

972

БИБЛИОТЕКА
ИМПЕРАТОРСКАГО
УЧЕБНАГО ДОМА
21

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА

И

ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ

Органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

Проф. В. С. ГРУЗДЕВА въ Казани, Проф. А. П. ГУБАРЕВА въ Москвѣ, Проф. А. И. ЗАМШИНА въ С.-Петербургѣ, Д-ра Мед. Л. Г. ЛИЧКУСА въ С.-Петербургѣ, Проф. А. М. МАКЪЕВА въ Москвѣ, Проф. П. В. МИХИНА въ Харьковѣ, Проф. С. Д. МИХНОВА въ Юрьевѣ, Проф. А. А. МУРАТОВА въ Кіевѣ, Проф. В. Н. ОРЛОВА въ Одессѣ, Проф. Д. О. ОТТА въ С.-Петербургѣ, Проф. Н. І. РАЧИНСКАГО въ С.-Петербургѣ, Прив. Доц. А. А. РЕДЛИХА въ С.-Петербургѣ, Проф. П. Т. САДОВСКАГО въ С.-Петербургѣ, Проф. В. Ф. СНЕГИРЕВА въ Москвѣ, Проф. В. В. СТРОГАНОВА въ С.-Петербургѣ, Проф. Н. Н. ФЕНОМЕНОВА въ С.-Петербургѣ и Проф. Н. В. ЯСТРЕБОВА въ Варшавѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

Академика **Г. Е. Рейна**

и Секретарей общества

Л. А. Кривскаго и **К. К. Скробанскаго.**

РЕДАКЦИОННЫЙ КОМИТЕТЪ:

Прив-доц. А. А. Редлихъ и д-ра мед. М. Н. Порошинъ
и И. В. Судаковъ.

Томъ XXIII. Годъ XXIII.

1909.

СЪ РИСУНКАМИ ВЪ ТЕКСТѢ.

С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

Складъ изданій у К. Л. РИККЕРЪ, Невскій пр. 14.

1909.

ОГЛАВЛЕНИЕ XXIII ТОМА

за 1909 годъ.

I. Оригинальныя статьи, лекціи, казуистика.

	Стран.
<i>Близнеръ.</i> Fibromyoma большой губы, исходящая изъ круглой связки	507
<i>Н. А. Богоразъ.</i> Къ вопросу о пересадкѣ одного мочеточника въ прямую кишку	1001
<i>В. Д. Брайтъ.</i> Къ вопросу о патологии желтыхъ тѣмъ	969
» Къ вопросу о развитіи децидуальной ткани внѣ матки во время беременности	1087
<i>Е. А. Бьлоручевъ.</i> Случай самопроизвольнаго разрыва матки во время родовъ	845
<i>П. И. Веденяпинскій.</i> Рѣдкій случай родовъ доношенными тройнями	833
<i>К. К. Гейнъ.</i> Къ вопросу о леченіи хоріоэпителиомы	42
<i>А. Р. Григоровичъ.</i> Случай «Vagitus uterinus»	279
<i>В. С. Груздевъ.</i> Къ вопросу о границахъ примѣненія лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ, лапаротоміи съ разрѣзомъ по Pfannenstiell'ю и кольпотоміи въ гинекологической практикѣ	1229
<i>Н. И. Горизонтовъ.</i> Къ вопросу объ аденоміомахъ рукава	1245
<i>В. Я. Гусевъ.</i> Леченіе при placenta praevia	679
<i>А. П. Еремичъ.</i> Объ одномъ признакѣ для различительнаго распознаванія опухолей брюшной полости	510
<i>С. Г. Зарницкій.</i> Опытъ лечебной рентгенизации яичниковъ	1
<i>Б. Звѣревъ.</i> Къ вопросу о вліяніи предохранительныхъ прививокъ противъ холеры на теченіе и исходъ беременности.	392 ✓
<i>И. С. Калабинъ.</i> О леченіи послѣродовыхъ маточныхъ кровотеченій перетягиваніемъ эластическимъ шнуромъ	1125
<i>М. А. Калмыковъ.</i> Два случая кесарскаго сѣченія на умирающихъ	36
<i>М. А. Калмыковъ.</i> Къ казуистикѣ пороковъ развитія внутреннихъ женскихъ половыхъ органовъ	502
<i>М. А. Калмыковъ</i> и <i>В. Я. Кейзеровъ.</i> Два случая разрыва матки во время родовъ	827

<i>Л. А. Кривскій.</i> Разрывъ лоннаго соединенія во время родовъ	142
<i>В. И. Ледомскій.</i> Къ вопросу о патологiи и терапiи разрывовъ матки	21, 151
<i>Р. Г. Лурье.</i> О гистологическихъ измѣненiяхъ въ тканяхъ нормальныхъ и пораженныхъ раковымъ новообразованiемъ подъ влiянiемъ фульгурацiи	1285
<i>И. В. Михинъ.</i> Внутри-или внѣматочная беременность?	499
<i>Н. К. Неёловъ.</i> Къ вопросу объ аппендицитѣ и о заболѣванiяхъ правыхъ придатковъ	667
<i>Н. К. Неёловъ.</i> Къ вопросу о порокѣ сердца при беременности.	807
<i>В. Н. Орловъ.</i> О леченiи женскихъ болѣзней на Одесскихъ лиманахъ	133
<i>Ө. К. Петерсонъ.</i> Къ вопросу о метаплазиі эпителия, гистогенезѣ и ранней діагностикѣ рака матки	813
<i>Г. Ф. Писемскій.</i> Материалы къ леченiю рака женскихъ половыхъ органовъ	1293
<i>Н. И. Побьдинскій.</i> Къ ученiю о родоразрѣшенiи при эклампсiи.	176
<i>А. Н. Поповъ.</i> Гангрена верхнихъ конечностей въ послѣродовомъ периодѣ	1149
<i>А. А. Редлихъ.</i> Къ ученiю о злокачественныхъ опухоляхъ женской половой сферы	361
<i>А. А. Редлихъ.</i> Къ техникѣ влагалищной экстирпацiи при запущенномъ ракѣ матки	923
<i>Г. Е. Рейнгъ.</i> О пограничныхъ областяхъ между хирургiей, гинекологiей и урологiей	471
<i>Н. И. Севрюковъ.</i> Два случая классическаго кесарскаго сѣченiя при эклампсiи	1007
<i>К. К. Скробанскій.</i> Успѣхи современной гинекологiи въ дѣлѣ радикальнаго хирургическаго леченiя рака матки	259
<i>К. К. Скробанскій.</i> Влагалищное кесарское сѣченiе по Dührsen'у въ тяжеломъ случаѣ отдѣленiя нормально-прикрѣпленнаго дѣтскаго мѣста во время беременности	492
<i>К. К. Скробанскій.</i> Операция Edebohls'a при эклампсiи	933
<i>К. И. Скутулъ.</i> О полимастiи	135, 1321
<i>В. В. Строгановъ.</i> Леченiе эклампсiи по профилактическому методу въ Вѣнскихъ клиникахъ	1099
<i>И. Е. Тиканадзе.</i> Къ вопросу о совмѣстномъ заболѣванiи правыхъ придатковъ матки и червеобразнаго отростка	795
<i>И. Е. Тиканадзе.</i> Къ вопросу о хирургическомъ леченiи выпаденiй матки и рукава по способу Wertheim-Schauta	953
<i>А. Тимофеевъ.</i> Интересный случай врожденнаго уродства	1107
<i>К. Ш. Улезко-Строганова.</i> Къ вопросу о доброкачественныхъ разраженiяхъ эпителия въ женскомъ половомъ аппаратѣ.	658

<i>К. П. Улезко-Строганова.</i> Современные взгляды на патогенезъ рака	1277
<i>П. К. Унтиловъ.</i> Случай тератомы крестцовой области у ребенка, послужившей препятствіемъ для родовъ	693
<i>С. С. Холмогоровъ.</i> Рѣдкія новообразования яичниковъ	273
» Лобныя положенія	607
<i>К. М. Холодковскій.</i> Къ вопросу о взаимоотношеніи между сальпингитами и аппендицитами	377
<i>М. В. Шестопаль.</i> Fybromyoma parietis laterabis dextrae vaginae.	285
<i>А. Ярцевъ.</i> Къ вопросу о производствѣ стерилизаціи при кесарскомъ сѣченіи	1345
<i>С. П. Федоровъ.</i> О новомъ разрѣзѣ брюшной стѣнки при аппендицитѣ, осложненномъ заболѣваніемъ придатковъ у женщинъ	789

II. Корреспонденціи.

<i>К. Ф. Богушъ.</i> Разрывъ беременной матки	1015
<i>К. Н. Калмыковъ.</i> Поперечный разрѣзъ брюшной стѣнки (по Пфаненштилю)	1153
<i>Э. Г. Канъ.</i> Кесарское сѣченіе цервикальнымъ разрѣзомъ	191
<i>М. О. Клейнманъ.</i> Къ вопросу о примѣненіи скобокъ Michel'я при восстановленіи цѣлости промежности	1019
<i>С. А. Литинскій.</i> Заграничная экскурсія съ научной цѣлью	64, 196
<i>Е. Д. Мужина.</i> Рѣдкій случай перекручиванія ножки міомы съ перекручиваніемъ матки	203
<i>Б. И. Пластунъ.</i> Случай консервативнаго (Sänger'овскаго) кесарскаго сѣченія съ благоприятнымъ исходомъ для матери и плода при абсолютномъ суженіи таза послѣ перелома тазовыхъ костей	519
<i>В. М. Платоновъ.</i> Повторное кесарское сѣченіе	194
<i>М. А. Скульскій.</i> Случай двухмѣсячнаго задержанія плаценты.	1023
<i>О. О. Трабша.</i> Поперечный разрѣзъ Pfannenstiel'я	295
<i>С. Ф. Шабельскій.</i> Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ въ маткѣ.	290
<i>М. М. Шоуръ.</i> Осложненія послѣ чревосѣченій и борьба съ ними	1025
<i>А. Я. Якубовскій.</i> Акушерско-гинекологическое отдѣленіе Софійской больницы графовъ Бобринскихъ	397

III. Критика и библиографія.

<i>Н. Березнеговскій.</i> О пересадкѣ мочеточниковъ въ кишечникъ. <i>М. Порошина</i>	522
<i>С. Вусига.</i> Ueber die Bedeutung der Eierstöcke. v. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. N. F. <i>М. Порошина</i>	400

Prof. F. v. Winckel. Общая гинекологія. Изученіе женщины съ врачебной точки зрѣнія. <i>М. Порошина</i>	1030
А. Л. Владыкинъ. Уходъ за новорожденными. Краткій курсъ по программѣ предметовъ, преподаваемыхъ ученицамъ 1-го разряда С.-Петербургскаго Императорскаго Повивально-Гинекологическаго Института. <i>М. Порошина</i> .	1160
П. А. Герценъ. О нефролизинѣ. <i>Л. Кривскаго</i>	1161
Д. Д. Дикъ. Медицинскій отчетъ по родильному бараку Николаевскаго морскаго госпиталя въ Кронштадтѣ за 1906 и 1907 г. <i>М. Порошина</i>	77
Д-ръ Т. Доббертъ. (С.-Петербургъ). «Усиленная защита раны» въ освѣщеніи серіи изъ 500 чревосѣченій. <i>М. Порошина</i>	700
Журналъ гинекологической урологии. <i>М. Порошина</i>	209
«Cancer».—Международный ежемѣсячный журналъ. <i>М. Порошина</i>	208
Dr. P. v. Kubinyi (Budapest).—Ущемленіе смѣщенной кзади беременной матки и послѣдовательное омертвѣніе мочевого пузыря. <i>М. Порошина</i>	702
С. И. Кузьминъ. Отчетъ по гинекологическому отдѣленію Александровской Саратовской губернской земской больницы за 1907 г. <i>М. Порошина</i>	524
С. И. Кузьминъ. Къ вопросу о специальной медицинской помощи гинекологическимъ и акушерскимъ больнымъ въ земск. учреж. Саратовской губ. за 1906 г. <i>М. Порошина</i>	525
Dr. W. Liermann. Das geburtshilfliche Seminar. Практическій курсъ акушерства въ 18 лекціяхъ. <i>М. Порошина</i>	1356
Проф. С. Д. Михновъ. Систематическій указатель акушерско-гинекологической литературы съ ея возникновенія до 1901 г. <i>А. Редлиха</i>	522
Проф. С. Д. Михновъ. Къ ученію о механизмѣ родовъ. Вып. I. О механизмѣ внутренняго поворота головки. <i>М. Порошина</i>	1159
Prof. Friedrich Schatz (Rostock). Менструальныя и походя на менструацію кровотеченія послѣ зачатія и послѣ родоразрѣшенія—въ первое время беременности и послѣ родового періода. Когда происходитъ зачатіе и тѣмъ самымъ начинается беременность? <i>М. Порошина</i>	701
Труды 2-го Съѣзда Общества Россійскихъ акушеровъ и гинекологовъ. <i>М. Порошина</i>	301
Труды Нѣмецкаго Гинекологическаго Общества. XIII-ый Съѣздъ въ Страсбургѣ. <i>М. Порошина</i>	852
Prof. J. Veit. Кесарское сѣченіе въ современномъ освѣщеніи. <i>М. Порошина</i>	699

IV. Защита диссертаций въ Императорской Военно-Медицинской Академіи.

<i>Н. В. Войцеховскій.</i> О вліяні менструаціи на нервно-психическую сферу женщины	858
<i>Д. Б. Заболотный.</i> Къ вопросу о патогенезѣ сифилиса	527
<i>С. Г. Зарницкій.</i> Рентгенизація яичниковъ, ея ближайшіе и отдаленные результаты въ связи съ вліяніемъ на течение беременности	79
<i>Н. А. Куковцовъ.</i> О спинномозговой аналгезии	704
<i>Ө. И. Швогеръ-Леттеикій.</i> Къ вопросу о пубіотоміи	82

V. Отчеты акушерскихъ клиникъ, родильныхъ домовъ, акушерско-гинекологическихъ отдѣленій, больницъ и др.

<i>Л. А. Кривскій.</i> Краткій обзоръ дѣятельности совѣщанія врачей-акушеровъ СПб. городскихъ родильныхъ приютовъ за 1908 г.	530
<i>Г. Кудинъ.</i> Къ вопросу объ организации стационарной акушерской помощи въ провинціи	707
<i>Н. Я. Примо.</i> Краткій медицинскій отчетъ по бесплатному родильному приюту М. А. Дрожжиной въ Царскомъ Селѣ за 1908 годъ	401
<i>С. Г. Хайкисъ.</i> Отчетъ Гинекологическаго Отдѣленія Кіевской Еврейской Больницы за 1907-ой годъ	307
<i>Б. К. Скробанскій.</i> Дѣятельность Исполнительнаго Комитета Общества борьбы съ заболѣваніями ракомъ	1163
<i>Ф. К. Веберъ.</i> Отчетъ Секретаря Правленія Общества борьбы съ раковыми заболѣваніями	1166
Труды III Съѣзда Общества Россійскихъ акушеровъ и гинекологовъ. Общее Собраніе Съѣзда 2-го Апрѣля 1909 года и первый день Съѣзда	1169, 1357

VI. Протоколы Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ 85, 212, 315, 419 (годовое засѣданіе), . . . 535, 715, 861, 1033, 1177, 1363

Уставъ Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ	723
--	-----

VII. Литературные обзоры.

<i>Л. Окитчицъ.</i> О секреторной дѣятельности яичника	90
<i>Б. Скробанскій.</i> Краткій обзоръ работъ о хлоръ-этиловомъ наркозѣ	733

Систематическій предметный указатель

XXIII-го тома за 1909 г.

(Знакомъ * обозначены оригинальныя статьи; цифры обозначаютъ страницы).

I. Акушерство.

A. Часть физиологическая.

а) Физиологія зачатія и беременности.

Овуляція, менструація, оплодотвореніе, желтое тѣло. Менструація— см. стр. XXXII „физиологія и патологія менструаціи“. Prinzing. Частота двоенъ, происшедшихъ изъ одного яйца 454. Schultze. Длительность беременности, послѣднія регулы, время зачатія 569. Schatz. Когда происходитъ зачатіе? 701. Pallin. Два случая одножелтковой беременности двойнями съ единичной водной оболочкой 775. Hellin. Причины множественной беременности 909. Frankel. Предопредѣленіе пола 1378.

Kleinhaus и Schenk. Экспериментальныя данныя относительно функціи желтаго тѣла 454. Niskoubina. Строеніе желтаго тѣла во время и послѣ беременности 584. Niskoubina. Функція желтаго тѣла во время беременности 585. Regaud и Dubreil. Функціональная связь желтаго тѣла съ небеременной маткой 778, 779. Bouin и Ancel. Вліяніе истиннаго желтаго тѣла на матку 901. Livon. Дѣйствиіе экстракта желтаго тѣла яичника 902. Ancel и Bouin. Вліяніе истиннаго желтаго тѣла на молочную железу 902. Loeb. Значеніе желтаго тѣла 1066.

Измѣненія, обусловленныя беременностью въ материнскомъ организмѣ. Hofbauer. Самоотравленіе беременныхъ 452. Fellner, id. 1068. Queirel. Прогностическое значеніе артеріальнаго давленія у беременныхъ 582. Savagé. Распредѣленіе клей дающей ткани въ опадающей оболочкѣ 593. Krüger. Вѣсовыя отношенія во время беременности 762. Gräfenberg. Содержаніе антитрипсина въ кровяной сывороткѣ матери во время беременности 768. Friedmann. Acetopuria sub graviditate 908. Брантъ. Развитіе децидуальной ткани внѣ матки во время берем. 1087*. Becker. Содержаніе антитрипсина въ материнской и дѣтской крови 1201. Borodenko. Экспериментальныя изслѣдованія о перевариваніи пищи во время беременности 1202.

Діагностика и дѣтетика беременности. Продолжительность ея. Звѣревъ. Вліяніе предохранительныхъ противъ холеры прививокъ на теченіе и исходъ беременности 392*. Schultze. Продолжительность беременности 569. Schatz. Когда происходитъ зачатіе? 701.

Развитіе оплодотвореннаго яйца и послѣда. Строеніе ихъ. Huguenin. Происхожденіе свертковъ фибрина и инфарктовъ человѣческой плаценты 883.

Физиологія плода. Григоровичъ. Vagitus uterinus 279*. Functio Brentano. Внутриматочное дыханіе плода 584. Ahlfeld. Пульсація

пупка 886. Ahlfeld. Доношенные и все же незрѣлыя дѣти 887. Ahlfeld. Плавающія легкія безъ содержанія воздуха 888. Дофельдт. Биологическія реакціи между кровью матери и плода 1177. Becker. Содержаніе антитрипсина въ материнской и дѣтской крови 1201.

б) Физиологія родовъ.

Плодоположенія. Холмогоровъ. Лобныя положенія 607*. Ahlfeld. Вліяніе окружности груди новорожденныхъ на членорасположеніе и положеніе плода 887. Altkauser. Рѣдкій случай черепнаго положенія 903.

Механизмъ родовъ. Михновъ. Механизмъ внутренняго поворота головки 1159, 1417.

Теченіе и веденіе родовъ. Opitz. Къ предупрежденію воздушной эмболии во время родовъ 104. Schultze. Положеніе роженицы, сгибаемость позвоночника и изгоняющая сила 759. Demosp. Роды у пожилыхъ I-родящихъ 764. Pfisterer. Кресло для родовъ въ висячемъ положеніи 885.

Наркозъ и гипнозъ рожениць. Verutti. 600 родовъ въ скополаминъ-морфійномъ полуснѣ 1065. Busse. Новые методы анестезированія 1199. Kerron. Физиологическая анестезія во время родовъ 1215. Wasenius. Вліяніе морфія и эфира на маточныя сокращенія во время родовъ 1396.

в) Физиологія послѣродового періода.

Martin. Къ постельному покою въ послѣродовомъ періодѣ 229. Schücking. Гимнастика въ кровати во время послѣродового періода 232. Henkeli Heue. Бактеріологія мочи родильницъ 232. Potocki. Зашиваніе старыхъ разрывовъ у родильницъ 236. Fromme. Тромбозъ и раннее вставаніе въ послѣродовомъ періодѣ 313. Mayer. Раннее вставаніе родильницъ 562. Rosenfeld, id. 569. Hüffel, id. 879. Opitz, id. 1063. Jaschke. Новый молокоотсосъ 744. Bichler. Исслѣдованіе женскаго молока 903. Троицкій, id. 1186.

г) Физиологія и діететика новорожденнаго.

Зайцевъ и Шнейдеръ. Кушаніе новорожденныхъ 447. Gallati. Уходъ за пуповиной 576. Холмогоровъ. Измѣрительный аппаратъ для опредѣленія длины новорожденныхъ 881. Ahlfeld. Доношенные и все же незрѣлыя дѣти 887. Владыкинъ. Уходъ за новорожденными 1160. Dürig. Вліяніе на вѣсъ новорожденныхъ кормленія самою матерью 1385. Keller. Кормленіе грудью въ низшихъ слояхъ населенія 1400. Wallich. Искусственное сосаніе молока 1407.

Б. Часть патологическая.

Безплодіе. Зарѣцкій. Подбрюшинное усѣченіе фаллопиевыхъ трубъ 87. Lehmann. Предупреждающія зачатіе средства 1202. Ярцевъ. Стерилизація при кесарскомъ сѣченіи 1345*.

Неукротимая рвота. Заразныя, общія и другія заболѣванія Czyżewicz. Неукротимая рвота беременныхъ 96, 905. Fabre и Bourret.

Тяжелая рвота беременных 109. Schulte. Лечение чрезмѣрной рвоты беременных внушеніемъ 555. Wallich. Лечение неукротимой рвоты беременных 1070. Devraigne. Значеніе изслѣдованія крови при неукротимой рвотѣ беременных 1403. Hofbauer. Причины и клиника самоотравленія беременных (холѣмія, эклампсія и неукротимая рвота) 452. Fellner. Самоотравленіе беременных 1068.

Пастика. Выздоровленіе при острой желтой атрофіи печени 861.

Blanc. Самопроизвольный переломъ реберъ у беременных 111. Gallatia. Тяжелая остеомаляція 570. Czyżewicz. Остеомаляція на 7-мъ мѣс. берем. 906.

Нееловъ. Порокъ сердца и беременность 807*. Audebert и Dupont. Беременность и роды при врожденномъ суженіи 2-створки 339. Stowe. Базедова болѣзнь и беременность 1412.

Martin. Офтальмореакція и прогнозъ туберкулезныхъ заболѣваній у берем. 561. Kammer, id. 753. Sirel. Прогнозъ при бугорчаткѣ беременности 574.

Stöckel. Переменяющийся піелонефритъ у беременных 210. Weindler. Pyelonephritis gravid. 575. Func-Brentano. Прерываніе беременности изъ за піелонефрита 771. Chambrelent. Беременность послѣ двойной декортикаціи почекъ 236. Germain. Беременность при вырѣзываніи почки 1207. Klotz. Инфарктъ корковой ткани почекъ во время берем. 588. Hirsch. Сифилисъ почекъ во время беременности 1380.

Engelmann. Серодиагностика сифилиса въ акушерствѣ 335. Bunzel, id. 1402. Bar и Dannay. Серодиагностика сифилиса у беременных и новорожденныхъ 1074. Bab. Переносъ сифилиса на ребенка и скрытый сифилисъ женщинъ 743.

Кривскій. Множественный острый невритъ у беременных 85. Penkert. Tabes dorsalis въ половой жизни женщинъ 1189. Rebaudi. Вліяніе психическихъ и физическихъ травмъ на беременность 590. Якубъ. Психозы во время беременности 1050.

Fabre и Trillat. Зобъ у матери и врожденный зобъ у ребенка 108, 111. Adler и Thaler. Экспериментальныя и клиническія изслѣдованія надъ тетаніей беременныхъ 1385. Offergeld. Взаимныя отношенія сахарной болѣзни и беременности 1397.

Rissmann. Ущемленіе камнемъ ductus choled. у беременныхъ 876. Lampe. Заворотъ flex. sigmoid въ акушерствѣ 1390.

Звѣревъ. Предохранительное впрыскиваніе противохолерной сыворотки беременнымъ 392*. Ogata. Какке, осложненная беременностью 1070.

Осложненія беременности болѣзнями и опухолями половой сферы.
Раны. Смѣщенія. Зарѣцкій. Вліяніе рентгенизаціи яичниковъ на теченіе беременности 79. Petri. Двусторонняя дермоидная киста у беременной 1058.

Шевалдышевъ. Осложненіе беременности ракомъ матки 98. Gobiet. Осложненіе беременности ракомъ матки, обоихъ яичниковъ и червеобразнаго отростка 559. Gräfenberg. Ракъ матки въ концѣ беременности 878. Александровъ. Влагалищная экстирпація беременной раковой матки 1185.

Эберлинъ. Консервативная міомэктомія при беременности 547. Bossi. Допустима ли беременность при фиброміомахъ матки?

589. Сперанская-Бахметева. Омертвѣніе міомы, обусловившее непроходимость кишечника у беременной 744. Siechomski. Демонстр. берем. міоматозной матки 905. Czarkowski. Беременность при міомѣ матки 905. Личкусъ, id. 1034, 1035. Piquand и Lemeland. Перекручиваніе фиброміомъ во время берем. 1210. Carstens. Беременность, осложненная фиброидами 1409.

Treub. Казуистика осложненной берем. 235. Brindeau. Отношеніе сальпингита къ выкидышу 580.

Masé. Разрывъ прямой мышцы живота у беременной 109. Brindeau и Jannin. Кровотеченіе изъ стараго прободенія матки у беременной 776. Lilles. Вліаніе отрыва шейки на беременность 1077. Martin. Самопроизвольный разрывъ мочевого пузыря у беременной на 3-мъ мѣс. 1074. Vaisch. Кровотеченіе изъ мочевого пузыря при ущемленномъ загибѣ назадъ берем. матки 210. Kubinyi. Ущемленіе смѣщенной кзади матки и послѣдовательное омертвѣніе пузыря 702. Gramer. Рѣдкое ущемленіе беременной матки 453. Engländer. Острое выпаденіе и ущемленіе задней стѣнки влагалища у первобеременной 567. Schlichting. Къ ущемленію кзади беременной матки 570. Couvelaire, id. 898. Mériel. Беременность въ выпавшей маткѣ 894.

Lequeux. Беременность въ углѣ матки 894. Pierra. Беременность и роды при двурогой одношеечной маткѣ съ двойнымъ влагалищемъ 894. Audebert и Roux. Беременность и роды въ двойной маткѣ 894.

Болѣзни яйца. Внутритробная смерть плода. Задержаніе яйца въ маткѣ. Выкидышъ. Перенашиваніе. Fellenberg. Hydrorrhoea gravid. amnialis 104. Berthaux и Burnier. Внѣоболочечная беременность 110. Commandeur, id. 893. Nattan-Largier и Brindeau. Характеръ mola hydatiformis 115. Попова-Теребинская. Мясистый заносъ, задержавшійся въ маткѣ 1 г. 3 мѣс. 538. Улезко-Строганова. Задержаніе умершаго плоднаго яйца въ маткѣ 1036. Coston. Врожденный ихтиозъ съ пораженіемъ оболочекъ и дѣтскаго мѣста 589. Durante. Заболѣваніе плодовыхъ сосудовъ при пузырномъ заносѣ 771.

Lepage. Тяжкое кровотеченіе послѣ выкидыша. Удаленіе матки. Смерть 237. Pottet. Разложеніе выкидыша. Операция Porro 237. Oberländer. Расширитель матки при выкидышѣ 451. Ekstein. Предупрежденіе прободенія матки при леченіи выкидыша 570. Brindeau. Отношеніе сальпингита къ выкидышу 580. Davis. Выкидышъ отъ ѣзды на автомобилѣ 595. Schickele. Задержавшіеся остатки плоднаго яйца и такъ наз. плацентарные полипы 760. Cuzzi. Тупая ложка для удаленія остатковъ плоднаго яйца 876. Grasser. Выпрыскиваніе адреналина для предупрежденія кровотеченія при удаленіи остатковъ выкидыша 881. Lucas-Championnière. Антисептика при выкидышѣ 895.

Landau. Случай внутриматочнаго самообезглавленія 455. Fieux и Mauriac. Смертельная передача плоду сифилиса матери 581. Schickele. Внутритробная смерть плода 761. Dorman. Причины смерти жизнеспособныхъ плодовъ до родовъ 1220.

Внѣматочная беременность. Михинъ. Внутри—или внѣ маточная беременность? 499*. Гаусманъ. Случай внѣматочной беременности 99. Бѣляевъ. Одновременная беременность въ обѣихъ Фаллопиевыхъ трубахъ 219. Immel. Одновременная внутри—и внѣматоч-

ная беременность. 224. Guillet, id. 895. Bryndra-Nacki, id. 903. Treub. Случай вѣм. берем. 235. Treub. Лечение разрывовъ и трубнаго выкидыша при вѣмат. берем. 236. Gröne. Первичная брюшная беременность 335. Lovrich, id. 558. Potocki. Новый случай доношенной вѣматочной беременности 338. Оперативное вѣмательство при вѣматочной берем. 344. Вшадчикъ. Казуистика 546. Nebesky. Вѣматочная доношенная беременность съ разрывомъ плодывѣстища 573. Treub. Вторичная брюшная беременность 588. Robb. Экспериментальное изученіе разрывовъ вѣматочн. берем. 587. Buché. Рожденіе dec. uterinae въ нывороченномъ состояніи 741. Velde. Уходъ при трубной беременности 745. Weisswange. О вѣматочной берем. 749. Hofstätter. Пупочная грыжа, осложненная трубною берем. 768. Буяльскій. Вѣматочная беременность съ демонстр. препарата 871. Колосовъ. Почти доношенная вѣматочная беременность живымъ ребенкомъ 874. Tissier и Wiart. Нераспознанная межсвязочная беременность 896. Endelmann. Разрывъ беременной трубы безъ явленій внутрен. кровотечения 908. Logentowicz. 3 препарата вѣматочной беременности 912. Mars. Вѣматочная беременность 912. Neugebauer. Трубный выкидышъ 913. Purrel. Повторная трубная беременность 1198. Frank 80 случаевъ вѣматочной берем. 1220. Oëri. Беременность въ uterus pseudodidelphys rudimentarius 1387.

б) Патологія родовъ.

Осложненія родовъ со стороны матери. Узкій тазъ. Поврежденія родовыхъ путей. Разрывъ матки. Тиканадзе. Теченіе родовъ у подвергшихся горлосѣченію 94. Opitz. Предупрежденіе воздушной эмболии во время родовъ 104. Fabre и Trillat. Подкожная эмфизема въ періодъ изгнанія 108. Couvelaire. Вторичная ригидность краевъ маточнаго зѣва при остромъ воспаленіи шейки 336. Audebert и Dupont. Роды при врожденномъ суженіи 2-створки 338. Fuchs. Влагалищное и классическое кесарское сѣченіе при послѣоперационныхъ рубцовыхъ суженіяхъ шейки 450. Pozzi. Hartmann, Couvelaire. Суженіе влагалища, какъ препятствіе для родовъ 578. Endelmann. Рубцовое суженіе шейки 908. Pfannenstiel. Акушерскія операт. пособія при чрезмѣрной узости и недостаточномъ открытіи мягкихъ родовыхъ путей 1060.

Sigwart. Способъ Momburg'a при атоническихъ кровотеченияхъ 451. Höhne, id. 550. Rieländer, id. 1056. Калабинъ, id. 1125*.

Carli. Тяжелый случай вялости матки 572. Hergott. Осложненіе родовъ ракомъ матки 577. Democh. Роды у пожилыхъ I-родящихъ 764. Fieux. Кесарское сѣченіе при фиброміомѣ нижняго сегмента матки 897. Hartog. Осложненіе родовъ міомой 1066. Rühl. Влагалищная оваріотомія во время родовъ 1196.

Gilles. Отсутствие нижней половины крестцовой кости 107. Solms. Брюшновлагалищное кесарское сѣченіе при узкомъ тазѣ 456. Darcagne-Mourout. Частота неправильныхъ родовъ въ Fougères 457. Pinard. Акушерскія операциі при аномалияхъ таза 577. Dührsen. Терпія узкаго таза путемъ laparo-kolpo-hysterotomia 752. Jacobi. Теченіе родовъ при узкомъ тазѣ 757. Буяльскій. Кесарское

сѣченіе при абсолютномъ суженіи таза 870. Pfisterer. Кресло для родовъ въ висячемъ положеніи 885. Couvelaire. Выпаденіе пуповины при неправильномъ тазѣ, какъ показаніе къ кесарскому сѣченію 892. Kosminski. Терапія при сильной степени суженія таза 912. Solowij. Выжидательное веденіе родовъ при узкомъ тазѣ 914. Копорка. Наблюденія надъ рсдами при узкомъ тазѣ 1196. Холмогоровъ. Показанія къ кесар. сѣченію при узкомъ тазѣ 1188. Jardine. Кесарское сѣченіе при узкомъ тазѣ, осложн. двойнями и предлежаніемъ послѣда 1216. Leisewitz. Самопроизвольные роды при узкомъ тазѣ 1397.

Func-Brentano. Новый случай остраго произвольнаго выворота матки 459. Liermann. Гематома vulvae, какъ препятствіе для родовъ 562. Müller. Срединный разрывъ промежности 569. Doléris. Центральный разрывъ промежности 773.

Voron и Gonnet. Разрывъ лоннаго сращенія 108. Кривскій, id. 142*. 216.

Ледомскій*. Патологія и терапія разрывовъ матки 21, 151. Калмыковъ и Кайзеровъ. 2 случая разрыва матки во время родовъ 827*. Бѣлоручевъ, id. 845*. Богущъ. Разрывъ беременной матки 1015*. Собѣстіанскій. Самопроизвольный разрывъ матки 101. Hacke. Разрывъ матки на мѣстѣ рубца послѣ кесарскаго сѣченія 450. Ehrlich. Разрывъ матки 908. Karzewski, id. 910. Solms. Оперативное леченіе разрыва матки влагалишнымъ путемъ съ сохраненіемъ матки 1379. Hartmann. Причины и леченіе разрывовъ матки 1387. Petrép. Леченіе разрывовъ матки 1393.

Осложненія родовъ со стороны дѣтскаго мѣста. Скробанскій. Влагалишное кесарское сѣченіе при преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста 492*. Гусевъ. Леченіе при plac. praevia 679*. Скульскій. Двухмѣсячное задержаніе плаценты 1023*.

Krönig. Къ уходу при предлежаніи дѣтскаго мѣста 104. Krönig. Къ клиникѣ pl. praevia. 743. Krönig. По поводу кесар. сѣченія при pl. praev. 1067. Sellheim, id. 1067. Krönig. Метрейризь при pl. praevia 1379. Hannes. Терапія при pl. praevia. 334. Labhart. Placenta cervicalis 574. Fiessler. Леченіе pl. praevia 747. Binder, id. 753. Blumreich. Къ реформѣ въ терапіи pl. praev. 753. Richter. Къ терапіи и предсказанію при pl. praev. 878. Pfannenstiel, id. 1194. Thies, id. 1195. Runge. Удаленіе матки при pl. praevia 1376.

Func-Brentano и Durante. Доброкачественная опухоль дѣтскаго мѣста 234. Колосовъ. Приращеніе дѣтскаго мѣста 304. Stern. Выпаденіе послѣда при его нормальномъ расположеніи 557. Eicke. Анатомическое и клиническое значеніе хориомы плаценты 1197.

Осложненія родовъ со стороны плода. Григоровичъ. Случай «vagitus uterinus» 279*. Холмогоровъ. Лобная положенія 607*. Унтіловъ. Терамота крестцовой области у ребенка, послужившая препятствіемъ для родовъ 693*. Веденяпинскій. Рѣдкій случай родовъ доношенными тройнями 833. Мыкертчянцъ. Повторное маловодіе; pes varus congenit. 100. Hauch. Маловодіе. Плодъ безъ почекъ 110. Sitzer. Причины смерти дѣтей во время родовъ. 105. Fabignon. Отрывъ пуповины 337. Unterberger. Самостоятельный разрывъ пуповины во время родовъ 742. Forsell. Разрывы пуповины 1394. Pinard и Segond. Кесар. сѣченіе вслѣдствіе неправ.

полож. плода послѣ hysteropexia abd. 458. Сагатовъ. Многоплодная беременность 545. Hammerschlag. Распознаваніе и леченіе водянки головки плода 551. Valenta. Роды 13 плодами 568. Pforte. Поврежденіе ребенка при извлеченіи 569. Heil. Lymphangioma cysticum thoracis, какъ препятствіе для родовъ 569. Pinard. Терапія при лобномъ предлежаніи 583. Pallin. Роды двойнями съ однимъ amnion и связанными пуповинами 775. Couvelaire. Выпаденіе пуповины при неправильномъ тазѣ, какъ показаніе къ кесар. сѣч. 892. Kosminski. Терапія при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ плода 912. Nowak, id. 913. Скробанскій. Послѣдъ отъ тройней 1034. Dorman. Причины смерти жизнеспособныхъ плодовъ до родовъ 1220.

Эклампсія. Побѣдискій. Родоразрѣшеніе при эклампсіи 176*. Скробанскій. Операція Edebols'a при эклампсіи 933*, 1033. Севрюговъ. 2 случая классич. кесар. сѣченія при эклампсіи 1007*. Строгановъ. Профилактическое леченіе эклампсіи 1099*.

Mathes. Къ токсикологіи плаценты 105. Lichtenstein. Плацентарная теорія происхожденія эклампсіи 548. Онъ же. Критическія и экспериментальныя изысканія относительно ядовитости плаценты 1398. Freund. Плацентарная теорія эклампсіи 754. Engelmann и Stade, id. 875. Скробанскій. Экспериментальная эклампсія 1033. Финкель. Токсическія свойства плаценты 1367. Mathes. Пропусканіе чрезъ почки собакъ вытяжки плаценты 1383. Albeck и Lohse. Ядъ эклампсіи 1384. Dienst. Патогенезъ эклампсіи 1398.

Hofbauer. Самоотравленіе беременныхъ (эклампсія) 452. Feller, id. 1068. Graf. Ядовитость сыворотки крови при эклампсіи 448. Nikmet. Ядовитость органовъ плодовъ для животныхъ 876. Zweifel. Мясо-молочная кислота въ крови и мочѣ больныхъ эпилепсіей и эклампсіей 881. Герценъ. О нефролизинѣ 1161. Welch. Токсемія и эклампсія 1212. Skeel. Диагнозъ токсеміи, предшествующей эклампсіи 1221. Gross и Bunzel. Вещества, въ крови экламптичекъ, вызывающія осажденія лецитина изъ раствора 1400.

Chirié и Stern. Эклампсія безъ припадковъ 107. Maugrier. Мозговое кровоизліаніе у экламптической послѣ одного приступа 459. Delestre. Альбуминурия съ экламптическ. судорогами 1074.

Поповъ. Леченіе эклампсіи гедоналомъ 324. Скробанскій. Леченіе эклампсіи 863. Строгановъ. Результаты профилактическаго леченія эклампсіи 864. Пренія 867—869. Möhlmann. Леченіе эклампсіи 1382. Wiemer. Декапсуляція почекъ по Edebols'у при эклампсіи 326. Гавриловъ. id. 443. Alsberg, id. 1054. Chirié и Cornelius, id. 1403. Nаске. Влагалищное кес. сѣч. при тяжелой эклампсіи 450.

в) Патологія послѣродоваго періода.

Септическія заболѣванія. Скульскій. Двухмѣсячное задержаніе плаценты 1023*. Fromme. Тромбозъ и раннее вставаніе родильницъ 333. Krönig и Pankow. Бактеріологическій діагнозъ послѣродовой лихорадки 449. Lea и Sidebotham. Бактеріологія послѣродовой матки; стрептококкъ, разжижающій кровь 459. Deipser. Родильная горячка 564. Sigwart. Бактеріологическій діагнозъ послѣрод.

лихорадки 743. Kopp. Влагилищные стрептококки 884. Freymuth. Различіе стрептококковъ по кровянымъ питательнымъ средамъ 890. Looten и Oui. Затянувшаяся послѣрод. лихорадка; зараженіе *m. tetragen.* 897. Sachs. Внутриклеточное нахожденіе цѣпочекъ стрептококковъ въ выпущенной спинно-мозговой жидкости 1190, 1393. Van de Velde. *Micrococcus endocarditidis rugatus* Weichelbaum'a въ крови при родильной горячкѣ 1399.

Lange. Свѣдѣнія относительно родильной горячки въ округѣ Posen 556. Wernitz. Zweifel'евское предложеніе для предупрежденія родильной горячки 566. Mathes. Родильная горячка и вопросъ объ акушеркахъ 569. Ekstein. Роды въ заведеніи и на дому 572. Fritsch. Акушерская антисептическая профилактика 751.

Ross. Лечение острого разлитого септического воспаленія брюшины 459. Meiszl. Лечение послѣрод. инфекціи сывороткой выздоравливающихъ 559. Brindeau. Лечение послѣрод. зараженій палочкой молочнаго броженія 579. Walthard, Winter, Bumm. Лечение заразныхъ послѣродовыхъ заболѣваній 852. Лисовскій. Къ патологическимъ острымъ послѣродовымъ заболѣваніямъ 1051. Kritzler. Послѣродовой острый перитонитъ, излеченный операцией 1055. Zangemeister. Экспериментальныя данныя къ лечению послѣродовой горячки 1191. Онъ же. Экспер. данныя къ оперативному лечению острого пуперерального перитонита 1389. Gordon. Лечение септическихъ послѣродовыхъ заболѣваній 1213. Vineberg. Перевязка тазовыхъ венъ при послѣрод. пѣміи 1221. Leopold. Къ оперативному лечению послѣродового перитонита и тромбоза флебита 1396. Oastler. Лечение септическихъ случаевъ бактеріальными прививками 1410. Williams. Перевязка или иссѣченіе закупоренныхъ венъ при леченіи послѣродовой пѣміи 1411.

Gräfenberg. *Metritis dissecans* 1394. Thaler. Опредѣленіе антитрипсина при пупереральныхъ заболѣваніяхъ 1407.

Несептические заболѣванія въ послѣродовомъ періодѣ. Виршубскій. Лечение послѣродовыхъ психозовъ 101. Commandeur и Essard. Два случая *tetanus'a* въ послѣрод. періодѣ. 112. Austerlitz. Судороги привратника у родильницы, излеченныя *eumydrin'омъ* 568. Jäger. Лечение пуперерального мастита застойной гипереміей 752. Wriewewski. *Ulcus durum* соска вслѣдствіе зараженія отъ сифилит. ребенка 915. Ogata. Какке и послѣродовый періодъ 1070. Поповъ. Гангрена верхнихъ конечностей въ послѣрод. періодѣ 1149*. Якубъ. *Uterus bilocularis puerperalis*, осложн. подслизистой фибромой 1186.

г) Уродства плода. Болѣзни новорожденныхъ.

Унтиловъ. Тератома въ крестцовой области ребенка, какъ препятствіе для родовъ 693*. Тимофеевъ. Рѣдкое уродство 1107*. Мыкертчянцъ. *Oligohydramnion* и *pes varus congenitus* 100. 1070. Tissier. Врожденное отсутствіе *tibiae* 106. Commandeur. Амниотическіе тяжи, врожденныя ампутаціи, сращенія пальцевъ 108. Hausch. Маловодіе: плодъ безъ почекъ 110. Гентеръ *Thoracosragus tetrabrachius tetrapus* 315. Landau. Внутриматочное самообезглавливаніе плода 455. Kuliga. Сиренообразныя уродства и ихъ происхожденіе 553. Audebert и Dieulafé. Уродство плода 581. Binet de Jassonneix. Двухголовый уродъ 772. Bar и Kervilly. Двойная гол-

стая кишка у новорожденного 776. Hunziker. Тератомы въ области щитовидной железы 886. Fontounont и Jourdran. Thoracopagus 899. Morawski. Уродство плода 913. Greiffenberg. Ectopia cordis у живого плода 1388. Tribondeau. Сросшійся уродь 1407. Stockard. Происхождение извѣстныхъ видовъ уродствъ 1410.

Herff. Къ уходу при бленорреѣ глазъ 104. Scipiades. Офтальмобленоррея и arg. acet. 338. Holzbach. Внутриматочное зараженіе глазъ 225. Tissier и Girauld. Наслѣдственный сифились 106. Fieux и Mauriac. Сифились плода 581. Bab. Переносъ сифилиса на плодъ 743. Bar и Dannay. Серодиагностика сифилиса у новорожденныхъ 1074. Fabre и Trillat. Зобъ у матери и врожденный зобъ у ребенка 108, III. Commandeur. Врожденный зобъ III. Hergott. Рожа у новорожденныхъ 238. Henneberg. Ichthyosis foetalis 342. Coston. Врожденный иктиозъ 580. Goodall. Molluscum contagiosum на лицѣ и шеѣ ребенка 461. Jäger. Melana neonator. 572. Mettler. Лечение mel. neonat. 574. Vué и Vagon. Желтуха новорожденныхъ 582. Hüffel. Тяжелая желтуха 750. Bourret. Отдаленное предсказаніе для плода при акушерскихъ операціяхъ 582. Hamt. Случая гонокровія у новорожденного 763. Schener. Гоноррея у маленькихъ дѣвочекъ 1400. Oeri. Хирургическое лечение новорожден. 764. Fütth. Оперативное излеченіе паралича n. radial. послѣ перелома плеча при освобожденіи ручекъ 1380. Stumpf и Sicherer. Кровоизліянія въ глазъ у новорожд. 885. Labhard и Wallart. Врожденный пемфигусъ 891. Kalb. Симметричные рубцы на лицѣ 1055. Runge. Заболѣванія пупка у новорожд. 1204. Duvergey. Отрицательныя туберкулиновыя реакціи у новорожд. 1407.

В. Оперативное акушерство.

а) Метрейризь. Расширеніе шейки матки металлическими расширителями.

Oberländer. Расширитель матки при выкидышѣ 451. Brun. Опыты съ расширителемъ Bossi 567. Rieck. Комбинированный поворотъ и метрейризь 1056. Cazanove. Быстрое расширеніе шейки инструм. Bossi 1077. Fry. Лучшіе способы быстрого окончанія родовъ въ 1-мъ періодѣ 1219. Bar. Родоразрѣшеніе при помощи быстрого расширенія шейки 1405.

б) Искусственные преждевременные роды и выкидышъ.

Рыбчинскій. Демонстрація послѣда съ проникающимъ въ него бужемъ 315. Якубъ. Психозы во время беременности, какъ показанія къ выкидышу 1050.

в) Щипцы.

Eisenstein. Ягодичные щипцы 335. Gans. Ранніе и поздніе результаты операціи наложенія щипцовъ для матери и плода 552. Fabre и Trillat. Динамометръ при примѣненіи высокихъ щипцовъ 893.

г) Поворотъ. Извлечение.

Eisenstein. Извлечение высокостоящихъ ягодицъ щипцами 335. Pforte. Поврежденіе ребенка при извлеченіи 569. Teuffel. Затрудненія при извлеченіи 745. Wein. Экстракция при ягодичн. положеніи 915. Rossier. Новый способъ извлечения при тазовыхъ предлежаніяхъ 1073. Labhardt. Извлечение по способу Deventer-Müller'a 1395.

Labhardt. Наружный поворотъ 560. Суковский. Профилактической поворотъ 905. Riesck. Комбинированный поворотъ и метрейризь 1056.

д) Перфорация, эмбриотомія.

Küstner. Rhachiotom; rhachiotomie 1056.

е) Гебостеотомія (пубіотомія).

Швогеръ-Летицкій. Къ вопросу о пубіотоміи 82. Sigwart. Пубіотомія при умѣренно-сѣуженномъ тазѣ 104. Ильинъ. Заживленіе костной раны послѣ пубіотоміи 303. Прозоровскій. Измѣненіе таза при пубіотоміи 303. Williams. Показанія къ пубіотоміи 346. Кривскій. Къ казуистикѣ пубіотоміи 543. Борткевичъ. Роды послѣ гебостеотоміи 544. Neu. Разстройство походки послѣ гебостеотоміи 553. Rosner. Къ остановкѣ кровотеченій при гебостеотоміи 570, 913. Pfeilsticher. Разсѣченіе лонной кости по Walcher'у или по Bumm'у? 571. Jeannin и Cathala. Предсказаніе и показанія къ гебостеотоміи 583. Jung. Показанія къ пубіотоміи и кесарскому сѣченію 769. Блохъ. Случай пубіотоміи 871. Твердовскій. Случай пубіотоміи и при слѣдующихъ родахъ кесар. сѣченія 873. Höhne. Повторная гебостеотомія 884. Ehrlich. О пубіотоміи 908. Endelmann. Рентгенограмма послѣ пубіотоміи 908. Saks. 7 случаевъ пубіотоміи 914.

ж) Кесарское сѣченіе, его разновидности.

Калмыковъ. Два случая кесарскаго сѣченія на умирающихъ 56*. Платоновъ. Повторное кесарское сѣченіе 194*, Пластунъ. Консервативное кесарское сѣченіе при узкомъ тазѣ послѣ перелома тазовыхъ костей 519*. Севрюговъ. Два случая классич. кесар. сѣченія при эклампси 1007*. Ярцевъ. Примѣненіе стерилизаци при кесарскомъ сѣченіи 1345*. Cathala. Посмертное кесарское сѣченіе 112. Voquel. Самопроизвольные роды у женщинъ, подвергнувшихся кесарскому сѣченію 237. Наске. Разрывъ матки на мѣстѣ рубца послѣ кесар. сѣченія 450. Bogdanowics. Адреналинъ при кесарскомъ сѣченіи 550. Mouchotte. 14 консервативныхъ кес. сѣченій 578. Brindeau. Опасности и затрудненія при повторномъ кесарскомъ сѣченіи 583, 775. Demelin. 6 кесар. сѣченій при узкомъ тазѣ 583. Veit. Кесарское сѣченіе въ современномъ освѣщеніи 699. Jung. Показанія къ классическому кесар. сѣченію 769. Буяльскій. Кесарское сѣченіе при абсолютномъ сѣуженіи таза 870. Ляпидесъ. Кесарское сѣченіе у карлицы 872. Твердовскій. Случай пубіотоміи и при слѣдующихъ родахъ кесар. сѣченія 873. Fieuh. Кесарское сѣченіе при фиброміомахъ нижняго сегмента матки 897. Суковский,

id. 905. Endelmann. Кесарское сѣченіе вслѣдствіе рубцового суженія шейки 908. Zabogowski. Вторичное кесар. сѣченіе 916. Холмогоровъ. Показанія и условія къ кесар. сѣченію при узкомъ тазѣ 1118. Doléris. Время и техника сохраняющ. кесарск. сѣченія 1208. Jardine. Кесарское сѣченіе при узкомъ тазѣ, осложнен. двойными и предлежаніемъ послѣда 1216.

Канъ. Кесарское сѣченіе цервикальнымъ разрѣвомъ 191*. Uthmöllner. Кесарское сѣченіе по Sellheim'у 104. Hammerschlag. Показанія и техника надлобкового кес. сѣч. 231. Döderlein. Внѣбрюшинное кес. сѣч. 448. Jahreiss. Случай внѣбрюш. надлобкового кес. сѣченія 452. Solms. Брюшно-влагалищное кес. сѣченіе при узкомъ тазѣ 456. Latzko. Внѣбрюшинное кес. сѣченіе 548, 765. Freund. Вполнѣ внѣбрюшинное кесар. сѣч. 769. Dührssen. Laparokolpo-hysterotomia, какъ новый методъ въ терапіи узкаго таза 752. Rosenfeld. Внѣбрюш. кесар. сѣченіе съ послѣдов. antepositio cervicis uteri fixata 765. Fuchs. Внѣбрюшинное кес. сѣченіе по Latzko-Döderlein 877. Jahreiss, id. 1378. Nürnberger. Къ исторіи внѣбрюшиннаго кесар. сѣч. 882. Czyżewicz. Демонстр. больной послѣ внѣбрюшиннаго кесар. сѣч. 905. Fraipont. Надлобковое шеечное кесарское сѣченіе 1211. Jeannin. Надлобковое кесарское сѣченіе 1404.

Reiferscheid. Внѣбрюшинное кес. сѣченіе 1378. Nascke, Heinrichus, Eversmann, Rubeska, Frank, id. 1378. Laubenburg. Брюшинное или внѣбрюшинное кесар. сѣченіе 1379.

Pottet. Операция Porro при разложеніи содержимаго матки 237. Oui. Повторное кесарское сѣченіе съ удаленіемъ матки 458. Pinard и Segond. Кесарское сѣченіе съ удаленіемъ матки по поводу неправильнаго положенія плода послѣ hysterorexia abdom. 458. Pozzi. Кесарское сѣченіе по Porro вслѣдствіе суженія влагалища 578. Hartmann, id. 578. Couvelaire, id. 578. Ehrlich. Операция Porro при разрывѣ матки 908.

Скробанскій. Влагалищное кесар. сѣченіе по поводу преждевременнаго отдѣленія послѣда 492*. Nascke. Влагалищ. кес. сѣченіе при эклампсіи 450. Fuchs. Влагалищное и классическое кесар. сѣченіе вслѣдствіе послѣоперац. рубцовыхъ суженій шейки 410. Dührssen. Къ техникѣ и показаніямъ влагалищ. кесарскаго сѣченія 575. Fry. Лучшие способы быстрого окончанія родовъ въ 1-мъ періодѣ въ особенности въ связи съ вопросомъ о влагалищн. кесар. сѣченіи 1219.

Г. Судебно-медицинское акушерство.

Якобсонъ. Демонстрація бужа, удаленнаго изъ брюшной полости вмѣстѣ съ окутывавшимъ его кускомъ сальника 212, 315. Вастень. 2 случая пробнаго чревосѣченія; бужи въ полости брюшины 539. Малжугинскій. Казуистика криминальныхъ абортовъ 873. Ahlfeld. Плавающія легкія безъ содержанія воздуха 888.

II. Гинекологія.

А) Наружные половые органы. Промежность.

Близнеръ. Фиброміома большой губы, исходящая изъ круглой связки 507*. Гиндесъ. Рѣдкая форма вульвовагинита у дѣтей

95. Dupuy и Rullier. Острые и хроническіе бартолиниты 116. Schlütter. Односторонній вторичный ракъ Бартолиновой железы 232. Silbermann. Спорное происхождение разрыва дѣвственной плевы 233. Potocki. Зашиваніе старыхъ разрывовъ послѣ родовъ 236. Rothlauf. Haematoma vulvae 332. Guibal. Саркомы vulvae 343. Teller. Ракъ наружныхъ половыхъ частей женщины 454. Weisswange, id. 569. Soli. 3 полныхъ разрыва промежности, зашитыхъ по методу Simpson-Vicarelli 457. Goodall. Moluscum contagiosum на половыхъ органахъ мужа и жены и на лицѣ и шеѣ у ихъ ребенка 461. Stolz. Haematoma vulvae et vaginae extra partum 568. Lescène. Туберкулезъ Бартолиновой железы 895. Hartmann. Шиваніе полныхъ разрывовъ промежности 898. Mars. Elephantiasis vulvae 913. Финкель. Atresia hymenalis 1040. Holland. Злокачественная меланома наруж. полов. частей 1214. Hinselmann. Злокачественныя пигментныя опухоли vulvae 1381. Schener. Гоноррея у маленькихъ дѣвочекъ 1400.

Б) Влагалище.

Шестопаль. Fibromyoma parietis later dext. vaginae 285*. Горизонтовъ. Аденомы рукава 1245*. Гиндесъ. Рѣдкая форма вульвовагинита у дѣтей 95. Александровъ. Холодныя влагалищныя орошенія 95. Bjorkenheim. Слизистая оболочка матки и влагалища у женщинъ различнаго возраста 115. Hardouin. Изъявленная фиброма передней стѣнки влагалища 117, 900. Sohn. Возстановленіе функции зарощенныхъ половыхъ органовъ 231. Mori. Образованіе влагалища при рудиментарной маткѣ и влагалищѣ 448. Oberländer. Лечение вагинизма съ помощью новаго влагалищнаго расширителя 449. Samson. Тяжелый стенозъ влагалища послѣ родовъ 550. Tussenbroek. Удвоеніе и зарощеніе женскаго полового канала 556. Müller. Поврежденіе влагалища sub coitu 570. Rissmann. Неправильныя сращенія во влагалищѣ и въ его входѣ 576. Brothers. Atresia vagin. съ haematometra и haematosalpinx 576. Func-Brentano. Поверхностный на ножкѣ тромбъ влагалища 774. Abadie и Rougé. Двѣ кисты влагалища, происходящія изъ Вольфовыхъ тѣлъ 893. Czyżewicz. Гематома и гематосальпинксъ при врожденной атрезии влагалища 909. Endelmann, id. у 13 лѣтней дѣвочки 908. Sekowski. Нецѣлесообразныя пессаріи 914. Slek. Полная атрезія рукава 914. Stankiewicz. Первичный ракъ влагалища 914.

В) Матка.

а) Анатомія и физиологія ея. Пороки развитія.

Калмыковъ. Къ казуистикѣ пороковъ развитія внутр. полов. органовъ 502*.

Keiffer. Узловая нервная система человѣческой матки 109. Legueu и Rais. Паховыя смѣщенія матки и ея придатковъ 112. Bjorkenheim. Слизистая оболочка матки у женщинъ различнаго возраста 116. Ogata. Измѣненія матки въ зависимости отъ возраста 761. Holzbach. Строеніе сецернирующаго эпителия матки и трубъ 763. Хайкисъ. Релаксация небеременной матки 870. Goodall. Развѣтленіе децидуальной ткани внѣ беременности 1408.

Brothers. Haematometri 575. Vivanti. Къ учению о двурогой маткѣ 591. Rieck. Механическая аменоррея 750. Бакунинъ. Одно-сторонняя гематометра 874. Brindeau. Приобрѣтенная гематометра. Schubert. Гематосальпинксъ при односторонней гематометрѣ 1386.

б) Поврежденія матки; инородныя тѣла въ ней.

Шабельскій Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ въ маткѣ 290*. Якобсонъ. Демонстрація бужа, проникшаго чрезъ матку въ брюшную полость 212. Вастень, id. 539. Weibel. Прободеніе матки 233. Парійскій. Прободеніе матки при выскабливаніи 352. Neumann. Инструментальное и кажущееся прободеніе матки 567. Czarkowski. Прободеніе матки 905. Звинятскій. Шеечно-влагалищныя свищи 1373.

в) Неправильныя положенія, выпаденія и вывороты матки,

Тиканадзе. Способъ Wertheim'a при выпаденіяхъ матки 953*. Pinard и Hue. Levator pubo-vaginalis и выпаденіе половыхъ органовъ 114. Guggisberg. Случай выпаденія вывороченной матки 335. Порошинъ. Хирургическое леченіе опущеній и выпаденій матки и рукава 446. Kermauner. Т. наз. язва отъ пролежня при выпаденіяхъ 554. Маджугинскій. Удаленіе матки по поводу ея выпаденія и случай вентрофиксаціи влагалища 1371.

Legueu и Rais. Паховыя смѣщенія матки и придатковъ 112. Hannes. Продолжительность результатовъ операциі Alexander-Adams'a 231. Lesse. Къ операциі Alexander-Adams'a. 1392. Weber. Методъ прикрѣпленія къ брюшной стѣнкѣ при измѣненіи положенія органовъ малаго таза 571. Werth. Леченіе осложненныхъ ретрофлексій матки комбинированнымъ разрѣзомъ Pfannenstiel'я съ укороченіемъ маточныхъ связокъ 742. Henkel. Retroflexio uteri въ общей практикѣ 572. Sonnenfeld. Техника и показанія къ оператив. леченію retrofl. uteri 754. Mascuz. Зависимость заднихъ смѣщеній матки отъ тонуса ея и тазовой ткани 772. Jerie. Укороченіе связокъ при retroversio uteri (uterofixatio lig. rotund.) 877. Окинчицъ. Исправленіе неправильныхъ положеній матки 1051. Stolz. Внутривнутрибрюшинное укороченіе круглыхъ связокъ 1391. Palm. Оперативное леченіе осложн. retrofl. ut. fix. посредствомъ якоробразнаго разрѣза 1391.

Delbet. Частичный выворотъ матки 336. Mars. Излеченіе выворота матки по способу Piccoli 912.

г) Воспалительныя и конституціональныя заболѣванія матки.

Бурлаковъ. Критическій разборъ клиническихъ формъ эндометрита и леченіе ихъ 97. Lapeyre. Леченіе маточныхъ кровотеченій впрыскиваніями сыворотки животныхъ 113. Владиміровъ. Леченіе эндометритовъ 443. Ehrenfest. Endometritis exfoliat.—dysmenorrh. membran. 460. Voigt. Macies uteri 560. Schick. Къ критикѣ ученія объ эндометритѣ 566. Herz. Endometr. chr. и abrasio uteri 573. Bondi. Нахожденіе плоскаго эпителия при пиометрѣ 575. Ellerbroek. Къ учению о хроническомъ эндометритѣ 877. Schickele. Ученіе объ

эндометритъ 883. Berka. Т. наз. psoriasis uteri 889. Brindeau. Приобрѣтенная гематома 896. Lorentowicz. Новѣйшіе взгляды на эндометритъ 912. Roux de Brignoles. Склерозъ матки и придатковъ внѣ климактерич. періода 1208. Weishaupt. Къ ученію объ эндометритѣ и значеніи плазматическихъ клѣтокъ 1382. Marek. Neuritis optica, какъ слѣдствіе неукротимыхъ маточныхъ кровотеченій 1400. Van de Velde. Micrococcus endocardit. rugatus Weichselbaum'a въ бѣляхъ при гнойномъ эндометритѣ 1399.

д) Міомы матки.

Мухина. Перекручиваніе ножки міомы съ перекручиваніемъ матки 203*. Morestin. Обызвѣстѣвшая фиброма. Непроходимость кишекъ 340. Bosset и Duval. Объемистая фиброма матки 340. Schulte. Перекручиваніе міоматозной матки у шейки 575. Bossi. Допустима ли беременность при фиброміомахъ матки? 589. Сперанская - Бахметева. Омертвѣніе міомы беременной матки и непроходимость кишекъ 744. Stern. Т. наз. капсула міомъ 759. Sraeth. Смертельное кровотеченіе при міомѣ послѣ леченія Рентгеновскими лучами 877. Mars. Гнойный распадъ міомы 912. Якубъ. Міома матки и аденокарцинома обоихъ яичниковъ 1185. Torkel. Леченіе міомъ 1197. Picquand и Lemeland. Перекручиваніе фиброміомъ во время беременности 1210. Smith и Shaw. Патологія краснаго перерожденія міомъ матки 1218.

е) Саркомы матки.

Herrenschmidt. Кистовидная саркома матки 339. Lecène. Саркома фиброматозноперерожденной матки 342. Keiffer. Множественные обызвѣстѣвшіе фибромы съ саркоматознымъ перерожденіемъ 774. Ferré. Первичная круглоклѣточковая саркома матки 899. Regaige. Миксосаркома матки 900. Sicard. Первичная саркома матки съ воспаленіемъ придатковъ, симулир. туберкулезный сальпингитъ 900.

ж) Ракъ матки.

Скробанскій. Успѣхи въ радикальномъ хирургическомъ леченіи рака матки 259*. Петерсонъ. Метаплазія эпителия, гистогенезъ и ранняя діагностика рака матки 813*. Редлихъ. Къ технику влагалищной экстирпации при запущенномъ ракѣ матки 923*. Улезко-Строганова. Современные взгляды на патогенезъ рака 1277*. Лурье. Вліяніе фульгураціи на раковую ткань 1285*. Писемскій. Леченіе рака женскихъ половыхъ органовъ 1293*. Faure, id. 337. Добрянскій. Фульгурація при леченіи раковыхъ заболѣваній 86. Roulland, id. 234. Holzapfel. Вліяніе сильнаго жара на раковыя клѣтки, явленія анаплазіи 1387. Шевалдышевъ. Ракъ матки, осложнен. беременностью 98. Gräfenberg. Ракъ матки въ концѣ беременности 878. Конрад. Клиническія данныя къ борьбѣ противъ рака матки 227. Hartmann и Lecène. Разлитая аденома шейки матки, симулирующая ракъ 238. Sitzenfrey. Занесеніе раковыхъ частицъ чрезъ свободную трубу 570. Hirschberg. Ракъ тѣла матки у дѣвственницъ 753. Engelhorn, id. у 23-лѣтней 763. Offergeld. Метастазы въ сердцѣ при ракѣ матки 886. Онъ-же.

Рѣдкіе метастазы при ракъ матки 1193. Anderson и Platt. Злокачественныя заболѣванія матки 1214. Fromme. Знач. ние цистоскопій при абдоминальной операціи рака матки 230. Hannes, id. 1386. Amapn. Покрытіе мочеточника и дренажъ при обширномъ удаленіи тазовой клѣтчаткы по поводу рака матки 329. Оттъ. Сравнительная оцѣнка способовъ хирургич. леченія рака матки 1187. Berkeley. Полное удаленіе матки при ракъ шейки по Wertheim'y 1217. Редлихъ. Демонстр. удаленной по W. раковой матки 1363 Zweifel. Новый методъ для экстирпаціи рака матки 1377. Weibel. Состояніе мочеточниковъ послѣ расширенной абдоминальной операціи рака матки 1384. Раковая амбулаторія и лабораторія 119, 465.

з) Хоріоэпителиомы матки.

Гейнъ. Къ вопросу о леченіи хоріоэпителиомы 42*. Brenner. Начинаящаяся злокачественная хоріоэпителиома 556. Jaworski. Deciduoma malign. (демонстр.) 909. Rosner. Chorionepithelioma malign. 913. Michel. Къ клиникѣ хоріоэпителиомы 1057.

и) Бугорчатка матки.

Logothetopoulos. Туберкулезъ половыхъ органовъ при 2-сторонней дермоидной кистѣ 332. Lograin и Chaton. Гипертрофическая форма бугорчатки шейки матки 342. Everling. Папиллярный туберкулезъ влагалищной части матки 1204.

к) Эндотелиомы матки и другія опухоли.

Редлихъ. Злокачественныя опухоли женской половой сферы 361*. Hartmann и Lesène. Разлитая аденома шейки матки, симулирующая ракъ 238. Pronai. Полипы влагалищной части шейки матки 1391.

Г. Фаллопьевы трубы.

Анатомія Ф. трубы. Пороки развитія. Holzbach. Строеніе сецернирующаго эпителия Ф. трубъ 763. Keiffer. Труба съ 2 павильонами 774. Ries. Пачиніевы тѣльца въ Фаллопьевой трубѣ 1384.

Воспалительныя и другія заболѣванія Ф. трубъ. Холодковский. Взаимоотношеніе между сальпингитами и аппендицитами 377*. Нееловъ, id. 667*. Тиканадзе, id. 795*. Karzewski, id. 912. Федоровъ. Новый разрѣзь брюшной стѣнки при аппендицитѣ, ослож. заболѣваніемъ прав. придатковъ 789*, 718. Томсонъ. Къ вопросу о воспалительныхъ заболѣваніяхъ придатковъ матки и ихъ леченіи 95. Delporte. Къ вопросу о происхожденіи разрывовъ Ф. трубъ 110. Albrecht. Опрежденіе лейкоцитовъ при воспалит. заболѣваніяхъ придатковъ матки 330, 1384. Blumenthal, id., возраженіе 891. Höggmann. Консервативное леченіе воспалит. заболѣваній придатковъ матки 330. Prochownick. Оперативныя показанія при хронич. воспалит. заболѣваніяхъ придатковъ 1192, Онъ же. Длительныя результаты консерват. леченія хронич. воспал. заболѣв. придатковъ 1392. Bumm. Значеніе и леченіе заболѣваній маточныхъ придатковъ 1199. Guibal. Туберкулезный перитонитъ трубнаго происхожденія 343. Sitzenfrey. Двусторонній гидросальпинксъ при

полной проходимости трубъ въ связи съ pseudomyxoma peritonei. Вторичная pseudomyxoma яичниковъ 568. Brothers Haematosalpinx вслѣдствіе атрезіи рукава 576. Schubert. Haematosalpinx при односторонней haematometra 1386. Michaud и Bidot. Составъ жидкости гидросальпинкса 586. R. de Brignoles. Склерозъ матки и придатковъ внѣ климактерич. періода 1208. Neu. Воспалительное разращеніе слизистой оболочки съ образованіемъ нѣсколькихъ слоевъ эпителия въ Ф. трубъ, выпавшей послѣ экстирпации матки 1389.

Опухоли Ф. трубъ. Kehler. Первичный ракъ Ф. трубы 327. Аншелесъ. Изолированная клинически бугорчатка трубы 1049. Gosset. Первичная опухоль трубы 1073. Lecène. Первичная эпителиома трубы 1077.

Д. Яичникъ.

Зарѣцкій. Опыты лечебной рентгенизаціи яичниковъ 1*. Онъ же. Рентгенизація яичниковъ, ея ближайшіе и отдаленные результаты въ связи съ вліяніемъ на теченіе беременности 79. Онъ же. Вызываніе аменорреи рентгенизаціей яичниковъ 213. Окинчидъ. Секреторная дѣятельность яичника 88. Висюра. Значеніе яичниковъ 400. Нелеух. Разрывъ гнойника яичника 343. Peterson. Полное или частичное удаленіе яичниковъ при удаленіи матки 344. Zacharias. Резекція яичниковъ по Menge 550. Brothers. Haematovarium ex atresia vagin. 576. Thumim. Отношенія между hypophysis и яичниками 770. Dalché. Яичниковая опотерапія 774. Cramer. Яичникъ и остеомалія 769. Wallart. Интерстиціальная железа яичника при остеомаліи 892. Alquier и Theveny. Состояніе яичниковъ собакъ послѣ частичной или полной экстирпации щитовидн. и околощитовидныхъ железъ 900. Roux de Brignoles. Склерозъ придатковъ внѣ климактерич. періода 1208. Воспалительныя заболѣванія придатковъ см. «воспалительныя и др. заболѣванія Ф. трубъ», стр. XXIV: Albrecht, Blumenthal, Hörrmann, Prochownick, Bumm. Желтое тѣло яичника см. стр. X.

Опухоли яичника. Холмогоровъ. Рѣдкія новообразованія яичника 273*. Редлихъ. Къ ученію о злокачественныхъ опухоляхъ женской половой сферы 361*. Брантъ. Къ патологіи желтыхъ тѣлъ 969*.

Титовъ. Тератома (эмбриома) яичника у 6 лѣтней дѣвочки 100. Редлихъ. Эмбриома яичника 558. Hellendall. Фибросаркома, возникшая изъ латеральной части яичника 224. Czyżewicz. Фибросаркома яичника съ метастазомъ на сальникъ 906. Brunner. Двухсторонній метастатическій ракъ яичниковъ при первичномъ ракъ flex. sigmoid. 331. Ravano. Къ частотѣ злокачеств. опухолей яичника 568. Sitzenfrey. Вторичная псевдомиксома яичника 568. Guibé. Перекрученная злокачеств. опухоль яичника 896. Cetnarowski. Одновременный ракъ желудка и яичниковъ 904. Stankjewicz. Демонстр. perithelioma ovarii 915. Göth. Угрожающее кровотеченіе изъ перителіома яичника 1381.

Grassmück. Полипозная киста яичника 103. Logothetopoulos. Туберкулезъ половыхъ органовъ при 2-сторонней дермоидной кистѣ 332. Jemtel. Гроздевидныя кисты яичника 569. Аничковъ. Гистогенезъ папиллярныхъ опухолей яичниковъ 740. Mériel. Фиб-

рома яичника съ перекрученной ножкой 896. Lesèpe. Дермоидъ у негритянки 899. Karczewski. Разрѣзъ дермоидной кисты яичника 909. Онъ же. Нагноившаяся киста яичника, симулировавшая перифилитъ 910. Rothermund. Перемѣненіе овариальныхъ опухолей 913.

Е. Тазовая клѣтчатка. Связки матки.

Близнеръ. Фиброміома большой губы, исходящая изъ круглой связки 507*. Mériel и Baudet. Фиброміома круглой связки 341. Colloca. Аденоміома круглой связки 591. Mars. Нарывъ правой круглой связки 912. Mauger. Особенности воспаления тазовой клѣтчатки 762. Meuer. О параметритѣ и заднемъ паравагинитѣ съ разращеніемъ эпителия 882.

Ж. Брюшина. Сальникъ.

Якобсонъ. Защитительная роль сальника 315. Guibal. Туберкулезный перитонитъ трубнаго происхожденія 343. Ross. Лечение остраго общаго септического воспал. брюшины 459. Weinhold. Забрюшинная липома 572. Веберъ. Множественный эхинококкъ брюшной полости 1182.

З. Брюшныя стѣнки.

Оедоровъ. Новый разрѣзъ брюшной стѣнки 789*. Казыковъ. Разрѣзъ по Pfannenstiel'ю 1153*. Weisswange. Фиброма брюшной стѣнки 567. Czyzewicz, id. 906. Hofstätter. Пупочная грыжа, осложненная трубною беременностью 768.

Гинекологическая урологія.

Мочевые пути. Богоразъ. Пересадка одного мочеточника въ прямую кишку 1001*. Березнеговскій. Пересадка мочеточниковъ въ кишечникъ 522.

Оттъ. Освѣщеніе мочевого пузыря 94.

Franz. Поврежденія мочевого аппарата послѣ абдоминальнаго удаленія раковой матки 209. Vaisch. Кровотеченія изъ мочевого пузыря при ущемленномъ загибѣ назадъ беременной матки 210. Puppel. Сосочковая студенистая аденокарцинома женскаго мочеиспускательнаго канала 224. Karaki. Первичный ракъ женскаго мочеиспускательнаго канала 333. Leyberg. Патологическая анатомія уретральной гонорреи у женщинъ 912. Teller. Недержаніе мочи при врожденной гипоспадіи 1380. Fromme. Цистоскопія при абдоминальной операциі рака матки 230. Hannes, id. 1386. Henkel и Heue. Стрептококки въ мочѣ родильницъ; бактериологія мочи 232. Michel. Желчный камень въ мочевомъ пузырьѣ 334. Higuschi. Новый катетеръ для промыванія пузыря 549. Valenta. Кольпоклеизисъ по поводу недостаи стѣнки мочевого пузыря 569. Brindeau. Лечение пузырно-влагалищныхъ фистулъ по способу Braquehaue 777. Гинзбургъ. Инородное тѣло въ мочевомъ пузырьѣ 1047. Martin. Самопроизвольный разрывъ мочевого пузыря у беременной на 3-мъ мѣс. 1074.

Hartmann. Образованіе новаго соединенія между пузыремъ и мочеточникомъ 239. Amann. Уходъ за мочеточниками при радикаль-

ной операціи рака матки 329. Madlener. Внѣбрюшинная пересадка мочеточниковъ въ пузырь при мочеточниково-влагалищныхъ фистулахъ 451. Pozzi. Мочеточниково-шеечная фистула послѣ родовъ 458. Seitz. Форма мочеточника у плодовъ и новорожденныхъ 757. Josephson. Случай вскрытія излишняго мочеточника въ вульву; излеченіе путемъ резекціи почки 879. Rauscher. Функциональные результаты шиванія мочеточн. въ пузырь 888. Weibel. Состояніе мочеточниковъ послѣ расширенной абдоминальной операціи рака матки 1384.

Почки. Еремичъ. Объ одномъ признакѣ для различительнаго распознаванія опухолей брюшной полости 510*, 715. Скробанскій. Операція Edebohls'a при эклампсіи 933*, 1178. Mirabeau. Связь перемежающагося гидронефроза съ заболѣваніями женской половой сферы 210. Henkel. Лечение хроническихъ цистопіэлитовъ 210. Stöckel. Распознаваніе и лечение піэлита беременныхъ 210. Knorr. Функциональная діагностика почекъ 211. Chambrelent. Вліяніе декортикаціи почекъ на беременность 236. Гавриловъ. Операція Edebohls'a при эклампсіи и другихъ разстройствѣхъ кровообращенія и функциональной способности почекъ 443. Klotz. Инфаркты корковой ткани почекъ во время беременности 588. Func-Brentano. Прерываніе беременности изъ-за піелонефрита 771. Stankiewicz. Удаленіе почекъ вслѣдствіе піелонефрита и пуэрперальныхъ свищей 915. Alsberg. Декапсуляція почекъ при эклампсіи 1054. Герценъ. О нефролизинахъ 1161. Germain. Беременность при вырѣзываніи почки 1207. Chirié и Cornelius. Декапсуляція и разсѣченіе почки при послѣродовой эклампсіи 1403.

Оперативная гинекологія и гинекологическая терапевтика и профилактика.

Обеззараживаніе. Fütth и Meyerstein. Формидинъ, новое средство для обеззараживанія рукъ 329. Грековъ. Обеззараживаніе рукъ спиртомъ и одной настойкой 445. Heue. Стерилизація и примѣненіе резиновыхъ перчатокъ 560. Heusner. Аппаратъ для стерилизаціи резиновыхъ перчатокъ и шелковыхъ катетеровъ 745. Добертъ. Усиленная защита ранъ 700.

Обстановка. Методы изслѣдованія. Оттъ. Результаты, достигнутые примѣненіемъ при операціяхъ и въ цѣляхъ распознаванія непосредственнаго освѣщенія брюшной полости, толстой кишки и мочевого пузыря 94. David. Эндоскопія матки 340.

Инструменты. Holzapfel. Улучшенные ногодержатели 105. Mayer. Упрощенное присасывающее зеркало для примѣненія способа Bier'a 451. Niguschi. Новый катетеръ для промыванія пузыря 549. Kessler. Инструменты для тампонады 751. Cuzzi. Тупая ложка для удаленія остатковъ плоднаго яйца 876. Friedmann. Кольцевидный пессарій съ подвижнымъ рычагомъ 908. Monsiorski. Канюля съ двойнымъ токомъ 913.

Швейный матеріалъ. Клейнманъ. Скобки Michel'я при восстановленіи цѣлости промежности 1019*. Mayer, id. 449. Sigwart, id. при свѣжемъ разрывѣ промежности 549. Pfeilsticker. Вальхеровскій шовъ брюшныхъ покрововъ 565. Stolz. Скобки Michel'я при полной влагалищной экстирпаціи матки 1055.

Обезболиваніе. Куковъровъ. Спинно-мозговая аналгезія 704. Скробанскій. Обезболиваніе хлоръ-этиломъ 733. Boesch. Значеніе скопаламинъ-морфія въ гинекологіи 231. Stöckel. Сакральная анестезія 333. Blisniansky. Вліяніе скопаламинъ-морфія на пульсъ и температуру 549. Sieber. Анестезія новокаиномъ въ гинекологіи 564. Valenta. 150 гинеколог. операций подъ спинно-мозговой анестезіей тропокаиномъ 565. Henrich. Мѣстная анестезія при расширеніи канала шейки и операцияхъ на влагалищной части матки 743. Gerstenberg. Анатомическія данныя къ спинно-мозговой анестезіи 890. Risch. Несчастные случаи при поясничной анестезіи 1057. Busse. Новые методы анестезированія 1199. Gauss. Способы распространенія анестезирующаго вещества при спинно-мозговой анестезіи 1376. Freund. Мѣстная анестезія адреналинъ-эйкаиномъ 1377. Fisch. Примѣненіе мѣстной анестезіи при операцияхъ на женскихъ половых органахъ 1377. Wernitz, id. 1377. Thomson. Маска для общаго наркоза 1377. Frank. Наблюденія надъ наркотизированіемъ 1400.

Оперативные методы. Трабша. Поперечный разръвъ Pfannenstiel'я 295*. Калмыковъ, id. 1153*. Оедоровъ. Новый разръвъ брюшныхъ стѣнокъ при аппендицитѣ и аднекситѣ 789*. 718. Редлихъ. Къ техникѣ влагалищной эксципации при запущенномъ ракѣ матки 923*. Тиканадзе. Способъ Wertheim'a при выпаденіяхъ матки 953*. Груздевъ. Границы примѣненія лапаротоміи съ продольнымъ разръвомъ, лапаротоміи съ разръвомъ по Pfannenstiel'ю и кольпотоміи въ гинекологической практикѣ 1229*. Писемскій. Лечение рака женскихъ половых органовъ 1294*. Faure, id. 337.

Delbet и Caraven. Hysteropexia isthmica 115. Hannes. Продолжительность результатовъ операции Alexander-Adams'a 231. Sohn. Возстановленіе функции половых органовъ при сращеніяхъ 231. Stolz. Къ техникѣ расширенія ламинаріей 232. Piering, id. 550. Stiassny, id. 876.

Hartmann. Образованіе соустья между пузыремъ и мочеточникомъ 239. Amann. Покрытіе мочеточника и дренажъ при радикальной операціи рака матки 329. Rousse. Заращеніе трубъ послѣ резекціи 339. Зарѣцкій. Подбрюшинное усѣченіе Фаллопиевыхъ трубъ 87, 102. Peterson. Полное или частичное сохраненіе яичниковъ при удаленіи матки 344. Порошинъ. Хирургическое леченіе опущеній и выпаденій матки и рукава 446. Mori. Образованіе влагалища при рудиментарныхъ маткѣ и влагалищѣ изъ петли тонкой кишки 449. Soli. Методъ Simpson-Vicarelli при полныхъ разрывахъ промежности 457. Pfeilsticker. Вальхеровскій шовъ брюшныхъ покрововъ 565. Weber. Методы прикрѣпленія органовъ малаго таза къ брюшной стѣнкѣ 571. Henkel. Разръвъ при чревосѣченіи и прикрѣпленіе матки къ брюшной стѣнкѣ 572. Gobiet. Профилактическое удаленіе червеобразнаго отростка и систематическій осмотръ при гинеколог. чревосѣченіяхъ желчнаго пузыря 573. Leopold. Ventrofixatio uteri 574. Werth. Комбинированіе поперечнаго разръва Pfannenstiel'я съ укороченіемъ маточныхъ связокъ при оперативномъ леченіи осложненной retroflexio uteri 742. Sonnenfeld. Техника и показанія къ оперативному леченію retroflexio uteri 754. Littauer. Субфасціальное вскрытіе паховаго канала для укороченія круглыхъ связокъ 880. Hartmann. Сшиваніе полныхъ разрывовъ промежности

898. Friedmann. Лечение эрозии влагалищной части шейки имплантацией вагинального эпителия 908. Mars. Излечение выворота матки по способу Piccoli 919. Stankiewicz. Укорочение круглыхъ связокъ 914. Окинчицъ. Исправление неправильныхъ положеній матки 1051. Flatau. Къ техникѣ тампонаціи матки и полости ранъ 1056. Оттъ. Сравнительная оцѣнка способовъ хирургич. леченія рака матки 1187. Torkel. Лечение миомъ 1197. Neuhaus. Laparotomia hypogastrica съ примѣненіемъ пояснаго жгута по Momburg'у при ракъ матки и высокомъ ракъ прямой кишки 1201. Faix. Брюшное надвлагалищное удаление матки съ передней отслойкой мочевого пузыря 1206. Haunes. Анатомическія основы для успѣшнаго возстановленія выхода таза у женщинъ 1217. Berkeley. Полное удаление матки при ракъ шейки по Wertheim'у 1217. Zweifel. Новый методъ для экстирпаціи рака матки 1377. Маджугинскій. Удаленіе матки по поводу ея выпаденія и вентрофиксація влагалища 1371.

Діететика оперированныхъ. Осложненія. Шоуръ. Осложненія послѣ чревосѣченій и борьба съ ними 1025*. Dartigues и Joanpidis. Послѣоперационныя менструальныя цистгематомы 115. Góth. Физостигминъ при послѣоперационномъ асептическомъ-паралитическомъ ileus'ѣ 232. Cramer. Случай смерти послѣ ошпариванія матки 328. Казанскій, Холодковскій. Раннее встананіе послѣ большихъ гинекологическихъ операций 301. Schücking. Гимнастика въ кровати послѣ большихъ операций 232. Hartog. Раннее встананіе послѣ лапаротомии 562. Hautefort и Raymond. Заращеніе канала шейки послѣ прижиганія 343. Rankow. Вліяніе кастраціи и удаленія матки на дальнѣйшее состояніе оперированныхъ 749. Theilhaber. Мезентеріальная закупорка 12-перстной кишки 878. Risch. Несчастные случаи при поясничной анестезіи 1057. Buttersack. Отравленіе цинкомъ на почвѣ всасыванія послѣ внутриматочнаго прижиганія 1068. Barth. Поврежденія кишекъ при гинеколог. операцияхъ 1184. Himmelheber. Острый тиреоидизмъ, какъ осложненіе послѣ гинекологической операціи 1380.

Гинекологическая терапевтика и профилактика. Зарѣцкій. Лечебная рентгенизація яичниковъ 1*. Орловъ. Лечение женскихъ бо-лѣзней на Одесскихъ лиманахъ 133*. Лурье. Вліяніе фульгураціи на нормальныя и раковыя ткани 1285*. Roulland. Лечение рака фульгураціей 234. Зыковъ. Примѣненіе искры для леченія злокачественныхъ новообразованій 1375.

Eisenstein и Hallos. Туберкулинъ при леченіи дисменорреи и аменорреи 102. Снегиревъ. Подкожныя солевыя вливанія при бо-лѣзняхъ женскихъ половыхъ органовъ 303. Hörrmann. Консервативное леченіе воспалительныхъ заболѣваній придатковъ матки и тазовой соединит. ткани 330. Kuliga. Лечение воспалит. заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ чрезъ прямую кишку 576. Lorentowicz. Консервативное леченіе воспал. заболѣваній придатковъ 913. Bumm. Лечение заболѣв. придатковъ 1199. Richelot. Медикаментозное леченіе тазовыхъ заболѣваній 1205. Prochownick. Длительные результаты консерват. леченія воспалит. заболѣв. придатковъ 1392.

Oberländer. Лечение вагинизма новымъ расширителемъ 449. Владиміровъ. Лечение эндометритовъ 443. Lapeyre. Лечение

маточныхъ кровотеченій сывороткой 114. Busse, id 451. Mayer Упрощенное присасывающее зеркало для примѣненія способа Bier'a въ гинекологіи 451. Burkhard. Дѣйствіе нѣкоторыхъ прижигающихъ веществъ на слизистую оболочку матки 455. Fuchs. Лечение гнойныхъ процессовъ антиферментной сывороткой 549. Gallatia. Тампонація влагалища въ связи съ тяжестью на животѣ и лежаніемъ на постели съ приподнятымъ ножнымъ концомъ 567. Herzl. Хроническій эндометритъ и выскабливаніе матки 573. Fellner. Знахарство и тайныя средства на гинекологическомъ попришѣ 574. Engländer. Адреналинъ при размягченіи костей 742. Nassauer. Лечение бѣлей 769. Dalché. Яичниковая опотерapia 774. Grasser. Впрыскиваніе адреналина для предупрежденія кровотеченія 881. N. N. Предостереженіе противъ адреналина 881. Frommer. Лечение эрозиі р. vag. имплантацией вагин. эпителиа 908. Karzynski. Лечение изъязвленій ж. пол. органовъ порошкомъ металлическаго цинка 912. Тиканадзе. Лечение ссадинъ влагалищной части матки neofilhos'омъ 1375. Hermelin. Дѣйствіе препаратовъ спорыньи 909. Катунскій. Лечебное примѣненіе ила Фонго 1052. Neu. Чистое примѣненіе околопочечныхъ препаратовъ 1057. Braun. Примѣненіе suprarenin'a 1057. Gottschalk. Бальнотерапія и менструація 1064.

Zimmerm. Электричество въ гинекологіи 1076. Albers-Schönberg. Рентгенотерапія въ гинекологіи 449, 1058. Онъ-же. Къ технику Рентгеновскаго освѣщенія 1061. Spaeth. Смертельное кровотеченіе при міомѣ послѣ леченія Рентг. лучами 877. Неменовъ. Лечение гинеколог. заболѣваній лучами Рентгена 1050. Софатовъ. Вліяніе Рентг. лучей на половую сферу 1054. Van de Velde. Лечение свѣтомъ въ гинекологіи 1399.

Oastler. Лечение септическихъ случаевъ бактеріальными прививками 1410.

III. Общая часть.

Анатомія, фізіологія и исторія развитія женской половой сферы.

Улезко-Строганова. Доброкачественныя разрашенія эпителия въ женской половой сферѣ 658*. Брантъ. Развитиіе децидуальной ткани внѣ матки во время беременности 1087*. Скутуль. О полимастии 1135*, 1321*.

Keiffer. Узловая нервная система человѣческой матки 109. Онъ-же. Вытяженіе нервовъ матки у женщинъ 1205. Schlesinger. Чувствительная иннервация матки 563. Piquand и Hue. Levator pubo-vaginalis и выпаденія половыхъ органовъ 114. Haynes. Анатомическія основы для возстановленія выхода таза 1217. Bjorkenheim. Слизистая оболочка матки и влагалища у женщинъ различнаго возраста 116. Nitschmann и Adler. Строеніе слизистой оболочки матки зрѣлой женщины 222. Ogata. Измѣненія матки въ зависимости отъ возраста 761. Hegar. Анатомическія изслѣдованія на нерожавшихъ маткахъ 755. Varbour. Нижній сегментъ матки 1383. Редл. хъ. Примѣненіе X-лучей для изученія артеріальной системы матки и придатковъ 1365.

Bondi. Превращеніе соединительной ткани шейки въ децидуальную 566. Stameni. Hydrorrhoea cervical. изъ канальцевъ Malpighii-Gartner'a 566. Lesniowski. Лимфатическій фолликулъ въ слизистой оболочкѣ port. vagin. 912. Weishaupt. Эндометритъ и плазматическія клѣтки 1381. Ries. Пачиніевы тѣльца въ Фал. трубѣ 1384. Goodall. Развитие децидуальной ткани въ эндометрии внѣ беременности 1408.

Анатомія и патологія женскаго таза.

Gilles. Отсутствие нижней половины крестцовой кости 107. Ogata. Измѣренія таза на живыхъ японкахъ 754. Franz. Къ развитію костнаго таза послѣ рожденія 755. Hoerder. Инструментъ для измѣренія con. diagonal. 1057. Rebaudi. Измѣреніе conjug. diag. въ практическомъ акушерствѣ 1379. Hauch. Тазомѣръ для измѣренія выхода таза 1380.

Ferré. Случай spondylolsthesis'a 1071.

Физиологія и патологія менструаціи.

Eisenstein и Hallos. Туберкулезъ и менструаціи. Случаи дисменореи и аменореи, излеченные туберкулиномъ по методу К. Spengler'a 102. Гейслеръ. Бугорчатка и мѣсячныя 325. Dartigues и Caraven. Послѣоперационныя менструальныя гистгематомы 115. Зарѣдкій. Аменорея, вызываемая рентгенизаціей яичниковъ 213. Nitschmann и Adler. Строеніе слизистой оболочки матки зрѣлой женщины и менструація 222. Они же. Dysmenorrhoea membranacea 227. Batigne. Теченіе естественной менопаузы 233. Sundin. Менструація во время кормленія грудью 451. Ehrenfest. Endometritis exfoliativa - dysmenorrhoea membranacea 460. Sellheim. Объясненіе дисменореи дерганіемъ брюшины 557. Carnot и Deflandre. Колебанія въ количествѣ кровяныхъ тѣлецъ у женщины во время менструальнаго періода 584. Schatz. Менструальныя и похожія на менструацію кровотеченія въ первое время беременности и послѣродоваго періода. 701. Riesck. Механическая аменорея 750. Chvostek. Менструальная гиперемія печени 751. Войцеховскій. Вліяніе менструаціи на нервно-психическую сферу женщинъ 858. Holzbach. Сравнительно-анатомическія изслѣдованія надъ тонкой и менструаціей трубъ 890. Gottschalk. Бальнеотерапія и менструація 1064. Willey. Менструація и меноррагія 1218. Русакова-Львовичъ. Разстройство зрѣнія при расстройствахъ мѣсячныхъ 1372. Kelly. Ампутація матки въ предѣлахъ тѣла ея съ цѣлью сохраненія менструальной дѣятельности 1409.

Общая патологія женской половой сферы. Varia.

Редлихъ. Къ ученію о злокачественныхъ опухоляхъ женской половой сферы 361*. Улезко-Строганова. Патогенезъ рака 1277*. Лурье. Гистологическія измѣненія въ тканяхъ подъ вліяніемъ фульгураціи 1285*. Verganié и Tribondeau. Дѣйствіе фульгураціи въ возрастающихъ по продолжительности дозахъ на печень кролика 777.

Холодковскій. Взаимоотношенія между сальпингитами и

аппендицитами 377*. Нееловъ. Правостороннее воспаление придатковъ и аппендицитъ 667*. Гиканадзе, id. 795*. Готлибъ. Аппендицитъ у женщинъ 325. Pankow, id. и его значеніе для половых органовъ 756. Czyżewicz, id. 905, 906. Karczewski, id. 912. Stankiewicz. Удаленіе матки и червеобразнаго отростка при восьмомъ чревосъченіи 915. Окинчицъ. Связь заболѣваній женскаго полового аппарата и кишечника 1047. Lewisohn. Связь между страданіями желудка и женской половой сферой 1204.

Gemell. Увеличенная селезенка, симулировавшая тазовую опухоль 1213.

Engländer. Адреналинъ при остеомалачіи 742. Cramer. Яичникъ и остеомалачія 769. Wallart. Интерстиціальная яичниковая железа при остеомалачіи 892. Czyżewicz. Остеомалачія на 7-мъ мѣс. беременности 906.

Pankow. Вліяніе кастраціи и удаленія матки на дальнѣйшее состояніе оперированныхъ 749. Thumim. Отношенія между hypophysis и яичниками 770. Alquier и Theveny. Отношенія между шитоводной и околощитовидными железами и яичниками 900. Robb. Экспериментальное изученіе кровотеченій при перерѣзкѣ маточныхъ и яичниковыхъ сосудовъ 587.

Albrecht. Опредѣленіе лейкоцитовъ при воспалит. заболѣв. матки 330, 1384. Blumenthal. Возраженіе на работу Albrecht'a 891. Барадублинъ. Измѣненія крови при злокачественныхъ новообразованіяхъ 221. Crile. Гемолитическая проба при злокачественныхъ опухоляхъ 1116. Becker. Антитрипсинъ крови въ гинекологіи 1402. Дофельдъ. Биологическія реакціи между кровью матери и плода 1177. Hartmann. Время, потребное для свертыванія крови 769.

Scholtz. Болѣзни половыхъ органовъ и бракъ 225. Pincus. Женщины-герои (къ вопросу о гемофилии) 876. Ивановъ. Боли внизу живота 302.

Siding. Секреція молочныхъ железъ у 62-лѣт. женщины, страдающей tabes dorsalis 751. Bregmann. Случай акромегаліи 903. Jaworski. Cardiopathia uterina 309.

Скутулъ*. О полимастїи 1135, 1321. Schultz. Къ вопросу о неспособности кормить грудью 1202.

Herman. Отравленіе 4 лепешками сулемы 309. Lorentowicz. Способы консервации послѣоперационныхъ препаратовъ 912. Заболотный. Патогенезъ сифилиса 527.

Гермафродиты. Brothers. 2 случая ложнаго гермафродитизма женскаго типа 566. Bauer. Истинный и кажущійся гермафродитизмъ 760. Heinzmann. Случай ложнаго мужскаго наружнаго гермафродитизма 770. Keiffer. Удаленіе матки у мужчины 774. Гусевъ. Случай ложнаго гермафродитизма 880. Lapinsky. Истинная гинекомастія 912.

Новыя книги, отчеты и обзоры, исторія акушерства и гинекологіи. Бытовые вопросы.

Новыя книги. См. «критика и библиографія», стр. VII.

Отчеты и обзоры. Хайкисъ. Отчетъ Гинеколог. Отдѣленія Кіевской Еврейской Больницы за 1907 г. 307*. Якубовскій. Аку-

шерско-гинеколог. отдѣленіе Софіевской больницы гр. Бобринскихъ 397*. *Примо.* Краткій мед. отчетъ по бесплатному родильному приюту Дрожжиной въ Цар. Селѣ за 1908 г. 401*. *Личкусъ.* Годовой отчетъ о дѣятельности Акуш.-Гинекол. Общества въ С.-Петербургѣ за 1908 г. 419*. *Столыпинскій.* Отчетъ казначея 428*. *Преображенскій.* Отчетъ по библиотекѣ 431*. *Кривскій.* Обзоръ дѣятельности совѣщанія врачей-акушеровъ СПб. городскихъ родильныхъ приютовъ за 1908 г. 530*. *Кудишъ.* Организация стационарной акушерской помощи въ провинціи 707*.

Окинчицъ. Обзоръ работъ о секреторной дѣятельности яичника 90*. *Скробанскій.* Краткій обзоръ работъ о хлоръ-этиловомъ наркозѣ 733*.

Михновъ. Систематическій указатель русской акуш.-гинекол. литературы съ ея возникновенія до 1901 г. 522. *Киркоровъ.* Отчетъ по земскому род. приюту въ Кишеневѣ 220. *Кузьминъ.* Отчетъ по гинекол. отдѣленію Саратов. Алекс. г. Земской больницы за 1907 г. 525. *Онъ же.* Специальная акуш.-гинекол. помощь въ земскихъ учрежденіяхъ Саратовск. губ. за 1906 г. 525. *Büttner.* Родовспоможение въ Мекленбургѣ-Шверинѣ въ 1904 г. 542. *Darcagne-Mougout.* Частота неправильныхъ родовъ въ Fougères 457. *Gans.* Результаты наложенія щипцовъ для матери и плода 552. *Tweedy.* Отчетъ по Rotunda-Hospital 1219. *Скробанскій.* Дѣятельность Исполнительнаго Комитета Общества борьбы съ заболѣваніями ракомъ 1162*. *Веберъ.* Отчетъ секретаря Правленія Общества борьбы съ раковыми заболѣваніями 1168*. *Труды 3 Съѣзда Общества російскихъ акушеровъ и гинекологовъ 1169, 1357.*

Исторія акушерства и гинекологіи. Бытовые вопросы. *Рейнъ.* Пограничная область между хирургіей, гинекологіей и урологіей 471*, 535. *Chrobak.* Исторія возникновенія новыхъ Вѣнскихъ клиникъ 574. *Fischer.* Обучение акушерству въ Вѣнѣ 574. *Schauta.* Новыя женскія клиники 574. *Fellner.* Знахарство и тайныя средства на поприщѣ гинекологіи 574. *Ingerslev.* Рисунки болѣе раннихъ вѣковъ, относящіяся къ акушерству и гинекологіи 887. *Michaelis.* Замѣчанія на статью *Ingerslev* а 1390.

Rieländer. Происхождение и положеніе акушеровъ 566. *Leopold.* Привлеченіе образованнаго класса къ акушерской дѣятельности 567. *Rissmann.* Образовательный уровень желающихъ поступить на акушерскіе курсы 568. *Schultze.* Къ вопросу объ акушеркахъ 568. *Heinigcius.* Положеніе акушеровъ въ Финляндіи 569. *Ekstein.* Роды въ заведеніяхъ и на дому 571. *Jaworski.* Положеніе акушеровъ въ Царствѣ Польскомъ 573. *Allin.* Положеніе акушерской помощи въ Швеціи. *Brandt, id.* въ Норвегіи 573.

Указатель именъ.

Русскія имена.

Александровъ 95, 305,
306, 1185, 1359.
Аничковъ 740.
Ануфриевъ 1036, 1037,
1041.
Аншелесь 1049.

Бакунинъ 874.
Балабанъ 434, 1043.
Барадулинъ 221.
Барановскій 434, 1043.
Бекманъ 320, 323, 433,
863, 1364, 1370.
Березнеговскій 522.
Близнеръ 507*
Блохъ 871.
Богоразъ 1001*.
Богушъ 1015*.
Бокадоровъ 212.
Бороденко 1202.
Борткевичъ 544.
Брантъ 969*, 1087*.
Бурдзинскій 317, 1359.
Бурлаковъ 97.
Буяльскій 870, 871.
Бѣлоручевъ 845*.
Бѣляевъ 219.

Вастень 321, 539, 541,
542, 1036, 1370.
Веберъ 720, 1068, 1182.
Веденяпинскій 833*.
Вербовъ 1364.
Верницъ 566, 1377.
Виридарская 433.
Вирубскій 101.
Владиміровъ 443.
Владыкинъ 1160.
Войцеховскій 858.
Вшадчикъ 546.

Гавриловъ 443.
Гаусманъ 99.
Гейнъ 42*.
Гейслеръ 325.
Гентеръ 316.
Герценъ 1161.
Гиммельфарфбъ 305.
Гиндесъ 95.
Гинсбургъ 1047.
Горизонтовъ 1245*.
Готлибъ 325.
Грековъ 445.
Григоровичъ 279*.
Григорьевъ 305.
Груздевъ 1229*, 1361.
Грязновъ 305.
Гузарчикъ 1370.
Гусаковъ 81, 1041,
1369.
Гусевъ 679*, 880.

Давыдовъ 1046.
Дикъ 77.
Димантъ 717, 1179.
Доббертъ 700.
Добрянскій 86.
Долинскій 433.
Дофельдтъ 434, 1044,
1177.

Еремичъ 510*, 715.

Заболотный 527.
Зайцевъ 447.
Замшинъ 433, 1370.
Зарѣцкій 1*, 79, 87,
102, 213.
Звинятскій 1373.

Звѣревъ 392*.
Зыковъ 1373.

Ивановъ 302.
Ильинъ 303.
Ишунинъ 305.

Казанскій 301.
Какушкинъ 305, 1366.
Калабинъ 1125*.
Калмыковъ 56*, 502*,
827*, 1153*.
Каннегиссеръ 305,
919, 1359.
Канъ 191*.
Карницкій 433.
Катунскій 1052.
Кацнельсонъ 541.
Кейзеровъ 827*.
Кипарскій 305, 323,
1039, 1180.
Киркоровъ 220.
Киселевъ 433.
Китнеръ 86, 720.
Клейманъ 1019*.
Колосовъ 304, 874.
Коробковъ 305.
Кочетковъ 433, 1044.
Кривскій 85, 142*,
216, 530*, 542, 543.
Кудишъ 707*.
Кузьминъ 524, 525.
Куковѣровъ 704.
Кушталовъ 215, 321.

Ледомскій 21*, 151*.
Липинскій 64*, 196*.
Лисовскій 542, 1044,
1051.

- Личкусь 213, 419, 539,
541, 542, 715, 863,
867, 1034, 1036,
1038, 1039 1041.
Лугиновъ 212.
Лурье 1285*, 1357.
Ляпидесь 872.
- Маджугинскій 873,
1371.
Маковскій 1358.
Матвѣевъ 305.
Мацѣевскій 86, 321.
Михинъ 499*.
Михновъ 522, 1159,
1418.
Мукина 203*.
Мыкертчянць 100,
305, 1070.
- Нееловъ 667*, 807*.
Неменовъ 1050.
Ненадовичъ 305.
Николаевъ 305.
Никольскій 433.
Новиковъ 301, 305.
- Окинчиць 90*, 1047,
1051.
Оленинъ 89, 213.
Опсель 719, 1180,
1182, 1183.
Орловъ 133*, 1357.
Оттъ 94, 305, 1187,
1357, 1360.
- Павловъ 213, 217.
Парійскій 325.
Парышевъ 218.
Пастика 861.
Петерсонъ 434, 813*,
1045.
Писемскій 1293*, 1357,
1360.
Пластуновъ 519*.
Платоновъ 194*.
- Побѣдинскій 176*.
Подгорѣпскій 433.
Покровскій 542, 1045.
Попова - Терebinская
538.
Поповъ 324, 1149*.
Порембскій 433, 1045.
Порошинъ 433, 446,
1370.
Преображенскій 431.
Примо 392, 401*, 433,
869.
Прозоровскій 303.
Прокофьева 541.
- Рачинскій 541, 867.
Редлихъ 215, 361*,
558, 923*, 1357,
1360, 1363, 1365,
1366, 1367.
Рейнъ 212, 215, 433,
471*, 535, 539, 541,
542, 716, 721, 863,
869, 1178, 1180,
1182, 1184, 1363,
1364, 1366.
Русакова - Львовичъ
1372.
Рыбчинскій 315, 541,
867.
- Сагатовъ 545.
Севрюговъ 1007*.
Сережниковъ 305.
Скробанскій 259*, 322,
323, 492*, 541,
733*, 863, 869, 933*,
1033, 1034, 1036,
1039, 1040, 1041,
1043, 1165, 1178,
1364, 1369.
Скульскій 1023*.
Скутуль 1135*, 1321*.
Снегиревъ 303, 542,
1042.
Собѣстіанскій 101.
Софатеровъ 1054.
Сперанская - Бахметева
305, 744.
- Столпинскій 213,
428, 869.
Строгановъ 88, 213,
217, 864, 867, 1040,
1041, 1099*, 1179,
1368, 1370.
Сулаковъ 1183.
Сулаковъ 1179.
- Тавилдаровъ 88.
Твердовскій 873.
Тиканадзе 94, 718,
795*, 953*, 1375.
Тимофеевъ 1107*.
Титовъ 100.
Томсонъ 95, 1377.
Трабша 295*.
Троицкій 1186.
- Улезко - Строганова
433, 658*, 1034,
1036, 1038, 1039,
1178, 1277*, 1357,
1364.
Унтиловъ 301, 693*.
- Феноменовъ 86, 87, 88,
323, 433, 540, 542,
717, 722, 1364, 1366,
1367, 1370.
Финкель 1040, 1367,
1369.
- Жайкись 307*, 870
Халкись 863.
Холмогоровъ 273*,
304, 607*, 881, 1188.
Холодковскій 301,
305, 377*.
- Чернеховскій 305.
- Шабельскій 290*.
Шатскій 305.

Швейцерь 447.
Швогеръ-Летецкій 82
Шевалдышевъ 98.
Шестопадь 285*.

Шоуръ 1025*.
Шуттенбахъ 433.

Якубовскій 397*.
Якубъ 1050, 1185,
1186.
Ярцевъ 1345.

Эберлинъ 547.

Ширшовъ 1180.
Шмидтъ 433, 542.

Якобсонъ 212, 305,
315.

Едоровъ 716, 717,
718, 721, 789*.

Иностранныя имена

Abadie 894.
Adler 222, 227, 1385.
Ahlfeld 886, 887, 888.
Albers-Schönberg 449,
1058, 1061.
Albeck, 1384.
Albrecht 330, 1384.
Alin 573.
Alquier 900.
Alsberg 1054.
Altkaufer 903.
Amann 329.
Ancel 901, 902.
Anderson 1214.
Audebert 338, 581, 894.
Austerliz 568.

Bab 743.
Baisch 210.
Bar 776, 1074, 1405.
Barbour 1383.
Barth 1189.
Batigne 233.
Baudet 341.
Bayer 760.
Becker 1201, 1402.
Berganié 777.
Berka 889.
Berkeley 1217.
Berthaux 110.
Berutti 1065.
Bichaud 586.
Bichler 903.
Bidot 586.
Binder 753.
Binet de Jassonneix 772.
Bjorkenheim 116.

Blanc 111.
Blisnianski 549.
Blumenthal 890.
Blumreich 753.
Boesch 231.
Bogdanowics 550.
Bondi 566, 575.
Boquel 237.
Bossset 340.
Bossi 589.
Bourret 109, 111, 582.
Bouin 901, 902.
Brandt 573.
Braun 1057.
Bregmann 903.
Brenner 556.
Brindeau 115, 579, 580,
583, 775, 776, 777,
896.
Brothers 566, 576.
Brun 567.
Brunner 331.
Brunnet 567.
Bryndra-Nacky 903.
Buché 741.
Bucura 400.
Bué 582.
Büttner 452.
Bumm 854, 1199.
Bunzel 1400, 1402.
Burkhard 455.
Burnier 110.
Busse 451, 1199.
Buttersack 1068.

Caraven, 115.
Carli 572.
Carnot 584.

Carstens 1409.
Cathala 112, 583.
Cazanove 1077.
Cetnarowski 904.
Chambrelent 236.
Chaton 342.
Chirié 107, 1403.
Chrobak 574.
Chvostek 751.
Ciechomski 905.
Cohn 231.
Colloca 591.
Commandeur 108, 111,
112, 893.
Cornelius 1403.
Coston 589.
Couvolaire 336, 578,
892, 898.
Cramer 328, 453, 769.
Crile 1216.
Cuzzi 876.
Cykowski 905.
Czarkowski 905.
Czyżewicz 96, 905, 906.

Dalché 774.
Daunay 1074.
Darcanne-Mourout 457.
Dartigues 115.
David 340.
Davis 595.
Deflandre 584.
Deipser 564.
Delbet 115, 336.
Delestre 1074.
Delporte 110.
Demelin 583.

- Democh 764.
 Devraigne 1403.
 Dienst 1398.
 Dieulafé 581.
 Döderlein 448.
 Doléris 773, 1208.
 Dorman 1220.
 Dubreil 778, 779.
 Dührssen 575, 752.
 Dürig 1385.
 Dupont 338.
 Dupuy 116.
 Durante 234, 771.
 Duval 340.
 Duvergey 1407.

 Ehrenfest 460.
 Ehrlich 908.
 Eicke 1197.
 Eisenstein 102, 335.
 Ekstein 570, 572.
 Ellerbrock 877.
 Endelmann 908.
 Engelhörn 763.
 Engelman 335, 875,
 908.
 Engländer 567, 742.
 Essard 112.
 Everling 1204.
 Eversmann 1378.

 Fabignon 337.
 Fabre 108, 109, 111, 893.
 Faix 1206.
 Faure 337.
 Fellenberg 104.
 Fellner 574, 1068.
 Ferré 899, 1071.
 Fiessler 747.
 Fieux 581, 897.
 Fisch 1377.
 Fischer 574.
 Flatau 1056.
 Fontaynont 899.
 Forsell 1394.
 Fraenkel 1378.
 Fraipont 1211.
 Frank 1220, 1378, 1400.
 Franz 209, 755.
 Freund 745, 754, 1377.
 Freymuth 890.

 Friedmann 908.
 Fritsch 751.
 Fromme 230, 333.
 Frommer 908.
 Fry 1219.
 Fuchs 450, 549, 877.
 Fütth 329, 1380.
 Func-Brentano 234, 459,
 584, 771, 774.

 Galatti 576.
 Gallatia 567, 570.
 Gans 552.
 Gauss 1376.
 Gemell 1213.
 Germain 1207.
 Gerstenberg 890.
 Gilles 107.
 Girauld 106.
 Gobiet 559, 573.
 Gonnet 108.
 Goodall 461, 1408.
 Gordon 1213.
 Gosset 1073.
 Göth 232, 1381.
 Gottschalk 1064.
 Graf 448.
 Grassmuck 103.
 Gräfenberg 768, 878,
 1394.
 Greiffenberg 1388.
 Grasser 881.
 Gröné 335.
 Gross 1400.
 Guggisberg 335.
 Guibal 343.
 Guibé 896.
 Guillet 895.
 Hacke 450.
 Hallos 102.
 Hamm 763.
 Hammerschlag 231, 551.
 Hannes 231, 234, 1386.
 Hardouin 117, 900.
 Hartmann 238, 239, 578,
 769, 898, 1387.
 Hartog 562, 1066.
 Hauch 110, 1380.
 Hautefort 343.
 Haynes 1217.
 Hegar 755.

 Heil 569.
 Hein 890.
 Heinrichus 571, 1378.
 Heinsius 570.
 Heinzmann 770.
 Hellendal 224.
 Hellin 909.
 Henkel 210, 232, 572,
 746, 770.
 Henneberg 342.
 Henrich 743.
 Herff 104.
 Herman 909.
 Hermelin 909.
 Herrenschmidt 339.
 Herrgott 238, 577.
 Herzl 573, 1388.
 Heumann 567.
 Heusner 745.
 Heye 232, 560.
 Higuschi 549.
 Hikmet 876.
 Himmelheber 1380.
 Hinselmann, 1381.
 Hirsch 1380.
 Hirschberg 753.
 Hirschmann 222, 227.
 Hoehne 550, 884.
 Hörder 1056.
 Hörrmann 330.
 Hofbauer 452.
 Hofstätter 768.
 Holland 1214.
 Holzapfel 105, 1387.
 Holzbach 225, 763, 890.
 Hue 114.
 Hüffel 750, 879.
 Huguenin 883.
 Huleux 343.
 Hunziker 886.

 Immel 224.
 Ingerslev 887.
 Jacobi 757.
 Jäger 572, 752.
 Jahreiss 452, 1378
 Janerewski 909.
 Jardine 1216.
 Jaschke 744.
 Jaworski 573, 909.
 Jeannin 583, 776, 1404.

- Jemtel 578.
 Jerie 877.
 Joannidis 115.
 Josephson 879.
 Jourdran 899.
 Jung 769.

Kalb 1055.
 Kaminer 753.
 Karaki 332.
 Karzewski 909, 910, 911,
 912.
 Kehrer 327.
 Keiffer 109, 774, 1205.
 Keller 1400.
 Kelly 1409.
 Kermauner 554.
 Kerron 1215.
 Kervilly 776.
 Kessler 751.
 Kleinhans 454.
 Klotz 588.
 Knorr 211.
 Konopka 1196.
 Konrad 227, 884.
 Kosminski 912.
 Kritzler 1055.
 Krönig 104, 449, 743,
 1067, 1379.
 Krüger 762.
 Kubinyi 702.
 Küstner 334, 1056.
 Kuliga 553, 576.

Labhardt 560, 574, 891,
 1395.
 Lampe 1390.
 Landau 455.
 Lange 556.
 Lapeyre 113.
 Lapinski 912.
 Larrier (Nattan) 115.
 Latzko 548, 765.
 Laubenburg 1379.
 Lea 459.
 Lecène 238, 342, 895,
 899, 1077.
 Lehmann 1202.
 Legueu 112.
 Leisewitz 1397.

 Lemeland 1210.
 Leopold 567, 574, 1396.
 Lepage 237.
 Lequeux 894.
 Lesniowski 912.
 Lesse 1392.
 Lewisohn 1204.
 Leyberg 912.
 Lichtenstein 548, 1398.
 Liepmann 562, 1356.
 Lilles 1077.
 Littauer 880.
 Livon 902.
 Loeb 1066.
 Logothetopoulos 332.
 Lohse 1384.
 Looten 897.
 Lorentowicz 912.
 Lorrain 342.
 Lovrich 558.
 Lucas-Championnière
 895.

Macé 109.
 Macrez 772.
 Madlener 451.
 Marek 1400.
 Mars 912, 913.
 Martin 229, 561, 1074.
 Mathes 105, 569, 1383.
 Mauriac 581.
 Mayer 449, 451, 562,
 762.
 Maygrier 459.
 Meiszl 559.
 Mériel 341, 894, 896.
 Mettler 574.
 Meyer 208, 882.
 Meyerstein 329.
 Michaelis 1390.
 Michel 234, 1057.
 Mirabeau 210.
 Möhlmann 1382.
 Monsiorski 913.
 Morawski 913.
 Morestin 340.
 Mori 449.
 Mouchorotte 578.
 Müller 569, 570.

Nacke 450, 1378.
 Nassauer 769.
 Nattan-Larier 115.
 Nebesky 573.
 Neu 553, 1057, 1389.
 Neuegebauer 913.
 Neuhaus 1201.
 Niskoubina 584, 585.
 Nowak 913.
 Nürnberger 882.

Oastler 1410.
 Oberländer 449, 451.
 Oëri 764, 1387.
 Offergeld 886, 1193,
 1397.
 Ogata 754, 761, 1070.
 Opitz 104, 1063.
 Oui 458, 897, 1063.

Pallin 775.
 Palm 1391.
 Pankow 449, 749, 756,
 Penkert 1188.
 Péraire 900.
 Peterson 344.
 Petrén 1393.
 Petri 1058.
 Pfannenstiel 919, 1060,
 1194.
 Pfeilsticker 565, 571.
 Pfisterer 885.
 Pforte 569.
 Piering 550.
 Pierra 894.
 Pillet 1072.
 Pinard 458, 577, 583,
 1072.
 Pincus 876.
 Piquand 114, 1210.
 Platt 1214.
 Potocki 236, 338.
 Pottet 237, 459.
 Poux 894.
 Pozzi 458, 578.
 Prinzing 454.
 Prochownick 1192,
 1392.
 Pronai 1391.
 Puppel 224, 1198.

- Queirel 582.
 Rais 112.
 Rauscher 888.
 Ravano 568.
 Raymond 343.
 Rebaudi 590, 1379.
 Regaud 778, 779.
 Reifferscheid 1378.
 Richelot 1205.
 Richter 878.
 Rieck 750, 1056.
 Rieländer 566, 1056.
 Ries 1384.
 Risch 1057.
 Rissmann 568, 576, 876.
 Robb 587.
 Rosenfeld 569, 765.
 Rosenthal 913.
 Rosner 570, 913.
 Ross 459.
 Rossier 1073.
 Rothlauf 332.
 Rottermund 913.
 Rougé 894.
 Roulland 234.
 Rouse 339.
 Roux de Brignoles 1208.
 Rubeska 1378.
 Rühl 1196.
 Rullier 116.
 Runge 1204, 1376.
 Sachs 1190, 1393.
 Saks 914.
 Samson 550.
 Savaré 593.
 Scipiades 335.
 Schatz 701.
 Schauta 574.
 Schener 1400.
 Schenk 454.
 Schick 566.
 Schickele 760, 761, 883.
 Schlesinger 563.
 Schlichting 570.
 Schlütter 232.
 Scholtz 225.
 Schubert 1386.
 Schücking 232.
 Schulte 555, 575.
 Schultz 1202.
 Schultze 568, 569, 759.
 Segond 458.
 Seitz 757.
 Sekowski 914.
 Sellheim 557, 1067.
 Sfameni 566.
 Shaw 1218.
 Sicard 900.
 Sicherer 885.
 Sidebotham 459.
 Siding 751.
 Sieber 564.
 Sigwart 104, 451, 549,
 743.
 Silbermann 233.
 Sippel 574.
 Sitzenfrey 568, 570.
 Sitzler 105.
 Skeel 1221.
 Slek 914.
 Smith 1218.
 Smitt 347.
 Soli 457.
 Solms 456, 1379.
 Solowij 914.
 Sonnenfeld 754.
 Spaeth 877.
 Stade 875.
 Stankiewicz 914.
 Stern 107, 557, 759.
 Stiassny 876.
 Stockard 1410.
 Stoeckel 209, 210, 333.
 Stolz 232, 568, 1391.
 Stove 1412.
 Stumpf 885.
 Sundin 451.
 Teller 454, 1380.
 Teuffel 745.
 Thaler 1385, 1401.
 Theilhaber 878.
 Theveny 900.
 Thies 1195.
 Thumim 770.
 Tissier 106, 896.
 Torkel 1197.
 Treub 235, 236, 583.
 Tribondeau 777, 1407.
 Trillat 108, 893.
 Tussenbrock 566.
 Tweedy 1219.
 Unterberger 742.
 Uthmöller 104.
 Valenta 565, 568, 596.
 Veit 699.
 Velde 745, 1399.
 Vineberg 1221.
 Vivanti 591.
 Voigt 560.
 Voron 582.
 Wallart 891, 892.
 Wallich 1070, 1407.
 Walthard 852.
 Wasenius 1396.
 Weber 571.
 Weibel 233, 1384.
 Wein 915.
 Weindler 575.
 Weinhold 572.
 Weishaupt 1382.
 Weisswange 567, 569,
 749.
 Welch 1212.
 Werth 743.
 Whitridge Williams
 346, 1411.
 Wiart 896.
 Wiemer 326.
 Willey 1218.
 Winckel 1030.
 Winter 854.
 Wriniewski 915.
 Zaborowski 916.
 Zacharias 550.
 Zangemeister 1191,
 1389.
 Zimmern 1076.
 Zweifel 881, 1377.

СПИСОКЪ РИСУНКОВЪ,

помѣщенныхъ въ журналъ Акушерства и Женскихъ Болѣзней
въ т. XXIII за 1909 годъ.

<i>Близнеръ</i> . Фиброміома большой губы, исходящая изъ круглой связки. 1 рис. въ текстѣ	509
<i>Брантъ, В. Д.</i> Къ вопросу о патологіи желтыхъ тѣлъ. 4 рис. въ текстѣ	983, 986, 988, 989
<i>Брантъ, В. Д.</i> Къ вопросу о развитіи лецидуальной ткани внѣ беременности. 7 рис.	1090—1906
<i>Бьлоручевъ, Е. А.</i> Случай самопроизвольнаго разрыва матки во время родовъ. 1 рис.	848
<i>Горизонтовъ, Н. И.</i> Къ вопросу объ аденоміомахъ рукава. 4 рис. на отдѣльной таблицѣ	1276
<i>Гришиновичъ, А. Р.</i> Случай „Vagitus uterinus“. Схемат. рис. въ текстѣ	283
<i>Гусевъ, В. Я.</i> Къ леченію рлс. praeviae. 5 схематическихъ таблицъ	684, 685, 690, 691
<i>Дурье, Р. Т.</i> О гистологическихъ измѣненіяхъ въ тканяхъ подъ вліяніемъ фульгураціи. 3 рис. въ текстѣ	1287—1289
<i>Михинъ, П. В.</i> Внутри-или внѣматочная беременность? 1 рис.	501
<i>Петерсонъ, О. К.</i> Къ вопросу о метаплазіи эпителия, гистогенезѣ и ранней діагностикѣ рака матки. 8 рис. на 2 таблицахъ	826
<i>Редлихъ, А. А.</i> Къ ученію о злокачественныхъ опухоляхъ женской половой сферы. 2 рис. въ текстѣ и 6 на отдѣльной таблицѣ	366, 371, 376
<i>Редлихъ, А. А.</i> Къ техникѣ влагалищной экстирпаціи при запущенномъ ракѣ матки. Три рис. въ текстѣ	929, 930, 931
<i>Скутулъ, К. Я.</i> О полимастіи. 2 рис. въ текстѣ	1322, 1323
<i>Тиканадзе, И. Е.</i> Къ вопросу о совмѣстномъ заболѣваніи прарыхъ придатковъ матки и червеобразнаго отростка. 3 рис. въ текстѣ	800, 801, 802
<i>Тимофеевъ, А.</i> Интересный случай врожденнаго уродства. 3 рис. въ текстѣ	1109—1111
<i>Улезко-Строганова, К. П.</i> О доброкачественныхъ разраженіяхъ эпителия въ женскомъ половомъ аппаратѣ. 5 рис. на одной таблицѣ	666
<i>Унтиловъ, П. К.</i> Случай тератомы крестцовой области у ребенка. 1 рис. въ текстѣ	697
<i>Холмооровъ, С. С.</i> Рѣдкія новообразованія яичниковъ. 4 рис. въ текстѣ	275, 276, 277, 278
<i>Якубовскій.</i> Акушерско-гинекол. отдѣленіе Софіевской больницы граф. Бобринскихъ. Планъ	398
<i>Федоровъ, С. П.</i> О новомъ разрѣзѣ брюшной стѣнки при аппендицитѣ, осложненномъ заболѣваніемъ придатковъ у женщины. 1 рис. въ текстѣ	791

ОТЪ РЕДАКЦІИ.

Съ истекающимъ 1909 годомъ заканчивается 23-хъ лѣтнее существованіе Журнала Акушерства и Женскихъ Болѣзней и 4 лѣтнее — подъ совместной редакціей нижеподписавшихся.

Наростающая за послѣднее время, изъ года въ въ годъ, дѣятельность Журнала можетъ быть усмотрѣна изъ слѣдующей таблицы:

	Количество печатныхъ листовъ.	Количество оригин. статей.	Колич. рефератовъ.
1906 г.	97	43	586
1907 г.	98	53	610
1908 г.	98	61	668
1909 г.	85	66	744

Эти цифры говорятъ сами за себя. Слѣдуетъ лишь прибавить, что, во избѣжаніе увеличенія объема Журнала, съ каждымъ годомъ приходилось прибѣгать ко все болѣе и болѣе убористой печати, и, тѣмъ не менѣе, портфель редакціи оказывался перегруженнымъ—обстоятельство, извиняющее до нѣкоторой степени промедленіе въ печатаніи многихъ статей.

Что касается качественного содержанія Журнала, то оно, помимо оригинальныхъ статей нашихъ лучшихъ специалистовъ и ихъ учениковъ, давало полный обзоръ почти всей западно-европейской акушерско-гинекологической литературы, не говоря о литературѣ русской, которая реферировалась вся. За послѣдній годъ сдѣланы еще и попытки ввести литературные обзоры по отдельнымъ злободневнымъ вопросамъ. Редакція надѣется съ будущаго года обратить особенное вниманіе на этотъ отдѣлъ, представляющій выдающійся интересъ для читателя, желающаго быть въ курсѣ состоянія различныхъ спорныхъ вопросовъ акушерства и гинекологии. Вмѣстѣ съ тѣмъ она предполагаетъ ввести еще и новый отдѣлъ, посвященный судебно-медицинскому акушерству по матерьяламъ Медицинскаго Совета и др. Въ 1910 году будетъ окончено печатаніе Трудовъ III-го Съѣзда Общества Россійскихъ акушеровъ и гинекологовъ. Помимо этого предполагается улучшить и внѣшность изданія (форматъ, бумага).

И въ будущемъ году, какъ и за всѣ предшествовавшіе 4 года, Журналъ будетъ аккуратно выходить перваго числа каждаго мѣсяца,

и въ концѣ года къ нему будетъ приложенъ обычный систематическій предметный указатель всего собраннаго за годъ матеріала. Этотъ указатель сохранить за Журналомъ присущую ему цѣнность справочной книги, природной не только для практическихъ врачей, но и при работкѣ научныхъ вопросовъ.

Редакція пользуется случаемъ принести свою благодарность Акуш. Гин. О-ву, не щадившему средствъ и труда на улучшение своего изданія. Съ особеннымъ удовольствіемъ она отмѣчаетъ также и старанія своихъ постоянныхъ сотрудниковъ, всѣми силами способствовавшихъ преуспѣянію его.

Если допустимъ предположеніе, что количество подписчиковъ свѣдѣтельствуетъ о той или другой оцѣнкѣ Журнала со стороны читателей, то редакція можетъ считать себя вполне удовлетворенной: за истекшій годъ всѣ экземпляры уже распроданы.

Не смотря на расширеніе программы и на дороговизну типографическихъ работъ, подписная цѣна и на будущій годъ оставлена та же.

Надѣясь и впредь на благосклонное содѣйствіе всѣхъ товарищей и сотрудниковъ, редакція уверена, что ей удастся еще болѣе улучшить нашъ единственный — спеціальнѣйшій органъ по акушерству и гинекологіи въ Россіи и сдѣлать его вполне достойнымъ тѣхъ успѣховъ, которыми по справедливости гордится русская акушерско-гинекологическая наука.

Главною цѣлью журнала будетъ, какъ и въ прежніе годы: служить вѣрнымъ отраженіемъ прогрессивнаго развитія Русской Акушерско-Гинекологической школы и дать возможность практическимъ врачамъ слѣдить за научными и практическими успѣхами нашей спеціальности.

Г. Рейнъ.

Л. Личкусъ.

А. Редлнхъ.

120.

Ж У Р Н А Л Ъ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

Годъ двадцать третій.

ЯНВАРЬ 1909 г. № 1.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ. КАЗУИСТИКА.

I.

Изъ Академической акушерско-гинекологической клиники Императорской
Военно-Медицинской Академіи.

Опытъ лечебной рентгенизаціи яичниковъ.

Д-ра мед. С. Г. ЗАРѢЦКАГО.

Литературная казуистика рентгенотерапіи въ области гинекологіи въ настоящее время еще очень бѣдна. Немногочисленные первыя сообщенія описываютъ попытки леченія рентгенизаціей рака матки. Эти опыты, однако, не дали пока утѣшительныхъ результатовъ.

Вопросъ о лечебной рентгенизаціи яичниковъ еще вовсе не имѣетъ собственной литературы. Нѣкоторыя указанія на вліяніе X-лучей на яичники женщины имѣются въ работахъ, посвященныхъ рентгенотерапіи опухолей матки. Въ литературѣ можно встрѣтить описанія лишь трехъ опытовъ, въ которыхъ рентгенизація имѣла своимъ объектомъ яичники женщины. Возникновеніе вопроса о лечебной рентгенизаціи яичниковъ представляется въ слѣдующемъ видѣ.

Вниманіе остановилось на доброкачественныхъ опухоляхъ матки. Въ февралѣ 1905 года Foveau de Courmelles¹⁾ сдѣлалъ сообщеніе въ Academie des Sciences о своихъ опытахъ рентгенотерапіи міомъ матки. Эти наблюденія, судя по литературнымъ даннымъ, повидимому, являются первыми въ области примѣненія рентгенизаціи въ гинекологіи.

Хотя ко времени опубликованія наблюденій Foveau de Courmelles уже появились въ печати сообщенія объ атрофирующемъ вліяніи X-лучей на яичники кроликовъ, однако эти экспериментальныя изслѣдованія еще не были извѣстны въ то время, когда Foveau de Courmelles ставилъ свои опыты

¹⁾ Comptes Rendus de l'Acad. des Sciences. 1905. — Revue de thérap. méd.-chirurg. 1906. — Comptes Rendus de l'Acad. des Sciences 1907.

рентгенизації міомъ матки. Это обстоятельство интересно тѣмъ, что въ литературѣ почти одновременно появились два сообщенія, -- одно изъ лабораторіи и другое изъ клиники, причемъ, хотя клиническіе опыты рентгенизації имѣли совершенно иной объектъ (міома матки), чѣмъ опыты лабораторные (исключительно яичники), однако результаты клиническихъ наблюденій имѣютъ свой комментарий въ результатахъ лабораторнаго эксперимента.

Дѣло въ томъ, что въ своихъ опытахъ рентгенизації міомъ матки Foveau de Courmelles направлялъ пучокъ X-лучей въ вентро-дорзальномъ направленіи на нижнюю часть живота надъ симфизой, ограничивая этотъ пучокъ лучей на уровнѣ кожи живота периметромъ той площади, на которую мысленно проэцировалась въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ прошупывавшаяся опухоль матки. Такимъ образомъ, постановка опытовъ имѣла цѣлью рентгенизировать исключительно данную опухоль. Но само собою разумѣется, что при такой постановкѣ опытовъ почти неизбежно должны были попасть въ сферу дѣйствія проникающихъ X-лучей также и яичники, которые даже въ томъ случаѣ, если оказывались прикрытыми самой опухолью матки, все-таки за время экспозиціи могли получать нѣкоторую дозу X-лучей. Конечно, если центръ антикатода располагался въ одномъ перпендикулярѣ съ центральной точкой экспонируемой площади, то несравненно болѣе интенсивной рентгенизації подвергалась средняя часть опухоли, на которую падали X-лучи подъ прямымъ угломъ. Боковыя части опухоли получали меньшую дозу X-лучей, причемъ эти расходяшіеся лучи въ значительномъ количествѣ поглощались опухолевой тканью, и до яичниковъ достигало лишь небольшое количество лучей жесткихъ, профильтрованныхъ сквозь массу подлежащей опухоли.

Foveau de Courmelles, резюмируя свои наблюденія, говоритъ, что онъ постоянно наблюдалъ уменьшеніе самихъ опухолей, прекращеніе кровотеченій и остановку менструацій. Съ прекращеніемъ кровотеченій исчезали и менструаціи, которыя при дальнѣйшемъ наблюденіи автора не появлялись даже у тѣхъ больныхъ, которыя, соотвѣтственно своему возрасту, должны были-бы еще менструировать.

Прекращеніе менструацій, конечно, говоритъ въ пользу воздѣйствія X-лучей на яичники, каковое, по указаніямъ лабораторіи, состоитъ въ атрофіи половыхъ железъ. Такъ какъ въ опытахъ Foveau de Courmelles яичники попадали въ сферу дѣйствія проникающихъ X-лучей лишь случайнымъ образомъ, то поэтому говорить о систематической рентгенизації яичниковъ не приходится. Наоборотъ, весьма допустимо, что при различ-

ныхъ отдѣльныхъ экспозиціяхъ X-лучи проникали одинъ разъ до одного яичника, другой разъ до другого, а иногда, можетъ быть, оба яичника оказывались внѣ предѣловъ пучка X-лучей. Можетъ быть, этимъ слѣдуетъ объяснить отрицательный результатъ нѣкоторыхъ изъ неудачныхъ семи опытовъ Foveau de Courmelles. Положительные же результаты дѣлають наблюденія автора очень цѣнными.

Въ слѣдующемъ году (1906) Görl¹⁾ опубликовалъ свой случай рентгенотерапіи міомы матки. На этотъ разъ рентгенотерапія женской половой сферы уже была основана на извѣстныхъ экспериментальныхъ указаніяхъ атрофирующаго вліянія X-лучей на яичники. Имѣя въ виду лабораторныя указанія, а также сообщеніе Foveau de Courmelles, Görl попытался съ помощью изолированной рентгенизаціи яичниковъ получить у женщины аменоррею и вторичное уменьшеніе міомы матки. Соотвѣтственно идеѣ опыта, была опредѣлена и постановка эксперимента, — именно, пучокъ X-лучей направлялся не на область міомы (какъ у Foveau de Courmelles), а на область расположенія соотвѣтственнаго яичника.

Görl подтверждаетъ наблюденія Foveau de Courmelles, что при рентгенизаціи яичниковъ у женщины прекращаются менструаціи. Тутъ-же кстати сказать, что при примѣненіи описаннаго способа рентгенизаціи не было никакихъ поврежденій кожи и вообще не замѣчалось никакихъ побочныхъ явленій. Уменьшеніе размѣровъ міомы можно было, по словамъ автора, констатировать уже въ теченіе курса рентгенизаціи.

Въ случаѣ Görl'я было сдѣлано всего 43 сеанса при общей продолжительности экспозиціи въ 430 минутъ, причемъ на пути X-лучей къ яичникамъ предлежала большая міома, поглощавшая массу лучей. По этому поводу авторъ говоритъ, что въ другихъ случаяхъ, когда не будетъ предлежать большая міома, и, слѣдовательно, яичники будутъ легче доступны дѣйствию X-лучей, понадобится, вѣроятно, менѣе интенсивная рентгенизація. Авторъ считаетъ правильнымъ методъ: 4—5 экспозиціи еженедѣльно въ теченіе 4 недѣль.

Дальнѣйшія наблюденія собраны въ сообщеніи Fraenkel'я²⁾ (1908). Авторъ въ 28 случаяхъ наблюдалъ измѣненіе характера менструаціи подъ вліяніемъ рентгенизаціи тазовой области или шитовидной железы. Явленія дисменорреи и меноррагій уменьшались, въ среднемъ, послѣ 10—12 экспозиціи, причемъ во многихъ случаяхъ подобный эффектъ наступалъ уже послѣ 5—6 сеансовъ.

1) Zentralbl. f. Gyn. 1906.

2) Zentralbl. f. Gyn. 1908.

Полученный результат рентгенотерапии зачастую держался въ продолженіе трехъ ближайшихъ менструальныхъ періодовъ, и только по истеченіи этого промежутка времени являлась необходимость въ новомъ курсѣ леченія. Однако теперь уже оказывалось достаточнымъ для получения того-же результата сдѣлать половинное количество экспозицій. Наиболѣе удобнымъ временемъ для рентгенизаціи Fraenkel считаетъ первые дни послѣ послѣдней менструаціи, или первую половину менструального интервала. Если рентгенизація была интенсивной, то въ опытахъ автора для ослабленія слѣдующихъ менструацій приходилось сдѣлать еще 2—4 экспозиціи въ продолженіе ближайшихъ 4—8 недѣль. Объясненіе факта ослабленія меноррагій и остановки менструацій авторъ видитъ исключительно въ дѣйствиі Х-лучей на яичники.

Рекомендуя этотъ методъ леченія, Fraenkel обращаетъ вниманіе на его преимущества, состоящія въ совершенной безболѣзненности, въ безопасности и въ надежности результата. На основаніи своихъ наблюденій авторъ говоритъ, что, умѣя въ настоящее время достаточно точно дозировать Х-лучи, можно избѣгать нежелательныхъ въ иныхъ случаяхъ послѣдствій въ родѣ безплодія женщины, дѣлая достаточныя паузы, въ теченіе которыхъ функціональная способность слабо рентгенизированныхъ яичниковъ восстанавливается до нормы.

Нельзя не упомянуть объ опытахъ леченія остеомалачіи рентгенизаціей яичниковъ. Въ одномъ изъ засѣданій Госпитального Общества въ Римѣ Ascarelli ¹⁾ сообщилъ о случаѣ остеомалачіи, въ которомъ, принимая во вниманіе атрофирующее дѣйствіе Х-лучей на половыя железы, онъ рѣшилъ примѣнить рентгенизацію яичниковъ вмѣсто оваріэктоміи. Больная въ очень тяжеломъ состояніи, давно не покидавшая постели и страдавшая болями, была подвергнута періодическимъ сеансамъ рентгенизаціи яичниковъ. По прошествіи двухъ мѣсяцевъ такого леченія улучшеніе стало очевиднымъ, причѣмъ это улучшеніе состоянія больной какъ разъ совпало съ уменьшеніемъ менструацій. По прошествіи еще трехъ мѣсяцевъ пациентку можно было считать излеченной: она свободно ходила и не ошущала болей. Между тѣмъ менструаціи совершенно прекратились, и при дальнѣйшемъ наблюденіи эта аменоррея продолжалась въ теченіе пяти мѣсяцевъ до момента сообщенія случая.

По поводу этого случая Arcangelli замѣтилъ, что остеомалачія наблюдается иногда и у женщинъ, достигшихъ періода нормального прекращенія менструацій, а потому приходится считать, что оваріэктомія излечиваетъ остеомалачію прекраще-

¹⁾ Gaz. degli Ospedali. 1906.

ніемъ не овуляціи или менструаціи, а внутренней секреціи яичниковъ.

Ренде, видя причину цѣлебнаго дѣйствія оваріэктоміи при остеомалачіи въ удаленіи именно интерстиціальной железы яичниковъ, высказалъ свой взглядъ, что X-лучи вызываютъ, вѣроятно, атрофію интерстиціальной железы яичниковъ женщины и этимъ обусловливаютъ излеченіе остеомалачіи, которая имѣетъ въ своей этиологіи повышеніе внутренней секреціи яичниковъ.

Далѣе, исходя изъ наблюденія, что карцинома грудной железы развивается медленнѣе послѣ экстирпаціи яичниковъ, Foucau de Courmelles примѣнилъ рентгенизацію яичниковъ съ цѣлью вызвать ихъ атрофію и этимъ воздѣйствовать на теченіе раковаго процесса въ грудной железнѣ. При этомъ авторъ наблюдалъ быстрое улучшеніе и даже полное излеченіе.

Наблюденія показываютъ, что щитовидная железа имѣетъ важное значеніе въ общей экономіи половыхъ органовъ женщины; съ другой стороны, опыты указываютъ на атрофирующее дѣйствіе X-лучей на яичники. Имѣя въ виду все это, Fraenkel ¹⁾ впервые примѣнилъ у женщины попеременную рентгенизацію щитовидной железы и яичниковъ, съ цѣлью вызвать абортъ, и получилъ положительный результатъ. Это первый случай, описанный въ литературѣ, въ которомъ примѣнена систематическая рентгенизація яичниковъ (и щит. железы) при беременности у человѣка.

Считая, что одного лишь атрофирующаго вліянія X-лучей на яичники совершенно достаточно для прерыванія беременности, Fraenkel теоретически допускаетъ возможность, что въ этомъ отношеніи играетъ нѣкоторую роль также и дѣйствіе образующагося въ организмѣ матери и переходящаго къ плоду X-лейкотоксина, однако, по его мнѣнію, эта роль ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть главной.

При рентгенизаціи яичниковъ весь животъ покрывался станиолевымъ листомъ и свинцовой пластиной въ 60 см. окружности. Станиолевый листъ употреблялся для фильтраціи X-лучей (поглошалъ мягкіе лучи); въ свинцовой пластинѣ было сдѣлано для прохожденія лучей небольшое отверстіе, лишь соответствующее области расположенія яичника. Матка по возможности защищалась. Разстояніе антикатада=25 см. Сеансы были распределены такимъ образомъ, что на каждый пятый день была пауза въ 1 день и, ради обереганія кожи живота, каждый пятый сеансъ рентгенизировалась только щитовидная железа и притомъ только

¹⁾ Zentralbl. f. Gyn. 1907.

5 минутъ; между тѣмъ какъ обыкновенная продолжительность сеанса равнялась 10 минутамъ.

Рѣчь идетъ о молодой туберкулезной женщинѣ въ начальномъ стадіи легочного процесса. Тяжелое общее состояніе, истощеніе, угнетеніе психики, продолжительная неукротимая рвота и видимое ухудшеніе легочного процесса послужили показаніемъ къ преждевременному прерыванію беременности на третьемъ мѣсяцѣ. Примѣнена рентгенизація яичниковъ и щитовидной железы.

Всего сдѣлано 25 сеансовъ продолжительностью каждый въ 5—10 минутъ (постепенно увеличивая), послѣ чего произошелъ спонтанный абортъ при потугообразныхъ спазмахъ и сильномъ кровотеченіи, которое прекратилось послѣ самостоятельнаго удаленія всего содержимаго матки. Ни инструментальнаго, ни какого-бы то ни было иного вмѣшательства не было.

Въ случаѣ аборта у женщины авторъ отмѣчаетъ сильныя позывы къ мочеиспусканію, доходившіе даже до степени недержанія мочи въ началѣ курса рентгенизаціи. Кромѣ того, авторъ могъ наблюдать спазмодическія или схваткообразныя сокращенія матки, хотя сужденіе о характерѣ этого явленія не получено объективнымъ путемъ, а основывается, главнымъ образомъ, на заявленіяхъ беременной о ея субъективныхъ ощущеніяхъ.

Чрезвычайный интересъ представляютъ два случая Rankow¹⁾, находящіеся въ настоящее время еще подъ наблюденіемъ. Желая достигнуть прекращенія менструаціи, при сохраненіи другихъ функций яичниковъ, авторъ примѣнилъ недавно въ двухъ случаяхъ рентгенизацію пересаживаемой части яичниковъ. Результаты этого метода еще не извѣстны.

Что касается показаній къ примѣненію рентгенизаціи яичниковъ, то по этому вопросу въ литературѣ высказываются слѣдующія воззрѣнія.

Görl по поводу своего случая и случая Foucau de Courmelles (рентгенотерапіи міомы матки) говоритъ, что, хотя до сихъ поръ X-лучи примѣнялись для леченія міомъ, т. е. именно у той категоріи больныхъ, гдѣ, за нѣкоторыми исключеніями, наиболѣе рационально хирургическое вмѣшательство съ цѣлью прямого удаленія новообразованія, однако, можетъ быть, рентгенотерапія будетъ имѣть мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ хирургъ не рѣшается или рѣшается съ трудомъ на операцію. Авторъ имѣетъ въ виду особенно тѣ случаи, въ которыхъ существуютъ тяжелыя кровотечения, но въ которыхъ, вслѣдствіе сопутствующихъ болѣзней сердца или почекъ, или по инымъ причи-

¹⁾ Zentralbl. f. Gyn. 1908.

намъ, соотвѣтствующее оперативное пособіе сопряжено съ большою опасностью для жизни.

Fellner и Neumann съ теоретической точки зрѣнія считаютъ цѣлесообразнымъ примѣненіе рентгенизации яичниковъ при остеомалации въ виду связи этого заболѣванія съ повышеніемъ внутренней секреціи яичника. По вопросу объ обезпложиваніи женщинъ авторы высказываютъ слѣдующія соображенія. Возможно, что послѣ курса рентгенизации еще нѣкоторое время продолжается развитіе нормальныхъ яицъ. Имѣя въ виду опыты съ рентгенизаціей мужскихъ половыхъ железъ, въ которыхъ азооспермія наступала постепенно и выливалась въ окончательную форму полной, стойкой азоосперміи лишь много времени спустя послѣ курса рентгенизации, можно думать, что стойкое безплодіе у женщинъ также достижимо путемъ примѣненія малыхъ дозъ въ теченіе продолжительнаго времени. Далѣе, при метроррагіяхъ на почвѣ міомъ въ возрастѣ, близкомъ къ климактерію, авторы также видятъ показанія къ примѣненію рентгенизации яичниковъ съ цѣлью вызвать преждевременно менопаузу. Съ другой стороны, однако, Fellner и Neumann находятъ этотъ способъ негоднымъ для вызыванія аборта вслѣдствіе тѣхъ затрудненій, которыя сопутствуютъ примѣненію такой большой дозы X-лучей, какая, можетъ быть, потребуется для этого. Въ необходимости примѣненія слишкомъ интенсивной экспозиціи, которая, по мнѣнію авторовъ, неизбежно должна будетъ вызвать серьезныя побочныя явленія, авторы видятъ ахиллесову пятю всего вопроса. Они больше склоняются въ пользу рентгенизации непосредственно самой беременной матки, примѣняя малыя дозы лучей въ первые мѣсяцы беременности, когда стѣнка матки еще тонка, и околоплодная жидкость не мѣшаетъ проникновенію X-лучей (мочевой пузырь долженъ быть опорожненъ). Эти взгляды основаны исключительно на теоретическихъ соображеніяхъ.

При *carcinoma mammae* и *cancer uteri* авторы теоретически видятъ возможность полученія благоприятнаго результата отъ рентгенизации яичниковъ.

Выше уже отмѣчено, что взглядъ Fellner'a и Neumann'a о цѣлесообразности рентгенизации яичниковъ при остеомалации нашель подтвержденіе въ клиническомъ наблюденіи (A scarelli). Напротивъ, взглядъ авторовъ, по которому этотъ методъ оказывается негоднымъ для прерыванія беременности у женщины, не вполне соотвѣтствуетъ дѣйствительности, такъ какъ клиника даетъ факты, указывающіе на возможность полученія желаемаго результата. И мы уже имѣемъ вышеописанное сообщеніе Fraenke'я о случаѣ аборта, вызваннаго рентгенизаціей яичниковъ.

Въ той-же статьѣ Fraenkel высказываетъ свой взглядъ о рациональности примѣненія рентгенизаціи яичниковъ въ терапіи остеомалаяціи и настойчиво рекомендуетъ товарищамъ-врачамъ испытать этотъ методъ прежде, чѣмъ приступить къ хирургической кастраціи.

На основаніи литературныхъ указаній и, главнымъ образомъ, собственныхъ экспериментальныхъ изслѣдованій ¹⁾ мнѣ лично сфера примѣненія рентгенизаціи яичниковъ представляется въ слѣдующемъ видѣ.

I). Заболѣванія яичниковъ, устанавливающія показанія къ оваріэктоміи. Въ этихъ случаяхъ рационально назначеніе интенсивной рентгенизаціи яичниковъ (черезъ брюшную стѣнку и черезъ зеркала) для полученія рѣзкой и стойкой атрофіи органовъ.

II. Заболѣванія въ области половой сферы женщины, для излеченія которыхъ желательно выключеніе функціи яичниковъ.

а) Доброкачественныя новообразования матки. При этомъ терапія рассчитана на атрофирующее вліяніе на весь tractus genitalis путемъ выключенія секреторной функціи яичниковъ. Слѣдовательно, въ этихъ случаяхъ рентгенизація яичниковъ имѣетъ цѣлью полученіе стойкой атрофіи органовъ. При назначеніи метода дозировки приходится руководиться особенностями случая. При наличии противопоказаній къ быстрому выключенію продуктовъ внутренней секреціи яичниковъ, дробная дозировка должна предотвратить появленіе т. наз. явленій выпаденія, постепенно понижая секреторную способность половыхъ железъ и подготавливая организмъ женщины къ новымъ условіямъ половой жизни.

б) Меноррагіи, метроррагіи, хрон. метриты,—главнымъ образомъ, въ возрастѣ, не далекомъ отъ климактерія. При мено—и метроррагіяхъ рентгенизація яичниковъ должна вызвать менопаузу. Атрофирующее вліяніе на tractus genitalis рекомендуетъ этотъ методъ для леченія хрон. метритовъ.

III. Остеомалаяція. Терапія рассчитана на пониженіе секреторной функціи яичниковъ, рентгенизація которыхъ можетъ быть дробной, мало интенсивной, не преслѣдующей полученія стойкой атрофіи органовъ въ высокой степени.

IV. Показанія къ исключенію овуляціонной дѣятельности органовъ (обезпложиваніе), напр., при абсолютныхъ суженіяхъ таза, тбс и т. д. Методъ рентгенизаціи яичниковъ предпочтителенъ въ формѣ дробной дозировки. Однако при этомъ, ввиду невозможности зачастую точнаго контроля половой жизни пациентки, допустимо первоначальное примѣненіе интенсивной рент-

¹⁾ Рентгенизація яичниковъ. Диссерт. № 2. 1908. Петербургъ.—Экспериментальная X-атрофія яичниковъ. Журналъ Акуш. и Ж. Б. 1908. Декабрь.

генизаціи (черезъ брюшную стѣнку и черезъ влагалище) до остановки менструацій. Дальнѣйшіе сеансы для упроченія достигнутого эффекта уже должны быть поставлены (черезъ брюшную стѣнку) на основаніи соображеній о большей или меньшей степени атрофіи интерстиціальной железы яичниковъ.

V. Показанія къ производству аборта. Рентгенизація яичниковъ, повидимому, должна быть интенсивной, причемъ требованія асептики предписываютъ методъ рентгенизаціи исключительно черезъ брюшную стѣнку. Вопросъ объ абортивной изолированной рентгенизаціи яичниковъ при беременности конкурируетъ съ вопросами: 1) комбинированной рентгенизаціи яичниковъ и щитовидной железы и 2) непосредственной рентгенизаціи беременной матки. Однако, при клиническомъ показаніи къ производству аборта, послѣ каждаго изъ этихъ двухъ методовъ, повидимому, понадобится производство послѣдующей изолированной рентгенизаціи яичниковъ для окончательнаго исключенія овуляціонной функціи органовъ.

Высказанныя соображенія обрисовываютъ лишь общій горизонтъ, открывающійся на первыхъ порахъ на пути клиническаго изученія метода рентгенизаціи яичниковъ. Гинекологія не замедлитъ предъявить соотвѣтственные объекты клиническаго наблюденія, обезпечивъ обширный матеріалъ для изученія новаго метода леченія. Клиника можетъ расширить показанія къ назначенію этого метода въ тѣхъ патологическихъ случаяхъ, которыхъ нельзя предвидѣть, но которые можно встрѣтить среди обилія различныхъ формъ вообще въ патологіи женскаго организма и, въ частности, среди тѣхъ патологическихъ явленій, которыя имѣютъ связь съ беременностью. Постановка первыхъ экспериментовъ лечебной рентгенизаціи яичниковъ въ подходящихъ случаяхъ и дальнѣйшая тщательная разработка казуистическаго матеріала являются одной изъ задачъ современной клиники.

Наблюденіе изъ Академической акушерско-гинекологической клиники имѣетъ своимъ объектомъ случай леченія рентгенизаціей яичниковъ обоюдосторонняго оофорита и меноррагій, т. е. случай комбинаціи показаній, относящихся къ группамъ I и IIb вышеприведенной схемы.

Главныя черты исторіи болѣзни и леченія состоятъ въ слѣдующемъ. Т. А. Л., 34 лѣтъ, уроженка г. Елисаветграда, вдова провизора. Родилась въ то время, когда отцу былъ 51 годъ, а матери 48 лѣтъ. Изъ симптомовъ болѣзни отца, предшествовавшей его смерти, помнитъ постоянныя головныя боли, затѣмъ скандированіе рѣчи и наконецъ параличъ языка. Мать жива до сихъ поръ, ей 82 года, она не отличается здоровьемъ, постоянно страдаетъ головными болями; иногда падаетъ безъ сознанія, причемъ эти припадки сопровождаются судоро-

гами. Съ лечебной цѣлью ей дѣлались нѣкоторое время впрыскиванія подъ кожу головы (?). (Болѣе точныхъ указаній собрать не удастся).

Т. Л. вообще была здоровой, но всегда отличалась чрезмѣрной впечатлительностью, легкою раздражаемостью, быстрой переменчивостью въ настроеніи, обидчивостью безъ достаточнаго повода, вызывающей плачь и рыданія, переходящія, по ея словамъ, въ истерическій припадокъ. Нерѣдко случались и обмороки (обморокъ во время вѣнчанія).

Въ дѣтствѣ перенесла корь; 18 лѣтъ тому назадъ болѣла маляріей. Менструировать начала на 14 году. Типъ менструацій — ежемѣсячно по 8 дней съ двухдневнымъ перерывомъ. Дисменоррейныя явленія всегда были настолько интенсивны, что являлась необходимость въ постельномъ содержаніи въ теченіе первыхъ дней каждаго періода. Послѣ замужества (на 19 году) менструальный циклъ остался прежнимъ, но болѣзненность менструацій значительно уменьшилась. Въ анамнезѣ мужа больной нѣтъ конституціональныхъ страданій. Черезъ 11 мѣсяцевъ послѣ свадьбы Т. Л. родила мальчика, который въ настоящее время живъ и здоровъ. Роды были нетрудными, послѣродовой періодъ протекалъ безъ осложненій. Черезъ 1 годъ и 3 мѣсяца Т. Л. снова забеременѣла, но эта беременность прервалась абортomъ на 4 мѣсяцѣ. Причиной аборта Т. Л. считаетъ исключительно душевныя потрясенія по поводу болѣзни и смерти ея отца. Послѣ выкидыша пролежала въ постели 3 мѣсяца, причемъ страдала сильными болями внизу живота; все время было лихорадочное состояніе. Выкидышъ считаетъ началомъ болѣзни своей половой сферы и усиленія разстройства нервной системы.

Въ брачной жизни провела 10 лѣтъ. Coitus былъ всегда болѣзненъ и не давалъ удовольвенія. Въ анамнезѣ половыхъ отношеній установлено злоупотребленіе coitus interruptus. Со смертью мужа (6 лѣтъ т. н.) кончилась нормальная половая жизнь. Съ тѣхъ поръ, по словамъ больной, половое чувство удовлетворялось искусственно.

По поводу постоянныхъ сильныхъ болей по обѣимъ сторонамъ внизу живота Т. Л. лечилась у различныхъ врачей. Результаты леченія оставались отрицательными.

Въ 1894 году, по словамъ больной, проф. Толочиновъ предложилъ ей оваріэктомію, на которую, однако, она не согласилась. Между тѣмъ болѣзнь прогрессировала, развилась неврастенія.

7 лѣтъ тому назадъ Т. Л. обратилась за совѣтомъ къ проф. Отту, который констатировалъ хроническое воспаленіе яичниковъ. Относительно пользы оваріэктоміи проф. Оттъ выразилъ сомнѣніе, по словамъ больной, въ виду наличности тяжелой формы истеро-неврастеніи. Въ виду обильныхъ кровопотерь при менструаціяхъ, рѣшено было сдѣлать выскабливаніе матки, а также перинеоррафію. Обѣ эти операціи были произведены докторомъ Драницынымъ.

Около года Т. Л. чувствовала себя вполне здоровой. Менструаціи, хотя и продолжались попрежнему по 8 дней, но не сопровождались такими болями, какъ прежде. Какъ-будто успокоились и боли въ области яичниковъ. Однако мало-по-малу прежнее тяжелое состояніе вернулось.

Живя въ это время въ Кіевѣ, Т. Л. обращалась за совѣтомъ къ гинекологамъ, причемъ ей приходилось выслушивать различные взгляды о необходимости операціи оваріэктоміи. По словамъ больной, всѣ врачи были согласны въ томъ, что удаленіе яичниковъ можетъ принести

пользу. Вопросъ же о необходимости удаленія половыхъ железъ трактовался различно. Д-ра Яхонтовъ, Нейловъ и Писемскій видѣли возможность улучшенія послѣ оваріэктоміи.

Проф. Малковъ, изслѣдовавъ больную, согласился съ мнѣніемъ гинекологовъ.

Послѣ этого Т. Л. рѣшила для окончательнаго рѣшенія вопроса объ операциі обратиться въ Академическую акушерско-гинекологическую клинику проф. Рейна и была принята въ клинику 12-1-1908.

При поступленіи въ клинику отмѣчены слѣдующія жалобы: сильная постоянная рѣзущая боль въ обѣихъ подвздошныхъ областяхъ, временами еще болѣе усиливающаяся и совершенно исключаящая возможность не только ходьбы, но и сидѣнья; боль эта нѣсколько успокаивается при постельномъ содержаніи; иррадирующія боли въ нижнихъ конечностяхъ (бедра); сильное разстройство нервной системы; плохой сонъ, зачастую бессонница, отсутствіе аппетита, тошнота, постоянные запоры, постоянныя головныя боли, одышка; рѣзкія дисменоррейныя явленія и меноррагіи.

Объективно: Т. Л. средняго роста, нѣжнаго тѣлосложенія, слабого питанія. Вѣсъ 43.200 gr. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не открываетъ ничего ненормальнаго. Правая почка прощупывается, нѣсколько опущена, слегка болѣзненна. Тоны сердца чисты, границы нормальны. Пульсъ 72—76. Температура 37,2°. Брюшныя стѣнки вялыя; на кожѣ слѣды бывшей беременности въ видѣ рубцовъ. При ощупываніи живота замѣчается повышенная чувствительность въ области слѣпой кишки; прощупывается flexura sigmoidea. Брюшная аорта прощупывается на всемъ протяженіи до бифуркаціи. При ощупываніи обѣихъ подвздошныхъ областей отмѣчается рѣзкая болѣзненность (больная вскрикиваетъ отъ боли).

Наружныя половыя органы развиты правильно, покрыты умѣреннымъ количествомъ волосъ. Малыя губы пигментированы, нормально развиты. Praeputium clitoridis слегка отечно. Отверстіе уретры на нормальной высотѣ, не покрасѣвшее. Остатки hymenis въ видѣ sagittulae purtiformes. На промежности слѣды бывшей перинеоррафіи. Отверстія бартолиновыхъ железъ нормальны. Слизистая входа блѣдно-розовой окраски.

Влагалище умѣренной емкости, складки его сглажены. Шейка матки на нормальной высотѣ, цилиндрической формы, плотновата; наружный зѣвъ въ видѣ поперечной щели. Тѣло матки въ физиологической flexio-versio увеличено, плотно, болѣзненно, особенно при движеніи. Движенія матки нѣсколько ограничены. Правый яичникъ прощупывается возлѣ правой безымянной линіи, величиной съ большую сливу, рѣзко болѣзненъ. Лѣвый яичникъ прощупывается сзади, вблизи лѣваго угла матки, увеличенъ, имѣетъ неровную поверхность и также рѣзко болѣзненъ. Широкія связки на всемъ протяженіи повышено чувствительны.

Изслѣдованіе нервной системы установило наличность истеро-неврастеніи.

Диагнозъ. Hystero-neurasthenia. Ren mobilis dex. Oophoritis dupl. chron. Metritis chronica.

Дальнѣйшее клиническое наблюденіе въ продолженіе двухъ съ лишнимъ мѣсяцевъ (до 24—III) показало безрезультатность обычнаго

противовоспалительнаго леченія: мѣстныя явленія въ половой сферѣ оставались безъ всякихъ измѣненій къ лучшему. Общее состояніе видимо ухудшалось. Менструаціи сопровождалась интенсивными дисменоррейными явленіями и обильными кровопотерями. Къ концу этого срока наблюденія Т. Л. почти не вставала съ постели, такъ какъ мѣлѣйшаго движенія было достаточно, чтобы вызвать рѣзкія боли въ области яичниковъ. Температура все время оставалась нормальной.

Назначена рентгенизація яичниковъ по методу *sessiones tertianae*, въ вентро-дорзальномъ направленіи. Трубка Müller'a; лучи ca 10^0 Wh. Разстояніе отъ антикатада до кожи живота 25—30 см. Рентгенизація каждаго яичника въ отдѣльности. Сила вторичнаго тока 0,3—0,4 М.-Амр. Продолжительность отдѣльной экспозиціи каждаго яичника 5—6 мин. (при дистанціи антикатада въ 25 см.) и 10 мин. (при дистанціи въ 30 см.).

Для экспозиціи трубка помѣщалась въ кожухѣ штатива Lambertz'a, снабженномъ цилиндрической заслонкой діаметромъ въ 12 см. Трубка устанавливалась кремальерами штатива такимъ образомъ, чтобы зеркало антикатада находилось въ одномъ перпендикулярѣ съ экспонируемой на брюшную стѣнку областью расположенія соответственнаго яичника больной, лежащей на спинѣ. Во время экспозиціи одной изъ подвздошныхъ областей другая прикрывалась свинцовымъ листомъ; такая-же свинцовая пластинка малаго размѣра помѣщалась на *mons Veneris* (во избѣжаніе депиляціи). Въ центрѣ экспонируемой области, т. е. въ томъ мѣстѣ, куда падали X-лучи подъ прямымъ угломъ и гдѣ, слѣдовательно, являлся необходимымъ наиболѣе тщательный контроль за реакціей кожи, помѣщались всякій разъ на время экспозиціи двѣ квантиметрическія полоски Kienböck'a: одна изъ этихъ полосокъ, предназначенная для измѣренія количества X-лучей, упавшихъ на экспонируемую область въ теченіе однократной экспозиціи, каждый сеансъ замѣнялась новой; другая-же, предназначенная для контроля общей дозы X-лучей въ теченіе всего курса рентгенизаціи, каждый сеансъ помѣщалась на свое мѣсто. Проявленіе *разовыхъ* полосокъ послѣ каждой экспозиціи давало возможность судить о количествѣ X-лучей, упавшихъ на экспонируемую область въ теченіе каждой экспозиціи въ отдѣльности. Когда сумма показаній *разовыхъ* полосокъ оказывалась достаточной, тогда только проявлялась *постоянная* полоска, показаніе которой контролировало сумму показаній *разовыхъ* полосокъ. Подобныя квантиметрическія измѣренія производились на каждой изъ двухъ экспонируемыхъ областей (подвздошныхъ).

Курсъ рентгенизаціи яичниковъ представляется въ слѣдующемъ видѣ.

Datum.	Продолжительность экспозиціи.	Количество X-лучей на уровнѣ кожи живота	
		Правый яичникъ.	Лѣвый яичникъ.
24—III	10 мин.	1 х	2 х
26—III	5 »	$\frac{3}{4}$ х	$\frac{3}{4}$ х
28—III	10 »	1 х	$1\frac{1}{4}$ х
31—III	5 »	$\frac{3}{4}$ х	$\frac{1}{2}$ х
2—IV	5 »	$\frac{1}{4}$ х	$\frac{1}{4}$ х
4—IV	10 »	$\frac{1}{2}$ х	$\frac{3}{4}$ х
6—IV	10 »	1 х	$\frac{3}{4}$ х
8—IV	10 »	1 х	$\frac{1}{2}$ х
10—IV	10 »	$1\frac{1}{2}$ х	$1\frac{1}{4}$ х

11/IV началась менструация, причемъ больной самою отмѣчено отсутствіе обычныхъ предменструальныхъ болей. Съ началомъ менструаціи появились боли, требовавшія постельнаго содержанія больной. Менструальный періодъ: съ 11/IV по 13/IV включительно. Количество потерянной крови оказалось гораздо меньше, чѣмъ обыкновенно.

Такимъ образомъ, въ продолженіе 18 дней сдѣлано 9 сеансовъ рентгенизаціи, причемъ общая продолжительность экспозиціи каждой подвздошной области была = 75 мин. Общее количество X-лучей, измѣренное по квантиметру Кіенбёск'а, равнялось: на уровнѣ кожи правой подвздошной области $7\frac{3}{4}x$, на уровнѣ кожи лѣвой подвздошной области 9 x.

Пауза въ курсѣ рентгенизаціи продолжалась до 12/V, т. е. въ теченіе одного мѣсяца. Въ это время наблюдалось появленіе на кожѣ экспонированныхъ областей легкой эритемы, постепенно исчезнувшей, не сопровождавшейся шелушеніемъ и оставившей послѣ себя слабую желтоватобурюю сплошную пигментацію, которая также почти исчезла къ концу мѣсячнаго перерыва. Какъ при появленіи розовой окраски рентгенизированной кожи, такъ и затѣмъ, при замѣнѣ ея пигментаціей, эластичность кожи оставалась нормальной, ея чувствительность не была повышенной.

Между прочимъ во время мѣсячнаго перерыва въ обычномъ способѣ рентгенизаціи (въ вентро-дорзальномъ направленіи) былъ сдѣланъ опытъ рентгенизаціи яичниковъ въ дорзо-вентральномъ направленіи, со стороны пояснично-газовой области. При этомъ центральный пучокъ X-лучей направлялся на область каждой изъ боковыхъ ямокъ ромба Michaelis'a. Разстояніе отъ антикатада до кожи установлено въ 20 см. Кроме того, имѣя въ виду, что при этомъ способѣ на пути проникновенія X лучей до соотвѣтственнаго яичника предлежитъ кость, нѣсколько увеличена сила первичнаго тока до 7 Алар., примѣнена болѣе жесткая трубка 12° Wh и увеличена продолжительность экспозиціи.

Datum	Продолжительность экспозиціи.	Количество X-лучей на уровнѣ кожи.	
		Правый яичникъ.	Лѣвый яичникъ.
22—IV	. . . 12 мин.	. . . 2 x	. . . 2 x
28—IV	. . . 15 мин.	. . . 3 x	. . . 3 x
30—IV	. . . 12 мин.	. . . 2 $\frac{1}{2}$ x	. . . 2 x
2—V	. . . 12 мин.	. . . 2 x	. . . 2 x

На протяженіи 11 дней сдѣлано 4 сеанса при общей продолжительности экспозиціи въ 51 мин.

Общее состояніе больной все время оставалось безъ видимыхъ измѣненій. Настроеніе угнетенное, сомнѣніе въ успѣшности необыкновеннаго способа леченія. Общая слабость. Аппетитъ нѣсколько лучше. Взвѣшивание показало увеличеніе вѣса тѣла до 51.000 gr. (2—v, а при поступленіи въ клинику вѣсъ тѣла былъ=43.200 gr.).

Попутныя назначенія состояли въ слѣдующемъ:

Противъ головныхъ болей—Pyramidon 0,3.

Для усиленія тонуса нервной системы—Vornpyval (капсулы по 0,25 съ молокомъ).

Для регуляціи стула—клизмы и Cascarine-Leprince.

Противъ болей въ тазу—наркотическіе суппозиторіи.

Кромѣ того, продѣланъ курсъ подкожныхъ инъекцій какадилово-кислаго натра (30 инъекцій).

Мѣстное лечение состояло исключительно въ рентгенизаціи яичниковъ при покойномъ, по возможности, положеніи больной.

3—V началась менструація, которая продолжалась до 5—V включительно. 6—V кровоотдѣленія изъ половыхъ органовъ уже не было. Количество потерянной во время этой менструаціи крови было нѣсколько больше, чѣмъ при предыдущей, но все таки гораздо меньше, чѣмъ обыкновенно, до начала курса рентгенизаціи. Предменструальныхъ болей совершенно не было. 3—V утромъ Т. Л. проснулась и, повернувшись въ кровати, почувствовала небольшую боль внизу живота и въ пояснично-крестцовой области, а вставая съ постели замѣтила у себя менструацію, которая, такимъ образомъ, наступила безъ всякихъ предвѣстниковъ. Въ продолженіе менструальнаго періода чувствовала боль, главнымъ образомъ, съ лѣвой стороны внизу живота, при общей слабости и головокруженіяхъ. Вообще менструація была болѣзненной, однако боли, по заявленію самой больной (безъ вопроса ординатора), были значительно слабѣе, чѣмъ обыкновенно.

Такимъ образомъ, при объективномъ наблюденіи приходится отмѣтить къ 6—V два главныхъ явленія: 1) отсутствіе предменструальныхъ болей, укороченіе менструальнаго періода съ 8 до 2 дней и, соотвѣтственно этому, уменьшеніе кровопотерь и 2) измѣненіе менструальнаго цикла. Это измѣненіе менструальнаго цикла выразилось въ формѣ укороченія менструальнаго интервала съ 4 недѣль до 3 недѣль. Т. Л., на основаніи обычнаго типа менструацій, ожидала менструацію 9—10 мая. Совершенно неожиданнымъ для нея оказалось появленіе менструаціи 3—V, на недѣлю раньше и притомъ безъ всякихъ, хорошо знакомыхъ ей, предвѣстниковъ.

Между тѣмъ наблюденіе установило къ 12—V почти полное исчезновеніе пигментации кожи живота въ рентгенизированныхъ областяхъ (подвздошныхъ). Въ виду отсутствія реактивныхъ явленій кожи начата слѣдующая серія сеансовъ.

Datum.	Продолжительность экспозиции.	Количество X-лучей на уровнѣ кожи живота.	
		Правый яичникъ.	Лѣвый яичникъ.
13—V	10 мин.	1 х	1 ¹ / ₄ х.
16—V	10 мин.	1 ¹ / ₄ х	1 ¹ / ₄ х.
18—V	10 мин.	1 ¹ / ₄ х	1 ¹ / ₄ х.
20—V	10 мин.	3 ¹ / ₄ х	3 ¹ / ₄ х.

Въ продолженіе 7 дней сдѣлано 4 сеанса при общей продолжительности экспозиціи каждаго яичника въ 40 мин. Общее количество X-лучей: на уровнѣ кожи правой подвздошной области 4¹/₄ х, на уровнѣ кожи лѣвой подвздошной области 4¹/₂ х.

Съ началомъ этой серіи сеансовъ рентгенизаціи больная, по ея словамъ, сразу почувствовала облегченіе, боли въ тазовой области уменьшились, порой на короткое время совершенно исчезаютъ. Само-

Опыт лечебной рентгенизации яичниковъ.

чувствіе гораздо лучше, выглядит бодрѣе, начинаетъ сильно интересоваться принимаемымъ способомъ леченія; недобрыя малопомалу исчезаютъ. Вѣсъ тѣла 51,500 grm.

Однако наблюдениями констатировано нѣкоторое усиленіе пигментации рентгенизированной кожи живота. Въ виду этого (изъ осторожности) сдѣлана пауза на 1 мѣсяць. Шелушенія кожи не было; пигментация мало-по-малу исчезла. Т. Л. не испытывала никакихъ субъективныхъ ощущеній въ пигментированныхъ областяхъ кожи живота. Объективно чувствительность кожи оказалась совершенно нормальной.

19—V изслѣдованіемъ профессора Г. Е. Рейна установлены тѣ-же данныя, которыя были получены при началѣ наблюденія. Рѣзкихъ объективныхъ измѣненій въ состояніи яичниковъ и матки не обнаружено. Съ нѣкоторой степенью вѣроятія отмѣчено уменьшеніе болѣзненности лѣваго яичника. Величина яичниковъ и характеръ ихъ поверхности (неровный) найдены тѣми-же, какъ и при началѣ наблюденія.

До 20—VI мѣстнаго леченія не было. Т. Л. жила въ лѣсистой дачной мѣстности, ведя, по возможности, регулярный образъ жизни по предписанному режиму, направленному къ улучшенію питания и успокоенію нервной системы. За это время была одинъ разъ менструація, продолжавшаяся 2 дня: со 2—VI по 3—VI включительно, на третій день закончилась (сукровичными выдѣленіями). Предменструальныхъ болей не было, но самый менструальный періодъ былъ болѣзненъ. Количество потерянной крови было незначительно.

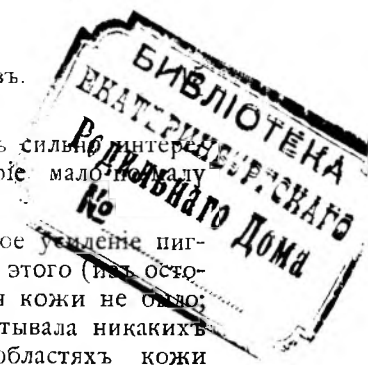
Такимъ образомъ, въ данномъ менструальномъ циклѣ отмѣчены: удлиненіе интервала, укороченіе періода, отсутствіе предменструальныхъ болей и уменьшеніе кровопотери.

21—VI приступлено къ продолженію курса рентгенизации яичниковъ (амбулаторно). Къ этому времени пигментация кожи въ экспонированныхъ областяхъ исчезла безслѣдно. Лучи 120 Wh.

Datum.	Продолжительность экспозиции.	Количество X-лучей на уровнѣ кожи живота.	
		Правый яичникъ.	Лѣвый яичникъ.
21—VI	10 мин.	1/4 х	1/4 х
23—VI	„ „	1/4 х	1/4 х

Вечеромъ 23—VI появилась менструація безъ предвѣстниковъ. При наступленіи менструаціи, въ виду появившихся болей внизу живота, Т. Л. по собственной инициативѣ поставила горчичники на кожу подвздошныхъ областей. По ея словамъ, горчичники пролежали на кожѣ „одно мгновеніе“, такъ какъ тотчасъ-же появилось сильнѣйшее жженіе, и больная немедленно сняла ихъ. Явившись черезъ день (25—VI) въ клинику для сеанса рентгенизации, она дала вышеуказанное объясненіе. Замѣчено довольно значительное раздраженіе кожи (эритэма) подвздошныхъ областей. Явилась необходимость перерыва въ курсѣ рентгенизации до исчезновенія этого раздраженія.

Къ 30—VI раздраженіе кожи исчезло безслѣдно. Курсъ рентгенизации продолжень. Лучи 100—120 Wh. Дистанція антикатада 30 см.



Datam.	Продолжи- тельность экспозиціи.	Количество X-лучей на уровнѣ кожи живота.	
		Правый яичникъ.	Лѣвый яичникъ.
30—VI	10 мин.	1/2 X	1/4 X.
2—VII	" "	3/4 X	1/4 X.
4—VII	" "	3/4 X	3/4 X.
7—VII	" "	3/4 X	1 1/4 X.
12—VII	" "	1/4 X	1/4 X.
14—VII	" "	1/4 X	1/4 X.
16—VII	" "	1/4 X	1/4 X.
18—VII	" "	1/2 X	1/2 X.
21—VII	" "	1/4 X	1/4 X.
24—VII	" "	1/4 X	1/4 X.
27—VII	" "	1/4 X < dosis >	1/4 X.
29—VII	" "	1/2 X	1/2 X.

Ожидавшейся къ 13—VII менструаціи не было. Въ теченіе всей серіи сеансовъ самочувствіе больной было вполнѣ удовлетворительнымъ, состояніе духа бодрымъ. Болѣзненность въ тазовой области появлялась лишь временами, послѣ продолжительныхъ прогулокъ пѣшкомъ. Больная заявляетъ, что уже давно не чувствовала себя такъ хорошо, какъ теперь. Начинаетъ вѣрить въ возможность полного выздоровленія, въ каковой она извѣрилась въ теченіе послѣднихъ лѣтъ.

Особенно сильное впечатлѣніе на нее произвело отсутствіе ожидавшейся менструаціи. Подобнаго явленія у нея никогда не было. Интересуется дальнѣйшимъ теченіемъ своей половой жизни, затрагивая вопросъ о состояніи полового чувства.

Объективно Т. Л. нѣсколько пополнѣла. Вѣсъ тѣла 52.000 grm. Появившееся подъ конецъ курса рентгенизаціи легкое покраснѣніе кожи нижней части живота, вскорѣ замѣнилось сплошной пигментацией буроватаго цвѣта, не сопровождаемая никакими субъективными ощущеніями. Болѣзненность при ощупываніи подвздошныхъ областей незначительная. Скорѣе можно говорить о нѣсколько повышенной чувствительности. Привычные запоры требуютъ постоянной регуляции стула.

3—VIII Т. Л. пережила много семейныхъ и дѣловыхъ неприятностей, сильно разстроившихъ ее. Былъ обморокъ. Много плакала. Къ вечеру появилась тошнота и болѣзненность внизу живота. При экстренной визитации въ тотъ-же вечеръ мнѣ пришлось отмѣтить значительное нервное возбужденіе, жалобы на боли внизу живота и субъективное ощущение опусканія матки. Послѣ назначенія брома и суппозиторіевъ изъ діонина (Dionini 0,02) черезъ 2 дня указанныя явленія исчезли, самочувствіе стало вполнѣ удовлетворительнымъ.

14—VIII Т. Л. демонстрирована профессору Г. Е. Рейну. При изслѣдованіи профессоромъ установлено слѣдующее (in extenso). Общее состояніе удовлетворительно. Больная, видимо, нѣсколько пополнѣла. Покровы живота въ подвздошныхъ областяхъ пигментированы; пигментация буроватая, сплошная. Брюшныя стѣнки вялыя. Turgor кожи пигментированной области не отличается отъ такового другихъ областей. Прощупывается flexura sigmoidea, она не болѣзненна. Ощупы-

ваніе подвздошныхъ областей совершенно безболѣзненно. При глубокомъ надавливаніи отмѣчается нѣкоторая болѣзненность въ области матки, при такихъ-же надавливаніяхъ въ областяхъ расположенія яичниковъ болѣзненности нѣтъ. Наружныя genitalia безъ измѣненій; депиляціи на кожѣ лобка нѣтъ. Матка на нормальной высотѣ, въ физиологической flexio-versio, неувеличена, плотна, чувствительна при давленіи; движенія нѣсколько ограничены. Яичники: правый прощупывается съ трудомъ, неувеличенъ, плоскій; область его расположенія чувствительна; лѣвый нѣсколько увеличенъ, чувствителенъ. Своды свободны, боковые чувствительны при комбинированномъ изслѣдованіи. *Резюмэ:* имѣются на лицо явленія обратной инволюціи; замѣтное уменьшеніе величины яичниковъ, особенно праваго; беременность исключается; отсутствіе менструаціи приходится поставить въ причинную связь съ симптомами начинающейся атрофіи яичниковъ; рѣзко замѣтное уменьшеніе болѣзненности яичниковъ (при ощупываніи), повидимому, должно объясняться уменьшеніемъ воспалительнаго процесса и появленіемъ въ нихъ атрофическаго процесса подъ влияніемъ рентгенизаціи.

Въ концѣ августа Т. Л. пришлось снова пережить рядъ неприятностей, крайне вредно отозвавшихся на состояніи ея нервной системы. Мало-по-малу развился тяжелый желудочный неврозъ. Больная въ сентябрѣ была помѣщена въ терапевтическую клинику профессора В. Н. Сиротинина, въ которой находилась подъ наблюденіемъ до 4—XI. Къ этому времени явленія желудочнаго невроза совершенно исчезли, общее состояніе поправилось. Соотвѣтственный режимъ и подкожныя инъекціи мышьяковистаго препарата подняли питаніе, вѣсъ тѣла увеличился, настроеніе духа стало бодрымъ. Т. Л. почувствовала себя выздоровѣвшей и пожелала оставить клинику.

4—XI Т. Л. представлена мною профессору Г. Е. Рейну.

Общее состояніе вполне удовлетворительно. Аппетитъ хорошій. Вѣсъ тѣла 50.000 grm. Менструаціи нѣтъ уже пять мѣсяцевъ. Болей внизу живота нѣтъ. Иногда, именно въ дни, приблизительно соотвѣтствующіе менструальнымъ періодамъ, Т. Л. испытываетъ ощущенія напряженія и внутренняго давленія внизу живота, сопровождаемая небольшой болѣзненностью, отдающей въ бедра. Ощущенія эти, по словамъ больной, напоминаютъ ей тѣ ощущенія, которыя она испытывала въ свое время передъ началомъ менструаціи.

Кромѣ того, при наблюденіи выяснилось, что периодически въ тѣ дни, въ которые по расчету должна бы быть менструація и въ которые появляется чувство тяжести и напряженія внизу живота и небольшая болѣзненность въ пояснично-крестцовой области, происходитъ также нѣкоторое набуханіе молочныхъ железъ, сопровождаемое субъективнымъ чувствомъ напряженія въ нихъ и повышеніемъ чувствительности сосковъ. Явленія эти держатся 3—4 дня и затѣмъ исчезаютъ на время около 3 недѣль.

При объективномъ изслѣдованіи болѣзненности въ подвздошныхъ областяхъ не обнаружено. Матка не велика (нормальной величины, или даже, можетъ быть, нѣсколько меньше), немного чувствительна при ощупываніи, плотноватой консистенціи. Правый яичникъ едва прощупывается, чувствителенъ при примѣненіи комбинированнаго изслѣдованія. Лѣвый яичникъ прощупать не удается; отмѣчается чув-

ствительность въ области его расположенія. *Резюме:* X-atrophia ovarorum; amenorrhoea artificialis; residua metritis chronicae.

Такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ успѣхъ лѣченія хроническаго воспаленія яичниковъ и меноорагій обусловленъ рентгенизаціей яичниковъ, при общей продолжительности экспозиціи каждаго изъ нихъ въ 255 минутъ. Всего сдѣлано 27 сеансовъ, при жесткости X-лучей въ 10^0 — 12^0 Wh. Общее количество X-лучей, измѣренное на уровнѣ кожи соотвѣтственной подвздошной области, для праваго яичника = $17\frac{3}{4}$ х, для лѣваго яичника = 19 х. Въ этотъ счетъ не входятъ 4 сеанса рентгенизаціи въ дорзо-вентральномъ направленіи (сзади), общую продолжительность въ 40 мин., при количествѣ X-лучей (на уровнѣ кожи крестцовой области) для праваго яичника $4\frac{1}{4}$ х, для лѣваго яичника $4\frac{1}{2}$ х.

Сравнивая результатъ терапіи нашего случая съ подобнымъ же результатомъ терапіи Görl'я, приходится отмѣтить въ нашемъ случаѣ значительное сокращеніе общей продолжительности экспозиціи, именно, вмѣсто 430 минутъ всего 255 минутъ. Къ сожалѣнію нельзя сдѣлать полной сравнительной оцѣнки обоихъ наблюденій, такъ какъ рентгенизація яичниковъ въ случаѣ Görl'я проводилась безъ всякаго измѣренія количества расходуемыхъ X-лучей. Кромѣ того, въ работѣ автора нѣтъ точныхъ указаній степени жесткости примѣнявшихся X-лучей. Точно такъ же авторъ не указываетъ точно разстоянія отъ антикатаода до экспонируемой поверхности кожи. Сообщение всѣхъ этихъ свѣдѣній, на ряду съ указаніемъ степени упитанности субъекта (относительное сужденіе о толщинѣ подлежащаго слоя тканей на пути проникновенія X-лучей до яичниковъ!), необходимо для сравнительнаго обсужденія наблюденій и имѣетъ большое значеніе для выработки наиболѣе раціональнаго метода рентгенизаціи яичниковъ.

Тутъ же кстати сказать, что ни въ началѣ курса рентгенизаціи, ни въ теченіе его мнѣ не пришлось наблюдать ни учащенія позывовъ къ мочеиспусканію, ни спазмодическихъ сокращеній матки, о которыхъ говоритъ Fraenkel въ своемъ сообщеніи случая аборта, вызваннаго рентгенизаціей яичниковъ и шитовидной железы. Görl, проводившій изолированную рентгенизацію исключительно однихъ яичниковъ, въ своемъ сообщеніи вовсе не упоминаетъ объ этихъ явленіяхъ.

Итакъ, очень тяжелый, упорный, не поддававшійся обычной терапіи, хроническій воспалительный процессъ въ яичникахъ объективно характеризующійся сильнѣйшими болями, увеличеніемъ органовъ, неровностями ихъ поверхностей, сопровождаемый

меноррагіями и вызвавшій предложеніе кастраціи со стороны цѣлаго ряда наблюдателей-гинекологовъ,—этотъ процессъ поддался излеченію при примѣненіи рентгенизаціи яичниковъ. Исчезновеніе болей и аменоррея являются тѣми-же результатами, которыхъ можно было-бы ожидать и при хирургической кастраціи. Въмѣстѣ съ тѣмъ въ нашемъ случаѣ отмѣчено чрезвычайно благотворное вліяніе на состояніе нервной системы и полное отсутствіе всякихъ побочныхъ нежелательныхъ явленій.

Что касается стойкости полученной аменорреи, то въ этомъ отношеніи пока еще нельзя сказать ничего опредѣленнаго. Отсутствіе менструацій въ продолженіе пяти менструальныхъ періодовъ еще не можетъ служить гарантіей абсолютнаго исключенія на всегда овуляціонной функціи яичниковъ. Наши лабораторныя наблюденія показываютъ возможность возрожденія органовъ даже послѣ 6—7 мѣсяцевъ. Имѣя въ виду, что рентгенизація яичниковъ въ нашемъ случаѣ была не особенно интенсивной, можно думать, что яичники еще окажутся способными къ возобновленію своихъ функцій. Пятимѣсячная аменоррея отчасти говоритъ и въ пользу наличности въ данномъ случаѣ пониженія секреторной функціи яичниковъ, однако примѣненная интенсивность рентгенизаціи не обусловила той степени атрофіи интерстиціальной железы, при которой можно говорить о совершенномъ прекращеніи секретіи яичника. И вотъ эта именно наличность въ нашемъ случаѣ секреторной функціи яичниковъ, можетъ быть, лишь нѣсколько пониженной, является тѣмъ громаднымъ преимуществомъ, которое достижимо съ помощью рентгенизаціи и котораго не можетъ дать оперативная кастрація.

Въ дальнѣйшемъ, если менструаціи вернуться, то все-таки есть надежда, что, съ прекращеніемъ воспалительнаго процесса въ яичникахъ, менструація не должна сопровождаться прежними патологическими явленіями, протекая легче и болѣе правильно.

Однако изъ экспериментальныхъ наблюденій (надъ кроликами) нельзя почерпнуть вѣскихъ указаній для прогноза стойкости аменорреи, вызванной рентгенизаціей яичниковъ женщины. Этому мѣшаютъ два условія: 1) при примѣненіи того-же метода рентгенизаціи, яичники женщины получаютъ гораздо меньшую дѣйствительную дозу X-лучей и 2) активность яичниковъ женщины гораздо меньше, чѣмъ таковая яичниковъ грызуновъ.

Нужны дальнѣйшія наблюденія, которыя должны выяснить среднюю нормальную дозу X-лучей, необходимую для полученія, при различныхъ условіяхъ, временной или стойкой аменорреи, временной или стойкой атрофіи яичниковъ.

Вмѣстѣ съ тѣмъ желательны тщательныя попутныя наблюденія за составомъ крови и мочи рентгенизируемыхъ больныхъ. На очереди стоятъ также сравнительные опыты рентгенизации профильтрованными X-лучами большой жесткости. Возникаетъ масса новыхъ вопросовъ, которые ждутъ специальныхъ изслѣдованій и открываютъ обширный матеріалъ для клиническаго изученія.

Весьма возможно, что для полученія аменорреи въ нашемъ случаѣ могла быть достаточной и менѣе интенсивная рентгенизация. Принимая во вниманіе, однако, что терапия даннаго случая имѣла своимъ главнымъ объектомъ патологию яичниковъ, она преслѣдовала главную цѣль получить атрофію яичниковъ. Ближайшій результатъ опыта вполне оправдалъ наши надежды. Что касается результатовъ отдаленныхъ, то они, конечно, будутъ своевременно опубликованы, на ряду съ сообщеніями о другихъ наблюденіяхъ, проводящихся въ настоящее время въ рентгеновскомъ кабинетѣ Академической акушерско-гинекологической клиники. Настоящее сообщеніе, носящее характеръ предварительнаго, имѣетъ цѣль указать на цѣлесообразность примѣненія метода рентгенизации яичниковъ въ соответствующихъ случаяхъ меноррагій и хроническихъ метритовъ и оофоритовъ.

Если это сообщеніе вызоветъ интересъ къ методу рентгенизации яичниковъ и побудитъ къ всестороннему изученію его въ рентгеновскихъ кабинетахъ клиникъ и больницъ, то тѣмъ скорѣе и точнѣе опредѣлится мѣсто этого совершенно новаго способа леченія въ ряду другихъ лечебныхъ мѣропріятій современной гинекологіи.

II.

Изъ Екатеринодарской Войсковой больницы.

Къ вопросу о патологiи и терапiи разрывовъ матки.

В. И. ЛЕДОМСКАГО.

Разрывъ матки является самымъ страшнымъ осложненiемъ родового акта, такъ какъ влечетъ за собой почти всегда смерть плода и въ доброй половинѣ случаевъ и смерть матери. Осложненiе это тѣмъ ужаснѣе, что чаще ему подвергаются женщины многорожавшiя, для которыхъ роды стали явленiемъ уже обычнымъ; оно сплошь и рядомъ является неожиданнымъ и застаетъ врасплохъ какъ роженицу и окружающихъ ее, такъ и врача. Время отъ времени сообщаемые случаи изъ клиникъ указываютъ, что и въ такихъ учрежденiяхъ, гдѣ, казалось бы, подъ наблюдениемъ специалистовъ, женщина должна быть спокойна за свою участь, не всегда возможно не только предупредить, но даже и во время распознать уже наступившее осложненiе; къ счастью, оно встрѣчается рѣдко, но „рѣдко“ понятiе относительное, каждая роженица можетъ подвергнуться разрыву матки, каждому врачу, не только специалисту акушеру, можетъ выпасть тяжелая обязанность оказать помощь потерпѣвшей.

Между тѣмъ вопросы, связанные съ патогенезомъ и клиникой разрывовъ матки находятся въ периодѣ разработки, гдѣ далеко не сказано послѣдняго слова; на это указываютъ какъ отдѣльные сообщенiя, такъ и то, что эти вопросы являлись неоднократно въ послѣднiе годы предметомъ обсужденiй и собесѣдованiй на акушерско-гинекологическихъ сѣздахъ и въ засѣданiяхъ акушерскихъ обществъ. Интересъ, который удѣляется этимъ вопросамъ, объясняется, конечно, ихъ жизненностью и громадной практической важностью. Что дѣлать, какъ спасти погибающую жизнь—вотъ вопросы, которые, я думаю, невольно задалъ себѣ каждый врачъ, разъ ему пришлось видѣть разрывъ матки.

Въ мартѣ мѣсяцѣ этого года мнѣ пришлось оказывать помощь при разрывѣ матки; просматривая по этому поводу литературу, я нашелъ не мало интереснаго въ отдѣльныхъ наблюденiяхъ различныхъ авторовъ. Всего въ доступной мнѣ, въ небольшомъ губернскомъ городѣ, русской, нѣмецкой и французской литературѣ съ 1900 по 1907 г. (включительно) мнѣ удалось собрать 127 случаевъ разрыва матки. Случаи эти далеко не равноцѣнны, такъ какъ описанiе нѣкоторыхъ изъ нихъ мнѣ было доступно лишь по рефератамъ за невозможностью достать оригинальныя сообщенiя.

Не претендуя, конечно, нисколько, на вполне понятнымъ начинаемъ, на такую статистическую обстоятельную разработку литературныхъ данныхъ, какъ у Кlien'a или Александрова, я, тѣмъ не менѣе, рѣшаюсь подѣлиться своими впечатлѣнiями, такъ какъ думаю, каждая попытка къ систематизации отдѣльныхъ наблюденiй не будетъ лишней.

Собственное наблюдение.

2-го марта 1908 года около 4 ч. дня въ женское хирургическое отдѣленіе Екатерининдарской Войсковой больницы привезена изъ станицы Абинской *) казачка Анисья Ѳ. для оказанія ей акушерской помощи.

Роды продолжаютя трое сутокъ безъ результата. Роженица въ сознаніи, лицо блѣдно съ впавшими глазами. Жалуется на сильныя боли при каждой схваткѣ; схватки слабыя и рѣдкія. Животъ нѣсколько утолщенный, матка на 2—3 поперечныхъ пальца выше пупка; при наружномъ изслѣдованіи ощущаются части плода: головка влѣво и внизъ, ягодицы вправо и нѣсколько вверхъ, спинка спереди (передній видъ 1-го поперечнаго положенія). Изъ половой щели выпала правая ручка, вколочено правое плечико. Тазъ нормальный. Сердцебиеніе плода не выслушивается. Нѣкоторые анамнестическія данныя удалось получить отъ сопровождавшаго роженицу мужа.

Роженицѣ 31 годъ, замужемъ 15 лѣтъ, настоящіе роды 7-е. Первые 4 родовъ протекали безъ осложненій, живыми дѣтми, 5-е окончилися въ срокъ мертвымъ ребенкомъ, 6-е потребовали наложенія шпцовъ. — извлеченъ живой ребенокъ. За недѣлю до настоящихъ родовъ (срочныхъ) было кровотеченіе изъ genitalia съ одновременными болями, продолжавшееся одинъ день. Съ прекращеніемъ кровотечения прекратились боли. Къ врачебной помощи не обращались. 3 сутокъ т. н. начались настоящія родовыя боли; схватки вначалѣ были очень сильныя, но родоразрѣшеніе не подвигалось впередъ, на 3-ій день схватки ослабли, были приглашены фельдшеръ и акушерка, которые и посовѣтовали везти роженицу въ Екатерининдаръ въ больницу. Тотчасъ послѣ необходимыхъ приготовленій, приступлено къ эмбриотоміи. Къ началу операціи п. 110, $^{\circ}$ 38,0. Γ шприцъ 1% раствора морфія подъ кожу, наркозъ эфиромъ (палатный фельдшеръ), ассистировала сестра милосердія. Шейка плода достигается съ трудомъ, обойти ее не удастся, нѣсколько доступнѣе животикъ плода, который подъ руководствомъ пальцевъ вскрывается ножницами, — частичная эвентрація; послѣ этого удается охватить 3-мя пальцами шейку плода, вводится крючекъ Брауна, легкимъ ротаторнымъ движеніемъ надламывается шейная часть позвоночника, послѣ чего туловище ножницами отдѣляется отъ головки. Низводится вторая ручка, туловище легко извлекается; тотчасъ изъ матки выдѣляется нѣсколько темныхъ сгустковъ крови и небольшое количество темной же жидкой крови. Перфорация головки, извлеченіе краниокластомъ. Извлеченный ребенокъ— доношенный, хорошо упитанный, нормальныхъ размѣровъ.

При легкомъ надавливаніи выходитъ плацента; матка замѣтно сократилась. При осмотрѣ плаценты, обнаруженъ отрывъ небольшой части; вводится рука для отдѣленія ясно ощущается большой полный боковой лѣвосторонній разрывъ матки.

Тотчасъ, по приготовленіи инструментовъ, приступлено къ чревостѣченію. Въ промежуткѣ между двумя операціями наркозъ оставленъ, больная въ это время не просыпалась.

Разрѣзъ по средней линіи, матка сократилась, стоитъ по срединѣ между пупкомъ и лобкомъ; въ лѣвомъ боковомъ краѣ ея зяетъ продольный разрывъ, начинающійся тотчасъ ниже мѣста прикрѣпленія круглой связки и простирающійся внизъ до свода. Края разрыва разможжены, темно-коричневаго цвѣта, мѣстами съ сѣрымъ налетомъ, не кровоточатъ; обращаетъ на себя вниманіе темной, почти черной окраской лѣвая труба. Лѣв. широкая связка разорвана. Пристѣночная брюшина боковой стѣнки таза и живота отслоена. Рука проникаетъ въ забрюшинной клѣтчаткѣ позади fl. sigmoidae и col. descendens до почки; въ этомъ пространствѣ находится много кровяныхъ сгустковъ темновишневаго цвѣта.

Кишечникъ и сальникъ окрашены въ свѣтло-коричневый цвѣтъ, между петлями кишекъ попадаются небольшіе сгустки крови, частью сѣраго, частью темно-краснаго цвѣта.

Матка удалена помощью надвлагалишной ампутаціи, оставленная было вначалѣ лѣвая труба затѣмъ была также удалена. Всѣ найденные сгустки выбраны, полость живота промыта горячимъ растворомъ поваренной соли 0,6%. Забрюшинное пространство и тазъ дренированы марлевыми выпускниками, концы выведены во влагалище. Во время операціи подкожно 2 шприца камфоры и 500 к. с. физіол. раствора соли, послѣ операціи влито еще 700 к. с.

Въ 5 час. утра, черезъ 11 час. послѣ операціи, больная при прогрессирующей слабости сердца скончалась.

*) Два часа по желѣзной дорогѣ.

Въ удаленной маткѣ, кромѣ большого продольнаго разрыва, въ днѣ ея найдено нѣсколько надрывовъ величиной отъ 1 до $2\frac{1}{2}$ ст. длины, проникающихъ черезъ слизистую на нѣкоторую глубину въ мышечную ткань съ кровяной инфильтраціей, какъ оказалось при микроскопическомъ изслѣдованіи, въ окружности. Данные микроскопическаго изслѣдованія будутъ приведены ниже.

Изъ исторіи болѣзни нужно отмѣтить: 1) Прогрессирующее ухудшеніе въ теченіи родовыхъ актовъ 5-го, 6-го и 7-го. при нормально протекавшихъ первыхъ четырехъ.

Причиной образованія поперечнаго положенія въ данномъ случаѣ, а также и отклоненій отъ обычнаго теченія родовъ въ 6-й (и, возможно, смерти плода въ 5-й) беремености была, по всей вѣроятности, вялость маточной мускулатуры, развившаяся послѣ часто повторявшихся беременностей.

2) Кровотеченіе за недѣлю до начала родовъ. Было ли это, дѣйствительно, кровотеченіе или преждевременное отхожденіе части водъ, окрашенныхъ кровью, въ точности сказать нельзя. Когда отошли воды, этого не могли сказать ни сама роженица, ни сопровождавшій ее мужъ.

3) Разрывъ, видимо, не сопровождался какими либо бурными мѣстными или общими явленіями, такъ какъ въ этомъ смыслѣ никакихъ жалобъ не было.

Ученіе о разрывахъ матки имѣетъ свою исторію. До 1875 года существовали отдѣльныя наблюденія, не связанные между собой объединяющей идеей, такъ сказать, протоколы случаевъ, гдѣ этиологіи и причинамъ отводилось второстепенное мѣсто. Первый, давшій научное объясненіе сущности явленій, наблюдаемыхъ при разрывѣ матки, сохранившее свою силу до нашихъ дней, Bandl, далъ толчекъ къ полному и всестороннему изученію этого весьма важнаго осложненія родового акта. Въ своемъ трактатѣ «О разрывѣ матки и его механизмѣ согласно клиническимъ наблюденіямъ», онъ съ полной очевидностью доказалъ значеніе механическихъ условій на возникновеніе разрыва, установивъ, что разрывъ происходитъ вслѣдствіе перерастяженія нижняго сегмента матки при несоотвѣтствіи между размѣрами таза и плода или другомъ препятствіи, встрѣчаемомъ плодомъ при вступленіи въ тазъ.

Schröder дополнилъ и развилъ ученіе Bandl'я о нижнемъ сегментѣ, присвоивъ нижней пассивной части матки названіе выходной трубки и верхней работающей—полой мышцы, указавъ вмѣстѣ съ тѣмъ на важное значеніе высоты нахождения кольца сокращенія, какъ предвѣстника разрыва матки *).

Сущность ученія Bandl'я такова:

При расправленіи шейки, насчетъ верхняго ея отрѣзка происходитъ образованіе т. н. нижняго сегмента, служащаго выходной трубкой. При нормально протекающихъ родахъ она не является пассивной, а работающей мышечной массой вмѣстѣ съ тѣломъ матки. Въ случаѣ, если правильное теченіе механизма родовъ, вслѣдствіе механическаго препятствія или фармацевтическихъ потужныхъ средствъ, нарушается, нижній сегментъ становится вялымъ, пассивнымъ, работающая же часть матки—тѣло отодвигается все далѣе и далѣе вверхъ, пока позволяютъ круглыя связки, и образуется контракціонное кольцо, соотвѣтствующее

*) Давнишній споръ о томъ, что такое нижній сегментъ, не оконченъ еще до сихъ поръ. Bandl принималъ его за верхній отрѣзокъ шейки, Schröder—за нижнюю часть тѣла матки, Veit—за самостоятельную, анатомически, часть матки. Последній взглядъ отстаиваетъ въ своей работѣ (опубликованной 4 года т. н.) на основаніи анатомо-гистологическихъ изслѣдованій Florenzo d'Erchia. Онъ утверждаетъ, что уже въ маткѣ новорожденной дѣвочки нижній сегментъ ясно дифференцированъ въ видѣ зоны въ 3—4 см. ширины между тѣломъ матки и шейкой.

внутреннему маточному звѣву. Плодъ помѣщается въ нижнемъ отрѣзкѣ, который все болѣе и болѣе растягивается и истончается; такъ какъ при этомъ, вслѣдствіе затрудненія, встрѣчаемаго головкой при прохожденіи черезъ тазъ, cervix фиксируется между головкой плода и тазомъ, растяженіе достигаетъ высшаго предѣла и, наконецъ, при продолжающейся родовой дѣятельности нижній сегментъ выше мѣста фиксациі разрывается.

Freund, будучи приверженцемъ теоріи Bandl'я, особенно важнымъ считаетъ, именно, фиксацию cervicis. Онъ утверждаетъ, что разрывъ можетъ возникнуть лишь при общесуженномъ тазѣ и его не можетъ быть при плоскомъ; поперечное положеніе, вслѣдствіе отсутствія подлежащей части не можетъ повести къ фиксациі cervicis, а, слѣдовательно, и къ разрыву.

Sänger особенное значеніе придаетъ ригидности шейки.

Условія, располагающія къ нарушенію родового акта и возникновенію разрыва, могутъ быть созданы искусственно, посредствомъ операций, производимыхъ у женщинъ съ лечебною цѣлью, какъ то: *vagino et ventrofixatio* и *ventrosuspensio*.

Какъ извѣстно, *vaginofixatio uteri* предложена Mackenrodt-Dührssen'омъ въ 1892 г. Вскорѣ уже стали появляться описанія тяжелыхъ нарушеній родового акта; вслѣдствіе измѣненія направленія маточной оси, изгоняющая сила дѣйствуетъ не по направленію тазовой оси, а перпендикулярно къ ней, при этомъ задняя губа, растягиваясь, располагается по одной линіи съ задней маточной стѣнкой, а передняя остается совершенно не сглаженной (Strassmann). Frickinger въ 1899 г. наблюдалъ случай разрыва матки послѣ *vaginofixatio* со смертельнымъ исходомъ у женщины, рожавшей до того 3 раза безъ какихъ либо осложненій.

При *ventrofixatio* (Olshausen 1886 г.) создаются также благоприятныя условія для разрыва, вслѣдствіе того, что расширеніе маточной полости происходитъ неравномѣрно.

Въ то время какъ передняя фиксированная стѣнка матки почти не растягивается, остается утолщенной, оставшаяся свободной часть дна и противоположная стѣнка тѣла растягиваются чрезмѣрно.

Guégard приводитъ случай, гдѣ, вслѣдствіе крѣпкой фиксациі матки, произошелъ почти проникающій разрывъ рядомъ съ мѣстомъ фиксациі.

Теорія Bandl'я выясняетъ намъ механизмъ разрывовъ, какъ они происходятъ въ большемъ числѣ случаевъ, но далеко не во всѣхъ. Случаи разрывовъ во время беременности, въ концѣ ея безъ родовыхъ болей, въ самомъ началѣ родовъ, разрывы при цѣлыхъ яйцевыхъ оболочкахъ, гдѣ нельзя предполагать того чрезмѣрнаго растяженія, которое повело бы къ разрыву здоровой маточной ткани, естественно заставили думать, что должны, если не во всѣхъ, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ, существовать особенныя предрасполагающія къ тому условія со стороны самой ткани матки въ видѣ патологическаго состоянія ея. На это указывали Schröder, Veit, къ тому же заключенію пришелъ съѣздъ гинекологовъ въ Вѣнѣ въ 1895 году.

Какія же это измѣненія, въ какой ткани матки онѣ гнѣздятся?

Маточная стѣнка, если мы оставимъ въ сторонѣ слизистый и серозный покровы, состоитъ, главнымъ образомъ, изъ мышечной ткани

(въ 20-лѣтн. возрастѣ по Theilhaber'у и Meyer'у muscularis составляетъ $\frac{2}{3}$ всего количества маточной ткани) съ заложеной въ ней соединительной и эластической тканью.

Вниманiе изслѣдователей и было направлено на эти ткани и главнымъ образомъ, на эластическую.

Выясненiе значенiя эластической ткани, а также измѣненiй претерпѣваемыхъ ею во время беременности обязано, преимущественно, работамъ русскихъ авторовъ, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ должны быть поставлены работы Давыдова и Иванова.

Давыдовъ изслѣдовалъ состоянiе упругой ткани въ нормальныхъ послѣродовыхъ и непослѣродовыхъ и въ разорванныхъ маткахъ. Результаты этихъ изслѣдованiй вкратцѣ слѣдующiя: имъ было найдено, что въ нормальныхъ послѣродовыхъ маткахъ эластическихъ волоконъ больше и они толще, чѣмъ въ маткахъ непослѣродовыхъ; распределены они неравномѣрно, въ днѣ и тѣлѣ ихъ меньше и они тоньше, чѣмъ въ нижнемъ сегментѣ и шейкѣ.

Въ маткахъ разорванныхъ эластическая ткань подверглась рѣзкимъ измѣненiямъ, а такъ какъ «процессъ обыкновенно охватываетъ матку *in toto*», то измѣненiя констатируются не только въ мѣстѣ разрыва, но и въ другихъ частяхъ матки; сводятся они къ слѣдующему: волокна, теряя красивую змѣеобразно-извитую форму, представляютъ изъ себя какъ бы обрывки безъ рѣзкихъ очертанiй; мѣстами въ нихъ видны узловатая и веретенообразная расширенiя; въ нѣкоторыхъ волокнахъ замѣчается зернистость.

Мѣстами эластическiя волокна, переплетаясь, образуютъ полиовидные клубки. Сильно измѣненныя волокна теряютъ способность краситься. Что касается общаго количества эластическихъ волоконъ, то зтѣсь ихъ какъ бы даже больше, чѣмъ въ нормальной послѣродовой маткѣ. Найденныя измѣненiя въ состоянiи упругой ткани дали основанiе автору заключить, что ими можно объяснить причину разрыва матки, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда не найдено другихъ измѣненiй.

Работа Давыдова возбудила большой интересъ и заставила обратить вниманiе на эластическую ткань и другихъ авторовъ, имѣвшихъ случай произвести изслѣдованiе при разрывѣ матки.

Порошинъ (1897 г.) отмѣчаетъ почти полное отсутствiе эластической ткани въ мѣстѣ разрыва; въ сосудистыхъ стѣнкахъ эл. волокна были съ неправильными контурами въ весьма небольшомъ количествѣ.

Въ сл. Томсона и Зиле (1900 г.) въ срѣзахъ изъ области разрыва эластическая ткань какъ будто совсѣмъ отсутствуетъ; въ срѣзахъ изъ шейки количество ея значительно уменьшено, волокна между мышечными пучками растянуты, слабо красятся; въ срѣзахъ изъ дна матки количество эластическихъ волоконъ приблизительно нормально. Измѣненiя въ волокнахъ найдены, главнымъ образомъ, вблизи сосудовъ, они потеряли змѣевидную форму, въ нѣкоторыхъ изъ нихъ отмѣчены узловатая расширенiя, отростки; одни какъ будто скомканы, другiя какъ бы измочалены, изорваны.

Въ сл. Александрова, (1900 г.) эластическая ткань не представляла отклоненiй отъ нормы, ни въ качественномъ, ни въ количественномъ отношенiи.

Въ сл. Кривскаго (1901 г.) въ срѣзахъ изъ передней; разо-

рвавшейся стѣнки матки эластическія волокна оказались распределенными въ небольшомъ количествѣ, неравномѣрно по всему протяженію препарата; «волокна представлялись довольно короткими, утолщенными, переплетающимися между собой, мѣстами до образованія узловъ». Авторъ на основаніи микроскопическаго изслѣдованія, не могъ найти причины двукратнаго разрыва.

Въ сл. Цолѣнова (1902 г.) эластическія волокна представлялись вытянутыми, безъ рѣзкихъ контуровъ, иногда съ веретенообразными вздутіями; большинство волоконъ представлялось въ видѣ короткихъ обрывковъ, порой они были смяты въ комки.

Въ сл. Каманн'а (1902 г.), не смотря на тщательное микроскопическое изслѣдованіе, патологическихъ измѣненій не было обнаружено.

Въ сл. Вовина (1904 г.) въ ткани передней стѣнки шейки (мѣсто разрыва) микроскопическое изслѣдованіе показало совершенное отсутствіе эластической ткани; въ тѣлѣ матки мышечная и эластическая ткань была нормальна, частью съ описываемыми Давыдовымъ измѣненіями.

Въ сл. Grosse (1905 г.), тщательное макро и микроскопическое изслѣдованіе не разъяснило причины самопроизвольнаго разрыва.

Въ сл. Бѣляева (1907 г.), на ряду съ приращеніемъ плаценты и интерстиціальнымъ метритомъ, констатировано полное отсутствіе эластической ткани.

Въ нашемъ случаѣ микроскопическое изслѣдованіе показало значительное развитіе интерстиціальной соединительной ткани какъ въ самомъ мѣстѣ разрыва, такъ и въ днѣ матки. Что касается эластической ткани (окраска по Weigert'у), то мы не могли замѣтить количественной разницы въ ея содержаніи на препаратахъ изъ мѣста разрыва и изъ другихъ частей матки. Эластическая ткань, въ большомъ количествѣ, расположена въ видѣ короткихъ вытянутыхъ неравномѣрной толщины волоконъ между мышечными пучками съ отростками, отходящими внутрь пучка. При большомъ увеличеніи представляется въ видѣ сѣтки, въ которой заложены мышечные пучки. Въ самомъ мѣстѣ разрыва тканевые элементы раздвинуты излившейся кровью, проникающей глубоко въ ткань, тоже самое наблюдается и въ мѣстахъ надрывовъ въ днѣ матки. Со стороны мышцъ какихъ либо патологическихъ уклоненій не найдено.

Какъ мы видимъ, эти послѣднія стоятъ въ нѣкоторомъ противорѣчій съ изслѣдованіями Давыдова, главнымъ образомъ, относительно количества эластическихъ волоконъ въ разорванной маткѣ.

Въ то время какъ Давыдовъ находилъ въ такихъ маткахъ количество упругой ткани увеличеннымъ въ сравненіи съ нормальной послѣродовой, Порошинъ, Зиле, Вовин, на ряду съ измѣненіями эласт. ткани въ смыслѣ Давыдова, подчеркиваютъ отсутствіе ея въ мѣстахъ разрыва. Бѣляевъ также отмѣчаетъ отсутствіе эластическихъ волоконъ.

Въ совершенномъ противорѣчій съ изслѣдованіями Давыдова находятся микроскопическія изслѣдованія Алехандрова, Каманн'а, Grosse. Въ случаяхъ этихъ авторовъ былъ самопроизвольный разрывъ, возникшій при отсутствіи какихъ либо условий, необходимыхъ для

объясненія ихъ происхожденія механической теоріей. Въ случ. А лександрова эластическая ткань была найдена нормальной, въ случ. же Каманп'а и Grosse вообще не было найдено какихъ либо патологическихъ измѣненій въ маточныхъ стѣнкахъ. Столь несходные результаты изслѣдованій однихъ авторовъ съ изслѣдованіями другихъ даютъ поводъ сомнѣваться, дѣйствительно ли измѣненія эластической ткани играютъ такую важную роль въ этиологии разрыва матки, какъ это думаетъ Давыдовъ и могутъ ли вообще эти измѣненія служить выраженіемъ патологическаго состоянія стѣнокъ матки.

Эти сомнѣнія отчасти разъясняются, благодаря изслѣдованіямъ И в а н о в а. И в а н о в ъ задался цѣлью изучить послѣдовательный рядъ измѣненій эластической ткани матки отъ начала до конца беременности. Изслѣдованія его дали весьма интересные результаты.

Въ нерожавшей маткѣ 14 лѣтн. дѣвicy, менструирующей въ первый разъ, найдены едва замѣтные слѣды эластической ткани, въ видѣ тонкихъ нитей; съ наступленіемъ беременности упругая ткань подвергается рѣзкому количественному измѣненію, происходитъ гиперплазія ея, причѣмъ лишь часть ея подвергается полному обратному метаморфозу, такъ что въ небеременныхъ маткахъ рожавшихъ женщинъ въ возрастѣ отъ 20 до 40 лѣтъ «приходится поражаться большимъ количествомъ въ нихъ эластической ткани». Въ теченіи беременности замѣчается измѣненіе эластической ткани не только въ количественномъ, но и въ качественномъ отношеніи. Въ маткѣ одного мѣсяца беременности она представляется въ видѣ: 1) «спутанныхъ мотковъ волоконъ», 2) отдѣльныхъ волоконъ, 3) мелкихъ зеренъ, 4) комковъ эласт. ткани неправильной формы, которые при разсматриваніи съ масляной иммерсіей оказываются состоящими изъ густыхъ мотковъ эластическихъ волоконъ, перемѣшанныхъ съ большимъ количествомъ зеренъ эластическаго вещества». Этого характеръ эластическая ткань сохраняетъ до 3-го мѣсяца беременности, когда происходитъ уже болѣе равномерное распределеніе эластической ткани въ видѣ волоконъ съ правильными контурами. Зернистость отходитъ на задній планъ. Съ половины 4-го мѣсяца эластическая ткань начинаетъ отставать въ ростѣ въ сравненіи съ мышечной. Съ 5-го мѣсяца волокна начинаютъ измѣнять свое изогнутое направленіе въ вытянутое по длинѣ матки; такой характеръ сохраняется до конца беременности. Въ концѣ беременности передъ самымъ началомъ родовъ эластическая ткань оказывается сильно измѣненной. При обычномъ увеличеніи, вмѣсто длинныхъ волоконъ съ правильными контурами, видны короткіе скрученные обрывки ихъ. «При разсматриваніи съ помощью масляной иммерсіи оказывается, во-первыхъ, что эластич. волоконъ не меньше, чѣмъ въ препаратахъ матки 7 и 9 лунныхъ мѣсяцевъ беременности, но ихъ не было видно при среднемъ увеличеніи потому, что они или совсѣмъ потеряли способность окрашиваться, или окрашиваются слабо, такъ что открыть ихъ присутствіе можетъ только привычный глазъ, вооруженный сильной системой; далѣе контуры волоконъ дѣлаются чрезвычайно неправильными, волокна представляются какъ бы изъѣденными, часто волокна оказываются распавшимися на фибриллы, фибриллы же въ разныхъ мѣстахъ оказываются порванными и обрывки ихъ представляются съезженными»... Волокна красятся неравномѣрно, но настоящей зернистости, свойственной волокнамъ въ первые мѣсяцы беременности, здѣсь нѣтъ.

Такія же измѣненія эластической ткани наблюдаются въ маткѣ во время и послѣ родовъ.

Сопоставимъ измѣненія, найденныя Давыдовымъ, въ разорванныхъ маткахъ съ данными, полученными Ивановымъ. То, что Давыдовъ считалъ патологическими явлениями (измѣненіе змѣвидной формы волокна въ видѣ обрывковъ безъ рѣзкихъ очертаній), по Иванову, составляетъ явленіе физиологическое, наступающее уже въ концѣ беременности, какъ выраженіе начавшагося обратнаго развитія ткани. Найденныя Давыдовымъ узловатая и веретенообразныя расширенія, возможно, объясняются неравномѣрной окраской волоконъ, какъ это видѣлъ Ивановъ. Остаются зернистость волоконъ, скопленіе ихъ въ видѣ полиповидныхъ клубковъ; такія скопленія наблюдались Ивановымъ, какъ явленіе физиологическое, въ первые мѣсяцы беременности.

Такое состояніе эластической ткани, разъ оно констатируется въ маткѣ въ концѣ беременности, приходится признать уже ненормальнымъ и оно служитъ, какъ указалъ Польшновъ, выраженіемъ остановки въ ходѣ гипертрофіи эластической ткани.

Патологическое значеніе можетъ имѣть отмѣченное нѣкоторыми авторами полное отсутствіе эластической ткани въ мѣстѣ разрыва. Эластическая ткань, являясь цементомъ, спаивающимъ мышечныя волокна, несомнѣнно увеличиваетъ крѣпость и способность маточной стѣнки выносить значительное растяженіе и ея отсутствіе представляетъ въ этомъ отношеніи уже серьезный минусъ, особенно, если оно комбинируется съ ненормальнымъ развитіемъ интерстиціальной соединительной ткани, какъ это было въ случаѣ Бѣляева. Нельзя отрицать, что, можетъ быть, это явленіе до извѣстной степени и кажущееся, такъ какъ, по Иванову, эластическія волокна въ концѣ беременности теряютъ способность хорошо краситься и многія волокна, не видимыя при обычномъ увеличеніи, различаются лишь съ помощью масляной иммерсии.

Что касается мышечной ткани, то присутствіе въ ней какихъ либо патологическихъ измѣненій далеко не постоянно. Старинное воззрѣніе Scapozzi на жировое перерожденіе мышечныхъ волоконъ, какъ на причину разрывовъ матки, давно оставлено.

Остается соединительная ткань.

Общая патологія и патологическая анатомія учатъ насъ, что всякаго рода воспалительные процессы способствуютъ образованію соединительной ткани въ ущербъ нормальной основной и кромѣ того, что ткани и органы съ обильнымъ развитіемъ соединительной ткани становятся менѣе способными противостоять разнаго рода травмамъ, растяженіямъ.

При изученіи казуистики разрывовъ матки обращаетъ на себя вниманіе то обстоятельство, что наибольшая часть пациентокъ различныхъ авторовъ принадлежитъ къ наименѣе обезпеченнымъ классамъ населенія, къ т. н. «простонародью».

Если представить себѣ жизнь женщинъ рабочаго класса, полную труда и лишній, темноту и невѣжество, въ которыхъ онѣ выросли, невозможность, даже при желаніи, соблюсти хотя элементарныя требованія женской гигиены, отсутствіе рациональной медицинской помощи, мы ясно увидимъ сколько благоприятныхъ условий существуетъ для возникновенія у нихъ разнаго рода заболѣваній половой сферы.

Какъ общее правило, болѣзни начинаются съ замужествомъ, часто послѣ первыхъ же родовъ.

Кому приходилось работать въ бесплатныхъ амбулаторіяхъ среди сельскаго населенія, тотъ видѣлъ, какъ много обращается женщинъ съ хроническими страданіями половой сферы и какъ часто они самими пациентками связываются съ ранѣ перенесенными беременностями.

Женщина рабочаго класса не имѣетъ ни времени, ни средствъ, ни возможности правильно лѣчиться, прежде чѣмъ обратится въ больницу, она перемогается до послѣдней возможности; если она попадетъ въ больницу, (а сколькимъ дѣйствительно нуждающимся въ леченіи приходится отказывать) торопится выписаться, лишь только станетъ немного полегче,—дома ее ждутъ дѣти, работа, хозяйство.

Въ то же время одна беременность слѣдуетъ за другою. Уже физиологически, при часто повторяющихся беременностяхъ, создаются благопріятныя условія для развитія въ маткѣ соединительной ткани. Послѣ каждой беременности, по изслѣдованіямъ Theilhaber'a и Meueg'a*) матка остается нѣсколько увеличенной, чѣмъ раньше, такъ какъ вновь образованная соединительная ткань подвергается обратному развитію въ меньшей степени, чѣмъ мускулатура.

У женщинъ трудящихся классовъ явленія физиологическія легко могутъ перейти въ патологическія, такъ какъ беременность, роды и послѣродовой періодъ часто протекаютъ у нихъ въ чрезвычайно неблагоприятныхъ условіяхъ.

Во время беременности онѣ несутъ тяжелый физическій трудъ, во время и послѣ родовъ имѣ, за малыми исключеніями, помогаютъ невѣжественныя бабки, сами роды сплошь и рядомъ происходятъ въ удручающей антигигіенической обстановкѣ; на третій, а часто уже на второй день онѣ поднимаются съ постели и принимаются за свой нелегкій трудъ; понятно, что процессы послѣродового обратнаго развитія совершаются неправильно, замедляются, и половые органы становятся болѣе воспримчивыми къ разнаго рода заболѣваніямъ, чѣмъ при другихъ условіяхъ. Отсюда беретъ свое начало эндометритъ, которымъ не страдаетъ рѣдкая женщина, столь частыя тяжелыя формы параметритовъ и пр. и пр.

Вліяніе перенесенныхъ беременностей на разрывы матки можно усмотрѣть хотя бы изъ слѣдующей таблицы:*)

Число беременностей.	Число подвергшихся разрыву.	Число беременностей.	Число подвергшихся разрыву.
Первобеременныхъ . . .	2	8	12
2 . . .	10	9	8
3 . . .	15	10	5
4 . . .	11	11	5
5 . . .	10	12	4
6 . . .	6	14	2
7 . . .	16	Многобеременныхъ . . .	2

Не указано въ 20 случаяхъ.

*) По Döderlein'y, Veit's Handbuch der Gynäk. Bd. II. zw. Aufl. 907.

*) Считаю необходимымъ оговорить, что эти цифры, если могутъ имѣть значеніе, то только относительное, ибо сюда вошли какъ самопроизвольные разрывы, такъ и насильственные.

Начиная съ 9-й беременности, разрывы встрѣчаются все рѣже и рѣже, достигнувъ maximum'a при 7-й и почти равнаго числа при 3-ей; объясняется это, по нашему мнѣнію, тѣмъ, что вообще немногія женщины имѣютъ болѣе 8—9 беременностей. Въ тоже время разрывы у женщинъ, которыя уже рожали 9, 10... и даже 13 разъ, должны наводить на нѣкоторыя размышленія.

Не менѣе, если не болѣе важнымъ факторомъ въ развитіи хроническаго метрита является гоноррея. Точнымъ знаніемъ тѣхъ измѣненій, которыя вызываетъ гоноррея въ endo и mesometrio мы обязаны главнымъ образомъ Wertheim'у, изслѣдовавшему 18 препаратовъ гонорройно пораженныхъ матокъ. Wertheim доказалъ, что гонорройный процессъ не ограничивается только пораженіемъ эндометрія, но одновременно вызываетъ и метритъ, «доказательство въ пользу тѣсной взаимной связи обоихъ заболѣваній» (Döderlein). При этомъ въ mesometrio наблюдается разрастаніе периваскулярной ткани и адвентиции и либо гнѣздная, либо диффузная, въ видѣ прослоекъ, инфильтрація мышечной ткани; все это ведетъ къ гипертрофіи соединительной ткани и перерожденію и атрофіи мышечной при одновременномъ увеличеніи органа вообще*).

Все это, какъ учить насъ опытъ повседневной жизни, разъ прошли острые явленія, не препятствуетъ возникновенію беременности и, хотя можетъ вызвать нарушеніе въ теченіи ея (выкидышъ), но и не исключаетъ возможности правильнаго теченія до срока. Какую же связь можетъ имѣть ненормальное развитіе соединительной ткани съ возникновеніемъ разрыва матки? Органъ становится болѣе плотнымъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ и болѣе хрупкимъ, эластичность его уменьшается, стѣнки его не могутъ въ той же мѣрѣ противостоятъ растяженію, какъ раньше. Въ этомъ смыслѣ особенно показателенъ случай, описанный Бекманомъ въ 1892 году. Самопроизвольный разрывъ у VII пара; 32 лѣтъ; при нормальномъ тазѣ и плодѣ и при правильномъ его положеніи.

При микроскопическомъ изслѣдованіи «вся ткань представлялась пронизанной волокнистой, богатой ядрами соединительной тканью, раздѣляющей мускулатуру на мелкіе пучки. Отъ широкихъ соединительно-тканыхъ цуговъ отходятъ болѣе тонкія полоски въ мышечные пучки, раздѣляя эти послѣдніе на еще болѣе мелкіе участки. Эти тонкія соединительно-тканые полосы, проникая въ самые мелкіе мышечные пучки, часто разъединяютъ отдѣльныя клѣтки или же группы, состоящія изъ 2—3-хъ клѣтокъ. Подобное сильное развитіе соединительной ткани встрѣчается какъ въ днѣ матки и въ ея нижнемъ сегментѣ, такъ и въ шейкѣ; въ послѣдней оно выражено въ болѣе сильной степени». Количество эластической ткани было, въ сравненіи съ нормой, даже увеличено.

Хроническій интерстиціальныи метритъ, какъ причина разрыва, былъ констатированъ при микроскопическомъ изслѣдованіи, въ случаѣ Алексенко (1890 г.), причемъ и зъ тѣхъ «волокнистая богатая веретенообразными клѣтками соединительная ткань пролегалла довольно широкими слоями не только между цѣлыми кучками мышечныхъ клѣтокъ, но въ нѣкоторыхъ мѣстахъ и между отдѣльными элементами». (Цит по Бекману). Еще ранѣе Дубенскій въ своей диссертации

*) Döderlein.

описалъ 4 случая, въ которыхъ въ мѣстѣ разрыва было найдено чрезмѣрное развитіе интерстиціальной соединительной ткани (Полѣновъ). Связь между ненормальнымъ развитіемъ соединительной ткани и разрывомъ, какъ намъ думается, въ этихъ случаяхъ очевидна.

Само собой понятно, что присутствіе въ маткѣ рубцовъ послѣ кесарскаго сѣченія или предшествовавшаго разрыва дѣлаетъ маточную ткань еще менѣе способной противостоятъ разрыву.

Въ нашемъ случаѣ, кромѣ большого бокового разрыва, обнаружено было нѣсколько маленькихъ надрывовъ на днѣ матки. Возможно, что такіе надрывы происходятъ чаще, чѣмъ это предполагаютъ; не сопровождаясь какими либо симптомами, они остаются не замѣченными и, заживая при образованіи рубца въ этомъ мѣстѣ, при новыхъ родахъ, могутъ послужить loco minoris resistentiae. Развитіе соединительной ткани можетъ способствовать возникновенію разрыва и другимъ путемъ,—вызывая предрасположеніе къ приращенію плаценты.

Многіе авторы, наблюдавшіе разрывъ въ мѣстѣ приращенія плаценты, указываютъ на ненормальное развитіе соединительной ткани въ этомъ мѣстѣ; что это явленіе не вторичное, показываютъ случаи, въ которыхъ приращеніе наблюдалось въ рубцахъ послѣ кесарскаго сѣченія (сл. Ekstein'a) или послѣ консервативно лѣченнаго прежде бывшаго разрыва (сл. Успенскаго).

Разрывы здѣсь или насильственные, возникающіе при ручномъ отдѣленіи плаценты (сл. Wirtz'a), рѣже при выжиманіи послѣда по Credé (сл. Schwendener'a) или же самопроизвольные. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ, нужно думать, они обусловливаются деструктивными измѣненіями маточной ткани, стоящими въ непосредственной связи съ placenta accreta. Существованіе этихъ измѣненій и ихъ характеръ были указаны Neumann'омъ; они состоятъ въ разращеніи и вростаніи ворсинокъ chorii въ маточную ткань, при одновременно увеличенномъ количествѣ соединительной ткани. Еще ранѣе Neumann'a на это указывалъ, какъ свидѣтельствуешь Александровъ, Leopold—съ его работой, къ сожалѣнію, мы не имѣли возможности ознакомиться въ оригиналѣ.

Микроскопически доказаны такія измѣненія при placenta accreta, какъ причина разрыва матки, въ сл. Schwendener'a, Ekstein'a и Александрова.

Въ случаѣ перваго разрывъ произошелъ при попыткѣ выжиманія плаценты по Credé. Вслѣдствіе неудачи и появленія симптомовъ разрыва матки, въ послѣднюю введена рука съ цѣлью удалить плаценту и найти мѣсто разрыва. Плацента оказалась настолько крѣпко сросшейся съ мышечнымъ слоемъ uteri, что отдѣленіе (проф. Baum) было возможно лишь кусками и то не вполне. При макро и микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной на секціи матки констатировано истонченіе мускулатуры въ мѣстѣ разрыва и вростаніе ворсинокъ chorii между мышечными пучками почти до перитонеальнаго покрова, а также увеличенное количество соединительной ткани.

Въ случ. Ekstein'a самопроизвольный разрывъ произошелъ въ рубцѣ отъ кесарскаго сѣченія, произведеннаго за 3 года до того, при изслѣдованіи найдено проростаніе рубца плацентарной тканью.

Въ случ. Александрова (самопроизвольный разрывъ) микроскопически установлено, «что ворсинки съ рѣзко очерченнымъ syncy-

тисъ глубоко врѣзываются въ мышечную ткань, причеъ между послѣдней и ворсинками замѣтна только нѣжная прослойка фибриной сѣти, но нигдѣ рѣшительно не видно децидуальныхъ клѣтокъ... среди отдѣльныхъ группъ мышечныхъ волоконъ пробѣгаютъ ясныя тяжи соединит. ткани, то въ большемъ, то въ меньшемъ количествѣ». «При большемъ увеличеніи исчезаетъ всякое сомнѣніе въ томъ, что въ означенномъ участкѣ мы имѣемъ вросаніе ворсинокъ въ мышечную ткань плюсъ разрастаніе междуточной соединит. ткани». Изъ этихъ случаевъ мы видимъ, что приростаніе маточной ткани ворсинчатой явленіе не случайное и что само приращеніе находится въ связи либо съ ненормально увеличеннымъ разрастаніемъ интерстиціальной соединит. ткани, либо съ присутствіемъ рубцовъ.

Уже нормально маточная стѣнка въ мѣстѣ прикрѣпленія плаценты тоньше, чѣмъ въ другихъ частяхъ; ворсинчатая ткань, проростая, при плацента acreta, стѣнку матки, заступая при этомъ мѣсто нормальной ткани, дѣлаетъ ее еще болѣе плотной, а вмѣстѣ съ тѣмъ хрупкой и ломкой. Насколько постоянно происходитъ вросаніе плацентарной ткани въ маточную при placenta acreta нельзя еще считать окончательно выясненнымъ.

Въ двухъ случаяхъ разрыва матки при placenta acreta, описанныхъ Успенскимъ и Коломенскимъ, повидимому, этого явленія не наблюдалось. Необходимо упомянуть еще, что дегенеративныя измѣненія въ маточныхъ стѣнкахъ могутъ находиться въ связи съ общими тяжелыми заболѣваніями, какъ сифилисъ, туберкулезъ, воспаленіе почекъ и т. п.

Резюмируя все сказанное, мы должны будемъ признать, что, кромѣ механическихъ условій, необходимо въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ принимать во вниманіе и состояніе самой маточной ткани. Выяснить, какое значеніе она имѣетъ въ возникновеніи разрыва, задача будущаго; это возможно будетъ, если во всѣхъ случаяхъ разрыва, гдѣ матка удаляется тѣмъ или инымъ путемъ (т. е. оперативно или на секціи) будетъ производиться тщательное микроскопическое изслѣдованіе, которымъ въ настоящее время, повидимому, многіе пренебрегаютъ. На 99 случаевъ, гдѣ такое изслѣдованіе могло быть произведено, указанія на результаты его мы нашли лишь въ 14 случаяхъ.

Въ обозрѣваемыхъ нами 128 случаяхъ самопроизвольныхъ разрывовъ, какъ можно думать, было 99.

Происхожденіе ихъ можетъ быть поставлено въ связь съ узкимъ тазомъ въ 23 случаяхъ; съ неправильнымъ положеніемъ плода: косое, поперечное, запущ. поперечное въ 13 сл., лицевое положеніе въ 1 сл.; далѣе какъ причины указаны: chondrodystrophia foetalis въ 1 сл. (Pape); hydrocephalus въ 2-хъ сл.; hydramnion въ 1 сл.; внезапное растяженіе матки излившейся кровью, вслѣдствіе преждевременной отслойки плаценты въ 3-хъ сл. (Knauer); сращенія, вслѣдствіе бывшаго ранѣ перитонита въ 1 сл. (Watkins); присутствіе въ маткѣ волокнистыхъ опухолей въ 1 сл. (Stevan); рубцы послѣ кесарскаго сѣченія въ 6 сл.; рубцы послѣ бывшаго ранѣ полного или неполнаго разрыва въ

б сл.; рубецъ въ мѣстѣ перфорации при выскабливанiи въ I сл. (Stauder); опухоли, суживавшiя полость таза въ 2-хъ случаяхъ (сл. Мисевича — саркома величиной въ дѣтскую голову на передней поверхности крестца; сл. Кнауер'а пакетъ туберкулезно пораженныхъ железъ). Деструктивныя измѣненiя маточной стѣнки въ мѣстѣ приращенiя плаценты въ 2-хъ сл. Въ одномъ случаѣ Каман'а, авторъ, несмотря на тщательное изслѣдованiе, не могъ найти причины.

Указанiя на насильственное происхожденiе имѣются въ 21 случаяхъ. Какъ причина: поворотъ (извлеченъ живой плодъ) (Wiener); попытки къ повороту при предлежащей головкѣ (Wiener); сухой поворотъ 7 мѣс. плода (Mendel); шипцы (Гориховъ); попытка къ родоразрѣшенiю потягиванiемъ за ручку со стороны 2-хъ бабокъ (Славчевъ); попытка къ повороту со стороны повитухи (Подгорецкiй и Столыпинскiй); попытка къ экстракции плода акушеркой и врачомъ (Никоновъ); повороты и экстракциа при косомъ положенiи и выпаденiи пуповины (Seitz) попытка вправленiя пуповины (Seitz); повороты и трудное извлеченiе при hydramnion (Osterloch); выжиманiе по Crédé послѣда, какъ оказалось, плотно приросшаго (Schwendener); попытки къ повороту при поперечномъ и косомъ положенiяхъ (2 сл. Krebs'а, Kamann, Schwarz); попытки къ повороту и двукратное наложенiе шипцовъ (Krebs); расширенiе зѣва баллономъ у больной нефритомъ и затѣмъ поворотъ (Krebs); поворотъ при узкомъ тазѣ (Praag); метрейризмъ и поворотъ при plac. praevia (Lues) (Lea); попытки къ выдавливанiю плода при фиксации дефлексированной головки въ переднетемянномъ положенiи (Bovin), сюда же отнесенъ разрывъ травматическаго характера „беременная была сшиблена съ ногъ поѣздомъ“ (Souligoux).

Въ 8 случаяхъ есть основанiе подозрѣвать насильственное происхожденiе.

Въ сл. Dobrowolsk'аго разрыву предшествовала экстракциа черепа кефалотрибомъ; въ сл. Сливинскаго—поворотъ и извлеченiе плода при запущенномъ поперечномъ положенiи; въ сл. Кузнецкаго—вправленiе деревенской бабкой; въ сл. Тирютина—вправленiе ручки и пуповины и поворотъ; въ сл. Успенскаго—трудный сухой поворотъ при поперечномъ положенiи и приращенiи плаценты (разрывъ повторный); въ 2-хъ сл. Орлова—дома акушерское пособiе оказывали бабки, причемъ въ одномъ изъ нихъ бабка вправляла выпавшую ручку; въ сл. Herffa—ручное отдѣленiе приращенной плаценты.

Разрывы матки раздѣляются, какъ извѣстно, на полные — проникающіе черезъ всѣ слои маточной стѣнки, и неполные; съ послѣднимъ названіемъ связывается обычно представленіе о разрывѣ, который захватываетъ слизистую оболочку и частью или вполнѣ мышечный слой при остающемся цѣлымъ серозномъ покровѣ матки. Этотъ видъ неполнаго разрыва можно назвать «внутреннимъ». Наблюденія показываютъ, что возможны и другія комбинаціи неполныхъ разрывовъ, именно «наружные» и «срединные» разрывы. Brennecke въ своей диссертациі (1875 г.) собралъ 7 случаевъ неполныхъ наружныхъ разрывовъ «ruptura uteri incompleta externa» по Spiegelberg'у, «fissura uteri peritonealis» по Sängery'у. Blind въ диссертациі 1892 г. собралъ ихъ 17. Кромѣ этого отдѣльныя наблюденія принадлежатъ Sängery'у, Richard v. Braun, Everke и Kouwer'у *). 3 такихъ случая въ 1903 г. изъ клиники Chrobak'a опубликовалъ Knauer. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ разрывъ представлялся въ видѣ нѣсколькихъ надрывовъ перитонеального покрова на задней поверхности матки, болѣе или менѣе глубоко проникавшихъ въ мышечный слой, величиной отъ 1—2 mm. до 5 сант. Въ двухъ случаяхъ разрывы эти были источникомъ значительнаго кровотечения въ брюшную полость, что и послужило въ одномъ изъ нихъ причиной смерти. Во всѣхъ этихъ 3-хъ случ. разрывъ былъ распознанъ лишь на вскрытіи. Происхожденіе ихъ Knauer, на основаніи своихъ наблюденій и наблюденія Kouwer'a, ставитъ въ зависимость отъ внезапнаго сильнаго растяженія матки излившеюся въ ея полость кровью при преждевременной отслойкѣ плаценты. Spiegelberg. Brennecke, Blind видятъ причину въ потерѣ серознымъ покровомъ эластичности вслѣдствіе предшествовавшихъ метро-эндометритовъ и метро-периметритовъ.

Подобные же надрывы могутъ образоваться вслѣдствіе протиранія ткани матки при существованіи экзостозовъ въ области promontorii и нижнихъ поясничныхъ позвонковъ; недавно подобный случай былъ доложенъ въ Акуш. гинекологич. Обществѣ въ Москвѣ Сазоновымъ. Третій видъ неполнаго разрыва «срединнаго» встрѣчается, повидимому, еще рѣже. Единственное наблюденіе, по крайней мѣрѣ до 1903 г., принадлежитъ также Knauer'у. Продольный боковой разрывъ возникъ у III para (размѣры таза нормальны), первично, изолированно въ мышечномъ слоѣ нижняго сегмента; начиная на 3 ст. выше наружнаго маточнаго отверстія, распространился вверхъ нѣсколько въ мускулатуру тѣла матки. Образовавшееся кровоизліяніе отслоило

*) Приведено по Knauer'у.

брюшину на поверхности матки въ мѣстѣ ея рыхлаго прикрѣпленія; она также подверглась разрыву, но уже вторично. Доказательство въ пользу этого Кнауег видитъ въ томъ, что направленіе обоихъ разрывовъ не совпадаетъ; въ то время какъ разрывъ въ мышечномъ слоѣ расположенъ въ продольномъ направленіи, разрывъ брюшины — въ поперечномъ. Кровоизліяніе было настолько значительно, что скопленіе крови въ retroperitoneal'номъ пространствѣ доходило вправо до почки, влѣво до селезенки. Разрывъ былъ обнаруженъ при лапаротоміи (на 5-й день по поводу явленій перитонита) и изученъ на препаратѣ, полученномъ на секціи. Разрывъ возникъ вслѣдствіе суженія входа въ тазъ плотнымъ пакетомъ туберкулезно пораженныхъ железъ, веретенообразной формы, длиною $8\frac{1}{2}$ ст., толщиною 4 — 5 ст. Пакетъ этотъ помѣщался въ правой половинѣ таза, почти въ области acetabuli, простираясь въ косомъ направленіи почти до rectum.

Мы видимъ, что разрывъ можетъ возникать первично во всѣхъ слояхъ маточной стѣнки, но гдѣ чаще онъ начинается, рѣшать не беремся. Sängel считаетъ, что чаще разрывъ распространяется по направленію снаружи кнутри, большинство же принимаетъ — снутри кнаружи. Вопросъ этотъ, имѣя въ большинствѣ случаевъ (напр. перфорир. разр.) лишь теоретическій интересъ, въ нѣкоторыхъ пріобрѣтаетъ практически важное значеніе. Во всѣхъ четырехъ случаяхъ Кнауег'а, а также въ случаѣ узурь Сазонова, разрывъ не былъ распознанъ при жизни. Единственнымъ симптомомъ были явленія внутренняго кровотечения.

Объ этихъ случаяхъ необходимо помнить, какъ бы они рѣдки ни были, они возможны.

Въ наибольшемъ числѣ случаевъ разрывъ локализуется въ нижнемъ маточномъ сегментѣ. Такъ, разрывъ нижняго сегмента наблюдался въ 97 случ. (изъ нихъ 7 неполныхъ); разрывъ дна въ 11 сл.; тѣла въ 1 сл. Неполныхъ наружныхъ разрывовъ дна и тѣла было 3. Въ 16 случ. мѣстоположеніе разрыва не указано, сказано лишь, «полный разрывъ матки».

Разрывы нижняго сегмента раздѣляются на слѣдующія группы.

Первое мѣсто по численности занимаютъ боковые разрывы— 43 (изъ нихъ неполныхъ 7, въ томъ числѣ 1 повторный). Лѣво-сторонніе встрѣчаются чаще, чѣмъ правосторонніе, первыхъ было 24, вторыхъ 7, въ 12 сл. не указано. Разрывы, начинаясь въ области нижняго сегмента, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, распространяются въ тѣло и могутъ доходить до дна матки. Такъ, въ

сл. Вигилева (опис. Успенскимъ и Коломенкинъимъ) лѣвосторонній разрывъ шель со дна до внутренняго зѣва; въ сл. Орлова—отъ мѣста отхожденія лѣв. фаллопиевой трубы; Seitz въ 2-хъ случаяхъ наблюдалъ разрывъ, распространявшійся почти до fundus uteri; въ сл. Раре разрывъ шель отъ праваго трубнаго края черезъ всю боковую стѣну матки; въ сл. Frank'a отъ лѣваго угла дна черезъ все тѣло и шейку; въ случ. Paranicola'я длина разрыва была 25 ст., въ сл. Wiener'a — 20 ст.

Второе мѣсто занимаютъ разрывы, помѣщающіеся въ передней стѣнкѣ нижняго сегмента — 30 (изъ нихъ одинъ повторный). Задняя стѣнка, повидимому, повреждается гораздо рѣже—такихъ случ. указано всего 4. Въ передней и задней стѣнкахъ разрывы имѣютъ гл. обр. поперечное направление. Разрывы, имѣющіе сложный ходъ, мы выдѣлили въ особую группу—комбинированныхъ; таковыхъ насчитывается 9 (изъ нихъ 2 повторныхъ). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрывъ проходитъ по передней или задней стѣнкѣ и какой-либо боковой, въ другихъ наблюдается еще болѣе сложное направление. Такъ, въ сл. Феноменова (опис. Подгорецкимъ) «разрывъ былъ очень большой, осталась цѣлой только весьма небольшая часть задней стѣнки»; въ сл. Муггеу разрывъ имѣлъ направление слѣва сзади кпереди съ пораненіемъ мочевого пузыря; въ сл. Dobrowolsk'аго (повт.) разрывъ шель вдоль задней стѣнки н. с. на протяжении 10 ст.; затѣмъ загибался подъ угломъ въ 40° и проходилъ до верхушки дна на разстояніи 11 ст. и, наконецъ, загнувшись подъ тупымъ угломъ, достигалъ мѣста прикрѣпленія правой трубы.

Colporrhhexis II сл. (изъ нихъ 2 повторныхъ). Отрывы передняго свода, иногда одновременно съ какимъ либо изъ боковыхъ, встрѣчаются чаще, чѣмъ отрывъ задняго. Такъ, Кузнецкій въ 2-хъ случ. наблюдалъ отрывъ передняго и лѣв. бокового сводовъ, Орловъ передняго и бокового праваго, Байковъ въ 2-хъ случ., Никоновъ, Гороховъ (повт.) передняго.

Отрывъ задняго свода наблюдали Szajenowicz, Подгорецкій и Успенскій (повт.); одного лѣваго — Szajenowicz.

Первичные разрывы дна наблюдаются въ гораздо меньшемъ числѣ, при особыхъ, располагающихъ къ тому причинахъ, чѣмъ таковыя нижняго сегмента:—11 случ. Въ 6 случ. разрывъ произошелъ въ рубцѣ послѣ кесарскаго сѣченія (Ekstein, Everke, Munro Kerr, Dahlmann, Ribemont-Dessaignes и Rudeaux и Couvelaire) и въ 5 сл. въ маткахъ, не подвергавшихся до того какому либо травматизму. Такіе разрывы наблюдали: Anteki—поперечный отъ одной трубы до другой, Александровъ въ днѣ ближе къ лѣв. углу матки, размѣромъ отъ

праваго угла къ лѣвому въ 5 ст., Бѣляевъ—въ днѣ ближе къ передней стѣнкѣ; въ сл. Полѣнова разрывъ шелъ черезъ дно съ задней поверхности на переднюю, нѣсколько лѣвѣе отъ средней линіи, длиною въ 16 ст.; въ сл. Schwendener'a—разрывъ въ видѣ круглаго отверстія въ 5 пфен. при выжиманіи по Crédé приращеннаго послѣда.

Въ одномъ случаѣ Staude наблюдался разрывъ на передней поверхности тѣла матки величиной въ 5 франк. монету въ мѣстѣ бывшей перфорациі при выскабливаніи.

Изъ осложненій, встрѣчающихся при разрывахъ матки, чаще всего приходится наблюдать поврежденіе широкихъ связокъ и брюшины въ fossa iliaca и на боковой стѣнкѣ живота; рѣже отслоеніе и разрывъ мочевого пузыря, выпаденіе черезъ разрывъ петель кишекъ и сальника, разрывъ круглыхъ связокъ.

Разрывы широкихъ связокъ, поврежденіе и отслоеніе брюшины общимъ числомъ указаны въ 41 случаѣ; при боковыхъ разрывахъ—въ 21 сл., при разрывахъ передней стѣнки въ 11 сл., задней стѣнки—въ 1 сл.; при комбинированныхъ—въ 3 сл.; при разрывахъ сводовъ—въ 4 сл. и въ одномъ случаѣ rupturæ uteri externæ

Поврежденія связокъ и брюшины, какъ показываютъ наблюденія, могутъ быть весьма различными по силѣ и протяженію; въ однихъ случаяхъ существуютъ лишь небольшіе надрывы или разслоеніе листковъ связки, въ другихъ связка можетъ быть совершенно разорвана, разможжена; изъ разорванной клѣтчатки кровь изливается либо въ брюшную полость, либо скопляясь подбрюшинно, отслаиваетъ peritoneum въ области подвздошной впадины и на боковой стѣнкѣ живота и проникаетъ въ ретроперитонеальной клѣтчаткѣ иногда до той или другой почки. Такъ, Cristeauni наблюдалъ въ одномъ случаѣ, при лѣвостороннемъ разрывѣ, отслоеніе брюшины въ обѣихъ fossa iliaca, при чемъ справа до почки. Никоновъ въ 2 случ. (1-мъ и 4-мъ) наблюдалъ разрывъ правой широкой связки во всю толщу ея, причемъ разрывъ брюшины продолжался далеко кзади и вверхъ черезъ безыменную линію (въ 4-мъ сл.) почти до брыжейки слѣпой кишки. Такой же разрывъ брюшины и отслоеніе ея гематомой до соеситъ видѣлъ въ своемъ случаѣ Раре; продолженіе разрыва еще дальше и полное отслоеніе слѣпой кишки было въ одномъ случаѣ Amann'a; въ нашемъ случаѣ было разслоеніе листковъ широкой связки съ разрывомъ передняго изъ нихъ, распространеніе гематомы въ ретроперитонеальной клѣтчаткѣ позади flex. sigmoid. и colonis descendents до лѣвой почки, которая легко ошупывалась рукой, введенной для удаленія сгустковъ.

При неполныхъ боковыхъ разрывахъ почти какъ правило наблюдается разслоеніе листковъ широкой связки на большемъ или меньшемъ протяженіи съ образованіемъ въ ней гематомы, которая въ сл. (1-й) Успенскаго занимала почти всю fossam iliacam.

Разрывъ art. uterinae, при разрывахъ широкихъ связокъ, указанъ въ двухъ случ. Cristeaanu, въ (5-мъ) сл. Орлова, въ сл. Varnier и Grosse; въ сл. Мисевича «отъ правой маточной артеріи не осталось и слѣда», въ сл. (1-й) Никонова «въ ранѣ болтаются, но не кровоточатъ два конца разорванной правой art. uterinae». Разрывъ lig. rotundi наблюдался въ двухъ случ. Cristeaanu, въ случ. Мисевича и Аманп'а. Въ связи съ поврежденіемъ и отслоеніемъ брюшинныхъ листковъ стоитъ и другое серьезное осложненіе — разрывъ и отслоеніе мочевого пузыря. Разрывъ пузыря наблюдался въ сл. Küstner'a, Pinard'a, Murguey, въ 3-мъ случ. Аманп'а, приче́мъ здѣсь края разрыва представлялись въ видѣ ключевъ, были сильно разможжены: въ сл. Томсона и Зиле разрывъ былъ лучеобразный; въ сл. Wiener'a пузырь былъ надорванъ на величину монеты въ 1 пфенигъ.

Отслоеніе пузыря безъ поврежденія цѣлости стѣнки указано въ случаяхъ Никонова (4-й), Ушкова, Успенскаго (Kolomenkin) (5-й), Орлова (5-й и 7-й) Аманп'а (1-й), Каманп'а (1-й), Fieuch.

Въ то время какъ разнаго рода поврежденія широкихъ связокъ чаще наблюдаются при боковыхъ разрывахъ, поврежденія пузыря и его отслоеніе чаще бываетъ при локализациі разрыва въ передней стѣнкѣ нижняго сегмента. Такъ, въ 4 сл. разрывъ пузыря сопровождалъ разрывъ матки въ передней стѣнкѣ и въ 2-хъ сл. Аманп'а и Murguey разрывъ матки имѣлъ сложный характеръ въ круговомъ направленіи. Отслоеніе пузыря было лишь въ 2-хъ случ. при боковыхъ разрывахъ и въ 6 при разрывахъ въ передней стѣнкѣ.

Выпаденіе черезъ разрывъ внутренностей указано въ 8 сл.; въ 5 было выпаденіе петель кишекъ, въ 4-хъ: Mendel'я, Каманп'а, Seitz'a и Успенскаго самопроизвольное и въ 5-мъ Herffa 2½ метра кишекъ было вытащено акушеркой при попыткѣ ручного отдѣленія плаценты; въ 3-хъ случ.: Karwat'a Аманп'а, Нейшту́бе было выпаденіе сальника.

Эти осложненія должны, конечно, оказывать влияніе какъ на теченіе, такъ и исходъ тяжкаго уже самого по себѣ страданія; объ этомъ мы будемъ имѣть случай говорить при разборѣ способовъ леченія, примѣненныхъ въ обзорѣваемыхъ нами слу-

чаяхъ; прежде чѣмъ перейти къ нему считаемъ нелишнимъ остановиться на симптоматологіи и діагностикѣ разрывовъ матки.

Когда разрывъ еще только готовится, главнымъ симптомомъ угрожающей опасности, какъ извѣстно, является высокое стояніе дна и контракціоннаго кольца при частыхъ и сильныхъ схваткахъ, давно прошедшихъ водахъ и долгой, но безрезультатной родовой дѣятельности. Какъ только разрывъ произошелъ, на первый планъ выступаютъ прекращеніе схватокъ, ощущеніе рѣзкой боли въ животѣ, затѣмъ явленія шока—блѣдность, тошнота, частый и малый пульсъ, потеря сознанія; нерѣдко наступаетъ кровотеченіе изъ genitalia.

Если мы наблюдаемъ всѣ эти явленія, или узнаемъ о нихъ изъ разспросовъ окружающихъ, особенно, если при выхожденіи плода въ брюшную полость, ощупываемъ его части прямо подъ кожными покровами, діагнозъ въ такихъ случаяхъ простъ и очевиденъ. Совсѣмъ иначе можетъ обстоять дѣло при т. н. латентныхъ разрывахъ, особенно, если плодъ остается въ маткѣ. Симптомы такого разрыва могутъ быть не выражены вовсе или настолько слабо, что разрывъ происходитъ почти незамѣтно не только для окружающихъ, но и для самой потерпѣвшей. Что діагнозъ дѣйствительно можетъ быть очень труденъ, показываютъ намъ многочисленные случаи, гдѣ онъ могъ быть поставленъ лишь послѣ родоразрѣшенія, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ своевременное распознаваніе не было сдѣлано совсѣмъ.

Такъ, при поперечномъ положеніи плода, разрывъ былъ обнаруженъ послѣ родоразрѣшенія рукой, введенной въ матку съ цѣлью удаленія плаценты по поводу кровотеченія изъ genitalia, въ сл. Стоянова, Успенскаго (1-й), Орлова (5 и 6); въ сл. Karwat'a, Praag'a, Паперна рука была введена для ручного удаленія плаценты, такъ какъ ее не удавалось выжать по Crédé; въ сл. Сливинскаго—вслѣдствіи явленій внутренняго кровотеченія (рѣзкое паденіе пульса при хорошо сократившейся маткѣ и ничтожномъ наружномъ кровотеченіи). Въ сл. Amann'a (2-й) разрывъ былъ констатированъ рукой, введенной для поворота. Въ сл. Rapanicol'я, при запущенномъ поперечномъ положеніи, послѣ декапитации и извлеченія плода и плаценты разрывъ былъ распознанъ вслѣдствіе выхода отдѣленной головки въ свободную брюшную полость. Въ нашемъ случаѣ рука была введена вслѣдствіе подозрѣнія на задержаніе части плаценты. Въ сл. Meyer'a Vraga, послѣ 2-хъ дневныхъ незначительныхъ болей, доставлена съ явленіями кишечной непроходимости. Исслѣдованіе per vaginam и наружное не дали какихъ либо указаній. Рѣшено было выжи-

дать преждевременныхъ родовъ, но, въ виду ухудшенія состоянія, рѣшено ускорить роды. Изслѣдованіе полости матки рукой, произведенное послѣ вывода баллона—маточнаго расширителя, — обнаружило отсутствіе плода и послѣда и лѣвосторонній разрывъ маточной стѣнки близъ трубы длиною въ 5 ст. Въ сл. Grosse безъ особыхъ симптомовъ произошли самопроизвольные роды мертвымъ ребенкомъ, на другой день явленія перитонита при лапаротоміи найденъ разрывъ. Въ сл. Everke въ концѣ беременности появились сильныя боли въ животѣ, заподозрили перитонитъ, при лапаротоміи найденъ разрывъ. Въ сл. Barber'a разрывъ произошелъ, при нормальномъ тазѣ, совершенно безъ симптомовъ и былъ обнаруженъ лишь на вскрытіи.

Особенно замѣчательны случаи Александрова и Souligoux.

Пациентка Александрова обратилась за помощью потому, что „у нея уже 3 недѣли пересталъ „ворошиться“ ребенокъ“, тогда же 3 недѣли т. н. „безъ всякой причины ночью внезапно появилась рѣжущая боль въ животѣ и головокруженіе, причѣмъ показалось изъ влагалища незначительное отдѣленіе крови“. Больную осматривалъ врачъ, направилъ въ больницу, гдѣ она пролежала 9 дней и была затѣмъ выписана. Д-ръ Александровъ при осмотрѣ опредѣлилъ присутствіе плода въ брюшной полости, матка же была нормальной величины; при лапаротоміи матка оказалась разорванной.

Въ случ. Souligoux—желѣзнодорожная сторожиха, беременная на 8 мѣсяцѣ, была сбита съ ногъ поѣздомъ, „явленія перитонита стихли черезъ 5 дней, со стороны матки никакихъ явленій, кромѣ прекращенія движеній плода“. Черезъ мѣсяць появились регулы. Souligoux оперировалъ больную черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ поврежденія, при лапаротоміи матка найдена нормальной величины съ разрывомъ въ полъ ладони, плодъ и плацента въ брюшной полости.

Въ обоихъ этихъ случаяхъ, явленія, сопровождавшія разрывъ, видимо, были настолько слабо выражены, что нельзя было даже заподозрить разрывъ матки, хотя, думается, при болѣе внимательномъ изслѣдованіи онъ все же могъ быть распознанъ своевременно при наличности выходненія плода въ брюшную полость. Въ сл. Бѣльева, оперированномъ черезъ 2 мѣсяца послѣ разрыва съ выходненіемъ плода въ брюшную полость, не извѣстно, пользовалась ли больная до обращенія въ Басманную больницу врачебной помощью или нѣтъ.

Изъ приведенныхъ примѣровъ мы видимъ, что при латентномъ разрывѣ путеводной нитью можетъ явиться присутствіе

какого либо одного болѣе рѣзко выраженнаго признака, который, будучи оцѣненъ соотвѣтственнымъ образомъ, приведетъ къ правильному распознаванiю.

Признаки эти могутъ исходить отъ матери и плода. Первые могутъ быть подраздѣлены, по Meuser'у, на 3 главныя категорiи:

1. Раздраженiе брюшины—болѣзненность при ощупыванiи и самостоятельныя боли въ животѣ, вздутiе, запоръ, икота, тошнота, рвота.

2. Внутреннее кровотеченiе—блѣдность, слабость, малый и частый пульсъ, образованiе иногда гематомы въ видѣ опухоли.

3. Признаки исходящiе отъ матки:

Наружное кровотеченiе послѣ родоразрѣшенiя и выхода плаценты при хорошо сократившейся маткѣ; кровотеченiе до родоразрѣшенiя при схваткообразныхъ боляхъ, которыя могутъ вскорѣ совсѣмъ прекратиться. Задержанiе плаценты, невозможность удаленiя ея по Crédé (въ такихъ случаяхъ часто предполагается приращенiе плаценты)—распознаванiю здѣсь можетъ помочь признакъ, наблюдавшiйся между прочимъ Вагиттомъ*) и Паперномъ: при каждой попыткѣ выдавливанiя, пупочный канатикъ втягивался все глубже въ полость матки.

Со стороны плода при разрывѣ матки наблюдается обычно его смерть, которой нерѣдко предшествуютъ очень оживленныя движенiя.

Каждый изъ этихъ признаковъ, взятый по отдѣльности, конечно, не имѣетъ абсолютной цѣнности, а приобрѣтаетъ ее лишь въ связи съ другими, менѣе рѣзко выраженными.

Положимъ, разрывъ распознанъ, передъ нами снова загадка, что тамъ внутри скрыто подъ покровами живота?

Можемъ ли мы на основанiи наблюдаемыхъ симптомовъ вывести какiя либо заключенiя о характерѣ разрыва и присутствiи или отсутствiи осложненiй. Все это далеко не безразлично при выборѣ того или другого способа лѣченiя.

(Окончанiе слѣдуетъ).

*) Gyn. Gesellsch. in Breslau 15/xi. 904.

Къ вопросу о леченіи хоріоэпителиомы.

Д-ра К. К. Гейна.

22-го ноября 1907 г. докторомъ В. П. О е д о р о в ы м ъ въ С. - Петербургскомъ Акушерско - Гинекологическомъ Обществѣ была представлена больная съ хоріоэпителиомой, анамнезъ и исторія болѣзни которой до 22 ноября по даннымъ В. П. О е д о р о в а, опубликованнымъ въ Мартовской книжкѣ Журнала Акушерства и женскихъ болѣзней 1908 г., я привожу здѣсь вкратцѣ:

А. Г. крестьянка 25 л. Крови до замужества правильныя. Замужъ вышла 25 л; послѣ этого въ теченіе первыхъ двухъ мѣсяцевъ выкинула 4 раза; послѣдній разъ 3 года т. н. Причины выкидышей остались невыясненными; въ 5-ый разъ забеременѣла въ сентябрѣ 1906 г.; доносила и родила въ июнѣ 1907 года хорошо упитанную дѣвочку. Послѣ родовъ встала на 7-ой день и была здорова въ теченіи 6 недѣль. Послѣ этого появились неправильныя кровотеченія, продолжавшіяся въ июнѣ мѣсяцѣ 4 дня, въ августѣ 1—2 дня, а потомъ приблизительно съ 20-го сентября по 5-ое октября 1907 г. Кровопотеря въ сентябрѣ мѣсяцѣ весьма значительная. Около 20-го октября докторомъ О е д о р о в ы м ъ у больной, страдавшей въ это время уже и кашлемъ съ кровавистой мокротой, была распознана хоріоэпителиома матки съ метастазами во влагалищѣ и въ лѣвой трубѣ и больная была отправлена въ клинику проф. Р а ч и н с к а г о. Здѣсь микроскопическимъ изслѣдованіемъ маленькой влагалищной опухоли и кусочковъ добытыхъ изъ матки діагнозъ хоріоэпителиомы былъ подтвержденъ. Во время наблюденія въ клиникѣ т. е. съ 22 октября до 22 ноября «однѣ опухоли во влагалищѣ распадались, и на ихъ мѣстѣ получался рубецъ, другія возникали вновь и увеличивались». Опухоль лѣвой трубы рѣзко увеличилась; справа также образовалась подвижная неправильныхъ очертаній опухоль, величиною съ куриное яйцо. Сама матка увеличилась рѣзко и теперь (т. е. около 22 ноября 1907 г.) дно ея стоитъ приблизительно на срединѣ между пупкомъ и лобкомъ. Около 22-го ноября 1907 г. кончаются наблюденія В. П. О е д о р о в а, такъ какъ больная покидаетъ клинику.

О дальнѣйшей судьбѣ больной, поступившей 27-го ноября въ Александринскій Приютъ для женщинъ въ С.-Петербургѣ я могу сообщить слѣдующее:

Больная средняго роста, плохого питанія; малокровіе средней степени кожи и слизистыхъ оболочекъ. Температура—38,0°, пульсъ—116—120. Больная жалуется на общую слабость, кровотеченія и боли при дыханіи. Сердце, печень, селезенка безъ измѣненія. Надъ правымъ легкимъ сзади и книзу отъ 6-го ребра—притупленіе, ослабленное дыханіе, изрѣдка сухіе хрипы; голосовое дрожаніе безъ измѣненія. Мокрота

слизисто-гнойная, съ комочками съ значительной примѣсью кровянистыхъ полосокъ. Животъ мягкій, при ощупываніи не болѣзненный. На поперечный палецъ надъ симфизомъ прощупывается въ видѣ шарообразной опухоли матка. Моча не содержитъ бѣлка и сахара.

Гинекологическое изслѣдованіе даетъ слѣдующія данныя: старый разрывъ промежности; вокругъ входа во влагалище вѣнкомъ расположены три опухоли величиной въ лѣсной орѣхъ, фіолетоваго цвѣта, изъ которыхъ двѣ покрыты неповрежденной слизистой оболочкой, 3-ья же имѣетъ на своей макушкѣ углубленіе, закрытое пробкой изъ омертвѣлой ткани, изъ котораго непрерывно почти, то больше то меньше сочится кровь. Остальная слизистая оболочка влагалища гладка. Наружный зѣвъ закрытъ. Матка величиною съ добрый кулакъ, шарообразная, антефлексирована; соотвѣтственно лѣвымъ придаткамъ опухоли съ яблоко съ неровной поверхностью; справа подобная же, но меньшая опухоль. Диагнозъ: хоріоэпителиома матки, метастазы во влагалищѣ, а также и въ легкихъ со вторичной реактивной пневмоніей. Метастазы придатковъ подъ знакомъ вопроса.

Когда понемногу подъ вліяніемъ постельнаго режима, компрессовъ, аспирина и т. д. острая воспалительная явленія въ правомъ легкомъ прошли (перкуторный звукъ прояснился, температура спала) 6-го декабря 1907-го года приступлено было къ операци, состоявшей изъ полного вылушенія половыхъ органовъ комбинированнымъ влагалищно-брюшнымъ путемъ. Болѣе подробный ходъ операци, произведенной О. І. Китнеромъ и Э. А. Доббертомъ, слѣдующій: циркулярный разрѣзъ вокругъ входа во влагалище, затампонированное іодоформенной марлей; периферическій конецъ влагалищной трубки наглухо зашивается, отсепаровывается до верхней своей трети; при этомъ пораненіе ложницами прямой кишки (на разстояніи приблизительно одного сантиметра), которое сейчасъ-же зашивается Lembert'овскимъ швомъ. Затѣмъ переходятъ къ чревосѣченію. Гауданизация брюшныхъ покрововъ. Разрѣзъ по средней линіи. Перерѣзаются лигированныя кѣгутутомъ *ligg. infundibulo-pelvic. rotunda et lata* съ обѣихъ сторонъ. Двухсторонняя перевязка *art. hypogastric.* на мѣстѣ выхода ея. Разрѣзъ брюшины соотвѣтственно пузырьно-маточной складкѣ, отсепарованіе мочевого пузыря, также и прямой кишки послѣ перерѣзки брюшины Дугласова пространства. Двухсторонняя перерѣзка лигированныхъ *ligg. cardinalia* и изоляція верхней трети влагалища завершаютъ вылушеніе матки, придатковъ и влагалища. Огромная полость соединительно тканной клетчатки тампонируется и надъ тампономъ наглухо сшивается брюшина непрерывнымъ кѣгутутовымъ швомъ. Трехъ-этажный шовъ брюшныхъ покрововъ. Длительность операци 1 час. 15 мин. Потеря крови незначительная.

Послѣоперационное теченіе: непосредственно послѣ операци сильное затрудненіе дыханія; отхаркивается въ большомъ количествѣ мокрота, такого же свойства какъ и до операци, съ примѣсью крови; одновременно появляется вздутіе живота, тошнота и рвота; пульсъ учащается (отъ 120—140), температура повышается до 39,2° и 12-го декабря больная умираетъ. Вскрытіе 13-го дек. Провести полный протоколъ вскрытія я считаю излишнимъ. Вскрытіе вполне подтвердило наши клиническія наблюденія; анатомическій диагнозъ гласилъ: *Mycocarditis fusca, Peritonitis purulenta, Degeneratio parenchymatosa acuta*

hepat., Nephrit. parenchymatosa acuta, Embol. arter. pulmon. (Metastases chorioepithel. pulmon utriusque).

Краткое описаніе добытаго операционнаго препарата:

1. макроскопическое: длина всего препарата т. е. разрѣзанныхъ по срединной линіи матки и влагалища 21 сант.; длина матки—10 сант. влагалища 11 сант. На задней стѣнкѣ тѣла матки опухоль гладкой поверхности величиною съ яблоко; нижній полюсъ опухоли на 2 сант. выше внутренняго зѣва; верхній полюсъ ея достигаетъ до дна матки; на разрѣзѣ ткань опухоли имѣетъ характерный пестрый видъ; стѣнка матки, утонченная соотвѣтственно мѣсту прикрѣпленія опухоли, отъ послѣдней макроскопически рѣзко отграничивается. Соотвѣтственно нижней трети влагалища расположены—3 метастаза продолговатой формы; изъ нихъ—два покрыты нормальной слизистой оболочкой, третій метастазъ имѣетъ на своей верхушкѣ отверстіе величиною съ гороховое зерно, закрытое некротической пробкой. Оба яичника находятся въ состояніи поликистозной дегенерациі; въ свѣжемъ состояніи они имѣютъ величину съ кулакъ, и туго наполнены желатинозной массой. Трубы безъ измѣненія.

2. микроскопическое: срѣзы взяты изъ различныхъ участковъ опухоли, изъ влагалищныхъ и легочныхъ метастазовъ и изъ яичниковъ (окраска Нѣмалаун'омъ).

а) разрѣзъ черезъ опухоль и матку: снаружи нормальная мускулатура матки, толщиной приблизительно въ $\frac{1}{2}$ сант., потомъ появляются замкнутые пучки клѣтокъ опухоли, распространяющіеся особенно по межмышечной соединительной ткани; клѣтки средней величины ясно отграничены одна отъ другой, типа клѣтокъ Langhans'a; кромѣ этихъ клѣтокъ, въ периферическихъ участкахъ препарата, среди нормальной мускулатуры видны единичныя гигантскія клѣтки. Лентообразныя скопленія послѣднихъ замѣчаются особенно въ окружности сосудовъ, гдѣ гигантскія клѣтки достигаютъ эндотелія сосудовъ, отслаивая и замѣняя послѣдній. Собственно ткань опухоли состоитъ изъ некротической ткани, кровянистофиброзной массы и скопленія клѣтокъ, среди которыхъ вышеупомянутыя клѣтки средней величины количественно, повидимому, значительно преобладаютъ.

в) метастазъ влагалища: мѣстами неизмѣненный многослойный эпителий; подъ слизистой оболочкой кровянистофиброзная масса, включающая большія и меньшія скопленія клѣтокъ, напоминающія клѣтки Langhans'a.

с) яичники: съ и той и другой стороны состоятъ изъ кистъ различной величины; кисты такъ близко расположены другъ къ другу, что овариальная строма оттѣснена; соединительная ткань отечна; на внутренней стѣнкѣ кистъ многослойное отложеніе набухшихъ кругловатыхъ клѣтокъ, протоплазма которыхъ содержитъ мелкозернистый желтый пигментъ (лотеиновыя клѣтки). Хоріоэпителиоматозныхъ очаговъ въ яичникахъ не найдено.

д) легочный метастазъ: многочисленные узлы величиной съ горошину и больше, по строенію сходные между собою; они состоятъ изъ некротической ткани, крови и фибрина; сосѣднія альвеолы наполнены фибринозой, мелкоклѣточно инфильтрированной массой; не во всѣхъ очагахъ замѣчаются Langhans'овскія клѣтки; послѣднія находятся главнымъ образомъ въ просвѣтѣ сосудовъ, изрѣдка простоя сосудистыя стѣнки.

Казалось бы излишнимъ послѣ обстоятельныхъ трудовъ иностранныхъ и отечественныхъ авторовъ, въ особенности послѣ исчерпывающей монографіи Г. А. Бурдзинскаго¹⁾ о злокачественной хоріоэпителиомѣ—обогащать этотъ вопросъ описаніемъ отдѣльныхъ казуистическихъ случаевъ. Но ввиду того, что приведенный выше случай сталъ извѣстенъ болѣе или менѣе обширному кругу врачей, мы рѣшили опубликовать его, прибавивъ на основаніи нѣкоторыхъ другихъ случаевъ хоріоэпителиомы, наблюдавшихся въ Александр. Приютѣ, кое-какія замѣчанія о современномъ взглядѣ практической гинекологіи на хоріоэпителиому.

Самый существенный выводъ многочисленныхъ и трудныхъ изслѣдованій этого рода опухолей — въ диссертации Г. А. Бурдзинскаго до 1904 г. приведено 359 работъ—по моему мнѣнію, относится къ области общей патологіи. Онъ заключается въ томъ, что принятаго до послѣдняго времени, принципиальнаго дѣленія опухолей на доброкачественныя и злокачественныя на основаніи ихъ целлюлярнаго строенія придерживаться больше нельзя и что въ особенности опредѣленіе понятія о злокачественности, какъ оно приводится въ специальныхъ руководствахъ, нуждается въ провѣркѣ и поправкѣ. Какъ извѣстно, злокачественность опухолей опредѣлялась и опредѣляется и теперь еще слѣдующими признаками (Ribbert, Albrecht):

1. Неограниченная способность къ росту.
2. Вростаніе въ нормальную ткань (инфильтрирующій ростъ опухолей).
3. Образованіе метастазовъ.
4. Склонность давать (послѣ операциі) мѣстные рецидивы.

Новообразование, отвѣчающее по своему анатомическому характеру подобному опредѣленію, давало мыслямъ и дѣйствіямъ практическаго врача опредѣленное направленіе и заставляло его прибавить къ вышеприведеннымъ патолого-анатомическимъ критеріямъ злокачественности еще одинъ важный клиническій, а именно что подобная опухоль, не леченная, неминуемо ведетъ къ смерти индивидуума, носителя его*).

¹⁾ Г. А. Бурдзинскій. Злокачественная эпителиома ворсистой оболочки. Диссертация. СПб. 1904.

*) Полнаго согласія насчетъ понятія о злокачественности, положимъ, не имѣется и среди патолого-анатомовъ. Такъ по проф. Подвысоцкому «доброкаче-

Не наше дѣло, заниматься вопросомъ о злокачественности опухолей; патолого-анатомической наукѣ и общей біологіи, разбирающей проблемы о ростѣ тканей, принадлежитъ здѣсь рѣшающее слово, и практическому врачу остается только отсюда ожидать тѣхъ указаній, которыя опредѣляютъ его практическія мѣропріятія.

Мы желали бы только съ точки зрѣнія практическаго врача напомнить, что вышеприведенная, созданная для ежедневнаго употребленія схема давно уже опровергнута наукой и фактами, и что по этой причинѣ слѣдовало бы освободиться отъ устарѣлыхъ возрѣній, перешедшихъ, благодаря нашему медицинскому образованію, такъ сказать, въ плоть и кровь.

Въ этомъ направленіи мы напомнимъ только то, что едва ли существуетъ какая нибудь опухоль, которая не могла бы превратиться изъ добро—въ злокачественную, что образованіе метастазовъ присуще и доброкачественнымъ опухолямъ, и можетъ даже произойти изъ нормальнаго органа (послѣдъ—Pick, щитовидная железа—Ribbert) и что фактъ гистологической доброкачественности далеко еще не даетъ права на хорошее предсказаніе (см. случаи Mansfeld'омъ опубликованные). Если значить и раньше уже такіе факты изъ патологіи опухолей сближали понятія о злокачественныхъ и доброкачественныхъ новообразованіяхъ, то всетаки окончательную несостоятельность подобнаго строгаго разграниченія доказали только изслѣдованія хоріоэпителиомы.

Уже Marchand, основатель ученія о хоріоэпителиомѣ, указывалъ на затрудненія, возникавшія при классификаціи этихъ опухолей и онъ же требовалъ для нихъ особую рубрику въ онкологической системѣ. Обычные признаки и доказательства злокачественности для хоріоэпителиомы недостаточны. Неограниченная пролифераціонная способность клѣточныхъ элементовъ этого новообразованія въ сущности не что иное, какъ фізіологическое качество зародышевой ткани, въ особенности — хоріального эпителия. Этотъ эпителий вѣдь, какъ извѣстно, разрушаетъ децидуу, пробѣгаетъ стѣнки материнскихъ сосудовъ, проникаетъ въ самые сосуды и въ болѣе глубокіе мышечные слои матки,

ственная по своему росту опухоль напр. фиброма, полиппъ, липома оказывается случайно злокачественной, по мѣсту своего появленія, именно если вырастаетъ въ такихъ мѣстахъ, какъ центральная нервная система, или въ выводныхъ протокахъ железъ».

такъ что Voigt имѣетъ полное основаніе выразиться, что: «человѣческое яйцо для своего внѣдренія въ слизистую оболочку матки нормально снабжено качествами, которыя мы привыкли встрѣчать только у деструирующихъ новообразованій». Трудно, а пожалуй даже невозможно указать, гдѣ кончается невинный или физиологическій «Gänsemarsch» хоріальныхъ клѣтокъ (die «benigne chorioepitheliale Zellinvasion» Rob. Meyer'a), и гдѣ дѣйствительно начинается злокачественное разрушеніе ткани. Разрушеніе ткани, вѣрный признакъ злокачественности при ракѣ, не является таковымъ при хоріоэпителиомѣ, а значитъ и нельзя смѣшивать, а тѣмъ болѣе еще считать идентичными понятія о злокачественности и о деструирующихъ свойствахъ. Образованіе метастазовъ также не служитъ критеріемъ признанія злокачественности хоріоэпителиомы, такъ какъ и въ физиологическихъ границахъ мы видимъ аналогичное явленіе въ эмболии гигантскими клѣтками (Schmorl, Касьяновъ), въ пузырьномъ заносѣ Veit'a, и пожалуй, недалеко отъ истины предположеніе Zagorjansky-Kissel'я, что многія быстро проходящія почечныя и легочныя кровотеченія во время въ остальномъ нормальной беременности обусловлены подобными физиологическими явленіями, или иначе говоря—хоріоэпителиомами, какъ разъ собирающимся выйти изъ предполагаемой Бурдзинскимъ стадіи латентности.

Къ вопросу объ образованіи метастазовъ мы еще вернемся ниже, въ связи съ другимъ вопросомъ, тутъ же мы хотѣли только подчеркнуть подтвержденный Marchand'омъ, Franqué, Schlagenhauser'омъ, Zagorjansky-Kissel'емъ, Hörmann'омъ фактъ, что гистологическимъ изслѣдованіемъ злокачественность хоріоэпителиомы установить нельзя. Въ то время какъ при ракѣ микроскопическое изслѣдованіе—разумѣется въ связи съ клинической картиной имѣетъ рѣшающее значеніе, при хоріоэпителиомѣ неопредѣленность микроскопической картины ставитъ врача въ сильное затрудненіе и благодаря этому до сихъ поръ не имѣется ясныхъ и опредѣленныхъ показаній и противопоказаній для оперативнаго леченія хоріоэпителиомы*)

*) Въ какія противорѣчія можетъ впасть врачъ—практикъ, примѣняя къ клиническому пользованію хоріоэпителиомы обычные микроскопическіе принципы, мы ясно видимъ у Бурдзинскаго. Этотъ авторъ, разбирая интересные случаи хоріоэпителиомы Menge и Franqué, а также и нѣсколько случаевъ деструирующаго пузырьнаго заноса, въ которыхъ наступило полное излеченіе послѣ выскабливанія матки, считаетъ эти случаи „злокачественными“, такъ-какъ

Итакъ единственнымъ указателемъ на практикѣ остается клиническое наблюденіе и если стать на эту точку зрѣнія, занимаемую и Бурдзинскимъ и многочисленными другими авторами, то станетъ и понятнымъ почему при хоріоэпителиомѣ въ противоположность къ остальнымъ такъ называемымъ злокачественнымъ опухолямъ съ одной стороны можно ограничиться выскабливаніемъ, съ другой же стороны приступаютъ къ операциіи и въ такихъ запущенныхъ случаяхъ, гдѣ по обычнымъ нашимъ наблюденіямъ изъ патологіи новообразованій на успѣхъ операциіи рассчитывать казалось бы нельзя.

Такъ какъ и нашъ вышеприведенный случай принадлежитъ къ такимъ-же запущеннымъ случаямъ хоріоэпителиомы, то мы позволимъ себѣ болѣе подробно остановиться на этомъ вопросѣ.

Бурдзинскій указываетъ, какъ на единственное противопоказаніе къ радикальной операциіи хоріоэпителиомы, на метастазы въ органахъ, «недоступныхъ для нашего оперативнаго вмѣшательства». Положимъ, и онъ проявляетъ сейчасъ же вслѣдъ за тѣмъ нѣкоторое колебаніе и повидимому склоненъ сдѣлать исключеніе для наблюдаемыхъ сравнительно часто при хоріоэпителиомѣ легочныхъ метастазовъ. Оперативное леченіе такихъ запущенныхъ случаевъ допустимо только при условіи наличности несомнѣнныхъ доказательствъ, что самопроизвольное обратное развитіе хоріоэпителиоматозныхъ очаговъ возможно и наблюдается.

Случаи самопроизвольнаго исцѣленія намъ извѣстны и при другихъ «злокачественныхъ» опухоляхъ. Такъ Кароші имѣлъ возможность наблюдать, какъ развившіеся при лимфосаркомѣ верхнечелюстной области метастазы кожи величиною до дѣтской головки, въ короткое время совершенно исчезали; положимъ, пациентка эта погибла впоследствии отъ внутреннихъ метастазовъ. Reichel приводитъ случай, гдѣ веретенообразноклѣточная саркома, исходившая изъ теменной области, проросшая въ черепъ, и по-

микроскопически было доказано выдреніе ворсинокъ въ мышечный слой, и добавляетъ, что „изъ этого конечно еще не слѣдуетъ, что во всѣхъ случаяхъ необходимо немедленно удалять матку“. Если бы авторъ освободился отъ обычныхъ патолого-анатомическихъ воззрѣній и не говорилъ бы въ данномъ случаѣ о «злокачественности», то ему не пришлось бы высказывать положенія, противорѣчащаго всему нашему клиническому опыту. При злокачественномъ заболѣваніи матки, конечно, во всѣхъ случаяхъ необходимо немедленно удалить ее. Случаи, приведенные Бурдзинскимъ, ни доброкачественны, ни злокачественны, они просто—хоріоэпителиомы и тутъ то, дѣйствительно, рекомендованный Бурдзинскимъ выжидательный методъ иногда показуется.

этому не вполне удаленная—въ теченіе 4 недѣль безслѣдно исчезла. Rotter удалилъ злокачественную аденому прямой кишки, сросшуюся со стѣнкой влагалища; нѣсколько разъ получились рецидивы, но въ концѣ концовъ опухоль подверглась самопроизвольному обратному развитію. Пациентка еще два года спустя не имѣла рецидива. Опубликованы также случаи самопроизвольнаго излѣченія рака (Petersen, Lomer). Но въ то время, какъ вышеприведенныя наблюденія касаются только единичныхъ случаевъ, къ которымъ, какъ это требуетъ Винт, надо относиться весьма скептически (ошибки въ діагнозѣ, смѣшиваніе съ продуктами воспалительнаго характера, неполное исчезновеніе опухолей), по отношенію къ хоріоэпителиомѣ дѣло обстоитъ иначе, такъ-какъ рядъ случаевъ доказываетъ возможность самопроизвольнаго излеченія. Сюда принадлежатъ во первыхъ тѣ случаи, гдѣ операція, произведенная безусловно въ пораженной ткани, все-таки привела къ прочному исплѣнію, во вторыхъ тѣ случаи, гдѣ таковое наступило, несмотря на неподдающіеся операціи метастазы (въ особенности въ легкихъ).

Вкратцѣ мы тутъ еще разъ приведемъ эти уже отчасти Бурдзинскимъ опубликованные случаи, въ виду ихъ большаго практическаго значенія.

Къ первой категоріи случаевъ принадлежатъ.

1. Случай Marchand Everke: проростаніе новообразованія сквозь стѣнку матки, спайки съ сосѣдней брюшиной. Удаленіе матки; остатки опухоли въ тазу на мѣстѣ сращеній были, насколько возможно, удалены пальцами. Микроскопическое изслѣдованіе правой широкой связки соотвѣтственно разрѣзу ея, показало, что просвѣтъ сосудовъ повсюду наполненъ хоріоэпителиоматозною тканью. Marchand считалъ вѣроятнымъ, что въ данномъ случаѣ имѣлись уже метастазы въ другихъ органахъ. Годъ спустя пациентка еще совершенно здорова.

2. Случай Fleischman'a: 2½ года послѣ удаленія пузырчатого заноса во входѣ во влагалище синевато-красный узелъ величиною почти съ каштанъ: крошащіяся массы въ увеличенной маткѣ. Удаленіе узла, выскабливаніе; радикальная операція отклонена пациенткой. При выскабливаніи прободеніе дна матки съ образованіемъ гѣматомы въ правой широкой связкѣ. Микроскопическое изслѣдованіе влагалищнаго узла и выскобленныхъ массъ даетъ—атипическую хоріоэпителиому. Fleischman, а также и Marchand считали, въ виду неполноты оперативнаго вмѣшательства, прогнозъ абсолютно неблагоприятнымъ. 3 мѣсяца спустя пациентка имѣла цвѣтушій видъ; 10 мѣсяцевъ спустя при изслѣдованіи никакого патологическаго состоянія половыхъ органовъ обнаружить не удается: менструація, послѣдніе 4 мѣсяца, правильная.

3. Случай Noble: хориоэпителиома матки, занимающая весь тазъ; „при операции оказалось, что опухоль тѣсно сращена съ сальникомъ и мочевымъ пузыремъ“. «Ткань опухоли, очевидно, инфильтрировала мочевой пузырь, вслѣдствіе чего не представлялось возможности удалить ее полностью; авторъ ограничился надвлагалищнымъ усѣченіемъ матки, съ полнымъ сознаниемъ безнадежности случая. 16 мѣсяцевъ послѣ операции изслѣдованіе не могло открыть никакихъ признаковъ возврата» По гистологическому изслѣдованію опухоль оказалась несомнѣнной децидуомой.

4. Случай Langhans'a: 4 мѣсяца послѣ родовъ влагалищный узелъ величиной въ грецкій орѣхъ, который выскоблили и прижгли; 14 дней спустя на томъ-же мѣстѣ—рецидивъ, который изъязвился и послѣ отторженія зеленоватой коры самопроизвольно зажилъ; «черезъ 10 дней при изслѣдованіи оказалось, что остатки опухоли исчезли, а справа отъ матки прощупывается опухоль въ яблоко; черезъ 4 дня послѣ этого показались кровотечения. При новомъ изслѣдованіи было найдено: цервикальный каналъ проходимъ; въ полости тѣла прощупывается новообразование; черезъ 5 дней выскабливаніе; черезъ 2 недѣли въ правомъ рогѣ найдена опухоль величиною въ вишню, которая опять была удалена. Черезъ недѣлю больная выписалась, хотя въ днѣ справа прощупывалась опухоль величиною въ орѣхъ. Типическая эпителиома ворсистой оболочки (микроскопическое изслѣдованіе частицъ взятыхъ изъ узла во влагалищѣ и изъ полости матки). 10 мѣсяцевъ послѣ этого больная совершенно здорова.

5) Случай Kolomenkin'a: при вылушеніи матки оказалось, что кишечная петля приросла справа къ маткѣ на разстояніи 3 сант.; сращеніе это образовалось вслѣдствіе новообразования, которое, проросши стѣнки матки, проникло въ стѣнку сосѣдней кишки. Полное удаленіе матки и придатковъ безъ резекціи кишки. 6 мѣсяцевъ послѣ операции—здорова.

6) Случай Богданова: Syncytioma malignum послѣ пузырчататаго заноса; удаленіе матки и придатковъ; при перевязкѣ plexus rampriniiformis изъ просвѣта всѣхъ венъ выдавливались зерна, напоминашія дольки пузырчататаго заноса. Больная здорова въ теченіе 6 лѣтъ.

7. Случай Bürgger'a: больная 32 лѣтъ; хориоэпителиома послѣ выкидыша; въ средней трети влагалища узелъ величиною въ грецкій орѣхъ; передъ послѣднимъ второй узелъ, расположенный за симфизомъ; 3-тій узелъ располагается на задней стѣнкѣ влагалища. Матка величиною въ кулакъ взрослога человѣка. Операция 9-х1-04 года, состоящая въ пробномъ выскабливаніи матки; изслѣдованіе выскобленныхъ массъ дало отрицательный результатъ. Опухоли передней стѣнки влагалища удаляются; при удаленіи второго узла, сросшагося съ сосѣдней тканью, поврежденіе мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала. Новообразование распространяется въ паравезикальную ткань; полное удаленіе его невозможно, вслѣдствіе чего авторъ отказывается отъ радикальной операции (удаленія матки). Прогнозъ ставится соотвѣтственно этому. 7 мѣсяцевъ спустя къ немалому удивленію автора, пациентка имѣетъ цвѣтушій видъ; при изслѣдованіи никакихъ слѣдовъ опухоли не найдено.

Ко второй категоріи случаевъ, т. е. къ тѣмъ случаямъ, гдѣ, не смотря на метастазы въ легкихъ, наступило полное исцѣленіе, принадлежатъ слѣдующіе:

1. С h r o b a k ' a: хоріоэпителиома матки послѣ выкидыша; 3 раза выскабливаніе изъ за кровотеченій; послѣ 3-ьяго выскабливанія то до 40°; ознобы, кровянистая мокрота; «исслѣдованіе легкихъ даетъ неясные результаты». Удаленіе матки. Выздоровленіе.

2. Случай Franqué: VI пара 32 лѣтъ, нормальные роды, въ мартѣ 1895 г. 4 недѣли спустя сильныя кровотечения, кашель съ кровянистой мокротой безъ объективно констатируемыхъ измѣненій въ легкихъ; 3-яго августа 1895 г. полное влагалищное удаленіе матки и придатковъ. Хоріоэпителиома матки. 7 мѣсяцевъ безъ рецидива.

3. Случай Zagorjansky-Kissel'я: 20-лѣтняя женщина, до сихъ поръ здоровая, легкими никогда не страдавшая, выкидываетъ на 3-ьемъ мѣсяцѣ; вскорѣ затѣмъ появляются кровотечения изъ влагалища, ознобы и кровохарканье. Причиной влагалищнаго кровотечения оказываются два маленькіхъ, поверхностно изъязвленныхъ узла у входа во влагалище. Микроскопически: типическая хоріоэпителиома. Имѣя въ виду всѣ обстоятельства, явленія со стороны легкихъ (кровохарканье) «нужно объяснить аналогичными новообразованиями въ нихъ». Послѣ удаленія узловъ сейчасъ-же прекращаются ознобы, кровотеченіе и кровохарканье. 1½ года послѣ операціи совершенно здорова.

4. Случай Ф р а т к и н а: «3 мѣсячный пузырьчатый заносъ, повышение температуры, поты, кашель съ кровью; подъ лѣвой ключицей—уплотнѣніе; явленія эти въ теченіе двухъ недѣль прошли и въ теченіе слѣдующихъ 4 недѣль больная чувствовала себя здоровой, затѣмъ опять ознобъ, лихорадка, кашель, кровь въ мокротѣ, поты, колотье въ боку, но кровотеченій не было. Спустя 3 недѣли появились легкія кровотеченія. Развилась между тѣмъ слабость, малокровіе, исхуданіе. Матка увеличена, мягка. Выскабливаніе, причѣмъ удалены пузырьки заноса. Выздоровленіе.—Хотя микроскопическое исслѣдованіе неполное, случай этотъ правильно (Б у р д з и н с к і й) относится къ эпителиомамъ ворсистой оболочки.

5. Случай Н ö g m a n n ' a: пациентка 36 лѣтъ, продолжительное кровотеченіе послѣ выкидыша 18-аго сент. 1900 г. Status 4-аго марта 1901 г.: матка величиною съ добрый кулакъ, 2 метастаза во влагалищѣ; радикальная операція казалась невыполнимой въ виду неподвижности матки. Выскабливаніе и удаленіе влагалищныхъ узловъ; микроскопическое исслѣдованіе обнаруживаетъ типическую хоріоэпителиому; одновременно появляются ознобы съ температурою до 40°, сильное затрудненіе дыханія, колотье въ легкихъ, одышка съ сильнымъ цианозомъ лица; кашель и нѣсколько разъ мокрота съ примѣсью крови. Матка увеличена до середины между пупкомъ и симфизомъ. 4-аго мая 1901 г. при продолжающихся гнойнокровянистыхъ выдѣленіяхъ — вторичное выскабливаніе. Прогнозъ (Н ö g m a n, Winckel) ставится абсолютно плохой, о чемъ сообщено родственникамъ больной.—22-аго мая 1903 г., т. е. 2 года спустя больная рождаетъ нормально и авторъ имѣетъ возможность убѣдиться въ ея прекрасномъ здоровьѣ *).

*) Какъ случаи, въ которыхъ, по всей вѣроятности, имѣлись метастазы въ легкихъ (съ самопроизвольнымъ обратнымъ развитіемъ) въ болѣе обширныхъ

Въ то время, какъ для первой категоріи случаевъ дальнѣйшія разъясненія излишни, для второй категоріи съ самопроизвольнымъ исцѣленіемъ хоріоэпителиомныхъ метастазовъ въ легкихъ, дѣло обстоитъ иначе: высказывались сомнѣнія, дѣйствительно-ли въ этихъ случаяхъ имѣлись хоріоэпителиомные очаги въ легкихъ.

Надо согласиться, что прямого доказательства для этого діагноза—а такимъ можно считать исключительно находженіе въ мокротѣ клѣтокъ новообразованія,—до сихъ поръ не имѣется. Никому до сихъ поръ еще не удалось этимъ путемъ распознать хоріоэпителиому легкихъ *). Наши собственныя многочисленныя изслѣдованія—частью простыхъ препаратовъ, частью окрашенныхъ параффиновыхъ срѣзовъ мокроты—не привели къ какому нибудь опредѣленному результату.

Всетаки намъ кажется, что сомнѣваться въ діагнозѣ въ вышеприведенныхъ случаяхъ было бы излишнимъ скептицизмомъ. За этотъ діагнозъ говорятъ тѣ многочисленные случаи, въ которыхъ клинической діагнозъ легочныхъ метастазовъ подтверждался вскрытіями, дальше—отсутствіе туберкулезныхъ бациллъ въ мокротѣ. атипическое теченіе легочнаго заболѣванія, не похожаго ни на одну изъ знакомыхъ намъ формъ легочныхъ процессовъ, и наконецъ одновременно имѣвшіеся во многихъ случаяхъ у пациентокъ съ совершенно здоровыми до тѣхъ поръ дыхательными органами,—хоріоэпителиомные очаги въ маткѣ и во влагалищѣ.

Бурдзинскій въ своемъ, уже неоднократно цитированномъ, трудѣ допускаетъ возможность самопроизвольнаго исцѣленія легочныхъ метастазовъ послѣ удаленія первичнаго очага, но съ оговоркою, что въ этихъ случаяхъ при появленіи кровянистой мокроты, одышки, колотья въ легкихъ вовсе необязательно предполагать настоящіе метастазы; можно объяснить эти явленія эмболическими про-

статистикахъ (Teacher, Бурдзинскій) приведены еще 5 случаевъ (Ladinsky, Kworostansky, Lonnberg-Monheimer, Pestalozza, Schmidt) въ нѣкоторыхъ изъ нихъ (въ случаяхъ Schmidt, Kworostansky, Lonnberg-Monheimer'a) легочныя явленія мало убѣдительны (туберкулезныя палочки, простой бронхитъ); описанія другихъ (Pestalozza, Ladinsky) намъ не удалось отыскать.

*) Въ диссертации Christ. Assmuth'a Тюбингенскаго Университета «Ueber ein primäres Chorioepitheliom des Ovariums» 1908 г. мы на страницѣ 18 читаемъ: «въ мокротѣ мы нашли много клѣтокъ хоріоэпителиомы». Къ сожалѣнію, авторъ не приводитъ болѣе подробнаго описанія своего препарата.

пессами отдѣльными клѣтками или небольшими частичками опухоли, съ послѣдующимъ образованіемъ инфаркта.

Противъ этой оговорки можно возразить, что понятія объ эмболии и метастазѣ, по отношенію другъ къ другу, вовсе не такъ рѣзко разграничены. Метастазъ «матеріальный переносъ болѣзнетворнаго агента кровянымъ или лимфатическимъ путемъ изъ одного мѣста тѣла въ другой» (Ziegler), а эмболія, по Virchow'у, ничто иное, какъ особогрубая форма метастаза.

Но если даже, какъ это дѣлаетъ, повидимому, Бурдзинскій, только тогда признавать метастазы, когда на занесенныхъ частичкахъ опухоли будутъ замѣчаться процессы пролифераціи, то и въ этомъ смыслѣ накопилось достаточно много наблюдений, гдѣ при совершенно такихъ же клиническихъ явленіяхъ, какъ въ вышеприведенныхъ случаяхъ, самопроизвольнаго излеченія легочныхъ хоріоэпителиомъ, были найдены несомнѣнныя вторичныя опухоли въ легкихъ.

Рядомъ съ настоящими пролифераціонными процессами обѣихъ группъ клѣтокъ, входящихъ въ составъ опухоли. клѣтокъ синцитіума и клѣтокъ Langhans'a, съ проростаніемъ черезъ стѣнки сосуда, разрушеніемъ легочной ткани, какъ разъ въ легкихъ наблюдаются и регрессивныя явленія, которыя при разборѣ только что затронутаго вопроса тоже должны быть приняты въ расчетъ. Такъ Risel находилъ «небольшіе соединительнотканые очаги, содержащіе много кровяного пигмента, повидимому происшедшіе благодаря организациі болѣе старыхъ, состоящихъ преимущественно изъ кровяныхъ сгустковъ, узловъ опухоли». Dungeг въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдалъ въ пораженной легочной ткани явную реакцію, свидѣтельствовавшую о процессѣ обратнаго развитія (онъ наблюдалъ, что занесенные хоріоэпителиомные элементы окружались лейкоцитами, фибриномъ, что между ними появлялись грануляціонныя клѣтки, и что въ концѣ концовъ дѣло доходило до образованія плотнаго рубца).

Наблюденія такого рода въ настоящее время не единичны, и въ нашемъ собственномъ вышеприведенномъ случаѣ микроскопическое изслѣдованіе обнаружило картину, очень близкую описанную Dungeг'омъ и Risel'емъ. Но для разрѣшенія вопроса о самопроизвольномъ исцѣленіи этими наблюденіями можно воспользоваться лишь *cum grano*

salis. Дѣло въ томъ, что описанныя микроскопическія картины, такъ же какъ и макроскопически неоднократно отмѣчавшееся исчезаніе метастазовъ во влагалищѣ свидѣлствуютъ только объ исчезаніи одного симптома при остающемся очень часто и вѣдушемъ къ смертельному исходу основномъ болѣзненномъ процессѣ. Прекращеніе послѣдняго можетъ считаться доказаннымъ, лишь если болѣе или менѣе продолжительное клиническое наблюденіе установило полное возстановленіе нормальнаго состоянія всего организма, со всѣми отдѣльными функціями, что такъ или иначе имѣло мѣсто въ вышеприведенныхъ 12 случаяхъ.

Если такимъ образомъ допустить, что самопроизвольное исцѣленіе иногда бываетъ, или по крайней мѣрѣ, очень вѣроятно, то отсюда слѣдуетъ, что на практикѣ метастазы въ легкихъ (или другихъ недоступныхъ хирургу органахъ) не должны считаться противопоказаніемъ къ оперативному леченію хоріоэпителиомы, что послѣдняя должна, насколько возможно и скорѣе, удаляться, и что уже въ остальномъ мы имѣемъ полное основаніе полагаться на *vis medicatrix naturae*.

Еще одного вопроса хотѣли бы мы вкратцѣ коснуться; это—вопросъ о томъ, какъ поступать въ случаяхъ, гдѣ есть лихорадка. Послѣдняя какъ разъ при хоріоэпителиомѣ появляется вслѣдъ за тѣми или другими внутриматочными манипуляціями (выскабливаніе, дигитальное изслѣдованіе), не смотря на строгое соблюденіе асептическихъ предосторожностей.

Мы приводимъ здѣсь два довольно демонстративныхъ собственныхъ наблюденія: въ первомъ случаѣ была хоріоэпителиома матки послѣ пузырчатаго заноса; 3/xii—оо удаленіе заноса и одновременно экстирпація влагалищнаго хоріоэпителиоматознаго узла; съ 3/xii—1/iii 1901 г.—состояніе хорошее; послѣ этого снова начинаются кровотеченія. 3/iii—дигитальное изслѣдованіе матки; въ тотъ-же день ознобъ, t^0 —40,5⁰, пульсъ 120; развивается сепсисъ съ такимъ бурнымъ теченіемъ, что не смотря на имѣвшееся показаніе къ экстирпаціи опухоли, послѣдняя отложена и больная 9/iii погибаетъ. На секціи найденъ острый сепсисъ, въ маткѣ интрамуральный, почти достигающій до слизистой оболочки и слегка выпирающій ее хоріоэпителиоматозный узелъ, не опредѣленный при изслѣдованіи. Во второмъ случаѣ у больной 10/viii—04 былъ абортъ; 1/ix—04 въ виду кровотеченія—*abrasio* въ Петропавловской больницѣ; кровотеченія однако продолжались и поэтому 24/ix вторичная *abrasio* въ Александр. Приютѣ для женщинъ.

Микроскопическое изслѣдованіе выскабленныхъ массъ заставляеть подозрѣвать хоріоэпителиому. Вслѣдъ за выскабливаніемъ 28/ix—повышеніе t^0 до 38,7⁰, 29/ix—39,5⁰, 30/ix—40,2⁰ при пульсѣ 128. 1/x—04.—

экстирпация матки per vaginam; въ маткѣ найденъ изъязвившійся хоріоэпителиоматозный узелъ величиной съ яйцо. Т⁰—немедленно упала; выздоровленіе безъ осложненій.

Въ то время какъ лихорадка въ этихъ, какъ и во многихъ подобныхъ случаяхъ, была септического характера и служила настоящимъ показаніемъ къ оперативному вмѣшательству, нѣкоторыми авторами (Zagorjansky—Kissel, Schlagenhauer) описывается лихорадка другого происхожденія, стоящая будто-бы въ связи съ острой генерализаціей хоріоэпителиомы. Насколько это послѣднее наблюденіе соотвѣтствуетъ истинѣ, и какъ въ подобныхъ случаяхъ нужно дѣйствовать, это должны показать дальнѣйшія изслѣдованія.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Бурдзинскій: Злокачественная эпителиома ворсистой оболочки. Диссертация Спб. 1904.
- 2) Ribbert: Geschwulstlehre 1904.
- 3) Albrecht: Frankf. Zeitschrift f. Pathologie Bd. H³/4.
- 4) Подвысоцкій: Основы общей и экспериментальной патологии 1899.
- 5) Pick: Berliner klin. Wochenschrift 1897 N 49 и 50.
- 6) E. Mansfeld: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 60. 1907.
- 7) Marchand: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. I H. 5-и 6.—8) Marchand: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. H².—9) Voigt: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 54.
- 10) Schmorl: Zentralbl. f. Gyn. 1905 pag. 129.
- 11) Касьяновъ: Къ вопросу объ эмболии легкихъ плацентарными гигантами. Диссертация. Спб. 1896.
- 12) Scholten u. Veit: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 49 H².—13) Zagorjansky—Kissel: Archiv. f. Gyn. Bd. 67. H².—14) Schlagenhauer: Wiener klin. Wochenschr. 1903. N 22 u. 23.—15) Hörmann: Beiträge z. Geb. u. Gyn. Bd. VIII.—16) Franqué: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 49. H¹.—17) Kaposi: Beitr. z. klin. Chirurgie Bd. 30.—18) Reichel: Chemn. med. ges. cit. по Ribbert'y l. c.—19) Rotter: Arch. f. klin. Chirurgie Bd. 58.—20) Petersen: Münchener med. Wochenschr. 1902 № 37.—21) Lomer: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 50.—22) Meyer: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1900.—23) Fleischmann: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 17 H⁴.—24) Noble: Americ. Journ. of. Obstet. Bd. XLVI H². cit. по Бурдз. 25). Langhans: Beitr. z. Geb. u. Gyn. 1901 Bd. 5.—26) Kolomenkin: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 12.—27) Богдановъ: Медицинск. Обзоръ. Декабрь 1901.—28) Bürger: Centralb. f. Gyn. 1905 № 12.—29) Chrobak: Centralb. 1896 № 50.—30) Фраткинъ: Врачъ 1897 № 12.—31) Ziegler: Lehrb. d. spec. patholog. Anatomie. 32) Virchow: Cellular pathologie IV Auflage. 33) Dunger: Beiträge z. pathol. Anatomie. Bd. 37: 34. Risel: Arbeit. aus d. pathol. Inst. z. Leipzig 1903 H¹. cit. по Albrecht'y l. c.

IV.

(Изъ Ростовской на Дону Городской Больницы).

Два случая кесарскаго еѣченія на умирающихъ *)

М. А. Калмыкова.

Ужась положенія, когда умирающая беременная женщина уноситъ съ собою въ могилу находящееся въ утробѣ ея живое дитя, озабочивалъ людей, надо полагать съ тѣхъ поръ, какъ существуетъ человѣчество. Уже въ греческой мифологіи читаемъ, что Меркурій по повелѣнію Зевса вырѣзалъ Вакха изъ живота умершей Семелы, а самъ Эскулапъ былъ извлеченъ отцомъ своимъ Аполлономъ изъ живота убитой Артемидою Коронида. Нумъ Помпилю приписывается законъ, который запрещалъ погребать умершую во время беременности, не сдѣлавъ извлеченія ея плода. Этотъ римскій *lex regia* перешелъ во всѣ позднѣйшія законодательства и церковь, принимающая, что *foetus* одаренъ душою, ради крещенія его, съ особенною строгостью настаивала на выполненіи этого закона. У насъ въ Россіи Врачебный Уставъ также обязываетъ «въ случаѣ скоропостижной несомнѣнной смерти беременной во второй половинѣ женщины приступить къ кесарскому сѣченію для спасенія жизни плода, или по крайней мѣрѣ для крещенія его по христіанскому вѣроисповѣданію». Въ основѣ этого закона лежитъ гуманное стремленіе не допускать, чтобы трупъ сталъ могилою существу живому, имѣющему право на жизнь. Но *Sectio caesarea post mortem*, какъ показываетъ опытъ, такъ рѣдко достигаетъ своей цѣли, что *Schwartz*, собравшій 107 случаевъ названной операціи, въ коихъ не удалось спасти жизни ни одного плода, считаетъ даже ее бесполезной и всѣ относящіяся къ ней предписанія закона ненужными. И хотя болѣе полныя статистическія данныя объ этой операціи, напр., Горецкаго, собравшаго въ литературѣ 379 случаевъ съ пятью оставшимися въ живыхъ дѣтьми, и *Роснъ*, насчитавшаго 453 случая операцій, изъ которыхъ въ 43 плоды оказались жизнеспособными, опровергаютъ основательность заключенія *Schwartz*'а, все же они, эти данныя, дѣйствительно въ высшей степени безотрадны. Клинической казуистикой и опытами на животныхъ (*Breslau*, Ц. Горецкій) установлено, что срокъ, въ теченіе котораго плодъ можетъ быть извлеченъ живымъ изъ утробы умершей матери, измѣняется

*) Сообщено 3 Октября 1908 года въ Обществѣ Врачей г.г. Ростова на Дону и Нахичевани.

всего 10 — 15 минутами. Наиболее благоприятными для спасенія жизни плода являются случаи внезапной смерти матери, т. е. когда необходимость производства кесарскаго сѣченія не можетъ быть предусмотрѣна врачомъ. Извлеченіе плода требуется сдѣлать безъ промедленія, а между тѣмъ, «нельзя же оперировать первымъ попавшимся ножомъ», какъ говоритъ проф. Фен оменовъ, ибо «операция должна быть выполнена со всѣми предосторожностями, какія принимаются при операциіи на живыхъ», какъ того требуетъ законъ и на тотъ конецъ, если мертвая окажется мнимо умершей, что можетъ случиться не только у малоопытныхъ, но бывало въ практикѣ такихъ лицъ, какъ d'Outrepoint, Pinard, Ren, проф. Оттъ и др.

Еще худшее положеніе бываетъ, когда беременная или роженица умираетъ медленною смертью. Во многихъ изъ такихъ случаевъ плодъ умираетъ ранѣе матери болѣзненнаго процесса, ее убивающаго, или онъ погибаетъ отъ асфиксіи во время агоніи матери. Врачъ, поставленный въ необходимость произвести кесарское сѣченіе на мертвой, невольно медлитъ, желая убѣдиться въ дѣйствительности наступившей смерти. На разрѣшеніе всякихъ сомнѣній на этотъ счетъ, а также необходимыя приготовленія къ операциіи уходятъ минуты, когда дорога каждая секунда, и въ итогѣ по сему такая печальная статистика результатовъ операциіи кесарскаго сѣченія на мертвыхъ.

Въ виду ничтожной вѣроятности сохраненія жизни плода кесарскимъ сѣченіемъ на мертвой, Löwenhardt въ 1871 году предложилъ не дожидаться дѣйствительной смерти матери, а оперировать въ агоніи, чтобы спасти хоть которую нибудь изъ жизней, вмѣсто того, чтобы щадить одну угасающую до тѣхъ поръ, пока успѣетъ погибнуть и другая. Однако такая ясная, казалась-бы, постановка вопроса, по мнѣнію нѣкоторыхъ, оказалась въ противорѣчій съ понятіемъ о гуманности и въ настоящее время взгляды авторитетовъ по акушерству относительно предложенія Löwenhardt'a раздѣлились.

Взгляды эти — таковы. Проф. Толочиновъ: 2) «предложеніе, сдѣланное нѣкоторыми акушерами, чтобы кесарское сѣченіе производилось надъ умирающими беременными во время агоніи, для сохраненія жизни плода, врядъ-ли найдетъ много сторонниковъ». Проф. Оттъ: 1) «особенно при операцияхъ въ агоніи больной слѣдуетъ имѣть въ виду эту трудность таксировать состояніе больной и опредѣлить непосредственную близость смерти. Такихъ больныхъ нельзя со спокойною совѣстью подвергать тяжелой операциіи, имѣющей въ виду лишь одну жизнь плода. Право жизни надъ собою имѣетъ лишь самъ человѣкъ, а такъ какъ

больную въ безсознательномъ состояніи мы не можемъ спросить, то и оперировать ее мы не имѣемъ права».

Проф. Феноменовъ: ³⁾ «Нѣтъ никакого сомнѣнія, что болѣе раннее вмѣшательство даетъ больше шансовъ на извлеченіе плода живымъ, но, съ другой стороны, этимъ вносится значительная неопредѣленность въ выборѣ времени для операціи, т. е. дается большой просторъ произволу, что можетъ подавать поводъ къ нареканіямъ, обвиненіямъ въ безсердечіи и проч. И обвиняющіе будутъ до извѣстной степени правы, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда и плодъ будетъ извлеченъ мертвымъ, или хотя и съ признаками жизни, но оживить его не удастся. Для всѣхъ будетъ очевидно, что операція сдѣлана понапрасно. Да, кромѣ того, и самое выполненіе операціи можетъ сопровождаться тяжелыми сценами. Въ самомъ дѣлѣ, оперируемая хотя и находится въ агоніи, тѣмъ не менѣе она *жива*, и никто не можетъ поручиться за то, что, при той глубокой и обширной травмѣ, которая необходима для выполненія операціи, больная не будетъ реагировать на это, напр., стопами или крикомъ, безсознательными движеніями и проч.; да, наконецъ, никто не можетъ поручиться и за то, что у нея, хотя бы на мгновеніе, не появится проблескъ сознанія... Вѣдь, нельзя же ради этого подвергать наркозу находящуюся въ агоніи! Независимо отъ этихъ соображеній, я не считаю себя въ правѣ предпринять кесарское сѣченіе во время агоніи еще и потому, что это значило бы оперировать *безъ тѣла и согласія больной*. Это послѣднее обстоятельство я считаю въ высшей степени важнымъ. По мнѣнію моему, здѣсь, какъ и при операціяхъ на *живой*, наличностью или отсутствіемъ этого условія окончательно опредѣляется наше отношеніе къ данному случаю, ибо я думаю, что если послѣдняя воля *умершихъ* бывшихъ въ моментъ выраженія ея юридически правоспособными, и по закону, и по правиламъ общественной морали, считается священной и подлежащею исполненію, какое бы огромное вліяніе это ни оказывало на судьбу оставшихся въ живыхъ, то тѣмъ болѣе это слѣдуетъ сказать о правѣ распорядиться своею собственною судьбою, своею угасающею жизнью.. А потому, лишь въ *крайне исключительныхъ* случаяхъ будетъ вполнѣ возможно такое сочетаніе обстоятельствъ, при которыхъ производство операціи кесарскаго сѣченія на *умирающей* можетъ считаться не только *позволеннымъ*, но даже (нравственно) обязательнымъ для врача. Представьте себѣ такой случай: беременная, на сносяхъ совершенно правильно текущей беременности, получаетъ такое травматическое поврежденіе, смертельный исходъ котораго вполнѣ очевиденъ и совершенно *неизбѣженъ*, при томъ въ самомъ непродолжительномъ времени. Потерпѣв-

шая—въ сознаниі понимаетъ свое положеніе. А плодъ, между тѣмъ живъ, и сохраненіе его жизни, по условіямъ соціальнаго и семейнаго быта матери, представляется для нея въ высшей степени важнымъ. Въ такомъ случаѣ я не задумался бы исполнить просьбу умирающей и въ послѣднія минуты ея жизни произвелъ бы кесарское сѣченіе, по возможности, откладывая выполненіе операции до тѣхъ поръ, пока позволяютъ это интересы плода. Или, наоборотъ, оперировалъ бы раньше, имѣя въ виду доставить умирающей возможность при не потухшемъ еще сознаниі увидѣть или услышать своего ребенка, словомъ, фактически почувствовать себя матерью». Проф. Лазаревичъ: ⁴⁾ «Какъ бы ни было, повидимому, справедливо сужденіе Феноменова, но нельзя не сказать въ защиту судьбы плода, если только онъ живъ, что ему предстоитъ возможность продолжать существованіе, а его матери остается нѣсколько мгновений агоніи... Если бы сама больная могла быть спасена операцией безъ ея вѣдома и согласія, то слѣдовало бы оперировать, нисколько не колеблясь; а если такъ, то относительно плода даже есть основаніе полагать, что согласіе умирающей было бы; но оно совершенно излишне, когда операция, не причиняя никому вреда, можетъ спасти жизнь плоду. Отъ глазъ умирающей, у которой чувствительность совершенно притуплена, все производство операции можетъ быть скрыто». Проф. Красовскій: ⁵⁾ «если врачу приходится присутствовать при смерти беременной умирающей отъ какого либо зимотическаго процесса или же давняго страданія органовъ дыханія или сердца и проч., то едва ли будетъ рационально выжидать момента наступленія смерти, такъ какъ въ этихъ случаяхъ плодъ умираетъ раньше матери. При подобныхъ условіяхъ должно рѣшиться на кесарское сѣченіе во время агоніи беременной, коль скоро существуютъ положительные признаки жизни плода».

Проф. Рунге: ⁶⁾ «Кесарское сѣченіе въ агоніи дозволительно лишь при томъ условіи, когда врачъ убѣжденъ, что женщина должна умереть въ самое короткое время и что плодъ, способный къ внѣматочной жизни, несомнѣнно еще живъ».

Проф. К. Шредеръ: ⁷⁾ „предложеніе Löwenhardta въ подходящихъ случаяхъ заслуживаетъ вниманія, но нельзя не сознаться, что оно можетъ подать поводъ къ злоупотребленіямъ, а въ частной практикѣ довольно часто будетъ оказываться непримѣнимымъ».

Проф. Шпигельбергъ: ⁸⁾ «Кесарское сѣченіе показано на мертвой, а также на умирающей беременной или роженицѣ, когда дѣло идетъ о спасеніи ребенка».

Проф. Кнаппъ: «если жизни плода угрожаетъ агонія или

внезапная смерть тяжело заболѣвшей роженицы, гдѣ беременность уже преступила 28-ю недѣлю, мы обязаны разрѣшить роженицу *per vias naturales*, или при помощи кесарскаго сѣченія».

Само собою разумѣется, что такая героическая операція можетъ быть произведена только по рѣшенію нѣсколькихъ врачей и съ согласія родственниковъ.

Какъ видно изъ цитированныхъ выше мнѣній, вопросъ о правѣ врача производить для спасенія жизни плода операцію кесарскаго сѣченія на умирающей очень сложный, спорный принципиально съ точки зрѣнія гуманности и въ высокой степени щекотливый въ практическомъ отношеніи. Разномысліе авторитетовъ и служить, вѣроятно, причиною того, что эта несимпатичная, по выраженію нѣкоторыхъ, операція производится очень рѣдко. Просмотрѣвъ «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней» за послѣдніе 15 лѣтъ изданія (1893 по 1907 г.), я нашелъ только одно сообщеніе д-ра Lumpe¹⁰⁾, который въ 1906 году оперировалъ въ такомъ случаѣ: у 34 лѣтней женщины, беременной седьмой разъ, произошло мозговое кровоизліяніе; когда опредѣлилась безнадежность больной, было сдѣлано кесарское сѣченіе; извлеченъ живой плодъ; женщина эта умерла черезъ 6½ часовъ послѣ операціи.

Въ виду такой неопредѣленности трактуемаго вопроса, крайне затрудняющей насъ, рядовыхъ врачей, долженствующихъ черпать руководящія начала у нашихъ учителей, необходимо дальнѣйшій обмѣнъ мнѣній по этому предмету. Въ желаніи вызвать таковой, а также въ виду малочисленности опубликованныхъ случаевъ кесарскаго сѣченія на умирающихъ ради спасенія жизни плода, сообщаю два случая производства названной операціи по сказанному показанію въ Ростовской на Дону Городской больницѣ.

Случай I-й. Больная № 8020 привезена въ больницу изъ Кубанской области 24 Мая утромъ. Ей 19 лѣтъ. Замужемъ она около года. Беременна впервые на IX мѣсяцѣ. Заболѣла около трехъ недѣль назадъ. Лечившіе ее врачи опредѣлили у нея воспаленіе мозговыхъ оболочекъ. Терапевты нашей больницы согласились съ этимъ диагнозомъ, признали положеніе больной безнадежнымъ и въ виду заявленной мужемъ просьбы о спасеніи жизни плода, передали рѣшеніе этого вопроса акушерамъ. Послѣдніе (Н. В. Парійскій, Н. А. Михайловъ и М. А. Калмыковъ), при первой своей консультанціи по этому вопросу въ 10 часовъ утра 24 Мая, нашли слѣдующее: больная—хорошаго сложения и питанія, находится въ сопорозномъ состояніи: температура—38,4; пульсъ 120, неравномѣрный, въ общемъ—слабый; лицо блѣдное; губы слегка цианотичны, сухи; зрачки нѣсколько расширены; языкъ обложенъ; въ легкихъ—явленія начинающагося отека; беременность на IX мѣсяцѣ; сердцебиеніе плода

слышно глухо; при внутреннемъ изслѣдованіи половыхъ органовъ не усматривается никакихъ измѣненій, которыя указывали-бы на начинающуюся родовую дѣятельность матки; моча—нормальна. Рѣшено, что при такомъ тяжкомъ состояніи больной для производства преждевременныхъ родовъ не осталось уже времени, что желаніе отпа о спасеніи жизни плода можетъ быть осуществлено только кесарскимъ сѣченіемъ, что опорожненіе матки, при затяжномъ характерѣ болѣзни, быть можетъ, окажетъ благоприятное вліяніе на ея дальнѣйшее теченіе и что къ производству операціи надлежитъ приступить, когда положеніе больной еще болѣе ухудшится. Въ 4 часа того-же дня больная имѣла видъ умирающей; сердцебіеніе плода не удавалось уже ясно слышать по причинѣ шума отъ kloчочашихъ въ груди больной отечныхъ хриповъ. Тотчасъ приступили къ операціи кесарскаго сѣченія. Оперировалъ Н. В. Парійскій. Матка вскрыта *in situ* продольнымъ разрѣзомъ; сосуды не сжимались; извлеченный плодъ оказался гемицефаломъ, мужскаго пола и по размѣрамъ соответствовалъ концу беременности; онъ нѣкоторое время дышалъ, а потомъ умеръ: кровопотеря ничтожная; хлороформный наркозъ, въ виду полного отсутствія чувствительности у оперируемой, не примѣнялся. Въ первые часы послѣ операціи въ состояніи больной наступило замѣтное улучшение — явленія отека легкихъ и ціанозъ уменьшились, дыханіе стало правильнѣе, пульсъ можно было считать; но съ 12-ти часовъ ночи началась агонія и въ 4 часа утра, т. е. чрезъ 12 часовъ послѣ операціи, больная умерла. Вскрытія ея тѣла, по нежеланію мужа, сдѣлано не было.

Случай 2-й. Больная № 8462 доставлена въ родильный пріютъ больницы въ 11 часовъ утра 3 Іюня. Мужъ далъ такія свѣдѣнія объ этой женщинѣ: ей 19 лѣтъ, въ замужествѣ около года; беременность 1-я на IX мѣсяцѣ; болѣзнь началась 1 Іюня, когда появился ознобъ, смѣнившійся жаромъ, и была нѣсколько разъ рвота; 2 Іюня—жаръ и рвота. При первомъ осмотрѣ нами найдено слѣдующее: больная—хорошо сложенная и упитанная женщина; температура тѣла 38°; пульсъ—60, достаточной полноты; дыханіе нѣсколько учащено; лежитъ съ закрытыми глазами, апатична, на вопросы отвѣчаетъ неохотно и, видимо, не всякій разъ ихъ понимаетъ; говоритъ, что болитъ голова; лицо—блѣдное; конъюнктивы глазъ нѣсколько гиперемированы, зрачки—нормальны; губы суховаты, языкъ слегка обложенъ; въ органахъ груди, доступныхъ объективному изслѣдованію, болѣзненныхъ измѣненій нѣтъ; матка увеличена соответственно концу беременности; положеніе плода продольное, головное; сердцебіеніе его ясно слышно; селезенка, повидимому, не увеличена; шейка матки укорочена, мягка; каналъ ея пропускаетъ палецъ; предлежащая головка баллотируется; родовой дѣятельности не замѣтно. Вечеромъ этого дня температура 38,8°; пульсъ—60.

4 Іюня утромъ температура 38°. Пульсъ 86. Дыханіе учащено. Рвоты нѣтъ. Зрачки равномѣрны. Безъ сознанія. Мочится подъ себя. Лежитъ то спокойно съ закрытыми глазами, то открываетъ ихъ и дѣлаетъ руками разныя нецѣлесообразныя движенія. Тихо временами бредитъ. Вечеромъ температура 39,2°, пульсъ 126. Явленія начинающагося отека легкихъ. Въ мочѣ найдено значительное количество бѣлка, гліаиновые и зернистые цилиндры.

5 Юня утромъ—температура 40,4°. Сопорозное состояніе. Рѣзкій ціанозъ. Пульсъ не прощупывается. Глаза полукрѣплены; зрачки нѣсколько расширены. Дыханіе учащенное, поверхностное, временами прерывающееся. Сильный отекъ легкихъ. Открытіе зѣва матки увеличилось до двухъ пальцевъ; края его толсты; пузырь цѣль; предлежащая головка баллотируется; сердцебіеніе плода замедленное. Большую совмѣстно со мною наблюдали В. Я. Кейзеровъ, и Н. Ф. Лѣтова; консультировали съ нами Н. А. Михайловъ и И. И. Кравченко. Точной діагностики мы не могли установить, но предположительно говорили больше о менингитѣ. На совѣщаніи въ 10 ч. утра положеніе больной признано безнадежнымъ и смерть, казалось намъ, быстро приближается. Это было объявлено мужу, который попросилъ спасти хотя жизнь ребенка, если возможно. Мы рѣшили, что это можетъ быть достигнуто въ данномъ случаѣ только кесарскимъ сѣченіемъ и что такую операцію должно сдѣлать.

Въ 10½ час. утра 5 Юня, при помощи названныхъ товарищей, мною и было произведено кесарское сѣченіе. Изъ особенностей операціи отмѣчу только, что продольный разрѣзъ передней стѣнки матки пришелся по мѣсту прикрѣпленія послѣда, который вмѣстѣ съ оболочками былъ всюду отслоенъ, все содержимое матки цѣликомъ извлечено, а затѣмъ уже вскрытъ пузырь; плодъ — дѣвочка, по размѣрамъ и вѣсу доношенная, сейчасъ по извлеченіи стала дышать и кричать; сосуды матки во время операціи не славливались, кровопотеря—незначительная. Операція начата безъ наркоза и чувствительность больная стала обнаруживать только по опорожненіи матки, почему съ этого момента былъ примененъ хлороформъ, котораго потребовалось лишь нѣсколько дыханій.

По окончаніи операціи дыханіе у больной значительно уменьшилось и пульсъ можно было считать, но съ двухъ часовъ дня послѣдовало ухудшеніе и, не смотря на обычныя мѣры возбужденія, женщина, не приходя въ сознаніе, въ 5 час. дня, черезъ 6 часовъ послѣ операціи, умерла.

О ребенкѣ мы имѣли свѣдѣнія около недѣли; онъ жилъ при вскармливаніи рожкомъ и имѣлъ вообще жизнеспособный видъ; къ сожалѣнію, прослѣдить дальнѣйшую его судьбу мы не имѣли возможности.

Вскрытіемъ трупа покойной обнаружено, что смерть ея послѣдовала отъ гнойнаго воспаленія мягкой мозговой оболочки и что она страдала также паренхиматознымъ нефритомъ.

И такъ, стало быть, въ одномъ изъ нашихъ случаевъ цѣль спасти жизнь ребенка, ради коей предпринята операція, была достигнута, въ другомъ же насъ постигла неудача по обстоятельству, предвидѣть которое, конечно, совершенно невозможно.

Въ заключеніе я хотѣлъ бы еще отмѣтить, что никто изъ авторовъ, мнѣнія которыхъ приведены выше, не упоминаетъ о правахъ отца при рѣшеніи вопроса, о которомъ идетъ рѣчь въ настоящемъ докладѣ. Въ обоихъ нашихъ случаяхъ, напимѣрь,

отцы просили о спасеніи жизни дѣтей, когда узнавали, что больныя должны умереть. Думается мнѣ, что нельзя не считаться съ этимъ правомъ отца желать, чтобы дитя его не оказалось заживо погребеннымъ, когда сама мать не можетъ уже сказать своей воли объ участи ребенка или, точнѣе, когда таковой воли уже нѣтъ.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) „Журн. Акушер. и женск. болѣзней“ 1903 г.
- 2) Проф. Толочиновъ. Учебникъ акушерства.
- 3) Проф. Феноменовъ. Оперативное акушерство.
- 4) Проф. Лазаревичъ. Курсъ акушерства.
- 5) Проф. Крассовскій. Оперативное акушерство.
- 6) Проф. Рунге. Акушерство.
- 7) Проф. К. Шредеръ. Учебникъ акушерства.
- 8) Проф. О. Шпигельбергъ. Учебникъ акушерства.
- 9) Проф. Кнаппъ. «Акушерская діететика и терапія».
- 10) «Журн. Акушер. и женск. бол.» 1906 г.

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

I.

Заграничная экскурсія съ научною цѣлью.

(Май, іюнь, іюль, августъ 1908 г.)

Д-ра мед. С. ЛИПИНСКАГО.

Свое первоначальное намѣреніе посѣтить съ научною цѣлью сначала Вѣну и Дрезденъ, а потомъ уже Берлинъ, пришлось мнѣ, поневолѣ, нѣсколько видоизмѣнить. Прибывъ въ половинѣ мая въ Вѣну, я нашелъ, что это время неподходящее для того, чтобы познакомиться здѣсь съ ходомъ научныхъ занятій. Именно какъ разъ въ это время между студентами произошли нѣкоторыя волненія и вслѣдствіе этого возникла забастовка. Профессора—гинекологи не посѣщали своихъ клиникъ еще и потому, что вслѣдствіе недоразумѣній съ городомъ переводъ старыхъ клиникъ во вновь построенное зданіе замедлился. Чтобы не терять дорогого времени я рѣшилъ тутъ же отправиться изъ Вѣны въ Берлинъ, заглянувъ во всякомъ случаѣ по дорогѣ въ Дрезденъ. Роскошная дрезденская клиника, хотя и не университетская, помѣщается вдали города. Проф. Леопольда, по причинѣ канікулярнаго здѣсь времени, я уже не засталъ, пришлось ограничиться только обзорѣмъ обширнаго зданія и порядка въ немъ. Въ этомъ зданіи помѣщается, кромѣ клиники, мѣстная акушерская школа и квартира директора клиники. Курсъ акушерства для врачей предполагался только въ октябрѣ. Въ послѣднихъ числахъ мая я былъ уже въ Берлинѣ и на слѣдующій же день, встрѣтившись съ нѣкоторыми знакомыми русскими врачами, я побывалъ въ частной клиникѣ проф. Ляндау, помѣщающейся на Philipprstrasse. Эта клиника занимаетъ нѣсколько этажей во дворѣ, имѣетъ довольно хорошо устроенную операционную и богатую коллекцію патологическихъ препаратовъ, которые профессоръ очень любезно самъ демонстрируетъ посѣщающимъ его клинику. Въ этотъ день была при мнѣ произведена операція hysteromyomectomy supravaginalis. Вторая—excitatio uteri p. vaginam при помощи зажимныхъ пинцетовъ. Продолжалась эта послѣдняя не болѣе пяти минутъ. Проф. Ляндау оперируетъ въ маскѣ и въ перчаткахъ. Вообще, не смотря на свой шестидесятилѣтній возрастъ, онъ очень энергичный и подвижной. У Ляндау можно было бы бывать и впослѣдствіи, такъ какъ о времени операціи увѣдомляетъ желающихъ бюро клиники; но такъ какъ это совпадало съ другими моими занятіями, то я пока этимъ посѣщеніемъ клиники Ляндау и ограничился. Вскорѣ по прибытіи въ Берлинъ мнѣ пришлось побывать еще въ одной частной клиникѣ, не менѣе извѣстной, чѣмъ клиника Ляндау—это клиника проф. Dührssen'a. Dührssen, какъ извѣстно, приверженецъ производ-

ства операций *per vaginam* и очень можетъ быть, что Ляндау именно надъ нимъ подшучивалъ, когда говорилъ, что онъ знавалъ такихъ приверженцевъ вагинальнаго метода, что они, кажется, готовы бы были производить даже трахеотомию именно *per vaginam*. Въ клиникѣ Проф. Dührssen'a мнѣ удалось видѣть операцию *Colpohysteropexiae*. Черезъ передній сводъ была низведена матка и въ предупрежденіе будущей беременности былъ резецированъ прежде всего кусокъ изъ одной и другой трубы, а затѣмъ уже наложеніемъ лигатуръ произведена *vaginifixa*. Оказывается, что этой операціи, даже въ Германіи, кромѣ Dührssen'a и Maskenrodt'a, никто уже не придерживается, а тѣмъ болѣе во Франціи ¹⁾. Основаніемъ къ этому послужила та опасность, которую влечетъ за собою эта операція въ акушерскомъ отношеніи, если позаботиться о солидной фиксаціи или же она очень проблематична, если ограничиться только поверхностными швами серозно-серозными. Въ одинъ изъ послѣдующихъ дней мнѣ пришлось посѣтить еще одну частную женскую клинику въ Берлинѣ извѣстнаго гинеколога Проф. Maskenrodt'a. Эта клиника помѣщается въ одной изъ лучшихъ частей города т. н. Тиргартенѣ на роскошной улицѣ *Bendlerstrasse* № 18 и занимаетъ домъ въ нѣсколько этажей. Небольшая операціонная и рядомъ съ нею стерилизаціонная и комната, гдѣ производятся собственно акушерскія операціи, помѣщаются въ верхнемъ этажѣ. Здѣсь имѣется лифтъ. Проф. Maskenrodt оперируетъ въ маскѣ и въ перчаткахъ. При немъ два ассистента и молоденькая сестра милосердія, завѣдующая инструментами и подлющая ихъ во время операціи. При мнѣ въ этой клиникѣ была оперирована старуха 60 лѣтъ, страдающая меноррагіей, у которой тутъ же передъ операціей, путемъ выскабливанія, добытыя частицы ткани подвергнуты были микроскопическому изслѣдованію. На основаніи этого изслѣдованія была диагностирована *Carcinoma corporis uteri*. Операція въ данномъ случаѣ заключалась въ полномъ удаленіи матки *p. laparotomiam*. При операціи употреблялись длинные, неудобные по моему, французскіе клемпы. Разрѣзъ живота былъ сдѣланъ по *Pfannenstiel*'ю, железя тазовыхъ — никакихъ при этомъ не получено.

Официальныя акушерско-гинекологическія клиники въ Берлинѣ помѣщаются: одна — въ учрежденіи, которое носитъ названіе *Charité* и затѣмъ другая п. н. Королевской женской клиники расположена на *Artilleriestrasse*. *Charité* расположено на громадномъ участкѣ, при слияніи нѣсколькихъ улицъ, главнымъ образомъ *Luisenstrasse* и *Karlstrasse*, достаточно въ центрѣ города. На этомъ участкѣ въ извѣстномъ порядкѣ расположены громадныя трехэтажныя павильоны въ старо-германскомъ стилѣ. Построены они еще недавно. Эти павильоны вмѣщаютъ въ себѣ глазную, дѣтскую, терапевтическую, хирургическую, нервную, психиатрическую клиники, патологоанатомическій институтъ и наконецъ акушерско-гинекологическую клинику, занимающую два павильона. Въ одномъ изъ этихъ послѣднихъ, соединенномъ съ другимъ стекляною галереєю, помѣщается внизу громадная химико-бактеріологическая лабораторія клиники, затѣмъ помѣщеніе для поликлиники, завѣдуемой Проф. Кроеме 'омъ. Здѣсь цѣлый день стекается масса самыхъ разнообразныхъ гинекологическихъ больныхъ и здѣсь Проф. Кроемег

1) S. Pozzi. *Traité de Gynécologie* 4 édition P. 687.

ведеть частный гинекологическій курсъ и курсъ цистоскопіи для врачей. Вдоль корридоровъ этого павильона палаты для гинекологическихъ больныхъ; въ верхнемъ этажѣ аудиторія, входъ въ которую или изнутри зданія, или же отдѣльный, по лѣстницѣ, со двора, специально для студентовъ. Изнутри зданія въ эту аудиторію ведутъ двое дверей, одна—черезъ стерилизаціонную, другая же—прямо. Аудиторія представляетъ собою залъ въ два свѣта, гдѣ амфитеатромъ размѣщены скамейки для 300 приблизительно зрителей и слушателей. Впереди скамеекъ пространство, у противоположной стѣны котораго по срединѣ чернаго стекла доска. По обѣимъ сторонамъ у стѣны же—умывальники, никелевоотдѣланные, ситочные, открывающіеся движениемъ локтя. На стѣнѣ противъ умывальниковъ зеркала и надпись въ 6 строкъ.

Горячая вода, мыло, щетка, 5 мин.

Чистка ногтей.

Горячая вода, мыло, щетка 2 мин.

Вытираніе стерилизованнымъ полотенцемъ.

