигнуть продолжительныхъ успѣховъ.

Werth 9 разъ дѣлалъ *Alexander-Adams*'овскую операцію съ благоприятнымъ исходомъ: одинъ случай оперированъ 1^{1/2} г., второй случай—1 годъ назадъ.

Widow указываетъ на явленія давленія и воспалительныя процессы, которые вызываются даже хорошо положенными пессаріями. Вслѣдствіе этого онъ осуждаетъ слишкомъ частое примѣненіе пессаріевъ, и особенно употребленіе стебельчатыхъ внутриматочныхъ пессаріевъ.

Sänger упоминалъ, что *Polk* въ одномъ случаѣ загиба матки назадъ при-

мѣнили пришиваніе ея къ передней брюшной стѣнкѣ и операцию *Adams's*. S. высказывается la ventrofixatio.

Engelmann (St. Louis) поступаетъ при ретрофлексіяхъ слѣдующимъ образомъ: для усиленія тонуса разслабленныхъ тканей онъ пользуется фарадическимъ токомъ, для рассасыванія же эксудатовъ—гальваническимъ, и производитъ постоянное растяженіе эластическими тампонами. При этихъ способахъ леченіе пессаріями ненужно.

Fritsch считаетъ леченіе пессаріями за одинъ изъ самыхъ трудныхъ отдѣловъ гинекологін. («Много легче сдѣлать чревосѣченіе, нежели хорошо вылечить ретрофлексію»). Кто говоритъ: «пессарій Hodge не выполняетъ своей задачи,» или «пессарій вызываетъ явленія давленія», тотъ недостаточно владѣетъ этой терапіей, чтобы вѣрно подобрать подходящій инструментъ. Леченіе пессаріями даетъ превосходные результаты. *F.* горячо совѣтуетъ не забрасывать это леченіе.

Winckel вполне соглашается съ выводами *Fritsch's*. Въ Америкѣ онъ имѣлъ возможность наблюдать дурныя послѣдствія отъ операциі *Adams's*.

Schultze также согласенъ съ *Fritsch'емъ* и въ то же время отмѣчаетъ, что онъ не разъ видѣлъ исчезаніе осложненій послѣ исправленія положенія матки.

Skutsch очень радъ, что леченіе пессаріями нашло столько приверженцевъ, и ограничивается по отношенію къ гг. *Schwarz'у* и *Wiedow'у* напоминаніемъ, что разобранный методъ даетъ очень хорошіе результаты. Относительно операциі *Alexander-Adams's* онъ не имѣетъ никакихъ наблюденій.

10. *Schatz* (Rostock) представилъ *уретральный камень особенной величины*.

Плохо упитанная, высокая дѣвушка 18 лѣтъ 1 г. 9 мѣс. назадъ, онанируя, ввела въ уретру согнутымъ концемъ впередъ обыкновенную головную шпильку, упустила ее, и съ того времени впродолженіе полу-года попеременнощъ прощупывала пальцемъ одно изъ остриевъ шпильки въ *orificium externum urethrae*. Въ то же время она чувствовала при ходбѣ и въ тотъ моментъ, когда садилась, покальваніе, а потомъ частые позывы къ мочеиспусканію, но недержанія мочи не было; въ февралѣ же настоящаго года она испытывала сильныя тенезмы.

Призванный врачъ нашелъ in vulva верхушку большаго камня, но палецъ завести за него сверху не могъ и думалъ, что камень лежитъ во влагалищѣ. Въ очень скоромъ времени, послѣ 2-часоваго напиранія, при сильныхъ боляхъ и кровотеченіи, представляемый камень родился и упалъ на полъ; при этомъ отломилась большая часть находившагося на немъ и ниже описываемаго придатка. Камень имѣетъ форму сплюсненной рѣдки или груши, длина его—8 см., наибольшая окружность 14 см., вѣсъ—100 grm. На верхнемъ (тупомъ) концѣ, почти перпендикулярно къ длинной оси камня, на ножкѣ, имѣющей $2\frac{1}{2}$ см. толщины, $2\frac{3}{4}$ см. ширины, спереди 1, сзади 2 см. высоты,—сидитъ придатокъ, большею частью разбившійся при паденіи на полъ, и находящійся на-лицо только въ формѣ нѣсколькихъ кусочковъ; величина

этого придатка, на основаніи имѣющихся и утерянныхъ кусковъ, можетъ быть принята въ маленькое яблоко.

Увидѣвши больную и узнавши изъ сообщенія врача, что камень лежалъ во влагалищѣ, я высказалъ предположеніе, что исторія образованія камня могла быть слѣдующая: шпилька вошла согнутымъ концомъ въ пузырь, обѣими острыми концами черезъ *septum vesico-vaginale* проникла во влагалище, инкрустировалась мочевыми солями какъ на согнутомъ концѣ, находящемся въ пузырьѣ, такъ и на концахъ, выходящихся во влагалищѣ, и оставалась утолщенной частью въ пузырьѣ, пока нагнаивалась пузырно-влагалищная перегородка, и пока, наконецъ, пузырно-влагалищная фистула достигла такой величины, что придатокъ вышелъ изъ пузыря, и весь камень могъ родиться черезъ влагалище. (См. случай перфорациі пузыря камня изъ пузыря во влагалище. *Virchow's Archiv*. Bd. XLIII стр. 428, тамъ же и соотвѣтственная литература). Но когда я увидѣлъ больную самъ, я нашелъ почти неповрежденный *hymen*, узкое влагалище, и не нашелъ никакой фистулы; въ то же время уретра проходима для двухъ пальцевъ, съ обѣихъ сторонъ глубоко надорвана, задняя стѣнка ея выступаетъ наружу въ формѣ фартука. Сфинктеръ мочевого пузыря не сокращенъ и въ нѣсколькихъ мѣстахъ надорванъ; въ мочевомъ пузырьѣ дивертикуловъ не опредѣляется.

На фронтальномъ распилѣ камня видны обѣ вѣтви шпильки съ concentрическими вокругъ нихъ наслоеніями.

На основаніи этихъ данныхъ и собраннаго анамнеза происхожденіе камня можно объяснить слѣдующимъ образомъ:

Шпилька, проскользнувшая въ уретру, оставалась лежать тамъ и одной изъ вѣтвей уперлась въ стѣнку, такъ что извлечь ее было нельзя. Согнутый конецъ шпильки помѣщался при этомъ ниже сфинктера, такъ что недержаніе мочи не наступало. Постепенно на шпилькѣ по всей длинѣ уретры отлагались соли, и такимъ образомъ, постепенно утолщаясь, явился камень. Все болѣе и болѣе увеличиваясь, камень верхнимъ концомъ сталъ мѣшать сокращеніямъ сфинктера, и образованіе камня распространилось въ полость пузыря; тамъ образовалась утолщенная его часть (*Knopf*), ножка же лежала въ *sphincter vesicae*. Съ расширеніемъ *orificii externi*, камень «родился», при чемъ утолщенная часть еще болѣе растянула, лучше сказать — разорвала сфинктеръ.

Этотъ случай совершенно подходитъ къ случаю *Mazario* (*Siebold's Journal* VII, стр. 794), гдѣ камень былъ такой же длины, но тоньше, и также имѣлъ въ пузырь отростокъ, но меньшей величины, раздробленный при удаленіи камня. Причиной его была тамъ очень длинная швейная иголка, которая спустя болѣе года появилась во влагалищѣ, и въ заржавленномъ состояніи была извлечена самой больной. Камень образовался въ стѣнкѣ между уретрой и вагиной; между обѣими была фистула. Для удаленія камня въ уретрѣ пришлось сдѣлать 2 надрѣза. Въ заключеніе — полное выздоровленіе.

Въ моемъ случаѣ удалось моимъ воронкообразнымъ пессаріемъ по часу удерживать мочу. Постараюсь достигнуть и органическаго удерживанія мочи. Эксцизіи въ нижней половинѣ уретры не дали никакихъ результатовъ, и меня

интересуетъ, будетъ ли имѣть успѣхъ эксцизія самого сфинктера со стороны влагалища (*B. Schultze u. A.*). Вслѣдствіе большихъ обоюдостороннихъ разрывовъ сфинктера,—мнѣ кажется это еще сомнительнымъ.

11. *Schatz.* (Rostock). *Терапевтическія сообщенія.*

а) Расширеніе уретры при ишуріи у родильницъ.

Задержаніе мочи у родильницъ обыкновенно не представляется тяжелымъ страданіемъ. Но если оно продолжается долго, то оно можетъ явиться обременительнымъ какъ для лечащаго, такъ и для лечаемой; особенно въ обычной практикѣ, при слабой подготовкѣ прислуживающаго персонала—часто повторяемая катетеризація совсѣмъ нерѣдко ведетъ за собою катарръ мочевого пузыря.—Впродолженіе 10 лѣтъ я лечу ишурію съ большимъ успѣхомъ и очень просто—расширеніемъ уретры посредствомъ дилатора, устроеннаго на подобіе инструмента для растягиванія пальцевъ въ перчаткахъ. Сначала я пользовался для этого петлеводомъ *Trefurt'a*, позднѣе—подобнымъ же, но болѣе короткимъ инструментомъ. Лишь только одинъ или нѣсколько разъ не наступаетъ произвольное мочеиспусканіе, я ввожу въ пузырь вмѣсто катетера—расширитель, и въ то время, какъ между вѣтвями его течетъ моча, я постепенно растягиваю сфинктеръ до такой ширины, чтобы онъ пропускалъ тонкій мизинецъ или его верхушку. Боль при этомъ незначительна и прекращается съ прекращеніемъ растяженія. Маленькое кровотеченіе наступаетъ часто. Рѣдко требуется вторичное растяженіе, и только уже въ очень рѣдкихъ случаяхъ и оно оказывается безсильнымъ.

Я не сомнѣваюсь, что этотъ приемъ, обычно употребляемый только 1 разъ, очень скоро войдетъ во всеобщее употребленіе,—какъ менѣе тягостный для родильницы, нежели повторная катетеризація. Нерѣдко можно видѣть подобную же пользу и отъ употребленія болѣе толстаго катетера, но все-таки послѣдній—менѣе надеженъ.

Я еще до сихъ поръ не могу себѣ дать удовлетворительнаго объясненія этого приема. Я попалъ на эту терапію, когда я производилъ изслѣдованія надъ физиологіей сокращенія пузыря, чтобы сравнить ихъ съ сокращеніями матки. При этомъ я пришелъ къ убѣжденію, что при обычномъ мочеиспусканіи у женщинъ *detrusor* не можетъ считаться антагонистомъ *sphincter'a*. Онъ, конечно, можетъ открыть сфинктеръ, но при этомъ бываетъ совершенно другое ощущеніе, нежели при обычномъ мочеиспусканіи. При послѣднемъ у большинства женщинъ совсѣмъ не происходитъ сокращенія по большей части совершенно расслабленнаго пузыря. Слѣдовательно, нужно принять за обычный совсѣмъ другой механизмъ открыванія сфинктера, а именно, или активное его расслабленіе, или существованіе антагонистовъ, которые его растягиваютъ и которые прикрѣпляются къ лобковымъ костямъ. Если эти антагонисты, вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія, происшедшаго во время родовъ, не въ состояніи хорошо дѣйствовать, является мысль, что мы приходимъ къ нимъ на помощь, растягивая сфинктеръ. Можно также ожидать, что активное расслабленіе сфинктера наступитъ легче, если онъ, послѣ нѣкотораго набуханія или раздраженія, вслѣдствіе растяженія станетъ нѣсколько податливѣй. Пра-

вильны ли эти соображенія, или нѣтъ, — я до сихъ поръ не могу сказать окончательно. Во всякомъ случаѣ, вытекающая изъ нихъ терапія плодотворна. Можно попробовать ее при ишуріи и не у родильницъ, но тамъ она гораздо менѣе дѣйствительна. При спазматической ишуріи рѣдко чтонибудь достигается, но при простой непривычкѣ мочиться въ лежачемъ положеніи на спинѣ, — послѣ чревоушибія, влагалищной экстирпаціи матки и проч., — часто получается успѣхъ.

b) *Extractum Viburni prunifolii* при схваткахъ у беременныхъ.

5 лѣтъ тому назадъ въ обществѣ естествоиспытателей въ Freiburg'ѣ я рекомендовалъ *Hydrastis Canadensis* какъ средство, уменьшающее гиперемію, а вмѣстѣ съ тѣмъ и кровотеченія, вѣрнѣе сказать — хронически воспалительное состояніе внутреннихъ половыхъ органовъ. Съ того времени это средство нашло себѣ широкое распространеніе, и какъ частныя, такъ и оффиціальныя отчеты констатируютъ его по большей части очень значительное дѣйствіе, если только отъ средства не требовать прямо невозможнаго. Часть дурныхъ послѣдствій, наблюдаемыхъ при немъ нѣкоторыми врачами, обусловливается тѣмъ, что средство это готовятъ въ Германіи, и притомъ не изъ свѣжаго растенія. Употребляя американскіе препараты, приготовленные изъ свѣжаго растенія, я и послѣ перваго моего сообщенія получалъ прекрасные результаты. При міомахъ матки менструальныя кровотеченія становятся менѣе обильными и болѣе правильными, и я видѣлъ, напр., случай, гдѣ міома, доходившая до пунка, послѣ регулярнаго употребленія *extracti fluidi hydrastis canadensis* въ количествѣ до 3-хъ фунтовъ, черезъ 2 года опустилась почти совершенно въ малый тазъ. Я подтверждаю мои прежнія сообщенія также и въ томъ отношеніи, что *hydrastis* не вызываетъ у человѣка никакихъ сокращеній матки, и дѣйствуетъ только какъ сосудо-суживающее средство. Этимъ подтвержденіемъ я не хочу сказать, что это средство дѣлаетъ излишними всѣ, или большую часть міотомій и кастрацій, — сдѣлать это оно не въ состояніи. Я хочу только замѣтить, что если кто либо употребляетъ это средство, то онъ долженъ примѣнять его регулярно и достаточно долго, прежде нежели осудить и бросить его.

При частыхъ и сильныхъ менструальныхъ кровотеченіяхъ у молодыхъ дѣвушекъ его охотно употребляютъ даже самые рьяные поклонники ножа.

Сегодня я рекомендую средство, которое также дошло къ намъ изъ Америки. Оно далеко не можетъ найти такого частаго примѣненія, какъ *hydrastis*, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ все же является желаннымъ средствомъ, такъ какъ мы не имѣемъ другаго соотвѣтственнаго средства. Это — *viburnum prunifolium*, препараты котораго я получалъ отъ *Parke's*, *Davis's* и *C^o* въ Detroit, Mich., и которое имѣетъ способность уменьшать и удерживать въ границахъ сокращенія беременной матки, которыя у нѣкоторыхъ женщинъ, имѣвшихъ выкидыши и преждевременные роды, наступаютъ весьма легко и являются опасными для беременности. Здѣсь это лекарство должно приниматьъ регулярно цѣлыми мѣсяцами, въ дозахъ отъ 3-хъ до 4-хъ grm. сухаго экстракта 2-й степени. Это средство не могутъ замѣнить ни опіаты, вслѣдствіе ихъ побочнаго дѣйствія, ни бро-

мистый калий, который въ соотвѣтственно большихъ дозахъ, при долгомъ употребленіи, производитъ большую сонливость. Конечно, *viburnum* не можетъ вполне вытѣснить опиаты, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наступаютъ интензивныя схватки и требуется быстрое ихъ подавленіе. Въ такихъ случаяхъ нельзя обойтись и безъ спокойнаго положенія въ кровати, по крайней мѣрѣ въ продолженіе извѣстнаго времени, и вообще, можно ожидать успѣха, если только яйцо еще живетъ и дальнѣйшія вредныя вліянія можно удалить. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ при первомъ посѣщеніи больной я не могъ еще констатировать смерть яйца, я видѣлъ, какъ, благодаря *viburno prunifolio*, яйцо удерживалось въ маткѣ еще цѣлыми мѣсяцами, хотя, какъ показывалъ позднѣйшій выкидышъ или искусственное удаленіе яйца, оно было уже нѣсколько мѣсяцевъ мертвымъ. При срочныхъ родахъ, при сильныхъ схваткахъ, *viburnum* дѣйствуетъ недостаточно быстро и энергично, чтобы получить терапевтическое примѣненіе. Относительно пути, которымъ дѣйствуетъ это средство, я до сихъ поръ не могу дать указавій, дѣйствуетъ ли оно возбужденіемъ центровъ, задерживающихъ маточныя сокращенія, или подавленіемъ центровъ—возбудителей маточныхъ сокращеній. Болѣе вѣроятнымъ мнѣ кажется первое.

с) Внутриматочное наложеніе петли на ручки при поворотѣ и экстракціи вслѣдствіе суженія таза.

Кесарское сѣченіе при узкомъ тазѣ никакимъ образомъ не можетъ дать тѣхъ благоприятныхъ результатовъ для сохраненія матери, какъ поворотъ и экстракція, и только вниманіе къ жизни плода, и притомъ при подходящихъ условіяхъ, можетъ оправдать относительныя показанія къ кесарскому сѣченію. Каждое средство, которое при поворотѣ и экстракціи улучшаетъ шансы также и на жизнь ребенка, будетъ ограничивать относительныя показанія къ кесарскому сѣченію, и мнѣ кажется, что при той значительной частотѣ, съ какою теперь уже производится послѣднее при относительныхъ показаніяхъ, это ограниченіе необходимо, какъ бы ни были хороши современные результаты кесарскаго сѣченія въ клиническихъ операціонныхъ залахъ.

Итакъ, мы нравственно обязаны отыскивать средства—съ увѣренностью и въ возможно большемъ числѣ случаевъ сохранить жизнь ребенка при поворотѣ и экстракціи, производимыхъ при узкомъ тазѣ.

Почти каждому бросалось въ глаза, и во вчерашнемъ докладѣ товарища *Winckel*'я снова выставлено на видъ, что послѣдующая головка, лишь только мы убѣдимся, что препятствія со стороны мягкихъ частей устранены, часто совершенно неожиданно совсѣмъ легко проходитъ черезъ тазъ, и я нѣсколько разъ убѣдился, что при экстракціи большая часть дѣтей погибаетъ не столько отъ трудности прохожденія головки, сколько отъ затрудненій и продолжительности освобожденія ручекъ.

Въ одномъ случаѣ съ поперечно-суженнымъ тазомъ, который я наблюдалъ въ Лейпцигѣ, и который послѣ меня наблюдали впоследствии нѣсколько врачей, въ 1872 году, при 3-ихъ родахъ, чтобы получить живаго ребенка, я впервые накинулъ петлю на ручки внутри матки, такъ чтобы ихъ не нужно было освобождать; и еще разъ я получилъ живаго ребенка въ 50 см., который

родился съ цефалогематомой, но остался живъ, и только на 2-мъ году умеръ отъ какой-то дѣтской болѣзни. При первыхъ родахъ была примѣнена перфорация и проч.; при вторыхъ я вызвалъ искусственные преждевременные роды и произвелъ поворотъ. Ребенокъ — мальчикъ 40¹/₂ см. — умеръ черезъ 4 часа. Пятеро слѣдующихъ дѣтей, которые всѣ родились черезъ вызываніе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, съ примѣненіемъ поворота и извлеченія, всѣ умерли вскорѣ послѣ родовъ, хотя дѣти и не были крупны, тогда какъ шестой ребенокъ длиной въ 51 см., и освобожденіе головки котораго было очень трудное, остался живъ. Такимъ образомъ, два очень большихъ ребенка, не смотря на очень большія головы, при извлеченіи черезъ очень узкій тазъ, все же остались живы. Другіе же каждый разъ погибали, то при освобожденіи головки, то по причинѣ продолжительности извлеченія вслѣдствіе труднаго освобожденія ручекъ. При очень продолжительномъ извлеченіи значительно затрудняется кровообращеніе, и являются особенно благоприятныя условія для кровезлияній въ мозгъ и проч.

Со времени того перваго случая, въ которомъ я въ первый разъ извлекъ живаго и жизнеспособнаго ребенка, какъ мнѣ кажется, благодаря устраненію въ упомянутомъ случаѣ труднаго освобожденія ручекъ, я имѣлъ цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ послѣ повторныхъ трудныхъ оперативныхъ родовъ, проведенныхъ инымъ образомъ, дѣти рождались мертвыми, и гдѣ, наконецъ, удалось получить живаго ребенка, накладывая ему послѣ поворота и раньше экстракція внутриматочную петлю на одну или обѣ ручки. Естественно, чаще, чтобы контролировать себя, и гдѣ не представлялось нужнымъ, я не употреблялъ этой мѣры предосторожности. Вообще же я вынесъ убѣжденіе, что внутриматочная петля на одну или обѣ ручки дѣлаетъ для ребенка экстракцію при узкомъ тазѣ существенно менѣе опасной. Меньшая продолжительность извлеченія, гораздо менѣе значительное затрудненіе для кровообращенія дитяти и гораздо большее спокойствіе, съ которымъ потомъ можно заняться освобожденіемъ головки, — все это, каждое въ отдѣльности, способствуетъ устраненію опасности для жизни плода. Потеря времени на внутриматочное наложеніе петли не можетъ идти въ расчетъ, такъ какъ плодъ еще не нуждается въ собственномъ дыханіи. Нѣкоторая ловкость при этомъ, конечно, нужна, но не больше того, сколько требуется ея отъ человѣка, который приступаетъ къ повороту и извлеченію, имѣя главной задачей спасти дитя. Цѣлесообразный петлеводъ и петля не несущественны. Я пользуюсь для этого петлеводомъ *Trefurt*'а.

12. *Zweifel* (Leipzig): О перинеопластичкѣ.

При полныхъ разрывахъ промежности докладчикъ поступаетъ по *L. Tait*'у слѣдующимъ образомъ: двумя пальцами, введенными въ прямую кишку, все мѣсто разрыва расправляется и растягивается въ поперечномъ направленіи; при этомъ растягиваются также складки, которыя на 2—4 см. глубины поднимаются въ прямую кишку. Теперь проводится первый разрѣзъ для обозначенія лоскута; *L. Tait* рекомендуетъ для этого короткія колѣчатая ножницы, но совершенно годенъ здѣсь и просто острый ножъ. Поперечный

разрѣзъ, который долженъ обозначить лоскутъ, начинается на срединѣ влагалитчно-прямокишечной перегородки. Перегородка раздѣляется посрединѣ между прямой кишкой и влагалищемъ, и по краю этой перегородки разрѣзъ удлиняется въ обѣ стороны на промежность. Этотъ горизонтально проходящій разрѣзъ оканчивается на кожѣ промежности въ томъ мѣстѣ, которое соотвѣтствуетъ вновь образуемой спайкѣ. Отъ середины разрыва эта верхняя граница лоскута все болѣе отклоняется отъ направленія перегородки, которая, натурально, спускается къ заднему проходу; слѣдовательно, верхній горизонтальный разрѣзъ, ограничивающій лоскутъ на кожѣ, остается настолько отдаленнымъ отъ anus'a, на сколько расширена промежность. Вырѣзанный такимъ образомъ лоскутъ отсепаровывается (*wird unterminirt*) съ тѣмъ, чтобы имъ можно было покрыть кзади какъ крышей дефектъ прямой кишки. Въ случаѣ нужды, проведя перпендикулярный разрѣзъ на наружной кожѣ, этотъ лоскутъ можетъ быть сдѣланъ перегибающимся назадъ (*umklappbar*). Лоскутъ загибается назадъ и крѣпко удерживается въ такомъ положеніи острымъ крючкомъ. Затѣмъ, начинается наложеніе швовъ: накладывается 2 влагалитчныхъ и сколько требуется промежностныхъ швовъ. Влагалитчные швы проходятъ не перпендикулярно къ краю раны, но охватываютъ площадь окровавленія косо, т. е., мѣста вкола и выкола находятся относительно близко ко входу во влагалище, тогда какъ нитки подъ стянутой раной располагаются на нѣсколько стм. выше; поэтому достаточно двухъ швовъ; второй влагалитчный шовъ располагается вколomъ и выколomъ на мѣстѣ вновь образуемой задней спайки. Затѣмъ, слѣдуетъ нѣсколько промежностныхъ швовъ, и операція окончена. О лоскутѣ, загнuтомъ въ *rectum*, нечего заботиться. Надрѣзы во избѣжаніе излишняго натяженія тканей и т. п. ненужны. Слѣдуетъ только заботиться о легкомъ стулѣ въ первые дни.

Большія преимущества этого способа—его быстрота и безопасность при полныхъ разрывахъ—побудили *Z.* примѣнить его и при неполныхъ разрывахъ. Здѣсь тоже, съ цѣлью поперечнаго растяженія, вводятся въ *rectum* 2 пальца. Потомъ на срединѣ задней влагалитчной стѣнки по рубцу разрыва проводится внизъ разрѣзъ черезъ всю толщю слизистой оболочки влагалитща; затѣмъ ведется поперечный разрѣзъ въ обѣ стороны къ мѣсту вновь образуемой задней спайки. Такимъ образомъ намѣчаются 2 трехугольныхъ лоскута; они отсепаровываются штрихами ножа, и полостная рана соединяется непрерывнымъ катгутовымъ швомъ или влагалитчными швами изъ шолка или *silkwormgut'a*, которые накладываются подобно тому, какъ при полномъ разрывѣ промежности. Затѣмъ, послѣ того какъ завязанъ послѣдній влагалитчный шовъ, нижняя спайка оттягивается впередъ, и накладываются швы на промежность, сколько ихъ потребуется для соединенія краевъ раны.

Frank (Köln) постоянно видѣлъ хорошіе результаты при способѣ *L. Tait'a*.