Алкоголь 5 минутъ.

Сублимать 3 минуты.

Умывальники съ правой стороны входа служатъ для стерилизаціи рукъ студентовъ практикантовъ, слѣва—для профессора и его ассистентовъ. Вышеназванное пространство, впереди скамеекъ освѣщается со всѣхъ сторонъ при помощи громаднхъ оконъ. На случай пасмурныхъ дней имѣются здѣсь громадныя электрическія лампы съ воронкообразными, обращенными внизъ, матовыми колпаками, закрытыми со всѣхъ сторонъ. Ежедневно, кромѣ праздничныхъ и воскресныхъ дней, около 12 ч. дня въ эту аудиторію собирается группа студентовъ послѣдняго семестра. По субботамъ студенты собираются еще кромѣ того въ 11 ч. утра и въ этотъ часъ отъ 11—12 профессоромъ разбираются исторіи болѣзней и случаи, наблюдаемые студентами въ самой клиникѣ. Берлинскіе студенты по возрасту почти всѣ не очень юные, судя же по ихъ костюму люди большею частію состоятельные, женскаго пола вообще немного, иностранцевъ тоже мало. Около 12-ти часовъ начинаютъ собираться ассистенты, изъ которыхъ главные, помогающіе при операціяхъ два по гинекологіи и два по акушерству. Въ ¼ перваго появляется въ аудиторію проф. Э. Буммъ, ведущій гинекологическую и акушерскую клинику въ Charité. Буммъ началъ свою карьеру ассистентомъ въ Вюрцбургѣ, затѣмъ онъ былъ профессоромъ въ Базелѣ, потомъ въ Галле, а теперь недавно, послѣ смерти Gusselowa занялъ его мѣсто въ Charité. Какъ писатель. Буммъ извѣстенъ главнымъ образомъ изданіемъ руководства по акушерству въ видѣ лекцій, изданія перваго въ Европѣ по своему изяществу и достаточно оцѣненному по своему изложенію. Кто когда-то увлекался руководствомъ Шредера, тому не могло прийти въ голову, что когда либо свѣтъ увидитъ что нибудь болѣе совершенное. Точно тоже можно сказать и о настоящемъ руководствѣ Бумма. Въ сжатомъ, полномъ интереса изложеніи читатель получаетъ такую картину затрогиваемаго вопроса, какую не даетъ пока ни одно болѣе пространное руководство. На дняхъ мнѣ какъ то пришлось заглянуть въ руководство Бумма для того, чтобы сравнить то, что я слышалъ на одной изъ его лекцій о сифилисѣ по отно-

шенію къ беременности съ тѣмъ, что сказано въ его книгѣ. Оказалось, что Буммъ на своихъ лекціяхъ придерживается въ значительной мѣрѣ изложеннаго въ его книгѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ этотъ предметъ на двухъ страницахъ у Бумма изложенъ яснѣе, новѣе, болѣе исчерпывающимъ образомъ, чѣмъ въ статьѣ на 20 страницахъ въ громадномъ руководствѣ Winckel'я, которое я приобрѣлъ за границею за 176 марокъ и съ которымъ въ путешествіи по его громоздкости я имѣлъ много хлопотъ, тѣмъ болѣе, что на русской тамождѣ съ меня почему-то хотѣли непременно взять пошлину. Томъ руководства Винкеля, гдѣ помѣщается его же статья о сифилисѣ во время беременности, оказывается изданъ еще въ 1904 г. Эта статья начинается съ описанія измѣненій, встрѣчаемыхъ въ тѣлѣ сифилитическаго плода. Когда читатель, достаточно утомленный цитированіемъ мнѣнній различныхъ авторовъ, ищетъ наконецъ заключенія, то онъ находитъ его въ нѣсколькихъ строкахъ. Это заключеніе сводится къ тому, что пока нѣтъ такихъ характерныхъ измѣненій въ тѣлѣ плода, которыя несомнѣнно указывали бы на то, что они сифилитическаго происхожденія. Благодаря тому, что этотъ томъ изданъ еще въ 1904 г., хотя все изданіе закончено только на дняхъ, ничего понятно не упоминается о бактеріальномъ происхожденіи сифилиса, т. е. ничего не сказано о спирохетахъ. Какъ авторъ, Буммъ участвовалъ еще въ сборномъ, небольшомъ, но очень популярномъ руководствѣ по Гинекологіи, изданномъ Küstner'омъ и именно его отдѣлъ посвященъ антисептикѣ и асептикѣ въ хирургической гинекологіи. Здѣсь Буммъ тоже оказывается на высотѣ своего назначенія. Буммъ участвовалъ тоже въ составленіи акушерскаго руководства Винкеля; его отдѣлъ во 2-й полов. 1-го тома «о приготовленіяхъ во время родовъ»; затѣмъ въ обширномъ гинекологическомъ руководствѣ Veit'a Буммомъ обработанъ (II т.) отдѣлъ объ гонорройномъ заболѣваніи женскихъ мочевыхъ и половыхъ органовъ. Буммъ вмѣстѣ съ Veit'омъ редактируетъ періодическое изданіе: *Frommel's Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie*. Имѣется еще атласъ, изданный Буммомъ совмѣстно съ проф. Blumreich'омъ, изображающій на срѣзахъ замороженныхъ препаратовъ нижній отрѣзокъ беременной матки. Изъ этого краткаго перечня видно, что литературная дѣятельность проф. Бумма не меньше его практической и профессорской дѣятельности. Эта литературная дѣятельность носитъ особенный вышеописанный характеръ: ясное, исчерпывающее изложеніе затронутаго вопроса. Вездѣ проглядываетъ увлеченіе апостола извѣстной идеи. Профессорскій курсъ, который ведетъ Буммъ въ Charité, смѣшанный т. е. почти одновременно демонстрируются и обсуждаются случаи акушерскіе и гинекологическіе. Благодаря громадному матерьялу, разнообразію этихъ случаевъ поражающее. Демонстрація всякаго случая заключается въ краткомъ изложеніи анамнеза, настоящаго состоянія, затѣмъ ставится діагнозъ, говорится объ этиологіи и о самой сущности болѣзни, все это вкратцѣ, придерживаясь въ большинствѣ случаевъ руководства. При этомъ во время чтенія Буммъ постоянно рисуетъ на доскѣ разноцвѣтными мѣлками. Эти рисунки представляютъ собою верхъ совершенства, они пополняютъ излагаемое и по своему изяществу въ высшей степени

пріятны для глаза. Само чтеніе ораторское, въ голосѣ Бумма особенный резонансъ, прекрасный языкъ безъ всякаго отгѣнка какого либо діалекта. Демонстрація акушерскаго или гинекологическаго случая заканчивается обыкновенно оперативною помощію. Въ гинекологическихъ случаяхъ эти операціи приходятся въ такое время, когда студенты оставляютъ уже аудиторію и только по пятницамъ Буммъ оперируетъ раньше и нѣсколько иначе, медленнѣе и съ нѣкоторыми поясненіями, спеціально для студентовъ. Всѣ операціи производятся въ той же самой аудиторіи, гдѣ происходятъ и лекціи; на обстановку помѣщенія, видимымъ образомъ, обращается не особенно много вниманія. Инструменты стерилизуются кипяченіемъ и помѣщаются затѣмъ въ слабый карболовый растворъ. Бѣлье и перевязочный матеріалъ при помощи пара подвергаются стерилизаціи въ особыхъ соломенныхъ корзинахъ. Операторъ и ассистенты въ халатахъ, колпакахъ и стерилизованныхъ, при помощи пара тонкихъ резиновыхъ перчаткахъ, внутри пересыпанныхъ талькомъ. Маски никогда не применяются. Студенты, приглашаемые для изслѣдованія акушерскихъ случаевъ, снимаютъ сюртукъ и стерилизуютъ руки, но халатовъ не надѣваютъ. Наложеніе щипцовъ производится въ большинствѣ случаевъ студентами въ присутствіи професора. Буммъ большой поклонникъ щипцовъ Tarnier. Модель этихъ щипцовъ 1881 г. Другихъ щипцовъ у него и нѣтъ. Буммъ, конечно, объясняетъ, что это щипцы, которые влекуть головку по оси таза, но въ дальнѣйшія разсужденія онъ не пускается, идетъ все, молъ, гладко и того достаточно. Въ своемъ же руководствѣ Буммъ очень точно излагаетъ преимущества этихъ щипцовъ: меньше траты силы при извлеченіи, меньше поврежденій родового канала, большая подвижность головки въ тазу во время извлеченія. Мнѣ пришлось видѣть въ клиникѣ Charité наложеніе щипцовъ Tarnier въ трехъ случаяхъ: при замедленныхъ родахъ, при эклямпсїи, еще при замедленныхъ родахъ вслѣдствіе слабости маточныхъ сокращеній и у лихорадящей роженицы съ узкимъ тазомъ при затянувшихся родахъ въ видѣ опыта. Щипцы обыкновенно накладываютъ студенты—практиканты. Чтобы они на лекціяхъ производили другія акушерскія операціи, поворотъ или извлеченіе плода, мнѣ не удавалось видѣть ни разу. Всякій разъ Буммъ восхвалялъ примененіе щипцовъ Tarnier; мнѣ, наблюдавшему эту операцію со стороны, трудно объ этомъ судить. Знаю, что щипцы эти приверженцевъ имѣютъ немного, что высокіе щипцы вообще вещь не такая частая, чтобы всякому удалось ихъ испытать. Я помню, что за все время моея многолѣтней практической дѣятельности только въ двухъ случаяхъ пришлось мнѣ попробовать высокіхъ щипцовъ. Въ одномъ изъ нихъ, не смотря на всю продолжительность операціи, противъ всякаго ожиданія, мнѣ удалось извлечь плодъ живымъ. Я приобрѣлъ тутъ же въ Берлинѣ у поставщика инструментовъ въ Charité Berkholtz'a (Koepernickersstrasse 70) щипцы Tarnier, модель 1881 г., и надѣюсь использовать ихъ, если къ тому представится подходящій случай.

Въ концѣ Іюня въ одно изъ посѣщеній Charité мнѣ удалось видѣть Sectio caesarea vaginalis, которую Буммъ произвелъ надъ беременною, страдающею эклямпсїею. Операція была произведена поразительно быстро. Для болѣе свободнаго дѣйствія руки при поворотѣ

плода пришлось сдѣлать еще влагалищно-промежностный разрѣзь Schuchardf'a, который, какъ это совѣтуетъ творецъ операциі влагалищнаго кесарскаго сѣченія Dührssen, не былъ сдѣланъ первоначально. Разрѣзь произведенъ только по передней стѣнкѣ маточной шейки, hysterotomia anterior, не затрогивая задней и оказался въ данномъ случаѣ достаточнымъ, можетъ быть потому, что плодъ былъ недоношенъ. Dührssen ¹⁾, какъ извѣстно, прибѣгаетъ всегда къ разрѣзу передней и задней стѣнки, а Fehling ²⁾, который ограничивался, подобно Бумму, только переднимъ разрѣзомъ, говоритъ, что этимъ онъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ былъ поставленъ въ затруднительное положеніе.

7-го Іюля въ помѣщеніи частнаго русскаго Института д-ра Липлявскаго для изслѣдованія больныхъ, гдѣ ежегодно происходитъ цѣлая серія сообщений берлинскихъ профессоровъ, специально для русскіхъ врачей, Буммъ сдѣлалъ сообщеніе о супрасимфизарномъ кесарскомъ сѣченіи, поясняя это чтеніе художественно исполненными карандашомъ рисунками. Прежде всего Буммъ указалъ на всю несостоятельность операциі классическаго кесарскаго сѣченія и противопоставилъ ей операцию, достигающую той же цѣли и заключающуюся въ томъ, что надъ симфизомъ дѣлается поперечный разрѣзь кожи и фасціи, разъединяются мышцы до брюшины, тупымъ путемъ отодвигается паріетальная брюшина, внизъ мочевого пузыря и тогда экстраперитонеально вскрывается нижній отдѣлъ матки. Черезъ этотъ разрѣзь извлекаютъ плодъ. Такимъ образомъ преимущество этого способа заключается въ томъ, что здѣсь не затрогивается брюшина, сращеніе небольшой маточной раны происходитъ въ высшей степени легко и наконецъ получается на животѣ едва замѣтный и небезобразящій рубецъ. Показанія для этой операциі тѣже, что и для классическаго кесарскаго сѣченія и потому ее нельзя смѣшивать съ влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ, такъ какъ послѣднее не можетъ имѣть своимъ показаніемъ суженіе таза. Идея этой операциі не всецѣло принадлежитъ Бумму, она относится къ болѣе отдаленному прошлому ³⁾ и только недавно воскресилъ ее Frank ⁴⁾ изъ Кельна.

Если Буммъ всякую операцию производитъ такъ сказать съ увлеченіемъ, то это увлеченіе достигаетъ непомѣрной степени, когда дѣло касается пубіотоміи. Извѣстно, что его способъ отличенъ отъ другихъ и даже отъ такихъ, при которыхъ распилъ костей производятъ, не вскрывая покрывающихъ мягкихъ частей. У Бумма особая для этого игла, которая вкалывается у внутренняго края нисходящей вѣтви лобковой кости и затѣмъ, опуская рукоятку, по руководству пальца, находящагося во влагалищѣ, проводится по задней поверхности нисходящей и горизонтальной вѣтви лобковой кости и выкалывается надъ tuberculum pubis. Операциа была произведена у женщины, рожавшей въ 3-ій разъ, у которой раньше были вызываемы всякій

1) Winkel. Handbuch der Geburtshilfe B. III. Th. 1. Der vaginale Kaiserschnitt von A. Dührssen S. 628.

2) H. Fehling. Operative Geburtshilfe der Praxis und Klinik § 115

3) Ioerg. Handbuch der Geburtshilfe 1833 § 512

4) Frank Fritz. Suprasympophysäre Entbindung. Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gyn. Bd. XXIII p. 715 1906 und Arch. f. Gyn. Bd. LXXXI 1906 p. 46.

разъ преждевременные роды. Головка надъ входомъ въ тазъ, послѣ распила она сейчасъ же опустилась вглубь таза и была извлечена при помощи щипцовъ Tarnier. Снаружи сейчасъ давленіе, затѣмъ тампонада влагалища до слѣдующаго утра для предупрежденія вообще образованія гематомы. Буммъ пояснилъ при этомъ, что операція эта у него по счету 58-ая, всѣ съ благопріятнымъ исходомъ; на одной изъ послѣдующихъ лекцій Буммъ показалъ женщину, у которой была произведена пубіотомія три недѣли т. н.; эта женщина свободно передвигалась, становилась на стулъ и не имѣла, повидимому, никакого понятія о томъ, что она такъ недавно перенесла тяжелую операцію. Буммъ ¹⁾ выступилъ недавно съ возраженіемъ противъ тѣхъ авторовъ, которые указывали будто бы въ клиникѣ Бумма пользуются пубіотоміей безъ достаточныхъ показаній. Буммъ, между прочимъ, ссылается на то, что въ его клиникѣ оперативный матеріалъ настолько великъ, что располагающій имъ можетъ скорѣе помышлять объ уменьшеніи его, но не объ увеличеніи.

Мнѣ удалось видѣть у Бумма два раза въ дѣйствиі расширительный аппаратъ для матки Bossi. Устроенъ онъ по модели Bossi-Morelli 1904 г. Эта модель отличается отъ прежнихъ того же Bossi особымъ, болѣе совершеннымъ устройствомъ раздвигающаго приспособленія. Аппаратъ Bossi по прежнему состоитъ только изъ 4 вѣтвей, раздвигающихся въ одной плоскости, между тѣмъ какъ другіе того-же типа главнымъ образомъ Fromme'я, состоятъ изъ 8 вѣтвей, раздвигающихся зонтикообразно. Какъ одно, такъ и другое усовершенствованіе въ аппаратѣ Fromme'я нецѣлесообразно. При наличности большаго количества вѣтвей нельзя пальцемъ другой руки слѣдить за степенью расширенія маточной шейки, раздвигая же бранши зонтикообразно мы непременно должны нанести больше травмы нижнему сегменту матки. Хотя Буммъ въ своемъ руководствѣ и находитъ, что аппаратъ Fromme'я представляетъ собою такъ сказать усовершенствованіе, но, придерживаясь всетаки аппарата, употребляемаго самимъ Bossi, онъ, вѣроятно, руководствуется вышеназванными соображеніями. Вѣроятно — только потому, что Буммъ вообще не распространялся ни объ устройствѣ аппарата Bossi, ни о показаніяхъ для его употребленія въ акушерствѣ. Видимымъ образомъ, судя по тому, что Буммъ говоритъ въ своемъ руководствѣ объ аппаратѣ Bossi и затѣмъ, судя по тѣмъ случаямъ, въ которыхъ онъ примѣнилъ данный аппаратъ, можно заключить, что онъ прибѣгаетъ къ нему только при извѣстномъ уже расширеніи нижняго сегмента матки, а не при цѣлости маточной шейки, какъ это описываютъ черезъ чуръ увлекающіяся натуры. Что Буммъ небольшой приверженецъ аппарата Bossi, это доказываетъ то, что изъ его клиники вышли работы²⁾, указывающія не только на значительныя поврежденія родового канала при употребленіи этого дилатора, но также и на

¹⁾ Zentralblatt für Gynäkologie 1908. № 19. Bum m. Zur Indicationstellung bei Pubiotomie.

²⁾ Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynäk. B. 49. v. B. rdeleben. Verletzungen mit dem Bossischen Dilator.—Archiv f. Gynäk. B. 73. V. Bardeleben. Spätfolgen des Entbindungsverfahrens mit schneller mechanisch instrumenteller Muttermundserweiterung. Archiv. f. Gynäkologie. B. 75. Lichtenstein. Spätfolgen des Entbindungsverfahrens nach Bossi.

зловредныя послѣдствія этихъ поврежденій. Первый случай, въ которомъ мнѣ пришлось видѣть у Бумма примѣненіе аппарата Bossi, интересенъ въ высшей степени самъ по себѣ. Женщина въ родахъ, у которой раньше по поводу *retroflexio uteri* была произведена *vaginifixura uteri*. Передній нижній отрѣзокъ матки не оттягивается вверхъ, покрываетъ предлежащую головку, между тѣмъ самъ зѣвъ направленъ къзади и значительно приподнятъ. Вѣроятно эта неправильность не достигала значительной степени, потому что, по расширеніи зѣва дилаторомъ Bossi, Бумму удалось сдѣлать поворотъ и извлеченіе плода, между тѣмъ какъ изъ литературы извѣстно, что очень часто въ этихъ случаяхъ приходится прибѣгать къ болѣе серьезнымъ оперативнымъ приемамъ, какъ, напримѣръ, къ кесарскому сѣченію. Несомнѣнно, что подобнаго рода осложненія, случающіяся во время родовъ вслѣдъ за операциею *vaginifixurae uteri*, послужили поводомъ къ тому, что какъ у Бумма, такъ и у другихъ выдающихся гинекологовъ эта операція потеряла свой престижъ. Другой случай, наблюдаемый мною у Бумма примѣненія Bossi это: лихорадящая роженица, *conjugata vera*—9 цтм., ягодичное предлежаніе. Bossi. Низведеніе ножки, извлеченіе плода. Весьма трудное освобожденіе ручки. Плодъ мертвый. Освобожденіе ручки оказалось столь труднымъ, что это единственный случай, когда я видѣлъ всегда спокойнаго Бумма въ возбужденноутомленномъ состояніи.

По поводу случая беременности, осложненной раковымъ новообразованиемъ матки, Буммъ, указавъ, насколько беременность ускоряетъ развитіе этого новообразования, пришелъ къ заключенію, что въ этихъ случаяхъ къ концу беременности или во время родовъ представляются два пути дѣйствій. Если ракъ не можетъ подлежать операциі, то избирается вагинальный путь: прободеніе головки плода или *sectio caesarea vaginalis*. Если же раковое новообразование можетъ быть удалено, то кесарское сѣченіе; причемъ по извлеченіи плода экстирпируется сама матка, при мертвомъ же плодѣ она удаляется *in toto* вмѣстѣ съ своимъ содержимымъ. Случай, который послужилъ темой вышеназваннаго разсужденія, представлялъ собою беременность на сносяхъ, причемъ плодъ былъ мертвый. Тутъ же была произведена лапаротомія и затѣмъ полное удаленіе матки, не вскрывая ее. По своему производству эта операція не отличалась отъ обыкновенной, типичной экстирпации. Затруднителенъ оказался доступъ къ связкамъ, къ *art. uterina*, которая была изолирована перевязана, а также къ мочеточникамъ и къ влагалищу.

При чтеніи объ атоническомъ кровотеченіи въ послѣродовомъ періодѣ, Буммъ, указавъ, какъ на пособіе въ такихъ случаяхъ, на массажъ, сдавленіе матки между рукою, находящеюся снаружи и во влагалищѣ, горячія и ледяныя впрыскиванія, онъ остановился преимущественно на тампонадѣ матки. Для того, чтобы послѣдняя дѣйствительно достигала своей цѣли, она должна быть совершенная, т. е. она должна быть производима тогда, когда съ точностью извѣстно, что въ полости матки нѣтъ никакихъ остатковъ плоднаго яйца; причемъ слѣдуетъ заполнять всю матку до дна. Съ цѣлью пояснить совершенную и не совершенную тампонаду показаны были два очень поучительные патолого-анатомическіе препарата матки въ разрѣзѣ. Одинъ, въ которомъ послѣродовая матка вся до дна выполнена мар-

лею и другой, гдѣ она затампонирована неумѣло, только до внутренняго зѣва. Тамъ, гдѣ послѣродовое кровотеченіе въ зависимости отъ надрывовъ, разрывовъ и вообще поврежденій, тамъ тампонада неумѣстна и обязательно необходимъ въ этомъ случаѣ шовъ; тампонъ можетъ только разъединять края раны и такимъ образомъ препятствовать остановкѣ кровотеченія.

По поводу цѣлой серіи выкидышей, совершившихся и не вполне совершившихся, представившихся для демонстраціи, Буммъ указалъ на всю несостоятельность способа удаленія плоднаго яйца путемъ выскабливанія, да при томъ еще острою ложечкою, захватывая въ нѣсколько пріемовъ корнцангомъ части плоднаго яйца. При томъ расслабленіи мускулатуры, которая наблюдается въ маткѣ въ этихъ случаяхъ, ничего нѣтъ легче, какъ наткнуться на прободеніе матки. По мнѣнію Бумма, единственно рачіональный способъ—это расширеніе матки Гегаровскими расширителями, если этого требуетъ данный случай и затѣмъ удаленіе пальцемъ содержимаго, наконецъ послѣдовательная очистка полости матки петлевидною ложечкою, кюреткой съ тупыми краями, почтенныхъ размѣровъ. Ничего нельзя возразить противъ такого разумнаго способа дѣйствій, хотя не всегда обстановка, время и пр. позволяютъ пользоваться именно подобнаго рода дѣйствіями. Здѣсь нуженъ и хлороформъ, здѣсь нужно не имѣть дѣла и со случаемъ, истерпящимъ отлагательства, а разъ привыкши къ извлеченію при помощи корнцанга и ложечки, какъ то не стѣсняешься къ помощи этого способа прибѣгать и во всѣхъ встрѣтившихся остальныхъ случаяхъ.

Демонстрированъ случай пляцентарнаго полипа, развившагося на почвѣ неокончившагося аборта. Буммъ и въ данномъ случаѣ предостерегаетъ отъ удаленія его путемъ выскабливанія, опасаясь открыть этимъ путь для проникновенія имѣющагося уже въ нѣкоторыхъ случаяхъ распада.

Изъ послѣродовыхъ заболѣваній Буммомъ демонстрированъ случай послѣродовой эклампсіи, гдѣ онъ предлагаетъ наркотическія средства и старается усилить діурезъ впрыскиваніемъ подъ кожу физиологическаго раствора (1500—2000).

Показанъ сифилитическій новорожденный, мать котораго не представляла никакихъ признаковъ сифилитическаго заболѣванія. Такой переносъ сифилитическаго яда на плодъ Буммъ объясняетъ воздействием его во время еще зачатія, когда вѣроятно spermatozoa вносятъ въ зародышевое яйцо *spirochoeta pallida*. Извѣстные продукты обмѣна сифилитическаго плода, не вызывая у беременной женщины припадковъ сифилиса, всетаки иммунизируютъ ее и такая женщина не можетъ быть заражена, на примѣръ, при кормленіи ребенка, когда у ней на грудныхъ соскахъ имѣются трещины. Замѣтить слѣдуетъ, что въ этихъ случаяхъ есть и исключенія, когда мать не только иммунизируется, но и заражается.

Изъ послѣродовыхъ заболѣваній былъ демонстрированъ Буммомъ на одной изъ лекцій случай *phlegmasia alba dolens*, развившейся вслѣдствіе оставленія послѣ родовъ въ полости матки куска плаценты. По поводу этого случая Буммъ познакомилъ слушателей съ зарождающимся хирургическимъ способомъ леченія піэміи, т. е. при помощи перевязки пораженныхъ тромбами венъ таза, предложеннаго, какъ из-

вѣстно, первоначально Фрейндомъ и выполненнаго съ успѣхомъ Тренделенбургомъ и въ 4 случаяхъ самимъ Буммомъ.

Говоря о леченіи вообще септическихъ заболѣваній въ послѣродовомъ періодѣ, Буммъ очень энергично возстаегъ противъ промываній полости матки растворомъ сулемы и карболовой кислоты и съ этой цѣлью предлагаетъ только борную кислоту, *Liquor aluminis acetici* и 50% спиртъ. Въ клиникѣ Бумма вообще не примѣняется *sublimin* вмѣсто сулемы, по причинѣ будто бы дороговизны этого препарата.

Показанъ случай съ лихорадочнымъ состояніемъ въ послѣродовомъ періодѣ вслѣдствіе *Lochiometra*, а эта послѣдняя возникла вслѣдствіе нахожденія въ цервикальномъ каналѣ небольшой субмукозной фиброміомы. Эта послѣдняя не была удалена, а пришлось ограничиться только дренажемъ, потому что иначе рана послѣ вылуценія фибромы, могла бы быть заражена.

На одной изъ лекцій былъ демонстрированъ младенецъ, родившійся нѣсколько дней т. н. при лицевомъ предлежаніи, продолжающій все время держать головку запрокинутою кзади.

Интересна была демонстрація новорожденнаго отъ матери бѣлой расы и отца негра. Кожа новорожденнаго темной окраски, особенно пигментированы *genitalia*, фактъ, вообще указывающій на то, что темная окраска кожи развивается не впоследствии, а что она является врожденною. Преобладающее въ данномъ случаѣ вліяніе расы отца говоритъ противъ той теоріи, которая утверждаетъ, что *spermatozoa* играетъ только роль стимула въ образованіи зародыша. Какъ въ этомъ, такъ и во многихъ другихъ подобныхъ случаяхъ въ развитіи зародыша преобладаетъ всегда нисшая раса и это распространяется даже на многія послѣдующія поколѣнія.

Какъ это было нами уже выше упомянуто Буммъ ведетъ курсъ въ *Charité* смѣшанный, т. е. почти одновременно демонстрируетъ акушерскій и гинекологическій матеріалъ и этотъ послѣдній, повидимому, здѣсь преобладаетъ. За исключеніемъ операции *Wertheim's* всѣ остальные операции производятся ежедневно, кромѣ Субботы и Воскресенья въ общей аудиторіи въ присутствіи всѣхъ слушателей и зрителей. По Пятницамъ въ 12 ч. утра въ той же аудиторіи производятся операціи съ особымъ объясненіемъ ихъ техники, специально для студентовъ. При гинекологическихъ операціяхъ всегда помогаютъ одни и тѣ же два ассистента, инструменты подаетъ всегда одна и та-же сестра милосердія. Инструментарій очень несложный: для предварительной остановки кровотока употребляются исключительно пинцеты *Koehra*, всегда находящіеся здѣсь во множествѣ, крючковатый пинцетъ, ножницы, скальпель, обыкновенныя кривыя иглы, иглодержатель Гегара. Когда то здѣсь употреблялись иглы Гагедорна, но иглодержатель для нихъ показался почему то черезъ чуръ сложнымъ и потому неудобнымъ. Для швовъ и лигатуръ употребляется кумоль кэтгутъ (по *König's*), приготовляемый въ Кельнѣ, въ запечатанныхъ картонныхъ коробкахъ, 3-хъ номеровъ, *Silkwormgut* и алюминіевобронзовая проволока. Тамъ, гдѣ требуется особенная крѣпость шва, тамъ употребляется *Silkwormgut*, какъ, напримѣръ, при наложеніи его на фасцію, при съемныхъ же швахъ примѣняется проволока. Для послѣдняго шва особая прямая игла и шьетъ Буммъ проволокою, употребляя при этомъ наперстокъ. Инструменты кипятятся въ соловомъ растворѣ и погружаются на время

операции въ 1% растворъ карболовой кислоты. Перевязочный матеріалъ и нужное бѣлье стерилизуется въ особенныхъ плетеныхъ корзинахъ при помощи текучаго пара. Больная предварительно стерилизуется въ сосѣдней съ аудиторіею комнатѣ, а затѣмъ передъ самою операциею тщательно вымывается животоъ, надѣваются полотняные чулки и больная прикрывается сплошь простынею съ прорѣзомъ. Эта простыня стерилизуется обыкновеннымъ образомъ, а потомъ погружаютъ ее еще въ растворъ сулемы. При операцияхъ на наружныхъ половыхъ частяхъ эти послѣднія и сосѣднія съ ними части смазываются гауданиномъ¹⁾ Тренделенбургское положеніе при лапаротоміи; при операцияхъ на наружныхъ половыхъ органахъ и черезъ влагалище на стулѣ Фритча съ нѣкоторыми въ немъ видоизмѣненіями, что дало поводъ называть такой стулъ Буммовскимъ. Наркотизація въ послѣднее время заключается предварительно въ подкожномъ впрыскиваніи скополамина съ морфіемъ, а затѣмъ передъ самою операциею производится медвяная анестезія тропококаиномъ (0,05 въ 1 куб. цтм.). Въ тѣхъ случаяхъ, когда больная во время операции начинаетъ очень жаловаться, подспорьемъ служитъ наркотизація хлороформомъ съ эфиромъ при помощи аппарата Roth—Dräger'a. Относительно наркотизаціи слѣдуетъ замѣтить, что она проходитъ здѣсь во всѣхъ случаяхъ гладко и что ея, повидимому, не стѣсняются, потому что она примѣняется при всякомъ самомъ ничтожнѣйшемъ оперативномъ вмѣшательствѣ, какъ, напримеръ, чтобы гдѣ нибудь во влагалищѣ при легкой царапинѣ наложить пару швовъ.

Операция распространеннаго удаленія матки при раковомъ новообразованіи и здѣсь называемая операциею Wertheim'a культивируется въ Charité съ особенною любовью и съ особеннымъ вниманіемъ. Эта операция производится уже не въ аудиторіи, но въ особой операционной по Пятницамъ въ 8 ч. утра, въ присутствіи обыкновенно наканунѣ приглашаемыхъ врачей. Въ сосѣдней здѣсь комнатѣ производится приготовленіе больной, впрыскивается предварительно скополаминъ съ морфіемъ, затѣмъ тропококаинъ въ арахноидальный мѣшокъ (5% раствора 1 куб. цтм.). Рѣдко къ концу операции приходится прибѣгать къ эфирно—хлороформному наркозу. Больная очень часто все время операции сохраняетъ полное сознаніе. Передъ операциею въ сосѣдней комнатѣ дѣлается тщательная очистка черезъ влагалище раковаго новообразованія при помощи выскабливанія, прижиганія Раquelin'омъ, промыванія сулемовымъ алкоголемъ и наконецъ тампоны, такъ что этотъ пріемъ идетъ въ разрѣзъ со взглядомъ многихъ другихъ гинекологовъ, которые въ немъ усматриваютъ опасность распространенія вглубь патогенныхъ микробовъ^{*}). Мнѣ пришлось присутствовать при трехъ операцияхъ полного удаленія матки по Wertheim'u, произведенныхъ проф. Буммомъ, и при одной—его ассистентомъ д-ромъ Riesck'омъ. Случаи эти заключались въ раковомъ пораженіи маточной шейки и носили, повидимому, характеръ не очень распространеннаго новообразованія. Въ наклонномъ положеніи женщины разрѣзъ живота по linea alba; края разрѣза

¹⁾ Döderlein. Deutsche mediz. Wochenschrift 1906 № 15. p. 569 und Döderlein Zentralblat f. Gynäkologie 1906, № 49.

^{*}) Döderlein u. Krönig. Operative Gynäkologie S. 457 (Veit).

сейчасъ же обшивались съ одной и съ другой стороны лоскутомъ марли, заключающимъ въ себѣ кусокъ батиста Мозетига. Буммъ очень настаиваетъ на данномъ приемѣ и считаетъ это нововведеніемъ, такъ какъ при своихъ первыхъ операціяхъ онъ къ этому не прибѣгалъ. Нижній уголь раны оттягивается очень остроумнымъ, предложеннымъ Stöckel'emъ подъемникомъ, къ цѣпочкѣ котораго привѣшивается 15 фунтовая гиря. Сама матка вытягивается двухзубчатыми щипцами, употребляемыми Буммомъ во всѣхъ случаяхъ стягиванія внутреннихъ органовъ. На правую связку *infundibulopelvicum* накладываются два Кохеровскихъ пинцета и между ними перерѣзывается ткань: затѣмъ въ этомъ же направленіи ближе къ тазу перерѣзывается дальше *lig. rotundum*, которую ассистентъ во время перерѣзки захватываетъ въ кохеровскій пинцетъ; отъ этого мѣста въ направленіи *plica vesico-uterina* той же стороны кривыми ножницами разсѣкается передней листокъ брюшины широкихъ маточныхъ связокъ и тупымъ путемъ отсепаровывается мочевой пузырь отъ маточной шейки. Въ этотъ моментъ обнаруживается конецъ мочеточника, впадающій въ мочевой пузырь; такимъ же путемъ по направленію кверху обнажается мочеточникъ до перекрещиванія его съ *art. hypogastrica*. Перевязывается и между лигатурами перерѣзывается *art. uterina*, послѣ отхожденія отъ нея *art. vesic. superior*. Удаляются лимфатическія железы и затѣмъ повторяется таже процедура съ противоположной стороны. Отдѣляется мочевой пузырь на столько, что открывается передняя стѣнка влагалища, перерѣзывая которую по удаленіи изъ влагалища тампона, проникается въ полость влагалища, а оттуда уже разрѣзается его задняя стѣнка. Наложивъ на параметріи зажимные пинцеты и перерѣзавъ ихъ оказывается удаленною вся матка. Передняя стѣнка влагалища сшивается съ брюшиною мочевого пузыря, задняя съ заднимъ дугласовымъ листкомъ и перитонизируются широкія маточныя связки. Такимъ образомъ влагалище въ полость брюшины оставляется открытымъ. Черезъ это отверстіе проводится во влагалище длинная полоса марли и она выполняетъ также полость таза, прижимая здѣсь соединенныя швомъ части.

Кромѣ присутствованія при этой операціи насъ, нѣсколько врачей занималось въ патолого-анатомическомъ институтѣ Charité при любезномъ содѣйствіи ассистентовъ проф. Бумма д-ровъ Rieck'a и Martin'a на трупахъ топографіею таза. Упражнялись мы въ отысканіи мочеточника, *art. uterina*, изучали расположеніе лимфатическихъ железъ и венъ таза и продѣлывали нѣкоторыя операціи на мочеточникахъ. При этихъ занятіяхъ мы пользовались еще прекраснымъ атласомъ Kownatzk'аго *) (Berlin), изданнымъ недавно по внушенію Бумма.

Изъ другихъ новообразованій матки были оперированы проф. Буммомъ въ этомъ семестрѣ нѣсколько фиброміомъ. Произведена *hystermyomectomy totalis* въ случаѣ фиброміомы, величиною въ голову взрослого человѣка. Буммъ высказывается за полное удаленіе всей матки и яичниковъ, слѣдовательно, не признаетъ надвлагалищной ампутаціи и не придаетъ значенія тѣмъ послѣдовательнымъ

*) Kownatzky. Die Venen des weiblichen Beckens und ihre praktisch-operative Bedeutung.

измѣненіямъ въ организмѣ женщины, которыя развиваются вслѣдъ за полнымъ удаленіемъ яичниковъ. Въ одномъ случаѣ предположена подсерозная фиброміома, претерпѣвшая некрозъ. По поводу этого измѣненія приведены Буммомъ случаи некроза, возникшіе подъ влияніемъ зондированія, выскабливанія, примѣненія способа *Apostoli* и пр. Предварительно была зашита маточная шейка. По вскрытіи брюшной полости оказалась подсерозная фиброміома матки, величиною въ голову взрослого человѣка, которую удалось легко вылущить и на ложе опухоли наложены швы, слѣдовательно, матка была сохранена. При подслизистой фиброміомѣ, величиной въ сливу, сидящей на широкомъ основаніи и до которой при открытѣ зѣвѣ легко было достигнуть пальцемъ, почему то произведена была *extirpatio uteri totalis per vaginam*.

При экстирпации матки *p. vaginam* въ случаѣ, гдѣ предполагался *metritis chronica* на самомъ дѣлѣ оказалась въ полости матки *sarcoma*, поверхностный слой которой уже гангренифицировался.

Изъ новообразованій яичниковъ оперированы два случая кистъ. Въ одномъ случаѣ, киста, совсѣмъ свободная въ брюшной полости, безъ срощеній, пунктирована троакаромъ, причемъ выпущено большое количество шоколаднаго цвѣта жидкости. Мѣшокъ выведенъ наружу, оказалось перекручиваніе ножки, чѣмъ и объясняется свойство выпущенной жидкости. На ножку наложены лигатуры, и она прижжена *Raquelin*'омъ, чего, повидимому, многіе избѣгаютъ, опасаясь инфекции получаемого струпа и сращенія культи съ кишкою ¹⁾. Въ другомъ случаѣ предполагалась первоначально *graviditas extrauterina*, на самомъ же дѣлѣ оказалась киста лѣваго яичника, величиною въ кулакъ, изъ которой при извлеченіи и случайномъ разрывѣ вытекла свѣтло-янтарнаго цвѣта жидкость. Праваго яичника не оказалось; больная, оперированная при медулярной анестезіи, тутъ же заявила, что она уже разъ была оперирована Проф. *Maskenrod*'омъ.

Послѣ пробнаго прокола въ правой паховой области, при помощи шприца Плеваца, вскрытъ тутъ же послышно абсцессъ. По поводу этого случая была прочитана профессоромъ лекція объ абсцессахъ въ тазу, о происхожденіи ихъ, главнымъ образомъ, подъ влияніемъ гонорей, или послѣродового зараженія; о мѣстонахожденіи абсцессовъ: въ клѣтчаткѣ—экстраперитонеальные, въ брюшинѣ—интраперитонеальные, въ замкнутой полости трубы или въ яичникѣ, въ видѣ эмпиемы.

(Окончаніе слѣдуетъ)

¹⁾ *Döderlein und Krönig. Operative Gynäkologie.*

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Д. Д. Дикъ. *Медицинскій отчетъ по родильному бараку Николаевскаго морского госпиталя въ Кронштадтѣ за 1906 и 1907 г.г.* (Изъ „Медиц. Приб. къ Морск. Сборн. за Авг. и Сент. 1908 г.).

Отчетъ д-ра Дика за первые два года его завѣдыванія акушерскимъ отдѣленіемъ Николаевскаго морского госпиталя въ Кронштадтѣ знакомитъ съ постановкой родовспоможения не только въ госпиталѣ, но и въ самомъ городѣ, который, какъ оказывается, не смотря на 60000-ное населеніе, не имѣетъ городского или казеннаго родильнаго пріюта. Единственнымъ доступнымъ для всѣхъ слоевъ населенія этого города родовспомогательнымъ учрежденіемъ является родильный баракъ госпиталя, на долю котораго приходится за отчетные годы болѣе половины совершившихся въ городѣ родовъ.

Акушерское отдѣленіе госпиталя помѣщается въ отдѣльномъ одноэтажномъ деревянномъ зданіи, которое при постройкѣ своей предназначалось для другой цѣли и потому представляетъ извѣстныя неудобства въ смыслѣ тѣсноты, отсутствія изоляціонныхъ палатъ и особой родильной для патологическихъ родовъ. Малочисленъ также и персоналъ, обслуживающій родильный баракъ и состоящій изъ одного ординатора, одной штатной акушерки, 2-хъ (за послѣднее время 3-хъ) сидѣлокъ и 1 работника. Ординаторъ, несущій ординаторскія обязанности и въ гинекологическомъ отдѣленіи, живетъ внѣ госпиталя и является по первому зову дежурной акушерки во всѣхъ оперативныхъ и трудныхъ случаяхъ. Въ дежурствахъ съ штатной акушеркой чередуются 2 лекарскія помощницы изъ гинекологическаго отдѣленія.

За оба отчетные года въ родильный баракъ госпиталя поступило 1178 женщинъ, изъ которыхъ разрѣшилось 1117. Изъ разрѣшившихся 82,5% составляютъ женщины гражданскаго вѣдомства и лишь 17,5%—военнаго и морского. 1028 женщинъ рожали срочно, 75 преждевременно и 44 имѣли выкидышъ. Сравнительно незначительное число выкидышей объясняется тѣмъ, что большая часть ихъ, особенно раннихъ, направлялась въ гинекологическое отдѣленіе госпиталя. Всего младенцевъ родилось 1099.

Изъ важнѣйшихъ осложненій родового акта въ 8 случаяхъ наблюдалось выпаденіе пуповины, въ 3-хъ—выпаденіе ручки, въ 9—задержаніе послѣда, въ 2-хъ—предлежаніе послѣда, въ 60—разрывъ промежности и въ 17—эклампсія, леченіе которой велось по выжидательному способу. Смертность матерей отъ нея въ отдѣленіи получилась въ 14,1% и дѣтей 18,3%. Операций за отчетное время было произведено 144: наложеніе шипцовъ 15 разъ, поворотъ на ножки—11, извлеченіе—40, прободеніе головки—3, извлеченіе аборта—3, удаленіе послѣда рукою—9, возбужденіе преждевременныхъ родовъ—1, выскабливаніе матки—6, восстановленіе промежности—50. Каждой изъ этихъ

операций авторъ посвящаетъ отдѣльную главу, описывая наиболѣ интересные случаи. Подробно авторъ останавливается также и на аномаліяхъ со стороны плода и яйца, встрѣтившихся въ 28 случаяхъ.

Болѣе кратко авторъ касается послѣродового періода, отмѣчая лишь особенно тяжелыя болѣзни родильницъ, преимущественно общаго характера, какъ кишечная непроходимость, брюшной тифъ, эксудативный плевритъ и т. д. Пуэрперальныя формы наблюдались всего въ 3 случаяхъ: тромбофлебитъ въ 1-мъ и эндометритъ въ 2-хъ. Процентнаго отношенія лихорадочныхъ родильницъ къ не лихорадившимъ авторъ, съ сожалѣнію, не отмѣчаетъ, хотя, по его же словамъ, повышение температуры до 38° и даже 39° иногда, но очень не часто наблюдалось, но въ большинствѣ случаевъ повышения были однократныя и проходили послѣ очищенія кишекъ. Все же въ 6 случаяхъ потребовалось промываніе матки, послѣ чего температура спадала и родильницы выписывались здоровыми. Матерей умерло 7, новорожденныхъ 36. Сравнительно высокій % смертности объясняется гѣмъ обстоятельствомъ, что въ родильный баракъ, какъ въ единственное родовспомогательное учрежденіе, направляются всѣ наиболѣе тяжелые и даже безнадежные случаи.—Свой обстоятельный отчетъ авторъ заканчиваетъ описаніемъ принятыхъ въ баракѣ порядковъ веденія родовъ и ухода за новорожденными.

М. Порошинъ.

ЗАЩИТА ДИССЕРТАЦИЙ ВЪ ИМПЕРАТОРСКОЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ.

I.

С. Г. Зарѣцкій. — *Рентгенизація яичниковъ, ея ближайшіе и отдаленные результаты въ связи съ вліяніемъ на теченіе беременности. Экспериментальное изслѣдованіе. Диссертация на степень доктора медицины.*

Работа состоитъ изъ двухъ главныхъ отдѣловъ. Въ первомъ авторъ подробно приводитъ литературныя данныя по вопросу о рентгенизаціи половыхъ железъ мужскихъ и женскихъ особей и представляетъ литературно-историческій обзоръ ученія объ интерстиціальной железѣ яичника. Второй отдѣлъ содержитъ собственныя экспериментальныя изслѣдованія автора и состоитъ изъ двухъ частей: анатомической и физиологической. Предпославъ подробное описаніе техническихъ пріемовъ рентгенизаціи яичниковъ кроликовъ, авторъ переходитъ къ изложенію собраннаго имъ экспериментальнаго матеріала анатомической части, состоящаго изъ четырехъ серій опытовъ: I. Искусственная атрофія яичниковъ; зависимость реакціи органовъ отъ дозы X-лучей (20 опытовъ); II. Индивидуальныя различія во времени появленія начальныхъ степеней дегенераціи рентгенизированныхъ яичниковъ; продолжительность латентнаго періода (20 опытовъ); III. Стойкость атрофіи рентгенизированныхъ яичниковъ; возможность ихъ возрожденія послѣ слабой рентгенизаціи (24 опыта); IV. Къ вопросу о значеніи дозировки при рентгенизаціи яичниковъ (дополнительная группа, 6 опытовъ). На основаніи указаній анатомической части, авторъ проводитъ опыты физиологической части изслѣдованія, посвященные разрѣшенію вопросовъ (по серіямъ): V. Искусственное обезпложиваніе животныхъ обоюдосторонней рентгенизаціей яичниковъ; дальнѣшнія наблюденія надъ половой производительностью (8 опытовъ); VI. Искусственное обезпложиваніе одного рога матки животныхъ путемъ изолированной рентгенизаціи соотвѣтственнаго яичника (10 опытовъ); VII. Опыты изолированной рентгенизаціи яичниковъ въ началѣ беременности (9 опытовъ); VIII. Абортивное дѣйствіе рентгенизаціи яичниковъ при беременности (10 опытовъ); IX. Послѣдствія изолированной рентгенизаціи яичниковъ, произведенной во второй половинѣ беременности (9 опытовъ).

На основаніи экспериментальнаго матеріала авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ (вкратцѣ).

Яичники кролика, обладая громадной элективной чувствительностью къ X-лучамъ, подъ вліяніемъ ихъ подвергаются атрофіи. Латентный періодъ между моментомъ воздѣйствія X-лучей на яичникъ и появленіемъ въ послѣднемъ опредѣлимыхъ подъ микроскопомъ первыхъ симптомовъ начинающейся дегенераціи (атрофіи) очень кратокъ. Наиболь-

шей чувствительностью къ X-лучамъ обладаетъ фолликулярный аппаратъ яичника, въ которомъ прежде всего наступаютъ дегенеративныя измѣненія, ведущія къ усиленной атрезіи и полному исчезанію фолликуловъ. Степень чувствительности къ X-лучамъ, повидимому, прямо-пропорціонально степені развитія фолликуловъ: быстрѣе всего реагируютъ наиболѣе развитыя формы. Другими словами, имѣя въ виду функцію яичника, есть основаніе допустить, что даже при очень слабой рентгенизаціи, не вызывающей гибельныхъ послѣдствій для молодыхъ развивающихся фолликуловъ, возможно исключеніе ближайшей овуляціи яичника. Значительно менѣе чувствительной къ X-лучамъ оказывается интерстиціальная ткань яичника кролика. При небольшихъ дозахъ X-лучей, достаточныхъ для того, чтобы вызвать гибель фолликулярнаго аппарата, интерстиціальная ткань начинаетъ показывать первые симптомы дегенераци. Атрофія специфическихъ тканей паренхимы яичника кролика сопровождается субституирующимъ атрофическимъ разноможіемъ клѣтокъ соединительной ткани, однако степень атрофіи паренхимы значительно превалируетъ надъ степенью гиперплазіи стромы.

Вопросъ о непосредственномъ вліяніи X-лучей на сосуды яичника кролика рѣшается въ отрицательномъ смыслѣ. Только при высокихъ степеняхъ атрофіи паренхимы органа происходитъ попутное частичное запусѣваніе периферическихъ мелкихъ сосудовъ (предкапилляровъ и капилляровъ). Степень атрофіи яичника зависитъ, съ одной стороны, отъ интенсивности рентгенизаціи, съ другой,—отъ метода дозировки. Тотальная дозировка является методомъ болѣе энергичнымъ, чѣмъ дозировка дробная. Примѣненіе слабой рентгенизаціи даетъ возможность полученія временной атрофіи яичника, сопровождаемой остановкой овуляціонной и пониженіемъ секреторной функціи.

Временная X-атрофія яичника можетъ имѣть своимъ отдаленнымъ результатомъ полное возрожденіе органа съ возобновленіемъ его овуляціонной и секреторной дѣятельности. Болѣе интенсивная рентгенизація вызываетъ стойкую атрофію яичника, совершенно прекращая въ немъ овуляціонный и секреторный процессы. Возрожденіе искусственно атрофированнаго X-лучами яичника животнаго возможно только въ томъ случаѣ, если развившаяся въ ближайшемъ X-атрофія органа не сопровождается полнымъ разрушеніемъ овогенной ткани; въ противномъ случаѣ, если ближайшій результатъ рентгенизаціи выражается полнымъ разрушеніемъ примитивнаго фолликулярнаго аппарата, является гарантія въ стойкости атрофіи органа и, слѣдовательно, въ абсолютномъ прекращеніи навсегда его функцій.

Функція истинныхъ желтыхъ тѣлъ прекращается подъ вліяніемъ X-лучей, вызывающихъ преждевременную атрофію этихъ железистыхъ образований. Функціональный отдаленный результатъ рентгенизаціи обоихъ яичниковъ выражается въ формѣ стойкаго безплодія и склонности къ атрофіи tractus genitalis. Способность атрофированной овогенной ткани слабо рентгенизированныхъ яичниковъ кроликовъ къ полному возрожденію обуславливаетъ возможность послѣдующей нормальной беременности. Искусственная атрофія одного яичника у кроликовъ ведетъ къ дальнѣйшему безплодію одного лишь соотвѣтственнаго рога матки, не исключая возможности *односторонней* беременности другого рога; послѣдняя протекаетъ нормально и можетъ быть повторной. Опыты рентгенизаціи яичниковъ въ первые дни беременности у кроликовъ

ведутъ къ гибели зародышей и послѣдующему расасыванію ихъ. Въ этомъ періодѣ беременности обыкновенно неизбѣжна одновременная рентгенизация самихъ зародышей, каковая, собственно, и можетъ сама по себѣ обусловить безплодіе данной беременности. Изолированная рентгенизация яичниковъ кроликовъ въ первой половинѣ беременности ведетъ къ прерыванію послѣдней, т. е. къ аборту. Главная роль въ этиологіи этого аборта принадлежитъ, повидимому, атрофіи истинныхъ желтыхъ тѣлъ данной беременности, т. е. выключенію ихъ функціи; меньшую этиологическую роль при этомъ можетъ играть неизбѣжное попутное пониженіе секреторной дѣятельности интерстиціальной железы яичниковъ. Рентгенизация яичниковъ кроликовъ во второй половинѣ беременности не оказываетъ видимаго вліянія на дальнѣйшее ея теченіе: паразитарная свойства плода, достигшія къ этому времени кульминаціоннаго пункта, обеспечиваютъ ему живорожденіе, выключеніе-же функціи желтыхъ тѣлъ изъ общей экономіи материнскаго организма и связанная съ нимъ мѣстная трофическія расстройства тормазятъ утробное развитіе плода и имѣютъ своимъ послѣдствіемъ пониженіе жизнеспособности новорожденнаго.

Работа иллюстрирована рисунками въ текстѣ и таблицей рисунковъ микроскопическихъ препаратовъ.

Цензорами диссертации по порученію конференціи были: академики Г. Е. Рейнъ и А. И. Лебедевъ и профессоръ Г. И. Турнеръ.

Проф. Турнеръ, привѣтствуя трудъ автора, посвященный разработкѣ новаго и чрезвычайно интереснаго вопроса, отмѣтилъ тщательность работы и хорошую подготовку диссертанта къ серьезнымъ научнымъ изслѣдованіямъ. Перейдя къ критикѣ положеній, оппонентъ высказалъ свои взгляды по поводу нѣкоторыхъ изъ нихъ. По поводу четвертаго положенія оппонентъ замѣтилъ, что онъ не можетъ принять его въ томъ объемѣ мысли, каковой заключается въ редакціи автора. Что касается примѣненія въ хирургіи резиновыхъ перчатокъ, то оппонентъ видитъ въ немъ пользу лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда возникаетъ вопросъ о самозащитѣ врача. Организацию русскаго Рентгенологическаго Общества оппонентъ считаетъ еще преждевременной, ввиду недостаточнаго числа рентгенологовъ.

Академикъ Лебедевъ далъ одобрительный отзывъ о внѣшности изданія книги. Коснувшись вопроса о стойкости атрофіи рентгенизированныхъ яичниковъ, оппонентъ замѣтилъ, что желательны были-бы болѣе продолжительныя наблюденія, не ограничивающіяся 7-8 мѣсяцами.

Спрошенный по этому поводу, диссертантъ вполнѣ согласился съ мнѣніемъ оппонента о желательности болѣе продолжительныхъ наблюденій. Производство подобныхъ наблюденій, продолжительностью до 2 лѣтъ, по мнѣнію диссертанта, является крайне интереснымъ, но не необходимымъ для разрѣшенія вопроса о стойкости атрофіи. Это убѣжденіе основано на томъ фактѣ, что при большихъ дозахъ X-лучей первая ляпаротомія, черезъ два мѣсяца послѣ курса рентгенизации, показываетъ извѣстную степень атрофіи яичника, вторичная-же ляпаротомія черезъ 6-7 мѣсяцевъ показываетъ гораздо большую степень атрофіи органа. Такимъ образомъ, тутъ имѣется на лицо прогрессивная атрофія органа, исключаящая рѣчь о возможности его возрожденія.

Удовлетворившись данными объясненіями, оппонентъ призналъ убѣдительность постановки опытовъ.

Академикъ Рейнъ отмѣтилъ тщательность постановки опытовъ, осторожность въ выводахъ, обиліе и разнообразіе серій опытовъ, идейно обоснованную группировку послѣднихъ и полную разработку экспериментальнаго матеріала. Работа диссертанта, по мнѣнію оппонента, вполне разрѣшаетъ тѣ вопросы, которые были предъявлены въ задачѣ изслѣдованія. Особенной заслугой диссертанта является наглядное доказательство возможности возрожденія яичниковъ послѣ слабой рентгенизаціи, т. е. полученія временной атрофіи органа.

Всѣми оппонентами диссертация признана удовлетворительной. Авторъ удостоенъ искомой степени.

И. Судаковъ.

II.

Ө. И. Швогеръ-Леттецкій.—*Къ вопросу о пуботоміи (анатомически-экспериментальное изслѣдованіе характера расширенія тазового входа послѣ пуботоміи). Диссертация на степень доктора медицины.*

Обозначенную въ заглавіи задачу изслѣдованія авторъ рѣшаетъ девятнадцатью опытами на трупахъ. Результаты изслѣдованія позволяютъ автору придти къ слѣдующимъ выводамъ.

Что касается тазорасширяющаго эффекта, то пуботомія значительно разнится въ этомъ отношеніи отъ симфизеотоміи. Въ то время какъ послѣ симфизеотоміи наблюдается почти вполне симметричное расширение обѣихъ половинъ таза или съ незначительной асимметрией, послѣдняя обнаруживается при пуботоміи въ значительной степени и притомъ въ тѣмъ большей, чѣмъ дальше она производится отъ симфизы. Наоборотъ, чѣмъ ближе производится пуботомія къ симфизѣ, тѣмъ менѣе ея тазорасширяющій эффектъ отличается отъ такового же послѣ симфизеотоміи.

Размѣры тазового входа увеличиваются послѣ пуботоміи соответственно увеличенію разстоянія между концами перепиленной лонной кости. Полной пропорциональности, однако, между увеличеніемъ разстоянія этого и увеличеніемъ размѣровъ таза нѣтъ. Увеличеніе размѣровъ тазового входа послѣ пуботоміи обусловлено почти исключительно расхожденіемъ безымянныхъ костей въ заднихъ тазовыхъ (крестцовоподвздошныхъ) сочлененіяхъ, отхожденіемъ ихъ отъ крестца въ сторону.

Отхожденіе безымянной кости отъ крестца всегда выражено сильнѣе на сторонѣ, противоположной мѣсту пуботоміи, т. е. при пуботоміи, произведенной слѣва, больше расходитъ правое крестцовоподвздошное сочлененіе, котораго переднія связки (lig. sacro-iliaca ant.) и разрываются при болѣе значительномъ расхожденіи концовъ распиленной лонной кости. Въ связи съ большимъ отхожденіемъ отъ крестца безымянной кости противоположной мѣсту пуботоміи стороны стоитъ и болѣе увеличеніе косога размѣра, одноимяннаго съ мѣстомъ операціи т. е. при правосторонней пуботоміи больше увеличивается правый косога размѣръ, идущій справа и сзади влѣво и кпереди.

Отрѣзокъ лонной кости, остающійся въ связи съ симфизой, обладаетъ въ симфизѣ значительной подвижностью, почему размѣръ,

идушій отъ мыса до конца этого отрѣзка значительно больше, чѣмъ отъ мыса къ концу противоположнаго отрѣзка лонной кости, остающагося въ связи съ *os ilium*. Это обстоятельство должно имѣть особенное значеніе, какъ значительно облегчающее проведеніе большого поперечнаго размѣра головки—*d. biparietalis*—при условіи производства операціи на сторонѣ, противоположной затылку плода.

Въ виду большаго отхожденія отъ крестца безымянной кости стороны, противоположной мѣсту пуботоміи, большаго увеличенія косога размѣра, одноимяннаго мѣсту пуботоміи и въ виду большаго отхожденія отъ мыса отрѣзка лонной кости, противоположнаго мѣсту пуботоміи, получается большее увеличеніе тазового входа въ той его половинѣ, которая противоположна мѣсту пуботоміи.

Въ виду того, что больше увеличивается половина таза, противоположная мѣсту пуботоміи, послѣднюю слѣдуетъ производить всегда на сторонѣ, противоположной мѣсту нахождения затылка плода, при черепныхъ положеніяхъ.

При пуботоміи, произведенной на сторонѣ, противоположной мѣсту затылка, головка имѣетъ возможность пройти тазовой входъ, не вступая въ образующійся послѣ пуботоміи межкостный промежутокъ, что уменьшаетъ опасность поврежденія мягкихъ частей матери.

Опредѣленные и точныя границы разведенія концовъ лонной кости не могутъ быть установлены, такъ какъ границы безопаснаго для тазовыхъ сочлененій разведенія концовъ распиленной кости индивидуально очень различны и, начинаясь у однихъ съ 4,0 см., доходятъ у другихъ до 7,0 и 8,0 см., но при разведеніи на 7,0 см. переднія крестцовоподвздошныя связки надрываются почти всегда.

Увеличеніе *s. verae* послѣ пуботоміи въ среднемъ получается по 0,2 — 0,25 — 0,3 см. на каждый сантиметръ расхожденія отрѣзковъ лонной кости, а увеличеніе одноимяннаго косога — по 0,3 — 0,4 см. Г. обр. *s. verae* въ среднемъ увеличивается послѣ пуботоміи и разведенія костей до 6, см. на 1,2 — 1,5 — 1,8 см. Нижней границей необходимо считать *s. veram* никакъ не менѣе 7,0 см., считывая на минимумъ выгоды отъ пуботоміи — увеличеніе *s. verae* на 1,2. Высшая граница зависитъ уже отъ чисто клиническихъ условій, но нельзя не отмѣтить чрезвычайнаго расширенія этой границы пуботоміи въ послѣднее время.

Обобщая все вышеизложенное, приходится заключить, что пуботомія въ качествѣ тазорасширяющей операціи обладаетъ довольно умѣреннымъ значеніемъ, быть можетъ, даже меньшимъ, чѣмъ симфизеотомія, но, благодаря большей своей технической простотѣ и легкости и нѣкоторымъ своимъ особенностямъ, иному характеру расширенія таза и участія въ этомъ мягкихъ частей, а также послѣдующаго заживленія, пуботомія имѣетъ значительное преимущество. Едва-ли, однако, въ виду всего вышеизложеннаго, пуботомія можетъ имѣть значеніе, какъ пластическая операція въ томъ или иномъ ея видоизмѣненіи, преслѣдующемъ не временное при данныхъ родахъ увеличеніе узкаго таза, а стационарное, такъ какъ, если возможно значительное временное разведеніе концовъ распиленной кости—до 6 см.— то оно никакъ не можетъ быть фиксировано, а безъ значительнаго разведенія костей увеличеніе *s. verae* получается далеко не всегда достаточное.

Цензорами диссертациі по порученію конференціи были: академикъ А. И. Лебедевъ, профессоръ С. Н. Делицинъ и приватъ-доцентъ Д. И. Ширшовъ.

Прив.-доц. Ширшовъ, отмѣтивъ тщательную постановку опытовъ и подробное изложеніе экспериментальнаго матеріала, поставилъ въ заслугу диссертанту выясненіе локализаци пуботоміи: послѣдняя должна производиться на сторонѣ, противоположной данному косому размѣру. Кромѣ того, оппонентъ замѣтилъ, что нельзя категорически отрицать пластическаго значенія пуботоміи, если образуется мозоль до 1 см.

Проф. Делицинъ, указавъ на важное значеніе экспериментальныхъ изслѣдованій въ области акушерства, согласился съ выводами диссертанта, выразивъ сожалѣніе по поводу игнорированія частей, находящихся вблизи костнаго кольца (lig. arcuatum, corpus cavernosum) и мышцъ (levator ani, rectus, abductor femoris), а также по поводу чрезмѣрной схематичности рисунковъ, приложенныхъ въ концѣ работы.

Акад. Лебедевъ далъ одобрителный отзывъ о работѣ диссертанта, которая вполне удовлетворяетъ своей задачѣ. О замѣнѣ кесарскаго сѣченія при стносит. показаніи пуботоміей оппонентъ замѣтилъ, что еще преждевременно высказываться категорически, что еще нужны клиническія наблюденія, задачей которыхъ явится выясненіе вопроса, равносильны-ли раненія матки и таза (служащаго опорой всему тѣлу).

Всѣми оппонентами диссиртациі признана удовлетворительной. Авторъ удостоенъ искомой степени.

С. Зарѣцкій.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

Акушерско-Гинекологическое Общество въ С.-Петербургѣ.

(ГОДЪ ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ).

Протоколь № 7.

Засѣданіе 23 октября 1908 года.

Предсѣдательствовалъ Н. Н. Феноменовъ.

Присутствовали 36 членовъ: Бекманъ, Бересневичъ, Веберт., Вербовъ, Гентеръ, Герзони, Гусаковъ, Замшинъ, Зарѣцкій, Ивановъ, Ильинъ, Каземъ-Бекъ, Каминская, Карницкій, Кацнельсонъ, Китнеръ, Кривскій, Кушталовъ, Личкусъ, Марковскій, Мацѣевскій, Мосоловъ, Павловъ, Редлихъ, Скробанскій, Сперанская-Бахметьева, Столыпинскій, Строгановъ, Судаковъ, Тавилдаровъ, Терещенко, Улезко-Строганова, Ульяновскій, Харшакъ, Шейтлисъ, Якобсонъ и 17 гостей.

1) Читанъ и утверждень протоколь № 6.

2) Л. А. Кривскій. *Случай множественнаго остраго неврита во время беременности.* 23 лѣтняя женщина, два раза родившая, въ серединѣ 9-го луннаго мѣсяца третьей беременности, внезапно заболѣла параличемъ нижнихъ конечностей. Къ нему вскорѣ присоединились параличи верхнихъ конечностей, мышцъ туловища и головы, а затѣмъ и параличи блуждающаго нерва и нерва грудобрюшной преграды. Сильная болѣзненность нервныхъ окончаній въ мышцахъ, быстрая атрофія послѣднихъ, начало заболѣванія съ параплегии, потеря сухожильныхъ рефлексовъ и полное почти уничтоженіе кожныхъ, на ряду съ сохраненіемъ дѣятельности мочевого пузыря и прямой кишки, а также съ сохраненіемъ психической дѣятельности, болевой, тепловой и осязательной чувствительности заставили признать наличность множественнаго остраго неврита, обусловленнаго въ данномъ случаѣ самоотравленіемъ, происходящимъ во время беременности. Бурное начало и глубокое пораженіе свели больную въ могилу въ 2 недѣли. Менѣе чѣмъ черезъ недѣлю отъ начала заболѣванія начались произвольныя схватки, которыя были ускорены введеніемъ баллона

въ матку и роды затѣмъ закончены поворотомъ на ножку и извлечениемъ живого плода, вѣсомъ въ 2560 грм. Въ заключеніе докладчикъ подробно остановился на литературѣ вопроса.

К. Ф. Мацѣвскій спросилъ докладчика, въ какой мѣрѣ беременность ухудшаетъ исходъ заболѣванія?

Л. А. Гусаковъ желалъ бы знать, были ли примѣнены въ данномъ случаѣ средства (горячія ванны, слабительныя, подкожныя вливанія солеваго раствора и т. д.) для выведенія изъ тѣла токсиновъ, разъ признано, что болѣзнь эта обуславливается во время беременности самоотравлениемъ?

Докладчикъ на вопросъ Л. А. Гусакова отвѣтилъ утвердительно, на вопросъ же К. Ф. Мацѣвскаго сказалъ, что, къ сожалѣнію, отдѣльныхъ цифровыхъ данныхъ для беременности привести не можетъ.

Н. Н. Феноменовъ, самъ видѣвшій больную, засталъ ее въ такомъ тяжкомъ состояніи, что о возможности выздоровленія ея не могло быть и рѣчи. Онъ посоветовалъ поэтому, въ интересахъ плода, возбудить искусственные преждевременные роды. Къ счастью у больной начались самопроизвольныя схватки и докладчику пришлось лишь роды ускорить. Подчеркнувши, далѣе, крайнюю рѣдкость подобныхъ заболѣваній во время беременности, ему такой случай пришлось видѣть впервые, Н. Н. поблагодарилъ докладчика за весьма интересное сообщеніе.

3) I. С. Добрянскій. *О примѣненіи фульгураціи при леченіи раковыхъ заболѣваній.* На основаніи литературныхъ данныхъ, главнымъ образомъ данныхъ Keating Hart'a, докладчикъ проводилъ ту мысль, что въ фульгураціи, въ качествѣ вспомогательнаго способа на ряду съ оперативнымъ пособіемъ, мы имѣемъ прекрасное средство для борьбы съ раковыми заболѣваніями. При примѣненіи фульгураціи а) гнойныя выдѣленія изъ раковыхъ язвъ прекращаются, б) устраняются кровотечения и боли, в) рѣзко замедляется ростъ раковыхъ разрошеній, г) наблюдается быстрое рубцеваніе и возрожденіе ткани и д) возвраты, буде они появляются, бывають, по характеру своему, болѣе доброкачественными.

О. И. Китнеръ: Вопросъ о леченіи не подлежащихъ уже операціи случаевъ рака несомнѣнно интересуется каждаго гинеколога. Сказанное докладчикомъ кажется весьма убѣдительнымъ и говорящимъ въ пользу фульгураціи. Къ сожалѣнію, результаты рисуются въ менѣе розовомъ свѣтѣ, если принять во вниманіе одно изъ послѣднихъ сообщеній, напечатанное въ № 43 «München Med. Wochenschrift» д-ромъ Schultze, ассистентомъ Берлинской хирургической клиники проф. Bier'a. Сообщеніе это написано очень обстоятельно: вслѣдъ за подробнымъ описаніемъ техники примѣненія сейчасъ интересующаго насъ способа, приводятся 12 также подробно изложенныхъ исторій болѣзней. Во всѣхъ этихъ случаяхъ прежде всего примѣнялось

оперативное удаленіе раковыхъ массъ, а затѣмъ, и при томъ нѣсколько разъ, фульгурація, какъ это рекомендуется Keating Hartomъ. Воздѣйствіе фульгураціи въ микроскопически-анатомическомъ смыслѣ сводится къ ожогу и омертвѣнію, проникающему въ глубь maximum на 1 см. и поражающему въ равной мѣрѣ какъ раковую, такъ и здоровую ткань. Объ отдаленномъ дѣйствіи фульгураціи не можетъ быть и рѣчи. Клиническіе результаты оказались самыми плачевными. Не смотря на предшествующее, по возможности коренное, удаленіе пораженныхъ ракомъ частей и не смотря на долговременное и повторное примѣненіе фульгураціи, Schultze ни въ одномъ случаѣ не могъ отмѣтить улучшенія злокачественнаго характера опухоли: процессъ непрерывно шелъ дальше, а въ двухъ случаяхъ вслѣдъ за фульгураціей даже такъ быстро, что авторъ именно въ послѣдней склоненъ видѣть причину ухудшенія въ теченіи болѣзни. На основаніи всего этого Schultze относится къ фульгураціи отрицательно и ставитъ ее на ряду съ радіемъ, лучами Röntgen'a, прижиганіемъ желѣзомъ и другими химически прижигающими средствами.

Докладчикъ возразилъ, что статья Schultze ему очень хорошо извѣстна, но что для оцѣнки фульгураціи она не имѣетъ никакого значенія, такъ какъ Schultze примѣнялъ фульгурацію по своему собственному способу, а не по способу Keating Hart'a. Кто хочетъ провѣрить результаты какого-либо способа лѣченія, тотъ не долженъ дѣлать въ примѣненіи этого способа никакихъ отступленій отъ указаній автора. Что въ противномъ случаѣ можетъ получиться нѣчто иное, не подлежитъ сомнѣнію.

Н. Н. Феноменовъ вполне согласился въ этомъ отношеніи съ докладчикомъ. Что же касается фульгураціи вообще, то способъ этотъ несомнѣнно заслуживаетъ разработки, такъ какъ, повидимому, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, онъ можетъ оказаться не бесполезнымъ.

4) С. Г. Зарѣцкій. *Къ вопросу о подбрюшинномъ усѣченіи (резекціи) фаллопиевыхъ трубъ.* Лабораторія и клиника испытали двѣнадцать различныхъ способовъ обезпложиванія женскихъ особей операціями на фаллопиевыхъ трубахъ. Разобравши эти способы, докладчикъ пришелъ къ заключенію, что приходится остановиться только на двухъ изъ нихъ: а) на усѣченіи (резекціи) трубы съ клиновиднымъ иссѣченіемъ угла матки и тщательнымъ обшиваніемъ раны и на б) подсывороточномъ усѣченіи (резекціи) Kirhhoff'a. Такъ какъ первая операція все таки не даетъ безусловно вѣрныхъ результатовъ, а относительно второй еще не имѣется достаточнаго количества клиническихъ наблюденій, то докладчикъ и счелъ не бесполезнымъ изучить вторую операцію путемъ опытовъ на животныхъ. Съ этою цѣлью, у небеременныхъ кроликовъ, кошекъ и собакъ рогъ матки послѣ небольшого (въ 5—6 милим.) надрѣза на сывороточной оболочкѣ отсепаровывался въ обѣ стороны на протяженіи 3—4 см. и отсепарованный кусокъ иссѣкался между 2-мя лигатурами. При этомъ въ однихъ

случаяхъ операція ограничивалась только этимъ, въ другихъ культы рога кромѣ того прижигались еще калильнымъ жаромъ, а въ третьихъ зашивалась и рана на сывороточной оболочкѣ. По истеченіи 3—5 мѣсяцевъ оперированный рогъ изсѣкался и проходимость его провѣрялась помощью впрыскиваній окрашенныхъ растворовъ подъ давленіемъ. Во всѣхъ 20 опытахъ результатъ получился положительный, при чѣмъ докладчикъ отмѣчаетъ слѣдующее: На мѣстѣ операціи впоследствии образуется стойкая, непроницаемая для жидкости соединительно тканная перегородка, разъ навсегда обособляющая наружную часть рога отъ внутренней и служащая непреодолимымъ препятствіемъ на пути движенія яйца съ одной стороны, и сѣменныхъ нитей—съ другой. Прижиганіе культей, судя по опытамъ, является излишнимъ, такъ какъ и безъ него операція даетъ тѣже конечные результаты; что же касается сшиванія раны сывороточной оболочки, то при операціи, произведенной *lege atris* и оно не нужно. Наложеніе (кетгутовыхъ) швовъ можетъ оказаться нужнымъ только при погрѣшности въ технику или, когда разрѣзъ, въ случаѣ надобности, пришлось сдѣлать крестообразнымъ. Способъ подбрюшиннаго усѣченія трубъ, закончилъ докладчикъ, на основаніи опытовъ оказавшійся безусловно точнымъ, заслуживаетъ клинической провѣрки,—первично черезъ рукавъ и вторично черезъ брюшныя стѣнки.

Ф. Н. Тавилдаровъ видѣлъ въ заграничныхъ клиникахъ хорошие результаты отъ частичнаго изсѣченія трубъ съ послѣдовательнымъ обшиваніемъ культей ихъ брюшиной.

В. В. Строгановъ напомнилъ о своемъ случаѣ, въ которомъ онъ при кесарскомъ сѣченіи по *Fritsch'y*, клиновидно изсѣкъ маточные концы трубъ. Этотъ способъ, по его мнѣнію, особенно пригоденъ при разрѣзѣ матки по дну. Что касается возраженія, что, при недостаточномъ срощеніи стѣнки матки, на мѣстѣ сдѣланной клиновидной эксцизии, можетъ образоваться впоследствии маточно-брюшинный свищъ, то, вѣдь, образованіе подобнаго свища послѣ кесарскаго сѣченія можетъ произойти и на другомъ мѣстѣ и тогда не поможетъ и способъ *Kirchhoffa*.

Н. Н. Феноменовъ замѣтилъ, что выводы докладчика были бы гораздо болѣе убѣдительными, если бы онъ послѣ произведенной на животныхъ операціи оставилъ бы послѣднихъ жить. Если бы по истеченіи, примѣрно 2-хъ лѣтъ, онѣ все таки не забеременѣли бы, то это несомнѣнно свидѣтельствовало бы въ пользу интересующаго сейчасъ способа. Опыты же съ впрыскиваніемъ окрашенной жидкости онъ не можетъ признать безусловно доказательными.

Предсѣдатель *Г. Е. Рейнъ*.

Секретарь *Л. Г. Димкусъ*.

Протоколъ № VIII.

Административное засѣданіе 23 октября 1908 года.

Предсѣдательствовалъ *Н. Н. Феноменовъ*.

Присутствовали 30 членовъ.

- 1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № VII.
- 2) Избранъ въ дѣйствительные члены:

Сергій Константиновичъ Оленинъ, лекарь, Дѣйствительный Статскій Совѣтникъ, окончилъ курсъ въ Московскомъ Университетѣ въ 1868 году. Послѣ поѣздки за границу, поступилъ ординаторомъ въ Тамбовскую Губернскую Земскую больницу, гдѣ прослужилъ до 1905 года и завѣдывалъ все время родильнымъ и гинекологическимъ отдѣленіемъ, которое исключительно имъ устроено и специализировано. Въ теченіе этого времени имъ произведено до 4000 гинекологическихъ операций, изъ которыхъ $\frac{1}{4}$ падаетъ на большія (чревосѣченія, влагалищныя удаленія матки и придатковъ и пр.); кромѣ того онъ все время преподавалъ въ Земской Фельдшерской школѣ акушерство, гинекологию и массажъ. Съ 1888 года до 1907 состоялъ врачомъ при Александринскомъ Институтѣ благородныхъ дѣвицъ. До 1902 года въ теченіи долгаго времени состоялъ секретаремъ и 12 лѣтъ президентомъ Тамбовскаго Медицинскаго Общества, гдѣ имъ слѣдано болѣе сотни сообщений, напечатанныхъ въ протоколахъ Общества. Участвовалъ почти во всѣхъ Пироговскихъ съѣздахъ, причѣмъ предсѣдательствовалъ на засѣданіяхъ Акушерскихъ секцій въ Кіевѣ, Москвѣ, Казани и Петербургѣ. На первомъ Акушерско-Гинекологическомъ съѣздѣ былъ избранъ почетнымъ секретаремъ. Участвовалъ въ Международныхъ съѣздахъ въ Москвѣ и Парижѣ, на акушерскомъ съѣздѣ въ Женевѣ. Нѣсколько его статей помѣщено въ Журналѣ Хирургіи и Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней. Проходилъ курсы занятій гинекологіей въ Вѣнѣ у Г. Брауна (2 семестра) Шредера въ Берлинѣ (1 семестръ), Отта 4 раза, посѣщалъ клинику пр. Ринардъ въ Парижѣ Гофмейера въ Вюрцбургѣ, Керера, и Черни въ Гейдельбергѣ и пр. Рейна, Феноменова, Снѣгирева и др.

Тяжелая болѣзнь и перенесенная операція въ 1904 году принудили его покинуть службу. Теперь живетъ въ Петербургѣ.

Предсѣдатель *Г. Е. Рейнъ*.

Секретарь *Л. Г. Личкусъ*.

КРИТИКО-ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОРЪ.

I.

„О секреторной дѣятельности яичника“.

Д-ра Мед. Л. ОКИНЧИЦА.

Ассистента факультетской акушерско-гинекологической клиники при Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ.

Взглядъ на яичникъ какъ на железу, обладающую внутренней секреціей, былъ впервые высказанъ Bron-Sequard'омъ, создателемъ рациональной органотерапіи. Подтвержденіе этотъ взглядъ нашель себѣ въ опытахъ леченія вытяжкой изъ яичника болѣзненныхъ разстройствъ, сопутствующихъ преждевременному, а иногда и физиологическому климаксу; впервые такіе опыты были произведены Mainzer'омъ, Mondo'омъ и Chrobak'омъ въ 1896 г., а въ 1907 г. опубликованы Gellhorn'омъ случаи появленія мѣсячныхъ послѣ примѣненія яичниковой вытяжки — оваріина у женщинъ, у которыхъ были удалены оба яичника; тождественные результаты получилъ также von de Velde отъ примѣненія оваріина въ климактерическомъ періодѣ. Такимъ образомъ въ настоящее время взглядъ на яичникъ какъ на железу, обладающую внутренней секреціей, можетъ считаться общепризнаннымъ. Что же касается до элементовъ яичника, которые выполняютъ эту секреторную дѣятельность, то по этому вопросу въ настоящее время существуетъ еще разногласіе; различными изслѣдователями предложено нѣсколько теорій, изъ которыхъ главенствующими являются двѣ, именно одни изслѣдователи во главѣ съ Simon'омъ и Bouin'омъ видятъ железистые элементы яичника въ интерстиціальнхъ клѣткахъ атретическаго фолликула, названныхъ Seitz'e мъ — Thecaluteinzellen; и другіе во главѣ съ L. Fraenkel'e мъ видятъ железистую ткань яичника въ лютеиновыхъ клѣткахъ желтаго тѣла.

Впервые взглядъ на интерстиціальныя элементы атретическаго фолликула, какъ на железистую ткань, былъ высказанъ Limon'a мъ въ 1902 году, назвавшимъ эту ткань интерстиціальной железой — *glande interstitielle*; затѣмъ этотъ взглядъ былъ поддержанъ Bouin'омъ, F. Sohn'омъ и въ послѣднее время Wallart'омъ и нашель себѣ многихъ сторонниковъ, какъ какъ такимъ путемъ довольно просто разрѣшался вопросъ о яичникѣ, какъ о железѣ, обладающей внутренней секреціей; но послѣдующія изслѣдованія сильно пошатнули теорію Limon'a и Bouin'a, и слабой стороной ихъ теоріи было то, что они производили свои изслѣдованія на крысахъ, кроликахъ и вообще грызунахъ, у которыхъ процессъ атрезіи фолликула рѣзко отличается отъ такового у высшихъ млекопитающихъ и человѣка, именно у грызуновъ клѣтки *theca interna* послѣ гибели яйца увеличиваются въ объемѣ, по виду напоминаютъ собою эпителиальныя клѣтки, выполняютъ собою

весь просвѣтъ фолликула и въ такомъ видѣ сохраняются въ яичникѣ до тѣхъ поръ, пока яичникъ функционируетъ; постепенно такія интерстиціальныя клѣтки въ видѣ гнѣздъ и тяжелой почти сплошь проникаютъ всю толщу яичника. У человѣка же и у высшихъ млекопитающихъ клѣтки *theca interna* не пролиферируютъ, а напротивъ того подвергаются гіалиновому перерожденію и обратному развитію, и только во время беременности по изслѣдованіямъ Seitz'a происходитъ рѣзкое увеличеніе ихъ числа и объема, поэтому Seitz допускаетъ ихъ секреторную дѣятельность только при наличности беременности. Fraenkel же совершенно отвергаетъ секреторную дѣятельность вышеупомянутыхъ клѣтокъ на томъ основаніи, что эти клѣтки являются образованіемъ не постояннымъ, т. е. встрѣчаются не у всѣхъ видовъ животныхъ, въ то время какъ яичники у всякаго животнаго естественно должны исполнять одинаковое назначеніе; кромѣ того происходятъ эти клѣтки изъ образованія, подвергающагося гибели и находящагося въ состояніи обратнаго развитія, поэтому онѣ не могутъ выполнять какой либо важной или общей функціи. Самымъ существеннымъ возраженіемъ по мнѣнію Вауег'a противъ секреторной дѣятельности этихъ клѣтокъ служитъ ихъ соединительнотканное происхожденіе, что противорѣчитъ общему представленію о железистой ткани, какъ о производномъ эпителиальныхъ элементовъ. Отрицая значеніе интерстиціальныя клѣтокъ атретического фолликула, какъ железистой ткани, L. Fraenkel видитъ секреторную ткань яичника въ лютеиновыхъ клѣткахъ желтаго тѣла. Такой взглядъ на желтое тѣло былъ впервые высказанъ еще въ 1898 г. Prepart'омъ, затѣмъ онъ былъ поддержанъ G. Vogt'омъ, который приписывалъ секреторной дѣятельности желтаго тѣла какое-то вліяніе на процессъ имплантаци въ маткѣ оплодотвореннаго яйца. Этой гипотезой воспользовался L. Fraenkel для объясненія также и менструальныхъ явленій. Путемъ многочисленныхъ опытовъ на животныхъ, которымъ желтая тѣла выжигались при помощи гальванической иглы, онъ убѣдился, что зачатія въ такихъ случаяхъ не наступаютъ, или, если беременность уже была на лицо въ раннемъ періодѣ, то она прекращалась. Выжигая желтое тѣло или даже готовый лопнуть фолликулъ при чревосѣченіяхъ, онъ наблюдалъ, что слѣдующія мѣсячныя наступали съ опозданіемъ на 4—8 недѣль. Предложенная L. Fraenkel'емъ теорія подверглась строгой критикѣ, и цѣлымъ рядомъ изслѣдователей, были произведены пробнорочные опыты, отчасти поколебавшіе его выводы, напр., опыты Mandl'a съ пересадкою яичниковъ, отчасти не подтвердившіе полученные Fraenkel'емъ результаты, напр., пробнорочные опыты съ уничтоженіемъ желтаго тѣла, произведенные Kleinhan's'омъ и E. Schenk'омъ.

Не вдаваясь въ детальную критику заключенія L. Fraenkel'a и тѣхъ способовъ, которыми они были получены, мнѣ кажется нельзя съ ними согласиться уже съ принципиальной стороны по тому, что во первыхъ, какъ правильно замѣчаетъ H. Waueg, теорія о секреторной дѣятельности желтаго тѣла можетъ быть признана только въ томъ случаѣ, если видѣтъ въ лютеиновыхъ клѣткахъ образованія эпителиальныя, т. е. происходящія изъ клѣтокъ *membrana granulosa*, вопросъ же о происхожденіи лютеиновыхъ клѣтокъ нельзя въ настоящее время считать окончательно рѣшеннымъ, и въ то время какъ Sobotta держится этого взгляда, Kölliker, напримѣръ, производитъ ихъ изъ

кѣтокъ *tunica interna*. Во вторыхъ, противъ теоріи Fraenkel'a можно привести то же возраженіе, которое онъ приводитъ противъ теоріи Limon'a т. е. что и желтое тѣло, такъ же какъ и атретическій фолликулъ, есть образованіе, находящееся въ состояніи обратнаго развитія, есть своеобразное рубцеваніе на мѣстѣ бывшаго фолликула, тѣмъ болѣе, что по новѣйшимъ изслѣдованіямъ Rawano различіе между *corpus luteum menstrualis* и *graviditatis* есть только количественное, а не качественное и зависитъ отъ усиленнаго кровенаполненія тазовыхъ органовъ во время беременности. Наконецъ, въ третьихъ, секреторная дѣятельность желтаго тѣла естественно можетъ начаться только въ томъ періодѣ жизни женщины, когда она достигла половой зрѣлости, т. е. когда фолликулы стали достигать окончательнаго развитія и женщина вмѣстѣ съ тѣмъ начала менструировать; такимъ образомъ весь предшествующій періодъ жизни женщины, періодъ ея роста, ея развитія, а вмѣстѣ съ тѣмъ конечно роста и развитія полового ея аппарата, долженъ былъ совершаться внѣ вліянія секреторной дѣятельности яичниковъ, что не согласуется съ основнымъ и самымъ важнымъ назначеніемъ яичника какъ железы съ внутренней секреціей въ организмѣ, именно съ тѣмъ, раздѣляемымъ теперь всѣми и подтвержденнымъ несомнѣнными экспериментальными данными, фактомъ, что яичникъ господствуетъ надъ маткой и половымъ аппаратомъ вообще и что благодаря его секреціи половой аппаратъ поддерживается въ извѣстномъ дѣеспособномъ состояніи; при прекращеніи функции яичниковъ, будь то отъ старческой атрофіи, или послѣ оперативнаго ихъ удаленія неминуемо наступаетъ и атрофія полового аппарата, особенно матки. Если же допустить, что для поддержанія полового аппарата въ извѣстномъ состояніи требуется секреторная дѣятельность яичника, то несомнѣнно эта секреторная дѣятельность еще болѣе необходима во время роста полового аппарата, и безъ достаточной дѣятельности яичниковъ этотъ ростъ конечно невозможенъ. Мнѣ кажется поэтому, что секреторную дѣятельность яичника нельзя приписывать желтому тѣлу, а надо искать ее въ жизнедѣятельности другихъ элементовъ яичника, такихъ элементовъ, которые находятся въ яичникѣ съ самыхъ первыхъ дней внѣутробной жизни ребенка, а можетъ быть даже въ послѣднее время его внутриутробной жизни. Кромѣ того эти элементы должны несомнѣнно быть производными эпителиальной ткани, и наконецъ они не могутъ быть продуктами обратнаго развитія или вообще элементами регрессирующими, а напротивъ того, они должны быть вполне жизнедѣятельными, такъ какъ выполняютъ въ организмѣ отвѣтственную задачу. И вотъ, принимая все это въ соображеніе, мнѣ кажется невольнo напрашивается предположеніе, не являются ли железистой тканью яичника кѣтки зародышеваго бугорка. Вѣдь, какъ мы знаемъ, растущіе фолликулы, а вмѣстѣ съ ними и кѣтки зародышеваго бугорка находятся въ яичникѣ, начиная со времени внутриутробной жизни плода и до наступленія климактерическаго возраста; въ періодъ, предшествующій наступленію половой зрѣлости, фолликулы, правда, не достигаютъ окончательнаго развитія, но количество растущихъ фолликуловъ въ этомъ періодѣ особенно обильно и, какъ это подтверждаетъ H. Baueг, къ періоду наступленія половой зрѣлости изъ имѣющихся въ яичникахъ примордіальныхъ фолликуловъ остается сравнительно не много; это обстоятельство не противорѣчитъ, а напротивъ подтверждаетъ наше

предположеніе, такъ какъ именно въ періодъ развитія женщины и ея полового аппарата нужна особенно сильная секретія яичниковъ. Что касается происхожденія клѣтокъ зародышеваго бугорка, то почти единодушно въ нихъ видятъ производное зародышеваго эпителия. Наконецъ, что касается жизненныхъ функций этихъ клѣтокъ, то мы знаемъ, что въ нихъ совершается постоянная интензивная работа, болѣе энергичная, чѣмъ въ другихъ элементахъ яичника, такъ какъ на этихъ клѣткахъ согласно Balfour'y, Waldeyer'y и др. лежитъ отвѣтственная работа доставлять питательный матеріалъ яйцевой клѣткѣ и перерабатывать отбросы этой клѣтки. Такимъ образомъ, если на зрѣющей фолликулѣ смотрѣть какъ на беременность неоплодотвореннымъ яйцомъ, то *cumulus oophorus* является его послѣдомъ. Этотъ взглядъ на зародышевый бугорокъ, какъ на послѣдъ, находитъ себѣ подтвержденіе въ изслѣдованіяхъ Halban'a, который говоритъ, что дѣйствующія начала плаценты тождественны веществамъ, вырабатываемымъ яичниками, и оказываютъ одинаковое вліяніе не только на матку, но и на грудную железу; разница состоитъ только въ количествѣ выработки этихъ веществъ, и по этому понятно, что во время беременности дѣятельность послѣда покрываетъ собою, сводитъ на нѣтъ, такъ сказать, дѣятельность яичниковъ, хотя секреторная дѣятельность яичника продолжается и во время беременности, что подтверждается нахожденіемъ въ яичникахъ беременныхъ женщинъ фолликуловъ въ различныхъ стадіяхъ созрѣванія. Кромѣ того Halban указываетъ на генетическое родство между клѣтками хоріона и клѣтками зародышеваго бугорка, а G. Fleck видитъ между ними даже морфологическое сходство, сравнивая скопленія клѣтокъ Langhans'a въ хоріоэпителиомѣ съ клѣтками зародышеваго бугорка. Однимъ изъ доказательствъ общности между дѣятельностью яичниковъ и послѣда служитъ отношеніе ихъ къ шитовидной железнѣ, такъ какъ мы знаемъ, что во время беременности появляется увеличеніе шитовидной железы, доказанное точными измѣреніями Freund'a и Lange; на основаніи же моихъ изслѣдованій о взаимоотношеніи шитовидной железы и яичниковъ, шитовидная железа, повидимому, служитъ органомъ нейтрализующимъ избытокъ вырабатываемыхъ яичниками продуктовъ. Съ другой стороны ростъ матки во время беременности, происходящій насчетъ гипертрофіи органа, а не растяженія ея растущимъ плоднымъ яйцомъ, вѣроятно тоже зависитъ отъ секреторной дѣятельности послѣда, и при допущеніи такой возможности еще съ большей убѣдительностью выступаетъ идентичность дѣятельности послѣда и зародышеваго бугорка, такъ какъ въ то время, какъ секретіей послѣдняго матка поддерживается въ нормальномъ, обычномъ ея состояніи, благодаря секретіи послѣда, значительно превосходящей количественно секретію зародышеваго бугорка, матка подвергается гипертрофіи. Такимъ образомъ *cumulus oophorus*, исполняя роль послѣда относительно растущей еще неоплодотворенной яйцевой клѣтки, вмѣстѣ съ тѣмъ является железистой тканью яичника.

РЕФЕРАТЫ

Обзоръ русской акушерско-гинекологической литературы.

1. Проф. Д. О. Оттъ. *Результаты, достигнутые применением при операциях и въ целях распознаванія непосредственного освѣщенія брюшной полости, толстой кишки и мочевого пузыря.* (Р. Врачъ, 1908, № 43).

Примѣненіе указаннаго способа въ теченіе 9 лѣтъ дало возможность обнаружить недостаточность гемостаза и кровеотдѣленіе, срощенія половых органовъ съ окружающими частями, отыскать источникъ кровотеченія въ послѣоперационномъ періодѣ, удалять изъ брюшной полости обрывки тканей, сгустки. Въ 2 случаяхъ эмпіемы червеобразнаго отростка, осложнявшей гинекологическое заболѣваніе, былъ усѣченъ аппендиѣ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ освѣщеніе примѣнялось съ цѣлью распознаванія. Хорошее подспорье представляетъ этотъ способъ для педагогическихъ цѣлей. До примѣненія его въ Клинич. Повивально-Гинекологическомъ Институтѣ % смертности при влагалищныхъ чревосѣченіяхъ былъ 2,14; съ тѣхъ поръ, какъ его начали примѣнять 1,48. Способъ этотъ примѣнялся также для осмотра толстыхъ кишекъ и мочевого пузыря съ педагогическими цѣлями.

По мнѣнію проф. Отта, способъ этотъ значительно расширилъ методику распознавательныхъ приѣмовъ и существенно улучшилъ результаты оперативнаго вмѣшательства не только въ гинекологической, но и вообще въ хирургической практикѣ брюшной полости.

2. И. Е. Тиканадзе. *Къ вопросу о теченіи родовъ у подвергшихся горлосѣченію* (Р. Врачъ, № 43, 1908).

Въ 2 случаяхъ, наблюдавшихся въ клиникѣ проф. Лебедева, нельзя было установить замѣтнаго замедленія родовъ у подвергшихся горлосѣченію. Операция горлосѣченія была сдѣлана незадолго до наступленія родовъ. Несмотря на нарушеніе цѣлости дыхательной трубки и на присутствіе въ ней трахеотомической каниюли, замѣтнаго разстройства потужной дѣятельности не наблюдалось. У одной изъ больныхъ, многорожавшей, 1 и 2 періодъ родовъ продолжались 1 ч. 36 м., у второй, первородящей, — 1 1/2 ч., причемъ на періодъ изгнанія пришлось 1 ч. 45 м. Слѣдовательно, отсутствіе совмѣстной работы діафрагмы и мышцъ передней брюшной стѣнки замѣтно не отражается на теченіи родового акта.

З. Е. Я. Гиндесъ. *Нѣсколько случаевъ рѣдкой формы вульвовагинитовъ у дѣтей (vulvovaginitis aphthosa).* (Врачебная Газета 1908. № 47).

Авторъ наблюдалъ 5 случаевъ афтознаго вульвовагинита у дѣтей, причеиъ 3 изъ нихъ явились осложненіемъ кори. Эта форма заболѣванія характеризуется появленіемъ афтозныхъ пузырьковъ на симметричныхъ мѣстахъ внутренней поверхности половыхъ губъ. Въ окрестности наблюдаются реактивныя измѣненія, опухоль, краснота, припухлость железъ.

Жалобы—болѣзненное мочеиспусканіе. Лопнувшія афты даютъ язвы, покрытыя налетомъ. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило слущиваніе эпителия, гнойныя клѣтки; при бактериологическомъ гонококковъ и палочекъ Löffler'a не обнаружено. Теченіе заболѣванія—нѣсколько дней. Лечение—присыпка ксероформомъ.

4. О. А. Александровъ. *О холодныхъ влагалитическихъ орошеніяхъ.* (Врач. Газ. № 43, 1908).

Авторъ произвелъ слѣдующій опытъ: у беременной суки была отсепарована а. femoralis и вставлена канюля, соединенная съ барабанчикомъ Marey. Такая же канюля вставлена въ а. uterina. Во влагалитисе введенъ охлаждающій зондъ. въ rectum—термометръ. При пропусканіи черезъ зондъ ледяной воды замѣчалось повышеніе кровянаго давления въ а. uterina, (давленіе въ а. femoralis оставалось прежнимъ) и рѣзкое пониженіе t^0 въ прямой кишкѣ.

Убѣдившись такимъ образомъ, что холодныя орошенія производятъ сокращеніе маточныхъ сосудовъ, авторъ сталъ примѣнять ихъ при леченіи кровотеченій въ тѣхъ случаяхъ, когда онѣ зависятъ отъ атоніи связочнаго аппарата или матки. Орошеніе производились ледяной водой съ помощью особаго прибора, изогнутаго змѣвика, надѣваемого на шейку матки; приводящая и отводящая трубки изолированы и благодаря этому больная не испытываетъ ошущенія холода. Авторъ примѣнялъ леченіе холодными орошеніями въ теченіе 2¹/₂ лѣтъ и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) холодныя орошенія примѣнимы тамъ, гдѣ необходимо поднять работу гладкой мышцы; 2) горячія спринцеванія, какъ производящія преимущественно артеріальную гиперемію, примѣнимы для повышенія всасыванія, напр. при выпотахъ и въ послѣродовомъ періодѣ, для ускоренія обратнаго метаморфоза; если subinvolutio uteri зависитъ отъ слабости мышцъ матки и сосудовъ, то гораздо лучший результатъ дадутъ холодныя орошенія; 3) злоупотребленіе тѣми и другими орошеніями могутъ вредно отразиться на здоровьѣ женщины.

Б. Томсонъ. *Къ вопросу о воспалительныхъ заболѣваніяхъ придатковъ матки и ихъ леченіи.* (Р. Врачъ. № 44, 1908).

Изъ 619 случаевъ, бывшихъ подъ наблюденіемъ автора, въ 82%.

получилось болѣе или менѣе значительное улучшение при примѣненіи различныхъ способовъ рассасывающаго леченія, въ 14% произведена операція и въ 4% больныя отказались отъ операціи.

При діагнозѣ различныхъ формъ сальпинго-оофоритовъ принималось во вниманіе подвижность и объемъ опухоли, а также количество бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; иногда приходилось прибѣгать къ проколу. Незначительному увеличенію и болѣзненности придатковъ нельзя придавать клиническаго значенія; по мнѣнію автора, такія формы слѣдуетъ называть не сальпингоофоритами, но лучше «ovarie». Для леченія, кромѣ тампоновъ, согрѣвающихъ компрессовъ, ваннъ, горячихъ клизмъ, продолжительныхъ горячихъ спринцеваній большимъ количествомъ воды, примѣнялся массажъ, (но въ рѣдкихъ случаяхъ и непродолжительный), способъ Ріпсуа, давшій удовлетворительные результаты. Хорошіе результаты дало леченіе горячимъ воздухомъ, которое дѣйствовало болеутоляющимъ образомъ.

При воспалительныхъ измѣненіяхъ придатковъ матки осложненныхъ пара-периметритомъ, примѣнялось отсасываніе гноя послѣ вскрытія гнойниковъ черезъ влагалище. Особенно хорошіе результаты получились при лѣченіи на Одесскихъ лиманахъ. Если указанные способы не достигали цѣли, дальнѣйшее лѣченіе шло оперативнымъ путемъ; освобожденіе придатковъ отъ сросшей и удаленіе гноя производилось черезъ влагалище, радикальныя операціи — брюшнымъ путемъ.

М. Проскуракова.

Б. А. Чижевичъ. — *Неукротимая рвота беременныхъ.* (Современная Клиника и Терапія. № 9. Сентябрь 1908 г.).

Разбирая обширную литературу по вопросу объ этиологіи hyperemesis gravidarum, авторъ всѣ гипотезы сводитъ къ нижеслѣдующимъ предположеніямъ:

1. «Она можетъ появиться при болѣзняхъ желудка.
2. Она можетъ возникнуть рефлекторнымъ путемъ.
3. Она можетъ развиваться на нервной почвѣ.
4. Она можетъ быть рассматриваема, какъ токсемія».

Въ своихъ воззрѣніяхъ авторъ придерживается мнѣнія Сzeprina и Starczewsk'аго и видитъ причину этой болѣзни въ интоксикаціи беременныхъ со стороны плода, причѣмъ, или плодъ вырабатываетъ чрезмѣрное количество яда, не способное нейтрализоваться организмомъ матери, или мать является съ несовершенными приспособленіями для уничтоженія яда. Далѣе: авторъ стремится строго разграничить „hyperemesis vera“ отъ „hyperemesis spuria“. Первой онъ называетъ такую рвоту беременныхъ, гдѣ не удастся отыскать никакихъ другихъ причинъ для рвоты, кромѣ беременности; второй — гдѣ удастся отыскать

страдания какихъ либо органовъ, какъ-то—матки, влагалища, брюшины, кишечника, нервную организацію, истерію и проч. Оставляя въ сторонѣ послѣднюю группу случаевъ, какъ не имѣющую прямой связи съ беременностью, авторъ обращаетъ вниманіе на первую категорію случаевъ—„hyperemesis vera» и считаетъ ее весьма серьезнымъ осложненіемъ беременности, дающимъ „высокія цифры смертности“. Самымъ зловѣщимъ признакомъ при этомъ авторъ считаетъ появленіе въ мочѣ осадковъ лейцина, тирозина и жирныхъ кислотъ. Что касается леченія, то, помимо симптоматическаго (бромъ, кокаинъ, вливаніе физиологическаго раствора поваренной соли и проч.), а также діетическаго, (напр., легкая, жидкая холодная пища, преимущественно молоко),— авторъ настойчиво рекомендуетъ искусственный выкидышъ, сдѣланный въ то время, когда еще силы больной не истощены.—Къ статьѣ присоединяется описаніе 3 собственныхъ случаевъ „hyperemesis vera“. I случай—27 лѣтняя нерожавшая съ мѣсячной беременностью. Слѣды бѣлка въ мочѣ; t° рѣдко поднималась до 37,2; пульсъ ускоренъ. Подъ конецъ — бѣлокъ въ мочѣ увеличился, а также найдены кристаллы лейцина и иглы жирныхъ кислотъ. Сдѣланъ искусственный выкидышъ. Смертельный исходъ.

2-й случай — 42 лѣтъ, рожавшая 4 раза; на 5 мѣсяцѣ беременности. Нормальная t° и моча; частый пульсъ. Выкидыша не было сдѣлано. Смерть.

3-й случай — 21 годъ, нерожавшая. На 3 мѣсяцѣ беременности; пульсъ—132, t°—нормальная; матка въ чрезмѣрной антефлексіи, на два поперечныхъ пальца выше лоннаго сращенія. Въ мочѣ — 0,5% бѣлка. Въ осадкѣ—многочисленные зернистые и покрытые эпителиальными клетками цилиндры. Хлор. соли исчезли. Подъ конецъ появилась желтуха и коллапсъ, въ которомъ больная умерла.

Вскрытіе во всѣхъ случаяхъ обнаружило „высокую степень жирового перерожденія всѣхъ органовъ“ въ особенности печени и почекъ. Въ двухъ случаяхъ не обнаружено никакихъ страданій половыхъ органовъ; въ третьемъ случаѣ — на уровнѣ внутренняго зѣва найдена фиброма съ лѣсной орѣхъ, растущая въ полость матки.

7. В. М. Бурлаковъ. — *Критическій разборъ клиническихъ формъ эндометритовъ (особенно end. haemorrhagica) и отчасти лечение ихъ (по поводу 2-хъ случаевъ метроррагій у virginis).* (Медицин. Вѣстникъ 1908 г. №№ 10, 13, 14, 14—16).

Авторъ, основываясь на выводахъ Histschmann'a, Adler'a и въ особенности Schick'a и др. о томъ, что патолого-анатомически endometritis glandularis hypertrophica и въ особенности hyperplastica суть ничто иное, какъ нормальное „предменструальное состояніе эндометрія“, съ варіаціями железистыхъ элементовъ въ вполнѣ нормальныхъ физиологическихъ границахъ,—приходитъ къ выводу, что источникъ оши-

бокъ прежнихъ авторовъ во взглядахъ на эндометриты заключался въ томъ, что причину эндометритовъ они искали въ состояніи эндометрія, между тѣмъ какъ послѣдній самъ по себѣ не играетъ роли въ происхожденіи эндометритовъ. При изученіи вопроса объ эндометритахъ, по автору, невольно бросается въ глаза, что „men и metrorrhagia суть не просто кровотеченія изъ слизистой оболочки матки, какъ таковой, но являются результатомъ функциональныхъ разстройствъ мышечной и сосудистой структуры ея“. Авторъ приводитъ свои два случая мен и metrorrhagia у virgines, давшіе въ „этіологіи лишь психическій моментъ и простуду“. Нервно-мышечный импульсъ можетъ возникнуть, какъ „извнѣ въ организмѣ“, такъ равно и „мѣстно—въ органѣ“, т. е. въ маткѣ. Есть указанія авторовъ на вліянія въ этомъ отношеніи яичниковъ, грудныхъ железъ, общаго состоянія кров. системы, психической организаціи и проч. Французская школа отводитъ въ этіологіи эндометритовъ видное мѣсто „діатезу“ (скрофулезъ, артритъ и проч.), нѣмецкая—обмѣну веществъ; тѣмъ не менѣе, все это сводится въ концѣ концовъ къ измѣненію сосудовъ и къ нервно-мышечному вліянію. Точно также простуду, какъ этіологическій моментъ для эндометритовъ, авторъ объясняетъ „глубокимъ разстройствомъ нервно-мышечнаго тонуса сосудовъ и всей матки“. Терапія menorrhagiae — очень разнообразна, но сводится „къ вышеозначенному основному этіологическому моменту, „прибѣгаютъ ли къ фармацевтическимъ средствамъ“ (изъ которыхъ авторъ рекомендуетъ тонизирующіе: *hydrastis canad.*, *sec. cornut.* и проч.), „къ механическому эффекту (Кларп'овскіе отсасыватели—мѣстно и къ груднымъ железамъ) или къ психическому внушенію“. Способъ леченія тонизирующими средствами авторъ считаетъ умѣстнымъ даже и въ далеко зашедшихъ случаяхъ, гдѣ требуется оперативное вмѣшательство, напр., по случаю глубокаго измѣненія стѣнокъ трубъ и яичниковъ. Не приноситъ пользы указанный способъ леченія лишь въ случаяхъ перерожденія и пролифераціи сосудистыхъ и мышечныхъ элементовъ матки. Къ выскабливанію матки, внутриматочнымъ прижиганіямъ и вапоризаціи авторъ относится или отрицательно, или съ большимъ сомнѣніемъ.

В. А. А. Шевалдышевъ. — *Къ вопросу о ракъ матки, осложненномъ беременностью.* (Медицинское Обозрѣніе 1908 г. № 15).

Описаніе двухъ случаевъ рака матки, осложненнаго беременностью.

1 случай — 40 л. больная; регулы съ 17 л. установились черезъ 3 нед. по 3—4 дня, умѣренно, безъ болей. Родовъ двое; послѣ нихъ не хворала; выкидышей не было. За послѣдніе 3 мѣсяца послѣ прекращенія регулъ — сукровичныя бѣли. При объективномъ изслѣдованіи, на передней губѣ прощупывалось твердое бугристое разращеніе, легко кровоточащее. Матка вполне подвижна; пара и периметріи—свободны

Диагнозъ: cancer colli uteri; graviditas. Операция: extirpatio uteri totalis vaginalis на лигатурахъ. Послѣоперационный періодъ гладокъ. Выздоровленіе. Удаленная матка—3½ мѣсяца беременности; раковыя инфильтраціи не доходятъ до внутренняго зѣва. Черезъ 6 мѣсяцевъ—рецидивъ.

2-й случай. Замужняя, роженица 36 л. Регулы 5—6 дней (4 нед.) установились съ 15 лѣтъ. Предыдущіе 11 родовъ окончились силами природы. Жалуется на сукровичныя бѣли. d. spin.: 25; d. cr.: 26; d. tr.: 30; c. ext.: 20. Дно матки—на 3 попер. пальца ниже scrobiculum cordis. На задней губѣ—хрупкая бугристая, кровоточивая, величиною, съ сливу опухоль. Шейка не сглажена; внутренній зѣвъ свободно пропускаетъ 2 пальца; воды цѣлы; головка подвижна, надъ входомъ. Роженица поступила съ слабыми схватками, которыя, продолжавшись сутки, стали замѣтно слабѣть; зѣвъ открылся на 3 пальца кровоточенія нѣтъ. Диагностированъ оперативный ракъ шейки. Операция: обеззараживаніе влагалища; соскабливаніе канкрозныхъ массъ; растягиваніе зѣва ручнымъ путемъ: поворотъ на ножку, извлеченіе живого плода (3,200 гр., 50 cent. окр. гол. — 34 cent.) и дѣтскаго мѣста; extirpatio uteri totalis vaginalis на лигатурахъ. Канкротная инфильтрація удаленной матки не доходила до внутренняго зѣва. — Выздоровленіе. Черезъ 11 мѣсяцевъ рецидива нѣтъ.

Авторъ, считая ракъ беременной матки склоннымъ къ быстрому прогрессируванію, совѣтуетъ раннее радикальное оперативное вмѣшательство, предпочитая въ этомъ отношеніи удаленіе матки чрезъ влагалище „во всѣ мѣсяцы беременности“.

9. А. Э. Гаусманъ.—*Обзоръ 110 чревосѣченій.* (Труды научныхъ засѣданій врачей бесплатной больницы и лечебницы для прих. Имп. Николая II при Кіево—Покровскомъ монастырѣ. 1907—1908 г. вып. I).

Статья заполнена цифровыми данными относительно названій бывшихъ оперативныхъ пособій, случайныхъ осложненій при нихъ и общихъ показаній для операций. Изъ 110 чревосѣченій на оваріотоміи приходится 47, миомотоміи—24, сальпинготоміи—14, при неправильномъ положеніи матки—6, при различныхъ заболѣваніяхъ брюшной полости—15, пробныхъ чревосѣченій—4. Четверо больныхъ выписаны безъ облегченія, 1 умерла на 19 день послѣ операции, 105 больныхъ выписались здоровыми. При зашиваніи брюшной стѣнки употреблялся „всегда“ одноэтажный шовъ, причемъ игла вкалывалась изнутри кнаружи чрезъ всю толщу брюшныхъ стѣнокъ.

10. А. Э. Гаусманъ.—*Случай внематочной трубной беременности двойнями (ibidem).*

Описаніе случая. У больной 28 л., дважды въ срокъ рожавшей и имѣвшей 1 трехмѣсячный выкидышъ, распознана внематочная 4-хъ

мѣсячная беременность. При операціи вылушенія плоднаго мѣшка лѣвой трубы, спаяннаго съ брюшными стѣнками, кишечными петлями и салъникомъ, въ немъ оказались два зародыша: одинъ длиною 15 снт. повидимому развившійся далѣе, не смотря на разрывъ беременной трубы, другой—длинною 3—4 снт., сильно сплюснутый и сдавленный своимъ братомъ. Послѣ операціи—гладкое выздоровленіе.

Авторъ склоняется въ пользу немедленнаго оперативнаго вмѣшательства, какъ только распознана внѣматочная беременность.

11. Т. Титовъ.— *Тератома (эмбриома) яичника у 6-ти лѣтней дѣвочки (ibidem).*

Патолого-анатомическое описаніе препарата опухоли. У 6-лѣтней дѣвочки путемъ лапаротоміи была удалена опухоль, исходившая изъ праваго яичника. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ опухоли найдены: эпителий—однослойный цилиндрическій, многослойный плоскій пигментный; ткани—клеточная и волокнистая соединительная, жировая, хрящевая, костная, нервная.

Авторъ относитъ опухоль, по терминологіи Wilms'a, къ tridermistomъ.

12. М. Г., Мыкертчянцъ.— *Случай повторнаго oligohydramnion у одной и той же особы и pes varus congenitus.* (Труды и протоколы Императорскаго Кавказскаго Медицинскаго Общества. Февраль—Апрѣль 1908).

Описаніе одного случая. Роженица поступила 26. I. 1906 г. въ 5½ ч. вечера; замужняя 28 лѣтъ, въ 4-й разъ беременная. Первая регулы 17 лѣтъ, ежемѣсячно по 3 дня; послѣднія 13—15. IV. 1905. Вторая беременность прервалась въ концѣ 3 мѣсяца. При третьей—были сильныя боли и отсутствіе околоплодной жидкости. Дѣти отъ первой и третьей беременности родились живыми, доношенными и здоровыми. Роженица жалуется на сильныя боли въ животѣ. При изслѣдованіи найдено: сердцебіеніе—влѣво отъ средней линіи. 140 въ минуту, мелкія части направо. Отъ симфиза до пупка 16 снт., до dna матки—30 снт., до мечевиднаго отростка—36, размѣръ живота—90 снт.; dist. sp.=26, cr.=28, tr. 30, c. ext.—19. Головка—въ полости малаго таза въ I положеніи «1-мъ видѣ». Зѣвъ открытъ на 5 снт., края тонкіе, пузыря нѣтъ; изъ родовыхъ путей никакой жидкости не выдѣлялось. «Схватки начались съ 1 часа ночи 26. I. 1906 г.» При полномъ открытіи зѣва были порваны оболочки. Околоплодной жидкости вышло 40—50 граммъ приблизительно. Роды до выхожденія младенца продолжались 18 часовъ 10 мин. Младенецъ родился живымъ въ 8 ч. 10 м., вѣсомъ 3115 гр., дл. 50 снт., разм. плечиковъ—12 снт., ягод.—9½, головки—мо—14, fo—11½, ss. breg. 10, tub. front. 4½, біtemp. 7, біrat. 9. Послѣдъ выдавленъ легко черезъ 35 минутъ, размѣры его: 18—16 снт., толщ.—2 снт., вѣсъ 625 грм.

Прикрѣпленіе пуповины въ 4 сант. отъ края послѣда, длина ея—43 снт., толщина—въ мизинецъ. На младенцѣ лѣвая нога, ниже колѣна, «повернута внутрь, такъ что икра обращена наружу, въ бокъ». Тылъ стопы обращенъ наружу, а наружный ея край внизъ. Внутренній край стопы укороченъ, и стопа впереди близъ пальцевъ шире, чѣмъ правая стопа. Движенія въ голеностопномъ суставѣ ограничены.

Авторъ объясняетъ здѣсь происхожденіе косолапости давленіемъ матки при сокращеніяхъ на плодъ, вслѣдствіе значительнаго ограниченія количества околоплодной жидкости и полагаетъ умѣстнымъ при родахъ, въ случаѣ распознаванія маловодія, противъ сильныхъ болѣзненныхъ схватокъ бороться «наркотическими средствами и по возможности рано разорвать пузырь». Последнее, кромѣ того, по автору, предупреждаетъ и преждевременное отдѣленіе послѣда.

13. Э. М. Собѣтіанскій. *Случай произвольнаго разрыва матки.* (ibidem. стр. 448).

Краткое описаніе случая. Роженица 25 л.; родовая дѣятельность—2 сутокъ; при изслѣдованіи найдено вздутіе живота, кровавая рвота, пульсъ не прощупывается; конечности холодныя; $t^0=33$; газъ остеомалитической, абсолютно суженный. Пустая сократившаяся матка—слѣва, части плода—справа. Пульсъ поднять не удалось. Смерть—черезъ 7 часовъ. При вскрытіи: доношенный плодъ съ послѣдомъ—въ брюшной полости; разрывъ матки на задней стѣнкѣ нижняго сегмента, продольный. На основаніи нѣкоторыхъ литературныхъ данныхъ авторъ полагаетъ, что продольные разрывы встрѣчаются чаще поперечныхъ, и разрывы передней стѣнки, чаще заднихъ.

14. А. М. Виршубскій.—*Къ леченію послѣродовыхъ психозовъ.* Протоколъ очереднаго (1085) засѣданія Императорскаго Виленскаго Медицинскаго Общества № 1.

Изложенію своего случая докладчикъ предпосылаетъ краткія литературныя свѣдѣнія по затронутому вопросу. Разсматривая этиологию послѣродовыхъ психозовъ, авторъ склоняется къ мнѣнію Olshausen'a, по которому всѣ подобные психозы раздѣляются на 3 отдѣла: инфекціонные, интоксикаціонные (эклампсія) и идиопатическіе (душевные волненія и проч.). Частота, по Корсакову, равняется 6—16 на 10,000 родовъ. Предсказаніе, по автору, благоприятное въ общемъ. Леченіе, по Lucien Riquie, оперативное вмѣшательство, причемъ противопоказаніемъ служатъ: случайно совпадающія душевные заболѣванія, (напр. прогрессивный параличъ), психозы интоксикаціонные и аутоксикаціонные (алкоголизмъ, нефритъ). Случай автора касается первородящей 30 лѣтъ, заболѣвшей галлюцинаторнымъ помѣшательствомъ на 3—4 день послѣ нормальнаго разрѣшенія живой доношенной дѣвочкой. Въ дѣтствѣ обнаруживала душевныя разстройства, среди родныхъ также попадались психически больные. Больной

сдѣлано выскабливаніе матки. Припадки болѣзни исчезли только съ 18-го дня послѣ операціи. Авторъ объясняетъ въ данномъ случаѣ счастливый исходъ рефлекторнымъ влияніемъ.

15. С. Г. Зарѣцкій.—*Къ вопросу о субсерозной резекціи фаллопиевыхъ трубъ.* (Извѣстія Имп. Военно-Медиц. Академіи. Томъ XVII). *)

Экспериментальное изслѣдованіе автора раздѣляется на двѣ части: литературную и опытную. На основаніи литературы авторъ приходитъ къ заключенію, что лабораторія и клиника испытали двѣнадцать основныхъ способовъ обезпложиванія операціями на фаллопиевыхъ трубкахъ. Соглашаясь съ выводами Онуфриева, который видитъ положительные результаты только въ двухъ методахъ—резекціи трубы съ клиновиднымъ изсѣченіемъ угла матки и субсерозной резекціи Kirchoff'a,—авторъ подвергаетъ экспериментальной разработкѣ послѣдній методъ, имѣя въ виду выяснить значеніе: прижиганія культей отрѣзковъ и наложенія швовъ на разрѣзъ серозы. На основаніи 29 опытовъ надъ кроликами, собаками, и кошками, причемъ проходимость трубъ опредѣлялась гидравлической пробой и микроскопическимъ изслѣдованіемъ, авторъ, приходя къ положительнымъ выводамъ, не находитъ однако необходимости при типичной операціи Kirchoff'a: во-первыхъ, сшивать серозный покровъ, во-вторыхъ, прижигать культю.

Н. Кушталовъ.

Обзоръ нѣмецкой акушерско-гинекологической литературы.

Zentralblatt für Gynäkologie.

16. Eisenstein und Hallos.—*Туберкулезъ и менструація. Случаи дисменореи и аменореи, излеченные туберкулиномъ по методу Karl Spengler'a.*—*Tuberkulose und Menstruation. Durch Tuberkulinbehandlung nach Karl Spengler geheilte Fälle von Dysmenorrhöe und Amenorrhöe* (№ 44).

Еще въ 1907 г. (№ 23 Gynäk. Rundschau) авторами было опубликовано 10 случаевъ дисменореи, излеченной попутно у туберкулезныхъ больныхъ при введеніи туберкулина. Въ настоящей работѣ описываются результаты наблюденія, полученнаго отъ примѣненія туберкулина у 118 женщинъ, страдавшихъ туберкулезомъ. Изъ общаго числа 118 женщинъ, до леченія туберкулиномъ, 70 страдали болями во время менструацій; 12 страдали аменореей, 2 до 20-го и 21-го года жизни не имѣли еще менструацій и у значительнаго числа изъ остальныхъ замѣчались измѣ-

*) Сообщено Акушерско-Гинекологическому Обществу въ окт. засѣданіи.

ненія въ типѣ менструацій, ихъ продолжительности, количествѣ и т. д. Всѣ болѣзненные явленія послѣ леченія туберкулиномъ въ подавляющемъ числѣ случаевъ настолько улучшились и при этомъ въ столь короткій срокъ, какъ это ни при какомъ другомъ методѣ леченія не наблюдается. Въ особенности эффектъ былъ замѣчательнъ по отношенію къ болямъ, сопровождавшимъ менструаціи и быстрому наступленію менструацій у страдавшихъ аменорреей. Но при этомъ слѣдуетъ отмѣтить, что мѣстному гинекологическому изслѣдованію, изъ всего числа больныхъ, лечившихся туберкулиномъ, были подвергнуты лишь немногія, такъ что о результатѣ авторы судятъ больше по субъективнымъ ощущеніямъ больныхъ.

Леченіе по методу Karl'a Spengler'a основывается на дуалистическомъ ученіи о туберкулезѣ. K. Spengler'омъ, какъ извѣстно, было подтверждено мнѣніе Koch'a о томъ, что человѣческой туберкулезъ и жемчужная болѣзнь рогатаго скота не идентичны.

По изслѣдованіямъ S., человѣческой туберкулезъ иногда зависитъ отъ человѣческаго бацилла, иногда отъ бацилла рогатаго скота и, что всего чаще бываетъ, находятъ оба бацилла въ симбіозѣ. Кроме того, онъ доказалъ, что больной, зараженный исключительно однимъ бацилломъ, не реагируетъ на туберкулезный токсинъ другого бацилла, въ то время какъ туберкулинъ идентичнаго бацилла производитъ у больного болѣе или менѣе тяжелые токсическіе симптомы (ухудшеніе самочувствія, ухудшеніе мѣстныхъ явленій, повышеніе t_0 и т. п.).

Эти симптомы могутъ быть вызваны минимальными дозами идентичнаго туберкулина и быстро прекращены токсиномъ противоположнаго бацилла. Менструальныя боли, исчезавшія при туберкулинѣ одного изъ этихъ бациллъ, при примѣненіи противоположнаго (идентичнаго) возобновлялись, какъ бы проявленіе одной изъ токсическихъ реакцій и вновь исчезали при примѣненіи первоначальнаго препарата. Считаю, что наблюденія ихъ во многомъ могутъ быть названы неточными и недостаточно обоснованными. авторы въ тоже время указываютъ на безусловное вліяніе туберкулина на функціи женскихъ половыхъ органовъ.

17. Grasmueck—*Случай полипозной кистомы яичника.*— *Ein Fall von polypösem Eierstockskystom* (№ 45).

У 63-лѣтней женщины авторомъ удалена, путемъ чревосѣченія, опухоль, состоящая изъ большого числа кистъ на ножкахъ, исходившая изъ правыхъ придатковъ матки. Труба нормально сохранилась, но въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ нею находятся кистовидныя новообразованія въ различныхъ степеняхъ развитія. Яичникъ входитъ въ составъ опухоли и верхній его полюсъ совершенно занятъ болѣзненнымъ процессомъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль, хотя и находится въ связи съ трубой и яичникомъ, но

не развилась изъ нормальныхъ ихъ составныхъ частей, такъ какъ въ обоихъ найдены остатки Вольфова тѣла и каналы, обычно находимые въ широкой связкѣ, какъ *parovarium* (или *epoorphoron*) и *paroorphoron*.

18. Uthmöller.—*Попытки произвести внѣбрюшинное кесарское сѣченіе по Sellheim'у. Versuch eines extraperitonealen Kaiserschnittes nach Sellheim (№ 45).*

У 31-лѣтней женщины, страдавшей остеомаляціей, авторомъ была начата операція внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія по Sellheim'у, но вслѣдствіе невозможности отдѣлить пузырь и отодвинуть брюшину, операція была закончена по классическому способу, съ благопріятнымъ исходомъ для матери и ребенка.

19. B. Kronig.—*Къ уходу при предлежаніи дѣтскаго мѣста.—Zur Behandlung der placenta praevia (№ 46).*

Авторъ, основываясь на личномъ опытѣ 6 случаевъ *placenta praeviae*, совѣтуетъ не тратить время на консервативныя пособія, но заканчивать роды въ соответствующихъ случаяхъ кесарскимъ сѣченіемъ.

20. Prof. Opitz.—*Къ предупрежденію воздушной эмболіи во время родовъ.—Zur Verhütung der Luftembolie in der Geburtshilfe (№ 46).*

Разбирая условія, при которыхъ можетъ во время родовъ произойти воздушная эмболія, авторъ даетъ слѣдующіе совѣты: 1) избѣгать вхожденія воздуха въ половые органы. 2) предупреждать развитіе отрицательнаго давленія въ венозныхъ сосудахъ живота. 3) избѣгать всѣхъ условій, которыя могутъ способствовать вхожденію воздуха подъ высокимъ давленіемъ. 4) въ особенности надо соблюдать предосторожности при предлежаніи дѣтскаго мѣста.

21. Herff.—*Къ уходу при бленорреи глазъ.—Zur Behandlung der Augengonorrhöe (№ 46).*

Н. удалось 5% растворомъ *Sophol'a* вылечить въ теченіи 5 дней отъ бленорреи глаза новорожденнаго ребенка, заразившагося отъ матери, въ выдѣленіяхъ которой бактериологически было доказано присутствіе гонококковъ.

22. Fellenberg.—*Ueber Hydrorrhoea gravidarum amnialis (№ 47).*

Авторъ описываетъ случай истинной *hydrorrhoea gravidarum*, продолжавшейся 94 дня у 30-лѣтней многороженицы и закончившейся рожденіемъ мацерированнаго плода съ водянкой головы.

23. Sigwart.—*Шубіотомія при умеренно-суженномъ тазѣ. Pubotomie bei mäßig verengten Becken (№ 48).*

Операція произведена у многороженицы (4-ые роды закончились перфорацией головки, 2-ые — искусственные преждевременные) при D. S. 23,5. D. Cr. 25. Conj. ex. 18, Conj. diag. 10,5. Головка не вста-

влялась въ теченіи 18 часовъ послѣ полного открытія и отхожденія водъ. Исходъ для матери и ребенка благопріятный.

24. Mathes.—*Къ токсикології плаценты.*—*Zur Toxikologie der Placenta.* (№ 48).

Авторъ впрыскивалъ животнымъ въ вены различной концентраціи разведенія вытяжки плаценты въ физиологическомъ растворѣ. Въ зависимости отъ того, вводился-ли растворъ быстро или медленно и постепенно небольшими количествами, животныя въ первомъ случаѣ погибали, во второмъ продолжали жить. При вскрытіи погибшихъ животныхъ находились тромбы въ сердцѣ.

25. Holzapfel.—*Улучшенные ногодержатели.*—*Verbesserte Beinhalter* (№ 48).

При предлагаемыхъ авторомъ ногодержателяхъ, приспособленныхъ къ операционному столу, ногамъ больныхъ могутъ придаваться различныя положенія въ зависимости отъ положенія туловища. Описание иллюстрируется рисунками.

И. Судаковъ.

26 S. Sitzer.—*Todesursachen der Kinder unter der Geburt.* Inaug. Diss. Basel. 1907.—*Причины смерти дѣтей во время родовъ.* Дис. Базель. 1907.

Смертность дѣтей въ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ значительно выше, чѣмъ въ частной практикѣ. Это обуславливается различнымъ составомъ роженицъ, такъ какъ въ клинику чаще поступаютъ первородящія, незамужнія, сифилитички и болѣе бѣдныя, живущія въ худшихъ гигиеническихъ условіяхъ. Поэтому нужно различать случаи смерти ребенка до наступленія родовъ и въ теченіе первыхъ дней жизни отъ тѣхъ, которые происходятъ во время родовъ.

Самой частой причиной смерти ребенка до родовъ служитъ сифилисъ матери и отца, причѣмъ смерть плода обуславливается или измѣненіями плаценты или заболѣваніемъ кровеносныхъ сосудовъ. Дальше идутъ пораженія почекъ матери, пороки развитія плода.

Въ первые 11 дней жизни чаще всего умираютъ недоношенныя дѣти, затѣмъ отъ пораженія легкихъ, желудка и кишекъ, зараженія черезъ пуповину, *melæna neonatorum* и т. д.

Въ теченіе родовъ причины смерти разнообразны: давленіе на мозгъ, асфиксія, прижатіе пуповины, преждевременное отлѣленіе дѣтскаго мѣста, замедленное изгнаніе плода, серьезныя поврежденія головки *plac. praevia*, чрезмѣрно сильныя боли, эклампсія, рѣже лихорадочныя заболѣванія матери. Оперативныя пособія во время родовъ въ Базельской клиникѣ дали слѣдующій % смертности дѣтей: 1) поворотъ—11,95% (при поворотѣ въ положеніи 4,03%, при *plac. praevia*—4,08%, и

при узкомъ тазѣ 1,2⁰); 2) искусственные преждевременные роды 4,99, (изъ нихъ при узкомъ тазѣ 1,35⁰); 3) перфорация 5,74%, (при узкомъ тазѣ 2,11⁰ и при эклямпси 0,9⁰); 4) щипцы и извлеченіе 4,68%.

На основаніи статистическихъ данныхъ клиникъ въ Базелѣ и Фрейбургѣ авторъ приходитъ къ тѣмъ же выводамъ какъ и K r ö n i g:

1) при поперечномъ положеніи вездѣ, гдѣ только возможно, слѣдуетъ производить наружный поворотъ на головку; 2) при чрезмѣрно продолжительныхъ родахъ нужно замѣнить выжидательный способъ оперативнымъ пособіемъ, обыкновенно щипцами; 3) профилактической поворотъ лучше замѣнить hebotomi'eй; относительно высокихъ щипцовъ, противникомъ которыхъ является K r ö n i g, въ Базелѣ вошло въ практику дѣлать сперва попытку наложенія ихъ и только при неудачѣ приступить къ hebotomi'и.

М. Прокуракова.

Обзоръ французской акушерско-гинекологической литературы.

Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris. № 1, 1908.

27. Tissier et Girault — *Syphilis congénitale. Наслѣдственный сифилисъ.*

Для подтвержденія діагноза наследственнаго сифилиса авторы изслѣдовали на содержаніе spirochaetae Schaudini послѣды и печени плодовъ женщинъ завѣдомо сифилитическихъ, или только подозрительныхъ. Изъ 9 выкидышей ни въ одной печени плода не оказалось спирохэтъ, послѣды не изслѣдованы. Изъ 20 преждевременныхъ родовъ съ мертвымъ мацерированнымъ плодомъ изслѣдованы всѣ печени плодовъ, спирохэты найдены 8 разъ, а изъ 9 изслѣдованныхъ послѣдовъ найдена только въ одномъ одна спирохэта. Изъ 4 срочныхъ родовъ живымъ плодомъ у завѣдомыхъ сифилитическхъ въ печени 2-хъ умершихъ плодовъ найдены спирохэты, въ 3-хъ послѣдахъ ихъ не обнаружено. Изъ 3-хъ такихъ же родовъ у подозрительныхъ женщинъ въ послѣдахъ спиралль не найдено, тоже и въ печени одного умершаго плода.

28. L. Tissier. *Absence congénitale du tibia.* — *Врожденное отсутствіе тibia.*

Ребенокъ родился у совершенно здоровыхъ родителей, вода было не много, послѣдъ былъ маленькій; изъ-за отсутствія anus'a была сдѣлана операція искусственнаго задняго прохода, послѣ которой онъ умеръ. Лѣвая нога короче правой, имѣетъ рѣзкую pes varus; при ея рентгенографіи обнаруженъ недостатокъ двухъ нижнихъ третьей голени; порокъ развитія былъ также на правой кисти руки. Кромѣ этого найдена атрофія лѣвой почки; въ печени спирохэты не найдены.

29 Gilles (de Tuoulouse).—*Bassin vicie par absence de la moitié inférieure du sacrum.*—Отсутствіе нижней половины крестцовой кости.

Первобеременная 32 лѣтъ отъ роду, начавшая ходить только 4—5 лѣтъ, менструировать съ 13 лѣтъ, маленькаго роста и дѣтскаго сложенія, на 7 мѣсяцѣ беременности поступаетъ въ больницу изъ-за общей слабости и истощенія и склонности къ обморокамъ. Небольшое общее суженіе таза: d. spin.—22,0; d. crist.—23,0; d. troch.—29,0 с. externa не могла быть точно измѣрена вслѣдствіе отсутствія задней опознавательной точки. При изслѣдованіи легкая степень многоводія, положеніе младенца правильное, головное, шейка толста, проходима для пальца, влагалище неподатливо. Передняя стѣнка таза не представляетъ ничего ненормальнаго, задняя же поражаетъ прежде всего отсутствіемъ нормальной вогнутости крестцовой впадины, вмѣсто которой ошущается равномерно-плоская поверхность, при чемъ ниже мыса не прощупывается никакихъ плотныхъ частей и вся задняя стѣнка тазовой полости состоитъ только изъ утолщенныхъ мягкихъ частей съ уплотненіемъ ихъ по средней линіи. Ягодичная область представляетъ рѣзкія измѣненія: она уплощена, межъ и подъягодичныя складки выражены очень слабо, задній проходъ зияетъ. Въ виду плохого общаго состоянія больной, у нея вызваны искусственные преждевременные роды, закончившіеся наложеніемъ высокихъ щипцовъ и извлеченіемъ мертваго плода 2130 grm. вѣсомъ.

Радиографическій снимокъ съ таза больной, произведенный послѣ родовъ, подтвердилъ данныя изслѣдованія: ниже сѣдалищныхъ вырѣзковъ крестцовая кость оканчивается, какъ-бы отпиленная пилой, нижняя ея часть и копчикъ совершенно отсутствуютъ.

30. Chirié et Stern.—*Eclampsie sans crise.*—Эклампсія безъ припадковъ.

35-лѣтняя первородящая, у которой беременность протекала съ различными болевыми ощущеніями и безсонницей въ теченіе 2-хъ послѣднихъ мѣсяцевъ, поступаетъ въ больницу въ началѣ родовъ, при чемъ не констатируется ни повышенія t, ни бѣлка въ мочѣ. Однако, вскорѣ начинается повышеніе t, до 38,4, появляются ознобы и общее состояніе рѣзко ухудшается. Роды окончены извлеченіемъ, при помощи щипцовъ, мертваго плода, ручное отдѣленіе послѣда съ послѣдующимъ протираніемъ и тампонаціей полости матки; однако общее состояніе все ухудшается и на другой день родильница умираетъ. На вскрытіи рѣзкія застойныя явленія въ почкахъ и измѣненія въ печени, макро и микроскопическія, характерныя для эклампсіи; кромѣ того при бактериологическомъ изслѣдованіи обнаружены въ печени и почкахъ скопленія бактерій, похожихъ на кишечную палочку.

Авторы считаютъ данный случай скрытой формой эклампсіи, знобы же объясняютъ внѣдреніемъ микробовъ въ организмъ роженицы.

31. Voron et Gonnet. — *Rupture de la symphyse pubienne.*—

Разрывъ лоннаго сращения.

У первородящей 18 лѣтъ, съ общесъуженнымъ тазомъ, имѣющимъ $\text{conj. diagonalis } 11,5$, на 3-й день родовъ наложены въ косомъ положеніи щипцы Levret'a съ влекущими тесьмами, изъ которыхъ правая во время тракцій надорвалась, такъ что влеченіе производилось сильнѣе за лѣвую тесьму. Вдругъ раздался трескъ, тракціи были оставлены и произведеннымъ изслѣдованіемъ обнаружено расхожденіе краевъ лоннаго сращения на 3 сантиметра, безъ нарушенія цѣлости влагалища. Роды окончены перфорацией и извлеченіемъ плода въ 3900 grm. вѣсомъ, послѣ чего на тазъ родильницы наложена повязка. Съ недѣлю послѣ родовъ т была повышена и состояніе родильницы внушало опасенія, но затѣмъ все вошло въ норму и черезъ мѣсяцъ она выздоровѣла.

Авторы приписываютъ разрывъ лоннаго сращения въ данномъ случаѣ болѣе сильному влеченію за лѣвую тесьму щипцовъ, лежавшую на правомъ лобномъ бугрѣ плода, вслѣдствіе чего головка плода была немного разогнута и проходила не совсемъ благоприятными размѣрами.

32. Fabre et Trillat. — *Goitre congénital chez l'enfant. Goitre chez la mère.*—*Зобъ у матери и врожденный зобъ у ребенка.*

21-лѣтняя, первобеременная, имѣвшая зобъ, безъ признаковъ Базедовой болѣзни, легко и быстро родила доношенную дѣвочку, у которой тоже оказался зобъ, не оказывавший, повидимому, никакого вліянія на ея ростъ и развитіе.

Въ литературѣ находится около 140 такихъ случаевъ.

33. Commandeur. — *Brides amniotiques, amputations congénitales des doigts, brachydactylie, syndactylie.*—*Амниотическіе тяжи, врожденныя ампутаціи, короткость и сращеніе пальцевъ.*

На дѣтскомъ мѣстѣ женщины 18 лѣтъ, первородящей, безъ всякой наслѣдственности, въ мѣстѣ прикрѣпленія пуповины имѣлась складка амніона въ видѣ гнѣзда, окружавшаго это прикрѣпленіе, 8 см. ширины и 4 см. глубины; къ этой складкѣ прикрѣплялось около десятка тяжей различной длины и толщины. Пальцы рукъ и ногъ плода представляли многочисленныя неправильности, указанные въ заглавіи статьи и легко понятныя изъ приложенныхъ къ ней рисунковъ; въ остальномъ плодъ, повидимому доношенный, 2660 grm. вѣсомъ, не представлялъ ничего ненормальнаго. Авторъ считаетъ указанные измѣненія послѣдствіемъ амниотическихъ тяжей.

34. Fabre et Trillat. — *Emphysème sous-cutané au cours de la période d'expulsion.*—*Подкожная эмфизема въ періодѣ изгнанія.*

У здоровой первобеременной 18 лѣтъ роды наступили въ срокъ, сопровождались весьма сильными потугами въ періодѣ изгнанія.

Роды окончены щипцами, плодъ выведенъ въ заднемъ видѣ. По окончаніи родовъ замѣтили одутловатость лица и при давленіи пальцемъ на щеки была получена характерная воздушная крепитация. Эмфизема распространившись съ лица на переднюю поверхность верхней части груди, продержалась 10 дней и затѣмъ постепенно исчезла. Въ виду отсутствія какихъ-либо пораненій во рту, трахеѣ и легкихъ авторы затрудняются опредѣлить причину появленія эмфиземы у ихъ родильницы.

35. Fabre et Bourret.—*Vomissements graves de la grossesse* — Тяжелая рвота беременныхъ.

Авторы въ случаѣ неукротимой рвоты у беременной видѣли хорошие результаты отъ такъ называемой хлѣбной похлебки (125 grm. хлѣба налить водой и кипятить 1½—2 часа, потомъ прибавить немного соли и масла): похлебка хорошо удерживалась, а черезъ 4 дня къ ней можно было уже прибавлять и различную пищу.

№ 2 et 3 1908.

36. Keiffer (de Bruxelles).—*Le système nerveux ganglionnaire de l'utérus humain.*—Узловая нервная система человеческой матки.

Послѣ литературнаго обзора по вопросу о томъ, имѣются ли въ маткѣ симпатическіе нервные узлы, при чемъ выяснилось, что вопросъ этотъ не рѣшенъ окончательно, авторъ переходитъ къ собственнымъ изслѣдованіямъ въ этомъ направленіи. Техника его слѣдующая: послѣ фиксированія кусковъ ткани матки въ спиртѣ изъ нихъ вырѣзались маленькіе кусочки, которые импрегнировались въ 1,5%-номъ водномъ растворѣ ляписа въ теченіе 5 дней при температурѣ 37°, затѣмъ послѣ промывки водой клались на сутки въ 1%-ный водный растворъ гидрохинона, тоже при 37°. Послѣ обезвоживанія въ спиртахъ, и заключенія въ парафинъ дѣлались срѣзы микротомомъ. Для изслѣдованія была взята матка двухмѣсячнаго ребенка.

Въ результатѣ своихъ изслѣдованій авторъ утверждаетъ, что въ стѣнкѣ влагалища и матки находятся истинные симпатическіе нервные узлы, развивающіеся по ходу нервовъ.

37. O. Macé.—*Rupture du grand droit de l'abdomen chez une femme enceinte.*—Разрывъ прямой мышцы живота у беременной.

У женщины 41 года, беременной уже 12-й разъ, на 6-мъ мѣсяцѣ ея беременности появились боли въ лѣвой половинѣ живота, достигшія такой силы, что у нея дѣлались обмороки и она была экстренно доставлена въ больницу, гдѣ опредѣлена въ правой половинѣ живота беременная матка, въ лѣвой же кругловатая опухоль, съ ясными контурами, очень болѣзненная при ощупываніи, съ верхней границей на 3 пальца выше пупка. Сдѣлано предположеніе о кистѣ яичника съ перекрученной ножкой и въ виду все ухудшающагося состоянія боль-

ной сдѣлана операція. По разрѣзѣ кожи брюшной стѣнки оказалось, что опухоль локализуется въ мѣстѣ нахождения лѣвой прямой мышцы живота, влагалище когорой вскрыто разрѣзомъ и отгуда выпущено около 250 grm. кровяныхъ сгустковъ, а введенной во влагалище рукой обнаруженъ неполный разрывъ мышцы при соединени ея нижней трети съ средней. Сдѣлана контръ-апертура и введенъ дренажъ, влагалище мышцы и разрѣзъ кожи брюшной стѣнки зашиты; брюшина не вскрывалась.

Большая вскорѣ поправилась; причину разрыва мышцъ авторъ установить не могъ.

38. Delporte (de Bruxelles). — *Contribution à l'étude des origines des ruptures tubaires.* — *Къ вопросу о происхожденіи разрывовъ фаллопиевыхъ трубъ.*

Изслѣдуя внимательно случаи трубныхъ разрывовъ, авторъ находить, что въ этиологіи ихъ сильно переоцѣнивается трубная беременность и мало отводится мѣста другимъ болѣзненнымъ процессамъ. Въ доказательство этого онъ приводитъ три случая трубныхъ разрывовъ, гдѣ при тщательномъ изслѣдованіи удаленныхъ трубъ онъ не могъ открыть слѣдовъ беременности, а ишело, напротивъ, воспалительныя измѣненія, въ видѣ инфильтраціи и расширенія сосудовъ, которыя онъ и считаетъ за причину разрыва трубы. Ему удалось также вызвать экспериментально у собакъ разрывъ рога матки, производя кровяной стазъ при помощи перевязки сосудовъ рога матки.

39. Berthaux et Burnier. — *Un cas de grossesse extra-utérine.* *Случай внемноложечной беременности.*

Первобеременная 28 лѣтъ, малокровная, на 4½ мѣсяцѣ беременности вдругъ теряетъ большое количество водъ, къ которымъ вскорѣ стало примѣшиваться небольшое количество крови, черезъ 5 недѣль послѣ этого поступаетъ въ родильный пріюгъ, гдѣ констатируется живой плодъ и истеченіе серозно-кровянистой жидкости. Несмотря на покой и опаты, черезъ 4 дня наступаютъ схватки и послѣ 2 дней болѣе рождается живой ребенокъ 875 grm. вѣсомъ, черезъ полчаса умершій. Послѣдъ вѣситъ 280 grm., оболочки прикрѣпляются на нѣкоторомъ разстояніи отъ его края, вмѣстимость плоднаго пузыря 132 куб. сант., тогда какъ объемъ плода 840 куб. сант., отсюда ясно, что плодъ болѣе 5 недѣль развивался внѣ плодныхъ оболочекъ.

40. Hauch. — (de Copenhague) — *Oligohydramnios. Foetus sans reins.* — *Маловодіе. Плодъ безъ почекъ.*

Второродящая 26 лѣтъ, у которой первая беременность окончилась срочными родами живымъ плодомъ, рождаетъ за мѣсяць до срока, положеніе плода ягодичное, до головки плодъ рождается въ цѣльныхъ оболочкахъ, по ихъ разрывѣ количество околоплодныхъ водъ всего около 30 к. сант. Ребенокъ 2200 grm. вѣсу и 45 см. длины рождается слабымъ

и умираетъ черезъ $\frac{3}{4}$ часа; на вскрытіи обнаружено отсутствіе обѣихъ почекъ, мѣсто которыхъ занимаютъ увеличенныя дисковидныя надпочечныя железы, почечныя сосуды отсутствуютъ, мочевой пузырь ничего не содержитъ и сильно сокращенъ, въ немъ нѣтъ мочеточниковыхъ отверстій; мочеиспускательный каналъ на 2 см. отъ наружнаго его отверстия закрытъ перегородкой; правильно сформированныя яички съ придатками въ брюшной полости около гребней подвздошныхъ костей.

41. Fabre et Bourret.—*Deux nouveaux cas de coexistence de goitre chez la mère et chez l'enfant.*—*Два новыхъ случая одновременнаго существованія зоба у матери и у ребенка.*

42. Commandeur.—*A propos du goitre congénitale.*—*По поводу врожденнаго зоба.*

Приведа 12 случаевъ врожденнаго зоба у новорожденныхъ, авторъ отмѣчаетъ, что: 1) всѣ дѣти были хорошо развиты; 2) окружность шеи колебалась отъ 21 до 25 см., при чемъ только въ 4 случаяхъ зобъ бросался въ глаза; 3) въ 3-хъ случаяхъ зобъ былъ причиной неправильнаго механизма родовъ, мѣшая сгибанію головки; 4) въ 4-хъ случаяхъ зобъ обусловилъ разстройства дыханія, особенно тяжелыя въ одномъ изъ нихъ, и 5) въ 5 случаяхъ наблюдался зобъ также у матерей, у которыхъ зобъ развивался то врожденно, то со времени появленія менструацій, то въ предшествующія беременности; наследственность зоба въ 2-хъ случаяхъ простиралась и на 3-е поколѣніе въ восходящемъ порядкѣ.

43. Blanc—*Un cas de fractures spontanées de plusieurs côtes au cours de la grossesse.*—*Случай самопроизвольнаго перелома нѣсколькихъ реберъ во время беременности.*

Случаи самопроизвольнаго перелома реберъ очень рѣдки и чаще наблюдаются у женщинъ, особенно во время беременности, и объясняются, по автору, обыкновенно, сильнымъ и внезапнымъ мышечнымъ сокращеніемъ, чаще всего во время кашля, при ломкости костей.

Авторъ наблюдалъ женщину 37 лѣтъ, IV—para, безъ всякой наследственности, перенесшую годъ назадъ воспаленіе лѣваго легкаго, послѣ остался сильный кашель. На 8-мъ мѣсяцѣ своей беременности, послѣ одного изъ припадковъ кашля, она почувствовала рѣзкія боли по обѣимъ сторонамъ груди, съ тѣхъ поръ не прекращавшіяся до родовъ, при началѣ которыхъ она поступила въ родильный пріютъ. При изслѣдованіи груди найдено много сухихъ хриповъ по обѣимъ сторонамъ и ясная крепитация костей, при движеніяхъ дыхательныхъ и кашлевыхъ; опредѣлены на лѣвой сторонѣ переломы 8-го, 9-го и 10-го реберъ, на правой одного 10-го. Черезъ 2 недѣли послѣ нормальныхъ родовъ живымъ плодомъ боли и крепитация уменьшились,

а еще через 2 недѣли уже образовались ясныя костныя мозоли въ мѣстахъ бывшихъ переломовъ.

44. Cathala.—*Opération césarienne post mortem.*—*Посмертное кесарское сѣченіе.*

Женщина 27 лѣтъ, второбеременная, близко къ концу беременности, поступившая въ клинику съ какими-то мозговыми явленіями, внезапно умираетъ (вскрытіе показало саркому мозжечка). Бывшій въ то время въ клиникѣ авторъ, благодаря тому, что былъ уже готовъ инструментарій, немедленно произвелъ одинъ безъ помощниковъ кесарское сѣченіе и извлекъ живого, вѣсомъ въ 3100 grm. мальчика, который и остался живымъ.

Авторъ приписываетъ это очень быстрому производству операций послѣ смерти матери (8—10 минутъ) и внезапности этой смерти, безъ предварительной агоніи. Процентъ выживанія дѣтей при этой операциіи постепенно повышается: въ 1888 году онъ равнялся 1,15, въ 1892 г.—34,37 и въ 1903 г.—61,27, что авторъ приписываетъ, главнымъ образомъ, улучшенію ухода за недоношенными дѣтьми и быстротѣ операциіи.

45. Commandeur et Essard.—*Deux cas de tétanie des suites de couches.*—*Два случая tetanus'a въ послеродовомъ періодѣ.*

Оба случая относятся къ молодымъ женщинамъ 24 и 20 лѣтъ, IV—para и I—para, благополучно родившимъ доношеннхъ дѣтей и кормящимъ ихъ грудью. У первой приступъ тетаніи появился на 13-й день послѣ родовъ и начался чувствомъ ползанія мурашекъ и болями въ конечностяхъ, а потомъ появились судороги на верхнихъ (сильнѣе) и на нижнихъ конечностяхъ, при t $40,5^{\circ}$, но рѣдкомъ пульсѣ—92 и рѣзкомъ повышеніи сухожильныхъ рефлексовъ. Такіе же приступы судорогъ повторились еще 2 раза: на 18-й и на 25-й день, опять съ поднятіемъ t выше 40° , въ промежуткахъ же оставалась нѣкоторая ригидность членовъ, повышеніе рефлексовъ и чувство ползанія мурашекъ. Ребенокъ былъ отнятъ отъ груди на 29-й день, больная совершенно поправилась на 42-й день послѣ родовъ. Во второмъ случаѣ приступы судорогъ, въ однѣхъ только верхнихъ конечностяхъ, наблюдались на 9-й, 11-й и 13-й дни послѣ родовъ, повышеніе t не доходило до 40° . На 17-й день больная поправилась, ребенокъ же вскорѣ умеръ. Въ заключеніе авторъ замѣчаетъ, что тетанія въ послеродовомъ періодѣ наблюдалась только у кормящихъ женщинъ.

La Gynécologie. Septembre 1908.

46. F. Legueu et H. Rais.—*Des ectopies inguinales de l'utérus et des annexes.*—*Паховыя смѣщенія матки и ея придатковъ.*

Собравши въ литературѣ 10 случаевъ паховыхъ смѣшеній матки и придатковъ, соединенныхъ съ порокомъ развитія этихъ органовъ авторъ прежде всего классифицируетъ ихъ съ анатомической

точки зрѣнія. Онъ различаетъ смѣщенія полныя и неполныя. Подъ первой категоріей онъ разумѣетъ тѣ случаи, когда неправильно развитые матка и придатки смѣщаются въ ту или иную паховую область. Такихъ случаевъ описано въ литературѣ три: всѣ они характеризуются отсутствіемъ влагалища или его зачаткомъ, не соединеннымъ съ маткой и ея придатками, смѣщенными въ паховую область (лѣвую) и образующими тамъ грыжу. Неполныя смѣщенія распадаются на два разряда: двухстороннія, когда въ каждой паховой области находятъ грыжи, содержащія зачатокъ матки и трубу съ яичникомъ, и одностороннія, когда только въ одну паховую область смѣщается зачатокъ матки съ трубой и яичникомъ; случаевъ перваго разряда описано въ литературѣ четыре, втораго—три.

Переходя къ патогенезу разбираемой формы, авторъ высказываетъ мысль, что недоразвившіеся матка и придатки, вмѣсто того чтобы оставаться въ полости брюшины, увлекаются укороченной круглой связкой черезъ тотъ или другой паховой каналъ въ паховую область. Особенно интересенъ патогенезъ неполнаго двусторонняго смѣщенія: тамъ отдѣльные маточные зачатки со своими придатками, какъ результатъ неслиянія Мюллеровыхъ нитей, увлекаются каждый въ свой паховой каналъ. При одностороннемъ неполномъ смѣщеніи дѣло идетъ обыкновенно о зачаточномъ рогѣ матки, отшнуровавшемся или нѣтъ, который со своими придатками увлекается въ паховой каналъ.

Съ клинической стороны функціональные симптомы сводятся обычно къ аменоррей, хотя при неполномъ одностороннемъ смѣщеніи ея можетъ и не быть, когда смѣщается отшнуровавшийся зачаточный рогъ матки съ придатками, остальная же часть матки со своими придатками можетъ быть въ соединеніи съ влагалищемъ и функціонировать (1 случай). Кромѣ этого еще разстройство или невозможность coitus'a, при порочномъ развитіи влагалища или отсутствіи его, и боли въ мѣстѣ выпячивания, иррадирующія обыкновенно въ поясницу и нижнія конечности и иногда бывающія періодически. Присутствіе при этомъ паховой грыжи съ болѣе или менѣе плотнымъ содержимымъ, ея невраивимость, полная или частичная, отсутствіе матки, констатируемое комбинированнымъ изслѣдованіемъ черезъ влагалище или прямую кишку, дополняютъ клиническія данныя.

Съ точки зрѣнія терапевтической авторъ совѣтуетъ простое вправленіе смѣщенныхъ органовъ, если они неизмѣнены, не вызываютъ рѣзкихъ болей и не окружены очень плотными сращениями, въ противномъ случаѣ гораздо лучше произвести ихъ изсѣченіе.

47. G. Lapeyre.—*Traitement des métrorragies par les injections de sérum animal.*—Лѣченіе маточныхъ кровотеченій впрыскиваніями сыворотки животнаго.

При кровотеченіяхъ изъ матки, преимущественно въ періодѣ

менопаузы, 3 раза при фиброміомѣ матки, 1 разъ при ракъ шейки и 1 разъ безъ объективныхъ измѣненій со стороны половой сферы, авторъ впрыскивалъ, послѣ безуспѣшнаго лѣченія обычными способами, по 20—10 куб. сант. сыворотки животныхъ, безъ токсиновъ, или антистрептококковую, или проф. Roux и получилъ во всѣхъ случаяхъ успѣхъ: въ 4-хъ случаяхъ лѣченіе этимъ и ограничилось, а въ одномъ случаѣ фиброміомы послѣ 2-хъ успѣшныхъ впрыскиваній сыворотки больная согласилась на операцію.

Поэтому авторъ совѣтуетъ при маточныхъ кровотеченияхъ, особенно въ періодѣ менопаузы, при неоперируемыхъ ракахъ, фибромахъ и пр., прибѣгать къ этому лѣченію.

Л. Ульяновскій.

Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, Janvier—Août, 1908.

48. Piquand et Renaud Hue.—*Le releveur pubo-vaginal et les prolapsus génitaux.*—*Levator pubo-vaginalis и выпаденія половыхъ органовъ.*

Причиной выпаденія половыхъ органовъ авторы считаютъ поврежденія внутренняго отдѣла *m. levat. ani*, такъ наз. *lev. pubo-vaginalis* который при нормальныхъ условіяхъ оттягиваетъ кверху и кпереди нижнюю часть задней стѣнки влагалища, и поддерживаетъ, такимъ образомъ, переднюю стѣнку. При разрывѣ *m. lev. pubo-vaginalis* задняя стѣнка влагалища перестаетъ поддерживать переднюю, на которую падаетъ вся сила брюшного давленія. Первымъ слѣдствіемъ разрыва будетъ поэтому опусканіе передней стѣнки; затѣмъ постепенно развивается *cystocele*, *rectocele*, *prolapsus*. Такія формы выпаденій половыхъ органовъ встрѣчаются обыкновенно у крѣпкихъ женщинъ, съ хорошо развитыми мышцами, особенно если роды оканчивались слишкомъ быстро. Для леченія рекомендуется къ *colpo-perineorrhaphia posterior* присоединить шиваніе обрывковъ *m. lev. pubo-vaginalis* подъ контролемъ зрѣнія, (мышцы обнажаются послѣ предварительной отслойки влагалища отъ *rectum*).

Для правильнаго сужденія о состояніи промежности и цѣлости *m. lev. pubo-vaginalis* послѣ родовъ, рекомендуется произвести предварительное изслѣдованіе промежности и влагалища до родовъ. При этомъ пальцемъ, введеннымъ во влагалище, опредѣляютъ толщину мышечныхъ пучковъ, а силу сокращенія ихъ,—заставляя больную натужиться и покашлять. Если промежность сохранена снаружи, и имѣются лишь внутренніе разрывы, то замѣчается рѣзкая разница въ тонусѣ обѣихъ боковыхъ стѣнокъ влагалища, часто на сторонѣ разрыва можно идти пальцемъ прямо до костей таза.

Другія формы *prolapsus* встрѣчаются у женщинъ съ плохо раз-

витыми lev. pubo-vagin., даже у нерожавшихъ. Лечение ихъ—общее укрѣпляющее и обыкновенно малоуспѣшно.

49. G. Dartigues et J. G. Joannidis.—*Les cysthématomas menstruels post opératoires.*—*Послѣоперационныя менструальныя кистематомы.*

Эти кистовидныя образования съ кровянистымъ или серозно-кровянистымъ содержимымъ развиваются на счетъ оставленныхъ во время операций придатковъ или остатковъ ихъ, обыкновенно въ цвѣтущемъ возрастѣ больныхъ и обязаны своимъ происхожденіемъ менструальному приливу. Симптомы,—боли въ нижней части живота, увеличеніе объема живота, явленія застоя и прижатія сосѣднихъ органовъ, кровотеченія,—наступаютъ періодически, черезъ мѣсяць, продолжаясь 1—8 дней. Прогнозъ очень серьезный въ виду возможныхъ осложнений: нагноенія, внезапнаго разрыва стѣнки кисты, закупорки кишекъ. Лечение,—удаленіе опухоли путемъ лапаротоміи и только въ исключительныхъ случаяхъ—марсупіализація или операція черезъ влагалище. Въ статьѣ приведено 11 случаевъ.

50. Delbel et Caraven.—*De l'hystéropexie isthmique. Hystéropexia isthmica.*

Указанная операція произведена въ 23 случаяхъ retroversio и anteflexio congenita съ хорошимъ результатомъ. Техника слѣдующая: разрѣзъ по срединной линіи, ниже пупка, осмотръ придатковъ и удаленіе сросшеній, 2 кѣтгутовыхъ шва на тѣло матки, захватывая стѣнку поперечно на протяженіи 2 см.; разстояніе между швами=1 см.; швы сначала не завязываются, а каждый изъ концовъ обоихъ швовъ пропускается черезъ брюшную стѣнку съ правой и лѣвой стороны, сшивая ее послыно и не доходя до кожи; затѣмъ эти швы завязываютъ и тогда уже накладываютъ кожные.

По наблюденію авторовъ, послѣ операціи исчезали боли, возвращалась трудоспособность, облегчалась возможность зачатія (11 больныхъ забеременѣли въ 1 разъ послѣ операціи). Беременность въ 10 случаяхъ дошла до конца, роды произошли благополучно, только у одной роженицы долго не устанавливалась головка. Изъ осложнений удлиненія шейки не наблюдалось, 1 разъ опредѣлено сросшеніе между маткой и брюшной стѣнкой, еще у одной больной образовалось cystocele и у другой—rectocele, но обѣ послѣднія больныя родили послѣ операціи.

51. L. Nattan—Larrier et A. A. Brindeu.—*Nature de la môle hydatiforme.*—*Характеръ mola hydatiformis.*

9 случаевъ mola hidatiformis, изслѣдованные авторами, представляютъ гистологическую картину злокачественнаго процесса, хотя клинически и протекали доброкачественно.

Повидимому, mola hydatiformis и deciduoma malignum предста-

вляють различныя стадіи одного и того же процесса. Это доказы-
вается постояннымъ присутствіемъ плазмодіевъ на периферіи пузырь-
ковъ и способностью плазмодіальныхъ элементовъ проникать въ ткани
мезодермы.

Доброкачественность клиническаго теченія процесса, (м. б. вслѣд-
ствіе специфической устойчивости материнскаго организма), подтвер-
ждается тѣмъ, что у 2 изъ больныхъ впослѣдствіи наступила нор-
мальная беременность. Слѣдовательно, никакъ нельзя при *mola hy-*
datiformis немедленно удалять матку; съ другой стороны необходимо
тщательное наблюденіе за больной, чтобы не пропустить переходъ
процесса въ *deciduoma malignum*.

52. Dupuy et Rullier. — *Des bartholinites aiguës et chroni-*
ques. — *Острые и хроническіе бартолиниты.*

Простые бартолиниты могутъ быть вызваны травмой, экземой,
вульвитомъ; инфекціонные, кромѣ наиболѣе часто встрѣчающихся
гонококковыхъ, — стафило- и стрепто-коккомъ, анаэробами. Паталого-
анатомически бартолиниты представляютъ гнойный аденитъ. Острая
форма начинается или сразу рѣзкими болями и опухолью или посте-
пенно. Симптомы хроническаго бартолинита мало выражены, діагнозъ
облегчается нахожденіемъ сѣрвовой эррозіи на мѣстѣ протока пора-
женной желѣзы, иногда удается выдавить каплю гноя; при ошупыва-
ніи желѣза представляется въ видѣ плотноватаго шарика. Въ виду
того, что бартолиниты не обладаютъ никакой склонностью къ само-
произвольному заживленію и весьма легко даютъ фистулы, (иногда
очень глубокія и измѣняющія настолько сосѣдніе органы, что при-
ходитъ мысль о туберкулезѣ), прогнозъ является сомнительнымъ и ле-
ченіе должно быть оперативнымъ. Въ острыхъ случаяхъ, — удалить
гнойникъ со стѣнками, въ хроническихъ, — вылушить желѣзу; только
при отказѣ больной отъ операціи можно ограничиться впрыскиваніемъ
въ желѣзу прижигающихъ (іодъ, Arg. nitr. $\frac{1}{30}$, насыщенный ра-
створъ салициловой кислоты въ спиртѣ). въ количествѣ 0,5 кб. см.,
тупой иглой Пирацеевскаго шприца. Боли, появляющіяся послѣ впры-
скиванія, скоро проходятъ.

53. Bjorkenheim. — *Contribution à l'étude de la muqueuse*
utéro-vaginale chez la femme à différents âges. — *Къ ученію о слизистой*
оболочкѣ матки и влагалища у женщинъ различнаго возраста.

Исслѣдованія произведены на 70 трупахъ; результаты слѣдую-
щіе: 1) Послѣ менопаузы часть мостовиднаго эпителія замѣняется оро-
говѣвшимъ, иногда это бываетъ у дѣтей и часто послѣ прижиганій и
при воспалительныхъ процессахъ. 2) Граница между мостовиднымъ
и цилиндрическимъ эпителиемъ фестончатой формы, положеніе ея из-
мѣняется индивидуально, но до середины шейки она никогда не до-
ходитъ. 3) Мостовидный эпителий встрѣчается иногда въ шейкѣ въ

видѣ островковъ. 4) Соединительно-тканная волокна въ межжелѣзистомъ слоѣ въ молодомъ возрастѣ расположены въ видѣ тонкой узкопетлистой сѣти; въ періодъ половой зрѣлости волокна утолщаются, петли сѣти становятся шире; послѣ менопаузы волокна соединительной ткани снова сближаются между собой. 5) Эластическія волокна, кромѣ сосудистыхъ стѣнокъ, находятся во влагалищѣ, въ молодомъ возрастѣ въ видѣ тонкой reticulum; позже встрѣчаются болѣе толстыя волокна и въ большемъ количествѣ; въ шейкѣ — отдѣльныя короткія волокна; въ тѣлѣ матки, — только послѣ менопаузы. 6) Клѣточные элементы, обычные для соединительной ткани. 7) Иногда падается кровяной пигментъ.

54. Hardoüin. — *Fibrome ulcéré de la paroi antérieure du vagin.*
Изъязвленная фиброма передней стѣнки влагалища.

Описанъ рѣдкій случай фибромы влагалища у 48 лѣтней больной. Опухоль развилась въ теченіе 5 лѣтъ, въ послѣднее время она изъязвилась, появились серозно-кровянистыя выдѣленія и разстройство мочеиспусканія. Она совершенно закрывала входъ во влагалище и переходила на переднюю его стѣнку; мочеиспускательный каналъ былъ сильно вытянутъ и смѣщенъ.

Опухоль удалена оперативнымъ путемъ.

М. Проскурякова.

ХРОНИКА.

1) Въ Германскій рейхстагъ внесенъ законопроектъ по поводу освобожденія женщинъ отъ работъ въ теченіе восьми недѣль до и послѣ родовъ, при чемъ возобновленіе работы можетъ произойти не ранѣе 6 недѣль послѣ родовъ. Весь этотъ періодъ признается болѣзною съ правомъ на помощь со стороны „Krankenkasse“. До сихъ поръ рѣшеніе вопроса представлялось въ каждомъ случаѣ усмотрѣнію кассъ.

2) Въ англійскихъ госпиталяхъ весьма широко примѣняются рентгеновскіе лучи, какъ съ распознавательною, такъ и съ лѣчебною цѣлью. Такъ въ одномъ London-Hospital въ теченіе 1907 г. сдѣлано 18.700 радиографическихъ изслѣдованій. Но вмѣстѣ съ тѣмъ, констатировано большое число жертвъ этихъ лучей. Въ виду этого, англійское правительство поручило особой Коммисіи изучить условія безопаснаго примѣненія ихъ-лучей и выработать положенія, соблюденіе которыхъ будетъ обязательно при занятіяхъ рентгеновскими лучами.

Жур. Русс. Общ. Охр. Нар. Здрав. 1908 № 8.

3) Медицинскимъ Совѣтомъ разрѣшена регистрація проституттокъ, начиная съ 16 лѣтняго возраста. Раньше проституттки регистрировались съ возраста не моложе 18 лѣтъ.

Врачеб. Газ. № 48.

4) Общество для учрежденія въ Москвѣ женскаго медицинскаго института получило по духовному завѣщанію Е. В. Кузнецовой 25 тысячъ рублей, благодаря чему его капиталъ достигаетъ теперь 42 тысячъ.

5) Въ январѣ назначено къ слушанію въ С.-Петербургскомъ окружномъ судѣ дѣло акушерки Креймовой, обвиняемой въ вытравленіи плода. Вмѣстѣ съ Креймовой привлекался докторъ Молчановъ, который на слѣдующій день послѣ вызова его къ судебному слѣдователю застрѣлился.

Бирж. Вѣд.

6) 29 Ноября покончила съ собою, повѣсившись въ отхожемъ мѣстѣ, фельдшерица-акушерка одной изъ петербургскихъ городскихъ амбулаторій О. Г. Яхонтова, 52 лѣтъ, страдавшая нервнымъ разстройствомъ.

7) Въ Московскомъ терапевтическомъ Обществѣ прив. доц. Э. А. Александровымъ былъ сдѣланъ докладъ на тему: „Беременность и туберкулезъ“. Докладчикъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Беременность ухудшаетъ теченіе туберкулеза. 2) Ухудшеніе иногда наступаетъ только во вторую половину беременности или въ послѣродовомъ періодѣ, поэтому 3) при наличности туберкулезнаго процесса у беременной вполне законнымъ слѣдуетъ считать искусственный выкидышъ, при чемъ рѣшеніе зависитъ отъ матери. 4) Искусственные преждевременные роды допустимы только при наличности серьезныхъ показаній, какъ dyspnoë, кровохарканье, сильное истощеніе и

осложнения со стороны другихъ органовъ. 5) Рѣшенія мужа, въ томъ или другомъ смыслѣ, для врача необязательно. 6) Рѣшеніе вопроса объ искусственномъ перерывѣ беременности должно считаться законнымъ при наличности протокола, подписаннаго двумя врачами. Наконецъ, 7) учрежденіе правительственныхъ санаторій и широкая общественная помощь должны идти навстрѣчу неимущимъ туберкулезнымъ беременнымъ. Докладъ вызвалъ оживленныя пренія. Авторъ проситъ товарищей сообщать ему свои наблюденія, при чемъ предлагаетъ желающимъ выслать составленныя имъ для этой цѣли таблицы.

Жур. Общ. Русс. Врачей 1908 № 8.

8) Andry (La Sem. méd. 1908 № 20) на основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ наблюденій считаетъ, что смертность отъ вторичнаго сифилиса равняется 14—15%. Промежутокъ отъ времени зараженія до смерти и процентъ смертности зависитъ отъ цѣлаго ряда условий организма больного, образа жизни, возраста, климата, предшествующаго леченія, истощающихъ болѣзней и т. д. Наибольшій промежутокъ отъ начала болѣзни до смерти авторъ наблюдалъ въ 40—50 лѣтъ.

9) Въ г. Оренбургѣ предназначено открыть повивально-фельдшерскую школу. Въ настоящее время на службѣ по сельско-медицинской части во всей губерніи состоятъ всего 3 фельдшерицы-акушерки, а изъ 87 сельскихъ фельдшеровъ только 18 со школьнымъ образованіемъ.

Фельдш. Вѣстн. № 24.

10) Въ Германіи съ 1891 по 1900 г. родилось всего 1.964,108 умерло 1.233.843, мертворожденій 63,812. Естественный приростъ на 1000 жителей — 13,9.

Вѣстн. Общ. Гиг. Ноябрь.

11) Въ Berlin'ѣ вышелъ въ свѣтъ 1-й выпускъ новаго международнаго журнала „Cancer“, издаваемого международнымъ союзомъ по изученію рака. Редакторомъ журнала состоитъ секретарь союза проф. G. Meuer. Журналъ печатается на трехъ языкахъ—нѣмецкомъ, французскомъ и англійскомъ. Въ 1-мъ выпускѣ помѣщенъ отчетъ о занятіяхъ Berlin'ской конференціи для выработки устава международного Союза по изученію рака и самый уставъ.

12) Вопросъ объ открытіи Женскихъ Медицинскихъ Курсовъ въ Одессѣ, какъ передала «Рѣчь», окончательно рѣшенъ въ положительномъ смыслѣ.

13) Умершая бар. А. Ротшильдъ завѣщала болѣе 1.600,000 долларовъ на благотворительныя учрежденія, среди которыхъ значатся: родильный пріютъ, убѣжища для сиротъ и для дѣвушекъ работницъ и учрежденіе для снабженія грудныхъ дѣтей молокомъ.

14) «Journal der americanischen med. Gesellschaft», сообщаетъ данныя о смертности среди врачей Соедин. Штатовъ и Канады, изъ которыхъ видно, что изъ общаго числа 125,000 практикующихъ врачей умерли 2,013 или 16,1%. Главнѣйшими причинами смерти является страданія сердца, кровоизліянія въ мозгъ, воспаленія легкихъ и насильственная смерть.

В. Мед. ж. Октябрь.

15) Исполнительный Комитетъ Общества борьбы съ раковыми заболѣваніями извѣщаетъ врачей, что съ 20-го Ноября текущаго года

при Городской Амбулаторіи думскихъ врачей (уг. Саернаго и Преображенской ул. д. № 24—33) Сп. Городскою Санитарною Комиссіей открыта специальная лабораторія для микроскопическаго изслѣдованія новообразованій генитальныхъ органовъ женщины.

Въ эту лабораторію врачи приглашаются присылать взятый ими отъ больныхъ подозрительный матеріалъ или непосредственно самихъ больныхъ для получения пробныхъ соскобовъ или же вырѣзокъ, причемъ въ лабораторіи производится безвозмездно изслѣдованіе и установка микроскопическаго діагноза. О результатахъ изслѣдованія приславшія лица будутъ освѣдомлены въ ближайшіе дни письменно.

Пріемъ препаратовъ для микроскопическаго изслѣдованія производится ежедневно съ 12 до 2 час. дня.

Пріемъ больныхъ нуждающихся въ микроскопическомъ діагнозѣ, по Вторникамъ, Средамъ и Субботамъ съ 1 до 2 дня.

16) Германское урологическое Общество (Berlin W. 10. Victoria-Strasse 19) извѣщаетъ, что съ 19 до 22 Апрѣля 1909 въ Берлинѣ въ Langenbeck'овскомъ домѣ состоится 2-ой съѣздъ этого общества. Намѣчены слѣдующія темы:

1. Урологія и Гинекологія. Докладчики: Stoeckel (Marburg), Wertheim (Wien).

2. Гнойныя, нетуберкулезныя воспаленія почекъ. Докладчики: von-Frisch (Wien), Barth (Danzig).

3. Опухоли пузыря. Докладчики: Casper (Berlin). Zuckerkandl (Wien).

Заявленія о докладахъ и демонстраціяхъ, въ которыхъ могутъ участвовать и не члены съ разрѣшенія предсѣдателя, принимаются до 15 февраля (Berlin Sanitätsrat Dr. Wossidlo, Victoria-Strasse 19).

ПИСЬМО ВЪ РЕДАКЦІЮ.

Нѣсколько замѣчаній по поводу статьи д-ра Л. М. Мони́на „Шесть случаевъ остеомаляціи.“*)

А. М. МЫКЕРТЧЬЯНЦА.

Ассистента Гинекологической Клиники И. Моск. Унив.

Въ 1904 году 3-го сентября на засѣданіи Императорскаго Кавказскаго Медицинскаго Общества въ Тифлисі я читалъ докладъ «Къ вопросу объ этиологіи и лѣченіи остеомаляціи съ описаніемъ двухъ собственныхъ случаевъ» (Докладъ напечатанъ въ журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней 1905 года, май). Въ своемъ докладѣ я указалъ на то, что Закавказье является однимъ изъ очаговъ остеомаляціи, при чемъ обращалъ особое вниманіе на Александропольскій и Горійскій уѣзды. Во время преній по поводу этого доклада я предлагалъ Обществу разослать вопросные листы объ остеомаляціи сельскимъ врачамъ на Кавказѣ. Д.-ръ Мони́нъ присутствовалъ на этомъ засѣданіи и участвовалъ въ преніяхъ. Поэтому мнѣ кажется странной его ссылка на статью Скробанскаго, указавшаго, пословами д-ра Мони́на, на существованіе въ Закавказьѣ втораго очага остеомаляціи. Не менѣе страннымъ кажется мнѣ заявленіе д-ра Мони́на, что о случаяхъ остеомаляціи въ Тифлисской Михайловской больницѣ онъ знаетъ только со словъ врачей этихъ учреждений. Одинъ изъ описанныхъ мною случаевъ наблюдался именно въ Тифлисской Михайловской больницѣ, а другой въ Первой Женской больницѣ моего отца, д-ра М. Г. Мыкертчьянца, въ Тифлисі. Кромѣ того во время преній по поводу моего доклада было выяснено, что помимо случаевъ, наблюдавшихся въ Ольгинскомъ Повивальномъ Институтѣ и въ Михайловской больницѣ, наблюдались также 4 случая въ Тифлисскомъ Желѣзнодорожномъ Лазаретѣ. Нельзя не пожалѣть о томъ, что описаніе наблюдавшихся д-ромъ Мони́номъ случаевъ составлено слишкомъ кратко — не выяснены развитіе болѣзни и условія жизни больныхъ; въ первомъ и второмъ случаяхъ не указано, сколько времени больныя жили въ Тифлисі. Далѣе, ничего неизвѣстно о дальнѣйшей судьбѣ больныхъ, за исключеніемъ 5-го случая, гдѣ больная погибла отъ перитонита. А между тѣмъ все это представляло бы несомнѣнно большій интересъ, чѣмъ простое описаніе произведенныхъ операций. Въ особенности интересна дальнѣйшая судьба больной въ случаѣ четвертомъ, гдѣ яичники были оставлены, такъ какъ имѣется уже немало сообщеній о выздоровленіи больныхъ послѣ кесерскаго сѣченія, несмотря на оставленіе яичниковъ. Что касается права матери на жизнь свою и своего ребенка, то слишкомъ ужъ несправедливо отрицать за матерью всякое право выбора операціи менѣе опасной для ея жизни, на что я и указывалъ въ вышеприведенномъ своемъ докладѣ.

*) Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней, ноябрь, 1908.

Редакторы | Г. Рейнъ.
| Л. Личкусъ.

Журналы и книги, присланные въ редакцію.

(Переданы въ бібліотеку Общества).

- 1) Русскій Врачъ № 47 — 50.
- 2) Врачеб. Газета № 47 — 49.
- 3) Практич. Врачъ № 47, 48—49.
- 4) Медиц. Обзорѣніе № 19—20.
- 5) Военн-Медиц. Журналъ. Декабрь.
- 6) Ученыя записки Казанск. Универ. Ноябрь.
- 7) Современ. Клин. и Терапія № 11.
- 8) Современ. Медицина № 19—20.
- 9) Терапевтическія замѣтки о препаратахъ Parkе, Davis.
- 10) Медиц. прибавленія къ Морск. Сборнику. Сентябрь. Октябрь.
- 11) Вѣстн. Общ. Гигіены. Ноябрь.
- 12) Фельдш. Вѣстн. № 24.
- 13) Универс. Извѣстія. Кіевъ. № 9.
- 14) Русск. Журн. Кожн. и Венер. Болѣзней № 10—11.
- 15) Журн. Русс. Общ. охр. народн. здравія № 8.
- 16) Журн. Общ. Русс. Врачей № 8.
- 17) Хирургія. Ноябрь.
- 18) Харьков. Медиц. Журналъ. Октябрь.
- 19) Акушерка № 12.
- 20) Домашн. докторъ. № 11.
- 21) Н. А. Савельевъ. Поликлиника въ Россіи.
- 22) Протоколы и труды Общ. врачей практик. на Кавказ. минер. водахъ
- 23) Сажинъ. Наслѣдственность и спиртные напитки.
- 24) St. Petersburg Med. Wochenschrift № 47.
- 25) Cancer internationale Monatschrift № 1.
- 26) Zeitschrift für gynäkologische Urologie № 1.
- 27) Zdrowie № 12.
- 28) Medycyna № 49—52.
- 29) Casopis Lékaruv Ceskych № 49—51.
- 30) Gazeta Lekarska № 48—51.
- 31) Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie № 12.
- 32) La Gynécologie № 6.
- 33) La Médecine Internationale № 11—12.
- 34) Le Monde Médical № 329.
- 35) La Gynécologie Moderna № 9.
- 36) La Ginecologia № 19.
- 38) Monthly Cyclopaedia and Medical Bulletin. № 7.

Новыя книги по Акушерству и Женскимъ Болѣзнямъ,

поступившія въ продажу въ книжномъ магазинѣ **К. Л. Рикера.**
Слб. Невскій пр., 14.

- Надыгрововъ, Б. А.** Эндотелиомы женскаго полового аппарата въ патолого-анатомич. и клинич. отношеніяхъ. (съ 2 табл. рис.) 1908. 2 руб. 50 к.
- Bunge, Prof. Dr. G. v.** Die zunehmende Unfähigkeit d. Frauen ihre Kinder zu stillen. 6-te durch neues statist. Material verm. Aufl. 1909—44 к.
- Fellner, Dr. O.** Die wechselseitigen Beziehungen der innersekretorischen Organe insbesondere z. Ovarium zugleich ein Beitrag z. Lehre v. d. Menstruation 1908. — 40 к.
- Grosser, Prof. Dr. O.** Vergleichende Anatomie u. Entwicklungsgeschichte d. Eihäute u. d. Placenta, mit besond. Berücksichtg. d. Menschen, mit 210 Abbild. i. Text. u. 48 Abbild. auf 6 chromolith. Tafeln 1909. 5 p. 50 к.
- Jahresbericht** über d. Fortschritte auf d. Gebiete d. *Geburtshilfe* u. *Gynäkologie* redigiert v. Prof. Dr. K. Franz u. Prof. Dr. J. Veit. XXI. Jahrgang (Bericht über d. Jahr 1907.) 1908. 17 p. 60 к.
- Stratz, Dr. C. H.** d. Schönheit d. weibl. Körpers. 19. Aufl. mit 270 Abbild. u. 7 Taf. 1908. 8 p. 58 к.
- Vaucaire, Dr. R.** Formulaire de Gynécologie et d'Accouchements 3^{ed.} 1909. 2 p. 25 к.

E. Merck

фабрика химическихъ препаратовъ, Darmstadt.

Dionin,

легко растворимое въ водѣ при нейтральной реакціи производное морфія, безъ побочныхъ явленій послѣдняго. Прекрасное болеутоляющее и успокаивающее средство при болѣзненныхъ страданіяхъ женской половой сферы.

Stypticin

на основаніи долготѣтнаго, обширнаго опыта признанъ какъ безусловно надежное кровеостанавливающее средство при всѣхъ, независимыхъ отъ анатомическихъ измѣненій, кровотеченияхъ изъ матки послѣ выкидыша и родовъ, въ особенности же при функціональныхъ кровотеченияхъ.

Tropococain,

благодаря своимъ обезболивающимъ свойствамъ и относительной неядовитости, считается лучшимъ анестезирующимъ средствомъ. Въ особенности рекомендуется для спинномозговой анестезіи, преимущественно въ гинекологической практикѣ.

Perhydrol.

Химически чистая перекись водорода — Merck, абсолютно лишена кислотности; 30 вѣс. процентовъ $H_2O_2 = 100$ объем. проц. Превосходное дезинфицирующее и антисептическое средство съ дезодорирующими и кровеостанавливающими свойствами, вслѣдствіе чего особенно рекомендуется для акушерскихъ и гинекологическихъ цѣлей.

Журналы по Гинекологии и Акушерству.

- Акушерка.** (Одесса) 2 раза въ мѣсяцъ. 3. 00.
Archiv für Gynäkologie, Red. v. Gusserow u. Leopold. 3 Hefte.—1 Bd. Preis verschieden.
— für **Kinderheilkunde.** Hrsg. v. A. Baginsky. Frühwald etc. Jährl. ca. 2 Bde. od. 12 Hefte. 16. 50. (18. 00).
Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Red. v. A. Hegar. In Banden à 3 Hefte, deren Preis verschieden.
Frauenartz. Monatsschrift f. Gynäkologie u. Geburtsh. Hrsg. v. D. Freudenberg. 10. 80 (11. 40).
Hebammenzeitung, allgemeine deutsche. Red. Dr. Winter. 26 Nrn. 3. 60 (4. 30).
Jahrbuch f. Kinderheilkunde und physische Erziehung. Red. O. Heubner, A. Steffen u. H. Wiederhofer. 2 Bde. od. 12 Hefte. 21. 60 (23 50).
Jahresbericht über d. Fortschritte a. d. Geb. der **Geburtshilfe** und Gynäkologie, Hrsg. v. Dr. R. Frommel. Jährl. 1 Bd., Preis verschied.
Jugend, gesunde. Zeitschrift f. Gesundheitspfl. in Schule u. Haus. Etwa 12 Hefte. 3. 00 (4. 00).
***Kind, unser.** Halbmonatsschrift f. Kinderpflege u. Erziehung. 24 H. Mai. 4. 80 (5. 50).
***Kinder, gesunde! Gesunde Frauen!** Zeitschrift f. kindliche Gesundheits. u. Krankenpflege. Red. Dr. H. Moeser. 12 Nrn.
Kinderarzt, v. Sonnenberger. 12 Nrn. 3. 60 (4. 00).
Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie, hrsg. v. A. Martin u. a. 12 H. 21. 60 (23. 80).
— für **Kinderheilkunde,** hrsg. v. Czerny, Johannessen u. a. April. 9. 60 (10 50).
Rundschau, Gynäkologische. Zentralorg. f. Geburtsh. u. Frauenkrkh. Red. Dr. O. Frankl. 24 H. 9. 00 (11. 20).
Sammlung zwangloser Abhandlungen a. d. Gebiete d. **Frauenheilkunde** u. Geburtshilfe. Hrsg. v. Graefe. 8 Hefte. 4. 40 (5. 00).
Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Hrsg. v. Olshausen u. Hofmeier. 3 H.—1 Bd. zu verschied. Preisen.
— f. **Kinderpflege,** Jugenderziehg. II. Aufklärung. Red. Dr. E. Neter 12 H. Oct. 2. 90 (3. 80).
— f. **Säuglingsfürsorge.** Red. Dr. B. Salge. 12 H. Jull. 7. 20 (8. 00).
Zentralblatt für Gynäkologie. Hrsg. von H. Fritsch. 52 Nrn. 12. 00 (14. 30).
— für **Kinderheilkunde.** Monatsschrift f. prakt. Aerzte. Nrsg. v. E. Graetzer. 12 Nrn. 6. 00 (60. 80).
Annales de gynécologie et d'obstétrique p. Tillaux, Pinard et Pajiot. 12 Nrs. 10. 80 (12. 00).
— de médecine et chirurgie infantiles. Dir. E. Pépier. 24 Nrs. 6. 00 (7. 00).
Archives de médecine des enfants. Dir. J. Comby. 12 Nrs. 8. 40 (9. 00).
Bulletin de la société d'obstétrique de Paris. 12 Nrs. 6. 00 (6. 60).
Comptes rendus de la soc. d'obstétrique, de gynécol. et de paediatric de Paris. 10 Nrs. 8 25 (9. 00).
Gazette de gynécologie, 24 Nrs. 3.00 (4. 00).
Gazette des maladies infantiles, journal de pédiatrie. Réd. Barbier et Villemin. 24 Nrs. 4. 80 (6. 00).
Gynécologie, Réd. Doléris. 6 Nrs. 7. 20 (8. 00).

- Jeune mère**, ou l'éducation du premier âge. 12 Nrs. 3. 60 (4. 50).
Journal d'accouchements et revue de médec. et de chirurgie pratiques. 52 Nrs. 3. 00 (4. 20).
Journal des sages-femmes. 24 Nrs. 4. 80 (5. 75).
***Mère et l'enfant**. Journal illustré de la première enfance. Bi-mensuel. 3. 50 (4. 00).
Obstétrique. Réd. P. Budin. 6 Nrs. 7. 50 (8. 40).
Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale. 6 Nrs. 15. 00 (16. 00).
 — **d'hygiène** et de médecine infantiles. Dir H. de Rothschild. 6 Nrs. 6. 60 (7. 20).
 — **mensuelle de gynécologie, obstétrique et pédiatrie** de Bordeaux. 6. 00 (70. 00).
Revue pratique d'obstétrique et de gynécologie, red. p. A. Lataud. 12 Nrs. 3. 60 (4. 50).
Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie, p. Varnier et Legendre. 12 Nrs. 3. 60 (4. 50).
Semaine gynécologique. Réd. R. Pichevin. 52 Nrs. 4. 80 (6. 00).
American Gynecology. Ed. Ch. Jewett. Monthly. 14. 40 (15. 00).
 — **Journal of Obstetrics** and Diseases of Women an Children. Monthly. 18. 00 (20. 00).
Archives of Paediatrics. Ed. by Floyd M. Grandall (New-York). Monthly. 9. 00 (10. 50).
***Parents Review**. Ed. by Charlotte M. Mason. Monthly. 4. 20 (5. 00).
Transactions of the American Gynaecological Soc. 1 vol. cloth. 15. 00 (16. 00).
Transactions of the American Pediatric Society. Ed. by M. Crandall (New-York).
 — **of the Obstetrical Society** of London 1 vol. cloth. Price varies.
Annali di ostetrica e ginecologia. 12 Nrs. 10. 80. (12.00).
Bolletino della Società Toscana di ostetrica e ginecologia Dir. Palaschi, Pinzani e Pestalozza. 12 Nrs. 3. 00 (4. 00).

БРАЧНЫЙ ВОПРОСЪ

какъ

Дѣтскій вопросъ.

А. Н. ВОЛКОВИЧЪ.

— Цѣна 30 к. —

Продается въ книж. маг. Риккера.

Съ Декабря 1908 г. выходитъ новый ежемѣсячный журналъ
ВЪСТНИКЪ.

УШНЫХЪ, ГОРЛОВЫХЪ И НООВЫХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

Подъ редакціей професс. Н. П. СИМАНОВСКАГО, Б. В. ВЕРХОВСКАГО, прив.-доц.
М. О. ЦИТОВИЧА и д-ра мед. В. И. ВОЯЧЕКА.

Подписная цѣна — 5 р. въ годъ, за-границу — 7 р.

Подписка принимается въ книжномъ магазинѣ **К. Л. Ринкера** СПб. Невскій 14.

Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова, издаваемый
Правленіемъ Общества, въ 1909 г. (XV-й годъ изданія) будетъ носить названіе.

ОБЩЕСТВЕННЫЙ ВРАЧЪ

и будетъ выходить (въ прежнемъ годовомъ объемѣ)
книжками—въ 2—3 листа каждая—два раза въ мѣсяцъ, за
исключеніемъ двухъ лѣтнихъ мѣсяцевъ—іюля и августа.

Программа «Журнала» остается прежняя, при чемъ въ отдѣлѣ
I-мъ будутъ помѣщаться: 1) *статьи, замѣтки и корреспонденціи по
всѣмъ медицинскимъ вопросамъ—научнымъ, общественно-санитарнымъ и
врачебно-бытовымъ*; 2) Хроника и рецензіи; 3) Библиографическій ли-
стокъ; 4) Письма въ редакцію. Отдѣлъ II-й будетъ заключать въ себѣ:
1) Свѣдѣнія изъ текущей жизни Пироговскаго Общества; 2) Отчеты о
дѣятельности исполнительныхъ органовъ Общества; 3) Списокъ чле-
новъ Общества и 4) Списокъ изданій, поступающихъ въ бібліотеку Об-ва.

Одна изъ книжекъ „Общественнаго Врача“—болѣе
объемистая (10—15 листовъ)—будетъ заключать въ себѣ
рядъ статей *справочнаго характера* по различнымъ вопро-
самъ общественной медицины, санитаріи и по медицин-
скому законодательству.

Подписная цѣна **семь рублей** въ годъ. Члены Общества
русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова получаютъ
«Общественный Врачъ» **бесплатно** *).

За перемѣну адреса просятъ высылать 50 коп. почтовыми марками.

Гонорарь 30 р. съ печатнаго листа. Рукописи должны быть на-
писаны четко и на одной сторонѣ листа. Авторы имѣютъ право на
25 оттисковъ, но о желаніи получить таковые должны заявить редакціи.

Объявленія принимаются по слѣдующей цѣнѣ: за 1 страницу
20 руб., за 1/2 стр. 10 руб., за 1/4 стр. 5 руб. за 1 разъ.

За объявленія о мѣстахъ врачей и медицинскаго персонала за строку
петида 40 коп. за 1 разъ.

Адресъ редакціи: Москва, Арбатъ, Денежный пер., д. № 28 (Ки-
селевой), кв. № 5. Телефонъ № 64.97.

* Членскій взносъ на 1909 г. определенъ въ **шесть рублей**. Высылать можно
по адресу Редакціи.

1909

IV годъ изданія.

Открыта подписка на 1909 г. на издающійся въ Петербургѣ
бытовой и научный ежемѣсячный журналъ

„Зубоврачебное Дѣло“

основанный А. В. Фишеромъ.

Редакторъ-издатель **О. Э. Клингелгегеръ.**

Журналъ выходитъ **ЕЖЕМѣсячными** книжками въ объемѣ до 5-ти печатныхъ листовъ каждая (12 книжекъ въ годъ).

Статьи просятъ адресовать на имя редакціи журнала, Екатерининскій каналъ, 19. (Переводы и статьи, печатавшіеся гдѣ либо раньше, не принимаются). Присланныя статьи въ случаѣ надобности подлежатъ сокращенію по усмотрѣнію редакціи.

Статьи ненапечатанныя хранятся въ редакціи въ теченіи 3 мѣс.

О всякой новой книгѣ, присланной въ редакцію, печатается по возможности отзывъ.

Подписная цѣна съ пересылкой и доставкой 4 руб. въ годъ.

Полугодовая подписка не принимается и отдѣльныя книжки не продаются.

За наложенный платежъ взимается 25 к. За перемѣну адреса 20 к.

Въ редакціи продаются оставшіеся полные экземпляры журнала за прежніе годы со значительной уступкой.

Подписка принимается: въ С.-Петербургѣ, въ редакціи журнала Екатерининскій каналъ, 19; въ Торговомъ домѣ «Денталь», Невскій, 51; и у К. Ашъ и Сынovieв, Улица Гоголя, 21; въ Москвѣ у К. Ашъ и Сынovieв, Кузнецкій пер., д. Соколь и Гео Пульсонъ, Большая Дмитровка, 28; въ Варшавѣ у Гео Пульсонъ, Згода 4 и у зубного врача М. В. Грейнецъ въ Ченстоховѣ, Петроковской губ.

Новые подписчики на «Зубоврачебное Дѣло» 1909 г., подписавшіеся до 15 Декабря 1908 г., получаютъ 4 послѣднихъ номера журнала за текущій годъ бесплатно.

Объявленія въ журналѣ помѣщаются по слѣдующей цѣнѣ:

1/1	стр.	впередѣ текста за годъ (12 разъ)	150 р.
1/1	»	послѣ » » »	120 р.
»	»	» за 1 разъ	15 р.
1/2	»	» за годъ (12 разъ)	75 р.
»	»	» за 1 разъ	8 р.
1/4	»	» за годъ (12 разъ)	45 р.
»	»	» за 1 разъ	5 р.

За объявленія по спросу и предложенію труда взимается по 1 р. за разъ

О Д Е С С А.

Продолжается подписка на 1909 г.

(XX годъ изданія)

На общедоступный медицинскій журналъ

„АКУШЕРКА“

24 №№ въ годъ въ 12 книжкахъ.

Подписная цѣна съ пересылкой на годъ 3 рубля.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ:

1) Въ редакціи журнала „Акушерка“ въ Одессѣ. 2) Во всѣхъ книжныхъ магазинахъ. 3) Во всѣхъ почтовыхъ конторахъ съ наложеннымъ платежомъ или переводомъ.

Редакторъ-Издатель *Л. М. Амброжевичъ.*

Экземпляры „Акушерки“ прежнихъ лѣтъ въ сброшюрованныхъ книгахъ продаются: 1890, 1892, 1893, 1897, 1898, 1899 гг. по 1 руб. за книгу, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907 и 1908 для подписавшихся и на 1909 г. по 2 руб. для прочихъ-же по 3 руб.

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

ИМПЕРАТОРСКАГО

Казанскаго Университета

Въ Ученыхъ Запискахъ помѣщаются:

I. Въ отдѣлѣ науки: ученныя изслѣдованія профессоровъ и преподавателей; сообщенія и наблюденія, публичныя лекціи и рѣчи; отчеты по ученымъ командировкамъ и извлеченія изъ нихъ; научныя работы студентовъ, а также рекомендованные факультетами труды постороннихъ лицъ.

II. Въ отдѣлѣ критики и библиографіи: профессорскія рецензіи на магистерскія и докторскія диссертациі, представляемыя въ Казанскій университетъ, и на студентскія работы, представляемыя на соисканіе наградъ; критическія статьи о вновь появляющихся въ Россіи и заграничѣ книгахъ и сочиненіяхъ по всемъ отраслямъ знанія, библиографическіе отзывы и замѣтки.

III. Университетская летопись: извлеченія изъ протоколовъ засѣданій Совѣта; отчеты о диспутахъ, статьи, посвященныя обзорнью коллекцій и состоянью учебно-вспомогательныхъ учрежденій при университетѣ, биографическіе очерки и некрологи профессоровъ и другихъ лицъ, стоявшихъ близко къ Казанскому университету, обзорныя преподаванія, распредѣленіе лекцій, актовый отчетъ и проч.

IV. Приложенія: университетскіе курсы профессоровъ и преподавателей; памятники историческіе и литературныя, съ научными комментаріями, и памятники, имѣющіе научное значеніе и еще не обнародованныя.

Ученныя Записки выходятъ ежемѣсячно книжками въ размѣрѣ не менѣе 13 листовъ, не считая извлеченій изъ протоколовъ и особыхъ приложеній.

Подписная цѣна въ годъ со всеми приложеніями 7 руб. Отдѣльныя книжки можно получать изъ редакціи по 1 руб. Подписка принимается въ Правленіи университета.

Редакторъ А. Пюнтковский.

„ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБОЗРѢНІЕ“

Журналъ, посвященный всемъ отраслямъ терапіи.

Подъ редакціей:

Прив. Доц. И. Ф. Сабанѣва, Д-ра мед. К. И. Пурица и Д-ра мед. А. И. Гринфельда.

Открыта подписка на 1909 годъ. — Журналъ будетъ выходить 2 раза въ мѣсяцъ.

Отвѣчая назрѣвшей потребности изданія въ Россіи журнала, специально посвященнаго вопросамъ терапіи въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова, и встрѣтивъ сочувствіе со стороны многихъ русскихъ и западно-европейскихъ врачей, пожелавшихъ помочь намъ въ нашемъ стремленіи, мы приступили къ работѣ.

Тотъ интересъ, который вызванъ уже первыми выпусками, побуждаетъ насъ къ дальнѣйшимъ усиліямъ въ этомъ направленіи.

Мы не скрываемъ отъ себя, что въ первыхъ номерахъ обнаружены нѣкоторые недочеты, но они, надѣмся, съ теченіемъ времени несомнѣнно будутъ исправлены, и мы будемъ въ состояніи представить врачамъ журналъ съ полнымъ и точнымъ отраженіемъ всего того, что будетъ создано въ терапіи.

ПРОГРАММА журнала остается та-же: журналъ будетъ посвященъ всемъ отдѣламъ фармако- и физиотерапіи. Оригинальныя статьи русскихъ и иностранныхъ авторовъ, критическіе обзоры, систематическіе рефераты, новости терапіи, корреспонденціи изъ русскихъ и западно-европейскихъ медицинскихъ обществъ и сѣздовъ, библиографія.

Подписная цѣна на «ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБОЗРѢНІЕ» съ доставкой и пересылкой: 1 годъ—3 руб., 6 мѣс.,—1 р. 50 коп., 3 мѣс.—75 коп. Цѣна отд. ном.—20 коп. Всякаго рода корреспонденцію, касающуюся редакціи, просятъ адресовать: ОДЕССА, Д-ру мед. А. И. Гринфельду, почт. ящикъ № 452. Подписка и объявленія принимаются въ конторѣ журнала: ОДЕССА, Книжный магазинъ С. В. МОЖАРОВСКАГО, Дерibasовская улица № 20. Тел. № 24/20.

Ж У Р Н А Л Ъ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

Годъ двадцать третій.

ФЕВРАЛЬ 1909 г. № 2.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ. ЛЕКЦІИ. КАЗУИСТИКА.

V.

О лѣченіи женскихъ болѣзней на Одесскихъ лиманахъ.

Проф. Вс. Ник. ОРЛОВА.

Около Одессы расположено нѣсколько лимановъ, изъ которыхъ больше всего посѣщаются больными Куяльницкій и Хаджибейскій лиманы. Куяльницкій лиманъ отстоитъ отъ города въ 8-ми верстахъ по проѣзжей дорогѣ и въ 11 верстахъ по полотну желѣзной дороги. Хаджибейскій лиманъ въ 7-ми верстахъ отъ города. Къ первому лиману проведена изъ города желѣзная дорога, ко второму идетъ паровой трамвай.

Поѣздъ на Куяльницкій лиманъ отходитъ изъ порта, почти изъ центра города; вокзалъ находится вблизи знаменитой лѣстницы Ришелье, ведущей съ Николаевского бульвара въ Гавань. Для удобства публики устроена проволочная дорога, по которой въ вагонѣ за 2 коп. можно спуститься съ бульвара внизъ къ вокзалу и за 3 коп. подняться обратно вверхъ. Благодаря этому способу передвиженія избѣгаешь утомительнаго восхожденія по длинной Ришельевской лѣстницѣ. Поѣзда отходятъ во время сезона черезъ каждые полчаса, но идутъ медленно и до лимана имѣютъ 5 остановокъ, поэтому на переѣздъ отъ города до лимана тратится почти $\frac{1}{2}$ часа времени.

Вагоны содержатся хорошо, имѣется въ составѣ поѣзда 1-й и 3-й классы, причемъ за мѣсто въ 3-емъ классѣ взимается за билетъ 10 коп., въ 1-омъ классѣ 25 коп. Два раза въ день отправляются поѣзда на лиманъ и съ главнаго вокзала — «Одесса Главная», что удобно для приѣзжихъ, которые могутъ прямо, минуя городъ, проѣхать на Куяльницкій лиманъ. Предпоследняя станція «Ку-

пальни» — въ открытомъ лиманѣ, послѣдняя станція — городское ванное заведеніе. Здѣсь сначала попадаешь въ хорошій паркъ — садъ, а затѣмъ, пройдя немного по аллеямъ парка, доходишь до самаго ваннаго зданія — до городского лечебнаго заведенія. Оно занимаетъ площадь въ 5300 кв. саж. и построено по павильонной системѣ; павильоны отстоятъ отъ берега лимана на 40 саж., между собой соединены крытыми галлереями. Въ этихъ повильонахъ помѣщаются грязевыя и рапныя ванны I-го и II-го класса.

Между павильонами устроены цвѣтники и фонтаны. Въ центрѣ зданія находится контора курорта, кабинетъ врачей, большой залъ въ два свѣта, читальня и ресторанъ, гдѣ за недорогую плату можно имѣть столъ. Кабинеты устроены по образцу заграничныхъ курортовъ, обладаютъ всѣми удобствами и отличаются чистотой. Въ концѣ каждаго ваннаго корридора имѣется ожидальня и потѣльня съ мягкими удобными диванами. Кромѣ грязевыхъ и рапныхъ ваннъ можно получать морскія и рѣчныя ванны.

Длина Куяльницкаго лимана 28 верстъ, длина Хаджибейскаго 31 верста; средняя ширина перваго до 2¹/₂ верстъ, втораго до 3-хъ верстъ. Глубина лимановъ до 2-хъ саженой. Грунтъ дна плавучъ состоитъ изъ ила, перемежающагося съ пескомъ и синей глиной. Температура воды въ лиманахъ подвержена лишь небольшимъ колебаніямъ и доходитъ въ лѣтніе мѣсяцы до 25° — 26° R. По содержанію солей Одесскіе лиманы относятся къ солянымъ разсоламъ средней крѣпости. Кромѣ главной составной части, поваренной соли я въ рапѣ Куяльницкаго лимана по проф. Вериго содержится іодъ ¹⁾).

Въ 1000 куб. с. лиманной рапы іода содержится 0,000483; брома содержится больше, въ 1000 рапы, содержащей 220 частей растворенной соляной массы, найдено 0,58 частей бромистаго магнія.

Цѣлебная грязь получается со дна лимана, представляетъ изъ себя липкую маслянистую массу чернаго цвѣта, имѣющую запахъ сѣрнистаго водорода. Вкусъ ея горько-соленый, реакція щелочная. Іода содержится въ грязи больше, чѣмъ въ рапѣ; на 1000 частей сухой грязи проф. Вериго нашель 0,0106 частей іода; кромѣ того въ грязи содержится бромъ, амміакъ и аминовыя основанія, сѣрнистый водородъ и кислоты: валеріановая, олеиновая, стеа-

¹⁾ «Одесса какъ лечебный курортъ» 1896.

риновая, пальметиновая и друг. Основу грязи составляютъ песчанья и глинистыя массы и вода съ растворенными въ ней минеральными и органическими веществами. Въ лиманной водѣ, наконецъ, находится цѣлая серія бактерій, играющихъ ту или другую роль въ раскисленіи грязи.

Грязь, подогрѣтая до требуемой т°-ры спускается въ ванну по особому рукаву съ чердака зданія, размѣшивается лопатой или весломъ; отработанная грязь спускается внизъ. Послѣ грязевой ванны больной даютъ рапную ванну и такимъ, образомъ смываютъ всю грязь. Кромѣ полныхъ грязевыхъ ваннъ можно назначать сидячія ванны, заѣмъ грязевыя припарки—лепешки.

Мои наблюденія надъ лѣченіемъ женскихъ болѣзней, главнымъ образомъ, на Куяльницкомъ произведены во время двухъ сезоновъ 1907-го и 1908-го года. Въ послѣдній сезонъ 1908-го года я принималъ въ качествѣ консультанта по женскимъ болѣзнямъ на Куяльницкомъ лиманѣ при главномъ зданіи 2 раза въ недѣлю; въ остальное время больныхъ наблюдалъ мой ассистентъ. благодаря этому я могъ ближе познакомиться съ теченіемъ болѣзненныхъ процессовъ подъ вліяніемъ того или другого способа ваннаго лѣченія.

Каждая больная, прибывшая ко мнѣ въ первый разъ, подробно осматривалась не только со стороны женскихъ половыхъ органовъ, но и со стороны другихъ органовъ, причѣмъ главное вниманіе обращалось на состояніе сердца. При послѣдующихъ посѣщеніяхъ больной не разъ повторялся этотъ осмотръ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ подъ вліяніемъ горячихъ грязевыхъ ваннъ больная, не жаловавшаяся до этого времени на сердце, начинаетъ ощущать какую-то неловкость въ области послѣдняго, иногда боль, отдающую въ лѣвую руку. При такихъ явленіяхъ, *volens-voles*, приходилось отмѣнять грязевыя ванны и ограничиваться рапными ваннами болѣе низкой т-ры и грязевыми припарками на больную область тѣла. Больныя очень хорошо относились къ подобному способу лѣченія, такъ какъ болевые припадки весьма быстро утихали, хотя были случаи, гдѣ, наоборотъ, боли дѣлались сильнѣе, и больныя отказывались отъ горячихъ припарокъ.

Прежде чѣмъ говорить о вліяніи тѣхъ или другихъ ваннъ на болѣзненный процессъ, на функцію половыхъ органовъ, на нервную систему и, вообще, на весь организмъ,

я приведу перечень тѣхъ заболѣваній, съ какими больныя поступили подѣ мое наблюдение.

Всѣхъ больныхъ, лѣчившихся на лиманахъ подѣ моимъ наблюдениемъ, было 523, большинство изъ нихъ пріѣзжихъ— 445, при чемъ наибольшее число падаетъ на Херсонскую губ., Киевскую, Подольскую, Черниговскую, Крымъ. Кавказъ, затѣмъ на центральныя губерніи и наконецъ на Московскую и Петербургскую.

Формы заболѣванія самыя разнообразныя:

Anteflexio uteri встрѣтилось	25	разъ.
Retroversio uteri.	38	»
Metritis colli et corporis uteri	45	»
Salpingoophoritis duplex	135	»
Salpingoophoritis dextra	63	»
Salpingoophoritis sinistra.	57	»
Parametritis	43	»
Hematocele retrouterinum.	2	»
Fibromyoma uteri interst. et subserosum multiplex.	28	»
Послѣоперационныя свищи передней брюшной стѣнки.	2	»

Какъ видно изъ приведеннаго перечня больныхъ, громадное большинство ихъ было съ заболѣваніями придатковъ матки, осложненными периметритическими сращениями. Многія изъ больныхъ подвергались повторному лиманному лѣченію, т. е. бывали на Лиманѣ уже и раньше.

Почти всѣ больныя получали грязевыя ванны, при чемъ назначеніе ихъ происходило такимъ образомъ: послѣ тщательнаго осмотра больной назначалось сначала нѣсколько рапныхъ ваннъ въ 28° — 29° — 30° R цѣльныхъ или имъ предшествовали иногда разводныя, затѣмъ переходили на грязевыя, повышая постепенно t° —ру съ 32° и доходя до 34° — 36° R; въ двухъ случаяхъ больныя легко переносили даже 38° R, но послѣднія ванны были поясныя.

Черезъ 4—5 грязевыхъ ваннъ назначалась рапная 30° — 31° R. Время пребыванія въ ваннѣ равнялось 15—20 минутамъ. Число ваннъ, назначаеваемыхъ больнымъ, колебалось отъ 30 до 40—50 ваннъ, причемъ большое количество падало на грязевыя ванны. По окончаніи лѣченія грязевыми ваннами, назначалось нѣсколько рапныхъ ваннъ нисходящей т-ры и цѣлый рядъ морскихъ ваннъ t° — 27° — 26° — 25° . Въ промежуткѣ между рапными и мор-

скими ваннами больная купалась нѣкоторое время въ открытомъ лиманѣ, если t° его была высока.

Тѣмъ больнымъ, которыя не переносили грязевыхъ ваннъвысокой t -ры, назначились мной, какъ я сказалъ выше, рапныя ванны и грязевыя припарки на низъ живота.

Вліяніе ваннъ, главнымъ образомъ, грязевыхъ весьма быстро сказывается на организмѣ больной и больше всего отражается на нервной системѣ. Больная жалуется на общую слабость, раздражительность, въ нѣкоторыхъ случаяхъ плохой сонъ. Въ виду этого приходилось часто прибѣгать къ противонервнымъ средствамъ, изъ которыхъ на первое мѣсто слѣдуетъ поставить бромистые препараты, иногда приходилось прибѣгать и къ *veronalu*.

При сердцебіеніи назначались сердечныя средства—*t-ra convallar. majalis, t-ra strophanti* и т. д. Въ иныхъ случаяхъ горячія ванны дѣйствовали на желудочно-кишечный каналъ, вызывая послабленія. Во время менструаціи леченіе горячими грязевыми ваннами не прерывалось, и t° 32° — 34° — 36° R не увеличивала кровеотдѣленія, а наоборотъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ отмѣчено уменьшеніе количества теряемой во время менструаціи крови. Исключеніе изъ этого составляютъ случаи фунгозныхъ эндометритовъ и фиброміомъ матки, подслизистыхъ и интерстиціальныхъ, сидящихъ въ стѣнкѣ матки, близко къ слизистой оболочкѣ ея. Въ 5-ти подобныхъ случаяхъ я наблюдалъ послѣ ряда грязевыхъ ваннъ обильныя кровотеченія, которыя до ваннъ отсутствовали, и больныя жаловались лишь на обильныя регулы. Я долженъ здѣсь оговориться, что я лично при новообразованіяхъ матки никогда не назначалъ горячихъ ваннъ, если-же и назначалъ ванны, то только индифферентныя—*t-рой* не болѣе 28° R. Ни разу я не видалъ ни въ бытность мою въ Петербургѣ, ни теперь въ Одессѣ какой-либо пользы при фиброміомахъ отъ горячихъ ваннъ въ смыслѣ уменьшенія опухоли, и мой взглядъ на эти опухоли таковъ, что ихъ слѣдуетъ удалять немедленно, какой-бы онѣ величины не были. Исключеніемъ изъ этого можетъ служить лишь возрастъ больной, близкій къ климактерическому, при отсутствіи какихъ либо симптомовъ со стороны опухоли или, если эти симптомы не рѣзко выражены.

При фунгозныхъ эндометритахъ также появляются часто кровотеченія, поэтому предварительно я совѣтую

сдѣлать выскабливаніе полости матки, а затѣмъ уже приступать къ лѣченію ваннами высокихъ температуръ.

Не всѣ заболѣванія женскаго полового аппарата одинаково реагируютъ на лѣченіе грязевыми ваннами, лучше всего поддаются эксудаты въ клѣтчаткѣ или брюшинѣ т. е. параметриты и периметриты, хуже всего стойкія заболѣванія яичниковъ и фаллопиевыхъ трубъ, и никакого результата не получается при мѣшечкатыхъ формахъ сальпингитовъ при *hydrosalpinx*'ѣ. *Pycosalpinx* я считаю противопоказаніемъ для леченія на лиманѣ, а особенно для грязевыхъ ваннъ высокихъ т-рѣ.

Въ первый моментъ при леченіи грязевыми ваннами боли въ области яичниковъ и фаллопиевыхъ трубъ усиливаются, больная приходитъ и жалуется на то, что ей послѣ ваннъ стало не лучше, а наоборотъ хуже, но спустя нѣкоторое время эти боли успокаиваются; въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ наркотическимъ средствамъ въ видѣ свѣчей съ опиумъ, съ морфіемъ, кодеиномъ и т. д.

При гнойныхъ формахъ сальпингитовъ при употребленіи горячихъ ваннъ больная начинаютъ лихорадить, если даже до того времени давно не было повышенія т-ры.

Съ повышеніемъ т-ры опухоли дѣлаются болѣзненными, напряженными и увеличиваются по своимъ размерамъ.

Негнойныя формы сальпингитовъ поддаются лѣченію ваннами. но очень медленно; скорѣе дѣло идетъ, если на ряду съ ваннымъ лѣченіемъ проводится обычное гинекологическое лѣченіе, т. е. спринцеваніе, тампонація, на ночь согрѣвающій компрессъ на животъ. Подъ вліяніемъ такого совмѣстнаго лѣченія болѣзненный процессъ идетъ быстрѣе назадъ, опухоль трубъ и яичниковъ уменьшается и всѣ явленія, главнымъ образомъ, боли стихаютъ.

При метритахъ матки также получается извѣстной степени улучшеніе, но рѣзкаго уменьшенія матки я ни разу не наблюдалъ. Подъ вліяніемъ горячихъ ваннъ больная чувствуютъ себя лучше, ощущаютъ меньше тяжести внизу живота, регулы дѣлаются не столь обильными. и здѣсь совмѣстное лѣченіе сопутствующаго эндометрита ведетъ къ лучшимъ результатамъ.

При запрокидываніи матки, осложненномъ периметритомъ, производился одновременно съ ваннами массажъ матки, редрессация ея и назначалась больной гинекологическая гимнастика.

При перигибахъ матки напередъ, при болѣзненныхъ регулахъ, зависящихъ отъ этого состоянія, горячія грязевыя ванны также приносятъ извѣстное облегченіе и не только во время лѣченія, но эффектъ его остается на извѣстное время и послѣ него.

Въ 2-хъ случаяхъ свища брюшной стѣнки послѣ операциіи весьма быстро произошло зарощеніе свища. Послѣоперационные эксудаты также быстро поддаются лѣченію грязевыми ваннами, конечно, если нѣтъ нагноенія ихъ.

Послѣ удаленія придатковъ матки при хроническомъ ихъ заболѣваніи, когда болѣзнь тянулась цѣлыми годами, все время съ болевыми ощущеніями, не рѣдко боли остаются на долгое время, и послѣ операциіи, больная, благодаря этому не довольна операцией, является къ оперировавшему ее врачу съ претензіей, что операциа не принесла никакой пользы, боли остались тѣ-же—вотъ въ такихъ случаяхъ даже при отсутствіи эксудата грязевыя горячія ванны приносятъ громадную пользу.

Въ этомъ направленіи я могу указать на два эффект-ныхъ случая.

1-ый случай, больная А. Б. 40 лѣтъ, двадцать лѣтъ страдала двухстороннимъ хроническимъ заболѣваніемъ придатковъ матки. За это время она перепробовала всевозможные способы лѣченія; нѣсколько разъ подвергалась лѣченію въ Франценсбадѣ грязевыми ваннами, но безъ особеннаго успѣха. Большую часть своей жизни она провела въ постели. Мною ей было предложена операциа, на которую она съ охотой согласилась. При операциіи удалены были придатки съ обѣихъ сторонъ, причемъ съ лѣвой стороны былъ найденъ *ruosalpinx* небольшой величины, а съ правой — гипертрофическій сальпингитъ. Все было окутано чрезвычайно плотными сросшеніями. Послѣ отдѣленія сросшеній, придатки той и другой стороны были удалены. Послѣоперационный періодъ прошелъ безъ осложнений, безъ повышенія т-ры; эксудатовъ въ области той и другой культи не найдено. Не смотря на это, больная и послѣ операциіи не переставала жаловаться на тѣ-же

самыя боли, которыя у нея были и до операциі. Назначенныя дома соленыя горячія ванны не приносили облегченія; тогда, съ наступленіемъ сезона на лиманѣ, ей были предписаны грязевыя ванны высокихъ t-ръ, отъ которыхъ больная весьма скоро почувствовала облегченіе и вотъ, уже прошло болѣе двухъ лѣтъ послѣ операциі, она чувствуетъ себя совершенно здоровой, можетъ по цѣлымъ днямъ работать, торговать, стоя въ магазинѣ.

Другой случай относится къ молодой особѣ 22-хъ лѣтъ, съ двустороннимъ сальпинго-оофоритомъ (мѣшечатая форма—*hydrosalpinx*). Жалобы больной на сильныя боли въ той и другой паховой области, при операциі найдено обоюдостороннее заболѣваніе придатковъ съ образованіемъ кистъ въ яичникахъ. Въ трубахъ *hydrosalpinx*.

Такъ какъ больная была еще очень молода, и кастрація могла нанести существенный вредъ здоровью вообще и нервной системѣ въ частности, рѣшено было удалить наиболѣе пострадавшую сторону, другую-же сторону оставить, проколовши полости съ прозрачнымъ слизистымъ содержимымъ. Такъ и было сдѣлано при операциі. Больная такъ же, какъ и въ первомъ случаѣ, долго жаловалась на боли съ правой стороны и съ лѣвой стороны, пока не взяла курсъ грязевыхъ и рапныхъ ваннъ; послѣ нихъ боли прошли. При гинекологическомъ изслѣдованіи экссудатъ найденъ лишь около оставленной фаллопиевой трубы и яичника.

Въ случаѣ *haematocoele retrouterinum*, излившаяся кровь въ заднее Дугласово пространство и превратившаяся въ плотную опухоль послѣ 15 грязевыхъ ваннъ t—ры 36—38°R. и 10 рапныхъ 30—32° R. почти совсѣмъ исчезла.

На основаніи всего сказаннаго, можно сдѣлать слѣдующее заключеніе: показаніемъ для лѣченія грязевыми и рапными ваннами служатъ, главнымъ образомъ, выпоты въ брюшинѣ или клѣтчаткѣ около матки, на какой бы почвѣ они не произошли; затѣмъ хроническія формы сальпинго-оофоритовъ, метриты и послѣоперационныя фистулы брюшной стѣнки; при неправильныхъ положеніяхъ матки лѣченіе идетъ успѣшно лишь при одновременномъ исправленіи неправильнаго положенія матки. Противопоказаніемъ ванному лѣченію служатъ новообразованія матки и яичниковъ, гнойныя воспаленія клѣтчатки около матки, а также фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ. Нечего говорить,

что туберкулезъ половыхъ органовъ служитъ весьма строгимъ противопоказаніемъ для лѣченія горячими грязевыми ваннами. Въ этомъ направленіи я могу привести очень печальный случай. Больная 25 лѣтъ была прислана въ Одессу на лиманъ для лѣченія грязевыми ваннами съ диагнозомъ *Salpingo-oophoritis duplex*. Я видѣлъ больную уже послѣ лѣченія, и она имѣла очень плохой видъ. По ея рассказамъ, она чувствуетъ себя хуже чѣмъ то было до лѣченія, появилось лихорадочное состояніе, причеиъ 1^о доходить по вечерамъ до высокихъ цифръ, знобы и поты. Объективно при изслѣдованіи я нашелъ опухоли по бокамъ матки довольно чувствительныя. На ряду съ этимъ кашель съ мокротой, изслѣдованіе которой обнаружало въ ней присутствіе коховскихъ бациллъ. Такіе случаи безусловно не подлежатъ лѣченію на лиманѣ и попадаютъ туда по ошибкѣ. Предписывая больной лиманъ, грязевыя или рапныя ванны, нельзя ограничиваться лишь одними ваннами, нѣтъ, на ряду съ этимъ лѣченіемъ должны проводиться различныя гинекологическіе способы лѣченія. Я уже выше указалъ на то, какъ успѣшно идетъ обратно болѣзненный процессъ при совмѣстномъ лѣченіи. Только что прошедшій сезонъ 1908 г. удалось мнѣ провести лѣченіе такимъ образомъ и результатами его я остался доволенъ. Хаджибейскій лиманъ обставленъ въ лѣчебномъ отношеніи нѣсколько хуже, чѣмъ Куяльницкій и самый лиманъ слабѣе послѣдняго. Городское ванное заведеніе на Хаджибейскомъ лиманѣ не отличается такой обстановкой, какъ на Куяльницкомъ; кромѣ городского ваннаго зданія существуютъ также частныя грязелечебницы, какъ на примѣръ, грязелечебница д-ра Сахарова, которая расположена очень живописно надъ лиманомъ въ глубокой его части.

Что хорошо на Хаджибейскомъ лиманѣ—это старинный густой паркъ съ громадными деревьями. Въ этомъ паркѣ находятся городскія дачи, которыя отдаются за недорогую плату. Кругомъ лимана по холмамъ, такъ же какъ и на Куяльницкомъ лиманѣ, расположено много частныхъ дачъ, пансіоновъ и лечебницъ. Съ городомъ лиманъ соединенъ паровымъ трамваемъ; ѣзды до лимана отъ города $\frac{1}{2}$ часа.

Сезонъ лѣченія, какъ на томъ, такъ и на другомъ, оффициально, съ 15-го мая по 15 сентября; на самомъ же дѣлѣ, больныя съѣзжаютъ къ 15-му іюня и разъѣзжаются

къ 15 августа. По своимъ природнымъ богатствамъ какъ тотъ, такъ и другой лиманъ не уступаютъ подобнымъ заграничнымъ курортамъ, но еще они бѣдны благоустройствомъ, нѣтъ хорошихъ отелей, гдѣ бы человѣкъ со средствами могъ найти себѣ всѣ удобства, какими онъ избалованъ въ западной Европѣ. Въ настоящее время городское самоуправленіе стремится къ улучшенію лимановъ и, нужно надѣяться, что въ недалекомъ будущемъ все меньше и меньше народа будетъ ѣздить за границу.

При устройствѣ хорошихъ отелей и лечебницъ можно было-бы лѣченіе грязевыми и рапными ваннами производить круглый годъ.

VI.

Разрывъ лоннаго соединенія во время родовъ.

Л. А. КРИВСКАГО.

(Докладъ, читанный въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Об-ва въ СПБ. 20-го ноября 1908 г.).

Поврежденіе тазового кольца представляется значительно рѣдкимъ явленіемъ, встрѣчающимся, по Braun-Fernwald'у ¹⁾ не чаще 1 на 10,000 родовъ, по другимъ же авторамъ еще рѣже. Такъ по Kayser'у ²⁾ на 94,000 родовъ въ Вѣнскихъ клиникахъ Schauta и Chrobak было всего 3 случая разрыва лоннаго сочлененія, а на 42,040 родовъ въ Charité ни одного.

Число описанныхъ случаевъ не велико—124 по Winckel'ю (1907 г.) или 130 слишкомъ по Kayser'у (1903). Случаи до 1898 г. собраны въ диссертациі Paul Rudaux «De la rupture de la symphyse pubienne au cours de l'accouchement» (Paris, 1898), гдѣ приведено 98 случаевъ, съ подраздѣленіемъ ихъ на произвольные (27) и травматическіе (71).

Большинство авторовъ, описывающихъ свои случаи и занимавшихся статистикой разрыва лоннаго соединенія, отмѣчаютъ, что, несомнѣнно, число случаевъ разрыва лоннаго соединенія гораздо больше принятаго, что многіе случаи или не описываются или же просматриваются, особенно въ легкихъ степеняхъ діастаза.

²⁾ Beitrag zur Frage der Symphysenruptur. Arch. f. Gynäck Bd. LXX. 1903.

¹⁾ Цит. по Winckel's Handbuch d. Geburtshülfe Bd. III. Th. III. p. S. 459. 1907.

Въ качествѣ причинъ, вызывающихъ расхожденіе лоннаго соединенія, мы находимъ хроническое воспаленіе суставовъ, травму во время беременности или при предыдущихъ родахъ, хроническій ревматизмъ, остеомаляцію, рахитъ, caries, слабость связокъ (по Kayser'y), узкій тазъ, неправильное вставленіе головки, большую величину ребенка вмѣстѣ съ неправильностью вставленія и т. д.

Mayer ³⁾ дѣлитъ причины, вызывающія разрывъ лоннаго соединенія, на:

- 1) предшествовавшія родамъ
- и 2) проявившіяся лишь во время родовъ.

Первыя въ свою очередь дѣлятся на:

А) Независящія отъ родового процесса.

1) съ первичнымъ предрасположеніемъ или приобретеннымъ въ ранній періодъ жизни.

а) infantilismus, hypoplasia связочнаго аппарата.

в) узкій тазъ (форма и степень суженія): общесъуженный, кифотическій, воронкообразный.

2) вслѣдствіе болѣе поздно наступившихъ заболѣваній: остеомаляціи, новообразованій, острыхъ и хроническихъ воспаленій.

В) Зависящія отъ родового процесса.

1) процессы разрошенія въ суставахъ послѣ тяжелыхъ родовъ.

2) расслабленіе суставовъ благодаря беременности.

Причины, проявившіяся во время родовъ:

1) всевозможные виды несоотвѣтствія между родовымъ каналомъ и плодомъ, помимо наличности узкаго таза.

2) примѣняемая для преодоленія этихъ препятствій сила, большая или въ неправильномъ направленіи примѣняемая.

3) влияние мышечныхъ сокращеній на тазъ.

Почти всѣ авторы дѣлятъ разрывы лоннаго соединенія на двѣ большія группы: травматическихъ и произвольныхъ, причѣмъ большая часть случаевъ приходится на первую группу (70% слиш-комъ по Rudaux), съ другой стороны, въ нѣкоторыхъ случаяхъ предполагаемая причина, или насиліе было такъ ничтожно, какъ напр., прохожденіе послѣда, хотя бы и обызвестленнаго, что нельзя не допустить, что травма была лишь поводомъ, а перво-причина лежала глубже, въ предшествовавшихъ анатомическихъ измѣненіяхъ. Это соображеніе заставляетъ нѣкоторыхъ совершенно отвергать вышеупомянутое раздѣленіе разрывовъ лоннаго соединенія на произвольные и травматическіе. Къ такимъ авто-

³⁾ Beitr. z. Geb. u. Gynaek Hegar's. Bd. XI. 1907.

рамъ относится профессоръ Н. Н. Фен оменовъ ⁴⁾, нашедшій особыя анатомическія измѣненія въ хрящѣ. Взглядъ этотъ поддерживался впоследствии Dührssen'омъ и Моог'омъ ⁵⁾. Затѣмъ нѣкоторые (напр. Mayer I. c.) выражаются на этотъ счетъ въ такой формѣ, что никогда нельзя доказать, что разрывъ произошелъ по винѣ оперировавшаго.

Это, конечно, надо понимать такъ, что нельзя поручиться, что разрывъ лоннаго соединенія могъ бы произойти и въ томъ случаѣ, если бы даже никакого вмѣшательства не было, послѣднее же лишь увеличиваетъ шансы на поврежденіе.

Авторы, описывавшіе случаи произвольнаго расхожденія лоннаго соединенія во время родовъ, напр., Kreyberg ⁶⁾ подчеркиваютъ, что всегда при тяжелыхъ родахъ нужно думать о возможности подобнаго осложненія.

Съ другой стороны, намъ кажется нельзя обойти молчаніемъ и такой точки зрѣнія, которая придаетъ большое значеніе оперативному вмѣшательству, характеру операціи, инструменту и т. д., и въ этомъ отношеніи мы позволили себѣ привести выводы Rudaux, который ставилъ первымъ своимъ выводомъ, что случаи разрыва лоннаго соединенія во время родовъ стали гораздо рѣже съ тѣхъ поръ, какъ начали примѣнять шипцы съ осевыми тракціями (хотя, скажемъ мы, конечно, это не исключаетъ возможности подобнаго случая и при послѣднихъ, напр., случай Chavanne ⁷⁾, гдѣ разрывъ лоннаго соединенія получился при шипцахъ Tarnier). „Предсказаніе при разрывѣ лоннаго соединенія“, говоритъ далѣ Rudaux, „стало лучше съ введеніемъ антисептики. За исключеніемъ ничтожнаго числа неизбѣжныхъ случаевъ, обязанныхъ патологическимъ явленіямъ въ лонномъ суставѣ, разрывъ лоннаго соединенія долженъ совершенно исчезнуть, если мы перестанемъ накладывать шипцы во входѣ въ тазъ, такъ какъ намъ приходится въ такихъ случаяхъ продѣлать самимъ то, что производится природой, но зато цѣной большихъ поврежденій. Единственнымъ предохранительнымъ средствомъ противъ разрыва лоннаго соединенія нужно признать для многихъ случаевъ симфизеотомию“.

Это было написано 10 лѣтъ тому назадъ. Выступившая и пріобрѣтшая большое распространеніе за послѣдніе годы гебостеотомія, конечно, можетъ лишь подтвердить выводы Rudaux, ограничивъ примѣненіе такъ называемыхъ „высокихъ шипцовъ“.

⁴⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gynaek. Bd. VII 1882 S. 254 и диссерт. 1880.

⁵⁾ Цит. по Mayer'у (I. c.).

⁶⁾ Centr. f. Gynaek. 1904 S. 789.

⁷⁾ Centr. f. Gynaek. 1896. 1055.

Распространеніе только что упомянутой операциі имѣть и другое значеніе въ разбираемомъ вопросѣ: за послѣдніе годы накопилось и продолжаетъ накапливаться много данныхъ для сужденія о томъ, какъ происходитъ заживленіе костной раны послѣ гебостеотоміи, какъ лечить послѣ нея, какъ проходятъ роды послѣ бывшей операциі. Всѣ упомянутые вопросы дали новое освѣщеніе и вопроса о разрывѣ лоннаго соединенія; они даютъ человѣку, знакомому съ уходомъ за подобными больными, больше спокойствія при этой несчастливой случайности, но и въ то же время налагаютъ и больше отвѣтственности на оператора за исходъ, если онъ, получилъ отъ самой природы позднее указаніе, какъ надо было поступить, сразу примѣнивъ пубіотомію вмѣсто рискованныхъ „высокихъ щипцовъ“.

Вопросъ о гебостеотоміи вызвалъ въ то же время обновленіе вопроса о растяжимости тазовыхъ соединеній во время беременности. Къ этому старому вопросу также прибавилось нѣсколько работъ и изслѣдованій. По прежнему много дебатовъ вызываетъ и вопросъ, поражается ли исключительно одно соединеніе или же, кромѣ лоннаго, еще и одно изъ крестцово-подвздошныхъ.

Особенно подробно разработаны эти вопросы у Engström'a⁸⁾, затѣмъ у Mayer'a и Kayser'a⁹⁾.

Послѣдній опровергаетъ теорію Ahlfeld'a о происхожденіи разрывовъ отъ давленія щипцовъ на тазъ снизу вверхъ и придаетъ большое значеніе связкамъ, которыя крѣпче самого сустава. Далѣе, при расхожденіи лоннаго соединенія болѣе чѣмъ на 2½ сантим., нужно допустить полный разрывъ связочнаго аппарата тазового кольца и въ такомъ случаѣ необходимо сшивать костные концы и связки, не полагаясь на одну гипсовую повязку. Особенно важно это при поврежденіи мягкихъ частей. Послѣднее предложеніе не является новостью, (между прочимъ Dührssen также пропагандировалъ его), наоборотъ, скорѣе можно считать болѣе изолированнымъ предложеніе Kayser'a, особенно при настоящемъ распространеніи гебостеотоміи, дающей прекрасное заживленіе при съемной полотняной повязкѣ.

Вопросъ о томъ, поражается ли при разрывѣ лоннаго соединенія обязательно и одно изъ крестцово-подвздошныхъ или возможно поврежденіе только одного соединенія, разрѣшается авторами различно, начиная съ Ahlfeld'a, который не допускаетъ изолированного поврежденія одного только соединенія и утвер-

⁸⁾ Mittheillungen aus der Gynaek. Klinik in Helsingfors Bd. VI. S. 239.

⁹⁾ Arch. f. Gynaekol. Bd. LXX. 1903.

ждаетъ, что обязательно принимаютъ участіе два изъ трехъ соединеній газоваго кольца. Впрочемъ, за послѣднее время и Ahlfeld измѣнилъ категоричность этого заявленія въ сторону того, что это происходитъ лишь при извѣстной степени расхожденія.

По послѣднимъ наблюденіямъ Mayer (l. c.) не согласенъ съ Braun Fernwald'омъ и Becker'омъ¹⁰⁾ въ томъ, что только нарушение цѣлости двухъ суставовъ вызываетъ нѣкоторые характерные симптомы, столь типичные для разрыва лоннаго соединенія, а именно: извѣстное положеніе нижнихъ конечностей съ выворачиваніемъ бедеръ кнаружи (Auswärtsrotation der Schenkel), невозможность активныхъ движеній, наступленіе болей при пассивныхъ движеніяхъ. По Mayer'у, эти симптомы бывали и при завѣдомомъ пораженіи лишь одного соединенія, (что провѣрено рентгеновскими снимками). Но съ другой стороны, Mayer не согласенъ и съ мнѣніемъ, что всегда поражается два соединенія (по Ahlfeld'у) и въ этомъ онъ ссылается на Braun'a, Kayser'a и Zweifel'я. Несомнѣнно существуютъ и изолированные разрывы лоннаго соединенія безъ участія крестцово - подвздошнаго соединенія (Mayer).

Для насъ представляетъ большой интересъ, насколько прочнымъ является срощеніе послѣ бывшаго разрыва лоннаго соединенія, представляется ли опасности приновыхъ родахъ. Многие авторы, по Mayer'у, производили въ подобныхъ случаяхъ преждевременные роды (Zweifel, Bäcker, Marschner), но Mayer самъ думаетъ, что, разъ хольба возстановилась совершенно, то можно безъ боязни ждть срочныхъ родовъ и, смотря по обстоятельствамъ, кончать ихъ искусственнымъ расширеніемъ таза или же перфорацией, прерывая беременность лишь при неполномъ возстановленіи ходьбы, слѣдовательно при неполномъ срощеніи.

Наблюденія надъ леченіемъ послѣ пубіотоміи, операциі болѣе частой въ настоящее время, чѣмъ симфизеотомія, не такъ доказательны для сравненія съ тѣмъ, что происходитъ послѣ бывшаго разрыва лоннаго соединенія, но и послѣ симфизеотоміи Ibl'ю (цитирую по Mayer'у) удалось изъ 84 случаевъ въ 50 процѣнтъ послѣдующіе произвольные роды.

Перейду къ моему случаю:

Елена П., 33 лѣтъ, эстонка, уроженка Лифляндской губ. занимается домашнимъ хозяйствомъ, (мужъ служитъ въ винномъ складѣ), беременна 7-й разъ, изъ которыхъ одна беременность окончилась выкидышемъ, въ остальныхъ случаяхъ рожала всегда сама, быстро (часа 3), причемъ дѣти всѣ были очень крупныя, по 12—14 фунтовъ. Годъ тому назадъ перенесла брюшной тифъ, послѣднюю беременность ходила тяжело,

¹⁰⁾ Centr. f. Gynaek. 1904. S. 205.

болѣли ноги. Боли начались 22 августа 1908 года въ 10 ч. вечера, въ 3 ч. ночи на 23/VIII былъ, по словамъ мужа, припадокъ съ судорогами, въ 4 ч.—второй; что съ ней было, роженица не помнитъ, но послѣ нихъ она скоро пришла въ себя. Мужъ, испугавшись, припадокъ, привезъ ее въ находившійся въ то время въ моемъ завѣдываніи XIII городской родильный пріютъ (№ 1227—139 за 1908 г.). При моемъ посѣщеніи роженица была въ полномъ сознаниі, пульсъ частый, очень напряженный, какъ бываетъ при eclampsia до или послѣ припадокъ.

Назначенъ морфій (9 ч.) и хлораль гидратъ (10 ч. 30 м. утра) и рѣшено выжидать, такъ какъ головка была подвижна надъ входомъ въ тазъ, и послѣдній былъ правильный: D. troch. 30, D. cr. 29 D. sp. 26, Conj. ext. 19, хотя онъ носитъ характеръ рихитической. 23 VIII въ 11 ч. 15' дня при полномъ зѣвѣ отошли воды. Къ 3-мъ часамъ дня при сильныхъ боляхъ, головка, бывшая все время подвижной, стала устанавливаться, при чемъ опредѣлено 1-ое лобное положеніе: справа прощупывается переносье, глазницы, слѣва—большой родничекъ, лобный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ таза; небольшая головчатая опухоль, но все же головка отодвигается. Новыхъ припадокъ не было. Въ виду бывшихъ припадокъ, долгой продолжительности родовъ и неправильнаго вставленія головки роженица захлороформирована, чему между прочимъ она плохо поддавалась, долго не засыпая и сильно размахивая ногами. Введенной правой рукой головка легко отодвинута, рука заведена за затылокъ и сдѣлано превращеніе лобнаго положенія въ затылочное, что впрочемъ, достигнуто не вполне: затылокъ не устанавливался по оси и отклонялся влѣво кверху, но лобикъ ушелъ кверху и хотя не получилось затылочнаго положенія, лобное перешло въ такъ называемое, передне-головное, — среднюю степень разгибания головки. Удерживая рукою головку въ этомъ положеніи, мы ввели ложки щипцовъ Simpson'a, которыя легли въ лѣвомъ косомъ, близко къ прямому размѣру таза. Рукоятки щипцовъ не сходились, хотя ложки захватили головку въ поперечномъ ея размѣрѣ и не соскальзывали. Сдѣлано нѣсколько тракцій книзу, но онѣ только немного установили головку во входѣ въ тазъ. Щипцы переложены нѣсколько болѣе къ косому (лѣвому) размѣру, подальше отъ прямого размѣра, и снова сдѣлано нѣсколько сильныхъ тракцій.

Роженица все время размахивала ногами, еле удерживаемая сидѣлками. Во время одной изъ тракцій послышался особенный хрустъ, услышанный присутствовавшими и принятый за шелканіе, исходящее изъ тазобедреннаго сустава; спустя нѣсколько тракцій послѣ этого головка стала опускаться, но не сразу и все таки съ большимъ трудомъ вошла въ полость таза. Благодаря большимъ размѣрамъ головки она и дальше проходила съ большимъ трудомъ. Щипцы еще разъ переложены, еще ближе къ поперечному размѣру таза. Ребенокъ извлеченъ, и сразу, еще въ частяхъ, сталъ дышать. Вѣсъ его 5800,0, длина 56 сант. размѣры головки: окружность 39, прямой 13, большой косою 12, большой поперечный 9. Плечики 14, ягодицы 10, окружность груди 42.

Появившесся изъ мочеиспускательнаго канала кровотеченіе навело насъ на мысль о происшедшемъ разрывѣ лоннаго соединенія, что было подтверждено и при изслѣдованіи черезъ рукавъ: два пальца, введенныхъ въ рукавъ, свободно помѣщались между разошедшимися краями

лонныхъ костей. Кровотеченіе изъ уретры, хотя и было значительнымъ, но все же остановилось само, одновременно съ этимъ при растираніи матки и косвенномъ надавливаніи на мочевой пузырь, изъ него произвольно вытекала совершенно прозрачная моча. Сейчасъ же ноги сдвинуты и связаны въ колѣняхъ, но подняты, будучи согнуты въ тазобедренномъ сочлененіи, для наблюденія за кровотеченіемъ. Такъ какъ изъ рукава вытекло не мало крови, послѣдъ выжать по Креде, послѣ чего кровотеченіе стало сильнѣе и обнаруженъ разрывъ шейки слѣва. Положенъ въ рукавъ временный тампонъ, затѣмъ шейка защита слѣва тремя швами, вложенъ новый тампонъ, выпущена моча, сильно разбавленная кровью; катетръ уходитъ вправо и книзу, куда повидимому смѣшенъ мочевой пузырь. Изъ уретры самостоятельнаго кровотечения и ясной гематомы въ области лоннаго соединенія и выше его не замѣчено. Родильницѣ вспрыснуть ergotinъ подъ кожу, она осторожно переложена на кровать, тазъ крѣпко стянуть полотенцами, зашпиленными американскими булавками. Родильница жалуется на боли, но не локализируетъ ихъ; давленіе на лонное соединеніе чувствительно, но болѣе всего не даетъ дотрагиваться до дна матки. Жалобъ на боли въ бедрахъ также нѣтъ.

24/VIII 9 утра. Смѣна повязки, выпущена моча съ большой примѣсью крови, главнымъ образомъ, при началѣ катетеризаціи; катетеръ не такъ отклоняется вправо и погружается меньше, пузырь сталъ какъ будто на свое мѣсто. При осторожномъ ощупываніи лоннаго соединенія расхожденіе не было замѣтно сразу, какъ только роженица уложена въ постель. Ночь проведена безпокойно, родильница жалуется на разбитость и чувствительность въ области матки.

24/VIII, въ 8 часовъ вечера, жалуется на боли внизу живота; вынуть тампонъ изъ рукава, выпущена моча совсѣмъ безъ крови съ небольшимъ осадкомъ подъ конецъ.

25/VIII Стала мочиться сама, матка менѣе чувствительна, боли нѣсколько меньше, спала послѣ вспрыскиванія морфія. Кормить ребенка.

26/VIII Матка не болѣзненна; мочится родильница сама, на боли не жалуется, говорить, что надоѣло лежать. Кромѣ стягивающей повязки по бокамъ родильницы положены мѣшки съ пескомъ. Пульсъ 86, полный.

27/VIII—5-я сутки. Больная чувствуетъ потребность въ дефекаціи, положена на лѣвый бокъ и ей поставлена клизма, хорошо подѣйствовавшая. Въ теченіе дня нѣсколько разъ мѣняли положеніе родильницы изъ спинного въ боковое.

28/VIII. Родильница хорошо себя чувствуетъ. Матка сокращена хорошо, безболѣзненна, на 3 пальца ниже пупка.

29—30/VIII безъ перемѣнъ.

1-IX. Самочувствіе прекрасное, родильница сама понемногу начинаетъ двигать ногами и передвигать тазъ. На боли не жалуется, ни чувствительности, ни особой припухлости въ области лоннаго соединенія нѣтъ; матка хорошо сокращена, выдѣленія серозныя, безъ запаха.

4-IX. Родильница чувствуетъ себя хорошо; ребенокъ безпокоится.

5-IX. У ребенка въ областяхъ обѣихъ плечевыхъ костей краснота, припухлость и нѣсколько чирьевъ, температура повышена до 38,4.

6-IX. У ребенка ясное рожистое воспаление кожи, и кромѣ того на туловищѣ и на головкѣ — чирьи. У матери все обстоитъ благополучно, область лоннаго соединенія совершенно безболѣзненна и гладка, матка за лоннымъ соединеніемъ. На предложеніе отправить ребенка въ дѣтскую больницу родильница отвѣтила отказомъ и просится домой. Выписана.

10/IX. При посѣщеніи больной на дому, больная ни на что не жалуется, чувствуетъ себя хорошо, у ребенка флегмона не увеличивается, получилось произвольное вскрытіе абсцессовъ.

17 IX. Больная жалуется на боли при сидѣніи въ области промежности и на большія выдѣленія, носящія гноевидный характеръ; шейка при внутреннемъ изслѣдованіи мало подвижна, швы на ней держатся; на задней поверхности лоннаго соединенія прощупывается нѣсколько чувствительная припухлость, при движеніи ногъ обнаруживается подвижность въ лонномъ соединеніи, не дающая болевыхъ ощущеній, жалобъ на крестцово-подвздошныя соединенія нѣтъ. Ребенокъ совершенно здоровъ.

23 IX. Больная сама стала ходить, производя движенія по всей комнатѣ, жалуясь лишь на небольшія боли въ поясницѣ; выдѣлений меньше, изрѣдка бываетъ недержание мочи, но только не всегда; въ нижней части рукава небольшая припухлость, съ орѣхъ величиной, чувствительная; при сильномъ нажатіи на лонное соединеніе снизу — ощущается болѣзненность; припухлость этой области не меньше; подвижность по прежнему; тазъ—его гребешки и ости очень рѣзко выражены, — нѣсколько рахитической.

6/X. Ходить совершенно свободно, даже можетъ поднимать тяжелыя вещи; болей въ тазу нѣтъ; единственная жалоба на недержание мочи, появляющееся при сидѣніи и ходьбѣ, при лежаніи же она удерживается; моча вытекаетъ изъ уретры; подвижность по прежнему, припухлость въ области лона почти исчезла, небольшое припуханіе по ходу мочеиспускательнаго канала.

22-X. Больная ѣздила въ баню, гдѣ почувствовала небольшую боль въ крестцово-подвздошномъ соединеніи; здѣсь и замѣтна чувствительность, особенно изнутри, задняя поверхность лоннаго соединенія стала какъ будто нѣсколько рѣзче выдаваться, но болѣзненности нѣтъ никакой; подвижность по прежнему; моча держится лучше, появляется лишь при усиленной ходьбѣ.

7/XI Больная показана профессору Н. Н. Феноменову; въ области лона слѣва небольшой выступъ, чувствительности никакой, снаружи не замѣтно никакихъ измѣненій; подвижность въ соединеніи еще есть; чувствительность и припухлость въ области праваго крестцово-подвздошнаго соединенія; недержание мочи по прежнему.

17/IX При изслѣдованіи *per vaginam* выступъ съ внутренней стороны лоннаго соединенія какъ будто болѣе рѣзко выраженъ; болѣзненность въ соединеніи замѣтна въ этомъ же мѣстѣ при нажатіи во время активныхъ движеній нижними конечностями. Припухлость и чувствительность при давленіи въ области праваго крестцово-подвздошнаго соединенія меньше. Рѣже и менѣе рѣзко недержание мочи, иногда не бывающее по цѣлымъ днямъ.

Съ больной снята рентгенограмма д-ромъ М. Я. Преображенскимъ въ рентгеновскомъ кабинетѣ Клиническаго Военнаго Госпи-

таля. На снимкѣ ясно видно расхождение лонныхъ костей до $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{3}{4}$ сант.; въ области праваго крестцово-подвздошнаго соединенія небольшое помутнѣніе, очень не рѣзкое.

18-XI. У больной произведено цистоскопированіе д-ромъ Н. И. Кочетовымъ, ординаторомъ клиники профессора Федорова и найдено: блѣдная окраска сфинктера и значительный буллезный отекъ его, главнымъ образомъ, въ задней половинѣ съ переходомъ на trig. Lieutaudii: измѣненія эти къ правой сторонѣ болѣе рѣзки, чѣмъ съ лѣвой; явленія эти довольно характерны для случаевъ, гдѣ нарушено кровообращеніе въ области сфинктера. Слизистая пузыря и отверстія мочеотчиковъ измѣненій не представляютъ. Эти измѣненія могутъ бытъ приписаны, согласно моему предположенію, бывшему подслизистому надрыву сфинктера, явленію сейчасъ уже уменьшающемуся.

Обращаясь къ моему случаю, долженъ признать, что разрывъ лоннаго соединенія былъ полный, такъ какъ между разошедшимися концами лонныхъ костей можно было свободно провести 2 пальца. Ясно былъ слышенъ трескъ, оцѣненный впрочемъ лишь впоследствии, когда явились и другіе признаки разрыва. Лучше всего сосредоточило на себѣ вниманіе появившееся кровотеченіе изъ уретры, которая по всей вѣроятности была поранена, но наше опасеніе на счетъ гематомы не подтвердилось и прощупать такую въ области, прилегавшей къ лонному соединенію, не удалось; дальнѣйшее теченіе исключило возможность ея.

Кромѣ треска, кровотеченія изъ уретры и прощупываемаго расхождения лонныхъ костей, другіе признаки разрыва, — боли и болѣзненность въ области лоннаго соединенія, разведеніе нижнихъ конечностей съ выворачиваніемъ ихъ кнаружи были выражены нерѣзко.

Почти несомнѣнно, что кромѣ лоннаго соединенія у насъ было поврежденіе и одного изъ крестцово-подвздошныхъ соединеній, а именно, праваго, гдѣ въ настоящее время, при внутреннемъ изслѣдованіи, можно найти припухлость и значительную чувствительность. Въ первое время послѣ родовъ у родильницы были очень неопредѣленные жалобы на боли въ крестцѣ, но безъ точной локализациі; не было, какъ нѣтъ и теперь, чувствительности къ давленію снаружи въ области пострадавшаго праваго крестцово-подвздошнаго соединенія; паралельно съ этимъ родильница не жаловалась ни разу на боли въ лонномъ соединеніи, даже при давленіи на него. Отсутствіе болѣзненности отмѣчено и въ случаяхъ Холмогорова ²⁾ и Феноменова.

Вопросъ, почему изъ двухъ крестцово-подвздошныхъ соединеній пострадало правое, можетъ до извѣстной степени находить объясненіе не столько въ положеніи ребенка, (первое, сначала лобное, затѣмъ разогнутое, передне-головное положеніе), сколько въ положеніи щипцовъ, наложенныхъ въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ, близко къ прямому размѣру, въ силу чего нужно предположить, что большой напоръ головки обрушился при тракціяхъ щипцами на правую половину таза, наибольшіе пострадавшую, хотя въ точности вопросъ этомъ разрѣшенъ быть не можетъ.

2) «Врачъ» 1897 г., стр. 345, № 12.

Въ настоящее время, т. е. черезъ 3 мѣсяца послѣ родовъ еще есть недержание мочи, появившееся не сразу и сказавшееся у больной къ тому времени, когда она уже стала ходить. Моча выходитъ изъ уретры лишь при напряженіи больной. Принимая все это въ соображеніе, надо допустить, что было частичное поврежденіе (надрывъ) мочеиспускательнаго канала въ области сфинктера, которое сказалось послѣ того, какъ бывшая воспалительная инфильтрація прошла или уменьшилась и образовала дефектъ или въ жомѣ пузыря или на протяженіи мочеиспускательнаго канала. Послѣдовавшее за тѣмъ улучшеніе недержание мочи можетъ быть отнесено на счетъ уменьшенія дефекта, выразившагося, быть можетъ, за счетъ образования рубца.

За послѣдній мѣсяць наступило значительное улучшеніе недержанія мочи и есть еще надежда, что оно пройдетъ произвольно; если же этого не случится, то можно будетъ приступить къ операциіи Gergsony, какъ это посовѣтовалъ для будущаго Н. Н. Феноменовъ, видѣвшій больную.

VII.

Изъ Екатеринодарской Войсковой больницы.

Къ вопросу о патологiи и терапiи разрывовъ матки.

В. И. ЛЕДОМСКАГО.

(Окончаніе.)

Обращаемся къ казуистикѣ.

Въ сл. Cristea unu (1) разрывъ произошелъ «sans le moindre cortège symptomatique», при лапаротоміи—разрывъ лѣвой art. uterinae, разрывъ круглой связки разрывъ и отслоеніе брюшины въ обѣихъ fossa iliaca, причемъ на правой сторонѣ до почки.

Въ сл. Каманна (1-й) разрывъ произошелъ безъ предшествовавшихъ схватокъ, при вставаніи утромъ для мочеиспусканія, и признакомъ его было лишь обильное кровотеченіе изъ влагалища безъ болей, безъ обморока;—при лапаротоміи, кромѣ большого разрыва съ разможженными краями, найдено отслоеніе пузыря отъ cervicis, субсерозная гематома въ лѣв. широкой связкѣ и до 1½ литра кровянисто-мутной жидкости въ полости живота.

Въ сл. Seitz'a пациентка черезъ 6½ часа послѣ разрыва пузыря во время сильной схватки почувствовала *легкую колющую боль въ животѣ* безъ точной локализациі, пульсъ поднялся до 120 въ 1', *однако былъ сильнымъ*, per vaginam не было совершенно выдѣленія крови; при лапаротоміи въ брюшной полости до ½ литра свернувшейся и жидкой крови, разрывъ обоихъ параметрій.

Въ сл. Никонова при поступленіи черезъ 1½ ч. послѣ начала родовъ: 2-е черепное положеніе, живой плодъ, зѣвъ 4 пальца, отсутствіе кровотеченія (кровотеченіе было дома); слабыя схватки, черезъ два часа по поступленіи прекратившіяся совѣмъ. *Роженица спокойно проспала всю ночь*. При осмотрѣ утромъ на другой день опредѣленъ

разрывъ матки съ выходениемъ плода въ брюшную полость, сердцебиеніе его не выслушивается. «Пульсъ отличнаго наполненія 80 въ 1' t^o 36. 8^o; болей, можно сказать, никакихъ не было, лишь при ощупываніи была легкая болѣзненность»;—при лапаротоміи продольный боковой разрывъ отъ наружнаго зѣва до 1/2 высоты матки. Правая широкая связка разорвана и, разможжена. Разрывъ art. uterinae. Разрывъ брюшины шелъ кверху, кзади и вправо выше безымянной линіи.

Въ сл. Томсона и Зиле при слабыхъ боляхъ черезъ 1 1/4 ч. послѣ отхожденія водъ изъ genitalia стала выдѣляться кровь, роженица почувствовала слабость, еще черезъ 3/4 часа прекращеніе потугъ, лицо поблѣднѣло, изъ genitalia около стакана крови; при лапаротоміи большой неправильный разрывъ передней и лѣвой нижней части матки, простирающійся въ параметріи. Лучеобразный разрывъ мочевого пузыря.

Приведеннаго вполне достаточно, чтобы убѣдиться, что симптомы разрыва далеко не всегда бываютъ въ соотвѣтствіи съ тяжестью находимаго поврежденія и тотъ, кто будетъ лишь на основаніи наблюдаемыхъ симптомовъ трактовать одни случаи какъ легкіе, другіе же какъ болѣе тяжелые, можетъ жестоко ошибиться.

Въ вопросѣ о лѣченіи разрывовъ матки, не смотря на то, что онъ неоднократно обсуждался на врачебныхъ сѣздахъ, въ зазданіяхъ акушерско-гинекологическихъ обществъ и въ печати, до сихъ поръ единодушія не достигнуто и едва ли при какомъ другомъ страданіи предлагалось столько разнообразныхъ способовъ лѣченія, какъ при этомъ.

Представители науки раздѣляются на два лагеря, сторонниковъ выжидательно-консервативнаго лѣченія и сторонниковъ активнаго вмѣшательства.

Извѣстно, что для рациональной и успѣшной борьбы съ какимъ нибудь страданіемъ, необходимо отчетливо представлять себѣ тѣ опасности, которыми оно грозитъ и надлежащимъ образомъ ихъ оцѣнивать. Изъ 128 больныхъ разрывомъ матки какъ лѣченныхъ, такъ и не лѣченныхъ умерло 46—36%. Что же послужило причиной смерти?

Въ 14 случ. больныя умерли отъ остраго малокровія, вслѣдствіе большой потери крови (Случ. Hartmann'a, Ekstein'a, Pape, Watkins, Krebs (1-й), Lea, Dahlmann'a, Knauer'a (1-й), Горихова, Стоянова (въ 2 случ.), Никонова (3-й), Полѣнова и нашъ).

Въ 21 случ. причиной смерти былъ перитонитъ, въ однихъ случаяхъ гнойный, въ другихъ гнилостный (Случ. Kamann'a, Seitz'a, Paranicol'a, Schwendener'a, Osterloch'a, Wirtz'a, Krebs'a (въ трехъ случ.), Dobrowolsk'aro, Grosse, Meyer'a, Knauer'a (сл. срединнаго разрыва), Schwarz'a, Szajenowicz'a, Байкова, Стоянова (2-й), Тирютина, Никонова (1-й и 4-й сл.), Томсона и Зиле, Орлова (въ двухъ случ.). Въ сл. Herff'a причина смерти не указана, но можно думать о перитонитѣ—черезъ разрывъ было вытаснено 2 1/2 метра кишекъ, которыя потомъ пришлось резецировать.

Въ одномъ случаѣ Krebs'a (не лѣченномъ) смерть послѣдовала отъ тромбоза лѣвой легочной артеріи и послѣдующаго отека легкихъ; въ двухъ случаяхъ неполныхъ наружныхъ разрывовъ Knauer'a причина смерти—малокровіе вслѣдствіе кровотеченія при преждевремен-

номъ отслоеніи плаценты; въ сл. неполнаго разрыва Dobrowolsk'аго причина смерти — sepsis помимо операціи; въ сл. Феноменова (опис. Подгорецкимъ) нужно думать отъ шока (или перитонита) — на 11-й день были сняты швы, при этомъ средняя часть раны разошлась и часть сальника вышла наружу. 36 часовъ спустя смерть при явленияхъ упадка сердечной дѣятельности. Въ сл. Кузнецкаго и Мисевича смерть послѣдовала отъ пнеймоніи въ послѣоперационномъ теченіи.

Оставляя въ сторонѣ случайныя причины смерти, мы видимъ, что опасность заключается въ кровотеченіи и инфекціи—съ ними мы и должны бороться.

Что же является источникомъ того и другого?

Источникомъ кровотечения, угрожающаго жизни, могутъ быть сосуды въ мѣстѣ разрыва маточной стѣнки и сосуды, находящіеся въ параметральной клѣтчаткѣ, при поврежденіи послѣдней.

Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ кровотеченіе можетъ быть значительнымъ, но въ мѣстѣ разрыва маточной стѣнки оно можетъ остановиться довольно скоро само собой и лишь рѣдко грозитъ жизни. Вслѣдъ за разрывомъ, если плодъ вышелъ въ брюшную полость, матка быстро и значительно сокращается, что и благопріятствуетъ остановкѣ кровотечения; если же плодъ остается въ маточной полости, какъ это бываетъ при неполныхъ разрывахъ или, въ случаѣ полнаго, особенно часто при поперечномъ положеніи плода, матка также сокращается, хотя и не въ такой степени, а кромѣ того мѣсто разрыва часто прижимается и тампонируется какой либо частью плода.

Гораздо серьезнѣе и опаснѣе кровотеченіе изъ сосудовъ параметральной клѣтчатки. Сама *arteria uterina* обычно разрывается рѣдко, такъ какъ, благодаря ея извилистому ходу, для разрыва ея требуется растяженіе громадной силы. Благодаря такому растяженію, концы ея скручиваются, и, при лапаротоміи, сплошь и рядомъ ихъ находятъ не кровоточащими. Изъ извѣстныхъ 6 случ. ея разрыва смерть послѣдовала въ 3-хъ (Мисевича, Никонова (1-й) и Орлова), причемъ ни въ одномъ изъ нихъ причину смерти нельзя отнести на счетъ разрыва артерій.

Источникомъ кровотечения, ведущаго къ смерти, является разрывъ мелкихъ сосудовъ системы маточной артерій въ клѣтчаткѣ широкихъ связокъ. Хотя кровотеченіе, соотвѣтственно калибру сосудовъ, будетъ и не особенно сильнымъ, но потеря крови можетъ быть очень большой, такъ какъ, во-первыхъ, здѣсь нѣтъ мышечной ткани, которая, сокращаясь, могла бы сдвинуть сосуды, во-вторыхъ, если кровь даже только частью изливается въ забрюшинное пространство, она не встрѣчаетъ значительнаго препятствія со стороны рыхлой клѣтчатки и, скопляясь въ ней, можетъ произвести отслоеніе брюшины на громадномъ протяженіи, образуя подбрюшинныя гематомы.

Кровотеченіе, даже и очень значительное, не всегда ведетъ къ смерти, оно можетъ въ концѣ концовъ остановиться. Остановкѣ его способствуютъ свертываніе крови, скопившейся въ клѣтчаткѣ, паденіе кровяного давленія и, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, прижатіе кровоточащихъ сосудовъ плодомъ, вышедшимъ въ брюшную полость.

Вторая опасность, угрожающая при разрывѣ матки,—инфекція.

Путемъ для нея служить родовой каналъ женщины, воротами—разрывъ въ стѣнкѣ матки.

Источниками инфекціи могутъ быть половой каналъ самой роженицы, затѣмъ руки и инструменты, вводимые туда для изслѣдованія или оказанія помощи.

Если признать, что полость пуэрперальной матки, при нормальныхъ условіяхъ, не содержитъ болѣзнетворныхъ зародышей, то влагалище, какъ извѣстно, ни въ какомъ случаѣ нельзя считать стерильнымъ. Наряду съ довольно невинными сапрофитами, оно можетъ содержать и вполне вирулентныхъ зародышей, да и сами сапрофитныя бактеріи, поселяясь на некротизированныхъ участкахъ ткани, напр. въ мѣстѣ разрыва, могутъ послужить причиной сапремической гнилостной инфекціи. Тѣ же сапрофитныя бактеріи, при долгихъ родахъ и раннемъ разрывѣ пузыря, легко могутъ проникнуть въ яйцевую полость и вызвать гнилостное разложеніе какъ околоплодныхъ водъ, такъ въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ и умершаго плода; если теперь произойдетъ разрывъ матки, то воды и самъ плодъ могутъ попасть въ брюшную полость и вызвать гнилостный перитонитъ.

Главнымъ источникомъ инфекціи является, конечно, занесеніе извнѣ въ половой каналъ, а иногда и прямо въ брюшную полость инфекціонныхъ началъ руками изслѣдующихъ. Этому благоприятствуетъ повторное изслѣдованіе, особенно, если оно производится лицами или вовсе незнакомыми съ правилами хирургической чистоты или недостаточно усвоившими ихъ.

Veit пишетъ: «Собственно при веденіи родовъ слѣдовало бы съ такою же строгостью производить дезинфекцію, какъ и при лапаротоміи. И если съ этой точки зрѣнія подвергнуть критикѣ нашихъ акушерокъ, то нужно будетъ согласиться, что здѣсь предстоитъ исправить еще очень многое».

Если Veit такого мнѣнія объ акушеркахъ, то что же можно сказать про нашихъ бабушекъ и повитухъ, которыя, въ большинствѣ случаевъ, первая изслѣдуютъ, а нерѣдко дѣлаютъ попытки къ насильственному родоразрѣшенію,—здѣсь не приходится говорить не только о хирургической, но часто даже обычной житейской чистотѣ. Если при обычныхъ родахъ требуется тщательное обеззараживаніе всего, что приходится въ соприкосновеніи съ половымъ каналомъ женщины, то при разрывѣ или подозрѣніи на него наши старанія въ этомъ направленіи должны быть удвоены, такъ какъ здѣсь инфекція съ руками или инструментами оказывающаго помощь можетъ быть занесена непосредственно въ брюшную полость. Опасность инфекціи должна увеличиваться, если черезъ разрывъ въ половой каналъ выпадаютъ тѣ или другія внутренности; такъ изъ 8 случ. съ выпаденіемъ черезъ разрывъ петель кишекъ и сальника умерло 3, — въ 1 случ. Kampan'a и Seitz'a отъ перитонита и въ сл. Herffa неизвѣстно отъ чего (перитонитъ?)

Разрывъ мочевого пузыря, повидимому, при надлежащей терапіи, не является столь серьезнымъ осложненіемъ. Изъ 6 случ. смерть наблюдалась въ одномъ сл. Томсона и Зиле (отъ перитонита). А ригоріи и здѣсь опасность велика, если принять во вниманіе раздражающее дѣйствіе мочи на брюшину и возможность нахожденія въ мочѣ вирулентныхъ зародышей.

Къ вопросу о патологіи и терапіи разрывовъ матки.

Разъ инфекціонныя начала, будутъ ли они сапремического или піогеннаго характера. проникли, они находятъ чрезвычайно благоприятныя условія для своей дѣятельности.

Рваные края разрыва, рваныя раны широкихъ связокъ, брюшины, обнаженная клѣтчатка являются почвой, воспринимающей ихъ; излившаяся кровь, раневой секретъ служатъ для нихъ прекрасной питательной средой; при всемъ этомъ способность организма бороться съ поступившими инфекціонными началами, вслѣдствіе перенесенныхъ страданій и главнымъ образомъ кровотеченія, должна быть сильно ослаблена.

Съ какимъ же оружіемъ на борьбу съ кровотеченіемъ и инфекціей выступаютъ сторонники выжидательнаго и консервативнаго лѣченія.

Braun рекомендуетъ тампонаду для дренажа, какъ самого мѣста разрыва, такъ и брюшной полости; Schmidt, Schauta, Поповъ также дренажъ, причемъ Поповъ вводитъ въ родовый каналъ выше разрыва полоску іодоформной марли въ 10 ст. ширины, при этомъ на животъ накладывается тугая давящая повязка. Ahlfeld рекомендуетъ промываніе брюшной полости 2% растворомъ карболовой кислоты; Fehling—тампонаду полости матки и особенно мѣста разрыва. У Schröder'a въ руководствѣ акушерства читаемъ: «Лучше всего, какъ кажется, ничего не предпринимать, кромѣ наложенія давящей повязки, которая сближаетъ между собою разорванные края раны». (Чревостѣченіе—только при неудержимомъ кровотеченіи). Витт совѣтуетъ, въ случаѣ если плодъ находится въ полости матки, по извлеченіи его поступать въ зависимости отъ наличности кровотеченія; если оно останавливается—ледъ, опій, давящая повязка, покой, если кровотеченіе продолжается—пробовать тампонаду съ одновременнымъ придавливаніемъ матки, въ крайнемъ случаѣ чревостѣченіе, послѣднее показано, когда плодъ вышелъ въ брюшную полость.

Въ самое послѣднее время защитникомъ консервативнаго лѣченія выступилъ E. Scipiadès; онъ рекомендуетъ тампонъ, остающійся отъ 2 до 8 дней, затѣмъ вводится стеклянный дренажъ и производятся спринцеванія изъ kalii hypermanganici. Klein на основаніи своей статистики совѣтуетъ при всякомъ разрывѣ, не взирая на мѣсто и размеры его и на переходъ плода или плаценты въ брюшную полость, особенно въ частной практикѣ, лѣчить выпускниками и приступать къ операціи лишь при угрожающемъ жизни кровотеченіи.

Итакъ консервативное лѣченіе располагаетъ слѣдующими средствами: ледъ, опій, давящая повязка, разнаго рода дренажи-гуттаперчевые, стеклянные, марлевые, промываніе брюшной полости и тампонада. Ледъ, давящая повязка, тампонада, повидимому предназначены для борьбы съ кровотеченіемъ, дренажъ и промываніе брюшной полости съ инфекціей.

Можетъ ли дренажъ, какой бы онъ ни былъ, введенный при полномъ разрывѣ въ полость матки или черезъ разрывъ въ полость живота, уничтожить инфекцію или воспрепятствовать ея проникновенію? Мнѣ кажется, на это можетъ быть только одинъ отвѣтъ—нѣтъ! Возможно, что при помощи дренажа выводится наружу часть раневого секрета и только, черезъ дренажъ не выдѣлится ни излившаяся въ полость живота кровь, ни околоплодная вода, ни мезоніумъ.

Мы уже упоминали, при наличности незначительных симптомовъ, могутъ быть весьма обширныя поврежденія, а вѣдь такого рода случаи какъ разъ и могутъ быть сочтены за благопріятныя для такъ называемаго выжидательнаго лѣченія.

Едва ли нужно доказывать всю несостоятельность промываній брюшной полости черезъ разрывъ, особенно 2% растворомъ карболовой кислоты. Примѣняя послѣднее, мы скорѣе отравимъ больную, чѣмъ уничтожимъ инфекцію. Примѣняя промыванія даже безъ прибавленія антисептическихъ средствъ, мы всегда рискуемъ сорвать тромбы и вызвать столь опасное для жизни вторичное кровотеченіе и при всемъ этомъ извѣстная часть промывныхъ водъ всегда будетъ оставаться въ брюшной полости. Тампонада уже имѣетъ какъ бы свой *raison d'être* — она предназначена для борьбы съ кровотеченіемъ. Насколько же она дѣйствительна? Мы уже видѣли, что нужно бояться главнымъ образомъ кровотеченія изъ параметрій. Тампонировать матку или мѣсто разрыва въ ней, еще не значитъ останавливать кровотеченіе, такъ какъ мѣсто разрыва параметрій мы затампонировать *per vaginam* не можемъ по той простой причинѣ, что не видимъ, откуда кровоточить. тампонировать же брюшную полость вслѣдную едвали кто рѣшится; между тѣмъ, затампонировавъ матку и успокоившись на этомъ, мы рискуемъ потерять больную отъ внутренняго кровотеченія, т. е. можетъ быть упущено благопріятное время для чревосѣченія и остановки кровотеченія *per visum*. Что тампонада дѣйствительно не останавливаетъ кровотеченія, показываетъ случай Орлова: послѣ поворота, при запущенномъ оперенномъ положеніи былъ распознанъ полный разрывъ, — примѣнена тампонада; вслѣдствіе продолжавшагося кровотеченія, — лапаротомія: найдено раненіе *art. uterinae d.*, разрывъ всей правой широкой связки, круглой связки, отслоеніе пузыря; брюшина была переполнена кровью. При тампонированіи разрывъ изъ неполнаго можетъ сдѣлаться полнымъ, какъ это было въ случаяхъ *Wie nege*, *Kamann'a*, *Seitz'a*. Если тампонада направлена только на остановку кровотеченія изъ разрыва стѣнки матки, то она легче происходитъ, если матка хорошо сокращается, мы же какъ разъ, наоборотъ, набивая полость матки марлей, препятствуемъ ея сокращенію.

Тампонируя самое мѣсто разрыва, мы рискуемъ, что между марлей застрянутъ кишечныя петли, которыя, при удаленіи тампона и могутъ быть вытащены. Такъ въ одномъ случаѣ *Amann'a* была вначалѣ примѣнена тампонада и вслѣдъ за этимъ чревосѣченіе.

При лапаротоміи найденъ зіяющій, величиной съ ладонь, разрывъ съ вывороченными краями, черезъ который въ полость живота выдавался комокъ іодофорной марли величиной съ дѣтскую головку, въ немъ залѣплены петли кишекъ.

Необходимо сказать нѣсколько словъ о самомъ терминѣ «выжидательное лѣченіе». Что это за лѣченіе, какая цѣль его? Чего, собственно, мы должны выжидать — признаковъ перитонита или послѣдствій кровотеченія — коляпса, т. е. оперировать, когда уже не можетъ быть почти никакой надежды спасти больную. Примѣрами «выжидательнаго» лѣченія могутъ служить случаи *Dobrowolsk'аго*, *Schwendener'a* и др.

Въ случ. *Dobrowolsk'аго* изъ клиники *Jordan'a* дѣло идетъ о самопроизвольномъ разрывѣ во время беременности.

Больная, 14.1.902, «безъ всякой причины, безъ травмы, безъ родовыхъ болей, вдругъ почувствовала рѣзкую боль въ животѣ, «какъ будто что-то у нея лопнуло» въ поперечномъ направленіи выше пупка». 15.1. Поступленіе въ клинику. Признаки внутренняго кровотечения, вздутый умѣренно болѣзненный животъ. *Плодь ощущается подъ тонкими брюшными покровами живота**). Слѣдующіе два дня состояніе ухудшалось, *черезъ два дня по поступленіи* чревостѣченіе, смерть во время операціи.

Въ случ. Schwendener'a (наблюд. въ Prov. Hebammen Lehranstalt въ Бреслау) разрывъ произошелъ въ III-мъ періодѣ при сильномъ выжиманіи I-мъ ассистентомъ послѣда по Crédé, послѣ часового выжиданія его отдѣленія. Вскорѣ послѣ этой попытки „холодный потъ на конечностяхъ, скорый нитевидный пульсъ, вздутый животъ, съ правой стороны явственное притупленіе; изъ наружныхъ гениталій никакого кровотечения“. «На основаніи этихъ симптомовъ съ очевидностью ставится діагнозъ разрыва матки». При внутреннемъ изслѣдованіи рукой полости матки, произведенномъ директоромъ повивальной школы Baum'омъ, мѣсто разрыва не обнаружено. Не смотря на excitantia на другой день утромъ exitus. Секція: диффузный перитонитъ. Надъ мѣстомъ прикрѣпленія лѣвой трубы перфорационное отверстіе съ разорванными краями величиной въ 5 пфенниг. монету; соотвѣтственно мѣсту притупленія справа, свыше литра частью жидкой, частью свернувшейся крови.

Самъ проф. Baum въ дискуссіи по поводу доклада Küstner'a въ Gynäk. Gesellsch. in Breslau. Sitz. 15 Nov. 1904. признался, что настоящій случай былъ вполне подходящимъ для оперативнаго лѣченія.

Полные разрывы были лѣчены консервативно въ 18 случ. + случ. Тирютина—получимъ 19, со смертельнымъ исходомъ въ 10 случаяхъ (52,6%). Изъ нихъ тампонадой было лѣчено 12 съ 7 смерт. исходами (58,3%); причиной смерти въ 5 случ. (Стоянова, Тирютина, Орлова, Wirtz'a, Szajenowicz'a) былъ перитонитъ и въ 2-хъ (Горохова, Krebs'a) острое малокровіе.

Изъ остальныхъ 7 случ. было примѣнено въ 4-хъ окончившихся выздоровленіемъ: въ 2-хъ случ. Попова марлевый дренажъ и давящая повязка, въ сл. Байкова ледъ на животъ и морфій, въ сл. Паперна ледъ и давящая повязка; въ 3-хъ случ., окончившихся смертью, въ сл. Schwendener'a и Osterloch'a выжиданіе и въ сл. Krebs'a ледъ и возбуждающія, во всѣхъ случаяхъ причиной смерти былъ перитонитъ. **)

И такъ изъ 19 выздоровѣло 9. Къ сожалѣнію, ни въ одной изъ исторій болѣзней нѣтъ указаній на то, что нѣмцы называютъ

*) Курсивъ мой.

**) Сюда не вошли 3 случая, въ которыхъ разрывъ своевременно не былъ распознанъ, причемъ больныя поправились и операція была произведена черезъ значительный промежутокъ времени отъ 1 до 9 мѣсяцевъ (сл. Александрова, Бѣляева, Souligoux). Если мы будемъ считать ихъ выздоровѣвшими безъ лѣченія, тогда сюда же должны будемъ отнести и сл. Warberg'a и Krebs'a не лѣченные, въ которыхъ разрывъ былъ распознанъ лишь на секціи. Общее число тогда полныхъ разрывовъ не лѣченныхъ и лѣченныхъ консервативно выразится цифрой 24 съ 12-ю смертельными исходами т. е. 50%.⁰.

«Dauerresultat». А между тѣмъ весьма интересно, какъ отражается такое выздоровленіе на органахъ таза и брюшной полости. Мы знаемъ склонность къ образованію обширныхъ сращеній и приращеній, въ случаѣ поврежденій брюшиннаго покрова. При разрывахъ матки, какъ уже была рѣчь объ этомъ, такого рода поврежденія наблюдаются часто и притомъ нерѣдко въ обширныхъ размѣрахъ; поэтому мы имѣемъ право ожидать а ргіогі у такихъ «выздоровѣвшихъ» образованія сращеній съ кишечникомъ, сальникомъ, а можетъ быть и ненормальной фиксаціи тазовыхъ органовъ, вслѣдствіе напр. рубцевого стягиванія параметрій.

При неполныхъ разрывахъ консервативное лѣченіе примѣнено было въ 3-хъ случаяхъ (ледъ, эрготинъ, влагалитныя спринцеванія)—во всѣхъ съ благопріятнымъ исходомъ. Въ 4-хъ случ. Кпаег'а, окончившихся смертью, разрывъ не былъ распознанъ. Изъ 3-хъ сл. *rupturae uteri externae*—въ одномъ были примѣнены горячія внутриматочныя промыванія и возбуждающія (камфора и вливаніе фізіологическаго раствора соли), въ 2-хъ другихъ только возбуждающія. Смерть послѣдовала въ одномъ сл. отъ кровотеченія изъ мѣста разрыва въ брюшную полость и въ 2-хъ отъ остраго малокровія, вслѣдствіе преждевременнаго отслоенія плаценты.

Въ 4-мъ случаѣ срединнаго разрыва причиной смерти былъ перитонитъ, по поводу признаковъ котораго на 5-й день *post rupturam* была произведена пробная лапаротомія *).

Если, примѣняя консервативное лѣченіе, мы дѣйствуемъ въ значительной мѣрѣ вслѣпую, наугадъ, не имѣя возможности ясно представить себѣ какъ характера разрыва, такъ и могущихъ быть осложнений, то это чувство неувѣренности, которое при этомъ каждый долженъ испытывать, исчезаетъ, разъ мы вскрываемъ полость живота и можемъ все осмотрѣть и оцѣнить надлежащимъ образомъ.

Мы видимъ источникъ кровотеченія, можемъ тщательно остановить его; величина, протяженіе разрыва, характеръ его краевъ укажутъ намъ, какъ лучше поступить съ маткой, можно ли её оставить или необходимо будетъ удалить. Словомъ, всѣ наши дѣйствія примутъ сознательный характеръ.

Вотъ тѣ преимущества, которыя активный методъ имѣетъ передъ консервативнымъ и они настолько очевидны, что едва ли требуютъ особыхъ доказательствъ.

Среди сторонниковъ активнаго метода мы видимъ такія авторитетныя имена, какъ проф. Рейнъ, Феноменовъ, Оттъ, Строгановъ, Cristeaunu, Hartmann, Veit, Küstner, Baum, Aшапн и мн. др.

Въ то время какъ одни: Феноменовъ, Cristeaunu, Baum, Коломенкинъ являются принципиальными сторонниками чревосѣченія, причемъ Baum и Коломенкинъ безъ различія при полномъ и неполномъ разрывѣ, другіе ставятъ извѣстныя ограниченія.

Klien, склоняющійся вообще болѣе къ консервативному лѣченію, ставитъ слѣдующія условія для активнаго вмѣшательства: «Окружающая обстановка должна допускать возможность безгнилостной или

*) Инфекція, по мнѣнію Кпаег'а проникла изъ полости матки черезъ неповрежденную слизистую оболочку.

противогнилостной операціи; состояніе больной должно быть таково, чтобы не потерять больной подъ ножемъ; врачъ долженъ обладать подготовкой хотя бы для Roggo».

Едва ли что можно возразить противъ этихъ условій. Разъ больная moribunda, операція не можетъ быть произведена даже противугнилостно, а врачъ не умѣетъ оперировать, здѣсь, конечно, не можетъ быть и рѣчи объ операціи.

Veit показаніе къ активному вмѣшательству ставить въ зависимость отъ кровотеченія, считая брюшной путь наилучшимъ для его остановки; при отсутствіи же признаковъ наружнаго и внутренняго кровотеченія рекомендуетъ только дренажъ «такъ какъ противъ уже наступившей инфекціи мы не можемъ предпринять ничего вѣрнаго», а «кто берется рѣшить, взглянувъ на половой каналъ тотчасъ послѣ родовъ, зараженъ онъ или нѣтъ! Установить же, какъ часто половой каналъ былъ раньше зараженъ, совсѣмъ немыслимо».

Къ этимъ утвержденіямъ можно только присоединиться, но какъ намъ кажется, они могутъ служить аргументами скорѣе, про, чѣмъ contra laparotomiam. Наши усилія при леченіи разрыва, кромѣ остановки кровотеченія, главнымъ образомъ должны быть направлены на предупрежденіе инфекціи, на устраненіе благоприятныхъ для нея условій. Принять же сколько нибудь дѣйствительныя мѣры въ этомъ направленіи мы можемъ только при чревосѣченіи. Вскрывъ брюшную полость, мы имѣемъ возможность удалить излившуюся кровь, очистить отъ околоплодныхъ водъ, песоциумъ;—удалить куски и обрывки разможженныхъ, склонныхъ къ некротизации, тканей, перитонизировать мѣста, лишенныя брюшины; въ случаѣ разрыва пузыря, намъ дается возможность зашить его; наконецъ, мы можемъ, послѣ всего этого, хорошо дренировать именно тѣ мѣста, которыя въ этомъ нуждаются, а не на угадъ, какъ при консервативномъ леченіи.

Всѣ эти мѣры и должны быть примѣнены профилактически именно въ тѣхъ случаяхъ, когда инфекціи еще нѣтъ (покрайней мѣрѣ ея признаковъ), но она можетъ угрожать, ибо «кто же берется рѣшить, взглянувъ на половой каналъ тотчасъ послѣ родовъ, зараженъ онъ или нѣтъ!».

Труднѣе борьба съ уже наступившей инфекціей, но она опять таки возможна только путемъ чревосѣченія. Болѣе надежды на успѣхъ будетъ, конечно, въ тѣхъ случаяхъ, когда зараженіе еще не распространилось на брюшную полость, когда инфицированными оказываются края разрыва. Здѣсь, кромѣ очистки брюшной полости, принесетъ пользу удаленіе очага инфекціи—матки. Даже въ случаяхъ, гдѣ инфекція распространилась на брюшину полости живота, нельзя терять надежды, хотя она будетъ тѣмъ слабѣе, чѣмъ рѣзче инфекція выражена.

Cristea unu оперировалъ два раза въ присутствіи признаковъ перитонита, причѣмъ въ одномъ случаѣ кишечникъ былъ несомнѣнно инфицированъ («Jl y avait infection péritonéale aiguë—plaques de fausses membranes») и въ обоихъ случаяхъ, удаливъ матку, очистивъ брюшную полость и хорошо дренируя, получилъ выздоровленіе; едва ли онъ получилъ бы такой результатъ, если бы предоставилъ перитонитъ самому себѣ, только потому, что нельзя предпринять противъ «ничего вѣрнаго».

Какой способъ лучше для очистки брюшины, сухой или влажный? Этотъ вопросъ много разъ обсуждался въ литературѣ. Аргументы за и противъ общеизвѣстны.

Не имѣя возможности входить въ подробное разсмотрѣніе этого вопроса, я хотѣлъ бы только напомнить о прекрасныхъ результатахъ, полученныхъ въ клиникѣ проф. Эд о р о в а, при леченіи острыхъ разлитыхъ перфоративныхъ перитонитовъ промываніемъ брюшной полости при посредствѣ дренажей, заложенныхъ въ разрѣзы по схемѣ, выработанной проф. Эд о р о в ы м ъ. Что касается специально дренированія малаго таза, то оно можетъ производиться черезъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ напр. при сохраняющемъ оперативномъ лѣченіи („шовъ“), черезъ маточную культю при надвлагалищной ампутаціи, а при полной экстирпации образуется само собою отверстіе, необходимое для дренажа.

Говоря объ оперативномъ вмѣшателствѣ вообще, необходимо упомянуть о перевозкѣ больныхъ и родоразрѣшеніи въ случаѣ выхода плода въ брюшную полость.

Kliep считаетъ, что «рисковать на перевозку больной можно лишь тогда, если операція можетъ быть произведена не позже какъ черезъ 2 часа послѣ разрыва».

Александровъ на основаніи своей статистики заключаетъ: «выжидательное лѣченіе въ привозныхъ случаяхъ даетъ, повидимому, лучшіе успѣхи, чѣмъ чревосѣченіе при тѣхъ же условіяхъ».

Изъ собранной нами казуистики, мы возьмемъ лишь тѣ случаи, гдѣ болѣе или менѣе точно указано, какъ долго продолжался перѣздъ на лошадахъ или по желѣзной дорогѣ или, по крайней мѣрѣ, разстояніе въ верстахъ или километрахъ.

Такихъ случаевъ всего 19.

Сл. Байкова. Роженица доставлена черезъ 17 часовъ послѣ разрыва, перевозка на фурѣ за 12 верстъ. Плодъ въ брюшной полости. Шовъ. Exitus.

Сл. «Феноменова. Доставлена на лошадахъ за 14 верстъ черезъ 3 ч. 20 м. послѣ разрыва (насилств.); плодъ въ брюшной полости. Лапаротомія черезъ 6 час. post rupturam, края раны неровные, темно-зеленаго цвѣта. Progo. Выздоровленіе.

Сл. «Аманп'а. Доставлена въ санитарной повозкѣ за 4 кил. Лапаротомія черезъ 3 часа послѣ насильственнаго разрыва, сопровождавшагося сильнымъ кровотеченіемъ. Тампонъ. Extirpatio ut. totalis. Выздоровленіе.

Его же. Доставлена въ санитарной повозкѣ за 5 кил. Лапаротомія чрезъ 3 часа post rupt. spont. Extirpatio totalis. Выздоровленіе.

Его же. Доставлена въ санитарной повозкѣ за 5—6 кил. Кровотеченіе. Тампонада. Перевозка. Лапаротомія черезъ 9 час. post rupturam (разрывъ мочевого пузыря). Extirpatio totalis. Выздоровленіе.

Сл. «Wall'a. Доставлена издалека на лошадахъ черезъ 11—12 часъ послѣ разрыва. Сильный упадокъ силъ. t^o 38,6°. П. 108. Разрывъ лѣвой широкой связки. Extirpatio totalis. Выздоровленіе.

*) Подъ привозными случаями Александровъ, повидимому, разумѣетъ вообще всѣ случаи, гдѣ разрывъ произошелъ на дому, не въ лѣчебныхъ учрежденіяхъ.

Сл. Praag'a. Пациентка доставлена въ Лейденъ (способъ передвиженія не указанъ) черезъ 10 ч. послѣ разрыва въ очень хорошемъ состояніи. Плацента въ брюшной полости. *Amputatio supravaginalis*. Выздоровленіе.

Сл. Küstner'a. Доставлена за нѣсколько километровъ на телѣгѣ. Лапаротомія. Большой разрывъ мочевого пузыря (... «die Hand in denselben eindringen konnte»...) Шовъ. Выздоровленіе.

Сл. Stewart'a. Доставлена за 7 миль. Изслѣдована черезъ 7 час. послѣ разрыва (самопроизвольнаго). Въ затампонированномъ влагалищѣ большой кусокъ сальника. Явленія малокровія, t° 39, 6°, п. 135 слабый. Изсѣченіе сальника. *Extirpatio totalis per laparotomiam*. Выздоровленіе.

Сл. Орлова. Доставлена на телѣгѣ за 8—9 верстъ черезъ 6 час. послѣ самопроизвольнаго разрыва. t° 37,8°, п. 100. Явленія малокровія. Кровотеченіе изъ genitalia. Плодъ въ брюшной полости. Лапаротомія. Отслоеніе мочевого пузыря. *Amputatio uteri* со вшиваніемъ культи въ брюшную стѣнку. Выздоровленіе.

Сл. Никонова. Доставлена изъ деревни за 20 верстъ черезъ 19¹/₂ ч. послѣ самопр. разрыва. Во время переѣзда небольшое кровотеченіе и сильная боль отъ толчковъ t°, 38,2. п. 120. Одышка. Плодъ въ брюшной полости. Лапаротомія. Шовъ. Выздоровленіе.

Его же. Доставлена за 8 верстъ черезъ 17¹/₂ час. послѣ разрыва. Осунувшееся лицо, частая рвота. t° 38,0, п. 130—140 малый. Наружныя genitalia покрыты ссадинами. Плодъ въ брюшной полости. Черезъ 3 часа по доставленіи лапаротомія. Разрывъ широкихъ связокъ и брюшины. *Amputatio supravaginalis*. Exitus при явленіяхъ перитонита (при обкалываніи запузырной клѣтчаткѣ въ шовъ захваченъ былъ мочеточникъ).

Сл. Shwarz'a. 1¹/₂ часа на лошадахъ, 1 ч. по желѣзной дорогѣ и 1/2 ч. пѣшкомъ. t° 39°. Гнилостное разложеніе плода (время, прошедшее съ момента разрыва точно не указано, по исторіи болѣзни можно думать, что около 2-хъ сутокъ). *Extirpatio totalis*. Exitus на 3-й день отъ гнилостнаго перитонита.

Сл. Krebs'a. Доставлена черезъ сутки послѣ разрыва (насильствъ?) за 5 миль, 18 час. въ пути. Явленія перитонита. t° 38,3°, п. 170. Возбуждающія средства и пузырь со льдомъ. Смерть отъ перитонита черезъ 2 сутокъ.

Его же. 3/4 ч. на повозкѣ. Во время переѣзда разрывъ изъ неполнаго сдѣлался полнымъ. Колляпса нѣтъ. Безъ затрудненія сама поднялась по лѣстницѣ. Лапаротомія. Почти круговой отрывъ матки отъ сводовъ. Шовъ. Смерть черезъ два дня при явленіяхъ перитонита.

Его же. Часть на лошадахъ. Плодъ въ брюшной полости. Доставлена въ отличномъ состояніи (Sie hat die Empfindung entbunden zu sein und sieht doch kein Kind). Лапаротомія. Шовъ. Выздоровленіе.

Его же. Переѣздъ, частью по желѣзной дорогѣ, частью на лошадахъ. Доставлена въ очень хорошемъ еостояніи. t° 36,20, п. 120 полный и правильный. Почти безъ поддержки поднялась сама по лѣстницѣ. Плодъ въ брюшной полости. Лапаротомія. Шовъ. Выздоровленіе.

Его же. $\frac{3}{4}$ часа по желѣзной дорогѣ и $\frac{1}{4}$ ч. въ экипажѣ. Доставлена черезъ $\frac{1}{4}$ ч. послѣ разрыва. Запавшія черты лица. t_0 норм., п. 120 слабый. Небольшое кровотеченіе изъ genitalia. Плодь въ брюшной полости. Черезъ $\frac{3}{4}$ ч. лапаротомія. Шовъ Смерть черезъ 6 час. послѣ операциі при t^0 40,9° (Стрептостафилококковый перитонитъ).

Нашъ случай. См. исторію болѣзни. Amputatio supravaginalis Exitus черезъ 12 час. при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности.

И такъ изъ 19 больныхъ, подвергавшихся послѣ разрыва перевозкѣ на лошадахъ и по желѣзной дорогѣ, умерло 7 (37%).

Въ сл. Байкова (черезъ 17 ч.), Никонова (17 $\frac{1}{2}$ ч.), Krebs'a (черезъ сутки) больныя доставлены уже съ перитонитомъ. Въ сл. Schwargz'a было гнилостное разложеніе плода, послужившее источникомъ для инфекции брюшной полости. Во 2-мъ сл. Krebs'a почти кругового отрыва матки отъ сводовъ, не смотря на хорошее состояніе больной, она погибла черезъ два дня отъ перитонита, какъ можно думать, вслѣдствіе ненадлежащей терапіи—наложенія шва, когда само собой напрашивалась болѣе радикальная операциія, хотя бы ампутація. Дренажа, повидимому, послѣ операциі примѣнено не было. («Nach Naht der Cervix wird der Uterus inden gleichsam Schlauchförmig abgeschälften Peritonealüberzug hineingesteckt und um das Peritoneum vernäht, so dass Leibeshöhle von der Vagina abgeschlossen ist»).

Въ 3-мъ сл. Krebs'a больная, доставленная съ норм. t_0 черезъ 4 ч. послѣ разрыва, погибаетъ черезъ 6 час. послѣ операциі также отъ перитонита при той же консервативной терапіи наложенія шва.

Въ нашемъ случаѣ смерть наступила послѣ надвлагалищной ампутаціи черезъ 12 час., вслѣдствіе громаднаго внутренняго кровотеченія еще до операциі.

На основаніи только что приведенныхъ случаевъ, мы не можемъ согласиться съ утвержденіемъ Klien'a, что рисковать на перевозку можно только тогда, когда операциія можетъ быть произведена черезъ 2 часа послѣ разрыва

Изъ 12 выздоровѣвшихъ только одна была доставлена черезъ 1 часъ, въ другихъ же случаяхъ операциія была произведена болѣе чѣмъ черезъ 2 часа: въ 2-хъ сл. черезъ 3 часа, въ 2-хъ—черезъ 6 ч., въ одномъ черезъ 7 ч., въ одномъ черезъ 9 ч., въ одномъ черезъ 10 ч., въ одномъ 11—12 ч. и въ одномъ черезъ 19 $\frac{1}{2}$ ч. *) Въ случ. Küstner'a и 4-мъ сл. Krebs'a время не указано.

Среди нихъ мы видимъ сл. Феноменова уже съ инфицированными краями разрыва, сл. Amann'a (3-ий) и Küstner'a съ разрывами мочевого пузыря, сл. Stewart'a съ выпаденіемъ сальника.

Что касается мнѣнія Александра относительно выгоды выжидательнаго лѣченія у привозныхъ больныхъ, то я не могу ни подтверждать его, ни опровергать, такъ какъ изъ 19, подвергавшихся перевозкѣ, выжидательное лѣченіе было примѣнено лишь у одной больной съ летальнымъ исходомъ.

Изъ 12 выздоровѣвшихъ радикальное лѣченіе было примѣнено у 8 (extirpatio totalis—5, amput. supravaginalis—1, Porro—2). Сохраняющее лѣченіе—«шовъ» у 4-хъ.

*) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ указаны часы доставленія, слѣдовательно, операциія была произведена еще позже.

Въ 7 случ. окончившихся смертью, было примѣнено:—*extirpatio totalis* въ 1 сл., *amputatio supravag.*—въ 2-хъ сл., «шовъ» въ 3-хъ сл. и «выжиданіе» въ 1 сл.

При рѣшеніи вопроса, можно ли рисковать на перевозку, едва ли возможно руководиться шаблономъ; здѣсь, какъ намъ кажется, болѣе чѣмъ гдѣ либо слѣдуетъ сообразоваться съ мѣстными условіями и индивидуальными особенностями каждаго случая.

Однимъ изъ показаній къ чревосѣченію при разрывѣ матки является выхожденіе плода въ брюшную полость. Въ этомъ пунктѣ большинство сторонниковъ консервативнаго лѣченія дѣлаетъ уступку въ пользу активнаго вмѣшательства. Несмотря на это, до сихъ поръ встрѣчаются случаи, гдѣ, прежде чѣмъ приступить къ чревосѣченію, дѣлаются попытки къ извлеченію плода *per vias naturales*.

Если бы это не представляло никакихъ опасностей для роженницы, то, конечно, каждый могъ бы поступать, какъ ему болѣе нравится. На самомъ дѣлѣ опасность есть и довольно серьезная; это будетъ ясно, если представить себѣ весь процессъ извлеченія младенца, вышедшаго въ брюшную полость. Для этого мы должны ввести руку черезъ влагалище, асептичность котораго для насъ—X, и черезъ разрывъ въ маткѣ въ брюшную полость; отыскать тамъ ножку младенца, сдѣлать поворотъ; не нужно забывать, что поворотъ, какъ бы онъ иѣжно произведенъ ни былъ, дѣлается въ брюшной полости, органы которой столь чувствительны ко всѣмъ механическимъ insultамъ. Исполнивъ все это, мы должны протащить плодъ черезъ мѣсто разрыва въ маткѣ, обычно сильно сокращающейся послѣ выхожденія плода, вслѣдствіе чего отверстіе въ маткѣ становится меньше, чѣмъ оно было въ моментъ прохожденія плода; преодолевая здѣсь механическое препятствіе, мы рискуемъ увеличить разрывъ со всѣми послѣдствіями этого. Проводя далѣе плодъ черезъ тазъ, въ случаѣ суженія его, мы не всегда можемъ обойтись безъ плодоразрушающихъ операций, напр. декапитаци, причемъ отдѣленная головка опять можетъ ускользнуть въ брюшную полость. Послѣ извлеченія плода можетъ явиться опасность вторичнаго кровотеченія, тѣмъ болѣе губительнаго, что оно происходитъ у больной и такъ уже сильно ослабленной.

Сказанное можно безъ труда подтвердить примѣрами.

Случай Орлова (1-й) протекалъ въ клиникѣ. Ягодичное предлежаніе. Черезъ 2 1/2 часа послѣ приѣма (черезъ 12 ч. 5 м. отъ начала родовъ) разрывъ (лѣвой стѣнки въ продольномъ направленіи). Извлеченіе плода за ножку изъ брюшной полости. Лѣченіе консервативное—тампонада іодоформенной марлей. Смерть отъ гнилостнаго перитонита.

Въ сл. Cristeaunu (1-й) поворотъ былъ очень затрудненъ вслѣдствіе обвитія кишекъ вокругъ ножекъ. Неизбѣжныя при этомъ потягиванія и подергиванія, хотя бы при распутываніи, не всегда могутъ пройти такъ безнаказанно для больной, какъ это было у Cristeaunu. И въ этомъ случаѣ не обошлось безъ перитонита и только чревосѣченіе (14 час. спустя) спасло больную.

Въ сл. Кузнецкаго (2-мъ) послѣ поворота и извлеченія плода изъ брюшной полости, не смотря на все стараніе, извлечь головку не удалось, пришлось сдѣлать декапитацию и перейти на

чревосъѣчение. Головка извлечена при этомъ изъ брюшной полости. Въ другомъ случаѣ Кузнецкаго вслѣдъ за поворотомъ и извлеченіемъ наступило сильное кровотеченіе, грозившее смертью. Лапаротомія.

Въ сл. Никонова „послѣ извлеченія плода—значительное кровотеченіе“. Лапаротомія.

Въ сл., оперированномъ Вигилевымъ и описанномъ Успенскимъ и Коломенкинъ-ымъ, послѣ извлеченія плода, пульсъ, не смотря на тампонаду, становился все хуже. Пациентка въ колясцѣ. Лапаротомія.

Въ сл. Кюстнера поворотъ и извлеченіе хотя, повидимому, не сопровождалось осложненіями, гѣмъ не менѣе тотчасъ послѣ этого лапаротомія.

И такъ во всѣхъ случаяхъ, кромѣ сл. Орлова, послѣ извлеченія плода изъ брюшной полости *per vias naturales*, было произведено чревосъѣчение. Если чревосъѣчение можно было произвести *послѣ*, то его можно было сдѣлать и *раньше*, къ чему же была напрасная трата времени, силъ и рискъ осложненіями.

Сл. Орлова, въ которомъ консервативное лѣченіе было проведено до конца, нужно считать очень благоприятнымъ для чревосъѣченія. Разрывъ наступилъ въ клиникѣ, гдѣ скорѣе и лучше, чѣмъ гдѣ либо, можетъ быть оказано оперативное пособіе.

Рисковать извлеченіемъ плода изъ брюшной полости *per vias naturales* еще допустимо при невозможности перевезти больную для операціи въ больницу, во всѣхъ же приведенныхъ случаяхъ извлеченіе произведено въ лѣчебныхъ учрежденіяхъ, кромѣ сл. Cristea и ц., гдѣ, повидимому, оно было сдѣлано на дому у больной.

Чревосъѣченіе было примѣнено у 85 больныхъ съ полными разрывами (сюда же отнесень сл. Тирютица)—умерло 24 (28,2%) и у 2-хъ съ неполными—въ обоихъ случ. выздоровленіе.

Изъ этихъ 85 случ. должны быть исключены 2, окончившіеся смертью: сл. Dobrowolsk'аго—чревосъѣченіе, когда уже развился общій перитонитъ послѣ двухдневнаго выжиданія при нахожденіи плода въ брюшной полости, и сл. Grosse—чревосъѣченіе спустя сутки послѣ разрыва по поводу явленія общаго перитонита. Такимъ образомъ чревосъѣченіе съ лѣчебной цѣлью по поводу полнаго разрыва было примѣнено 83 раза съ 22 смертными исходами (26, 5%). Если отсюда исключить 3 случая (Феноменова, Кузнецкаго и Мисевича), въ которыхъ смерть произошла отъ случайныхъ причинъ, смертельный исходъ въ связъ съ операціей можетъ быть поставленъ въ 19 случ. (23, 7%).

Оперативное вмѣшательство *per vaginam* имѣло мѣсто 4 раза при полныхъ разрывахъ—всѣ выздоровѣли и 1 разъ при неполномъ—смерть отъ сепсиса помимо операціи.

Вообще же оперативное лѣченіе при полныхъ разрывахъ на 89 случ. дало 24 смерти (27%), исключая упомянутые 5 случ., получимъ на 84—19 смерт. исходовъ (22, 6%).

По статистикѣ Александрова изъ 93 лѣченныхъ оперативно, (*per laparotomiam et per vaginam*) умерло 45 (48, 3%).

Чревосъѣченіе было произведено у 90 съ 43 смертельными исходами (47, 7%).

По статистикѣ Klien'a изъ 149 полныхъ разрывовъ лѣченныхъ оперативно, умерло 66 (44%), чревосѣченіе сдѣлано въ 135 случ.— смерть наступила въ 60 сл. (45%).

Сравнивая наши наивысшія цифры: 27% смертности при общемъ оперативномъ лѣченіи и 28.2% при чревосѣченіи съ таковыми же Александрова 48,3% и 47,7% и Klien'a *) 44% и 45%, мы видимъ значительную разницу.

Въ нашъ обзоръ вошли лишь случаи начиная съ 1900 г., тогда какъ въ статистикѣ Klien'a собраны случаи съ 1880 по 1900 гг., а въ статистикѣ Александрова случаи отечественныхъ авторовъ съ 1885 г., а иностранныхъ съ 1893 по 1900 г.

Разница въ результатахъ при оперативномъ лѣченіи, по нашему мнѣнію, объясняется тѣми успѣхами, которые достигнуты въ послѣдніе годы при чревосѣченіяхъ благодаря общему распространению асептическихъ началъ въ хирургіи и развитію оперативной техники.

Оперативно сохраняющее лѣчение—«шовъ»—было примѣнено въ 22 случ. полныхъ разрывовъ; изъ нихъ въ одномъ случаѣ Славчева шовъ былъ наложенъ *per vaginam*, въ остальныхъ *per laparotomy*; выздоровѣло 17 (77, 3%) (въ томъ числѣ сл. Славчева), умерло 5 (22, 7%); причина смерти во всѣхъ случаяхъ (Байкова, Орлова, Рараисол'я) и два случая Krebs'a)—перитонитъ.

Въ общемъ, результатъ 77,3% выздоровленій нужно признать очень хорошимъ.

То-же лѣчение по статистикѣ Klien'a дало 50% выздоровленій и по статистикѣ Александрова 59%.

«Шовъ» снискалъ себѣ наибольшее число поклонниковъ; его рекомендуютъ Проф. Рейнъ 1), Строгановъ 2), Küstner, Катанн и можно думать проф. Оттъ 3), не одобряющій принципиально удаленія матки при разрывахъ. Zweifel 4) совѣтуетъ зашивать лишь брюшной покровъ.

Всѣ сторонники этого метода исходятъ изъ весьма гуманныхъ соображеній, что при немъ органъ становится снова способнымъ къ выполнению возложенныхъ на него функций, главнымъ образомъ дѣторождения, и женщина въ будущемъ не лишается радостей материнства.

Проф. Строгановъ два раза наблюдалъ благополучные роды у женщинъ, перенесшихъ до того разрывъ матки. Въ обоихъ случаяхъ (у одной въ 1899 г. и у второй въ 1901 г.) были вызваны искусственно преждевременные роды. При изслѣдованіи зѣлѣмъ мѣста разрыва, въ одномъ случаѣ найдено рѣзкое утолщеніе въ видѣ гребня, въ другомъ значительное истонченіе стѣнки матки въ мѣстѣ бызшаго разрыва.

* Klien бралъ лишь случаи неотложные напр. разрывомъ мочевого пузыря, у насъ же вошли всѣ безъ различія.

1) Засѣд. Акушер. Гинекол. Общества въ Петербургѣ 19 IV 901 г.

2) Пренія на I съѣздѣ Ова Россійскихъ гинекологовъ 1903 г. Ж. акуш. и жен. б. 1904 г.

3) Пренія по поводу доклада Подгорецкаго «Случай Kolporrhoehexis» въ засѣд. Акуш.—Гинекол. о-ва Петерб. Р. Врач. 1905 г. № 14.

4) Рефер. Р. Врачъ 1903 № 40.

Д-ръ Подгорецкій *) у одной изъ этихъ женщинъ (второй) черезъ 3 года въ 1904 г. снова наблюдалъ на этотъ разъ уже срочные роды, приче́мъ вслѣдствіе опасности повторнаго разрыва, былъ произведенъ поворотъ съ прободеніемъ послѣдующей головки.

Всѣ эти роды протекали въ клинической обстановкѣ, очень благоприятно, если не считать перфорациі при срочныхъ родахъ.

Проф. Строгановъ **), докладывая въ 1899 г. въ Акушерско-гинекологическомъ обществѣ въ Петербургѣ о наблюдавшихся имъ родахъ у перенесшей разрывъ матки, выставилъ слѣдующія положенія:

1) «Женщина, имѣвшая разрывъ матки, при послѣдующей беременности, должна находиться въ условіяхъ, благоприятныхъ для помощи основательной акушерской помощи».

2. «Допуская въ области разрыва уменьшеніе крѣпости стѣнки матки, слѣдуетъ заботиться объ устраненіи продолжительной и сильной родовой дѣятельности».

Однимъ изъ такихъ благоприятныхъ условій является пребываніе въ большомъ городѣ; для выполнения второго условія большинствомъ рекомендуются искусственные преждевременные роды.

Въ только что упомянутомъ докладѣ Д-ра Подгорецкаго имѣется, между прочимъ, слѣдующее мѣсто: «Не смотря на совѣтъ проф. Строганова произвести и на этотъ разъ искусственные преждевременные роды, больная, по независѣвшимъ отъ нея обстоятельствамъ (*нигдѣ за неимѣніемъ мѣсть ее не принимали* *) доносила до срока».

Это было въ Петербургѣ, гдѣ клиники, масса родовспомогательныхъ заведеній!

Эти случаи повторныхъ беременностей, послѣ разрыва, доказываютъ только, что беременность можетъ наступить, но выводитъ заключеніе о возрожденіи тканей, о томъ, что разорвавшаяся и залѣченная матка можетъ дѣйствительно выполнять функцію дѣторожденія хотя бы при благоприятныхъ условіяхъ, очень рискованно.

Наблюденіямъ благополучно протекавшихъ повторныхъ беременностей, можно противопоставить гораздо болѣе многочисленныя наблюдения повторныхъ разрывовъ. Въ обзорѣвасмой нами казуистикѣ ихъ наблюдали Гороховъ, Кривскій, Успенскій, Krebs, Debrowolsky и Sziezewicz.

Случай Кривскаго показываетъ, что даже женщина, поступившая своевременно въ лѣчебное учрежденіе, находящаяся подъ наблюденіемъ опытныхъ специалистовъ, не можетъ быть гарантирована, что новые роды, послѣ разрыва, пройдутъ для нея благополучно.

17/x 1900 у пациентки Д-ра Кривскаго, 14 мѣсяцевъ послѣ неполнаго разрыва, лѣченнаго консервативно, опредѣлена беременность 4—4½ лунныхъ мѣсяцевъ. 27/II 901 у беременной въ родовспомогательномъ заведеніи вызваны преждевременные роды метрейринтеромъ Брауна, послѣдній вышелъ черезъ 3 часа послѣ начала болей, еще

*) Засѣд. Ак. Гин. О-ва въ Петерб. 16. IX. 04.

***) Засѣд. Акуш. Гинеко. О-ва въ Петерб. 16 XII. 1899 г.

*) Курсивъ мой.

черезъ 2 часа прошли воды. Зѣвъ $3\frac{1}{2}$ — 4 пальца II затылочное положеніе, сильныя боли; черезъ часъ послѣ отхожденія водъ выраженное контракціонное кольцо. Во время приготовленій къ кесарскому сѣченію разрывъ матки съ выхожденіемъ плода въ брюшную полость. Лапаротомія. Ампутація матки. (опер. проф. Феноменовъ). Выздоровленіе.

Относительно этого случая могутъ замѣтить, что разрывъ былъ лѣченъ тампонадой, шва наложено не было и рубецъ получился не прочный.

Аманн*) имѣлъ случай у одной своей паціентки удалить матку, на которую, по поводу полного разрыва, за годъ до того былъ наложенъ шовъ (per laparotomiam). При изслѣдованіи мѣста разрыва, оказалось, что были соединены лишь наружные слои, между тѣмъ какъ взаимнаго сращенія внутреннихъ слоевъ отнюдь не послѣдовало. На поперечномъ разрѣзѣ фиксированной матки отчетливо распознается, что маточная полость продолжается въ расщелину въ широкой связкѣ.

Неблагопріятное отношеніе рваныхъ ранъ къ заживленію общеизвѣстно; если мы и не будемъ зашивать разможженные ткани, а резецируемъ края, мы удалимъ только то, что кажется подозрительнымъ невооруженному глазу; при микроскопическомъ изслѣдованіи мѣста разрыва можно видѣть, что разрывъ волоконъ, кровяная инфильтрація распространяется гориздо даліе, чѣмъ это кажется. Даже тщательное наложеніе шва на вполне безвильостную, хирургическую рану матки у здоровой, неслабленной женщины, при кесарскомъ сѣченіи, еще не гарантируетъ полученія прочнаго рубца, какъ это показываютъ многочисленныя случаи разрыва матки въ рубцѣ отъ кесарскаго сѣченія. Ихъ наблюдали Ekstein, Everke, Munro, Kerr, Dahlmann, Rudeaux и Souvelaire. Въ извѣстной работѣ Krukenberg'a такихъ случаевъ собрано 18. Помимо того, что при швѣ матки мы должны ожидать, что рубецъ получится тонкимъ и не прочнымъ, при всякой новой беременности нужно имѣть въ виду наклонность къ приращенію въ области рубца плаценты, Вслѣдствіе той громадной опасности, которой подвергается при новыхъ родахъ жизнь женщины, перенесшей разрывъ, намъ кажется, каждый врачъ, лѣчащій консервативно, прежде чѣмъ отпустить поправившуюся паціентку, долженъ выяснить ей эту опасность.

Если женщина, зная, что ей можетъ грозить въ будущемъ, пожелаетъ имѣть дѣтей, мы можемъ только преклониться передъ ея героизмомъ, если же она не пожелаетъ подвергаться риску, мы обязаны предохранить ее отъ новой беременности, что можетъ быть сдѣлано безъ уродующихъ операций, путемъ изсѣченія маточнаго конца фаллопиевыхъ трубъ. Во всякомъ случаѣ сохранить ея жизнь будетъ не менѣе гуманно, чѣмъ дать возможность появиться на свѣтъ недоноску при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ и болѣе гуманно, чѣмъ, перфорировать плодъ, при срочныхъ родахъ.

Какіе разрывы можно лѣчить зашиваніемъ? Каманн считаетъ шовъ показаннымъ въ случаяхъ, когда нѣтъ ясной инфекции, когда края не разможжены, не инфильтрированы, не загрязнены тесоніумомъ, lapigo, верніх'омъ, когда конфигурація разрыва позволяетъ тщатель-

*) Доложено 17/vi 903. въ Gynäk. Gesellsch. in München.

ный шовъ. По проф. Рейну, разможженные на видъ ткани еще не исключаютъ возможности шва. Вагитт требуетъ приведенія раны въ хирургически-простой видъ; тоже, путемъ резекціи разможженныхъ краевъ, рекомендуютъ Строгановъ и Theilhaber. Cristeaunu (сторонникъ радикализма) и Küstner (шва) предостерегаютъ отъ асцендирующей инфекціи.

Центръ тяжести, конечно, лежитъ въ инфекціи; едва ли можно довольствоваться отсутствіемъ ясной инфекціи; необходимо принимать во вниманіе вообще обстановку, при которой протекали роды, и время, прошедшее съ момента разрыва.

При подозрѣніи на зараженіе, а тѣмъ болѣе при выраженной инфекціи, отъ шва необходимо отказаться совершенно, ибо, какъ справедливо напоминаетъ Коломенкин, лѣченіе швомъ при такихъ условіяхъ стоитъ въ полномъ противорѣчій съ элементарными правилами хирургическаго лѣченія ранъ.

Объ этомъ можно было бы не говорить, если бы шовъ при завѣдомой инфекціи не примѣнялся.

Изъ 5 случ. окончившихся смертью, въ двухъ шовъ былъ примѣненъ при выраженной уже инфекціи. Въ сл. Байкова больная черезъ 17 час. послѣ разрыва доставлена въ больницу съ перитонитомъ. Шовъ. Exitus черезъ 6 часовъ. Въ сл. Орлова «брюшина на всемъ пространствѣ была переполнена кровью, представляя уже явленія перитонита». Шовъ. Черезъ два дня exitus отъ гнилостнаго перитонита.

Во всякомъ случаѣ для наложенія шва необходимъ строгій выборъ случаевъ; если «шовъ» и теперь даетъ прекрасные результаты; то при выборѣ дѣйствительно соответственныхъ случаевъ, нужно думать, результаты будутъ еще лучше.

Для наложенія шва возможны 3 пути: per laparotomiam, per vaginam и путь экстраперитонеальный.

Единственный вѣрный и надежный путь—это чревосѣченіе, такъ какъ только оно одно даетъ намъ возможность составить точное представленіе о кровотеченіи, инфекціи, направленіи и величинѣ разрыва и дѣлаетъ рану наиболѣе доступной.

Зашиваніе же per vaginam можетъ встрѣтить большія техническія затрудненія, такъ Александровъ упоминаетъ, что даже Schröder'у однажды не удалось закончить зашиванія разрыва per vaginam.

Экстраперитонеальный путь (боковой разрѣзъ Bardenheuer'a или поперечный супрасимфизарный съ отдѣленіемъ мѣста прикрѣпленія m. m. rectorum) можно примѣнить при неполныхъ разрывахъ какъ для шва самого разрыва, такъ и для удаленія субперитонеальныхъ гематомъ и остановки кровотеченія. Въ общемъ же, этотъ методъ большого распространенія не получилъ.

Если есть подозрѣніе на инфекцію, или она уже существуетъ. если протяженіе, конфигурація разрыва, сильная разможженность краевъ не позволяютъ наложить хороший шовъ, вступаетъ въ свои права радикальное вмѣшательство—удаленіе разорванной матки тѣмъ или другимъ способомъ.

Матка per laparotomiam была удалена при полныхъ разрывахъ 61 разъ съ 16-ю смертельными исходами (26,2%). Тоже по Klien'у

на 69 случ.—31 смерть (45⁰/0), по Александрову на 69 сл.—36 смертн. исходовъ (52⁰/0). При неполныхъ разрывахъ два раза (надвлагалищная ампутація и полная экстирпація), въ обоихъ случаяхъ выздоровленіе.

Per vaginam 3 раза при полныхъ—всѣ выздоровѣли и 1 разъ при неполномъ—смерть отъ sepsis'a помимо операціи.

Операція Poggio была примѣнена 9 разъ съ 1 смертельнымъ исходомъ (11⁰/0) въ случ. Seitz'a, осложненномъ выпаденіемъ петли кишекъ во влагалище. Операція произведена у пациентки почти безъ пульса. Exitus спустя 2¹/₂ дня при лихорадкѣ. Въ этомъ случаѣ смертельный исходъ нельзя приписать операци, какъ таковой, а, по всей вѣроятности, инфекціи брюшной полости со стороны выпавшей петли кишекъ.

Надвлагалищная ампутація была примѣнена 25 разъ съ 7-ю смерт. исходами (28%). Въ сл. Rare было громадное кровотеченіе въ брюшную полость изъ параметральной клѣтчатки, остановленное обкалываніемъ. Причиной смерти былъ параличъ сердца на 8 день послѣ операціи. Въ сл. Феноменова, по снятіи швовъ на 11-й день, средняя часть раны разошлась, и часть сальника вышла наружу. 36 ч. спустя смерть при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности. Въ сл. Никонова, осложненномъ значительнымъ разрывомъ широкихъ связокъ, смерть послѣдовала при явленіяхъ перитонита (признаки начинающаго зараженія были уже до операціи: рвота, повышенная т⁰ налеты на ссадинахъ на наружныхъ genitalia); возможно, что на исходъ нѣкое другое влияніе имѣло то обстоятельство, что, обкалывая запузырную клѣтчатку, авторъ захватилъ въ шовъ правый мочеточникъ. Въ сл. Кашап'а смерть при явленіяхъ перитонита черезъ 43 ч. у пациентки, ослабленной сильнымъ кровотеченіемъ. Въ сл. Томсона и Зиле—смерть на 4-й день послѣ операціи при явленіяхъ перитонита. Причиной перитонита, нужно думать, былъ разрывъ мочевого пузыря, такъ какъ роженица еще до разрыва была подъ наблюденіемъ одного изъ авторовъ (Томсона). Лапаротомія произведена тотчасъ же. Перевозкѣ больная не подвергалась. Въ сл. Меуег'а—смерть отъ фибринознаго перитонита констатированнаго уже во время операціи. Въ нашемъ случаѣ смерть послѣдовала черезъ 12 ч. послѣ операціи при явленіяхъ прогрессирующаго—упадка сердечной дѣятельности, у пациентки, ослабленной большимъ кровотеченіемъ въ брюшную полость.

Смертельный исходъ въ связь съ самой операціей можетъ быть поставленъ лишь въ сл. Кашап'а, такъ какъ во всѣхъ остальныхъ ныхъ (кромѣ сл. Никонова?) тотъ же исходъ, нужно думать, былъ бы при всякомъ другомъ лѣченіи. Въ случаѣ, оперированномъ Кашап'омъ, единственнымъ источникомъ инфекціи могла послужить шеечная культя, оставленная авторомъ, какъ важная (по Winkel'ю) для архитектоники тазового дна. Другого источника инфекціи не отмѣчено ни самимъ авторомъ, и нельзя также найти указаній на него и въ исторіи болѣзни.

Абдоминальная полная экстирпація была примѣнена 27 разъ съ 8 смертельными исходами (29, 6%).

Въ сл. Кузнецкаго смерть послѣдовала черезъ 6 дней послѣ операціи отъ тяжелой двухсторонней пнеймоніи. Въ сл. Мисевича смерть также отъ фибринозной пнеймоніи на 18-й день послѣ операціи. Въ сл. Никонова смерть отъ перитонита черезъ 9 дней. Авторъ

самъ признаеть, что сдѣлалъ ошибку, зашивъ наглухо брюшину со стороны влагалища. Случай отъ начала до конца прогекаль въ больницѣ. Въ другомъ сл. Никонова смерть послѣдовала отъ остраго малокронія черезъ 1 ч. послѣ операци. Вскорѣ послѣ разрыва плодъ былъ извлеченъ поворотомъ. Лапаротомія черезъ 4½ часа. Больную „погубила ошибка — извлечение плода прежде, чѣмъ сдѣланы приготовленія къ немедленному чревосѣченію“. (Никоновъ). Въ сл. Watkins'a одновременно съ разрывомъ матки былъ заворотъ кишекъ (перегибъ Flex. sigmoideae вслѣдствіи сращеній на почвѣ бывшаго за 8 лѣтъ до того перитонита). Въ сл. Ekstein'a смерть послѣдовала черезъ 1½ ч., вслѣдствіе значительной потери крови еще до операци. Въ сл. Schwarz'a — гнилостный перитонитъ отъ гнилостнаго разложенія плода. Въ сл. Herff'a акушерка вытащила черезъ разрывъ 2½ метра кишекъ, которыя и были послѣ резцированы. Ближайшая причина смерти не указана. Во всѣхъ этихъ случаяхъ операци сама по себѣ не была причиной смерти, въ сл. Никонова, судя по исторіи болѣзни, можно было бы надѣяться на благопріятный исходъ, если бы были избѣгнуты тѣ ошибки, которыя признаеть самъ авторъ.

Per vaginam матка была удалена въ одномъ случаѣ неполнаго разрыва—смерть отъ sepsis'a помимо операци и въ 3-хъ случаяхъ полныхъ разрывовъ—съ благопріятнымъ результатомъ во всѣхъ случаяхъ.

100% выздоровленій при влагалищной экстирпациі въ 3-хъ случ. еще, конечно, не доказываетъ преимущества этого метода передъ другими. Недостатки вышнелетельства per vaginam при разрывахъ матки уже указывались и повторять это нѣтъ надобности.

Въ двухъ случаяхъ, опубликованныхъ Сливинскимъ, (опер. проф. Оттъ) точное распознаваніе, опредѣленіе характера разрыва были облегчено примѣненіемъ освѣщенія брюшной полости по способу проф. Отта. Тамъ, гдѣ вентроскопія можетъ быть примѣнена, она должна оказать громадныя услуги; къ сожалѣнію, далеко не всѣ имѣютъ возможность пользоваться ею.

Ваимъ, 2 раза произведшій влагалищную экстирпацию при ruptura uteri, не получилъ хорошаго впечатлѣнія отъ этого способа, такъ какъ остается неизвѣстнымъ состояніе брюшныхъ органовъ. Такъ въ одномъ случаѣ Ваимъ'a пациентка поправилась лишь черезъ 3 мѣсяца. «Видимо въ полости живота остались вредныя вещества, которыя могли бытъ устранены при лапаротоміи».

Во всякомъ случаѣ влагалищная экстирпациа при ruptura uteri серьезно конкурировать съ брюшными радикальными операциями не можетъ.

Итакъ, при радикальномъ лѣченіи, можетъ итти рѣчь о соперничествѣ двухъ методовъ: при одномъ разорванная матка удаляется *in toto*, при другомъ оставляется *portio vaginalis* (Рогго и надвлагалищная экстирпациа). Результаты того и другого методовъ почти одинаковы: 29,6% смертности при первомъ, 23,5% при второмъ; если изъ числа первыхъ больныхъ исключить случаи Кузнецкаго и Мисевича, то процентъ смертности при полной экстирпациі падеть до 20%, а изъ больныхъ второй категоріи — случай Феноменова, то при этомъ методѣ получимъ 21,2% смертности, если, конечно, признаеть, что печальный исходъ другихъ случаевъ имѣлъ хотя отдаленную связь съ тѣмъ или другимъ примѣненнымъ методомъ.

Каждый методъ имѣеть своихъ убѣжденныхъ сторонниковъ. Winckel, творецъ ученія о значеніи влагалищной части для тазового дна, конечно, считаетъ наилучшимъ методомъ, когда нужно удалить матку, суправагинальную ампутацію, которая и примѣняется въ его клиникѣ при разможженіи краевъ разрыва. Дренажъ при этомъ не примѣняется.

Hartmann, раздѣляя мнѣнія Winckel'я, также считаетъ opération de choix суправагинальную ампутацію съ дренажемъ сав. Douglasii, когда разрывъ лежитъ сзади сосудистаго hylus'a. Когда же разрывъ расположенъ на передней стѣнкѣ матки—атипичную ампутацію черезъ самое мѣсто разрыва съ экстраперитонеальнымъ лѣченіемъ маточной культи. Kamann, сторонникъ шва, въ необходимыхъ случаяхъ предпочитаетъ также суправагинальную ампутацію, на основаніи указаніи Winckel'я Пр. Феноменовъ во всѣхъ своихъ 6 случаяхъ (586 чревосѣченій съ 1895 г. по 1902 г.) примѣнилъ ампутацію матки.

Amann, горячій сторонникъ полной экстирпаціи, не раздѣляя взгляда Winckel'я на значеніе шейки, считаетъ ея оставленіе очень опаснымъ въ смыслѣ возможности вторичной инфекции, такъ какъ при ампутаціи удаляется не весь инфицированный органъ, а лишь большая часть его. Опасность значительно уменьшается, если ухоть за культей будетъ экстраперитонеальный, но окончательное выздоровленіе изъ за этого сильно замедляется. Интраперитонеальный ухоть, по Amann'у, имѣеть тотъ недостатокъ, что «требуеть отъ оператора значительнаго опыта въ брюшныхъ операціяхъ и тщательной асептики».

Cristeaunic, кромѣ удаленія опасной въ смыслѣ инфекции шейки, преимущества полной экстирпаціи видитъ въ томъ, что при ней хорошо разрѣшается задача дренажа. Продолжительность операціи опредѣляется отъ 1 ч. до 1¹/₄ ч.

Kolomenkin видитъ преимущество полной экстирпаціи въ удаленіи всего инфицированнаго органа, въ возможности полной остановки кровотеченія и хорошаго дренированія.

Если разобрать приведенные доводы за и противъ съ чисто практической точки зрѣнія, то прежде всего придется остановиться на «шейкѣ матки», какъ главномъ casus belli. Дѣйствительно ли она представляетъ уже такую большую опасность? Изъ 8 сл., окончившихся смертью, изъ 34, въ которыхъ была примѣнена ампутація матки, лишь въ одномъ случаѣ Kamann'a можно предположить связь между перитонитомъ и оставленіемъ шейки. Въ этомъ случаѣ имѣло значеніе и то обстоятельство, что было произведено полное отграниченіе брюшной полости отъ влагалища и, не смотря на разрывы брюшины и гематому лѣвой широкой связки, дренажа, повидимому, примѣнено не было.

Что касается остановки кровотеченія, то оно возможно также хорошо при надвлагалищной ампутаціи, какъ и при полной экстирпаціи, на что указывалъ уже Kolomenkin. (Extirpatio uteri abdom. subtotalis gestattet die Blutung recht exact zu Stillen); при Porro же, дѣйствительно, задача полной остановки кровотеченія разрѣшается не вполне удовлетворительно, какъ какъ (если даже и удастся хорошо наложить жгутъ ниже мѣста разрыва) кровотеченіе можетъ продолжаться изъ глубины параметрій; но типичная операція Porro въ на-

стоящее время примѣняется вообще всё рѣже и рѣже и совершенно вытѣсняется субтотальной гистеректоміей.

Дренированіе, само собой, можетъ быть произведено тщательно и полнѣе при полной экстирпации, чѣмъ при неполной, но и при послѣдней широко можно дренировать черезъ задній сводъ.

Что касается утверждения Атапн'а относительно большого опыта, нужнаго для внутрибрюшиннаго ухода за культей, то оно, по нашему мнѣнію, чисто индивидуальнаго характера, едва ли меньшій опытъ нуженъ и для выполнения полной экстирпации; тщательная же асептика необходима какъ при той, такъ и при другой операци. Продолжительность операци зависитъ отъ обстановки, въ которой она производится и, въ значительной степени, отъ личныхъ свойствъ оператора. Такой опытный хирургъ, какъ Кристианцъ, опредѣляетъ время для полной экстирпации въ 1—1¹/₄, ч. этого времени, можно думать, будетъ достаточно и для надвлагалищной ампутаціи.

Въ общемъ же, по нашему мнѣнію, каждая изъ этихъ операций, имѣя свои преимущества, въ подходящихъ случаяхъ, должна найти себѣ примѣненіе.

Я позволилъ бы себѣ формулировать показанія для полной и неполной экстирпации слѣдующимъ образомъ:

1. Extirpatio uteri abdom. subtotalis съ интраперитонеальнымъ уходомъ за культей показана въ незараженныхъ случаяхъ, гдѣ протяженіе и конфигурація разрыва не позволяютъ наложить хорошей шовъ.

2. Extirpatio uteri abdom. subtotalis съ внѣбрюшиннымъ уходомъ за культей показана въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, при отсутствіи какихъ либо признаковъ инфекціи, на основаніи анамнеза, окружающей обстановки, тѣмъ не менѣе можно опасаться ея.

3. Extirpatio uteri abdom. totalis или abdominovaginalis totalis (Коломенкин) показана во всѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются налицо признаки, хотя бы только мѣстной инфекціи, а тѣмъ болѣе въ случаяхъ, гдѣ инфекція распространилась на брюшину полости живота.

Разрывовъ полныхъ 116, не полныхъ 10, неизвѣстнаго характера (Сл. Гирютина) 2.

Полные разрывы.		Общее число.	Выздоровило.	Умерло
<i>А. Неоперативное леченіе.</i>				
а) Ледъ, эрготинъ, давящая повязка, возбуждающія средства.	7	4	3 (43%)	
б) Тампонада. Была примѣнена въ 15 случ., въ 3-хъ изъ нихъ, вслѣдствіе продолжавшагося кровотеченія, сдѣлана лапаротомія и разрывъ зашитъ; эти случаи войдутъ въ рубрику «Шовъ», остается такимъ образомъ 12 сл., леченныхъ тампонадой. Изъ нихъ 11 полныхъ разрывовъ и въ 1 сл. (Гирютина) характеръ разрыва не указанъ. Изъ 11 полныхъ, въ 10 примѣнена тампонада матки и въ 1 только влагалища	10	5	5	
Только влагалища	1	—	1	
Сл. Гирютина	1	—	1	
	12	5	7 (58,3%)	

Полные разрывы.			
	Общее число.	Выздоровило.	Умерло.
Б. Оперативное лечение.			
а) Шовъ. Былъ примененъ въ 22 случ., изъ нихъ въ одномъ зашиваніе произведено per vaginam (сл. Славчева).	22	17	5 (22,7%)
б) Poggio	8	7	1
Сл. Тирютинъ	1	1	—
	9	8	1 (11,1%)
в) Надвлагалищная ампутація	25	18	7 (28,0%)
г) Влагалищная экстирпація	3	3	—
Абдоминальная полная экстирпація	27	19	8 (29,6%)

Въ эти рубрики не вошло 13 случаевъ полныхъ разрывовъ, изъ которыхъ 10 окончились смертью. Въ 3-хъ случ. (Hartmann'a, Dobrowolsk'аго, Grosse) смерть послѣдовала во время операціи; въ 2-хъ сл. (Стойнова) больныя умерли на операционномъ столѣ до операціи; въ 3-хъ сл. (Полѣнова, Dahlmann'a и Lea) — отъ анеміи и коллапса безъ возможности операціи; въ 2-хъ сл. (Barber'a и Krebs'a (5-й) разрывъ распознанъ лишь на вскрытіи. Въ 3-хъ случаяхъ разрывъ не былъ распознанъ своевременно и больныя были оперированы черезъ значительный промежутокъ времени—это сл. Александрова (полная экстирпація черезъ мѣсяцъ послѣ разрыва), Бѣляева (полная экстирпація черезъ 2 мѣсяца), Soulioux (надвлагалищная ампутація черезъ 9 мѣсяцевъ).

Неполные разрывы.			
	Общее число.	Выздоровило.	Умерло.
А. Неоперативное лечение.			
Ледъ, эрготинъ, влагалищныя спринцеванія	3	3	—
Б. Оперативное лечение.			
а) Надвлагалищная ампутація	1	1	—
б) Влагалищная экстирпація	1	—	1
в) Абдоминальная полная экстирпація	1	1	—

Въ 3-хъ сл. Knaueг'a rupturæ uteri incompl. ext. разрывъ при жизни не былъ распознанъ вовсе, въ 1-мъ случ., его же, срединнаго разрыва, но въ началѣ также не былъ распознанъ, лишь въ послѣдствіи лапаротомія по поводу явленій перитонита съ летальнымъ исходомъ.

ЛИТЕРАТУРА.

Александровъ. Къ вопросу о разрывахъ матки во время беременности Хирургія т. VII. 900. — Amann. Die abdominale Totalexstirpation bei completer Uterusruptur. Gyn. Ges. in München Sitz. 21. IX 901. Monatsschr. f. Geb. u Gyn. Bd. 15 и Bd. 18. — Anteki. Обзоръ польской акуш. ринек. литературы за 1903 — 1905 г. Фонъ-Нейгебауера. Ж. ак. и ж. б. 906. — Байковъ. Два случая разрыва матки во время родовъ. Практ. Врачъ. 903 № 51. — Барановъ. Случай познаго

разрыва матки во время родовъ. *Практ. Врачъ* 903 № 24. — Бѣляевъ. Случай разрыва матки во время родовъ etc. *Изъ Акуш. Гинек. О-ва въ Москвѣ. Врач. Газ.* 907. № 35. — *Bovin. Ett Fall spontan Uterusruptur etc. Hygiela* 904. *Ref. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXI.* — *Barber. Geb. Gyn. Ges. von Nord-England.* 18. IX 904. *Monatschs. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXI.* — *Cristeaunu. Sur le traitement des ruptures uterines. Annales de Gyn. et d'obst.* 901. *Ref. Revue de Gyn. et de Chir. abdom.* 901. — *Couvelaire. Rupture de la cicatrice d'une ancienne opération césarienne etc. Annales de Gyn et d'obst.* 906. — *Czyzewicz. Докладъ въ Przegląd Lekarski; въ 906 г. Ред. Ж. ак и жб.* 907. — *Czajenowicz. Gaseta Lekarska* 901. № 48. *Ref. Ж. ак и жб.* 902. — *Dobrowolski. Обзоръ польской акуш. гинек. литературы Фон-Нейгебауера. Ж. ак и жб.* 906. — *Dobrowolski. Русскій Врачъ* 902 № 53. *Редф.* — *Dahlmann. Medic. Gesellsch zu Marbourg* 24. XI. 904 *Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXI.* — *Everke. Niederrheinisch-Westfalisch. Gesellsch. f. Gyn. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXI.* — *Ekstein. Die erste Spontanruptur des graviden Uterus im Bereiche der alten Kaiserschnittnarbe etc. Ztralbl. f. Gyn.* № 44. *Ref. Deutsche Med. Woch.* 904. № 47. — *Fieux. Spontanruptur des Uterus während der Geburt. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Paris* 11. IV 904 *Monatschr. Bd. XXI.* — *Frank. Über Uterusruptur. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln* 13. IV. 904. *Ref. Monatschr. Bd. XXI.* — *Гороховъ. Къ казуистикѣ разрывовъ матки во время родовъ. Врач. Газ.* № 39. — *Grosse. Soc. d'obst. de Gyn. et de Péd. de Paris* 11 f. 905 *Ref. Revue de Gyn. et de chir. abd.* 905. — *Hartmann. Annales de Gyn. et d'obst* 901. X. *Ref. Revue de Gyn. et de chir. abd.* 92 — *Herfl. Medic. Gesellsch. der St. Basel. Monatschr. Bd. XV.* — *Кузнецкій. По поводу бо чревоотъненій съ примѣненіемъ швовъ изъ оленьихъ сухожильныхъ нитей. Ж. ак и жб.* 904 — *Karwat. Ein Fall von Uterusruptur intra partum etc. Deutsch. Med. Woch.* 902 № 41. — *Küstner. Therapie der Uterusruptur. Gyn. Gesellsch. in Breslau* 19. VII. 904. *Monatschr. Bd. XX.* — *Knauer. Einige seltene Fälle von Gebärmutterzerreißung etc. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XVII.* — *Kamann. Fall von completer Uterusruptur. Gyn. Ges. in München Sitz.* 19. II. 902 *Monatschr. Bd. XV.* — *Krebs. Ueber Gebärmutterzerreißung während der Geburt. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XVI.* — *Kerr. Glasgow obst. and Gyn. Society* 25. V. 904. *Revue de Gyn.* 904. — *Lea. Fall von Uterusruptur in der Geburt. Gyn. Ges. von Nord England* 21. X. 904 *Ref. Monatschr. Bd. XXI.* — *Мисевичъ. Удаление чревоотъненіемъ всей матки по поводу разрыва во время родовъ Изъ Акуш. Гинек. О-ва при Моск. Унив. Засѣд.* 13. XII. 906. *Русск. Врачъ* 907. № 16. — *Mendel. Ein Fall von Uterusruptur intra partum ohne Operation geheilt. Deutsch. Medic. Woch.* 902 № 45. — *Murrey. Spontanruptur des Uterus. Geburtshulf. Ges. zu Edinburg* 11. XII. 901. *Monatschr. Bd. XV.* — *Meuer. Случай прои. в. разрыва матки во время беременности. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 9. Редф. Р. Врачъ* 904 № 50. — *Никоновъ. Къ вопросу о лѣченіи разрывовъ матки (5 случ. разрыва матки во время родовъ) Р. Врачъ* 904 № 46. — *Нейштубе. Изъ Акуш. Гинек. О-ва въ Кіевѣ. Р. Врачъ* 903 № 19. — *Орловъ. О разрывахъ матки во время родовъ и ихъ лѣченіи. Врачъ.* 901 № 27. — *Онъ же. Къ казуистикѣ полного разрыва матки во время родовъ. Ж. ак. и жб.* 908. — *Osterloch. Ueber Uterusruptur. Ges. f. Natur und Heilkunde zu Dresden* 19. IV. 902. *Monatschr. Bd. XVI.* — *Подгорецкій и Столыпинскій. 1000 чревоотъненій произведенныхъ проф. Н. Н. Феноменовымъ. (586 чрев. съ 1895—1902 г.) Ж. ак. и жб.* 903 — *Подгорецкій. Случай Kol. pororrhæxis. Изъ Акуш. Гинек. О-ва въ Петерб. Р. Врачъ* 905. № 14. — *Поновъ. Распознаваніе и неоперативное лѣченіе полныхъ разрывовъ матки во время родовъ. Врачъ* 901. № 44. — *Подгорецкій. Случай повторныхъ родовъ послѣ разрыва матки. Изъ акуш. Гинек. О-ва въ Петерб.* 16. IX. 904. *Р. Врачъ* 904 № 40. — *Папернъ. Случай самопроизвольнаго разрыва матки во время родовъ. Врач. Газ.* № 33 и 34. — *Раре. Spontane Uterusruptur veranlasst durch Frucht mit Chondrodystrophia foetalis. Verein f. Aerzte Düsseldorf.* 10 X. 904. *Deutsch. Med. Woch.* 905 № 1. — *Paranicol. Uterusruptur während der Geburt. Revista de chirurgie* 902 № 2 *Ref. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. VII.* — *Pinard und Potocki. Zwei operativ geheilte Fälle von Uterusruptur. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXI.* — *Praag. Een geval von genesen Ruptura uteri. Ned. Tijdschr. v. Seuceesunde.* 903. *Ref. Monatschr. Bd. XIX.*

Ribemont.—*Dessaignes u. Rudaux. Monatschr. Bd. XXI.*— *Строгановъ. Течение беременности и родовъ у женщины, перенесшей полный разрывъ матки при предшествовавшихъ родахъ. Изъ Акуш. Гин. О-ва въ Петерб.* 16 XII. 99. *Врачъ* 900 № 1.—*Онъ же. Новый случай родовъ у женщины, перенесшей ранѣе разрывъ матки. Изъ Акуш. Гин. О-ва въ Петерб.* 19. IV. 901 *Ж. ак. и жб.* 901.—*Сли-*

винскій. О вентроскопiи при разрывахъ матки. Изъ Акуш. Гин. О-ва въ Петерб. 18. IX. 903. Ж. ак. и ж. б. 904.—Славчевъ. Случай разрыва матки и задняго свода ес. Протоколы 1-го съезда О-ва Росс. гин. и акуш. Ж. ак. и ж. б. 904.—Стояновъ. О разрывахъ матки. Ibidem. (3 случ.)—Souligoux. Случай травматич. разрыва матки на 8-мъ мѣс. беременности. La Gynécologie 906. X. Реф. Врач. Газ. 907 № 27.—Seitz. Gyn. Gesellsch. in München 21 IX. 901. Monatsschr Bd. XV.—Онъ же. ibidem 21 I. 903. Monatsschr Bd. XVIII.—Stewart New York Medic. Journ. Реф. Р. Врач. 904. № 11.—Staudé. Soc. d'obst. de Hambourg 16. II. 904. Revue de Gyn. 904.—Schwarz. Случай 2-хъ часового блужданiя съ разрывомъ беременной матки. Centralbl. f. Gyn. Реф. Врач. 900. № 30.—Schwendener. Ueber einen Fall von angewachsener Placenta und Uterusruptur nach Crédé'schem Handgreiff. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XVIII.—Тирютинъ. Медицинскій отчетъ Родильн. отд. Акуш. Гинек. клиники Харьковск. Унив. за 1896/7—1900/1 г.г. Ж. ак. и ж. б. 902.—Томсонъ и Зиле. Къ вопросу о разрывѣ матки. Ж. ак. и ж. б. 900.—Успенскій. О хирургическомъ лѣченiи разрывовъ матки во время родовъ. Медич. Обзор. 902 № 5.—Ушковъ. Случай разрыва матки во время родовъ. Изъ Акуш. гинек. О-ва при Московск. Унив. 10 XII 903. Р. Врач. 904. № 8.—Wiener Gyn. Gesellsch. in München 20. III. 902. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XVI.—Онъ же. Zwei weitere Falle von Uterusruptur operativ geheilt. Münch Med. Woch. 902 № 42.—Watkins. Darmverschluss und Uterusruptur in Folge von Adhaesionen. Gyn. Ges. zu Chicago. Ref. Monatsschr. Bd. XV.—Wallia. Ruptura uteri completa. Orvosi Hétlap. 900. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XV.—Wirz. Ueber Uterusruptur. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln. 21. II. 900. Monatsschr. Bd. XV.—Varnier et Grossé. Incompl. Ruptur des unter. Uterinsegmentes. Ges. f. Geb. Gyn. u. Ped. zu Paris. 14. X. 901. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XV.

Другіе источники.

Александровъ. Обзоръ лѣченiя при разрывахъ матки во время родовъ на основанiи матеріаловъ отечественныхъ авторовъ съ 1885 г. и иностранныхъ съ 1893 по 1900. Изъ Акушерск. Гинекод. О-ва при Московск. Унив. 22. III. 900. Врачъ 900. № 22 и 23.—Bandl. Ueber Ruptur Gebärmutter und ihre Mechanik nach klinischen Beobachtungen. Wien. 1875.—Витт. Руководство къ изученiю акушерства. Р. 4-ск. Изд. 1905 г.—Бекманъ. Къ этиологiи разрывовъ матки. Ж. Ак. и Ж. б. 92.—Давыдовъ. Къ вопросу объ измѣненiи эластической ткани матки при самопроизвольныхъ разрывахъ во время родовъ и беременности. Дисс. Петерб. 1895.—Döderlein. Die Entzündungen der Gebärmutter Veit's Handb. d. Gynäk. Bd. II. Zw. Aufl. 907.—Dirmoser. Die Vaginae und Ventrifixationen des Uterus. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XV. 902.—Florenzo d'Erchia. Beitrag zum Studium des schwangeren und kreissenden Uterus. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XX. 907.—Freund. Deutsch. Medic. Woch. 1896.—Ивановъ. Объ эластической ткани въ маткѣ во время беременности. Ж. ак. и Ж. б. 901.—Кривскій. Случай вторичнаго разрыва матки во время родовъ. Ж. ак. и Ж. б. 901.—Klien. Die operative und nichtoperative Behandlung der Uterusruptur. Arch. f. Gyn. Bd. 62. Реф. Врачъ. 1901 г. № 38.—Kolomenkin. Zur Frage über die operative Behandlung der Uterusruptur. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XVII. 903.—Küstner. Schwangerschaft und Geburt nach profixierenden Operationen. Veit's Handbuch. d. Gynäk. Bd. II.—Neumann. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. IV. 96.—Порошинъ. Къ этиологiи самородныхъ разрывовъ матки во время беременности. Врачъ. 97.—Полѣновъ. Къ вопросу объ этиологiи самопроизвольныхъ разрывовъ матки. Ж. ак. и Ж. б. 902.—Scipiadés. Ueber Uterusruptur im Anschluss an 97. einheitlich behandelte Fälle der Tauffer'schen Univ. Frauenklinik zu Ofen-Pest. Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gyn. 12 Versamml. abgeh. zu Dresden. vom. 21—25. Mai. 907. Ref. Münch. Med. Woch. 907. № 28.—Сазоновъ. Случай узурь матки во время родовъ съ кровотеченiемъ въ брюшную полость. Изъ Акуш. Гинек. О-ва въ Москвѣ. 26. III. 908. Врач. Газ. 908. № 26.—Schroder. Учебникъ Акушерства. 1895.—Внуковъ. Два случая остраго, разлитого, прободнаго перитонита, излѣченнаго чревосѣченiемъ. Русск. Врачъ. 1906. № 27.—Veit. О разрывахъ матки. Современ. клиника и терапiя. 905.—Veit. Unterer Uterinsegment und Cervix-rage. VIII Kongress der Deutsch. Gesellsch. f. Gyn. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX. 99.

Къ учению о родоразрѣшеніи при эклампсіи *).

Н. И. ПОВѢДИНСКАГО

Акушерская литература каждый годъ обогащается большимъ количествомъ работъ по эклампсіи, и несмотря на это наши знанія очень мало подвигаются впередъ какъ по вопросу о сущности и причинахъ эклампсіи, такъ и по вопросу о способахъ лѣченія этого загадочнаго заболѣванія.

Такая неопредѣленность во взглядахъ съ одной стороны и высокой процентъ смертности матерей и дѣтей съ другой позволяютъ мнѣ подѣлиться съ Вами сегодня моими впечатлѣніями по поводу эклампсіи на основаніи, главнымъ образомъ, матеріала акушерской клиники за послѣдніе годы. Наибольшее вниманіе я удѣляю способамъ родоразрѣшенія, такъ какъ и до сихъ поръ все еще остается неяснымъ: — во 1-хъ, необходимо-ли во всѣхъ случаяхъ немедленное родоразрѣшеніе, и во 2-хъ, какой способъ родоразрѣшенія наилучшій, — такое серьезное оперативное вмѣшательство, какъ напр. кесарское сѣченіе, или же другіе болѣе шадяшіе способы акушерскихъ операций.

Въ настоящее время надо отмѣтить главнымъ образомъ два взгляда на происхожденіе эклампсіи. Большинство разсматриваетъ эклампсію, какъ интоксикацію, обусловленную задержаніемъ въ материнской крови продуктовъ обмѣна, принадлежащихъ матери или плоду или обоимъ вмѣстѣ. Меньшинство же полагаетъ, что эклампсія можетъ быть и рефлекторнаго происхожденія, на что, согласно этому воззрѣнію, указываютъ нѣкоторые случаи, въ которыхъ до начала судорогъ нельзя было найти измѣненій въ почкахъ.

Такъ, Дюрссенъ ¹⁾ происхожденіе рефлекторной эклампсіи, встрѣчающейся, — по его мнѣнію, — въ 5% всѣхъ случаевъ, объясняетъ ненормальной раздражительностью чувствительныхъ нервовъ матки у очень молодыхъ и старыхъ первороженицъ. Это зависитъ будто-бы отъ недо-

*) Читано въ годичномъ засѣданіи Московскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества 8 октября 1908 года.

статочности эластическихъ волоконъ въ нижнемъ маточномъ сегментѣ, вслѣдствіе чего при опусканіи головки плода затрудняется растяженіе этого отдѣла матки. Также Zangemeister²⁾ пытается объяснить измѣненія, встрѣчающіяся при эклампсіи, не ядовитыми продуктами самоотравленія, а рефлекторнымъ спазмомъ артерій; вслѣдствіе этого наступаетъ малокровіе мозга, вызывающее общія судороги, затѣмъ нарушеніе питанія и функцій отдѣльныхъ органовъ, подъ вліяніемъ чего въ нихъ происходятъ анэмическіе некрозы, кровоизліянія и перерожденія.

Нельзя не обратить вниманія на обстоятельную статью д-ра Dienst'a³⁾, появившуюся въ послѣднемъ номерѣ Archiv f. Gynäkol. Теорія, предложенная имъ для объясненія происхожденія эклампсіи, основана на измѣненіяхъ крови, свойственныхъ беременности. Вотъ вкратцѣ ея содержаніе: Причиной эклампсіи служатъ тромбозы сосудовъ. Для образованія тромба необходимо присутствіе фибриногена въ крови, измѣненіе эндотелія сосудовъ и присутствіе избытка NaCl. Всѣ эти условія существуютъ и при нормальной беремености, однако эклампсія не развивается. Для этого необходимо быстрое увеличеніе фибриногена, что происходитъ вслѣдствіе внезапнаго попаданія въ общее кровяное русло большаго количества лейкоцитовъ; такое увеличеніе лейкоцитовъ зависитъ отъ внезапнаго прекращенія застоя крови (въ застойныхъ областяхъ), что можетъ стоять въ связи съ родовыми болями или случайными причинами.

Фибриногенъ дѣйствуетъ губительно на эндотелій сосудовъ, вызывая этимъ отеки; онъ же производитъ измѣненія въ почкахъ. Хотя судороги могутъ зависѣть отъ самоотравленія, но сущность эклампсіи не въ нихъ, такъ какъ извѣстно, что эклампсія можетъ быть и безъ судорогъ.

Плодъ не служитъ причиной эклампсіи, такъ какъ эклампсія можетъ быть и при мертвомъ плодѣ и пузырномъ заносѣ и такъ какъ въ крови матери фибриногена больше, чѣмъ у плода.

Разногласіе во взглядахъ на сущность эклампсіи, конечно, не можетъ не отражаться и на способахъ лѣченія. До сихъ поръ не увѣнчались успѣхомъ попытки ввести то или другое раціональное лѣченіе эклампсіи, направленное на устраненіе причины этого заболѣванія сообразно тому или другому этиологическому моменту. Общая терапія

въ настоящее время носить, можно сказать, симптоматически-эмпирической характеръ.

Многіе и теперь придаютъ большое значеніе различнымъ наркотическимъ средствамъ: подкожному введенію морфія, хлораль-гидрату въ клизмахъ и хлороформному наркозу. Однако благотворное вліяніе наркотическихъ, какъ противосудорожныхъ средствъ, признается далеко не всѣми. Дѣйствительно, умѣренные впрыскиванія морфія въ самомъ началѣ заболѣванія заслуживаютъ примѣненія, но примѣненіе ихъ въ коматозномъ состояніи можетъ оказаться вреднымъ, такъ какъ подобныя средства, ослабляя дѣятельность сердца и дыханія, могутъ способствовать наступленію отека легкихъ. Такое же вліяніе, въ смыслѣ усиленія коматознаго состоянія и ослабленія дѣятельности сердца, могутъ оказать горячія ванны или обертыванія, предложенныя съ цѣлью возбужденія дѣятельности кожныхъ железъ и для замѣны дѣятельности почекъ. Съ точки зрѣнія теоріи самоотравленія ухудшеніе общаго состоянія послѣ такого способа лѣченія объясняется сгущеніемъ экламптического яда вслѣдствіе значительной потери воды при потѣни, что, конечно, должно сильнѣе отражаться на нервной системѣ.

Кровопусканія далеко не всегда оказываются умѣстными; улучшеніе общаго состоянія послѣ кровопусканія замѣчается при наступающемъ ціанозѣ и очень напряженномъ и ускоренномъ пульсѣ. Однако нельзя сказать ничего опредѣленнаго относительно того, оказываютъ-ли они хорошее дѣйствіе, какъ думаютъ нѣкоторые, еще тѣмъ, что съ ихъ помощью изъ организма удаляется болѣе или менѣе значительное количество токсиновъ.

Подкожныя вливанія физиологическаго раствора поваренной соли иногда даютъ благопріятные результаты; они усиливаютъ дѣятельность сердца и возбуждаютъ дѣятельность почекъ, но мы не знаемъ, выражается-ли ихъ вліяніе еще въ томъ, что, какъ думаютъ нѣкоторые, увеличивая количество воды въ крови и тканяхъ, они уменьшаютъ концентрацію ядовитыхъ веществъ, циркулирующихъ въ крови.

Декапсуляція почекъ, предложенная Edebohls'омъ ⁴⁾ съ цѣлью устраненія высокаго напряженія и венознаго застоя и съ цѣлью возбужденія правильной функціи почекъ, не находитъ много сторонниковъ. На самомъ дѣлѣ трудно выбрать подходящій моментъ для этого серьезнаго

оперативнаго вмѣшательства. Слишкомъ рано произведенная операція можетъ оказаться излишней, но при долгомъ выжиданіи, при образованіи некрозовъ и другихъ серьезныхъ измѣненій въ организмѣ, декапсуляція конечно не принесетъ никакой пользы.

Поясничная пункція, предложенная съ цѣлью выведенія цереброспинальной жидкости для пониженія давленія въ subarachnoidal'номъ пространствѣ, не нашла себѣ широкаго примѣненія.

Также до сихъ поръ опубликовано мало данныхъ о результатахъ лѣченія parathyreoidin'омъ, который былъ предложенъ Vassali, какъ средство, успокаивающее судороги. Въ крайнихъ случаяхъ примѣняется искусственное дыханіе и массажъ сердца, что, по наблюденіямъ Витт'а⁵⁾, ведетъ къ выздоровленію даже въ случаяхъ, казавшихся безнадежными.

Въ послѣдніе годы общему симптоматическому лѣченію стали удѣлять меньше вниманія, за то на первый планъ выступила акушерская терапія. Представитель активнаго акушерскаго вмѣшательства при эклампсіи, проф. Витт, заявилъ: «самый лучшій способъ лѣченія эклампсіи — немедленное родоразрѣшеніе». Еще давно стали раздаваться голоса въ пользу возможно быстрого родоразрѣшенія при эклампсіи. Съ этой цѣлью приводились какъ теоретическія воззрѣнія, такъ и клиническія данныя. Такъ, по мнѣнію однихъ, окончаніе родовъ оказываетъ благоприятное вліяніе на эклампсію тѣмъ, что вслѣдствіе уменьшенія матки въ объемѣ внутрибрюшное давленіе понижается. По мнѣнію другихъ, вмѣстѣ съ опорожненіемъ матки удаляется первоначальный источникъ отравленія организма матери — плодъ или плацента. Мы не знаемъ, въ измѣненіи какихъ органовъ лежитъ причина самоотравленія — если только въ этомъ послѣднемъ заключается сущность эклампсіи—но несомнѣнно только то, что послѣ родоразрѣшенія получаютъ другія, конечно болѣе благоприятныя условія для правильнаго дыханія, а также для дѣятельности сердца и кровообращенія.

Въ защиту родоразрѣшенія обыкновенно приводятся слѣдующія клиническія данныя: 1) прекращеніе припадковъ послѣ родовъ, 2) меньшая смертность матерей послѣ быстрого окончанія родовъ и 3) благоприятное теченіе послѣродовыхъ эклампсіи.

Еще С. Braun⁶⁾ въ 1853 г. указалъ на то, что

эклампсія прекращается немедленно или очень скоро вслѣдъ за опорожненіемъ матки. Затѣмъ Goedeke ⁷⁾ изъ 403 случаевъ, бывшихъ въ клиникѣ проф. Olshausen'a, нашель въ 81⁰/₀ прекращеніе припадковъ послѣ родовъ; а по даннымъ Dührssen'a ¹⁾, эклампсія прекращается въ 89⁰/₀. Dührssen далѣе указаль, что разногласіе этихъ данныхъ съ результатами, полученными раньше Schauta и Brummerstädt'омъ, зависятъ отъ различія терапии. Такъ, по его даннымъ, послѣ оперативныхъ родовъ, проведенныхъ въ глубокомъ наркозѣ, эклампсія прекратилась въ 93,75⁰/₀, т. е. чаще, чѣмъ послѣ произвольныхъ родовъ. Однако, какъ оказывается, статистическія данныя Goedeke нельзя признать точными; онъ считаль не только случаи окончательнаго прекращенія припадковъ, но и тѣ случаи, въ которыхъ послѣ родовъ было не болѣе трехъ припадковъ. Статистика Esch'a ⁸⁾, какъ болѣе правильная, (считались только такіе случаи, въ которыхъ припадковъ послѣ родовъ вовсе не было), не даеть такихъ утѣшительныхъ результатовъ: изъ 393 случаевъ только въ 49,8% припадки совершенно прекратились. По даннымъ нашей клиники припадки послѣ родовъ совершенно прекратились немного больше, чѣмъ въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ (20%); но если присоединить сюда и тѣ случаи, въ которыхъ было не болѣе трехъ припадковъ послѣ родовъ, то получится около 60% прекращенія припадковъ.

Большинство статистическихъ данныхъ за послѣдніе годы показываетъ, что акушерское вмѣшательство не только не увеличилось, но даже значительно уменьшило смертность экламптичекъ. Такъ проф. Zweifel ⁹⁾ при выжидательной терапіи (морфій, хлороформъ, кровопусканіе) получилъ 32,6% смертности, а при употребленіи accouchement forcé съ большими разрѣзами шейки матки по способу Dührssen'a—только 15⁰/₀.

Ferri ¹⁰⁾ на конгрессѣ въ Парижѣ (въ 1899 г.) представилъ данныя, основанныя на 82 случаяхъ эклампсіи въ Миланской клиникѣ за 1893—98 г.г. и получилъ 7⁰/₀ смертности, причемъ въ 56 случаяхъ примѣнялся расширитель Garnier, 7 разъ расширитель Bossi и 19 разъ способъ Dührssen'a. Wimm въ своей статьѣ «О лѣченіи эклампсіи» говоритъ, что чѣмъ скорѣе послѣ 1-го припадка опоражнивается матка, тѣмъ благопріятнѣе результаты; онъ при быстромъ родоразрѣшеніи послѣ 1-го припадка получилъ только отъ 2—3⁰/₀ смертности, тогда

какъ при выжиданіи—25—30%. Однако, несмотря на всѣ эти категорическія заявленія раздаются и противоположныя мнѣнія.

Такъ Fritsch¹¹⁾ въ своей послѣдней статьѣ «Старое и новое въ акушерствѣ» говоритъ: «Статистика Dührssen'a доказываетъ, что большинство случаевъ эклампсіи оканчивалось счастливо послѣ опорожненія матки. Я чрезвычайно недовѣрчиво отношусь ко всѣмъ статистикамъ. Цифры Dührssen'a также допускаютъ сомнѣніе. Другіе авторы находили другія цифры. По моимъ наблюденіямъ прогнозъ эклампсіи послѣ опорожненія матки далеко не такъ благопріятенъ, какъ показываетъ статистика Dührssen'a.

Möhlmann¹²⁾ изъ клиники проф. Olshausen'a въ статьѣ, напечатанной въ Zeitschrift f. Geb. u. Gynaekol. въ этомъ году (62 Band. N. 1.), говоритъ: «не всѣ случаи эклампсіи надо оцѣнивать одинаково и не всегда немедленно приступать къ родоразрѣшающимъ операціямъ, но въ каждомъ случаѣ слѣдуетъ обсудить, отъ чего угрожаетъ большая опасность женщинѣ—отъ эклампсіи или отъ акушерской операціи». Въ доказательство того, что не всѣ случаи требуютъ немедленнаго родоразрѣшенія, онъ приводитъ исторію болѣзней 21 экламптички, которыя были доставлены въ клинику не болѣе чѣмъ съ 1—3 przypadками и, несмотря на долгое выжиданіе въ теченіе часовъ и даже дней, ни одна изъ нихъ не умерла. Изъ приложенной къ этой статьѣ таблицы видно, что чѣмъ меньше przypadковъ до родовъ, тѣмъ лучше исходъ; отсюда можно вывести заключеніе, что быстрое родоразрѣшеніе есть лучшее средство при эклампсіи. Но, съ другой стороны, отсюда можно слѣлать, по мнѣнію автора, и другой выводъ, что эклампсія съ малымъ числомъ przypadковъ настолько легкое заболѣваніе, что не вызываетъ необходимости въ немедленномъ родоразрѣшеніи.

Противъ оперативнаго окончанія родовъ приводятся и чисто теоретическія возраженія: всякое возбужденіе нервной системы при эклампсіи можетъ оказать дурное вліяніе, поэтому необходимо избѣгать всякихъ возбуждающихъ моментовъ. Даже вводить катетеръ въ мочевой пузырь рекомендуютъ подъ хлороформнымъ наркозомъ.

Varnier¹³⁾ совѣтовалъ ко всякой экламптичкѣ относиться такъ-же осторожно, какъ при заболѣваніи тетану-

сомъ, при которомъ всякое незначительное внѣшнее возбужденіе можетъ вызвать пароксизмъ.

Поэтому и сторонники оперативнаго окончанія родовъ совѣтуютъ производить всѣ операціи подъ глубокимъ хлороформнымъ наркозомъ. Дѣйствительно, у нашихъ больныхъ во время хлороформнаго наркоза, даже при производствѣ такихъ большихъ операцій, какъ кесарское сѣченіе, припадковъ не было.

Легко примѣнить быстрое родоразрѣшеніе въ тѣхъ случаяхъ, когда припадокъ наступаетъ при совершенно раскрытой шейкѣ матки и нѣтъ никакого препятствія для извлеченія ребенка щипцами или ручнымъ способомъ, или для совершенія поворота и послѣдующаго извлеченія. Гораздо труднѣе рѣшить, что дѣлать, если эклампсія начнется во время беременности, или въ началѣ періода раскрытія. Въ этихъ случаяхъ выборъ будетъ между слѣдующими способами: метрейризомъ, ручнымъ расширеніемъ, расширеніемъ по способу Bossi, глубокими разрѣзами шейки матки и кесарскимъ сѣченіемъ черезъ брюшные покровы или черезъ влагалище.

Способъ Bossi, предложенный съ цѣлью быстрого родоразрѣшенія, не можетъ быть признанъ надежнымъ и безопаснымъ, такъ какъ ведетъ къ такимъ рывкамъ шейки матки, которые могутъ сопровождаться смертельнымъ кровотеченіемъ. Съ меньшимъ рискомъ онъ можетъ примѣняться въ тѣхъ случаяхъ, когда шейка матки сглажена и только наружный маточный зѣвъ представляетъ препятствіе для извлеченія плода. Но въ этомъ случаѣ я предпочту примѣнять ручное расширеніе, которое неоднократно давало мнѣ хорошіе результаты.

Въ тѣхъ же случаяхъ, когда каналъ шейки матки еще сохранился во всю длину, самымъ осторожнымъ способомъ будетъ примѣненіе метрейриза. Конечно, этотъ способъ далеко не всегда можетъ вести къ быстрому раскрытію матки. Поэтому то для быстрого родоразрѣшенія стали пользоваться сначала классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ, а въ послѣднее время влагалищнымъ.

Предложенные Dührssen'омъ глубокіе разрѣзы шейки матки совершенно оставлены ввиду того, что эти разрѣзы, какъ оказалось, при длинной, несглаженной шейкѣ матки могутъ вести къ смертельнымъ кровотечениямъ. Кромѣ того послѣ нихъ (какъ заявляетъ Fritsch) получаютъ очень

плохіе рубцы, а также и сращенія матки и прямой кишки, вслѣдствіе чего женщина становится неработоспособной.

Классическое кесарское сѣченіе, предложенное при эклампсіи Halberstma (1889 г.), давало не особенно хорошіе результаты. По статистикѣ Kettlitz'a¹⁴⁾ до 1897 г. на 28 случаевъ кесарскаго сѣченія смертность получилась равной 50%, а для дѣтей—62%. Streckeisen¹⁵⁾ до 1902 г. собралъ еще 28 случаевъ кесарскаго сѣченія и получилъ меньшую смертность, именно 32%, какъ для матерей, такъ и для дѣтей.

Friedemann¹⁶⁾, сравнивая результаты, полученные отъ различныхъ способовъ веденія родовъ при эклампсіи (выжидательнаго способа, способа Dührssen'a и кесарскаго сѣченія) приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) самые лучшіе результаты для матерей при эклампсіи во время беременности даетъ искусственное окончаніе родовъ разрѣзами шейки по Dührssen'у, кольпейринтеромъ и т. п., причемъ результаты тѣмъ благоприятнѣе, чѣмъ раньше приступаютъ къ операциіи. 2) Для дѣтей лучшіе результаты при эклампсіи во время беременности даетъ кесарское сѣченіе, самые худшіе — выжидательный способъ. Средину между ними занимаетъ искусственное окончаніе родовъ разрѣзами шейки по Dührssen'у и кольпейринтеромъ. Предсказаніе для дѣтей тѣмъ благоприятнѣе, чѣмъ раньше предпринимается оперативное вмѣшательство.

Приведеннымъ статистическимъ даннымъ я не придаю какого-либо значенія. Классическое кесарское сѣченіе — какъ показываютъ исторіи болѣзни — производилось въ самыхъ тяжелыхъ безнадежныхъ случаяхъ послѣ того, какъ были испробованы всевозможные способы леченія, а также нерѣдко на умирающихъ. Совсѣмъ при другихъ условіяхъ въ послѣднее время производится влагалищное кесарское сѣченіе.

Дѣйствительно, при раннемъ производствѣ этой операциіи и результаты стали гораздо лучше. Такъ, Dührssen въ учебникѣ Winkel'я насчитываетъ 53 случая влагалищнаго кесарскаго сѣченія съ 11 смертными исходами, т. е. 20,75%. Winter¹⁷⁾ при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи получилъ 12,5% смертности, причемъ въ 8 случаяхъ припадки тотчасъ прекратились, а въ 5 другихъ случаяхъ еще было нѣсколько припадковъ. Krönig¹⁸⁾ видитъ главный недостатокъ классическаго кесарскаго сѣченія при эклампсіи въ большой опасности пневмоніи, ко-

торая легче разовьется у оперированныхъ вслѣдствіе того, что болѣзненность брюшныхъ покрововъ не позволяетъ имъ хорошо откашливаться, а пневмонія—какъ извѣстно—занимаетъ видное мѣсто въ числѣ причинъ смерти при эклампсіи. Витт совершенно примыкаетъ къ Dührssen'у въ отношеніи показаній къ влагалищному кесарскому сѣченію. Витт'у, говоритъ Fritsch,—принадлежитъ большая заслуга улучшенія метода, онъ сдѣлалъ операцію типической, легкой, безопасной и успѣшной. Послѣ нея можно было часто констатировать удивительно хорошіе результаты; нельзя было ни видѣть, ни ощупать рубца.

Обращаюсь теперь къ матеріалу клиники. Съ 1899 года до 1908 всего случаевъ эклампсіи было 67, изъ нихъ 14 случаевъ послѣродовой эклампсіи. Кромѣ того въ 4 случаяхъ припадки эклампсіи появились послѣ того, какъ по поводу угрожающей эклампсіи были вызваны преждевременные роды. Послѣродовая эклампсія въ 10 случаяхъ наступила послѣ самопроизвольныхъ родовъ, одинъ разъ — послѣ высокихъ шипцовъ при узкомъ тазѣ, одинъ разъ — послѣ краніотоміи, одинъ разъ — послѣ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ съ помощью метрейриза и одинъ разъ — послѣ метрейриза, примѣннаго для ускоренія періода открытія.

Самое большое число припадковъ было 27. Изъ 14 больныхъ всѣ выздоровѣли за исключеніемъ одной, которая умерла на 6-й день послѣ родовъ, причемъ вскрытіе показало септическое послѣродовое заболѣваніе. Въ 4-хъ случаяхъ были произведены искусственные преждевременные роды по поводу явленій угрожающей эклампсіи.

Ни одна больная не умерла отъ послѣродовой эклампсіи, а также всѣ больныя выздоровѣли и въ тѣхъ случаяхъ, когда преждевременные роды вызывались при явленіяхъ угрожающей эклампсіи (головная боль, тошнота, потемнѣніе зрѣнія), причемъ припадковъ было немного, они были легкіе и непродолжительные.

Надо отмѣтить еще два случая эклампсіи только во время беременности, причемъ припадки прекратились, затѣмъ беременность нѣкоторое время продолжалась, и послѣдующее рожденіе живыхъ дѣтей не сопровождалось припадками эклампсіи.

1 случай. (№ 695. 1902 г.). Беременная 7-й разъ, 36 лѣтъ, поступила въ клинику на 8-мъ мѣсяцѣ беременности послѣ четырехъ припадковъ эклампсіи, бывшихъ у нея на дому при отсутствіи родо-

вой дѣятельности. При поступленіи въ клинику былъ еще одинъ припадокъ. Довольно значительные отеки, бѣлка $6^0/00$, много зернистыхъ цилиндровъ. Послѣ влажныхъ обертываній, молочной діеты и т. п. больная стала поправляться, отеки исчезли, количество мочи въ сутки увеличилось до 1400 к. с., и бѣлокъ уменьшился. На 17-й день послѣ поступления она выписалась, не разрѣшившись. Черезъ 16 дней поступила вновь и родила самопроизвольно безъ припадковъ живого мальчика въ 2150 гр. Послѣродовой періодъ протекъ нормально.

2 случай. (№ 701. 1905 г.). Беременная въ 1-й разъ, 23 лѣтъ, около 7 мѣсяцевъ беременности поступила въ клинику послѣ 5 припадковъ, бывшихъ у нея дома при отсутствіи родовой дѣятельности, съ отеками нижнихъ конечностей. Послѣ поступления въ клинику, несмотря на впрыскиваніе морфія, въ теченіи первыхъ шести часовъ было 4 припадковъ эклампсіи. Тогда были сдѣланы влажные обертыванія всего тѣла (2 раза на 2 часа въ теченіе сутокъ) и данъ аспиринъ 0,5, послѣ чего припадковъ больше не было. Изслѣдованіе мочи показало: $11^0/00$ бѣлка по Эсбаху, много зернистыхъ и галииновыхъ цилиндровъ. Послѣ ежедневныхъ влажныхъ обертываній количество мочи увеличилось до 1400 к. с. въ сутки, бѣлокъ уменьшился до $3-5^0/00$. На 9-й день послѣ поступления въ клинику при общемъ удовлетворительномъ состояніи родила самопроизвольно живую дѣвочку вѣсомъ въ 1300 гр. Послѣродовой періодъ нормальный. Родильница выписалась съ небольшимъ количествомъ бѣлка.

Такимъ образомъ, эти два случая указываютъ на возможность исчезновенія эклампсіи во время беременности и при живомъ плодѣ.

Изъ 50 случаевъ эклампсіи во время беременности и родовъ умерло 10, т. е. $20^0/0$. Однако, если принять во вниманіе, что только 4 больныхъ умерло собственно отъ эклампсіи, то получится немного больше $8^0/0$. Вотъ эти случаи:

1-й. Первородящая 32 лѣтъ, срочная беременность двойнями. 1-й ребенокъ извлеченъ въ ягодичномъ положеніи живымъ, вѣсомъ въ 3200 гр., 2-й ребенокъ извлеченъ мертвымъ, вѣсомъ 2100 гр. послѣ поворота на ножку. Всего припадковъ до родовъ было 5, и 3 припадковъ послѣ родовъ. Анурия. Смерть наступила черезъ 8 часовъ послѣ поступления въ клинику.

2-й. Первородящая 20 лѣтъ, на 9 мѣсяцѣ беременности. Метрeirизъ на $2\frac{1}{2}$ часа, поворотъ на ножку и извлеченіе мертвой дѣвочки въ 2350 гр. Рѣзкая альбуминурия. Больная умерла черезъ 9 час. 15 м. послѣ родовъ при появленіи отека легкихъ.

3-й. Четвертая беременность, 28 лѣтъ, на 8-мъ мѣсяцѣ поступила съ отеками, съ небольшимъ суточнымъ количествомъ мочи, около 400 к. с., бѣлка по Эсбаху $5^0/00$, зернистые цилиндры и клѣтки почечнаго эпителия. Лѣченіе обычное — молочная діета, слабительныя, обертываніе влажными простынями, — послѣ чего появилось улучшение: бѣлка $3^0/00$, мочи больше 400, но на 4 день вдругъ припадковъ эклампсіи. Немедленно введенъ метрейринтеръ на 6 часовъ, послѣ чего поворотъ съ перфорацией послѣдующей головки. Однако 8 припад-

ковъ до окончанія родовъ и 3 послѣ родовъ. Смерть наступила черезъ $1\frac{1}{2}$ часа послѣ окончанія родовъ.

4-й случай будетъ описанъ ниже (См. 2-й случай классическаго кесарскаго сѣченія).

Просматривая всѣ 50 случаевъ эклампсiи, мы находимъ, что только въ 3 случаяхъ роды окончились самопроизвольно; метрейризмъ былъ примѣненъ 26 разъ. Послѣ метрейриза только 1 разъ были самопроизвольные роды, въ остальныхъ случаяхъ примѣнялись различныя акушерскія операци: щипцы полостныя и выходныя, извлеченіе за тазовой конецъ, поворотъ на ножку, перфорация предыдущей и послѣдующей головки. Также и въ остальныхъ 17 случаяхъ, гдѣ метрейризмъ не примѣнялся, производились эти же операци. Послѣ примѣненія Bossi былъ сдѣланъ поворотъ на ножку съ перфорацией послѣдующей головки. Два раза было сдѣлано классическое кесарское сѣченіе. Одинъ разъ, на дняхъ, произведено влагалищное кесарское сѣченіе. (Послѣдній случай не входитъ въ общую статистику).

Случаи кесарскаго сѣченія:

1 случай. 4 Января 1907 г. въ 10 час. 50 мин. утра въ акушерскую клинику была доставлена съ припадками эклампсiи, въ безсознательномъ состояніи беременная въ 1-й разъ, 23 лѣтъ. Изъ разспросовъ лицъ, привезшихъ больную, оказалось, что припадки начались недавно, и ихъ было десять. Больная въ коматозномъ состояніи. Довольно значительныя отеки ногъ и лица. Мочи, спущенной катетеромъ, очень немного; въ ней оказалось бѣлка 1% по Эсбаху, много зернистыхъ цилиндровъ и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Пульсъ 112. $t^{\circ}38,6$. Акушерское изслѣдованіе показало: нормальный тазъ, 2-я затылочная позиція, сердцебиеніе плода слышно, шейка матки не укорочена и совершенно закрыта.

Ввиду общаго состоянія больной и полного отсутствія родовой дѣятельности, вслѣдствіе невозможности скоро окончить роды съ помощью метрейриза, рѣшено произвести кесарское сѣченіе. Къ операци приступлено черезъ часъ послѣ поступленія больной въ клинику. За это время у нея были три очень сильныхъ и продолжительныхъ припадковъ. Кесарское сѣченіе (съ поперечнымъ разрѣзомъ дна матки) было сдѣлано подъ глубокимъ наркозомъ аппаратомъ Roth-Dräger'a (хлороформъ + кислородъ). Извлеченъ живой мальчикъ вѣсомъ въ 3200 гр., который вскорѣ и закричалъ. Послѣ удаленія плода довольно значительное атоническое кровотеченіе. Подъ кожу было влито 500 к. с. физиологическаго раствора поваренной соли. Изъ матки черезъ каналъ шейки во влагалище былъ выведенъ марлевый дренажъ для того, чтобы обезпечить стокъ послѣродовыхъ очищеній.

Приблизительно черезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ операци наступилъ еще одинъ припадокъ, который былъ гораздо слабѣ предыдущихъ. Вслѣдъ за операцией можно отмѣтить улучшеніе со стороны пульса и дыханія.

а къ вечеру больная пришла въ сознание. Температура вечеромъ была 38,6, при пульсѣ 114, хорошаго наполненія. Въ 12 час. ночи на 5-е Января вдругъ появились одинъ за другимъ четыре припадка, они слѣдовали такъ быстро другъ за другомъ, что казалось это былъ одинъ продолжительный припадокъ. На слѣдующій день больная опять пришла въ сознание, количество мочи за сутки 500 к. с. На 2-й день вынутъ тампонъ изъ матки. Въ первые дни послѣ операціи ¹⁾ повышена, пульсъ и дыханіе значительно ускорены, при отсутствіи какихъ-либо ненормальныхъ явленій со стороны половыхъ органовъ. На 3 сутки послѣ слабительнаго кишечникаъ хорошо очистился. Въ это же время при выслушиваніи легкихъ найдена bronchopneumonia. ввиду чего назначены сухія банки, а затѣмъ согрѣвающей компрессъ. На 10-й день всѣ швы сняты, никакой реакціи со стороны раны нѣтъ. Явленія въ легкихъ стали слабѣе, обнаружилась angina follicularis. Въ концѣ 2 недѣли суточное количество мочи 900, уд. вѣсъ 1013, слѣды бѣлка и 1—2 зернистыхъ цилиндра въ препаратѣ. Ввиду общей слабости, которую надо приписать главнымъ образомъ гриппозному воспаленію въ легкихъ, больная начала вставать тодько на 6-й недѣлѣ послѣ операціи и черезъ 2 мѣсяца выписалась изъ клиники совершенно здоровой.

2 случай. 7-го Октября 1907 года въ 6 ч. вечера въ акушерскую клинику доставлена беременная въ 1-й разъ, 19 лѣтъ, въ безсознательномъ состояніи послѣ нѣсколькихъ судорожныхъ припадковъ (число неизвѣстно), бывшихъ на дому. Размѣры таза 29, 23, 25, 18. Дно матки у scrobis cordis. Наружнымъ изслѣдованіемъ не получено никакихъ опредѣленныхъ данныхъ ввиду трудности надлежащимъ образомъ произвести его, вслѣдствіе частыхъ припадковъ и напряженія брюшныхъ мышцъ. Шейка матки не укорочена и закрыта, ¹⁾38,3, пульсъ 102, слабого наполненія. Полное отсутствіе мочи. Сильные припадки слѣдуютъ довольно часто другъ за другомъ. Несмотря на выпрыскиваніе морфія (0,015) въ теченіе полутора часа было 8 экламптическихъ припадковъ.

Принимая во вниманіе очень тяжелое общее состояніе больной, невозможность скоро окончить роды и суженный тазъ, рѣшено произвести классическое кесарское сѣченіе. Предварительный наркозъ (хлороформъ + кислородъ) аппаратомъ Roth-Dräger'a. Затѣмъ продольный разрѣзъ брюшныхъ покрововъ и поперечный разрѣзъ дна матки, послѣ чего извлечены двѣ живыя дѣвочки (одна вѣсомъ 1850 гр., другая 2200 гр.). Кровотеченіе во время операціи и послѣ нея несильное. Дренажъ изъ матки черезъ каналъ шейки во влагалище. Послѣ операціи припадки продолжались еще около 4-хъ часовъ, и всѣхъ ихъ было послѣ операціи 11. Обнаружилось ослабленіе дѣятельности сердца, ввиду чего введенъ физиологическій растворъ поваренной соли два раза по 500 граммъ. Къ концу 2-хъ сутокъ больная умерла въ коматозномъ состояніи при явленіяхъ уреміи.

Вскрытіе показало: Nephritis acuta, infarctus necroticus miliaris hepatis. Hyperaemia venosa et hyperplasia lienis acuta. Uterus volumine aductus puerperalis. Haemorrhagiae petechiales subpleurales et parenchymatosae pulmonum utriusque lateris. Hyperaemia venosa et oedema cerebri. Icterus. Peribronchitis tuberculosa.

Кромѣ этихъ двухъ случаевъ классическаго кесарскаго сѣченія

на дняхъ мною было сдѣлано влагалищное кесарское сѣченіе. 3/х сего года въ 4 часа 10 мин. дня въ клинику доставлена въ полубезсознательномъ состояніи беременная 6-мъ, 29 лѣтъ. Незадолго до поступления въ клинику, у нея дома было 2 припадка общихъ судорогъ съ потерюю сознанія. Изъ разспроса, который могъ быть обстоятельно сдѣланъ только черезъ нѣсколько дней, послѣ того, какъ къ больной вполне вернулось сознаніе, оказалось: замужемъ съ 18 лѣтъ, менструаціи носить съ 16 лѣтъ, правильно. Всѣ предшествовавшія беременности во второй половинѣ проходились отеками ногъ, рукъ и лица, но никакихъ припадковъ раньше никогда не было. Роды, происходившіе въ различныхъ пріютахъ, и послѣродовые періоды протекали правильно. Всѣ дѣти, кромѣ одного, доношены, четверо живы и въ настоящее время. Послѣдніе роды были 1 годъ 10 мѣсяцевъ тому назадъ. Кормила всѣхъ дѣтей сама. Послѣднія менструаціи были 23 Января, времени перваго движенія ребенка не помнитъ.

Больная указываетъ, что у ея матери черезъ 3—4 недѣли послѣ 10-хъ родовъ были также припадки эклампсіи.

Тотчасъ по поступленіи больной была сдѣлана клизма, а затѣмъ даны слабительныя соли (*natr. sulf., magn. sulfur.*). Моча спущена катетеромъ, ея мало, около 200 к. с. При изслѣдованіи въ ней оказалось бѣлка 5 *pro mille*, зернистые и гіалиновые цилиндры, немного лейкоцитовъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Въ половинѣ восьмага вечера у больной 3-й припадокъ эклампсіи, t° 37, пульсъ немного учащенъ. Дно матки стоитъ высоко у подложечной ямки. соотвѣтственно 9-му мѣсяцу беременности, предлежитъ головка. Родовыхъ болей нѣтъ. Наружный зѣвъ матки пріоткрытъ, внутренній пропускаетъ конецъ пальца. Подъ кожу было впрыснуто 0,01 морфія. Случай этотъ разсматривался нами, какъ легкій, однако мы опасались, что припадки могутъ участиться, и можетъ понадобится скорое родоразрѣшеніе. Принимая во вниманіе заявленія огромнаго большинства современныхъ акушеровъ, что въ такихъ случаяхъ, когда шейка матки закрыта, не слѣдуетъ ждать дальнѣйшихъ припадковъ, а надо приступать немедленно къ влагалищному кесарскому сѣченію, принимая во вниманіе также тѣ случаи, когда эклампсія, легкая вначалѣ, превращалась затѣмъ, въ тяжелую со смертельнымъ исходомъ, а родоразрѣшеніе съ помощью метрейриза не могло быть окончено скоро, мы и рѣшили произвести въ этомъ случаѣ влагалищное кесарское сѣченіе.

Подъ наркозомъ (хлороформъ + кислородъ) въ 9 час 30 мин. вечера мы приступили къ операциі послѣ обычной дезинфекціи половыхъ органовъ. Послѣ разрѣза передней стѣнки влагалища, легко рукой отдѣленъ мочевой пузырь и затѣмъ сдѣланъ продольный разрѣзъ шейки матки до мѣста болѣе плотнаго прикрѣпленія брюшины. Во время операціи порядочное кровотеченіе. Вслѣдъ за разрѣзомъ прошли воды. Затѣмъ черезъ отверстіе я вошелъ въ полость матки всей правой рукой такъ же легко, какъ при полномъ раскрытіи маточнаго зѣва, захватилъ ножку и произвелъ поворотъ. Тотчасъ же вслѣдъ за поворотомъ приступилъ къ извлеченію, однако головка на одинъ моментъ задержалась въ разрѣзѣ матки, а затѣмъ былъ извлеченъ живой ребенокъ. Вслѣдъ за этимъ довольно порядочное кровотеченіе, поэтому черезъ 5—7 минутъ приступили къ способу выжиманія послѣда по способу Crédé; — кровотеченіе стало меньше. Въ заключеніе

былъ зашитъ разрѣзъ матки, а также и влагалища. Матка хорошо сократилась. На производство самой операціи понадобилось всего 5—10 минутъ времени, но всего отъ начала операціи до конца зашиванія прошло около 50 минутъ.

Послѣ операціи пульсъ лучше, чѣмъ до операціи; припадковъ больше не было. Въ 4 часа ночи больная пришла въ себя, просила пить и отвѣчала на вопросы. Общее состояніе очень удовлетвори-тельно; мочи на вторые сутки до 1600 граммъ, количество бѣлка значительно меньше—0,4⁰/₁₀₀.

Въ настоящее время общее состояніе больной вполне удовлетво-рительно. Больная выписалась изъ клиники здоровой съ живымъ и здоровымъ ребенкомъ.

Подводя итоги, я прихожу къ слѣдующимъ заклю-ченіямъ:

1) Въ случаѣ угрожающей эклампсіи во время бере-менности необходимо искусственное возбужденіе родовъ, такъ какъ оказалось, что въ тѣхъ случаяхъ, когда бере-менность прерывалась до наступленія припадковъ, ни одна изъ больныхъ не умерла. Припадки хотя и появлялись во время родовъ или послѣ нихъ, но эклампсія не носила тяжелаго характера. Только въ единственномъ случаѣ угрожающей эклампсіи, когда не было скоро предпринято искусственнаго возбужденія родовъ, и примѣнялась обыч-ная терапія для больныхъ нефритомъ, больная погибла отъ эклампсіи.

2) Во многихъ случаяхъ нельзя предсказать тотчасъ послѣ первыхъ припадковъ, какое теченіе приметъ экламп-сія. Случаи тяжелые характеризуются не столько числомъ припадковъ, сколько тяжелымъ коматознымъ состояніемъ, наступающимъ тотчасъ послѣ первыхъ припадковъ, анурией, повышенной температурой.

3) Изъ всѣхъ способовъ примѣняемыхъ для раскрытія шейки, наиболѣе щадящимъ надо признать метрейризмъ. Такъ какъ при употребленіи его приходится иногда долго ждать достаточнаго раскрытія матки, то ручное расширеніе маточнаго зѣва можетъ оказаться хорошимъ дополнитель-нымъ способомъ послѣ того, какъ шейка матки сгладится.

4) Влагалищное кесарское сѣченіе, произведенное подъ глубокимъ хлороформнымъ наркозомъ, надо признать наи-лучшимъ скорымъ способомъ для окончанія родовъ, осо-бенно въ тѣхъ случаяхъ, когда въ самомъ началѣ очевидно, что эклампсія имѣетъ тяжелое теченіе; такъ напр. при анурии, повышенной t^0 и раннемъ наступленіи коматознаго состоянія. Но и въ легкихъ случаяхъ влагалищное кесар-

ское сѣченіе будетъ вполнѣ умѣстно, такъ какъ быстрое родоразрѣшеніе несомнѣнно имѣетъ большое вліяніе на исходъ эклампсіи и на послѣдующее общее состояніе больной. Конечно, если мы будемъ примѣнять и эту операцію, какъ примѣнялось раньше классическое кесарское сѣченіе, только въ крайнихъ случаяхъ, какъ *ultimum refugium*, результаты будутъ неудовлетворительны.

5) Въ нашемъ случаѣ производство самой операціи оказалось очень легкимъ и скорымъ; кровотеченіе было умѣреннымъ. При операціи разрѣзалась только передняя стѣнка матки, что оказалось вполнѣ достаточнымъ для послѣдующаго извлеченія головки. Разрѣзы промежности и влагалища (такъ называемые разрѣзы Schuchardt'a) не понадобились. Общее состояніе больной быстро улучшилось вслѣдъ за операціей. Больная послѣ операціи по своему виду ничѣмъ не отличалась отъ обыкновенной родильницы послѣ нормальныхъ родовъ, чего нельзя сказать объ оперированныхъ послѣ классическаго кесарскаго сѣченія.

6) Въ тѣхъ случаяхъ, когда эклампсія осложнена узкимъ тазомъ, въ настоящее время можно пользоваться надлобковымъ внѣбрюшиннымъ кесарскимъ сѣченіемъ.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Dührssen.—Handbuch der Geburtshilfe, herausgeg. von Winckel II B. III T. S. 2397.—2) Zangemeister.—Тамъ же.—Dienst.—Die Pathogenese der Eklampsie. Archiv f. Gyn. 86 B., 2 H. S. 314.—4) Edebohl's.—Americ. Journ. of obstetr. Jun. 1903.—5) Bumm.—Die Behandlung der Eklampsie. Deutsche Med. Wochenschrift. 1908. № 47.—6) C. Braun.—Klinik der Geburtsh. v. Chiari, Braun u. Späth. 1853.—7) Goedecke.—Klinische Beobachtungen über Eklampsie. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. B. 45. H. I.—8) Esch.—Ueber Eklampsie. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 58 B. I H. — 9) Zweifel.—Centralblatt f. Gynäk. 1895. № 46.—10) Ferri.—Цит. по Bar. La pratique de l'art des accouchements. 1907. T. II. p. 140.—11) Fritsch.—Alte u. neue Geburtshilfe. Deutsche Med. Wochenschrift. 1908. № 33.—12) Möhlmann.—Ueber die Therapie der Eklampsie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 62 B. I H. 13)—Varnier.—Цит. по Bar. La pratique de l'art des accouchements. 1907. T. II. p. 140.—14) Kettlitz.—Ueber Kaiserschnitt wegen Eklampsie. In. Diss 1897. см. Streckeisen.—15) Streckeisen.—Ueber zwei Fälle von Sectio caesarea wegen Eklampsie. Archiv f. Gynaek. 68 B. 3 H.—16) Friedemann.—Handbuch der Geb., herausgeg. v. Winckel. II B. III T. S. 2411.—17) Winter.—Ueber vaginale Kaiserschnitt bei Eklampsie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. S. 292.—18) Krönig.—Handbuch der Geburtsh. herausgeg. von Winckel 3 B I T. S. 837.

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

II.

(Изъ частной лечебницы по женскимъ болѣзнямъ врачей Буяльского, Вашкевича, Кана, Мачевского и Рымши въ г. Вильно).

Кесарское еѣченіе цервикальвымъ разрѣзомъ (*Sectio caesarea cervicalis*).

Д-ра мед. Э. Г. Кана.

Положеніе врача, вынужденнаго иногда умерщвлять живой плодъ въ интересахъ жизни матери, всегда было тягостнымъ и потому стремленіе акушеровъ обращено было на изысканіе способовъ, могущихъ спасти не только жизнь матери, но и ребенка. Съ давнихъ поръ прибѣгали для этой цѣли къ кесарскому сѣченію, ноэта операція, хотя значительно усовершенствованная въ послѣдніе годы, всегда представляетъ извѣстный рискъ для жизни матери. Расширеніе костнаго таза посредствомъ *symphysectomia* и *pubiotomia* при узкихъ тазахъ, *accouchement forcé* по способу Bossi и влагалищное кесарское сѣченіе по *Dührssen's*, всѣ эти способы родоразрѣшенія—приобрѣтеніе послѣдняго времени.—Нерѣдко выборъ метода зависитъ отъ индивидуальности или симпатіи оператора къ тому или другому способу. Всѣ эти методы имѣютъ свои хорошія и дурныя стороны, но всѣ они направлены помимо сохраненія жизни матери на сохраненіе жизни плода. Въ самое послѣднее время была предложена еще новая операція, которой видимо суждено сыграть видную роль въ акушерствѣ въ будущемъ.

На XV-мъ международномъ медицинскомъ конгрессѣ въ Лиссабонѣ въ 1906 г. Frank предложилъ для не вполне стерильныхъ случаевъ, гдѣ всѣ выше названные способы родоразрѣшенія были бы опасны, новый путь. вмѣсто классическаго кесарскаго сѣченія онъ предлагаетъ внѣбрюшинный разрѣзъ шейки матки (*sectio caesarea suprasymphysaris*). Его способъ состоитъ въ слѣдующемъ: поперечный разрѣзъ надъ лоннымъ сочлененіемъ кожи живота, фасціи и мышцъ, вскрытіе брюшины надъ самымъ пузыремъ на маленькомъ разстояніи, отдѣленіе складки брюшины *excavatio vesicouterina* кверху и зашивание этой складки съ

peritoneum parietale. Мочевой пузырь тупо отодвигается вниз. Такимъ образомъ обнаженъ внѣбрюшинно нижній сегментъ шейки матки. Разрѣзъ на немъ тоже поперекъ и извлеченіе ребенка черезъ эту рану. Полное зашиваніе раны или дренированіе, смотря по обстоятельствамъ. До начала сего года Frank нашель мало подражателей. Только послѣ модификаціи этой операціи Sellheim'омъ ¹⁾ это способъ обратилъ вниманіе. Модификація Sellheim'a состоитъ въ слѣдующемъ: разрѣзъ брюшныхъ покрововъ и фасціи по Pfannenstiel'ю до linea alba, разрѣзъ ея и тупое отдѣленіе брюшины отъ нижней части m. recti, наполненіе пузыря жидкостью для ориентировки и такое же тупое отдѣленіе брюшины отъ пузыря вверхъ и внизъ. Продольный разрѣзъ шейки матки, удаленіе ребенка и зашиваніе раны; при томъ Sellheim не боится и разрѣза брюшины, но совѣтуетъ ее зашить передъ вскрытіемъ матки. Pfannenstiel ²⁾ совѣтуетъ не терять слишкомъ много времени при тупомъ отдѣленіи брюшины, такъ какъ это часто не удается, а вскрыть ее, какъ обыкновенно, и тупо отдѣлить пузырь. Онъ не одобряетъ мысли производить эту операцію въ нечистыхъ случаяхъ. Въ номерахъ Centr. für Gyn. сего года описанъ цѣлый рядъ случаевъ (Veit-Frome, Baum, Küstner, Rubeska, Spaeth, Czyzewicz, Hofmeier, Luchsinger, Wiemer). Въ русской доступной мнѣ литературѣ, я оригинальныхъ статей по этому поводу не находилъ. Особеннымъ достоинствомъ этой операціи почти всѣ авторы считаютъ простоту въ техническомъ отношеніи, далѣе — возможность обособить брюшную полость въ томъ смыслѣ, что кишки не видны, при чемъ матка остается in situ и наконецъ отсутствіе потери крови.

Нашъ случай интересенъ тѣмъ, что мы имѣемъ дѣло съ повторнымъ кесарскимъ сѣченіемъ. Кромѣ того теченіе операціонное, какъ и послѣопераціонное, указываютъ на нѣкоторыя особенности.

Больная г-жа М. 38 л., 17 лѣтъ замужемъ, беременна 6-ой разъ. Размѣры таза Sp. 23,0, Crist. 25,0, Conj. ext. 15,0, Conj. diag. 9,0, слѣдовательно Conj. vera около 7,0 см. Первые 3 беременности кончились перфорацией плода. Четвертый разъ были вызваны искусственны роды на 7-омъ мѣсяцѣ и пришлось перфорировать послѣдующую головку. Пятую беременность 9 лѣтъ тому назадъ мы кончили классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ, при чемъ достали дѣвочку въ 2880 gr. вѣса, развивающуюся нормально по настоящее время. Послѣопераціонное теченіе протекало лихорадочно и въ результатѣ получилось сплошное сращеніе матки съ брюшными покровами.

¹⁾ Sellheim, Centr. f. Gyn. 1908 № 5.

²⁾ Pfannenstiel Centr. Bl. f. Gyn. 1908. № 10.

Въ началѣ настоящей беременности больная заявила, что хочетъ имѣть доношеннаго ребенка, по возможности подвергая свою жизнь меньшему риску. Изъ оперативныхъ способовъ нашему обсужденію подлежали слѣдующіе: pubiotomia, symphyseotomia, sectio caesarea, Roggo и, наконецъ, только что описанное цервикальное кесарское сѣченіе. Pubiotomia и symphyseotomia мы исключили въ интересахъ ребенка, не желая подвергать риску жизнь его, имѣя въ анамнезѣ неблагоприятный исходъ при преждевременныхъ родахъ. Sectio caesarea по старому рубцу была очень заманчива, такъ какъ можно было надѣяться оперировать внѣбрюшинно, но у насъ не было увѣренности, что сращеніе дѣйствительно сплошное и тогда мы только осложнили бы процессъ заживленія раны по старому рубцу. Вырѣзываніе стараго рубца кожи и отдѣленіе его отъ матки намъ дало бы большую раневую поверхность на маткѣ, не безразличную въ смыслѣ инфекции. Roggo было бы самой подходящей операціей, такъ какъ такимъ образомъ была бы исключена возможность новой беременности, но этотъ способъ безусловно болѣе опасный для матери. Самымъ подходящимъ намъ казался способъ Frank-Sellheim'a.

Больная поступила въ нашу лечебницу 4-го Іюня с. г. въ 6 часовъ утра со схваткообразными болями. Температура $37,4^{\circ}$, пульсъ 80. При содѣйствіи товарищей лечебницы мы приступили къ операціи въ 2 часа дня. Подъ хлороформнымъ наркозомъ слѣланъ разрѣзъ кожи и фасціи по Pfannenstiel'ю, тупо отдѣлены мышцы и вскрыли брюшину въ продольномъ направленіи. Сейчасъ нашему взгляду представлялся выпячивающійся и обхватывающій головку ребенка нижній сегментъ шейки матки. Мочевой пузырь видѣнъ былъ глубоко въ тазу. Было достаточно мѣста для разрѣза надвлагалищной части шейки, отнюдь не опасаясь повредить пузырь. Вся передняя поверхность матки сращена съ брюшными покровами, множество тяжелой отходить отъ нея на верхній отдѣлъ шейки матки. Произведенъ продольный разрѣзъ шейки матки на протяженіи 12 см. Сверхъ ожиданія у насъ получилось сильное артеріальное кровотеченіе, которое удалось остановить только послѣ наложенія большого количества зажимовъ. Давленіемъ на fundus uteri и обхватываніемъ головки ребенка пальцами обѣихъ рукъ съ трудомъ удалось извлечь живого ребенка, считая нежелательнымъ дальнѣйшее расширеніе раны изъ боязни новаго кровотеченія. Такъ какъ послѣ удаленія ребенка крови не было, мы ждали минутъ пять, а потомъ давленіемъ на матку и отчасти рукой извлекли послѣдъ, матку вытерли марлей и зашили рану шейки матки шелкомъ, брюшину и мышцы катгутомъ, фасцію и кожу шелкомъ. Ребенокъ — мальчикъ вѣситъ 3840 gr.

Теченіе послѣ операціи было лихорадочное, при пульсѣ 90-100. Температура поднималась до 38° . Вонючія маточныя выдѣленія принимаютъ съ 7-го дня послѣ операціи гнойный видъ. Боли при мочеиспусканіи проходятъ послѣ нѣсколькихъ промываній пузыря борной кислотой. Приблизительно на 14-ый день послѣ операціи черезъ влагалище вышло нѣсколько швовъ шелка. Послѣ этого температура постепенно падала до нормы и дальнѣйшее теченіе прошло нормально. Самочувствіе больной все время было хорошее. Ребенокъ хорошо развивается при кормилицѣ. 3-го Іюля с. г. больная оставляетъ нашу лечебницу, вполне оправившись.

Къ концу августа больная получила первый разъ послѣ операции регулы, которыя продолжались 10 дней и были обильны. 5-го Сентября при осмотрѣ больной найдено слѣдующее. Матка маленькая, какъ раньше, срослена съ брюшными покровами, шейка матки нормальной конфигураціи, только на одномъ мѣстѣ, приблизительно соответствующемъ внутреннему зѣву, находится чувствительный бугорокъ, величиною въ малый орѣхъ; предположено, что это утолщенный рубецъ, какъ послѣдствіе нагноенія швовъ.

Такимъ образомъ, нашъ случай интересенъ, какъ методъ единственный возможный для спасенія матери и ребенка въ данномъ случаѣ. Далѣе намъ пришлось имѣть дѣло съ кровотеченіемъ, помимо заявленія авторовъ о незначительной потери крови и наконецъ нагноеніе въ ранѣ шейки матки, можетъ быть вслѣдствіе разможженія краевъ раны зажимами, оставшееся мѣстнымъ процессомъ видимо вслѣдствіе того, что стокъ жидкости черезъ влагалище былъ обезпеченъ.

III.

Изъ Екатеринодарской городской больницы.

Повторное Кесарское сѣченіе.

В. М. ПЛАТОНОВЪ.

Точная статистика повторнаго Кесарскаго сѣченія мнѣ неизвѣстна. Несомнѣнно, что она не велика, хотя въ литературѣ описаны случаи Кесарскаго сѣченія, произведеннаго по три и даже по пяти разъ. Это объясняется съ одной стороны тѣмъ, что женщины, перенесшія Кесарское сѣченіе и вновь забеременѣвшія, заранѣе обращаются къ врачу и просятъ его избавить ихъ отъ беременности; съ другой стороны, сами врачи, уступая просьбамъ больныхъ, заканчиваютъ Кесарское сѣченіе или удаленіемъ матки, или операціей Рогго или, что гораздо чаще, производятъ перерѣзку трубъ, чтобы сдѣлать женщину навсегда стерильной. Въ виду сравнительной рѣдкости повторнаго Кесарскаго сѣченія, я думаю, что каждый случай долженъ быть непременно зарегистрированъ.

Въ 1904 году въ Екатеринодарскую Городскую больницу была доставлена въ очень тяжеломъ состояніи казачка Марія Г. 37 лѣтъ. Изъ разспросовъ оказалось, что она беременна девять мѣсяцевъ, три дня тому назадъ появились схватки, прошли воды, но роды не наступили. При наружномъ осмотрѣ опредѣляется: первая позиція, головка вставилась, воды прѣшли, плодъ живъ, схватки очень сильныя. Тазъ нормаленъ. При изслѣдованіи палецъ наталкивается на полное заращеніе влагалища на высотѣ зѣва, съ помощью зеркала удалось найти небольшое отверстіе, пропускающее зондъ, рубцы очень плотны и продолжаютъ въ своды. Дальнѣйшій разспросъ намъ выяснилъ причину заболѣванія этого. Больная рожала три раза, первые два благополучно, а при третьихъ—получилось какое то осложненіе, ребенокъ долго не выходилъ и бабка старательно работала, пока не выгасила его мертвымъ. У больной послѣ этого было сильное воспаленіе и она

пролежала нѣсколько мѣсяцевъ. Нужно думать, что усердная помощь бабки окончилась разрывомъ зѣва, вагины, а можетъ быть и сводовъ; надо удивляться, какимъ родомъ природа справилась съ подобною травмой и все закончилось однимъ рубцовымъ заращеніемъ вагины. Такимъ образомъ мнѣ оставалось только выбрать способъ вмѣшательства. Конечно, я сначала попытался, не удастся ли мнѣ разрушить рубцевыя сращенія и расширить Негар'овскими расширителями отверстие, затѣмъ я продолжалъ расширение аппаратомъ Bossi, но могъ довести его только до четырехъ пальцевъ, а дальше стали получаться надрывы и необходимо было прекратить расширение и бросить попытки закончить роды *per vias naturales*. Оставалось приступить къ Кесарскому сѣченію, на что я и получилъ согласіе больной и мужа. Операция подъ хлороформомъ. Разрѣзъ по бѣлой линіи отъ лобка—за пупокъ на три пальца, матка выведена, кожа позади захвачена пулевыми щипцами, руками ассистента сжаты широкія связки. Разрѣзъ матки по средней линіи, плодъ извлеченъ за ножку, вслѣдъ за нимъ удаленъ послѣдъ, матка хорошо сократилась, кровотеченіе незначительно. Двухэтажный шелковый шовъ на матку. На брюшную рану трехэтажный шовъ. Тампонъ въ вагину. Извлечена въ легкой асфиксіи доношенная дѣвочка. Послѣоперационное теченіе нормальное. Только на слѣдующій день t^0 поднялась до 38,3, но по удаленіи тампона упала до нормы и больше не повышалась. Самочувствіе хорошее, кормила сама. На 8-й день сняты швы—*prima*; на 15-й день выписалась изъ больницы и я ее потерялъ изъ виду.

Спустя почти четыре года, Г. явилась ко мнѣ съ жалобой на то, что у нея больше трехъ мѣсяцевъ нѣтъ мѣсячныхъ. Я опредѣлилъ беременность на четвертомъ мѣсяцѣ и предложилъ ей послѣдъ за двѣ до родовъ явиться въ больницу, такъ какъ придется произвести такую же операцию. Она стала просить, что нельзя ли обойтись безъ этой операциі. Но когда я заявилъ, что и теперь придется вскрывать брюшную полость, то она дала согласіе, но только съ тѣмъ, чтобы на этотъ разъ сдѣлать такъ, чтобы она больше не могла рожать. 10 января этого года Г. явилась въ родильный пріютъ за мѣсяць до начала родовъ. 11 февраля начались схватки, къ утру прошли воды и больная приготовлена къ операциі. Эфирный наркозъ. Разрѣзъ по старому рубцу, матка выведена наружу и вскрыта по средней линіи, извлеченъ за ножку живой мальчикъ, и тотчасъ удаленъ послѣдъ. Теперь оставалось зашить матку и исполнить просьбу больной, перерѣзавъ трубы. Но, принявъ во вниманіе, что для стока выдѣленной существуетъ очень маленькое отверстіе, которое легко можетъ быть закупорено сгустками крови—произойдетъ послѣдовательная атонія, швы прорѣжутся и можно потерять больную, я рѣшилъ произвести полное удаленіе матки. Послѣоперационный періодъ протекъ нормально, t^0 не повышалась. Ребенокъ доношенный, вѣсъ 3,500 гр. но слабый, плохо беретъ грудь, хотя мать вѣрять что онъ выправится. такъ какъ и въ прошлый разъ дѣвочка плохо ѣла, а теперь имѣетъ видъ прекрасно развитаго и упитаннаго ребенка.

Заграничная экскурсія съ научною цѣлью.

(Май, июнь, июль, августъ 1908 г.)

Д-ра мед. С. ЛИПИНСКАГО.

(Окончаніе).

Въ клиникѣ Charité въ большемъ ходу операція *ventrifixura uteri* и операція Alexander-Adams'a. По Бумму при *retroflexio uteri fixata* единственно рациональная операція это *ventrifixura uteri*. Еслибы въ подобныхъ случаяхъ примѣнить операцію укороченія круглыхъ связокъ, то въ результатъ получилось бы то, что матка была бы растягиваема въ двухъ противоположныхъ направленіяхъ и, слѣдовательно, это повело бы къ еще болѣе серьезнымъ страданіямъ женщины. Операція *ventrifixura uteri* по типу Ольсгаузеневской производится здѣсь нѣсколько своеобразно. Разрѣзъ живота по Pfannenstiel'ю; въ брюшной полости у отхожденія круглой связки отъ матки захвачена ассистентомъ въ пинцетъ петля этой послѣдней; операторъ же у нижняго края раны протыкаетъ брюшину пинцетомъ и, захватывая имъ эту петлю, вытягиваетъ ее на наружную поверхность брюшины. Шовъ накладывается слѣдующимъ образомъ: черезъ фасцію, мышцу, брюшину и круглую связку, и вытягивается въ обратномъ направленіи. Еще одинъ шовъ черезъ брюшину, основаніе петли круглой связки и обратно. Нитки затягиваются.

При выпаденіи матки у женщины въ климактерическомъ періодѣ удаляется эта послѣдняя черезъ влагалище. У женщины, нелишенной еще возможности рожать, производится, во первыхъ, суженіе влагалища: *colporrhaphia anterior et posterior*; а затѣмъ операція Alexander-Adams'a. Операція удаленія матки черезъ влагалище производится Буммомъ слѣдующимъ образомъ: круговой разрѣзъ *portionis vaginalis* надъ наружнымъ маточнымъ отверстіемъ; первоначально тупымъ путемъ отдѣляется кругомъ клѣтчатка параметрій и мочевоу пузырь, вскрывается *plica vesico uterina*, и дно матки низводится черезъ передній сводъ. На *ligamenta lata* съ обѣихъ сторонъ сверху внизъ накладываются пинцеты; брюшина задняго свода протыкается ножницами сверху внизъ и для полного удаленія матки накладываются пинцеты на параметрій. На ткани, захваченныя пинцетами, накладываются вездѣ лигатуры. Культы выводятся непременно во влагалище и удерживаются швомъ. Если влагалище зашивается наглухо, то швы соединяють передній листокъ брюшины съ заднимъ. Если влагалище должно остаться открытымъ въ полость брюшины, то передняя стѣнка влагалища сшивается съ переднимъ, задняя же съ заднимъ листкомъ брюшины. Если при экстирпаціи матки имѣется въ виду произвести впоследствии суженіе влагалища, то проводятся первоначально вмѣсто простого кругового разрѣза, начиная отъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго

канала, два расходящихся разрѣза по передней стѣнкѣ влагалища. Концы этихъ разрѣзовъ огибаютъ сзади portio vaginalis. Такимъ образомъ удаляется изъ передней стѣнки влагалища трехугольный лоскутъ слизистой оболочки (colporrhaphia anterior). Если colporrhaphia anterior производится самостоятельно, помимо extirpatio uteri, то всегда все-таки отдѣляется мочевой пузырь и отодвигается кверху во избѣжаніе образованія впослѣдствіи cystocele. Colporrhaphia posterior производится по Негару съ обращеніемъ вниманія, чтобы погруженнымъ швомъ захватить мышцы дна таза и создать такимъ образомъ болѣе устойчивую заднюю стѣнку влагалища. Примѣненіе операциі Alexander Adams'a практикуется въ широкихъ размѣрахъ. Всегда удавалось вытянуть на значительномъ протяженіи круглую маточную связку, вскрывая также diverticulum Nuckii.

Кромѣ вышеозначенныхъ операций пришлось мнѣ еще видѣть операцию зашиванія мочеполовой фистулы безъ особыхъ осложненій, небольшою величиною въ 10 коп. серебряную монету, неподалеку отъ передняго свода. Произведена эта операциа par dédoublement передней стѣнки влагалища.

Одна изъ послѣднихъ лекцій въ этомъ семестрѣ была посвящена проф. Буммомъ изложенію сущности, причинъ и леченія грыжъ послѣ операционнаго рубца на животѣ. Прежде всего было обращено вниманіе на неудовлетворительность прежняго способа зашиванія брюшныхъ стѣнокъ при лапаротоміи, когда у всѣхъ женщинъ почти поголовно въ послѣоперационномъ періодѣ развивались грыжи. Путемъ наблюденій додумались, какой, собственно, шовъ составляетъ опору для будущаго рубца. Было обращено вниманіе, преимущественно, на шовъ фасціи, на необходимость при этомъ употребленія нерассасывающагося матеріала для шва и на созданіе мускульной подкладки для этого шва. Такимъ образомъ возникъ способъ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ по Küstner—Pfannenstiel'ю. Но все-таки, несмотря на всѣ старанія, бывають оперативные случаи, когда нельзя избѣгнуть нагноенія въ брюшной ранѣ. Такимъ образомъ, какъ послѣдствіе, является истонченіе или уничтоженіе фасціи, а, слѣдовательно, грыжа впослѣдствіи неминуема. Послѣ такого теоретическаго изложенія даннаго вопроса была демонстрирована больная, которая по причинѣ гнойнаго аппендицита была раньше оперирована въ той же клиникѣ, рана была дренирована и въ результатѣ получила на мѣстѣ раны грыжа. Что касается леченія грыжи послѣоперационнаго рубца, то здѣсь былъ указанъ принципъ этой операциі, заключающійся въ отысканіи неизмѣненной фасціи и сшиваніи здоровыхъ ея частей; причемъ обращено вниманіе на встрѣчающееся иногда затрудненіе вслѣдствіе значительнаго натяженія, когда фасція оказывается истонченною на значительномъ пространствѣ. Иногда не достигаетъ цѣли и согнутое положеніе больной въ послѣоперационномъ періодѣ и мало примѣнимо также шиваніе въ брюшную рану металлической сѣтки. Она своимъ присутствіемъ, хотя и устраняетъ выпаденіе внутренностей, но вызываетъ нестерпимое постоянное шекотаніе, такъ что это дѣлается для больной въ большинствѣ случаевъ совѣмъ невыносимымъ.

Вторая университетская женская клиника въ Берлинѣ помѣщается на Artilleriestrasse и построена еще во время знаменитаго Карла Шредера, бюстъ котораго красуется и до сихъ поръ въ небольшой

операционной. Здѣсь нѣтъ никакой стерилизационной по содѣству, такъ что стерилизациа инструментовъ производится прямо въ корридорѣ. Гинекологическія операціи, 2—3 подрядъ, производятся очень рано съ 7^{1/2} — 11 у., или самими проф. Ольсгаузенемъ или однимъ изъ его ассистентовъ. Въ клиникѣ проф. Ольсгаузена операціи производятся безъ перчатокъ, исключительно подъ хлороформнымъ наркозомъ. Для швовъ и лигатуръ употребляется, преимущественно, іодъ—кѣгутъ, въ рѣдкихъ случаяхъ silkwormgut. на кожу же часто agrafes Paul Michel'я. При лапаротоміяхъ разрѣзъ живота по бѣлой линіи. Клеммы для артерій французскаго образца.

Операціи, при которыхъ мнѣ приходилось присутствовать, это: удаленіе обоюдосторонняго haematosalpinx'a у женщины довольно пожилой, у которой до операціи діагнозъ не былъ съ точностію установленъ, причеиъ происхожденія haematosalpinx'a въ данномъ случаѣ не удалось выяснитъ.

При операціи ventrifixura uteri fixati пришлось удалить обоюдосторонній hydrosalpinx. Этотъ случай, въ которомъ матка была фиксирована вслѣдствіе предшествовавшаго пельвеоперитонита, подтверждаетъ до извѣстной степени теорію Menge о происхожденіи hydrosalpinx'a подъ влияніемъ заращенія абдоминальнаго отверстія трубы, благодаря предшествовавшему перисальпингиту. Сама операція ventrifixura uteri произведена по способу, который носитъ имя проф. Ольсгаузена и суть котораго, главнымъ образомъ, сводится къ тому, что здѣсь фиксируются къ фасціи круглыя маточныя связки, а не сама матка, какъ это имѣется въ способѣ Leopold'a-Czerny.

Въ клиникѣ проф. Ольсгаузена я видѣлъ затѣмъ въ двухъ случаяхъ удаленіе папиллярныхъ кистомъ яичника, которыя сопровождались порядочнымъ асцитомъ. Въ одномъ случаѣ по причинѣ сращеній и диссеминацій пришлось отъ кистомы оставить въ брюшной полости очень много.

У родильницы, у которой имѣлась міоматозная опухоль матки, величиною въ дѣтскую головку и которая лихорадила (40° Ц.), приписано было это лихорадочное состояніе распаденію этой опухоли. Матка удалена черезъ влагалище съ большими затрудненіями.

При ракъ маточной шейки удаленіе всей матки p. vaginam. Эта послѣдняя операція производится въ клиникѣ проф. Ольсгаузена нѣсколько отлично отъ того способа, котораго придерживаются въ Charité. Дѣлается круговой надрѣзъ слизистой и подслизистой ткани на влагащлиной части выше маточнаго зѣва, ткани нѣсколько отодвигаются кверху, вскрывается заднее дугласово, пространство и по пальцу, введенному въ полость брюшины, проводится искривленная игла на длинной рукояткѣ съ кѣгутомъ, продѣтымъ черезъ ушко у верхушки иглы. Лигатуры накладываются на основаніе параметрія съ одной и потомъ съ другой стороны. По отдѣленіи параметрій отдѣляется мочевоу пузырь отъ матки, вскрывается передній листокъ брюшины и черезъ передній сводъ выворачивается матка во влагалище, а затѣмъ при помощи иглы Deschamps'a накладываются кѣгутовыя лигатуры на широкія маточныя связки съ одной и съ другой стороны.

При мнѣ была оперирована еще проф. Ольсгаузенемъ громадная грыжа бѣлой линіи живота. Операція продолжалась очень долго по причинѣ значительнаго приращенія сальника къ брюшинѣ.

Въ клиникѣ проф. Ольсгаузена производится очень часто операція Alexander-Adams'a и perineorrhaphia.

На возвратномъ пути, въ Вѣнѣ, 10 августа н. с. мнѣ опять не пришлось видѣть ни проф. Шаута, ни проф. Ростгорна, они отсутствовали. Лечение въ ихъ клиникахъ въ старомъ Allgemeines Krankenhaus Alserstrasse велось ихъ ассистентами. Въ новое зданіе, построенное недавно специально для этихъ двухъ клиникъ, переводъ состоитъ только черезъ мѣсяць. Это новое зданіе грандіозно и въ немъ поражаетъ бѣлизна внутренней отдѣлки, все бѣло: стѣны, потолокъ, двери, лѣстницы, перила, окна и пр. Помѣщеніе теперешнихъ старыхъ клиникъ Шаута и Ростгорна очень похоже другъ на друга. Постройка, видимымъ образомъ, очень старинна; такъ, напримѣръ, потолокъ, со сводами—вездѣ тѣсно, темновато и пр. Сама операціонная также не грѣшитъ просторомъ и обиліемъ свѣта; видимымъ образомъ, она съ теченіемъ времени была кое-какъ приспособляема. Въ клиникѣ проф. Шаута оперируютъ въ длинныхъ перчаткахъ изъ толстой резины и поверхъ ихъ надѣваютъ еще вязанныя перчатки. Перчатки для операціи стерилизуются паромъ, предназначаемыя же только для изслѣдованія подвергаются кипяченію и сохраняются затѣмъ въ растворѣ лизоля. Для швовъ употребляютъ іодъ-кѣтгутъ, который готовится въ самой клиникѣ. Для этого суровый кѣтгутъ, неочищенный эфиромъ, погружаютъ въ растворъ: kalii jodati, jodi puri aa. 30,0, aq. destillatae 3000,0 на 8 дней, и тогда кѣтгутъ готовъ къ употребленію. Находятъ, что кѣтгутъ, очищенный эфиромъ отъ жира, легко рвется; наркозъ во всѣхъ случаяхъ хлороформный, способъ совершенно простой, аппарата Roth-Dräger'a не имѣется. Медуллярная анестезія здѣсь тоже не въ употребленіи.

Я присутствовалъ при операціи hysteromyomectomy supravaginalis, которую производилъ ассистентъ, проф. Шаута, д-ръ Adler. Фиброматозная интерстиціальная опухоль, величиною со страусовое яйцо. Разрѣзъ живота по Pfannenstiel'ю.

Въ тотъ же самый день у старой женщины была удалена одна изъ увеличенныхъ тазовыхъ железъ для того, чтобы убѣдиться микроскопически, не поражена ли она ракомъ, такъ какъ эта женщина страдала ракомъ маточной шейки. Рѣшено, если микроскопъ обнаружитъ въ железѣ раковое пораженіе, то ничего не предпринимать, въ противномъ же случаѣ произвести операція по Wertheim'у. Это заключеніе основано на томъ, что тазовыя лимфатическія железы поражаются при ракѣ матки послѣдними, а потому тогда нечего разсчитывать и на операцію матки болѣе коренного характера.

Въ клиникѣ проф. Ростгорна я видѣлъ нѣсколько гинекологическихъ операцій, произведенныхъ его ассистентомъ, д-ромъ Влац, между прочимъ операцію ventrifixura uteri по Ольсгаузену и вылученіе фиброміомы изъ задняго свода и затѣмъ удаленіе матки надвлагалищнымъ способомъ. Вообще въ вѣнскихъ клиникахъ, повидимому, въ противоположность клиникѣ Charité въ Берлинѣ пользуются во всѣхъ подобныхъ случаяхъ для удаленія матки надвлагалищнымъ способомъ.

Свою заграничную поѣздку я завершилъ двухнедѣльнымъ отдыхомъ въ Висбаденѣ, причемъ и здѣсь, въ этомъ уютномъ провинціальномъ городѣ, я поинтересовался познакомиться съ здѣшними лечеб-

ными заведениями. Самое большое изъ нихъ это Städtisches Krankenhaus (Schwalbacherstrasse 38), расположенный въ прекрасной мѣстности и окруженный со всѣхъ сторонъ садомъ. Эта больница представляетъ собою нѣсколько двухэтажныхъ каменныхъ павильоновъ, построенныхъ въ древнегерманскомъ или готическомъ стилѣ. Меня главнымъ образомъ интересовало хирургическое, гинекологическое и родильное отдѣленія. Хирургическое и гинекологическое отдѣленія помѣщаются здѣсь вмѣстѣ въ одномъ изъ павильоновъ больницы, находясь въ завѣдываніи проф. Landow'a. Къ этому послѣднему относится также и родильное отдѣленіе, которымъ ближайше завѣдуетъ одинъ изъ его ассистентовъ, живущій въ самомъ зданіи больницы. Хирургическій павильонъ, въ которомъ помѣщаются и гинекологическія больныя, требующія, преимущественно, хирургической помощи, состоитъ изъ 2-хъ этажей, одинаковыхъ по своему расположенію. Это расположеніе въ общихъ чертахъ заключается въ слѣдующемъ. Съ фронтальной стороны въ этомъ павильонѣ два входа, у каждого входа направо приемная комната, нѣтъ ванны; затѣмъ вдоль всего зданія идетъ просторный, свѣтлый корридоръ. Отъ корридора въ глубь зданія идутъ три отдѣленія. Каждое отдѣленіе имѣетъ нѣтъ двѣ особыя комнаты для больнаго, направо буфетъ, прямо—общая палата, позади которой большая рекреационная комната. Между первымъ и вторымъ отдѣленіями, вторымъ и третьимъ и слѣва третьяго—веранда и соответственнаго размѣра садъ. Такое же расположеніе и второго этажа. Впереди корридора пристройка, гдѣ устроены операционная, стерилизационная, рентгеновскій кабинетъ, кабинетъ профессора, канцелярія и пр. Операционная просторна, свѣтла, устроена по послѣднимъ требованіямъ науки, со всѣми необходимыми новѣйшими приспособленіями асептики. Рядомъ стерилизационная. Всевозможные инструменты новѣйшихъ моделей своимъ достоинствомъ превосходящіе клиники, напримѣръ, Берлина. Прекрасное освѣщеніе, электрическое отраженное, и насколько оно удовлетворительно, пришлось мнѣ самому убѣдиться, присутствуя здѣсь во время операциі въ довольно пасмурный день. Операция, при которой я присутствовалъ—это cholecystectomy. Оперировалъ проф. Landow, довольно пожилой, но бодрый по виду врачъ, при двухъ молодыхъ ассистентахъ и сестрѣ милосердія, подающей инструменты. Эфирно-хлороформный наркозъ при помощи аппарата Roth-Dräger'a. Хирурги безъ перчатокъ, но на антисептику и асептику рукъ обращено особенное вниманіе, главнымъ образомъ въ видѣ очень продолжительнаго умыванія. Женщина среднихъ лѣтъ, находилась недолго подъ врачевнымъ наблюденіемъ, потому что просила совершить надъ нею операцию возможно скорѣе. Благодаря этому не былъ даже установленъ фактъ, лихорадитъ ли данная больная или нѣтъ, а потому и нельзя было вывести заключенія, имѣется ли въ данномъ случаѣ нагноеніе или его нѣтъ. Все-таки діагнозъ оказался довольно удачнымъ. Разрѣзъ продольный отъ нижняго края реберъ по направленію наружнаго края гесті, на протяженіи около 15 цтм. Кожа, подкожная клѣтчатка, фасція, мышцы и брюшина. Пробный проколъ желчнаго пузыря, причемъ получилась свѣтло-желтаго цвѣта жидкость, довольно водянистой консистенціи. Троакаромъ Томсона удалено желчной жидкости около 3 унцій, по удаленіи которой нащупаны желчные конкременты. Сдѣланъ достаточный разрѣзъ желчнаго пузыря и корнцангомъ удалены камешки

правильной многоугольной формы, свѣтло-желтаго цвѣта, твердой консистенціи, величиною въ орѣхъ. Разрѣзъ желчнаго пузыря расширенъ пальцемъ и удалено еще нѣсколько камешковъ. Подъ руководствомъ пальца длиннымъ тонкимъ корнцангомъ удалены также конкременты изъ протока. Пузырь зашитъ лембертовскимъ швомъ при помощи іодъ-кэтгута. Введенъ дренажъ въ пузырь, толщиною въ палецъ, и кругомъ въ ранѣ тампонъ изъ іодоформенной марли. Шовъ на кожу и под-кожную клетчатку кэтгутовой. Повязка—іодоформенная марля съ ватой. Кругомъ полотенце и пружинныя булавки.

Акушерское отдѣленіе, находящееся въ ближайшемъ завѣдываніи одного изъ ассистентовъ проф. Landow'a, молодого врача, получившаго специальное образованіе у проф. Werth'a въ Килѣ, помѣщается въ старомъ баракѣ и имѣетъ родильню и двѣ палаты. Здѣсь все проще, но, относительно, чисто, понятно, довольно тѣсно. Родовъ въ годъ около 300, принимаются всѣ безъ различія замужнія и незамужнія. Никогда не было случая ни пубіотоміи, ни влагалишнаго кесарскаго сѣченія. Въ случаѣ необходимости классическаго кесарскаго сѣченія, таковое, за неимѣніемъ здѣсь подходящаго помѣщенія, производится въ хирургическомъ павильонѣ. Въ скоромъ времени къ одному изъ старыхъ павильоновъ предполагаютъ надстроить второй этажъ, и тогда родильное отдѣленіе будетъ туда переведено.

Кромѣ городской больницы, какъ лечебное учрежденіе, несущее помощь народонаселенію г. Висбадена, слѣдуетъ еще отмѣтить санаторію Общества Краснаго Креста, помѣщающуюся въ центрѣ города, недалеко отъ источника и кургауза на улицѣ, носящей названіе Schöne Aussicht (№ 21). Это обширное каменное строеніе, окруженное большимъ тѣнистымъ садомъ, съ прекраснымъ видомъ на городъ и ближайшія мѣстности въ окрестности. Зданіе разсчитано, приблизительно, на 60 кроватей, которыя помѣщаются отчасти въ общихъ палатахъ, отчасти въ отдѣльныхъ комнатахъ. Въ этой санаторіи въ 1907/8 году перебувало 1005 больныхъ, между которыми 238 гинекологическихкихъ, 535 хирургическихкихъ, съ внутренними болѣзнями только 63. Судя по числу операций, 238 въ гинекологическомъ отдѣленіи и 568 въ хирургическомъ, видно, что санаторія эта предназначена главнымъ образомъ для оперативныхъ случаевъ. Въ леченіи больныхъ принимаетъ участіе 70 мѣстныхъ врачей. При санаторіи имѣется штатъ 80-ти сестеръ милосердія, между которыми отличаются собственно сестеръ милосердія, ученицъ, учительницъ и сестеръ для испытанія. Во главѣ старшая сестра милосердія. Сестры милосердія имѣютъ зимній и лѣтній учебный курсъ, а нѣкоторыя изъ нихъ обучаются повивальному искусству въ клиникѣ проф. Фритча въ Боннѣ, чтобы потомъ обслуживать попадающихъ иногда въ санаторію роженицъ. Сестры милосердія, кромѣ ухода за больными въ санаторіи за извѣстное вознагражденіе командированы въ частныя клиники и поликлиники. До послѣдняго времени онѣ несли также обязанности сестеръ милосердія въ городской больницѣ, гдѣ въ настоящее время заведенъ свой собственный штатъ. Эта санаторія устроена во всѣхъ отношеніяхъ образцово, не располагаетъ, собственно, никакими специальными капиталами, а содержится на взносъ за больныхъ, на различныя пожертвованія и взносы членовъ союза (5 марокъ). Между почетными членами этого союза значится и нашъ Великій Князь Михайлъ. Больные по

содержанію, которое они получаютъ, и соотвѣтственно вносимой ими платы раздѣляются на 3 класса (отъ 12—2 марокъ въ день); кромѣ того имѣются благотворительные взносы для неплатящихъ. Расходъ и приходъ сводятся къ 180 тысячамъ марокъ ежегодно.

Насупротивъ этой санаторіи, на той же самой улицѣ, имѣется еще очень симпатичный пріютъ, специально для роженицъ и родильницъ. Этотъ пріютъ помѣщается въ роскошной виллѣ, купленной нѣсколько лѣтъ т. н. одною богатою благотворительницею за 80 тысячъ марокъ. Пріютъ этотъ оборудованъ на 16 кроватей, родовъ въ немъ около 300 въ годъ; при немъ три акушерки. Принимаются исключительно роженицы замужнія, и никакой платы съ нихъ не взыскивается. Онѣ остаются въ пріютѣ послѣ родовъ около 10 дней. Содержаніе такого пріюта обходится около 20 тысячъ марокъ ежегодно, которыя жертвуются нѣсколькими богатыми благотворительницами.

На обширной площади Лангенбека красуется роскошное 3-хъ-этажное зданіе госпиталя св. Юсифа. Это опять благотворительное учрежденіе, находящееся въ вѣдѣніи католическаго духовенства. Два отдѣленія: хирургическое съ внутреннимъ и гинекологическое. Это послѣднее находится въ завѣдываніи старшаго врача д-ра Wettenh'a. Есть отдѣльныя комнаты и общія палаты, всего мѣстъ 60. Уходъ возлагается на сестеръ милосердія, но главѣ которыхъ старшая сестра. Порядокъ, чистота, даже комфортъ проглядываютъ всюду. Въ операціонной хирургическаго отдѣленія, прекрасно устроенной, я имѣлъ случай наблюдать на операціонномъ столѣ беременную въ 8 разъ на 4 мѣсяцѣ, которой наканунѣ, по случаю асцита, проколомъ выпущено нѣсколько литровъ водяночной жидкости. Завѣдующій хирургическимъ отдѣленіемъ предложилъ больной согласиться сдѣлать лапаротомію подъ кокаиномъ, вѣроятно, съ цѣлью ближайшаго діагноза. Сдѣлаю нѣсколько подкожныхъ и подфасциевыхъ впрыскиваній 1% раствора еусокаин'a, и затѣмъ произведенъ разрѣзъ брюшной стѣнки вкось, длину около 6 цтм., въ области processus vermicularis. Черезъ сдѣланный разрѣзъ вытекло порядочное количество серозной жидкости, причемъ хирургъ, стараясь опредѣлить состояніе брюшныхъ внутренностей, ощупывалъ беременную матку и констатировалъ повсемѣстныя сращенія кишекъ между собою. Глазомъ можно было видѣть отдѣлъ слѣпой кишки съ подвижнымъ processus vermicularis. Было рѣшено, что дѣло идетъ о бугорчатомъ перитонитѣ. Больная порядочно истощена, о состояніи легкихъ, кажется не было извѣстно. Введенъ довольно толстый дренажъ и наложены швы.

Въ Висбаденѣ имѣется еще одно благотворительное медицинское учрежденіе, которое носитъ названіе по имени ея основательницы, Герцогини Нассау-Pauline nstift. Приглашенная первоначально двѣ сестры милосердія, развивая свою дѣятельность и привлекая со всѣхъ сторонъ пожертвованія, достигли того, что, въ настоящее время это учрежденіе имѣетъ свое собственное громадное зданіе, въ которомъ при ста сестрахъ помѣщается пріютъ на 65 дѣтей младшаго и старшаго возраста, мальчиковъ и дѣвочекъ, которыя посѣщаютъ школу, и какъ тѣ, такъ и другія приспособляются къ различнаго рода занятіямъ. Въ этомъ же зданіи помѣщается больница, гдѣ въ теченіи года бываетъ около 1500 больныхъ съ хирургическими и внутренними болѣзнями. Это учрежденіе находится въ вѣдѣніи здѣшной евангелическо-лютеранской общины.

Изъ Екатеринодарской Городской больницы.

Рѣдкій случай перекручиванія ножки міомы съ перекручиваніемъ матки.

Е. Д. Мухиной.

9-го Октября с. г. въ Екатеринодарскую Городскую Больницу поступила больная Анна Григорьевна Чурсинова 45 лѣтъ, съ жалобами на страшныя боли внизу живота и на опухоль въ немъ; боли стали невыносимыми 8 дней, опухоль же существуетъ 13 лѣтъ. Почти съ самаго начала болѣзни Чурсинова во время сна должна была лежать на лѣвомъ боку, такъ какъ положеніе на спинѣ вызывало боль и тяжесть въ животѣ. За 8 дней до поступленія въ больницу боли и тяжесть въ животѣ постоянно усиливались такъ, что она чувствовала себя сносно только сидя, наклонившись немного впередъ, или же въ положеніи à la vache.

Въ дѣтствѣ ничѣмъ не хворала. Menses начались на 13-омъ году и приходили правильно каждыя 4 недѣли по 3 дня безъ болей. За-мужъ вышла 32 лѣтъ; ни разу не была беременна. Скоро послѣ замужества стала замѣчать въ животѣ небольшую опухоль, которая, постепенно увеличиваясь, причиняла ей боль, сначала небольшую, но по мѣрѣ роста опухоли увеличивалась и боль. Приблизительно въ это же время у нея начали появляться неправильности въ появленіи menses: онѣ стали приходить раньше срока, хотя шли то же число дней, что и раньше; затѣмъ появилось нѣкоторое расстройство въ мочеотдѣленіи: частые позывы съ небольшими отдѣленіями мочи; нѣсколько позднѣе присоединились запоры и напирание на низъ. Въ настоящее время у больной еще не наступилъ climacterium, такъ какъ незадолго до поступленія въ больницу у нея были menses.

St. praes. Больная небольшого роста, плохого питанія, слабого сложенія, выглядитъ старше своихъ лѣтъ. Кожа блѣдна, атрофирована и суха. При аускультации сердца опредѣляется систолическій шумъ на верхушкѣ, хотя тонъ сохраненъ. Правая граница незначительно увеличена; другихъ измѣненій въ сердцѣ не замѣчается. Въ легкихъ небольшой выдохъ съ той и другой стороны. При осмотрѣ живота бросается въ глаза его рѣзкое выпячиваніе изъ-подъ реберъ, особенно выдается лѣвая половина (осматривать больную нужно было въ сидячемъ положеніи, какъ какъ лежать она не могла изъ-за болей въ животѣ и одышки). При ощупываніи живота опредѣляется опухоль, идущая изъ малаго таза и заходящая подъ лѣвое подреберье, гдѣ граница ея теряется, отсюда опухоль распространяется въ *reg. lumbal. sinistra*. На правой сторонѣ опухоль не заходитъ въ подреберье и не доходитъ до *reg. lumbal. dext.* Опухоль очень плотна, поверхность ея гладкая, но она какъ-бы состоитъ изъ двухъ шарообразныхъ опухолей,

тѣсно соединенныхъ между собой и сидящихъ почти неподвижно въ брюшной полости.

Съ большимъ трудомъ удалось немного приподнять опухоль вверхъ, въ стороны она совершенно не смѣщалась; возможно, что это затрудненіе въ передвиженіи опухоли зависитъ отъ большого напряженія брюшныхъ стѣнокъ и сильной болѣзненности при изслѣдованіи.

Бимануальнымъ изслѣдованіемъ можно было опредѣлить высоко лежащую и прижатую къ симфизу маленькую шейку *uteri*; *corpus et fundus uteri* не опредѣлялись; въ заднемъ сводѣ опредѣлялась опухоль круглой формы, величиною приблизительно съ куриное яйцо, сидящая тоже неподвижно. Придатки тоже невозможно было прощупать по причинѣ той же болѣзненности и напряженности брюшныхъ стѣнокъ.

Пульсъ частый, слабого напряженія, дыханіе затрудненное. Общее состояніе довольно тяжелое. *Diagnosis: fibromyoma uteri multiplex.* Тяжелое состояніе больной требовало активного вмѣшательства, почему ей предложена была операція, на что она изъявила согласіе. Къ слѣдующему дню больная обычнымъ способомъ была приготовлена къ операціи *laparotomia abdominalis*. Сдѣланное передъ операціей изслѣдованіе мочи показало присутствіе въ ней: 0,2% бѣлка, зернистыхъ и гиалиновыхъ цилиндровъ. 11/VI. Произведена операція докторомъ В. М. Платоновымъ при моей ассистенціи. Эфирный наркозъ. Тренделенбургское положеніе. Разрѣзъ отъ лобка и выше пупка ст. на 4. При вскрытіи брюшной полости найдено, что прощупываемая нами большая опухоль есть *fibromyoma*, сидящая на перекрутившейся ножкѣ, которая выходила изъ передней поверхности тѣла матки. При ближайшемъ осмотрѣ найдено, что перекручиваніе фибромы повлекло за собой перекручиваніе всей матки на 180°, такъ какъ прощупываемая нами въ заднемъ Дугласѣ яйцевидной формы опухоль есть отдѣльный фиброзный узелъ, лежащій на передней поверхности шейки матки. Манипулировать съ такой большой опухолью, хотя и не имѣющей срощеній съ окружающими органами, было чрезвычайно трудно и неудобно, почему она была отсѣчена отъ своей ножки и удалена. Освободивши такимъ образомъ поле операціи, приступили къ удаленію фиброзно-перерожденной матки и кистозно-перерожденнаго праваго яичника, для чего съ лѣвой стороны были перерѣзаны между днума клеммами широкая и круглая связки. Надо замѣтить, что у основанія широкихъ связокъ были огромныя венозныя сплетенія; затѣмъ была наложена отдѣльная лигатура на *art. uterina*. Съ правой стороны клеммъ на *lig. infundibulopelvicum*, затѣмъ на широкія и круглыя связки. Послѣ этого брюшина на передней и задней поверхности *uteri* надрѣзана и отслоена внизъ; послѣ чего сдѣлано коническое сѣченіе шейки *uteri* ниже внутренняго зѣва—*hysteromyomectomy supravaginalis abdominalis et castratio dextra*. На культю шейки матки наложено нѣсколько шелковыхъ лигатуръ для того, чтобы сблизить поверхности разрѣза (просвѣтъ цервикальнаго канала прижженъ *t. jodi*), затѣмъ культя была общита отслоеной съ матки брюшиной; тоже сдѣлано съ культурой удаленнаго праваго яичника и трубы, такъ что получилась полная перитонизація на мѣстѣ удаленной опухоли. Швы вездѣ шелковыя. Полость малаго таза вытерта марлевыми шариками и освѣжена физи-

ологическимъ растворомъ. По окончаніи операціи въ маломъ тазу, осмотрѣна брюшная полость, причемъ на *procc. vermicular.* найдено значительное утолщеніе, овальной формы, сидящее на самомъ его концѣ. Длина *procc.* не увеличена, но *serosa* его сильно гиперемирована; отростокъ признанъ большимъ, почему и былъ удаленъ обычнымъ способомъ съ манжеткой. Здѣсь тоже освѣженіе теплымъ физиологическимъ растворомъ. Все прикрыто сальникомъ и приступлено къ зашиванію брюшной раны обычнымъ узловатымъ 3-хъ этажнымъ швомъ. Рана зашита наглухо. Длина кожного разрѣза 16 ст. Разрѣзъ сдѣланъ по *l. alba*, а не поперечный *Pfannenstiela*, такъ какъ опухоль заходила далеко за пупокъ. Операція длилась 40 минутъ, эфира 300. Повязка. Въ *rectum* влито 300,0 солевого раствора.

Описание препарата: удаленная опухоль—*fibromyoma* вѣситъ 4595 грам., т. е. 11 1/2 фунтовъ. Разсматривая опухоль снизу вверхъ мы видимъ: на передней поверхности матки въ области ея шейки опухоль, величиною съ куриное яйцо; опухоль эта прощупывалась нами въ заднемъ сводѣ, т. е. она вмѣстѣ съ маткой сдѣлала поворотъ въ 180°; это такъ называемая *fibromyoma antecervicalis*, лежащая экстраперитонеально. Шеечныя міомы встрѣчаются не часто: *Schauta* за 12 лѣтъ нашелъ въ литературѣ около 20 случаевъ; у *Грамматика* въ Томск. Гинек. Клин. на 95 операціяхъ міомъ встрѣтился одинъ случай шеечной міомы, лежащей экстраперитонеально—въ *portione supravaginali*.

На мѣстѣ поворота мы видимъ кровоизліяніе въ *serosa*. Разсматривая дальше *uterus*, видимъ два фиброматозныхъ узла, расположенныхъ въ ея тѣлѣ ближе къ дну, что дѣлаетъ ее похожей на двурогую матку. Правый изъ этихъ узловъ, пронизывая все тѣло матки сзади напередъ, выходитъ изъ нея на ея передней поверхности ввидѣ комка длиною въ 5 1/2 ст. и діаметромъ въ 6,5 ст., окружностью 19 ст. Эта фиброзная ножка идетъ вверхъ и назадъ и несетъ на себѣ большую фиброматозную опухоль, которая нами прощупывалась черезъ брюшныя стѣнки болевой. Опухоль имѣетъ овальную форму, наибольшая продольная окружность ея 71 ст; меньшая поперечная 50,5 ст. Посрединѣ ея длиннаго размѣра имѣется сагиттально идущая борозда, опоясывающая всю опухоль и дѣлающая ее похожей на двѣ дѣтскихъ головки, сложенныхъ своими лицевыми сторонами. Поверхность опухоли покрыта гладкой блестящей серозной оболочкой, черезъ которую просвѣчиваютъ сильно растянутые венозные стволы, идущіе въ радіальномъ направленіи. Кромѣ того на поверхности опухоли просвѣчиваютъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ то одиночныя, то собранныя въ группы фиброзныя бляшки бѣлаго цвѣта. Опухоль на разрѣзѣ равномерной плотности. На ножкѣ и днѣ матки имѣются довольно значительныя кровоизліянія, являющіяся какъ результатъ перекручиванія ножки. Флюктуаціи въ опухоли нѣтъ. Съ правой стороны матки видимъ удаленный яичникъ, который представляетъ опухоль величиною съ куриное яйцо, состоящую почти изъ одной кисты, наполненной серозно-кровоянистой жидкостью. Труба, удаленная вмѣстѣ съ нимъ, сильно гиперемирована.

Гистологическое изслѣдованіе удаленной опухоли, сдѣланное докторомъ Е. А. Дубровинымъ: опухоль состоитъ изъ переплетающихся между собою въ самыхъ разнообразныхъ направленіяхъ тон-

кихъ фибриллъ, между которыми расположены пучками образованія веретенообразной формы съ тонкими палочковидными, круглыми на поперечномъ разрѣзѣ, ядрами. Кровеносные сосуды часты, расширены, наполнены кровью. Часто образованія съ палочковидными ядрами прилежатъ къ сосуду и близъ сосудовъ образуютъ пучки. Это пучки гладкихъ мышцъ; соединительная ткань надъ ними преобладаетъ; поэтому опухоль эта есть *фиброміома*.

Послѣоперационное теченіе гладкое: рвоты совѣсть не было. Наивысшая т° 36,9. Тяжелое состояніе больной, бывшее передъ операцией, больше не наблюдалось; больная совершенно поправилась, чувствуетъ себя хорошо. Исслѣдованіе мочи, сдѣланное на 21-ый день послѣ операци, показываетъ полное отсутствіе бѣлка, зернистыхъ и гиалиновыхъ цилиндровъ. Присутствіе въ мочѣ бѣлка, зернистыхъ и гиалиновыхъ цилиндровъ вѣроятно зависѣло отъ сдавленія почекъ большою опухолью, по той же причинѣ было разстройство въ дефекаціи и мочеотдѣленіи—частые позывы и тенезмы.

A. Vénot наблюдалъ подобныя-же осложненія со стороны мочевыхъ путей при фиброміомахъ, которыя исчезали послѣ операци.

Операциа сдѣлана черезъ *laparotomiam abdomin.* по той причинѣ, что опухоль заходила значительно выше пупка, а таковыя дѣлать *per vaginam* чрезвычайно трудно. Кромѣ того, наша больная ни разу не рожала, что также затрудняетъ технику при *colpocoeliotomia*.

Описанный здѣсь случай представляетъ интересъ въ томъ, что перекручиваніе произошло въ толстой и плотной ножкѣ фиброміомы; какая причина вызвала это перекручиваніе трудно сказать; возможно, что какое-нибудь неудачное движеніе больной вызвало перемѣщеніе большой опухоли, а такъ какъ ножка опухоли исходитъ изъ передней поверхности тѣла матки, то измѣненіе положенія опухоли неизбѣжно отразилось и на маткѣ—повернуть ее на 180°.

Просмотрѣвъ Акушерско-Гинекологическую литературу за 10 лѣтъ, я нашла только 9 случаевъ перекручиванія фиброматозно перерожденной матки и только въ *одномъ* небеременной матки; случаи эти слѣдующіе:

1) N. Ivanoff—одинъ случай перекручиванія фиброматозно-перерожденной *беременной* матки на 180°; беременность 4 мѣсяца. (Ж. А. и ж. б. 1907/xii).

2) Le page et Mouchote. De la torsion des fibromes au cours de la *grossesse*. 2 случая: Въ одномъ случаѣ фиброма была съ голову доношеннаго плода, въ другомъ достигала ложныхъ реберъ. Беременность на 4 мѣсяцѣ.

Въ обоихъ случаяхъ фибромы сидѣли на широкомъ основаніи и повернули матку угломъ впередъ. Причины: 1) паденіе съ смнибуса. 2) прогулка. Кромѣ этихъ двухъ онъ приводитъ въ литературѣ еще 5 случаевъ.

3) Faure. Sur un cas de torsion de l'utérus. Ножка толщиною въ палецъ перекручена и обвита трубою. Въсь опухоли 11.100. Опухоль изъ лѣваго рога матки. *Матка не беременная*.

Во всѣхъ перечисленныхъ случаяхъ, кромѣ случая Faure, перекручиваніе произошло въ періодъ беременности, когда ткани болѣе

мягки, сочны, растяжимы. Нашъ случай заслуживаетъ опубликованія по той причинѣ, что перекрутилась ножка плотная, короткая, толстая, исходящая изъ передней поверхности матки и повернувшая вмѣстѣ съ собою матку на 180° , что мы видимъ по фиброматозному узлу, прощупываемому нами въ Дугласѣ, тогда какъ опухоль эта сидѣла на передней поверхности шейки матки.

Подобный поворотъ ножки и матки могла сдѣлать только такая большая, тяжелая опухоль.

Кромѣ того, данный случай интересенъ тѣмъ, что помимо большой міомы, сидѣвшей на ножкѣ, оказалось еще двѣ небольшихъ въ тѣлѣ матки, киста праваго яичника и *appendicitis chronica*,—потребовавшія производства надвлагалищной ампутаціи матки, удаленія кисты и червеобразнаго отростка.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Cancer.—*Internationale Monatsschrift.* Heft 1 Oktober 1908. Berlin.—
„**Cancer**“.—*Международный ежемесячный журнал.* № 1. Октябрь 1908.
Берлинъ.

Журналъ „Cancer“ является органомъ Международнаго Союза по изученію рака. Въ организационномъ собраніи 23 мая 1908 г. въ Берлинѣ Международный Союзъ постановилъ издавать международный журналъ на нѣмецкомъ, французскомъ и англійскомъ языкахъ. Журналъ предназначенъ прежде всего для печатанія протоколовъ Международнаго Союза и раковыхъ комитетовъ отдѣльныхъ странъ и для поддержанія связи между членами организаціи по изученію рака, принадлежащими къ Международному Союзу, путемъ освѣдомленія ихъ о всѣхъ важнѣйшихъ событіяхъ и открытіяхъ въ области изучения рака въ отдѣльныхъ комитетахъ и странахъ. Затѣмъ въ журналѣ предположено печатать небольшія научныя статьи, рефераты, сообщения и доклады съ преніями по нимъ изъ Медицинскихъ Обществъ, касающіеся вопроса о ракъ. Редактированіе журнала поручено проф. George Meurer'у (Берлинъ).

Въ 1-мъ номерѣ журнала, вышедшемъ въ октябрѣ 1908 г., помещенъ протоколъ 1-го организационнаго собранія Международнаго Союза по изученію рака. Участвовало 35 членовъ—представителей національныхъ комитетовъ и раковыхъ обществъ 13 странъ, примкнувшихъ къ Международному Союзу. Россію (Медицинскій Совѣтъ и Общество борьбы съ раковыми заболѣваніями, основанное въ Петербургѣ 1 мая 1908 г.) представлялъ проф. В. В. Подвысоцкій. Были представители отъ Германіи, Австріи, Италиі, Франціи, далекой Японіи, Сѣверной Америки и др. Англія отъ участія въ Международномъ Союзѣ устранилась. Предсѣдательствовалъ проф. Leuden. Послѣ обмѣна привѣтствіями было приступлено къ обсужденію устава, при чемъ цѣли Международнаго Союза были окончательно сформулированы въ слѣдующихъ положеніяхъ: 1) содѣйствіе мѣрамъ къ изученію и борьбѣ съ раковыми заболѣваніями и содѣйствіе призрѣнію раковыхъ больныхъ; 2) введеніе однообразной международной статистики; 3) образованіе международного справочнаго бюро относительно всѣхъ вопросовъ, касающихся изучения рака; 4) изданіе международнаго журнала по изученію рака; 5) организація международнаго раковаго конгресса; 6) распространеніе въ населеніи свѣдѣній о сущности раковыхъ заболѣваній. Выработанный уставъ приложенъ къ журналу.

Послѣ перерыва, во время котораго происходило торжественное засѣданіе, послѣдовали выборы дѣйствительныхъ и почетныхъ членовъ и засѣданіе правленія.

Отчетъ о торжественномъ засѣданіи Международнаго Союза отложенъ на 2-ую книжку журнала.

Въ виду возникшей почти во всѣхъ странахъ живой дѣятельности по изученію рака и борьбѣ съ нимъ и усиленнаго вниманія об-

шества къ этимъ вопросамъ основаніе международнаго печатнаго органа является вполне своевременнымъ и целесообразнымъ. При соблюдении намѣченной программы журналъ будетъ необходимъ не только членамъ Международнаго Союза, но и всѣмъ интересующимся вопросомъ о ракъ, знакомя ихъ съ состояніемъ его въ данное время и съ послѣдними событіями и открытіями въ этой области.

Цѣна журнала пока не указана. Адресъ бюро. Berlin W. Bendlerstr. 13.

Zeitschrift für gynäkologische Urologie, herausgegeben von Prof. Dr. W. Stoeckel. Band. I., Heft. 1. Leipzig, 1908.—*Журналъ гинекологической урологии, издаваемый подъ редакціей проф. W. Stoeckel'я.* Томъ I, книга 1-я. Лейпцигъ 1908 г.

Благодаря дружной разработкѣ въ теченіе послѣднихъ лѣтъ, урология быстро развилась до степени самостоятельной науки. Немаю участіе въ разработкѣ вопросы урологии, относящихся къ женщинамъ, приняли гинекологи. Благодаря ихъ трудамъ, въ особенности трудамъ германскихъ гинекологовъ, какъ Stoeckel, Zangemeister, Baisch, Franz, Henkel и др., создалась урология гинекологическая, которую практически разрабатываютъ и двигаютъ дальше, по мнѣнію Stoeckel'я, лишь гинекологи. Но цѣльное и правильное впечатлѣніе объ успѣхахъ гинекологической урологии до сихъ поръ получить было весьма трудно вслѣдствіе того, что работы и сообщенія изъ области гинекологической урологии были разсѣяны по разнымъ гинекологическимъ и общимъ медицинскимъ журналамъ. Въ виду этого Stoeckel рѣшилъ сосредоточить разработку гинекологической урологии въ одномъ центральномъ органѣ и предпринялъ съ этою цѣлью изданіе журнала, посвященнаго исключительно вопросамъ гинекологической урологии. Журналъ будетъ выходить отдѣльными книжками, выходъ ихъ будетъ зависѣть отъ наличности имѣющагося матеріала. 6 книжекъ составятъ томъ, цѣна котораго 10 марокъ. Первая книжка вышла въ октябрѣ 1908 г. въ форматѣ „Zentralblatt für Gyn.“ и въ объемѣ 4-хъ листовъ. Она составлена интересно, исключительно изъ оригинальныхъ статей, принадлежащихъ Franz'ю, Baisch'ю, Mirabeau, Henkel'ю, самому Stoeckel'ю и Knorr'ю.

Franz въ обстоятельной статьѣ «поврежденія мочевого аппарата послѣ абдоминальнаго удаленія раковой матки» приходитъ къ заключенію, что эта операція весьма сильно отражается на мочевомъ пузырьѣ, тѣмъ сильнѣе, чѣмъ она обширнѣе. Почти послѣ каждой абдоминальной операціи рака матки развивается циститъ. Такъ изъ 123 случаевъ только 35 были свободны отъ цистита. Послѣдній бываетъ различной силы, причины его лежатъ въ сущности самой операціи. Наилучшимъ предупреждающимъ средствомъ является введеніе постоянного катетера для устраненія задержки мочи. Пузырные фистулы бывають послѣ абдом. операціи двоякаго происхожденія: отъ омертвѣнія стѣнокъ пузыря или отъ расхожденія швовъ, наложенныхъ на поврежденный пузырь. Franz наблюдалъ 18 фистулъ: 13 вслѣдствіе недостаточности швовъ и 5 вслѣдствіе омертвѣнія. Нѣкоторыя фистулы зажили произвольно, другіе были позже зашиты съ успѣхомъ. Изъ всѣхъ случаевъ фистулъ только въ 4-хъ не присоединился циститъ. Фистулы мочеточниковъ послѣ абдомин. операцій Franz наблюдалъ

въ 7 случаяхъ изъ 145. Причиною было омертвѣніе. Перерѣзка моче-
точниковъ съ послѣдующимъ ихъ вшиваніемъ въ пузырь произведена
была въ 16 случаяхъ. Несмотря на неблагоприятныя осложненія со
стороны мочевого аппарата, Franz высказывается за абдоминальную
операцию и въ порядкомъ запущенныхъ случаяхъ, такъ какъ «операция
здѣсь есть единственная дверь въ жизнь».

Vaisch разсматриваетъ вопросъ о кровотеченияхъ изъ мочевого
пузыря при ущемленномъ загибѣ назадъ беременной матки. Онъ на-
блюдалъ случай типическаго ущемленія ретрофлексированной матки.
Влагалищная часть была едва достижима у верхняго края симфиза.
Катетеромъ было выведено большое количество жидкой крови. Подъ
наркозомъ вправление матки удалось легко. Давленіемъ на пузырь
удалось выжать еще значительное количество кровяныхъ сгустковъ.
Моча быстро потеряла кровяную окраску. При цистоскопическомъ
исслѣдованіи не было найдено и слѣдовъ цистита. Слизистая пузыря
была нормальна за исключеніемъ 2-хъ особенностей: переполненія со-
судовъ, главнымъ образомъ венъ, и буллезнаго отека самаго нижняго
отрѣзка пузыря. Такимъ образомъ причиною кровотечения явился ве-
нозный застой, вопреки мнѣнію Wertheim'a, который въ каждомъ
случаѣ подобнаго кровотечения причину видитъ въ изъязвленіи какого-
либо сосуда.

Mirabeau разбираетъ связь перемежающагося гидронефроза съ
заболѣваніями женской половой сферы. На основаніи 6 наблюденій и
литературы онъ приходитъ къ выводу, что большая часть перемежа-
ющихся гидронефрозозъ у женщинъ стоитъ въ непосредственной
причинной связи съ гинекологическими заболѣваніями, которыя затруд-
няюще дѣйствуютъ на правильный оттокъ мочи. Особенное значеніе
имѣютъ заболѣванія, вовлекающія въ болѣзненный процессъ тазовую
часть мочеоточника и, въ особенности, мѣсто впаденія его въ пузырь.
Менструация, обуславливающая переполненіе кровью тазовыхъ органовъ,
часто бываетъ толчкомъ для проявленія болѣзненныхъ припадковъ.
Причины эти, затрудняющія на периферіи оттокъ мочи, вызываютъ
постепенно расширеніе почечныхъ лоханокъ, изъ котораго, часто въ
теченіе многихъ лѣтъ, образуется собственно гидронефрозъ. Опушеніе
почекъ часто является слѣдствіемъ, а не причиною гидронефроза.
Только путемъ цистоскопіи могутъ быть распознаны начальная стадія
гидронефроза и правильно оцѣнены причинные моменты. Вслѣдствіе
вторичнаго зараженія изъ перемежающихся гидронефрозозъ могутъ
образоваться пионефрозы, а вслѣдствіе длительнаго затрудненія въ
оттокѣ мочи — кисты почекъ. Перемежающіеся гидронефрозы, по
большей части, являются начальными формами послѣднихъ.

Henkel касается леченія хроническихъ цистопіэлитовъ, которое
часто очень затруднительно и для котораго предложено много средствъ.
За послѣднее время Henkel продолжаетъ наблюденія надъ леченіемъ
цистопіэлитовъ хининъ-алкоголемъ (5% растворъ хинина въ 50% спиртъ).
Отъ окончательнаго вывода Henkel еще воздерживается.

Stoessel въ статьѣ «Къ распознаванію и леченію піэлита бе-
ременныхъ» приводитъ 3 собственныхъ наблюденія и на основаніи ихъ
приходитъ къ заключенію, что безспорно существуетъ форма піэли-
товъ, развивающихся во время беременности и ею обусловленныхъ;
при развитіи этихъ піэлитовъ застой мочи въ мочеоточникахъ играетъ

важную роль. Моча у такихъ больныхъ содержитъ обычно кишечную палочку въ чистыхъ культурахъ или съ примѣсью другихъ микроорганизмовъ. Правостороннія заболѣванія встрѣчаются чаще и протекаютъ интенсивнѣе, чѣмъ слѣва. Диагностическія заболѣванія различны. Рѣшающее значеніе имѣетъ тщательное изслѣдованіе мочи, въ особенности на присутствіе кишечной палочки. При ненормальности мочи показуется цистоскопическое изслѣдованіе и катетризація мочеточниковъ. Относительно леченія Stöckel раздѣляетъ случаи на легкіе, средней тяжести и очень тяжелые. Для первыхъ лучшее и вполне достаточное средство — постельный покой; для случаевъ средней тяжести покой и лекарственное леченіе—urotropin, helmitol, nat. benzoicum; если не смотря на эти средства не прекращаются боли и лихорадка, то должны быть приняты мѣры противъ застоя мочи и лихорадки. Прерываніе беременности Stöckel совершенно отвергаетъ. Лучшимъ средствомъ является катетризація мочеточниковъ съ промываніемъ лоханокъ 3% растворомъ борной кислоты. Технику способа авторъ подробно описываетъ, иллюстрируя ее рисункомъ.

Кпогг разбираетъ современное состояніе функціональной діагностики почекъ, подвергая критическому обзору литературу послѣднихъ лѣтъ по этому вопросу. Онъ приходитъ къ выводу, что многочисленные спорные вопросы въ этой области остаются еще до сихъ поръ. Дѣйствительнаго для всѣхъ случаевъ способа опредѣленія функціональной дѣятельности почекъ еще не существуетъ и для полученія возможно болѣе достовѣрныхъ результатовъ приходится прибѣгать къ сочетанію нѣсколькихъ способовъ. Большаго вниманія заслуживаетъ проба съ индиго-карминомъ, въ особенности въ сочетаніи съ катетризаціей мочеточниковъ. Въ случаѣ недостаточности этихъ способовъ слѣдуетъ примѣнять криоскопію и, наконецъ, какъ наиболее тонкій и достовѣрный—способъ Albarğa'a (экспериментальная поліурія).

Изъ приведеннаго краткаго обзора видно, что затронутые вопросы, хотя и не новы, но несомнѣнно важны для гинекологовъ и акушеровъ. Разработаны они тщательно, а нѣкоторые благодаря способамъ изслѣдованія, примѣняющимся въ урологіи, представлены въ новомъ освѣщеніи.

Въ виду тѣсной связи и взаимоотношеній мочевого и полового аппарата женщины значеніе урологіи, resp. гинекологической, для гинеколога ясно само по себѣ и быть au courant этой области для него необходимо. Поэтому мысль Stöckel'я создать центральный органъ для гинекологической урологіи можно только приветствовать и пожелать журналу распространенія. Желательно было бы лишь, чтобы наряду съ оригинальными статьями помѣщались, хотя бы періодически, литературные обзоры по этой области, иначе не малая часть работъ, особенно иностранныхъ, останется неизвѣстной читателямъ Zeitschrift'a

М. Порошинъ.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

Акушерско-Гинекологическое Общество въ С.-Петербургѣ.

(ГОДЪ ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ).

Протоколь № 8.

Засѣданіе 20 ноября 1908 года.

Предсѣдательствовали: сначала *Г. Е. Рейнъ*, а затѣмъ *Н. Н. Феноменовъ*.

Присутствовали 40 членовъ: *Виридарскій, Владыкинъ, Гарфункель, Григорьевъ, Гусаковъ, Желтухинъ, Замшинъ, Зарѣцкій, Ивановъ, Юзефсонъ, Какушкинъ, Каземъ-Бекъ, Кедровъ, Киселевъ, Кривскій, Кушталовъ, Личкусъ, Марковскій, Меркульевъ, Норейко, Оленинъ, Пюгровичъ, Подгорѣцкій, Проскурякова, Редлихъ, Скробанскій, Смоленскій, Сперанская-Бахметьева, Столыпинскій, Строгановъ, Судаковъ, Терешенко, Урвичъ, Харшакъ, Шейтлицъ, Эбергарттъ, Якобсонъ, Фелоровъ, В. П. и 45 гостей.*

1) Читанъ и утверждень протоколь № 7.

2) По предложенію *Г. Е. Рейна*, присутствовавшіе почтили вставаніемъ память умершихъ членовъ Общества *В. К. Бокадорова* и *Г. М. Логинова*.

3) *В. Л. Якобсонъ* показаль удаленный имъ изъ брюшной полости *бужъ вмѣстѣ съ окутывавшимъ его кускомъ салника.*

30-ти-лѣтняя женщина, 3 раза родившая и 2 раза выкинувшая, имѣла послѣднія мѣсячныя 20 авг. т. г. Когда 20 сент. ожидавшіяся мѣсячныя не пришли, она сочла себя беременной и, съ цѣлью вызвать выкидышъ, стала дѣлать горячія спринцеванія. Съ 9 на 10 окт. она, преслѣдуя ту же цѣль, обратилась къ повивальной бабкѣ, которая ввела ей въ полость матки бужъ. Вторично бужъ былъ введенъ съ 10 окт. на 11 окт. и затѣмъ найденъ болѣе уже не былъ. 12 окт., въ 10 ч. вечера, больная принята въ Повивальный Институтъ. Животъ вздутъ, температура 38,4, пульсъ 110. При выскабливаніи, въ полости матки бужа не оказалось. Такъ какъ, при изслѣдованіи, его, казалось,

можно было ощупать черезъ передній сводъ, то сдѣлано разсѣчение послѣдняго — передняя кольпотомія; при этомъ, однако, найти бужа не удалось. Только при освѣщеніи, онъ замѣченъ былъ въ окутавшемъ его лоскутѣ сальника. Послѣдній, послѣ перевязки, отрѣзанъ и вмѣстѣ съ бужемъ удаленъ. Такъ какъ вокругъ бужа имѣлось уже нагноеніе, то передній сводъ не закрыть на глухо, а дренированъ. Отверстія въ маткѣ найти не удалось; замѣчена только небольшая краснота въ стѣнкѣ ея, въ области лѣвой круглой связки. На 20-й день оперированная выписана изъ Института.

В. А. Столыпинскій рассказалъ о слѣдующемъ случаѣ: беременной, за мѣсяць до родовъ, съ цѣлью вызвать искусственные преждевременные роды, кѣмъ то былъ введенъ въ полость матки бужъ, который затѣмъ уже найденъ не былъ. Сегодня эта женщина родила въ Родовспомогательномъ Заведеніи. Бужъ оказался между ворсистой и водной оболочками.

В. В. Строгановъ вспомнилъ о случаѣ, когда бужъ, который бабка хотѣла ввести въ матку, попалъ въ мочевой пузырь. Къ счастью, онъ легъ тамъ такъ удачно, что былъ случайно извлеченъ введеннымъ въ пузырь катетромъ.

А. Н. Павловъ имѣлъ возможность наблюдать въ Обуховской Больницѣ два случая, подобныхъ случаю докладчика. Въ обоихъ этихъ случаяхъ бужи были извлечены путемъ чревосѣченія и въ обоихъ оказались окутанными сальникомъ. Въ первомъ изъ нихъ бужъ пролежалъ въ брюшной полости 3 мѣсяца.

С. К. Оленину 3 раза пришлось удалять попавшій въ брюшную полость бужъ путемъ разсѣченія задняго свода рукава. Одинъ разъ бужъ путемъ нагноенія, проложилъ себѣ путь черезъ промежность. Во всѣхъ 4-хъ случаяхъ онъ былъ окутанъ сальникомъ.

По мнѣнію Л. Г. Личкуса, то обстоятельство, что бужъ во всѣхъ вышеупомянутыхъ случаяхъ оказался какъ бы завернутымъ сальникомъ, слѣдуетъ объяснить защитительною ролью послѣдняго въ брюшной полости.

Г. Е. Рейнъ, присоединившись къ этому мнѣнію, поблагодарилъ докладчика за его интересное сообщеніе.

4) С. Г. Зарѣцкій. — *Опытъ искусственнаго вызванія аменорреи рентгенизаціей яичниковъ.* 34 лѣтняя женщина, 1 разъ родившая и 1 разъ выкинувшая, принята въ клинику проф. Г. Е. Рейна 12 янв. т. г. Считаетъ себя больной со времени выкидыша, бывшаго приблизительно 12 лѣтъ т. н. Жалуется на сильныя боли въ обѣихъ подвздошныхъ областяхъ, на расстройство нервной системы, плохой сонъ, отсутствіе аппетита, запоры, головныя боли, одышку и крайне обильныя и болѣзненные мѣсячныя. Во время замужества часто злоупотребляла прерваннымъ соитіемъ; съ тѣхъ же поръ какъ вдовствуетъ (около 6-ти лѣтъ), удовлетворяетъ половое чувство искусственно. Долго и

много лѣчилась, при чемъ нѣкоторые врачи предлагали ей вырѣзать яичники. Наружные половые органы и рукавъ нормальны. Матка, въ обычномъ положеніи наклона загиба впередъ, увеличена, плотна и болѣзненна, особенно при движеніи. Перемѣшенія матки нѣсколько ограничены. Правый яичникъ, возлѣ правой безъимянной линіи, величиной съ большую сливу и рѣзко болѣзненъ. Лѣвый яичникъ, вблизи лѣваго угла матки, также болѣзненъ, увеличенъ и имѣетъ неровную поверхность. Широкія связки на всемъ протяженіи повышено чувствительны. Распознано: двустороннее хроническое воспаленіе яичниковъ и хроническое воспаленіе матки. — Примѣнявшееся, приблизительно, 2 съ лишнимъ мѣсяцевъ обычное противовоспалительное лѣченіе не дало никакихъ результатовъ. Ввиду этого, съ 24 марта приступлено къ рентгенизаціи яичниковъ по способу *sessiones tertianae*, въ брюшно-спинномъ направленіи. Всѣхъ сеансовъ сдѣлано 27, при жесткости X-лучей въ 10—12° Wehnelt. Каждый яичникъ рентгенизировался въ отдѣльности въ продолженіи 5—6 минутъ, при разстояніи отъ антикатада до кожи живота въ 25 см., и 10 минутъ, при томъ же разстояніи въ 30 см. За все время лѣченія (до 29 іюля) каждый изъ яичниковъ подвергся рентгенизаціи въ теченіи 255 минутъ. Общее количество X-лучей, измѣренное (квантиметрическія полоски Kienböck'a) на уровнѣ кожи соотвѣтственной подвздошной области, оказалось для праваго яичника равнымъ $17\frac{3}{4}$ x, и для лѣваго 19 x. — Результатъ лѣченія виденъ изъ слѣдующихъ данныхъ, установленныхъ проф. Г. Е. Рейномъ 4 ноября того же текущаго года. Вѣсъ тѣла больной 50000 грм. (при поступленіи въ клинику 43200). Мѣсячныхъ нѣтъ уже 5 мѣсяцевъ, болѣе внизу живота нѣтъ. Матка не велика (нормальной величины или даже, можетъ быть, нѣсколько меньше), немного чувствительна при ощупываніи, плотновата, правый яичникъ едва прощупывается, чувствителенъ при двуручномъ изслѣдованіи, лѣвый яичникъ прощупать не удается, отмѣчается лишь чувствительность въ области его расположенія.

Заключеніе: X-атрофія яичниковъ, искусственно вызванное отсутствіе мѣсячныхъ, остатки хроническаго воспаленія матки. — И такъ, заключилъ докладчикъ, очень тяжелый, упорный, не поддававшийся обычному лѣченію, хроническій воспалительный процессъ въ яичникахъ, сопровождавшийся меноррагіями и сильнѣйшими болями, излѣченъ рентгенизаціей названныхъ органовъ. Окажется ли полученная аменоррея стойкой, съ положительностью сказать нельзя, но все таки есть надежда, что, если мѣсячныя и вернуться, то, съ прекращеніемъ воспалительнаго процесса въ яичникахъ, онѣ не будутъ сопровождаться прежними

болѣзненными явленіями — и будутъ протекать легче и болѣе правильно. Въ заключеніе докладчикъ привелъ и относящіяся сюда очень скудныя литературныя данныя.

А. А. Редлихъ не считаетъ случай докладчика убѣдительнымъ. Увеличеніе вѣса тѣла и улучшеніе общаго самочувствія больной легко объясняются тѣми благоприятными условіями, въ которыя она была поставлена въ клиникѣ. Въ частности немаловажную роль сыграло и то, что устранены были ненормальныя половыя отправления. Нельзя въ извѣстной степени отрицать и вліянія внушенія. Вообще и въ области рентгенизаціи мы встрѣчаемся съ тѣми увлеченіями, которыя являются спутникомъ всякаго новшества. Развѣ не звучитъ странно утвержденіе (Foveau de Courmelles), что рентгенизація яичниковъ будто бы можетъ излѣчить ракъ грудной железы?

Н. И. Кушталовъ: Не отрицая пользы X—лучей въ данномъ случаѣ, я хочу только указать на слѣдующіе недостатки рентгенотерапіи яичниковъ, какъ у докладчика, такъ и у тѣхъ авторовъ, о которыхъ онъ упомянулъ. а) Лѣченіе это длится очень долго; не всякая больная, поэтому, согласится на него; по неволѣ является мысль, не лучше ли въ подобныхъ случаяхъ сдѣлать осклопленіе—операцию при современной техникѣ совершенно безопасную. б) Примѣняемыя пластинки Кіенбѣск'а даютъ понятіе лишь о поверхностно падающихъ лучахъ и при томъ, главнымъ образомъ, мягкихъ, дѣйствующихъ на кожу; о жесткихъ же лучахъ, проникающихъ вглубь тканей и оказывающихъ главное лѣчебное и физиологическое дѣйствіе, эти пластинки не могутъ дать яснаго понятія, такъ какъ мало или вовсе не измѣняются, въ то время какъ во внутреннихъ органахъ уже происходятъ полъ вліяніемъ X—лучей измѣненія. в) Цѣлымъ рядомъ авторовъ установлено сильное вліяніе этихъ жесткихъ, внутрь проникающихъ и при томъ не могущихъ быть измѣренными лучей, на внутренніе органы. Такъ еще въ 1897 г. Wälsch установилъ явленія, напоминающія солнечный ударъ, Gassmann, Börmann и Linser, а въ особенности Heineske опредѣлили, что прежде всего поражаются лимфатическая и кровеносная системы; Oudin, Barthelemy и много др. находили измѣненія въ желудочно-кишечномъ аппаратѣ, Lерin—въ обмѣнѣ веществъ и т. д.—При современномъ состояніи рентгенотерапіи, первые 2 недостатка могли бы быть устранены примѣненіемъ фильтровъ, задерживающихъ вредно дѣйствующіе лучи, напримѣръ, станиоловыхъ или серебряныхъ листовъ; тогда можно было бы такой же результатъ, какъ у докладчика, получить въ меньшій промежутокъ времени, давая больше лучей. Третій недостатокъ можно было бы до нѣкоторой степени уменьшить изслѣдованіемъ, напримѣръ, мочи (количества фосфатовъ, азота и т. д.), количества бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и проч. Все это было бы крайне необходимо, быть можетъ, болѣе, чѣмъ пластинки Кіенбѣск'а, такъ какъ въ X—лучахъ мы имѣемъ еще много иксовъ.

Г. Е. Рейнъ отмѣтилъ въ сообщеніи докладчика 3 части: а) часть литературную, б) взглядъ на рентгенотерапію вообще и в) исторію собственнаго наблюденія. Что касается литературы, то въ этомъ отношеніи случай докладчика, по мнѣнію Г. Е., является единственнымъ, такъ какъ въ ней примѣненія рентгенотерапіи въ подобныхъ же

случаяхъ нѣтъ. Намѣчаемая второю частью доклада, область примѣненія рентгеновскихъ лучей, въ будущемъ несомнѣнно будетъ расширена: это не требуетъ поясненій. Что же касается 3-й части—случая докладчика, то нужно отмѣтить, что она изложена вполне точно и научно: протоколно, шагъ за шагомъ, занесены всѣ измѣненія въ состояніи больной и объяснить ихъ случайностью было бы болѣе, чѣмъ невѣроятно. Приписывать полученный результатъ внушенію также нельзя: внушить можно тому, кто вѣритъ, больная же все время относилась къ лѣченію недоувѣрчиво. Предположеніе, что въ данномъ случаѣ скорѣе и вѣрнѣе можно было бы добиться излѣченія путемъ оскопленія, неосновательно, такъ какъ въ данномъ случаѣ нужно было добиться временной аменорреи, оскопленіе же навсегда лишило бы большую яичниковъ со всѣми вредными послѣдствіями ихъ удаленія. Ухудшится ли состояніе больной въ будущемъ, появятся ли у нея мѣсячныя, потребуются ли еще вторично рентгенотерапія—все это вопросы, на которые сейчасъ отвѣтить съ положительностью нельзя. Докладчикъ поэтому и озаглавилъ свое сообщеніе «опытомъ». Только рядъ подобныхъ опытовъ въ будущемъ позволитъ намъ сдѣлать тѣ или другія положительныя заключенія.

Послѣ дополнительныхъ объясненій докладчика присутствовавшіе поблагодарили его рукоплесканіями.

Л. А. Кривскій. — *Случай разрыва лоннаго соединенія во время родовъ.* 24 августа с. г. въ 13 городской родильной пріютъ доставлена въ 7-й разъ рожавшая женщина послѣ двухъ какихъ то припадковъ, бывшихъ на дому (эклампси?). Тазъ нормальный. Всѣ прежніе роды протекали быстро, при чемъ рождались очень крупныя дѣти. Черезъ 4 часа послѣ отхода водъ опредѣлено I лобное предлежаніе, которое подъ хлороформомъ измѣнено, по Thorn'у, въ передне-головное (затылочнаго не удалось получить). Послѣ этого наложены щипцы Simpson'a въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ таза, близко къ прямому. Послѣ нѣсколькихъ влеченій послышался трескъ, послѣ котораго головка стала опускаться въ тазъ, но не сразу. Щипцы перекадывались два раза, ближе къ поперечному размѣру. Извлеченный плодъ вѣсилъ 5800 грм., при длинѣ въ 56 см. и окружности головки въ 39 см. Кровотеченіе, появившееся изъ мочеиспускательнаго канала вмѣстѣ съ бывшимъ трескомъ навело на мысль, что произошелъ разрывъ лоннаго соединенія, что и подтвердилось при изслѣдованіи черезъ рукавъ. Разрывъ шейки слѣва зашитъ 2 швами; во влагалище введенъ тампонъ. Первые 1½ дня моча содержала кровь, съ третьяго дня больная стала мочиться сама, съ пятого ее стали поворачивать на бокъ, къ 30-му она стала ходить. Удерживался тазъ наложенной повязкой и мѣшками съ пескомъ. На 2-й день ^т была 39,6, остальные дни была нормальная. Теперь, черезъ 3 мѣсяца послѣ родовъ, лонное соединеніе срослось на счетъ соединительной ткани, хотя какъ будто начи-

наеть образоваться костная мозоль; подвижность есть, болѣзненности никакой. Рентгеновскій снимокъ, произведенный въ Клиническомъ Военномъ Госпиталѣ д-ромъ М. Я. Преображенскимъ, ясно показываетъ расхождение костей на $2\frac{1}{2}$ стм. Больная ходитъ свободно, жалуясь лишь на недержаніе мочи, иногда бывающее у нея, появившееся уже на 2-мъ мѣсяцѣ послѣ родовъ, но уже уменьшающееся теперь. Цистоскопированіе (д-ръ Н. И. Кочетовъ) обнаруживаетъ блѣдность и буллезный отекъ задней половины жома мочевого пузыря. Ребенокъ, перенесшій рожистое воспаленіе предплечій на 3-ей недѣли жизни, здоровъ.

В. В. Строгановъ на 34000 родовъ видѣлъ 3 раза разрывъ лоннаго соединенія. Обыкновенно отмѣчаемые въ такихъ случаяхъ признаки слѣдующіе: болѣзненность въ области сустава, съ отклоненіемъ конечностей кнаружи; при сдавленіи таза руками, ноги движутся свободно. Въ его собственныхъ случаяхъ, несмотря на сильное расхождение костей, болѣзненности въ области суставовъ не было; больная черезъ 6—7 дней чувствовали себя хорошо. Въ случаѣ докладчика разрывъ, повидимому, былъ сквозной и въ происхожденіи его, вѣроятно, извѣстную роль сыграли щипцы, наложенные почти въ прямомъ размѣрѣ таза.

А. Н. Павловъ наблюдалъ въ Обуховской больницѣ случай разрыва лоннаго сочлененія послѣ наложенія высокихъ щипцовъ. На ряду съ расхожденіемъ лонныхъ костей на $3\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца, имѣлись глубокая и высоко проникающія поврежденія въ рукавѣ и разрывы крестцовоподвздошныхъ сочлененій.—Интересно, что врачъ приславшій родильницу въ больницу просмотрѣлъ поврежденіе лоннаго соединенія.

Докладчикъ отвѣтилъ: В. В. Строганову: Частота разрывовъ лоннаго соединенія такова: на 94000 родовъ въ клиникахъ Schauta и Chrobak встрѣтилось это явленіе 3 раза, на 42000 родовъ въ Charité не наблюдалось ни одного случая. Что касается до этиологии, то послѣдняя лучше всего изложена у Meyer'a (Hegar's Zeit. 1907 г.), который дѣлилъ причины на предшествовавшія и появившіяся во время родовъ. Первыя подраздѣляются на врожденные: общій инфантилизмъ, затѣмъ особенно, по Kayser'у, недоразвитіе связокъ лоннаго соединенія, суженіе таза и форма его (воронкообразный, кифотическій и общесуженный), затѣмъ общія заболѣванія (ревматизмъ, остеомаляція, рахитъ и пр.).

Причины, находящіяся въ зависимости отъ предшествовавшихъ родовъ и беременностей: разрошенія въ суставахъ послѣ родовъ, ослабленіе суставовъ отъ беременности. Во время родовъ выступаютъ еще новыя причины: несоотвѣтствіе между тазомъ и плодомъ, примѣненіе силы или чрезмѣрной или неправильно приложенной; затѣмъ вліяніе мышцъ. Въ нашемъ случаѣ имѣло значеніе и послѣдняя (роженница очень двигала ногами) и несоотвѣтствіе—между тазомъ и плодомъ и примѣненіе оперативнаго пособія. Значеніе послѣдняго обстоятельства отмѣчено Rudaix, который въ своей диссертации, вышедшей 10 лѣтъ тому назадъ, проводитъ мысль, что когда стали примѣнять

щипцы Tarnier, то частота случаевъ разрыва лоннаго соединенія уменьшилась, совершенно же исчезнетъ это осложненіе, когда врачи откажутся отъ высокихъ щипцовъ и станутъ чаще примѣнять операціи, расширяющія тазъ. Разрывы будутъ случаться лишь въ такихъ случаяхъ, гдѣ имѣются измѣненія въ суставахъ, подобныя описаннымъ Н. Н. Феноменовымъ. Послѣдній на основаніи своего наблюденія высказывается противъ подраздѣленія разрывовъ лоннаго соединенія на произвольные и травматическіе, отрицаетъ послѣднюю форму, такъ какъ ни въ одномъ изъ травматическихъ случаевъ нельзя сказать что разрывъ не имѣлъ бы мѣста безъ оперативнаго вмѣшательства. Докладчикъ отмѣчаетъ, что въ его случаѣ разрыва мочевого пузыря не было и объясняется появленіе крови въ мочѣ частичнымъ надрывомъ жома и временнымъ кровоизліяніемъ въ уретру. Отсутствие чувствительности при давленіи въ области лона, которая была во всѣхъ случаяхъ, видѣнныхъ В. В. Строгановымъ, не представляетъ значительнаго исключенія, такъ какъ чувствительности не было и въ случаѣ Холмогорова и въ случаѣ Феноменова (что имъ подчеркнута) и др.

По поводу случая А. Н. Павлова докладчикъ отмѣчаетъ частоту просматриванія разрыва лоннаго соединенія, такъ какъ бывали случаи, когда онъ оставался незамѣченнымъ при родахъ и опредѣлялся лишь позднѣе, въ послѣродовомъ періодѣ.

Предсѣдатель *Н. Н. Феноменовъ.*

За Секретаря *К. Скробанскій.*

Протоколъ № IX.

Административное засѣданіе 2 ноября 1908 года.

- 1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № VIII.
- 2) Предсѣдатель прочелъ письмо Д. А. Парышева, въ которомъ послѣдній благодаритъ общество за поздравленія, принесенныя ему по поводу 25-лѣтія его врачебной дѣятельности.

Предсѣдатель *Н. Феноменовъ.*

За Секретаря *К. Скробанскій.*

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ русской акушерско-гинекологической литературы.

55. Д. Бѣляевъ. — *Случай одновременной беременности въ обоихъ Фаллопиевыхъ трубахъ.*—Медицинское Обозрѣніе 1908 г. № 20.

Случаевъ одновременной беременности въ каждой трубѣ, по автору, въ литературѣ извѣстно только 7. Къ нимъ авторъ присоединяетъ свой случай, который является такимъ образомъ восьмымъ.

16 сент. 1907 г. въ Басмановскую больницу поступила больная Е. 28 л. съ жалобой на схваткообразныя боли въ животѣ. Первая менструація на 16 г., были всегда правильны черезъ 4 нед. по 7 дней, не сильно съ болью. Замужемъ на 18 г. На 20 году—срочные роды, послѣ которыхъ болѣла мѣсяць, потомъ оправилась, но и до настоящаго времени всегда чувствовала обостряющіяся боли внизу живота. Послѣднія мѣсячныя 17/vii—24/vii, послѣ чего появилась тошнота, а иногда и рвота. Другихъ заболѣваній и выкидыша не было. При изслѣдованіи найдено. Животъ вздутъ, болѣзненъ внизу и вправо. Слизистая вагины нормальнаго цвѣта. Шейка матки мягковата. Наружный зѣвъ закрытъ. Нѣсколько увеличенная матка мягковата, отклонена впередъ и влѣво; подвижность ея ограничена. Справа сзади опухоль съ гусиное яйцо, мягковатая безъ ясной границы, почти неподвижная. Въ ночь 26—27 при сильныхъ боляхъ кровянистыя отдѣленія съ двумя кусочками ткани, оказавшимися подъ микроскопомъ decidua. 29/ix при операціи обнаружено: кровь въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ. Правая труба, равномерно утолщенная и погруженная своимъ концомъ въ кровь задняго Дугласа, сращена съ измѣненнымъ червеобразнымъ отросткомъ. Вся эта сросшаяся почти неподвижная масса была покрыта сальникомъ, приросшимъ къ пузырю и дну матки. Лѣвая труба также равномерно утолщена, заканчиваясь шаровиднымъ вздутіемъ; эта труба—безъ сращеній, подвижна. Резецированы: сальникъ—частично, червеобразный отростокъ, обѣ трубы и правый яичникъ; при чемъ, правая широкая связка пришта къ lig. infundibulo-pelvicum, черезъ задній сводъ вставленъ марлевый дренажъ и брюшная рана зашита 3-хъ этажнымъ швомъ. Осложненія послѣ операціи: повышение t° до 38° , свищевой ходъ отъ швовъ фасціи и наконецъ образованіе инфильтрата въ правой широкой связкѣ, съ которымъ пациентка и выписалась на 30 день. Послѣднее изслѣдованіе въ маѣ 1908 г. также обнаруживало

еще, хотя меньшій уже, инфильтратъ. Макроскопическое обслѣдованіе препаратовъ обнаружило одинаковой величины плодные мѣшки въ обѣихъ трубахъ съ зародышами; *corpus luteum* — въ правомъ яичникѣ. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило тожество данныхъ въ обѣихъ трубахъ, только въ правой — замѣтны дегенеративныя измѣненія правосторонней беременности.

Н. Кушталовъ.

56. З. Киркоровъ. *Отчетъ по земскому родильному приюту за 1907 г. Кишиневъ. 1908.*

Отчетъ составленъ кратко и состоитъ главнымъ образомъ изъ цифровыхъ данныхъ. За 1907-й годъ поступило рожениць 589, родильницъ 3 и беременныхъ 21. По сроку беременности изъ 589 родившихъ 461 разрѣшились въ срокъ, 110 преждевременно, 18 выкинуло. Въ 12 случаяхъ были двойни. Выкидыши принимались лишь поздніе, съ конца 4-го мѣс. по 7, ранніе же направлялись въ гинекологическое отдѣленіе губ. земск. больницы, вслѣдствіе постоянного переполненія родильнаго приюта роженицами. Разрывы промежности получились въ 29 случаяхъ. Узкіе тазы встрѣтились: 1-й степени у 174 рожениць и 2-й — у 11. Какими измѣненіями руководствуются въ приютѣ для опредѣленія узкихъ тазовъ, а также характеръ суженія составитель отчета не указываетъ. Неправильности и осложненія родового и не зависящаго отъ родовъ характера сведены въ одну группу. Всѣхъ неправильностей, осложнений и заболѣваній во время родовъ, считая въ томъ узкіе тазы, наблюдалось 485, при чемъ часто у одной и той же роженицы одновременно встрѣчалось нѣсколько неправильностей, почему % ихъ авторъ не вычисляетъ. Всѣхъ операций и пособій при родахъ, считая въ томъ числѣ проколъ пузыря, выжиманіе плода по Kristeller'у, выведение послѣда по Credé, было произведено 128, главныхъ акушерскихъ операций (щипцы, поворотъ, извлеченіе, удаленіе послѣда) 30. Послѣродовыхъ заболѣваній у оперированныхъ не было. Въ общемъ послѣродовой періодъ протекалъ нормально у 510 родильницъ (86,5%), однократное повышение температуры наблюдалось у 39, 2-кратное у 11, послѣродовыя заболѣванія — у 12, общія заболѣванія у 17. Умерло двѣ: одна отъ эклампсіи и 1 отъ остраго малокровія вслѣдствіе предлежанія послѣда. Дѣтей родилось живыми 573, мертвыми 27. Въ среднемъ вѣсъ младенцевъ былъ 3450,0 при средней длинѣ 48 см. Всѣ матери обязаны были кормить своихъ дѣтей и отъ этого не уклонялись. Въ лѣтніе мѣсяцы отчетнаго года произведенъ капитальный ремонтъ и перестройка родильнаго приюта, при чемъ приютъ все время работалъ. Приютъ въ настоящее время состоитъ изъ 2-хъ отдѣленій — чистаго и для лихородящихъ, съ отдѣльнымъ ходомъ, отдѣльными родильнями и палатами въ каждомъ. Кромѣ

того имѣется еще операционная, пеленальная, смотровая, комната дежурной акушерки, кабинетъ врача, комната для водонагрѣвательнаго котла и т. д., такъ что, по мнѣнію автора, «пріютъ отремонтированъ и оборудованъ по послѣднему слову науки и исполнѣ отвѣчаетъ современнымъ требованіямъ предъявляемымъ къ подобнаго рода учрежденіямъ, какъ въ лечебномъ, такъ и въ педагогическомъ (въ пріютѣ занимаются ученицы акушерско-фельдшерской школы) и административномъ отношеніяхъ». Получаемые результаты авторъ считаетъ очень хорошими. Къ сожалѣнію, составитель отчета, предназначеннаго, вѣроятно, для земства, не даетъ свѣдѣній объ способахъ веденія родовъ, объ обстановкѣ, уходѣ за родильницами, питаніи ихъ, днѣ выписки, уходѣ за новорожденными и т. д., вообще о вопросахъ, наиболѣе интересныхъ для врачей. Къ отчету приложена объемистая «вѣдомость ежедневнаго движенія роженицъ и родильницъ въ пріютѣ», изъ которой видно, что число родильницъ, находившихся въ пріютѣ, въ среднемъ колебалось отъ 12 до 20, поступало же отъ 1 до 3, иногда и болѣе.

М. Порошинъ.

57. Бардулинъ. — *Измѣненія крови при злокачественныхъ новообразованіяхъ.* (Русскій врачъ, 1908 г. №№ 45, 47, 49, 51, 52).

Авторъ произвелъ рядъ изслѣдованій крови у больныхъ, пораженныхъ злокачественными новообразованіями.

Изслѣдованія производились въ хирургической клиникѣ Московскаго Университета и Морозовскомъ Институтѣ для больныхъ съ неоперируемыми опухолями, слѣдовательно, какъ въ начальной стадіи процесса, такъ и въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ. У 72 больныхъ былъ ракъ, у 16 саркома. Во всѣхъ изслѣдованныхъ случаяхъ опредѣлялось: 1) число красныхъ кровяныхъ шариковъ, 2) количество гемоглобина, 3) т. наз. farbenindex, 4) число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, 5) отношеніе бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ, 6) прижизненно окрашивающіеся красные шарики, 7) отдѣльные виды бѣлыхъ, 8) уд. вѣсъ крови, 9) щелочность ея, 10) стойкость красныхъ шариковъ, 11) измѣненіе ихъ формы и величины.

Результаты изслѣдованія слѣдующіе:

1) Количество гемоглобина при злокачественныхъ новообразованіяхъ вообще понижается и тѣмъ больше, чѣмъ сильнѣе худосочіе. Вліяніе на количество Нб не оказываетъ ни величина и не продолжительность существованія опухоли, но ея мѣстоположеніе.

2) Число красныхъ кровяныхъ шариковъ уменьшается, но въ гораздо меньшей степени, чѣмъ количество Нб; вслѣдствіе чего 3) farbenindex бываетъ меньше единицы. 4) Въ позднѣйшихъ стадіяхъ развитія рака внутреннихъ органовъ въ крови появляются измѣненные

красные шарики, которыхъ тѣмъ больше, чѣмъ сильнѣе выражено худосочіе. 5) Гиперлейкоцитозъ наблюдается обычно при ракъ, развивающемся быстро, причеъ въ начальной стадіи процесса преобладаютъ одноядерныя формы и лимфоциты, а въ позднѣйшихъ—многоядерныя. При изъязвленіи раковаго новообразованія и появленіи кровотеченій наблюдается гиперлейкоцитозъ съ преобладаніемъ многоядерныхъ формъ. 6) Уд. вѣсъ крови понижается и тѣмъ больше, чѣмъ сильнѣе выражено уменьшеніе количества красныхъ кровяныхъ шариковъ и Нб. 7) Щелочность крови понижается при быстро развивающемся ракъ.

Въ частности при ракъ матки наблюдаются разнообразныя измѣненія крови: есть случаи, гдѣ понижается только содержаніе Нб и есть случаи, гдѣ имѣются значительныя измѣненія крови, что чаще всего обусловливается кровопотерями. Часто встрѣчаются измѣненные красные шарики. Довольно часто наблюдается гиперлейкоцитозъ, (въ зависимости отъ кровотеченій). Уд. вѣсъ крови и щелочность ея находится въ соотвѣтствіи съ содержаніемъ Нб и съ числомъ красныхъ шариковъ.

При саркомахъ количество Нб понижается, уменьшается и число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, но въ гораздо меньшихъ размѣрахъ, чѣмъ при ракъ. *Farbenindex* меньше единицы. Во всѣхъ случаяхъ саркомъ наблюдается гиперлейкоцитозъ, который иногда достигаетъ высокой степени. При саркомахъ мягкихъ тканей наблюдается увеличеніе числа многоядерныхъ формъ на счетъ лимфоцитовъ; при лимфосаркомахъ замѣчаются какъ разъ обратныя отношенія. Уд. вѣсъ крови и щелочность немного уменьшаются.

М. Проскурякова.

Обзоръ нѣмецкой акушерско-гинекологической литературы.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd. 27, H. 1. 1908.

58. Hirschmann u. Adler. — *Der Bau der Uterusschleimhaut des geschlechtreifen Weibes mit besonderer Berücksichtigung der Menstruation.* — Строеніе слизистой оболочки матки зрѣлой женщины съ особеннымъ обращеніемъ вниманія на менструацію.

Hirschmann и Adler пришли къ убѣжденію, что существующія описанія строенія слизистой оболочки матки не удовлетворительны. Съ одной стороны, не обращается вниманія, что извѣстныя состоянія слизистой оболочки матки связаны съ опредѣленнымъ, зависящимъ отъ менструальнаго періода временемъ, съ другой стороны, совершенно просмотрѣны нѣкоторыя характерныя состоянія слизистой оболочки матки, въ общемъ, не обращено вниманія на то, что слизистая оболочка матки; въ теченіе 4-хъ недѣльнаго промежутка нахо-

дится въ стадіи постоянного закономѣрнаго измѣненія. Давъ литературную справку по этому вопросу, авторы приводятъ результаты собственныхъ изслѣдованій на основаніи 58 случаевъ. Матеріалъ для изслѣдованій получался путемъ операций (выскобленная слизистая; слизистая экстирпированныхъ матокъ) и фиксировался въ свѣжемъ состояніи. Главнымъ условіемъ годности матеріала къ изслѣдованію была правильность менструацій. Изслѣдованію подвергались многочисленныя мѣста слизистой оболочки; отъ изслѣдованія отдѣльныхъ кусочковъ авторы рѣшительно отсовѣтываютъ. По гистологическимъ измѣненіямъ слизистой авторы свои случаи раздѣляютъ на слѣдующія категоріи: 1) послѣменструальное время, 2) промежутокъ, 3) предменструальное время, 4) менструація. Во время этихъ періодовъ въ слизистой оболочкѣ матки происходятъ слѣдующія измѣненія: въ предменструальномъ періодѣ слизистая оболочка матки явственно раздѣляется на два слоя—компактный и губчатый, железы своеобразно увеличены и наполнены секретомъ, эпителий сецернируетъ, поверхностная соединительная ткань находится въ состояніи набуханія и похожа на ткань децидуальную. Всѣ эти 4 кардинальные признаки дѣлаютъ видъ предменструальной слизистой оболочки настолько характернымъ, что развѣдшій ее не смѣшаетъ ни съ какимъ другимъ состояніемъ. Всѣ признаки выражены не всегда равномерно, превалируетъ то одинъ, то другой. При наступленіи менструальнаго кровотеченія набуханіе слизистой оболочки исчезаетъ, железы опорожняются отъ своего отдѣляемаго и становятся узкими и прямыми. Часто слизистая оболочка лишается своего поверхностнаго слоя. Съ прекращеніемъ кровевыдѣленія, нерѣдко даже еще во время него, начинается процессъ возстановленія. Непосредственно послѣ прекращенія кровотеченія поверхность слизистой оболочки покрыта непрерывнымъ слоемъ покровнаго эпителия. Возстановленіе клѣтокъ идетъ очень энергично, въ эпителии железы обнаруживаются многочисленные митозы. Возстановленіе клѣтокъ продолжается и въ первую половину промежутка между менструальными періодами, но не такъ энергично. Эпителий къ этому времени подвергается своеобразнымъ измѣненіямъ: клѣтки становятся выше и богаче протоплазмой, которая въ нѣкоторыхъ клѣткахъ дифференцируется на зернистую и свѣтлую; железы снова становятся болѣе извитыми, въ особенности къ концу промежутка, и болѣе широкими въ просвѣтѣ. Затѣмъ начинаются снова измѣненія, свойственныя предменструальному періоду. Если выдѣленія крови не послѣдуетъ вслѣдствіе зачатія, то предменструальная слизистая оболочка превращается безъ рѣзкихъ измѣненій въ отпадающую оболочку.

Въ общемъ, какъ показываютъ изслѣдованія Hirschmann'a и Adler'a, слизистая оболочка матки зрѣлой въ половомъ отношеніи женщины со времени прекращенія одной менструаціи до прекращенія

другой находится въ состояніи постояннаго измѣненія. Этотъ циклъ распадается на различныя фазы и слизистая оболочка въ отдѣльных фазахъ имѣетъ настолько характерный видъ, что временное отношеніе слизистой оболочки къ менструаціи по микроскопической картинѣ можетъ быть опредѣлено съ точностью по днямъ. Съ извѣстной фазой—предменструальной—связана секреторная дѣятельность маточныхъ железъ. Въ циклическомъ измѣненіи слизистой оболочки матки принимаютъ участіе всѣ ея элементы.

Обширная работа Hirschmann'a Adler'a снабжена протоколами случаевъ, послужившихъ для изслѣдованія, и девятью таблицами микроскопическихъ рисунковъ.

59. Immel. — *Ueber gleichzeitige Schwangerschaft innerhalb und ausserhalb der Gebärmutter.* — *Одновременная внутри- и внѣматочная беременность.*

40-лѣтняя женщина, 9 лѣтъ замужемъ. 2 раза рожала и 1 разъ выкинула на 2-мъ мѣс. Послѣ двухмѣсячнаго отсутствія регулъ появились сильныя боли въ животѣ, сопровождаемая рвотой, потерю сознания и упадкомъ пульса. Явленія внутренняго кровотеченія. Распознана лопнувшая трубная беременность; въ то же время матка найдена увеличенной соотвѣтственно 2 мѣс. беременности. Чревосѣченіе. Распознаваніе лопнувшей трубной беременности подтвердилось. Черезъ 17 дней выкидышъ, родился плодъ 6¹/₂ см. длины. Гладкое выздоровленіе.

60. Hellendal. — *Ueber ein aus dem lateralen Theil des Ovariums hervorgegangenes Fibrosarkom.* — *Фибросаркомъ, возникающая изъ латеральной части яичника.*

У 59-лѣтней не рожавшей женщины сталъ увеличиваться животъ, достигши 126 см. въ окружности. Въ нижней части его была обнаружена плотная бугристая опухоль, мало подвижная и выходившая изъ малаго таза. Чревосѣченіе. Обширныя срашенія съ сосѣдними органами. Опухоль оказалась тѣсно соединенной съ латеральной частью праваго яичника, который былъ, повидимому, не измѣненъ во всемъ своемъ объемѣ. Лѣвый яичникъ вполне нормаленъ. Удаленная опухоль вѣсила 3000,0 и имѣла плотную, нигдѣ не проросшую капсулу. Микроскопически опухоль оказалась фибросаркомой, вмѣстѣ съ тѣмъ установлено было, что серозный покровъ и tun. albug. яичника совпадали съ капсулой опухоли. На основаніи данныхъ изслѣдованія было принято, что опухоль возникла изъ латеральной части праваго яичника, именно изъ соединительной ткани коркового слоя.

61. Puppel. — *Seltene Beobachtung eines Adenocarcinoma papillare et gelatinosum der weiblichen Urethra.* — *Рѣдкое наблюденіе сосочковой студенистой аденокарциномы женскаго мочеиспускательнаго канала.*

Случай касается 45-лѣтней женщины, которая уже давно имѣла

стебельчатую опухоль, выходившую изъ половыхъ частей и постепенно увеличившуюся. Иногда женщина ногтями сцарапывала часть опухоли. но послѣдняя снова выросла. Авторъ нашелъ выступающую изъ половой щели опухоль, величиною съ куриное яйцо, съ неровною, похожею на цвѣтную капусту поверхностью, коричнево-краснаго цвѣта. Консистенція на ощупь мягкая, поверхность слегка кровоточила. Какъ оказалось, опухоль на широкомъ основаніи исходила изъ области уретры и нижней части передней стѣнки влагалища и была очень мало подвижна. Оперативнымъ путемъ она была удалена и при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась adenocarcinoma papillare et gelatinosum urethrae.

Что касается этиологіи опухоли, то авторъ полагаетъ, что сначала имѣлся доброкачественный полипъ, который вслѣдствіе долговременнаго раздраженія отъ бѣлья, половыхъ сношеній, расчесовъ и т. п. превратился изъ сосочковой аденомы въ аденокарциному.

62. Holzbach. — *Ueber intrauterin erworbene Ophthalmoblenorrhoe des Neugeborenen.* — *Внутриматочное зараженіе глазъ новорожденнаго бленорреей.*

Какъ показываютъ наблюденія, гонококковое зараженіе глазъ новорожденныхъ происходитъ въ большинствѣ случаевъ по окончаніи родовъ. Но можетъ происходить зараженіе внутриматочное, при чемъ ребенокъ рождается на свѣтъ уже съ тяжелыми поврежденіями глазъ, какъ показываетъ случай Holzbach'a. У 29-лѣтней второродящей женщины воды отошли за 3 дня до окончанія родовъ. Въ влагалищномъ выдѣленіи роженицы найдены были гонококки. Изъ глазъ новорожденнаго сейчасъ же послѣ родовъ наблюдалось небольшое гнойное выдѣленіе, вѣки были припухши. Правая роговица была помутнѣвши, лѣвая также мутна и изъязвлена въ нижнемъ сегментѣ. На слѣдующій день показалась язва и на правой роговицѣ. Въ отдѣляемомъ глаза были обнаружены гонококки. Происхожденіе зараженія авторъ объясняетъ соприкосновеніемъ влагалищнаго выдѣляемаго роженицы съ глазами ребенка вслѣдствіе преждевременнаго разрыва плоднаго пузыря.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 27. Н. 2.

63. Scholtz. — *Geschlechtskrankheiten und Ehe.* — *Бользни половыхъ органовъ и бракъ.*

Въ своей работѣ Scholtz пытается, во-первыхъ, установить размѣръ вреда, причиняемаго въ бракѣ половыми болѣзнями и, во-вторыхъ, выяснить, когда лицо, имѣвшее сифились или гоноррею. безбоязненно можетъ вступить въ бракъ. Дѣло идетъ главнымъ образомъ о мужчинахъ. Женщины, особенно болѣе обеспеченныхъ классовъ, рѣдко бываютъ виновницами половыхъ болѣзней въ бракѣ. Какъ показываетъ статистика Fournier, изъ 500 случаевъ сифилиса су-

пруговъ только въ 13 виновницей его была жена, а въ остальныхъ 487 — мужъ. Тоже самое относится къ гонорреѣ. Въ низшихъ классахъ, гдѣ дѣвушки ведутъ половую жизнь нерѣдко уже до замужества, внесеніе половыхъ болѣзней въ бракъ женою составляетъ явленіе болѣе частое.

Разсматривая значеніе сифилиса, авторъ видитъ его опасность особенно въ томъ, что зараженная жена внутриутробно передаетъ его на своихъ дѣтей. Относительно опасности зараженія жены мужемъ наиболѣе опасны первые 3 года болѣзни, но дѣйствительно малой становится опасность зараженія лишь спустя пять лѣтъ послѣ заболѣванія. Вообще же при зараженія жены мужемъ для силы проявленія ея сифилиса не имѣетъ значенія давность и характеръ теченія сифилиса у мужа; но наблюдаются также случаи, гдѣ сифилисъ у жены принимаетъ такое же теченіе, какъ и у мужа. На дѣтей сифилисъ можетъ переходить еще въ очень позднихъ стадіяхъ, въ особенности, если имѣется дѣло съ сифилисомъ матери. Если же сравнить вліяніе на потомство сифилиса со стороны отца и со стороны матери, то при первомъ гораздо чаще происходятъ общія заболѣванія дѣтей, resp. плодовъ, ведущія къ выкидышу, преждевременнымъ родамъ, кахэксіи, смерти. При материнскомъ же сифилисѣ наслѣдственно сифилитическія дѣти имѣютъ чаще клиническія и анатомическія признаки сифилиса (въ 52%; при отцовскомъ сифилисѣ—въ 18%).

Гораздо большее значеніе для брака съ гинекологической точки зрѣнія имѣетъ гонорройная инфекція. Точной статистики, какъ часто встрѣчается гонорройная инфекція въ бракѣ и какъ часто она служитъ причиною тяжкихъ заболѣваній женщинъ, еще нѣтъ. Во всякомъ случаѣ приводимую Eg b'омъ цифру въ 50% мужчинъ, вступающихъ въ бракъ больными гонорреей, Scholtz считаетъ ниже дѣйствительной. Тяжелыя же гонорройныя заболѣванія женъ, въ обезпеченныхъ классахъ, встрѣчаются приблизительно въ 4,25%. Главный вредъ для брака гоноррея мужчинъ низшихъ классовъ причиняетъ тѣмъ что больные вслѣдствіе равнодушія и незнанія не обращаютъ вниманія на свою болѣзнь и не стараются вылечить. Теченіе гонорреи у жены не зависитъ отъ теченія таковой у мужа. Причиною бесплоднаго брака гоноррея бываетъ приблизительно въ 30%.

Что касается вопроса, когда могутъ лица, перенесшія ранѣе сифилисъ или гоноррею, вступать въ бракъ безъ опасенія перенести болѣзнь на женъ или дѣтей, то относительно сифилиса авторъ держится того взгляда, что если даже зараженіе имѣло мѣсто за 5 лѣтъ, то необходимо полное отсутствіе вторичныхъ явленій за послѣдніе годы. При болѣе свѣжемъ сифилисѣ необходимъ еще болѣе долгій, свободный отъ проявленія сифилиса срокъ. По отношенію къ гонорреѣ рѣшающимъ должно быть бактериологическое изслѣдованіе.

64. Hirschmann u. Adler. — *Die Dysmenorrhoea membranacea.*

Прежде въ литературѣ различали 3 вида продуктовъ, отходящихъ при dysmenorrhoea membranacea: 1) сгустки фибрина, 2) куски слизистой оболочки небеременной матки, 3) пленки рѣзко выраженнаго децидуальнаго строенія. Продукты перваго и третьяго вида вскорѣ же были отвергнуты, такъ что подъ именемъ dysmenorrhoea membranacea, называемой также *endometritis exfoliativa*, въ настоящее время принимается отхожденіе съ болью во время менструаціи кусковъ слизистой оболочки тѣла матки. Давъ клиническій очеркъ этого страданія и анатомическое описаніе строенія отходящихъ пленокъ, а также остановившись на важнѣйшихъ работахъ по этому вопросу, авторы на основаніи собственныхъ изслѣдованій приходятъ къ заключенію, что *dysmen. membran.* не есть *endometritis exfoliativa*; она принципиально не отличается отъ менструаціи; она скорѣе представляетъ типъ менструаціи, при которой такъ часто встрѣчающееся отдѣленіе маленькихъ участковъ поверхностнаго слоя слизистой оболочки матки происходитъ на большемъ протяженіи. Предрасполагающимъ условіемъ для отдѣленія является своеобразное строеніе менструирующей слизистой оболочки; дѣйствительная или относительная узость *orif. inter.* благопріятствуетъ застою въ области послѣдняго. Благодаря этому происходятъ сокращенія матки, которыя вызываютъ дальнѣйшее отдѣленіе и воспринимаются менструирующей, какъ болевья ощущенія.

Dysmenorrhoea membranacea составляетъ небольшую группу въ области дисменореи. И тогда какъ причины послѣдней положительно еще не выяснены, *dysmen. membr.* соотвѣтственно изслѣдованіямъ авторовъ представляетъ яркую и точно обрисованную картину.

Въ смыслѣ леченія этого страданія результаты менѣе положительны; выскабливанія, производимыя на основаніи предполагаемаго эндометрита, безцѣльны и должны быть оставлены. Причины, приводящія къ *dysmenorrhoea membr.*, не поддаются длительному устраненію оперативнымъ путемъ. Поэтому остается только періодическое палліативное леченіе; предъ всѣми другими средствами авторы отдають предпочтеніе систематическому расширенію внутренняго зѣва предъ наступленіемъ менструаціи.

65. Konrad. — *Klinischer Beitrag zum Kampfe gegen den Gebärmutterkrebs.* — *Клиническія данныя къ борьбѣ противъ рака матки.*

Konrad представляетъ отчетъ о случаяхъ рака матки, наблюдавшихся въ Klausenburg'ской клиникѣ проф. Szabo за десять лѣтъ съ 1894 по 1904 г. включительно. Дѣятельность клиники стала развиваться лишь за послѣднее пятилѣтіе съ переходомъ въ новое, приспособленное помѣщеніе. Успѣшной борьбѣ противъ рака матки много препятствовали въ этой мѣстности бѣдность и невѣжество населенія

страхъ его передъ операціями и отсутствіе путей сообщенія. За отчетное время въ клиникѣ наблюдались 544 случая рака матки; самымъ молодымъ больнымъ было по 20 лѣтъ (3 случая, всѣ запущенные), самымъ старымъ—72 г. (2 случ.). Со стороны времени наступленія менструаціи и ея теченія до заболѣванія у больныхъ не отмѣчалось отклоненій отъ нормы. Большинство больныхъ были многорожавшія, у 414 ни разу не было выкидыша. Изъ больныхъ ни одна не показала въ теченіе первыхъ 3 мѣсяцевъ со времени появленія признаковъ заболѣванія; болѣе 50% явилось лишь спустя полъ года и болѣе послѣ замѣченнаго заболѣванія. Главною причиною, заставившей больныхъ обратиться въ клинику, были боли (у 76%). На неправильныя кровоточенія жаловались 410 больныхъ, на бѣли или жидкія окрашенныя выдѣленія 154. Въ виду того, что первые признаки заболѣванія часто ускользаютъ отъ вниманія даже интеллигентныхъ больныхъ, Конгад принимаетъ, что въ клинику обращались больныя лишь спустя 1½ г. послѣ начала заболѣванія, почему и являлись въ большемъ числѣ случаевъ въ безнадежномъ состояніи. Изъ 544 явившихся приняты были 322 и 122—мъ отказано; у 114 изъ послѣднихъ малый тазъ былъ выполненъ почти сплошь плотнымъ, какъ камень, раковымъ инфильтратомъ. Изъ 544 раковъ матки—ракъ влагалищной части наблюдался въ 377 случаяхъ, ракъ шейки въ 150 и ракъ тѣла въ 17. Изъ 322 принятыхъ больныхъ 16 съ незапущеннымъ ракомъ матки не пожелали подвергнуться операціи и выписались. 6 изъ нихъ въ послѣдствіи снова поступили въ клинику, но только одна согласилась на палліативное леченіе. 295 больныхъ были оперированы: изъ нихъ ракъ влагалищной части былъ у 225, ракъ шейки—у 55 и ракъ тѣла—у 15; большинство имѣло инфильтратъ въ параметріяхъ, 9—пузырно-влагалищныя фистулы и 2—прямокишечно-влагалищныя. У 1 была совершенно разрушена промежность. Объ результатахъ абдоминальной операціи по Wertheim-Freund'y авторъ судить не беретъ, такъ какъ до послѣдняго времени удаленіе матки въ клиникѣ производилось исключительно чрезъ влагалище. Влагалищныхъ удаленій раковой матки было произведено 24, въ одномъ случаѣ былъ ракъ тѣла. Оперируемость матеріала клиники такимъ образомъ равна 4,41%, если присоединить 21 выпившихся 9,37%. Примѣнялся лишь лигатурный способъ, зажимами не пользовались ни разу. Для перевязки связокъ и сосудовъ употреблялся шелкъ, для шва брюшины и сводовъ влагалища кѣгутъ. Полость брюшины всегда дренировалась марлей. Выздоровленіе длилось въ среднемъ 32 дня. Захватъ мочеточниковъ въ лигатурѣ имѣлъ мѣсто лишь 1 разъ—на обѣихъ сторонахъ. Этотъ случай—онъ же единственный—кончился смертью. Другихъ побочныхъ пораненій не наблюдалось. Возвратъ наступилъ у 6. Абсолютная цифра выздоровленій, вычисленная по Winter'y, 3,54%. Остальные случаи лѣчились палліативно.

Палліативное леченіе состояло въ удаленіи раковыхъ массъ острой ложкой и прижиганіи 50% хлористымъ цинкомъ и Rasquelin'омъ. При кровотеченіи примѣнялась тампонація іодоформной марлей или же въ кратеръ вкладывался мѣшочекъ съ таниномъ и салицил. кислотой, и затѣмъ полость плотно тампонировалась съ наложеніемъ давящей повязки. Благодаря примѣняемымъ способамъ палліативнаго леченія жизнь больнымъ удавалось продлить въ среднемъ около 1½ года.

66. Martin.—*Zur Betruhe im Wochenbett.*—*Къ постельному покою въ послѣродовомъ періодѣ.*

Въ виду того, что въ большихъ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ родильницы за недостаткомъ мѣста нерѣдко выписываются до полного возстановленія силъ, желательно такое веденіе послѣродоваго періода, которое способствовало бы быстрому укрѣпленію силъ и позволяло имъ, по возможности, скорѣе возвращаться въ обычныя условія жизни. Съ этою цѣлью Küstner'омъ было предложено раннее вставаніе. Martin на 100 родильницахъ провѣрилъ вліяніе такого ухода на нихъ. Подъ раннимъ вставаніемъ онъ разумѣетъ измѣненіе положенія тѣла внѣ постели, именно спокойное сидѣніе съ крѣпкимъ бинтомъ на животѣ. Женщинамъ не позволялось ни много ходить, ни дѣлать напряженій. Въ первый разъ онѣ вставали чрезъ 15—24 часа послѣ родовъ и въ теченіе слѣдующихъ 7 дней находились по 2 часа до и послѣ обѣда внѣ постели. При учащеніи пульса, повышеніи температуры и другихъ нарушеніяхъ самочувствія предписывался постельный покой. При обнаруженіи гонококковъ въ лохіяхъ такихъ родильницъ, онѣ долгое время оставались въ постели, въ противномъ же случаѣ снова вставали, какъ только пульсъ и температура приходили къ нормѣ. Родильницы брались безъ выбора по отношенію къ числу родовъ и возрасту, изъ нихъ 62 были первородящія. Исключались только представлявшія болѣзненные измѣненія со стороны внутреннихъ органовъ, также послѣ продолжительныхъ или оперативныхъ родовъ, съ поврежденіями половыхъ путей, съ повышеніемъ температуры во время родовъ. Лихорадило при такомъ уходѣ 13%, тогда какъ 1000 невстававшихъ родильницъ, разрѣшавшихся ранѣе въ той же обстановкѣ, дали заболѣваемость въ 18,5%. Сокращеніе матки шло равномернo и безъ задержки, такъ что ни разу не пришлось прибѣгать къ спорынѣ. На 7-й день при выпискѣ производилось изслѣдованіе, при чемъ во всѣхъ случаяхъ матка была найдена въ правильномъ положеніи. Молодыя родильницы поправлялись замѣчательно быстро и приобрѣтали свѣжій видъ. Обморока не случилось ни съ одной. Очень благоприятное вліяніе раннее вставаніе оказывало на возстановленіе функций кишечника и мочевого пузыря. Утвержденіе, что благодаря раннему вставанію задерживается обратное развитіе матки состояніемъ лохій не подтвердилось. Эмболія также не встрѣтилась ни

разу ни въ 100 этихъ случаяхъ, ни въ 800 слѣдующихъ. Поэтому Martin считаетъ возможнымъ совѣтовать раннее вставаніе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ возможность зараженія во время родовъ вполнѣ исключена, и гдѣ родильница лишь въ теченіе короткаго времени можетъ находиться подъ наблюденіемъ врача. Въ болѣе состоятельныхъ классахъ также нѣтъ необходимости заставлять родильницъ лежать такъ долго, какъ дѣлалось до сихъ поръ, и можно позволить имъ раньше измѣнить положеніе, если онѣ чувствуютъ себя достаточно хорошо.

67. Fromme.—*Was leistet die cystoscopische Untersuchung zur Prognosestellung der abdominalen Krebsoperation?*—*Что даетъ цистоскопическое изслѣдованіе для постановки предсказанія при абдоминальной операциіи рака?*

Цистоскопическое изслѣдованіе при ракѣ матки должно служить не только для опредѣленія функциональной способности, патологическихъ измѣненій мочевого пузыря и мочеточниковъ, но и должно давать указанія для рѣшенія относительно распространенія рака и для опредѣленія трудности отдѣленія мочевого пузыря и освобожденія мочеточниковъ. На основаніи 110 случаевъ абдоминальныхъ операций рака шейки и влагалищной части матки, при которыхъ предварительно было произведено тщательное цистоскопическое изслѣдованіе, Fromme пытается выяснитъ, насколько это возможно. У 65 больныхъ при цистоскопии не было обнаружено сколько нибудь замѣтныхъ измѣненій въ мочевомъ пузырьѣ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ пузырь при операциіи былъ отдѣленъ безъ затрудненій, мочеточники не были расширены. Отсюда слѣдуетъ, что при нормальной цистоскопической картинѣ пузыря отдѣленіе его будетъ легко. Переполненіе сосудовъ, подлизистыя кровоизліянія не позволяютъ дѣлать опредѣленныхъ заключеній о степени распространенія рака, такъ какъ могутъ зависѣть и отъ воспалительныхъ явленій въ стѣнкахъ пузыря; то же самое относится и къ выпячиванію trigoni Lieutodi, смѣщенію его въ ту или другую сторону. Въ 15 же случаяхъ, гдѣ имѣлся отекъ пузырной стѣнки, всякій разъ отдѣленіе пузыря представляло очень большія затрудненія, такъ что въ 5 случаяхъ была нарушена цѣлость стѣнки, пришлось резецировать обширные участки, 2 раза съ пересадкой мочеточника. Въ 4-хъ случаяхъ пузырнаго отека отдѣленіе пузыря также представило большія затрудненія. Что касается до цистоскопической картины устья мочеточника, то при обростаніи послѣдняго раковымъ или воспалительнымъ инфильтратомъ, отверстіе его помѣщается на бѣловатомъ отечномъ бугрѣ, тогда какъ при начинающемся процессѣ оно находится на болѣе плоскомъ возвышеніи, богатомъ мелкими и мельчайшими сосудами. При отечности устья мочеточника отдѣленіе послѣдняго большею частью трудно, если не совсѣмъ невозможно.

М. Порошинъ.

Zentralblatt für Gynäkologie 1908.

68. Hannes.—(Клиника Күстнер'а). — *Продолжительность результатовъ операціи Alexander-Adams. Die Dauererolge des Alexander-Adams.* (№ 49).

Всего въ клиникѣ съ 1898 по 1906 гг. было оперировано по способу Alexander-Adams'а 147 женщинъ съ retroflexio uteri, изъ нихъ у 69 еще, кромѣ того, были примѣнены оперативные методы для уменьшенія объема влагалища. Во всѣхъ почти случаяхъ послѣ-операционный періодъ протекъ вполне нормально. Весною 1908 г. изъ числа оперированныхъ были повторно изслѣдованы 71 больная. У 68 изъ нихъ найдена матка въ anteflexio, у 3 замѣченъ рецидивъ retroflexi'и (4,2%). Изъ этихъ трехъ одна была оперирована въ 1899 г. и чувствовала себя вполне удовлетворительно до 1903 г., когда продѣлала тяжелые роды, послѣ чего появилось первоначальное страданіе. У другой больной возвратъ болѣзни появился въ первую же четверть года послѣ операціи.

69. Boesch.—*Значеніе скополаминъ-морфія въ гинекологіи.—Die Wertigkeit Scopolamin-Morphium in der Gynäkologie.* (№ 49).

Авторъ описываетъ результаты примѣненія скополаминъ-морфія въ клиникѣ проф. Herffa (Basel), гдѣ этотъ методъ наркоза употребляется въ широкихъ размѣрахъ: самостоятельно при малыхъ гинекологическихъ операціяхъ и добавочно при общей анестезіи хлороформомъ или эфиромъ. Всего за послѣдніе годы примѣненъ былъ скополаминъ-морфіи въ клиникѣ около 2000 разъ, причемъ ни разу не было замѣчено какихъ либо угрожающихъ явленій. Общій наркозъ подъ его вліяніемъ проходилъ очень спокойно, рвота наблюдается рѣже.

70. Cohn.—*Насколько путемъ чревосѣченія возможно возстановитъ полную функцію половыхъ органовъ при операціяхъ?—Inwieweit ist die Herstellung voller Genitalfunktion bei Gynatresien durch abdominale Operation möglich?* (№ 50).

Авторъ приводитъ случай, гдѣ, спустя 7 лѣтъ послѣ сдѣланной Pfannenstiel'емъ путемъ чревосѣченія операціи по поводу врожденнаго заросшенія влагалища и канала шейки матки, произошли вполне нормально протекающіе роды.

71. Hammerschlag.—*Къ вопросу о показаніи и техникѣ надлоннаго кесарскаго сѣченія.—Zur Indikation und Technik des supra-symphysären Kaiserschnittes.* (№ 50).

Авторъ описываетъ три случая, въ которыхъ было примѣнено съ успѣхомъ надлонное кесарское сѣченіе. Въ первомъ и третьемъ случаяхъ показаніемъ для операціи служили тяжелые припадки эклампсіи при неизглаженной еще шейкѣ. Во второмъ — узкій тазъ и рубцы мягкихъ частей родового канала.

72. Stolz.— *Къ технику расширенія ламинарiей.*— *Zur Technik der Laminariadilatation.* (№ 50).

Во избѣжаніе проскальзыванія ламинарiи въ полость матки или ущемленія ея во внутреннемъ зѣвѣ, S. рекомендуетъ дѣлать на наружномъ ея концѣ утолщенія и вводитъ на сутки не одну, а двѣ ламинарiи сразу, или на 2 сутокъ одну толстую, чѣмъ по его словамъ, достигается достаточное расширеніе внутреннего зѣва.

73. Schlüter.— *Случай односторонняго вторичнаго рака Бартолиновыя железы.*— *Ein Fall von doppelseitiger sekundärer Erkrankung der Bartholin'schen Drüse an Karzinom.* (№ 50).

У 49-лѣтней женщины съ внутренней стороны обѣихъ большихъ губъ замѣчаются, величиною съ каштанъ, опухоли, настолько соприкасающіяся, что произвести двойное изслѣдованіе дѣлается невозможнымъ. По удаленіи опухолей, оказавшихся раковоперерожденными Бартолиновыми железами, констатируется также ракъ зѣва матки. Влагалищная экстирпация. Больная черезъ нѣсколько мѣсяцевъ погибла.

74. Henkel und Heye.— *О нахожденіи стрептококковъ въ мочѣ родильницъ и влѣсть съ тѣмъ къ вопросу о бактериологiи мочи.*— *Über das Auftreten von Streptokokken im Urin von Wöchnerinnen, zugleich ein Beitrag zur Bakteriologie des Urins.* (№ 51).

Авторъ обращаетъ вниманіе на то, что иногда въ мочѣ родильницъ, при отсутствіи какихъ-либо замѣтныхъ отклоненій въ послѣродовомъ теченіи, констатируются стрептококки, при этомъ въ одномъ, описываемомъ имъ случаѣ отмѣчается та особенность, что культуры стрептококковъ, найденныхъ въ выдѣленіяхъ разныхъ органовъ родильницы, всѣ были различныхъ видовъ.

75. Göth.— *Физостиминъ при послѣоперационномъ асептическомъ-паралитическомъ ileus'н.*— *Physostigmin bei postoperativem aseptisch-paralitischem Ileus.* (№ 51).

Авторъ описываетъ рядъ случаевъ, гдѣ, при кажущейся тяжелой картинѣ непроходимости кишечника въ послѣоперационномъ періодѣ, введеніе подъ кожу физостигмина (0,001 — 0,002) давало быстрый эффектъ, въ смыслѣ отхожденія вѣтровъ и улучшенія общаго состоянія.

76. Schücking.— *Гимнастика въ кровати во время послѣродового періода и послѣ большихъ гинекологическихъ операцій.*— *Liegegymnastik im Wochenbett und nach grösseren gynäkologischen Operationen.* (№ 51).

Въ теченіе многихъ лѣтъ S ch. заставляетъ своихъ больныхъ, которыя не въ состояніи почему-либо встать вскорѣ послѣ родовъ или операцій, производить лежа гимнастику, состоящую въ осторожныхъ упражненіяхъ всѣхъ мышцъ тѣла, давая отдыхъ послѣ упражненія каждой отдѣльной группѣ мышцъ.

77. Weibel.—*Къ вопросу о прободеніи матки.—Zur Frage der Uterusperforation.* (№ 52).

Въ описанномъ авторомъ случаѣ опухоль, въ началѣ принятая за внѣматочную беременность, въ дальнѣйшемъ оказалась гнойникомъ, развившимся вслѣдствіе прободенія матки твердымъ каучуковымъ катетеромъ, который въ свою очередь былъ найденъ въ полости живота. Больная выздоровѣла.

78. Silbermann.—*Спорное происхождение разрыва дѣвственной плевы.—Fragliche Entstehung eines isolierten Hymenrisses* (№ 52).

Судебно-медицинскій случай, описываемый авторомъ, заключается въ томъ, что у 8-лѣтней дѣвочки, найденной на нижней площадкѣ лѣстницы много-этажнаго дома мертвой съ явленіями, указывающими на то, что смерть послѣдовала отъ паденія съ верхняго этажа, вмѣстѣ съ тѣмъ былъ замѣченъ разрывъ дѣвственной плевы, какъ бы происшедшій отъ вѣдренія во влагалище инороднаго тѣла. Путемъ тщательнаго изслѣдованія и распросовъ удалось выяснитъ, что дѣвочка скатывалась часто по периламъ лѣстницы, что продѣлала, повидимому, и этотъ разъ, повредивъ себѣ вмѣстѣ съ тѣмъ на какомъ-либо выступѣ или неровности hymen, а затѣмъ упала внизъ.

И. Судаковъ.

Обзоръ французской акушерско-гинекологической литературы.

La Gynécologie. Novembre 1908.

79 P. Batigne.—*Exposé de la ménopause naturelle.*—*Теченіе естественной менопаузы.*

Устанавливая крайнія границы естественной менопаузы отъ 35 до 55 лѣтняго возраста, авторъ считаетъ менопаузу внѣ этихъ границъ, раньше или позднѣе, обычно вызванною какими-либо болѣзненными расстройствами, мѣстными или общими.

Типовъ появленія менопаузы авторъ признаетъ три: типъ быстрый, когда регулы прекращаются внезапно, встрѣчается не часто, болѣе часто наблюдается типъ прогрессивный и, наконецъ чаще всего бываетъ типъ неправильный.

Переходя къ субъективнымъ расстройствамъ, испытываемымъ женщиною въ это время, авторъ весьма подробно ихъ описываетъ, начиная съ расстройствъ циркуляціи, болѣе постоянныхъ, упоминая о рѣдко встрѣчающихся легочныхъ, пищеварительныхъ, мочевыхъ и пр., и кончая также почти обычными нервными, а иногда даже и душевными расстройствами. Эти расстройства наблюдаются иногда въ постоянной, иногда въ періодической, соотвѣтственно прежнимъ спо-

камъ менструаціи, формѣ и могутъ продолжаться «отъ 2 до 22 лѣтъ».

Измѣненія, свойственныя періоду менопаузы со стороны органовъ половой сферы, кромѣ атрофическихъ, авторъ раздѣляетъ на благоприятныя и неблагоприятныя; къ первымъ принадлежатъ улучшеніе въ теченіи и развитіи фиброміомъ матки, а также сальпингитовъ и вообще околоматочныхъ воспаленій, ко вторымъ часто наблюдающіеся вагиниты, вульвиты, смѣщенія и выпаденія матки, а также ея воспаленія, причину которыхъ онъ видитъ въ склерозѣ ея сосудовъ.

Причину всѣхъ сопутствующихъ менопаузѣ явленій авторъ видитъ не въ одномъ прекращеніи функціи яичниковъ, регулирующей кровяное давленіе, а также въ общемъ артеріосклерозѣ, служащемъ однимъ изъ выраженій «постарѣнія» организма женщины и поддерживающемъ повышеніе кровяного давленія.

80. Funck-Brentano et Durante.—*Un cas de tumeur bénigne du placenta.*—Доброякачественная опухоль дѣтскаго мѣста.

У 25-лѣтней второбеременной, здоровой и нормально родившей перваго ребенка, на 6-мъ мѣсяцѣ беременности начинаетъ быстро увеличиваться объемъ живота, при боляхъ въ поясницѣ и внизу живота и стѣсненіи дыханія. Черезъ мѣсяцъ дно матки на 34 см. надъ лобкомъ и боли ухудшаются, не смотря на лѣченіе, вслѣдствіе чего сдѣланы искусственные преждевременные роды; выпущено 5,5 литровъ околоплодной жидкости, темно-красноватаго цвѣта, и родилась живая, черезъ 5 часовъ умершая дѣвочка 1310 gm. вѣсомъ; при вскрытіи ея ничего ненормального не найдено. На плодовой поверхности дѣтскаго мѣста, вѣсившаго 800 gm., въ мѣстѣ отхожденія пуповины, почковидная опухоль 11,8×5,7×4 см. величиною, темно-краснаго цвѣта, подъ микроскопомъ оказавшаяся ангиомой съ воспалительными измѣненіями и кровоизлияніями. Hydramnion въ данномъ случаѣ авторъ объясняетъ локализацией опухоли, стѣснявшей кровообращеніе.

81. H. Roulland.—*Le traitement du cancer par la fulguration.*—О лѣченіи рака фульгураціей.

Методъ лѣченія рака искрами токовъ высокаго напряженія и большой частоты, предложенный раньше Keating-Hart'омъ подъ именемъ «сидераціи», былъ названъ Pozzi въ 1907 году «фульгураціей».

Описавъ необходимый инструментарій, въ которомъ важную роль играетъ резонаторъ-соленоидъ Oudin'a, авторъ говоритъ, что фульгурація можетъ примѣняться въ формѣ униполярной, когда искра получается отъ одного электрода резонатора, приближаемаго къ субъекту, соединенному съ землей, и биполярнаго, когда субъектъ соединенъ съ другимъ электродомъ резонатора; чаще употребляется форма

униполярная. Электроды Keating-Hart'a для получения искры устроены такъ, что позволяютъ измѣнить длину искры; ее охлаждаютъ въ электродѣ токомъ стерилизованнаго воздуха или угольной кислоты. Употребляютъ еще по предложенію проф. Czerny, такъ называемый «фульгуролизъ», при чемъ къ электродамъ резонатора присоединяютъ двѣ иглы, вонзаемая въ узлы злокачественной опухоли.

Примѣняемый обычно въ случаяхъ рака, не поддающихся радикальной операциі, методъ этотъ въ измѣненіи распадается на три момента: 1) омертвѣніе опухоли искрами (10—20 минутъ); 2) изсѣченіе некротической опухоли; 3) дѣйствіе искрами на операционную рану, чтобы разрушить оставшіеся узелки и частицы опухоли и этимъ избѣжать мѣстнаго рецидива.

Хорошіе результаты фульгураціи объясняются разностью ея дѣйствія на здоровыя ткани и ткани злокачественнаго новообразованія: оказывая на злокачественную ткань глубокое деструктивное дѣйствіе, идущее на нѣсколько сантиметровъ въ глубину, на здоровыя ткани она дѣйствуетъ деструктивно только очень поверхностно, образуя струпъ, главное же ея дѣйствіе на здоровыя ткани заключается въ замѣчательномъ повышеніи жизненности этой ткани, сказывающемся въ усиленномъ лимфоотдѣленіи, благодаря которому легко отторгаются всѣ некротизированныя ткани (изъ-за этого лимфоотдѣленія операционныя раны послѣ операциі никогда не зашиваются наглухо, а широко дренируются); рубцеваніе послѣ фульгураціи совершается тоже очень энергично, и рубцы получаются мягкіе и эластичные. Кромѣ этого фульгурація обладаетъ кровоостанавливающимъ дѣйствіемъ, при паренхиматозныхъ кровотеченіяхъ, и болеутоляющимъ образомъ при раковыхъ боляхъ.

Въ заключеніе авторъ приводитъ небольшую статистику творца этого молодого способа лѣченія Keating-Hart'a и его сотрудника Juge'a: изъ 7 случаевъ рака грудной железы 6 выздоровѣли, 1 умеръ; изъ 4-хъ случаевъ рака матки 2 выздоровленія, 2 неуспѣха и изъ 3-хъ случаевъ рака наружныхъ половыхъ органовъ 1 выздоровленіе и 2 смерти. Къ статьѣ приложено 9 исторій болѣзни и нѣсколько фотографическихъ снимковъ.

Congrès de la Société Obstétricale de France. (Ibidem).

82. Prof. H. Treub (Amsterdam). — Trois observations de chirurgie obstétricale. — Три случая изъ оперативнаго акушерства.

Первый случай касается неполнаго выкидыша въ фиброматозной маткѣ; авторъ произвелъ лапаротомію, вылушилъ фиброматозные узлы, вычистилъ вскрывшуюся полость матки и зашилъ матку и брюшную стѣнку; выздоровленіе.

Во второмъ случаѣ у второбеременной 43 лѣтъ на 5-омъ мѣсяцѣ боли и тяжелые признаки вѣматочной беременности. Не задолго до

конца беременности опредѣляютъ съ одной стороны какъ бы кисту, съ другой стороны части плода и пустую матку. При лапаротоміи киста оказалась дѣтскимъ мѣстомъ, приросшимъ къ сальнику, брюшной стѣнкѣ и брыжейкѣ, живой плодъ 1950 грм. вѣсомъ, безъ всякихъ оболочекъ, оказался свободно лежащимъ среди петель кишекъ. Авторъ полагаетъ, что была трубная беременность, лопнувшая съ выходомъ плода въ брюшную полость.

Третій случай относится къ беременности и дермоидной кистѣ въ заднемъ Дугласѣ. Авторъ выждалъ срока за 2 недѣли до конца беременности и удалилъ кисту путемъ кольпотоміи, остановивъ кровотечение пинцетами à demeure; черезъ нѣсколько дней женщина нормально родила.

83. Potocki.—*Restauration après l'accouchement des déchirures anciennes et complètes du périnée.*—*Зашиваніе старыхъ полныхъ разрывовъ промежности послѣ родовъ.*

Исходя изъ того соображенія, что въ настоящее время антисептика и асептика при родахъ достигла высокой степени совершенства, авторъ уже не видитъ въ пуэрпериальномъ періодѣ противупоказанія къ зашиванію старыхъ, даже полныхъ разрывовъ промежности по методу освѣженія тканей; напротивъ, въ особой пластичности пуэрпериальныхъ тканей онъ видитъ благоприятное обстоятельство. Онъ производилъ эту операцію по способу Lawson-Tait'a 3 раза: 2 раза на 8-й день и 1 на 11-й день послѣ родовъ, всѣ три раза съ полнымъ успѣхомъ.

84. Chambrelent.—*L'avenir obstétrical des femmes ayant subi la double décortication des reins.*—*Акушерская судьба женщинъ послѣ двойной декортикаціи почекъ.*

До сихъ поръ эта операція давала до 28,5% смертности. Авторъ, заинтересовавшись ея отдаленными результатами въ акушерскомъ смыслѣ, приводитъ хорошо прослѣженный случай выздоровленія отъ этой операціи женщины, которая черезъ 1½ года вновь забеременѣла; эта беременность протекала совершенно нормально, бѣлка въ мочѣ не наблюдалась, роды и послѣродовой періодъ нормальны.

85. Prof. Treub.—*Traitement de la grossesse extra-utérine après rupture et avortement tubaire.*—*Леченіе разрывовъ и трубныхъ выкидышей при внематочной беременности.*

Статистика Simpson'a, за послѣдніе 5 лѣтъ, обнимаетъ 575 случаевъ разрывовъ и трубныхъ выкидышей, изъ нихъ 115 оперированныхъ въ теченіи первыхъ сутокъ, дали 25,5% смертности, а 460 оперированныхъ послѣ—всего 6,7%.

Mlle Van Kestoren, 7 лѣтъ т. назадъ, собрала 170 тяжелыхъ случаевъ этого рода: 29 немедленно оперированныхъ дали 31% смертности, изъ 141, оперированныхъ послѣ, умерло только 9,25%.

Личная статистика автора насчитываетъ 151 наблюдение: 27 тяжелыхъ и 124 болѣе легкихъ. Изъ первой категоріи одна умерла отъ повторнаго кровотеченія, 2 лапаротоміи, 20 кольпотоміи и 4 выздоровленія безъ операци. Изъ 2-й категоріи 24 выздоровленія безъ операци, 16 лапаротомій съ 1 смертнымъ исходомъ, 84 вторичныхъ кольпотомій съ 1 смертью. Слѣдовательно, на всѣ 151 случаевъ 3 смерти, или 2,6% смертности.

Авторъ высказывается за консервативное лечение, прибѣгая къ ранней операци только при *indicatio vitalis*, къ болѣе позднимъ вмѣшательствамъ (обычно кольпотоміи) приступаетъ при неразсасывающихся *haematocele*.

86. Voquel. (Angers).—*L'accouchement spontané chez les femmes qui ont subi l'opération césarienne.*—*Самопроизвольные роды у женщинъ, подвергшихся кесарскому сѣченію.*

Два случая: первый относится къ женщинѣ, у которой при первыхъ родахъ, 28 лѣтъ, продолжавшихся три дня, послѣ двукратнаго наложенія щипцовъ, путемъ кесарскаго сѣченія былъ извлеченъ живой плодъ 3550 gm. вѣсомъ; черезъ три года она вновь забеременѣла и родила въ срокъ и нормально живого ребенка, вѣсомъ въ 3300 gm.

Второй случай касается женщины съ коксальгическимъ тазомъ, у которой при первыхъ родахъ необходимо было прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію (подробности не указаны), вторые же роды совершились въ срокъ и совершенно самостоятельно, головка вышла въ заднемъ видѣ, плодъ вѣсилъ 3510 gm.

87. Lepage. — *Hémorrhagie grave à la suite d'un avortement. Échec du tamponnement intra-utérine. Hystérectomie abdominale. Mort.*—*Тяжкое кровотечение послѣ выкидыша. Безуспѣшность внутриматочной тампонаціи. Брюшное удаление матки. Смерть.*

Выкидышъ 5½ мѣсяцевъ, плодъ вышелъ дома, послѣдъ задержался, удаленъ пальцемъ въ больницѣ; черезъ 2 часа кровотечение, удаленъ еще одинъ задержавшійся кусочекъ послѣда, не смотря на это кровотечение продолжается; безъ результата же остается и двукратная плотная тампонація полости матки, состояніе больной, не смотря на кровоостанавливающія и возбуждающія, очень плохое. Вызванный авторъ *in extremis* произвелъ брюшное удаление матки; больная умерла при зашиваніи брюшной раны. Микроскопическое изслѣдованіе изъ разныхъ частей стѣнки матки показало проростаніе плазмодіальныхъ клѣбочекъ въ толщу мышечнаго слоя (*plasmodioma malignum*), къ которому присоединилась еще инфекція.

88 Pottet.—*Hématome rétro-placentaire, infection aéro-anaérobique. Physométrie et péritonite. Opération de Porro. Mort.*—*Периплацентарная кровяная опухоль съ аэро-анаэробнымъ зараженіемъ. Вдуніе матки газами съ гнилостнымъ перитонитомъ. Операциа Porro. Смерть.*

Беременность пятимѣсячная, боли и признаки внутренняго кровотока заставляють произвести выкидышъ при t^0 39,2 и пульсъ 136, причеъ изъ матки выдѣлилась масса черноватыхъ съ гнилостнымъ запахомъ сгустковъ и газовъ, скопившихся позади послѣда. Быстро развиваются признаки тяжелаго перитонита и, не смотря на операцію Рогго, во время которой обнаружена въ брюшной полости масса гнилостной жидкости и инфильтрація матки и широкихъ связокъ газами, больная черезъ 4 дня послѣ операціи умерла при явленіяхъ коллапса. Бактеріологическое изслѣдованіе обнаружило присутствіе *bac. perfringens* и кишечной палочки, стрепто- и стафилококки не найдены.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Mai 1908.

89. Prof. A. Hergott. — *Considérations sur l'érysipèle chez le nouveau-né.*—По поводу рожи у новорожденныхъ.

Указывая на крайнюю рѣдкость рожи у новорожденныхъ, авторъ приводитъ свои два случая, наблюдавшіеся имъ въ 1872 и 1907 г.г. Въ первомъ случаѣ недоносокъ 45 см. ростомъ, во второмъ плодъ 3600 грм. въсомъ, объ дѣвочки, заболѣли первая на 9-й, вторая на 10-й день послѣ роженія; болѣзнь въ обоихъ случаяхъ протекала очень быстро и кончилась летально, въ первомъ случаѣ на 10-й день, во второмъ на 5-й; по вскрытіи у обѣихъ гнойный ложно-перепончатый перитонитъ. Патолого-анатомическую картину болѣзни, сходную съ таковою же при родильной горячкѣ, авторъ объясняетъ единствомъ этиологіи, пуэрперальнымъ зараженіемъ, тяжесть болѣзни—отсутствіемъ фагоцитоза у новорожденныхъ, у которыхъ крайне рѣдко образуются при этомъ абсцессы, ограничивающіе инфекцію. Мѣстомъ проникновенія инфекціи нужно считать пупочное кольцо, хотя клинически она чаще обнаруживается на половыхъ частяхъ; болѣзнь подкрадывается незамѣтно и потомъ развивается обыкновенно съ такою быстротою и силою, что лѣчебныя мѣры остаются безрезультатными, и только строгая антисептика и асептика при родахъ представляютъ надежное профилактическое противъ нея средство.

90. H. Hartmann et P. Lecène.—*Adenome diffus du col utérin simulant le cancer.*—Разлитая аденома шейки матки, симулирующая ракъ.

У женщины 43 лѣтъ, 4 раза рожавшей въ срокъ нормально и 5 разъ выкидывавшей, послѣ 6-го выкидыша появляется сукровичное выдѣленіе, приобретающее вскорѣ дурной запахъ, регулы продолжаются. При изслѣдованіи больше, чѣмъ черезъ 2½ года, на мѣстѣ шейки находятъ бугристую, изъязвленную кровоточащую опухоль, своды свободны, широкія связки не инфильтрованы. Распознанъ ракъ шейки и сдѣлано, послѣ предварительнаго выскабливанія и прижиганія, брюшное удаленіе матки и верхняго отдѣла влагалища; послѣоперационный

періодъ нормальный, больная выздоровѣла. При изслѣдованіи пренарата оказалось, что опухоль росла изъ слизистой оболочки цервикальнаго канала, не вростая въ мышечный слой и что тѣло матки и параметрій совершенно здоровы. Подъ микроскопомъ слизистая оболочка цервикальнаго канала замѣнена разраженіями, состоящими изъ стромы, пропитанной лейкоцитами и пронизанной полостями, одѣтыми эпителиемъ, расположеннымъ въ одинъ рядъ и нигдѣ не разрывающимъ базальную оболочку и не врастающимъ въ подлежащую ткань. Слѣдовательно, въ данномъ случаѣ имѣлась разлитая аденома, развившаяся на счетъ слизистыхъ железъ цервикальнаго канала.

Приведа два подобные случая изъ литературы, авторы считаютъ эти опухоли, не смотря на большое ихъ сходство съ раковыми, вполне доброкачественными, какъ на основаніи медленности ихъ теченія и строгой ихъ локализациі, безъ распространенія на параметрій, такъ и на основаніи ихъ гистологическаго строенія.

91. Н. Hartmann. *L'urétéro-cysto néostomie.* — *Образованіе новаго соединенія между пузыремъ и мочеточникомъ.*

Новый внутрибрюшинный способъ Ricard'a, состоящій изъ 5 темповъ: 1) путемъ лапаротоміи отыскиваютъ мочеточникъ, разсѣкая покрывающую его брюшину на протяженіи 4 — 6 см.; 2) освобождаютъ центральный конецъ мочеточника, разсѣкаютъ его продольно на 1 см. и заворачиваетъ разсѣченную часть въ видѣ манжетки, укрѣпляя ее двумя швами; 3) на стѣнкѣ пузыря дѣлаютъ отверстіе около двухъ см. длиною и вставляютъ туда завернутый манжеткою конецъ мочеточника на глубину 2-хъ см.; 4) укрѣпляютъ вставленный мочеточникъ двумя рядами швовъ: непосредственно въ ранѣ стѣнки пузыря и отступя на 1 или 1½ см. выше; 5) фиксируютъ пузырь къ тазовой брюшинѣ однимъ кѣтгутовымъ швомъ, чтобы избѣжать излишняго дерганія швовъ. По окончаніи операціи брюшная рана дренируется каучуковымъ дренажемъ, ни пузырь, ни мочеточникъ не катетеризируются.

Двѣ оперированныя Ricard'омъ больныя находятся подъ наблюденіемъ: одна 6 мѣсяцевъ, другая три года; у первой мочеточникъ хорошо функционируетъ, у второй онъ былъ проходимъ въ теченіе 6 мѣсяцевъ, черезъ годъ проходимость исчезла и всѣ изслѣдованія послѣ этого показали отсутствіе его функціи.

Л. Ульяновскій.

Х Р О Н И К А.

17) За періодъ 20 лѣтъ (1880 — 1900 г.) смертность отъ рака во всѣхъ странахъ, гдѣ ведется точная статистика всѣхъ случаевъ, возросла на 20 — 30%. Изъ общаго числа 45% приходится на ракъ желудка (изъ 58% рака пищеварительныхъ органовъ), 15% на ракъ женскихъ половыхъ органовъ, 6% — печени, 5% — кожи и губъ и 4% — остальныхъ органовъ.

Извѣст. В. Мед. Акад. Ноябрь.

18) Въ весеннемъ семестрѣ 1909 г. при медицинскомъ факультетѣ Московскаго Университета группою профессоровъ и частныхъ преподавателей организуются краткосрочные повторительные курсы для врачей на срокъ съ 10-го февраля по 22-е марта. На курсахъ будутъ читаться лекціи по фармакологіи, патологической анатоміи и гистологіи, физиологіи, по клиническому и химическому анализу мочи, школьной гігіенѣ, оплодотворенію, по гинекологіи и акушерству (курсы теоретическіе и практическіе), по дѣтскимъ болѣзнямъ, включая болѣзни ранняго дѣтства и вопросы глотанія; болѣзни горла, носа и уха; болѣзни глазъ съ ученіемъ о рефракціи; болѣзни кожи и венерическія; внутреннія болѣзни — инфекціонныя и общія; курсы гематологіи и болѣзней органовъ пищеваренія; нервныя и душевныя болѣзни со включеніемъ электротерапіи и рентгеноскопіи, наконецъ, по хирургіи, частью въ клиникѣ, частью въ анатомическомъ театрѣ по оперативной хирургіи, со специальнымъ отдѣломъ по мочеполовымъ болѣзнямъ и цистоскопией. Плата предположена 25 коп. за часть со слушателя, при слушаніи лекцій и 50 коп. за часть со слушателя, если будутъ практическія занятія въ лабораторіяхъ и институтахъ. За справками просить обращаться къ проф. И. К. Спичарному. Москва, Дѣвичье поле, факультетская хирургическая клиника.

19) Вскрытіе труповъ умершихъ въ городскихъ родильныхъ пріютахъ роженицъ и дѣтей, доставленныхъ въ покойницкія ближайшихъ городскихъ больницъ или пріемные покои при полицейскихъ частяхъ, постоянно встрѣчало препятствія со стороны больничнаго персонала. Врачи больницъ всегда заняты своимъ дѣломъ и обычно отказываются отъ производства вскрытій. Санитарная коммиссія въ цѣляхъ болѣе правильной постановки дѣла вскрытій труповъ умершихъ родильницъ и т. п. возбудила передъ городскимъ управленіемъ ходатайство объ отпускѣ въ распоряженіе всѣхъ городскихъ пріютовъ ежегодно 1200 р. на вознагражденія прозекторовъ городскихъ больницъ за производимыя ими вскрытія при средней платѣ въ 10 руб. за каждое вскрытіе.

«Рѣчь» 25 Декабря.

20) Въ Варшавѣ въ непродолжительномъ будущемъ ожидается открытіе перваго въ Россіи крематорія.

21) 21 декабря въ Москвѣ скончался проф. П. И. Дьяконовъ.

22) Въ Варшавѣ агентъ охраны Штучкинъ по уговору съ акушеркой Бороуховой арестовывала безъ всякихъ поводовъ молодыхъ людей, членовъ богатыхъ семействъ. Послѣ ареста къ родственникамъ приходила Бороухова и сообщала, что арестованнымъ грозитъ большая отвѣтственность, но что она за извѣстную сумму можетъ имъ помочь. Въ большинствѣ случаевъ деньги ей уплачивались, и арестованные освобождались. Подобная дѣятельность продолжалась около трехъ лѣтъ. Въ настоящее время дѣло открылось, и Штучкинъ съ Бороуховой удалены изъ Варшавы. Журн. Общ. Русск. Врачъ № 9.

23) Закончившійся въ декабрѣ прошлаго года I-ый Всероссийскій женскій съѣздъ въ числѣ прочихъ резолюцій вынесъ между прочимъ слѣдующія: необходима законодательная охрана труда женщинъ, занятыхъ на фабрикахъ, заводахъ, въ ремесленныхъ и торговыхъ заведеніяхъ, въ сельскохозяйственной промышленности, также въ домашнемъ услуженіи. Максимальный рабочій день для взрослыхъ—8 часовъ, а въ нѣкоторыхъ производствахъ—6 часовъ; освобожденіе женщинъ за 4 недѣли до родовъ и 6 послѣ родовъ съ сохраненіемъ содержанія, бесплатная акушерская и медицинская помощь. Устройство яслей около мѣстъ службы и работы для дѣтей трудящихся. Введеніе женской инспекціи и государственное страхованіе всѣхъ видовъ, въ томъ числѣ и материнства. Немедленная отмѣна регламентации проституціи и закрытіе домовъ терпимости. По вопросу о бракѣ вынесена слѣдующая резолюція: „Признавая существующую форму брака неудовлетворяющею назрѣвшимъ потребностямъ и считая вмѣстѣ съ тѣмъ, что внѣбрачное сожительство родителей тяжело отражается на участи внѣбрачныхъ дѣтей, съѣздъ признаетъ необходимымъ увеличеніе числа поводовъ къ расторженію брака, равныхъ для обѣихъ сторонъ основаній; признанія за женщиной права на отдѣльное жительство, независимое отъ мужа; расширеніе юридическихъ правъ внѣбрачныхъ дѣтей и увеличеніе юридической связи ребенка съ отцомъ и неотложный пересмотръ узаконеній, регулирующихъ наследственные права и измѣненіе послѣднихъ, согласно равноцѣнности обоеихъ половъ“.

24) Г. Л. Гольштанлъ пожертвовалъ 35000 на постройку родильнаго пріюта на 25 коекъ въ Варшавѣ съ условіемъ, что городъ отведетъ бесплатно участокъ земли для постройки и со своей стороны не откажется отъ нужныхъ расходовъ. Городъ принялъ этотъ даръ.

25) Въ университетѣ въ Токио заняла профессорскую кафедру д-ръ Yda Ugaка, получившая медицинское образованіе въ Berlin'ѣ. Это первый случай приглашенія женщины въ качествѣ профессора въ Японіи.

26) «New-York Medical Journal» сообщаетъ о новой жертвѣ X-лучей: д-ру F. D. Andrew пришлось усѣчь лѣвую руку вслѣдствіе заболѣванія вызваннаго X-лучами.

27) „Medic. Klinik“ сообщаетъ, что средняя продолжительность жизни въ Германіи за 1891—1900 гг. повысилась по сравненію съ 1871—1880 гг. Въ настоящее время вѣроятная средняя продолжительность жизни составляетъ тамъ для новорожденнаго мальчика

40,56 л. и для дѣвочки 43,97 л., тогда какъ 20 лѣтъ назадъ она равнялась только 35,58 и 38,45 л. «Русс. Вр». № 2.

28) По сообщенію московскихъ газетъ, для увѣковѣченія памяти проф. І. А. Захарьина, вдова и дочери покойнаго сооружаютъ въ Москвѣ большую больницу, постройка которой обойдется болѣе 1000000 рублей. Кромѣ того, на содержаніе больницы будутъ назначены 0/00/0 съ капитала 1000000 руб. Главное мѣсто въ больницѣ будетъ отведено женскимъ болѣзнямъ. Разработка этой части поручена проф. В. Ф. Снегиреву. На постройку больницы будетъ объявленъ международный конкурсъ. «В. Мед. Журн». Январь.

29) Содержательница родильнаго пріюта въ домѣ № 40 по Загородному проспекту, Акушерка Дудина заявила 4-го января полиціи о побѣгѣ изъ пріюта секретной роженицы. Находившаяся на излѣченіи высокаго роста, брюнетка, круглолицая, лѣтъ 30-ти, одѣта очень прилично. Скрывшаяся оставила въ пріютѣ новорожденнаго мальчика. Въсто документовъ, при поступленіи, въ конвертѣ оставленъ былъ листъ исписанной писчей бумаги. «Бирж. Вѣд». 5 Янв.

30) Германское урологическое общество опубликовало въ настоящее время слѣдующую подробную программу 2-го съѣзда этого Общества, который соберется какъ было уже нами сообщено, съ 19 по 22 апрѣля с. г. въ Берлинѣ (см. Ж. Акуш. и Женск. Болѣзн. 1909 г. Январь). Воскресенье 18 апрѣля въ 4 ч. дня: засѣданіе президіума. 8½ ч. в. Привѣтствованіе и встрѣча участниковъ Конгресса съ ихъ дамами берлинскими членами Урологическаго Общества. Понедѣльникъ 19 апрѣля ровно въ 9 ч. Открытіе Конгресса и 1 научное засѣданіе до 1 часу. Тема: Урологія въ Гинекологіи. Докладчики проф. Stoeskel и проф. Wertheim. Послѣ обѣда отъ 2½—5 ч.: засѣданіе и доклады. Вторникъ 20 апрѣля засѣданіе отъ 9—12½ час. Тема: Гнойныя, не туберкулезныя воспаленія почекъ. Докладчики: Проф. v. Frisch, проф. Barth. Отъ 4—6 час.: засѣданіе, доклады. 8½ час. вечера: банкетъ съ дамами. Среда 21 апрѣля 9—12½ ч. засѣданіе. Тема: Опухоли пузыря. Докладчики проф. Casper и проф. Zuckerkandl. 2½ ч. дня: общее собраніе, засѣданіе и демонстрація. Во время общаго собранія прочтется отчетъ по кассѣ, состоятся выборы президіума и прочтется отчетъ комиссіи объ измѣненіи пунктовъ устава. Въ четвергъ 22 апрѣля въ 9—12½ ч. состоится засѣданіе въ томъ случаѣ, если изъ заявленныхъ докладовъ и демонстрацій не всѣ еще были выполнены. Заявленія о докладахъ и демонстраціяхъ принимаются у д-ра Wossidlo (Victoriast. 19) до 5 марта. Денежный взносъ съ лицъ, не состоящихъ членами Общества, въ размѣрѣ 10 мар. будетъ приниматься въ дни засѣданій г. Metzgerомъ.

31) Д-ръ Иорданъ на матеріалѣ женской амбулаторіи Мясницкой больницы въ Москвѣ изучалъ вопросъ о распространеніи сифилиса среди замужнихъ женщинъ и ихъ семействъ. Въ 1906 г. Fournier на основаніи своей практики считалъ, что въ Парижѣ на 100 женщинъ сифилитическъ приходится 20 замужнихъ. Изъ матеріала Мясницкой больницы видно, что въ 1906 г. на 100 женщинъ въ кондиломатозномъ періодѣ сифилиса приходится 43 замужнихъ, въ 1907 г. эта цифра повысилась до 51. Изъ 100 женщинъ, заразившихся сифилисомъ въ бракѣ, по Fournier, 70 получили его отъ мужа, заразившагося до

брака. Изъ матеріала д-ра Іордана видно, что въ Москвѣ на 250 зараженій женъ сифилисомъ въ бракѣ только 32, т. е. 13% приходится на первый годъ брака и, такимъ образомъ, относятся по всей вѣроятности къ сифилису, полученному мужемъ еще до вступленія въ бракъ. 87% женъ заболѣваютъ позднѣе. Что касается сифилиса семействъ, то авторъ за 1½ года наблюдалъ 30 случаевъ его съ зараженіемъ 88 членовъ семьи. Въ 19 случаяхъ жены получили сифилисъ отъ мужей, въ 5—отъ другихъ лицъ, въ 4—источники остались неизвѣстными и въ 2—сифилисъ былъ переданъ наследственно сифилитическимъ ребенкомъ другимъ членомъ семьи.

Русс. жур. Кож. и Вен. Болѣз. 1908. Декабрь.

32) Д-ръ Waillant въ Парижской Академіи Наукъ сообщилъ новый способъ распознаванія съ помощью радиографіи, рожденъ ли ребенокъ мертвымъ или жилъ нѣкоторое время по рожденіи. Если ребенокъ не жилъ, то при радиографическомъ изслѣдованіи ни одинъ изъ его органовъ не оказывается видимымъ. Если же сдѣлалъ нѣсколько вдыханій, то первымъ изъ органовъ оказывается видимымъ желудокъ и кишки. Если ребенокъ прожилъ нѣкоторое время безъ пищи—видимы желудокъ, кишки, легкія, печень и сердце. Если ребенокъ при этомъ и питался, то всѣ его органы видны еще отчетливѣе, чѣмъ въ предъидущемъ случаѣ. Ibidem.

33) Съ начала этого года въ Jen'ѣ началъ издаваться подъ редакціей E. Friedebergera (Berlin), K. Kraus'a (Вѣна), H. Sachs (Frankfurt a/m) и P. Uhlenhuth (Berlin) новый журналъ Zeitschrift für Immunitäts Forshung und experimentelle Therapie». Журналъ распадается на 2 отдѣла: 1) «Originale» и 2) «Referate».

34) 26-й съѣздъ по внутренней медицинѣ соберется 19—22-го апрѣля с. г. въ Wiesbaden'ѣ подъ предѣдательствомъ д-ра Schultze. Доклады должны быть доставлены до 4 апрѣля секретарю съѣзда д-ру E. Pfeiffer'y—Wiesbaden, Parkstrasse 13.

35) Открываемые при Институтѣ экспериментальной медицины, по распоряженію противучумной Коммисіи, 3-недѣльные Курсы для врачей по бактериологіи и эпидемиологіи холеры, съ практическими занятіями по распознаванію и обеззараживанію, будутъ разбиты на 3 сессіи—февральскую, мартовскую и апрѣльскую. Въ каждой сессіи могутъ участвовать не болѣе 50 слушателей. Занятія начнутся 9 февраля. Распредѣленіе на группы поручено канцеляріи главнаго врачевнаго инспектора, куда слѣдуетъ обращаться Преподаваніе на Курсахъ будутъ вести: С. К. Джерговскій, Д. К. Заболотный, В. Н. Клименко и В. В. Подвысоцкій.

Редакторы { Г. Рейнъ.
 { Л. Личкусъ.

Журналы и книги, присланные въ редакцію.

(Переданы въ бібліотечку Общества).

- 1) Русскій Врачъ 1908. № 51—52; 1909. № 1. 2) Практич. Врачъ 1908. № 50—52; 1909. № 1. 3) Врачеб. Газета 1908. № 50—52; 1909. № 1—2. 4) Фельдш. Вѣстн. 1908. № 25—26. 5) Журн. Общ. Русс. Врачей 1908. № 9. 6) Неврологическій Вѣстн. т. XV. Вып. 4. 7) Медиц. Обзорѣніе 1908 21; 1909. № 1. 8) Журн. Психо-графологіи 1908. № 11—12. 9) Извѣстія Воен.-Медиц. Академіи. Ноябрь. Декабрь. 10) Русс. Хирург. Архивъ 1908. Кн. пятая. 11) Хирургія. 1908. Декабрь. 12) Современ. Клин. и Терапія 1908. № 12. 13) Новое въ Медицинѣ 1908. № 24. 14) Харьков. Медиц. Журналъ 1908. Ноябрь. 15) Казанскій Мед. Журн. 1908. Ноябрь.—Декабрь. 16) Соврем. Медицина 1908. № 21—22. 17) В. Медиц. Жур. № 1. 18) Учен. записки Казанск. Университ. 1908. Декабрь. 19) Труды и протоколы Кавказск. Медиц. Общества. 1908. Май—Сентябрь. 20) Отчетъ о состояніи народн. здравія за 1906 г. 21) La Clinique № 18—49, 52. 22) L'Obstétrique 1908. № 5—6. 23) Bulletin de la Société d'Obstétrique 1908. № 4—8. 24) Annales de Chirurgie et d'Ortopédie 1908. № 4, 8—10. 25) Annales de Gynécologie 1908 Mai—Juin, Juillet, Septembre, Novembre, Décembre. 26) St. Petersburger Medic. Wochenschrift № 5—17, 19—22,, 24—47. 27) Farabeuf et Varnier. Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements. 28) Casopis Lékaruv Ceskych 1908. № 26 38—41, 45, 47, 48, 52. 29) Finska Läkaresällskapets Handlingar 1908. № 3, 5, 6, 9—12. 30) Upsala Läkareförenings Förhandlingar 1908. № 5—6. 31) La Ginecologia № 14, 15, 17, 18. 32) Annali di Ostetricia e Ginecologia 1908 № 3, 4, 6—11. 33) Revue de Médecine tchéque № 2. 34) Revue clinique d'Andrologie et Gynécologie 1909. № 1. 35) La Médecine Internationale 1909. № 1. 36) Annales d'électrobiologie et de radiologie 1908. Septembre. 37) Le Monde Médical № 331. 38) Russische Medicin. Buadsebon Het. 11—12. 39) Rendiconti della Società Toscana di Ostetricia e Ginecologia 1909. № 1—2. 40) Medycyna 1909. № 1—3. 41) Gazeta Lekarska 1908. № 52; 1909. № 1—3. 42) Университскія Извѣстія, Кіевъ. Ноябрь. 43) Медиц. Прибавленія къ Морскому Сборнику. Ноябрь. Декабрь. 44) Акушерка № 9; 1909. № 1. 45) Русс. Журн. Кожн. и Венер. Болѣзней. Декабрь. 46) La Ginecologia Moderna 1908. Novembre. 47) Pestalozza. La lotta contro il cancro dell'utero. 48) Zdrowie № 1.

Новыя книги по Акушерству и Гинекологіи,

поступившія въ продажу въ книжномъ магазинѣ **К. Л. Риккера.**
Спб. Невскій пр., 14.

Редлихъ, А. Прив.-Доц. Случай двоенъ одновременной маточной и трубной беременности, чревосѣченіе, выздоровленіе. 1908—50 к.

David. Ch. L'endoscopie utérine (hystérocopie) avec 1 pl. col. 1909.
3 руб. 15 к.

David. E. Beitrag v. Atmokaussis uteri. Dissert. Freiburg. 1908.

Ж У Р Н А Л Ъ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

Годъ двадцать третій.

МАРТЪ 1909 г. № 3.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

IX.

Успѣхи современной гинекологіи въ дѣлѣ радикальнаго хирургическаго лѣченія рака матки.

Лекція читанная студ. Императорской Воен. Мед. Академіи.

Прив.-доц. К. Скробанскій.

Не далеко то время, когда гинекологія была почти безсильна въ дѣлѣ лѣченія рака матки, и еще недавно на гинекологическомъ конгрессѣ въ Римѣ (въ 1902 г.) такой выдающійся французскій хирургъ какъ Pozzi высказался за почти полную неизлѣчимость его. Однако, изслѣдованіями и наблюденіями послѣднихъ лѣтъ вопросъ объ оперативномъ лѣченіи рака матки настолько подвинулся впередъ, что въ настоящее время совершенно недопустимо говорить о неизлѣчимости этой болѣзни.

Можно утверждать, что почти нѣтъ гинеколога съ большимъ научнымъ именемъ, который не работалъ бы въ этой области, или не высказалъ бы въ печати или преніяхъ своего взгляда по тому или иному отдѣлу этого обширнаго вопроса.

Опытъ, полученный при производствѣ операций рака на груди и другихъ органахъ, заставилъ и гинекологовъ, придерживаясь общаго правила, оперировать возможно шире, все время находясь въ здоровой ткани.

Къ сожалѣнію и при операцияхъ рака матки скоро пришлось убѣдиться, что есть не мало случаевъ, при которыхъ хирургъ, даже видимо строго выполнившій это правило, часто получаетъ далеко не ободряющіе результаты: рецидивъ наступаетъ очень быстро, и больная погибаетъ отъ него, не смотря на „радикальный“ способъ лѣченія.

Такимъ образомъ необходимо было придти къ заключенію, что раковый процессъ можетъ распространяться на сосѣднія ткани, не вызывая въ нихъ такихъ измѣненій, которыя могли бы

быть установлены при клиническомъ изслѣдованіи или даже во время производства самой операціи.

Maskenrodt, изучая удаленный при операціяхъ рака матки вмѣстѣ съ маткой параметрій, убѣдился въ томъ, что очень часто раковые элементы проникаютъ изъ мѣста своего первоначальнаго развитія въ параметрії въ видѣ тончайшихъ, замѣтныхъ часто только при микроскопическомъ изученіи, тяжей.

Такимъ образомъ не рѣдко, при клинически совершенно здоровомъ параметрії, микроскопическое изслѣдованіе можетъ убѣдить насъ въ совершенно обратномъ и обнаружить раковые очаги въ самыхъ отдаленныхъ отъ матки участкахъ ея.

Подобныя же наблюденія были сдѣланы цѣлымъ рядомъ гинекологовъ (Leopold, Winter, Frommel, Seelig, Sellheim) и полностью подтверждены въ послѣдніе годы при систематическомъ изслѣдованіи особенно цѣннаго для изученія этого вопроса матеріала, полученнаго частью при болѣе радикальныхъ операціяхъ рака матки, когда удаляется почти весь параметрій и паракольпій, частью же при изученіи труповъ женщинъ, погибшихъ отъ этихъ операцій или безъ операціи—отъ рака матки (Kundrat, Brunet, Pankow, Baisch, Kermauner и Laméris, v. Franqué, Schauta, Wertheim и др.).

Этими цѣнными изслѣдованіями, основанными на тщательномъ микроскопическомъ изученіи означеннаго матеріала, былъ добытъ рядъ важныхъ фактовъ, которые и положены въ настоящее время въ основу нашихъ радикальныхъ оперативныхъ приемовъ. Взглянемъ на главнѣйшія данныя, добытыя этими многочисленными изслѣдованіями.

Прежде всего важно было установить частоту пораженія параметрія при ракъ матки. Koblanck, сопоставивши изслѣдованія ряда авторовъ, нашель, что въ 253 случаяхъ, изученныхъ микроскопически, при ракъ шейки 176 разъ параметрій былъ найденъ уже пораженнымъ раковымъ процессомъ, что составляетъ 67,60% .

Такимъ образомъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, изъ которыхъ многіе относятся къ только начинающимся формамъ, параметрій оказался уже больнымъ.

Важно отмѣтить, что ракъ тѣла матки протекаетъ значительно благоприятнѣе, и при этой формѣ параметрій долго остается свободнымъ отъ зараженія. Такъ Pankow и Brunet, изучая подобные случаи, находили параметрій пораженнымъ раковымъ процессомъ только очень рѣдко и всегда въ случаяхъ уже запущенныхъ, въ которыхъ раковый процессъ разрушилъ уже стѣнку матки.

Важно также знать и пути, по которымъ раковый процессъ распространяется изъ первоначальнаго мѣста своего возникновенія на параметрій.

Ракъ шейки матки, диффузно разростаясь, можетъ постепенно захватить все большіе и большіе участки сосѣднихъ здоровыхъ тканей. Въ другихъ случаяхъ онъ внѣдряется вглубь параметрія въ видѣ цуговъ, направляющихся по ходу маточныхъ связокъ, чаще всего бѣковыхъ и рѣже заднихъ — крестцово-маточныхъ (Brunet). Иногда ракъ распространяется по направленію лимфатическихъ путей, а нерѣдко—слѣдуя и ходу нервныхъ стволовъ (Costa). Въ большомъ количествѣ случаевъ (Kundrat, Kermauner и Laméris) раковый процессъ распространяется съ шейки матки на сосѣдній параметрій метастатическимъ путемъ, черезъ лимфатическіе и кровеносные сосуды.

При *рактъ влагалищной части матки* часто наблюдается распространение процесса на паракольпій. Въ 70 случаяхъ подобнаго рода, изученныхъ Brunet'омъ, паракольпій былъ пораженъ 33 раза, причемъ,—что очень важно для выбора оперативнаго вмѣшательства,—это поражение околывлагалищной клѣтчатки наблюдалось и въ такихъ случаяхъ, гдѣ раковая язва еще не перешла съ влагалищной части на стѣнку влагалища.

Большое практическое значеніе имѣетъ также вопросъ о времени и послѣдовательности пораженія лимфатическихъ железъ при различныхъ формахъ рака матки.

При изученіи рецидивовъ рака послѣ произведенныхъ операций, выяснилось, что, помимо параметрія, рецидивъ можетъ исходить и изъ той или иной лимфатической железы.

Ries повидимому первый указалъ на это важное значеніе лимфатическихъ железъ и предложилъ даже способъ удаленія при радикальной операциіи и этихъ пораженныхъ железъ. Прежде всего обращаетъ на себя вниманіе, что пораженіе лимфатическихъ железъ стоитъ въ тѣсной зависимости отъ мѣста первоначальнаго развитія раковаго очага. Если *ракъ* первично развивается на *влагалищной части шейки матки*, то железы остаются долгое время совершенно свободными отъ раковаго процесса (v. Franqué) и заражаются только, когда раковый процессъ зайдетъ уже далеко (Cigheri). *Ракъ шейки матки* особенно часто и рано ведетъ къ заболѣванію железъ, и не рѣдко въ самыхъ начальныхъ періодахъ развитія рака въ шейкѣ матки железы уже оказываются пораженными. (Rosthorn, Wertheim, Döderlein и др.).

Существенное значеніе имѣетъ однако тотъ фактъ, выясненный работами ряда авторовъ (Kundrat, Kermauner и Laméris,

Rankow и др.), что и при ракъ шейки матки, железы поражаются чаще всего послѣ того, какъ раковый процессъ захватилъ уже параметрій. Только относительно рѣдко ракъ, не тронувъ околomatочной клѣтчатки, поражаетъ лимфатическія железы.

Такъ Kundrat, на 80-ти удаленныхъ по способу Wertheim'a маткахъ, путемъ микроскопическаго изученія громаднаго количества серій срѣзовъ, нашель железы пораженныя раковымъ процессомъ при свободномъ параметрії только въ 5% случаевъ, тогда какъ при параметрии, уже захваченномъ раковымъ процессомъ, въ 50% случаевъ одновременно было обнаружено и заболѣваніе железъ.

Какъ было уже отмѣчено, медленнѣе всего распространяется ракъ полости матки: въ этихъ случаяхъ рѣдко заболѣваетъ не только параметрій, но и железы. Такъ Baisch, изучившій 24 случая рака полости матки, нашель только въ 4-хъ пораженіе железъ, причеъ эти случаи относились уже къ далеко зашедшимъ, и сопровождались почти полнымъ разрушеніемъ стѣнки матки или даже пораженіемъ параметрія. Особенно важное значеніе для хирургическаго лѣченія рака матки приобрѣлъ вопросъ о послѣдовательности или порядкѣ заболѣванія лимфатическихъ железъ при различныхъ формахъ рака матки.

Schauta, обстоятельно изучавшій эту сторону вопроса, получилъ результаты нѣсколько обезкураживающіе гинекологовъ, доказывающихъ необходимость удаленія пораженныхъ лимфатическихъ железъ. Онъ нашель, что въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ были поражены железы еще доступныя для удаленія во время операции (I-ый этапъ), почти всегда оказывались пораженными и тѣ железы, которыя по своему анатомическому положенію, располагаясь выше раздвоенія аорты, были недоступны уже для хирургическаго удаленія (II-ой этапъ).

Особенно неблагоприятнымъ является то обстоятельство, что, по изслѣдованіямъ Schauta, даже въ случаяхъ, въ которыхъ железы I-го этапа были свободны отъ раковаго процесса, — среди железъ II-го этапа иногда (въ 8,3%) наблюдались железы уже пораженныя.

На основаніи отмѣченнаго Schauta, считаетъ удаленіе пораженныхъ железъ I-го этапа безрезультатнымъ, т. к., вылушная ихъ, мы все таки завѣдомо оставляемъ въ большинствѣ случаевъ раковыя очаги въ железахъ, которыя, въ виду своего высокаго топографическаго положенія, удалены быть не могутъ.

Важно однако отмѣтить, какъ это указали Baisch и Wertheim, что результаты, полученные Schauta, вызываютъ большое сомнѣніе, т. к. они основаны главнѣйшимъ образомъ

на изученіи труповъ женщинъ, погибшихъ отъ рака, когда ракъ переступилъ уже границу самой широкой оперативности.

Значительно цѣннѣе для рѣшенія этого вопроса другой матеріаль, относящійся къ случаямъ, въ коихъ смерть послѣдовала сейчасъ же послѣ произведенной операціи т. е. матеріаль завѣдомо оперативный.

Эго весьма существенное возраженіе, подкрѣпленное соотвѣтственными изслѣдованіями, привело къ выводу менѣе безнадежному, позволяющему думать, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ поражаются железы только I этапа, т. е. железы, которыя могутъ быть удалены при расширенной брюшной операціи.

Чрезвычайно поучительна исторія развитія хирургическаго лѣченія рака матки. Мы видимъ при изученіи ея, что каждая новая операція, каждый новый техническій приѣмъ всегда давали лучшіе результаты въ сравненіи съ раньше практиковавшимися, что каждый изъ послѣдующихъ методовъ былъ болѣе радикаленъ чѣмъ его предшественникъ, и что, наконецъ, послѣ того какъ новый методъ прививался, онъ все таки не удовлетворялъ хирурговъ и начинались новые поиски еще болѣе радикальнаго характера.

Въ настоящее время мы повидимому дошли до предѣла, далѣе котораго идти некуда. Удаляется все, что можно удалить,—и естественно, что отъ послѣдней расширенной операціи мы получимъ результатъ, больше котораго мы не вправѣ ожидать отъ ножа хирурга.

Ракъ лѣчили оперативно уже издавна, но до восьмидесятыхъ годовъ истекшаго XIX столѣтія большинство хирурговъ ограничивалось только частичнымъ удаленіемъ пораженной шейки матки.

Такъ Oslander, а за нимъ и цѣлый рядъ хирурговъ, удаляли пораженную канкроидомъ влагалищную часть шейки матки кровавымъ путемъ (1801 г.). Много разъ съ этой цѣлью былъ примѣненъ цѣпочный экразеръ. Операція эта была значительно улучшена съ того времени, какъ хирурги начали пользоваться гальванокаустикой,—методомъ, который и до настоящаго времени практикуется многими и несомнѣнно имѣетъ значительныя преимущества передъ удаленіемъ пораженной шейки кровавымъ путемъ.

Однако всѣ эти способы быстро были оставлены большинствомъ гинекологовъ, какъ только Schröder предложилъ для лѣченія рака матки свою классическую надвлагалищную ампутацію шейки.

Съ введеніемъ въ практику этой операціи и началось серьезное клиническое изученіе рака матки.

Операція Schröder'a, конечно, не могла удовлетворить

требованіямъ радикальнаго удаленія пораженныхъ тканей, т. к. при ней удалялись въ лучшемъ случаѣ только раковые участки, развившіеся на шейкѣ матки; объ удаленіи же параметрія, который, какъ мы видимъ, очень часто уже въ ранній періодъ развитія болѣзни можетъ заключать въ себѣ раковыя гнѣзда, — не могло быть и рѣчи.

Въ 1878 г., почти одновременно, гинекологія обогатилась двумя новыми способами радикальнаго удаленія рака матки: операцией W. A. Freund'a—удаленіемъ всей матки съ прилегающей къ ней клѣтчаткой черезъ переднюю брюшную стѣнку, и операцией Czerny—удаленіемъ всей матки черезъ влагалище.

Оба эти способа, до послѣдняго времени конкурируя другъ съ другомъ, и особенно способъ Czerny получили обширнѣйшее примѣненіе во всѣхъ странахъ, гдѣ имѣется научная медицина, и совершенно вытѣснили операцию Schröder'a.

Въ первые годы примѣненія операциа Freund'a дала громадный процентъ смертности. Такъ Gusserow, сопоставивъ 178 случаевъ оперированныхъ по этому способу, отмѣчаетъ 100 смертныхъ исходовъ, явившихся непосредственнымъ результатомъ произведенной операциа, что составляетъ 71,6% оперативной смертности.

Конечно, такіе результаты не могли способствовать распространенію этой операциа и мы видимъ, что она быстро была вытѣснена влагалишнымъ способомъ, дававшимъ, въ отношеніи оперативной смертности, несравненно лучшіе результаты, и въ 80-хъ и 90-хъ годахъ большинство гинекологовъ оперировало ракъ матки почти исключительно по Czerny.

Уже въ началѣ 90-хъ годовъ раздаются однако голоса, настаивающіе на необходимости во многихъ случаяхъ возвратиться къ болѣе радикальному способу Freund'a (Veit—1891 г.), т. к. сдѣлавшееся въ то время обычнымъ удаленіе матки черезъ влагалище, въ случаяхъ болѣе распространеннаго раковаго процесса, давая блестящіе результаты въ смыслѣ послѣоперационнаго теченія, не даетъ самаго главнаго—почти никакихъ надеждъ на исцѣленіе отъ рака.

Съ этихъ поръ вопросъ объ удаленіи раковой матки со всѣмъ прилегающимъ параметріемъ и иногда вылушеніемъ железъ мало по малу завоевывалъ для себя вниманіе большинства современныхъ клиницистовъ-гинекологовъ. Благодаря послѣднему въ настоящее время число подобныхъ операциа настолько возрасло, что даетъ возможность повидимому съ несомнѣнной ясностью сдѣлать опредѣленные выводы.

Первымъ, принципиально оперировавшимъ ракъ матки черезъ

переднюю брюшную стѣнку во всѣхъ, даже начинающихся, случаяхъ, былъ Wertheim. Онъ разработалъ всѣ детали этой операціи, а главное своимъ настойчивымъ систематическимъ изученіемъ полученныхъ результатовъ, цѣлымъ рядомъ блестяще выполненныхъ серій операцій, заставилъ громадное большинство хирурговъ снова обратиться къ ней.

Ниже мы сопоставимъ результаты, полученные при операціяхъ рака матки по старому влагалишному способу и новому—расширенному, путемъ удаленія черезъ переднюю брюшную стѣнку матки, клѣтчатки таза, иногда даже железъ, по способу Freund-Wertheim'a и аналогичнымъ ему.

Для сравненія результатовъ, получаемыхъ при различныхъ операціяхъ рака матки, чрезвычайно важно, чтобы сравниваемый оперативный матеріалъ собирался бы по строго опредѣленнымъ правиламъ.

Эти правила, выработанныя однимъ изъ выдающихся работниковъ въ дѣлѣ борьбы съ раковыми заболѣваніями Winter'омъ, и тщательно разработанныя, несомнѣнно позволяютъ намъ съ большой объективностью дѣлать необходимые выводы.

Хирургъ, желающій подвести итоги своихъ операцій рака матки, долженъ по предложенію Winter'a вычислить нижеслѣдующія данныя:

I. % *оперативности* (O). Эта цифра подсчитывается путемъ вычисленія всѣхъ случаевъ рака матки, подвергшихся радикальной операціи, по отношенію къ числу всѣхъ пришедшихъ къ данному хирургу больныхъ ракомъ матки, причемъ случай считается неоперативнымъ, т. е. такимъ, когда радикально оперировать уже нельзя:

- a) если, на основаніи данныхъ полученныхъ при обычныхъ изслѣдованіяхъ больной, радикальная операція признана будетъ невыполнимой;
- b) если послѣ вскрытія брюшной полости на основаніи найденныхъ измѣненій радикальная операція окажется невыполнимой;
- c) если выполненіе радикальной операціи будетъ признано невозможнымъ до удаленія матки.

II. *Операціонная смертность* (M)—вычисляется путемъ учета всѣхъ смертныхъ случаевъ, которые послѣдовали за операціей. Каждый случай смерти, отъ какой бы причины онъ ни произошелъ, долженъ быть отнесенъ насчетъ операціи.

III. % *выздоровѣвшихъ послѣ операціи* (D) получается путемъ подсчета количества выздоровѣвшихъ по отношенію къ числу радикально оперированныхъ.

При этомъ изъ общаго числа радикально оперированныхъ вычитается число больныхъ:

- 1) умершихъ отъ операціи;
- 2) исчезнувшихъ послѣ операціи изъ подъ наблюденія хирурга;
- 3) погибшихъ втеченіе первыхъ 5 лѣтъ отъ инфекціонныхъ заболѣваній, если при вскрытіи или клинически у нихъ не было найдено рецидива.

Выздоровѣвшими Winter предлагаетъ считать тѣхъ больныхъ, которыя остались свободными отъ рецидива втеченіе 5 лѣтъ послѣ операціи. При этомъ 5-лѣтнюю давность ни въ коемъ случаѣ не слѣдуетъ считать произвольной. Winter предлагаетъ этотъ срокъ на основаніи тщательно изученныхъ 350 случаевъ рецидива рака матки. Изучая этотъ матеріалъ, онъ убѣдился, что послѣ 5-го года рецидивы наблюдаются чрезвычайно рѣдко и именно на 350 случаевъ рецидивъ былъ несомнѣненъ только въ 2-хъ случаяхъ и сомнителенъ въ 2-хъ другихъ. Это же подтверждается и его литературными справками, указывающими, что на 1000 случаевъ рецидива не болѣе 10-ти наступило по истеченіи пятилѣтняго срока.

Такъ какъ означенныя цифры только при сопоставленіи другъ съ другомъ даютъ вѣрную оцѣнку успѣшности той или иной операціи, то Winter предложилъ ввести въ статистику цифру, которая совмѣшала бы въ себѣ оперативность и излѣчимость. Цифру эту Winter предложилъ назвать абсолютной цифрой выздоровленія, означая ее буквой А.

Формула по которой вычисляется эта цифра слѣдующая:

Формула Winter'a:
$$A = \frac{O \times D}{100}$$

Waldstein, желая придать цифрѣ абсолютнаго выздоровленія еще больше значенія и дать возможность по ней еще полнѣе судить о результатахъ той или иной операціи, предложилъ ввести въ формулу Winter'a и % оперативной смертности.

Формула Waldstein'a:
$$A = \frac{O \times D (100 - M)}{10.000}$$

Въ виду громадной разницы въ теченіи и распространеніи рака шейки и рака тѣла матки необходимо не смѣшивать этихъ двухъ формъ въ одной статистикѣ и составлять для каждой изъ нихъ особую.

% выздоровѣвшихъ послѣ операціи или, иначе % оперированныхъ, свободныхъ отъ рецидива втеченіе не менѣе 5-ти лѣтъ, представляетъ для показанія успѣшности того или иного оперативнаго метода, наибольшій интересъ. Но цифра эта, взятая сама

по себѣ, внѣ зависимости отъ другихъ данныхъ, не можетъ рѣшить вопроса.

Если для одного способа мы будемъ выбирать только начинающіяся формы рака, а случаи запущенные оперировать другимъ, то естественно, что $\% \%$ выздоровѣвшихъ послѣ той и другой операциіи не могутъ быть сравниваемы.

Но и абсолютная цифра выздоровленія не всегда можетъ дать намъ вѣрное представленіе.

Бываютъ условія, которыя особенно плохо отзываются на матеріалъ, получаемомъ тѣмъ или инымъ операторомъ. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что въ странахъ болѣе культурныхъ съ рачіонально поставленной медицинской помощью, рѣже встрѣчаются запущенныя формы рака, въ виду чего въ нихъ хирурги, при подсчетѣ $\%$ оперативности, поставлены въ болѣе выгодныя условія, чѣмъ въ странахъ менѣе культурныхъ.

Хирургъ, приобретающій большую извѣстность, какъ операторъ рака матки, несомнѣнно получаетъ худшій матеріалъ. Такъ, Wertheim получаетъ много особенно запущенныхъ случаевъ изъ Россіи и другихъ странъ, причемъ нѣкоторыя изъ пріѣзжающихъ больныхъ искали у него помощи послѣ того, какъ мѣстные врачи находили срокъ для операциіи уже пропущеннымъ.

Все это заставляетъ особенно осторожно обращаться съ цифрами и при сравненіи ихъ учитывать всѣ возможныя обстоятельства.

Хотя радикальная операциія рака матки черезъ переднюю брюшную стѣнку систематически и широко примѣняется только въ послѣдніе годы, однако въ настоящее время накопились уже сотни случаевъ, оперированныхъ этимъ способомъ, при чемъ многіе изъ нихъ достигли уже давности превышающей пятилѣтній срокъ, необходимый для всесторонняго изученія этого вопроса.

Перейдемъ теперь къ сравненію результатовъ, полученныхъ при старыхъ операцияхъ удаленія матки черезъ влагалище и новой—черезъ переднюю брюшную стѣнку. *)

Операционная смертность.

Въ отношеніи операционной смертности оба отмѣченные способа нѣсколько отличаются одинъ отъ другого. Особенно велика была эта разница вначалѣ возникновенія обоихъ методовъ.

Мы видѣли, что смертность при операциіи Freund'a въ началѣ достигала колоссальной цифры 71,6 $\%$ (Gusserow), но въ

*) Прим. Подъ послѣднимъ способомъ мы понимаемъ всѣ операциіи, произволяющіяся черезъ переднюю брюшную стѣнку, при которыхъ удаляется вмѣстѣ съ маткой параметрій и даже доступныя железы (Операциіи: Wertheim'a, Bism'a, Amann'a, Mackenrodt'a и др.).

этотъ періодъ времени и операція Czerny также давала далеко не блестящіе результаты. Самъ Czerny до 1882 года на 81 случай имѣлъ 32 % послѣоперационной смертности, Olshausen (1881 г.) на 41 случай получилъ 29%, Heydler (1880 г.) даже 36,5%.

По мѣрѣ развитія метода и по мѣрѣ усовершенствованія асептики результаты влагалишнаго удаленія раковой матки быстро улучшались. Наибольше счастливые гинекологи получили смертность чрезвычайно низкую. Такъ Olshausen получилъ на 100 случаевъ своихъ экстирпацій 1 случай операционной смерти; Küstner—на 55 случаевъ—1,8%; но были и болѣе счастливые хирурги какъ Оттъ, Феноменовъ и Thorn, заявившіе, что они при своихъ влагалишныхъ экстирпаціяхъ смертей отъ операціи не видѣли.

Однако блестящіе результаты въ 0%—2% смертности при влагалишномъ способѣ удаленія раковой матки должны быть признаны въ настоящее время полученными случайно. Мы видимъ, что даже у лучшихъ хирурговъ Западной Европы этотъ % смертности, колеблясь изъ года въ годъ, все таки стоитъ на значительно высшихъ цифрахъ.

% смертности у Olshausen'a возросъ до 6%; у другого выдающагося клинициста Chrobak'a—5,6% у Zweifel'я—5,45%, а Kobianck, собравшій 1046 случаевъ влагалишной экстирпаціи раковой матки, произведенныхъ лучшими хирургами, нашель % смертности равнымъ 8,4%.

Иначе обстоитъ дѣло съ операціей Freund'a. % операционной смертности при этой операціи падалъ значительно медленнѣе и только за послѣдніе годы, когда техника этой операціи была, благодаря работамъ Amann'a, Bumm'a, Maskenrod'ta и главнѣйшимъ образомъ Wertheim'a значительно улучшена, онъ понизился до цифры, которая у нѣкоторыхъ хирурговъ почти приблизилась къ цифрѣ, полученной при старомъ, влагалишномъ способѣ.

Такъ у Döderlein'a на 209 случаевъ такихъ операцій отмѣчается 30 смертныхъ случаевъ, т. е. 14,3% Zweifel—10,8%—9,5%, Krönig—на 47 операцій—только 2 смерти. На 158 послѣднихъ операцій Wertheim'a приходится только 12 смертей, что даетъ, даже при большомъ матеріалѣ % операционной смертности въ 7,5. (Въ первыхъ 120 случ. % этотъ былъ равн. въ средн. 20).

И такъ мы видимъ, что оперативная смертность при расширенной передне-брюшной операціи рака матки въ общемъ выше смертности при старомъ влагалишномъ способѣ, однако

разница эта не настолько велика, чтобы заставить насъ отказаться отъ операціи, которая даетъ, какъ мы увидимъ, значительно больше шансовъ излѣчиться отъ несомнѣнно смертельнаго заболѣванія.

Разсмотримъ теперь, какъ широки были показанія при примѣненіи того и другого метода операціи рака матки или, иначе, познакоимся съ $\%$ оперативности при каждомъ изъ этихъ методовъ.

$\%$ оперативности колеблется, какъ при влагалищномъ способѣ, такъ и при передне-брюшномъ, очень рѣзко. Если взять $\%$ оперативности лучшихъ гинекологовъ Западной Европы, то мы увидимъ, что для старой влагалищной операціи онъ колеблется въ общемъ въ предѣлахъ отъ 10—40%. Такъ у Chrobak'a $\%$ этотъ—15,6, у Zweifel'я—26,7%, у Gusserow-Nocheisen'a—около 10%; у Leopold'a—20,4, у Schauta—14,7 и у Olshausen'a онъ достигаетъ наконецъ максимума—сгса 40%.

Такимъ образомъ средняя цифра равна приблизительно 20—25%.

Значительно шире примѣнялась операція передне-брюшная. Многіе изъ хирурговъ оперировали этимъ способомъ почти всѣхъ попадающихъ къ нимъ больныхъ ракомъ матки, т. е. даже самые запущенные случаи. У Bumm'a и Mackenrodt'a $\%$ оперативности=90 и даже 92; у Krönig'a—87%; Döderlein приводитъ цифру 68,6%; Zweifel—53,3%; Küstner 68,7% Wertheim 50%; v. Franqué—47,3% и Rosthorn—46%.

И такъ средняя цифра оперативности держится приблизительно на 60—65%, т. е. почти въ три раза превышаетъ ту же цифру при влагалищномъ способѣ.

Перейдемъ теперь къ изученію процента излѣчимости отъ рака (D) при старой, влагалищной операціи и расширенной передне-брюшной, а равно къ подсчету абсолютнаго $\%$ выздоровленія или, иначе говоря, —цифры, выражающей общій успѣхъ операціи (A).

Такъ какъ расширенная передне-брюшная операція была примѣняема принципиально при всѣхъ случаяхъ рака матки только послѣдніе годы, то естественно, что въ настоящее время мы обладаемъ еще не большимъ матеріаломъ, достигшимъ уже необходимой для всесторонняго выясненія вопроса пятилѣтней давности. Однако и то, что въ этомъ отношеніи получено, съ несомнѣнной ясностью указываетъ намъ на преимущества этого новаго метода.

Для влагалищнаго способа цифра D вычислена уже для цѣлаго ряда, хирурговъ. У Zweifel'я она=34, у Chrobak'a=31,4; у Schauta=23,2; у Olshausen'a=38,8.

Цифра эта для расширенной передне-брюшной операциі рѣзко измѣняется, въ особенности если принять во вниманіе что D Zweifel'я, Chrobak'a, Schaut'a и Olshausen'a включаетъ въ себя и формы рака тѣла матки.

Такъ Wertheim представилъ на послѣднемъ конгрессѣ гинекологовъ въ Дрезденѣ 120 случаевъ, оперированныхъ болѣе 5 лѣтъ тому назадъ. Изъ этихъ 120 больныхъ погибло отъ операциі 27. Изъ остальныхъ 93 больныхъ—3 страдали ракомъ тѣла матки, 1—ракомъ влагалища. Двѣ больныхъ погибли до истеченія 5-лѣтняго срока отъ болѣзней не раковаго характера. Такимъ образомъ остается 87 случаевъ рака шейки матки. Изъ этихъ 87 больныхъ свободными отъ рецидива втеченіе не менѣе пяти лѣтъ остались 51, т. е. 58,6 % (D) при 42,2 % оперируемости. Итакъ, абсолютная цифра выздоровленія (A) по формулѣ Winter'a въ приведенномъ матеріалѣ=24,7 %.

Громадный интересъ представляютъ и цифры Döderlein'a. Хотя случаи Döderlein'a не достигли еще требуемой давности, но они все таки съ полной наглядностью убѣждаютъ насъ въ несомнѣнности преимущества переднебрюшной операциі, сравнительно со старою влагалищною экстирпаціей.

Матеріалъ Döderlein'a обнимаетъ 200 случаевъ. Изъ этихъ 200 случаевъ 47 достигли уже 3 1/2—4 1/2-лѣтней давности и 36—имѣютъ за собой отъ 2 1/2 до 3 1/2 лѣтъ.

1-ые 47 случаевъ: Изъ нихъ 15 сл.—ракъ тѣла матки и 32 сл.—ракъ шейки.

На 15 случаевъ рака тѣла матки приходится, считая въ %.

$$O = 100; M = 6,6; D = 72,7; A = \frac{72,7}{(3^{1/2} - 4^{1/2})}$$

На 32 случая рака шейки матки.

$$O = 60,3; M = 18,7; D = 26,9; A = \frac{16,2 (13,1)}{(3^{1/2} - 4^{1/2})}$$

Если взять общій подсчетъ для обѣихъ формъ рака, то получаются слѣдующія цифры.

$$47 \text{ сл.}: O = 69,5; M = 14,8; D = 37,5; A = \frac{26 (22)}{(3^{1/2} - 4^{1/2})}$$

Эти результаты расширенной операциі Döderlein сравниваетъ со своими же результатами, полученными имъ въ той же клиникѣ при старомъ влагалищномъ способѣ. Общая цифра A для старой влагалищной экстирпаціі = 19,6; для случаевъ же рака шейки матки она равна только 9%.

Для болѣе нагляднаго сравненія успѣшности обоихъ разбираемыхъ нами методовъ операциі, мы составили для каждой изъ нихъ схематическую формулу, основанную на общихъ ци-

фрагм. На основаніи приведенныхъ выше данныхъ, мы считаемъ возможнымъ привести для старой влагалищной экстирпации раковой матки слѣдующія среднія цифры:

Оперативная смертность (M)=6 (Olshausen).

Оперативность O=21 (средняя изъ приводимыхъ Chrobak'омъ и Zweifel'емъ).

Излѣчимость D=31 (Chrobak).

Для расширенной же брюшной операции:

$$M=15,5\%$$

$$O=65\%$$

$$D=48\% \text{ (Средняя цифра (Wertheim-Döderlein).)}$$

Такимъ образомъ общая успѣшность операции:

Для второго влагалищнаго способа вычисленная по формулѣ Winter'a $= \frac{O \times D}{100} = 6,5$

Или, принимая въ расчетъ и операционную смертность, т. е. по формулѣ Waldstein'a:

$$\frac{O \times D (100 - M)}{10.000} = 6,1$$

Для расширеннаго брюшнаго способа тѣ-же цифры:

$$\text{по Winter'y} \dots = 31,2$$

$$\text{по Waldstein'y} = 29,5.$$

Цифры эти настолько убѣдительны, что повидимому въ настоящее время вопросъ о выборѣ операции долженъ быть рѣшенъ съ большой положительностью въ пользу передне брюшной расширенной операции. И дѣйствительно, старая влагалищная операция при ракѣ матки теперь оставлена большинствомъ лучшихъ гинекологовъ запада.

Если въ настоящее время въ пользу ея еще раздается голосъ Schauta, придерживающагося влагалищнаго пути, то нужно помнить, что операция Schauta значительно отличается отъ старой влагалищной экстирпации матки: онъ дѣлаетъ двухсторонній разрѣзъ влагалища по Schuchardt'y, проникая глубоко въ клѣтчатку и старается доказать, что этимъ способомъ можно также совершенно удалить параметрій, какъ и при передне-брюшномъ разрѣзѣ. Но даже если мысль Schauta и немногихъ приверженцевъ его метода (Staudе, Schuchardt, v. Herff и др.) вѣрна, то всетаки радикальность этой операции должна оставаться под сомнѣніемъ. Способъ этотъ безусловно не позволяетъ намъ удалять железы. Даже отбросивъ весь теоретическій споръ о необходимости удаленія доступныхъ пораженныхъ железъ, трудно съ чисто хирургической точки зрѣнія признать операцию радикальной, если при ней удаленіе даже пораженныхъ железъ завѣдомо невыполнимо.

Но кромѣ только что приведенныхъ соображеній, расширенная влагалищная операція имѣеть еще много техническихъ неурядныхъ сторонъ: при ней мы нерѣдко наблюдаемъ инфекцію соединительно-тканной клѣтчатки матки вплоть до образованія абсцесовъ и флегмонъ (Staude), наблюдаемъ пораненія мочевого пузыря, мочеточниковъ и др. органовъ, что значительно понижаетъ общія хорошія стороны влагалищнаго метода.

Все приведенное свидѣтельствуеть, что современная гинекология сдѣлала громадныя успѣхи въ дѣлѣ лѣченія рака матки: цифра *A*, равная еще недавно 6,5% возрасла до 31,2%. Можно съ большой увѣренностью утверждать, что эта цифра въ ближайшемъ же будущемъ должна будетъ подняться еще выше.

Но повидимому, какъ это было уже нами отмѣчено, примѣняя расширенную передне-брюшную операцію, мы дошли до возможнаго предѣла оперативнаго лѣченія. Методъ этотъ является послѣдней ставкой хирурга и все таки даже при самыхъ благоприятныхъ условіяхъ едва ли и въ будущемъ онъ дастъ намъ *A* больше 50%.

Естественно, что и этотъ результатъ далеко не сможетъ удовлетворить насъ и поиски новыхъ путей излѣченія рака, лежащихъ повидимому внѣ хирургическаго метода, должны быть въ настоящее время выдвинуты на первый планъ.

ЛИТЕРАТУРА.

- Baisch. (Döderlein). Arch. f. Gyn. 1905. Bd. 75. Brunet. (Mackenrodt). Arch. f. Gyn. 1906. Bd. 78. Bumm. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1905. Bd. 54. Czerny. Berlin. Klin. Wochenschr. 1882. №№ 46 и 47. цит. по Frommel'ю l. c. Cigheri. (Pestalozza). Monat. f. Geb. u. Gyn. 1906. Bd. 24. Döderlein. Operative Gyn. Döderlein и Krönig. II Aufl. 1907. Gusserow. цитир. по Frommel'ю. l. c. v. Franqué. Verhandlungen d. deutsch. Ges. f. Geb. u. Gyn. 1901. Bd. 9. Freund. Zentralbl. f. Gyn. № 12. Fromme. Arch. f. Gyn. 1906. Bd. 79. Frommel. Veit's. Handbuch. I Aufg. Bd. III. H. II. Hocheisen. (Chrobak). Charité. Annalen. 1906. Bd. 30. Olshausen. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1903. Bd. 50. Verhandl. 1901. Bd. 9. Ibidem. 1907. Bd. 12. Нѣкотор. данныя цитир. по Frommel'ю l. c. Mackenrodt. Verhandlung. 1897. Bd. 6. Brunet l. c. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 54. 1905. Kermauner u. Laméris. (Rosthorn). Beitr. f. Geb. u. Gyn. 1901. Bd. 5. Koblanck. Veit's Handbuch. II Aufg. Bd. III. H. II. Kundrat. (Wertheim). Arch. f. Gyn. 1903. Bd. 69. Küstner. Verhandl. 1901. Bd. 9. Leopold. цит. по Koblanck'у. Отгъ. Журн. Акуш и Женск. бол. 1900 г. Стр. 1159. Pankow. (Krönig). Arch. f. Gyn. Bd. 76. 1905. Pozzi. Congr. pér. int. de Gyn. 1902. Ries. Цит. по Frommel'ю. Rosthorn. Verhandlungen. 1905. Bd. 11. Schauta. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.

1902. Bd. 15. Ibidem 1904. Bd. 19. Seelig. Inaug. Diss. Strassburg, 1894. Scheib. (v. Franqué). Arch. f. Gyn. 1909. Bd. 9. Staude. Zentralbl. f. Gyn. 1908. 37. Waldstein. Zentralbl. f. Gyn 1901. № 50. Ibidem. 1904. № 43. Wertheim. Arch. f. Gyn. 1900 Bd. 61. Zentralbl. f. Gyn. 1903. № 4. Verhandl. 1905. Bd. 11. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. 1908. № 6. Winter. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1893. Bd. 27. Zentralbl. f. Gyn. 1902. №№ 4 и 21. 1908. Ibidem. 1908. №№ 6 и 36.

Х.

Рѣдкія новообразованія яичниковъ.

С. О. ХОЛМОГОРОВА.

Директора ИМПЕРАТОРСКАГО Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія.

Фиброміомы яичниковъ принадлежатъ къ числу крайне рѣдкихъ новообразованій этого органа. По статистикѣ Pfannenstiela (Veit's Handbuch der Gynäkologie, Zweite Auflage Wiesbaden. 1908. Vierter Band. I. Hälfte. S. 308) онѣ составляютъ 2% опухолей яичниковъ. Еще рѣже бываютъ онѣ на обѣихъ сторонахъ у одного и того же субъекта. Онѣ имѣютъ большею частію шарообразную или овоидную форму. Поверхность особенно большихъ экземпляровъ гладка или мелкобугриста; у меньшихъ опухолей она волниста. Фиброміомы яичниковъ большею частію сидятъ на ножкѣ. Межсвязочное развитіе ихъ наблюдается рѣдко. Цвѣтъ фиброміомъ снаружи желтоватый или сѣроватый. На разрѣзѣ иногда гомогенный, периферическій слой желтоватаго цвѣта отличается отъ внутренняго болѣе блѣднаго, въ которомъ видна сѣтъ тонкихъ перекрещивающихся волоконъ. При этомъ косо и продольно перерѣзанныя волокна блестящи, а перерѣзанныя поперечно матовы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ поверхность разрѣза представляется пятнистой, если до операціи внутрь опухоли произошли кровоизліянія. Консистенція опухолей плотная, иногда настолько, что ножъ скрипитъ. Ростъ ихъ медленный, но повидимому безграничный. Исходнымъ пунктомъ опухоли бываетъ обыкновенно боковая часть яичника. Иногда оставшаяся нормальной ткань яичника прилегаетъ къ опухоли какъ придатокъ. Эти новообразования могутъ также возникать изъ частей ткани lig. ovarii, расходящихся въ яичникѣ.

Подъ микроскопомъ находятъ широкіе фибриллярные соединительно-тканые пучки, которые перекрещиваются въ различныхъ направленіяхъ. Встрѣчаются также и гладкія мышцы, хотя не въ такомъ количествѣ, какъ въ миомахъ матки. Впрочемъ

описаны случаи, въ которыхъ отмѣчается особенное богатство мускульныхъ элементовъ, именно у Feis, Jacoby, Sangalli, Ostrogradzka. Какъ извѣстно, эти мышечные пучки въ яичникѣ взрослыхъ въ физиологическомъ состояніи находятся не только въ стѣнкахъ сосудовъ, но и въ ткани стромы. Отъ составныхъ частей паренхимы обыкновенно здѣсь остается очень мало. Въ незахваченной новообразованіемъ ткани яичника большею частью наблюдаются явленія хроническаго воспаления.

Мой случай интересенъ въ томъ отношеніи, что въ 1-хъ опухоли находились въ обѣихъ сторонахъ, во 2-хъ достигли сравнительно большой величины, въ 3-хъ, строеніе опухолей на обѣихъ сторонахъ различно: на лѣвой сторонѣ мы имѣемъ чистую фиброміому съ большимъ богатствомъ мышечныхъ элементовъ, а на правой—аденоміому.

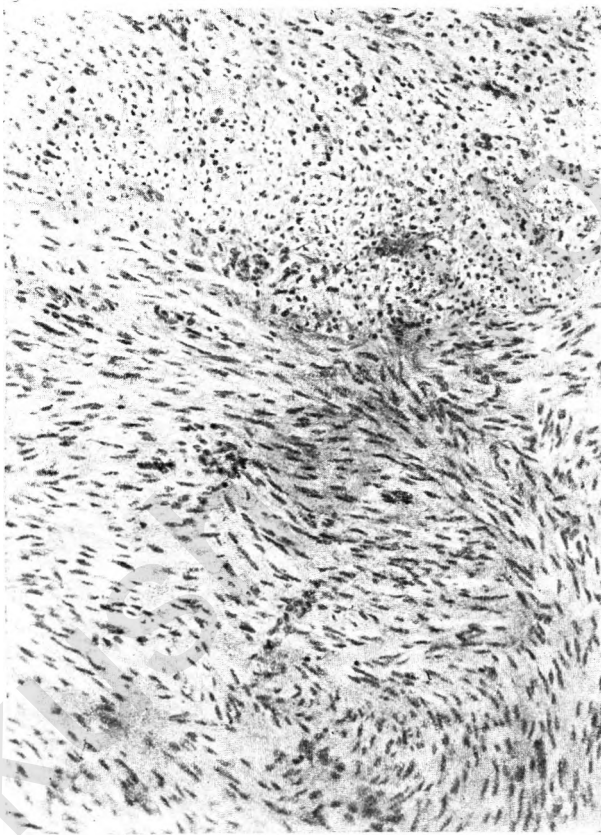
№ 65 за 1906 Журнала Гинекологическаго Отдѣленія ИМПЕРАТОРСКАГО Московскаго Родовспомогагельнаго Заведенія. Евд. Ал. Обух., крестьянка, 42 лѣтъ, занят. домашнее хозяйство. Первые регулы появились на 14-мъ году, ходили черезъ 4 недѣли по 5 дней, съ незначительными болями. Послѣднія регулы на 40-мъ году. Вышла замужъ 20 лѣтъ. Была беременна 13 разъ. Родила въ срокъ 11 разъ и имѣла 2 выкидыша 3 и 3½ мѣсяцевъ. Поступила къ намъ 26 мая 1906 года съ жалобой на увеличеніе живота и на сильныя боли въ немъ. Въ декабрѣ 1905 года она замѣтила опухоль внизу живота величиной съ апельсинъ. За послѣдніе три мѣсяца пациентка стала набирать быстрое увеличеніе живота. За это время она начала чувствовать боли внизу живота, которыя постепенно усиливались.

Больная представляется сильно истощенной. Въ брюшной полости прощупывается подвижная бугристая опухоль, верхняя граница которой находится на уровнѣ пупка. Рядомъ съ этой опухолью справа прощупывается другая меньшаго размѣра и менѣе подвижная, какъ бы плотнѣе прижатая къ передней стѣнкѣ живота. При постукиваніи живота въ положеніи на спинѣ и на бокахъ опредѣляется присутствіе свободной жидкости. При внутреннемъ изслѣдованіи шейка оказалась прижатой къ лонному соединенію и высоко оттянутой вверхъ. При соединенномъ изслѣдованіи матка отдѣльно не прощупывается. Зондъ входитъ въ матку на 14 см. Весь задній сводъ выпяченъ и верхняя часть полости таза выполнена плотною, бугристою опухолью, которую только съ трудомъ удается немного приподнять.

3-го іюня 1906 года мною была слѣлана операція. Разрѣвъ стѣнки живота по бѣлой линіи. Вытекло съ четверть ведра желтоватой прозрачной жидкости. Затѣмъ, по отдѣленіи незначительныхъ сросшеній, съ передней брюшной стѣнкой была извлечена опухоль на короткой широкой ножкѣ, исходящей изъ лѣвой широкой маточной связки. Къ этой опухоли рыхло прирослены кишки, которыя легко удалось отдѣлить. На ножку наложена двойная лигатура. Опухоль отлѣлена, ножка обшита. Такая же другая опухоль, но меньшей величины, удалена справа. Брюшная рана зашита глубокими и поверхностными шелковыми швами. Гладкое теченіе послѣоперационнаго періода. Швы

сняты 15-го іюня. Срошеніе первичнымъ натяженіемъ. 23-го іюня пациентка вышла здоровой.

Описание препарата. Одна опухоль, вырѣзанная съ лѣвой стороны, величиной съ головку новорожденного, состоитъ изъ одного большого и нѣсколькихъ мелкихъ узловъ. Мелкіе узлы и большая часть большого покрыты брюшиной. На ощупь опухоль представляется очень плотной, такъ что при разрѣзѣ скрипитъ подъ ножомъ. Цвѣтъ ея на разрѣзѣ слегка сѣроватый, поверхность блестяща. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль состоитъ изъ переплетающихся мышеч-



Фиг. 1.

ныхъ волоконъ, раздѣленныхъ прослойками соединительной ткани. (Фиг. 1).

Вторая опухоль имѣетъ форму лепешки, величиной съ ладонь взрослого человѣка, толщиной въ 2—2½ пальца. По плотности и по макроскопической картинѣ разрѣза представляетъ тѣже качества, какъ и предыдущая опухоль. Только мѣстами преимущественно по срединѣ ея видны отграниченные соединительною тканью участки, въ которыхъ замѣчаются шелевидныя полости. При микроскопическомъ изслѣдованіи этихъ мѣстъ опять видны пучки переплетающихся гладкихъ мы-

шечныхъ волоконъ, раздѣленныхъ прослойками соединительной ткани. Тамъ, гдѣ были видны простымъ глазомъ щелевидныя полости, подъ микроскопомъ наблюдаются участки соединительной ткани безъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, и въ этой соединительной ткани заложены полости, одѣтыя цилиндрическимъ эпителиемъ. (Фиг. 2). Полости эти довольно узки, многообразно вѣтвятся, частію пусты, частію содержатъ свернувшуюся бѣлковую массу, въ которой лежитъ отслоившійся эпителий.

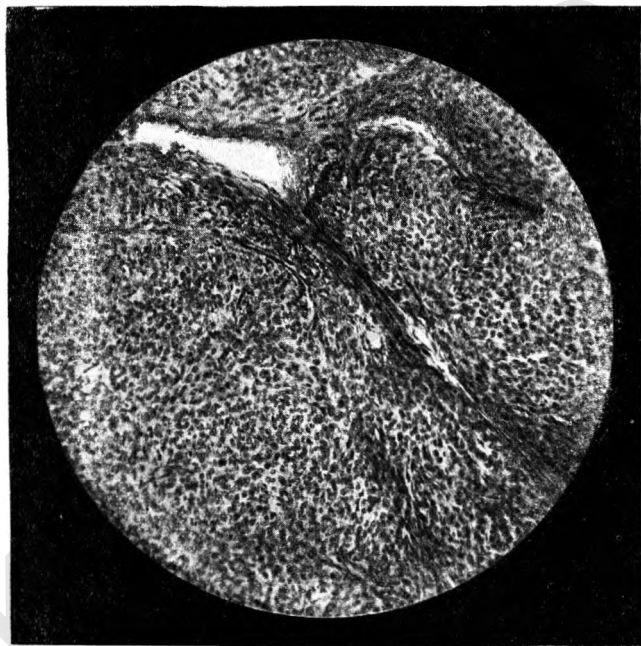
На основаніи описанной макро- и микроскопической картины первую опухоль надо считать за фиброміому съ преобладаніемъ мышечныхъ волоконъ, а вторую за аденоміому.



Фиг. 2.

Второй случай представляетъ карциному яичника, которую здѣсь надо считать за самостоятельно развившееся новообразование, а не за метастазъ изъ другого органа. Дѣло въ томъ, что у данной особы найденъ былъ ракъ маточной шейки, и потому весьма соблазнительно было бы принять опухоль яичника за метастазъ изъ шейки. Но во 1-хъ, въ виду того, что метастазы рака маточной шейки наблюдаются очень поздно, когда уже новообразование въ этомъ мѣстѣ достигло очень большого распространения, между тѣмъ какъ у насъ здѣсь была только начальная

стадія. во 2-хъ, въ виду того, что карцинома яичника зашла гораздо дальше, чѣмъ карцинома шейки, можно допустить, что она возникла никакъ не позже, а скорѣе раньше карциномы шейки. Съ другой стороны трудно предположить, чтобы и ракъ шейки явился метастазомъ рака яичника, потому что маточная шейка есть излюбленное мѣсто этого новообразования въ женскомъ организмѣ и оно не нуждается для своего появленія въ существованіи рака гдѣ либо въ другомъ органѣ у даннаго субъекта. На основаніи этихъ соображеній мы должны допустить, что ракъ того и другого органа появился самостоятельно и совершенно независимо другъ отъ друга подъ влияніемъ одной и той же неизвѣстной намъ причины.



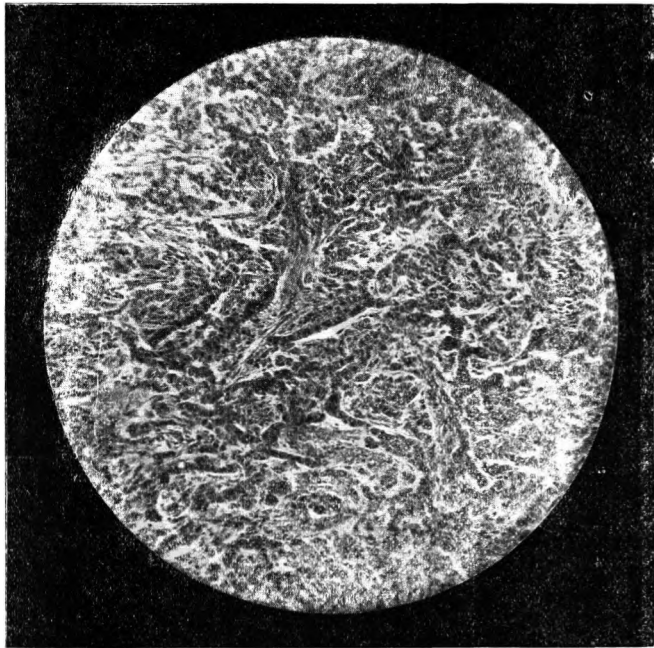
Фиг. 3.

Ракъ поражаетъ яичникъ гораздо рѣже, чѣмъ кистоаденома, въ отношеніи 1:5,5 (P f a n n e n s t i e l. Erkrankungen des Eierstocks etc. Handbuch der Gynäkologie v. Veit. Vierter Band. Erste Hälfte. S. 178). Въ яичникѣ бываютъ преимущественно медулярныя формы рака, которыя обыкновенно диффузно инфильтруютъ весь яичникъ и изрѣдка достигаютъ величины болѣе дѣтской головки. Онѣ бываютъ мягки, хрупки, имѣютъ слегка бугристую поверхность бѣловатаго, желтоватаго цвѣта или пятнисты. На поверхности разрѣза видны мозговидныя массы, выступающія изъ широкопет-

листой соединительнотканной сѣти. Иногда соединительная ткань можетъ сильно разрастаться и принимать характеръ слизистой ткани. Въ медуллярной карциномѣ часто наблюдаются различной величины кисты, которыя обыкновенно лежатъ очень поверхностно.

Рѣдко можно бываетъ найти простымъ глазомъ остатки яичниковой ткани, способной функционировать.

Подъ микроскопомъ находятъ извѣстныя скопленія эпителия, или въ видѣ большихъ массъ, или въ видѣ маленькихъ гнѣздъ, очаговъ, тяжей и пр. Отдѣльныя клѣтки рака ничѣмъ не отли-



Фиг. 4.

чаются отъ такихъ же клѣтокъ другихъ органовъ. Часто встрѣчаются маленькія полости, наполненныя слизистыми массами.

Иногда подъ микроскопомъ наблюдаются остатки паренхимы яичника.

Перехожу къ описанію моего случая.

№ 76 за 1908 годъ Журнала Гинекологическаго Отдѣленія ИМПЕРАТОРСКАГО Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія. Н. Ф. С. 39 лѣтъ, крестьянка, поступила въ Отдѣленіе 26 сентября 1908 года съ жалобой на обильныя регулы и бѣли. Въ первый разъ регулы у нея пришли на 18-мъ году и съ тѣхъ поръ ходили по 5 дней черезъ 3 недѣли. Беременной она была 9 разъ. Семь разъ были сроч-

ные роды, послѣдній разъ 6 лѣтъ тому назадъ. Два раза были выкидыши. Оба на 4-мъ мѣсяцѣ. Послѣдній разъ выкинула 5 лѣтъ тому назадъ. Со времени послѣдняго выкидыша регулы стали ходить чаще и дольше. Послѣднія регулы 10 дней тому назадъ. За послѣдніе три мѣсяца появились обильныя бѣдкія бѣли съ запахомъ. При изслѣдованіи матка слегка увеличена. Зѣвъ представляетъ язву съ хрупкой кровоточивой тканью. Слѣва отъ матки прощупывается опухоль плотная, нечувствительная съ гладкой поверхностью величиной съ апельсинъ.

28-го сентября мною сдѣлана влагалищная экстирпація матки по Schröder'у. Затѣмъ черезъ брюшныя покровы низдавлена вышеуказанная опухоль и выведена въ рану. На ея ножку наложена двойная лигатура, и опухоль удалена.

Послѣоперационный періодъ гладкій.

11-го октября сняты швы.

21-го октября пациентка вышла здоровой.

Описание препарата. Въ каналѣ маточной шейки обыкновенныя раковыя измѣненія.

Перерожденный яичникъ представляетъ изъ себя опухоль овоидной формы съ гладкой поверхностью, длиной 11 см., толщиной 6 см. На разрѣзѣ слегка желтоватыя мягкія массы выступаютъ надъ поверхностью.

При микроскопическомъ изслѣдованіи можно видѣть тяжи изъ кубическихъ клѣтокъ эпителиальнаго типа, идущихъ въ нѣсколько слоевъ среди рыхлой и богатой сосудами соединительнотканной стромы. Фиг. 3. Въ другихъ мѣстахъ клѣтки новообразованія представляютъ изъ себя сплошныя скопленія, плохо отграниченныя отъ стромы, которая въ такихъ мѣстахъ оказывается въ видѣ тонкихъ тяжей, состоящихъ изъ вытянутыхъ соединительнотканыхъ клѣтокъ. Фиг. 4.

Такимъ образомъ мы имѣемъ здѣсь одновременно два раковыхъ процесса; при чемъ заболѣваніе яичника ракомъ представляетъ сравнительно большую рѣдкость.

XI.

Изъ Городского родильнаго дома имени А. А. Абрикосовой.

Случай „Vagitus uterinus“.

А. Р. ГРИГОРОВИЧЪ.

Читано въ засѣданіи Московскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества
26 октября 1908 года.

Въ мартѣ мѣсяцѣ этого года мнѣ пришлось быть свидѣтелемъ рѣдкаго въ акушерствѣ явленія, крика младенца въ утробѣ матери, такъ наз. vagitus uterinus. Достаточнымъ указаніемъ на то, что это явленіе встрѣчается не часто, служить то обстоятельство, что въ специальной литературѣ на русскомъ языкѣ, напр. въ Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней съ 1887 г. по 1907 годъ я могъ найти только три краткихъ выписки изъ

Zentralblatt für Gynäkologie, въ отдѣлѣ нѣмецкой литературы: въ 1905 г. гдѣ вкратцѣ приведенъ случай Висига, въ 1906 г.—случай Kreuz'a, въ 1907 г.—Richter'a и только одну оригинальную работу изъ Петербургскаго Повивальнаго Института д-ра Лѣсового.

Въ нашемъ Обществѣ съ самаго его основанія за 21 годъ этотъ вопросъ ни разу не затрогивался. Здѣсь умѣстно подчеркнуть полноту нѣмецкой литературы сравнительно съ русской по отношенію къ вопросу о *vagitus uterinus*. Описаніе соотвѣтствующихъ случаевъ встрѣчается не такъ ужъ рѣдко, и напр. въ *Zentralblatt für Gynäkologie* почти каждый годъ можно встрѣтить описаніе случаевъ *vagitus uterinus* отчасти оригинальныхъ, отчасти *in extenso*.

Нашъ случай слѣдующій: 10 марта 1908 г. въ 8 час. пополудни въ Московскій городской родильный домъ имени А. А. Абрикосовой, поступила М. С., 31 года, VI-para. Всѣ предыдущіе роды окончены щипцами, причемъ I, IV, V, дѣти мертвые, II и III—живые. Послѣднія крови въ юнѣ. Боли начались 10/III въ 12 ч. ночи. Тазъ: d. sp. 30; d. cr. 32, d. tr. 35, con. ext. 19. con. diag. 9¹/₂. Сердцебіеніе плода слѣва. При поступленіи шейка матки сглажена, зѣвъ открытъ на 3 п., плодный пузырь цѣлъ, предлежащая головка надъ входомъ. Температура 36,9. 10/III въ 11 ч. 50 м. пополудни прошли воды, при изслѣдованіи найдено: открытіе зѣва 3 п., головка во входѣ, отгѣснима, большой родничекъ справа и нѣсколько кзади. 10/III въ 2 ч. 30 м. пополудни открытіе зѣва было на 4 п., головка еще не прошла входа въ тазъ. Въ виду того, что схватки были рѣдки и слабы, роды не двигались впередъ, рѣшено было наложить щипцы. Сердцебіеніе плода передъ наложеніемъ щипцовъ хорошо слышно. Подъ хлороформнымъ наркозомъ д-ромъ А. Н. Рахмановымъ были наложены щипцы Tarnier въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ. Какъ только щипцы были наложены, раздался звукъ, напоминающій какъ бы входженіе пузырьковъ воздуха, но вскорѣ ясно можно было различить крикъ ребенка въ утробѣ матери; ребенокъ вскрикнулъ разъ семь, въ два приема, съ небольшимъ (въ нѣсколько секундъ) промежуткомъ. Послѣ несильной тракціи, направленной внизъ, головка легко спустилась въ полость таза; въ выходѣ таза щипцы были сняты. Родилась живая дѣвочка, безъ признаковъ асфиксіи, вѣсомъ 2700 gr. Черезъ 30 минутъ вслѣдствіе кровотеченія послѣдъ удаленъ по методу Stedé. Послѣродовой періодъ протекалъ нормально, и на 7-й день 18/III мать и ребенокъ выписаны изъ родильнаго дома здоровыми.

Прежде всего приходится задать себѣ вопросъ, существуетъ ли въ дѣйствительности *vagitus uterinus*, какъ извѣстный феноменъ, находящійся въ зависимости отъ преждевременныхъ дыхательныхъ движеній, или же это явленіе совершенно иного порядка? Почти всѣ авторы разсматриваютъ *vagitus uterinus*, какъ дѣйствительный крикъ, механизмъ котораго слѣдующій: плодъ дышаетъ достаточное количество воздуха, вслѣдствіе чего при

выдыханіи голосовыя связки приходятъ въ колебаніе, результатомъ котораго и является крикъ. Только одинъ Sippel даетъ иное толкованіе происхожденію этого явленія, по крайней мѣрѣ для тѣхъ случаевъ, когда ребенокъ родится не въ асфиксіи. Онъ считаетъ, что воздухъ, попадая въ полость матки и выходя изъ нея при извѣстныхъ условіяхъ подъ давленіемъ больше атмосфернаго, приводитъ въ колебательное движеніе натянутые края слизистой влагалища и вызываетъ звукъ подобно тому, какъ издаетъ звукъ всякая тонкая перепонка, приведенная въ колебаніе опредѣленной частоты.

Я позволю себѣ остановиться нѣсколько подробнѣе на случаѣ Thörn'a, который послужилъ причиной интересной полемики между нимъ и Sippel'емъ.

Случай заключается въ слѣдующемъ. По поводу узкаго таза у II-рага были предприняты искусственные преждевременные роды за 4 недѣли до срока. Былъ введенъ бужъ, который вызвалъ хорошія схватки, но былъ удаленъ слишкомъ рано; затѣмъ отошли воды, схватки прекратились. На 5-й день послѣ введенія бужа положеніе слѣдующее: головка въ I-мъ черепномъ положеніи, нѣсколько отходить, зѣвъ открытъ на 2 п., отходящія воды окрашены меконіумомъ. Температура и пульсъ роженицы нормальны. Сердцебиеніе плода 140. Въ полость матки введенъ расширитель Barnes и для скорости просто надуть воздухомъ. Въ моментъ достаточнаго надуванія начинается схватка, баллонъ лопається съ сильнымъ шумомъ, и вслѣдъ за этимъ раздається крикъ ребенка въ два пріема по 2—3 раза. Крикъ былъ ясно слышанъ всѣми присутствующими. Послѣ этого былъ введенъ второй расширитель Barnes, при этомъ вышелъ воздухъ и немного водъ. Дыхательныхъ шумовъ не было слышно; сердечные тоны ребенка сохранили свою прежнюю частоту. Спустя 12 часовъ самопроизвольно родился хорошо развитый мальчикъ безъ всякихъ признаковъ асфиксіи, который тотчасъ же и закричалъ. Thörn такъ объясняетъ въ своемъ случаѣ происхожденіе vagitus uterinus. Воздухъ, находящійся подъ высокимъ давленіемъ проникаетъ пассивно въ верхніе дыхательные пути, и вслѣдствіе производимаго имъ раздраженія, а можетъ быть отъ раздраженія вслѣдствіе шума при тресканіи баллона, вызывается рефлексъ въ видѣ выдыханія, слѣдствіемъ чего и является крикъ (аналогія съ физиологическими внутри маточными дыхательными движеніями Ahlfeld'a).

Sippel, не соглашаясь съ толкованіемъ Thörn'a и считая его противорѣчащимъ физическимъ законамъ, полагаетъ, что звуки, которые слышалъ Thörn, происходили не въ гортани плода, и что причиной ихъ образованія являлись колебательныя движенія

краевъ лошнувшаго расширителя, или натянутой складки влагалищной слизистой подъ вліяніемъ выходящаго подъ большимъ давленіемъ воздуха. Въ подтвержденіе такого толкованія онъ приводитъ слѣдующій случай, который ему пришлось наблюдать. Sippel былъ вынужденъ у одной многородящей сдѣлать внутренній поворотъ безъ наркоза. Когда рука была введена въ полость матки, появилась схватка, и немного спустя раздалась дважды одинъ за другимъ идущіе изъ глубины тѣла роженицы 2 высокихъ тона, которые легко можно было принять за крикъ ребенка и которые подали окружающимъ поводъ къ вопросу, не ребенокъ ли это кричить? Но при этомъ, говоритъ Sippel, я чувствовалъ, какъ каждый разъ, при наступленіи звука, воздухъ выходилъ сверху внизъ по тыльной поверхности моего предплечья, и одновременно я ощущалъ легкое дрожаніе въ глубинѣ влагалища нѣжной складки, плотно обхватывающей мою руку. Не было никакого сомнѣнія, по словамъ Sippel'я, что здѣсь то и появлялись звуки.

Но доводы Sippel'я не представляются убѣдительными, и его Flatus—теорія находитъ мало сторонниковъ. Winckel считаетъ, что Sippel неправильно толкуетъ случай Thorn'a, исключая въ немъ наличность условій, благоприятныхъ для появленія *vagitus uterinus*. Въ настоящее время надо считать общепризнаннымъ, что нельзя сомнѣваться въ существованіи *vagitus uterinus*, и что его появленіе неразрывно связано съ преждевременнымъ дыханіемъ. Все то, что вызываетъ преждевременныя дыхательныя движенія, должно вызвать и крикъ плода въ маткѣ въ томъ случаѣ, если среда окружающая дыхательныя отверстія плода будетъ содержать воздухъ. Поэтому *vagitus uterinus* появляется тогда, когда плодный пузырь разорванъ и въ полость *amnion'a* проникъ воздухъ.

Эти условія создаются при акушерскихъ операціяхъ, чаще всего встрѣчаются при поворотѣ и щипцахъ, но и другія манипуляціи, даже простое изслѣдованіе и спринцеваніе могутъ служить причиной вхожденія воздуха въ полость яйца. Въ казуистическомъ матеріалѣ, приведенномъ Висига и обнимающемъ съ 1800 года 50 случаевъ *vagitus uterinus* встрѣчаются 15 поворотовъ, 11 щипцовъ, 1 вправленіе выпавшей ручки и пуповины; далѣе тамъ же имѣются случаи *vagitus uterinus* при извлеченіи, при попыткахъ ввести мейтрейринтеръ, при спринцеваніи, при энергичномъ изслѣдованіи, при искусственномъ разрывѣ пузыря. Но даже рѣзкія движенія, перемѣна положенія при вялыхъ половыхъ органахъ, особенно при глубокомъ стояннн предлежащей части, могутъ служить однимъ изъ условій благоприятныхъ для вхожденія воздуха.

Въ казуистику Виссера не могли войти случаи Blumm'a (извлечение) Stock'a, Richter'a и R. Creuz'a (повороты).

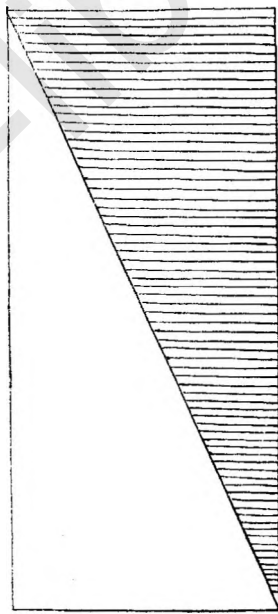
Необходимо отмѣтить, что вялость матки, ея растянутость способствуютъ вхожденію воздуха въ полость яйца (случай Trotta при двойняхъ). Въ этомъ смыслѣ извѣстное значеніе должно имѣть производство операций подъ наркозомъ; по крайней мѣрѣ въ нашемъ случаѣ хлороформный наркозъ имѣлъ мѣсто. Въ случаяхъ Richter'a и Creuz'a наркозъ тоже примѣнялся.

Крикъ ребенка въ маткѣ наблюдается въ большинствѣ случаевъ при большомъ открытіи зѣва, но встрѣчаются случаи, гдѣ открытіе зѣва было сравнительно невелико. Такъ въ случаѣ Reidhaara vagitus uterinus наблюдается при открытіи зѣва на I франкъ.

Присутствіе воздуха въ полости матки, являясь необходимымъ условіемъ для появленія vagitus uterinus, не служитъ моментомъ производящимъ крикъ. Для того чтобы ребенокъ закричалъ, нужно возбужденіе преждевременныхъ дыхательныхъ движеній. Съ ихъ появленіемъ всѣ звенья въ ряду условій необходимыхъ для vagitus uterinus будутъ налицо. Чѣмъ же вызывается преждевременное дыханіе? Экспериментальныя изслѣдованія на животныхъ показываютъ, что нарушеніе плацентарнаго кровообращенія всегда вызываетъ дыхательныя движенія, тогда какъ сильныя внѣшнія раздраженія — не всегда, а если и вызываютъ дыхательныя движенія, то только изолированныя и неправильныя. Поэтому наибольшимъ распространеніемъ пользуется теорія Schwartz'a, по которой преждевременныя дыхательныя движенія зависятъ отъ накопленія въ крови CO_2 , и когда количество CO_2 достигаетъ извѣстнаго предѣла, то происходитъ раздраженіе дыхательнаго центра, результатомъ котораго и является первое дыханіе; внѣшнія же раздраженія будутъ играть второстепенную роль и только тогда будутъ дѣйствительны, когда въ крови плода имѣется накопленіе CO_2 .

Распространяя теорію Schwartz'a и на случаи vagitus uterinus, приходится отмѣтить, что въ большинствѣ случаевъ наблюдалась неправильность сердечной дѣятельности, но однако не

количества CO_2 .



величина раздраженія

во всѣхъ случаяхъ *vag. uterinus* дѣти родились въ асфиксіи (*Blum m, Trotta*) и встрѣчаются наблюденія, когда ребенокъ спустя долгое время послѣ крика, въ случаѣ *Thorn'a* черезъ 12 часовъ, родится совершенно свѣжимъ. Въ нашемъ случаѣ ребенокъ родился тоже безъ признаковъ асфиксіи.

Такіе случаи объясняются тѣмъ, что нарушеніе плацентарнаго кровообращенія можетъ быть кратковременнымъ и, съ возстановленіемъ правильнаго кровообращенія, пройти безъ вреда для ребенка.

Условія, вызывающія нарушеніе плацентарнаго кровообращенія, различны; они могутъ быть механическими, напр., сдавленіе пуповины, судорожныя сокращенія матки; недостаточность сердечной дѣятельности матери тоже можетъ служить причиной повышенной венозности крови плода (*Reidhaar*); затѣмъ раздраженіе, вызываемое холоднымъ воздухомъ, дѣйствуя на сосуды пуповины, особенно выпавшей, можетъ вызвать ихъ спазмъ и временно нарушить правильность газообмѣна.

Съ устраненіемъ этихъ причинъ возстановляется плацентарное кровообращеніе въ томъ случаѣ, конечно, если вредный моментъ дѣйствовалъ недолго.

Объясненіе, данное *Thorn'омъ* для его случая *vagitus uterinus*, которое приведено выше, не представляется убѣдительнымъ; оно нарушаетъ ту послѣдовательность и взаимную связь различныхъ факторовъ, необходимыхъ для появленія *vagitus uterinus*, которую даетъ теорія *Schwartz'a*.

Во всѣхъ случаяхъ, *vagitus uterinus* имѣютъ мѣсто сильныя внѣшнія раздраженія—температурныя и механическія. Ихъ вліяніе безспорно, но имъ приписывается второстепенное значеніе; они дѣйствительны только при накопленіи въ крови плода CO_2 .

Но трудно представить, чтобы величина раздраженія не играла роли. Должно допустить, что при большемъ раздраженіи и реакція должна быть сильнѣе. Схематически это можетъ быть можно было бы представить слѣдующимъ образомъ: т. е. чѣмъ больше будетъ въ крови CO_2 , тѣмъ меньше по силѣ требуется раздраженіе, чтобы вызвать первое дыханіе; при наибольшемъ предѣльномъ скопленіи CO_2 дыханіе наступитъ безъ всякаго внѣшняго раздраженія; чѣмъ меньше количество CO_2 , тѣмъ большее нужно раздраженіе, и при нормальномъ содержаніи въ крови CO_2 требуется наибольшее раздраженіе; можетъ быть тогда то и могутъ получиться дыхательныя движенія *Preyer'a* изолированныя, неправильныя. Что касается предсказанія для ребенка, то оно въ общемъ не является дурнымъ. По матеріалу *Viscuga* изъ 50 случаевъ *vagitus uterinus*, 34 ребенка родились

отчасти живыми, отчасти въ асфиксіи, но были оживлены, относительно 10 дѣтей свѣдѣній не имѣется и въ 6 случаяхъ дѣти были мертвые. Въ случаяхъ Blumm'a, Stock'a Creuz'a и Richter'a дѣти были живые или же оживлены.

Въ случаѣ Лѣссоваго ребенокъ погибъ при извлеченіи вслѣдствіе несоотвѣтствія между тазомъ и головкой, и пришлось сдѣлать перфорацию послѣдующей головки на мертвомъ плодѣ.

Vagitus uterinus, не представляя изъ себя явленія очень опаснаго для жизни плода, не можетъ однако считаться и безразличнымъ и требуетъ со стороны врача большого вниманія; необходимо внимательно слѣдить за сердцебиеніемъ плода, чтобы не упустить момента для нашего вмѣшательства. Если сердцебиеніе выравнивается и указываетъ такимъ образомъ, что опасность миновала, то можно ждать; если же замѣчается неправильность со стороны сердечной дѣятельности, то въ интересахъ спасенія жизни плода необходимо поторопиться окончить роды.

XII.

Изъ Акушерско-Гинекологической Клиники Императорскаго Харьковскаго Университета. (проф. П. В. Михинъ).

Fibromyoma parietis latelaris dextrae vaginae.

М. В. Шестопада.

Новообразованія влагалища принадлежатъ къ довольно рѣдкимъ явленіямъ въ гинекологической практикѣ, вотъ почему я считаю интереснымъ подѣлиться съ товарищами своимъ слу-чаемъ.

Больная Евдокія К-ая, 23 лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 27 ноября 1908 г. для удаленія опухоли влагалища. Первые menstrua на 16 году, установились сразу, повторялись черезъ 3 недѣли по 5 дней, безболѣзненно. Вышла замужъ на 20 году, къ концу перваго года роды своевременные, тяжелые, рожала 4 дня. Послѣ родовъ встала на 6-ой день, ребенка кормила 1½ года, въ это время мѣсячныхъ не носила. Три мѣсяца тому назадъ вторые роды, наступившіе въ свое время, тоже тяжелые, такъ что къ концу 3-хъ сутокъ приглашенъ былъ врачъ, который констатировалъ препятствіе къ нормальному родоразрѣшенію со стороны влагалища, а именно имѣющуюся на правой боковой стѣнкѣ влагалища опухоль; наложилъ шипцы, и роды закончились благополучно. Мать встала на 7 день. Въ теченіи двухъ мѣсяцевъ опухоль совершенно не беспокоила больную, лишь мѣсяцъ тому назадъ больная впервые отмѣчаетъ постоянное ощущение чего то посторонняго во влагалищѣ, появленіе запоровъ и частаго

мочейспусканья по каплямъ; эти явленія и заставили ее обратиться въ клинику. Происходитъ больная изъ здоровой семьи. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, нѣсколько ослабленнаго питанія, видимыя слизистыя оболочки блѣдноваты, грудныя железы развиты удовлетворительно. Со стороны легкихъ, сердца, а равно и органовъ брюшной полости отклоненій отъ нормы не наблюдается. Паховыя железы не прощупываются. Размѣры таза дали слѣдующіе результаты: D. Sp.—25, D. cr.—28, D. tr.—30 и с. ext.—20. При наружномъ осмотрѣ половыхъ органовъ: половая щель открыта, малыя губы выстоятъ изъ за большихъ, имѣется разрывъ промежности II степени; при изслѣдованіи per vaginam на правой стѣнкѣ на границѣ нижней и средней трети прощупывается вдающаяся въ просвѣтъ влагалища опухоль величиною съ грецкій орѣхъ, въ видѣ фиброзно-плотнаго узла, непосредственно сросшаяся съ участкомъ слизистой оболочки влагалища, къ ней примыкающимъ; за этимъ узломъ къзади и въ сторону кнаружи какъ продолженіе его прощупывается второй узелъ, значительно большей величины и такой же консистенціи. Опухоль совершенно безболѣзненная. При совмѣстномъ изслѣдованіи per vaginam и per rectum опухоль оказывается исходящей изъ толщи боковой стѣнки влагалища, слизистая же recti совершенно подвижна и совершенно независима по отношенію къ другимъ, окружающимъ ее частямъ: костнымъ стѣнкамъ таза, маткѣ, мочевому пузырю и мочейспускательному каналу. Матка въ положеніи anteflexio-versio, придатки нормальны.

4-го декабря подъ смѣшаннымъ, изъ хлороформа съ эфиромъ (1:3) наркозомъ per vaginam была произведена операція вылуценія этой опухоли. Влагалище обнажено зеркалами—однимъ Fritsch'a и двумя боковыми, скальпелемъ сдѣланъ овальной формы разрѣзъ слизистой влагалища надъ опухолью, затѣмъ тупымъ путемъ отдѣлена подслизистая, что представляло небольшія затрудненія вслѣдствіе бывшихъ сращеній въ видѣ толстыхъ перемычекъ съ окружающей клѣтчаткой; опухоль вылуцена, по удаленіи ея получилась значительная раневая поверхность съ нѣсколько сильно кровоточащими мѣстами, артеріи перевязаны, рана, въ виду ея глубины, отчасти зашита, отчасти затампонирована.

Въ теченіи первыхъ 7 дней больной ежедневно мѣняли тампоны, причемъ съ каждымъ днемъ тампонъ вкладывался рыхлѣе и свободнѣе; затѣмъ больная переведена на спринцеваніе — 2 раза въ день; на 12 день больная выписалась совершенно здоровой.

Вылуценная опухоль имѣла колбасовидную форму съ колбовиднымъ расширеніемъ въ области нижняго узла, вѣсила 220 граммъ, дл. — 10 см., ширина верхняго узла — 6 см., нижняго узла 8 см., плотной консистенціи, поверхность разрѣза блестящ, бѣловатаго цвѣта. Микроскопическое изслѣдованіе срѣза, взятаго изъ части опухоли, непосредственно прилегавшей къ стѣнкѣ влагалища, дало слѣдующее: слизистая влагалища и основа слизистой въ видѣ рыхлой соединительной ткани съ небольшимъ количествомъ тонкостѣнныхъ сосудовъ и изрѣдка попадающимися мышечными волокнами; сама ткань опухоли состоитъ изъ фиброзной соединительной ткани въ видѣ слабо очерченныхъ отростчатыхъ клѣточныхъ элементовъ и хорошо выраженнаго волокнистаго межкѣлочнаго вещества, изъ переплетающихся и идущихъ въ разныхъ направленіяхъ мышечныхъ волоконъ и небольшого

количества сосудов; вокруг нѣкоторыхъ сосудовъ располагается болѣе плотная пучковая волокнистая ткань.

На основаніи этой картины мы считаемъ, что наша опухоль относится къ разряду доброкачественныхъ, а именно—фиброміома и исходный пунктъ ея мышечная стѣнка влагалища.

Доброкачественныя опухоли влагалища, къ каковымъ относятся—слизистые полипы, фибромы, фиброміомы, міомы и кисты по Kiwisch'y, Schröder'y, Горвицу, Fritsch'y, Küstner'y, и Славянскому принадлежать къ такимъ исключительнымъ рѣдкостямъ, что ихъ, «можно считать скорѣе анатомо-патологическимъ курьезомъ, чѣмъ объектомъ клиническаго наблюдения» (Егоровъ). Доброкачественныя новообразования типа вполне развитой соединительной ткани въ видѣ фибромъ или же въ соединеніи въ одновременномъ разрастаніемъ мышечной ткани (фиброміомы) представляются весьма рѣдкимъ явленіемъ въ стѣнкахъ влагалища; еще рѣже встрѣчаются чистыя міомы изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и только какъ рѣдкость извѣстны опухоли (Кош еварово-Руднева. Дис. 1876 г.), въ составъ которыхъ входили бы мышцы поперечно-исчерченныя-rhabdomyom'y (Славянской). Между тѣмъ какъ фиброміомамъ матки посвященъ едва ли не самый обширный отдѣлъ гинекологической литературы, вопросъ о фиброміомахъ рукава и до сихъ поръ еще относительно весьма мало разработанъ. Даже и сообщенія объ отдѣльныхъ случаяхъ фиброміомъ рукава весьма рѣдко появляются въ печати (Груздевъ). Этотъ же авторъ въ своей работѣ—«о фиброміомахъ рукава» упоминаетъ, что онъ въ литературѣ по этому вопросу нашелъ лишь двѣ монографіи: одна принадлежитъ Л. Нейгебауэру и напечатана въ 1877 году, а другая принадлежитъ L. Kleinwächter'y и напечатана въ 1882 году. И въ новѣйшей литературѣ случаевъ фиброміомъ влагалища оповѣщено очень мало; Veit въ своемъ сборникѣ «Handbuch für Gynäcologie» за 1908 г. приводитъ собранную имъ статистику изъ описанныхъ казуистическихъ случаевъ, всего въ количествѣ 52, причеъ тутъ же приводятся 2 случая, описанныхъ еще въ 1855 году (Braun'a—Wien. med. Wochenschr.—1885 г. № 51 и Byford'a Amer. Journ. of. obst. 1885 г. p. 1104). Влагалище на всемъ своемъ протяженіи можетъ представляться мѣстомъ нахождения фиброміомъ. Rokitansky и Klob въ свое время высказывали, что эти опухоли чаще развиваются изъ задней стѣнки влагалища. Kleinwächter и Leteneur держались какъ разъ противоположнаго взгляда. Груздевъ на основаніи своихъ данныхъ пришелъ къ заключенію, что передняя стѣнка влагалища почти вдвое чаще бываетъ мѣстомъ развитія фибро-

міомъ, чѣмъ задняя. Что же касается фиброміомъ, помѣщавшихся на боковыхъ стѣнкахъ, то такихъ случаевъ описано очень мало: у Груздева—2 случая фиброміомъ правой стѣнки (случай 42 Dahlmann'a и случай 45—Rockelt'a) и 2 случая фиброміомъ лѣвой стѣнки (случай 60—Hastenpflug'a и случай 70—Elischer'a).

У Veit'a приведены лишь два случая лѣвой стѣнки тѣхъ же авторовъ, что и у Груздева. Въ нашемъ случаѣ фиброміома исходила изъ правой стѣнки влагалища.

Встрѣчается фиброміома влагалища чаще въ возрастѣ отъ 30 до 50 лѣтъ. Что касается быстроты роста фиброміомъ, то хотя въ отдѣльныхъ случаяхъ она различна, но вообще ростъ очень медленный: въ случаѣ Нейгебауера опухоль за 22 года достигла вѣса всего 67 граммъ, а въ случаѣ Gren'a фиброміома, росшая 10 лѣтъ, оказалась всего съ куриное яйцо (Груздевъ).

Въ нашемъ случаѣ фиброміома послужила, очевидно, и причиной для наложенія щипцовъ; легко возможно, что и первые роды протекали тяжело вслѣдствіе того же препятствія, такъ какъ другихъ какихъ либо моментовъ, которые могли бы обусловить затяжные роды, въ наличности не было; мы уже выше указали, что размѣры таза нормальны, да и вообще наша больная, помимо опухоли влагалища не представляла никакихъ особенныхъ отклоненій. Güder собралъ 18 случаевъ, гдѣ фибромы, фиброміомы и полипы влагалища послужили причиной осложненія родового акта; лишь въ одномъ случаѣ роды закончились силами природы, въ остальныхъ же приходилось заканчивать при помощи щипцовъ, поворота и извлечения или кесарскаго сѣченія; въ 4-хъ случаяхъ новообразование было удалено во время беременности, а въ 1 случаѣ во время родовъ—въ этихъ случаяхъ роды заканчивались самостоятельно. Прогнозъ относительно возможности родовъ при наличности фиброміомъ или вообще новообразованій влагалища обуславливается степенью суженія полости таза вслѣдствіе присутствія опухоли на протяженіи влагалища, ея подвижностью, смѣщаемостью и возможностью легкаго удаленія.

Что касается этиологическаго момента развитія фиброміомъ, то и въ настоящее время вопросъ еще не разрѣшенъ въ окончательной формѣ. Предполагаютъ (Herff, Pfannenstiel, Славянскій, г. Recklinghausen), что источникомъ развитія могутъ служить остатки Вольфова протока и Мюллерова хода.

Обычно фиброміомы, по мнѣнію большинства авторовъ (Славянскій, Breisky, Kleinwächter и др.), исходятъ изъ среднихъ слоевъ влагалищной стѣнки, именно—изъ подслизистаго и

сосѣдняго съ нимъ глубокаго слоя слизистой оболочки. Впрочемъ, и остальные слои рукавной стѣнки могутъ служить исходными точками развитія фиброміомъ—какъ самый внутренній, непосредственно прилегающій къ эпителию, такъ и самый наружный, граничащій со стѣнками пузыря и прямой кишки. Въ нашемъ случаѣ какъ это подтверждается микроскопическимъ изслѣдованіемъ, фиброміома исходила изъ глубокаго мышечнаго слоя влагалищной стѣнки.

Итакъ нашъ случай представляетъ интересъ, какъ новообразование влагалища вообще, какъ таковое первичнаго происхожденія, по своему положенію на правой боковой стѣнкѣ, и какъ моментъ, осложнившій родовой актъ, и изъ за котораго пришлось прибѣгать къ щипцамъ.

Приступая къ операциіи удаленія опухоли, необходимо въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ точно выяснитъ подвижность, величину, мѣстонахожденіе и отношеніе опухоли къ окружающимъ частямъ.

Такъ какъ иногда приходится наблюдать перерожденіе доброкачественныхъ первоначально фиброміомъ въ злокачественныя, то необходимо предлагать больнымъ возможно раннее удаленіе таковыхъ.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ выразить глубокую благодарность многоуважаемому учителю проф. Павлу Васильевичу Михину за предоставленный мнѣ оперированный имъ случай и за руководство въ работѣ.

ЛИТЕРАТУРА.

Егоровъ. Журналъ Акушерства и Женск. бол. 1895 г. Славянскій. Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней 1888 г. Груздевъ. Врачъ 1900 г. № 8, 9, 10. Veit. Handbuch für Gyn. 1908 г. стр. 290. Горвицъ. Руководство къ патологіи и терапіи женской полов. сферы. Poroff. Fibromyome du vagin. Soc. d'anat. et de chir. de St. Petersburg. 4 xi. 1896. Fenomenow. Primäres Vaginal-fibrom. Monatsschr. Bd. 19 Heft. 2, p. 291.

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

VI.

Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ въ маткѣ.

Шабельскій.

На сколько иногда бываетъ трудно врачу, живущему далеко отъ научныхъ центровъ и не имѣющему поэтому возможности пользоваться благами научныхъ пособій, поставить своевременно правильный диагнозъ, а за это нести нравственную отвѣтственность, показываетъ одинъ изъ случаевъ въ моей частной практикѣ въ г. Благовѣщенскѣ, Амурской области, которымъ я считаю долгомъ подѣлиться съ товарищами въ виду, вообще, рѣдкости такихъ случаевъ и пользы ихъ опубликованія въ специальной медицинской прессѣ. Дѣло въ слѣдующемъ:

Больная, г-жа Л., 28 лѣтъ отъ роду, крестьянка, замужняя, жена артельщика банка, въ дѣтствѣ перенесла корь и скарлатину. Мenses съ 16 лѣтъ, черезъ 28 дней по 5—6 дней, правильно. Имѣла двухъ живыхъ дѣтей, затѣмъ выкидышъ 3-хъ мѣсяцевъ, въ 1906 г. роды доношеннымъ мертвымъ плодомъ, а послѣдніе роды 20 сентября 1907 г.—живымъ плодомъ, живущимъ и въ настоящее время. Родила она въ послѣдній разъ съ помощью повитухи, которая, какъ выяснилось много времени позже, на другой день послѣ родовъ тайкомъ ушла, такъ что послѣродовой періодъ проводилъ ее мужъ.

Въ первый разъ я увидѣлъ больную 24 октября 1907 г., когда я былъ приглашенъ къ ней по поводу кровотечения, при чемъ при изслѣдованіи я нашелъ слѣдующее: больная средняго роста, физически развита правильно и со стороны грудныхъ и брюшныхъ органовъ нѣтъ ничего патологическаго. Говоритъ, что послѣ родовъ встала на 9-й день и считаетъ себя здоровой, работала по хозяйству, но черезъ 1 мѣс. и 4 дня открылось у нея кровотеченіе. Больная немного малокровна, видимыя слизистыя оболочки блѣдноваты, небольшой старый разрывъ промежности; при бимануальномъ изслѣдованіи опредѣляется увеличенная матка до 1½ кулака, дряблая, безболѣзненная, въ положеніи *anteversio*, своды свободны, небольшое кровотеченіе, безъ запаха; T⁰—нормальна, пульсъ—80 въ минуту. Назначено: *Inf. secale cogniti*, покой, ледъ на животъ и данъ совѣтъ пригласить для ухода акушерку, чтобы, если понадобится, дѣлать горячія души.

Черезъ двое сутокъ открылось у нея очень сильное кровотеченіе, такъ что пришлось ей дѣлать горячій душъ, въ 40° и тампонировать влагалище іодоформной марлей, при чемъ было замѣчено, что матка была настолько мягка, что она не могла быть прощупана черезъ брюшныя стѣнки. Общее состояніе больной весьма удовлетво-

рительное. Вечеромъ того-же дня, не смотря на плотную тампонаду влагалища, вновь открылось очень сильное кровотеченіе и, такъ какъ я былъ отозванъ за городъ къ другой больной, были приглашены врачи П. и Т., которые нашли больную безъ пульса и сильно ослабѣвшей, при чемъ они ей впрывскивали подъ кожу эфиръ, камфору, Ergotin. dialysat. Bombelon, дѣлали горячіе души и тампонаду влагалища.

Такъ какъ кровь, не смотря на тампонъ, продолжала сочиться, то я на другой день, 28 октября, рано утромъ былъ приглашенъ къ ней и немедленно при помощи тѣхъ-же врачей, безъ наркоза, сдѣлалъ ей выскабливаніе матки, при чемъ, когда передъ операціей мною былъ удаленъ марлевый тампонъ изъ влагалища, открылось такое сильное кровотеченіе, что не было никакой возможности черезъ зеркала видѣть шейку матки, не смотря на быстрое удаленіе крови марлевыми салфетками, и пришлось наощупъ по пальцу захватить переднюю губу пулевыми щипцами и быстро начать дѣлать выскабливаніе, во время котораго матка сократилась и кровотеченіе остановилось. Матка промыта горячимъ физиологическимъ растворомъ соли, впрывснута два шприца Брауна Т-га jodi, въ полость матки введена полоса іодоформной марли, а влагалище затампонировано полоской стерилизованной марли. Выскабливаніемъ удалено порядочное количество утолщенной слизистой оболочки и плацентарный полипъ, величиною съ лѣсной орѣхъ. На другой день тампоны удалены, кровотеченія нѣтъ, t° нормальна, пульсъ около 85, больная чувствуетъ себя удовлетворительно.

Черезъ недѣлю больная встала съ постели и была совершенно здорова до 29 ноября, когда у ней опять показалось нѣсколько капель крови и я снова былъ приглашенъ къ ней. Мною было найдено: общее состояніе и самочувствіе хорошими, матка значительно увеличена, подвижна, своды свободны, безболѣзненны, наружный зѣвъ пропускаетъ палець. Я тогда высказалъ мнѣніе, что, такъ какъ больная не кормитъ грудью ребенка, то на эти кровянистыя отдѣленія можно смотрѣть какъ на менструацію, но, на всякій случай, больная была уложена въ постель и назначено: на животъ ледъ, а во внутрь порошки—Stypticini, Hydrastini muriat. и Ergot. Wernichii aa 0,06.

Не смотря на эти мѣры кровотеченіе постепенно усиливалось и 1-го декабря ночью больная была доставлена въ лечебницу при Общинѣ Сестеръ Милосердія Краснаго Креста съ очень сильнымъ кровотеченіемъ, гдѣ мною немедленно было сдѣлано вторично выскабливаніе матки подъ хлороформнымъ наркозомъ при помощи врача Т.—Передъ операціей матка была на столько велика, что ея дно прощупывалось почти на уровнѣ пупка и была очень мягкой консистенціи. Во время выскабливанія мною было удалено много какой-то мягкой, губчатой ткани, похожей на пышно разросшіяся грануляціи. Матка сократилась, ея полость промыта горячимъ физиологическимъ растворомъ соли, впрывснута 1 шприць Брауна t-ra jodi и влагалище затампонировано марлей. На другой день послѣ удаленія тампона кровотеченія нѣтъ, матка величиною съ кулакъ или немного больше.

Такъ какъ у меня закралось подозрѣніе, не имѣемъ-ли мы здѣсь дѣло съ какою нибудь злокачественною опухолью, судя по тѣмъ массамъ, какія были удалены выскабливаніемъ, въ родѣ хоріо-эпителиомы, то черезъ три дня мною были взяты острой петлей частицы ткани

изъ полости матки и посланы на бактериологическую станцію для паталого анатомическаго изслѣдованія. Черезъ нѣсколько дней завѣдующій станціей привезъ мнѣ эти кусочки, говоря, что, такъ какъ они не уплотнялись въ абсолютномъ алкоголѣ, чтобы сдѣлать микротомомъ срѣзы, то онъ рашепилъ и оказалось, что они состоятъ изъ волоконъ ваты, пропитанныхъ фибриномъ крови.

Подобная находка ваты въ полости матки послѣ двухкратнаго основательнаго выскабливанія острой ложечкой, должна была быть объяснена чѣмъ-нибудь, тѣмъ болѣе, что ни я, ни другіе врачи не употребляли при тампонаціяхъ ваты, а поэтому этотъ фактъ былъ сообщенъ ей мужу, который высказалъ мнѣніе, что, быть можетъ, эти маленькіе кусочки ваты были занесены съ промежности наконечникомъ во время спринцеванія его жены акушеркой, такъ какъ онъ видѣлъ, что обоженная горячими спринцеваніями промежность покрывалась ватой. Можно, конечно, съ большей или меньшей степенью вѣроятности, было допустить, что очень небольшой кусочекъ ваты попалъ на конецъ наконечника, былъ глубоко введенъ во влагалище и, такъ какъ шейка матки была открыта, вогнанъ сильною струей воды въ полость матки, но это объясненіе какъ-то не вязалось съ тѣмъ фактомъ, что при обоихъ выскабливаніяхъ слышался повсюду характерный хрустъ подъ ложечкой, а вата не была всетаки удалена ложечкой, а попала только въ маленькую острую петлю.

Для болѣе точнаго діагноза и большей увѣренности, что въ маткѣ нѣтъ больше ваты, 12-го декабря я ех *consilio* съ двумя врачами X. и Ч., подъ хлороформнымъ наркозомъ, расширилъ бужами Гегара шейку матки *ad maximum*, вошелъ пальцемъ въ полость матки, тщательно ощупалъ ее полость, при чемъ ни я, ни товарищи ничего ненормальнаго на нашли, вездѣ встрѣчая подъ пальцемъ гладкую поверхность. Такъ какъ ни микроскопъ, ни ручное изслѣдованіе ничего злокачественнаго не обнаружили, то поднятый мною вопросъ о полномъ влагалищномъ удаленіи матки былъ оставленъ и 18 декабря больная выписалась изъ Общины, Сес. Мил. Краснаго Креста, значительно поправившись. Лично у меня всетаки не было полной увѣренности въ здоровьѣ г. Л., такъ какъ я ничѣмъ не могъ объяснить повторныхъ проливныхъ кровотеченій, мягкости и увеличенія матки, если отрицать хоріо-эпителиому. Въ концѣ декабря я снова былъ приглашенъ къ г-жѣ Л., при чемъ я узналъ, что она чувствовала себя все это время плоховато, хотя въ постель не ложилась, но вчера у ней сдѣлались боли въ животѣ, былъ приглашенъ врачъ Ч., который у ней нашелъ воспаленіе матки, но, послѣ его ухода, боли сдѣлались еще сильнѣе и ей стало гораздо хуже. Мною найдено: видъ больной плохой, довольно часто ее рветъ, зловонныя сукровичныя отдѣленія, сильная болѣзненность живота, который въ нижней своей части значительно увеличенъ, при ощупываніи ясно прощупывается опухоль, доходящая до пупка; при внутреннемъ изслѣдованіи: шейка матки стоитъ высоко по проводной линіи таза, своды тѣсноваты, мало болѣзненны, задній дугласъ свободенъ, тѣло матки переходитъ въ опухоль, какъ-бы составляя одно цѣлое съ ней. Было сдѣлано соответствующее назначеніе и черезъ нѣсколько дней больная почувствовала облегченіе, но у ней при нормальной температурѣ открылось кровохарканіе. При объективномъ изслѣдованіи легкихъ и сердца ничего

ненормального не замѣчается. Эту мокроту я послалъ для изслѣдованія на бактериологическую станцію, не найдется-ли въ ней какихъ-либо клѣтокъ злокачественной опухоли, давшей метастазъ въ легкиихъ, но завѣдующей станціей нашель въ ней только присутствіе палочекъ, похожихъ на бактерію инфлюенцы. Это кровохарканіе черезъ недѣлю прекратилась.

Въ виду того, что опухоль въ животѣ не уменьшалась и больная видимо слабѣла, она снова была помѣщена въ лечебницу при Общ. Сес. Мил. Кр. Креста, гдѣ дня черезъ два послѣ этого у ней начала подыматься температура, доходя по вечерамъ до 40°, а утромъ падая до 37,5, явились потрясающіе ознобы, поты, очень злокачественныя отдѣленія. Ясно, что у нея въ полости живота образовался гнойникъ и былъ созванъ консилиумъ изъ врачей Б., Ч., Х., которые согласились съ моимъ диагнозомъ и, такъ какъ опредѣлялась глубокая флюктуация въ лѣвой нижней половинѣ живота, то было сдѣлано нѣсколько пробныхъ проколовъ шприцемъ Праватца, но гноя нигдѣ не удалось добыть, а только кровь съ небольшою примѣсью гнойныхъ тѣлецъ. Было, наконецъ, рѣшено удалить матку черезъ влагалище и этимъ путемъ дойти до нарыва, давъ широкій выходъ гною.

12-го февраля 1908 г. я, при помощи д-ра Ч. и хлороформировающаго врача Л., приступилъ къ операціи, при чемъ сразу было видно, что будетъ невозможно экстирпировать матку цѣликомъ, такъ какъ она стояла въ тазу очень высоко и была совершенно неподвижна, какъ бы запаяна экссудатомъ, но я рѣшилъ всетаки сдѣлать попытку дойти до гнойника черезъ передній сводъ. Начавъ операцію съ выскабливанія матки, я удалилъ опять массу губчатой ткани, почти съ глубокую тарелку, которая была похожа на цвѣтную капусту и очень зловонная. Во время осторожнаго выскабливанія я замѣтилъ, что ложка проникаетъ въ перфорационное отверстіе въ правомъ рогѣ матки, изъ котораго тоже выскабливаются такія-же массы. Во избѣжаніе поврежденія кишечника я не рѣшился ввести глубоко ложки въ это отверстіе, матки не промывалъ и легко тампонировалъ полоской іодоформенной марли. Затѣмъ, вскрывъ ложею передній сводъ, я началъ пальцемъ отдѣлывать пузырь, при чемъ оказалось, что на уровнѣ внутренняго зѣва матки встрѣтились такія-же разрошенія, какія были выскабливаемы изъ матки, и которыя, повидимому, обростали пузырь и дно матки. Такъ какъ начиналось порядочное кровотеченіе изъ этихъ разрошеній и боясь перфорировать пузырь, я прекратилъ операцію, предложивъ убѣдиться д-ру Ч. въ бесполезности операціи, который, изслѣдуя пальцемъ эти массы и желая добраться до гнойника, дѣйствительно перфорировалъ пузырь, изъ котораго вытекла моча. Въ виду усиливавшагося кровотечения и большой слабости, я затампонировалъ марлей разрѣвъ въ переднемъ сводѣ и влагалище, а въ пузырь былъ введенъ катетеръ.

Больная скоро оправилась, дня черезъ три моча прекратила выдѣляться черезъ влагалище, такъ какъ, повидимому, перфорационное отверстіе въ пузырь закрылось разрошеніями, у больной явился сильный аппетитъ. Т° нормальна, боли сдѣлались очень незначительными, но опухоль въ животѣ немного еще увеличилась. Тампоны больше не вкладывались, а только три раза въ день дѣлались дезинфицирующія спринцеванія.

Не смотря на хорошій аппетитъ, больная постепенно слабѣла, такъ что всѣ врачи оставили всякую мысль объ операциі, не соглашаясь со мною сдѣлать вскрытіе гнойника черезъ животь.

Подъ давленіемъ настойчивыхъ просьбъ ея мужа, который просилъ меня еще разъ сдѣлать послѣднюю попытку спасти его жену, и, согласно мнѣнію консультирующихъ врачей Л., Т. и П., что больная перенесетъ наркозъ, я назначилъ операцию на 27 февр. Во время приготовленія къ операциі сестра мил., ухаживающая за больной заявила намъ, что у ней изъ влагалища выпалъ какой-то кусокъ. Этотъ кусокъ оказался кускомъ ваты, пропитанный гноемъ и разложившейся кровью, величиною, въ плавающимъ въ мочѣ видѣ съ ладонь.

Такъ какъ полость матки была во время операциі пуста, то можно было сдѣлать предположеніе, что вата со времени родовъ находилась сперва въ маткѣ, а потомъ, сдѣлавъ пролежень и проникнувъ черезъ стѣнку матки въ полость живота, гдѣ дала осумкованное гнойное воспаленіе брюшины, вышла черезъ разрѣзъ въ переднемъ сводѣ.

Я рѣшилъ обождать съ операцией, надѣясь, что разъ причина болѣзни устранена, то и больная можетъ оправиться, если, конечно, тамъ еще не осталось ваты и будетъ свободный выходъ гною.

Такъ какъ эта надежда не оправдалась, съ каждымъ днемъ больная слабѣла и улучшенія не наступало, то, по настоянію ея мужа, я приступилъ къ операциі при помощи тѣхъ же трехъ товарищей, которые видѣли эту злополучную вату.—Сдѣлавъ разрѣзъ по бѣлой линіи живота и вскрывъ утолщенную брюшину сперва небольшимъ разрѣзомъ, я въ первый моментъ подумалъ, что вскрылъ приросшую кишку, такъ какъ изъ разрѣза брызнула весьма зловонная жидкость съ газами, черноватаго цвѣта и съ каловымъ запахомъ, но, когда расширилъ разрѣзъ и удалилъ салфетками жидкость, то получилась слѣдующая картина: отъ пупка всю нижнюю часть живота и большой тазъ занималъ гнойникъ, имѣющій толстую капсулу изъ такихъ-же массъ, какія выскабывались изъ матки, толщиною болѣе $\frac{1}{2}$ вершка, на стѣнкахъ черноватые гангренозные клочья сальника, кишекъ не видно, такъ какъ они прижаты капсулой къ позвоночнику, виднѣется дно матки въ крестцовой впадинѣ, покрытое тѣми-же разроженіями, и въ правомъ рогѣ матки отверстіе, черезъ которое проникаютъ тѣ-же ворсистыя массы. Быстро освободивъ матку отъ сросшей и подтянувъ ее щипцами къ брюшному разрѣзу, отсепаровавъ брюшину передняго свода, я перевязалъ широкія связки и удалилъ матку. Всю полость тампониравалъ, выведя концы тампоновъ черезъ влагалище и нижній край брюшного разрѣза, который былъ зашитъ обычнымъ трехъэтажнымъ швомъ и наложена повязка. Больная скоро очнулась отъ наркоза, но при постепенномъ паденіи сердечной дѣятельности черезъ одинъ часъ умерла. Вскрытія не было.

Исторія моей больной съ внѣшней стороны очень похожа на исторію больной, демонстрированной д-ромъ В. П. Федоровымъ съ хоріо-эпителиомой въ засѣданіи 22 ноября 1907 г. въ Акушерско-Гинекол. Обществѣ въ С.-Петербургѣ (Томъ XXII, Мартъ, 1908 г. Журналъ Акуш. и женскихъ болѣзней), но у больной д-ра Федорова была хоріо-эпителиома, а у моей—похожую картину далъ какимъ-то образомъ попавшій въ матку кусокъ ваты. Есть предположеніе,

что у больной послѣ родовъ, вслѣдствіе атоніи матки, было кровотеченіе и повитуха съ цѣлью остановить кровотеченіе ввела ей кусокъ ваты во влагалище, которая проникла въ матку, а потомъ эта повитуха, испугавшись подобной случайности, тайкомъ ушла отъ родильницы, никому не сказавъ объ этомъ, боясь отвѣтственности.

Этотъ случай попалъ на страницы мѣстной печати и поэтому былъ обсуждаемъ въ мѣстномъ обществѣ врачей, причемъ одинъ изъ товарищей, недавно возвратившійся изъ заграницы, рассказалъ намъ подобный случай, видѣнный имъ въ Вѣнской клиникѣ профес. Хробака, который удалилъ атку у одной больной по поводу небольшой фибромы въ лѣвомъ рогѣ матки, но, когда онъ послѣ операциі разрѣзалъ эту опухоль, то оказалось, что она заключала ватный тампонъ, совершенно вросшій въ стѣнку матки и готовый было прорваться въ полость живота. Больная проф. Хробака выздоровѣла.

Я былъ-бы очень признателенъ, если-бы кто-нибудь изъ товарищей отвѣтилъ-бы мнѣ на слѣдующіе вопросы: 1) можетъ-ли инородное тѣло (въ данномъ случаѣ кусокъ гигроскопической ваты) дать на слизистой матки и серозной оболочки брюха разрощенія, похожія на грануляціонную ткань толщиной отъ 2 до 3 см., или сюда еще присоединилась злокачественная опухоль; 2) могла-ли вата столько времени ничѣмъ себя не проявлять (болѣе мѣсяца), а затѣмъ дать такую картину; 3) путешествіе этого куска ваты и откуда она выпала наружу, т. е., изъ матки, или черезъ передній сводъ, послѣ оставшагося незащитымъ разрѣза, какъ здѣсь утверждали многіе товарищи, не смотря на то, что при лапоротоміи мнѣ пришлось вскрывать брюшину передняго и задняго сводовъ.

VII.

Поперечный разрѣзъ Pfannenstiel'я.

Ольга ТРАВША.

Ассистентъ хирургическаго отдѣленія Екатеринодарской Городской Больницы.

Уже давно хирурги, особенно тѣ изъ нихъ, которые имѣли возможность видѣть своихъ больныхъ въ болѣе или менѣе отдаленные сроки послѣ операций, стали обращать вниманіе на частоту появленія послѣоперационныхъ грыжъ при лапоротоміяхъ.

Грыжи эти, начиная съ самой незначительной величины, достигали иногда размѣровъ настоящихъ эвентераций. Къ числу условій, имѣющихъ значеніе при возникновеніи грыжъ, относили:

- 1) способъ зашиванія брюшной раны,
- 2) характеръ самага зашиванія,
- 3) направленіе и мѣсто разрѣза,
- 4) различіе въ матеріалахъ для шва,
- 5) послѣоперационное теченіе (кашель, рвота),
- 6) уходъ (раннее вставаніе, ношеніе брюшнаго бандажа) и
- 7) мѣстное предрасположеніе къ образованію грыжи.

Статистическія изслѣдованія показали, что при разрѣзѣ по бѣлой линіи если наступаетъ нагноеніе, процентное отношеніе грыжъ ужа-сающе велико; такъ по статистикѣ Аbel'я (Лейпцигъ за 5 лѣтъ) при нагноеніяхъ брюшной раны, идущихъ вплоть до фасціи, процентъ грыжъ равняется 81, при поверхностномъ нагноеніи—45, а при сроченіи per primam 6%.

Въ данномъ краткомъ сообщеніи мы будемъ говорить только объ одной сторонѣ дѣла—о направленіи и мѣстѣ разрѣза брюшной стѣнки.