Sänger. Первый изложенный *Zweifel'*емъ методъ не вполне тождественъ съ первоначальнымъ методомъ *L. Tait'a*. Второй есть способъ *A. R. Simpson'a*, который *Tait* только упростилъ и улучшилъ. По этому, описанному

имъ, новому *Simpson-Tait*'овскому способу онъ оперировалъ уже 36 разъ съ совершенно удовлетворительнымъ результатомъ.

Olshausen признаетъ право гражданства за операцией *Tait*'а; онъ беретъ лоскутъ ножомъ и употребляетъ наружные катгутовые швы.

13. *Sänger* (Leipzig). Ранение мочевого пузыря при чревосъчленіяхъ.

Въ такихъ случаяхъ почти всегда имѣются нетипическія пораненія, которыя встрѣчаются то на внѣ, то на внутрибрюшинномъ отдѣлѣ пузыря.— Недавно *S.* пережилъ одинъ случай раненія пузыря при чревосъчленіи, еще неописанный въ отношеніи этой его особенности и серьезности этого осложненія, и поведшій къ новому способу леченія поврежденій пузыря. При отдѣленіи очень большой кистовидной фибро-саркомы праваго яичника съ распространенными плоскостными сращениями (вслѣдствіе перекручиванія ножки), тонкая, растянутая истинная ножка была принята за сращеніе, а высоко оттянутый, окруженный сращениями пузырь—за ножку. Эта мнимая ножка была перевязана *Bruns*'овскою иглою и крѣпкимъ полкомъ въ 3 пучка и затѣмъ отрѣзана, вслѣдствіе чего произошло то, что кусокъ пузыря величиной съ полъ-ладони былъ резецированъ.

Культа пузыря помощью шелковыхъ лигатуръ притянута въ нижній уголъ брюшной раны, пристѣлочная брюшина сшита позади нея съ двухъ сторонъ, такъ что культа лежала совершенно внѣбрюшинно; затѣмъ культа была укрѣплена нѣсколькими шелковыми швами, проведенными поперечно черезъ нее и *peritoneum parietale*, 6 шелковыхъ нитей выведены черезъ отверстие стекляннаго дренажа, вдвинутаго позади сшитой пристѣлочной брюшины, и кожа сшита надъ культей пузыря. (Слизистая оболочка пузыря совсѣмъ оттянулась книзу). Въ первые 2 дня катетеризація черезъ каждые 3 часа, въ послѣдующіе 8 дней—вслѣдствіе большаго выдѣленія крови—дренажъ пузыря. *Выздоровленіе безъ всякихъ осложнений и безъ образованія фистулы.* Единичныя шелковыя нити извлекались спустя много недѣль.

S. рекомендуетъ свой способъ внѣбрюшиннаго ухода за культей пузыря съ трансплантаціей кожи не только для подобныхъ случаевъ, но при небезопасности первичнаго пузырнаго шва, который, по *Ridiger*, удается лишь въ $\frac{1}{3}$ случаевъ, онъ предлагаетъ свой методъ также и въ томъ случаѣ, еслибы пузырь былъ раненъ и шить внутрибрюшинно, видоизмѣнивши его только соотвѣтственно тому, что имъ описано какъ внутрибрюшинное откапсулированіе (*Abkapselung*) культы при *amputatio uteri myomatosis*.

Далѣе, докладчикъ сообщилъ случай брюшной фистулы первичнаго мочеваго протока; фистула образовалась черезъ 8 дней послѣ чревосъчленія вслѣдствіе того, что *urachus*, о проходимости котораго не подозрѣвали, попалъ въ брюшную шовъ и вскрылся вслѣдствіе омертвенія отъ давленія. Фистула не была зашита вслѣдствіе наступившей беременности. *S.* рекомендуетъ, встрѣчая въ культѣ *urachus*, дѣлать разрѣзы въ сторонѣ отъ него и накладывать брюшинные швы снаружки отъ него.

Leopold наблюдалъ раненіе пузыря при міомотоміи: верхушка пузыря

была захвачена въ жгутъ и отдѣлена. Рана зашита съвороточно—съвороточными швами. Дефектъ зажилъ безъ реакціи.

14. О *placenta praevia* съ демонстраціей препаратовъ говорили *Ahlfeld* (Marburg) и *Hofmeier* (Giessen).

Ahlfeld демонстрировалъ рѣдкій препаратъ *placentae praeviae*: это—уплотненный въ *Müller*'овской жидкости разрѣзъ матки въ ея естественной связи съ *placenta praevia*. Препарат полученъ отъ рахитической женщины, быстро умершей послѣ обильнаго кровотечения, при чемъ не было примѣнено никакого искусственнаго пособія. Дѣтское мѣсто сидитъ очень низко, нѣсколько въ сторону отъ внутренняго маточнаго зѣва, надъ которымъ находится слой отпадающей оболочки, одѣтой перерожденными ворсинками. Тутъ же виденъ разрѣзъ въ 1 см. длиною, сообщающійся съ очень большими сосудистымъ синусомъ, откуда и произошло смертельное кровотеченіе. Для этиологіи *placentae praeviae* А. считаетъ очень важнымъ подмѣченный имъ фактъ, который онъ нашелъ въ 7 изъ 9 подобныхъ случаевъ (со времени выжидательнаго способа веденія 3-го періода родовъ), что край дѣтскаго мѣста прочно срастается съ подлежащей тканью въ области внутренняго зѣва.

Hofmeier демонстрировалъ уплотненную и вскрытую по передней стѣнкѣ матку на 5 мѣсяцѣ беременности, представляющую очень много интереснаго. Двойни, не раздѣленные плодными оболочками, окружены кровью (*Hofmeier* принимаетъ, что оболочки между плодами лопнули вслѣдствіе излившейся крови и сократились); общая *placenta praevia*. Удаливши кровь, докладчикъ нашелъ, что полость выстлана рѣзко развитымъ децидуальнымъ слоемъ. Такъ какъ уже во многихъ случаяхъ предлежанія дѣтскаго мѣста отмѣчена сильно развитая, обильная кровью *decidua reflexa*, то *Н.* склоненъ принять, что условіемъ для образованія *placentae praeviae* является прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста на *decidua reflexa*.

Dohrn подтверждаетъ предположеніе *Ahlfeld*'а, по которому край дѣтскаго мѣста очень прочно связанъ съ подлежащей тканью. Форма дѣтскаго мѣста при глубокомъ прикрѣпленіи необычно плотна и гладка, представляя мѣста, непокрытыя ворсинками. Яйцо, когда оно входитъ въ матку, бываетъ всецѣло окружено ворсинками. Въ заключеніе Д. еще замѣтилъ, что *placenta praevia* является очень частой причиной выкидыша и преждевременныхъ родовъ.

Kaltenbach подтвердилъ замѣчаніе *Dohrn*'а, что при глубокомъ прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста часто происходятъ выкидыши.

Ahlfeld не раздѣляетъ взгляда *Hofmeier*'а на происхожденіе *placentae praeviae*. Въ первые мѣсяцы дѣтское мѣсто обыкновенно лежитъ такъ низко, что малоопытный можетъ его принять за *placenta praevia lateralis*. На выкидыши должно было бы обратить болѣе вниманія.

Winkel въ послѣднее время имѣлъ случай видѣть 14-дневное яйцо съ *decidua vera* и *reflexa* и убѣдился, что яйцо при его вступленіи въ матку снабжено ворсинками. *Placenta praevia* получится, если *allontois* простирается далѣе того мѣста, гдѣ прикрѣпляется яйцо.

15. *Schultze* (Jena). *Краткое сообщеніе о пессаріяхъ.*

Для успѣшнаго леченія пессаріями необходимъ подходящій пессарій. Требования, предъявляемыя къ влагалищному пессарію, слѣдующія: гладкій, безвредный матеріалъ, легкость и форма, соответствующая каждому случаю. Лучше всего соответствуютъ цѣли *Schultze*'евскіе 8-образные пессаріи, кромѣ того—пессаріи *Hodge* и *Thomas*'а. Вотъ уже нѣсколько недѣль, какъ *S.* употребляетъ пессаріи, приготовленные изъ целлюлоида (англійскаго производства); они гладки, гибки, долго противустоятъ катарральнымъ выдѣленіямъ и не раздражаютъ. Въ кипящей водѣ имъ легко придать всякую форму, вслѣдствіе чего *S.* придаетъ желаемую форму целлюлоиднымъ кольцамъ различныхъ диаметровъ непосредственно передъ ихъ употребленіемъ. Практическииъ врачамъ онъ рекомендуетъ целлюлоидно-проволочныя кольца, которыя гибки и безъ предварительнаго помѣщенія ихъ въ кипящую воду.

16. *Ruge* (Berlin). *Объ аденомахъ матки; доброкачественныя и злокачественныя ихъ формы.*

При *endometritis glandularis hypertrophica* слизистая оболочка утолщена. Выпячиваніе железъ происходитъ вслѣдствіе разрастанія клѣтокъ. При *endometritis glandularis hyperplastica* слизистая оболочка утолщена вслѣдствіе образованія новыхъ железъ. При третьей формѣ разрастанія железы проникаютъ въ мускулатуру. Разрастающіяся железы могутъ выпятиться, образовать сосочковыя разрашенія. Гиперпластическій желѣзистый эндометритъ называется гинекологами—*adenoma diffusum*, полипы же—*adenoma circumscriptum*; названіе выбрано неудачно, потому что подъ нимъ подразумѣваютъ новообразованіе, и, слѣдовательно, предполагается оперативное виѣшательство, а между тѣмъ при гипетрофической формѣ эндометрита оперируютъ только ради симптомовъ, а не ради самой болѣзни. *Adenoma malignum* въ клиническомъ и анатомическомъ отношеніи тождественны съ карциномой.

R. предлагаетъ такъ называемыя доброкачественныя формы аденомъ, слѣдовательно и полипы, такъ какъ они—вовсе не новообразованія, называть *endometritis hyperplastica*, злокачественныя же формы называть просто карциномами.

Winter соглашается, что микроскопичи должно быть придапо большее значеніе въ гинекологическихъ діагнозахъ.

17. *Ahlfeld* (Marburg). *О неописанныхъ еще до сихъ поръ внутри-маточныхъ движеніяхъ плода.*

Попытки изобразить графически, съ помощью *Marey*'евскаго аппарата, сокращенія сердца и глотательныя движенія плода *A.* не удались, но при этихъ изслѣдованіяхъ, кромѣ неправильныхъ кривыхъ (ощущаемыя матерью движенія плода), онъ получилъ 42—84 правильныхъ повышеній и пониженій кривой въ минуту. Обративши вниманіе на это явленіе, онъ могъ уже и простымъ глазомъ совершенно ясно видѣть эти правильныя движенія плода. Судя по частотѣ, это могутъ быть сосательныя или дыхательныя движенія. Чтобы увѣриться въ этомъ, онъ помѣщалъ *Marey*'евскій аппаратъ на жи-

вот новорожденного, вблизи пупка, и получалъ очень правильныя кривыя. Въ концѣ концовъ *A.* считаетъ эти явленія за дыхательныя движенія (движенія діафрагмы) и вынужденъ принять, что плодъ уже внутри матки дѣлаетъ правильныя, не замѣчаемыя матерью дыхательныя движенія, которыя присоединяются ко многимъ другимъ движеніямъ, производимымъ уже во время внутриматочной жизни. При этихъ движеніяхъ небольшая часть околоплодной жидкости попадаетъ въ трахею, но не далѣе.

Wiener считаетъ невѣроятнымъ, чтобы это были дыхательныя движенія, такъ какъ едва ли можно думать, чтобы въ такомъ случаѣ околоплодная жидкость не зашла въ легкія.

Ziegenspeck (München) напомнилъ, что подобныя движенія уже въ 1881 г. *Preyer* демонстрировалъ на лягушкахъ и насѣкомыхъ.

Ahlfeld въ заключеніе допускаетъ еще возможность, что полученныя кривыя весьма легко могли зависѣть отъ сокращеній amnion'a.

18. *Leopold* (Dresden). Къ леченію разрывовъ матки.

Изъ 6,100 родовъ, наблюдавшихся въ послѣднія 5 лѣтъ въ Dresden'ской женской клиникѣ, 5 родовъ были осложнены разрывами матки. Въ одномъ случаѣ имѣлся лишь неполный разрывъ, поэтому *L.* и не желаетъ его касаться, въ 4-хъ же случаяхъ разрывъ былъ полный. Въ 1-мъ случаѣ имѣлось поперечное положеніе съ продолжительною родовою длительностью; головка выступила вправо. Женщина умерла вскорѣ послѣ нижеописаннаго искусственнаго пособія при явленіяхъ коляпса. Вскрытіе показало, что разрывъ помѣщался на передней стѣнкѣ матки и простирался въ *ligamentum latum*. Пузырь и гестумъ были совершенно отслоены, матка была подвѣшена совсѣмъ свободно. Окончивши въ этомъ случаѣ роды экзентераціей, *L.* сдѣлалъ спринцеваніе и затампонировалъ полость іодоформнымъ газомъ. Въ данномъ случаѣ у него получилось такое впечатлѣніе, что было бы лучше, еслибы онъ оставилъ мѣсто разрыва свободнымъ и дренировалъ его. Случай 2-й. При ягодичномъ положеніи были примѣнены повторныя попытки къ окончанію родовъ; полный разрывъ матки; разрывъ помѣщался спереди и справа и распространялся въ *lig. latum*; полная отслойка пузыря; *placenta* извлечена черезъ разрывъ. *L.* перевелъ матку въ антефлексію, низвелъ верхній край разрыва крючкомъ, сдѣлалъ спринцеваніе, затампонировалъ разорванную рану и влагалище іодоформнымъ газомъ и наложилъ давящую повязку. Спустя двѣнадцать дней полоски іодоформной марли переѣнены. Выздоровленіе. Случай 3-й: головная водянка; щипцы. Разрывъ помѣщался также спереди, пузырь былъ отслоенъ. Пособія, подобныя примѣненнымъ во 2-мъ случаѣ. Женщина умерла спустя нѣсколько дней вслѣдствіе кровотечения изъ круглой язвы желудка. Произведенное вскрытіе показало, что склеиваніе серозныхъ лоскутовъ было самое тѣсное. Случай 4-й: у кандидатки на Кесарское сѣченіе, вѣ зависимости отъ какихъ либо манипуляцій, послѣдовалъ полный разрывъ; схватки сразу прекратились. Поврежденіе было въ высшей степени тяжелое. Правосторонняя стѣнка была совершенно отдѣлена. Признанный мертвымъ плодъ вышелъ въ брюшную полость. Чревосѣченіе: дѣт-

ское мѣсто пришлось удалить изъ брюшной полости; непрерывное кровотеченіе изъ art. uterina; отдавши матку книзу, съ цѣлью приблизить мѣсто разрыва и остановить кровотеченіе, *L.* втиснулъ изъ брюшной полости во влагалище полоски іодоформированной марли. Брюшная полость вполне зашита до того мѣста, гдѣ лежала іодоформенная марля.

На основаніи приведенныхъ случаевъ *L.* приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Если плодъ выступилъ въ брюшную полость или если извѣстное состояніе женщины—кровотеченія, обширныя пораненія и проч. имѣются на лицо, должно приступать къ чревосѣченію; 2) Разрывы на передвей стѣнкѣ матки бывають, кажется, не очень рѣдко.

Battlehner (Karlsruhe) предложилъ вопросъ: какъ слѣдуетъ поступать, если, по заживленіи разрыва, наступитъ новая беременность. Онъ знаетъ, что *Hegar* рекомендуетъ кесарское сѣченіе; не смотря на это, въ одномъ такомъ случаѣ онъ рѣшился на искусственные преждевременные роды и былъ очень доволенъ результатомъ.

19. *Schultze* (Jena). Демонстрація препаратовъ.

а) Общая placenta съ двумя пуповинами; одна вела къ доношенному плоду, который умеръ черезъ 6 часовъ послѣ рожденія; другая же—къ ischiopagus'у (общій пупокъ, одинъ задній проходъ, но 2 головы и туловища и 4 ноги). Извлеченіе этого урода (ногоположеніе) удалось безъ затрудненій. Одно дитя жило 41, другое 48 часовъ.

б) Принадлежащая зрѣлому плоду placenta marginata, на которой, слившись съ хоріальными ворсинками, лежитъ порядочной величины яичко. Величина его соотвѣтствуетъ 6-й недѣлѣ, хотя, судя по длинѣ пуповины и величинѣ дѣтскаго мѣста, возрастъ этого зародыша можно опредѣлить въ 4 мѣсяца. Здѣсь, слѣдовательно, мы имѣемъ рѣдкій примѣръ различнаго развитія двойней и прекраснаго сохраненія зародыша, но вовсе не superfœcundatio.

с) Препараты срочной трубно-маточной беременности; на умирающей экламптической женщинѣ было сдѣлано кесарское сѣченіе.

Breisky однажды видѣлъ на дѣтскомъ мѣстѣ 5-го мѣсяца беременности яичко 6-й недѣли; кромѣ того онъ знаетъ подобныя случаи изъ старой литературы.

Frank за нѣсколько дней до своего отъѣзда видѣлъ порокъ развитія, подобный описанному *Schultze*.

Славянский (Петербургъ) по поводу препарата трубно-маточной беременности замѣтилъ, что онъ видѣлъ подобные случаи весьма значительнаго истонченія маточной стѣнки, и что онъ считаетъ это истонченіе за патологическое явленіе. (*Archiv f. Gynäk. Band XXXII, Hft 3*).

Kaltenbach показалъ изъ музея клиники ishiopagus приблизительно 6-го мѣсяца беременности.

20. *Schuchardt* (Halle a S.). Саркома влагалища у ребенка—съ демонстраціей.

До сихъ поръ описано семь подобныхъ случаевъ. *Ahlfeld, Sängner,*

Babes, Demmel, Soltmann, Hauser, Steinthal); дѣвочки были отъ 2 до 5 лѣтъ отъ роду; только однажды была врожденная опухоль, представлявшая возвышенія въ родѣ виноградныхъ гроздей. Теченіе во всѣхъ случаяхъ было чрезвычайно злокачественное. S. сообщилъ 2 новыхъ случая, наблюдавшихся и оперированныхъ въ клиникѣ *Volkmanн'a*. Одинъ случай—7-лѣтняя дѣвочка умерла отъ рецидива черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи. Второй случай относится къ представляемой дѣвочкѣ около 5 лѣтъ отъ роду. Она заболѣла весной 1885 г.; при кашлѣ изъ влагалища выступали бобовидныя опухоли; въ сентябрѣ того же года вырѣзана опухоль и кусокъ влагалищной стѣнки величиной въ 10-пфениговую монету; черезъ 6^{1/2} мѣсяцевъ появился мѣстный рецидивъ: опухоль, величиной съ грецкій орѣхъ, которая и была вырѣзана вмѣстѣ съ половиной задней влагалищной стѣнки; остатокъ влагалищной стѣнки былъ притянутъ книзу и укрѣпленъ на мѣстѣ перехода на промежность; заживленіе per primam; до сего времени дѣвочка чувствуетъ себя очень хорошо. Обѣ вырѣзанныя опухоли имѣли папиллярный видъ и микроскопически опредѣлены какъ круглоклѣтчатковыя саркомы. S. видитъ предрасположеніе къ этимъ саркомамъ въ тѣхъ папиллярныхъ разращеніяхъ, которыя представляла слизистая оболочка въ окружности опухоли.

21. *Olshausen* (Berlin). *О механикѣ родовъ при черепныхъ положеніяхъ.*

По O. поворачиваніе головки существенно обуславливается поворачиваніемъ туловища; въ періодъ врѣзыванія сляпка, до тѣхъ поръ бывшая обращенной въ сторону, поворачивается впередъ, близко къ средней линіи. Тотъ фактъ, что отвислость живота способствуетъ переднегемянному предлежанію, и что у кифотичекъ переднегемянное предлежаніе встрѣчается чаще, можетъ быть объясненъ только его предположеніемъ. При лицевыхъ положеніяхъ поворотъ впередъ совершенно необъяснимъ обыкновеннымъ механизмомъ. Недавно въ *Volkmanн'овскомъ* сборникѣ появилась статья *Сутугина*, въ которой онъ придаетъ туловищу подобное же значеніе. На вопросъ: «почему туловище поворачивается впередъ», O. находитъ возможнымъ отвѣтить слѣдующимъ образомъ: 1) Вслѣдствіе уплощенія (Abplattung) матки послѣ отхожденія водъ; 2) Вслѣдствіе уменьшенія боковаго смѣщенія и скручиванія во время уменьшенія матки.

Lahs думаетъ, что подвижность между туловищемъ и головкой слишкомъ велика, чтобы первое могло вліять на вторую. При обсужденіи механизма родовъ прежде всего слѣдуетъ обратить вниманіе на изгоняющую силу.

Olshausen замѣтилъ, что онъ говоритъ только о поворотѣ, гдѣ затылокъ отъ взаимодѣйствія осей переходитъ впередъ, а вовсе не о направленіи давленія.

22. *Pott* (Halle a S.). *Къ этиологій вульво-вагинита въ дѣтскомъ возрастѣ.*

Въ послѣднія 12 лѣтъ P. лечилъ 18,047 дѣтей, между ними 8,481 дѣвочекъ. Vulvo-vaginitis онъ видѣлъ 86 разъ: до 5 года жизни 56 случаевъ,

отъ 5 до 10 л. 23 случая и, наконецъ, отъ 10 до 15 л. 7 разъ, чаще же всего отъ 2—4 лѣтъ. Болѣзнь приписывалась и мѣстнымъ, и общимъ причинамъ. По *P.* дѣло идетъ о специфическомъ, переносномъ заболѣваніи (трипперное зараженіе). *Cheri* и *Israel* находили въ секретѣ гонококковъ. Этіология этого заболѣванія никакъ необъяснима: растлѣніе было причиной очень рѣдко, и то только когда виновникъ страдалъ трипперомъ. Во время родовъ инфекция имѣетъ мѣсто очень рѣдко.

P. высказываетъ такое мнѣніе: принимая во вниманіе, что чаще всего этой болѣзью страдаютъ дѣти низшихъ сословій въ возрастѣ 2—4 лѣтъ, что, какъ извѣстно, онѣ часто спятъ въ одной кровати съ родителями, которые случайно страдаютъ трипперомъ,—можно предположить, что эта форма болѣзни возникаетъ вслѣдствіе прямаго соприкосновенія слизистой оболочки влагалища съ заразнымъ постельнымъ бѣльемъ. У мальчиковъ это заболѣваніе встрѣчается рѣже, потому что у нихъ слизистая оболочка расположена не такъ открыто: однако они довольно часто страдаютъ баяно-поститомъ. Ранѣе *P.* думалъ, что *vulvo-vaginitis* является симптомомъ сифилиса, однако же онъ видѣлъ, что съ излеченіемъ сифилиса *vulvo-vaginitis* продолжалъ существовать.

Prochowick (Hamburg) согласенъ съ *P.*; въ 21 подобномъ случаѣ онъ 17 разъ нашелъ гонококковъ. Родители такихъ дѣтей нерѣдко страдаютъ уретритомъ.

Sänger думаетъ, что семейныя эпидеміи нерѣдки; онъ знаетъ одинъ случай, гдѣ имѣли гоноррею родители, самый младшій и 3-хъ-лѣтній ребенокъ.

23. *Keil* (Halle a S.). *О вскрытіи кистовидныхъ брюшныхъ опухолей въ два срока.*

Этотъ приемъ въ первый разъ былъ примѣненъ *Volkman*'омъ.

Hegar рекомендовалъ его при леченіи *ruosalpinx*'а. К. указываетъ опасности, съ которыми связано вылущеніе такого трубнаго мѣшка: отдѣленіе нерѣдко затруднено сращеніями, при этомъ довольно часто наступаетъ разрывъ мѣшка и изліяніе въ брюшную полость гнойной жидкости, что можетъ быть очень опаснымъ; кровотеченія въ глубинѣ таза трудно остановить. Изъ 31 *ruosalpinx*'а, которые желалъ удалить *Gusserow*, разорвались 18. Вскрытіе такихъ опухолей въ 2 срока исключаетъ приведенныя выше опасности. Маленькія опухоли для этого способа недоступны. Относительно продолжительности успѣха операціи въ 2 срока собрано еще мало наблюденій; во всякомъ случаѣ, уменьшая напряженіе опухоли, мы уменьшаемъ явленія давленія. *Kaltenbach* 2 раза съ успѣхомъ оперировалъ по этому способу. 46-лѣтняя III-родящая долгое время имѣла боли въ нижней части живота съ лѣвой стороны; лѣвый влагалищный сводъ выпяченъ кистовидной опухолью (*hydrosalpinx*); разрѣзъ, проведенный выше лѣвой Пупартовой связки—параллельно ей—открылъ опухоль, стѣнка которой была фиксирована въ брюшной ранѣ. Разрѣзанная рана выполнена іодоформенной марлей;—повязка. Черезъ 8 дней повязка удалена, при чемъ оказалось, что опухоль срослась съ брюшными покровами; разрѣзъ опухоли и удаленіе жидкости; въ полость

заложена дренажная трубка; перевязка. Черезъ 3—4 недѣли рана закрылась.

Во второмъ случаѣ операція въ два срока была сдѣлана при кистѣ селезенки.

Werth усумнился бы оставить трубныя стѣнки при *pyosalpinx*'ѣ, такъ какъ онѣ часто представляются туберкулезными, и такимъ образомъ основное страданіе не будетъ удалено.

Dührssen замѣтилъ, что въ большемъ числѣ *pyosalpinx*'овъ, оперированныхъ *Gusserow*'омъ, имѣлись маленькія опухоли, недоступныя разрѣзу въ 2 срока. Онъ рекомендуетъ радикальное удаленіе мѣшка уже ради периметрическихъ приступовъ.

Wiedow считаетъ операцію въ два срока показанною въ тяжелыхъ случаяхъ. Трубная бугорчатка можетъ быть достаточно опредѣлена бимануальнымъ изслѣдованіемъ.

Skutsch не считаетъ узелки въ трубахъ вѣрнымъ признакомъ бугорчатки.

Kaltenbach очень цѣнитъ выгоды экстирпаціи, и только тамъ, гдѣ діагнозъ не можетъ быть поставленъ вполне точно, обращается къ болѣе умѣренному средству—къ операціи въ два срока.

Keil думаетъ, что при бугорчаткѣ мѣшокъ можно сильно выпринцовывать или лечить вырскиваниями іода.

24. *Frommel* (Erlangen). Къ развитію дѣтскаго мѣста.

Развитіе дѣтскаго мѣста еще не прослѣжено съ самаго начала. Докладчикъ изслѣдовалъ образованіе дѣтскаго мѣста у летучихъ мышей. Если оплодотворенное яйцо вступаетъ въ полость матки, наступаетъ срастаніе между бластодермой и маточнымъ эпителиемъ, при чемъ послѣдній исчезаетъ. Яйцо образуетъ родъ углубленія на внутренней поверхности матки; то-же, что развивается сверху въ углубленіи—есть дѣтское мѣсто. Послѣ срастанія яйца съ внутренней поверхностію матки, образуется пластъ протоплазмы и въ немъ зерна, находящіяся въ различныхъ стадіяхъ развитія. Самый верхній слой клѣтокъ быстро растетъ, и въ этотъ «децидуальный слой» врастаютъ хоріальныя ворсинки. Тотчасъ подъ сращеніемъ развиваются щелевидные сосуды въ формѣ вѣнка—область материнскихъ артеріальныхъ сосудовъ. (Въ небеременной маткѣ эти сосуды представляются большею частью какъ капилляры). Железы маточной стѣнки исчезаютъ на всемъ протяженіи дѣтскаго мѣста.

Со стороны хоріального эпителия происходитъ разрастаніе въ глубину, куда растетъ эндохорій, образующійся изъ наружняго слоя аллантоиса; туда приводятъ кровь вѣнце-образные сосуды; материнская кровь и кровь плода приходятъ въ тѣсное соприкосновеніе. Въ заключеніи кнаружи образуется обширное кровяное пространство. Эта *lacuna* (*Frommel*) не остается таковою; отсюда образуется губчатая часть, въ которой, вѣроятно, впоследствии отдѣляется дѣтское мѣсто.

Leopold: при самомъ возникновеніи дѣтскаго мѣста уже бываетъ замѣтна чрезвычайно утолщенная поверхностная сѣть капилляровъ. Хоріальныя ворсинки прорастаютъ въ капилляры.

Ahlfeld напоминаетъ, что уже *Lieberkühn* демонстрировалъ этотъ слой сосудовъ, и спрашиваетъ докладчика, сколько времени проходитъ до образования углубленія?

Frommel отвѣтилъ, что углубленіе образуется очень рано.

Wiener сообщилъ, что данныя *Leopold*'а въ скоромъ времени будутъ подтверждены работой одного Breslau'скаго врача (*Heinz*).

25. *Döderlein* (Leipzig). *О возвратѣ внутренней рожи послѣ месячнаго скрытаго періода вслѣдствіе преждевременныхъ родовъ.*

Въ новѣйшее время выступаютъ авторитетные голоса въ пользу возможности самозараженія, которое понимается или какъ зараженіе патогенными бактеріями, или какъ зараженіе полости матки. Зародыши имѣлись въ половомъ каналѣ или еще до родовъ, или поступаютъ во время родовъ, послѣдняя возможность—рѣже. Влагалище постоянно содержитъ самыя разнообразныя зародыши (по *Winter*'у часто стафилококковъ); въ этихъ зародышахъ должно искать источникъ самозараженія, которое вѣрнѣе можно назвать зараженіе отъ соприкосновенія (извнѣ). Отсюда въ каждомъ случаѣ должно производить самое тщательное обеззараживаніе влагалища.

Послѣ этого маленькаго вступленія *D* перешелъ къ изложенію одного чрезвычайно интереснаго случая:

Въ декабрѣ прошлаго года въ Leipzig'скую поликлинику обратилась 37-лѣтняя женщина съ жалобой на кровотеченіе въ продолженіе 14 дней. Изъ анамнеза выяснилась, что въ апрѣлѣ мѣсяцѣ прошлаго года, будучи беременной, эта женщина послѣ раненія пальца перенесла распространившуюся съ него кожную рожу, вскорѣ послѣ этого выкинула и проболѣла воспаленіемъ легкихъ и плевры. При изслѣдованіи констатирована беременность на 6-мъ мѣсяцѣ. Обильное кровотеченіе являлось показаніемъ къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, которые и были успѣшно произведены съ соблюденіемъ антисептическихъ предосторожностей. До родовъ пациентка не лихорадила, тотчасъ послѣ родовъ началась лихорадка, которая не прекращалась до самой смерти пациентки, наступившей на 15 день послѣ преждевременныхъ родовъ. Бактеріологическое изслѣдованіе послѣродовыхъ выдѣленій показало присутствіе рожистаго стрептококка *Fehleisen*'а. *Endometri*'а констатировать не удалось; суставы были опухшими и болѣзненными за два дня до смерти. Вскрытіе констатировало полное отсутствіе септическихъ явленій какъ въ маткѣ, такъ и въ яичникахъ и брюшинѣ; но обнаружило свѣжій лептоменингитъ и дало возможность констатировать какъ въ этомъ патологическомъ образованіи, такъ и въ суставахъ рожистыхъ стрептококковъ. Безъ сомнѣнія, въ этомъ случаѣ со времени послѣдняго выкидыша оставалась въ скрытомъ состояніи внутренняя рожа, взрывъ которой и былъ вызванъ преждевременными родами.

26. *Baumgärtner* (Baden-Baden). *Къ операціи карциномы шейки.*

В. сдѣлалъ полную влагалищную экстирпацію матки 4 раза; одна изъ этихъ оперированныхъ не имѣетъ возврата 3 года. Относительно высокаго отдѣленія шейки онъ не имѣетъ благоприятныхъ наблюденій въ отношеніи рецидивовъ. Въ послѣднее время въ случаяхъ карциномъ шейки, кровоточащихъ и съ вонючимъ отдѣляемымъ, гдѣ о радикальной операціи не можетъ быть и рѣчи, онъ примѣняетъ перевязку обѣихъ маточныхъ артерій. Кровотеченія и ихорозное истеченіе прекращается, а въ одномъ случаѣ онъ наблюдалъ даже обратное развитіе (жировое перерожденіе и всасываніе) карциномы. В. рекомендуетъ въ безнадежныхъ случаяхъ карциномъ шейки испытать его способъ.

27. *Lantos*. (Budapest). *Демонстрація предложенныхъ Kézmar-sky'мъ панталонъ для поддерживанія нижней части живота.*

Для поддерживанія нижней части живота при брюшныхъ опухоляхъ, при недостаточности брюшныхъ покрововъ послѣ чревосѣченій и пр. вошли въ употребленіе поясныя повязки (бандажи), вредное дѣйствіе которыхъ наблюдалъ навѣрное уже каждый. Трудное наложеніе пояса, сдвиганіе его вверхъ вслѣдствіе растяженія довольно часто врѣзывающихся бедренныхъ ремней, частое образованіе грыжъ послѣ чревосѣченія при ихъ употребленіи,—побудили г. проф. *Kézmaršk'*аго устроить цѣлесообразное и простое поддерживаніе живота съ устраненіемъ названныхъ неудобствъ; это короткія панталоны, описаніе которыхъ помѣщено въ *Centralblatt f. Gynäk.*, 1887 г., № 7 и которыя онъ демонстрировалъ на женщинѣ, которой была сдѣлана овариотомія въ клиникѣ г. проф. *Kaltenbach'*а.

Далѣе, слѣдуетъ описаніе панталонъ—въ существенныхъ чертахъ тоже, которое было дано въ вышеупомянутой статьѣ (I. с.), съ тѣмъ видоизмѣненіемъ, что пуговицы помѣщаются не на средней линіи, а на правой сторонѣ.

Съ ноября 1886 г. эти панталоны съ большимъ успѣхомъ примѣняются при вышеупомянутыхъ болѣзняхъ въ *Budapest'*ской университетской акушерско-гинекологической клиникѣ. Ношеніе ихъ для женщинъ необременительно и онѣ не пытаются ихъ снять, что такъ часто случается съ поясными повязками. Панталоны изготовляются фирмой *Altrichter* въ *Budapest'*ѣ.

28. *Bumm* (Wirzburg). *Наблюденія надъ щипцами съ осевыми тракціями.*

В. примѣнялъ щипцы *Tarnier* болѣе 100 разъ и нашелъ ихъ очень хорошими. Лучше всего тѣ щипцы, въ которыхъ рукоятки для влеченія по оси могутъ быть сняты. Дезинфекція ихъ производится очень легко, такъ какъ они приспособляются лишь послѣ того какъ щипцы уже наложены на головку. При ихъ употребленіи нѣтъ нужды примѣнять грубую силу—не нужно упираться, слѣдовательно, является сбереженіе силы. Другое преимущество—свободная подвижность палоченныхъ на головку щипцовъ; при обыкновенныхъ щипцахъ механизмъ по отношенію къ индивидуальнымъ особенностямъ даннаго таза не проявляется, тогда какъ въ щипцахъ *Tarnier'*а головка вѣстѣ съ ложками щипцовъ имѣетъ большую свободу движенія. Причину рѣдкаго примѣненія щипцовъ съ движеніемъ по оси

B. видитъ въ томъ, что отъ нихъ слишкомъ много требуютъ: они не могутъ сдѣлать прохождение черезъ узкій тазъ болѣе легкимъ, а головку болѣе малою.

Niederding видоизмѣнилъ щипцы *Tarnier*, придавши имъ, вмѣсто первоначальнаго французскаго, — *Brünnighausen*'овскій замокъ; сдавливаніе головки отъ этого не больше, но получается то преимущество, что онъ не позволяетъ щипцамъ соскользнуть и поэтому даетъ тѣмъ большую возможность проявиться соотвѣтственному механизму.

Sänger высказался за употребленіе щипцовъ съ влеченіемъ по оси. Удобство влеченія зависитъ отъ хорошей рукоятки.

Dürhsen держится того взгляда, что затрудненіе при извлеченіи *Nägelé*'вскими щипцами зависитъ не только отъ суженія таза, но довольно часто и отъ неподатливости маточнаго зѣва и влагалища; въ послѣднемъ случаѣ достаточно нѣсколькихъ надрѣзовъ, чтобы сдѣлать извлеченіе щипцами легко выполнимымъ.

Winckel, становясь на точку зрѣнія *Sänger*'а, считаетъ цѣлесообразными щипцы *Breuss*'а, щипцы же *Tarnier* онъ находитъ очень тяжелыми.

Bumt все еще не убѣдился, что *Breuss*'овскіе щипцы являются щипцами съ влеченіемъ по оси — по крайней мѣрѣ, при ихъ наложеніи на высокостоящую головку.

29. *Eckart* (Halle a. S.). О состояннн слизистой оболочки тѣла матки при карциномѣ шейки.

Подъ такимъ заглавіемъ появилась въ *Archiv f. Gynäkologie*, Bd. XXXII, Hft 2 работа д-ра *Karl*'а *Abel*'я изъ частной клиники *Landau*; въ 7 случаяхъ полной экстирпации матки вслѣдствіе карциномы шейки онъ нашелъ саркоматозное перерожденіе слизистой оболочки матки. *E.* изслѣдовалъ слизистую оболочку 10 вырѣзанныхъ *Kaltenbach*'омъ матокъ, но могъ констатировать только простую гиперплазію, — попадалось разрастаніе железъ (*endometritis glandularis*), кромѣ того, папиллярное разрастаніе въ полости железъ. *E.* того мнѣнія, что при карциномѣ шейки слизистая оболочка тѣла претерпѣваетъ тяжелыя измѣненія, но на которыя можно смотрѣть только какъ на хронически-воспалительное состояніе железистаго аппарата, а не какъ на саркому.

Кровотеченія при карциномѣ шейки по *E.* только отчасти зависятъ отъ новообразованія; отчасти же онѣ обязаны своимъ возникновеніемъ измѣненной слизистой оболочкѣ тѣла матки.

Въ заключеніе *E.* упоминаетъ еще, что на 10 случаевъ карциномы шейки онъ 3 раза встрѣтилъ въ тѣлѣ матки маленькія міомы.

30. *Wiedow* (Freiburg i. Br.) О расслабленіи брюшины.

Это страданіе можно раздѣлить на 2-группы:

а) У бѣдныхъ, слабосильныхъ, много работающихъ женщинъ имѣется по большей части расслабленіе всей тазовой брюшины и брюшныхъ стѣнокъ. Онѣ жалуются на ощущеніе напряженія въ области желудка, на тяжелое ощущеніе дерганья, на явленія выпаденія, на затрудненное пищевареніе; менструаціи обильны, промежутки коротки, бывають истеченія; матка часто уве-

личена и утолщена, въ retroversi'i или — flexi'i. Подобныя явленія часто наблюдаются у много работающих хлоротическихъ нерожавшихъ женщинъ.

b) Измѣненія касаются тазовой брюшины и тазового дна. Разъ тазовое дно недостаточно, внутрибрюшинное давленіе должна выдерживать брюшина, что послѣдовательно ведетъ къ ея разслабленію. Внутрибрюшное или влагалищное давленіе въ нормальномъ состояніи уравнивается замыкающимъ аппаратомъ, но этого не можетъ быть при разрывѣ промежности: здѣсь запирающій аппаратъ влагалища располагается выше, и подъ влияніемъ внутрибрюшнаго давленія, наконецъ, разрывается, причемъ матка помѣщается ниже въ ретровертированномъ антепонированномъ положеніи.

Schwarz поставилъ W. вопросъ, измѣрялъ ли онъ влагалищное давленіе манометромъ? Wiedow: да.

31. Winter (Berlin) показалъ изображение двухъ срединныхъ разрывовъ (замороженные препараты) всего туловища, гесп. таза и матки, которые онъ получилъ съ труповъ двухъ роженицъ, умершихъ отъ эклампсін.

Таблица I: Истонченіе нижняго отрѣза матки значительное; кольца сокращенія не видно. Нижняя часть матки, не покрытая яйцевыми оболочками, показываетъ сокращеніе deciduae. Задняя губа выворочена, но передняя еще вѣтъ. Выѣстъ съ антефлексіей можно констатировать перегибъ шейки подъ острымъ угломъ. Дѣтское мѣсто помѣщается низко; головка вступила въ тазъ и сдавливаетъ дѣтское мѣсто; сосуды довольно обезкровлены.

Таблица II: У 27-лѣтней первородящей за 8 недѣль до срока появилась эклампсія; констатированы родовыя схватки. На препаратѣ—гесп. рисунокъ виденъ двойной разрывъ пузыря, кромѣ того наступившее до срока отдѣленіе дѣтскаго мѣста съ типическимъ ретроплицентарнымъ кровоизліаніемъ, расположеннымъ приблизительно централью.

32. Fehling (Basel) О кастраціи при остеомаляціи.

Въ Basel'скомъ округѣ случаи остеомаляціи сравнительно часты. Предпринятое съ Bunge изслѣдованіе мочи показало незначительное (нѣсколько миллиграммовъ) увеличеніе известковыхъ и фосфорныхъ солей, но изъ этого факта F. не желаетъ дѣлать никакихъ выводовъ.

F. нашелъ въ литературѣ 12 случаевъ osteomalaci'i, въ которыхъ было сдѣлано кесарское сѣченіе; выздоровѣли только 2 (Winckel, Reuss), тогда какъ изъ 44 оперированныхъ по способу Porro погибло 17, 3 умерли отъ сопутствующихъ болѣзней (Phtisis), 24 же выздоровѣли. Выздоровленіе наступало, по справкамъ, собраннымъ помощью вопросныхъ листковъ, самое позднее черезъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ года, менструаціи рано или поздно совершенно прекращались. Послѣ 31 операціи Porro, собранныхъ Daufour'омъ, регулы только болѣе или менѣе уменьшались, въ случаѣ же Braun'a женщина и послѣ операціи имѣла правильныя мѣсячныя. F. оперировалъ по Porro въ 4-хъ случаяхъ съ хорошимъ результатомъ.

Женщины здоровы, объ ихъ половой дѣятельности онъ ничего не можетъ сказать, coitus вслѣдствіе малой подвижности ногъ очень затрудненъ; работа же идетъ очень хорошо. Эти данныя внушили F. мысль вмѣсто кесарскаго

сѣченія дѣлать кастрацію: 1) Полтора года назадъ (въ январѣ 1887 г.) онъ кастрировалъ въ Stuttgart'ѣ 4-родящую: хорошее теченіе операціи; черезъ 6 недѣль она уже пробовала ходить и теперь зарабатываетъ себѣ хлѣбъ, какъ прачка. Регулы не приходили ни разу.

2) Въ Basel'скую клинику была принята 8-родящая, которая около $\frac{1}{4}$ года не покидала постели и едва могла двигаться. Кастрація; рѣзкая варикозность придатковъ, въ яичникахъ ничего особеннаго. Черезъ два дня послѣ операціи боли прекратились, однако вполнѣ удовлетворительнаго улучшенія не получилось, такъ какъ она лишь въ ограниченной степени могла пользоваться ногами. 3) У 4-родящей остеомалятической—кастрація 4 недѣли назадъ, придатки были варикозны. Улучшеніе.

Принимая во вниманіе сказанное, F. приходитъ къ заключенію, что въ случаяхъ остеомаляціи, гдѣ является вопросъ объ оперативномъ пособіи, операція *Porro* ему кажется совершенно показанною.

Winkel въ одномъ случаѣ остеомаляціи нашелъ пониженную щелочность крови, какъ указывалъ на это *Jaksch*. Онъ становится на точку зрѣнія *Fehling'a*; но должно испытать и другія средства; W. часто видѣлъ улучшеніе у остеомалятическихъ беременныхъ и роженицъ отъ хорошей, цѣлесообразной пищи.

33. *Battlehner* (Karlsruhe) показалъ препараты *инверзіи матки*. Инверзія наступила послѣ родовъ; вправленіе не удалось ни при одномъ изъ извѣстныхъ медицинскихъ средствъ; наконецъ рѣшились на влагалищную экстирпацію матки. Пациентка умерла черезъ нѣскольکو дней.

Съ того времени какъ *Nieberding* опубликовалъ первый случай закрытія просвѣта кишекъ послѣ чревосѣченія, онъ пережилъ еще 2 подобныхъ случаевъ (послѣ міотоміи и оваріотоміи). Если бы употреблялась мокрая сулемованная марля (*Krukenberg*), то это можно бы приписать ей, но она была сухая. Или можетъ быть твердая обработанная въ сулеми съ поваренной солью марля слущила эндотеліи серозной оболочки.

Kaltenbach не употребляетъ сулемы, такъ какъ можетъ быть, что марля испорчена и будетъ дѣйствовать какъ возбудитель воспаленія. Необходима самая тщательная асептичность. Впрочемъ ему бросилось въ глаза, что такіа осложненія чаще встрѣчались въ первыхъ 50 его операціяхъ, слѣдовательно, до усовершенствованія въ техникахъ операціи.

Schwarz видѣлъ въ клиникѣ *Olshausen'a* два случая закрытія просвѣта кишекъ; въ обоихъ случаяхъ петли кишекъ попадали въ эластическій жгутъ.

Затѣмъ, настоящій сѣздъ былъ объявленъ закрытымъ, а слѣдующій назначенъ на будущій 1889 годъ въ Freiburg'ѣ подъ предсѣдательствомъ проф. *Negar'a*.

325. Н. Иноевскъ. Медицинскій отчетъ родильнаго пріюта Голицынскон больницы въ Москвѣ за 1887 годъ. (Москва, 1888. 232 стр.).

Въ прошломъ году (см. «Журн. акуш. и женск. бол.», 1887, № 6, стр. 483) мы имѣли случай говорить объ отчетѣ родильнаго пріюта Голицынскон

больницы за 1886 годъ. Нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ вышелъ отчетъ пріюта за 1887 годъ, составленный такъ же обстоятельно и подробно, какъ и первый. Вотъ наиболѣе важныя цифровыя данныя изъ него. Въ теченіе года поступило беременныхъ, роженицъ и родильницъ 776; родовъ было 756, въ томъ числѣ 12 двойнями и 1 тройнями; первородящихъ—198 (25,4%). Наибольшее число родовъ приходится на февраль—(74), наименьшее—на декабрь (52), Предлежаній головнымъ концомъ было 697 (96,7%), тазовыхъ—26 (3,6%), поперечныхъ—5 (0,7%); лицевое предлежаніе наблюдалось 2 раза, лобное—1; въ одномъ случаѣ лобное положеніе во время извлеченія щипцами перешло въ лицевое. Выкидышей было 12, изъ нихъ въ 6-ти плодное яйцо и послѣдъ были удалены ручными приемами. Преждевременные роды были въ 84 случаяхъ (11,1%). Разрывы промежности наблюдались 56 разъ (у первородящихъ—41, у второродящихъ—9 и у многородящихъ—6); для зашиванія ихъ кромѣ шелка употреблялись еще олени сухожилія, которыми авторъ вполне доволенъ. Узкій тазъ (съ conj. ext. меньше 18 cm.) встрѣтился 28 разъ (3,8%), Предлежаніе дѣтскаго мѣста наблюдалось въ 4 случаяхъ; въ трехъ роды окончены поворотомъ на ножки и извлеченіемъ; изъ матерей 1 умерла черезъ 3 часа послѣ родовъ отъ остраго малокровія; изъ новорожденныхъ только 1 дѣвочка родилась живая, 2 мертвыхъ, 1 мацерированная. Оперативныя пособія: искусственное вскрытіе плоднаго пузыря—228, episiotomia—4, кровавое расширеніе маточнаго зѣва—2, извлеченіе выкидышей—6, отдѣленіе и ручное выведеніе дѣтскаго мѣста—13, извлеченіе плода при ягодичномъ и ножномъ предлежаніи—18, поворотъ на ножку и извлеченіе—6, наложеніе щипцовъ 22, краниотомія—3, искусственные преждевременные роды—2. Изъ 758 новорожденныхъ было мальчиковъ 383, дѣвочекъ 375; живыхъ 717, мертвыхъ—29, мацерированныхъ—12; умерло послѣ родовъ—19; въ двухъ случаяхъ встрѣтилось зачаточное развитіе пальцевъ на ручкахъ; офтальмооблиторрея не наблюдалась ни разу, принятыя профилактическія способъ *Credé*. Теченіе послѣродоваго періода выражается слѣдующими числами: здоровыхъ родильницъ (не имѣвшихъ больше 38°C.)—542 (71,7%), болѣвшихъ непослѣродовыми формами—8 (1,1%), лихорадившихъ—178 (23,5%), болѣвшихъ послѣродовыми формами—28 (3,7%), Умершихъ было 4 (0,5%), но всѣ онѣ были доставлены въ Пріютъ въ трудномъ положеніи и умерли скорѣ послѣ родовъ, 1—отъ бугорчатки, 2—отъ остраго малокровія (разрывъ матки, предлежаніе дѣтскаго мѣста) и 1 отъ эклампсіи. Болѣе серьезно заболѣвшія родильницы (въ числѣ 16) были переводимы въ Голицынскую больницу, откуда всѣ онѣ выписаны здоровыми. Здѣсь кстати будетъ упомянуть, что уважаемый *К. Х. И.* составилъ наставленія: 1) какъ держать себя родильницѣ въ первое время послѣ родовъ; 2) какъ слѣдуетъ матерямъ кормить грудью дѣтей, и 3) какъ слѣдуетъ держать новорожденныхъ дѣтей. Печатные экземпляры этихъ наставленій (помѣщенныхъ также въ реферлируемомъ «Отчетѣ») авторъ раздаетъ всѣмъ нуждающимся, обращающимся лично къ нему. Нельзя не согласиться съ авторомъ, «что подобныя наставленія въ концѣ концовъ принесутъ свою долю пользы.

которая на первых порахъ хоть скажется тѣмъ, что члены общества почувствуютъ свое невнѣніе, усумнятся въ своихъ традиціонныхъ привычкахъ, отвергнутъ свое суевѣріе» (стр. 97).

Вторая половина «Отчета» занята работами занимающихся въ Пріютѣ врачей:

1) *А. М. Гарнакъ. О способахъ выдѣленія оболочекъ и о значеніи задержанія ихъ.* Изложивъ данныя изъ литературы, авторъ передаетъ свои наблюденія надъ 28 случаями задержанія оболочекъ, встрѣтившихся на 756 родовъ отчетнаго года (3,6%). Изъ этого числа 9 случаевъ приходятся на долю первородящихъ (4,5%), а 19—многородящихъ (3,4%). Всѣ случаи проведены вполне выжидательно. Кровотеченіе было 3 раза. Въ 15 случаяхъ не было повышенія температуры, въ 4 было однократное повышение, въ 7—повторное, и только въ 2 случаяхъ былъ легкій эндометритъ; смертнаго случая ни одного.