Всѣ стремленія къ лучшему направленію разрѣза сводятся къ тому, чтобы придать фасціальному рубцу мышечное подкрѣпленіе, при-томъ такими мышцами, нервы, которыхъ не повреждены. Nowitz, Abel, Fritsch, Bansaу пробовали дѣлать разрѣзъ по срединѣ вла-галища прямой мышцы, чтобы проникнуть въ брюшную полость сквозь мышечныя волокна m. recti; но Assmy доказалъ, что при этомъ пе-рерѣзаются нервы, снабжающіе медиальную часть прямой мышцы, вслѣдствіе чего наступаетъ атрофія волоконъ этой мышцы.

Разрѣзъ Lennander'a, который не разсѣкаетъ прямую мышцу, а только отводитъ ее въ сторону и проникаетъ въ брюхо черезъ заднее влагалище ея, неудобенъ тѣмъ, что затрудняется оперированіе въ противоположной сторонѣ подчревной области.

Lang доказалъ, что всѣ продольные разрѣзы, веденные сбоку отъ средней линіи и до извѣстной степени также разрѣзъ по средин-ной линіи имѣетъ наклонность зиять при непервичномъ слипаніи т. к. эти разрѣзы не соотвѣтствуютъ направленію волоконъ cutis. Гораздо болѣе благопріятны въ этомъ отношеніи тѣ разрѣзы, которые идутъ поперекъ надъ симфизомъ; раневые края гѣ въполнѣ прилегаютъ здѣсь другъ къ другу даже при отсутствіи первичнаго сроченія. Кохеръ говоритъ, что, принимая во вниманіе ходъ нервовъ, надо признать дѣйствительно разумными только поперечные или поперечно-косвен-ные разрѣзы, проходящіе по ходу нервныхъ стволовъ.

Уже лѣтъ пятнадцать назадъ Kehrer при большой грыжѣ брюшныхъ покрововъ примѣнилъ поперечный разрѣзъ съ хорошимъ успѣхомъ.

Затѣмъ на съѣздѣ гинекологовъ въ Женевѣ въ 1896 году два хирурга заговорили о поперечномъ разрѣзѣ: Kapin примѣнялъ его уже 2 года, называя „эстетическимъ разрѣзомъ“; Кюстнеръ при-мѣнилъ его впервые за три недѣли до съѣзда. Оба они дѣлаютъ немного дугообразный разрѣзъ кожи надъ симфизомъ, фасцію же и брюшину разсѣкаютъ въ продольномъ направленіи. Дальнѣйшее усо-вершенствованіе этого разрѣза представляетъ такъ называемый попе-речный фасціальный разрѣзъ Pfannenstiel'я, который онъ впервые опубликовалъ въ 1900 году.

Технику своего разрѣза Pfannenstiel описываетъ слѣдую-щимъ образомъ: кожа, подкожный жирный слой и фасція раздѣля-ются поперечнымъ разрѣзомъ длиною въ 10—20 сант. приблизительно на 4 сант. надъ симфизомъ; иногда разрѣзъ дугообразно удлиняется кверху. Затѣмъ фасція кверху и книзу отсекается отъ прямыхъ мускуловъ; захватывается пинцетомъ брюшина и въ ней дѣлается окно, которое расширяется кверху и книзу.

При Тренделенбургскомъ положеніи оперируемой (Pfannen- stiel примѣняетъ свой разрѣзъ при гинекологическихъ операціяхъ)

кишки отходятъ кверху и вся полость малаго таза становится хорошо доступной оператору.

Зашиваетъ Pfannenstiel такъ: брюшину и recti непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ, кожу и фасцію восьмиобразнымъ, узловатымъ швомъ изъ silkworm'a. Преимущество своего разръза передъ продольнымъ Pfannenstiel видитъ прежде всего въ предупрежденіи образованія грыжъ, что объясняется какъ указанными уже анатомическими отношеніями, такъ и тѣмъ, что фасція и мышцы разъединяются въ различныхъ направленіяхъ; кромѣ того при поперечномъ разръзѣ всякое сокращеніе брюшного пресса содѣйствуетъ сближенію краевъ фасціи, въ чемъ легко убѣдиться, наблюдая рвотныя движенія больной подлѣ конца операциі, когда сшиваются края фасціи. Въ противоположность поперечному разръзу, при продольномъ срединномъ разръзѣ при всякомъ дѣйствіи брюшного пресса свѣжіи рубецъ фасціи сильно напрягается. Благодаря этому и къ обычной своей работѣ больныя скорѣе могутъ вернуться при поперечныхъ разръзахъ, чѣмъ при продольныхъ.

Второе важное преимущество разръза Pfannenstiel'я это меньшая опасность его для жизни, что объясняется главнымъ образомъ тѣмъ, что кишки очень мало приходятъ въ соприкосновеніе съ внѣшней средой и съ руками оператора.

Эстетическія достоинства поперечнаго рубца, не имѣющаго наклонности ни къ пигментациі, ни къ мозолистымъ утолщеніямъ, которыя такъ часто обезображиваютъ продольные рубцы, Pfannenstiel ставитъ на второмъ планѣ. Преимущество поперечнаго разръза передъ colposcrototomіей, по мнѣнію Pfannenstiel'я, то, что операционное поле лучше доступно зрѣнію и не получается болѣзненныхъ рубцовъ въ вагинѣ. Свои выводы Pfannenstiel подтверждаетъ слѣдующими статистическими данными: 50—60% всѣхъ лапаротомій онъ теперь оперируетъ съ поперечнымъ разръзомъ. На 207 случаевъ онъ имѣлъ 3 смерти (2 отъ перитонита, одна отъ эмболии), и ни одной послѣоперационной грыжи.

Обращаясь къ другимъ авторамъ, примѣнявшимъ разръзъ Pfannenstiel'я мы видимъ слѣдующіе результаты:

Krönig на 127 случаевъ видѣлъ 4 грыжи, при томъ изъ нихъ въ 2-хъ случаяхъ заживленіе было съ нагноеніемъ при чемъ одна больная оперирована была два раза—первый разъ съ продольнымъ разръзомъ. Онъ охотно дѣлаетъ разръзъ нѣсколько дугообразно, что даетъ больше простора. Онъ обращаетъ особенное вниманіе на тщательную асептику, т. к. при поперечномъ разръзѣ иногда образуются маленькія гематомы, легко нагнаивающіяся. Во избѣжаніе гематомъ онъ часто вкладываетъ небольшія дренажныя трубки въ углы раны.

Döderlein получилъ весьма благопріятные результаты на 150 случаяхъ.

Menge, въ противоположность Кюстнеру, никогда не дренируетъ раны, ограничиваясь самой строгой сухой асептикой и тщательной перевязкой мельчайшихъ сосудовъ. Онъ немного измѣняетъ технику Pfannenstiel'я, тѣмъ что проводитъ разръзъ по самой волосистой части кожи, что позволяетъ маскировать рубецъ и не вредитъ заживленію. Онъ особенно подчеркиваетъ эстетическія достоинства метода, примѣннаго имъ въ 62 случаяхъ съ прекрасными результатами.

М. Chavanaz (изъ Бордо) опубликовалъ 31 случай, оперированный съ разръзомъ Pfannenstiela. Онъ дѣлаетъ этотъ разръзъ очень небольшимъ, maximum 8 сант. Результаты, съ точки зрѣнія прочности рубца и эстетичности его, онъ находитъ прекрасными.

Beuttner (Женева) опубликовалъ 5 случаевъ, оперированныхъ по Pfannenstiela, съ хорошими результатами.

Въ русской литературѣ намъ удалось найти очень немного сообщеній по интересующему насъ вопросу. Д-ръ Доббертъ изъ Петербурга въ 1904 году опубликовалъ 7 случаевъ примѣненія разръза Pfannenstiela съ хорошими результатами.

На второмъ съѣздѣ россійскихъ гинекологовъ д-ръ Гиммельфарбъ изъ Одесской городской больницы сдѣлалъ докладъ о семидесяти чревосѣченіяхъ по способу Pfannenstiela. Всѣ случаи его окончились выздоровленіемъ, при чемъ 69 per primam.

Затѣмъ 21 февраля этого года въ засѣданіи Петербургскаго гинекологическаго общества проф. Феноменовъ выступилъ съ рѣчью на тему о разръзѣ Pfannenstiela. Нашъ уважаемый профессоръ оперировалъ по этому способу 23 раза и пришелъ къ заключенію, что „методъ поперечнаго разръза по Pfannenstiela, построенный на твердыхъ анатомическихъ основахъ, технически не трудно выполнимый и давшій уже блестящіе результаты въ цѣлой серіи случаевъ у постели больныхъ, составляетъ цѣнное приобрѣтеніе въ практикѣ чревосѣченій и не можетъ не остановить на себѣ вниманія гинекологовъ-хирурговъ“. Опытъ его примѣненія въ широкихъ размѣрахъ кажется профессору Феноменову очень желательнымъ.

Такой опытъ мы и сдѣлали въ Екатеринодарской Городской Больницѣ, начавши его, между прочимъ, раньше, чѣмъ появилась въ печати рѣчь проф. Феноменова.

Въ первый разъ мой уважаемый учитель докторъ Платоновъ примѣнилъ поперечный разръзъ по Pfannenstiela 27 августа 1907 года при двухстороннемъ пораженіи придатковъ. Больная выписалась на 16-ый день. Всего мною собрано 63 случая примѣненія поперечнаго разръза по Pfannenstiela. Всѣ больныя оперированы въ Екатеринодарской Городской Больницѣ въ періодъ времени съ августа 1907 года по декабрь 1908 года включительно; громадное большинство больныхъ оперировано ординаторомъ хирургическаго отдѣленія д-ромъ Платоновымъ, нѣсколько—ассистентомъ отдѣленія д-ромъ Мухиной-Функъ.

Мы дѣлаемъ обыкновенно слегка дугообразный разръзъ около 10 сант. длиною, проводимый по краю волосистой части кожи. Затѣмъ фасція разръзывается поперечно и отсекается немного отъ прямыхъ мышцъ. Мы не отсекаемъ фасціи далеко, чѣмъ избѣгаемъ образованія мертвыхъ пространствъ, на которыя жалуются нѣкоторые авторы.

Зашиваемъ послыно: брюшину—шелкомъ, кетгутомъ или оленьими жилами, затѣмъ однимъ—двумя швами схватываемъ мышцы и отдѣльно накладываемъ шовъ на фасцію. Кожу обыкновенно закрываемъ кнопками Michela. Тампоны оставляемъ въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ и по возможности небольшіе. Сверху накладываемъ обыкновенную стерилизованную сухую повязку. Кнопки сни

маемъ на 7-ой—10-ый день, встають больныя на 11-ый—12-ый день и выписываются изъ больницы при нормальномъ теченіи приблизительно черезъ двѣ недѣли послѣ операциі. Раздѣляя больныхъ по роду ихъ заболѣваній, мы получимъ:

1) Удаленіе придатковъ по поводу воспалительныхъ измѣненій ихъ и небольшихъ кистомъ яичника 42 случая.

2) Pyosalpinx'ы и сальпингоофориты съ острыми воспалительными явлениями въ полости малаго таза (pelveo-cellulit'ы) 10 случаевъ, изъ нихъ 2 со смертельнымъ исходомъ.

3) Удаленіе придатковъ и appendix'a 4 случая.

4) Фиксированіе матки вслѣдствіе неправильнаго положенія ея 7 случаевъ.

5) Внѣматочная беременность 2 случая.

6) Удаленіе средней величины фиброміомъ матки 2 случая.

7) Большія кисты яичника—2 случая. Изъ нихъ въ одномъ киста была удалена цѣликомъ, въ другомъ стѣнки ея были сращены съ кишками и потому оставлены на мѣстѣ, только выпущено проколомъ жидкое содержимое кисты.

8) Удаленіе матки по поводу фибрознаго перерожденія ея—2 случая.

9) Удаленіе матки по поводу карциноматознаго перерожденія ея—1 случай.

Отдѣльно стоитъ случай съ больной Александрой Ш-ой, которая была оперирована по поводу пузырно-кишечной фистулы. При помощи поперечнаго разръза кишка была отдѣлена отъ пузыря, брюшина отсепарована и брюшная полость при помощи ея изолирована отъ тазовой.

На 73 случая мы получили 2 exitus'a при явленіяхъ перитонита.

Въ первомъ случаѣ было гнойное воспаленіе придатковъ съ большимъ гнойникомъ въ полости малаго таза около лѣваго ovarium'a.

Вскорѣ послѣ операциі обнаружилась явленія перитонита. На 3-ій день вскрытъ задній сводъ, на 5-ый день больная погибла.

Во второмъ случаѣ былъ острый воспалительный процессъ въ маломъ тазу, захватившій придатки обѣихъ сторонъ и окружающую брюшину. Придатки были сращены съ кишками. Рана дала сильное нагноеніе и края ея вскорѣ разошлись. На 19-ый день послѣ операциі былъ данъ второй выходъ гною, вскрытіемъ задняго свода, но несмотря на это больная погибла еще черезъ 6 дней при явленіяхъ гнойнаго pelveoperitonit'a.

Интересны исторіи болѣзни трехъ больныхъ, Д-ъ, Л-о и Б-ой которыя приведу вкратцѣ.

Анна Д. 25 лѣтъ 26-го Октября 1907 года оперирована по поводу гнойнаго процесса въ маломъ тазу; широкимъ разръзомъ задняго свода данъ выходъ гною. 16 ноября той же больной произведена лапаротомія: разръзъ P f a n n e n s t i e l'я. Обнаружены рѣзкія воспалительныя измѣненія въ лѣвыхъ придаткахъ и въ правой трубѣ; они удалены; правый яичникъ, какъ сохранившій еще часть нормальной ткани, только резецированъ. 14-го января 1908 года больная подверглась вторичной лапаротоміи; разръзъ по linea alba; удалены остатки праваго яичника. 21 марта больная вернулась со свищомъ на рубцѣ. Свищъ вычищенъ,

удалено три лигатуры (шелкъ). Выписалась 10 апрѣля здоровой. Черезъ два мѣсяца послѣ выписки замѣтила образованіе грыжевой опухоли по продольному рубцу. 26 сентября вновь поступила въ больницу; края прямыхъ мышцъ разошлись по всему протяженію продольнаго рубца. Поперечный рубецъ раздвоенъ на мѣстѣ его перекрещиванія съ продольнымъ; обѣ части срослены плотно. 29 сентября грыжевое отверстіе зашито и 25-го октября больная выписалась здоровой.

Елена Л-о 38 лѣтъ оперирована 6-го апрѣля 1908 года по поводу фиброміомы матки; разрѣзь Pfan nenstie l'я. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи появились признаки внутренняго кровотечения. Больная взята въ операціонную; полость живота вскрыта по linea alba, кровотеченіе остановлено; тампонъ по Микулічу. Послѣопераціонный періодъ не гладкій, съ нагноеніемъ и лихорадкой. Больная выписалась 26 мая для амбулаторнаго леченія. Въ сентябрѣ вернулась въ больницу. Въ нижней части продольнаго рубца гесті разошлись, пропускаютъ 3 пальца. 9-го сентября грыжевое отверстіе зашито; въ началѣ октября больная выписалась здоровой.

Екатерина Б-а 27 лѣтъ. 4-го января 1908 года laparotomia; поперечный разрѣзь; удаленъ правый и резецированъ лѣвый яичникъ. 3-го октября сдѣлана вторичная лапаротомія для удаленія остатка яичника. Разрѣзь проведенъ по старому рубцу, который оказался плотно сросшимся. Гладкое заживленіе. 21-го октября выписалась здоровой.

Такимъ образомъ мы видимъ, что грыжъ при чистыхъ поперечныхъ разрѣзахъ не было ни одной.

Средняя продолжительность операціи, считая отъ самаго момента операціи, около 28 минутъ.

Большинство больныхъ городскія жительницы и изъ подлѣ наблюденія не ускользаютъ, являясь къ больничнымъ врачамъ за совѣтомъ по тѣмъ или другимъ причинамъ. Принимая во вниманіе и то, какъ сравнительно часто приходится оперировать послѣопераціонныя грыжи по linea alba, можно думать, что отсутствіе больныхъ съ грыжами послѣ поперечнаго разрѣза не случайное явленіе, а объясняется вышеприведенными преимуществами этого разрѣза.

Это побуждетъ насъ и дальше примѣнять разрѣзь Pfan nenstie l'я въ не менѣе, если не болѣе широкихъ размѣрахъ, чѣмъ досихъ поръ.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

*Труды второго Съезда Общества Россійскихъ Акушеровъ и Гинекологовъ.**) Москва 28—30 декабря 1907 года. Подъ редакціей прив.-доц. А. М. Новикова и ассистента Московской Акуш. Клиники П. А. Унтилова. Москва. 1908.

Второй Съездъ Общества Россійскихъ Акушеровъ и Гинекологовъ былъ созванъ въ декабрѣ 1907 г., приче́мъ объ открытіи его было опубликовано поздно. Это обстоятельство, въ связи съ суровой зимой, не могло не отразиться на числѣ участниковъ Съезда, которыхъ было всего 193, тогда какъ на I-мъ Съездѣ въ Петербургѣ въ 1903 г. ихъ было 303. Представители многихъ акушерско-гинекологическихъ кафедръ (С.-Петербурга, Одессы, Харькова, Юрьева, Варшавы, Томска) отсутствовали. Съездъ имѣлъ 6 научныхъ засѣданій, на которыхъ былъ сдѣланъ 31 докладъ. 14 изъ заявленныхъ докладовъ остались непрочитанными за неприбытіемъ или отказомъ докладчиковъ. Програмными вопросами были: по гинекологіи 1) раннее вставаніе послѣ большихъ гинекологическихъ операций и 2) боли при гинекологическихъ заболѣваніяхъ; по акушерству 1) пубіотомія, 2) приращеніе послѣда.

Первому программному вопросу по гинекологіи было посвящено два доклада — д-ра Казанскаго и д-ра Холодковскаго. На основаніи наблюденій надъ 40 больными, преимущественно изъ Московской Гинекологической клиники, у которыхъ былъ примѣненъ методъ ранняго вставанія (30 были оперированы *per coeliotomiam abdomin.* и 10 *per colpo-coeliotomiam*) д-ръ Казанскій приходитъ къ заключенію, что раннее вставаніе послѣ большихъ гинекологическихъ операций не замедляетъ и не ухудшаетъ заживленія раны; оно предохраняетъ больныхъ отъ гипостазовъ легкихъ, пролежней, вялости кишечника, длительныхъ формъ циститовъ и скопленій экссудатовъ въ тазовой полости и тѣмъ устраняетъ возможность цѣлаго ряда тяжелыхъ осложнений. Раннее вставаніе, улучшая аппетитъ, сонъ и самочувствіе, вызываетъ быстрое возстановленіе силъ больныхъ, но допустимо оно лишь при условіи тщательнаго зашиванія брюшной раны и выполняющей свое назначеніе повязкѣ. Противопоказаніемъ къ раннему вставанію служатъ: обширныя нагноенія въ брюшной стѣнкѣ и полости таза, высокая температура, частый пульсъ, явленія раздраженія брюшины и въ особенности симптомы появившагося тромбоза сосудовъ.

*) По независящимъ отъ Редакціи обстоятельствамъ отчетъ о трудахъ 2-го Съезда Россійскихъ Акушеровъ и Гинекологовъ появился съ большимъ запозданіемъ.

Д-ръ Холодковскій (Воронежъ) рассматриваетъ вліяніе ранняго вставанія главнымъ образомъ со стороны заживленія брюшной раны и послѣдующаго образования грыжъ на мѣстѣ рубца. Онъ приводитъ довольно подробно 10 случаевъ чревостѣченій (8 абдоминальныхъ и 2 вагинальныхъ), гдѣ онъ примѣнилъ раннее вставаніе. Оперированныя находятся у него подъ наблюденіемъ больше года. На основаніи своего опыта д-ръ Холодковскій полагаетъ, что время измѣненія режима больныхъ въ послѣоперационномъ періодѣ, повидимому, наступаетъ; послѣоперационный періодъ можетъ протекать благоприятно внѣ покойнаго положенія больной; раннее вставаніе можетъ не нарушать правильности заживленія брюшной раны.

Въ послѣдовавшихъ за докладами преніяхъ многіе отмѣтили отсутствіе вредныхъ послѣдствій отъ ранняго вставанія, но высказались за осторожность при примѣненіи его и строгую индивидуализацію случаевъ. Въ виду новизны дѣла и возможности нареканія на хирурга Съѣздъ, по предложенію проф. Отта, постановилъ: «съ судебно-медицинской точки зрѣнія раннее вставаніе слѣдуетъ считать за научно-обоснованную систему ухода за оперированными».

Тема 2-го програмнаго вопроса была разработана въ докладѣ д-ра Н. З. Иванова (Москва) «о боляхъ внизу живота и въ поясницѣ, не исходящихъ непосредственно отъ заболѣваній въ женскихъ половыхъ органахъ и относящихся къ нервнымъ стволамъ и сплетеніямъ». Разсмотрѣвъ предварительно понятіе вообще о боляхъ по отношенію къ гинекологіи, авторъ на основаніи личныхъ 11-лѣтнихъ систематическихъ наблюденій приходитъ въ выводъ, что боли, исходящія отъ поясничныхъ и тазовыхъ нервныхъ стволовъ, бывають какъ при отсутствіи болѣзненныхъ измѣненій въ половыхъ органахъ, такъ и при ихъ наличности; имъ сопутствуютъ всегда явленія неврастеніи и малокровія; признаки истеріи при этомъ наблюдаются гораздо рѣже. Подобныя «нервныя» боли происходятъ часто подъ вліяніемъ истощенія на почвѣ родовъ, особенно часто у женщинъ, по долгу кормящихъ и имѣющихъ нерѣдко при этомъ *superinvolutio uteri*. Также возникаютъ подобнаго рода боли послѣ тяжелыхъ, связанныхъ съ хлороформированіемъ и потерю крови операций, подъ вліяніемъ половыхъ излишествъ или, наоборотъ, изрѣдка подъ вліяніемъ трудно переносимаго воздержанія отъ *coitus* и другихъ причинъ. Распознаваніе подобнаго рода болей устанавливается въ томъ случаѣ, если при нажиманіи чрезъ брюшныя стѣнки на боковыя стороны тѣла V-го поясничнаго позвонка, особенно лѣвой его стороны (*plexus hypogastr. superior*), а также при нажиманіи чрезъ влагалище на крестецъ вблизи внутреннихъ крестцовыхъ дыръ — появляется сильная острая боль, отличная отъ боли, исходящей изъ воспалительныхъ очаговъ въ половыхъ органахъ. При совокупности болей отъ воспаления внутреннихъ половыхъ органовъ и болей неврастеническаго происхожденія послѣднія при успѣхѣ леченія часто лишь улучшаются, но совсѣмъ онѣ обыкновенно не проходятъ и требуютъ для своего полнаго излеченія добавочнаго лѣченія, специально направленнаго противъ неврастеніи, которому онѣ прекрасно уступаютъ. Поэтому паллиативнымъ леченіемъ ихъ является назначеніе препаратовъ брома, точечное прижиганіе кожи нижней половины спины вдоль позвоночника. Радикальное леченіе этихъ болей состоитъ въ устраненіи причинъ, вызывающихъ истоще-

ніе и неврастенію, въ обычномъ леченіи неврастеніи, въ общемъ укрѣпляющемъ леченіи и назначеніи препаратовъ железа, въ леченіи заболѣваній въ половой сферѣ.

Въ дополненіе къ этому докладу проф. Снегиревъ сдѣлалъ сообщеніе «Подкожныя соляныя вливанія, какъ болеутоляющее средство при плеторическихъ и воспалительныхъ боляхъ женскихъ половыхъ органовъ», въ которомъ отмѣтилъ чрезвычайно благоприятное вліяніе этого способа и познакомилъ съ техникой его.

Первому программному вопросу по акушерству—пубіотоміи—было посвящено также 2 доклада: д-ра Ильина (С. - Петербургъ) «О заживленіи костной раны послѣ пубіотоміи» и д-ра Прозоровскаго (Москва) «Объ измѣненіяхъ таза при пубіотоміи». Д-ръ Ильинъ, отмѣтивъ колебанія въ возрѣніяхъ на способъ заживленія костной раны послѣ пубіотоміи, показалъ рентгеновскіе снимки съ тазовъ 4-хъ пубіотомированныхъ, которые подтверждаютъ тотъ взглядъ, что костная рана послѣ пубіотоміи заживаетъ по 3-мъ способамъ (образованіе костнаго почти линейнаго рубца, заживленіе смѣшаннаго типа и заживленіе чисто соединительнотканнаго характера), и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: послѣ пубіотоміи слѣдуетъ стремиться къ костному сращенію отрѣзковъ; костное сращеніе достигается лучше всего при покойномъ положеніи въ кровати и наложеніи на первыя 2 недѣли пояса на тазъ; костное сращеніе не даетъ остающагося тазорасширенія, но зато не нарушаетъ крѣпости таза и не ослабляетъ работоспособности и хожденія больныхъ, что такъ важно особенно для лицъ, занимающихся физическимъ трудомъ; соединительно-тканый рубецъ не даетъ обыкновенно замѣтнаго тазорасширенія, которое можетъ вліять на будущіе роды, и сопровождается часто явлениями, ослабляющими трудоспособность и хожденіе, и грозитъ въ будущемъ тяжелыми осложнениями.

Д-ръ Прозоровскій произвелъ изслѣдованія на 9 тазахъ женщинъ, умершихъ спустя отъ нѣсколькихъ часовъ до 3 сутокъ послѣ родовъ отъ разныхъ причинъ, и на 1 тазѣ нерожавшей женщины. Изслѣдованія производились въ условіяхъ, близкихъ къ естественнымъ, т. е. съ сохраненными всѣми мягкими тканями и газовыми органами. Онъ нашелъ, что тазы вообще расширяются одинаково при подкожной и открытой пубіотоміи, но отдѣльныя части таза расширяются неодинаково: болѣе всего увеличивается окружность входа и общая емкость таза, затѣмъ довольно значительно—выходъ въ поперечномъ размѣрѣ. Conjug. vera увеличивается при расхожденіи лонныхъ костей на 4—5 сант. (большаго расхожденія слѣдуетъ избѣгать изъ за риска серьезныхъ поврежденій) отъ 1,0—1,5—2,0 снт. Наибольшее увеличеніе conjug. ver. получается при плоскомъ тазѣ, нѣсколько меньше оно при общесъуженномъ тазѣ и менѣе всего (1,0—1,5 снт.) при нормальномъ. На основаніи своихъ изслѣдованій д-ръ Прозоровскій дѣлаетъ слѣдующіе практическіе выводы: пубіотомія можетъ быть произведена съ успѣхомъ и съ увѣренностью получить живой плодъ при суженіяхъ не ниже 8 снт. соп. v. для общесъуженнаго и общесъуженнаго плоскаго тазовъ и не ниже 7,5—для плоскаго. Пубіотомія, кромѣ суженій входа, показана также при тазахъ съ суженнымъ выходомъ; нижней границей является поперечный размѣръ выхода въ 7 снт. при нормальномъ

входѣ. Окончаніе родовъ послѣ пубіотоміи слѣдуетъ предоставить силамъ природы, прибѣгая къ щипцамъ или повороту при особыхъ показаніяхъ. При суженіяхъ выхода во время прорѣзыванія головки необходимо притянуть разведенныя бедра къ животу. Въ наложеніи на тазъ стягивающихъ повязокъ или аппаратовъ нѣтъ необходимости; для спокойствія оперированныхъ и предохраненія ихъ отъ излишнихъ движеній достаточно помѣщать ихъ тазъ между 2-мя мѣшками съ пескомъ. Нѣтъ необходимости запрещать оперированнымъ производить вскорѣ послѣ операциі активныя или пассивныя движенія ногами: онѣ только должны совершаться симметрично обѣими ногами. Поворачивать оперированныхъ на бокъ можно начинать со 2—3 дня.

Д-ръ Холмогоровъ (Москва) сдѣлалъ частный докладъ „Терапія при узкомъ тазѣ“ (напечатанъ въ Жур. Ак. и Ж. болѣз. 1908 г., стр. 181, 527).

Второй программный вопросъ — приращеніе послѣда — рассмотрѣнъ въ докладѣ д-ра Колосова (Москва). На основаніи случаевъ изъ практики и изученія литературы и, въ особенности, препарата приращенія послѣда *in situ* въ маткѣ д-ръ Колосовъ является убѣжденнымъ сторонникомъ взгляда, что приращеніе послѣда несомнѣнно существуетъ, какъ тяжелый патологическій процессъ *sui generis*. Коснувшись возрѣвній относительно патолого-анатомической стороны этого осложнения, причину котораго является, по его мнѣнію, главнымъ образомъ распространенная, полная или частичная, атрофія и дегенерация отпадающей оболочки, какъ въ изученномъ имъ случаѣ, иногда же, быть можетъ, первичное чрезмѣрное разрастаніе ворсинокъ, авторъ высказался въ томъ смыслѣ, что діагнозъ приращенія послѣда съ большой опредѣленностью можно поставить въ случаѣ неудачи при примѣненіи способа *Credé подъ наркозомъ*, который, при отсутствіи противопоказаній необходимо примѣнять во всѣхъ случаяхъ, когда рѣшаются приступить къ ручному отдѣленію послѣда. Эта операція — при дѣйствительно существующемъ приращеніи — операція весьма трудная и опасная изъ за инфекции, и потому вполне законно и естественно замѣнить ее другою; наиболее простой замѣной ручного отдѣленія послѣда авторъ считаетъ тампонацію матки до выдѣленія послѣда, оговариваясь, что ее необходимо испытать на рядѣ систематически проведенныхъ случаевъ. Въ исключительныхъ случаяхъ вполне показана экстирпація матки.

Въ послѣдовавшихъ затѣмъ преніяхъ всѣ оппоненты, кромѣ одного, высказались за то, что приращеніе послѣда дѣйствительно существуетъ. Что касается до леченія этого осложнения, то большинство отвергло способъ тампонаціи матки, признавъ страхъ предъ опасностью ручнаго отдѣленія преувеличеннымъ. Д-ръ Какущкинъ, указавъ, что два явленія — приращенія и задержанія послѣда — часто смѣшиваются, предложилъ поставить вопросъ о веденіи послѣдоваго періода на очередь, чтобы собрать болѣе точный матеріалъ *). Резюмировавшій пренія проф. Муратовъ подтвердилъ существованіе плоскостного приращенія послѣда и для леченія вмѣсто тампонаціи предложилъ старинный водоизмѣненный способъ Пражскаго про-

*) Вопросъ о веденіи послѣдоваго періода поставленъ въ числѣ программныхъ вопросовъ по акушерству на предстоящемъ III-мъ Сѣздѣ въ Кіевѣ.

фессора Seifert'a, состоящій въ введеніи въ полость матки полоски обезпложенной марли, тампонаціи влагалища и фиксаціи матки между т-образной повязкой и широкимъ поясомъ, наложеннымъ на животъ.

Въ внѣпрограмныхъ докладахъ были затронуты вопросы изъ различныхъ областей гинекологіи и акушерства. Наибольшее число докладовъ было посвящено вопросу о фиброміомахъ: таковы доклады д-ра Коробкова „Къ вопросу о хирургическомъ вмѣшателствѣ при забрюшинныхъ міомахъ“; д-ра Григорьева «114 случаевъ сохраняющей міомотоміи»; д-ра Сперанской-Бахметьевой „Некрозъ фиброида беременной матки, какъ этиологической моментъ непроходимости кишекъ“; д-ра Мыкертчянца „Къ вопросу объ осложненіяхъ фиброміомъ беременностью“ и д-ра Новикова „Къ клиникѣ и хирургіи міомъ“. Доклады вызвали оживленныя пренія, въ которыхъ большинство высказывалось противъ категоричности выводовъ и крайняго радикализма въ терапіи міомъ д-ра Новикова.

Два доклада были посвящены вопросу о свищахъ (Проф. Отта «Новый оперативный способъ зашиванія кишечно-влагалищныхъ фистулъ» и д-ра Каннегиссера «Къ вопросу о свищахъ мочеточниковъ. Экспериментальное изслѣдованіе»), два — выпаденіямъ (Д-ра Якобсона «Леченіе выпаденій прямой кишки у женщинъ возстановленіемъ мышечной силы промежности» и д-ра Новикова «Къ этиологіи и хирургическому леченію выпаденій матки») и по одному: внѣматочной беременности (д-ръ Николаевъ. Къ клиникѣ и хирургіи внѣматочной беременности по матеріаламъ И. Клин. Повив. Института), леченію послѣродовыхъ заболѣваній (д-ра Ишунина «о внутриматочномъ дренажѣ при леченіи посл. забол.»), леченію хирургической инфекціи (д-ровъ Шатскаго и Грязнова «О примѣненіи внутривеннаго вливанія азотнокислаго серебра для леченія хирург. инфекціи»), леченію женскихъ болѣзней по способу Vier'a (д-ръ Ненадовичъ), леченію эндометритовъ (д-ръ Ненадовичъ «Къ леченію эндометритовъ формалинъ-глицериномъ и гваколь-вазогеномъ и эрозій присыпками порошкомъ „Nodusan“), электротерапіи женскихъ болѣзней (д-ръ Александровъ), леченію суженій внутренняго зѣва шейки матки (д-ръ Соловьевъ) туберкулезу женскихъ половыхъ органовъ (д-ръ Кипарскій, 10 случаевъ), причинамъ воспаленій женскихъ половыхъ органовъ (д-ръ Чернеховскій), раку матки (д-ръ Какущкинъ „Къ вопросу о выработкѣ мѣръ борьбы съ заболѣваніемъ ракомъ матки*»), обезболиванью родовъ (д-ръ Матвѣевъ „Роды подъ наркозомъ scopolamin-morphium“). Методикѣ брюшныхъ операцій были посвящены 3 доклада (д-ра Сережникова „Итоги примѣненія освѣщенія брюшной полости по методу проф. Д. О. Оттъ“; д-ра Гиммельфарбъ „О надлонномъ поперечномъ разрѣзѣ фасціи (P f a n n e n s t i e l) при чревосѣченіяхъ“, 70 случаевъ; д-ра Холодковскаго „Къ вопросу о „мокромъ методѣ брюшныхъ операцій“—промываніе брюшной полости жидкостью Locke'a).

*) Докладъ былъ сдѣланъ по порученію Петербургскаго Комитета по борьбѣ противъ рака матки. Резолюція Съѣзда по обсужденіи доклада: «По вопросу о выработкѣ мѣръ борьбы съ заболѣваніемъ ракомъ матки 2-й Съѣздъ Рос. Ак. и Гин. призналъ крайне желательнымъ для этой цѣли образованіе комитетовъ въ разныхъ мѣстностяхъ Россіи и одной изъ неотложныхъ задачъ этихъ комитетовъ ставить: собирать къ слѣдующему съѣзду статистическій матеріалъ о ракъ матки».

Въ заключительномъ собраніи Съѣзда д-ромъ А. Н. Александровымъ была произнесена рѣчь „научныя основы современной электротерапіи женскихъ болѣзней“.

Передать содержаніе всѣхъ виѣпрограмыныхъ докладовъ и дать ихъ оцѣнку, конечно, въ короткой замѣткѣ невозможно. Приведенные же програмныя доклады позволяютъ сдѣлать заключеніе, что намѣченныя темы были представлены далеко не въ исчерпывающей полнотѣ и были обработаны на основаніи не достаточно большаго матеріала: напр., въ основу сужденія о раннемъ вставаніи въ 1-мъ докладѣ легло 40 случаевъ, во 2-мъ—10, въ основу выводовъ о пубіотоміи 4 и 10 случаевъ. То же можно сказать и про многіе виѣпрограмыные доклады. Такая обработка зависѣла, надо думать, отъ слишкомъ поздняго опубликованія открытія Съѣзда и, понятно, не можетъ быть безусловно поставлена докладчикамъ въ вину. Поэтому многіе вопросы, давъ матеріалъ для живого обмѣна мыслями, остались не рѣшенными, и перешли въ программу предстоящаго въ апрѣлѣ въ г. Кіевѣ 3-го Съѣзда. Таковы вопросы о пубіотоміи, о послѣдовомъ періодѣ, о ракѣ и борьбѣ съ нимъ, объ оцѣнкѣ практикуемыхъ разрѣзовъ при чревосѣченіяхъ... Надо надѣяться, что предстоящій Съѣздъ встрѣтитъ болѣе сочувственное отношеніе со стороны Россійскихъ акушеровъ и гинекологовъ и своими трудами дастъ богатый вкладъ въ нашу науку.

М. Порошинъ.

ОТЧЕТЫ АКУШЕРСКИХЪ КЛИНИКЪ, РОДИЛЬНЫХЪ ДОМОВЪ, АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОТДѢЛЕНІЙ БОЛЬНИЦЪ И ДР.

I.

Отчетъ Гинекологическаго Отдѣленія Кіевской Еврейской Больницы за 1907-ой годъ.

(Завѣдующій отдѣленіемъ М. О. Клейманъ).

Ассистента-интерна С. I. ХАЙКИСА.

Въ истекшемъ году гинекологическое отдѣленіе Кіевской Еврейской больницы функционировало только 10 мѣсяцевъ, а съ 1-го іюля по 1-е сентября оно было закрыто по случаю ремонта. Этимъ обстоятельствомъ объясняется разница въ числѣ больныхъ отчетнаго года и года предыдущаго (1906-го). Въ 1906-мъ году больныхъ было 259 ч., въ отчетномъ — 218. Если, однако, взять среднее число больныхъ за все предыдущее трехлѣтіе (1906, 1905, 1904), то оно оказывается равнымъ $\frac{259 + 152 + 211}{3} = 207\frac{1}{3}$, т. е. меньше числа больныхъ бывшихъ въ нашемъ отдѣленіи въ истекшемъ году. Наибольшее число больныхъ приходится на 1906 годъ отчасти потому, что именно въ этомъ году отдѣленіе функционировало круглый годъ. Желая дать очеркъ дѣятельности нашего отдѣленія я, прежде всего, намѣренъ въ слѣдующихъ таблицахъ указать, какъ наши больныя распредѣлялись по мѣсту жительства, семейному положенію, вѣроисповѣданію, сословію, роду занятій и роду заболѣванія.

I) По мѣсту жительства: мѣстныхъ (Кіевскихъ) 41 = 18,8%, пріѣзжихъ 177 = 81,2%. Всего 218.

II) По семейному положенію: замужнихъ 176 = 80,6%, вдовъ 27 = 12,4%, дѣвушекъ 11 = 5,1%, разводовъ 4 = 1,9%. Всего 218 = 100%

III) По вѣроисповѣданію: іудейскаго 208 = 95,44%, православнаго 9 = 4,1%, римско-католическаго 1 = 0,46%. Всего 218.

IV) По сословію: мѣщанокъ 212 = 97,22%, крестьянокъ 3 = 1,4%, казачекъ 1 = 0,46%, дворянокъ 2 = 0,92%. Всего 218.

V) По роду занятій: домашнимъ хозяйствомъ: 176 = 80,7%, торговлей 19 = 8,6%, прислуга 8 = 3,6%, хлѣбопекарствомъ 3 = 1,38%, модистокъ 3 = 1,38%, акушерокъ 2 = 0,92%, массажистокъ 1 = 0,46%, курсистокъ 1 = 0,46%, бѣлошвеекъ 1 = 0,46%, повитухъ 1 = 0,46%, учительницъ 1 = 0,46%, булочницъ 1 = 0,46%, огородницъ 1 = 0,46%. Всего 218 = 100%.

VI) Распредѣленіе больныхъ: а) по возрастнымъ періодамъ: періодъ процвѣтанія (до 25-ти лѣтъ) 40 = 18,3% общаго числа больныхъ, періодъ зрѣлости (отъ 25 до 35 лѣтъ) 56 = 24,7%, періодъ увяданія (до 45-ти лѣтъ) 63 = 29%, періодъ климактерической (до 55 л.) 35 = 16,0%,

старческой 24=11⁰/₀. б) по числу родовъ: *virgines intactae* 6=2,7⁰/₀, однорожавшихъ 22=10,1⁰/₀, нерожавшихъ 29=12,84⁰/₀, многорожавшихъ 161=73,85⁰/₀. с) периодъ по времени наступленія регуль: ранній периодъ (до 13-ти лѣтъ) 56=25,7⁰/₀, периодъ до 17 лѣтъ 141=64,7⁰/₀, поздній (отъ 17 лѣтъ) 20=9,2⁰/₀, отсутствіе регуль (10 лѣтняя дѣвочка) 1=0,46⁰/₀.

VII) По роду заболѣванія: Abscessus ovarii 1, Carcinoma colli uteri 2, Carcinoma ovarii 1, Carcinoma corporis uteri 2, Cancer vaginae 2, Condylomata accuminata 2, Cystoma ovarii 12, Cystoma tuboovariale 1, Cystoma malignum 2, Cystis parovarii 4, Cystis vaginae 4, Elephantiasis labiorum min. 1, Endocervicitis 1, Endometritis haemorrhag. 58, Endometritis post abortum 6, Endometritis senilis 1, Endometritis dysmenorrhoeica 4, Fistula vesicovaginalis 1, Fistula ureterovaginalis 1, Fibromata colli uteri 1, Graviditas normalis (et Appendicitis) 1, Graviditas extrauterina Haematosalpinx 7, Haematocele retrouter. 3, Hernia inguinalis 1, Hernia femoralis 1, Hypertrophia colli uteri 1, Hydrosalpinx bilateralis 2, Menorrhagia 2, Myoma interstitialis uteri 18, Myoma submucosum uteri 8, Myoma submucosum uteri 8, Myoma subserosum 4, Oophoritis gonorrhoeica 1, Parametritis exudativa 1, Polypus cervicis 1, Polypus urethrae 1, Prolapsus mucosae urethrae 1, Prolapsus vaginae anter. 2, Prolapsus vaginae post. 14, Prolapsus vaginae anter. et. poster 44, Pyosalpinx 1, Pyometra 1, Ruptura perinei 6, Ruptura colli uteri 3, Retroflexio uteri mobilis 4, Sterilitas 2, Stenosis vaginae 1, Tumor abdominis malign. 1, Vaginismus 2. Всего 241 заболѣваніе.

Итакъ, на 218 больныхъ приходится 241 заболѣваніе, т. к. нѣкоторыя пациентки страдаютъ одновременно двумя-тремя гинекологическими заболѣваніями. Наше отдѣленіе—оперативное par excellence, а потому и матеріалъ подбирался, главнымъ образомъ, хирургическій. Число операций, однако, опять таки не соотвѣтствуетъ числу больныхъ, т. к. 1) нѣкоторыя больныя выписались изъ отдѣленія безъ операциіи потому ли, что сами отказывались отъ операциіи, или потому, что имъ назначено было другое леченіе; 2) нѣкоторымъ больнымъ произведена не одна, а нѣсколько гинекологическихъ операциіи; 3) нѣкоторыя пациентки, принятія еще въ 1907-омъ году, оперированы уже въ 1908-омъ году (4 человѣка). Число неоперированныхъ больныхъ = 28 = 12,8⁰/₀ общаго числа больныхъ. Всего же оперировано въ отчетномъ году 186 челов. (4-емъ больнымъ операциія произведена въ 1908-омъ году). Этому числу больныхъ соотвѣтствуетъ 205 операциіи.

Исходъ оперативнаго и неоперативнаго леченія: а) въ качествѣ выздоровѣвшихъ выписано 182 (83⁰/₀); б) безъ перемѣны выписано 11 (5,04⁰/₀); в) переведено въ другіе бараки 8 (3,7⁰/₀) д) получило облегченіе 9 (4,1⁰/₀); е) умерло 4 (1,8⁰/₀). Въ число выздоровѣвшихъ и получившихъ облегченіе входитъ 12 лечившихся терапевтически, всѣ остальные были подвергнуты оперативному леченію. Изъ упомянутыхъ 186 оперированныхъ больныхъ 28 лихорадило во время послѣ-операционнаго періода (15⁰/₀), но только въ 6-ти случаяхъ причина лихорадки была безусловно мѣстнаго характера (нагноеніе въ швахъ, эксудатъ).

VIII) Названіе операциіи: Abrasio mucosae uteri—65, Amputatio supravaginalis uteri—17, Colporrhaphia anterior—2, Colporrhaphia posterior—17, Colporrhaphia anter. et poster.—41. Colpotomia explorativa—1, Dilatatio

cervicis 1, Discisio colli 1, Excisio condylomatorum 2, Excisio canceris vaginae 1, Excisio clinoidea colli 3, Enucleatio myomatis submucosi 7, Enucleatio myomatis subserosi 1, Extirpatio uteri per vaginam 2, Exstirpatio uteri per laparotom. 1, Extirpatio fibromatorum colli 1, Herniotomia 2, Laparotomia explorat. 1, Ovariотomia per laparotom. 17, Incisio haematocel. 1, Incisio stenosis vaginae 2, Extirpatio polypi urethrae 2, Extirpatio mucosae urethrae 1, Hymenectomia 2, Salpingotomia bilateralis 2, операція по Alex. Adams'у 4, операція по Emmet'у 3, Ventrofixatio uteri 3. Всего 203 операціи.

IX) Операцій, сопряженныхъ, съ открытіемъ брюшной полости, было 51, а именно:

Cystotomia 17, Extirpatio uteri totalis 3, Laparotomia explorat. 1, Salpingotom.—2, Amputatio supravagin. uteri 17, Ventrofixatio 4, Enucleatio myomatis subser. per abdom. 1, Herniotomia 2, операцій по Alex. Adams'у 4. Всего 51=20% общаго числа операцій.

Изъ этихъ операцій четыре окончились неблагополучно, а именно двѣ цистотоміи, одна сальпинготомія и одна миомотомія. Въ хронологическомъ порядкѣ эти exitus'ы распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

13/ii. Cystotomia; 18/ii—exitus letalis.

15/iv. Amputatio uteri supravaginalis; exitus letalis—22/iv.

18/x. Cystotomia duplex; 20/x—exitus letalis.

13/xi. Salpingotomia sinistra; 15/ix—exit. letal.

Всѣ эти случаи столь поучительны, что стоитъ остановиться на нихъ нѣсколько дольше.

Въ 1-мъ случаѣ операція сдѣлана 70-лѣтней еврейкѣ. Больная замѣтила опухоль за годъ до поступленія въ больницу. Объемъ живота 57 см.; асцитъ. По вскрытіи брюшныхъ покрововъ путемъ надлобкового сѣченія, обнаружилась злокачественно перерожденная киста величиной въ голову взрослого человѣка. *Опухоль срослена съ передней брюшной стѣнкой, кишками, тазовой брюшиной и маткой.* Т. к. злокачественный процессъ распространился и на брюшныя стѣнки, операція не окончена. Содержимое кисты отчасти попало въ брюшную полость. Слабая и старая пациентка не вынесла оперативнаго вмѣшательства и черезъ 5 дней скончалась при явленіяхъ перитонита.

Діагнозъ: Cystoma malignum.

Во 2-мъ случаѣ была 32-лѣтняя, вполне здоровая женщина. Жалуется на кровотеченія. Три года тому назадъ произведена правосторонняя овариотомія. Больная принята на этотъ разъ въ отдѣленіе съ діагнозомъ: Myoma interstitiale-subserosum. Операція сдѣлана по выработанному типу и протекала совершенно гладко. Срошений не было. Въ послѣоперационномъ періодѣ обращаетъ на себя вниманіе сначала скудость, а потомъ и совершенное отсутствіе мочи. Очевидно, перерѣзанъ мочеточникъ, отчего больная и скончалась 22/iv 1908 г. Къ сожалѣнію, вскрытіе не могло быть сдѣлано (евреи, какъ извѣстно, весьма неохотно позволяютъ вскрывать своихъ умершихъ), а потому мы и не могли подтвердить предполагаемой нами причины смерти.

Casus № III.

Больная 48 лѣтъ, очень хрупкая и истощенная. Больная замѣтила опухоль 3 мѣсяца тому назадъ. Въ теченіе послѣдняго года пациентка страдаетъ періодически рвотой. Аппетитъ все время очень слабый. 18/x—операція. Обнаружены двѣ злокачественно-перерожденные кисты:

одна въ 5 ф. вѣсомъ (лѣвосторонняя киста), другая въ 2 фунта. Лѣвосторонняя опухоль совершенно ульцерирована, правая—цѣла; обѣ съ плотными папилломатозными разрошеніями. Операція окончена, брюшная рана закрыта наглухо. Больная первые два дня послѣ операціи чувствовала себя хорошо. Въ ночь на 20/x она стала вдругъ жаловаться на сильныя боли въ животѣ. Послѣ клизмы больной стало какъ будто лучше, но черезъ часъ опять появились боли и въ то же время исчезъ пульсъ. Инъецировано нѣсколько шприцовъ камфоры и кофеина, но безъ всякаго результата. Не повліяло на улучшение пульса и вливаніе физиологическаго раствора. Предположено внутреннее кровоизліаніе отъ соскочившей лигатуры ножки и въ 10 ч. утра 27/x слѣлана реляпаротомія. Результатъ операціи былъ совершенно неожиданный. Изъ вскрытой брюшной полости стала выливаться кровянисто-серозная жидкость въ громадномъ количествѣ, ножки же опухолю оказались хорошо перевязанными и никакого внутренняго кровотеченія не было. Брюшная полость быстро зашита и вставленъ дренажъ. Торопиться надо было въ виду очень плохого состоянія больной, которое не улучшалось, несмотря на многократныя инъекціи камфоры и кофеина и вливаніе физиологическаго раствора. Черезъ 3 часа послѣ операціи наступилъ exitus letalis. Аутопсія дала слѣдующіе результаты: на Peritoneum parietale и на брыжейкѣ встрѣчаются плотныя, бѣловатые узелки величиною въ волошскій орѣхъ и меньше, несомнѣнныя метастазы cancer'a. На передней стѣнкѣ желудка у pylorus'a — круглое *отверстіе* величиной въ 3-хъ копѣечную монету, съ плотными распадающимися краями кровянисто-чернаго цвѣта. Отверстіе это весьма недавняго происхожденія. Въ самомъ привратникѣ прощупывается плотная бугристая опухоль — cancer'озный узелъ. На кишкахъ и parietal'ной брюшинѣ слѣды перитонитическаго процесса. Такимъ образомъ, вскрытіе показало намъ, что въ данномъ случаѣ смерть наступила отъ перфорациі ульцерированнаго cancer'a желудка и отъ наступившаго вслѣдъ за тѣмъ перфоративнаго перитонита. Перфорация истонченной раковой язвы произошла, вѣроятно, вслѣдствіе частыхъ рвотныхъ движеній, вызванныхъ хлороформнымъ наркозомъ. Обиліе жидкости въ брюшной полости, помимо обычнаго при перитонитахъ эксудата, объясняется также тѣмъ, что послѣ перфорациі передней стѣнки желудка вся жидкость, принимаемая внутрь, равно какъ и рвотныя массы попадали прямо въ брюшную полость. Такимъ образомъ нашъ случай представляетъ совмѣстное пораженіе раковымъ новообразованіемъ яичниковъ, желудочно-кишечнаго тракта, брыжейки и т. д.

Если основываться на наблюденіяхъ Schlegenhauer'a и Glockner'a, то слѣдуетъ признать, что раковыя опухоли яичниковъ—метастазы при первичномъ пораженіи какого-нибудь отдѣла желудочно-кишечнаго тракта. Чаше всего первичнымъ мѣстомъ раковаго пораженія является желудокъ. На 79 случаевъ, собранныхъ Schlegenhauer'омъ, 61 разъ при раковыхъ пораженіяхъ яичниковъ былъ пораженъ желудокъ, 10 разъ кишечникъ и 7 разъ желчныя пути. Такимъ образомъ при злокачественныхъ опухоляхъ яичниковъ всегда слѣдуетъ имѣть въ виду ракъ желудка. При чревосѣченіи при раковомъ пораженіи яичниковъ слѣдуетъ поэтому тщательно ощупывать и изслѣдовать всѣ органы брюшной полости.

Casus IV.

Больная 32-хъ лѣтъ, очень слабого тѣлосложенія и питанія. Диагнозъ: *Cystoma ovarii dextri, Pyosalpinx sinistra*. 13/xi — операція: *ovariotomy dextra, salpingotomy sinistra*. Операція была одной изъ самыхъ трудныхъ, вслѣдствіе плотныхъ срощеній опухоли съ передней стѣнкой брюшины, съ сальникомъ, кишками и тазовой клѣтчаткой. Срощенія пришлось отдѣлять тупымъ путемъ на большой глубинѣ внѣ контроля глаза и весьма возможно, что при этомъ поранена была кишка, т. к. на 3-й день послѣ операціи, при введеніи въ rectum клистирнаго наконечника, оттуда полилась кровянистая жидкость. Можетъ быть, именно это пораненіе и вызвало быстро развивающійся перитонитъ, отъ котораго больная скончалась 15 xi 1907.

Этотъ случай поучителенъ постольку, поскольку до сихъ поръ является еще спорнымъ вопросъ, имѣеть ли право операторъ не закончить операціи, видя ея трудность, или же онъ долженъ придерживаться другого правила, что тотъ, кто не заканчиваетъ операціи, вовсе не долженъ браться за таковыя. Въ нашемъ случаѣ операторъ придерживается 2-го правила, а между тѣмъ больная, быть можетъ, осталась бы жива, если бы операція не была окончена.

Изъ другихъ особенностей истекшаго года надо отмѣтить нѣкоторыя видоизмѣненія въ наркозѣ, введеніе послѣдняго шва брюшныхъ стѣнокъ и систематическое прибѣганіе въ соотвѣтственныхъ случаяхъ къ операціи Alex. Adams'a.

Обычный наркозъ (*Chloroform Anschütz'a*) въ двухъ случаяхъ замѣненъ *lumbal'ной* анестезіей по *Bier'y*. Операція (*Ventrofixatio uteri*) въ обоихъ случаяхъ длилась по 15-ти минутъ. Въ 1-мъ случаѣ за мѣсяцъ до операціи сдѣлана больно *Colporrhaphia anter. et poster.*, во 2-мъ *Colporperineorrhaphia*.

Вмѣсто стараго способа зашиванія брюшной полости сквозными и кожными швами, причемъ края брюшины могли вовсе не прилегать другъ къ другу, введенъ, т. наз., 4-хъ этажный шовъ, когда зашиваніе брюшной полости слѣдуетъ въ такомъ порядкѣ: 1) серо-серозный шовъ, 2) соединеніе переднихъ пластинокъ прямыхъ мышцъ, 3) шовъ подкожной клѣтчатки и 4) металлическіе серфины *Micheř'a*.

Избѣгая такимъ образомъ сквозныхъ швовъ, мы этимъ самымъ уменьшаемъ процентъ нагноенія швовъ (*Sticheiterungen*), особенно если употреблять для шиванія брюшныхъ стѣнокъ исключительно стерильный кетгутъ, что у насъ и имѣло мѣсто въ истекшемъ году. (Кетгутъ кумоловый получали изъ Кельна отъ фирмы *E. Droneke*). Не менѣе благоприятное вліяніе на заживленіе раны имѣеть и прочное прилеганіе краевъ брюшины.

Вмѣсто шелка мы въ отчетномъ году всегда или почти всегда употребляли кетгутъ *Droneke*. О преимуществахъ всасываемаго кетгута передъ невсасывающимся шелкомъ не приходится и говорить. Всякому извѣстно, что гораздо удобнѣе не погружать въ брюшную полость невсасывающагося матеріала во избѣжаніе могущаго появиться даже и въ будущемъ выгнаиванія шелковыхъ швовъ и лигатуръ. Если къ этому прибавить, что употребляемый нами кетгутъ абсолютно стерилень и по прочности при завязываніи не только не уступаетъ, но даже превосходитъ шелкъ, то станетъ понятнымъ, почему мы почти совершенно забросили шелкъ. Самые крупные сосуды, наприим., при *миотоміи*

a. spermatica. и a. uterina всегда перевязываются кетгутомъ Droneke № 2, и никогда мы не видимъ кровотеченія. Единственнымъ недостаткомъ кетгута Droneke является его ломкость, но этотъ недостатокъ нѣсколько умалняется проведеніемъ нитки передъ ея употребленіемъ черезъ стерильную жидкость, послѣ чего она нѣсколько смягчается.

Операция Alex. Adams'a была примѣнена въ истекшемъ году въ 4-хъ случаяхъ Retroflexio uteri mobilis при абсолютныхъ показаніяхъ къ этой операциі, т. е. тогда, когда обычная терапія (кольцо etc.) не приносила успѣха и когда retroflexio вызывала тяжелыя явленія какъ мѣстнаго, такъ и общаго характера. Непремѣннымъ условіемъ для операциі Alex. Adams'a мы также считали, помимо подвижности и легкой выпрямляемости матки, отсутствіе заболѣванія придатковъ и тазовой брюшины. Для пришиванія укороченной круглой связки къ апоневрозу мы, какъ и при другихъ операцияхъ, примѣняли кетгутовые узловые швы. Во всѣхъ нашихъ случаяхъ больныя выписаны изъ отдѣленія съ прекрасной антефлексіей.

Внѣматочная беременность, какъ и въ былые годы, лечилась въ нашемъ отдѣленіи, главнымъ образомъ, экспектативно и консервативно. Въ первомъ періодѣ мы примѣняли покой, ледъ и опій, а затѣмъ тяжесть (мѣшокъ съ пескомъ или дробью) на животъ и, когда выпоть становился твердымъ и организовывался, назначались горячія влагаліщныя спринцеванія и ванны. Изъ 10-ти случаевъ внѣматочной беременности 8 лечено по консервативному методу и во всѣхъ этихъ случаяхъ больныя выписались только съ незначительными остатками рассасывающагося Haematosalpinx'a или Haematocele. Случаевъ остраго внутренняго кровотеченія при внѣматочной беременности въ отчетномъ году, какъ и въ предыдущіе годы, у насъ не было. Это объясняется, вѣроятно всею, отдаленностью нашей больницы отъ населенныхъ частей города. Больная попадаетъ къ намъ обыкновенно послѣ того, какъ она провела острый періодъ (чаще всего трубный абортъ, рѣже разрывъ трубы) у себя дома или въ провинціальной больницѣ. Эти больныя поступаютъ къ намъ обыкновенно уже съ продуктами прервавшейся внѣматочной беременности, т. е. съ кровоизліяніями въ самой трубѣ (Haematosalpinx), вокругъ трубы, главнымъ образомъ, брюшнаго отдѣла ея (Haematocele peritubaria) или въ видѣ Haematocele retrouter. Всѣ наши больныя до поступленія въ больницу считали себя беременными и, кромѣ одной, у всѣхъ была задержка регулъ отъ 2-хъ до 6-ти недѣль. Случаи безъ задержки регулъ бываютъ довольно нерѣдко. Въ этихъ случаяхъ, какъ разъ къ сроку имѣющихъ наступить регулъ, происходитъ разрывъ беременной трубы или трубный абортъ со всѣми его послѣдствіями.

Два случая внѣматочной беременности подвергнуты оперативному вмѣшательству, т. к. консервативное леченіе не давало никакихъ результатовъ, а общее состояніе больныхъ ухудшалось. Въ 1-мъ случаѣ при Haematosalpinx'ѣ сдѣлана Adnexotomia sin. per laparotomiam, а въ другомъ—вскрытъ задній сводъ для удаленія Haematocele.

Цистотоміи въ истекшемъ году имѣли слѣдующія особенности.

Самой молодой пациенткѣ было 16 лѣтъ (virgo intacta), самой старой 70 лѣтъ. Злокачественныя кисты оказались въ 3-хъ случаяхъ. Ножки были перекручены въ 4-хъ случаяхъ. При высокой т^о операциі сдѣлана въ 2-хъ случаяхъ. Въ 2-хъ случаяхъ гнойное содержимое

кисты попало въ брюшную полость, но оба раза за этимъ перитонита не послѣдовало.

Содержимое вскрытыхъ послѣ операции кистъ (въ 17-ти случаяхъ): гнойное содержимое 3=19.5%; серозное содержимое 2=11.95%; серозно-кровянистое 1=6%; кровянистое 5=29.4%; коллоидное 2=11.95%; жировыя массы и волосы 1=6%; жировыя массы и зубы 1=6%; плотныя массы (malign.) 2=11.95%.

При одностороннихъ овариотоміяхъ резецированы другой яичникъ въ 6-ти случаяхъ, совершенно удаленъ въ 1-мъ случаѣ. Изъ удаленныхъ кистъ заслуживаетъ особаго вниманія одна кистовидная опухоль, исходившая непосредственно изъ лѣваго рога матки, причемъ трубы и яичники съ обѣихъ сторонъ были совершенно нормальны. Надо поэтому думать, что киста происходитъ отъ одного изъ эмбриональныхъ органовъ, вѣроятно же всего, вольфова тѣла (случай опубликованъ д-ромъ М. О. Клейманомъ въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней»).

Надвлагалищныхъ ампутацій сдѣлано въ отчетномъ году 17. Отмѣтимъ здѣсь наиболѣе замѣчательныя изъ нихъ.

Въ одномъ случаѣ Amputatio suprav. uteri сдѣлана при Ruometra, т. к. мягкій увеличенный uterus симулировалъ лейомиому. Когда вскрыли брюшную полость и въ матку вставили штаторъ для того, чтобъ вытащить ее снаружи, изъ мѣста укола полилась гнойная масса, которая, не смотря на всѣ принятія тотчасъ мѣры, попала въ брюшную полость. Масса эта исходила изъ полости матки и видно было, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ Ruometra. Ткань матки была настолько хрупка и ломка, что съ трудомъ удалось остановить кровотеченіе торсионными пинцетами, которые пришлось оставить à demeure, т. к. при каждой попыткѣ наложить лигатуры получалось сильнѣйшее кровотеченіе. Больная снята со стола въ очень плохомъ состояніи. Всѣ были увѣрены въ неминуемости летальнаго исхода отъ перитонита, но, вопреки ожиданіямъ, больная стала оправляться и черезъ 52 дня выписалась изъ больницы здоровой. Торсионные пинцеты сняты на 10-й день и брюшная рана все время туго дренировалась тампонами. Въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней» былъ уже опубликованъ завѣдующимъ отдѣленіемъ д-ромъ М. О. Клейманомъ и другой интересной случай — осложненіе интерстиціально-субсерозной миомы пузырьнымъ заносомъ 3-хъ мѣсячнаго возраста. Величина опухоли — въ голову взрослого человѣка. Операция (Amput. supravag.) и послѣоперационное теченіе протекали гладко. Больная черезъ 17 дней послѣ операции выписалась изъ отдѣленія здоровой.

Въ другомъ случаѣ миома (множественная) оказалась комбинированной съ кистой лѣваго яичника и кистовиднымъ перерожденіемъ праваго, т. ч., помимо миомотоміи, пришлось здѣсь сдѣлать и овариотомію. Вообще, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при миомотоміи яичники найдены измѣненными, они подвергались полному удаленію или резекціи. Въ одномъ случаѣ комбинаціи миомы съ Hydrosalpinx'омъ одновременно сдѣлана и сальпинготомія. Въ отчетномъ году былъ у насъ также одинъ случай консервативной миомотоміи: субсерозная миома, величиной въ голову взрослого человѣка, сидящая на широкомъ основаніи, вылушена изъ своего ложа безъ вскрытія полости матки.

При повышеніи т° міомотомія произведена въ 2-хъ случаяхъ, при срощеніяхъ—въ 4-хъ.

За истекшій годъ въ нашемъ отдѣленіи произведены и двѣ негинекологическія операціи, а именно Herniotomia: при 1) *Hernia inguinalis* и 2) *Hernia femoralis*. Въ 1-мъ случаѣ мы имѣли комбинацію паховой грыжи съ кистой: сдѣлана овариотомія и грыжесѣченіе по Кочеру; во 2-мъ случаѣ комбинаціи *Retroflexio uteri mobilis* съ грыжей—произведены операція *Alex. Adam's'a* и грыжесѣченіе по *Lucas-Championièr'e'y*. Въ обоихъ случаяхъ получились одинаково хорошіе результаты.

Изъ т. называемыхъ малыхъ гинекологическихкихъ операцій должны быть отмѣчены двѣ абразіи, при которыхъ наблюдалась значительная потеря тонуса небеременной матки.

Въ 1-мъ случаѣ (операція подъ наркозомъ), при выскабливаніи острой ложечкой, антефлексированная матка оказалась разслабленной и удлинненной на 2 см. и эту ненормальную длину uterus сохраняла вплоть до окончанія выскабливанія. *Robert Asch*, описывая аналогичный случай, объясняетъ это явленіе дѣйствіемъ наркоза, но тѣмъ труднѣе поддаются объясненію явленія, наблюдавшіяся нами въ другомъ случаѣ. До операціи длина uterus'a опредѣлена зондомъ въ 7 $\frac{1}{2}$ см. При введеніи Негар'овскаго расширителя № 3, послѣдній вдругъ углубился на 13 см., причѣмъ наружной рукой ясно прощупывалось дно матки, да и общее состояніе оперируемой было таково, что о прободеніи матки нельзя было и думать. Затѣмъ, вплоть до окончанія выскабливанія наблюдалось то удлинненіе матки до 13-ти см., то сокращеніе ея до 7 $\frac{1}{2}$ —8 см., т. к. Негар'овскіе расширители, либо кюретта дальше не углублялись. Оцѣнивъ это явленіе какъ релаксацію небеременной матки, операторъ закончилъ выскабливаніе и промылъ uterus несмотря на протесты нѣкоторыхъ слишкомъ осторожныхъ гинекологовъ, которые совѣтуютъ въ такихъ случаяхъ не дѣлать промыванія матки, опасаясь перфорациі. И дѣйствительно, послѣопераціонное теченіе было таково, что больная черезъ 7 дней могла выписаться изъ больницы, и ничто не указывало на происшедшую перфорацию. Случай этотъ приходится поэтому отнести къ тѣмъ casus'амъ, которые описаны и научно обоснованы Екатериной ван-Туссенбрекъ, Косманомъ, Шеферомъ и другими, представляя собою релаксацію или т. наз. атонію небеременной матки. Нашъ случай подробно описанъ и обоснованъ въ докладѣ, прочитанномъ д-ромъ С. I. Хайкисомъ въ Научномъ Собраніи врачей Кіевской Еврейской больницы, (протоколы этихъ засѣданій печатаются во «Врачебной Газетѣ»). Въ русской литературѣ мы до сихъ поръ не встрѣчали описаній подобныхъ случаевъ и было бы поэтому очень желательно, чтобы товарищи, производящіе въ большемъ масштабѣ гинекологическія абразіи, подѣлились своими наблюденіями надъ указаннымъ выше явленіемъ. Думается, что релаксація небеременной матки не могла быть не замѣчена многими изъ нашихъ гинекологовъ.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ выразить благодарность д-ру М. О. Клейману за предоставленіе мнѣ матеріала завѣдуемаго имъ отдѣленія и за полезныя указанія при изготовленіи даннаго отчета.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

Акушерско-Гинекологическое Общество въ С.-Петербургѣ.

(ГОДЪ ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ).

Протоколь № 9.

Засѣданіе 18 декабря 1908 года.

Предсѣдательствоваль: *Н. Н. Феноменовъ.*

Присутствовали 32 члена: Бекманъ, Бурдзинскій, Вастень, Владыкинъ, Гентеръ, Гусаковъ, Димантъ, Иозефсонъ, Каземъ-Бекъ, Кацнельсонъ, Кипарскій, Кушталовъ, Лингенъ, С. А. Липинскій, Э. І. Липинскій, Мацѣвскій, Мосоловъ, Норейко, Порошинъ, Преображенскій, Прокофьева, Проскуракова, Рокицкій, Рябинцева - Преображенская, Садовскій, Скробанскій, Столыпинскій, Судаковъ, Харшакъ, Шейтлицъ, Шмидтгофъ, Якобсонъ, и 23 гостя.

1) Читанъ и утверждень протоколь № 8.

2) В. А. Якобсонъ показаль бужъ, окутанный сальникомъ собаки. Бужъ этотъ добытъ изъ брюшной полости собаки д-ромъ Каннегисеромъ, экспериментально изучающимъ защитительную роль сальника. При микроскопическомъ изученіи оказалось, что уже на 5-й день вокругъ введеннаго бужа развивается довольно стойкое образованіе, какъ это наблюдалось докладчикомъ и у женщины, на препаратъ, который былъ имъ демонстрированъ въ предшествовавшемъ засѣданіи Общества. (См. прот. № 8).

Кромъ того д-ръ Якобсонъ показаль второй бужъ, найденный имъ въ заднемъ сводѣ, во влагалищѣ, который былъ введенъ больной съ цѣлью вызвать выкидышь повивальной бабкой.

3) И. В. Рыбчинскій показаль послѣдъ съ проникающимъ въ него бужемъ. Дѣло касается женщины, о которой было вкратцѣ сообщено въ предыдущемъ засѣданіи В. А. Столыпинскимъ. Бужъ введенъ съ цѣлью прервать беременность за 6 недѣль до родовъ. Роды и послѣродовой періодъ протекли нормально. Больная выписалась здоровой на 9-й день.

4) Г. Г. Гентеръ. *Thoracopagus tetrabrachius tetrapus*. 1 октября 1908 г. я былъ позванъ къ роженицѣ на домъ. Больная, 37-ми лѣтъ, беременна 8-й разъ. Беременность доношенная — боли съ утра, часты, очень болѣзненны, животъ довольно объемистъ, надъ входомъ въ тазъ баллотируетъ головка; слѣва въ днѣ и по средней линіи мелкія части. Сердцебиеніе плода справа, ниже пупка. Открытіе зѣва полное, пузырь сильно напряженъ. *Diruptio velamentorum* (10 ч. в.). Обиліе темныхъ водъ выпущено медленно. Головка опустилась въ полость. 2/х. въ 1 ч. ночи я былъ позванъ вторично. Головка въ выходѣ. Стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ выхода. Сердцебиеніе хорошее. Выжиманіе по *Kristeller'у*. Очень медленно родилась головка. Ввиду того, что плечики не рождались, произведено влеченіе за головку книзу—послѣ нѣсколькихъ тракцій подъ лоно прошло правое плечо, правая ручка выпала. Со стороны промежности выпала лѣвая ручка. Съ этого момента дальнѣйшее рожденіе туловища прекратилось вполне. Для выясненія столь необычнаго явленія, я вошелъ полурукой во влагалище, причемъ въ немъ обнаружена еще ручка (третья). Идя по ней вверхъ—я могъ убѣдиться, что она исходитъ какъ-бы изъ туловища родившагося наполовину плода. Тутъ же опредѣлено плечико и бокъ второго плода, широко сросшіеся съ туловищемъ перваго. Поставленъ діагнозъ сросшихся двойней—и роженица на носилкахъ доставлена въ 1 ч. 45' н. въ Родовспомогательное Заведеніе. — Въ *родильной* она немедленно захлороформирована—причемъ вкратцѣ положеніе было таково: между бедрами матери головка плода (лицомъ къ правому бедру матери), плечики его и обѣ ручки. вмѣстѣ съ туловищемъ во влагалищѣ и ручка (лѣвая) съ соответствующимъ плечикомъ, лежащимъ вправо. Отъ груди и брюшка перваго плода широкое сращеніе тянется вверхъ и вправо. Ввиду значительнаго напряженія нижняго сегмента матки—болѣе детальное изслѣдованіе не произведено, тѣмъ болѣе, что таковое было бесполезно. Снаружи черезъ брюшные покровы опредѣлялась въ правой подвздошной ямкѣ головка второго плода. Сердцебиенія нигдѣ нѣтъ. Приступлено къ операци. Туловище перваго плода вмѣстѣ съ ручками отведено влѣво и внизъ, ручка второго плода вправо и вверхъ—*ad oculos* представилось мѣсто перехода одного плода въ другой, ввидѣ широкой мясистой массы. Длинными ножницами, отдѣльными маленькими ударами, разсѣчена кожа на самомъ переходѣ, въ области рукоятки грудины, ключицъ и верхнихъ реберъ; вскрыта грудная клѣтка второго плода.

По мѣрѣ прониканія вглубь, производимаго подъ непрерывнымъ контролемъ и защитой пальцами, и при одновременномъ

сильномъ оттягиваніи туловища перваго плода книзу, послѣднее стало поддаваться влеченію. Ввиду этого разсѣченіе прекращено. При поднятіи туловища кверху обнаружено, что со стороны промежности могутъ быть выведены ягодицы. По выведеніи ягодиць, немедленно конечно выпали ножки. Въ тотъ же моментъ, вслѣдъ за ножками перваго плода, родились ножки и ягодицы втораго плода, дальше его туловище и наконецъ головка втораго плода.—Нарушеній цѣлости родовыхъ путей нѣтъ. Вскорѣ вышелъ послѣдъ. Матка сократилась.

Препаратъ представляетъ сросшіея двойни. Общій вѣсъ урода—4250 gr. Два плода, на видъ вполне доношенные, женскаго пола, обращены другъ къ другу лицомъ, но такъ что ихъ вентральныя поверхности не вполне параллельны, т. е. разстояніе между одной парой плечиковъ меньше, чѣмъ между другой парой. Отдѣльно взятые плоды никакихъ рѣзкихъ отклоненій отъ нормы не представляютъ. Соединены они слѣдующимъ образомъ: начиная пониже яремной ямки, т. е. въ области рукоятки грудины, туловище одного плода переходитъ въ таковое другою. Обѣ грудныя клѣтки тѣсно спаяны, соприкасаясь другъ съ другомъ на широкомъ пространствѣ. Такое соединеніе продолжается и на области живота, до общаго обоимъ плодамъ пупка, занимающаго центральное положеніе на нижней периферіи сращенія. Окружность этого сращенія или, точнѣе того мѣста, которое пришлось бы перерѣзать, чтобы разъединить плоды—равна 31 cm. Окружность сращенныхъ грудныхъ клѣтокъ—40 cm. Размѣры одного плода (ранѣе родившагося) нѣсколько больше размѣровъ другою. Такъ длина перваго—49 cm.; втораго—44. Окружность головки перваго—33 cm.; втораго—31 cm. Обѣ головки, 4 пары конечностей и наружныя половыя органы развиты вполне правильно. (Въ передачѣ докладчика).

5) Т. А. Бурдзинскій. *Краткій отчетъ гинекологическаго отдѣленія Тамб. губ. Зем. больн. за 1908 г.* (съ демонстраціей препаратовъ).

За отчетный годъ (по 13 дек.) въ гинекол. отд. поступило 702 б., оперировано 521 б., операций всего произведено 637: чревосѣченій 237 (брюшн. 118, влаг. 119), укороч. кругл. связокъ 13, пластич. на влаг. 100, зашиваній полныхъ разрывовъ промежн. б, свишей мочев 17, каловыхъ 3, надвлагалищн. ампут. шейки 9, ампут. влаг. части 16, опер. Эммета 3, выскабливаній матки 213 и т. п. Общій процентъ смертности послѣ операций—1,9%. Болѣе подробно докладчикъ остановился на разборѣ чревосѣченій:

I. Изъ 118 брюшн. чревосѣч.: по поводу *міомъ* произв. 18, изъ нихъ 12 полныхъ удаленій матки (ум. 1 отъ эмболии) и 6 надвлаг. ампутацій; по поводу *рака* произв. 9 экстирп. матки по Bumm-Wertheim'у (ум. 2 б. отъ септич. перит. и піэміи), *вентрофиксацій* 5 (7), *укороч. кругл. связокъ* со вскрытіемъ брюшн. полости 7, *трубн. берем.* 15 (ум. 1 во время операціи въ коллапсѣ); *кисть и новообразов. яичниковъ* 29—15 одностор. оваріотомій, 10 двустор. и 4 полныхъ удал. съ маткой—(ум. 1 отъ неизв. прич.), *воспалит. забол. трубъ и яичник.* 20 (одност. 5, двустор. 10, полныхъ удал. съ маткой 5); *грыжъ бѣлой линіи* 2 (4); *ракъ кишки съ резекціей* во время 5 мѣс. берем. 1, *пересадка мочеточн.* въ прямую кишку 1 (ум. отъ уреміи на 21 день); *туберкулезъ и гнойное воспал. брюшины* 4; *послѣопер. кровот.* изъ *культи* 1; *пробныхъ* 7 (ум. 2 отъ кахексіи и метастазовъ на II день—хоріозпит. и на 36 день—ракъ).

Общій процентъ смертности послѣ чревосѣч. 6,7 % (на 118 ум. 8 б.), а за вычетомъ случаевъ, смерть кот. послѣдовала отъ случ. причинъ (1 сл. трубн. берем. и 3 послѣдн.) процентъ смертности отъ операцій выразится 3,4 %. Средняя продолжительность послѣоперац. періода=17,4 дня. Незначит. нагноенія въ брюшной ранѣ наблюдались лишь въ видѣ рѣдкаго исключенія.

Больныя предъ операціей не подвергались особому подготовительному режиму, а послѣ операцій въ тотъ же день имъ разрѣшалось поворачиваться на бокъ, сидѣть со 2—3 дня, обычно съ 7-го, подниматься съ постели съ 10—12, иногда съ 8, выписыв. съ 14—15 дня, а нѣсколько разъ и на 12-й день. Всѣ операціи производились при помощи одного ассистента интерна, смѣняющагося каждые 1/2 года, который часто замѣняется ученицами 4-го кл. фельдшерской школы (около 20 чревос.). Наркозъ ведется фельдшерницей. Въ случаѣ загрязненія рукъ накануне, операціи производятся въ резиновыхъ перчаткахъ. Небольшіе разрѣзы, тщательная перитонизація, лигатуры изъ самыхъ тонкихъ №№ крученаго шелка (кишечныхъ). Брюшная стѣнка зашив. 2 этаж. швомъ изъ такого же тонкаго шелка, верхній шовъ непрерывный. Въ нѣкот. случаяхъ въ качествѣ лигатуръ примѣнялся *simolcatgut* № 4. Дренажъ только влагалишный изъ стерилизов. марли, примѣненіе котораго въ послѣднее время все болѣе и болѣе ограничивается. Въ настоящее время операціонное поле стерилизуется смаз. T. Jodi безъ обычнаго мытья мыломъ и щеткой (по Grossisch'у) съ благопріятными результатами.

II. *Влагалищныя чревостеченія*: 1) *экстирпаціи матки* 37 со смертн. 0 произв. по поводу: рака матки 10, фиброміомъ и

фиброматоза 19, выпаденій 5, піосальпинксовъ 3. При удаленіи выпадающей матки вмѣстѣ съ тѣмъ въ одинъ сеансъ произв. также передняя кольпоррафія и кольпоперинеоррафія, приче́мъ употреблялся только кѣтгутъ, что давало возможность зашивать брюшную полость наглухо. Зашиваніе брюшной раны наглухо примѣнялось и послѣ удаленія міомат. матокъ съ гладкимъ послѣопер. теченіемъ. Средняя продолжит. послѣоперац. періода равна 20,2 дня.

2) *кольпотоміи* 82 со смертн. о. Изъ нихъ операций на маткѣ 26 (1 энукл. фибромы и 25 вагинофиксацій по Dührssen'у или Schauta), удаленій придатковъ 26 (3 трубн. берем., 13 кистъ, 4 гидросальп. и 6 піосальп.) вскрытіе гнойниковъ трубъ 12, вскрытіе задняго Дугласа 22 (7 haematocoele, 12 pelvioper. purul., 2 pelvioper. adhaes. и 1 пробн.).

Средняя продолжит. послѣоперац. періода 17,6 дня.

Во время чтенія отчета докладчикъ демонстрировалъ слѣдующіе препараты:

1. *6 раковъ матки* съ обширнымъ пораженіемъ и инфильтрированными железами 1 и 2 этапа, удал. по Bumm-Wertheim'у. При этомъ докладчикъ отмѣтилъ, что данные случаи недоступны для радикальной операции снизу и что, слѣдовательно, операция эта, дающая возможность расширить границы оперируемости рака матки, должна бы и у насъ получить полное право гражданства. Правда, процентъ смертности больше, но и тяжесть случаевъ значительно больше. Докладчикъ оперировалъ этимъ способомъ исключительно запущенные случаи.

2. *Киста яичника съ трубной беременностью*. Больная, истерична, жалов. на опухоль въ животѣ, появивш. около года и неправ. кровотеченія, появившіяся недавно послѣ запозданія мѣсячн. на 5 дней. Въ настоящее время были какіе-то припадки, сопровождавшіеся геловокруженіемъ. Особаго малокровія не было. Найдена опухоль велич. въ голову взрослога, на передней поверхности которой шелъ какой то веретенообр. тяжъ. Послѣ удаленія межсвязочной ложно-слизистой кистаденомы въ брюшн. полости найдена свѣжая жидкая кровь. По поверхности опухоли проходила утолщенная веретенообразно въ средней своей части труба длиною около 20 см. На утолщеніи перфорационное отверстіе, въ полости трубы пропитанное кровью плодное яйцо (3—4 нед. берем.).

3. Болѣе 20 гнойниковъ трубъ и яичниковъ, удален. докладчикомъ въ настоящ. году посредств. чревосѣч., кольпотоміи и влагал. экстирп. матки. Какъ на болѣе интересные докладчикъ ука-

заль на а) лѣвый пюварій, велич. болѣе гусинаго яйца, удаленный путемъ чревосѣч. у беременной на 4 мѣс. съ благопол. исходомъ и сохранивш. беремен., в) двусторонній пюсальпинксъ величиною болѣе кулака каждый, удаленный вмѣстѣ съ маткой путемъ чревос. Большая выпис. здоровой на 15 день, с) такой же велич. двустор. гнойникъ трубы осложн. множеств. міомой матки. Чревосѣч., тотальная экстирпація, выпис. на 16 день, д) гнойникъ яичника и двустор. пюсальпинксъ, съ прорывомъ гноя въ кишку. При отдѣленіи вскрыта на значит. протяженіи кишка. Кишечный шовъ, матка и правый яичникъ оставлены. Несмотря на загрязненіе гноемъ, въ виду хорошей перитонизаціи, брюшная полость зашита наглухо. Гладкое выздоровленіе., е) 4 препарата гнойниковъ трубъ съ резецир. червеобразнымъ отросткомъ и др.

Вмѣстѣ съ тѣмъ попутно были показаны скорбные листы всѣхъ больныхъ, подвергавшихся въ настоящ. году оперативному леченію по поводу гнойныхъ заболѣваній трубъ и яичниковъ (30 случаевъ), причемъ докладчикъ просилъ обратить вниманіе, что имъ не потеряно ни одной больной, что, какъ видно изъ скорбныхъ листовъ, всѣ случаи, несмотря на осложненія и тяжесть большинства, даже при оперированіи въ періодѣ обостренія съ попаданемъ гноя въ брюшную полость, протекли настолько хорошо и выздоровленіе получилось такъ быстро, что необходимо сознаться—1) что боязнь попадания въ брюшную полость подобнаго гноя и загрязненія ея основывается на недоразумѣніи и, 2) что мы не имѣемъ въ настоящее время, кромѣ оперативнаго, другихъ способовъ леченія подобныхъ страданій, способовъ, которые бы давали столь благоприятные результаты въ столь короткий срокъ.

4. *Пять препаратовъ матокъ съ частью влагалища*, удален. влагал. путемъ по поводу полного выпаденія матки и влагалища съ примѣненіемъ кэтгута и зашиваніемъ брюшной полости наглухо. При этомъ докладчикъ отмѣтилъ, что благодаря кэтгуту является возможность при экстирпаціи матки зашивать рану наглухо, въ одинъ сеансъ производить обширныя освѣженія и зашивание влагалища, благодаря чему сокращается срокъ пребыванія больныхъ, онѣ не подвергаются обычнымъ частымъ мучительнымъ перевязкамъ и, наконецъ, послѣоперационный уходъ сводится почти на нѣтъ, чѣмъ экономится много времени. (Въ передачѣ докладчика).

В. Г. Бекманъ указываетъ на незначительное количество околоматочной клѣтчатки на демонстрированныхъ докладчикомъ препаратахъ, въ то время какъ возможно полное удаленіе параметрія яв-

ляется главной задачей хирурга при радикальныхъ операціяхъ рака матки черезъ переднюю брюшную стѣнку.

Докладчикъ отвѣчаетъ, что онъ стремился удалить возможно больше клѣтчатки, но обыкновенно, особенно у худыхъ женщинъ, ея бываетъ не много.

В. А. Вастенъ относительно внутрибрюшиннаго метода удаления раковоперерожденной матки полагаетъ, что чрезмѣрное увлеченіе насчетъ радикальности этого способа прошло; за послѣднее время и въ литературѣ въ этомъ смыслѣ почти ничего не появляется. По мнѣнію Вастена, подтверждается положеніе, высказанное на международномъ съѣздѣ въ Римѣ, а именно, что какъ широко при этомъ методѣ не удаляется, какъ высоко не вылущаются железы, все-таки возвраты бывають чаще, чѣмъ это было бы желательно; такъ какъ отъ ножа большаго требовать уже нельзя, то приходится изыскивать другіе способы леченія рака матки.

Н. И. Кушталовъ: 1) мнѣ думается не всегда удобно при пѳсальпинксахъ широко оперировать, удаляя матку и оба придатка, такъ какъ получая, дѣйствительно, хорошіе видимые результаты (т. е. не имѣя выпотовъ), мы рискуемъ вызвать тяжелые нервные и истерическіе припадки у больной, лишенной обоеихъ яичниковъ. Такъ было въ моемъ случаѣ, напримѣръ, гдѣ и рана зажила хорошо, и выпотовъ нигдѣ не образовалось. 2) Что касается примѣненія смазываній брюшной стѣнки t-га jodi передъ операціей, съ предварительнымъ мытьемъ или безъ него, то на основаніи своихъ 30 чревоствѣненій, гдѣ я всегда примѣнялъ подобныя смазыванія, я лично вынесъ впечатлѣніе, что иногда, хотя довольно рѣдко, и можетъ быть у особенно нѣжныхъ субъектовъ замѣчалось плохое сращеніе кожныхъ швовъ, что мѣшало дальнѣйшему заживленію. Не замѣчалъ ли этого и докладчикъ и не находилъ ли онъ необходимымъ въ каждомъ случаѣ индивидуализировать больную? Я думаю, что въ настоящее время на зрѣль уже вопросъ о томъ, чтобы не только широко оперировать ракъ, но и предупреждать рецидивъ послѣ операціи. Съ этою цѣлью мною лично, напримѣръ, въ одномъ хорошо прослѣженномъ случаѣ рака матки и влагалиша (доложенномъ Обществу въ 1907 г.), примѣнялся послѣ операціи іодистый калий, предложенный въ одно время съ лѣчебной цѣлью при ракѣ. Рецидивъ получился, къ сожалѣнію, на 9 мѣсяцѣ: правда это былъ очень тяжелый неоперативный случай. Теперь въ благоустроенныхъ клиникахъ (въ особенности въ Америкѣ) примѣняютъ также послѣопераціонную рентгенотерапію. Результаты, конечно, пока неизвѣстны, но вопросъ о послѣопераціонной профиллактикѣ безусловно назрѣлъ, въ виду неточности нашихъ клиническихъ изслѣдованій и тяжкихъ неизлѣчимыхъ послѣопераціонныхъ возвратовъ.

Не дѣлалъ ли какихъ-либо попытокъ въ указанномъ отношеніи и докладчикъ?

К. Ф. Мацѣевскій. Докладчикъ, повидимому, связываетъ сравнительно низкій ⁰/о смертности въ его лапаротоміяхъ съ подготовленіемъ брюшной стѣнки, между прочимъ смазываніемъ t-га jodi. Не желая вовсе возражать противъ этого способа, я все-таки не могу согласиться, чтобы этотъ способъ могъ самъ по себѣ вліять на пониженіе смертности.

Въ этомъ отношеніи играетъ значительно большую роль тотъ моментъ, который я сейчасъ хочу подчеркнуть. Посѣщая многія операционныя у насъ и за границей, я подмѣтилъ одинъ сильно меня поразившій тогда фактъ, что очень часто при бѣдно устроенныхъ операционныхъ % смертности отъ лапаротоміи незначителенъ, напротивъ того, онъ бываетъ довольно большой въ роскошно обставленныхъ больницахъ съ чудными операционными. Сопоставляя фактъ, я въ концѣ концовъ пришелъ къ тому, что данный % смертности чаще всего колеблется въ зависимости отъ степени скопленія лицъ, присутствующихъ при операциіи. Въ роскошно обставленныхъ клиникахъ сплошь да рядомъ присутствуютъ при операцияхъ 100 и больше лицъ, въ качествѣ т. наз. слушателей, въ бѣдныхъ же операционныхъ обычно присутствуетъ лишь необходимый при операциіи персоналъ.

К. К. Скробанскій отмѣчаетъ, что во всемъ прочитанномъ и демонстрированномъ докладчикомъ особенно приятно поражаетъ, что, имѣя громадный матеріалъ и заваленный работою, Бурдзинскій стремился во всѣхъ отдѣлахъ своей работы слѣдовать современнымъ теченіямъ и примѣнить много усовершенствованій современной гинекологической оперативной техники. Изъ демонстрированного обращаютъ на себя вниманіе 9 случаевъ операциіи рака матки произведенныхъ по Wertheim-Bumm'у. При разматриваніи этихъ препаратовъ невольно возникаетъ мысль, почему докладчикъ примѣнялъ этотъ новый способъ въ случаяхъ только запущенныхъ, въ которыхъ старый способъ удаленія матки черезъ влагалище навѣрняка привелъ бы къ неудачѣ. Современные свѣдѣнія о распространеніи рака на параметрій и клѣтчатку таза указываютъ намъ съ большой убѣдительностью, что даже въ раннихъ періодахъ развитія этой болѣзни могутъ быть поражены раковымъ процессомъ отдаленные участки параметрія, недоступные для удаленія обычнымъ влагалищнымъ методомъ.

Такимъ образомъ, если необходимо считаться съ многочисленными и точными данными добытыми при изученіи путей распространенія раковаго процесса, то нужно отказаться отъ стараго влагалищнаго метода и принципиально оперировать всѣ случаи путемъ расширенной операциіи черезъ переднюю брюшную стѣнку.

Докладчикъ, отвѣчая Вастену, отмѣчаетъ, что и онъ наблюдалъ инфильтраты въ культияхъ при удаленіи гнойныхъ придатковъ, но инфильтраты эти сравнительно легко поддаются леченію горячимъ воздухомъ и другими рассасывающими способами.

На вопросъ Н. И. Кушталова, докладчикъ указываетъ, что полной кастраціи у женщинъ молодыхъ онъ не производилъ и результатовъ подобныхъ полученнымъ оппонентомъ не наблюдалъ. Расхожденія краевъ кожной раны при примѣненіи іодной настойки тоже не имѣлъ.

Что касается расширенной операциіи рака матки, то докладчикъ считаетъ, что можетъ быть и слѣдуетъ оперировать всѣ случаи рака расширеннымъ способомъ. Его личное впечатлѣніе однако не особенно благопріятно для этой операциіи. Бурдзинскій упоминаетъ объ одномъ случаѣ, годъ тому назадъ демонстрированномъ въ Обществѣ. Въ этомъ случаѣ, не смотря на примѣненіе расширенной

операциі при начинающейся формѣ рака шейки матки уже черезъ 2 мѣсяца послѣдовалъ тяжелый рецидивъ.

В. Г. Бекманъ сообщилъ, что іодная настойка взаимѣнъ мытья операционнаго поля была примѣняема около 30—50 разъ завѣдующимъ женскимъ хирургическимъ отдѣленіемъ Обуховской Больницы д-ромъ Грековымъ. Результаты при этомъ получены самыя благопріятныя.

Р. В. Кипарскій отмѣчаетъ, что удалить всю клѣтчатку при операцияхъ рака матки можно и влагалищнымъ способомъ, если владѣть имъ такъ совершенно, какъ напр. Maskenrodt.

К. К. Скробанскій говоритъ, что не смотря на свою блестящую технику тотъ же Maskenrodt оперируетъ ракъ матки черезъ брюшную стѣнку.

Н. Н. Феноменовъ: Громадный матеріалъ продемонстрированный намъ докладчикомъ, количество операций, достигшее цифры 520, изъ коихъ произведено 118 путемъ чревосѣченія и 119 большихъ операций черезъ влагалище свидѣлствуютъ о той громадной работѣ и трудоспособности, которая проявилъ докладчикъ. Особенное значеніе получаетъ дѣятельность докладчика, если принять во вниманіе, что онъ работалъ въ глухой провинціи съ однимъ помощникомъ врачомъ, а иногда и безъ него только съ ученицей фельдшерской школы. Особенно пріятно, что докладчикъ пріѣхалъ изъ провинціи въ Петербургъ специально, чтобы подѣлиться своими наблюденіями, какъ онъ дѣлалъ это и въ прошлые годы.

Вопросы затронутые докладчикомъ очень разнообразны и конечно не могутъ быть за неимѣніемъ времени обсуждены всесторонне.

„Я навѣрно выражу общее желаніе“, закончилъ Н. Н.: „если поблагодарю докладчика за интересныя демонстраціи и докладъ и выскажу пожеланіе, чтобы онъ и впредь дѣлился съ нами своими наблюденіями“.

Предсѣдатель *Феноменовъ*.

Секретарь *Личкусъ*.

Протоколъ № X.

Административное засѣданіе 18 декабря 1908 года.

Предсѣдательствовалъ *Н. Н. Феноменовъ*.

- 1) Присутствовали 30 членовъ.
- 2) Читанъ и утвержденъ протоколъ № IX.

Предсѣдатель *Н. Феноменовъ*.

Секретарь *Личкусъ*.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ русской акушерско-гинекологической литературы.

92. Д. Д. Поповъ.—*Лечение эклямпсии гедоналомъ.* (Врач. Газ. № 1, 1909).

Гедональ, (метиль—пропиль—карбиноль—уретанъ) предложенъ въ качествѣ снотворнаго средства, лишеннаго какихъ либо побочныхъ явленій. Д. Д. Поповъ примѣняетъ его обыкновенно передъ хлороформнымъ наркозомъ, благодаря чему хлороформа приходится употреблять вдвое меньше. Переходъ отъ гедоналоваго сна къ хлороформному совершается безъ періода возбужденія. Экспериментальныя изслѣдованія выяснили, что гедональ не разстраиваетъ дѣятельности кровообращенія и дыханія, является, вмѣстѣ съ тѣмъ, мочегоннымъ средствомъ. Подъ его вліяніемъ парализуется рефлекторная дѣятельность спинного мозга и въ то же время угасаетъ дѣятельность моторныхъ областей головного мозга, — получается полный наркозъ съ потерей всѣхъ видовъ чувствительности. Вслѣдствіе уменьшенія теплопроизводства, благодаря расслабленію всѣхъ мышцъ, и усиленной теплоотдачи, благодаря расширенію сосудовъ, гедональ понижаетъ тѣпла. Указанныя свойства гедонала уже а ріогіи наводятъ на мысль о примѣннн его въ леченіи эклямпсіи, — гдѣ онъ сразу удовлетворяетъ двумъ требованіямъ, — повысить секреторную дѣятельность почекъ и успокоить нервную систему. Д. Д. Поповъ примѣнилъ гедональ при леченіи эклямпсіи въ 17 случаяхъ; въ 14 изъ нихъ удалось достигнуть полнаго прекращенія припадковъ уже послѣ перваго пріема гедонала или вызвать сонъ съ ослабленіемъ припадковъ, а при повторномъ пріемѣ — и полное прекращеніе ихъ; въ остальныхъ трехъ случаяхъ, окончившихся также выздоровленіемъ, не смотря на тяжелые многочисленныя припадки, пришлось примѣнить 4—8 пріемовъ. Гедональ примѣнялся въ клизмѣ, въ 0,3. Сонъ, вызываемый имъ, продолжался 1 — 5 часовъ. Въ заключеніе Д. Д. Поповъ обращается съ просьбой испробовать гедональ при леченіи эклямпсіи, чтобы на основаніи большаго числа наблюденій вѣрнѣе судить о значеніи этого препарата. Къ статьѣ приложены кривыя, показывающія теченіе припадковъ эклямпсіи до и послѣ примѣненія гедонала.

93 Д. Л. Готлибъ. — *Къ вопросу объ аппендицитъ у женщинъ.* (Практ. Врачъ, № 51, 1908 г.).

На основаніи литературныхъ данныхъ и матеріаловъ городской еврейской больницы въ Берлинѣ, (417 случаевъ аппендицита), авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) аппендицитъ встрѣчается какъ самостоятельное заболѣваніе у женщинъ такъ же часто, какъ у мужчинъ и вѣроятно даже чаще; заболѣванія правостороннихъ придатковъ даютъ поводъ къ переходу процесса на червеобразный отростокъ при посредствѣ lig. appendiculo—ovaricum или брюшины; 3) аппендицитъ иногда возникаетъ во время беременности; сомнительные случаи лучше относить къ аппендицитамъ; 4) при лапаротоміяхъ по поводу заболѣваній правыхъ придатковъ, нужно попутно изслѣдовать и червеобразный отростокъ.

94. Э. К. Гейслеръ. — *Бугорчатка и мѣсячныя.* (Р. Врачъ, 1909 № 3).

У женщинъ, страдающихъ легочной бугорчаткой, наблюдаются иногда лихорадочныя повышенія t° , предшествующія регуламъ. По мнѣнію автора, иногда только на основаніи одного этого факта, при отсутствіи другихъ объективныхъ данныхъ, можно поставить діагнозъ бугорковаго пораженія легкихъ. Повышеніе t (на $0,5-1^{\circ}$) начинается обыкновенно за нѣсколько дней до наступленія регулъ, при появленіи которыхъ t падаетъ или критически или литически. Въ статьѣ, кромѣ литературныхъ данныхъ, сообщается слѣдующее собственное наблюденіе автора: у больной, перенесшей легкую форму эпидемического гриппа, въ теченіе многихъ мѣсяцевъ наблюдалось періодическое повышение t , максимумъ до $37,6$. Зноба, ночного пота и кашля не было. Въ легкихъ, кромѣ незначительнаго заглушенія и выдоха у правой верхушки, ничего ненормальнаго не найдено (больная была изслѣдована нѣсколькими врачами). При дальнѣйшемъ наблюденіи выяснилась строгая связь между лихорадочными волнами и временемъ наступленія мѣсячныхъ. Половые органы при гинекологическомъ изслѣдованіи найдены совершенно нормальными. Авторъ поставилъ діагнозъ бугорчатки легкихъ назначилъ соотвѣтствующее леченіе, которое и оказалось исполнѣ успешнымъ.

95. Н. В. Парійскій. — *Къ вопросу о прободеніи матки при выскабливаніи.* (Р. Врачъ, 1909 № 4).

Приводятся слѣдующія наблюденія автора: 1) больной 32 лѣтъ, беременной въ 11 разъ, была произведена операція законнаго выкидыша подъ хлороформнымъ наркозомъ, опытнымъ гинекологомъ, при помощи еще 2 врачей. Во время выскабливанія ложкой были вытянуты массы, оказавшіяся петлями кишекъ матери. Врачъ завернулъ ихъ въ тампонъ и сообщивъ обо всемъ мужу больной, направилъ ее въ больницу. Авторъ произвелъ лапаротомію, причемъ на передней верх-

ней поверхности матки обнаруженъ разрывъ до 3 см., въ который входили кишки. Кишечникъ на протяженіи около аршина оказался оторваннымъ отъ брыжейки. На петли наложены зажимы, а затѣмъ онѣ отрѣзаны и удалены черезъ матку. Матка вскрыта, тщательно выскоблена, вытерта стерилизованными компрессами, защита наглухо. Затѣмъ зашитъ разрывъ брыжейки, части кишекъ, лишеныя брыжейки, удалены, отрѣзки соединены пуговкой Murphy. Рана живота зашита, а въ нижній уголъ вставленъ тампонъ. Оперированная поправилась хорошо, хотя въ первые дни и были признаки раздраженія брюшины. 2) У больной 22 л., беременной во 2 разъ, произошелъ выкидышъ на 2 мѣсяцѣ, причѣмъ задержались оболочки. Сдѣлано выскабливаніе полости матки; оперировавшій врачъ, замѣтивъ, что ложка слишкомъ свободно двигалась въ маткѣ, предположилъ прободеніе ея, затампонировалъ влагалище и отправилъ больную по желѣзной дорогѣ за 150 в. въ больницу. Найдены разрывъ шейки матки и глубокая рана въ переднемъ сводѣ. Въ виду хорошаго состоянія больной операціи не было сдѣлано, рана затампонирована; заживленіе ея шло хорошо и черезъ 2 недѣли больная выписалась. 3) Авторъ былъ вызванъ опытнымъ гинекологомъ, произведшимъ прободеніе матки при выскабливаніи по поводу 2 мѣсячнаго выкидыша. Ложка осталась въ полости матки, такъ какъ операторъ не рѣшился вывести ее изъ боязни поврежденія кишекъ. При чревосѣченіи оказался разрывъ дна матки, черезъ который и была удалена ложка. Разрывъ зашитъ. Въ нижній уголъ брюшной раны проведенъ дренажъ до мѣста разрыва. Выздоровленіе.

По наблюденіямъ автора прободеніе матки при надлежащемъ леченіи даетъ хорошее предсказаніе, и удаленіе матки не представляетъ необходимости.

М. Проскуракова.

Обзоръ нѣмецкой акушерско-гинекологической литературы.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd. 27, H. 3. 1908.

96. Wiemer. — *Die Decapsulatio renum nach Edebolds in der Behandlung der Eclampsie.* — Декансуляція почекъ по способу Edebolds'a при леченіи эклампсiи.

Предложеніе Edebolds'a лечить эклампсiю декапсуляціей почекъ не встрѣтило сочувствiя ни со стороны его соотечественниковъ, ни европейскихъ акушеровъ. Dührssen въ «Руководствѣ къ акушерству» в. Winckel'a отозвался объ его способѣ, какъ объ курьезѣ. По мнѣнію Wiemer'a, однако, въ дѣлѣ леченія такой смертельно опасной болѣзни, какъ эклампсiя ни одинъ изъ способовъ не долженъ

оставаться неиспробованнымъ, если онъ даетъ хотя малую надежду на успѣхъ. Побуждаемый сообщеніемъ Gauss'a объ двухъ успѣшныхъ случаяхъ леченія эклампсіи декапсуляціей почекъ Wiemer испробовалъ этотъ способъ въ одномъ очень тяжеломъ случаѣ эклампсіи у 37-лѣтней женщины, родившей въ IX-ый разъ и съ 7-го мѣсяца беременности страдавшей сильными отеками. Роды прошли легко и быстро, но къ концу первыхъ сутокъ послѣ родовъ начались припадки эклампсіи, быстро слѣдовавшіе одинъ за другимъ и принявшіе угрожающій характеръ. Въ виду безуспѣшности примѣненной симптоматической терапіи послѣ 10 припадковъ была произведена д-ромъ L o p g a r d'омъ подъ легкимъ эфирнымъ наркозомъ операція декапсуляціи почекъ. Черезъ Simon'овскій разрѣзъ были выведены почки, вскрыты фиброзныя капсулы и отслоены, что удалось легко. Изъ лѣвой почки съ цѣлью микроскопическаго изслѣдованія былъ вырѣзанъ кусочекъ ткани съ горошину. Обѣ почки были рѣзко гиперемированы, правая сильно увеличена (микроскопическое изслѣдованіе обнаружило бѣлковое помутнѣніе, частью жировое перерожденіе). Частичный шовъ ранъ, тампонада. Бо́льшая проснулась отъ наркоза въ полномъ сознаніи, припадковъ больше не было. Мочеотдѣленіе быстро возстановилось. Полное выздоровленіе черезъ 3 недѣли.

Въ примѣчаніи авторъ сообщаетъ еще о 2-хъ случаяхъ такой же операціи, первый у 22-лѣтней первородящей кончился смертью на 13-ый день, вторая оперированная, рожавшая въ 4 разъ, поправилась.

97. Kehrer. — *Zur Kenntniss des primären Tubenkarzinoms.* — *Къ вопросу о первичномъ ракъ Фаллопиевыхъ трубъ.*

Kehrer наблюдалъ случай первичнаго рака правой Фаллопиевой трубы у 57-лѣтней женщины, рожавшей 1 разъ на 24 году. Опухоль была удалена путемъ брюшнаго чревосѣченія вмѣстѣ съ маткой и лѣвой воспалительно измѣненной трубой. Больная оправилась отъ операціи, но черезъ 2 недѣли погибла при явленіяхъ какэксіи, плеврита и образованія опухоли въ маломъ тазу. На основаніи своего наблюденія и собранныхъ въ литературѣ 79 случаевъ Kehrer приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: относительно положенія, формы, консистенціи и сращеній ракъ Фаллопиевой трубы не отличается отъ ruosalpinx'a. Отсюда понятно, почему наиболѣе компетентные гинекологи считаютъ точное распознаваніе его едва ли возможнымъ и почему лишь въ 2-хъ случаяхъ изъ извѣстныхъ въ литературѣ былъ поставленъ вѣроятный діагнозъ и лишь въ 1-мъ — положительный діагнозъ рака трубы. Указаніемъ для распознаванія служитъ быстрый ростъ опухоли, устанавливаемый въ теченіе 2--3-хъ недѣль и въ особенности увеличивающіяся сращенія опухоли, болѣею частью располагающейся въ Дугласовомъ пространствѣ, съ окружающими органами. Затѣмъ значеніе для распознаванія имѣетъ пробная пункція

через влагалищные своды. Какъ геморрагическій экссудатъ характериченъ для рака плевры, такъ же характеренъ онъ и для рака трубы. Въ выпущенной коричневокрасной жидкости могутъ встрѣчаться бѣловатая крошковатая раковая массы. Ракъ трубы въ высшей степени злокачественъ. Своей злокачественностью онъ превосходитъ всѣ или почти всѣ формы рака матки. Причина этого лежитъ въ тонкости стѣнокъ Фаллопиевыхъ трубъ и въ двусторонности распространения по ходу лимфатическихъ путей. Изъ этого вытекаетъ необходимость по возможности ранней радикальной операциі въ смыслѣ расширенной Freund'овской операциі при ракъ матки. Можетъ быть тогда улучшатся печальные до сихъ поръ результаты длительного излечения послѣ операциі (6,2⁰/о).

Воспалительныя измѣненія: сальпингиты, зарощеніе абдоминальнаго отверстія трубъ, перитонитическія сращенія, образованіе трубно-яичниковыхъ кистъ могутъ предшествовать раку трубы, но съ другой стороны могутъ возникать и послѣдовательно, благодаря ему же. Теорія Sānger-Barth'a, что ракъ трубы всегда развивается на воспалительной почвѣ, поэтому неприемлема. Гистологическое дѣленіе рака трубъ на сосочковыя и сосочко-альвеолярныя формы слѣдуетъ видоизмѣнить въ томъ смыслѣ, что сосочковый ракъ долженъ разсматриваться, какъ начальная стадія, сосочково-альвеолярный, какъ болѣе поздняя стадія сосочковаго рака.

98. Cramer. — *Todesfall nach Atmokaussis.* — *Случай смерти послѣ ошпариванія матки.*

Съ 1900 г. Сгамег примѣнилъ ошпариваніе матки въ 78 случаяхъ, изъ нихъ въ 67 исключительно по гинекологическимъ показаніямъ вслѣдствіе кровотеченій, и же разъ при тяжелыхъ общихъ заболѣваніяхъ. Результаты во всѣхъ случаяхъ получались желательныя и удовлетворительныя. Незначительныя измѣненія суженія зѣва, явившіяся послѣдствіями этого способа, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, устранялись зондированіями и расширеніемъ. Сгамег былъ очень доволенъ способомъ ошпариванія, пока ему не пришлось пережить слѣдующій случай: по поводу сильнаго кровотеченія имъ было сдѣлано выскабливаніе матки съ послѣдующимъ промываніемъ адреналиномъ и затѣмъ ошпариваніемъ матки въ теченіе 1-ой минуты при t⁰ 110—113⁰ 39-лѣтней женщиной, страдавшей тяжелой бугорчаткой легкихъ и неоднократно подвергавшейся операциі искусственнаго выкидыша путемъ выскабливанія. Два дня спустя послѣ операциі поднялась температура и участился пульсъ, а спустя еще 3 дня появились потрясающіе знобы. Развился парапериметрической выпотъ. Какъ на *ultimum refugium* Сгамег рѣшился на удаленіе матки *per abdomen*, при чемъ оказалось возможнымъ удалить только придатки съ верхнею частью матки, такъ какъ нижнюю часть не удавалось высво-

бодить изъ эксудата. Тромбозированныя *v. v. spermaticae* были перевязаны, и проведенъ дренажъ въ рукавъ. На 5-ый день смерть. При вскрытіи было обнаружено, что полость брюшины была вполнѣ свободна отъ инфекции, забрюшинныя же железы нагноились и лимфатическіе сосуды на большомъ протяженіи вверхъ были отечны и инфильтрированы. Причину заболѣванія *Stapher* видитъ въ томъ, что некротическія массы, образовавшіяся послѣ ошпариванія, подверглись вторичному зараженію, что къ сожалѣнію, не предотвратимо, не смотря на всѣ принимаемыя мѣры асептики. Въ описываемомъ случаѣ всѣ мѣры предохраненія противъ зараженія были тщательно соблюдены, придатки были свободны отъ всякой инфекции. Тѣмъ болѣе усугубляется неблагоприятное вліяніе самаго способа.

99. Füh и Meyerstein. — *Über Formicin, ein neues Händedesinficiens.* — *Формицинъ, новое средство для обеззараживанія рукъ.*

Авторы сообщаютъ результаты своихъ экспериментальныхъ изслѣдованій надъ дезинфицирующими свойствами формицина. Дезинфицирующая сила его опредѣлялась путемъ опытовъ приведенія въ асептическое состояніе рукъ, зараженныхъ культурами бактерий, а также опытами на животныхъ. Изъ произведенныхъ опытовъ выяснилось, что посредствомъ формицина полного отсутствія микроорганизмовъ на рукахъ достигнуть не удастся, но все же онъ обладаетъ значительной дезинфицирующей силой. Большое преимущество формицина въ томъ, что онъ переносится лицами и съ очень чувствительными руками. Поэтому авторы совѣтуютъ примѣнять его въ 60%-номъ растворѣ, какъ почти вполнѣ замѣняющемъ сулемовые растворы, тѣмъ, кто плохо или совсѣмъ не переноситъ послѣдніе.

Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynäkologie. Bd. 61, N. 1.

100. Amann. — *Ureterdeckung und Drainage bei ausgedehnter Beckenausräumung wegen Uteruskarzinom.* — *Покрытіе мочеточника и дренажъ при обширномъ удаленіи тазовой клѣтчатки по поводу рака матки.*

Обширное удаленіе тазовой клѣтчатки при операциіи рака матки грозитъ двумя опасностями въ послѣоперационномъ періодѣ: во 1-хъ, образующіяся по обѣимъ сторонамъ малаго таза глубокія раневыя полости благоприятствуютъ воспріятію заразы, а во 2-хъ, изолированные мочеточники вслѣдствіе надостаточнаго питанія могутъ омертвѣвать. Для устраненія этихъ опасностей проф. Аманн считаетъ цѣлесообразнымъ дренажъ таза и покрытіе мочеточниковъ хорошо питающею тканью. Съ этой цѣлью онъ въ теченіе уже нѣсколькихъ лѣтъ пользуется слѣдующимъ способомъ: непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ брюшина мочевого пузыря пришивается къ передней влагалищной стѣнкѣ; нижняя часть мочеточниковъ, высвобожденная изъ раковой клѣтчатки и потому обычно сильно обнаженная, нѣсколькими узловатыми швами, которые приподнимаютъ заднюю стѣнку мочевого пу-

зыря и соединяютъ ее съ брюшиною пузыря, прикрѣпляется къ стѣнкѣ пузыря, какъ бы завернутая въ нее. Верхняя свободная часть мочеточниковъ опускается низко въ раневыя полости малаго таза. Съ цѣлью приподнятія и помѣщенія мочеточниковъ на боковыя стѣнки таза Аманн соединяетъ культю *art. uter.* подъ мочеточниками съ боковою брюшиною таза такъ, что мочеточникъ помѣщается на равѣтвленіи *art. ut.* съ *art. hypogastr.* надъ раневою полостью на стѣнкѣ таза. Съ цѣлью же образованія дренажа Аманн захватываетъ 2 зажимами заднюю стѣнку влагалища и между ними расщепляетъ ее термокаутеромъ глубоко внизъ до уровня дна раневыхъ полостей. Черезъ эту борозду со стороны брюшной полости проводится полоса іодоформенной марли, а брюшная полость закрывается надъ нею сшиваніемъ *flex. sigmoid.* (ея *append. epipl.*) съ пристѣночною и пузырною брюшиною.—Техника способа поясняется 4 рисунками.

101. Albrecht. — *Die praktische Verwertbarkeit der Leukozitenbestimmung für die Diagnose entzündlicher Erkrankungen der weiblichen Genitalien.*—Практическое значеніе опредѣленія лейкоцитовъ для распознаванія воспалительныхъ заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ.

На 164 случаяхъ воспалительныхъ заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ изъ клиники проф. Аманна Albrecht подробно изслѣдовалъ значеніе опредѣленія лейкоцитовъ для распознаванія этихъ заболѣваній. Первая часть работы посвящена опредѣленію количественному, вторая—качественному. Заболѣванія состояли изъ острыхъ пельвиоперитонитовъ, воспалительныхъ опухолей придатковъ, выпотовъ, гесп. нарывовъ полости малаго таза, септическихъ заболѣваній послѣ родовъ и выкидышей и воспалительныхъ послѣоперационныхъ процессовъ. Въ общемъ авторъ приходитъ къ заключенію, что количественное опредѣленіе лейкоцитовъ (гиперлейкоцитозъ болѣе или менѣе значительный и стойкій) уже одно, при соблюденіи извѣстной осторожности, можетъ служить вспомогательнымъ распознавательнымъ приѣмомъ при воспалит. заболѣваніяхъ женской пол. сферы, качественное же опредѣленіе (процентное отношеніе многоядерныхъ лейкоцитовъ, эозинофилы, тучныя клѣтки) подкрѣпляетъ количественное и позволяетъ примѣнить послѣднее болѣе точно для постановки предсказанія. Въ статьѣ приведено много исторій болѣзни, подкрѣпляющихъ выводы автора.

102. Hörrmann. — *Was leistet die konservative Behandlung bei entzündlichen Erkrankungen der Adexe und des Beckenbindegewebes? Mit spezieller Berücksichtigung der Belastungs—und Heissluftbehandlung.*

Что даетъ консервативное леченіе воспалительныхъ заболѣваній придатковъ и тазовой соединительной ткани? Съ спеціальнымъ разсмотрѣніемъ леченія тяжестью и горячимъ воздухомъ.

Результаты оперативнаго леченія воспалительныхъ заболѣваній

придатковъ и тазовой соединительной ткани не дали ожидаемыхъ удовлетворительныхъ результатовъ, и въ теченіе послѣднихъ лѣтъ гинекологи все болѣе и болѣе возвращаются къ консервативному леченію, въ особенности съ введеніемъ метода леченія тяжестью и горячимъ воздухомъ. Въ клиникѣ проф. Аманн'а, откуда вышла работа Нёггманн'а, уже съ 1900 г. при воспалительныхъ заболѣваніяхъ придатковъ ведется строго консервативное леченіе. Больныхъ съ воспалительными заболѣваніями придатковъ было за послѣднія 6¹/₂ лѣтъ 1600. Операция у этихъ больныхъ была неизбѣжною: 1) во всѣхъ острыхъ съ тяжелыми, угрожающими жизни явленіями случаяхъ гнойнаго воспаления придатковъ, тазовой клѣтчатки и тазовой брюшины; 2) во всѣхъ случаяхъ несомнѣннаго или съ вѣроятіемъ предполагаемаго туберкулеза придатковъ; 3) во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ тщательное консервативное леченіе не дало улучшенія самочувствія и относительнаго возстановленія пораженныхъ органовъ. Такихъ случаевъ было очень мало: на 1244 больныхъ въ теченіе 5 лѣтъ всего 7 = 0,56%. Консервативные методы леченія, примѣнявшіеся въ клиникѣ, въ общемъ не отличались отъ обычно примѣняемыхъ. Массажъ примѣнялся въ исключительныхъ случаяхъ, развѣ, какъ растяженіе при parametritis retrahens. Широко примѣнялось водолеченіе (компрессы, ванны, души), спиртовые компрессы въ острыхъ случаяхъ, въ хроническихъ — разсасывающія средства въ видѣ термофоровъ, горячихъ и паровыхъ компрессовъ, горячихъ душей, тигеноловыхъ тампоновъ. Съ 1905 г. введено леченіе тяжестью и горячимъ воздухомъ, которое дало особенно хорошіе результаты и на техникѣ котораго авторъ подробно останавливается. Въ общемъ, при консервативномъ леченіи было получено въ 99% выздоровленіе, подѣ которымъ авторъ понимаетъ отсутствіе болѣзненныхъ явленій, нормальныя объективныя данныя при ощупываніи и относительное возстановленіе функциональной способности органовъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ доказанное наступившею беременностью.

103. Brunner.—*Doppelseitiges metastatisches Ovarialkarzinom bei primärem Karzinom der Flexura sigmoidea.*—*Двусторонній метастатическій ракъ яичниковъ при первичномъ ракъ flexurae sigmoideae.*

У 61-лѣтней женщины, рожавшей 3 раза, по поводу опухоли живота было произведено чревосѣченіе, при чемъ были удалены опухоли обоихъ яичниковъ, съ кулакъ величиною, вмѣстѣ съ маткой. При ощупываніи брюшныхъ органовъ, какъ это дѣлается въ клиникѣ Аманн'а, подозрительнаго ничего не было найдено и лишь когда было приступлено къ соединенію flex. sigmoideae съ пристѣпной брюшиной (см. реф., № 100), въ стѣнкѣ кишки замѣчено было рѣзко ограниченное утолщеніе, почему и была произведена резекція этого отрѣзка кишки. Гладкое выздоровленіе. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено было, что болѣзненный процессъ въ кишкѣ былъ

типичнымъ ракомъ слизистой оболочки ея. Опухоли яичниковъ оказались цистоаденомами съ аденокарциноматозными участками. Первичнымъ заболѣваніемъ авторъ принимаетъ ракъ кишки, такъ какъ поражены были главнымъ образомъ слизистыя и подслизистыя оболочки ея, а мышечный слой и серозный покровъ остались почти не тронутыми. Раковые участки въ опухляхъ яичника состояли изъ бокаловидныхъ клѣтокъ и по строенію своему должны быть признаны метастатическими.

104. Logothetopoulos.—*Ueber Genitaltuberkulose bei doppelseitigem Dermoidcystom.*—*Туберкулезъ половыхъ органовъ при двусторонней дермоидной кистѣ.*

У 27-лѣтней женщины, страдавшей катарромъ легочныхъ верхушекъ, по поводу большого выпота въ маломъ тазу была сдѣлана colpotomia posterior. Выпущено много гноя; изслѣдованіе частицъ ткани показало туберкулезное происхожденіе заболѣванія, почему черезъ нѣкоторое время было произведено влагалищное удаленіе матки съ придатками. Оба яичника были перерождены въ дермоидныя кисты съ небольшое яблоко. Въ корковомъ слое яичниковъ при микроскопическомъ изслѣдованіи было найдено много бугорковъ; также бугорки были найдены на серозномъ покровѣ матки и трубъ и въ стѣнкахъ послѣднихъ; здѣсь имѣлось и казеозное перерожденіе. Исходною точкою зараженія яичниковыхъ кистъ и матки туберкулезомъ Logothetopoulos считаетъ бугорчатку стѣнокъ трубъ въ виду болѣе давняго характера этого процесса.

105. Karaki.—*Ueber primäres Karzinom der weiblichen Harnröhre.*—*Первичный ракъ женскаго мочеиспускательнаго канала*

Въ литературѣ, послѣ работы Ehrendorfer'a, собраннаго въ 1899 г. 27 случаевъ первичнаго рака женскаго мочеиспускательнаго канала, описано еще 28 такихъ случаевъ. Къ нимъ Karaki прибавляетъ еще наблюденіе изъ клиники проф. Amann'a, касающееся 53-лѣтней женщины, которая около 2-хъ мѣсяцевъ страдала задержаніемъ мочи и тенезмами. Наружные половые органы были нормальны. Мочеиспускательный каналъ на всемъ протяженіи былъ сильно инфильтрированъ и проходимъ только для тонкаго катетера, который въ нижней трети наткнулся на бугристую кровотокающую опухоль. Сдѣлано изсѣченіе уретры со сфинктеромъ пузыря, слѣдствіемъ чего образовалось недержаніе мочи. Черезъ 3 мѣсяца возвратъ въ толщѣ правой губы. Узелъ вырѣзанъ, отверстіе въ стѣнкахъ пузыря сужено. По заживленіи раны отсутствіе болѣзненныхъ явленій. Мочу можетъ удерживать около часу. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль уретры оказалась плоскоэпителиальнымъ ракомъ.

106. Rothlauf.—*Ueber Haematoma vulvae.*—*Haematoma vulvae.*

Haematoma vulvae возникаетъ въ большинствѣ случаевъ на почвѣ родовъ, другія причины, какъ напримѣръ, поврежденія тупыми

предметами, играютъ второстепенную роль. Rothlauf описываетъ случай такой, независѣвшей отъ родовъ, гематомы у 16-лѣтней дѣвушки, которая при внезапной остановкѣ трамвая упала сѣдалищной частью на ручку скамьи. Она почувствовала моментально сильную боль между ногъ, которая вскорѣ прошла, такъ что она могла дойти до дому, но на слѣдующій день боли снова возобновились и появилась опухоль въ области правой большой губы, достигшая величины гусиного яйца, темносиней окраски. Подъ влияніемъ покоя, пузыря со льдомъ въ началѣ, давящей повязки потомъ—опухоль разсосалась въ теченіе 4-хъ недѣль.

М. Порошинъ.

Zentralblatt für Gynäkologie 1909.

107. Stoeckel.—*Über sakrale Anästhesie* (№ 1).

Авторъ примѣнилъ къ акушерству методъ, предложенный въ свое время Cathélin'омъ для анестезіи и вмѣстѣ съ тѣмъ для леченія раздраженія въ области мочевыхъ органовъ, состоящей въ введеніи жидкости въ область крестцового канала, при чемъ S. замѣнилъ только физиологической растворъ, предложенный Cathélin'омъ новокаиномъ или эйкаиномъ съ прибавленіемъ адреналина. Результатъ, полученный S. при примѣненіи этого метода къ роженицамъ, съ цѣлью уменьшить болѣзненность родовыхъ схватокъ и потугъ, можетъ быть названъ вполне удовлетворительнымъ. Всего примѣнялся методъ въ 141 случаѣ, изъ числа которыхъ 89 были перворождающія, 52 много-рождающія, всѣ исключительно съ правильно протекавшими родами. Въ числѣ этихъ роженицъ у 139 впрыскиваніе было произведено по одному разу, у 2 повторно. Въ 96 случаяхъ впрыскиваніе сдѣлано въ первомъ періодѣ родовъ, у 45—въ періодѣ изгнанія. Изъ общаго числа въ 111 случаяхъ обезболиваніе получилось внѣ всякаго сомнѣнія, въ 18 оно не получилось, въ 12—было сомнительно. Анестезія обычно наступала черезъ 3—5 мин., продолжительностью отъ нѣсколькихъ минутъ до 6 часовъ (въ среднемъ 1—1 1/2 часа). Въ нѣсколькихъ случаяхъ начавшіяся родовыя боли послѣ впрыскиванія прекращались и наступали вновь спустя иногда нѣсколько дней. Послѣднее обстоятельство даетъ, по мнѣнію S., надежду примѣнить предложенный методъ при начавшемся абортѣ. Вреднаго вліянія впрыскиванія на ребенка ни разу не отмѣчено. Работа иллюстрируется рисунками, дающими наглядную картину техники примѣненія предложеннаго авторомъ способа.

108. Fromme.—*Тромбозъ и раннее вставаніе въ послеродовомъ періодѣ.*—*Thrombose und Frühaufstehen im Wochenbett* (№ 1).

F. описываетъ случай, гдѣ 19-лѣтняя 1 р. у которой: роды

протекли въ клиникѣ вполне гладко, встала на второй день послѣ родовъ. На слѣдующій день т° 39.9, п. 114, въ выдѣленіяхъ констатируется стрептококкъ. Температура спадаетъ въ тотъ же день, но въ теченіе дальнѣйшихъ 5 дней даетъ еще два подъема до 38,7 и 39,8. На 10 день р.р. послѣ незначительнаго приподниманія туловища наступаетъ коллапсъ и вслѣдъ затѣмъ exitus letalis. При вскрытіи найдены тромбы въ легочной артеріи, въ v. Spermatica sin. и въ венахъ параметрія. Нѣкоторые тромбы размягчены. Авторъ обращаетъ вниманіе на то, что описываемый имъ случай относится къ числу тѣхъ 160 родильницъ, которымъ разрѣшено было раннее вставаніе, въ то время какъ на 6600 родильницъ за предъидущіе 6 лѣтъ, когда раннее вставаніе не примѣнялось, эмболій ни разу не наблюдалось.

109. Michel. — *Желчные камни въ мочевомъ пузырьѣ.* — *Gal-lensteine in der Harnblase* (№ 1).

29-лѣтняя дѣвушка, имѣвшая 3 года т. н. припадки желчныхъ коликъ, а затѣмъ перенесшая развившійся на этой почвѣ перитонитъ, стала жаловаться на затрудненное мочеиспусканіе и боли въ мочевомъ пузырьѣ. При изслѣдованіи въ послѣднемъ найдены камни, которые затѣмъ оперативнымъ путемъ были удалены и оказались при изслѣдованіи желчными камнями.

110. Küstner. — *Какой методъ прикрѣпленія матки кпереди при фиксированной retroversio-flexio наиболее целесообразенъ?— Welche Profixur—(Antefixations) Methode ist bei fixierter Retroversio—flexio am zweckmässigsten* (№ 2)?

Авторъ считаетъ, что при свободно подвижной маткѣ наилучшіе результаты прикрѣпленія ея кпереди даетъ операція Alexander-Adams'a, но дѣлать ее надо только тамъ, гдѣ имѣется полная увѣренность въ отсутствіи склеекъ. Отдѣленіе склеекъ должно дѣлаться исключительно подъ контролемъ глаза, а не осязательнымъ путемъ черезъ вскрытый задній сводъ и т. п., съ послѣдовательной ventrofixatio. Въ случаяхъ, гдѣ можно ждать еще въ послѣдствіи беременность, прикрѣпляютъ матку къ стѣнкѣ живота по методу Olshausen'a. Изъ методовъ укороченія круглыхъ связокъ К. рекомендуетъ таковой Doléris'a и Bardesen.

111. Hannes. — *Что даетъ современная терапия при placenta praevia? — Was leistet die moderne Therapie bei der Placenta praevia.* (№ 3)?

На основаніи клиническаго и поликлиническаго матеріала клиники Küstner'a (1894—1908 гг.), который авторъ подробно разбираетъ по различнымъ методамъ, примѣнявшимся при placenta praevia, Н. приходитъ къ заключенію, что наилучшій методъ для матери и ребенка (75—80 % живыхъ дѣтей) является способъ поворота по Braxton-Hicks'у, но обязательно съ предшествующимъ введеніемъ метрейри-

тера, что автору безпрепятственно во всѣхъ случаяхъ, при самомъ незначительномъ открытіи, удавалось.

112. Gröné. — *Случай первичной брюшной беременности — Ein Fall von primärer Peritonealschwangerschaft* (№ 2).

При операци, по поводу предполагавшейся трубной беременности у 23-лѣтней многородящей женщины, авторомъ констатирована, на основаніи и макро и микроскопическаго изслѣдованія первичная брюшная беременность. Работа иллюстрируется большимъ числомъ макро и микроскопическихъ рисунковъ препарата.

113. Engelmann. — *Къ вопросу о серодиагностикѣ сифилиса въ акушерствѣ. — Ein Beitrag zur Serodiagnostik der Lues in der Geburtshilfe* (№ 3).

Е. доказываетъ важное значеніе, которое можетъ имѣть для акушерства Wassermann'овская реакція на сифились. Между прочимъ въ настоящее время автору удалось въ нѣсколькихъ случаяхъ доказать наличность сифилиса у матерей, казавшихся клинически здоровыми, но имѣвшихъ дѣтей съ, такъ называемымъ, наследственнымъ сифилисомъ. Въ другомъ случаѣ, мать, имѣвшая отъ перваго мужа сифилитика нѣсколько абортонъ, но сама, повидимому, не заразившаяся, забеременѣла и родила неполнолѣ доношеннаго ребенка. На основаніи Wassermann'овской реакціи выяснилось, что мать и ребенокъ больны сифилисомъ, второй же мужъ совершенно здоровъ.

114. Scipiades. — *Офтальмобленноррея новорожденныхъ и argentum acetic.* — *Die Ophthalmoblennorrhoea und das Argentum acetic.* (№ 3).

Авторъ съ большой похвалой отзывается объ 1 % растворѣ arg. acet., который профилактически впускается въ глаза новорожденнымъ уже много лѣтъ въ клиникѣ Tauffer'a (Будапештъ). Число заболѣвшихъ равняется всего 0,2% на 4592 новорожденныхъ.

115. Eisenstein. — *Извлечение высокостоящихъ ягодицъ моими щипцами. Extraktion des hochstehenden Steisses mit meiner Steisszange.* (№ 3).

Авторъ нѣсколько времени т. н. предложилъ особая щипцы для извлечения за ягодицы. Въ настоящее время онъ описываетъ случай, гдѣ они съ успѣхомъ были наложены у многородящей женщины. Вся операци длилась около 5 мин. Работа иллюстрируется рисунками щипцовъ и способомъ наложенія ихъ.

116. Guggisberg. — *Случай выпаденія вывороченной матки. — Über einen Fall von Prolapsus uteri inversi* (№ 3).

Выворотъ матки произошелъ тотчасъ послѣ рожденія ребенка, до выхода послѣда, который былъ уже потомъ отдѣленъ прибывшимъ врачомъ. Вправленіе удалось сдѣлать легко. Въ послѣродовомъ періодѣ развился септический перитонитъ со смертельнымъ исходомъ.

И. Судаковъ.

Обзоръ французской акушерско-гинекологической литературы.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Juin 1908.

117. A. Convelaire.—*Rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin par inflammation aiguë du col au cours du travail.*—Вторичная ригидность краевъ маточнаго зѣва при остромъ воспаленіи шейки во время родовъ.

Вторичную ригидность краевъ зѣва во время родовъ считали обыкновенно механическаго происхожденія вслѣдствіе давленія вставляющейся головкой при затянувшихся родахъ.

Приводя два собственныя наблюденія этого рода, изъ которыхъ въ первомъ вторичная ригидность зѣва констатирована на третьи сутки трудныхъ родовъ при t^0 38,2 и пульсъ 120 (роды окончены извлеченіемъ щипцами младенца 4500 grm. вѣсомъ, не оживленнаго), а во второмъ эта ригидность была рѣзко выражена при t^0 37,2 и пульсъ 100, при чемъ роды окончены базіотрипсіей, авторъ въ основу этой ригидности пытается привести другое объясненіе, кромѣ чисто-механическаго. При изслѣдованіи оторвавшихся при прохожденіи головки плода кусковъ ригидныхъ шеекъ (какъ это часто наблюдается) въ своихъ случаяхъ онъ обратилъ вниманіе на то, что кромѣ отечности и серозно-кровянистаго пропитыванія ткани замѣчается еще интенсивная ея инфильтрація полинуклеарными лейкоцитами и активная гиперемія, что и дало поводъ утверждать, что данное страданіе объясняется не столько механическимъ отекомъ тканей шейки, сколько воспалительными ея измѣненіями, обусловливаемыми, по всей вѣроятности, инфекціей полового канала при затянувшихся родахъ.

118. Pierre Delbet.—*Eversion de l'utérus*—Частичный выворотъ матки.

Выворотъ произведенъ былъ объемистой подслизистой фиброміомой, сидѣвшей на толстой ножкѣ, на задней стѣнкѣ матки, и симулировалъ полный выворотъ матки (inversio), такъ какъ отверстія, ведущаго въ сохранившійся отчасти каналъ шейки, нельзя было замѣтить изъ-за покрывавшихъ опухоль кровяныхъ сгустковъ. Въ виду крайне ослабленнаго состоянія больной авторъ произвелъ радикальную операцію удаленія вывороченной матки и только во время ея убѣдился, что выворотъ неполный, такъ что ему пришлось оперировать въ маточной ткани. Операція удалась легко, послѣ нея въ удаленномъ препаратѣ послѣ основательной его очистки было обнаружено отверстіе цервикальнаго канала; больная потомъ поправилась, при чемъ оставшійся кусокъ шейки матки вновь сформировался. Такимъ образомъ авторъ произвелъ надвлагалищное удаленіе матки влагалищнымъ путемъ.

119. I. L. Faure.—*Traitement du cancer des organes génitaux chez la femme.*—Лѣченіе рака женскихъ половыхъ органовъ.

Относительно оперативнаго лѣченія рака наружныхъ половыхъ органовъ, а равно трубъ и яичниковъ разногласій въ литературѣ не существуетъ, возможно болѣе широкое удаление новообразованія рѣшаетъ вопросъ. При лѣченіи рака тѣла матки авторъ предпочитаетъ удалять матку брюшнымъ путемъ, чтобы избѣжать возможности инкуляции при влагалищномъ удаленіи, допуская возможнымъ даже, при строго локализованномъ ракъ тѣла, надвлагалищное удаление матки. Ракъ влагалища удаляется въ зависимости отъ его локализациі: если онъ расположенъ въ нижней трети влагалища, то широко удаляется, какъ ракъ наружныхъ половыхъ органовъ, для операции же рака верхней трети влагалища авторъ считаетъ влагалищный путь нерациональнымъ, а удаляетъ его брюшнымъ путемъ вмѣстѣ съ маткой; очень рекомендуется также смѣшанный путь: влагалищнымъ путемъ сначала циркулярно отдѣляется новообразованіе и просвѣтъ нижней здоровой части влагалища сшивается, затѣмъ брюшнымъ путемъ удаляютъ цѣликомъ матку и пораженный ракомъ отрѣзокъ влагалища (colpo-hysterectomy vagino-abdominalis).

Всего больше разногласій въ литературѣ вызываетъ лѣченіе рака шейки матки. Въ этомъ отношеніи авторъ, приводя статистику какъ свою, такъ и другихъ операторовъ, отдаетъ рѣшительное предпочтеніе брюшному методу удаленія матки по способу Wertheim'a, давшему ему 75% выздоровленій. Преимущества этого метода передъ влагалищнымъ неоспоримы и заключаются въ возможности экстирпировать пораженные лимфатическіе узлы и освободить мочеточники изъ фокуса новообразованія.

Въ удаленіи лимфатическихъ узловъ авторъ не идетъ обыкновенно очень далеко, ограничиваясь только ближайшими пораженными железами. Объясняя нѣкоторыя благоприятныя статистики выздоровленія послѣ влагалищнаго удаленія раковой матки исключительно раннимъ вмѣшательствомъ, авторъ допускаетъ производство этой операціи именно въ очень раннихъ стадіяхъ болѣзни и притомъ исключительно у женщинъ истощенныхъ и очень тучныхъ, для которыхъ было бы тяжело перенести болѣе серьезную операцію брюшного удаленія матки. У этихъ же женщинъ онъ рекомендуетъ также примѣненіе такъ называемой colpo-hysterectomy vagino-perinealis, которую онъ считаетъ выше простаго влагалищнаго удаленія матки.

120. Fabignon. — *Arrachement du cordon au niveau de son insertion placentaire par traction, au moment du dégagement d'un circulaire cervical, après l'expulsion spontanée de la tête foetale.*—Отрывъ пуповины отъ мѣста ея прикрѣпленія къ послѣду, во время освобожденія шейнаго обвитія, послѣ рожденія головки плода.

При микроскопическомъ изслѣдованіи мѣста отрыва пуповины найдена рѣзкая инфильтрація лейкоцитами и периваскулярная гѣматома. Авторъ думаетъ, что разрыву пуповины предшествовалъ разрывъ одного или нѣсколькихъ сосудовъ ея съ образованіемъ гѣматомы и послужившей причиной разрыва тканей пуповины.

Juillet 1908.

121. Potocki.—*Nouvelle observation de grossesse extra-utérine à terme.*—*Новый случай доношенной внематочной беременности.*

У здоровой 34-лѣтней женщины, начавшей менструировать съ 11 лѣтъ, вышедшей замужъ 19 лѣтъ и въ теченіе 15 лѣтъ безплодной, развивается беременность, констатированная на 2-мъ мѣсяцѣ врачемъ, которая сопровождалась сильными болями внизу живота и въ поясницѣ, отдающими въ ноги. Около срока ожидаемыхъ родовъ легкое кровотеченіе изъ половой щели и боли, врачъ констатируетъ полное открытіе зѣва и головку во влагалищѣ. Однако проходитъ 6 сутокъ болѣе и легкаго кровотеченія, роды не наступаютъ и больную доставляютъ въ клинику, гдѣ авторъ нашелъ матку на 15 cm. надъ лобкомъ, сокращающуюся при боляхъ, и другую опухоль на 30 cm. выше лобка, въ лѣвой части которой былъ слышенъ интенсивный маточный шумъ, сердцебіенія плода не слышно, но воспринимаются его движенія; черезъ влагалище глубоко вставившуюся головку на 2—3 cm. отъ входа и очень высоко въ переднемъ сводѣ шейку матки, слегка размягченную. При операциі находятъ плодный мѣшокъ приросшимъ къ окружающимъ органамъ, его вскрываютъ пальцемъ и легко извлекаютъ младенца 2750 gm. вѣсомъ, котораго тотчасъ удалось оживить. Затѣмъ авторъ, чтобы обезпечить себя отъ кровотеченія, наложилъ зажимы на лѣвую широкую связку, послѣ чего рукою отдѣлилъ дѣтское мѣсто отъ плоднаго мѣшка, который, по отдѣленіи его отъ сращеній, былъ частію резецированъ, частію оставленъ; во время этихъ манипуляцій кровотеченія не было.

Рана живота зашита, вложенъ дренажъ; послѣоперационный періодъ благопріятный, оперированная выписалась здоровой, ребенокъ хорошо развивается. По изслѣдованіи удаленнаго плоднаго мѣшка авторъ заключаетъ, что беременность въ данномъ случаѣ трубно-брюшная; при этой беременности, говоритъ онъ, дѣтское мѣсто получаетъ сосуды только отъ соотвѣтственной трубы и поэтому для остановки кровотеченія во время удаленія плоднаго мѣшка достаточно наложить зажимы на широкую связку и art. spermatica.

122. Audebert et Henri Dupont.—*La grossesse et l'accouchement dans les rétrécissements congénitaux de la valvule mitrale.*—*Беременность и роды при врожденномъ суженіи двухстворчатого клапана.*

Сравнивая статистики прежнихъ авторовъ, касающіяся беременности и родовъ при суженіи двухстворчатого клапана, безъ различія

того, врождено это страданіе или приобрѣтено, какъ результатъ инфекцій, чаще всего ревматической или туберкулезной, съ такой же статистикой только случаевъ врожденнаго порока, авторы находятъ громадную разницу: на 32 случая первой категоріи наблюдалось 12 смертей, т. е. 37% смертности матерей, тогда какъ на 15 больныхъ второй категоріи умерла одна, или 7% смертности матерей; дѣтская смертность выразилась 25% для первой категоріи и 7,5% для второй. Собственная статистика авторовъ обнимаетъ 5 случаевъ съ 13 беременностями, ни одна мать и ни одинъ ребенокъ не умерли, въ зависимости отъ сердечнаго заболѣванія; во время беременности у женщинъ наблюдались лишь носовыя кровотеченія, одышка и сердцебиеніе, быстро исчезающія подъ вліяніемъ покоя и молочной діеты; роды протекали обыкновенно благополучно и кормленіе грудью не вызывало никакихъ разстройствъ. На основаніи этого авторы заключаютъ, что насколько опасны беременность и роды при приобрѣтленномъ порокѣ двустворчататаго клапана, настолько это страданіе, будучи врожденнымъ, какъ результатъ недоразвитія организма, мало нарушаетъ теченіе беременности и родового акта.

132. I. Ronsse. — *Oblitération de la trompe après résection.* — *Зарошеніе трубы послѣ резекціи.*

Авторъ имѣлъ случай вырѣзать, при повторной лапаротоміи, послѣ предшествовавшаго иссѣченія трубы, въ одномъ случаѣ лѣвосторонняго, въ другомъ — двойного, три ножки этихъ иссѣченныхъ трубъ и изслѣдовать ихъ подъ микроскопомъ на серіяхъ срѣзовъ. Въ этихъ случаяхъ онъ нашелъ полное зарошеніе просвѣта этихъ ножекъ трубъ и поэтому онъ думаетъ, что для обезпложиванія женщины достаточно резекціи здоровой трубы между двумя, *lege artis* наложенными лигатурами; неуспѣхъ этой операціи онъ ставитъ въ зависимость отъ техническихъ ошибокъ при ея производствѣ, и поэтому считаетъ ненужными всѣ сложные оперативные методы стерилизаціи женщины, до резекціи угловъ матки включительно.

Société anatomique de Paris. (Ibidem).

124. A. Herrenschmidt. — *Sarcome kystique de l'utérus.* — *Кистовидная саркома матки.*

У 52-лѣтней женщины, ничѣмъ не страдавшей, при изслѣдованіи живота, послѣ тяжкаго ушиба при паденіи, находятъ объемистую опухоль въ животѣ, которую принимаютъ за кисту яичника и рѣшаютъ оперировать. Передъ операціей, черезъ 3 недѣли, опухоль въ животѣ не замѣчается, матка очень большая и болѣзненная, свободная жидкость въ брюшной полости. По разрѣзѣ брюшной стѣнки находятъ объемистый мѣшокъ, исходящій изъ дна матки, разорвавшійся не много выше мѣста своего прикрѣпленія и содержащій кровянистую, шоколаднаго цвѣта жидкость, съ многочисленными сверт-

ками, бóльшая часть которой излилась въ брюшную полость; полость кисты съ полостью матки не сообщается, матка невелика, содержитъ небольшую интерстиціальную фиброму. Произведено надвлагалищное удаление матки, дренажъ дугласова пространства. Подъ микроскопомъ стѣнка кисты обнаружила строение саркомы, которую авторъ въ данномъ случаѣ считаетъ первичною, на томъ основаніи, что матка была нормального объема.

Принимая во вниманіе частоту саркоматознаго перерожденія фиброміомъ матки около 2 — 3%, а кистовидное перерожденіе саркомъ 2 на 46, видно, что данный случай представляетъ большую рѣдкость, хотя перерожденіе саркомъ матки скорѣе можно назвать ложно-кистовиднымъ, происходящимъ, чаще всего, подъ влияніемъ затрудненія кровообращенія, отека ткани съ появленіемъ серозныхъ полостей, къ которымъ часто присоединяются кровоизліянія изъ разрывающихся ломкихъ сосудовъ новообразованія.

125. H. Morestin. — *Fibromes calcifiés. Occlusion intestinale. Anus caecal. Hystérectomie abdominale. Mort par insuffisance rénale.* — *Обызвестившія фибромы. Непроходимость кишекъ. Искусственный задній проходъ въ слѣпой кишкѣ. Брюшное удаление матки. Смерть отъ недостаточной дѣятельности почекъ.*

Фиброма у женщины 63 лѣтъ выполняла задній Дугласъ и сдавливала прямую кишку, область прямой кишки сильно растянута, по вскрытіи ея вышло много газовъ и фекальныхъ массъ; черезъ 16 дней послѣ этого удаленіе матки, нѣсколько обызвестившихъ фибромъ, одна изъ нихъ величиною въ апельсинъ, сзади матка срощена съ прямой кишкой; смерть на пятый день при явленіяхъ анурии.

126. Bosset et Duval. — *Volumineux fibrome utérin.* — *Объемистая фиброма матки.*

Опухоль вѣсила 22 кило 500 граммъ.

Septembre 1908.

127. Ch. David. — *L'endoscopie utérine, ses applications au diagnostic et au traitement des affections intra-utérines.* — *Эндоскопія матки въ приложеніи къ діагностикѣ и леченію внутриматочныхъ заболѣваній.*

Эндоскопъ автора представляетъ изъ себя полу трубку трехъ различныхъ величинъ и калибровъ, въ зависимости отъ изслѣдуемыхъ объектовъ: матка небеременная, послѣ выкидыша и послѣродовая; эта трубка снабжена мандриномъ, который, по введеніи ея въ полость матки, замѣняется трубкой съ электрической лампочкой и стекляннымъ окномъ на концѣ ея, не позволяющимъ крови затемнять лампочки и поля зрѣнія. Введеніе инструмента въ полость небеременной матки возможно обыкновенно только послѣ ея расширенія, сначала палочкой ляминариі, а потомъ нѣсколькими Негаргами, въ случаяхъ обильнаго кровотеченія приходится также уменьшать его, чего авторъ достигаетъ

смазываніемъ полости матки растворомъ адреналина 1:1000; эндоскопъ вводится до дна полости матки, при низведеніи ея шипцами, мандринъ замѣняется трубкой съ лампочкой и, производя различныя экскурсіи въ полости матки, авторъ производитъ осмотръ всѣхъ ея стѣнокъ. Иногда при производствѣ эндоскопіи приходится примѣнять анестезію. Изслѣдованію матки послѣ родовъ предшествуетъ обыкновенно промываніе ея полости и осушиваніе.

Среди противопоказаній къ эндоскопіи матки на первомъ мѣстѣ, конечно, должна стоять беременность, затѣмъ околomatочные воспалительные процессы и наконецъ фиксированныя и неуправимыя смѣщенія матки. Показаніемъ къ эндоскопіи матки авторъ считаетъ прежде всего всякое кровотеченіе изъ ея полости, затѣмъ хроническіе метриты и эндометриты, внутриматочныя опухоли: полипы, фибромы и раковыя образования, инородныя тѣла въ полости матки и наконецъ пороки ея развитія. Послѣ родовъ и выкидыша: задержки дѣтскаго мѣста, инфекціонные процессы и разрывы матки, а также травматическія поврежденія послѣ искусственнаго выкидыша.

Вторая часть статьи подробно разбираетъ частныя случаи эндоскопическаго изслѣдованія матки по вышеприведеннымъ показаніямъ, при чемъ описаніе эндоскопическихъ картинъ каждаго заболѣванія поясняется прекрасными раскрашенными таблицами.

Въ заключеніе авторъ говоритъ о лечебномъ значеніи маточнаго эндоскопа, позволяющаго производить болѣе точно мѣстное леченіе внутриматочныхъ заболѣваній: выскабливанія, смазыванія, удаленіе малыхъ фибромъ и полиповъ, извлеченіе инородныхъ тѣлъ и наконецъ взятіе пробнаго кусочка новообразованія для микроскопическаго изслѣдованія.

128. E. Meriel et Baudet — *Fibro-myome du ligament rond.* — *Фиброміома круглой связки.*

Считая фиброзныя опухоли круглыхъ связокъ очень рѣдкими (20 случаевъ въ литературѣ), авторы описываютъ свой случай. У женщины 52 лѣтъ, здоровой и правильно менструирующей, 5 лѣтъ назадъ появляются боли внизу живота, за послѣдніе 2 года сдѣлавшіяся очень сильными. При изслѣдованіи опухоль, расположенная между пузыремъ и маткой, плотная и безболѣзненная; поставленъ діагнозъ кисты яичника и рѣшено оперировать. По разрѣзѣ брюшной стѣнки обнаружена опухоль, состоящая изъ 2-хъ отдѣловъ, одного спереди матки, другого сирава кзади, и сидящая на правой круглой маточной связкѣ, которая на разстояніи 5 см. отъ угла матки вѣерообразно прикрѣплялась къ опухоли. Опухоль безъ труда удалена, рана живота зашита и больная выздоровѣла. При изслѣдованіи подъ микроскопомъ опухоль оказалась фиброміомой.

Обращая вниманіе на то, что всѣ случаи фибромъ круглой

связки оперировались подъ діагнозомъ кистъ яичника, авторы пытаются установить признаки, по которымъ можно было бы распознать фиброму круглой связки, и думаютъ, что положеніе опухоли впереди матки, которая находится въ состояніи *retroversio* или *retropositio*, а не *retroflexio*, какъ при кистѣ, значительная плотность опухоли и ея независимость отъ матки, позволятъ поставить правильный діагнозъ. Иногда наблюдается еще одинъ характерный симптомъ: при движеніяхъ кверху, сообщаемыхъ опухоли рукою изслѣдователя, замѣчается потягиваніе въ одной ихъ паховыхъ областей.

129. H. Henneberg.—*Un nouveau cas d'ichthyose foetale.*—*Новый случай ichthyosis foetalis.*

У здоровой женщины, имѣвшей перваго нормальнаго ребенка и страдавшей въ теченіе второй своей беременности какою-то незначительною зудящею сыпью, родился, въ ягодичномъ положеніи, ребенокъ, весь покрытый крупными бляшками, какъ щитками черепахи, между которыми оставались борозды, красныя и выдѣлявшія обильное количество серозной жидкости. Ребенокъ жилъ въ теченіе трехъ сутокъ, при чемъ температура была все время ниже нормальной.

Société anatomique de Paris. (Ibidem). Octobre 1907.

130. Lorrain et Chaton.—*Tuberculose du col de l'utérus à forme hypertrophique.*—*Гипертрофическая форма бугорчатки шейки матки.*

Женщина 37 лѣтъ, правильно, но скудно менструировавшая съ 16 лѣтъ, 18 лѣтъ перенесшая анемию и бронхитъ съ кровохарканіемъ, 23 лѣтъ страдавшая аденитомъ и начальною формою Поттовой болѣзни, замужняя и ни разу не беременѣвшая, перенесшая метритъ и 3 года уже не менструирующая, поступаетъ въ больницу съ діагнозомъ выпаденія матки, оказавшимся при изслѣдованіи гипертрофіей шейки, при одновременномъ существованіи распространенной аденопатіи; общее состояніе хорошее. При ампутаціи шейки попадаютъ при разрѣзѣ на желтоватые фокусы казеиново-перерожденной ткани, въ которой подъ микроскопомъ находятъ гигантскія клѣтки, а впрыскиваніе подъ кожу морской свинки раневого отдѣленія вызвало у этой послѣдней милиарный туберкулезъ.

Novembre 1907.

131. P. Lecéne.—*Sarcome développé sur un utérus fibromateux. Hystérectomie supravaginale. Guérison opératoire.*—*Саркома фиброматозно-перерожденной матки. Полное удаленіе матки. Выздоровленіе послѣ операциіи.*

55-лѣтняя женщина, 7 или 8 лѣтъ страдающая обильными мѣсячными кровотеченіями, при чемъ съ полгода тому назадъ у нея выдѣлился изъ матки полипъ, поступаетъ въ больницу съ опухолью матки, на палецъ не доходящею до пупка, распознанною, какъ фи-

броміома. При операціи крѣпкія, сильно васкуляризированныя сращенія съ кишками и инфильтрація правой lig. infundibulo-perivicum. Полное удаленіе матки; больная выписалась черезъ 22 дня.

Въ толщѣ стѣнки матки были заложены узлы опухоли двоякаго рода: 2 интерстиціальныхъ оказались чисто фиброзными и много подслизистыхъ строенія веретенообразно-клеточковой саркомы очень дѣятельнаго типа, такой же натуры оказалась и инфильтрація правой широкой связки и многочисленные подслизистые полипы въ полости матки.

132. L. Hautefort et I. Raymond. — *Atrésie du col de l'utérus consécutive à l'application de caustiques. Hystérectomie.*—*Запозненіе канала шейки матки послѣ прижиганій. Удаленіе матки.*

У 29-лѣтней больной, перенесшей 5 лѣтъ назадъ метритъ, леченный какими-то прижиганіями, и обратившейся по поводу весьма болѣзненныхъ регулъ, опредѣлено почти полное изглаживаніе шейки и на мѣстѣ зѣва маленькое розовое пятнышко, черезъ которое не проходилъ самый тонкій зондъ. Въ виду невозможности расширенія канала матка удалена; она представлялась уменьшенной на половину и фиброзно-перерожденной, въ шейкѣ тоненькій, извилистый каналъ.

133. R. Huleux. — *Rupture d'un abcès de l'ovaire droit chez une jeune fille de 17 ans. Péritonite généralisée aiguë consécutive.* — *Разрывъ мойника праваго яичника у 17-лѣтней дѣвушки съ послѣдующимъ острымъ общимъ перитонитомъ.*

Больная дѣвственница, только 4 мѣсяца начавшая менструировать, почувствовала однажды весьма острую боль въ животѣ. На операціи черезъ 2 дня остро-гнойный перитонитъ; смерть на другой день послѣ операціи. На вскрытіи—гнойникъ праваго яичника стрептококковаго происхожденія.

Décembre 1907.

134. Guibal.—*Granulie péritonéale aiguë d'origine tubaire; laparotomie, castration, guérison.*—*Туберкулезный перитонитъ трубнаго происхожденія; лапаротомія, удаленіе придатковъ, выздоровленіе.*

17-лѣтняя дѣвушка, безъ наслѣдственности, заболѣваетъ какою-то формою, принимаемою сначала за тифъ. Вскорѣ присоединяется асцитъ, проколомъ извлекается 4 литра вязкой жидкости. Диагнозъ туберкулезнаго перитонита и лапаротомія, при чемъ вся брюшина усѣяна бугорками; трубы находятъ растянутыми творожистымъ гноемъ и изсѣкаютъ; быстрое выздоровленіе.

135. Guibal.—*Sarcome de la vulve.*—*Саркома vulvae.*

Больная 54 лѣтъ, здоровая, туберкулеза и сифилиса въ анамнезѣ нѣтъ, представляетъ опухоль vulvae, слѣва занимающую большую и малую губы, величиною въ кулакъ, очень плотную, голубоватаго цвѣта, изъязвленную и кровоточащую, справа опухоль меньше, тоже плотна, не изъязвлена; паховыя железы съ обѣихъ сторонъ сильно увеличены,

плотны; влагалище и прямая кишка тоже уплотнены. Левый отдѣлъ опухоли приращенъ къ костямъ таза. Диагнозъ: саркома vulvae (esthiomène), неоперативная. Больная умерла черезъ полгода.

Л. Ульяновскій.

Обзоръ англійской акушерско - гинекологической литературы.

136. Reuben Peterson.—*Preservation of the ovaries entire or in part in supravaginal or panhysterectomy.* (Amer. Journ. of Obstetr. etc. 1908. May).—*Полное или частичное сохраненіе яичниковъ при удаленіи всей матки и путемъ надвлагалищной ампутаціи.*

Авторомъ произведены опросы 250 женщинъ, подвергнутыхъ имъ за послѣдніе 6½ лѣтъ въ Мичиганской Университетской клиникѣ операциі удаленія матки, полного или путемъ надвлагалищной ампутаціи. Выводы его таковы: по крайней мѣрѣ 10% женщинъ правильно менструировавшихъ ко времени операциі остаются свободными отъ всякихъ непріятныхъ явленій искусственной менопаузы послѣ удаленія матки вмѣстѣ съ яичниками. Этотъ процентъ женщинъ безъ жалобъ увеличивается немного болѣе чѣмъ въ два раза, если оставлено немного яичниковой ткани. Рѣзкость проявленія непріятныхъ сторонъ искусственной менопаузы меньше въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ яичники оставлены. Не абсолютно вѣрно, что чѣмъ моложе женщина при лишеніи ея матки съ яичниками, тѣмъ болѣе она страдаетъ отъ этого. Большая часть сильныхъ страданій падаетъ на годы отъ 40 до 45. Отсюда нужно считать неправильнымъ предложеніе объ удаленіи яичниковъ вмѣстѣ съ маткой у женщины старше 40 лѣтъ. Частота и сила проявленій обезпложиванія женщинъ не находится ни въ какой зависимости отъ способа удаленія матки. Сила явленій послѣ удаленія яичниковъ обычно одинакова при удаленіи яичниковъ ради фиброміомъ матки и ради воспалительныхъ заболѣваній придатковъ. Сохраненіе части яичниковой ткани укорачиваетъ срокъ, который больныя страдаютъ отъ искусственной менопаузы. Чѣмъ больше ткани яичника оставлено, тѣмъ менѣе рѣзки явленія.

137. Вопросъ объ оперативномъ внимательствѣ при внѣматочной беременности былъ предметомъ обсужденія на сѣздѣ американскаго гинекологическаго общества въ Филадельфій. 26—28 мая 1908 г.

Janorin (New-York), ссылаясь и на свой 24 лѣтній опытъ и на теоретическій взглядъ на внѣматочную беременность, высказывается за обязательность операциі, разъ только внѣматочная беременность опредѣлена, не дожидаясь нарушеній ея, въ послѣднемъ же случаѣ операцию нужно производить безъ малѣйшей отсрочки.

Limpson (Pittsburgh), на основаніи изслѣдованія описанія 575 случаевъ, приходитъ къ такимъ выводамъ: внѣматочная беременность должна всегда разсматриваться, какъ серьезное пораженіе, хотя все же не безусловно смертельное. Обычно операція необходима и имѣя это въ виду нужно обращаться съ больной крайне бережно. Въ острыхъ случаяхъ заболѣванія операція представляется всегда очень серьезной, особенно при неблагоприятной обстановкѣ и малой опытности оператора. Рѣшимость на немедленную операцію иногда является единственнымъ исходомъ, но лучше рассчитывать на небольшую смертность при такихъ операціяхъ въ рукахъ разныхъ операторовъ, чѣмъ на особенно высокую смертность разбираемаго страданія въ случаяхъ, предоставляемыхъ самимъ себѣ.

Hiram Vineberg (New-York), освѣщая вопросъ объ обязательности немедленнаго оперативнаго вмѣшательства и рѣшая его въ положительную сторону, разсматриваетъ его съ точки зрѣнія количества излившейся крови и опровергаетъ мнѣніе о болѣе пользѣ выжиданія, основанное на сравненіи внутренняго кровотечения при внѣматочной беременности съ таковымъ при язвахъ желудка и кишечныхъ кровотеченияхъ.

Montgomery (Philadelphia) считаетъ, что никогда нельзя быть увѣреннымъ при нарушении внѣматочной беременности въ полной остановкѣ кровотечения и, настаиваетъ на неотложной операціи при явленіяхъ внутренняго кровотечения вслѣдствіе внѣматочной беременности.

По Frederick'y. (Buffalo) очень небольшой процентъ прервавшейся внѣматочной беременности сопровождается такимъ кровотеченіемъ, которое можетъ быть опасно для жизни, но какъ угадать, представляетъ ли данный случай подобное исключеніе и вообще, какъ трудно опредѣлить, продолжается ли кровотеченіе. Индивидуализируя случай, надо не медлить съ операціей въ извѣстныхъ случаяхъ и не полагаться на одну природу.

E. Grandin считаетъ, что благодаря операціи это злостное заболѣваніе получаетъ увѣренность въ выздоровленіи; оперировать лучше всего даже до нарушенія цѣлости беременной трубы; нечего бояться ошибки въ діагнозѣ, такъ какъ и въ этомъ случаѣ имѣется дѣло съ заболѣваніемъ придатковъ.

Manton (Detroit) заключаетъ свою рѣчь словами, что когда есть свободная кровь въ брюшной полости и кровотеченіе продолжается, то чѣмъ скорѣе предпринята операція, тѣмъ больше надежды на спасеніе больной.

Larthorn Smith (Montreal) въ своей статьѣ «41 случай трубной беременности съ двумя смертями» очень живо рисуетъ картину необходимости немедленной операціи, придерживаясь выработан-

наго имъ правила; «если въ тазу есть чтонибудь такое, чего не должно быть, чѣмъ раньше это удалить, тѣмъ лучше».

Boldt (New-York) различаетъ первичное и вторичное кровоте-
ченіе. Избѣгая операциі во время остраго колляпса при первичномъ
кровотеченіи и выжидая въ подобномъ случаѣ, авторъ совѣтуетъ не
откладывать операциі, лишь только больная нѣсколько оправилась,
или же быть все время на готовѣ къ производству операциі при ма-
лѣйшемъ къ тому указаніи. Лучше оперировать на дому, а не пере-
возить больную въ госпиталь. (Americ. Journ. of. Obstetr. etc. July
1908).

138. Whitridge Williams. — *Is Pubiotomy a justifiable Operation?*— (Amer. Journ of Obstetr. etc. August 1908).—*Представляемъ ли пубіотомію операцию оправдываемую.*

Статья представляетъ положительный отвѣтъ, основанный на
личномъ опытѣ въ 13 случаяхъ, произведенныхъ за время съ февраля
1906 по май 1908 г. въ Johns Hopkins Hospital. На это число не было
смертныхъ случаевъ съ матерями, дѣтей умерло трое и изъ нихъ лишь
одна смерть можетъ быть отнесена на счетъ операциі. У всѣхъ роже-
ницъ роды заканчивались щипцами или поворотомъ сейчасъ же послѣ
пубіотоміи; пораненій пузыря не наблюдалось, три раза былъ разрывъ
промежности и одинъ разъ глубокій разрывъ влагалища, соединяющійся
съ раной, не смотря на то, что девять рожали по первому разу. Не-
большое число поврежденій мягкихъ частей авторъ приписываетъ спо-
собу операциі (по Doederlein'у) и особенно подготовки въ видѣ руч-
ного растягиванія рукава и промежности. Послѣоперационный уходъ
не такъ тягостенъ и особенно облегчается примѣненіемъ рамы Brad-
ford'a. Нѣтъ надобности добиваться неподвижности таза. Обычно
больныя начинаютъ сами двигаться въ постели съ третьяго, четвертаго
дня, встаютъ на 20-ый и выписываются на 30-ый, обладая достаточной
способностью къ передвиженію. Заживленіе происходитъ путемъ обра-
зованія фиброзной ткани; въ четверти случаевъ подвижность между
концами костей остается. Смертность матерей нужно признать меньше
2%, принимая во вниманіе, что операция произведена опытной рукой
на незараженной женщинѣ и не подвергавшейся предварительнымъ
попыткамъ къ другимъ способамъ родоразрѣшенія.

Пубіотомія показана при суженіи таза при сопj. не менѣе 7 сант.
послѣ того какъ путемъ долгаго наблюденія можно было убѣдиться
въ несоотвѣтствіи между головкой и тазомъ. У многородящихъ съ
указаніемъ на повторное затрудненіе родовъ и у первородящихъ съ
большимъ несоотвѣтствіемъ операция уступаетъ кесарскому сѣченію,
производимому въ концѣ беременности или въ началѣ родовъ. Въ
другихъ случаяхъ эти двѣ операциі сопоставлять нельзя, такъ какъ
пубіотомія представляется избранной операцией при тазакъ, стоящихъ

на границѣ съ нормальными и у роженицъ, уже подвергшихся испытанію со стороны естественныхъ силъ, когда кесарское сѣченіе было бы опаснѣе для роженицы въ 5—6 разъ. Пубіотомія должна замѣнить высокіе шипцы, профилактической поворотъ, преждевременные роды и краніотомію на живомъ плодѣ у незараженной роженицы. Пубіотомію не слѣдуетъ производить при наличности зараженія, или послѣ другихъ попытокъ къ родоразрѣшенію, ее нужно смотрѣть, какъ на первичную операцію, представляющую опасность со стороны инфекціи, глубокихъ разрывовъ и кровотеченія.

139. Richard Smitt.—*Pressure conditions within the Abdomen.*—(Americ. Journ. of Obst. August 1908).—*Уловія внутробрюшиннаго давленія.*

Выводы автора, основанные на физическихъ данныхъ и литературныхъ указаніяхъ, таковы: давленіе внутри и внѣ брюшной полости почти совершенно уравновѣшены и нѣкоторыя колебанія обусловливаются извѣстными моментами. Специфическаго общаго положительнаго давленія, на существованіи котораго такъ настаивала, въ дѣйствительности нѣтъ. Физиологическія колебанія въ сторону увеличенія и уменьшенія объема обычно не сопровождаются измѣненіемъ давленія и равновѣсіе не нарушается. Значительное увеличеніе объема живота при патологическихъ условіяхъ часто проходитъ безъ вліянія на равновѣсіе, но здѣсь существуютъ индивидуальныя колебанія. Гидроскопическое давленіе въ любомъ мѣстѣ брюшной полости измѣняется отъ положенія тѣла и отъ толщины слоя органовъ, лежащихъ выше этого пункта. Отрицательное давленіе въ высшихъ мѣстахъ допустимо при извѣстныхъ условіяхъ тамъ, гдѣ стѣнки плотны. Въ верхней части живота въ отвѣсномъ положеніи отрицательное давленіе можетъ быть и тогда оно, болѣе или менѣе, имѣетъ назначеніе въ смыслѣ поддержки внутренностей. Дыханіе мало измѣняетъ давленіе; кашель, чиханіе, испражненіе, роды и нѣкоторыя движенія туловища вызываютъ рѣзкое повышеніе внутробрюшиннаго давленія путемъ сокращенія мышцъ брюшной стѣнки. Это давленіе распространяется во всѣ стороны брюшной полости съ одинаковой силой. Полученныя данныя должны прилагаться болѣе осторожно къ разрѣшенію нѣкоторыхъ вопросовъ въ гинекологіи и акушерствѣ и нѣкоторыя прежнія ученія должны подвергнуться сильному сомнѣнію (напр. о силѣ давленія на переднюю или заднюю стѣнку матки при ante и retroflexio).

Л. Кривскій.

ХРОНИКА.

36) Въ Кишиневѣ 23 ноября 1908 г. состоялось открытіе специально еврейскихъ школъ для акушеровъ и для ученыхъ сидѣлокъ. Это—первыя въ Россіи специально еврейскія школы для приготовленія нужнаго медицинскаго персонала. Обществ. Врачъ № 1.

37) Журналъ «Хирургія», издававшійся покойнымъ проф. П. И. Дьяковымъ, будеть издаваться подъ редакціей двоихъ изъ числа его учениковъ: прив.-доц. Н. И. Напалкова и Н. Н. Тереминскаго. Ближайшая книга журнала выйдетъ въ февралѣ.

38) Бюро международного съѣзда врачей въ Будапештѣ (23 авг. — 4 сент. 1909 г.) доводитъ до свѣдѣнія докладчиковъ, что послѣдній срокъ присылки докладовъ истекаетъ 16 (29) февраля 1909 г. Членскій взносъ въ размѣрѣ 25 кронъ, а также всѣ доклады высылаются по адресу казначея Prof. Dr. de Elischer. Budapest. VIII Esterházy utca Z. Бюро съѣзда находится тамъ же. Секретаремъ съѣзда состоитъ Prof. Dr. Emil de Grösz.

39) Утвержденъ сверхштатнымъ экстраординарнымъ профессоромъ Московскаго Университета по кафедрѣ Акушерства и дѣтскихъ болѣзней д-ръ медицины приватъ-доцентъ Н. И. Побѣдинскій. Практич. Врачъ № 5.

40) Императорскіе китайскіе врачи Chen, Chow, To, Hsi и Tscheng понижены въ должности на два класса за то, не сумѣли спасти жизнь императора и императрицы, а директоръ госпиталя Tscheng и врачи Tsching, Un и Tai—въ наказаніе за незнаніе отставлены отъ должности.

41) Первый случай вспыхнувшей въ январѣ въ Московской губерніи холеры констатированъ у роженицы, которая по окончаніи родовъ вскорѣ скончалась. Вслѣдъ за тѣмъ заболѣло четверо ея дѣтей, ея мать и тетка.

42) Въ Лондонѣ, а затѣмъ и въ Парижѣ среди врачей поставленъ на очередь вопросъ о «дихотоміи», подъ которой разумѣютъ отдѣленіе врачомъ-хирургомъ, ларингологомъ, акушеромъ, окулистомъ и даже терапевтомъ-консультантомъ части своего гонорара домашнему или лечащему врачу. Этотъ usus особенно привился во Франціи. Въ настоящее время предлагаютъ, чтобы оба врача представляли общій счетъ, а раздѣлъ гонорара производится по соглашенію, которое должно быть установлено врачебными корпораціями. Врачеб. Газ. 1909.

43) Въ Московской судебной палатѣ недавно разбиралось дѣло городской акушерки Фоминой, отказавшей въ приѣмѣ роженицѣ, которая вслѣдствіе этого разрѣшилась дома при антигигіеническихъ условіяхъ, заболѣла и лишилась трудоспособности. Больная предъявила искъ къ городу въ размѣрѣ ежегоднаго пособія въ 216 руб. Окруж-

ной судъ искъ удовлетворилъ. Судебная палата взглянула на это дѣло иначе. Выяснивъ, что акушерка уже была привлечена къ уголовной отвѣтственности и осуждена, палата признала, что и гражданскій искъ долженъ быть предъявленъ къ акушеркѣ, а не къ городской управѣ.

Новая Русь. 20 янв.

44) Владимірское губернское земское собраніе постановило открыть съ осени н. г. фельдшерско-акушерскую школу съ 4-хъ годичнымъ курсомъ при губернской земской больницѣ. Для поступления требуется дипломъ средняго учебнаго заведенія.

45) 16 Декабря состоялось открытіе частной повивальной школы въ Читѣ. Учредителями ея состоятъ д-ръ А. Д. Давыдовъ и А. Л. Цейтлинъ. Помѣщеніе школы рассчитано приблизительно на 15 кроватей.

Сибир. Врач. Газ. № 1.

46) Уменьшеніе рождаемости во Франціи выражается въ слѣдующихъ цифрахъ: съ 1825 по 1875 гг. было установлено уменьшеніе его въ среднемъ на 500 человекъ въ годъ. Съ 1876 по 1900 гг. уменьшеніе рождаемости достигло громадной цифры, въ среднемъ въ годъ 4000 дѣтей. Съ 1900 г. паденіе рождаемости отмѣчается въ среднемъ въ годъ 1200, а 1907 г., по сравненію съ 1906 годомъ, далъ уменьшеніе рождаемости на цѣлыхъ 33000 дѣтей. Несмотря на незначительную смертность во Франціи, все же рождаемость покрываетъ убыль населенія черезъ смертность его въ недостаточной степени, и народонаселеніе Франціи не растетъ, а даже въ нѣкоторые годы убываетъ.

Мед. Об. 1908 г. № 21.

47) Старшій врачъ Университетской Акушерской Клиники въ Килѣ прив.-доцентъ Ноепне получилъ званіе профессора.

48) Dr. Ferroni избранъ э. о. профессоромъ акушерства и женскихъ болѣзней въ Parma.

49) Въ Висбаденѣ скончался э. о. профессоръ женскихъ болѣзней въ Greitswaldѣ Dr. Franz v. Preuschen von und zu Liebenstein.

50) Книжнымъ складомъ G. Fischer въ Jena издается новый журналъ изслѣдованій по иммунизации и экспериментальной терапіи, подъ редакціей Friedberger (Berlin), R. Kraus (Wien), St. Sachs Frankfurt a. M.) и P. Uhlenhuth (Gross-Lichterfelde bei Berlin).

Wien. Klin. Wochenschr. № 1—4.

50) Къ 1 ноября 1908 г. число врачей во всей Германіи равнялось 31640 (въ предыдущемъ году 31416). На 10000 жителей приходится врачей въ Berlin'ѣ 12,3; въ Wiesbaden'ѣ—25,8; въ Frankfurt'ѣ a. M.—12,1; Leipzig'ѣ—9,4; наименьшее число въ городѣ Duisburg'ѣ—3,0. Женщинъ врачей въ Германіи 55, которыя всѣ почти практикуютъ въ большихъ городахъ въ Berlin'ѣ—17, въ Breslau—5, Frankfurt a. M. 4, въ München'ѣ 3, Hamburg'ѣ и Dresden'ѣ по 2.

München. Med. Wochenschr. № 1—5.

52) 17 января въ Halle a. S. состоялось собраніе новаго общества гинекологовъ Средней Германіи подъ предсѣдательствомъ v. Veita. Всего собралось около 70 врачей.

Berlin. Klin. Wochenschr. № 4.

ПИСЬМО ВЪ РЕДАКЦІЮ.

Милостивый Государь,

Г. Редакторы!

Не откажите напечатать въ ближайшемъ № Вашего изданія слѣдующія дополнителныя свѣдѣнія о созываемомъ Съѣздѣ фабричныхъ врачей и представителей фабрично-заводской промышленности:

1) Членами Съѣзда могутъ быть врачи, владѣльцы и управляющіе фабрикъ, заводовъ и промысловъ, представители фабричной инспекціи, техники, инженеры, делегаты отъ обществъ и союзовъ медицинскихъ, ученыхъ и профессиональныхъ.

2) Членскій взносъ назначенъ въ шесть (6) рублей, которые могутъ быть вносимы при записи на Съѣздѣ или высылаемы теперь же почтой; заблаговременная присылка взносовъ весьма желательна для учета числа членовъ.

3) Съѣздъ продлится съ 1 по 7 апрѣля: 31 марта вечеромъ состоится товарищеская встрѣча, 1 апрѣля первое общее собраніе и открытіе Съѣзда, 2—6 занятія Съѣзда, 7—второе общее собраніе и закрытіе Съѣзда.

4) Во время Съѣзда будетъ издаваться „Справочный листокъ“, въ первомъ номерѣ котораго будутъ напечатаны положенія всѣхъ докладовъ, присланныя въ бюро Съѣзда до 7 марта.

5) Во время Съѣзда имѣетъ быть устроенъ осмотръ фабричныхъ и больничныхъ учреждений г. Москвы, Московской и сосѣднихъ губерній.

6) Высылать членскіе взносы и обращаться за всякими справками письменно и лично слѣдуетъ по адресу: *Москва*. Арбатъ, Кривоарбатскій пер. д. Стромиллова, кв. 25. Тел. 247—92. Бюро Съѣзда фабричныхъ врачей. Для личныхъ переговоровъ Бюро открыто съ 11—3 ежедневно кромѣ праздниковъ.

Правленіе.

Редакторы | Г. Рейнъ.
| Л. Личкусъ.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

Съ Декабря 1908 г. выходитъ новый ежемѣсячный журналъ

ВЪСТНИКЪ

УШНЫХЪ, ГОРЛОВЫХЪ И НОСОВЫХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

Подъ редакціей професс. Н. П. СИМАНОВСКАГО, Б. В. ВЕРХОВСКАГО, прив.-доц. М. О. ЦИТОВИЧА и д-ра мед. В. И. ВОЯЧЕКА.

Подписная цѣна — 5 р. въ годъ, за-границу — 7 р.

Подписка принимается въ книжномъ магазинѣ **К. Л. Риккера**. СПБ. Невскій 14.

Журналы и книги, присланные въ редакцію.

(Переданы въ бібліотеку Общества).

1) Русскій Врачъ. № 2—5; 2) Врачеб. Газета № 3—5; 3) Практическій Врачъ № 2—5). 4) Сибирская Врачебная Газета № 1—4 5). Русс. Хирур. Архивъ Кн. VI. 1908. Вѣстникъ Офтальмологіи Ноябрь—Декабрь. 7) Зубоврачебный Миръ № 6—7. 8) Современ. Медицина 1908. № 23—24. 9) Современ. Клин. и Терапія № 1. 10) Общественный Врачъ № 1—2. 11) В. Медич. Журналъ. Февраль. 12) Медич. Обзорѣніе № 2. 13) Харьков. Медич. Журналъ 1908 г. № 10. 14) Ученыя записки Казанск. Университ. Январь. 15) Отчетъ Харьковск. Медич. Общества за 1906 и 1907 г.г. и протоколы засѣданій 1906 г. 2 полугодіе; 1907 г. 1-ое и 2-ое полугодіе; 1908 г. 1-ое полугодіе. 16) Кузьминъ. Отчеты по гинек. Отдѣл. Саратов. Губер. Земск. Больницы за 1907 г. 17) Кузьминъ. Къ вопросу о специальной медицинской помощи гинекол. и акушерскимъ больнымъ въ земск. учрежденіяхъ Саратов. губ. за 1906 г. 18) Medycyna № 4—7. 19) Gazeta Lekarska № 4—7. 20) Casopis Lékaruv Ceskych. № 5—6. 21) La Médecine Internationale № 2 22) Quinzaine Thérapeutique 25 Janvier. 23) Le Monde Médical №№ 333, 335. 24) Annales d'électrologie et de Radiologie. Septembre. 1908. 25) Monthly Cyclopaedia and Medical Bulletin. January. 26) Университск. извѣстія 1908. № 12. Кіевъ. 27) Фельдш. Вѣстникъ № 5—6. 28) Казанскій Медич. Журналъ. Январь—Февраль. 29) Акушерка № 2. 30) Медич. Прибавленія къ Морскому Сборнику. Январь. 31) Вѣсти. Ушн., горл. и носовыхъ болѣзней. Январь. 32) Зубоврачебный Вѣстникъ № 1—2. 33) Lucina № 1—2. 34) Il passato e il presente della Ginecologia e l'indirizzo Scientifico, Clinico e Sociale della scuola di Genova. In occasione dell'inaugurazione dei nuovi locali 7 Maggio 1908. 35) La Ginecologia Moderna 1908. № 9—12. 36) La Médecine internationale 1908. № 12. 37) La Gynécologie № 1. 38) Zdrowie № 2.

СПБ. Гинекологическій Институтъ.

5-я Рождественская, д. 4 прот. ул. Жуковскаго,
устроенъ на 75 кроватей, въ специально выстроен. зданіи.

**Пріемъ больныхъ, страдающихъ женскими, акушерскими
и хирургическими болѣзнями.**

Особое вниманіе обращено на примѣненіе консервативныхъ методовъ леченія, для каковой цѣли имѣются въполнѣ оборудованныя: водолечебница, грязелечебница, электролечебница и свѣтолечебница и отдѣленіе для гимнастики и массажа.

Плата: отдѣльная комната отъ 4 руб., общая отъ 3 руб.
Амбулаторный пріемъ ежедневно отъ 11 до 4 ч. и отъ 7 до 8 ч.веч.

Телефонъ 23-59 и 73-03.

Институтъ открытъ въ теченіи всего года.

Новыя книги по Акушерству и Женскимъ Болѣзнямъ,
поступившія въ продажу въ книжномъ магазинѣ **Н. Л. Ринкера.**
Спб. Невскій пр., 14.

- Schauta, Prof. Dr. F.** Учебникъ Акушерства съ 242 рис. въ текстѣ и 1 хромолит. табл. перев. съ 3-го нѣм. изданія Д-ровъ Мед. А. А. Иванова и В. М. Островскаго 1909 5 р.
- Bouquet, Dr. P. Grossesse, Accouchement, direction du travail** 1908 1 р. 65 к.
- Bucura, Dr. C. J.** Über d. Bedeutung d. Eierstöcke 1909 83 к.
- Bürger, L.** Kongenitale Hypoplasie d. Uterus, Hypoplasie d. rechten Kystom d. linken Ovarium. Diss. 1908.
- Cuzzi, A.** Manuale di ostetricia ad uso dello levatrici 8 a ediz. rivend ed. aumenta dai Prof. Clivio e G. Resinelli 1908 6 р. 60 к.
- Döderlein e Krönig.** Ginecologia operativa. traduzione dei dott. L. Frassi e G. Zamorani fig. 1908 19 р. 25 к.
- Dührssen, Prof. Dr. A.** Gynäkolog. Vademecum mit 138 Abbild. i. Text u. 11 Tafeln 9. verm. u. verbess. Aufl. 1908 3 р. 50 к.
- Eckstein, Dr. F.** Beitrag z. Kampf gegen d. Puerperalfieber 1909 40 к.
- Gloekner, Dr. H.** Beiträge z. Lehre vom engen Becken III. Teil. Geburtsverlauf u. Therapie beim engen Becken 1908 1 р. 38 к.
- Godart, M.** ménopause précoce et obésité. 1908 1 р. 65 к.
- Legrand, H** Conseils pour l'hygiène de la grossesse 1908 — 83 к.
- Liepmann, Dr. W.** Tabellen z. klinisch—bakteriolog. Untersuchungen für Chirurgen u. Gynäkologen nebst einer kurzen Anleitung z. Ausführung der «Dreitupferprobe» 1909 1 р. 10 к.
- Singer, A.** Einbruch e. Zervixkarzinoms in ein Myom Diss. 1908.
- Sitzungsberichte, d. Niederrhein—westfäl. Gesellschaft für Gynäkologie u. Geburtshülfe** 1906—1907 mit Abbildungen 1908 1 р. 38 к.
- Stewart, N. and J. Joung,** Practical gynaecology. A manual for nurses and students 1909. 3 р.

Открыта подписка на двухнедѣльный журналъ.

„ЗУБОВРАЧЕВНЫЙ МІРЪ“,

издаваемый въ Москвѣ зубн. врач. Л. О. Гавронскимъ подъ его же редакціей.

Журналъ посвящается вопросамъ зубоврачебной науки и искусства, бытовой жизни корпорации и ученыхъ обществъ, критикѣ и библиографіи.

Журналъ выходитъ 2 раза въ мѣсяць (май, июнь, июль и августъ по 1 разу) въ объѣмѣ 2—3 печатныхъ листовъ въ количествѣ 20 №№ въ годъ.

Подписная цѣна за 1 годъ 5 р., за 1/2 года—2 р. 50 к., 1/4 года—1 р. 25 к.,

Подписка принимается въ конторѣ журнала (Москва, Кузнецкій пер., д. Сосоль, кв. 1, телефонъ № 75—61) ежедневно отъ 9 час. утра до 2 час. дня.

Редакторъ-Издатель **.Л. О. Гавронскій.**

E. Merck

фабрика химическихъ препаратовъ, Darmstadt.

Dionin,

легко растворимое въ водѣ при нейтральной реакціи производное морфія, безъ побочныхъ явлений послѣдняго. Прекрасное болеутоляющее и успокаивающее средство при болѣзненныхъ страданіяхъ женской половой сферы.

Stypticin

на основаніи долготѣшняго, обширнаго опыта признанъ какъ безусловно надежное кровеостанавливающее средство при всѣхъ, независящихъ отъ анатомическихъ измѣненій, кровотеченияхъ изъ матки послѣ выкидыша и родовъ, въ особенности же при функциональныхъ кровотеченияхъ.

Tropococain,

благодаря своимъ обезболивающимъ свойствамъ и относительной неядовитости, считается лучшимъ анестезирующимъ средствомъ. Въ особенности рекомендуется для спинномозговой анестезіи, преимущественно въ гинекологической практикѣ.

Perhydrol.

Химически чистая перекись водорода — Merck, абсолютно лишена кислотности: 30 вѣс. процентовъ $H_2O_2 = 100$ объем. проц. Превосходное дезинфицирующее и антисептическое средство съ дезодорирующими и кровеостанавливающими свойствами, вслѣдствіе чего особенно рекомендуется для акушерскихъ и гинекологическихъ цѣлей.

Открыта подписка на 1909 годъ

НА ЖУРНАЛЬ

„МЕДИЦИНСКОЕ ОБОЗРѢНІЕ“

С п р и м о н а,

издаваемый Обществомъ Русскихъ врачей въ Москвѣ,

подъ редакціей д-ра **Ө. Н. РЕМЕЗОВА.**

Съ 1909 года журналъ вступить въ 36 годъ своего существованія, являясь однимъ изъ старѣйшихъ медицинскихъ периодическихъ изданій. Журналъ будетъ выходить книжками отъ 5 до 7 листовъ, дважды въ мѣсяцъ, за исключеніемъ іюня, іюля и августа, когда онъ выходитъ по одному разу.

Програма журнала: оригинальныя статьи и рефераты по всѣмъ отраслямъ медицины, съ обращеніемъ особеннаго вниманія на клиническую медицину, рецензіи новыхъ книгъ, отчеты о засѣданіяхъ московскихъ медицинскихъ Обществъ, научныя новости и т. п. Съ 1907 года значительное мѣсто дается отдѣлу общественной медицины (земской городской, фабричной), для чего, кромѣ оригинальныхъ статей, ведется общественно-медицинская хроника.

Въ видѣ отдѣльныхъ приложений печатаются подробные протоколы Общества Русскихъ Врачей.

Въ редакціи журнала *Медицинское Обозрѣніе* принимаютъ участіе завѣдующіе отдѣлами: проф. **Л. Е. Голубининъ** (внутреннія болѣзни), д-ръ **Г. Л. Грауэрманъ** (акушерство и женскія болѣзни), проф. **Н. С. Корсаковъ** (дѣтскія болѣзни), проф. **А. В. Мартыновъ** (хирургія), прив.-доц. **М. А. Членовъ** (кожныя болѣзни и венерическія), пр.-доц. **П. А. Преображенскій** (нервныя болѣзни и психіатрія), докторъ **И. М. Рахманиновъ** (патологическая анатомія), д-ръ **Ө. Н. Ремезовъ** (четвертый и пятый отдѣлы журнала), проф. **С. І. Червинскій** (фармакологія), д-ръ **А. И. Скибневскій** (общественная медицина и гигиена).

Подписка принимается въ редакціи (Трубниковскій пер., д. Чегодаевой, кв. д-ра **Ө. Н. Ремезова**), въ книжномъ магазинѣ **А. Ланга** (Кузнецкій мостъ), въ лечебницѣ Общества Русскихъ врачей и у д-ра **А. А. Киселя** (1 Мѣщанская Дѣтская больница св. Ольги), къ которому и просятъ обращаться иногороднихъ подписчиковъ.

Цѣна за годъ 10 руб., за полгода 5 руб.

Плата за объявленія: цѣлая страница 20 руб., $\frac{1}{2}$ страницы 12 руб..

$\frac{1}{4}$ страницы 6 руб. 50 коп. за одинъ разъ.

ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЬ

Медицинскія прибавленія

къ

Морскому Сборнику

будетъ выходить и въ 1909 году книжками отъ 4 до 5 листовъ.

Журналъ посвященъ преимущественно 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 руб. съ пересылкою.

Завѣдующій редакціей **П. С. Тимиревъ.**

Ж У Р Н А Л Ъ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

Годъ двадцать третій.

АПРѢЛЬ 1909 г. № 4.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ. ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

ХІІІ.

Изъ Акушерской академической клиники Императорской Военно-Медицинской Академіи.

Къ ученію о злокачественныхъ опухоляхъ женской половой сферы.

Приватъ-доцента А. А. РЕДЛИХА.

Женская половая сфера отличается большимъ разнообразіемъ опухолей и для изученія онкологіи представляетъ значительный интересъ. Сложная исторія ея развитія, связанная съ присутствіемъ разнаго рода эмбриональныхъ остатковъ, а съ другой стороны анатомо физиологическія особенности половой системы женщинъ (менструаціи, беременность и роды), а также обиліе кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ создаютъ въ высшей степени благоприятныя условія для развитія въ ней разнаго рода опухолей и ихъ роста. По частотѣ пораженія опухолями на первомъ мѣстѣ стоятъ яичники и матка. Въ яичникахъ описаны почти всѣ виды существующихъ опухолей, въ маткѣ же наиболѣе часто наблюдаются фиброміомы и раки.

Кромѣ того въ женской половой сферѣ, какъ и въ другихъ областяхъ человѣческаго тѣла, встрѣчаются нерѣдко опухоли, которыя морфологически не могутъ быть отнесены ни къ опухолямъ эпителиальнаго типа, ни къ соединительнотканнымъ; по своему гистогенезу онѣ выдѣлены въ особую группу—эндотелиомъ, представляющихъ значительный научный интересъ.

Въ виду относительной рѣдкости подобнаго рода наблюдений, я приведу нѣсколько случаевъ, наблюдавшихся въ акушерской академической клиникѣ.

Случай I.

Поступила 12 Января 1902 г. Выписалась 20 Февраля 1902 г. О. А., 28 лѣтъ, замужняя, родилась въ Могилевской губ. гдѣ и жила до поступленія въ клинику. Происходитъ изъ здоровой

семьи и до замужества ничѣмъ не болѣла. Первая менструація на 16-мъ году, установились сразу черезъ 4 недѣли по 3 дня безъ болей, въ умѣренномъ количествѣ. Замужъ вышла на 17-мъ году, беременна была три раза, беременность и роды протекали нормально. Первый послѣродовой періодъ былъ лихорадочный, около 6 недѣль больная пролежала въ кровати. Второй послѣродовой періодъ безлихорадочный, при третьемъ—грязныя послѣродовыя выдѣленія и ophthalmoplegia новорожденного. Въ октябрѣ мѣсяцѣ 1901 г. замѣтила у себя внизу живота опухоль, величиною съ куриное яйцо, которая обнаружила тенденцію къ быстрому росту. Status praesens. О. с. у. органы дыханія и кровообращенія измѣненій не представляютъ; животъ увеличенъ, въ брюшной полости опредѣляется опухоль, величиною въ 8-ми мѣсячную беременную матку, умѣренно плотной консистенціи, ограниченно подвижная, съ ясно выраженными буграми; верхняя граница опухоли на 2 пальца выше пупка, окружность 80 ст. На опухоли всюду тупой звукъ, въ поясничныхъ областяхъ тимпанической.

Наружные половые органы развиты правильно, влагалище умѣренной емкости, складки выражены нерѣзко. Влагалищная часть матки цилиндрической формы смотритъ вправо и къзади, наружный зѣвъ въ видѣ поперечной щели, тѣло матки невелико, прощупывается черезъ передней сводъ отдѣльно отъ опухоли, сегментъ которой опредѣляется черезъ лѣвый сводъ, опухоль даетъ впечатлѣніе зыбленія. Движенія опухоли нѣсколько передаются пальцу, приложенному къ шейкѣ матки.

За время наблюденія въ клиникѣ былъ отмѣченъ быстрый ростъ опухоли, сопровождавшійся мѣстнымъ воспаленіемъ брюшины съ повышенной температурой, болями въ животѣ, вздутіемъ послѣдняго, тошнотами и рвотами, больная исхудала.

На основаніи данныхъ клиническаго изслѣдованія и теченія болѣзни былъ поставленъ діагнозъ—*tumor ovarii malignus*. 20 февраля была произведена операція чревосѣченія съ цѣлью удаленія опухоли. По вскрытіи брюшной полости показалась неправильной формы рѣзко-бугристая, плотная опухоль, грязно сѣраго цвѣта, покрытая ложными перепонками. Исходя изъ лѣваго яичника, опухоль помѣшалась въ нижней части живота болѣе справа.

Вся правая верхняя часть опухоли представляла собою распадъ темнаго цвѣта въ видѣ цвѣтной капусты, опухоль сидѣла на короткой ножкѣ, шириною около 10 ст. Опухоль съ трудомъ удалось извлечь наружу, при чемъ она оказалась сросенной со слѣпой кишкой и съ сальникомъ. По отдѣленіи сросенія и перевязки и перерѣзки ножки въ три пучка цѣпочечной лигатурой, опухоль была удалена. Матка и правый яичникъ найдены здоровыми и потому оставлены; въ сальникѣ найдены 3 подозрительные узла, которые и были вырѣзаны вмѣстѣ съ частями сальника. Брюшная рана зашита 8 глубокими и 6 поверхностными швами.

Послѣоперационный періодъ прошелъ безлихорадочно, рана зажила первымъ натяженіемъ на всемъ протяженіи, а на 26 д. послѣ операціи былъ опредѣленъ у мечевиднаго отростка въ толщѣ кожи живота узелъ, величиною въ сливу, плотной консистенціи, неподвижный, слегка болѣзненный. Этотъ узелъ сталъ быстро расти и въ короткое время достигъ величины малаго апельсина.

Произведенная повторная лапаротомія показала, что въ сальникѣ

находится узелъ, сросшійся съ передней брюшной стѣнкой, который и былъ резецированъ вмѣстѣ съ прилежавшимъ здоровымъ участкомъ салника. Брюшныя стѣнки защиты узловатымъ швомъ, рана, точно также же, какъ и первая, зажила первымъ натяженіемъ, послѣоперационный періодъ протекъ безлихорадно.

Передъ выпиской при изслѣдованіи было найдено, что весь задній сводъ выполненъ инфильтратомъ, состоящимъ изъ отдѣльныхъ узловъ, образующихъ общую массу величиною въ апельсинъ.

Черезъ $1\frac{1}{2}$ года, больная, по имѣющимся свѣдѣніямъ, погибла.

Описаніе препарата.

Опухоль неправильной формы, бугристая, сѣровато-бураго цвѣта, консистенція опухоли въ значительной ея части плотная, въ другихъ мѣстахъ тѣстоватая; на опухоли видны слѣды бывшихъ сросненій, на поверхности опухоли замѣтны дефекты, образовавшіеся при отдѣленіи сросненій; общая масса опухоли приблизительно равняется головѣ взрослому человѣку размѣры ея: $30 \times 15 \times 12$ ст., въсь 2 kilo, на опухоли находится перерѣзанная ножка, шириною около 10 сантиметровъ, въ ней идутъ значительно развитые сосуды и прилежитъ возлѣ нея фаллопиева труба.

На разрѣзѣ бросается въ глаза ясно мозговидное строеніе опухоли, а также значительное содержаніе кровеносныхъ сосудовъ въ ней.

Опухоль покрыта соединительно-тканной капсулой, толщиной около 4—5 mm., которая отдѣляется отъ опухоли съ большимъ трудомъ. Изъ разныхъ мѣстъ опухоли были вырѣзаны кусочки и подвергнуты изслѣдованію послѣ пропитыванія анетолемъ на замораживающемъ микротомѣ, другая же часть ихъ фиксирована алкоголемъ, Мюллеровской и Ценкеровской жидкостями, и заключена въ целлоидинъ, часть въ параффинъ, окраска срѣзовъ гематоксилиномъ Hensen'a и эозиномъ и по v. Gieson'u. Опухоль покрыта капсулой, состоящей изъ плотной волокнистой соединительной ткани, бѣдной ядрами, въ капсулѣ находятся въ изобиліи кровеносные и лимфатическіе сосуды; отъ подлежащей паренхимы капсула рѣзко отграничивается. Паренхима опухоли состоитъ изъ клѣтокъ, заложенныхъ въ рыхлой соединительной ткани и образующихъ альвеолы. (См. табл. рис. 2 и 3). Эти альвеолы представляются сплошь выполненными клѣтками различной величины, отличающимися своимъ полиморфизмомъ— формы кругловатой, веретенообразной, кубической—съ большимъ ядромъ богатымъ хроматиномъ, вокругъ котораго находятся скопленія мелкозернистой протоплазмы, въ другихъ мѣстахъ форма альвеолы утрачивается, и мы видимъ большое клѣточное скопленіе изъ большихъ круглыхъ клѣтокъ, сильно напоминающихъ по своему строенію саркому, и безпорядочно проникающихъ въ окружающую ихъ соединительную ткань. Въ основной соединительной ткани проходятъ кровеносные и лимфатическіе сосуды въ умѣренномъ количествѣ. Въ центральныхъ участкахъ опухоли находятся некротическія гнѣзда и геморагическое пропитываніе тканей.

Промежуточнаго вещества между отдѣльными клѣтками почти совершенно нѣтъ. Встрѣчаются также мѣста, гдѣ клѣтки представляются заключенными въ лимфатическій сосудъ, выстланный эндотеліемъ, и получается впечатлѣніе происхожденія клѣтокъ опухоли изъ клѣтокъ эндотелія. На другихъ препаратахъ ясно выступаетъ въ полѣ

зрѣнія просвѣтъ сосуда въ поперечномъ или продольномъ его разрѣзѣ, вокругъ котораго группируется значительное количество новообразовательныхъ клѣтокъ, которыя съ одной стороны находятся въ тѣсной связи съ лимфатическимъ капилляромъ, составляя стѣнку послѣдняго, высланную эндотелиемъ, а съ другой стороны переходятъ въ отдѣльные ряды клѣтокъ, теряющіеся въ нормальной соединительной ткани. Вырѣзанный изъ сальника узелъ повторилъ въ общихъ чертахъ строеніе основной опухоли.

По своему микроскопическому строенію настоящая опухоль злокачественнаго характера не можетъ быть отнесена ни къ карциномамъ ни къ саркомамъ съ достаточнымъ для этого основаніемъ.

По существующимъ въ настоящее время воззрѣніямъ въ патологической анатоміи подъ саркомами мы подразумѣваемъ опухоли, развивающіяся изъ соединительной ткани и въ общемъ характеризующіяся обиліемъ соединительно тканыхъ клѣтокъ, при чемъ прототипомъ ихъ является незрѣлая развивающаяся соединительная ткань, т. е. иначе говоря, саркома построена по типу эмбриональной соединительной ткани.

Этому опредѣленію настоящая опухоль не можетъ удовлетворить вслѣдствіе своего яснаго альвеолярнаго строенія, т. е. присутствія соединительно-тканной основы—стромы опухоли, образующей разнаго размѣра полости—раковыя ячейки и альвеолы, заключающія въ себѣ эпителиальныя клѣтки.

Данныя гистологическаго изслѣдованія говорятъ въ пользу карциномы на слѣдующихъ основаніяхъ—мы здѣсь имѣемъ морфологическія сходства элементовъ опухоли съ эпителиоидными клѣтками, которыя стремятся группироваться въ скопленія, раздѣленныя соединительно ткаными перегородками, т. е. такъ называемое альвеолярное строеніе, которое считается характернымъ для раковыхъ опухолей, и по Hansemann'у всѣ альвеолярныя опухоли должны быть причислены къ карциномамъ.

Съ другой стороны, участки въ опухоли съ диффузнымъ строеніемъ саркомы, съ правильными круглыми клѣтками и величиною не болѣе лимфоцита, съ большими ядрами и малымъ количествомъ мелко зернистой протоплазмы, отношеніе этихъ большихъ скопленій къ лимфатическимъ сосудамъ заставляетъ отнести настоящую опухоль къ саркомамъ по всей вѣроятности эндотелиальнаго происхожденія. Принимая же во вниманіе общую картину гистологіи опухоли, то терминологіей Hansemann'a ее слѣдуетъ опредѣлить carcinoma-sarcomatodes endoteliale.

Такое опредѣленіе опухоли выдѣляетъ ее изъ группы и соединительнотканнхъ и эпителиальныхъ новообразованій въ особую группу эндотелиомъ, и по классификаціи Neumann'a и Gebhard'a къ *endotelioma lymphaticum*, т. е. происхождение нашей опухоли мы относимъ къ размноженію эндотелия лимфатическихъ капилляровъ и щелей, оставляя совершенно открытымъ вопросъ куда слѣдуетъ отнести эндотелий къ эпителиальнымъ или соединительно тканнымъ образованіямъ. Въ настоящее время большинство эмбриологовъ принимаетъ, что всѣ три зародышевыхъ листка могутъ служить источникомъ развитія какъ настоящаго эпителия такъ и эндотелия (Amann).

Резюмируя настоящій случай, я считаю нужнымъ отмѣтить особенно злокачественное теченіе опухоли, быстроту ея роста, склонность къ распаду и къ метастазамъ, не смотря на односторонность пораженія. По наблюденіямъ клиницистовъ обоюдостороннія саркомы яичниковъ обладаютъ большею злокачественностью чѣмъ одностороннія, что и понятно, т. к. обоюдосторонность развивается метастатическимъ путемъ. Сильная злокачественность же опухоли зависитъ по всей вѣроятности отъ ея тѣснаго отношенія къ кровеноснымъ и лимфатическимъ сосудамъ, такъ какъ элементы опухоли легко могутъ быть уносимы въ общій кругъ кровообращенія токомъ лимфы и крови, а при прорывѣ капсулы опухоли и образованіи сосочковъ на ея поверхности распространеніе *per continuitatem* еще болѣе создавало благоприятныя условія для развитія опухоли.

Случай II-ой.

Поступила 26 Сентября 1906 г. Выписалась 11 Ноября 1906 г.

А. П. Т. 45 л., родилась въ Вологдѣ, живетъ въ Спб. Въ дѣтствѣ перенесла корь. Первые крови на 14 году, установились сразу черезъ 3 недѣли по 4 дня безъ болей. Вышла замужъ 19 лѣтъ, рожала 3 раза, беременность, роды и послѣродовые періоды нормальны. Послѣдніе роды 20 лѣтъ тому назадъ.

На 37 году появились *meno-metrorrhagiae*, лечилась у профессора Фенюмова, который произвелъ ей операцію удаленія полипа матки, спустя 2 года вторичная операція удаленія полипа, спустя 2 года въ третій разъ была произведена операція удаленія полипа въ Спб. Надеждинскомъ Родовспомогательномъ учрежденіи. Съ Іюня 1906 года повторныя кровотеченія, съ жалобой на которыя больная и поступила въ клинику.

Status praesens. Больная средняго роста, хорошаго питанія, крѣпкаго тѣлосложенія, малокровна; органы дыханія и кровообращенія безъ измѣненій, въ брюшной полости ничего ненормальнаго не прощупывается; наружныя половыя органы развиты правильно, большія и малыя губы атрофичны, промежность чѣла, слизистая входа блѣдна; при внутреннемъ изслѣдованіи—влагалище объемисто, складки его выражены слабо,—на разстояніи 4 ст. отъ входа опредѣляется опу-

холь, величиною въ куриное яйцо, мягкой консистенціи съ гладкой поверхностью; опухоль, постепенно суживаясь, идетъ вглубь влагалища и на разстояніи 8 ст. отъ входа окружается валикообразно влагалищной частью маточной шейки, при чемъ опредѣляются 2 ножки опухоли, одна направлена прямо къзади, другая къзади и вправо. Наружный маточный зѣвъ свободно пропускаетъ конецъ указательнаго пальца. Матка увеличена, уплотнена, смѣщена влѣво, въ среднемъ положеніи, подвижна, яичники и трубы не прощупываются.

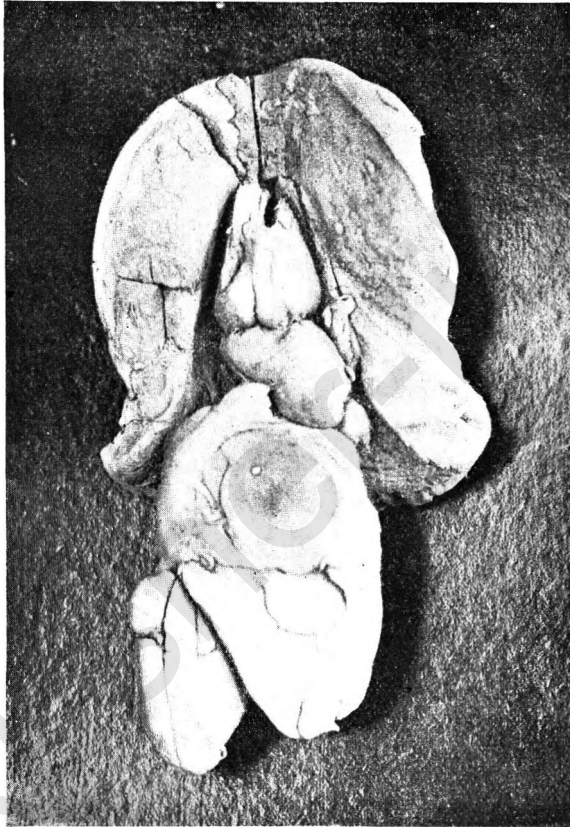


Рис. 1. Въ половину натуральной величины.

16 Октября Extirpatio uteri totalis vaginalis лигатурнымъ способомъ. Гладкое послѣоперационное теченіе. Выздоровленіе.

До настоящаго времени больная здорова и не имѣетъ рецидива.
Описаніе препарата.

Вырѣзанная матка, съ вскрытой передней стѣнкой, по средней линіи, имѣетъ слѣдующіе размѣры: отъ наружнаго до внутренняго зѣва 2,5 ст., длина полости тѣла матки 6,5,—длина матки по ея наружной поверхности 12 ст., окружность тѣла матки 17 ст., на уровнѣ отхожденія Фаллопиевыхъ трубъ, окружность шейки 14 ст. Толщина стѣнокъ тѣла матки 2,5—3. шейки 1,5. Въсѣ матки съ опухолью

190 грм., одной опухоли 80. На передней стѣнкѣ матки, на мѣстѣ перехода тѣла въ дно виднадлинная 7 ст. \times 2,5 ножка, при посредствѣ которой прикрѣплялась опухоль, выполнявшая всю полость матки и родившаяся во влагалищѣ. (Рис. 1).

Опухоль эллипсоидной формы, діаметромъ приблизительно 5 ст. и 2 ст. съ крупнобугристой поверхностью. Ножка опухоли, цѣликомъ помѣщающаяся въ полости матки, мѣстами спаяна съ внутренней поверхностью ея. Ткань опухоли на поверхности разрѣзовъ однородно гладкая, красноватосѣраго цвѣта.

Микроскопически вся опухоль во всѣхъ своихъ частяхъ обнаруживаетъ однородное строеніе (См. Табл. Рис. I и II). Ткань ея состоитъ изъ отростчатыхъ круглыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ, діаметромъ раза въ 2—3 больше лимфоцита, съ овально вытянутымъ ядромъ; клѣточные элементы связаны между собою значительнымъ количествомъ нѣжноволокнистаго межкѣточного вещества. Описанная ткань пронизана въ различныхъ направленіяхъ кровеносными сосудами различного діаметра, при чемъ въ большинствѣ сосудовъ эндотелій сидитъ непосредственно на клѣточныхъ элементахъ самой опухоли; при этомъ нерѣдко соединительнотканые элементы, непосредственно граничащіе съ эндотеліемъ, имѣютъ круглую форму и крупно-зернистую протоплазму. На ряду съ этими кровеносными щелями и полостями, неимѣющими собственной сосудистой стѣнки и составляющими главную массу питающихъ опухоль сосудовъ, въ толщѣ ткани новообразованія проходятъ крупные, кровеносные стволы съ ясно выраженной мышечной стѣнкой.

Изъ явленій дегенеративнаго и воспалительнаго характера въ опухоли замѣчаются лишь въ слабой степени 1) отечное разрыхленіе на ограниченныхъ мелкихъ участкахъ (на такихъ участкахъ ткань опухоли имѣетъ отдаленное сходство съ миксоматозной тканью), 2) гнѣзда круглокѣточной инфильтраціи и 3) гіалиновое перерожденіе.

Основаніе опухоли весьма тѣсно связано съ тканью самого міометрія, и ткань опухоли на подобіе узла вростаеъ въ подлежащую мышечную стѣнку, отдавливая и замѣщая собой мышечную ткань.

На протяженіи соприкосновенія опухоли (шейки полипа) со стѣнкой тѣла матки *mucosa corporis uteri* отсутствуетъ; на мѣстѣ ея имѣется то грануляціонная ткань, то плотная фиброзная, мѣстами пронизанная лимфоцитами. Въ днѣ *corporis uteri* вокругъ основанія опухоли слизистая оболочка представляетъ измѣненія, характерныя для *endometritis hyperplastica glandularis fungosa*, при этомъ измѣненная *mucosa* покрываетъ и самое начало, основаніе полипа.

Мышечная стѣнка *corporis uteri* особыхъ измѣненій не представляетъ.

Такимъ образомъ данныя микроскопическаго изслѣдованія показали, что удаленная опухоль есть *polypus sarcomatodes corporis uteri (sarcoma fusocellulare)* и что примѣненное оперативное пособіе—полное удаленіе матки было вполне правильно. Изъ другихъ особенностей вышеозначенной опухоли слѣдуетъ отмѣтить отсутствіе капсулы, которая всегда встрѣчается при фиброидахъ

матки и лишь при adenomyoma Reclingausen'a и по Gesner'y при опухоляхъ шейки матки послѣдняя отсутствуетъ.

Слѣдуетъ также отмѣтить и тотъ фактъ, что въ тѣлѣ матки въ днѣ былъ найденъ одинъ миоматозный узелъ съ типичнымъ строеніемъ, а въ самой опухоли не встрѣчались мышечные пучки въ видѣ сплошнаго ихъ слоя, какъ это наблюдается при фиброміомахъ. Теперь является вопросъ: какой природы были удаленные раньше полипы. Больная была оперируема компетентными лицами и нельзя заподозрить, что не было производимо гистологическое изслѣдованіе удаляемыхъ опухолей. На основаніи современныхъ нашихъ знаній мы должны сказать, что у нея все время была одна и таже саркома, которая и давала рецидивы и отличалась особенно доброкачественнымъ характеромъ, но это какъ то не вяжется съ нашимъ представленіемъ о саркомахъ вообще и о саркомахъ матки въ частности.

Разбираемый случай представляетъ двоякій интересъ 1) морфологія опухоли, т. к. до настоящаго времени еще не установлено точно гистологическаго строения т. н. recurrent fibroids'овъ и 2) гистогенезъ ихъ. Большинство авторовъ считаетъ ихъ за саркомы и въ морфологическомъ и гистологическомъ отношеніи, но общая клиническая картина заставляеть этотъ родъ опухолей выдѣлить въ особую группу и разсматривать ее какъ нѣчто среднее между доброкачественной фиброміомой и злокачественной саркомой; въ особенности если принять во вниманіе, что доказано существованіе фиброміомъ, которыя не измѣняясь морфологически, могутъ давать картину злокачественныхъ опухолей съ рецидивами и метастазами въ отдаленныхъ органахъ (Orth, Klebs, Birsch-Hirschfeld).

Естественнымъ вопросомъ является гистогенезъ этой опухоли—т. е. произошла ли она изъ бывшей раньше фиброміомы, путемъ ли саркоматознаго перерожденія изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ или соединительной ткани, или же она развилась изъ матки, т. е. изъ мезометрии или слизистой оболочки.

Отсутствіе соединительно-тканной капсулы говоритъ противъ саркоматознаго перерожденія подслизистой міомы матки и исключаетъ такимъ образомъ предположеніе о происхожденіи нашей опухоли изъ подслизистой міомы матки. Кромѣ того, отсутствіе гладкихъ мышечныхъ волоконъ въ опухоли также говоритъ не въ пользу этой гипотезы, и единственнымъ обстоятельствомъ подтверждающимъ ее является присутствіе въ маткѣ узловъ фиброміомы.

Предположеніе о происхожденіи полипа изъ слизистой оболочки матки не находитъ также подтвержденій въ вышеприве-

денномъ микроскопическомъ изслѣдованіи; мы не находимъ характерныхъ признаковъ для подтвержденія такого происхожденія ни въ видѣ присутствія маточныхъ железъ, хотя бы измененныхъ, ни въ видѣ присутствія гигантскихъ клѣтокъ, которыя считаются почти патогномонистическимъ признакомъ для саркомъ слизистой оболочки матки (Keller, Kahlden, Emanuel, Pick, Williams).

Кромѣ того саркомы слизистой оболочки матки представляются чаще въ видѣ диффузной формы, чѣмъ въ видѣ отдѣльныхъ узловъ.

Такимъ образомъ, остается предположеніе о происхожденіи полипа изъ мезометрія; въ пользу такого происхожденія говорить отсутствіе капсулъ и G usserow въ свое время указывалъ на этотъ признакъ какъ на существенное отличіе міомы матки, имѣющей капсулу, отъ саркомы мезометрія. Эти опухоли по G usserow'у развиваются въ видѣ подслизистыхъ, межуточныхъ и подбрюшинныхъ опухолей.

При микроскопическомъ изслѣдованіи они состоятъ изъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ различной величины и формы съ преобладаніемъ веретенообразныхъ. Гигантскія клѣтки встрѣчаются очень рѣдко (Leopold, Grenser, Simpson).

Если же считать эту опухоль, происшедшей изъ мезометрія, то опять возникаетъ вопросъ — первичнаго ли она происхожденія или вторичнаго, т. е. что это есть первичная саркома мезометрія или переродившаяся подслизистая міома; хотя первичная саркома и возможна въ мезометрії, какъ это считаетъ Winkel, Geisler, Веберъ и другія, но при обсужденіи вопроса, имѣемъ ли мы дѣло съ первичной или вторичной саркомой, мы можемъ считать лишь убѣдительными начальныя стадіи такого перерожденія, а не повторный рецидивъ ея, который и явился матеріаломъ настоящаго изслѣдованія. Первичная саркома мезометрія можетъ развиваться изъ adventitia сосудовъ, а также изъ межмышечной соединительной ткани. Вторичная саркома изъ переродившейся міомы развивается изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, какъ это доказываютъ изслѣдованія Kahlden'a, Williams'a, Pick'a, Улезко-Строгановой, Груздева и др. Присутствіе міоматознаго узла въ стѣнкѣ матки заставляетъ насъ предположить, что въ началѣ можетъ быть и была подслизистая міома въ состояніи саркоматознаго перерожденія, которая и рецидивировала. Отсутствіе капсулы указываетъ лишь на то, что рецидивъ получился уже чисто саркоматозный, при которомъ присутствіе капсулы не обязательно.

Можно наконецъ было бы предположить, что у больной

было нѣсколько подслизистыхъ міомъ, которыя рождались послѣдовательно одна за другой и были удаляемы и были совершенно доброкачественными опухолями, а послѣдняя оказалась саркоматознымъ полипомъ. Это предположеніе очень мало вѣроятно, т. к. на внутренней поверхности матки мы находимъ нормальную слизистую оболочку ея, чего не было бы, если бы были удаляемы подслизистыя фиброиды; мы могли бы легко найти рубцы—слѣдъ бывшихъ операций.

Случай III-ій.

Поступила 14 Ноября 1906 г., выписалась 30 Декабря 1906 г. Н. И. Д. 52 л., родилась въ Тулѣ, живетъ въ Спб., въ дѣтствѣ перенесла скарлатину и корь, на 14 году брюшной тифъ. Первыя менструаціи на 16-мъ году, типъ ихъ установился сразу черезъ три недѣли, иногда 4, по 7—8 дней обильныя и безболѣзненные, 19 лѣтъ вышла замужъ за мужчину 21 года, перенесшаго туберкулезъ. Беременна была 5 разъ, четверо родовъ срочные, одинъ выкидышъ на 4 мѣсяцѣ, выкидышемъ прервалась вторая беременность. Лечилась ртутными втираніями и серными ваннами на Кавказѣ.

Остальныя четыре беременности окончились срочными родами, протекавшими правильно. Послѣродовой періодъ безъ осложненія. Послѣдніе роды были на 31 году. Менструаціи проходили правильно по 7—8 дней, страдала бѣлками, отъ которыхъ лечилась прижиганіями. Съ 1901 года менструаціи стали запаздывать, но продолжались все же по 8 дней, въ 1902 г. меноррагіае въ теченіи 3 недѣль, въ Февралѣ 1906 г. при мочеиспусканіи выдѣленіе слизи съ кровью, съ Марта мѣсяца постоянныя кровянистыя выдѣленія, въ началѣ Октября обратилась къ профессорамъ Лебедеву и Рейну, которые предложили ей сдѣлать выскабливаніе.

Большая крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія Костная и мышечная системы развиты правильно, нѣсколько малокровна. Органы дыханія и кровообращенія безъ измѣненій. Печень и селезенка не выходятъ изъ за края реберъ. Почки не прощупываются. На голеняхъ періоститовъ не замѣчается. Ощупываніе живота на всемъ протяженіи не болѣзненно.

Кожа лобка покрыта умѣреннымъ количествомъ волосъ. Наружныя половыя органы развиты правильно, большія губы выражены хорошо, малыя губы атрофичны. Praeputium clitoridis а также frenulum и самъ clitoris измѣненій не представляютъ. Промежность цѣла, влагалище объемисто, стѣнки его гладки; влагалищная часть нѣсколько увеличена, цилиндрической формы плотноватой консистенціи, зѣвъ въ видѣ поперечной щели, пропускаетъ ногтевую фалангу указательнаго пальца, въ немъ прощупываются шереховатости. Матка немного увеличена, плотновата, въ физиологической anteflexio, нормально подвижна и неболѣзненна. Своды свободны, въ придаткахъ измѣненій нѣтъ.

При обнаженіи зеркалами изъ полости матки кровянистыя выдѣленія, небольшой estrogen. Зондъ входитъ въ матку на глубину 8³/₄ ст. Послѣ введенія зонда кровотеченіе увеличивается.

20 Октября. Raclatio cavі uterī.

Выскобленные кусочки макроскопически представляли массы,

напоминавшія собою остатки плоднаго яйца при выкидышѣ. При микроскопическомъ изслѣдованіи бросались въ глаза скопленія круглыхъ клѣтокъ, по величинѣ соотвѣствующихъ клѣткамъ decidua. Форма этихъ клѣтокъ неправильная, ядра крупныя; эти клѣтки скоплялись вокругъ капилляровъ, стѣнка которыхъ была образована однимъ лишь эндотелиемъ. Данныя микроскопическаго изслѣдованія заставляли думать о какомъ либо злокачественномъ процессѣ на внутренней поверхности матки—именно объ эндотелиомѣ, и это заставило прибѣгнуть къ радикальной операци.

4 Декабря 1906 года Extirpatio uteri totalis vaginalis *) по лигатурному способу.

Гладкое послѣоперационное теченіе, выздоровленіе.

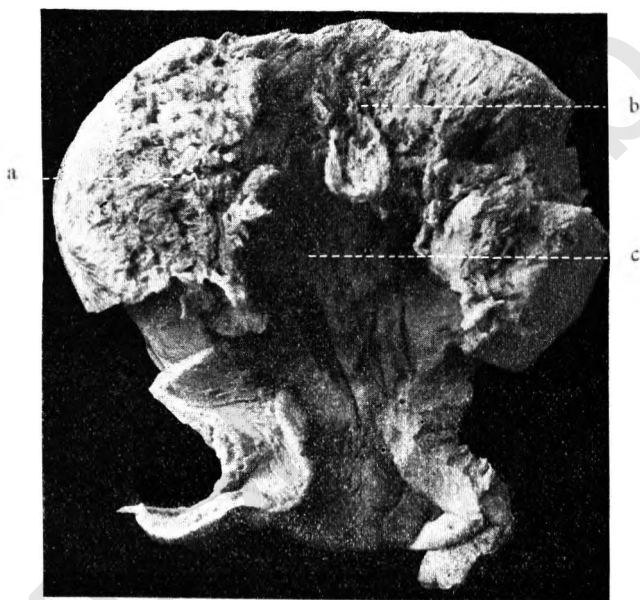


Рис. 2. Въ двѣ трети натуральной величины.

Спустя 3 мѣсяца послѣ операциі рецидивъ въ видѣ опухоли, опредѣляемой при изслѣдованіи черезъ влагалище въ заднемъ сводѣ, и въ стѣнкѣ влагалища въ видѣ ограниченной опухоли, величиною менѣе лѣснаго орѣха; очень быстро больная погибла—черезъ 3½ мѣсяца послѣ операциі—отъ истощенія.

Описаніе препарата.

Экстирпированная матка, вѣсомъ 207 гр., длина шейки 2, тѣла 9 ст. по наружной ея поверхности, длина полости 8 ст., окружность 22 ст., объемъ 200 к. ц.

По вскрытіи полости матки по передней стѣнкѣ по средней линіи мы можемъ опредѣлить: 1) Два крупныхъ плотныхъ узла, изъ

*) Оперирована, какъ и предыдущія больная академикомъ Г. Е. Рейномъ.

которыхъ одинъ исходитъ изъ дна матки (b), другой изъ правой стѣнки ея (a), оба на широкомъ основаніи и плотно прилегаютъ краями къ слизистой оболочкѣ; ткань этихъ узловъ безъ рѣзкихъ границъ переходитъ въ подлежащій мышечный слой стѣнки матки; свободная поверхность узловъ гладка, некротизирована и кровянисто пропитана. Третій узелъ, значительно меньшихъ размѣровъ, занимаетъ средину задней стѣнки corporis uteri (c), имѣетъ видъ слегка возвышающагося участка, покрытаго ворсистыми разрощеніями въ видѣ цвѣтной капусты, и вѣдряется въ туometrium на $\frac{1}{2}$ ст., этотъ узелъ рѣзко отграниченный отъ подлежащей ткани отличается своимъ желтовато-сѣрымъ цвѣтомъ и значительной плотностью и сухостью на поверхности разрѣза. Одинъ изъ мясистыхъ выростовъ покрываетъ своимъ краемъ и плотно прилегаетъ къ плотному узлу (Рис. 2).

Крупныя мясистыя опухоли имѣютъ во всемъ объемѣ одинаковое, однородное строеніе. Ихъ ткань состоитъ изъ крупныхъ клѣтокъ, по величинѣ соответствующихъ клѣткамъ основы decidua. Форма клѣтокъ (См. табл. Рис. III и IV) неправильно многогранная и отростчатая; ядро сравнительно съ протоплазматическимъ тѣломъ крупное, неправильно яйцевидной формы, съ однимъ и—чаще—двумя очень мелкими ядрышками; ядро обычно занимаетъ центральное положеніе; протоплазма клѣтокъ однородная, прозрачна; клѣточные тѣла связаны между собой нѣжнымъ однороднымъ веществомъ, которое при фиксаціи объекта алкоголемъ съежилось (поэтому, на окрашенныхъ препаратахъ почти всюду клѣтки лежатъ раздѣльно).

Описанныя клѣтки складываются въ объемистые комплексы, при чемъ эти *послѣдніе пронизаны широкопетливой стѣтью капилляровъ, стѣтка которыхъ образована только однимъ слоемъ эндотелія.* Встрѣчаются участки, въ особенности у основанія опухольныхъ узловъ, не имѣющіе капилляровъ; такія клѣточные группы имѣютъ цилиндрическую либо овальную форму и съ одной стороны отдѣляются отъ окружающей ткани узкой щелью, стѣнки которой покрыты эндотелиемъ; такія гнѣзда представляютъ собой ткань опухоли, проросшую черезъ стѣнку преформированныхъ полостей (кровеносныхъ или лимфатическихъ) въ ихъ просвѣтъ. Кроме того, въ опухольной ткани разсѣяны весьма немногочисленные тончайшіе пучки гладкой мускулатуры и на препаратахъ, окрашенныхъ резорциномъ фуксиномъ Weigert'a + гематоксилиномъ подкраска по v. Gieson'y — обнаруживаются кровеносные сосуды мелкаго и средняго калибра, стѣнка которыхъ почти совершенно пронизана и замѣщена скопленіемъ изъ новообразованныхъ клѣтокъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ наблюдается инфильтраціонное распространеніе опухоли; клѣточные элементы ея пронизываютъ главнымъ образомъ мышечные пучки, разволакиваютъ и атрофируютъ ихъ. Въ полѣ роста отмѣчается и прониканіе опухольныхъ элементовъ въ преформированныя щели (какъ указано выше). Соответственно основанію опухоли, interstitium tuometrii черезъ всю толщину инфильтрированы одноядерными мелкими круглыми клѣтками. Изъ явленій регрессивнаго метаморфоза въ узлахъ встрѣчаются 1) коагуляціонный некрозъ, отекъ и геморрагическія инфильтраціи на верхушкѣ узловъ, при этомъ дольчатый, альвеолярный характеръ структуры новообразования сказывается въ гнѣздныхъ, а не сплошныхъ, проявленіяхъ этихъ измѣненій и 2) гиалиновое перерожденіе

клетокъ опухоли на мѣстѣ соприкосновенія края мясистаго узла съ опухолью другого типа; тамъ же, гдѣ края узла прилегаютъ къ *mucosa uteri*, поверхностный слой новообразованія превращается въ тонкій пластъ фиброзной ткани, на подобіе соединительнотканной капсулы (покровный эпителий *mucosa uteri* на этихъ участкахъ сохранился). Слѣдуетъ же особо отмѣтить, что на мѣстѣ основанія опухоли слизистая оболочка матки отсутствуетъ, по сосѣдству же слизистая оболочка (т. е. ея основа) замѣнена тонкимъ слоемъ молодой соединительной ткани, построенной по типу грануляціонной; эпителиальныя же образованія *mucosae* исчезаютъ безъ слѣда.

Такимъ образомъ, описанные мясистые крупные узлы нужно признать за *Endotelioma corporis uteri lymphaticum et periteliale*.

Плотный желтоватосѣрый узелъ съ ворсистой поверхностью на передней стѣнкѣ *corporis uteri* представляетъ собой *adenoma destruens mucosae uteri*. Однако строгій узловой характеръ опухоли нарушенъ; инфильтраціонный ростъ, весьма энергичное разрастаніе соединительной ткани и такое же размноженіе эпителия, образующаго компактныя группы,—все вмѣстѣ отводитъ эту аденому къ группѣ раковъ—аденокарциномъ.

Резюмируя результаты настоящаго микроскопическаго изслѣдованія, считаю необходимымъ отмѣтить нижеслѣдующія его особенности: 1) новообразованіе относится къ тѣлу матки, 2) оно состоитъ изъ трехъ узловъ, при чемъ два узла имѣютъ однородное строеніе, заключены въ капсулу и должны быть отнесены къ группѣ эндотелиомъ матки съ типомъ *endotelioma lymphaticum*, альвеолярнаго и околососудистаго расположенія клеточныхъ элементовъ, болѣе всего напоминающихъ собою клетки основы *deciduae*. Присутствіе въ этихъ узлахъ соединительнотканной капсулы не исключаетъ возможности предположенія о перерожденіи ранѣ бывшихъ у больной фиброидовъ матки, тѣмъ болѣе, что въ опухоли наблюдаются пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ матки и опухоль сохранила до извѣстной степени свой узловой характеръ. Всѣ разсужденія, относившіяся къ предыдущему случаю, могутъ быть отнесены и къ настоящему, но главнымъ отличіемъ здѣсь является сильная злокачественность опухоли, не смотря на ея развитіе въ тѣлѣ матки. 3) Характеръ третьяго узла рѣзко отличается по своему макро- и микроскопическому строенію отъ двухъ предыдущихъ и долженъ быть отнесенъ къ типу карциномъ со всѣми ихъ особенностями.

Особенностями въ немъ являются: соединительнотканная основа разрастается на подобіе вѣтвящихся ворсинокъ по направленію къ свободной поверхности; явленіе это, столь часто наблюдаемое при ракахъ мочевого пузыря и *recti*, весьма рѣдкое въ маткѣ; и эпителии, покрывающіе ворсинки и размножающіеся въ углубленіяхъ между ними, подвергаются рѣзкой метаплазии:

уплощаются и ороговеваютъ, и мы въ правѣ обозначить его *adenocarcinoma papillare uteri*.

Такая форма желѣзистаго рака описана немногими авторами и въ монографіи Ribbert'a объ опухоляхъ приведены лишь два наблюденія Bosse и Biagi.

Въ данномъ случаѣ опухольные узлы двухъ видовъ существуютъ рядомъ въ тѣлѣ матки и разрослись независимо другъ отъ друга. Только на одномъ очень мелкомъ участкѣ различныя новообразованія интимно срастаются: среди ткани саркомы заключены нѣсколько эпителиальныхъ образований, на подобіе трубчато-ацинозныхъ железъ, при чемъ эпителии атрофируются; слѣдовательно, новообразованная по типу грануляціонной ткани основа рака инфильтрируется и замѣщается тканью распространяющейся эндотелиомы. Явленіе, наблюдаемое въ описанномъ полѣ зрѣнія, могло бы быть названо *carcinosarcoma* по терминологіи старыхъ авторовъ—(Klebs). Klebs считаетъ, что раньше развивается изъ маточныхъ железъ чистая карцинома матки, при чемъ элементы опухоли дѣйствуютъ инфицирующимъ образомъ на строму и ведутъ за собою развитіе саркомы. Въ послѣднее время въ литературѣ накопилось значительное число наблюденій чистыхъ саркомъ матки (см. нашъ 2-й случай), а также существуютъ наблюденія совмѣстнаго существованія этихъ двухъ опухолей въ маткѣ—въ смыслѣ Virchow'a.

Настоящій случай больше всего напоминаетъ наблюденіе Phillips'a, гдѣ въ удаленной опухоли была также опредѣлена эндотелиома, развившаяся изъ эндотелия лимфатическихъ сосудовъ фиброміомы, при одновременномъ развитіи карциномы изъ слизистой оболочки матки покрывавшей опухоль.

Авторъ объясняетъ происхожденіе такой опухоли дифференцировкой певричнаго мезобласта на мезотелій и мезенхиму; изъ мезенхимы образуется и эндотелій и соединительная и гладкая мышечная ткань.

Если мы вспомнимъ, что и въ нашемъ случаѣ въ участкахъ опухоли, которые мы опредѣлили какъ эндотелиома, также встрѣтились гладкія мышечныя волокна, то такое объясненіе намъ кажется вполне удовлетворительнымъ.

Такимъ образомъ въ первомъ случаѣ мы имѣемъ эндотелиому яичника, во второмъ—саркоматозный полипъ матки и въ третьемъ комбинацію эндотелиомы съ *adenocarcinoma*.

Первый и третій случаи отличались особенной злокачественностью и, не смотря на во время произведенныя пособія, очень быстро привели больныхъ къ смерти, давъ метастазы во внутренніе органы.

Эти два случая по своей патологической структурѣ отнесены нами къ эндотелиомамъ лимфатическихъ сосудовъ.

Въ диссертациі Кадыгробова, вышедшей въ 1908 г.— «эндотелиомы женскаго полового аппарата» собрано всего лишь 88 случаевъ *endotelioma* яичниковъ, 26 случаевъ *endotelioma* матки, включая въ это число и перителиомы.

Такимъ образомъ приведенные два случая представляютъ казуистическій интересъ по своему гистологическому строенію.

Случай второй съ клинической стороны представляется не совсѣмъ обычнымъ—рецидивирующая въ теченіе почти 8 лѣтъ лишь мѣстно, саркома матки, злокачественная опухоль *sui generis*.

Сопоставляя настоящія клиническія наблюденія съ современными лабораторными изслѣдованіями, касающимися патогенеза злокачественныхъ опухолей, я считалъ бы необходимымъ обратить вниманіе на опыты Arolant'a, Ehrlich'a и Naaland'a, которые неоднократно получали превращенія перевиваемыхъ раковъ въ саркомы а также раковъ въ аденому, а Ehrlich путемъ перевивокъ врожденной *chondroma* получилъ изъ нея злокачественную опухоль, и т. о. доказалъ, что морфологически различныя опухоли (саркома и ракъ) имѣютъ одинаковый патогенезъ, и даже доброкачественныя опухоли находятся съ ними въ какой то связи.

Кромѣ того Ehrlich доказалъ, что путемъ прививокъ раковыхъ опухолей можно у незаболѣвшихъ животныхъ получить иммунитетъ къ дальнѣйшимъ прививкамъ, т. е. что вообще при злокачественныхъ опухоляхъ возможенъ иммунитетъ, а также пониженіе и повышеніе степени вирулентности опухоли и сопротивляемости организма.

Этимъ обстоятельствомъ можетъ быть объяснено необычное теченіе «доброкачественной» опухоли во второмъ случаѣ и сильная злокачественность въ третьемъ, не смотря на то, что и тотъ и другой случай относятся къ новообразованіямъ тѣла матки, которымъ присуща въ большинствѣ случаевъ меньшая склонность къ метастазамъ и рецидивамъ при своевременномъ удаленіи всей матки.

Въ заключеніе приношу свою благодарность академику Г. Е. Рейну за разрѣшеніе воспользоваться клиническимъ матеріаломъ и Ф. М. Блюменталю и С. С. Абрамову за исполненіе микрофотограммъ съ моихъ препаратовъ.

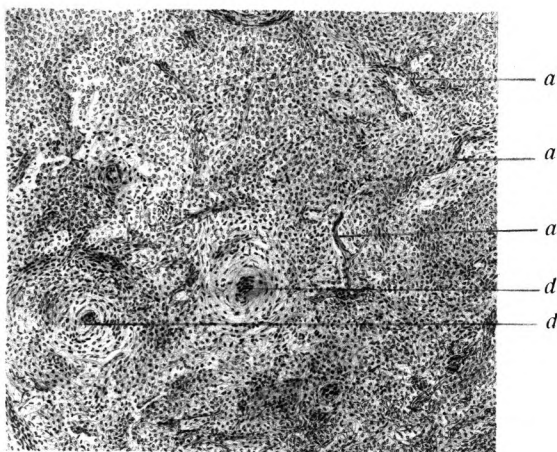
ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВЪ ВЪ ТАБЛИЦѢ.

- Рис. III и IV относятся къ первому случаю—*endotelioma ovarii lymphaticum*, рис. III срисованъ помощью рисовальнаго прибора, рис. IV снятъ посредствомъ микрофотографии. Переданы помощью фототипии, уменьшившей рисунки на $\frac{1}{3}$.
- Рис. III. a. b. Тонкія прослойки изъ соединительной ткани, въ нихъ проходятъ лимфатическіе сосуды, выстланные эндотелиемъ. a, a—Расширенные лимфатическіе сосуды; с. с.—Гнѣзда изъ соединительно-тканыхъ эпителиоидныхъ кѣтокъ, напоминающихъ раковыя альвеолы.
- Рис. IV a. a. альвеолярное строеніе опухоли; b. разлитая инфильтрація кругло-кѣлочными элементами тканей состоитъ изъ большого числа мелкихъ круглыхъ кѣтокъ.
- Рис. I и II—относятся ко второму случаю—*sarcoma fusocellulare-recurrent fibroid.*, рис. I срисованъ помощью рисовальнаго прибора, рис. II снятъ при помощи микрофотографии. На препаратѣ рис. I, a, a, a, продольные разрѣзы кровеносныхъ сосудовъ раздѣляющихъ опухоль какъ бы на отдѣльные районы d, d. Поперечные разрѣзы болѣе крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ съ хорошо сохранившейся ихъ стѣнкой. Ткань опухоли имѣетъ однородное строеніе. Рис. II a, мелкій сосудъ, утратившій всѣ свои стѣнки кромѣ эндотелия, d, крупный сосудъ при большомъ увеличеніи. b. Тяжи идущихъ въ разныхъ направленіяхъ веретенообразно вытянутыхъ кѣтокъ.
- Рис. V и VI относятся къ третьему случаю—*adenocarcinoma uteri et endotelioma lymphaticum et peritoneale*, исполнены при помощи микрофотографии—a, a, a, a,—полости выстланныя железистымъ эпителиемъ и напоминающія железы, но ихъ форма разнообразна, эпителий разросся и сверху видна железа, сплошь выполненная имъ, гдѣ эпителий расположенъ въ безпорядкѣ, строма едва замѣтна.
- Рис. VIa—Провѣтъ кровеноснаго сосуда, стѣнки котораго составляются лишь кѣтками эндотелия, b, b, b—саркоматозная ткань, непосредственно проникающая къ кровеноснымъ сосудамъ и составляющая какъ бы стѣнку сосуда, кѣтки напоминаютъ собой лецидуальныя съ ихъ отличительными свойствами

ЛИТЕРАТУРА.

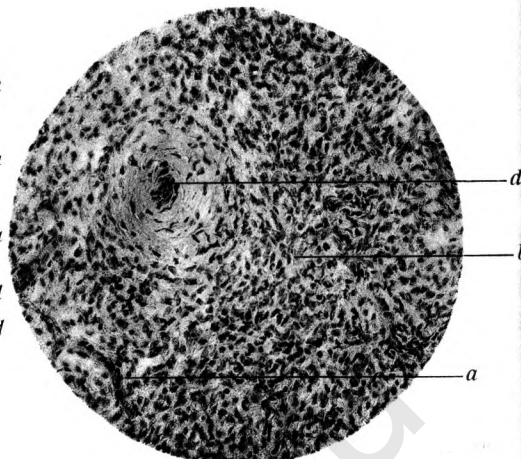
1. Bosse. *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.* Bd. 17.
2. Biagi. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* Bd. 68, цитир. по Ribbert'y S. 479.
3. Веберъ. О саркомахъ матки. Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней, 1898 г. № 6.
4. Virchow. *Die krankhaften Geschwülste.* III Band.
5. Gebhard. *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane.* Leipzig 1899 S. 386.
6. Груздевъ. Къ вопросу о такъ называемыхъ возвращающихся фиброидахъ матки. *Врачъ*, 1904, № 9.
7. Gessner. *Endotelioma uteri.* Veit's Handbuch. Dritter Band, II Hälfte, 1899.
8. Gessner. *Das Sarkoma Uteri.* Veit's Handbuch der Gynäkologie. Bd. III, H 2, 1899.
9. Hansemann. Ueber «Endotelioma». *Deutsche Medic. Wochenschrift.* 1896. S. 52.
10. Kahlden. *Das Sarkoma des Uterus.* Ziegler's Beiträge z. pathologische Anatomie 1893.
11. Klebs. *Allgemeine Pathologie.* 1889. B. 2.

Рис. I.



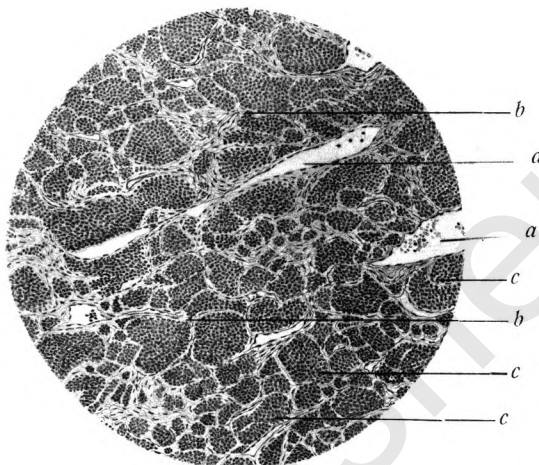
Zeiss. Увеличение 80 разъ.

Рис. II.



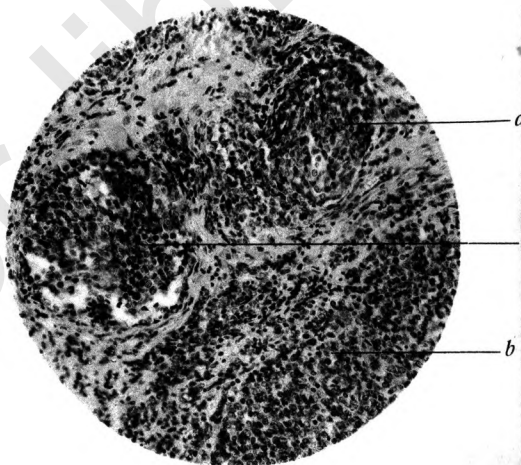
Zeiss. Увеличение 125 разъ.

Рис. III.



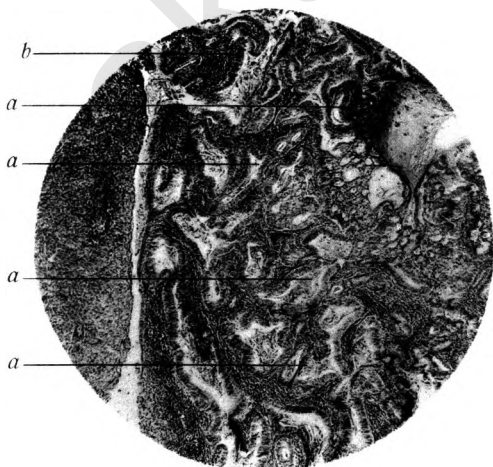
Zeiss. Увеличение 80 разъ.

Рис. IV.



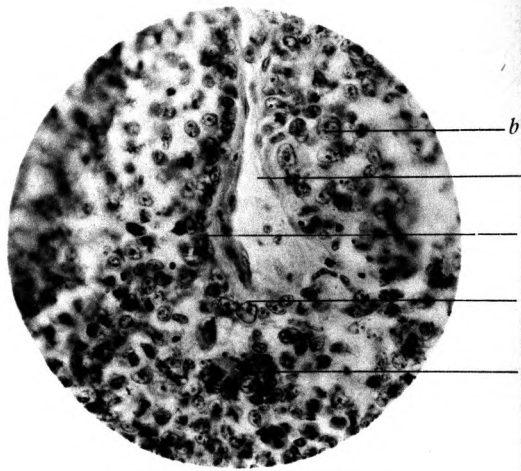
Zeiss. Увеличение 125 разъ.

Рис. V.



Zeiss. Увеличение 125 разъ.

Рис. VI.



Zeiss. Увеличение 400 разъ.

12. Klob. Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Wien. 1864.
13. Кадыгробовъ. Эндотелиомы женскаго полового аппарата. Ученыя Записки Императорскаго Казанскаго Университета 1908 г., Апрель, Май и Июнь.
14. Лупповъ. Эндотелиомы тѣла матки. Журналъ Акуш. и женск. болѣз. 1907 г., стр. 1290.
15. Neumann. Dermoidcyste eines überzähligen Eierstockes mit malign. Degeneration der Cystenwand. Arch. f. Gyn. Bd. 56, S. 158.
16. Никифоровъ. Основы патологической анатоміи. Москва, 1899, с. 165.
17. Orth. Lehrbuch der speciell. pathol. Anatomie. Bd. II, Abt. I, S. 480.
18. Phillipps. Journal of Obst. a. Gyn. of the Brit. Emp. 1908. February.
19. Pick. Zur Lehre v. Myoma sarcomatosum und über die sogenannte Endoteliome der Gebärmutter. Arch. f. Gyn. Bd. 49. H. I.
20. Pfannenstiel. Die Endoteliome des Eierstocks. Veit's Handbuch d. Gyn. Bd. III. I Hälfte 1899.
21. Ribbert. Die Geschwulstlehre. Bonn 1904.
22. Славянскій. Частная патологія и терапія жен. болѣзней. Т. I. 1888.
23. Улезко-Строганова. О злокачественной міомѣ матки. Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней 1902, стр. 1205.

XIV.

(Изъ Гинеколог. Отд. Воронежской Губ. Б-цы).

Къ вопросу о взаимоотношеніи между сальпингитами и аппендикитами.

Д-ръ К. М. ХОЛОДКОВСКІЙ.

Еще въ 1870 году Waldeyer указывалъ, что достаточно вколоть въ яичникъ трубку для инъекціи лимфатическихъ сосудовъ, чтобы налить всю сѣть брюшины. Въ 1892 году Clado нашель лимфатическіе анастомозы между червеобразнымъ отросткомъ и яичникомъ, а немного раньше—въ 1890 году, Pozzi указывалъ на кишечникъ, какъ на источникъ сальпингоофоритовъ. Таковая интимная связь лимфатической системы придатковъ матки съ таковой же системой брюшины и отростковъ слѣпой кишки—казалось бы—въ высокой степени не безразлична при воспалительныхъ процессахъ, возникающихъ первично либо въ области половой сферы женщины, либо напр. въ отросткѣ слѣпой кишки. Однако наблюденія надъ больными женщинами съ поражениемъ придатковъ матки, а главное—чревосѣченія при данномъ страда-

ній, по моему мнѣнію, дають возможность сказать, что случаи заболѣванія отростка слѣпой кишки въ зависимости отъ заболѣванія придатковъ не такъ уже часты, какъ это можно было бы ожидать, зная вышеуказанную тѣсную связь жизни этихъ органовъ.

Конечно, я владѣю слишкомъ еще малымъ матеріаломъ, ибо мною сдѣлано до сего времени лишь немного болѣе 600 чрево-сѣченій. Изъ этого матеріала я выбралъ тѣ случаи страданія придатковъ, которые удовлетворяли бы тремъ моимъ условіямъ: 1) эти случаи должны давать при чрево-сѣченіяхъ ясную макроскопическую картину своего заболѣванія. 2) Всѣ они оперировались въ промежутокъ времени между 1-ое октября 1903 года по 1-ое октября 1908 года. 3) Только тѣ случаи подлежатъ разработкѣ въ данномъ вопросѣ, которые оперировались per abdomen, ибо влагалищный путь я не могу считать удовлетворительнымъ для наблюденія за взаимоотношеніемъ патологической жизни придатковъ матки и отростка слѣпой кишки. Такимъ образомъ въ настоящую группу не вошли болѣе 20 случаевъ внѣматочной беременности и цѣлая серія заболѣванія придатковъ матки.

Всѣмъ вышеуказаннымъ требованіямъ удовлетворяютъ лишь 134 случая, къ изученію которыхъ я и приступаю.

Прежде всего я разбиваю ихъ на слѣдующія двѣ группы: 1) безъ воспаленія отростка слѣпой кишки и 2) съ воспаленіемъ его. Въ первой группѣ 107 случаевъ, а во второй 17. Отсюда мы заключаемъ, что при ясныхъ страданіяхъ придатковъ матки заболѣваніе отростка наблюдалось въ 14,5%.

По формамъ болѣзни придатковъ матки всѣ 124 случая рас-предѣляются такимъ образомъ.

Таблица № 1.

Болѣзнь.	случаи съ воспаленіемъ червеобразнаго отростка.	случаи безъ воспа-лен. отростка слѣ-пой кишки.	Итого.	% заболѣ-ванія отро-стка.
Gravid. extrauterina.	4	18	22	18 ⁰ / ₁₀
Cystomata	2	32	34	6 ⁰ / ₁₀
Pyosalpinx.	5	9	14	32,8
Hydrosalpinx	2	13	15	14,4
Salpingooph. chr.	4	34	38	10,5
Salpingooph. tuberc.	0		1	—
И т о г о	17	107	124	14,5 ⁰ / ₁₀

Такимъ образомъ наибольшій процентъ сочетаннаго заболѣванія даетъ pyosalpinx, хотя цифру 32,8 нельзя признать значительной для такой тяжелой болѣзни, каковой является гнойное воспаленіе придатковъ. Только 18% даетъ внѣматочная беременность, которая должна быть признана грознымъ страданіемъ придатковъ матки. Еще меньшій процентъ даетъ hydrosalpinx и хроническое воспаленіе придатковъ безъ кистознаго образованія. Кисты не смотря на то, что сюда же вошли гнойныя кисты и только тѣ не гнойныя, при которыхъ имѣлось ясное пораженіе трубъ, дали весьма небольшой % заболѣванія. Слѣдующая таблица показываетъ распредѣленіе этихъ же двухъ группъ на случаи, гдѣ имѣлось дѣло съ прирашеніемъ либо тонкихъ кишекъ, либо толстыхъ, съ прирашеніемъ сальника или пристѣночной брюшины.

Таблица № 2.

Название бо- лѣзни.	Сращеніе съ кишками.		Сращеніе съ сальни- комъ.		Сращеніе съ пристѣ- ночной брюшиной.	
	Случаи съ	Случаи безъ	Случаи съ	Случаи безъ	Случаи съ	Случаи безъ
Gravid. extr.	1	10	0	11	1	—
Cystomata .	0	14	0	8	—	—
Pyosalpinx .	1	2	0	4	—	—
Hydrosalpinx	0	2	0	0	—	—
Salping. chr.	1	7	—	1	—	—
Salping. tuber.	—	1	—	—	—	—
Итого.	3	36	—	24	1	—

Изъ приведенной таблички мы видимъ, что первое мѣсто въ вопросѣ объ участіи сосѣднихъ органовъ въ воспалительныхъ процессахъ придатковъ матки принадлежитъ кишкамъ, второе—сальнику и лишь третье—отростку слѣпой кишки. Для того, чтобы этотъ отростокъ принялъ участіе въ общей картинѣ воспаления трубъ и яичниковъ, необходимы какія то другія условія помимо интимной связи лимфатической системы правыхъ придатковъ матки и appendix'a, ибо, если эта тѣсная связь жизни обоихъ органовъ дѣйствительно бы содѣйствовала переносу заболѣваній одного изъ нихъ на другой, то конечно мы встрѣтили бы болѣе частое совмѣстное страданіе этихъ органовъ. Тогда бы такія тяжелыя болѣзни, какъ pyosalpinx, гнойныя кисты, внѣматочная беременность и др.—неминуемо влекли бы за собой сочувственное страданіе отростка слѣпой кишки. Мы этого не ви-

димъ при чревосъченіяхъ. Мы имѣемъ цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ appendix, не смотря на то, что кругомъ него настоящій пожаръ, охватывающій почти всю брюшину, выстилающую тазовое дно, матку съ ея придатками и сосѣднія кишки, остается спокойнымъ и нетронутымъ. Какія же это условія? На этотъ вопросъ пока трудно отвѣтить. Наши наблюденія въ этомъ направленіи сводятся пока къ одному: если appendix удлиненъ, конечно, прирожденно, то онъ принимаетъ участіе и тогда, когда воспалительный процессъ придатковъ идетъ тихимъ темпомъ, какъ напр. при хроническихъ анекситяхъ. Для большей наглядности я приведу здѣсь краткія исторіи болѣзни 17-ти больныхъ, у которыхъ имѣлось сочетанное страданіе придатковъ матки и appendix'a и нѣсколько случаевъ грозныхъ воспалительныхъ процессовъ въ придаткахъ и окружающихъ органахъ, гдѣ appendix оставался здоровымъ.

*) 1) Н. М., кр-ка Землянскаго уѣзда, 20 лѣтъ, поступила въ Отдѣленіе 9 дек. 1903 года съ жалобой на кровотеченіе и боли внизу живота. Регулы безъ перерыва. 7-го ноября сильно заболѣла: лежала безъ памяти, а потомъ пошла крови. Только что стала поправляться, какъ 27 ноября снова заболѣла и снова усиленная крови; 9-го ноября принята мною съ кровотеченіемъ и съ сильно выраженнымъ малокровіемъ. Боли внизу живота значительныя, животъ слегка вздутъ, и изслѣдовать этотъ животъ не представлялось возможнымъ. Изслѣдованіе подъ наркозомъ и дальнѣйшее наблюденіе больной давали возможность предполагать внѣматочную беременность. 20 дек.—903 чревосъченіе абдоминальное: масса жидкой крови, а также сгустковъ, плотно прилипшихъ къ брюшнымъ покровамъ какъ задняго Дугласов. пространства, такъ и отдѣльныхъ петель кишекъ. Правая труба имѣетъ разрывъ на своей задней стѣнкѣ. Яичникъ этой стороны кистозно перерожденъ: Лѣвые придатки несутъ въ себѣ несомнѣнные слѣды хроническаго воспалительнаго процесса какъ въ нихъ самихъ, такъ и въ окружающихъ тканяхъ. Appendix вовлеченъ въ воспалительный процессъ, спустившись въ полость таза. Удалены: правая беременная труба, правый яичникъ и appendix. Промываніе физиологическимъ растворомъ поваренной соли, дренажъ изъ марли задняго Дугласова пространства выведенъ черезъ нижній уголъ брюшной раны. 3-хъ этажный шовъ. Афебрильное теченіе послѣ операціи. 20 января 1904 года больная выписалась здоровой.

2) Марія С., кр-ка Задонскаго уѣзда, 25 лѣтъ, поступила въ Отдѣленіе 20 іюня 1904 года. Не замужняя. Sterilitas. Больной себя считаетъ уже нѣсколько лѣтъ, но сильно заболѣла недавно. Послѣдніе два года регулы путаются, а 6 недѣль ихъ вовсе нѣтъ. Боли внизу живота стрѣляющія—настолько сильныя, что уже недѣли 3 вовсе не встаетъ съ кровати. Бѣли уже давно—желтовато-зеленоватыя, иногда съ запахомъ. Мочеиспусканіе болѣзненное. Запоръ. Аппетита нѣтъ.

*) Случай мной описанъ въ моей работѣ: «Къ ученію о внѣматочной беременности» (см. Медицинское Обзорніе за 1904 годъ).

Тошнота по утрамъ. Головокруженіе. Т⁰ при приѣмѣ больной 38,7. Животъ вздутъ, и болѣзненность простирается вплоть до области слѣпой кишки. Притупленіе кишечнаго звука надъ правой тубартовой связкой и надъ symphysis на небольшомъ пространствѣ. Матка увеличена, неподвижна и болѣзненна. Задній сводъ слегка выпяченъ; „огневая“, болѣзненность больше въ правомъ боковомъ сводѣ. Справа сзади и отчасти слѣва отъ матки имѣется опухоль, величиной съ 2 кулака: она неподвижна, болѣзненна и безъ ясныхъ очертаній—съ неровностями. Диагнозъ: pyosalpinx. 28 іюня чревосѣченіе абдоминальное: pyosalpinx съ правой стороны, hydrosalpinx съ лѣвой, 2 кисты яичниковъ, каждая величиной въ апельсинъ. Отростокъ слѣпой кишки утолщенъ, удлинень и вовлечень въ гнойный процессъ: онъ втиснутъ между трубкой съ гнойнымъ содержимымъ и брюшиннымъ листкомъ, выстилающимъ переднюю поверхность крестцовой ямки. Все это вмѣстѣ спаяно, покрыто массой тяжей, все это почти неподвижно. Сюда же вовлечень и сальникъ и отдѣльныя петли кишекъ. Казалось, что операція невозможна. Однако мнѣ удалось эту операцію довести до конца. Удалены: придатки съ обѣихъ сторонъ, при чемъ гной прорвался и наполнилъ полость таза, уже защищенную марлей, appendix (наложенъ 2-хъ этажный шовъ). Произведена резекція сальника. Наложены швы въ нѣсколькихъ мѣстахъ на кишкахъ, гдѣ серозный покровъ былъ сорванъ. При завершеніи брюшного туалета оказалось, что въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ ниже l. innominata отсутствуетъ паріетальный листокъ брюшины на пространствѣ, равномъ ладони. Закрывать это мѣсто было нечѣмъ. Я прикрылъ его марлей, вскрылъ задній сводъ и вывелъ конецъ этой марли во влагалище. Брюшной дренажъ по Микуличу. Въ послѣоперационномъ періодѣ ни тошноты, ни рвоты. Т⁰ въ теченіи первыхъ двадцати дней была повышенной (максим. 39,1). Промываніе въ виду отдѣленія гноя изъ мѣста дренажа—ежедневное, при чемъ при вагинальномъ промываніи вода проходитъ и черезъ брюшную рану. 15-го іюля изъ брюшной раны показался калъ. Назначено постоянное орошеніе влагалища, откуда тоже выдѣляются жидкія каловыя массы. 23 отмѣчено въ скорбномъ листѣ: «Хорошо. Каловыя массы не выходятъ ни изъ влагалища, ни изъ брюшной раны. Испраженія нормальныя. Аппетитъ хорошій». 30-го іюля начала ходить. 8-го сентября выписалась здоровой. Служить и теперь прислугой.

3) Марфа Н. кр-ка Воронежскаго уѣзда, 33-хъ лѣтъ, принята 13-го марта 1905 года съ жалобой на кровотеченія и боли въ животѣ. Родила одинъ разъ—6 лѣтъ тому назадъ. 3 года регулы стали путаться: стали приходиться чаще и больше. Послѣднее время рѣдко не бываетъ крови. Боли появились съ годъ внизу живота и въ поясницѣ—ноющія и схваткообразныя. При движеніи боли усиливаются. Мочиспусканіе нормальное. Запоры всегда. Аппетитъ удовлетворительный. Сонъ хорошій. Fibroma матки величиной съ матку, беременную на 5-мъ мѣсяцѣ. Справа прощупываются довольно ясно придатки—увеличенные и болѣзненные. 23 марта чревосѣченіе абдоминальное. Матка срѣзана надъ влагалищемъ. Придатки съ обѣихъ сторонъ удалены. Удлиненный и немного утолщенный appendix, вовлеченный въ воспалительный процессъ правыхъ придатковъ и брюшины задняго Дугласова пространства, удалень съ предварительнымъ отнятіемъ при помощи большаго жома Zweifel'я. На слѣпой кишкѣ на-

ложенъ кisetный шовъ изъ оленьихъ жилъ. Полость живота промыта Locke'овской жидкостью, наполнена ею и защита наглухо. Въ послѣоперационномъ періодѣ инфильтратъ въ правой сторонѣ живота, что задержало больную до 2-го мая, когда она выписалась.

4) Наталья А., дворянка, Воронежской губерніи, 38 лѣтъ, принята 24-го апрѣля 1905 года съ жалобой на боль въ животѣ, общую слабость и лихорадку. Родила 5, изъ нихъ 3 первые мертвые не доношенные младенцы. Послѣдніе роды 11 лѣтъ тому назадъ. Съ тѣхъ поръ больна, при чемъ каждый годъ было воспаленіе яичниковъ. Теперь больна 10-ый мѣсящъ и улущенія нѣтъ. Боли внизу живота постоянныя, ноющія, иногда сверлящія, отдающія въ правую ногу. По временамъ бывають и схваткообразныя и колющія. Бѣли всегда послѣ замужества. Мочейспусканіе болѣзненное и теперь и прежде. Запоры постоянныя. Шишки въ заднемъ проходѣ уже давно. Но не болятъ—«ноять». Аппетитъ плохой. Тошнота по утрамъ. Ижжого. Отрыжка. Сердцебиеніе часто и уже давно. Одышка. Плохо видитъ. Память плохая. Волосы на головѣ очень сильно падаютъ. Сонъ плохой. Кошмары. Общее состояніе духа подавленное. Животъ плоскій и твердый—вездѣ тимпанитъ, за исключеніемъ области надъ правой пупартовой связкой. Здѣсь имѣется тупой звукъ, поднимающійся надъ этой связкой пальца на 2. Матка увеличена, болѣзненна и сдвинута спереди. Справа и сзади нащупывается опухоль съ неровной поверхностью съ неодинаковой консистенціей. Опухоль и матка неподвижны. Въ правомъ боковомъ сводѣ при надавливаніи опухоли получается «огневая боль». Слѣва—увеличенные, чувствительные и также неподвижные придатки. Диагнозъ: *Pyosalpinx*. 12 мая чрезовѣченіе абдоминальное: полная неподвижность опухоли правой трубы. *Appendix* длиною почти 3 вершка накрѣпко приращенъ къ этой опухоли. Прежде всего удаленъ отростокъ слѣвой кишки. Затѣмъ съ большимъ трудомъ была выдѣлена опухоль вмѣстѣ съ небольшой кистой праваго яичника, при этомъ прорвалась труба, уже выведенная изъ брюшной полости, и полился гной съ сильно противнымъ запахомъ. Слѣва *hydrosalpinx*—тоже удаленъ. Резекція лѣваго яичника. Матка фиксирована въ нижнемъ углу раны. Брюшная полость промыта Locke'овской жидкостью и дренажирована марлей, проведенной изъ задняго Дугласа черезъ нижній уголъ раны. На слѣдующій день въ скорбномъ листѣ имѣется замѣтка: „Слабость значительная. Рвота. Пульсъ слабватаго наполненія—до 100. Животъ не надуть. Языкъ влажный: 13 мая „слабость усилилась. Пульсъ 130. Рвота все время. Индифферентное отношеніе къ окружающимъ. Животъ мягкій». Ночью 13-го больная умерла при явленіяхъ нарастающей слабости дѣятельности сердца. Вскрытія не могло быть произведено.»

5) Анна Л., кр-ка Рязанской губ., 39 лѣтъ, поступила на излеченіе 4-го ноября 1905 года. Родила 8 разъ. Послѣдніе роды—4 года тому назадъ. 15-го августа крови пришли во время, 15-го сентября ихъ не было. 1-го октября были сильныя схваткообразныя боли, такъ что слегла въ постель. 15 октября пошли крови, которыя идутъ и теперь. Средняго тѣлосложенія, питанія плохого. Блѣдновата и слабвата. Животъ слегка вздутъ и болѣзненный—вездѣ тимпаничный звукъ. *L. alba* окрашена. Въ грудяхъ молозиво. *Introitus vaginae* имѣетъ свѣтло-фіолетовую окраску. Матка мало увеличена, немного размяг-

чена, чувствительна и ограничена въ своихъ движеніяхъ. Справа отъ матки имѣется опухоль, непосредственно соединенная съ маткой. Опухоль эта малоподвижная, продолговатой формы, съ неровной поверхностью, величиной въ кулакъ взрослога человѣка. Консистенція опухоли неравнобѣрная. Диагнозъ: внѣматочная беременность. 7-го ноября чревосѣченіе абдоминальное: сальникъ приращенъ къ правой трубѣ, которая въ своемъ ампулярномъ концѣ сильно расширена. Растянутая часть трубы приросла къ слѣпой кишкѣ, отростокъ которой, длиной 14 сантиметровъ, прикрѣпленъ къ опухоли. Часть сальника резецирована. Съ большимъ трудомъ была удалена беременная труба. Раздавленный жомомъ аппендикъ на своемъ основаніи, перевязанъ и срѣзанъ. Кисетнымъ швомъ изъ оленьихъ жилъ было укрыто серознымъ листкомъ основаніе отростка слѣпой кишки. Въ виду того, что на большомъ пространствѣ задній брюшной листокъ ниже слѣпой кишки былъ содранъ при отдѣленіи опухоли, я придвинулъ сюда слѣпую кишку и укрѣпилъ ее въ этомъ мѣстѣ. Такимъ образомъ мнѣ удалось укрыть мѣсто, лишенное брюшины. Полость живота промыта Locke'овской жидкостью, налита ею и зашита 3-хъ этажнымъ швомъ. Повышенія температуры въ послѣоперационномъ періодѣ не было.

2-го ноября большая выписалась здоровой.

6) Екатерина С., кр-ка Задонскаго уѣзда, 35 лѣтъ, принята 11 октября 1906 года. Родила одинъ разъ — 18 лѣтъ тому назадъ. Послѣдніе регулы 2½ — 3 мѣсяца тому назадъ. Въ періоды, когда должны быть регулы, появились сильныя боли въ животѣ и больная прикладывала бутылки съ горячей водой на низъ живота. Боли были колющія — въ поясницѣ и рѣжущія внизу живота. Боли эти повторялись за весь періодъ болѣзни 6 разъ. Мочиспусканіе теперь немного затруднено, а во время припадковъ сильно задерживается. Дефекація настолько затруднена, что отправленія кишечника не было по недѣлѣ. Аппетитъ и сонъ удовлетворительны. Соски окрашены; изъ грудей выдѣляется молозиво, которое по заявленію больной у ней бываетъ и передъ менструаціей. Животъ почти плоскій, мягкій, безболѣзненный. Надъ лобкомъ прощупывается затвердѣніе, которое выстаетъ надъ нимъ пальца на 3. Надъ правой пупартовой связкой нащупывается опухоль съ гладкой поверхностью, конусообразно вытягивающаяся по направленію къ пупку (не доходить до него пальца на 2). Наружная правая граница этой опухоли составляетъ линію, идущую отъ пупка до *spina ant. sup. dextra*. Лѣвая граница идетъ почти параллельно *l. alba*, отступая на одинъ палецъ вправо. Внизу эта опухоль какъ бы сливается съ затвердѣніемъ, возвышающимся надъ лобкомъ. Опухоль неподвижная, безболѣзненная.

Матка увеличена и напоминаетъ собой беременную матку на 3-мъ мѣсяцѣ; она почти неподвижна. Сзади и справа начинается опухоль, которая идетъ слѣва направо, выходитъ изъ полости таза и достигаетъ почти пупка. Эта опухоль заняла все заднее Дугласово пространство, почти неподвижна, флюктуация неясна. Въ лѣвой сторонѣ отъ матки нащупываются увеличенные и болѣзненные придатки. Диагнозъ: *Graviditas extrauterina*. 14-го октября чревосѣченіе абдоминальное. Опухоль — внѣматочная — трубно-яичниковая беременность съ трудомъ была выдѣлена изъ имѣвшихся повсюду сращеній и удалена. Аппендикъ, вовлеченный въ воспалительный процессъ, удаленъ. Брюш-

ная полость промыта Locke'овской жидкостью, налита ею и защита наглухо 3-хъ этажнымъ швомъ. Въ послѣоперационномъ періодѣ больная лихорадила (maxim. 38,5). Заживленіе per secundam intentionem. 26 ноября больная выписалась. Данный препаратъ сфотографированъ и демонстрировался мною на 2-мъ Всероссійскомъ съѣздѣ въ числѣ другихъ препаратовъ, выставленныхъ тамъ мною же.

7) Марфа, Ск., кр-ка Землянского уѣзда, 27 лѣтъ, поступила на излѣченіе 24-го октября 1906 года. Родила 11 дѣтей. Годъ тому назадъ замѣтила опухоль, расположенную какъ разъ надъ лобкомъ. Опухоль стала замѣтно увеличиваться, а вмѣстѣ съ тѣмъ появились постоянныя боли—колющія—внизу живота, усиливающіяся въ менструальные періоды. Больная худа, слаба и блѣдна. Животъ дряблый, содержитъ опухоль, доходящую до пупка и занимающую всю лѣвую половину таза. Она плотна, гладка, почти безболѣзненна и весьма ограничена въ своихъ движеніяхъ. Матка сдвинута въ передней сволѣ; она маленькая, не чувствительная. Съ правой стороны къ ней примыкаетъ другая опухоль меньшей величины съ болѣе мягкой консистенціей и съ бугристой поверхностью. Диагнозъ—fibromyoma intralig. 2-го ноября чревостѣченіе абдоминальное: опухоль имѣетъ сращенія съ пристѣночной брюшиной и заключена въ лѣвой широкой связкѣ. Величина ея — съ голову взрослога человѣка; съ правой стороны къ ней примыкаетъ 2 отдѣльныхъ узла, тѣсно спаянныхъ съ главной опухолью. Обѣ трубы сильно удлинены и утолщены; въ правомъ яичникѣ кистозно перерожденномъ имѣются двѣ отдѣльныхъ кисты, величиною каждая въ лѣсной орѣхъ съ серознымъ содержимымъ. Здѣсь же подъ правой трубой на широкой связкѣ подвѣшены на длинныхъ ножкахъ отдѣльныя прозрачныя кисточки. Сюда же примыкаетъ удлинненный отростокъ слѣпой кишки, воспаленный, слегка фиксированный. Лѣвый яичникъ расположенъ по поверхности опухоли такъ, что длина его достигаетъ 15 сантиметровъ. Матка тѣсно прилегаетъ къ опухоли почти всей своей задней поверхностью. Опухоль-фибромиома—вылущена изъ широкой связки. Матка срѣзана надъ влагалищемъ. Оба придатка матки удалены. Отростокъ слѣпой кишки раздавленъ въ своемъ основаніи жомомъ Zweifel'я, перевязанъ и пережатъ Пакеленомъ. Кисетнымъ швомъ изъ оленьихъ жилъ укрыто мѣсто операциі надъ червеобразнымъ отросткомъ. Брюшная полость промыта Locke'овской жидкостью, налита ею и защита наглухо 3-хъ этажнымъ швомъ. Удаленная опухоль сфотографирована и демонстрировалась на 2-мъ всероссійскомъ съѣздѣ въ 1907 году. Гладкое выздоровленіе. Prima intentio. Выписалась 26 ноября 1906 года.

8) Варвара Д., кр-ка Тамбовской губ., 27 лѣтъ, принята 27 января 1907 года. Замужемъ 9 лѣтъ. Имѣла одного доношеннаго ребенка и одинъ выкидышъ. Послѣ выкидыша хворала года 3. Регулы появились на 17 году, установились сразу, шли по 8 дней, не сильно, безъ боли. Послѣ замужества регулы стали приходиться также, но появились боли. Годъ тому назадъ было кровотеченіе, которое продолжалось 10 недѣль. Больной себя считаетъ 2-й годъ, жалуется на опухоль въ животѣ, боль въ лѣвомъ паху и лѣвой ногѣ. Послѣднія крови были недѣлю тому назадъ — какъ обыкновенно. Мочиспусканіе частое и болѣзненное. Запоры. Аппетитъ плохой. Слабость. Сердцебіеніе. Плохой сонъ. Осмотръ: соски окрашены, молозиво не выдѣляется. Животъ

плоскій и тугой. L. alba пигментирована. Шейка матки цилиндрическая; матка немного увеличена и сдвинута въ правую сторону опухолью, которая непосредственно исходитъ изъ тѣла матки, имѣетъ колбасовидную форму и находится въ тѣсной связи съ другой опухолью болѣе мягкой консистенціи съ болѣе ясной флюктуаціей. Диагнозъ: подозрѣніе на внѣматочную беременность и киста. 1-го февраля чревосѣченіе абдоминальное: заднее Дугласово пространство занято кистой съ очень тонкими стѣнками и прозрачнымъ содержимымъ. Киста эта срослена съ одной стороны съ прямой кишкой, съ другой— съ маткой и ея придатками. Лѣвый уголъ матки сильно раздутъ и представляется съ раздутымъ также маточнымъ концемъ трубы одно цѣлое — удлиненное, колбасовидное тѣло. Ампульный конецъ этой трубы опущенъ въ заднее Дугласово пространство и приросъ къ кистѣ. Правая труба утолщена, извита, опущена въ заднее Дугласово пространство, гдѣ и приросла къ пристѣночной брюшинѣ. Здѣсь же приросъ и удлиненный отростокъ слѣпой кишки, находящійся въ состояніи хроническаго воспаления. Сальникъ былъ фиксированъ въ переднемъ Дугласовомъ пространствѣ, прирашенъ къ дну матки и къ опухоли. Прежде всего произведена частичная резекція сальника. При разведеніи лопнулъ раздутый конецъ лѣвой трубы и показалось плодвое яйцо. Произведена *резекція матки*. Линія разрѣза шла отъ середины дна матки наискось книзу и влѣво. Полость матки вскрыта. Наложены швы изъ оленьихъ жилъ въ 2 этажа. Удалена беременная труба съ 1/2 матки. При этомъ лопнула киста, находящаяся въ заднемъ Дугласѣ и приросшая къ лѣвой трубѣ и тогда же лишилась серознаго покрова на пространствѣ серебрянаго полтинника прилегающая здѣсь кишка. Остатки тонкостѣнной кисты съ трудомъ были выдѣлены. Правая труба удалена. Правый яичникъ оставленъ. Отростокъ слѣпой кишки въ основаніи своемъ раздавленъ жомомъ Zweifel'я, перевязанъ и пережатъ Пакеленомъ. Мѣсто операціи здѣсь укрыто серознымъ покровомъ съ помощью кисетнаго шва. Дефектъ брюшиннаго листка на кишкѣ закрытъ непрерывнымъ швомъ. Брюшная полость обильно промыта Locke'овской жидкостью, вытерта марлей и дренажирована по Миккуличу. Брюшная рана за исключеніемъ мѣста выхода дренажа зашита 3-хъ этажнымъ швомъ. Во время операціи пульсъ сдѣлался мягкимъ и ускореннымъ, почему тогда же вприснуто подъ кожу 800,0 той же Locke'овской жидкости. Теченіе послѣ операціи афебрильное. Prima intentio. Дренажъ вынуть на 5-ый день, при чемъ вылилось ничтожное количество кровянистой жидкости. 2-го марта больная выписалась здоровой. Регулы въ настоящее время приходятъ правильно и безъ боли.

9) Агафья Тар., кр-ка Воронежскаго уѣзда, 46 лѣтъ, принята въ Гинекологическое Отдѣленіе 30-го марта 1907 года. Родила 2-хъ. Послѣдніе роды 10 лѣтъ тому назадъ. Регулы за послѣднее время „пугаются“. Худа, блѣдна и слаба. Животъ своеобразно выпяченъ. Прощупывается опухоль въ немъ, чувствительная, неподвижная, съ неровной поверхностью, достигающая почти пупка. Матка увеличена въ retroversio. Впереди ея опухоль съ неясной флюктуаціей, неподвижная и сросшаяся съ маткой. Правые придатки увеличены, чувствительны, почти неподвижны. Диагнозъ: Cystoma ovarii. Salpingo-ophoritis. 5-го апрѣля чревосѣченіе абдоминальное. Сращенія съ саль-

никомъ. Резекція сальника. *Hydrosalpinx sinistra et Cystoma ovarii, Hydrosalpinx dextra. Appendicitis.* Удлиненный *Appendix* опустился въ полость малаго таза и приросъ къ правому придатку. Удалены: оба придатка съ кистой и отростокъ слѣпой кишки. Матка фиксирована въ нижнемъ углу раны. Дренажъ въ задній Дугласъ. 3-хъ этажный шовъ. 28 апрѣля выписалась въ удовлетворительномъ состояніи. Заживленіе *per prim. int.*

10) Марфа Поз., мѣшанка г. Воронежа, 28 лѣтъ, поступила 10-го мая 1907 года съ жалобой на боли въ животѣ. Родила 3-хъ, послѣдняго 2 года тому назадъ. Хвораеть $\frac{1}{2}$ мѣсяца сильно, раньше прихварывала. Слабость. Лихорадочное состояніе. Матка немного увеличена въ *retroversio-flexio fixata*. Придатки значительно увеличены, малоподвижны и болѣзненны. Болѣзненность имѣется при надавливаніи области правыхъ придатковъ и области слѣпой кишки. 20 іюня чревосѣченіе абдоминальное: *Hydrosalpinx duplex, Perimetritis adhesiva. Appendicitis.* *Appendix* длиною болѣе 10 сантиметровъ вовлеченъ въ воспалительный процессъ, утолщенъ и гиперемированъ. Удалены: правые придатки, лѣвая труба, отростокъ слѣпой кишки. Резекція лѣваго яичника. *Ventrofixatio.* Брюшная полость промыта *Locke'ovской* жидкостью, налита ею и зашита наглухо 3-хъ этажнымъ швомъ. 28 сняты швы. *Prima Intentio.* 20-го іюня выписалась въ хорошемъ состояніи.

11) Неонила Шап., кр-ка Богучарскаго уѣзда, 21 года, поступила въ Отдѣленіе 13-го іюня 1907 года съ жалобой на постоянныя боли внизу живота и въ поясницѣ. Замужемъ 3 года. *Sterilitas.* Больна $2\frac{1}{2}$ года. Боли въ животѣ то ноющія, то колющія. Бѣли. Болѣзненное мочеиспусканіе. Запоры. Худа, блѣдна и слаба. Коническая шейка матки. Матка въ *retroversio*, она ограничена въ своей подвижности и немного чувствительна. Слѣва отъ нея имѣется опухоль—величиной съ мандаринъ—малоподвижная, шарообразной формы, съ гладкой поверхностью. Справа—имѣется другая опухоль величиной въ кулакъ взрослога человѣка, болѣе продолговатая съ неровной поверхностью, вершиной доходящая до *spina ant. sup. dext.*, она малоподвижна, чувствительна, съ неясной флюктуаціей. Диагнозъ: *Salpingo-oophoritis duplex. Menorrhoea.* 15 іюня чревосѣченіе абдоминальное: правые и лѣвые придатки обросли периметритическими тяжами. *Appendix* приращенъ. Онъ удлиненъ и утолщенъ. Удалены обѣ трубы (*hydrosalpinx*), правый яичникъ и отростокъ слѣпой кишки. Резекція лѣваго яичника. *Ventrofixatio.* Полость живота промыта *Локковской* жидкостью, налита ею и зашита наглухо. Гладкое выздоровленіе. Заживленіе *per primam intentionem.* 8-го іюля выписалась въ хорошемъ состояніи.

12) Екатерина Дол., кр-ка Тульской губ., 30 лѣтъ, принята 24 августа 1907 года съ жалобой на боли внизу живота и на общую слабость. Родила 6 дѣтей; послѣдніе роды были 2 года тому назадъ. Съ тѣхъ поръ больна. Животъ дряблый. Надъ правой пупартовой связкой нащупывается небольшая опухоль, надъ лобкомъ—другая выдвигается пальца на 2. Шейка матки гипертрофирована. Тѣло матки въ передней половинѣ таза; оно увеличено и чувствительно. Подвижность ея ограничена. Справа отъ матки имѣется опухоль шарообразной формы съ гладкой поверхностью, близко прилегающая къ маткѣ. Слѣва къ маткѣ прилежитъ другая опухоль, величиной въ кулакъ взрослога человѣка съ неровной поверхностью. Къ этой опухоли сзади примыкаетъ третья

опухоль почти одинаковой величины, плотной консистенции, почти неподвижная, переходящая безъ рѣзкихъ границъ въ заднюю стѣнку таза. Болѣзненность ея значительно выражена. 15 сентября чревосѣченіе абдоминальное: лѣвая труба утолщена и прикрѣплена къ подлежащей кистѣ яичника, каковая плотно приросла къ подлежащей прямой кишкѣ. Заднее Дугласово пространство сплошь занято перитритическими тяжами. Сальникъ приросенъ къ передней брюшной стѣнкѣ въ области праваго придатка. Правая труба — hydrosalpinx — сращенъ съ отросткомъ слѣпой кишки, который опустился въ тазъ. Правый яичникъ содержитъ въ себѣ нѣсколько маленькихъ кистъ. Сращения всѣ уничтожены, причемъ поранена слѣпая кишка. Швы на эту кишку. Лѣвые придатки удалены in toto и на обнаженномъ мѣстѣ послѣ удаленія ихъ фиксирована сдвинутая сюда прямая кишка. Правая труба и appendix удалены. Сдѣлана резекція праваго яичника. Матка фиксирована въ нижнемъ углу брюшной раны. Полость живота промыта Локковской жидкостью, налита ею и зашита наглухо 3-хъ этажнымъ швомъ. Теченіе субфебрильное. Prima intentio. 6-го октября выписалась въ хорошемъ состояніи.

13) Агафья Гар., кр-ка Воронежскаго уѣзда, 46 лѣтъ, поступила 30 марта 1907 года. Родила два раза. Послѣдніе роды 10 лѣтъ тому назадъ. Регулы — всегда правильныя — уже годъ какъ пугаются. Худа, блѣдна и слаба. Животъ свообразно выпяченъ. Прощупывается опухоль съ неровной поверхностью, чувствительная, неподвижная, выдвигающаяся изъ полости таза вверхъ почти до пупка. Матка увеличена, укрѣплена въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ и находится сзади опухоли, которая даетъ ясное зыбленіе. Правые придатки увеличены и опущены. Диагнозъ: киста яичника salpingoophoritis duplex. 5 апрѣля чревосѣченіе абдоминальное: сращеніе сальника съ опухолью, Резекція его. Съ обѣихъ сторонъ hydrosalpinx. Удалены обѣ трубы, киста величиной съ голову ребенка и отростокъ слѣпой кишки, который опустился въ полость таза и здѣсь принялъ участіе въ воспаленіи брюшинаго листка. Матка фиксирована въ нижнемъ углу раны. Заднее Дугласово пространство дренажировано марлей, выведенной черезъ брюшную рану. Заживленіе per secundam. 6-го мая выписалась въ удовлетворительномъ видѣ.

14) Наталья Лит., мѣщанка г. Воронежа, 26 лѣтъ, принята 26 марта 1908 года съ жалобой на боли въ правой сторонѣ живота. Боли то усиливаются, то ослабѣваютъ. Sterilitas. Anteflexio congenita. Больной себя считаетъ нѣсколько мѣсяцевъ. Salpingoophoritis duplex. При давленіи на область слѣпой кишки болѣзненность рѣзко выражена. При ощупываніи въ этомъ мѣстѣ живота отмѣчается нѣкоторая пастозность. Диагнозъ: salpingoophoritis + appendicitis. 5-го апрѣля чревосѣченіе абдоминальное. Разрѣзъ живота Мак-Вигнеувской линіи. Appendix сращенъ съ правыми придатками цѣлымъ рядомъ перитонитическихъ тяжей, которые покрываютъ слѣпую кишку. Съ трудомъ выдѣленъ длинный, утолщенный до толщины мизинца Appendix, который и отрѣзанъ обычнымъ способомъ. Hydrosalpinx справа и увеличенный правый яичникъ удалены. Лѣвая труба также удалена. Брюшная рана зашита наглухо. 10-го умерла при явленіяхъ остраго сепсиса. Какимъ образомъ произошла инфекция — не удалось выяснитъ; во всякомъ случаѣ смерть въ данномъ случаѣ должна быть отнесена къ не-

счастливымъ случайностямъ, которыя пока неизбежны на тернистомъ пути брюшнаго хирурга.

15) Татьяна Пѣн., кр-ка Землянскаго уѣзда, 39 лѣтъ, принята 20-го іюля 1908 года съ жалобами на боли, вздутіе живота и повышенную температуру (39,6°). Заболѣла недѣлю тому назадъ внезапно: сильныя колики въ животѣ, вздутіе живота, тошнота. Исслѣдованіе въ виду тяжелаго положенія больной отложено и въ теченіи 9 дней она была лишь подъ наблюденіемъ, а 29-го при осмотрѣ: t° спала до 37, животъ сталъ немного мягче; въ немъ прощупывается опухоль больше съ правой стороны, съ довольно гладкой поверхностью, неподвижная, величиной въ голову новорожденнаго ребенка. Матка небольшая, плотно приросла къ опухоли, величиной въ крымское яблоко—твердой и неподвижной. Къ маткѣ и этой опухоли примыкаетъ большая опухоль величиной и формой напоминаетъ кокосовый орѣхъ. Опухоль эта выдвинута изъ полости малаго таза по направлению вправо. Болѣзненность огневая. Диагнозъ: *Puosalpinx*. 9-го августа чревосѣченіе абдоминальное. Разрѣзъ живота обычный по I. alba до пупка: сальникъ значительно утолщенъ и приращенъ въ переднемъ сводѣ къ пристѣночной брюшинѣ, къ маткѣ и къ опухоли, которую хорошо прикрывалъ. Съ трудомъ сальникъ резецированъ. Опухоль оказалась раздвуй правой трубой, въ которую впадалъ расширенный, удлинненный и значительно утолщенный *Appendix*. Оба органа наполнены гноемъ и при ихъ выдѣленіи излился гной съ сильнымъ запахомъ. Отростокъ перевязанъ въ своемъ основаніи и перерѣзанъ; культи его обшита серознымъ покровомъ слѣпой кишки съ помощью кисетнаго шва и двухъ узловыхъ. Труба съ яичникомъ также удалены. Обильное промываніе Локковской жидкостью. Дренажъ по Микучичу. 18-го сентября выписалась при удовлетворительномъ состояніи.

16) Екатерина Вег., колонистка изъ нѣмецкой колоніи Острогжскаго уѣзда Рыбинсдорфъ, 34 лѣтъ, поступила въ отдѣленіе 25-го августа 1907 года съ жалобой на боли въ животѣ и общую слабость. При осмотрѣ блѣдна, худя и слаба. Въ лѣвой сторонѣ живота имѣется опухоль съ неясными очертаніями, твердая и болѣзненная. Матка немного увеличена, отодвинута вправо, почти неподвижна. Правые придатки увеличены, болѣзненны и неподвижны, Родила 6 дѣтей, послѣдніе роды были въ январѣ 1902 гола; съ тѣхъ поръ больна. Диагнозъ: *Salpingoophoritis duplex*. Лечение ея продолжалось съ перемѣннымъ успѣхомъ до 3-го октября, когда я сдѣлалъ ей чревосѣченіе абдоминальное: *puosalpinx* двусторонній. Сращеніе съ петлями тонкихъ кишекъ. *Appendix* приращенъ къ правой трубѣ. Онъ удлинненъ (11—12 сант.), утолщенъ и покрытъ перитонитическими тяжами. Удалены: обѣ трубы, при чемъ гной излился при отдѣленіи ихъ отъ сращеній, отростокъ слѣпой кишки и правый яичникъ. Сдѣлана резекція лѣваго яичника. *Ventrofixatio uteri*. Обвивной шовъ на пораненную серозную оболочку тонкой кишки. Брюшная полость промыта Локковской жидкостью, налита ею и зашита наглухо. Гладкое выздоровленіе. Выписалась 24 октября. При этомъ сидѣла послѣ операций на 4-й день, стала ходить съ 8-го дня.

17) Анна Мар., кр-ка Землянскаго уѣзда, 26 лѣтъ,—поступила на излеченіе 15-го сентября 1908 года съ жалобой на боли въ поясницѣ и пахахъ. Считаетъ себя больной 2-ой годъ. Послѣдніе двѣ

недѣли лежала. Родила одного — 8 лѣтъ тому назадъ. Диагнозъ: Retroversio-flexio fixata. Salpingoohoritis blenorrhoica. 20-го сентября чревосъченіе абдоминальное. Разрѣзь живота по Pfannenstiel'ю: сращенія съ кишками какъ тонкими, такъ и толстыми.

При разъединеніи сращеній получились надрывы серозныхъ покрововъ этихъ кишекъ. Appendix, удлинненный и утолщенный, захваченъ воспалительнымъ процессомъ и приросъ въ заднемъ Дугласѣ къ простѣночной брюшинѣ, гдѣ приросли и правые увеличенные придатки матки. Удалены: обѣ трубы, растянутыя небольшимъ количествомъ гнойной жидкости, лѣвый яичникъ величиной въ небольшой мандаринъ, наполненный гноемъ, который при этомъ прорвался, отростокъ слѣпой кишки. Сдѣлана резекція праваго яичника. Швы непрерывные на тонкихъ кишкахъ и Ventrofixatio uteri. У данной больной я первый разъ въ жизни увидѣлъ отростокъ тонкой кишки, находящійся приблизительно на 3 четверти отъ впаденія въ слѣбую. Описаніе его я оставляю за собой. Полость живота промыта Локковской жидкостью, налита ею и зашита наглухо. Гладкое выздоровленіе. Prima intentio; съ 22 стала сидѣть, съ 25 — ходить. 2-го октября, т. е. на 13 день послѣ операціи выписалась здоровой.

Ознакомившись съ данными исторіями болѣзни, можно лишь одно найти общее, правильно повторяющееся — это удлинненіе отростка. Отсюда, конечно, процессъ соучастія отростка въ воспалительныхъ заболѣваніяхъ долженъ представляться такимъ образомъ: отростокъ въ большинствѣ случаевъ можетъ принять участіе въ воспаленіи правыхъ придатковъ лишь непосредственно, что возможно при врожденномъ удлинненіи его. Разъ онъ будетъ имѣть длину ненормально большую, то конечно легко можетъ опуститься при движеніи кишекъ, а также при своихъ перистальтическихъ движеніяхъ въ полость таза за l. innominata, гдѣ уже легко попасть въ воспалительный процессъ, охватывающій какъ придатки матки, такъ и заднюю простѣночную брюшину. За этотъ путь распространенія воспалительнаго процесса съ придатковъ на Appendix говоритъ и то обстоятельство, что сращеніе съ кишками, а стало быть ихъ участіе въ данномъ процессѣ, наблюдается чаще, чѣмъ сращеніе съ отросткомъ. Для меня это понятно, ибо вѣдь петли кишекъ скорѣе могутъ оказаться вблизи пожараща и скорѣе стало-быть принять непосредственное въ немъ участіе. Также дѣло обстоитъ и съ сальникомъ, который чаще, чѣмъ appendix, участвуетъ въ воспалительныхъ заболѣваніяхъ придатковъ матки. Въ пользу высказаннаго говорятъ и тѣ случаи, гдѣ несмотря на тяжелую картину воспаления придатковъ и окружающихъ органовъ appendix остается не затронутымъ. Я выбралъ изъ своего матеріала 6 исторій больныхъ, у которыхъ рельефно по

моему мнѣнію вырисовывается безучастная роль лимфатическихъ анастомозовъ между правымъ яичникомъ и червеобразнымъ отросткомъ, описанныхъ у Clado.

1) Татьяна Доб., кр-ка Воронежскаго уѣзда, 27 лѣтъ, принята 5-го ноября 1906 года съ жалобой на боли, неправильная крови и бѣли. Диагнозъ: *graviditas extrauterina*. 15-го ноября чревосѣченіе абдоминальное: срaшенія сальника, отдѣльныхъ петель кишекъ и растянутыхъ трубъ. При удаленіи правой трубы, эта послѣдняя лопнула, при чемъ показался гной, который и пролился въ брюшную полость. Лѣвая труба—тоже гнойная—удалена безъ надрывовъ. Правый яичникъ—наполовину разрушенный кровоизліяніемъ (*aroplexia ovarii*), рѣзко обозначеннымъ и отграниченнымъ, вырѣзанъ. Матка фиксирована въ нижнемъ углу раны. Брюшная полость тщательно промыта Локковской жидкостью, вытерта на сухо и дренажирована марлей, выведенной черезъ нижній уголь раны. Заживленіе *per secundam int.* Выписалась 12 декабря.

2) Аграфена Сав., кр-ка Воронежскаго уѣзда, 28 лѣтъ, принята съ жалобой на боли въ животѣ 17-го мая 1907 года. Диагнозъ—*ruosalpinx duplex*. 25 мая чревосѣченіе абдоминальное: сальникъ приросъ въ переднемъ Дугласѣ. Резекція сальника. При удаленіи обросшихъ и заросшихъ раздутыхъ гноемъ трубъ и увеличенныхъ яичниковъ показался гной съ сильнымъ запахомъ. Обильное промываніе Локковской жидкостью и протираніе перекисью водорода. Удалены оба придатка. Матка фиксирована въ нижнемъ углу раны. Дренажъ по Микуличу. 26-го іюня выписалась въ хорошемъ состояніи.

3) Берта Фай., 16 лѣтъ, мѣшанка города Воронежа, принята въ Отдѣленіе 23-го января 1908 года съ жалобой на задержаніе мочи. Больной себя считаетъ два мѣсяца, сильно заболѣла 3 дня. Изслѣдованіе производилось подъ наркозомъ въ виду перитонитическихъ явленій. Диагнозъ: *Cystoma ovarii*. 7 февраля чревосѣченіе абдоминальное: опухоль синевато багроваго цвѣта совершенно неподвижная вслѣдствіе срaшенія съ окружающими петлями кишекъ. Съ большимъ трудомъ опухоль—правая яичниковая киста—выдѣлена *in toto* и удалена. При осмотрѣ кишекъ обнаружилось, что петля тонкихъ кишекъ лишена серознаго и мышечнаго слоя на пространствѣ 8—9 сантиметровъ, шириной въ 2 сантиметра. Произведена резекція этой части кишки. Полость живота промыта Локковской жидкостью, налита ею и защита наглухо. Гладкое выздоровленіе. На 5-ый день стала сидѣть, на 8-ой—ходить. Выписалась 21-го февраля въ хорошемъ видѣ.

4) Степанида Сад., кр-ка Воронежскаго уѣзда, 29 лѣтъ, поступила въ Отдѣленіе 3 марта 1908 года. Диагнозъ: киста яичника справа и *hydrosalpinx* слѣва. 7 марта чревосѣченіе абдоминальное: пароваріальная киста съ правой стороны, *hydrosalpinx* съ обѣихъ сторонъ, кистозное перерожденіе яичниковъ. Сальникъ приросъ къ передней поверхности матки, которая въ свою очередь приросла къ задней стѣнкѣ тазовой полости. Къ дну матки приросла еще петля кишекъ настолько прочно, что отдѣлить удалось лишь съ потерей серознаго покрова кишки. Удалены: правые придатки, киста и лѣвая труба. Сдѣлана резекція лѣваго яичника. Поврежденное мѣсто кишки

обшито брюшиннымъ листкомъ, взятымъ съ широкой связки. Матка фиксирована въ нижнемъ углу раны. Полость живота насухо и наглухо зашита 3-хъ этажнымъ швомъ. Стала сидѣть на 3-й день послѣ операциі, ходитъ на 6-ой день. *Prima intentio*, 23-го выписалась въ хорошемъ видѣ.

5) Ульяна Завг., кр-ка Богучарскаго уѣзда, 31 года, принята 2-го іюня 1908 года. Диагнозъ: *salpingoophoritis dextra. Graviditas extrauter.* 7-го іюня чревосѣченіе абдоминальное: Сращенія въ переднемъ сводѣ съ сальникомъ, который резецированъ. Петля тонкихъ кишекъ приросла къ раздутой лѣвой трубѣ. При отдѣленіи ея сорвана часть наружныхъ покрововъ ея. Была тотчасъ же произведена трансплантациа этого мѣста кускомъ сальника, каковой послѣ пришиванія его къ поверхности пораненной кишки отрѣзанъ отъ своего мѣста. Лѣвая беременная труба, окруженная сгустками и жидкой кровью удалена (разрывъ трубы въ ея ампулярномъ концѣ). Удаленъ также лѣвый яичникъ. Правая труба при выдѣленіи лопнула, при чемъ показался гной въ небольшомъ количествѣ. Она удалена. Резекціа праваго яичника. Матка фиксирована въ нижнемъ углу раны. Полость живота промыта Локковской жидкостью, налита ею и зашита наглухо. Гладкое выздоровленіе. Съ 9-го стала сидѣть, а съ 11-го ходитъ. *Prima intentio*. 23-го іюня выписалась здоровой.

6) Наталья Кор., кр-ка Воронежскаго уѣзда, 21 года,—принята 14-го августа 1908 года съ жалобой на сильныя боли въ животѣ. Диагнозъ: *ruosalpinx* справа и *salpingoophoritis* слѣва. 26 сентября чревосѣченіе абдоминальное: яичниковая гнойная киста величиной въ мандаринъ. Увеличенныя и обросшія трубы. При выдѣленіи кисты изъ сращеній, пролился гной. Удалены: обѣ трубы и гнойная киста. Резекціа лѣваго яичника. *Ventrofixatio uteri*. Полость живота промыта Локковской жидкостью, налита и зашита наглухо. Выздоровленіе.

Всѣ шесть исторій моихъ больныхъ даютъ тяжелыя картины заболѣваній придатковъ матки. Однако отростокъ слѣпой кишки оставался безучастнымъ, что конечно невозможно было бы, если бы воспалительный процессъ распространился съ придатковъ на *appendix* черезъ лимфатическую систему этихъ органовъ.

Оперативная помощь при совмѣстномъ страданіи требуетъ цѣлый рядъ отдѣльныхъ хирургическихъ манипуляцій. Такъ въ 17 вышеприведенныхъ случаяхъ произведены слѣдующія операциі: удаленіе правой трубы 17, лѣвой—11; резекціа сальника—5 разъ; швы на кишкахъ—4, удаленіе праваго яичника—11, лѣваго—6 Резекціа праваго яичника 2, лѣваго—1; удаленіе кисты справа—1, слѣва—3; удаленіе отростка слѣпой кишки—17; *Ventrofixatio uteri*—4; надвлагалищная ампутаціа матки—4. Всего 86. Дренажъ употреблялся 7 разъ. Умерло изъ 17—2, т. е. 11,7%. Изъ 107 безъ *appendicitis* умерло 6, т. е. 5,6%.

Клиническая картина совмѣстнаго заболѣванія придатковъ матки и *appendix* не даетъ рѣзкихъ штриховъ въ сторону послѣд-

няго, почему страданіе его въ большинствѣ случаевъ не діагностируется. Изъ 17 моихъ больныхъ я лишь у 2-хъ могъ заранѣе опредѣлить существованіе сочувственнаго заболѣванія отростка слѣпой кишки т. е. въ 11,7 %.

XV.

Къ вопросу о вліяніи предохранительныхъ прививокъ противъ холеры на теченіе и исходъ беременности“.

Нѣкоторыя данныя холерной эпидеміи въ С.-Петербургѣ 1908—1909 года.

Студ. В. ЗВѢРЕВЪ.

Вопросъ о вліяніи противохолерныхъ прививокъ на теченіе и исходъ беременности до сихъ поръ оставался открытымъ. Ни данныя обширныхъ наблюденій Haffkine ¹⁾ въ Индіи въ эпидемію съ апрѣля 1893 г. по июль 1895 г., ни Haan ²⁾, Nott ³⁾, Dyson ⁴⁾, Murata ⁵⁾ въ своихъ сообщеніяхъ о противохолерныхъ прививкахъ не затрагиваютъ этого вопроса. Обходятъ его молчаніемъ и Златогоровъ въ своей статьѣ „О предохранительныхъ прививкахъ противъ холеры“ СПб. 1908 г. Кромѣ того, отсутствіе указаній на заболѣванія холерой среди привитыхъ беременныхъ женщинъ и отсутствіе указаній на реакціи, наблюдавшіяся у беременныхъ послѣ прививокъ, — даютъ намъ право думать, что названными авторами прививки беременнымъ женщинамъ не производились.

Правда у нѣкоторыхъ изъ упомянутыхъ авторовъ а также и у другихъ въ частности у русскихъ врачей, работавшихъ на холерныхъ эпидеміяхъ, встрѣчаются указанія на выкидыши послѣ противохолерныхъ прививокъ, но точнаго указанія подобныхъ случаевъ намъ не удалось.

Такимъ образомъ, противохолерныя прививки, произведенныя беременнымъ женщинамъ въ Петербургѣ въ эпидемію 1908—1909 гг., являются, вѣроятно, первыми.

Вопросъ, какъ видно, оставался открытымъ, между тѣмъ какъ среди большинства врачей, работавшихъ въ настоящую

¹⁾ Haffkine. The Indian Medical Gazette 1895.

Онъ же. «Anticholera inoculation». Report to the Government of India, Calcutta 1905.

²⁾ Haan. «Revue critique». Arch. gen. de Méd. 1897.

³⁾ Nott. The Indian Med. Gazette 1898.

⁴⁾ Dyson. The Indian Med. Gazette 1901.

⁵⁾ Murata. Centr. f. Bact. 1904.

эпидемію, было распространено мнѣніе о возможности аборта, какъ слѣдствія реакціи организма послѣ противохолерной вакцинаціи. Это, не основанное на данныхъ наблюденій, мнѣніе послужило въ нѣкоторыхъ прививочныхъ пунктахъ причиной отказа дѣлать прививки приходившимъ туда беременнымъ женщинамъ независимо отъ времени беременности.

Въ нѣкоторыхъ же амбулаторіяхъ (Московская, Херсонское Изоляціонное Убѣжище и др.) прививки беременнымъ женщинамъ производились и тѣ данныя, которыя намъ удалось собрать, и служить матеріаломъ, настоящаго сообщенія.

Всего на этихъ пунктахъ было произведено 57 противохолерныхъ прививокъ 29 беременнымъ женщинамъ, изъ которыхъ беременныхъ на III мѣсяцѣ было 11, на IV—5, на V—9, на VI—3 и VII—1.

Беременные позже VII мѣсяца беременности не обращались.

По количеству сдѣланныхъ прививокъ, привитыя распределяются слѣдующимъ образомъ:

Среди беременныхъ на III мѣсяцѣ по 1 прививкѣ было сдѣлано 4 женщинамъ, по 2—5 и по 3—2 женщинамъ.

Среди беременныхъ на IV мѣсяцѣ—одна прививка—одной, двумъ по двѣ и двумъ по три.

Изъ 9 беременныхъ на V мѣсяцѣ по 1-й прививкѣ получили 3 женщины, по двѣ—4 и по три—2.

Изъ беременныхъ на VI мѣсяцѣ 1 получила 1 прививку, одна—2 прививки и одна 3 прививки.

Беременная на VII мѣсяцѣ получила три прививки.

Никто изъ привитыхъ холерой или холернымъ поносомъ не заболѣлъ.

При прививкахъ пользовались вакциной института д-ра Блюмента ля въ Москвѣ и рѣже Института Экспериментальной Медицины, приготовленной по способу Kolle, т. е. убитыми культурами.

Количество вспрыскиваемой вакцины дозировалось въ зависимости отъ возраста, времени беременности и *habitus'a* прививающейся слѣдующимъ образомъ: для I прививки отъ 0,5 до 1,0; для II прививки отъ 1,0 до 2,0; для III прививки отъ 1,8 до 3,0.

Прививки дѣлались большею частью въ подкожную клѣтчатку плеча и лишь въ единичныхъ случаяхъ—живота.

Помимо мѣстной реакціи, состоящей изъ боли на мѣстѣ вспрыскиванія, красноты, незначительной отечности, наблюдавшейся почти у всѣхъ привитыхъ за исключеніемъ 3, общія явленія выразились въ слѣдующемъ:

Беременная на III мѣсяцѣ: изъ 4 привитыхъ по 1 разу, у трехъ реакція была средняя, у одной—сильная. По 2 прививки:

у двухъ; I—слабая, II—средняя, у одной I—средняя, II—слабая, и у двухъ I—слабая, II—слабая. По 3 прививки: у двухъ I—слабая, II—средняя, III—слабая.

Беременная на IV мѣсяцѣ: по 1 прививкѣ у одной—средняя. По 2 прививки: у одной I—сильная, II—слабая, у одной—I слабая. По 3 прививки: у двухъ I—слабая, II—средняя, III—слабая.

Беременная на V мѣсяцѣ: по 1 прививкѣ у трехъ—средняя, по 2 прививки у двухъ—I средняя, II—слабая и у двухъ I—слабая, II—слабая; по 3 прививки: у двухъ—I средняя, II—слабая, III—слабая.

Беременная на VI мѣсяцѣ: по 1 прививкѣ у одной—сильная; по 2 прививки: у одной I—средняя, II—слабая; по 3 прививки: у одной I—слабая, II—средняя, III—слабая.

Беременная на VII мѣсяцѣ: по 3 прививки у одной I—средняя, II—слабая, III—слабая.

Подъ слабой реакціей понималось: мѣстная реакція безъ повышенія t^0 при отсутствіи общихъ явленій.

Подъ средней: — повышение t^0 до 38^0 и общія явленія: недомоганіе, слабость, головокруженіе, головная боль, познаниваніе, явленія небольшого расстройства желудочно-кишечнаго тракта (боль живота, тошнота, однократный, двукратный поносъ).

Подъ сильной реакціей: повышение t^0 выше 38^0 , сильное недомоганіе, потеря трудоспособности отъ одного до нѣсколькихъ дней, сильная головная боль, ознобъ, со стороны желудочно-кишечнаго тракта: рвота, частый поносъ.

Такимъ образомъ, слабая реакція наблюдалась въ 33 случаяхъ, средняя въ 21 случаѣ и сильная въ 3 случаяхъ общаго числа реакцій; что составляетъ для слабой реакціи 58% общаго числа реакцій, для средней 37% и для сильной реакціи 5%.

Что же касается жалобъ привитыхъ на появленіе болей послѣ прививокъ въ области матки, яичниковъ, то таковыя обыкновенно отсутствовали, за исключеніемъ одного случая.

Л. Д. 24 лѣтъ, жена торговца, III беременность. Беременная на IV мѣсяцѣ. Послѣ первой прививки появились боли внизу живота при t^0 въ $37,7^0$, головной боли, общемъ недомоганіи и боляхъ поясничной части спины. Къ вечеру t^0 поднялась до $38,0^0$, появилась тошнота, но рвоты и поноса не было. Послѣ сравнительно спокойной ночи больная утромъ встала при t^0 въ $36,8$, чувствуя себя вполне удовлетворительно. Дальнѣйшее теченіе беременности ни чѣмъ не осложнялось, и закончилось срочными нормальными родами здоровымъ доношеннымъ ребенкомъ. Въ анамнезѣ — двое выкидышей: I на III мѣсяцѣ, II — точно срокъ установить не удалось.

Не лишеннымъ интереса представляется намъ отмѣтить состояніе здоровья у беременныхъ на VI и VII мѣсяцахъ послѣ прививокъ.

I. Е. И. 29 лѣтъ, портниха, III беременность. Послѣ первой прививки, вызвавшей повышение t^0 до 38,2 и общія явленія при потерѣ трудоспособности въ продолженіи 2 дней отказалась отъ повторныхъ прививокъ, изъ боязни потерять дорогіе для нея рабочіе дни. Теченіе беременности не осложнялось. Срочные нормальные роды. Здоровый доношенный ребенокъ.

II. Е. С. 32 лѣтъ, жена почтальона. IV беременность. Реакція послѣ первой прививки—средней силы, послѣ второй только мѣстная. Теченіе беременности не осложнялось. Срочные нормальные роды. Здоровый, доношенный ребенокъ.

III. В. X. 21 года, жена кондуктора ж. дороги. I-ая беременность. Первая реакція слабой силы. Послѣ второй прививки при средней реакціи указала на особенное рѣзкое шевеленіе плода,—но болѣе не было. Третья прививка вызвала слабую реакцію. Теченіе беременности не осложнялось. Срочные нормальные роды. Здоровый доношенный ребенокъ.

IV. К. В. 24 лѣтъ, жена журналиста. II беременность. Первая реакція средняя, вторая и третья слабая. Указала на рѣзкое шевеленіе плода послѣ первой прививки, особенно замѣтно ночью. Теченіе беременности не осложнялось. Срочные нормальные роды. **Здоровый**, доношенный ребенокъ.

Изъ 29 привитыхъ беременныхъ женщинъ въ настоящее время разрѣшились отъ беременности срочными родами 13 женщинъ. Во всѣхъ случаяхъ роды и послѣродовые періоды прошли нормально. Всѣ дѣти доношены и здоровы. У остальныхъ 16 беременность протекаетъ нормально безъ осложнений.

Такимъ образомъ, ни въ одномъ изъ наблюдаемыхъ нами случаевъ перерыва беременности и осложнений въ ея теченіи не было.

Что же касается отмѣченныхъ выше жалобъ на особенно рѣзкое шевеленіе плода послѣ прививокъ, то, не исключая его какъ слѣдствія реакціи организма послѣ вакцинацій, не слѣдуетъ упускать изъ вида психическаго момента, какъ фактора, съ которымъ особенно приходится считаться во время эпидемій.

Хотя выводы, основанные на такомъ небольшомъ количествѣ наблюдений, какъ нашъ матеріалъ, могутъ имѣть лишь относительную цѣнность и значеніе, но все же они могутъ быть предложены въ слѣдующей формулировкѣ:

Выводы:

I. Предохранительныя прививки противъ холеры для беременныхъ женщинъ до VII мѣсяца беременности могутъ считаться безвредными.

II. Реакція послѣ прививокъ у беременныхъ женщинъ въ большинствѣ случаевъ наблюдается слабой силы, рѣже — средней и еще рѣже — сильной.

III. Непосредственного вліянія на теченіе и исходъ беременности предохранительныя прививки противъ холеры не оказываютъ.

IV. Желательно изслѣдованіе кишечнаго содержимаго на холерные вибрионы у лицъ, желающихъ сдѣлать себѣ прививку, до первой вакцинаціи.

V. Представляется чрезвычайно важнымъ изслѣдованіе вопроса о возможной передачѣ материнскимъ организмомъ ребенку въ періодъ утробной жизни иммунитета противъ холеры.

VI. Необходима точная статистика привитыхъ.

ЛИТЕРАТУРА.

- Prof. Dr. E. Marx. Die experiment. Diagnostik, Serumtherapie und Prophylaxe der Infektionskrankheiten. 1907.
- Meinicke. Zeitschr. f. Hyg. 1905.
- Collina. La clin. med. ital 1902.
- Dunbar. Berl. klin. Wochenschrift 1905.
- Ferran. Comptes rend. de l'Acad. T. 101. 1895.
- Hetsch. Choleraimmunität. Kolle-Wassermanns Handbuch der pathog. Mik. Bd. IV. 1904.
- Issaëff u. Kolle. Zeitschr. f. Hyg. 1894. Bd. 18.
- Kolle u. Hetsch. Die experimentelle Bakteriologie. Wien 1907.
- Bordet. Annal. Pasteur 1895.
- Koch. - Deutsche med. Wochenchrift. 1883.
- Kolle, Cholera asiatica. Kolle-Wassermanns Handbuch der pathogenen Mikroorganismen Bd. III. 1903.
- Metschnikoff. Roux et Taurelli-Salimbeni. Annal. Pasteur. Vol. 10. 1897.
- Mac-Kaig. Edinburgh Medical Journal. August 1902.
- Протоколы сѣзда врачей въ Москвѣ (рефер. по Медицинскому Обозрѣнію 1908 г.)

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

VIII.

Акушерско-гинекологическое Отдѣленіе Софійевской Больницы графовъ Бобринскихъ.

Д-ра Якубовскаго.

Съ 1-го сентября 1907 года при Софійевской больницѣ графовъ Бобринскихъ въ м. Смѣлѣ Киев. губ. открыто Акушерско-Гинекологическое Отдѣленіе и въ то же время больныя женщины (съ общими незаразными и хирургич. болѣзнями) переведены изъ стараго въ новое женское отд., въ которомъ, кромѣ того, предназначены палаты для изоляціи изъ акушерско-гинекологич. отдѣленія лихорадящихъ роженицъ, родильницъ послѣ абортивныхъ больныхъ и лихорадящихъ гинекологичекъ. Съ этой цѣлью при женскомъ отдѣленіи (тоже вновь открытомъ) устроена отдѣльная перевязочная съ отдѣльнымъ инструментаріемъ и персоналомъ. Въ новомъ акушерско-гинекологическомъ и женскомъ отдѣленіяхъ всего 32 кровати и распределены онѣ такъ: въ акушерско-гинекологич. отдѣленіи имѣется 18 кроватей (См. Планъ больницы) и въ женскомъ 14. Изъ 18 кроватей акушерско-гинеколог. отд. 8 предназначены для гинекологическихъ больныхъ (пал. № 5 и 6) и 10 для роженицъ и родильницъ (пал. № 7, 8 и 9). Кромѣ того, для изоляціи изъ акушер.-гинеколог. отдѣленія—въ женскомъ предназначены 6 кроватей (пал. № 12 и 13), такъ что для акушерскихъ и гинекологическихъ заболѣваній въ этомъ корпусѣ отведено (18+6)=24 мѣста. Акушерско-гинекологическое отдѣленіе устроено и оборудовано согласно послѣднимъ требованіямъ больничной гигиены ¹⁾. При акушерскомъ отдѣленіи имѣется хорошо оборудованный родильный покой и прекрасно обставленная стерилизаціонная съ автоклавомъ (Flicotaux et Born, Paris), паровыми стерилизаторами (отдѣльно для щетокъ, мочалъ и отдѣльно для инструментовъ), умывальниками, приборомъ для постоянного сохраненія физіол. раствора поваренной соли etc. Каждая кровать акушерскаго отдѣленія снабжена ирригаторомъ, катетеромъ и имѣетъ гнѣздо для подкладнаго судна. Кровати на сѣткахъ взяты отъ Ярушкевича и К^о изъ Варшавы; оттуда-же и вся прочая обстановка (столы, табуреты etc.). При хорошо обставленной ванной комнатѣ имѣются умывальники, а также ванночка для дѣтей и пеленальный столикъ. Въ женскомъ отдѣленіи обстановка та же, имѣется отдѣльная ванная, уборная и перевязочная, снабженная всѣмъ необходимымъ (инструменты, гинекологич. кресла etc.). Во всемъ зданіи полы

¹⁾ Къ рукописи приложены многочисленныя и прекрасно исполненныя фотографическія снимки зданія и отдѣльныхъ больничныхъ помѣщеній, вполне подтверждающіе заявленіе автора. Больница устроена и обставлена наравнѣ съ лучшими современными клиниками. Р е д.

сдѣланы изъ бѣлыхъ съ голубыми вкладышами пирогранитныхъ плитокъ (въ родильномъ покоѣ, стерилизаціонной, ваннхъ, перевязочныхъ и клозетахъ стѣны выложены печными кафельными плитами до высоты $2\frac{1}{2}$ арш.). Въ помѣщеніи имѣется водопроводъ, при чемъ для получения стерильной воды установленъ автоматическій кипятильникъ — стерилизаторъ Борю съ холодильникомъ на 18 ведеръ въ часъ. Отдѣленіе соединено пристройкой съ мужскимъ хирургическимъ отдѣленіемъ и въ соединительномъ зданіи устроена хорошо обставленная смотровая комната (перевязочная).



Планъ больницы.

достаточной мѣрѣ акушерской помощи, послѣдняя, все же иногда, оказывается совершенно невѣжественными бабками, много вредящими населенію своими грубыми приемами и полнымъ непониманіемъ дѣла ¹⁾.

Операционной для гинекологическихъ больныхъ служить операционная хирургическаго отд. Отдѣленіе устроено по мысли графини Елены Петровны Бобринской на средства графини и графа Льва Алексѣевича Бобринскаго. При отдѣленіи имѣется 10 бесплатныхъ кроватей для бѣдныхъ роженицъ и гинекологическѣ, содержащихъ на личный счетъ графини Елены Петровны. Акушерскому отд. больницы суждено служить и школой для деревенскихъ повитухъ; въ скоромъ времени оканчиваютъ курсъ $1\frac{1}{2}$ -лѣтнихъ занятій 2 ученицы-крестьянки, которыя и выйдутъ въ деревню въ достаточной степени подготовленными для несенія отвѣтственной обязанности деревенской повитухи. Въ больницѣ онѣ постепенно знакомятся съ сущностью асептического ухода за роженицей и родильницей и обучаются теоретическому и практическому распознаванію нормальныхъ родовъ отъ патологическихъ, что въ значительной степени будемъ способствовать улучшенію родовспоможенія въ деревнѣ, гдѣ за отсутствіемъ

¹⁾ См. Г. С. Болевскій. Труды IX Съѣзда врачей въ память Пирогова. Докладъ Г. Е. Рейна. Родовспоможеніе въ Россіи.

ВѢДОМОСТЬ,

поступившихъ роженицъ въ родильное Отдѣленіе Софiевской Больницы графовъ Бобринскихъ съ 1 Января 1908 по 1 Января 1909 г.

Всѣхъ родовъ было въ теченіе года 94
изъ нихъ оперировано 13

а именно:

Разрывовъ плоднаго пузыря 3
Извлеченіе головки по Lachapelle при ягодичн. полож. . 2
Освобожденіе преждевременныхъ родовъ 1
Versio in pedes—extractio foetus 5
Applicatio forcipis 1
Embryulcia 1

Изъ 94 родовъ было: { Преждевременныхъ 9
Эклямпсiй 2
Hydramnion (двойни) 2

Распределеніе родовъ по мѣсяцамъ.

Положеніе.	Январь.	Февраль.	Мартъ.	Апрѣль.	Май.	Іюнь.	Іюль.	Августъ.	Сентяб.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	ВСЕГО.	Примѣчаніе.
Затылочное 1-ое	5	3	—	4	2	7	6	4	3	7	5	7	53	
» 2-ое	—	—	2	3	4	2	4	2	2	3	4	4	30	
Теменное	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
Ягодичное	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	4	
Ножное	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	
Поперечное	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	3	
	8	3	3	8	8	9	11	6	6	10	11	11	94	
Выбыли до родовъ	—	—	2	—	—	1	1	—	—	—	1	—	5	
Выкидышей	4	1	2	4	3	3	9	6	6	2	1	1	42	Изъ нихъ оперированныхъ 36.
	12	4	7	12	11	13	21	12	12	12	13	12	141	

Изъ 94 родовъ со смертнымъ исходомъ 2, одинъ отъ эклямпсiи, другой отъ атоническаго кровотеченія при осложненіи новообразованіемъ таза.

Изъ 42 абортговъ—одинъ смертный исходъ при явленіяхъ брюшнаго тифа. (Зараженіе до поступленія въ больницу).

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Dr. C. Bucura. *Ueber die Bedeutung der Eierstöcke.* — *Sammlung klinischer Vorträge, begründet von R. v. Volkmann.* Neue Folge. Gynäkologie № 187/188. — 1909. — *Значеніє яичниковъ. Собраніє клиническихъ лекцій, основанное R. v. Volkmann'омъ. Новый рядъ.* Гинекологія № 187/188. — 1909 г.

Въ сжатомъ, но достаточно полно изложенномъ очеркѣ Dr. C. Bucura пытается, на основаніи литературныхъ данныхъ и частью собственныхъ экспериментальныхъ изслѣдованій, разобраться въ ученіи о значеніи яичниковъ для организма, представляющемъ до сихъ поръ еще много темныхъ и не выясненныхъ сторонъ. Послѣ краткаго историческаго вступленія авторъ критически освѣщаетъ вопросы о внутренней секреціи яичниковъ, о зависимости отъ нихъ первичныхъ и вторичныхъ половыхъ признаковъ, зрѣлости и климактерія, о вліяніи ихъ на половое влеченіе, на предопредѣленіе пола, объ отношеніи ихъ къ ложному гермафродитизму, къ остеомалачіи. Тщательно разграничивъ твердо установленное путемъ наблюденія и опыта отъ предположительнаго, Bucura приходитъ къ заключенію, что, въ общемъ, достовѣрнаго относительно яичниковъ намъ извѣстно весьма немного, именно, «что въ нихъ образуются яйца, что они необходимы для сохраненія менструаціи, что ихъ удаленіе ведетъ къ атрофіи остальныхъ половыхъ органовъ и вызываетъ вазомоторныя разстройства». Все же другое, приписываемое яичникамъ, основано болѣе или менѣе на предположеніяхъ. Пересадка яичниковъ, однако, обнаружила, по мнѣнію автора, факты, объяснимые лишь принятіемъ ученія о «внутренней секреціи», но въ чемъ послѣдняя состоитъ и какъ проявляется, ничего точнаго еще неизвѣстно. Для выясненія многихъ темныхъ сторонъ необходимъ еще долгій и упорный трудъ.

Очеркъ Bucura читается съ неослабѣвающимъ вниманіемъ и легко; ознакомленіе съ нимъ дастъ интересующемуся живое объективное представленіе о современномъ состояніи затронутыхъ вопросовъ *).

М. Порошинъ.

*) Примѣчаніе при корректурѣ. Роль яичника въ организмѣ продолжаетъ обращать на себя вниманіе и русскихъ авторовъ: въ № 11-мъ «Русскаго Врача» началась печатаніемъ статья д-ра Л. Л. Окинчица подъ этимъ заглавіемъ.

ОТЧЕТЫ АКУШЕРСКИХЪ КЛИНИКЪ, РОДИЛЬНЫХЪ ДОМОВЪ, АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОТДѢЛЕНІЙ, ВОЛЬНИЦЪ И ДР.

II.

Краткій медицинскій отчетъ по бесплатному родильному приюту М. А. Дрожжиной въ Царскомъ Селѣ за 1908 г.

(2-й годъ существованія приюта).

Бывшаго завѣдующ. приютомъ Н. Я. ПРИМО.

Какъ и предполагалось, число поступленій въ отчетномъ году, по сравненію съ предыдущимъ, увеличилось въ 1½ раза или на 50%; увеличеніе это, и абсолютное и относительное, главнымъ образомъ приходилось на жительницъ уѣзда (Таб. 2): изъ г. Царскаго Села поступило ихъ болѣе на 61 (21,9%), и изъ Царскосельскаго уѣзда — на 150 (105,7%), въ томъ числѣ изъ Павловска — болѣе на 54 (135%) и изъ другихъ окрестныхъ селеній—на 96 (91,4%); а число всѣхъ селеній, изъ которыхъ поступали въ приютъ, съ 27 въ 1907 г. поднялось до 39 въ 1908 г. Болѣе значительный приростъ поступленій изъ Павловска, въ извѣстной степени, могъ обусловливаться временнымъ закрытіемъ родильнаго отдѣленія въ мѣстномъ (Павловскомъ) Дворцовомъ Госпиталѣ, съ осени 1908 г., при появленіи первыхъ холерныхъ заболѣваній въ Петербургѣ, и приспособленіемъ его для помѣщенія больныхъ холерой, если бы она тамъ появилась.

Всего въ теченіи года принято было беременныхъ, роженицъ и родильницъ — 632 (въ 1907 г.—421), которыми проведено въ приютѣ 5568 дней, т. е., въ среднемъ, въ мѣсяць поступало — по 52,7 (въ 1907 г.—по 36,6) и каждая поступившая пребыла въ немъ 8,8 дня (въ 1907 г. — около 8 дней); всѣми-же (съ оставшимися отъ 1907 г., но не считая времени, проведеннаго нѣсколькими гинекологическими больными) въ 1908 г. проведено было 5502 дня (въ 1907 г. — 3355), откуда, въ среднемъ, ежедневно было занято 15 кроватей (въ 1907 г.—9,6); въ отдѣльные дни число это нерѣдко доходило до 22—24.

По мѣсяцамъ число поступленій, больничныхъ дней и ежедневно занятыхъ кроватей не представляло уже такихъ рѣзкихъ

уклонений отъ среднихъ величинъ, какъ въ прошломъ году; хотя и не такъ быстро, число поступленийъ въ общемъ продолжало расти, и можно было бы ожидать, что въ слѣдующемъ 1909 г. оно дойдетъ до 800 — 900 и увеличится главнымъ образомъ на счетъ сельскаго населенія.

Таб. 1.

М Ъ С Я Ц Ы :	Число поступившихъ :	Число проведенныхъ дней :	Число занятыхъ ежедневно кроватъ .
Январь	44	343	11,1
Февраль	53 = 145	438 = 1278	15,1 = 14,0
Мартъ	48	497	16,0
Апрѣль	60	545	18,2
Май	51 = 158	476 = 1498	15,3 = 16,5
Юнь	47	477	15,9
Юль	53	384	12,4
Августъ	58 = 158	521 = 1297	16,8 = 14,1
Сентябрь	47	392	13,0
Октябрь	66	543	17,5
Ноябрь	53 = 171	466 = 1429	15,5 = 15,5
Декабрь	52	420	13,9
1-ое полугодіе	303	2776	15,3
2-ое полугодіе	329	2726	14,8
За годъ всего	632	5502	15,0

Поступившія въ 1908 г. распредѣлились слѣдующимъ образомъ :

По семейному положенію:

Замужнихъ	493=78,0%	Вдовъ	5= 0,8
Незамужнихъ	134=21,2%	В с е г о . 632 = 100%	

По сословію:

Крестьянокъ	538=85,1%	Женъ военн. и чиновник.	5= 0,8%
Мѣщанокъ	78=12,3%	Почетныхъ гражданокъ	2= 0,3%
Дворянокъ	9= 1,4%	В с е г о . 632 = 100%	

По національности:

Русскихъ	560=88,6 ⁰ / ₀	Татарокъ	5= 0,8 ⁰ / ₀
Полекъ	36= 5,7 ⁰ / ₀	Евреекъ	3= 0,5 ⁰ / ₀
Эстонскъ	20= 3,2 ⁰ / ₀	Латышекъ	1= 0,2 ⁰ / ₀
Нѣмокъ	7= 1,1 ⁰ / ₀		
		В с е г о . 632=100 ⁰ / ₀	

По занятіямъ:

Прислугъ	87=13,8 ⁰ / ₀	«Дом.хоз.» въ гор. (незамуж.)	17= 2,7 ⁰ / ₀
Крестьянское хозяйство	63=10,0 ⁰ / ₀	Портнихъ	17= 2,7 ⁰ / ₀
Чернорабочихъ	42= 6,6 ⁰ / ₀	Служащихъ на ж. д.	2= 0,3 ⁰ / ₀
Прачекъ	20= 3,2 ⁰ / ₀	Другихъ профессій	3= 0,5 ⁰ / ₀

Остальные 381 (60,3⁰/₀) занимались «домашнимъ хозяйствомъ» и жили при мужьяхъ; изъ послѣднихъ было:

Дворниковъ и сторожей	80=12,7 ⁰ / ₀	Различныхъ мастеровыхъ	26= 4,1 ⁰ / ₀
Извозниковъ	47= 7,4 ⁰ / ₀	Мелкихъ чиновн. и служащ.	17= 2,7 ⁰ / ₀
Торговцевъ и прикащик.	33= 5,2 ⁰ / ₀	Служащихъ на ж. д.	13= 2,1 ⁰ / ₀
Чернорабочихъ	33= 5,2 ⁰ / ₀	Почтово-телеграфн. служащ.	= 1,4 ⁰ / ₀
Плотникъ, столяр. и т. под.	32= 5,1 ⁰ / ₀	Безъ должности	8= 1,1 ⁰ / ₀
Кучеръ, лакеевъ, швейцар.	28= 4,4 ⁰ / ₀	Другихъ профессій	27= 4,3 ⁰ / ₀
Сапожниковъ и портнихъ	28= 4,4 ⁰ / ₀		
		В с е г о . 632=100 ⁰ / ₀	

По мѣсту рожденія:

Г. Царскаго Села	18=2,8 ⁰ / ₀	Друг. уѣздовъ Петербур. г.	176=27,8 ⁰ / ₀
Царскосельскаго уѣзда	25=4,0 ⁰ / ₀	Другихъ губерній	413=65,3 ⁰ / ₀

Среди поступившихъ были уроженки 39 губерній; за Петербургской губ., давшей наибольшее ихъ число, слѣдовали губернии: Витебская (81), Тверская (76), Новгородская (42), Псковская (31), Ярославская (29), Костромская (14), Смоленская (14), Виленская (13), Ковенская (11), Тульская (11), Рязанская (11) и т. д. По сравненію съ прошлымъ годомъ, исключая Царское Село и его уѣздъ, весьма значительное (съ 15,1% на 27,8%), относительное увеличеніе поступленій дали уроженки Петербургской губ., уроженки же Царскаго Села съ его уѣздомъ и прочихъ губерній дали, наоборотъ,—пониженіе, хотя и менѣе значительное.

По мѣсту жительства:

Жительницы Царскаго Села въ отчетномъ году составляли только немного болѣе половины всего числа поступившихъ (въ 1907 г.—около ²/₃); изъ Павловска поступило 15%, а оба эти года дали немного болѣе ²/₃ всѣхъ поступленій (въ 1907 г.—

около $\frac{3}{4}$); особенно значительно увеличилось число поступлений изъ селеній уѣзда, расположенныхъ отъ Царскаго Села въ разстояніи отъ 4—10 верстъ: въ 1907 г. они составляли 12,6%, а въ 1908 г.—18,4%.

Таб. 2.

Мѣста жительства:	Разстояніе въ верстахъ:	Число селен.	Число и % поступившихъ.
Г. Царское Село . . .	0—2	1	340 = 53,8 %
Г. Павловскъ	2—4	1	94 = 14,9 %
Другія окрестныя селенія:	1—3	10	61 = 9,7 %
	4—6	5	66 = 10,4 %
	7—10	9	50 = 8,0 %
	11—15	5	9 = 1,4 %
	16—25	3	5 = 0,8 %
	неизвѣстно	5	7 = 1,1 %
ВСЕГО		39	632 = 100 %

По возрасту:

Таб. 3.

Лѣта:	Число и % первоременн.:	Число и % многобременн.:	ВСЕГО:
до 20	60 = 33,9 %	17(1) = 3,7 %	77(1) = 12,2 %
21 — 25	78(1) = 44,1 %	111(3) = 24,4 %	189(4) = 29,9 %
26 — 30	33 = 18,6 %	153(1) = 33,6 %	186(1) = 29,4 %
31 — 35	3 = 1,7 %	98(2) = 21,5 %	101(2) = 16,0 %
36 — 40	3 = 1,7 %	61(2) = 13,4 %	64(2) = 10,1 %
41 — 45	— —	14 = 3,1 %	14 = 2,2 %
болѣе 45	— —	1 = 0,2 %	1 = 0,2 %
ВСЕГО .	177(1) = 100 %	455(9) = 100 %	632(10) = 100 %

(Въ скобкахъ показано число разрѣшившихся двойнями).

По числу беременностей:

Таб. 4.

Беременность.	Число и % поступившихъ:	Беременность.	Число и % поступившихъ:	Беременность.	Число и % поступившихъ:
I	177(1) = 28,0%	VII	27 = 4,3%	XIII	3 = 0,5%
II	118(8) = 18,7%	VIII	29(1) = 4,6%	XIV	1 = 0,2%
III	87(1) = 13,8%	IX	24(1) = 3,8%	XV	2 = 0,3%
IV	58(2) = 9,2%	X	10 = 1,6%	XVI	1 = 0,2%
V	47 = 7,4%	XI	11 = 1,7%	Всего:	632(10) = 100%
VI	35(1) = 5,5%	XII	2 = 0,3%		

(Въ скобкахъ показано число разрѣшившихся двойнями).

Въ среднемъ каждая многобеременная была беременна 4.7 раза.

По сроку беременности:

Таб. 5.

Мѣсяцъ беременности:	Число и % первобеременн.:	Число и % многобеременн.:	В С Е Г О:
10 и болѣе	124 = 70,1%	361(4) = 79,3%	485(4) = 76,7%
10-й	31(1) = 17,5%	53(6) = 11,6%	84(6) = 13,3%
9-й	9 = 5,1%	14(4) = 3,1%	23(4) = 3,6%
8-й	3 = 1,7%	5(2) = 1,1%	8(2) = 1,3%
7-й и 6-й	— —	4(1) = 0,9%	4(1) = 0,6%
5-й и 4-й	4(1) = 2,3%	4(2) = 0,9%	8(3) = 1,3%
3-й и 2-й	6 = 3,4%	14(2) = 3,1%	20(2) = 3,2%
ВСЕГО .	177(2) = 100%	455(20) = 100%	632(22) = 100%

(Въ скобкахъ показано число выписанныхъ до родоразрѣшенія).

Общее движеніе поступившихъ.

На 1 января 1908 г. оставалось въ приютѣ 9 родильницъ (въ 1908 г. проведено ими 30 дней); въ теченіе года принято было

беременных, рожениц и родильниц — 632 (въ 1908 г. проведено ими 5472 дня); выписано въ 1908 г.: беременных — 20 и родильниц — 601; оставалось на 1 января 1909 г.: беременных — 2, рожениц — 1 и родильниц — 17, всего 20 (въ 1909 г. проведено ими 96 дней); смертных случаевъ не было. По дорогѣ въ приютъ разрѣшилось — 3 (всѣ многородящія): изъ Царскаго Села—1 и изъ уѣзда 2; дома—5 (всѣ первородящія): изъ Царскаго Села—4 и изъ Павловска—1; и въ приютѣ—602, изъ нихъ въ 1-й половинѣ беременности—20 и во 2-й—582, а съ разрѣшившимися до поступления въ приютъ первыхъ было—23, и вторыхъ—587, всего—610, съ выписанными же до разрѣшенія (22)—632; изъ этого числа 90% поступило въ приютъ на 10-мъ мѣсяцѣ беременности и позже, и 4,5%—въ теченіи 1-ой половины беременности. На все число поступившихъ двойнями разрѣшилось—10.

Таб. 6.

Мѣсяць беременн.	РАЗРѢШИЛОСЬ:				Выпис. до род.	ВСЕГО:
	Въ приютѣ.	Дома.	По пути.	Всего.		
10 и болѣе	478(4)	1	1	481(4)	4	485(4)=76,7% } 90,0%
10-й	77(4)	—	2	78(4)	6	84(4)=13,3% } 4,9%
9-й	18(1)	1	—	19(1)	4	23(1)=3,6% } 0,6%
8-й	6(1)	—	—	6(1)	2	8(1)=1,3% } 0,6%
7-й	1	—	—	1	1	2 = 0,3%
6-й	2	—	—	2	—	2 = 0,3%
	582(10)	2	3	587(10)	17	604(10)=95,5%
5-й	4	—	—	4	1	5 = 0,8% } 1,3%
4-й	—	1	—	1	2	3 = 0,5% } 3,2%
3-й	8	1	—	9	1	10 = 1,6%
2-й	8	1	—	9	1	10 = 1,6%
	20	3	—	23	5	28 = 4,5%
ВСЕГО:	602(10)	5	3	610(10)	22	632(10)=100%
Въ %	95,3%	0,8%	0,5%	96,5%	3,5%	100%

(Въ скобкахъ показано число разрѣшившихся двойнями.)

Выписанныя до родоразрѣшенія.

Изъ всѣхъ поступившихъ выписано до разрѣшенія 22 (3,5%): 2 первоберем. и 20 многоберем., 5—въ 1-ой половинѣ беременности и 17—во 2-ой. Изъ этого числа поступило въ приютъ: 1) 11 человекъ (10—на 10-мъ мѣсяцѣ и позже и 1—на 9-мъ; 1—первоберем.) — вслѣдствіе начавшейся, но затѣмъ прекратившейся родовой дѣятельности; 7 изъ нихъ позже вторично поступило въ приютъ и въ немъ разрѣшилось; остальные 4,—всѣ изъ уѣзда,—вѣроятно разрѣшились дома, не успѣвъ добраться до приюта. 2) 8 человекъ (на 2—9 мѣсяцѣ; 1—первоберем.)—вслѣдствіе кровотеченій; изъ нихъ 4 (на 5—9 мѣс.) позже въ этомъ-же приютѣ разрѣшилось. 3) одна (на 4-мъ мѣс.)—изъ-за рѣзкаго нефрита и 4) одна, 2 раза поступавшая въ приютъ, въ первый разъ (на 4-мъ мѣс.) поступила съ симптомами перекручиванія ножки опухоли, и второй разъ (на 7-мъ мѣс.) — вслѣдствіе быстрого роста этой опухоли (злокачественной?) и развившейся общей слабости; изъ приюта направлена она была, въ концѣ мая, въ СПб. Маріинскій Родильный Домъ, гдѣ вскорѣ, послѣ преждевременныхъ родовъ, была оперирована д-ромъ Л. Гр. Личкусомъ. Выписанныя до родовъ оставались въ приютѣ отъ 1 до 18 дней, въ среднемъ — не много менѣе 5 дней. По мѣсту жительства было: изъ Царскаго Села—7, изъ Павловска—6 и изъ уѣзда—9.

Разрѣшившіяся въ 1-ой половинѣ беременности.