2) *Л. С. Шерешевскій. Смерть плода во время родовъ (опытъ обзора этиологіи и статистики).* Эта довольно объемистая статья (69 стран.) имѣетъ чисто литературно-статистическій характеръ. Авторъ, на основаніи чиселъ, взятыхъ изъ отчетовъ русскихъ родовспомогательныхъ заведеній, и отчасти пользуясь данными иностранныхъ авторовъ, даетъ сравнительную оцѣнку всѣхъ могущихъ причинить смерть плода во время родовъ вредныхъ вліяній со стороны общаго состоянія матери (ея болѣзней, въ частности эклампсіи, и смерти во время родовъ), со стороны родоваго канала (суженіе таза, неправильности родовыхъ болей, разрывъ матки), со стороны плода (недоноски, многоплодные роды, неправильности положенія и членорасположенія, анемія плода, полъ и величина, неспособность его къ жизни вслѣдствіе прирожденныхъ или родовыхъ поражений), со стороны придаточныхъ частей плода (placenta graevia, преждевременное отдѣленіе ея, выпаденіе, сжатіе и обвитія пуповины, время излитія водъ) и, наконецъ, со стороны оперативнаго вмѣшательства въ той или иной формѣ. Будучи стѣснены рамками реферата, мы принуждены интересующихся этимъ предметомъ отослать къ подлиннику, богатому фактическимъ матеріаломъ и потому не поддающемуся краткому изложенію. О профилактикѣ и терапіи асфиксій плода авторъ общаетъ поговорить въ отдѣльной статьѣ.

3) *А. М. Эберлингъ. Къ вопросу о выпаденіи пуповидна и пособіяхъ при немъ.* По поводу 11 случаевъ выпаденія пуповины, встрѣтившихся въ пріютѣ за послѣдніе два года, авторъ на основаніи статистики русскихъ родовспомогательныхъ заведеній старается освѣтить этиологію этого явленія и наиболѣе цѣлесообразную терапію при немъ. На 39,612 родовъ (съ 40,401 плодами), собранныхъ авторомъ, выпаденіе пуповины встрѣтилось 230 разъ, (0,8%); у многородящихъ оно наблюдается въ 3,8 раза чаще, чѣмъ у первородящихъ; многоплодная беременность также представляется въ этомъ отношеніи менѣе благоприятною, а именно при двойняхъ выпаденіе пуповины отмѣчено въ 4,31%, т. е., въ 5¹/₂ разъ чаще, чѣмъ при одиночныхъ родахъ; затѣмъ въ ¹/₃ всѣхъ случаевъ, при которыхъ наблюда-

лось выпаденіе пуповины, тазъ оказался суженнымъ; въ числѣ благоприятствующихъ моментовъ фигурируютъ также чрезмѣрная длина пуповины, эксцентрическое ея прикрѣпленіе, предлежаніе дѣтскаго мѣста, hydramnion, тазовыя и, особенно, поперечныя положенія плода (предлежаніе головнымъ концомъ при выпаденіи пуповины наблюдалось въ 2,03%, тазовое—въ 20,63%, а поперечное—въ 77,34%). Смертность плодовъ при выпаденіи пуповины равняется 47,14%. Что касается терапіи выпаденія пуповины, то, на основаніи собранныхъ авторомъ чиселъ, онъ считаетъ наиболѣе благоприятнымъ для плода вправленіе (15,6% смертности), затѣмъ идутъ поворотъ съ извлеченіемъ (30,2% смертности), щипцы (36,6%) и, наконецъ, ручное извлеченіе плода (40,9%).

Въ концѣ отчета приложенъ инвентарь имущества Приюта съ обозначеніемъ стоимости каждаго предмета

А. Фишеръ.

326. Dr. von Swięcicki. Zur Stickoxydul-Sauerstoff Anästhesie in der Geburtshilfe. (Centralb. f. Gynäk. № 43). Анестезія закисью азота съ кислородомъ въ анушерствѣ.

Вполнѣ раздѣляя мнѣніе, высказанное въ послѣднее время нѣкоторыми авторами (*Кликовичъ, Zittel, Doderlein* и др.) относительно анестетическихъ достоинствъ закиси азота въ смѣси съ кислородомъ и полной безопасности этого рода наркоза, авторъ объясняетъ относительно малое распространеніе этого средства въ акушерской практикѣ съ одной стороны дороговизной и трудностью полученія этой смѣси въ готовомъ видѣ, а съ другой—неудобствомъ транспортированія ея въ той формѣ, какъ это практиковалось до сихъ поръ, т. е., въ резиновыхъ баллонахъ. Въ виду этого онъ задался цѣлью получить смѣсь этихъ газовъ въ готовомъ видѣ и въ удобномъ для транспортированія аппаратѣ и вошелъ въ переговоры по этому поводу съ фирмой Asch и Sops въ Берлинѣ, которой, послѣ долгихъ попытокъ, удалось получить эту смѣсь изъ Лондона сгущенной по его указанію ($\frac{4}{5} N_2 O + \frac{1}{5} O$) въ одной бутылѣ. Авторъ прилагаетъ рисунокъ употребляемаго съ этой цѣлью аппарата, кторый, по его словамъ, весьма удобенъ для транспортированія, и высказываетъ надежду, что эта смѣсь отнынѣ найдетъ обширное примѣненіе не только при родахъ, но и при нѣкоторыхъ гинекологическихъ и акушерскихъ операціяхъ.

Д. Юровскій.

327. W. Wathen. H. Abdominal section in extra-uterine pregnancy (N.-York. med. Journ., August 4, 1888). Чревосѣченіе при внѣматочной беременности.

Хотя еще въ 1857 г. эта операція была предложена *Kiwisch'емъ* и въ 1867 г. *Rogers'омъ*, но только въ послѣднее время она стала чаще дѣлаться. При оперированіи поступаютъ различно: или удаляютъ весь плодный мѣшокъ, или резецируютъ его и края швываютъ въ брюшную рану, или зашиваютъ резецированный мѣшокъ и проводятъ дренажъ черезъ задній сводъ во влагалище. Авторъ въ особенности настаиваетъ на удаленіи послѣда, такъ какъ

этим способом легче остановить первичное кровотечение и предупредить вторичное. Кроме того, оставленный в полости брюшины послѣдъ можетъ въ послѣдствіи вызвать гнило- и гноекровоіе или повести къ истощенію большой вслѣдствіе долго длежаго нагноенія. Въ особенности въ ранніе періоды трубной беременности, до разрыва плоднаго мѣшка, слѣдуетъ оперировать, чтобы цѣликомъ удалить беременную трубу, а не прибѣгать къ электричеству, какъ это очень любятъ дѣлать американскіе гинекологи. При приѣненіи электричества, даже въ случаѣ успѣха, въ брюшной полости остается постороннее тѣло, которое можетъ въ послѣдствіи дать поводъ къ неприятымъ послѣдствіямъ. Къ тому же въ большинствѣ случаевъ успѣшнаго приѣненія электричества при трубной беременности была сдѣлана, по всей вѣроятности, діагностическая ошибка ¹⁾). При разрывѣ беременной трубы точно также показуется чревосѣченіе, давшее въ послѣднее время хорошіе результаты, такъ напр. Lawson Tait сдѣлалъ 36 операций съ 2, Martin 9 съ 1 смертельнымъ исходомъ.

А. Семяниновъ.

328. Проф. Н. В. Склифасовскій. Что дѣлать при чрезмѣрной рвотѣ беременныхъ. (Лѣтопись Хирургическаго Общества въ Москвѣ. 1888 г. № 12 и 13).

Весьма интересное и крайне поучительное сообщеніе сдѣлалъ проф. *Склифасовскій* въ 223-мъ засѣданіи Хирургическаго Общества въ Москвѣ 9 марта настоящаго года. У больной, страдавшей неукротимой рвотой беременныхъ (*hyperemesis gravidarum*) была опредѣлена *graviditas extrauterina* и, можетъ быть, *graviditas tubaria sinistra*. Въ виду этого было рѣшено изсѣчь плодный мѣшокъ внѣматочной беременности *per laparotomiam*. Это былъ первоначальный планъ. Когда же по вскрытіи брюшной полости обнаружилось, что плодъ заключался въ полости матки, было рѣшено произвести колотеніе, т. е., изсѣченіе обоихъ яичниковъ. Въ началѣ шестыхъ сутокъ больная умерла отъ гнилостнаго зараженія, которое, можно полагать, началось у нея задолго до операціи и, вѣроятно, тогда уже было вполне развито, когда у больной развился упадокъ силъ и показалась желтуха. — При посмертномъ изслѣдованіи полости живота чрезъ вскрытую рану *post laparotomiam*, брюшинный покровъ представляется утолщеннымъ и покрытымъ плотнымъ выпотомъ темно-краснаго цвѣта; полость брюшины суха (!). — Въ послѣдующіе дни послѣ операціи до смерти рвоты не было.

Этотъ случай заставляетъ автора высказаться за возможность производства кастраціи съ цѣлью излѣченія неукротимой рвоты беременныхъ, такъ какъ онъ считаетъ производство законнаго выкидыша операціею болѣе опасною. Каждый изслѣдователь имѣетъ полное право имѣть свое собственное мнѣніе и, какъ бы оно ни казалось необыкновеннымъ, даже страннымъ, оно тѣмъ не менѣе вполне законно и желательно, — иначе мы должны отнести къ диагнозу приведеннаго случая, давшему поводъ къ операціи, кончившейся всетаки летально. Намъ не понятна возможность ставить діагнозъ какого бы то ни было

¹⁾ См. «Журн. акуш. и женск. бол.» 1888, № 9 стр. 678.

заболѣванія, не примѣнивъ самолично всѣхъ методовъ изслѣдованія больной, или точно не контролировавъ изслѣдованій, произведенныхъ другими, тѣмъ болѣе въ случаяхъ, неходящихъ въ тѣсную рамку избранной нами специальности. Вотъ съ этой-то стороны случай проф. *Н. В. Склифасовскаго* представляется крайне поучительнымъ. Протоколъ изслѣдованія больной крайне кратокъ, неясенъ и весьма далекъ отъ желательной точности, въ особенности наружно-внутреннего гинекологическаго изслѣдованія. Диагнозъ, приводимъ его почти дословно, основанъ на слѣдующемъ: на основаніи приведеннаго протокола изслѣдованія можно было признать беременность, продолжающуюся уже около 2^{1/2} мѣсяцевъ и сопровождающуюся чрезмѣрной рвотою. Предпринимались попытки вызвать у больной искусственно выкидышъ. Попытки эти дѣлались специалистомъ- акушеромъ (имя врача не названо) и трижды возобновлялись: причемъ каждый разъ вводился въ полость матки зондъ, проникавшій на 7 или 7^{1/2} сант. Внизу надъ лономъ прощупывалась опухоль. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено было, что передній сводъ влагалища былъ сглаженъ, маточная шейка была отклонена вправо и къзади; острая боль ощущалась внизу живота слѣва. И вотъ на основаніи этихъ только данныхъ была предположена беременность внѣматочная и можетъ быть *graviditas tubaria*. Другими словами, на основаніи анамнеза и полного отсутствія объективныхъ признаковъ внѣматочной беременности былъ поставленъ диагнозъ, давшій показанія къ производству лапаротоміи!—Для насъ,—по крайней мѣрѣ, приведенный случай еще разъ наглядно представляетъ важность нашихъ специальныхъ знаній и подтверждаетъ, какъ встать за себя случаи, когда за дѣло берется не специалистъ. Впрочемъ весь случай протекъ въ дали отъ научныхъ центровъ, въ Полтавской губерніи, гдѣ *volens nolens* специалистъ-хирургъ долженъ быть вообще докторомъ медицины. Не можемъ не отгестись вполне сочувственно къ тому, что проф. *Склифасовскій* предалъ гласности путемъ печати этотъ поучительный случай.

К. Славянскій.

329. **Н. К. Нееловъ.** *Elephantiasis vulvae, clytoridis et nympharum. Graviditas VII mensium. Abortus. Perforatio cranii. Morse pneumonia chronica.* (Прот. зас. Акуш.-гин. общ. въ Киевѣ, г. 1, в. 2, стр. 111).

На наружныхъ половыхъ органахъ 33-лѣтней больной, беременной на 7-мъ мѣсяцѣ, тотчасъ подъ *mons veneris*, помѣщается опухоль, выходящая изъ области похотника и верхнихъ частей малыхъ губъ, преимущественно правой; опухоль эта величиной съ голову взрослого человѣка, неправильно-булавовидной формы, сидитъ на ножкѣ, относительно толстой, прихвѣрно съ предплечіе средняго размѣра и опускается почти до колѣнъ; наибольшая окружность опухоли 55 сант.; опухоль мясиста, упруга. Кромѣ этой большой опухоли измѣнены новообразованіемъ еще слѣдующія части: *introitus vaginae*, промежность, окружность задняго прохода и прилежащія части ягодицъ. Новообразованіе представляется въ видѣ различной величины бугорковъ и бугровъ. Влагалище вытянуто; нар. отверстіе мочеиспускательнаго канала оттянуто вверхъ, окружено болѣзненными изъязвленіями; введеніе катетера въ

каналъ, а также зеркала во влагалище, не удается; влагалищная часть матки стоитъ высоко, вялой консистенціи; черезъ передній сводъ прощупывается баллотирующая головка. Судя по характеру поверхности новообразованія, преобладаетъ гиперплазія сосочковаго слоя (*elephantiasis papillomatosa*), въ окружающихъ же частяхъ—начало того же процесса въ формѣ такъ называемой бугорчатой слоновой проказы (*elephantiasis tuberosa*). Недѣли черезъ двѣ по вступленіи въ клинику проф. Г. Е. Рейна у больной произошелъ выкидышъ. Опухоль и, главное, пораженныя новообразованіемъ губы и промежность представили такія препятствія при родахъ, что пришлось прибѣгнуть къ перфорациі головки плода на седьмомъ мѣсяцѣ беременности: инфильтрированныя узлами большія губы и промежность были плотны и нерастяжимы. Въ послѣродовомъ періодѣ было замѣчено уменьшеніе опухоли. Черезъ два мѣсяца послѣ родовъ больная умерла отъ *pneumonia chronica*.

О. Шлезингеръ.

330. Alfred Sykes-Ward. Case of abortion of foetus and mole, with ante flexion of uterus (Brit. med. journ. Sept. 1, 1888). Случай выкидыша и заноса при антефлексіи матки.

Больная 30 л., multipara, беременная на 5-мъ мѣсяцѣ, обратилась съ жалобами на сильныя боли внизу живота и затрудненное мочеиспусканіе; воды прошли накануне. S. W. при изслѣдованіи нашелъ рѣзкую антефлексію матки, исправилъ положеніе и предписалъ покой. Черезъ 14 часовъ былъ изгнанъ гнилой плодъ и дѣтское мѣсто; матка оставалась большей величины, чѣмъ обыкновенно, по лохіи впродолженіи 6 дней были нормальны. На 7-й день сильное кровотеченіе, изъ зѣва выдавалась какая-то масса; послѣ длительного расширенія шейки S. W. извлекъ пальцами изъ матки мясной заносъ величиной въ кулакъ. Больная выздоровѣла. Указаній на сифилисъ не было.

А. Пенарская.

331. Fischel. Die praktischen Erfolge der modernen Geburtshilfe. (Centr. für Gynäk: №№ 32 и 33, 1888). Практическіе результаты современнаго родовспоможенія.

Авторъ не имѣетъ въ виду расточать похвалъ результатамъ современнаго родовспоможенія, сравнивая ихъ съ результатами до антисептическаго времени. По его словамъ, необходимо спокойно и трезво спросить себя, не представляется ли достигнутое только послѣдствіемъ выполненія непреложныхъ требованій и слѣдуетъ ли смотрѣть на это достигнутое какъ на шахматш того, что можно достичь. Отчеты родовспомогательныхъ клиникъ обыкновенно съ гордостью указываютъ на то, что $\%$ ихъ смертности стоитъ ниже таковаго въ частной практикѣ. Но въ этомъ случаѣ нельзя упускать того, во-первыхъ, что подобный успѣхъ достигнуть лишь отдѣльными заведеніями и что, во вторыхъ, необходимо сравнивать общую смертность лучшихъ клиникъ съ общею же смертностью въ частной практикѣ, а не процентныя отношенія однихъ только летальныхъ случаевъ отъ инфекции. Авторъ согласенъ

съ *Dohrn*'омъ (Zur Kenntnis der Mortalität in öffentlichen Entbindungsanstalten Deutschlands, Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäk. 1886 г.), что для родовспомогательныхъ заведеній существуютъ неблагопріятныя условія, каковы: преобладаніе первородящихъ, наплывъ тяжелыхъ и зараженныхъ случаевъ и учебныя пѣли заведенія. Но вѣдь существуютъ вмѣстѣ съ тѣмъ и благопріятныя условія, которыя пересиливаютъ или должны бы пересиливать вліяніе неблагопріятныхъ. Это суть: безупречное качество акушерскаго персонала, гигиеническая обстановка, антисептическія спринцеванія, наличность инструментовъ и лекарственныхъ средствъ, ассистентура многихъ врачей и повивальныхъ бабокъ и, какъ результатъ всего, — спокойствіе оператора. Очевидно, что при такихъ условіяхъ ни число первородящихъ, ни количество тяжелыхъ родовъ не должны играть большой роли и что еслибы извѣстные патологическіе случаи и встрѣчались въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ въ 2—3 раза чаще, чѣмъ въ частной практикѣ, то они должны давать результаты въ 2—3 раза лучше, чѣмъ въ частной практикѣ. Переходя затѣмъ къ статистикѣ смертности въ родильныхъ домахъ, авторъ указываетъ, что въ 18 австрійскихъ въ теченіе десятилѣтія (1875—1884 гг.) было принято 159,260 женщинъ, изъ которыхъ 3% выписалось до разрѣшенія и 1,1% (! авторъ) умерло безъ разрѣшенія. На число разрѣшившихся (152,730) приходится 2,070 смертей, т. е. 1,35%. Въ 47 нѣмецкихъ заведеніяхъ умерло по *Dohrn*'у (l. c.) въ теченіи десятилѣтія (1874—1883 гг.) изъ 104,287—1,429, т. е. 1,37%; по *Якубу* (Ueber die Erkrankungen und die Sterblichkeit in den Gebäranstalten Russlands während der Zeit von 1875—1885; Zeitschrift. f. Geburtsh. u. Gynäk. XIV, стр. 422) изъ 109,897 русскихъ родильницъ умерло 1,226 (1,11%). Это отношеніе стало въ послѣдніе годы еще болѣе благопріятнымъ, именно въ 1,814 = 0,72%, а въ 1885 г. даже 0,48%. Точно также стало болѣе благопріятнымъ процентное отношеніе въ нѣмецкихъ и австрійскихъ клиникахъ въ промежутокъ между 1884 и 1887 г. Такъ дрезденское заведеніе (*Leopold*, Ein weiterer Beitrag zur Verhütung des Kindbettfiebers. Deutsche med. Wochenschrift 1888 г. № 20) въ Январѣ 1887 г. на 1388 своихъ родильницъ имѣло смертность = 1% (14 случаевъ), несмотря на то, что въ это время оно имѣло необычную частоту случаевъ эклампси и предлежанія дѣтскаго мѣста. Пражская нѣмецкая родовспомогательная клиника имѣла:

Въ 1879	смертность = 0,7%	въ томъ числѣ отъ сепсиса = 0,4%
» 1880	» » 1,3	» » » » » 0,9
» 1881	» » 0,42	» » » » » 0,21
» 1882	» » 0,44	» » » » » 0,11.

Если не брать во вниманіе нѣкоторыхъ особенно дурно обставленныхъ клиникъ, можно сказать, что результаты, достигнутыя пражской клинкой, могутъ быть получены повсюду. При такихъ условіяхъ можно надѣяться, что % смертности заведеній опустится ниже не только частной практики, но что можно требовать пониженія числа инфекціонныхъ случаевъ, своимъ происхожденіемъ обязанныхъ клиникамъ, до 0,0%. Главное условіе успѣха въ достиженіи этого результата заключается въ соблюденіи самой строгой чистоты,

какъ справедливаго, само собой понятнаго требованія. И еслибы мнѣніе о чрезвѣрной частотѣ самозараженія (вновь вызванное къ жизни *Ahlfeld'*омъ) сдѣлалось общимъ мнѣніемъ, то послѣдствія этого не замедлили бы сказаться въ увеличеніи смертности родильницъ въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ.

Что касается частной практики, то новѣйшей статистики смертности родильницъ въ этой практикѣ для Германіи не существуетъ. Въ Австріи ея также нѣтъ, такъ какъ центральная статистическая коммиссія въ Вѣнѣ не поставила въ число причинъ смерти—родильную горячку. Поэтому для приблизительнаго вычисленія авторъ пользуется большой статистической работою *Böhr'a* (*Untersuchungen über die Häufigkeit des Todes im Wochenbett in Preussen. Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk. III*), изъ которой явствуетъ, что въ Пруссіи въ теченіи 60 лѣтъ (1816—1875 гг.) изъ 38.827,761 родильницъ умерло 321,791—0,8322%. Считая это отношеніе приблизительно вѣрнымъ для всей Германіи, получимъ около 1.600,000 родовъ въ годъ (по *Schultze, Unser Hebammenwesen. Sammlung klin. Vorträge. № 247*) съ 13,315 смертностями, откуда, однако, надо выкинуть случаи, выпавшіе на долю заведеній. Если принять число этихъ послѣднихъ случаевъ равное 3% на 10,000 родовъ въ годъ, то для частной практики останется 13,015 случаевъ смерти, или на 1 миллионъ родовъ—8,134 летальныхъ исхода. Это отношеніе можетъ быть принято какъ близкое къ истинѣ, потому что, если и не всѣ случаи смерти регистрируются, все-таки надо имѣть въ виду, что въ не-прусской Германіи это отношеніе было много лучше, чѣмъ въ Пруссіи. Такъ *Winkel* (*Die Thätigkeit der Geburtshelfer und Hebammen des Königreichs Sachsen im Jahre 1878. Berichte und Studien etc. III Bd.*)—для Саксоніи опредѣлилъ общую смертность въ 1878 году въ 0,64%. *Shwörer* (*Statistische Uebersicht über 40,000 Geburten. Freiburg 1857 г.*) въ баденскомъ верхнерейнскомъ округѣ въ теченіи 1849—1853 г. опредѣлилъ общую смертность родильницъ въ 0,2—0,4%. Такимъ образомъ 8.134 смертныхъ случая на миллионъ родовъ можно считать приблизительно вѣрной цифрой для частной практики въ до-антисептическое время.

Изъ цифръ, приводимыхъ *Dorn'*омъ (I. c.) не видно, наступило ли съ 1875 года какое нибудь улучшеніе въ смыслѣ уменьшенія % смертности въ частной практикѣ:

Года.	Въ Пруссіи.	Въ великомъ герцогствѣ Баденскомъ.	Въ Гамбургѣ.
1873	—	0,79%	0,87%
1874	—	0,91	0,63
1875	0,67%	0,84	0,45
1876	0,60	0,74	0,38
1877	0,58	0,77	0,45
1878	0,59	0,72	0,52
1879	0,60	0,67	0,61
1880	—	0,72	0,57
1881	—	0,66	0,63
1882	—	0,75	0,61
1883	—	—	0,72

Въ то время, какъ подобные результаты получились для большихъ округовъ, въ каждомъ маленькомъ наступило весьма замѣтное улучшеніе.

Если теперь раздѣлить данныя частной практики на данныя, принадлежащія врачамъ, отъ таковыхъ, принадлежащихъ дѣятельности акушерокъ, то мы увидимъ, что по *Dohrn*'у (*Die geburtsh. Operationen in Nassau während der Jahre 1860—1866*) относительно всей Германіи изъ каждого милліона родовъ на долю акушерокъ выпадаетъ 948.000 съ 0,6221‰ смертности (5890 сл.), а на долю врачей 52.000 родовъ съ 4,3‰ (2236 сл.) летальныхъ исходовъ. Отсюда истекаетъ то заключеніе, что хотя абсолютно ‰ смертности въ практикѣ врачей стоитъ выше ‰ заведеній (съ ихъ 3‰), но, относительно говоря, результаты врачебной дѣятельности надо признать болѣе благоприятными, чѣмъ результаты, достигнутыя заведеніями. Въдѣ, у родовспомогательныхъ заведеній и въ до-антисептическое время были на-лицо тѣ выгоды, которыя указаны выше (персональ, лекарства, инструменты, спокойствіе духа и проч.) и въ то время, какъ врачи имѣютъ дѣло исключительно съ патологическими случаями, на долю родильныхъ заведеній выпадаетъ до 90‰ нормальныхъ или почти нормальныхъ родовъ.

Высчитывая, сколько летальныхъ случаевъ отъ инфекціи обязаны своимъ происхожденіемъ врачамъ, авторъ приходитъ къ заключенію, что такихъ случаевъ во врачебной практикѣ встрѣчается до 2,2‰. Со времени введенія антисептики врачъ, вообще говоря, сталъ нѣсколько менѣе опасенъ для роженицы. Но надо уменьшить и далѣе эту опасность. Два пути существуютъ для этого: 1) антисептика должна примѣняться въ такой формѣ, чтобы она была совершенно безвредна и 2) чтобы усовершенствованія въ дѣлѣ антисептики шли параллельно усовершенствованіямъ технической стороны акушерскаго дѣла. Врачъ, допущенный въ весьма ограниченной степени къ самостоятельному дѣлу въ бытность свою въ клиникѣ, избѣгаетъ изслѣдованій и операций и во время своей практики, сводя ихъ на возможный *minimum*. Отсюда проистекаетъ то, что въ случаяхъ, дѣйствительно неотложныхъ у врача не хватаетъ необходимой ему опытности. Практика автора въ пражской клиникѣ показала, что студенты могутъ быть, въ довольно широкихъ размѣрахъ, допущены къ самостоятельной дѣятельности въ акушерской клиникѣ, конечно при наличности антисептики.

«Какъ же обстоитъ дѣло со смертностью родильницъ въ практикѣ повивальныхъ бабокъ со времени введенія антисептики?» задается вопросомъ авторъ.

Изъ приведенной выше статистики *Dohrn*'а видно, что въ общемъ здѣсь не замѣтно яснаго улучшенія. Обстоятельство это не можетъ, однако, служить причиной того (какъ это дѣлаютъ многіе врачи), чтобы обвинять сословіе бабокъ, стараться уничтожить его и замѣнить сословіемъ діакоиссъ, подготовленныхъ къ родовспомогательной дѣятельности. Правда, въ отдѣльныхъ случаяхъ нѣкоторыя бабки подавали поводъ къ справедливымъ жалобамъ, но въ общемъ онѣ исполняютъ свои обязанности хорошо и даже въ до-антисептическое время въ 3—4 раза менѣе были виновны въ произведеніи инфекціи-

чьми врачи. Не слѣдуетъ переоцѣнивать того обстоятельства, что всѣ старанія ввести asepsis и antisepsis въ практику бабокъ не имѣютъ большихъ послѣдствій. Если вспомнить, какъ трудно было многимъ профессорамъ склоняться подъ ярмо аsepsis'a и что даже до сихъ поръ нѣкоторые выдающіеся врачи (напр., *Lawson-Tait*) не понимаютъ и отвергаютъ достоинства антисептики, то не будешь удивляться тому, что необразованныя бабки смотрятъ на антисептику, какъ на бессмысленныя хлопоты. При этомъ не лишено значенія и то обстоятельство, что большая часть бабокъ можетъ съ полнымъ правомъ указать на то, что онѣ провели сотни родовъ безъ единого случая смерти отъ зараженія и что таковыя были лишь по привлеченіи врача.

Польза, приносимая антисептикой, рельефнѣе всего выражается тамъ, гдѣ противъ ея правилъ чистоты грѣшили всего болѣе, именно въ практикѣ врачей и въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ. Улучшеніе результатовъ дѣятельности бабокъ можно бы было видѣть, пользуясь большими статистическими данными. Во всякомъ случаѣ всякій акушеръ дѣйствуя въ своемъ небольшомъ округѣ, который онъ хорошо знаетъ, убѣдился, что то маленькое зло, которое дѣлаютъ бабки, можетъ быть уменьшено посредствомъ антисептики. Не слѣдуетъ, однако, удивляться, что въ настоящее переходное время въ исторіи обеззараживанія, польза отъ введенія антисептическихъ мѣропріятій не всегда будетъ замѣтна. Извѣстно, какъ дорого обошлось родильнымъ домамъ примѣненіе новыхъ антисептическихъ агентовъ. Задача лицъ, обучающихъ бабокъ, заключается между прочимъ въ томъ, чтобы научить своихъ ученицъ употребленію дѣйствительно полезныхъ средствъ, практическихъ и безвредныхъ, польза которыхъ находится внѣ всякихъ сомнѣній. Надо имѣть въ виду, что разъ введенное въ практику бабокъ поддается исправленію несравненно болѣе медленному, чѣмъ то, что находится во врачебной практикѣ. Кромѣ знакомства съ обеззараживающими средствами, повивальная бабка должна поучаться способамъ, какъ путемъ наружнаго изслѣдованія узнавать тѣ затрудненія, которыя требуютъ помощи акушера.

Авторъ находитъ невозможнымъ предоставить повивальнымъ бабкамъ врачебныя права, говоря, что у женщины не хватитъ ни хладнокровія, ни спокойствія духа, столь необходимыхъ въ дѣйствительно опасныхъ случаяхъ. Примѣръ Россіи и Новергіи, гдѣ женщины даны права врача, благодаря недостатку въ этихъ государствахъ врачебной помощи (*per se*), не заслуживаетъ одобренія. Сословіе бабокъ вполне на своемъ мѣстѣ, и публика хорошо понимаетъ это и не возражаетъ бабкамъ, что онѣ зовутъ врачей только въ затруднительныхъ случаяхъ.

По убѣжденію автора не представляется необходимости поднимать общеподготовительный уровень бабокъ: вмѣстѣ съ повышеніемъ уровня народнаго развитія поднимется и степень интеллигентности повивальныхъ бабокъ. При специальномъ же развитіи бабокъ (равно какъ и на повторительныхъ курсахъ) вмѣстѣ съ преподаваніемъ технической стороны дѣла, необходимо вселять святое рвеніе къ тому занятію, которому онѣ себя посвящаютъ. Это уменьшить ту небрежность, которая замѣчается въ дѣятельности бабокъ.

Причины этой небрежности могут быть двоякого рода. Во-первых, как выше было указано, бабки ссылаются на свою дѣятельность, веденную безъ антисептики, но не омраченную тѣмъ не менѣе ни единымъ случаемъ смерти отъ инфекціи; во-вторыхъ, влияние работающаго съ бабкой врача, который самъ не усвоилъ себѣ хорошенько основъ антисептическихъ мѣропріятій. Какъ же не сдѣлаться бабкѣ небрежной, говорить авторъ, если врачъ, нажившій щипцы предписываетъ назначеніе эрготина пользуясь показаніями, установленными бабкою. Авторъ подчеркиваетъ, что средство противъ небрежности въ дѣятельности бабокъ можетъ заключаться исключительно въ улучшеніи акушерскаго образованія врачей.

Для поднятія уровня спеціального развитія бабокъ авторъ рекомендуетъ два средства. Необходимо, во-первыхъ, установить одинъ какой нибудь обеззараживающій методъ, который бабка могла бы изучить и примѣнять во всѣхъ случаяхъ. При существованіи различныхъ способовъ антисептики, бабка не въ состояніи практически изучить ни одного изъ нихъ и дѣлаетъ ошибки въ томъ дѣлѣ, гдѣ все вниманіе ея должно быть обращено на усовершенствованіе. Второй способъ развитія спеціальныхъ знаній — повторительные курсы.

В. Массень.

332. A. P. Clarke. Case of antepartum hour-glass constriction of the uterus (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 21, 1888). Случай стриктуры матки въ видѣ песочныхъ часовъ до рожденія ребенка.

Авторъ описываетъ встрѣтившійся ему случай у 42-хъ лѣтней женщины, рожавшей 4-й разъ. При изслѣдованіи оказалось, что воды прошли, наружный зѣвъ былъ нѣсколько раскрытъ, а внутренній зѣвъ и нижній отрѣзокъ матки совершенно сокращены, такъ что было невозможно проникнуть пальцемъ черезъ внутренній зѣвъ. Вслѣдствіе этого были назначены морфій и эфиръ, а черезъ 2¹/₂ часа, когда зѣвъ пропускалъ палецъ, было приступлено къ осторожному, систематическому расширенію его, что и увѣнчалось черезъ 2 часа полнымъ успѣхомъ. Ребенокъ родился живымъ и произвольно. Послѣ рожденія ребенка произошла стриктура внутреннего зѣва, такъ что послѣдъ не могъ родиться произвольно, а долженъ былъ быть удаленъ рукой, причеи съ трудомъ можно было одолѣть препятствіе, оказываемое внутреннимъ зѣвомъ. Послѣдъ былъ вполне отдѣленъ, такъ что удаленіе его не представляло никакого труда. Послѣродовой періодъ протекъ нормально. Причину, вызвавшую эту аномалію, авторъ видитъ въ томъ, что вслѣдствіе преждевременнаго разрыва пузыря воды отошли слишкомъ рано и это препятствовало правильному раскрытію зѣва. Кроме того, больная страдала геморроемъ, который могъ рефлекторно вызвать раздраженіе матки и вызвать неправильную потужную дѣятельность ея.

А. Семяниковъ.

333. **C. Saint-Marc. Un cas d'adhérence complète avec enchatonnement du placenta.** (Gaz. de Gynécol., 15 Oct., 1888). **Случай ущемления приращеннаго дѣтскаго мѣста.**

Авторъ, позванный къ роженицѣ въ III періодѣ родовъ, нашелъ стриктуру зѣва, произшедшую вслѣдствіе того, что акушерка дала роженицѣ, сейчасъ послѣ рожденія ребенка, *secal. cornutum*. Такъ какъ кровотеченія не было и послѣдъ оказался вполне приросшимъ, то авторъ не нашелъ нужнымъ отдѣлять его, а ограничился влагалищными спринцеваніями сулемой, по два раза ежедневно и опіатными клистирами. На третій день послѣдъ родился произвольно. S. говоритъ, что можно не удалять послѣда при соблюденіи слѣдующихъ условий: 1) послѣдъ долженъ быть цѣль, 2) вполне приросенъ, 3) матка должна быть хорошо сокращена, чтобы не могло произойти внутренняго кровотеченія. При существованіи же этихъ условий, гораздо правильнѣе спокойно выждать, чѣмъ насильственно отдѣлять послѣдъ.

А. Семяниковъ.

334. **Runge. Die Allgemeinbehandlung der puerperalen Sepsis.** (Archiv f. Gyn. Bd. XXXIII, Hft. 1). **Общее леченіе послѣродоваго гнилокрівія.**

Ссылаясь на свои прежнія работы ¹⁾, авторъ въ этой статьѣ сообщаетъ 8 новыхъ случаевъ послѣродоваго гнилокрівія, изъ которыхъ въ 3 послѣдовавала смерть. Изъ этихъ 3 случаевъ въ 2 существовала неукротимая рвота, а въ 3-мъ больная не хотѣла слушаться, такъ что приходилось ее насильно лечить. Въсѣтъ съ прежними случаями, R. въ 20 случаяхъ прижѣнилъ свой способъ леченія съ 75% выздоровленій. Впрочемъ изъ 5 смертельно окончившихся случаевъ, въ 4 существовала неукротимая рвота, служащая противопоказаніемъ къ примѣненію этого способа леченія, такъ что изъ остальныхъ 16 случаевъ только въ одномъ наступилъ смертельный исходъ, что даетъ 93¹/₂% выздоровленій. Кромѣ общаго леченія, заключающагося въ назначеніи прохладныхъ ваннъ и большихъ количествъ спирта въ видѣ коньяка и крѣпкихъ винъ (портвейна, мадеры), примѣняется также и мѣстное леченіе. R. ни разу не наблюдалъ алкогольнаго отравленія во время леченія, но наблюдалъ подчасъ легкія явленія отравленія, когда больныя начинали выздоравливать, такъ что онъ даже считаетъ легкое отравленіе хорошимъ признакомъ, указывающимъ на улучшеніе болѣзни.

А. Семяниковъ.

335. **Czerniewski. Zur Frage von den puerperalen Erkrankungen.** (Archiv f. Gyn. Bd. XXXIII, Hft. 1). **Къ вопросу о послѣродовыхъ заболѣваніяхъ.**

Статья С. посвящена бактериологическимъ изслѣдованіямъ послѣродовыхъ выдѣленій какъ здоровыхъ, такъ и больныхъ родильницъ. Кромѣ лохий, онъ изслѣдовалъ во многихъ случаяхъ и кровь, а въ окончившихся смертельно случаяхъ, кромѣ того, и внутренніе органы. На основаніи своихъ изслѣдованій, авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) послѣродовыя очищенія здо-

¹⁾ „Журн. акуш. и женск. бол.“, 1888 г., № 2, стр. 141.

ровых родильницъ, не обладаютъ заразными качествами, такъ какъ микроорганизмы встрѣчаются въ нихъ очень рѣдко и въ небольшомъ количествѣ; 2) въ послѣродовыхъ очищеніяхъ матки легко заболѣвшихъ родильницъ, въ большей части случаевъ встрѣчается дѣпочечный коккъ; 3) въ оканчивающихся смертельно случаяхъ, дѣпочечный коккъ находится въ лохіяхъ, а послѣ смерти во всѣхъ жидкостяхъ и органахъ; 4) стрептококки легкихъ и тяжелыхъ формъ заболѣванія идентичны; 5) стрептококки могутъ вызывать какъ рожистое воспаленіе, такъ и нагноеніе; 6) стрептококки ведутъ къ паренхиматозному перерожденію органовъ и къ гипереміи серозныхъ тканей съ образованіемъ выпотовъ.

А. Семяниковъ.

336. **М. В. Савельевъ.** Случай Кесарскаго сѣченія по Säger'u. (Мед. Вестъда, т. II, № 17).

Операция произведена земскимъ врачомъ Землянскаго уѣзда, Воронежской губерніи, Савельевымъ, 1-го іюля сего года въ *простой крестьянской хатѣ* на первородящей, по ея желанію. Показаніемъ служило суженіе таза; conj. ext. 14 см. Роды продолжались 3 сутокъ; положеніе плода поперечное, съ выпаденіемъ лѣвой ручки. Плодъ мертвый. Столъ обыкновенный крестьянскій, также и ложе на которомъ лежала потомъ оперированная. Д-ръ Савельевъ, фельдшеръ и служитель обмылись предварительно въ 1:1000 растворѣ сулемы. Ножъ, иглодержатель и пинцетъ Réan'a не были еще въ употребленіи; швы шелковые (пролежавшіе въ сулемѣ около года). t° 37,5. Операция въ 10 ч. 15' вечера, продолжалась 55'. На матку наложено 9 швовъ; обмываніе полостей производилось борнымъ растворомъ; раненныя поверхности присыпаны іодоформомъ. Сулемовая марля, гигроскопическая вата, морской канатъ щипанный, вощанка, а также полотенце, намоченное въ 0,1% раствора сулемы составляли повязку съ бедеръ до груди; въ рукавъ вложенъ гампонъ изъ іодоформной марли. t° 36,5. На 5 день оперированная, воспользовавшись выходомъ дежурнаго фельдшера изъ хаты и считая себя здоровой, встала, чтобы вынуть изъ печи горшокъ. Къ вечеру t° 38,4. Пульсъ 102 икота, тошнота и вздутіе живота; приподнятая повязка снята, тимпанитъ громаднѣйшій; швы всѣ цѣлы, нагноенія нѣтъ, только между 8 и 9 швами рана представляетъ щель въ 1/2 см. На 6-ой д. утромъ оперированная умерла отъ остраго воспаленія брюшины.

К. Штоль.

337. **C. W. Stevens.** Corrosive sublimate internally in puerperal und other septicaemia (The Journ. of the Amer. Med. Assoc., May 19, 1888).
Внутреннее употребленіе сулемы при послѣродовомъ гнилокровіи.

S. говоритъ о благоприятныхъ результатахъ, полученныхъ имъ при внутреннемъ употребленіи сулемы при послѣродовомъ гнилокровіи и приводитъ три исторіи болѣзни. Онъ даетъ сулему въ двухъ часовые промежутки въ количествѣ $\frac{1}{100}$ — $\frac{1}{300}$ грана.

А. Семяниковъ.

338. Alexander Duke. Menthol in pruritus labii. (Brit. med. journ. Sept. I, 1888). Ментоль при зудѣ наружныхъ половыхъ органовъ.

Нагирая зудящія части ментоломъ (въ видѣ продажныхъ кристалловъ противъ невралгій), D. наблюдалъ длительное облегченіе: пигментация вульвы почти совершенно исчезла.

А. Пекарская.

339. И. И. Ляхницій. Новый способъ приготовленія обеззараженныхъ палочекъ тупело. (Протоколъ засѣд. Акуш.-гинеко. общества въ Киевѣ, годъ 2-й, вып. 3-й, стр. 53).

Докладчикъ рекомендуетъ новый способъ обеззараживанія тупело, практикуемый въ акушерской клиникѣ Университета св. Владимира. Способъ этотъ состоитъ въ высушиваніи («прожариваніи») тупело при t° 150—160 С., въ теченіе получаса. Такое «прожариваніе» производится обыкновенно въ сухой, запаанной съ одного конца, стеклянной, заключающей тупело, трубкѣ, которая и подвергается нагреванію (медленному и постепенному), послѣ чего трубка тотчасъ же запаивается и съ другаго конца и въ такомъ видѣ сохраняется до употребленія тупело. При этомъ способѣ тупело нисколько не измѣняетъ своихъ свойствъ, а разбухающая способность ихъ даже увеличивается. Приготовленіе такихъ стерилизованныхъ тупело весьма просто и можетъ быть производимо на спиртовой лампѣ. Вводятся эти тупело въ предварительно обеззараженный каналь шейки помощью прокаленнаго корнцанга. Докладчикъ произвелъ рядъ параллельныхъ бактериоскопическихъ опытовъ, при чемъ оказалось, что всѣ извѣстные способы обеззараживанія тупело удовлетворяютъ цѣли, но способъ «прожариванія» имѣетъ слѣдующія преимущества передъ другими способами: 1) тупело не только не увеличивается, а даже немного уменьшаются въ объемѣ, 2) такіа тупело не теряютъ своей правильной формы и гладкой поверхности, 3) онѣ вполне асептичны, 4) легко и дешево могутъ быть приготовлены, 5) будучи помещены въ запаанныя стеклянныя трубки, онѣ удобны для перевозки въ инструментальномъ наборѣ, а также для дальнихъ пересылокъ.

О. Шлезингеръ.

340. P. Menière. Danger des injections de sublimé à la suite du raclage et de l'amputation de l'utérus (Gaz. de Gynécol. 1-er Nov. 1888). Опасность внутриматочныхъ спринцеваній сулемой послѣ выскабливанія матки и ампутаціи шейки.

Авторъ описываетъ три случая легкаго отравленія сулемой. Въ двухъ случаяхъ ампутаціи шейки, на 6-й и 7-й день послѣ операціи матка была промыта 0,1% растворомъ сулемы, послѣ чего появились явленія отравленія. Въ третьемъ случаѣ было сдѣлано выскабливаніе матки и прижиганіе ея каленымъ желѣзомъ, затѣмъ полость матки ежедневно промывалась растворомъ сулемы 1:2000. На 5-й день вдругъ появились явленія отравленія. Авторъ приписываетъ отравленіе присутствію въ этихъ случаяхъ большой всасывающей поверхности, а потому онъ совѣтуетъ избѣгать спринцеваній сулемой послѣ выскабливанія матки, ампутаціи шейки и влагалищной экстирпациі матки.

А. Семяниновъ.

341. А. И. Красновскій. Къ вопросу о фарадизаціи послѣродовой матки. (Протоколы засѣданій Акуш.-гинекол. Общества въ Кіевѣ, годъ 1, вып. 2, стр. 90).

Наблюденія свои авторъ произвелъ въ клиникѣ проф. Г. Е. Рейна и пришелъ къ тому выводу, что фарадизація чрезвычайно благопріятно вліяетъ на инволюцію послѣродовой матки, значительно ускоряя ее, почему и рекомендуетъ ее въ случаяхъ задержки послѣродовой инволюціи, какъ средство безспорно безвредное и довольно вѣрное. Что касается примѣненія фарадизаціи ко всѣмъ безъ исключенія родильницамъ, какъ того требуетъ Apostoli, то, какъ совершенно справедливо отмѣчаетъ авторъ, — это едва ли когда либо осуществится, такъ какъ фарадизація довольно болѣзненна и нѣтъ нужды выѣшиваться въ фізіологическій актъ тамъ, гдѣ онъ идетъ совершенно правильно, безъ всякихъ погрѣбностей.

О. Шлезингеръ.

342. А. Г. Боряновскій. Къ казуистикѣ травматическихъ поврежденій женскихъ половыхъ органовъ (наблюденіе второе). (Прот. зас. Акуш.-гин. общ. въ Кіевѣ, г. 1, в. 2, стр. 127).

Обильное кровотеченіе изъ довольно глубокаго разрыва кольцеобразной дѣственной плевы въ ея задней периферіи, происшедшее sub coitu primae postis. Въ глубинѣ разрыва былъ виденъ кровотокащій сосудъ около 1,5 мм. толщиною (вена?) Отъ этого глубокаго разрыва, параллельно свободному краю hūmenis, шла тонкая трещина, также кровотокащая. Кровотеченіе остановлено наложеніемъ трехъ шелковыхъ швовъ, однимъ изъ которыхъ захваченъ и сосудъ. Несмотря на это, незначительное кровотеченіе продолжалось еще въ теченіе нѣсколькихъ дней и было остановлено полуторохлористымъ желѣзомъ. Для объясненія причины кровотеченія можно допустить аномальное развитіе сосудовъ плевы, а предрасполагающимъ моментомъ служили повторныя попытки coitus, вызвавшія гиперемію половыхъ органовъ. По мнѣнію проф. Рейна, автору слѣдовало при наложеніи шва вырѣзать excrementi causa кусочекъ hūmenis.

О. Шлезингеръ.

343. Ф. А. Савинъ. Къ вопросу объ инородныхъ тѣлахъ влагалища (Прот. зас. Акуш.-гин. общ. въ Кіевѣ, г. 1, в. 2, стр. 133).

Авторъ приводитъ два случая продолжительнаго пребыванія во влагалищѣ пессарія, устроеннаго по типу колецъ Маэтра, при чемъ въ одномъ случаѣ существовала первичная карцинома влагалища, вызванная, по всей вѣроятности, 12-лѣтнимъ пребываніемъ пессарія и давленіемъ, производимымъ имъ.

О. Шлезингеръ.

344. Richelot. Kyste du vagin (Gaz. de Gynécol. 1-er Nov., 1888). Киста влагалища.

35-ти лѣтняя женщина 2 года тому назадъ впервые замѣтила появленіе опухоли величиною въ орѣхъ, выходящей изъ влагалища. Во время происшедшей вскорѣ послѣ того беременности, опухоль начала быстро расти, но

послѣ родовъ опять уменьшилась. Во время второй беременности, кончившейся 3 мѣсяца тому назадъ, опухоль опять увеличилась въ объемѣ. При ходьбѣ опухоль выпадаетъ изъ наружныхъ половыхъ частей, въ лежачемъ положеніи большой она помѣщается во влагалищѣ. Длина опухоли 12—14 цм., ширина 4—5 цм. Она занимаетъ лѣвую, переднюю и заднюю стѣнки влагалища, такъ что палецъ можетъ проникнуть только между правой стѣнкой влагалища и опухолью. Матка смѣщена вправо, длина полости ея 7 цм. Ни *recto*, — ни *cystocele* не существуетъ. При пробномъ проколѣ было получено небольшое количество тягучей прозрачной жидкости. R. сдѣлалъ операцію. Сдѣлавъ разрѣзъ по длиннику опухоли, онъ проникъ въ подслизистую ткань влагалища и вынулъ опухоль. Стѣнка влагалища была резецирована. Послѣ выздоровленія осталось, однако, выпаденіе стѣнки влагалища, такъ что R. сдѣлалъ *colporrhaphiam*. При изслѣдованіи вылущенной опухоли оказалось, что толщина стѣнки равняется 3—4 мм. въ верхней, 5—6 мм. въ нижней части. Полость кисты представляетъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ легкія суженія. Гистологически мѣшокъ состоитъ изъ двухъ слоевъ. Наружный, болѣе значительный слой образуется изъ соединительно-тканныхъ пучковъ съ примѣсю эластическихъ и мышечныхъ волоконъ, внутренней слой образуется цилиндрическимъ эпителиемъ изъ длинныхъ, прямыхъ клѣтокъ съ ядромъ у основанія. Указавъ на существующія различныя объясненія происхожденія кисты влагалища, авторъ высказываетъ предположеніе, что въ данномъ случаѣ киста образовалась изъ канала Gartner'a.

А. Семянниковъ.

345. Dr. Albert Sippel. Zur operativen Behandlung verjauchter Uterusmyome. (Centralb. f. Gynäk. № 44). Къ оперативному лѣченію и хорошно-распадающихся миомъ матки.

По поводу одного случая фиброида матки, оперированнаго посредствомъ лапаротоміи, авторъ затрагиваетъ все еще спорный вопросъ о способахъ оперированія ножки и высказываетъ, что лучше было бы, можетъ быть, вмѣсто разговоровъ о «внутрибрюшинномъ или внѣбрюшинномъ способахъ», говорить о томъ, *когда* слѣдуетъ оперировать по первому и *когда* — по второму способу. Отвѣчая на этотъ вопросъ, нужно руководствоваться содержимымъ матки, свойствами ея секрета, состояніемъ и содержимымъ влагалища и строеніемъ самой культи, т. е., состоитъ ли она изъ нормальной и богатой сосудами ткани, способной къ заживленію первымъ натяженіемъ или же нѣтъ.

Оперированный имъ случай касается уже вполне разложившейся опухоли, съ гнойнымъ и вонючимъ содержимымъ. Опухоль стала разлагаться послѣ того какъ больной, съ цѣлью остановить кровотеченіе, сдѣлано было въ продолженіе 10—12 дней нѣсколько подкожныхъ выпрыскиваній эрготина (0,2). Вызвано ли было омертвѣніе тканей этими инъекціями или нѣтъ, авторъ не беретъ рѣшать, но указываетъ на то, что въ его практикѣ это уже 2-й случай, гдѣ ему приходилось наблюдать распаденіе миомы послѣ подкожныхъ инъекцій эрготина.

Отдавая, вообще, предпочтению внутрибрюшному способу оперирования, авторъ въ данномъ случаѣ, въ виду того, что имѣлось дѣло съ маткой, наполненной гнойными массами, при чемъ очень трудно было рассчитывать на полную дезинфекцію ножки, предпочелъ оперировать въбрюшиннымъ способомъ и полагаетъ, что въ случаяхъ, подобно описанному, слѣдуетъ всегда оперировать по въбрюшинному способу, въ силу меньшей опасности зараженія со стороны культуры.