Въ 1-ой половинѣ беременности разрѣшилось 23 или 3,6% всего числа поступившихъ въ приютъ: первородящихъ—9 и многогородящихъ — 14; 3 разрѣшилось до поступленія въ приютъ и 20 — въ приютѣ; изъ послѣднихъ роды совершились произвольно—у 7 (изъ нихъ у 4—на 5-мъ мѣс. мацерированными плодами) и окончены оперативнымъ путемъ — у 13, въ томъ числѣ выскабливаніемъ — у 9, и отдѣленіемъ и удаленіемъ частей яйца ручнымъ способомъ — у 2 и при помощи широкаго корнцанга— у 2 (у разрѣшившихся на дому роды были окончены врачами ручнымъ способомъ). Изъ неправильностей, осложнений, и заболѣваній наблюдались: рѣзкое малокровіе—2 раза, endometritis sub partu — 1, пузырный заносъ — 1, плевистое прикрѣпленіе пуповины—1, анкилозъ тазобедреннаго сустава—1. Повышеніе t^0 , въ 38^0 и выше, въ послѣродовомъ періодѣ, однодневное, дали—2 (обѣ многогород.) или 8,7% всего числа разрѣшившихся въ 1-ой половинѣ беременности. По разрѣшеніи родильницы эти оставались въ приютѣ отъ 2 до 8 дней, въ среднемъ не много менѣе 6. По мѣсту жительства было: изъ Царскаго Села—16, изъ Павловска—5 и изъ уѣзда—2.

Положение и предлежание плода въ родахъ:

(2-ая половина беременности).

Затылочное	550=93,7 ⁰ / ₀	Косое	1.	} = 1,0 ⁰ / ₀
Теменное (передн. и задн.).	9= 1,5 ⁰ / ₀	Поперечное	5.	
Лицевое	3= 0,5 ⁰ / ₀	Родило дома	2.	} = 0,9 ⁰ / ₀
Ягодичное	6= 1,0 ⁰ / ₀	Уличныхъ родовъ	3.	
Ножное	8= 1,4 ⁰ / ₀	Всего: 587.		= 100 ⁰ / ₀

Продолжительность родовъ:

(2-ая половина беременности).

Таб. 7.

Продолжительн. родовъ въ часахъ:	Число и ⁰ / ₀ первородящихъ:	Число и ⁰ / ₀ многородящихъ:	В С Е Г О :
менѣе 6	12 = 7,2 ⁰ / ₀	105 = 24,9 ⁰ / ₀	117 = 19,9 ⁰ / ₀
6—12	45 = 27,0 ⁰ / ₀	151 = 35,9 ⁰ / ₀	196 = 33,4 ⁰ / ₀
12—18	39 = 23,5 ⁰ / ₀	81 = 19,2 ⁰ / ₀	120 = 20,4 ⁰ / ₀
18—24	25 = 15,0 ⁰ / ₀	42 = 10,0 ⁰ / ₀	67 = 11,4 ⁰ / ₀
24—36	23 = 13,9 ⁰ / ₀	23 = 5,5 ⁰ / ₀	46 = 7,8 ⁰ / ₀
36—48	9 = 5,4 ⁰ / ₀	5 = 1,2 ⁰ / ₀	14 = 2,4 ⁰ / ₀
48—72	9 = 5,4 ⁰ / ₀	7 = 1,6 ⁰ / ₀	16 = 2,7 ⁰ / ₀
болѣе 72	4 = 2,4 ⁰ / ₀	7 = 1,6 ⁰ / ₀	11 = 1,9 ⁰ / ₀
В С Е Г О .	166 = 100 ⁰ / ₀	421 = 100 ⁰ / ₀	587 = 100 ⁰ / ₀

По поступленіи разрѣшилось :

(2-ая половина беременности).

Таб. 8.

Разрѣшилось (время въ часахъ):	Число и ⁰ / ₀ первородящихъ:	Число и ⁰ / ₀ многородящихъ:	В С Е Г О :
ранѣе 1/2	4 = 2,4 ⁰ / ₀	37 = 8,9 ⁰ / ₀	41 = 7,0 ⁰ / ₀
1/2 — 1	4 = 2,4 ⁰ / ₀	42 = 10,0 ⁰ / ₀	46 = 7,9 ⁰ / ₀
1 — 3	21 = 12,8 ⁰ / ₀	138 = 33,1 ⁰ / ₀	159 = 27,3 ⁰ / ₀
3 — 6	32 = 19,5 ⁰ / ₀	97 = 23,2 ⁰ / ₀	129 = 22,2 ⁰ / ₀
6 — 12	57 = 34,8 ⁰ / ₀	59 = 14,1 ⁰ / ₀	116 = 19,9 ⁰ / ₀
12 — 24	24 = 14,6 ⁰ / ₀	33 = 7,9 ⁰ / ₀	57 = 9,8 ⁰ / ₀
24 — 48	17 = 10,4 ⁰ / ₀	7 = 1,7 ⁰ / ₀	24 = 4,1 ⁰ / ₀
позже 48	5 = 3,0 ⁰ / ₀	5 = 1,2 ⁰ / ₀	10 = 1,7 ⁰ / ₀
В С Е Г О .	164 = 100 ⁰ / ₀	418 = 100 ⁰ / ₀	582 = 100 ⁰ / ₀

Изъ всего числа болѣе 20 разрѣшилось въ прибылой (всѣ многородящія): 2 родили на 10-мъ мѣсяцѣ, остальные—въ срокъ; около $\frac{2}{3}$ приходилось на жительницъ Царскаго Села.

Изъ 405 многородящихъ, разрѣшившихся на 10-мъ мѣсяцѣ и позже, 24 (5,9%) забеременѣли, не имѣвъ регулъ послѣ послѣднихъ родовъ, въ большинствѣ случаевъ во время кормленія грудью, которое забеременѣвъ многія не прекращали (нѣкоторыя кормили до 2 лѣтъ и болѣе); исключая 3 разрѣшившихся на 10-мъ мѣс., остальные родили въ срокъ здоровыхъ, хорошо развитыхъ дѣтей. Послѣ предыдущихъ родовъ онѣ разрѣшились въ промежутокъ времени отъ 12 до 36 мѣсяцевъ т. е. зачатіе пришлось на 4—27-й мѣс. послѣ родовъ, именно:

На 4—6-й	7.	На 13—18-й	3.
» 7—9-й	5.	» 19—24-й	3.
» 10—12-й	2.	Позже 24 м.	1.

Беременность наступила безъ регулъ послѣ послѣднихъ родовъ у рожавшихъ 2—7-й разъ—въ 6,6% и у рожавшихъ болѣе 7 разъ—въ 2,6%, при чемъ наибольшее число беременностей, при которомъ наблюдался это явленіе, = 11; у родившихъ въ срокъ,— въ 5,9% и нѣсколько ранѣе (на 10-мъ мѣс.)—въ 6,2%.

Оперативные роды.

Изъ всего числа родильницъ (610) разрѣшилось произвольно—553 и при помощи различныхъ оперативныхъ пособій—57 (изъ нихъ 3 до поступленія въ приютъ) или 9,3% (въ 1907 г.—11,2%). Оперативнымъ путемъ разрѣшено: изъ 175 первородящихъ—18 или 10,3%, и изъ 435 многородящихъ—39 или 9,0% (въ 1907 г.—13,1% и 10,4%); въ 1-й половинѣ беременности (изъ 23)—16 или 69,6% и во 2-й (изъ 587)—41 или 7% (въ 1907 г.—100% и 9,2%).

Изъ разрѣшившихся во 2-й половинѣ беременности оперировано было: первородящихъ 12, или 7,2% и многородящихъ—29 или 6,9% (въ 1907 г.—11,7% и 8,1%). Изъ полученныхъ при этомъ 42 плодовъ родилось мертвыми и мацерированными 8 и умерло по рожденію—2 (всѣ ихъ 400 и 1400), откуда % мертворожденности=19% и смертности=23,8% (въ 1907 г.—21,1% и 26,3%); если же исключить случаи, въ которыхъ приходилось оперировать при завѣдомо мертвыхъ плодахъ, то мертворожденность=8,1% (3 изъ 37) и смертность=13,5% (5 изъ 37); въ 1907 г. первая=9,1% и вторая=15,1%. Узкій тазъ констатированъ былъ у 4 первородящихъ (33,3%) и у 8 многородящихъ (27,6%), всего—у 12 (29%). Разрывовъ было: промежности—1 (первород.) и шейки—1 (многород.). Показаніемъ къ оперативному вмѣшательству, кромѣ предлежаній тазовымъ концомъ, служил и

главнымъ образомъ (отдѣльно или вмѣстѣ): неправильныя положенія плода (11 разъ), слабая родовая дѣятельность (10), значительныя кровотечения при предлежаніяхъ дѣтскаго мѣста (4) и его приращенія и продолжительная задержка (5).

Таб. 9.

Главнѣйшія оперативныя пособія:	РАЗРѢШЕНО:			РОДИЛОСЬ ДѢТЕЙ:			
	I род.	М. род.	Всего.	Жив.	Мертв.	Мац.	Всего.
	<i>Д-ромъ Бриттисевымъ:</i>						
Ручн. удал. част. яйца 2 мѣс.	—	1	1	—	—	—	—
Выжим. плода по Кристел.	1	—	1	—	—	1	1
Извлеч. заножки (3 двойн.)	2	1	3	3	1	—	4
Повор. извлеч. мертв. плод.	—	1	1	—	1	—	1
	3	3	6	3	2	1	6
	<i>Д-ромъ Примо:</i>						
Удал. част. яйца (2—3 м). рукой или корнцанг.	1	2	3	—	—	—	—
Тоже съ выскабливаніемъ	2	7	9	—	—	—	—
Выжим. плода по Кристел.	1	2	3	3	—	—	3
Извлеч. заножки (1 двойн.)	1	4	5	5	—	—	5
Поворотъ и извлечение	—	5	5	4	—	1	5
Извлечен. за ягодицы при преждевр. отд. послѣда	—	1	1	—	1	—	1
Полостныя шинцы	2	1	3	3	—	—	3
Высокія шинцы	1	5	6	6	—	—	6
Перфорация мертваго плода	—	2	2	—	2	—	2
Метрейризь	—	1	1	1	—	—	1
Вскр. пуз. ретинеот., Credé	1	—	1	1	—	—	1
Ручн. отдѣленіе послѣда	1	2	3	3	—	—	3
	10	32	42	26	3	1	30
	<i>Д-ромъ Шрейверомъ:</i>						
Повор., извлеч. (plac. praev.)	—	1	1	—	1	—	1
	<i>Акушерками:</i>						
Извлечение за ягодицы	2	3	5	5	—	—	5
	<i>На оому врачами:</i>						
Ручное удаление частей яйца (2—3 мѣс.)	3	—	3	—	—	—	—
В С Е Г О	18	39	57	34	6	2	42

Всѣхъ пособій при этихъ искусственно оконченныхъ родахъ оказано роженицамъ—122 или по 2,1 на каждую (въ 1-ой половинѣ берем. — по 1,8 и во 2-ой — по 2,3; на первородящую — по 2,3 и на многородящую—по 2,1), изъ нихъ болѣе или менѣе значительныхъ—92 или по 1,6 на каждую (въ 1907 г.—по 2,3 и 1,8), именно:

1-ая половина беременности:

Удаление частей яйца ручное . . .	10(5)
» » » корнцангомъ . . .	7(2)
Расшир. маточн. шейки гегар. . .	3.
Выскаблив. полости матки	9(2)

2-ая половина беременности:

Выжиманіе плода по Кристеллеру. . .	4(2)
Низведеніе ножки	5(3)
Поворотъ на ножку	7.
Извлеченіе за ножки	16(4)
» » ягодицы	6(2)
Щипцы полостные	3(2)
» » высокіе	6(1)

(Въ скобкахъ показано число оперативн. пособій на первородящихъ.)

Перфорация мертвого плода	2.
Извлеченіе при перфорации	2.
Ручное отдѣл. и удал. послѣда . . .	7(2)
Удаленіе послѣда по Credé	7(4)
Мейтрейризь	2.
Тампонація матки	1(1)
» » и влагалища	1.
Перинеотомія	2(2)
Пальцевое расширеніе зѣва	1.
Сшиван. разрыв. и разрѣз. промежн. .	3(3)
» » шейки	1.
Вскрытіе пузыря	17(6)
В с е г о	122(41)

У произвольно разрѣшившихся (2-ая полов. беремечности):

Пальцевое расширеніе зѣва	1(1)	Сшиваніе разрыв. промежности . . .	45(36)
Удаленіе послѣда по Credé	1	Вскрытіе пузыря	155(30)

Неправильности, осложненія и заболѣванія во время родовъ:

(2-ая половина беременности).

Узкій тазъ	87(31)	Судорожныя боли	7(1)
Поперечное положеніе плода	5.	Рѣзк. растяженіе нижн. сегмен- та матки	2
Косое » » »	1.	Эклампсія	3(3).
Переднее и заднее темен. встав- ленія головки	9 (1)	Нефритъ	3 (2)
Раннее излитіе водъ	25(14)	Бѣлокъ въ мочѣ	44(23)
Выпаденіе пуповины	5 (2)	Отеки полов. частей и ниж. конеч. .	69(25)
» ручки	2.	Варикозн. расширенія венъ	73(6)
Предлежаніе послѣда	4.	Эндометритъ	4(1).
Низкое прикрѣпл. послѣда	3(1)	Многоводіе	3.
Задержка и приращ. послѣда	6 (2)	Гематома влагалища	2 (2)
Задержка оболочекъ	15 (7)	» промежности	1(1)
Преждевр. част. отдѣленіе низко сидящ. послѣда	2 (1)	Рѣзкая, острая анемія	4.
Преждевр. полн. отдѣленіе по- слѣда 2-го плода	1.	Кровотеченія: до, во время и послѣ родовъ	1.
Преждевр. част. отдѣленіе норм. сидящ. послѣда	2.	до и во время родовъ	2.
Слабыя боли	12(6.)	во время и послѣ родовъ	6 (5)
		во время родовъ	6.
		послѣ родовъ	21(7.)

Разрывы промежности	48(30).	Флегмона голени и стопы	1.
» » начин. центр.	1(1)	Роды на 10-мъ мѣс.—8 м. плодомъ	1.
» маточной шейки	1.	Плевист. (центр.) прикр. пупов.	1.
Ригидность зѣва	1(1)	Истинный узелъ пуповины	2(1).
Киста влагалища	1(1)	Обвит. пуповин. вокр. шеи 1 разъ. 135(36).	
Кистозная опухоль живота	1.	» » » » 2 раза .28(7)	
Фиброміома матки	1(1)	» » » » 3 и 4 » .3(1).	
Добавоч. груди. железа (подъ мышкой)	1.	» » » » 1 » и груди, туловища, 1 или 2 конечностей	13(2).
Зобъ	1.	Обвит. пуповин. вокр. 1 или 2 конечностей	29(5).
Вывихъ плеча (при эклампсіи)	1(1)		
Куриная слѣпота	1(1)		

(Въ скобкахъ показано число случаевъ у первородящихъ).

Какъ и въ предыдущемъ году, присутствіе *бѣлка* въ мочѣ во время родовъ у первородящихъ отмѣчено значительно чаще (14⁰/о), чѣмъ у многородящихъ (5⁰/о); *варикозныя же расширенія* венъ нижнихъ конечностей и половыхъ частей—на оборотъ (3,7⁰/о и 16⁰/о); чаще въ отчетномъ году наблюдались у первородящихъ (15,2⁰/о), по сравненію съ многородящими (10,5⁰/о) и *отеки*.

(2-ая половина беременности.)

Таб. 10.

Во время родовъ отмѣчено:	Число и ⁰ /о первородящ.:	Число и ⁰ /о многородящ.:	ВСЕГО:
Бѣлка въ мочѣ много	8 } = 14,0 ⁰ /о	1 } = 5,0 ⁰ /о	9 } = 7,6 ⁰ /о
» » » немного	15 } = 14,0 ⁰ /о	20 } = 5,0 ⁰ /о	35 } = 7,6 ⁰ /о
» » » нѣтъ	132 = 80,5 ⁰ /о	331 = 79,2 ⁰ /о	463 = 79,6 ⁰ /о
» » » не отмѣчено	9 = 5,5 ⁰ /о	66 = 15,8 ⁰ /о	75 = 12,9 ⁰ /о
Отеки рѣзкіе	5 } = 15,2 ⁰ /о	4 } = 10,5 ⁰ /о	9 } = 11,9 ⁰ /о
» умѣренные	20 } = 15,2 ⁰ /о	40 } = 10,5 ⁰ /о	60 } = 11,9 ⁰ /о
Варикозн. расшир. венъ	6 = 3,7 ⁰ /о	67 = 16,0 ⁰ /о	73 = 12,5 ⁰ /о
Разрывы про- { 1-й степени	26 } = 23,5 ⁰ /о	9 } = 2,2 ⁰ /о	35 } = 8,2 ⁰ /о
межности: { 2-й „	13 } = 23,5 ⁰ /о	— } = 2,2 ⁰ /о	13 } = 8,2 ⁰ /о
Узкій { Conj. ext. 17 ¹ / ₂ и 17	20 } = 18,9 ⁰ /о	39 } = 13,4 ⁰ /о	59 } = 14,9 ⁰ /о
тазъ { „ „ 16 ¹ / ₂ и 16	2 } = 18,9 ⁰ /о	8 } = 13,4 ⁰ /о	10 } = 14,9 ⁰ /о
{ Друг. уменьш. разм.	9 } = 18,9 ⁰ /о	9 } = 13,4 ⁰ /о	18 } = 14,9 ⁰ /о
Обвит. пупов. вокр. шеи.	46 } = 31,1 ⁰ /о	133 } = 37,6 ⁰ /о	179 } = 35,7 ⁰ /о
» » „ конечн.	5 } = 31,1 ⁰ /о	24 } = 37,6 ⁰ /о	29 } = 35,7 ⁰ /о
Всѣхъ роженщъ	164 = 100 ⁰ /о	418 = 100 ⁰ /о	582 = 100 ⁰ /о

Разрывы промежности, главнымъ образомъ 1-й степени (отмѣчались и самые незначительные) и отчасти 2-ой, встрѣтились у первородящихъ въ 23,8%, у многородящихъ—въ 2,2%, а у всѣхъ—въ 8,2% (въ 1907 г.—въ 19,5; 4,5% и 9%); въ общемъ, разрывы были менѣе значительны и проходили въ послѣродовомъ періодѣ несравненно лучше (гораздо больший % полныхъ сращеній, значительно меньшій % лихорадившихъ и т. д.), чѣмъ въ прошломъ году, какъ это особенно замѣтно при сравненіи принятыхъ отдѣльными акушерками, между собою и за оба года. *Узкій тазъ* (съ наружной конъюгатой менѣе 18 см. или другими значительно уменьшенными размѣрами) констатированъ: у первородящихъ—въ 19%, у многородящихъ—въ 13,5% и у всѣхъ—въ 15%, гораздо чаще, чѣмъ въ прошломъ году (12%; 8,5% и 9,6%); зависило это, повидимому, въ значительной мѣрѣ, отъ того, что чаще врачемъ провѣрялись измѣренія акушерокъ. *Обитіе пупозины* встрѣтилось почти въ 36% всѣхъ случаевъ.

Заболѣванія родильницъ:

(2-ая половина беременности).

Subinvolutio uteri	34 (15.)	Eclampsia	2 (2)
Endometritis (levis)	17 (7)	Icterus (1 разъ при Eclampsii) .	2 (1)
Lochiometra	7 (4)	Pneumonia gripposa	1.
Ulcera puerperalia	9 (7.)	Influenza	1.
Parametritis (levis)	2 (1)	Typhus abdominalis	1(1)
Trombophlebitis	1.	Rheumatismus	1.
Трещины сосковъ	40 (20)	Abscessus pedis	1.
Mastitis incipiens	10 (4)		

(Въ скобкахъ показано число случаевъ у первородящихъ).

Повышеніе t° въ послѣродовомъ періодѣ.

Повышеніе t°, въ 38° и выше, изъ 610 родильницъ (считая съ абортми первыхъ мѣсяцевъ беременности и разрѣшившимися до поступления въ приютъ) дали 73 или 12% (въ 1907 г.—15,9%); однократное повышеніе t° наблюдалось—у 6,2% и болѣе 2 дней—у 2,3% (въ 1907 г.—у 6,9% и 5,6%). Изъ первородящихъ лихорадило—13,7% и изъ многородящихъ—11,3% (въ 1907 г.—28,5% и 10%); изъ разрѣшившихся въ 1-ой половинѣ беременности—8,7 и во 2-ой—12,1%. По сравненію съ прошлымъ годомъ, % лихорадившихъ уменьшился, главнымъ образомъ, среди первородящихъ, при томъ лихорадившихъ болѣе 2 дней. Почти у половины давшихъ однократное повышеніе t° и нѣкоторыхъ съ болѣе продолжительнымъ повышеніемъ ея, послѣдняя зависѣла отъ заболѣваній непослѣродовыхъ. Болѣе благопріятное теченіе послѣродового періода въ отчетномъ году, какъ и лучшіе результаты при разрывахъ промежности и проч., несомнѣнно, въ значительной степени,

находилось въ зависимости отъ лучшаго состава акушерскаго персонала и большей опытности тѣхъ изъ акушеровъ, которыя при поступленіи на службу въ пріютъ, при его открытіи, были недостаточно подготовлены къ предстоявшей имъ дѣятельности, главнымъ образомъ по части асептики и антисептики.

Таб. 11.

Лихорадили:	Число и ‰ первородящихъ:	Число и ‰ многородящихъ:	В С Е Г О :
	1-ая половина беременности :		
По 1 дню	—	2=14,3	2= 8,7
Родильницъ	9=100‰	14=100‰	23=100‰
	2-ая половина беременности :		
По 1 дню	8=4,8‰	28=6,7‰	36=6,1‰
» 2 »	10=6,0‰	11=2,6‰	21=3,6‰
болѣе 2 »	6=3,6‰	8=1,9‰	14=2,4‰
Родильницъ	166=100‰	421=100‰	587=100‰
	1-ая и 2-ая половины беременности :		
По 1 дню	8=4,6‰	30=6,9‰	38=6,2‰
» 2 »	10=5,7‰	11=2,5‰	21=3,4‰
болѣе 2 »	6=3,4‰	8=1,8‰	14=2,3‰
Родильницъ	175=100‰	435=100‰	610=100‰

Эклампсія.

Всѣхъ случаевъ эклампсіи было 5, что составляетъ 1:126,4 всѣхъ поступленій и 1:117,4 разрѣшившихся во 2-й половинѣ беременности; всѣ были первобеременные; 4 случая было аутохтонныхъ: 1) sub partu, 30 л., 10-й мѣс., 6 припадковъ; 2) sub et post p., 27 л., 10-й мѣс., 3 припадка, изъ нихъ 2 послѣ родовъ; 3) post partum, 22 л., 10-й мѣс., 1 припадокъ; 4) post partum, 27 л., родила въ срокъ, 6 припадковъ; всѣ 4 родили произвольно. 5-й случай былъ внѣшній, 23 л., конецъ срочной беременности; имѣла 3 прип. до поступленія въ пріютъ и 10—по поступленіи; 10 припадковъ до окончанія родовъ и 3 послѣ, всего—13; поступила съ вывихомъ плеча, полученнымъ при паденіи ночью съ кровати во время припадка (вправленъ); роды окончены Кристеллеромъ. Лечены по В. В. Строганову и выписаны вполне здоровыми, послѣдняя—на 15-й день послѣ родовъ, остальные—го-

раздо раньше; изъ осложненій набюдались: у 3-й—endometritis (levis) post p., а у 5-й—явленія нефрита и желтухи.

Продолжительность пребывания родильницъ въ приютѣ.

Каждая изъ 587 разрѣшившихся во 2-й половинѣ беременности, въ среднемъ пробыла въ приютѣ послѣ родовъ 8,2 дня: первородящія—9,1 и многородящія—7,8 (въ 1907 г.—8; 9 и 7,5).

(2-ая половина беременности.)

Таб. 12.

Послѣ родовъ пробыли дней:	Число и % первородящихъ:	Число и % многородящихъ:	В С Е Г О :
5	— —	6 = 1,4%	6 = 1,0%
6	19 = 6,0%	73 = 17,3%	83 = 14,1%
7	47 = 28,1%	128 = 30,4%	175 = 29,8%
8	30 = 18,0%	118 = 28,0%	148 = 25,2%
9	30 = 18,0%	47 = 11,2%	77 = 13,1%
10	18 = 10,8%	18 = 4,3%	36 = 6,1%
11	9 = 5,4%	14 = 3,2%	23 = 3,9%
12	6 = 3,6%	6 = 1,4%	12 = 2,0%
13—15	11 = 6,6%	8 = 1,9%	19 = 3,2%
16—17	3	2	5
21—23	1 } = 3,0%	1 } = 0,7%	2 } = 1,4%
33	1	—	1
В С Е Г О .	166 = 100%	421 = 100%	587 = 100%
Въ среднемъ .	9,1 дня	7,8 дня	8,2 дня

Новорожденные.

Всѣхъ плодовъ родилось во 2 й половинѣ беременности (считая съ родившимися до поступления въ приютъ)—597, въ томъ числѣ двойничныхъ—20, что составляетъ 3,35% (въ 1907 г.—5,8%). Изъ всего числа было мальчиковъ—322 и дѣвочекъ—275, откуда отклоненіе М:Д=117:100. Изъ 577 одиночныхъ плодовъ погибло 22 или 3,8% и изъ 20 двойничныхъ—3 или 15% (въ 1907 г.—5,4% и 16,7%); изъ 322 мальчиковъ—15 (4,6%) и изъ 275 дѣвочекъ—10 (3,6%); у первородящихъ изъ 167 дѣтей—6 (3,6%) и у многородящихъ изъ 430—19 (4,4%). Родилось мертвыми—13 (2,2%), мацерированными—6 (1,0%) и умерло по рожденіи, до выписки изъ приюта,—6 (1,0%); отсюда % мертворожденности=3,2% и общая смертность дѣтей=4,2% (въ 1907 г.—4,8% и 6%). По сравне-

нию съ прошлымъ годомъ численное преобладаніе мальчиковъ надъ дѣвочками было менѣе значительно (въ 1907 г.—М : Д = 123,2 : 100); % крупныхъ доношенныхъ плодовъ (вѣсомъ выше 3600) остался такимъ же большимъ; значительно уменьшился % мацерированныхъ плодовъ (съ 2,7% на 1,0%) и мертворожденныхъ у многородящихъ (съ 7,1% на 4,4%).

Таб. 13.

Мѣсяць беремен- ности: Вѣсь дѣтей:	10					7-й		В СЕГО:	Изъ нихъ умерло:
	и бо- лѣе:	10-й:	9-й:	8-й:	и 6-й				
4401 — 5200	13	—	—	—	—	13 = 2,2%		—	
4001 — 4400	34	—	—	—	—	34 = 5,7%		1 = 2,9%	
3601 — 4000	120	—	—	—	—	120 = 20,1%		1 = 0,8%	
3201 — 3600	177	6	—	—	—	183 = 30,7%		4 = 2,2%	
2801 — 3200	133(7)	27(1)	—	—	—	160(8) = 26,8%		7(1) = 4,4%	
2401 — 2800	7	42(5)	4	—	—	53(5) = 8,8%		—	
2001 — 2400	1(1)	7(2)	15(2)	1	—	24(5) = 4,0%		4(1) = 16,7%	
1601 — 2000	—	—	1	1	—	2 = 0,3%		1 = 50,0%	
1201 — 1600	—	—	—	4(2)	—	4(2) = 0,7%		3(1) = 75,0%	
менѣе 1200	—	—	—	1	3	4 = 0,7%		4 = 100%	
В СЕГО:	485(8)	82(8)	20(2)	7(2)	3	597(20) = 100%		25(3) = 4,2%	
Въ %:	81,2	13,8	3,3	1,2	0,5	100		—	
Изъ нихъ умерло	11(1)	3(1)	4	4(1)	3	25(3)		—	
% смертности	2,2	3,7	20,0	57,1	100	4,2		—	
	2,5%		29,6%						

(Въ скобкахъ показано число двойничныхъ плодовъ изъ общаго числа).

Кромѣ диспепсій и легкихъ степеней желтухи, сравнительно у небольшого числа дѣтей, а также конъюнктивитовъ, у новорожденныхъ наблюдались: рѣзкое припуханіе грудныхъ железъ—4 раза; абсцессъ грудной железы—1 (вскрытъ); кровотеченіе изъ пупка (смертельное)—1; кефалогематома—2; отсутствіе глазныхъ яблокъ—1; сросшеніе пальцевъ на ногахъ—1; тоже на рукахъ—1; добавочные ногтевые суставы на мизинцахъ—1; рожденіе плода въ состояніи окочененія (при преждевременномъ частичномъ отдѣленіи послѣда, черезъ 6 час. послѣ того какъ, мать перестала замѣчать движеніе плода)—1. Кромѣ 1 случая кефалогематомы всѣ остальные относились къ дѣтямъ многородящихъ.

Амбулаторія.

Какъ и въ прошломъ году, бесплатный приемъ приходящихъ больныхъ по акушерству и женскимъ болѣзнямъ, съ бесплатной выдачей лекарствъ, производился 2 раза въ недѣлю (по вторн. и субб. отъ 11—12 час. дня); въ теченіе года амбулаторія работала около 9½ мѣсяцевъ; на приемахъ осмотрѣно было: 81 беременная и 95 гинекологическихъ больныхъ, всего 176; изъ нихъ: жительницъ г. Царскаго Села—100 и изъ уѣзда—76; посѣщенной всѣми сдѣлано—243.

Существеннымъ измѣненіямъ условія приема и содержанія больныхъ въ теченіе года не подвергались, точнѣе они были только формулированы въ изданныхъ Комитетомъ приюта правилахъ и строже соблюдались, но въ штатѣ и личномъ составѣ служащихъ и условіяхъ ихъ службы, съ вступленіемъ (въ концѣ октября) въ управленіе дѣлами учредительницы приюта ея новыхъ довѣренныхъ (ея родственницы, вольнопрактикующей акушерки—Баженовой, и содержателя похороннаго бюро и старосты домовою церкви при род. приютѣ—Стреблова), произошли крупныя перемѣны, приведшія, въ теченіе 2—2½ мѣсяцевъ, къ смѣнѣ почти всего персонала приюта и временному прекращенію приема роженицъ въ 1-ой половинѣ января 1909 г.

Прежде всего, безъ вѣдома и согласія Комитета, который вѣдалъ всѣ дѣла приюта и которому были подчинены всѣ служащіе, и безъ достаточныхъ поводовъ была уволена (съ 1-го ноября) надзирательница и мѣсто ея, подъ названіемъ смѣрительницы, заняла довѣренная Б. (какъ это увольненіе, такъ и послѣдующія всякія распоряженія дѣлались отъ имени учредительницы приюта, но, несомнѣнно, инициатива принадлежала не ей); — Комитетъ въ полномъ составѣ оставилъ службу, ушла и 1 акушерка, мѣста которой ранѣе, до назначенія довѣренной, добывалась Б. Съ уходомъ предсѣдателя Комитета и директора приюта, получавшихъ жалованье, рѣшили, въ видахъ экономіи, эти должности упразднить и обратились къ завѣдующему приютомъ (членомъ Комитета онъ не состоялъ и въ то время не былъ осѣдомленъ о причинахъ ухода со службы Комитета и надзирательницы) съ просьбой не оставлять службу, обѣщая въ ближайшіе же дни, при его участіи, обсудить вновь созданшееся положеніе, выработать условія службы всѣхъ служащихъ, разграничить ихъ права и обязанности и т. д. Не смотря, однако, на неоднократныя напоминанія въ теченіи 2 мѣсяцевъ, исполненіе этихъ обѣщаній подъ различными предлогами все откладывалось. Между тѣмъ новые довѣренные, — считавшіе себя достаточно компетентными даже въ специальныхъ вопросахъ и старавшіеся, по возможности, обходиться безъ совѣтовъ врача или дѣйствовать вопреки высказаннымъ имъ при случаѣ взглядамъ, — въ заботахъ о нуждахъ приюта, стали очень оригинально проявлять свою дѣятельность по «сокращенію расходовъ» по приюту и введенію новыхъ «порядковъ». Такъ, для чего-то нанятому специально ночному сторожу (безъ котораго обходились 2 года) подъ жильё отвели дезинфекціонную (формалиновую) камеру. Настаивали, чтобы завѣдующій

пріютомъ разрѣшилъ швейцару церковнаго подѣзда (съ лечебной цѣлью) и «духовенству» домовой церкви принимать ванны въ родильнѣ для лихо-радящихъ (гдѣ была поставлена оказавшаяся излишней ванна), а когда родильня эта была переведена врачомъ въ другое мѣсто, никому изъ нихъ не позволили ихъ брать. Жалованье вновь принимаемымъ на службу акушеркамъ было уменьшено (на 10 руб. въ мѣс.), но экономія, полученная отъ поступленія первой новой акушерки, съ 1-го же мѣсяца пошла поровну на увеличеніе жалованья смотрительницѣ (стала получать по 50 р. въ мѣс.) и швейцару родильнаго подѣзда, жалованье котораго такимъ образомъ было сравнено съ получаемымъ новыми акушерками (30 р. въ мѣс.); попутно увеличено было жало-ванье (до 35 р. въ мѣс.) и кастеляншѣ за исполненіе ею обязанно-стей смотрительницы во время ея частыхъ отлучекъ. Находили, что штатъ акушерокъ (4) и сидѣлокъ (7), не смотря на разбросанность палатъ въ 3 этажахъ и болѣе 600 родовъ въ годъ, слишкомъ великъ, что имъ дѣлать нечего и его необходимо уменьшить, и приводили въ примѣръ мѣстныя Дворцовый Госпиталь, порядки въ родильномъ отдѣ-леніи котораго они считали образцовыми и заслуживающими подражанія (взглядъ не раздѣляемый мѣстнымъ населеніемъ, на личномъ опытѣ озна-комившимся съ ними), и гдѣ, по слухамъ, при 2 акушеркахъ проводи-лось до 700 родовъ въ годъ, при чемъ онѣ не отказывались еще отъ частной практики. Не прочь были, въ видахъ той-же экономіи, умень-шить число кроватей и время пребыванія родильницъ въ пріютѣ; — и въ тоже время дѣлали предположенія объ открытіи при пріютѣ небольшой богадѣльни и постройкѣ особаго дома для «духовенства», и т. д. и т. д.

Неосновательныя придирки и притѣсненія сидѣлокъ и главнымъ образомъ акушерокъ завершились, въ началѣ января 1909 г., уволь-неніемъ 2 акушерокъ, безъ объясненія причинъ (3-я, вновь поступив-шая, еще ранѣе заявила о своемъ уходѣ), съ требованіемъ немедлен-наго оставленія ими пріюта, заявленіемъ, что штатъ акушерокъ сокращается съ 4 на 3 (т. е. въ среднемъ имъ придется дежурить вмѣсто 12 по 16 час. въ сутки или имъ вновь уменьшается жалованье) и просьбой къ врачу пріискать на вакантныя мѣста новыхъ акушерокъ, а нѣсколько ранѣе довѣренныя выражали претензію, чтобы акушерки и сидѣлки, ранѣе подчиненныя врачамъ, были подчинены смотрительницѣ, чтобы она наблюдала и руководила ихъ работою; чтобы еѣ, въ отсутствіи врача, увѣдомляли о всѣхъ оперативныхъ случаяхъ родовъ, и т. под.

Не находя возможнымъ работать при такихъ «порядкахъ» завѣдующій пріютомъ, одновременно съ прекращеніемъ пріема новыхъ роженицъ (9-го января), увѣдомилъ мѣстную администрацію и учре-дительницу пріюта объ оставленіи имъ службы, заявивъ, что нахо-дящаяся въ пріютѣ родильница будутъ имъ доведены до конца или до передачи ихъ врачу, по указанію послѣдней. Черезъ нѣсколько дней (13 января) 2—3 оставшихся родильницъ принялъ и отъ своего имени возобновилъ пріемъ роженицъ д-ръ Шрейдеръ (старш. врачъ мѣстн. Дворцов. Госпиталя, содѣйствіемъ котораго по обеспеченію надлежащей помощью пріюта заручились еще 9 января), такъ какъ первый намѣченный врачъ, ознакомившись съ обстоятельствами дѣла, отказался. Слѣдующій приглашенный врачъ прослужилъ какихъ-ниб. 4—5 дней. Вступили въ переговоры съ третьимъ. Приблизительно также обстояло дѣло и съ замѣщеніемъ вакантныхъ мѣстъ акушерокъ.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

Акушерско-Гинекологическое Общество въ С.-Петербургѣ.

(ГОДЪ ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ).

Протоколь № 1.

Годовое засѣданіе 22 января 1909 года.

Предсѣдательствоваль *Н. Н. Феноменовъ.*

Присутствовали 44 члена: Бекманъ, Бутчикъ, Вастень, Вербовъ, Вейсманъ, Владыкинъ, Гамалѣя, Гентеръ, Гусаковъ, Димантъ, Долинскій, Ивановъ, Какушкинъ, Каземъ-Бекъ, Каминская, Каннегисеръ, Карницкій, Китнеръ, Коробковъ, Кривскій, Кушталовъ, Личкусъ, Норейко, Оленинъ, Піотровичъ, Порошинъ, Поршняковъ, Преображенскій, Прокофьева, Рокицкій, Рутковскій, Скробанскій, Сольцъ, Стольпинскій, Строгановъ, Судаковъ, Улезко-Строганова, Харшакъ, Шабакъ, Шейтлицъ, Швердловъ, Ширшовъ, Шмидтгофъ, Федоровъ, В. П. и 5 гостей.

1) Секретарь Общества, Л. Г. Личкусъ, прочель:

ГОВОДОЙ ОТЧЕТЪ

о дѣятельности Акушерско - Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ за 1908 (двадцать третій) годъ.

Мм. Гг.! Съ 18 января 1908 года по настоящее время избраны въ дѣйствительные члены: Александръ Карловичъ Эбергардтъ, Михаилъ Ивановичъ Павловъ, Николай Ивановичъ Кушталовъ, Владиміръ Андреевичъ Оппель и Сергій Константиновичъ Оленинъ. За это же время умерли Владиміръ Константиновичъ Бокадоровъ и Георгій Михайловичъ Логиновъ. Такимъ образомъ, число членовъ, равное въ прошломъ году 189 ч. за этотъ годъ возросло до 192. Въ настоящее время почетныхъ членовъ числится 10 (Martin, Olshausen, Schultze, Оттъ. Waldeyer, Winckel, Chrobak, Pinard,

А. Simpson и Morisani), членовъ корреспондентовъ 5 (Нейгебауеръ, Auvard, Bousquet, Розенталь и Keiffer), членовъ учредителей 15¹⁾ и дѣйствительныхъ членовъ 163. По имѣющимся свѣдѣніямъ 131 членъ живутъ въ Петербургѣ и 61 (въ томъ числѣ 9 почетныхъ и 5 членовъ корреспондентовъ) внѣ его.

Всѣхъ засѣданій въ истекшемъ году было 19: 9 научныхъ и 10 административныхъ.

Въ научныхъ засѣданіяхъ были сдѣланы нижеслѣдующіе доклады:

Н. Н. Феноменовъ. О поперечномъ сѣченіи брюшной стѣнки по Pfannenstiel'ю.

2) В. А. Оппель. Къ вопросу о кишечной хирургіи въ гинекологіи.

3) Л. А. Кривскій. Къ вопросу о повторномъ кесарскомъ сѣченіи.

4) В. В. Строгановъ. Случай кесарскаго сѣченія по Fritsch'ю.

5) И. И. Грековъ. Объ аппендицитѣ у беременныхъ и въ послѣродовомъ періодѣ.

6) П. Ф. Меркульевъ. Пять случаевъ острой желтой атрофіи печени.

7) Я. И. Майзель. Несчастный случай въ частной практикѣ: выскабливаніе матки, прободеніе стѣнки ея, извлеченіе и отсѣченіе тонкихъ кишекъ.

8) П. Т. Садовскій. Чревосѣченіе ради прободенія стѣнки матки съ извлеченіемъ и отсѣченіемъ 4 аршинъ тонкихъ кишекъ.

9) Л. Г. Личкусъ. Къ вопросу о прободеніи матки и поврежденіи внутренностей при выскабливаніи.

10) Д. П. Кузнецкій. Къ вопросу объ отдаленныхъ результатахъ оперативнаго лѣченія первичнаго рака яичника.

11) С. Г. Зарѣцкій. Экспериментальная X—атрофія яичниковъ кроликовъ.

12) Г. Е. Рейнъ. Предложеніе о собираніи статистическихъ данныхъ по вопросу объ отношеніи воспаленій придатковъ къ аппендициту.

13) Л. С. Кацнельсонъ. Опухоль передней брюшной стѣнки.

14) Л. Г. Личкусъ. Къ вопросу о первичныхъ злокачественныхъ новообразованіяхъ сальника (Первичная саркома сальника).²⁾

¹⁾ Одинъ изъ нихъ, Д. О. Оттъ, одновременно и почетный.

²⁾ Докладъ этотъ напечатанъ въ «Русскомъ Врачѣ», № 2, 1909 г.

15) Л. А. Кривскій. Случай множественнаго остраго неврита во время беременности.

16) І. С. Добрянскій. О примѣненіи фульгураціи при лѣченіи раковыхъ заболѣваній.

17) С. Г. Зарѣцкій. Къ вопросу о подбрюшинномъ усѣченіи фаллопиевыхъ трубъ.

18) С. Г. Зарѣцкій. Опытъ искусственнаго вызыванія аменорреи рентгенизаціей яичниковъ.

19) Л. А. Кривскій. Случай разрыва лоннаго соединенія во время родовъ.

20) Т. А. Бурдзинскій. Краткій отчетъ гинекологическаго отдѣленія Губернской Земской Больницы за 1908 г., съ предьявленіемъ препаратовъ.

Кромѣ того нижепоименованныя лица показали слѣдующіе препараты:

1) Л. В. Ульяновскій: удаленную путемъ брюшностѣчнаго чревосѣченія, кистовидно перерожденную фиброміому, вѣсомъ въ 2 пуда и 8 фунтовъ.

2) Ю. М. Шмидтгофъ: препаратъ почти доношенной трубной беременности.

3) К. П. Улезко-Строганова: микроскопическіе препараты изъ децидуальной ткани ворсистой оболочки, желтыхъ тѣлъ и различныхъ видовъ эпителиоидной ткани, показывающіе содержаніе гликогена въ названныхъ образованіяхъ.

4) Б. И. Вериго: макро и микроскопическіе препараты з 1/2 мѣсячной трубно-яичниковой беременности.

5) В. Л. Якобсонъ: а) удаленный изъ брюшной полости путемъ передней кольпотоміи бужъ вмѣстѣ съ окутавшимъ его кускомъ сальника, б) такой же бужъ, также окутанный сальникомъ, удаленный изъ брюшной полости собаки и в) бужъ, найденный въ заднемъ сводѣ, во влагалишѣ; бужъ этотъ былъ введенъ бабкой для производства искусственнаго преступнаго выкидыша.

6) Г. Г. Центеръ: препаратъ *Thoracopaqnis tetrabrachius tetrapus*.

7) И. В. Рыбчинскій: послѣдъ съ проникающимъ въ него бужемъ.

Всѣ сдѣланныя сообщенія могутъ быть раздѣлены на а) относящіяся къ акушерству и б) къ гинекологіи, при чемъ, однако, нѣкоторыя изъ послѣднихъ съ такимъ же правомъ могли бы быть отнесены къ докладамъ чисто хирургическимъ.

Въ отдѣльную группу я отношу два доклада С. Г. Зарѣцкаго: а) «Экспериментальная X—атрофія яичниковъ кроликовъ» и б) «Къ вопросу о подбрюшинномъ усѣченіи фаллопиевыхъ трубъ», какъ работы опытныхъ, произведенныя на животныхъ.

Акушерскихъ докладовъ сдѣлано 6 Сюда относятся сообщенія: Л. А. Кривскаго (Къ вопросу о повторномъ кесарскомъ сѣченіи), В. В. Строганова (Случай кесарскаго сѣченія по Fritsch'y), И. И. Грекова (Объ аппендицитѣ у беременных и въ послѣродовомъ періодѣ), П. Ф. Меркульева (Пять случаевъ острой желтой атрофіи печени во время беременности). Л. А. Кривскаго (Случай множественнаго остраго неврита во время беременности) и его же (Случай разрыва лоннаго соединенія во время родовъ).

Какъ въ случаѣ Л. А. Кривскаго, такъ и въ случаѣ В. В. Строганова кесарское сѣченіе произведено по Fritsch'y, при чемъ въ обоихъ этихъ случаяхъ больныя были лишены возможности въ будущемъ имѣть дѣтей путемъ клиновиднаго иссѣченія трубъ изъ роговъ матки съ послѣдовательнымъ покрытіемъ пораненій брюшиной. Больная Кривскаго подверглась кесарскому сѣченію вторично, больная же Строганова до того 5 разъ рожала очень трудно и у нея только одинъ разъ, путемъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, удалось добыть живого ребенка. Мнѣ кажется, что здѣсь же, не соблюдая порядка приведенной мною группировки, умѣстно будетъ упомянуть и объ экспериментальной работѣ Зарѣцкаго, результаты которой, по видимому, говорятъ за холошеніе женщинъ по способу Kirchoffa.

Изъ двухъ остальныхъ сообщений Кривскаго одно касается крайне рѣдкаго заболѣванія беременной острымъ невритомъ, а другое посвящено описанію случая разрыва лоннаго соединенія во время родовъ. Судя по даннымъ, приведеннымъ докладчикомъ, нужно думать, что разрывъ этотъ произошелъ вслѣдствіе наложенія высокихъ щипцовъ на неблагоприятно установившуюся (переднее головное вставленіе) головку. Несомнѣнно, что въ этомъ случаѣ, несмотря на нормальный тазъ, умѣстно было бы примѣнить пубіотомію. Вообще, по данному вопросу, нельзя не согласиться съ Rudaux, который высказывается въ томъ смыслѣ, что сейчасъ интересующее насъ осложненіе совершенно исчезнетъ, если врачи откажутся отъ высокихъ щипцовъ и чаще стануть примѣнять операции, расширяющія тазъ.

П. Ф. Меркульевъ вернулся къ вопросу объ острой желтой атрофіи печени. Изъ 5-ти сообщенныхъ имъ случаевъ, рас-

познаваніе въ 4-хъ подтверждено было вскрытіемъ. Присутствовавшіе, тѣмъ не менѣе, не признали приведенныхъ имъ, въ смыслѣ распознаванія, данныхъ вполне убѣдительными и охотно присоединились къ предложенію предсѣдателя выбрать специальную комиссію для изученія этого темнаго вопроса. Къ сожалѣнію, о результатахъ дѣятельности этой комиссіи ничего еще не извѣстно.

Очень оживленный обмѣнъ мыслей вызвалъ докладъ Грекова «Объ аппендицитѣ у беременныхъ и въ послѣродовомъ періодѣ». Заключение его основывалось на 13 оперированныхъ случаяхъ, при чемъ въ 12 изъ нихъ аппендицитъ былъ гнойный. Изъ послѣднихъ 12 больныхъ умерли 4, т. е. 33%. Плоды погибли въ 70% всѣхъ случаевъ. По даннымъ Обуховской больницы оказывается, что 10% всѣхъ оперированныхъ гнойныхъ перитифлитовъ падаютъ на беременныхъ и послѣродовыхъ больныхъ. Теченіе перитифлита у беременныхъ и въ послѣродовомъ періодѣ ничѣмъ не отличается отъ обычнаго, но тяжелыя формы аппендицита угрожаютъ въ большей, чѣмъ обычно, мѣрѣ жизни матери, а тѣмъ болѣе плода, въ виду возможности проникновенія заразы со стороны червевиднаго отростка на беременную матку и ея содержимое. Это обстоятельство побуждаетъ высказаться за болѣе дѣятельное вмѣшательство при лѣченіи перитифлита у беременныхъ. Показанія къ прерыванію беременности при перитифлитѣ сомнительны и во всякомъ случаѣ не точны, такъ что прерыванія эти лучше избѣгать. При операциі прободныхъ аппендицитовъ въ первыя 2 сутокъ, даже при осложненіи разлитымъ перитонитомъ, можно иногда избѣгать, по мнѣнію докладчика, тампонады и зашить рану наглухо (при далеко зашедшей беременности); во всякомъ случаѣ тампонаду надо ограничить неизбѣжнымъ *minimum* омъ, тампонировать рыхло и возможно раньше удалять тампоны (Ileus!).

Возраженія на выводы докладчика сводились, какъ вы помните, главнымъ образомъ къ тому, что аппендицитъ совсѣмъ не такъ часто развивается во время беременности и что въ обычныхъ случаяхъ безъ тампонады брюшной полости обойтись нельзя. Только въ случаяхъ съ невирулентной инфекціей выполнимо предложеніе докладчика оставлять брюшную полость безъ дренажа.

Къ докладамъ *гинекологическимъ* относятся сообщенія Н. Н. Феноменова (О поперечномъ сѣченіи брюшной стѣнки по Pfannenstielю), В. А. Опеля (Къ вопросу о кишечной хирургіи въ гинекологіи), Я. И. Майзеля (Несчастный случай въ

частной практикѣ: выскабливаніе матки, прободеніе стѣнки ея, извлеченіе и отсѣченіе тонкихъ кишекъ), П. Т. Садовскаго (Чревосѣченіе ради прободенія стѣнки матки съ извлеченіемъ и отсѣченіемъ 4 аршинъ тонкихъ кишекъ), Л. Г. Личкуса (Къ вопросу о прободеніи матки и поврежденіи внутренностей при выскабливаніи), Д. П. Кузнецкаго (Къ вопросу объ отдаленныхъ результатахъ оперативнаго лѣченія первичнаго рака яичника), Г. Е. Рейна (Предложеніе о собираніи статистическихъ данныхъ по вопросу объ отношеніи воспаленій придатковъ къ аппендициту), Л. С. Кацнельсона (Опухоль передней брюшной стѣнки), Л. Г. Личкуса (Къ вопросу о первичныхъ злокачественныхъ новообразованіяхъ сальника.—Первичная саркома сальника), І. С. Добрянскаго (О примѣненіи фульгураціи при лѣченіи раковыхъ заболѣваній), С. Г. Зарѣцкаго (Опытъ искусственнаго вызыванія аменорреи рентгенизаціей яичниковъ) и Т. А. Бурдинскаго (Краткій отчетъ гинекологическаго отдѣленія Губернской Земской больницы за 1908 годъ, съ предьявленіемъ препаратовъ).

Н. Н. Феноменовъ, испытавши въ 23 случаяхъ поперечное сѣченіе брюшной стѣнки по Pfannenstiel'ю, пришелъ къ заключенію, что этотъ способъ, построенный на твердыхъ анатомическихъ основаніяхъ и технически не трудно выполнимый, составляетъ цѣнное приобрѣтеніе и вполне заслуживаетъ вниманія гинекологовъ и хирурговъ. Въ этомъ отношеніи Н. Н. вполне подтверждаетъ тѣ данныя, которыя мы находимъ и у другихъ клиницистовъ: Krönig'a, Döderlein'a, Menge, Beutner'a и проч. Въ этомъ же смыслѣ высказывается въ своей послѣдней статьѣ (Русск. Вр. «№ 2 1909. г.) и проф. Н. М. Волковичъ: «Этотъ способъ заслуживаетъ большого вниманія по своимъ основамъ, а именно по сохраненію въ цѣлости того фасціальнаго слоя, который служитъ прямымъ продолженіемъ боковыхъ мышцъ живота».

В. А. Оппель въ своемъ докладѣ прежде всего указалъ на то, что аппендицитъ и правосторонній сальпингитъ нерѣдко протекають одновременно и что относительное распознаваніе въ такихъ случаяхъ становится невозможнымъ. Далѣе онъ обратилъ вниманіе на возможность въ подходящихъ случаяхъ, для возстановленія цѣлости брюшины пользоваться пластикой обособленными кусками сальника и, наконецъ, перейдя къ обсужденію вопроса о лѣченіи кишечныхъ свищей моче-полового прибора женщины, остановился главнымъ образомъ на лѣченіи свищей тонкой кишки специально выключеніемъ. Изъ имѣющихся способовъ выключе-

нiя онъ предпочитаетъ одностороннее полное выключенiе, перерѣзку же отводящаго конца кишки предлагаетъ замѣнить образованiемъ заслонки.

На отношенiи воспаленiй придатковъ матки къ аппендициту остановился въ своемъ сообщенiи и Г. Е. Рейнъ. Вопросъ этотъ, какъ извѣстно, намѣченъ на предстоящемъ XII международномъ съѣздѣ врачей въ Будапештѣ, на которомъ Г. Е. явится докладчикомъ по этому отдѣлу отъ Россiи.

Доклады Я. И. Майзеля, П. Т. Садовскаго и Л. Г. Личкуса по существу касаются одного и того же случая. Майзель, при выскабливанiи, произвелъ случайное прободенiе матки, вытащилъ 4 аршина тонкихъ кишекъ и отрѣзалъ ихъ; Садовскiй сдѣлалъ больной чревосѣченiе, срѣзалъ надъ влагалищемъ матку, удалилъ лѣвую трубу и лѣвый кистовидно-перерожденный яичникъ и сшилъ поврежденныя кишки; больная поправилась; Личкусъ освѣтилъ этотъ случай съ литературной стороны. Вы помните, конечно, это бурное засѣданiе 24 апрѣля. Послѣ долгихъ, казалось, безконечныхъ споровъ рѣшено было избрать комиссiю. Комиссiя была собрана, роли были распределены, но участники, вѣроятно, все еще удрученные пережитыми волненiями, хранятъ пока гробовое молчанiе.

Д. Я. Кузнецкiй рассказалъ намъ о случаѣ удаленiя путемъ чревосѣченiя яичника, пораженнаго ракомъ. Оперированная съ тѣхъ поръ (операция произведена въ декабрѣ 1900 года) вполне здорова, но, на основанiи литературныхъ данныхъ, докладчикъ думаетъ, что въ подобныхъ случаяхъ, для достиженiя кореннаго исцѣленiя, нужно удалять не только другой яичникъ, но и обѣ трубы и матку. Вы помните, конечно, что никто изъ участвовавшихъ въ пренiяхъ съ этимъ выводомъ не согласился.

Л. С. Кацнельсонъ сообщилъ о случаѣ удаленiя фибромы изъ передней брюшной стѣнки, а Л. Г. Личкусъ о крайне рѣдкомъ случаѣ первичной саркомы сальника. Первая больная поправилась, вторая умерла отъ возврата черезъ 3½ мѣсяца послѣ операции. Оба доклада были подробно освѣщены литературными данными.—И. С. Добрянскiй рекомендовалъ фульгурацiю при лѣченiи раковыхъ заболѣванiй. По его мнѣнiю, при примѣненiи этого способа а) гнойныя выдѣленiя изъ раковыхъ язвъ прекращаются, б) устраняются кровотеченiя и боли, в) рѣзко замедляется ростъ раковыхъ разроженiй, г) наблюдается быстрое рубцеванiе и возрожденiе ткани и д) возвраты, буде они появляются, бывають, по характеру своему, болѣе доброкачествен-

ными. Участвовавшіе въ преніяхъ признали, что указанный способъ, быть можетъ, въ нѣкоторыхъ подходящихъ случаяхъ окажется не бесполезнымъ.

Весьма разностороннимъ и богатымъ по содержанію былъ докладъ Т. А. Бурдзинскаго. Въ глухой провинціи, съ однимъ помощникомъ врачомъ, а иногда и безъ него, при помощи только ученицы фельдшерской школы, докладчикъ произвелъ за годъ 520 крупныхъ гинекологическихъ операций. Особенно пріятно поражаетъ, что имѣя такой громадный матеріалъ и заваленный работой, д-ръ Б. тѣмъ не менѣе не отставалъ отъ современныхъ теченій и успѣлъ примѣнить много усовершенствованій современной гинекологической оперативной техники. Не мудрено, что сообщеніе его было выслушано съ большимъ интересомъ и вызвало очень оживленный обмѣнъ мыслей.

Докладъ С. Г. Зарѣцкаго «Экспериментальная X-атрофія яичниковъ кроликовъ» посвященъ разработкѣ новаго и крайне интереснаго вопроса. Тщательность постановки опытовъ, осторожность въ выводахъ, обиліе и разнообразіе серій опытовъ, идейно обоснованная группировка послѣднихъ и полная разработка экспериментальнаго матеріала—были по достоинству оценены всѣми присутствовавшими. Во второмъ своемъ сообщеніи Зарѣцкій ознакомилъ насъ съ успѣшнымъ примѣненіемъ рентгенизаціи яичниковъ для достиженія искусственной аменнорреи у одной изъ больныхъ въ клиникѣ проф. Г. Е. Рейна. Вы помните, конечно, что и это сообщеніе было выслушано съ большимъ интересомъ. — Не разбирая въ подробности, чтобы не утомлять нашего вниманія, многихъ показанныхъ здѣсь весьма интересныхъ препаратовъ, которые, впрочемъ, я перечислилъ уже выше, я позволю себѣ этимъ закончить свой краткій отчетъ за истекшій 1908 годъ. Годъ этотъ знаменателенъ между прочимъ въ томъ отношеніи, что это годъ послѣдній, который мы прожили при нашемъ старомъ уставѣ, насчитывающемъ 22 лѣтнюю давность. Оглядываясь на нашу дѣятельность за это время, мы должны признать, что уставъ этотъ удовлетворялъ своему назначенію и вообще былъ хорошимъ, но нужно думать, что новый уставъ лучше стараго, а говорятъ, что лучшее — врагъ хорошаго. Помянемъ поэтому съ благодарностью хорошее прошедшее и да здравствуетъ лучшее будущее!

Перехожу къ отчету по кассѣ редакціи «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней» за истекшій, 1908, годъ.

ПРИХОДЪ.

Отъ 507 иногороднихъ подписчиковъ (изъ нихъ 23 полугодовыхъ), за вычетомъ скидокъ книгопродавцамъ, получено	3,912 р. 65 к.
» 25 городскихъ подписчиковъ, за вычетомъ тѣхъ же скидокъ, получено	183 » 10 »
» г. казначея Общества за печатаніе протоколовъ въ «Журналъ» получено	500 » — »
» него же (на основаніи постановленія засѣданія Общества отъ 6 марта 1908 г.) получено	500 » — »
» него же получена половина членскихъ взносов (съ 27 членовъ за 1907 г. и съ 80 за 1908 г.) въ суммѣ	535 » — »
» гг. Потѣнко и Дрожжиной получено	35 » — »
Продано старыхъ томовъ на	33 » 70 »
За объявленія получено	660 » 75 »
» приложенія Knoll'я и Klinhard'a получено	50 » — »
» перемѣну адресовъ	— » 56 »
Итого	6,410 р. 76 к.

РАСХОДЪ.

Перерасходъ 1907 г.	437 р. 77 к.
Упложено типографіи Тиле	3,220 » 32 »
» » Самокатъ за трактовый списокъ	9 » 75 »
» за бумагу	828 » 17 »
» » клише	212 » 03 »
» городской типографіи за діаграммы	8 » — »
» сотрудникамъ	795 » 55 »
Экспедиція «Журнала»	476 » 50 »
Наградныхъ	160 » — »
За приложенія къ «Русскому Врачу» упложено	15 » — »
Книга для записи подписчиковъ	2 » 50 »
За томъ «Журнала» за 1902 г.	5 » — »
Почтовый расходъ (оттиски, марки и г. п.)	57 » 81 »
Уступка книжному магазину Риккера съ подписчиковъ, объявленій и приложеній	174 » 97 »
Итого	6,403 р. 37 к.
Приходъ	6,410 р. 76 к.
Расходъ	6,403 » 37 »
Остается на 1909 г.	7 р. 39 к.

2) Казначей Общества В. А. Столыпинскій прочель:

Отчетъ о состояніи кассы Общества за 1908 годъ.

ПРИХОДЪ.

Къ 1-му января 1908 года состояло въ кассѣ Общества: 46 билетовъ 4% государственной ренты по 100 руб. номинальныхъ на сумму 4600 руб. и наличныхъ 1656 р. 55 к.

Итого капиталъ Общества состоялъ изъ 6,256 р. 55 к.

Въ капиталѣ имени почетнаго члена А. Я. Красовскаго 7 билетовъ 4% государственной ренты по 100 руб. номинальныхъ на сумму 700 руб. и наличными 49 р. 94 к. Итого. 749 » 94 »

Въ капиталѣ имени почетнаго члена К. Ф. Славянскаго 19 билетовъ 4% государственной ренты по 100 р. номинальныхъ на сумму 1900 руб. и наличными 101 р. 5 к. Итого 2,001 » 05 »

Всего 9007 руб. 54 коп. Изъ нихъ 7200 р. находилось въ процентныхъ бумагахъ и 1807 р. 54 к. наличными деньгами.

Въ теченіи года поступило членскихъ взносовъ:
За 1908 годъ 103 членскихъ взноса на сумму 1,030 » — »

Поступило недоимокъ за предыдущіе 1906 — 1907 гг. 390 » — »

Единовременныхъ членскихъ взносовъ по 8-ми руб. съ 11-ти вновь поступившихъ членовъ 88 » — »

Въ счетъ 1909 года поступило отъ 13-ти членовъ 130 » — »

Поступило процентовъ за 1908 годъ съ капитала Общества 174 » 80 »

Поступило процентовъ съ капитала имени К. Ф. Славянскаго 72 » 20 »

Поступило процентовъ съ капитала имени А. Я. Красовскаго 26 » 60 »

Поступило процентовъ съ суммы, находившейся на текущемъ счету 42 » 68 »

Записана на приходъ номинальная сумма купленныхъ процентныхъ бумагъ (облигацій 5% внутренняго займа за 1905 г.) 600 » — »

Итого поступило въ кассу Общества въ теченіи 1908 года — 2254 руб. 28 коп., что вмѣстѣ съ оставшейся суммой на 1-е января 1908 года составляетъ 11,561 р. 82 к.

РАСХОДЪ.

Храненіе процентныхъ бумагъ и расчетные листы	8 р. 07 к.
Почтовые расходы	6 » 64 »
Разсылка пригласительныхъ карточекъ и переписка протоколовъ	61 » 27 »
Печатаніе пригласительныхъ повѣстокъ	112 » 03 »
Печатаніе списка членовъ	31 » 50 »
Переплеть книгъ	15 » — »
Библіотекарю на разные расходы	7 » 41 »
Прислугѣ	24 » — »
За фототипію порт. Н. Стравинскаго	50 » — »
Членскій взносъ въ Общество Русскихъ Врачей	6 » — »
За фототипію къ статьѣ К. П. Строгановой	50 » — »
Въ кассу редакціи Журнала «акушерство и жен. бол.» пятирублевый членскій взносъ за 1907 годъ	135 » — »
Въ кассу редакціи Журнала акушер. и жен. бол. пятирублевый членскій взносъ за 1908 годъ	400 » — »
Въ кассу редакціи Журнала акушер. и жен. бол. (на основаніи постановленія засѣданія Общества отъ 6 марта 1908 года)	500 » — »
Уплочено редакціи Журнала акушерства и жен. бол. за печатаніе протоколовъ Общества за 1908 годъ	500 » — »
Адрессъ и бюварь съ серебрянымъ тисненіемъ	22 » — »
Переписка новаго устава Общества	10 » — »
Куплены 2 облигаціи 1-го 5% внутреннего займа, изъ нихъ одна облигація (100 руб. номинальныхъ) въ капиталъ имени К. Ф. Славянскаго и одна (500 р. номинальныхъ) въ капиталъ Общества	589 » 47 »
<hr/>	
Итого въ расходѣ за 1908 г.	2,528 р. 39 к.

Такъ какъ приходъ къ 1-му января 1908 г. вмѣстѣ съ суммою, оставшеюся отъ прежнихъ лѣтъ, составляетъ 11,561 р. 82 к., а расходъ въ 1908 году 2,528 р. 39 к., то въ остаткѣ на 1-е января 1909 г. имѣется 9,033 » 43 »

Изъ нихъ:

Государственной 4% ренты номинальныхъ 7,200 р. — к.	
Облигаціи 5% внутреннего займа	600 » — »
На текущемъ счету въ Московскомъ купеческомъ Банкѣ	604 » 29 »
Наличными деньгами	629 » 14 »

Итого 9,033 р. 43 к.

Всѣ денежные средства нашего Общества распредѣляются по отдѣльнымъ капиталамъ нижеслѣдующимъ образомъ:

I. Капиталъ Общества:

а) Государственной 4 ⁰ / ₁₀₀ ренты 46 билетовъ по 100 р. номинальныхъ, хранящихся въ Государственномъ Банкѣ	4,600	»	—	^
Облигація 5 ⁰ / ₁₀₀ внутренняго займа 1905 г. стоимостью 500 руб. номинальныхъ	500	»	—	»
б) На текущемъ счету въ Московскомъ купеческомъ Банкѣ	604	»	29	»
в) Наличной суммы	477	»	59	»

II. Капиталъ имени почетнаго члена Общества

К. Ф. Славянскаго:

а) Государственной 4 ⁰ / ₁₀₀ ренты 19 билетовъ по 100 р. номинальныхъ, хранящихся въ Государственномъ Банкѣ	1,900	»	—	»
г облигація 5 ⁰ / ₁₀₀ внутренняго займа 1905 г. 100 р. номинальныхъ, тоже хранящаяся въ Государств. Банкѣ	100	»	—	»
б) Наличными	75	»	01	»

III. Капиталъ имени почетнаго члена Общества

А. Я. Крассовскаго:

а) Государственной 4 ⁰ / ₁₀₀ ренты 7 билетовъ по 100 р. номинальныхъ, хранящихся въ Государственномъ Банкѣ	700	»	—	»
б) Наличными деньгами	76	»	54	»

Итого . . . 9,033 р. 43 к.

Такимъ образомъ капиталъ Общества въ 1908 году увеличился на 500 руб. номинальныхъ покупкой облигаціи 5⁰/₁₀₀ внутренняго займа и капиталъ имени почетнаго члена К. Ф. Славянскаго увеличился на 100 руб. номинальныхъ покупкою облигаціи того же займа.

При сравненіи вышеизложенныхъ цифръ съ отчетомъ предшествующаго 1907 года замѣчается, что сумма дохода въ нынѣшнемъ году превысила прошлогоднюю сумму на 263 руб. Сумма же расхода превысила прошлогоднюю сумму на 1083 руб., причемъ оказывается, что самая крупная статья расхода была по изданію журнала акушерства и женскихъ болѣзней, на каковой предметъ въ предыдущіе годы тратилось отъ 700—900 руб., а въ нынѣшнемъ истрачено 1,635 р. Такого рода перерасходъ обуславливается постановленіемъ экстреннаго засѣданія Общества 6 Марта 1908 года, на которомъ было рѣшено отпустить изъ кассы Общества сверхъ смѣты 500 руб. на покрытіе части дефицита по изданію журнала еще въ 1907 году и кромѣ того разрѣшено было увеличить уплачиваемую ежегодно Обществомъ сумму за печатаніе протоколовъ до 500 руб.

Въ заключеніи нельзя не упомянуть, что недоимки за членами Общества къ сожалѣнію продолжаютъ существовать: не уплатившихъ членскаго взноса за прежніе года имѣется 30 и за 1908 годъ 33 человекъ. При ежегодно увеличивающихся расходахъ, это, конечно, очень печальное явленіе для кассы нашего Общества.

3) Библіотекаръ Общества, В. В. Преображенскій прочелъ:
**Отчетъ по Библіотекѣ Акушерско-Гинекологическаго Общества
 въ С.-Петербургѣ за 1908 г.**

Данныя движенія книжнаго инвентаря и состоянія Библіотеки за истекшій 1908 г. (23-й годъ существованія Библіотеки) представляются въ слѣдующемъ видѣ:

А. Поступленія.

Періодическія изданія:	Число названій.	Число томовъ.
Журналы русскіе	28	41
» польскіе	3	3
» чешскіе	1	1
» французскіе	7	8
» итальянскіе	2	3
» англійскіе	1	2
» нѣмецкіе	2	2
» шведскіе	2	4
Труды и протоколы Общества	29	25
Диссертация И. В. М. А. за 1906/7 г.	7	1
» » » » » 1907/8 »	63	7
Отчеты учреждений	18	5
Книги и брошюры	013	50
Итого—журналовъ	46	64
труд. и проток.	29	25
диссертаций	70	8
книгъ и брош.	121	55
	266	152

Такимъ образомъ, общій инвентарь Библіотеки къ 1 января 1909 г. долженъ быть исчисленъ въ 4067 назв., а съ журналами и протоколами ученыхъ обществъ—въ 5317 названій и годовыхъ томовъ періодической прессы.

Б. Эксплоатація.

Число лицъ, бравшихъ книги	35
Число взятыхъ книгъ—русскихъ	26
» » » иностранныхъ	7
» » учебниковъ	6
» » сборниковъ	8
» » журналовъ русскихъ	31
» » » французск.	1
» » » нѣмецкихъ	8
» » » итальянск.	1
» » » англійскихъ	2
» » » польскихъ	2
» » диссертаций	35
» » протоколовъ и отчетовъ	4

Всего 35-ю лицами взято . 131 томъ.

По требованіямъ къ 1-му января 1909 г. числилось взятыми 53 книги, слѣд. показатель циркуляціи книгъ около 2 1/2 (2.47).

В. По организации Библиотеки за 1908 г. исполнены слѣд. работы.

1) Закончена систематизация отдѣла рекламъ и объявленій (совмѣстно съ таковымъ же отдѣломъ Библиотеки Повивально-Гинекологическаго Института).

2) Составленъ инвентарный списокъ всѣхъ книгъ, имѣющихся въ Библиотекѣ.

Г. Расходы по Библиотекѣ:

Мелкіе расходы	7 р. 41 к.
Переплеть книгъ	15 » — »
Итого	22 р. 41 к.

Д. Складъ Библиотеки.

Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней за прошлые годы хранится, главнымъ образомъ, въ помѣщеніи Пироговскаго музея и количество полныхъ томовъ журнала за истекшій годъ представляется въ слѣд. видѣ:

За годы.	Числилось къ 1 янв. 1908 г. экземпляровъ.	Израсходовано за 1908 г. экземпляровъ.	Осталось къ 1 янв. 1909 г. экземпляровъ.
1887	78	2	76
1888	152	2	150
1889	136	1	135
1890	104	2	102
1891	189	2	187
1892	173	1	172
1893	209	2	207
1894	50	1	49
1895	49	1	48
1896	10	1	9
1897	37	2	35
1898	37	1	36
1899	19	1	18
1900	2	—	2
1901	31	1	30
1902	5	—	5
1903	44	2	42
1904	37	2	35
1905	81	6	75
1906	91	7	84
1907	88	1	87
1908	—	—	65

Присутствовавшіе поблагодарили гг. секретаря, казначея и библиотечаря рукоплесканіями.

Предсѣдатель *Феноменовъ*,
Секретарь *Личкусъ*.

Протоколь № 1.

Административное засѣданіе 22 января 1909 года.

Предсѣдательствовалъ Н. Н. Феноменовъ.

Присутствовали 40 членовъ.

1) Предсѣдатель прочелъ телеграмму М. М. Виридарской, приносящей благодарность Обществу за привѣтствіе въ день 25-лѣтія ея врачебной дѣятельности.

2) На имѣющее быть 25 сего мѣсяца торжественное засѣданіе Общества Морскихъ Врачей, по случаю исполнившагося 50-ти лѣтія со дня его основанія, депутатами избраны: Н. Н. Феноменовъ и Е. Д. Подгорецкій.

3) Постановлено поздравить 14 февраля т. г. члена учредителя Общества А. Э. Шмидта по поводу истекающаго 25-ти лѣтія службы его въ должности директора Мариинскаго Родовспомогательнаго Дома.

4) Для ревизіи кассы редакціи «Журнала акушерства и женскихъ болѣзней», избрана комиссія изъ членовъ: Бекмана, Замшина и Порошина.

5) Для ревизіи кассы Общества избрана комиссія изъ членовъ: Долинскаго, Карницкаго и Примо.

6) Для ревизіи бібліотеки избрана комиссія изъ членовъ: Киселева, Улезко - Строгановой и Фонъ - Шуттенбаха.

7) Предложены въ почетные члены: Н. Н. Феноменовъ, Г. Е. Рейнъ и В. Ф. Снегиревъ (Улезко-Строгановой, Бутчикомъ, Столыпинскимъ, Федоровымъ, В. П. Вейсманомъ, Гусакowymъ, Каминской, Каземъ-Бекomъ, Кривскимъ, Карницкимъ, Прокофьевой, Рутковскимъ, Порошинымъ, Гентеромъ, Личкусомъ, Бекманомъ, Строгановымъ, Скробанскимъ, Норейко, Оленинымъ, Китнеромъ, Сольцемъ, Судаковымъ).

8) Предложены въ действительные члены: а) врачъ Алексѣй Ильичъ Кочетковъ (Феноменовымъ, Столыпинскимъ и Личкусомъ), б) врачъ Владиміръ Казимировичъ Порембскій — (Рейномъ, Редлихомъ и Скробанскимъ), в) врачъ Александръ Александровичъ Никольскій (Рейномъ, Редлихомъ и Скро-

банскимъ), 2) врачъ Иосифъ Аркадьевичъ Балабанъ (Рейномъ, Редлихомъ и Скробанскимъ), д) Николай Рафаиловичъ Барановскій (Бекманомъ, Личкусомъ и Порошинымъ), е) врачъ Теодоръ Карловичъ Петерсонъ (Феноменовымъ, Порошинымъ и Личкусомъ), ж) Владиміръ Пирсовичъ Дофельдтъ (Рейномъ, Судаковымъ и Скробанскимъ).

8) Утверждена слѣдующая смѣта на 1909 г.

ПРИХОДЪ.

Членскихъ взносовъ 130 по 10 руб.	1,300 р. — к.
Процентовъ съ капитала, принадлежащаго Обществу	200 » — »
	Итого 1,500 р. — к.

РАСХОДЪ.

Редакціи журнала «Акушерства и женскихъ болѣзней» по 5 руб. съ каждаго членскаго взноса, около	650 р. — к.
Той же редакціи за печатаніе протоколовъ засѣданій Общества	500 » — »
Печатаніе пригласительныхъ повѣстокъ на засѣданія Общества	115 » — »
Переписка протоколовъ засѣданій Общества и разсылка пригласит. карточекъ	60 » — »
Почтовые расходы	7 » — »
Прислуга	30 » — »
Переплетъ книгъ библіотеки Общества	100 » — »
Пироговскому музею	100 » — »
Непредвидѣнные расходы	80 » — »
Канцелярскіе расходы	20 » — »
Печатаніе списка членовъ Общества	30 » — »
Храненіе процентныхъ бумагъ	8 » — »
	Итого 1,700 р. — к.

Предсѣдатель *Н. Феноменовъ.*

Секретарь *Личкусъ.*

СПИСОКЪ

членовъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ къ 18 Января 1909 года ¹⁾).

Составъ Правленія на 1909 годъ.

Предсѣдатель — Заслуженный ординарный профессоръ, Директоръ Императорскаго Родовспомогательнаго Заведенія Николай Николаевичъ *Феноменовъ*.

Товарищи предсѣдателя: Заслуженный ординарный профессоръ Военно-Медицинской Академіи, Академикъ Георгій Ермолаевичъ *Рейнъ* и Старшій преподаватель Повивальнаго Института при Маріинскомъ Родовспомогательномъ Домѣ, д-ръ мед. Лазарь Григорьевичъ *Личкусъ*.

Секретари: Ординаторъ Императорскаго Родовспомогательнаго Заведенія, д-ръ мед. Леонидъ Александровичъ *Кривскій* и вакансія.

Казначей — Помощникъ Директора Родовспомогательнаго Заведенія, д-ръ мед. Всеволодъ Александровичъ *Столыпинскій*.

Библиотекарь — Ординаторъ Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института, д-ръ мед. Василий Васильевичъ *Преображенскій*.

СПИСОКЪ

ЧЛЕНОВЪ ПРАВЛЕНІЯ ЗА ПРОШЛЫЕ ГОДЫ.

	Предсѣдатель.	Тов. Предс.	Секретарь.	Казначей.	Библиотекарь.
1886}	Крассовскій	Славянскій	Смольскій	Стравинскій	Стравинскій
1887}					
1888}	Славянскій	Тарновскій	Смольскій	Стравинскій	Даниловичъ
1889}					
1890}	Крассовскій	Славянскій	Смольскій	Стравинскій	Даниловичъ
1891}					
1892}	Славянскій	Оттъ	Личкусъ	Стравинскій	Даниловичъ
1893}					
1894}	Оттъ	Штольць	Личкусъ	Стравинскій	Заболотскій
1895}					
1896}	Славянскій	Оттъ	Личкусъ	Стравинскій	Заболотскій
1897}					
1898}	Оттъ	Вастень	Личкусъ	Стравинскій	Заболотскій
1899}					
1900}	Феноменовъ	Оттъ	Личкусъ	Стравинскій	Заболотскій
1901}					
1902}	Оттъ	Феноменовъ	Личкусъ	Стравинскій	Заболотскій
1903}					
1904}	Феноменовъ	Оттъ	Личкусъ	Стравинскій	Преображенскій
1905}					
1906}	Рейнъ	Стравинскій	Личкусъ	Садовскій	Преображенскій
1907}					
1908}	Феноменовъ	Рейнъ	Личкусъ	Столыпинскій	Преображенскій

1) Умершій въ февралѣ 1909 года, Н. Э. Гессъ показанъ въ списокѣ умершихъ, а избранные въ почетные члены 26 февраля 1909 г., Н. Н. Феноменовъ и Г. Е. Рейнъ, равно какъ и не бывшій до того членомъ Общества В. Ф. Снегиревъ — въ списокѣ членовъ почетныхъ.

а) ПОЧЕТНЫЕ ЧЛЕНЫ:

1891. **Martin.** Greitswald.
 — **Olshausen.** Берлинъ.
 1897. **Bernhard Schultze.** Иена.
 1905. **Оттъ,** Дмитрій Оскаровичъ, чл. учр., В. О. Университетск. лин., 3.
 1907. **Winckel.** Мюнхенъ.
 1907. **Chrobak.** Вѣна.
 1907. **Pinard.** Парижъ.
 1907. **A. Simpson.** Лондонъ.
 1907. **Morisani.** Неаполь.
 1909. **Феноменовъ,** Николай Николаевичъ, чл. учр., Надеждинская, 5.
 1909. **Рейнъ,** Георгій Ермолаевичъ, чл. учр., Спаская, 37.
 1909. **Снегиревъ,** Владиміръ Федоровичъ, Москва, Плющиха, собств. домъ.

б) ДѢЙСТВИТЕЛЬНЫЕ ЧЛЕНЫ:

1888. **Алексенко,** Николай Демьяновичъ, Харьковъ, Скобелевская площадь, 18.
 1902. **Александровъ,** Андрей Николаевичъ, Варшава.
 1886. **Андреевъ,** Николай Павловичъ, Симбирскъ.
 1893. **Антиповъ,** Петръ Александровичъ, Мойка 71, кв. 19.
 1894. **Ануфриевъ,** Александръ Андреевичъ, Загородный, 23, кв. 42.
 1898. **Барсуковъ,** Александръ Георгіевичъ, Тифлисъ.
 1886. **Баснинъ,** Самуилъ Захаровичъ, Саперный пер., 20.
 1907. **Батуевъ,** Александръ Григорьевичъ, за Невской заставой, Село Михаила Архангела, Александровскій пр., д. 10.
 1886. **Бацевичъ,** Евгеній Феликсовичъ, Фонт. 141, кв. 5.
 1904. **Башнировъ,** Александръ Федоровичъ, Унив. л., 3.
 1895. **Бекманъ,** Вильгельмъ Генриховичъ, Ковенскій пер., д. 4.
 1898. **Бересневичъ,** Францъ Ивановичъ, женская Обуховская больница.
 1903. **Бонштедтъ,** Георгій Эдуардовичъ, Курскъ, Чикинская ул., домъ Павлова, № 12.
 1895. **Букоемскій,** Францъ Викторовичъ, Одесса, улица Витте, 23
 1902. **Бурдзинскій,** Тадеушъ Андреевичъ, Тамбовъ.
 1892. **Бутчикъ,** Владиміръ Тимофеевичъ, Шпалерная, 35.
 1895. **Бухштабъ,** Адольфъ Александровичъ, Ставрополь губернской.
 1899. **Буяльскій,** Владиславъ Михайловичъ, Вильна, Татарская ул., д. Монтвилло.
 Ч. уч. **Вастень,** Владиміръ Александровичъ, Загородный, 13.
 1897. **Веберъ,** Фридрихъ Карловичъ, Б. Конюшенная, 13.
 1907. **Вербовъ,** Яковъ Федоровичъ, Б. Подъяческая, 24.
 1890. **Верцинскій,** Урбанъ Эдуардовичъ, Коломенская, 15.
 1906. **Вейсманъ,** Модестъ Львовичъ, Гороховая 67, кв. 7.

1886. **Виридарскій**, Сергѣй Тимоновичъ, В. О. Универс. лин. 3.
 1907. **Владыкинъ**, Александръ Львовичъ, В. О. 18 линія 9, кв. 1.
 1888. **Гавронскій**, Николай Денисовичъ, Харьковъ.
 1906. **Гамалтя**, Николай Александровичъ, В. О. Унив. л., 3.
 1906. **Гарфункель**, Павелъ Яковлевичъ, Пет. Ст., Малый просп., 13.
 1906. **Гентеръ**, Германъ Генриховичъ, Казанская, 35, кв. 1.
 1906. **Гейнъ**, Карлъ Карловичъ, Вас. О., 14 линія, Александровскій
 пріютъ для женщинъ.
 1898. **Герзони**, Юсифъ Леонтьевичъ, 5 Рождественская, 4.
 Ч. уч. **Грамматинати**, Иванъ Николаевичъ, Томскъ.
 1907. **Григорьевъ**, Александръ Николаевичъ, Унив. лин., д. 3.
 1886. **Гриневъ**, Леонидъ Ильичъ, Кирочная, 23, кв. 15.
 1904. **Гусаковъ**, Лазарь Абрамовичъ, Разъѣзжая, 10, кв. 2.
 1893. **Димантъ**, Ефимъ Бенсіоновичъ, Суворовскій, 26.
 1901. **Докушевская**, Марія Александровна, М. Московская, 5.
 1893. **Долинскій**, Иванъ Лукичъ, Гороховая, 36.
 1891. **Драницынъ**, Алексѣй Алексѣевичъ, Знаменская, 12—28, кв. 4.
 1886. **Желтухинъ**, Василій Васильевичъ, Васильев. Остр., 7-я л., 42, кв. 4.
 1893. **Жураковскій**, Маріанъ Конрадовичъ, Кишиневъ, бульваръ, домъ
 Суруганъ.
 1888. **Заболотскій**, Алексѣй Павловичъ, Введенская, 17.
 — **Замшинъ**, Андрей Ивановичъ, В. О. Универс. л., 3.
 1904. **Заплатынскій**, Александръ Ивановичъ, Персія черезъ Асхабадъ
 въ Мешхедъ. Имп. Россійское консульство, для переправки въ
 вице-Консульство въ Сегистанъ.
 1906. **Зарѣцкій**, Сергѣй Георгіевичъ, клиника проф. Рейна.
 1886. **Зачекъ**, Мечиславъ Маркеловичъ, Ст. Всеволожская, Ирин. ж. д.
 1888. **Заяцкій**, Сергѣй Спиридоновичъ, Москва, Пятницкая, Овчини-
 ковъ переул.
 1890. **Земацкій**, Юсифъ Францевичъ, Литейный, 60.
 1905. **Ивановъ**, Михаилъ Ивановичъ, Невскій, 147.
 1907. **Ильинъ**, Федоръ Николаевичъ, Унив. лин., д. 3.
 1898. **Юзефсонъ**, Илья Абрамовичъ, Вознесенскій, 43.
 1893. **Какушкинъ**, Николай Михайловичъ, Можайская д. 12.
 1906. **Каземъ-Бенъ**, Пегръ Николаевичъ, Надеждинская, 14.
 1906. **Карповъ**, Константинъ Михайловичъ, Село Смоленское по Шлис-
 сельбургскому тракту, Школьный, пер., д. 4.
 1904. **Каминская**, Ольга Юрьевна, Надеждинская, 14.
 1897. **Каннегисеръ**, Николай Самуиловичъ, Николаевская, 31.
 1898. **Карницкій**, Александръ Эдуардовичъ, Столярный, 6.
 1902. **Кацнельзонъ**, Лазарь Соломоновичъ, Пет. ст. Малый пр., д. 13.
 1898. **Кацъ**, Александръ Іудичъ, Загородный, 13.
 1906. **Кедровъ**, Дмитрій Николаевичъ, Знаменская, 26.

1901. **Кипарскій**, Рене Валентиновичъ, Гагаринская, 26, кв. 5.
 1897. **Киселевъ**, Николай Сергѣевичъ, Надеждинская, 5.
 1905. **Китнеръ**, Оскаръ Геронимовичъ, Галерная, 14.
 1899. **Конаржевскій**, Павелъ Генриховичъ, Измайловскій, пр., 5.
 1901. **Хоробковъ**, Аркадій Исаевичъ, Литейный, 31.
 1906. **Кривошеинъ**, Михаилъ Павловичъ, Никол. наб., 3.
 1899. **Кривскій**, Леонидъ Александровичъ, Англійскій пр., 42, кв. 8.
 1890. **Круковичъ**, Юсифъ Адамовичъ, ст. Русскій Бродъ, Ливенской ж. д., имѣніе Скарятина.
 1908. **Кушталовъ**, Николай Ивановичъ, Калашниковскій пр., 2, кв. 75.
 1906. **Леви**, Максимъ Филипповичъ, Троицкая, 26.
 1900. **Лингенъ**, Левъ Карловичъ, Васильевскій остр., Кадетская, 7.
 1894. **Липинскій**, Степанъ Александровичъ, Могилевъ губернский.
 1898. **Липинскій**, Эдуардъ Юсифовичъ, Владимірскій. 15.
 1906. **Лифшицъ**, Авраамъ Исааковичъ, Пет. ст. Большой пр. д. 6
 1886. **Личусъ**, Лазарь Григорьевичъ, Вас. остр. 1 л., д. 18.
 1906. **Лурье**, Роза Григорьевна, В. О., Унив. лин., 3.
 1904. **Лѣсовой**, Василій Герасимовичъ, Садовая 48.
 1888. **Мазуркевичъ**, Александръ Ксенофоновичъ.
 Ч уч. **Макѣвъ**, Александръ Матвѣевичъ, Москва, Большая Молчановская, собственный домъ.
 1901. **Марковскій**, Александръ Владиміровичъ, Б. Московская, 8, кв. 11.
 Ч. уч. **Мартыновъ**, Александръ Васильевичъ, Конная, 4, кв. 4.
 1904. **Мачевскій**, Максъ Робертовичъ, Вильна, Георгіевскій пр., 19.
 1893. **Мацѣвскій**, Казиміръ Фелиціановичъ, Пушкинская, 13.
 1906. **Махинъ**, Дмитрій Митрофановичъ, Новочеркасскъ, Донской Обл. Войсковая Больница.
 1899. **Мернульевъ**, Павелъ Федоровичъ, Разъѣзжая, д. 3, кв. 8.
 — **Мироновъ**, Матвѣй Максимовичъ, Харьковъ, Нечеченская ул., 32.
 1904. **Михинъ**, Павелъ Васильевичъ, Харьковъ, Сумская, 45.
 1900. **Михновъ**, Сергѣй Дмитріевичъ, Юрьевъ, Акуш. клиника.
 1904. **Мосоловъ**, Хрисанфъ Хрисанфовичъ, Надеждинская, 5.
 1894. **Муратовъ**, Александръ Александровичъ, Кіевъ, Тарасовская 6, кв. 3.
 1903. **Нееловъ**, Николай Константиновичъ, Кіевъ.
 1888. **Нейштубе**. Петръ Тимофѣевичъ, Кіевъ, Еврейская больница.
 1900. **Ненадовичъ**, Лазарь Федоровичъ, Franzensbad, Böhmen.
 1904. **Николаевъ**, Леонтій Николаевичъ, Унив. лин., 3.
 1906. **Норейко**, Александръ Николаевичъ, Спасская, 2—6, кв. 14.
 1904. **Окинчицъ**, Людвигъ Людвиговичъ, Фонтанка, 79.
 1908. **Оленинъ**, Сергѣй Константиновичъ, Николаевская, 32, кв. 4.
 1854. **Онуфріевъ**, Василій Михайловичъ, Екатеринбургъ.
 1908. **Оппель**, Владиміръ Андреевичъ, Кирочная 23.
 1908. **Павловъ**, Михаилъ Ивановичъ, Гатчина.

1895. **Паргаминъ**, Манушъ Нухимовичъ, Бѣлая Церковь, Кіевской губ.
 1900. **Парышевъ**, Дмитрій Андриановичъ, Захарьевская, 5.
 1887. **Пассоверъ**, Леонидъ Петровичъ, Новогеоргиевскъ.
 1906. **Пекарская**, Александра Петровна, Жуковская ул., д. 10.
 1899. **Першинъ**, Ардаліонъ Васильевичъ, Астрахань.
 1893. **Петрашкевичъ**, Иванъ Осиповичъ, Вильна, Большая ул. соб. д.
 1886. **Піотровичъ**, Ѳома Ивановичъ, Чернышевъ пер., 20, кв. 10.
 1903. **Подгорецкій**, Евгенийъ Діонисьевичъ, Спасская, 25.
 1909. **Поповъ**, Александръ Евгеньевичъ, клиника Рейна.
 1907. **Поповъ**, Дмитрій Дмитріевичъ, Фурштатская, 8, кв. 3.
 1896. **Порошинъ**, Михаилъ Николаевичъ, Вас. остр., Большой пр., 75.
 Гаваньскій Родильный пріютъ.
 Ч. уч. **Поршняковъ**, Николай Михайловичъ, Стремянная 19.
 1897. **Потѣнко**, Василій Викторовичъ, Екатеринбургъ, Перм. губ.
 Земско-городской Родильный домъ.
 1898. **Преображенскій**, Василій Васильевичъ, В. О., Унив. лин., 3.
 1901. **Прокофьева**, Ольга Васильевна, Троицкая, 36, кв. 12.
 1907. **Примо**, Николай Яковлевичъ, Царское Село, родильный пріютъ
 Дрожжиной (Павловское шоссе).
 1907. **Проскурянова**, Марія Дмитріевна, Церковная, 25, кв. 10.
 1891. **Рачинскій**, Николай Геронимовичъ, Пушкинская, 10, кв. 7.
 1901. **Редлихъ**, Александръ Адольфовичъ, Спасская, д. 25.
 1889. **Родзевичъ**, Болеславъ Адамовичъ, Саперный, 6.
 1898. **Рокицкій**, Александръ Михайловичъ, Вас. остр., 8 линія д. 21,
 кв. 12.
 1891. **Рутковскій**, Александръ Васильевичъ, 9-я Рождественская, 18.
 1893. **Рымша**, Адамъ Ромуальдовичъ, Вильна, Завальная, д. 42.
 1906. **Рябинцева-Преображенская**, Над. Мих., Жуковская, 38.
 1890. **Савченко**, Ѳедоръ Іосифовичъ, Ялта, Боткинская, соб. домъ.
 1891. **Садовскій**, Петръ Тимофѣевичъ, Невскій, 92.
 1886. **Салмановъ**, Николай Антоновичъ, Бассейная, д. 8, кв. 4.
 1893. **Сережниковъ**, Григорій Петровичъ, В. О., Унив., лин., 3.
 1894. **Сицинскій**, Анастасій Александровичъ, Захарьевская, 14, кв. 13.
 1901. **Сливинскій**, Ромуальдъ Іосифовичъ, Клеменностровск., д. 16, кв. 13.
 1906. **Скробанскій**, Константинъ Клементьевичъ, Пет. Ст., Больш. пр., 19.
 Ч. уч. **Смоленскій**, Иванъ Федоровичъ, Ивановская, 2, кв. 2.
 1907. **Соболевъ**, Иванъ Александровичъ, Пантелеймоновская, д. 18, кв. 2.
 1886. **Соколовскій**, Людвигъ Игнатьевичъ, Офицерская, 45.
 1902. **Сольцъ**, Оскаръ Самойловичъ, Невскій 140—2.
 1901. **Сосницкій**, Владиміръ Аркадьевичъ, Петергофъ, Дворцовый го-
 спиталь.
 1907. **Сперанская-Бахметьева**, Елена Михайловна, Унив. линія, д. 3.
 Ч. уч. **Стельмаховичъ**, Николлай Матвѣевичъ, Пушкинская, 17.

1900. **Столыпинскій**, Всеволодь Александровичъ, Надеждинская, 5.
1890. **Строгановъ**, Василій Васильевичъ, В. О. Универс. лин., 3.
1905. **Судаковъ**, Иванъ Васильевичъ, Воскресенскій пр. уголъ Сергiевской, 9/38, кв. 14.
1904. **Суровцевъ**, Зосима Георгiевичъ, Измайловск. полкъ, 9-я рота, д. 15 кв. 4.
1886. **Сыромятниковъ**, Иванъ Михайловичъ, Москва, Моросейка, уг. Космодамановскаго и Петроверическаго пер., д. Егорова.
1906. **Тавилдаровъ**, Федоръ Николаевичъ, Кирочная, 52.
1895. **Терещенко**, Григорiй Гавриловичъ, Эргелевъ, пер., д. 7. кв. 7.
1901. **Терновскiй**, Николай Васильевичъ, Б. Подъяческая, 31.
1895. **Улезко-Строганова**, Клавдiя Петровна, Вас. остр., Универс. л., 3.
1906. **Ульяновскiй**, Леонидъ Васильевичъ, 4 Рождеств., 4.
1886. **Урвичъ**, Борисъ Осиповичъ, Пет. ст., Большой пр., д. 57.
1886. **Федоровъ**, Иванъ Ивановичъ, Варшава, Маршалковская, 50.
1888. **Федоровская-Веридарская**, Марiя Михайловна, В. О. Унив. л., 3.
- Ч. уч. **Фишеръ**, Андрей Романовичъ, Тифлисъ.
- Ч. уч. **Франкъ**, Дмитрiй Александровичъ, Сергiевская, 57.
1901. **Харшакъ**, Александръ Яковлевичъ, Николаевская, 47, кв. 2.
1902. **Христовъ**, Павелъ Парушевичъ, Болгарiя. Софiя, ул. Гурко, 93.
1893. **Хростовскiй**, Лукьянъ Ипполитовичъ, Екатеринославъ, Губ. Земск. больница.
1901. **Чапинъ**, Дмитрiй Степановичъ, Садовая, 65.
- Ч. уч. **Чернышевъ**, Иванъ Васильевичъ, Надеждинская, 11, кв. 33.
1904. **Щабанъ**, Карль Федоровичъ, Невскiй, 101.
1894. **Шахъ-Паронiанъ**, Самуиль Павловичъ, Тифлисъ, Ольгинскiй Повивальный Институтъ.
1906. **Шейтлицъ**, Сарра Захаровна, Жуковская, д. 20.
1890. **Швердловъ**, Иванъ Львовичъ, Колѣменская, 7.
1907. **Ширшовъ**, Дмитрiй Ивановичъ, Сампсонiевскiй пр., 9.
- Ч. уч. **Шмидтъ**, Александръ Эдуардовичъ, Сергiевская, 17.
1905. **Шмидтгофъ**, Юрiй Максимилиановичъ, Невскiй, 96.
1891. **Шуттенбахъ-фонъ**, Николай Густавовичъ, Пет. ст., Кронверскiй пр. д. 71, кв. 16.
1890. **Щеткинъ**, Дмитрiй Сергiевичъ, Пенза, Губ. Земская больница.
1908. **Эбергарттъ**, Александръ Карловичъ, Каменноостровскiй пр., д. 32-а, кв. 8.
1891. **Эйхфусъ**, Альбертъ Ричардовичъ, Пет. ст., Малый пр., 12.
1897. **Якобсонъ**, Вильгельмъ Леопольдовичъ, Надеждинская 56.
1906. **Ярцевъ**, Андрей Ивановичъ, В. О., Унив. л., д. 3.
- Ч. уч. **Ястребовъ**, Николай Васильевичъ, Царское Село, Леонтьевская д. 10.
1906. **Федоровъ**, Сергiй Петровичъ, Сергiевская 34.
1907. **Федоровъ**, Владимiръ Петровичъ, Пет. Ст., Шамшева ул. 6-а, кв. 6.

с) ЧЛЕНЫ КОРРЕСПОНДЕНТЫ:

1887. **Нейгебауеръ**, Францъ Людовиковичъ, Варшава, Лешно, 32.
 1888. **Dr. Auvard**, (Paris).
 1896. **Bousquet**, Joseph Félicien (Марсель).
 1896. **Розенталь**, Яковъ Давидовичъ, Варшава, Красинская площ.
 1899. **Keiffer**, (Брюссель).

б) ЧЛЕНЫ УМЕРШЕ:

Годъ вст. въ Общ		Годъ смерти
1886.	Антиповъ , Николай Васильевичъ, чл. учр.	† 1904.
1886.	Байковъ , Андрей Ивановичъ	† 1906.
1886.	Баландинъ , Илья Федосѣевичъ чл. учр.	† 1893.
1890.	Башкировъ , Сергѣй Александровичъ	† 1892.
1886.	Биддеръ , Эрнестъ Феодоровичъ, чл. учр.	† 1902.
1906.	Бокадоровъ , Владиміръ Константиновичъ	† 1908.
1887.	Бубновъ , Николай Дементьевичъ	† 1889.
1887.	Ваденюкъ , Александръ Ерофѣевичъ	† 1893.
1886.	Гарфункель , Яковъ Борисовичъ	† 1888.
1888.	Генрихсенъ , Карлъ Романовичъ	† 1898.
1886.	Гешвендъ , Александръ Александровичъ	† 1906.
1886.	Гессъ , Николай Федоровичъ	† 1909.
1886.	Горайскій , Константинъ Ивановичъ, чл. учр.	† 1901.
1886.	Гугенбергеръ , Федоръ Карловичъ, чл. учр.	† 1891.
1891.	Gussegow , поч. чл.	† 1906.
1886.	Даниловичъ , Иванъ Осиповичъ, чл. учр.	† 1901.
1886.	Добрынинъ , Пестръ Ивановичъ, чл. учр.	† 1905.
1886.	Довнарловичъ , Ярославъ Францевичъ, чл. учр.	† 1891.
1886.	Еськовъ , Сергѣй Ивановичъ, чл. учр.	† 1892.
1889.	Зейдлеръ , Петръ Николаевичъ	† 1895.
1886.	Змигродскій , Казиміръ Юсифовичъ	† 1895.
1886.	Иноевсъ , Константинъ Харлампіевичъ	† 1898.
1886.	Красовскій , Антонъ Яковлевичъ, чл. учр. и почетн. член.	† 1898.
1886.	Лазаревичъ , Иванъ Павловичъ, чл. учр.	† 1902.
1887.	Лилѣвъ , Федоръ Николаевичъ	† 1901.
1904.	Логиновъ , Георгій Михайловичъ	† 1908.
1891.	Львовъ , Иванъ Моисѣевичъ	† 1904.
1887.	Маевскій , Адольфъ Ивановичъ	† 1893.
1886.	Мановецкій , Евгеній Емельяновичъ, чл. учр.	† 1890.
1888.	Массенъ , Василиій Николаевичъ	† 1904.
1886.	Масловскій , Иванъ Федоровичъ, чл. учр.	† 1904.
1886.	Мисевичъ , Антонъ Игнатъевичъ, чл. учр.	† 1904.
1886.	Гадецкій , Рудольфъ Кондр., чл. учр.	† 1902.

1888.	Радецкій, Иванъ Ивановичъ	†	1904.
1886.	Ракѣвъ, Андрей Платоновичъ	†	1896.
1887.	Ростновскій, Оома Яковлевичъ	†	1897.
1891.	Рузи, Дмитрій Александровичъ	†	1895.
1886.	Рунге, Георгій Карловичъ, чл. учр.	†	1899.
1894.	Склифосовскій, Николай Васильевичъ	†	1904.
1894.	Славянскій, Кронидъ Федоровичъ, чл. учр. и почетн. членъ. †	†	1898.
1886.	Стразинскій, Николай Ивановичъ, чл. учр.	†	1907.
1886.	Сутугинъ, Василій Васильевичъ, чл. учр.	†	1900.
1886.	Тарновскій, Ипполитъ Михайловичъ, чл. учр.	†	1899.
1887.	Фишеръ, Болеславъ Адамовичъ	†	1901.
1886.	Фраткинъ, Борисъ Анисимовичъ, чл. учр.	†	1903.
1886.	Черневскій, Эдуардъ Францевичъ	†	1896.
1886.	Штольцъ, Владиміръ Ивановичъ, чл. учр.	†	1896.
1897.	Штраухъ, фонъ, Максимъ Августовичъ	†	1904.
1902.	Шульцъ, Викторъ Густавовичъ	†	1903.
1890.	Эберманъ, Александръ Леонтьевичъ	†	1902.
1901.	Virchow, Rudolf, почетн. чл.	†	1902.

РЕФЕРАТЫ.

Обзор русской акушерско-гинекологической литературы.

140. В. В. Владиміровъ.—*Къ вопросу о леченіи эндометритовъ.* (Врачебная газета, № 2, 1909).

Авторъ примѣнялъ съ успѣхомъ при леченіи эндометритовъ впрыскиванія іода по способу проф. Грамматикати. Отрицательные результаты, по мнѣнію автора, должны быть приписаны, главнымъ образомъ, несовершенству техники. Слѣдуетъ впрыскивать чрезвычайно медленно, дѣлать частыя паузы и предпочитать старые испытанные шприцы Вгаупа, особенно тугіе. Наконечники должны быть чрезвычайно тонкіе. Показанія къ впрыскиваніямъ: 1) хроническій восходящій перелой, при отсутствіи pyosalpinx или трубнояичниковой опухоли; 2) торпидное катарральное состояніе матки и воспалительное пораженіе придатковъ; 3) сочетаніе одного изъ этихъ процессовъ съ суженіемъ канала шейки и остроугольнымъ загибомъ кпереди. Вспомогательнымъ средствомъ является тампонація, производимая врачомъ послѣ впрыскиваній. Успѣшность леченія выражается въ исчезаніи припадковъ, наступленіи беременности и рѣзкомъ улучшеніи общаго состоянія. При lues latens и при артритѣ впрыскиванія іода приносятъ несомнѣнную пользу. Въ цѣляхъ антисептики авторъ примѣняетъ этотъ способъ при послѣдовательномъ леченіи послѣ отпариванія матки.

Нерѣдко по окончаніи курса впрыскиванія полезно сдѣлать выскабливаніе, которое ведетъ окончательно къ излеченію и является безопасной операцией въ томъ случаѣ, если воспалительные процессы въ придаткахъ стихли.

141. Н. Г. Гавриловъ.—*О механизмѣ дѣйствія операциі Edebohl's'a (декапсуляція почки) при нуэрперальной эклампсін и другихъ разстройствѣхъ кровообращенія и функциональной способности почки* (Врачебная газета, 1909 г. №№ 2, 3 и 4).

Авторъ произвелъ рядъ опытовъ съ декапсуляціей почекъ на такъ называемыхъ изолированныхъ почкахъ животныхъ (кроликовъ и кошекъ). Для питанія вырѣзанныхъ изъ тѣла почекъ служила жидкость Ringer-Locke'a. Послѣ фильтраціи жидкость насыщалась кислородомъ и согрѣтая вводилась въ яремную вену животнаго. Въ

то же время изъ перерѣзанной сонной артеріи кровь выливалась наружу; вливаніе жидкости продолжалось до тѣхъ поръ, пока, вмѣсто крови, не начинала вытекать прозрачная жидкость. Тогда вскрывалась брюшная полость, изолировались сосуды почки, вставлялись канюли, черезъ которыя циркулировала жидкость, и вырѣзанная почка, освобожденная отъ жировой капсулы, переносилась въ термостатъ.

Изучалась функція почки сперва въ фибринозной капсулѣ, потомъ послѣ удаленія капсулы. Изъ приведенныхъ въ статьѣ результатовъ опытовъ ясно, что декапсуляція какъ бы устраняетъ механическія препятствія для циркуляціи крови въ почечныхъ сосудахъ, въ связи съ чѣмъ стоитъ и усиленіе діуреза. Эти препятствія состоятъ въ нарушеніи питанія почекъ при замѣнѣ крови жидкостью Ringer-Locke'a, получается сдавливаніе почечныхъ канальцевъ и капилляровъ растянутой ad maximum фиброзной капсулой почки. Кроме того, сдавливается выходная часть почечныхъ венъ, что само по себѣ можетъ вызвать полную анурию. На основаніи своихъ опытовъ авторъ считаетъ, что декапсуляція почекъ можетъ принести пользу во всѣхъ случаяхъ пониженія функциональной способности почекъ въ силу механическихъ условій. Сюда относятся случаи острого отека межканальцевой почечной ткани при большой невралгической почкѣ, застойной почкѣ беременныхъ и эклямптическихъ и т. д. Въ этихъ случаяхъ операція Edebohls'a должна сопровождаться успѣхомъ, такъ какъ она является, такъ сказать „хирургическимъ мочегоннымъ“. Результатъ операціи долженъ сказаться весьма быстро и, если почечные элементы не пострадали очень сильно, можетъ послѣдовать *restitutio ad integrum* вмѣстѣ съ рѣзкимъ улучшеніемъ общаго состоянія больной. Если же причина механическаго препятствія лежитъ внѣ почки, напр. въ случаѣ прижатія мочеточниковъ вколоченной въ тазъ головкой плода, то для успѣха операціи Edebohls'a необходимо предварительно, или вслѣдъ за нею разрѣшить больную.

Вскорѣ послѣ операціи вокругъ декапсулированной почки образуется новая фиброзная капсула, въ 2—3 раза толше нормальной. Погибшіе эпителии извитыхъ отдѣловъ почечныхъ канальцевъ не восстанавливаются, но замѣщаются соединительной тканью.

Изъ 14 случаевъ примѣненія этой операціи при нуэриперальной эклямпсіи 10 окончились быстрымъ выздоровленіемъ, припадки и бѣлокъ въ мочѣ исчезли, количество мочи увеличилось.

Декапсуляція въ соединеніи съ нефротоміей, (поверхностный разрѣзъ *tunicae muscularis renis*), дѣйствуетъ также, какъ и декапсуляція, но терапевтическій эффектъ усиливается благодаря ослабленію внутрпочечнаго напряженія и усиленія кровообращенія въ почкахъ. Къ этому можетъ присоединиться еще устраненіе препятствій со

стороны нервной системы и наступить болѣе или менѣе длительная „паралитическая“ полиурия.

Декапсуляція сама по себѣ едва ли можетъ оказать вредное вліяніе на организмъ. Имѣется уже много случаевъ, гдѣ оперированныя по Edebohls'у пользуются полнымъ здоровьемъ въ теченіе 3—5 лѣтъ.

142. И. И. Грековъ. — *Къ вопросу объ обеззараживаніи рукъ и операционнаго поля спиртомъ и іодной настойкой (Р. Врачъ, 1909 г. №№ 7, 8, 9).*

Въ послѣднее время авторъ примѣнялъ обеззараживаніе рукъ и операционнаго поля только посредствомъ спирта или іодной настойки по способу Brunna и Grossich'a. Техника слѣдующая: руки послѣ короткаго обмыванія теплой водой и мыльнымъ спиртомъ или мыломъ, безъ щетокъ, вытираются полотенцемъ и въ теченіе 5 минутъ растираются комкомъ марли или ваты, смоченнымъ 93—96% денатурированнымъ спиртомъ; марля обычно смѣняется дважды. Передъ самой операцией руки снова обтираются насухо полотенцемъ. При болѣе продолжительной и кровавой операциіи руки нѣсколько разъ смазываются спиртомъ и обсушиваются полотенцемъ. Операционное поле или также протирается въ теченіе 5 минутъ спиртомъ, или же смазывается *t. jodi* во время наркоза на болѣе или менѣе значительномъ пространствѣ, а передъ самымъ разрѣзомъ—по линіи его. По наложеніи швовъ рана снова смазывается *t. jodi*. Больныхъ не брѣютъ. Ванну дѣлаютъ наканунѣ операциіи.

При такомъ способѣ обеззараживанія произведено 150 операций, изъ нихъ при 67 операцияхъ раны были зашиты, при 83 проведено открытое леченіе. Смертность=8%. Присутствіе въ сшитыхъ ранахъ гноя обнаружено въ 7,5% общаго числа случаевъ, причѣмъ раннее нагноеніе въ швахъ было лишь въ одномъ случаѣ, что можно было бы поставить въ связь со способомъ обеззараживанія. Изъ смертныхъ случаевъ тоже въ одномъ могло быть заподозрѣно неасептическое оперированіе. По заключенію автора всѣ эти предположенія можно сдѣлать съ большой натяжкой. Опытъ говоритъ въ пользу примѣняемаго способа, такъ какъ нагноеніе въ ранахъ развивалось обычно въ послѣдовательномъ теченіи, имѣло причиной неасептическое состояніе тканей и почти ни разу не помѣшало первичному сращенію сшитой части кожной раны. Всѣ операциі въ незараженныхъ тканяхъ сопровождались полнымъ успѣхомъ. Всѣ онѣ протекали гладко, буквально безъ всякой реакціи. Въ статьѣ приведены исторіи болѣзни при различныхъ большихъ операцияхъ. Всѣ малыя операциі дѣлались исключительно со спиртомъ или іодной настойкой. Лабораторной повѣрки того и другого способа не дѣлалось и авторъ не знаетъ пока, какому изъ нихъ отдать предпочтеніе. Съ іодомъ работать скорѣе, онъ легче очищаетъ кожу, но оказываетъ раздражающее дѣйствіе на слизистыя глазъ и носа. Но и

при примѣненіи одного спирта цѣлесообразнѣе смазать линію швовъ одной настойкой. Вреда отъ J не наблюдалось; иногда только у ослабленныхъ и пожилыхъ больныхъ появлялось нѣчто въ родѣ ожога кожи, быстро исчезавшей послѣ смѣны повязки. Гнойныя операціи и изслѣдованія загрязненныхъ полостей производятся въ перчаткахъ.

Новые способы совершенно не исключаютъ мысли о чистотѣ и опрятности; примѣненіе воды и мыла настоятельно необходимо, особенно между операціями и послѣ нихъ. Микробы фиксируются въ кожѣ только временно и если ихъ накапливается въ кожѣ слишкомъ много, то «дубленіе» не поможетъ. Суть новаго способа въ томъ, чтобы избѣгать излишняго разрыхленія эпидермиса передъ самой операціей и вызвать достаточное «дубленіе» кожи. Преимущество его—быстрота обеззараживанія.

143. М. Порошинъ.—*Къ вопросу о хирургическомъ леченіи опущеній и выпаденій матки и рукава. (Р. Врачъ, 1909, №№ 7, 8 и 9).*

Мнѣнія гинекологовъ относительно причинъ выпаденій и опущеній половыхъ органовъ чрезвычайно различны. Въ послѣднее время Halban и Tandler пришли къ заключенію, что нормальное положеніе матки зависитъ главнымъ образомъ, отъ взаимодѣйствія двухъ силъ: внутрибрюшнаго давленія, дѣйствующаго на матку по законамъ статики, и сопротивленія тазоваго дна. Эта теорія даетъ возможность установить и принципъ оперативнаго леченія выпаденія матки: возстановленіе цѣлости тазоваго дна и укрѣпленіе матки въ anteflexio. Исходя изъ этой теоріи авторъ дѣлаетъ сравнительную оцѣнку способовъ хирургическаго леченія выпаденія матки и влагалища. Наиболѣе простой способъ,—пластическія операціи на стѣнкахъ влагалища и на промежности часто не достигаютъ цѣли вслѣдствіе неправильнаго ихъ примѣненія, такъ какъ часто освѣженіе ограничивается только поверхностными слоями. Большое основаніе имѣетъ высокая ампутація шейки, такъ какъ, (сравнивая выпаденіе съ грыжей,) при этой операціи удаляется та часть органа, которая лежитъ въ области грыжевыхъ воротъ; кромѣ того уменьшается объемъ и тяжесть матки. Чаше къ высокой ампутаціи должна быть присоединена операція зашиванія промежности и возстановленіе нормальнаго положенія матки. Укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ и пришиваніе матки къ передней брюшной стѣнкѣ, т. е. искусственное созданіе какъ бы новыхъ подвѣшивающихъ матку связокъ имѣютъ значеніе только въ соединеніи съ возстановленіемъ цѣлости тазоваго дна. Vaginifixura uteri anteriori должна соединяться съ возстановленіемъ тазовой и мочеполовой преграды, дающихъ опору маткѣ. Способъ пришиванія задней поверхности матки къ передней стѣнкѣ влагалища создаетъ ненормальное положеніе, препятствующее родовому акту.

Матеріалъ автора состоитъ изъ 60 случаевъ и дѣлится на 3

группы: опущеніе матки, неполное и полное выпаденіе. Произведены слѣдующія операции: пластическая и невысокая ампутація, зашиваніе прямой кишки и восстановленіе промежности по способу L. Tait Sän ger'a, только пластическія операции, пластич. опер., съ высокой ампутаціей. При этомъ colpo-rhaphia anterior производилась не по способу Нег аг'a, но по типу передней кольпотоміи, съ отдѣленіемъ передней влагалищной стѣнки отъ пузыря и пузыря отъ матки и поднятіемъ его кверху. Матка прикрѣпляется швами къ передней влагалищной стѣнкѣ. Избытокъ передней влагалищной стѣнки отрѣзывается. При colpo-perineorrhaphia posterior дѣлалось глубокое освѣженіе съ обнаруженіемъ прямой кишки и нарушеннаго въ своей цѣлости levatoris ani. Кромѣ того, примѣнялось прикрѣпленіе матки къ передней влагалищной стѣнкѣ въ комбинаціи съ пластическими операциями, съ ампутаціей шейки. *Въ 11 случаяхъ произведено полное влагалищное удаленіе матки.*

Непосредственные результаты операций во всѣхъ случаяхъ получились благопріятные. Свѣдѣнія о дальнѣйшей судьбѣ имѣются лишь о 20 больныхъ, — въ 3 случаяхъ получился рецидивъ, потребовавшій вторичной операции. Всѣ три случая возврата произошли послѣ первично-vaginifixuг'ы, но, по мнѣнію автора, этого нельзя ставить въ вину способа. Причинами послужили: 1) врожденная слабость тазового дна, 2) тяжесть матки съ межлужочной міомой и старческія измѣненія въ тазовомъ днѣ, 3) поврежденія половыхъ органовъ во время родовъ.

М. Проскурякова.

144. О. А. Зайцевъ и Р. В. Швейцеръ. — *Къ вопросу о купаніи новорожденныхъ (Медицинское Обозрѣніе 1909 г. № 1).*

Авторы сообщаютъ о своихъ наблюденіяхъ изъ городского родильнаго дома имени С. В. Лепехина относительно вліянія купанія и некупанія на здоровье новорожденныхъ. Одинъ изъ авторовъ проводилъ наблюденія надъ 102 некупавшимися, другой надъ 81 купавшимися новорожденными, при чемъ отмѣчались—температура, вѣсъ, состояніе слизистой оболочки глазъ, кожи, рта, состояніе пуповины и качество испражнений. Изъ 81 купавшихся, отпаденіе пуповины до 6-го дня включительно найдено—у 35; изъ 102 некупавшихся—у 29; прибыли въ вѣсѣ или достигли первоначальнаго вѣса изъ купавшихся—3, изъ некупавшихся—14; убыли въ вѣсѣ изъ купавшихся—78, изъ некупавшихся—88; лихорадило изъ купавшихся—5, изъ некупавшихся—10; температура у купавшихся падала отъ 0,6° до 1,0°, при чемъ паденіе ея авторы объясняютъ вліяніемъ распеленанія ребенка; шелушеніе кожи и потница у купавшихся 7 разъ, у некупавшихся—5 разъ.

Авторы приходятъ къ заключенію, что

- 1) отпаденіе пуповины совершается при купаніи немного раньше;
- 2) Отъ купанія не зависятъ: а) убыль и прибыль въ вѣсѣ новорожденнаго, б) нагноеніе пуповины, в) лихорадочные процессы у новорожденнаго, г) состояніе кожи, е) развитіе новорожденнаго и отчасти температура тѣла.

Продолжительность наблюденій авторами не отмѣчается.

Н. Кушталовъ.

Обзоръ нѣмецкой акушерско-гинекологической литературы.

Zentralblatt für Gynäkologie 1909.

145. Döderlein. — *О внѣбрюшинномъ Кесарскомъ сѣченіи.* — *Ueber den extraperitonealen Kaiserschnitt* (№ 4).

Д. на основаніи двухъ, лично имъ произведенныхъ, операций внѣбрюшиннаго Кесарскаго сѣченія, рекомендуетъ измѣнить технику этого метода такимъ образомъ, чтобы дѣлать разрѣзъ матки сбоку, а не посрединѣ. Благодаря этому отслаиваніе пузыри дѣлается легче и кровотеченіе изъ раны очень небольшое.

146. Graf. — *Опыты надъ ядовитостью кровяной сыворотки при эклампсии.* — *Versuche über die Giftigkeit des Blutserums bei Eklampsie* (№ 4).

Опыты поставлены были авторомъ на крысахъ, которымъ впрыскивалась кровяная сыворотка въ полость брюшины, при чемъ, чтобы избѣжать обратнаго истеченія впрыснутой жидкости дѣлался продольный уколъ и на отверстіе накладывалась лигатура. Одному ряду животныхъ впрыскивалась сыворотка экламптичекъ, другому—сыворотка, полученная отъ кровопусканія у здоровыхъ, третьему—сыворотка ретроплацентарнаго сгустка нормальныхъ роженицъ, четвертому—впрыскивалась сыворотка венозной крови больныхъ различными болѣзнями (какими не указано) и пятому, для сравненія, — сыворотка крови нѣкоторыхъ животныхъ. Результаты получены слѣдующіе: изъ 13 животныхъ четвертаго ряда опытовъ погибло одно, которому было впрыснуто количество равное 15% его собственнаго вѣса, всѣ остальные животныя этого ряда, которымъ было впрыснуто около 12% ихъ вѣса, остались живы. Изъ 40 животныхъ третьяго ряда погибло только одно и то, повидимому, внѣ зависимости отъ впрыскиванія. Этому ряду впрыскивалось сыворотки до 18,2% ихъ вѣса. Изъ 19 животныхъ, которымъ впрыскивалась сыворотка крови экламптичекъ, значительное число, видимо, сильнѣе реагировало, чѣмъ тѣ, которымъ была впрыснута сыворотка изъ ретроплацентарнаго сгустка нормальныхъ роженицъ, летальная доза сыворотки въ этомъ рядѣ

опытовъ равна отъ 2—10% вѣса тѣла животныхъ. При долгомъ стояннн или нагрѣваннн сыворотки вирулентность ея уменьшается.

147. Prof. Krönig und Dr. Pankow.—*Къ бактериологическому диагнозу послѣродовой лихорадки.* — *Zur bakteriologischen Diagnose des Puerperalfiebers* (№ 5).

Путемъ ряда изслѣдованнн, авторы пришли къ заключеннн, что только нахождение значительнаго числа колоннн стрептококковъ на слабо щелочной разливкѣ агаря можетъ установить точно диагнозъ послѣродовой инфекцнн, что подтверждается еще испытаннемъ гематолиза этихъ стрептококковъ и изслѣдованнемъ крови родильницъ. При полученнн положительныхъ результатовъ диагнозъ обезпеченъ.

148. Mayer.—*Къ вопросу о зашиваннн кожи промежности Michel'евскими зажимами.* — *Zur Hautnaht des Dammes mittels Michel'scher Klammern* (№ 5).

Авторъ съ большою похвалою отзывается о примѣненнн Michel'евскихъagraфовъ на кожѣ промежности. При помощи ихъ только ему удавалось получать полное заживленнн первымъ натяженнемъ въ этой области.

149. Mori. (Японнн).—*Образованнн влагалища при рудиментарныхъ маткѣ и влагалищѣ путемъ использованнн удаленной петли тонкой кишки.* — *Scheidenbildung unter Benutzung einer verlagerten Dündarmschlinge bei Uterus rudimentarius cum vagina rudimentaria* (№ 5).

Въ одномъ случаѣ врожденнаго отсутствнн влагалища, при наличности правильно развитыхъ наружныхъ половыхъ органовъ, у 24-лѣтней японки, М., по настоятельной ея просьбѣ, устроилъ искусственное, путемъ пересадки куска резецированной кишечной петли, оставленной въ соединеннн съ брыжжейкой. Операция имѣла полный успѣхъ: длина образованнаго влагалища 8 сант., ширина равняется 2 поперечнымъ пальцамъ.

150. Oberländer.—*Къ леченнн вагинизма помощью новаго влагалищнаго расширителя.* — *Zur Behandlung des Vaginismus mittels eines neuen Scheidendilatators* (№ 5).

Предложенный Fritsch'емъ деревянный расширитель влагалища, примѣняемый послѣ растягиваннн послѣдняго подъ наркозомъ, авторомъ замѣненъ расширителемъ изъ стекла, при чемъ ему въ тоже время придана болѣе удобная форма (рисунокъ приложенъ къ описаннн).

151. Prof. Albers-Schönberg.—*Рентгенотерапия въ гинекологнн.*—*Die Röntgentherapie in der Gynäkologie* (№ 5).

Авторъ въ своей краткой работѣ сообщаетъ объ успѣшномъ примѣненнн имъ рентгеновскихъ лучей при мномахъ. Общее состоянн больныхъ улучшалось, уменьшались кровопотери и получалось уменьшеннн опухолей (въ одномъ случаѣ мнома величиною съ дѣтскую

голову уменьшилась въ половину). Результаты замѣчались уже спустя 5 сеансовъ. Описывая технику примѣненія лучей Sch. указываетъ на то, что онъ дѣйствовалъ только черезъ брюшныя стѣнки, а не черезъ влагалище, и вмѣстѣ съ тѣмъ обращаетъ особое вниманіе на то, чтобы специальнымъ щитомъ отгораживать глаза отъ дѣйствія лучей.

152. Nacke. — *Влагалищное Кесарское сѣченіе при тяжелой эклампсiи на 8-мъ мѣсяцѣ беременности. — Vaginaler Kaiserschnitt bei schwerster Eklampsie im 8 Schwangerschaftsmonat* (№ 6).

Показаніемъ для примѣненія влагалищнаго кесарскаго сѣченія въ описываемомъ N. случаѣ служили у 21-лѣтней I—p. 8 припадковъ эклампсiи въ теченіе 6 часовъ съ полной потерей сознанія и частый, едва уловимый пульсъ. Большое затрудненіе представлялъ разрѣзъ внутренняго зѣва, такъ какъ достигъ его, благодаря длинной шейкѣ было не легко и на эту работу потребовалось около 10 минутъ времени. По окончаніи родовъ припадки прекратились и больная быстро оправилась.

153. Fuchs. — *Влагалищное и черезъ брюшныя стѣнки кесарское сѣченіе вслѣдствіе послѣоперативнаго рубцоваго суженія шейки. — Vaginaler und ventraler Kaiserschnittwegen postoperativer narbiger Cervicalstenose* (№ 6).

28-лѣтней женщинѣ нѣсколько лѣтъ тому назадъ была сдѣлана операція Emmetі съ резекціей клинообразныхъ кусковъ изъ передней и задней губъ. Въ настоящее время авторъ былъ приглашенъ къ ней по поводу затянувшихся родовъ (2 сутокъ). При изслѣдованіи найдено поперечное положеніе плода, воды отошли, наружный зѣвъ пропускаетъ палець, нѣсколько выше зѣва замѣчается плотное рубцовое кольцо и прощупывается пупочный канатикъ. Влагалищное кесарское сѣченіе съ полнымъ успѣхомъ для ребенка и матери. Черезъ голъ послѣдовала новая беременность, которая была окончена классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ съ удаленіемъ трубъ. Выздоровленіе.

154. Nacke. — *Случай оперативнымъ путемъ излеченнаго самоостоятельно развившагося разрыва на мѣстѣ рубца послѣ бывшаго раньше кесарскаго сѣченія. (Поперечный разрывъ дна). — Ein Fall von operativ geheilter spontaner Ruptur der alter Kaiserschnittsnarbe (nach quere Fundalschnitt)* (№ 6).

Описываемый случай касается 29-лѣтней женщины, у которой 3 г. т. н., по поводу узкаго таза и грозившаго разрыва матки, было сдѣлано кесарское сѣченіе, путемъ поперечнаго разрѣза дна. Настоящіе роды закончились извлеченіемъ находящагося въ ягодичномъ предлежаніи плода, послѣ чего черезъ 2 часа сдѣлался коллапсъ и констатировано расхожденіе стараго рубца. Полость матки тотчасъ же была затампонирована и приступлено къ чревосѣченію. Расхожденіе

защито многэтажнымъ швомъ. Въ послѣоперационномъ періодѣ осложненіе эмболией легкихъ. Выздоровленіе.

155. Oberländer.—*Расширитель матки при абортѣхъ.*—*Ein Uterusdilator bei Abortbehandlung* (№ 6).

Предлагаемые авторомъ расширители имѣютъ нѣсколько номеровъ, форма ихъ коническая, каждый длиною не больше 7 сант., что, по словамъ автора, является гарантіей противъ прободенія. Описаніе иллюстрируется рисунками.

156. Busse.—*Лечение маточныхъ кровотеченій сывороткой.*—*Die Behandlung von Gebärmutterblutungen mit Serum* (№ 7).

Въ 10 случаяхъ В. примѣнялъ впрыскиванія кровяной сыворотки у больныхъ съ маточнымъ кровотеченіемъ, этиологія котораго могла быть отнесена лишь къ недостаточной свертываемости крови, при чемъ обычное леченіе оставалось безрезультатнымъ. Леченіе сывороткой въ половинѣ случаевъ дало полный успѣхъ.

157. Mayer.—*Упрощенное присасывающее зеркало для примненія способа Bier'a въ гинеколіи.*—*Ein vereinfachtes Lantspekulum zur Anwendung der Bier'schen Stauung in der Gynäkologie* (№ 7).

Предлагаемое авторомъ зеркало есть обыкновенное цилиндрическое зеркало изъ молочнаго стекла, къ которому приставляется для полученія безвоздушнаго пространства пришлифованное стекло, въ которое въ свою очередь вдѣлана одна трубка для выкачиванія воздуха, другая для оттока получаемаго секрета. Описаніе снабжено рисунками.

158. Sundin.—*Къ вопросу о менструаціи во время кормленія грудью.*—*Zur Frage von der Menstruation während des Stillens* (№ 7).

Статистическія изслѣдованія послѣднихъ лѣтъ въ значительной степени поколебали установившееся мнѣніе о томъ, что отсутствіе менструацій въ періодѣ кормленія должно разсматриваться какъ правило, а наличность ихъ какъ исключеніе. Въ настоящей работѣ авторъ, путемъ цѣлаго ряда наблюденій, приходитъ къ заключенію, что половина всѣхъ кормящихъ женщинъ менструируетъ (55—59%) и что это не зависитъ отъ того, служить ли исключительно мать только кормилицей ребенку или онъ одновременно и прикармливается.

159. Madlener.—*О внѣбрюшинной пересадкѣ мочеточника въ пузырь при мочеточнико-влагалищныхъ фистулахъ.*—*Ueber extraperitoneale Implantation des Ureters in die Blase bei Ureter Scheidenfisteln* (№ 7).

М. описываетъ два случая мочеточнико-влагалищныхъ свищей послѣродового происхожденія, при которыхъ имъ съ успѣхомъ была примѣнена внѣбрюшинная пересадка мочеточниковъ въ пузырь. Результаты провѣрялись впоследствии цистоскопомъ.

160. Sigwart.—*Къ вопросу о примненіи опороженія нижней половины тѣла отъ крови по Momburg'у въ акушерствѣ.*—*Über die An-*

wendung der Bluttleere der unteren Körperhälfte nach Momburg in der Geburtshilfe (№ 7).

Авторомъ съ успѣхомъ въ одномъ случаѣ, тяжелаго атоническаго послѣродоваго кровоточенія, гдѣ всѣ другіе способы остановки кровоточенія оказались безрезультатны, былъ примѣненъ способъ Momburg'a, состоящій въ сильномъ перетягиваніи резиновой трубкой вокругъ живота. Кровоточеніе быстро остановилось и матка плотно сократилась. Послѣ удаленія жгута, черезъ 15 мин., кровоточеніе вновь не повторялось.

161. Jahreiss.—*Случай вынѣрюшиннаго надлобковаго кесарскаго сѣченія.*—*Ein Fall von extraperitonealem suprasymphysärem Kaiserschnitt* (№ 7):

Вѣс. 39 л. conj., в. 8 $\frac{1}{4}$ сант. Роды длились свыше 2 сутокъ, воды отошли за сутки до операциі. t⁰ 38 (въ rectum), сердцебіеніе плода 150, головка не вступила въ тазъ. Операция по методу Sellheim'a. Ребенокъ извлеченъ путемъ поворота на ножку. Исходъ для матери и ребенка благопріятный.

И. Судаковъ.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 61. H. 2.

162. Büttner.—*Meklenburg-Schwerins Geburtshilfe im Jahre 1904.*—*Родовспоможеніе въ Мекленбургъ-Шверинѣ въ 1904 году.*

Статистическія свѣдѣнія о 17686 родахъ, бывшихъ за 1904 г. въ великомъ герцогствѣ Мекленбургъ-Шверинскомъ. Общая смертность 75 случаевъ, или 0,424%, въ томъ числѣ 22 случая отъ послѣродоваго заболѣванія.

163. Hofbauer.—*Beiträge zur Aetiologie und zur Klinik der Graviditätstoxikosen. (Cholämie, Eklampsie, Hyperemese).*—*Къ вопросу о причинахъ и о клиникѣ самоотравленія беременныхъ. (Холемія, эклампсія, неукротимая рвота).*

Въ своей весьма обстоятельной работѣ Hofbauer разсматриваетъ, главнымъ образомъ, разстройство печени во время беременности, являющіяся, благодаря особенному значенію этого органа въ обмѣнѣ веществъ, исходнымъ пунктомъ самоотравленія беременныхъ продуктами обмѣна. Работа распадается на 3 главы, трактующихъ о холеміи, эклампсии и чрезмѣрной рвотѣ беременныхъ, какъ слѣдствіи недостаточности печени. На основаніи точныхъ анатомическихъ изслѣдованій авторъ устанавливаетъ картину «печени беременныхъ»; послѣдняя характеризуется слѣдующими свойствами: жировой инфильтраціей въ центральныхъ доляхъ и недостаточей гликогена; застоємъ желчи съ послѣдовательнымъ отложеніемъ пигмента въ области внутреннихъ долей и расширеніемъ желчныхъ капилляровъ; расширеніемъ центральныхъ

вень и приводящихъ капилляровъ. Желтуху у беременныхъ авторъ считаетъ специфическимъ слѣдствіемъ беременности. Многія явленія во время беременности (брадикардія, chloasmata uterina и т. п.) указываютъ на недостаточность печени и явленія холеміи. Печень играетъ важную роль и въ происхожденіи эклампсіи: на основаніи изслѣдованія печени 6 умершихъ экламптичекъ авторъ приходитъ къ заключенію, что эклампсія должна разсматриваться какъ остро наступающій, частичный, прижизненный печеночный аутолизъ и вызывается отравленіемъ ферментами, образующимися въ плацентѣ. Въ виду вліянія хлороформа на печень, послѣдній при наркозѣ экламптичекъ долженъ избѣгаться и, гдѣ только возможно, замѣняться эфиромъ.

Чрезмѣрная рвота беременныхъ является также слѣдствіемъ интоксикаціи и не стоитъ въ никакой связи съ истеріей. Въ печени умершихъ отъ неукротимой рвоты наблюдается жировая инфильтрація и острья воспалительная измѣненія въ паренхимѣ долекъ, главнымъ образомъ, по ихъ периферіи. Въ виду измѣненій въ печени наркотическія средства при чрезмѣрной рвотѣ лучше совсѣмъ не употреблять. Какъ на критерій измѣненій печени при неукротимой рвотѣ, Hofbauer указываетъ на появленіе сахара въ мочѣ послѣ приема 60 граммъ левулезы: въ этомъ случаѣ показано неотложное прерываніе беременности.

164. Cramer.—*Eine seltene Einklemmung des graviden Uterus nebst Bemerkungen über Ursachen und Hindernisse der Selbstaufrihtung.*—Рѣдкое ущемленіе беременной матки съ замѣчаніями относительно причинъ и препятствій къ самовытравленію ея.

26-лѣтняя женщина, беременная въ 3-й разъ на 6-мъ мѣсяцѣ была доставлена въ Вонп'скій госпиталь съ явленіями задержанія мочи. Пользовавшій ее врачъ опредѣлилъ беременность, осложненную тазовой опухолью и дѣлалъ попытки удалить послѣднюю черезъ рукавъ. При изслѣдованіи найдено: осунувшійся видъ; слабый пульсъ, 120 въ 1 минуту, t° 38,3 $^{\circ}$. Въ животѣ прощупывается флюктурирующая опухоль, достигающая до пупка; per vaginam: задній сводъ выпячивается эластическою опухолью почти до влагалищнаго входа. Опухоль выполняетъ почти весь малый тазъ. Въ задней стѣнкѣ рукава имѣется проходимое для пальца отверстіе съ неровными краями; брюшина задняго Дугласа однако цѣла. По опороженіи катетеромъ 2-хъ литровъ мочи опредѣлена была матка, увеличенная соотвѣтственно 4-мъ мѣс. беременности и не раздѣлимая отъ опухоли въ маломъ тазу. Попытки вывести опухоль изъ малаго таза остались безуспѣшны, почему было произведено чрѣвосѣченіе. Оказалось, что находившаяся въ тазу опухоль была перегнутой и перекрученной на 90 $^{\circ}$ маткой, которая и была съ значительными усиліями вправлена. Ночью произошло изгнаніе плода. Черезъ 10 часовъ удалены изъ матки задержанная плацента,

которая крѣпко сращена была съ лѣвой маточной стѣнкой въ области устья лѣвой Фал. трубы. Выздоровленіе.

Причину свособразнаго ущемленія съ перекручиваніемъ матки въ данномъ случаѣ Stamer видитъ въ мѣсторасположеніи плаценты; самовыправленіе перегнутой беременной матки происходитъ въ теченіе ея роста тѣмъ легче, чѣмъ болѣе выше и кпереди расположена плацента; но выправленіе происходитъ не прямымъ подняемъ дна изъ таза, а съ нѣкоторымъ уклоненіемъ его въ сторону, какъ приходится убѣждаться при исправленіи ретрофлексій: въ этой стадіи и остановилась самовыправляющаяся матка. Вправленіе наталкивается на большія затрудненія и при отсутствіи всякихъ сращеній, если весь малый тазъ и входъ въ него такъ плотно выполненъ маткой, что другіе органы (кишечныя петли) не могутъ войти въ него, и т. обр. атмосфернымъ давленіемъ поддерживается ущемленіе. Въ такихъ случаяхъ можетъ дать успѣхъ задняя кольпотомія, давая доступъ наружному воздуху въ Дугласово пространство.

165 Kleinhans и Schenk.—*Experimentelles Untersuchungen zur Frage nach der Function des Corpus luteum.*—Экспериментальныя данныя къ вопросу относительно функціи желтаго тѣла.

На основаніи 33 опытовъ (въ томъ числѣ 8 контрольныхъ) на беременных кроличихахъ относительно значенія желтаго тѣла Kleinhans и Schenk приходятъ къ выводу, что осторожное удаленіе желтаго тѣла у беременных кроличихъ не влечетъ за собою прерыванія беременности, по крайней мѣрѣ, въ теченіе первыхъ 9 дней послѣ зачатія. Поэтому желтому тѣлу не можетъ быть приписана функція, отъ которой зависитъ дальнѣйшее развитіе оплодотворенныхъ яицъ.

166. Prinzing.—*Die Häufigkeit der eineiigen Zwillinge nach dem Alter der Mutter und nach der Geburtenfolge.*—Частота двоенъ, происшедшихъ изъ одного яйца, по возрасту матери и по числу предшествовавшихъ родовъ.

На основаніи цифръ Prinzing приходитъ къ заключенію, что число двоенъ изъ одного яйца въ Германіи составляетъ $\frac{1}{4}$ всѣхъ двоенъ. Съ возрастомъ матери число двоенъ изъ одного яйца падаетъ, тогда какъ отъ числа предшествовавшихъ беременностей оно не зависитъ.

167. Teller.—*Ueber das Vulvakarzinom.*—Ракъ наружныхъ половыхъ частей женщины.

Съ 1893 по 1906 г. въ Berlin'ской Университетской клиникѣ проф. Olshausen'a оперировано 39 женщинъ по поводу рака наружныхъ половыхъ частей. 3 изъ этихъ случаевъ описаны въ дис. Schwartz'a (1893 г.), 36 приводитъ авторъ. Въ большинствѣ случаевъ новообразованіе занимало большія губы (11 случаевъ, въ 6—на правой и въ 5 на лѣвой большой губѣ); въ 8 случаяхъ были пора-

жены малыя губы, въ 5 случаяхъ—клиторъ. Возрастъ больныхъ ракомъ vulvae значительно выше, чѣмъ больныхъ ракомъ матки. Большинство было въ возрастѣ отъ 50 до 70 лѣтъ. Самой молодой было 30 лѣтъ. Возвратъ послѣ операциі наблюдаяся у 16 больныхъ; относительно остальныхъ 23 результатъ не установленъ. Для леченія необходима ранняя радикальная операциа съ вырѣзаніемъ паховыхъ железъ. Возникновеніе рака vulvae стоитъ въ тѣсной связи съ лейкоплазіей ея. Раннимъ симптомомъ его является pruritus vulvae.

168. Burkhard.—*Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung einiger Aetzmittel auf die Uterusschleimhaut.*—Клиническія и экспериментальныя изслѣдованія относительно дѣйствія нѣкоторыхъ прижигающихъ веществъ на слизистую оболочку матки.

Въ виду опасности выскабливанія матки руками неопытныхъ операторовъ нѣкоторыми гинекологами (Menge) предложена была замѣна его прижиганіями слизистой оболочки матки разными веществами. Приведя вкратцѣ существующія по этому вопросу въ литературѣ воззрѣнія, Burkhard сообщаетъ результаты собственныхъ изслѣдованій надъ прижигающимъ дѣйствіемъ на слизистую оболочку матки карболоваго алкоголя (10 или 20%) формалина (30 и 100%), настойки іода, хлористаго цинка (въ водномъ 5—50% и спиртовомъ 3% растворѣ) и цинково-ихтіоловыхъ палочекъ. Прижигающія вещества впрыскивались шприцемъ Брауна, или вводились посредствомъ зонда Menge за 24 часа или менѣе въ матки, предназначенныя для удаленія. Экстирпированныя матки уплотнялись въ формолѣ и изслѣдовались микроскопически. Изслѣдованіе показало, что дѣйствіе всѣхъ примѣнявшихся средствъ является поверхностнымъ и значительно уступаетъ по эффекту выскабливанію. Опыты, предпринятые на маткахъ кроличихъ, равнымъ образомъ показали, что ни одно изъ примѣняющихся обычно средствъ не обладаетъ собственно прижигающимъ свойствомъ, кромѣ азотнокислаго серебра, которое въ 20% растворѣ прижигаетъ слизистую оболочку вплоть до мышечнаго слоя.

М. Порошинъ.

Berliner klinische Wochenschrift, 1909.

169. Landau.—*Ein seltener Fall intrauteriner Selbstköpfung.*—Рѣдкій случай внутриматочнаго самообезглавленія. (№ 2).

Препаратъ, который послужилъ поводомъ для этой статьи, представляетъ изъ себя, пожалуй, unicum. Это абортированное плодное яйцо, полученное Dr. Franz Meyer'омъ у multipara. На препаратѣ видна плацента около 12 cm. въ поперечникѣ, нѣжный, широкооткрытый амніонъ, хорошо развитой пупочный канатикъ 18 cm. длиною и плодъ длиною 17 cm., повидимому, женскаго пола, такъ какъ

хотя и имѣется намекъ на половыя губы, однако отверстія полового нѣтъ, равно какъ нѣтъ и anus'a. Плодъ имѣеть хорошо развитое тѣло, обоюдосторонніе pedes equino-varii и совершенно сморщенную лѣвую руку, хотя на ней и можно узнать всѣ составныя части. Кромѣ того у плода отсутствуетъ голова, и тѣло оканчивается наверху куполо-шарообразно. Правая рука указываетъ какъ разъ то мѣсто, гдѣ-бы должна была находиться голова. Въ общемъ здѣсь имѣется, уродъ aserphalus съ двустороннимъ pes equino-varus и acromelia лѣвой верхней конечности и атрезіей anus'a и полового отверстия. Однако самое интересное это то, что на препаратѣ имѣется голова, хотя и на весьма необычномъ мѣстѣ. Разсматривая внутреннюю поверхность амніона рядомъ съ мѣстомъ прикрѣпленія пуповины къ плацентѣ, можно здѣсь найти образованіе, которое соотвѣтствуетъ головѣ: она имѣеть величину лѣснаго орѣха, слегка сморщена, однако на ней легко можно найти глаза, носъ, ротовое отверстіе. Съ этой головой соединена короткая шея и этой шеей головка прикрѣплена къ амніону и какъ бы изъ него вырастаетъ. По изслѣдованію оказывается, что плодъ по развитію соотвѣтствуетъ 5 мѣсяцамъ утробной жизни, тогда какъ головка 2-мъ. Сначала авторъ думалъ, что имѣеть дѣло съ уродствомъ близнецовъ, съ ascardiacus asognus, у котораго осталась только голова, однако при ближайшемъ разсмотрѣніи оказалось, что здѣсь надо признать внутриматочное самообезглавливаніе; на это указываетъ и рубецъ на головномъ концѣ туловища. Далѣе авторъ приводитъ литературу внутриматочныхъ самоампутаций и разбираетъ теоріи, ихъ объясняющія.

170. Solms. — *Die Anwendung des vaginalen Kaisereschnitts bei engem Becken (Laparo-kolpohysterotomia).* — *Примѣненіе брюшно-вагинальнаго кесарскаго сѣченія при узкомъ тазѣ.* (№ 5).

Вначалѣ авторъ говоритъ, что давно уже всѣ акушеры ищутъ способа, который-бы давалъ возможность опорожнить матку при непроходимости полового канала и, вмѣстѣ съ тѣмъ, избѣгать опаснаго соединенія маточной раны съ брюшной полостью. Приведа, литературу вопроса и описавъ нѣсколько способовъ операций, предложенныхъ для этой цѣли, онъ переходитъ къ описанію своего случая. Имъ была сдѣлана операція брюшно-вагинальнаго кесарскаго сѣченія на женщинѣ съ узкимъ тазомъ, у которой двое предыдущихъ родовъ окончились смертью ребенка (въ первомъ случаѣ были наложены очень тяжелыя щипцы, а во второмъ сдѣланы преждевременные роды, поворотъ и извлеченіе). Способъ операціи автора отличается тѣмъ, что онъ представляетъ комбинацію разрѣза по Frank'у съ вагинальнымъ кесарскимъ сѣченіемъ. Кожный разрѣзъ былъ проведенъ чуть выше и вдоль лѣвой Пупартовой связки, прямая мышца живота, сильно развитая въ данномъ случаѣ, раздѣлена тушымъ путемъ, брю-

шина отодвинута кверху и затѣмъ произведено внѣбрюшинное влагалищное кесарское сѣченіе. Шипцами извлеченъ черезъ разрѣзъ въ брюшной стѣнкѣ хорошо развитой ребенокъ. Послѣдъ выжать per vaginam черезъ 1/4 часа. Исходъ: выздоровленіе для матери и благопріятный для ребенка. Разбирая достоинства своего способа, по сравненію съ другими, авторъ высказываетъ надежду на широкое его распространеніе, ибо онъ даетъ возможность совершенно не бояться инфекции брюшины.

В. Дюфельдтъ.

Обзоръ французской акушерско-гинекологической литературы.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Octobre 1908.

171. Т. Soli.—*Trois cas de lacération périnéale complète traités avec le procédé Simpson-Vicarelli.*— Три полныхъ разрыва промежности, зашитыхъ по методу Simpson-Vicarelli.

Окровоавленіе тканей при описываемомъ способѣ ведется по Simpson'у: сначала освѣжаются рубцы отъ разрыва тѣла промежности, затѣмъ v-образный край разрыва septi rectovaginalis и эта послѣдняя расщепляется на два лоскута, влагалищный и прямокишечный. Зашивание начинается съ прямой кишки, которая соединяется непрерывнымъ Лембертовскимъ швомъ, не проникающимъ въ просвѣтъ кишки, причемъ вколъ дѣлается отъ вершины v-образнаго разрыва со стороны влагалища, гдѣ и завязывается начальный узелъ, а выколъ у заднепроходнаго отверстія изнутри кнаружи на кожу, и этимъ же швомъ, вдвойнѣ черезъ всю толщу промежности стягиваютъ apus съ обѣихъ сторонъ. Оставшійся послѣ этого простой разрывъ промежности сшиваютъ обыкновенными узловатыми швами со стороны влагалища и кожи промежности. Швы снимаются на девятый день, при чемъ, если прямокишечный шовъ шелковый, то онъ снимается со стороны промежности послѣ отрѣзанія верхняго влагалищнаго узелка.

Три случая автора увѣнчались полнымъ успѣхомъ въ анатомическомъ, функціональномъ и косметическомъ отношеніи.

Société d'obstétrique, de gynécologie et de paediatrie de Paris. Séance du 13 janvier 1908. (ibidem).

172. M-me Darcagne-Mourout.—*De la fréquence des accouchements dystociques à Fougères.*— Частота неправильныхъ родовъ въ Fougères.

Въ упомянутомъ городкѣ и его окрестностяхъ на 213 родовъ, наблюдавшихся за три года, неправильныхъ было 143, т. е. 67,13%. Изъ нихъ 84 случая наложенія шипцовъ: 68 при болѣе или менѣе узкихъ тазахъ, 16 при препятствіи со стороны копчиковой кости при

нормальномъ тазѣ, 2 при большихъ плодахъ и 2 при выпаденіи пуповины; 20 случаевъ внутренняго поворота: 14 при суженныхъ тазахъ, 4 при предлежаніи плечикомъ и 2 при косо-суженныхъ тазахъ; 22 тазовыхъ предлежаній, изъ которыхъ 16 у первородящихъ съ узкимъ тазомъ.

Такое громадное количество суженныхъ тазовъ авторъ ставитъ въ зависимость отъ плохого ухода за дѣтьми, которыя всѣ въ данной мѣстности вскармливаются на рожкѣ, изъ нихъ около 70% погибаютъ преимущественно отъ желудочно-кишечныхъ разстройствъ, а большинство выживающихъ страдаютъ рахитомъ.

Séance de 10 février 1908.

173. Prof. Pozzi.—*Fistule urétéro-cervicale d'origine obstétrical. Hydroponéphrose intermittente. Néphrectomie droite. Guérison.* - Мочеточниково-шеечная фистула послѣ родовъ. Перемежающийся гидро-пионефрозъ. Изслѣченіе правой почки. Выздоровленіе.

Трудные роды: ручное расширение зѣва, расширитель Tagnier, щипцы и разсѣченіе зѣва, на другой же день истеченіе мочи изъ влагалища, иногда прекращавшееся, тогда появлялись боли въ правомъ подреберьи съ повышеніемъ т°. Во влагалищѣ отверстія не обнаружено, проба съ наполненіемъ пузыря окрашенной жидкостью дала отрицательный результатъ; при цистоскопіи катетеризація праваго мочеточника невозможна; правосторонній пионефрозъ. Въ виду здороваго состоянія лѣвой почки произведено изсѣченіе правой, сопровождавшееся выздоровленіемъ.

174. Oui (de Lille).—*Opération césarienne itérative suivie d'hystérectomie.*—Повторное кесарское сѣченіе съ удаленіемъ матки.

Операция произведена, до начала родовъ, у женщины, уже дважды ей подвергавшейся, по поводу чрезмѣрнаго растяженія стѣнки матки и ея истонченія, угрожавшаго разрывомъ.

Въ преніяхъ проф. Pinard рѣшительно высказался противъ операции до начала родовъ.

175. Prof. Pinard et Segond.—*Opération césarienne e hystérectomie pour présentation de l'épaule irréductible chez une femme ayant subi antérieurement une hystéropexie abdominale.*—Кесарское сѣченіе съ удаленіемъ матки по поводу неисправимаго предлежанія плечика у женщины послѣ *hystéropexia abdominalis*.

Послѣ брюшнаго укрѣпленія матки женщина имѣла трое срочныхъ родовъ и два выкидыша. При настоящей беременности, несмотря на энергичныя родовыя схватки, никакого измѣненія шейки, головка уклонилась въ лѣвую подвздошную впадину, во входъ не низводится. Изъ опасенія разрыва матки кесарское сѣченіе, сопровождавшееся надвлагалищнымъ удаленіемъ матки изъ-за плотныхъ сращеній матки съ брюшной стѣнкой.

Séance du 9 et 19 mars 1908.

176. Func-Brentano et Pottet.—*Un nouveau cas d'inversion utérine aiguë spontanée.*—Новый случай острого самопроизвольнаго выворота матки.

Подобные вывороты очень рѣдки; обуславливаются обыкновенно вялостью матки, прикрѣпленіемъ и приращеніемъ дѣтскаго мѣста къ дну матки и излитіемъ крови въ плодные оболочки. Всѣ эти условія имѣли мѣсто въ описываемомъ случаѣ; больная умерла отъ потери крови черезъ 6 часовъ послѣ операціи вправленія.

177. Ch. Maugrier.—*Hémorragie cérébrale chez une éclamptique après un seul accès. Mort.*—Мозговое кровоизліяніе у экламптики послѣ однократнаго приступа. Смерть.

Второродящая, послѣ первыхъ преждевременныхъ родовъ мертвымъ плодомъ, заболѣваетъ эклампсію на 7-мъ мѣсяцѣ и умираетъ послѣ одного приступа на другой день. На вскрытіи обширное кровоизліяніе въ области Варолева моста. Случай, показывающій, что мозговья кровоизліянія не стоятъ въ связи съ тяжестью эклампсіи и не зависятъ отъ сильнаго повышенія кровяного давленія, которое въ данномъ случаѣ было незначительнымъ.

Л. Ульяновскій.

Обзоръ англійской акушерско - гинекологической литературы.

178. Arnold Lea and Sidebotham.—*The Bacteria of the Puerperal Uterus, with Especial Reference to the Presence of Haemolytic Streptococci.* (Journ. of Obst. a. Gynaec. of the Brit. Emp. January. — Бактеріи послѣродовой матки съ обращеніемъ особаго вниманія на присутствіе стрептококковъ, вызывающихъ раствореніе крови.

Авторами изслѣдованы 58 женщинъ съ 2-го по 9-й день послѣ родовъ, при чемъ микроорганизмы найдены въ каналѣ шейки и полости матки въ 80%. Микроорганизмы эти были, главнымъ образомъ, тѣ же, что и во влагалищномъ отдѣленіи во время беременности и въ этомъ можно видѣть указаніе на то, что микроорганизмы могутъ подниматься въ верхніе отдѣлы полового пути уже съ первыхъ дней послѣ родовъ. На клиническомъ теченіи послѣродового періода въ большинствѣ изслѣдованныхъ случаевъ присутствіе микроорганизмовъ не отражалось. Стрептококки удалось опредѣлить и посѣять въ 20% всѣхъ случаевъ и они часто обладали рѣзкой степенью гемолиза. Присутствіе стрептококковъ, обладающихъ гемолизомъ, въ выдѣленіяхъ матки и рукава само по себѣ не можетъ быть разсматриваемо какъ указаніе на присутствіе инфекции.

179. James Ross.—*The Treatment of acute general septic Peritonitis.* (Amer. Journ. of Obstetr. etc. September). — Лечение острого общаго септического воспаленія брюшины.

Prof. Ross (Toronto, Canada) является очень ревностнымъ проповѣдникомъ хирургическаго вмѣшательства при остромъ септическомъ перитонитѣ, ставя въ принципъ «сначала хирургическое вмѣшательство, а затѣмъ опіаты». Операция можетъ принести пользу лишь при началѣ воспаленія брюшины и въ качествѣ распознавательнаго признака Ross считаетъ ригидность брюшныхъ мышцъ, распространяющуюся на весь животъ. Чѣмъ раньше сдѣлана операция, тѣмъ больше надежды на спасеніе. Путемъ опыта R. дошелъ до отрицанія всякаго дренажа и, промывъ основательно брюшную полость физиологическимъ растворомъ, заведя для этого толстый, тупой троакаръ во всѣ углы брюшной полости, онъ закрываетъ брюшную рану наглухо. При выхожденіи кишекъ во время операціи и явленіяхъ шока авторъ примѣняетъ приподнятіе брюшныхъ стѣнокъ кверху, заводя подъ края разрѣза по два пальца съ каждой стороны. Никакихъ протираній кишекъ не надо производить, онѣ только обмываются. Результаты, получаемые авторомъ, не особенно утѣшительны (37 смертей и 25 выздоровленій), но все же послѣднія серіи все лучше и лучше протекаютъ, благодаря нѣкоторымъ выработавшимся правиламъ: не предпринимать вмѣшательства въ случаяхъ на умирающихъ, оперировать возможно раньше, и отъ улучшенія техники; послѣ большого разрѣза разыскиваютъ исходную точку процесса, а затѣмъ промываютъ всѣ закоулки брюшной полости; въ дальнѣйшемъ—морфій (опій) въ большихъ дозахъ вплоть до явленій отравленія (рѣдкое дыханіе), что какъ бы задерживаетъ всасываніе. Дренажъ сталъ R. отвергать, на основаніи того, что онъ мало служитъ своей цѣли, ведетъ къ спайкамъ и сращениямъ и ненуженъ, такъ какъ при промываніи брюшной полости экссудатъ разбавляется соевымъ растворомъ и можно рассчитывать на силу фагоцитовъ, которая справляется съ инфекціей; дренажъ по R., задерживаетъ выздоровленіе, мучитъ больныхъ, вызываетъ грыжи и увеличиваетъ возможность новаго зараженія при нѣсколькихъ ранахъ. Перитониты гонорройнаго происхожденія протекаютъ иначе и рѣже требуютъ хирургическаго вмѣшательства. Больныя Ross'a могутъ принимать любое, пріятное имъ положеніе, за исключеніемъ сидячаго. Заканчиваетъ свою статью R. такъ: надо оперировать рано, дѣлать широкій разрѣзъ, возстановлять тщательно прежнія отношенія, основательно промывать, работать нѣжно и быстро, закрывать рану наглухо и затѣмъ поддерживать глубокой наркозъ (опій).

180. Hugo Ehrenfest. — *Endometritis exfoliativa — dysmenorrhoea membranacea.* (Amer. Journ. of Obstetr. etc. September).

Еще до появленія статьи Hitchmann'a и Adler'a на эту тему (Mon. f. Geb. u. Gyn. 1908) авторомъ были закончены изслѣдованія и намѣченъ планъ излагаемой работы, и выпуская, ее авторъ хочетъ констатировать, что его собственныя изслѣдованія и выводы по всѣмъ

пунктамъ подтверждаютъ взгляды приведенныхъ авторовъ. Изслѣдованія Е. производилъ на 8 отдѣлившихся пленкахъ, полученныхъ отъ трехъ больныхъ. Приводятся исторіи болѣзни послѣднихъ и микроскопическія картины изслѣдованій. Выводы же автора таковы: оболочки, изгнанныя во время менструаціи въ случаяхъ такъ называемой dysmenorrhoea membranacea даютъ типичную гистологическую картину нормальной слизистой оболочки во время регуль. Эта картина такъ близко походить на очень молодую, истинную, отпадающую оболочку, что иногда нѣтъ возможности поставить точный дифференціальный діагнозъ. Отслойка этихъ пленокъ не есть результатъ воспалительнаго процесса, но обусловливается усиленной степенью извѣстныхъ, нормальныхъ и физиологическихъ измѣненій маточной слизистой оболочки во время менструаціи. Въ это время эндометрій раздѣляется на два опредѣленныхъ слоя, плотный и губчатый. Это подраздѣленіе представляетъ изъ себя особенную причину въ процессѣ отслойки. Активная роль въ отслоикѣ принадлежитъ, вѣроятно, процессамъ перерожденія или кровоизліяніямъ, которыя разрушаютъ тонкія, межжелезистыя перегородки губчатого слоя. Если внутренній зѣвъ канала шейки слишкомъ малъ для безпрепятственнаго прохожденія отслоившихся пленокъ, то онѣ изгоняются сильными и болѣзненными сокращеніями матки.

181. Goodall. — *Molluscum contagiosum of the genitals in husband an wife and of the face and neck in their infant boy.* (Amer. Journ. of Obstetr. etc. September). *Molluscum contagiosum на половыхъ органахъ мужа и жены и на лицѣ и на шеѣ у ихъ ребенка.*

У мужа на тѣлѣ penis'a появились сначала одно, а затѣмъ еще десять образованій mollusci contagiosi въ то время, какъ жена была 4 мѣсяца беременна; первое заболѣваніе у жены проявилось на 16-й день послѣ срочныхъ родовъ и выразилось въ видѣ 19 образованій въ области наружныхъ половыхъ частей, промежности и задняго прохода, но ихъ не удалось найти ни въ рукавѣ, ни на шейкѣ матки. Черезъ 11 мѣсяцевъ проявилась болѣзнь и у ребенка на лицѣ, шеѣ и плечѣ. Авторъ отмѣчаетъ рѣдкость заболѣванія, затѣмъ путь зараженія, при чемъ приписываетъ локализацию заболѣванія у ребенка прямому зараженію отъ матери, чему соотвѣтствуетъ положеніе его при родахъ (1 затыл.) и большее пораженіе лѣвой половины частей у матери.

Л. Кривскій.

ХРОНИКА.

53) На засѣданіи гинекологической секціи New-York Academy of Medicine 23 апрѣля 1908 г., D-r Henry De Forest сообщилъ о случаѣ истиннаго гермафродитизма, показавъ фотографію субъекта. Изложеніе случая не ясно, и заставляетъ очень скептически относиться къ нему. 24-лѣтній индивидъ жилъ въ качествѣ молодой дѣвицы, познакомился съ семьей, состоящей изъ 51-лѣтняго отца и 18-лѣтней дочери, сначала сошелся съ отцомъ и имѣлъ отъ него ребенка, а затѣмъ сблизился съ дочерью и послѣдняя отъ него (?) забеременѣла. При женскомъ сложеніи верхней части туловища обнаруженъ penis и оба яичка въ расщепленной мошонкѣ, рукавъ, черезъ который протискивается матка; присутствіе яичника нужно допустить на основаніи бывшей беременности. Amer. Journ. of Obst. etc. Septembere P. 486.

59) Въ Мариенбадѣ образовался Союзъ для устройства въ Мариенбадѣ мѣста отдохновенія для врачей, ärztlicher Erholungshheim. Первое собраніе Союза состоялось 8 мая прошлаго года. И уже въ нынѣшнемъ году, въ распоряженіе врачей, желающихъ отдохнуть и восстановить здоровье, будетъ предоставлено не менѣе 40 комнатъ, не говоря уже о цѣломъ рядѣ льготъ относительно стола, пользованія курортомъ, театромъ, читальнями и т. д. Дѣйствительными членами являются врачи, вносящіе въ годъ 5 кронъ (около 2½ руб.).

60) Итальянское правительство вноситъ проектъ закона, относительно созданія кассъ материнства, являющійся дополненіемъ къ изданному 8 лѣтъ назадъ закону, относительно женскаго и дѣтскаго труда. Согласно новому законопроекту, всѣ работницы отъ 15 до 50-лѣтняго возраста и всѣ работодатели облагаются извѣстнымъ денежнымъ взносомъ, именно 0,75 лиры. Послѣ родовъ или послѣ выкидыша всякая работница получаетъ единовременное пособіе въ 30 лиръ (около 12 руб.). Пособіе должно быть непременно вручено лично родильницѣ, и она должна, по меньшей мѣрѣ, 30 дней воздерживаться отъ работы. Для того, чтобы она могла вернуться къ работѣ уже черезъ 3 недѣли, необходимо особое постановленіе.

61) Въ Мюнхенѣ учреждена санаторія для грудныхъ дѣтей, роскошно устроенная, снабженная столовою для кормящихъ, молочной кухней и стационарнымъ отдѣленіемъ для грудныхъ дѣтей. Въ молочной кухнѣ работаютъ аппараты, сдѣланные по американской системѣ. Въ стационарномъ отдѣленіи имѣется достаточное число кормилицъ и всѣ приспособленія для ухода. Палаты отдѣланы стеклянными стѣнами. Ванны сдѣланы изъ англійской огнеупорной глины и помѣщаются въ особыхъ ваннахъ комнатахъ. Для очень слабыхъ дѣтей имѣется согрѣвательная комната съ электрической вентиляціей. Во главѣ санаторіи стоитъ дѣтскій врачъ Reinach.

62) Испанское правительство предполагаетъ ввести пенсію для вдовъ и дѣтей врачей, сдѣлавшихся жертвами профессиональнаго долга во время эпидемій.

63) Въ Вѣнѣ основана дѣтская санаторія для грудныхъ дѣтей, по образцу устроенныхъ въ Шарлотенбургѣ, Дрезденѣ и другихъ мѣстахъ. Общество Краснаго Креста пожертвовало баракъ на 12 дѣтей. Князь Шварценбергеръ бесплатно предоставилъ со своей фермы молоко

для грудных дѣтей. Благодаря этимъ и другимъ пожертвованіямъ расходъ на содержаніе значительно уменьшается.

Медиц. Обзор. № 3—4.

64) Butte (Ann. d. thérap. dermatol. et syphilog. 1908 № 6) на основаніи статистическихъ данныхъ, взятыхъ изъ записей парижскихъ больницъ, считаетъ, что венерическія болѣзни, главнымъ образомъ, распространяются тайными безконтрольными проститутками. Въ 1906 г. въ больницѣ св. Лазаря было 662 сифилитички и 702 больныхъ другими венерическими болѣзнями. Изъ 42 домовъ терпимости Парижа съ 420 обитательницами ихъ не поступило ни одного случая сифилиса и только 5 случаевъ другихъ венерическихъ заболѣваній. Изъ 5776 находящихся подъ контролемъ проституттокъ было констатировано лишь 4,0% сифилитичекъ, тогда какъ между тайными проститутками было зарегистрировано 22,4% заболѣваній сифилисомъ въ 1906 г. и 18,9% въ 1905 г. Такимъ образомъ, эти цифры говорятъ въ пользу регламентаціи проституціи.

54) Въ институтѣ имени Морозовыхъ для улучшенія способовъ леченія опухолей черезъ помощника директора института прив.-доц. В. М. Зыкова поступило крупное пожертвованіе въ 5000 руб., отъ О. А. Лопатиной въ память А. А. Бѣляевой съ тѣмъ, чтобы проценты съ этого капитала шли на пополненіе научной бібліотеки при институтѣ.

55) Англійскій изслѣдователь лучей Roëntgen'a Harry W. Сох сдѣлался жертвой своихъ изслѣдованій. Нѣсколько лѣтъ назадъ ему была произведена ампутація пальца лѣвой руки, а въ настоящее время удалены три пальца правой руки.

56) Согласно рѣшенію ганзейскаго суда, полиція имѣетъ, на основаніи гамбургскаго закона 9 іюня 1826 г., право вмѣшиваться, если ей становится извѣстно, что человѣкъ съ венерической болѣзью заразилъ женщину. Въ виду возможности дальнѣйшаго зараженія полиція имѣетъ право подъ угрозой штрафа требовать представленія свидѣтельства врача о состояніи здоровья или освидѣтельствованія черезъ полицейскаго врача. Эти требованія могутъ быть предъявляемы даже только при подозрѣніи на существованіе у даннаго человѣка венерической болѣзни, такъ какъ общественный интересъ требуетъ въ этомъ случаѣ выясненія истины.

Allg. med. Cent. Ztg. № 7.

57) Проф. Л. Л. Левшинъ, директоръ института для больныхъ злокачественными опухолями, вошелъ въ медицинскій факультетъ Московскаго Университета съ проектомъ устройства при названномъ институтѣ особаго помѣщенія для содержанія антропоморфныхъ обезьянъ съ цѣлью изученія природы злокачественныхъ опухолей и методовъ ихъ леченія. Для разработки этого проекта была избрана медицинскимъ факультетомъ комиссія въ составѣ: проф. Л. Л. Левшина, В. А. Тихомирова, Н. Ю. Зографъ, І. А. Кожевникова и прив.-доц. Н. М. Бересткова. Комиссія признала возможнымъ при соблюденіи всѣхъ предосторожностей доставить лѣтомъ въ Москву нѣсколько экземпляровъ шимпанзе и содержать ихъ въ особу для того постоеннаго зданія при условіи, что оно будетъ выстроено при соблюденіи самыхъ строгихъ требованій гигиены, причѣмъ долженъ быть принятъ во вниманіе опытъ лучшихъ заграничныхъ зоологическихъ садовъ и въ особенности зоологическаго парка Гагенбека Штеллингамъ, около Гамбурга. По предварительному проекту, зданіе для человѣкообразныхъ обезьянъ должно состоять изъ двухъ

комнать, предназначенныхъ собственно для животныхъ (одна для дневнаго пребыванія и одна для сна), изъ лазарета, лабораторной комнаты и помѣщенія для служителя. По предварительной смѣтѣ на постройки такого зданія нужно не менѣе 13000 руб. Предполагается содержать четырехъ шимпанзе и при нихъ двухъ служителей. Фирма Гагенбекъ обѣщаетъ доставить шимпанзе средняго размѣра за 800 марокъ, не считая расходовъ по перевозкѣ.

58) 3 февраля московской городской управой уволенъ отъ службы старшій врачъ городского родильнаго дома при Бахрушенской больницѣ П. К. Юрасовскій завѣдывавшій учрежденіемъ съ самаго его основанія. Увольненіе послѣдовало вслѣдствіе конфликта между д-ромъ Юрасовскимъ и главнымъ докторомъ больницы С. Ф. Чижевскимъ, возникшимъ на почвѣ служебныхъ отношеній.

65) Король Эдуардъ на дняхъ собирается обнародовать хартию, которой страна будетъ извѣщена, что онъ учреждаетъ Королевскій институтъ радія, специальное назначеніе котораго—служить высшимъ научнымъ учрежденіемъ для изслѣдованія чудодѣйственныхъ силъ и свойствъ этого элемента. При институтѣ будетъ устроена клиника для леченія радіемъ больныхъ. Институтомъ будетъ руководить совѣтъ изъ первѣйшихъ въ Англій ученыхъ: лейбъ-медикъ Короля Тревъ, профессора Рамзай и Томсонъ. Эрнестъ Кессель, одинъ изъ извѣстнѣйшихъ филантроповъ Англій, пожертвовалъ новому институту значительную сумму денегъ. Образованъ синдикатъ для добыванія въ Корнваллисѣ радія изъ нѣдръ земли.

Русс. Жур. Кож. и Венер. Болѣз. № 1.

66) Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ разрѣшено правленію союза общества помощниковъ врачей въ Москвѣ созвать въ г. Кіевѣ съ 10 по 17 Іюня текущаго года второй съѣздъ фельдшеровъ, фельдшерницъ и акушеровъ для обсужденія вопроса объ условіяхъ труда названныхъ лицъ въ различныхъ учрежденіяхъ.

67) Въ Москвѣ открывается убѣжище для туберкулезныхъ женщинъ съ отдѣльнымъ приютомъ для дѣтей. Практ. Вр. № 6.

68) 24 февраля въ 1-мъ уг. отдѣленіи окружнаго суда началось слушаніе дѣла врача-акушера, директора гинекологической лечебницы, что по Загородному, А. А. Корабевича. На той же самой скамьѣ подсудимыхъ онъ уже сидѣлъ 2—3 года тому назадъ и покинулъ ее для поступленія въ исправительныя отдѣленія на 4 года, но въ силу Высочайшаго повелѣнія наказаніе было ограничено 6-ю мѣсяцами тюремнаго заключенія безъ лишенія правъ. Отбывъ наказаніе, Корабевичъ опять принялся за практику и „лечебница“ попрежнему стала осаждаться паціентками, большій процентъ которыхъ, какъ это выяснилось изъ осмотра книгъ, падалъ на женщинъ, стремившихся по тѣмъ или другимъ причинамъ освободиться отъ материнства. Дѣла доктора шли хорошо и грозное прошлое повидимому ничему не научило его.

Лѣтомъ 1908 г. къ Корабевичу обращается служившая въ городскомъ управленіи двор. Славинская, а недѣли черезъ двѣ она умираетъ отъ „брюшнаго тифа“ какъ гласитъ выданное Корабевичемъ свидѣтельство о ея смерти. Отецъ покойной, фельдшеръ по профессіи, навѣстивъ дочь за три дня до смерти, нашелъ ее совершенно больной. „Знобитъ“, жаловалась она, но рецептъ доктора показать не хотѣла. 28 мая ея уже не стало. Вызванный по телефону Славин-

скій застаетъ у покойницы Корабевича. Докторъ предупредителенъ, онъ предлагаетъ Славинскому денегъ, но тотъ отказывается. Покойницу похоронили, а черезъ нѣсколько дней Славинскій является къ прокурору и проситъ привлечь Корабевича къ уголовной отвѣтственности за неправильное леченіе, послѣдствіемъ чего была смерть его дочери. Въ вещахъ покойной былъ найденъ рецептъ раствора сулемы, который употребляется при операціяхъ въ маткѣ. Просмотрѣли другіе рецепты и среди нихъ оказались „маточные рожки“. Затѣмъ выяснилось, что покойная обращалась къ д-ру Гувиму съ просьбою сдѣлать ей выкидышъ, но тотъ отказался. Позднѣе Славинскій сообщилъ по секрету своей сослуживицѣ, что ей нужно „освободиться“; замужъ выходить она не хочетъ, а на службѣ замѣтаетъ. Затѣмъ той же подругѣ она сообщила, что „лечиться“ уже начала и заплатила „за это“ 80 р. Началось слѣдствіе. Тѣло было вырыто, вскрыто, а внутренности подвергнуты химическому анализу. Признаковъ брюшного тифа найдено не было, причиною же смерти было гнилокровіе, явившееся по всей вѣроятности послѣдствіемъ выкидыша. Корабевичъ продолжалъ настаивать на брюшномъ тифѣ, но затѣмъ показаніе свое измѣнилъ: покойная приходила къ нему уже послѣ выкидыша, сдѣланнаго очевидно какой-то акушеркой, но передъ смертью она взяла съ него клятву молчать. Онъ пытался припутать акушерку Гетнеръ, ѣздилъ къ начальству фельдшера Славинскаго, прося „коллегу“ подѣйствовать на подчиненнаго, чтобы не поднимать дѣла, наконецъ стремился бросить тѣнь на другого врача, но всѣ эти попытки остались безъ результата. На вопросъ, признаетъ ли онъ себя виновнымъ, Корабевичъ категорически отвѣтилъ: „Абсолютно не признаю“. Защищали его пр. пов. отецъ и сынъ Бобрищевы-Пушкины, обвиненіе поддерживалъ тов. прокурора Виноградскій, а гражданскій искъ, заявленный отцомъ покойной,—пр. пов. Трахтеревъ. Процессъ длился до 2 Марта. Судъ приговорилъ Корабевича по лишеніи всѣхъ правъ и преимуществъ къ арестантскимъ отдѣленіямъ на 6 лѣтъ и постановилъ подвергнуть приговоръ на Высочайшее благоусмотрѣніе въ виду того, что Корабевичъ дворянинъ.

Нов. Время.

Исполнительный Комитетъ Общества борьбы съ раковыми заболеваниями доводитъ до свѣдѣнія, что съ 20-го ноября 1908 года при городской Литейной лечебницѣ, уг. Преобр. ул. и Саперн. пер. д. 24—34, Петербургскою городскою Санитарною Коммиссіею открыта специальная лабораторія для микроскопическаго изслѣдованія новообразованій половыхъ органовъ женщины. Въ эту лабораторію врачи приглашаются присылать взятый ими отъ больныхъ подозрительный матеріалъ, или непосредственно самихъ больныхъ для полученія пробныхъ соскобовъ и вырѣзокъ, причемъ въ лабораторіи производится безвозмездно изслѣдованіе и установка микроскопическаго распознаванія. О результатѣ изслѣдованія приславіе будутъ освѣдомлены въ ближайшіе дни письменно. Приемъ препаратовъ для микроскопическаго изслѣдованія производится ежедневно съ 12 до 2 час. дня; приемъ больныхъ, нуждающихся въ микроскопическомъ распознаваніи,—по вторникамъ, средамъ и субботамъ съ 1 ч. до 2 час. дня. Завѣдующая лабораторіей К. П. Улезко-Строгонова.

Редакторы | Г. Рейнъ.
| Л. Личкусъ.

Журналы и книги, присланные въ редакцію.

(Переданы въ бібліотеку Общества).

- 1) Русскій Врачъ № 6—9;
- 2) Практическій Врачъ № 6—8.
- 3) Врачеб. Газета № 6—9;
- 4) Сибирская Врачебная Газета № 5—8;
- 5) Фельдш. Вѣстникъ № 7—9;
- 6) Хирургія. Январь—Февраль;
- 7) Акушерка № 3;
- 8) Русскій Журн. Кожн. и Венер. Болѣзней. Январь;
- 9) Вѣстникъ Офтальмологіи. Январь.
- 10) Медиц. Обзорѣніе № 3—4;
- 11) Харьков. Медиц. Журналь. Январь;
- 12) Обществен. Врачъ № 3—4;
- 13) Зубоврачебный Миръ № 8—9;
- 14) В. Медиц. Журналь. Мартъ;
- 15) Журналь Медиц. Химіи и Органотерапіи 1908. Сентябрь;
- 16) Соврем. Медицина № 1.
- 17) Соврем. Клиника и Терапія № 2;
- 18) Универс. Извѣстія № 1;
- 19) Проф. Чи жъ. Матеріалы къ исторіи Юрьевскаго Университета;
- 20) Березнеговскій. О пересадкѣ мочеточниковъ въ кишечникъ;
- 21) Образцовъ. Лечение сифилиса больш. дозами ртути. Отд. оттискъ изъ В. Мед. Жур.;
- 22) Gazette Médicale de Paris № 31;
- 23) Revue Clinique d' Andrologie et de Gynécologie № 167;
- 24) Annales de Gynécologie. Février.
- 25) Annales de Physiothérapie № 1;
- 26) Bulletin de la Société d' Obstétrique de Paris № 1;
- 27) Le Monde Médical № 333, 337;
- 28) Casopis Lékaruv Ceskych № 8—11;
- 29) Medycyna № 8—11;
- 30) Gaseta Zekarska № 8—11;
- 31) Revue de Médecine Tchèque № 3;
- 32) Zdrowie № 3.

Новыя книги по Акушерству и Гинекологіи,

поступившія въ продажу въ книжномъ магазинѣ **Н. Л. Риккера.**
Спб. Невскій пр., 14.

- Штоль, Dr. К.** Записки по Женскимъ болѣзнямъ 1909, 4 р.
- Adraham, Dr. O.** Verhaltensmassregeln für Schwangerschaft, Entbindung u. Wochenbett für Mütter u. Pflegerinnen, 1909 — 28 к.
- Bluhm, Dr. med. Agnes,** Die Stillungsnot ihre Ursachen u. d. Vorschläge z. ihrer Bekämpfung 1909 — 1 р. 10 к.
- Hackl, Dr. M.** Leichte Entbindung gemeinverständl. Anweisungen 1909 — 83 к.
- Hölzl, M.** die Mutter. Ein Geleitwort f. d. junge Frau. 6 verbess. Aufl. 1909 — 55 к.
- Knapp, Prof. Dr. L.** Theologie u. Geburtshilfe. 1908 — 3 р. 30 к.
- Küstner, Prof. Dr. O.,** Kaiserschnitt, Rückblicke u. Ausblicke. 1909 — 1 р. 65 к.
- Maygrier, Ch. u. Schwab, A.** Précis d'obstétrique. 1909 — 5 р. 40 к.
- Sellheim, Prof. Dr. H.** Die Reize der Frau und ihre Bedeutung für den Kulturfortschritt. mit 1 Tafel. 1909 — 88 к.
- Stewart, N. a. Joung, J.** Practical Gynaecology. 1909 — 3 р.
- Zeitschrift, f. d. gesamte deutsche, oesterreichische und schweizerische Hebammenwesen,** herausg. v. G. Burckhard, P. Rissmann, H. Walther Bd. I. H. 1. — за годъ 7 р. 70 к.

E. Merck

фабрика химическихъ препаратовъ, Darmstadt.

Dionin,

легко растворимое въ водѣ при нейтральной реакціи производное морфія, безъ побочныхъ явленій послѣдняго. Прекрасное **болеутоляющее** и **успокаивающее средство** при болѣзненныхъ страданіяхъ женской половой сферы.

Stypticin

на основаніи долготѣтнаго, обширнаго опыта признанъ какъ **безусловно надежное кровеостанавливающее средство** при всѣхъ, независящихъ отъ анатомическихъ измѣненій, кровотеченіяхъ изъ матки послѣ выкидыша и родовъ, въ особенности же при функциональныхъ кровотеченіяхъ.

Tropococain,

благодаря своимъ обезболивающимъ свойствамъ и относительной неядовитости, считается лучшимъ анестезирующимъ средствомъ. Въ особенности **рекомендуется для спинномозговой анестезіи**, преимущественно въ гинекологической практикѣ.

Perhydrol.

Химически чистая перекись водорода — Merck, абсолютно лишена кислотности; 30 вѣс. процентовъ $H_2O_2 = 100$ объем. проц. **Превосходное дезинфицирующее и антисептическое средство** съ дезодорирующими и кровеостанавливающими свойствами, вслѣдствіе чего особенно рекомендуется для акушерскихъ и гинекологическихъ цѣлей.

СПБ. Гинекологическій Институтъ.

5-я Рождественская, д. 4 прот. ул. Жуковского,
устроенъ на 75 кроватей, въ специально выстроен. зданіи.

Пріемъ больныхъ, страдающихъ женскими, акушерскими
и хирургическими болѣзнями.

Особое вниманіе обращено на примѣненіе консерва-
тивныхъ методовъ леченія, для каковой цѣли имѣются
вполнѣ оборудованныя: водолечебница, грязелечебница, электро-
лечебница и свѣтолечебница и отдѣленіе для гимнастики и массажа.

Плата: отдѣльная комната отъ 4 руб., общая отъ 3 руб.
Амбулаторный пріемъ ежедневно отъ 11 до 4 ч. и отъ 7 до 8 ч. веч.

Телефонъ 23-59 и 73-03.

Институтъ открытъ въ теченіи всего года.

Открыта подписка на 1909 годъ
НА ЖУРНАЛЪ

„МЕДИЦИНСКОЕ ОБОЗРѢНІЕ“

С п р и м о н а,

издаваемый Обществомъ Русскихъ врачей въ Москвѣ,

подъ редакціей д-ра **Ө. Н. РЕМЕЗОВА**.

Съ 1909 года журналъ вступитъ въ 36 годъ своего существованія,
являясь однимъ изъ старѣйшихъ медицинскихъ периодическихъ изданій.
Журналъ будетъ выходить книжками отъ 5 до 7 листовъ, дважды въ мѣсяць,
за исключеніемъ іюня, іюля и августа, когда онъ выходитъ по одному разу.

Програма журнала: оригинальныя статьи и рефераты по всемъ от-
рясамъ медицины, съ обращеніемъ особеннаго вниманія на клиническую
медицину, рецензіи новыхъ книгъ, отчеты о засѣданіяхъ московскихъ меди-
цинскихъ Обществъ, научныя новости и т. п. Съ 1907 года значительное мѣсто
дается отдѣлу общественной медицины (земской городской, фабричной), для
чего, кромѣ оригинальныхъ статей, ведется общественно-медицинская хроника.

Въ видѣ отдѣльныхъ приложений печатаются подробные протоколы
Общества Русскихъ Врачей.

Въ редакціи журнала *Медицинское Обозрѣніе* принимаютъ участіе за-
вѣдующіе отдѣлами: проф. **Л. Е. Голубиницъ** (внутреннія болѣзни), д-ръ
Г. Л. Грауэрманъ (акушерство и женскія болѣзни), проф. **Н. С. Корсаковъ**
(дѣтскія болѣзни), проф. **А. В. Мартыновъ** (хирургія), прив.-доц. **М. А. Чле-
новъ** (кожныя болѣзни и венерическія), пр.-доц. **П. А. Преображенскій**
(нервныя болѣзни и психіатрія), докторъ **И. М. Рахманиновъ** (патологическая
анатомія), д-ръ **Ө. Н. Ремезовъ** (четвертый и пятый отдѣлы журнала), проф.
С. І. Червинскій (фармакологія), д-ръ **А. И. Скибневскій** (общественная ме-
дицина и гигиена).

Подписка принимается въ редакціи (Трубниковскій пер., д. Чегодаевой,
кв. д-ра **Ө. Н. Ремезова**), въ книжномъ магазинѣ **А. Ланга** (Кузнецкій мостъ),
въ лечебницѣ Общества Русскихъ врачей и у д-ра **А. А. Киселя** (1 Мѣщан-
ская Дѣтская больница св. Ольги), къ которому и просятъ обращаться ино-
городныхъ подписчиковъ.

Цѣна за годъ 10 руб., за полгода 5 руб.

Плата за объявленія: цѣлая страница 20 руб., 1/2 страницы 12 руб..

1/4 страницы 6 руб. 50 коп. за одинъ разъ.

По постановленію 8-го Съѣзда при обществѣ Россійскихъ Хирурговъ учрежденъ фондъ имени проф. П. И. Дьяконова для выдачи премій за научныя работы по хирургіи. Приемъ взносов въ фондъ производится казначеемъ Общества Ф. И. Березкинымъ — Москва, Яузская Больница.

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

О Р Г А Н Ъ

общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева, проф. Н. М. Попова, проф. Н. А. Миславскаго и проф. В. П. Осипова.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ періодически четырьмя книжками въ общемъ объемѣ до 60 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками въ табл. и въ текстѣ. Подписная цѣна на годъ 6 руб. Отдѣльныя книжки по 2 руб. Журналъ посвящается невропатологіи и психіатріи съ судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологіи и эмбриологіи нервной системы, нервной физиологіи и психологіи.

П Р Г Р А М М А: оригинальныя статьи и лекціи по всѣмъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературные обзоры, рефераты и рецензіи, относящіяся къ тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается *въ редакціи* (Казань, Университетъ, психофизиологическая лабораторія) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всѣми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльныхъ выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приему помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться *въ редакцію* (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ» просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. Н. А. Миславскаго (Казань), проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней), проф. Н. М. Попова (Одесса) и проф. В. П. Осипова (Казань). Размѣръ статей не долженъ превышать 5 печатныхъ листовъ, печатаніе свѣше производится въ счетъ автора. Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя предсѣдателя Общества. Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распредѣленіе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условий, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи получаютъ 50 экз. отд. оттисковъ бесплатно.

Авторы и издатели, желающіе прислать свои изданія въ редакцію или въ бібліотеку О-ва, благоволятъ адресовать таковыя на имя *редакціи* (Казань, Университетъ). *О каждой книжкѣ или брошюрѣ, поступившей въ редакцію или въ бібліотеку общества, будетъ объявлено въ ближайшемъ выпускѣ журнала.*

Стоимость журнала за 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902 г по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи Н. А. Донсковъ.

Вѣстникъ Офтальмологіи (XXVI годъ),

издаваемый проф. Беллярминовымъ, Головинымъ, Евецкимъ и прив.-доц. Люткевичъ, будетъ выходить въ 1909 году *ежемесячно* книжками въ 4—5 и болѣе листовъ по слѣдующей программѣ: 1. Самостоятельныя статьи. 2. Систематическіе рефераты. 3. Отчеты Офтальмологическихъ Обществъ. 4. Русская Офтальмологическая библиографія. 5. Офтальмологическая хроника.

Подписная цѣна девять руб. съ перес. и доставк. Подписка принимается въ редакціи (Москва, Кудринская площ., д. № 1, кв. 12) и книжномъ магазинѣ А. Лангъ (Москва, Кузнецкій Мостъ, 13).

Редакторъ, прив.-доц. А. Люткиевичъ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на

„ВОЕННО-МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ“

1909 годъ (87й изд.).

„Военно-Медицинскій Журналъ“ выходитъ *ежемесячно* книжками не менѣе 12 листовъ и содержитъ, кромѣ officialной части, слѣдующіе отдѣлы:

ВРАЧЕБНАЯ ЧАСТЬ.

А. Вспомогательныя отрасли медицины (какъ-то анатомія, физиологія, патологія и исторія медицины). **Б. Практическая медицина:** 1) Хирургія. 2) Внутреннія болѣзни. 3) Гигіена и военно-санитарное дѣло. 4) Прочія отрасли практической медицины. **В. Обзорніе текущей медицинской литературы.** 1) Вспомогательныя отрасли медицины. 2) Хирургія. 3) Внутреннія болѣзни. 4) Военная медицина. 5) Прочія отрасли практич. медицины. **Г. Критика и библиографія.** **Д. Отчеты и корреспонденціи.** **Е. Извѣстія, касающіяся врачебнаго быта.** **Ж. Отвѣты на запросы читателей и сотрудниковъ.**

По примѣру прошлаго года редакція имѣетъ въ виду, по мѣрѣ своихъ матеріальныхъ средствъ, снабжать своихъ читателей *безплатными* приложеніями въ видѣ сочиненій по практическимъ отраслямъ медицины.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ Редакціи Военно-Медицинскаго Журнала (при Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи), Караванная улица д. № 1

Цѣна на годовое изданіе для военныхъ врачей 6 рублей съ пересылкою, а для частныхъ подписчиковъ безъ пересылки или доставки 6 руб. 50 коп. а съ пересылкою 8 руб. Допускается разсрочка подписной платы по *полугодіямъ*.

Для личныхъ переговоровъ по дѣламъ редакціи отвѣтственный редакторъ принимаетъ по вторникамъ и пятницамъ отъ 1—2 час. дня, въ помѣщеніи редакціи, при Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи.

Отвѣтственный редакторъ И. Ф. Рапчевскій.

ЕЖЕМЪСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ

Медицинскія прибавленія

къ

Морскому Сборнику

будетъ выходить и въ 1909 году книжками отъ 4 до 5 листовъ.

Журналъ посвященъ преимущественно 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 руб. съ пересылкою.

Завѣдующій редакціей П. С. Тимиревъ.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

Годъ двадцать третій.

МАЙ и ЮНЬ 1909 г. №№ 5 и 6.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XVI.

О пограничныхъ областяхъ между хирургіей, гинекологіей и урологіей.

Рѣчь, произнесенная въ годичномъ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ. 8 января 1909 г.

Г. Е. РЕЙНА.

Милостивыя Государыни, Милостивые Государи!

Науки, какъ и отдѣльные индивидуумы и группы индивидуумовъ—государства растутъ, достигаютъ періода полного разцвѣта, старѣютъ, уступаютъ свое мѣсто другимъ, вступаютъ въ союзы съ другими, побѣждаютъ или сами остаются побѣжденными.

На моей памяти была въ періодѣ быстрого роста и полного разцвѣта химія. Она сдѣлала громадныя успѣхи, ею увлекались, ожидали отъ нея рѣшенія чуть ли не всѣхъ тайнъ жизни, рѣшенія экономическихъ и социальныхъ вопросовъ, такъ какъ казалось близко достижимымъ приготовленіе искусственнаго хлѣба.

Химія уступила мѣсто физикѣ. Появились новыя открытія въ области свѣта, электричества, новыя теоріи растворовъ. Взамѣнъ скромныхъ физическихъ кабинетовъ выстроились грандіозныя физическіе институты. Появилась пограничная область между химіей и физикой, и рѣчь идетъ уже о народненіи новой науки химіо-физики или физико-химіи.

Изъ болѣе близкихъ къ намъ клиническихъ дисциплинъ, терапія еще недавно занимала первое мѣсто.

Тонкіе діагнозы С. П. Боткина, основанные на примѣненіи точныхъ физическихъ методовъ изслѣдованія, тѣсная связь съ общей патологіей и патологической анатоміей окружали терапію ореоломъ науки, тогда какъ хирургія была чуть не ремесломъ, а, вслѣдствіе плохихъ исходовъ хирургическихъ операцій въ доантисептическое время, одно слово операція порождало безграничный страхъ въ пациентахъ.

На моей памяти хирургія воспрянула, ожила и теперь, благодаря своимъ успѣхамъ, заняла чуть не первое мѣсто между клиническими дисциплинами.

Народилась, выросла и окрѣпла хирургическая гинекологія. Акушерство подверглось коренному пересмотру, и изъ него исчезъ запахъ повивальной бабки, которымъ отдавали, по мѣткому выраженію Шредера, старинные учебники акушерства.

Народилась урологія и быстрыми шагами движется впередъ, стремясь занять равное мѣсто между своими старшими сестрами.

Ларингологія, ринологія и отіатрія тоже подверглись коренной переработкѣ подъ благотворнымъ вліяніемъ обновленной хирургіи.

Народилась и выросла въ самостоятельную науку бактериологія, а изъ нея развилась могучая отрасль терапіи-серотерапія. Ученіе объ иммунитетѣ разрослось въ цѣлую научную дисциплину, для разработки которой началъ издаваться на дняхъ спеціальныи журналъ. Ученіе Эрлиха о боковыхъ цѣпяхъ обѣщаетъ новыя открытія и пріобрѣтенія въ терапіи, столь же остроумныя, сколько и могущественныя.

Отъ времени до времени является потребность пересмотрѣть взаимныя отношенія вновь народившихся научныхъ отраслей другъ къ другу и къ ихъ старымъ родичамъ, точнѣе опредѣлить ихъ предметъ изученія и задачи.

Въ настоящемъ засѣданіи, Мм. Г-ни и Мм. Г-ри, я сдѣлаю попытку представить Вашему благосклонному вниманію взаимныя отношенія нашей спеціальности—гине-

кологіи къ хирургіи въ ея современномъ состояніи и къ новорожденной сестрѣ гинекологіи-урологіи.

При современномъ состояніи науки вопросъ о пограничныхъ областяхъ между гинекологіей, хирургіей и урологіей представляется столь обширнымъ, что въ настоящей краткой рѣчи могутъ быть отмѣчены только наиболѣе важные пункты и притомъ только въ самыхъ общихъ чертахъ. Болѣе подробное изложеніе этой животрепещущей темы я позволю себѣ отложить до другого раза.

Подъ гинекологіей въ дальнѣйшемъ изложеніи я буду понимать ученіе о женской половой сферѣ въ широкомъ смыслѣ слова, т. е. какъ акушерство, такъ и ученіе о женскихъ болѣзняхъ въ тѣсномъ значеніи этого слова.

Если понимать гинекологию въ указанномъ смыслѣ, то тѣсная связь ея съ хирургіей началась много вѣковъ тому назадъ, такъ какъ первыми акушерами были хирурги. Во Франціи, родинѣ Ambroise Paré, эта тѣсная связь осталась почти и до нынѣ.

Начавшаяся въ концѣ 18 столѣтія, съ эпохи основанія родильныхъ домовъ, дифференцировка акушерства отъ хирургіи едва не повела къ разъединенію и отдаленію этихъ двухъ сродныхъ вѣтвей медицинской науки, но нарожденіе и разцвѣтъ оперативной гинекологіи, происшедшія около середины 19 столѣтія, вновь ихъ тѣсно сблизили, къ взаимной ихъ выгодѣ.

Благодаря введенію новыхъ способовъ изслѣдованія—зеркала Симса, пулевыхъ щипцовъ и отчасти маточнаго зонда—а также благодаря введенію въ практику антисептическаго и асептическаго методовъ, столь сильно способствовавшихъ развитію и распространенію гинекологическихъ операций вообще и гинекологическихъ чревосѣченій въ частности, рухнула старая кисточковая терапия (Pinsel therapie), и на ея развалинахъ выросла и разцвѣла современная хирургическая гинекологія.

Гинекологія и хирургія въ ихъ современномъ состояніи, а также только что народившееся общее дѣтище ихъ—урологія, имѣютъ столь значительное число точекъ

соприкосновенія, что одно перечисленіе ихъ заняло бы не одинъ часъ времени и разумѣется завело бы насъ слишкомъ далеко.

Сегодня я хотѣлъ бы обратить вниманіе почтеннаго собранія особенно на тѣ вопросы, гдѣ сферы примѣненія разбираемыхъ нами специальностей еще не окончательно обозначены, гдѣ области работы хирурга, гинеколога, уролога еще не *достаточно размежеваны* и гдѣ въ будущемъ потребуется ихъ общая работа, ко благу больныхъ и въ интересахъ научнаго и практическаго развитія всѣхъ трехъ специальностей.

При этомъ я далеко не увѣренъ, что многоуважаемые товарищи будутъ со мною безусловно согласны въ тѣхъ или другихъ отдѣльныхъ мнѣніяхъ и воззрѣніяхъ, но буду счастливъ, если возбужденные мною вопросы послужатъ предметомъ дальнѣйшихъ споровъ, разъясненій и обсужденій.

Хирургія и гинекологія чаще всего соприкасаются въ слѣдующихъ областяхъ: 1) въ брюшной хирургіи, 2) при заболѣваніяхъ и пораженіяхъ кишечника и 3) при заболѣваніяхъ молочной железы.

Съ другой стороны, хирурги, гинекологи и урологи въ своей практической дѣятельности часто встрѣчаются 4) при заболѣваніяхъ почекъ и мочевыхъ путей.

Разсмотримъ же въ послѣдовательномъ порядкѣ намѣченные нами главные пограничные вопросы, а затѣмъ, коснувшись лишь въ общихъ штрихахъ нѣсколько болѣе частныхъ вопросовъ, постараемся сдѣлать общія заключенія.

1. Брюшная хирургія. Если мы обратимся къ исторіи брюшной хирургіи, то должны неоспоримо признать, что современная брюшная хирургія во многихъ отношеніяхъ обязана своимъ развитіемъ и современнымъ разцвѣтомъ двумъ чисто гинекологическимъ операціямъ—овариотоміи и міомотоміи.

Въ моемъ студенческомъ сочиненіи «Очеркъ историческаго развитія овариотоміи (оофероктоміи)» *), напи-

*) Двадцатипятилѣтіе ученой дѣятельности проф. Г. Е. Рейна. Кіевъ 1900 стр. 304.

санномъ въ 1874 году, на основаніи тщательныхъ литературныхъ изысканій было установлено, что оваріотомія была произведена впервые почти одновременно и независимо другъ отъ друга нѣсколькими лицами, а именно: неизвѣстнымъ французскимъ авторомъ въ 1812—1813 г., итальянцемъ Гаэтано Эмилио въ 1815 г., нѣмцемъ Хризмаромъ въ Вюртембергѣ въ 1819—1820 г. Несомнѣнно, однако, что первымъ, произведшимъ оваріотомію при кистѣ яичника былъ американецъ—практическій врачъ изъ Кэнтукки—Макъ-Доуэлль. Напоминаю почтеннымъ сочленамъ нашего Общества, что первая оваріотомія М. Д. была произведена въ 1809 г., такъ что въ нынѣшнемъ году оваріотомія должна праздновать первое столѣтіе своего существованія. Свои 3 первыхъ случая М. Д. кратко опубликовалъ только въ 1818 году. Отдѣльные оттиски этой статьи онъ послалъ въ Европу своему учителю Джону Беллю, который теоретически обосновалъ операцію оваріотоміи на своихъ лекціяхъ еще въ 1794 г., и такимъ образомъ Макъ-Доуэлль долженъ раздѣлить съ Д. Беллемъ, по всей справедливости, славу отца оваріотоміи.

Въ дальнѣйшемъ, первымъ оваріотомистамъ пришлось выдержать долгую, упорную борьбу за право существованія этой операціи. Помимо трудностей техники, имъ пришлось разрабатывать и діагностику кистъ яичниковъ и притомъ, къ сожалѣнію, чисто эмпирическимъ путемъ. Какая масса діагностическихъ ошибокъ была сдѣлана, доказываетъ большое число такъ называемыхъ неоконченныхъ оваріотомій.

Такъ, по статистикѣ Роберта Ли 1850 года, на 162 оваріотоміи, произведенныхъ въ Англіи, въ 60 случаяхъ, т. е. больше чѣмъ въ $\frac{1}{3}$ случаевъ, операція осталась неоконченной и ограничилась только вскрытіемъ брюшной полости. Поэтому то первыя оваріотоміи и навлекли на себя гнѣвъ хирурговъ. Такъ, Диффенбахъ сравнивалъ оваріотомію съ эвентраціей труповъ на секціонномъ столѣ, а впоследствии, въ своемъ учебникѣ оперативной

хирургіи, онъ высказывается противъ этой операціи, почти также сурово, но въ болѣе серьезномъ тонѣ. Говоря, напр., о томъ, что вслѣдствіе обширныхъ срощеній кисты, оваріотомія часто не можетъ быть доведена до конца, онъ продолжаетъ: «Да послужатъ эти неудавшіяся операціи предостереженіемъ! Это бесплодная почва! Новѣйшая хирургія уже признала это: ея стремленія направлены не столько на операціи, поражающія свое грандіозностью, сколько на осторожные хирургическіе приемы, необходимые для сохраненія жизни и основанные на точныхъ данныхъ физиологіи».

Такой же суровый приговоръ оваріотоміи высказали и французскіе хирурги и во главѣ ихъ Вельпо. «Эта безумная операція», говоритъ Вельпо въ 1849 году, «можетъ служить только доказательствомъ глупости тѣхъ, кто ее распространяетъ. Слѣдуетъ всѣми силами вооружиться противъ нея. Къ счастью для нашего искусства и для нашей націи, ничего подобнаго не происходитъ у насъ».

Только трудами Koeberlé, а впоследствии Réan'a во Франціи и особенно Spencer-Well's и др. въ Англіи гинекологическія чревосѣченія стали на твердую почву, и этимъ путемъ была завоевана, въ интересахъ страждущаго человечества, новая обширная область примѣненія хирургіи—хирургія брюшной полости, долгое время считавшейся *polite tangere* для хирургіи.

Въ Россіи наиболѣе всего способствовали распространенію и популяризаціи гинекологическихъ чревосѣченій и оперативной гинекологіи вообще Антонъ Яковлевичъ Крассовскій—первый предсѣдатель нашего Общества.

Ученики Крассовскаго, изъ коихъ проф. Н. Н. Феноменовъ и Д. О. Оттъ тоже неоднократно входившіе въ составъ президіума нашего Общества, проф. В. Ф. Снегиревъ въ Москвѣ и многіе другіе русскіе гинекологи—и профессора, и больничные, и городскіе, и земскіе врачи разработали и усовершенствовали операцію

овариотоміи и міотоміи и довели смертность послѣ нея до самыхъ незначительныхъ размѣровъ.

Однако, какъ первыя удачныя попытки примѣненія чревосѣченія къ лѣченію гинекологическихъ заболѣваній сблизили между собою хирурговъ и гинекологовъ, такъ и долго еще послѣ Spencer-Wells'a, чуть не по сію пору, брюшная полость составляетъ главный мостъ между хирургами и гинекологами, частію случайно, вслѣдствіе повторяющихся діагностическихъ ошибокъ, частію сознательно.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наука не давала, да и до сихъ поръ не даетъ точныхъ данныхъ дифференціального распознаванія кистомы яичника отъ эхинококка сальника, кисты поджелудочной железы и т. п., не говоря уже возможности смѣшенія новообразованій брюшной полости съ беременною маткою, возможности, хотя и наблюдающейся теперь очень рѣдко, но еще не окончательно исключенной.

Въ восьмидесятихъ годахъ прошлаго столѣтія въ Кіевской клиникѣ, находившейся въ моемъ завѣдываніи, къ каждому чревосѣченію приготовлялись, кромѣ обычныхъ употребительныхъ инструментовъ, еще запасные, на всякій случай, если бы во время операціи была констатирована наличность діагностической ошибки. Эти инструменты складывались особо, на особенномъ столѣ, получившемъ названіе «скандальнаго стола».

И, дѣйствительно, уже въ первой сотнѣ опубликованныхъ мною чревосѣченій встрѣчались и эхинококкъ печени, благополучно вылущенный изъ ея ткани, и ракъ сальника и т. п.

Между тѣмъ каждый случай тщательно изучался до операціи, примѣнялись всѣ извѣстные методы изслѣдованія, иногда производилось наблюденіе больной довольно продолжительное время въ клиникѣ, съ повторными изслѣдованіями и пр. Только очень рѣдко примѣнялся пробный проколъ и такъ называемый пробный разрѣзъ, но полученные результаты скорѣе говорили въ пользу нашего недоувѣрія къ этимъ далеко не безразлич-

нымъ діагностическимъ приѣмамъ, и «скандальный столъ» далъ лучшіе конечные результаты, чѣмъ пробный проколъ и пробный разрѣзъ.

При своихъ чревосѣченіяхъ гинекологи и разрабатывали технику лапаротомій, методику антисептики и асептики въ примѣненіи ихъ къ чревосѣченіямъ, способы остановки кровотеченій, разрушенія сращеній, особенно съ кишками, зашиванія раненій кишекъ, мочевого пузыря, методы дренированія брюшной полости, способы наложенія шва на брюшную стѣнку, способы послѣдующаго ухода за оперированной и пр.

Эта долготѣнная работа гинекологовъ въ клиникѣ и въ лабораторіяхъ оказалась плодотворной и для хирурговъ и безъ сомнѣнія послужила съ пользою для разработки ихъ блестящихъ, современныхъ операцій на печени, желчномъ пузырьѣ, желудкѣ, кишечникѣ и другихъ органахъ брюшной полости.

При современномъ состояніи науки для гинеколога обязательно знакомство съ методикой операцій хирурговъ надъ органами брюшной полости, особенно на кишечникѣ. Вместе съ тѣмъ и для хирурговъ обязательно знаніе гинекологической методики при операціяхъ оваріотоміи, міомотоміи, сальпинготоміи, операціи внематочной беременности и др. Это обоюдное знакомство важно не только на случай возможности ошибки въ діагностикѣ, но и для примѣненія нѣкоторыхъ приѣмовъ, выработанныхъ для одной области, и которыя съ выгодой могли бы быть примѣнены и къ другой.

Съ указанной точки зрѣнія необходимо, чтобы въ руководствахъ по оперативной гинекологіи излагались главные приѣмы оперативной техники пограничныхъ областей хирургіи, а, съ другой стороны, руководства оперативной хирургіи давали мѣсто хотя бы краткому изложенію операцій надъ маткою и придатками.

Вопросъ о томъ, должны ли хирурги браться, такъ сказать, сознательно, помимо діагностическихъ ошибокъ, за чисто гинекологическія операціи, какъ оваріотомія, міомо-

томія, сальпинготомія и пр. не долженъ считаться шепетильнымъ для отвѣта въ настоящей рѣчи, не долженъ считаться вопросомъ pro domo suo.

Намъ кажется, что въ интересахъ науки и больныхъ, эти области должны быть всецѣло предоставлены гинекологамъ, которые особенно хорошо должны быть знакомы съ анатомическимъ строеніемъ данной системы органовъ какъ въ небеременномъ, такъ и въ беременномъ состояніи, а также съ методами изслѣдованія, требующими большого навыка и знакомства не только съ гинекологіей въ тѣсномъ смыслѣ слова, но и съ физиологіей и патологіей женской половой сферы, акушерствомъ и эмбриологіей.

Поэтому то большинство русскихъ, нѣмецкихъ, итальянскихъ и голландскихъ хирурговъ предоставляютъ эту область всецѣло гинекологамъ-акушерамъ. Въ Англии еще во времена Спенсеръ-Велльса, въ серединѣ прошлаго столѣтія, существовалъ и существуетъ Самаритень Госпиталь, предназначенный исключительно для гинекологической хирургіи. И только во Франціи общіе хирурги занимаются и гинекологическими операціями, но при этомъ не нужно забывать, что во Франціи гинекологія отдѣлена отъ акушерства, къ явной невыгодѣ той или другой спеціальности. Впрочемъ, и во Франціи въ послѣднее время замѣчается стремленіе къ дифференцированію гинекологической хирургіи (Поцци).

Равнымъ образомъ едвали правы и тѣ немногіе гинекологи, которые полагаютъ, что вся такъ называемая брюшная хирургія составляетъ область ихъ операцій.

Нельзя отрицать, впрочемъ, что есть заболѣванія брюшной полости, которыя трудно размежевать, съ большей или меньшей точностью, между хирургіей и гинекологіей. Сюда относятся нѣкоторые случаи тазовыхъ абсцессовъ, напр., происходящихъ отъ аппендицита, эхинококки таза, эхинококки печени и брюшины и т. п.

Намъ кажется, что единственный выходъ, изъ этого труднаго положенія, при современномъ состояніи науки, это — чтобы для такихъ неизбежныхъ пограничныхъ

случаевъ гинекологъ долженъ имѣть надлежащую общехирургическую подготовку, а хирургъ долженъ имѣть достаточное знакомство съ топографической анатоміей и патологіей женскихъ половыхъ органовъ.

II. Интестинологія и гинекологія. Перехожу теперь къ разсмотрѣнію другихъ пограничныхъ съ гинекологіей областей и здѣсь обращаю Ваше вниманіе на кишки съ ихъ брыжейкой и сальникомъ, и изъ нихъ толстыя—*rectum*, *flexura sigmoidea*, соесимъ съ *appendix*'омъ и затѣмъ остальные части толстыхъ кишекъ и тонкія кишки. Кишечникъ, по чисто практическимъ соображеніямъ, мы разсматриваемъ отдѣльно отъ другихъ органовъ брюшной полости. Въ моемъ отчетѣ отъ 1890 г. о 310 чревосѣченіяхъ отмѣчено при овариотоміяхъ сращенія съ сальникомъ въ 34 0/0, съ брюшными стѣнками—29 0/0, съ кишками—13,2 0/0, съ *appendix*'омъ—2,8 0/0, печенью 0,9 0/0, мочевымъ пузыремъ—3,3 0/0; кромѣ того мною были наблюдаемы сращенія съ печенью и діафрагмой, а *Schlaggenhauser*'омъ и другими—метастатическіе раки яичника при пораженіи имъ желудка. Эти цифры довольно краснорѣчиво говорятъ о частотѣ пораженій кишечника въ пограничной области съ гинекологіей.

Полные разрывы промежности и свищи прямой кишки были первыми объектами кишечныхъ операций гинекологовъ, среди которыхъ заняли почетное мѣсто *L. Tait*, *Simon* и *Neget*, а въ Россіи Гепнеръ.—Далѣе, Кёберле въ Страсбургѣ (1863) выпала честь первому резецировать громадный участокъ кишки (1 1/2 метра) при міомотоміи, съ исходомъ въ выздоровленіе.

Межсвязочныя опухоли, развивающіяся въ широкихъ связкахъ, раздвигающія ихъ листки, врастающія въ брыжейку *flexurae sigmoideae*, растущія подъ брюшиной передняго и задняго Дугласа создаютъ въ высшей степени трудныя техническія отношенія для ихъ удаленія и даютъ частые поводы къ операціямъ надъ кишечникомъ. Какъ извѣстно, при этомъ слѣпая кишка и *Sigmoidum* могутъ

быть смѣщены въ самыя верхнія части брюшной полости— въ области праваго и лѣваго подреберья.—Эти отношенія еще болѣе осложняются при злокачественности опухоли, проростаніи кишки узлами новообразованія, воспалительныхъ срощеніяхъ и нагноеніяхъ опухолей.

Техническія условія при производствѣ операций подобнаго рода могутъ быть таковы, что является необходимость произвести резекцію стѣнки кишки, или даже цѣлаго ея отрѣзка, или ограничиться образованіемъ бокового соустья, или, въ крайнемъ случаѣ — *anus praeternaturalis*. Всѣ эти операции на кишкахъ прекрасно разобраны въ докладѣ нашего сочлена, проф. В. А. Оппеля, озаглавленномъ «Къ вопросу о кишечной хирургіи въ гинекологіи»¹⁾.

Успѣхи современной брюшной хирургіи и особенно удачныя операции на кишечникѣ даютъ намъ возможность расширять показанія къ оперативному удаленію даже злокачественныхъ опухолей и стремиться производить радикальную операцию тамъ, гдѣ нѣсколько лѣтъ тому назадъ мы ограничивались эксплораторнымъ разрѣзомъ.—

Взаимоотношеніе между заболѣваніями правыхъ придатковъ и воспаленіемъ червеобразнаго отростка, отмѣченное всѣми клиницистами, какъ осложненіе, встречающееся относительно часто, является однимъ изъ наиболее злободневныхъ вопросовъ изъ пограничной области между гинекологіей и хирургіей.

По статистикѣ Окснера на 240 сл. *appendicitis* поражение трубъ было констатировано въ 56 случаяхъ, т. е. въ 23,3%, при чемъ въ 41 случаѣ можно было думать о переходѣ процесса съ *appendix*'а на трубу.

По статистикѣ Кренига въ 50% гинекологическихъ чревосѣченій наблюдается заболѣваніе *appendix*'а и потому Кренигъ высказывается за обязательное удаленіе *appendix*'а при всякомъ чревосѣченіи. Предложеніе это, какъ извѣстно, не встрѣтило сочувствія между гинекологами.

¹⁾ Журн. Акуш. и Женск. Болѣзн. 1908 г. стр. 657.

На предстоящемъ международномъ съѣздѣ врачей въ Будапештѣ въ число програмныхъ вопросовъ по секціи акушерства и гинекологіи поставленъ вопросъ: «О взаимоотношенія между аппендицитами и сальпингитами» и Организационный Комитетъ сдѣлалъ мнѣ лестное предложеніе представить докладъ по этому вопросу отъ Россіи.

На анкету, разосланную мною русскимъ гинекологамъ и хирургамъ по данному вопросу по программѣ, опубликованной въ нашемъ Журналѣ, мнѣ удалось собрать хотя пока и небольшое число наблюденій, но я льшу себя надеждой, что мнѣ удастся получить еще отвѣты на мои письма и дать значительное число сопоставленій по этому вопросу. Изъ полученныхъ мною данныхъ видно, что частота одновременнаго заболѣванія appendix'a и правой трубы выражается въ разныхъ статистикахъ въ цифрахъ 2,5% до 14,5%.

Не меньшій интересъ представляетъ осложненіе беременности аппендицитомъ, дающее очень высокій % смертности. Подробное изложеніе этого интереснаго вопроса мы имѣемъ въ прекрасныхъ докладахъ Грекова и Вебера, опубликованныхъ въ нашемъ Журналѣ.

Къ вопросу о нагноеніяхъ въ придаткахъ тѣсно прилегаеть вопросъ о тазовыхъ нагноеніяхъ вообще, объ ихъ иногда темной этиологіи и необычной клинической картинѣ. Послѣдствіемъ этихъ нагноеній являются не рѣдко каловые свищи, вслѣдствіе вскрытія въ нихъ абсцессовъ, требующіе хирургическаго леченія.

Каловые свищи не рѣдко также являются послѣдствіемъ распространенія злокачественныхъ процессовъ съ матки и ея придатковъ на кишки, а также послѣдствіемъ разнаго рода оперативныхъ вмѣшательствъ въ половой сферѣ женщины. Свищи эти нерѣдко заживаютъ самопроизвольно при дренированіи брюшной полости. Lawson-Taft въ одной изъ своихъ работъ пишетъ, что черезъ вставляемыя имъ послѣ чревосѣченій стекляныя дренажныя трубки нерѣдко выдѣлялись въ теченіе нѣсколькихъ дней калъ и моча, а затѣмъ выдѣленіе этихъ

постороннихъ жидкостей само собою прекращалось. — По статистикѣ Гильгенрейнер'а при hysterectomi'яхъ чаще рвантятся тонкія кишки (на 95 свищей тонкихъ кишекъ — 28 — толстыхъ). Конечно такой фактъ требуетъ нашего знакомства съ современными методами леченія кишечныхъ свищей.

Чтобы закончить краткій очеркъ вопроса о значеніи кишечной хирургіи въ гинекологіи, я могу еще напомнить Вамъ о возможности образованія калового свища при ущемленіи кишечной петли при полныхъ разрывахъ матки во время родовъ, а также о томъ несчастномъ случаѣ раненія кишки при выскабливаніи матки, которое послужило къ оживленному обмѣну мнѣніи среди членовъ Общества. Операция удаленія матки, съ обширной резекціей кишки, произведенная нашимъ сочленомъ, профессоромъ П. Т. Садовскимъ, спасла жизнь больной и еще разъ доказала необходимость для гинеколога знакомства съ кишечной хирургіей.

III. Операции на титечной железѣ. Данная область, несомнѣнно относящаяся къ половой системѣ женщины, тоже принадлежитъ до сихъ поръ къ числу пограничныхъ областей между хирургіей и гинекологіей. Тогда какъ абсцессы молочной железы, возникающіе чаще всего въ послѣродовомъ періодѣ, оперируются акушерами — новообразованія железы удаляются хирургами. Если такой порядокъ вещей могъ считать нормальнымъ во время процвѣтанія кисточковой терапіи въ гинекологіи, то при современномъ состояніи оперативной гинекологіи это представляется уже анахронизмомъ. Гинекологи, производящіе самыя сложныя и грандіозныя операции въ брюшной полости, работающіе надъ костями таза съ цѣлью временнаго увеличенія его емкости во время родовъ, совершенно неправильно и только по традиціи уступаютъ хирургамъ область, безусловно имъ принадлежащую. Современныя гинекологическія клиники по своему устройству, по своему персоналу и армamentарію не должны уступать лучшимъ

хирургическимъ, съ которымъ они имѣютъ полную аналогію въ основныхъ принципахъ устройства. Замѣтимъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, заболѣванія молочныхъ железъ, симулирующія новообразованія ихъ, находятся въ тѣсной связи съ состояніемъ яичниковъ и другихъ частей женскаго полового аппарата, а потому могутъ быть правильнѣе и легче распознаны гинекологами.

IV. Урологія и Гинекологія. Урологія изъ маленькой специальности, которой занималось въ каждой странѣ только небольшое число специалистовъ, получила въ послѣднее время быстрое развитіе. Толчками къ этому послужили съ одной стороны успѣхи брюшной хирургіи, которые, какъ мы видѣли, такъ много зависѣли отъ работъ гинекологовъ, а съ другой стороны отъ усовершенствованія цистоскопіи и зондированія мочеточниковъ. И въ этомъ труды многихъ гинекологовъ имѣли неоспоримое значеніе для урологіи.

Урологія ставитъ своей задачей изслѣдованіе мочевой системы какъ для распознаванія, такъ и для леченія болѣзни, пользуясь для этой послѣдней цѣли примѣненіемъ всѣхъ возможныхъ методовъ, помощью различныхъ специальныхъ аппаратовъ и хирургическихъ пріемовъ.

Въ настоящее время, какъ видно изъ только что опубликованныхъ «Трудовъ перваго конгресса международной ассоціаціи по урологіи», состоявшаго въ Парижѣ подъ предсѣдательствомъ Гюйона съ 30 сентября по 3 октября 1908 г., урологія имѣетъ своихъ представителей во всѣхъ странахъ міра. Вотъ списокъ странъ, участвовавшихъ въ Конгрессѣ, въ алфавитномъ порядкѣ по французкой транскрипціи: Германія, Австралія, Австрія, Бельгія, Бразилія, Канада, Куба, Данія, Египеть, Испанія, Соединенные Штаты Америки, Франція, Англія, Греція, Голландія, Венгрія, Италія, Мексика, Норвегія, Португалія, Аргентинская республика, Румынія, Россія, Сербія, Швеція, Швейцарія и Турція.

Изъ Русскихъ хирурговъ-урологовъ участвовалъ въ

съѣздѣ нашъ сочленъ Проф. С. П. Федоровъ. Онъ же состоитъ единственнымъ членомъ международнаго комитета международной ассоціаціи урологовъ отъ Россіи.

Изъ рѣчи проф. Альбаррана видно, что первое засѣданіе французской ассоціаціи урологіи состоялось въ Октябрѣ 1896 года. Въ Сѣверной Америкѣ такая же ассоціація была основана въ 1904 году, затѣмъ въ Германіи въ 1907 г. и въ Италіи въ 1908.

Въ Петербургѣ уставъ Россійскаго Урологическаго Общества утвержденъ 14 Декабря 1907 г.

Вмѣстѣ съ тѣмъ отмѣчается быстрый ростъ урологической литературы.

Только что полученный въ Петербургѣ трактатъ по урологіи американскаго уролога Ватсона¹⁾, составленный въ сотрудничествѣ съ Кунингамомъ — состоитъ изъ двухъ громадныхъ томовъ, всего свыше 1000 страницъ, съ роскошными рисунками; этотъ трудъ могу сейчасъ демонстрировать уважаемымъ товарищамъ какъ одинъ изъ наглядныхъ показателей современнаго развитія урологіи.

Соотвѣтственно интензивному и быстрому развитію урологіи начинаютъ возникать спеціальныя урологическія отдѣленія госпиталей и даже спеціальныя клиники и больницы.

Вопросъ поставленъ объ учрежденіи спеціальныхъ кафедръ урологіи. Такъ, въ числѣ членовъ Международнаго Комитета Ассоціаціи Урологовъ значится голландецъ Бронгерзма, приватъ доцентъ урологіи въ Амстердамскомъ университетѣ.

У насъ въ Россіи Высочайше учрежденная Комmissія 1902 года по пересмотру Устава Россійскихъ университетовъ проектировала учрежденіе кафедры урологіи съ клиниками во всѣхъ университетахъ.

Это постановленіе комиссіи вошло въ проектъ новаго университетскаго Устава, который въ скоромъ вре-

¹⁾ Diseases and Surgery of the genito-urinary System by Francis Watson, assisted by J. Cunningham. London and Glasgow. 1909.

мени будетъ представлень на утверждене Государственной Думы.

Ни изъ трудовъ Конгресса, ни изъ цитированнаго классическаго руководства Ватсона, однако, не видно, чтобы современная урологія интересовалась своей ближайшей сосѣдкой въ женскомъ организмѣ—гинекологіей.

Изъ рѣчей, произнесенныхъ на Конгрессѣ, можно усмотрѣть, что урологи скорѣе стремятся къ совмѣстной работѣ съ терапевтами, особенно при заболѣваніяхъ почекъ.

Въ руководствѣ урологіи Ватсона рѣчь идетъ только о мужскихъ половыхъ органахъ.

Между тѣмъ необходимость въ знакомствѣ съ урологіей возникаетъ въ дѣятельности каждаго гинеколога. Связь мочевыхъ органовъ съ половыми у женщины, имѣющая за собою эмбриологическія и анатомическія основанія, особенно рѣзко выступаетъ въ патологіи этихъ органовъ, и мы можемъ считать, что тотъ взглядъ, по которому вѣдѣнію гинеколога подлежатъ лишь половые органы женщины, все же, находящееся рядомъ съ ними, не относится къ ихъ компетенціи—глубоко ошибоченъ. Не забудемъ также, что многія заболѣванія мочевыхъ и половыхъ органовъ имѣютъ общую этиологию—гонококковую, стрептококковую, травматическія поврежденія при родахъ и операціяхъ.

Наша задача должна состоять въ поддержаніи традицій классиковъ гинекологіи, которые выработали методы оперативнаго леченія свищей мочевого пузыря и рядъ операцій надъ мочеточниками. Боземанъ, Симсъ, Симонъ, Фритшъ и др. разработали почти всю оперативную гинекологию въ области леченія пузырныхъ и мочеточниковыхъ свищей, а Павликъ и Келли методику изслѣдованій мочеточниковъ, когда еще способъ современнаго цистоскопическаго изслѣдованія былъ неизвѣстенъ, и внесли свою лепту въ дѣло изученія женской урологіи. Эти авторы считали мочевую систему женщины относящуюся къ вѣдѣнію гинекологовъ и разрабатывали методы оперативнаго леченія въ этой области.

Въ настоящее время при изученіи различныхъ вопросовъ оперативной гинекологіи, создавшей еще болѣе точекъ соприкосновенія съ урологіей, является настоятельной необходимостью для гинеколога быть точнымъ діагностомъ и въ этой области, чтобы имѣть возможность примѣнить цѣлесообразныя лечебныя пособія.

Если при производствѣ операціи въ брюшной полости надъ маткою, или придатками гинекологъ долженъ умѣть справиться съ раненіемъ мочеточника, примѣнивъ вшиваніе его въ пузырь, или другое пособіе, то точно также онъ долженъ умѣть распознать мочеточниковый свищъ, происшедшій при родахъ или при операціи, опредѣлить состояніе почки на пораженной сторонѣ и, сообразно съ этимъ, примѣнить свое оперативное пособіе, со включеніемъ экстирпаціи почки, какъ это мнѣ пришлось сдѣлать впервые еще въ 1884 году ¹⁾. Для всего этого является настойчивая необходимость въ знакомствѣ съ урологіей.

Точно также акушеръ въ тяжеломъ случаѣ эклампсіи долженъ умѣть произвести декапсуляцію почки, если признаетъ это необходимымъ по обстоятельствамъ даннаго случая. Экстренность пособія лишаетъ возможности прибѣгнуть къ помощи спеціалиста уролога или хирурга, а вынуждаетъ гинеколога изучить всю пограничную область-мочевую систему женщины.

Не вдаваясь въ подробности перечисленія всѣхъ случаевъ, гдѣ знаніе урологіи расширяетъ область познаній гинеколога и отсылая интересующихся къ докладу приватъ-доцента А. А. Редлиха, опубликованному въ нашемъ Журналѣ ²⁾ и къ недавно вышедшему атласу Штеккеля ³⁾, я считаю необходимымъ замѣтить, что примѣненіе чисто урологическихъ методовъ изслѣдованія въ гинекологіи можетъ дать наилучшій результатъ лишь тогда, когда самъ гинекологъ изучитъ этотъ методъ, и онъ явится не

¹⁾ Двадцатипятилѣтіе I. с., стр. 284.

²⁾ А. Редлихъ. Цистоскопія и зондированіе мочеточниковъ, какъ методы изслѣдованія въ гинекологіи. Ж. А. и Ж. Б. 1906, Янв. и Фев.

³⁾ W. Stoeckel. Atlas der gynakologischen Cystoscopie. Berlin, 1908.

вспомогательнымъ, а *однимъ изъ основныхъ*, т. к. для правильныхъ выводовъ необходимо знаніе патологіи женской половой сферы, чтобы быть въ этой области вполне осведомленнымъ.

Специализація лишь тогда является цѣлесообразною, когда она не переходитъ извѣстной границы и имѣетъ за собою точныя анатомическія и физиологическія основанія. Выдѣленіе же изъ гинекологіи области мочевой системы женщины является искусственнымъ и несоотвѣтствующимъ интересамъ больныхъ.

Благодаря успѣхамъ урологіи, въ настоящее время гинекологи выработали способы зашиванія мочеточниковыхъ свищей, основанные на полученіи не только хирургическихъ, но и функционально благоприятныхъ результатовъ (способы Маккенрода, Витцеля и др.), усовершенствовалась діагностика опухолей брюшной полости (опухоли, почки и гидронефрозъ), вслѣдствіе этого число эксплораторныхъ разрѣзовъ уменьшилось, явилась возможность діагноспировать сдавленіе опухолями мочеточниковъ, а также опредѣлять распространеніе злокачественныхъ опухолей матки и яичниковъ на пузырь (отекъ слизистой, раковые узлы въ пузырьѣ), а, главное, опредѣлять органическія пораженія мочевого пузыря и различать ихъ отъ функциональныхъ его разстройствъ а также зависящихъ отъ заболѣванія половой сферы.

Можно надѣяться, что въ дальнѣйшемъ, если гинекологи возьмутъ на себя трудъ изученія методовъ изслѣдованія мочевой системы женщины и ея леченія, то явится возможность для нихъ лечить не болѣзнь, а излѣчить больную, которая не знаетъ, кто ее долженъ лечить, и переходитъ отъ одного специалиста къ другому, не получая благоприятныхъ результатовъ отъ ихъ леченія.

Мы, гинекологи, должны крѣпко стоять на томъ, чтобы гинекологическая урологія, по прежнему, составляла неотъемлемую часть нашей специальности.

Мы должны тщательно изучать и разрабатывать ея методы изслѣдованія и лѣченія, зорко слѣдить за успѣхами

пограничной съ нами общей урологіи и примѣнять ихъ у постели нашихъ больныхъ.

Не только пораженія мочевого пузыря и мочеточниковъ должны составлять объектъ нашего изученія, какъ у предшественниковъ нашихъ, но и заболѣванія почечныхъ лоханокъ и самихъ почекъ, такъ часто осложняющихъ теченіе беременности, родовъ и послѣродового періода.

Съ этой точки зрѣнія мы должны горячо привѣтствовать предпринятое Штеккелемъ изданіе спеціального журнала гинекологической урологіи *) и всѣми силами его поддерживать. Содержаніе первой книжки Штеккелевскаго журнала, реферированное въ Февральской книжкѣ нашего Журнала за 1909 г., какъ нельзя болѣе доказываетъ необходимость въ такомъ изданіи при современномъ состояніи гинекологіи и урологіи.

Разсмотрѣнными нами, согласно начертанной программѣ, четырьмя главными пограничными областями далеко не исчерпывается связь гинекологіи съ хирургіей. Достаточно вспомнить уже упомянутые выше тазовые абсцессы, имѣющіе столь разнообразныя источники происхожденія. Вспомнимъ о методикѣ вскрытія брюшной полости, о различныхъ способахъ разрѣза и наложенія швовъ, о влажлищномъ вскрытіи брюшной полости, о крестцовомъ способѣ, примѣняемомъ какъ для чисто гинекологическихъ, такъ и для пограничныхъ съ хирургіей и урологіей операціяхъ. Упомянемъ объ опухоляхъ брюшной стѣнки, о новообразованіяхъ круглыхъ связокъ, о грыжахъ паховыхъ, бедренныхъ, пупочныхъ и бѣлой линіи, объ операціяхъ на костяхъ тазового кольца.

Гинекологія, какъ дочь хирургіи, имѣетъ и общіе съ нею методы изслѣдованія, со включеніемъ новѣйшаго — радіографіи, общіе техническіе приемы при остановкѣ кро-

*) Zeitschrift f. Gynäkologische Urologie B. I. H. 1. 1909.

вотеченій, наложеніи швовъ и ихъ матеріалѣ. послѣдовательное леченіе послѣ операций, наложеніе повязокъ, дренированіе, леченіе послѣдствій тяжкихъ кровотеченій первичныхъ и послѣдовательныхъ, способы наркоза общаго и мѣстнаго, предупрежденіе и леченіе осложненій ранъ, серотерапія съ ея новѣйшими производными. Все это не должно забываться нами — гинекологами, и для успѣха нашего дѣла мы должны непрерывно помнить о нашей тѣсной кровной связи съ хирургіей, съ которой мы составляемъ одно цѣлое.

Хотя дорогая для насъ наша гинекологія находится въ періодѣ быстрого роста, приближаясь къ періоду полнаго разцвѣта, мы должны непрерывно стремиться впередъ, основываясь на нашихъ наблюденіяхъ и работахъ въ клиникахъ, больницахъ и лабораторіяхъ, основываясь на прогрессѣ анатоміи, фізіологіи и общей патологіи съ бактериологіей, но больше всего помнить о нашей тѣсной связи съ хирургіей. Мы должны изучать и разрабатывать не только наши пограничныя области съ непосредственной цѣлью успѣшной и плодотворной конкуренціи для блага нашихъ больныхъ, но неустанно слѣдить за прогрессомъ всей хирургіи, для того чтобы имѣть возможность примѣнять въ гинекологіи и такія данныя, которыя могутъ быть почерпнуты иногда изъ самыхъ отдаленныхъ областей организма, часто не имѣющихъ непосредственнаго отношенія къ области нашей специальности.

Въ заключеніе позволю себѣ вывести нѣсколько общихъ положеній, вытекающихъ изъ приведенныхъ мною соображеній.

Для дальнѣйшаго успѣшнаго развитія нашей специальности, особенно въ такъ называемыхъ пограничныхъ областяхъ, желательно было бы осуществленіе слѣдующихъ мѣръ.

1. Лица, намѣревающіяся посвятить себя изученію и разработкѣ гинекологіи, должны предварительно ознакомиться съ общей хирургіей въ теченіе одно- или двухъ-

голичнаго стажу въ хирургическихъ клиникахъ, и съ хирургической анатоміей на анатомическомъ столѣ.

2. Для совмѣстной плодотворной разработки пограничныхъ областей между гинекологіей и хирургіей и между урологіей и гинекологіей, желательно созданіе специальныхъ печатныхъ органовъ, на подобіе существующаго уже органа, посвященнаго пограничнымъ вопросамъ между терапіей и хирургіей.

3. Для той же цѣли желательна организація совмѣстныхъ съѣздовъ гинекологовъ, хирурговъ и урологовъ или одновременный созывъ съѣздовъ гинекологовъ, хирурговъ и урологовъ съ цѣлью организаціи совмѣстныхъ засѣданій.

На этихъ немногихъ пожеланіяхъ я заканчиваю свою рѣчь, не желая дальше утомлять уважаемое собраніе.

Пиताю глубокое убѣжденіе, что подобно тому какъ мы, присутствующіе здѣсь старыя представители гинекологіи, видимъ ее теперь во много разъ болѣе могущественной, чѣмъ мы ее застали, начиная ее изученіе и разработку, такъ и слѣдующія за нами поколѣнія приумножатъ унаслѣдованныя ими богатства и увидятъ гинекологію обновленной и еще болѣе разросшеюся, и она будетъ въ ихъ рукахъ еще болѣе могучимъ орудіемъ борьбы съ болѣзнями.

Я увѣренъ, что одинъ изъ главныхъ путей для достиженія этого благодѣтельнаго прогресса будетъ тщательное изученіе и разработка пограничныхъ областей, на которыхъ я позволилъ себѣ сегодня обратить Ваше благосклонное вниманіе.

Влагалищное кесарское сѣченіе по Dührssen'у въ тяжёломъ случаѣ отдѣленія нормально прикрѣпленнаго дѣтскаго мѣста во время беременности.

Прив.-доц. К. СКРОВАНСКАГО.

Въ виду большой опасности, какъ для жизни матери, такъ и плода, каждый случай преждевременнаго отдѣленія нормально прикрѣпленнаго дѣтскаго мѣста, особенно во время беременности, несомнѣнно представляетъ не только казуистическій, но и клиническій интересъ. Вотъ почему я позволяю себѣ привести ниже краткое сообщеніе подобнаго случая, оперированнаго мною въ XV городскомъ родильномъ пріютѣ.

3-го февраля 1909 г. въ 6 ч. 50 м. въ пріютъ поступила Е. К., прибывшая изъ дому съ жалобами на умѣренное кровотеченіе изъ наружныхъ genitalia и на небольшую боль въ нижней части живота. До поступленія въ пріютъ больная была изслѣдована на дому, приглашеннымъ къ ней врачомъ, который и посоветовалъ ей не откладывая ѣхать въ пріютъ.

Анамнезъ: 7-ая беременность на 8-мъ мѣсяцѣ. Было 4 срочныхъ родовъ, послѣ которыхъ двѣ беременности окончились выкидышами на 2-мъ и 3-мъ мѣсяцахъ.

Роды и выкидыши протекали безъ особыхъ осложнений. Въ послѣдніе годы: бѣли, боли въ поясницѣ и нижней части живота, изрѣдка усиленіе всегда срочныхъ менструацій. Кровотеченіе показалось за 4 часа до поступленія въ пріютъ.

Объективное изслѣдованіе: Высокаго роста, умѣреннаго питанія, рѣзко выраженная блѣдность всѣхъ видимыхъ покрововъ, общая слабость, головокруженіе.

Пульсъ 104, удовлетворительнаго наполненія. Т° 37,4. Сложена правильно; тазъ: sp. 20; cr. 29; tr. 31; con. extr. 21. Наибольшая окружность живота 61. Животъ не отвислый. Опредѣляется I поперечное положеніе. Сердцебиеніе плода не выслушивается; движеніе больная слышала утромъ еще въ день поступленія въ пріютъ. Сокращеній матки ясно опредѣлить не удастся. Схваткообразныхъ болей больная не чувствуетъ. Изъ половой щели выдѣляется почти непрерывно умѣренное количество крови. При

внутреннемъ изслѣдованіи шейка опредѣляется въ видѣ объемистаго цилиндрическаго, довольно твердаго, мало разрыхленнаго подъ вліяніемъ беременности, тѣла. Наружный зѣвъ пропускаетъ конецъ фаланги указательнаго пальца; черезъ внутренній зѣвъ, конецъ фаланги удается провести только послѣ нѣкотораго усилія. Пузырь цѣль. Предлежащая часть плода не опредѣляется.

При изслѣдованіи съ помощью зеркалъ и пулевыхъ щипцовъ при хорошемъ освѣщеніи можно наглядно убѣдиться, что кровотеченіе исходитъ изъ полости матки, при чемъ кровь вытекаетъ, то каплями, то струйкой изъ щели образуемой между оболочками и стѣнкой матки.

Диагнозъ въ нашемъ случаѣ поставить было не трудно: поперечное положеніе и преждевременная отслойка дѣтскаго мѣста.

Теченіе и тѣченіе болѣзни. Прежде всего влагалище было затампонировано ксероформной марлей, но уже черезъ 35 минутъ тампонъ совершенно пропитался кровью и кровотеченіе стало возобновляться. Родовыхъ болей нѣтъ, если не считать небольшой болѣзненности въ нижней части живота. Общее состояніе больной замѣтно ухудшалось. Пульсъ 115; явленія остраго малокровія выражены сильнѣе чѣмъ при поступленіи. Тампонада влагалища возобновлена, но она не удерживаетъ кровотечения: тампонъ быстро пропитывается и кровотеченіе возобновляется.

Въ виду быстрого ухудшенія общаго состоянія здоровья больной, рѣшено приступить къ возможно скорому родоразрѣшенію, путемъ производства влагалищнаго кесарскаго сѣченія по Dührssen'у съ послѣдующими поворотомъ и извлеченіемъ.

Къ операціи приступлено въ 11 ч. 20 м. в. Къ этому времени больную пришлось тампонировать уже 4 раза, кровотеченіе усилилось. Пульсъ 120, плохого наполненія, больная блѣдна, испугана, проситъ о помощи, соглашаясь на какую угодно операцію.

Операція произведена подъ хлороформнымъ наркозомъ. Послѣ циркулярнаго разрѣза по своду (какъ это вообще дѣлается при кольпотоміяхъ), отсепарованъ передній сводъ и обшитъ съ цѣлью гемостаза матраснымъ швомъ. Пузырь и брюшина легко отошли и послѣдняя отслоена значительно выше уровня внутренняго зѣва. Шейка по средней линіи захвачена двумя длинными клеммами и между браншами этихъ клеммовъ разсѣчена строго по средней линіи; разрѣзъ поднять съ шейки на нижній сегментъ матки (длиною приблизительно сантим. 5—6). Матка низводится плохо. Вскрытъ пузырь. Попытка черезъ полученное отверстіе произвести поворотъ по Braxton Hicks'у

окончилась неудачей, поднять же разръзъ, для увеличенія отверстия выше не представлялось возможнымъ. Последнее и заставило насъ прибѣгнуть къ разсѣченію и задней стѣнки шейки матки, т. е. произвести типичную операцію Dührssen'a. Отсепаровка брюшины отъ задней поверхности матки и шейки ея подвигалась плохо, брюшина была разорвана, а вскрытый, благодаря этому, задній дугласъ затампонированъ стерилизованными марлевыми фитилями. Задняя часть шейки разсѣчена также по средней линии, какъ и передняя, при чемъ разръзъ этотъ захватилъ больше 4-хъ сантим. нижняго сегмента матки.

Послѣ разсѣченія задней стѣнки получился достаточный доступъ въ полость матки, чтобы пройти въ нее полной рукой и сдѣлать поворотъ на ножку съ послѣдующимъ извлеченіемъ.

На производство всего приведеннаго потребовалось не болѣе 25—30 минутъ, не смотря на потерю времени при неудавшейся попыткѣ поворота по Warton-Nicks'y. Послѣ извлеченія плода кровотечение почти совершенно прекратилось.

При извлеченіи можно было убѣдиться, что пуповина два раза обвита вокругъ шеи, а ея свободная часть сильно натянута. Дѣтское мѣсто съ оболочками вышло сейчасъ же за плодомъ, при легкомъ надавливаніи на дно матки. вмѣстѣ съ дѣтскимъ мѣстомъ—большое количество кровяныхъ сгустковъ.

Приступлено къ наложенію швовъ на всѣ произведенные разръзъы, задній же сводъ оставленъ открытымъ и затампонированъ стерилизованнымъ марлевымъ фитилемъ. Въ каналъ шейки введена полоска ксероформной марли.

Изъ осложнений во время операціи необходимо отмѣтить асфиксію, продолжавшуюся около 2-хъ минутъ и заставившую прибѣгнуть къ искусственному дыханію и подкожному впрыскиванію камфоры и эфира.

Наложеніе верхнихъ швовъ на разръзѣхъ шейки и нижняго сегмента матки, вслѣдствіе того, что матка плохо низводилась, удавалось съ большимъ трудомъ. Дальнѣйшее зашиваніе задняго разръза было выполнено сравнительно легко. Форма шейки по окончаніи операціи приняла обычный видъ.

Послѣ операціи больной за ночь подкожно введено было 3 раза по 500 куб. снт. солевого раствора, нѣсколько разъ эфиръ, ol. camph., ergotin и приняты обычные въ такихъ случаяхъ мѣры.

Послѣоперационное теченіе совершенно гладкое, больная быстро начала оправляться и выписалась на 37-й день (можно было выписать и раньше) здоровой.

Шейка имѣетъ видъ нормальной, задній разръзъ зажилъ

безслѣдно, на мѣстѣ передняго разрѣза имѣется только незначительный рубчикъ.

Матка подвижна, въ нормальной anteflexio-versio, параметрій и придатки свободны.

Резюмируя все вышесказанное, мы должны признать, что въ сообщаемомъ случаѣ имѣлась тяжелая форма отслойки нормально прикрѣпленнаго дѣтскаго мѣста во время беременности, которая обусловила угрожающее жизни больной кровотеченіе. Случай этотъ долженъ быть признанъ особенно неблагоприятнымъ, вслѣдствіе того, что метритически твердая шейка не только не была тронута родовыми схватками, но даже, въ виду своего патологическаго состоянія, не была соотвѣтственно разрыхлена протекавшей беременностью.

Если мы обратимся теперь къ литературнымъ свѣдѣніямъ, то увидимъ, что преждевременное отдѣленіе нормально прикрѣпленнаго дѣтскаго мѣста еще недавно причислялось къ рѣдкимъ осложненіямъ родового періода и особенно беременности.

Какъ извѣстно, плодъ при этомъ осложненіи погибаетъ почти всегда, и случаи, при которыхъ плодъ удается получить живымъ, принадлежать къ большимъ рѣдкостямъ.

Плохо предсказаніе и для матерей. Hofmeier въ своей статьѣ въ *Winkel's Handbuch* приводитъ цифры Goodell'a, по которому изъ 106 женщинъ, страдавшихъ этимъ осложненіемъ, погибло 54. Нѣсколько лучше результаты въ случаяхъ, собранныхъ *Grain's*омъ, по которому на 43 случая разбираемаго страданія пришлось 10 смертныхъ исходовъ. Еще болѣе благоприятные результаты сообщаются въ статьѣ *Lobenstine* и *Harrar*, отмѣчающихъ на 42000 родовъ 47 случаевъ съ преждевременной отслойкой нормально прикрѣпленнаго дѣтскаго мѣста, т. е. 1 случай на 894 родовъ. Смерть матерей по матеріалу этихъ авторовъ наблюдалась только въ 17,2% случаевъ, дѣти же гибли въ 77,5%.

Несомнѣнно, что результаты должны быть тѣмъ хуже, чѣмъ меньше родовой каналъ подготовленъ для быстрого окончанія родовъ.

Причины этого тяжелаго осложненія большинство клиницистовъ видятъ въ различныхъ механическихъ инсультахъ, въ патологическомъ состояніи слизистой resp. децидуальной оболочки матки и измѣненіяхъ въ стѣнкахъ сосудовъ послѣдней и дѣтскаго мѣста.

Особенно большое значеніе придается измѣненіямъ въ сосудахъ послѣда и децидуальной оболочки съ тѣхъ поръ, какъ *Winter* указалъ на чрезвычайно частое совпаденіе, разбира-

емаго нами страданія, съ хроническимъ нефритомъ, который, какъ извѣстно, не рѣдко ведетъ къ значительнымъ измѣненіямъ въ тканяхъ послѣда. Измѣненія эти сопровождаются кровотеченіями изъ дѣтскаго мѣста, а слѣдовательно и могутъ вести къ отслойкѣ его.

Разбираясь въ этиологіи преждевременной отслойки дѣтскаго мѣста въ нашемъ случаѣ, необходимо прежде всего исключить нефритъ.

Моча, какъ во время родоразрѣшенія, такъ и въ первые же дни послѣ операции, ни разу не дала намъ положительной реакціи на бѣлокъ (не смотря на то, что больная находилась въ общей сложности болѣе 1 ч. 25 м. подъ хлороформнымъ наркозомъ). Дѣтское мѣсто также не представляло никакихъ особенностей.

Такъ какъ больная категорически отрицаетъ какіе либо ушибы, паденія, толчки и т. п., то необходимо отказаться и отъ нихъ, какъ этиологическихъ моментовъ въ разбираемомъ нами случаѣ.

При извлеченіи плода особенно обратила на себя вниманіе натянутость пуповины (вся ея длина 42 сант.), которая дважды была обвита вокругъ головки плода. Если поставить отмѣченное въ связь съ поперечнымъ положеніемъ плода, то механическая причина для нашего случая преждевременной отслойки дѣтскаго мѣста получить много вѣроятности.

Можно думать, что въ виду двукратнаго обвитія пуповины вокругъ шеи плода, свободная часть ея была настолько коротка, что едва хватала на разстояніе между шейей плода и мѣстомъ прикрѣпленія къ послѣду (относительная короткость пуповины (Львовъ). Такимъ образомъ, при первыхъ же сокращеніяхъ матки, когда головка вслѣдствіе нормальнаго строенія таза стремилась установиться во входѣ его, шея также начинала опускаться; разстояніе отъ мѣста прикрѣпленія пуповины къ дѣтскому мѣсту до шеи увеличивалась, пуповина натягивалась и могла способствовать отслойкѣ дѣтскаго мѣста.

При литературныхъ справкахъ мы убѣдились, что подобная же причина была предположена и въ случаѣ преждевременной отслойки нормально прикрѣпленнаго дѣтскаго мѣста, сообщенномъ Maugrier et Cathala.

Перейдемъ теперь къ разбору предпринятой нами *терапии*.

Прежде всего мы сознательно отказались отъ разрыва плоднаго пузыря, не желая понизить внутриматочное давленіе, которое, прижимая послѣдъ къ стѣнкамъ матки, естественно до нѣкоторой степени дѣйствуетъ гемостатически. Къ тому же

разсчитывать послѣ отхожденія водъ на хорошую сократимость матки, не начинавшей еще развивать правильной родовой дѣятельности, едва ли было бы допустимо.

Съ другой стороны, поперечное положеніе плода заставляло насъ еще рѣшительнѣе отказаться отъ этого приѣма.

Наблюдая случай, мы ясно сознавали, что каждое промедленіе, а слѣдовательно и примѣненіе способа родоразрѣшенія, требующаго относительно большаго времени, несомнѣнно повело бы къ потерѣ больной.

Поэтому пришлось отказаться отъ примѣненія какъ кольпейринтера, такъ и метрейринтера, требующихъ, въ особенности въ такихъ случаяхъ какъ сообщаемый, т. е. съ неподготовленной шейкой, не менѣе 3—4 часовъ.

Къ тому же, если бы даже способы эти и повели къ остановкѣ наружнаго кровотеченія, они всетаки не давали бы намъ гарантіи, что остановлено и внутреннее кровотеченіе.

Въ нашемъ распоряженіи оставались слѣдовательно способы, ведущіе къ немедленному родоразрѣшенію: расширеніе по Bossi, влагалищное кесарское сѣченіе по Dührssen'у (или модификація его по Wittm'у) съ послѣдующимъ поворотомъ и извлеченіемъ, или классическое кесарское сѣченіе.

Примѣненіе расширителя Bossi въ нашемъ случаѣ съ твердой, не тронутой родовой дѣятельностью, шейкой, едва ли могло быть выполнено безъ значительныхъ (много разъ описанныхъ), глубокихъ поврежденій и разрывовъ, иногда ведущихъ даже къ летальному исходу.

Мы остановились на операциі Dührssen'a въ виду ея несомнѣнныхъ для даннаго случая преимуществъ передъ классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ: благоприятное отношеніе между величиной плода и таза, объемистое, подготовленное предшествовавшими родами влагалище, быстрота и нетрудность выполнения и болѣе благоприятное послѣоперационное теченіе.

Сообщенный случай операциі Dührssen'a нѣсколько отличается отъ трехъ ранѣ произведенныхъ мною (2 случая по поводу эклямпсіи и 1—на умирающей отъ острой атрофіи печени): матка тутъ низводилась очень незначительно, брюшина въ заднемъ сводѣ была вскрыта, т. к. отслойка ея шла плохо, и наконецъ безъ разсѣченія задней стѣнки шейки, (операциі Wittm'a) не удалось получить достаточнаго открытія для производства поворота полной рукой.

Въ сообщаемомъ случаѣ для зашиванія произведенныхъ разрѣзовъ я, вслѣдствіе независящихъ обстоятельствъ, пользовался шелковыми лигатурами, что несомнѣнно значительно

продлило періодъ заживленія. Примѣненіе кетгута въ подобныхъ случаяхъ имѣеть, какъ я могъ раньше убѣдиться, громадное преимущество.

Операция Dührssen'a при преждевременной отслойкѣ нормально прикрѣпленнаго дѣтскаго мѣста до настоящаго времени, на сколько можно судить при просматриваніи соответственной литературы, была примѣнена въ сравнительно небольшомъ количествѣ случаевъ.

Впервые съ этой цѣлью, на основаніи теоретическихъ соображеній, она была предложена Hofmeier'омъ и авторомъ этого способа Dührssen'омъ, произведена же Döderlein'омъ, Fabre, Herz'омъ, R. Jardine. Всѣ приведенные случаи окончились благопріятно для матери, въ нѣкоторыхъ же удалось получить живымъ и плодъ.

На основаніи всего сказаннаго, необходимо придти къ выводу, что при преждевременной отслойкѣ нормально прикрѣпленнаго дѣтскаго мѣста, влагалишное кесарское сѣченіе Dührssen'a (или модификація этой операциі Вунм'a) является лучшимъ методомъ необходимаго въ такихъ случаяхъ безотлагательнаго родоразрѣшенія, конечно если для выполненія ея имѣются необходимыя условія (благопріятныя отношенія между величиной плода и размѣрами таза матери, соответственная ассистенція и обстановка и проч.).

ЛИТЕРАТУРА.

- Brauns. Inaug.-Dissert. Marburg 1893. цитир. по Hofmeier'y. — Döderlein. Zentralbl. für Gyn. 1908. № 11. S. 3575. — Dührssen. Winckel's Handbuch. Bd. III. Teil. I. S. 595. — Fabre. Lyon méd. 1906. Реф. Zentralbl. für Gyn. 1907, № 47. S. 1491. — Goodel. цитир. по Hofmeier'y. — Hofmeier. Winckel's Handbuch. Bd. II. Teil. II. S. 1185. — Herz. Zentralbl. f. Gyn. 1906. № 52. S. 1429. — R. Jardine. Glasgow med. journ. 1905. Реф. Zentralbl. für Gyn. 1906. № 38. S. 1061. — Lobenstine и Harrar. Цитир. по обзору С. Америк. акушерской и гинекологической литературы въ Monatsschrift für Geb. und Gyn. 1908. Bd. 28. S. 334. — Maugrier et Cathala. Засѣд. парижскаго акуш. общ. въ 1901. По Zentralbl. für Gyn. 1902. № 23. S. 623. — Winter. Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1885. Band. 11. S. 398. — Львовъ. Журн. Акуш. и Женск. Болѣзн. 1895. Стр. 750. —

Внутри- или вѣматочная беременность?

Посвящается профессору Н. Н. Феноменову въ XXX-лѣтіе его учено-педагогической дѣятельности.

Проф. П. В. МИХИНА.

Если принять во вниманіе исторію развитія женскихъ половыхъ органовъ, образованіе такихъ, существенно различныхъ другъ отъ друга органовъ, какъ матка и Фаллопиевы трубы, изъ однихъ и тѣхъ-же Мюллеровскихъ нитей, путемъ только различной дифференцировки составныхъ частей этихъ послѣднихъ, то, я думаю, вполне естественно будетъ ожидать, что, при нѣкоторыхъ уклоненіяхъ въ правильномъ ходѣ этой дифференцировки, возможно возникновеніе такихъ отдѣловъ полового тракта женщины, которые по своему строенію будутъ представлять нѣчто среднее между маткой и Фаллопиевой трубой. Такой переходной формой будетъ являться недоразвитая матка, представляющая изъ себя тонкостѣнный, полый органъ, съ слабо развитой мускулатурой. Въ подобныхъ случаяхъ и слизистая оболочка обыкновенно также бываетъ слабо развита. При этихъ условіяхъ беременность или совсѣмъ не наступаетъ, или, разъ наступивъ, влечетъ за собой очень тяжелыя послѣдствія въ видѣ абортовъ или атоніи матки (первичной или вторичной) во время родовъ; иногда такая тонкостѣнная беременная матка можетъ и разорваться во время беременности или родовъ.

Еще болѣе неблагоприятно складываются обстоятельства при беременности матки, развившейся изъ одной только Мюллеровской нити, въ однорогой маткѣ. Отъ этихъ случаевъ еще скорѣе надо ожидать, что органъ окажется инвалиднымъ въ виду слабости по мускулатурѣ.

Встрѣтивъ на практикѣ подобную беременность, врачъ можетъ быть поставленъ въ большое затрудненіе какъ въ отношеніе установки діагноза, такъ и относительно помощи. Однорогая матка, происшедшая отъ одного, да еще, быть можетъ, слабо развитаго Мюллеровскаго хода, мало чѣмъ будетъ отличаться отъ Фаллопиевой трубы въ строеніи своей мышечной части. При наступленіи беременности въ такомъ недоразвитомъ рогѣ мы будемъ имѣть, конечно, внутриматочную беременность; но бере-

менность эта, по свойствамъ своего плодoвмѣстилища, будетъ протекать, какъ вѣматочная, resp. трубная беременность, и исходы ея будутъ гораздо ближе подходить подъ эту послѣднюю форму вѣматочной беременности.

Нижеизложенный случай представляетъ собою именно подобную разновидность.

Большая Евдокія К-ва, 21 года, происходитъ изъ здоровой семьи. Замужемъ 1 годъ 6 мѣсяцевъ. Регулы съ 14 лѣтъ, по 3 дня, черезъ 4 недѣли, безболѣзненны; послѣдніе 1—4/x 1908 г. Въ началѣ XII/1908 г. стали появляться боли внизу живота, справа, тошноты, рвоты. Въ концѣ того-же декабря появились пятна крови и сильныя боли въ крестцѣ и внизу живота, болѣе съ правой стороны. Тѣ-же пятна и боли появились и 17/1 1909 г. Поступила въ частную лѣчебницу Б-ой 20/1 1909 г. Почти безпрерывныя схваткообразныя боли внизу живота, справа. Матмае набрякли; молозиво. Тошнота; частые позывы на мочу, но моча нормальна. Запоры. Сильное безпокойство въ виду безпрерывныхъ схватокъ внизу живота. Въ introitus vaginae легкой ціанозъ.

Vagina нѣсколько уже нормальной, слегка ціанотична, разрыхлена. То-же и на шейкѣ матки, въ средней части которой ясно выраженъ признакъ Гегара. Отдѣльно прощупать выше тѣло матки не удастся въ виду сильной болѣзненности вообще внизу живота. Да къ тому-же нельзя было и примѣнять особенно подробное изслѣдованіе, надавливая снаружи, отъ боязни вызвать разрывъ туго напряженнаго и ясно эластичнаго, продолговатаго мѣшка, примыкающаго съ правой стороны къ шейкѣ матки. При попыткѣ, хотя-бы и очень поверхностно, ощупать этотъ мѣшокъ, боли рѣзко усиливались. Разумѣется, нечего было и думать прощупать при такихъ условіяхъ придатки. По совокупности данныхъ анамнеза и status praesens установленъ діагнозъ: *graviditas extrauterina tubaria dextra*; мѣшокъ не разорванъ. Предшествующія отдѣленія кровяныхъ пятенъ объяснены начавшимися сокращеніями мѣшка беременности и частичной отслоикой яйца, а черезъ это и частичной отслоикой *deciduae graviditatis*. 22/1 подъ смѣшаннымъ наркозомъ (*aetheris sulfur. 80,0, chloroformii 30,0*) чревосѣченіе по *l. alba*. По вскрытіи брюшины оказалось (см. рисунокъ 1): правильно развитые правые яичникъ и труба; правый рогъ матки съ тонкостѣнной мускулатурой, очень рѣзко растянутый и истонченный развившейся въ немъ беременностью; форма мѣшка колбасовидная; длина его = 18 снт.; окружность (по срединѣ) = 20 снт.; шеечная часть матки довольно хорошо развита и сильно разрыхлена; съ лѣвой стороны яичникъ и наружная $\frac{1}{2}$ трубы хорошо развиты; вмѣсто внут-

ренной $\frac{1}{2}$ трубы—соединительно тканый тяжъ; вмѣсто лѣвой $\frac{1}{2}$ тѣла матки—соединительнотканый придатокъ къ беременному правому рогу въ видѣ трехугольнаго тѣла, основаніемъ лежащаго кверху, а верхушкой постепенно сливающагося съ шейкой матки въ области внутренняго зѣва.

Такимъ образомъ оказалось, что изъ лѣвой мюллеровской нити развилась только наружная часть трубы; вся-же средняя и нижняя часть нити превратилась въ соединительно тканый шнуръ. Слѣдовательно, на постройку всей правой $\frac{1}{2}$ родового канала пошла только правая Мюллеровская нить, при чемъ *vagina et cervix uteri* развились, сравнительно, удовлетворительно; тѣло-же матки развилось слабо, и мышечная стѣнка матки оказа-

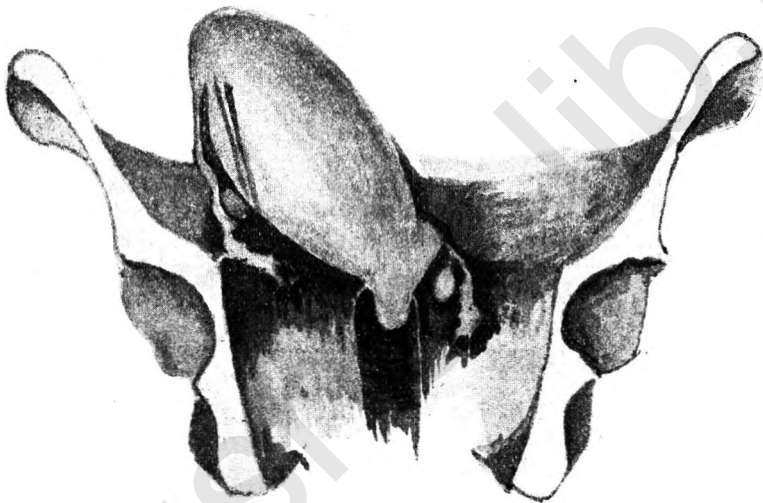


Рис. 1.

лась недостаточной для образованія нормальной толщины и силы мѣшка беременности; что касается до правой трубы и яичника, то въ строеніи ихъ ничего ненормальнаго замѣчено не было.

На основаніи всего этого я считалъ, что мы имѣли дѣло именно съ той формой порока развитія матки, когда, при наступившей беременности, окажутся признаки и внутри- и внѣматочной беременности. Поэтому, съ анатомической точки зрѣнія здѣсь была, конечно, внутриматочная беременность. Но такъ какъ по клинической картинѣ и по возможному исходу этотъ случай долженъ былъ быть причисленъ къ внѣматочной какъ-бы тубарной беременности, то и оперативная помощь была таковая, какъ при *graviditas extrauterina tubaria*, т. е. мѣшокъ беременности былъ изсѣченъ на уровнѣ *orificii interni uteri*. Изъ

остатковъ маточной культы было сформировано нѣчто вродѣ тѣла матки, къ угламъ которой были пришиты трубы и яичники. Больная легко перенесла операцію, быстро поправлялась; рана живота зажила per primam; 1/н сняты швы, а 10/н больная оставила лѣчебницу.

Препаратъ удаленнаго мѣшка беременности вмѣстѣ съ яйцомъ хранится въ музеѣ Харьковской акушерской клиники.

XIX.

Изъ Ростовской на Дону Городской больницы.

Къ казуистикѣ пороковъ развитія внутреннихъ женскихъ половыхъ органовъ *).

М. А. КАЛМЫКОВА.

Крестьянка Донской Области N. N, 21 года, обратилась въ декабрѣ 1908 года въ больницу за помощью по поводу имѣющагося у нея недержанія мочи. Сообщила она о себѣ такія свѣдѣнія: родители ея—здоровые люди; есть пять сестеръ, изъ которыхъ только старшая достигла половой зрѣлости и правильно менструируетъ; не помнитъ, чтобы въ дѣтствѣ и во время дѣвчества приходилось переносить тяжеляя заболѣванія; мѣсячныхъ не имѣла ни одного раза; болями въ животѣ не страдала, но таковыя часто бывали въ поясницѣ, при чемъ она не замѣчала, чтобы боли эти появлялись черезъ опредѣленные періоды времени; всего одинъ разъ въ жизни шла кровь изъ носу; другихъ кровотеченій никогда не бывало; 19-ти лѣтъ было выдана замужъ; въ первую брачную ночь, для дефлорации, молодой мужъ, по мѣстному обычаю, употреблялъ два пальца, обертывая ихъ полдомъ сорочки новобрачной; послѣдняя при этомъ испытывала жестокую боль, потеряла много крови, и съ той поры началось недержаніе мочи; дня черезъ четыре мужъ сталъ имѣть съ нею половыя сношенія, которыя по началу причиняли боль, а черезъ нѣкоторое время болѣзненность уменьшилась и иногда половой актъ доставлялъ женщинѣ даже удовольствіе; мужа она любитъ и имѣетъ вообще половое влеченіе; такъ прожили они полгода, при чемъ ни мужъ, ни больная до сихъ поръ не знали, что у нея имѣется impotenti coeundi; черезъ полгода злая свекровь выгнала невѣстку изъ дому съ побоями и со словами: „ты завоняла намъ хату“; послѣдующіе полтора года больная встрѣчалась иногда съ мужемъ и продолжала съ нимъ половыя сношенія.

При осмотрѣ женщины найдено слѣдующее: она—роста выше средняго, хорошаго женскаго сложенія, достаточно упитана, но нѣсколько малокровна; женственна вообще, миловидна; грудныя же-

*.) Сообщено въ Обществѣ врачей гг. Ростова и Нахичевани н/Д.

лезы средней величины, слегка отвисаютъ; соски—плоски; типъ дыханія грудной; размѣры таза—20, 25, 27, 31; на половыхъ органахъ—достаточное количество волосъ; labia majora нѣсколько плосковаты; labia minora развиты больше, чѣмъ это бываетъ нормально; онѣ выступаютъ изъ *rima pudendorum*, дрябловаты и немного пигментированы; клиторъ—нормаленъ; начиная отъ верхней части *urethr'y*, внизъ по бокамъ *introitus vaginae* спускаются складочки слизистой оболочки, при чемъ слѣва такая складочка доходить до нижней спайки, а справа она оканчивается значительно выше спайки; это, повидимому, недоразвитой *hymen*; по разведеніи малыхъ губъ, прежде всего бросается въ глаза зияющая шейка мочевого пузыря съ вывороченной нѣсколько и испещренной рубцами слизистой оболочки задней его стѣнки; задняя часть *urethr'y* на всемъ протяженіи разрушена, такъ что мочеиспускательнаго канала, какъ такового, нѣтъ; удерживать мочу больная не можетъ, *urina* выдѣляется непрерывно чрезъ зияющую шейку, которая свободно пропускаетъ два пальца; ниже, гдѣ надлежитъ быть влагалищу, имѣется сплошная перепонка изъ слизистой оболочки, въ которой замѣтны въ разныхъ направленіяхъ складочки и лякуны; отверстій въ ней нѣтъ никакихъ; при надавливаніи пальцами сказанная перепонка углубляется въ видѣ слѣпого мѣшка сантиметра на три; точечныя отверстія Бартолиновыхъ железъ находятся на своемъ обычномъ мѣстѣ; промежность средней высоты; *anus*—естествененъ; при изслѣдованіи двумя пальцами, введенными въ *anus* и мочевой пузырь, получается ощущеніе, что прямая кишка и мочевой пузырь раздѣлены тонкой перепонкой и только у дна *vesicae urinariae*, по средней линіи живота, прощупывается плотноватое тѣло, величиною около наперстка—это, повидимому, рудиментъ матки; на мѣстѣ яичниковъ не удастся ничего опредѣлить оцупываніемъ; кожа вокругъ половыхъ органовъ и на бедрахъ представляетъ явленія раздраженія мочою.

Итакъ, въ данномъ случаѣ мы имѣемъ врожденный дефектъ влагалища; отсутствуетъ ли и матка съ придатками, или она находится въ рудиментарномъ состояніи—сказать это съ точностью не представляется возможнымъ. Подобныя уродства или, какъ ихъ называютъ, пороки развитія женскихъ половыхъ органовъ встрѣчаются, какъ извѣстно, вообще рѣдко. Въ доступной мнѣ литературѣ удалось найти только незначительныя цифровыя данныя о частотѣ этой аномаліи и то за сравнительно давнее время—а именно въ работѣ д-ра Кроля, «Три случая зачаточной матки», напечатанной въ журналѣ Акушерства и женскихъ болѣзней за 1896 годъ, есть указаніе, что въ клиникѣ Шредера за 10 лѣтъ, съ 1877 по 1887 годъ, наблюдалось всего 11 случаевъ отсутствія влагалища и рудиментарнаго развитія матки, и въ Кіевской Акушерской клиникѣ за 12 лѣтъ, съ 1883 по 1895 г., зарегистрировано 38 такихъ случаевъ. При оцѣнкѣ этихъ данныхъ надо, конечно, имѣть въ виду, что въ клиники подобнаго рода больныя стекаются съ обширныхъ

районовъ и потому тамъ наблюдаются они чаще. Въ прежнее время уродливыя формы развитія женскихъ половыхъ органовъ трактовались какъ *curiosa naturae*; Meisner и Busch — первые сдѣлали попытку дать имъ рациональное объясненіе, основанное на изученіи эмбриональнаго развитія; Kussmaul, le Fort, Fürst и другіе своими работами въ этомъ направленіи создали болѣе или менѣе опредѣленную классификацію аномалій женскихъ половыхъ органовъ, въ соотвѣтствіи съ эмбриональными періодами развитія и въ зависимости отъ остановки морфологической эволюціи, или остановки развитія Мюллеровыхъ ходовъ, изъ которыхъ образуется весь половой аппаратъ женщины.

Не входя по этому предмету въ подробности, какъ не соотвѣтствующія рамкамъ настоящаго сообщенія, я отмѣчу только, что та аномалія, которая имѣется въ нашемъ случаѣ, *defectus uteri* или *uterus rudimentarius*, ведетъ свое начало отъ самой ранней зародышевой жизни и зависитъ она или отъ полного отсутствія зачаточныхъ образований извѣстной части внутреннихъ половыхъ органовъ, или отъ очень ранней задержки ихъ развитія. Полный дефектъ матки находили относительно нерѣдко на трупахъ нежизнеспособныхъ уродовъ съ пороками развитія нижней половины тѣла; въ такихъ случаяхъ совершенно отсутствовали Фаллопьевы трубы и яичники. У правильно развитыхъ субъектовъ такая аномалія наблюдалась крайне рѣдко, хотя клинически на живыхъ женщинахъ, регистрируется она сравнительно часто. Происходитъ это оттого, что, при всемъ совершенствѣ современныхъ методовъ изслѣдованія *in vivo*, точное опредѣленіе дефекта матки почти невозможно и только на трупѣ, при тщательной препаровкѣ, удается найти рудиментъ тамъ, гдѣ, казалось, имѣется полное отсутствіе матки. Зачаточное развитіе матки встрѣчается въ различныхъ видахъ, смотря по большому или меньшему количеству тканей и по формѣ, какую онѣ принимаютъ, начиная съ едва замѣтнаго даже при анатомическомъ изслѣдованіи мышечнаго или соединительнотканнаго пучка, заложеннаго подъ брюшиной задней стѣнки мочевого пузыря. Фаллопьевы трубы и яичники представляются при этомъ иногда также въ видѣ рудиментарныхъ образований или же бываютъ развиты правильно. Въ случаяхъ полного дефекта матки влагалище почти всегда отсутствуетъ, при рудиментарномъ ея состояніи оно иногда бываетъ. Наружные половые органы и грудныя железы болѣею частью развиты хорошо. Общій типъ всего тѣла, голосъ, характеръ, наклонности — обыкновенно женскіе. Менструаціи и *molimina menstrualia* чаще отсутствуютъ и лишь

рѣдко бываютъ періодическія, соотвѣтствующія овуляціи, боли съ характеромъ дисменоррейныхъ; въ случаяхъ подобнаго рода, при анатомическомъ изслѣдованіи на секціонномъ столѣ, находили болѣе или менѣе хорошо развитые яичники съ Граафовыми пузырьками различной зрѣлости. Menstruatio vicaria наблюдается крайне рѣдко въ видѣ кровотеченій изъ носа, горла, конъюнктивъ, прямой кишки, кожи ногъ и др. Половое влеченіе обыкновенно существуетъ. Извѣстны случаи введенія инородныхъ тѣлъ въ уретру съ цѣлью мастурбаци и большая часть женщинъ съ такимъ порокомъ развитія половыхъ органовъ выходитъ замужъ, или вообще живетъ половою жизнью, при чемъ, вслѣдствіе энергичныхъ попытокъ къ coitus'у, ткани на мѣстѣ introitus vaginae растягиваются и образуется вдавленіе въ видѣ слѣпнаго мѣшка разной глубины или же роль влагалища начинаетъ выполнять мочевоу пузырь при постепенномъ расширеніи мочеиспускательнаго канала или разрывѣ его.

Въ нашемъ случаѣ печальное положеніе женщины, неспособной къ половой жизни, о чемъ, по темнотѣ своей, она даже не знала по прошествіи двухъ лѣтъ замужества, усугубилось причиненіемъ ей во время первой брачной ночи, вслѣдствіе варварскаго народнаго обычая дефлорациі новобрачныхъ, тяжкаго увѣчья—разрыва мочевого канала и шейки мочевого пузыря съ послѣдующимъ недержаніемъ мочи. Такъ какъ не всѣмъ, быть можетъ, извѣстенъ этотъ обычай, то умѣстнымъ считаю сказать вкратцѣ о немъ по своимъ наблюденіямъ среди крестьянъ Донской области. Чтобы не повторяться, я приведу нѣсколько строкъ объ этомъ изъ напечатаннаго въ 1900 году во «Врачѣ» моего сообщенія о случаѣ вагинизма, развившагося послѣ разрыва нутел'а пальцемъ во время первой брачной ночи. «Дѣйствительность такъ называемой невинности устанавливается во время свадьбы присутствіемъ крови на сорочкѣ новобрачной послѣ перваго сношенія. Если «молодая» окажется «честною», то свадебныя празднества идутъ весело, при чемъ надъ жилищемъ новобрачныхъ взвивается на шесть красная тряпка, каковая и сопровождаетъ всюду свадебную процессію, какъ знакъ высшаго публичнаго торжества цѣломудрія. Если же невѣста «согрѣшила» уже, то слѣдуетъ, по особой программѣ, цѣлый рядъ скандаловъ и издѣвательствъ надъ виновницей и ея родителями, до надѣванія хомута на послѣднихъ включительно. Вопросомъ о наличности дѣвичьей чести невѣсты, такимъ образомъ, рѣшается весь ходъ празднествъ. Вотъ почему молодыхъ прямо отъ «вѣнца», не стѣсняясь временемъ, будь то бѣлый день, ведутъ въ отдѣльное помѣщеніе—избу, сарай, амбаръ—и «кладутъ спать», а вся

молодежь, участвующая на свадьбѣ, толпится около такой своеобразной опочивальни новобрачныхъ; сгорая отъ любопытства и желанія начать пиршество, толпа всячески выражаетъ свое нетерпѣніе, а «дружка» и «свашки» чуть не ежеминутно торопятъ молодыхъ стукомъ въ дверь «скоро-ли?» Женихи: опытные въ дѣлахъ любви, не взирая на такой акомпаниментъ, оказываются способными продѣлать требуемое отъ нихъ естественнымъ порядкомъ; другіе же, слѣдуя обязательному въ такомъ случаѣ наказу «дружка», совершаютъ операцію спѣшно пальцами, а нѣкоторымъ, болѣе застѣнчивымъ, она не удается никакъ... и тогда на помощь идетъ «дружка», который пальцами и разрываетъ дѣвственную плеву. Полупьяныя «свашки» учиняютъ затѣмъ экспертизу надъ подоломъ сорочки невесты, и вся толпа съ бѣснованіемъ, особо установленнымъ по свадебному церемониалу для того или иного результата перваго сношенія, направляется къ старикамъ, которые возсѣдаютъ за уставленными явствами и напитками столами и томятся ожиданіемъ вѣсти о результатѣ пробы новобрачной, съ полученіемъ каковой и начинается уже свадебная вакханалія».

Бываютъ случаи еще болѣе возмутительные. Помню изъ своей земской службы такой эпизодъ. Прискакалъ ко мнѣ изъ сосѣдняго села посоль съ просьбой скорѣе пріѣхать — помочь бѣдѣ: молодыхъ положили «спать»; жениху и дружку не удалось совершить «нарушенія невинности»; приглашали еще двухъ лицъ изъ опытныхъ въ этомъ дѣлѣ дружковъ и тѣ тоже не могли ничего подѣлать. Свадебная церемонія черезъ это остановилась. Я собрался было ѣхать, чтобъ прекратить истязаніе молодой, но въ это время явился другой посланный съ извѣстіемъ, что позвали еще какую то бабку и той удалось наконецъ совершить требуемую операцію. Естественно, что такой дикій народный способъ дефлораціи новобрачныхъ, выполняемый спѣшно и людьми, не имѣющими представленія объ анатоміи половыхъ органовъ, долженъ часто сопровождаться чрезмѣрными разрывами входа во влагалище. Таковыя и пришлось мнѣ видѣть во время земской службы два раза, когда я былъ позванъ оказать пособіе истекавшимъ кровью молодымъ.

Возвращаясь къ случаю, послужившему предметомъ настоящаго сообщенія, я скажу еще нѣсколько словъ о лѣченіи. Къ намъ женщина обратилась за помощью только по поводу имѣющагося у нея недержанія мочи и мы, не предрѣшая вопроса о возможности образованія у нея влагалища, имѣли въ виду лишь избавленіе ея отъ сказаннаго страданія. Съ этою цѣлью мною сдѣлана была ей такая операція: со слизистой оболочки задней

стѣнки шейки мочевого пузыря былъ вырѣзанъ трехъ-угольный лоскутъ съ основаніемъ впереди для того, чтобы уменьшить нѣсколько просвѣтъ широко зіяющаго дефекта и послѣдующими швами, быть можетъ, соединить разорванные волокна sphincter'a vesicae; швы накладывались такъ, что въ полость пузыря они не выступали; затѣмъ уцѣлѣвшіе обрывки боковыхъ частей мочеиспускательнаго канала были расщеплены на извѣстномъ протяженіи и швами соединены сперва слизистая оболочка ureth'ы, а вторымъ ярусомъ наложены швы на слизистую снаружи. Получился, казалось, удовлетворительный мочеиспускательный каналъ, а подъ нимъ образовался на мѣстѣ влагалища мѣшокъ глубиною въ три сантиметра. Три дня послѣ операціи примѣнялся катетеръ à demeure, а затѣмъ моча выводилась время отъ времени катетеризаціей. На 9-ый день сняты швы. Получилось prima intentio. Когда больная встала съ постели, то оказалось, что при хожденіи она не удерживаетъ вполнѣ мочи, сидя же и лежа остается сухою. Такимъ образомъ, первая наша попытка оперативнаго пособія не увѣнчалась полнымъ успѣхомъ, но все таки значительно улучшила тяжелое положеніе больной. Возможно, что съ теченіемъ времени, если она воздержится отъ половыхъ сношеній, растянутый, и частью разрушенный жомъ мочевого пузыря начнетъ функционировать болѣе или менѣе нормально.

XX.

Случай изъ Акушерско-Гинекологической Клиники Харьковскаго Университета
(Профессора П. В. Михина).

Фибромуома большой губы, исходящая изъ круглой связки.

Д-р А БЛИЗНЕРА.

Сравнительная рѣдкость случаевъ подобнаго рода съ одной стороны, и интересъ, который представляетъ источникъ развитія такихъ новообразованій въ этой области, съ другой,—являются причиной появленія въ свѣтъ этой статьи.

Просматривая литературу за послѣдніе годы, узнаемъ, что вопросъ о новообразованіяхъ круглыхъ связокъ сталъ предметомъ изслѣдованій сравнительно недавно. Такъ, впервые Раи въ 1850 году приводитъ одинъ случай опухоли, исходящей изъ круглой связки. (случай изъ Берлинскаго Патологоанатомическаго Музея).

Въ 1865 году Spencer Wells удалилъ въ двухъ случаяхъ небольшія опухоли круглыхъ связокъ, расположенныхъ снаружи пахового канала. Въ 1883 г. Sä nger собралъ уже 12 случаевъ новообразованій круглыхъ связокъ, лежавшихъ также экстраабдоминально. Съ тѣхъ поръ въ литературѣ появляются единичныя сообщенія, а

иногда описанія цѣлой серіи случаевъ: 18 случаевъ новообразований, исходившихъ изъ *ligamentum rotundum*, расположенныхъ внѣбрюшинно, описанныхъ въ 1900 году Guinard'омъ. Въ 1901 году д.-ръ Веберъ сообщаетъ два случая, наблюдавшихся имъ самимъ (Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней за 1901 годъ).

Какъ извѣстно, круглая связка, отойдя отъ угла матки, залезаетъ въ толщѣ *ligamenti lati* и, направляясь къ тазовой стѣнкѣ, образуетъ тамъ дугу, открытую спереди и снутри; отсюда, черезъ внутреннее паховое кольцо, она проходитъ по всему протяженію *canalis inguinalis* и, выйдя изъ него, распадается на довольно большое число волоконъ, которыя частью теряются въ подкожной клѣтчаткѣ у *symphysis'a*, частью же направляются въ толщѣ большой губы.

Круглая связка состоитъ главнымъ образомъ изъ гладкихъ мышечныхъ элементовъ, которые являются продолженіемъ мышечныхъ волоконъ матки; удаляясь же отъ матки, связка теряетъ свой мышечный характеръ и состоитъ уже главнымъ образомъ изъ соединительно-тканыхъ элементовъ.

На основаніи уже этихъ краткихъ анатомическихъ данныхъ ясно, какого типа новообразования могутъ исходить изъ круглыхъ связокъ.—Это будутъ опухоли мышечнаго и соединительно-тканнаго типа и цѣлый рядъ сочетанныхъ формъ: фибромы, міомы и фиброміомы. Какъ на большую рѣдкость можно указать на 2 случая кистъ, исходившихъ изъ средней трети круглыхъ связокъ, описанныхъ д.-ромъ Улезко-Строгоновой.

Этіологія новообразований мышечнаго отдѣла круглыхъ связокъ не болѣе ясна, чѣмъ вообще вопросъ о возникновеніи опухолей этого рода въ маткѣ. Возможно, что однимъ изъ предрасполагающихъ моментовъ, въ качествѣ акта, раздражающаго связочный аппаратъ, являются роды или простая травма; послѣдней причины въ нашемъ случаѣ установить не удалось.

Въ случаѣ, приводимомъ мною, фиброміома развилась изъ той части *ligamentum rotund.*, которая находится за предѣлами пахового канала.

Большая Анна М-ва, 27 л., крестьянка, поступила 10-X-08 г. въ гинекологическое отдѣленіе клиники по поводу опухоли въ области лѣвой большой губы. Всегда пользовалась удовлетворительнымъ здоровьемъ. Menstrua съ 16 лѣтъ по 3—4 дня, чр. 3 нед., безъ болей. Рожала 2 раза въ срокъ. Послѣдніе роды—3 мѣсяца тому назадъ. Шесть мѣсяцевъ тому назадъ, замѣтила въ области лѣвой большой губы опухоль, величиною съ горошину, которая стала быстро расти и 2 мѣсяца тому назадъ достигла настоящихъ размѣровъ. На актъ послѣднихъ родовъ, бывшихъ три мѣсяца тому назадъ, наличность опухоли, повидимому, не повліяла. Актъ *coitus'a*, хотя вслѣдствіи присутствія опухоли, и затрудненъ, но совершается правильно. Лишь два послѣдніе мѣсяца при ходьбѣ больная испытываетъ тянущія боли въ паху.

Большая средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія. Со стороны внутреннихъ органовъ нѣтъ уклоненій. Акты дефекаціи и мочеиспусканія нормальны. Въ мочѣ ничего особеннаго. Половая щель закрыта опухолью, расположенной на мѣстѣ верхнихъ двухъ третей лѣвой большой губы.

Тumor величины и формы апельсина лежитъ косо по направленію внизъ и внутрь. Наибольшіе размѣры опухоли—11 сант. въ длинникѣ

и 5 сант.—въ поперечникѣ. Передняя поверхность опухоли покрыта растянutoй кожей большой губы, задняя-слизистой оболочкой малой губы той же стороны. Съ внутренней стороны, на границѣ кожныхъ покрововъ и слизистой оболочки тянется бахромчатый валикъ, длиной около 6 сант., представляющій собой растянutoю часть лѣвой малой губы (См. рис. II). Кожа надъ опухолью не измѣнена и легко собирается въ складку. Подвижность опухоли въ стороны совершенно свободна, при попыткѣ же смѣстить ее книзу у верхняго полюса опухоли неясно контурируется не особенно плотный тяжъ. Консистенція опухоли плотная, поверхность ее гладкая. Перкуторный тонъ въ предѣлахъ опухоли рѣзко-тупой. Со стороны наружныхъ половыхъ частей правой половины—никакихъ уклоненій.

Клиторъ расположенъ на внутренне-задней поверхности tumor'a.

Uterus въ нормальной anteflexi'i, въ тѣлѣ ея нигдѣ узловъ фиброміомы не замѣчается; придатки нормальны.

- a. Растянutoя кожа лѣвой большой губы.
- b. Слизистая оболочка малой лѣвой губы.
- c. Бахромчатый валикъ, часть малой губы.
- d. Clitoris.
- e. Introitus vaginae.
- f. Нормальная правая губа.

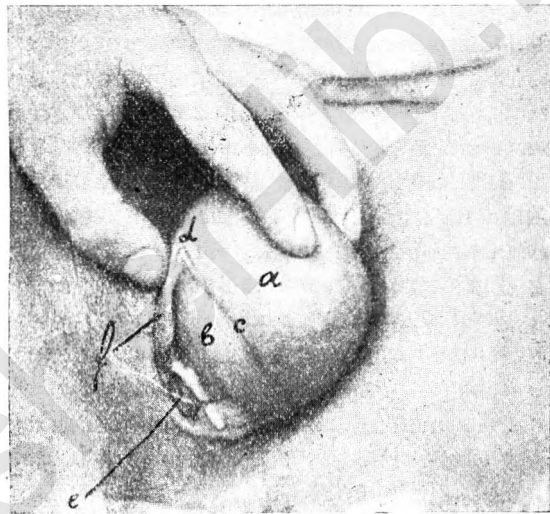


Рис. II.

На основаніи данныхъ объективнаго изслѣдованія былъ поставленъ діагнозъ фиброміомы лѣвой круглой связки и больной предложена операція, произведенная профессоромъ П. В. Михинымъ 16-X-08 г. Отсепарованъ овальный лоскутъ кожныхъ покрововъ опухоли, сама она отдѣлена тупымъ путемъ отъ окружающей клѣтчатки и удалена послѣ перевязки питающаго сосуда, идущаго сверху. На края разрѣза былъ положенъ узловатый шовъ. Черезъ недѣлю—prima intentio.

Подъ микроскопомъ характерная картина фиброміомы: обиліе соединительно тканыхъ клѣтокъ и между ними тонкіе пуги мышечныхъ волоконъ.

Въ заключеніе приношу глубокую благодарность Директору Клиники профессору П. В. Михину, который предложилъ мнѣ описать этотъ случай и помочь мнѣ въ этой работѣ.

Изъ Госп. Хир. Клиники проф. С. П. Федорова.

Объ одномъ признакъ для различительнаго распознаванія опухолей брюшной полости.

А. П. ЕРЕМИЧА.

Брюшная, тазовая и брюшно-тазовая форма врожденныхъ аномалій положенія почекъ не всегда поддается диагнозу, и только чрезосъченіе, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣдующая аутопсія обнаруживаетъ, что та опухоль, по поводу котрой было принято оперативное вмѣшательство, и которая давала извѣстный симптомокомплексъ заболѣванія, есть почка. Особенно трудень діагнозъ тазовой почки, которую смѣшивали съ опухолями или воспалительными процессами придатковъ, интралигаментарными миомами, благодаря анатомической близости ея къ органамъ малаго таза. Брюшную и брюшно-тазовую форму дистопіи почки принимали за кисту на длинной ножкѣ, за опухоли кишекъ и брыжейки. Что подобная форма аномалій почекъ представляетъ не столь рѣдкое явленіе, свидѣлствуетъ высказываемое K e h r e r'омъ положеніе, по которому во всякомъ случаѣ ретроперитонеальной и интралигаментарной опухоли и во всякомъ случаѣ недоразвитія половыхъ органовъ, при всѣхъ формахъ инфантилизма, должно думать о возможности низкаго положенія почекъ. Naumann на 10,177 вскрытій въ Кильскомъ Анатомическомъ театрѣ съ 1873 по 1896 г. отмѣчаетъ 100 врожденныхъ аномалій положенія почекъ, т. е. въ 1% случаевъ. При обзорѣни 67 клиническихъ случаевъ *dystopia renis*, собранныхъ Sträter'омъ на долю женщинъ приходится 53, на долю мужчинъ 14.

За послѣдніе три года, протекшіе со времени выхода работы Sträter'a, я нашелъ еще 4 клиническихъ случая (Schad, Wulf и 2 сл. Albrecht), касавшихся мужчинъ. Такое преобладаніе женскаго пола въ статистикѣ клинически прослѣженныхъ случаевъ не свидѣлствуетъ о томъ, что вообще дистопія почекъ чаще выпадаетъ на долю женщинъ, какъ то наблюдается для приобрѣтенной подвижной почки; по статистикѣ анатомическихъ театровъ, эта разница между полами сглаживается (Heiner).

Я не задаюсь цѣлью въ данномъ случаѣ касаться вопроса происхожденія и классификаціи различныхъ формъ дистопіи почки, ея анатомическихъ особенностей, клиники и терапіи, отмѣчу лишь трудность діагноза этого заболѣванія и укажу на

одинъ діагностическій признакъ, дающій возможность практическому врачу убѣдиться, что та опухоль, которую онъ собирается экстирпировать, не есть почка. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ во время чревосѣченія не было установлено, съ чѣмъ имѣлось дѣло. Висс только тогда узналъ, что опухоль, помѣшавшаяся въ правой fossa iliaca, которую онъ принималъ за патологически измѣненный и увеличенный яичникъ, есть почка, когда были уже перевязаны сосуды. Не изслѣдовавши, имѣется ли на нормальномъ мѣстѣ другая почка, онъ удалилъ дистопированную и пациентка умерла на 8-й день, такъ какъ удаленная почка на вскрытіи оказалась единственной. Polk еще въ 1882 году первый поставилъ правильный діагнозъ дистопированной почки, которая оказалась сросшейся съ правымъ яичникомъ. Опухоль экстирпировали. Оказалось, что эта была единственная почка.

Помимо врожденнаго отсутствія почки съ одной стороны встрѣчаются также случаи, когда обѣ почки срастаются вмѣстѣ и даютъ ту форму аномалии, которая извѣстна подъ именемъ подковообразной и пирогаобразной почки. Сросшаяся почка можетъ помѣшаться или на обычномъ мѣстѣ или въ полости большого и малаго таза, располагаясь въ fossa iliaca, на art. sacroiliaca и на promontorium. Подвергшись патологическому процессу, или маскируя картину другого заболѣванія, она можетъ дать поводъ къ энергичному вмѣшательству, которое окажется гибельнымъ для организма.

Въ «Руководствѣ практической хирургіи» Бергмана, Брунса и Микулича указывается на трудность діагноза дистопированной почки: «Если врожденное смѣшеніе почки вызываетъ какія нибудь расстройства, или же если оно открывается случайно, то различительное распознаваніе отъ забрюшинныхъ органовъ, отъ опухолей широкихъ связокъ или трубъ чрезвычайно трудно и въ дѣйствительности, по крайней мѣрѣ въ тѣхъ случаяхъ, когда предпринималась по этому поводу операція, до сихъ поръ ни разу не было установлено».

Strube въ 1804 году отмѣчаетъ шесть случаевъ, въ которыхъ дистопическая почка была предположена во время жизни. Изъ 53 случаевъ Sträter'a, касающихся женщинъ, правильный діагнозъ поставленъ 15 разъ. Въ собранныхъ мной 4 случаяхъ основное страданіе было распознано два раза.

Въ трехъ случаяхъ, наблюдавшихся въ клиникѣ проф. Эедорова, дистопія установлена два раза. По мнѣнію Müllerheim'a гинекологи и акушеры больше всего должны быть знакомы съ анатомическими отношеніями дистопіи, такъ какъ имъ представляется чаще всего возможность смѣшать тазовую почку съ другими образованиями. Особенно надо обращать вниманіе на

эту аномалию въ новѣйшее время, когда влагалищный методъ экстирпации тазовыхъ органовъ получаетъ широкое распространение. Müllerheim разработалъ вопросъ о діагнозѣ дистопіи почекъ и во всѣхъ своихъ 4 случаяхъ поставилъ его правильно. Этимъ занимался также Kehrger. Если рѣчь идетъ о тазовой формѣ, особенно интересной для гинекологовъ и акушеровъ, то по мнѣнію Kehrger'a прежде всего нужно распознать позади брюшинное ея расположеніе. Характерно для нея фиксированное до полной неподвижности положеніе на задней стѣнкѣ таза часто спереди или вблизи articulatio sacro-iliaca или promontorium, то покрывая incisura ischiadica major, то лежа вполне въ крестцовой впадинѣ.

Въ случаѣ Sträter'a опухоль лежала въ правой широкой связкѣ возлѣ матки. Что касается брюшной и брюшно-тазовой почки, то фиксація не является патогномичнымъ для нея признакомъ, такъ какъ по крайней мѣрѣ въ 3-хъ случаяхъ дистопіи, наблюдавшихся въ клиникѣ проф. С. П. Оедорова, гдѣ имѣлось брюшная форма, почка, помѣщавшаяся на уровнѣ пупка, легко смѣщалась къ средней линіи и книзу въ малый тазъ. Въ 4-мъ случаѣ, оперированномъ С. П. Оедоровымъ въ 1898 г. въ клиникѣ проф. А. А. Боброва, гдѣ имѣлась брюшно-тазовая форма дистопіи, почка помѣщалась въ fossa iliaca и ее легко можно было смѣстить къ средней линіи.

Характерная дольчатость дистопированной почки, приближающая ее къ зародышевому типу, не всегда имѣется на лицо, какъ это слѣдуетъ изъ описанія прослѣженныхъ клинически и найденныхъ на вскрытіи отдѣльныхъ случаевъ, да и не всегда можетъ быть установлена. Будучи установлена не подвинетъ впередъ діагноза, такъ какъ эта дольчатость, опредѣляемая при наружномъ и комбинированномъ изслѣдованіи въ видѣ бугристости, характерна и для новообразованій.

Что касается величины дистопированной почки, то она можетъ быть меньше, можетъ быть больше нормальной.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣлась задержка въ восхожденіи одной почки, тамъ она меньше нормальной, если не была изменена патологическимъ процессомъ. Когда же въ ней имѣлись застойныя явленія или образовался гидро и піонефрозъ или литіазъ, или когда въ ней развилась саркома, ракъ, туберкулезъ, она была больше нормальной.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣло мѣсто въ зародышевой жизни видоизмѣненное направленіе движенія одной почки, давшее въ результатъ сращеніе ея съ другой и приведшее къ образованию подковообразной и пироогообразной почки, тамъ прошупываемая почка была больше нормальной.

Данными камбинированного, особенно ректо-вагинального изслѣдованія, можно получить нѣкоторыя указанія, наводящія на мысль, что имѣется дѣло съ ненормально расположенной почкой. Она иногда вполне сохраняет свою форму. (Случай проф. А. П. Губарева). Можно установить воронкообразное вдавленіе на мѣстѣ *hylus'a*, но расположеніе его не характерно, такъ какъ по мнѣнію *Keher'a* въ $\frac{1}{3}$ случаевъ, а по другимъ авторамъ чаще *hylus* находится спереди. Обычно въ мѣстѣ выхода мочеточника, въ почку вступаетъ артеріальный сосудъ, можно думать, что *hylus*, сосудъ и *ureter*, если они будутъ установлены, подтвердятъ распознаваніе. *Runge* ректо-вагинальнымъ способомъ прощупалъ біеніе двухъ артерій, идущихъ къ *hylus*, открывавшемуся налѣво, а *Müllerheim* ощупалъ біеніе артерій, вступающей въ выпуклую нижнюю поверхность почки.

Въ виду того, что кровоснабженіе дистопированной почки претерпѣваетъ рѣзкія отклоненія отъ нормы по количеству артерій и венъ, мѣсту ихъ вхожденія въ почку и выхода изъ главнаго ствола, эта особенность можетъ привести къ ложному заключенію даже при чревосѣченіи, напр. въ случаѣ *Buss*.

Heiner описываетъ правостороннюю пирогеобразную почку, которая снабжалась 5 артеріями и ни одна изъ нихъ не подходила къ *hylus*.

Отмѣчается частое совпаденіе пороковъ развитія *genitalia* съ таковыми же почки. *Ballowitz* собралъ 213 случаевъ односторонняго отсутствія почки. Въ 110 случаяхъ не было сдѣлано никакихъ указаній, а между остальными 103 случаями аномалій *genitalia* отмѣчаются 73 раза.

Всѣ перечисленные признаки не отличаются постоянствомъ, не характерны для всѣхъ случаевъ и могутъ только подтвердить діагнозъ, поставленный предвзято. Нужны объективныя болѣе устойчивыя данныя и таковыми является рентгенографія, цистоскопія и катетеризація мочеточниковъ. *Müllerheim* настолько подвинулъ впередъ діагнозъ дистопіи почки, что далъ поводъ *Strätery* высказать въ этомъ году въ его полемиической статьѣ со школой *Nochenegg'a* какъ положеніе, что правильный діагнозъ возможенъ во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія и онъ долженъ быть поставленъ, такъ какъ по мнѣнію того же *Müllerheim'a* въ несчастныхъ случаяхъ нельзя извиняться трудностью діагноза и относительной рѣдкостью случая.

Одна цистоскопія не даетъ существеннаго признака для правильнаго распознаванія; она можетъ ввести въ заблужденіе тамъ, гдѣ имѣется форма аномаліи, обусловленная сращеніемъ обѣихъ почекъ. *Cathelin*, собравшій 13 такихъ случаевъ,

утверждаетъ, что мочеточники открываются въ пузырь на обычномъ мѣстѣ и дистопическое состояніе почекъ и ихъ сліяніе не отражается на расположеніи отверстій мочеточниковъ въ пузырь. На послѣднемъ сѣздѣ Россійскихъ Хирурговъ въ декабрѣ 1908 г. Спасокукоцкій сообщилъ объ одномъ случаѣ обширнаго гидронефроза, который онъ оперировалъ. При цистоскопіи найдены были оба отверстия мочеточниковъ на нормальномъ мѣстѣ. Обнаживши поясничнымъ разрѣзомъ опухоль Спасокукоцкій усумнился, есть ли другая почка, и убѣдившись чрезъ чревосѣченіе, что патологически измѣненная есть единственная, повидимому сросшаяся почка, произвелъ неопіэлопластику, при обширномъ гидронефрозѣ. Случай окончился выздоровленіемъ.

Müllerheim вмѣстѣ съ Casper'омъ произвелъ катетеризацію мочеточниковъ и измѣреніе длины ихъ въ одномъ случаѣ дистопіи, гдѣ дѣло шло о молодой дѣвушкѣ, у которой наблюдалась amenorrhœa. Здѣсь было полное отсутствіе влагалища, матки и придатковъ. Изслѣдованіемъ per rectum установлена опухоль на правой задней стѣнкѣ таза, которая была принята за почку, благодаря ея плоской формѣ, широкому прикрѣпленію, излюбленному мѣстоположенію, плотной консистенціи и отсутствію чувствительности къ давленію. При катетеризаціи мочеточникъ, соотвѣтствовавшій дистопированной правой почкѣ былъ на 12 ст. короче лѣваго. Въ слѣдующемъ случаѣ, гдѣ заподозрѣнная дистопированная почка помѣщалась у лѣваго sup. sacro-iliaca тоже была произведена катетеризація мочеточниковъ, лѣвый оказался на 10 ст. короче праваго, при чемъ въ лѣвый катетръ былъ вставленъ металлическій мандринъ, а границы опухоли, проэцированныя на брюшную стѣнку были обведены мѣдной проволокой. На рентгеновскомъ снимкѣ съ несомнѣнностью было установлено, что мочеточникъ подходит къ опухоли, принятой за почку. Что касается оцѣнки этого, впервые предложеннаго Müllerheim'омъ приѣма, то Israel справедливо отмѣчаетъ, что не во всѣхъ случаяхъ мочеточникъ, соотвѣтствующій дистопированной почкѣ, короче нормальнаго. Онъ дѣлаетъ много изгибовъ и въ одномъ случаѣ, наблюдавшемся Israel'емъ мочеточникъ дистопированной почки былъ даже на 2 ст. длиннѣе нормальнаго. Благодаря изгибамъ не всегда удается провести катетръ; помимо изгибовъ на всемъ протяженіи мочеточника, начиная отъ pars intramuralis его и кончая лоханкой возможны патологическія препятствія въ видѣ суженій, не дающія возможности провести катетръ. Встрѣчаются случаи, гдѣ при попыткѣ катетеризировать здоровую почку въ цѣляхъ раздѣльнаго полученія мочи не удается сдѣлать это.

Въ двухъ послѣднихъ случаяхъ, наблюдавшихся въ 1907 и 1909 г. въ клиникѣ проф. С. П. Оедорова не удалось провести катетръ въ мочеточникъ нормально расположенной почки, тогда какъ въ мочеточникъ дистопированной онъ былъ проведенъ.

Методъ катетеризаціи, какъ видно изъ изложеннаго, не всегда выполнимый, доступенъ не всякому врачу, между тѣмъ базироваться на неустойчивыхъ данныхъ внутренняго изслѣдованія подчасъ бываетъ трудно, а точный діагнозъ рѣшаетъ иногда вопросъ жизни, если дѣло идетъ о единственной почкѣ.

По моему мнѣнію въ такихъ случаяхъ методъ пальпаторной альбуминуриіи является надежнымъ признакомъ, дающимъ возможность установить, не почка ли прощупываемая опухоль.

Методъ этотъ предложенъ въ 1900 году Menge. Изслѣдуя двухъ больныхъ съ пріобрѣтенной подвижной почкой, онъ замѣтилъ, что всякій разъ послѣ диагностической пальпаціи подвижной почки, появлялся въ мочѣ бѣлокъ, котораго раньше въ ней не было. Перенеся эти случайныя наблюденія на рядъ больныхъ и изслѣдуя также и микроскопическій осадокъ мочи послѣ пальпаціи, Menge нашель, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ почка болѣе доступна изслѣдованію, т. е. въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется большая степень смѣщенія, когда мышцы брюшной стѣнки вялы, подкожно жировой слой, а стало быть и жировая капсула почки не развиты, бѣлокъ опредѣляется въ мочѣ всегда и въ относительно большемъ количествѣ, чѣмъ въ случаяхъ, гдѣ почка менѣе доступна.

На 21 наблюденіе онъ не получилъ результата 6 разъ. Въ осадкѣ мочи, дававшей бѣлокъ послѣ пальпаціи почки, Menge 5 разъ нашель элементы крови. Въ остальныхъ случаяхъ осадокъ не изслѣдовался. Техника пальпаторнаго изслѣдованія состояла въ томъ, что лѣвая рука ладонью клалась на заднюю стѣнку туловища противъ опухоли, а концами пальцевъ правой руки производилось легкое надавливаніе на опухоль по направленію кзади, такъ что она сжималась разъ нѣсколько между двумя руками. Черезъ $\frac{1}{2}$ часа пузырь опорожнялся, бѣлокъ опредѣлялся въ нѣкоторыхъ случаяхъ до $\frac{1}{2}$ ‰ и держался отъ $\frac{3}{4}$ — 2 часовъ. Черезъ 24 часа его уже не было и слѣдовъ. Въ виду того, что послѣ пальпаціи почки бѣлокъ появляется очень скоро Menge ставитъ въ связь это явленіе съ выступленіемъ ничтожнаго количества крови изъ капилляровъ почки, а не измѣненіями въ почечномъ эпителии, воспалительнаго или застойнаго характера, обусловленнаго хотя и кратковременнымъ разстройствомъ кровообращенія, вызваннаго механическимъ инсультомъ.

Въ результатѣ получается преходящая гематуриія, дающая

albuminuriam spuriam. Проф. Schreiber, продолжавший наблюдения Menge, изъ 42 случаевъ діагностической пальпации почекъ не получилъ бѣлка только одинъ разъ и то при однократномъ изслѣдованіи.

Неудачу Engel'я Schreiber объясняетъ промахами въ технику метода. Онъ ввелъ нѣкоторое измѣненіе въ технику, предложивъ опорожнять пузырь предъ пальпацией и первую порцію мочи брать черезъ 10 минутъ. Осадокъ мочи Schreiber'омъ изслѣдовался 8 разъ и насчетъ его Schreiber не даетъ точныхъ заключеній. Появленіе бѣлка онъ объясняетъ тоже механическимъ вліяніемъ, прибавляя, что вмѣстѣ съ кровью продавливается лимфа изъ лимфатическихъ сосудовъ. Сдавленіе почечныхъ сосудовъ, вызывая замедленіе тока крови и пониженіе кровяного давленія, обусловливаетъ выходненіе черезъ стѣнки форменныхъ элементовъ крови. Изъ русскихъ авторовъ занимался этимъ вопросомъ прив.-доц. Э. А. Жебровскій, который обратилъ особое вниманіе на осадокъ. Онъ установилъ какъ правило, что пальпация подвижной почки во всѣхъ случаяхъ, даже когда съ трудомъ прощупывается нижній сегментъ ея, въ конечномъ результатѣ даетъ альбуминурию.

Производя свои наблюденія преимущественно надъ больными съ приобретенной подвижной почкой, онъ предлагаетъ пытаться въ случаѣ трудной доступности почекъ въ положеніи на спинѣ, изслѣдовать больныхъ въ стоячемъ положеніи и въ положеніи на противоположной сторонѣ. Онъ считаетъ достаточнымъ производить легкое сдавливаніе почки между двумя руками до 15 разъ.

Если бѣлокъ былъ въ мочѣ до пальпации, то количество его послѣ нея увеличивалось въ нѣсколько разъ, въ одномъ случаѣ въ 11 разъ. У меня нѣтъ возможности подробно останавливаться на интересной работѣ Жебровскаго, сдѣлавшаго попытку поставить въ связь измѣненіе качества осадка и рѣзкое увеличеніе бѣлка въ мочѣ послѣ пальпации съ патологическими процессами, происходящими въ самой почкѣ. Отмѣчу лишь болѣе характерныя наблюденія его, имѣвшія хирургической интересъ. Въ одномъ случаѣ пальпация опухоли, помѣщавшейся въ лѣвой половинѣ живота дала увеличеніе бѣлка съ $0,15\%$ до $1,32\%$. Въ осадкѣ масса красныхъ кровяныхъ тѣлецъ группами и тяжами. Заподозрѣно злокачественное новообразованіе почки, что и было подтверждено операцией.

Въ другомъ случаѣ были заподозрѣны камни въ правой подвижной почкѣ. До пальпации въ мочѣ опредѣлялись ничтожные слѣды бѣлка при помощи такого чувствительнаго реактива, какъ сульфосалициловая кислота. Послѣ пальпации почки количество бѣлка поднялось только до $0,03\%$. Осадокъ былъ безъ измѣненія.

Жебровскій высказалъ предположеніе, что въ данномъ случаѣ почка камней не содержитъ, но больной была сдѣлана операція, и лоханки оказались пусты. У одной больной прощупывалась опухоль въ правой половинѣ живота подъ печенью. Въ мочѣ 0,25‰ бѣлка, цилиндры. Пальпація опухоли не дала увеличенія бѣлка и измѣненія осадка. Предположено, что опухоль не почки, и дальнѣйшимъ наблюденіемъ подтвердилось, что это корсетная печень. Кратковременное появленіе бѣлка Жебровскій объясняетъ измѣненіями питанія почечнаго эпителия, вызванными расстройствомъ внутрпочечнаго кровообращенія.

Въ Госпитальной Хирургической Клиникѣ, по предложенію Проф. С. П. Оедорова, въ двухъ случаяхъ дистоніи почки примѣнялся методъ пальпаторной альбуминаріи и оба раза съ положительнымъ результатомъ. Я въ краткихъ чертахъ коснусь исторій болѣзни, рассматривая ихъ съ точки зрѣнія метода.

I случай. А. В. земледѣлецъ 20 лѣтъ поступилъ 24/ix 07 съ жалобой на боль по всему животу, особенно въ подчревной области. Начало заболѣванія относить къ особенно тяжелой работѣ шесть мѣсяцевъ тому назадъ. Наружные genitalia нормальны. Въ лѣвой половинѣ живота на уровнѣ spina ossis ilei anterior прощупывается опухоль величиной съ крымское яблоко, дающая ощущеніе бугристости. Надъ опухолью тимпанитъ, опухоль умѣренно смѣщается во всѣ стороны. При катетеризаціи мочеточниковъ удалось провести катетеръ только въ лѣвый. Когда катетеръ находился въ лѣвомъ мочеточникѣ, произведено легкое поглаживаніе и разминаніе опухоли подъ пальцами, при этомъ черезъ катетеръ стала выдѣляться моча съ незначительной примѣсью крови. Уже это появленіе указываетъ на то, что изслѣдуемая опухоль есть почка. Черезъ нѣкоторое время произведена пальпація опухоли и въ мочѣ, не содержавшей бѣлка, послѣдній оказался въ количествѣ 1/2‰.

Ясные слѣды бѣлка еще можно было наблюдать въ порціи мочи, выдѣленной спустя 10 часовъ. Опытъ повторялся два раза еще съ такимъ же успѣхомъ. Поясничнымъ разрѣзомъ была обнажена почка, оказалось что она дольчатая, имѣетъ три отдѣльных лоханки, сливавшихся въ общій стволъ. Почка была нѣсколько приподнята и фиксирована къ боковой стѣнкѣ.

Въ послѣоперационномъ теченіи наблюдалось ущемленіе почки уже на другой день. Боли продолжались три дня, въ мочѣ находили бѣлокъ, а черезъ 6 дней образовался мочевой свищъ, закрывшійся 4 марта 1908 г. и больной выписался, освободившись отъ болѣзненныхъ расстройствъ, приведшихъ его въ клинику.

II случай. М. Л. 24 лѣтъ офицеръ поступилъ 7/i 909 съ жалобой на опухоль въ полости живота, причиняющую цѣлый рядъ расстройствъ, особенно боль и запоры. Начало болѣзни относить къ прыжку съ 2-саженной высоты, имѣвшему мѣсто 1½ года тому назадъ. Лѣчился, но безуспѣшно. Больной истощенъ, неврастеникъ, impotentia. Наружныя genitalia нормальны, prostata и сѣменные пузырьки нормальны. Справа на уровнѣ пупка прощупывается опухоль, величиной съ почку, крупнобугристая, смѣщается внизъ въ полость таза,

вверхъ и въ стороны смѣщается незначительно. Заподозрѣна дистопія правой почки. Произведена пальпация опухоли и въ мочѣ появился бѣлокъ въ количествѣ $1/2^0/00$. Удалось катетеризировать только правый мочеточникъ, соотвѣтствовавший дистопированной почкѣ. Вслѣдъ за введеніемъ катетера стала появляться примѣсь крови въ мочѣ. Катетеръ былъ проведенъ только на глубину 4 см. 3 раза повторялся опытъ пальпации и всегда появлялся бѣлокъ въ количествѣ $0,5^0/00$, исчезавшій на другой день въ утренней порціи мочи. Больному было сдѣлано б/и пришиваніе почки. Сейчас онъ уже ходитъ, чувствуетъ себя хорошо. Боли исчезли, осталась наклонность къ запорамъ. Общее состояніе улучшилось.

Изъ вышеизложенныхъ наблюдений Гсп. Хир. Кл. Пр. С. П. Федорова и сообщеній др. авторовъ слѣдуетъ, что пальпаторная альбуминурия, будучи явленіемъ постояннымъ, и какъ діагностическій приемъ явленіемъ безвреднымъ, можетъ служить существеннымъ подспорьемъ при опредѣленіи природы опухолей живота вообще и полости таза у женщинъ въ особенности.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Strube. Ueber kongenit. Lage und Bildungsanomalien der Niere. Virch. Arch. Bd. 137.
- 2) Kehler. Die klinische Bedeutung der kongenit. einseitigen Nierendystopie. Beiträge zur Geburtshl. und Gynäcologie. Festschrift für Chrobak, Wien 1903.
- 3) Cathelin. Le rein ectopique crossé. Ann. des mal. des org. génit.-urin. Dec. 1903.
- 4) Buss. Zur Dystopie der Nieren mit Missbildung der Geschlechtsorgane. Zeitschrift für klin. Med. Bd. 38.
- 5) Müllerheim. Kongenitale Lage der Niere in kleinen Becken. Zeitschrift für Geburtshl. und Gynäk. Bd. 36.
- 6) Müllerheim. Demonstration einer Patientin mit vollständigem Mangel von Vagina, Uterus und Adnexe Ibid. Bd. 38.
- 7) Müllerheim. Kongenitale Nierendystopie Ibid. Bd. 52.
- 8) Müllerheim. Ueber die diagnost. und klin. Bedeutung der kongenit. Nierendystopie. Berl. klin. Woch. 1902. № 48.
- 9) Sträter. Beiträge zur Pathologie und Therapie der kongenitalen Nierendystopie. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 83. 1906.
- 10) Sträter. Die Indication der Nephrectomie bei der kongenitalen Nierendystopie. Zeitschr. f. Urologie. H. 3. 1909.
- 11) Albrecht. Ueber kongenit. Nierendystopie. Zeitschrift für Urologie. Bd. II. № 5. 1908.
- 12) Heiner. Kong. Nierendystopie und kongenitaler Nierendefekt mit Anomalien der ableitenden Samenwege. Folia Urologica. Oktober 1908.
- 13) Menge. Ueber Urinbefunde nach Nierenpalpation. Münch. med. Wochen. 1900. № 23.
- 14) Жебровскій. О распознавательномъ значеніи измѣненной мочи при ошупываніи (сдавливаніи) почекъ. Русскій Врачъ 1906 г. №№ 45 и 46.
- 15) Бергманъ, Брунсъ и Микуличъ. Руководство практич. хирургии. 16, Отчетъ факультетской хир. клиники проф. Боброва за 1897/8, 1898/9 № 1222.
- 16) Тубаревъ. Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней 1899 г. Нѣсколько случаевъ врожденныхъ аномалій тазовыхъ органовъ и покрывающей ихъ брюшины.

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

IX.

Случай консервативнаго (Sänger'овскаго) кесарскаго сѣченія съ благопріятнымъ исходомъ для матери и плода при абсолютномъ сѣуженіи таза послѣ перелома тазовыхъ костей.

Врача Брацлавской земской больницы Б. И. ПЛАСТУНОВА.

1908 г. октября 31-го, вечеромъ въ Брацлавскую земскую больницу поступила кр. с. Воробіевки, Брацлавскаго уѣзда, Пелагея Охримчукъ, 34 лѣтъ, у которой роды продолжались уже третій день. Больная привезена въ больницу врачомъ Печарскаго участка К. А. Фабіанъ-Залѣской, которая, будучи приглашена къ роженицѣ въ деревню на третій день родовъ (31 октября утромъ) и, придя къ заключенію, что роды не могутъ окончиться безъ оперативнаго пособія, убѣдила роженицу въ необходимости подвергнуться операциі въ ближайшей земской больницѣ.

Анамнезъ. Больная начала менструировать на 19 году, вышла замужъ на 21, родила 5 разъ безъ врачебной помощи, всѣ дѣти родились живыми. Послѣдніе роды въ концѣ 1906 г. Весной 1907 г., копая глину, была засыпана землей, послѣ этого долго болѣла, около 3 мѣсяцевъ совершенно не дѣйствовала ногами, а затѣмъ до конца 1907 г. ходила съ помощью двухъ палокъ, съ тѣхъ поръ прихрамываетъ (раньше не хромила).

Роды начались 29-го октября утромъ (въ срокъ). Двѣ деревенскія бабки многократно вводили роженицѣ свои пальцы во влагалище и прямую кишку, и заставляли ее натуживаться. Только на третій день родовъ окружающіе рѣшили пригласить ближайшаго земскаго врача изъ м. Печары (8 верстъ отъ с. Воробіевки).

Роженица очень плохого питанія, мышцы развиты слабо, ростъ 149 с. Доношенная беременность. Продольное положеніе плода. Сердцебіеніе плода выслушивается ясно. Наружныя половыя части не отечны, изъ влагалища незначительное незловонное кровянисто-слизистое отдѣленіе. Палецъ, введенный во влагалище, ощупываетъ въ тазовой полости на крестцѣ обширную костную мозоль, на которой прощупывается мягкая часть, какъ бы задняя губа маточнаго зѣва. Диагональная конъюгата (*conjuncta diagonalis*) 7,5 сант. Прощупываются значительныя костныя утолщенія лонныхъ костей, поперечный размѣръ тазоваго входа рѣзко сѣуженъ. Полное открытіе маточнаго зѣва, пузрыя нѣтъ (воды отошли въ деревнѣ). Надъ входомъ въ тазъ головка,

между головкой и симфизомъ проходитъ палець. D. spin. 24; D. cr. 29; conjugata externa 18. Частыя схватки; t^o 37 C^o. Считая суженіе таза абсолютнымъ (истинная конъюгата менѣе 6 сант. при рѣзкомъ общемъ суженіи таза вслѣдствіе костныхъ мозолей), я и многуважаемый товарищъ К. А. Фабіанъ-Залѣская, пришли къ убѣжденію, что роды возможно окончить только кесарскимъ сѣченіемъ, которое и было произведено мною, при участіи К. А. Фабіанъ-Залѣской, черезъ нѣсколько часовъ, какъ только была приготовлена обстановка для операціи (насколько это возможно въ неблагоустроенной и тѣсной больничкѣ, не имѣющей отдѣльной операціонной. Въ одной и той же комнатѣ дѣлаются всѣ перевязки, осмотры гинекологическихъ, венерическихъ, отчасти и другихъ больныхъ, а также и операціи. Все дѣлается на одномъ и томъ же столѣ).

Хлороформный наркозъ. Разрѣзъ по бѣлой линіи, начинающійся пальца на четыре выше пупка, обходящій пупокъ слѣва и оканчивающійся пальца на три выше лоннаго сочлененія. Брюшные покровы крайне истончены, совершенно безъ подкожнаго жира. Матка выведена изъ брюшной полости лѣвымъ рогомъ съ нѣкоторымъ затрудненіемъ. Вокругъ нижняго маточнаго сегмента наложена, но не затянута резиновая трубка. Матка обложена марлевыми салфетками и вскрыта срединнымъ продольнымъ разрѣзомъ, длиною около 12 сант., начинающимся у дна матки. Разрѣзъ попалъ на плаценту. Легко извлечены плацента и живой плодъ. Полость матки протерта стерилизованной марлей. Въ виду незначительности отдѣленія крови резиновая трубка не затягивалась, матка была сжата руками ассистировавшимъ товарищемъ (перевязка шейки резиновой трубкой считается въ настоящее время не только излишней, но даже опасной, такъ какъ послѣ связыванія трубки можетъ получиться атоническое кровотеченіе. (Schaufa. Учебникъ Акушерства 1909 г.; Энциклопедія Практической медицины, Halban, кесарское сѣченіе; Ланге. Учебникъ акушерства). Матка зашита шелкомъ (глубокіе швы, не захватывающіе опадающей оболочки, между ними поверхностные). Матка опущена въ брюшную полость, въ которую, повидимому, изъ матки ничего не попало. Расправленъ сальникъ. Этажный шовъ брюшной стѣнки шелкомъ. Операцію больная перенесла хорошо. Ребенокъ доношенный, женскаго пола, ростъ 50 сант. Въ первые дни послѣопераціоннаго періода наблюдалось небольшое вздутіе живота, боли въ нижней его части, временами рѣзко усиливающиміяся, учащенное дыханіе, пульсъ былъ мало учащенъ, рвоты не было. Зловонное грязное отдѣленіе изъ влагалища. Симптомы раздраженія брюшины скоро прошли, но съ лѣвой стороны матки образовался экссудатъ, который ясно опредѣлялся при наружномъ изслѣдованіи, а также и при изслѣдованіи черезъ влагалище и прямую кишку. Рана брюшной стѣнки въ нижней части нагноилась, грязное зловонное отдѣленіе, похожее на влагалищное. Больная лихорадила.

15 и 16/XI наблюдалась самая высокая температура — 38,8^o C. по вечерамъ.

19-го ноября t^o пала, въ этотъ день замѣчено выдѣленіе изъ прямой кишки въ значительномъ количествѣ гноя. Экссудатъ при наружномъ изслѣдованіи больше не опредѣлялся. Съ паденіемъ t^o общее состояніе начало быстро улучшаться. Обильное нагноеніе брюшной стѣнки съ выдѣленіемъ погружныхъ швовъ постепенно

уменьшалось. Больная выписана изъ больницы 22-го декабря съ незакрывшимися еще свищами брюшной стѣнки. Больная сама ребенка не кормила. Ребенокъ живъ. Изслѣдованіе больной, произведенное передъ выпиской: слегка прихрамываетъ на правую ногу, позвоночникъ искривленъ выпуклостью вправо, поясничный лордозъ, крестецъ въ нижней части выдается. При стоячемъ положеніи лѣвая тазовая кость выше правой, въ лежачемъ-же положеніи лѣвая тазовая кость ниже правой и лѣвый сѣдалищный бугоръ значительно ниже праваго. Правая нога сантиметра на два короче лѣвой, но укороченіе это кажущееся вслѣдствіе косога таза. При ощупываніи снаружи замѣчается, что лонное сочлененіе выдается, горизонтальныя вѣтви лонныхъ костей асимметричны и на нихъ имѣются костныя утолщенія. Ограниченія подвижности въ тазо-бедренныхъ суставахъ нѣтъ, но при гинекологическомъ изслѣдованіи обращено вниманіе на нѣкоторое ограниченіе раздвиганія бедеръ, при чемъ замѣчается напряжение приводящихъ мышцъ. На восходящихъ вѣтвяхъ обѣихъ сѣдалищныхъ костей костныя мозоли въ видѣ остей, между которыми съ трудомъ помѣщаются два пальца. Съ правой стороны ощупывается значительная плоская мозоль лонной кости, съ лѣвой же стороны мозоль на нисходящей вѣтви лонной кости, имѣющая характеръ ости на широкомъ основаніи, которую можно, обойти сверху, въ пространствѣ между костными мозолями не помѣщаются два пальца. На крестцѣ обширная костная мозоль неглубокой горизонтальной бороздой, какъ бы дѣлящаяся на двѣ части. Лонное сочлененіе, выдающееся въ видѣ клюва, куда подходитъ палець. Изслѣдованы обѣ половины таза, на сколько это позволяла крайняя чувствительность больной. Форма тазового входа напоминаетъ остеомалатическій тазъ. Академикъ А. Крассовскій о тазахъ, суженныхъ, послѣ переломовъ тазовыхъ костей, говоритъ: «подобныя тазы встрѣчаются весьма рѣдко, потому что внѣшнія причины, могущія произвести переломъ, причиняютъ обыкновенно тяжелыя поврежденія, какъ въ мягкихъ частяхъ, окружающихъ тазъ, такъ и въ брюшныхъ и тазовыхъ органахъ, вслѣдствіе чего больныя обыкновенно умираютъ, хотя были случаи и выздоровленія». (Оперативное акушерство, со включеніемъ ученія о неправильностяхъ женскаго таза академика А. Крассовскаго, изд. 3-е 1885 г. ст. 237).

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Систематическій указатель русской акушерско-гинекологической литературы съ ея возникновенія до 1901 г. Проф. С. Д. Михнова. Юрьевъ. 1909. Цѣна 3 р. 75 к.

Русская акушерско-гинекологическая литература давно уже нуждается въ систематическомъ указателѣ работъ отечественныхъ авторовъ, и гораздо легче найти любую иностранную работу, благодаря Schmidts' Jahrbücher'у или Frommel's-Jahresbericht'у, чѣмъ русскую оригинальную. Нерѣдко въ этихъ сборникахъ помѣщались и рефераты русскихъ работъ, но какъ то случайно. Въ послѣднее десятилѣтіе нѣкоторые толстые журналы стали давать обзоры Гинекологической литературы за годичный срокъ, слѣдуя примѣру прекратившагося изданія Русскаго Архива В. В. Подвысоцкаго, а въ настоящее время, какъ мнѣ извѣстно, такіе обзоры даютъ лишь Извѣстія Императорской Военно-медицинской Академіи и Приложенія къ Календарю для врачей, изданія К. Л. Риккера. Трудъ уважаемаго профессора Юрьевского Университета стремится восполнить этотъ недостатокъ и дать систематическій указатель русской акушерско-гинекологической литературы съ ея возникновенія до 1901 года. Указатель содержитъ въ себѣ 4 отдѣла: I—общаго содержанія, II—гинекологія, III—акушерство и IV—судебная гинекологія. Для составленія вышеназваннаго указателя потребовался значительный кропотливый трудъ автора, который могъ его осуществить лишь благодаря своимъ занятіямъ въ Императорской Публичной Библиотекѣ въ Спб. Этимъ капитальнымъ трудомъ заложенъ камень большаго дѣла и нужно надѣяться, что трудъ автора найдетъ себѣ подражателей и мы будемъ имѣть сборникъ за истекающее первое десятилѣтіе 20-го вѣка въ недалекомъ будущемъ. Нельзя не пожелать указателю самаго широкаго распространенія среди отечественныхъ врачей акушеровъ-гинекологовъ, и можно быть увѣреннымъ, что эта книга сдѣлается настольной у каждаго врача, которому дороги интересы русской науки. Объявленная цѣна 3 р. 75 к. должна быть признана очень умѣренной, если принять во вниманіе очень приличную вѣдѣнность изданія и значительный объемъ книги—574 стр.

А. Редлихъ.

Н. Березнеговскій. *О пересадкѣ мочеточниковъ въ кишечникъ.* Томскъ. 1908 г.

Весьма солидный трудъ д-ра Березнеговскаго, вышедшій изъ Госпитальной Хирургической Клиники проф. П. И. Тихова въ Томскѣ и представленный въ качествѣ диссертации, заслуживаетъ полнаго вниманія не только хирурговъ, но и гинекологовъ, которые за послѣдніе годы съ развитіемъ урологіи усердно разрабатываютъ эту смежную область. Съ расширеніемъ показаній къ радикальной

операции рака матки гинекологамъ нерѣдко приходится останавливаться надъ вопросомъ, какъ въ далеко зашедшемъ случаѣ поступить съ мочеточниками, надъ тѣмъ же приходится имъ задумываться при операцияхъ свищей мочевого пузыря или мочеточника, не поддающихся закрытію, при порокахъ женской мочеполовой сферы. Въ числѣ способовъ, устраняющихъ эти болѣзненные явленія, уже давно *) предложена пересадка мочеточниковъ въ кишечникъ, но до сихъ поръ она, какъ дающая не особенно благопріятные исходы вслѣдствіе часто присоединяющагося воспаления брюшины, или восходящаго піелонефрита, не пользовалась симпатіей хирурговъ. И авторъ на основаніи матеріала клиники проф. Тихова, изученія литературы и своихъ экспериментальныхъ изслѣдованій соглашается, что операция эта въ виду осложненій со стороны брюшины и почекъ въ настоящее время должна быть рассматриваема, какъ крайняя мѣра при леченіи недержанія мочи, такъ какъ до сихъ не удалось создать метода оперирования, при которомъ навѣрное можно было бы избѣжать названныхъ осложненій. Пересадка мочеточниковъ въ кишечникъ можетъ быть примѣняема лишь въ такихъ случаяхъ, которые являются неизлечимыми при помощи другихъ способовъ. Но на будущность этой операции на основаніи изученія же вопроса и сравнительно благопріятныхъ результатовъ, полученныхъ въ клиникѣ проф. Тихова, гдѣ изъ 29 оперированныхъ случаевъ 20 кончились выздоровленіемъ и прослѣжены довольно долгое время, — авторъ смотритъ болѣе свѣтло и полагаетъ, что пересадка мочеточниковъ въ кишку представляетъ интересъ для клинициста и достойна разработки: въ случаяхъ, окончившихся благополучно, больные являются вполне работоспособными; жомъ задняго прохода хорошо справляется со своею новою задачею удерживать мочу. Характеръ больныхъ измѣняется къ лучшему; половая жизнь восстанавливается; у женщинъ, напр., появляются снова мѣсячныя, отсутствовавшія за все время недержанія мочи.

Работа автора состоитъ изъ 11 главъ, въ которыхъ онъ прежде всего даетъ краткій историческій очеркъ развитія операции пересадки мочеточниковъ въ кишечникъ, приводитъ предварительныя свѣдѣнія по эмбриологіи, анатоміи, гистологіи и физиологіи мочеточниковъ и затѣмъ даетъ разборъ всѣхъ способовъ пересадки мочеточниковъ въ кишечникъ, которые дѣлятся на 5 группъ; 1) образование боковаго соустья между мочеточникомъ и кишкой; 2) пересадка въ кишку центрального конца мочеточника, перерѣзаннаго выше мочевого пузыря; 3) пересадка въ кишку мочеточниковъ съ лоскутомъ мочевого пузыря, окружающимъ ихъ устье; 4) пересадка мочеточниковъ въ кишку внѣбрюшиннымъ путемъ безъ швовъ и 5) пересадка мочеточниковъ въ исключенный участокъ кишки. Относительно каждаго способа дается описаніе техники, оцѣнка его, устанавливается показаніе къ его примѣненію и приводятся опубликованные въ литературѣ клиническіе и экспериментальные случаи, а также соответствующие случаи изъ клиники проф. Тихова. Въ дальнѣйшихъ главахъ рассматривается пересадка въ кишку мочеточника единственной почки (громая опасность уремии; опубликовано 5 случ.; 3 ум., 2 вызд.), показанія и результаты операции пересадки мочеточниковъ въ кишеч-

*) По Березнеговскому, Simon'омъ въ 1851 г.

никъ (пороки развитія, приобретенное недержание мочи, воспалительные процессы, опухоли; для каждого показанія имѣется опредѣленный способъ оперирования, дающій лучшіе результаты), послѣоперационный періодъ и его особенности (задержка мочеотдѣленія въ теченіе 3—7 часовъ, появленіе крови въ мочѣ въ теченіе первыхъ 3—4 дней, поносы, сильный позывъ на кислое) и, наконецъ, сообщаются данныя на основаніи опытовъ о физиологической дѣятельности пересаженныхъ мочеточниковъ, ничѣмъ, повидимому, не отличающейся отъ нормальной.

Въ своемъ трудѣ д-ръ Березнеговскій, должно сказать, вполне успѣшно выполнилъ поставленные себѣ задачи—представить разработку матеріала клиники проф. Тихова по вопросу о пересадкѣ мочеточниковъ въ кишечникъ, собрать и классифицировать литературный матеріалъ, сдѣлать критическую оцѣнку и установить показанія къ каждой группѣ способовъ пересадки. Большое число таблицъ облегчаютъ усвоеніе матеріала. Къ книгѣ приложены обширный указатель русской и иностранной литературы, таблицы кривыхъ, иллюстрирующихъ физиологическую дѣятельность нормальныхъ и пересаженнаго въ кишку мочеточниковъ, и таблицы рисунковъ, изображающихъ способъ операціи и микроскопическія картины мѣста пересадки мочеточниковъ въ кишку.

С. И. Кузьминъ. *Отчетъ по гинекологическому отдѣленію Александровской Саратовской губернской земской больницы за 1907 г.*

Въ отчетѣ разсматривается амбулаторный и стационарный матеріалъ Саратовской губернской земской больницы за 1907 г. и приводится сравнительная таблица данныхъ (амбулаторіи и стационарнаго отдѣленія) за послѣдніе три года по важнѣйшимъ рубрикамъ.

Количество амбулаторныхъ дней было 5 въ недѣлю. Принято 3038 больныхъ, сдѣлавшихъ 4058 посѣщеній. 2192 больныя были саратовскія жительницы, 846 пріѣзжія (изъ уѣздовъ). Большинство больныхъ (25^{0/0}) было въ возрастѣ 20—30 лѣтъ. По формѣ заболѣванія — наиболѣе частыми были страданія матки, изъ нихъ злокачественныя новообразованія въ 14,1^{0/0}, измѣненія положенія 18,5^{0/0}. Меньше всего обращались съ острыми воспаленіями тазовой брюшины (3,6^{0/0}), болѣзнями наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища (около 3^{0/0}). Ростъ амбулаторіи увеличился (2267 — въ 1905 г.; 2351 — въ 1906 г. и 3038 — въ 1907 г.). Отрицательная сторона — необходимость отказывать въ приемѣ нуждающимся въ оперативномъ леченіи (211 отказовъ, изъ нихъ 79 пріѣзжимъ).

Въ стационарномъ отдѣленіи съ 1906 г. оставалось 18, прибыло 318, осталось къ 1908 г. — 22. Изъ 314 (166 сарат. и 148 пріѣзжихъ) выписалось здоровыми 127, съ улучшеніемъ 83, съ облегченіемъ 65, безъ перемѣнъ 23, умерло 16. Оперировано 200 (63,7^{0/0}), изъ нихъ 113 пріѣзжихъ. 72 операціи были сдѣланы со вскрытіемъ брюшины, 60 чрезъ животъ и 12 чрезъ влагалище. Случаи чревосѣченій по разнообразнымъ показаніямъ представлены въ особыхъ таблицахъ, сообщающихъ важнѣйшія свѣдѣнія о больнои объ операціи и послѣоперационномъ теченіи и примѣчаніями оживляющихъ сухія цифры. Умерло послѣ операцій 14, отъ септического перитонита только 1. У

одной, умершей послѣ міомотоміи, на вскрытіи обнаружена была острая желтая атрофія печени—весьма рѣдкое явленіе.

Леченіемъ безъ операціи были пользованы 114, болѣе всего съ болѣзнями матки (24) и болѣзнями придатковъ и тазовой брюшины (81). Хорошіе результаты при сальпнгоофоритахъ авторъ видѣлъ отъ внутриматочныхъ вспрыскиваній t-ae jodi. Отъ амбулаторнаго примѣненія этого способа «широкой рукой» онъ однако воздерживается и считаетъ недопустимымъ позволять его производство среднему медицинскому персоналу безъ врачебнаго контроля. Слѣдуетъ отмѣтить, что всю обширную работу въ отдѣленіи завѣдующій имъ долженъ выносить на своихъ плечахъ съ добровольными помощниками-врачами, такъ какъ не смотря на ростъ оперативной дѣятельности гинекологическаго отдѣленія ходатайство автора о постоянномъ врачѣ-помощникѣ и гл. образомъ хлороформаторѣ было Саратовской губернской земской управой отклонено. Если припомнить еще и обстановку*), при которой автору приходится работать, то полученные результаты, не смотря на тяжелыя условія, нельзя не признать удовлетворительными, а энергію автора не ослабѣвшей. Остается пожелать ему дальнѣйшихъ успѣховъ въ его дѣятельности.

С. И. Кузьминъ. *Къ вопросу о специальной медицинской помощи гинекологическимъ и акушерскимъ больнымъ въ земскихъ учрежденіяхъ Саратовской губерніи въ 1906 г.* (Докладъ IX губернскому съѣзду земскихъ врачей и предсѣдателей земскихъ управъ Саратовской губерніи).

Докладъ д-ра Кузьмина представляетъ попытку представить по цифровымъ даннымъ положеніе гинекологической и акушерской помощи въ Саратовской губерніи. Источниками для доклада автору служили обработанный матеріалъ по заболѣваемости населенія Саратовской губерніи за 1903 г., сводка данныхъ делегатскихъ докладовъ, произведенная «отдѣленіемъ народнаго здравія» и, главнымъ образомъ, делегатскіе доклады, представленные къ IX губернскому съѣзду 1908 г. въ Саратовѣ.

Въ своемъ докладѣ, подробно освѣщаемомъ цифровыми выкладками, д-ръ Кузьминъ первоначально разбираетъ постановку амбулаторной помощи гинекологическимъ и акушерскимъ больнымъ по уѣздамъ, далѣе — количество стационарныхъ гинекологическихъ и акушерскихъ больныхъ по уѣздамъ; взаимное ихъ соотношеніе; оперативное леченіе — амбулаторное и стационарное; связь дѣятельности гинекологическаго отдѣленія Александровской губерніи земской больницы съ работой участковыхъ больницъ. Выводы, къ которымъ проходитъ д-ръ Кузьминъ, слѣдующіе: гинекологическія амбулаторіи по уѣздамъ имѣютъ громадное будущее; требуется расширеніе амбулаторныхъ специальныхъ пріемовъ; $\%$ гинекологическихъ амбулаторныхъ больныхъ по губерніи не великъ (4 $\%$). Желательна болѣе подробная регистрація амбулаторныхъ гинекологическихъ больныхъ, такъ какъ существующая не даетъ возможности составить представленіе о частотѣ важнѣйшихъ заболѣваній половой сферы (напр. — ракъ матки). Обезпеченность гинекологическихъ больныхъ стационарнымъ леченіемъ въ часткахъ, въ част-

*) С. И. Кузьминъ. Краткій отчетъ по той же больницѣ за 1905 г. Журн. ак. и жен. бол. 1906 г. стр. 254.

ности оперативнымъ, хотя имѣется и въ значительной степени, но требуетъ дальнѣйшаго развитія. Существующая классификація гинекологическихъ операций недостаточна. — Гинекологическое отдѣленіе Александровской губернской земской больницы является помощникомъ въ работѣ участковымъ больницамъ, не смотря на ничтожную посылку больныхъ въ специальное отдѣленіе (сравнительно съ другими губерніями) участковыми врачами. — Необходимо улучшение и расширение гинекологическаго отдѣленія губернской земской больницы, такъ какъ количество пріѣзжающихъ добровольно за специальной помощью больныхъ женщинъ нарастаетъ. — Акушерская помощь по губерніи слаба, гезр. недостаточна (около 4^{0/0}). Преобладающая амбулаторная акушерская помощь (оперативная) несомнѣнно неизбежна, но дальнѣйшее разрастаніе ея нежелательно. — Необходима коммиссія для выработки проекта организациі акушерской помощи въ уѣздахъ, съ нормальной сѣтью мелкихъ пунктовъ съ кроватями для акушерскихъ случаевъ. Въ этомъ отношеніи, какъ на заслуживающій полного вниманія и разработки, д-ръ Кузьминъ указываетъ на проектъ предложенія делегата Петровскаго уѣзда д-ра Трефилева. Необходимость организациі акушерской помощи населенію подчеркивается и въ остальныхъ делегатскихъ докладахъ.