Д. Юровскій.

346. Dr. E. Fränkel. Über Chlorzinkätzungen bei sog. inoperablem Uteruscarcinom und bei chronischer Endometritis (Centralblatt für Gynäkologie № 37. 1888 г.). О прижиганіи хлористымъ цинкомъ при такъ называемомъ неоперауемомъ ракѣ матки и при хроническомъ эндометритѣ.

Первенство въ примѣненіи крѣпкого раствора хлористаго цинка при ракѣ шейки матки принадлежитъ, по мнѣнію автора, Sims'у, описавшему этотъ способъ леченія въ 1879 г. (Amer Jour. of Obst. Vol. XII). Со времени появленія статьи Sims'a и по настоящее время авторъ примѣнилъ хлористый цинкъ болѣе чѣмъ въ 50 случаяхъ неоперауемаго рака матки и влагалища. (Неоперауемыми онъ считаетъ тѣ случаи, въ которыхъ матка фиксирована и процессъ, очевидно, перешелъ на тазовую клѣтчатку и лимфатическіе пути). Результаты имъ полученные, какъ по отношенію прекращенія припадковъ, такъ и по отдаленію появленія рецидива болѣе удовлетворительны, чѣмъ при всякомъ другомъ методѣ леченія. Авторъ констатируетъ даже, что въ 6 случаяхъ несомнѣннаго и неоперауемаго въ вышесказанномъ смыслѣ рака прижиганіями растворомъ хлористаго цинка имъ достигнуто полное излѣченіе. Первый изъ нихъ свободенъ отъ рецидива 7 лѣтъ.

Е. также, какъ и Sims, удаляетъ сначала карциноматозныя массы по возможности совершенно ножомъ, вожницами или острой ложкой; кровотеченіе останавливаетъ глубокимъ и энергичнымъ прижиганіемъ Раquelin'омъ. Онъ придаетъ особенно важное значеніе глубокому прижиганію, способствующему также образованію плотнаго рубца, какъ и послѣдующее прижиганіе растворомъ хлористаго цинка. Полученный плотный рубецъ и задерживаетъ скорый рецидивъ.

Прижженная рана проспринцовывается дезинфицирующей жидкостью, обсушивается, припудривается іодоформомъ и выполняется Бильротовской танинъ-іодоформною марлей; во влагалище также вводятся нѣсколько небольшихъ тампоновъ изъ іодоформной марли. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ слой ткани раздѣляющій пораженную ткань отъ мочевого пузыря, прямой кишки и брюшины очень тонокъ, глубокое прижиганіе Раquelin'омъ не примѣнимо изъ опасенія поврежденія этихъ органовъ. Въ этихъ случаяхъ для предупрежденія кровотеченія, рана присыпается порошкомъ изъ танина и іодоформа (aa) и выполняется такою же марлей. Прижиганіе растворомъ хлористаго цинка производится только послѣ полного отпаденія струпа отъ прижиганія Раquel. Но до этого рана осматривается еще разъ, и, если окажутся подозрительныя

мѣста, онѣ опять вырѣзываются или выскабливаются и прижигаются Раquelin'омъ. Прижиганіе растворомъ хлористаго цинка производится при помощи тампона, смоченнаго въ растворѣ концентраціи 2 : 3 и хорошо выжатаго. Имъ выполняють рану и оставляють на мѣстѣ 24—12 часовъ, — время вполне достаточное для образованія плотнаго струпа, отпадающаго на 8—10 день. Впрочемъ, при очень близкомъ соосѣдствѣ прилежащихъ органовъ, тампонъ остается только 6 часовъ. Для защиты влагалища и наружныхъ частей отъ дѣйствія могущаго выдѣлиться раствора хлористаго цинка, хотя если тампонъ выжатъ хорошо, это и не должно случиться, во влагалище вводится тампонъ, смоченный въ растворѣ соды или смазанный содово-вазелиновой мазью 1 : 3. Боли отъ прижиганія хлористымъ цинкомъ умѣряють наркотическими. Хотя авторъ и наблюдалъ послѣ прижиганія повышенія t°, легкой параметритъ, но дурныхъ послѣдствій не было.

Струпу даютъ отвалиться самому, не манипулируя надъ нимъ, во избѣжаніе кровотеченія. Послѣдующее лечение заключается въ сухой перевязкѣ іодоформной марлей, — во вливаніи асет. руголинос.; при выполненіи почти всѣхъ ранъ покрываются грануляціями. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при вялости и блѣдности грануляцій тампоны съ хіосскимъ терпентиномъ даютъ прекрасные результаты. Авторъ примѣнилъ также прижиганіе растворомъ хлористаго цинка послѣ ампутаціи раковоперерожденной шейки гальванокаустикой собственно въ случаѣ неувѣренности, что оперировано было въ достаточно здоровой ткани. Въ случаѣ рецидива это же лечение примѣнимо и во второй разъ съ временнымъ успѣхомъ.

Г. высказывается также за внутриматочныя прижиганія растворомъ хлористаго цинка при хроническомъ катаррѣ матки. Подобное лечение имъ было испытано болѣе, чѣмъ въ 100 случаяхъ, и результаты оказались гораздо лучшими, излеченіе болѣе стойкимъ, чѣмъ при леченіи выскабливаніемъ съ послѣдовательнымъ впрыскиваніемъ іодистой настойки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ авторъ прижигалъ растворомъ хлористаго цинка послѣ выскабливанія. Подобныя внутриматочныя прижиганія нисколько не опасны въ смыслѣ глубокихъ разрушеній слизистой оболочки, ибо время ихъ дѣйствія, 1—2 минуты, слишкомъ короткое, въ доказательство чего Г. приводитъ нѣкоторые наблюденные имъ случаи, въ которыхъ послѣ прижиганія наступала опять беременность. Впрочемъ, въ одномъ случаѣ повторныя смазыванія влагалищной части вызвали рубцовый стенозъ наружнаго зѣва, устраненный однако легко распырителями Хегара. Вообще же прижиганіе растворомъ хлористаго цинка рѣже вызываетъ стенозъ, чѣмъ азотная кислота, raquelin и др.

Фраткинъ.

347. Schauta. Ueber die Diagnose der Frühstadien chronischer Salpingitis. (Archiv f. Gyn. Bd. XXXIII, Hft. 1). Къ распознаванію раннихъ стадіевъ хроническаго воспаленія трубы.

Важнымъ діагностическимъ признакомъ хроническаго воспаленія трубы является утолщеніе на маточномъ концѣ трубы. Эти утолщенія большею частью круглой формы, хотя онѣ бываютъ иногда и въ видѣ конуса, величи-

ною отъ горошины до орѣха, рѣзко ограниченныя, плотной консистенціи. Хотя эти утолщенія были извѣстны и раньше, но только Chiagi тщательно ихъ изслѣдовалъ и вѣрно объяснилъ ихъ происхожденіе. Онѣ образуются вслѣдствіе мѣстной гипертрофіи и гиперплазіи элементовъ мышечнаго слоя трубы и заключаютъ въ себѣ маленькія, выстланныя эпителиемъ кисты, образующіяся вслѣдствіе отшнуровыванія отдѣльныхъ участковъ утолщенной, воспаленной слизистой оболочки трубы. Что эти утолщенія встрѣчаются у маточнаго отверстія, а не на другихъ частяхъ трубы, объясняется тѣмъ, что въ этомъ мѣстѣ просвѣтъ трубы всего уже. Авторъ изслѣдовалъ 5 разъ такія трубы послѣ salpingectomy и подтверждаетъ данное Chiagi описаніе. Изъ клиническихъ симптомовъ воспаленія трубы, S. считаетъ самымъ важнымъ и никогда не отсутствующимъ симптомомъ схваткообразныя боли, которыя появляются въ неправильные промежутки и продолжаются отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ. Относительно леченія хроническаго воспаленія трубы должно руководствоваться не степенью анатомическихъ измѣненій, а тяжестью przypadковъ. Въ легкихъ случаяхъ леченіе должно поэтому быть симптоматическое, а въ трудныхъ, не поддающихся никакому леченію случаяхъ, должно прибѣгнуть къ операціи. Въ концѣ, авторъ приводитъ 18 краткихъ исторій болѣзни. Изъ этихъ случаевъ въ 5 были сдѣланы операціи, увѣнчавшіяся полнымъ успѣхомъ, какъ относительно исхода операціи, такъ и относительно полученныхъ результатовъ, такъ какъ получалось полное прекращеніе существовавшихъ схваткообразныхъ болей. **А. Семяниновъ.**

348. **М. А. Шуриновъ. Случай миксосаркомы почки.** (Лѣтопись Хирургич. Общ. въ Москвѣ. 1888 г., № 12 и 13).

Больная, крестьянка, 35 лѣтъ, рожала 3 раза. Три года тому назадъ она замѣтила въ животѣ опухоль, которая росла медленно, не причиняя никакихъ страданій. Въ полости живота прощупывается опухоль въ большой арбузъ, мелкобугристая, неравномерно плотная, эластичная, но не дающая выбленія. Опухоль занимаетъ болѣе лѣвую половину нижней части живота; она чрезвычайно легко подвижна по всѣмъ направленіямъ; ощупываніе и перемѣщеніе ея болѣзненны. Связь опухоли съ печенью и селезенкою не опредѣляется. Матка нормальной величины, смѣщена вправо. Черезъ передній сводъ опухоль легко прощупывается и, повидимому, длинной, узкой ножкой связана съ лѣвымъ угломъ матки. Диагнозъ: *cystoma multiloculare ovarii sinistri*. Лапаротомія произведена **В. В. Сутугинимъ**, причемъ опухоль оказалась принадлежащею лѣвой почкѣ. Убѣдившись, что опухоль прямо соединяется съ нижнимъ угломъ почки и что правая почка имѣется у большой, рѣшено экстирпировать всю почку съ опухолью. Операція закончена вшиваніемъ разрѣза капсулы опухоли въ верхній уголъ брюшной раны. Получившійся мѣшокъ, имѣвшій на днѣ обнаженную околопочечную клетчатку, затампонированъ 30% іодоформною марлею; лигатуры почечныхъ сосудовъ и мочеточника выведены наружу.

На 8-й день послѣ операціи развился обоюдосторонній паротитъ. Швы сняты на 14-й день. Полость оставленной капсулы опухоли раздѣлилась склей-

кой на верхнюю и нижнюю половины, вследствие чего въ послѣдней образовался абсцессъ. По разрушеніи склейки зондомъ выдѣлилось съ полъ стакана гноя съ нерѣдко каловымъ запахомъ. На 27-й день дренажъ оказался закупореннымъ живой аскаридой въ 20 цтм. длины. Выхожденія кишечнаго содержимаго черезъ рану не наблюдалось ни разу. 3 недѣли спустя нижній отдѣлъ полости вполнѣ зарубцевался, верхній же имѣлъ фистулообразный видъ. На 9-й недѣли были срѣзаны, насколько возможно глубже, лигатуры почечныхъ сосудовъ. Количество мочи за первые сутки = 800 к. цтм.; за 2-е — 300; 3-ьи — 400; 4-я — 820; 5-я — 900; 6-я — 1500 и далѣе колебалось въ предѣлахъ одного литра. Уремическихъ явленій не было. Въ теченіе первыхъ 19 дней въ мочѣ было небольшое количество бѣлка и масса мелко-зернистыхъ цилиндровъ. Съ 20-го дня бѣлокъ и цилиндры въ мочѣ исчезли. На 40 день больная встала.

К. Штоль.

349. Н. К. Нееловъ. Къ вопросу о леченіи кистъ яичника разрѣзомъ черезъ влагалище. (Прот. зас. Акуш.-гин. общ. въ Кіевѣ, г. 2, в. 3, стр. 68).

По поводу случая (Въ Кіевской акушерской клиникѣ въ 1884 году), гдѣ было достигнуто полное, радикальное излеченіе дермоидной кисты проколомъ черезъ влагалище съ послѣдующимъ разрѣзомъ, выскабливаніемъ острой ложечкой внутренняго покрова кисты и смазываніемъ іодной настойкой, авторъ высказываетъ слѣдующія положенія: 1) со введеніемъ антисептики вопросъ о леченіи кистъ яичниковъ со стороны влагалища проколомъ, разрѣзомъ и т. п. способами долженъ быть подвергнутъ новой обработкѣ; 2) хотя техническая сторона дѣла оваріотоміи съ каждымъ годомъ улучшается, но тѣмъ не менѣе всегда будутъ случаи, въ которыхъ разсматриваемый способъ будетъ имѣть мѣсто въ числѣ другихъ методовъ, извѣстныхъ нынѣ въ наукѣ и имѣющихъ быть предложенными впоследствии; 3) такими случаями авторъ считаетъ: а) болѣзни органовъ, при коихъ чревосѣченіе и хлороформированіе было бы очень опасно, б) случаи, когда больная не желаетъ подвергнуться чревосѣченію, в) когда можно съ большей или меньшей вѣроятностью ожидать значительныхъ затрудненій при чревосѣченіи, какъ въ данномъ случаѣ, д) что касается анатомическаго строенія кисты, то, разумѣется, хорошаго излеченія при этомъ способѣ можно ожидать лишь при однополостныхъ кистахъ.

О. Шлезингеръ.

350. Г. Е. Рейнъ. Двусторонняя оваріотомія при органическомъ порокѣ сердца, съ благополучнымъ исходомъ. (Прот. зас. Акуш.-гин. общ. въ Кіевѣ, г. 1, в. 2, стр. 106).

Описываемый случай оваріотоміи, произведенной проф. Г. Е. Рейномъ, при ясно выраженномъ порокѣ сердца (*insufficiencia (?) ostii aortici* по проф. Мерингу и *stenosis ostii venosi sinistri* по проф. Афанасьеву), представляетъ новое доказательство тому, что послѣдній не можетъ служить противопоказаніемъ къ операциі, хотя хлороформированіе въ этомъ случаѣ и сопровождалось грозными явленіями. Пульсъ во время операциі замедлялся иногда до 48,

что совпадало съ моментами вскрытія брюшины и перевязки ножекъ опухолей. Одновременно съ замедленіемъ пульса появлялось рѣзкое замедленіе и затрудненіе дыханія и синюха. Хлороформированіе въ такіе моменты прерывалось. Хлороформу издержано 9 драхмъ; подъ наркозомъ больная находилась въ теченіе 1 ч. 22'. Операция продолжалась 56'. Послѣоперационный періодъ протекалъ безлихорадочно. Больная вполне оправилась, и общее состояніе ея здоровья также значительно улучшилось. Авторъ противъ примѣненія при чревосѣченіяхъ мѣстной анестезіи: имъ была однажды примѣнена мѣстная этери-зація и одновременно впрыскиваніе кокаина въ ближайшей окружности кожной раны при чревосѣченіи у больной съ огромной кистой, при чемъ оказался необходимымъ полный хлороформный наркозъ, протекшій вполне благополучно. Авторъ однакожъ не прочь рекомендовать въ случаяхъ съ пороками сердца, въ подходящихъ случаяхъ, другіе методы операций помимо чревосѣченія.

Авторъ съ полнымъ основаніемъ обращаетъ наше вниманіе на тѣ разстройства сердечной дѣятельности, которыя почти не выражаются клиническими объективными признаками (жировое перерожденіе и другія): такія измѣненія имѣютъ чуть ли не большее значеніе, чѣмъ ясно выраженные органическіе пороки сердца въ вопросѣ объ умѣстности хлороформнаго наркоза.

О. Шлезингеръ.

351. **William Warren Potter. Double ovariectomy during pregnancy; subsequent delivery at term. Buffalo.** (The American Journal of obstetrics and deases of women and Children. October. 1888). **Двусторонняя овариотомія во время беременности; срочные роды.**

Д-ръ Warren былъ приглашенъ осмотрѣть больную и опредѣлить: беременность на 4 мѣсяцѣ и кисту яичника. Сдѣлана овариотомія. По удаленіи кисты лѣваго яичника, правый найденъ кистовидно-перерожденнымъ, почему его также вырѣзали. Оба яичника имѣли сращенія съ окружающими частями. Обычный туалетъ брюшины и послѣоперационный періодъ прошелъ благополучно. На 22-й день больная выписалась. Въ Августѣ наступили срочные роды.

А. Лапина.

ВЪ РЕДАКЦІЮ ПОСТУПИЛИ СЛѢДУЮЩІЯ КНИГИ:

Vulliet et Lumaud. Leçons de gynécologie Opératoire.

A. Auyard. Travaux d'obstétrique V. 1, 2 et 3.

H. Fritsch. Женскія болѣзни. Пер. Орѣшкина подъ ред. П. Я. Ясинскаго 2-е изд.

А. Я. Крассовскій.

Редакторы: **Н. Ф. Славянскій,**

И. И. Смольскій.

Опечатки: стр. 640, 2-я строка сверху послѣ словъ «остеомалятическомъ тазѣ» пропущена фраза, «въ другомъ при суженномъ тазѣ»; стр. 632, 6-я строка сверху напечатано «6 квад. саж.» слѣдуетъ читать «6 куб. саж.».

ОБЪЯВЛЕНІЯ

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

Будетъ выходить въ 1889-мъ году, подъ редакцію А. Я. Крассовскаго, К. Ф. Славянскаго и И. И. Смольскаго ежемѣсячно книжками въ 4—6 печатныхъ листовъ. Программа: 1) Оригинальныя статьи, лекціи и казуистика (русскія и переводныя), 2) Рефераты, 3) Критика и библиографія, 4) Корреспонденція, 5) Объявленія. Въ видѣ приложенія — Протоколы засѣданій Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-ПетербургѢ.

Подписная цѣна для иногородныхъ съ доставкою 8 р. за годъ, для городскихъ — 7 р. 50 к., безъ доставки 7 р., для членовъ Общества и студентовъ медицины — 6 руб. 50 к. Подписка принимается только на годъ въ Редакціи (С.-Петербургъ, Ивановская ул., д. № 14, кв. № 20) и въ Конторѣ Редакціи при медико-хирургическомъ книжномъ магазинѣ Н. П. Петрова (С.-Петербургъ, Выборгская, Нижегородская улица, д. № 17). Разсрочки и коммисіонерская уступка не допускаются.

Главная премія журнала большая олеографическая картина

ЖЕРТВА БОЯРСКИХЪ КОЗНЕЙ.

XI г. ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1889 ГОДЪ. г. XI

ИЛЛЮСТРИРОВАННЫЙ

На годъ безъ до-
ставки въ Спб.

4 Р.

МІРЪ

На годъ съ до-
ставк. и перес.

6 Р.

БОЛЬШОЙ ИЛЛЮСТРИРОВАННЫЙ ЖУРНАЛЪ,

съ разными даровыми приложен. и великолѣпными преміями.

Выходитъ еженедѣльно, въ количествѣ 52 №№ въ годъ, въ форматѣ большихъ иллюстрацій и печатается на прекрасной бумагѣ; каждый номеръ заключаетъ въ себѣ множество великолѣпныхъ политипажей.

Всѣ подписчики „Иллюстрированнаго Мира“ получаютъ въ теченіе года бесплатно:

**Еженедѣльная литературная
приложенія,**

заключающія въ себѣ выдающіеся произведенія
представительной иностранной литературы, къ ко-
нцу года эти приложенія составляютъ нѣсколько
томовъ вполнѣ оконченныхъ романовъ.

**Роскошныя художественныя
приложенія,**

состоящія изъ прекрасно выполнен-
ныхъ копій съ картинъ русскихъ и
иностранныхъ художниковъ.

Новѣйшія парижскія моды.

*Полный руководяльно-модный журналъ съ руководяльными и
выпиловочными работами.*

Въ теченіе года дается масса политипажныхъ рисунковъ руководяльныхъ ра-
ботъ, равнообразныхъ буквъ, инициаловъ и пр.

Въ каждомъ модномъ номерѣ заключаются отдѣлы: Модный курьеръ, опи-
саніе рисунковъ, Хозяйство и кухня, Совѣты и рецепты, Смѣсь, Почтовый
ящикъ, въ которомъ даются отвѣты на всевозможные вопросы.

Помимо этого, тѣ изъ гг. подписчиковъ, которые хотя бы и подписались съ
разсрочкою, но заявятъ свои требованія до 1-го января 1889 г., получаютъ
съ № 1 журнала необходимый для всѣхъ

календарь-дневникъ,

въ видѣ записной книжки, съ подробно составленными святцами. На пере-
сылку этого календаря прилагается три семи-копѣечныя марки.

Всѣ ГОДОВЫЕ подписчики получаютъ РОСКОШНУЮ ПРЕМІЮ, большую олео-
графическую картину

ЖЕРТВА БОЯРСКИХЪ КОЗНЕЙ.

Въ наступающемъ году редація дѣлаетъ капитальныя улучшенія въ журналѣ, какъ въ литера-
турномъ, такъ и въ художественномъ отдѣлѣ. При этомъ, цѣль нашего изданія остаются тѣ-же,
а именно: доставляя интересное и разнообразное чтеніе, давать, въ то-же время, полный и
всесторонній обзоръ явленій истенней недѣли, имѣя въ виду семейныхъ читателей и помогая
имъ ориентироваться въ массѣ свѣдѣній, сообщаемыхъ ежедневными газетами.

Допускается подписка въ разсрочку: при подпискѣ 2 р., къ 1 марта 2 р.
къ 1 июля 1 р. и къ 1 сентября 1 р.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ въ Главной Конторѣ Редакціи журнала
„Иллюстрированный Миръ“ въ С.-Петербургѣ, по Литейному проспекту,
№ 51, графа Шереметева.

НЕОБХОДИМЫЙ ПОДАРОКЪ ГГ. ПОДПИСЧИКАМЪ

КАЛЕНДАРЬ-ДНЕВНИКЪ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на получение въ 1889 году журнала

„МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛИНИКА“

Восьмой годъ изданія.

Журналъ выходитъ въ первой половинѣ каждаго мѣсяца.

Подписная цѣна за годъ съ пересыл. 6 руб. Отдѣльной
продажи №№ нѣтъ.

Разсрочка подписной цѣны допускается по соглашенію съ редакціею.

АДРЕСЪ: С.-Петербургъ, Калашниковскій проспектъ, домъ № 8.

Оставаясь при прежней подписной цѣнѣ, редакція нашла
возможнымъ въ будущемъ 1889 году увеличить объемъ
изданія и будетъ выпускать каждый номеръ въ размѣрѣ
отъ 6-ти до 8 печ. листовъ in 8°.

Программа журнала остается прежняя, съ систематическою группиров-
кою на соответственныя рубрики:

- 1) Оригинальныя и переводныя статьи по всемъ отраслямъ медицины.
- 2) Рефераты и рецензіи: а) Терапевтическія замѣтки. б) Изъ современной
медицины. с) Смѣсь: санитарно-статистич. очерки, общественная и част-
ная гигиена, судебно-медицин. казуистика, вопросы врачебнаго быта.
- 3) Перечень новыхъ книгъ по медицинѣ: а) Отчеты о доктор. диссер-
таціяхъ, защищенныхъ въ Императорской Военно-медиц. Академіи и въ Рос-
сійскихъ университетахъ, въ 1888—89 учебномъ году. б) Библиографія. с) Би-
блиографическій указатель новыхъ книгъ по медицинѣ и естествознанію.
- 4) Объявленія: а) Перемѣны въ личномъ составѣ служащихъ врачей
всѣхъ вѣдомствъ, по официальнымъ свѣдѣніямъ. б) Частныя объявленія.

ОБЪ ИЗДАНИИ ВЪ 1889 ГОДУ

ЖУРНАЛА

„МЕДИЦИНСКОЕ ОБОЗРѢНІЕ“

ШЕСТНАДЦАТЫЙ ГОДЪ.

„Медицинское Обозрѣніе“ будетъ выходить въ 1889 году по прежней программѣ ДВАЖДЫ ВЪ МѢСЯЦЪ.

Годовая цѣна съ пересылкою или доставкою ДВѢНАДЦАТЬ рублей.

НА ПОЛГОДА ПОДПИСКА НЕ ПРИНИМАЕТСЯ.

Иногородные обращаются исключительно въ редакцію; Москва, Редакція «Медицинскаго Обозрѣнія (Воздвиженка, д. Базилевскаго).

Желающіе могутъ выслать деньги въ два срока: ВОСЕМЬ рублей при подпискѣ и ЧЕТЫРЕ рубля не позже 1-го іюля.

За перемѣну адреса платится 50 коп., безъ высылки которыхъ адресъ не перемѣняется. За неполученныя же книжки редакція въ этомъ случаѣ не отвѣчаетъ.

3—1

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1889 ГОДЪ

(шестой годъ изданія)

НА

„ВѢСТНИКЪ ОФТАЛМОЛОГІИ“

Двухмѣсячный офталмологическій журналъ

издаваемый подъ редакцію

Д-РА А. В. ХОДИНА,

Профессора Офтальмологіи въ Университетѣ Св. Владиміра,

при содѣйствіи проф. Адамюка въ Казани, д-ра Вѣдова въ Варшавѣ, проф. Вольфринга въ Варшавѣ, проф. Гиршмана въ Харьковѣ, д-ра Денисенко въ Ставрополѣ, проф. Добровольскаго въ Петербургѣ, д-ра Дойберга въ Петербургѣ, д-ра Евецкаго въ Москвѣ, д-ра Бацаурова въ Ярославлѣ, д-ра Брюкова въ Москвѣ, д-ра Кубли въ Петербургѣ, д-ра Ложечникова въ Москвѣ, д-ра Любинскаго въ Кронштадтѣ, д-ра Махлакова въ Москвѣ, д-ра Миткевича въ Одессѣ, д-ра Плунова въ Владикавказѣ, д-ра Прибыльскаго въ Варшавѣ, д-ра Рейха въ Тифлисѣ, д-ра Скребицкаго въ Петербургѣ и мног. др.

Журналъ будетъ выходить, какъ и въ прежніе годы, каждыя два мѣсяца книжками въ 5—6 и болѣе листовъ и содержать какъ оригинальныя статьи, такъ и рефераты по всеѣмъ отдѣламъ офталмологіи.

Подписная цѣна остается прежнею, т. е. ШЕСТЬ рублей съ пересылкою и доставкою.

Подписка принимается въ помѣщеніи редакціи: Кіевъ, Нестеровская ул., № 5
Редакторъ-Издатель А. Ходинъ.

Х ГОДЪ ИЗДАНІЯ
ЭЛЕКТРИЧЕСТВО

ЖУРНАЛЪ

ИЗДАВАЕМЫЙ VI ОТДѢЛОМЪ

ИМПЕРАТОРСКАГО РУССКАГО ТЕХНИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

БУДЕТЪ ВЫХОДИТЬ ВЪ 1889 ГОДУ

по той же программѣ и въ томъ же объемѣ, т. е. два раза въ мѣсяцъ — тетрадами отъ одного до двухъ печатныхъ листовъ большаго формата

съ рисунками и чертежами.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА:

На годъ (въ обложкѣ) съ доставкой и пересылкой 6 р. На полгода 3 р. 50 к. Экземпляры журнала за 1880 г. можно получать въ редакціи по 3 р., 1881—1882 по 6 р. съ пересылкой.

Подписка принимается: Въ С.-Петербургѣ—въ редакціи, Пантелеймоновская, 2, въ Москвѣ—у г. Мамонтова и въ оптическомъ магазинѣ г. Швабе.

ЕЖЕНЕДЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА
„ВРАЧЪ“

посвященная всѣмъ отраслямъ клинической медицины и гигиены и всѣмъ вопросамъ врачебнаго быта, будетъ выходить и въ будущемъ 1889 году въ томъ-же объемѣ и по той же программѣ, какъ и въ истекающемъ году, а именно:

- 1) Статьи по всѣмъ отраслямъ клинической медицины и по такимъ вопросамъ неклиническихъ медицинскихъ наукъ, которые имѣютъ практический интересъ.
- 2) Статьи по общественной и частной гигиенѣ.
- 3) Статьи объ образованіи, бытовыхъ условіяхъ и общественной дѣятельности врачей.
- 4) Біографіи и некрологи врачей и статьи по исторіи медицины, преимущественно русской.
- 5) Разборы нѣкоторыхъ иностранныхъ и русскихъ книгъ, касающихся программы „Врача“.
- 6) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ и другихъ обществъ, могущихъ интересовать врачей.
- 7) Рефераты о главнѣйшихъ работахъ изъ текущей печати, какъ иностранной, такъ и русской.
- 8) Хроника всѣхъ явленій русской и заграничной жизни, поскольку эти явленія представляютъ тотъ или иной интересъ для врачей; слухи, правительственныя сообщенія.
- 9) Всякаго рода объявленія, за исключеніемъ рекламъ и объявленій о тайныхъ средствахъ.

Статьи (въ заказныхъ письмахъ) высылаются на имя редактора профессора Вячеслава Алексѣевича Манассѣина (Петербургъ, Симбирская, д. 12, кв. 6).

Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, такъ и съ доставкой въ Петербургъ, 9 руб., а за полгода 4 р. 50 к. Подписка принимается у издателя—Карла Леопольдовича Риккера (Петербургъ, Невскій 14).

„РУССКАЯ МЕДИЦИНА“

Въ 1889 году.

Медицинскій журналъ — ЧЕТЫРЕ раза въ мѣсяць по
Воскресеньямъ въ количествѣ 48 №№ въ годъ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

Проф. Н. П. ИВАНОВСКАГО и д-ра П. А. ИЛИНСКАГО.

Кромѣ самостоятельныхъ изслѣдованій и казуистики, въ каждомъ № помѣщаются статьи по слѣдующимъ отдѣламъ: успѣхи медицины (рефер. какъ изъ нашей, отечественной, такъ и заграничной печати) библиографическія и критическія обзорѣнія, — медицинскія общества, — извѣстія и новости за недѣлю изъ общественной и корпоративной жизни. Отдѣлы отъ редакціи и корреспонденціи посвящены почти исключительно бытовымъ и т. п. вопросамъ. Офіціальные извѣстія Чинопроизводство, награды и пр.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА:

за годъ 8 рублей съ пересылкой и доставкой. За полгода 5 руб. Подписка принимается въ редакціи „Русской Медицины“. Петербургъ, Владимірская, 7.

СБОРНИКЪ ЗАКОНОПОЛОЖЕНІЙ

ДЛЯ

врачей, ветеринаровъ, фармацевтовъ, акушерокъ и фельдшеровъ.

съ Первымъ Дополненіемъ къ нему

сост. П. ИЛИНСКИМЪ.

(5157 статей, сто печат. листовъ, 1600 страницъ).

Получать можно въ Конторѣ редакціи «РУССКОЙ МЕДИЦИНЫ», Владимірская, 7.

ЦѢНА ВСЕГО ИЗДАНИЯ 7 РУБ.

На пересылку прилагать за 4 фута по разстоянію.

Отдѣльно продаются IV выпускъ: 1) О фельдшерахъ и акушеркахъ, цѣна 1 руб. и 2) Первое дополненіе, (распоряженіе правительства 1887 и 1888 г.). Цѣна 1 руб. 25 коп. На пересылку прилагается 2 почтовыхъ 7 коп. марш.

ВРАЧЕБНЫЙ ЕЖЕГОДНИКЪ

НА 1889 ГОДЪ

ИЗДАНИЕ РЕДАКЦІИ „РУССКОЙ МЕДИЦИНЫ“.

Содержаніе: Краткая терапевтика. Собраніе рецептовъ и формулъ извѣстныхъ клиницистовъ и изъ лучшихъ клиникъ. Справочныя свѣдѣнія о помощи обмершимъ, въ случаяхъ отравленій и пр. Календарь съ листами для записей, — особыми на время III Съѣзда Русскихъ врачей, а также для членовъ съѣзда; адреса петербургскихъ врачебныхъ учреждений и заведеній, врачей и пр.

Цѣна экземпляра въ переплетѣ 1 р. 25 к.

Получать можно въ Конторѣ Редакціи «РУССКОЙ МЕДИЦИНЫ», Владимірская, 7.

V-й ГОДЪ ИЗДАНИЯ

ЕЖЕМЪСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЬ

„ХИРУРГИЧЕСКІЙ ВЪСТНИКЪ“

*будетъ выходить и въ будущемъ 1889 году въ томъ-же
объемъ и по той-же программѣ.*

- I. Оригинальныя статьи по всеѣмъ вопросамъ хирургіи.
- II. Корреспонденціи.
- III. Критика и Библиографія.
- IV. Рефераты и мелкія извѣстія.
- V. Объявленія.

Статьи просить адресовать на имя редактора Николая Александровича Вильяминова (Петербургъ, Ивановская, 13).

Подписка принимается въ конторѣ редакціи (Петерб., Ивановская, 13. кв. 2), ежедневно отъ 11 до 1 часа и отъ 4 до 5 часовъ, и во всеѣхъ большихъ книжныхъ магазинахъ. (Гг. иногородныхъ подписчиковъ просить обращаться исключительно въ контору редакціи). Объявленія 40 к. за строчку пегита.

Цѣна съ перес. за годъ 7 р. за полгода 3 р. 50 к.

Редакторъ-Издатель Н. А. Вильяминовъ.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

„ЗЕМСКІЙ ВРАЧЪ“

ПОСВЯЩЕННАЯ ВОПРОСАМЪ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ

БУДЕТЬ ВЫХОДИТЬ ВЪ Г. ЧЕРНИГОВЪ ТАКЖЕ И ВЪ 1889 ГОДУ.

Въ программу „Земскаго Врача“ входятъ:

1. Статьи по общимъ вопросамъ земской медицины, по медицинской статистикѣ, медико-топографическіе очерки.
2. Казуистика. Оригинальныя и переводныя статьи по вопросамъ предупрежденія и леченія эпидемическихъ болѣзней.
3. Въ видѣ приложеній—популярныя статьи по вопросамъ гигиены, профилактики и бактериологіи.
4. Рефераты. Хроника. Смѣсь. Корреспонденціи. Объявленія.

Земскимъ Управамъ и Земскимъ Врачамъ рассылаются подробныя объявленія и программа изданія.

Подписная цѣна: на года—9 р., на полгода—4 р. 50 к. съ доставкой и пересылкой. Для фельдшеровъ—на годъ 6 р., на полгода—3 р.

Подписка принимается: г. Черниговъ, д-ру Евгенію Владиміровичу Святловскому.

Редакторъ-Издатель Д-ръ Е. Святловскій.

„ЕЖЕНЕДѢЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА“

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

С. П. Воткина,
Профессора Академической терапевтической клиники.

Н. И. Выстрова,
Профессора Академической дѣтской клиники.

А. Ф. Пруссака,
Профессора ушныхъ болѣзней.

В. И. Добровольскаго,
Профессора Академической окулистической клиники.

А. И. Лебедева,
Профессора Академической акушерской клиники.

Н. И. Соколова,
Доцента терапевтической клиники.

и

Н. П. Васильева.
Доцента терапевтической клиники:

Въ 1889 г. будетъ выходить въ теченіе 9-ти мѣсяцевъ, въ объемѣ отъ одного до полутора листа.

Въ газетѣ будутъ помѣщаться статьи по всеѣмъ отраслямъ клинической медицины, по различнымъ отдѣламъ основныхъ наукъ въ ихъ примѣненіи къ практическимъ медицинскимъ вопросамъ и сообщенія о выдающихся приобритеніяхъ отечественной и иностранной литературы.

Въ 1889 г. будетъ печататься продолженіе 3-й серіи лекцій проф. С. П. Воткина.

Цѣна съ пересылкой и доставкой 6 руб., безъ доставки и пересылки 5 р., для Гг. студентовъ—4 р.

Допускается разсрочка платежа—3 руб. при подпискѣ и остальныхъ къ 1-му Мая.

Подписка принимается въ редакціи газеты (С.-Петербургъ, Николаевская, 43) и въ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ.

Редакція открыта ежедневно, кромѣ воскресныхъ и праздничныхъ дней, отъ 5 до 6 час. вечера.

Статьи и всю переписку просятъ адресовать на имя редактора, приватъ-доц. Николая Петровича Васильева (С.-Петербургъ, Николаевская, 43).

Редакторъ Н. П. Васильевъ. Редакторъ-издатель С. П. Воткинъ.

ГОДЪ ТРЕТІЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № 7.

Засѣданіе 27-го октября 1888 г.

Предсѣдательствовалъ **И. Тарновскій.**

Присутствовали 49 членовъ: Андреевъ Н. Ю., Байковъ, Баландинъ, Бачевичъ, Бѣляевъ, Вастень, Воловскій, Гессъ, Горайскій, Грамматикати, Гриневальдъ, Даниловичъ, Еремѣевъ, Еськовъ, Желтухинъ, Замшинъ, Зачекъ, Кирѣевъ, Лапинъ, Лилѣевъ, Личкусъ, Маковецкій, Отгъ, Піотровичъ, Полонскій, Полотебновъ, Радецкій И., Радецкій Р., Рентельнъ, Репревъ, Салмановъ, Смольскій, Смоленскій, Соловьевъ А. С., Стравинскій, Ульрихъ, Фишеръ А., Фишеръ Б., Фравкъ, Фраткинъ, Хрщоновичъ, Цырскій, Чагинъ, Черневскій, Чернышевъ, Шлезингеръ, Шнидтъ, Шголь, Ямпольскій и 51 гость.

Секретаремъ Общества былъ прочитанъ докладъ **В. В. Сутугина**, заключавшій въ себѣ случай операціи Порро, представлявшій интересъ, во-первыхъ, потому что послѣ операціи Порро появилась эклампсія, а во-вторыхъ, по видоизмѣненію леченія раны. Для дезинфекціи употреблялся сублиматъ до вскрытія брюшины, а послѣ него промывка раны растворомъ борной кислоты и вытираніе ватными шариками, смоченными растворомъ сулемы 1 : 2000.

19-го августа 1888 г. въ Московское Родовспомогательное Заведеніе поступила крестьянка А. Г. 19 лѣтъ, беременная

1-й разъ, въ родахъ продолжавшихся $\frac{1}{2}$ сутокъ, съ t° 38,3 и черезъ 9 часовъ по истеченіи водъ. Ростъ больной 142 см. Размѣры таза: D. tr. 27, D. sp. 23, D. Cr. 24, C. ext. 16, C. diagon. 7,5, C. vera предположена въ 6 см. Роды срочные. Плодъ средняго развитія, длина его въ маткѣ опредѣлена около 48 см. Беременная была изслѣдована повитухой. Матка плотно обхватила плодъ, ясно выраженное кольцо сокращенія на 3 см. надъ пупкомъ. Положеніе плода правильное, во 2-ой установкѣ (спинка справа и немного назадъ). Шейка матки сглажена, зѣвъ открытъ на 2 пальца. Въ виду абсолютнаго показанія къ кесарскому сѣченію, С. рѣшился его произвести у разбираемой больной. Но въ виду уже возможнаго зараженія больной (повышенная t° , значительное учащеніе пульса—120), въ случаѣ явныхъ признаковъ возможнаго эндометрита рѣшено произвести операцію по способу Рогго. Обычное производство операціи. Извлеченъ живой мальчикъ въ состояніи асфиксіи 2 степени и оживленъ.

По разрѣзѣ матки эндометрій имѣлъ рѣзко выраженный грязновато-желтый оттѣнокъ, почему С. и срѣзалъ матку немного выше внутренняго зѣва. Ножка укрѣплена двумя боковыми шелковыми швами, наложенными ниже эластическаго жгута и выведенными съ боковъ нижняго угла раны. Ножка обожжена снаружи термокаутеромъ Пакелена, присыпана іодоформомъ, а поверхъ его гипсомъ и вся зашитая рана перевязана іодоформною и сулемованною марлею, а поверхъ смоляной щипаной паклей. Послѣ операціи больная проснулась, чувствуя себя хорошо. Черезъ 25 часовъ по окончаніи операціи, по выведеніи мочи катетеромъ—припадокъ эклампсіи, продолжавшійся съ перемежками до 5 мин., съ послѣдовательнымъ безсознательнымъ состояніемъ, длившимся 10 минутъ. Моча больной кислой реакціи, не содержитъ ни бѣлка, ни цилиндровъ. Clysmata ex chloralhydrat. и solutio kalii bromati. Черезъ 5 ч. второй припадокъ, меньшей силы и продолжительности. Черезъ двое сутокъ р. operat.—рвота желчью, хорошее самочувствіе. Влажная ангина культи, но безъ малѣйшаго запаха гнили. На 8 день

удалены швы. Первое натяженіе по всей ранѣ, кромѣ мѣста вшиванія шейки. Черезъ 14 дней—вся культя растворилась и жгутъ отпалъ. Представилась гноящаяся рана на протяженіи около 6,0. Рана оживлена частью соскабливаніемъ грануляцій, частью же срѣзаніемъ ножницами. По обмываніи раны растворомъ сублимата, наложено шесть глубокихъ шелковыхъ швовъ почти вплоть до брюшины и одинъ поверхностный шовъ. Внизу оставленъ каналъ въ мизинецъ толщины, куда вложенъ свертокъ іодоформированной марли.

Черезъ 6 дней по наложеніи вторичнаго шва — рана срослась на всемъ протяженіи; тампонъ изъ марли замѣненъ дренажемъ, толщиною въ гусиное перо. Черезъ 5 дней дренажъ вынутъ. Къ концу 4-й недѣли послѣ 1-й операціи свищъ выполненъ, но продолжается незначительное нагноеніе.

22 сентября. Вся рана живота представляется зажившей первымъ натяженіемъ, только въ нижнемъ углу, на мѣстѣ свища находится небольшой рубецъ, какъ бываетъ въ случаѣ нагноенія въ уколахъ иглы.

Больная совершенно здорова и все время, съ 4-го дня операціи, имѣла громадный аппетитъ. Извлеченный плодъ вѣсилъ 3000 грм., имѣлъ длину 46 см. Съ 3-го дня поносъ, безпокойство, желтуха и на 5-й день онъ умеръ. При вскрытіи его опредѣлили септицемію, но безъ измѣненій въ цупкѣ; такъ что, вѣроятно, было зараженіе плода гнилостнымъ эндометритомъ въ родахъ.

И. И. Смольскій по поводу этого случая замѣтилъ, что ему непонятно, для чего, послѣ освѣженія раны на мѣстѣ отпавшей культы, введенъ въ нижній уголокъ раны дренажъ, тогда какъ цѣль освѣженія и вторичнаго наложенія швовъ состояла именно въ достиженіи перваго натяженія при вѣбрюшинномъ способѣ укрѣпленія культы.

К. Г. Штоль, по просьбѣ докладчика, отъ его имени добавилъ слѣдующее.

«С. проводилъ швы такъ глубоко, чтобы захватить мышцы и апоневрозъ вплоть у дна раны, но не захватить дна и остатка ножки; это сдѣлано было потому, что дно лежало вѣроятно близко къ брюшинѣ, но какъ при этомъ толстъ слой подлежащей ткани — опредѣлить невозможно, да кромѣ того, могла легко попасться приросшая часть сальника и т. д., почему С. и избѣгалъ

проведенія иглы через брюшину и самое дно раны. Цѣль сшиванія была предупрежденія развитія грыжъ, а для этого достаточно сращенія мышцъ и апоневрозовъ. Самая остающаяся часть ножки была тоже незатронута, потому что она его неозабочивала, разъ уже отвалится омертвѣвшая часть, ибо остающаяся имѣетъ право (и при томъ желательное) отдѣлиться отъ брюшной стѣнки совсѣмъ. Рана по заживленіи представлялась ровной, безъ давленія на мѣстѣ вшиванія ножки, и имѣла видъ простаго лапоратомическаго рубца при внутрибрюшинномъ способѣ лѣченія ножки, оставались только незначительные слѣды въ рубцѣ, какъ бываетъ, когда послѣ внутрибрюшиннаго способа 1 или 2 изъ нижнихъ проведенныхъ нитокъ даютъ незначительное нагноеніе. Словомъ рубецъ послѣ Roggo мало отличался отъ рубца послѣ классическаго кесарскаго сѣченія; если дать взглянуть на него, то незнающій анамнеза врачъ признаетъ случай за классическое кесарское сѣченіе съ незначительнымъ нагноеніемъ въ нижнемъ углу раны.

Гость д-ръ А. *Заболотскій* сдѣлалъ сообщеніе: «Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ влагалища». На амбулаторномъ приемѣ въ лечебницѣ Попечительнаго Комитета о сестрахъ Краснаго Креста въ августѣ настоящаго года, больная А., швея по занятію, 24 лѣтъ, обратилась къ нему за совѣтомъ, съ жалобою на кровотеченіе изъ половыхъ путей, появившееся у ней за недѣлю передъ тѣмъ.

При ручномъ изслѣдованіи палецъ, введенный во влагалище, натолкнулся въ сторонѣ праваго свода на нѣчто странное. Это «нѣчто» давало ощущеніе не то висящихъ корокъ, не то близко лежащихъ другъ къ другу швовъ. Изъ половыхъ путей при этомъ ощущался рѣзкій гнилостный запахъ.

При изслѣдованіи зеркаломъ прежде всего бросилось въ глаза лежащее ближе къ правому своду и отчасти прикрывающее правую сторону влагалищной части матки, инородное, зубчатой формы тѣло, которое, будучи вынуто корнцангомъ, оказалось довольно эластическимъ гуттаперчевымъ кольцомъ, съ рядомъ зубцовъ, расположенныхъ по срединѣ наружной поверхности кольца, по всей его окружности. Зубцы эти въ видѣ равностороннихъ треугольниковъ прикрѣплены широкимъ своимъ основаніемъ перпендикулярно къ срединѣ наружной плоскости кольца, въ тѣсномъ соприкосновеніи углами другъ къ

другу. Во влагалищѣ кольцо лежало сжатымъ въ такомъ положеніи, что одною стороною зубцовъ было обращено въ сторону изслѣдующаго пальца, а другою—къ своду.

Кольца описаннаго вида носятъ въ торговлѣ техническое названіе: «Damen-schroegen» (дамскія шпоры) и открыто продаются въ гуттаперчевыхъ магазинахъ подъ этимъ именемъ по 25 коп. за штуку, и даже, хотя самъ З. этого и не видалъ, выставляются на окнахъ резиновыхъ магазиновъ.

З. считаетъ излишнимъ, конечно, говорить здѣсь о нравственной сторонѣ дѣла, ибо фактъ этотъ достаточно говоритъ самъ за себя; также онъ не будетъ говорить о тѣхъ приемахъ и

Рис. 1-й.

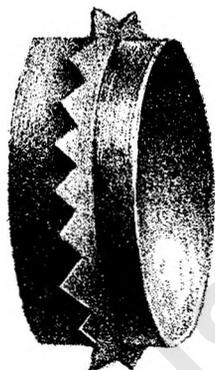
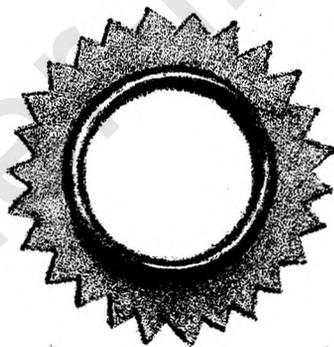


Рис. 2-й.



приспособленіяхъ, къ какимъ прибѣгаютъ любители сильныхъ ощущеній съ извращеннымъ половымъ чувствомъ, а указываетъ только на данный случай какъ на такой, съ которымъ не часто приводится имѣть дѣло гинекологамъ, но который даетъ право предполагать, что приборомъ подобнаго вида въ жизни пользуются нерѣдко, и съ нимъ, конечно, придется врачамъ считаться тѣмъ болѣе, что приобрѣтеніе такихъ приспособленій не представляетъ никакихъ затрудненій. Этотъ фактъ даетъ гинекологу указаніе на новый этиологическій моментъ въ вопросѣ о происхожденіи нѣкоторыхъ заболѣваній въ половой сферѣ, для которой примѣненіе подобныхъ раздражителей не можетъ пройти безнаказанно. Пользуясь настоящимъ случаемъ, онъ постарался достать что имѣется въ этомъ направленіи въ

торговлѣ, и разновидности *Damen-schrogen*, найденныя имъ въ магазинахъ, счелъ обязанностью представить здѣсь для ознакомленія съ ними многоуважаемыхъ товарищей.

А. А. Семяникова сдѣлалъ докладъ о примѣненіи массажа въ гинекологіи. Начавъ съ историческаго обзора того, что было сдѣлано до сихъ поръ по этому вопросу, докладчикъ перешелъ къ сообщенію трехъ случаевъ изъ клиники К. Ф. Славянского. Для поясненія случаевъ имъ были представлены схематическіе рисунки, сдѣланные помощью схемъ *Schultze*. Случай первый касался 22-хъ лѣтней больной, захворавшей послѣ родовъ за четыре мѣсяца до поступленія въ клинику. При поступленіи больной было найдено слѣдующее: portio обращена къзади и влѣво, цилиндрической формы, не велика, зѣвъ въ видѣ небольшой поперечной щели, нижняя губа эрозирована. Тѣло матки въ *anteflexio*, нѣсколько вправо отъ середины, увеличено, незначительно болѣзненно. Налѣво отъ матки прощупывается довольно плотная, очень болѣзненная опухоль съ гладкой поверхностью, отдѣленная бороздкой отъ матки, занимающая весь боковой сводъ, идущая книзу приблизительно до уровня внутренняго зѣва, къзади она заходитъ за заднюю поверхность матки, кверху немного не достигаетъ дна матки. Позади матки прощупывается не такой плотный, соединенный съ лѣвосторонней опухолью болѣзненный выпоть. Правый яичникъ увеличенъ приблизительно вдвое, болѣзненъ. Между правымъ яичникомъ и маткой находится почти не болѣзненный старый параметритическій рубчикъ. Лѣвое *lig. sacro-uterinum* значительно утолщено и болѣзненно. Диагнозъ *Metritis et Endometritis chronica*, *Oophoritis dextra*, *Para-perimetritis*. Примѣнявшееся почти въ теченіе мѣсяца леченіе горячими душами, ваннами, препаратами іода принесло только нѣкоторое субъективное облегченіе, но объективно нельзя было констатировать улучшенія. Вслѣдствіе этого было приступлено къ леченію массажемъ. Послѣ 75 сеансовъ больная могла быть выписана, какъ выздоровѣвшая. При выпискѣ было найдено только небольшое утол-

шение lig. sacro-uterini sin. и незначительная резистентность въ лѣвомъ боковомъ сводѣ. Всѣ внутренніе половые органы оказались нормальными.