Кропотливый трудъ д-ра Кузьмина имѣетъ несомнѣнно не только мѣстное, но и общее значеніе, такъ какъ врядъ-ли какая другая губернія находится въ иномъ положеніи относительно постановки гинекологической и акушерской помощи населенію въ сравненіи съ Саратовской. Пожеланія докладчика заслуживаютъ полного осуществленія, въ особенности пожеланіе устройства мелкихъ пунктовъ съ кроватями для акушерскихъ случаевъ, аналогичное высказанному еще въ 1904 г. на Пироговскомъ сѣздѣ въ Петербургѣ и оставшемуся неосуществленнымъ досихъ поръ. Можетъ быть, повторныя напоминанія поспособствуютъ проведенію этой благотвѣльной и необходимой мѣры въ жизнь на пользу страждущей русской женщинѣ.

М. Порошинъ.

ЗАЩИТА ДИССЕРТАЦІЙ ВЪ ИМПЕРАТОРСКОЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМІИ.

Д. Н. Заболотный. *Къ вопросу о патогенезѣ сифилиса. Диссертація на степень д-ра медицины изъ сифилитологической лабораторіи Императорскаго Института Экспериментальной Медицины.*

Вопросъ о патогенезѣ сифилиса разрабатывался авторомъ въ двухъ направленіяхъ: въ 1-хъ, путемъ полученія экспериментальнаго сифилиса и въ 2-хъ, путемъ детального изученія возбудителя сифилиса—*Spirochaete pallida* Schaudin n'a.

Вслѣдъ за опубликованіемъ Мечниковымъ и Roux результатовъ ихъ опытовъ прививки сифилиса двумъ шимпанзе и затѣмъ нѣсколькимъ породамъ макакъ, авторомъ въ 1903 году предложена для прививокъ порода павіановъ, которая даетъ сифилитическія явленія рѣзче и постояннѣе, чѣмъ макаки, и лучше выживаетъ въ нашемъ климатѣ. Первые 4 случая удачнаго зараженія были опубликованы имъ весной 1904 года и въ дальнѣйшемъ воспріимчивость павіановъ была доказана и другими изслѣдователями.

Въ лабораторіи Инст. Экспер. Медицины авторъ оперировалъ съ матеріаломъ изъ 50 обезьянъ, принадлежавшихъ къ породамъ: павіановъ (*Pario babuin*, *Cercopithecus*, *Macacus rhesus*). Изъ нихъ положительные результаты получены у павіановъ и въ послѣднее время у *Cercopithecus fuliginosus*. Породы макакъ (*Macacus rhesus*) не дали положительнаго результата. Матеріаломъ для зараженія служили кусочки твердыхъ шанкровъ, срѣзанныя вегетирующія папулы, содержимое железъ и сами железы, а также органы отъ вскрытыхъ случаевъ наследственнаго сифилиса, при чемъ особое преимущество авторъ отдаетъ матеріалу взятому изъ железъ, такъ какъ здѣсь сифилитическій ядъ находится въ чистомъ, незагрязненномъ другими микроорганизмами видѣ, что имѣетъ важное значеніе при зараженіяхъ помощью трепанациі въ мозгъ. Зараженіе производилось чаще всего въ ссадину на половыхъ частяхъ или на надбровныхъ дугахъ. Подкожное введеніе заразы является менѣе дѣйствительнымъ. Значительно вѣрнѣе зараженіе подъ *dura mater*. Продолжительность инкубационнаго періода въ среднемъ 21—28 дней, при зараженіи чловѣческимъ матеріаломъ; въ дальнѣйшемъ при переводѣ *virus'a* отъ обезьяны къ обезьянѣ наблюдается сокращеніе инкубационнаго періода въ среднемъ до 21 дня.

Изъ всѣхъ породъ обезьянъ, зараженныхъ авторомъ, наиболѣе близкую къ чловѣку картину развитія первичнаго аффекта даютъ павіаны. У другихъ породъ, напр. у *Cercopithecus* получается эрозія безъ значительнаго затвердѣнія, какъ это наблюдается у дѣтей и женщинъ. Постоянное явленіе составляетъ ясно выраженный полиаденитъ, причѣмъ продолжительность аденитовъ подвержена колебаніямъ. Въ содержимомъ паховыхъ железъ была находима *Spirochaete pallida*.

Высыпанія на кожѣ, имѣющія сходство съ роеолами, наблюдаются не во всѣхъ случаяхъ. Самый характеръ ихъ непостояненъ, продолжительность ограничивается нѣсколькими днями и доказатъ

ихъ сифилитическую природу очень трудно. Значительно яснѣ картина при папулезной высыпи. Особенно часто появляется она въ окрестности бывшаго мѣста зараженія.

Изъ измѣненій въ позднѣйшемъ періодѣ послѣ зараженія интересны измѣненія во внутреннихъ органахъ, признанныя проф. патологической анатоміи Любимовымъ за соответствующія третичному сифилису: развитіе соединительной ткани во внутреннихъ органахъ и инфильтрированные островки въ печени, напоминающіе мелкія гуммы. У 5 обезьянъ наблюдалось также пораженіе черепныхъ костей—ихъ гиперплазія—и измѣненія въ носовыхъ хрящахъ съ сѣдловиднымъ западаніемъ носа. Приводя далѣе протоколы 15 опытовъ на павіанахъ и одного на *Cercopithecus* авторъ на основаніи своихъ наблюденій и работъ Мечникова, Roux и др. приходитъ къ выводу, что вопросъ о прививкѣ сифилиса обезьянамъ нужно считать рѣшеннымъ.

Во второй части своей работы, Д. К. Заболотный трактуетъ вопросъ о возбудителѣ сифилиса—*Spirochaete pallida* и приводитъ полученныя имъ новыя данныя, относящіяся къ морфологіи и исторіи развитія спирохэтъ вообще и *Spirochaete pall.* въ частности. На свѣжихъ препаратахъ крови больного возвратнымъ тифомъ ему удалось констатировать при помощи ультрамикроскопа (*Dunkelfeldbeleuchtung*), кромѣ обычныхъ живыхъ спирохэтъ, еще тонкія нити съ сильно преломляющими свѣтъ зернами на концахъ. Нити эти подвижны, характеръ ихъ движенія змѣвидный. Длина и ширина ихъ на половину меньше, чѣмъ у обычныхъ спирохэтъ *Obermejeri*. При длительномъ наблюденіи было замѣчено выходеніе ихъ изъ шаровидныхъ тѣлъ, наподобіе стрекательныхъ нитей. Аналогичныя фигуры были замѣчены на фиксированныхъ препаратахъ, на которыхъ еще яснѣй можно уловить отношеніе спирохэтъ къ шаровиднымъ образованиямъ. Тѣ же самыя явленія наблюдались и у *Spirochaete pallida*. Нахожденіе наряду со взрослыми спирохетами особыхъ подвижныхъ бичеобразныхъ тѣлъ и способъ образованія ихъ изъ шаровидныхъ формъ заставляетъ признать правильнымъ отношеніе спирохэтъ къ отряду Protozoa, какъ на этомъ настаивалъ Schaudinn.

Изслѣдованіе спирохэтъ въ живомъ видѣ лучше всего производится при помощи ультрамикроскопа съ темнымъ полемъ и боковымъ освѣщеніемъ. Для этой цѣли употребляется Spiegelcondensor Reichert'a или Paraboloidcondensor Zeiss'a. Окраска спирохэтъ въ мазкахъ по Giemsa, Marino, синькой и по Берестневу. Для обработки срѣзовъ примѣнялись способы Bertaulli, Volpino и Boveri, а также способъ Levaditi. Примѣненіе ультрамикроскопа облегчаетъ нахожденія спирохэтъ въ сифилитическихъ продуктахъ, и въ лабораторіи автора д-ромъ Либерманомъ изъ 58 случаевъ спирохэты найдены въ 56.

Переходя далѣе къ защитительной реакціи организма при сифилисѣ, Заболотный резюмируетъ полученные имъ факты нахожденія въ организмѣ специфическихъ антитѣлъ—агглютининовъ и специфическихъ тѣлъ отклоняющихъ комплементъ, свидѣтельствующихъ о выработкѣ иммунитета.

Явленія агглютинаціи наблюдаются уже въ матеріалѣ, отсосанномъ изъ первичной язвы. Гораздо рѣже оно наблюдается при папулезныхъ сифилисахъ, при которыхъ собираніе спирохэтъ въ клубки

происходит уже через 2—3 часа послѣ взятія матеріала. Разбавленіе содержащаго спирохэты матеріала физиологическимъ растворомъ или сывороткой крови нормальныхъ людей, а иногда и сывороткой того же индивидуума въ 10—100 разъ уничтожаетъ агглютинацію. Этотъ фактъ указываетъ на то, что въ крови агглютининовъ значительно меньше, чѣмъ въ мѣстахъ развитія спирохэты. Прибавленіе фильтрата изъ отдѣляемаго папуль къ подобному разбавленному матеріалу вызываетъ вновь явленія агглютинаціи въ томъ матеріалѣ, который сохранился нѣсколько дней безъ видимыхъ слѣдовъ агглютинаціи.

Въ отношеніи реакціи отклоненія комплемента при сифилисѣ (Wasserman'овская реакція) авторъ примыкаетъ къ мнѣнію Citron'a въ томъ, что подъ влияніемъ лѣченія ртутью реакція Wasserman'a исчезаетъ, и находитъ, что это даетъ возможность точно сообразовать лѣченіе съ ходомъ болѣзни. Наличие рѣзко-положительной реакціи заставляетъ усумниться въ полномъ выздоровленіи больного.

Официальными оппонентами по порученію конференціи были прив. доц. В. В. Ивановъ, проф. Н. Я. Чистовичъ и проф. Т. П. Павловъ. Въ своемъ отзывѣ пр. доц. Ивановъ призналъ важное значеніе за работами диссертанта въ области разработки экспериментальнаго сифилиса, отмѣтилъ полученіе имъ не только первичныхъ, но и вторичныхъ измѣненій у павіановъ, а также нахожденіе имъ въ высшей степени интересныхъ фактовъ агглютинаціи спирохэты и новыхъ данныхъ относительно ихъ морфологіи и исторіи развитія. Съ тѣмъ большимъ правомъ можно было ждать въ предлагаемомъ трудѣ болѣе подробнаго освѣщенія и разработки имѣвшагося въ рукахъ у диссертанта большого матеріала. Къ сожалѣнію, работа его носитъ эскизный, конспективный характеръ, нѣтъ достаточно подробныхъ исторій болѣзни, да и вообще ихъ приведено сравнительно незначительное количество (12 изъ 50). Изъ нихъ не видно, поэтому, какъ часто наблюдается у павіановъ развитіе вторичныхъ и третичныхъ явленій, какова дальнѣйшая судьба обезьянъ, служившихъ для зараженія, не всегда даже отмѣчается какимъ матеріаломъ заражено данное животное. Не видно также, производилась въ данномъ случаѣ повѣрка опытовъ нахожденіемъ спирохэты. Гистологическая картина описывается неотчетливо и по этому описанію часто совершенно нельзя рѣшить, носитъ ли данное измѣненіе специфическій характеръ. И благодаря тому, что не установленъ точно характеръ измѣненій, убѣдительность опытовъ пропадаетъ, и матеріалъ, такой богатый, оказывается недостаточно использованнымъ.

Проф. Чистовичъ и Павловъ, признавая большія заслуги за диссертантомъ, констатировали съ сожалѣніемъ, что въ данной работѣ они не встрѣчаютъ чего либо новаго и отмѣтили слишкомъ короткую продолжительность наблюденій и недостаточное использование матеріала.

Всѣми оппонентами диссертантъ признанъ достойнымъ искомой степени.

В. Цорембскій.

ОТЧЕТЫ АКУШЕРСКИХЪ КЛИНИКЪ, РОДИЛЬНЫХЪ ДОМОВЪ, АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОТДѢЛЕНІЙ, БОЛЬНИЦЪ и др.

III.

Краткій обзоръ дѣятельности совѣщанія врачей-акушеровъ СПб. городскихъ родильныхъ пріютовъ за 1908 г.

Секретаря совѣщанія. Л. А. КРИВСКАГО.

Совѣщаніе собиралось въ отчетномъ году десять разъ: 17 января, 14 февраля, 13 марта, 3 апрѣля, 8 и 29 мая, 11 сентября, 13 ноября и 11 декабря.

Въ личномъ составѣ совѣщанія произошли значительныя перемѣны: скончался 31 октября въ г. Ялтѣ завѣдывавшій Рождественскимъ городскимъ родильнымъ пріютомъ, докторъ медицины, Георгій Михайловичъ Логиновъ*). Сынъ поручика Томскаго пѣхотнаго полка, Г. М. родился 8 апрѣля 1862 г., а въ 1885 окончилъ курсъ въ Московскомъ университетѣ. Съ 1904 г. Г. М. завѣдывалъ Рождественскимъ городскимъ родильнымъ пріютомъ на 20 кроватей и употребилъ много хлопотъ для переустройства и расширенія пріюта до 27 кроватей. Имъ онъ завѣдывалъ до самой смерти. Получивъ въ свое завѣдываніе родильный пріютъ, Г. М. продолжалъ и хирургическую дѣятельность въ Рождественскихъ баракахъ, которые онъ покинулъ лишь въ 1905 году, получивъ мѣсто консультанта по хирургіи на одномъ изъ крупныхъ частныхъ заводовъ подъ Петербургомъ. Къ этому же времени Г. М. удалось реорганизовать хирургическое отдѣленіе Императорскаго СПб. Воспитательнаго Дома. Состоя при Рождественскихъ саракахъ, Г. М. много времени удѣлялъ и педагогической дѣятельности, помогая завѣдывавшему хирургическимъ отдѣленіемъ А. И. Байкову. Только недостатокъ времени и вынужденное разбрасываніе въ своей дѣятельности мѣшало Г. М. заняться болѣе научной обработкой интереснѣйшихъ случаевъ, все таки, послужившихъ ему темой для частныхъ докладовъ въ Хирургическомъ Обществѣ Пирогова, въ Акушерскомъ Гинекологическомъ Обществѣ въ СПб. и наконецъ въ совѣщаніи врачей-акушеровъ родильныхъ пріютовъ. Богатая подготовка, устойчивая работоспособность Георгія Михайловича общались, что онъ много долженъ принести добра принятому на себя дѣлу, и тѣмъ болѣе досадно становится за его судьбу, которая, поставивъ его въ условія, болѣе выгодныя для работы, сразу подкосила его организмъ: давно уже страдая бугорчаткой легкихъ, Г. М. въ апрѣлѣ 1908 г. уѣхалъ на югъ, надѣясь подкрѣпить свои силы, но болѣзнь оказалась сильнѣе, и процессъ, перейдя на гортань, быстро

*) Нижеслѣдующій некрологъ взятъ изъ «Врачебной Газеты» 1909 № 2 стр. 55.

унесъ его въ могилу. До послѣднихъ дней Г. М., не теряя надежды на выздоровленіе, стремился къ любимому дѣлу и заботился о своей семьѣ, оставшейся въ числѣ вдовы и 4 дѣтей безъ всякихъ средствъ. Совѣщаніе врачей-акушеровъ, какъ и вся врачебная семья, понесла въ лицѣ Г. М. тяжелую утрату человѣка, любившаго свое дѣло, строго и честно къ нему относившагося и прекраснаго общительнаго товарища.

Въ память Г. М. Логинова совѣщаніе выхлопотало право повѣсить его портретъ въ кабинетѣ врача Рождественскаго приюта.

Мѣсто Г. М. Логинова занялъ Г. Н. Чичулинъ, сначала замѣшавшій Г. М. во время болѣзни, а затѣмъ избранный на это мѣсто и завѣдующій съ января 1909 г. XIV приютомъ, откуда перешелъ въ Рождественскій родильный приютъ А. В. Рутковскій. Еще ранѣе коллегія увеличилась на счетъ открытія XV родильнаго приюта въ лицѣ избраннаго врачомъ-акушеромъ этого приюта К. К. Скробанскаго.

XV приютъ открытъ на Арсенальной улицѣ на Выборгской сторонѣ 14 ноября 1908 г.

Бюро совѣщанія оставалось тѣмъ же: предсѣдатель В. В. Желтухинъ, товарищъ предсѣдателя Д. А. Парышевъ, секретарь Л. А. Кривскій.

Представителями отъ совѣщанія въ Совѣтъ врачей избраны В. В. Желтухинъ и Н. М. Какушкинъ.

Въ ревизіонную комиссію избраны В. В. Строгановъ и Н. М. Какушкинъ.

Начало года посвящено было, по обычаю, разбору печатнаго отчета за ближайшій годъ (1906 г.), затѣмъ отчету ревизіонной комиссіи 1907 года, осмотрѣвшей въ лицѣ ея членовъ, В. В. Желтухина и Н. А. Салманова всѣ приюты, кромѣ ими завѣдуемыхъ и новаго XIV. Согласно выработанной программы при посѣщеніи приютовъ получались отъ персонала приюта, врача и акушеровъ, отвѣты на рядъ вопросовъ. Весь полученный на основаніи этого матеріалъ объединенъ Н. А. Салмановымъ въ сравнительныхъ таблицахъ. Кромѣ такого полнаго отчета ревизіонной комиссіи о состояніи приютовъ, составлены еще краткія описанія приютовъ съ отмѣткой характерныхъ особенностей и недостатковъ ихъ и наконецъ, сводка, отмѣчающая общее состояніе и характерныя черты постановки отдѣльныхъ сторонъ приютскаго устройства, напр., какъ поставленъ персоналъ, средній и низшій, каково помѣщеніе приютовъ, снабженіе ихъ стерилизованной водой, мытье бѣлья и пр. Совѣщаніемъ было высказано пожеланіе опубликовать всѣ эти свѣдѣнія, но не раньше, какъ будетъ закончено описаніе приютовъ, еще не осмотрѣнныхъ ревизіонной комиссіей.

Намѣреніе совѣщанія видѣть извлеченіе изъ протоколовъ напечатаннымъ осуществлено и «краткій обзоръ совѣщанія» помѣщенъ въ «Журналъ Акуш. и Ж. болѣзней» и въ отчетѣ санитарной комиссіи за 1907 г.

Въ отчетномъ году произошло празднованіе 25-лѣтія перехода городскихъ родильныхъ приютовъ въ общественное управленіе, что, конечно, не могло остаться незамѣченнымъ совѣщаніемъ, посвятившимъ много времени на обсужденіе предложенія санитарной комиссіи по

вопросу о празднованіи этого дня, разработку деталей увѣковѣченія этого событія.

Описание юбилея съ приложеніемъ всѣхъ привѣтствій и рѣчей выйдетъ особой брошюрой (приложеніе къ отчету санитарной комиссіи за 1908 г.) и въ ней помѣшенъ краткій историческій очеркъ развитія родильныхъ пріютовъ, составленный В. В. Желтухинымъ.

Одновременно съ юбилеемъ пріютовъ Совѣщаніе чествовало и личныхъ юбиляровъ — врача-акушера Спасскаго род. пріюта Марію Гавриловну Сазонову и старшихъ акушеровъ — Марію Ивановну Аквилонову (Нарвскаго пріюта) Марію Федоровну Сиксъ (Коломенскаго) и Марію Петровну Тутукину (Спасскаго пріюта), весь этотъ срокъ служившихъ дѣлу родовспоможенія въ С.-Петербургѣ.

Далѣе, въ ноябрѣ 1908 г., совѣщаніе привѣтствовало своего сочлена Д. А. Парышева съ 25-лѣтіемъ его врачебной дѣятельности.

Что касается до устройства пріютскихъ помѣщеній, то кромѣ отмѣченнаго выше открытія новаго, XV пріюта, совѣщаніе выслушало обстоятельное описаніе устройства XIV пріюта (А. В. Рутковскій), затѣмъ описаніе обширныхъ передѣлокъ и улучшеній въ Выборгскомъ пріютѣ (Д. А. Парышевъ), дающихъ возможность пріюту избѣжать тягости чрезмѣрнаго переполненія его въ лѣтнее время и за уничтоженіемъ недостатковъ (близость кухни, отсутствіе изоляціоннаго отдѣленія и пр.) ставящихъ пріютъ въ образцовыя условія.

На эту тему дѣлала сообщеніе и О. В. Прокофьева, изложивъ планъ переустройства и переезда въ новое помѣщеніе Московскаго родильнаго пріюта, тѣснота котораго въ настоящемъ мѣстѣ говорила сама о себѣ.

Не могли не отразиться на дѣятельности совѣщанія эпидемія холеры, привлекая къ себѣ вниманіе врачей-акушеровъ на много засѣданій: въ майскомъ были рассмотрѣны и переработаны правила на случай появленія холерныхъ роженицъ и родильницъ въ пріютахъ, но послѣдовавшее въ августѣ постановленіе санитарной комиссіи объ абсолютномъ запрещеніи приѣма холерныхъ роженицъ въ пріюты и о направленіи ихъ въ городскія больницы, гдѣ для нихъ приспособлены особыя отдѣленія, сократили значительно отвѣтственность родильныхъ пріютовъ и соприкосновеніе ихъ съ холерными больными. Но все же совѣщанію пришлось при появленіи эпидеміи обсудить рядъ мѣръ по профилактикѣ заноса болѣзни въ пріюты и развитія ея въ послѣродовомъ періодѣ (уменьшеніе числа посѣщеній родными, уничтоженіе всякаго проноса пищи родильницамъ со стороны, діететическія и гигиеническія мѣры предосторожности и пр.). Однако, при близкомъ соприкосновеніи съ населеніемъ и при сильномъ развитіи эпидеміи пріютамъ пришлось помѣряться силами съ эпидеміей и въ нѣсколькихъ пріютахъ наблюдались отдѣльные случаи заболѣванія (пять за все время). Случаи эти были доложены въ совѣщаніи, послужили предметомъ обмѣна мнѣній и представленій въ санитарную комиссію, напр. по вопросу о болѣе подготовленности больницъ къ приѣму холерныхъ роженицъ и родильницъ, такъ какъ особыя отдѣленія для подобныхъ больныхъ имѣются не во всѣхъ больницахъ. Случайно

пришлось совѣщанію коснуться даже вопроса о возможности совмѣщенія одного изъ приютовъ съ холернымъ санитарнымъ пунктомъ, подѣ который была отведена часть приютскаго помѣщенія, къ чему совѣщаніе отнеслось, конечно, отрицательно.

Къ удовольствію членовъ совѣщанія надо отмѣтить, что многократныя старанія его добиться улучшенія постановки патолого-анатомическихъ вскрытій умершихъ въ приютахъ роженицъ, родильницъ и дѣтей увѣнчались успѣхомъ, такъ какъ постановленіемъ городской думы внесено въ смѣту 750 рублей на вознагражденіе прозекторовъ больницъ при производствѣ ими вскрытій (пять рублей за каждое, безъ различія возраста), въ размѣрѣ по 10 вскрытій на каждый приютъ.

Получено сообщеніе объ увеличеніи съ 1909 года жалованья врачамъ-акушерамъ съ 100 до 150 рублей въ мѣсяцъ (125 жалованья и 25 рублей разъѣздныхъ)

Представленіе совѣщанія о необходимости устройства для всѣхъ родильныхъ приютовъ общей городской прачешной отклонено.

Разсматривалась вторично (въ первый разъ въ мартѣ 1907 года) просьба Г-жи Венгеровой о допущеніи въ родильные приюты ученицъ съ акушерско-фельдшерскихъ курсовъ для занятій по акушерству, къ чему совѣщаніе отнеслось отрицательно, какъ и въ первый разъ, въ виду того, что работа въ приютахъ не приспособлена для преподаванія начинающимъ, кромѣ того въ приютахъ всегда имѣется много лицъ, желающихъ практиковаться, снабженныхъ уже дипломами, акушеровъ и фельдшерицъ, а въ нѣкоторыхъ приютахъ студентовъ и медичекъ.

Н. М. Какущкинъ прочиталъ въ одномъ изъ засѣданій крайне интересный делегатскій докладъ IX санитарному съѣзду земскихъ врачей Спб. губерніи «Объ организаціи акушерской помощи въ городѣ С.-Петербургѣ» (напечатанъ въ трудахъ съѣзда), въ которомъ затронуть, между прочимъ, вопросъ о переполненіи городскихъ родильныхъ приютовъ.

Этотъ же вопросъ, въ частности, переполненія приютовъ въ лѣтнее время, занималъ и совѣщаніе, которое, обсуждая закрытіе приютовъ на лѣто, выработало планъ закрытія приютовъ по географическимъ группамъ съ тѣмъ, чтобы въ каждой группѣ одновременно закрывалось не болѣе одного приюта и не болѣе трехъ въ одно время изъ всѣхъ приютовъ. Благодаря такому принципу въ этомъ году, повидимому, удалось избѣжать чрезмѣрнаго переполненія приютовъ въ лѣтніе мѣсяцы. Болѣе равномерное распредѣленіе лѣтняго матеріала сказалось между прочимъ на томъ, что годовая цифра бывшихъ родовъ въ нѣкоторыхъ приютахъ не увеличилась, а въ иныхъ даже стала меньше прошлогодней.

Во избѣжаніе могущаго быть переполненія приютовъ предполагалась еще одна мѣра, къ которой, впрочемъ, не пришлось прибѣгнуть, а именно о возможности эвакуаціи родильницъ изъ приютовъ въ школьныя дома и нѣкоторыя другія свободныя городскія помѣщенія.

Совѣщаніемъ рассмотрѣна представленная В. В. Строгановымъ смѣта по убѣжищу для бѣдныхъ родильницъ.

Къ числу научныхъ сообщеній сдѣланныхъ въ совѣщаніи относятся: 1) В. В. Строганова—*впечатлѣнія о поездкѣ за границу*, 2) Д. Д. Попова—*на ту же тему*, 3) О. В. Прокофьевой—*случай разрыва митки, доставленный въ московскій родильный пріютъ*, 4) Л. А. Кривскаго—*случай разрыва лоннаго соединенія во время родовъ* (напечатанъ въ Журн. Акуш. и ж. бол. за 1909 г.), 5) Д. Д. Попова—*о леченіи эклампсіи гедоналомъ* (напечатано въ № 1 „Врачебной газеты“ за 1909 г.), 6) его же—*колларюль при послѣродовыхъ заблѣваніяхъ*, 7) *нѣсколько словъ о примѣнимости аппарата для стерилизаціи воды Роберта Кругъ, описаннаго Д-ромъ Шенкомъ*, Д. А. Парышева.

Съ большимъ сожалѣніемъ узнало совѣщеніе о тяжелой болѣзни (lues), полученной во время пріютской работы акушеркой одного изъ родильныхъ пріютовъ. Отмѣтивъ постоянную опасность, грозящую всему персоналу и полное почти безсиліе бороться съ этой возможностью, совѣщаніе рѣшило поддержать пострадавшую и морально и особымъ ходатайствомъ объ обезпеченіи ея дальнѣйшей участи за городской счетъ.

Л. Кривскій.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

Акушерско-Гинекологическое Общество въ С.-Петербургѣ.

(ГОДЪ ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ).

Протоколь № 2.

Засѣданіе 26 февраля 1909 года.

Предсѣдательствовалъ Н. Н. Феноменовъ.

Присутствовали 70 членовъ: Баскинъ, Батуевъ, Бекманъ, Бересневичъ, Бутчикъ, Вастень, Веберъ, Вербовъ, Вейсманъ, Виридарскій, Гамалтя, Гентеръ, Гейнъ, Григорьевъ, Гриневъ, Гусаковъ, Димантъ, Долинскій, Желтухинъ, Ильинъ, Іозефсонъ, Карницкій, Качнельсонъ, Кацъ, Кипарскій, Киселевъ, Китнеръ, Коробковъ, Кривскій, Кушталовъ, Липинскій, Личкусъ, Лурье, Марковскій, Мацѣевскій, Окинчицъ, Оленинъ, Оппель, Павловъ, Парышевъ, Піотровичъ, Подгорецкій, Поршняковъ, Преображенскій, Прокофьева, Примо, Проскуракова, Рачинскій, Рейнъ, Редлихъ, Рокицкій, Рутковскій, Рябинцева-Преображенская, Сицинскій, Скробанскій, Соболевъ, Сольцъ, Сперанская-Бахметьева, Столыпинскій, Судаковъ, Терещенко, Терновскій, Улезко-Строганова, Ульяновскій, Урвичъ, Федоровская-Виридарская, Харшакъ, Чернышевъ, Шмидтгофъ, Якобсонъ и 30 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 1.

2) Г. Е. Рейнъ произнесъ рѣчь «*О пограничныхъ областяхъ между хирургіей, гинекологіей и урологіей*». Между гинекологіей (понимая ее въ широкомъ смыслѣ, т. е., какъ акушерство, такъ и ученіе о женскихъ болѣзняхъ въ тѣсномъ значеніи этого слова) и хирургіей, а также только что народившейся урологіей имѣется такъ много точекъ соприкосновенія, что одно лишь перечисленіе ихъ заняло бы не мало времени. Проф. Р. остановился поэтому только на тѣхъ вопросахъ, гдѣ области примѣненія упомянутыхъ спеціальностей еще не окончательно обозначены и гдѣ, слѣдовательно, работы хирурга, гинеколога и уролога еще не достаточно размежеваны.—Хирургія и гинекологія чаще всего соприкасаются въ слѣдующихъ областяхъ: а) въ брюшной хирургіи, б) при заболѣваніяхъ и пораженіяхъ кишечника и в) при

заболѣваніяхъ молочной железы. Съ другой стороны хирурги, гинекологи и урологи часто встрѣчаются при г) заболѣваніяхъ почекъ и мочевыхъ путей. — Тѣсное соприкосновеніе между хирургіей и гинекологіей въ области брюшной хирургіи объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что наука не давала и до сихъ поръ не даетъ точныхъ данныхъ для различительнаго распознаванія кистомъ яичника отъ эхинококка сальника, кисты поджелудочной железы и т. п., не говоря уже о возможности смѣшенія новообразованія брюшной полости съ беременною маткою, что теперь, правда, бываетъ очень рѣдко, но все же иногда случается. Понятно, поэтому, что, вслѣдствіе ошибки въ распознаваніи, гинекологъ можетъ случайно оперировать больную, подлежащую вѣдѣнію хирурга и, наоборотъ, хирургъ—больную, которая должна была-бы попасть къ гинекологу. Въ виду этого проф. Р. настаиваетъ на слѣдующемъ положеніи: «При современномъ состояніи науки для гинеколога обязательно знакомство со способами операций хирурговъ надъ органами брюшной полости, особенно на кишечникѣ. Въмѣстѣ съ тѣмъ и для хирурговъ обязательно знаніе гинекологическихъ способовъ при операцияхъ оваріотоміи, міомотоміи, сальпинготоміи и т. д. Это обоюдное знакомство важно, впрочемъ, не только на случай возможной ошибки въ распознаваніи, но и для примѣненія нѣкоторыхъ пріемовъ, выработанныхъ для одной области, и могушихъ быть съ пользой примѣненными и къ другой». Подчеркнувши то обстоятельство, что сознательно хирургъ не долженъ браться за операціи чисто гинекологическія, а гинекологъ, наоборотъ, за операціи хирургическія, проф. Р. отмѣчаетъ, однако, что есть заболѣванія брюшной полости, которыя трудно размежевать съ большей или меньшей точностью между хирургіей и гинекологіей. Сюда относятся, напримѣръ, нѣкоторые случаи тазовыхъ нарывовъ, происходящихъ отъ аппендицита, эхинококки таза при эхинококкѣ печени и брюшины и т. п. Единственнымъ выходомъ въ такихъ сомнительныхъ, но неизбѣжныхъ, случаяхъ онъ считаетъ надлежащую хирургическую подготовку для гинеколога и достаточное знакомство съ топографической анатоміей половыхъ органовъ для хирурга.—Что касается пункта б, т. е. заболѣваній и пораженій кишечника, то въ этомъ отношеніи проф. Р. отмѣтилъ частоту срощеній съ кишками и другими брюшными органами при кистахъ яичника. Далѣе, онъ указалъ на межсвязочныя опухоли, которыя, развиваясь въ широкихъ связкахъ и раздвигая ихъ листки, врастаютъ въ брыжейку S—образной кривизны, растутъ подъ брюшиной передняго и задняго Douglas'ова пространства и, создавая этимъ въ высшей степени трудныя техни-

ческія отношенія для ихъ удаленія, часто даютъ поводы къ операціямъ надъ кишечникомъ. Эти же операціи могутъ потребоваться, напримѣръ, при проростаніи кишки узлами злокачественнаго новообразованія. Извѣстно, далѣе, взаимоотношеніе между заболѣваніями правыхъ придатковъ и воспаленіемъ червеобразнаго отростка. По русскимъ даннымъ, собраннымъ проф. Р., одновременная частота заболѣваній этихъ органовъ выражается въ статистикахъ разныхъ авторовъ въ цифрахъ 2,5 до 14,5%. Заслуживаютъ, далѣе, вниманія и каловые свищи, являющіеся либо результатомъ тазовыхъ нагноеній, либо результатомъ распространенія злокачественныхъ процессовъ съ матки и ея придатковъ на кишки, либо, наконецъ, результатомъ оперативныхъ вмѣшательствъ въ половой сферѣ женщинъ. Такой же свищъ можетъ произойти и при ущемленіи кишечной петли при полныхъ разрывахъ матки во время родовъ. Какимъ раненіемъ, наконецъ, можетъ подвергаться кишечникъ, доказываетъ и тотъ случай, доложенный здѣсь въ Обществѣ, въ которомъ *при выскабливаніи* была отрѣзана тонкая кишка на протяженіи почти 4-хъ аршинъ. Все это, говоритъ Рейнъ, достаточно убѣдительно доказываетъ, въ какой мѣрѣ необходимо для гинеколога знакомство съ кишечной хирургіей. — Область молочной железы, несомнѣнно принадлежащей къ половой системѣ женщины, также до сихъ поръ относится къ числу пограничныхъ областей между хирургіей и гинекологіей. Нарывы ея, чаще всего возникающіе въ послѣродовомъ періодѣ, оперируются акушерами, новообразованія же удаляются хирургами. Проф. Р. находитъ такой порядокъ устарѣвшимъ. Гинекологи, производящіе самыя сложныя операціи въ брюшной полости, работающіе надъ костями таза съ цѣлью временнаго увеличенія его емкости во время родовъ, совершенно неправильно и только по традиціи уступаютъ эту область хирургамъ. Это положеніе слѣдуетъ считать тѣмъ болѣе обоснованнымъ, что бываютъ заболѣванія молочныхъ железъ, походящія на новообразованія ихъ и находящіяся въ тѣсной связи съ состояніемъ яичниковъ и другихъ частей женскаго полового прибора. Что въ такихъ случаяхъ распознаваніе легче и правильнѣе можетъ быть установлено гинекологами — не подлежитъ сомнѣнію. — Что касается отношенія гинекологіи къ урологіи, то отмѣтивъ, заслуги гинекологовъ въ послѣдней области и указавъ на то, что заболѣванія мочевыхъ и половыхъ органовъ часто имѣютъ общую этиологію, проф. Р. сказалъ между прочимъ слѣдующее: „Специализація лишь тогда является цѣлесообразною, когда она не переходитъ извѣстной границы и имѣетъ за собою точныя анатомическія и физиологическія основанія.

Выдѣленіе же изъ гинекологіи области мочевой системы женщины является искусственнымъ и не соответствующимъ интересамъ больныхъ“. При производствѣ операций въ брюшной полости надъ маткой или придатками гинекологъ долженъ умѣть справиться съ раненіемъ мочеточника; онъ долженъ умѣть распознать мочеточниковый свищъ, происшедшій при родахъ или при операции, опредѣлить состояніе почки на пораженной сторонѣ и сообразно съ этимъ примѣнить оперативное пособіе вплоть до вылушенія почки. Точно также и акушеръ въ тяжеломъ случаѣ эклампсіи долженъ умѣть произвести декапсуляцію почки, ибо экстренность пособія лишаетъ его возможности прибѣгнуть къ помощи специалиста уролога или хирурга. Гинекологи должны взять на себя трудъ изученія способовъ изслѣдованія мочевой системы женщины и ея леченія, они должны слѣдить за успѣхами урологіи и примѣнять ихъ у постели больныхъ. При этомъ они не должны ограничиваться пораженіями мочевого пузыря и мочеточниковъ, какъ это дѣлали ихъ предшественники, но и изучать заболѣванія почечныхъ лоханокъ и самихъ почекъ, такъ часто осложняющихъ теченіе беременности, родовъ и послѣродового періода. — Остановившись въ заключеніе еще и на другихъ заболѣваніяхъ пограничныхъ для гинекологіи и хирургіи (тазовые нарывы, опухоли брюшной стѣнки, новообразованія круглыхъ связокъ и т. д.) и указавши на общіе для этихъ специальностей способы изслѣдованія, техническіе приемы, способы обезболиванія и т. п., проф. Р. закончилъ замѣчаніемъ, что, ревностно слѣдя за успѣхами другихъ отраслей медицинской науки, мы въ особенности не должны забывать нашей тѣсной связи съ хирургіей. Свою рѣчь онъ закончилъ слѣдующими положеніями: а) Лица, намѣревающіяся посвятить себя изученію и разработкѣ гинекологіи, должны предварительно ознакомиться съ общей хирургіей въ хирургическихъ клиникахъ и съ хирургической анатоміей на анатомическомъ столѣ. б) Для совмѣстной плодотворной разработки пограничныхъ областей между гинекологіей и хирургіей и между урологіей и гинекологіей, желательно созданіе специальныхъ печатныхъ органовъ, на подобіе существующаго уже органа, посвященнаго пограничнымъ вопросамъ между терапіей и хирургіей. в) Для той же цѣли желательна организація совмѣстныхъ съѣздовъ гинекологовъ, хирурговъ и урологовъ или одновременный созывъ съѣздовъ гинекологовъ, хирурговъ и урологовъ для совмѣстныхъ засѣданій.

Рѣчь проф. Р. была покрыта рукоплесканіями.

3) Ж. врачъ Попова-Теребинская показала препаратъ *мясистаго заноса*, задержавшагося въ двурогой маткѣ I годъ

и 3 мѣсяца. Яйцо, длиною въ 14 1/2, шириною—сверху въ 9 и снизу въ 4 см., сохранило отпечатокъ внутренней поверхности матки и оказалось при микроскопическомъ изслѣдованіи состоящимъ изъ ворсинокъ, заложенныхъ среди кровоизліяній разной давности. Яйцевой полости въ немъ найти не удалось. Въ одномъ же изъ роговъ его найдены небольшія полости, выполненныя студенистой жидкостью. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что и здѣсь также имѣются ворсинки, но перерожденныя какъ при пузырьномъ заносѣ.

Л. Г. Личкусъ замѣтилъ, что препаратъ докладчицы слѣдуетъ отнести къ случаямъ *missed abortion*. Такихъ случаевъ въ литературѣ описано не мало. Не говоря о литературѣ иностранной, можно указать на статью, вышедшую изъ клиники проф. Н. В. Ястребова, гдѣ собрано много такихъ случаевъ. Такіе же препараты въ свое время показывались и въ Обществѣ (Массенъ, Личкусъ).

Г. Е. Рейнъ вспомнилъ о своемъ случаѣ, весьма похожемъ на случай докладчицы. Задержавшееся въ полости матки яйцо, при макроскопически очень похожее на сейчасъ показанный препаратъ, микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось пузырьнымъ заносомъ. Что касается, вообще, *missed abortion*, то такихъ случаевъ въ литературѣ описано очень много.

4) В. А. Вастенъ. По поводу двухъ пробныхъ чревосъченій.
а) Вдова, 31 года, 3 раза рожавшая и 1 разъ выкинувшая, б/в 1907 г. переведена въ Обуховскую больницу изъ другой больницы, гдѣ она пролежала около 2-хъ мѣсяцевъ при явленіяхъ воспаленія брюшины, съ образованіемъ большого выпота. Животъ нѣсколько вздутъ и болѣзненъ. Слѣва, внизу живота, овальной формы опухоль, снизу доходящая до середины лона, а сверху помѣщающаяся нѣсколько выше передней верхней подвздошной ости. Нижний, неподвижно укрѣпленный, отрѣзокъ опухоли ошупывается въ переднемъ сводѣ; матка, лежащая подъ опухолью, съ нею не связана. Моча мутная, съ примѣсью гноя; слѣды хроническаго перелоя. Температура вначалѣ слегка повышенная (37,4), а затѣмъ вполне нормальная. Единственно вѣроятное распознаніе гнойной г루бы не могло быть принято за отсутствіемъ связи опухоли съ маткой. 25/VI—чревосъченіе. Опухоль оказалась сальникомъ, плотно приросшимъ къ задней поверхности лона. къ двумъ петлямъ кишекъ и къ верхушкѣ мочевого пузыря. За невозможностью отдѣлить сальникъ тупымъ путемъ, онъ былъ перевязанъ и отрѣзанъ, послѣ чего обнаруженъ бужъ. лежавшій, частью обросшій сальникомъ, частью въ ложныхъ перепонкахъ, между петлями кишекъ, параллельно нисходящей вѣтви толстой кишки. Лишь незначи-

тельная часть почти неизмѣннаго сальника была приращена къ задней правой поверхности матки на протяженіи одного поперечнаго пальца. Отдѣлить здѣсь сальника не удалось, его пришлось перерѣзать между двухъ лигатуръ. Это мѣсто вѣроятно и было мѣстомъ прободенія матки. Прослѣпоперационное теченіе лихорадочное (до 38,4), вслѣдствіе нагноенія въ брюшной ранѣ. Оперированная выписалась здоровой 26/viii, т. е. на 62 день. б) 35 лѣтняя, 3 раза рожавшая и 1 разъ выкинувшая женщина принята въ больницу 6/v 1905 г. Жалуется на боль въ животѣ около 3-хъ недѣль и на опухоль въ немъ, которую замѣтила 2 недѣли т. н. Животъ вздутъ; въ полости его—неподвижная, мало чувствительная, грушевидной формы, опухоль. Широкій (въ 12 стм.) конецъ ея лежитъ справа—выше пупка, нижній же, суживающійся, идетъ внизъ и влѣво, къ малому тазу. Три мѣсяца беременная матка съ опухолью не связана. Температура, обычно 36,1 утромъ и 37,4 вечеромъ, раза два доходила до 38. Пульсъ 58—70. 26/vi—чревосѣченіе. Опухоль оказалась сальникомъ, приращеннымъ къ передней брюшной стѣнкѣ, справа отъ разрѣза. Узкимъ концемъ, слѣва, сальникъ былъ приращенъ къ кишкѣ; при отдѣленіи этого срощенія, частью тупымъ путемъ, частью перерѣзкой, изъ стѣнки кишки потянулось сѣроватое, червеобразное тѣло, походившее на мертвую аскариду. При ближайшемъ осмотрѣ оно оказалось *бужемъ*, треть котораго внѣдрилась въ мышечную стѣнку кишки, а ²/₃ обросли сальникомъ. Эта часть сальника была удалена. Изъ канала въ стѣнкѣ кишки не было никакого выдѣленія и стѣнка не представляла никакихъ измѣненій. На задней правой поверхности матки, ниже угла ея, оказался звѣздообразный, немного втянутый рубецъ. Больная поправилась. 23/xii она въ больницѣ же разрѣшилась доношеннымъ (3650,0) мальчикомъ. Послѣродовое время протекло нормально. Оба бужа показаны Обществу. Въ заключеніе докладчикъ указалъ на съ каждымъ годомъ возрастающее число выкидышей въ Петербургѣ. У него въ отдѣленіи, въ 1905 г. ихъ было 517, въ 1906 г.—676, въ 1907—695, въ 1908—783. За послѣдній, 1908 годъ, изъ этихъ больныхъ лихорадили 157 (20 %) и умерли 15 (1,92 %). Такое наростаніе числа выкидышей, производствомъ которыхъ теперь, повидимому, широко занимаются и повивальныя бабки, должно обратить на себя серьезное вниманіе. Общество должно взять въ этомъ отношеніи починъ на себя и выработать мѣры для устраненія этого вопіющаго зла.

На значительное наростаніе числа выкидышей въ Петербургѣ указалъ и проф. Феноменовъ: бывають дни, когда изъ 15—16,

поступающихъ въ Родовспомогательное Заведеніе женщинъ, выкидывающихъ оказывается 12. Онѣ являются то съ кровотеченіями, то съ повышенной температурой и несомнѣнно обусловливаютъ и увеличеніе заболѣваемости и увеличеніе смертности въ учрежденіи.

Л. Г. Личкусъ замѣтилъ, что преступные выкидыши опасны не только для больныхъ, но и для врачей. Въ своемъ докладѣ «Къ вопросу о прободеніи матки и поврежденія внутренностей при выскабливаніи» онъ отмѣтилъ уже то обстоятельство, что приступая къ названной операци, акушеръ можетъ попасть инструментомъ въ уже готовое отверстіе, сдѣланное до него какимъ либо другимъ врачомъ или повивальной бабкой. Положеніе это онъ освѣтилъ рядомъ примѣровъ изъ литературы. Докладъ В. А. Вастена является въ этомъ отношеніи весьма убѣдительнымъ. Не трудно себѣ представить какъ легко можно было бы проникнуть инструментомъ въ брюшную полость у тѣхъ двухъ больныхъ, о которыхъ сейчасъ было сообщено, если бы, при наступившемъ у нихъ выкидышѣ, врачъ нашелъ бы нужнымъ сдѣлать выскабливаніе. На эту сторону вопроса обратилъ вниманіе и Шгобакъ, съ болью въ сердцѣ, какъ онъ выразился, указавшій на то, что бываютъ случаи, когда врачъ или бабка навредятъ, а потомъ скрываются. Приглашенному же вслѣдъ за ними врачу приходится брать на себя отвѣтственность за чужое преступленіе. Къ сожалѣнію, увеличеніе числа преступныхъ выкидышей наблюдается не только въ Петербургѣ, но, какъ видно изъ литературы, и въ другихъ большихъ городахъ Европы и Америки.

О. В. Прокофьева думаетъ, что поражающее число преступныхъ выкидышей въ Петербургѣ несомнѣнно связано съ ухудшившимся экономическимъ положеніемъ населенія. Бываютъ случаи, когда беременность ставитъ женщину въ безысходное положеніе и когда она сознательно изъ двухъ золъ выбираетъ, по ея мнѣнію, меньшее: выкидышъ.

Л. С. Кацнельсонъ, равно какъ и одинъ изъ присутствовавшихъ въ засѣданіи гостей отмѣтили, что въ настоящее время на ряду съ преступницами повивальными бабками, съ неменьшимъ успѣхомъ на этомъ позорномъ поприщѣ, подвизаются и врачи. Имена нѣкоторыхъ изъ нихъ хорошо извѣстны товарищамъ. Создается тягостное положеніе, когда не знаешь что предпринять, когда имена эти называются больными.

Г. Е. Рейнъ полагаетъ, что Обществу необходимо бороться съ указаннымъ зломъ. Лучше всего для этого выбрать комиссію, которая специально занялась бы этимъ вопросомъ.

Присутствовавшіе согласились съ этимъ мнѣніемъ и выбрали комиссію изъ слѣдующихъ лицъ: В. А. Вастена, Л. С. Кацнельсона, О. В. Прокофьевой, Н. І. Рачинскаго и К. К. Скробанскаго.

Предсѣдатель *Н. Феноменовъ.*

Секретарь *Л. Личкусъ.*

Протоколь № II.

Административное засѣданіе 26 февраля 1909 года.

Предсѣдательствовалъ Н. Н. Феноменовъ.

Присутствовали 62 члена.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 1.

2) Прочтено письмо А. Э. Шмидта, благодарящаго Общество за поздравленіе по поводу 25-лѣтняго юбилея его въ должности директора Маринскаго Родовспомогательнаго Дома.

3) Прочтено нисьмо Предсѣдателя Общества Морскихъ Врачей, благодарящаго за поднесеніе привѣтственнаго адреса по поводу полувѣкового юбилея названнаго Общества.

4) На основани § 9 Новаго Устава Общества избраны товарищемъ предсѣдателя Л. Г. Личкусъ и секретаремъ Л. А. Кривскій.

5) Избраны въ почетные члены Общества Н. Н. Феноменовъ, Г. Е. Рейнъ и В. Ф. Снегиревъ.

6) Предложенъ въ почетные члены В. А. Вастень (Кривскимъ, Липинскимъ, Терешенко, Подгорецкимъ, Кацомъ, Батуевымъ, Меркульевымъ, Карницкимъ, Каминской, Гентеромъ, Вейсманомъ, Шейтлись, Киселевымъ, Харшакомъ, Феноменовымъ, Поршняковымъ, Мосоловымъ, Каземъ-Бекомъ, Столыпинскимъ, Парышевымъ, Желтухинымъ, Салмановымъ, Прокофьевой, Дм. Поповымъ, Какушкинымъ, Терновскимъ, Окинчицемъ, Кацнельсономъ и Савченко).

7) Предложены въ действительные члены: а) врачъ Леонтій Оеопемптовичъ Покровскій (Феноменовымъ, Столыпинскимъ и Личкусомъ), и б) врачъ Дмитрій Антоновичъ Лисовскій (Феноменовымъ, Столыпинскимъ и Каземъ-Бекомъ).

Предсѣдатель Феноменовъ,

Секретарь Личкусъ.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ русской акушерско-гинекологической литературы.

182. Л. А. Кривскій. — *Къ казуистикѣ гебостеотоміи.*
(Врачеб. Газета, 1909 № 6)

Описаны 3 случая пубіотоміи, бывшіе въ 1907 г. въ Родовспомогательномъ Заведеніи.

1) Беременная 2 разъ. 27 лѣтъ. Первые роды окончены щипцами, ребенокъ извлеченъ мертвымъ. Тазъ 29—25—22—18¹/₂—9¹/₂. Задній видъ II затылочнаго положенія. Черезъ 16 часовъ послѣ начала родовыхъ схватокъ, сердцебіеніе плода сдѣлалось глуше, боли приняли судорожный характеръ. Сдѣлана пубіотомія по подкожному способу Döderlein'a. Концы распила тотчасъ же разошлись на 2¹/₂ пальца. Наложены щипцы. Ребенокъ родился въ легкой асфиксіи и быстро оживленъ. Незначительное кровотеченіе изъ ранки остановлено прижатіемъ марли. Послѣдъ выжать. Кожа по краямъ зашита, посрединѣ дренирована. На тазъ — стягивающая повязка. Вѣсъ ребенка 3250. Окружность головки 33. Въ послѣродовомъ періодѣ явленія атоніи матки и пузыря. Къ концу 3 недѣли больная встала съ кровати, выписалась на 29 день; походка правильная и свободная.

2) Беременная 6 разъ. Первые 2 дѣтей родились живыми но умерли вскорѣ послѣ родовъ, остальные родились мертвыми; два раза роды были окончены операціями. Тазъ 30—28—25—18¹/₂—10. Продолжительность родовъ 38 часовъ. Первое лобное положеніе.

Сдѣлана пубіотомія, наложены щипцы. Послѣ первой же тракціи затылокъ подошелъ подъ лоно. Щипцы переложены въ поперечномъ размѣрѣ таза и головки и нѣсколькими тракціями извлеченъ живой ребенокъ, въ легкой асфиксіи. Во время извлечения въ тазу что то хрустнуло. Послѣдъ выжать. Въ середину ранки введенъ дренажъ. При введеніи катетра вышло много мочи, окрашенной кровью. Ребенокъ 2950 грм. вѣсомъ; окружность головки 36 см. На 6 день онъ умеръ. У родильницы образовался пузырно-влагалищный свищъ, зажившій послѣ трехкратнаго зашиванія.

3) Беременная въ 4 разъ. Первые и третьи роды окончены щипцами. Дѣти родились живыми. При вторыхъ сдѣлана какая то операція,—ребенокъ мертвый. Тазъ 30—25—23—19—10¹/₂. Роды протек-

кали очень медленно, (свыше 2 суток). II затылочное положение. Перетяжка нижняго сегмента. Въ мочѣ, выпущенной катетромъ, примѣсь крови. Наложены щипцы Simpson'a въ правомъ косомъ размѣрѣ, сдѣлано нѣсколько сильныхъ тракцій книзу въ Walcher'овскомъ положеніи. Въ виду безуспѣшности были наложены затѣмъ щипцы Tarnier, которые дважды соскользнули. Произведена пубіотомія. Вновь наложены щипцы Simpson'a, которые опять соскользнули, наложены вновь и головка выведена въ заднемъ видѣ II затылочнаго положенія. Ребенокъ вѣсилъ 4600 грм., окружность головки 37 см. Послѣдъ вышелъ черезъ 15 мин. Между влагалищемъ и выколомъ въ губѣ образовалась рваная полость, куда вставленъ большой тампонъ. Влагалище затампонировано. Верхняя рана зашита однимъ швомъ, наложеннымъ на фасціи и соединяющимъ разошедшіяся кости, кожа зашита съ боковъ, снутри вложенъ тампонъ, проведенный къ большой губѣ. На 20 день больная стала ходить, на 22—выписалась. Черезъ 4 мѣсяца послѣ операциі никакой подвижности въ области сращенія не было, больная вернулась къ обычной работѣ. Ребенокъ живъ и хорошо развивается.

183. Борткевичъ. — *Къ вопросу о послѣдующихъ родахъ у женщинъ, ранее перенесшихъ гебостеотомию.* (Врачебн. Газета, 1909 № 6).

Роженица 22 лѣтъ, III пара. Первые (прежлевременные) роды окончились высокими щипцами, причемъ извлеченіе оказалось очень труднымъ. Ребенокъ родился въ глубокой асфиксіи, изъ которой былъ выведенъ съ трудомъ.

Таза роженицы 27,5—26—23,5—17,5—12,5. Ясно выраженный кифозъ. При вторыхъ родахъ произведена пубіотомія по Tandler'у. Тотчасъ же наложены щипцы и въ три тракціи извлеченъ живой, доношенный ребенокъ. Вѣсъ его 3450 грм.; окружность головки 36 см. Послѣродовой періодъ безъ осложнений. Рана срослась рег рипат. Костный діастазъ (шириной въ 2 см.), выполненъ плотной мозолью. На 23 день больная встала. Походка нормальная.

Черезъ 8 мѣсяцевъ больная забеременѣла въ 3 разъ. Беременность окончилась на этотъ разъ произвольными срочными родами. Размѣръ таза: 29,5—28—25. Діагональная конъюгата 18. На мѣстѣ бызпаго распила никакой подвижности нѣтъ. Роды продолжались 8 часовъ. Схватки правильныя, сильныя. Ребенокъ хорошо развитый, вѣсомъ 3760 грм., окружность головки 36 см., послѣродовой періодъ нормальный.

Разбирая имѣющіяся въ литературѣ наблюденія по данному вопросу, авторъ приходитъ къ заключенію, что въ настоящее время нельзя еще рѣшить, нужно ли добиваться при пубіотоміи стойкаго расширенія таза. Даже при діастазѣ въ 2 см. conjugata vera удлиняется относительно мало, поэтому при плоско-сѣуженныхъ тазахъ

можно ожидать пользу отъ такого расширения только при невысокихъ степеняхъ суженія. Можетъ быть, болѣе выгоднымъ окажется стойкое расширение при поперечно-суженныхъ тазахъ въ виду того, что послѣ разсѣченія лонныхъ костей увеличиваются больше поперечные размѣры. Въ стойкомъ расширеніи таза въ поперечномъ направленіи заключается причина благопріятнаго исхода 3-хъ родовъ у больной автора. Образование широкой костной мозоли на мѣстѣ бывшаго распила имѣетъ также преимущество передъ соединительно-тканнымъ сращеніемъ, такъ какъ стойкое расширение получается здѣсь при полномъ возстановленіи прочности тазового кольца.

184. К. М. Сагатовъ.— *Къ казуистикѣ многоплодной беременности.* (Практич. Врачъ, 1909 г. №№ 7 и 8).

Авторъ приводитъ описанія случаевъ многоплодной беременности, собранныя имъ изъ литературы за послѣдніе 5 лѣтъ и 4 собственныхъ наблюденія.

Первое наблюденіе относится къ беременной въ 3 разъ. Предыдущія беременности обѣ одноплодныя. Въ послѣднюю беременность— сильная одышка, значительная тяжесть при ходьбѣ. Окружность живота 112 см. Роженица поступила съ сильными схватками, изслѣдованія сдѣлать не удалось. Черезъ 25 минутъ послѣ рожденія перваго ребенка, родился второй и еще черезъ 20 минутъ третій. Всѣ дѣти родились живыми, двое въ черепномъ положеніи и средній въ ягодичномъ. Всѣ одного пола,—дѣвочки. Роды очень легкіе, продолжались 5 часовъ. Длина, окружность головки и вѣсъ плодовъ слѣдующіе: I—40 см., 31 см., 4 ф. 24 л.; II—39 см., 30 см., 4 ф. 15 л.; III—37 см., 28 см., 4 ф. 10 л.

Послѣродовый періодъ протекъ нормально, не было ни кровотеченія, ни повышенія т.

По мнѣнію автора, въ данномъ случаѣ было оплодотворено одно яйцо, такъ какъ дѣтское мѣсто было одно. Плодныхъ пузыря было 3, цуповинъ также 3.

Во второмъ случаѣ К. М. Сагатова роды тройнями наблюдались у беременной въ 4 разъ, у которой при вторыхъ и третьихъ родахъ были двойни. Окружность живота 110 см.; много мелкихъ частей. Сердцебиеніе по всему животу. Послѣ рожденія перваго ребенка наступила 12-часовая пауза, въ теченіе которой сердцебиеніе оставшихся въ маткѣ плодовъ ослабѣло, былъ сдѣланъ поворотъ на ножку и извлеченіе сперва второго, затѣмъ третьяго плода. Наступило значительное кровотеченіе, дѣтское мѣсто удалено по Сгедé; оказалось, что имѣется два послѣда, изъ которыхъ одинъ принадлежитъ третьему плоду (дѣвочкѣ), а второй—состоящей изъ сросшихся между собою двухъ послѣдовъ,—двумъ первымъ плодамъ (мальчикамъ). Такъ какъ имѣлось три послѣда, три плодныхъ пузыря, три

пуповины и плоды были разного пола, то, повидимому, они прозошли изъ 3 яицъ. Дѣти недоношенная, слабо развитыя; второй мальчикъ умеръ на 10 день, дѣвочка—на 6-й.

Третье наблюдение относится къ беременной въ третій разъ, у которой предшествующія беременности были одноплодныя. Окружность живота 120 см., сердцебиение по всему животу, масса мелкихъ частей и какъ будто 3 головки. Ножное предлежаніе перваго ребенка, извлечение его. Черезъ 15 минутъ роды втораго ребенка (оба мальчика) въ 1 черепномъ положеніи. Еще черезъ 15 минутъ—извлечение третьяго, дѣвочки, за ножку. Послѣдъ вышелъ черезъ 25 мин., состоялъ изъ 2 частей, соединенныхъ между собой перепонкой. На одной изъ частей послѣда имѣлось 2 плодныхъ пузыря и 2 пуповины. У дѣвочки былъ отдѣльный послѣдъ. Всѣ три ребенка хорошо упитанные, вполне доношенные. Наличие двухъ послѣдовъ, одинаковый полъ у двухъ плодовъ, имѣющихъ общее дѣтское мѣсто указываетъ на происхождение беременности отъ оплодотворенія двухъ яицъ, изъ которыхъ одно имѣло 2 ядра.

Результаты наружнаго изслѣдованія у 4 больной вполне сходятся съ предшествующимъ наблюдениемъ, но беременность была несрочная, 7-мѣсячная. Родились 3 плода,—2 мальчика и 1 дѣвочка, причемъ ввиду усталости роженицы и поперечнаго положенія былъ сдѣланъ поворотъ на ножку и извлечение втораго плода. Дѣти родились живыми, но очень слабыми. Разный полъ плодовъ, существованіе 3 послѣдовъ и 3 околоплодныхъ пузыря заставляютъ думать, что беременность произошла отъ оплодотворенія трехъ яицъ, выдѣлившихся изъ трехъ Граафовыхъ пузырьковъ.

185. Е. П. Вшадчикъ.— *Къ казуистикѣ внѣматочной беременности. 2 случая внѣматочной беременности съ освобожденіемъ плода чрезъ прямую кишку* (Русскій Врачъ. 1909. № 10).

Приведены 2 случая внѣматочной беременности, имѣющіе одинаковый исходъ,—разрѣшеніе черезъ прямую кишку, причемъ въ первомъ случаѣ весь процессъ совершился произвольно, во второмъ—сдѣлана colpotom. poster.

1) Больная сильно ушиблась на 4 мѣсяцѣ беременности, тотчасъ появились боли и кровотеченіе. Симптомы эти продолжались съ промежутками въ теченіе мѣсяца. При поступленіи въ клинику опредѣлена внѣматочная беременность, трубный выкидышъ, заматочная кровяная опухоль и прободеніе на передней стѣнкѣ кишки, за внутреннимъ сфинктеромъ. Больная поступила съ t^0 37^0 ; дальнѣйшее теченіе болѣзни сопровождалось повышеніями t^0 , доходившей по временамъ до 39,—39.5, кровянистыми выдѣленіями и схватками. T^0 понизилась послѣ 14 дня, на 20 день больная встала, на 32 выписалась.

Пра изслѣдованіи найдено: въ лѣвомъ сводѣ—тяжъ на мѣстѣ трубы; прободное отверстіе закрылось.

2) За 3 года передъ поступленіемъ въ клинику больная была беременна, но къ концу беременности движенія ребенка прекратились, въ срокъ родовъ появились схватки, но роды не наступили. Схватки прошли черезъ 2—3 недѣли, больная стала чувствовать себя хорошо, мѣсячныя стали приходить правильно. За мѣсяць до поступленія въ клинику съ испражнениями стали выходить кости плода. При изслѣдованіи влѣво отъ матки найдена опухоль, занимающая боковой и задній сводъ. Въ передней стѣнкѣ гесті прободное отверстіе, ведущее въ полость, выполненную костями и кусками ткани. Вслѣдствіе значительной величины костей было рѣшено сдѣлать заднюю кольпотомію. По извлеченіи остатковъ плода, плодовмѣстилище промыто борной и дренировано. На другой день сдѣлано вторичное промываніе карболовымъ растворомъ, введенъ Т-образный дренажъ. Въ теченіе послѣоперационнаго періода былъ нѣсколько разъ ознобъ и сильное повышение *t_o*. Дренажъ удаленъ на 60 день. Больная выписалась на 87 день. Свищевой ходъ закрылся черезъ 2—3 мѣсяца.

М. Прокуракова.

186. А. Эбердинъ. — *Къ вопросу о консервативной міомэктоміи при беременности.* Медицин. Обозрѣніе № 4, 1909.

Послѣ краткаго разбора литературныхъ данныхъ по затронутому вопросу, авторъ склоняется къ мнѣнію, что при міомахъ матки „принципы рациональнаго консерватизма“, ведущіе къ сохраненію органа и удаленію только опухоли, приложимы какъ къ маткѣ небеременной, такъ равно и къ беременной, съ той разницей, что при послѣдней является еще забота о сохраненіи жизни плода. Личныхъ наблюденій автора надъ беременностью, осложненной фиброміомой, четыре. Два, изъ больничной практики, авторомъ описываются подробно.

Кр. Дарья С. 37 л. жалуется на кровотеченіе, боль въ животѣ и опухоль внизу живота. Больна два гола. Первые мѣсячныя съ 16 лѣтъ, черезъ 3 нед. по 3 дня; послѣднія—3 мѣсяца назадъ. Послѣдніе 3 дня—схватки и обильное маточное кровотеченіе. Хорошаго сложенія и питанія. Внутренніе органы—нормальны. Въ маткѣ прощупываются многочисленныя субсерозныя и межучочныя фиброміомы, главнымъ образомъ на передней и правой стѣнкѣ. Дно матки съ фиброміомами достигаетъ пупка. При влагалищномъ изслѣдованіи—признаки неполнаго аборта. Температура тѣла—нормальна. Въ первый же день выскабливаніе матки. Затѣмъ—лапаротомія—*hysterotomia supravaginalis* съ удаленіемъ измѣненныхъ придатковъ. Больная выписалась здоровой.

2-й случай. Мѣшанка С. 39 л. Первая менструация—съ 14 лѣтъ, черезъ 3 недѣли по 5 дней. Послѣднія двѣ недѣли идутъ крови, а мѣсяцъ передъ этимъ регуль не было. Четыре мѣсяца тому назадъ—абортъ 3-хъ мѣсячный. Родовъ не имѣла. Больная высокаго роста, средняго сложения и питанія, немного малокровна. Температура при поступленіи 37,2. Внутренніе органы—нормальны. Внизу живота—опухоль плотная, бугристая, малоподвижная; верхняя граница ея—ниже пупка. Распознана «fibromata multiplicia uteri; graviditas на 2-мъ мѣсяцѣ, abortus incipiens». Laparotomia. Вылущено 7 фибромъ (интерстиціальныхъ) разной величины, при чемъ полость матки не была вскрыта. Операция окончилась благополучно. Однако абортъ, вопреки желанію, вскорѣ совершился. Въ полости матки тогда обнаружена подслизистая міома, удаленная кускованіемъ. Выздоровленіе.

Авторъ приходитъ къ заключенію, что во время беременности, осложненной фиброміомой, не слѣдуетъ торопиться съ операцией, въ виду возможности расщиванія опухоли, какъ было въ двухъ кратко упоминаемыхъ случаяхъ изъ частной практики автора; если же операция необходима—ограничиться вылущеніемъ фиброміомъ.

Н. Кушталовъ.

Обзоръ нѣмецкой акушерско-гинекологической литературы.

Zentralblatt für Gynäkologie 1909.

187. Lichtenstein. — Противъ плацентарной теоріи происхожденія эклампсии. — *Gegen die placentare Theorie der Eklampsieätiologie.* (№ 8).

Разбирая теоріи различныхъ авторовъ о плацентарномъ происхожденіи эклампсии, Л. приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: введеніе Freund'омъ въ организмъ выжимокъ плаценты производитъ чисто механическое воздѣйствіе и потому дѣлаемые имъ выводы не вѣрны. Плаценты, которыя бралъ Liermann для своихъ опытовъ, были часто не вполне свѣжи, поэтому выводы, дѣлаемые имъ, не имѣютъ значенія. Теорія Hofbauer'a построена на недоказанномъ предположеніи, а потому и сама не доказательна. Veit самъ признаетъ, что въ его теоріи, главнымъ основаніемъ все же служить альбуминурия. Такимъ образомъ, по мнѣнію автора, всѣ плацентарныя теоріи недоказательны.

188. Latzko. — Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе. — *Über den extraperitonealen Kaiserschnitt.* (№ 8).

Авторъ въ трехъ случаяхъ произвелъ внѣбрюшинное кесарское сѣченіе, пользуясь слѣдующимъ выработаннымъ имъ методомъ: пузырь наполнялся жидкостью въ количествѣ 150 см., затѣмъ дѣлался про-

дольный разрѣзь длиною 12 с. надъ симфизомъ по бѣлой линіи до брюшины. Потомъ раздвигались прямая мышца живота и пузырь, начиная справа, отслаивался отъ шейки, отодвигался влѣво и дѣлался продольный разрѣзь шейки и нижняго сегмента матки. Послѣоперационный періодъ во всѣхъ случаяхъ протекъ гладко.

189. Higuchi. — *Новый катетеръ для промыванія пузыря.* — *Ein neu konstruierter Blasenpülkatheter.* (№ 8).

Предложенный Н. катетеръ сдѣланъ изъ металла (никкелированная мѣдь) и имѣетъ крестообразную форму. Изъ многихъ преимуществъ его, на которыя указываетъ авторъ, слѣдуетъ отмѣтить: простоту его устройства и то обстоятельство, что струя жидкости распыляется въ пузырь и потому не раздражаетъ слизистую оболочку. Къ описанію приложенъ рисунокъ.

190. Fuchs. — *Лечение гнойныхъ процессовъ антиферментной сывороткой.* — *Die Behandlung eitriger Prozesse mit antifermenthaltigem Serum.* (№ 9).

Авторъ въ нѣсколькихъ случаяхъ, гдѣ имѣлся гнойный процессъ въ ранахъ, употребилъ съ успѣхомъ методъ леченія, предложенный Eduard'омъ Müller'омъ. Теорія этого метода состоитъ въ слѣдующемъ: при каждомъ нагноеніи многоядерные лейкоциты переполняютъ воспаленный участокъ, причемъ они несутъ съ собою особый ферментъ, подъ влияніемъ котораго ткани растворяются и вмѣстѣ съ тѣмъ дѣлаются способными къ рассасыванію организмомъ. Въ нормальной кровяной сывороткѣ имѣется противъ этой работы фермента антитѣло, которое парализуетъ его дѣятельность. Это же антитѣло содержится и въ трансудатѣ серозныхъ оболочекъ. Для лечебныхъ цѣлей, по предложенію Müller'a, фирмой Merck'a изготовлена особая сыворотка изъ лошадиной крови. Способъ употребленія ея состоитъ въ томъ, что она вводится въ гнойныя раны. Во всѣхъ почти случаяхъ автора нагноеніе прекращалось въ теченіе 24 часовъ, рана очищалась, и въ теченіе слѣдующихъ 1—2 дней появлялись хорошія грануляціи.

191. Blisniansky. — *О предполагаемыхъ вредныхъ вліяніяхъ скополамина на пульсъ и температуру.* — *Über den angeblichen nachteiligen Einfluss des Skopolamins auf Puls und Temperatur.* (№ 9).

На основаніи клиническихъ наблюденій (клиника Sellheim'a), авторъ приходитъ къ заключенію, что видимыхъ вліяній на температуру и пульсъ впрыскиваніе скополаминъ-морфія въ обычныхъ дозахъ не производитъ.

192. Sigwart. — *Къ вопросу о швахъ при свѣжемъ разрывѣ промежности.* — *Zur Naht des frischen Dammrisses* (№ 10).

На основаніи клиническаго опыта, авторъ горячо рекомендуетъ пользоваться для кожныхъ швовъ при свѣжихъ разрывахъ промежности Micheli'евскими аграфами.

193. Hoehne.—*О значеніи искусственнаго обезкровливанія нижней половины тѣла въ акушерствѣ и гинекологіи.*— *Ueber die Bedeutung der künstlichen Blutleere der unteren Körperhälfte für die Geburtschülfe und Gynäkologie* (№ 10). (Изъ Клиники Пфаненшталя).

Въ двухъ случаяхъ грознаго кровотеченія (при удаленіи пузырнаго заноса и послѣ нормальныхъ родовъ) авторъ примѣнилъ съ полнымъ успѣхомъ перетягиваніе брюшной области, примѣрно на серединѣ ея высоты, по способу Momburg'a (см. Журн. Ак. и Женск. Бол. 1909 реф. № 160), резиновымъ жгутомъ толщиною въ большой палець.

Кровотеченіе тотчасъ же прекращалось и матка хорошо сократилась. Продолжительность перетягиванія 5 и 15 минутъ.

194. Zacharias.—*Казуистическій докладъ по вопросу о резекціи яичниковъ по Menge (первая беременность послѣ введенія названнаго метода).*— *Kasuistischer Beitrag zur Ovarialresektion n. Menge (erste Gravidität nach Anwendung des Verfahrens)* (№ 10).

Авторъ приводитъ рядъ случаевъ гдѣ имъ была примѣнена резекція яичниковъ по Menge, при чемъ въ одномъ изъ нихъ впослѣдствіи получилась беременность, окончившаяся выкидышемъ. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ, кромѣ одного, эффектъ операции былъ также хорошій, такъ какъ менструаціи продолжали приходить.

195. Bogdanovics.—*Адреналинъ при кесарскомъ сѣченіи.*— *Adrenalin beim Kaiserschnitt* (№ 12).

Желая остановить кровотеченіе изъ раны плохо сокращавшейся послѣ кесарскаго сѣченія матки, авторъ впрыснулъ 1 к. с. раствора 1 : 10000 адреналина въ мышцу и тотчасъ же получилъ прекрасное сокращеніе матки и кровотеченіе прекратилось.

196. Piering.—*Къ техникѣ расширенія при посредствѣ ламинарій.*— *Zur Technik der Laminariadilatation* (№ 12).

Желая избѣжать наблюдаемое иногда ущемленіе ламинарій, авторъ рекомендуетъ дѣлать ихъ короче, чѣмъ онѣ дѣлаются обычно, а именно, настолько, чтобы только незначительная часть ихъ заходила за внутренній зѣвъ. То же онъ рекомендуетъ и по отношенію Негарговскихъ расширителей, такъ какъ считаетъ, что введеніе расширителей выше внутренняго зѣва бесполезно, а иногда бываетъ и вредно.

197. Samson.—*Случай тяжелаго стеноза влагалища послѣ самостоятельно протекшихъ родовъ.*— *Ein Fall von schwerster Vaginalstrenose nach Spontanpartus* (№ 12).

У первородящей женщины, рожавшей безъ врачебной помощи, головка плода врѣзывалась въ теченіе болѣе 4-хъ часовъ; родившійся мертвый ребенокъ былъ, по описанію, большихъ размѣровъ. Послѣродовой періодъ прошелъ безъ замѣтныхъ повышеній температуры. Спустя 5 лѣтъ женщина обратилась къ автору за совѣтомъ по поводу невозможности имѣть половыя сношенія, а также съ жалобой

на болѣзненные и неправильныя менструаціи и произвольное мочеиспусканіе. При изслѣдованіи влагалище оказалось зарощеннымъ во всю его длину рубцовой тканью, толщиною около 4 с. На 1 сант. ниже мочеиспускательнаго отверстія идетъ узкій фистулезный ходъ въ рубцовую ткань. При операціи былъ вскрытъ фистулезный ходъ и на глубинѣ 8 сант. констатируется влагалищно-пузырный свищъ. Произвести трансплантацію не представлялось возможнымъ. Рану въ теченіе долгаго времени авторъ тампонировалъ и достигъ того, что влагалище получило достаточной длины и ширины. Спустя полгода былъ зашитъ пузырно-влагалищный свищъ, но срощенія не получилось. Въ такомъ состояніи женщина продолжаетъ находиться до настоящаго времени, т. е. спустя годъ послѣ операціи. Отъ повторной операціи больная отказалась.

И. Судаковъ.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. 27. N. 4. 1908.

198. Hammerschlag. *Ueber Diagnose und Therapie des Hydrocephalus.* — *Распознаваніе и леченіе водянки головки плода.*

Водянка головки плода представляетъ весьма серьезное осложненіе родовъ, смертность матерей при которомъ исчисляется почти въ 20⁰/₀: изъ нихъ 13⁰/₀ падаетъ на смерть отъ разрыва матки и 7⁰/₀ — отъ зараженія. Опасность этого осложненія кроется главнымъ образомъ въ томъ, что предварительное распознаваніе водянки головки плода весьма затруднительно; на мысль о ней наводитъ неправильное теченіе родовъ, когда уже произошли тяжелыя разстройства, которыя между тѣмъ легко было бы предотвратить, такъ какъ терапія при своевременномъ распознаваніи hydrocephalus сравнительно очень проста. Въ руководствахъ по акушерству и въ отдѣльныхъ статьяхъ обращается вниманіе на трудность распознаванія hydrocephalus. Hammerschlag также соглашается съ этимъ воззрѣніемъ и въ доказательство приводитъ 2 наблюдавшіеся имъ случая, гдѣ за hydrocephalus ошибочно были приняты плодъ съ недостаточнымъ окостенѣніемъ черепныхъ костей и плодъ съ hydromeningocele. Авторъ сообщаетъ затѣмъ 22 случая родовъ, осложненныхъ водянкою головки плода, наблюдавшіеся въ Königsberg'ской клиникѣ. Въ 16 изъ этихъ случаевъ плодъ находился въ черепномъ предлежаніи, въ 1-омъ — въ лицевомъ и въ 5 — въ тазовомъ. Разобравъ эти случаи, Hammerschlag приходитъ къ заключенію, что при hydrocephalus нѣтъ какого либо одного достовѣрнаго діагностическаго признака: правильное распознаванія можетъ быть сдѣлано лишь путемъ сопоставленія различныхъ признаковъ. Наиболѣе, повидимому, достовѣрный признакъ — величине головки можетъ вести къ ошибкамъ, такъ же какъ и ширина швовъ и родничковъ; не являются характерными ни окружность живота, ни невставленіе го-

ловки въ тазъ при нормальныхъ размѣрахъ послѣдняго, ни отсутствіе ballotement головки при цѣломъ пузырьѣ, ни пергаментный хрустъ головки чрезъ брюшные покровы, указанный Kaltenbach'омъ, ни учащенное сердцебіеніе плода. Вхожденіе рукой въ полость матки для опредѣленія размѣровъ головки и соотношенія лицевой и черепной части ея авторъ считаетъ нецѣлесообразнымъ приѣмомъ, во 1-хъ потому, что оно возможно только въ болѣе поздней стадіи родовъ при достаточномъ открытіи зѣва, такъ что не служитъ цѣлямъ ранняго распознаванія, и во 2-хъ, вслѣдствіе растяженія нижняго сегмента является опасность разрыва матки. Пробный проколъ слишкомъ опасный приѣмъ для плода. При тазовомъ предлежаніи распознаваніе удастся лишь по рожденіи туловища, благодаря объемистой головкѣ, остающейся надъ входомъ таза. Вспомогательнымъ признакомъ бываетъ наличность на родившемся туловищѣ уродствъ, съ которыми часто сочетается hydrocephalus.

Относительно терапіи при hydrocephalus всѣ авторы согласны, что при доказанномъ большомъ hydrocephalus необходимо немедленно выпустить жидкость изъ черепа. Одни предлагаютъ проколъ, другіе прободеніе. Авторъ отдастъ предпочтеніе прокалу; послѣ него слѣдуетъ по возможности предоставить роды естественному теченію. Если необходимо быстро окончить роды, то слѣдуетъ примѣнить выжиманіе извнѣ, или же захватить кожу головки плода зубчатыми щипцами и привѣсить къ нимъ тяжесть. Наложеніе щипцовъ на пунктированную головку слѣдуетъ совершенно оставить. Поворотъ опасенъ вслѣдствіе растяженія нижняго сегмента матки, краниоклазія неудобна изъ-за ломкости тонкихъ костей. При умѣренной степени водянки головки, вступившей во входъ въ тазъ, можно попытаться наложить щипцы, хотя опасность соскальзыванія очень значительна. При водянкѣ послѣдующей головки единственнымъ приѣмомъ является перфорация послѣдней, при случаѣ проколъ.

199. Gans. *Früh — und Spätresultate der Zangenoperation für Mutter und Kind.* — Ранніе и поздніе результаты операціи наложенія щипцовъ для матери и ребенка.

Матеріалъ автора составляютъ случаи родовъ, оконченныхъ щипцами въ Königberg'скихъ клиникѣ и поликлиникѣ за время съ 1898 по 1906 г. На 4636 родовъ въ клиникѣ операція наложенія щипцовъ была произведена въ 157 случаяхъ и на 3640 родовъ въ поликлиникѣ — въ 405. Матеріалъ свой Gans разсматриваетъ систематически по отдѣльнымъ рубрикамъ, именно: число родовъ, оконченныхъ щипцами; число I—p. и M—p. среди разрѣшенныхъ щипцами; возрастъ разрѣшенныхъ щипцами; показанія къ щипцамъ; предсказаніе при щипцахъ для матери и плода: а) для матери: смертность (3,02% всего числа; 4 случая поликлиники и 13 клиники, что объясняется болѣе

тяжелыми случаями клиники; въ 11 случаяхъ причиною смерти была эклампсія, въ 2-хъ туберкулезъ, въ 1-эмболія art. pulm., въ 1 — разрывъ матки и въ 2 — sepsis, изъ которыхъ 1 несомнѣнно въ зависимости отъ операциі), заболѣваемость (въ клиникѣ 37,57%, при общемъ % 21), поврежденія отъ щипцовъ, кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ; б) для дѣтей: поврежденія (въ 4-хъ случаяхъ смертельныя), заболѣваемость дѣтей. Далѣе разбираются аномаліи таза (въ 25 случаяхъ, 4,4%), высокіе шипцы (5,87%), расширеніе зѣва и позднѣйшіе результаты для матери и ребенка. Рубрики разобраны подробно, иллюстрированы таблицами, исторіями болѣзни и сравнительными выкладками изъ другихъ клиникъ. Въ общемъ Gans считаетъ результаты, полученные при наложеніи щипцовъ, удовлетворительными, не хуже, чѣмъ въ другихъ клиникахъ. Опасности отъ этой операциі, по его мнѣнію, гораздо менѣе значительны, чѣмъ это выставляютъ нѣкоторые авторы. Непремѣннымъ условіемъ безопасности щипцовъ однако является наложеніе ихъ опытнымъ лицомъ или подъ его непосредственнымъ руководствомъ.

200. Kuliga. Ueber Sirenenmissbildung und ihre Genese. — *Сиренообразныя уродства и ихъ происхожденіе.* Н. 3. и 4.

Kuliga подробно описываетъ строеніе сиренообразнаго урода, подвергшагося вскрытію въ Heidelberg'скомъ патолого-анатомическомъ институтѣ, — его наружный видъ, аномаліи со стороны внутреннихъ органовъ, сосудистой и костной системы. Разобравъ существующія въ литературѣ воззрѣнія относительно происхожденія этого уродства, авторъ возникновеніе его относитъ къ 3-ей недѣлѣ зародышевой жизни и причину его видитъ въ поврежденіяхъ, возникающихъ механическимъ путемъ; какого характера они, пока остается еще неизвѣстнымъ. Въ заключеніе авторъ приводитъ собранные имъ въ литературѣ случаи, съ описаніемъ которыхъ онъ могъ познакомиться по оригиналамъ.

201. Neu. — *Gehstörung nach Hebosteotomie.* — *Разстройство походки послѣ гебостеотоміи.*

23-лѣтняя первороженница, небольшого роста. Размѣръ таза: d. sp. 27,5, d. cr. 29; tr. 30; con. ex. 17³/₄ con. diag. 9³/₄ см.; сильно выступающій мысь. Вслѣдствіе отсутствія поступательнаго движенія во входъ въ тазъ головки и безуспѣшнаго вдавленія ея въ Walcher'овскомъ положеніи подъ наркозомъ, была произведена лѣвосторонняя гебостомія по Döderlein'у. Расхожденіе концовъ распиленной кости на 3 см.; головка легко вдавлена подъ контролемъ ошупывающаго пальца. Произвольное окончаніе родовъ часа чрезъ 1¹/₂. Ребенокъ родился въ блѣдной асфиксіи, не оживленъ. Родильница лихорадила первые дни при явленіяхъ желтухи и сильныхъ болей въ правомъ подреберѣ. На 17-ый день появилась боль въ верхней части праваго бедра, по характеру

и объективнымъ признакамъ похожая на невралгію n. ischiadici. При ощупываніи полости таза чрезъ 7 дней, въ теченіе которыхъ боли продолжались, найдено было гладкое сращеніе распиленныхъ концовъ кости безъ особенной мозоли. Правый параметрій укороченъ, чрезвычайно чувствителенъ къ натяженію, придатки свободны. Сжиманіе таза въ поперечномъ направленіи очень болѣзненно. При рентгено-скопії обнаружено, что суставная щель, соотвѣтствующая правому synchondrosis sacroiliaca, почти вдвое шире, чѣмъ слѣва, и имѣетъ не вполне правильную форму. Боли упорно продолжались долгое время, несмотря на симптоматическое лѣченіе салициловыми препаратами. Возникновеніе болей, не смотря на ихъ позднее появленіе, Неи ставитъ въ связь съ hebstotomіей. Очевидно, при расширеніи таза произошелъ разрывъ связочнаго аппарата праваго крестцовоподвздошнаго сочлененія, при заживленіи разрыва развился периневритическій процессъ. Наиболѣе былъ вовлеченъ въ процессъ truncus lumbosacralis. Первая попытка ходить была слѣлана на 38-й день; ходьба болѣзненна, хромота на правую ногу. Оба эти явленія продолжались нѣсколько мѣсяцевъ.

Чрезвычайно подробно проанализировавъ свой случай, авторъ для предупрежденія подобныхъ осложненій совѣтуетъ производить гебостеотомию въ Walcher'овскомъ положеніи съ имѣющими опору, слегка согнутыми въ колѣнахъ ногами; отведеніе бедеръ должно быть лишь настолько, чтобы было возможно оперировать; при рожденіи плода оперированная должна лежать на боку.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie B. 27, N. 5.

202. Kermauner. — *Das sogenannte Decubitusgeschwür beim Prolaps.* — Такъ называемая язва отъ пролежня при выпаденіяхъ.

По мнѣнію Кермаунера, язвы, наблюдающіяся при выпаденіяхъ на влагалищѣ и влагалищной части матки, возникаютъ не отъ тренія, давленія, некроза или инфекціи, а имѣютъ совершенно другое происхожденіе. За это говоритъ во 1-хъ, возрастъ больныхъ: замѣчено, что язвы появляются большей частью у болѣе пожилыхъ, перешедшихъ въ климактерическій періодъ. Во 2-хъ, эти язвы обычно чисты, хорошо гранулируютъ и имѣютъ наклонность къ быстрому заживленію, чего бы не наблюдалось, еслибы причиною ихъ были некротическій процессъ или инфекція. Кермаунеръ полагаетъ, что язвы эти просходятъ отъ разрыва поверхностныхъ слоевъ слизистой оболочки, старчески атрофированной. За это говоритъ и гистологическая картина язвъ, описаніе которой онъ приводитъ. Возникаютъ разрывы, повидимому, вслѣдствіе быстрого измѣненія объема данной части органа: мало растяжимая, атрофированная слизистая оболочка не выдерживаетъ получившагося напряженія и рвется по поверхности. Обособленная влагалищная язва составляетъ одинъ типъ. Другой

типъ представляетъ язва, переходящая на влагалищную часть, возникающая, повидимому, благодаря измѣненію объема шейки вслѣдствіе быстрого ея отека. Зараженіе, конечно, можетъ присоединиться къ этимъ язвамъ, но оно является вторичнымъ. При заживленіи язвъ влагалище сморщивается и въ глубокихъ слояхъ, благодаря чему, по мнѣнію автора, можетъ получиться уменьшеніе выпаденія.

203. Schulte. *Ueber erfolgreiche Suggestiv-Behandlung der Hyperemesis gravidarum.*—*Успѣшное лечение чрезмѣрной рвоты беременных внушеніемъ.*

Приведа и освѣтивъ критически существующія въ литературѣ возрѣнія относительно причинъ чрезмѣрной рвоты беременных, Schulte высказываетъ за теорію Kaltenbach'a, развитую Ahlfeld'омъ; теорія эта, видящая въ чрезмѣрной рвотѣ беременных проявленіе истеріи, по мнѣнію Schulte, имѣетъ наибольшую вѣроятность. Основывается Schulte на большомъ числѣ случаевъ чрезмѣрной рвоты беременных, леченныхъ поликлинически и въ клиникѣ: у всѣхъ больныхъ были установлены несомнѣнные признаки истеріи или повышенной рефлекторной раздражительности. При этомъ исключались заболѣванія всѣхъ другихъ органовъ. Клиническіе случаи обслѣдовались и соответствующими специалистами. Всего въ клиникѣ пользовано было 18 случаевъ съ чрезмѣрной рвотой беременных, изъ нихъ нѣкоторыя приведены подробно.

Лечение у всѣхъ въ принципѣ было одно и то же: каждое средство примѣнялось лишь для цѣлей внушенія, ни одно средство не употреблялось безъ соответствующаго внушенія. Клиническія больныя оставались въ постели; въ первые дни давалась только жидкая пища, большею частью, остуженное на льду молоко столовыми ложками. Съ уменьшеніемъ и прекращеніемъ рвоты діета разнообразилась. Изъ медикаментовъ употреблялись различныя средства безъ предпочтенія какого либо одного другому. Съ цѣлью внушенія примѣнялось и введеніе пессарія, якобы для исправленія загиба матки послѣ чего наблюдалось быстрое прекращеніе рвоты. Во всякомъ случаѣ, авторъ различаетъ 2 группы при hyperemesis grav. 1) такія беременныя, у которыхъ обнаруживаются измѣненія со стороны внутреннихъ органовъ и 2) такія, у которыхъ никакихъ измѣненій не обнаруживается. Эта группа многочисленнѣе и наиболѣе легко поддается внушенію. Прерывать беременность по поводу чрезмѣрной рвоты автору ни разу не приходилось. Успѣхи примѣняемаго способа леченія позволяютъ автору заключить, что hyperemesis grav., при которой не обнаруживается объективно никакихъ болѣзненныхъ измѣненій внутреннихъ органовъ, является чисто психогеннымъ, вызваннымъ беременностью симптомомъ, который, поэтому можетъ быть съ несомнѣнностью устраненъ путемъ внушенія.

204. Lange.—*Mitteilungen ueber das Puerperalfieber in Regierungsbezirk Posen nach den Ergebnissen des neuen Ermittlungsverfahrens in der Zeit von November 1906 bis November 1907.*—Свидѣнія относительно родильной горячки въ округѣ Posen по даннымъ освидомленія въ новой формѣ за время отъ ноября 1906 по ноябрь 1907 г.

Авторъ на основаніи разсмотрѣнія вопросныхъ карточекъ, присланныхъ въ окружное управление округа Posen съ извѣщеніями о послѣродовомъ заболѣваніи или о подозрѣніи на него, приходитъ къ выводамъ, что для уменьшенія числа послѣродовыхъ заболѣваній необходимо: ограниченіе оперативнаго вмѣшательства, хорошая подготовка и въ особенности дальнѣйшее образованіе акушерокъ, строгія требованія отъ нихъ въ антисептикѣ, борьба со знахарствомъ, неуклонное исполненіе требованій относительно извѣщеній о послѣродовыхъ заболѣваніяхъ и называніе ихъ своимъ именемъ, а не симптоматическими діагнозами, и, наконецъ, ознакомленіе публики съ большой опасностью отъ нечистоплотности при родахъ и въ послѣродовомъ періодѣ.

205. Brenner.—*Ein Fall von beginnendem Chorioepithelioma malignum mit frischer kleiner Metastase in der Scheide.*—Случай начинающейся злокачественной хоріоэпителиомы съ свѣжимъ небольшимъ метастазомъ во влагалище. Н. 5 и 6.

Хоріоэпителиома развилась у 35-лѣтней женщины послѣ пузырнаго заноса. Вслѣдствіе кровотеченій въ теченіе мѣсяца было сдѣлано 2 выскабливанія. Изслѣдованіе кусочковъ послѣ перваго выскабливанія обнаружило разрастаніе синцитіальныхъ элементовъ, послѣ втораго—злокачественныя измѣненія.

Въ виду не прекращающагося кровотечения и появленія метастатическаго узелка во входѣ во влагалище было произведено влагалищное удаленіе матки съ лѣвымъ яичникомъ.

Авторъ приводитъ макроскопическое описаніе и очень подробное микроскопическое изслѣдованіе удаленной матки, яичника и узелка; на основаніи этого изслѣдованія, а также клиническаго теченія, онъ приходитъ къ заключенію, что его случай принадлежитъ къ ряду начинающихся типическихъ злокачественныхъ хоріоэпителиомъ. Исходная точка послѣдней—оставшіяся ворсины, вѣроятно, частично деструктирующаго пузырнаго заноса. Разрастаніе синцитія и синцитіальныхъ блуждающихъ клѣтокъ превосходитъ значительно таковое Lангана'sовыхъ клѣтокъ. Блуждающія клѣтки могутъ происходить изъ клѣтокъ Lангана's'a и изъ синцитія; въ его случаѣ преобладало синцитіальное происхожденіе. Разрастаніе хоріальнаго эпителия съ явленіями разрастанія синцитія само по себѣ злокачественно. Доброкачественной хоріоэпителиомы не существуетъ. Злокачественное или благопріятное теченіе случая зависитъ отъ момен-

товъ, которые кроются или въ самой ткани опухоли, или въ материнскомъ организмѣ. Распознать и оцѣнить ихъ по большей части невозможно. При постановкѣ діагноза и предсказанія на ряду съ гистологическими данными значительную, если не главную роль играютъ и данныя клиническаго наблюденія. При операціи въ общемъ предпочтительнѣе влагалищный путь, если только измѣненія со стороны придатковъ или параметріевъ не показываютъ абдоминальной операціи.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie. B. 27. H. 6.

206. Sellheim. — *Die Erklärung der Dysmenorrhoe durch Bauchfellzerrung.*—*Объясненіе дисменорреи организмъ брюшины.*

Благодаря изслѣдованіямъ Lennander'a стало извѣстнымъ, что внутренніе половые органы не обладаютъ болевою чувствительностью. Чувствительна лишь пристѣночная брюшина. По мнѣнію Sellheim'a, боли при дисменорреѣ и обусловливаются дерганіемъ пристѣночной брюшины вслѣдствіе менструальныхъ сокращеній матки. Механизмъ дерганія не требуетъ объясненій тамъ, гдѣ между маткой и пристѣночной брюшиной существуютъ сращенія. Но дерганіе брюшины возможно и при участіи связочнаго аппарата матки и ея придатковъ, находящагося въ связи съ пристѣночной брюшиной. У многихъ страдающихъ дисменорреей, особенно съ нѣкоторымъ недоразвитіемъ половыхъ органовъ, тѣ или другія связки, по большей части lig. sacro-uterina, бывають ненормально толсты, коротки и напряжены. Попытки вызвать ихъ натяженіе крючкообразно согнутымъ пальцемъ вызываетъ ощущеніе такой же боли, какъ и при дисменорреѣ. Съ устраненіемъ возможности дерганія брюшины можно получить исчезновеніе дисменорреи, что часто и наблюдается послѣ ручнаго растяженія связокъ или сращеній. Получившимся же растяженіемъ объясняется и обычное исчезновеніе дисменорреи послѣ перенесенной беременности и родовъ. Лечение дисменорреи должно стремиться къ уменьшенію натяженія связокъ, однимъ изъ условій успѣха является устраненіе запоровъ. Предпринятое въ одномъ случаѣ оперативное разсѣченіе lig. sacro-ut. не дало успѣха Sellheim'у, какъ онъ думаетъ, или вслѣдствіе невропатической конституціи больной, или вслѣдствіе того, что разъединеніе связокъ не было длительнымъ.

207. Stern. — *Ueber Vorfall der Nachgeburt bei normalem Sitz.*—*Выпаденіе послѣда при его нормальномъ расположеніи.*

Различаютъ 2 вида выпаденій послѣда: выпаденіе предлежащаго послѣда и нормально сидящаго. Дифференціальный діагнозъ между ними бываетъ очень затруднителенъ, тѣмъ болѣе, что и выпаденіе послѣда, т. е. изгнаніе его раньше плода, встрѣчается очень рѣдко. Случай автора касается 38-лѣтней женщины, рожавшей въ 9-й разъ и имѣвшей поперечное положеніе плода. При изслѣдованіи было най-

дено полное открытіе зѣва, въ который выпячивался сильно напряженный плодный пузырь. Многоводіе. Наружный поворотъ не удался, почему въ промежутокъ между схватками въ рукавъ введена рука и вскрытъ плодный пузырь, чтобы произвести внутренній поворотъ на ножку. Сейчасъ же за вскрытіемъ пузыря появилась очень сильная схватка, воды хлынули обильно толстой струей, не смотря на выполняющую рукавъ руку, и зѣвъ сократился до 2-хъ пальцевъ. Воды сначала шли чистыя, затѣмъ съ примѣсью крови. По прекращеніи схватки въ зѣвѣ можно было ощупать губчатую массу, оказавшуюся послѣдомъ, лежавшимъ надъ внутреннимъ зѣвомъ, что особенно ясно можно было опредѣлить введенной для поворота рукой. Послѣдъ былъ отодвинутъ въ сторону, захвачена ножка и безъ труда извлеченъ ребенокъ 1750,0 вѣсомъ и 38 см. длиною; вмѣстѣ съ плодомъ, родившимся въ глубокой асфиксіи и не оживленнымъ, одновременно вышелъ и послѣдъ, который, какъ можно было судить и по мѣсту разрыва оболочекъ, имѣлъ нормальное мѣсторасположеніе.

Разбирая свой случай, Stern признаетъ его за несомнѣнное выпаденіе нормально сидящаго послѣда. Причину отдѣленія послѣда было быстрое уменьшеніе полости матки вслѣдствіе истеченія большого количества околоплодныхъ водъ, собственно же выпаденіе его, т. е. опущеніе въ нижній сегментъ матки, произошло потому, что послѣдній былъ пусть благодаря поперечному положенію плода. Заболѣваніе deciduae и рыхлое на этой почвѣ прикрѣпленіе послѣда исключается микроскопическимъ изслѣдованіемъ его. Сифилиса, какъ показало вскрытіе плода, въ данномъ случаѣ тоже не было.

208. A. Redlich.— *Zur Lehre von embryoiden Geschwulsten des Eierstockes.*— *Къ вопросу объ эмбриомахъ яичника.*

Напечатано на русскомъ языкѣ въ „Журн. ак. и жен. бол.“ 1906 г. стр. 1133.

209. Lovrich.— *Beitrag zur Frage der primären Abdominalschwangerschaft.*— *Къ вопросу о первичной брюшной беременности.*

Существованіе первичной брюшной беременности до сихъ поръ оспаривается нѣкоторыми авторами. Другіе допускаютъ первичное поселеніе оплодотвореннаго яйца на брюшинѣ и, какъ доказательство первичной брюшной беременности, приводятъ отсутствіе всякой связи плоднаго мѣшка съ трубами и яичниками и отсутствіе при микроскопическомъ изслѣдованіи, элементовъ этихъ органовъ въ стѣнкѣ плоднаго мѣшка. Въ 1906 г. Lovrich демонстрировалъ въ Будапестскомъ Гинекологическомъ обществѣ препаратъ внѣматочной беременности, которую онъ на основаніи отсутствія связи плоднаго мѣшка съ трубами и яичниками считалъ за первичную брюшную. Вся опухоль (плодный мѣшокъ съ мумифицированнымъ плодомъ) находилась въ связи съ лѣвымъ mesosalpinx'омъ посредствомъ толстой

ножки, плацента плотно прилегала къ mesosalpinx'у. На основаніи микроскопическаго изслѣдованія однако авторъ опредѣлил въ стѣнкѣ плоднаго мѣшка строеніе трубы и потому заключаетъ, что беременность въ данномъ случаѣ развилась въ придаточной Фаллопиевой трубѣ.

М. Порошинъ.

Wiener klinische Wochenschrift. 1907.

210. Meiszl.—*Zur Therapie des Puerperalprozesses (Versuche mit Rekonvaleszentenserum).*—*Къ вопросу о леченіи послеродовой инфекции (опыты съ сывороткой выздоравливающихъ).* (№ 1).

Давъ исторію развитія вопроса и приведа литературу, авторъ описываетъ свои опыты. Изъ этихъ опытовъ и изъ опытовъ другихъ авторовъ онъ дѣлаетъ выводъ, что можно было бы пользоваться, для профилактики, а, можетъ быть, и для леченія стрептококковой инфекции сывороткой человѣка, перенесшаго тяжелую стрептококковую инфекцію, т. е. пользоваться, такъ называемой, Rekonvaleszentenserum (RS). Авторъ отъ теоретическихъ выводовъ перешелъ къ практическому примѣненію и испыталъ дѣйствіе такой сыворотки на своихъ больныхъ. Приволя 16 исторій болѣзни, Meiszl говоритъ, что ввиду абсолютной безвредности RS и ввиду того, что описаны случаи, гдѣ она оказала несомнѣнно благопріятное дѣйствіе, онъ считаетъ необходимымъ и желательнымъ продолжать опыты леченія RS, тѣмъ болѣе, что лучшимъ средствомъ мы пока не располагаемъ.

211. Goblet.—*Ein Fall von ausgetragener Schwangerschaft, kompliziert mit Krebs der Gebärmutter, beider Eierstöcke und des Wurmfortsatzes als Metastasen eines Magenkrebses.*—*Случай доношенной беременности, осложненной ракомъ матки, обоихъ яичниковъ и червеобразнаго отростка, — метастазами рака желудка.* (№ 4).

Полагая, что въ литературѣ не описано случаевъ аналогичныхъ этому, авторъ приводитъ весьма подробную исторію болѣзни: у 37-лѣтней женщины, которая страдаетъ карциномой желудка, не причиняющей ей особенныхъ разстройствъ, во время беременности начинается быстрое образованіе метастазовъ въ обоихъ яичникахъ, шейкѣ матки и appendix'ѣ. Несмотря на это беременность доходитъ нормально до конца. Когда наступило время родовъ, начались родовыя боли, отошли воды, однако рожденію младенца препятствовали большіе раковые метастазы. Было два абсолютныхъ препятствія къ рожденію ребенка: съ одной стороны шейка и нижній сегментъ матки, которые были раково-инфильтрированы, съ другой стороны раковая опухоль праваго яичника, достигавшая величины дѣтской головки и вкочлен-

ная въ маломъ тазу. Родовыя боли продолжались нѣсколько дней съ небольшою силою. Плодъ жилъ послѣ начала родовъ 7 дней, затѣмъ погибъ, и началось разложеніе содержимаго матки, что выразилось ознобами, лихорадкой, септическими симптомами. Получилось то состояніе, которое извѣстно подъ названіемъ «missed labour». Въ такомъ состояніи женщина была доставлена въ больницу. Ввиду септическихъ симптомовъ были всѣ показанія къ быстрому опорожненію маточной полости. Такъ какъ влагалищное касарское сѣченіе было невозможно изъ-за вколоченной яичниковой опухоли, то оставалась только laparotomia, каковая операція и была произведена. Послѣ удаленія яичниковыхъ опухолей оказалось, что ракъ матки съ правой стороны зашелъ очень далеко, однако былъ еще operabilis. Поэтому невоскрѣтая матка была экстирпирована по Wertheim'у, причемъ былъ резецированъ на большомъ протяженіи правый мочеточникъ, который былъ окруженъ карциноматозными разрашеніями, а его проксимальный конецъ былъ пересаженъ въ пузырь. Эту операцію авторъ производилъ въ полной увѣренности, что производитъ радикальную операцію, такъ какъ о ракѣ желудка онъ не имѣлъ и понятія. Опухоль желудка была замѣчена лишь на 9-ый день послѣ операціи; лечилъ авторъ ее рентгенизаціей; больная ушла здоровой. Въ заключеніе авторъ приводитъ литературу подобныхъ случасвъ и разбираетъ исторію возникновенія такихъ многочисленныхъ карциномъ.

Münchener medicinische Wochenschrift, 1909.

212. Voigt.—*Ein Fall von Macies uteri.*—*Случай macies uteri.*

Авторъ описываетъ случай, гдѣ прободеніе матки произошло вслѣдствіе особаго состоянія размягченія маточной стѣнки. (№ 1).

213. Labhardt.—*Die äusser Wendung.*—*Наружный поворотъ.*

Въ началѣ авторъ говоритъ о томъ, что въ настоящее время въ акушерствѣ царитъ хирургическое направленіе, указываетъ недостатки и неудобства этого направленія и сообщаетъ, что въ клиникѣ prof. O. v. Herff'a въ Базелѣ задалась цѣлью справляться, не прибѣгая къ хирургическому вмѣшательству, а пользуясь способами болѣе простыми и доступными всякому врачу. Далѣе авторъ обращается къ вопросу, его интересующему, а именно, къ преимуществамъ наружнаго поворота передъ внутреннимъ, и подробнѣйшимъ образомъ въ немъ разбирается, приводя литературныя ссылки и цифры статистики. Выводъ автора таковъ, что наружный поворотъ долженъ примѣняться во всѣхъ случаяхъ поперечныхъ положеній, и лишь въ случаѣ неудачи можно прибѣгнуть къ внутреннему повороту. (№ 2).

214. Heye.—*Zur Sterilisation und Verwendung der Gummihandschuhe.*—*Къ вопросу о стерилизаціи и примѣненіи резиновыхъ перчатокъ.*

Авторъ предлагаетъ слѣдующій способъ стерилизаціи резиновыхъ

перчатокъ: послѣ чистки и мытья перчатокъ лизоловой водой онѣ одѣваются на особыя проволочныя стойки, на которыхъ сушатся и припудриваются. Затѣмъ нѣсколько паръ перчатокъ заворачиваются въ салфетку, помѣщаются на 40—60 мин. въ паровой стерилизаторѣ (104°), далѣе въ теченіе 20—30 мин. сушатся въ стерилизаторѣ горячимъ воздухомъ (120° — 130°) и завернутыми въ салфетку, переносятся въ операционную готовыми къ употребленію. Этотъ способъ имѣетъ, по мнѣнію автора, слѣдующія достоинства: во первыхъ, перчатки нисколько ни страдаютъ въ смыслѣ прочности и эластичности, во-вторыхъ, проволочныя стойки сдѣланы такъ хорошо, что перчатки легко одѣваются на нихъ и снимаются и никогда при этомъ не рвутся, въ-третьихъ, перчатки никогда не слипаются и, наконецъ, въ-четвертыхъ, этотъ способъ даетъ пару возможность проникать легко до кончиковъ пальцевъ и тамъ оказывать свое дѣйствіе. Этотъ способъ вѣренъ и, вмѣстѣ съ тѣмъ, простъ.

Второй вопросъ, которымъ занялся авторъ, это вопросъ о томъ, представляетъ ли перчатка, разбухшая отъ долгаго лежанія въ жидкости, надежную преграду для бактерій. Для рѣшенія этого вопроса авторъ поставилъ слѣдующіе опыты: въ большую (1 л.) стерильную колбу онъ наливалъ 750 ссм. стерильнаго бульона, въ бульонъ опускалъ пальцами внизъ перчатку, стерилизованную по только что описанному способу, а верхній открытый конецъ перчатки заворачивалъ на горлышко колбы и привязывалъ стерильной ниткой. Внутри перчатки онъ наливалъ 200 ссм. 24-часовой культуры стрептококка. Бульонъ въ колбѣ оставался во всѣхъ опытахъ стерильнымъ, тогда какъ находившійся въ перчаткѣ былъ всегда мутенъ и давалъ на агарѣ чистыя разводки стрептококка. Резина перчатки во всѣхъ опытахъ сильно набухла и дѣлалась непрозрачной, однако скоро возвращалась къ своему состоянію, и перчатки эти шли снова въ употребленіе. Эти опыты показали, что резиновыя перчатки и въ разбухшемъ, менѣе эластическомъ состояніи не пропускаютъ стрептококковъ при длительномъ (24 часа) употребленіи. Окончательный выводъ автора таковъ: во-первыхъ, мы можемъ стерилизовать резиновыя перчатки весьма совершенно, и во-вторыхъ, онѣ не пропускаютъ стрептококковъ и при самыхъ неблагоприятныхъ условіяхъ.

215. Martin.—*Die Ophthalmoreaktion und die Prognosestellung bei tuberkulösen Erkrankungen in der Gravidität.*—*Офтальморѣакція и прогнозъ туберкулезныхъ заболѣваній у беременныхъ.* (№ 3).

Почти всѣми изслѣдователями отмѣченъ фактъ, что офтальморѣакція Calmette'a весьма рѣдко не удаётся въ раннихъ стадіяхъ завѣдомаго туберкулеза и, наоборотъ, почти никогда не получается въ случаяхъ, быстро развивающихся или давшихъ уже кахексію. Исходя изъ этого положенія, авторъ примѣняетъ эту рѣакцію для

постановки предсказанія у беременныхъ, больныхъ туберкулезомъ. Онъ производилъ ее до родовъ и затѣмъ спустя не менѣе 6-ти недѣль послѣ родовъ и получилъ результаты, которые онъ дѣлитъ на три группы: 1-ая группа—случаи гдѣ реакція оба раза давала результатъ положительный; 2-ая группа—случаи, гдѣ въ первый разъ реакція бывала положительная, а во второй—отрицательная; 3-ья группа—случаи, гдѣ реакція оба раза бывала отрицательная. Всѣхъ случаевъ у автора было 27. Разбираясь въ нихъ и приводя цифры для всѣхъ трехъ группъ случаевъ, авторъ дѣлаетъ выводъ, что положительный результатъ реакціи Calmette'a позволяетъ ставить хорошее предсказаніе и не служитъ показаніемъ къ прекращенію беременности. Результатъ отрицательный указываетъ на тяжесть случая и на необходимость прервать беременность; лучше всего это дѣлать, по мнѣнію автора, при помощи extirpatio totalis uteri и придатковъ, такъ какъ этотъ способъ даетъ, согласно его наблюденіямъ, наилучшіе результаты.

Berliner klinische Wochenschrift, 1909, № 11.

216. Liepmann. *Ueber das Haematoma vulvae als Geburtshindernis.* — Гематома vulvae, какъ препятствіе при родахъ.

Авторъ сообщаетъ вкратцѣ 4 случая этого осложненія родовъ, приводитъ далѣе статистики раличныхъ авторовъ относительно частоты его, разбираетъ причины возникновенія и способы леченія.

217. Hartog. *Das frühe Aufstehen nach Laparotomien.* — Раннее вставаніе послѣ лапаротоміи.

Послѣ небольшого литературнаго обзора авторъ переходитъ къ теоретическимъ разсужденіямъ, насколько цѣлесообразно и допустимо раннее вставаніе больныхъ послѣ операциі со вскрытіемъ брюшной полости. Обыкновенно противники этого нововведенія говорятъ, что слѣдуетъ при раннемъ вставаніи опасаться: 1) послѣдовательныхъ кровотеченій, 2) расхожденія краевъ раны т. е. расположенія къ образованію грыжъ, 3) эмболій. Доказывая постепенно несправедливость вышеперечисленныхъ обвиненій, предъявляемыхъ раннему вставанію, авторъ приводитъ свою статистику и въ заключеніе говоритъ, что, не являясь сторонникомъ того, что нужно больного на первый же день послѣ операциі насильно подымать изъ постели, онъ всетаки старается слабыхъ, а также старыхъ людей поскорѣе поднять на ноги, чтобы избавить ихъ отъ опасности легочныхъ или пузырьныхъ осложненій и ускорить выздоровленіе.

Münchener medicinische Wochenschrift 1909, № 6.

218. Mayer. *Zum Frühaufstehen der Wöchnerinnen.* — Къ вопросу о раннемъ вставаніи родильницъ.

Послѣ краткаго историческаго обзора вопроса о раннемъ вставаніи родильницъ авторъ переходитъ къ разбору данныхъ своихъ

наблюдений изъ клиники prof. Stoeschel'я въ Марбургѣ. Поступалъ онъ слѣдующимъ образомъ: онъ предоставлялъ родильницамъ самимъ вставать, когда онѣ себя чувствовали для этого достаточно сильными. Цифры получились слѣдующія: встали на 3-й день 4 родильницы; на 4-й — 40; на 5-й — 137; на 6-й — 84 и на 7-й — 35.

Изъ нихъ первородящихъ было 153 и многородящихъ 147. Противъ ранняго вставанія приводились слѣдующія соображенія: 1) дурное вліяніе на обратное развитіе и правильное положеніе половыхъ органовъ; 2) дурное вліяніе на обратное развитіе прочихъ мягкихъ частей (брюшной стѣнки, тазового дна), 3) возникновеніе тромбозовъ и эмболій; 4) дурное дѣйствіе на общее состояніе (пульсъ, температура), т. е. повышеніе $\%$ заболѣваемости. На основаніи своихъ наблюдений авторъ доказываетъ, что раннее вставаніе не больше, а иногда даже меньше располагаетъ ко всѣмъ вышеназваннымъ расстройствамъ, чѣмъ прежде 10-тидневное выдерживаніе въ постели. Противопоказаніемъ къ раннему вставанію авторъ считаетъ: во 1-хъ, разрывы промежности, какъ старыя отъ прежнихъ родовъ, такъ и свѣжіе; во 2-хъ гоноррею, констатированную во время беременности или родовъ, такъ какъ раннее вставаніе обуславливаетъ вспышку инфекціи; въ 3-хъ, приобретенная во время родовъ, т. е. пуэрперальная инфекція.

Wiener klinische Wochenschrift, 1909 № 5.

219. Schlesinger. *Zur Lehre von der sensiblen Innervation des Uterus.* — *Къ вопросу о чувствительной иннервации матки.*

Поводомъ для этой статьи послужилъ слѣдующій интересный и весьма рѣдкій случай: женщина 30 лѣтъ, страдающая syringomyelitis съ очень обширными расстройствами болевой и температурной чувствительности, перенесла двѣ беременности. Во время беременности отсутствовало чувство движеній плода, хотя больная ихъ и видѣла глазами. Роды наступили въ срокъ, дѣти хорошо развиты и живы. Первые роды прошли совершенно безболѣзненно, и больная узнала о рожденіи ребенка только за послѣднія 15 минутъ: разрывъ промежности, болевое ощущеніе отъ котораго было воспринято больною нормально. Libido sexualis отсутствуетъ совершенно. Menstrua всегда правильны. Выдѣленія молока, пигментация mammarum и lineae albae, какъ у здоровыхъ женщинъ. Имѣются также объективно опредѣлимые расстройства чувствительности матки. Никакихъ моторныхъ расстройствъ мочевого пузыря и прямой кишки.

Разобравшись въ данномъ случаѣ, авторъ задался вопросомъ: какимъ образомъ беременная воспринимаетъ внутриматочныя движенія плода. Исключая постепенно участіе въ передачѣ этихъ движеній кожи брюшной стѣнки, болѣе глубокихъ слоевъ ея, брюшины и т. д., авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

Существует специфическое чувство, возникающее въ стѣнкѣ матки (или въ брюшинѣ), проводимое черезъ n. sympathicus въ спинной мозгъ и могущее оставаться или пропадать при пораженіяхъ спинного мозга. Специфическое чувство движеній ребенка можетъ исчезнуть при сохранившейся чувствительности брюшной стѣнки.

Центростремительные пути для этого чувства идутъ въ спинномъ мозгу не по всему поперечному разрѣзу, а собранными вмѣстѣ, однако отдѣльно отъ путей кожной чувствительности передней брюшной стѣнки. Пути для специфическаго чувства движеній ребенка вступаютъ въ спинной мозгъ выше сакральной части, пути болевой чувствительности въ сакральную часть. Центростремительные пути болевой чувствительности идутъ, вѣроятно, по сосѣдству съ путями кожной чувствительности брюшной стѣнки.

Специфическое чувство движеній ребенка и специфическая болевая чувствительность матки могутъ пропасть при частичномъ пораженіи поперечнаго сѣченія мозга (заднихъ роговъ или сосѣднихъ частей бѣлаго вещества, напр.). Исчезновеніе этого чувства не должно сопровождаться тяжелыми расстройствами пузыря и прямой кишки.

Существуетъ извѣстная диссоціація (центрального происхожденія) маточной чувствительности: изолированная потеря специфическаго чувства движеній ребенка или болевого чувства.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1909 № 10.

220. Sieber. *Ueber Lumbalanästhesie mit Novokain in der Gynäkologie.* — *О примѣненіи спинно-мозговой анестезіи новокаиномъ въ гинекологіи.*

Авторъ приводитъ довольно обширную литературу вопроса, на основаніи которой, а также на основаніи статистики другихъ авторовъ и собственной, старается рѣшить вопросы: можно-ли въ гинекологіи примѣнять спинно-мозговую анестезію и какимъ пользоваться препаратомъ? Разбираясь весьма подробно въ выгодахъ и недостаткахъ этого способа обезболиванія и приводя массу цифръ своихъ и другихъ авторовъ, онъ приходитъ къ заключенію, что способъ этотъ составляетъ весьма цѣнное пріобрѣтеніе для гинекологіи и что употреблять для наркоза лучше всего новокаинъ, причемъ иногда можно присоединять къ нему скополаминъ-морфійный наркозъ.

221. Deipser. *Das Puerperalfieber.* — *Родильная горячка.*

Авторъ приводитъ нѣсколько своихъ случаевъ, на основаніи которыхъ, а главное путемъ теоретическихъ разсужденій, приходитъ къ выводу, что симптомокомплексъ родильной горячки можетъ быть обусловленъ либо проникновеніемъ инфекціи извнѣ, либо вслѣдствіе болѣзненнаго измѣненія кишечнаго содержимаго.

В. Дюфельдтъ.

Gynäkologische Rundschau. II. Jahrg. 1908. H. 1.

222. V. Valenta.—150 *Gynäkologische Fälle operiert unter Lumbalanästhesie mit Tropococain.*—150 *гинекологическихъ операцийъ подѣ спинномозговой анестезіей Tropococain'омъ.*

Опытъ автора относительно поясничной анестезіи оказался настолько удовлетворительнымъ, что онъ считаетъ желательнымъ распространение этого метода. По группамъ операции распредѣляются такъ: 57 чревосѣченій, изъ нихъ 13 влагалишныхъ, 46 пластическихъ операций, 9 операций на маткѣ, 5 операций рака входа во влагалище, 4 полныхъ эстирпаций матки, 19 выскабливаній, 1 неоперативный случай. Въ 127 случаяхъ анестезія была полная, въ 7 случаяхъ неполная, въ 6 случаяхъ не удалась, въ 3 случаяхъ потому, что не удалось ввести иглу въ каналъ спинного мозга. Въ 140 случаяхъ операцию удалось довести до конца, подѣ спинно-мозговой анестезіей, въ 7 случаяхъ понадобилось для окончанія операции перейти на ингаляціонный наркозъ. Въ 32 случаяхъ (21,3%) наблюдались осложненія анестезіи, а именно: учащеніе пульса (9,3%), повышеніе температуры (2%), коллапсъ (4%), разстройство движенія и чувствительности (2%), боли (4% случаевъ).

223. Pfeilsticker.—*Walchersche Bauchdeckennaht.*—*Вальхеровскій шовъ брюшныхъ покрововъ.*

Для шва W. употребляетъ льняную нитку шорниковъ. Стерилизуется она такъ: сматывается съ катушки и 40 минутъ варится въ парафинѣ (точка таянія 50° С.). Чтобы не переварить нитку, сосудъ съ парафиномъ согрѣвается постепенно, т. е. ставится въ воду, которая доводится до кипяченія, при этомъ парафинъ согрѣвается до 97° С.). Изъ парафина нитка вынимается стерильнымъ пинцетомъ и кладется въ 1% растворъ сулемы въ спиртѣ, въ которомъ и сохраняется до употребленія. Достоинства этой нитки: дешевизна, простота стерилизаціи и почти абсолютная прочность. Зашиваніе брюшной раны W. дѣлаетъ слѣдующимъ образомъ: сначала накладываются въ разстояніи 2—3 см. другъ отъ друга сквозные швы такимъ образомъ, что игла описываетъ кругъ, діаметръ котораго равняется высотѣ стѣнки подлежащей соединенію раны, причемъ, однако, игла не пронизываетъ сразу всѣ слои, а выводится передъ предбрюшинной жировой клѣтчаткой, чтобы миновать послѣдній, захватить брюшину почти у края раны; въ обратномъ порядкѣ игла такимъ же образомъ выводится на противоположной сторонѣ. При затягиваніи шва эта клѣтчатка ложится внѣ его, а листки брюшины прилегаютъ другъ другу совершенно, точно на нихъ наложены отдѣльные швы. Затѣмъ помощникъ натягиваетъ всѣ сквозные швы, операторъ же накладываетъ непрерывный шовъ на фасцію: первый уколъ дѣлается черезъ кожу у лѣваго края раны, соответственный выколъ у праваго края раны; этотъ поверхностный шовъ затягивается; затѣмъ

дѣлается второй укольъ рядомъ съ первымъ, но игла захватываетъ уже и фасцію, которая затѣмъ и зашивается въ отдѣльности непрерывнымъ швомъ; у нижняго угла раны шовъ опять выводится чрезъ кожу и соединеніе заканчивается поверхностнымъ кожнымъ швомъ. Послѣ этого завязываются сквозные швы, и накладываются поверхностные. Всѣ швы удаляются на 9 день; фасціальныи шовъ удаляется легко. При Вальхеровскомъ швѣ нѣтъ ни одного погружного шва.

224. Brothers. — *Bericht über zwei Fälle von Pseudo-Hermaproditismus (weiblicher Typus).*— Два случая ложнаго гермафродитизма женскаго типа. 5 рисунковъ.

225. Bondi.—*Über deziduale Umvadlung des zervikalen Bindegewebes.*— О превращеніи соединительной ткани шейки въ децидуальную.— Гистологическое изслѣдованіе одного подобнаго случая.

226. Rieländer.—*Die Herkunft und Lage unseres Hebammenstandes.*— О происхожденіи и положеніи сословія нашихъ акушеровъ. Н. 1 и 2.

227. Schick. — *Zur Kritik der Lehre von der Endometritis.*— Къ критикѣ ученія объ эндометритѣ.

На 60 случаяхъ авторъ провѣрилъ ученіе объ эндометритѣ Hirschmann-Adler'a и приходитъ къ тѣмъ же выводамъ, что и названные авторы: „endometritis glandularis hypertrophica и hyperplastica“ суть физиологическія предменструальныя измѣненія слизистой оболочки, и лишь endometritis interstitialis есть настоящее воспаленіе слизистой оболочки.

228. Catharine v. Tussenbroek.—*Zur Kasuistik der Verdoppelungen und Atresien des weiblichen Genitalapparates.*— Къ казуистикѣ удвоеній и заращеній женскаго полового аппарата.

229. Sfameni. — *Hydorrhoea cervicalis aus den Malpighi-Gartnerischen Kanälchen nach abdominalem Kaiserschnitte mit subtotaler Uterusextirpation.*— *Hydorrhoea cerv.* изъ канальцевъ Malpighi-Gartner'a послѣ кесарскаго сѣченія и надвлагалищной ампутаціи матки.

Въ данномъ случаѣ на 18 день послѣ операции и гладкаго послѣоперационнаго періода изъ цервикальнаго канала начала сочиться жидкость, прозрачная, щелочной реакціи, содержащая 0.2772% мочевои кислоты и 2.6364% мочевины, въ количествѣ 3 литровъ въ сутки.— Самостоятельное исцѣленіе.

230. Wernitz. — *Ueber den Vorschlag Zweifels zur Verhütung von Wochenbettserkrankungen.*— О предложеніи Zweifel'я для предупрежденія родильной горячки. Н. 3.

Авторъ согласенъ съ совѣтомъ Zweifel'я, удалять кровяные сгустки изъ влагалища; но еще лучше предупредить образованіе таковыхъ, что авторъ достигаетъ рыхлой тампонаціей матки марлей, которую слѣдуетъ удалить не ранѣе 12 — 16 часовъ. Авторъ придаетъ значеніе, главнымъ образомъ, удаленію сгустковъ, образовавшихся въ

въ полости матки, что и достигается марлей. Такая тампонація предупреждаетъ и болѣзненные послѣродовыя схватки.

231. Engländer. — *Akuter Vorfall und Einklemmung der hinteren Scheidenwand bei einer Erstgeschwängerten.* — Острое выпаденіе и ущемленіе задней стѣнки влагалища у первобеременной.

Этіологія даннаго случая осталась невыясненной.

232. Leopold. — *Die Gewinnung von Angehörigen gebildeter Stände für Hebammenberuf.* — О привлеченіи образованнаго класса къ акушерской дѣятельности.

233. Weisswaage. — *Ueber Bauchdeckenfibrom.* — О фибромѣ брюшной стѣнки. Н. 4.

234. Gallatia. — *Ueber Mittelhochlagerung und Staffeltamponade.* — О тампонаціи влагалища въ связи съ тяжестью на животѣ и лежаніемъ на постели съ приподнятымъ ножнымъ концомъ.

На 29 случаяхъ пара-периметритическихъ выпотовъ авторъ могъ убѣдиться въ полезномъ дѣйствіи предложеннаго Pincus'омъ метода лѣченія.

235. Brunnet. — *Ueber die sogenannte Eklampsie ohne Krämpfe.* — О такъ называемой эклампсіи безъ судорогъ. Н. 5.

Описаніе 4 случаевъ. Авторъ согласенъ съ Ротен'омъ, что названіе „эклампсія безъ судорогъ“ надо бросить. Выводы: У беременныхъ существуетъ специфическое заболѣваніе, которое обуславливаетъ измѣненія паренхиматозныхъ органовъ, крови и мозга и вслѣдствіе котораго часто наступаютъ судороги.

236. Brun. — *Erfahrungen mit Bossi's Dilatator. Опытъ съ расширителемъ Bossi.*

Заключенія: 1) расширеніе по Bossi можно дѣлать лишь съ осторожностію и лишь опытною рукой; 2) примѣненіе расширителя рекомендуется при сглаженной или почти сглаженной шейкѣ; 3) расширитель Bossi можетъ имѣть успѣхъ и въ такихъ случаяхъ, когда продолжающійся часами метрейризмъ не вызвалъ схватокъ; съ другой стороны имъ не всегда удается избѣгнуть другихъ мѣропріятій (напр., разрывовъ по Dührssen'у); 4) разрывы происходятъ не столько отъ строенія расширителя, сколько отъ чрезмѣрныхъ требованій, предъявляемыхъ методу, именно, или слишкомъ быстрого производства расширенія или отъ переоцѣнки растяжимости тканей; 5) случаи надо выбирать строго, чтобы не дѣлать ошибки полипрагмазіи или не имѣть на совѣсти неуспѣха.

237. Heumann. — *Ueber instrumentelle Perforation und Pseudoperforation des Uterus.* — Объ инструментальномъ прободеніи и кажущемся прободеніи матки. Н. 6, 7 и 8.

Клиническая разработка даннаго вопроса на основаніи всѣхъ зарегистрированныхъ въ литературѣ случаевъ.

238. Valenta v. Marchthurn.—*Eine Geburt von dreizehn Kindern.*—Роды 13-ю плодами.

Случай этотъ описанъ въ „Moniteur“ 1811 года.

239. Stolz. — *Ueber das Hämatoma vulvae et vaginae extra partu.* Н. 6.

Описание собственнаго случая и литература.

230. Rissmann.—*Wie sollen die geistigen Fähigkeiten der Hebammenaspirantinnen geprüft werden?* — *Какъ нужно испытывать образовательный уровень желающихъ поступить на акушерскіе курсы?* Н. 6.

Авторъ требуетъ свидѣтельства о прохожденіи 7 классовъ основнаго училища или соответственнаго экзамена.

241. Ravano. — *Beitrag zur Häufigkeit der malignen Ovarialtumoren.*—*Къ частотѣ злокачественныхъ опухолей яичниковъ.* Н. 7.

Основываясь на 699 случаяхъ Дрезденской клиники за десять лѣтъ (1887—1907) авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Злокачественная природа опухоли проявлялась въ 32,9% всѣхъ случаевъ. 2) Двухсторонность говоритъ въ общемъ за злокачественность. 3) Опухоли, наблюдаемая между 40 и 60 годами, въ половинѣ случаевъ оказываются злокачественными. 4) Опухоли яичниковъ у дѣтей до 15 лѣтняго возраста почти всегда саркомы или саркоматозно перерожденныя кисты. 5) Всякую опухоль яичника, несмотря на ея природу и величину, надо удалить. 6) Всякую опухоль яичника, открытую во время беременности, тоже надо удалить, какъ можно скорѣе. 7) Овариотомію можно безъ опасности дѣлать и въ послѣродовомъ періодѣ. 8) При злокачественной опухоли, въ особенности при ракѣ, хорошо удалить вмѣстѣ и яичникъ. 9) Какъ методъ оперирования въ общемъ рекомендуется брюшное чревосѣченіе, въ особенности при злокачественной опухоли, такъ какъ она передъ влагалищнымъ способомъ имѣетъ то большое преимущество, что можно хорошо осмотрѣть и смежные органы.

242. Austerlitz. — *Pyloruskrämpfe geheilt mit Eumydrin.* — *Судороги привратника, излеченныя Eumydrin-омъ.*

У двухъ родильницъ автору удалось купировать спазмъ привратника Eumydrin-омъ (0,001).

243. B. S. Schultze. — *Zur Hebammenfrage.* — *Къ вопросу объ акушеркахъ.*

Авторъ проситъ всѣхъ директоровъ акушерскихъ школъ не принимать въ ученицы лицъ, не отвѣчающихъ требованіямъ по инструкціи, хотя бы онѣ и были присланы въ школу отъ сель. —

244. Sitzenfrey. — *Beiderseitige Hydrosalpinx mit vollständig durchgängigem Tubenlumen, offenem abdominalen und uterinen Tubenostium bei Pseudomyxoma peritonei. Zugleich Beitrag zur secundären Pseudomyxomerkkrankung des Ovariums.*—*Двухсторонній гидросальпинксъ*

при полной проходимости трубъ и ихъ отверстій въ связи съ *Pseudotuberculosis peritonei*. Вторичная псевдомиксома яичника. 4 рис. Н. 9.

Въ данномъ случаѣ слизистая масса, заполняющая тазъ, явилась причиной закупориванія абдоминальнаго конца трубъ и, слѣдовательно, скопленія жидкости въ нихъ.

245. Pforte. — *Zwei seltene bei der Extraktion entstandene kindliche Verletzungen.* — Два рѣдкихъ поврежденія ребенка при извлеченіи. 4 рис. Н. 8.

Въ двухъ случаяхъ поврежденіе заключалось въ переломѣ костей предплечія, въ одномъ случаѣ въ отдѣленіи эпифиза бедренной кости.

246. Valenta. — *Kolpopleisis wegen handtellergrossen Defektes der Blasse—post partum—, nachfolgende Ovariotomie, Heilung.* — Коммокалейзисъ по поводу недостачи стѣнки мочевого пузыря величиною съ ладонь; послѣдующее удаленіе яичниковъ; выздоровленіе.

247. Heil. — *Lymphangioma cysticum thoracis als Geburtschindernis. L—a. th.,* какъ препятствіе для родовъ. Рисунокъ. —

Чтобы окончить роды пришлось отрѣзать родившуюся головку умершаго плода и сдѣлать поворотъ на ножку, за которую и удалось извлечь плодъ.

248. B. S. Schultze: — *Ueber Schwangerschaftsdauer, letzte Regel und Empfängniszeit.*—О длительности беременности, о послѣднихъ мѣсячныхъ и времени зачатія. Н. 10.

Авторъ, въ противоположность Nagel'ю и Winekel'ю, считаетъ, что зачатіе случается не только во время первыхъ непооявившихся мѣсячныхъ, но и во время послѣднихъ бывшихъ мѣсячныхъ.

249. Müller. — *Drei Fälle von Zentralruptur des Dammes.* — Три случая срединнаго разрыва промежности.

240. Weisswange. — *Vulvakarzinom.*

251. Mathes.—*Wochenbettfieber und Hebammenfrage.*— Подильная горячка и вопросъ объ акушеркахъ.

Авторъ требуетъ, чтобы при принятіи ученицъ обращалось вниманіе не только на образовательный ихъ уровень, но еще въ большей мѣрѣ и на душевныя ихъ качества и характеръ; курсъ слѣдуетъ изъ 5 — сдѣлать 8 — мѣсячнымъ; важны также повторительные курсы и наблюденіе за дѣятельностію акушерокъ въ частной практикѣ врачами, популяризація родовой гигиены и устройство частныхъ родильныхъ пріютовъ.

252. Rosenfeld.—*Ueber das Frühaufstehen im Wochenbette.*— О раннемъ вставаніи послѣ родовъ.

Авторъ разрѣшилъ на 3—4 день послѣ родовъ на 1 часъ вставать роженицамъ, у которыхъ роды прошли нормально, не имѣлось поврежденій, и пульсъ, и температура были нормальны, брюшныя стѣнки не чрезмерно дряблы и при потуживаніи не наблюдалось опущеніе

влагалищныхъ стѣнокъ. У 160 роженницъ первичный результатъ такого образа дѣйствія оказался «чрезвычайно благоприятнымъ».

253. Sitzenfrey. — *Ueber die Verschleppung von Krebskeimen durch die freie Tube.* — О занесеніи раковыхъ частицъ черезъ свободную трубу. 5 рис. Н. 11.

Въ случаѣ автора, имѣлся ракъ полости матки. Благодаря сильнымъ схваткамъ матки — раковыя частички были протолкнуты въ трубу и застряли на половинѣ ея, причемъ слизистая оболочка трубы осталась нетронутой.

254. Gallatia. — *Supravaginale Amputation eines 16 Wochen graviden Uterus wegen höchstgradiger Osteomalacie.* — Надвлагалищная ампутація на 16 недѣль беременности изъ за тяжелой остеомалачіи.

Случай касается 43-лѣтней женщины, беременной въ 10-й разъ.

255. Ekstein. — *Ist die Uterusperforation bei der Abortusbehandlung zu vermeiden?* — Можно ли избѣгнуть прободенія матки при леченіи выкидышей?

Авторъ считаетъ возможнымъ дать утвердительный отвѣтъ, если соблюдать слѣдующее: работая кюреткой или щипцами, необходимо работать подъ контролемъ пальца, слѣдовательно, необходимо предварительно расширить каналъ шейки до проходимости пальца. Расширеніе слѣдуетъ дѣлать путемъ тампонаціи матки марлей, вводимой съ помощію инструмента Asch'a. При выскабливаніи матки всегда долженъ помогать ассистентъ; наркоза не слѣдуетъ примѣнять. Пользоваться слѣдуетъ большимъ номеромъ тупой кюретки Olshausen'a или Martin'a, щипцами Martin'a.

256. F. Heinsius. — *Zur Frage der Recidive der Pseudomucinkystome.* — Къ вопросу о рецидивѣ псевдомуцинозныхъ кистъ.

У 19 лѣтней дѣвицы была путемъ чревосѣченія удалена лѣвосторонняя псевдомуцинозная киста яичника. 2½ года спустя, у нея была удалена такая же опухоль, развившаяся на flexura sigmoidea. Авторъ полагаетъ, что кишка была сращена съ опухолью яичника, и при удаленіи послѣдней на кишкѣ остался кусочекъ стѣнки кисты, изъ котораго и развилась вторичная опухоль.

257. Müller. — *Zwei Fälle von Scheidenverletzung sub coitu.* — Два случая поврежденія влагалища при половомъ сношеніи.

258. Romer. — *Zur Blutstillung bei Hystereotomie.* — Къ остановкѣ кровотеченія при гистеротоміи. Н. 13. 2 рис.

Для прижатія кровоточащей раны авторъ устроилъ щипцы, на вѣтвяхъ которыхъ имѣются воздушные подушечки изъ резины; одна вѣтвь вводится во влагалище, другая кладется снаружи.

259. Schlichting. — *Zur Therapie der Retroflexio uteri gravidi fixati.* — Къ леченію ущемленія кауди беременной матки.

Если не удастся выправить матку, слѣдуетъ путемъ чревосѣченія

освободить ее отъ сращеній, не дожидаясь явленій ущемленія. Описание 4 подобныхъ случаевъ.

250. Heinricius.—*Über das Hebammenwesen in Finnland.*—*О положеніи акушерокъ въ Финляндіи.*

Послѣ присоединенія Финляндіи къ Россіи въ 1809 г. въ ней начинается творческая работа во многихъ областяхъ культурной жизни, что относится между прочимъ и къ акушерской помощи. Въ 1816 г. устроена была первая школа акушерокъ. Въ 1906 г. въ Финляндіи было 740 акушерокъ на 3 милліона населенія; въ 26 городахъ имѣются родильные дома. Жалованіе акушеркамъ отъ 300—500 финл. марокъ въ годъ. Курсъ годичный, каждая ученица должна провести 30 родовъ. Особенно способныя акушерки обучаются и нѣкоторымъ акушерскимъ операціямъ (наложеніе шипцовъ, прободеніе головки, извлеченіе).

261. Pfeilstieker.—*Die Walchersche oder die Bumsche Hebesteotomie?*—*Разсѣченіе лонной кости по Walcher'у или по Bumm'у?* Н. 14.

Разница слѣдующая: 1) Конецъ иглы у Bumm'a острый, у Walcher'a тупой. 2) Bumm дѣлаетъ уколъ между большой и малой губами, Walcher на наружной сторонѣ большой губы. 3) Мѣсто разсѣченія кости у Bumm'a лежитъ ближе къ симфизу и поэтому внутри мѣста прикрѣпленія влагалища къ лонной кости и вблизи ligam. pubovesicale; у Walcher'a же болѣе отдаленно отъ симфиза и слѣдовательно внѣ отмѣченныхъ точекъ. Техника Walcher'a во всѣхъ отношеніяхъ, по мнѣнію автора, заслуживаетъ предпочтеніе передъ техникой Bumm'a.

262. Weber.—*Ueber Ventrifizierende Methoden bei Verlagerung der Beckenorgane.*—*О методахъ прикрѣпленія къ брюшной стѣнкѣ при измѣненіи положенія органовъ малаго таза.*

Для фиксаціи матки авторъ лучшимъ способомъ считаетъ прикрѣпленіе ея къ брюшной стѣнкѣ по методу Olshausen'a, видоизмѣненному L. Fränkel'emъ. Послѣдній оперируетъ слѣдующимъ образомъ: чревоотъченіе, обкалываніе круглыхъ связокъ у маточнаго конца, причѣмъ захватывается иглою и соотвѣтственный уголъ матки. Одинъ конецъ нитки выводится черезъ всю толщю брюшной стѣнки $1\frac{1}{2}$ —2 ст. ниже и въ сторону отъ нижняго угла брюшной раны; другой конецъ нитки выводится 1 ст. ниже и въ сторону отъ перваго укола. Свободные концы нитки подтягиваются настолько, чтобы матка прилегала къ брѣшинѣ брюшной стѣнки, и завязываются поверхъ 1—2 марлевыхъ валиковъ. Тоже самое продѣлывается и съ другой стороны. Брюшная рана зашивается въ 4 этажа. Для фиксаціи служатъ льняныя нитки, которыя удаляются спустя 14 дней.—Противъ выпаденія влагалища авторъ изъ теоретическихъ соображеній тоже рекомендуетъ прикрѣпленіе его къ брюшной стѣнкѣ. Практически это предложеніе еще не было осуществлено. Авторъ приводитъ еще одинъ

случай, въ которомъ L. Fraenkel прикрѣпилъ выпадавшую прямую кишку къ задней поверхности прикрѣпленной (по выше описанному способу) къ брюшной стѣнкѣ матки.

263. Ekstein. — *Anstalts-und Hausgeburten.* — *Роды въ заведеніяхъ и на дому.*

Извѣстно, что родильная горячка въ родильныхъ заведеніяхъ гораздо рѣже наблюдается, чѣмъ при родахъ въ частныхъ домахъ. Причина этому, между прочимъ, и въ томъ, что врачи въ клиникахъ не учатся тѣмъ свѣдѣніямъ по акушерству, которыя имъ приходится примѣнять въ частной практикѣ. Клиники въ настоящее время приняли оперативное направленіе, причѣмъ операціи все такого рода, что ихъ въ частной практикѣ нельзя и примѣнять. Дальнѣйшая причина заболѣваемости роженицъ на дому кроется въ малой интеллигентности акушерокъ. Кромѣ улучшеній въ отмѣченныхъ пунктахъ авторъ еще требуетъ, чтобы при каждой окружной больницѣ были устроены спеціальныя отдѣленія для акушерства и гинекологіи, чтобы такимъ путемъ открыть возможность бѣдному населенію пользоваться благами спеціальныхъ учреждений.

264. Jäger. — *Ueber Melaena neonatorum.* Н. 15.

Описаніе 3 случаевъ, въ которыхъ желатина оказала хорошую услугу.

265. Weinhold. — *Grosses retroperitoneales Lipom.* — *Большая забрюшинная липома.*

266. Carli. — *Ueber einen Fall schwerer Inertia uteri.* — *Тяжелый случай вялости матки.*

Въ данномъ случаѣ вялость матки была такъ значительна, что и расширеніе шейки инструментомъ Bossi вызвало лишь слабыя схватки.

267. Henkel. — *Ueber das Anlegen des Schnittes bei Laparotomien, zugleich ein Beitrag zur Ventrofixation des Uterus nach Olshausen in Verbindung mit der Pfannenstielschen Schnittführung.* — *О разрезѣ при чревосъщеніи, вмѣстѣ съ тѣмъ и о прикрѣпленіи матки къ брюшной стѣнкѣ по Olshausen'у (въ связи съ разрезомъ Pfannenstiel'а).* Н. 16.

Авторъ даетъ предпочтеніе разрезу по Pfannenstiel'ю. Съ этимъ разрезомъ онъ въ подходящихъ случаяхъ комбинируетъ операцію Alexander-Adams и ventrofixatio uteri по Olshausen'у. Последнюю комбинацію авторъ дѣлаетъ слѣдующимъ образомъ: разрезъ по Pfannenstiel'ю, отпрепаровка фасціи обыкновеннымъ способомъ, раздѣленіе мышцъ и брюшины по средней линіи; освобожденіе матки и придатковъ изъ сращеній; прикрѣпленіе матки къ брюшной стѣнкѣ производится такъ: снабженная ниткой iodcatgut или silkworm (или сразу обѣими) игла прокалывается соотвѣтственно ширинѣ дна матки черезъ верхній край фасціи, мышцу и брюшину, обкалывается матка у отхода круглыхъ связокъ и обратно выводится

игла черезъ нижній край фасціи; оба края нитки подтягиваются на столько, чтобы матка прилегала къ брюшной стѣнкѣ; у выхода нитки изъ фасціи накладываются зажимы, чтобы матка не ускользнула назадъ, пока нитка не будетъ завязана; затѣмъ зашивается брюшина непрерывнымъ кѣтгутовымъ швомъ, соединяются прямыя мышцы узловыми швами изъ кѣтгута, зашивается фасція тонкою шелковою нитью и послѣ этого завязывается фиксирующая матку лигатура; подкожная клѣтчатка зашивается непрерывнымъ кѣтгутовымъ швомъ, рана кожи закрывается *serres fines*ами Michell'я.—Обколь матки по OIshauseu авторъ видоизмѣнилъ въ томъ, что обкалываетъ не одинъ а два раза, причемъ лигатура ложится какъ бы на крестъ. Цѣль такого обкалыванія—избѣгать кровотеченія въ мѣстѣ обкола.

268. Nebesky. — *Beitrag zur Kasuistik der ausgetragenen Extrauterinschwangerschaft mit Berstung des tubaren Fruchtsackes.* — Внѣматочная доношенная беременность съ разрывомъ трубнаго плоднаго мѣшка. Н. 17.

Разрывъ трубы произошелъ на 9-мъ мѣсяцѣ, причемъ плодъ больше чѣмъ на половину вышелъ въ брюшную полость; въ такомъ положеніи плодъ жилъ до конца 10 мѣсяца.

269. Herzl.—*Endometritis chronica und abrasio mucosae.*

Авторъ смотритъ на выскабливаніе при хроническомъ эндометритѣ—геморрагическомъ, или к. л. другомъ какъ на *ultimum refugium*, послѣ того какъ добросовѣстно испробованы всѣ имѣющіяся въ нашемъ распоряженіи другія средства.

270. Jaworski. — *Ueber das Hebammenwesen in Russisch — Polen.* — О положеніи акушерокъ въ царствѣ польскомъ.

Имѣются 3 типа акушерокъ. Курсъ дву-и одногодичный. Программа обученія обширная. Повторительныхъ курсовъ нѣтъ. Въ Варшавѣ имѣется высшее родовспомогательное заведеніе при университетѣ, 5 городскихъ и нѣсколько частныхъ родильныхъ домовъ. Изъ 1287 сель, съ населеніемъ въ 10 миліоновъ, въ 540 селахъ не имѣется акушерки.

271. Alin. *О положеніи акушерской помощи въ Швеціи.*

Въ Швеціи существуютъ 3 акушерскія школы; курсъ годичный. Въ государствѣ имѣются около 3000 акушерокъ. Обученіе бесплатное.

272. Brandt. *О положеніи акушерской помощи въ Норвегіи.*

2 школы, годичный курсъ.

273. Gobiet. — *Zur Frage der prophylaktischen Appendektomie und der systematischen Untersuchung der Gallenblase bei gynäkologischen Laparotomien.*—Къ профилактическому удаленію червоваиднаго отростка и о систематическомъ осмотрѣ при гинекологическихъ червоспеніяхъ желчнаго пузыря. Н. 18.

Авторъ стоитъ за профилактическое удаленіе червеобразнаго

отростка (2 случая) и за систематическій осмотръ желчнаго пузыря (4 случая).

274. Mettler.—*Zur Therapie der Melancholia neonatorum.*

Успѣхъ отъ желатины въ одномъ случаѣ.

275. Fellner.—*Kurpfuscherisches und Geheimmittel auf gynäkologischem Gebiete.*—Знахарство и тайныя средства на гинекологическомъ поприщѣ.

Казуистика.

276. Chrobak.—*Zur Entstehungsgeschichte der neuen Frauenkliniken.* — История возникновенія новыхъ женскихъ клиникъ. Н. 19.

277. Fischer.—*Der geburtshilfliche Unterricht in Wien.*—Обученіе акушерству въ Вѣнѣ. Н. 19.

278. Schauta. — *Bau und Errichtung der neuen Frauenkliniken.* — Постройка и устройство новыхъ женскихъ клиникъ. 8 фотогр. снимковъ и планы новыхъ клиникъ въ Вѣнѣ.

279. Leopold.—*Zur Ventrofixatio uteri nach meiner Methode und über ihre angebliche Geburtsstörungen.*—О ventrofixatio ut. по моему методу и о кажущихся родовыхъ препятствіяхъ, ею причиняемыхъ. Н. 20.

Заявленія нѣкоторыхъ авторовъ, что они послѣ ventrofixatio uteri по Leopold'у наблюдали неудачи и препятствія во время родовъ, Leopold считаетъ неосновательными и относитъ эти неудачи не къ методу, а неправильному выполнению операции. Правильно же эту операцию надо дѣлать слѣдующимъ образомъ: первая шелковая лигатура проводится черезъ всю толщу лѣваго края брюшной раны, затѣмъ подъ брюшину передней стѣнки матки, немного ниже мѣстъ прикрѣпленія круглыхъ связокъ, черезъ мышечный слой матки, шириною приблизительно въ 1 1/2—2 ст. и выводится черезъ всю толщу праваго края брюшной раны. Второй шовъ накладывается приблизительно на 1/2—1 ст. ниже перваго шва, фиксирующіе матку швы должны проволиться, по меньшей мѣрѣ, на 2 пальца выше надлонной складки.

280. Sippel. — *Ein neuer Vorschlag zur Ermöglichung einer genaueren Prognose bei Tuberkulose und Schwangerschaft.*—Предложеніе для точной постановки прогноза при бурчаткѣ и беременности.

Авторъ предлагаетъ для означенной цѣли воспользоваться «орсонин-индексъ»—отъ Wright'a и изслѣдованіемъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.—Это предложеніе должно пока стать лишь предметомъ изслѣдованій.

281. Labhardt. — *Ueber Placenta cervicalis.*

3 рис. Въ данномъ случаѣ послѣдъ прилегалъ къ каналу шейки матки, доходя до наружнаго зѣва шейки. Кровотеченія до родовъ не наблюдалось, а во время родовъ оно не было значительнымъ. Послѣдъ пришлось отдѣлить руюю.

282. Schulte. — *Zur Achsendrehung des myomatösen Uterus in der Cervix.* — *Перекручиваніе миоматозной матки у шейки матки.* Н. 21. 4 рис.

Въ данномъ случаѣ діагнозъ удалось поставить правильно еще до операціи благодаря положенію придатковъ.

283. Dührssen. — *Zur Technik und Indikation des vaginalen Kaiserschnittes.* — *Къ техникѣ и показаніямъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія.* Н. 22.

Выводы. Техника вл. к. с. во всѣхъ практикуемыхъ видоизмѣненіяхъ была предуказана Dührssen'омъ. Вumm не улучшилъ технику, а лишь предпочелъ какъ консервативное влаг. кес. сѣч. то видоизмѣненіе, которое заключается въ разсѣченіи передней стѣнки матки, и назвалъ эту операцію *Kolpohysterotomia anterior* или *Schnellentbindung* (быстрое родоразрѣшеніе). Вumm изъ техники Dührssen'a исключилъ одну по Fritsch'y важную часть, именно разсѣченіе промежности и влагалища, когда влагалище узко. Dührssen ввелъ въ акушерскую практику разсѣченіе *levatoris ani*, рекомендуя его и для влагалищнаго удаленія раковой матки. В. S. Schultze никогда въ акушерской практикѣ не примѣнялъ этого разсѣченія; онъ, правда, сдѣлалъ послѣднее, въ одномъ случаѣ удаленія раковой матки, но при этомъ не разсѣкъ *levator ani*. Онъ и не описалъ этого разсѣченія, какъ методъ для расширенія влагалищнаго удаленія матки. Dührssen того же мнѣнія, какъ и Holmes, что о показаніяхъ къ влаг. кес. сѣченію можно еще спорить. Во всякомъ же случаѣ, при внѣшнихъ благопріятныхъ условіяхъ, оно оправдываемо и съ единственною цѣлью спасти ребенка, если шейка не поддается расширенію. И при обхватываніи послѣдующей головки оно можетъ явиться спасательной операціей. Упрощенія техники, если недостаетъ помощника, можно достигнуть сочетаніемъ метрейриза съ влаг. кес. сѣченіемъ. Опасныхъ осложненій при послѣдующихъ родахъ послѣ влаг. кес. сѣченія не наблюдалось.

284. Weindler. — *Beitrag zur Pyelonephritis gravidarum.*

Описаніе 2 случаевъ; въ первомъ гонококкъ, во второмъ стрептококкъ поднялись изъ мочевого пузыря до лоханки почки. Выводы: Если во время беременности является необъяснимое лихорадочное состояніе, слѣдуетъ чаще катетеризировать и тщательно изслѣдовать мочу. Катартъ мочевого пузыря, который во время беременности часто наблюдается, слѣдуетъ заблаговременно и основательно лѣчить. При пиелонефритѣ—даже и въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ—слѣдуетъ придерживаться, насколько возможно, выжидающаго образа дѣйствій.

285. Bondi. *Ueber das Vorkommen von Plattenepithel bei Pyometra.*—*О нахожденіи плоскаго эпителия при піометрѣ.* Н. 23. 2 рис.

Въ 2 случаяхъ піометры авторъ констатировалъ присутствіе

плоскаго эпителия на слизистой оболочкѣ шейки и полости матки безъ всякихъ признаковъ злокачественности.

286. Rissmann. — *Ueber einige fehlerhafte Verwachsungen in der Vagina und im Introitus vaginae.* — О некоторыхъ неправильныхъ сращеніяхъ во влагалищѣ и во входѣ его. 2 рис.

а) Coagmentatio puerperalis portionis cum fornice. б) такое же сращеніе, происшедшее внѣ послѣродоваго времени благодаря триперному зараженію. с) сращеніе праваго сегмента дѣвственной плевы съ лѣвою ея половиною съ образованіемъ искусственнаго отверстія подъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала.

287. Kuliga. — *Ueber die Beeinflussung entzündlicher Erkrankungen der weiblichen Genitalien und ihrer Nachbarschaft durch Behandlung des Darmkanals.* — О воздѣйствіи на воспалительныя заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ черезъ прямую кишку.

Авторъ совѣтуетъ при гинекологическомъ изслѣдованіи систематически ощупывать со стороны влагалища и прямую кишку. Авторъ нашелъ чувствительность послѣдней при гинекологическихъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ и при дисменорреѣ. Систематическія клизмы изъ оливковаго масла на ночь по Fleiner'у оказываютъ благотворное дѣйствіе не только на субъективныя жалобы, на чувствительность кишки, но и на гинекологическое заболѣваніе, въ особенности при parametritis post. chron. и при дисменорреѣ.

288. Galatti. — *Ueber Nabelversorgung.* — Объ уходѣ за пуповиной.

Авторъ испробовалъ бѣлую глину, которую первый рекомендовалъ F. Horn, и остался очень довольнымъ. Пуповина отрѣзалась на 4 ст., засыпалась порошкомъ; наверхъ накладывалась повязка; это повторялось каждый день послѣ ванны. На 200 дѣтей пуповина отпала на 6-ой день въ 82,5% и на 8 день въ 10,0%. Ни у одного ребенка не наблюдалось красноты кругомъ пупка, ни лихорадочнаго состоянія.

289. Brothers. — *Ueber Atresia vaginae mit Hämatometra. Hämatosalpinx und Hämatovarium, mit Einschluss einer Uebersicht der in der letzten 20 Jahren veröffentlichten Literatur betreffend die Blutretentionstumore.* Н. 24. 1 рис.

Въ связи съ однимъ случаемъ авторъ разработалъ данный вопросъ на основаніи литературы за 20 лѣтъ объ опухоляхъ, образовавшихся вслѣдствіе скопленія задержанной крови.

Ненадовичъ.

Обзоръ французской акушерско-гинекологической литературы.

L'Obstetrique. Novembre 1908.

290. Prof. Pinard.—*De l'obstétrique opératoire dans la dystocie par viciation pelvienne.*—Акушерскія операциі при аномаліяхъ таза.

Положенія автора таковы: 1) никогда не прерывать беременности не смотря на степень аномаліи таза; 2) во время родовъ никогда не производить вмѣшательствъ (щипцы, поворотъ), имѣющихъ цѣлью силою преодолѣть костныя препятствія со стороны таза, во всѣхъ его отдѣлахъ, и 3) акушерскія операциі при суженіяхъ таза должны быть только слѣдующія: а) консервативное кесарское сѣченіе, б) тазорасширяющія операциі (симфизеотомія, пубіотомія) и с) операциія Porro.

Изъ приложенной къ статьѣ таблицы оперативныхъ вмѣшательствъ при узкихъ тазахъ съ 1890 по 1908 г.г. видно, что въ послѣдніе годы почтенный авторъ рѣшительно склоняется къ кесарскому сѣченію передъ симфизеотоміей, потому что онъ считаетъ условія для выполненія этой послѣдней операциі гораздо болѣе ограниченными, чѣмъ для кесарскаго сѣченія. Именно, онъ считаетъ, что полное открытіе зѣва, достаточная растяжимость мягкихъ родовыхъ путей (многороженицы) и хорошее состояніе здоровья матери суть подходящія условія для примѣненія тазорасширяющихъ операций, конечно, при ограниченныхъ суженіяхъ таза. Понятно, что для кесарскаго сѣченія условія будутъ несравненно шире. Точно также суживаются имъ и показанія къ производству операциі Porro: только ясныя симптомы наступившей инфекции заставляютъ его производить эту операцию. Ни продолжительность родовъ, ни разрывъ оболочекъ, ни число предыдущихъ изслѣдованій не заставляютъ его отказаться отъ консервативнаго кесарскаго сѣченія; въ подтвержденіе этого онъ напоминаетъ о благопріятномъ случаѣ этой операциі на женщинѣ, рожавшей уже четверо сутокъ и изслѣдованной четырнадцатью лицами.

Непремѣннымъ условіемъ для производства кесарскаго сѣченія авторъ считаетъ также наступленіе родовой дѣятельности матки.

291. Prof. Herrgott.—*Un cas de cancer utérin cause de dystocie.*—Случай осложненія родовъ ракомъ матки.

Женщина 33 лѣтъ, первая беременность которой окончилась, 4 года тому назадъ, 6-мѣсячнымъ выкидышемъ, послѣ котораго остались обильныя бѣли и иногда кровотеченія, забеременѣваетъ вторично, при чемъ бѣли у нея продолжаютъ съ дурнымъ запахомъ и небольшія кровопотери около срока регулъ. При началѣ родовъ появилось сильное кровотеченіе, заставившее ее лечь въ больницу, гдѣ констатировано открытіе на 2 пальца и ракъ задней губы и нижняго сегмента матки.

Выжиданіе естественнаго родоразрѣшенія было невозможно изъ-за повторяющагося обильнаго кровотеченія; тогда путемъ кесарскаго сѣченія былъ извлеченъ живой, но въ асфиксіи мальчикъ вѣсомъ 3000 grm., который былъ оживленъ, а матка удалена вся вмѣстѣ съ верхнимъ отдѣломъ влагалища; больная выздоровѣла. Опухоль подъ микроскопомъ оказалась плоско-эпителиальнымъ ракомъ, исходившимъ изъ влагалищной части матки. Вмѣшательство, конечно, не могло быть радикальнымъ, такъ какъ было слишкомъ позднимъ.

292. Prof. Pozzi.—*Rétrécissement congénital du vagin, annulaire très étroit. Grossesse menée à terme. Faux travail. Hystérectomie abdominale subtotale. Guérison. Enfant vivant.*—Кольцевое, очень узкое врожденное суженіе влагалища. Доношенная беременность. Ложные роды. Брюшное надвлагалищное удаление матки. Выздоровленіе. Плодъ живой.

293. H. Hartmann.—*Rétrécissement du vagin. Opération césarienne. Hystérectomie supravaginale. Guérison de la mère et de l'enfant.*—Суженіе влагалища. Кесарское сѣченіе. Надвлагалищное удаление матки. Выздоровленіе матери и ребенка.

294. A. Couvelaire.—*Rétrécissement annulaire du tiers supérieur du vagin peut-être d'origine congénitale, chez une primipare de 44 ans. Accouchement à terme. Mort du fœtus et infection de l'œuf pendant le travail. Opération de Porro. Guérison.*—Кольцевое суженіе верхней трети влагалища, можетъ быть врожденное, у первородящей 44 лѣтъ. Срочные роды. Смерть плода и зараженіе плоднаго яйца во время родовъ. Операция Porro. Выздоровленіе.

Три аналогичныхъ случая, когда суженіе влагалища потребовало кесарскаго сѣченія. Въ первомъ, у 23-лѣтней женщины врожденное суженіе едва пропускало зондъ и было неподатливо; удаление матки послѣ кесарскаго сѣченія сдѣлано потому, что нельзя было провести дренажа во влагалище и тѣмъ обезпечить стока; попытокъ къ расширенію сдѣлано не было. Во второмъ суженіе пропускало палецъ, но было на большомъ протяженіи и неподатливо; матка удалена въ виду 39-лѣтняго возраста больной (безъ достаточнаго основанія—*реф.*).

Въ третьемъ случаѣ суженіе едва пропускало конецъ пальца; законныя причины къ удаленію матки, кромѣ 44-лѣтняго возраста больной, были въ смерти плода и въ зараженіи плоднаго яйца и полости матки (зловонныя, зеленныя околоплодныя воды и повышеніе t°).

295. I. Mouchotte.—*Remarques concernant une série de 14 opérations césariennes conservatrices.*—По поводу 14 консервативныхъ кесарскихъ сѣченій.

Изъ 14 операций, произведенныхъ авторомъ по показаніямъ, установленнымъ проф. Pinard'омъ, въ 12 случаяхъ было суженіе таза рахитическаго происхожденія, при чемъ въ 7 случаяхъ суженіе

было въ формѣ канала съ conj. diagonalis 8—9,5 см., эти случаи авторъ относитъ къ абсолютнымъ показаніямъ; въ остальныхъ 5 рахитическихкихъ тазахъ суженіе было менѣе значительно и формы кольцевидной, такъ что можно было, дождавшись полнаго открытія, произвести тазорасширяющую операцію, но изъ нихъ въ двухъ случаяхъ наблюдалось измѣненіе сердцебиеній плода, въ двухъ лобное предлежаніе съ отекомъ нижняго сегмента матки и угрожающимъ разрывомъ и въ одномъ выпаденіе пуповины. Въ остальныхъ двухъ случаяхъ показаніемъ къ операціи было: въ одномъ туберкулезный кокситъ съ нагноеніемъ, въ другомъ атипическое суженіе таза вслѣдствіе выпрямленія передней части обѣихъ безыменныхъ линий.

Моментъ оперативнаго вмѣшательства всегда обусловливался началомъ родового акта, при чемъ даже долго тянувшіеся (нѣсколько часовъ и даже дней) роды при разорванномъ пузырьѣ не служили показаніемъ къ операціи Рогго.

Замѣчанія автора по поводу техники операціи слѣдующія: матка всегда вскрывалась, будучи выведена наружу, разрѣзомъ, не захватывающимъ нижняго ея сегмента; если въ разрѣзъ попадало дѣтское мѣсто, то оно отслаивалось и оболочки разрывались у верхняго края мѣста. По освобожденіи полости матки ея поверхность вытиралась стерильной марлей и изъ нея проводился тампонъ во влагалище, который удалялся по окончаніи операціи. Послѣ классическаго зашиванія стѣнки матки кѣтгутомъ, впереди маточнаго шва располагался дренажъ, выводимый въ нижній уголъ брюшной раны; назначеніе его впитывать кровь изъ шва при сокращеніяхъ матки, черезъ двое сутокъ дренажъ удалялся.

Исключая неважные инциденты въ теченіе производства операціи, авторъ никогда не видѣлъ болѣе или менѣе тяжелыхъ осложненій, особенно со стороны кровотеченія, которое никогда не было угрожающимъ.—Всѣ оперированныя автора выздоровѣли, дѣти извлечены всѣ живыми, одинъ изъ нихъ умеръ черезъ 25 дней, при явленіяхъ тяжелаго сифилиса; у матери наблюдалось значительное многоводіе.

Société d'obstétrique de Paris. Séance du 16 avril 1908 (ibidem).

296. A. Brindeau.—*Traitement de l'infection puerpérale par le bacille lactique.*—Леченіе послѣродового зараженія палочкой молочнаго броженія.

Основываясь на томъ, что стрептококкъ не развивается въ кислой средѣ, авторъ примѣнялъ лѣченіе послѣродовой инфекции жидкостью, которую онъ получалъ, обливая стерилизованный молочный сахаръ бульонной культурой по Мечникову. Эту жидкость густоватой консистенціи, онъ вводилъ при помощи шприца внутрь матки и употреблялъ также для перевязки влагалишныхъ налетовъ.

Въ трехъ, лѣченныхъ по этому способу тяжелыхъ случаяхъ послѣ-родовой инфекціи онъ получилъ быстрое улучшеніе общаго состоянія съ паденіемъ t^0 , уменьшеніе зловонности лохий и особенно быстрое очищеніе налетовъ, объясняемое имъ производимымъ этой жидкостью мѣстнымъ лейкоцитозомъ.

297. A. Brindeau. — *Salpingite et avortement.* — *Отношеніе салпингита къ выкидышу.*

Вопреки существующимъ въ литературѣ, правда скуднымъ, свѣдѣніямъ о благопріятномъ теченіи беременности при салпингитахъ, авторъ приводитъ 3 случая выкидышей при салпингитахъ, произошедшихъ, по его мнѣнію, отъ инфекціи плоднаго яйца, всѣ окончившіеся летально при явленіяхъ общаго перитонита, несмотря на сдѣланное возможно раньше удаленіе матки. На основаніи этихъ случаевъ авторъ высказываетъ слѣдующія положенія: 1) салпингитъ при беременности можетъ вызвать выкидышъ и другія тяжелыя осложненія; 2) онъ можетъ служить также источникомъ діагностическихъ ошибокъ и 3) даже послѣ выкидыша женщина не внѣ опасности, такъ какъ подъ вліяніемъ обостренія воспалительнаго процесса можетъ наступить разрывъ трубы со всѣми тяжелыми его послѣдствіями.

Décembre 1908.

298. Le Jemtel. — *Kystes racémeux de l'ovaire.* — *Гроздевидныя кисты яичниковъ.*

Послѣ небольшого литературнаго обзора о гроздевидныхъ кистахъ яичниковъ авторъ сообщаетъ наблюдавшійся имъ случай. У 23-лѣтней женщины на 2-мъ мѣсяцѣ беременности появляется сильное кровотеченіе, повторившееся черезъ мѣсяцъ, затѣмъ размѣры матки увеличиваются несообразно съ срокомъ беременности и съ правой стороны отъ матки появляется опухоль. На 5-мъ мѣсяцѣ беременности авторъ констатируетъ у больной величину матки соотвѣтственно 8-му мѣсяцу, съ правой стороны отъ матки опухоль въ 2 кулака и въ заднемъ сводѣ другую опухоль; общее состояніе больной тяжелое, t — 38,5 пульсъ — 140. При произведенной лапаротоміи удалена матка, оказавшаяся содержащей *molan hydatidosam*, послѣ этого удалены двѣ кисты яичниковъ, имѣвшія видъ виноградныхъ гроздей, правосторонняя въ 2 кулака величиною, лѣвосторонняя въ головку семимѣсячнаго плода; гладкое выздоровленіе.

Обращаясь къ изученію удаленныхъ имъ кистъ, авторъ говоритъ, что онѣ имѣютъ характерный видъ и представляютъ скопленіе разной величины пузырей, самостоятельно соединенныхъ каждый особой ножкой, различной длины, съ яичникомъ, который иногда бываетъ вытянутымъ, иногда имѣетъ прибавочную часть, къ которой ножки пузырей и прикрѣпляются; обыкновенно яичникъ сохраняетъ свой зачаточный эпителий и графовы пузырьки въ разныхъ стадіяхъ раз-

витія. Пузыри же, входящіе въ составъ кисты, представляютъ обыкновенно нѣсколько капсулъ: наружную, очень тонкую и ломкую, и одну или нѣсколько внутреннихъ, болѣе толстыхъ, полость пузыря выстлана эпителиемъ и содержитъ жидкость или прозрачную серозную, или полупрозрачную слизистую.

Развиваются эти кисты въ различномъ возрастѣ, отъ 23 до 64 лѣтъ, иногда очень быстро, въ нѣсколько мѣсяцевъ, чаще же въ нѣсколько лѣтъ; діагностика ихъ затруднительна; лѣчение должно состоять въ полномъ ихъ удаленіи, при чемъ нужно стараться не разрывать пузырей во избѣжаніе рецидива.

299. Fieux et Mauriac. — *Transmission mortelle au foetus d'une syphilis post-conceptionnelle tardive.* — Смертельная передача плоду сифилиса матери, полученнаго въ поздній срокъ беременности.

Здоровая 20-лѣтняя женщина, имѣвшая 18 лѣтъ срочные роды живымъ и здоровымъ плодомъ, на 7-мъ мѣсяцѣ своей второй беременности получаетъ первичную сифилитическую язву на большой губѣ, а черезъ 3 недѣли роzeолу и папулы.

Будучи подвергнута довольно поздно специфическому лѣченію, вскорѣ перестаетъ чувствовать движенія плода, сердцебиеніе котораго, раньше опредѣляемое, прекращается. 8 1/2 мѣсяцевъ наступаютъ роды и извергается мертвый плодъ 2770 грм. вѣсомъ и послѣдъ въ 745 грм. При изслѣдованіи печени, селезенки плода и пуповины найдены въ большомъ количествѣ тгеропета.

Авторъ полагаетъ, что интензивнымъ специфическимъ лѣченіемъ заразившейся матери и своевременно произведенными искусственными родами можно спасти жизнь плода.

300. Audebert et Dieulafé. — *Monstre coelosomien agénosome.*

IX-пара, 43 лѣтъ, имѣвшая прежнихъ дѣтей живыхъ и нормальныхъ, поступаетъ въ клинику въ концѣ 8-го мѣсяца съ болями внизу живота и кровотеченіемъ. Матка судорожно сокращена, ясное кольцо *Bandl'*я, выше котораго плодъ въ поперечномъ положеніи. Черезъ 2 дня полное раскрытіе зѣва, изъ котораго показывается какой-то красноватый пузырь, принятый за плодный и разорванный, послѣ чего показалась мягкая безформенная масса, оказавшаяся впослѣдствіи выпавшими внутренностями плода. Роженица захлороформирована, головку навести не удалось, сдѣланъ поворотъ на ножку и плодъ извлеченъ. Онъ оказался уродомъ, у котораго верхняя половина туловища повернута на 180 градусовъ относительно нижней; въ брюшной стѣнкѣ отверстіе 8×4 см., черезъ которое и выпали внутренности, представлявшія многочисленныя аномаліи; наружные половые органы отсутствовали, внутренніе въ видѣ зачаточныхъ долекъ половыхъ железъ по бокамъ позвоночника.

Société obstétricale de France. Session d' octobre 1908 (Ibidem).

301. Vué et Voron. — *Les ictères du nouveau-né.* — Желтуха новорожденныхъ.

Авторы раздѣляютъ желтуху новорожденныхъ на симптоматическую, обязанную своимъ происхожденіемъ или закупоркѣ желчныхъ путей, или инфекціи пупочнаго происхожденія, или сифилису, и идиопатическую, происхожденія гѣматогеннаго, которую они раздѣляютъ на три періода: 1) преиктерической, когда кожа принимаетъ красноватую окраску и начинаются измѣненія въ крови и мочѣ, 2) періодъ желтый или періодъ разцвѣта желтухи и 3) періодъ обратнаго ея развитія, продолжающійся около 10 или 15 дней.

302. Queirel. — *De la valeur pronostique de la tension artérielle chez la femme enceinte.* — Прогностическое значеніе артеріальнаго давленія у беременныхъ.

Пользуясь, въ теченіе 8 лѣтъ, сфигмометромъ Verdin'a и принимая среднее артеріальное давленіе у взрослой женщины за 15, авторъ говоритъ, что въ теченіе первыхъ 7 мѣсяцевъ беременности давленіе это не измѣняется, съ восьмого же мѣсяца до начала родовъ давленіе понижается обыкновенно на 2 градуса. Пониженіе давленія въ началѣ беременности можетъ указывать по интоксикацію (неукротимая рвота), угрожающій выкидышъ, пузырный заносъ или внѣматочную беременность. Альбуминурія беременныхъ сопровождается повышеніемъ давленія; если же значительное повышеніе давленія (17, 18, 20) наблюдается въ концѣ беременности, то женщинѣ можетъ угрожать эклампсія. Наоборотъ, чрезмѣрное пониженіе давленія въ концѣ беременности наблюдается при большомъ плодѣ, многоводіи, двойняхъ, предлежаніи дѣтскаго мѣста, преждевременномъ его отсlossenіи и тяжкихъ интоксикаціяхъ.

303. Bourret. — *Du pronostic foetal éloigné des principales opérations obstétricales.* — Отдаленное предсказаніе для плода при главнѣйшихъ акушерскихъ операціяхъ.

Послѣ трудныхъ щипцовъ смертность дѣтей въ первые годы жизни 27,2%, послѣ входныхъ щипцовъ—28,9%; въ 7,2% можно было видѣть прямую травматизацію отъ щипцовъ. Изъ другихъ операцій поворотъ даетъ 31,8% дѣтской смертности въ первые годы, искусственные преждевременные роды—31,4% и кесарское сѣченіе—32,2%. Принимая общую смертность дѣтей въ возрастѣ до 1 года жизни равную около 30%, авторъ считаетъ прекрасными отдаленные результаты акушерскихъ операцій для дѣтей. Черепныя вдавленія служатъ отдаленной причиной смерти въ 14,2%; въ 69,6% они проходятъ безслѣдно для плода и въ 9,2%, не причиняя смерти плода, они неблагоприятно вліяютъ на его развитіе.

304. Brindeau.—*Dangers de la césarienne abdominale itérative.*—*Опасности при повторномъ брюшномъ кесарскомъ сѣченіи.*

По статистикѣ d'Essen Müller'a въ 20 % повторныхъ кесарскихъ сѣченій находятъ срращения матки съ сальникомъ; Haven и Young на 74 случая нашли 36 разъ срращения матки съ брюшной стѣнкой, 16 разъ съ сальникомъ, 4 раза съ кишками и 15 разъ срращения сальника съ брюшной стѣнкой. Авторъ на 7 повторныхъ кесарскихъ сѣченій въ 4-хъ нашелъ легкія срращения; изъ остальныхъ случаевъ въ одномъ имѣлись обширныя и прочныя срращения матки съ брюшной стѣнкой и въ двухъ срращения съ кишками, при чемъ въ одномъ случаѣ онъ долженъ былъ резецировать 5 см. кишки. Разрѣзъ матки всегда внѣ области предыдущаго (на днѣ, по Fritsch'y).

305. Jeannin et Cathala.—*Du pronostic et des indications de l'hébotomie.*—*Предсказаніе и показанія при геботоміи.*

Геботомія выше симфизеотоміи по большей безопасности разрѣза и меньшимъ послѣдствіямъ въ отношеніи нарушенія прочности таза. Предпочтительнѣе дѣлать открытую геботомію, чѣмъ подкожную. Ее можно дѣлать при conj. vera не меньше 8,5 см. и полномъ открытіи зѣва; при этомъ она стоитъ наравнѣ съ кесарскимъ сѣченіемъ, но при инфекции заслуживаетъ предпочтенія. Операционную рану лучше дренировать.

306. Treub.—*Grossesse extra-utérine abdominale secondaire.*—*Вторичная брюшная внѣматочная беременность.*

Женщина 43 лѣтъ, беременность 7 мѣсяцевъ, ясно воспринимаются движенія плода; лапарогомія, плодъ живой, 1950 grm. вѣсомъ и 45 см. длины находился въ брюшной полости безъ всякихъ оболочекъ.

Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris.

307. L. Demelin.—*Six opérations césariennes en cas de rétrécissement du bassin.*—*6 кесарскихъ сѣченій при узкомъ тазѣ.*

Въ техникѣ операциі самое главное асептика. Достаточно одного помощника (кромѣ хлороформатора и акушерки). Матка вскрывается безъ выведенія ея наружу; плодъ извлекается за ножки; матка зашивается швами, проникающими черезъ всю толщю ея стѣнокъ. Брюшная стѣнка зашивается наглухо, дренажъ только въ случаѣ возможности инфекции.

308. Prof. A. Pinard.—*Contribution à l'étude de la thérapeutique à appliquer dans les cas de dystocie causée par la présentation persistante du front.*—*Терапія при окончательномъ лобномъ предлежаніи.*

Въ виду обычно замедленнаго раскрытія зѣва при данномъ страданіи и опасности отъ этого для плода проф. замѣняетъ въ настоящее время практиковавшуюся имъ раньше въ подобныхъ случаяхъ симфизеотомію съ наложеніемъ шипцовъ кесарскимъ сѣченіемъ.

309. Funck-Brentano. — *Un cas de respiration pulmonaire intra-utérine chez un enfant extrait, une heure après sa mort, à l'aide de basiotribe. Surnatation du poumon gauche. Radiographie du poumon.* — Дыханіе внутри матки плода, извлеченнаго базиотрибомъ черезъ часъ послѣ смерти. Лѣвое легкое плаваетъ, его радиографія.

Рѣдкій случай, дыханіе можно было выслушать. Лѣвое легкое наполнено воздухомъ, на радиографическомъ снимкѣ не отличается отъ легкихъ дышавшихъ дѣтей.

Л. Ульяновскій.

Comptes rendus de la Société de Biologie 1909. № 1.

310. N. Niskoubina. — *Sur la structure de corps jaune pendant et après la gestation.* — О строеніи желтаго тѣла во время и послѣ беременности.

Авторъ предпринялъ рядъ систематическихъ изслѣдованій истиннаго желтаго тѣла во время и послѣ беременности, чтобы опредѣлить моментъ, когда начинается обратное развитіе этого тѣла, изучить гистологическіе признаки, характеризующіе обратное развитіе, и найти, каковы отношенія между обратнымъ развитіемъ и беременностью. Онъ производилъ свои изслѣдованія на кроличихахъ, у которыхъ онъ бралъ для изслѣдованія яичники черезъ небольшіе промежутки, во время и послѣ беременности. Такимъ образомъ, онъ могъ слѣдить шагъ за шагомъ за развитіемъ и инволюціей желтаго тѣла и изучать строеніе его въ періодъ обратнаго развитія.

Приведя литературу вопроса (Sobotta, Van der Stricht, Kreis и др.), авторъ сообщаетъ результаты своихъ изслѣдованій.

Періодъ зрѣлости желтаго тѣла начинается около 5-го дня послѣ лопанія Граафова фолликула. Желтое тѣло его при наблюденіи невооруженнымъ глазомъ характеризуется въ это время красной или розовой окраской, что свидѣтельствуетъ о богатствѣ сосудами. Гистологически можно отмѣтить три фазы въ развитіи желтаго тѣла: фазу прогрессивнаго развитія, фазу аспе развитія и фазу регрессивнаго развитія. Макроскопически первая и вторая фазы характеризуются краснымъ цвѣтомъ желтаго тѣла, третья—бѣлымъ.

Выводы: микроскопическое изслѣдованіе доказываетъ, что развитіе желтаго тѣла останавливается на 15 день т. е. на срединѣ беременности, которая у кролика длится, какъ извѣстно, 30 дней. Слѣдовательно, если желтое тѣло играетъ роль въ физиологій беременности своей внутренней секреціей, то вліяніе это ограничивается первой половиной беременности.

311. Carnot et Deflandre. — *Variations du nombre des hématies chez la femme, pendant la période menstruelle.* — Колебанія въ

количество кровяных тѣлецъ у женщины во время менструальнаго періода.

Интересуясь вопросомъ о возрожденіи крови послѣ кровопотерь, авторы обратились къ изслѣдованію количественныхъ колебаній кровяныхъ тѣлецъ при различныхъ обстоятельствахъ нормальной жизни организма. Они производили эти изслѣдованія на нормальныхъ женщинахъ и опредѣляли количественныя колебанія въ числѣ кровяныхъ тѣлецъ передъ, во время и послѣ менструаціи. Удалось установить, что съ перваго же дня менструаціи количество кровяныхъ тѣлецъ въ крови женщинъ падаетъ и въ концѣ менструаціи уменьшается на $\frac{1}{4}$ или $\frac{1}{5}$ своего нормальнаго количества, напримѣръ, съ 4.800.000 падаетъ до 3.286.000. Затѣмъ начинается возстановленіе къ нормѣ въ теченіе 7 — 8 дней. Приведя далѣе цифры своихъ наблюденій авторы задаются вопросомъ, какое объясненіе надо дать этому явленію? идетъ-ли здѣсь дѣло о дѣйствительномъ или кажущемся уменьшеніи числа тѣлецъ? Тутъ же авторы замѣчаютъ, что это паденіе количества шариковъ не находится въ зависимости отъ количества теряемой при менструаціи крови. На вопросы, только что поставленные, авторы отвѣта не находятъ, а высказываютъ нѣсколько гипотетическихъ предположеній. Въ заключеніе они говорятъ, что такимъ обѣднѣніемъ крови форменными элементами можно объяснить всѣ разстройства, сопровождающія менструацію, а также легкую воспримчивость женщинъ къ заболѣваніямъ во время менструаціи.

312. Niskoubina. — *Recherches expérimentales sur la fonction du corps jaune pendant la gestation.* — Экспериментальная изслѣдованія относительно функціи желтаго тѣла во время беременности.

Приведя исторію вопроса, авторъ говоритъ, что онъ задался цѣлью изучить не только вліяніе желтаго тѣла на беременность, но установить также время, въ теченіе котораго оно проявляется. На основаніи своихъ гистологическихъ изслѣдованій, авторъ пришелъ къ заключенію, что физиологическое дѣйствіе желтаго тѣла длится лишь до тѣхъ поръ, пока его элементы проявляютъ активную секреторную дѣятельность. Авторъ поставилъ поэтому слѣдующіе опыты: онъ прижигалъ термокаутеромъ желтое тѣло у 6-ти беременныхъ кроличихъ въ различные сроки, — въ періодъ аспе развитія и въ періодъ регрессивнаго развитія. Затѣмъ ждалъ истеченія срока беременности и вскрывалъ животныхъ. Результаты слѣдующіе:

- 1) Кроличиха забеременѣла 21 окт., операція прижиганія 28 окт. т. е. 7 дней спустя послѣ начала беременности; результатъ: яички разсосались.
- 2) Кроличиха забеременѣла 21 окт., операція 29 окт. т. е. черезъ 8 дней отъ начала беременности; результатъ: яички разсосались.
- 3) Кроличиха забеременѣла 27 іюня, операція 8 іюля т. е. 11 дней спустя послѣ начала беременности; результатъ: яички разсосались.

- 4) Кроличиха забеременѣла 27 іюня, операція 11 іюля т. е. черезъ 14 дней отъ начала беременности; результатъ: яички разсосались.
 5) Кроличиха забеременѣла 27 іюля, операція 11 іюля т. е. черезъ 14 дней отъ начала беременности; результатъ: роды въ срокъ.
 6) Кроличиха забеременѣла 12 іюня, операція 27 іюня т. е. черезъ 15 дней отъ начала беременности; результатъ: роды въ срокъ.

Первыя 4 кроличихи всѣ имѣли желтыя тѣла «красныя», 5-ая и 6-ая — желтыя тѣла «бѣлыя». Эти опыты подтверждаютъ взглядъ Fraenkel'я, что желтое тѣло въ теченіе первыхъ 14—15 дней беременности у кроличихи обуславливаетъ прикрѣпленіе оплодотвореннаго яйца, его развитіе и препятствуетъ его разсасыванію.

Выводы автора: во-первыхъ, желтое тѣло оказываетъ безспорное вліяніе на зачатіе и беременность. Оно ставитъ матку въ условія, необходимыя для развитія оплодотвореннаго яйца. Во-вторыхъ, дѣйствіе это длится въ теченіе первой половины беременности, послѣ чего прекращается. Эти выводы вполне совпадаютъ съ выводами изъ гистологическихъ изслѣдованій автора.

313. A. Bichaud et Bidot.—*Sur la composition d'un liquide d'hydrosalpinx.*—*О составѣ жидкости hydrosalpinx'a.*

Составъ жидкости hydrosalpinx'a мало или даже совсѣмъ неизвѣстенъ; въ классическихъ руководствахъ совершенно нѣтъ анализова этой жидкости. Автору представился случай изслѣдовать такую жидкость. Она была получена при операціи обоюдосторонняго hydrosalpinx'a. Прежде всего авторъ отмѣчаетъ фактъ, что жидкость изъ правой опухоли не походила на жидкость изъ лѣвой. Первая была прозрачна, свѣтла, блѣдно-желтой окраски. Къ несчастью, обѣ жидкости были смѣшаны тотчасъ послѣ пункціи, и подвергалась изслѣдованію вся жидкость, количество которой=750 смм. Цвѣтъ розоватый; при отраженномъ свѣтѣ жидкость была прозрачна, при преломленномъ — наоборотъ, непрозрачная и флуоресцирующая; консистенція немного вязкая. Болѣе подробное изслѣдованіе произведено спустя 24 часа, въ теченіе которыхъ жидкость помѣщалась на ледникѣ. При этомъ изслѣдованіи прежде всего было замѣчено, что жидкость, раньше бывшая гомогенной, раздѣлилась на два слоя: верхній, прозрачный и флуоресцирующий, и нижній, образованный слоемъ, сравнительно толстымъ, кирпично-краснаго цвѣта, на которомъ выдѣлялись многочисленныя частички съ металлическимъ блескомъ. Подъ микроскопомъ этотъ слой оказывается содержащимъ немного красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, бѣлыя тѣльца и большое количество типичныхъ кристалловъ холестерина. Слой этотъ былъ отдѣленъ отъ вышележащаго и высушенъ въ пустотѣ. Въ остаткѣ, такимъ образомъ полученномъ, опредѣляется холестеринъ въ количествѣ 1,12 gr. Верхній слой жидкости оказался слѣдующаго состава: реакція слегка кислая; удѣльный

вѣсь (при 0°)—1,021; вытяжка (при 100°)—7,652; мочевины 0,13; жира слѣды. Все количество бѣлка 6,1 gr., сывороточнаго 3,4, globulin'a 2,7; Муцинъ опредѣляется; псевдомуцинъ весьма ясно опредѣляется; золы: общее количество 0,809, растворимой 0,743, нерастворимой 0,066. Растворимая зола состоитъ почти цѣликомъ изъ sodium chloratum (0,673), имѣются также слѣды фосфатовъ.

Изъ этого анализа авторъ дѣлаетъ два слѣдующихъ вывода: 1) жидкости hydrosalpinx'a содержатъ значительное количество холестерина. 2) онѣ содержатъ также бѣлковое вещество, названное Scherer'омъ metalbumin, затѣмъ переименованное въ paralbumin и, наконецъ, извѣстное теперь подъ именемъ pseudomucin'a. Этотъ pseudomucin, принадлежащій къ группѣ гликопротеидовъ, считался до сихъ поръ характерной составной частью всѣхъ яичниковыхъ жидкостей. Изъ вышеизложеннаго видно, что онъ можетъ встрѣчаться и въ жидкостяхъ другого происхожденія.

В. Добфельдтъ.

Обзоръ англійской акушерско - гинекологической литературы.

314. Hunter Robb. — *An experimental Study on Hemorrhage following Section of the uterine and ovarian Vessels in Dogs and its possible bearing on ruptured Pregnancies.* (Americ. Journ. of Obstetr. etc. October).— *Экспериментальное изученіе кровотока при перерѣзкѣ маточныхъ и яичниковыхъ сосудовъ на собакахъ и возможность перенесенія этихъ данныхъ на разрывъ внѣматочной беременности.*

Robb произвелъ 31 опытъ на собакахъ для опредѣленія вопроса, что кровотеченіе изъ большихъ сосудовъ прекращается раньше того времени, чтобы стать роковымъ. Опытъ, производившіеся авторомъ сводятся къ такимъ серіямъ: къ перерѣзкѣ маточныхъ и яичниковыхъ сосудовъ, къ перерѣзкѣ маточныхъ сосудовъ, вызывающей шокъ и къ операціи, производимой во время послѣдняго; къ перерѣзкѣ маточныхъ сосудовъ и наблюденіямъ за давленіемъ крови и количествомъ гемоглобина; къ перерѣзкѣ маточныхъ сосудовъ съ наблюденіемъ за пульсомъ, дыханіемъ и гемоглобиномъ съ указаніемъ на время наступленія свертыванія крови; то же передъ и послѣ бинтованія живота (бандажъ) и раньше и послѣ накладыванія тяжестей на низъ живота; то же при условіи вертикальнаго положенія собаки. Изъ этихъ опытовъ можно болѣе и болѣе вѣрить въ то, что внутрибрюшинное кровотеченіе въ той мѣрѣ, какъ это бываетъ у женщинъ съ коллапсомъ послѣ разрыва внѣматочной беременности, не достаточно само по себѣ, чтобы причинить роковой исходъ. Причиной смерти, главнымъ образомъ, бываетъ шокъ, который усиливается при многихъ

воздѣйствіяхъ. Кровотеченіе само по себѣ рѣдко, или даже никогда не бываетъ единственной причиной смерти. Въ одномъ опытѣ есть указаніе на то, что увеличеніе шока насчетъ производства немедленной операціи очень опасно. Противъ могущихъ быть возраженій о переносѣ вопроса съ собакъ на людей, можно сослаться на много данныхъ въ протоколахъ опытовъ, говорящихъ очень доказательно за сравнимость того сопротивленія, которое оказываетъ организмъ собаки при потерѣ крови съ тѣмъ, что происходитъ въ человѣческомъ организмѣ при тѣхъ-же условіяхъ. Другими словами, принимая въ расчетъ даже разницу въ сопротивляемости организмовъ, мы, перерѣзая обѣ маточныя артеріи и вены, а иногда и обѣ яичниковыя артеріи и вены, подвергаемъ собакъ риску смерти отъ кровотеченія такому же, если не большему, какъ среднюю женщину при явленіяхъ лопнувшей трубной беременности. По опытамъ автора, свертываніе происходитъ, видимо, въ 15—20 минутъ послѣ вскрытія сосудовъ и это время можно опредѣлить, слѣдя за указателемъ гемоглобина. Подкожное вливаніе фізіологическаго раствора, по всей вѣроятности, не влечетъ за собой возобновленія кровотеченія, но разныя манипуляціи надъ тканями, нарушая свертываніе, вызываютъ возобновленіе кровотеченія, что можетъ произвести впечатлѣніе продолжающагося кровотеченія. Примѣняя бандажъ или еще лучше, накладывая тяжесть на нижній отдѣлъ живота, мы добиваемся болѣе медленнаго пульса и лучшаго его наполненія, а также повышенія количества гемоглобина.

315. Oscar Klotz. — *Infarction of renal Cortex in Pregnancy.* (Amer. Journ. of Obstetr. October). — *Инфарктъ корковой ткани почки во время беременности.*

25-лѣтняя, первобеременная 7½ мѣсяцевъ, женщина была принята въ родильный домъ въ Montreal съ рѣзкими отеками ногъ и половыхъ частей и большимъ количествомъ бѣлка въ мочѣ; рѣшено было закончить беременность и въ виду громаднаго отека половыхъ частей именно путемъ кесарскаго сѣченія. Въ первый день послѣ операціи мочи не отдѣлялось вовсе, а въ слѣдующіе дни отъ 95 до 355 куб. сант. въ сутки; на 6-ой день два припадка судорогъ и еще черезъ недѣлю смерть. На вскрытіи найдено въ обѣихъ почкахъ полный инфарктъ наружнаго пояса почечной коры. Авторъ нашелъ три подобныхъ случая (Bradford и Lawrence, Griffith и Harrington и Jardin). Все это были молодыя беременныя, отъ 25 до 36 лѣтъ, съ появленіемъ прекращенія выдѣленія мочи сейчасъ же послѣ родовъ и съ продолженіемъ этого явленія до самой смерти; вездѣ найденъ былъ рѣзкій тромбозъ малыхъ почечныхъ артерій, проходящихъ во внутреннемъ слоѣ коры; наличности зараженія не было. Авторъ отвергаетъ этиологическое значеніе эндоартеріита, констатированнаго въ одномъ изъ случаевъ, и скорѣе склоняется къ значенію

извѣстныхъ метаболическихъ измѣненій, происходящихъ при беременности: раствореніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и склеиваніе ихъ обломковъ повело къ закупоркѣ (эмболии, а затѣмъ тромбозу) почечныхъ сосудовъ.

116 Coston.—*Report of a Case of Ichthyosis fetalis; Placenta and Membranes involved.* (Amer. Journ. of Obstetr. October).—*Случай врожденнаго ихтиоза съ пораженіемъ оболочекъ и дѣтскаго мѣста.*

Причина этой болѣзни, называемой у англичанъ болѣзью арлекина, не выяснена; дѣти съ большимъ распространеніемъ болѣзни или рождаются мертвыми или очень скоро умираютъ. Родители ребенка въ случаѣ автора, родившагося первымъ, молодые, ничѣмъ не хворавшіе люди (21 и 17 лѣтъ). На 6-мъ мѣсяцѣ беременности появились кровяныя выдѣленія; беременность не удалось сохранить. Ребенокъ 5½ мѣсяцевъ, весь покрытъ чешуей, за исключеніемъ сгибовъ, небольшой части носа, вѣкъ и области промежности; послѣдъ громадный, темный, на водной оболочкѣ и пуповинѣ бляшки ихтиоза, водная оболочка въ 3—4 раза толще нормы.

Л. Кривскій.

Обзоръ итальянской акушерско-гинекологической литературы.

La Ginecologia Moderna 1909, Fasc. I.

117. Prof. Bossi.—*È da consigliarsi la gravidanza nei casi di fibromioma uterini?*—*Допустима-ли беременность въ случаяхъ фиброміомъ матки?*

Авторъ ставитъ себѣ прежде всего два вопроса: 1. «Что долженъ дѣлать и совѣтовать врачъ, имѣя передъ собою случай беременности, осложненной фиброміомомъ матки?» и 2. «Имѣя случай фиброміомы матки у женщины, находящейся въ полномъ разцвѣтѣ половой жизни, можетъ-ли и долженъ-ли врачъ допускать или совѣтовать забеременѣваніе?».—Рѣшеніе перваго вопроса можетъ быть различно въ зависимости отъ характера роста и расположенія опухоли. Въ случаяхъ, когда въ началѣ беременности опухоль не достигла еще значительной величины, когда она по своему расположенію не можетъ вызвать инкарцерации матки и когда она въ теченіе беременности не выказываетъ наклонности къ быстрому росту, авторъ совѣтуетъ придерживаться чисто выжидательнаго образа дѣйствія, такъ какъ въ такихъ случаяхъ все позволяетъ надѣяться на благополучное окончаніе беременности. Въ случаяхъ, когда съ теченіемъ беременности опухоль увеличивается такъ быстро, что вызываетъ тяжелыя явленія сдавливанія органовъ брюшной полости, причемъ по своему расположенію не допускаетъ надежды на возможность родовъ (или выки-

дыша) per vias naturales,—рекомендуется кесарское сѣченіе или, вѣрнѣе, операція Poggio. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ авторъ считаетъ показаннымъ производство искусственныхъ преждевременныхъ родовъ или выкидыша; это имѣетъ мѣсто, когда опухоль, по своему-ли расположенію, или изъ за быстрого увеличенія своего объема, заставляетъ предвидѣть невозможность доведенія беременности до конца и начинаетъ угрожать жизни матери. Конечно, нужно всегда стараться довести беременность до возможно болѣе поздняго срока для повышенія шансовъ на полученіе жизнеспособнаго плода, къ выкидышу-же прибѣгать лишь въ крайнихъ случаяхъ.

Что касается до второго вопроса, поставленнаго авторомъ, то онъ категорически рѣшаетъ его въ положительномъ смыслѣ на томъ основаніи, что во многихъ случаяхъ фиброміомы матки не препятствуютъ правильному теченію беременности до конца или, по крайней мѣрѣ, до такого стадія, когда путемъ вызванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ мы имѣемъ возможность получить жизнеспособный плодъ. Кромѣ того авторъ считаетъ беременность вліяющей косвеннымъ образомъ благотворно на болѣзненный процессъ, такъ какъ въ послѣродовомъ періодѣ параллельно съ инволюціей матки идетъ и обратное развитіе опухоли, путемъ жирового перерожденія сократительныхъ элементовъ ея, могущее привести, если не къ полному исчезновенію, то къ значительному уменьшенію фиброміомы. Авторъ наблюдалъ случай, гдѣ опухоль, достигавшая во время беременности величины головки доношеннаго младенца, уменьшилась въ послѣродовомъ періодѣ до такой степени, что врачъ, не изслѣдовавшій раньше больную, не могъ опредѣлить у нея присутствіе опухоли. Напротивъ, бесплодіе способствуетъ развитію фиброміомы матки.—Всѣ разсужденія и положенія свои авторъ иллюстрируетъ описаніемъ 15 случаевъ изъ своей практики. При чтеніи статьи неблагоприятное впечатлѣніе производитъ проходящая въ ней красною нитью тенденція къ самовосхваленію и рѣзкій тонъ возраженій лицамъ, несходящимся во мнѣніяхъ съ авторомъ (Dr. Cuzzi и его ученики).

318. Stef. Rebaudi. — *Intorno all' influenza che i traumi psichici e fisici possono esplicare sul decorso della gravidanza. — О вліяніи психическихъ и физическихъ травмъ на теченіе беременности.*

Автору пришлось наблюдать 25 беременныхъ женщинъ, пережившихъ Мессинское землетрясеніе. Не говоря уже о страшныхъ психическихъ потрясеніяхъ, всѣ онѣ подверглись болѣе или менѣе значительнымъ физическимъ травмамъ, между прочимъ и сильнымъ сотрясеніямъ всего тѣла, переломамъ конечностей и ушибамъ наружныхъ половыхъ частей и живота. Многія изъ нихъ провели нѣсколько часовъ и даже дней погребенными подъ развалинами

своихъ жилищъ. Однако, подъ вліяніемъ всѣхъ этихъ сильнѣйшихъ психическихъ потрясеній и физическихъ травмъ прерываніе беременности наступило только у одной женщины, имѣвшей уже раньше (приблизительно за 1 годъ передъ тѣмъ) выкидышъ безъ видимыхъ причинъ; во время землетрясенія она оставалась подъ развалинами дома три дня, причемъ получила сильный ушибъ лѣваго паха, поведшій къ образованію обширной гематомы, глубокую рвано-ушибленную рану правой ягодицы и многія другія, болѣе легкія поврежденія. На основаніи этихъ наблюденій авторъ приходитъ къ заключенію, что ни сильныя психическія потрясенія, ни даже очень значительныя физическія травмы не въ состояніи прервать теченія нормальной беременности, если только травма не подѣйствовала непосредственно на матку.

La Ginecologia, 1908, Fasc. 23.

319. E. Colloca.—*Sopra un caso di adeno-mioma del legamento rotondo.*—*Случай аденомиомы круглой связки.*

Авторъ описываетъ случай аденомиомы круглой связки, оперированный профессоромъ Pestalozza. Опухоль развилась въ области правой большой губы, имѣла плотную консистенцію и яйцевидную форму; верхній полюсъ ея непосредственно переходилъ въ плотный, круглый тяжъ, поднимающійся вверхъ по ходу пахового канала. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ болѣе или менѣе плотной соединительной ткани съ примѣсю гладкихъ мышечныхъ волоконъ; у верхняго полюса опухоли, переходящаго въ упомянутый тяжъ, среди волоконъ соединительной ткани обнаружены железистыя полости, выстланныя однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; во многихъ участкахъ опухоли имѣлась болѣе или менѣе ясно выраженная мелкоклѣтчатая инфильтрація. Что касается до происхожденія опухоли, то авторъ, опираясь на эмбриологическія данныя о развитіи круглыхъ связокъ, склоненъ думать, что дѣло идетъ тутъ объ образованіи, развившемся изъ остатковъ первичной почки (Wolffова тѣла), хотя микроскопическая картина и не представляла ни одной изъ характерныхъ особенностей, описанныхъ Recklinghausen'омъ въ подобнаго рода образованіяхъ.

320. I. Vivanti.—*Contributo clinico allo studio dell'utero bicornе.*—*Клиническія данныя къ ученію о двурогой маткѣ.*

Краткое описаніе 39 случаевъ двурогой матки различныхъ степеней,—отъ простаго uterus arcuatus до uterus bicornis duplex; въ 6 случаяхъ имѣлось также и раздвоеніе влагалища. 9 случаевъ относятся къ больнымъ, обращавшимся къ врачебной помощи по поводу различныхъ заболѣваній женскаго полового аппарата; во всѣхъ этихъ случаяхъ имѣлась ясно выраженная двурогая (въ двухъ — двойная) матка. Остальные 30 случаевъ, которые собственно и служатъ темою

статьи,— акушерскіе. Одинъ изъ нихъ авторъ отбрасываетъ, такъ какъ въ исторіи болѣзни его имѣлось слишкомъ мало данныхъ, такъ что всѣ процентныя отношенія вычислены имъ на основаніи наблюденія остальныхъ 29 случаевъ. Въ шести имѣлся выкидышъ — 20,68%, причемъ всѣ эти случаи пришлось на долю болѣе рѣзко выраженной раздвоенности матки. Въ 8 случаяхъ были преждевременные роды— 27,5% изъ нихъ одинъ только при сѣдловидной маткѣ, остальные— при болѣе рѣзко выраженныхъ степеняхъ уродства. Срочныхъ родовъ было 15 (51,3%) при нихъ 5 при сѣдловидной маткѣ. На одной изъ большихъ авторъ останавливается подробнѣе, какъ на случаѣ, могушемъ пролить нѣкоторый свѣтъ на причины относительной частоты выкидышей при двурогой маткѣ. Больная лежала въ клиникѣ (Firenze) 2 раза; въ первый разъ былъ выкидышъ на III-мъ мѣсяцѣ, причемъ беременность развилась въ лѣвомъ рогѣ; во второй разъ были преждевременные роды (срокъ не указанъ), причемъ плодъ находился въ лѣвомъ рогѣ, правый же содержалъ дѣтское мѣсто. Авторъ высказываетъ предположеніе, что во второмъ случаѣ имплантациа яйца имѣла мѣсто въ правомъ рогѣ и впоследствии только плодъ былъ вытясненъ въ лѣвый рогъ; обратное положеніе вещей было невозможно изъ за анатомическаго расположенія маточной перегородки, слѣдствіемъ чего и былъ выкидышъ изъ за недостатка мѣста въ лѣвомъ рогѣ.

Что касается до положеній плода, то изъ 23 случаевъ (не считая случаевъ выкидышей) черепное предлежаніе встрѣчалось 4 раза (17,3%), ножное и ягодичное— 10 разъ (43,4%) и поперечное— 9 разъ (39%). Въ 6 случаяхъ сѣдловидной матки всѣ положенія встрѣчались по 2 раза (33,33%), при болѣе рѣзко выраженныхъ степеняхъ уродства черепныхъ положеній было 2 (11,76%), ножныхъ 8 (47%) и поперечныхъ— 7 (41,17%). Авторъ не можетъ подыскать объясненія частоты неправильныхъ положеній, такъ какъ обычная причина этихъ неправильностей при преждевременномъ прерываніи беременности— легкоподвижность недоразвившагося плода— не можетъ играть роли при двурогой маткѣ, гдѣ выкидыши и преждевременные роды обусловливаются недостаткомъ пространственныхъ отношеній.

Послѣдовый періодъ представлялъ неправильности (задержаніе послѣда, атоническія кровотеченія и т. д.) приблизительно въ 27,5% всѣхъ случаевъ, причемъ при болѣе рѣзко выраженномъ раздвоеніи матки неправильности эти встрѣчались чаще.

Одинъ изъ случаевъ родовъ окончился летально изъ за тяжелой эклампсіи, въ другомъ— эклампсія имѣлась въ анамнезѣ, еще въ двухъ случаяхъ наблюдались явленія почки беременныхъ съ значительной альбуминуріей. Частоту почечныхъ явленій, къ которымъ онъ относитъ и эклампсію, авторъ объясняетъ неправильностью строенія почекъ, существующею наряду съ таковой матки.

Въ 3 случаяхъ было обнаружено присутствіе прямокишечно-пузырной связки (lig. recto-vesicale Krieger'a), въ которой авторъ склоненъ видѣть причину описываемой неправильности строенія матки.

Fasc. 24.

321. M. Savarè—*Di alcune particolarità nella distribuzione del tessuto collagene nella decidua.*—*О нѣкоторыхъ особенностяхъ распределенія клейдающей ткани въ отпадающей оболочкѣ.*

Авторъ изслѣдовалъ цѣлый рядъ микроскопическихъ препаратовъ отпадающей оболочки различныхъ сроковъ беременности, применяя самые разнообразныя методы окраски (van Gieson'a, Bielschowsk'аго, Traina, Weigert'a и многіе другіе), и на основаніи этихъ изслѣдованій выставляетъ цѣлый рядъ положеній касательно распределенія клейдающей ткани въ отпадающей оболочкѣ, а также попутно и о нѣкоторыхъ особенностяхъ строенія послѣдней вообще. Въ сужденіяхъ своихъ авторъ проявляетъ строгую объективность и солидныя знанія предмета, и сама статья представляетъ собою результатъ большаго, усидчиваго труда, но, къ сожалѣнію, не поддается изложенію ввидѣ реферата, почему и приходится отослать интересующихся вопросомъ къ подлиннику.

Ф. Тавилдаровъ

ХРОНИКА.

70) Въ одномъ изъ послѣднихъ номеровъ „Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene“ имѣется проектъ устройства центральнаго бальнеологическаго института для содѣйствія научному развитію бальнеологии и бальнеологической техники, а также для устройства курсовъ и практическихъ упражненій. Научная сторона раздѣляется на: 1) аналитическую часть, какъ-то: изслѣдованіе и опредѣленіе состава лечебныхъ средствъ, геологическія, химико-физическія, бактериологическія, метеорологическія, сейсмографическія и климатологическія наблюденія въ теоріи и на практикѣ; 2) физиолого-биологическую часть—изслѣдованіе и опредѣленіе дѣйствія бальнеологическихъ лечебныхъ средствъ на здоровый организмъ; 3) терапевтическую часть—изслѣдованіе примѣненія всѣхъ лечебныхъ средствъ для леченія больного организма; 4) техническую часть—установленіе всей технической стороны въ курортахъ и опредѣленіе вліянія ея на лечебныя средства.

71) Въ Лондонѣ сдѣлано распоряженіе требовать отъ врачей сообщенія санитарному бюро о каждомъ случаѣ рожденія въ теченіе 36 часовъ. Это распоряженіе имѣетъ цѣлью повліять на уменьшеніе дѣтской смертности, благодаря возможности своевременно позаботиться о соотвѣтственномъ уходѣ и питаніи новорожденныхъ.

72) Съ 1 января 1909 г. началъ выходить новый ежемѣсячный журналъ „Centralblatt für Thalassotherapie“ подъ редакціей проф. Glax'a. Въ первомъ номерѣ журнала содержится статья редактора о плавучихъ санаторіяхъ, отчетъ о сѣздѣ по леченію моремъ въ Аббаци, рефераты и пр.

73) Въ Петербургѣ учреждается общество охраненія жизни младенцевъ и воспитанія дѣтей въ Россіи. Учредителями общества являются проф. П. Ф. Лесгафтъ, проф. С. С. Боткинъ, А. И. Гучковъ, М. Я. Капустинъ, Н. Тюшнева и др. Общество имѣетъ цѣлью разрабатывать вопросы, относящіеся къ охраненію жизни младенцевъ и воспитанію дѣтей, въ видахъ уменьшенія ихъ смертности и установленія правильнаго взгляда на физическое и нравственное воспитаніе дѣтей, содѣйствуя родителямъ и воспитателямъ въ приобрѣтеніи здоровыхъ питательныхъ продуктовъ, доставленіи медицинской помощи и подготовкѣ лицъ, ухаживающихъ за дѣтьми. Общество предполагаетъ устраивать приемы для вскармливанія младенцевъ и воспитанія дѣтей, больницы и амбулаторіи, родильные приюты, фермы и склады для продажи здороваго молока и т. д. Въ цѣляхъ привлеченія средствъ общество разсчитываетъ содержать мастерскія, лавки, справочныя конторы и т. д. Врачебн. Газета.

74) Въ числѣ многочисленныхъ докладовъ, представленныхъ къ 5-му сѣзду нѣмецкаго Рентгеновскаго общества имѣются между прочимъ слѣдующіе: Prof. Albers-Schönberg (Hamburg). Леченіе

міомъ и другихъ заболѣваній матки при посредствѣ рентгеновскихъ лучей. Dr. H. E. Schmidt (Berlin). О вліяніи рентгеновскихъ лучей на менструацію и беременность у человѣка.

75) Основанный проф. W. Winternitz журналъ „Blätter für klinische Hydrotherapie“ съ января н. г. выходитъ подъ названіемъ „Monatsschrift für die physikalisch—diätetischen Heilmethoden in der ärztlichen Praxis“, подъ редакціей д-ровъ Julian Marcuse и Alois Strasser, при участіи значительнаго числа выдающихся терапевтовъ.

76) Въ ознаменованіе столѣтія Гоголя педагогической совѣтъ Кременчугской земской акушерско-фельдшерской школы постановилъ ежегодно освобождать отъ взноса платы за право ученія четырехъ бѣдныхъ ученищъ.

Практ. Врачъ.

77) 16 Апрѣля н. с. въ Берлинѣ должно было состояться засѣданіе Бюро международного Союза по изслѣдованію рака. На засѣданіи этомъ долженъ быть рѣшенъ вопросъ о времени созыва международного Съѣзда по изслѣдованію рака; а также намѣчены основанія для международной статистики какъ раковыхъ заболѣваній вообще, такъ и операций по поводу ихъ въ частности.

78) Липо, пожертвовавшее 3 года тому назадъ капиталъ, на который построень въ Heidelberg'ѣ Институтъ для изученія рака и пожелавшее остаться неизвѣстнымъ, внесло на тѣхъ же условіяхъ сохраненія неизвѣстности 13000 мар. на устройство въ Heidelberg'ѣ радиологическаго Института, въ которомъ будетъ изучаться сущность дѣйствія на живыя ткани всѣхъ видовъ лучистой энергіи. Завѣдываніе этимъ Институтомъ поручено извѣстному физику Leonard'у, открывшему существованіе катодныхъ лучей. Институтъ будетъ открытъ въ маѣ текущаго года.

79) Д-ръ E. Davis въ „Medical Record“ сообщаетъ нѣсколько случаевъ выкидыша, вызваннаго ѣздой на автомобилѣ въ первые мѣсяцы беременности. Случаи этого рода, по автору, часты; вредными оказываются частые толчки, причиняемые быстрой ѣздой.

Русс. Врачъ.

80) По постановленію 8-го съѣзда при обществѣ Россійскихъ хирурговъ учреждень фондъ имени проф. П. И. Дьяконова для выдачи премій за научныя работы по хирургіи. Приемъ взносов въ фондъ производится казначеемъ Общества Ф. И. Березкинымъ—Москва, Яузская больница.

81) Hammer въ статьѣ „Gesetzlicher Ammenschutz“ (Zeitschr. f. Bekämpfung d. Geschlechtskr. 1908. № 4) обращаетъ вниманіе на то, что при наймѣ кормилицъ принято подвергать ихъ осмотру врача, чтобы предохранить ребенка отъ зараженія чахоткой или сифилисомъ; къ сожалѣнію, осмотръ нанимающихъ родителей далеко не правило, а наемъ кормилицъ къ завѣдомо сифилитическому ребенку не рѣдкость. Такому неправильному положенію вещей, по мнѣнію автора, можно помочь только законодательнымъ путемъ, т. е. установить принудительный осмотръ городскимъ или полицейскимъ врачомъ не только кормилицы, но и обоихъ родителей и ребенка и подвергать денежному штрафу или аресту тѣхъ родителей, которые скроютъ

свою болѣзнь или наймутъ кормилицу безъ разрѣшенія и осмотра городского врача. Такимъ образомъ и кормилицы будутъ ограждены отъ возможности заразиться и передать болѣзнь своей семьѣ. Для иллюстраціи авторъ приводитъ два случая изъ своей практики. Въ первомъ кормилица заразилась отъ ребенка и передала заразу мужу. Во второмъ случаѣ въ одной семьѣ у 7 дѣтей—сифилитиковъ были кормилицы, которыхъ передъ наймомъ тщательно осматривали и которыя по всей вѣроятности всѣ заразились сифилисомъ.

Русс. Жур. Кожн. и Венер. Болѣзн. № 3.

82) Въ январѣ н. г. въ Эриванскомъ Окружномъ судѣ разбиралось дѣло по обвиненію акушерки А. Б. Лысой въ умышенномъ изгнаніи плода у жительницы г. Эривани Э. Ф. Адамовой, съ вѣдома и согласія постѣдней, путемъ двукратнаго введенія въ матку длиннаго тѣла въ родѣ зонда, послѣдствіемъ каковыхъ противозаконныхъ дѣйствій явилась смерть Адамовой. Обстоятельства дѣла вкратцѣ заключаются въ слѣдующемъ: почувствовавъ въ апрѣлѣ 1907 г. себя беременной, Адамова обратилась къ нѣсколькимъ мѣстнымъ врачамъ съ просьбой произвести ей выкидышъ, но отъ всѣхъ получила отказъ. 10 мая А-ву нашли въ подвалѣ ея дома въ безсознательномъ состояніи съ перекошеннымъ лицомъ и съ сильными судорожными подергиваніями всего тѣла. Прибывшіе тотчасъ же врачи предположили у больной припадокъ истеро-эпилепсіи, но на слѣдующій день послѣ сдѣланнаго гинекологическаго изслѣдованія и разсказа мужа больной о томъ, что ей дважды недѣли три т. н. акушерка Лыса я пыталась безуспѣшно сдѣлать выкидышъ и обѣщалась сдѣлать еще одну попытку, ручаясь за успѣхъ, отказались отъ своего діагноза и рѣшились произвести выскабливаніе полости матки. Операция и была сдѣлана ими 12 мая, при чемъ были удалены сѣро-красные, плотные сгустки, принятые за части плода и послѣла. Черезъ 7 дней послѣ этого больная, не приходя въ сознаніе, умираетъ при явленіяхъ, какъ удостоверяютъ врачи, септического зараженія крови. При судебно-медицинскомъ вскрытіи констатируется большой клиновидный инфарктъ въ правомъ легкомъ; сильная гиперемія серозной оболочки, покрывающей матку; увеличеніе матки въ объемѣ (въ кулакъ); экскориация, эрозіи и поверхностные кровоподтеки на задней губѣ матки, совершенно цѣлое, не поврежденное яйцо, содержащее зародышъ, величиной съ голубиное яичко, и помѣщающееся въ полости матки; округлый кровоподтекъ, величиной съ горошину, расположенный рядомъ съ яйцомъ на такомъ мѣстѣ слизистой оболочки матки, которое выскабливанію не подвергалось. Врачъ, производившій вскрытіе, приходитъ къ заключенію, хотя и не категорическому, что надъ Адамовой была произведена операция для насильственнаго прекращенія беременности, и что смерть послѣдовала отъ разстройства дыханія, вызваннаго инфарктомъ легкаго, причемъ эмболь, обусловившій инфарктъ, былъ вызванъ внесеніемъ инфекции при операциіи насильственнаго прекращенія беременности. Въ записной книжкѣ покойной найдена отмѣтка объ уплатѣ 20 Апрѣля акушерки Лысой 15 рубл. При разборѣ дѣла въ Судѣ выяснились нѣкоторые факты, указывающіе на вѣроятность предположенія, что возникновеніе сепсиса имѣло мѣсто отъ зараженія при гинекологическомъ изслѣдованіи, произведенномъ однимъ изъ врачей 11 мая, благодаря полному пренебреженію пра-

вилъ асептики и антисептики. Окружной Судъ призналъ акушерку Лысю виновной въ покушеніи на изгнаніе плода и приговорилъ къ заключенію въ арестантскихъ отдѣленіяхъ на годъ, каковое назначеніе для женщинъ замѣняется тюрьмой на тотъ же срокъ.

Вѣст. Общ. Гигіены № 2.

83) Въ послѣднемъ № Вѣстника СПбургскаго Врачебнаго Общества Взаимной Помощи помѣщена интересная статья д-ра С. А. Новосельскаго—«Смертность врачей въ Россіи». Для опредѣленія силы смертности врачей авторомъ взяты цифры умершихъ за примыкающіе къ всеобщей переписи годы (1896—97), и за тоже время, въ видахъ сравненія, вычислены коэффициенты повозрастной смертности мужского населенія Европейской Россіи (правильная статистика Азіатской Россіи отсутствуетъ). То обстоятельство, что вычисленія основаны на данныхъ объ умершихъ врачахъ за сравнительно небольшой періодъ, всего въ два года, не имѣетъ, по словамъ д-ра Н., существеннаго значенія, такъ какъ смертность врачей, какъ всякой небольшой профессиональной группы, не подвержена значительнымъ колебаніямъ. Изъ полученныхъ таблицъ видно, что смертность врачей во всѣхъ возрастныхъ группахъ выше средней смертности мужского населенія. Если вспомнить, что смертность въ Россіи выше смертности всѣхъ остальныхъ Европейскихъ государствъ, при чемъ эта высокая смертность распространяется не только на дѣтскій возрастъ, какъ предполагаютъ нѣкоторые изслѣдователи, но и на рабочій возрастъ, то фактъ, что смертность русскихъ врачей превышаетъ еще и эту саму по себѣ высокую смертность, приобретаетъ особенное значеніе. Что касается причинъ смерти врачей, то получить точныя данныя при отсутствіи въ Россіи надлежащей регистраціи, крайне затруднительно. Наибольшая интенсивность отмѣчается въ смертности отъ легочной бугорчатки, самоубійствъ и остро заразныхъ заболѣваній, въ частности сыпного тифа.

84) На предстоящемъ 29 августа—4 сентября н. с. международномъ XVI Сѣздѣ врачей въ Будапештѣ членами могутъ быть 1) врачи, 2) ученые, представленныя Венгерскимъ Исполнительнымъ Комитетомъ и національными комитетами. Врачи, желающіе записаться въ члены сѣзда, должны обращаться непосредственно въ Будапештъ къ казначею проф. И. де-Элишсрѣ (Budapest, VIII, Esterházy ufeza 7) при этомъ прилагаютъ 25 кронъ членскаго взноса и визитную карточку съ обозначеніемъ имени, фамилии, адреса и секціи, въ которую желаютъ записаться. Члены сѣзда, желающіе сдѣлать сообщеніе, должны заявить объ этомъ не позже 30 апрѣля н. с. секретарю соотвѣтственной секціи въ Будапештѣ. Желательно также сообщеніе о докладахъ Русскому Национальному Комитету (Университ. линія № 3. Клинич. Повив. Институтъ). Члены сѣзда получаютъ безплатно слѣдующіе печатныя изданія: 1) до конгресса—доклады по избранной секціи, 2) различныя изданія при открытіи и во время конгресса и 3) черезъ нѣкоторое время послѣ конгресса собраніе трудовъ секціи и протокола ея засѣданій. Участники нѣсколькихъ секцій получаютъ труды той изъ нихъ, которая поставлена первой на ихъ заявленіи. За каждую дополнительную секцію уплачивается 10 кронъ. Желающіе получить труды всего сѣзда уплачиваютъ 150 кронъ, при чемъ подписка на труды всего сѣзда принимается не позже 30 марта

н. с. Венгерскій Исполнительный Комитетъ приложить всѣ старанія, чтобы получить скидку для гг. членовъ при проѣздѣ по Австрійскимъ и другимъ желѣзнымъ дорогамъ, а также и при поѣздкахъ на пароходѣ. Оповѣщенія о полученныхъ льготахъ будутъ сообщены въ свое время.

85) 19 апрѣля въ Н.-Новгородѣ при частной Лечебницѣ Женскихъ болѣзней и Родильномъ приютѣ д-ра П. П. Миклашевскаго открыта первая въ Нижегородской губ. акушерская школа.

86) *Стерилизація воды посредствомъ кварцевой лампы съ парами ртути (S. Courmont et Th. Nogier). Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences, № 8, 22 février, 1909. Переводъ *).*

Пары ртути начинаютъ свѣтиться въ безвоздушномъ пространствѣ при прохожденіи электрическаго тока (Агонс, 1892). Они продолжаютъ свѣтиться до тѣхъ поръ, пока проходитъ токъ. Соорет-Не Witt (1895), Villard, Debierné, Конрад, Нанн сооружали лампы, основанныя на этомъ принципѣ.

Küch (1905) показалъ, что, замѣняя стеклянную трубку кварцевой, можно получить свѣтъ чрезвычайно богатый лучами съ малой длиной волны. Кромayer устроилъ кварцевую лампу для терапевтическихъ цѣлей. Лампа Кромayer'a даетъ свѣтъ весьма богатый ультрафіолетовыми лучами (Fabry, Buisson, F. Vaileut, Küch et Retchinsky) Богатство ультрафіолетовыми лучами растетъ вмѣстѣ съ силой тока.

Th. Nogier et Thévenot (1908) доказали бактерицидную силу лампы Кромayer'a (культуры на агарѣ).

Мы попытались использовать эту бактерицидную силу для стерилизаціи питьевой воды.

Сначала мы примѣняли лампу Кромayer'a (4 ампера, 135 вольтъ). Мы констатировали бактерицидную силу ея въ водѣ на разстояніи 30 см. отъ лампы.

Послѣ этого мы соорудили металлическую бочку въ 115 L., которая имѣла въ діаметрѣ 60 см. и въ центрѣ которой была подвѣшена на своихъ электродахъ кварцевая лампа съ парами ртути длиной въ 30 см., функционирующая при 9 амперахъ (135 вольтъ). При помощи двухъ рычаговъ можно наклонять бочку, чтобы зажигать лампу. Стѣнки бочки находятся такимъ образомъ на разстояніи 30 см. отъ лампы.

Весьма многочисленные опыты показали намъ, что стерилизація воды получается полная (обыкновенные микробы воды, bacillus coli, bacillus Eberthi) къ концу 1—2 минутъ, даже когда опытъ производился съ водою весьма загрязненной, естественно или искусственно. Одной минуты почти всегда бываетъ достаточно.

Вода должна быть прозрачна.

Повышеніе температуры воды не превосходитъ нѣсколькихъ десятыхъ градуса.

Эта вода безвредна какъ для растений, такъ и для животныхъ.

*) Эта и слѣдующая замѣтки помѣщаются въ нашемъ Журналѣ въ виду возможности примѣненія ультрафіолетовыхъ лучей къ обезвреживанію воды и солевого раствора въ гинекологической хирургіи и акушерствѣ, а также для леченія злокачественныхъ новообразованій.

Наша бочка для опытовъ не указываетъ намъ, конечно, максимумъ р-зстоянія, на которомъ дѣйствуетъ лампа, такъ какъ разстояніе въ 30 см. было высчитано для лампы Кроммауера въ 4 ампера, тогда какъ наша лампа функционируетъ при 9 амперахъ.

Мы полагаемъ, что кварцевая лампа съ ртутными парами можетъ найти себѣ широкое примѣненіе въ практикѣ стерилизаціи питьевой воды (прозрачной). Достаточно для этого расположить лампы—безразлично, въ резервуарѣ ли съ водою, или въ водопроводной магистральной, на надлежащемъ разстояніи и такимъ образомъ, чтобы вода подвергалась освѣщенію въ продолженіи 1—2 минутъ.

Продолжительность дѣйствія лампъ теоретически не можетъ быть установлена. Надзоръ же будетъ не труденъ, стоитъ лишь просто слѣдить за свѣченіемъ лампъ.

87) *Стерилизація молока ультрафіолетовыми лучами* (V. Henri et Stodel. *Ibidem*, № 9, 1 mars, 1909). *Переводъ.*

Въ послѣднемъ засѣданіи Академіи Наукъ Courmont et Nogier показали, что можно легко стерилизовать прозрачную воду при помощи ультрафіолетовыхъ лучей, исходящихъ отъ кварцевой ртутной лампы (модель Кроммауера). Послѣ сообщенія, сдѣланнаго Guignard отъ имени этихъ авторовъ, Dastre заявилъ, что нѣсколько времени тому назадъ въ его лабораторіи начать цѣлый рядъ опытовъ надъ этимъ свойствомъ ультрафіолетовыхъ лучей, свойствомъ, которое получило названіе абіотическаго.

И дѣйствительно уже около 1 года одинъ изъ насъ (V. H.) занимается въ Физиологической лабораторіи въ Сорбоннѣ изученіемъ различныхъ химическихъ и біологическихъ свойствъ ультрафіолетовыхъ лучей (дѣйствіе на коллоиды, на каучукъ, на ферменты и на токсины). Кромѣ того M-lle Cernovodeanu et M. Nègre въ одномъ изъ засѣданій de la Soc. Biologie показали, что можно очень быстро получить исцѣленіе рака у мышей при помощи этихъ лучей (*Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 6 février 1905, № 5).

Бактерицидныя свойства ультрафіолетовыхъ лучей были доказаны большимъ числомъ авторовъ (работы лабораторіи Финзена въ Копенгагенѣ, фармакологической лабораторіи Tarreiner'a въ Мюнхенѣ, диссертация Kelle'a въ Цюрихѣ etc.). Мы попытались примѣнить эти свойства для стерилизаціи молока.

Въ нашихъ опытахъ мы пользовались двумя ртутными кварцевыми лампами.

Одна была большая модель Heгаeus, длиною въ 7 см., дающая при 110 вольтахъ и 4 амперахъ свѣтъ силою около 1500 свѣчей.

Другая была кварцевая лампа Küsch'a, изготовленная Компаніей Quarzlampegesellschaft, à Pankow, которая даетъ при 110 вольтахъ свѣтъ силою около 2000 свѣчей. Другая выгодная сторона послѣдней заключается въ томъ, что она автоматически зажигается.

Опыты производились съ одной стороны надъ молокомъ обильно зараженнымъ бульонной культурой бактерій; культуры прибавлялись и къ молоку предварительно стерилизованному при 115° и къ молоку обыкновенному. Съ другой стороны мы дѣлали опыты стерилизаціи обыкновеннаго молока купленнаго у торговцевъ.

Громдное число опытовъ, произведенныхъ на различныхъ образцахъ молока, показало намъ съ несомнѣнностью, что можно получить

полную стерилизацию молока при непосредственномъ воздѣйствіи ультрафіолетовыхъ лучей, не получая при этомъ значительнаго повышенія температуры молока.

Этотъ способъ даетъ, слѣдовательно, возможность избѣжать неприятныхъ побочныхъ явленій стерилизации молока высокой температурой.

88) *Советомъ С.-Петербургскаго Женскаго Медицинскаго Института опубликовано слѣдующее сообщеніе:* Съ разрѣшенія Министерства Народнаго Просвѣщенія, кафедра акушерства и гинекологій съ *преждевѣтскаго клиникой* объявляется вакантною и, согласно ст. 16 Положенія о С.-Петербургскомъ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ (ст. 500. Т. XI часть I, Сводъ Зак. изд. 1893 г.), открывается конкурсъ на соисканіе этой кафедры.

Желающіе занять означенную кафедру должны удовлетворять требованіямъ, указаннымъ въ ст. 15 ВЫСОЧАЙШЕ утвержденаго 10-го мая 1904 г. Положенія о С.-Петербургскомъ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ (ст. 499. Т. XI ч. I изд. 1893 г.) и представить Совету Института въ трехмѣсячный срокъ со дня сего объявленія, то есть не позднѣе 24 іюня 1909 года:

- 1) Заявленіе о желаніи занять кафедру,
- 2) Свои ученые труды и
- 3) Свою автобіографію (curriculum vitae).

89) Состоявшійся въ Кіевѣ третій Съѣздъ Общества Россійскихъ Акушеровъ и Гинекологовъ (2—5 апрѣля) собралъ 188 членовъ Съѣзда. Почетнымъ Предсѣдателемъ Съѣзда былъ проф. Д. О. Оттъ. Товарищами А. Т. Богаевскій и Э. А. Александровъ. Секретарями Съѣзда К. П. Улезко-Строганова и В. Я. Гусевъ. Съѣздъ имѣлъ семь научныхъ засѣданій, на которыхъ были заслушаны 47 докладовъ. Слѣдующій Съѣздъ постановлено собрать въ 1911 году во время рождественскихъ праздниковъ въ С.-Петербургѣ. Въ организационный комитетъ будущаго Съѣзда вошли слѣдующія лица: предсѣдателемъ проф. Д. О. Оттъ, секретаремъ В. В. Преображенскій, членами: проф. В. В. Строгановъ, Л. А. Кривскій, А. А. Редлихъ, проф. А. А. Муратовъ и проф. В. Ф. Снегиревъ.

Редакторы { Г. Рейнъ.
Л. Личкусъ.

Въ редакцію поступили слѣдующія рукописи:

1) *В. Я. Гусева.* Лѣченіе при рѣсента граевіа. 2) *П. Е. Унтилова.* Случай тератомы крестцовой области у ребенка, послужившей препятствіемъ для родовъ. 3) *Н. К. Неелова.* Къ вопросу объ аппендицитѣ и о заболѣваніи правыхъ придатковъ. 4) *Его же.* Къ вопросу о порокахъ сердца при беременности. 5) *С. С. Холмогорова.* Лобныя положенія. 6) *П. П. Ведетинскаго.* Рѣдкій случай родовъ доношенными тройнями. 7) *Г. Кудинъ.* Къ вопросу объ организаціи стаціонерной акушерской помощи въ провинціи.

Журналы и книги, присланные въ редакцію.

(Переданы въ бібліотеку Общества).

1) Русскій Врачъ № 10—11, 13, 14; 2) Врачебная Газета № 10—14; 3) Практическій Врачъ № 10—14; 4) Сибирская Врачебная Газета № 9—12; 5) Извѣстія Военно-Медицинской Академіи № 1—2; 6) Медич. Обзорѣніе № 5—6; 7) Вѣстникъ С.-Петербургскаго Общ. Взаимной помощи Вып. 18; 8) Соврем. Медицина № 2—4; 9) Соврем. Клиника и Терапія № 3; 10) Вѣстникъ Офтальмологии. Февраль; 11) Зубоврачебный Міръ № 10—11; 12) Харьковскій Медич. Журналъ. Февраль; 13) Русскій Хирургич. Архивъ. Кн. первая; 14) Вѣстн. Общ. Гигіены № 1—3; 15) В. Медич. Журналъ. Апрѣль; 16) Ученыя Записки Казанскаго Универс. Февраль—Мартъ; 17) Д. Д. Поповъ, М. Н. Порошинъ и О. Н. Тавилларовъ. Хирургическое лѣченіе неправильныхъ положеній матки; St. Petesburger Medic. Wochenschrift № 10—12, 14; 19) Finska Läkaresällskapet's Handligar. April; 20) Monthly Cyclopaedia and Medical Bulletin № 2; 21) Gynecologia № 5—6. 22) Warszawa; Gazeta Lekarska № 12—16; 23) Casopis Lékaruv Ceskych № 12—14, 16; 24) Medycyna № 12—16; 25) La Presse Médicale № 30; 26) Revue Clinique d'Andrologie et de Gynécologie № 168—169; 27) La Médecine Internationale № 3; 28) Le Monde Médical № 339; 29) La Gynécologie № 2; 30) Obstétrique № 1—3; 31) Акушерка. Апрѣль; 32) Универс. Извѣстія. Кіевъ. № 2; 33) Хирургія. Мартъ; 34) Зубоврачебный Вѣстникъ № 3—4; 35) Русск. Фельдшеръ № 3; 36) Фельдш. Вѣстникъ № 10—12; 37) Медицинск. прибавленія къ Морскому Сборнику. Февраль; 38) Русскій Журн. Кожн. и Венер. Болѣзней № 2—3; 39) Н. Я. Примо. Краткій медицинскій отчетъ по бесплатному Род. приюту. М. А. Дрожжиной за 1908 г. Отд. отискъ Журн. Акуш. и женск. болѣзней; 40) La Gynecologia Moderna. Febbraio; 41) Lucina № 3; 42) Gazette Médicale de Paris № 31; 43) Zdrowie № 4.

КРЕЙЦНАХЪ.

СЕЗОНЪ съ 1 мая по 30 сентября.

Сильно радиоактивные цѣлебные источники, содержащіе:
ІОДЪ, БРОМЪ и ЛИТІЙ.

Всѣ современные способы леченія и **НАИЛУЧШІЯ** санитарныя приспособленія.

Показанія: женскія и дѣтскія болѣзни, золотуха, рахитъ, кожныя болѣзни, болѣзни сердца, подагра, ревматизмъ.

Разсылка КРЕЙЦНАХСКОЙ СОЛИ.

Проспекты высылаются gratis и franco.

Обращаться въ Управление Курорта (Kurdirektion).

Новыя книги по Акушерству и Гинекологіи,

поступившія въ продажу въ книжномъ магазинѣ **К. Л. Риккера.**
Спб. Невскій пр., 14.

- Blau, A.** Ueber d. Entstehung u. Verbreitung d. Tuberkulose im weibl. Genitaltrakte 1909—1 p. 65 к.
- Dobbert, Th.** Der «verstärkte Wundschutz» im Lichte einer Serie von 500 Laparotomien 1909—40 к.
- Kubinyi, Dr. P.** Ueber die Inkarzeration d. retrofl schwangeren Gebärmutter u. d. konsekutiven Blasengangrän 1909—40 к.
- Leopold, G.** Vorschriften d. Reinigung (Desinf.-Ord.) f. Aerzte u. Hebammen d. kgl. Frauenklinik in Dresden. 6 Aufl. 1909—44 к.
- Machenhauer,** Ueber Retroflexio uteri 1909—55 к.
- Offergeld, Dr. H.** Über das sekundäre Uteruskarzinom. Eine pathol. anat. u. klin. Studie 1909—1 p. 54 к.
- Schatz, Prof. Dr. F.** Menstruelle u. menstruationsähnliche Blutungen nach der Empfängniss u. nach d. Entbindung in der ersten Zeit der Schwangerschaft u. d. Wochenbettes. 1909—40 к.
- Stieda, C.** Ueber v. ausgetragene Tubargravidität. Diss. Tübingen 1909—55 к.
- Veit, Prof. Dr. J.** Der Kaiserschnitt in moderner Beleuchtung 1909 40 к.
- Wagner, Dr. A.** Die Wochenbettspflege. Leitfaden f. Kindbettwärterinnen. 2 Aufl. 1909—66 к.

БРАЧНЫЙ ВОПРОСЪ

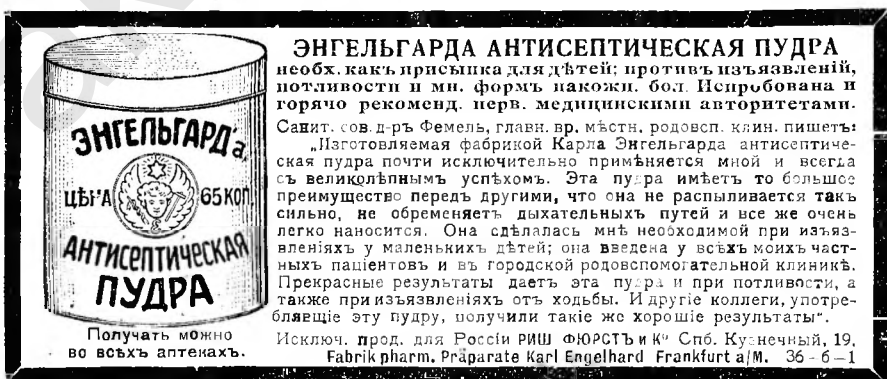
какъ

ДѢТСКІЙ ВОПРОСЪ.

Соч. **А. Н. ВОЛКОВИЧЪ.**

Цѣна 30 к.

Продается въ книжн. магазинѣ **Риккера.**



ЭНГЕЛЬГАРДА АНТИСЕПТИЧЕСКАЯ ПУДРА
необх. какъ присыпка для дѣтей: противъ изъязвленій, потливости и мн. формъ нахожи. бол. Испробована и горячо рекоменд. перв. медицинскими авторитетами. Санит. сов. д-ръ Фемель, главн. вр. мѣстн. родовсп. клин. пишетъ: „Изготавливаемая фабрикой Карла Энгельгарда антисептическая пудра почти исключительно примѣняется мной и всегда съ великолѣпнымъ успѣхомъ. Эта пудра имѣетъ то большое преимущество передъ другими, что она не распыливается такъ сильно, не обременяетъ дыхательныхъ путей и все же очень легко наносится. Она сдѣлалась мнѣ необходимой при изъязвленіяхъ у маленькихъ дѣтей; она введена у всѣхъ моихъ частныхъ пациентовъ и въ городской родовспомогательной клиникѣ. Прекрасные результаты даетъ эта пудра и при потливости, а также при изъязвленіяхъ отъ хохлабы. И другіе коллеги, употребляющіе эту пудру, получили такіе же хорошіе результаты“.

Исключ. прод. для Россіи **РИШ ФЮРСТЪ и К^о** Спб. Кузнечный, 19. Fabrik pharm. Präparate Karl Engelhard Frankfurt a/M. 36-6-1

Получать можно во всѣхъ аптекахъ.

E. Merck

Фабрика химическихъ препаратовъ, Darmstadt.

Dionin,

легко растворимое въ водѣ при нейтральной реакціи производное морфія, безъ побочныхъ явленій послѣдняго. Прекрасное болеутоляющее и успокаивающее средство при болѣзненныхъ страданіяхъ женской половой сферы.

Stypticin

на основаніи долговѣтнаго, обширнаго опыта признанъ какъ безусловно надежное кровеостанавливающее средство при всѣхъ, независящихъ отъ анатомическихъ измѣненій, кровотеченияхъ изъ матки послѣ выкидыша и родовъ, въ особенности же при функциональныхъ кровотеченияхъ.

Tropococain,

благодаря своимъ обезболивающимъ свойствамъ и относительной неядовитости, считается лучшимъ анестезирующимъ средствомъ. Въ особенности рекомендуется для спинномозговой анестезіи, преимущественно въ гинекологической практикѣ.

Perhydrol.

Химически чистая перекись водорода — Merck, абсолютно лишена кислотности; 30 вѣс. процентовъ $H_2O_2 = 100$ объем. проц. Превосходное дезинфицирующее и антисептическое средство съ дезодорирующими и кровеостанавливающими свойствами, вслѣдствіе чего особенно рекомендуется для акушерскихъ и гинекологическихъ цѣлей.

Вѣстникъ Офтальмологіи (XXVI годъ),

издаваемый проф. Беллярминовымъ, Головинымъ, Евецкимъ и прив.-доц. Люткевичъ, будетъ выходить въ 1909 году *ежемесячно* книжками въ 4—5 и болѣе листовъ **по слѣдующей програмѣ**: 1. Самостоятельныя статьи. 2. Систематическіе рефераты. 3. Отчеты Офтальмологическихъ Обществъ. 4. Русская Офтальмологическая библиографія. 5. Офтальмологическая хроника.

Подписная цѣна девять руб. съ перес. и доставк. Подписка принимается въ редакціи (Москва, Кудринская площ., д. № 1, кв. 12) и книжномъ магазинѣ А. Лангъ (Москва, Кузнецкій Мостъ, 13).

Редакторъ, прив.-доц. А. Люткевичъ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на

„ВОЕННО-МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ“

1909 годъ (87й изд.).

„Военно-Медицинскій Журналъ“ выходитъ *ежемесячно* книжками не менѣе 12 листовъ и содержитъ, кромѣ официальной части, слѣдующіе отдѣлы:

ВРАЧЕБНАЯ ЧАСТЬ.

А. Вспомогательныя отрасли медицины (какъ-то анатомія, физиологія, патологія и исторія медицины). **Б. Практическая медицина**: 1) Хирургія. 2) Внутреннія болѣзни. 3) Гигіена и военно-санитарное дѣло. 4) Прочія отрасли практической медицины. **В. Обзорніе текущей медицинской литературы**. 1) Вспомогательныя отрасли медицины. 2) Хирургія. 3) Внутреннія болѣзни. 4) Военная медицина. 5) Прочія отрасли практич. медицины. **Г. Критика и библиографія**. **Д. Отчеты и корреспонденціи**. **Е. Извѣстія**, касающіяся врачебнаго быта. **Ж. Отвѣты на запросы читателей и сотрудниковъ.**

По примѣру прошлаго года редакція имѣетъ въ виду, по мѣрѣ своихъ матеріальныхъ средствъ, снабжать своихъ читателей *безплатными* приложениями въ видѣ сочиненій по практическимъ отраслямъ медицины.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ Редакціи Военно-Медицинскаго Журнала (при Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи), Караванная улица д. № 1

Цѣна на годовое изданіе для военныхъ врачей 6 рублей съ пересылкою, а для частныхъ подписчиковъ безъ пересылки или доставки 6 руб. 50 коп. а съ пересылкою 8 руб. Допускается разсрочка подписной платы по полугодіямъ.

Для личныхъ переговоровъ по дѣламъ редакціи отвѣтственный редакторъ принимаетъ по вторникамъ и пятницамъ отъ 1—2 час. дня, въ помѣщеніи редакціи, при Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи.

Отвѣтственный редакторъ **И. Ф. Рапчевскій.**

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ

Медицинскія прибавленія

къ

Морскому Сборнику

будетъ выходить и въ 1909 году книжками отъ 4 до 5 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 руб. съ пересылкою.

Завѣдующій редакціей **П. С. Тимиревъ.**

СПБ. Гинекологическій Институтъ.

5-я Рождественская, д. 4 прот. ул. Жуковского,
устроенъ на 75 кроватей, въ специально выстроен. зданіи.

**Пріемъ больныхъ, страдающихъ женскими, акушерскими
и хирургическими болѣзнями.**

Особое вниманіе обращено на примѣненіе консерва-
тивныхъ методовъ леченія, для каковой цѣли имѣются
вполнѣ оборудованныя: водолечебница, грязелечебница, электро-
лечебница и свѣтолечебница и отдѣленіе для гимнастики и массажа.

Плата: отдѣльная комната отъ 4 руб., общая отъ 3 руб.
Амбулаторный пріемъ ежедневно отъ 11 до 4 ч. и отъ 7 до 8 ч. веч.
Телефонъ 23-59 и 73-03.

Институтъ открытъ въ теченіи всего года.

Открыта подписка на 1909 годъ
НА ЖУРНАЛЪ

„МЕДИЦИНСКОЕ ОБОЗРѢНІЕ“

С п р и м о н а,

издаваемый Обществомъ Русскихъ врачей въ Москвѣ,

подъ редакціей д-ра **Ф. П. РЕМЕЗОВА.**

Съ 1909 года журналъ вступитъ въ 36 годъ своего существованія,
являясь однимъ изъ старѣйшихъ медицинскихъ периодическихъ изданій.
Журналъ будетъ выходить книжками отъ 5 до 7 листовъ, дважды въ мѣсяцъ,
за исключеніемъ іюня, іюля и августа, когда онъ выходитъ по одному разу.

Программа журнала: оригинальныя статьи и рефераты по всѣмъ от-
рясамъ медицины, съ обращеніемъ особеннаго вниманія на клиническую
медицину, рецензіи новыхъ книгъ, отчеты о засѣданіяхъ московскихъ меди-
цинскихъ Обществъ, научныя новости и т. п. Съ 1907 года значительное мѣсто
дается отдѣлу общественной медицины (земской городской, фабричной), для
чего, кромѣ оригинальныхъ статей, ведется общественно-медицинская хроника.

Въ видѣ отдѣльныхъ приложений печатаются подробные протоколы
Общества Русскихъ Врачей.

Въ редакціи журнала *Медицинское Обзоріе* принимаютъ участіе за-
вѣдующіе отдѣлами: проф. **Л. Е. Голубининъ** (внутреннія болѣзни), д-ръ
Г. Л. Грауэрманъ (акушерство и женскія болѣзни), проф. **Н. С. Корсаковъ**
(дѣтскія болѣзни), проф. **А. В. Мартыновъ** (хирургія), прив.-доц. **М. А. Чле-
новъ** (кожныя болѣзни и венерическія), пр.-доц. **П. А. Преображенскій**
(нервныя болѣзни и психіатрія), докторъ **И. М. Рахманиновъ** (патологическая
анатомія), д-ръ **Ф. Н. Ремезовъ** (четвертый и пятый отдѣлы журнала), проф.
С. І. Червинскій (фармакологія), д-ръ **А. И. Свибневскій** (общественная ме-
дицина и гигиена).

Подписка принимается въ редакціи (Трубинковскій пер., д. Чегодаевой,
кв. д-ра **Ф. Н. Ремезова**), въ книжномъ магазинѣ **А. Ланга** (Кузнецкій мостъ),
въ лечебницѣ Общества Русскихъ врачей и у д-ра **А. А. Киселя** (1 Мѣсяц-
ская Дѣтская больница св. Ольги), къ которому и просятъ обращаться мно-
городнихъ подписчиковъ.

Цѣна за годъ 10 руб., за полгода 5 руб.

Плата за объявленія: цѣлая страница 20 руб., 1/2 страницы 12 руб..

1/4 страницы 6 руб. 50 коп. за одинъ разъ.

По постановленію 8-го Съѣзда при обществѣ Россійскихъ Хирурговъ учрежденъ фондъ имени проф. **П. И. Дьяконова** для выдачи премій за научныя работы по хирургіи. Приѣмъ взносовъ въ фондъ производится казначеемъ Общества **Ф. И. Березкинымъ** — Москва, Яузская Больница.

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

О Р Г А Н Ъ

общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева, проф. Н. М. Попова, проф. Н. А. Миславскаго и проф. В. П. Осипова.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ періодически четырьмя книжками въ общемъ объемѣ до 60 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками въ табл. и въ текстѣ. *Подписная цѣна на годъ 6 руб. Отдѣльныя книжки по 2 руб.* Журналъ посвящается невропатологіи и психіатріи съ судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологіи и эмбриологіи нервной системы, нервной физиологіи и психологіи.

П Р О Г Р А М М А: оригинальныя статьи и лекціи по всѣмъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературные обзоры, рефераты и рецензіи, относящіяся къ тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается *въ редакціи* (Казань, Университетъ, психофизиологическая лабораторія) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всѣми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльныхъ выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приѣму помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться въ *редакцію* (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ» просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. Н. А. Миславскаго (Казань), проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней), проф. Н. М. Попова (Одесса) и проф. В. П. Осипова (Казань). Размѣръ статей не долженъ превышать 5 печатныхъ листовъ, печатаніе свыше производится въ счетъ автора. Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя предсѣдателя Общества. Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распредѣленіе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условій, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи получаютъ 50 экз. отд. оттисковъ бесплатно.

Авторы и издатели, желающіе прислать свои изданія въ редакцію или въ бібліотеку О-ва, благоволятъ адресовать таковыя на имя *редакціи* (Казань, Университетъ). *О каждой книжкѣ или брошюрѣ, поступившей въ редакцію или въ бібліотеку общества, будетъ объявлено въ ближайшемъ выпускѣ журнала.*

Стоимость журнала за 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902 г по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи **Н. А. Донсковъ.**

ОТЪ РЕДАКЦІИ.

Вслѣдствіе состоявшагося соглашения между редакціей журнала и Бюро III Съезда Общества Россійскихъ акушеровъ и гинекологовъ въ Кіевѣ, съ настоящаго номера печатаются Труды Съезда въ нашемъ журналѣ.

97

БИБЛИОТЕКА
ЕКАТЕРИНБУРГСКОГО
Родовспомогательного Дома
№ 22

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛЕЗНЕЙ

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербурѣ

Годъ двадцать третій.

ЮЛЬ и АВГУСТЪ 1909 г. №№ 7 и 8.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XXII.

Лобныя положенія *).

С. С. ХОЛМОГорова.

Директора ИМПЕРАТОРСКАГО Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія.

Лобныя положенія, встрѣчаясь рѣдко, влекутъ въ большинствѣ случаевъ весьма не благопріятныя послѣдствія какъ для матери, такъ и для плода. Сравнительная рѣдкость ихъ имѣеть послѣдствіемъ то обстоятельство, что онѣ недостаточно изучены. По мнѣнію Витт'a (Руководство къ изученію Акушерства. 2-е русское изданіе. С.-Петербургъ. 1907., стр. 441) большого числа наблюденій надъ родами въ лобномъ положеніи не можетъ имѣть и очень занятой акушеръ. Это заставляетъ изучать и тѣ рѣдкіе случаи, которые попадаютъ, и описывать ихъ, чтобы дать возможность познакомиться хотя бы теоретически врачамъ, нерасполагающимъ большимъ матеріаломъ, дабы при встрѣчѣ съ подобными неправильными положеніями, они могли бы выдти изъ затрудненія.

Такая рѣдкость этихъ положеній и различныя осложненія, встрѣчающіяся при нихъ, побудили меня заняться изученіемъ ихъ на большомъ матеріалѣ ИМПЕРАТОРСКАГО Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія.

Частота лобныхъ положеній у различныхъ авторовъ различна. По Schatz'y (Encyclopädie f. Geb. und Gynäk. von Sänger und Herff. S. 295) они встрѣчаются 1 разъ на 2000 родовъ. Necker (Arch. f. Gynäk. Bd. 2) нашелъ ихъ въ 0,103% родовъ. У Grenser'a (Gynäk. Ges. zu Dresden. 1883) на 9349 родовъ въ Дрезден-

*) Читано въ извлеченіи на 3-мъ Всероссийскомъ съѣздѣ Гинекологовъ и Акушеровъ въ Кіевѣ 3-го апрѣля 1909 года въ вечернемъ засѣданіи.

скомъ Родовспомогательномъ Заведеніи приходится 21 лобное положеніе — 0,22%. Späth (Lehrbuch der Geb.) на 14424 родовъ нашель 7 лобныхъ положеній, т. е. I на 2060 родовъ. Hildebrandt (Monatsschr. f. Geb. Bd. 25) на 3409 родовъ имѣлъ одно лобное положеніе. Frank (Greifswald. 1903. Inaug. Diss. Zentralbl. f. Gyn. 1905. № 11. S. 336) въ Грейфсвальдской женской клиникѣ за II лѣтъ на 2489 родовъ имѣлъ 3 лобныхъ положенія. A. Moosmann (Ueber Gesichts- und Stirnlagen der Berner Universitäts-Frauenklinik und Poliklinik in den Jahren 1874—1901. Inaug. Diss. Bern. 1903. Zentralbl. f. Gyn. 1904. № 25. S. 812) на 19725 родовъ Бернскаго женскаго госпиталя нашель 44 лобныхъ положенія — 0,225%. У v. Steinbüchel'я (Ueber die Gesichts- und Stirnlagen. Wien. A. Holder. 1894. Centralbl. f. Gyn. 1894. S. 1133) за 18 лѣтъ на 52464 родовъ было 37 лобныхъ положеній — 0,06%. Heinricius (Accouchement par le front. Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynéc. 1885) нашель на 65697 родовъ 54 лобныхъ положенія. Walter (Die Stirn- und Vorderhauptslage. Inaug. Diss. Berlin. 1872) на 86050 родовъ 84 лобныхъ, а v. Weiss (Die Behandlung der Gesichts- und Stirnlagen. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 32. S. 394) на 19102 родовъ—19 лобныхъ положеній. A. Palotai (Ueber Stirnlage. Pester med. Presse. 1902 S. 968) на 17169 отмѣчаетъ 12, а Leopold (Deutsche med. Wochenschr. 1880. № 50) на 11340 родовъ—4 лобныхъ положенія. Михайловымъ (Средніе русскіе акушерскіе итоги за 50 лѣтъ (1840—1890) по матеріаламъ печатныхъ отчетовъ родовспомогательныхъ учреждений) лобныя положенія на 213284 родовъ отмѣчены 103 раза—0,04%. По Dobrowolsky (Verhandlungsmassregeln des Arztes bei Gesichts- und Stirnlagen. Przegląd lekarski. 1907. № 1 & 2. Zentralbl. f. Gyn. 1908. № 12. S. 422) въ Краковской Университетской клиникѣ на 800 родовъ приходятся одни роды, которые протекають въ лобномъ положеніи. Необыкновенная частота лобныхъ положеній встрѣчается у G. Knaiske (Ueber Gesichts- und Stirnlagen. Inaug. Diss. Breslau. 1901. Centralbl. f. Gyn. 1902. № 18. S. 476), который наблюдалъ одно лобное положеніе на 217 родовъ.

Отношеніе многородящихъ къ первородящимъ по v. Steinbüchel'ю (l. c.) 53:46, по Walter'у (l. c.) 72:30, по H. Peters'у (Die manuelle Korrektur der Deflexionslagen. Beiträge zur klin. Med. und Chirurg. 1895. Heft № 10) и v. Weiss'у (l. c.)—31:13. У G. Knaiske (l. c.) на 450 многородящихъ приходится I первородящая.

Въ лобныхъ положеніяхъ обыкновенно преобладаетъ вторая позиція надъ первой. Такъ G. Knaiske (l. c.) находитъ отношеніе 2-го къ I-му какъ 2:1. Franqué (Winckel's Handbuch der Geburtshilfe. Wiesbaden 1905. Zweiter Band. 3 Teil. S. 1574) на основаніи

216 новѣйшихъ случаевъ Berghaus'a, Kunicke, Peters'a, v. Steinbüchel'я, Walter'a и Weiss'a вычислилъ поровну 1-го и 2-го лобнаго положенія, тогда какъ при нормальныхъ черепныхъ положеніяхъ бываетъ обыкновенно 67 перваго положенія и 33 втораго. Исключеніе составляетъ A. Hölder (l. c.), по вычисленію котораго первое лобное положеніе встрѣчается чаще втораго.

Отношеніе числа мальчиковъ къ числу дѣвочекъ при лобныхъ положеніяхъ равно 450:100 (G. Knaiske. Ueber Gesichts- und Stirlanden. Inaug. Diss. Breslau. 1901. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1902: № 18. S. 476).

По мнѣнію многихъ авторовъ, напр. Küstner'a (Müller's Handbuch der Geburtshülfe. Stuttgart. 1889. Bd. 2. S. 724) лобныя положенія суть подвидъ лицевыхъ. Они въ противоположность затылочнымъ и лицевымъ не бываютъ во время беременности, какъ устойчивыя положенія головки, а появляются лишь въ видѣ переходнаго стадія и образуются обыкновенно изъ лицевыхъ положеній слѣдующимъ образомъ. Головка идетъ впередъ лбомъ и задерживается въ этой позиціи: подбородокъ не опускается, а лобъ останавливается въ проводной линіи. Эта фиксация переходной стадіи лицевого положенія во входѣ таза по мнѣнію Ahlfeld'a (Archiv f. Gyn. Bd. 16. Heft 1) совершается костными стѣнками таза, а иногда сокращающимся вокругъ шеи плода маточнымъ отверстіемъ и нижнимъ сегментомъ матки. Schatz (Ueber Stirnlagen. 71 Versamml. deutsch. Naturf. & Aertzte zu München v. 18 bis 23 Sept. 1899 Sitzung Mittwoch d. 20 Sept. Ref. Frommel's Jahresbericht. 13 Jahrgang S. 622) объясняетъ происхожденіе лобныхъ положеній влеченіемъ по направленію къ дну (funduswärts) на головку плода при посредствѣ младенческой шейки. Вслѣдствіе этого потягиванія назадъ затылочная кость дѣлается самымъ высокимъ, а лобъ самымъ низкимъ пунктомъ черепа. Это потягиваніе назадъ по его мнѣнію возникаетъ вслѣдствіе спазма внутренняго зѣва матки — Бандлевскаго сократительнаго кольца. Указанное спазмотическое суженіе охватываетъ шейку плода, тянетъ плечики вверхъ, вмѣстѣ съ ними шейку и основаніе черепа. Во время хода родовъ авторъ наблюдалъ слѣдующее. Въ теченіе часовъ головка плода идетъ при каждой схваткѣ до дна таза и отходить назадъ во время паузы. Подъ наркозомъ прекращается спазмъ, и образуется изъ лобнаго положенія лицевое, которое можетъ быть фиксировано щипцами, и въ такомъ положеніи головка извлекается.

Спазмъ этой области матки по мнѣнію Schatz'a (l. c.) узнаютъ

косвеннымъ путемъ по особенно болѣзненнымъ схваткамъ съ чувствомъ жилаго безъ соотвѣтствующаго низкаго стоянія головки, и прямымъ путемъ по перетягиванію шейки плода. Этотъ спазмъ повидимому ревматическаго происхожденія, и лобныя положенія встрѣчаются по его наблюденію гораздо рѣже въ лѣтніе мѣсяцы, тогда какъ въ лицевыхъ положеніяхъ такой разницы нѣтъ.

Съ такимъ объясненіемъ происхожденія лобныхъ положеній не соглашается Franqué (Winckel's Handbuch der Geburtshilfe. Zweiter Band. 3. Teil. S. 1582). По его мнѣнію стриктура нижняго сегмента матки или спазматическія сокращенія внутренняго маточнаго отверстія существуютъ, но онѣ являются слѣдствіемъ ненормальнаго односторонняго растяженія и раздраженія, которое испытываютъ стѣнки матки при разгибаніи черепа еще во время беременности, далѣе вслѣдствіе часто здѣсь бывающаго ранняго излитія водъ и наконецъ вслѣдствіе механическихъ препятствій. Все это имѣетъ послѣдствіемъ неправильную спазмотическую дѣятельность схватокъ, равно какъ чрезвычайно плотное прилеганіе матки ко всѣмъ контурамъ плода. Franqué (l. c.) отвергаетъ ревматизмъ Freund'a, который по мнѣнію Schatz'a долженъ вызывать ненормальныя сокращенія матки

Разгибаніе головки при лицевыхъ положеніяхъ иногда задерживается ручкой, запрокинутой за шею, или слишкомъ развитымъ черепомъ. Въ другихъ случаяхъ присутствіе втораго близнеца препятствуетъ разгибанію головки. Малая величина плода можетъ способствовать установкѣ головки въ лобномъ положеніи, такъ какъ небольшая головка, вступая лбомъ, погружается въ тазовую полость и здѣсь не находитъ достаточно мѣста для разгибанія. Этимъ объясняется сравнительная частота лобныхъ положеній при второмъ близнецѣ.

При лобныхъ положеніяхъ нерѣдко встрѣчаются узкіе тазы обыкновенно малой или средней степени. При крайнихъ степеняхъ суженія лобныхъ положеній не наблюдается, такъ какъ при нихъ невозможна типическая фиксация черепа. Heinrichius (l. c.) нашелъ узкіе тазы въ 25% лобныхъ положеній, Gehrke (Beitrag zur Aetiologie, Therapie und Prognose der Stirnlage. Diss. Berlin. 1888) и Walter (l. c.) въ 46% — 43%, а Peters (l. c.) въ 50%. Соловьевъ (l. c.) изъ 18 лобныхъ положеній въ 16 наблюдалъ суженные тазы. При этомъ (по Franqué) въ 75% отмѣчены плоскіе тазы, а въ 15% (по Walter'y l. c.) общесуженные.

Относительно способа прохожденія головки черезъ тазъ надо замѣтить слѣдующее.

Если плодъ малъ, то головка проходитъ черезъ тазъ безъ всякаго механизма, такъ какъ не встрѣчается никакого сопротивленія. Но обыкновенно сопротивленіе бываетъ большимъ, и механизмъ совершается по извѣстнымъ правиламъ. При большой головкѣ и нормальномъ тазѣ, или же при небольшой головкѣ и нѣсколько суженномъ тазѣ здѣсь является чрезвычайное затрудненіе, такъ какъ размѣръ, въ которомъ головка вступаетъ въ тазъ, представляется слишкомъ большимъ для самаго большого размѣра таза. Это несоотвѣтствіе обусловливаетъ очень большую продолжительность родовъ, что и составляетъ одно изъ обстоятельствъ, которыя угрожаютъ опасностію матери и плоду. Кромѣ того частыя и сильныя схватки затрудняютъ пляцентарное кровообращеніе плода и влекутъ асфиксію и смерть плода. Прежде придавали большое значеніе давленію на мозгъ, растяженію шеи, но въ настоящее время доказано, что эти моменты не играютъ здѣсь никакой роли. При лицевыхъ положеніяхъ они значительно серьезнѣе

Родовой механизмъ обыкновенно совершается такимъ образомъ. Головка вставляется во входъ таза поперечно или косо и въ этомъ положеніи иногда опускается ниже въ тазъ и тогда поворачивается такъ, что лицо помѣщается сзади симфиза, лобный и стрѣловидный швы проходятъ въ прямомъ размѣрѣ таза. Лобъ находится въ проводной линіи и на немъ образуется большая родовая опухоль. Когда лобъ вышелъ изъ наружныхъ половыхъ частей, то лицо выступаетъ изъ подъ лоннаго сочлененія почти до верхней челюсти, а за тѣмъ надъ промежностью показывается теменная часть головки и затылокъ. Въ концѣ всего выходитъ изъ подъ лоннаго сочлененія нижняя часть лица, ротъ и подбородокъ. Довольно часто головка вступаетъ въ тазъ съ косо или даже поперечно идущимъ лобнымъ швомъ, такъ что поворотъ лица въ прямой размѣръ наступаетъ поздно на днѣ таза. Иногда же поворота не бываетъ вовсе, и головка родится въ лобномъ положеніи съ лобнымъ швомъ, проходящимъ въ поперечномъ размѣрѣ таза. Очень рѣдко совершается поворотъ лица кзади. При проходѣ черезъ выходъ таза затылокъ упирается въ симфизъ, и выкатываніе головки происходитъ въ видѣ дальнѣйшаго разгибанія.

Подъ вліяніемъ указаннаго механизма родовъ черепъ сдвигается въ затылочно-лицевомъ направленіи, компенсаторное же вытяженіе происходитъ въ направленіи лба. На лбѣ, какъ сказано выше, образуется очень большая родовая опухоль, и онъ круто падаетъ къ лицу и затылку. Голова при разсматрива-

ній въ профиль получаетъ треугольную форму съ верхушкой у лба. Эти измѣненія головки ребенка не такъ легко сглаживаются, какъ измѣненія ея, обусловленные теченіемъ родовъ при легке протекающихъ положеніяхъ.

Вслѣдствіе выше приведенныхъ затрудненій дѣти при лобномъ положеніи рождаются значительно чаще мертвыми. Лучше другихъ исходы для дѣтей мы находимъ въ статистикѣ Ahlfeld'a (die Entstehung der Stirn- und Gesichtslagen. Leipzig. 1873), и это обстоятельство объясняется тѣмъ, что онъ сюда включилъ всѣ лобныя вставленія, которыя затѣмъ перешли въ лицевыя и черепныя положенія. Изъ 30 дѣтей у него трое были мацерированными. Изъ остальныхъ 27 дѣтей умерли во время родовъ или вскорѣ послѣ родовъ 5, при чемъ одинъ изъ этихъ пяти былъ недоношенъ (вѣсомъ въ 1000 грм.), а другой былъ гидроцефаликъ.

Далеко не столь благопріятны статистики другихъ авторовъ. Такъ у v. Helly (Ueber Stirnlagen. Zeitschr. d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien. Med. Jahrb. Jahrg. 17. Bd. 2) при 18 лобныхъ положеніяхъ получило только 8 живыхъ дѣтей, остальные 10 родились мертвыми. Послѣ оперативно оконченныхъ родовъ въ лобномъ положеніи по Steinbüchel'ю (l. c.) родилось дѣтей мертвыми 52,63 %. По Walter'y (Die Stirn—und Vorderhauptslage. Inaug. Diss. Berlin. 1872) при лобныхъ положеніяхъ получается 38 % мертвыхъ дѣтей. А. Mosmann (l. c.) вычисляетъ смертность дѣтей въ 7—8 разъ больше, чѣмъ при предлежаніи затылкомъ: При родахъ силами природы, которые по его статистикѣ были въ 43,18 % случаевъ, мертвыхъ дѣтей получило 15,79 %, а при родахъ, оконченныхъ оперативно, что было въ 56,82 % случаевъ, мертвыхъ было 44 %. Heinrichus (Accouchements par le front. Nouv. Arch. d'Obstétr. et de Gynéc. 1885) общую смертность дѣтей при лобномъ положеніи считаетъ равной 29,4 %. По G. Knaiske (l. c.) смертность дѣтей при этихъ положеніяхъ равна 36,36 %, изъ нихъ въ 27 % является непосредственно послѣдствіемъ родовъ. По Михайлову (l. c.) смертность дѣтей равна 43,1 %. По Wallich'y (De la symphyséotomie dans les présentations persistantes du front. Annal. de Gynéc. Tom. 57 p. 463) наблюдается 28,5 % смертности дѣтей. Franqué (Winckel's Handbuch der Geburtshülfe. Zweiter Band. 3 Teil. S. 1582) на основаніи 361 случая новѣйшей литературы вычисляетъ общую смертность дѣтей равную 36,9 %, а при самопроизвольныхъ родахъ—21,8 %.

Большое вліяніе на смертность дѣтей при лобномъ положеніи имѣетъ по Heinrichus'у (l. c.) способъ выхожденія головки. Если лобный и стрѣловидный швы при прорѣзываніи

головки стоять въ прямомъ размѣрѣ выхода таза, то смертность дѣтей равна 23—23,5%. Если же головка выходитъ въ поперечномъ размѣрѣ, то—60%.

Вѣсъ ребенка играетъ немаловажную роль при родахъ въ лобномъ положеніи. Средній вѣсъ по v. Steinbüchel'ю (l. c.) равнялся 3241, по Walter'у (l. c.)—3598, по Weiss'у (l. c.)—3459 грм. По Heinrich'ус'у (l. c.) на 231 случай, собранный имъ въ литературѣ, вѣсъ ниже 3000 грм. наблюдался 60 разъ, выше 3000 грм. 45 разъ, выше 3500 грм. 26 разъ. Franqué (l. c. S. 1576) на 189 случаевъ родовъ въ лобномъ положеніи нашель вѣсъ ниже 3000 грм. въ 41 случаѣ, выше 3000 грм. въ 94 и выше 3500 грм. въ 54 случаяхъ.

Роды въ лобномъ положеніи представляютъ гораздо больше опасностей и для матери, чѣмъ въ другихъ головныхъ и ягодичныхъ положеніяхъ. Заболѣваемость родильницъ здѣсь зависитъ въ значительной степени оттого, что роды тянутся очень долгое время. По A. Polotai (l. c.) продолжительность родовъ въ среднемъ 24,24 час. Но бываетъ продолжительность и нормальная, если плодъ малъ или роды наступаютъ преждевременно. Въ настоящее время опасность отъ затянувшихся родовъ въ значительной степени понижена введеніемъ антисептики и асептики. При широкомъ тазѣ и нормальныхъ размѣрахъ ребенка лобныя положенія не даютъ особенно худыхъ предсказаній для матери, только первые два періода значительно замедлены.

Но въ общемъ заболѣваемость здѣсь гораздо больше, и смертельные исходы бываютъ чаще. Такъ Walter (l. c.) изъ 103 случаевъ нашель въ 15% повышение T во время родовъ; онъ наблюдалъ 4 раза тимпанію матки и 2 раза повторные знобы. G. Knaiske (l. c.) заболѣваемость при лобномъ положеніи вычисляетъ въ 36,36%. У Eli. H. Long (Buffalo. Ueber Stirnlagen. Amer. Journal of Obstetr. 1885 September. p. 897) изъ 70 случаевъ родовъ въ лобномъ положеніи, собранныхъ имъ, въ 7 получился смертельный исходъ для матери—10%. Gehrke (Beiträge zur Aetiologie, Therapie und Prognose der Stirnlagen. Diss. Berlin. 1888. Ref. Frommel's Jahresbericht Bd. 2. S. 184) собралъ 63 случая лобныхъ положеній и нашель, что въ 10% матери умерли. У Heinrich'ус'a (l. c.) смертность матерей равна 17%, а у Franqué (l. c.)—6,14%.

Иногда вслѣдствіе сильныхъ схватокъ, необходимыхъ для изгнанія плода, образуются разрывы матки. Heinrich'ус'омъ

(l. c.) отмѣчены 5 разрывовъ матки на 166 лобныхъ положеній—3,01%. Franqué (l. c.) на 371 случай лобныхъ положеній, собранныхъ имъ въ литературѣ нашель, 12 разрывовъ матки—3,23%.

Наружныя части женщины при лобныхъ положеніяхъ находятся въ значительно большей опасности разрыва, чѣмъ при другихъ черепныхъ положеніяхъ, потому что лобное положеніе требуетъ наибольшаго растяженія вульвы. Окружность головки, которой она прорѣзывается при лобномъ положеніи, на нѣсколько сантиметровъ больше той, въ которой она проходитъ при затылочномъ положеніи. Вслѣдствіе этого разрывы промежности здѣсь наблюдаются чаще, по v. Steinbüchel'ю на примѣръ, въ 37,5%.

Долгое сдавливаніе мягкихъ частей ведетъ къ образованію мочевыхъ фистуль.

Частота операций при лобныхъ положеніяхъ значительно больше, что конечно до извѣстной степени увеличиваетъ опасность инфекции. Franqué (l. c.), собравшій изъ литературы 303 родовъ въ лобномъ положеніи, нашель, что оперативная помощь потребовалась въ 75%. По G. Knaiske (l. c.) частота операций равна 72,72%, а по Михайлову (l. c.)—76,93%.

Если наступаютъ роды въ лобномъ положеніи плодовъ маленькихъ, истощенныхъ, то здѣсь не требуется никакого пособія. Такіе роды протекаютъ обыкновенно безъ затрудненій. Если же дѣло идетъ о мацерированныхъ дѣтяхъ, но при томъ о такихъ, головка которыхъ не утратила физиологической плотности, то слѣдуетъ сдѣлать довольно рано перфорацию. Если же въ лобномъ положеніи устанавливается гидроцефаликъ, хотя бы и живой, то здѣсь рекомендуется произвести пункцію троакарномъ.

Многіе описываютъ благопріятные исходы родовъ въ лобномъ положеніи, предоставленныхъ силамъ природы. Такъ Hubert de Lorain (Présentation du front. Arch. de Tocol. 17. pag. 448), Rasch (Ueber einen Fall von Stirnlage mit nach hinten gerichtetem Kin n. Inaug. Diss. Würzburg. 1885). Lauro (Neapel. Arch. di obs. e gin. 1896. September. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1897. S. 1000), Leo (Stirnlage mit mentoposteriorem Austrittmechanismus. Zeitschrift f. Geb. und. Gyn. Bd. 58. H. 1), Planchu (Die verschiedenen Arten der spontaner Entwicklung bei Stirnlagen. Lyon med. 1903. November 8) и другіе. По Михайлову (l. c.) роды силами природы произошли въ 23,07% всѣхъ собранныхъ имъ лобныхъ положеній.

Но если плодъ средней величины или даже большой ребе-

нокъ находится въ лобномъ положеніи, то здѣсь приходится много подумать надъ тѣмъ, какой выбрать методъ для терапіи.

Многіе рекомендуютъ по возможности рано опредѣлить лобное положеніе и уже въ концѣ беременности или въ самомъ началѣ родовъ стараться исправить соотвѣтствующимъ положеніемъ женщины. Такъ А. W. Russel (*Der Mechanismus, die Diagnose und die Behandlung der occipito-posteroren Lagen. Glasgow med. Journ. 1906. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1907. № 31. S. 976*), если ему удавалось опредѣлить лобное положеніе во время беременности, заставлялъ этихъ особъ послѣдніе 14 дней ежедневно 1—2 раза въ день принимать на нѣсколько минутъ колѣбно-локтевое положеніе и послѣ этого лежать на той сторонѣ, куда направленъ затылокъ. Dobrowolsky (l. c.) при лобномъ положеніи, если пузырь цѣль и головка не фиксирована, рекомендуетъ исправленіе положенія плода укладываніемъ роженицы на боку, соотвѣтствующемъ спинкѣ плода. Spiegelberg при высоко неплотно стоящей головкѣ въ лобномъ положеніи рекомендуетъ поворотъ. Но принимая во вниманіе, что лобное положеніе во входѣ въ тазъ есть часто только начальная стадія лицевого положенія, а эти послѣднія при среднихъ размѣрахъ таза и плода даютъ совершенно благопріятныя предсказанія, многіе рекомендуютъ удерживаться отъ какихъ либо вмѣшательствъ. Franqué (l. c.) совѣтуетъ прибѣгать къ повороту гораздо позже. Если по истеченіи водъ головка при многочасовомъ наблюденіи находится все въ лобномъ положеніи, при чемъ величина головки и размѣры таза не представляютъ никакихъ уклоненій, то онъ рекомендуетъ произвести поворотъ, который даже и тогда по наблюдению v. Magnusa (*Zur Therapie des engen Becken. Monatsschr. f. Geb. und. Gyn. Bd. 17. 1903*) даетъ предсказаніе для дѣтей немногимъ хуже, чѣмъ при стоячихъ водахъ.

Если убѣдились, что лобное положеніе установилось, то многими рекомендуется произвести превращеніе его въ затылочное положеніе.

Есть нѣсколько способовъ исправленія лобнаго положенія въ затылочное. Самый старинный способъ принадлежитъ Vaude-losque'у и имѣетъ двѣ модификаціи. 1. Рукою, введенною въ половые органы, поднимаютъ головку изъ тазового канала вверхъ и одновременно рукою, лежащею снаружи, затылокъ сдавливаютъ въ тазъ. 2. Одною рукою изнутри дѣйствуютъ на одинъ затылокъ. Способъ Schatz'a состоитъ въ томъ, чтобы наружными приѣмами лордозъ позвоночнаго столба лобнаго положенія

превратить въ кифозъ затылочнаго. Для этого черезъ брюшные покровы надавливають на грудь плода спереди одной рукой, а другою на ягодицы сзади. Если образовалось кифотическое членорасположеніе плода, то при достаточно подвижной головкѣ подбородокъ самъ приближается къ груди, т. е. дѣлается затылочное положеніе. Отсюда видно, что способъ этотъ пригоденъ лишь при подвижной головкѣ и его можно примѣнять или во время беременности, или въ крайнемъ случаѣ въ періодѣ откритія.

Энергичнѣе дѣйствуетъ способъ Thorn'a (Zur manuellen Umwandlung der Gesichts—und Stirnlagen. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 31. S. 1). Наружной рукой дѣйствуютъ на ягодицы какъ при Schatz'eвскомъ способѣ, а внутренней рукой на затылокъ, какъ при Vaudeloscque'овскомъ. Съ этой цѣлю вводятъ руку, соответствующую спинкѣ плода всю или половину въ половыя части женщины и, приподнявъ слегка головку надъ входомъ въ тазъ, подвигаютъ лобъ, темя и т. д. по направленію къ груди плода, цѣпляясь при этомъ пальцами за выступы и роднички черепа. Въ тоже время внѣшняя рука способствуетъ сгибанію, сдавливая затылокъ въ тазъ. Главнымъ же образомъ эта рука пригибаетъ ягодицы плода по направленію къ тазу матери, пока, не получится нормальный кифозъ плода. Рекомендуются дѣлать эту операцію въ положеніи женщины на боку съ приподнятымъ тазомъ, особенно если головка опустилась уже низко. При этомъ остерегаются примѣнять какое либо насиліе. Если превращеніе удалось, то стараются новое членорасположеніе плода укрѣпить положеніемъ роженицы на боку, къ которому направлена спинка плода, а если возможно, то надо вдавать головку въ тазъ по Hofmeier'y. Если эти способы не удаются то предлагаютъ дѣлать превращеніе лобнаго положенія въ лицевое по способу Соловьева, хотя лицевыя положенія далеко не могутъ считаться нормальными и сами не рѣдко требуютъ превращенія въ затылочные, но все же имѣютъ въ общемъ лучшій исходъ, чѣмъ лобныя.

За превращеніе лобныхъ положеній въ затылочные высказывается Н. Peters (Die manuelle Korrektur der Deflexionslage. Beiträge zur klin. Med. und Chir. Heft 10), Moosmann (l. c.), Eli H. Long (l. c.). Послѣдній собралъ 68 случаевъ лобнаго положенія, леченныхъ различными способами. Изъ 30 случаевъ, предоставленныхъ силамъ природы, 7 окончились смертью дѣтей. Изъ 16 случаевъ, въ которыхъ положеніе плода было исправлено внутренними приѣмами, умеръ одинъ ребенокъ. За превращеніе

высказываются также Lauro (l. c.), H. Rose (Herabziehen des Gesichtes am Oberkiefer bei Stirnlagen. Centralbl. f. Gyn. 1897. S. 1456) и Gehrke (l. c.). Последний между прочим отмѣчаетъ, что въ II случаяхъ, гдѣ это было испытано, удалось только въ 4-хъ—36,36 %. Franqué (l. c.) стоитъ также за превращеніе въ затылочное положеніе, но при томъ только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ исключены всякія осложненія и гдѣ идетъ дѣло о дѣйствительно стойкомъ лобномъ положеніи, а не о переходной стадіи лицеваго.

Но далеко не всѣ стоятъ за ручное превращеніе лобнаго положенія въ затылочное. Такъ A. Palotai (l. c.) отвергаетъ эту манипуляцію на томъ основаніи, что по статистикамъ, приведеннымъ имъ, результаты послѣ превращенія не бываютъ лучшими, чѣмъ до него. При этомъ является опасность инфекции. Weiss (l. c.) указываетъ также, что опасность инфекции при ручномъ превращеніи довольно значительная, такъ какъ рука при низдвиганіи затылка легко заноситъ патогенные микроорганизмы изъ влагалища въ нижній сегментъ матки, обнаженный отъ оболочекъ яйца.

Если попытки превратить лобное положеніе въ затылочное не удалось, время для поворота прошло, то въ виду опасности инфекции, образованія фистулы или разрыва матки не слѣдуетъ слишкомъ долго медлить съ осторожнымъ примѣненіемъ щипцовъ. Franqué (l. c.) указываетъ, что результаты ихъ не такъ благоприятны, какъ это имѣлъ Fritsch, но все же удовлетвориельны. Онъ отмѣчаетъ, что въ щипцахъ головка иногда переходитъ изъ лобнаго положенія въ лицевое. Но онъ предостерегаетъ отъ форсированнаго примѣненія этой операціи.

За щипцы въ подобныхъ случаяхъ высказываются Bode (Centralbl. f. Gyn. 1885 № 8), Bockelmann (Stirnlage beim zweiten Zwilling. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 22. S. 465), Dobrowolsky (l. c.), Küstner (l. c.) и др. Schatz (l. c.) совѣтуетъ накладывать щипцы на лобъ и на затылокъ. Если же головка вступила въ тазъ, то онъ рекомендуетъ щипцами подвести затылокъ или корень носа подъ лобковую дугу. Loviot (Forceps avec reduction manuelle pour une variété postérieure du sommet. Bull. et mem. Soc. obstétr. et gyn. de Paris. 1888. 4. 135) предлагаетъ накладывать щипцы, когда положеніе головки предварительно исправлено.

При головкѣ, вколоченной въ тазъ въ лобномъ положеніи, если надежда на ея прохожденіе въ неуменьшенномъ видѣ потеряна, а мать настойчиво желаетъ живого ребенка, нѣкоторые предлагаютъ дѣлать въ этомъ случаѣ симфизеотомию. Такъ Fru-

hingsholz (Nancy, Présentation du front. Revue prat. d'obstétr. et de pediatri. 1906 № 206—207) при живомъ плодѣ дѣлать симфизеотомию. Lauro (Contribuzione casuistica al parto per la fronte, e considerazione. Arch. di ost. e gin. 1896. № 8—9) также совѣтуетъ прибѣгать къ симфизеотоміи, если щипцы не удаются. По его мнѣнію симфизеотомию слѣдуетъ предпочесть трудному извлеченію щипцами, хотя онъ въ одномъ случаѣ симфизеотоміи потерялъ и мать и ребенка. Wallich (De la symphyséotomie dans les présentations persistantes du front. Soc. d'Obst., de Gynéc. Tom. 57. p. 463), приводит исходы лобныхъ положеній въ клиникѣ Baudelocque'a (7 случаевъ съ 0% материнской и 28,5% дѣтской смертности), указываетъ, перфорация живого ребенка можетъ быть въ этихъ случаяхъ избѣгнута только симфизеотоміей. G. Kolicher (Chicago. Deflexionslagen. Journal of amer. med. assoc. 1902. August. 16.) при живомъ плодѣ и вколотившейся въ тазъ головкѣ въ лобномъ положеніи также высказывается за симфизеотомию.

Если же нѣтъ возможности окончить роды въ лобномъ положеніи какимъ нибудь другимъ способомъ и нѣтъ основанія прибѣгать къ тазорасширяющимъ операціямъ въ виду того, что сердцебіеніе плода уже ослабло, или даже вовсе не прослушивается, или роженица уже инфицирована, или же она отказывается отъ пубіотоміи, то не остается ничего другого, какъ прибѣгнуть къ перфорации даже живого плода. И здѣсь часто приходится не откладывать этой операціи, такъ какъ въ противномъ случаѣ матери угрожаютъ очень тяжелыя осложненія, фистулы, разрывы матки.

Послѣ этихъ свѣдѣній, собранныхъ изъ литературы, обратимся къ матеріалу нашего Родовспомогательнаго Заведенія.

Я просмотрѣлъ журналы за послѣдніе 25 лѣтъ и нашелъ, что за этотъ промежутокъ времени (отъ 1884 по 1908 включительно) было 130678 родовъ, изъ которыхъ лобное положеніе наблюдалось въ 101 случаѣ—0,077%. Частота сравнительно небольшая, не смотря на то, что въ наше Заведеніе и теперь, а особенно прежде, попадаютъ почти всѣ патологическіе роды. Но 101 случай изъ одного и того же учрежденія имѣетъ большее значеніе для какихъ либо выводовъ, такъ какъ наблюденія у насъ велись по одному и тому же образцу, равно какъ и показанія къ операціямъ вырабатывались одни и тѣ же, и операціи совершались приблизительно при однихъ и тѣхъ же условіяхъ. Однимъ словомъ матеріалъ получился однородный, чего нельзя сказать, если наблюденія собраны изъ различныхъ учрежденій.

Обратимся къ особенностямъ, свойственнымъ родамъ въ лобномъ положеніи.

Большинство авторовъ отмѣчаетъ рѣзкое преобладаніе многородящихъ надъ первородящими. Наши наблюденія также подтверждаютъ эти данныя: у насъ на 22 первородящихъ пришлось 79 многородящихъ, въ отношеніи 27,8 : 72,2, тогда какъ обыкновенно первородящія относятся къ многородящимъ по отчетамъ нашего Заведенія какъ 38,9 : 61,1.

Указывалось многими преобладаніе второго положенія надъ первымъ. У насъ также спинка была обращена вправо въ 52 случаяхъ и лишь въ 49 влѣво, т. е. почти поровну, тогда какъ обыкновенно при черепныхъ положеніяхъ на 67% перваго положенія приходится 33% второго *).

Что же касается до указанія G. Knaiske (i. c.) на громадное преобладаніе мальчиковъ надъ дѣвочками (450 : 100), то это мы можемъ подтвердить только до извѣстной степени, а именно на 54 мальчика было 47 дѣвочекъ,—въ отношеніи 53,46 : 46,54, тогда какъ обыкновенно у насъ въ Заведеніи число мальчиковъ относится къ числу дѣвочекъ, какъ 51,42 : 48,58

Узкіе тазы отмѣчены при лобныхъ положеніяхъ чаще, чѣмъ они наблюдаются вообще, при чемъ обыкновенно бываютъ суженія малой или средней степени. Мы нашли суженія изъ 101 случая въ 46—45,54%. обыкновенно же въ нашемъ Заведеніи узкіе тазы попадаютъ гораздо рѣже, въ 14,47% (Холмогоровъ. Вѣсь дѣтей при узкомъ тазѣ. Русскій Врачъ. 1904. №8, стр. 282). При этомъ изъ этихъ 46 узкихъ тазовъ было плоскихъ 37 — 80,43% и общесуженныхъ 9—19,57%.

Указаніе на сравнительную частоту лобныхъ положеній при второмъ близнецѣ мы затрудняемся подтвердить. Въ нашемъ 101 случаѣ лобныхъ положеній мы имѣли 4 двоенъ—3,96%, при чемъ въ лобномъ положеніи въ двухъ случаяхъ былъ первый плодъ, а въ двухъ 2-ой плодъ. Между тѣмъ двойни были въ нашемъ Заведеніи за эти 25 лѣтъ 2613 разъ, и на это число было всего 4 лобныхъ положенія, отмѣченныхъ выше, такъ что связь двоенъ съ лобнымъ положеніемъ по нашимъ наблюденіямъ установить невозможно.

Мы также должны подтвердить очень большую смертность

*) Мы не включаемъ сюда другихъ близнецовъ при двойняхъ, которые не были въ лобномъ положеніи. Такъ какъ было четыре двойни, то всѣхъ дѣтей, родившихся у 101 женщины, было 105. Мы же всюду имѣемъ въ виду 101 ребенка, родившагося въ лобномъ положеніи.

дѣтей. при лобномъ положеніи. У насъ на 52 живыхъ ребенка родилось 49 мертвыхъ, изъ которыхъ одинъ былъ мацерированнымъ. Такимъ образомъ смерть остальныхъ 48 должна быть поставлена въ большую или меньшую зависимость отъ лобнаго положенія. Такимъ образомъ у насъ смертность дѣтей въ лобномъ положеніи равна 46,53%.

Въ нашихъ случаяхъ мы не могли подмѣтить связи между увеличеніемъ вѣса дѣтей и увеличеніемъ мертворожденныхъ. Въ указанномъ 101 случаѣ было дѣтей вѣсомъ менѣе 3000 грм. 22, изъ которыхъ родились живыми 8—36,66% и мертвыми 14—63,34%. Дѣтей вѣсомъ отъ 3000 до 3500 грм. было 30, изъ которыхъ 15 родились живыми и мертвыми 15—50 : 50. Выше 3500 грм. было дѣтей 49, изъ которыхъ родились живыми 28—57,14%, мертвыми 21—42,80%. На основаніи нашихъ случаевъ приходится придти къ заключенію нѣсколько противорѣчащему заключенію другихъ авторовъ, а именно что чѣмъ крупнѣе бываютъ дѣти въ лобномъ положеніи, тѣмъ больше ихъ родится живыми.

Что касается заболѣваемости матерей, то у насъ изъ 101 родильницы 71 перенесла безлихорадочный послѣродовый періодъ (70,29%). Хворали болѣе или менѣе тяжелыми послѣродовыми заболѣваніями 27 женщинъ—26,73%. Заболѣваемость, какъ оказывается, небольшая, такъ какъ у другихъ авторовъ она доходитъ до 36,36%. Умерли 3 родильницы—2,97%. Смертность также весьма небольшая, потому что у другихъ авторовъ она равна 6,14%, 10% и 17%. Изъ этихъ трехъ умершихъ одна погибла отъ остраго малокровія вслѣдствіе разрыва матки черезъ 13 часовъ послѣ родовъ, вторая скончалась на 3-й день послѣ родовъ отъ септического перитонита, съ явленіями котораго уже во время родовъ она поступила. Третья умерла на 4-й день отъ септического перитонита вслѣдствіе colparrorrhæxis.

Разрывы матки не составляютъ рѣдкости при лобныхъ положеніяхъ, какъ это видно изъ приведенной литературы. У насъ, какъ я только что указалъ, было на 101 случай 2 разрыва матки—1,08%, тогда какъ въ другихъ статистикахъ получаютъ 3,01% и 3,23% разрывовъ матки.

Фистуль въ нашихъ случаяхъ, несмотря на довольно продолжительное теченіе нѣкоторыхъ родовъ, не было ни разу.

Что касается до разрывовъ промежности, то число ихъ у насъ сравнительно немного увеличилось противъ обычнаго. Было всего 10 разрывовъ промежности на 101 роды въ лобномъ

положеніи, т. е. 9,91%, тогда какъ обыкновенно въ нашемъ Заведеніи встрѣчаются въ 6,82%. Этотъ приростъ сравнительно небольшой, потому что у нѣкоторыхъ авторовъ, приведенныхъ выше, число разрывовъ промежности при лобныхъ положеніяхъ доходитъ до 37,5%.

Частота операций при лобныхъ положеніяхъ очень значительная. У насъ она доходила до 78,72%, что немного превосходить впрочемъ статистики другихъ авторовъ — 72,72%, 75% и 76,93%.

Что касается до родовъ силами природы, то они наблюдались у насъ въ 22 случаяхъ—21,78%. Изъ этихъ 22 случаевъ въ 12-ти головка родилась въ лобномъ положеніи (въ № 4, № 10, № 36, № 49, № 70, № 72, № 73, № 79, № 86, № 94, № 97 и № 101). Въ 4-хъ случаяхъ (№ 3, № 8, № 24 и № 32) родилась головка въ затылочномъ положеніи, въ которое она была предварительно переведена ручными приемами. Наконецъ въ 6 случаяхъ (№ 5, № 9, № 11, № 13, № 30 и № 67) головка самопроизвольно перешла въ лицевое положеніе, въ которомъ и совершились роды. У Михайлова число родовъ силами природы было въ 23,07%. У насъ при самопроизвольныхъ родахъ получился 21 живой ребенокъ (95,45%) и 1 мертвый—4,55%. У Mosmann'a при такихъ же родахъ число мертвыхъ дѣтей доходить до 15,79%, а у Franqué даже до 21,8%.

Въ 30 случаяхъ (29,70%) были наложены щипцы съ успѣхомъ, при этомъ въ 7 случаяхъ (№ 14, № 55, № 76, № 81, № 82, 83 и № 89) головка въ щипцахъ перешла въ лицевое положеніе, въ которомъ и была выведена. Въ 3 случаяхъ (№ 29, № 34 и 53) головка въ щипцахъ перешла въ затылочное положеніе, въ которомъ и произошло извлеченіе. Въ 2 случаяхъ (№ 43 и № 44) щипцы наложены на головку въ лицевомъ положеніи, въ которое перешло лобное силами природы. Въ одномъ случаѣ (№ 84) щипцы наложены на головку, стоящую въ затылочномъ положеніи, въ которое она была переведена изъ лобнаго по Thorn'y. Въ остальныхъ 17 случаяхъ головка извлечена щипцами въ лобномъ положеніи. При родахъ, оконченныхъ щипцами получилось 25 живыхъ дѣтей (83,33%) и 5 мертвыхъ (16,67%).

Поворотъ былъ примѣненъ въ 13 случаяхъ (12,87% всѣхъ всѣхъ родовъ въ лобномъ положеніи). При этомъ удалось извлечь послѣдующую головку неповрежденною въ 10 случаяхъ и въ 3 ее пришлось перфорировать. Дѣтей при этомъ получилось живыми 7 (53,84%) и 6 мертвыми (46,16%).

Попытки превратить лобное положеніе въ затылочное были сдѣланы въ 35 случаяхъ, изъ которыхъ удался только въ 5 (14,28%).

23 раза (22,77% всѣхъ родовъ въ лобномъ положеніи) были сдѣланы попытки наложить щипцы, неувѣнчавшіяся успѣхомъ. Послѣ чего пришлось прибѣгнуть къ краниотоміи. Въ тѣхъ случаяхъ, когда наступала опасность для матери, а спасти ребенка не представлялось возможнымъ, за исключеніемъ можетъ быть тазорасширяющихъ операций и въ случаѣ завѣдомой смерти плода у насъ дѣлали перфорацию головки. Эта операція была примѣнена въ 36 случаяхъ (46,16%).

Подводя итоги, мы должны сказать, что смертность дѣтей въ нашихъ случаяхъ лобнаго положенія довольно большая (46,53%), но заболѣваемость матерей значительно ниже, чѣмъ у многихъ авторовъ—26,73% противъ 36,36%. Что же касается до смертности матерей (2,97%), то она очень низка противъ другихъ авторовъ, у которыхъ она доходитъ до 6,14%, 10% и даже до 17%. Такой незначительный % умершихъ матерей объясняется тѣмъ, что у насъ не ждали наступленія тяжелыхъ симптомовъ и прибѣгали къ перфорации, жертвуя въ нѣкоторыхъ случаяхъ ребенкомъ для сохраненія матери. Если же другіе выжидали больше насъ, то они, получая ничтожное увеличеніе числа живыхъ дѣтей, которыя вѣроятно вскорѣ и сами гибли, страшно повышали % смертности матерей.

Своевременно произведенной операціей мы избѣгли образованія фистуль, имѣли лишь ничтожный приростъ противъ обычнаго числа разрывовъ промежности и получили меньше другихъ разрывовъ матки (1,98% противъ 3,01—3,23%).

Наилучшіе исходы для дѣтей дали роды, окончившіеся силами природы, и хуже оконченные оперативно. Но изъ этого нельзя вывести заключенія, что операціи оказываютъ вредъ ребенку. Извѣстно, что оперативно оканчиваются роды болѣе тяжелые, чѣмъ тѣ, которые могли окончиться сами собой.

Относительно превращенія лобнаго положенія въ затылочное мы должны сказать, что оно какъ подготовительная операція крайне желательна, но къ сожалѣнію далеко не всегда выполняется. У насъ превращеніе удалось только въ 14,28%. При осторожномъ нефорсированномъ примѣненіи оно совершенно безопасно и технически проще, чѣмъ при родахъ въ лицевомъ положеніи. Оно иногда удается даже при головкѣ глубоко стоящей въ тазу. Но мы должны подчеркнуть, что превращеніе не дол-

жно считаться, какъ дѣлають нѣкоторые, родоразрѣшающей операцией, потому что и послѣ удачнаго превращенія можетъ потребоваться наложеніе шипцовъ, что и было у насъ въ одномъ изъ 5 случаевъ удавшагося превращенія (20%).

Слѣдовательно какъ родоразрѣшающія операциі здѣсь могутъ конкурировать только двѣ—щипцы и поворотъ.

У насъ щипцы съ успѣхомъ были примѣнены 30 разъ, при чемъ получилось 25 живыхъ дѣтей (83,33%) и 5 мертвыхъ (16,67%). Поворотъ былъ произведенъ въ 13 случаяхъ. Получилось при этомъ 7 живыхъ дѣтей (53,84%) и 6 мертвыхъ (46,16%). Изъ этого конечно ясно видно преимущество примѣненія щипцовъ. Не столь рѣзко, но также и у другихъ авторовъ щипцы даютъ лучшіе результаты, чѣмъ поворотъ (у Thogn'a поворотъ даетъ 33,3% мертвыхъ дѣтей, а щипцы только 27,2%). На основаніи всего этого надо склоняться къ употребленію щипцовъ и избѣгать, по возможности поворота. И это тѣмъ болѣе, что при лобныхъ положеніяхъ часто встрѣчаются узкіе тазы, да и примѣненіе поворота при мало мальски запущенныхъ родахъ можетъ повлечь за собою разрывъ матки.

Поэтому на основаніи всего выше сказаннаго мы могли бы рекомендовать при родахъ въ лобномъ положеніи дѣйствовать слѣдующимъ образомъ. Когда опредѣлено лобное положеніе, то надо сдѣлать попытки тѣмъ или другимъ способомъ превратить его въ затылочное. Если это не удастся, то предоставить роды силамъ природы. Когда встрѣтится надобность, наложить щипцы, но не форсировать ими. Нерѣдко здѣсь въ щипцахъ лобное положеніе переходитъ въ лицевое и изрѣдка въ затылочное. Если щипцы остаются безъ успѣха, то въ виду опасности для матери затянувшихся родовъ должно прибѣгнуть къ перфорациі даже живого плода. Послѣ безуспѣшныхъ щипцовъ, при хорошо сохранившемся сердцебіеніи плода и настойчивомъ желаніи матери имѣть живого ребенка можно произвести пубіотомію, указавъ предварительно женщинѣ на всѣ возможныя послѣдствія предлагаемой операциі.

№№ по порядку.	№№ журнала.	Беременн.	Лѣта.	Предшествующіе роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
1	694 Законное отдѣленіе.	5	38	Двое живыхъ, двое мертвыхъ.	30, 25, 26, 20	1 срокъ 27 ч.—м. 2 » — » — 3 » — » 5 » 34 ч. 5 м.	Лобное спинопольвое заднее.	Мертворож. доношенн. мальчикъ перфорированный.	1884 Вѣсъ 3500 грм. Длина 52 см.
2	725 Законное отдѣленіе.	2	23	Благопол.	28, 22, 24, 17 Conj. diag. 10 1/2	1 ср. } 30 ч. 50 » 2 » } — » 10 » 3 » } — » — м. 31 ч. — м.	Лобное спинопольвое заднее.	Не донош. на X л. м. мальчикъ въ асфиксїи не оживлен.	Вѣсъ 3000 грм. Длина 50 см.
3	222 Незаконное отдѣленіе.	1	20	—	31, 25, 28, 19	1 ср. 9 ч. 40 м. 2 » 1 » 55 » 3 » 3 » 45 » 15 ч. 30 м.	Лобное спинопольвое переднее.	Живая не доношен. на X л. м. дѣвочка.	Вѣсъ 2900 грм. Длина 50 см.
4	578 Законное отдѣленіе.	5	30	Благопол.	30, 24, 26, 20	1 ср. 13 ч. 30 м. 2 » 2 » — » 3 » — » 30 » 16 ч. — м.	Лобное спинопольвое.	Живой доношенн. мальчикъ.	1885 Вѣсъ 3900 грм. Длина 54 см.
5	950 Законное отдѣленіе.	4	21	Благопол.	30, 25, 27, 21	1 ср. 8 ч. 25 м. 2 » 2 » 5 » 3 » — » 30 » 11 ч. — м.	Лобное спинопольвое правое.	Живой доношенн. мальчикъ.	Вѣсъ 3400 грм., длина 52 см.
6	1943 Законное отдѣленіе.	4	27	1-е роды ребенокъ мертв. 2 шипцы.	31, 25, 27, 20	1 ср. 7 ч. — м. 2 » 3 » — » 3 » — » 20 » 10 ч. 20 м.	Лобное спинопольвое поперечи.	Мертворож. не доношен. на X л. м. дѣвочка перфорированная.	1886 Вѣсъ 2900 грм., длина 50 см.

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНИЕ РОДОВЪ.	Послѣ- родовой періодъ.	День выписки или смерти родильницы.
годъ. Ruptura uteri et vesicae urinariae.	Поступила съ открытіемъ на 4 пальца безъ водъ, головка плотно во входѣ таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо и впередъ.) Попытки исправить положеніе по Baudelocque'у безъ результата. Черезъ 6½ час. послѣ полного открытія матки въ виду неподвижнаго стоянія головки и ослабленія сердцебіенія плода наложены щипцы безъ успѣха. Сердцебіеніе плода почти прекратилось. Перфорация головки и извлечение краниокластомъ.	—	Умерла черезъ 13 ч. при явленіяхъ остраго малокровія.
Обшесуженн. тазъ.	Поступила съ полнымъ открытіемъ матки безъ водъ. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза влѣво и впередъ) въ широкой полости таза. Черезъ 6 час. послѣ прибытія наложены щипцы на головку. извлечение въ лобномъ положеніи.	Endomet- ritis.	Здоровой на 6-й день.
Слабыя боли въ 3-емъ періодѣ. Ручное отдѣ- леніе дѣтск. мѣста.	Поступила съ открытіемъ матки на 1½ пальца съ цѣлымъ пузыремъ. Головка въ широкой полости въ лобномъ положеніи (носъ и глаза взадъ и вправо.) Послѣ излитія водъ сдѣлано превращеніе лобнаго положенія въ затылочно-лѣвое переднее 2-мъ методомъ Baudelocque'a. Роды силами природы.	Безлихо- радоочный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
годъ. Кровотеченіе въ 3-емъ періодѣ. Ручное отдѣ- леніе дѣтск. мѣста.	Поступила съ открытіемъ на 1½ пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и вправо.) По излитіи водъ при полномъ открытіи головка въ томъ-же положеніи вступила въ тазъ. Черезъ 2 часа рожденіе плода силами природы въ лобномъ положеніи.	Безлихо- радоочный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
Кровотеченіе въ 3 періодѣ. Послѣдъ по Credé. Ruptura perinaei 1 степ. Anaem- ia acuta.	Поступила съ открытіемъ на 2 пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво.) По излитіи водъ головка вступила въ тазъ и мало по малу перешла въ лицевое положеніе (подбородно-лѣвое переднее), въ которомъ и произошло рожденіе плода силами природы.	Безлихо- радоочный. Сращеніе.	Здоровой на 7-й день съ ребенкомъ.
годъ. Кровотеченіе въ 3-емъ періодѣ. Послѣдъ по Credé.	Поступила съ полнымъ открытіемъ безъ водъ. Головка во входѣ (носъ и глаза вправо). Попытки исправить положеніе по Baudelocque'у безъ успѣха. Черезъ 3 часа послѣ полного открытія въ виду почти полного прекращенія родовой дѣятельности, поднятія кольца сокращенія и ослабленія сердцебіенія плода наложены щипцы безъ успѣха. Сердцебіеніе плода совершенно прекратилось. Перфорация и извлечение краниокластомъ.	Безлихо- радоочный.	Здоровой на 6-й день.

№№ по порядку.	№№ журналов.	Беременн.	Дата.	Предшествующіе роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
7	1679 Незаконное отдѣленіе.	1	22	—	30, 25, 26, 20	1 ср. } 55 ч. 5 м. 2 » } — » 5 » 3 » } 55 ч. 10 м.	Лобное спиноплѣвое заднее.	Мертворож. доношенн. мальчикъ перфорированный.	Вѣсъ 3600 грм. длина 52 см.
8	311 Незаконное отдѣленіе.	5	27	Благопол.	31, 28, 26, 18	1 ср. 4 ч. 30 м. 2 » 1 » 5 » 3 » — » 20 » 5 ч. 55 м.	Лобное спиноплѣвое заднее.	Живой не доношен. на X л. м. мальчикъ	1887 Вѣсъ 3000 грм. Длина 50 см.
9	905 Законное отдѣленіе.	3	27	Благопол.	31, 25, 28, 20	1 ср. } 12 ч. 30 м. 2 » } — » 5 » 3 » } 12 ч. 35 м.	Лобное спиноплѣвое переднее.	Мертворож. не доношен. на X л. м. дѣвочка Hernia cerebri posterior et Microcephalia	Вѣсъ 3200 грм. Длина 49 см.
10	432 Незаконное отдѣленіе.	5	30	Благопол.	30, 25, 27, 20	1 ср. 4 ч. 30 м. 2 » 1 » 20 » 3 » — » 10 » 6 ч. — м.	Лобное спиноплѣвое правое.	Живая не донош. на X л. м. дѣвочка. Hernia cerebri frontalis et Microcephalia.	1888 Вѣсъ 2900 грм. Длина 49 см.
11	1046 Незаконное отдѣленіе.	6	35	Благопол.	30, 24, 27, 20	1 ср. 6 ч. — м. 2 » 2 » 30 » 3 » — » 15 » 8 ч. 45 м.	Лобное спиноплѣвое заднее.	Живой доношенн. мальчикъ.	Вѣсъ 3900 грм. Длина 51 см.
12	1535 Незаконное отдѣленіе.	1	19	—	30, 23, 26 16 ¹ / ₂ , 9 ¹ / ₂	1 ср. } 57 ч. 35 м. 2 » } — » 10 » 3 » } 57 ч. 45 м.	Лобное спиноплѣвое правое.	Мертвор. не доношен. на X л. м. дѣвочка. перфорированная.	Вѣсъ 2700 грм. Длина 49 см.

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНИЕ РОДОВЪ.	Послѣ-родовой періодъ.	День выписки или смерти родильницы.
Eclampsia s. p. (17 przypadk.) Кровотеченіе послѣ родовъ Острое малокровіе.	Доставлена въ безсознательномъ состояніи послѣ 3 przypadkовъ эклампсіи съ полнымъ открытіемъ матки безъ водъ. Сердцебіеніе плода отсутствуетъ. Зловонное отдѣленіе изъ половыхъ органовъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и вправо). Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Endometritis.	Здоровой на 20-й день.
годъ. Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 3 пальца съ цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво). По излитіи водъ лобное положеніе превращено 2-мъ методомъ Baudelocque'a въ затылочное заднее правое, въ которомъ и произошло рожденіе плода силами природы.	Безлихорадочный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
—	Поступила съ полнымъ открытіемъ и цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза взадъ и вправо). По излитіи водъ головка опустилась въ тазъ и мало по малу перешла въ лицевое положеніе (подбородочно правое заднее), при чемъ въ выходѣ подбородокъ повернулся впередъ. Роды силами природы.	Безлихорадочный.	Здоровой на 5-й день.
годъ. —	Поступила съ открытіемъ матки на 2 пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза взадъ и влѣво) во входѣ таза. Послѣ излитія водъ при полномъ открытіи, головка стала опускаться въ полость таза. Рожденіе плода силами природы въ лобномъ положеніи.	Безлихорадочный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
—	Поступила съ открытіемъ матки на 3½ пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво). Въ тазу лобное положеніе мало по малу перешло въ лицевое подбородочно-лѣвое переднее, въ которомъ роды и совершились силами природы.	Безлихорадочный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
Плоскій тазъ. Кровотеченіе въ III пер. Ручное извлеченіе послѣда.	Поступила съ открытіемъ на 2 пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво). Въ виду затянувшихся болѣе 2-хъ сутокъ родовъ, при открытіи матки на 2 п. сдѣлана перфорация головки. Черезъ 6 час., когда матка открылась на 4 пальца, сдѣлаано извлеченіе краниокластомъ, оказавшееся очень труднымъ.	Безлихорадочный.	Здоровой на 6-й день.

№№ по порядку.	№№ журнала.	Беременн.	Лѣта.	Предшествующіе роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
13	1761 Незаконное отдѣлен.	1	24	—	31, 26, 28, 19	1 ср. 9 ч. 25 м. 2 » 2 » 15 » 3 » — » 15 » 11 ч. 55 м.	Лобное спино-заднее правое.	Живая не доношенн на X. л. м. дѣвочка.	Вѣсъ 3100 грм. Длина 48 см.
14	2447 Незаконное отдѣленіе.	1	20	—	29, 20, 22, 18	1 ср. 9 ч. 50 м. 2 » 3 » — » 3 » — » 40 » 18 ч. 30 м.	Лобное спино-лѣвое поперечное.	Живая доношенн. дѣвочка.	Вѣсъ 3350 грм. Длина 51 см.
15	2505 Незаконное отдѣленіе.	6	29	1-е и 4-е щипцы 2-е и 3-и родила сама. 5-й 8 л. м.	32, 27, 32 17, 10	1 ср. 3 ч. — м. 2 » 5 » — » 3 » 1 » 20 » 9 ч. 20 м.	Лобное спино-правое заднее.	Мертворож. доношенн. дѣвочка перфорированная.	Вѣсъ 3600 грм. Длина 52 см.
16	165 Законное отдѣленіе.	12	40	1-й выкидышь 3-хъ мѣс. остальные доношенн. живыя.	30, 25, 27, 20	1 ср. 24 ч. — м. 2 » — » 15 » 3 » — » 15 » 24 ч. 15 м.	Лобное спино-заднее правое.	Живая доношенн. дѣвочка.	Вѣсъ 4050 грм. Длина 51 см.
17	205 Законное отдѣленіе	1	22	—	31, 25, 27, 21	1 ср. 13 ч. — м. 2 » 3 » 50 » 3 » 1 » — » 17 ч. 50 м.	Лобное спино-лѣвое заднее.	Живой доношенн. мальчикъ.	Вѣсъ 3600 грм. Длина 50 см.
18	307 Законное отдѣленіе	9	38	2-е дѣтей мертвыхъ. 6 живыхъ.	30, 25, 27, 20	1 ср. 7 ч. — м. 2 » — » 10 » 3 » — » 10 » 7 ч. 10 м.	Лобное спино-переднее лѣвое.	Мертворож. доношенн. дѣвочка перфорированная.	Вѣсъ 3600 грм. Длина 51 см.

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНИЕ РОДОВЪ.	Послѣ-родовой періодъ.	День выписки или смерти роженицы.
Разрывъ промежности 3-ей степени. Швы.	Поступила съ открытіемъ на 2 пальца. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво). Воды прошли при полномъ открытіи. Въ тазу лобное положеніе самопроизвольно перешло въ лицевое подбородочно-лѣвое-переднее, въ которомъ роды произошли силами природы.	Colpits gangraen. Сращеніе промежности не послѣдов.	Здоровой на 14-й день съ ребенкомъ.
Общесуженн. тазъ. Насѣчки промежности.	Поступила съ открытіемъ матки на 2 1/2 пальца, съ цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо). При полномъ открытіи прошли воды. Попытка перевести лобное положеніе въ затылочное по способу Schatz'a и Baudelocque'a безъ успѣха. Черезъ три часа послѣ полного открытія наложены щипцы на голову, стоящую въ широкой полости таза въ косомъ размѣрѣ, тазовую вогнутостью вправо. При тракціяхъ старались опустить подбородокъ и повернуть впередъ, что и удалось. Лобное положеніе перешло въ лицевое подбородочно-правое переднее, въ которомъ головка и была выведена.	Безлихорадочный. Сращенія нѣтъ.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 3 пальца и съ цѣлымъ пузыремъ, плодъ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво). Сначала были сдѣланы попытки исправить положеніе укладываніемъ роженицы на правомъ боку, затѣмъ былъ примененъ способъ Schatz'a безъ успѣха. Когда прошли воды при полномъ открытіи, былъ испытанъ способъ Baudelocque'a 2-й, такъ-же не приведшій къ результату. Черезъ 5 час. послѣ полного открытія въ виду угрожающаго разрыва наложены щипцы на голову, плотно стоящую во входѣ (носъ и глаза впередъ и влѣво), но извлечь ими не удалось, несмотря на многочисленныя тракціи. Тогда сдѣлана перфорация и краниоклязия.	Безлихорадочный.	Здоровой на 5-й день.
—	Поступила съ полнымъ открытіемъ безъ водъ. Головка въ широкой полости таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза влѣво и впередъ). Черезъ 2 часа послѣ поступленія, въ виду почти полного прекращенія родовой дѣятельности, наложены щипцы на голову, стоящую въ широкой полости таза въ косомъ размѣрѣ съ тазовую вогнутостью влѣво. Ребенокъ извлеченъ въ лобномъ положеніи.	Безлихорадочный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
Разрывъ промежности. Швы.	Поступила съ открытіемъ на 1 1/2 пальца и цѣлыми водами. Головка въ широкой полости въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и вправо). Воды прошли при полномъ открытіи. Черезъ 3 часа 50 мин. послѣ полного открытія матки положены щипцы на головку, стоящую въ полости таза въ косомъ размѣрѣ тазовую вогнутостью вправо. 7 сильныхъ тракцій. Ребенокъ извлеченъ въ лобномъ положеніи.	Безлихорадочный. Сращеніе.	Здоровой на 7-й день съ ребенкомъ.
—	Поступила съ полнымъ открытіемъ, излившимися водами. Сердцебіеніе плода отсутствуетъ. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо и къзади) стоитъ плотно во входѣ таза. Схватки сильныя и частыя. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Endometritis.	Здоровой на 9-й день.

№№ по порядку.	№№ журнала.	Беременн.	Лѣта.	Предшественные роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
19	1559 Законное отдѣленіе.	2	36	Благопол.	31, 26, 28, 21	1 ср. 14 ч. 20 м. 2 » 6 » — » 3 » — » 20 » 20 ч. 40 м.	Лобное спино-переднее лѣвое.	Живой доношенн. мальчикъ. Paresis nervi facialis dextra.	Вѣсъ 1000 грм. Длина 51 см.
20	1650 Законное отдѣленіе.	2	33	1-е роды шипцы.	29, 24, 22, 18 Conj. diag. 10	1 ср. } 54 ч. — м. 2 » } 3 » — » 30 » 54 ч. 30 м.	Лобное спино-заднее лѣвое.	Мертворож. не доношен. на X л. м. мальчикъ перфорированный.	Вѣсъ 2800 грм. Длина 50 см.
21	2643 Законное отдѣленіе.	1	23	—	34, 24, 27, 19	1 ср. } 27 ч. — м. 2 » } 3 » — » 45 » 27 ч. 45 м.	Лобное спино-заднее правое	Мертворож. не доношен. на X л. м. дѣвочка перфорированная.	Вѣсъ 2550 грм. Длина 50 см.
22	720 Законное отдѣленіе.	3	23	Благопол.	31, 25, 28 17 ¹ / ₂	1 ср. 10 ч. 30 м. 2 » — » 30 » 3 » — » 20 » 11 ч. 20 м.	Лобное спино-заднее правое.	Доношенн. дѣвочка въ асфиксїи, оживлена черезъ 5 м.	1889 Вѣсъ 3350 грм. Длина 50 см.
23	1031 Законное отдѣленіе.	1	29	—	32, 27 29 ¹ / ₂ 19	1 ср. 24 ч. — м. 2 » 1 » — » 3 » — » 15 » 25 ч. 15 м.	Лобное спино-переднее лѣвое.	Мертворож. доношенн. дѣвочка перфорированная.	Вѣсъ 3500 грм. Длина 54 см.

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНІЕ РОДОВЪ.	Послѣ- родовой периодъ.	День выписки или смерти родильницы.
—	Поступила съ открытіемъ на 1½ пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вздѣ и вправо). Воды прошли при полномъ открытіи. Попытка перевести въ затылочное положеніе по Schatz'у и Baudelocque'у безуспѣшны. Головка опустилась въ полость таза. Въ виду ослабѣвшей родовой дѣятельности черезъ 6 ч. послѣ полного открытія наложены щипцы въ косомъ размѣрѣ таза, тазовой вогнутостью вправо. 10 сильными тракціями ребенокъ извлеченъ въ лобномъ положеніи.	Безлихо- радочный.	Здоровой на 8-й день съ ребенкомъ.
Общесуженн. тазъ.	Поступила съ открытіемъ матки на 1½ пальца цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо и впередъ). Попытки исправить лобное положеніе соответствующимъ положеніемъ роженицы и способомъ Schatz'a не удалось. При открытіи близкомъ къ полному вскрыть пузырь, сдѣланы попытки превратить въ затылочное положеніе по 2-му методу Baudelocque'a не удалось. Черезъ 6 ч. послѣ этого въ виду повышенія t. до 38,5 при почти прекратившемся сердцебіеніи плода, сдѣланы перфорация головки, стоящей плотно во входѣ, и извлеченіе краниокластомъ.	Безлихо- радочный.	Здоровой на 6-й день.
годъ.	Поступила съ открытіемъ на 1 палецъ съ цѣлымъ пузыремъ. Головка въ входѣ таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво). При открытіи близкомъ къ полному были сдѣланы попытки исправить лобное положеніе плода соответствующимъ положеніемъ роженицы и по Schatz'у, которыя не удалось. Вскрыть пузырь при почти полномъ открытіи, сдѣланы попытки къ превращенію въ затылочное положеніе по 2-му методу Baudelocque'a тоже безъ успѣха. Черезъ 5 час. послѣ вскрытія пузыря при томъ-же открытіи матки въ виду затянувшихся болѣе сутокъ родовъ при почти исчезнувшемъ сердцебіеніи плода сдѣлана перфорация головки, стоящей плотно во входѣ и извлеченіе краниокластомъ.	Безлихо- радочный.	Здоровой на 5-й день.
Плоскіи тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 2½ пальца безъ водъ, Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво). При открытіи на 3½ п., при истекшихъ до прибытія водахъ, при подвижной головки, сдѣланъ внутренній поворотъ на ножку, со- вершившійся легко. Извлеченіе верхней половины плода. Ребенокъ въ асфиксіи, оживленъ черезъ 5 минутъ.	Безлихо- радочный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ
Разрывъ про- режности. Швы.	Поступила съ открытіемъ матки на 1 палецъ и съ излившимися водами. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вздѣ и вправо). Въ виду замедленнаго открытія матки нащѣпка на маточномъ зѣвѣ. При открытіи матки на 3½ пальца попытка къ внутреннему повороту на ножку безъ успѣха. Послѣ этого наложены щипцы на головку, стоящую во входѣ безъ результата. Сердцебіеніе плода почти прекратилось. Перфорация головки и извлеченіе краниокластомъ.	Endome- tritis. Colpitis. Сращеніе не полное.	Здоровой на 16-й день.

№№ по порядку.	№№ журналов.	Беременн.	Лѣта.	Предшес-твующіе роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Поло-женіе младенца	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
✓ 24	1433 Не законное отдѣленіе.	5	29	Благопол.	30, 25, 27, 20	1 ср. 9 ч. 20 м. 2 » — » 15 » 3 » — » 15 » 9 ч. 35 м.	Лобное спино-переднее лѣвое.	Живая не доношенн. на 9 л. м. дѣвочка.	Вѣсъ 2600 грм. Длина 48 см.
1890									
✓ 25	1013 Законное отдѣленіе.	4	27	Всѣ роды окончены оперативно. Дѣти мертвыя.	27, 23, 25, 16 9 ¹ 2	1 ср. 16 ч. 30 м. 2 » — » 5 » 3 » — » 10 » 16 ч. 35 »	Лобное спино-правое переднее	Мертворожд мальчикъ перфорированный.	Вѣсъ 2800 грм. Длина 52 см.
✓ 26	1241 Законное отдѣленіе.	1	28	—	30, 25, 26, 17	1 ср. 46 ч. — м. 2 » 6 » — » 3 » — » 10 » 52 ч. 10 м.	Лобное спино-переднее лѣвое.	Доношенн. мертворожд. мальчикъ перфорированный.	Вѣсъ 3350 грм. Длина 52 см.
✓ 27	848 Незаконное отдѣленіе.	6	32	Благопол.	30, 24, 26, 18	1 ср. 11 ч. — м. 2 » — » 40 » 3 » — » 30 » 12 ч. 10 м.	Лобное спино-лѣвое переднее.	Живая доношенн. лѣвочка.	Вѣсъ 4000 грм. Длина 52 см.
✓ 28	1635 Незаконное отдѣленіе.	8	21	1-й благополучно, 2-й донош. мертвый.	29, 22, 24, 16 10 ¹ 2	1 ср. 8 ч. — м. 2 » — » 5 » 3 » — » 5 м.	Лобное спино-правое переднее.	Доношенн. дѣвочка въ легкой асфиксии, оживлена	Вѣсъ 3100 грм. Длина 51 см.
✓ 29	1638 Незаконное отдѣленіе.	5	30	Благопол.	30, 24, 26, 19 12	1 ср. 18 ч. 45 м. 2 » — » 30 » 3 » — » 30 »	Лобное спино-правое переднее	Мальчикъ доношенн. въ глубокой асфиксии не оживленъ.	Вѣсъ 3900 грм. Длина 53 см.
1891									
30	1	2	29	Благопол.	30, 26 ¹ 2, 27 17, 10 ¹ 2	1 ср. 11 ч. — м. 2 » — » 30 » 3 » — » 30 » 12 ч. — м.	Лобное спино-правое заднее.	Живой недоношенн. на 10 л. м. мальчикъ, умеръ на 3-й день.	Вѣсъ 2880 грм. Длина 49 см.

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНИЕ РОДОВЪ.	Послѣ- родовой періодъ.	День выписки или смерти родильницы.
—	Поступила съ полнымъ открытіемъ, съ излившимися водами. Лобное положеніе (нось и глаза взадъ и вправо) во входѣ таза. 2-мъ способомъ Baudelocque'a лобное положеніе довольно легко превращено въ затылочное. Роды силами природы.	Безлихорадочный.	Здоровой на 7-й день, съ ребенкомъ.
Годь. Общесуженн. тазъ.	Прибыла съ полнымъ открытіемъ безъ водъ. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (нось и голова взадъ и влѣво). Сердцебиеніе плода едва слышно. Въ виду затянувшихся родовъ и угрожающаго разрыва матки перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Безлихорадочный.	Здоровой на 7-й день.
Плоскій тазъ. Сровотеченіе въ III пер. Послѣдъ по Credé.	Поступила съ открытіемъ матки на 3 пальца и съ цѣлымъ пузыремъ. Головка въ широкой полости таза (нось и глаза взадъ и вправо). Черезъ 6 часовъ послѣ полного открытія въ виду затянувшихся болѣе 2 хъ сутокъ родовъ наложены щипцы безъ результата. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Безлихорадочный.	Здоровой на 6-й день.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 2 пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (нось и глаза вправо и кзади). При полномъ открытіи сдѣлана попытка превратить лобное положеніе въ затылочное по Schatz'u безъ успѣха. По вскрытіи пузыря произведенъ внутренній поворотъ на ножку, совершившійся очень легко. Извлеченіе верхней половины.	Безлихорадочный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
Общесуженн. тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 1½ пальца. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (нось и глаза влѣво кзади). Вслѣдъ за вскрытіемъ пузыря сдѣланъ легко внутренній поворотъ на ножку при открытіи матки на 3 пальца. Извлеченіе верхней половины плода.	Безлихорадочный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
—	Доставлена съ полнымъ открытіемъ матки, излившимися водами и явленіями септического перитонита (вздутіе и сильная чувствительность живота, рвота, повышеніе t до 39°, учащенный пульсъ до 120). Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (нось и глаза влѣво и кзади). Дома были сдѣланы попытки окончить роды сперва новитухой, а потомъ акушеркой. Въ виду указаннаго общаго состоянія тотчасъ по прибытіи наложены щипцы на головку, стоящую во входѣ, тазовой вогнутостью вправо. При потягиваніи способствовали опущенію затылка, такъ что въ выходѣ таза получилось затылочно правое переднее, въ которомъ и извлеченъ ребенокъ.	Peritonitis universalis septica.	Умерла на 3-й день.
Годь. Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 1½ пальца. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (нось и глаза влѣво и впередъ). Послѣ излитія водъ при полномъ открытіи, головка опустилась въ тазъ и при дальнѣйшемъ поступительномъ движеніи перешла въ лицевое подбородно-лѣвое переднее, въ которомъ и произошли роды силами природы.	Pneumonia chronica.	На 6-й день переведена въ больницу въ виду страданія легкихъ.

№№ по порядку.	№№ журнала.	Беременн.	Лѣта.	Предшествующіе роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
31	320	4	26	Благопол.	31, 26, 28, 18	1 ср. 7 ч. — м. 2 » 5 » — » 3 » — » 45 » 12 ч. 45 м.	Лобное спино- заднее правое.	Мертв.недон. на X. л. м. мальчикъ Meningo cele около 10 см. въ окружно- сти съ от- верстіемъ въ черепѣ на мѣстѣ мала- го родничка. Labium lero- rinum et pala- tum fissum.	Вѣсъ 2880 грм. Длина 49 см.
V 32	1536	4	28	Благопол.	32, 23, 28, 21 Conj. diag. 12	1 ср. 8 ч. — м. 2 » — » 10 » 3 » — » 15 » 8 ч. 25 м.	Лобное спино- лѣвое переднее.	Живой доношенн. мальчикъ.	Вѣсъ 4000 грм. Длина 50 см.
V 33	2357	1	25	—	30, 27, 25, 20	1 ср. } 54 ч. — м. 2 » } — » 20 » 3 » } — » 20 » 54 ч. 20 м.	Лобное спино- лѣвое переднее.	Доношенн. дѣвочка въ глубокой ас- фиксии ожи- влена черезъ 15 м. Умерла черезъ 1 с. 3 ч. 30 м.	Вѣсъ 4000 грм. Длина 51 см.
34	3709	5	28	2-я берем. выкид., остальн. благопол.	31, 26, 28, 20	1 ср. 121 ч. — м. 2 » 3 » 45 » 3 » — » 30 » 125 ч. 15 м.	I Лобное спино- заднее правое. II Ножное полное спино- правое заднее.	Два живые не доношенн. на 8 м. л. мальчики.	I Вѣсъ 1900 грм. Длина 42 см. II Вѣсъ 1970 грм. Длина 39 см.
V 35	744	5	28	Благопол.	29, 24, 26, 18 11	1 ср. 13 ч. 15 м. 2 » — » 20 » 3 » — » 20 » 13 ч. 35 м.	Лобное спино- лѣвое переднее.	Мертворожд. доношенн. дѣвочка перфориро- ванная.	Вѣсъ 3800 грм. Длина 51 см.

1892

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНИЕ РОДОВЪ.	Послѣ-родовой періодъ.	День выписки или смерти родильницы.
Кровотеченіе послѣ родовъ. Ручное удаленіе куска дѣтскаго мѣста величиною въ куриное яйцо. Плоскій тазъ.	При поступленіи открытіе на 1½ пальца, найдена головка въ лобномъ положеніи (глаза и носъ влѣво и впереди) плотно стоящая во входѣ таза и рядомъ петля небьющейся пуповины. При дальнѣйшемъ теченіи родовъ лобное положеніе въ тазу перешло въ лицевое подбородочно-лѣвое переднее. Въ виду ослабленія родовой дѣятельности черезъ 5 час. послѣ полнаго открытія матки при мертвомъ плодѣ сдѣлана перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Безлихорадочный.	Здоровой на 6-й день.
—	Поступила съ открытіемъ матки на 1½ пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза взадъ и вправо). По излитіи воды при полномъ открытіи сдѣлано превращеніе лобнаго положенія головки во входѣ таза 2-мъ способомъ Baudelocque'a въ затылочное лѣвое переднее. Быстрое рожденіе плода въ этомъ положеніи силами природы	Безлихорадочный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
Разрывъ промежн. 1 шовъ.	Поступила съ открытіемъ матки на 1 палець, и съ цѣлыми водами. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо и взади). Воды прошли при открытіи матки на 1½ пальца. Черезъ 9 часовъ послѣ излитія воды и черезъ 2 сутокъ 6 часовъ послѣ начала родовъ при не совсѣмъ полномъ открытіи въ виду повышенія t до 39,° наложены шипцы на головку, стоящую во входѣ. 15-ю очень сильными тракціями извлеченъ ребенокъ въ лобномъ положеніи.	Colpitis. Срашенія нѣтъ.	Здоровой на 14-й день.
Двойни.	Поступила съ открытіемъ матки на 1½ пальца. Черезъ 5 сутокъ прошли воды при полномъ открытіи. Головка въ полости въ лобномъ положеніи (носъ и глаза влѣво и впередъ). Въ виду ослабленія родовой дѣятельности черезъ 3 ч. 45 м. послѣ полнаго открытія наложены шипцы. При тракціяхъ старались спустить затылокъ, что удалось, и ребенокъ родился въ заднемъ видѣ затылочнаго положенія (затылочно-правое заднее). Рожденіе втораго плода, предлагающаго ножками, сначала было предоставлено силамъ природы, но въ виду появившагося кровотеченія сдѣлано извлеченіе. Трудное освобожденіе запрокинувшихся ручекъ.	Influenza.	Здоровой на 9-й день съ дѣтми.
Годъ. Общесуженн. тазъ.	Поступила съ полнымъ открытіемъ и цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо и взади). Тотчасъ по излитіи воды были сдѣланы попытки превратить лобное положеніе по Schatz'у и Baudelocque'у въ затылочное, безъ успѣха. Черезъ 5 часовъ послѣ излитія воды въ виду крайняго ослабленія родовой дѣятельности и сердцебіенія плода наложены шипцы безъ результата. Сердцебіеніе плода почти совершенно прекратилось. Перфорация головки и извлеченіе краниокластомъ.	Безлихорадочный.	Здоровой на 5-й день.

№№ по порядку.	№№ журналов.	Беременн.	Лѣта.	Предшествующіе роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
36	3319	2	28	Благопол.	28, 23, 25, 20	1 ср. 6 ч. — м. 2 » 10 » 30 » 3 » — » 20 » 16 ч. 50 м.	Лобное спино-переднее лѣвое.	Живая доношенная дѣвочка.	Вѣсъ 4000 грм. Длина 52 см.
37	216	9	38	Благопол.	31, 24, 27, 21	1 ср. 4 ч. 30 м. 2 » 6 » — » 3 » — » 10 » 10 ч. 40 м.	Лобное спино-заднее лѣвое	Живая доношенная дѣвочка.	Вѣсъ 3500 грм. Длина 52 см.
38	1471	1	30	—	31, 25, 27, 17 11 ^{1/2}	1 ср. } 19 ч. 15 м. 2 » } 3 » — » 15 » 19 ч. 30 м.	Лобное спино-правое заднее.	Мертворожд. доношенный мальчикъ перфорированный.	Вѣсъ 3000 грм. Длина 51 см.
39	2865	7	34	Благопол.	29, 25, 27, 19	1 ср. 33 ч. — м. 2 » 2 » 20 » 3 » — » 5 » 35 ч. 25 м.	Лобное спино-правое заднее.	Живая доношенная дѣвочка.	Вѣсъ 4000 грм. Длина 55 см.
40	3499	3	29	Благопол.	30, 24, 25, 18	1 ср. 12 ч. — м. 2 » — » 30 » 3 » — » 15 » 12 ч. 45 м.	Лобное спино-заднее правое.	Не доношена на IX л. м. мацериров. перфорированный мальчикъ.	Вѣсъ 2600 грм. Длина 45 см.
41	4172	5	34	Благопол.	30, 24, 27, 20	1 ср. 28 ч. — м. 2 » 4 » — » 3 » — » 10 » 32 ч. 10 м.	Лобное спино-правое переднее.	Мертворожд. доношенный мальчикъ перфорированный.	Вѣсъ 3300 грм. Длина 55 см.

1893

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНИЕ РОДОВЪ.	Послѣ- родовой періодъ.	День выписки или смерти родильницы.
—	Поступила съ открытіемъ матки на 2 ¹ / ₂ пальца безъ воды. Головка въ широкой полости въ лобномъ положеніи (глаза и носъ къзади вправо). Роды силами природы въ лобномъ положеніи.	Безлихо- радочный.	Здоровой на 6-й день съ ребенкомъ.
годъ.	Поступила съ открытіемъ матки на 3 ¹ / ₂ пальца съ цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (лобъ и глаза впередъ вправо). Вскорѣ наступило полное открытіе и прошли воды. Головка при дѣйстви сильныхъ схватокъ опустилась до выхода таза. Тогда родовая дѣятельность ослабла. Въ виду этого черезъ 6 часовъ наложены щипцы, и извлеченъ ребенокъ въ лобномъ положеніи.	Безлихо- радочный.	Здоровой на 6-й день съ ребенкомъ.
Глоскій тазъ. Срвотеченіе въ III пер. послѣдъ по Credè.	Головка въ лобномъ положеніи (глаза и носъ влѣво и впередъ) во входѣ таза. Поступила съ открытіемъ матки на 2 пальца безъ воды, спазматическія боли. Рѣзко выраженное кольцо сокращенія на 2 пальца ниже пупка. Сердцебіеніе плода едва слышно. Въ виду угрожающаго разрыва матки при почти отсутствующемъ сердцебіеніи плода сдѣлана перфорация головки и извлеченіе краниокластомъ.	Perimetri- tis levis.	Здоровой на 8-й день.
—	Поступила съ открытіемъ матки на 2 ¹ / ₂ пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза влѣво и къпереди). Воды прошли при полномъ открытіи. Въ виду ослабленія сердцебіенія плода, неподвижнаго стоянія головки во входѣ таза, затянущихся родовъ черезъ 2 час. 20 м. послѣ полного открытія матки наложены щипцы, при чемъ одна ложка легла на лицо, другая на затылокъ. 6-ю сильными тракціями головка выведена въ лобномъ положеніи.	Symphy- sitis.	Здоровой на 16-й день съ ребенкомъ.
Глоскій тазъ Иноговодіе. Разрывъ про- межности 2 шва.	Поступила съ открытіемъ матки на 1 ¹ / ₂ пальца съ цѣлымъ пузыремъ и рѣзко выраженнымъ многоводіемъ. Когда прошли воды при полномъ открытіи, головка опустилась въ широкую полость таза въ лобномъ положеніи (глаза и носъ впередъ и влѣво). Сердцебіеніе отсутствуетъ. Перфорация и краниоклязія.	Безлихо- радочный. Сращенія нѣтъ.	Здоровой на 7-й день.
Срвотеченіе ослѣ родовъ съ разрыва шейки. Гампонация.	Поступила съ открытіемъ матки на 1 ¹ / ₂ пальца и съ цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза взадъ и влѣво). Воды прошли при полномъ открытіи. Попытки превратить лобное положеніе въ затылочное по способу Schatz'a и Baudelocque'a безъ результата. Черезъ 4 часа послѣ полного открытія матки, въ виду затянущихся болѣе сутокъ родовъ, спазматическихъ болей, угрожающаго разрыва матки, ослабѣвшаго сердцебіенія плода наложены щипцы на головку, стоящую во входѣ, безъ успѣха. Перфорация, извлеченіе краниокластомъ.	Безлихо- радочный.	Здоровой на 7-й день.

№№ по порядку.	№№ журнала.	Беременн.	Лѣта.	Предшествующіе роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца
✓ 42	552	4	28	Благопол.	30, 26, 28, 20 10 ¹ / ₂	1 ср. 17 ч. 40 м. 2 » — » 5 » 3 » — » 17 ч. 45 »	Лобное спино-переднее лѣвое.	Живая доношенная дѣвочка.	1894 Вѣсъ 5800 грм. Длина 53 см.
43	3579	7	35	Благопол.	31, 23, 25, 20	1 ср. 16 ч. 30 м. 2 » 6 » — » 3 » — » 10 » 22 ч. 40 м.	Лобное спино-лѣвое заднее.	Живая доношенная дѣвочка.	1895 Вѣсъ 3300 грм. Длина 50 см.
✓ 44	4038	1	24	—	31, 25, 27, 21	1 ср. 45 ч. — м. 2 » 3 » 50 м. 3 » — » 5 м. 48 ч. 55 м.	Лобное спино-переднее лѣвое.	Живая доношенная дѣвочка.	Вѣсъ 3610 грм. Длина 52 см.
45	4118	2	21	1-й ребенок мертвый, родила сама.	28, 23, 25, 18 Conj. diag. 9,5	1 ср. 24 ч. 30 м. 2 » — » 30 м. 3 » — » 45 м. 25 ч. 45 м.	Лобное спино-заднее правое.	Мертворожд. доношенный мальчикъ. перфорированный.	Вѣсъ 3850 грм. Длина 52 см.
✓ 46	4446	9	38	Благопол.	30, 26, 28, 20	1 ср. 18 ч. — м. 2 » — » — » 3 » — » 10 м.	Лобное спино-переднее лѣвое.	Мертворожд. на X л. м. мальчикъ.	Вѣсъ 2880 грм. Длина 49 см.
✓ 47	5664	7	30	Благопол.	31, 23, 26, 20 Conj. diag. 11	1 ср. 14 ч. — м. 2 » 4 » 20 м. 3 » — » 5 м. 18 ч. 25 м.	Лобное спино-переднее лѣвое.	Доношенный мертворожд. мальчикъ перфорированный.	Вѣсъ 3550 грм. Длина 51 см.