Во второмъ случаѣ дѣло касалось 30-ти лѣтней, не рожавшей женщины, захворавшей шесть мѣсяцевъ тому назадъ. При поступленіи ея въ клинику, изслѣдованіе дало слѣдующіе результаты: portio кзади, немного вправо, цилиндрической формы, зѣвъ въ видѣ небольшого круглаго отверстія. Тѣло матки неувеличено, не болѣзненно, въ рѣзко выраженной ante-flexio. Правый яичникъ рѣзко увеличенъ, сильно болѣзненъ. Между правымъ яичникомъ и маткой параметритическій экссудатъ. Правое lig. sacro-uterinum значительно утолщено и болѣзненно. Лѣвый яичникъ тоже увеличенъ и болѣзненъ. Кзади и книзу отъ лѣваго яичника периметритическія очень болѣзненные утолщенія. Диагнозъ: Ante-flexio, oophoritis duplex, Para-perimetritis. Съ самаго начала былъ примѣненъ массажъ. Послѣ 60 сеансовъ больная выпи-салась. При выпискѣ было найдено нѣсколько утолщенное правое lig. sacro-uterinum и незначительная резистентность кзади отъ лѣваго яичника. Остальные органы вполнѣ нормальны.

Въ третьемъ случаѣ 24-лѣтняя женщина, родившая 4 года 7 недѣль назадъ, захворала послѣ родовъ. При поступленіи въ клинику было констатировано слѣдующее: portio кзади, цилиндрической формы, зѣвъ въ видѣ поперечной щели. Въ окружности зѣва не особенно значительныя эрозіи. Тѣло матки въ переднемъ сводѣ, въ ante-flexio, увеличено (8,5 цм.), болѣзненно. Правый яичникъ увеличенъ, болѣзненъ и нѣсколько опущенъ. Въ заднемъ сводѣ позади матки экссудатъ, который переходитъ въ лѣвый сводъ и окружаетъ лѣвый яичникъ, контуры котораго не ощупываются вполнѣ ясно. Диагнозъ: Metritis et Endometritis chronica, Oophoritis dextra. Perimetritis sinistra. Лечение заключалось въ примѣненіи массажа. Послѣ 13 сеансовъ, это лечение должно было быть оставлено, такъ какъ больная не захотѣла дольше оставаться въ клиникѣ. При выпискѣ было найдено слѣдующее: матка уменьшилась въ объемъ (8 цм.), въ переднемъ сводѣ, въ ante-flexio, менѣе болѣзненна. Правый

яичникъ почти нормальной величины, немного болѣзненъ. Въ заднемъ и лѣвомъ сводѣ остались только слѣды экссудата и прощупываются утолщенные lig. sacro-uterina.

И. И. Смольскій на это возразилъ, что нисколько не умаляя значенія массажа, какъ лечебнаго средства, онъ не считаетъ сообщенные случаи убѣдительно, такъ какъ 1-я больная на 4-мъ мѣсяцѣ болѣзни, 2-я же на 6-мъ мѣсяцѣ подверглись правильному и покойному содержанію въ клиникѣ почти въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ, а при условіяхъ покоя этого срока вполне достаточно для всасыванія у молодыхъ женщинъ экссудата одними силами природы. Къ заявляемымъ въ настоящее время чудеснымъ случаямъ дѣйствія массажа въ гинекологической практикѣ онъ относится скептически.

Д-ръ Робинсонъ заявилъ, что, подобно уважаемому докладчику, и онъ совместно съ д-ромъ М. Гальберштамомъ, по иниціативѣ послѣдняго, подъ контролемъ Д. О. Отта уже съ начала текущаго года занимается массажемъ, гсп. гимнастикой въ гинекологіи. Пользуванныя имъ больныя брались преимущественно изъ Еленинскаго клиническаго Института, гдѣ подвергались тщательному клиническому изслѣдованію и затѣмъ лечились амбулаторно во врачебно-гимнастическомъ и массажномъ заведеніи д-ра Гальберштама. Во всѣхъ случаяхъ результаты леченія были очень успѣшны. Не входя въ подробности своихъ случаевъ, такъ какъ объ нихъ будетъ сдѣлано сообщеніе д-ромъ Гальберштамомъ на предстоящемъ сѣздѣ Русск. врачей, д-ръ Робинсонъ изъ своихъ случаевъ показалъ Обществу только нѣсколько рисунковъ, на которыхъ наглядно представлены успѣшные результаты леченія массажемъ.

Гость, г-жа *Никольская* замѣтила, что ознакомившись въ прошломъ году съ методомъ Brandt'a, подъ его личнымъ руководствомъ, она съ апрѣля 1888 г. стала примѣнять этотъ методъ въ Маріинской больницѣ, а также въ своей частной практикѣ.—Въ свое время, по накопленіи достаточнаго матеріала, она сообщить въ печати о достигнутыхъ ею результатахъ. Теперь же, въ pendant къ 3-мъ случаямъ д-ра Семянникова, считаетъ не безынтереснымъ сообщить и о ея наблюденіяхъ.

Наибольшій интересъ представляютъ два случая излеченія выпаденія матки 6 и 10 лѣтней давности. Въ первомъ изъ нихъ излеченіе достигнуто въ 22 сеанса и при изслѣдованіи большой спустя 40 дней матка найдена не опустившейся; въ другомъ для излеченія потребовалось 15 сеансовъ, съ тѣхъ поръ прошло 18 дней — матка не опускалась. Оба раза она неприблила сближенія и разведенія колѣнъ (Knädelning Shutning), а между тѣмъ проф. Gronssen, а вслѣдъ за нимъ Profanter и другіе при леченіи выпаденія матки придаютъ наибольшее значеніе этому гимнастическому приему. Кроме того, массажъ примѣнялся ею съ хорошимъ результатомъ и при воспалительныхъ формахъ. Такъ напр. въ одномъ случаѣ peri-parametritis sin. oophoritis et regioophor. sin., гдѣ у больной, хворавшей втеченіи 5 лѣтъ найдена значительная инфильтрація и укороченіе лѣвой широкой связки (матка притянута влѣво и сзади), увеличеніе яичника (въ куриное яйцо), фиксированнаго у стѣнки таза, — излеченіе достигнуто въ 18 сеансовъ. Въ другомъ сходномъ, но

менѣе запущенномъ случаѣ почти полное излеченіе достигнуто въ 8 сеансовъ. Кромя приведенныхъ у нея имѣется цѣлый рядъ пери-параметритовъ и офоритовъ, хроническихъ метритовъ и антефлексій матки съ фиксациею ея у задней стѣнки таза, гдѣ массажъ, въ относительно короткое время (максимумъ 40 сеансовъ), привелъ къ полному излеченію или къ значительному улучшенію.

Д. О. Оттъ замѣтилъ, что весь докладъ автора сводится на сообщеніе трехъ исторій болѣзни, гдѣ имъ былъ примѣненъ массажъ. На основаніи этихъ трехъ случаевъ авторъ полагаетъ возможнымъ судить о благотворномъ дѣйствиіи массажа. Такимъ образомъ авторъ прибавляетъ свои случаи къ цѣлому ряду другихъ, описанныхъ иностранными авторами и къ тѣмъ, которые *Дж. Оттъ* имѣлъ возможность прослѣдить совмѣстно съ г.г. Гальберштамомъ и Робинсономъ, случаи, которые были многократно контролированы и изслѣдованы имъ въ клиническомъ институтѣ Вел. Кн. Елены Павловны и которые теперь уже закончены. Нѣкоторые изъ рисунковъ относящихся къ этимъ случаямъ только что представлены Обществу. Кромя этихъ случаевъ *Д. О.* располагаетъ еще другими, числомъ около 15-ти, такъ что весь матеріалъ простирается приблизительно на 35—40 случаевъ. Примѣняетъ массажъ онъ уже около 1½ лѣтъ. Не вдаваясь въ подробности *Д. О.* удерживается отъ какихъ либо выводовъ, чтобы не дискредитировать новый методъ, требуя всегда строго-научной провѣрки отдѣльныхъ фактовъ. Это обстоятельство онъ особенно подчеркиваетъ, такъ какъ нѣкоторые изъ лицъ, принимавшихъ участіе въ преніяхъ, высказали апріорныя мнѣнія, не имѣя на то фактическихъ доказательствъ. Особенно протестуетъ *Д. О.* противъ совершенно невозможнаго для научно-образованнаго врача смѣшиванія отдѣльныхъ частныхъ способовъ Бранта, строго не выдѣляя собственно массажа отъ другихъ приѣмовъ.

Е. Ф. Вацевичъ сказалъ слѣдующее: д-ръ Семяниковъ, въ исторіи болѣзни № 3, высказываетъ мнѣніе, что, послѣ того какъ больная излѣчилась массажемъ отъ пери-и параметритическихъ экссудатовъ, ей оставалось еще полѣчиться массажемъ же 2—3 недѣли для излѣченія отъ эндометрита и метрита. Но это *Б.* позволилъ себѣ спросить докладчика, считаетъ ли онъ массажъ средствомъ противъ заболѣваний, вызываемыхъ кокками (въ смыслѣ микробовъ вообще), такъ какъ его случай пери-параметрита нужно считать по происхожденію септическимъ, происшедшимъ отъ всасыванія изъ полости шейки и тѣла; насколько *Б.* помнитъ, параметритъ не отъ всасыванія описанъ только Фрейндомъ въ 1870 г. и названъ parametritis atrophicans. Получивъ на свой вопросъ утвердительный отвѣтъ, *Б.* позволилъ себѣ замѣтить, что, по его мнѣнію, массажъ есть могучій механической стимулъ, капитально улучшающій лимфообращеніе и кровообращеніе и тѣмъ самымъ прямо уничтожающій застой, трансудаты, повышающій мѣстное питаніе въ тѣхъ тканяхъ, гдѣ прошла бурная картина воспаленія, оставивъ послѣ себя парезъ стѣнокъ сосудовъ съ венознымъ застоємъ, отеки, инфильтраты серозные и пластическіе, инфильтраты, организованные въ рубцовыя перемычки, умень-

ГОДЪ ТРЕТІЙ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ПРОТОКОЛЬ № VII.

Засѣданіе 27-го октября 1888 г.

Административное засѣданіе.

Присутствовали 35 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 6 и VI.

2) Доложено, что отъ имени Общества послана поздравительная телеграмма Обществу врачей Восточной Сибири по случаю 25-лѣтняго юбилея дѣятельности Общества, бывшаго 2-го сентября 1888 года.

3) Доложено письмо М. Н. Феноменова, въ которомъ онъ благодарить Общество за предложеніе, по сложеніи званія дѣйствительнаго члена, остаться членомъ-корреспондентомъ и заявляетъ, что этого предложенія онъ принять не можетъ. Постановлено согласно желанію М. Н. Феноменова не считать его болѣе въ спискѣ членовъ Общества.

4) Коммиссія для изысканія средствъ на изданіе (Лазаревичъ, Тарновскій и Яницольскій) доложила, что она предлагаетъ обратиться за субсидіею для сей цѣли къ земствамъ и городскимъ управленіямъ. Постановлено согласиться на предложеніе коммисіи.

5) Предложены къ избранію въ дѣйствительные члены: Миллеръ, Виталій Яковлевичъ. Лекаръ. Предложенъ Еремѣвымъ, Салмановымъ и Стравинскимъ.

Вертеръ, Андрей Леонтьевичъ. Лекаръ. Предложенъ Горайскимъ, Желтухинымъ и Ямпольскимъ.

Заболотскій, Алексѣй Павловичъ Лекаръ. Предложенъ Полотебновымъ, Смольскимъ и Франкомъ.

6) Избраны въ дѣйствительные члены:

Генрихсенъ, Карлъ Романовичъ. Докторъ медицины и акушеръ, коллежскій совѣтникъ, родился въ 1838 году въ С.-Петербургѣ; первоначальное образованіе получилъ въ школахъ при Реформатской церкви и въ 1-й Московской гимназій, изъ которой былъ выпущенъ съ золотою медалью въ 1858 году; въ 1863 году окончилъ курсъ на медицинскомъ факультетѣ Московскаго Университета, лекаремъ съ отличіемъ и правомъ по представленіи и защищеніи диссертациі получить степень доктора медицины. Въ теченіе 1864 и 1865 годовъ былъ ординаторомъ-практикантомъ при Чернорабочей больницѣ съ прикомандированіемъ къ Повивальному Институту. Весною 1866 г. былъ командированъ медицинскимъ департаментомъ въ Царскосельскій уѣздъ по случаю господствовавшей тамъ оспенной эпидеміи, гдѣ и занимался два мѣсяца подъ руководствомъ Лейбъ-Медика Эдекауера. Въ 1866 же году представилъ въ Конференцію Императорской Медико-Хирургической Академіи диссертацию подъ заглавіемъ: *«О главныхъ составныхъ частяхъ мочи женщины, во время беременности, родовъ и въ послѣродовомъ состояніи.»* Удостоенный степени доктора медицины въ томъ же году получилъ званіе акушера. Во томъ же году лѣтомъ былъ командированъ въ Лугскій уѣздъ, по поводу холерной эпидеміи. Съ 1867 по 1869 годъ состоялъ младшимъ сверхштатнымъ медицинскимъ чиновникомъ при медицинскомъ Департаментѣ Министерства Внутреннихъ Дѣлъ съ прикомандированіемъ къ Александровской больницѣ и Повивальному институту. До 1875 года (въ теченіе 6 лѣтъ) былъ врачомъ при сахарномъ заводѣ въ Кіевской губерніи, съ правами государственной службы. Въ 1872 году былъ командированъ въ Черкасскій уѣздъ мѣстнымъ комитетомъ общественаго здравія, по случаю свирѣпствовавшей тогда холеры. Съ 1877 г. по 1887 г., состоявъ ординаторомъ Одесской городской больницы, завѣдывалъ гинекологическимъ и послѣродовымъ отдѣленіями; въ продолженіе этого времени въ 1878 по 1879 годахъ исправлялъ должность старшаго врача больницы. Во время послѣдней войны (въ 1877 г.) и при эвакуаціи больныхъ и раненныхъ работалъ въ лазаретахъ Россійскаго Общества Краснаго Креста. Въ настоящее время д-ръ Генрихсенъ вольнопрактикующій врачъ города Одессы.

Онъ издалъ слѣдующія сочиненія:

1) *О главныхъ составныхъ частяхъ мочи женщины во время беременности, родовъ и въ послѣродовомъ состояніи.* Диссертациія. Спб. 1866 г.

2) Статистика смертности въ Одессѣ за 1880 г. Прот. Общества Одесскихъ врачей. 1880—1881 г.г. № 20.

3) Случай маточнаго фиброида. перешедшаго въ распадъ. Ib. 1881—1882 г. № 21.

4) Случай кисто-саркомы лѣваго яичника, съ демонстраціей препарата. Ib. 1881 г. № 22.

5) Случай стриктуры верхней части влагалища, обусловленной спазмомъ т. levatoris ani. Ib. 1881—1882 г. № 2.

6) Два случая заворота кишекъ. Ibid. 1882—1883 г. № 2.

7) Случай ложнаго гермафродизма. Ibid. 1881—1882 г. № 3.

8) Рѣдкій случай продолжительнаго задержанія въ маткѣ мертваго плода съ демонстрацію препарата. Ibid. 1883—1884 г. № 4.

9) Къ статистикѣ смертности за 1883 годъ. Ibid. 1883—1884 г. № 12.

10) Смертность дѣтей отъ поноса за семь лѣтъ, 1877—1883 г.г. Ibid. 1883—1884 г. № 14.

11) Новый инструментъ для удаленія остатковъ абортивнаго яйца. Ibid. 1884—1885 г.г. № 13.

12) Демонстрація больной съ двойной маткой и сообщеніе по этому поводу. Ibid. 1885—1886 г.г. № 17.

13) Zur Behandlung der Blutungen nach Abort. Archiv. f. Gynaec. № 23. 1886 г.

Семяниковъ Александръ Александровичъ. Избранъ единогласно. Лекарь (Докторъ медицины Мюнхенскаго Университета), родился въ Верхотурѣ. Среднее образованіе получилъ въ С.-Петербургѣ въ нѣмецкой гимназій при церкви Св. Анны. Медицинское образованіе началъ въ Университетѣ Св. Владиміра, откуда съ 3-го курса перешелъ на медицинскій факультетъ Мюнхенскаго Университета. Сдавъ тамъ экзаменъ и представивъ диссертацию, озаглавленную «Beitrag zur Aetiologie der Schieflagen», получилъ степень доктора медицины. Затѣмъ, пробылъ годъ въ Дерптскомъ Университетѣ, гдѣ сдалъ экзаменъ на степень лекаря. Съ января 1888 г. состоитъ ординаторомъ при клиникѣ проф. К. Ф. Славянскаго. Съ марта 1888 г. зачисленъ сверхштатнымъ младшимъ медицинскимъ чиновникомъ при Медицинскомъ Департаментѣ Министерства Внутреннихъ Дѣлъ.

Массенъ, Василій Николаевичъ. Избранъ единогласно. Лекарь, родился въ С.-Петербургѣ, 25 декабря 1860 г. Среднее образованіе получилъ въ 3-й С.-Петербургской прогимназій (нынѣ 10-я гимназія), а затѣмъ 5-й гимназій, которую окончилъ съ аттестатомъ зрѣлости въ 1882 году. Въ томъ же году поступилъ на естественное отдѣленіе физико-математическаго факультета С.-Петербургскаго Университета, но чрезъ два мѣсяца перешелъ отсюда на медицинскій факультетъ Казанскаго Университета. Перейдя тамъ на 3-й курсъ перевелся на соответствующій курсъ Военно-Медицинской Академіи, которую и окончилъ въ 1887 году со званіемъ лекаря съ отличіемъ (cum eximia laude). Оставленный по конкурсу при Академіи для дальнѣйшаго

усовершенствованія поступилъ ординаторомъ клиники проф. К. Ф. Славянскаго.

Будучи студентомъ написалъ (вѣсть С. М. Павловымъ) работу: «О вліяніи солей висмута на различные виды броженій и на жизнь микроорганизмовъ», помѣщенную въ «Клинической Еженедѣльной Газетѣ» за 1887 годъ (№№ 13, 14, 15, 16 и 17).

Алексенко, Николай Демьяновичъ, избранъ единогласно. Лекаръ, родился въ г. Тирасполѣ Херсонской губ. 12-го сентября 1862 года. Окончивъ курсъ классической гимназій въ м. Немировѣ Подольской губ. въ 1881 году, въ томъ же году поступилъ на медицинскій факультетъ Кіевскаго Университета Св. Владиміра. Перейдя на третій курсъ, перевелся въ Военно-медицинскую Академію, которую и окончилъ въ 1887 году со званіемъ лекаря вторымъ съ отличіемъ (cum eximia laude) и былъ награжденъ преміей доктора Иванова. По конкурсу оставленъ при Академіи для дальнѣйшаго усовершенствованія и поступилъ ординаторомъ въ акушерско-гинекологическую клинику проф. К. Ф. Славянскаго.

Мазуркевичъ, Александръ Ксенофоновичъ. Избранъ единогласно. Лекаръ. Родился въ 1843 году, въ С.-Петербургѣ, происходитъ изъ потомственныхъ дворянъ, С.-Петербургской губерніи. Окончивъ курсъ во 2-й с.-петербургской гимназій, поступилъ въ бывшую Императорскую Медико-Хирургическую Академію, гдѣ получилъ степень лекаря въ 1868 году. Въ томъ же году опредѣленъ сверхштатнымъ врачомъ штата С.-Петербургской полиціи и врачомъ экспертомъ Маріинской больницы для бѣдныхъ по женскому отдѣленію. Въ 1870 году назначенъ помощникомъ частнаго врача С.-Петербургской полиціи. Въ 1877 году назначенъ и. д. секретаря С.-Петербургскаго врачебнаго присутствія, а затѣмъ утвержденъ въ должности частнаго врача Адмиралтейской части, въ каковой должности оставался по 1888 годъ. Въ 1878 году Высочайше командированъ членомъ комиссіи для принятія мѣръ дезинфекціи, платья и прочихъ вещей возвращавшихся изъ Турціи въ Черноморскіе порты Россіи войскъ дѣйствующей арміи. Въ томъ же году вторично Высочайше командированъ завѣдывающимъ дезинфекціею въ Черноморскіе порты въ вышеупомянутыхъ войскахъ.

Нынѣ, съ 1886 года, состоитъ врачомъ-экстерномъ при Надеждинскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи.

Залицкий, Сергій Стуридоновичъ. Избранъ единогласно. Докторъ медицины, прив.-доцентъ гинекологіи Московскаго Университета, родился въ Москвѣ, 19-го сентября 1850 года. Воспитывался въ 4-й Московской гимназій и затѣмъ въ Московскомъ Университетѣ, гдѣ окончилъ курсъ со степенью лекаря въ 1873 году. Въ семь же году поступилъ на службу въ Московскую Голицынскую больницу, гдѣ и состоитъ по настоящее время въ должности ординатора, завѣдующаго гинекологическимъ отдѣленіемъ. Въ 1876 году былъ командированъ отъ вѣдомства Императрицы Маріи, съ научною цѣлью, заграницу въ клиники Вѣны, Берлина, Парижа и Лондона. Въ 1874 году былъ приглашенъ консультантомъ по гинекологіи въ больницу гр. Ше-

Шереметевъ, въ Москвѣ, гдѣ и состоитъ по настоящее время. Въ 1887 году защитилъ диссертацию на степень доктора медицины въ Московскомъ Университетѣ: «О полной экстирпации раковоперерожденной матки черезъ влагалище въ 30-ти случаяхъ». Въ этомъ же 1887 году, утвержденъ въ званіи приватъ-доцента Московскаго Университета по кафедрѣ женскихъ болѣзней.

Труды появившіеся въ печати, слѣдующіе:

- 1) О подкожныхъ впрыскиваніяхъ эрготина при фиброидахъ матки. «Моск. Мед. Вѣстн.» 1876 г.
- 2) Asthma bronchiale de fistulâ ani, излѣченная операціей fistul'ы. Проток. Моск. Мед. Общ. 1881 г.
- 3) Отчетъ по гинекологическому отдѣленію Голицынской больницы за 1881 г. Журналъ «Врачъ» 1882 г. №№ 2 и 3.
- 4) О регуляторѣ теплъ Leiter'a. Рядъ клиническихъ наблюденій. «Мед. Обоз.» 1881 г.
- 5) Одинъ случай оваріотоміи. «Мед. Обоз.» 1882 г.
- 6) Гинекологическій столъ собственнаго изобрѣтенія для операцій на половыхъ органахъ, съ примѣненіемъ постоянного орошенія. Отдѣльная брошюра. Москва. 1882 г.
- 7) Два случая оваріотоміи. «Мед. Обоз.» 1882 г.
- 8) Первый случай въ Россіи удачной надвлагалищной hysterotomiae per laparotomiam, по поводу міомы, по Schröder'у, произведенный въ октябрѣ 1883 г. «Лѣт. Хир. Общ.» Москва 1883 г.
- 9) Письмо въ редакцію журнала «Врачъ» 1884 г. № 5 (по поводу hysterotomiae).
- 10) 17 гинекологическихъ операцій со вскрытіемъ брюшины. «Мед. Обоз.» 1884 г. № 19.
- 11) 12 случаевъ вагинальной экстирпации раковоперерожденной матки. «Прот. и Лѣт. Хир. Общ. въ Москвѣ» 1885 г.
- 12) 18 случаевъ влагалищной экстирпации раковой матки. Дневн. перваго съѣзда Моск.-Петер. Общ. въ память Пирогова, 1885 г.
- 13) Описаніе устройства собственной гинекологической лѣчебницы въ Москвѣ. «Мед. Обоз.» 1886 г.
- 14) Отчетъ о 70-ти операціяхъ, произведенныхъ въ Шереметевской больницѣ. «Мед. Обоз.» 1886 г. (сообщено д-ромъ Халафовымъ).
- 15) Случай полного излѣченія хроническаго перитонита оперативнымъ путемъ. «Мед. Обоз.» 1886 г. № 12 (сообщено д-ромъ Бѣляевымъ).
- 16) Три лапаротоміи, одинъ случай субмукозной фибромы, одинъ случай первичнаго рака влагалища, одинъ случай рака печени. «Мед. Обз.» 1886 г. № 16 (сообщено д-ромъ Бѣляевымъ).
- 17) 25 случаевъ пузырно и кишечно-влагалищныхъ фистулъ, съ описаніемъ предложенной мною операціи, татъ наз. «мужской уретры» при полномъ отсутствіи уретры и сфинктера пузыря. «Мед. Обоз.» 1886 г. № 21, (сообщено д-ромъ Бѣляевымъ).

18) Haematoma lig. latii. «Мед. Обоз.» 1866 г. № 23 (сообщено доктором Эберлингом).

19) Отчетъ о 40 лапаротоміяхъ. Дневникъ втораго сѣзда Общества русскихъ врачей, 1887 г. № 10 (рефер.).

20) Отчетъ о 40 лапаротоміяхъ in extenso (какъ сообщено на сѣздѣ). «Мед. Обоз.» 1887 г. №№ 2 и 3.

21) Одинъ случай (первый въ Москвѣ) операціи Alexander-Adams. «Труды Моск. Акуш. Гинек. Общ. 1887 г.».

22) Одинъ случай операціи интерлигаментарной вѣматочной беременности съ удаленіемъ мѣшка. Выздоровленіе. «Мед. Обоз.» № 1. 1888 г.

23) Одинъ случай операціи брюшной, вѣматочной беременности. Мертвый плодъ. Удаленіе мѣшка. Выздоровленіе. «Мед. Обоз.» 1888 г. № 16.

7) Въ бібліотеку Общества поступили слѣдующія книги:

Jawdypski—Przypadek wycięcia macicy. Warszawa 1888.

В. Вастень.—Къ терапіи абсцессовъ выводнаго протока Бартолиновой железы.

— Два случая выворота матки.

Протоколы засѣданій Общества Спб. практическихъ врачей за 1876 г.

Предсѣдатель К. Славянскій.

Секретарь И. Смольскій.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 25 ноября 1888 г.

Типографія А. С. Суворина. Эртелевъ пер., д. 11—2.