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНИЕ РОДОВЪ.	Послѣ-родовой периодъ.	День выписки или смерти родильницы.
Годъ. Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 2 пальца, съ цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (глаза и носъ вправо и къзади). При открытіи матки на $3\frac{1}{2}$ пальца тотчасъ послѣ искусственнаго вскрытія пузыря сдѣланъ поворотъ на ножку. Извлечение верхней половины плода.	Peri-parametritis.	Здоровой на 14-й день съ ребенкомъ.
Годъ. Кровотеченіе въ III період Послѣдъ по Credè.	Поступила съ открытіемъ на $1\frac{1}{2}$ пальца безъ воль. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и вправо) плотно во входѣ таза. Во мѣрѣ опусканія головки въ тазъ, лобное положеніи перешло въ лицевое, но лицевая линия проходила въ поперечномъ размѣрѣ таза съ подбородкомъ вправо. Черезъ 6 ч. послѣ полнаго открытія матки въ виду ослабленія сердцебіенія плода, упадка силъ роженицы, наложены щипцы, при чемъ одна ложка легла на правую щеку, а другая лѣвую теменную кость. Послѣ 2 тракцій подбородокъ повернулся впередъ.	Безлихорадочный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
Разрывъ промежности 2 шва.	Поступила съ открытіемъ на 1 палецъ и цѣлымъ пузыремъ. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо и къзади) во входѣ таза. Воды прошли при полномъ открытіи. По мѣрѣ опусканія головки въ тазъ лобное положеніе перешло въ лицевое подбородочно-правое заднее. Въ виду истощенія силъ роженицы, затынувшихся родовъ, черезъ 3 ч. 50 м. послѣ полнаго открытія матки наложены щипцы на головку, находящуюся въ узкой полости таза. Послѣ первыхъ тракцій подбородокъ подошелъ подъ лонное соединеніе.	Безлихорадочный. Сращеніе полное.	Здоровой на 9-й день съ ребенкомъ.
Общесушенн. тазъ.	Поступила съ открытіемъ на $2\frac{1}{2}$ пальца. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза влѣво и впередъ) во входѣ таза. Воды прошли при $3\frac{1}{2}$ пал., тотчасъ послѣ этого сдѣланъ внутренний поворотъ на ножку. Въ виду ослабленія сердцебіенія плода присоединено извлечение. Туловище извлечено легко. Головка застряла. Перфорация послѣдующей головки и извлечение краниокластомъ.	Безлихорадочный.	Здоровой на 7-й день.
—	Поступила съ полнымъ открытіемъ и головкой въ лобномъ положеніи (носъ и глаза къзади и вправо) въ широкой полости таза. Сердцебіеніе плода отсутствуетъ. Силами природы головка опустилась въ узкую часть таза. Въ виду затынувшихся родовъ наложены щипцы. Двумя тракціями извлеченъ мертвый плодъ въ лобномъ положеніи.	Безлихорадочный.	Здоровой на 5-й день.
Плоскій тазъ. Кровотеченіе въ III період. Ручное удаленіе отделивашагося послѣда.	Поступила съ открытіемъ на 3 пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза къзади и вправо). При 3-хъ пальцахъ прошли воды. Головка въ томъ же лобномъ положеніи во входѣ. Черезъ 4 часа послѣ полнаго открытія матки при подвижной головкѣ и выпавшей ручкѣ сдѣланъ внутренний поворотъ на позизу, оказавшійся очень легкимъ. Въ виду ослабленія сердцебіенія плода присоединено извлечение. Трудное освобожденіе запрокинутыхъ ручекъ. Перфорация послѣдующей головки и извлечение краниокластомъ.	Colporrhoeis anterior Peritonitis diffusa.	Умерла на 4-й день.

№№ по порядку.	№№ журнала.	Беременн.	Лѣта.	Предшествующіе роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
48	263	3	24	1-е роды Благопол. 2е щипцы.	31, 24, 27, 19	1 ср. 11 ч. — м. 2 » 6 » — » 3 » — » 15 » 17 ч. 15 м.	Лобное спино-заднее правое.	Доношенн. мертворож. мальчикъ перфорированный.	1896 Вѣсъ 4400 грм. Длина 55 см.
49	3413	1	24	—	34, 27, 30, 21	1 ср. 18 ч. 30 м. 2 » 1 » 50 м. 3 » — » 40 » 21 ч. — м.	Лобное спино-заднее правое.	Живая, доношенная дѣвочка.	Вѣсъ 3400 грм. Длина 50 см.
✓ 50	4995	1	22	—	30, 25, 27, 18 10 ^{1/2}	1 ср. 35 ч. 15 м. 2 » — » 25 » 3 » — » 10 » 35 ч. 50 м.	Лобное спино-переднее правое.	Мертворожд. доношенная дѣвочка перфорированная.	Вѣсъ 3600 грм. Длина 50 см.
51	567	7	28	Всѣ дѣти родились мертвыми.	30, 26, 28, 20 10 ^{1/2}	1 ср. 6 ч. 30 м. 2 » 3 » 40 ». 3 » — » 5 м. 10 ч. 15 м.	Лобное спино-правое поперечн.	Мертворожд. не доношенн. на X л. м. дѣвочка перфорированная.	1897 Вѣсъ 2750 грм. Длина 50 см.
✓ 52	1025	2	21	Благопол.	29, 24, 25, 19 10 ^{1/2}	1 ср. 29 ч. — » 2 » 3 » 20 » 3 » — » 20 » 32 ч. 40 м.	Лобное спино-переднее лѣвое.	Мертворожд. доношенная дѣвочка перфорированная.	Вѣсъ 3350 грм. Длина 51 см.

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНИЕ РОДОВЪ.	Послѣ- родовой періодъ.	День выписки или смерти родильницы.
ГОДЪ. Многоводіе.	<p>Поступила съ открытіемъ матки на 3 пальца, цѣлымъ пузыремъ и рѣзко выраженнымъ многоводіемъ. По излитіи водъ при полномъ открытіи найдена головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво). Попытки исправить положеніе головки по Thorg'n'y, не увѣнчались успѣхомъ. Черезъ 6 часовъ послѣ полного открытія, въ виду ослабленія сердцебіенія плода и почти прекратившейся родовой дѣятельности наложены щипцы на головку, стоящую неподвижно во входѣ таза въ томъ же положеніи безъ результата. Сердцебіеніе плода почти исчезло. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.</p>	Безлихо- радный.	Здоровой на 6-й день.
—	<p>Поступила съ открытіемъ на 3 пальца безъ водъ съ головкой стоящей въ широкой полости таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво). Черезъ 1 часъ 50 мин. послѣ полного открытія, рожденіе ребенка въ лобномъ положеніи силами природы.</p>	Безлихо- радный.	Здоровой на 6-й день съ ребенкомъ.
Плоскій тазъ. Кровотеченіе послѣ родовъ изъ разрыва шейки слѣва до свода. Тампонація.	<p>Поступила съ открытіемъ на 4 пальца и цѣлыми водами. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза кзади и влѣво). Попытки исправить по Schatz'y безъ успѣха. По излитіи водъ при полномъ открытіи такъ же безуспѣшны попытки исправить по Thorg'n'y. Въ виду ослабленія сердцебіенія плода, наложены щипцы на головку, неподвижно стоящую во входѣ въ томъ же лобномъ положеніи, безъ результата. Сердцебіеніе плода почти исчезло. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.</p>	Безлихо- радный.	Здоровой на 9-й день.
ГОДЪ. Плоскій тазъ. Кровотеченіе въ III періодъ. Послѣдъ по Credé.	<p>Поступила съ открытіемъ на 2 пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза влѣво) во входѣ таза. Попытки превратить въ затылочное положеніе по Schatz'a не удались. При полномъ открытіи искусственное вскрытіе пузыря. Попытки исправить положеніе по Thorg'n'y безъ успѣха. Сердцебіеніе плода прекратилось. Черезъ 3 ч. 40 мин. послѣ полного открытія перфорация и извлеченіе краниокластомъ.</p>	Безлихо- радный.	Здоровой на 6-й день.
Плоскій тазъ. Многоводіе.	<p>Поступила съ открытіемъ матки на 2 пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка въ входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза взадъ и вправо). Попытки превратить лобное положеніе въ затылочное по Schatz'y безъ успѣха. При полномъ открытіи прошли воды, вслѣдъ за тѣмъ была слѣлана попытка къ внутреннему повороту. Подъ глубокимъ наркозомъ, рукою введенной въ полость матки, захвачены обѣ ножки, но поворотъ не совершился вслѣдствіе тетаническаго состоянія матки, обхватившей плодъ. Сердцебіеніе плода прекратилось. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.</p>	Colpitis et endometritis.	Здоровой на 10-й день.

№№ по порядку.	№№ журнала.	Беременн.	Лѣта.	Предшествующіе роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
53	1750	5	27	1-е роды щипцами.	29, 24, 26 17, 9	1 ср. 3 ч. 30 м. 2 » 1 » 15 » 3 » — » 10 » 5 ч. 30 м.	Лобное спино-переднее правое.	Мальчикъ на Х л. м. въ асфикси, оживленъ черезъ 10 м.	Вѣсъ 2700 грм. Длина 49 см.
54	2780	2	20	1-е роды щипцами.	30, 24, 27, 17 9	1 ср. } 12 ч. 20 м. 2 » } 3 » — » 10 » 12 ч. 30 м	Лобное спино-правое переднее.	Мертворож. доношенн. мальчикъ перфорированный.	Вѣсъ 3350 грм. Длина 50 см.
55	3990	4	21	1-й ребенокъ родился мертвымъ, остальные благопол.	30, 23, 25, 20	1 ср. 10 ч. 30 м. 2 » 4 ч. 30 » 3 » — » 20 » 15 ч. 20 м.	Лобное спино-заднее лѣвое.	Доношенный мальчикъ въ асфикси оживленъ черезъ 10 м.	Вѣсъ 3400 грм. Длина 51 см.
56	4041	5	30	Послѣ 4-хъ родовъ была больна 3 недѣли.	31, 24, 26, 19 10 ^{1/2}	1 ср. 12 ч. — м. 2 » 8 » 30 » 3 » — » 15 » 20 ч. 45 м.	Лобное спино-лѣвое переднее.	Мертворож. доношенный мальчикъ перфорированный.	Вѣсъ 3350 грм. Длина 50 см.
57	4485	5	30	Благопол.	30, 22, 24, 18 10 ^{3/4}	1 ср. 14 ч. — м. 2 » — » 50 » 3 » — » 5 » 14 ч. 55 м.	Лобное спино-заднее лѣвое.	Мертворож. доношенный мальчикъ перфорированный.	Вѣсъ 3200 грм. Длина 50 см.
58	4524	1	22	—	30, 23, 27, 20 11	1 ср. 36 ч. — м. 2 » 1 » 45 » 3 » — » 15 » 38 ч. — м.	Лобное спино-правое переднее.	Живой доношенный мальчикъ.	Вѣсъ 3400 грм. Длина 50 см.

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНІЕ РОДОВЪ.	Послѣ- родовой періодъ.	День выписки или смерти родильницы.
Плоскій тазъ.	При поступленіи открытіе на 1½ пальца, воды цѣлы. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (глаза и носъ взадъ и влѣво). Воды прошли при полномъ открытіи. Черезъ 1 ч. 50 мин. послѣ полного открытія при поднявшемся выше пупка кольцѣ сокращенія, при спазматическихъ схваткахъ наложены щипцы на головку, стоящую во входѣ таза въ томъ же лобномъ положеніи. Въ щипцахъ въ выходѣ таза головка перешла въ задній видъ затылочнаго положенія, въ которомъ и произошли роды.	Безлихо- рабочный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 2½ пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (лобъ и глаза влѣво и кзади). При открытіи на 3 пальца въ слѣдъ за излитіемъ водъ, сдѣланы попытки исправить головку по Thorn'y безъ успѣха. Въ виду ослабленія сердцебіенія плода при почти полномъ открытіи наложены щипцы на головку, стоящую въ томъ же лобномъ положеніи — безъ результата. Сердцебіеніе плода почти исчезло. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Безлихо- рабочный.	Здоровой на 6-й день.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 2 пальца. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (лобъ и глаза впередъ и вправо). Вскорѣ прошли воды. Черезъ 4 ч. 30 м. послѣ полного открытія наложены щипцы на головку, стоящую въ томъ же лобномъ положеніи во входѣ таза. При тракціяхъ старались опустить лицо, при чемъ подбородокъ опустился, и образовалось лицевое положеніе.	Безлихо- рабочный.	Здоровой на 6-й день съ ребенкомъ.
Плоскій тазъ. Кровотеченіе въ 3 періодѣ. Послѣдъ по Credè.	Поступила съ открытіемъ матки на 2½ пальца. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо и кзади). Попытки перевести головку по Schatz'y и послѣ излитія водъ при полномъ открытіи по Thorn'y безъ успѣха. Черезъ 8 ч. 30 м. послѣ полного открытія матки наложены щипцы на головку, стоящую въ томъ же лобномъ положеніи во входѣ таза безъ результата. Сердцебіеніе плода крайне ослабло. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Endomet- ritis.	Здоровой на 11-й день.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 2½ пальца. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и вправо). Послѣ излитія водъ при полномъ открытіи сдѣланъ внутренній поворотъ на ножку, извлеченіе. Перфорация послѣдующей головки, и извлеченіе ручными приѣмами.	Безлихо- рабочный.	Здоровой на 6-й день.
Плоскій тазъ. Насѣчки про- межности. Швы.	Поступила съ открытіемъ матки на 1½ пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка въ широкой полости таза въ лобномъ положеніи (лобъ и глаза влѣво и кзади). При полномъ открытіи прошли воды. Черезъ 1½ ч. послѣ полного открытія матки наложены щипцы на головку, стоящую въ узкой части полости таза въ лобномъ положеніи, въ которомъ и извлечена.	Безлихо- рабочный. Срашеніе насѣчекъ.	Здоровой на 7-й день съ ребенкомъ.

№№ по порядку.	№№ журнала.	Беременн.	Дѣта.	Предшествующіе роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
59	4854	10	45	Благопол.	30, 25, 28, 18 9 ^{1/2}	1 ср. 13 ч. 20 м. 2 » — » — » 3 » — » 10 » 13 ч. 30 м.	Лобное спино- правое пе- реднее.	Мальчикъ на Х л. м. въ асфиксии, не оживленъ.	Вѣсъ 3150 грм. Длина 50 см.
60	2830	4	28	3-и роды мертвымъ дошенн. ребенк.	31, 25, 26, 20	1 ср. 24 ч. — м. 2 » 5 » 20 » 3 » — » 20 » 29 ч. 40 м.	Лобное спино-лѣ- вое зад- нее.	Живой доно- шенный маль- чикъ.	Вѣсъ 3400 грм. Длина 51 см.
61	3765	4	27	3-и окон- чены щипцами.	28, 23, 25, 18	1 ср. } 21 ч. 25 м. 2 » } — » 10 м. 3 » — » 10 м. 21 ч. 35 м.	Лобное спино-лѣ- вое перед- нее.	Доношенный мертворож. мальчикъ перфориро- ванный.	Вѣсъ 3300 грм. Длина 50 см.
62	3976	13	38	Благопол.	30, 24, 26, 20	1 ср. 20 ч. — м. 2 » 2 » 45 » 3 » — » 5 » 22 ч. 50 м.	Лобное спино-лѣ- вое зад- нее.	Живой доно- шенный маль- чикъ.	Вѣсъ 3950 грм. Длина 54 см.
63	5742	5	30	Благопол.	30, 26, 28, 20	1 ср. 10 ч. 40 м. 2 » 2 » 40 » 3 » — » 10 » 13 ч. 30 м.	Лобное спино-лѣ- вое зад- нее.	Живой доно- шенный маль- чикъ.	Вѣсъ 4700 грм. Длина 55 см.
64	2136	4	26	Благопол.	30, 25, 27, 18 9 ^{1/2}	1 ср. } 12 ч. 20 м. 2 » } — » 10 » 3 » — » 10 » 12 ч. 30 м.	Лобное спино-зад- нее пра- вое.	Живая доно- шенная дѣ- вочка.	Вѣсъ 3500 грм. Длина 50 см.
65	2224	3	36	1-я берем. выкид. 2-хъ м. 2-я бла- гопол.	28, 24, 24, 17	1 ср. 33 ч. 35 м. 2 » — » — » 3 » — » 5 » 33 ч. 40 м.	Лобное спино- правое пе- реднее.	Мертворож. дѣвочка пер- форированн.	Вѣсъ 2850 грм. Длина 52 см.

1898

1899

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНІЕ РОДОВЪ.	Послѣ- родовой періодъ.	День выписки или смерти родильницы.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ матки на 1 ¹ / ₂ пальца безъ водъ. Головка подвижно во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза влѣво и къзади). Рядомъ съ головкой большая петля бьющейся пуповины. Внутренній поворотъ плода на ножку. Въ виду ослабленія сердцебіенія плода извлеченіе. Трудное освобожденіе запрокинутыхся ручекъ и головки.	Безлихо- радный.	Здоровой на 5-й день.
годъ. Кровотеченіе въ 3-емъ періодѣ. Послѣдъ по Credé.	Поступила съ открытіемъ матки на 2 ¹ / ₂ пальца. Вскорѣ при 3-хъ пал. излились воды. Головка во входѣ въ тазъ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и вправо). Попытки исправить положеніе по Thorn'y безъ успѣха. Черезъ 5 ч. 20 м. въ виду затянувшихся болѣе сутокъ родовъ наложены щипцы на головку, стоящую во входѣ. Ребенокъ извлеченъ въ лобномъ положеніи.	Безлихо- радный.	Здоровой на 8-й день съ ребенкомъ.
Общесуженн. тазъ.	Поступила съ полнымъ открытіемъ безъ водъ. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза взадъ и вправо) вколочена во входъ таза. Сердцебіенія плода нѣтъ. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Безлихо- радный.	Здоровой на 6-й день.
—	Поступила съ открытіемъ на 2 пальца съ головкой стоящей во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и вправо). Попытки исправить положеніе по Thorn'y безъ успѣха. Черезъ 2 ч. 45 мин послѣ полного открытія матки и черезъ 5 час. 35 мин. послѣ излитія водъ сдѣланъ внутренній поворотъ на ножку. Извлеченіе.	Endomet- ritis et paramet- ritis.	Здоровой на 33-й день съ ребенкомъ.
Кровотеченіе послѣ родовъ изъ разрыва шейки. Тампонація.	Поступила съ открытіемъ на 2 ¹ / ₂ пальца. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо и впередъ). При 3 пальцахъ прошли воды. Черезъ 2 часа 40 мин. послѣ полного открытія матки наложены щипцы на головку, стоящую во входѣ. Ребенокъ извлеченъ въ лобномъ положеніи.	Endomet- tritis.	Здоровой на 10-й день. съ ребенкомъ.
годъ. Плоскій тазъ.	Поступила съ полнымъ открытіемъ безъ водъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза влѣво и впередъ). Въ виду ослабленія сердцебіенія плода наложены щипцы. Ребенокъ извлеченъ въ лобномъ положеніи.	Endomet- tritis.	Здоровой на 14-й день съ ребенкомъ.
Плоскій тазъ. Кровотеченіе въ 3-емъ пер. Ручное отдѣ- леніе части- чно прикрѣп- ленного дѣт- скаго мѣста. Атоническ. кровотеченіе послѣ родовъ. Горячіе души.	Поступила съ открытіемъ на 2 пальца съ цѣлымъ пузыремъ. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза влѣво и къзади) во входѣ таза. При 3 пальцахъ прошли воды. Въ виду ослабленія сердцебіенія плода щипцы безъ результата. Сердцебіеніе плода почти прекратилось. Перфорация въ щипцахъ, которыми извлечена перфорированная головка.	Endomet- tritis.	Здоровой на 10-й день.

№№ по порядку.	№№ журнала.	Беременн.	Дѣта.	Предшественные роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
66	3952	5	26	Благопол.	29, 25, 27, 18 9 ^{1/2}	1 ср. 8 » — » 2 » 5 » 15 » 3 » — » 15 » 13 ч. 30 м.	Лобное спино-лѣ- вое перед- нее.	Мертворож. дѣвочка пер- форированн.	Вѣсъ 4500 грм. Длина 53 см.
67	4247	6	31	благопол.	30, 24, 26, 18 10	1 ср. 5 ч. — м. 2 » — » 50 » 3 » — » 10 » 6 ч. — м.	Лобное спино-лѣ- вое зад- нее.	Живой не до- ношенный на Х л. м. маль- чикъ.	Вѣсъ 3100 грм. Длина 50 см.
68	5778	3	24	И тѣ и друг. роды окончены наложен. щипцовъ, дѣти жив.	30, 24, 27, 17 9	1 ср. 4 ч. 10 м. 2 » 4 » 40 » 3 » — » 10 » 9 ч. — м.	Лобное спино- правое пе- реднее.	Доношенный мертворож. мальчикъ перфориро- ванный.	Вѣсъ 3350 грм. Длина 51 см.
69	6294	14	45	Благопол.	31, 25, 28, 20	1 ср. 26 ч. — м. 2 » 10 » — » 3 » — » 20 » 36 ч. 20 м.	Лобное спино- правое пе- реднее.	Мертворож. доношенная дѣвочка пер- форированн.	Вѣсъ 4700 грм. Длина 53 см.
70	6513	1	22	—	29, 23, 25, 18 11	1 ср. 8 ч. 10 м. 2 » 2 » 50 » 3 » — » 20 » 11 ч. 20 м.	Лобное спино-лѣ- вое перед- нее.	Мальчикъ на 9 л. м. въ глубокой ас- фиксии не оживленъ. Заячья губа. Обоесторон- няя мозговая грыжа въ области пе- реносья. Недоразвитіе пальцевъ рукъ и ногъ.	Вѣсъ 2500 грм. Длина 47 см.
71	1728	7	31	Благопол.	28, 24, 25, 17 11	1 ср. 12 ч. — м. 2 » 5 » 25 » 3 » — » 15 » 17 ч. 40 м.	Лобное спино- правое переднее.	Мертворож. доношенн. дѣвочка перфориро- ванная.	1900 Вѣсъ 3500 грм. Длина 52 см.

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНИЕ РОДОВЪ.	Послѣ- родовой періодъ.	День выписки или смерти родильницы.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ матки на 3 пальца безъ водъ. Головка плотно во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо и къзади). Попытки исправить по Thorn'у безъ успѣха. Черезъ 5 ч. 15 мин. послѣ полного открытія матки наложены щипцы на головку въ томъ же положеніи безъ результата. Сердцебиеніе плода почти исчезло. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Безлихо- радный.	Здоровой на 6-й день.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 1½ пальца съ цѣлымъ пузыремъ. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо и къпереди) во входѣ таза. По излитіи водъ при 3 пальцахъ головка опустилась въ полость таза, гдѣ и перешла въ лицевое положеніе, подбородочно-правое переднее, въ которомъ и произошли роды силами природы.	Безлихо- радный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 3 пальца безъ водъ. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза влѣво и къзади) плотно вколѣстилась во входѣ таза. Попытки исправить его по Thorn'у безъ успѣха. Черезъ 4 часа 40 м. послѣ полного открытія матки наложены щипцы на головку, стоящую во входѣ въ томъ же лобномъ положеніи—безъ результата. Сердцебиеніе плода почти исчезло. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Безлихо- радный.	Здоровой на 6-й день.
—	Поступила съ открытіемъ на 1½ пальца. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза влѣво и къзади). Воды прошли при 3 пальцахъ открытія. Попытки исправить по Thorn'у безъ успѣха. Черезъ 10 ч. послѣ полного открытія въ виду затянувшихся на 1½ сут. родовъ, ослабленія сердцебиенія плода щипцы на головку, стоящую въ томъ же положеніи во входѣ—безъ результата. Сердцебиеніе плода почти исчезло. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Безлихо- радный.	Здоровой на 6-й день.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 1½ пальца и съ цѣлымъ пузыремъ. Головка въ широкой полости таза въ лобномъ положеніи (глаза и носъ вправо и къзади). Воды прошли при полномъ открытіи. Роды силами природы въ лобномъ положеніи.	Безлихо- радный.	Здоровой на 5-й день.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 2 пальца и цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза взадъ и влѣво). Попытки исправить по Thorn'у безъ успѣха. Черезъ 5 ч. 25' послѣ полного открытія въ виду неподвижнаго стоянія головки въ томъ же лобномъ положеніи во входѣ таза наложены щипцы безъ успѣха. Сердцебиеніе плода крайне ослабло. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Безлихо- радный.	Здоровой на 6-й день.

№№ по порядку.	№№ журнала.	Беременн.	Лѣта.	Предшествующіе роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
72	6580	1	18	—	31, 24, 26, 20	1 ср. 4 ч. 5 м 2 » 1 » 15 » 3 » — » 20 » 5 ч. 40 м.	Лобное спино-заднее лѣвое.	Живая не доношен. на X л. м. дѣвочка.	Вѣсъ 3200 грм. Длина 50 см.
73	6914	8	38	Послѣ 1-хъ род. была больна 3 недѣли.	30, 25, 27, 20	1 ср. 8 ч. — м. 2 » 3 » 15 » 3 » — » 10 » 11 ч. 25 м.	Двойн.: 1) Затылочное правое переднее. 2) Лобное спино-лѣвое заднее.	Живые не доношен. на IX л. м. 1) мальчикъ. 2) дѣвочка.	Вѣсъ 2500 и 1900 грм. Длина 47 и 44 см.
74	2089	5	30	4 е роды окончены перфорац. съ послѣдующ. краниокл. Остальн. благополучно.	31, 28, 29, 17 8	1 ср. } 13 ч. — м. 2 » } 3 » — » 10 » 13 ч. 10 м.	Лобное спино-лѣвое поперечн.	Мертворож. не доношен. на X л. м. дѣвочка перфорированная.	1901 Вѣсъ 2550 гр. Длина 49 см.
75	2786	3	26	Благопол.	30, 23, 26, 18 ^{1/2}	1 ср. 10 ч. — м. 2 » 3 » — » 3 » — » 20 » 13 ч. 20 м.	Лобно-спино-правое заднее.	Доношенн. мальчикъ въ глубокой асфиксіи не оживл.	Вѣсъ 3900 грм. Длина 54 см.
76	3182	2	23	Благопол.	28, 23, 25, 20	1 ср. } 18 ч. — м. 2 » } 3 » — » 15 » 18 ч. 15 м.	Лобное спино-правое заднее.	Живой доношенн. мальчикъ.	Вѣсъ 3550 грм. Длина 52 см.
77	4538	7	36	1, 3 и 5 роды окончены щипцами.	30, 23, 26, 19	1 ср. } 5 ч. 15 м. 2 » } 3 » — » 15 » 5 ч. 30 м.	Двойн.: 1) Лобное спино-заднее лѣвое. 2) Поперечное голово-лѣвое спино-переднее.	Два живые доношенн. мальчики.	1) Вѣсъ 3250 грм. Длина 53 см. 2) Вѣсъ 3150 грм. Длина 51 см.

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНИЕ РОДОВЪ.	Послѣ- родовой периодъ.	День выписки или смерти родильницы.
Разрывъ промежности 2-й системы. 5 швовъ.	<p>Поступила съ открытіемъ на 2 пал., съ цѣлымъ пузырьемъ. Головка въ широкой полости таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо и впередъ). Воды прошли при полномъ открытіи. Рожденіе плода силами природы. Сначала родилось лицо до верхней челюсти изъ подъ лонной дуги, затѣмъ изъ-за промежности вышелъ затылокъ и наконецъ ротъ и подбородокъ.</p> <p>По рожденіи 1-го плода, тотчасъ прошли воды, и головка 2-го плода вступила въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо и впередъ), въ которомъ и произошли роды черезъ 15 мин. силами природы.</p>	<p>Безлихо- радный. Сращеніе</p> <p>Безлихо- радный.</p>	<p>Здоровой на 6-й день съ ребенкомъ.</p> <p>Здоровой на 6-й день съ дѣтьми.</p>
Годъ. Плоскій тазъ.	<p>Поступила съ открытіемъ на 3¹/₂ пальца безъ водъ. Головка во входѣ стоитъ плотно въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо) Попытки исправить положеніе по Thorn'y безъ успѣха. Въ виду ослабленія сердцебіенія плода черезъ ¹/₂ часа послѣ прибытія при томъ-же открытіи наложены шипцы на головку безъ результата. Сердцебіеніе плода очень ослабло. Перфорация и извлечение краниокластомъ.</p>	<p>Безлихо- радный.</p>	<p>Здоровой на 5-й день.</p>
Кровотеченіе въ 3-мъ пер. Послѣдъ по Credè.	<p>Поступила съ открытіемъ на 1¹/₂ пал. безъ водъ. Головка въ широкой полости таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво). Черезъ 3 часа послѣ полного открытія матки въ виду ослабленія сердцебіенія плода и неподвижного стоянія головки наложены шипцы, которыми извлеченъ плодъ въ лобномъ положеніи.</p>	<p>Endo- metritis.</p>	<p>Здоровой на 8-й день.</p>
Кровотечен. въ 8-мъ пер. Послѣдъ по Credè.	<p>Поступила съ открытіемъ на 2¹/₂ пал. безъ водъ. Головка неподвижно во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво). Попытка исправить положеніе по Thorn'y безъ успѣха. При 4-хъ пальцахъ открытія наложены шипцы въ томъ же лобномъ положеніи. При первыхъ тракціяхъ головка перешла въ лицевое положеніе, подбородочно-лѣвое переднее, въ которомъ и извлечение.</p>	<p>Безлихо- радный.</p>	<p>Здоровой на 6-й день съ ребенкомъ.</p>
Эклампсія. 1 припадокъ во время родовъ и 1 послѣ родовъ.	<p>Поступила съ открытіемъ на 2 пал. безъ водъ. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и вправо) во входѣ таза. Тотчасъ по поступленіи припадковъ эклампсіи. Сдѣланъ внутренней поворотъ плода на ножку. Извлечение; трудное освобожденіе лѣвой запрокинувшейся ручки. Вскрытіе пузыря 2-го плода, находящагося въ поперечномъ положеніи. Поворотъ на ножку и извлечение.</p>	<p>Безлихо- радный.</p>	<p>Здоровой на 6-й день съ двумя мальчиками.</p>

№№ по порядку.	№№ журнала.	Беременн. Лѣта.	Предшествующіе роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
78	114	2 26	1-е роды шипцы.	28, 23, 25, 18	1 ср. } 24 ч. 30 м. 2 » — » 10 » 3 » — » 24 ч. 40 м.	Лобное спино-правое переднее.	Мертворож. доношен. мальчикъ перфорированный.	1902 Вѣсъ 3200 грм. Длина 50 см.
79	771	8 33	Благопол.	30, 25, 27, 20	1 ср. 14 ч. 20 м. 2 » — » 40 » 3 » — » 30 » 15 ч. 30 м.	Лобное спино-правое заднее.	Живая доношенная дѣвочка.	Вѣсъ 4000 грм. Длина 52 см.
80	779	7 35	Благопол.	32, 25, 28, 21	1 ср. } 7 ч. — м. 2 » — » 15 » 3 » — » 7 ч. 15 м.	Лобное спино-правое заднее.	Мертворож. доношенная дѣвочка. перфориров.	Вѣсъ 5000 грм. Длина 56 см.
81	1357	6 34	Благопол.	33, 28, 30, 20	1 ср. } 9 ч. 30 » 2 » — » 30 » 3 » — » 10 ч. — »	Лобное спино-заднее правое.	Живой доношенный мальчикъ.	Вѣсъ 5100 грм. Длина 52 см.
82	1596	5 31	Благопол.	30, 28, 25, 20	1 ср. 21 ч. — м. 2 » 3 » — » 3 » — » 12 » 24 ч. 15 м.	Лобное спино-лѣвое заднее.	Доношенный мальчикъ рожденъ въ асфиксии, оживленъ черезъ 15 м.	Вѣсъ 4250 грм. Длина 53 см.
83	1602	1 31	—	34, 26, 29, 21	1 ср. } 74 ч. 30 м. 2 » — » 30 » 3 » — » 74 ч. 50 м.	Лобное спино-лѣвое заднее.	Живой доношенн. мальчикъ	Вѣсъ 3500 грм. Длина 50 см.
84	2152	3 29	Благопол.	30, 25, 27, 19	1 ср. } 10 ч. 5 м. 2 » — » 10 » 3 » — » 10 ч. 15 м.	Лобное спино-правое переднее.	Живая доношенная дѣвочка.	Вѣсъ 4000 грм. Длина 53 см.

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНИЕ РОДОВЪ.	Послѣ-родовой періодъ.	День выписки или смерти родильницъ.
годъ. Плоскій тазъ. Многоводіе.	Поступила съ открытіемъ матки на 1¼ палеца съ головою въ лобномъ положеніи (глаза и носъ взадъ и влѣво) во входѣ таза. Воды прошли при открытіи на 3½ пал.; при томъ-же открытіи въ виду затянувшихся болѣе сутокъ родовъ, ослабленія сердцебіенія плода, наложены щипцы на головку въ томъ же лобномъ положеніи во входѣ таза безъ успѣха. Сердцебіеніе плода почти прекратилось. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Однократное повыше-ніе t до 38,2°	Здоровой на 5-й день.
—	Поступила съ открытіемъ матки на 1 пал. безъ водъ. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза влѣво и впередъ) въ широкой полости таза. Роды силами природы въ лобномъ положеніи.	Безлихорадочный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
Многоводіе.	Поступила съ открытіемъ матки на 2 палеца безъ водъ. Головка во входѣ неподвижно въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво). При открытіи матки на 3½ пал. у роженицы появилось головокруженіе, упадокъ силъ, кровотеченіе изъ половыхъ органовъ и боль въ животѣ, схватки прекратились. Тотчасъ-же были наложены щипцы на головку въ томъ-же лобномъ положеніи во входѣ таза безъ успѣха. Сердцебіеніе плода почти совсѣмъ исчезло. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Однократное повыше-ніе t до 38,5°	Здоровой на 7-й день.
Кровотеченіе въ 3-мъ пер. Послѣдъ по Credè. Разрывъ промежности, 1 шовъ.	Поступила съ полнымъ открытіемъ безъ водъ. Головка въ широкой полости таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво); черезъ 1 час. 25 мин. послѣ поступленія съ полнымъ открытіемъ въ виду неподвижнаго стоянія головки наложены щипцы. При первыхъ тракціяхъ головка перешла въ лицевое положеніе (подбородочно-лѣвое переднее), въ которомъ и выведена.	Однократное повыше-ніе t до 38,2°. Сращенія нѣтъ.	Здоровой на 9-й день съ ребенкомъ.
Кровотеченіе въ 3-мъ пер. Послѣдъ по Credè.	Поступила съ открытіемъ на 2 пал. и цѣлымъ пузыремъ. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и вправо). Воды прошли при полномъ открытіи матки. Попытка исправить положеніе по Thorn'у безъ успѣха. Черезъ 3 час. послѣ полного открытія матки наложены щипцы на головку, стоящую неподвижно. При первыхъ тракціяхъ головка перешла въ лицевое положеніе (подбородочно-правое переднее), въ которомъ и произошли роды.	Безлихорадочный.	Здоровой на 6-й день съ ребенкомъ.
Разрывъ промежности 1-е степени, швы.	Поступила съ открытіемъ на 2 пал. безъ водъ. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и вправо) въ широкой полости таза. Въ виду затянувшихся болѣе 3 сутокъ родовъ, неподвижнаго стоянія головки наложены щипцы. Послѣ первыхъ тракцій головка перешла въ лицевое положеніе—подбородочно-правое переднее, въ которомъ и выведена.	Colpitis. Сращеніе неполное.	Здоровой на 9-й день съ ребенкомъ.
—	Поступила съ открытіемъ на 1 палець. Лобное положеніе (носъ и глаза взадъ и влѣво) во входѣ таза. При полномъ открытіи прошли воды. Превращеніе по Thorn'у въ затылочно-правое переднее, въ которомъ въ виду ослабленія сердцебіенія, плодъ извлеченъ щипцами.	Endometritis.	Здоровой на 8-й день съ ребенкомъ.

№№ по порядку.	№№ журнала.	Беременн.	Лѣта.	Предшествующіе роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
85	2738	3	22	1-е роды доношен. мертв.	30, 25, 27, 20 11	1 ср. 31 ч. — м. 2 » 2 » 25 » 3 » — » 10 » 33 ч. 35 м.	Лобное спино-лѣвое-поперечн.	Мертворожд. доношенн. дѣвочка, перфорированная.	Вѣсъ 3700 грм. Длина 52 см.
86	2932	5	25	Благопол.	30, 26, 28, 20	1 ср. 27 ч. — м. 2 » — » 20 » 3 » — » 20 » 27 ч. 40 м.	Двойни: 1) Затылочно лѣв. передн. 2) Лобное-пин. прав. заднее.	Живые не доношен. два мальчика.	1) Вѣсъ 2500 грм. Длина 45 см. 2) Вѣсъ 2550 грм. Дл. 46 см.
87	4587	1	17	—	30, 23, 25, 18 12	1 ср. } 18 ч. 30 м. 2 » } 3 » — » 10 » 18 м. 40 м.	Лобное спино-лѣвое переднее.	Не доношен. на X л. м. дѣвочка въ глубокой асфиксїи оживлена черезъ 10 м.	Вѣсъ 3100 грм. Длина 50 см.
88	6071	4	34	Благопол.	30, 23, 27, 20	1 ср. 17 ч. — м. 2 » 4 » 15 ». 3 » — » 15 » 21 ч. 30 »	Лобное спино-лѣвое поперечное.	Доношенный мальчикъ въ асфиксїи, оживленъ черезъ 20 м.	Вѣсъ 3850 грм. Длина 57 см.
89	6296	6	38	1-й выкидышь на 3 мѣс., остальные благопол.	30, 24, 26, 20	1 ср. } 28 ч. — м. 2 » } 3 » — » 15 » 28 ч. 15 м.	Лобное спино-лѣвое переднее.	Живая доношенная дѣвочка.	Вѣсъ 3800 грм. Длина 51 см.
90	776 ^а	7	34	2-е щипц. 4 благополучно.	30, 23, 25, 17	1 ср. } 35 ч. 15 м. 2 » } 3 » — » 15 » 35 ч. 30 м.	Лобное спино-заднее-правое.	Мертворожд. не донош. на X л. м. мальчикъ перфорированный.	1903 Вѣсъ 3800 грм. Длина 48 см.

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНІЕ РОДОВЪ.	Послѣ- родовой періодъ.	День выписки или смерти родильницы.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 2 пал. безъ воль. Головка неподвижно стоитъ во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо). Попытка исправить по Thorn'y безъ успѣха. Черезъ 2 час. 25' послѣ полного открытія въ виду затянувшихся болѣе сутокъ родовъ, ослабленія сердцебіенія плода наложены щипцы безъ успѣха. Сердцебіеніе плода едва слышно. Перфорация и извлеченіе краниакластомъ.	Безлихо- радный.	Здоровой на 5-й день.
Двойни.	По рожденіи 1-го плода, прошли воды второго плода, головка котораго вступила въ тазъ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза влѣво и кпереди) и въ этомъ же положеніи произошли роды силами природы.	Безлихо- радный.	Здоровой на 5-й день съ дѣтьми.
—	Въ виду лобнаго положенія (носъ и глаза владъ и вправо) при открытіи матки на 3 ¹ / ₂ пал. вслѣдъ за вскрытіемъ пузыря сдѣланъ внутренній поворотъ плода на ножку, оказавшійся труднымъ. Въ виду ослабленія сердцебіенія плода присоединено извлеченіе. Освобожденіе ручекъ и головки трудное.	Безлихо- радный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
—	Поступила съ открытіемъ на 2 пал. безъ воль. Головка въ широкой полости таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо). Въ виду неподвижнаго стоянія головки, истощенія силъ роженицы, ослабленія сердцебіенія плода наложены щипцы, которыми и извлеченъ плодъ въ лобномъ положеніи.	Безлихо- радный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
Кровотеченіе въ 3-мъ пер. Послѣдъ по Credè.	Поступила съ открытіемъ на 3 ¹ / ₂ пал., безъ воль. Головка въ широкой полости таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза вправо и кзади). Въ виду неподвижнаго стоянія головки въ теченіе 15 часовъ при открытіи матки на 3 ¹ / ₂ пал. наложены щипцы. Послѣ первыхъ тракцій головка перешла въ лицевое положеніе (подбородночно-правое переднее), въ которомъ и выведена наружу.	Безлихо- радный.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
Годъ. Плоскій тазъ Кровотеченіе въ 3-мъ пер. Послѣдъ по Credè	Поступила изъ Городскаго родильнаго пріюта послѣ 4 часового тамъ пребыванія съ явленіями остраго малокровія вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, съ отсутствіемъ сердцебіенія плода. Открытіе матки на 4 пальца. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво), рядомъ съ ней ручка. Роды тянутся почти 1 ¹ / ₂ сутокъ. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ.	Perimet- ritis.	Черезъ 1 мѣсяць вы- была выздо- равливаю- щею.

№№ по порядку.	№№ журнала.	Беременн.	Дѣта.	Предше- ствующие роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Поло- женіе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
91	1192	1	20	—	30, 25, 27, 19	1 ср. 19 ч. — м. 2 » 3 » — » 3 » — » 20 » 22 ч. 20 м.	Лобное спино- заднее лѣвое.	Живая доно- шенная дѣ- вочка.	Вѣсъ 4000 грм. Длина 53 см.
92	3961	9	33	1-е шип- цы, 3-е живыхъ, остальные мертво- рожд.	30, 24, 26, 19 11 ¹ / ₂	1 ср. } 15 ч. 45 м. 2 » } 3 » — » 15 » 16 ч. — м.	Лобное спино- заднее лѣвое.	Мертворож. доношенная дѣвочка.	Вѣсъ 3450 грм. Длина 53 см.
93	1172	13	38	Благопол.	30, 23, 26, 18 11 ¹ / ₂	1 ср. } 2 » } 17 ч. 45 м. 3 » }	Лобное спино- заднее лѣвое.	Мертворож. не доношенн. на 7 л. м. дѣвочка.	1904 Вѣсъ 1400 грм. Длина 85 см.
94	1284	8	34	Благо- получно.	30, 24, 26, 17 ¹ / ₂	1 ср. 13 ч. — м. 2 » 1 » — » 3 » — » 5 » 14 ч. 5 м.	Лобное спино- правое заднее.	Живой доно- шенный маль- чикъ.	Вѣсъ 3350 грм. Длина 51 см.
95	1748	5	35	1-я и 3-я берем. благопол. 2 и 4 выкид. 3-хъ мѣс.	31, 26, 28, 20 13	1 ср. } 14 ч. 10 м. 2 » } 3 » — » 5 » 14 ч. 15 м.	Лобное спино- правое переднее.	Живой доно- шенный маль- чикъ.	Вѣсъ 3550 грм. Длина 52 см.
96	3547	10	31	Благо- получно.	27, 23, 26, 18	1 ср. 12 ч. — м. 2 » 3 » 45 » 3 » — » 15 » 16 ч. — м.	Лобное спино- правое переднее.	Живая доно- шенная дѣ- вочка.	Вѣсъ 4500 грм. Длина 53 см.

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНІЕ РОДОВЪ.	Послѣ-родовой періодъ.	День выписки или смерти родильницы.
—	Поступила съ открытіемъ матки на 2½ пальца. При открытіи матки на 3 пальца прошли воды. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и вправо). Попытка исправить положеніе по Thorn'y безъ успѣха. Черезъ 3 часа послѣ полного открытія матки наложены щипцы на головку, которая и извлечена въ томъ-же лобномъ положеніи.	Безлихорадочн.	Здоровой на 6-й день съ ребенкомъ.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ матки на 2 пальца. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и вправо). При открытіи на 2½ пал. прошли воды. Точка послѣ этого при растяжимыхъ краяхъ сдѣланъ внутренній поворотъ на ножку, совершившійся съ большимъ трудомъ. При этомъ выпала петля будущей пуповины. Извлеченіе плода. Трудное освобожденіе ручекъ и головки.	Perimetritis.	Здоровой на 12-й день.
Одъ. Плоскій тазъ. раевое пред- жаніе дѣт- гаго мѣста. ровотеченіе 3-емъ пер. учное отдѣ- ніе дѣтска- го мѣста. строе мало- кровіе.	Поступила съ явленіями остраго малокровія съ открытіемъ на 1½ пальца безъ водъ. Дѣтское мѣсто прощупывается слѣва спереди. Головка надъ входомъ въ лобномъ положеніи (глаза и носъ влѣво и впередъ); Сердцебіеніе плода едва слышно. t 38,2. Довольно сильное кровотеченіе. Внутренній поворотъ на ножку, удавшійся легко. Въ виду продолжавшагося кровотеченія, извлеченіе плода.	Безлихорадочн.	Здоровой на 5-й день.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ матки на 1 палецъ. Вскорѣ при 1½ пальцахъ открытія прошли воды. Головка въ лобномъ положеніи (носъ и глаза впередъ и влѣво) въ широкой полости. Роды силами природы въ лобномъ положеніи.	Безлихорадочн.	Здоровой на 8-й день съ ребенкомъ.
—	Поступила съ открытіемъ матки на 1 палецъ безъ водъ. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза взадъ и влѣво). Попытки исправить положеніе по способу Thorn'a безъ успѣха. Въ виду неподвижнаго стоянія головки въ теченіе 6 часовъ въ томъ-же положеніи при 4-хъ пальцахъ открытія наложены щипцы. Ребенокъ извлеченъ въ лобномъ положеніи.	Безлихорадочн.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.
Плоскій тазъ.	Поступила съ открытіемъ на 3 пальца безъ водъ. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (носъ и глаза взадъ и влѣво). Попытки исправить положеніе по Thorn'y безъ успѣха. Въ виду ослабленія сердцебіенія плода черезъ 2 ч. 45' послѣ полного открытія наложены щипцы на головку въ томъ-же лобномъ положеніи, въ которомъ и извлеченъ ребенокъ.	Colpitis.	Здоровой на 17-й день съ ребенкомъ.

№№ по порядку.	№№ журнала.	Беременн.	Лѣта.	Предшествующіе роды.	Тазъ.	Продолжит. родовъ.	Положеніе младенца.	Состояніе младенца.	Вѣсъ и длина младенца.
97	4332	1	19	—	30, 24, 26, 19	1 ср. 16 ч. — м. 2 » 1 » 30 » 3 » — » 20 » <u>17 ч. 50 м.</u>	Лобное спино-правое заднее.	Мертворож. не доношенн. на IX л. м. дѣвочка.	Вѣсъ 2350 грм. Длина 48 см.
98	1910	8	41	7-я берем. выкид. 4½ мѣс. остальн. благопол.	31, 25, 27, 19	1 ср. 6 ч. — м. 2 » 3 » — » 3 » — » 20 » <u>9 ч. 20 м.</u>	Лобное спино-лѣвое переднее.	Мертворож. доношенный мальчикъ перфорированный.	1905 Вѣсъ 4450 грм. Длина 54 см.
99	1375	4	25	Благополучно.	30, 25, 27, 18, 9	1 ср. 9 ч. 40 м. 2 » — » 10 » 3 » — » 10 » <u>9 ч. 50 м.</u>	Лобное спино-лѣвое переднее.	Мертворож. доношенный мальчикъ перфорированный.	1906 Вѣсъ 4400 грм. Длина 58 см.
100	2923	1	21	—	28, 24, 26, 17	1 ср. 55 ч. — м. 2 » — » 25 » 3 » — » 10 » <u>55 ч. 35 м.</u>	Лобное спино-правое переднее.	Мертворож. доношенный мальчикъ перфорированный.	Вѣсъ 3500 грм. Длина 51 см.
Въ 1907 году лобныхъ									
101	1691	3	40	Первые роды были двойни, всѣ — благополуч.	30, 23, 25, 19	1 ср. 22 ч. — м. 2 » 1 » — » 3 » — » 50 » <u>23 ч. 50 м.</u>	Лобное спино-правое переднее.	Доношенный мальчикъ въ асфикси, оживленъ черезъ 5 мин.	1908 Вѣсъ 4000 грм. Длина 52 см.

Неправильн. и осложнен. при родахъ.	ТЕЧЕНИЕ РОДОВЪ.	Послѣ-родовой периодъ.	День выписки или смерти родильницы.
годъ.	— Поступила съ открытіемъ матки на 1 ¹ / ₂ пал. безъ водъ. Головка въ широкой полости таза (нось и глаза влѣво и кпереди). Сердцебиеніе плода не слышно. Роды силами природы въ лобномъ положеніи.	Безлихорадочный.	Здоровой на 10-й день.
годъ.	— Поступила съ открытіемъ матки на 3 ¹ / ₂ пальца безъ водъ. Головка во входѣ въ лобномъ положеніи (нось и глаза вправо и кзади). Попытки исправить положеніе по Thorn'y безъ успѣха. Черезъ 3 часа послѣ полного открытія матки, въ виду ослабленія сердцебиенія плода наложены щипцы на головку, стоящую неподвижно въ томъ-же положеніи — безъ результата. Сердцебиеніе плода почти исчезло. Перфорация и извлечение краниокластомъ.	Безлихорадочный.	Здоровой на 9-й день
Плоскій тазъ. Кровотеченіе въ 3-емъ пер. ручное отдѣленіе при-крепленнаго дѣтск. мѣста.	— Поступила съ открытіемъ на 2 пальца, безъ водъ. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (нось и глаза кзади и вправо). Попытки исправить по Thorn'y не удались. При открытіи матки на 3 ¹ / ₂ пал. выпала большая петля бьющейся пуповины. Наложены щипцы безъ успѣха. Біеніе пуповины прекратилось. Перфорация и извлечение краниокластомъ.	Безлихорадочный.	Здоровой на 7-й день.
Плоскій тазъ. Кровотеченіе въ 3-емъ пер. Послѣдъ по Credè.	— Поступила съ открытіемъ матки на 1 ¹ / ₂ пал. безъ водъ. Головка во входѣ таза въ лобномъ положеніи (нось и глаза взадъ и влѣво). Попытки исправить положеніе по Thorn'y безъ успѣха. Въ виду затянувшихся болѣе 2 сутокъ родовъ при полномъ открытіи наложены щипцы на головку въ томъ-же лобномъ положеніи безъ успѣха. Сердцебиеніе плода почти исчезло. Перфорация и извлечение краниокластомъ.	Безлихорадочный.	Здоровой на 8-й день.
положеній не было.	— Поступила съ открытіемъ матки на 1 ¹ / ₂ пальца безъ водъ. Головка въ лобномъ положеніи (нось и глаза взадъ и влѣво) въ широкой полости. Рожденіе плода въ лобномъ положеніи силами природы.	Однократное повыше-ніе t ⁰ до 38,8.	Здоровой на 5-й день съ ребенкомъ.

КЪ ВОПРОСУ О ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХЪ РАЗРОЩЕНІЯХЪ ЭПИТЕЛІЯ ВЪ ЖЕНСКОМЪ ПОЛОВОМЪ АППАРАТѢ *).

К. УЛЕЗКО-СТРОГАНОВОЙ.

Ни въ одной области человѣческаго тѣла гиперплазія эпителія не встрѣчается такъ часто и не достигаетъ такихъ высокихъ степеней, какъ въ женскомъ половомъ аппаратѣ, и при томъ не только при патологическихъ условіяхъ, но также и при нѣкоторыхъ физиологическихъ состояніяхъ, какъ на примѣръ, во время беременности.

Достаточно вспомнить, какого пышнаго развитія достигаетъ железистый аппаратъ въ слизистой оболочкѣ матки въ началѣ беременности! Превращая ее въ настоящую аденому (впослѣдствіи *stratum spongiosum*), железистыя разрощенія переступаютъ физиологическую границу, заходя концами своихъ развѣтвленій на различную глубину мышечнаго слоя матки.

Изученіе эпителиальныхъ гиперплазій вообще и въ женскомъ половомъ аппаратѣ въ частности представляетъ большой интересъ.

1) Прежде всего потому, что онѣ могутъ подать поводъ къ смѣшенію съ злокачественными новообразованіями.

2) Кромѣ того, онѣ получаютъ иногда наклонность къ злокачественному перерожденію.

Это обстоятельство давно уже подмѣчено клиницистами-гинекологами, которые относятся всегда подозрительно, на примѣръ, къ эрозіямъ, трудно поддающимся заживленію или къ тѣмъ формамъ гиперпластическаго эндометрита, которыя, представляя гистологически картину аденопа *benignum*, постоянно возобновляются, не смотря на повторныя выскабливанія.

3) Наконецъ, получаютъ весьма цѣнныя данныя при изученіи условій развитія такихъ гиперплазій и расасыванія ихъ.

*) Докладъ, сдѣланный въ засѣданіи Ученаго Отдѣла Общества борьбы съ раковыми заболѣваніями, 13/11 1909 г.

Послѣднее время среди изслѣдователей вопроса о происхожденіи злокачественныхъ опухолей замѣчается возвращеніе къ старой Вирховской теоріи о происхожденіи ихъ въ связи съ какимъ либо раздраженіемъ, будетъ ли это грубое травматическое (въ смыслѣ Вирхова) или термическое, химическое или какое нибудь иное.

Доказательствомъ этого служитъ рядъ экспериментальныхъ работъ надъ раздраженіемъ эпителия различными агентами съ цѣлью вызвать въ немъ усиленный ростъ. Таковы, напримѣръ, работы проф. Подвысоцкаго съ д-ромъ Пироне, которымъ удалось вызвать бурное размноженіе эпителия подъ вліяніемъ холода, или Fischer'a, получившаго тоже при введеніи подъ кожу масла и т. д.

Клиническія наблюденія часто подтверждаютъ извѣстную зависимость между появленіемъ новообразованія и какимъ нибудь раздраженіемъ.

Достаточно привести статистическія данныя Martschke, которому удалось собрать 293 случая рака, изъ которыхъ 141 развились на люпозныхъ язвахъ, 44—на фистулѣзныхъ ходахъ и 108—на различныхъ опухоляхъ. Изъ 16 собственныхъ случаевъ, т. е. наблюдавшихся самимъ Martschke, 10 развились на люпозныхъ язвахъ и 6—на различныхъ опухоляхъ.

Матеріаломъ для моего изслѣдованія служили: слизистая оболочка Фаллопиевыхъ трубъ при различныхъ воспалительныхъ процессахъ, особенно при пораженіи ихъ гонорреей или туберкулезомъ, при различныхъ формахъ беременности и, наконецъ, при выпаденіи ихъ во влагалище послѣ экстирпаціи матки.

Далѣе, слизистая оболочка матки при различныхъ гиперпластическихъ эндометритахъ, міоматозныхъ, полипозныхъ, adenoma benignum и, наконецъ, при различныхъ формахъ беременности.

Чрезвычайно цѣнный матеріалъ представляютъ эрозіи, развивающіяся на шейкѣ, различныя формы кондиломъ и папилломъ—на слизистой оболочкѣ влагалища, а иногда также папиллярныя кисты яичниковъ (рис. 6).

Оставляя въ сторонѣ фізіологическія гиперплазіи эпителия или эндотелия во время беременности, когда сама беременность представляетъ раздражителя, возбуждающаго эпителий къ усиленному росту, въ остальныхъ случаяхъ причиною гиперплазіи являются различныя возбудители воспалительнаго процесса.

Между ними туберкулёзъ и гоноррея сопровождаются чрезвычайно пышными разрощеніями эпителия, особенно когда они поражаютъ Фаллопиевы трубы.

Исслѣдуя микроскопическія картины слизистой оболочки Фаллопиевыхъ трубъ при пораженіи ихъ туберкулезомъ или гонорреей, можно замѣтить, что гиперплазія эпителия достигаетъ наивысшихъ степеней въ тѣхъ отдѣлахъ ея, гдѣ соединительная ткань еще слабо реагируетъ на болѣзненный процессъ, когда эта реакція выражается лишь со стороны сосудовъ въ видѣ большаго, можетъ быть, противъ нормы кровонаполненія ихъ и извѣстную степень инфильтраціи ея лейкоцитами (рис. 1, 2 и 3).

Что же касается до эпителия, то, гиперплазируясь, онъ обнаруживаетъ цѣлый рядъ уклоненій отъ своей первичной формы, свойственной данной области, типическаго цилиндрическаго. Онъ утрачиваетъ характерную картину полисада. Ядра его располагаются уже не у основанія, а на различныхъ высотахъ клѣтки; при этомъ они принимаютъ различную форму и величину и становятся богаче хроматиномъ. Въ нихъ чаще встрѣчаются фигуры дѣленія.

Къ этому присоединяются и другія особенности, связанные съ усиленнымъ клѣточнымъ ростомъ. Такъ, на примѣръ, эпителий изъ одноряднаго становится многоряднымъ. Находясь подъ вліяніемъ раздражителя, постоянно возбуждающаго его къ энергичному размноженію, онъ не успѣваетъ дифференцироваться до типической цилиндрической клѣтки, остается въ болѣе молодомъ состояніи и потому, кромѣ многорядности, обнаруживаетъ рядъ другихъ эмбриональныхъ свойствъ. Такъ, на примѣръ, онъ образуетъ выпячиванія въ видѣ ворсинчатыхъ разрощеній на свободной поверхности или впячиванія, принимающія характеръ мѣшетчатыхъ впячиваній въ соединительную ткань.

Послѣднія, продолжая развиваться, развѣтвляются въ различныхъ направленіяхъ и даютъ многочисленныя железистыя разрощенія, причемъ слизистая оболочка трубы принимаетъ картину настоящей аденомы.

Мало того, въ нѣкоторыхъ случаяхъ такія аденоматозныя образованія не ограничиваются одной слизистою, но проникаютъ глубже и появляются на различной глубинѣ мышечнаго слоя трубы.

Такимъ образомъ получается картина какъ бы настоящаго гетерогенеза!

Подобныя измѣненія въ слизистой оболочкѣ Фаллопиевой трубы подѣ вліяніемъ туберкулеза и гонорреи или какого либо иного раздраженія описывались уже нѣкоторыми авторами, какъ напр. Rob. Mayer'омъ, Wolf'омъ и др.

Разсматривая такія железистыя разрошенія, Rob. Mayer пытается сдѣлать имъ соотвѣтствующую оцѣнку.

Изъ описанія вышеприведенныхъ микроскопическихъ картинъ видно, что отклоненіе эпителия отъ первичнаго типа и гетерогенезъ не могутъ служить абсолютнымъ критериумомъ для злокачественнаго процесса.

Robert Mayer говоритъ, что пока аденоматозныя разрошенія лишь инфильтрируютъ ткань, они должны быть разсматриваемы, какъ доброкачественныя. Какъ только они оказываютъ разрушительное дѣйствіе на основную ткань, ихъ слѣдуетъ считать злокачественными. Граница перехода первыхъ во вторыя неизвѣстна и установить ея пока невозможно.

Продолжая затѣмъ описаніе занимающей насъ картины эпителиальныхъ разрошеній, слѣдуетъ замѣтить, что даже на высотѣ ихъ развитія,—между эпителиальными клѣтками и въ протоплазмѣ послѣднихъ встрѣчается большее или меньшее количество лейкоцитовъ.

По мѣрѣ того какъ основной процессъ принимаетъ длительный характеръ и переходитъ въ хроническое состояніе, соединительная ткань слизистой оболочки претерпѣваетъ все большія и большія реактивныя измѣненія. Параллельно съ этимъ ростъ эпителия замедляется и идетъ на убыль.

Если разсматривать, напримѣръ, тѣ участки слизистой, гдѣ соединительная ткань ея превратилась въ крупно-клѣтчаточковую эпителиоидную—при гонорреи или представляетъ характерную картину бугорка при туберкулѣзѣ, то оказывается, что такіе участки покрыты уже одноряднымъ кубическимъ или почти плоскимъ эпителиемъ.

Такимъ образомъ можно установить извѣстную зависимость между состояніемъ основной соединительной ткани и степенью эпителиальныхъ гиперплазій. Пока реакція соединительной ткани выражена слабо,—гиперплазія эпителия достигаетъ наиболѣе высокихъ степеней; но по мѣрѣ того, какъ соединительная ткань развиваетъ свои защитительныя свойства, перерождаясь въ эпителиоидную или буго-

рокъ,—ростъ эпителия ограничивается, идетъ на убыль и въ концѣ концовъ происходитъ даже атрофія послѣдняго.

Вмѣстѣ съ тѣмъ и железистыя разрошенія претерпѣваютъ рядъ регрессивныхъ измѣненій: они спадаются, утрачиваютъ характеръ железистыхъ трубокъ, но еще долго встрѣчаются въ соединительной ткани различной величины и формы эпителиальные тяжи и гнѣзда, которые могутъ иногда симмулировать злокачественныя эпителиальныя разрошенія (рис. 4).

При этомъ наблюдаются иногда гнѣзда эпителиальныхъ клѣтокъ, отщепившихся, благодаря соединительной ткани, отъ общей массы, въ которыхъ дегенеративныя измѣненія несомнѣнно идутъ дальше, если судить, напримеръ, по дальнѣйшему расхожденію клѣтокъ или, напротивъ, по слянію ихъ, — и несмотря на то между ними встрѣчаются элементы съ митозами.

При видѣ такихъ картинъ невольно приходитъ на мысль гипотеза Ribbert'a о происхожденіи злокачественныхъ опухолей путемъ отщепленія клѣтокъ или клѣточныхъ группъ отъ связи съ элементами матерней почвы, благодаря чему они приобрѣтаютъ свойства самостоятельнаго существованія и неограниченнаго роста.

При изученіи регрессивныхъ измѣненій, происходящихъ въ эпителиальныхъ разрошеніяхъ при туберкулезѣ, не могу съ своей стороны не подтвердить взгляда, высказаннаго Ribbert'омъ и др., что Langhans'овы клѣтки (многоядерные гиганты) могутъ развиваться не только изъ эндотелія и соединительнотканыхъ клѣтокъ, но также изъ эпителия. Встрѣчается рядъ микроскопическихъ картинъ, показывающихъ, что гигантскія клѣтки происходятъ путемъ слянія эпителиальныхъ клѣтокъ между собою (рис. 5). Вообще при туберкулезѣ замѣчается склонность къ гиалинизации всѣхъ вообще элементовъ пораженной ткани.

При выпаденіи Фаллопиевыхъ трубъ во влагалище послѣ полной экстирпации матки нерѣдко происходитъ также рѣзкая гиперплазія цилиндрическаго эпителия. Мнѣ пришлось изслѣдовать 3 подобныхъ случая — 2 послѣ экстирпации матки, пораженной аденокарциномой и 1 — послѣ удаленія фиброматозно-перерожденной матки.

Энергичный ростъ эпителия со всѣми измѣненіями въ немъ, связанными съ такимъ ростомъ, произошелъ подъ вліяніемъ новой несвойственной ему среды, которая, слѣ-

довательно, является въ данномъ случаѣ для него настоящимъ раздражителемъ.

Конечныя измѣненія эпителия, представляющія результатъ приспособленія его къ новой средѣ, — это переходъ, метаплазія цилиндрическаго одноряднаго эпителия въ плоскій многослойный.

Эрозія — это своеобразное заболѣваніе влагалищной части шейки, выражающееся развитіемъ цилиндрическаго эпителия на мѣстѣ плоскаго, а также появленіемъ железистыхъ ходовъ въ той части слизистой шейки матки, гдѣ нормально они отсутствуютъ, — рассматривается въ настоящее время, какъ новообразование на воспалительной почвѣ въ связи съ различными *endometrit'*ами или *endocervicit'*ами.

По изслѣдованіямъ нѣкоторыхъ авторовъ, какъ напримѣръ *Verneq'a*, въ этиологіи эрозій видную роль играетъ гоноррея. *Verneq'u* удалось доказать присутствіе гонококковъ во многихъ случаяхъ эрозій въ инфильтратѣ, сопровождающемъ желѣзистые ходы.

Съ своей стороны отмѣчу, что аденоматозныя разрошенія при эрозіяхъ распространяются иногда такъ далеко, что появляются на различной глубинѣ среди мышцъ.

А какая гиперплазія плоскаго многослойнаго эпителия наблюдается при заживленіи эрозій, когда получаютъ картины атипическаго разростанія эпителия, захожденія его въ желѣзистые ходы и т. д. Такія картины могутъ также симмулировать ракъ.

Остроконечныя кондиломы и различныя папилломы на слизистой влагалища представляютъ собою уже настоящія новообразованія, возникающія большею частью на воспалительной почвѣ. Извѣстно, что ими нерѣдко сопровождается гоноррейный кольпитъ.

Однажды мнѣ пришлось изслѣдовать папилломы, развившіяся во влагалищѣ при слѣдующихъ условіяхъ. Одна молодая женщина подверглась *colpotomia* для удаленія кистовидно-перерожденныхъ придатковъ съ одной стороны. При осмотрѣ удаленной кисты можно было убѣдиться, что въ образованіи ея принимали участіе труба и яичникъ, то есть, что это была трубно-яичниковая киста.

Обыкновенно происхожденіе такихъ кистъ связывается съ наличностью какого либо воспалительнаго процесса; нѣкоторые гинекологи доказываютъ даже, что онѣ

возникають на почвѣ гоноррейной инфекціи. Изъ анамнеза больной гоноррея не исключена.

Мѣсяца черезъ 4 послѣ операціи больная показала оперированному ея Проф. Отту, который нашелъ на слизистой влагалища пышныя папилломатозныя разрощенія; отдѣльныя папилломы достигали величины крупной малины. Черезъ нѣсколько дней мнѣ самой пришлось видѣть эту больную и я могла констатировать, что упомянутыя разрощенія располагались у нея какъ разъ на протяженіи бывшаго влагалищнаго разрѣза.

Микроскопически это были соединительно-тканныя образования, богатые сосудами и мелко-клеточнымъ инфильтратомъ, сложившіяся въ видѣ сосочковъ и покрытыя пышно разросшимся плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ. Присутствіе воспалительнаго инфильтрата и условія развитія этихъ папилломъ говорятъ о несомнѣнной зависимости ихъ отъ воспалительнаго процесса.

Рядомъ изслѣдованій и сопоставленіемъ клиническихъ и статистическихъ данныхъ была доказана въ свое время ошибочность взгляда Ракитанскаго, высказавшагося о несомвѣстности рака съ туберкулезомъ.

Lubarsch привелъ обширный статистическій матеріалъ, показавшій, что туберкулезъ часто комбинируется съ ракомъ и высказалъ даже предположеніе, что ракъ встрѣчался бы при туберкулезѣ гораздо чаще, если бы большыя туберкулезомъ не погибали раньше времени.

Naegeli приводитъ также рядъ случаевъ одновременнаго пораженія ракомъ и туберкулезомъ различныхъ отдѣловъ кишечника и легкихъ.

Приведенные авторы высказываютъ предположеніе, что туберкулезъ какъ будто даже предрасполагаетъ къ заболѣванію ракомъ, внося мѣстное раздраженіе и причиняя общее расстройство.

Что касается гинекологической области, то по Sanger'у и Barth'у, во всѣхъ случаяхъ злокачественнаго пораженія Фаллопиевыхъ трубъ предшествовалъ какой либо воспалительный процессъ въ нихъ. Orthmann уменьшаетъ эту цифру почти до половины, оставляя все-таки громадный % злокачественныхъ пораженій трубъ на почвѣ бывшихъ воспалительныхъ процессовъ.

Единственный случай первичнаго пораженія ракомъ Фаллопиевой трубы, оперированный въ клиникѣ Проф.

Оттѣ и описанный въ свое время проф. Строгановымъ, произошелъ у женщины, перенесшей нѣсколько лѣтъ назадъ, какъ видно изъ анамнеза, тяжелое воспаленіе придатковъ.

Такимъ образомъ, такъ называемыя доброкачественныя разрошенія эпителия въ женской половой сферѣ представляютъ несомнѣнно большой интересъ не только потому, что могутъ подать поводъ къ смѣшенію ихъ съ злокачественными формами, но также и потому, что они, дѣйствительно, могутъ иногда злокачественно переродиться.

На основаніи вышеизложеннаго позволяю себѣ сдѣлать слѣдующіе выводы.

1) Въ женскомъ половомъ аппаратѣ эпителиальныя разрошенія встрѣчаются часто и достигаютъ высокихъ степеней.

2) Существуетъ извѣстная зависимость между состояніемъ соединительной ткани и степенью гиперплазіи эпителия.

3) Анаплазія, гетерогенезъ и разрушительное дѣйствіе эпителия (при заживленіи эрозій, напримѣръ, разрушеніе железистыхъ ходовъ плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ) не могутъ служить абсолютнымъ критеріумомъ для опредѣленія злокачественности процесса.

4) Langhans'овы клѣтки при туберкулезѣ могутъ происходить также путемъ сліянія эпителиальныхъ элементовъ.

5) Имѣя наклонность къ злокачественному перерожденію, эпителиальныя гиперплазіи могутъ дать цѣнный матеріалъ для изученія раннихъ стадій этого нарушенія равновѣсія.

ЛИТЕРАТУРА.

Подвысоцкій и Пиронэ. Къ вопросу о гигантскихъ клѣткахъ эпителиальнаго происхожденія въ связи съ измѣненіями, вызываемыми въ кожномъ эпителии при охлажденіи.

(Изъ Отдѣла Общей патологіи Им. Инст. exper. мед.). 1906. Архивъ Біологическихъ наукъ.

B. Fischer, Die experimentelle Erzeugung atypischer Epithelwucherungen und die Entstehung bösartiger Geschwülste. Münchener med. Wochenschrift.

Martschke Theodor, Ueber das Vorkommen von Carcinom auf der Basis von Lupus und Geschwüren. Göttingen. Zeitsch. f. Krebsforschungen 6 Bd. 2 H. G. 435.

R. Meyer, Ueber adenomötose Schleimhautwucherungen in der Uterus u. Tubenwand und ihre pathologisch-anatomische Bedeutung. Virchows Arch. Bd. 172.

Wolf, Ueber adenomähnliche Wucherungen der Tubenschleimhaut bei Tubentuberkulose. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1897.

A. Stein, Ueber adenomatöse Wucherungen der Tubenschleimhaut bei chronischer Tuberkulose. u. Gonorrhoe der Tube.

Monatsschrift für Geb. u. Gyn. 1903.

Kundrat, Zur Tuberkulose der Tuben u. der Uterusmucosa. Arch. f. Gyn. Bd. 65.

Landau u. Rheinstein, Beiträge zur pathologische Anatomie der Tube. Arch. f. Gyn. Bd. 39.

Lubarsch, Ueber den primären Krebs d. Ileum, nebst Bemerkungen über gleichzeitige Vorkommen v. Krebs u. Tuberkulose. Virhows Archiv Bd. 111, 1888.

Naegeli, Die Combination v. Tuberkulose u. Carcinom. Virchows Archiv Bd. 148, 1897.

Sänger u. Barth, Die Neubildungen der Eileiter. Martin, Handbuch der weiblichen Adnexorgane, 1895.

Orthmann, Zur Kenntniss der malignen Tubenneubildungen, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 58.

Ануфриевъ А., Современное состояніе вопроса о первичномъ пораженіи ракомъ Фаллопиевъ трубъ.

Труды 1-го Съезда Общества російскихъ Акушеровъ и Гинекологовъ, 1604.

Строгановъ В. Первичный ракъ Фаллопиевой трубы.

Сборникъ работъ по акушерству и женск. бол., посвящен. Проф. К. Ф. Славянскому, 1893 г.

ОБЪЯСНЕНІЕ РИСУНКОВЪ.

Рис. 1. Одна изъ складокъ слизистой оболочки Фаллопиевой трубы при туберкулезѣ; а—соединительно-тканная строма, в—эпителий въ состояніи гиперплазии.

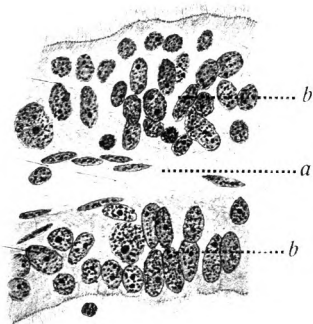
Рис. 2. Тоже; а) соединительно-тканная строма, инфильтрированная лейкоцитами и б) покрывающій ее эпителий.

Рис. 3. Изъ аденоматозныхъ разроженій въ слизистой оболочкѣ Фаллопиевой трубы при гонорреи. Эпителий въ состояніи рѣзко выраженной гиперплазии.

Рис. 4. Остановка въ ростѣ и рассасываніе эпителиальныхъ (железистыхъ) разроженій въ слизистой оболочкѣ Фаллопиевой трубы при туберкулезѣ.

Рис. 5. Развитие гигантской клѣтки Langhans'a въ бугоркѣ (при туберкулезѣ) на счетъ эпителия (дегенерации) а—еще видны остатки цилиндрическаго эпителия.

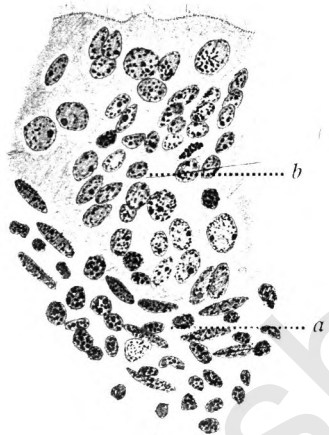
Рис. 6. Остановка въ ростѣ, атрофія и рассасываніе папиллярныхъ разроженій, диссеминировавшихъ по брюшинѣ при *cystoma papillare proliferum ovarii*.



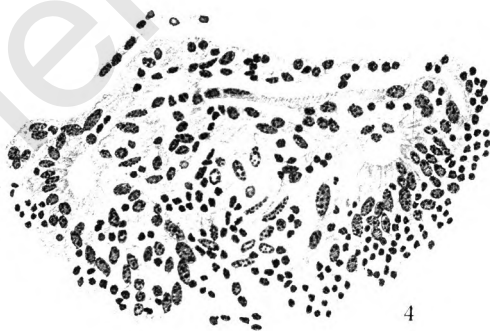
1



3



2



4



6



5

Къ вопросу объ аппендицитѣ и о заболѣваніяхъ правыхъ придатковъ.

Н. К. НЕЁЛОВА.

Прив.-доц. У-та Св. Владиміра въ Кіевѣ

I.

Вопросомъ объ аппендицитѣ стали заниматься, сравнительно, недавно; даже во время моего студенчества, въ 80 годахъ прошлаго столѣтія, отъ нашихъ глубокоуважаемыхъ учителей, Е. И. Афанасьева, Э. Э. Меринга и нынѣ здравствующаго К. Г. Тритшеля, мы совсѣмъ не слышали объ этой болѣзни и такихъ больныхъ тогда не было ни въ клиникахъ, ни въ больницахъ.

А между тѣмъ это заболѣваніе было, конечно, извѣстно и въ древности (Celsus, Aeraeteus), и особенно въ средніе вѣка; вспомнимъ, напр., Диуитген'а и его знаменитую теорію о нарывахъ правой подвздошной ямки (Диуитген'овскіе нарывы); обращали свое вниманіе и акушеры на заболѣваніе отростка; такъ мы встрѣчаемъ описанія у Levret (1677) и Delerye (1777).

Если хотя и рѣдко, но все же говорили и писали объ аппендицитѣ, то еще рѣже шла рѣчь объ отношеніи заболѣванія червеобразнаго отростка къ заболѣваніямъ придатковъ матки; и это будетъ вполне понятно, если мы вспомнимъ, что и распознаваніе вообще заболѣваній придатковъ матки тоже сравнительно очень недавно стало болѣе совершеннымъ, именно, благодаря введенію комбинированныхъ методовъ изслѣдованія. Я еще помню, какъ солидные ученые, патолого-анатомы, совершенно серьезно увѣряли, что нельзя прощупать яичника, трубы, связки и что гинекологи, будто-бы дѣлающіе это, добросовѣстно сами заблуждаются и вводятъ въ заблужденіе другихъ.

Въ послѣднее время въ Германіи появилось новое изданіе, посвященное оперативной гинекологіи и вышедшее изъ подъ пера извѣстныхъ гинекологовъ Krönig'a и Döderlein'a; въ этой прекрасной востѣхъ отношеніяхъ книгѣ впервые одна глава посвящена аппендициту

и его отношенію къ женскимъ половымъ органамъ; авторъ этой статьи Krönig говоритъ, что мы обязаны американцамъ и французамъ разработкой вопроса объ аппендицитѣ и о его отношеніи къ заболѣванію придатковъ матки.

Изъ ученыхъ, писавшихъ о заболѣваніи червеобразнаго отростка, надо указать на слѣдующихъ: Соё, Delagénière, König, Sonnenburg, Пироговъ, Платоновъ, Ростовцевъ, Mühsam, Füh, Abraham, Amann jun., а въ самое послѣднее время: Rankow (изъ клиники Krönig'a), Бородулинъ, Sprengel, Calmann.

Вопросъ объ аппендицитѣ и о его отношеніи къ придаткамъ находится въ числѣ программныхъ вопросовъ будущаго всемірнаго конгресса врачей въ Будапештѣ; докладчикомъ отъ Россіи, какъ извѣстно, выступаетъ профессоръ Военно-Медицинской Академіи Г. Е. Рейнъ; слѣлаютъ также доклады Rosthorn и Segond.

II.

Встрѣтивъ въ своей практикѣ нѣсколько интересныхъ случаевъ аппендицита, имѣвшихъ связь съ заболѣваніемъ придатковъ матки, я заинтересовался этимъ вопросомъ и рѣшилъ имъ заняться.

Прежде всего я нашель нужнымъ познакомиться съ анатомическими и физиологическими условіями, въ которыхъ находится червеобразный отростокъ и придатки матки. Съ этой точки зрѣнія меня интересовали слѣдующіе четыре вопроса:

1. Внѣ брюшины или внутри ея лежитъ червеобразный отростокъ? Къ моему удивленію вопросъ этотъ учеными рѣшается не совсѣмъ единогласно; одни склонны думать, что, червеобразный отростокъ лежитъ внѣбрюшинно, а другіе—внутрибрюшинно.

Въ самое послѣднее время этимъ вопросомъ занялись Rankow и Sprengel и, на значительномъ матеріалѣ изучая положеніе отростка, они пришли къ заключенію, что онъ лежитъ внутрибрюшинно; если же и встрѣчаются случаи, когда онъ находится внѣ брюшины, то эти случаи должны быть отнесены или на счетъ бывшаго воспалительнаго процесса, или же ихъ надо разсматривать какъ аномалію развитія.

2. Опускается ли червеобразный отростокъ въ полость малаго таза?

Ростовцевъ, имѣвшій подъ руками огромный матеріалъ и собравшій всю литературу, говоритъ, что только въ 21 случаѣ онъ видѣлъ опущеніе отростка въ полость малаго таза. Между тѣмъ Sprengel наблюдалъ это опущеніе въ 70% на трупѣ и въ 50% на живыхъ; у Sudsuki на 500 случаевъ наблюдалось опущеніе въ 168; у Sydow'a на 568 въ 61; у Debele въ 60%. Тутъ надо еще замѣтить, что много значитъ длина червеобразнаго отростка; она колеблется отъ самыхъ малыхъ величинъ до 23 сантиметровъ; описаны случаи, когда отростокъ срослся съ *S. Romanum*.

3. Существуетъ-ли *lig. appendiculo-ovaricum* или иначе, совершенно неправильно называемая, *lig. Clado*? И въ этомъ отношеніи полного согласія среди авторовъ нѣтъ; одни какъ Dugan, Treub, Sonnenburg, Ростовцевъ, Fũth, Rankow, Krönig и многіе другіе склонны признать существованіе этой складки; наоборотъ Waldeyer, Barnsby отрицаютъ ея существованіе. Barnsby тщательно изслѣдовалъ 127 случаевъ и пришелъ къ заключенію, что между придатками матки и червеобразнымъ отросткомъ никакой связи нѣтъ. Противники существованія связки говорятъ, что за нее принимаютъ складку брюшины.

Въ концѣ концовъ, на основаніи очень солидныхъ и заслуживающихъ довѣрія изслѣдованій надо придти къ заключенію, что и связка, и артерія, и лимфатическіе сосуды, и железы дѣйствительно существуютъ и что съ ними надо считаться.

4. Наконецъ, послѣдній вопросъ—это роль червеобразнаго отростка въ экономіи организма. Одни говорятъ, что отростокъ—рудиментъ, не играющій никакой роли, другіе же думаютъ, что выдѣляемая его слизистой слизь играетъ роль или въ пищевареніи содержимаго толстыхъ кишекъ или въ дѣлѣ передвиженія этого содержимаго дальше. Короче говоря, мы ничего не знаемъ о физиологической роли червеобразнаго отростка. Это, конечно, еще не значитъ, что червеобразный отростокъ никакой роли не играетъ. Довольно будетъ вспомнить о щитовидной железѣ, которую тоже долгое время считали органомъ совершенно безразличнымъ.

III.

Обращаясь къ связи, которая существуетъ между заболѣваніемъ червеобразнаго отростка и придатками матки.

мы прежде всего встрѣчаемся съ взглядомъ, что аппендициты у женщинъ наблюдаются рѣже чѣмъ у мужчинъ. Одинъ изъ первыхъ на это указалъ Grisoli. Если мы посмотримъ, что по этому поводу говорятъ отдѣльные изслѣдователи, то увидимъ слѣдующія цифры:

	Мужчинъ.	Женщинъ.
Marchal-de-Calvi	9 сл.	1 сл.
Bamberger	123 »	31 »
Nothnagel	105 »	25 »
Matterstock	733 »	297 »
» » дѣти	51 »	21 »
Sonnenburg	340 »	224 »
Kümmel	30 »	25 »
Gersuny	26 »	17 »
Ochsner	129 »	128 »
Rotter	199 »	172 »
Einhorn (München).	55 »	57 »

Разсматривая эту расположенную въ хронологическомъ порядкѣ таблицу нельзя не обратить вниманія на то, что чѣмъ ближе къ нашему времени производились наблюденія, тѣмъ все менѣе и менѣе дѣлалась разница между случаями у мужчинъ и у женщинъ; и, наконецъ даже. Einhorn нашель, что у женщинъ аппендицитъ наблюдается чаще чѣмъ у мужчинъ.

Разные авторы приводятъ свои соображенія то за болѣе частое заболѣваніе женщинъ, то за одинаково частое у обоихъ половъ, то, наконецъ, за болѣе частое— у мужчинъ.

Тѣ, которые считаютъ, что и у женщинъ и у мужчинъ въ послѣднее время одинаково часто наблюдается заболѣваніе червеобразнаго отростка, говорятъ, что причиной тому являются измѣненныя въ послѣднее время условія жизни; теперь женщины несутъ тѣ же обязанности что и мужчины и, слѣдовательно, ихъ организмъ подвергается одинаково разнымъ вреднымъ воздѣйствіямъ, и одинаково и заболѣваетъ.

Если lig. appendiculo-ovaricum до извѣстной степени улучшаетъ условія питанія червеобразнаго отростка у женщинъ, то въ тоже время, говоритъ Ростовцевъ, лимфатическіе сосуды, находящіеся въ этой связкѣ, доставляютъ инфицирующія начала съ придатковъ матки къ отростку и еще вопросъ, какой изъ этихъ моментовъ беретъ верхъ.

Если, наконецъ, допустить, что *lig. appendiculo-ovaricum* улучшаетъ питаніе отростка, то надо было бы ожидать, что у женщинъ, у которыхъ удалены придатки, червеобразный отростокъ ставится въ сравнительно худшія условія и долженъ поэтому чаще заболѣвать. Между тѣмъ предпринятая въ этомъ смыслѣ наблюденія Landau и Richévin не подтверждаютъ этого обстоятельства.

Строго провѣренныя и тщательныя изслѣдованія Pankow'a, Krönig'a, Ribbert'a, Zuckerkandl'я, Sudsuki и др., говорятъ въ пользу того, что *appendicitis* очень часто наблюдается и у женщинъ.

Byrant, наоборотъ думаетъ, что у женщинъ рѣдко бываетъ *appendicitis*; и онъ объясняетъ это слѣдующимъ образомъ: воспалительныя заболѣванія червеобразнаго отростка часто бываютъ результатомъ раздраженія стѣнокъ кишки каловыми массама; чѣмъ діаметръ кишки больше, тѣмъ удобнѣе и въ бѣльшемъ количествѣ попадаетъ въ кишку калъ; такъ какъ отростокъ у женщинъ меньше, то и калъ попадаетъ туда рѣже и въ небольшомъ количествѣ; поэтому и воспаленіе отростка у женщинъ наблюдается рѣже.

Robinson дѣлаетъ попытку объяснить будто-бы сравнительную рѣдкость воспаленія червеобразнаго отростка у женщинъ слѣдующимъ образомъ: по мнѣнію Robinson'a частымъ виновникомъ заболѣванія отростка является *m. psoas* якобы травмирующій отростокъ; у мужчинъ отростокъ лежитъ на этомъ мускулѣ въ 46% случаевъ, а у женщинъ только въ 20%—отсюда и болѣе рѣдкое заболѣваніе у женщинъ.

Многіе гинекологи при всякомъ чревосѣченіи осматриваютъ червеобразный отростокъ, а нѣкоторые (Krönig) удаляютъ всякій разъ отростокъ, даже если онъ и не представляется макроскопически измѣненнымъ; и вотъ какіе результаты этихъ наблюденій:

Dührssen . . .	нашелъ измѣненія въ	3%
Edebols . . .	»	4%
Ammann jun. . .	»	6%
Schoemacker . . .	»	10%
Kelly	»	12%
Ribbert	»	50%
Hermes	»	53%
Krönig	»	55%

Ribbert въ 50% нашель облитерацию на трупѣ, а разныя другія заболѣванія еще въ большемъ количествѣ.

Если, какъ показываютъ эти цифры, дѣйствительно такъ часто наблюдаются заболѣванія червеобразнаго отростка у женщинъ, то является вопросъ: почему же клинически мы сравнительно рѣдко наблюдаемъ это заболѣваніе?

Объясняется это обстоятельство различно; одни думаютъ, что причину надо искать въ томъ, что воспаленіе червеобразнаго отростка встрѣчается очень часто въ дѣтскомъ возрастѣ и тогда не распознается (Israël, Krause, Sprengel, Sonnenburg), благодаря неумѣнью дѣтей локализовать чувство боли (это между прочимъ, конечно); а такъ какъ смертность отъ аппендицита не высока (у взрослыхъ по Sahli и Riedel'ю 9—12%, по Albus'у 7—0%; по Pankow'у 1%; у дѣтей почти тѣ же цифры) и такъ какъ по Neuberg'у у мальчиковъ и у дѣвочекъ аппендицитъ встрѣчается одинаково часто, то во время операциі по другому поводу, или при вскрытіи находятъ измѣненный патологически отростокъ.

Другіе наблюдатели думаютъ, что у женщинъ всѣ заболѣванія, сопровождающіяся болью внизу живота, обыкновенно приписываютъ половымъ органамъ и потому воспаленіе червеобразнаго отростка часто остается нераспознаннымъ.

Наконецъ, третьи говорятъ, что женщины вообще мало, сравнительно съ мужчинами, обращаютъ на себя вниманія, отдаваясь всецѣло обязанностямъ матери, жены, хозяйки дома.

IV.

Связь между заболѣваніемъ червеобразнаго отростка и придатковъ матки можетъ проявиться, главнымъ образомъ, двояко: или съ червеобразнаго отростка процессъ передается на придатки, или наоборотъ съ придатковъ матки заболѣваніе переходитъ на отростокъ. Возможно, наконецъ, еще и одновременное заболѣваніе и отростка и придатковъ матки.

Изъ значительнаго числа, бывшихъ подъ моимъ наблюдениемъ случаевъ, я приведу лишь два особенно, по моему мнѣнію, демонстративно показывающихъ связь между этими заболѣваніями.

Дѣвица Наталія П—то, 20 лѣтъ, высокаго роста, здоровая, цвѣтушая шатенка, получила на 14 году регулы и носила ихъ правильно; вообще пользовалась хорошимъ здоровьемъ и лишь со стороны ки-

шечника бывали недоразумѣнія чаще всего въ формѣ продолжительныхъ запоровъ. Простоявъ на благотворительной лотереѣ почти цѣлый день и сильно утомившись, больная еще проѣхала домой хотя и въ каретѣ, но съ открытой головой и въ очень легкомъ пальто. Приѣхавъ домой сейчасъ же легла въ постель, такъ какъ чувствовала себя очень плохо. Приглашенные на другой день врачи опредѣлили начинающееся воспаленіе червеобразнаго отростка; послѣ обычнаго лѣченія больная поправилась и начала уже вставать, какъ вдругъ наступило новое ухудшеніе болѣзни и по совѣту терапевтовъ былъ приглашенъ я. Первый разъ я увидѣлъ больную 2 января 1902 года; тогда были на лицо всѣ явленія раздраженія тазовой брюшины; комбинированное изслѣдованіе *per gestum* позволило мнѣ высказаться въ томъ смыслѣ, что мы имѣемъ дѣло съ напряженіемъ въ правомъ сводѣ, но ощупать что либо болѣе опредѣленное при острыхъ явленіяхъ, конечно, было невозможно.

Неоднократно произведенное послѣ изслѣдованіе вполне опредѣленно говорило за то, что мы имѣли дѣло съ воспаленіемъ червеобразнаго отростка и съ послѣдующимъ переходомъ процесса на правую широкую связку; я затрудняюсь сказать былъ ли вовлеченъ въ страданіе правый яичникъ; скорѣе я думаю, что было у нашей больной то, что описано К. Э. Славянскимъ подъ именемъ *perimetritis lateralis*.

Больная оправилась послѣ перваго приступа, но вскорѣ вновь заболѣла и провела въ постели всю почти зиму съ небольшими перерывами; съ наступленіемъ весны больную отвезли къ Roux, который вырѣзалъ у нея червеобразный отростокъ; послѣ операции вполне поправилась и въ настоящее время пользуется хорошимъ здоровьемъ.

Второй случай, иллюстрирующий переходъ заболѣванія на отростокъ съ придатковъ матки, слѣдующій. Надежда Т—ва, 35 лѣтъ; блондинка, средняго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія; въ дѣтствѣ была совершенно здорова, регулы ходили правильно. Вышла замужъ за зараженнаго триперомъ господина и, какъ это обычно и бываетъ скоро была сама заражена и начала хожденіе по врачамъ,—попала и ко мнѣ; понаблюдавъ больную до лѣта, я ее отправилъ на Кавказъ и далъ ей письмо къ покойному В. Н. Массену; напутствуя ее, я, между прочимъ, предупредилъ, что если случайно она не попадетъ къ В. Н., а къ другому, то чтобы она не соглашалась на массажъ.

Осенью больная вернулась и явилась ко мнѣ; я былъ пораженъ результатомъ лѣченія: молодая и даже цвѣтущая женщина превратилась въ старуху, съ обтянутыми желтой кожей костями; оказалось, что она не попала сразу къ В. Н. Массену, а къ другому; этотъ послѣдній убѣдилъ больную дѣлать массажъ; черезъ 2—3 сеанса рѣзкое ухудшеніе, явленія мѣстнаго воспаления брюшины, высокая t° , боли и т. д.; вмѣсто того чтобы использовать пребываніе на Кавказѣ, больная болѣе шести недѣль пролежала въ постели и въ самомъ тяжеломъ состояніи вернулась въ Кіевъ. При изслѣдованіи я нашелъ *sactosalpinx duplex*, эксудатъ въ заднемъ Дугласѣ; опять началось всю зиму лѣченіе съ очень сомнительнымъ успѣхомъ; нѣсколько разъ всѣ явленія обострились. Въ январѣ слѣдующаго за поѣздкой на Кавказъ года, или можетъ быть и позже, у больной неожиданно

разыгрался приступъ аппендицита. Приглашенные хирурги требовали возможно скорѣе оперировать, но больная и ея родственники не соглашались. Лѣтомъ того же года во время пребыванія больной на дачѣ, у нея, послѣ ѣзды въ тряскомъ экипажѣ, разыгралось обостреніе и аппендицита и процесса въ тазовой брюшинѣ. Положеніе было настолько серьезно, что врачъ Дацковъ, встрѣтившись со мной на вокзалѣ, когда я, вызванный телеграммой, собиралъ я ѣхать къ больной, рекомендовалъ мнѣ возвратиться, такъ какъ я не застаю больную въ живыхъ. Это опасеніе къ счастью было, какъ я сейчасъ же и убѣдился, немного преувеличено, больная оправилась и рѣшила обязательно подвергнуться операциі въ самомъ близкомъ будущемъ. Прошло, однако, еще два года, во время которыхъ неоднократно были обостренія процессовъ и со стороны половыхъ органовъ и со стороны червеобразнаго отростка.

Наконецъ года два т. н. больная рѣшилась на операцию и такая была произведена мной вмѣстѣ съ хирургомъ М. С. Черемухинымъ. Планъ операциі былъ такой: сначала вырѣзать червеобразный отростокъ, а затѣмъ удалить все, что окажется въ половыхъ органахъ патологическаго. Первая половина операциі была выполнена скоро и удачно, но когда я приступилъ ко второй, то увидѣлъ, что сдѣлать тутъ рѣшительно ничего нельзя; оказалось, что полость малаго таза со всѣми находящимися въ немъ органами совершенно отдѣлена отъ полости большого таза или лучше сказать, отъ всей остальной брюшной полости чѣмъ то въ родѣ діафрагмы, плотной, почти хрящевой консистенціи; пройти черезъ эту перепонку гдѣ либо и подойти къ маткѣ или къ ея придаткамъ представлялось абсолютно не возможнымъ. М. С. Черемухинъ, вошедшій въ брюшную полость рукой и обследовавшій полость малаго таза, тоже пришелъ къ заключенію, что ни о какомъ тутъ вмѣшателствѣ не можетъ быть и рѣчи.

Брюшная рана была зашита и наложена обычная повязка.

Послѣоперационный періодъ протекалъ правильно, если не говорить о полупараличѣ лѣвой верхней конечности, получившемся вслѣдствіе травмы нерва при сильномъ отведеніи руки хлороформаторомъ, стоявшимъ у головы больной, лежавшей въ Тренделенбургскомъ положеніи.

Оправившись непосредственно послѣ операциі, больная начала опять отъ времени до времени хворать, ѣздила къ проф. Д. О. Отту, которій ознакомившись съ выданной мной исторіей болѣзни отъ оперативнаго вмѣшательства уклонился, а рекомендовалъ, кажется, лиманъ.

Въ какомъ положеніи больная теперь я не знаю, ибо послѣ *неудачной* (?) операциі отъ меня, по обыкновенію, отворачивается даже при встрѣчѣ.

Что касается смѣшанныхъ случаевъ, т. е., одновременнаго заболѣванія и отростка и придатковъ матки, то, конечно, такіе случаи съ большимъ трудомъ распознаются до операциі; протекаютъ они большей частью очень бурно и часто кончаются острымъ воспаленіемъ брюшины.

V.

Встрѣчаются врачи, которые совершенно серьезно увѣряютъ, что стремленіе во что бы ни стало поставить

дифференціальный діагнозъ между воспаленіемъ червеобразнаго отростка и придатками матки не заслуживаетъ одобренія и не имѣетъ никакого значенія, ибо лечение противовоспалительное одинаково что бы то ни было воспалено, а между тѣмъ тщательное изслѣдованіе больного можетъ его беспокоить и можетъ даже и повредить.

Не говоря уже о томъ, что непозволительно лечить больного, не будучи вполнѣ въ курсѣ его болѣзни, но тутъ еще играютъ роль и другіе моменты; и часто такое шаблонное лечение можетъ гораздо дороже обойтись больному, чѣмъ безпокойство отъ тщательнаго, подробнаго и неоднократнаго его изслѣдованія.

Ростовцевъ въ своей монографіи приводитъ два случая, которые наглядно показываютъ къ чему можетъ повести неправильное распознаваніе именно въ этой области.

Первый случай описанъ Күтмел'емъ, а второй Л. А. Малиновскимъ; этотъ второй случай наблюдалъ и я и потому я привожу его нѣсколько подробнѣе, чѣмъ это сдѣлано у Ростовцева.

Күтмелъ описываетъ одно свое наблюденіе касающееся молодой женщины, почувствовавшей боль внизу живота съ правой стороны; она обратилась къ гинекологу, который опредѣлилъ заболѣваніе праваго яичника и послѣ непродолжительнаго и безуспѣшнаго леченія вырѣзалъ этотъ яичникъ; но боли вскорѣ снова появились и былъ удаленъ и лѣвый яичникъ; положеніе больной не улучшилось; больная обратилась къ другому гинекологу, который всѣ ея страданія приписалъ будто бы гипертрофированной шейкѣ матки и катарру слизистой ея. Было сдѣлано выскабливаніе матки и ампутація шейки; положеніе больной нисколько не улучшилось. Наконецъ больная обратилась къ Күтмел'ю, который всѣ ея страданія приписалъ аппендициту, вырѣзалъ измѣненный червеобразный отростокъ и больная, наконецъ, поправилась.

Второй случай слѣдующій:

Г-жа Александра С—ая, 43 лѣтъ, пользовалась всегда хорошимъ здоровьемъ; вышла замужъ, родила трехъ дѣтей. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ начала хворать, и начала ѣздить къ извѣстнымъ врачамъ всей Европы; вездѣ ея заболѣваніе приписывали половымъ органамъ и рекомендовали операцію, то одну, то другую.

Попавъ въ Казань, г-жа С—ая обратилась къ проф. Н. Н. Фенomenову,—который, какъ и другіе гинекологи, находилъ нужнымъ и матку и придатки ея удалить, что и было имъ выполнено

черезъ влагалище. Прошло нѣкоторое время и боли и недомоганіе начались снова и дѣлались все сильнѣе.

Въ этотъ періодъ свой болѣзни г-жа С—ая обратилась къ Л. А. Малиновскому, который высказался въ пользу аппендицита; одни врачи соглашались съ такимъ диагнозомъ, а другіе не соглашались; больная отъ этихъ споровъ не дѣлалась лучше и она рѣшила опять обратиться къ Феноменову; вновь была сдѣлана операція, но уже *per laparotomiam*, такъ какъ Феноменовъ предполагалъ, что послѣ вырѣзыванія матки съ придатками образовались ложныя перемычки и перепонки, которыя и надо удалить или хотя разрушить и возобновить нормальное отношеніе органовъ малаго таза.

Вернувшись послѣ операціи въ Кіевъ больная въ скоромъ времени опять начала испытывать тѣ же боли, сдѣлалась морфинисткой и стала даже обнаруживать нѣкоторые симптомы какого то психоза; такъ какъ у нея послѣ удаленія черезъ влагалище матки и придатковъ осталась фистула, изъ которой выдѣлялось много гноя, то пользовавшій больную въ это время проф. М. Н. Лапинскій попросилъ меня понаблюдать больную и попытаться выяснитъ причину болей.

Послѣ нѣсколькихъ подробныхъ изслѣдованій я нашелъ у больной съ правой стороны, въ маломъ тазу, эластическую небольшую опухоль, характеръ которой опредѣлить было трудно; въ виду утвержденія Л. А. Малиновскаго что у больной несомнѣнно имѣется аппендицитъ, я склоненъ былъ согласиться съ этимъ диагнозомъ и считать, что я ощущаю увеличенный червеобразный отростокъ.

Послѣ нѣкоторыхъ колебаній больная, наконецъ, согласилась на операцію, которая и была произведена въ факультетской хирургической клиникѣ профессоромъ Л. А. Малиновскимъ 21 марта 1901 г. въ моемъ присутствіи; когда была вскрыта брюшная полость, я сдѣлалъ изслѣдованіе черезъ влагалище и черезъ открытую брюшную рану; при этомъ я не нашелъ той опухоли, о которой говорилъ выше; червеобразный отростокъ былъ ампутированъ; онъ былъ, по мнѣнію хирурга въ состояніи сильнаго воспаленія; немного для меня казалось страннѣмъ, что послѣ столь частыхъ и жестокихъ приступовъ *appendicitis*, не оказалось ни срощеній, ни измѣненія самого отростка не были очевидны безъ микроскопическаго изслѣдованія.

Послѣ операціи больная поправилась и выписалась изъ клиники; дальнѣйшая ея судьба мнѣ неизвѣстна.

Эти два случая говорятъ довольно краснорѣчиво, какъ мнѣ кажется, въ пользу того, что точное распознаваніе не есть одно лишь удовлетвореніе научной любознательности врача, но что оно необходимо въ интересахъ больныхъ

Посмотримъ теперь, какія мы имѣемъ точки опоры, какія данныя, какія руководящія нити для постановки дифференціальнаго диагноза между воспаленіемъ придатковъ матки и червеобразнаго отростка.

1. Заболѣванія придатковъ матки чаще бываютъ двустороннія и это понятно, ибо начало болѣзни всегда

локализируется внизу, сначала во влагалищѣ, затѣмъ на слизистой матки и далѣе; обѣ трубы, оба яичника, брюшина ихъ покрывающая съ обѣихъ сторонъ находятся въ совершенно одинаковыхъ условіяхъ въ смыслѣ возможности быть инфицированными; конечно, можетъ быть и такъ, что заболѣваніе почему-то остается съ одной стороны. но чаще оно бываетъ съ обѣихъ; само собою разумѣется, если при изслѣдованіи мы опредѣляемъ съ обѣихъ сторонъ опухоли, то правильнѣе будетъ предположить, что мы имѣемъ дѣло съ двустороннимъ сальпингитомъ; было бы натяжкой предполагать, что съ лѣвой стороны больная труба, а съ правой придатокъ; но конечно совсѣмъ отвергать возможности подобной комбинаціи нельзя.

2. Если мы имѣемъ дѣло съ процессомъ на лѣвой сторонѣ, то конечно, правильнѣе предположить заболѣваніе трубы. Надо только помнить о *situs viscerum inversus*.

3. Въ литературѣ описаны случаи, когда червеобразный отростокъ былъ такой длины, что онъ оказывался сращеннымъ съ *S. Romanum* и помѣщался, слѣдовательно, съ правой стороны.

4. Если всѣ болѣзненные явленія сгруппированы только съ правой стороны, то, имѣя въ виду и другія данныя, скорѣе надо подумать о воспаленіи придатка.

5. Schüle рекомендуетъ измѣреніе t° въ прямой кишкѣ; по его наблюденіямъ, подтвержденнымъ и Füh'омъ, при воспаленіи придатка t° въ прямой кишкѣ будетъ выше почти на $0,5^{\circ}$.

6. Теченіе мѣстнаго воспаленія брюшины будетъ не одинаково; большею частью, если это воспаленіе беретъ свое начало отъ придатка и когда главную роль играютъ стрептококкъ, стафилококкъ — процессъ и начинается очень бурно, бурно протекаетъ и довольно быстро, такъ или иначе, оканчивается; если же заболѣваніе беретъ свое начало изъ половой сферы и если играетъ большую роль гонококкъ, то процессъ протекаетъ спокойнѣе. Конечно и тутъ возможны всякія уклоненія въ разныя стороны, но все же слѣдуетъ и это имѣть въ виду. Мы знаемъ, что къ гоннококку брюшина довольно толерантна, знаемъ, что гонококкъ отличается способностью быстро изолироваться путемъ образованія разныхъ склеекъ, ложныхъ перепонокъ и т. далѣе.

7. Надо принимать во вниманіе точку *M. c. Burney*'я, отношеніе къ *lig. Poupartii* и т. п.

8. Рекомендуютъ нѣкоторые путемъ укола правацевскаго шприца получить содержимое эксудата и изслѣдовать бактериологически.

Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ необходимо производить самое тщательное изслѣдованіе и совокупность всѣхъ полученныхъ данныхъ всегда поможетъ поставить правильный діагнозъ.

VI.

Воспаленіе червеобразнаго отростка у женщинъ, благодаря близкому сосѣдству половыхъ органовъ, имѣеть нѣкоторыя особенности.

Во—первыхъ, результатомъ такого воспаленія являются разныя сращенія органовъ малаго таза между собою; у мужчинъ эти сращенія не имѣють такого значенія; ложныя перепонки, перемычки дѣлають иногда непроходимыми трубы, окутываютъ яичники и нарушаютъ овуляцію; результатомъ всего этого можетъ быть иногда даже безплодіе.

Во—вторыхъ, тѣже процессы могутъ вести къ неправильностямъ кровообращенія въ половыхъ органахъ; и если заболѣваніе имѣеть мѣсто у очень молодой дѣвушки, то результатомъ можетъ быть недоразвитіе матки, яичниковъ.

Въ—третьихъ, на почвѣ разныхъ заболѣваній, смѣшенныхъ, недоразвитія половыхъ органовъ, могутъ развиваться разнообразныя нервныя заболѣванія, иногда остающіяся на всю жизнь даннаго субъекта.

Имѣя въ виду все вышеизложенное, можно въ настоящее время сдѣлать такіе выводы:

1. Воспаленіе червеобразнаго придатка встрѣчается у женщинъ гораздо чаще, чѣмъ это до сихъ поръ было принято думать.

2. Болѣзнь эта для женщинъ, особенно если она появляется въ возрастѣ созрѣванія, особенно опасна, такъ какъ результатомъ ея могутъ быть даже пороки развитія внутреннихъ половыхъ органовъ женщины.

3. Распознаваніе воспаленія червеобразнаго отростка у женщины не трудно вообще и, въ частности не труднѣе чѣмъ у мужчины.

4. Лѣченіе должно быть оперативное и дѣлать операцію надо возможно скорѣе, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда больной является дѣвушка, еще не вполне сформировавшаяся.

Изъ ИМПЕРАТОРСКАГО Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія.

Леченіе при placenta praevia *).

Д-ръ В. Я. ГУСЕВЪ.

Способы леченія при placenta praevia самыя разнообразныя, начиная съ простаго спринцеванія и кончая Кесарскимъ съченіемъ во всѣхъ его видахъ. Естественно были и есть поклонники того метода леченія, который другими горячо не рекомендуется и даже считается опаснымъ. Всегда предложеніе однихъ встрѣчаетъ возраженіе другой стороны. Одна только Германія въ вопросѣ о леченія при placenta praevia больше всего придерживается метода Braxton Hicks. Стремленіе акушера спасти и жизнь матери и жизнь ребенка заставляетъ его прибѣгать къ самымъ разнообразнымъ вмѣшательствамъ. Еще Velpeau сказалъ: «Placenta praevia — такое страданіе, которое требуетъ больше всего хладнокровія, больше всего знаній и больше всего смысленности».

Ahlfeld высказалъ мнѣніе, что въ частной практикѣ при placenta praevia масса женщинъ умираетъ, частью вслѣдствіе кровотеченія, частью вслѣдствіе зараженія, которое присоединяется къ нужнымъ или ненужнымъ акушерскимъ манипуляціямъ. Въ противоположность этому весьма благоприятный исходъ въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ доказываетъ, какъ много обѣщаетъ правильное акушерское леченіе.

Влагалищныя спринцеванія, какъ холодныя, такъ и горячія, хотя и примѣнялись нѣкоторыми авторами — Seyfert, Lemke, Closs, Kiwisch, Emmet, Pinard — при placenta praevia, какъ средство кровоостанавливающее, но все же, по моему мнѣнію, они могутъ примѣняться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ шейка матки закрыта и placenta praevia диагностируется лишь впоследствии, когда зѣвъ пропускаетъ палецъ, и тогда спринцеваніе должно быть оставлено, какъ средство даже опасное.

Тампонація влагалища и шейнаго канала, предложенная при placenta praevia еще Leroux, Wigand, Busch особенно примѣняютъ Tarnier, Dupont, Budin и Freund, рѣже — Ahlfeld, Bumm. Напротивъ Koch говоритъ, что тампонъ, пропитанный кровью, служить прекрасной средой для культуры бактерій, а обезкровленная женщина быстро подвергается инфекціи. Braun, Müller отдають предпочтеніе кольпейринтеру. Pinard нахо-

*) Докладъ на III Съѣздѣ Общества Россійскихъ акушеровъ и гинекологовъ.

дять, что тампонація вызываетъ болѣзненность, останавливаетъ кровотеченіе только по наружному виду, вызываетъ эррозии на шейкѣ и во влагалищѣ. Вѣггъ считаетъ при тампонаціи смертность матерей 30%, Pajot—36%, Tarnier—27%. Смертность дѣтей отъ 59% до 78%. Во всякомъ случаѣ на тампонацію при placenta praevia надо смотрѣть, какъ на методъ выжидательный, часто дающій повышеніе температуры (Freund—66%) при самомъ тщательномъ обеззараживаніи. Pinard, осуждая способъ тампонаціи, горячо рекомендуетъ при placenta praevia—искусственный разрывъ плоднаго пузыря, приводя свои 76 случаевъ съ 7,8% смертности матерей. Smellie, Lepage, Varnier, Guzzoni присоединяются къ мнѣнію Pinard'a. Varnier на 58 случаяхъ placenta praeviae имѣлъ смертность матерей 3,5%, а дѣтей 27,5. Berry Hart, Stratz на конгрессѣ въ Брюсселѣ 1892 г. рекомендовали при placenta praevia пользоваться въ легкихъ случаяхъ разрывомъ оболочекъ, въ тяжелыхъ способомъ Braxton Hicks. Rouch и Muzio Pazzi на конгрессѣ въ Римѣ 1894 г. особенно хвалили способъ Pinard'a, т. е. разрывъ оболочекъ, съ чѣмъ соглашался и Dührssen, но совѣтуя комбинировать его съ баллономъ. Напротивъ Payrau предлагалъ или расширеніе по Barnes'y, или тампонацію. Особенно противъ способа разрыва оболочекъ возстаютъ Fournier, Dupont, Hantel, Spiegelberg, Closs, Beckmann, затѣмъ Tarnier, Tissier, Budin, говоря, что этотъ способъ леченія не останавливаетъ кровотеченія, предрасполагаетъ мать къ септицеміи, ребенка ведетъ къ гибели, а Budin, Феноменовъ обращаютъ вниманіе на случайную возможность выпаденія пуповины.

Accouchement forcé, предложенное Ambroise Paré, Smellie, Levret при placenta praevia употреблялось и примѣняется рѣдко—только въ случаяхъ весьма тяжелыхъ и скорѣе во время агоніи роженицы—Schenk, Rizzoli, Thévenot, Dührssen. За послѣднее время этотъ способъ леченія примѣняли Winckel, Hoffmann и особенно Fournier, у котораго смертность матерей равнялась 0, а дѣтей 40%. Pinard, Fochier, Beckmann, Olshausen противъ метода accouchement forcé на томъ основаніи, что почти всегда бываютъ: разрывъ шейки матки, колыясь, малокровіе мозга, внезапная смерть матери, а дѣти всегда рождаются въ асфиксіи. Смертность матерей 37%, дѣтей 62%.

Такимъ образомъ accouchement forcé, предложенное вмѣсто медленнаго расширенія шейки—тампонаціей, разрывомъ пузыря давало весьма неутѣшительные результаты. На смѣну ему при placenta praevia явилось accouchement rapide, когда шейку матки стали расширять не такъ быстро или инструментомъ, или руч-

нымъ способомъ. Изъ всѣхъ металлическихъ расширителей, предложенныхъ многими авторами, наибольшую симпатію приобрѣлъ дилататоръ Bossi. По мнѣнію самого Bossi только его расширитель—исключительно акушерскій, другіе же гинекологическіе. На свои 25 случаевъ placenta praevia, при которыхъ Bossi примѣнилъ свой расширитель, онъ имѣлъ смертность матерей 0%, дѣтей 24%. Съ успѣхомъ расширитель Bossi, примѣняли также Leopold, Zweifel, Chrobak, W. de Paoli, Федоровъ.

Вмѣсто металлическаго расширителя—Barnes, Braun, Champetier de Ribes и многіе другіе стали предлагать гуттаперчевые баллоны или метрейринтеры. По словамъ Fieux—«каждая страна имѣетъ свой баллонъ». Такая масса ихъ модификацій. Преимущество баллона въ томъ, что онъ, расширяя шейку и вызывая схватки, почти не разрываетъ ея и успѣшно останавливаетъ кровотеченіе. Метрейризы при леченіи placenta praevia особенно стали употреблять Küstner, Schatz, Hofmeier, Lules, Cheron, P. Huguenin, Ahlfeld, Fochier, Hannes, которые находятъ его болѣе благопріятнымъ не только для жизни матери, но и ребенка. Напротивъ Fieux, Строгановъ, Мионовъ считаетъ метрейризы при placenta praevia опаснымъ въ смыслѣ инфекции и воздушной эмболии.

Въ противоположность инструментальнымъ методамъ расширенія зѣва, Vonnaire при placenta praevia рекомендуетъ бимануальное расширеніе шейки матки, считая его болѣе удобнымъ. Demelin на свои 11 случаевъ placenta praevia по методу не имѣлъ ни одного случая смерти. Schwab, Fieux и другіе считаютъ этотъ методъ весьма труднымъ. Въ засѣданіи Нидерландскаго гинекологическаго общества 12/iv 1908 года Treub, который ввелъ въ Голландіи при леченіи placenta praevia методъ Vonnaire, отказался отъ него, на томъ основаніи, что изъ его 71 случая placenta praevia процентъ смертности матерей равенъ 18,25%, а дѣтей 48%, при общей смертности матерей 11,7% и дѣтей 55%, причемъ смертность матерей чаще была отъ потери крови вслѣдствіе разрывовъ. Посему, онъ, вполне соглашаясь съ мнѣніемъ Schroeder'a, который сказалъ: «всякій, кто при placenta praevia стремится получить живое дитя, скорѣе будетъ имѣть мертвую мать», рѣшилъ употреблять тампонацію, разрывъ плоднаго пузыря, способъ Braxton Hicks. Meurer привелъ свои 52 случая placenta praevia, изъ нихъ 43 по способу Vonnaire. Смертность матерей 10%, дѣтей 67%. На основаніи наблюдений Meurer заключилъ, что методъ Vonnaire можно употреблять только въ клиникѣ и ни въ какомъ случаѣ въ частной практикѣ. De Snoo имѣлъ 32 случая placenta praevia, изъ нихъ 12 провелъ

по способу Bonnaire, при чемъ у 5 былъ распознанъ разрывъ шейки матки, окончившійся для одной матери летально (атоническое кровотечение). Смертность дѣтей была 21,9%.

Wan der Hoeven наблюдалъ 21 случай placenta praevia, изъ нихъ 15 по способу Bonnaire съ смертельнымъ исходомъ для 3 дѣтей и 1 матери (Phlebitis), Stratz никогда не примѣнялъ способъ Bonnaire и на свои 102 случая placenta praevia, имѣлъ только одну смертность матери отъ атоническаго кровотечения. Niyhoff за 10 лѣтъ имѣлъ 40 случаевъ placenta praevia употребляя всѣ методы леченія (3 sectio Caesarea). Смертность матерей 10%, дѣтей 50%, при чемъ въ самыхъ серьезныхъ случаяхъ онъ рекомендуетъ употреблять влагалишное кесарское сѣченіе, съ чѣмъ соглашается и Henkel. Напротивъ Kühn, Schroeder, Martin, Zweifel, Hammerschlag видятъ все спасеніе въ комбинированномъ поворотѣ по способу Braxton Hicks. Всѣ единогласно приходятъ къ заключенію, что произведя поворотъ по Braxton Hicks на ножку, тѣмъ самымъ ягодицами тампонируютъ и расширяютъ шейку матки, имѣя въ то-же время возможность въ случаѣ нужды произвести извлеченіе плода за ножку. Ahlfeld, Küstner, Hannes, Commandeur, Demelin противъ способа Braxton Hicks, считая его опаснымъ, дающимъ плохіе результаты, особенно для дѣтей, на что указываетъ Рейнъ на сѣздѣ въ Римѣ 1902 году. Gräfenberg на основаніи своихъ наблюденій предпочитаетъ метрейризы, съ чѣмъ вполне соглашается Zimmermann на своихъ 116 случаяхъ placenta praevia, гдѣ смертность матерей 6,03%, дѣтей 24,13%. Hannes горячо отстаиваетъ при placenta praevia способъ метрейриза. Въ то время, какъ при Braxton Hicks смертность матерей по Hammerschlag'у = 6,3%, по Zweifel = 7,8%, Freund = 10,1%, у Hannes на 119 его случаевъ placenta praevia было 6 смертей т. е. 5%. Упреки, которые многіе авторы приписываютъ метрейризу, неосновательны потому, что отъ воздушной эмболии у него умерла всего лишь одна и онъ удивляется, почему чаще должна быть воздушная эмболия при введеніи баллона и меньше при введеніи руки въ полость матки. Относительно пуэрперальной инфекции методъ метрейриза даетъ смертность матерей только = 0,8%, а Braxton Hicks у Hammerschlag'a = 1,6%, а по Hofmeier = 2,2%. Что же касается дѣтей, то способъ метрейриза всецѣло говоритъ въ свою пользу, такъ какъ при немъ смертность дѣтей 57,5%, а при Braxton Hicks = 84% (Hammerschlag), т. е. рождаемость дѣтей живыми у Hannes = 51,2%, у Hammerschlag = 16% или яснѣе выражаясь при способѣ метрейриза живыхъ дѣтей рождается въ 3 раза больше, чѣмъ

при методѣ Braxton Hicks. Не взирая на все вышеизложенное на засѣданіи Восточно и Западно-Прусскаго гинекологическаго общества въ Кенигсбергѣ подъ предсѣдательствомъ Hammerschlag 20/IV 1908 года всѣ единогласно высказались противъ метода введенія баллона или Hystereurisa. Martin, Zweifel, Freund, Schauta, Berry Hart и особенно Henkel предпочитаютъ комбинированный поворотъ по Braxton Hicks.

Sellheim въ своихъ 8 случаяхъ placenta praevia примѣнили внѣбрюшинное надлобковое кесарское сѣченіе съ полнымъ успѣхомъ для матери и плода. Krönig въ своихъ 3 случаяхъ находитъ кесарское сѣченіе по способу Sellheim неудобнымъ при placenta praevia, въ случаѣ ея нахождения на передней стѣнкѣ матки. Влагалищное Кесарское сѣченіе, такъ широко примѣняемое Dührssen, Bumm, Freund, мало примѣнимо, по мнѣнію Krönig, при placenta praevia въ виду могущаго быть сильнаго кровотечения во время самой colporhysterotomia anterior, особенно если placenta praevia большимъ своимъ сегментомъ находится на передней стѣнкѣ матки. Въ виду этого Krönig рекомендуетъ лучше примѣнять при placenta praevia классическое кесарское сѣченіе, какъ уже примѣняли его Рейнъ, Ивановъ, Caruso, Carbonelli, Swift, Bernays, Stradiotti, но дѣлая разрѣзъ ближе къ дну матки, что онъ и произвелъ въ своихъ шести случаяхъ съ блестящимъ успѣхомъ для матери и ребенка.

На предложенія Sellheim, Krönig лечить placenta praevia кесарскимъ сѣченіемъ, Martin сдѣлалъ возраженіе, что ихъ методъ примѣнимъ только въ клиникѣ и въ случаяхъ чистыхъ, а такъ какъ при placenta praevia дѣло приходится имѣть въ случаяхъ уже «загрязненными», то остается болѣе всего примѣнимъ все же способъ Braxton Hicks, особенно рекомендуемый, какъ легкой, Henkel'емъ, съ чѣмъ вполне соглашаемся и мы на основаніи нашего нижеприведеннаго матеріала. Дальнѣйшая разработка примѣненія кесарскаго сѣченія при placenta praevia вмѣстѣ съ клиническими наблюденіями, должны въ недалекомъ будущемъ рѣшить вопросъ по скольку и въ какихъ случаяхъ его можно будетъ примѣнять. Надо полагать, что при современномъ состояніи хирургіи въ клиническомъ леченіи placenta praevia кесарское сѣченіе займетъ выдающееся мѣсто въ спасеніи жизни ребенка и матери, какъ и вообще laparotomia, дающая прекрасные результаты даже и въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ, чѣмъ placenta praevia.

Что касается шипцовъ и внутренняго поворота, то о нихъ, какъ специальной операціи при леченіи placenta praevia, говорить не приходится, такъ какъ примѣняются въ тѣхъ случаяхъ, въ ко-

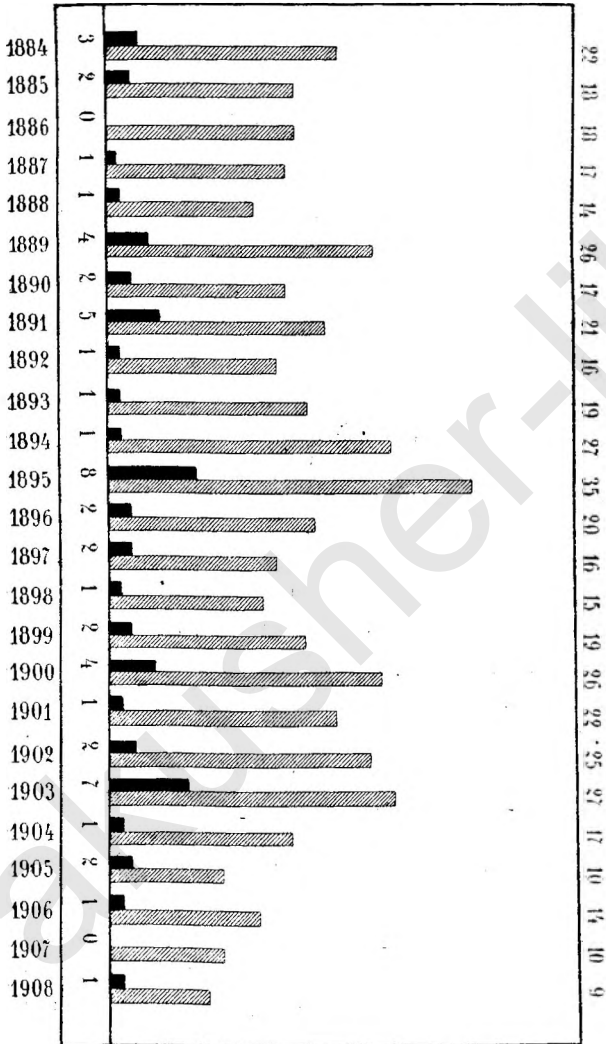
торыхъ они имѣютъ свое прямое показаніе и возможность къ ихъ производству. Хотя Klein, Fochier, Challaye вообще противъ

Табл. I.

Число placenta praevia, поступившихъ въ
1864—1908 г.

Число
Годъ. умер-
шихъ.

Число
placenta
praevia.



Умерло 54.

Всего 48.

примѣненія щипцовъ при placenta praevia, къ чему приводятъ и наши наблюденія, дающія большой процентъ смертности матерей и дѣтей.

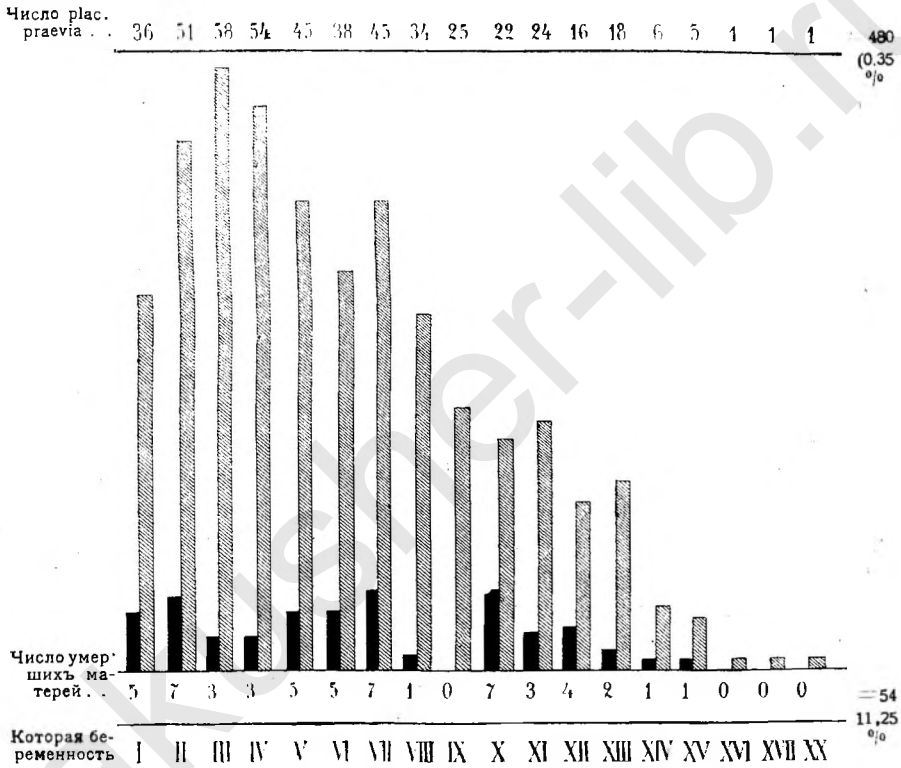
За послѣднія 25 лѣтъ, считая съ 1884 года и по 1908 годъ въ Императорское Родовспомогательное Заведеніе поступило 130,678 роженицъ, изъ которыхъ 480 были съ placenta praevia centralis et marginalis, т. е. 0,35%. Въ Парижѣ placenta praevia встрѣчается 1:233, въ Вѣнѣ—1:500, въ Баваріи—1:657, въ Берлинѣ—1:750, по Müller'у 1:1078, по Schwartzy 1:1564, по Михайлову 1:1306, по нашему вычисленію въ Москвѣ 1:272, болѣе чаще, чѣмъ на Западѣ, кромѣ Парижа.

Самое большое количество родовъ при placenta praevia было въ 1895 году 35, и самое малое въ 1908 г. 9. (См. таб. I).

Первородящихъ было 36, многородящихъ 444 или изъ 0,35% встрѣчающихся всѣхъ случаевъ placenta praevia было первородящихъ 0,03%, многородящихъ 0,32%. Самое большое количе-

ство placenta praevia приходится на третью беременность, и самое малое на 16, 17 и 20 беременности. Срочных родов было 112 (placenta praevia centralis 39, pl. pr. marginalis 83) или 23,3%, остальные 368 были преждевременными, или 76,7%. Таким образом при placenta praevia преждевременные роды встречаются в 3,2 раза чаще, чем срочные. Самые ранние роды были на пятом лунном месяце, но чаще всего на восьмом лунном месяце. (См. таб. II).

Табл. II.



Родовъ съ неправильными тазами было 149 т. е. 31%, при чемъ неправильный тазъ встрѣтился при placenta praevia centralis 18,5%, при pl. pr. marginalis 32,3% и плоскій тазъ чаще, чѣмъ общесъуженный.

	Placenta praevia	centr.	margin.
Плоскій тазъ	78	30	48
Общесъуженный тазъ	71	18	53
	149	48	101

Изъ 480 случаевъ placenta praevia были 168—centralis и 312 marginalis et lateralis. Во время родовъ прилежащей частью были:

	Placenta praevia.	centralis.	marginalis.
Голова	352+3 gem.	116+3 gem.	236
Ягодицы	21	8	13
Ножки	29	6	23
Попереч. пол.	43+2 gem.	20	23+2 gem.
Косое полож.	35	18	17
	480+5 gem.	168+3 gem.	312+2 gem.

Двойни при всѣхъ случаяхъ placenta praevia встрѣтились 5 разъ или 1,04%.

Въ нашихъ случаяхъ были примѣнены слѣдующія мѣропріятія:

	Placenta praevia.	central.	margin.
Поворотъ Braxton Hicks	257	105	152
Поворотъ	75	37	38
Низведение ножки	42	11	31
Тампонація	37	3	34
Искусствен. разрывъ пузыря	32	2	30
Accouchement forcé	15	10	5
Метрейризь	9	—	9
Щипцы	8	—	8
Perforatio et cranioclasia	3	—	3
Decapitatio	1	—	1
Embryotomia	1	—	1
	480	166	312

Обыкновенно у насъ, отчасти какъ предварительное средство отъ кровотечения, отчасти какъ вызывающее схватки и тѣмъ самымъ увеличивающее открытіе зѣва, примѣнялась тампонація іодоформной марлей, искусственный разрывъ плодныхъ оболочекъ и въ рѣдкихъ случаяхъ—метрейризь. Болѣе всего отдавалось предпочтеніе тампонаціи. Въ перечнѣ нашихъ мѣропріятій метрейризь, тампонація, искусственный разрывъ пузыря разсматривается какъ пособіе, послѣ котораго наступили самопроизвольные роды. Кромѣ того надо отмѣтить, что тампонація была примѣняема болѣе всего у первородящихъ т. е. рожениць съ длиннымъ каналомъ шейки матки и весьма малымъ открытіемъ зѣва. При предлежаніи ягодиць чаще всего низводилась ножка и въ случаѣ необходимости присоединялось извлеченіе, какъ и при предлежаніи ножекъ. Нужно замѣтить, что наши комбинированные повороты по способу Braxton Hicks весьма часто кончались также извлеченіемъ плода по тѣмъ же показаніямъ, которыя почти всегда были на лицо: кровотеченіе, полнѣйшая потеря силъ матери, прекращеніе родовой дѣятельности, ослабленіе сердцебіенія плода, высокая температура роженицы при поступленіи. Бидертъ первый указалъ, что для извлеченія должны быть строгія показанія, а Шмидтъ, говоря о томъ

что служить акушеру показаніемъ къ извлеченію плода, считаетъ въ большинствѣ случаевъ — *pruritus operandi*. Доказательствомъ тому, что у насъ производилось извлечение не по показанію — *pruritus operandi* — служить то, что изъ 480 родовъ съ placenta praevia 78 окончились самопроизвольно. Рожденіе плаценты ранѣе плода или, какъ выражались старыя акушеры, «*filius ante patrem*» — было только 2 раза.

Предлежащей частью въ нашихъ случаяхъ чаще всего была головка, затѣмъ поперечное положеніе, потомъ ножки и, наконецъ, ягодицы.

Выпаденіе пуповины встрѣтилось 18 разъ, изъ которыхъ 11 разъ или 3,1% при головномъ положеніи (Budin, Феноненовъ). Заболѣванія, которыя мы имѣли послѣ нашихъ вмѣшательствъ при placenta praevia, отчасти бывшія уже при поступленіи роженицы въ наше учрежденіе выразились въ слѣдующихъ %:

Искусственный разрывъ пузыря	9%
Тампонація	30%
Поворотъ	30%
Поворотъ Braxton Hicks	30%
Метрейризмъ	33%
Perforatio et cranioclasia	33%
Низведеніе ножки	35%
Шипшы	50%
Accouchement forcé	53%
Decapitatio—septicaemia—mors.	
Embryotomia—endometritis levis—выздоровленіе.	

По діагностикѣ форма заболѣваній была септическая, травматическая и общія заболѣванія.

Септическія: colpitis, ulcera colli uteri, endometritis, peritonitis, pyaemia, septicaemia, phlegmasia alba dolens.

Травматическія: colporrhoeis, ruptura colli uteri.

Общія заболѣванія: nephritis, vitium cordis organicum, pericarditis, pneumonia, phthisis pulmonum, syphilis hepatis, erysipelas

Что касается anaemia acuta, то она всегда сопутствовала каждый случай placenta praevia, только въ большей или меньшей степени.

Изъ 480 случаевъ placenta praevia 54 окончились летально т. е. смертность матерей = 11,25% или 1 : 8, при чемъ въ теченіе послѣднихъ 25 лѣтъ смертность матерей только въ двухъ годахъ равнялась 0, въ другихъ же отъ 1 до 8.

Изъ этихъ 54 летальныхъ случаевъ было съ placenta praevia centralis—22, lateralis et marginalis—32.

Въ нашихъ 54 смертныхъ случаяхъ были произведены слѣдующія вмѣшательства:

	Placenta praevia	centralis	marginalis.
Поворотъ Braxton Hicks	30	11	19
Поворотъ	8	6	2
Низведение ножки	4	3	1
Тампонация	4	1	3
Accouchement forcé	3	1	2
Шипцы	2	—	2
Метреоризъ	1	—	1
Perforatio et cranioclasia	1	—	1
Decapitatio	1	—	1
	54	22	32

Изъ приведенныхъ цифръ видно, что больше всего—11,6%— матерей умерло послѣ произведенныхъ операций по способу Braxton Hicks. Да и понятно, если принять во вниманіе что этотъ методъ при леченіи нашихъ случаевъ съ placenta praevia наиболѣе и предпочтительнѣй примѣнялся. Нельзя сказать, что именно произведенная операция служила причиной смерти матери, если мы не будемъ забывать того обстоятельства, что въ наше родовспомогательное заведеніе везутъ роженицъ не только уже сильно обезкровленныхъ, но и весьма часто уже инфицированныхъ, надъ которыми кто либо пытался безуспѣшно произвести операцию. Конечно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ тѣ операции, которыя влекли за собою сильныя травмы влагалища и матки, были безусловно главной причиной смерти матери, не говоря даже о воздушной эмболии, бывшей у насъ на всѣхъ нашихъ случаяхъ только 2 раза, т. е. 0,4 %. Причиной того обстоятельства, что многія матери умирали отъ anaemia acutissima, мы считаемъ продолжавшееся кровотеченіе и послѣ родовъ вслѣдствіе упорной атоніи матки, не взирая на всѣ мѣропріятія къ ея сокращенію. Всѣ умершія были подвергнуты вскрытію, при чемъ оказалось, что смерть матерей послѣдовала отъ слѣдующаго:

	Br. Hicks.	Остальн. операціи.
Anaemia acutissima	14	3
Ruptura colli ut.	10	6
Pyæmia	7	3
Septicaemia	6	3
Peritonitis.	6	2
Endometritis septica	2	2
Parametritis	2	—
Colporrhæxis.	2	1
Воздушная эмболія	2	1
Nephritis	1	1
Pericarditis	1	1
Syphilis hepatis	1	1
	54	24

Изъ всѣхъ умершихъ первородящихъ — было 5, остальные 49—многородящія. Въ этихъ случаяхъ самый большой ребенокъ вѣсилъ 4700 grm., длиной 59 ст., а самый маленькій 1500 grm., длиной 40 ст., что говоритъ за то обстоятельство, что самая ранняя смерть матери послѣдовала на 8 лунномъ мѣсяцѣ беременности, осложненной placenta praevia. Наибольшее количество смертности матерей пришлось на вторую, седьмую и 10 беременность (См. Т. II), наименьшее на восьмую. Возрастъ умершихъ матерей былъ отъ 20 до 43 лѣтъ. Для первородящихъ placenta praevia болѣе пагубна, чѣмъ для многородящихъ, такъ какъ изъ первыхъ умерло 14 %, а изъ вторыхъ 11 %. Что же касается предлежаній, то центральное даетъ почти 12 % смертности матерей, маргинальное 10 %.

При примѣненныхъ у насъ методахъ леченія материнская смертность равнялась:

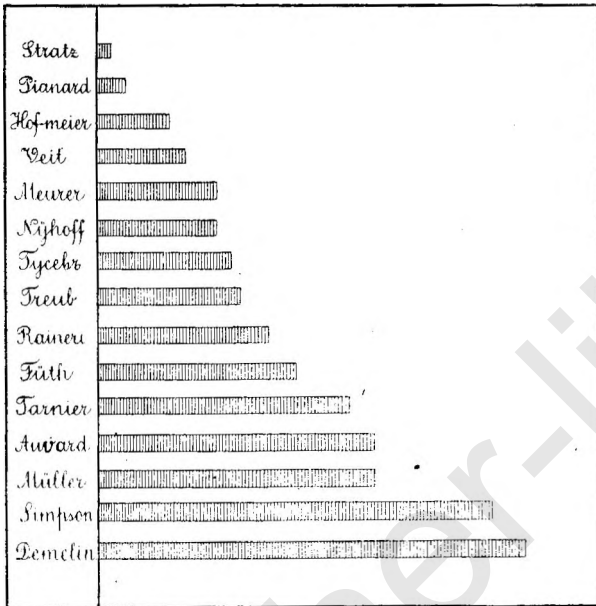
Искусственный разрывъ пузыря	0%
Embryotomia	0%
Поворотъ	8%
Низведение ножки	9%
Тампонація	10%
Метрейризы	11,1%
Поворотъ Braxton Hicks	11,6%
Accouchement forcé	20%
Щипцы	25%
Perforatio et cranioclasia	33%
Decapitatio (1 случай)	100%

Такимъ образомъ смертность матерей при комбинированномъ поворотѣ Braxton Hicks была у насъ равна 11,6 %. Сравнивая нашу цифру съ цифрами другихъ авторовъ: Hammer Schlag=6,3 %, Zweifel=7,8, Freund=10,1 % и Braxton Hicks=20 %, мы приходимъ къ заключенію, что у насъ методъ Braxton Hicks далъ сравнительно небольшую смертность матерей.

Если же мы обратимъ вниманіе на сравнительную таблицу (Таб. III) нашей смертности матерей при placenta praevia, когда примѣнялись различные методы леченія, то оказывается, что наша цифра 11,25 %—весьма невелика тѣмъ болѣе, что наше учрежденіе является не только лечебнымъ, но главнымъ образомъ и учебнымъ, въ которомъ обучаются будущія повивальныя бабки и специализируются молодые врачи подъ наблюдениемъ акушеровъ. Самая большая литературная статистика Raineri на 4731 случай placenta praevia даетъ смертность матерей больше нашей, а именно 14,3 %. Изъ родившихся дѣтей самый крупный вѣсилъ 4700 grm., длиной 56 ст., самый маленькій 300, длиной 20 ст.

Смертность дѣтей при placenta praevia centralis равнялась 112, при placenta praevia marginalis 100, всего-же 302 т. е. 62 %.- Если же мы исключимъ еще дѣтей мацерированныхъ, то получимъ 58 % смертности дѣтей, число значительно меньшее, чѣмъ

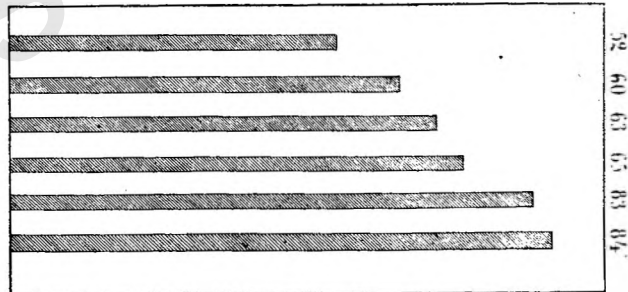
Табл. III.



у Raineri, собравшаго самый большой материал по данному вопросу. Сравнивая нашу цифру съ другими авторами, мы заключаемъ, что наша дѣтская смертность при placenta praevia небольшая, а именно: Nijhoff . . . 50%, Freub . . . 55%, Гусевъ . . . 58%, Raineri . . . 69%, Meurer . . . 67%, Brindeau . 70%, Futh . . . 79, 12%. Что же касается

Табл. IV.

Гусевъ
Braxton-Hicks
Hofmeier
Wyder
Behm
Hammerschlag



смертности дѣтей при методѣ Braxton Hicks, то таковая по нашимъ вычислениямъ была при placenta praevia centralis 69, при placenta praevia marginalis=75, а всего за вычетомъ 11 мацерированныхъ плодовъ 133 или 52 %, припоминая при этомъ, что большинство родовъ были преждевременные, масса дѣтей родилась въ глубокой асфиксии и не могли быть оживлены. Такимъ образомъ при placenta praevia смертность дѣтей у насъ при методѣ

Braxton Hicks, который применялся в 53,5 % всех наших вмешательств, — была наименее, чем у других авторов, что нагляднее можно сравнить по прилагаемой таблице № VI.

Подсчитывая % смертности детей при всех наших манипуляциях при placenta praevia, мы получаем следующие цифры:

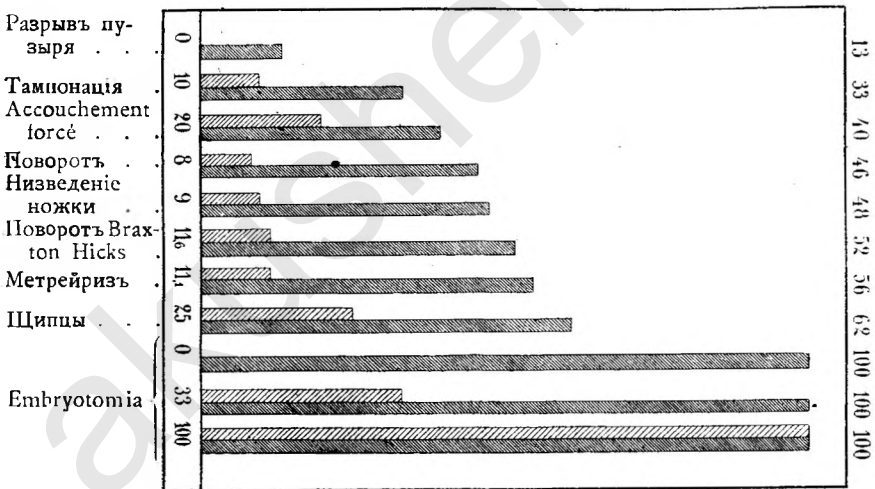
Искусственный разрыв пузыря	13%
Тампонация	33%
Accouchement forcé	40%
Поворот	46%
Низведение ножки	48%
Поворот по Braxton Hicks	52%
Метрейризь	56%
Щипцы	62%
Embryotomia	
Perforatio et craniocl.	100%
Decapitatio	

Что нагляднее изображено на прилагаемой таблице № V.

% см. детей.

Табл. V.

% см. матерей.



Само собой разумеется, что совершенных, идеальных методов лечения placenta praevia не имеется. Всякий метод до известной степени грешит. Можно только говорить лишь о преимуществе одного способа лечения перед другим тем больше, что всякий случай приходится индивидуализировать. Итак на основании нашего материала и на основании литературных данных мы можем прийти к следующим заключениям:

I. При placenta praevia съ малымъ открытiемъ зѣва при небольшомъ кровотеченiи рекомендуется примѣнять тампонацію, метрейризы, искусственный разрывъ плодныхъ оболочекъ — особенно при placenta praevia marginalis.

II. Самымъ практичнымъ и болѣе вѣрнымъ способомъ леченiя остается все же методъ комбинированнаго поворота по Braxton Hicks.

III. Въ случаяхъ чистыхъ, не инфицированныхъ, при безусловно живомъ плодѣ, можно примѣнить Кесарское сѣченiе, но только клинически.

IV. Изъ всѣхъ видовъ Кесарскаго сѣченiя—самымъ удобнымъ является классическое.

ЛИТЕРАТУРА:

Auvard. Traité pratique d'accouchement 1898. Ahlfeld. Руководство къ акушерству 1900 г. Редакт. Дм. Оттъ. Var, Brindeau, Chambrelent. La pratique de l'art des accouchements 1907. Berry Hart. Du placenta praevia. Annales de gyn. 1892. Вунм. Grundriss zum Studium der Geburtshülfe 1902. Budin et Demelin. Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement 1904. Challaye. Le traitement du placenta praevia 1904. Dupont. Du placenta praevia. Esch. Zentralblatt für Gynäkologie № 39. 1908. Fournier. L'obstetrique. 1900. Füh. Zentralblatt für Gynäkologie № 20. 1907. Феноменовъ. Оперативное акушерство 1902 г. Федоровъ. Практический врачъ 1907 г. № 34—35. Gräfenberg. Placenta praevia. Monatsschrift B. 28; H. 5. Hannes. Plac. praev. Zentralb. für Gynäk. 1908 № 42 Ibidem № 3 1909. Henkel. Eclampsia et plac. pr. Monatsschr. B. 28; H. 5 Archiv für Gynäkologie № 3 Bd. 86. Krönig. Zur Behandlung der placenta praevia. Zentralblatt für Gynäk. 1908 № 46. Либовъ. Русский врачъ 1903 г. № 52. Martin. Monatsschrift 1908 B. 28; H. 6. Михайловъ. Средние русскiе акушерскiе итоги за 50 лѣтъ 1840—1890 г.г. Niederländische gynäkologische Gesellschaft. Zentralblatt für Gynäkolog. 1908 № 43. Nijhoff. Monatsschrift B 28, H 6. Olshausen und Veit. Lehrbuch der Geburtshülfe 1902. Pinard. Bulletin médical 1896. Schauta. Lehrbuch der Geburtshülfe 1906. Sellheim. Zentralblatt für Gynäk. 1908 № 40.—Monatsschrift B. 28; H 5. Stratz. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkol. B. 36; H 2. Farnier et Budin. Traité de l'art des accouchements 1898. Varnier. La pratique des accouchements 1903. Winckel. Placenta praevia. B. III; T 1. Zweifel. Freund—Zentralbl. für Gynäkol. 1909 №20.

Изъ Городскаго Родильнаго Дома имени А. А. Абрикосовой. *)

Случай тератомы крестцовой области у ребенка, послужившей препятствіемъ для родовъ.

П. К. УНТИЛОВЪ.

Среди опухолей у новорожденныхъ опухоли крестцовой области, главнымъ образомъ тератомы имѣютъ не малое значеніе для практическаго врача. Не касаясь совершенно этиологіи ихъ, имѣющей больше значенія для тератологіи, какъ извѣстный биологическій курьезъ, не безынтересно обратить вниманіе на то обстоятельство, что тератомы крестцовой области, достигая значительныхъ размѣровъ, могутъ служить препятствіемъ для родовъ. По счастью опухоли крестцовой области встрѣчаются не часто. По статистикѣ Calbet, написавшаго довольно подробную монографію по данному вопросу, онѣ наблюдаются 1 : 34582 родовъ. Опухоли чаще встрѣчаются у дѣвочекъ, чѣмъ у мальчиковъ. Calbet, Baum, Molk, Taruffi, Kleinwachter считаютъ, что на 126 дѣвочекъ, имѣвшихъ опухоли крестцовой области, у мальчиковъ было только 60 или 1 : 2; по Kinderleny 1 : 4.

Беременность обыкновенно доходитъ до конца, рѣже прерывается на 5—6 мѣс. Дѣти чаще рождаются мертвыми или умираютъ скоро по рожденіи. По Riebemont—Dessaignes на 81 случай родилось 29 живыхъ дѣтей, остальные мертвые.

Не всегда опухоли крестцовой области настолько осложняютъ роды, что требуютъ того или иного оперативнаго вмѣшательства. По Нohl'ю изъ 40 случаевъ въ 22 роды были произвольные (1858 г.), по Braun'у (1868 г.) на 79 случаевъ въ 22 родовъ были произвольные. Molk собралъ 107 случаевъ, изъ нихъ въ 2 были произвольные роды, въ 18—трудные и въ 16 окончились оперативнымъ путемъ.

Какъ ни странно, на первый взглядъ—положеніе плода во время родовъ чаще бываетъ черепное. Winckel въ своемъ руководствѣ по акушерству это объясняетъ такъ, что слиш-

*) Читано въ засѣданіи Акушерск. Гинек. Общества при Императорскомъ Московскомъ Университетѣ 11 Марта 1909 года.

комъ большая опухоль не можетъ помѣститься въ тазу и по этому ребенокъ чаще устанавливается головкой, хотя конечно само собой понятно, что при опухоли меньшаго размѣра возможно всякое положеніе.

Диагносцировать опухоль во время родовъ нерѣдко крайне трудно въ особенности при головномъ положеніи ребенка. Слишкомъ большой объемъ живота даетъ основаніе предположить или гидрамнион или многоплодную беременность или опухоль плода. При поперечномъ или ягодичномъ положеніи плода иногда удается двойнымъ изслѣдованіемъ опредѣлить опухоль. При затянувшихся родахъ нерѣдко только подъ наркозомъ, введя всю руку удается опредѣлить, съ чѣмъ имѣемъ дѣло.

Опухоли бываютъ на широкомъ основаніи или на ножкѣ, плотныя или частью съ жидкимъ содержимымъ. Структура ихъ: 1) кисты, 2) саркомы, кисто-саркомы, фибромы и кисто-фибромы; 3) липомы; 4) хвостовыя опухоли 5) опухоли болѣе сложной структуры, какъ напр. тератомы. Только микроскопическое изслѣдованіе опредѣляетъ то или иное строеніе опухоли.

Какъ сказано выше, не всегда роды при существованіи опухоли крестцовой области у ребенка кончаются произвольно, нерѣдко требуется та или иная оперативная помощь, какъ-то проколъ опухоли, поворотъ плода на ножку съ послѣдующимъ извлеченіемъ при поперечномъ положеніи, выжиманіе плода по Kristeller'у, эмбриотомія или удаленіе опухоли путемъ отсѣченія ея въ полости матки.

Остановимся вкратцѣ на описаніи наиболѣе интересныхъ случаевъ, которыя удалось найти въ литературѣ.

Покойнымъ проф. М а с с е н о мъ описанъ случая тератомы крестцовой области, послужившей препятствіемъ во время родовъ: въ Гаваньскомъ Родильномъ приютѣ, VI-р. разрѣшилась произвольно ребенкомъ въ головномъ положеніи; при этомъ ягодицы задержались при извлеченіи. Съ трудомъ сведены правая ножка, подъ наркозомъ удалось свести лѣвую ножку, и съ очень большимъ трудомъ извлечь мертвую дѣвочку, вѣсомъ 3700,0. Въ ягодичной области ребенка—teratoma, имѣющая въ окружности 40 ст. Ребенокъ какъ бы сидѣлъ на опухоли (Акушер. вопросы дня 1899 г.).

С а з о н о в о й (Вр. 1887 г.) удалось послѣ поворота извлечь мертвый плодъ, вѣсомъ 2700,0. На крестцовой области опухоль много—камерная киста, въ окружности 38,5 ст. Löhlein наблюдалъ опухоль крестца величиною съ страусовое яйцо, послѣ сведения ножки удалось извлечь ребенка. Braun von Fernwald

описываетъ при головномъ положеніи трудное извлеченіе ребенка вслѣдствіе очень большой опухоли крестцовой области. При извлеченіи вылилось около 3000,0 жидкости изъ опухоли, оказавшейся забрюшинной кистой, достигавшей грудной части позвоночника, а снизу до мошонки. Ребенокъ въсомъ 3270,0 умеръ черезъ сутки. Стравинскій при головномъ положеніи извлекъ щипцами мертвого ребенка. Очень значительное препятствіе при извлеченіи ягодичной области вслѣдствіе опухоли крестца; опухоль лопнула и вылилось очень значительное количество жидкости. Также у Wanner'a на 3 сутки родился мертвый ребенокъ, при чемъ опухоль крестцовой области во время извлеченія порвалась. Heinrichs послѣ прокола перфораторомъ Naegele опухоли крестца у ребенка извлекъ послѣдняго живымъ. Альперинъ наблюдалъ IV р., 30 лѣтъ, у которой ребенокъ очень легко родился до ягодицъ, при извлеченіи которыхъ встрѣтилось очень большое препятствіе; только выжиманіемъ по Kristeller'у удалось извлечь ребенка, имѣвшаго на крестцовой области опухоль, въ окружности 47 ст. и оказавшуюся по микроскопическому изслѣдованію teratom'ой.

Машкиллейсонъ описалъ случай, гдѣ у IV-р. родился ребенокъ до ягодицъ; трудное выжиманіе по Kristeller'у вслѣдствіе опухоли крестцовой области—cysto-teratom'ы. Ребенокъ жилъ 3 дня. Покойный академикъ А. Я. Крассовскій описалъ случай трудныхъ родовъ вслѣдствіе опухоли крестца. (Другъ здравія 1851 г. № 38). R. Keller изъ клиники проф. Fehling'a въ Страсбургѣ описываетъ 2 случая врожденныхъ опухолей крестца. Въ I случаѣ опухоль у недоношеннаго плода; во II случаѣ у II пара, 28 лѣтъ, при головномъ положеніи очень трудное извлеченіе ягодицъ вслѣдствіе опухоли крестцовой области. Послѣ тщетныхъ попытокъ къ извлеченію пришлось опухоль перфорировать. Puerperium normale.

Родилась мертвая дѣвочка, окружность опухоли 55 ст. По микроскопическому изслѣдованію—teratoma. Наконецъ Uthmöller въ очень обстоятельной статьѣ описываетъ случай, наблюдавшійся имъ въ клиникѣ проф. Küstner'a. III пара, 25 лѣтъ, беременная на VIII мѣс. поступила въ клинику съ небольшими отеками нижнихъ конечностей, очень большимъ животомъ. Диагностировано имъ: двойни или hydramnios. Надъ входомъ въ тазъ опредѣлялись мелкія части, въ днѣ матки крупная, баллотирующая часть, напоминавшая головку; сердцебіеніе плода по средней линіи. Однако при внутреннемъ изслѣдованіи оказалось, что предлежитъ головка, по рожденіи которой очень трудное извлеченіе ягодицъ вслѣдствіе опухоли въ области

послѣднихъ. Ни выжимание плода по Kristeller'у, ни рунctio опухоли не дали результата. Наконецъ автору удалось по пальцу ввести серповидный крючекъ Шульцге (декапитационный) и послѣднимъ отсѣчь опухоль, соединяющуюся съ ребенкомъ ножкой. Въ послѣродовомъ періодѣ небольшое повышение т-ры на 5 и 6 дни. Всѣ опухоли 850,0 окр. 40 ст. Ребенокъ какъ бы сидѣлъ на опухоли; по микроскопическому изслѣдованію опухоль teratoma.

Случаевъ подобнаго отсѣченія опухоли внутри матки ножомъ Шульцге Uthmöller до 1903 г. нашель въ литературѣ кромѣ своего только 2; первый Davigneau (1790 г. при поперечномъ положеніи автора Leclerk'a (1855 г.) при головномъ положеніи плода послѣ поворота послѣдняго на ножку. Опухоль вѣсомъ 950,0. Операция подь наркозомъ продолжалась 2 часа. Послѣ родовъ родильница хворала 2 1/2 мѣсяца.

Послѣ этихъ предварительныхъ замѣчаній переходимъ къ описанію случая, который пришлось намъ наблюдать 22/viii 1908 г. въ городскомъ Родильномъ Домѣ имени А. А. Абрикосовой.

Е. Г. № 1999—IV рага поступила 22/viii 1908 г. въ 12 ч. 40 м. дня, при открытіи на 3 п.п., цѣлыхъ водахъ, сглаженной шейкѣ. Беременность срочная. Размѣры таза: 25, 27, 30, 19. Сердцебіеніе слышно хорошо. Объемъ живота очень большой, предлежать ягодицы — очень высоко, безъ всякой наклонности вставиться, какъ бываетъ при косомъ положеніи плода. Черезъ 15 м. прошли воды при открытіи на 3 п.п. Въ виду косога положенія плода рѣшено также свести ножку, сведена правая ножка, но т. к. не было полного открытія, то дальнѣйшее извлеченіе рѣшено пока не производить. Въ теченіи дня при хорошихъ схваткахъ роды впередъ почти не подвинулись, въ 8 ч. вечера въ виду ослабленія сердцебіенія плода приступлено къ извлеченію при полномъ открытіи, при чемъ пришлось убѣдиться, что къ извлеченію существуетъ какое-то препятствіе. Рѣшено подь наркозомъ произвести изслѣдованіе полной рукой, чтобы убѣдиться въ чемъ дѣло. Ради удобства изслѣдованія сведена и лѣвая ножка. Тотчасъ по введеніи руки найдено: ягодицы плода помѣщаются въ лѣвой половинѣ матки, вся же правая часть матки занята очень плотной опухолью, при чемъ послѣдняя съ ребенкомъ соединена довольно толстой и плотной ножкою, обойти эту ножку пальцемъ удастся очень легко. Въ виду невозможности дальнѣйшаго извлеченія при данныхъ условіяхъ, рѣшено прибѣгнуть къ отсѣченію опухоли по пальцу серповиднымъ, декапитационнымъ крючкомъ Шульцге, въ противномъ случаѣ произвести эмбриотомію плода. (См. рис. 1).

Подь контролемъ указательнаго пальца правой руки удалось завести крючекъ Шульцге за ножку опухоли и потягивая лѣвой рукой за противоположный конецъ крючка осторожными движеніями отсѣчь ножку опухоли, все время дѣйствуя подь контролемъ указа-

тельного пальца правой руки. Операция продолжалась 15 м. По отсечении опухоли очень легко удалось извлечь ребенка, мертвую девочку, весом 4100,0; тотчас за ребенком родилась опухоль весом 1400,0. Последь, ввиду кровотечения вследствие частичного преждевременного отделения его, отделенъ рукой. Весъ послѣд. 700,0. Въ послѣ-родовомъ періодѣ двукратное повышение т-ры до 38,5 и на 9 день родильница выписалась здоровой.

Рис. 1.



Опухоль плотная, равномерной консистенции; при макроскопическомъ изслѣдованіи—масса молодой эмбриональной ткани, среди которой въ большомъ количествѣ попадаются железы и хрящи, костей не обнаружено ни микроскопически, ни рентгеновскимъ снимкомъ; такимъ образомъ опухоль типичная тератома. И такъ, какъ видно, нашъ случай напоминаетъ случай Uthmöller'a. Какъ уже сказано Uthmöller собралъ подобнаго отсѣченія опухоли въ маткѣ 3 случая,

а нашъ случай является ч четвертымъ. Эти случаи тератомъ крестцовой области у ребенка являются очень тяжелыми, здѣсь терапия должна быть очень осторожная, очень легко можно повредить матку, а между прочимъ иной терапіи, кромѣ отсѣченія опухоли быть не можетъ. Оперировать все время приходится подъ контролемъ пальца, а не *ad oculos*, что конечно довольно рисковано. Конечно подобные случаи должны курироваться въ хорошо обставленныхъ родильныхъ домахъ при участіи нѣсколькихъ врачей. Въ дополненіе къ этому случаю вкратцѣ сообщимъ о другомъ случаѣ тератом'ы, наблюдавшемся въ Родильномъ Домѣ въ 1907 г. № 2647. П-р. 19 лѣтъ, поступала 30/ix 1907 г. въ 3 ч. дня при открытіи на 1 1/2 п.п., цѣлыхъ водахъ, предлежащая часть высоко надъ входомъ; беременность VI мѣс. Въ 4 ч. 30 м. дня кровотечение; при изслѣдованіи: открытіе 2 1/2 пп., шейка не сглажена, предлежащая часть очень высоко, напоминаетъ *placent'у*. Въ 5 ч. 40 м. дня родился мацерированный плодъ, вѣсомъ 627,0; въ области крестца опухоль, которая симулировала *placent'у*, послѣдъ вышелъ произвольно черезъ 15 м. *Puerperium normale*. Опухоль плотная, при микроскопическомъ изслѣдованіи — *teratoma*. Практическое значеніе даннаго случая только то, что если плодъ предлежитъ опухолью, какъ было въ нашемъ случаѣ, послѣдняя можетъ симулировать *placent'у*.

ЛИТЕРАТУРА.

Массень. Акушерскіе вопросы дня. 1899 г. Сазонова. Врачъ. 1887 г. № 1. Budin. *Annales de Gynécologie* 1890 г. Heinrichs. *Centralblatt f. G.* 1895 г. № 46. Крассовскій. Другъ здравія. 1851 г. № 38. Löhlein *Zeitschri f. G und G. B.* XV. стр. 189. Braun von Fernwald. *Jahresbericht* 1888 г. стр. 178. Стравинскій. Ж. Акуш. и ж. б. 1889 г. Wanner. *Ueber Congenitalen Sacraltumoren.* Diss. Berlin 1893 г. Альперинъ. Ж. Акуш. и ж. б. 1901 г. ст. 1107. Машкиллейсонъ. Ж. Акуш. и ж. б. 1901 г. ст. 910. Uthmöller. *Ueber Geburten bei Steistumoren* *Monatschri f. G. und G. B.* 18. ст. 823. Riebemont *Dessaignes.* *Precis d'obstetrique.* IV. Edit. Winckel. *Handbuch der Geburtshülfe* 2/m. R. Keller. *Zwei Fälle von congenitil. Sacraltumoren.* *Archiv f. Gyn. B.* 86 ст. 555.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Sammlung klinischer Vorträge, begründet von R. v. Volkmann. Neue Folge. Gynäkologie.—Собрание клинических лекцій, основанное R. v. Volkmann'омъ. Новая серія. Гинекологія.

№ 189. Prof. Dr. J. Veit.—*Der Kaiserschnitt in moderner Beleuchtung*; — № 189. Prof. J. Veit. *Кесарское сѣченіе въ современномъ освѣщеніи*.

Ученіе о кесарскомъ сѣченіи за послѣдніе годы подверглось усердной разработкѣ. Установилось положеніе, что въ настоящее время ни одинъ неосложненный случай кесарскаго сѣченія не долженъ кончатся неблагополучно. Но это теоретическое требованіе однако, къ сожалѣнію, не оправдывается на практикѣ, которая до сихъ поръ считается съ извѣстнымъ процентомъ смертности при кесарскомъ сѣченіи и, главнымъ образомъ, отъ зараженія.

Въ своемъ клиническомъ очеркѣ проф. Veit и пытается выяснить причины этого печальнаго явленія и способы его предупрежденія.

По его заключенію, при кесарскомъ сѣченіи опасность зараженія грозитъ съ 2-хъ сторонъ—со стороны сапрофитовъ и вирулентныхъ гнойныхъ кокковъ—стрептококковъ. Противъ внесенія этой двойкой инфекціи и должны быть направлены заботы акушера. Знаніе источниковъ зараженія выясняетъ необходимыя для этого мѣры. Вирулентные гнойные кокки обычно въ рукавѣ беременной не водятся; поэтому во избѣжанія занесенія ихъ не слѣдуетъ подвергать вагинальному изслѣдованію предназначенную для операціи за нѣсколько дней, даже недѣль до послѣдней. Занесеніе этихъ микроорганизмовъ при операціи предупреждается общеизвѣстными мѣрами асептики. Сапрофиты попадаютъ въ операціонную рану изъ воздуха и въ особенности изъ околоплодныхъ водъ, поступая туда изъ влагалища, обычную флору котораго они составляютъ. Поступая въ брюшную полость при разрѣзѣ маточной стѣнки вмѣстѣ съ околоплодными водами и излившейся кровью, они встрѣчаютъ въ нихъ прекрасный питательный матеріалъ, способствующій ихъ произрастанію. Поэтому на ряду съ вполне асептичнымъ оперированіемъ необходимо оперированіе и внѣбрюшинное, дабы ни околоплодные воды, ни кровь не поступали въ брюшную полость. Veit разсматриваетъ существующіе способы внѣбрюшиннаго оперированія, какъ выведеніе матки изъ брюшной полости, поперечный разрѣзъ dna ея по Fritsch'y, внѣбрюшинный разрѣзъ матки (Frank, Sellheim) и провизорное закрытіе брюшной раны. Разобравъ всѣ эти способы, Veit отвергаетъ первые два и останавливается на внѣбрюшинномъ разрѣзѣ матки съ временнымъ закрытіемъ брюшной полости; техника такого оперированія выработана имъ въ слѣдующихъ 2-хъ видахъ, смотря по тому, про-

изводится ли кесарское сѣченіе послѣ известной родовой работы, когда нижній сегментъ матки достаточно растянутъ, или же еще въ началѣ родовъ. Въ 1-мъ случаѣ брюшная стѣнка вскрывается срединнымъ или Pfannenstiele'вскимъ разрѣзомъ, расщепляется по срединѣ брюшина нижняго сегмента матки и особо конструированными Veit'омъ зажимами соединяется наглухо съ брюшиною передней брюшной стѣнки. Затѣмъ вскрывается маточная стѣнка и извлекается ребенокъ. Зашиваніе идетъ послыбно. Если содержимое матки можно считать инфицированнымъ, то подъ брюшную стѣнку вводится дренажъ.

Удобнѣе, по мнѣнію Veit'a, второй способъ: дѣлается Pfannenst. разрѣзъ брюшной стѣнки или срединный отъ s. os. p. до пупка, вскрывается брюшина, рана которой растягивается въ видѣ овала, а края ея узловатыми швами соединяются съ пристѣночной брюшиной и кожей брюшныхъ стѣнокъ, чѣмъ достигается полная изоляція брюшной полости. Овальнъ долженъ быть достаточно великъ для выведенія ребенка. По удаленіи ребенка и послѣда зашиваются мышцы матки и распускаются изолирующіе швы, послѣ чего соединеніе брюшной раны идетъ обычнымъ порядкомъ. Достоинствомъ этого способа Veit считаетъ простоту его въ сравненіи съ способами Frank'a и Sellheim'a, что дѣлаетъ его доступнымъ всякому врачу, умѣющему вообще владѣть ножомъ. Примѣненіе его, какъ надѣется Veit, безъ сомнѣнія уменьшитъ число прорободеній головки живаго плода. Не отвергая принципиально классическаго кесарскаго сѣченія, Veit отводитъ его для безусловно чистыхъ случаевъ, но и при послѣднихъ предлагаемый имъ способъ вполне примѣнимъ и нисколько не ухудшитъ предсказанія. Во всѣхъ же другихъ случаяхъ безусловно надлежитъ оперировать внѣбрюшинно.

Въ заключеніи своего очерка Veit останавливается на показаніяхъ къ кесарскому сѣченію: послѣднему подлежатъ всѣ случаи родовъ съ узкимъ тазомъ, при которыхъ въ противномъ случаѣ пришлось бы перфорировать головку живаго плода. Здѣсь кесар. сѣченіе вступаетъ въ конкуренцію съ тазорасширяющими операціями, но съ улучшеніемъ и разработкою своего метода Veit становится безусловно на сторону кесарскаго сѣченія у первородящихъ. У многородящихъ производство кес. сѣченія въ клиникѣ настолько просто, что и здѣсь Veit отдаетъ предпочтеніе этой операціи. Но въ частной практикѣ условія производства его болѣе сложны, такъ что иногда слѣдуетъ остановиться на геобостеотоміи. Эклампсію и plac. praevia, по мнѣнію Veit'a нельзя считать обычными показаніями къ кесарскому сѣченію. Только особые осложненія при нихъ даютъ право на эту операцію.—Съ такимъ возрѣніемъ согласится каждый акушеръ, еще не потерявшій вѣры, не смотря на современныя вѣянія, въ значеніе осторожнаго консерватизма при веденіи осложненныхъ родовъ.

№ 190. Th. Dobbert.—*Der „verstärkte Wundschutz“ im Lichte einer Serie von 500 Laparotomien.*—Д-ръ *Т. Доббертъ* (С.-Петербургъ). „Усиленная защита раны“ въ освѣщеніи серіи изъ 500 чревосъсѣченій.

На основаніи 500 случаевъ чревосъсѣченій, произведенныхъ въ Александринскомъ Приютѣ для женщинъ въ С. Петербургѣ въ теченіе 9 лѣтъ (съ 1. IV. 1899 г. по 17. I. 1908 г.) д-ръ Доббертъ пытается рѣшить вопросъ, представляется ли необходимымъ условіемъ для пониженія заболѣванія и смертности послѣ операцій со вскры-

тіємъ брюшины т. назыв. «усиленная защита» операціонной раны, или усовершенствованная асептическая обстановка операцій, принципы которой были обрисованы на 12-мъ Собраніи нѣмецкаго Гинекологическаго Общества въ Дрезденѣ въ 1907 г. проф. Fritsch'emъ и Küstner'омъ*). Послѣдній, примѣнивъ „усиленную защиту“ раны, въ особенности путемъ оперирования въ резиновыхъ перчаткахъ получилъ лучшіе результаты при операціяхъ въ сравненіи съ прежними. Д-ръ Доббертъ однако, сравнивая результаты серіи чревосѣченій въ Алекс. Приютѣ съ результатами проф. Küstner'a, находитъ, что имъ получены результаты нисколько не худшіе, чѣмъ проф. Küstner'омъ, не смотря на отсутствіе усовершенствованной асептической обстановки и оперированіе безъ перчатокъ. Не отвергая, конечно, значенія асептики при операціяхъ, д-ръ Доббертъ возстае только противъ утрированія, переоцѣнки ея и проведенія въ томъ громоздкомъ видѣ, въ которомъ примѣненіе ея является непосильнымъ для многихъ недостаточно обставленныхъ учреждений. Разбирая попутно причины успѣшныхъ и неудачныхъ результатовъ при операціяхъ, д-ръ Доббертъ на основаніи своего 15-лѣтняго опыта приходитъ къ заключенію, что кромѣ строгой асептики успѣхъ операціи зависитъ еще отъ многихъ другихъ условій, (на которыя, впрочемъ, также было указано проф. Fritsch'emъ и Küstner'омъ): таковы техническая ловкость, чему много мѣшаетъ, по наблюденію д-ра Добберта, оперированіе въ перчаткахъ, бережное, «съ любовью», обращеніе съ брюшною полостью, уходъ за руками, избѣганіе разговоровъ при операціи, надлежащее приготовленіе брюшной стѣнки (авторъ доволенъ примѣненіемъ gaudapin'a, кстати сказать, теперь другими почти оставленнаго), возвышенное положеніе, умѣлый наркозъ, Pfannenstiel'евскій разрѣзъ, способъ зашиванія брюшной раны и т. д. Тщательное соблюденіе всѣхъ привходящихъ условій необходимо, такъ какъ абсолютно асептичное оперированіе, безъ попаданія микроорганизмовъ въ рану, невозможно.

Весьма живо и убѣдительно написанный очеркъ д-ра Добберта, подкрѣпляемый цифровыми данными, читается съ интересомъ и встрѣтитъ, безъ сомнѣнія, особенное сочувствіе со стороны тѣхъ хирурговъ (а ихъ достаточное число), которые съ надѣваніемъ перчатокъ лишаются большой доли тактильнаго чувства и свободы въ движеніяхъ, а между тѣмъ въ силу установившихся возрѣній не рѣшаются отказаться отъ оперирования въ нихъ.

№ 191. Prof. Friedrich Schatz (Rostock). Menstruelle und menstruationsähnliche Blutungen nach der Empfängnis und nach der Entbindung— in der ersten Zeit der Schwangerschaft und des Wochenbettes. Wann tritt die Imprägnation des Eies ein und beginnt somit die Schwangerschaft? — Менструальная и похожая на менструацію кровотеченія послѣ зачатія и послѣ родоразрѣшенія—въ первое время беременности и послеродоваго періода. Когда происходитъ зачатіе и тѣмъ самымъ начинается беременность?

Очеркъ проф. Schatz'a состоитъ изъ 3-хъ главъ. Въ первыхъ двухъ онъ задается цѣлью представить происхожденіе и значеніе кровотеченій, иногда, довольно обильныхъ, наблюдающихся не рѣдко

*) См. Журн. ак. и жен. бол. 1907 г. ст. 1319.

въ начальныхъ стадіяхъ беременности и въ первые дни (8-й и 9-й) послѣродового періода *безъ видимыхъ причинъ* и влекущихъ за собою, иногда совершенно излишнее, оперативное вмѣшательство. Что касается перваго осложненія, то оно, по заключенію Schatz'a, обуславливается передвиженіемъ плоднаго яйца, развивающагося большею частью эксцентрично, къ срединѣ полости матки. Въ доказательство такой возможности авторъ приводитъ 3 наблюдавшихся имъ случая. Такое кровотеченіе не всегда является наружнымъ, остатки его открываются иногда послѣ родовъ въ видѣ старыхъ сгустковъ на послѣдѣ. Оно не представляетъ очень большой опасности въ смыслѣ умиранія яйца и потому при отсутствіи прямыхъ показаній къ вмѣшательству врачъ долженъ имѣть возможность такого кровотечения въ виду и стараться сохранить беременность.

Второе осложненіе проф. Schatz объясняетъ наступленіемъ ранней менструаціи, особенно у первородящихъ, сообразно его теоріи о типѣ менструаціи у ангионеврастеничныхъ и ангионеврейстеничныхъ (здоровыхъ) женщинъ въ зависимости отъ періодическихъ колебаній кровянаго давленія. Эта глава составляетъ собственно сжатое изложеніе обширной работы автора, помѣщенной въ «Archiv für Gynäkologie» (Vd. 72 и слѣд.) и снабжена многочисленными изображеніями кривыхъ взаимоотношенія кровянаго давленія и наступленія родовъ, поясняющихъ его теорію. Въ практическомъ отношеніи знаніе возможности такого ранняго наступленія менструаціи важно, такъ какъ позволяетъ остановиться на вѣроятномъ діагнозѣ и ограничиться выжидательной терапіей.—Глава эта, какъ указываетъ самъ авторъ, затрогиваетъ вопросы еще слишкомъ новые и запутанные, поэтому воззрѣнія его нуждаются въ дальнѣйшей провѣркѣ.

Относительно 3-го вопроса—когда происходитъ оплодотвореніе яйца и какимъ образомъ начинается беременность?—Schatz рѣшаетъ такъ: оплодотвореніе яйца можетъ происходить и происходить во всякій день менструальнаго мѣсяца. Поэтому дѣйствительно существуетъ первый мѣсяцъ беременности; съ другой стороны, иногда при отсутствіи свободнаго яйца, не смотря на предшествовавшія частыя сношенія, оплодотвореніе происходитъ лишь въ концѣ менструальнаго мѣсяца и тогда, понятно, и роды соотвѣтствуютъ концу такого мѣсяца. Но большей частью такое позднее оплодотвореніе является кажущимся вслѣдствіе особенностей типа менструаціи у ангионеврастеничныхъ женщинъ. Мнѣніе Siegismund-Löwenhardt'a, что менструація есть абортъ неоплодотвореннаго яйца, Schatz считаетъ неправильнымъ, полагая, что живчики могутъ проникнуть въ матку и во время менструаціи и оплодотворить яйцо.—И относительно этой главы можно повторить, что вопросъ еще слишкомъ невыясненъ и теоретиченъ. Усердная разработка его проф. Schatz'омъ и его учениками, надо надѣяться, приблизитъ къ его разрѣшенію.

№ 192. Dr. P. v. Kubinyi (Budapest).—*Ueber die Inkarzeration der retrodevirten schwangeren Gebärmutter und der konsekutiven Blasen-gangrän.*—Ущемленіе смѣщенной кзади беременной матки и послѣдова-тельное омертвленіе мочевого пузыря.

Въ ученіи объ ущемленіи смѣщенной кзади беременной матки до сихъ поръ существуетъ много спорныхъ вопросовъ какъ относи-

тельно этиологии и патологии ее, такъ и относительно леченія этого осложнения. Въ очеркѣ своемъ д-ръ Kubinyi обстоятельно разбирается въ существующихъ воззрѣнiяхъ и на основанiи наблюдавшихся 5 клиническихъ случаевъ и литературы освѣщаетъ спорные вопросы. Большое значенiе, и съ полнымъ основанiемъ, даетъ онъ цистоскопическому изслѣдованiю мочевого пузыря при этомъ страданiи: оно рѣшаетъ спорный вопросъ о времени и способѣ отдѣленiя омертвѣвшей слизистой оболочки мочевого пузыря. Омертвѣнiе пузыря обусловливается кровоизлиянiями вслѣдствiе застоя и, въ особенности, ишемiей слизистой оболочки. Отдѣленiе ее происходитъ въ болѣе позднiя стадii, какъ показали эксперименты на собакахъ; выдѣленiе омертвѣвшей оболочки въ судьбѣ больныхъ обозначаетъ поворотъ къ лучшему (предупрежденiе sepsis'a). Въ леченiи этого осложнения авторъ подчеркиваетъ практической совѣтъ—всякой попыткѣ къ вправленiю матки предпосылать опорожненiе пузыря. Въ тяжелыхъ случаяхъ не слѣдуетъ останавливаться и предъ чревостѣпенiемъ.

Что касается литературы вопроса, то она, къ сожалѣнiю, представлена недостаточно полно, ограничиваясь большею частью источниками до первыхъ годовъ текущаго десятилѣтiя. Такъ, нѣтъ упоминанiя о работѣ Keitler'a, Küstner'a. Статья Wertheim'a, даващаго обстоятельный очеркъ этого осложнения въ недавно законченномъ „Handbuch für Geburtshülfe“ v. Winckel'я упомянута вскользь и безъ точной даты.

Этимъ однако не умаляется практическое значенiе очерка, имѣющаго цѣлью познакомить съ упомянутымъ осложненiемъ, дабы дать возможность избѣгать ошибокъ, которыя, по заключенiю Treub'a, въ леченiи ущемленiя и играютъ чаще всего роковую роль.

М. Порошинъ.

ЗАЩИТА ДИССЕРТАЦІЙ ВЪ ИМПЕРАТОРСКОЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМІИ.

Н. А. Нуковъровъ.—*О спинномозговой аналгезіи.* Диссертация на степень доктора медицины.

Вся работа автора распадается на семь частей, или главъ. Начало главы первой, озаглавленной: «мѣсто и техника пункціи», посвящено подробнѣйшему изученію и разбору топографической анатоміи поясничной части позвоночника и субарахноидального пространства въ связи съ техникой пункціи. Далѣе разбирается техника пункціи по отдѣльнымъ моментамъ и вся въ цѣломъ. Наконецъ—инструментарій: иглы, шприцы и сложные инструменты. Вторая глава трактуетъ объ аналгезирующихъ средствахъ, о дѣйствиіи ихъ на нервную систему въ *sacum subarachnoidale* и временныхъ измѣненіяхъ въ нервныхъ элементахъ, о задержкѣ аналгез. средствъ въ цереброспинальной жидкости. Далѣе, подвергаются разбору различныя аналгез. средства: кокаинъ, алипинъ, новокаинъ, стоваинъ, тропококаинъ, и осложненія, наблюдаемыя при ихъ употребленіи. Конецъ второй главы посвященъ дозировкѣ и стерилизаціи аналгез. средствъ и инструментовъ. Глава третья—механизмъ распространенія аналгез. средствъ въ цереброспинальной жидкости: здѣсь авторъ описываетъ весьма подробно строеніе субарахноидального пространства у человѣка и разбираетъ роль цереброспинальной жидкости въ перемѣщеніи аналгез. средствъ. Въ главѣ четвертой авторъ говоритъ о поступательномъ дѣйствиіи аналгез. средствъ и объ аналгезіи. Эта глава распадается на два отдѣла: 1. Поднятіе и локализациа аналгез. растворовъ и аналгезіи, гдѣ говорится о распространеніи аналгез. растворовъ и аналгезіи, о способахъ поднятія аналгез. растворовъ и аналгезіи, о локализации и поднятіи аналгезіи перемѣною положенія, о выпусканіи жидкости для пониженія давленія, о способахъ ограниченія повышенія аналгез. средствъ; 2. Поступательное движеніе аналгез. раствора и аналгезія кожныхъ сегментовъ, гдѣ говорится о поступательномъ перемѣщеніи аналгезіи по корешковымъ сегментамъ, объ аналгезіи на внутреннихъ органахъ, о продолжительности аналгезіи, дается схема локализациа кожной чувствительности. Въ этой же главѣ авторъ предлагаетъ свою карточку для регистраціи спинно-мозговой аналгезіи. Карточка эта принята уже въ клиникѣ проф. С. П. Федорова, и существованіе ея оправдывается недостатками современной регистраціи и необходимостью однородной статистики. Глава пятая касается сопутствующихъ аналгезіи явленій, какъ то: вліянія аналгезіи на дыханіе на кровообращеніе и кровяное давленіе и другихъ сопутствующихъ аналгезіи явленій. Шестая глава—послѣдующія явленія: головныя боли, боли въ спинѣ, въ позвоночникѣ и затылкѣ, менингиты, рвота, повышеніе температуры и замедленіе пульса, парезы и параличи, вліяніе на почки. Наконецъ, седьмую и послѣднюю главу авторъ посвящаетъ преимуществамъ спинно-

мозговой аналгезіи, показаніямъ и противопоказаніямъ къ примѣненію ея и выводамъ. Въ диссертации имѣются прекрасные рисунки и схемы. Литература собрана обширная.

На основаніи литературнаго матеріала и на основаніи собственныхъ клиническихъ наблюденій и анатомическихъ излѣдованій авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ и выводамъ: 1. Методъ спинно-мозговой аналгезіи только въ послѣднее время сталъ опираться на научныя основанія, базируясь до того времени часто на неправильно построенныхъ гипотезахъ и наблюденіяхъ на животныхъ, имѣющихъ далеко не аналогичныя съ человѣкомъ анатомическія отношенія. 2. Спинномозговая аналгезія, какъ методъ обезболиванія, заслуживаетъ большаго вниманія къ себѣ, но прежде, чѣмъ сдѣлаться доступнымъ для болѣе широкаго примѣненія, онъ нуждается еще въ значительной дальнѣйшей научной разработкѣ. 3. При соблюденіи всѣхъ рекомендуемыхъ нынѣ мѣръ и правильно выполненной техники спинномозговая аналгезія, локализирующаяся въ предѣлахъ не выше нижнихъ грудныхъ корешковъ, представляетъ безопасный способъ обезболиванія. 4. Точное знаніе анатомическихъ и топографическихъ отношеній поясничной части позвоночника и субарахноидальнаго пространства необходимо для получения безопасныхъ и совершенныхъ аналгезій. 5. Техника пункции и инъекціи при описываемомъ методѣ должны выполняться вполне безупречно. Достиженіе совершенной аналгезіи находится въ зависимости отъ опытности и тщательнаго выполненія техники метода, равно какъ и отъ чистоты препаратовъ и безупречной стерилизаціи инструментарія. 6. Примѣненіе дозволенныхъ дозъ и концентрацій аналгезирующихъ растворовъ у человѣка не можетъ вызвать въ нормальныхъ условіяхъ какихъ нибудь матеріальныхъ измѣненій въ нервныхъ элементахъ спинного мозга. 7. Индивидуальная повреждаемость этихъ элементовъ находится въ зависимости отъ общаго состоянія здоровья и особенно отъ ослабляющихъ питаніе спинного мозга конституціонныхъ болѣзней. 8. Примѣненіе высокихъ концентрацій и большихъ дозъ сильно дѣйствующихъ ан. средствъ можетъ, въ особенности при неправильной технике, вызывать поврежденія нервныхъ волоконъ *caudae equinae*. 9. Для аналгезіи тропококаинъ рекомендуется всѣми экспериментаторами, какъ наименѣе всего повреждающій нервныя элементы. 10. На основаніи клиническихъ наблюденій тропококаинъ оказался также наиболѣе безопаснымъ изъ всѣхъ ан. средствъ. 11. Всѣ существующія явленія при спинномозговой аналгезіи являются слѣдствіемъ контакта ан. средства съ корешками спинного мозга, а послѣдующія—слѣдствіемъ долгой задержки ан. средствъ въ цереброспинальной жидкости. 12. Опасности спинномозговой аналгезіи стоятъ въ прямой связи съ контактомъ спинного мозга. 13. Всасываніе ан. средствъ изъ субарахноидальнаго пространства въ кровь не играетъ никакой роли въ развитіи сопутствующихъ и послѣдующихъ явленій, а потому введеніе околопочечныхъ препаратовъ, помимо своего вреда, еще и безцѣльно, какъ способствующее болѣе продолжительной задержкѣ ан. средствъ въ цереброспинальной жидкости. 14. Лучшимъ и наиболѣе вѣрнымъ способомъ локализаціи аналгезирующаго дѣйствія ан. средствъ нужно признать перемѣщеніе жидкости въ субарахноидальномъ пространствѣ, наступающее подъ вліяніемъ перемѣны положенія. Это перемѣщеніе жид-

кости и вмѣстѣ съ нею ан. раствора, въ зависимости отъ переменнъ положенія, происходитъ у человѣка въ ограниченныхъ, сравнительно, размѣрахъ, и прямыхъ опасностей, поэтому, не представляетъ. 15. Эти опасности при возвышеніи таза заключаются въ перемѣщеніи ан. средствъ, благодаря усиленію процессовъ диффузіи и физиологическаго тока. 16. Нарушенія въ кровяномъ давленіи и въ дыханіи стоятъ въ прямой зависимости отъ поступательнаго дѣйствія ан. раствора и связаннаго съ нимъ постепенно наступающаго паралича двигательныхъ и чувствительныхъ корешковъ. 17. Тяжелыя нарушения дыханія и кровяного давленія связаны съ контактомъ ан. средствъ съ шейными корешками спинного мозга. 18. Съ цѣлью своевременнаго принятія мѣръ, ограничивающихъ поступательное движеніе ан. раствора, необходимо самый внимательный контроль за повышеніемъ аналгезіи. Предѣломъ достиженія аналгезіей нужно считать аналгезію, не поднимающуюся выше линіи, соединяющей оба соска (4-ый грудной сегментъ). 19. Методъ С.-М. А. показанъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ противопоказанъ общій наркозъ и недостаточна мѣстная аналгезія. 20. Для правильной критики метода необходимо собираніе статистическихъ свѣдѣній въ томъ направленіи, въ основу котораго положенъ механизмъ поступательнаго паралича корешковъ.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были профессоры: С. П. Федоровъ, В. А. Оппель и приватъ-доцентъ В. Н. Шевкуненко.

Прив.-доц. Шевкуненко указалъ, что работа эта была бы своевременной года 1½ т. назадъ, когда вопросъ этотъ былъ поставленъ программнъ на хирургическомъ съѣздѣ и вызвалъ большой интересъ и обсужденіе. Переходя къ оцѣнкѣ диссертации, оппонентъ отмѣтилъ слѣдующія ея достоинства: прекрасно составлено оглавленіе и вообще книга можетъ служить справочной и настольной для хирурга; изъ отдѣловъ особенно хорошо разработана и описана анатомія *cavi subarachnoidalis*. Что касается недочетовъ, то они чисто редакціонныя.

Проф. Оппель признавая работу автора весьма цѣнной, интересной и современной, дѣлитъ ее на двѣ части: часть первая — анатомія — разработана блестяще и основана на собственныхъ изслѣдованіяхъ, часть вторая посвящена методикѣ спинномозгового обезболѣванія и содержитъ объясненія всѣхъ явленій какъ сопутствующихъ, такъ и послѣдующихъ. Несогласенъ оппонентъ съ авторомъ только въ объясненіи явленія аналгезіи. Онъ оспариваетъ корешковую теорію аналгезіи, которой придерживается авторъ, и ссылаясь на нѣкоторыя данныя литературы, доказываетъ, что если опыты, лежащіе въ основѣ корешковой теоріи, толковать иначе, то они будутъ говорить противъ нея.

Проф. Федоровъ, признавая за авторомъ большую заслугу, а работу его весьма цѣнной и исчерпывающей вопросъ, считаетъ, что въ ней находится много объясненій клиническихъ явленій при спинномозговой аналгезіи, которыя до этого были загадочны и не поддавались объясненію.

Всѣми оппонентами диссертация признана удовлетворительной. Авторъ удостоенъ искомой степени.

В. Дофельдтъ.

ОТЧЕТЫ АКУШЕРСКИХЪ КЛИНИКЪ, РОДИЛЬНЫХЪ ДОМОВЪ, АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОТДѢЛЕНІЙ, ВОЛЬНИЦЪ И ДР.

IV.

Къ вопросу объ организаціи стационарной акушерской помощи въ провинціи.

(Докладъ, прочитанный на III-мъ Всероссийскомъ Съѣздѣ гинекологовъ и акушеровъ въ Кіевѣ).

Женщина-врачъ Г. КУДИШЪ.

Прошло 20 лѣтъ съ тѣхъ поръ, какъ на III-мъ Пироговскомъ Съѣздѣ глубокоуважаемый профессоръ Г. Е. Рейнъ въ своей рѣчи «О народномъ акушерствѣ» отмѣтилъ всю важность и общественное значеніе вопроса о постановкѣ среди городского и сельскаго населенія Имперіи дѣла правильнаго и рациональнаго родовспоможенія.

Спустя 15 лѣтъ, на IX-мъ Пироговскомъ Съѣздѣ, гдѣ вопросъ этотъ явился уже программнымъ, въ соединенномъ засѣданіи отдѣловъ акушерства, женскихъ болѣзней и общественной медицины, происходившемъ 7-го января 1904 года подъ почетнымъ предсѣдательствомъ д-ра А. Т. Богаевского, профессоръ Рейнъ вновь подчеркнул всю серіозность и неотложность организаціи родовспоможенія въ слѣдующихъ выраженіяхъ, которыя считаю нелишнимъ привести дословно: «Я не могу согласиться съ нѣкоторыми изъ почтенныхъ товарищей, что вопросъ о правильной организаціи родовспоможенія есть одинъ изъ второстепенныхъ, побочныхъ вопросовъ медицинской организаціи»: и далѣе «настало время обратить вниманіе всѣхъ заинтересованныхъ учрежденій, вѣдомствъ, общественныхъ организацій и отдѣльныхъ лицъ на вошющее неустройство именно этой отрасли общественной медицины, имѣющей, по нашему мнѣнію, весьма важное значеніе для оцѣнки общаго уровня санитарнаго дѣла въ странѣ».

Представленные въ вышеуказанномъ засѣданіи Съѣзда доклады содержали въ цифровыхъ данныхъ настолько разнообразный и тщательно разработанный матеріалъ, что по нимъ можно было составить себѣ болѣе или менѣе полную картину состоянія родовспоможенія въ Имперіи. Остановившаяся въ частности на организаціи родовспоможенія по даннымъ доклада приватъ-доцента д-ра Д. Д. Попова, находимъ, что стационарная помощь, которая и служить мѣриломъ надлежащей постановки родовспоможенія, хорошо поставлена въ столицахъ и нѣкоторыхъ университетскихъ городахъ (свыше 50% всѣхъ родовъ), несравненно хуже въ городахъ губернскихъ (въ среднемъ 10,1%) и совсѣмъ плохо въ уѣздныхъ городахъ (1,2%). Не считая уѣздныхъ городовъ Прибалтійскаго края, гдѣ стационарная помощь совсѣмъ отсутствуетъ, изъ остальныхъ 500 уѣздныхъ городовъ Имперіи стационарная помощь организована

только въ 35, приче́мъ общее число акушерскихъ кроватей равно 203, т. е. приблизительно въ среднемъ 6 кроватей на каждый изъ этихъ городовъ. Полагая, что за 5 лѣтъ, протекшихъ со времени IX-го Пироговскаго Съѣзда, правильно организованная стационарная акушерская помощь въ уѣздныхъ городахъ, если и подвинулась, то во всякомъ случаѣ въ незначительной степени, считаю небезъинтереснымъ остановиться на исторіи возникновенія и развитія этого дѣла въ Кременчугѣ, уѣздномъ городѣ съ населеніемъ въ 60000 жит. Дѣло это представляетъ тѣмъ болѣе большой интересъ, что я имѣла возможность прослѣдить постепенное развитіе рациональнаго родовспоможенія въ этомъ городѣ на протяженіи 17-ти лѣтъ съ момента его возникновенія.

До конца 1890-го года стационарная акушерская помощь въ Кременчугѣ отсутствовала совершенно. Съ указаннаго времени начинаютъ функционировать при Лечебницѣ О-ва Кременчугскихъ врачей 4 постоянныя акушерскія кровати, которыя находились въ моемъ заведываніи. Какъ это неоднократно отмѣчалось и въ другихъ мѣстахъ, идея стационарной акушерской помощи прививалась и у насъ на первыхъ порахъ туго, роженицы поступали въ Родильное Отдѣленіе Лечебницы крайне неохотно, послѣ долгихъ уговоровъ и въ весьма незначительномъ числѣ. Прибавлю тутъ же, для выясненія приводимыхъ мною дальше данныхъ, что контингентъ пользовавшихся женщинъ составлялся, кромѣ роженицъ, еще и изъ другого акушерскаго матеріала, какъ выкидыши, заносы, кровотечения вслѣдствіе яйцевыхъ остатковъ и т. п. Въ первые 5 мѣсяц. существованія Родильнаго Отдѣленія поступило всего только 9 женщинъ; уже въ слѣдующемъ 1891-мъ году ихъ было 59, въ 1892-мъ—92, въ 1893-мъ—122, въ 1894-мъ—148, въ 1895-мъ—158, въ 1896-мъ—179, въ 1897-мъ—198, въ 1898-мъ—185, въ 1899-мъ—200, въ 1900-мъ—211, въ 1901-мъ—240, въ 1902-мъ—238, въ 1903-мъ—226, въ 1904-мъ—220, въ первые 5 мѣс. 1905-го года—80.

Подробныя данныя о дѣятельности Родильнаго Отдѣленія за первые 10 лѣтъ его существованія по 1900-ый годъ имѣются въ изданномъ мною 10-лѣтнемъ отчетѣ, напечатанномъ въ Журналѣ Акушерства и женскихъ болѣзней за июль и августъ 1902 года. Пользуясь данными этого отчета и дополняя таковыя цифрами за слѣдующіе 4½ года, видимъ, что отношеніе числа родовъ къ общему числу пользовавшихся женщинъ, возрастающая постепенно болѣе или менѣе правильно, увеличивается съ 44,1% въ 1891-мъ году до 81% въ 1904-мъ году и до 88% въ первые 5 мѣсяц. 1905-го года. Для того, чтобы было понятно, почему постепенное нарастаніе числа поступленій въ Родильное Отдѣленіе, наблюдавшееся въ первые 11 лѣтъ его существованія, затѣмъ остановилось, считаю нужнымъ указать вкратцѣ на условія, при которыхъ возникло и развилось Родильное Отдѣленіе.

Субсидируемая городскимъ управленіемъ, благодаря стараніямъ д-ра Богаевскаго, предсѣдателя О-ва Кременчугскихъ врачей и одновременно гласнаго думы, въ размѣрѣ полутора, а затѣмъ двухъ тысячъ рублей ежегодно и вырабатывавшая отъ приходящихся и стационарныхъ больныхъ еще около 1000 рублей, Лечебница О-ва Кременчугскихъ врачей содержала на эти средства, кромѣ Родильнаго Отдѣленія, еще и весьма значительную общую амбулаторію, которая и зани-

мала большую часть наемнаго помѣшенія, отвоя подъ Родильное Отдѣленіе двѣ, а впослѣдствіи три комнаты. На Родильное Отдѣленіе, считая въ томъ числѣ содержаніе врача и акушерки, затрачивалось около 1500 руб. въ годъ. Естественно, что при столь болѣе чѣмъ скудныхъ средствахъ, ограниченности помѣшенія и отсутствіи поэтому самыхъ необходимыхъ средствъ (ванная комната, возможность изоляціи, прачешная, службы и пр.), Родильное Отдѣленіе дало гораздо больше того, что можно было ожидать при данныхъ условіяхъ, и достигнутые результаты, представляя тахіитисъ того, чего могло достигнуть лечебное заведеніе при указанныхъ условіяхъ, служили только указаніемъ, насколько велика была потребность въ учрежденіи такого рода. Считаю умѣстнымъ указать также на то, что поступленію роженицъ въ Родильное Отдѣленіе въ значительной мѣрѣ способствовали съ одной стороны необходимостъ для бѣдной женщины во время патологическихъ родовъ искать помощи, гдѣ бы таковая ни подавалась, съ другой—возможностъ для вольнопрактикующаго врача уклониться отъ подачи акушерской помощи въ неподходящей обстановкѣ, направивъ роженицу въ родовспомогательное учрежденіе. Этимъ объясняется весьма высокій $\%$ осложненій во время родовъ, наблюдавшихся особенно въ первые годы (болѣе 40%) и весьма значительный $\%$ таковыхъ за всѣ приведенные годы (36% въ среднемъ). Если сравнить эти цифры съ данными медицинскаго отчета д-ра Кривскаго по всѣмъ С.-Петербургскимъ городскимъ родильнымъ приютамъ за 1907-ой годъ (Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней, октябрь 1908-го года), то увидимъ, что изъ общаго числа 18626 поступившихъ осложненія наблюдались въ 4409 случаяхъ, что составляетъ около 24%. Указанная разниа очень легко объясняется тѣмъ, что съ одной стороны столичные родильные приюты, будучи далеко не единственными родовспомогательными учрежденіями столицы, не служатъ средоточіемъ патологическихъ родовъ, и съ другой стороны, при огромной популярности идеи стационарной акушерской помощи въ столицѣ, даютъ естественное преобладаніе, относительное и абсолютное, нормальныхъ родовъ. Считаю умѣстнымъ тутъ же указать на то, что не смотря на высокій $\%$ патологическихъ случаевъ при условіяхъ обстановки весьма неудовлетворительныхъ, какъ было указано выше, результаты въ смыслѣ теченія послѣродоваго періода получались весьма благоприятные. Какъ указано было мною въ моемъ десятилѣтнемъ отчетѣ по Родильному Отдѣленію Лечебницы О-ва Кременчугскихъ врачей, процентъ родильницъ съ нормальнымъ послѣродовымъ періодомъ равнялся 93,63%. Статистика послѣдующихъ лѣтъ не только не уменьшила эгой цифры, но даже нѣсколько ее повысила. Столь благоприятные результаты можно даже объяснить какъ тѣмъ, что въ Родильномъ Отдѣленіи лечебницы, не преслѣдовавшемъ въ то время цѣлей учебныхъ, возможно было ограничить до послѣдней степени внутреннее изслѣдованіе, такъ и тѣмъ, что большинство родовъ, особенно въ первые годы существованія Родильнаго Отдѣленія, проводилось лично мною на началахъ наивозможно строгой и тщательной асептики. Не могу обойти молчаніемъ того обстоятельства, что вызванное, можетъ быть, неудовлетворительностъю обстановки, неуклонное постоянное стремленіе проводить роды безъ внутренняго изслѣдованія, а тѣмъ болѣе безъ прониканія рукой въ полость матки,

кромѣ самыхъ крайнихъ случаевъ, привело меня къ самостоятельному взгляду на веденіе послѣдоваго періода, изложенному въ первомъ отчетѣ по завѣдываемому нынѣ мною Родильному Отдѣленію Кременчугской Городской Женской Лечебницы. Въ виду того, что мои наблюденія имѣютъ отношеніе къ вопросу, поставленному на настоящемъ сѣздѣ въ числѣ програмныхъ, я позволю себѣ привести изъ упомянутаго сейчасъ отчета изложенный тамъ способъ веденія мною послѣдоваго періода. Съ момента рожденія ребенка рука подающаго при родахъ пособие помѣщается на маткѣ, которая массируется, когда расслабляется; если кровотеченія нѣтъ, то выжидается самостоятельное отхожденіе послѣда, но, по прошествіи получаса, пробуютъ удалить его наружными приѣмами, не форсируя; если это не удастся, выжиданіе продолжается, причемъ слѣдятъ за состояніемъ матки и за мочевымъ пузыремъ, который послѣ родовъ, какъ извѣстно, очень переполняется; въ случаѣ переполненія пузыря, надо позаботиться объ его опорожненіи. Отъ времени до времени снова дѣлаются попытки удалить послѣдъ наружными приѣмами, обыкновенно это удается, за весьма рѣдкими исключеніями, когда приходится прибѣгнуть къ нѣкоторому усилію, но не къ ручному удаленію послѣда. Во время выхожденія послѣда *оболочки никогда не поворачиваются вокругъ оси въ жгутикъ*, какъ это обычно рекомендуется, а держа послѣдъ въ одной рукѣ и отводя его въ разныя стороны и массируя въ то же время другой рукой матку, ищутъ направленія, по которому оболочки легко выскальзываютъ. Нерѣдко оболочки задерживаются вслѣдствіе спазма зѣва; тогда матка на время оставляется въ покоѣ и затѣмъ, по прошествіи нѣкотораго времени, оболочки снова выводятся только что описаннымъ способомъ. Если даже случается, что часть оболочекъ оторвется и задержится, то захвативъ пальцами наружный конецъ задержавшагося остатка, удастся въ огромнѣйшемъ большинствѣ случаевъ вывести остатокъ оболочки наружными приѣмами.

Исходя изъ взгляда, что приращеніе послѣда есть величайшая рѣдкость и примѣняя только что изложенный способъ веденія послѣдоваго періода, я, въ подтвержденіе правильности того и другого, могу привести слѣдующія данныя. На 2420 родовъ, наблюдавшихся мною за 17 лѣтъ дѣятельности по завѣдыванію родильнымъ отдѣленіемъ лечебницы О-ва Кременчугскихъ врачей, а затѣмъ такимъ же отдѣленіемъ при Городской Женской Лѣчебницѣ случаевъ ручного удаленія послѣда было всего 28; изъ нихъ въ 25 имѣло мѣсто угрожающее кровотеченіе въ послѣдовомъ періодѣ, гдѣ введеніе руки въ полость матки приѣнялась мною охотнѣе, въ виду его значенія для возбужденія маточныхъ сокращеній и остановки кровотеченія; манипуляція эта рекомендуется такимъ авторитетомъ, какъ Pinard, для остановки кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ даже послѣ выхода послѣда, съ цѣлью выведенія однихъ кровяныхъ сгустковъ; на всѣ эти 28 случаевъ ручного удаленія послѣда я только три раза могла констатировать частичное приращеніе. Что же касается оболочекъ, то ручное ихъ удаленіе приходилось примѣнять все рѣже и рѣже, такъ что изъ 20 случаевъ ручного удаленія оболочекъ на указанное выше число родовъ 14 случаевъ приходится на первые 880 и 6 на остальные 1540 родовъ, причемъ въ послѣдніе 2½ года на 816 родовъ ручное удаленіе оболочекъ произведено было всего лишь одинъ разъ.

Какъ указано было выше, Родильное Отдѣленіе Лѣчебницы О-ва Кременчугскихъ врачей въ послѣдніе годы своего существованія достигло наибольшихъ результатовъ въ смыслѣ размѣра стаціонарной акушерской помощи, возможной при существовавшихъ условіяхъ. Съ іюня 1905-го года наступилъ перерывъ въ дѣятельности этого Родильнаго Отдѣленія, въ виду заканчивавшагося постройкою зданія, предназначавшагося городскимъ управленіемъ для Лѣчебницы съ Родильнымъ Отдѣленіемъ. Вслѣдствіе наступившихъ къ тому времени всѣмъ памятныхъ событій, затормозившихъ нормальный ходъ и нашей городской жизни, Родильное Отдѣленіе перестало существовать, какъ отдѣленіе лѣчебницы О-ва Кременчугскихъ врачей, а возобновилось только съ сентября 1906-го года, какъ Отдѣленіе Городской женской Лѣчебницы. Этотъ переходъ Родильнаго Отдѣленія въ новыя условія долженъ быть разсматриваемъ какъ поворотный пунктъ въ дѣлѣ оказанія стаціонарной медицинской помощи населенію нашего города. Обширное, хорошо оборудованное зданіе, со всѣми необходимыми приспособленіями и службами, необходимый медицинскій и служебный персоналъ, достаточный хозяйственный и медицинскій инвентарь — все это привело къ быстрому развитію и расширенію Отдѣленія. Если къ этому прибавить, что вмѣсто предполагавшейся въ зданіи общей амбулаторіи было устроено Гинекологическое Отдѣленіе, для завѣдыванія каковымъ былъ приглашенъ отдѣльный врачъ, то легко будетъ понять, почему число стаціонарно пользовавшихся женщинъ, какъ это видно изъ перваго отчета по лечебницѣ, достигло въ первые 15 мѣс. ея существованія общей цифры 705, изъ коихъ въ Родильномъ Отдѣленіи пользовано было 587. Во главѣ лѣчебницы пожизненнымъ почетнымъ ея попечителемъ и директоромъ избранъ городскимъ управленіемъ д-ръ А. Т. Богаевскій, старшій врачъ Кременчугской губернской земской больницы, заслуги котораго во всемъ этомъ дѣлѣ весьма велики. Не только при его участіи, но и по его инициативѣ городомъ было выстроено зданіе для Лѣчебницы и изысканы средства на ея содержаніе. Ему же бѣдное женское населеніе г. Кременчуга обязано тѣмъ, что въ смутное время общественной неурядицы зданіе это оставлено было за Женской Лѣчебницей, а не отошло для другаго какого либо учрежденія. Приблизительно черезъ полгода по открытіи Городской Женской Лѣчебницы при ней основана повивальная школа, каковой фактъ также надо разсматривать какъ дальнѣйшій шагъ въ дѣлѣ развитія раціональной акушерской помощи. Директоромъ школы состоитъ также д-ръ Богаевскій. Школа по типу второразрядная, курсъ ученія одногодичный.

Прежде чѣмъ закончить обзоръ стаціонарнаго родовспоможенія въ Кременчугѣ съ момента зарожденія его по настоящее время, считаю нелишнимъ, для наглядности, подвести итоги дѣятельности въ этомъ направленіи Родильнаго Отдѣленія за 17-лѣтній періодъ времени. За это время въ указанныхъ мною лѣчебныхъ заведеній (Родильное Отдѣленіе Лѣчебницы О-ва Кременчугскихъ врачей и Городской Женской Лѣчебницы) стаціонарная помощь оказана была 4010 женщинамъ, въ томъ числѣ родовъ было 2420. Изъ наиболѣе серьезныхъ осложненій отмѣтимъ слѣдующія: а) узкихъ тазовъ 169 (6,8%), б) эклампсій 28 (1,18%), в) предлежаній послѣда 26 (1,1%), д) разрывовъ контракціоннаго кольца 3, е) разрывовъ рукавнаго свода

з. Разрывовъ промежности было 140 (5,8⁰/₀). f) Сильныхъ кровотечений въ послѣдовомъ періодѣ 82 (3,4⁰/₀). g) Кровотечений изъ Corp. cavern. uretrae—4. h) Кровотечение изъ лопнушаго варикознаго узла на большой губѣ—1. i) Выпаденіе ножки мимо головки—3 раза. k) Выпаденіе ножки и ручки мимо головки—3 раза.

Изъ приведенныхъ осложненій процентъ случаевъ eclampsiae (1,2⁰/₀) и placenta praeviae (1,1⁰/₀) является довольно высокимъ, такъ какъ по отчетамъ клиникъ и родовспомогательныхъ учреждений ⁰/₀ эклампсій колеблется въ предѣлахъ отъ 0,4⁰/₀ (проф. Макѣевъ) до 1,8⁰/₀ (Абуладзе). Что же касается placenta praevia, то 1,1⁰/₀ также представляется высокимъ, такъ какъ въ клиникѣ профессора Славянскаго (отчетъ 1894—1895 г.) онъ равенъ 0,4⁰/₀, а въ Кіевской акушерской клиникѣ (отч. д-ра Абуладзе) 0,56⁰/₀. Интересно отмѣтить исходы по этимъ двумъ наиболѣе тяжкимъ осложненіямъ родовъ. Изъ 28 случаевъ эклампсій 8 окончились смертью, что составляетъ 28⁰/₀ смертности; ⁰/₀ этого должно считать невысокимъ; такъ у д-ра Семянникова (Саратовскій родильный домъ) ⁰/₀ этого равенъ 27,3, по Duhrssen'у eclampsia gravidarum et parturientium даетъ 29⁰/₀, по Büttner'у ⁰/₀ смертности для матерей—34⁰/₀. Прибавлю тутъ же, что послѣдніе годы въ качествѣ терапевтическаго средства при эклампсій широко примѣняла обильная подкожная вливанія физиологическаго раствора, отъ которыхъ видѣла много пользы. Изъ 26 случаевъ placenta praeviae умерли 3, т. е. 11,5⁰/₀. Что касается дѣтей, то живыми родились 11 дѣтей, т. е. нѣсколько меньше половины. Исходы эти должны быть названы весьма благоприятными. Придерживаясь вообще, послѣ многолѣтняго опыта, того взгляда, что въ акушерствѣ, можетъ быть, больше, чѣмъ въ какой бы то ни было другой отрасли медицины, выжиданіе есть самое разумное поведеніе врача во время родовъ, я въ разсматриваемомъ случаѣ, т. е. при placenta praevia, считаю необходимымъ энергичный, активный образъ дѣйствій и всецѣло присоединяюсь къ тѣмъ, которые совѣтуютъ не бояться въ этихъ случаяхъ такъ называемаго accouchement forcé.

Указанный мною выше высокій ⁰/₀ патологическихъ случаевъ въ моемъ матеріалѣ подтверждается не только значительнымъ количествомъ приведенныхъ осложненій, но также и большимъ числомъ неправильныхъ положеній плода. Такъ, на указанное число родовъ положеній нижнимъ концомъ (ягодичныхъ и ножныхъ) было 140, что составляетъ 5,7⁰/₀, т. е. почти вдвое больше противъ нормы. Поперечныхъ положеній на то же число родовъ было 59, т. е. 2,4⁰/₀. По даннымъ клиники проф. Славянскаго (1894—1895) ⁰/₀ этотъ равнялся 5,7, въ Кіевской акушерской клиникѣ (1894—1897 г.г.)—1,4⁰/₀, въ Московскій акушерской клиникѣ (1890 г.)—0,5⁰/₀, въ Маріинскомъ Родовспомогательномъ за десятилѣтіе (1881—1891 г.г.)—0,3⁰/₀. По даннымъ отчета д-ра Кривскаго о дѣятельности всѣхъ городскихъ родильныхъ приютовъ Петербурга за 1907-ой годъ (Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней октябрь и ноябрь 1908 г.) оказывается, что на 18000 слишкомъ родовъ число поперечныхъ и косыхъ положеній равно 56 или 0,3⁰/₀. И, наконецъ, еще однимъ указаніемъ значительнаго числа патологическихъ случаевъ служить нижеслѣдующее перечисленіе оказанныхъ оперативныхъ акушерскихъ пособій;

a) Эпизиотоміи произведено	31
b) Зашиваніи промежности	140
c) Зашиваніи шейки матки	2
d) Зашиваніи рукава	4
e) Разсѣченіе влагалищныхъ рубцовъ	1
f) Разщепленіе наружнаго зѣва во время родовъ	1
g) Ручное удаленіе плодовыхъ оболочекъ	20
h) Ручное удаленіе послѣда	28
i) Искусственные преждевременные роды	5
k) Извлеченіе плода за нижній конецъ	108
l) Поворотъ на ножку	77
m) Наложеніе шипцовъ	125
n) Перфорация съ краниоклязій	14
o) Эмбриотомія	2

Итого 558 оперативныхъ пособій на 2420 родовъ.

Какъ уже сказано выше, % родильницъ съ нормальнымъ послѣродовымъ періодомъ равнялся 93,63%; лихорадившихъ было, слѣдовательно, около 6,4%. Изъ 180 родильницъ лихорадившихъ въ связи съ послѣродовымъ періодомъ, умерли отъ септическихъ процессовъ 8, что составляетъ 0,3% общаго числа родовъ.

Приведенныя данныя даютъ представленіе объ исторіи развитія дѣла стационарнаго родовспоможенія въ г. Кременчугѣ и о состояніи его въ настоящее время. Начавшееся, какъ указано было выше, въ самыхъ незначительныхъ размѣрахъ, при болѣе нежели скудныхъ затратахъ, дѣло это росло, расширялось, и очевидная польза его все болѣе проникала въ сознаніе населенія. Чуждое ему вначалѣ учрежденіе, которому приходилось съ трудомъ бороться съ предубѣжденіемъ, присущимъ вообще населенію провинціи противъ родовъ въ лѣчебномъ заведеніи, Родильное Отдѣленіе съ теченіемъ времени стало популярнымъ, приобрѣло довѣріе и любовь населенія. Съ переходомъ его въ вѣдѣніе городского управленія, не останаливающагося передъ необходимыми для должной постановки дѣла затратами, Родильное Отдѣленіе вступило въ новый фазисъ, не только сразу расширилось значительно, что и дало возможность Городской Женской Лѣчебницѣ открыть повивальную школу, но, безъ сомнѣнія, находится на пути къ дальнѣйшему, еще гораздо болѣе широкому развитію; и мнѣ кажется вполне позволительнымъ надѣяться, что въ не слишкомъ далекомъ будущемъ Родильное Отдѣленіе будетъ обслуживать значительную, а со временемъ, можетъ быть, и большую, часть нуждающагося въ акушерской помощи женскаго населенія г. Кременчуга. Что такого рода ожиданія не могутъ быть названы преувеличенными видно изъ того, что за 2½ года, прошедшихъ со времени перехода Родильнаго Отдѣленія въ вѣдѣніе городского управленія, родовъ было 816, т. е. 1/3 часть всѣхъ родовъ, приведенныхъ мною за всѣ 17 лѣтъ существованія Родильнаго Отдѣленія въ г. Кременчугѣ. Для Кременчуга цифра эта является довольно значительной, принимая во вниманіе, что всѣхъ родовъ въ городѣ съ населеніемъ въ 6000 человекъ насчитывается около 1800 въ годъ, такъ что уже въ настоящее время одна пятая всѣхъ родовъ происходитъ въ лѣчебницѣ.

Въ заключеніе своего настоящаго сообщенія я позволю себѣ высказать тѣ соображенія, которыя побудили меня и придали мнѣ

смѣлость занять часть времени и вниманія этого высокоуважаемаго Собранія такимъ сравнительно небольшимъ дѣломъ. Я хотѣла показать на живомъ примѣрѣ, что въ каждомъ и небольшомъ городѣ можно при желаніи, съ самыми незначительными средствами, создать стационарное родовспоможеніе и осуществить такимъ путемъ пожеланія, высказанныя на IX-мъ Пироговскомъ Съѣздѣ. И если мой примѣръ вызоветъ хотя бы одно только подражаніе и прибавится хотя бы одинъ только камень къ будущему, безъ сомнѣнія, великому зданію всеобщаго стационарнаго родовспоможенія въ нашемъ отечествѣ, то цѣль моя будетъ достигнута, и смѣлость, приведшая меня сюда, найдетъ свое оправданіе.

акusher-lib.ru

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

Акушерско-Гинекологическое Общество въ С.-Петербургѣ.

(ГОДЪ ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ).

Протоколъ № 3.

Очередное засѣданіе 19 Марта 1909 года происходило въ аудиторіи акушерско-гинекологической клиники Военно-Медицинской Академіи Проф. Г. Е. Рейна.

Предсѣдательствовалъ Н. Н. Феноменовъ.

Присутствовали 53 члена: Бекманъ, Вастень, Веберъ, Вейсманъ, Владыкинъ, Гамалѣя, Генгеръ, Гейнъ, Гусаковъ, Димантъ, Желтухинъ, Замшинъ, Иозефсонъ, Какушкинъ, Карницкій, Кашнельсонъ, Китнеръ, Коробковъ, Кривскій, Кушталовъ, Леви, Липинскій Э. І., Личкусъ, Лурье, Меркульевъ, Норейко, Парышевъ, Пекарская, Піотровичъ, Поповъ, Порошинъ, Преображенскій, Прокофьева, Примо, Проскуракова, Рачинскій, Рейнъ, Редлихъ, Рутковскій, Рябинцева-Преображенская, Скробанскій, Соболевъ, Сперанская-Бахметьева, Столыпинскій, Судаковъ, Ульяновскій, Федоровская-Виридарская, Харшакъ, Шабакъ, Шейтлицъ, Шмидтгофъ, Федоровъ С. П., Федоровъ В. П. и 22 гостя.

1) Бывшій секретарь общества Л. Г. Личкусъ прочиталъ протоколъ № 2 засѣданія 26 февраля и протоколъ № II административнаго засѣданія 26 февраля, послѣ чего обратился къ собранію съ краткимъ словомъ, въ которомъ Л. Г. отмѣтилъ, что уступаетъ свое мѣсто новому секретарю послѣ 17 лѣтней работы въ этой должности и благодарилъ общество за честь, оказанную ему избраніемъ въ товарищи предсѣдателя общества.

Собраніе единодушно благодарило Л. Г. Личкуса за многолѣтній трудъ и долго апплодировало ему.

2) А. П. Еремичъ сообщилъ *объ одномъ признакѣ для различительнаго распознаванія опухолей брюшной полости.* Брюшная, тазовая и брюшно-тазовая форма врожденныхъ аномалій положенія почекъ часто ведетъ къ смѣшенію съ разными опухолями брюшной полости (кисты, опухоли кишекъ и брыжейки). Не касаясь вопроса о происхожденіи и классификаціи дистопіи почки, авторъ останавливается на діагностикѣ ея, представляющей громадныя

затрудненія; разобравъ діагностическіе признаки и методы изслѣдованія (фиксированное до полной неподвижности положеніе на задней стѣнкѣ таза, забрюшинное положеніе опухоли, дольчатость, величина, прощупываніе hili ректо-вагинальнымъ способомъ, рентгенографія, цистоскопія и кететеризація мочеточниковъ), приходится признать признать, что они мало помогаютъ діагнозу, не отличаясь постоянствомъ и потому авторъ очень рекомендуетъ примѣненіе метода *пальпаторной альбуминурии* описаннаго Menge въ 1900 году и состоящаго въ томъ, что всякій разъ послѣ діагностической пальпаціи подвижной почки въ мочѣ появлялся бѣлокъ, котораго раньше въ ней не было. Техника способа заключается въ томъ, что лѣвая рука ладонью кладется на заднюю стѣнку туловища противъ опухоли, а концами пальцевъ правой руки производится легкое надавливаніе на опухоль, по направленію кзади, такъ что она сжимается между двумя руками. Появлявшійся черезъ $\frac{1}{2}$ часа бѣлокъ достигая до $\frac{1}{2} \frac{0}{100}$, держался отъ $\frac{3}{4}$ до 2 часовъ и исчезалъ безслѣдно черезъ 24 часа.

Иногда появляются и элементы крови въ мочѣ. По Menge; получается преходящая гематурія отъ сжатія волосныхъ сосудовъ, ведущая за собой *albuminuriam spuriam*. Въ русской литературѣ нужно упомянуть работу Жебровскаго. По предложенію проф. С. П. Федорова, др. Еремичъ примѣнялъ методъ пальпаторной альбуминурии два раза съ положительнымъ результатомъ въ обоихъ случаяхъ, касавшихся молодыхъ мужчинъ, 20 и 24 лѣтъ, излѣчившихся послѣ пришиванія почки. Эти наблюденія и сообщенія другихъ авторовъ даютъ автору возможность считать, что «пальпаторная альбуминурія, будучи явленіемъ постояннымъ и какъ діагностическій приемъ явленіемъ безвреднымъ, можетъ служить существеннымъ подспорьемъ при опредѣленіи природы опухолей живота вообще и полости таза у женщинъ въ особенности».

С. П. Федоровъ считаетъ, что методъ, изложенный докладчикомъ, представляется очень интереснымъ и заслуживающимъ вниманія, особенно въ виду той трудности, которую представляетъ отличіе дистопической почки отъ другихъ опухолей. Дистопическая почка, эмбрионально измѣненная, имѣетъ дольчатое строеніе, не такъ легко смѣщается, часто бываетъ фиксирована съ правой или лѣвой стороны, но всѣхъ этихъ признаковъ зачастую бываетъ недостаточно для опредѣленія, съ чѣмъ имѣешь дѣло и новый признакъ является очень цѣннымъ и характернымъ. Въ одномъ случаѣ подобная дистопическая почка была признана за ракъ слѣпой кишки.

Г. Е. Рейнъ вспоминаетъ о двухъ случаяхъ, подтверждающихъ важность новаго признака. Часто бываетъ сомнѣніе, имѣется ли дѣло

съ почкой или съ новообразованіемъ, исходящимъ изъ другого органа. Въ одномъ изъ случаевъ, наблюдавшихся Г. Е., діагнозъ колебался, склоняясь въ пользу почки, но нельзя было отрицать и связи съ маткой. При чревосѣченіи оказалась киста яичника на длинной ножкѣ, но спаявшаяся съ почкой. Въ другомъ случаѣ, наблюдавшемся Г. Е. въ одной заграничной клиникѣ, у мужчины былъ поставленъ діагнозъ новообразованія; опухоль удалена и оказалась почкой, къ тому же единственной, хотя и не имѣвшей формы подковы. Повидимому, описываемый докладчикамъ методъ безвреденъ,—большого раздраженія отъ него ждать нельзя, а пользы можно ждать отъ признака большой.

Н. Н. Феноменовъ признаетъ, что описываемый методъ имѣетъ значительный интересъ, хотя имъ не всегда можно воспользоваться, тѣмъ болѣе, что почка можетъ иногда такъ помѣщаться, что не явится мысли о почкѣ, какъ это было въ одномъ случаѣ, оперированномъ Н. Н. Ф. нѣсколько лѣтъ т. н. въ Родовспомогательномъ заведеніи. Здѣсь опухоль помѣшалась въ области малаго таза, близко къ безымянной линіи; часто сопутствующаго дистопію почки infantilism'a половыхъ трубъ не было; наоборотъ, была беременность на 3-мъ мѣсяцѣ; послѣднее обстоятельство и заставило прибѣгнуть къ операци, такъ какъ положеніе опухоли могло бы помѣшать родовому акту. Когда при чревосѣченіи обнаружено было низкое смѣщеніе почки и вторая оказалась на мѣстѣ, сдѣлана была попытка перемѣстить почку выше въ полость большого таза, но благодаря значительности фиксаціи и наклонности тканей къ разрыву, пришлось отказаться отъ этой мысли и удалить ее; беременность сохранилась, роды прошли благополучно, а черезъ годъ больная умерла отъ тифа въ Обуховской больницѣ, гдѣ по вскрытіи опредѣлено отсутствіе одной почки. Въ данномъ случаѣ, если бы пожелать воспользоваться описаннымъ методомъ, надо было бы его примѣнить, соединивъ наружное прощупываніе съ нажатіемъ черезъ влагалище или прямую кишку. Главный моментъ въ подобныхъ случаяхъ надо видѣть не въ методѣ, а въ самомъ возникновеніи идеи о возможности встрѣтиться со смѣщенной почкой.

Е. Б. Димантъ спросилъ, нельзя ли предположить, что во второмъ случаѣ докладчика смѣщеніе почки было приобрѣтенное, такъ какъ въ анамнезѣ есть указаніе на скачекъ съ высоты. Интересно также, можетъ ли и нормальная почка при пальпаціи давать реакцію въ видѣ появленія бѣлка въ мочѣ, или же это возможно только при смѣщенной и слѣдов., патологической почкѣ?

Докладчикъ объясняетъ, что дистопія представляетъ изъ себя явленіе прирожденное, за что говоритъ и форма ея (дольчатость), затѣмъ до пальпаціи бѣлка въ мочѣ не наблюдалось, а онъ появлялся лишь послѣ изслѣдованія.

С. П. Федоровъ отбѣнилъ простоту способа и вмѣстѣ съ тѣмъ значеніе способа; появленіе бѣлка послѣ потиранія опухоли рукой очень характерно, разъ до того, при повторныхъ изслѣдованіяхъ его не было; бѣлокъ держится нѣсколько часовъ, до 12, затѣмъ пропадаетъ, появляясь послѣ новой пальпаціи. Нормальную почку прощупать нельзя и нельзя ничего сказать о вліяніи пальпаціи такой почки.

Во всѣхъ случаяхъ подвижной почки можно найти очень тонкія, правда, патологоанатомическія измѣненія. По просьбѣ С. П., проф. А. И. Моисеевъ изслѣдовалъ кусочки почекъ, подвергавшихся пришиванію и находилъ измѣненія въ видѣ паренхиматознаго, а чаще интерстиціального нефрита. Д-ромъ Косоглядовымъ найдены еще нѣкоторые измѣненія въ подобныхъ же случаяхъ. Конечно, при массированіи такой почки можно получить появленіе бѣлка, что нельзя рѣшить въ случаѣ съ нормальной почкой.

И. Э. Тиканадзе (гость) упоминаетъ о видѣнномъ имъ въ клиникѣ проф. А. И. Лебедева случаѣ дистопической почки, которая была принята за кисту яичника; въ другомъ случаѣ за кисту яичника была принята пустая почка, которая имѣла два мочеточника, но не выдѣляла мочи.

3) Проф. С. П. Федоровъ сдѣлалъ докладъ *«къ вопросу объ оперативномъ леченіи при одновременномъ заболѣваніи правыхъ придатковъ и червеобразнаго отростка»*.

За послѣднее время къ области медицины, обнимающей случаи, одинаково имѣющіе отношеніе къ внутренней медицинѣ и къ хирургіи, прибавилась еще одна пограничная область между гинекологіей и хирургіей, все болѣе и болѣе разрабатываемая. Одно изъ главныхъ мѣстъ въ этой области принадлежитъ леченію аппендицитовъ, являющихся осложненіемъ ранѣ существовавшего заболѣванія придатковъ матки. Соотвѣтственно общему стремленію хирурговъ, считавшихъ одно время, что каждый случай аппендицита долженъ быть оперированъ, и гинекологи доходили до того, что дѣлали предложеніе изъ профилактическихъ цѣлей удалять червеобразный отростокъ при всякой операциіи чревосѣченія. Такъ поступали, напримѣръ, Hunter, Robb, на 370 операций надъ придатками имѣвшей 17 больныхъ червеобразныхъ отростка, Peterson, Clark, нашедшій при 125 гинекологическихъ операций—заболѣваніе отростка въ 25% и др.

С. П. считаетъ это увлеченіемъ, но не отрицаетъ необходимости во многихъ случаяхъ считаться съ заболѣваніемъ отростка и въ виду этого позволяетъ себѣ остановиться на выборѣ разрѣза для изсѣченія отростка, когда онъ представляется сращеннымъ съ трубой или яичниками. Для этой цѣли необходимъ разрѣзь, которымъ можно было бы одинаково удобно воспользоваться для хирургическихъ и гинекологическихъ мѣропріятій. Для типичныхъ операций при воспаленіи червеобразнаго отростка С. П. пользуется разрѣзомъ Mae Burney, считая другіе, напр., зигзагообразные разрѣзы нераціональными, какъ значительно стуживающими поле зрѣнія. Болѣе удобенъ разрѣзь вдоль наружнаго края прямой мышцы живота, но при немъ трудно пройти въ полость, окружающую отростокъ. С. П. де-

монстрируетъ на рисункахъ нѣсколько своихъ случаевъ, гдѣ отростокъ былъ сросшенъ съ придатками или съ сальникомъ, или же яичникъ былъ рубцами подтянутъ кверху. Въ этихъ случаяхъ только что упомянутые разрѣзы оказываются недостаточными, такъ какъ трудно осмотрѣть поле операціи, трудно вытянуть отростокъ, особенно, если матка и придатки фиксированы. Если прибавить еще значительное препятствіе въ видѣ упругости брюшныхъ стѣнокъ, то станетъ яснымъ желаніе найти особый разрѣзь, наиболѣе подходящий для даннаго случая. Такимъ С. П. считаетъ примѣненный имъ штыковой, волнообразный, разрѣзь брюшныхъ стѣнокъ, который онъ начинаетъ на уровнѣ пупка и ведетъ параллельно наружному краю прямой мышцы живота, затѣмъ поворачиваетъ его кнутри, пересѣкая прямую мышцу до половины, въ направленіи сверху внизъ, до встрѣчи съ нижней надчревной артеріей съ сопутствующими ей венами; не разрѣзая сосудовъ и второй половины мышцы, операторъ отслаиваетъ послѣднюю отъ ея влагалища и ведетъ разрѣзь книзу вдоль бѣлой линіи. Получается большое поле зрѣнія, обнимающее и дно матки съ придатками и всѣ органы внутренней подвздошной ямки; избѣгается необходимость дѣйствовать слѣпо и возможность натолкнуться на гнойники; всѣ органы дѣлаются доступными. При зашиваніи накладывается 2—3 поперечныхъ шва на задній апоневрозъ прямой мышцы живота, кѣтгутюмъ сшивается сама мышца, кожа по желанію. Разрѣзь самой мышцы важенъ въ томъ, что она по зашиваніи, своею толщею предохраняетъ отъ грыжи; если же ея разрѣзь и не дастъ полного возстановленія прежняго состоянія, то поперечный рубецъ ея будетъ представляеть лишь добавочную *inscriptionem tendineam*. Въ заключеніе С. П. показалъ больную, которой имъ произведена операція по описанному способу. Женщина 36 лѣтъ, болѣеть 16 лѣтъ, особенно послѣдніе 3 мѣсяца, 6 лѣтъ тому назадъ послѣ выкидыша перенесла воспаленіе околوماتочной клѣтчатки, потребовавшее вскрытія въ паховой складкѣ: запоры; матка подвижна, но придатки увеличены и спаяны съ червеобразнымъ отросткомъ. При операціи послѣдній удаленъ послѣ отдѣленія отъ обширныхъ сращеній съ придатками, длина его равна 11 сант.

В. А. Оппель во многихъ отношеніяхъ не согласенъ съ тѣми пріемами, на которыхъ основывается предлагаемый С. П. О е д о р о в ы м ъ разрѣзь, видя въ нихъ противорѣчіе съ хирургическими принципами. По его мнѣнію, волнообразный разрѣзь брюшныхъ стѣнокъ особенно съ поперечнымъ разрѣзомъ прямой мышцы живота долженъ быть исключительно рѣдко примѣняемъ. Далѣе, не стоитъ особенно беспокоиться о сохраненіи цѣлости *art. epigastricae infer.*, отводя ее въ сторону и пересѣкая ради этого прямую мышцу сначала поперекъ на поло-

вину, а потомъ продолжая разрѣзъ вдоль волоконъ ея. Надо и у гинекологовъ позаимствовать, воспользовавшись для лучшей ориентировки при операціяхъ въ тазу положеніемъ по Trendelenburg'y; этимъ правиломъ В. А. постоянно руководился, перенявъ его отъ своего предшественника по кафедрѣ. Совершенно достаточно бываетъ при этихъ условіяхъ, разрѣза по бѣлой линіи, позволяющимъ вполне свободно оперировать и въ правой подвздошной ямкѣ, какъ это и пришлось недавно оппоненту въ одномъ случаѣ, гдѣ у женщины уже перенесшей операцію удаленія червеобразнаго отростка, нужно было ради болѣе и предположенія о существованіи спаекъ, произвести чревосѣченіе. При разрѣзѣ по l. alba отдѣлены обширныя сращения придатковъ, содержавшихъ гной, съ культей червеобразнаго отростка, салникомъ, тонкими кишками и въ заключеніе удалены и придатки.

О. I. К и т н е р ь; Не вдаваясь въ пренія относительно преимуществъ различныхъ разрѣзовъ *хирурговъ* при аппендицитѣ т. с., по Mac-Burney или зигзагомъ или по проф. О е д о р о в у и т. д. (разрѣзы всѣ эти врядъ ли будутъ необходимы для насъ, гинекологовъ), я хотѣлъ только упомянуть объ одномъ разрѣзѣ, который за послѣднее время все болѣе примѣняется *гинекологами* при оперативномъ леченіи, въ особенности надъ заболѣвшими придатками. Я говорю о вскрытіи брюшной полости по P f a n n e n s t i e l ' ю.

О техникѣ этого разрѣза я могу умолчать, ибо она всѣмъ достаточно извѣстна. Остается мнѣ только упомянуть объ его преимуществахъ, которыя мною уже приведены въ этомъ обществѣ 18 окт. 1907 года: во первыхъ, возможность устраненія грыжъ бѣлой линіи почти во всѣхъ случаяхъ; во вторыхъ, почти полное устраненіе возможности руководствѣй надъ кишечникомъ; въ третьихъ, достиженіе идеальнаго косметическаго эффекта послѣ заживленія раны и наконецъ, въ пятыхъ, достиженіе громаднаго доступа къ боковымъ частямъ малаго таза, къ linea innominata и къ fossa iliaca, гдѣ именно расположенъ прос. vermiformis. Разрѣзъ этотъ не ранитъ ни musc. rectus. ни art. epigasterica inf., какъ это дѣлаетъ разрѣзъ проф. О е д о р о в а.

Разрѣзъ по P f a n n e n s t i e l ' ю какъ бы призванъ для операціи надъ заболѣвшими придатками и вмѣстѣ съ тѣмъ и для операцій входящихъ въ кругъ доклада проф. О е д о р о в а. Мы не разъ могли убѣдиться въ только что сказанномъ. Разрѣзъ по P f a n n e n s t i e l ' ю въ Александринскомъ пріютѣ для женщинъ практикуется уже съ октября 1903 г. и былъ примѣненъ уже болѣе 100 разъ съ полнымъ успѣхомъ, причемъ сравнительно не рѣдко требовалось изсѣченіе и заболѣвшаго прос. vermiformis.

Повторяю, что при заболѣваніяхъ придатковъ съ одновременнымъ случайнымъ заболѣваніемъ червеобразнаго отростка, требующихъ оперативнаго вмѣшательства я отдалъ бы предпочтеніе разрѣзу по P f a n n e n s t i e l ' ю.

Ф. К. Веберъ, имѣя много дѣла съ одновременнымъ пораженіемъ придатковъ и червеобразнаго отростка, ведетъ свои разрѣзы болѣею частью, по Mac-Burney, продолжая его, въ случаѣ надобности, кверху и книзу, но испыталъ за послѣднее время и зигзагообразный разрѣзъ Riedel'я и считаетъ послѣдній при пораженіяхъ придатковъ непримѣнимымъ, такъ какъ здѣсь лучше подходитъ расширенный способъ Mac-Burney. Если поражены и лѣвые придатки,

лучше рѣзать по бѣлой линіи. Разрѣзь по проф. Ѳедорову кажется Ф. К. сложнымъ, далѣе онъ думаетъ, что сшиванія мышцъ прямой мышцы недостаточно въ смыслѣ обезпеченія отъ грыжъ. Пожалуй, было бы удобнѣе разрѣзать прямую мышцу продольно, проводя разрѣзь параллельно бѣлой линіи.

Проф. Ѳедоровъ не касался совершенно вопроса о показаніяхъ къ операціи, тогда какъ между прочимъ, большое значеніе имѣютъ эти долгія заболѣванія; выжидая вообще при гононоррейныхъ заболѣваніяхъ придатковъ, иногда бываемъ вынуждены оперировать если при нихъ имѣется и аппендицитъ, но все же лучше выжидать возможно дольше (2—3 мѣсяца) съ операціей, во время которой удаляются уже всѣ заболѣвшія части. Ф. К. вспоминая одинъ такой эксквизитный случай, гдѣ оперируя спустя извѣстное время послѣ утиханія процесса, удалось сохранить лѣвые придатки, изсѣкши червеобразный отростокъ и правые придатки.

Проф. Г. Е. Рейнъ, слушая докладъ С. П. Ѳедорова, затруднялся представить себѣ, что можно было бы возразить по его адресу, тѣмъ болѣе, что результатъ получается блестящій и рубецъ у больной превосходный. Но, все таки, когда подумаешь о возможности осложненія такой большой раны, вспомнишь о заботѣ объ *art. epigastrica* и о разрѣзѣ *m. recti*, наконецъ, о томъ, какой рваный, чуть не «лохматый» видъ имѣетъ мышечная рана, появляется мысль нельзя ли избѣгнуть всего этого, нельзя ли проще, разрѣзомъ по *l. alba* достигнуть того же. Примѣняя обычно подобный разрѣзь при операціи надъ гнойными *adnexit'ami*, Г. Е. пользовался имъ и при операціяхъ, осложненныхъ *appendicit'omъ*. Положеніе по *Trendelenburg'у* даетъ всегда возможность осмотрѣть область червеобразнаго отростка. Польза разрѣза по бѣлой линіи увеличивается еще тѣмъ, что большей частью поражены бывають придатки обѣихъ сторонъ. Г. Е. ссылается на В. А. Оппеля, бывшаго недавно свидѣтелемъ одной операціи въ Акушерской клиникѣ, гдѣ *appendix* при подобныхъ условіяхъ былъ ясно видѣнъ. Разрѣзь по *l. alba* производитъ впечатлѣніе болѣе простаго и менѣе требуетъ времени и для зашиванія. Способъ *Rfa n n e p s t i e l'я* хорошъ, но при большихъ сращеніяхъ и большихъ пораженіяхъ придатковъ ему нужно предпочесть разрѣзь по бѣлой линіи. Что касается до вопроса о попутномъ удаленіи червеобразнаго отростка, то мы не увлекаемся и склонны его не трогать, хотя бы онъ и былъ приращенъ къ придаткамъ, если только онъ не представляетъ самостоятельнаго заболѣванія. Послѣдовательныя приращенія не служатъ показаніемъ для удаленія червеобразнаго отростка и вообще, лучше его не трогать, особенно при гнойныхъ заболѣваніяхъ придатковъ.

С. П. Ѳедоровъ не отрицаетъ извѣстной сложности предлагаемаго имъ способа разрѣза. Возражая Ф. К. Веберу, С. П. можетъ воспользоваться его же словами, что не всѣ случаи можно оперировать по *Mac-Vigneу* и, слѣдовательно, надо искать другой методъ. По бѣлой линіи можно оперировать лишь у дѣтей и у лицъ со слабо развитой мускулатурой брюшныхъ стѣпокъ и наоборотъ, у сильныхъ женщинъ, съ хорошо развитымъ брюшнымъ прессомъ трудно бываетъ вытянуть *appendix*; брыжейка его и слѣпой кишки въ своемъ развитіи очень разнообразна и вытягивается иногда не легко; къ тому же иногда *appendix* отходитъ въ лѣвую половину

живота; иногда трудность доступа къ червеобразному отростку осложняется большими спайками съ наслоениями.

Разрѣзь, предлагаемый докладчикомъ, конечно, представляетъ изъ себя сочетаніе двухъ разрѣзовъ, производимыхъ во избѣжаніе перехода на разрѣзь по l. alba. Исходя изъ мысли о возможно большей цѣлости прямой мышцы, С. П. и предлагаетъ не пересѣкать ее всю. Сложность операціи оказывается меньше на дѣлѣ, чѣмъ при описаніи и съ art. epigastrica возни мало. Противъ продолженія разрѣза вдоль наружнаго края прямой мышцы можно возразить, что при этомъ пришлось бы перерѣзать нѣсколько нервовъ, подходящихъ къ прямой мышцѣ. Если продолжитъ Mac-Burney'вскій разрѣзъ книзу, то навѣрно попадешь на a. epigastr., прохожденіе которой очень причудливо и богато аномаліями. Главное преимущество предлагаемаго С. П. разрѣза громадная доступность поля операціи, что особенно понравилось тѣмъ изъ врачей, которые видѣли операцію. Сохраненіе аноневроза, перерѣзаемаго лишь на $\frac{2}{3}$, представляетъ также большое значеніе въ смыслѣ профилактики грыжевыхъ образованій. Давая, хотя бы и рубцовое сращеніе, мышца въ перерѣзанной части образуетъ родъ лишней *inscriptio tendinea m. recti* и не представляетъ патологическаго элемента.

Н. Н. Феноменовъ: Въ способѣ, предлагаемомъ С. П. Ѳедоровымъ, мы видимъ новый путь въ пограничной области между хирургіей и гинекологіей. Полная оцѣнка возможна, конечно, лишь а posteriori, а не а priori; надо испытать предлагаемый способъ и тогда, можетъ быть, и возражавшіе противъ него перемѣнили бы критическое отношеніе. Несомнѣнно, удавалось оперировать и достигать удаленія червеобразнаго отростка и при томъ и при другомъ способѣ. Можетъ оказаться, что всѣ прежде примѣнявшіеся уступятъ новому. Ссылка докладчика на земскихъ врачей, опытныхъ въ хирургіи, должна имѣть большое значеніе. Можно только благодарить проф. С. П. Ѳедорова за новый методъ, касающійся столь интереснаго и сложнаго вопроса, какъ сочетаніе заболѣваній маточныхъ придатковъ и червеобразнаго отростка.

Въ виду поздняго времени докладъ д-ра А. Г. Пастики и К. К. Скробанскаго откладываются.

Административное засѣданіе не состоялось за недостаткомъ quorum'a, а оставшіеся посвятили извѣстное время осмотру новой клиники проф. Г. Е. Рейна.

Предсѣдатель *Рейнъ*.

Секретарь *Л. Кривскій*.

УСТАВЪ

Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

Цѣль Общества.

§ 1.

Акушерско-гинекологическое Общество имѣетъ цѣлью способствовать научному и практическому развитію акушерства и гинекологіи въ Россіи.

Составъ Общества.

§ 2.

Общество состоитъ изъ членовъ-врачей, желающихъ своими научными трудами и участіемъ въ занятіяхъ Общества содѣйствовать успѣхамъ акушерства и гинекологіи въ Россіи.

§ 3.

Число членовъ не ограничено.

§ 4.

Члены раздѣляются на дѣйствительныхъ, почетныхъ и корреспондентовъ.

Примѣчаніе. Учредители Общества, лица, подписавшія проектъ устава и внесшія единовременно не менѣе 25 руб. въ кассу Общества, считаются постоянными дѣйствительными членами.

§ 5.

Дѣйствительными членами могутъ быть врачи, имѣющіе свою дѣятельность въ Россіи и изъявившіе свое желаніе участвовать въ научныхъ трудахъ и занятіяхъ Общества.

§ 6.

Общество избираетъ въ свои почетные члены врачей русскихъ и иностранныхъ, заслужившихъ извѣстность своими учеными трудами въ акушерствѣ и гинекологіи.

Примѣчаніе. Почетными членами могутъ быть лица, не принадлежащія къ числу врачей, но сочувствующія дѣятельности Общества.

§ 7.

Общество избираетъ своими корреспондентами русскихъ и иностранныхъ врачей, письменно изъявившихъ желаніе участвовать въ занятіяхъ Общества доставленіемъ своихъ научныхъ изслѣдованій,

Правленіе Общества.

§ 8.

Въ сношеніяхъ съ посторонними учрежденіями и лицами представителемъ Общества служитъ правленіе его, состоящее изъ предсѣдателя, двухъ товарищей предсѣдателя, двухъ секретарей, казначея и библіотекаря, живущихъ въ С.-Петербургѣ.

§ 9.

Правленіе Общества избирается закрытою баллотировкою изъ среды почетныхъ и дѣйствительныхъ членовъ, срокомъ на два года. Избраніе производится въ годовомъ собраніи, бывающемъ въ день открытія Общества,

Примѣчаніе 1-е. Предсѣдателемъ можетъ быть и почетный членъ Общества, но, какъ и всѣ вообще члены правленія, онъ долженъ быть непременно русскій подданный.

Примѣчаніе 2-е. По истеченіи двухъ лѣтъ, на которые были избраны предсѣдатель и 1-ый товарищъ предсѣдателя, они не могутъ быть вновь избираемы въ члены правленія ранѣе 2-хъ лѣтъ.

Примѣчаніе 3-е. Второй товарищъ предсѣдателя, секретари, казначей и библіотекарь, по истеченіи срока избранія, могутъ быть вновь избираемы на слѣдующее двухлѣтіе.

§ 10.

Предсѣдатель Общества предсѣдательствуетъ во всѣхъ собраніяхъ его, назначаетъ, по соглашенію съ остальными членами правленія, очередь сообщеніямъ и докладамъ, руководитъ преніями и наблюдаетъ за порядкомъ и вообще за точнымъ исполненіемъ устава. Онъ заботится о приведеніи въ исполненіе всѣхъ постановленій Общества и отъ имени послѣдняго сносится съ посторонними учрежденіями и лицами. Сверхъ сего, предсѣдатель своею властію не можетъ дѣлать никакихъ распоряженій, касающихся Общества.

§ 11.

Въ отсутствіе предсѣдателя во всѣ его права и обязанности вступаетъ одинъ изъ товарищей предсѣдателя по очереди.

§ 12.

Секретари завѣдуютъ письменными дѣлами Общества, ведутъ протоколы его засѣданій, подписывая ихъ вмѣстѣ съ предсѣдателемъ или товарищемъ предсѣдателя, составляютъ годовые отчеты о занятіяхъ Общества и читаютъ ихъ въ годовыхъ собраніяхъ.

§ 13.

Казначей принимаетъ денежные взносы отъ членовъ Общества и всѣ другія суммы, поступающія въ Общество, ведетъ приходо-расходныя книги и, по окончаніи года, представляетъ отчетъ о движеніи денежныхъ суммъ Общества.

§ 14.

Библиотекарь завѣдуетъ библіотекою и научнымъ музеемъ Общества. Въ его же вѣдѣніи находятся собственныя изданія Общества. Къ годовымъ собраніямъ онъ представляетъ отчетъ о состояніи библіотеки, музея и изданій Общества.

Права и обязанности членовъ Общества.

§ 15.

Каждый врачъ, желающій поступить въ члены Общества, долженъ быть предложенъ къ избранію въ одномъ

изъ засѣданій Общества тремя дѣйствительными членами, о чемъ заносится въ протоколъ засѣданія; самое же избраніе (закрытою баллотировкою) производится въ слѣдующемъ затѣмъ засѣданіи. На обязанности предлагающихъ лежитъ представить письменно *curriculum vitae* кандидата въ члены, которое затѣмъ печатается въ протоколахъ Общества

§ 16.

Дѣйствительные равно какъ и почетные члены присутствуютъ во всѣхъ собраніяхъ Общества съ правомъ голоса; они избираютъ и могутъ быть избираемы во всѣ должности по Обществу; они имѣютъ право представлять Обществу свои предположенія о томъ, что считаютъ полезнымъ для Общества.

§ 17.

(Измѣненъ на основаніи постановленія Общества 13 мая 1893 г. Постановленіе это утверждено Правительствомъ 22 февраля 1894 г.)

Каждый дѣйствительный членъ, по своему избраніи, вноситъ въ кассу Общества единовременно восемь рублей и, кромѣ того, ежегодно дѣлаетъ членскій взносъ въ размѣрѣ десяти рублей, причемъ онъ получаетъ бесплатно всѣ изданія Общества.

Примѣчаніе 1-е. Лица, внесшія въ кассу Общества сто рублей, освобождаются навсегда отъ ежегодныхъ членскихъ взносовъ.

Примѣчаніе 2-е. Дѣйствительные члены Общества, пока не слѣдаютъ денежнаго взноса за текущій годъ, изданій Общества не получаютъ; не слѣлавшіе же взноса за истекшій годъ лишаются, кромѣ того, права присутствовать въ административныхъ засѣданіяхъ Общества; не слѣлавшіе взноса за два истекшихъ года, послѣ двукратнаго напоминанія (даваемого казначеемъ Общества въ январѣ и февралѣ) считаются сложившими съ себя званіе члена Общества.

§ 18.

Избраніе почетныхъ членовъ Общества производится съ соблюденіемъ правилъ, изложенныхъ въ § 15 сего устава.

§ 19.

Непосредственное участіе почетныхъ членовъ въ ученыхъ трудахъ и занятіяхъ Общества принимается съ признательностью, но не вмѣняется имъ въ обязательность.

§ 20.

Избраніе членовъ - корреспондентовъ Общества производится съ соблюденіемъ правилъ, изложенныхъ въ о выборѣ дѣйствительныхъ членовъ.

§ 21.

Члены-корреспонденты, не вносящіе ежегоднаго денежнаго взноса, изданій Общества не получаютъ.

§ 22.

Члены - корреспонденты могутъ присутствовать въ ученыхъ засѣданіяхъ Общества, участвовать въ научныхъ сообщеніяхъ и преніяхъ, но безъ права избирать или быть избираемыми въ должности по Обществу, и участвовать въ распоряженіяхъ касательно управленія Обществомъ.

§ 23.

Всѣ члены Общества обязуются доставлять въ его библиотеку по одному экземпляру всѣхъ своихъ печатныхъ сочиненій.

§ 24.

Всѣ члены Общества получаютъ дипломъ на свое званіе за печатью Общества и подписаніемъ членовъ правленія, а также экземпляръ устава.

Собранія Общества.

§ 25.

Собранія Общества бываютъ ученые, административныя и годовыя. Созываются они на основаніи дѣйствующихъ узаконеній.

§ 26.

Ученыя засѣданія происходятъ съ 1-го сентября по 1-е июня два раза въ мѣсяцъ. Дни засѣданій устанавливаются по взаимному соглашенію членовъ.

Примѣчаніе. Въ случаѣ скопленія научнаго матеріала, ученыя засѣданія могутъ быть назначаемы и сверхъ обычной очереди, о чемъ члены Общества увѣдомляются особыми повѣстками.

§ 27.

Въ ученыхъ засѣданіяхъ Общества: а) читается и утверждается подписью предсѣдателя или его товарища и секретаря протоколъ предыдущаго засѣданія; б) докладываются письма и другія бумаги, присланныя на имя Общества и касающіяся его научной дѣятельности; в) читаются ученныя сообщенія, присланныя отъ иногородныхъ членовъ или постороннихъ лицъ; г) читаются научныя статьи, наблюденія и замѣчанія присутствующихъ въ засѣданіи членовъ, и обсуждаются факты въ нихъ заключающіеся; д) выслушиваются доклады специальныхъ комиссій, назначенныхъ Обществомъ для обсуждения какихъ либо частныхъ научныхъ вопросовъ.

Примѣчаніе 1. Каждое сообщеніе должно продолжаться не болѣе 20-ти минутъ; срокъ этотъ можетъ быть продолженъ съ согласія присутствующихъ членовъ.

Примѣчаніе 2. Въ ученныя засѣданія Общества могутъ быть вводимы для демонстраціи больные, представляющіе какой либо научный или практическій интересъ.

§ 28.

Ученныя засѣданія происходятъ публично и въ нихъ могутъ присутствовать посторонніе посѣтители по рекомендаціи одного изъ дѣйствительныхъ членовъ Общества и съ вѣдома предсѣдателя.

§ 29.

Административныя засѣданія происходятъ либо вслѣдъ за ученымъ засѣданіемъ по выbytіи посторонней публики, либо въ особо назначаемые для того дни.

§ 30.

Въ административныхъ засѣданіяхъ происходятъ выборы новыхъ членовъ Общества и обсуждаются всѣ вопросы, касающіеся внутренняго и хозяйственнаго распорядка Общества, его денежныхъ дѣлъ и т. п.

§ 31.

Въ административныхъ засѣданіяхъ Общества могутъ присутствовать только почетные и дѣйствительные члены.

§ 32.

Административное засѣданіе считается состоявшимся, если въ немъ присутствуютъ не менѣе $\frac{1}{3}$ живущихъ въ Петербургѣ дѣйствительныхъ членовъ.

§ 33.

Если административное засѣданіе не состоялось, за неприбытіемъ указаннаго въ предъидущемъ § числа членовъ, то назначенные къ обсужденію въ немъ вопросы рѣшаются въ слѣдующемъ за симъ засѣданіи, при чемъ число присутствующихъ членовъ должно быть не менѣе 12-ти. Приглашенія на таковыя засѣданія рассылаются особо каждому изъ живущихъ въ Петербургѣ дѣйствительныхъ членовъ съ точнымъ обозначеніемъ предмета, подлежащаго обсужденію.

§ 34.

Для избранія въ члены Общества, баллотирующійся долженъ получить простое большинство избирательныхъ голосовъ, присутствующихъ въ засѣданіи членовъ Общества; всѣ вопросы управленія вообще рѣшаются также простымъ большинствомъ голосовъ.

§ 35.

Въ головомъ собраніи Общества читаются отчеты о дѣятельности Общества за истекшій годъ, избираются члены правленія его (§ 9), члены ревизіонной комиссіи и члены особой комиссіи для оцѣнки ученыхъ сообщений, съ цѣлью награжденія преміями.

О кассѣ Общества и денежной отчетности.

§ 36.

Касса Общества составляется изъ членскихъ взносов, частныхъ пожертвованій, доходовъ, получаемыхъ отъ продажи изданій Общества и субсидій, которыя могутъ быть назначены отъ различныхъ вѣдомствъ.

§ 37.

Всѣ суммы, какъ поступающія въ кассу Общества, такъ и расходующіяся изъ нея, записываются тотчасъ по полученіи или израсходованіи въ шнуговую приходо-расходную книгу, выдаваемую казначею за подписью предсѣдателя, секретаря и за печатью Общества.

§ 38.

Ежегодно въ первомъ административномъ засѣданіи представляется смѣта расходовъ по Обществу на текущій годъ, обсуждается въ этомъ засѣданіи и по утвержденіи выдается казначею въ копіи для руководства.

§ 39.

Наличныя деньги въ количествѣ, опредѣленномъ годовою смѣтою, хранятся у казначея, суммы, оставшіяся въ кассѣ, сверхъ смѣты, помѣщаются на имя Общества для приращенія процентами въ бумагахъ въ Государственномъ Банкѣ, росписки котораго хранятся у предсѣдателя или товарища предсѣдателя.

§ 40.

Правленію Общества предоставляется расходование тѣхъ только суммъ, которыя опредѣлены смѣтою. Употребленіе капиталовъ Общества на сверхсмѣтные расходы и покрытіе передержекъ допускается не иначе, какъ по утвержденіи предположеній правленія баллотировкою въ административномъ засѣданіи Общества. Требованія денегъ изъ Государственнаго Банка могутъ быть производимы только съ разрѣшенія, даннаго въ административномъ засѣданіи, за подписью предсѣдателя и двухъ членовъ правленія.

§ 41.

Въ годовомъ собраніи Общества назначается временная ревизіонная комиссія изъ трехъ дѣйствительныхъ членовъ, которая повѣряетъ всю денежную отчетность казначея, наличность остаточныхъ суммъ и билетовъ, состояніе бібліотеки и прочаго имущества, а по окончаніи ревизіи дѣлаетъ въ шнуровыхъ книгахъ надписи прихода и расхода, о чемъ и доводитъ до свѣдѣнія Общества въ ближайшемъ административномъ засѣданіи его.

Права Общества.

§ 42.

Общество имѣетъ право издавать, съ соблюденіемъ существующихъ правилъ, протоколы своихъ засѣданій и ученые труды своихъ членовъ; ему также предоставляется, по исходатайствованіи надлежащаго разрѣшенія, издавать отъ своего имени періодическое изданіе, посвященное вопросамъ акушерства и гинекологіи.

Примѣчаніе. Отвѣтственными редакторами всѣхъ изданій Общества считаются товарищъ предсѣдателя—редакторъ и оба секретаря.

§ 43.

Обществу предоставляется право присуждать и выдавать изъ своихъ средствъ или изъ особо на то поступающихъ пожертвованій денежныя преміи за лучшія изъ представленныхъ ему научныхъ сообщеній, нигдѣ до того не обнародованныхъ и напечатанныхъ въ его протоколахъ. или же за лучшія сочиненія, написанныя по конкурсу на предложенную Обществомъ тему.

§ 44.

Обществу предоставляется ходатайствовать въ установленномъ порядкѣ объ измѣненіи или дополненіи сего устава.

Примѣчаніе. Предложенія объ измѣненіяхъ устава должны быть вносимы для обсужденія въ административномъ засѣданіи за подписью не менѣе пяти дѣй-

ствительныхъ членовъ Общества. Если $\frac{2}{3}$ присутствующихъ въ засѣданіи членовъ выскажутся въ пользу даннаго измѣненія, то послѣднее и вводится въ уставъ, по предварительномъ выполненіи требованій существующаго закона.

§ 45.

Общество имѣетъ печать съ надписью своего наименованія.

Изложенный Уставъ Общества является измѣненнымъ первоначальнымъ Уставомъ, утвержденнымъ 18 января 1886 г. Настоящій уставъ окончательно утвержденъ Обществомъ 25 сент. 1908 г. Определеніемъ С.-Петербургскаго Особаго Городскаго по дѣламъ объ обществахъ Присутствіемъ 27 января 1909 г. внесенъ въ реестръ обществъ гор. С.-Петербурга за № 360.

Краткій обзоръ работъ о хлоръ-этиловомъ наркозѣ.

Прив.-Доц. К. СКРОБАНСКАГО.

«Хлоръ-этиль», какъ общее анестезирующее вещество, былъ впервые предложенъ еще въ 40-хъ годахъ, когда Vibra и Harless, экспериментально изучая дѣйствіе сѣрнаго эфира въ химическомъ и физиологическомъ отношеніяхъ, попутно испытали и вліяніе соляного эфира—хлоръ-этила.*) Уже тогда выяснилась пригодность этого средства для кратковременныхъ операций и для тѣхъ случаевъ, при которыхъ эфиръ отказывался служить, и наконецъ отмѣчена была его безопасность и быстрота наступленія наркоза.

Однако, эти первыя указанія объ анестезирующей способности хлоръ-этила почти совершенно не обратили на себя вниманія хирурговъ, и хлоръ-этиловый наркозъ, если не считать нѣсколькихъ экспериментальныхъ работъ (Richardson—на голубяхъ, Wood—на собакахъ) и случайныхъ наблюденій при пользованіи хлоръ-этиломъ какъ мѣстнымъ обезболивающимъ въ зубной практикѣ (Carlson),—почти совершенно не примѣнялся какъ общее анестезирующее средство.

Зубной врачъ Thiesing впервые, послѣ опытовъ надъ кроликами, испробовалъ хлоръ-этиль на себѣ и далъ толчекъ для практическаго использованія этого средства.

Однако и наблюденія Thiesing'a не обратили на себя должнаго вниманія хирурговъ-клиницистовъ и только въ 1896 г. средство это случайно, благодаря литературной ошибкѣ, было испробовано, вмѣсто предложеннаго съ такой же цѣлью профессоромъ Soulier, двухлористаго этилидена (le chloridène), въ клиникѣ проф. Hecker'a въ Инсбрукѣ.

Благодаря цѣлому ряду работъ, вышедшихъ изъ этой клиники (Ludwig, Fircher, Lotheissen, Wiesner), общій хлоръ этиловый наркозъ наконецъ завоевываетъ себѣ вниманіе не только зубныхъ врачей, но и хирурговъ, и количество случаевъ, проведенныхъ подъ этимъ наркозомъ, начинаетъ расти съ невѣроятной быстротой.

Д-ръ Савельевъ, тщательно собравшій въ своей диссертациі литературу этого вопроса до 1902 г., приводитъ только 2500 случаевъ наркоза хлоръ-этиломъ, тогда какъ въ настоящее время количество ихъ возрасло до многихъ десятковъ тысячъ, и даже отдѣльные авторы располагаютъ собственнымъ матеріаломъ въ 2—3 тысячи случаевъ. Такъ Herrenknecht во второй своей публикаці сообщаетъ о 3000 хлоръ-этиловыхъ наркозовъ, Luke, анестезистъ въ Эдинбургѣ—

*) Синонимы: Келень, хлористый этиль, aether chloratus, aethylum chloratum-monochloroacetan и др.

скомъ университетѣ, самъ провелъ около 2000 подобныхъ же наркозовъ, Wаге приводитъ 1000 случаевъ.

Въ первой своей статьѣ въ 1904 г. Herrenknecht собралъ въ литературѣ уже 18000 подобныхъ случаевъ, но, конечно, это было далеко не все, какъ отмѣчаетъ самъ авторъ. Количество случаевъ въ настоящее время, какъ можно убѣдиться изъ многочисленныхъ сообщений, вѣроятно настолько велико, что подсчетъ этотъ врядъ ли можетъ быть произведенъ путемъ изученія соответственныхъ сообщений. Въ одной только Англiи за три года, по приблизительному подсчету Luke, хлоръ-этиловый наркозъ былъ примененъ 450,000 разъ.

Среди авторовъ, сообщающихъ свои наблюденія надъ хлоръ-этиловымъ наркозомъ, мы видимъ врачей изъ многихъ государствъ Европы какъ Германия, Австрія, Франція, Швеція, Россія, Румынія, а также Англiи и главнѣйшимъ образомъ Сѣв. Америки.

Если обратиться теперь къ операціямъ, при которыхъ пользовались какъ общимъ наркотизирующимъ веществомъ хлоръ-этиломъ, то всѣми авторами отмѣчается прежде всего, что средство это пригодно главнѣйшимъ образомъ при крайне непродолжительныхъ операціяхъ. Такъ кромѣ зубной практики, оно было примѣняемо при вскрытіи абсцессовъ, панариціевъ, тонзилотоміяхъ, операціяхъ въ носу, парацентазахъ, выскабливаніи пораженныхъ туберкулезомъ костей, вправленіи вывиховъ, наложеніи повязокъ при переломахъ, нѣкоторыхъ ампутаціяхъ и проч.

Но кромѣ означенныхъ небольшихъ и непродолжительныхъ хирургическихъ операцій, хлоръ-этиломъ пользовались нѣкоторые изъ авторовъ и для болѣе сложныхъ, какъ: gastrostomiae, colostomiae, herniotomiae, osteoklasis и др. (Lotheissen, Бараникъ).

Для насъ наибольшій интересъ имѣетъ примѣненіе хлоръ-этила въ гинекологіи и акушерствѣ.

Pitcher повидимому первый рекомендовалъ этотъ способъ наркоза для гинекологической и акушерской практики.

P. Mathes первый воспользовался этимъ предложеніемъ и съ тѣхъ поръ не мало гинекологовъ и акушеровъ начали прибѣгать къ этому средству.

Helsted (1902), примѣняя хлоръ-этиловый наркозъ въ 120 случаяхъ, пользовался имъ и при родахъ, приступая къ наркозу только въ періодъ изгнанія и лишь когда головка начинала уже давить на промежность. Въ началѣ каждой схватки давался наркозъ и удерживался втеченіе всего періода схватки.

Постепенно схватки становились совершенно безболѣзненными и даже прорѣзываніе головки не было замѣчаемо роженицами. По мнѣнію автора такой наркозъ не уменьшаетъ силы схватокъ, паузы кажутся нѣсколько удлиненными. Совершенно не наблюдается рвоты; никакого вліянія на плодъ. Наркозъ не противопоказанъ даже у больныхъ съ перерожденіемъ сердечной мышцы и альбуминурией.

Lор примѣнялъ хлоръ-этиловый наркозъ въ 40 случаяхъ личныхъ акушерскихъ операцій. Наркозъ можетъ быть продолженъ до 30-ти минутъ и не требуетъ, по мнѣнію автора, специального врача для своего выполненія.

Такъ же Maurette рекомендуетъ хлоръ-этиль какъ наилучшее и безопаснѣйшее наркотическое для акушерской практики, подкрѣпляя свое мнѣніе 41 случаемъ, проведенными подъ хлоръ-этиловымъ наркозомъ.

Herrenknecht, представившій солидное число въ 3000 наркозовъ хлоръ-этиломъ также указываетъ, что способъ этотъ долженъ быть особенно примѣняемъ въ акушерской и гинекологической практикѣ, ссылаясь на Фрейбургскую университетскую гинекологическую клинику (König'a), въ коей было произведено до 500 подобныхъ наркозовъ со слѣдующими цѣлями: для внутреннихъ изслѣдованій, для внутреннихъ измѣреній таза, метрейриза, выходныхъ шипцовъ, расширеній шейки, выдѣленія аборта и т. д.

Cardie, излагая исторію хлоръ-этиловаго наркоза и примѣненіе его, рекомендуетъ этотъ способъ особенно для небольшихъ гинекологическихъ операцій, когда больныя могутъ быть оперированы въ поликлиникѣ.

Наконецъ, минуя цѣлый рядъ подобныхъ заявленій, мы хотимъ еще указать, что хлоръ-этиловый наркозъ нашель себѣ мѣсто и до извѣстной степени оцѣнку и въ учебникѣ Оперативной гинекологіи König'a и Döderlein'a, которые считаютъ его безопаснѣе наиболѣе распространеннаго хлороформнаго наркоза и сообщаютъ технику его примѣненія.

Ходъ хлоръ-этиловаго наркоза описывается большинствомъ авторовъ совершенно одинаково: прежде всего отмѣчается быстрота наступленія полнаго наркоза.

Такъ Савельевъ отмѣчаетъ, что уже черезъ 1 — 1½, максимумъ 2 минуты послѣ начала анестезирования поднятая передъ этимъ рука бесильно падала, затѣмъ мускулатура почти вполнѣ расслаблялась, роговицы либо совершенно не реагировали на прикосновеніе, либо получался очень вялый рефлексъ.

Herrenknecht, на основаніи своего обширнаго опыта, указываетъ на необходимость различать 4 стадіи хлоръ-этиловаго наркоза: 1) донаркотическую (анальгезію), 2) возбужденія, 3) глубокаго сна, 4) послѣнаркотическую (анальгезію).

Въ большинствѣ случаевъ III стадія — глубокаго сна — наступаетъ черезъ ½ — 1½ минуты, безъ какихъ либо симптомовъ предшествующей стадіи возбужденія и только у алкоголиковъ и нервныхъ, возбужденныхъ субъектовъ по временамъ наблюдаются явленія возбужденія.

Въ періодъ первой стадіи наблюдается замедленіе пульса и дыханія, которое становится глубже, и наступаетъ аналгезія, достаточно выраженная для того, чтобы уже въ этой стадіи можно было безболѣзненно производить небольшія операціи, какъ экстракція зуба, вскрытіе абсцесса, разрѣзъ панариція и проч. Четвертая стадія очень напоминаетъ первую.

Къ сожалѣнію продолжительность наркоза не велика, больныя такъ же быстро просыпаются, какъ и заснули, однако, своевременнымъ подливаніемъ все новыхъ и новыхъ дозъ хлоръ-этила, удается поддерживать наркозъ, какъ это отмѣчаетъ Herrenknecht, до 20-ти и болѣе минутъ.

Почти всѣ авторы отмѣчаютъ, что наркозъ, прекращаясь быстро,

не ведетъ въ дальнѣйшемъ ни къ какимъ непріятнымъ послѣдствіямъ, и больныя чувствуютъ себя такъ, какъ будто и не переносили его.

Савельевъ, испытавшій, съ цѣлью изученія, этотъ наркозъ на себѣ, отмѣчаетъ, что: «полное сознаніе окружающей дѣйствительности вернулось вновь съ замѣчательной быстротой. Настроение духа веселое, оживленное, нѣсколько приподнятое втеченіе короткаго времени; а затѣмъ общее состояніе ничѣмъ не разнилось отъ того, какое было до наркоза».

Этотъ же фактъ отмѣчаютъ: Stockum, G. Seitz, Cardia, Turcan, Knight и др.

Мнѣ передавалъ свое впечатлѣніе случайно занаркотизированный хлоръ-этиломъ товарищъ-хирургъ прив.-доц. Ф. К. Веберъ. Какъ это много разъ наблюдалось и раньше, д-ръ Веберъ заснулъ при примѣненіи на немъ хлоръ-этила съ цѣлью мѣстнаго обезболиванія при экстракціи зуба. Сонъ наступилъ очень быстро безъ всякаго возбужденія. Пробужденіе также быстрое, безъ малѣйшихъ послѣдствій.

Если теперъ обратиться къ осложнениямъ, наблюдавшимся при хлоръ-этиломомъ наркозѣ, какъ во время его производства, такъ и послѣ него, то имѣющіяся литературныя свѣдѣнія должны быть признаны несомнѣнно благопріятными для этого способа наркоза.

Въ большинствѣ многочисленныхъ сообщеній отмѣчается полнѣйшее отсутствіе какихъ либо осложнений во время самого наркоза, и только изрѣдка упоминается объ асфиксіи, задержкѣ дыханія или рвотѣ (Савельевъ, Herrenknecht).

Наибольшее количество осложнений относится на послѣоперационный періодъ. Здѣсь отмѣчаются тошнота, рвота, головная боль, нервное возбужденіе, асфиксія, упадокъ силъ. (Савельевъ, Cunningham, Herrenknecht, Knight, Luke и др.).

Всѣ эти осложнения наблюдались рѣдко при примѣненіи большихъ дозъ хлоръ-этила и глубокихъ наркозахъ.

Только въ очень немногочисленныхъ случаяхъ приводимыя осложнения носятъ тяжелый характеръ. Такъ Cunningham сообщаетъ случай, когда послѣ непродолжительнаго наркоза хлоръ-этиломъ развились длительная рвота и рѣзкій упадокъ силъ. Моча содержала acid. diaceticum. Подъ вліяніемъ клизмъ изъ patr. bicarb. осложненіе это исчезло.

Wallace также наблюдалъ случай тяжелаго осложнения послѣ примѣненія общаго наркоза хлоръ-этиломъ. У здороваго крѣпкаго мужчины получившаго 6 сс. хлоръ-этила въ два приѣма, послѣ приѣма второй дозы появились кашель и исчезновеніе роговичнаго рефлекса. Вслѣдствіе этого перешли на хлороформъ, послѣ 20 капель котораго дыханіе съ трудомъ было восстановлено примѣненіемъ искусственнаго дыханія.

Но кромѣ означенныхъ осложнений извѣстенъ и рядъ смертныхъ случаевъ. (Lotheissen, König, Mc. Cardie, I. Seitz, Kocher, Tyrmosъ и др.).

Изучая эти случаи нельзя не согласиться, какъ это много разъ отмѣчено цѣлымъ рядомъ авторовъ, что большинство изъ нихъ ни въ коемъ случаѣ не могутъ быть отнесены на счетъ примѣненія во время операциіи наркоза хлоръ-этиломъ.

Какъ отмѣчаютъ на основаніи своихъ изслѣдованій L. S a m u s и M. N i s l o u x хлоръ-этиль также быстро удаляется изъ организма какъ и поступаетъ въ него. Несомнѣнно поэтому, что случаи смерти черезъ одну и болѣе недѣлю врядъ ли могутъ быть отнесены на счетъ примѣннаго наркоза.

Однако, несомнѣнно, что хлоръ-этиль какъ и всѣ наркотическія и анестезирующія вещества, могутъ обусловливать смерть подвергающагося анестезіи. Но количество подобныхъ случаевъ для хлоръ-этила очень не велико. Савельевъ высчитываетъ ихъ въ 1:2500 наркозовъ; J. Seitz въ 1:16000; Herrenknecht въ 1:18000; Luke, дѣлая приблизительный подсчетъ случаевъ хлоръ-этилового наркоза въ Англии, приходитъ къ заключенію, что за 3 года въ ней хлоръ-этиловый наркозъ былъ примѣненъ приблизительно 450.000 разъ. Такъ какъ въ англійскихъ источникахъ онъ нашелъ только 17 смертныхъ случаевъ отъ этого наркоза, то его цифра смертности=1:36000. Самъ авторъ примѣнялъ этотъ способъ около 2000 разъ, но не имѣлъ ни одного случая смерти.

Если принять во вниманіе, что хлороформный наркозъ, наиболѣе распространенный въ настоящее время какъ у насъ въ Россіи, такъ и въ Германіи и въ другихъ странахъ, даетъ по послѣднимъ вычисленіямъ Nauber'a, доложеннымъ на 38 сѣздѣ нѣмецкихъ хирурговъ, 1 случай смерти на 3500 наркозовъ (на 71000 — 21 случ. смерти), то сравнительная безопасность хлоръ-этилового наркоза должна быть признана внѣ сомнѣнія.

Что касается техники производства хлоръ-этилового наркоза, то прежде всего необходимо отмѣтить ея простоту.

Можно выполнить наркозъ безъ какихъ либо специальныхъ принадлежностей однимъ марлевымъ компрессомъ, на который выливается необходимое количество хлоръ-этила. Компрессъ этотъ кладется на лицо наркотизируемаго и прикрывается закрытой ладонью руки наркотизатора (Nové-Iosserand).

Изъ различныхъ масокъ, которыми пользовались до настоящаго времени, наибольшее распространеніе получила маска Brauer'a (Савельевъ) и, особенно, приспособленная Herrenknecht'омъ маска Schimmelbusch'a или Esmarch'a.

Herrenknecht пользуется только нѣсколькими большими размерами этой маски и сверхъ фланелеваго слоя покрываетъ ее еще резиновой матеріей, въ центрѣ которой продѣлано отверстіе, величиной въ 5-ти пфениговую монету. (Рисунокъ приведенъ у Krönig'a и Döderlein'a). Струя хлоръ-этила направляется черезъ это отверстіе на фланель, натянутую подъ резиновой оболочкой, отлагается на фланели въ видѣ бѣлаго снѣжнаго налета, а проходящій черезъ это отверстіе при инспираціи воздухъ поглощаетъ хлоръ-этиль и вдыхается наркотизируемымъ.

Дитерихсъ, пользовавшійся этой маской, дѣлаетъ, какъ мы могли въ этомъ убѣдиться на собственномъ опытѣ, чрезвычайно рациональное предложеніе подкладывать подъ фланель небольшое количество гигроскопической ваты для того, чтобы абсолютно воспрепятствовать струѣ хлоръ-этила проникать, какъ таковой, внутрь маски къ лицу больного. Онъ же совѣтуетъ смазывать носъ, щеки и губы нар-

котизируемыхъ тонкимъ слоемъ вазелина, чтобы избѣжать раздраженія въ кожѣ лица послѣ случайнаго непосредственнаго дѣйствія на нее хлоръ-этила.

Наркозъ начинаютъ обыкновенно съ того, что закрываютъ лицо наркотизируемаго той или другой маской и приучаютъ его спокойно дышать черезъ нее (Савельевъ); затѣмъ, пользуясь маской Неггенкнехта, вытекающую изъ ампулки струю хлоръ-этила вливаютъ черезъ находящееся въ наружной резиновой покрышкѣ отверстіе на фланелевую оболочку и заставляютъ больного вдыхать образующіеся въ маскѣ пары хлоръ-этила.

Неггенкнеcht рекомендуетъ, съ цѣлью сбереженія хлоръ-этила, во время экспираціи закрывать отверстіе на плотно приложенной къ лицу маскѣ пальцемъ, чтобы задержать уходящія при этомъ черезъ отверстіе пары хлоръ-этила. Въ началѣ экспираціи отверстіе должно быть немедленно открыто, воздухъ входитъ черезъ него, просачивается сквозь фланелевый слой и снова насыщается парами хлоръ-этила.

Количество требуемаго хлоръ-этила зависитъ, главнымъ образомъ отъ продолжительности наркоза.

Неггенкнеcht достигаетъ наркоза обыкновенно 2,0 — 3,0 г. хлоръ-этила и почти никогда не переходитъ за 5,0. Другіе авторы прибѣгаютъ безъ особыхъ осложнений къ гораздо болѣе высокимъ дозамъ (Gaudiani 80 к. с. на 35 миц.; Дитерихсъ 75 к. с. на 53 мин.).

Однако, какъ это указывается почти всѣми авторами, примѣнявшими много разъ хлоръ-этиловый наркозъ, не слѣдуетъ прибѣгать къ большимъ дозамъ хлоръ-этила и пользоваться имъ для продолжительныхъ операций. Дитерихсъ, примѣняя хлоръ-этиль въ одномъ случаѣ въ количествѣ 75 к. с., въ послѣднее время отказался отъ большихъ дозъ, несмотря на то, что не видалъ отъ нихъ въ своей практикѣ никакихъ дурныхъ послѣдствій. Онъ ограничивается въ послѣднее время дозой, не превышающей 25—30 гр.

Какъ это дѣлается цѣлымъ рядомъ авторовъ (Неггенкнеcht, Cardie, Дитерихсъ и др.), лучше всего, повидимому, начинать наркозъ малыми дозами въ 2 — 3 сс., подливая вполслѣдствіи, если нужно, каждая 1—2 минуты по 1—2 кубикъ.

Резюмируя все вышеприведенное, мы должны придти къ слѣдующимъ выводамъ.

1) Хлоръ-этиловый наркозъ является способомъ несомнѣнно научно обоснованнымъ и практически испытаннымъ.

2) Количество осложнений при примѣненіи этого наркоза относительно чрезвычайно невелико. Всѣ онѣ носятъ очень легкій характеръ и быстро исчезаютъ.

3) Только въ исключительныхъ случаяхъ послѣ примѣненія хлоръ-этиловаго наркоза наблюдались смертельные исходы, которые безусловно должны были быть отнесены на счетъ наркоза.

4) Количество смертельныхъ исходовъ настолько невелико, что хлоръ-этиловый наркозъ долженъ быть признанъ по крайней мѣрѣ въ 5 — 6 разъ безопаснѣе наиболѣе распространеннаго наркоза — хлороформнаго.

5) Наркозъ наступаетъ быстро, почти какъ правило безъ предшествующаго періода возбужденія очень тяжелаго и непріятнаго для наркотизируемыхъ при примѣненіи всѣхъ прочихъ наркотическихъ.

6) Самъ наркозъ протекаетъ въ большинствѣ случаевъ безъ ціаноза, судорогъ, возбужденія, увеличенія секреторной дѣятельности железъ, западенія языка и прочихъ явленій, наблюдающихся при примѣненіи хлороформа и эфира.

7) Послѣ наркоза больной быстро просыпается, а главное—состояніе его духа и здоровія остаются настолько ненарушенными наркозомъ, что онъ можетъ даже продолжать свои обычные занятія.

Изъ его отрицательныхъ сторонъ необходимо отмѣтить:

- 1) небольшую продолжительность.
- 2) иногда очень быстрое просыпаніе, послѣ чего больной уже съ грудомъ засыпаетъ или даже совершенно не можетъ заснуть.
- 3) въ рѣдкихъ случаяхъ невозможность добиться совершеннаго наркоза однимъ примѣненіемъ хлоръ-этила и, наконецъ,
- 4) его дороговизна.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Бараникъ. Тарапев. Обзорѣн. Одесса. 1908.
2. Bibra et Harless. Die Wirkung des Schwefeläthers in chemisch. und physiol. Beziehung. Erlangen 1847. Цит. по Савельеву.
3. Bossart. Zur Chloräthylnarcose. Korrespondenzbl. f. Schw. Aerzte 1902 № 19.
4. Camus et Nicloux. Das Chloräthyl. im Blute im Verlauf der Anästhesie. Münchn. med. Woch. 1908. H. I. S. 371.
5. Cardie. The Lancet 20. VIII. 1901.
6. Carlson. Zahnärztliches Wochenbl. Hamburg. іюнь.
7. Cunningham. La Semaine médic. 1908 № 24 іюнь.
8. Диттерихсъ. Русскій Хир. Арх. 1908.
- Herrenknecht a) Ueber Aethylchlorid und Aethylchloridnarcose. Leipzig 1904; b) 3000 Aethylchloridnarcose Münch. med. Woch. 1907. № 49.
10. Helsted. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1902. № 34.
11. Knight. Zentralbl. f. Chir. 1906. № 21. S. 583.
12. Kocher.
13. König. Ueber Aethyl-Chlorid Narcose. Inaug. diss. 1900. Bern.
14. Lop. L'obstétr. p. 259. 1704.
15. Lotheisen. Zentrbl. f. Chir. 1903 № 20.
16. Luke. The Lancet. 1903. Іюль.
17. Maurette. Thèse de Toulouse. 1903. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1904. № 46.
18. Nauber. Münchn. med. Wochn. 1909. № 16.
19. Nove-Iosserand. Lyon. medic. 1903. № 23.
20. Pircher. Wiener klin. Wochn. 1898. № 21.
21. Савельевъ. Дисс. СПб. 1902 г.
22. G. Seitz. Deutsch. Monatsschr. f. Zahnheilkunde 1899 Januar.
23. I. Seitz. Correspond-Blatt f. Schweizer Aerzte 1901. № 4.
24. Turcan. Thèse de Paris 1902. Ref. Frommels Jahresber. 1904. S. 87.
25. Wiesner. Wiener Med. Wochn. 1899. № 28.
26. Wood. Цит. по Савельеву.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ русской акушерско-гинекологической литературы.

322. Студ. Н. Н. Аничковъ. (Ауторефератъ). *Къ вопросу о истогенезъ папиллярныхъ опухолей яичниковъ.* Извѣстія Императорской Военно-Медицинской Академіи. 1909 г. т. XVIII. Стр. 139—151, 195—307.

Возникновеніе папилломатозныхъ выростовъ въ опухоляхъ яичниковъ, напр., въ стѣнкахъ оваріальныхъ кистомъ, рассматривается въ современной литературѣ, какъ результатъ реакціи соединительной ткани въ отвѣтъ на раздраженіе пролиферирующими эпителиальными элементами („Formativer Reiz“ Pfannenstiel'я). Такимъ образомъ, папиллярныя опухоли яичниковъ образуются путемъ комбинаціи двоякаго рода процессовъ: роста эпителия и развитія соединительной ткани. Съ цѣлю выяснитъ зависимость другъ отъ друга этихъ двухъ процессовъ и роль каждаго изъ нихъ при построеніи различныхъ видовъ оваріальныхъ папилломъ, мы предприняли сравнительное изслѣдованіе развитія сосочковыхъ выростовъ при адено-карциномахъ, аденомахъ и фибромахъ яичниковъ. Изслѣдованіе произведено въ патолого-анатомическомъ кабинетѣ Военно-Медицинской Академіи подъ руководствомъ проф. А. И. Моисеева. Материаломъ служили частью препараты патолого-анатомическаго музея Академіи, частью опухоли, доставленныя съ операций изъ городскихъ больницъ.

Въ отличіе отъ ложныхъ папиллярныхъ образованій, къ числу которыхъ относятся, на примѣръ, остатки стѣнокъ между слившимися кистами, за истинныя сосочки нами принимались лишь тѣ выросты, гдѣ удавалось на серіи срѣзовъ доказать присутствіе вновь образованныхъ центральныхъ капиллярныхъ вѣточекъ.

Первые два случая относятся къ виду cysto-adenocarcinoma papillare. Въ этихъ опухоляхъ главную роль играетъ процессъ усиленной пролифераціи эпителиальныхъ клѣтокъ, которыя въ видѣ трубокъ или неправильными группами прорастаютъ насквозь стѣнки кистъ и диссеминируются по брюшинѣ.

Реакція соединительной ткани на проростаніе эпителия выражается лишь слабыми продуктивными явленіями въ видѣ образованія небольшихъ папиллярныхъ выростовъ. Кромѣ того, въ соединительной

ткани замѣчается еще процессъ иного характера — мелкоклеточная инфильтрація, степень которой, повидимому, пропорціональна интенсивности разрастанія эпителия.

Слѣдующіе два случая принадлежатъ къ виду *cysto-adenoma*. Здѣсь патологическій процессъ, начавшись, какъ и въ адено-карциномахъ, съ разрастанія эпителия, вызываетъ, однако, тотчасъ рѣзкую реакцію со стороны соединительной ткани въ видѣ образованія многочисленныхъ сосудистыхъ выростовъ. При дальнѣйшемъ развитіи опухоли, оба процесса—разрастаніе эпителия и развитіе соединительной ткани—идутъ рука объ руку, не превосходя количественно другъ друга, вслѣдствіе чего опухоль имѣетъ сравнительно доброкачественное теченіе.

Наконецъ, въ послѣднихъ двухъ случаяхъ—*fibroma papillare*—новообразовательный процессъ начинается также съ пролифераціи эпителия. Въ массѣ опухоли здѣсь можно наблюдать многочисленныя мелкія кисты, выстланныя эпителиемъ, а также эпителиальныя трубки, частью уже атрофированныя. Реакція соединительной ткани на первичное разрастаніе эпителия достигаетъ въ папиллярныхъ фибромахъ наибольшей интенсивности и выражается въ значительныхъ продуктивныхъ процессахъ, по сравненію съ которыми ростъ эпителия совершенно ступшевается. Въ результатѣ опухоль въ преобладающей массѣ состоитъ изъ фиброзной ткани, образующей мощныя папилломатозныя выросты, покрытыя однослойнымъ эпителиемъ.

Такимъ образомъ, при всѣхъ изслѣдованныхъ видахъ папиллярныхъ опухолей (*fibroma*, *adenoma* и *sarcoma*), образованіе сосочковыхъ выростовъ протекаетъ въ общемъ по одной схемѣ, по крайней мѣрѣ въ начальныхъ стадіяхъ. Процессъ всюду начинается съ пролифераціи эпителия, выстилающаго поверхность яичника или стѣнки кисты, чѣмъ дается толчокъ къ разрастанію окружающей соединительной ткани.

Обзоръ нѣмецкой акушерско-гинекологической литературы.

Centralblatt für Gynäkologie, 1909.

323. Buché. — *O рожденіи decidua uterina въ вывороченномъ состояніи при тубной беременности. — Ueber den invertierten Ausstossungsmodus der Decidua uterina bei Tubargravidität.* (№ 13)

Авторъ наблюдалъ случай, гдѣ у женщины на второй день послѣ произведеннаго ей чревосѣченія, по поводу внѣматочной беременности, выдѣлилась цѣликомъ *decidua uterina*, представляя изъ себя слѣпокъ полости тѣла матки, но при этомъ гладкая, покрытая эпителиемъ сторона, оказалась вывороченной кнаружи. В. объясняетъ это явленіе тѣмъ, что нижняя часть децидуальной оболочки оставалась еще при-

крѣпленной къ стѣнкѣ матки, въ то время когда верхняя, соответствующая дну, уже отслоилась и выталкивалась сокращеніями матки.

324. Enghländer. — *Адреналинъ при размяченіи костей (Остеомалакія).*—*Adrenalin bei Knochenerweichung (Osteomalakie).* (№ 13).

Въ теченіе сравнительно короткаго времени Е. пришлось наблюдать шесть случаевъ остеомалакіи, при чемъ во всѣхъ ихъ онъ примѣнилъ предложенный B o s s i способъ леченія этой болѣзни—подкожное впрыскиваніе адреналина. Изъ приведенныхъ авторомъ исторій болѣзни, слѣдуетъ отмѣтить тяжелыя общія явленія, получающіяся при этомъ леченіи: учащеніе пульса, сердцебиеніе, неправильный пульсъ, потъ, трясеніе всего тѣла, покраснѣніе или наоборотъ блѣдность лица, ощущение жара во всемъ тѣлѣ, головокруженіе, головная боль, шумъ въ головѣ, общая слабость, частое и глубокое дыханіе, расширеніе зрачковъ. Эти явленія остаются долгое время даже послѣ прекращенія впрыскиванія. Что касается терапевтическаго эффекта по отношенію къ самой болѣзни, то полученные результаты мало чѣмъ отличаются отъ леченія фосфоромъ и стойкаго излѣченія ни въ одномъ случаѣ не получилось.

325. Unterberger.—*Самостоятельный разрывъ пуповины во время родовъ.*—*Spontane Zerreißungen der Nabelschnur intra partum.* (№ 14).

Въ двухъ случаяхъ при рожденіи живыхъ доношенныхъ дѣтей имѣвшихъ нормальной длины пуповины, авторъ наблюдалъ разрывъ послѣднихъ въ моментъ рожденія головки. Роды происходили при положеніи матери на спинѣ. Гистологическое изслѣдованіе пуповины не дало какихъ-либо указаній на ненормальное развитіе эластическихъ волоконъ въ стѣнкахъ ея сосудовъ и даже въ одномъ изъ этихъ случаевъ развитіе ихъ было больше обычнаго. Причиной разрыва U. считаетъ чрезмѣрно сильныя родовыя схватки, въ связи съ укороченіемъ пуповины (послѣдняя была въ обоихъ случаяхъ обернута вокругъ шеи плода).

326. Werth.—*Комбинированіе поперечнаго разрыва Pfannenstiel'я съ укороченіемъ маточныхъ связокъ при оперативномъ леченіи осложненнаго retroflexio uteri. Zur Kombination des Pfannenstiel'schen Querschnittes mit Verkürzung der runden Mutterbänder bei der operativen Behandlung der komplizierten Retroflexio uteri* (№ 14).

Въ нѣсколькихъ случаяхъ, гдѣ имѣлось показаніе къ чревосѣченію, по поводу retroflexio uteri fix., или осложненія ея воспалительными опухолями W. съ успѣхомъ примѣнялъ оперативный методъ, состоящій въ соединеніи достаточно далеко заходящаго за наружныя края прямой мышцы разрыва P f a n n e s t i e l'я съ выведеніемъ, укороченіемъ и пришиваніемъ круглыхъ маточныхъ связокъ въ паховомъ каналѣ, который открывается субфасциально, путемъ отслойки наружнаго апоневроза.

327. Krönig.—*Zur Klinik der Placenta praevia* (№ 15).

Возражая на опубликованныя за послѣднее время работы (Martin'a, Bokelmann'a, Hannes'a и др.) о клиническомъ значеніи plac. praevia, изъ которыхъ наимѣнующій большого опыта читатель можетъ составить себѣ представленіе о plac. praevia, какъ о страданіи грозномъ лишь при отсутствіи соотвѣтствующей врачебной помощи, авторъ приводитъ изъ обширнаго матеріала Фрейбургской клиники 20 случаевъ plac. praevia, въ которыхъ надлежащая помощь была своевременно подана (поворотъ по Braxton-Hicks'y), но все же погибло изъ нихъ отъ кровотечения 4 и отъ послѣдующаго sepsis'a—1. Въмѣстѣ съ тѣмъ К. обращаетъ вниманіе на то, что, по его наблюденіямъ, самое опасное для жизни кровотеченіе наступаетъ обычно по выходѣ послѣда, изъ 4 случаевъ въ одномъ только больная умерла во время родовъ. Изъ приведенныхъ исторій болѣзни видно, что наиболѣе тяжелый моментъ наступаетъ черезъ 1—2 часа по выходѣ послѣда. Авторомъ отмѣчается еще то обстоятельство, что насколько обычно легко удалить послѣдъ по Credé, настолько это трудно при plac. praev., изъ 20, приведенныхъ случаевъ, въ 7 понадобилось ручное его отдѣленіе.

328. Sigwart.—*Къ бактериологическому диагнозу послеродовой лихорадки.*—*Zur bakteriologischen Diagnose des Puerperalfiebers* (№ 15).

Настоящая статья является возраженіемъ работъ Krönig'a и Rankow'a (реф. Ж. Ак. и Ж. Бол. 1909, № 147), въ которой послѣдніе авторы доказываютъ значеніе роста бактерій на плотной средѣ (агаръ). S. напротивъ придаетъ большое значеніе для діагноза—полученію чистыхъ культуръ стрептококковъ на бульонѣ, хотя окончательная увѣренность въ діагнозѣ можетъ получиться лишь при полученіи такихъ же культуръ на разливахъ и на уколахъ въ плотныхъ питательныхъ средахъ.

329. Henrich.—*Къ вопросу о мѣстной анестезіи при расширеніи канала шейки и операціяхъ на влагалищной части матки.*—*Beitrag zur Lokalanästhesie bei der Dilatation des Cervikal Kanals und Operationen an der Portio* (№ 15).

Авторъ на основаніи личнаго опыта предполагаетъ для обезбованія процесса расширенія шейки передъ выскабливаніемъ впрыскивать въ нѣсколькихъ мѣстахъ шейки матки слѣдующій растворъ: ßeucain 0,1, Natr. chlor. 0,06, Adrenal. 1⁰/₁₀₀ 0,8, Aq. destil. 10,0. Впрыскивать слѣдуетъ всего не болѣе двухъ шприцевъ.

330. Bab. *Проблема о переносѣ сифилиса на ребенка и скрытый сифилисъ женщины по современнымъ изслѣдованіямъ.* — *Das Problem der Luesübertragung auf das Kind und die latente Lues der Frau im Lichte der modernen Syphilisforschung.* (№ 15).

Разбирая по литературнымъ даннымъ и личнымъ наблюденіямъ существующія теоріи о переносѣ сифилиса на ребенка и о скрытомъ

сифилисѣ у женщинѣ, авторъ считаетъ, что вопросъ этотъ далеко еще не рѣшенъ, а потому цѣль настоящей работы сводится къ тому, чтобы современные изслѣдователи въ погонѣ за новѣйшими теоріями не довольствовались бы только нѣсколькими изслѣдованіями кровяной сыворотки, но пользовались и всѣми данными, добытыми прежними наблюдателями.

331. Speransky-Bachmetew.—(Петербургъ). *Омертвѣніе фиброміомы беременной матки какъ этиологическій моментъ непроходимости кишечника.*—*Nekrose eines Fibromyoms der schwangeren Gebärmutter als ätiologisches Moment der Undurchgängigkeit des Darmkanals.* (№ 16).

Описываемый авторомъ случай касается беременной около 7 мѣс. женщины, поступившей въ Клинической повивальной институтъ съ жалобой на схваткообразныя боли, рвоту и задержку стула. Пульсъ и температура въ предѣлахъ нормы. Дно матки на уровнѣ пупка, у лѣваго рога матки прощупывается соединенная съ нимъ слегка подвижная, величиною съ кулакъ, опухоль. Шейка укорочена, наружный зѣвъ закрытъ, головка высоко надъ входомъ. Всѣ мѣры, принятыя въ Институтѣ для опорожненія кишечника, оказались безплодными и вызывали только усиленіе рвоты. Получилось рѣзкое вздутіе живота и явленія непроходимости кишечника въ области flexura sigmoidea, на мѣстѣ перехода ея въ colon descendens, что подтверждено было изслѣдованіемъ кишечными зеркалами. Въ виду угрожающихъ симптомовъ роды были закончены введеніемъ метрейринтера, съ послѣдовательнымъ поворотомъ и извлеченіемъ плода. Возстановленіе функціи кишечника по окончаніи родовъ не получилось, вслѣдствіе чего на слѣдующій день было предпринято чревосѣченіе, при которомъ найдено надъ расширеннымъ, гиперемированнымъ colon transv. плотная, величиною съ кулакъ, опухоль, которая своей короткой и толстой ножкой исходила изъ дна матки. Опухоль была покрыта сальникомъ и съ нимъ срослена. Опухоль удалена и при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась фиброміомой, съ явленіями гіалиноваго перерожденія и некроза. Функція кишечника вполне возстановилась. Гладкое послѣоперационное теченіе.

332. Jaschke.—*Новый молокоотсосъ.*—*Eine neue Milchpumpe.* (№ 16).

Предлагаемый авторомъ аппаратъ состоитъ изъ стеклянаго колпачка, надѣваемого на сосокъ, снизу колпачекъ имѣетъ расширеніе для стока отцѣживаемаго молока. Противоположный конецъ колпачка вытянуть и соединенъ съ небольшимъ воздушнымъ насосомъ, благодаря которому получается присасываніе соска и необходимое разряженіе воздуха въ аппаратѣ. Описаніе прибора иллюстрируется рисунками и чертежами.

333. Freund.—*Полное внѣбрюшинное кесарское сѣченіе.*—*Völlig extraperitoneale Kaiserschnitte.* (№ 16).

Основываясь на опытѣ, полученномъ при изученіи техники операции внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія на трупахъ, а затѣмъ уже на клиническомъ матеріалѣ, авторъ предлагаетъ придерживаться при этой операциіи слѣдующихъ правилъ: 1) производить разрѣзъ брюшной стѣнки по Pfannestiel'ю, 2) не наполнять мочевого пузыря, 3) бимануально поворачивать матку въ разрѣзъ брюшной стѣнки до того мѣста, гдѣ отодвигать на ней брюшную складку наиболѣе удобно, 4) не пользоваться инструментами для отодвиганія пузыря и краевъ раны, 5) разрѣзъ матки надо дѣлать продольный, 6) бимануальное выдвиганіе головки въ разрѣзъ, 7) дренировать рану только въ сомнительныхъ и явно инфицированныхъ случаяхъ, 8) внимательное послѣоперационное наблюденіе, такъ какъ часто даже въ случаяхъ не инфицированныхъ наблюдается образованіе уплотненій и тяжей въ parametrium (paracystium и paracolpium).

334. Heusner.—*Новый аппаратъ для дезинфекціи резиновыхъ перчатокъ и шелковыхъ катетеровъ.*—*Ueber einen neuen Desinfektionsapparat für Gummihandschuhe und Seidenkatheter* (№ 17).

Авторъ предлагаетъ взамѣнъ кипяченія перчатокъ въ водѣ или дѣйствія на нихъ пара, отчего онѣ быстро дѣлаются негодными, кипятить ихъ теченіе $\frac{1}{2}$ часа при t^0 110—115 въ глицеринѣ. Устроенный имъ для этой цѣли аппаратъ состоитъ изъ ящика съ двумя стѣнками, въ промежуткѣ между которыми размѣщена металлическая тонкая сѣтка, способствующая болѣе равномерному дѣйствію жара. Перчатки должны быть совершенно погружены въ глицеринъ для чего онѣ помещаются въ особый ящикекъ изъ проволочной сѣтки, который погружается съ ними въ глицеринъ. Для опыта, одна пара перчатокъ была подвергнута авторомъ по его способу кипяченію въ продолженіе 24 часовъ. Физическія свойства ихъ послѣ этого совершенно не измѣнились. Такимъ же способомъ Н. совѣтуетъ дезинфицировать и шелковые катетеры.

335. Teuffel.—*Затрудненія при извлеченіи.*—*Extraktionsschwierigkeiten* (№ 17).

Въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣ перфорациі головки представляются затрудненія вывести плечики, Т. совѣтуетъ произвести декапитацию и извлечь ручки, послѣ чего выведеніе туловища, при влеченіи за нихъ, является дѣломъ не затруднительнымъ.

336. Velde.—*Уходъ при трубной беременнности.*—*Die Behandlung der Eileiterschwangerschaft* (№ 17).

Основываясь на собственномъ матеріалѣ, численностью въ 51 случай внѣматочной беременнности, авторъ предлагаетъ рядъ выработанныхъ имъ правилъ, изъ которыхъ можно отмѣтить слѣду-

юція: 1) не лопнувшую беременную трубу слѣдуетъ возможно раньше удалить и при томъ, всего лучше, черезъ передній сводъ. 2) При большой haematocеле слѣдуетъ произвести операцію лишь тогда, когда больная оправится отъ послѣдствій кровотеченія. 3) Если haematocеле инфицирована, то операція ограничивается вскрытіемъ задняго свода. 4) Для небольшихъ haematocеле можно испробовать примѣненіе методовъ леченія путемъ рассасыванія, преимущественно физическихъ. Если леченіе окажется успѣшнымъ, то необходимо произвести соответствующее оперативное вмѣшательство. 5) Операцію черезъ влагалище при внѣматочной беременности слѣдуетъ предпочесть чревосѣченію, такъ какъ она ведетъ столь же успѣшно къ цѣли, но легче переносится больными.

И. Судаковъ.

Münchener Medizinische Wochenschrift. 1909.

337. Prof. Max Henkel.—*Die Retroflexio uteri in der allgemeinen Praxis* (№ 4).

Діагностика retroflexio uteri обязательно должна указать, идетъ ли рѣчь о подвижномъ или фиксированномъ загибѣ матки. Часто встречающаяся подвижная ретрофлексія матки вызываетъ большей частью меньшія страданія, чѣмъ фиксированная. Объясняется это тѣмъ обстоятельствомъ, что фиксированная ретрофлексія, матки всегда безъ исключенія сопровождается воспалительными осложненіями въ придаткахъ или въ тазовой клѣтчаткѣ. Въ цѣломъ рядѣ случаевъ подвижная ретрофлексія не даетъ вовсе никакихъ симптомовъ. Однако наблюденіе показываетъ, что и тутъ съ теченіемъ времени могутъ явиться жалобы и осложненія, въ формѣ ли безплодія при врожденной, дѣвственной ретрофлексіи, или въ видѣ инкарцерации ретрофлектированной беременной матки. Сама по себѣ врожденная ретрофлексія вызываетъ жалобы лишь очень рѣдко, именно тогда, когда она комбинируется съ извѣстной степенью инфантилизма матки, или при слишкомъ остромъ углѣ загиба матки кзади. Въ этихъ случаяхъ болѣзненные явленія носятъ большей частью характеръ дисменорейныхъ и объясняются столько же механической теоріей, сколько вообще недостаточнымъ развитіемъ сосудовъ, маточной мускулатуры и т. д., этими частичными явленіями инфантилизма и общаго хлороза. Это именно тѣ случаи, въ которыхъ исправленіе положенія матки нисколько не ослабляетъ болѣзненныхъ явленій и въ которыхъ можно достичь цѣли исключительно путемъ укрѣпленія общаго состоянія организма. Для прочихъ случаевъ въ числѣ лечебныхъ мѣропріятій прежде всего надо упомянуть вправленіе по Schultze (бимануальное) и вправленіе зондомъ. Пользованіе послѣднимъ возможно лишь по предвари-

тельно абсолютномъ исключеніи беременности, свѣжаго цервикальнаго катарра и воспалительнаго состоянія придатковъ. Введеніе пессарія достигаетъ своей цѣли лишь при отсутствіи всякихъ воспалительныхъ явленій; безъ соблюденія условія (зачастую недостаточно пробѣряемаго) болѣзненныя явленія лишь усиливаются. Способъ леченія пессаріями выступаетъ на первый планъ при свѣжихъ ретрофлексіяхъ послѣродового періода; тутъ дѣйствительно можно достигнуть стойкаго результата. Прочіе случаи никогда не поддаются леченію пессаріями. Молодыя особы въ наст. время вовсе не должны подвергаться этого рода леченію. Всѣ эти случаи, въ которыхъ можно примѣнять леченіе пессаріями, въ то же время вполне годятся для операціи Alexander-Adams'a, каковая въ отношеніи опасности равнозначуща кюреттажу и заслуживаетъ большаго вниманія, чѣмъ ей удѣляется въ наше время. При этомъ результатъ операціи находится въ зависимости отъ правильности постановки показаній. Операція Alexander-Adams'a уместна только тогда, когда высота матки нормальна (нѣтъ комбинаціи *retroflexio* съ *descensus*), въ клѣтчаткѣ нѣтъ никакого инфильтрата и, наконецъ, придатки не показываютъ никакихъ аномалій (изслѣдованіе подь наркозомъ). Если всѣ эти условія соблюдены, то операція является почти идеальнымъ мѣропріятіемъ, позволяющимъ возобновить физиологическое положеніе матки. При этой строгой критикѣ показаній отдаленные результаты операціи вполне благоприятны, и нѣтъ основаній опасаться, что позднѣйшее родоразрѣшеніе можетъ отнести достигнутый результатъ въ область иллюзіи. Передъ операціей вводится соотвѣтственно подобранный пессарій (каучуковое или стеклянное кольцо). Въ случаяхъ подвижной ретрофлексіи, осложненной воспаленіемъ клѣтчатки придатковъ, а также при увеличеніи или сильномъ опущеніи яичниковъ корригирующей операціей является вентрофиксація (методъ Ols-hausen'a). Наконецъ остаются случаи ретрофлексіи, осложненной значительной степенью выпаденія матки и влагалища. Большею частью рѣчь идетъ о многоорожавшихъ женщинахъ, такъ что сохраненіе способности зачатія не играетъ большой роли; существеннѣйшее значеніе операціи заключается въ полученіи стойкаго отдаленнаго результата. Для этихъ именно случаевъ предназначается вагинофиксація, если, конечно, пациентка соглашется на одновременную стерилизацію; послѣдняя производится по способу клиновидной эксцизиі угловъ матки.

338. A. Fiessler.—*Zur Behandlung der Placenta praevia.*—*Къ терапіи предлежанія постмд.* (№ 4).

Докладъ 14/xii 1908 въ Тюбингенскомъ медико-естественномъ Обществѣ, изъ университетской клиники Тюбингена (Prof. H. Selheim). Клиническій матеріалъ состоитъ изъ 111 случаевъ placenta

praevia. Начало родовъ наблюдалось: при pl. pr. centr. 10 разъ до 32 нед., 20 разъ 9 мѣс., 19 на 10 мѣс.; при pl. pr. later. 12 разъ до 32 нед., 14 разъ на 9 мѣс., 10 разъ на 10 мѣс.; при pl. pr. marg. 3 раза до 32 нед., 5 разъ до 9 мѣс., 14 разъ на 10 мѣс.; при высокомъ положеніи pl. pr. 2 раза на 9 мѣс. и 2 раза на 10 мѣс. 22,5⁰/₀ младенцевъ не достигли жизнеспособности, 37⁰/₀ родилось на 9 мѣс., 40,5⁰/₀—на 10 мѣс. Въ клиникѣ примѣнялись слѣдующіе способы родовспоможенія: Поворотъ по Вraxton-Nicksy въ 83-хъ случаяхъ, съ летальнымъ исходомъ для матери въ 8 случаяхъ и для плода въ 52 случаяхъ (16 нежизнеспособныхъ). Влагалищное кесарское сѣчение въ 10 случаяхъ (смерть матери въ 3 случаяхъ, смерть плода въ 2 случаяхъ и 1 нежизнеспособный). Экстраперитонеальный разрѣзъ матки въ 9 случаяхъ (всѣ матери живы) смерть 2 плодовъ). Метрейризмъ въ 8 случаяхъ (смерть одной матери и 4 плодовъ), причемъ 1 случай оконченъ поворотомъ съ перфорацией послѣдующей головки и 2 случая закончены влаг. кес. сѣченіемъ. Разрывъ плоднаго пузыря въ 4 случаяхъ (всѣ матери живы, смерть 2 плодовъ), причемъ два случая закончены поворотомъ. Предварительная тампонада влагалища примѣнена въ 50 случаяхъ, изъ которыхъ въ 30 случаяхъ (60⁰/₀) наблюдалась лихорадка въ послѣродовомъ періодѣ, тогда какъ изъ числа пациентокъ, не подвергавшихся тампонадѣ влагалища, лихорадило 30⁰/₀. Послѣдовой періодъ самостоятельно закончился въ 21 случаѣ; въ 62 случаяхъ пришлось примѣнить выжиманіе послѣда гл. обр. въ виду кровотеченія; въ 11 случаяхъ произведено ручное отдѣленіе приращеннаго послѣда (въ 9 сл. вслѣдствіе сильнаго кровотеченія при безрезультатныхъ попыткахъ экспрессіи). 40 разъ примѣнена тампонада родовыхъ путей послѣ родовъ, 52 раза горячіе внутриматочные души (гемостазъ), 3 раза удалена матка вслѣдствіе опасности смерти отъ кровотеченія. Солевья вливанія примѣнялись при высокихъ степеняхъ анэміи въ 19 случаяхъ. На основаніи собраннаго клиническаго матеріала выводятся слѣдующія положенія: Тампонада, какъ терапевтическій приемъ, не умѣстна ни въ одной стадіи родовъ при placenta praevia: она оправдывается лишь какъ временное мѣропріятіе, когда идутъ приготовленія для другихъ лучшихъ терапевтическихъ приемовъ. При поворотѣ по Вraxton-Nicksy послѣ низведенія ножки плода извлеченіе противопоказано. Метрейризмъ можетъ улучшить шансы для плода при примѣненіи его въ клиникѣ, въ частной же практикѣ заслуживаетъ преимущества комбинированный поворотъ. Особое вниманіе обращается на экстраперитонеальный разрѣзъ матки. Всѣ 9 родильницъ, подвергшихся этой операціи, выписались изъ клиники совершенно здоровыми черезъ 3 недѣли. При томъ 7 матерей получили живыхъ дѣтей (1 ребенокъ былъ мертвъ ко времени приступленія къ операціи; другой, недоношенный, погибъ

вслѣдствіе инфекціи пуповины). Конечно, еще нельзя сказать послѣдняго слова при опѣнкѣ этой операции, но все таки очень очевидны ея преимущества, дающія возможность быстро опорожнить матку (при отсутствіи потугъ) безъ риска получить тѣ осложненія, которыя присущи методу *accouchement forcé*.

339. Priv.-Doz. Pankow. — *Der Einfluss der Kastration und der Hysterektomie auf das spätere Befinden der operierten Frauen.* — *Вліяніе кастраціи и удаленія матки на дальнѣйшее состояніе оперированной женщины.* (№ 6).

Наблюдения проведены совмѣстно съ д-ромъ Rauscher'омъ на 150 пациенткахъ съ помощью повторнаго (до 5—6 разъ) изслѣдованія послѣ операции и сравненія полученныхъ этимъ путемъ объективныхъ данныхъ и жалобъ съ таковыми-же, точно зарегистрированными до операции. Изученіе этого матеріала показало слѣдующее. Гистерэктомія съ сохраненіемъ одного или обоихъ яичниковъ не предохраняетъ отъ появленія *molimina menstrualia*, которыя могутъ явиться либо тотчасъ послѣ операции, либо позже (до 1/2—1 года). Усиленіе прежде бывшихъ *molimina menstrualia* наблюдается именно у нервныхъ женщинъ. Патологическимъ обильнымъ отложеніемъ жира гистерэктомія сопровождается лишь изрѣдка, при ней вообще не наблюдается послѣдовательной атрофіи *tractus genitalis*;—въ этомъ главнымъ образомъ состоитъ отличіе послѣдовательныхъ явленій послѣ гистерэктоміи отъ таковыхъ послѣ кастраціи. Однако въ иныхъ случаяхъ послѣ гистерэктоміи появляются тѣ симптомы, которыми характеризуются «явленія выпаденія» послѣ кастраціи, но симптомы эти оказываются выраженными гораздо слабѣе. Появленіе этихъ симптомовъ (какъ показываютъ аутопсії) зависитъ не отъ атрофическихъ измѣненій яичниковъ, а исключительно отъ удаленія самой матки, и потому эти явленія слѣдуетъ опредѣлять, какъ «маточныя» явленія выпаденія.

340. Weisswange. — *Ueber Extrauterin gravidität.* — *О внѣматочной беременнности.* (№ 8).

Авторъ считаетъ этиологическимъ моментомъ внѣматочной беременнности воспалительное состояніе слизистой оболочки фаллопиевыхъ трубъ, ихъ стѣнокъ и сосѣднихъ частей, будь это воспалит. состояніе свѣжее, или лишь остатки прежде перенесеннаго заболѣванія. Не подлежитъ сомнѣнію, по мнѣнію W., что первенствующую роль среди причинъ, вызывающихъ упомянутое воспаленіе является гоноррея. А потому профилактика внѣматочной беременнности состоитъ главнымъ образомъ въ профилактикѣ гонорреи.—При внѣматочной беременнности почти такъ-же необходима равняя діагностика, какъ при ракѣ матки; такъ-же нужно немедленное оперативное пособіе. Въ экстренныхъ случаяхъ разрыва плодovмѣстилица, если транспортъ имѣетъ мало благоприятныхъ шансовъ, необходимо оперативное быстрое вмѣшательство

внѣ клиники, на дому у пациентки, благодаря чему будетъ спасено много молодыхъ жизней, которыя нерѣдко теряются во время транспорта или изъ-за него.

341. A. Hüffel. — *Ueber einen Fall von Ikterus gravis.* — *Случай Ikterus gravis.* (№ 8).

Описание случая Icterus gravis новорожденного, наблюдавшегося въ Эрлангенской университетской женской клиникѣ. Желтуха появилась на 2 день послѣ рожденія и вполнѣ усиливалась. Остатокъ пуповины плохо подсыхалъ и съ третьяго дня сталъ кровоточить безостановочно. Въ дальнѣйшемъ присоединились подкожныя геморрагіи на спинѣ и на груди и гѣматома въ верхней части лѣваго бедра. T° повышена ($38,5^{\circ}$ — $40,0^{\circ}$). При этихъ явленіяхъ ребенокъ погибъ на 25 день жизни. Въ крови, взятой черезъ 1 часъ послѣ смерти, найдены стрептококки, и заболѣваніе т. обр. имѣетъ септический характеръ. Терапія состояла въ подкожныхъ инъекціяхъ физ. раствора NaCl. (по 100,0) и желатиновыхъ инъекціяхъ (по 10 куб. см.).

342. A. Rieck. — *Eine noch unbekannte Form mechanisch bedingter Amenorrhoe und ihre operative Behandlung.* — *Неизвѣстная до сихъ поръ форма механической аменорреи и ея оперативное леченіе.* (№ 11).

Описание двухъ случаевъ гипопластической матки съ атрезіей выше внутренняго маточнаго зѣва. При діагностикѣ приняты во вниманіе: 1) пельвеоперитонитическія явленія и измѣненія придатковъ, какъ признаки внутренней менструаціи и 2) нормальный при зондированіи цервикальный каналъ при наличности несоотвѣтствія между длиной полости матки, опредѣленной зондомъ и длиной всей матки, опредѣленной двуручнымъ изслѣдованіемъ, 3) анамнезъ — отсутствіе регулъ и жалобы на ежемѣсячныя періодическія боли въ тазу. Предположительная діагностика подтверждена при операциі. Влагалищная целіотомія черезъ передній своль, выводъ матки кпереди и закрытіе брюшной полости путемъ пришиванія брюшины мочевого пузыря къ дну матки. Затѣмъ продольный разрѣзъ по передней стѣнкѣ матки (шейки и тѣла). Удаленіе кашицеобразнаго желто-бураго содержимаго полости матки, емкость которой оказалась очень незначительной. Вшиваніе слизистой оболочки влагалища съ обѣихъ сторонъ въ маточную полость. Зашиваніе разрѣза шейки матки. Такимъ образомъ конечнымъ результатомъ операциі является образованіе маточно-влагалищной фистулы выше мѣста атрезіи. Наблюденіе въ теченіе $2\frac{1}{2}$ лѣтъ заставляетъ считать этотъ приемъ вполнѣ рациональнымъ: менструаціи правильны, дисменоррейныхъ явленій нѣтъ, фистула выполняетъ свое назначеніе и пациентки весьма благодарны. Беременность вообще въ подобныхъ случаяхъ мало вѣроятна, но для полнаго обезпечиванія нужна попутная стерилизація женщины (резекція маточнаго конца фаллопиевыхъ трубъ).

Wiener klinische Wochenschrift, 1909.

343. M. Kessler. — *Ein neues Tamponadeinstrumentarium.* — *Новый инструментъ для тампонады.* (№ 5).

Иллюстрированное тремя рисунками описание прибора для тампонации матки, состоящего изъ зеркала Neugebauer'a и двухъ шипцовъ Museaux. Шипцы, имѣющіе *кривизну соответственно ложкамъ зеркала*, могутъ быть фиксированы къ ложкамъ, послѣ того какъ ими захвачены губы маточнаго зѣва. Преимущество: отсутствіе инороднаго тѣла на пути къ операціонному полю (въ противоположность обычнымъ пулевымъ шипцамъ) и свобода обѣихъ рукъ оператора. Инструментарій изготовляется: Lemberg. Instrumentenfabrik Leon Georgeon.

344. Prof. F. Chvostek. — *Die menstruelle Leberhyperämie.* — *Менструальная гиперемія печени.* (№ 9).

Клиническія наблюденія цѣлаго ряда случаевъ, убѣждаютъ въ наличности извѣстныхъ взаимоотношеній между функціями женскихъ половыхъ органовъ и печени. Взаимоотношенія эти во время беременности еще не ясны, такъ какъ затемняются побочными влияніями (продукты обмена веществъ плода). Но во время менструаціи постоянно, почти безъ исключенія, наблюдается увеличеніе печени, которое опять исчезаетъ съ прекращеніемъ регуль. Это менструальное увеличеніе печени обуславливается ея гипереміей, вызываемой влияніемъ продуктовъ внутренней секреціи яичниковъ.

345. A. Siding. — *Tabes dorsalis mit Haematemesis und Herpes zoster atypicus während der Verlaufs und Milchsekretion bei einer 62-jährigen Frau.* — *Секреція молочныхъ железъ у 62-лѣтней женщины, страдающей Tabes dorsalis, Haematemesis и Herpes zoster atypicus.* (№№ 8—9).

На основаніи клинической исторіи болѣзни, авторъ излагаетъ патологию аномаліи лактаціи, именно поздней лактаціи. Въ наблюдавшемся случаѣ S. отрицаетъ категорически зависимость секреціи молочныхъ железъ отъ внутренней секреціи яичниковъ и склоненъ видѣть въ поздней лактаціи рефлекторный неврозъ на почвѣ табетическаго пораженія брюшнаго симпатич. сплетенія. Клинически неврозъ этотъ проявился въ желудочно-кишечныхъ кровоизліяніяхъ и распространенномъ herpes zoster, при высокой степени атрофіи яичниковъ.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909.

346. Prof. H. Fritsch. — *Zur geburtshülflichen antiseptischen Prophylaxe.* — *Къ акушерской антисептической профилактики.* (№ 8).

Не поддающаяся краткому реферированію критическая статья по поводу статьи Krönig'a, помѣщенной въ Münch. Med. Woch. 1908. № 47. Особое вниманіе обращено на дезинфекцію промежности. Въ этомъ отношеніи авторъ не согласенъ съ Krönig'омъ, предлагающимъ вовсе не дезинфицировать промежности и наружныхъ половыхъ органовъ. Prof. Fritsch остается при своемъ прежнемъ

убѣжденіи, что промежность и нар. genitalia профилактически обязательно должны быть дезинфицированы. Къ изслѣдованію черезъ прямую кишку авторъ относится отрицательно. Между прочимъ авторъ отмѣчаетъ выгоду зашиванія промежности тотчасъ послѣ рожденія плода, въ теченіе послѣдоваго періода. Въ вопросѣ о раннемъ вставаніи родильницъ авторъ является сторонникомъ прежняго режима, не видя пользы отъ ранняго вставанія, но усматривая въ немъ неблагоприятные моменты, могущіе отразиться на дальнѣйшемъ состояніи половыхъ органовъ женщины.

347. O. Yäger. — *Was leistet die Behandlung der puerperalen Mastitis mit Saugapparaten?* — О леченіи пuerперального мастита застойной гипереміей. (№ 14).

Правильно примѣняемое леченіе пuerперального мастита застойной гипереміей по Б и р у имѣетъ преимущества передъ всѣми другими лечебными мѣропріятіями, но для полученія хорошихъ результатовъ необходимо технически правильное пользованіе аппаратомъ. Въ особенности слѣдуетъ остерегаться слишкомъ интенсивнаго присасыванія, такъ какъ при этомъ легко наступаютъ расстройства питанія тканей въ окружности воспалительнаго очага съ послѣдовательнымъ образованіемъ абсцессовъ. Послѣ разсасыванія инфильтрата нужны повторные сеансы въ теченіе нѣсколькихъ дней для профилактики рецидива.

Berliner klinische Wochenschrift. 1909.

348. Prof. A. Dürrssen. — *Die Laparo-Kolpohysterotomie (eine Kombination der Ritgen'schen Gastro-Elytrotomie und des vaginalen Kaiserschnitts) als neue Therapie des engen Beckens.* — Laparo-Kolpohysterotomia, какъ новый методъ въ терапіи узкаго таза. (№ 5).

Предлагаемый авторомъ новый способъ терапіи узкаго таза состоитъ изъ комбинаціи гастро-элитротоміи Ritgen'a и влагалишнаго кесарскаго сѣченія. Разрѣзъ брюшной стѣнки параллельно пупартовой связкѣ, отсепаровка мочевого пузыря и открытіе нижняго сегмента матки *внѣбрюшинно* (—лапаротомія). Затѣмъ медиальный разрѣзъ нижняго сегмента матки и продолженіе этого разрѣза на переднюю стѣнку влагалища какъ при влагалишномъ кесарскомъ сѣченіи (—кольпогистеротомія). Ребенокъ извлекается черезъ маточно-влагалишный разрѣзъ и брюшную рану, экстраперитонеально. Послѣдъ удаляется черезъ влагалище (выжиманіе; со стороны влагалища также пунктируется плодный пузырь). Маточно-влагалишный разрѣзъ зашивается вагинально, затѣмъ зашивается брюшная рана. Преимущества способа: вполнѣ экстраперитонеальныя манипуляціи, отсутствіе надобности Тренделенбургскаго положенія, а потому уменьшеніе опасности эмболій и, наконецъ, возможность примѣненія дренажа черезъ влагалище. Авторъ предлагаетъ пользоваться влагалишнымъ кесарскимъ сѣченіемъ при препятствіяхъ со стороны мягкихъ частей, при препят-

ствіяхъ же стороны костнаго кольца имѣть въ виду лапаро-кольпогистеротомію. Эта операція съузить сферу примѣненія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, классическаго кесарскаго сѣченія (и въ чистыхъ случаяхъ), гѣбостеотоміи, перфорациі живого ребенка, профилактическаго поворота и высокихъ щипцовъ. Приводя цитату изъ легенды о рожденіи Будды, авторъ указываетъ на сходство появленія его на свѣтъ изъ утробы матери съ появленіемъ на свѣтъ ребенка при операціи *laparo-colpo-hysterotomia*, которую онъ предлагаетъ сокращенно называть «*Buddhageburt*» (роды Будды). Статья иллюстрирована шестью фотограммами.

349. A. Hirschberg.—*Ueber Corpuscarcinom bei Virgines.*—*Ракъ тѣла матки у дѣвственницъ.* (№ 8).

Статистика показываетъ, что наибольшій % заболѣваемости ракомъ матки дають рожавшія женщины. Часто наблюдается ракъ матки у нерожавшихъ женщинъ, т. е. дѣвственницъ въ клиническомъ смыслѣ, тогда какъ ракъ тѣла матки у дѣвственницъ въ анатомическомъ смыслѣ (*virgo intacta*) является очень рѣдкимъ наблюденіемъ. Въ случаѣ автора у 60-лѣтней *virgo intacta*, послѣ менопаузы, при наличности старческой атрофіи внутр. гениталія, развилась въ малой атрофической маткѣ карцинома тѣла матки. Раковый процессъ заподозрѣнъ при изслѣдованіи по поводу кровянистыхъ влагалищныхъ выдѣленій (которыя сначала объяснялись старческимъ кольпитомъ). Диагностика установлена микроскопированіемъ выскобленной слизистой оболочки матки. Экстирпація матки путемъ лапаротоміи (проф. Nagel).

350. Prof. L. Blumreich.—*Zur Reform der Placenta praevia—Therapie.*—*Къ реформѣ въ терапіи placenta praevia* (№ 9).

На основаніи своего матеріала изъ 74 случаевъ авторъ приходитъ къ заключенію, что въ терапіи предлежанія послѣда только при необычно сильной ригидности шейки матки показано кесарское сѣченіе, именно въ видѣ *надлобковаго внѣбрюшиннаго* сѣченія. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ всегда примѣнимы разрывъ пузыря, поворотъ по Braxton-Hicks'у (или метрейризмъ). Изгнаніе плода предоставляется силамъ природы.

351. S. Kaminer.—*Hat die Ophthalmoreaction für die Prognosenstellung bei der Schwangeren Bedeutung?*—*Имѣетъ ли значеніе офтальмореакція для прогноза у туберкулезныхъ беременных?* (Ibidem).

На поставленный въ заглавіи вопросъ авторъ отвѣчаетъ, что въ настоящее время еще нѣтъ возможности на основаніи офтальморекціи рѣшать вопросъ о показаніяхъ къ абарту у туберкулезныхъ беременных. Нужны дальнѣйшія изслѣдованія.

352. G. Binder.—*Zur Behandlung der Placenta praevia.*—*Къ терапіи предлежанія послѣда.* (Ibidem).

Краткая замѣтка о наблюденіяхъ автора надъ примѣненіемъ по-

ворота и низведенія ножки плода при placenta praevia. (Выводовъ нѣтъ).

353. I. Sonnenfeld.—*Zur Technik und Indication der Retroflexionsoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Vaginifixura uteri.*—*Къ технику и показанію къ операціи ретрофлексіи матки съ особеннымъ обращеніемъ вниманія на vaginifixura uteri* (№ 14).

Влагалищное укрѣпленіе матки при правильной техникуѣ является совершенно безопасной операціей. Во избѣжаніе возможныхъ дальнѣйшихъ осложненій при родахъ необходимо изолированно зашивать брюшину—тогда получается серо-серозное (а не фиброзно-серозное) сращеніе, которое впоследствии не можетъ причинить никакихъ осложненій. Показанія строго индивидуализируются, послѣ испытанія другихъ мѣропріятій (пессарій). У дѣвственницъ съ б. ч. врожденными ретрофлексіями авторъ вовсе отклоняетъ оперативное вмѣшательство—во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ.

354. Prof. R. Freund.—*Zur placentaren Eklampsie - Actiologie.*—*Къ плацентарной этиологіи эклампсіи.* (№ 15).

На основаніи многочисленныхъ опытовъ на животныхъ и клиническихъ наблюденій авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Свѣжій сокъ прессованной плаценты инактивируется при нагрѣваніи до 56° въ теченіи получаса. Активность свѣжаго плацентнаго сока непостоянна и исчезаетъ часто по прошествіи нѣсколькихъ дней и даже нѣсколькихъ часовъ. Опыты съ переваривающей силой плацент. сока дали 8 разъ (изъ 12-ти) положительный результатъ и 4 раза отрицательный. Аналогичное дѣйствіе проявляютъ соки железистыхъ органовъ (селезенка, печень, почки, поджелуд. железа). Соки нежелезистыхъ органовъ (мышцы, мозгъ) не проявляютъ никакого дѣйствія при внутреннихъ инъекціяхъ. Ферментативное дѣйствіе сока тѣмъ сильнѣе, чѣмъ полнѣе раздавливаніе клѣтокъ при спрессованіи плаценты. Человѣческая плацента является железистымъ органомъ съ чрезвычайно обильнымъ содержаніемъ ферментовъ и, повидимому, другихъ активныхъ веществъ, которыя еще мало изучены. Эти вещества могутъ попадать въ кровь матери и проявлять свое дѣйствіе въ стдаленнѣйшихъ органахъ. Симптомокомплексъ, обусловливаемый интравенозными инъекціями сока прессованной плаценты, вызывается ядовитымъ дѣйствіемъ этого сока, который повидимому, проявляетъ полиферментативное дѣйствіе.

С. Зарѣцкій.

Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. B. 13, H. 1. 1908.

355. M. Ogata.—*Beckenmessungen an lebenden Japanerinnen.*—*Измѣренія таза на живыхъ японкахъ.*

Желая положить научныя основанія родовспоможенію въ Японіи,

проф. Ogata еще въ 90-хъ годахъ занялся установленіемъ нормальныхъ размѣровъ таза японскихъ женщинъ. Въ 1896 г. онъ съ своимъ ученикомъ Ra g a h a s c h i опубликовалъ 500 точныхъ измѣреній тазовъ изъ своей клиники въ Токио и затѣмъ съ ассистентомъ Futogava продолжалъ измѣренія, сдѣлавъ ихъ болѣе нѣсколькихъ тысячъ. Средніе размѣры таза японской женщины, по Ogata: con. ext. 18,5 см.; d. sp. 23,0; dist. cr. 26,0; dist. troch. 28,0; косою разм. 20,7; с. vera 10,7 см. Узкіе тазы въ Японіи очень рѣдки: на 1000 случаевъ Ogata встрѣтилъ только 1 женщину съ плоскимъ рахитическимъ тазомъ и 1—съ кососъуженнымъ. Въ общемъ, средніе размѣры таза японскихъ женщинъ меньше, чѣмъ таковыя женщинъ нѣмецкихъ; значительное вліяніе на размѣры таза у первыхъ оказываетъ физическій трудъ, способствуя ихъ увеличенію.

356. К. Franz.—*Zur Entwicklung des knöchernen Beckens nach der Geburt.*— *Къ развитію костнаго таза послѣ рожденія.*

Цѣлью экспериментальныхъ изслѣдованій Franz'a было выяснить, какъ измѣняется форма костнаго таза у ягнятъ и какъ вліяютъ на развитіе ихъ таза половые органы. Авторъ нашелъ, что тазы новорожденныхъ ягнятъ не обнаруживаютъ явственныхъ половыхъ различій. Тазы выросшихъ ягнятъ замѣтно различаются соотвѣтственно полу своею величиною, объемомъ полости и толщиной костей. Послѣ кастраціи новорожденныхъ ягнятъ ростъ костей таза замедляется; эпифизы ихъ состоятъ изъ хряща. Тазы кастрированныхъ ягнятъ, какъ мужскаго, такъ и женскаго пола меньше, чѣмъ у ягнятъ не кастрированныхъ. Полость малаго таза у кастрированныхъ самцовъ объемистѣе, чѣмъ у некастрированныхъ, а у кастрированныхъ овечекъ менѣе объемиста, чѣмъ у некастрированныхъ. Мужскіе и женскіе тазы отъ кастрированныхъ животныхъ очень похожи другъ на друга, половыя различія выражены въ нихъ очень неясно—въ мужскихъ тазахъ нѣкоторымъ утолщеніемъ костей. При удаленіи у новорожденныхъ овечекъ матки развитіе таза не нарушается. Если при кастраціи новорожденныхъ овечекъ остается очень незначительная часть яичника на обѣихъ или только на одной сторонѣ, то ея бываетъ достаточно для нормальнаго развитія таза. Половыя различія таза обусловливаются половыми железами. По удаленіи половыхъ железъ въ юношескомъ возрастѣ развиваются тазы, по типу своему стоящіе по срединѣ между мужскими и женскими тазами.

357. К. Hegar.—*Anatomische Untersuchungen an nulliparen Uteris mit besonderer Berücksichtigung der Entwicklung der Isthmus.*— *Анатомическія изслѣдованія на нерожавшихъ маткахъ съ особеннымъ обращеніемъ вниманія на развитіе Isthmus.*

Изслѣдованіями Aschoffa и Hartmann'a было установлено, что микроскопически опредѣляемый внутренній зѣвъ не всегда точно со-

отвѣтствуетъ внутреннему зѣву макроскопическому. Поэтому Aschoff снова выдвинулъ предложеніе, сдѣланное еще раньше Sarrey'емъ, Werth'омъ, Veit'омъ, Küstner'омъ, Rosthorn'омъ и др.—дѣлать маточную полость на 3 части: тѣло, перешеекъ (isthmus) и шейку. Hegar задался цѣлью на большомъ числѣ матокъ отъ нерожавшихъ выяснитъ состояніе этого перешейка въ различные стадіи развитія. Всего имъ изслѣдовано 27 матокъ, въ самой ранней стадіи отъ 7-мѣсячнаго плода и дѣвочки 5 нед., самой старой—отъ дѣвицы 43 лѣтъ. Hegar нашелъ, что на дѣвственныхъ, гесп. не рожавшихъ маткахъ слѣдуетъ анатомически отграничить пространство, лежащее между тѣломъ и шейкой—isthmus. Это пространство макроскопически по своимъ размѣрамъ принадлежитъ къ шейкѣ. Микроскопически его нижнюю границу составляетъ мѣсто исчезновенія типической слизистой оболочки шейки: os histologicum. Верхняя граница имѣетъ макроскопически опознавательныя точки: мѣсто прикрѣпленія передней брюшины, мѣсто вступленія маточныхъ сосудовъ, переходъ узкаго канала шейки въ расширенную полость, мѣсто перегиба матки. Нлиболѣе ясно какъ макро- такъ и микроскопически isthmus выраженъ на дѣтскихъ и недоразвитыхъ, сохранившихъ дѣтскую форму маткахъ. Чѣмъ болѣе матка приближается къ зрѣлой формѣ, тѣмъ менѣе ясно выступаетъ анатомическій isthmus, какъ обособленный отдѣлъ матки.

358. Pankow.—*Die Appendicitis beim Weibe und ihre Bedeutung für die Geschlechtsorgane.*—*Аппендицитъ у женщины и его значеніе для половыхъ органовъ.*

Матеріаломъ для изслѣдованія Pankow'у служили 150 червеобразныхъ отростковъ, удаленныхъ при гинекологическихъ операціяхъ въ клиникѣ Krönig'a. Эти отростки были изслѣдованы частью имъ лично, частью въ Фрейбургскомъ Патологическомъ Институтѣ подъ руководствомъ проф. Aschoffa. Въ своей весьма обстоятельной работѣ Pankow разбираетъ сначала нормальную анатомію и физиологію червеобразнаго отростка, его патологическую анатомію, частоту его заболѣванія у женщинъ, связь аппендицита съ воспалительными заболѣваніями придатковъ въ различныхъ сочетаніяхъ, вліяніе аппендицита на безплодіе и значеніе хроническаго аппендицита для гинекологіи, иллюстрируемое большимъ числомъ клиническихъ наблюденій.

На основаніи изслѣдованій своего матеріала Pankow приходитъ къ заключенію, что около 60% всѣхъ оперированныхъ женщинъ чадороднаго возраста перенесли аппендицитъ, который вообще имѣетъ большое значеніе для развитія гинекологическихъ заболѣваній. Уже давно авторами, занимавшимися вопросомъ объ аппендицитѣ, было признано необходимымъ при всякомъ чревосѣченіи осматривать червеобразный отростокъ и въ случаѣ болѣзненныхъ измѣненій удалить его. Но по макроскопическому виду, полагаетъ Pankow, рѣшить съ.

достоверностью, здоровъ ли или нѣтъ червеобразный отростокъ, невозможно, почему онъ стоитъ за профилактическое удаленіе червеобразнаго отростка при всякомъ чревосѣченіи; профилактическое удаленіе червеобразнаго отростка является въ особенности цѣлесообразнымъ, если имѣть въ виду отношеніе аппендицита къ беременности и воспаленію слѣпой кишки. Этимъ осложненіямъ и ихъ леченію въ различныхъ стадіяхъ процесса Rankow посвящаетъ послѣднія главы своего труда. Въ виду необходимости профилактическаго удаленія червеобразнаго отростка абдоминальное чревосѣченіе, по заключенію автора, должно предпочитаться влагалишному.

359. Seitz.—*Ueber die Form der Ureteren, speziell bei Föten und Neugeborenen.*—*Форма мочеточниковъ, специально у плодовъ и новорожденныхъ*

Мочеточникъ принято вообще считать за цилиндрическую трубку равномерной толщины, не имѣющую на своемъ протяженіи отъ почки до мочеваго пузыря расширеній или суженій. Встрѣчающіеся расширенія или стенозы считаютъ обычно за патологическія явленія. Между тѣмъ еще въ 1896 г. Schwalbe утверждалъ, что у человека мочеточникъ и при нормальныхъ условіяхъ обнаруживаетъ 2 веретенообразныхъ расширенія: одно—въ pars abdomin. надъ входомъ въ тазъ и 2-е—въ p. pelvina, такъ что просвѣтъ мочеточника имѣетъ три суженныхъ мѣста: у почечныхъ лоханокъ у l. innominata и у мѣста вхожденія въ пузырь. Seitz провѣрилъ это утверженіе на 50 вскрытыхъ трупахъ новорожденныхъ, у 35 доношенныхъ или почти доношенныхъ новорожденныхъ онъ нашелъ форму мочеточника совершенно такую, какъ описалъ ее Schwalbe. Чтобы прослѣдить, съ какого времени внутри-утробной жизни обнаруживаются веретенообразныя расширенія мочеточниковъ, Seitz изслѣдовалъ большое число плодовъ и нашелъ, что у плодовъ около 30 см. длины, слѣдов. къ началу 7-го мѣс. мочеточникъ представляетъ равномерно толстую трубку, и чѣмъ старше плодъ, тѣмъ яснѣе выступаютъ веретенообразныя расширенія и суженія мочеточника. Веретенообразныя расширенія начинаютъ появляться ко времени, когда тазъ углубляется и рѣзче выступаетъ lin. innominata. Причиной суженія мочеточника на этомъ мѣстѣ несомнѣнно является прижатіе его къ краю таза, суженіе же его при вхожденіи въ пузырь обусловливается обхватываніемъ тканью пузыря. Расширеніе же образуется по тѣмъ же законамъ, какъ вообще всѣ патологическія расширенія выше мѣста суженія.

360. Jacobi.—*Zum Geburtsverlauf beim engen Becken.*—*Теченіе родовъ при узкомъ тазѣ.*

Съ 1 января 1901 г. по іюль 1907 г. въ Strassburg'ской клиникѣ (проф. Fehling) наблюдалось 302 родовъ при узкомъ тазѣ. Плоскихъ тазовъ было 148, общесуженныхъ равномерно 106, обще-

суженныхъ плоскихъ 48. Произвольно роды окончились въ 159 случаяхъ, что составляетъ 52,64%; смертность дѣтей при нихъ 6=3,77%, смертность матерей—0, болѣло 2 родильницы. Предѣльною границею произвольныхъ родовъ былъ общесъуженный тазъ у 1-рага съ размѣрами: 23,5; 26,5; 17,5 *con. ext.*; 9,0 *c. d.* и 7,0 *cm. con. vera.* Плодъ 2800,0 вѣсомъ, 48¹/₂ см. длины; большая окружность головки 35,5 см.; *dist. bipariet.* 8,5.

Оперативное пособіе потребовалось въ 143 случаяхъ: въ 20 случаяхъ были наложены типическіе щипцы (14 у I-р. и 6—M-р.; 0% смертности матерей, 1 ребенокъ умеръ на 5-й день). Высокіе щипцы *Tagnier* были наложены въ 15 случаяхъ при равномѣрносуженныхъ тазахъ (въ 1-мъ при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ), при чемъ въ 5 случаяхъ наложеніе оказалось безуспѣшнымъ и роды пришлось кончить въ 1 случаѣ гебостеотоміей и въ 4-хъ прободеніемъ головки плода. Матери въ остальныхъ 10 случаяхъ всѣ выписались, дѣтей выписалось 9, умеръ 1. Прободеніе головки плода было сдѣлано въ 24 случаяхъ, всѣ на мертвыхъ или только что умершихъ плодахъ; 0% смертности матерей. Поворотъ—не профилактической, который въ *Strassb.* клиникѣ при срочныхъ родахъ не примѣняется,—былъ произведенъ въ 15 случаяхъ. Дѣтей погибло 5, матерей 0. При 47 искусственныхъ преждевременныхъ родахъ также въ 15 случаяхъ былъ произведенъ поворотъ, въ томъ числѣ 2 раза профилактической. Изъ общаго числа 47 родившихся при искусств. преждевременныхъ родахъ дѣтей было выпущено живыми 67,44%, средній вѣсъ дѣтей былъ 2478,0. Гебостеотомія была произведена въ 23 случаяхъ, 15—по *Döderlein*'у, 7—по *Bumm*'у и 1—по *Schickele*. Дѣтская смертность 21,75%, материнская—4,34%. Кесарское сѣченіе по относительному показанію при правильныхъ тазахъ было произведено 13 разъ (4—I р. и 9 M. р.); въ 7 случаяхъ кес. сѣченіе было произведено при неправильныхъ тазахъ, въ томъ числѣ 5 разъ по абсолютному показанію. Клиническая смертность дѣтей 0%, матерей 15%, послѣоперационный періодъ у большинства протекалъ съ осложнениями. Общая смертность дѣтей при оперативномъ родоразрѣшеніи 24%, материнская 1,32%. Веденіе родовъ въ *Strassb.* клиникѣ индивидуализируется, беременной предоставляется свободное право выбора между преждевременнымъ прерываніемъ беременности и поздней серьезной операцией безъ склоненія ея на послѣднюю, въ особенности при беременности внѣбрачной.

Показанія формулируются вкратцѣ такъ: у I-р.—выжиданіе; если является необходимость вмѣшательства, то дѣлается выборъ между высокими щипцами, тазорасширяющей операцией и кесарскимъ сѣченіемъ.

У M-р. анамнезъ и рѣшеніе ея во время беременности даетъ указаніе, держаться ли выжидательно, или же профилактически вызвать

искусственные преждевременные роды, къ которымъ иногда бываетъ необходимо присоединить гебостеотомію. Если имѣется конечный срокъ беременности и роды въ ходу, то послѣ возможно продолжительнаго выжиданія при показаніи слѣдуетъ попытаться наложить высокіе щипцы. Смотря по асептичности полового канала и степени суженія таза выступаютъ на выборъ гебостеотомія и кесарское сѣченіе.

361. Stern. — *Über die sogenannte «Myomkapsel».* — О такъ называемой «капсулѣ міомъ».

Stern изслѣдовалъ 70 міомъ, полученныхъ путемъ операциі въ Heidelberg'ской клиникѣ, чтобы выяснитъ способъ ихъ соединенія съ тканью матки. Изслѣдовались всѣ шаровидныя міомы, какъ подбрюшинныя, такъ и подслизистыя и въ особенности межучточныя, отъ самыхъ незначительныхъ въ 0,2 — 0,4 mm. въ поперечникѣ до очень крупныхъ. На основаніи своихъ изслѣдованій авторъ пришелъ къ заключенію, что соединительно-тканной или мышечной капсулы у міомъ не существуетъ; легкая вылуцаемость міомъ, которая разсматривается какъ инкапсуляція ея, обусловливается разрыхленіемъ ея окружности съ образованіемъ пластовъ и раздѣляющихъ пространствъ. Этого разрыхленія при самыхъ маленькихъ міомахъ по большей части не бываетъ, оно начинаетъ развиваться обычно лишь тогда, когда міома достигаетъ 1 mm. въ поперечникѣ. Самыя маленькія міомы уже строго отграничены; нахожденіе ихъ облегчается различіемъ ихъ мышечныхъ клѣтокъ и ядеръ отъ таковыхъ же ткани матки и бѣдностью содержанія эластической ткани. Въ видѣ исключенія наблюдаются и болѣе крупныя міомы, которыя болѣе диффузно переходятъ въ окружающія ткани. Можетъ быть эти опухоли особаго рода, — именно, міомы сосудистыхъ стѣнокъ.

Beiträge. V. 13. N. 2.

362. B. Schultze. — *Lagerung der gebärenden Frau, Lendenebiegsamkeit und austreibende Kraft.* — Положеніе роженицы, гибкость позвоночника и изгоняющая сила.

Въ настоящее время роженица обычно принимаетъ положеніе или на боку, или на спинѣ. Положеніе на боку имѣетъ то удобство, что роженица не видитъ приготовленій и озабоченныхъ лицъ врача и акушерки, но предпочтительнѣе, по мнѣнію Schultze, въ особенности въ отношеніи сохраненія промежности у I-р., является положеніе на спинѣ. Особенное значеніе Schultze придаетъ выпрямленію (выгибанію) позвоночника: чѣмъ болѣе выражено выгибаніе позвоночника у женщины, лежащей на спинѣ, тѣмъ болѣе подъ косымъ угломъ наступаетъ на промежность головка, продвигаемая сокращеніями матки, благодаря чему меньше напрягается промежность и легче происходитъ выходъ головки. Для выгибанія позвоночника Schultze пользуется пальстеромъ, подкладываемымъ подъ поясницу. Вопросомъ о

степени сгибаемости позвоночника въ сагитальномъ направленіи. Schultze занимался еще въ 1865 г. путемъ точныхъ измѣреній на трупахъ съ помощью особаго устроеннаго имъ прибора, описаніе котораго, такъ же какъ и полученные результаты, онъ приводитъ. Сгибаніе позвоночника, наприм., при положеніи съ возвышеннымъ тазомъ неблагопріятно, по выводамъ Schultze, для родовъ, такъ какъ при этомъ вслѣдствіе приближенія мыса отклоняется къзади крестецъ и сѣдалищныя кости, благодаря чему увеличивается напряженіе мягкихъ частей промежности.

363. Bayer. — *Über wahres und scheinbares Zwittertum.* — *Истинный и кажущійся гермафродитизмъ.*

Статья критическаго характера содержитъ разборъ нѣкоторыхъ вопросовъ, возникшихъ у Bayer'a при ознакомленіи съ книгою F. Neugebauer'a „Гермафродитизмъ у человѣка“. Первый вопросъ: существуютъ ли случаи, въ которыхъ опредѣленіе пола даже при анатомическомъ изслѣдованіи или какъ разъ при немъ не представляется возможнымъ?—Это бываетъ при безполыхъ существахъ или же при настоящемъ гермафродитизмѣ. Но гермафродитизма въ настоящемъ смыслѣ, по заключенію Bayer'a, у человѣка не бываетъ.

2-й вопросъ: бываютъ ли случаи, въ которыхъ опредѣленіе пола при анатомическомъ изслѣдованіи было бы легко, но при обыкновенномъ врачебномъ изслѣдованіи представляетъ затрудненія? Къ нимъ, за немногими исключеніями, принадлежатъ почти всѣ случаи ложнаго гермафродитизма, сообщенныя Neugebauer'омъ. Рѣшающее значеніе для опредѣленія пола имѣеть, конечно, характеръ клѣтокъ половыхъ железъ. Остановившись далѣе довольно подробно на опредѣленіи понятія объ истинномъ и ложномъ гермафродитизмѣ, Bayer приходитъ къ заключенію, что истинный и ложный гермафродитизмъ слѣдуетъ строго разграничивать другъ отъ друга; поэтому, соответственно содержанію, заглавіе книги Neugebauer'a должно быть не «Гермафродитизмъ у человѣка», а «ложный гермафродитизмъ у человѣка».

364. Schickele. — *Die retinierten Eiveste und die sogenannten Placentarpolypen.* — *Задержавшіеся остатки плоднаго яйца и такъ называемые плацентарныя полипы.*

Въ теченіе послѣднихъ лѣтъ Schickele собралъ изъ матеріала Strassburg'ской клиники много случаевъ съ задержкою послѣ родовъ или выкидышей частей плоднаго яйца. Всѣ эти случаи онъ дѣлитъ на 3 группы: къ первой онъ относитъ случаи съ задержкою неизмѣненныхъ частей плаценты или оболочекъ; они характеризуются кровотечениями вскорѣ послѣ родовъ; удаленные остатки съ анатомической стороны не представляютъ ничего интереснаго. Ко второй группѣ относятся почти исключительно выкидыши, характеризующіеся непра-

вильными кровотечениями или менорагіями. Удаленныя частицы состоятъ изъ кусочковъ слизистой оболочки, децидуальной ткани и иногда ворсинъ. Наибольшій интересъ представляетъ 3-ья группа съ т. называемыми, хотя и неправильно, плацентарными полипами. Эти образования задерживаются въ маткѣ по недѣлямъ и мѣсяцамъ, вызываютъ большей частью повторныя и необильныя кровотечения и иногда изгоняются произвольно. Достигаютъ они величины куриного яйца, состоятъ изъ крови и фибрина, иногда кромѣ того изъ отпадающей оболочки и ворсинъ, эктодерма которыхъ находится въ состояніи разращенія. Подробное описаніе этихъ образований Schickele иллюстрируетъ микроскопическими рисунками. Рассмотрѣвъ обстоятельно, какъ образуется плацентарный «полипъ» и въ какомъ отношеніи онъ находится къ хоріоэпителиомѣ, Schickele приходитъ къ выводу, что возникновеніе послѣдней изъ «плацентарнаго полипа» мало вѣроятно. Разращеніе клѣтокъ эктодермы не выходитъ за предѣлы задержанныхъ остатковъ. Это надо имѣть всегда въ виду, дабы не прибѣгать къ напрасному удаленію матки тамъ, гдѣ достаточно лишь удаленія задержанныхъ остатковъ плоднаго яйца. Конечно, въ такихъ случаяхъ необходимо тщательное повторное клиническое изслѣдованіе.

365. Schickele. — *Zur Frage des habituellen Fruchttodes.* — *Къ вопросу привычной смерти плода.*

Въ качествѣ причинъ привычнаго умиранія плода считается обычно сифилисъ и нефритъ. Въ качествѣ новой причины, имѣющей анатомическое основаніе, Schickele приводитъ наблюдавшееся имъ въ одномъ случаѣ доброкачественное разращеніе эктодермальнаго слоя ворсинъ и одновременный или вслѣдствіе этого разращенія возникшій тромбозъ межворсинчатыхъ пространствъ. Ближайшей причины такого разращенія Schickele не выясняетъ. Подобныя разращенія, по мнѣнію Schickele, проливаютъ новый свѣтъ и на возникновеніе нѣкоторыхъ выкидышей и преждевременныхъ родовъ, на задержку плоднаго яйца въ маткѣ, на преждевременное отдѣленіе нормально прикрѣпленнаго послѣда, на недостаточное отдѣленіе плаценты въ послѣдовомъ періодѣ и на приращеніе ея.

366. Ogata. *Ueber Altersveränderungen des Uterus.* — *Измѣненія матки въ зависимости отъ возраста.*

Ogata въ своихъ изслѣдованіяхъ разрабатываетъ 2 вопроса. 1-й касается состоянія мышечныхъ фибриллъ въ маткахъ различнаго возраста, времени ихъ появленія и исчезновенія. 2-й вопросъ затрагиваетъ измѣненія въ старческомъ возрастѣ того отдѣла матки, который Aschoff обозначаетъ именемъ isthmus.

Для выясненія вопроса о міофибриллахъ были изслѣдованы 32 женскихъ матки отъ зародышеваго до старческаго возраста, а также

матки кроличихъ и собакъ. Авторъ нашелъ, что мышечная стѣнка матки состоитъ—не считая нервовъ и сосудовъ—изъ двухъ, генетически независимыхъ другъ отъ друга образований—мышечныхъ волоконъ и поддерживающей основы. Последняя является исключительно продуктомъ фибропластическихъ элементовъ, безъ всякаго участія мышечныхъ волоконъ. Что касается собственно миофибриллъ, то дифференцировка ихъ начинается лишь въ периодѣ зрѣлости и достигаетъ высшей степени въ созрѣвшемъ въ половомъ отношеніи организмѣ. Миофибриллы принимаютъ, повидимому участіе и въ гипертрофіи матки при беременности, при чемъ теряютъ ясныя очертанія. При послѣродовомъ обратномъ развитіи уменьшившіяся миофибриллы снова становятся болѣе рѣзко выраженными. По прекращеніи менструальной дѣятельности начинается и постепенно прогрессируетъ—до окончательнаго исчезновенія—уменьшеніе числа миофибриллъ при одновременномъ уменьшеніи всего клѣточного тѣла. Исчезновеніе миофибриллъ наблюдается не во всѣхъ слояхъ матки одновременно, долѣе всего они держатся въ наиболѣе поверхностныхъ и наиболѣе внутреннихъ слояхъ.

Относительно 2-го вопроса Ogata приходитъ къ заключенію, что и на старческихъ маткахъ слѣдуетъ различать 3 отдѣла: тѣло, isthmus и шейку. Такое дѣленіе тѣмъ болѣе необходимо, что именно въ старческомъ возрастѣ isthmus отличается своею склонностью къ особеннымъ измѣненіямъ.

367. Mayer. Ueber seltene Besonderheiten der Pelveocellulitis.—*Рѣдкія особенності воспаления тазовой клетчатки.*

Описаніе 2-хъ случаевъ: Въ 1-мъ у 45-лѣтней, рожавшей 6 разъ женщины при нормальной величины маткѣ, отклоненной кзади, прощупывалась въ верхней части правой широкой связки плотная, мало подвижная опухоль, состоявшая изъ рѣзко ограниченныхъ узловъ отъ орѣха до яйца величиною. Опухоль была принята за злокачественное новообразованіе; сдѣланное чревосѣченіе однако показало, что опухоль была образована плотнымъ воспалительнымъ выпотомъ безъ нагноительныхъ гнѣзлъ. Во 2-мъ случаѣ у 35-лѣтней женщины воспалительный процессъ въ основаніи широкой связки и въ окружности прямой кишки вызвалъ временную непроходимость кишекъ съ явленіями, похожими на ileus.

368. Krüger.—*Die Gewichtsverhältnisse in der Schwangerschaft.*—*Вѣсовыя отношенія во время беременности.*

Въ качествѣ практическихъ выводовъ своихъ изслѣдованій Krüger устанавливаетъ, что средній приростъ въ вѣсѣ за послѣдніе мѣсяцы беременности составляетъ больше, чѣмъ это соотвѣтствуетъ росту плода, матки и т. д. Прибыль въ вѣсѣ плода можетъ происходить иногда независимо отъ состоянія питанія матери, слѣдовательно,

на ея счетъ. Патологическія состоянія явственно отражаются на кривой вѣса. Постоянная убыль въ вѣсѣ всегда должна считаться болѣзненнымъ явленіемъ. При неукротимой рвотѣ, туберкулезѣ и др. заболѣваніяхъ стойкая потеря въ вѣсѣ даетъ указаніе на прерываніе беременности.

369. Hamm.—*Fall von Gonohämie beim Neugeborenen.*—*Случай гемококовія у новорожденнаго.*

Исходною точкою поступленія гонококковъ въ кровь явилось бленорройное воспаленіе лѣваго глаза, развившееся у новорожденнаго на 7-й день, не смотря на примѣненное, какъ всегда, впусканіе 2 капель 2 % раствора arg. nitr. въ оба глаза послѣ рожденія. Мать VII-р., съ 4-го мѣсяца беременности страдала рѣзью при мочеиспусканіи и обильными бѣлками. На 2-й день послѣ заболѣванія глаза у ребенка стали развиваться нарывы въ подкожной клѣтчаткѣ конечностей на разныхъ мѣстахъ. Гной изъ нихъ далъ чистую культуру гонококковъ. Бленоррея глаза быстро прошла, также и нарывы быстро заживали послѣ разрѣза и дренажа. Ребенокъ выписался съ матерью на 14-й день съ зажившими нарывами. При вторичномъ посѣщеніи чрезъ 8 мѣс. его мать однако рассказала, что нѣсколько дней спустя послѣ выписки у ребенка появилось воспаленіе лѣваго кистевого сустава, которое продолжалось нѣсколько мѣсяцевъ. Когда воспаленіе сустава стало проходить, развились общіе симптомы (отсутствіе аппетита, лихорадка) съ крапивницепоподобной сыпью по тѣлу. Явленія эти прошли чрезъ 2 недѣли. Осталась значительная атрофія лѣвой руки.

370. Engelhorn.—*Korpuskarzinom bei einer Dreiundzwanzigjährigen.*—*Ракъ тѣла матки у 23-лѣтней.*

23-лѣтняя nullipara deflorata была подвергнута выскабливанію вслѣдствіе кровотеченій. Выскабливались гомогенныя стекловидныя массы, при микроскопическомъ изслѣдованіи оказавшіяся adenocarcinoma corporis uteri. Матка была удалена путемъ чревосѣченія.

Изъ случаевъ опубликованныхъ съ несомнѣнно установленнымъ ракомъ тѣла матки больная автора является по возрасту самой молодой.

371. Holzbach.—*Studien über den feineren Bau des sezernierenden Uterus- und Tubenepithels.*—*Изслѣдованія относительно болѣе тонкаго строенія секреторнаго эпителия матки и трубъ.*

Изслѣдованія производились на животныхъ изъ породы грызуновъ (кроличихи, крысы), такъ какъ эпителиальныя клѣтки ихъ очень сходны съ таковыми у человѣка и кромѣ того эти животныя легко могутъ быть наблюдаемы въ различные періоды физиологической дѣятельности ихъ слизистой оболочки (течка). Holzbach подробно описываетъ наблюдавшіяся микроскопическія картины слизистой оболочки матки и трубъ въ періоды ихъ высшей секреторной дѣятель-

ности. По его заключенію, эпителий ни матки, ни трубъ не теряетъ при этой дѣятельности своихъ рѣсничекъ. То же самое относится къ эпителию предменструальной оболочки матки и Фал. трубъ у женщинъ. Далѣе, на основаніи своихъ изслѣдованій Holzbach признаетъ съ несомнѣнностью секреторный характеръ у палочкообразныхъ клѣтокъ эпителия. Такъ какъ увеличеніе числа этихъ клѣточныхъ элементовъ связано съ наиболѣе благоприятными условіями для продолженія рода—течкою, а, по утверженію нѣкоторыхъ авторовъ, и съ беременностью, то продуктъ этой секреціи можно смѣло признать за имѣющій специфическое значеніе для продвигающагося или вѣдряющагося яйца.

372. Democh Ida. — *Geburten bei alten Erstgebärenden.* —

Роды у пожилыхъ первородящихъ.

Предѣльнымъ возрастомъ, послѣ котораго первородящія считаются пожилыми, признается min. 27 лѣтъ, обыкновенно 30—32 г. Матеріаль автора составляетъ 150 случаевъ родовъ у I-р. въ возрастѣ отъ 27 до 34 лѣтъ и 40—въ возрастѣ отъ 35 и болѣе лѣтъ. У роженицъ I-й группы роды въ среднемъ продолжались 15 ч. 19 м. Щипцы были наложены 32 раза, что составляетъ 21,44%. Послѣдovый періодъ длился въ среднемъ 17 м. Операций на послѣдѣ (ручное удаленіе) было 2. Преждевременные роды были у 6. У роженицъ 2-й группы средняя продолжительность родовъ равнялась 17 час. Слѣдовательно, у роженицъ обѣихъ группъ продолжительность родовъ оказалась меньше обычно принимаемой у I-р. въ 24—28 час. Щипцы у роженицъ 2-й группы были наложены 10 разъ, вслѣдствіе слабости болей, гесп. ригидности мягкихъ частей. Недоношенные плоды (1 выкид.) у 4-хъ. Смертность матерей въ обѣихъ группахъ=0, заболѣваемость ничтожная (0,66%—2¹/₂%).

Разрывы промежности произошли у 35, при чемъ въ 17 случаяхъ при произвольныхъ родахъ. По мнѣнію автора, возрастъ имѣетъ мало значенія для теченія родовъ, и надо больше вниманія обращать не на него, а на образъ жизни, такъ какъ отъ него зависитъ мышечная сила и эластичность тканей, вліяющія на длительность родовъ. Эти 2 фактора и являются существенно различными въ теченіи родовъ у т. наз. пожилыхъ и молодыхъ роженицъ, но опредѣленнаго возраста, когда эти измѣненія наступаютъ, установить нельзя.

373. Oerl. — *Beiträge zur chirurgischen Behandlung Neugeborener.* — *Къ хирургическому леченію новорожденныхъ.*

Къ числу осложненій со стороны ребенка, съ которыми приходится имѣть дѣло акушеру при тяжелыхъ родахъ, кромѣ перелома конечностей принадлежатъ и вдавленія черепа. Въ 1903 г. Baumt предложилъ простой способъ устранять эти вдавленія съ помощью обыкновеннаго штопора. Въ 1905 г. опубликовалъ свои наблюденія

надъ такимъ же способомъ Vicarelli, который велъ ихъ съ 1898 г. Oeri сообщаетъ 3 случая вдавленія черепа, въ которыхъ онъ примѣнилъ этотъ способъ; 2 случая изъ нихъ кончились вполне удачно, почему онъ горячо рекомендуетъ этотъ способъ.

Для леченія перелома конечностей у новорожденныхъ, именно — плеча, Oeri предлагаетъ способъ подвѣщиванія поврежденной конечности; съ этой цѣлью проф. Herff устроилъ особый аппаратъ, описаніе и изображеніе котораго Oeri приводитъ. Этотъ способъ былъ примѣненъ въ клиникѣ проф. Herffa въ Basel'ѣ 2 раза: въ 1-мъ случаѣ выздоровленіе послѣдовало на 22-й день и во 2-мъ — на 14-й.

М. Порошинъ.

Wiener Klinische Wochenschrift, № 14.

374. W. Rosenfeld. — *Extraperitonealer Kaiserschnitt mit nachfolgender Antepositio cervicis uteri fixata.* — *Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе съ послѣдующей Antepositio cervicis uteri fixata.* (№ 16).

Описывается случай, гдѣ вслѣдствіе рахитическаго таза было произведено кесарское сѣченіе по способу Dr. Latzko. Операция прошла благополучно, послѣоперационный періодъ гладкій, выписалась на 14 день р. орег. При изслѣдованіи больной черезъ 5 недѣль послѣ операции найдено, что матка находится въ ретрофлексіи, выводится изъ этого положенія, но тотчасъ же снова западаетъ назадъ. Влагищная часть поднята и опредѣляется подъ лонной дугой, причѣмъ отодвинуть ее отъ передней брюшной стѣнки не удастся. Наполненный 200 cm. sol. ac. boricі мочевоу пузырь выдается справа отъ средней линіи, влагищная же часть при этомъ нисколько не смѣщается. Имѣется, слѣдовательно, antepositio uteri fixata и, какъ слѣдствіе, retroflexio uteri. А такъ какъ такое осложненіе послѣ операции представляетъ, по мнѣнію автора, препятствіе для послѣдующихъ родовъ, то авторъ и возбуждаетъ этотъ вопросъ и предлагаетъ выяснить, часто ли и когда именно послѣ операции внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія встрѣчается вышеописанное осложненіе.

375. Latzko. — *Der extraperitoneale Kaiserschnitt. Seine Geschichte, seine Technik und seine Indikationen.* — *Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе. Ею исторія, техника и показанія.*

Авторъ начинаетъ съ историческаго обзора вопроса о внѣбрюшномъ вскрытіи плодовместилища для извлеченія плода и указываетъ, что такое стремленіе въ акушерствѣ существовало давно. Переходя далѣе къ настоящему времени, онъ старается рѣшить вопросъ, надо ли оперировать непременно extra—или transperitoneal'но, и рѣшаетъ его въ пользу перваго принципа. Далѣе авторъ разсматриваетъ три ти-

пичныхъ способа внѣбрюшнаго кесарскаго сѣченія и приводитъ рисунки ихъ иллюстрацій. Эти способы слѣдующіе: 1) Надлобковое сѣченіе Frank'a; 2) внѣбрюшное сѣченіе Sellheim'a I; 3) способъ автора, главное достоинство котораго состоитъ въ томъ, что при немъ мочевою пузырь отодвигается въ сторону послѣ перерѣзки *lig. vesico-umbilicale later.* и такимъ образомъ получается большой просторъ. Считая эти три способа типичными, а всѣ другіе подражаніями, авторъ старается доказать преимущества своего способа передъ другими, а также, что онъ первый предложилъ способъ отодвиганія пузыря. Переходя затѣмъ къ возраженіямъ, приводимымъ противъ внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія, авторъ считаетъ ихъ весьма несущественными. Возраженія эти сводятся къ слѣдующимъ: во-первыхъ, опасность зараженія около-пузырной клѣтчатки (въ литературѣ есть случаи), онъ все же полагаетъ, что хорошій дренажъ или даже открытое леченіе раны могутъ помочь въ данномъ случаѣ. Что касается судьбы рубца послѣ сѣченія шейки, то авторъ говоритъ, что Frankъ въ Köln'ѣ уже демонстрировалъ случаи вполне благополучныхъ родовъ послѣ бывшаго внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія, авторъ все же полагаетъ, что опубликовавши тѣ правила, которыми, по его мнѣнію, слѣдовало бы руководствоваться при установкѣ показаній къ обсуждаемой операци, онъ облегчить и оживить обсужденіе и обмѣнъ мнѣній, что весьма желательно ввиду важности этого вопроса. Свои показанія авторъ устанавливаетъ, разбирая всѣ случаи съ двухъ точекъ зрѣнія: во-1-хъ, съ точки зрѣнія пространственныхъ несоотвѣтствій и во 2-хъ, съ точки зрѣнія большей или меньшей вѣроятности инфекціи или асептичности. Наравнѣ съ внѣбрюшиннымъ кесарскимъ сѣченіемъ авторъ здѣсь разбираетъ отчасти и показанія къ другимъ операциамъ: пубіотоміи, классическому кесарскому сѣченію, операци Porro и перфораци. Преждевременные роды, высокіе щипцы и профилактической поворотъ авторъ считаетъ операциами непригодными для случаевъ, имъ разбираемыхъ. По сравненію съ только что перечисленными операциами внѣбрюшное кесарское сѣченіе имѣетъ, по автору, слѣдующія преимущества: 1. Эта операциа не находится въ зависимости отъ степени пространственныхъ несоотвѣтствій. Эту выгодную сторону имѣетъ и классическое кесарское сѣченіе, однако оно ограничивается лишь узкимъ кругомъ асептическихъ случаевъ. 2. Операциа эта—родоразрѣшающая, а не подготовительная, какъ пубіотомія, а потому ее можно производить въ любой моментъ родовъ при возникновеніи опасности для матери или ребенка. 3. Она даетъ возможность использовать силы природы до конца и является, такимъ образомъ, дѣйствительно консервативной операцией въ лучшемъ смыслѣ этого слова. При классическомъ кесарскомъ сѣченіи всегда бываютъ случаи, гдѣ роды при дальнѣйшемъ ожиданіи произошли-бы, пожалуй, самопроизвольно, при внѣбрюшин-

номъ кесарскомъ сѣченіи мы можемъ ожидать до послѣдняго момента, а потому оно не будетъ примѣняться слишкомъ широко. 4. Техника этой операціи доступна во всѣхъ деталяхъ всѣмъ, чего нельзя сказать объ операціи пубіотоміи. 5. Она не связана съ такой опасностью поврежденія мягкихъ частей, какъ пубіотомія. 6. Эта операція, будучи раненіемъ мягкихъ частей, вѣроятно, менѣе опасна, чѣмъ операція пубіотоміи, осложненная разрывами влагалища, такъ какъ послѣдній случай напоминаетъ осложненный открытый переломъ.

Перечисливъ всѣ эти преимущества, авторъ переходитъ къ разсмотрѣнію показаній, изложенныхъ въ нижеслѣдующей таблицѣ:

	Повидимому, инфицирована.	Случай сомнительный.	Повидимому, асептична.
Пространственное несоотвѣтствіе I степени. Многородящая.	a. Пубіотомія.	b. Пубіотомія.	c. Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе.
Пространственное несоотвѣтствіе I степени. Первородящая.	d. Перфорация.	e. Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе.	f. Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе.
Пространственное несоотвѣтствіе II степени.	g. Перфорация.	h. Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе.	i. Внѣбрюшинное или классическое кесарское сѣченіе.
Абсолютное пространственное несоотвѣтствіе.	k. Операція Porro.	l. Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе.	m. Внѣбрюшинное или классическое кесарское сѣченіе.

Поясненія къ своей таблицѣ показаній авторъ даетъ слѣдующія: у многородящихъ съ пространственными несоотвѣтствіями I степени, но съ хорошо подготовленными мягкими частями, если имѣется подозрѣніе на инфекцію, показана пубіотомія (a и b), при увѣренности въ чистотѣ случая — внѣбрюшинное кесарское сѣченіе (c). У первородящихъ въ случаяхъ вѣроятной инфекціи нельзя прибѣгать къ пубіотоміи, а потому остается перфорация (d и g). При сомнительной асептичности и при несоотвѣтствіи въ размѣрахъ I степени показано у первородящихъ внѣбрюшинное кесарское сѣченіе, такъ какъ классическое кесарское сѣченіе отпадаетъ само собою, а операція пубіотоміи—по вышеизложеннымъ причинамъ (e). Тоже касается и сомнительныхъ случаевъ съ пространственными несоотвѣтствіями II степени (h). При вѣроятной асептичности (i) въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ возможность

произвольныхъ родовъ исключается съ самаго начала, можно вмѣсто вѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія примѣнить классическое въ интересахъ ребенка. Тоже касается и группы m. При вѣроятной инфекции и абсолютномъ несоотвѣтствіи размѣровъ (k) показана операція Potts. Эта же операція могла бы встать на мѣсто перфорации (d и g) въ случаяхъ, гдѣ мать категорически заявляетъ желаніе имѣть живого ребенка. Абсолютное несоотвѣтствіе размѣровъ и сомнительная асептичность (l) требуютъ примѣненія вѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія. Заключаетъ авторъ свою статью мнѣніемъ, что лишь дальнѣйшія наблюденія покажутъ, какія измѣненія надо сдѣлать въ предлагаемой схемѣ показаній, однако уже теперь можно сказать, что вѣбрюшинное кесарское сѣченіе уже создало себѣ прочное положеніе среди акушерскихъ операцій и не будетъ забыто и оставлено, какъ много другихъ новыхъ способовъ.

376. R. Hofstätter.—*Ueber einen Fall von durch Tubargravidität komplizierter akkreter Nabelhernie.*—*Случай пупочной грыжи, осложненной трубной беременностью.* (№ 15).

Авторъ сообщаетъ случай, который, по его мнѣнію, не имѣетъ особеннаго патолого-анатомическаго интереса, зато весьма интересенъ съ точки зрѣнія дифференціальной діагностики для хирурговъ и гинекологовъ. Приводится подробная исторія болѣзни.

Münchener medicinische Wochenschrift. № 14.

377. E. Gräfenberg.—*Der Antitrypsingehalt des mütterlichen Blutserums während der Schwangerschaft.*—*Содержаніе антитрипсина въ кровяной сывороткѣ матери во время беременности.*

Нормально всякая кровяная сыворотка обладаетъ свойствомъ ослаблять растворяющую бѣлки силу трипсина лейкоцитовъ и рапсеас. Этотъ антитрипсинъ столь силенъ, что одна часть сыворотки можетъ парализовать переваривающую силу трехъ частей 1%-наго трипсина. Лишь вчетверо большее количество (1:4) трипсина имѣетъ достаточно силы, чтобы будучи смѣшано съ сывороткой переварить пластинку Löffler'a. При различныхъ заболѣваніяхъ эта антитрипсинная сила сыворотки бываетъ увеличена. Занимаясь біохимическими изслѣдованіями кровяной сыворотки беременныхъ, авторъ нашель, что содержаніе въ крови антитрипсина во время беременности всегда повышено. Съ началомъ беременности титръ антитрипсина увеличивается почти вдвое и держится на этой высотѣ почти безъ измѣненій до конца беременности. И sub partu онъ остается на этихъ цифрахъ и лишь въ послѣродовомъ періодѣ (на 8—10 день) падаетъ до нормы въ видѣ кривой. Во время беременности отношеніе съ 4:1 мѣняется на 6:1 или даже 8:1. Въ исключительныхъ случаяхъ увеличеніе еще больше, но здѣсь уже причины болѣе сложны (такъ напр., туберкулезъ ведетъ къ значительному увеличенію). Разбираясь

затѣмъ въ причинахъ этого увеличенія содержанія антитрипсина, авторъ высказываетъ различныя предположенія и вѣроятныя объясненія этого явленія и заключаетъ свою статью мнѣнiемъ, что его находка увеличенія антитрипсина въ крови беременныхъ есть новое звено въ цѣпи измѣненiй, наблюдаемыхъ въ организмѣ при беременности, а будущее покажетъ, можно-ли колебанія въ содержанiи антитрипсина использовать для діагностики или предсказанiя при беременности.

378. M. Nassauer. — *Die Behandlung des „Ausfluss“.* — *Къ леченiю бѣлей.* (№ 15).

Разбирая способы леченiя бѣлей, авторъ приходитъ къ заключенiю, что для успѣшнаго леченiя необходимо высушить влагалище. Лучше всего это дѣлается порошкомъ *bolus alba*; авторомъ устроенъ особый приборчикъ для введенiя во влагалище этого порошка.

379. H. Cramer. — *Ovarium und Osteomalazie.* — *Яичникъ и остеомаляцiя.*

Сообщается интересный случай остеомаляцiи у беременной, излеченной кастрацiей.

380. J. Hartmann. — *Zur Frage der Blutgerinnungszeit.* — *Къ вопросу о времени, потребномъ для свертыванiя крови.*

Занимаясь вопросомъ о тромбозахъ и эмболияхъ послѣ операций, авторъ предпринялъ между прочимъ экспериментальныя изслѣдованiя вопроса, не имѣется-ли какихъ—либо существенныхъ различiй въ свертываемости (во времени) крови при гинекологическихъ заболѣванiяхъ, во время беременности, въ послѣродовомъ периодѣ, послѣ операций, во время менструацiи. Въ данной статьѣ авторъ и сообщаетъ результаты своихъ изслѣдованiй. Результаты эти сводятся къ слѣдующему: время свертываемости крови измѣняется въ зависимости отъ температуры воздуха и не измѣняется отъ температуры тѣла, не измѣняется отъ возраста женщины, отъ беременности, отъ менструацiи; послѣ операций время свертываемости крови уменьшается и зависитъ это отъ потери крови во время операцiи, причемъ играетъ роль только быстрая потеря крови, а не медленная. Въ чемъ заключается ближайшая причина этого явленiя автору не удается установить.

381. Prof. Ph. Jung. — *Zur Indikationsstellung und Technik für den klassischen und extraperitonealen Kaiserschnitt und für die Hebesteotomie.* — *Къ вопросу о показанiяхъ и техникѣ классическаго и вѣбрушиннаго кесарскихъ сѣченiй и hebesteotomii.*

Авторъ считаетъ вопросъ, затрагиваемый имъ, самымъ важнымъ и злободневнымъ въ настоящее время въ оперативномъ акушерствѣ. Далѣе говоритъ, что въ настоящее время каждый день приноситъ новыя и новыя операцiи кроваваго родоразрѣшенiя, однако многiя

изъ этихъ операцій забываются или отвергаются весьма быстро. Всѣ существующія до сихъ поръ авторъ подраздѣляетъ на двѣ большія группы: 1. операціи, примѣняемыя при узкомъ тазѣ; 2. операціи, стремящіяся немедленно окончить роды быстро и благоприятно какъ для матери, такъ и для ребенка при тазѣ нормальномъ, но при неподготовленныхъ мягкихъ частяхъ. Само собою разумѣется, что эти двѣ категоріи въ нѣкоторыхъ пунктахъ сходятся. Въ дальнѣйшемъ изложеніи авторъ приводитъ свои наблюденія (6 классическихъ, 4 вѣбрюшинныхъ кесарскихъ сѣченія и 5 hebstotomi'й), на основаніи которыхъ, а также на основаніи наблюденій другихъ авторовъ, онъ выработалъ показанія къ разбираемымъ операціямъ. Попутно онъ касается и вопросовъ техники. Въ общемъ предпочтеніе онъ отдаетъ операціи вѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія.

382. Prof. M. Henkel.—*Zur Therapie der Retroflexio uteri gravidi fixata.*—*О леченіи retroflexio uteri gravidi fixata.*

Авторъ описываетъ случай названнаго страданія, который былъ излеченъ чревосѣченіемъ и разрушеніемъ сращеній, такъ какъ вправленіе никакими другими способами не удавалось произвести. При этомъ авторъ говоритъ, что случаи, подобные только что описанному, довольно рѣдко встрѣчаются въ литературѣ, между тѣмъ они очень важны, такъ какъ послѣдствія при отсутствіи своевременнаго вмѣшательства могутъ быть весьма тяжелыя. Единственно правильнымъ леченіемъ въ такихъ случаяхъ авторъ считаетъ чревосѣченіе для разрушенія сращеній подъ руководствомъ зрѣнія и для выведенія матки въ нормальное положеніе.

383. Heinzmann.—*Ueber einen Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus externus.*—*Случай ложнаго мужского наружнаго гермафродитизма.*

Авторъ описываетъ интересный случай, гдѣ ребенокъ до 12-ти лѣтняго возраста воспитывался, какъ дѣвочка, и лишь случайно (явился къ врачу съ жалобами на паховую грыжу) былъ установленъ его настоящій полъ.

Berliner klinische Wochenschrift. № 14.

384. L. Thumim.—*Beziehungen zwischen Hypophysis und Eierstöcken.*—*Отношенія между hypophysis и яичниками.*

Авторъ описываетъ случай заболѣванія hypophysis (опухоль) съ послѣдующими переменами голоса на мужской, съ расстройствами, а потомъ и остановкой менструаціи, который по его мнѣнію подтверждаетъ предположеніе о тѣсной функциональной связи hypophysis и яичника.

В. Дюфельдтъ.

Обзоръ французской акушерско-гинекологической литературы.

La Gynécologie. Janvier 1909.

385. G. Durante. — *Lésions des vaisseaux foetaux dans la tôle hydatiforme.* — *Заболѣваніе плодовыхъ сосудовъ при пузырьномъ заносѣ.*

Гистологія пузырьнаго заноса хорошо извѣстна: 1) слизистый отекъ ворсинокъ, 2) почти постоянное отсутствіе плодовыхъ капилляровъ въ центрѣ ихъ и 3) разращеніе покровнаго ихъ эпителія, особенно синцитія; натура этого болѣзненнаго процесса тоже довольно хорошо изучена, хотя одни признають его за слизистое перерожденіе ворсинокъ, другіе за доброкачественное новообразование въ нихъ; что же касается патогенеза разбираемой болѣзни, то онъ совершенно неизвѣстенъ. Авторъ имѣлъ случай изучать два частичные пузырьные заноса, на пути къ развитію, около 4 1/2 мѣсяцевъ беременности, при чемъ онъ могъ наблюдать ворсинки въ различныхъ стадіяхъ перерожденія. При этомъ онъ могъ убѣдиться, что первоначальныя измѣненія обнаруживаются въ сосудахъ плода, проходящихъ послѣдовательно всѣ стадіи эндоартерита, оканчивающагося полнымъ зарощеніемъ просвѣта сосудовъ. Только тогда уже начинаются характерныя для пузырьнаго заноса измѣненія ворсинокъ, въ видѣ слизистаго отека ихъ и разростанія покрывающаго ихъ эпителія.

Такимъ образомъ на пузырьный заносъ авторъ смотритъ, какъ на аденому ворсинокъ, происходящую отъ измѣненій въ сосудахъ плода, вѣроятно токсически—инфекціоннаго происхожденія, приводящихъ къ ихъ зарощенію; при сохраненіи кровяныхъ лагунъ и жизненности синцитія происходитъ перегруженіе ворсинки тѣми питательными веществами, которыя должны были бы всосаться сосудами плода, отсюда гиперплазія ворсинки, ведущая въ концѣ концовъ къ образованію пузырька.

386. Funck—Brentano. — *Pyélonéphrite ayant nécessité l'interruption de la grossesse.* — *Прерываніе беременности изъ-за піэлонефрита.*

Женщина 28 лѣтъ, со скарлатиною въ анамнезѣ, второбеременная, у которой первая беременность, съ легкими пузырьными явленіями, закончилась преждевременными родами, на 8-мъ мѣсяцѣ своей второй беременности заболѣваетъ вдругъ учащеніемъ и болѣзненностью мочеиспусканія, къ которымъ вскорѣ присоединяются боли въ животѣ и въ бокахъ, послѣ чего появляется потрясающій ознобъ, t 40,20 и развивается полная картина піэлонефрита, съ обильнымъ осадкомъ въ мочѣ. Не смотря на интензивное леченіе и строгій молочный режимъ болѣзнь нисколько не уступаетъ и черезъ 1 мѣсяць,

въ виду все ухудшающагося положенія больной, пришлось произвести искусственные преждевременные роды, послѣ которыхъ состояніе больной рѣзко улучшилось и она скоро поправилась. Ребенокъ 2610 grm. вѣсомъ развивался правильно, вскармливаемый молокомъ кормилицы.

Въ виду такого быстрого исчезновенія болѣзненныхъ припадковъ послѣ искусственнаго родоразрѣшенія авторъ находитъ возможнымъ высказаться за піелонефритъ беременныхъ.

387. Masurez. — *Tonicité utéro-pelvienne et rétrodéviations.* — *Зависимость заднихъ смѣщеній матки отъ тонуса ея и тазовыхъ тканей.*

Авторъ обращаетъ вниманіе: 1) на перемежающіяся смѣшенія матки кзади, часто въ зависимости отъ причинъ общихъ и нервныхъ, и 2) на застои въ смѣщенной маткѣ. Такъ какъ причиной сохраненія маткой правильнаго положенія авторъ считаетъ не связочный аппаратъ ея, а нормальный тонусъ тазовой и маточной ткани, то временныя смѣшенія матки кзади могутъ происходить при состояніяхъ организма, нарушающихъ общій тонусъ тканей, и являютъ патологическими только при длительномъ теченіи, способствующемъ появленію застоя въ смѣщенной маткѣ, застой же конечнымъ результатомъ своимъ имѣетъ потерю тонуса маточной ткани и склерозъ ея, при чемъ неправильныя смѣшенія матки изъ временныхъ становятся уже длительными и постоянными. Поэтому леченіе заднихъ смѣщеній матки должно состоять въ выведеніи матки изъ ея положенія, въ удерживаніи ея въ правильномъ положеніи и въ поднятіи тонуса тазовой и маточной ткани.

388. Binet du Jassonneix. — *Étude d'un monstre bicéphale.* — *Двухголовый уродъ.*

Въ акушерскомъ отношеніи случай интересенъ тѣмъ, что при нераспознанномъ уродствѣ на одну изъ предлежащихъ головокъ были наложены щипцы и она съ чрезвычайными усиліями выведена наружу, туловище же плода не выходило. Тогда роженица отправлена въ клинику, гдѣ уродливость была заподозрѣна и подъ хлороформомъ родившаяся головка отрѣзана.

Для освобожденія второй головки пытались перерѣзать ея шейку, пробовали наложить на головку кефалотрибъ, и наконецъ, вслѣдствіе наступившаго разрыва матки, была произведена ляпаротомія съ удаленіемъ плода и послѣдующей надвлагалищной ампутаціей матки. Больная черезъ нѣсколько часовъ умерла; на вскрытіи *con. vena* найдена въ 8,5 ctm., *con. diagonalis*—10,0 ctm.

Плодъ 50 ctm. длины, 3800 grm. вѣсомъ, имѣетъ одно туловище, изъ котораго идутъ двѣ шеи съ головами; по бокамъ туловища двѣ нормальныя верхнія конечности и между двумя головами третья, ненормальная, 12 ctm. длины, состоящая только изъ

плеча и предплечія; на животѣ одинъ пупокъ; двѣ нормальныя нижнія конечности; нормально сформированныя женскія genitalia и anus. Внутренніе органы: двѣ трахеи, четыре легкихъ; два сердца и двѣ аорты; два пищевода, два желудка, двѣ двѣнадцатиперстныя кишки, тощія кишки вначалѣ, на 120 см. длины, идутъ отдѣльно, потомъ сливаются, толстая кишка одна; двѣ поджелудочныя железы и одна объемистая печень, но съ двойными желчными путями; двѣ почки на нормальномъ мѣстѣ, открывающіяся мочеточниками въ пузырь, кромѣ того добавочная почка между двумя позвоночниками; одна селезенка; внутренніе половые органы женскіе, одиночныя, нормальныя. Скелеть: два позвоночника, два сросшіяся крестца, два копчика; по двѣнадцати реберъ съ каждой стороны, соединяющихся спереди на одной грудной кости, кромѣ того 12 зачаточныхъ реберъ, соединяющихъ оба позвоночника сзади; четыре ключицы, изъ нихъ 2 нормальныя отъ рукоятки sterni къ лопаткамъ нормальныхъ верхнихъ конечностей и 2 зачаточныя, идущія между двумя шеями и соединяющіяся съ особенной лопаткой зачаточной верхней конечности, которая состоитъ только изъ двухъ костей: плечевой и одной кости предплечія.

Mars 1909 № 2.

389. M. Doléris. — *Perforation centrale du périnée.* — *Центральный разрывъ промежности.*

По поводу произошедшаго въ его клиникѣ экзквизитнаго случая центрального разрыва промежности, черезъ который, повидимому, родился и плодъ, авторъ выясняетъ причины и механизмъ этихъ разрывовъ.

Прежде всего онъ устанавливаетъ, что въ толщѣ промежности есть слабое мѣсто, которое онъ называетъ sinus retro—perinealis, начинающееся вдавленіемъ со стороны задней стѣнки влагалища и продолжающееся между mm. transversus prof. и levator ani. Это слабое мѣсто, при обстоятельствахъ, благопріятствующихъ центральному разрыву промежности, обыкновенно и разрывается, при чемъ на кожу промежности разрывъ выходитъ сбоку отъ 8-образнаго перекрещиванія волоконъ m. constrictoris cunni и sphinct. ani. Благопріятствующими же для такихъ разрывовъ обстоятельствами могутъ быть: 1) давленіе на промежность мелкихъ частей плода; 2) неблагоприятное наклоненіе таза (роды въ сидячемъ положеніи); 3) заднія затылочные положенія, 4) лицевыя предлежанія; 5) сила и быстрота потугъ и наконецъ 6) самое главное и частое—это противодѣйствіе къ выходу плода со стороны вульварнаго кольца.

Въ случаѣ автора благопріятствовали центральному разрыву: резистентность вульварнаго кольца спазмодическаго происхожденія, быстрота и сила потугъ и выпаденіе ручки рядомъ съ головкой.

390. Paul Dalché. — *Orophérapie ovarienne.* — Яичниковая опотеранія.

Упомянувъ объ элементахъ внутренней секреціи яичниковъ, за которые авторъ считаетъ желтое тѣло и интерстиціальныя клѣтки, и перечисливъ всѣ виды, въ которыхъ употребляются яичники для леченія, авторъ переходитъ къ формамъ болѣзней, при которыхъ это леченіе можетъ быть полезнымъ.

На первомъ планѣ стоятъ, конечно, расстройства функций яичниковъ, или въ видѣ врожденной недостаточности, или сказывающіяся во время полового созрѣванія, или во время климактерія, искусственнаго или естественнаго, со всѣми разнообразными его проявленіями. Комбинированныя расстройства вмѣстѣ съ яичниковыми и другихъ железъ съ внутренней секреціей, щитовидной, надпочечныхъ и проч. требуетъ леченія иногда одной яичниковой тканью, иногда въ соотвѣтственныхъ комбинаціяхъ. Кровотеченія, аменорреи и другія мѣстныя страданія женской половой сферы, если они зависятъ отъ яичниковъ; хлорозъ, Базедова болѣзнь, простой зобъ, ожиреніе, склеродермія, остеомаліяція, хроническій ревматизмъ во время менопаузы, различныя нервныя и душевныя страданія, стоящія въ связи съ дѣятельностью яичниковъ, всѣ эти формы, по автору, подлежатъ леченію яичниковой тканью, непремѣннымъ условіемъ дѣйствительности котораго онъ считаетъ его продолжительность.

391. Keiffer. — *Observations gynécologiques.* — Случаи изъ гинекологической практики.

1) Множественныя обызвѣстнѣвшія фибромы матки съ послѣдующимъ саркоматознымъ перерожденіемъ ея. Мелкія подслизистыя фибромы были удалены выскабливаніемъ изъ полости матки, въ видѣ камешковъ различной величины; вскорѣ сдѣлано удаленіе фиброзно-перерожденной матки, которая при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась саркоматозной; быстрый рецидивъ въ рубцѣ брюшной стѣнки.

2) Удаленіе матки у мужчины, произведено авторомъ при грыжестѣченіи у 50-лѣтняго отца 8 дѣтей. Матка, нѣсколько уменьшенной величины, оканчивалась идущимъ въ глубину, къ мочевому пузырю, каналомъ (влагалище), по бокамъ ея, симулируя придатки, лежали яички и выносящіе протоки; пациентъ страдаетъ крипторхизмомъ.

3) Объемистый нормальный яичникъ и труба съ 2 павильонами удалены во время вырѣзанія фибромы матки. Яичникъ, нормальнаго строенія, имѣлъ 5 см. длины, 3 см. ширины и 2 см. вышины; труба съ двумя совершенно одинаково развитыми павильонами, сообщающимися между собою и съ просвѣтомъ трубы.

392 Funck-Brentano. — *Thrombus superficiel et pédiculé du vagin.* — Поверхностный на ножкѣ тромбъ влагалища.

Первобеременная 22 лѣтъ, будучи въ концѣ своей беременности, из-

слѣдована при чемъ все оказалось нормальнымъ, черезъ 6 дней послѣ изслѣдованія, сдѣлавши усиліе въ положеніи на корточкахъ, почувствовала, безъ всякой боли, выходненіе изъ половой щели опухоли, принятой за головку плода, почему она и поступила въ больницу. Тамъ опредѣлена была сидящая на ножкѣ, выходящей изъ задней columna vaginae, опухоль величиною въ куриное яйцо, темно-краснаго цвѣта, гладкая, плотная, безболѣзненная; общее состояніе беременной хорошее, отмѣчаются только венозные узлы на конечностяхъ и большихъ губахъ. Опухоль была безъ труда удалена, а черезъ 4 дня произошли самопроизвольно нормальные роды живымъ плодомъ; послѣродовой періодъ правильный. Изслѣдованіе опухоли показало, что имѣется дѣло съ тромбозомъ варикознаго сплетенія въ толщѣ слизистой оболочки задней стѣнки влагалища. Рѣдкое страданіе (авторъ нашель въ литературѣ всего 13 случаевъ), бывающее во второй половинѣ беременности и обязанное своимъ происхожденіемъ сильно развитому въ это время венозному сплетенію влагалища.

L'Obstétrique. № 1 Janvier 1909.

393. A. Brindeau. — *Des difficultés de l'opération césarienne, répétée chez la même femme.* — Затрудненія при повторномъ кесарскомъ сѣченіи.

Авторъ произвелъ 7 повторныхъ кесарскихъ сѣченій на 6 женщинахъ и на основаніи этого матеріала, а также и на основаніи богатой новѣйшей статистики этихъ операций устанавливаетъ трудности этой операции. 1) Грыжи брюшной стѣнки въ мѣстѣ рубца отъ первой операции; ихъ авторъ изсѣкаетъ. 2) Срощенія матки съ брюшной стѣнкой, салъникомъ и кишками; практикуется раздѣленіе ихъ, разсѣченіе между двумя лигатурами, обширныя же и плотныя сросшенія съ кишками остаются нетронутыми. 3) Истонченіе стѣнки матки въ мѣстѣ перваго шва у автора не встрѣчалось ни разу. 4) Рѣдко отмѣчаемое приращеніе дѣтскаго мѣста къ прежнему рубцу матки у автора имѣло мѣсто 2 раза; отдѣленіе его обыкновенно представляло затрудненія. Въ заключеніе приводятся исторіи болѣзней.

394. G. Pallin. — *Deux cas de grossesse gémellaire univitelline avec amnios unique et cordons noués.* — Два случая одножелтковой беременности двойнями съ единичной водной оболочкой и связанными пуповинами.

Обѣ первородящія, одна 26, другая 32 лѣтъ, плоды, у первой 2 дѣвочки вѣсомъ 1140 и 1430 grm., обѣ умершія на 2-й и 3-й день, у второй 2 мальчика 2700 и 2020 grm., одинъ живой, другой мацерированный, родились у первой на 8-мъ мѣсяцѣ, у второй въ срокъ; послѣды вѣсомъ въ 860 и 1100 grm. имѣли общій amnion и пуповины переплетались узломъ.

Рѣдкіе случаи существованія общаго amnion'a авторъ объясняетъ или образованіемъ одной амниотической складки около 2-хъ сосѣднихъ плодовъ, или расцасываніемъ существовавшей прежде амниотической перегородки между плодами, при чемъ иногда замѣчаются остатки ея въ видѣ складокъ, тяжей и пр.

Вліяніе узловъ пуповинъ сказалось на развитіи плодовъ: у первой пуповина плода, вѣсившаго 1140 gm., у второй пуповина мацерированнаго плода была сдавлена пуповиной живого.

№ 2. Février 1909

395. P. Bar et M. de Kervilly. — *Cros intestin duplex chez un enfant nouveau-né.* — Двойная толстая кишка у новорожденнаго.

На вскрытіи новорожденнаго, представлявшаго зарашеніе задняго прохода и умершаго черезъ 14 дней послѣ операции anus praeternaturalis, обнаружены были аномаліи со стороны внутреннихъ органовъ, въ видѣ удвоенія нижней части мочевыхъ путей: двойной мочевой пузырь и два мочеиспускательныхъ канала, и чрезвычайно рѣдкаго, единственнаго въ литературѣ удвоенія толстой кишки: начиная отъ Ваһіні'евой заслонки, толстая кишка, на всемъ своемъ протяженіи, при общей покрывающей брюшинѣ, имѣла два просвѣта, съ отдѣльными для каждаго слизистымъ, подслизистымъ и мускульнымъ слоями.

Въ области S romanum, на уровнѣ мочевого пузыря, обѣ кишки оканчивались, одна слѣпымъ концомъ, другая приростала къ стѣнкѣ мочевого пузыря.

396. A. Brindeau et G. Jeannin. — *Hémorrhagie interne chez une femme enceinte par perforation utérine ancienne.* — Кровотечение изъ стараго прободенія матки у беременной женщины.

22-лѣтняя V-беременная 8 мѣсяцевъ, имѣвшая первые и четвертые роды въ срокъ, и у которой вторая и третья беременности окончились выкидышами на второмъ и шестомъ мѣсяцахъ, поступаетъ въ клинику въ очень тяжеломъ состояніи, съ признаками внутренняго кровоизліянія, появившимися послѣ сильныхъ болей въ животѣ, съ зѣвомъ, открытымъ на 2 пальца, и головкой вколоченной въ положеніи OIGA. Предположено было преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста, разорванъ пузырь, зѣвъ расширенъ по Bossi и щипцами извлеченъ мертвый обезкровленный ребенокъ; уже отдѣлившійся послѣдъ удаленъ рукою, при чемъ на внутренней поверхности матки ничего ненормальнаго не найдено, матка хорошо сократилась. Не смотря на это, на другой день больная, при прогрессирующей слабости, умерла. На вскрытіи: полость брюшины вся наполнена кровью, жидкой и въ сгусткахъ, въ одномъ мѣстѣ стѣнки матки, соотвѣтствующемъ прикрѣпленію послѣда, проникающій разрывъ, окруженный старою рубцовой тканью.

№ 3. Mars 1909.

397. A. Brindeau. — *Le traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé de Bracquelaye.* — *Лечение пузырно-вагинальных фистул по способу Bracquelaye.*

Описываемый методъ представляетъ соединеніе методовъ освѣженія и расщепленія. Операция состоитъ изъ четырехъ моментовъ. 1) циркулярный разрѣзъ черезъ толщу слизистой оболочки влагалища вокругъ отверстія фистулы, при чемъ фистула помѣщается не въ центрѣ этого разрѣза, а эксцентрично: на 7 mm. отъ передняго его края и на 12 mm. отъ задняго; 1) расщепленіе слизистой влагалища отъ таковой же пузыря, начиная отъ периферіи намѣченнаго разрѣза по направленію къ фистулѣ, не доходя до нея на 2—3 mm. 3) образующаяся въ результатѣ этого расщепленія розетка завертывается надъ отверстиемъ фистулы, такъ что слизистая влагалища обращается въ просвѣтъ пузыря, и сшивается окровавленными поверхностями посредствомъ непрерывнаго или узловатаго (погружнаго) шва надъ фистулой; 4) оставшаяся окровавленная поверхность зашивается надъ закрытой раньше розеткой, при чемъ швы идутъ надъ этой розеткой. Послѣоперационный періодъ обыкновенный, швы снимаютъ на 10—12 день.

Въ заключеніе авторъ приводитъ 11 исторій этой операции, изъ которыхъ 2 наблюденія принадлежатъ лично ему, во всѣхъ случаяхъ операция увѣнчалась успѣхомъ, не смотря на то, что нѣкоторыя фистулы были обширны и трудно достижимы

Л. Ульяновскій.

Comptes rendus de la Société de Biologie № 5.

398. J. Berganié et L. Tribondeau. — *Effets de la fulguration, employée à doses croissantes, sur le foie du lapin.* — *Дѣйствіе фульгураціи, въ возрастающихъ по продолжительности дозахъ, на печень кролика.*

Авторы производили экспериментальную фульгурацію на печени кролика, которую они извлекали наружу изъ разрѣза у праваго реберно-мечевиднаго угла. Разстояніе фульгуратора Keating-Hart'a отъ поверхности печени во всѣхъ опытахъ было одинаковое и равнялось 1 cm. Сила фульгураціи также была всегда одинаковая. Измѣнялась въ различныхъ опытахъ лишь продолжительность сеанса. Авторъ описываетъ макро- и микроскопическія измѣненія фульгурированной печеночной ткани. Первыя сводятся къ появленію венознаго застоя и образованію въ центрѣ застойнаго кружка желатиноподобнаго пятна, окруженнаго желто-краснымъ кольцомъ. Интенсивность этихъ явленій зависитъ отъ продолжительности фульгураціи. Микроскопически фульгурированные участки характеризуются некротическимъ

поясомъ, непроходимымъ для собравшихся здѣсь лейкоцитовъ. Въ случаяхъ же очень кратковременной фульгураціи красныя и бѣлыя тѣльца проникаютъ въ мѣста фульгурированныя. Заживленіе наступаетъ однаково быстро, какъ послѣ продолжительной, такъ и послѣ кратковременной фульгураціи, однако образованіе настоящаго фибрознаго рубца требуетъ въ первомъ случаѣ большаго времени. При лечебной фульгураціи продолжительность ея мала въ сравненіи съ величиною поверхности подвергаемой дѣйствию искръ, поэтому и ткани должны разрушаться на очень небольшую глубину и застойныя явленія должны быть не очень сильныя. Что эти застойныя явленія являются благопріятными для заживленія, это возможно. Кромѣ того надо признать, что фульгурація является великолѣпнымъ средствомъ для заканчиванія хирургической экстирпаціи, такъ какъ она разрушаетъ всѣ клѣточные элементы на большой поверхности. Фульгурація является разрушителемъ весьма быстрымъ, и при ней нечего опасаться повредить слишкомъ глубокія части.

399. Cl. Regaud et G. Dubreuil.—*Sur les relations fonctionnelles des corps jaunes avec l'utérus non gravide. I. Etat de la questions et méthodes de recherches.* — О функціональной связи желтыхъ тѣлъ съ небеременной маткой I. Настоящее положеніе этого вопроса и способы изслѣдованій. II. *Statistique des variations de volume de l'utérus par rapport à l'état des ovaires (présence et absence de corps jaunes)*— Цифровыя данныя о колебаніяхъ въ объемъ матки въ зависимости отъ состоянія яичниковъ (присутствія или отсутствія желтыхъ тѣлъ).

Авторы дѣлали измѣренія матки при различныхъ состояніяхъ яичниковъ. Приводя свои 104 наблюденія въ видѣ таблицы, авторы дѣлаютъ слѣдующіе выводы: 1. При одномъ и томъ же состояніи яичниковъ средняя толщина маточныхъ роговъ подвергается индивидуальнымъ колебаніямъ, причемъ разница доходитъ до отношенія 1 : 2. Причины этихъ колебаній многочисленны. Средняя толщина родовой трубки вырастаетъ пропорціонально вѣсу и возрасту. У животныхъ одинаковаго вѣса и возраста причинами разности являются, по мнѣнію авторовъ, начинающаяся беременность и количество перенесенныхъ родовъ.

2. Когда, *ceteris paribus*, въ яичникахъ имѣются старыя желтыя тѣла (остатки ж. т. или ж. т. въ стадіи обратнаго развитія), то матка въ большинствѣ случаевъ велика. Это увеличеніе нельзя относить за счетъ старыхъ желтыхъ тѣлъ, а надо видѣть причину его въ неполной инволюціи матки послѣ бывшей беременности, о чемъ свидѣтельствуютъ старыя желтыя тѣла.

3. Въ общемъ матка больше въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ яичникахъ имѣются совершенно свѣжія желтыя тѣла (*en formation*), чѣмъ въ случаяхъ, гдѣ желтыхъ тѣлъ совершенно нѣтъ; она еще больше

на 4-ый день, когда желтое тѣло сформировалось, а яичко прошло по яйцеводу въ матку. Слѣдуетъ ли это увеличеніе матки отнести за счетъ присутствія желтаго тѣла? Въ ближайшемъ будущемъ авторъ думаетъ дать отвѣтъ на этотъ вопросъ.

400. G. Dubreil et Cl. Regaud. — *Sur les relations fonctionnelles des corps jaunes avec l'utérus non gravide. — III. Etats successifs de l'utérus, chez le même sujet, aux diverses phases de la période prégravidique.* — *О функциональной связи желтыхъ тѣлъ съ небеременной маткой. III. Последовательныя наблюденія надъ состояніемъ матки у одного и того же объекта изслѣдованія въ различныхъ фазахъ періода передъ беременностью.*

Авторы приводятъ свои 13 опытовъ, которые состояли въ томъ, что они дѣлали кроличихамъ послѣдовательныя чревосѣченія въ различные періоды половой жизни, до—, во время—и тотчасъ послѣ течки. Выводы и заключенія авторовъ слѣдующіе: Течка не зависитъ отъ желтыхъ тѣлъ. 2. Течка у кроличихъ обыкновенно не сопровождается макроскопически замѣтными измѣненіями матки. 3. При отсутствіи coitus или родовой дѣятельности матка живой кроличихи имѣетъ одинъ изъ двухъ типичныхъ видовъ: плоская, мягкая, блѣдная и на видъ не сокращенная или цилиндрическая, твердая, розоватая и на видъ сокращенная. Желтыя тѣла не имѣютъ никакого значенія для существованія того или другого вида. 4. Инволюція матки не всегда бываетъ закончена черезъ двѣ или три недѣли послѣ родовъ, въ особенности въ области прикрѣпленія дѣтскаго мѣста. 5. Необходимо различать гиперплазію беременной матки отъ ея измѣненій передъ беременностью. Эти послѣднія состоятъ въ измѣненіяхъ формы, діаметра, системы кровообращенія замѣтнаго снаружи. 6. Измѣненія матки передъ беременностью обыкновенно начинаются не раньше, какъ спустя часовъ 30 послѣ плодотворнаго coitus; они достигаютъ своего maximum'a повидимому на 3-ій или на 4-ый день (вхожденіе яичекъ въ матку). 7. Нельзя считать доказаннымъ, что желтыя тѣла играютъ какую либо роль въ возникновеніи этихъ измѣненій матки передъ беременностью.

В. Дюфельдтъ.

ХРОНИКА.

90) Учредительница средне-медицинской школы З. И. Венгера предполагает учредить въ Петербургѣ медицинскій факультетъ для лицъ обоого пола.

91) Нью-Йоркское Гинекологическое Общество, съ предсѣдателемъ проф. Bedle Goffe во главѣ, готовится къ торжественному празднованію, при участіи представителей гинекологіи стараго свѣта, столѣтія со времени первой операціи удаленія кисты яичника Erhgaim'омъ, Mac Dowe'емъ изъ Кентуки; въ общемъ онъ произвелъ 13 оваріотомій, изъ нихъ 8 съ полнымъ успѣхомъ.

92) По примѣру врачей многихъ городовъ Германіи, мюнхенскіе врачи также установили для себя частичный воскресный отдыхъ, при чемъ въ воскресенье и праздничные дни до 12 часовъ ночи въ каждой части города имѣются два дежурныхъ врача изъ коихъ одинъ — акушеръ.

Врачеб. Газ.

93) Самарской уѣздной земской управой отъ крестьянина с. Водяного, Самар. уѣзда, Зиновія Сергѣевича Мисилова получено слѣдующее характерное прошеніе: «Въ обществѣ нашемъ имѣется жителей 386 домохозяевъ и даже до 400; жена моя Елена Артемьевна имѣетъ отъ роду 43 года, которая добровольно и очень хорошо изученная акушерскому дѣлу и каждый день не имѣетъ покоя отъ требованій: то ребенка принимать, то отъ другихъ неумѣвшихъ бабушекъ разстроенную роженицу исправлять, то и мужчинамъ порушенные животы на мѣсто исправлять, такъ что я уже ежедневно остаюсь безъ стряпки и управительницы по дому, а мнѣ уже 63 года, почему и долженъ домъ прійти въ упадокъ. Честь имѣю просить Самарскую уѣздную управу дать мнѣ помощи — назначить женѣ моей акушерское жалованье или же высылать мнѣ на стряпку.

Рѣчь.

94) «Gaz. méd. de Paris» съ горестью стмѣчаетъ фактъ, что бываетъ выгоднѣе быть швейцаромъ въ лечебномъ заведеніи, чѣмъ врачомъ: швейцаръ извѣстнаго учрежденія La man'a «Weisser Hirsch». около Дрездена, удалился нынѣ на покой съ состояніемъ свыше 500 000 фр., заработанныхъ отъ чаевыхъ денегъ съ кліентовъ заведенія,

95) Эссендукскія лѣчащіяся дамы, какъ сообщаютъ нѣкоторыя петербургскія газеты, подали завѣдующему группой заявленіе объ уничтоженіи всѣхъ ваннъ подл № 13. Онѣ находятъ, что эта цифра предвѣщаетъ несчастье.

96) 12 мая 1908 года Виленскій окружной судъ приговорилъ дѣвицу Елену Онуфриеву Гобисъ, 24 лѣтъ, за убійство новорожден-

наго ребенка, къ лишенію правъ и заключенію въ тюрьму на три года. На поданное на Высочайшее Имя прошеніе о помилованіи, 22 мая, по словамъ «Вил. Вѣст.», послѣдовало телеграфное извѣщеніе, что Гобисъ помилована. Въ тотъ же день Гобисъ освобождена была изъ-подъ стражи.

97) 2-го Апрѣля сего года въ помѣщеніи Николаевскаго Военнаго Госпиталя состоялось, въ присутствіи 37 членовъ Общества, Общее Собраніе членовъ Общества Попеченія о сиротахъ дѣтяхъ врачей, подъ предсѣдательствомъ доктора медицины А. А. Двукраева при секретарѣ докторѣ медицины А. М. Корицкомъ.

Общимъ Собраніемъ

1) Заслушаны и утверждены: протоколь Общаго Собранія 10-го Марта 1908 года, докладъ Правленія о дѣятельности Общества за 1908 годъ, докладъ Ревизіонной Комиссіи, смѣта расходовъ и прихода на 1909 годъ, причемъ выражена глубокая благодарность Правленію и его Предсѣдателю А. П. Грязнову за ихъ плодотворную работу по расширенію дѣятельности Общества; равнымъ образомъ выражена благодарность члену Общества завѣдующему кружечнымъ сборомъ А. А. Эберману за пожертвованные имъ 68 р. 80 коп. для пополненія перерасхода по кружечному сбору.

2) Принято съ горячею благодарностью предложеніе члена Общества А. Ю. Буша принести въ даръ Обществу домъ съ усадьбой въ дачной мѣстности «Всеволожское» по Ириновской жел. дор., съ предназначеніемъ дома для пріюта дѣвочекъ-сиротъ врачей, въ память безвременно скончавшейся дочери жертвователя Надежды Александровны Бушъ. Память усопшей Н. А. Бушъ почтена вставаніемъ.

3) Разрѣшено открытіе отдѣленій Общества въ Москвѣ и Казани.

4) Единогласно избраны въ почетные члены Общества—бывшій Предсѣдатель Комитета Общества К. А. Шенкъ, Казначей Общества А. Ю. Бушъ и супруга его Л. А. Бушъ и Предсѣдатель А. П. Грязновъ.

5) Взамѣнъ выбывающихъ по жребію двухъ членовъ Правленія и двухъ членовъ Ревизіонной Комиссіи избраны въ члены Правленія—Н. С. Безродновъ и И. В. Клименко, въ члены Ревизіонной Комиссіи—Ф. З. Омельченко и И. А. Чижъ и въ кандидаты въ члены Правленія—В. Ю. Андерст.

98) Въ «Новомъ Времени» (19 мая) помѣщена корреспонденція изъ Кіева, описывающая состоявшийся тамъ III съѣздъ гинекологовъ и акушеровъ.

«На съѣздъ былъ приглашенъ въ числѣ прочихъ и профессоръ Новороссійскаго университета В. Н. Орловъ, вызывавшійся въ качествѣ свидѣтеля на процессъ Занчевскаго въ Сенатѣ. Задолго до этого процесса устроители съѣзда настойчиво домогались пріѣзда проф. Орлова, представленія его докладовъ, его содѣйствія и присылки различныхъ препаратовъ и рисунковъ изъ его клиники для выставки, которая была организована при съѣздѣ. На съѣздѣ однако ему пришлось натолкнуться на совершенно недопустимое обращеніе. Не только всѣ доклады В. Н. Орлова были отодвинуты, но въ концѣ перваго же дня засѣданія профессоръ былъ увѣдомленъ однимъ

изъ членовъ бюро отъ имени проф ессора Муратова и Отта, почетнаго предсѣдателя съѣзда, что возникаютъ затрудненія въ назначеніи его очереднымъ предсѣдателемъ, такъ какъ участники съѣзда готовятъ ему грандіозный скандалъ со свистками и прочими атрибутами. На вопросъ — за что, проф. Орловъ былъ увѣдомленъ, что скандалъ будетъ произведенъ за политическія убѣжденія и за его показанія на процессъ Занчевскаго. Не дожидаясь этого чествованія, проф. Орловъ принужденъ былъ снять свои доклады, собрать ящики съ препаратами и покинуть вмѣстѣ со своими учениками и ассистентами этотъ своеобразный съѣздъ, на который онъ прибылъ съ цѣлью выясненія спорныхъ научныхъ вопросовъ и гдѣ меньше всего слѣдовало ожидать демонстрацій, направленныхъ противъ инакомыслящихъ».

99) Въ Берлинѣ образовалось «Общество женщинъ-врачей» съ цѣлью учрежденія женской больницы для бѣдныхъ, во главѣ которой будутъ женщины-врачи.

100) 13-ый съѣздъ Германскаго Гинекологическаго Общества состоится 2—5 іюня въ Страсбургѣ. St. Petersburg. Med. Wochnschr.

101) Россійское Общество защиты женщинъ созываетъ совѣщаніе по вопросу о борьбѣ съ проституціей. На совѣщаніи между прочимъ, будетъ создана организація для созыва перваго всероссійскаго съѣзда для борьбы съ проституціей. Къ участію въ съѣздѣ предполагается привлечь, помимо всѣхъ женщинъ организаціи, представителей городовъ, земствъ, медицинскихъ и юридическихъ Обществъ.

102) При московской Старо-Екатерининской больницѣ состоялось открытіе двухъ новыхъ бараконъ, выстроенныхъ на средства Ю. Т. Крестовниковой и М. Ф. Морозовой. Родильный баракъ устроенъ на 74 кровати и нервный—на 60. Въ послѣднемъ очень хорошо оборудовано отдѣленіе водолечебное и электро-свѣто-лечебное.

Медиц. Обзор. № 8.

103) Въ Оренбургѣ,—какъ передаетъ «Оренб. Край»,—въ послѣднее время стали очень часто поднимать трупы младенцевъ. Газета объясняетъ это тѣмъ, что въ родильномъ пріютѣ у ящика, въ который опускаютъ подкидышей, поставленъ городской, забирающій въ часть тѣхъ лицъ, которыя пытаются опустить въ ящикъ ребенка.

104) Въ Херсонскомъ Окружномъ Судѣ съ участіемъ присяжныхъ засѣдателей заслушано громкое дѣло о производствѣ выкидышей. Обвинялась мѣстная жительница Поляковская. Дѣло обнаружилось случайно, при слѣдующихъ обстоятельствахъ. Нѣкая Лаврусенко, умирая, указала что Поляковская произвела ей выкидышъ. Обыскомъ, произведеннымъ у Поляковской, были найдены принадлежности вытравленія плода. Свидѣтели—аптекаря подтвердили фактъ пріобрѣтенія Поляковской необходимыхъ для этого лекарствъ. Подсудимая показала, что пріобрѣтала обнаруженные у нея принадлежности для себя. Присяжные засѣдатели оправдали Поляковскую.

Практич. Врачъ.

105) Назначенный въ этомъ году въ Лондонѣ международный съѣздъ по рентгенологіи не состоится.

106) Варшавское общество акушеровъ организовало для своихъ членовъ юридическую помощь для защиты профессиональных дѣлъ акушеровъ.

107) Изъ статистическаго матеріала Finger'овской Клиники за 1902—6 гг. видно, что трипперомъ какъ мужчины, такъ и женщины заражаются въ среднемъ раньше, чѣмъ мягкимъ шанкромъ и сифилисомъ. Комбинація нѣсколькихъ половыхъ болѣзней у женщинъ втрое чаще, чѣмъ у мужчинъ. Женатыхъ больныхъ мужчинъ больше, чѣмъ замужнихъ больныхъ женщинъ, при чемъ мужчины чаще заражаются внѣ брака, женщины—отъ своихъ мужей. Наибольшее число больныхъ мужчинъ среди прислуги гостинницъ, пекарей, мясниковъ и т. п., женщинъ—среди проститутокъ и прислуги. Число случаевъ сифилиса только съ однократнымъ леченіемъ очень велико; во многихъ случаяхъ гуммознаго сифилиса леченіе раньше не производилось совсѣмъ. Правильное періодическое леченіе сифилиса принадлежитъ къ большимъ рѣдкостямъ. Русс. Жур. Кож. и Венер. Болѣзней.

108) Московская Евангелическая больница получила въ даръ отъ проживающей въ Москвѣ англичанки Макъ-Гиль домъ, стоимостью въ 100000 руб., для устройства въ немъ специальной больницы для раковыхъ больныхъ.

109) Президентомъ французской республики Pasteur'овскій Институтъ въ Парижѣ утвержденъ въ правахъ наследства капиталомъ, завѣщаннымъ Osiris'омъ. По этому завѣщанію Pasteur'овскій Институтъ будетъ получать ежегодный доходъ въ 600000 франковъ, которые должны быть употребляемы на научную разработку вопросовъ о бугорчаткѣ, сифилисѣ и ракѣ. Благодаря дару Osiris'a, общій годовой бюджетъ Института выражается въ настоящее время въ 1.200000 франковъ.

Редакторы

Г. Рейнъ.
Л. Кривскій.
К. Скробанскій.

Организаціонный Комитетъ IV-го Съѣзда Общества Россійскихъ Гинекологовъ и Акушеровъ

имѣетъ честь извѣстить, что, на основаніи постановленія III-го Съѣзда Общества, состоявшагося въ Кіевѣ, очередной IV-й Съѣздъ будетъ созванъ въ Петербургѣ, на Рождественскіе каникулы 1911—1912 академическаго года.

Постановленіемъ того же III-го Съѣзда намѣченъ и способъ выработки программныхъ вопросовъ, для обезпеченія за ними возможно большаго интереса, именно—путемъ выбора темъ по большинству сдѣланныхъ предложеній. Въ виду этого Организаціонный Комитетъ IV-го Съѣзда позволяетъ себѣ обратиться ко всѣмъ товарищамъ, имѣющимъ въ виду принять участіе въ Съѣздѣ, съ просьбою заявить о тѣхъ темахъ, которыя они желали бы видѣть въ числѣ программныхъ, по возможности мотивируя свои заявленія.

Обращенія должны быть направляемы по адресу: Спб., Васильевскій Островъ, Университетская линія, 3, на имя Секретаря Комитета д-ра В. В. Преображенскаго, причемъ послѣднимъ срокомъ для подачи заявленій, по постановленію распорядительнаго собранія III-го Съѣзда, назначено 1-ое Октября 1909 года.

Предсѣдатель: проф. Д. О. Оттъ.

Секретарь В. В. Преображенскій.

Журналы и книги, присланные въ редакцію.

(Переданы въ бібліотекѣ Общества).

1) Русс. Врачъ № 15—19; 2) Врачебн. Газета № 15—20; 3) Практический Врачъ № 15—20; 4) Сибирская Врачебн. Газета № 13—17, 19; 5) Зубоврачебный Миръ № 12—13; 6) Извѣстія Военно-Медицинской Академіи № 3—4; 7) Современ. Медицина № 5—7; 8) Совр. Клиника и Терапія № 4; 9) Медицинское Обзорѣніе № 7—8; 10) В. Медич. Журналь. Май. 11) Вѣстн. Общ. Гигіены. Май. 12) Вѣстн. Офтальмологии. Мартъ. Апрель. 13) Казанскій Медич. Журналь. Мартъ—Апрель. 14) Харьковскій Мед. Журналь № 3; 15) Ученныя Записки Казанск. Унив. Апрель. 16) Протоколы Засѣданій Виленскаго Медич. Обществ. 1907 г. № 7—12; 17) Труды и Протоколы Кавказ. Мед. Общества. Октябрь 1908—Январь 1909 г.; 18) Врачебн. Обзорѣніе за три мѣсяца № 1; 19) Курорты № 7; 20) St. Petersburger Medic. Wochenschrift № 15—20; 21) Zeitschrift f. Physik. und Diätetische Therapie. April. 22) Russische Medic. Rundschau Hf. 3—4; 23) Medycyna № 17—22; 24) Gazeta Lekarska № 17—22; 25) Casopis Lékaruv Ceskych № 19, 22; 26) Revue de Médecine Tchèque № 4; 27) Finska Läkaresällskapets Handligar Maj; 28) Monthly Cyclopaedia and Medical Bulletin № 3—4; 29) Revue Clinique d'Andrologie et de Gynécologie № 170; 30) Le Monde Médical № 344, 347; 31) E. Merck's. Jahresbericht. April 1909; 32) Russk. Jodival in der Kinderpraxis. Sonderdruck aus „Fortschr. der Medizin“; 33) Хирургія. Апрель—Май; 34) Вѣстн. Ушныхъ, Горловыхъ и Носовыхъ Болѣзней. Февраль—Май; 35) Вѣстникъ СІБ. Врачебн. Общ. Взаим. Помощи. Вып. 18; 36) Русс. Фармацевтъ. Апрель. 37) Фельдш. Вѣстникъ № 13—18, 20; 38) Акушерка. Май. 39) Русск. Журн. Кожн. и Венер. Болѣзней. Апрель. 40) Медич. прибавленія къ Морск. Сборнику. Апрель. 41) Универ. Извѣстія № 3—4; 42) Зубоврачебн. Вѣстникъ № 5; 43) Л. А. Кривскій. Къ казуистикѣ гебостеотоміи. Отд. оттиск. „Врачеб. Газ.“; 44) Krivsky Un cas de polyévrite pendant la grossesse. 45) Михновъ. Къ учению о механизмѣ родовъ. Вып. 1. 46) Годовой отчетъ Общ. Взаим. помощи повивальн. бабокъ въ С.-Петербурѣ за 1908 г. 47) La Gynecologia Moderna. Fasc. III; 48) L'Obstétrique № 45; 49) Lucina № 2, 5; 50) Zdrovie № 5—6.



Получать можно
во всѣхъ аптекахъ.

ЭНГЕЛЬГАРДА АНТИСЕПТИЧЕСКАЯ ПУДРА
необх. какъ присыпка для дѣтей; противъ изъязвленій,
потливости и мн. формъ нахожи. бол. Испробована и
горячо рекоменд. перв. медицинскими авторитетами.

Санит. сов. д-ръ Фемель, главн. вр. мѣстн. родовсп. клин. пишетъ:

„Изготовляемая фабрикой Карла Энгельгарда антисепти-
ческая пудра почти исключительно приѣняется мной и всегда
съ великолѣпнымъ успѣхомъ. Эта пудра имѣетъ то большое
преимущество передъ другими, что она не распыливается такъ
легко, не обременяетъ дыхательныхъ путей и все же очень
мягко наносится. Она сдѣлалась мнѣ необходимой при изъяз-
вленіяхъ у маленькихъ дѣтей; она введена у всѣхъ моихъ част-
ныхъ пациентовъ и въ городской родовспомогательной клиникѣ.
Прекрасные результаты даетъ эта пудра и при потливости, а
также при изъязвленіяхъ отъ ходьбы. И другіе коллеги, употре-
блявшіе эту пудру, получили такіе же хорошіе результаты“.

Исклоч. прод. для Россіи РИШ. ФЮРСТЪ и К^о Спб. Кузнечный, 19.
Fabrik pharm. Präparate Karl Engelhard Frankfurt a/M. 36—1

Ж У Р Н А Л Ъ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

Годъ двадцать третій.

СЕНТЯБРЬ 1909 г. № 9.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XXVII.

О новомъ разрѣзѣ брюшной стѣнки при аппендицитѣ, осложненномъ заболѣваніемъ придатковъ у женщинъ *).

Проф. С. П. ФЕДОРОВА.

Мм. гг., вопросъ о совмѣстномъ заболѣваніи червеобразнаго отростка и придатковъ матки особенно живо вентилируется за послѣднее время среди гинекологовъ и переживаетъ, повидимому, ту же стадію своего развитія, которую переживалъ вопросъ объ аппендицитѣ вообще, лѣтъ 12—15 тому назадъ.

Какъ тогда раздавались голоса за то, чтобы изсѣкать червеобразный отростокъ даже у здороваго человѣка, ибо всякій, имѣющій отростокъ, можетъ заболѣть аппендицитомъ, такъ и теперь есть гинекологи, которые настаиваютъ на томъ, чтобы удалять червеобразный отростокъ при каждой лапаротоміи, по поводу чего бы она не дѣлалась.

Оставивъ въ сторонѣ эти крайніе и не имѣющіе подъ собой почвы взгляды, мы должны, конечно, согласиться, что интересъ, проявленный гинекологами за послѣдніе годы къ вопросу объ аппендицитѣ, имѣетъ достаточно основаній. Дѣйствительно далеко не рѣдко при лапаротоміяхъ приходится встрѣчать спайки между червеобразнымъ отросткомъ и придатками матки. Часто также и при клини-

*) Сообщено въ засѣданіи Акушерско-гинекологическаго Общества въ Спб., 19 марта, 1909 г.

ческомъ наблюденіи и толкованіи симптомовъ приходится колебаться при дифференціальномъ діагнозѣ хроническаго аппендицита или сальпинго-оофорита. Мнѣ приходилось видѣть также, какъ лопнувшую внѣматочную беременность или острый сальпинго-оофоритъ смѣшивали съ приступомъ аппендицита.

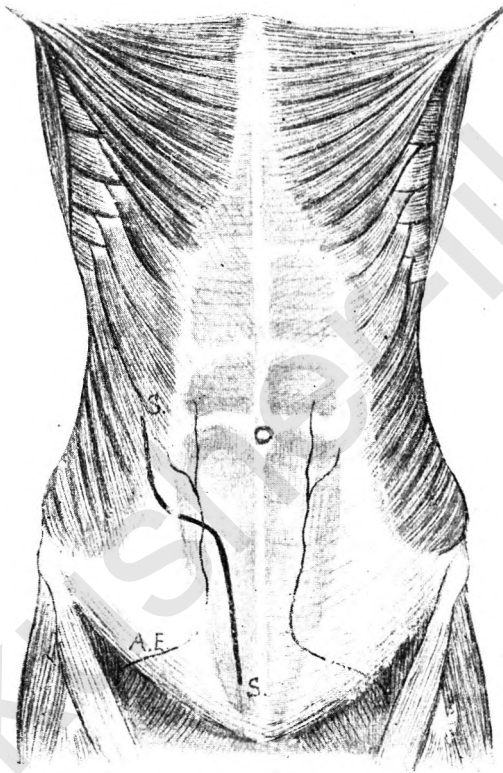
Нѣтъ сомнѣнія, что послѣдніе случаи не могутъ идти въ счетъ, потому что, являясь большей частью діагностическими ошибками, выясняются вполне при дальнѣйшемъ наблюденіи, и опредѣляется такимъ образомъ время и способъ хирургическаго вмѣшательства.

Несравненно большаго вниманія заслуживаютъ хроническіе случаи и особенно тѣ изъ нихъ, гдѣ приступы аппендицита выражены не ясно или ихъ даже и вовсе не было, а всѣ симптомы сводятся къ болѣе или менѣе постояннымъ болямъ въ правой подвздошной области. Правда, что болѣею частью боли эти обуславливаются катарромъ слѣпой кишки (тифлоколитъ) и спайками серозной этой кишки съ паріетальной брюшиной, но бываетъ, что спайки червеобразнаго отростка съ сосѣдними воспаленными органами, какъ напр. придатками матки или желчнымъ пузыремъ, даютъ тѣ же болѣзненные явленія. Для этого нужно, конечно, особое анатомическое положеніе отростка, или, свѣшивающееся внизъ въ полость малаго таза, или, направляющееся кверху впереди восходящей ободочной кишки.

Такимъ образомъ можно разсматривать всѣ спайки, происходяшія вокругъ червеобразнаго отростка, то какъ результатъ первичнаго воспаленія самого отростка (аррепдицитис), то какъ результатъ перехода воспалит. процесса съ сосѣднихъ органовъ: слѣпой кишки, придатковъ матки и желчнаго пузыря.

Ясно, что для оператора очень важно въ такихъ, патолого-анатомически иногда очень сложныхъ, случаяхъ широко открыть себѣ операціонное поле, не нанося въ то же время большаго ущерба прочности передней брюш-

ной стѣнки. Въ большинствѣ случаевъ вполне достаточно простора даетъ разрѣзъ Mac Burney, если спайки съ придатками рыхлы и если послѣднія достаточно подвижны, чтобы подтянуть ихъ ко входу въ полость малаго таза. Уступчивая брюшная стѣнка у не полныхъ и рожавшихъ особъ и Trendelenburg'овское положеніе позволяютъ изсѣкать иногда отростокъ и придатки даже въ болѣе сложныхъ случаяхъ.



Но, если отростокъ плотно впаянъ въ инфильтратъ у желчнаго пузыря или глубоко въ полости малаго таза, то оперировать черезъ Мс. Вирнеу'евскій разрѣзъ безусловно неудобно—приходится многое дѣлать въ темнотѣ. Поэтому является необходимымъ увеличивать разрѣзъ кверху вдоль прямой мышцы живота, чтобы подойти къ желчному пузырю. или, книзу до лобковой кости, чтобы подойти къ придаткамъ.

Оставивъ въ сторонѣ вопросъ о разрѣзѣ при спайкахъ отростка съ желчнымъ пузыремъ, я опишу тотъ разрѣзъ брюшной стѣнки, который я выработалъ для сложныхъ случаевъ одновременнаго заболѣванія червеобразнаго отростка и придатковъ матки.

Разрѣзъ этотъ (см. рис.) начинается, также какъ разрѣзъ Мс. Burney, на 2—3 см. выше линіи Мс. Burney и идетъ косо внутрь къ наружному краю прямой мышцы живота къ точкѣ, находящейся, приблизительно, на серединѣ разстоянія между пупкомъ и лобкомъ. Здѣсь разрѣзомъ разсѣкаются поперечно около $\frac{2}{3}$ волоконъ *m. recti* до задней стѣнки его влагалища. При этомъ надо обращать вниманіе, чтобы не поранить, и это очень легко, *art. epigastricam*. Отъ внутренняго конца этого поперечнаго разрѣза раздѣляютъ потомъ тупымъ путемъ, черенкомъ скальпеля, вертикально книзу до лобковой кости волокна прямой брюшной мышцы и тупыми крючками растягиваютъ края кожно-мышечнаго разрѣза. *Art. epigastrica* оттягивается при этомъ кнаружи.

Наконецъ вскрываются глубокой апоневрозъ, подбрюшинная клѣтчатка и брюшина.

Растягивая эту рану слегка крючками, получаемъ широкій доступъ къ правой подвздошной области и въ полость малаго таза. Доступъ къ малому тазу на столько хорошъ, что можно свободно оперировать не только на правыхъ придаткахъ, но и на маткѣ, въ заднемъ Дугласѣ и на лѣвыхъ придаткахъ.

Этотъ «волнообразный разрѣзъ» имѣетъ свой прототипъ въ штыковыхъ и волнообразныхъ разрѣзахъ (*Vajonettschnitt*, *Wellenschnitt*), предложенныхъ для операций въ другихъ областяхъ. Состоитъ онъ изъ двухъ частей: верхней, которая является несомнѣнно типичной и крайнѣ удобной для обнаженія червеобразнаго отростка и нижней, параллельно бѣлой линіи, опять таки удобной для доступа въ полость малаго таза *per laparotomiam*. Соединяетъ обѣ эти части между собою поперечный разрѣзъ

$\frac{2}{3}$ мышечныхъ волоконъ прямой мышцы живота. Этимъ волнообразнымъ разрѣзомъ не ранятся, ни питающая мышцу артерія, ни нервныя вѣтви, подходящія поперечно къ наружному краю т. гесті, т. е. создаются всѣ условія, лучше всего гарантирующія отъ позднѣйшей атрофіи мышечной ткани.

При своихъ операціяхъ, которыя описаны въ слѣдующей за моею статьѣ д-ра И. Е. Тиканадзе, я сшивалъ брюшную стѣнку, какъ дѣлаю это всегда, двухэтажнымъ швомъ: іодный кэтгутъ на брюшину, мышцы и апоневрозъ и шелкъ на кожные покровы. Грыжи не было.

Можетъ быть, на первый взглядъ, предлагаемый разрѣзъ и кажется нѣсколько сложнымъ въ виду того, что приходится перерѣзать поперечно волокна т. гесті надъ, проходящей подъ ними, *arteria epigastrica*, но на самомъ дѣлѣ это очень просто и избѣгнуть раненія этой артеріи легко. Затѣмъ она оттягивается съ наружной частью мышечнаго брюшка кнаружи и больше совершенно не мѣшаетъ оператору. Разрѣзъ книзу можетъ быть продленъ до самой лобковой кости безъ всякаго опасенія ранить какъ либо артерію.

Доступъ къ маткѣ и придаткамъ такъ обширенъ, что, въ случаѣ надобности, изъ того же разрѣза, можно удалить и лѣвые придатки и оперировать на маткѣ.

Долженъ еще разъ указать на то, что «волнообразный» разрѣзъ я предлагаю для случаевъ съ обширными и плотными сращеніями и инфильтратами у отростка и придатковъ или при неподатливой и жирной брюшной стѣнкѣ.

Я не оспариваю также, что, въ иныхъ довольно сложныхъ случаяхъ при положеніи съ возвышеннымъ тазомъ, можно, черезъ разрѣзъ Мс. Burney или по краю т. гесті, удалить, сращенный съ придатками отростокъ, ибо не разъ и самъ такъ оперировалъ въ подобныхъ случаяхъ, но нельзя и сравнивать, насколько удобнѣе, и главное, все время подъ контролемъ глаза, было бы оперировать тѣ же случаи при «волнообразномъ» разрѣзѣ.

Наконецъ въ сомнительныхъ случаяхъ всегда возможно вскрыть брюшную полость верхней частью разрѣза и только затѣмъ, убѣдившись въ невозможности кончить отсюда операцию, добавить нижнюю его часть.

akusher-lib.ru

Изъ Госпитальной Хирургической Клиники Профессора С. П. Оедорова.

Къ вопросу о совмѣстномъ заболѣваніи правыхъ придатковъ матки и червеобразнаго отростка.

И. Е. ТИКАНАДЗЕ.

Вопросъ о связи между заболѣваніями придатковъ матки и червеобразнаго отростка, можно сказать, сталъ разрабатываться сравнительно недавно. Изученіемъ его одинаково интересуются какъ гинекологи и хирурги, такъ и терапевты. Хотя, благодаря дружной ихъ работѣ, въ литературѣ накопилось много данныхъ, проливающихъ свѣтъ на взаимоотношенія между заболѣваніями этихъ двухъ сосѣднихъ органовъ, однако все же еще многое въ данномъ вопросѣ представляется темнымъ, невыясненнымъ и требующимъ дальнѣйшихъ наблюденій. Вотъ почему этотъ вопросъ въ предстоящемъ сѣздѣ гинекологовъ въ Будапештѣ и поставленъ въ числѣ програмныхъ для всеобщаго и всесторонняго обсуждения.

Большинство авторовъ согласно высказываютъ то мнѣніе, что заболѣваніе внутреннихъ женскихъ половыхъ органовъ и въ особенности правыхъ придатковъ матки играютъ важную роль въ развитіи аппендицитовъ и что хотя рѣзкой разницы въ заболѣваемости аппендицитомъ мужчинъ и женщинъ и не наблюдается, однако перевѣсъ все-же существуетъ на сторонѣ мужчинъ. Ochsner, Mac Rae и др. это преобладаніе считаютъ кажущимся, такъ какъ часто у женщинъ аппендицитъ принимался за заболѣваніе придатковъ. Einhorn на основаніи трупнаго матеріала Мюнхенскаго патолого-анатомическаго института пришелъ къ заключенію, что аппендицитъ у обоихъ половъ встрѣчается почти одинаково часто въ отношеніи 55:57.

Hunter Robb въ 148 случаяхъ заболѣванія придатковъ матки поражение червеобразнаго отростка могъ отмѣтить 25 разъ, что составляетъ 16,80%. Petersen на 200 чревосѣченій, предпринятыхъ по поводу заболѣваній женской половой сферы, систематически удалялъ червеобразные отростки и подвергалъ ихъ микроскопическому изслѣдованію и въ 74% всѣхъ случаевъ онъ находилъ несомнѣнное поражение червеобразнаго отростка: та-

ковое встрѣчалъ въ количествѣ 53%; Rankow въ 33% изслѣдованныхъ имъ микроскопически случаевъ находилъ несомнѣнные признаки перехода воспаления извнѣ на червеобразный отростокъ. Профессоръ Г. Е. Рейнь, на основаніи имѣющагося въ его распоряженіи матеріала, полагаетъ, что частота одновременнаго заболѣванія appendix'a и правой трубы равна отъ 2,5%—14,5%.

Всѣ эти данныя достаточно говорятъ за то, что заболѣваніе червеобразнаго отростка встрѣчается довольно часто при заболѣваніяхъ маточныхъ придатковъ и что эти послѣдніе служатъ важнымъ этиологическимъ моментомъ въ развитіи аппендицитовъ.

Процессъ перехода заболѣванія resp.—воспаленія съ одного органа на другой по мнѣнію большинства авторовъ, во главѣ Barnsby, Hartman, Rankow и др., совершается черезъ непосредственное соприкосновеніе ихъ стѣнокъ. Что же касается участія lig. appendiculo-ovarici съ заложенными въ ней лимфатическими сосудами въ дѣлѣ распространенія болѣзненнаго процесса, то по мнѣнію Sprengel'я, Craig, Popier, Kelly и др. оно представляется менѣе вѣроятнымъ. Нонек однако того мнѣнія, что переходъ воспаления съ придатковъ на отростокъ и обратно возможенъ, какъ при посредствѣ контакта, такъ и черезъ лимфатическіе пути и ретроперитонеальную соединительную ткань независимо отъ положенія червеобразнаго отростка. Schaefer приводитъ два наблюденія подобнаго рода.

Непосредственное же соприкосновеніе этихъ органовъ можетъ возникнуть отъ того, что червеобразный отростокъ оказывается расположеннымъ въ области малаго таза, что у женщинъ наблюдается по Robinson'у въ 48% всѣхъ случаевъ, а по Rosmand'у въ 35%. По Rankow'у опусканіе отростка въ малый тазъ на трупномъ матеріалѣ встрѣчается въ 70%, а по матеріалу аппендектоміи онъ равенъ 50%; далѣе отростокъ можетъ очутиться въ маломъ тазу при необычной своей длинѣ (Кузнецкій).

Помимо этого подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ условій придатки матки могутъ подняться вверхъ до подвздошнослѣпой ямки.

Вовлеченіе въ страданіе червеобразнаго отростка при поражении придатковъ или обратно обозначается образованіемъ между ними болѣе или менѣе плотныхъ спаекъ или сросченій, причемъ воспалительный процессъ, распространяясь съ пораженнаго первично органа на сосѣдній, вызываетъ воспаленіе послѣдняго и склеиваетъ ихъ между собою. Однако присутствіе спаекъ еще не говоритъ о вторичномъ поражении сосѣдняго органа, пока функція этого послѣдняго держится въ нормаль-

ныхъ границахъ. Wylie среди 200 больныхъ, оперированныхъ по поводу сальпингитовъ, часто находилъ спайки между здоровымъ, по крайней мѣрѣ макроскопически, отросткомъ и больными придатками.

Распознаваніе заболѣваній червеобразнаго отростка и правыхъ придатковъ въ виду ихъ близкаго сосѣдства представляется довольно труднымъ, ибо симптомы одной болѣзни легко смѣшиваются съ симптомами другой; еще труднѣе рѣшить вопросъ о первоисточникѣ заболѣваній, въ особенности, когда въ болѣзненный процессъ вовлечены оба органа. Въ литературѣ имѣется рядъ наблюдений, напримѣръ, Kümmele'я, Малиновскаго, Faure, Rouville'я, Santucci и другихъ, гдѣ вслѣдствіе неправильно сдѣланнаго распознаванія болѣзни и недосмотра appendix'a во время операціи, одну и ту же больную пришлось подвергнуть чревосѣченію нѣсколько разъ, (3—4 раза).

Въ виду этого предложеніе Sänder'a, Santucci и другихъ, совѣтующихъ при всѣхъ операціяхъ на половыхъ органахъ женщинъ осматривать и придатокъ, заслуживаетъ полнаго вниманія не только со стороны гинекологовъ, но обратно и хирурговъ; послѣдніе при операціяхъ въ области червеобразнаго отростка должны всегда справляться и о состояніи правыхъ придатковъ матки.

Профессоръ В. О. Снегиревъ въ этомъ отношеніи идетъ еще дальше, онъ говоритъ, что гинекологъ, вскрывшій брюшную полость, долженъ произвести изслѣдованіе всѣхъ органовъ, тамъ находящихся, чтобы, пользуясь случаемъ, устранить встрѣтившіяся ненормальности. Это мнѣніе вполне справедливо раздѣляется и профессоромъ Г. Е. Рейномъ.

Въ отношеніи дифференціального распознаванія этихъ заболѣваній Budin—наиболѣе характернымъ для сальпингитовъ считаетъ предшествовавшее заболѣваніе половой сферы, болѣзненность при бимануальномъ изслѣдованіи, а также опредѣленіе опухоли въ предѣлахъ малаго таза; при аппендицитѣ опухоль имѣетъ склонность оставаться въ области живота, болѣзненность локализуется въ точкѣ Mac Vagney. Rose на основаніи личнаго опыта, опирающагося на 109 чревосѣченій, произведенныхъ по поводу заболѣванія придатковъ, совѣтуетъ при каждомъ заболѣваніи придатковъ имѣть въ виду и appendix; при этомъ, по его мнѣнію, слѣдуетъ распознать и аппендицитъ, если отъ чувствительнаго при точкѣ Mac Vagney мѣста до правыхъ придатковъ мы находимъ свободное безболѣзненное пространство. Однако перечисленные отличительные признаки между заболѣваніями этихъ сосѣднихъ органовъ имѣютъ лишь относительное значеніе и они мо-

гутъ дать нѣкоторую точку опоры при хроническихъ и подострыхъ формахъ этихъ болѣзней, при острыхъ же формахъ, въ особенности при острыхъ пельвеоперитонитахъ или перитонитахъ аппендикулярнаго происхожденія, они оказываются ненадежными. Barth три признака считаетъ наиболѣе характерными для аппендицита: лихорадка, рвота и напряженность брюшной стѣнки, послѣдній признакъ авторъ считаетъ наиболѣе характернымъ для гнойнаго аппендикулярнаго перитонита, и отличаетъ его отъ перитонитовъ пuerпериального или гонорройнаго происхожденія, исходящихъ изъ половой сферы, для послѣднихъ характерна болѣзненность при ощупываніи въ заднемъ сводѣ и даже при осторожныхъ перемѣщеніяхъ матки, а также метеоризмъ и частый пульсъ при умѣренной температурѣ.

Относительно вопроса о первоисточникѣ заболѣванія при совмѣстномъ пораженіи обоихъ сосѣднихъ органовъ наиболѣе интересными являются изслѣдованія Aschoffx'a и его учениковъ Mundt'a, Noll'a, Wätsoldt'a и другихъ, эти авторы на основаніи микроскопическаго изученія цѣлаго ряда удаленныхъ отростковъ пришли къ заключенію, что возможно распознать бывшее воспаленіе appendix'a по истеченіи болѣе или менѣе долгаго времени, когда уже всѣ явленія воспаленія регрессировались; характернымъ для ретроспективнаго діагноза аппендицита, по ихъ мнѣнію, является измѣненіе въ мышечномъ и серозномъ слое стѣнокъ отростка, но не его слизистой, которая можетъ быть и въ нормальномъ состояніи; эти измѣненія сводятся къ разрастанію межмышечной соединительной ткани, вслѣдствіе чего стѣнка отростка подъ микроскопомъ имѣетъ испещренный видъ (Felderung).

Я не стану подробнѣе останавливаться на литературномъ обзорѣ даннаго вопроса: интересующіеся имъ многое могутъ найти въ работахъ Barnsby, Бородулина, Ростовцева Sprengel'a и въ новѣйшихъ Hartman'a, Rankow'a и другихъ, перейду къ описанію случаевъ совмѣстнаго заболѣванія придатковъ и отростка, наблюдавшихся недавно въ клиникѣ профессора С. П. Федорова. Кстати замѣчу, что въ послѣдніе три года клиника профессора С. П. Федорова насчитываетъ 6 такихъ случаевъ, изъ коихъ 2 въ свое время описаны д-ромъ Д. П. Кузнецкимъ, а одинъ профессоромъ В. А. Оппелемъ, а 3 пользованныхъ въ этомъ году (Январь—Февраль) составляютъ предметъ настоящаго сообщенія.

Случай I. Марія Р. 34. Замужняя, акушерка по профессіи, поступила въ клинику 19/II 1909 г. съ жалобами на боли въ семь животѣ, «животъ ноетъ постоянно», по временамъ эти боли принимаютъ

острый характеръ, повышается t^0 , однако выше 37.4^0 не поднимается, тошнить, но до рвоты дѣло не доходитъ. Считаетъ себя больною лѣтъ 13 съ лишнимъ, тогда больная впервые обратилась къ врачу по поводу дисменорройныхъ болей. Регулы съ 15 лѣтъ, установились черезъ годъ, типъ черезъ 3 недѣли по 7 дней всегда обильныя съ болями до и въ первые два дня послѣ появленія кровей. Замужъ вышла на 17 годѣ; дисменорройныя боли продолжались и послѣ замужества. Беременной не была, бѣлями не страдала. Въ 1902 году изъ-за дисменорройныхъ болей и sterilitatis подверглась въ Московской клиникѣ операци, но облегченія не почувствовала. Въ 1903 году лечилась на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ, и тамъ ей сдѣлано выскабливаніе матки, но пользы отъ этого леченія не видѣла. Въ 1904 году лѣтомъ имѣла сильный приступъ болей внизу живота, преимущественно съ правой стороны, была рвота, относительно повышенія t^0 за это время больная точнаго указанія дать не можетъ. По исчезновеніи этихъ болей больная въ теченіе 3-хъ лѣтъ чувствовала себя хорошо и менструальныя боли мало ее беспокоили, отмѣчаетъ лишь, что разъ послѣ испуга появилось сильное кровотеченіе изъ genitalia.

Въ маѣ мѣсяцѣ 1907 года безъ видимой причины появился поносъ со слизью, къ этому присоединились и болѣзненные менструаціи и боли въ животѣ, которыми больная страдаетъ и теперь. Лѣтомъ 1908 года лечилась грязевыми ваннами на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ, но облегченія отъ болей не получила. Въ декабрѣ того же 1908 года снова поносъ, боли въ правой половинѣ живота, была тошнота и повышенная температура.

Ислѣдованіе показало: въ правой подвздошной области соотвѣтственно точкѣ *Mac Burney* болѣзненность при надавливаніи, удается прощупать утолщенный, съ карандашъ, червеобразный отростокъ довольно болѣзненный. Со стороны genitalia: шейка конической формы, матка нѣсколько меньше нормальной, она искривлена кпереди, подвижность ея слѣва ограничена. обѣ трубы утолщены, оба яичника увеличены, правый величину въ большую сливу, широкія связки слѣва тоже утолщены. Прощупать тяжъ между правыми придатками и отросткомъ не удается. Распознанъ *Appendicitis, salpingoophoritis duplex* съ предположеніемъ срощенія между правыми придатками и червеобразнымъ отросткомъ.

Операциа: 24/1. Наркозъ хлороформенный. При выведеніи отростка черезъ обычный разрѣзъ *Mc. Burney* оказалось, что онъ концомъ своимъ срощенъ съ правыми придатками легко отдѣляемыми перемычками, (см. рис. 1); довольно толстая и широкая спайка оказалась у основанія отростка, между нимъ и соесим и петлею тонкихъ кишекъ; на протяженіи этихъ послѣднихъ найденъ *diverticulum Meskelii*; срощенія отдѣлены мѣстами тупымъ способомъ, мѣстами ножницами. Отростокъ удаленъ. Оказавшійся кистозно-перерожденнымъ правый яичникъ резецированъ; обѣ трубы утолщены, но въ виду проходимости абдоминальнаго конца сохранены; перитонизація обнаженныхъ при выдѣленіи отростка поверхностей. Глухой шовъ на брюшную стѣнку, на кожу *serres fines*. Гладкое послѣоперационное теченіе.

Случай II. Пелагея С. 36 лѣтъ. Замужняя. Поступила въ клинику 24/1 1909 г. съ жалобами на боли внизу живота, главнымъ об-

разомъ въ правой его половинѣ. Настоящей болѣзнью болѣетъ 3 мѣсяца, а вообще больной «животомъ» себя считаетъ около 16 лѣтъ, боли и раньше бывали такого характера, какъ теперь, только раньше болѣло пониже въ тазу. Сформировалась на 14 году, типъ регулъ по 4—5 дней ежемѣсячно съ болями вначалѣ. Замужъ вышла на 19 году, рожала 3 раза благополучно, 2 выкидыша 3-хъ и 4-хъ мѣсяцевъ. Послѣ первыхъ родовъ хворала, лежала въ больницѣ, гдѣ ей дѣлали операцию; выпускали гной разрезомъ надъ правымъ пахомъ, гдѣ въ настоящее время имѣется слегка втянутый рубецъ. Послѣдніе роды 6 лѣтъ тому назадъ. Регулы правильны. Относительно недавней своей

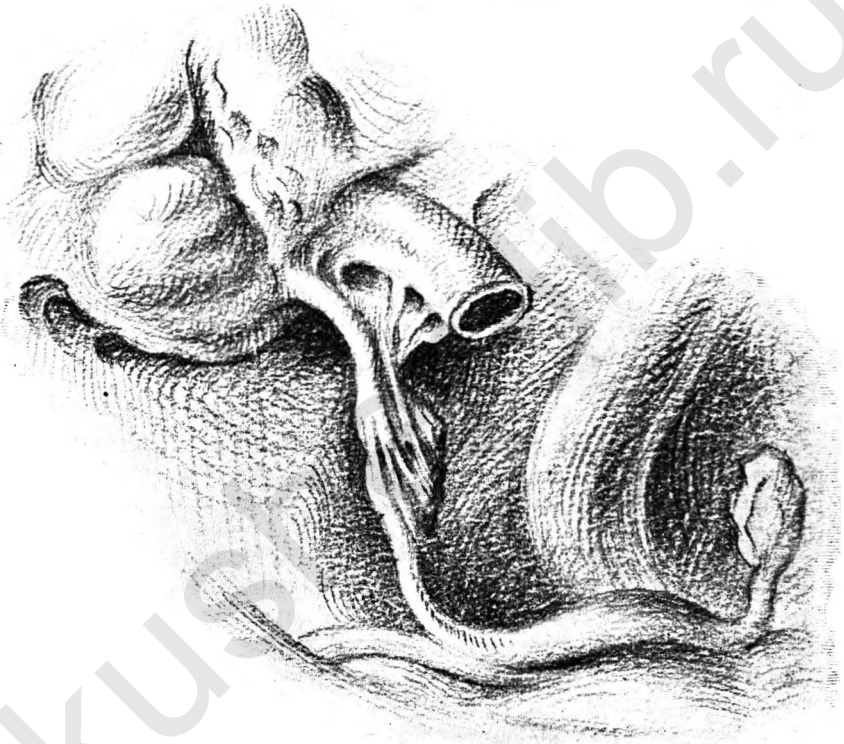


Рис. 1.

болѣзни больная отмѣчаетъ, что боли появились въ подвздошно-слѣпой области не сразу, а постепенно, отдавали въ правую ногу, въ пупокъ и подъ ложечкой. Рвоты и тошноты не было, равно т⁰ не повышалась.

Изслѣдованіе: Животъ немного вздутъ, въ правой подвздошно-слѣпой области при глубокомъ надавливаніи прощупывается довольно толстый шнуръ (appendix) продолговатой формы, толщиной съ мизинецъ, рѣзкая болѣзненность въ точкѣ Mac Burney. Книзу и кнутри отъ этого шнура уже въ полости малаго таза прощупывается опухоль, лежащая поперекъ, величиной съ куриное яйцо, весьма болѣзненная при надавливаніи. Между этими двумя образованиями все же

удается опредѣлить свободный безболѣзненный промежутокъ. Per vaginam: матка увеличена въ объемѣ, справа отъ нея отходить толстый тяжъ (труба), переходящій на своемъ концѣ въ вышеупомянутую яйцевидную опухоль (яичникъ).

Распознанъ: Appendicitis, salpingoorphoritis dextra, metritis chronica.

Операция 4/II. Наркозъ хлороформный, *воплообразный разръзъ* по профессору С. П. Федорову, предложенный имъ специально для случаевъ совмѣстнаго заболѣванія отростка и придатковъ. Попавшаяся въ разръзѣ артерія epigastrica пошажена отклоненіемъ влѣво. Appendix оказался сросшимся съ правой трубой (рис. 2) довольно толстымъ и

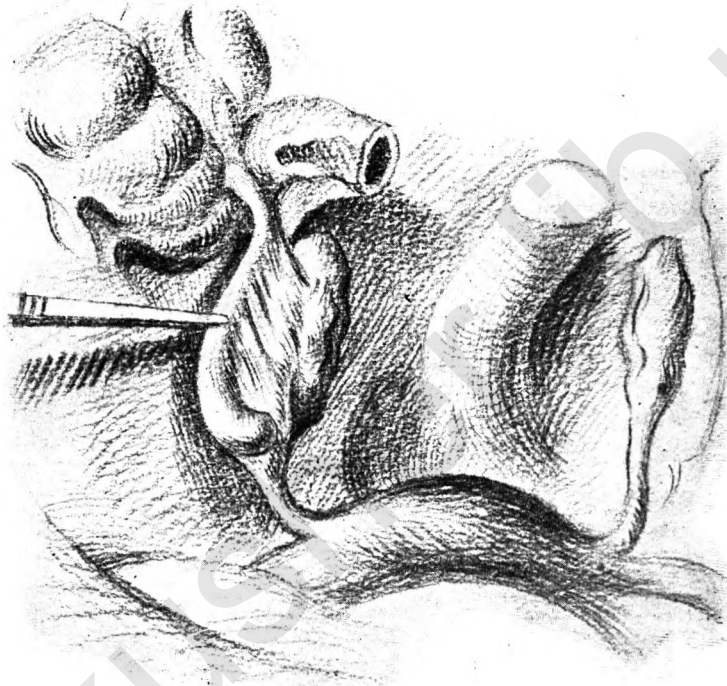


Рис. 2.

широкимъ тяжемъ; сросшенія отдѣлены; угощенная труба и кистозно-перерожденный яичникъ удалены; лѣвые придатки выведены въ рану осмотрѣны, они оказались въ нормальномъ состояніи. Червеобразный отростокъ удаленъ. Глухой шовъ на брюшную стѣнку. Гладкое выздоровленіе*).

Случай III. Наталія Г. 21 годъ. Дѣвица. Поступила въ клинику во второй разъ 10/II 1909 г., жалуясь на боли въ правой нижней половинѣ живота и выпячиваніе, появившееся на мѣстѣ произведенной въ клиникѣ операциі осенью 1908 г. Больной себя считаетъ восемь мѣсяцевъ. Заболѣла сразу болями надъ правымъ пахомъ, былъ

*) Эта больная по выздоровленіи демонстрирована профессоромъ С. П. Федоровымъ въ засѣданіи Акушерско-гинекологическаго Общества 19 марта с. г.

жарь и рвота; пользующий врач распознал у нея аппендицитъ, больная помѣщена была въ Маринской больницѣ, гдѣ ее лечили сначала холодомъ, а затѣмъ клали мушку на больное мѣсто. Спустя 1½ мѣсяца, больная выписалась изъ больницы, не получивъ особаго облегченія; цѣлый мѣсяць лечилась дома, тотъ же жарь, рвота, боли; больная 16/IX поступаетъ подъ мое наблюдение въ Акушерско-гинекологическую клинику профессора А. И. Лебедева съ жалобами на сильныя боли внизу живота и лихорадку; здѣсь у нея распознанъ абсцессъ въ правой подвздошной области повидимому аппендикуляр-

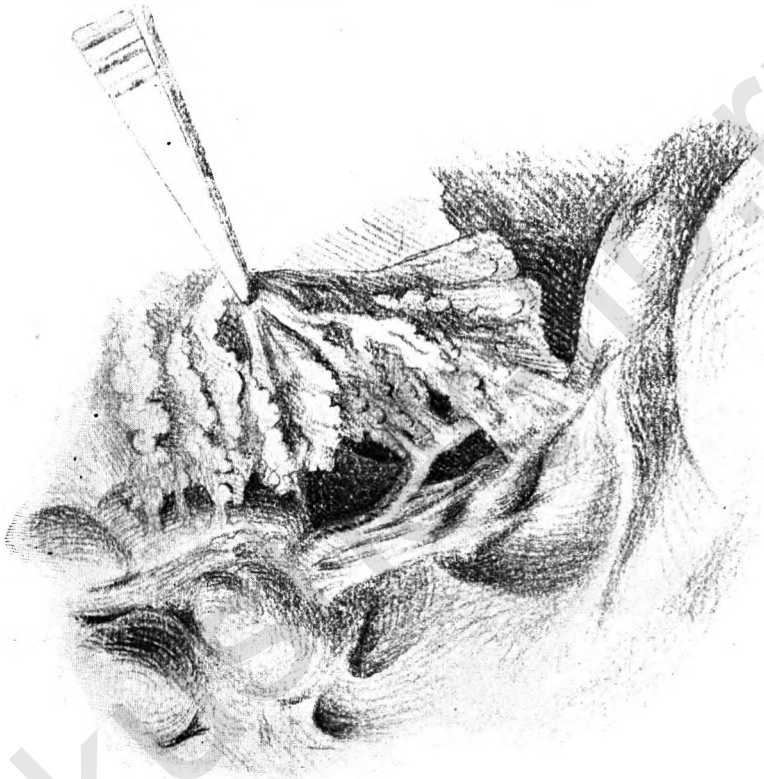


Рис. 3.

наго происхожденія. Больная была переведена въ хирургическую клинику профессора С. П. Ѳедорова. Общее питаніе подорвано. Беременной не была, бѣлями не страдала, равно не имѣла задержки кровей передъ заболѣваніемъ. Изслѣдованіе показало: Животъ немного вздутъ, въ правой подвздошной области прощупывается флюктуирующая опухоль, верхняя граница которой доходитъ до *linea spina-umbil.*, слѣва наружный край *m. recti*, справа кости таза, а внизу *lig. Pouchii*, опухоль при давленіи не особенно болѣзненна; при двуручномъ изслѣдованіи: матка не болѣзнена, въ нормальномъ *anteversio-flexio*; своды свободны, подвижность справа ограничена, лѣвая труба утолщена и болѣзненна при ощупываніи, лѣвый яичникъ слегка увеличенъ, правые

придатки ясно прощупать не удастся; черезъ правый сводъ достигнуть дна опухоли не удастся; во время двуручнаго изслѣдованія изъ полости матки вдругъ полилось значительное количество вонючаго гноя; сейчасъ же приступлено къ опорожненію гнойника черезъ переднюю стѣнку живота внѣбрюшинно (Д-ръ Д. П. Кузнецкій), выдѣлилась масса гноя съ фекальнымъ запахомъ. Тампонада. Влагалищныя спринцеванія. Въ теченіе 3—4 дней послѣ операціи гной выдѣлялся изъ полости матки. Операционная рана зажила и спустя 3 недѣли послѣ операціи больная выписалась, чувствуя себя вполне здоровой. Спустя три мѣсяца больная снова пришла въ клинику съ вышеупомянутыми жалобами. Теперь при изслѣдованіи найдено: Послѣоперационная грыжа въ правой паховой области, грыжевое кольцо свободно пропускаетъ концы 3-хъ пальцевъ. Въ глубинѣ черезъ грыжевое отверстіе удается прощупать тяжъ толщиной въ мизинецъ, его удается прощупать и при точкѣ *Mac Burney*; тяжъ этотъ при ощупываніи довольно чувствителенъ. При гинекологическомъ изслѣдованіи найдено: эрозіи на влагалищной части, изъ канала слизисто-гнойное выдѣленіе, матка кпереди нормальной величины, подвижность ея ограничена справа, редресированіе влѣво болѣзненно, обѣ трубы замѣтно утолщены, особенно правая, и болѣзнены, правый яичникъ съ небольшое куриное яйцо, отъ правыхъ придатковъ вверхъ, въ подвздошную впадину идетъ тяжъ, повидимому, соединяющійся съ отросткомъ; своды свободны. Распознавъ: *Appendicitis. Salpingoophoritis duplex.*

Операція 18/II. Хлороформенный наркозъ. *Разрѣзъ волнообразный*, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Найдены отростокъ длиной 11 сант., причѣмъ брыжейка его была сращена съ сальникомъ и правой трубой, (рис. 3) перемычки разорваны. Правая труба утолщена, плотна и сращена съ правымъ мелко кистозно-перерожденнымъ яичникомъ, кисты пунктированы, труба изсѣчена, просвѣтъ ея оказался растянутымъ. На лѣвомъ яичникѣ найдено выпячиваніе поверхности въ видѣ узла, который при разрѣзѣ оказался полостью, наполненною сгустками крови. Полость зашита кѣтгутowymi швами. Глухой шовъ на брюшную стѣнку. Затѣмъ зашито грыжевое кольцо. Гладкое послѣоперационное теченіе. На 9 день т⁰ повысилась, появились признаки лѣвосторонняго гнойнаго параметрита, который на 13 день послѣ произведеннаго гинекологическаго изслѣдованія вскрылся въ мочевоу пузырь. Въ теченіе 5 дней учащенные позывы на мочу, моча содержала изрядное количество гноя, который постепенно уменьшился.

26/III. Больная выписалась, при этомъ отмѣчено—моча чистая, гнойныхъ элементовъ не содержитъ, въ лѣвомъ сводѣ небольшое уплотненіе, мало болѣзненное при ощупываніи.

Ознакомившись съ исторіей болѣзни нашихъ больныхъ, мы находимъ, что у всѣхъ съ самаго начала на первомъ планѣ выступали заболѣванія половой сферы. У первой имѣлись дисменоррейныя боли, безпокоившія ее съ перваго момента появленія мѣсячныхъ; эти расстройства повидимому находились въ связи съ врожденными недостатками развитія половой сферы, а также съ присоединившимся страданіемъ придатковъ, при которыхъ тоже не рѣдки дисменоррейныя явленія. На наблюдаемые впо-

слѣдствіи симптомы хроническаго катаррального аппендицита, по моему мнѣнію, слѣдуетъ смотрѣть, какъ на самостоятельное заболѣваніе. Существующее сращеніе между правыми придатками и червеобразнымъ отросткомъ, а также между этимъ послѣднимъ и тонкой кишкой даетъ намъ право допустить, что весь патологическій процессъ разыгрывался около червеобразнаго отростка и только впослѣдствіи по продолженію его и черезъ соприкосновеніе задѣлъ уже болѣзненно измѣненный правый яичникъ, образовавъ сращенія своимъ концомъ съ серознымъ его покровомъ и тѣмъ способствовалъ кистозному его перерожденію.

Относительно втораго случая мы съ большей вѣроятностью можемъ говорить о распространеніи болѣзненнаго процесса съ половыхъ органовъ на appendix; въ самомъ дѣлѣ указаніе на какое-то послѣродовое заболѣваніе, потребовавшее хирургическаго вмѣшательства, скорѣе говоритъ за послѣродовой параметритъ, который, повидимому, поднявшись вверхъ по тазовой стѣнкѣ, повелъ къ образованію обособленнаго гнойника въ подвздошной впадинѣ. Боли съ правой стороны послѣ первыхъ родовъ, которыя беспокоили больную, находятъ объясненіе въ тѣхъ измѣненіяхъ, которыя почти всегда остаются въ придаткахъ, въ особенности въ широкихъ связкахъ, послѣ развившагося на той или иной сторонѣ гнойнаго параметрита, а также и въ сращеніяхъ, которыя могли произойти между придатками матки, червеобразнымъ отросткомъ и его брыжейкой, какъ результатъ перехода воспалительнаго процесса черезъ соприкосновеніе серозныхъ покрововъ этихъ органовъ. Послѣдствіемъ этихъ то сращеній могли быть стриктуры или искривленія червеобразнаго отростка, отсюда недостаточное опорожненіе его содержимаго, явленія застоя и другія разстройства, которыя постепенно ведутъ къ развитію хроническаго аппендицита. Въ подобныхъ случаяхъ развитіе аппендицита большею частью совершается безъ предшествовавшаго остраго приступа, болѣзн развивается постепенно, такъ что больныя иногда и не отмѣчаютъ присоединенія новой болѣзни. Эти формы по единогласному мнѣнію большинства авторовъ представляются наиболѣе трудными для распознаванія и часто даютъ поводъ къ смѣшенію съ заболѣваніями придатковъ. Въ этихъ случаяхъ нѣкоторую точку опоры при распознаваніи можетъ дать симптомъ Row-sing'a, нахожденіе безболѣзненнаго участка между болѣзненнымъ мѣстомъ при точкѣ Mac Burney и правыми придатками, на который указалъ Rose, а также и анамнезъ—; въ нашемъ случаѣ больная сама указывала, что боли, которыя въ послѣднее время стали ее беспокоить, сосредоточиваются выше прежнихъ.

Наиболѣе интереснымъ въ смыслѣ распознаванія представляется третій случай: здѣсь дѣло шло о молодой женщинѣ съ абсцессомъ въ правой подвздошной области; болѣзнь имѣла бурное начало, такъ что болѣе всего напрашивалась мысль объ аппендикулярномъ его происхожденіи. Внезапное истеченіе обильнаго гноя изъ полости матки во время двуручнаго изслѣдованія третировалось какъ результатъ опорожненія периаппендикулярнаго абсцесса въ фаллопиеву трубу; подобные исходы аппендикулярныхъ абсцессовъ хотя и представляются рѣдкими, но все же отмѣчены въ литературѣ (Soutton, Röttier, Оппель). При вторичномъ поступленіи въ клинику у больной кромѣ послѣоперационной грыжи на мѣстѣ рубца найдено поражение обоихъ придатковъ матки, утолщеніе и болѣзненность червеобразнаго отростка въ точкѣ Mac Burney; помимо этого черезъ грыжевое отверстіе удается прощупать особый тяжъ, идущій отъ appendix'a къ правымъ придаткамъ.

При удаленіи отростка и воспалительно-измѣненныхъ придатковъ, намъ не удалось отмѣтить данныхъ, подтверждающихъ наличность аппендикулярнаго абсцесса, опорожнившагося въ трубу, скорѣе можно было говорить объ околوماتочномъ гнойникѣ, вскрывшемся въ полость матки.

Развитіе аппендицита, повидимому, произошло вторично. Какъ на особенность этого случая слѣдуетъ указать на осложненіе въ послѣоперационномъ періодѣ гнойнымъ параметритомъ, въ видѣ обширнаго скопленія гноя, занимавшаго весь задній Дугласъ и лѣвый сводъ; гнойникъ этотъ внезапно опорожнился въ мочевой пузырь, съ выдѣленіемъ обильнаго количества гнойной мочи; бывшая раньше повышенной, температура сразу спала.

Удаленные червеобразные отростки всѣхъ 3-хъ болѣзныхъ, а равно и трубы отъ послѣднихъ двухъ, мною были подвергнуты микроскопическому изслѣдованію. При этомъ найдено въ отросткѣ отъ первой больной, кромѣ обильнаго разрастанія соединительной ткани въ мышечномъ слоѣ, утолщеніе и склерозъ серозной оболочки, сморщиваніе подслизистаго слоя и почти полная атрофія слизистой.

Въ отросткахъ отъ послѣднихъ двухъ болѣзныхъ слизистая не представляла почти никакихъ измѣненій, только отмѣчалось развитіе соединительной ткани въ мышечномъ слоѣ, серозный покровъ былъ утолщенъ и склерозированъ, мѣстами на немъ видны были наслоенія фибрина, въ трубахъ найдено поражение всѣхъ слоевъ ихъ стѣнокъ въ видѣ *endo-meso-perisalpingit'a*; помимо этого въ просвѣтѣ трубы у послѣдней больной, кромѣ зернистаго распада, часто попадались и гнойные элементы.

Итакъ на основаніи анамнестическихъ данныхъ и анатомическаго изслѣдованія удаленныхъ отростковъ и придатковъ мы можемъ заключить, что между заболѣваніями червеобразнаго отростка и правыхъ придатковъ матки существуетъ довольно тѣсная связь, при чемъ въ однихъ случаяхъ первоисточникомъ болѣзненнаго процесса можетъ служить отростокъ, а въ другихъ правые придатки матки. Переходъ воспаленія съ одного сосѣдняго органа на другой совершается большей частью, судя по нашимъ даннымъ, черезъ непосредственное соприкосновеніе ихъ серозныхъ покрововъ, между которыми образуются сращения, тяжи, поддающіеся при нѣкоторыхъ благопріятныхъ условіяхъ прощупыванію.

Такое положеніе вопроса вмѣняетъ въ обязанность оперирующему аппендициту справиться и о состояніи правыхъ придаткомъ матки и обратно.

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

- 1) Бородулинъ — Объ аппендицитѣ дисс., Москва, 1900.
- 2) Ростовцевъ — Ученіе о перитифлитѣ, СПб. 1902.
- 3) Sprengel — Appendicitis, Stuttgart, 1906.
- 4) Ochsner — Append. as a cause of inflamatory disease of the right ovary and tube, Journ. Amer. Med. ass. 1899 22 July.
- 5) Mac Rae — Append. in the female, New-York, Med. Journ. 1901, 2 Febr.
- 6) Einhorn — Ueber Perforation des Proces. vermif. und des Coecums, Münch. Med. WS. 1891 p. 121, 140.
- 7) Hartmann — Appendicite et Annexite Annales de Gynecol. et obstetrique, 1908, № 2 u. 3.
- 8) Pankow — Die Appendicitis beim Weibe und ihre Bedeutung für die Geschlechtsorgane. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekol. 1908 Bd. XIII, 3.50.
- 9) Рейнъ — О пограничныхъ областяхъ между хирургіей, гинекологіей и урологіей. Журн. акуш. 1909, т. XXIII, № 5—6.
- 10) Barnsby — De l'appendicite d'origine annexite Revue de gynecol. et de chir. abd., 1898, № 3.
- 11) Hermes — Erfahrungen über Veränderungen des Wurmfortsatzes bei gynäkol. Erkrank. Deut. Zeit. f. Chir. 1903, t. 68, S. 191.
- 12) Ropsard — Annexite et appendicite. Цит. по рефер. Zentrbl. f. Gynäcol. 1908, S. 990.
- 13) Honeck — Zentrbl. 1908, S. 1379.
- 14) Schaefer Zentralbl.f. Gynäcol. 1907, S. 793.
- 15) Маммовскій — Проток. Акуш. Гинек. общ. въ Киевѣ, Засѣд. 30 янв. 1901.
- 15) Rouville — Zentrbl. für Gynäcol. 1907, стр. 951.
- 16) Santucci — ibidem стр. 951.
- 17) Faure — Leçons de Clinique et de technique Chirurg. Paris 1905, p. 260.
- 18) Borth — Differentiale diagnostische Kriterien der Peritonitis. Zentrbl. 1907, стр. 423.

„Къ вопросу о порокахъ сердца при беременности“.

Н. К. НЕЁЛОВА.

Прив.-доп. У-та Св. Владиміра въ Кіевѣ.

Порокъ сердца, въ той или иной формѣ, является далеко не рѣдкимъ заболѣваніемъ; еще чаще, конечно, наблюдаемъ мы беременность; но вотъ совпаденіе этихъ двухъ состояній организма, одного изъ области патологіи, а другого—изъ области физиологіи, къ счастью для женщины, мы наблюдаемъ сравнительно не такъ часто, какъ это можно было бы ожидать. По свѣдѣніямъ родильныхъ домовъ, акушерскихъ клиникъ оказывается, что осложненіе беременности порокомъ сердца настолько рѣдко, что описывается почти каждый встрѣчающійся случай.

Обращаясь къ литературнымъ даннымъ, мы видимъ, что, напр., Zweifel въ своемъ акушерствѣ говоритъ всего о двухъ случаяхъ; Wessner въ диссертации, вышедшей изъ Бернской клиники (проф. Müller), приводитъ за очень продолжительный періодъ всего 25 случаевъ. Leiden собралъ всего 157 случаевъ съ $\frac{0}{100}$ смертности въ 52.8⁰/₁₀₀; у большинства былъ порокъ митрального клапана. Одна изъ послѣднихъ работъ по интересующему насъ вопросу—это статья Wenzel'я изъ клиники въ Будапештѣ (проф. I. Varsoni); авторъ сообщаетъ, что за 8 лѣтъ въ клиникѣ на 10998 родовъ порокъ сердца наблюдался 7 разъ; 5 женщинъ погибли. Тотъ же авторъ наблюдалъ одновременно одинъ случай въ поликлиникѣ; больная тоже умерла.

Приведенныхъ примѣровъ достаточно, чтобы подтвердить высказанное мной положеніе о сравнительной рѣдкости одновременнаго существованія порока сердца и беременности.

На измѣненія въ сердцѣ во время беременности первый обратилъ вниманіе въ 1828 году Larcher, который указалъ на гипертрофію лѣваго желудочка, вызываемую исключительно беременностью. Эти наблюденія были под-

тверждены Ducrest'омъ, Reasco'омъ, Blôt; на опасность отъ порока сердца во время беременности было обращено вниманіе въ 60-хъ годахъ XIX столѣтія послѣ того какъ Нескер описалъ два случая смерти во время родовъ при стенозѣ лѣваго венознаго отверстія.

Извѣстный клиницистъ Jaccoud смотрѣлъ на осложненіе беременности порокомъ сердца очень спокойно; онъ думалъ, что, разъ порокъ сердца компенсированъ, бояться нѣтъ основаній; онъ рекомендовалъ обратить вниманіе лишь на одно обстоятельство: можетъ ли беременная, къ концу беременности, окружить себя полнымъ комфортомъ и не работать; если не можетъ—тогда беременность лучше прервать.

Michel Peter подмѣтилъ, что страдающія порокомъ сердца очень склонны къ выкидышу и къ воспаленію легкихъ; и то и другое, по его мнѣнію, такъ для нихъ опасно, что онъ запрещаетъ такимъ больнымъ вступать въ бракъ.

Особенно плохо смотрятъ авторы на суженіе лѣваго венознаго отверстія (Berry Hart, Lusck, Wenzel).

Lusck говоритъ, что, если даже роды окончатся благополучно, то дѣти у такихъ больныхъ долго не живутъ и рождаются съ разными пороками развитія.

Съ другой стороны есть врачи, которые не смотрятъ такъ пессимистически на порокъ сердца при беременности, напр.. Armstrong, Sears и другіе.

Вообще надо сказать, что клиницисты не одинаково смотрятъ на то, какъ влияетъ беременность на имѣющійся порокъ сердца; одни боятся беременности и считаютъ показаннымъ прерываніе ея (Spiegelberg, Schröder, Лазаревичъ, Leiden, Соловьевъ и др.); другіе сохраняютъ беременность (Wessner, Winkel, Fehling).

Пашутинъ говоритъ, что если сердцу задается большая работа и если оно при этомъ хорошо питается, то обязательно наступаетъ гипертрофія его мышцы; если питаніе плохо, то сердце растягивается и затѣмъ можетъ послѣдовать перерожденіе мускулатуры; такого же мнѣнія и Parrot, Львовъ, Potain.

Если, слѣдовательно, при нормальномъ сердцѣ во время беременности наблюдаются иногда очень серьезныя измѣненія, то тѣмъ сильнѣе будутъ эти измѣненія выражены, если беременность наступитъ при больномъ уже сердцѣ.

Послѣ этого краткаго вступленія я перехожу къ моимъ наблюденіямъ. Мнѣ пришлось провести нѣсколько случаевъ беременности при порокахъ сердца, но въ настоящей статьѣ я остановлюсь только на двухъ, такъ какъ оба эти случая, особенно послѣдній, представляютъ значительный клиническій интересъ.

Первый случай я видѣлъ нѣсколько лѣтъ томуназадъ. Молодой врачъ С. пригласилъ меня къ своей матери, которая была беременна 25-й разъ; уже нѣсколько лѣтъ, послѣ сочленовнаго ревматизма, она страдаетъ суженіемъ лѣваго венознаго отверстія; до настоящаго времени она пользовалась прекраснымъ здоровьемъ и эту 25-ую свою беременность переносила вполне благополучно; но вотъ не болѣе двухъ недѣль какъ она стала себя чувствовать плохо; разстройство компенсаціи, аритмія, одышка, вездѣ отеки; назначенное *infusum* изъ 0,36 на 180.0 *digitalis'a* не помогаетъ.

Эти свѣдѣнія мнѣ были сообщены по дорогѣ къ больной ея сямомъ. Я себя представлялъ, что увижу старую больную, въ тяжеломъ состояніи. Къ моему удивленію я увидѣлъ находящуюся въ полусидячемъ положеніи женщину, которой на видъ нельзя было дать болѣе 42 — 44 лѣтъ; дышала она съ трудомъ, работали вспомогательныя мышцы; пульсъ быстрый, беспорядочный; дѣятельность сердца тоже была сильно нарушена—оно словно металось въ грудной полости; беременность на 8-мъ мѣсяцѣ, отклоненій отъ нормы нѣтъ; ноги, руки, животъ, лицо — сильно отечны. Больная мнѣ сообщила, что ей съ каждымъ часомъ дѣлается все хуже и хуже, что нѣсколько ночей она уже совсѣмъ не спитъ; на столѣ я увидѣлъ бутылочку съ настойкой наперстянки и больная мнѣ сообщила, что сначала это лѣкарство хорошо дѣйствовало, а теперь уже совсѣмъ не дѣйствуетъ; на мой вопросъ, которая это бутылочка по числу, больная отвѣтила, что это восьмая порція; можно себя представить охватившее меня удивленіе, когда я услышалъ это!

Осмотрѣвъ тщательно больную, я убѣдился, что, помимо полнѣйшаго разстройства компенсаціи, мы еще имѣемъ дѣло съ кумулятивнымъ дѣйствіемъ наперстянки. Лѣченіе, конечно, возможно было одно—немедленно прервать беременность, что я и предложилъ.

Какъ я узналъ потомъ, въ тотъ же день у больной было еще нѣсколько врачей, а черезъ день она скончалась.

Второй случай я наблюдалъ недавно. Г-жа Ш., около 24 лѣтъ отъ роду; въ дѣтствѣ и затѣмъ вплоть до замужества была совершенно здорова; замужъ вышла весной 1908 года; послѣднія крови были 10 мая; въ половинѣ іюня г-жа Ш. обратилась ко мнѣ за совѣтомъ по поводу какихъ-то припадковъ, которые появляются у нея послѣ каждаго *coitus'a* и заключаются въ томъ, что ей не хватаетъ воздуха, болѣзненно сжимается сердце, появляется чувство страха; осмотрѣвъ больную, я опредѣлилъ начавшуюся беременность, а, выслушавъ сердце, убѣдился, что имѣю дѣло съ суженіемъ лѣваго венознаго отверстія; не вѣря, однако, своему уху, я порекомендовалъ г-жѣ Ш. обратиться къ терапевту О. О. Рындовскому, который и подтвердилъ мой діагнозъ, а, при случайной встрѣчѣ со мной, сказалъ

мнѣ, что не считаетъ въ данномъ случаѣ беременность противо-показанной и не соглашается со мной (я возбуждалъ вопросъ о прерываніи беременности); при этомъ О. О. указалъ мнѣ на одну нашу общую пациентку, которая при такомъ же недостаткѣ сердца преблагополучно и неоднократно рожала.

Г-жѣ Ш. былъ назначенъ бромъ, ландышъ, и ея состояніе нѣсколько какъ-будто улучшилось; по крайней мѣрѣ, припадки стали рѣже и не въ такой тяжелой формѣ.

Затѣмъ, благодаря моему отъѣзду изъ Кіева, я увидѣлъ вновь г-жу Ш. лишь въ первой половинѣ августа, за это время она сильно измѣнилась; опять начались сердцебиенія, появилась небольшая одышка. Въ концѣ августа былъ созванъ consilium, такъ какъ состояніе больной, несмотря на примѣнявшіяся мѣры, не только не улучшалось, но скорѣе ухудшалось. На этомъ совѣщаніи я, исходя изъ тѣхъ соображеній, что сердце, уже въ самомъ началѣ беременности ведущее себя такъ, даетъ мнѣ основаніе бояться за его состоятельность въ послѣднее время беременности и особенно во время родовъ,—я вновь поднималъ вопросъ о выкидышѣ и настаивалъ на томъ, что имѣются къ нему всѣ показанія. Этотъ вопросъ всесторонне и основательно обсуждался и былъ рѣшенъ, главнымъ образомъ терапевтами, отрицательно, такъ какъ именно терапевты рассчитывали, что сердце еще справится, да и сама больная и ея мужъ очень хотѣли имѣть живого ребенка.

Было назначено лѣченіе и установлено тщательное наблюденіе за больной.

Въ 20-хъ числахъ сентября вновь состоялось совѣщаніе; на этомъ совѣщаніи, помимо еще болѣе тяжелого общаго состоянія больной, было констатировано скопленіе жидкости въ плейрѣ; въ виду того, что больная сидѣла, плохо одѣтой, у открытаго окна, затѣмъ такъ какъ у нея повысилась t^0 тѣла до 37.7^0 и, наконецъ, въ виду того, что на ногахъ отековъ не было, рѣшено было, что эта жидкость въ плейрѣ экссудатъ, а не трансудатъ; вновь было назначено соответствующее лѣченіе и вновь рѣшено ждать. Я протестовалъ противъ такого рѣшенія, не соглашался, что въ плейрѣ экссудатъ, но я былъ одинъ и кромѣ того терапевты считали себя, такъ сказать, пока хозяевами случая.

Назначенное лѣченіе почти не улучшило состоянія больной; весь октябрь она провела въ довольно тяжеломъ положеніи; нѣсколько утѣшительно было то, что по временамъ состояніе какъ-будто улучшалось и у окружающихъ появлялась надежда на возможность благопріятнаго исхода беременности и для матери и для плода.

Въ началѣ ноября положеніе больной рѣзко ухудшилось и на новомъ совѣщаніи и терапевты, наконецъ, заявили, что ожидать болѣе нельзя и что надо прервать беременность. Между тѣмъ положеніе больной было слѣдующее: она не могла совсѣмъ лежать, такъ какъ даже при попыткѣ лечь начинала задыхаться; непрерывный кашель, отеки и на рукахъ и на ногахъ, трансудатъ въ плейрѣ—почти въ одномъ и томъ же положеніи; дѣятельность сердца совершенно безпорядочная; исхуданіе и истощеніе организма въ очень значительной степени.

И вотъ при такихъ условіяхъ надо было приступить къ производству искусственнаго выкидыша, да еще на 6 мѣсяцѣ беременности

и при указаніяхъ въ литературѣ на опасность и плохіе исходы этой операци. Особенно меня пугала возможность кровотеченія и невозможность, при такомъ состояніи больной, примѣнить все, что надо для остановки его.

4 ноября утромъ, съ большимъ трудомъ, въ полусидячемъ положеніи больной и при непрерывномъ кашлѣ, мнѣ удалось ввести въ матку бужъ, который вошелъ довольно быстро и хорошо; втеченіе дня и затѣмъ всей ночи были маленькія схватки; на другой день былъ введенъ второй бужъ; онъ вошелъ нѣсколько труднѣе, вошелъ не во всю его длину и сейчасъ же показалось изъ полости матки довольно порядочное кровотеченіе. Послѣ этого второго бужа боли начались сильнѣе и 6 ноября утромъ ребенокъ, шедшій ножками, былъ мною довольно легко извлеченъ; для удаленія дѣтскаго мѣста я примѣнилъ легкой наркозъ смѣсью закиси азота и чистаго кислорода въ пропорціи—1 часть кислорода и 4 части закиси азота; къ счастью и удаленіе дѣтскаго мѣста удалось очень легко по Стэддѣ, почти не было при этомъ никакой потери крови.

Такимъ образомъ, выкидышъ, къ моему удивленію, прошелъ идеально хорошо и всѣ мои опасенія, къ счастью, не оправдались. Состояніе больной рѣзко измѣнилось къ лучшему: дыханіе стало свободнѣе, дѣятельность сердца болѣе правильной, самочувствіе тоже рѣзко улучшилось; скоро по окончаніи выкидыша больная спокойно лежа заснула и проспала непрерывно около четырехъ часовъ, чего давно уже не было; проснувшись больная къ общему удовольствію попросила ѣсть. Весь этотъ день и слѣдующая за нимъ ночь прошли очень хорошо и у меня даже начала появляться надежда на благополучный исходъ. Въ пятницу 7-го ноября съ 7 часовъ утра вдругъ начался очень сильный кашель съ характерной ржавой мокротой; t^0 сразу поднялась до 38.7^0 ; кашель все усиливался; явилось предположеніе о начавшейся крупозной пневмоніи или объ инфарктѣ легкаго, и вѣрнѣе, что мы имѣли дѣло со вторымъ процессомъ; за это говорили внезапность появленія заболѣванія и то обстоятельство, что больная отхаркивала въ большомъ количествѣ почти чистую кровь; въ одно время съ явленіями въ легкихъ опять стало страдать и сердце; за предъидущіе сутки его дѣятельность настолько улучшилась, что почти совсѣмъ исчезли отеки и вечеромъ 6.XI. при изслѣдованіи грудной полости было констатировано почти полное рассасываніе транссудата (характеръ этой жидкости уже тогда былъ внѣ сомнѣнія); какъ только образовался инфарктъ сердце немедленно на это реагировало; снова дѣятельность его сдѣлалась безпорядочной, снова появились на ногахъ отеки; такое состояніе больной, не смотря на всѣ принятія мѣры, не улучшалось, а наоборотъ, шло быстро къ ухудшенію и въ ночь съ 8 ноября на 9-е больная скончалась при явленіяхъ паралича сердца и отека легкихъ. Ребенокъ родился живымъ и жилъ около сутокъ, но затѣмъ умеръ.

Оцѣнивая и обсуждая только что описанный случай, затѣмъ имѣя въ виду и другіе случаи, которые мнѣ пришлось наблюдать, наконецъ, принимая во вниманіе все то, что я могъ найти въ доступной мнѣ литературѣ, я нахожу возможнымъ высказать нѣкоторыя предположенія.

Мнѣ кажется, во-первыхъ, что нельзя говорить объ преимущественной опасности того или иного измѣненія въ клапанахъ или въ отверстіяхъ сердца; все находится въ зависимости отъ цѣлаго ряда условій и учету эти условія въ большинствѣ случаевъ не поддаются.

Что касается, во-вторыхъ, практической стороны вопроса, то мнѣ кажется, что надо индивидуализировать, какъ и всегда, каждый случай; если, однако, въ самомъ началѣ беременности сердце уже начинаетъ проявлять нѣкоторую несостоятельность; если при этомъ оно не подчиняется обычнымъ сердечнымъ средствамъ, то на такіе случаи надо смотрѣть какъ на случаи безнадежные и дѣйствовать исключительно въ интересахъ матери; тутъ вопросъ менѣе сложный, чѣмъ, напр., тотъ, который возникаетъ при узкомъ тазѣ; спасти и мать и плодъ мы не можемъ, а разъ дѣло стоитъ такъ, то, конечно, не можетъ быть споровъ какъ поступить.

Обращаясь еще къ моему второму случаю, я хочу обратить вниманіе на какое-то, если уместно здѣсь такъ выразиться, враждебное отношеніе сердца больной къ половой сферѣ ея. Сердце начало реагировать даже на coitus и давать припадки, которыхъ раньше, даже при большихъ волненіяхъ, не было. Надо думать, что женщины съ такимъ сердцемъ никогда не могутъ быть матерями.

Изъ Акушерско-гинекологическаго Отдѣленія ч. пр. Д. Д. Полова при С.-Петербургскомъ Николаевскомъ Военномъ Госпиталѣ.

Къ вопросу о метаплазии эпителия, гистогенезѣ и ранней діагностикѣ рака матки.

В. К. ПЕТЕРСОНЪ.

Замѣщеніе одного вида эпителия другимъ, въ области женскихъ половыхъ органовъ, встрѣчается далеко нерѣдко.

Къ этому предрасполагаетъ присутствіе въ разныхъ отдѣлахъ половой сферы различнаго рода эпителия и его родственность по исторіи развитія, а кромѣ того разнообразныя фізіологическіе и патологическіе моменты.

Уже Fischel³, въ свое время, описалъ врожденныя метапластическія явленія эпителия, когда на влагалищной части вокругъ наружнаго зѣва, гдѣ нормально находится плоскій эпителий, вмѣсто него появляется цилиндрической, что ведетъ къ образованію врожденной эрозіи.

Эрозіи, развившіяся на почвѣ воспалительнаго процесса слизистой оболочки цервикальнаго канала и полости матки, могутъ, подъ вліяніемъ соответствующаго леченія, исчезнуть и цилиндрической эпителий снова замѣщается вслѣдствіе пролиферации многослойнымъ, плоскимъ эпителиемъ. Эти же эрозіи или вывороты слизистой шейки нерѣдко служатъ источникомъ развитія злокачественнаго новообразованія.

Далѣе, v. Friedlaender⁵ и Meyer¹² находили плоскій эпителий въ нормальныхъ дѣтскихъ маткахъ, а по нѣкоторымъ авторамъ, эпителий матки взрослой женщины обладаетъ также подъ вліяніемъ фізіологическихъ процессовъ въ значительной степени способностью видоизмѣняться (Gebhard⁶, Werth²³, Oeri¹⁵, G. Klein⁹, Benno Müller¹⁴): особенно въ старческомъ возрастѣ эта эпидермизація встрѣчается не такъ уже рѣдко.

Эти наблюденія дѣлаютъ вопросъ о метаплазии крайне

интереснымъ не только съ теоретической точки зрѣнія: знакомство съ нимъ крайне важно и съ практической стороны, такъ какъ детальное и научное изученіе замѣщенія одного вида эпителия другимъ, стоящимъ на границѣ развитія атипичныхъ формъ его съ переходомъ въ злокачественное новообразование, дастъ возможность, наиболѣе совершенно и своевременно разобраться въ вопросахъ о доброкачественности и злокачественности метапластическихъ явленій. (Schottlaender²²).

Прежде чѣмъ перейти къ вопросу о распознаваніи раннихъ формъ раковаго новообразованія влагалищной части и шейки матки, я позволю себѣ остановиться на замѣщеніи цилиндрическаго эпителия многослойнымъ плоскимъ, имѣющимъ доброкачественный характеръ (Metaplasia benigna). Эта форма метаплазіи имѣетъ тотъ интересъ, что стоитъ на границѣ злокачественнаго перерожденія, ибо по нѣкоторымъ авторамъ (Oeri¹⁵, Schottlaender²²), на почвѣ эпидермизаціи чаще всего и развиваются атипичныя раковыя клѣтки.

V. Franqué⁴ встрѣчалъ присутствіе многослойнаго эпителия и различную его неправильность при хроническихъ эндометритахъ, а Werth²³ — послѣ выскабливанія слизистой оболочки матки.

Превращенія поверхностнаго цилиндрическаго эпителия въ многослойный плоскій былъ описанъ v. Franqué⁴ и E. Wertheim'омъ²⁴ при гонорройныхъ заболѣваніяхъ слизистыхъ оболочекъ и старческихъ эндометритахъ.

R. Mörike¹³ и E. Kaufmann⁸ также съ климактеріемъ связываютъ измѣненіе цилиндрическаго эпителия, что является слѣдствіемъ перерожденія нормально рыхлой, аденоиднаго характера, богатой сосудами, слизистой оболочки, которая въ этомъ возрастѣ превращается въ оболочку, состоящую изъ плотной соединительной ткани, бѣдной железами и сосудами, стѣнки которыхъ носятъ характеръ гіалиноваго перерожденія.

И мы имѣли возможность встрѣтить въ одномъ случаѣ рѣзко выраженную метаплазію въ климактерическомъ возрастѣ, причемъ съ положительностью можно было исключить гоноррею и туберкулезъ, на почвѣ которыхъ наблюдается иногда развитіе эпителиальныхъ клѣтокъ. Особенность нашего случая заключается въ томъ, что метаплазія эпителия развилась не на атрофической слизистой

оболочкѣ, какъ это наблюдали другіе изслѣдователи, а на разросшейся гипертрофированной, и въ то же время сами клѣтки плоскаго эпителия, замѣнившіаго мѣстами цилиндрической, въ общемъ отличались значительной величиной.

Микроскопическіе препараты, на которыхъ намъ удалось опредѣлить явленія доброкачественной метаплазіи эпителия, получены отъ больной Г. 56 лѣтъ, у которой крови впервые были 13 л., по 7 дней, черезъ 4 недѣли. Ср. род. 6. Сіпахъ 4 года. Она жаловалась на бѣли и кровянистыя выдѣленія. При выскабливаніи удалена рѣзко-утолщенная слизистая оболочка. Въ теченіе двухъ лѣтъ больная показывалась два раза; а теперь письменно заявила о вполне удовлетворительномъ своемъ состояніи.

При микроскопическомъ изслѣдованіи опредѣлялась рѣзко выраженная гипертрофія соединительнотканнхъ клѣтокъ междуточной ткани, имѣвшихъ преимущественно овальную форму, гипертрофированныя железы имѣли штопорообразную форму и мѣстами встрѣчалась инвагіація ихъ отдѣловъ. Лимфоидные элементы наблюдались въ значительномъ количествѣ. Сосуды слизистой оболочки, находящіяся въ увеличенномъ количествѣ, сплошь выполнены кровяными шариками. Многослойный поверхностный эпителий, состоялъ изъ очень большихъ полигональныхъ клѣтокъ со сравнительно малыми ядрами и широкимъ ободкомъ протоплазмы, слабо окрашенной. Поверхностный эпителий имѣлъ ясно мозаикообразный видъ; отдѣльныя впячиванія многослойнаго эпителия проникали глубоко въ ткань, но вездѣ различалась мембрана propria. Мѣстами видны сохранившіеся участки цилиндрическаго эпителия, прилегающаго непосредственно къ соединительнотканной стромѣ или же подъ ними различается уже характерный поясокъ эпителиальныхъ клѣтокъ и замѣчаются явленія перерожденія цилиндрическаго эпителия. Онъ дѣлается низкимъ или даже уплощается, слабо окрашивается и мѣстами совершенно отсутствуетъ, замѣняясь вышеуказанной формы клѣтками. (Рис. 1 а. в. с.).

На основаніи данныхъ гистологическаго изслѣдованія слизистой оболочки матки и продолжительнаго наблюденія за больной (около трехъ лѣтъ), мы пришли къ заключенію, что наблюдаемое нами въ этомъ случаѣ замѣщеніе цилиндрическаго эпителия слизистой оболочки матки особаго вида большими плоскими клѣтками, имѣетъ доброкачественный характеръ (*metaplasia benigna*). Эта метаплазія развилась, по всей вѣроятности, на почвѣ воспалительнаго измѣненія слизистой оболочки матки у женщины, находящейся въ климактерическомъ возрастѣ, когда имѣется особенная склонность къ замѣщенію одного вида эпителия другимъ.

Переходя въ настоящее время къ вопросу о раннемъ распознаваніи рака матки, я позволю себѣ указать, что единственный вѣрный, успѣшный путь для борьбы съ

раковыми заболѣваніями матки пока все еще является путь оперативный и чѣмъ болѣе раннія формы раковаго пораженія матки подлежатъ операци, тѣмъ получаютъ наилучшіе, болѣе длительные результаты, а иногда даже полное выздоровленіе. Однако, рѣшеніе этого вопроса въ отдѣльныхъ случаяхъ представляется крайне затруднительнымъ, не смотря на самое тщательное изученіе объектовъ, ибо въ ученіи о новообразованияхъ дифференціальная діагностика раннихъ случаевъ рака еще сравнительно мало разработана (Schottlaender²²). Это стоитъ въ тѣсной связи съ тѣмъ обстоятельствомъ, что самые ранніе случаи раковаго новообразованія лишь крайне рѣдко попадаютъ изученію, а обыкновенно приходится имѣть дѣло уже съ случаями рака матки въ періодѣ значительнаго его развитія.

Изученіе раннихъ измѣненій въ тканяхъ принесетъ двоякую пользу, какъ говоритъ Hansemann⁷: мы, такимъ образомъ, все ближе будемъ подходить къ рѣшенію вопроса объ этиологій, гистогенезѣ раковаго перерожденія, а во вторыхъ, это изученіе раннихъ случаевъ раковаго перерожденія матки, устанавливая первичныя атипичныя измѣненія, дастъ намъ возможность съ большей положительностью прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству въ самыхъ раннихъ случаяхъ рака и, такимъ образомъ, значительно сократится число случаевъ съ сомнительнымъ діагнозомъ, которые въ послѣдствіи даютъ не малое число случаевъ запущенныхъ, неоперативныхъ.

Обычнымъ источникомъ первичнаго мѣстнаго злокачественнаго измѣненія является чаще всего папиллярная эрозія на влагалищной части матки, ученіе о которой разработано, благодаря изслѣдованіямъ Fischel³, C. Ruge¹⁹, Veit²⁹ и др. Папиллярная эрозія можетъ перейти въ полное заживленіе, путемъ разростанія нормальнаго многослойнаго эпителия вглубь новообразовавшихся железъ или же она служитъ источникомъ для развитія новообразованія при атипичномъ разростаніи покровнаго эпителия. Атипичному разростанію эпителия, въ новообразовавшихся железахъ эрозій, предшествуетъ предварительная стадія, которая заключается въ томъ, что прежде всего замѣчаются измѣненія соединительной ткани, выражающіяся въ утолщеніи этого слоя и въ появленіи мелкоклѣтчатковой инфильтраціи. Одновременно съ этимъ происходитъ ново-

образованіе сосудовъ, въ видѣ эндотелиальныхъ трубокъ. Эластическія волокна въ новообразовавшейся соединительной ткани, повидимому, отсутствуютъ (Abel¹). Между эпителиемъ и остальной соединительной тканью вдвигается болѣе или менѣе толстый, новый, богатый клѣтками соединительнотканый слой, при этомъ обычно не наблюдается того постепеннаго перехода мелкоклѣточной инфильтраціи въ здоровую ткань, какъ мы это замѣчаемъ обычно при воспалительныхъ состояніяхъ (см. рис. 3b и 4c); только тогда, когда имѣется эта вышеописанная предварительная стадія, по Ribbert'у¹⁷, можетъ начаться разрастаніе эпителиальнаго слоя вглубь.

Нормальная соединительная ткань, потерявъ свои нормальныя біологическія пограничныя отношенія къ эпителию, не представляетъ уже болѣе для него сопротивленія и тѣмъ менѣе, чѣмъ сильнѣе развита мелкоклѣточная инфильтрація (рис. 2a и 3b).

Микроскопическій препаратъ, указывающій на начало развитія злокачественнаго перерожденія эрозіи влагалищной части, мы получили отъ больной съ подозрительной эрозіей, разложивъ вырѣзанный участокъ ткани на серію срѣзовъ.

Больная К., 31 годъ, крови 16 л. черезъ 3—4 недѣли, 7 дней. Бер. 7, ср. род. 6. Последніе—три года тому назадъ. Вык. 1 (8 л. тому назадъ). Зам. 12 л. Въ апрѣлѣ 1906 года сдѣлано въ другомъ учрежденіи выскабливаніе; теперь жалуется на явленія мено-и метроррагіи; выдѣленіе крови продолжается по 1½—2 недѣли. Діагнозъ: хроническій метро-эндометритъ, подозрительная эрозія. Пробная эксцизія. Микроскопическій діагнозъ—начинающійся ракъ влагалищной части матки (передней губы).

На рисункѣ 2 мы видимъ, во первыхъ, рѣзко выраженную ограниченную мелкоклѣточковую инфильтрацію и обиліе вновь образованныхъ сосудовъ. Клѣтки многослойнаго эпителиа, замѣнившаго мѣстами цилиндрической эпителий эрозіи, при очень большемъ увеличеніи указываютъ, что въ нихъ идетъ атипичный митотическій процессъ. Это первый признакъ, по Подвысоцкому¹⁶, Аманн'у², Хансманн'у⁷, что имѣется уже несомнѣнное начало злокачественнаго перерожденія. Особенный интересъ съ точки зрѣнія микроскопическаго распознаванія раковаго новообразованія представляетъ гистологическая картина, указывающая, что ядра эпителиальныхъ клѣтокъ, расположенныхъ у основанія, при атипичномъ разрастаніи эпителиа, одинаково интенсивно воспринимаютъ красящія вещества, какъ и ядра эпителиальныхъ клѣтокъ другихъ слоевъ, а потому не удается различать отдѣльныя, характерныя по окраскѣ, ряды клѣтокъ (str. germinativum et mucosum). Слѣдовательно, при атипичномъ наслоніи,

клетки совершенно иначе относятся къ красящимъ веществамъ, чѣмъ при нормальномъ состояніи многослойнаго эпителия, когда, какъ известно, ядра клетокъ *str. germinativum* темнѣе окрашиваются, чѣмъ *str. mucosum*.

Характерною особенностью для новообразованнаго многослойнаго атипичнаго эпителия является и то, что онъ отличается богатствомъ клетокъ, и эти клетки не имѣютъ той правильности расположенія, какъ при нормальномъ строеніи этого слоя, когда онъ имѣетъ ясно различимый мозаикоподобный видъ.

Атипичный эпителий отличается и тѣмъ, что границы между тонкими ободками, окружающей ядра протоплазмы, или неясны, или совсѣмъ не различаются, въ то время какъ въ нормальномъ эпителиальномъ слое границы клетокъ обычно ясно опредѣлимы. Ядра клетокъ атипичнаго новообразованнаго эпителия имѣютъ беспорядочное расположеніе, весьма различной формы и величины, и встрѣчается большое количество разбросанныхъ неправильной формы и величины зернышекъ, остатковъ ихъ перерожденія, частью включенныхъ въ тѣло клетокъ, частью расположенныхъ между ними.

На представленномъ рис. 3 и 4 видно, что *membrana limitans* большею частью сохранилась, а въ мѣстахъ, гдѣ она нарушена въ своей цѣлости (3b и 4c), тамъ лейкоциты проникаютъ изъ соединительной ткани и раздвигаютъ нижніе слои эпителиальныхъ клетокъ, образуя диффузные или гнѣздныя скопленія.

Эпителиальные сосочки, заходящіе въ соединительную ткань, при атипичности эпителия встрѣчаются рѣже и образуютъ вначалѣ скорѣе только слабо волнистую линію, а не характерную зубчатость, какъ бываетъ нормально. (Рис. 2 и 4).

Помимо морфологическихъ особенностей самихъ клетокъ, ихъ беспорядочнаго расположенія и присутствія многочисленныхъ атипическихъ митотическихъ фигуръ въ ядрахъ клетокъ, на развитіе новообразованія указываетъ еще ненормальная интенсивность разращенія эпителия на счетъ окружающей ткани, сдавливаніе и пропитываніе ея атипичными клетками и крайне характерныя отношенія новообразованнаго эпителия къ цилиндрическому эпителию железистыхъ образований.

При этомъ атипичный эпителий, разрастаясь въ однихъ случаяхъ, смѣщаетъ цилиндрическій эпителий железы по направленію кнутри (инвертирующій типъ), образуя въ начальныхъ формахъ отдѣльныя небольшія возвышенія, смотрящія въ просвѣтъ железы и состоящія изъ небольшой группы эпителиальныхъ клетокъ. (Рис. 5a и 6a).

Только при дальнѣйшемъ развитіи новообразованія, съ умноженіемъ новообразованныхъ эпителиальныхъ клетокъ, эти послѣднія или прорываютъ слой цилиндрическихъ клетокъ, или онъ постепенно самъ атрофируется и атипичныя клетки новообразованія постепенно наполняютъ просвѣтъ железы. (Рис. 5c).

Въ другихъ случаяхъ, чаще встрѣчающихся, замѣчается тенденція, уже въ началѣ развитія новообразованія, разрастанія атипичнаго эпителия по направленію кнаружи отъ просвѣта железистыхъ образований (эвертирующій типъ) въ окружающую ихъ сосѣднюю соединительную ткань и только при дальнѣйшемъ развитіи новообразованія

кльѣточная масса, атрофируя и прорывая цилиндрической эпителий, заполняетъ, какъ и въ первой формѣ, просвѣтъ железы.

На рис. 8, сдѣланномъ съ препарата той же больной, мы видимъ процессъ атипичнаго разростанія плоскаго эпителиа, покрывающаго влагалищную часть матки, съ образованіемъ луковицъ (жемчужинъ). Кльѣтки въ этихъ луковицахъ нерѣдко съ вакуолами, иногда многоядерны, встрѣчаются также атипичныя митотическія фигуры. Наслоенныя черешнеобразно къѣтки луковицъ, окрашены блѣднѣе и имѣютъ большія ядра; соединяются эти къѣтки другъ съ другомъ посредствомъ множества тонкихъ перекладинъ, которыя видны только при большемъ увеличеніи. Membrana limitans мѣстами разрушена, и раковыя къѣтки начинаютъ проникать въ соединительнотканную строму, что представляется особенно характернымъ явленіемъ и служить отличительнымъ признакомъ для распознаванія раковаго новообразованія.

Этотъ случай подтверждаетъ возрѣніе v. Rosthorn'a¹⁸, по которому въ одномъ и томъ же случаѣ могутъ быть различныя формы рака—плоскокльѣточный, исходящій изъ плоскаго эпителиа влагалищной части матки, и железистый, развивающійся на счетъ эпителиа железъ эрозіи или железъ слизистой оболочки шейки и полости матки.

Здѣсь я остановлюсь на начальномъ разрошеніи атипическаго эпителиа на влагалищной стѣнкѣ, въ формѣ мелкихъ сосочковъ и происшедшемъ, быть можетъ, вслѣдствіе соприкосновенія съ раковымъ новообразованіемъ на влагалищной части, возможность его допускается Veit'омъ²⁶, или вслѣдствіи распространенія раковаго новообразованія на влагалище путемъ кровяныхъ или лимфатическихъ путей, какъ это признается большинствомъ патолого-анатомовъ и гинекологовъ (Ribbert, Lubarsch²⁷, Sellheim²⁸, Hellendall²⁹ и др.). Больная О. 49 л., крови 17 л., черезъ 3 недѣли, 7 дн. Бер. О. Зам. 25 л., Climax 14 л. Жалуется на кровянистыя выдѣленія и бѣли. На задней губѣ влагалищной части и въ заднемъ сводѣ рукава замѣчаются сосочковыя образования, сидящія на нѣсколько приподнятомъ основаніи (въ видѣ тутовой ягоды).

Микроскопически эти сосочки обнаруживаютъ рѣзко выраженную мелкокъѣточковую инфильтрацію ихъ стромы, среди которой въ соединительной ткани уже встрѣчаются расположенныя, въ видѣ рядовъ или разбросанныя отдѣльно, атипичныя эпителиальныя къѣтки. Къѣтки эти полиморфны съ атипичными митотическими фигурами. Повидимому, постепенное размноженіе атипичныхъ къѣтокъ идетъ по направленію лимфатическихъ промежутковъ и сосудовъ, вслѣдствіе чего получаютъ самой неправильной формы, по преимуществу удлиненнаго очертанія, зигзаго-образныя фигуры (Wurmformkrebs, рис. 7).

Теперь я позволю себѣ остановиться на микроскопической картинѣ ранняго раковаго пораженія слизистой оболочки шейки матки при одновременномъ раковомъ заболѣваніи задней губы влагалищной части у беременной на четвертомъ мѣсяцѣ, матка которой была удалена влагалищнымъ путемъ. Что касается собственно измѣненій на задней губѣ, развившихся на почвѣ эрозіи, то микроскопическая картина мало отличается отъ описанной раньше, развѣ только сильнѣе

выраженъ слой съ мелкоклѣточной инфильтраціей и отчетливѣ различаются новообразованные кровеносные сосуды и расширенныя лимфатическія щели, что стоитъ въ связи съ беременностью.

Особый интересъ въ данномъ случаѣ представляетъ отчетливое замѣщеніе покровнаго цилиндрическаго эпителия многослойнымъ атипичнымъ эпителиемъ, при чемъ кайма новообразовавшихся клѣтокъ лишь частью и неглубоко заходитъ въ устье железъ, которая большею частью выстлана неизмѣненнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Подъ вновь образованнымъ атипичнымъ эпителиемъ ясно различается *membrana propria* и лишь мѣстами ее не видно, вслѣдствіи инфильтраціи тканей новообразовавшимися атипичными клѣтками и лимфоидными элементами. (Рис. 4 с).

Явленія перерожденія атипичныхъ клѣтокъ или лимфоидныхъ элементовъ уже имѣются на лицо; часто встрѣчается вакуолизація ядеръ, отклоненіе хроматиновыхъ глыбокъ, гялиновое перерожденіе, неправильныя формы дѣленія ядеръ и недостаточная отчетливость митотическихъ фигуръ съ неравномѣрнымъ отложеніемъ зеренъ хроматина. при этомъ часто замѣчается гиперхроматозъ. Сами клѣтки и ядра ихъ нерѣдко окрашиваются диффузно (явленіе пикноза). Многослойный атипичный эпителий цервикальнаго канала также какъ и влагалищной части, отличается рѣзко выраженнымъ богатствомъ клѣтокъ, разнообразной величины и крайне неправильной формы. Клѣтки его только въ самомъ поверхностномъ слое и на нѣкоторыхъ мѣстахъ приобрѣтаютъ нѣкоторый порядокъ въ видѣ тонкаго *str. corneum*. Мѣстами же виденъ сохранившійся болѣе или менѣе измѣненный цилиндрической поверхностный эпителий, расположенный на многослойномъ атипичномъ эпителии, слой клѣтокъ котораго, лежащія у основанія, не имѣютъ однако той характерной дифференцировки на *str. germinativum et mucosum*, какъ это наблюдается въ нормальномъ многослойномъ эпителии. (Рис. 4 а. б. д.).

Вопросъ о происхожденіи атипичныхъ клѣтокъ, составляющихъ раковое новообразование, до настоящаго времени далеко еще не рѣшенъ съ положительностью.

Williams²⁵ опредѣленно отвергаетъ происхожденіе раковыхъ клѣтокъ изъ поверхностнаго эпителия слизистой оболочки.

Meuer¹² же полагаетъ, что метаплазія возможна на счетъ поверхностнаго цилиндрическаго эпителия, но не на счетъ эпителия железъ. Изъ изслѣдованій Кроемеръа¹⁰ однако видно, что исходнымъ пунктомъ для развитія раковаго процесса можетъ быть какъ поверхностный цилиндрической эпителий, такъ равнымъ образомъ и эпителий, выстилающій железы.

По Amann'у² эпидермизація происходитъ на счетъ цилиндрическаго эпителия, при чемъ поверхностный эпителий (*Deckepithel*) пролиферируетъ прежде всего, въ то время

какъ цилиндрической эпителий железъ относится скорѣе пассивно, замѣщаясь атипичными клѣтками.

При ракѣ, исходящемъ изъ цилиндрическаго эпителия, характерною особенностью является направленіе оси дѣленія митозъ, что подмѣчено также Атапн'омъ².

Въ то время какъ въ нормальномъ цилиндрическомъ эпителии ось дѣленія митозъ постоянно направлена параллельно къ цилиндрической клѣткѣ, при начинающейся атипичной пролиферации направленіе осей дѣленія клѣтокъ идетъ совершенно неправильно, принимаетъ самое разнообразное направленіе и довольно часто перпендикулярно къ основанію клѣтокъ. Вслѣдствіе такого дѣленія вновь происшедшія клѣтки располагаются не рядами одна около другой, а одна надъ другой. Этотъ типъ наслоенія эпителия особенно часто приходится наблюдать при изслѣдованіи кисто-папилломатозныхъ новообразованій яичниковъ.

Наслоенія рядовъ цилиндрическихъ клѣтокъ съ вытянутыми палочкообразными ядрами, часто находящимися въ состояніи перерожденія, образуютъ неправильной формы выпячиванія надъ поверхностью или въ просвѣтъ железъ и этотъ характерный многослойный эпителий располагается на соединительнотканномъ основаніи съ рѣзко выраженной инфильтраціей лимфоидными элементами.

Чаще однако развитіе раковаго новообразованія, въ самыхъ начальныхъ формахъ, приходилось видѣть на счетъ образованія атипичныхъ клѣтокъ.

На многихъ мѣстахъ мы отчетливо могли различать подъ цилиндрическимъ эпителиемъ образованіе одного или многихъ слоевъ довольно большихъ клѣтокъ, съ блѣдными рѣзко-ограниченными ядрами. Слой этихъ клѣтокъ ясно отграничивается въ раннихъ стадіяхъ развитія процесса метабара ргоргіа отъ подлежащей соединительной ткани. Эта микроскопическая картина, какъ бы говоритъ въ пользу развитія этихъ атипичныхъ клѣтокъ изъ цилиндрическаго эпителия, расположеннаго надъ membrana ргоргіа.

Рис. 53, помѣщенный Атапн'омъ въ его микроскопической гинекологической діагностикѣ, указываетъ на выпячиваніе въ просвѣтъ железы цилиндрическаго эпителия и уплошенія его вслѣдствіе механическаго растягиванія лежащей непосредственно подъ нимъ группой раковыхъ

клѣтокъ, приче́мъ, по автору, эти раковыя клѣтки развились въ лимфатическомъ сосудѣ.

Такія скопленія атипическихъ клѣтокъ, выпячивающихся въ видѣ маленькихъ бугорковъ въ просвѣтъ железы и покрытыхъ цилиндрическимъ эпителиемъ, безъ видимыхъ признаковъ измѣненій его или уже съ таковыми, (уплошеніе, явленія фрагментации ядеръ и т. д.), намъ также удалось наблюдать. (Рис. 5 и 6).

Всегда въ самыхъ раннихъ стадіяхъ мы различали подѣ этими скопленіями *membrana propria*, которая вначалѣ какъ бы задерживаетъ развитіе и внѣдреніе атипичныхъ клѣтокъ по направленію къ соединительной ткани; наоборотъ, со стороны самаго цилиндрическаго эпителия, по видимому, встрѣчается меньше препятствій и онъ отдавливается въ просвѣтъ железы развившимся скопленіемъ новообразованныхъ атипичныхъ клѣтокъ.

Намъ ни разу однако, подобно Ашанп'у², не удалось видѣть развитія раковыхъ клѣтокъ въ лимфатическихъ сосудахъ, непосредственно подѣ цилиндрическимъ эпителиемъ, но теоретически такое въполнѣ допустимо.

Яснаго перехода одного рода клѣтокъ эпителия въ другой нельзя было подмѣтить ни въ поверхностномъ цилиндрическомъ эпителии, ни въ эпителии, выстилающемъ железу, но морфологическое и топографическое отношеніе скорѣе говорятъ въ пользу этого взгляда.

Атипичныя клѣтки, располагаясь рядами или группами между *membrana propria* и цилиндрическимъ эпителиемъ, имѣютъ вѣроятнымъ своимъ источникомъ цилиндрической эпителии; когда же въ раннихъ стадіяхъ развитія новообразованія скопленія этихъ атипичныхъ клѣтокъ наблюдаются подѣ плоскимъ эпителиемъ и отграничиваются *membrana propria* отъ соединительной ткани, то тутъ можно допустить вмѣстѣ съ другими изслѣдователями (Gebhard⁶, Sitzenfrey²¹), что атипичныя раковыя клѣтки развились на счетъ раньше происшедшей доброкачественной метаплазии цилиндрическаго эпителия.

Кромѣ того допускаютъ (Oeri¹⁵) образованіе атипичныхъ клѣтокъ изъ эндотелія лимфатическихъ щелей, съ чѣмъ уже менѣе можно согласиться для большинства случаевъ, изучая исторію ихъ развитія.

Кардинальной особенностью дальнѣйшаго развитія

кѣтокъ раковаго новообразованія являются: независимость, самостоятельность и паразитарный характеръ его, а также малая дифференцировка самихъ кѣточныхъ элементовъ.

Послѣдняя особенность, т. е. мало выраженная дифференцировка кѣтокъ раковаго новообразованія, подала нѣкоторымъ авторамъ (Ribbert¹⁷) идею, поставить въ связь развитіе раковаго новообразованія въ выводныхъ протокахъ различныхъ железъ на счетъ выстилающаго ихъ мало дифференцированнаго эпителиа или же изъ эмбриональныхъ кѣтокъ (Cohnheim). И съ этой точки зрѣнія является наиболѣе понятнымъ, почему эпителии эрозій влагалишной части матки и пограничной слизистой цервикальнаго канала, какъ менѣе дифференцированный и склонный къ метаплазиі, часто служатъ исходнымъ пунктомъ развитія атипичныхъ кѣтокъ раковаго новообразованія.

Въ то же время нужно отмѣтить, что нерѣдко источникомъ для развитія злокачественнаго новообразованія вообще, служитъ доброкачественное новообразование, въ видѣ полипозныхъ образований, кистозныхъ и аденоматозныхъ. Эти три вида образований, какъ извѣстно, особенно часто встрѣчаются въ цервикальномъ каналѣ, или какъ остатки эмбриональнаго развитія (Mandach¹¹), или какъ результаты воспалительныхъ измѣненій, и эпителии, выстилающій ихъ, особенно часто подвергается доброкачественной метаплазиі, на почвѣ которой уже развивается процессъ раковаго новообразованія (Oegi¹⁵, Amann², Hansmann⁷), злокачественность котораго сказывается въ неограниченномъ ростѣ, генерализаціи и постепенной, почти неминуемой, гибели организма.

Однако, въ отдѣльныхъ случаяхъ, граница между злокачественными опухолями и доброкачественными разрощеніями эпителиа столь нерѣзко выражена, что самый опытный изслѣдователь можетъ быть поставленъ въ затрудненіе, при разрѣшеніи вопроса относительно опредѣленія природы заболѣванія. Напримѣръ, по извѣстнымъ изслѣдованіямъ v. Friedlaender'a⁵, иногда встрѣчаются разрастанія эпителиа вполне имитирующія злокачественныя его формы. При хроническихъ воспалительныхъ процессахъ (флегмона, язва, волчанка) съ разрощеніемъ соединительной ткани и образованіемъ мелкокѣточковой ин-

филтраціи, по Friedlaender'у, эпителий нерѣдко разрастается вглубь и даетъ образования — жемчужины, а среди многочисленныхъ митозъ встрѣчаются имѣющія патологическія формы.

Подобныя затрудненія при опредѣленіи представляетъ иногда воспалительный процессъ, разыгрывающійся на влагалищной части матки, давая толчекъ развитію доброкачественныхъ аденоматозныхъ образований на счетъ внѣдренія вглубь цилиндрическаго эпителия. При заживленіи этихъ эрозій плоскій эпителий разрастается въ просвѣтъ железистыхъ образований, иногда заходя своими отростками глубоко въ соединительную ткань, что вмѣстѣ съ развитіемъ мелкоклѣтчатковой инфильтраціи, въ отдѣльныхъ случаяхъ, можетъ дать поводъ къ ошибочному распознаванію. Эти гистологическія картины требуютъ тщательнаго и всесторонняго, при помощи современныхъ техническихъ методовъ, изслѣдованія и крайне осторожнаго взвѣшиванія результатовъ наблюденія, въ особенности при разрѣшеніи предстоящихъ практическихъ вопросовъ, когда дѣло идетъ объ оперативномъ вмѣшательствѣ.

Въ заключеніе приношу свою искреннюю благодарность доц. Д. Д. Попову за пользование богатымъ клиническимъ и амбулаторнымъ раковымъ матеріаломъ, а также сердечно благодарю за постоянное руководство при разработкѣ даннаго вопроса.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Abel. Die mikroskop. Technik & Diagnostik in d. gynaek. Praxis. 1895.
- 2) Amann, Jos. Ab. Lehrbuch der mikroskop. gynaekologischen Diagnostik. 1907.
- 3) Fischel. Ueber d. Bau & patholog. Bedeutung d. Erosionen d. Portio vag. ut. Zeitsch. f. Heilkunde, II Bd.
- 4) Franqué, O. v. Das beginnende Portiokancroid & Ausbreitungsweise d. Gebärmutterhalskrebes. Zeitschr. f. Geb. & Gyn. 44 Bd., 1901.
- 5) Friedlaender, Fr. v. Abnorme Epithelbildung im kindl. Uterus. Zeitschr. f. Geb. & Gyn. 38 Bd. 1898.
- 6) Gebhard, C. Ueber die vom Oberflächenepithel ausgehenden Karzinomformen etc. Zeitschr. f. Geb. & Gyn. 24 Bd. 1892.
- 7) Hansemann, D. Die mikroskop. Diagnostik d. bösartigen Geschwülste. 1897.
- 8) Kaufmann, E. Lehrbuch d. speciell. Anatomie 1904. III Aufl.

- 9) Klein, G. Wandlungsfähigkeit d. Uterusepithels. Münch. med. Wochenschrift № 23. 1897.
- 10) Kroemer. Klin. & anatom. Untersuchungen über d. Gebärmutterkrebs. Archv. 56 Bd. 1905.
- 11) Mandach. Beiträge zur Anatomie d. Uterus v. Neugeborenen & Kindern. Virchow's Archiv. 156 Bd. 1899.
- 12) Meyer, R. Ueber d. fötale Uterusschleimhaut. Zeitschr. für Geb. & Gyn. 38 Bd. 1898.
- 13) Möricke, R. Die Uterusschleimhaut in den verschiedensten Altersperioden. Zeitschr. f. Geb. & Gyn. 7 Bd. 1882.
- 14) Müller, Benno. Ueber d. Veränderungen d. Uterusdrüsen in d. Gravidität & Menstruation. Sammlung klin. Vorträge № 413. 1906.
- 15) Oeri, R. Ueber Epithelmetaplasie am. Uterus, besonders an Polypen. Zeitschr. f. Geb. & Gyn. 56 Bd. 1906.
- 16) Подвысоцкій, В. В. Неоднократно высказанное мнѣніе на докладахъ собранію Ученаго Отдѣла Общества борьбы съ раковыми заболѣваніями и рѣчь, произнесенная на торжественномъ засѣданіи Раковой Конференціи въ Берлинѣ 10/23 мая 1908 г.
- 17) Ribbert, H. Beiträge z. Entstehung d. Geschwülste. Die Entstehung d. Karzinoms. 1907.
- 18) Rosthorn, v. Zur Morphologie d. Krebses. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn. pag. 387. 1907.
- 19) Ruge, C. Die Mikroskopie in d. Gynaekologie & d. Diagnostik. Zeitsch. f. Geb. & Gyn. 1890.
- 20) Ruge, C. & Veit. Der Krebs d. Gebärmutter. 1881. Stuttgart.
- 21) Sitzenfrey, A. Ueber mehrschichtiges Plattenepithel d. Schleimhautoberfläche d. Uterus benignen & malignen Charakters. Zeitschrift f. Geb. & Gyn. 59 Bd. 1907.
- 22) Schottlaender. Zur Histologie & Histogenese d. Uteruskarzinoms mit besonderer Berücksichtigung metaplast. Vorgänge. Verhandl. d. deutsch. Gesell. f. Gyn. p. 397. 1907.
- 23) Werth, R. Untersuchungen über d. Regeneration d. Schleimhaut n. Ausschabung. Archv. f. Gyn. 49 Bd. 1895.
- 24) Wertheim, E. Ueber Uterusgonorrhöe. Verhand. d. deutsch. Gesell. f. Gyn. VI. Kongress. Wien 1895.
- 25) Williams. Ueber d. Krebs d. Gebärmutter. Berlin. 1890. Uebersetzung—Abel & Landau.
- 26) Veit. Handbuch der Gyn. Wiesbaden 1907.
- 27) Lubarsch. Allgemeine Pathologie. Berlin 1895.
- 28) Sellheim. Jnaug. Diss. Freiburg 1895.
- 29) Hellendall. Hegars Beiträge Z. Geb. & Gyn. Bd. VII. 1902.

ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВЪ.

Рис. 1. Доброкачеств. метаплазія эпителия слиз. оболочки полости матки. Увелич. въ 75 р. а—Многослойный мозаикообразный плоскій эпителий, покрывающій мѣстами слизистую оболочку и железы, ограниченный *membrana propria* отъ соединительной ткани. б—Увеличенныя железы слизистой полости матки. с—Большія плоскія клѣтки съ небольшимъ ядромъ и широкимъ блѣдноокрашеннымъ поясомъ протоплазмы, явившіяся результатомъ метаплазіи цилинд. эпителия.

Рис. 2. Начало злокачественнаго перерожденія эрозированной слизистой оболочки влагалищной части матки. Ув. 75 р. а—Рѣзко выраженная ограниченная мелкоклѣтчаточковая инфильтрація, какъ предшествующая стадія разростанія атипичнаго эпителия. б—Граница между цилиндрическимъ однослойнымъ и многослойнымъ атипичнымъ эпителиемъ. (См. рис. 3). с—Вакуоли съ лимфоидными тѣлами въ атипичномъ многослойномъ эпителии.

Рис. 3. Съ того же препарата, какъ рис. 2. Увелич. 325 р. (См. рис. 2б). а—Многослойный эпителий и образованіе атипичныхъ клѣтокъ подъ цилиндрическимъ эпителиемъ. б—*Membrana limitans* частью еще различается, частью нарушена разросшимся атипичнымъ эпителиемъ и мелкоклѣтчаточковой инфильтраціей. с—Вакуоли среди раковыхъ клѣтокъ и въ нихъ самихъ.

Рис. 4. Злокачественная метаплазія слизистой оболочки цервикальнаго канала. Увелич. 75 р. а—Многослойный, атипичный эпителий и подъ нимъ *membrana limitans* большею частью сохранилась, а мѣстами она отсутствуетъ. б—Измѣненный покровный цилиндрической эпителий (*Deckepithel*). с—Рѣзко ограниченная мелкоклѣтчаточковая инфильтрація, въ мѣстѣ отсутствія *m. limitans*. д—Вакуоли въ многослойномъ эпителии. е—Вновь образованные сосуды. ф—Железы, высланныя въ глубинѣ цилинд. эпителиемъ, который въ выходномъ отдѣлѣ ихъ замѣшенъ атипичнымъ эпителиемъ.

Рис. 5. Инвертирующій типъ развитія раковыхъ новообразованій. Увелич. 75 р. а—Скопленіе раковыхъ клѣтокъ. б—Уплотненный цилиндр. эпителий железъ. с—Сплошь выполненная атипичными клѣтками железа. д—Просвѣты нормальныхъ железъ.

Рис. 6. Инвертирующій типъ раковаго новообразованія. Увел. 325 р. а—Разросшійся въ просвѣтѣ железъ раковый бугорокъ съ полнымъ исчезновеніемъ надъ нимъ цилинд. эпителия. б—Раковыя клѣтки съ атипичными митотическими фигурами. с—Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ цилинд. эпителия также атипичн. митозы.

Рис. 7. Начало разрашенія атипичн. эпителия на влагалищн. стѣнкѣ. Увелич. 25 р. а—Сосочки на стѣнкѣ влагалища, на мѣстѣ соприкосновенія съ раков. новообразованіемъ задн. губы влагалищ. части матки. б—Рѣзко ограниченная мелкоклѣтчаточковая инфильтрація. с—Скопленіе раковыхъ клѣтокъ, по ходу лимфатическихъ щелей.

Рис. 8. Развитіе раковаго новообразованія изъ плоскаго эпителия влагалищ. части матки. а—*membrana propria* нарушена. б—сохранившаяся *membrana propria*. с—Раковыя луковиды (жемчужины).

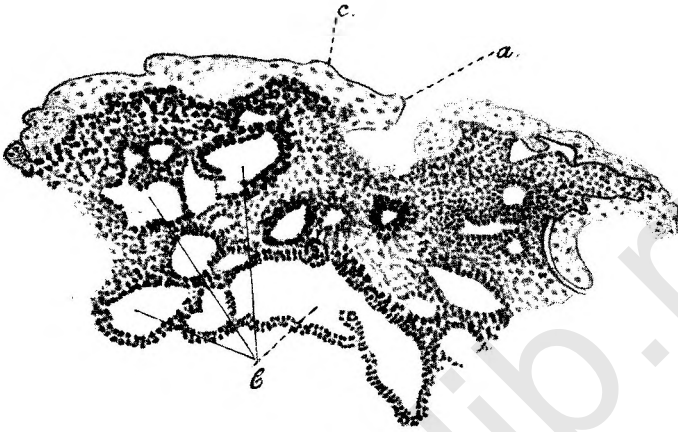


Рис. 1.

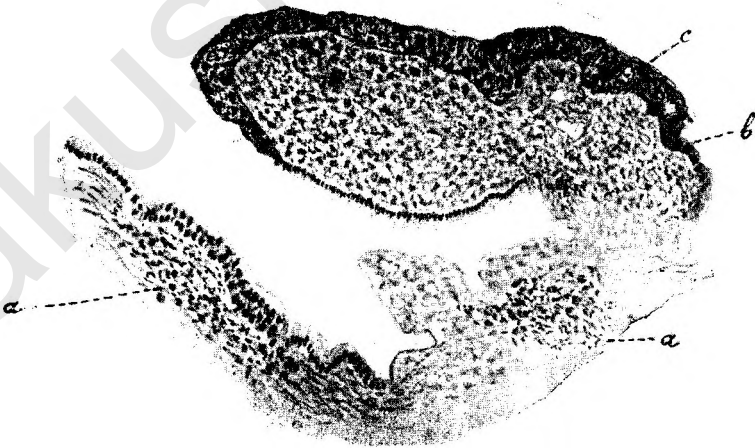


Рис. 2.

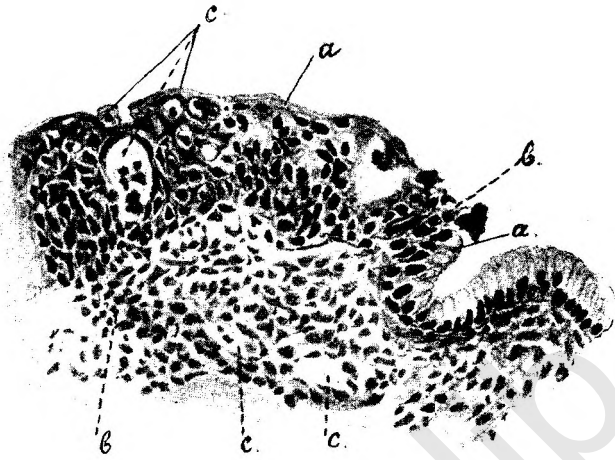


Рис. 3.

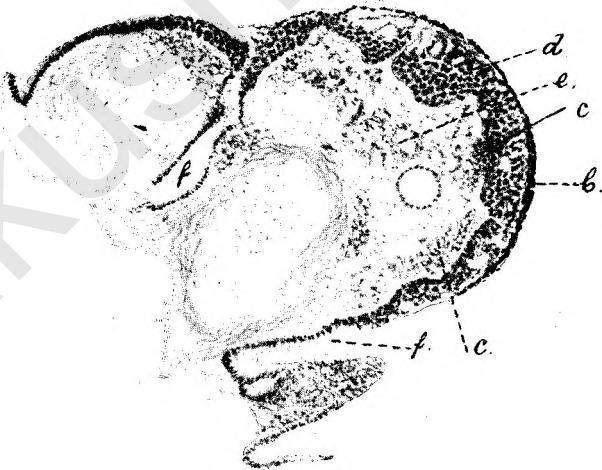


Рис. 4.

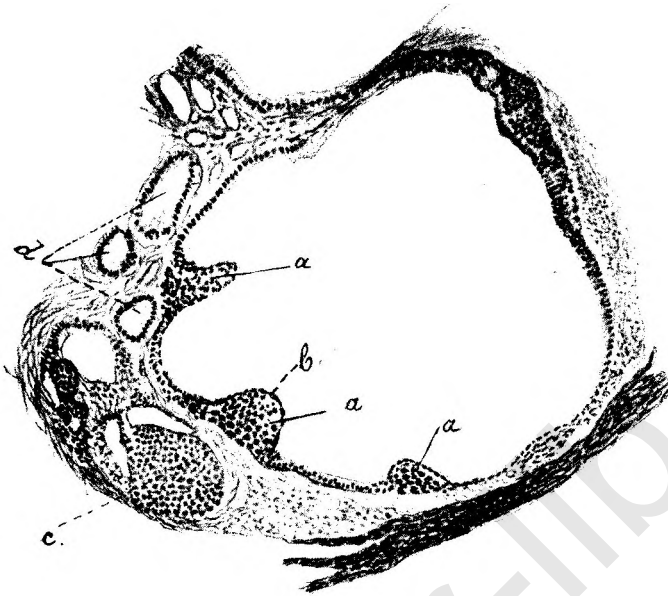


Рис. 5.

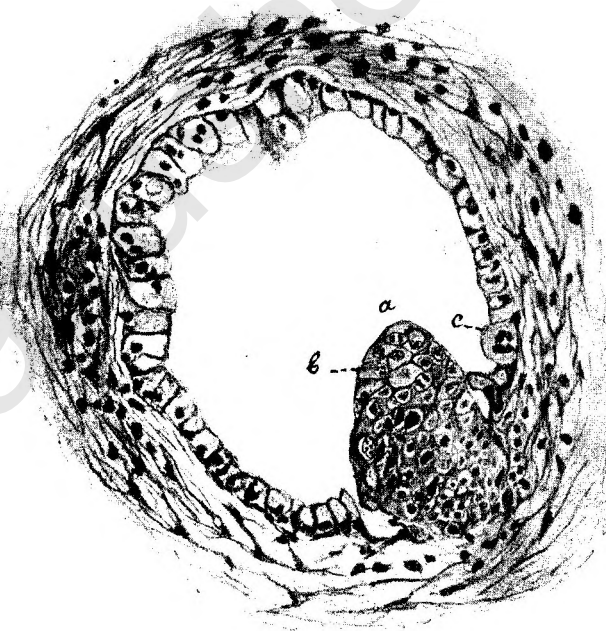


Рис. 6.

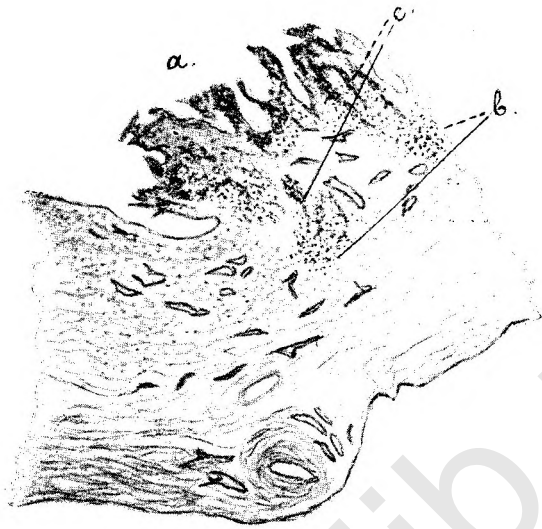


Рис. 7.

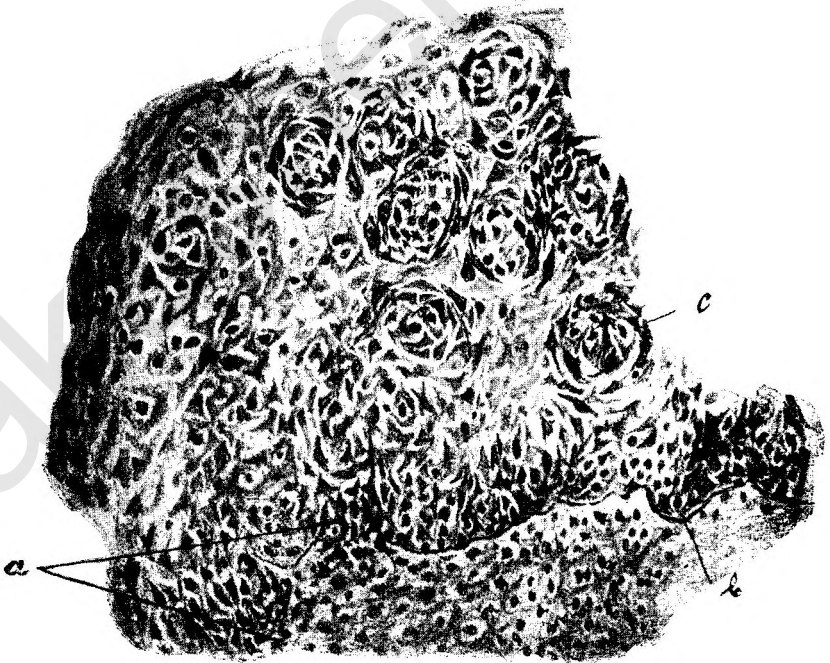


Рис. 8.

Изъ Ростовской на Дону Городской больницы.

Два случая разрыва матки во время родовъ.*)**М. А. КАЛМЫКОВА и В. Я. КЕЙЗЕРОВА.**

Разрывы матки во время родовъ, когда плоды гибнутъ обыкновенно всѣ, а матери, независимо отъ примѣняемаго леченія, умираютъ въ количествѣ 65% (Schmitt),—это въ полномъ смыслѣ слова катастрофа родового акта, очень тяжелая и для врачей, особенно въ условіяхъ частной практики, такъ какъ, случаясь не рѣдко совершенно неожиданно, при отсутствіи такъ называемыхъ угрожающихъ симптомовъ, сказанное роковое осложненіе родовъ застаётъ насъ иногда врасплохъ при обстоятельствахъ, когда нѣтъ возможности быстро оказать необходимое сложное оперативное пособіе, для коего требуются соответственная обстановка, помощники и со стороны акушера обладаніе техникой брюшной хирургіи.

Ученію о патогенезѣ, клиникѣ и терапіи разрывовъ матки, представляющему столь важный практическій интересъ, акушеры писатели удѣляютъ должное вниманіе и въ настоящее время имѣется довольно богатый литературный матеріалъ по этому предмету. Но далеко не все еще выяснено въ патологіи названнаго осложненія родовъ и не установлены точно способы и размѣры оперативныхъ дѣйствій при различныхъ видахъ *rupturae uteri*. Въ частности, съ практической точки зрѣнія, представляется очень важнымъ вопросъ о томъ, возможно ли при обширномъ разрывѣ нижняго сегмента матки ограничиваться наложеніемъ шва на этотъ разрывъ или, если женщина по своему положенію не можетъ быть вполнѣ обезпечена въ слѣдующіе роды оперативною акушерскою помощію,—должно обезпечивать ее, чтобы гарантировать отъ смертельной опасности возможнаго повторнаго разрыва матки. Для рѣшенія этого и нѣкоторыхъ другихъ вопросовъ имѣющіяся литературныя данныя недостаточно еще многочисленны. Требуется нако-

*) Сообщено въ Обществѣ врачей г. г. Ростова и Нахичевани н/д.

пленіе большаго казуистическаго матеріала и, какъ таковой, мы сообщаемъ о наблюдавшихся нами двухъ случаяхъ разрывовъ матки въ родильномъ приютѣ Ростовской на Дону Городской больницы за 1908-й годъ, въ теченіе котораго въ этомъ приютѣ было 2250 родовъ.

Случай 1-ый. Роженица № 809, 26 лѣтъ, жена фабричнаго рабочаго, поступила въ Родильный приютъ больницы въ 9 часовъ утра 1-го мая. Замужемъ она 9 лѣтъ; менструировать стала съ 14-ти лѣтъ, черезъ 3 недѣли, по 4 дня; настоящая беременность—пятая; первые роды длились долго и окончились мертворожденіемъ; вторые и третьи двойнями прошли благополучно, четвертые—затянулись и родился мертвый плодъ; послѣ этихъ родовъ болѣла два мѣсяца. Теперь родовыя боли началась въ 4 часа утра 1-го мая.

Роженица—средняго роста, удовлетворительнаго питанія, нѣсколько малокровна. Размѣры таза—18, 24, 25 и 29. Схватки часты и болѣзненны. Воды стоятъ. Головка—надъ входомъ, подвижна. Сердцебіеніе плода слѣва, на уровнѣ пупка. Температура 37,1. Пульсъ—90.

Въ 10 съ половиной часовъ утра—полное открытіе зѣва; пузырь сильно напрягается; головка—надъ входомъ, баллотируетъ. Пузырь вскрытъ, излилось среднее количество водъ.

Въ 12^{1/2} часовъ дня схватки очень часты и болѣзненны. Головка не вставляется. Матка вытянулась и дно ея достигаетъ подложечной области. Контракціонное кольцо не опредѣляется, но, видимо, имѣется перерастяженіе нижняго сегмента матки. Рѣшаемъ примѣнить нѣкоторое время хлороформный наркозъ съ тѣмъ, чтобы, если послѣ этого положеніе не измѣнится къ лучшему, наложить высокіе шипцы а, въ случаѣ ихъ неудачи, произвести краніотомію.

Въ наркозѣ роженица находилась 45 минутъ. Черезъ 10 минутъ послѣ прекращенія хлороформированія, когда роженица стала только пробуждаться, на глазахъ одного изъ насъ (В. Я. Кейзерова), произошло слѣдующее: нижняя часть живота стала вздвигаться, а высоко стоящій верхній конецъ матки опустился ниже; затѣмъ животъ сдѣлался плосче, напряженность брюшныхъ стѣнокъ увеличилась, контуры матки не прощупывались ясно; пульсъ роженицы замѣтно не измѣнился; она еще не вполне пришла въ сознаніе отъ наркоза и, видимо, не испытывала особой боли; наружнаго кровотеченія не было; сердцебіеніе плода стало замедляться; минутъ черезъ 15 роженица проснулась; схватки прекратились, но она продолжала жаловаться на боли въ животѣ; показалась кровь изъ родовыхъ путей; при внутреннемъ изслѣдованіи нашли, что во влагалищѣ лежитъ послѣдъ, головка же отошла вверхъ и не достигалась пальцемъ; черезъ брюшныя стѣнки ясно прощупывались мелкія части плода; пульсъ роженицы продолжалъ оставаться хорошимъ и общее ея состояніе замѣтно не ухудшилось.

Не оставалось сомнѣній, что произошелъ разрывъ матки.

Тотчасъ, при помощи Н. В. Парійскаго и содѣйствіи Н. Ф. Лѣтковой, сдѣлано было чревосѣченіе (опер. д-ръ Калмыковъ). По разрѣзѣ живота стала изливаться въ умѣренномъ количествѣ кровь; раздвинувъ края разрѣза, увидѣли въ брюшной полости со-

вершено вышедшаго изъ матки плода, при чемъ ножки его находились въ лѣвомъ подреберьи, а головка въ правой сторонѣ живота; спинка обращена впередъ; извлекли плодъ за ножку, перерѣзали пуповину, а послѣдъ взяли изъ влагалища; марлевыми салфетками выбрали смѣшанную съ меконіемъ кровь жидкую и въ сгусткахъ; ея было сравнительно не много; затѣмъ вывели изъ брюшной полости матку; выяснилось, что разрывъ находится спереди въ самомъ нижнемъ отдѣлѣ матки, имѣетъ почти поперечное направленіе и простирается черезъ всю переднюю половину нижняго сегмента матки; надорвана отчасти и правая широкая связка; края разрыва неровные, темнокраснаго цвѣта; разрывъ брюшины не соответствовалъ мѣсту разрыва мускулатуры—брюшина оторвалась выше, почему на нижнемъ отрывкѣ она имѣется въ избыткѣ; матка хорошо сократилась; нижній отрывокъ ея отошелъ далеко внизъ; кровотеченіе изъ разрыва небольшое, но, когда стали манипулировать—накладывать шовъ, оно усилилось; зашили шелкомъ сперва мускулатуру а потомъ брюшину; снова очистили возможно тщательно салфетками брюшную полость и зашили наглухо брюшную стѣнку.

Операция длилась около получаса.

Вѣсъ плода 3900 грам., длина 50 сантим.; размѣры головки: окружность—35 сантим., прямой размѣръ—12 сантим., поперечный—10 сантим., большой косою—13 сантим.

2-е мая. Температура утромъ 37,4, вечеромъ 38. Самочувствіе удовлетворительное. Моча выводится катетеромъ. Выдѣленія изъ матки кровянистыя, въ небольшомъ количествѣ.

3-го мая. Ночью тошнило. Животъ вздуть. Температура 37,6. Къ вечеру вздутіе живота увеличилось, пульсъ участился, дыханіе затруднено, языкъ сухой, температура 38,6. Полагая, что начинается воспаленіе брюшины, мы сняли одинъ нижній шовъ съ раны брюшной стѣнки и расширили ее пальцемъ; изъ брюшной полости излилось около трехъ столовыхъ ложекъ сукровичной жидкости; ввели полоску іодоформенной марли.

4-е мая. Ночь провела сравнительно хорошо. Спала. Чувствуетъ себя вообще лучше. Вздутіе живота немного меньше. Послѣ кастороваго масла къ вечеру хорошо прослабило. Температура утромъ 38,4, вечеромъ—38,2.

5 и 6-го мая. Температура—не выше 37,7. Стала мочиться безъ помощи катетера.

7-го мая. Самочувствіе хорошее. Вынута марля изъ раны; выдѣлений изъ нея нѣтъ. Lochia—сукровичны, съ небольшимъ запахомъ. Назначены сиринцеванія.

Дѣ 10-го мая температура колебалась между 37,2 (по утрамъ) и 38,6 (по вечерамъ). Въ этотъ день сняты швы.

Рана на всемъ протяженіи зажила первымъ натяженіемъ. Съ этого времени до 25-го мая температура вечерами повышалась до 37,4—38,4, а затѣмъ пала до нормы. Lochia—съ примѣсью крови, безъ запаха. Оперированная жаловалась на небольшую боль въ нижней части правой стороны живота.

7-го юня она выписалась изъ больницы, чувствуя себя выздоровѣвшей. При изслѣдованіи *per vaginam*, влагалищная часть матки

представлялась очень малой и какъ-бы втянутой; тѣло матки немного увеличено; uterus находится въ lateropositio dextr.; въ правомъ сводѣ чувствительность повышена; выдѣленія изъ матки—слизистыя.

Женщина эта являлась къ намъ потомъ черезъ 10 мѣсяцевъ послѣ операциі; она выглядѣла малоокровной и жаловалась на маточныя кровотечения, которыя начались у нея спустя 3 мѣсяца послѣ операциі сперва въ видѣ профузныхъ мѣсячныхъ, а затѣмъ и внѣ менструальнаго періода; матка у нея не увеличена, подвижна, притянута нѣсколько вправо; воспалительныхъ инфильтратовъ нѣтъ. Мы предложили женщинѣ лечь въ больницу для выясненія причины кровотеченій; но она не послѣдовала нашему совѣту.

Случай 2-й. Роженица № 1458, жена чернорабочаго, 35 лѣтъ отъ роду, беременная 6-й разъ, была доставлена изъ квартиры въ городѣ въ Родильный пріютъ въ 8 часовъ вечера 7-го августа на извозчикѣ; женщина имѣла силы дойти до экипажа и сойти съ него въ пріемную Родильнаго пріюта.

Она и сопровождавшая ее бабка сообщили слѣдующія свѣдѣнія: роды начались въ 6 часовъ утра 7-го августа; въ 2 часа дня появилось кровотеченіе въ умѣренномъ количествѣ и схватки съ того времени совершенно прекратились; роженица не замѣтила, чтобы боли тогда особенно усилились и вообще не почувствовала рѣзкой перемѣны къ худшему; остановка родовъ побудила окружающихъ пригласить врача, который, осмотрѣвъ роженицу въ 5 часовъ вечера, далъ совѣтъ свезти ее въ больницу. Всѣ предшествующіе роды были благополучны.

При осмотрѣ роженицы въ 8 часовъ вечера найдено: она—высокаго роста, крѣпкаго сложенія и вообще хорошаго здоровья; размѣры таза—21, 25, 27, 31; общій ея видъ—утомленный, но сравнительно не дурной; явленій малоокровія нѣтъ; пульсъ—90, хорошей полноты; температура—36,5; животъ умѣренно вздутъ, при ощупываніи болѣзненъ, но не чрезвычайно; схватокъ нѣтъ; надъ лобкомъ опредѣляется плотная круглая часть плода—головка, видимо, но очень большая; въ лѣвой сторонѣ живота находится тоже какаѣ то плотная часть, но меньшихъ размѣровъ; по срединѣ живота около пупка явственно различается мелкая часть; сердцебиеніе плода не выслушивается; движеній его роженица не ощущаетъ; кровотечения нѣтъ; при внутреннемъ изслѣдованіи опредѣляется, что предлежитъ вколоченная во входѣ головка; края зѣва толсты—отечны и нависаютъ надъ головкой; пальцами они свободно раздвигаются до размѣровъ полного открытія зѣва; въ головкѣ ясно различается ненормальная ширина малаго родничка. Послѣ внутренняго изслѣдованія появилось умѣренное кровотеченіе.

Мы спросили у осматривавшаго роженицу въ 5 часовъ врача—акушера, что онъ находилъ, и получили отвѣтъ, «ничего особеннаго; предполагалъ краевое предлежаніе послѣда».

На совѣщаніи съ товарищами (И. И. Кравченко, Н. Ф. Лѣтова и Н. А. Михайловъ) рѣшено, что въ данномъ случаѣ имѣется разрывъ матки, происшедшій вслѣдствіе затрудненнаго головною водяною плода родоразрѣшенія, и что наиболѣе цѣлесообразнымъ пособіемъ будетъ чрезсвѣченіе.

Въ 9 часовъ вечера приступили къ операциі. По разрѣзѣ живота изъ полости его стала изливаться въ большомъ количествѣ кровь. Войдя рукою въ верхнюю часть лѣвой половины полости живота, оперировавшій (М. А. Калмыковъ) захватилъ лѣвую ножку плода и извлекъ его, для чего потребовалось нѣкоторое усиліе, такъ какъ вколоченная во входѣ головка довольно крѣпко удерживалась; весь плодъ и послѣдъ находились внѣ полости матки; тѣло его было окутано сгустками крови; удаливши марлевыми салфетками кровь, вывели изъ брюшной полости находившуюся въ правой ея сторонѣ матку; оказалось, что разрывъ имѣетъ мѣсто въ передней сторонѣ нижняго сегмента матки; начинаясь отъ правой широкой связки, онъ направляется снизу и справа—вверхъ и влѣво и простирается на лѣвую широкую связку, въ толщѣ которой образовалась обширная гематома; края разрыва—неровные, клочковатые; тѣло матки соединено съ влагалищемъ небольшою уцѣлѣвшею задне-правую частью нижняго сегмента матки; въ короткомъ нижнемъ отрывѣ матки мышечная ткань представляется совершенно разможженной; разрывъ собственно матки кровоточить мало, со стороны же лѣвой широкой связки—кровотеченіе значительное. При такомъ обширномъ разрывѣ, занимающемъ около $\frac{2}{3}$ протяженія нижняго сегмента матки, неправильной конфигураціи этого разрыва и разможженіи краевъ его, наложеніе правильнаго шва представлялось затруднительнымъ, а обстановка, при которой протекали роды, не исключала возможности инфекции, почему, имѣя въ виду прежде всего спасеніе жизни роженицы, мы рѣшили удалить матку и сдѣлали это по типу надвлагалищной ампутаціи. Очистивши возможно тщательно брюшную полость отъ крови и меконія; мы зашили наглухо брюшную стѣнку.

Самочувствіе больной въ послѣоперационномъ періодѣ было очень хорошее, хотя температура съ 9-го по 17-е августа, когда были сняты швы, вечерами повышалась до 38.

Рана зажила первымъ натяженіемъ, но въ каналахъ 3-хъ швовъ произошло нагноеніе, что и давало повышеніе температуры, такъ какъ по снятіи швовъ послѣдняя стала нормальной, и 6-го сентября оперированная вышла изъ больницы совершенно оправившеюся.

Плодъ, мужского пола, вѣсилъ 4800 граммъ и имѣлъ водянку головки, окружность которой равнялась 50 сантиметрамъ.

Произведенное прозекторомъ больницы С. Н. Образцовымъ микроскопическое изслѣдованіе участка матки, взятаго у мѣста разрыва ея, не обнаружило никакихъ измѣненій въ мышечныхъ клеткахъ. При окраскѣ по Уппа въ ближайшемъ къ мѣсту разрыва краѣ сръза эластическихъ волоконъ не найдено. Въ другихъ частяхъ того же сръза имѣются тонкія эластическія волоконца, расположенныя въ различныхъ направленіяхъ, большею частью вытянутыя въ прямыя нити и окрашивающіяся очень слабо. На ряду съ такими разрушенными волоконцами встрѣчаются группы волоконъ болѣе толстыхъ, красящихся довольно рѣзко, но также въ значительной степени потерявшихъ свою извилистость.

Заканчивая настоящее сообщеніе, мы, на основаніи наблюденій въ первомъ описанномъ случаѣ, лишній разъ свидѣтель-

ствуемъ о трудности таксировать степень грозности положенія при наличности растяженія нижняго сегмента матки.

Въ сказанномъ случаѣ разрывъ матки произошелъ черезъ 9 часовъ отъ начала родовъ у женщины съ умѣренно суженымъ тазомъ, при которомъ она четыре раза уже разрѣшалась силами природы. Роженица все время находилась у насъ ad oculos. Мы констатировали у нея перерастяженіе нижняго сегмента матки, считали положеніе серьезнымъ, но совершенно не ожидали, что можетъ случиться *ruptura uteri*.

Кто то изъ акушеровъ выразился, что высшее искусство въ акушерствѣ—умѣніе выжидать. Это мудрое правило особенно примѣнимо въ отношеніи родовъ при узкихъ тазахъ. Придерживаясь его, какъ то рекомендуется въ настоящее время всѣми акушерами, мы на большомъ матеріалѣ убѣдились сами, что силами природы преодолѣваются часто очень неблагоприятныя для родоразрѣшенія условія при значительныхъ степеняхъ суженія тазовъ. Во время выжиданія, иногда долгаго, въ такихъ случаяхъ не рѣдко приходится видѣть значительное растяженіе нижняго сегмента матки и тѣмъ не менѣе роды оканчиваются благополучно.

Въ разбираемомъ случаѣ имѣлось, надо полагать, особое предрасположеніе къ разрыву въ зависимости отъ патологическихъ измѣненій маточной мускулатуры, происшедшихъ вслѣдствіе тяжелаго пуэрперальнаго заболѣванія, перенесеннаго женщиною послѣ предшествовавшихъ родовъ. Этими же измѣненіями можно также объяснить ненормальную болѣзненность схватокъ съ самаго начала родовъ и безрезультатность бурной родовой дѣятельности, при отсутствіи большого несоотвѣтствія между величиною головки плода и размѣрами таза роженицы. Учсть впередъ возможность разрыва матки въ зависимости отъ этого бывшаго послѣродоваго заболѣванія представлялось, конечно, дѣломъ труднымъ.

Изъ Акушерско гинекологической клиники Харьковского Университета
проф. П. В. Михина.

Рѣдкій случай родовъ доношенными тройнями.

Ординатора клиники П. И. ВЕДЕНЯПИНСКАГО.

Посвящается проф. Н. Н. Феноменову въ XXX-лѣтіе его учено-педагогической дѣятельности.

Роды тройнями, какъ показываетъ приводимая ниже статистика, представляютъ, вообще, большую рѣдкость. При этомъ новорожденные тройни въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ являются на свѣтъ или недоношенными и потому, большей частью, нежизнеспособными, или, будучи доношенными, все же настолько отстаютъ въ своемъ развитіи отъ нормальнаго типа новорожденныхъ, что шансы ихъ на болѣе или менѣе продолжительное существованіе являются проблематичными.

Такъ, по изслѣдованіямъ Saniter ¹⁾, беременность тройнями, въ огромномъ большинствѣ случаевъ, прекращается на 2-й половинѣ VIII мѣсяца и около $\frac{2}{3}$ всѣхъ троенъ погибаютъ въ первые годы жизни. Мы уже не говоримъ объ огромномъ процентѣ смертности при родахъ тройнями, который, напр. по прусской статистикѣ за 1890—1899 г.г., обнимающей 1555 случаевъ родовъ тройнями, достигаетъ 12%! ²⁾

Ввиду всего вышеизложеннаго мы считаемъ необходимымъ описать случай родовъ доношенными, вполне жизнеспособными и при томъ очень крупными тройнями, который былъ наблюдаемъ и проведенъ нами въ Харьковской акушерской клиникѣ.

Изложенію исторіи родовъ мы должны предпослать нѣкоторыя общія данныя статистическаго и клиническаго характера.

Нѣмецкая медицинская статистика, какъ извѣстно, является наиболѣе богатой и вмѣстѣ съ тѣмъ точной. Поэтому мы въ дальнѣйшемъ будемъ руководствоваться главнымъ образомъ данными этой статистики. На первомъ планѣ здѣсь должна быть

¹⁾ Saniter. Drillingsgeburten. Monatsschrift f. Geburtshilfe... Bd. 46. 1901

²⁾ Strassmann. Die mehrfache Schwangerschaft. Handbuch, d. Geb. herausg. von Winkel.

приведена огромная статистика Warräus, собравшаго всё случаи родовъ по Средней Европѣ за 15 лѣтъ—числомъ 10698322, причемъ отношеніе числа родовъ тройными къ общему числу родовъ, по вычисленію этого автора, равно 1 : 709. По таблицамъ Mekkel-Veit, обнимающимъ 13360557 случаевъ родовъ, бывшихъ въ Пруссіи за періодъ 1826—1849 г.г., число родовъ двойными относится къ общему числу родовъ, какъ 1 : 89 и число родовъ тройными—какъ 1 : 7910, т. е., приблизительно, отношенія такіа: 1—89 и 1—89² ¹⁾. Такія отношенія почти совпадаютъ съ формулой Hellin'a, по которой число многоплодныхъ беременностей уменьшается пропорціонально числу одновременно рождающихся плодовъ, именно: если число родовъ двойными относится къ общему числу родовъ, какъ 1 : 80, то для троенъ такое отношеніе=1 : 80², для четверенъ—1 : 80³ и т. д. ²⁾. По статистикѣ Германіи за 1876—1886 г.г. на 10000 родовъ встрѣчается 1 случай родовъ тройными. По Ruppin, въ Пруссіи за періодъ 1890—1899 г.г. ежегодно рождается 1250570 дѣтей, изъ нихъ троенъ 468, т. е. отношеніе=1:7500 (Strassmann). На основаніи 30 статистикъ Mirabeau опредѣляетъ частоту родовъ тройными по отношенію къ общему числу родовъ равной, въ среднемъ 1 : 658.5 Sichel на 17730074 родовъ находитъ отношеніе числа родовъ тройными къ общему числу родовъ равнымъ 1 : 8077 (Saniter). Въ Берлинѣ за 74 года (1825—1898) было всего 1971759 родовъ, изъ нихъ родовъ тройными 223, т. е.=1 : 8841. Процентъ многоплодной беременности въ большихъ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ, конечно, больше, чѣмъ въ странѣ или городѣ. Такъ, въ Берлинской поликлиникѣ одни роды тройными приходятся на 1266 родовъ вообще.

По странамъ, наибольшій процентъ многоплодной беременности (считая и двойни) даетъ Финляндія (14,57⁰/100), наименьшій—Испанія (8,72⁰/100) и Франція (9,78⁰/100). Для Германіи этотъ процентъ=12,43⁰/100 (Strassmann).

Въ Россіи нѣтъ такихъ большихъ и, главное, точныхъ статистикъ, какъ въ Германіи. Однако, имѣющіяся въ нашихъ рукахъ цифры, взятая изъ разныхъ, весьма отдаленныхъ другъ отъ друга мѣстностей нашего обширнаго отечества, въ общемъ, очень сходны между собой.

Наиболѣе крупной статистикой является статистика д-ра Михайлова ³⁾, собравшаго всё опубликованные случаи родовъ по различнымъ мѣстностямъ Россіи за 50 лѣтъ (1840—

¹⁾ Saniter. Die Drillingsgeburten.

²⁾ Bumm. Handbuch d. Geburtshülfe. Русск. пер. Спб. 1905.

³⁾ Михайловъ. Среднерусскіе акушерскіе итоги за 50 лѣтъ. Диссертація.

1890) — числомъ до 252600, причемъ на это общее количество родовъ тройнями оказалось 87, т. е. отношеніе = $1 : 2965,4$.

Другую крупную цифру мы находимъ въ работѣ д-ра В о ф ф а,¹⁾ суммировавшаго статистическія данныя различныхъ авторовъ, при чемъ общее число родовъ у него = 158533, изъ нихъ родовъ тройнями — 54, т. е. отношеніе = $1 : 2935,8$. Далѣе, собранныя нами данныя изъ столѣтняго юбилейнаго отчета И. Клиническаго Повивальнаго Института²⁾ указываютъ, что на 44789 всѣхъ родовъ, бывшихъ въ Институтѣ за его столѣтнее существованіе, родовъ тройнями было 12, что даетъ отношеніе = $1 : 3732$.

Въ Московской Голицынской больницѣ за 35-лѣтнее существованіе въ ней родильнаго отдѣленія (1867—1902) было всего 19023 родовъ, изъ нихъ родовъ тройнями 6, т. е. отношеніе = $1 : 3170,5$ ³⁾. Въ Москвѣ за 1907 г.⁴⁾ всего родилось 49170 новорожденныхъ, на это число троень было 63. Такъ какъ двоень въ тотъ же годъ родилось 1006, то вычисляя на основаніи этого общее число родовъ, получимъ цифру 48122, т. е. отношеніе числа родовъ тройнями къ общему числу родовъ = $1 : 2339$. Въ С.-Петербургскихъ городскихъ родильныхъ пріютахъ за 1906 г., согласно отчету⁵⁾, было всего 16248 родовъ, при чемъ родовъ тройнями было 5, т. е. отношеніе равно $1 : 3249$.

Въ Закавказскомъ Повивальномъ Институтѣ, судя по докладу д-ра Миракова⁶⁾ въ Кавказскомъ Медицинскомъ О-вѣ., роды тройнями встѣчаются въ отношеніи $1 : 3164$ къ общему числу родовъ.

Въ Харьковской Акушерской клиникѣ въ періодъ 1892—1908 (включит.) на 6340 поступившихъ — родовъ тройнями (раннихъ, преждевременныхъ и срочныхъ), считая и нашъ случай, было 4, т. е. отношеніе = $1 : 1585$.

Если мы возьмемъ среднее арифметическое изъ приведенныхъ русскихъ цифръ, то получимъ отношеніе числа родовъ тройнями къ общему числу родовъ, *въ среднемъ, по Россіи, равнымъ* $1 : 2899,6$ что значительно превышаетъ цифру, приведенную для Россіи у Strassmann — $1 : 4054$. Такимъ образомъ, частота родовъ тройнями въ Россіи гораздо больше таковой въ другихъ странахъ, свѣдѣнія о которыхъ у насъ имѣются: въ Гер-

¹⁾ В о ф ф ъ. Медицинскій отчетъ... Диссертация.

²⁾ Сто лѣтъ дѣятельности И. Клинич. Повив. И — та...

³⁾ Сто лѣтъ Голицынской больницы въ Москвѣ. М. 902.

⁴⁾ Медицинское Обзоріе, т. XV.

⁵⁾ К р и в с к і й. Отчетъ Спб. родильн. городск. пріютовъ за 1906 г. Журн. акуш. и жен. бол. 1908. I.

⁶⁾ Ж. акуш. и жен. бол. 1900. Рефераты.

маніи—1 : 7120, во Франціи—1 : 8256, въ Швеціи—1 : 4400, въ Норвегіи—1 : 5442 (Strassmann).

Помимо вопроса о частотѣ родовъ тройнями въ разныхъ странахъ, представляютъ большой интересъ также нѣкоторыя явленія законмѣрности, наблюдаемыя въ вопросѣ о многоплодной беремености вообще и въ частности—о беремености и родахъ тройнями. Такъ, замѣчено, что многоплодная беременность чаще встрѣчается въ болѣе или менѣе позднемъ возрастѣ. Для родовъ двойнями наичае встрѣчающійся возрастъ установленъ (Dunstan) отъ 25 до 29 л., а для родовъ тройнями—30—34 г., въ среднемъ—31,4 г. (Mirabeau). Ввиду этого многоплодная беременность значительно чаще встрѣчается у многороженницъ, чѣмъ у первороженницъ. Первороженницы съ двойнями встрѣчаются въ 22,73 % (Dunstan) а съ тройнями—въ 10,36 % (Mirabeau) всѣхъ случаевъ родовъ ¹⁾ При томъ, возрастъ первороженницъ съ тройнями, обыкновенно, пожилой. Далѣе, тройни встрѣчаются у женщинъ, предрасположенныхъ къ многоплодію предшествовавшими родами двойнями. Нашъ случай, какъ увидимъ ниже, также подтверждаетъ это правило. Кромѣ того, общій законъ о наследственной передачѣ многоплодной беременности здѣсь особенно ярко выражается, при чемъ чаще въ восходящей линіи наблюдаются двойни, въ нисходящей тройни, такъ что расположеніе къ многоплодію увеличивается отъ поколѣнія къ поколѣнію. Классическимъ примѣромъ этого рода наследственности является случай Grigg'a, описанный Helli'n'омъ.²⁾ Прабабка, съ материнской стороны, одной женщины рожала 3 раза тройни, бабка—1 разъ тройни, 2 раза двойни; мать ея 1 разъ родила тройни, 2 раза двойни; сестра матери—1 разъ тройни; сама женщина 2 раза рожала тройни; старшая дочь ея имѣла 1 разъ тройни. Сама она была одной изъ двоенъ и ея мать—также. 90-лѣтняя двоюродная бабка матери рассказывала, что съ незапамятныхъ временъ въ ихъ родѣ рожденіе троенъ было обыкновеннымъ явленіемъ.

Наблюдается также извѣстная законмѣрность въ отношеніи пола новорожденныхъ при многоплодіи. Такъ, относительно двоенъ, обширной статистикой Ruppin ³⁾ установлено, что общее число родовъ двойнями можно въ отношеніи пола новорожденныхъ раздѣлить на 3 равныхъ части. Одна часть обнимаетъ собою количество двоенъ—2 мальчиковъ, другая треть—

¹⁾ Strassmann. Die mehrfache Schwangerschaft.

²⁾ Цитир. по Strassmann.

³⁾ Цитир. по Saniter.

двойни—2 дѣвочки, третья часть—разнополая двойни. Со статистикой Ruppin почти совпадаютъ цифры Strassmann и Oldenburg (Saniter). Изъ всѣхъ этихъ статистикъ вытекаетъ тотъ выводъ, что число однополыхъ двоенъ почти вдвое больше числа разнополыхъ. Такъ, по статистикѣ Strassmann'a это отношеніе равно 67,2 ‰: 32,8 ‰; по Veit—64. ‰: 36 ‰; по Ruppin—62,44; ‰/о 37,56; ‰/о по Srdinko (общее число родовъ двойнями—83378)—63,3 ‰: 36,7 ‰. 1)

Черезъ всѣ эти цифры проходитъ красной нитью общій законъ рождаемости—преобладаніе числа мальчиковъ надъ дѣвочками. Кромѣ того Geissler своими изслѣдованіями установилъ то положеніе, что существуетъ извѣстное индивидуальное предрасположеніе къ воспроизведенію на свѣтъ представителей того или другого пола (Strassmann). При высшихъ степеняхъ многоплодія замѣчается уменьшеніе количества однополыхъ новорожденныхъ. По О. Srdinko на 901 случай родовъ тройнями родовъ однополыми тройнями было 455, т. е. отношеніе—50,4 ‰: 49,6 ‰.

По Guzzoni то же отношеніе (на 2950 родовъ) равно 1400: 1550, т. е. 47, 45 ‰: 52, 55 ‰; по Veit—на 16899 родовъ—768: 921, т. е. процентъ однополыхъ 45, 45 ‰. Тоже самое, еще въ большей степени наблюдается при родахъ четвернями. Что касается причинъ и механизма происхожденія троенъ, то, не считая себя въ правѣ касаться въ небольшой статьѣ эмбриологии многоплодія—содержащей еще при томъ такъ много спорныхъ вопросовъ,—мы укажемъ только на нѣкоторыя установленныя положенія, имѣющія практической интересъ. Именно, доказано, что тройни могутъ образоваться изъ двухъ яицъ, рѣже изъ трехъ, и очень рѣдко—изъ одного. Три яйца могутъ имѣть 3 отдѣльныхъ плаценты или послѣднія срастаются въ одну или двѣ общія плаценты.

Изъ 2 яицъ образуется 2 отдѣльныхъ или одна общая (сращенная) плацента. Здѣсь могутъ быть и 2 amnion. Если тройни происходятъ изъ одного яйца, то должны быть: 1 плацента, 1 chorion, 3 amnion; но двое изъ троенъ могутъ быть въ одномъ амниотическомъ мѣшкѣ, и въ очень рѣдкихъ случаяхъ въ одномъ мѣшкѣ могутъ быть заключены всѣ 3 тройни. Какъ крайне рѣдкое уродство, нужно отмѣтить случай Ahlfeld—трехголовый уродъ—сросшіяся тройни.

Существуетъ нѣкоторая разница въ развитіи одно—и много-

1) Zentralblatt für Gynäkologie. 1909, X реф. № 10. Здѣсь въ вычисленіи процентовъ явная ошибка, которую мы исправили.

яйцевыхъ (2—3) троенъ. Первыя развиваются гораздо хуже, общій вѣсъ ихъ меньше общаго вѣса многояйцевыхъ, именно въ отношеніи, въ среднемъ, 1853: 1956. Замираніе плода у первыхъ встрѣчается въ 22,2 %, а у вторыхъ—въ 13 %. Наслѣдственность въ производствѣ троенъ существуетъ только у многояйцевыхъ троенъ (Strassmann).

Послѣ изложенныхъ предварительныхъ данныхъ приступимъ къ описанію нашего случая. Беременная Марія Алексѣевна М-ва, крестьянка 42 л., поступила въ акушерскую клинику Харьковскаго Университета 2-го окт. 1908 г. съ подготовительными родовыми болями. Въ клинику ее заставило обратиться, помимо легкихъ болей въ поясницѣ, еще то, что, по словамъ ея, беременность сдѣлалась для нея за послѣднее время прямо невыносимой: ее мучить сильная одышка, силы ея слабѣютъ. Ходить она, еле передвигая ноги, лежать почти совсѣмъ не можетъ; наиболѣе удобное для нея положеніе—сидячее.

Мѣсячныя начались на 15 году, шли черезъ мѣсяць по 4 дня безъ болей. Послѣднія были въ концѣ декабря 1907 г. Замужемъ 23 г. Мужу ея 43 г. Рожала 9 разъ—срочно и благополучно; вторые по счету роды были двойнями, при чемъ одинъ ребенокъ родился живымъ, доношеннымъ, другой—мертвый, недоношенный. Ни у матери, ни у ближайшихъ родственницъ М-вой, насколько она знаетъ, многоплодной беременности не было.

Беременная высокаго роста (162 сант.), правильнаго и крупнаго тѣлосложенія; вѣсъ—104 кило. Размѣры таза: D. sp.—26 сант.; D. сг.—30 с.; D. intertr.—33½ с.; соп. ex. 20 с.; окр. т. 121 с. При наружномъ изслѣдованіи прежде всего обращаютъ на себя особое вниманіе необычайные размѣры живота: окружность его на уровнѣ пупка—144 сант. Высота матки—32 с., ширина—30 с. На нижнихъ конечностяхъ и животѣ значительные отеки. Жировая подкладка очень обильная. Мелкія части прощупываются по всему животу. Предлежащая часть—головка. Сердцебиеніе несомнѣнно прослушивалось одинаково отчетливо въ 2 мѣстахъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга большимъ пространствомъ, гдѣ оно вовсе не прослушивалось—именно справа, ниже пупка—132 удара въ минуту и слѣва выше пупка—144 удара въ минуту, при чемъ въ послѣднемъ мѣстѣ тоны сердца раздваивались, что въ связи съ размѣрами живота и давало поводъ подозрѣвать наличность болѣе, чѣмъ 2 плодовъ въ утробѣ матери.

При внутреннемъ изслѣдованіи оказалось: шейка не сглажена, но проходима для одного пальца, предлежащая часть—баллотирующая головка, плодный пузырь не напрягается. Изслѣдованіе мочи дало присутствіе бѣлка въ довольно значительномъ количествѣ; форменныхъ элементовъ, кромѣ эпителія почекъ, не обнаружено.

Собственно роды начались уже въ клиникѣ въ 1 часъ ночи и протекали очень быстро: въ 2 ч. 50 м. н. полное раскрытіе зѣва, головка уже въ полости таза, при чемъ опредѣлена I позиція, передній видъ; пузырь тогда же былъ разорванъ, и въ 3 ч. 30 м. у. вышелъ плодъ—мужского пола, живой; вѣсомъ 3420 гр., длина 49 сант., окр. гол. 36 с., прямой размѣръ ея—11 сант. Всего роды продолжались 2½ часа. При наружномъ изслѣдованіи, сдѣланномъ послѣ рожденія

I ребенка, оказалось: окружн. живота 124 сант.; высота матки 30 с., ширина ея 25 с.

Мелкія части больше прощупываются слѣва. Сердцебіеніе прослушивается на 2 прежнихъ мѣстахъ, т.-е. справа ниже пупка 132 удара въ минуту и слѣва—не выше (какъ прежде), но уже на уровнѣ пупка—140 удар. въ минуту. Внутреннее изслѣдованіе дало: предлежитъ подвижная головка надъ входомъ въ тазъ—II позиція, задній видъ. Пузырь не напрягается, зѣвъ въ спавшемся состояніи.

Діагнозъ троень былъ уже внѣ всякаго сомнѣнія, при чемъ, очевидно, въ лѣвой сторонѣ полости матки лежали—вѣроятно другъ надъ другомъ—два плода, которые и давали при выслушиваніи раздвоенные тоны. Схватки послѣ этого совершенно прекратились. Родильница спокойно провела—лежа и сидя—время отъ конца I родовъ, т. е. съ 3 ч. 30 м. у. $\frac{3}{4}$ до 5 час. у. $\frac{4}{4}$, когда снова появились схватки, но уже слабѣе и рѣже, чѣмъ при первыхъ родахъ. Несмотря на поддержку потужной дѣятельности виномъ и хининомъ, слабость потугъ постепенно нарастала, брюшной прессъ почти совершенно не работалъ, между тѣмъ тоны сердца предлежащаго плода становились глуше и сердцебіеніе замедлялось. Ввиду этого для спасенія плода а также съ цѣлью облегчить положеніе роженицы, которая имѣла къ тому времени уже измученный видъ, рѣшено было извлечь ребенка щипцами. Щипцы, ввиду того, что головка была расположена почти въ поперечномъ размѣрѣ полости таза, наложены атипически—косо, и головка выведена въ заднемъ видѣ. Ребенокъ извлеченъ въ 1 ч. 15 м. дня $\frac{4}{4}$ живымъ, женскаго пола, вѣсомъ 3590 гр., длиной 51 сант., окружн. гол. 34 сант., пр. размѣръ ея 11 сант. Роды продолжались 8 ч. 15 м. Промежность цѣла.

При наружномъ изслѣд., сдѣланномъ по рожденіи II плода, окр. живота 107 сант., высота матки—26 с., ширина—23 с.; мелкія части прощупываются справа, сердцебіеніе прослушивается слѣва ниже пупка—140 удар.

При внутр. изслѣд.: полное раскрытіе, пузырь напряженъ, предлежитъ головка, I позиція—передній видъ. Сильныя частыя схватки. Пузырь разорванъ, послѣ чего начались энергичныя потуги, и плодъ вышелъ въ 1 ч. 40 м. дня $\frac{4}{4}$ —слѣдоват., роды продолжались всего 25 мин. Родился ребенокъ женскаго пола, живой, вѣсомъ 3200 гр., длиной 48 с., окр. г. 34 с., пр. разм. ея—11 с. Ввиду атоническаго кровотеченія послѣды выжаты по Credé; ихъ оказалось 3, при чемъ послѣды I и II плодовъ были сращены (но каждый имѣлъ собственный хоріонъ), послѣдъ же III плода былъ самостоятельнымъ и вышелъ по времени послѣднимъ.

Вѣсъ I—II послѣдовъ—1280 гр., вѣсъ III—820 гр.; общій ихъ вѣсъ 2100 гр. Длина пуповинъ: I плода—64 с., 2—63 с. и 3—77 с.

Общій вѣсъ новорожденныхъ 10,210 гр. или 24 $\frac{1}{2}$ фун. Суммируя общій вѣсъ послѣдовъ и плодовъ, мы получимъ очень солидный грузъ, при чемъ не считаемъ вѣса амниотической жидкости—12,3 кило, или 29 $\frac{1}{2}$ фунт.—тяжесть, которую наша беременная должна была носить въ себѣ въ послѣдніе дни! Отсюда очень понятно ея тяжелое состояніе въ это время. Послѣродовой періодъ протекъ совершенно правильно—безъ повышенія t°. и послѣдовательныхъ кровотеченій, и на 10-й день ро-

дильница благополучно выписалась изъ клиники. Дѣти всѣ вполне здоровы, выглядятъ очень крѣпкими и съ хорошимъ питаніемъ. Мальчика мать кормитъ сама, двухъ же дѣвочекъ взяли для вскармливанія грудью и воспитанія сестры родильницы.

Остановимся теперь на нѣкоторыхъ особенностяхъ описанныхъ родовъ.

Главный интересъ нашего случая заключается въ необычайно рѣдкихъ величинѣ и вѣсѣ новорожденныхъ троенъ и ихъ полной жизнеспособности. На самомъ дѣлѣ, мы уже въ началѣ нашей статьи упоминали, насколько рѣдко встрѣчаются доношенные и жизнеспособныя тройни. По Saniter, тройни на IX и X мѣс. отстаютъ въ длинѣ отъ новорожденныхъ при обыкновенныхъ родахъ, въ среднемъ, на 5 сант. Средній же вѣсъ для троенъ, по Mirabeau, равенъ 1956 gr., по Saniter—1625 (для восьмимѣсячн. плодовъ). Вообще же, по мнѣнію Saniter, вѣсъ даже доношенныхъ троенъ никогда не достигаетъ средняго вѣса новорожденныхъ при обыкновенныхъ родахъ (3168 gr. по Ahlfeld ¹⁾). Изъ просмотрѣнной нами специальной журнальной литературы—нѣмецкіе и русскіе журналы за послѣдніе 10 лѣтъ — намъ не удалось найти ни одного случая, гдѣ бы размѣры и вѣсъ троенъ превышали бы или были равны таковымъ въ нашемъ случаѣ. И только въ капитальномъ коллективномъ руководствѣ по акушерству, изданномъ von Winkel ²⁾ мы находимъ приведеннымъ случай Gelly, который наблюдалъ наивысшій, по статистическимъ даннымъ, вѣсъ троенъ (die grössten statistisch bekannten Gewichte)—3300 gr., 3600 gr. и 3470 gr., слѣд., общій вѣсъ этихъ троенъ — 10370 gr. — только на 100 gr. превышаетъ таковой въ нашемъ случаѣ. Мать и дѣти здѣсь были также здоровы. Изъ болѣе или менѣе выдающихся въ интересующемъ насъ отношеніи случаевъ троенъ можно привести слѣдующіе, описанные въ журнальной литературѣ.

Случай Manon Andrews ³⁾: роды тройнями наступили на 42 недѣлѣ беременности — вѣсъ и размѣры плодовъ не указаны. Случай И. Гаусмицеръ ⁴⁾: роды тройнями у 34-лѣтней многороженицы; общій вѣсъ плодовъ 16 ф. (мальчикъ—5 ф. и 2 дѣвочки по 5½ ф.). Мать и дѣти здоровы. Случай Мирасова ⁵⁾: вѣсъ плодовъ (3 дѣвочки)—2800,0, 2600,0 и 2950,0. Дѣти

¹⁾ Saniter. Drillingsgeburten.

²⁾ Handbuch d. Geburtshülfe, herausg. von Winkel, Strassmann. Die mehrfache Schwangerschaft.

³⁾ Monatsschrift f. Geb. 1908, B. XXVII. S. 176.

⁴⁾ Врачебн. Газета 1906, № 8. Цит. по Ж. Акуш. и Жен. бол. 1906, реф.

⁵⁾ Ж. Акуш. и Жен. бол. 1900. Реф.

хорошо развиваются. Длина ихъ—48, 46, 48 сант; Случай Hartmann'a ¹⁾: вѣсь плодовъ—2300,0, 2150,0 и 2650,0; длина ихъ—47, 46, 48 сант. Состояніе здоровья не указано. Случай А. А. Сицинскаго ²⁾: вѣсь плодовъ—2520 gr., 2950 gr., 2600 gr.; длина ихъ: 48 сант., 49½ сант., 47 сант. 2 младенца здоровы, третій же умеръ на 5-й день послѣ рожденія отъ простуды (?). Случай Jäger. Вѣсь плодовъ: 2460,0, 2350,0 и 2580,0; длина ихъ: 45 с., 47 с. и 47 с. Относительно состоянія здоровья дѣтей ничего не сказано ³⁾. Случай Марьяничка ⁴⁾; вѣсь плодовъ—3010 gr., 3000 gr.; третій—foetus parvaceus.

2 случая взяты изъ исторіи И. Повивальнаго Института ⁵⁾. Въ первомъ изъ нихъ тройни вѣсили: 2200 gr., 2700 gr. и 3200 gr.—всѣ здоровы, но недоношены (ок. 8 мѣс.). Во 2-мъ отмѣченъ только общій вѣсь троенъ—18½ ф., т. е. 7,700 gr.; всѣ здоровы.

Далѣе, къ особенностямъ нашего случая нужно отнести своевременное—хотя бы въ видѣ предположенія—распознаваніе троенъ. Для насъ эта задача облегчалась тѣмъ, что роженица провела почти цѣлый день до начала родовъ въ клиникѣ и, слѣдовательно, могла быть тщательно изслѣдуема, что очень рѣдко удается въ поликлинической практикѣ, гдѣ врачъ, большей частью, приглашается уже въ разгарѣ родовъ. По мнѣнію Strassmann, тройни, вообще, распознаются только въ исключительныхъ случаяхъ—чаще по 3 сердцебиеніямъ (какъ и въ нашемъ случаѣ). Изъ 75, собранныхъ Mirabeau, случаевъ родовъ тройнями только въ 2 былъ своевременно поставленъ вѣрный діагнозъ: въ одномъ на основаніи 3 сердцебиеній и въ другомъ по 3 прощупывавшимся головкамъ ⁶⁾. Аноновъ ⁷⁾ приводитъ также 2 случая.

Въ 30 случаяхъ Sanitera ни разу не былъ поставленъ своевременно діагнозъ (Saniter).

Что касается расположенія плодовъ въ нашемъ случаѣ—именно всѣ 3 плода имѣли черепное предлежаніе—то такое взаимоотношеніе плодовъ не представляется большой рѣдкостью. Такъ, изъ 45 случаевъ троенъ Saniter и Mirabeau въ 10 (22%) наблюдалась именно такая комбинація, хотя наиболѣе частой

¹⁾ Wiener Klinische Wochenschrift. 1902, № 22. Рсф. Ж. Акуш. и Жен. бол. 1903 г.

²⁾ Ж. Акуш. и Жен. бол. 1907. Протоколъ засѣд. №. 4.

³⁾ Zentralblatt f. Gynäk. В. XXXII. Рсф. Ж. Акуш. и Жен. бол. 1908, XI

⁴⁾ Ж. Акуш. и Жен. бол. 1902. Рсф.

⁵⁾ Сто лѣтъ дѣятельности И. Клиническаго Повив. И-та.

⁶⁾ Strassmann. Die mehrfache Schwangerschaft.

⁷⁾ Ibidem.

комбинаціей является такая: I—тройня съ черепнымъ предлежа-
ніемъ и 2—съ тазовымъ (Saniter).

Далѣе, мы должны обратить вниманіе на теченіе родовъ, которое въ нашемъ случаѣ представляло значительныя особен-
ности. Считается установленнымъ, что роды тройнями, въ сред-
немъ, продолжаются не болѣе, чѣмъ на 12 1/2 часовъ долѣе
обыкновенныхъ родовъ. При этомъ промежутокъ между ро-
жденіемъ I и II плодовъ, въ среднемъ, по Saniter, = 37 мин., а
между выходомъ II и III плодовъ = 24 мин.

Рѣдко промежутки измѣряются часами и никогда, какъ это
иногда бываетъ при двойняхъ, — днями. Высшая пауза, по
Strassmann = суткамъ, по Saniter — 1/2 сутокъ. Между тѣмъ
въ нашемъ случаѣ пауза между рожденіемъ I и II плодовъ ро-
внялось 33 час. 45 м.! Это обстоятельство требуетъ поясненій.

Мнѣнія авторовъ относительно способа веденія родовъ при
многоплодной беременности различны и часто діаметрально
противоположны другъ другу. Акушеры XVIII стол. (Smellie,
Scharmann, Oslander) придерживались активного метода
при родахъ двойнями — всегда ускорять роды оперативнымъ
вмѣшательствомъ. Даже въ 70-хъ годахъ прошлаго столѣтія
Kleinwächter проводилъ ученіе объ активной терапіи —
немедленный поворотъ и извлеченіе II плода.

Позднѣе, Reuss высказался за выжидательный образъ дѣй-
ствій, при чемъ повороту предпочиталъ шипцы. 1) По современ-
нымъ взглядамъ (Strassmann) извлеченіе II плода совершается
по строгимъ показаніямъ, но съ другой стороны выжиданіе не-
должно быть слишкомъ продолжительнымъ, ввиду извѣстныхъ
опасностей, угрожающихъ какъ матери, такъ и ребенку (от-
слойка плаценты, асфиксія плода и пр.). Напр., промедленіе въ
теченіе 3 часовъ считается уже нежелательнымъ, т. к. затру-
дняетъ послѣдующія операціи (спаденіе зѣва). Strassmann по-
этому рекомендуетъ поступать такъ: черезъ 1/2 часа по выходѣ
I плода рвать пузырь и, если черезъ 1—2 часа роды II плода
не слѣдуютъ самопроизвольно, то приступать къ оперативному
вмѣшательству. Что рекомендуется при родахъ двойнями, то
же, конечно, относится къ родамъ тройнями.

Если мы возьмемъ другія наиболѣе солидныя и распростра-
ненныя руководства по акушерству, напр. изъ русскихъ — един-
ственное — проф. Н. Ф. Толочина, 2) то у него найдемъ

1) Цитир. по Strassmann'у.

2) Проф. Н. Ф. Толочинъ. Учебникъ акушерства. М. 98 г.

почти такой же взглядъ на этотъ предметъ, что и у Strassmann'a. Именно, онъ рекомендуетъ ждать также не болѣе 1—2 часовъ по рожденіи I плода. Съ другой стороны, напр. въ общеизвѣстномъ учебникѣ проф. Витт'a ¹⁾ мы встрѣчаемъ совершенно противоположное мнѣніе: онъ прямо говоритъ, что при извѣстныхъ предосторожностяхъ (наблюденіе за сердцебіеніемъ плода), мы можемъ, при отсутствіи особыхъ показаній, спокойно ожидать появленія болѣе, хотя точно и не ставить предѣла такому ожиданію. Изъ другихъ акушеровъ, напр. проф. Pinard ²⁾—сторонникъ активнаго веденія родовъ тройнями, изъ опасенія кровотеченій. Различнымъ взглядамъ на способъ веденія родовъ тройнями (помимо другихъ условій), очевидно соответствуетъ различная частота оперативныхъ пособій, которыя отмѣчаются авторами.

Такъ, у Saniter на 28 случаевъ троень, т. е. на 84 плода, приходится 29 операций, тогда какъ у Mirabeau на 225 троень (75 сл. родовъ) число оперативныхъ пособій равно только 12 (Saniter).

Что паузы между появленіемъ на свѣтъ I и II плодовъ могутъ быть гораздо продолжительнѣе указанныхъ выше—объ этомъ (по крайней мѣрѣ для двоень) имѣется не мало сообщеній различныхъ авторовъ (Ahlfeld, Maugrin, Depaul etc.).

Въ описанныхъ ими случаяхъ эта пауза равнялась нѣсколькимъ днямъ. Единственнымъ въ своемъ родѣ является случай Carson, гдѣ на разстояніи 44 дней родились два живыхъ ребенка! (Strassmann).

Въ акушерской клиникѣ Харьковскаго Университета при родахъ двойнями за послѣднее время нѣсколько разъ—въ видѣ опыта—примѣнялся выжидательный методъ веденія родовъ,—причемъ врачъ, ведущій роды, внимательно слѣдитъ за сердцебіеніемъ плода; при отсутствіи строгихъ показаній, ожидаютъ появленія новыхъ схватокъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ пауза между I и II родами продолжалась нѣсколько часовъ, а въ двухъ случаяхъ выжидали болѣе сутокъ. Всѣ эти случаи неизмѣнно заканчивались благополучно, какъ для матери, такъ и для ребенка.

Въ описанномъ нами случаѣ былъ также примѣненъ указанный выше методъ, и оперативное пособіе (наложеніе щипцовъ) было примѣнено при строгомъ показаніи, при томъ послѣ продолжительнаго выжиданія (около 34 часовъ!). И въ этомъ случаѣ методъ этотъ не принесъ никакого ущерба ни матери, ни 2 родившимся послѣ новорожденнымъ.

¹⁾ Prof. E. Witt. Handbuch d. Geburtshülfe. Рус. пер. СПб. 905.

²⁾ Журн. акуш. и жен. бол. 908, III реф. 156.

Ввиду скудности свѣдѣній о методикѣ веденія родовъ при многоплодной беременности, какъ въ руководствахъ, такъ и въ текущей литературѣ, вопросъ этотъ требуетъ болѣе широкой разработки.

Въ заключение считаю своимъ пріятнымъ долгомъ выразить глубокую благодарность многоуважаемому учителю, профессору Павлу Васильевичу Михину за предоставленіе случая и любезное руководство при его описаніи.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) P. Strassmann. Die mehrfache Schwangerschaft. Handbuch d. Geburtshülfe, herausg. von Winkel. Wiesbaden. 1904. I. Band, II. Hälfte.
- 2) Saniter. Drillingsgeburten. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1901. В. 46.
- 3) Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней 1908—1909 гг.
- 4) «Русскій Врачъ» за 1898—1908 г.г.
- 5) Медицинское обозрѣніе т. XV.
- 6) Monatsschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie 1898—1908.
- 7) Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie 1898—1908.
- 8) Zentralblatt f. Gynäkologie 1898—1909.
- 9) Prof. Vumm. Handbuch d. Geburtshülfe. Рус. пер. СПБ. 905.
- 10) Проф. Н. Ф. Толочинъ. Учебникъ акушерства. М. 98 г.
- 11) Сто лѣтъ дѣятельности И. Клиническаго-Повивальнаго Института (1797—1897), составл. проф. Дм. Оттомъ. СПБ. 98 г.
- 12) Сто лѣтъ Голицынской больницы (1802—1902) въ Москвѣ. М. 902.
- 13) Михайловъ. Средне-русскіе акушерскіе итоги за 50 лѣтъ. Диссертація.
- 14) Вoffъ. Медицинскій отчетъ акушерск. отдѣл. Клиники акушерства и жен. бол. при И. Военно-Медицинской Академіи (1884—1891). Диссертація.

Изъ Императорскаго Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія.—Директоръ
С. Холмогоровъ.

Случай самопроизвольнаго разрыва матки во время родовъ.

Д-ра Е. А. ВѢДОРУЧЕВА.

По Freund'у до XVI столѣтія въ литературѣ о разрывахъ матки врядъ-ли имѣются свѣдѣнія. Iagues Guillemsaи въ концѣ XVI столѣтія первый узналъ и описалъ случай разрыва матки. Vaudelocque въ концѣ XVIII столѣтія впервые указалъ, что причиной разрывовъ бываютъ главнымъ образомъ препятствія со стороны таза и неправильности положенія плода. Въ прошломъ столѣтіи Klob'омъ, Scanzoni, Kiwisch'емъ, Simpson'омъ и многими другими признавалось, что въ маточной ткани существуютъ такія измѣненія, которыя дѣлаютъ возможнымъ легкій разрывъ ея какъ во время родовъ, такъ и беременности. Такое предрасположеніе матки къ разрыву отмѣчалось, какъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ самопроизвольный разрывъ наблюдался при поперечномъ положеніи плода, узкомъ тазѣ, hydrocephali'и, равно и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пространственныхъ несоотвѣтствій между тазомъ и предлежащею частью не было, и гдѣ разрывъ имѣлъ мѣсто не только въ періодѣ изгнанія, но и въ періодѣ раскрытія и даже во время беременности отъ незначительныхъ причинъ. Schröder отмѣчаетъ такое предрасположеніе у пожилыхъ женщинъ, часто рожавшихъ. При выясненіи причинъ такого предрасположенія маточной стѣнки къ разрыву указывалось въ однихъ случаяхъ жировое перерожденіе мышцъ (Scanzoni), въ другихъ случаяхъ рубцы на шейкѣ (Биддеръ, Schultz) или на тѣлѣ матки послѣ бывшаго кесарскаго сѣченія (Ekstein), ригидность наружнаго зѣва (Freund): деструктивныя измѣненія маточной стѣнки въ мѣстѣ приращенія плаценты (Schwenlener, Leopold, Neumann, Александровъ); въ цѣломъ рядѣ случаевъ, несмотря

на тщательное микроскопическое изслѣдованіе препаратовъ матки, причина разрыва не найдена (Hofmeister, Какушкинъ, Salin, Keller).

Въ послѣднее время много изучали состояніе эластическихъ волоконъ въ маткѣ, какъ во время беременности, такъ и послѣ родовъ (Dührssen, Acconci, Давыдовъ, Порошинъ, Ивановъ и др.) и старались нѣкоторые непонятные случаи разрыва матки объяснить заболѣваніемъ эластическихъ волоконъ. Однако единогласія въ признаніи заболѣванія этой ткани, какъ причиннаго момента разрывовъ матки, до сихъ поръ не имѣется. Изъ работъ Полѣнова¹⁾ и Иванова²⁾ видно, что многія яко-бы заболѣванія эластической ткани сводятся къ физиологическимъ послѣродовымъ измѣненіямъ ея. Такимъ образомъ относительно эластической ткани вопросъ пока что остается открытымъ.

Кромѣ перечисленныхъ патологическихъ измѣненій въ маткѣ, которыя служатъ причиною ея произвольнаго разрыва, слѣдуетъ отмѣтить еще установленное и подтвержденное микроскопически хроническое интерстиціальное воспаленіе ея. Нашъ случай, который мы ниже приводимъ, относится именно къ указанной категоріи.

Возможность разрыва матки во время родовъ въ зависимости отъ хроническаго метрита допускалась очень давно еще Scanzoni, Schoröder'омъ и др. Съ тѣхъ поръ клиническія наблюденія нашли себѣ подтвержденіе въ случаяхъ, которые были тщательно изучены микроскопически. Сюда относятся, напр., 4 случая Дубенскаго³⁾, случай Алексѣенко⁴⁾, Бекмана⁵⁾, Бѣляева⁶⁾, Ледомскаго⁷⁾.

Теперь перейдемъ къ описанію нашего случая.

¹⁾ А. А. Полѣновъ. Къ вопросу объ этиологіи самопроизвольныхъ разрывовъ матки. Ж. А. и Ж. Б. 1902 г. июль—августъ.

²⁾ Н. З. Ивановъ. Объ эластичной ткани въ маткѣ во время беременности. Ж. А. и Ж. Б. 1901 г., октябрь.

³⁾ Дубенскій. Матеріалы къ этиологіи произвольныхъ разрывовъ матки во время беременности и родовъ. Дисс. 1884 г. СПб.

⁴⁾ Н. Д. Алексѣенко. Къ этиологіи произвольныхъ разрывовъ матки во время родовъ. Ж. А. и Ж. Б. 1890 г., июнь.

⁵⁾ В. Бекманъ. Къ этиологіи разрывовъ матки. Ж. А. и Ж. Б. 1892 г. июнь.

⁶⁾ Бѣляевъ. Случай разрыва матки во время родовъ. Врачебная Газета 1907 г., № 35.

⁷⁾ В. И. Ледомскій. Къ вопросу о патологіи и терапіи разрывовъ матки. Ж. А. и Ж. Б. 1909 г., январь и февраль.

23 января 1909 г. въ И. М. Р. З. въ 7 ч. 25 м. утра поступила Пелагея Алексѣевна Мартыянова, 35 лѣтъ, вдова, кр. Тверской губ., Корчевскаго уѣзда, временно проживающая въ Москвѣ. Беременна 4-й разъ. Первые регулы 15 л., ходили по 3 дня на 4-ю недѣлю. До беременности особыхъ заболѣваній не отмѣчаетъ. Прежніе роды протекали благополучно. Послѣдняго родила 8 л. назадъ. Въ живыхъ 1. Послѣднія регулы 15 апрѣля. Во время беременности была здорова. t° 36.6. Пульсъ 68. Дых. 17. Ростъ 160 ст. Окружность живота 90. Высота стоянія матки 34. Отъ лобка до пупка 21, до мечевиднаго отростка 41. Размѣры таза слѣдующіе. Dis. tr. 31. D. Sp. 25. D. Cr. 27. Соп. ек. 20. Мысь не достигается. Сердцебіеніе плода слышно влѣво. Движеніе плода вправо. Открыта матка на 1 палець. Пузырь разорванъ. Предлежитъ головка надъ входомъ, подвижная. Начало родовыхъ болей 23 января въ 6 час. утра. Разрывъ оболочекъ до прибытія въ Род. Зав. Такимъ образомъ имѣется multip. съ преждевременными родами на X мѣсяцѣ, нормальнымъ тазомъ, нормальнымъ положеніемъ плода. Особеннымъ въ данномъ случаѣ является только ранній разрывъ оболочекъ. Въ виду этихъ данныхъ роженица на общемъ основаніи поступила въ нормальную родильню подъ наблюденіе дежурныхъ врача, акушерки и ученицы. Въ 12 часу дня, въ виду плохого самочувствія П. М., къ ней былъ приглашенъ дежурный врачъ, который вприснулъ подъ кожу шприцъ camphora. При нашемъ вступленіи въ дежурство въ 12 часовъ дня найдено. Пульсъ слабого наполненія 110 уд. въ 1 мин., одышка, замѣтный цианозъ. Со стороны сердца и легкихъ особыхъ измѣненій нѣтъ. Сердцебіенія плода, не слышно. Подъ рукою ощущалась схватка. Открытіе 1½ пальца, безъ водъ. Головка небольшихъ размѣровъ, отодвигается. Кровотеченія нѣтъ. Въ 12¼ — camphora; въ 12 часовъ 30 минутъ — тоже. Въ 12 часовъ 40 минутъ — coffein. Въ виду ухудшившагося состоянія П. М. нами произведено опять изслѣдованіе. Матка по ощупыванію черезъ покровы живота представляется двурогою. Открытіе in statu quo. При отодвиганіи головки значительное кровотеченіе. Въ виду этихъ данныхъ нами былъ распознанъ разрывъ матки, но минутъ черезъ 10, прежде чѣмъ что-либо можно было предпринять наступилъ exitus въ 1 ч. дня. Черезъ 20 мин. нами было слѣлано sectio caesarea p. mortem. Въ полости живота оказалось много темной крови. По лѣвому боку матки оказался разрывъ, черезъ который выступали въ брюшную полость ягодицы плода, послѣдній извлеченъ мертвымъ. Послѣдъ отдѣленъ легко. На брюшную рану наложены швы. Ребенокъ женскаго пола 2500 gr. вѣсу. Длина 49. Вѣсъ послѣда 500. Размѣры дѣтскаго мѣста 15/16. Длина пуповины 50 ст.

Протоколъ вскрытія.

Трупъ женщины хорошаго сложенія и питанія. Кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки рѣзко малокровны. На передней стѣнкѣ живота послѣ лапаротоміи рана, съ рядомъ наложенныхъ на нее швовъ. Въ брюшной полости 1½ стакана кровяной жидкости. Въ лѣвой сторонѣ матки разрывъ почти отъ дна сквозной, идущій до внутренняго зѣва. Наружное отверстіе шейки пропускаетъ 1½ пальца—цѣло. Внутренняя поверхность матки зеленовато-бѣлаго цвѣта покрыта налетомъ въ 1 мм. толщиною. Паріетальная брюшина, идущая вдоль colon descendens, приподнята въ видѣ опухоли, идущей отъ малаго таза до

лѣвой почки. Опухоль содержитъ кровь, инфильтрирующую всю подбрюшинную клетчатку. Кровяной инфильтратъ граничитъ съ одной стороны съ аортой, съ другой—съ боковой стѣнкой живота. Тазъ нормальныхъ размѣровъ. Со стороны остальныхъ органовъ, кромѣ рѣзкаго малокровія, ничего ненормальнаго не отмѣчается. Нисходящая часть тонкихъ кишокъ переполнена испражнениями.



Diagnosis anatomica.

Anaemia gravis universalis. Vulnus post laparotomiam. Ruptura corporis uteri completa sinistra. Haematoma subperitoneale; endometritis sub partu incipiens. Соловцовъ.

Вскрытіе было произведено на другой день послѣ смерти. Удаленный препаратъ матки былъ помѣщенъ въ формалинъ. Длина его

21 ст., ширина 14, толщина $7\frac{1}{2}$ — оба послѣдніе размѣры на высотѣ отхожденія круглыхъ связокъ. Разрывъ начинается на задней поверхности на 5 ст. выше наружнаго зѣва, немного отступя отъ края матки, и идетъ поперекъ и вкось, кверху, справа на лѣво, оканчиваясь на передней боковой поверхности матки, не доходя до дна 7 ст. (см. рис.).

На всемъ этомъ протяженіи отслоена брюшина и отворочены широкія связки, которыя пропитаны кровоизліяніями. На передней поверхности матки въ нижней половинѣ имѣется обширный участокъ кровоизліянія, идущій отъ верхняго угла разрыва. Правая труба отходитъ отъ матки почти подъ прямымъ угломъ, лѣвая идетъ почти вдоль книзу. Мѣсто прикрѣпленія плаценты на передней стѣнкѣ, у лѣваго верхняго угла матки. Яичники уплощены, небольшой величины, и мѣсто прикрѣпленія ихъ нормально. Разрывъ въ брюшинномъ покровѣ матки не соотвѣтствуетъ таковому же въ остальной ткани. Края раны представляются какъ-бы срѣзанными снаружи, въ особенности въ правомъ углу.

На препаратѣ нами были отпрепарированы съ обѣихъ сторонъ а. uterinae, которыя ничего ненормальнаго не представляли.

Вышеизложенное описаніе препарата позволяетъ сдѣлать слѣдующее заключеніе.

Во-первыхъ, разрывъ шель изнутри — снаружи; во-вторыхъ, мѣсто разрыва — первоначально задняя стѣнка матки, ближе къ лѣвому боку ея, около внутренняго зѣва или въ такъ наз. нижнемъ сегментѣ матки, отсюда разрывъ продолжился вправо и нѣсколько кверху. По разрывѣ мышечной ткани брюшина была отслоена излившейся кровью и затѣмъ разорвана ниже, такъ что образовавшійся лоскутъ свободно закрываетъ рану.

Такимъ образомъ получился полный разрывъ матки по мѣсту расположенія — типичный Вандіевскій. По авторамъ на передней стѣнкѣ матки разрывы встрѣчаются чаще, чѣмъ на задней, и съ лѣваго края чаще, чѣмъ съ праваго. Объяснить послѣднее можно тѣмъ, что дно матки большею частью лежитъ болѣе вправо (Витт 108 стр. изд. 1905 г.), а такое отклоненіе дна матки служитъ по Шредеру причиною неравномѣрнаго растяженія нижняго сегмента, т. е. въ такомъ случаѣ съ лѣвой стороны натяженіе тканей должно получиться большее.

Обращаясь къ клиническому теченію родовъ въ нашемъ случаѣ, мы можемъ отмѣтить только одну ненормальность, именно: ранній разрывъ пузыря. такъ какъ въ 6 ч. утра 23 января у нея начались схватки, а въ 7 час. 25 м. утра того же дня она поступила въ Р. З. уже безъ водъ. Изъ дальнѣйшаго ея пребыванія въ родильнѣ можно предположить, что разрывъ матки у нея начался въ 12 ч. дня, т. е. на шестомъ часу родовой дѣятельности въ періодѣ раскрытія.

Такъ какъ въ данномъ случаѣ не было клиническихъ явленій, которыя могли бы объяснить наступившій разрывъ, то пришлось предположить, что имѣются измѣненія въ самой ткани матки, что и заставило насъ обратиться къ микроскопическому изученію ея.

Для изслѣдованія нами взяты куски изъ отдѣльныхъ частей матки. Послѣ фиксаціи въ спирту и обезвоживанія они заливались на продолжительное время въ целлоидинъ и красились, за исключеніемъ одного, гематеиномъ.

а) Первый кусокъ нами взятъ изъ мѣста прикрѣпленія плаценты, получила слѣдующая картина. Среди мышечной ткани видно значительное количество соедин.-ткан. волоконъ, при чемъ послѣднія идутъ прослойками не только между мышечными волокнами, но и между пучками; соединит.-ткан. ядра въ однихъ случаяхъ палочкообразныя, въ другихъ овальныя и даже круглыя. Прослойки соедин. ткани видны повсюду, такъ что мышечныя волокна представляются атрофичными и какъ-бы изолированными. Въ изобилии соедин. ткань встрѣчается въ особенности около сосудовъ. Со стороны слизистой оболочки видна рѣзкая мелкоклѣточная инфильтрація.

б) Второй кусокъ взятъ изъ мѣста разрыва близъ лѣваго передняго края. Приготовленіе то же. На препаратѣ видна еще болѣе рѣзкая атрофія мышцъ. Ближе къ мѣсту разрыва мышечныя волокна совѣмъ почти исчезли, развитіе соедин. ткани дѣлается въ подслизистой ткани колоссальнымъ, такъ что получается какъ-бы особый подслизистый соедин.-тканый слой значительной толщины.

в) Кусокъ изъ разрыва на задней стѣнкѣ, ближе къ правому ребру; приготовленіе то же. Картина та же, только вблизи мѣста разрыва мышечныя и соединительно-тканые пучки раздвинуты кровозлияніями.

д) Кусокъ изъ разрыва около задней стороны шейки. Развитіе соедин. ткани такое же. Вблизи мѣста разрыва мышечныя волокна идутъ тонкими пучками, которые значительно раздвинуты прослойками соедин. ткани.

е) Тотъ же кусокъ, приготовленный въ окраскѣ Van-Gieson'овской. Картина очень демонстративная. Въ мышечной ткани, прилегающей къ серозному покрову, волокна, окрашенныя свѣтло-бурою краскою, лежатъ тонкими пучками, между которыми легла розовая соедин. ткань. При большемъ увеличеніи видно, какъ она проникаетъ между мышечными пучками. Чѣмъ ближе къ мѣсту разрыва, тѣмъ мышечныхъ волоконъ меньше, и розовая окраска дѣлается преобладающей. Подъ самой слизистой оболочкой мышечныхъ волоконъ совѣмъ нѣтъ, окраска исключительно розовая; здѣсь, слѣд., соедин. ткань идетъ толстымъ подслизистымъ тяжемъ; преобладающія ядра палочкообразныя, вытянутыя, иногда изогнутыя, овальныхъ мало, круглыхъ почти нѣтъ. Затѣмъ въ слизистой оболочкѣ та же мелкоклѣточная воспалительная инфильтрація.

ф) Кусокъ изъ шейки. Значительное равномерное развитіе соединительной ткани и рѣзкая мелкоклѣточная инфильтрація въ слизистой.

Такимъ образомъ имѣются съ одной сторсны явленія endocervi-

сита, endometrit'a подостраго, даже остраго, съ другой стороны—явленія диффузнаго интерстиціального метрита. Относительно эластической ткани, какъ это видно изъ изслѣдованія, продѣланнаго докторомъ Эйхтмейеромъ, ничего особеннаго не найдено.

Найденный нами хроническій метритъ далъ рѣзкія измѣненія главнымъ образомъ, въ области, такъ называемаго, нижняго сегмента матки, гдѣ къ рѣзко выраженному атрофическому процессу мышцъ присоединилось образование въ подслизистой ткани толстаго соедин. тканнаго тяжа, какъ бы рубца. Уже и макроскопически видна большая разница этого участка матки по сравненію, напримѣръ, съ дномъ. Такъ что вполне естественнымъ является разрывъ въ этой области, гдѣ эластичность оставшихся атрофическихъ мышечныхъ волоконъ ничтожна, и сопротивляемость рубцево перерожденнаго нижняго сегмента матки сведена до минимума. По мѣрѣ приближенія беременности къ концу, при одновременномъ ростѣ натяженія нижняго сегмента и недостаточной гипертрофіи здѣсь мышечныхъ волоконъ, самый ростъ внутриматочнаго давленія дѣлалъ положеніе П. М. опаснымъ, и при первыхъ же схваткахъ, при первомъ усиленномъ запросѣ на прочность этого отдѣла наступилъ неизбежный разрывъ.

Bandl, какъ извѣстно, допускалъ только механическія причины разрывовъ матки. Предрасположенія въ самой ткани матки, за исключеніемъ рубца послѣ кесарскаго сѣченія и развитога рака, онъ не допускалъ.

Freund¹⁾ уже допускаетъ анатомическое и физиологическое предрасположеніе къ разрыву въ нижнемъ сегментѣ матки. Согласно его взгляду, сумму натяженія, обуславливающаго разрывъ, даетъ сокращающееся тѣло матки, во-первыхъ, и, во-вторыхъ, сила увеличившагося давленія внутри матки.

«Разрывъ,—говоритъ Freund,—можетъ наступить въ 1 періодѣ или во время беременности, если способность растяженія нижняго сегмента вслѣдствіе извѣстныхъ органическихъ измѣненій уменьшена» (см. 2145 стр.). Въ числѣ такихъ измѣненій онъ видитъ, между прочимъ, и metritis chronica съ сопутствующей атрофіей мускулатуры.

Въ заключеніе мы должны выразить нашу искреннюю благодарность прозектору при каѳедрѣ Патологич. анатоміи И. М. У. В. И. Кедровскому за приготовленіе микроскопическихъ препаратовъ.

¹⁾ Freund. Handbuch der Geburtshülfe von Winckel. Zweiter Band, III. Teil 905 r.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Dreizehnte Versammlung, abgehalten zu Strassburg in Els. am 2—5 Juni, 1909.—Труды Нѣмецкаго Гинекологическаго Общества. Тринадцатый съѣздъ въ Страсбургѣ (Эльзасъ) 2—5 іюня 1909 г.

Програмною темою XIII-го съѣзда Нѣмецкаго Гинекологическаго Общества, состоявшагося въ Страсбургѣ 2—5 іюня 1909 года, была назначенъ вопросъ о леченіи послѣродовыхъ заразныхъ, resp. септическихъ, заболѣваній—вопросъ не новый, но не потерявшій своей злободневности и представляющій огромную важность для каждаго врача-акушера. До сихъ поръ, не смотря на знаніе механизма зараженія и на всѣ профилактическія мѣропріятія, приходится считаться съ извѣстнымъ процентомъ заразныхъ послѣродовыхъ заболѣваній даже въ наиболѣе благоустроенныхъ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ, и до сихъ поръ акушеры при развертывающейся грозной картинѣ септического заболѣванія остается въ сущности безпомощнымъ и прибѣгаетъ къ различнымъ средствамъ особой вѣры въ ихъ дѣйствительность, надѣясь болѣе на цѣлительныя силы организма.

Докладчиками по назначенной темѣ были: проф. Walthard (Франкфуртъ на Майнѣ), разработавшій вопросъ о внутреннемъ леченіи послѣродовыхъ заразныхъ заболѣваній; проф. Winter (Кенигсбергъ), разсмогравшій значеніе мѣстнаго леченія послѣродовыхъ заразныхъ заболѣваній, и проф. Witt (Берлинъ), разобравшій оперативное леченіе послѣродовой горячки. Доклады этихъ профессоровъ и составляютъ содержаніе «трудовъ».

Walthard, указавъ предварительно на различіе послѣродовыхъ заразныхъ заболѣваній въ зависимости отъ ихъ возбудителей—сапрофитныхъ, дифтерійныхъ, столбнячныхъ и гнойныхъ бактерий, остановился довольно подробно на патологической физиологіи послѣродовыхъ заразныхъ заболѣваній. Последняя обнимаетъ наши знанія о жизненныхъ проявленіяхъ защитительныхъ противъ вѣдрившейся инфекции приспособленій въ послѣродовомъ организмѣ, изъ которыхъ наибольшее значеніе имѣютъ противотѣла въ крови и тканевыхъ жидкостяхъ, источники противотѣла, а также многоядерные лейкоциты. Оставляя въ сторонѣ обычную физиолого-фармакологическую точку зрѣнія, Walthard разбираетъ медикаменты и лечебныя способы лишь по столько, по сколько они по нашимъ современнымъ воззрѣніямъ, опирающимся на экспериментальную патологию, терапію и иммунохимию, могутъ оказывать воздѣйствіе на жизненныя проявленія заболѣващаго организма или возбудителей инфекции.

Авторъ разбираетъ, во 1-хъ, значеніе общей дезинфекціи организма посредствомъ неорганическихъ и органическихъ антисептическихъ

средствъ, какъ сулема, карболовая кислота, креолинъ, неядовитыя соли тяжелыхъ металловъ, и приходитъ къ заключенію, что подобная дезинфекція организма недостижима. Первые 3 средства настолько ядовиты, что введенныя въ нужномъ растворѣ въ вены дѣйствуютъ болѣе губительно на клѣтки организма, чѣмъ на бактеріи. Неядовитыя соли (actol), а также collargol недѣйствительны потому, что введенныя въ организмъ онѣ отлагаются въ такихъ соединеніяхъ, которыя не оказываютъ вліянія на микроорганизмы.

Также отрицательно Walthard относится и къ искусственному увеличенію лейкоцитоза. Такъ называемый патологической лейкоцитозъ наблюдается, какъ защитительная реакція организма, при наступленіи инфекціи (фагоцитозъ). Въ тяжелыхъ же случаяхъ послѣродовыхъ зараженій наблюдается бѣдность лейкоцитами, и увеличеніе лейкоцитоза не удастся посредствомъ даже самыхъ надежныхъ средствъ, какъ подкожное вливаніе 0,9% солевого раствора, впрыскиваніе нормальной стерильной сыворотки, нуклеиновой кислоты, колларгола, и прохладная ванна.

Что касается фагоцитарной способности лейкоцитовъ, то издавна сѣрнокислоту хинину и алкогюлю приписываются повышающія ее свойства. Въ послѣднее время съ этой цѣлью предложены нуклеиновая кислота, дрожжи, дрожжевая сыворотка Deutschmann'a, но доказать вліяніе этихъ средствъ на теченіе отдѣльнаго случая клинически врядъ-ли возможно.

Соотвѣтственно современнымъ воззрѣніямъ на защитительныя приспособленія человѣческаго тѣла противъ возбудителей инфекціи слѣдовало-бы ожидать наибольшаго успѣха отъ искусственнаго увеличенія противобактерійнаго специфическаго дѣйствія иммунныхъ тѣлъ, достигающагося 2-мя путями—серотерапіей и бактеріотерапіей. Однако, по заключенію Walthard'a, ни тотъ, ни другой способъ не представляются пока надежнымъ средствомъ противъ послѣродового (resp. септического) зараженія. Трудность получить дѣйствительную антистрептококковую сыворотку зависитъ, во 1-хъ, отъ множественности видовъ гнойныхъ стрептококковъ, а затѣмъ, можетъ быть, иммунабоцепторъ лошади не подходитъ къ комплементу человѣка. Относительно бактеріотерапіи Walthard считаетъ преждевременнымъ дѣлать рѣшительный выводъ.

Далѣе Walthard останавливается на значеніи уничтожающихъ токсины способовъ, какъ дѣйствующее мочегонно усиленное введеніе жидкости и искусственный катализъ. Первый способъ не достигаетъ цѣли, такъ какъ не доказано, что съ мочей могутъ выводиться циркулирующіе въ крови или даже связанные съ клѣтками токсины. Искусственный катализъ, приписываемый примѣненію колларгола, также оказывается недѣйствительнымъ.

Большее значеніе имѣетъ питаніе при послѣродовыхъ зараженіяхъ—достаточное введеніе воды и питательныхъ веществъ. Наблюденія показываютъ, что лихорадящій организмъ теряетъ больше жидкости, чѣмъ нормальный. При затрудненіи введенія жидкости чрезъ ротъ необходимо примѣнять ректальныя или подкожныя вливанія. Что касается питанія, то оно выступаетъ на очередь при болѣе затажныхъ заболѣваніяхъ; при самомъ строгомъ постельномъ покоѣ необходимо

все же вводить въ организмъ не менѣе 1500—2000 калорій въ день. Превосходной замѣной обычной пищи въ этихъ случаяхъ служить этиловый алкоголь въ видѣ винъ или коньяка въ количествѣ 3—4 куб. см. на килогр. вѣса.

Проф. Winter поставилъ себѣ задачей выяснить, можно-ли, и путемъ какого леченія, уничтожить пуэрперальную инфекцію въ ея первыхъ, еще мѣстныхъ, проявленіяхъ и такимъ образомъ предупредить общее заболѣваніе родильницы. Разобравъ способы возникновенія пуэрперальнаго зараженія (прямое, непрямое, самозараженіе), которые для предсказанія и плана леченія не имѣютъ значенія, Winter указываетъ, что цѣль мѣстнаго леченія должна состоять, во 1-хъ, въ томъ, чтобы удалить бактеріи съ ихъ продуктами обмѣна и со всѣми питательными средами, и во 2-хъ, въ томъ, чтобы тамъ, гдѣ бактеріи проникли уже въ ткань, попытаться уничтожить ихъ или, по меньшей мѣрѣ, задержать ихъ развитіе. Въ качествѣ способовъ, преслѣдующихъ эти цѣли, онъ приводитъ: влагалищные души, промываніе матки, постоянное орошеніе матки, дренажъ полости матки, дезинфекція и прижиганіе полости матки, ошпариваніе, чистка (escouvillonnage), выскабливаніе полости матки, удаленіе задержанныхъ частей отпадающей оболочки и плаценты, дезинфекція и прижиганіе зараженныхъ ранъ на промежности, влагалищъ и шейкъ матки. Показаніями къ примѣненію того или другого изъ этихъ способовъ считаются: лихорадка отъ всасыванія, endometritis puerperalis, colpitis puerperalis, зараженная язва, задержка части оболочекъ или плаценты. Разобравъ однако значеніе мѣстнаго леченія при перечисленныхъ заболѣваніяхъ, на основаніи собственныхъ наблюденій и литературы, Winter высказывается за самый строгій консерватизмъ: по его заключенію, простая лихорадка отъ всасыванія излечивается сама-собою, когда отойдетъ распадающаяся ткань и образуется демаркаціонный слой. Лишь при появленіи тяжелыхъ интоксикаціонныхъ явленій вслѣдствіе застоя выдѣленій, показуется ихъ удаленіе путемъ осторожнаго промыванія. Также и пуэрперальный эндометритъ и пуэрперальныя язвы излѣчиваются благодаря мѣстной реакціи; путемъ мѣстнаго леченія не удается воздѣйствовать на глубоко проникшее заразное начало или предупредить общую инфекцію. Въ особенноти слѣдуетъ быть консервативнымъ, если лихорадка отъ всасыванія осложняется задержкою частей яйцевыхъ оболочекъ или плаценты. Удаленіе послѣднихъ должно производиться въ исключительныхъ случаяхъ и съ величайшей осторожностью, такъ какъ вмѣсто пользы можетъ причинить вредъ, благодаря разрушенію защитительнаго грануляціоннаго слоя. При осложненіяхъ со стороны брюшины или параметрія всякое мѣстное лѣченіе противопоказуется. Задачей акушера является не столько леченіе послѣродового заболѣванія, сколько предупрежденіе его.

Проф. Vintt весьма обстоятельно, на основаніи собственнаго опыта и опубликованныхъ въ литературѣ случаевъ, разбираетъ вопросъ объ оперативномъ леченіи послѣродовыхъ заразныхъ, главнымъ образомъ, септическихъ заболѣваній. Общее впечатлѣніе, которое онъ выноситъ, по его словамъ, не особенно ободряющее: единичныя блестящія жизнеспасительныя операціи и на ряду съ ними значительное число неудачныхъ случаевъ, о которыхъ на основаніи результатовъ вскрытія должно сказать, что они оперированы слишкомъ поздно и

что здѣсь операція не только не могла предотвратить распространіе инфекціи, но даже, можетъ быть, и причинила вредъ.

Неудачи объясняются тѣми затрудненіями, съ которыми сопряжено излѣченіе зараженныхъ раневыхъ болѣзней посредствомъ новыхъ операций и которыя еще болѣе возрастаютъ при послѣродовыхъ зараженіяхъ. Если бы можно было при первыхъ же клиническихъ проявленіяхъ заболѣванія выяснитъ родъ бактерій и составить сужденіе о тяжести и вирулентности инфекціи, то ранней операціей можно было бы, несомнѣнно, спасти извѣстное число женщинъ. Къ сожалѣнію, опорныхъ пунктовъ для выясненія по первымъ явленіямъ, какое теченіе приметъ инфекціонный процессъ, не имѣется, а разъ болѣзнетворные микроорганизмы перешли за предѣлы эндометрія и плацентарнаго мѣста, то условія для операціи становятся иными, гораздо болѣе неблагоприятными.

Что касается въ частности различныхъ формъ послѣродовыхъ заболѣваній, то при быстро прогрессирующихъ проявленіяхъ остраго *sepsis'a* всякія оперативныя мѣропріятія въ половой сферѣ, по мнѣнію *Витт*'а, бесполезны. Самъ *Витт* въ 3 случаяхъ тяжелаго стрептококка крови произвелъ удаленіе матки—и безъ всякаго успѣха. Окончательное заключеніе о дѣйствительности удаленія матки при общей септицеміи, по мнѣнію *Витт*'а, можно будетъ дать тогда, когда накопится большее число случаевъ, точно прослѣженныхъ бактериологически. А до тѣхъ поръ успѣхъ будетъ достигаться лишь въ болѣе хроническихъ формахъ септицеміи—съ локализованными гнойными гнѣздами въ маткѣ, съ пониженною вирулентностью зародышей и съ извѣстной наклонностью къ выздоровленію.

Больше надежды на излеченіе путемъ удаленія матки даютъ случаи съ локализованнымъ стрептококкомъ. Отмѣтивъ вредъ отъ мѣстнаго леченія стрептококковаго эндометрита посредствомъ промыванія и въ особенности механическаго удаленія зараженныхъ тканей, *Витт* полагаетъ, что въ рѣзко развивающихся случаяхъ стрептококковаго эндометрита путемъ ранней экстирпаціи матки возможно купировать весь процессъ и такимъ образомъ предупредить общую инфекцію. Неизбѣжное условіе успѣха—своевременное оперированіе, а опредѣленіе своевремениости и составляетъ главную трудность. *Proshownik* уже 10 лѣтъ т. назадъ указалъ на значеніе бактериологическаго изслѣдованія крови для опредѣленія времени оперативнаго вмѣшательства, и *Витт* присоединяется къ этому совѣту: если уже послѣ первыхъ проявленій зараженія, напр. потрясающаго зноба, въ крови обнаруживаются стрептококки, то это показываетъ, что процессъ имѣетъ мало наклонности къ локализациі, и слѣдуетъ прибѣгнуть къ профилактическому удаленію первичнаго гнѣзда инфекціи. Болѣе благоприятные результаты, чѣмъ при стрептококковыхъ эндометритахъ, даетъ удаленіе матки при эндометритахъ гнилостныхъ, развивающихся вслѣдствіе гнилостнаго разложенія остатковъ яйца или омертвѣнія міомъ. Въ особой таблицѣ *Витт* приводитъ 287 случаевъ удаленія матки при пуэрперальной инфекціи, начиная съ 1886 г. Выздоровѣло 139, умерло 148, или 51,5%; изъ нихъ случаи съ септическимъ зараженіемъ дали 69,4—63,6% смертности, случаи съ гнилостной инфекціей безъ задержки плацентарныхъ остатковъ 9,9% и съ задержкой—37,5%.

При переходѣ инфекціи на придатки *V. m. m.* придерживается того мнѣнія, что, если вслѣдствіе септического эндометрита показано удаление матки, то должны быть удалены и придатки. При отдѣльномъ же заболѣваніи придатковъ слѣдуетъ держаться выжидательно, такъ какъ при попыткахъ вылушенія опухоли грозитъ опасность разорвать образующіяся склейки и вызвать общій перитонитъ. Въ случаѣ надобности вылушеніе опухоли съ большею безопасностью можно произвести позже.

Успѣхъ оперативнаго леченія перитонита зависитъ главнымъ образомъ отъ рода болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ и ихъ вирулентности. Оперативное леченіе остраго пuerperального перитонита мало благоприятно, такъ какъ въ этихъ случаяхъ возбудителями болѣзни обычно являются стрептококки, имѣющіе большую вирулентную силу и наклонность къ распространенію. Въ случаяхъ же подострыхъ, особенно, гдѣ имѣется смѣшанная инфекція или только гнилостные зародыши, операція вліяетъ благотворно и нерѣдко ведетъ къ выздоровленію. Однако и здѣсь необходимо своевременное оперированіе, въ чемъ и заключается главная трудность, такъ какъ начало развитія послѣродового перитонита на основаніи однихъ клиническихъ признаковъ установить едва-ли возможно. Распознаванію помогаетъ пробный проколъ шприцемъ *Праваца* въ области нижняго отдѣла живота и чрезъ задній сводъ для полученія экссудата. Въ качествѣ операціи вскрытіе одного задняго свода недостаточно, такъ какъ при этомъ можно заразить брюшину выдѣленіями матки. При начинающемся перитонитѣ необходимо произвести пробное чревосѣченіе, при точно установленномъ—разрѣзы брюшной стѣнки съ обширными дренажами боковыхъ частей живота и *Дугласова* пространства. Прополаскиваніе брюшной полости *V. m. m.* совершенно отвергаетъ, такъ-же какъ длительныя радикальныя операціи. Кто на основаніи собственнаго опыта убѣдился въ благоприятномъ вліяніи своевременной операціи, тотъ, по мнѣнію *V. m. m.*, будетъ производить безопасное вскрытіе брюшины скорѣе болѣе часто, чѣмъ рѣдко. Изъ собранныхъ *V. m. m.* 177 случаевъ оперативнаго леченія пuerperального перитонита выздоровѣло 108, умерло 69, или 38%; смертность при общемъ перитонитѣ 64,6%.

При локализованныхъ нагноеніяхъ тазовой клѣтчатки и тазовой брюшины цѣлесообразно—за исключеніемъ остро увеличивающихся флегмонъ—выжидать созрѣванія абсцесса и его отграниченія.

При пиеміи (*thrombophlebitis streptococcica purulenta*) *V. m. m.* въ острыхъ случаяхъ съ вирулентными микроорганизмами перевязкою венъ не получилъ никакого успѣха, въ подострыхъ и хроническихъ случаяхъ наоборотъ—очень хорошіе результаты. Описавъ технику перевязки венъ—чрезбрюшиннымъ и внѣбрюшиннымъ способами, имѣющими каждый свои преимущества и невыгоды, *V. m. m.* совѣтуетъ при одностороннемъ заболѣваніи приступать немедленно къ перевязкѣ *v. il. commun.*, при двустороннемъ заболѣваніи безъ опасенія можно одновременно перевязать обѣ *v. v. spermaticae int.* и обѣ *v. v. hypogastricae*. Если затромбированы тазовыя вены, то не слѣдуетъ стремиться къ ихъ удаленію. Къ перевязкѣ венъ внѣбрюшиннымъ путемъ можно присоединить ихъ эксцизію, при перевязкѣ же внутробрюшинной слѣдуетъ избѣгать всякаго препарированія ихъ, а

удалять посредством выжиганія. Удаленіе матки въ случаяхъ хронической піэміи бесполезно, такъ какъ септической процессъ въ ней обычно уже заканчивается. Въ таблицѣ приведенъ 51 случай перевязки вень при піэміи, изъ нихъ выздоровѣло 19, умерло 32, т. е. 62,7%.

Такимъ образомъ, вопросъ о леченіи послѣродовыхъ заразныхъ, геср. септическихъ, заболѣваній въ современномъ освѣщеніи представляется въ слѣдующемъ видѣ: главное до сихъ поръ составляетъ профилактика. Внутреннихъ средствъ для леченія послѣродового зараженія мы пока не имѣемъ, приходится разсчитывать на защитительныя приспособленія организма и поддерживать его силы введеніемъ достаточнаго количества питательныхъ веществъ и жидкости. Мѣстное леченіе въ большинствѣ случаевъ бесполезно, а въ нѣкоторыхъ даже вредно. Оперативное леченіе дало пока также не особенно ободряющіе результаты.

Такое мало утѣшительное положеніе вопроса не должно однако вызывать къ нему пессимистическаго отношенія. Открытія послѣднихъ лѣтъ въ области серотерапіи и иммунохиміи даютъ основаніе полагать, что медицина здѣсь стоитъ на правильномъ пути, и надо надѣяться, что пытливый человѣческій умъ не сложитъ оружія, пока не найдетъ средства и способы побѣждать внѣдрившуюся въ организмъ септическую заразу, какъ нашель способы предупредить ея вторженіе.

М. Порошинъ.

ЗАЩИТА ДИССЕРТАЦІЙ ВЪ ИМПЕРАТОРСКОЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМІИ.

Н. В. Войцеховскій.—*О вліяніи менструаціи на нервно-психическую сферу женщины.* Экспериментально-психологическое изслѣдованіе. Диссертация на степень доктора медицины.

Вся работа раздѣляется на четыре части. Первая изъ нихъ носитъ заглавіе: краткій историческій очеркъ ученія о менструаціи; въ ней авторъ даетъ весьма обстоятельную исторію вопроса и разбираетъ всѣ бывшія и настоящія теоріи менструаціи и приводитъ большую литературу вопроса. Часть вторая занимается вопросомъ о вліяніи менструаціи на соматическія функціи женскаго организма; здѣсь же авторъ касается вопроса о супплементации и девіации регуль и всѣ свои сужденія и положенія сопровождаетъ ссылками на литературные источники, такъ что литература и для этой главы собрана въ большемъ числѣ номеровъ. Глава третья посвящена разсмотрѣнію вліянія менструаціи на психическую сферу женщины, насколько этотъ вопросъ разработанъ въ литературѣ и насколько онъ пока изучался клинически. Въ четвертой главѣ авторъ приводитъ свои собственные изслѣдованія, которыя и легли въ основу его выводовъ. Всего объектовъ изслѣдованія у автора было 6; изъ нихъ 3 были слушательницы высшихъ женскихъ учебныхъ заведеній, т. е. интеллигентныя, а 3 другихъ были портнихи. Каждая изъ испытуемыхъ находилась подъ наблюденіемъ въ теченіи трехъ менструальныхъ промежутковъ. Изслѣдованію подвергались: простая реакція, реакція выбора, ассоціаціи, вниманіе, умственная работоспособность, память, кровяное давленіе и пульсъ; кромѣ того передъ началомъ cadaго опыта—опыты производились ежедневно со всѣми 6—испытуемая подвергалась разспросу относительно слѣдующихъ пунктовъ: настроеніе, физическое состояніе, особыя ощущенія, интеллектуальная и эмоціоально-волевая сфера, анамнезъ (со времени предыдущаго опыта). Результаты изслѣдованій изложены авторомъ въ видѣ кривыхъ на особыхъ таблицахъ, что весьма облегчаетъ ознакомленіе съ этими результатами. Выводы автора таковы: 1. Менструація оказываетъ на психическую сферу женщины несомнѣнное вліяніе, которое можетъ быть констатировано объективно-психологическимъ путемъ. 2. Отклоненія психической дѣятельности, въ зависимости отъ менструальнаго процесса, не могутъ быть объяснены исключительно сопровождающими его болевыми ощущеніями, такъ какъ между обими явленіями не наблюдается строгаго параллелизма ни въ смыслѣ интенсивности, ни времени появленія. 3. Указанныя, отклоненія въ области психики обусловливаются, повидимому, измѣненіемъ характера внутреннихъ раздраженій, получаемыхъ мозговой корой, возникающихъ на почвѣ періодическихъ колебаній обмѣна и жизнедѣятельности всего организма. 4. Простая реакція въ большинствѣ случаевъ не обнаруживаетъ опредѣленныхъ колебаній въ связи

сь менструаціей. 5. Среднее время реакціи выбора удлиняется въ зависимости отъ менструальнаго періода, а средняя варіація ея увеличивается. 6. Въ виду непостоянства измѣненія простой реакціи, увеличение реакціи выбора должно быть отнесено на счетъ задержки въ дѣятельности высшихъ мозговыхъ центровъ. 7. Скорость теченія свободно возникающихъ ассоціацій, повидимому, нѣсколько замедляется во время менструаціи. 8. Процессъ сосредоточенія (вниманія) ослабляется въ теченіи менструальнаго періода, особенно качественная сторона его. 9. Умственная работоспособность понижается во время менструаціи, особенно качественная сторона ея. 10. Оживленіе слуховыхъ впечатлѣній на слова и цифры, повидимому, остается безъ измѣненій въ это время. 11. Кровяное давленіе понижается съ началомъ менструальнаго періода, возвращаясь къ нормѣ къ концу его. 12. Скорость пульса замедляется въ теченіе менструаціи.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были: Академикъ Г. Е. Рейнъ, Академикъ В. М. Бехтеревъ и приватъ-доцентъ А. Ф. Лазурскій.

Прив.-доц. Лазурскій отмѣтилъ, что со стороны методики изслѣдованія были поставлены весьма обстоятельно. Жаль только, что авторъ не пользовался методомъ изслѣдованія непосредственной ассоціаціи. Если бы былъ примѣненъ болѣе сложный методъ изслѣдованія, то результаты были бы болѣе демонстративными. Другое возраженіе касалось того мѣста диссертации, гдѣ говорится объ изслѣдованіи кровяного давленія: не указано какимъ способомъ авторъ для этой цѣли пользовался.

На первое возраженіе авторъ отвѣтилъ, что приходилось пользоваться наиболѣе краткимъ способомъ, такъ какъ и безъ того и изслѣдуемая, и изслѣдователь утомлялись. На второе возраженіе, — что въ этомъ мѣстѣ имѣется пропускъ вслѣдствіе ошибки при печатаніи, но что изъ самаго изложенія видно, какой способъ примѣнялся для изслѣдованія кровяного давленія.

Въ общемъ прив.-доц. Лазурскій призналъ данныя работы весьма интересными: авторъ впервые доказалъ объективными методами и демонстративно то, что было раньше извѣстно изъ жизни. Интересно также то, что поражаются при менструаціи болѣе сложныя психологическія функціи.

Академикъ В. М. Бехтеревъ, привѣтствуя автора съ выходомъ въ свѣтъ столь интересной работы, сказалъ, что авторъ явился къ нему въ лабораторію уже готовымъ специалистомъ и пожелалъ заняться экспериментальной психологіей. Что касается самой диссертации, то оппонентъ отмѣтилъ, что, по его мнѣнію авторъ недостаточно подробно коснулся при разработкѣ литературы *climax*'а и *pubertatis*. Изслѣдованія имѣли цѣлью также уловить вліяніе менструаціи на кровяное давленіе и пульсъ, но къ сожалѣнію это сдѣлано не такъ полно, какъ было бы желательно. Объясняетъ это оппонентъ недостаткомъ времени, такъ какъ самыя психическія изслѣдованія очень утомляютъ какъ изслѣдуемыхъ, такъ и изслѣдователя. Изъ выводовъ интересно отмѣтить, что на простомъ психологическомъ актѣ менструація отражается меньше, на сложномъ — сильнѣе. Что касается вывода 6, то оппонентъ замѣчаетъ, что простая реакція не есть актъ рефлкторный, что какъ будто вытекаетъ изъ этого вывода автора.

Въ заключеніе академикъ Бехтеревъ призналъ экспериментальную часть весьма цѣнной, такъ какъ это первыя изслѣдованія въ этомъ направленіи, а результаты ихъ весьма важны въ томъ отношеніи, что доказываютъ какъ физическую, такъ и психическую слабость и неустойчивость женщинъ во время менструаціи.

Академикъ Г. Е. Рейнъ. Работа автора цѣнна не только съ той точки зрѣнія, какая выставлена въ заглавіи работы, но и съ другой: она освѣщаетъ темный до сихъ поръ въ гинекологіи вопросъ о сущности менструаціи. Первая часть диссертациіи достаточно выясняетъ, какъ эта область гинекологіи темна. Хотя эта часть и представляетъ изъ себя компиляцію, но компиляцію весьма тщательно составленную и необходимую. Часть экспериментальная читается съ большимъ интересомъ, главнымъ образомъ, благодаря введенію въ изученіе вопроса о вліяніи менструаціи на организмъ совершенно новаго объективнаго метода изслѣдованія. Переходя затѣмъ къ выводамъ, оппонентъ заявилъ, что кривыя автора, при первомъ же взглядѣ на нихъ, внушаютъ довѣріе, такъ какъ на нихъ вершина подъема приходится на день наканунѣ или раньше начала менструаціи, а это вполне совпадаетъ съ принятымъ теперь въ гинекологіи взглядомъ: въ это именно время и происходятъ главныя измѣненія въ яичникахъ. Въ заключеніе академикъ Г. Е. Рейнъ сдѣлалъ автору упрекъ, что число объектовъ изслѣдованія незначительно; хотя общая сумма работы и большая, но все же было бы желательно большее число изслѣдованій и притомъ на разныхъ лицахъ. Что касается выводовъ, то выводъ 3-й желательно было бы болѣе развить. Не отвѣтитъ-ли диссертантъ на вопросъ: какова же непосредственная причина періодическихъ колебаній обмѣна и жизнедѣятельности организма? Можетъ быть внутренняя секретія яичника?

На это диссертантъ отвѣтилъ, что вопросъ этотъ настолько сложенъ и такъ далеко до его окончательнаго рѣшенія, что онъ не можетъ дать отвѣта болѣе подробнаго, чѣмъ съ своихъ выводовъ.

Въ общемъ академикъ Г. Е. Рейнъ призналъ работу автора выдающейся какъ въ гинекологіи, такъ и въ пограничной области гинекологіи и психологіи.

Диссертантъ удостоенъ искомой степени.

В. Дофельдтъ.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

Акушерско-Гинекологическое Общество въ С.-Петербургѣ.

(ГОДЪ ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ).

Протоколь № 4.

Протоколь засѣданія 16 Апрелья 1909 года.

Предсѣдательствоваль *Г. Е. Рейнь.*

Присутствовало 62 члена: Ануфриевъ, Батуевъ, Бекманъ, Веберъ, Вейсманъ, Виридарскій, Владыкинъ, Гамалѣя, Гентеръ, Гейнъ, Герзони, Гусаковъ, Желтухинъ, Замшинъ, Ильинъ, Какушкинъ, Каземъ-Бекъ, Карповъ, Каминская, Карницкій, Кацъ, Кипарскій, Китнеръ, Кривскій, Леви, Липинскій Э. I., Личкусъ, Лурье, Меркулевъ, Мосоловъ, Норейко, Оленинъ, Парышевъ, Пекарская, Піотровичъ, Подгорецкій, Порошинъ, Поршняковъ, Преображенскій, Прокофьева, Примо, Проскурякова, Рачинскій, Редлихъ, Слизинскій, Скробанскій, Стельмаховичъ, Столыпинскій, Строгановъ, Судаковъ, Суровцевъ, Терещенко, Улезко-Строганова, Ульяновскій, Федоровская-Виридарская, Харшакъ, Шабакъ, Шейтлисъ, Шмидтгофъ, Эбергардтъ, Федоровъ В. П. и 40 гостей.

I. Прочитанъ и утверждень протоколь № III засѣданія 19 марта 1909 г.

II. А. Г. Пастика сообщила о случаѣ выздоровленія при острой желтой атрофії печени. 24-хъ-лѣтняя крестьянка, беременна 3-й разъ, сифилисъ, отравленіе алкоголемъ и другія заболѣванія отрицаетъ; первая беременность сопровождалась рвотой и окончилась на 5-мъ мѣсяцѣ выкидышемъ послѣ воспаленія легкаго; при второй—опять рвота и тяжелые роды; въ первую половину настоящей беременности страдала также рвотой. II іюля 1908 г., на 8-мъ мѣсяцѣ беременности появилась общая слабость, головная боль, сердцебиеніе, запоръ, рвота и довольно сильная желтуха, черезъ недѣлю послѣ того стала раздражительна и капризна, къ вечеру 18 іюля—разстройство зрѣнія и безсознательное состояніе. 19 іюля больная доставлена въ терапевтическое отдѣленіе Петропавловской больницы, а къ вечеру того-же дня

переведена, въ виду появившагося кровотеченія, въ родильное отдѣленіе, гдѣ найдены рѣзкая желтушная окраска склеръ, немного слабѣе—окраска кожныхъ покрововъ, безсознательное состояніе, расширение зрачковъ и вялая реакція ихъ, легкое повышение сухожильныхъ рефлексовъ, т^о 36, П. 88—90, неправильный, печень не перкутируется благодаря сильному тимпаниту, стулъ ахолическій, мочи мало, въ ней слѣды бѣлка и сахара, желчныя кислоты и пигменты, единичные гіалиновые цилиндры, много кристалловъ билирубина, шары лейцина и пучки тирозина. Метрейризь и поворотъ на ножку, извлеченъ живой, 7^{1/2} мѣсячный плодъ. Кровотеченіе послѣ родовъ. Въ 1-ыя сутки послѣ родовъ отсутствіе сознания, возбужденіе, рвота, непроизвольное мочеиспусканіе; посѣвъ крови изъ пальца далъ отрицательный результатъ. Печень перкуссіей не опредѣляется; на 2-ой день—желтуха сильнѣе, спячка. Назначены высокія клизмы въ пять литровъ изъ раствора *magnesia carb.*, солевая клизма съ *t-rae moschi*, питательныя клизмы изъ молока съ желткомъ, подкожныя вливанія солевого раствора, грѣлки на область печени; т^о все время нормальная. На 5-ый день немного начинаетъ реагировать на раздраженіе, печеночная тупость опредѣляется и уменьшена не доходя по *l. axill.* до 9 ребра, спереди верхняя граница ея нормальна, нижняя по сосковой линіи кончается на 2^{1/2} пальца вверхъ отъ края ложныхъ реберъ. На 6-ой день стала приходиться въ сознаніе, но еще плохо видѣла. На 8-ой день въ сознаніи; уменьшеніе границъ печени констатировано терапевтами; желтуха сильнѣе. На 12-ый день хорошее общее состояніе, моча нормальна, печень остается уменьшенной, нижняя ея граница выстукивается на 1^{1/2} пальца выше края ложныхъ реберъ; больная уѣхала въ деревню. Черезъ мѣсяць, по сообщенію больной, желтуха еще держалась. Черезъ 7 мѣсяцевъ изслѣдована: желтуха исчезла лишь мѣсяца два, печень по средней линіи при нормальной верхней границѣ перкутируется нѣсколько выше середины между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ; по сосковой линіи прощупывается у края реберъ, по подмышечной линіи на 10-мъ ребрѣ.

Случаи выздоровленія, хотя и рѣдки, но все-же встрѣчаются (Веберъ, Грамматикати, Рудзскій и др.). Возможность выздоровленія при желтой атрофіи печени, сопровождающейся некрозомъ печеночной ткани, находитъ себѣ объясненіе въ экспериментальныхъ работахъ, доказавшихъ возможность восстановленія ткани печени за счетъ сохранившихся желчныхъ протоковъ.

По аналогіи съ другой болѣзнью, обязанной также токсэміи при беременности, эклампсіей, при которой умираютъ далеко не всѣ, можно и желтую атрофію печени изыять изъ рубрики со-

вершенно неизлечимыхъ болѣзней. Съ цѣлью леченія надо заботиться объ усиленномъ выведеніи токсиновъ (клизмы), слабительныя и мочегонныя) и не допускать продолжительнаго голоданія, далѣе надо заканчивать роды, а накладывая тепло на область печени, вызывать гиперемію ея.

Д-ръ Халкисъ выражаетъ сомнѣніе въ діагнозѣ въ данномъ случаѣ, гдѣ скорѣе всего бросается въ глаза связь заболѣванія съ беременностью и легче, пожалуй, объяснить всѣ эти явленія холеміей; предполагая, что имѣлось дѣло съ послѣдней, можно объяснить и благоприятный исходъ заболѣванія, тогда какъ при острой желчной атрофіи выздоровленія обыкновенно не бываетъ.

Докладчица въ защиту своего діагноза указала на характерные признаки: состояніе возбужденія, а затѣмъ спячку, неправильность пульса при нормальной t^0 , уменьшеніе печени, желтушная моча съ указанными находками ахолической слизи; желтуха должна быть отнесена къ второстепеннымъ признакамъ, и такъ же, какъ и появленіе бѣлка въ мочи, не типичны.

Г. Е. Рейнъ считаетъ, что клиническая картина уменьшенія печени неясно очерчена докладчицей, которая не дала точныхъ размѣровъ печени. Въ такихъ случаяхъ крайне важно точное опредѣленіе границъ печени по днямъ, въ сантиметрахъ. Въ одномъ случаѣ атрофіи печени соединенной съ эклампсией, Г. Е. наблюдалъ регулярное уменьшеніе печени.

Докладчица, соглашаясь съ тѣмъ, что болѣе точное опредѣленіе границъ печени было бы желательнымъ, объясняетъ неточность тѣмъ, что лишь на 5-й день послѣ родовъ, послѣ уменьшенія вздутія, удалось констатировать уменьшеніе печени, которое держалось и до выхода больной изъ больницы.

В. Г. Бекманъ выражаетъ мнѣніе свое и многихъ, окружающихъ его товарищей, что не было ли въ этомъ случаѣ эклампсии безъ припадковъ? Доказать желчную атрофію печени можно лишь нагляднымъ путемъ, прямымъ измѣреніемъ границъ ея. Дальше регенерация печени, конечно, возможна, но не такъ быстро, какъ выходитъ изъ доклада. Возможно объясненіе даннаго случая токсеміей, которая протекаетъ и въ видѣ эклампсии и въ видѣ острой атрофіи печени, но все же данныхъ для послѣдней въ доложенномъ случаѣ не было.

Докладчица. Клиническая картина случая не давала никакихъ признаковъ эклампсии.

Л. Г. Личкусъ высказываетъ вообще сомнѣніе въ возможности выздоровленій при острой желтой атрофіи печени. Случаи, приводимые въ литературѣ въ пользу этого, не могутъ считаться безспорными. Напримѣръ, случай Грамматикати былъ доложенъ въ обществѣ русскихъ врачей и интересно, какъ къ нему отнеслись.

А. Г. Пастика. Конечно, читая описаніе случаевъ съ выздоровленіемъ, сравниваешь клиническую картину съ тѣмъ, что получалось при смертельныхъ.

Ш. К. К. Скробанскій. *Къ вопросу о леченіи эклампсии.* Признавая родоразрѣшеніе однимъ изъ наиболѣе дѣйствительныхъ спо-

сособовъ лѣченія эклампсіи, новѣйшіе авторы расходятся лишь въ мнѣніи относительно времени родоразрѣшенія, можно-ли ждать съ нимъ (Ahlfeld, Olshausen, Pfannenstiel и др.) или-же слѣдуетъ немедленно заканчивать роды (Dührssen, Bumm, Zweifel). Послѣдняя группа доводитъ % смертности до значительнаго пониженія (напримѣръ, Bumm съ 30 до 2⁰/₀). Въ Россіи распространенъ консервативный способъ, дающій, напримѣръ, у Строганова лишь 6,9%. Въ городскихъ СПБ. родильныхъ пріютахъ % смертности нѣсколько болѣе; въ клиникѣ Вилліе со времени ея основанія докладчикъ собралъ 41 случай эклампсіи, давшей въ общемъ тѣ же 6,9% смертности. На этихъ 41 случаяхъ, произведено было 23 операциі, если же примѣнить къ нимъ требованія по Bumm'у и др., предписывающимъ немедленное родоразрѣшеніе, то пришлось-бы произвести 49 операций, считая въ томъ числѣ 12 кесарскихъ сѣченій (классическихъ и влагалищныхъ). На основаніи ряда соображеній докладчикъ думаетъ, что принципиальное раннѣе родоразрѣшеніе у насъ не примѣнимо. Особенно безпомощной является терапія эклампсіи послѣродовой, для которой остаются лишь немного мѣропріятій: профилактическое леченіе по Строганову, декапсуляція почекъ, проколъ и выпусканіе спинно-мозговой жидкости по Krogvig'у. Послѣдній способъ и былъ примѣненъ докладчикомъ въ одномъ случаѣ у 18-лѣтней I para. Послѣ выпуска 12 куб. сант. спинно-мозговой жидкости наступило быстрое улучшеніе и черезъ 4 часа больная пришла въ сознаніе. Индивидуализируя случаи, можно съ пользой примѣнять этотъ способъ, оставляя для другихъ и операциі Edebohls и фармацевтическое леченіе (йодистый калий, veratrum viride, parathyreoidin и т. д.)

IV. В. В. Строгановъ. *Результаты леченія эклампсіи по профилактическому методу въ вѣнскихъ клиникахъ.* В. В. сообщилъ о результатѣ леченія имъ эклампсіи въ вѣнскихъ клиникахъ, изложивъ предварительно сущность примѣняемаго имъ метода. Поводомъ къ поѣздкѣ послужило заявленіе нѣкоторыхъ нѣмецкихъ ученыхъ, будто петербургскія эклампсіи отличаются особенной доброкачественностью, почему и даютъ столь блестящіе результаты («ausgezeichnete» Dührssen, «verblüffende» Osterloh). Дальнѣйшимъ толчкомъ было наблюденіе, произведенное въ Heidelberg'ѣ лѣтомъ 1907 года, гдѣ проф. Строгановъ при посѣщеніи акушерской клиники встрѣтилъ больную съ чрезвычайно тяжелой формой эклампсіи. Заболѣвъ спустя сутки послѣ родовъ, она имѣла 11 припадковъ въ теченіе 9 часовъ. Prof. Rosthorn любезно предложилъ проф. Строганову провести въ этомъ

случаѣ лечение по профилактическому методу. Съ начала послѣдняго припадки немедленно прекратились и состояніе больной съ каждымъ часомъ улучшалось. Такъ, въ началѣ леченія пульсъ доходилъ до 150 въ минуту, глубокая кома, въ мочѣ масса бѣлка, зернистыхъ и гіалиновыхъ цилиндровъ. Черезъ часъ пульсъ 140, черезъ 3—120, а черезъ 10 часовъ—100, когда больная пришла въ сознаніе и выпила около 200,0 молока и 0,75 хлораль-гидрата. Выздоровленіе. Тогда-же было условлено о продолженіи опыта въ Вѣнѣ, куда переходилъ проф. Rosthorn. Съ глубокой благодарностью говорилъ проф. Строгановъ о любезномъ гостепріимствѣ, встрѣченномъ имъ со стороны всѣхъ вѣнскихъ профессоровъ-акушеровъ и въ особенности, со стороны проф. Rosthorn'a. Какъ послѣдній, такъ и Schauta и Piscacek, завѣдующіе 1 и 3 акушерскими клиниками, представили свой матеріалъ по эклампсіи проф. Строганову для проведенія его опыта. Тоже можно сказать о д-рѣ Rosenfeld'ѣ, завѣдующемъ родовспомогательнымъ заведеніемъ Lucina, сроднымъ съ нашими городскими родильными приютами. Общая сумма кроватей въ этихъ учрежденіяхъ доходитъ до 1000. Однако число эклампсій было ничтожно, а именно въ теченіе срока командировки проф. Строганова (22 февраля—22 марта 1909 г.) лишь 4, изъ нихъ были лечены по профилактическому методу только двѣ.

Въ это время эклампсіи протекали въ Вѣнѣ особенно неблагоприятно: послѣдніе 1—2 случая въ клиникѣ проф. Rosthorn'a окончились смертью.

Первая эклампсія, леченная по профилактическому методу, наблюдалась въ клиникѣ проф. Piscacek'a 14 марта и также по общепринятой оцѣнкѣ принадлежала къ числу чрезвычайно тяжелыхъ: X gravida, 35 лѣтъ отъ роду, имѣвшая въ предшествующую беременность также тяжелую эклампсію, на 7 мѣсяцѣ, прекратившуюся послѣ искусственнаго родоразрѣшенія, и на этотъ разъ имѣла уже до прибытія проф. Строганова 6 припадковъ въ теченіе 6 часовъ. Коматозное состояніе, въ мочѣ много бѣлка и цилиндровъ (Essbach въ неразведенной мочѣ невозможенъ). Беременность около 6 мѣсяцевъ. Схватокъ нѣтъ. Влагилищная часть 1 сант. длины, цервикальный каналъ проходима для пальца около 1½ сант. длины. Послѣ начала профилактическаго леченія постепенно, прогрессивное улучшение больной съ каждымъ часомъ. Единственный припадокъ наблюдался черезъ 1 часъ 20 минутъ отъ начала леченія. На другой день удовлетворительное состояніе больной при живомъ плодѣ и продолжающейся беременности; бѣлку и цилиндровъ меньше, мочи больше. Дней черезъ 10 начались схватки и больная разрѣшилась безъ

припадковъ эклампсiи. Выписалась здоровой съ небольшою мутью въ мочѣ.

Второй случай наблюдался въ послѣдній день пребыванiя въ Вѣнѣ. Больная поступила беременной въ клинику профессора Schauta 1 марта 1909 года. Роды начались вечеромъ 1 марта, а въ 12 часовъ 15 минутъ ночи 2 марта былъ первый припадокъ эклампсiи, за которымъ слѣдовали 3 другiе до 1 часа 25 минутъ ночи, когда профес. Строгановъ прибылъ въ клинику. При ислѣдованiи: цервикальный каналъ 1 сант. длины, проходимъ для пальца. Пузырь цѣль, головка высоко и подвижна, кома. Въ мочѣ много бѣлка. Случай также долженъ быть отнесенъ къ числу чрезвычайно тяжелыхъ, такъ какъ припадки появились въ началѣ родовъ, втеченіе 1 часа 10 минутъ повторились 4 раза, дали глубокое коматозное состояніе при сильномъ пораженiи почекъ. Съ момента начала профилактическаго леченiя ни одного припадка, постепенное улучшенiе состоянiя больной. Къ утру больная пришла въ сознание, пмла молоко, головная боль небольшая, сердцебиенiе плода ясное, схватокъ нѣтъ. Къ сожалѣнiю, въ 3 часа дня былъ назначенъ отъѣздъ проф. Строганова и дальнѣйшее леченiе случая было уже въ его отсутствiе. О немъ ему сообщили слѣдующее: весь день 2 апрѣля состояніе больной было удовлетворительное, въ мочѣ $3\frac{1}{2}\%$ бѣлка. 3 апрѣля 1909 г. въ 5 часовъ утра начало родовыхъ болей. Въ $3\frac{1}{2}$ часа послѣ полудня новый припадокъ эклампсiи, за которымъ слѣдовали до 9 часовъ вечера еще 4, когда были наложены щипцы на низко стоящую головку. Живой плодъ 3000,0 вѣсомъ.

Третій случай наблюдался также въ клиникѣ проф. Schauta. Больная поступила 18 марта 1909 года, когда и была разрѣшена тройнями. Черезъ 4 часа послѣ родовъ 1-й припадокъ эклампсiи (1 часъ 45 мин. дня 18-го марта). До 9 часовъ утра слѣдующаго дня было 20 припадковъ. Завѣдующій ассистентъ, считая въ началѣ случай легкимъ, не считалъ нужнымъ извѣстить проф. Строганова до 10 часовъ утра, когда онъ ее нашелъ вмѣстѣ съ проф. Schauta уже умирающей. Припадковъ эклампсiи уже не было, но былъ на лицо ясно выраженный отекъ легкихъ. Въ виду неминуемой близкой смерти больной проф. Строгановъ отказался отъ леченiя этого случая. Часъ спустя больная скончалась.

4-ый случай наблюдался въ клиникѣ проф. Schauta. Послѣ перваго припадка по телефону сообщили въ квартиру профессора Строганова, но не застали его дома, тотчасъ наложили щипцы и извлекли ребенка. Припадковъ больше не было, тѣмъ не менѣе, дня два спустя, у больной развился послѣродовой психозъ.

Итакъ, всѣ три случая нѣмецкихъ эклампсій (2 вѣнскихъ, 1 гейдельбергскій) подъ вліяніемъ профилактическаго метода леченія этой болѣзни протекали почти что идеально. Съ нѣкоторымъ правомъ можно отмѣтить, что другіе болѣе легкіе случаи той-же болѣзни въ тоже время протекали гораздо болѣе неблагоприятно при иномъ методѣ леченія. Если принять во вниманіе, что въ настоящее время опубликовано (Mon. f. Geb. u. Gyn. Mai, 1909) уже 360 случаевъ эклампсіи, леченныхъ по профилактическому методу, съ валовой смертностью для матерей въ 6,6% и для дѣтей въ 21%, къ которымъ можно присоединить еще 40, наблюдавшихся въ текущемъ учебномъ году съ такимъ-же благоприятнымъ результатомъ, то съ полнымъ убѣжденіемъ можно сказать, что профилактическій методъ является однимъ изъ наилучшихъ для леченія эклампсіи, а также, что и на нѣмецкой почвѣ онъ окажется столь-же плодотворнымъ.

Л. Г. Личкусъ. Теоретически вполне понятна польза ранняго родоразрѣшенія; цифры, вродѣ 1,5% смертности у Випш'а говорятъ сами за себя! Не вездѣ, къ сожалѣнію, возможно быстрое и умѣлое вмѣшательство специалистовъ; это особенно можно сказать про Россію. Нѣмецкіе авторы считаютъ русскую эклампсію болѣе легкимъ заболѣваніемъ, ссылаясь, напримѣръ, на статистику проф. Биддера, опредѣлившаго % смертности отъ нея въ 17. Способъ проф. Строганова имѣетъ въ виду бороться лишь противъ судорогъ и теоретически мало понятенъ, но разъ практика его даетъ такіе удачные результаты, необходимо его примѣнять и разрабатывать.

Н. И. Рачинскій. Среди перечисленныхъ здѣсь средствъ противъ эклампсіи не упомянуто объ аспирипѣ, который съ успѣхомъ примѣняется нашими московскими товарищами, Соловьевымъ и Побѣдинскимъ, въ клизмахъ, по 1,0—1,5. Кромѣ потогоннаго дѣйствія (облегченіе дѣятельности почекъ и отчасти, вѣроятно, выведение яда изъ организма), аспиринъ здѣсь проявляетъ свое седативное, противоспазматическое дѣйствіе по отношенію сосудистыхъ стѣнокъ и, быть можетъ, связываетъ, нейтрализуетъ циркулирующіе въ крови токсины. На основаніи теоретическихъ соображеній и имѣющихся, правда, единичныхъ, но успѣшныхъ случаевъ, средство это, безвредное и удобопримѣнимое, заслуживаетъ вниманія.

В. В. Строгановъ. Докладъ К. К. Скробанскаго, предъ-являя лишь одинъ случай люмбального прокола, очевидно, главной задачей имѣетъ сообщеніе литературныхъ данныхъ и оцѣнку современныхъ методовъ леченія эклампсіи. Между тѣмъ предъявленнымъ имъ свѣдѣнія далеко не полны. Такъ, въ защиту скораго родоразрѣшенія имъ приведена лишь таблица Seitz'a и не сдѣланы собственные выборки изъ сообщеній по этому вопросу. Мало того, не было сдѣлано достаточно яснаго отграниченія и анализа другихъ случаевъ, оконченныхъ также форсированнымъ родоразрѣшеніемъ. Такъ, тотъ-же Seitz говоритъ о 15% смертности при форсированномъ родоразрѣшеніи и 23% при выжидательномъ методѣ. Reifferscheidt говоритъ лишь о

незначительномъ улучшеніи предсказанія для матери, а Kayser, по-видимому, на материалѣ той же клиники Bumm'a, сообщаетъ о 38% смертности матерей при форсированномъ родоразрѣшеніи. Посѣтивъ клинику Bumm'a въ юнѣ 1907 года, я видѣлъ тамъ умирающую отъ эклампсіи и слышалъ отъ Bumm'a о рядѣ смертей около того времени, несмотря на форсированное родоразрѣшеніе. Вспомните, что 4—5 лѣтъ тому назадъ приводились подобныя-же блестящія цифры въ защиту, вообще, форсированнаго родоразрѣшенія. Въ настоящее время надежды эти оказались иллюзіей, какъ это было раньше по отношенію къ классическому кесарскому сѣченію. Не являются-ли и эти блестящія данныя, которыя сообщены К. К., результатомъ ихъ малочисленности и случайнаго подбора легкихъ случаевъ (мы всѣ знаемъ, какъ измѣнчивъ характеръ эклампсій), тѣмъ болѣе, что по самому характеру приведенной статистики, случаи представляются *избранными* въ смыслѣ легкости (подвергающіеся правильному леченію съ самаго начала болѣзни даютъ наиболѣе благопріятное предсказаніе). Кромѣ того эта таблица относится не къ леченію эклампсіи вообще, а лишь небольшой группы случаевъ. Не надо забывать также, что благопріятные случаи вообще публикуются болѣе охотно, чѣмъ противоположные.

Не достаточно оцѣненъ также способъ леченія эклампсіи декапсуляціей почекъ, при которомъ наблюдалось уже не мало смертей*) и даже смерть отъ заболѣванія операціонной раны (Wiemer).

Эти методы, если и имѣютъ значеніе, то какъ дополнительные, второстепенные, такъ какъ и безъ нихъ мы можемъ получить очень хорошіе результаты при рекомендуемомъ мною леченіи. Форсированное-же родоразрѣшеніе уже потому не можетъ быть главнымъ методомъ, что 20—25% эклампсіи—послѣ родовыхъ, а въ нѣкоторыхъ учрежденіяхъ % этотъ достигаетъ 40 и выше (С.Петербургскіе городскіе родильные пріюты). Не могу согласиться съ К. К. и въ томъ, что петербургскія эклампсіи представляются болѣе доброкачественными, чѣмъ нѣмецкіе.

Отмѣчая малый % смертности въ СПб. городскихъ родильныхъ пріютахъ, въ Императорскомъ СПб. Родовспомогательномъ заведеніи въ данныхъ Цвирко, К. К. не сопоставилъ этихъ результатовъ съ примѣняемымъ тамъ леченіемъ. Изъ городскихъ родильныхъ пріютовъ идетъ наиболѣе живая пропаганда наркотическаго леченія. Биддеръ подчеркиваетъ громадное значеніе наркотиковъ и скорого родоразрѣшенія. Равнымъ образомъ и Цвирко приходитъ къ общему заключенію, что наркотическое леченіе давало наилучшіе результаты. Правда, все это дѣлалось въ несовершенной формѣ, но вѣдь и результаты были далеко несовершенны на большемъ числѣ случаевъ. Дурные результаты при выжидательномъ методѣ у нѣмецкихъ авторовъ, можетъ быть, зависятъ въ значительной степени отъ боязни наркотиковъ, въ нѣкоторой же степени вслѣдствіе того, что тамъ больше внѣшнихъ запущенныхъ эклампсій. Но и онѣ при правильномъ леченіи протекаютъ благопріятно, какъ это показываютъ 3 случая, леченные мной. Все дѣло въ надлежащемъ леченіи и правильной индивидуализаціи случаевъ.

* / Reifferscheidt (2), Hain, Bumm, Polano, Iardine, Kleinerts, Treub и др.

Г. Е. Рейнъ останавливается на спорномъ вопросѣ о томъ, дѣйствительно-ли существуетъ такая большая разница въ теченіи эклампсіи въ разныхъ странахъ (въ Россіи будто-бы она легче). Съ этимъ согласенъ К. К. Скробанскій, наоборотъ, В. В. Строгановъ этого не признаетъ. Рѣшить этотъ вопросъ пока нельзя. Повидимому, поясничный проколъ заслуживаетъ дальнѣйшаго испытанія. Въ Киевской клиникѣ наблюденія указали на роль, которую играетъ давленіе въ спинно-мозговомъ каналѣ при эклампсіи. Интересна, далѣе, статистика, приведенная К. К. Скробанскимъ, и давшая такой небольшой процентъ смертности при разномъ персоналѣ, при тяжелыхъ случаяхъ, попадающихъ по преимуществу, въ клинику. Г. Е. не можетъ согласиться съ мнѣніемъ В. В. Строганова, что эклампсія заболѣваніе легкое. Наоборотъ. Г. Е. считаетъ ее крайне тяжкимъ страданіемъ; вѣдь наблюдались случаи, продолжавшіеся, какъ ему вспоминается изъ Киевской клиники, три часа. Весь вопросъ сводится, конечно, къ тому нужно-ли поступать такъ, «активно-пассивно», какъ дѣлаетъ большинство изъ насъ или-же болѣе рѣшительно, чисто—активно.

К. К. Скробанскій. Литературныя данныя говорятъ, что эклампсія проявляется не вездѣ съ одинаковой силой, въ иныхъ мѣстахъ совершенно даже не встрѣчаясь. Можно признавать до извѣстной степени эндемическій характеръ болѣзни. Наркотическое леченіе, предлагаемое Строгановымъ ведется тщательно не только у насъ въ Россіи, но и за границей, гдѣ оно впервые и нашло себѣ примѣненіе. Витъ м'а нельзя обвинять въ подборѣ случаевъ, наоборотъ его матеріалъ разрабатывается очень добросовѣстно. Предположеніе В. В. Строганова объ быстромъ развитіи антитоксиновъ при эклампсіи, дающемъ возможность больнымъ ею оправиться, лишь-бы поддержать ея силы въ первые часы заболѣванія, К. К. считаетъ не доказательнымъ, такъ какъ сомнительно, чтобы антитоксины могли такъ быстро образоваться.

Дѣло не въ ихъ образованіи, а въ болѣе быстромъ выдѣленіи яда. На основаніи этого необходимо къ родоразрѣшенію прибѣгать всегда, а въ тяжелыхъ случаяхъ, не останавливаясь и передъ отсутствіемъ раскрытія шейки. Литературныя данныя приводимыя въ докладѣ заимствованы изъ послѣднихъ работъ.

В. А. Столыпинскій поинтересовался узнать валовыя цифры эклампсіи въ Повивальномъ Институтѣ.

Н. Я. Примо, занимавшійся этимъ вопросомъ, даетъ личныя свѣдѣнія: валовой $\%$ смертности за послѣднія лѣтъ 12 (324 случая) $= 7,4\%$, въ томъ числѣ, для внѣшнихъ случаевъ (111), т. е. такихъ, у которыхъ наблюдались припадки до поступленія въ Институтъ, онъ $= 14,4\%$ и для тѣхъ (212 случаевъ), у которыхъ 1-й припадокъ наступалъ въ Институтѣ (аутохтонныхъ) онъ $= 3,8\%$; изъ послѣднихъ при eclampsia ante et sub partu (136 случаевъ) онъ $= 3,7\%$, и при eclampsia post partum (76 случаевъ) онъ $= 3,9\%$.

Предсѣдатель *Личкусъ*.

Секретарь *Л. Кривскій*.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ русской акушерско-гинекологической литературы.

401. С. I. Хайкисъ. — *Къ вопросу о релаксаціи небеременной матки.* (Врачеб. Вѣст. № 7 1909).

Описаніе случая изъ гинекологическаго отдѣленія Кіевской Еврейской больницы. 42-хъ лѣтняя замужняя, имѣвшая 12 родовъ и 5 выкидышей, изъ коихъ послѣдній (5—6 мѣс.) мѣсяць тому назадъ, постушила съ жалобой на кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. Средняго роста, плохого питанія, весьма анемичная. Сердце-нормально. Въ лѣвомъ легкомъ—сухіе, мѣстами крепитирующіе хрипы. Со стороны органовъ брюшной полости измѣненій не найдено. Т° 37,2; П.—84. Со стороны genitalia: ruptura perineæ 2-й степени; матка нѣсколько увеличена; яичники и трубы не измѣнены. Диагнозъ: «Endometritis post abortum». Терапія: «Abrasio mucosae uteri». Во время операціи авторъ наблюдалъ, что Негарговскіе расширители, равно какъ и острая ложка для выскабливанія проникали въ полость матки на глубину то 8—8½ ст., то—13—14 ст., при этомъ больная чувствовала себя вполне удовлетворительно и никакихъ признаковъ прободенія не было. Послѣ осторожнаго выскабливанія, матка промыта. На 10-й день больная выписалась здоровой.

Въ описанномъ случаѣ наблюдавшееся авторомъ измѣненіе длины полости матки ставится имъ въ связь съ быстрыми измѣненіями тонуса матки или такъ называемой релаксаціей, описанной нѣкоторыми авторами, которая въ данномъ случаѣ могла имѣть слѣдующія предрасполагающія условія: 1) большое количество родовъ и выкидышей; 2) Малокровіе; 3) Крвотеченія; 4) Subinvolutio uteri послѣ послѣдняго выкидыша.

402. Буяльскій. — *Случай кесарскаго сѣченія при абсолютномъ суженіи таза.* (Протоколь очеред. (1091) Засѣд. Импер. Вил. Мед. Общества 12 дек. 1907 г.).

30 лѣтняя роженица; 1-ья мѣсячная—на 16 г., черезъ 4 нед. по 3 дня. Послѣднія—около 9 мѣс. тому назадъ. Начала ходить на 4-мъ году. Роженица—малаго роста; на ребрахъ—четкообразныя утолщенія. Dist. Spin.—24; Crist—26; Troch—27; Con. ext.—17; C. diag.—8; C. V. около 6. Сокращеніе матки правильно, черезъ 10—15 минутъ, положеніе плода черепное, головка надъ входомъ въ тазъ. Сердце-

біеніе плода справа. Внутренняго изслѣдованія не произведено. Ванна; вскорѣ отошли воды, послѣ чего черезъ три часа сдѣлана операція кесарскаго сѣченія. Хлороформный наркозъ; впрыскиваніе 0,2 ergotini. Разрѣзъ по бѣлой линіи; по вскрытіи брюшины, матка выведена наружу; дно матки вскрыто поперекъ, живой ребенокъ извлеченъ за ягодицу, потеря крови незначительная. Дѣтское мѣсто на задней стѣнкѣ матки удалено рукой. Внутренняя поверхность матки вытерта компрессомъ. Во влагалище — ксероформовая марля. На матку наложены двурядовые шелковые швы, на брюшную рану — швы въ три ряда. Послѣоперационное теченіе — правильное. На 7-й день сняты швы: prima intentio.

Перечисляя многія выгоды поперечнаго сѣченія матки по Fritsch'y, авторъ указываетъ на два неудобства при этомъ: 1) данный разрѣзъ можетъ сростись съ кишками и вызвать ileus; 2) разрѣзъ нельзя расширить, если головка плода черезъ него не проходить.

403. Буяльскій. — *Случай внѣматочной беременности съ демонстраціей препарата, добытаго операціею.* (ibidem).

Краткое описаніе случая трубной беременности у 37-лѣтней, 3 раза рожавшей, въ послѣдній разъ 1½ года назадъ, при чемъ страдала неукротимой рвотой. Выкидышей не было. Больной, съ жалобами на боли въ животѣ, отсутствіе испражнений (5 дней) и регуль (уже 3 мѣсяца) и съ наступившими внезапно признаками внутренняго кровотеченія, послѣ нѣкотораго безуспѣшнаго выжиданія, была произведена операція чревосѣченія. Оказалась беременной лѣвая труба въ области ампулы, при чемъ при осмотрѣ праваго яичника, на немъ былъ найденъ темнокрасный бугорокъ. Стало ясно, что яичко передвигалось изъ праваго яичника въ лѣвую трубу, гдѣ и оплодотворилось. Операція прошла хорошо. Больная поправилась.

404. И. М. Блохъ. — *Случай тубіотоміи; съ демонстраціей больной.* (ibidem).

Роженица 23 лѣтъ, беременная въ 3-й разъ. Поступила 18 мая въ 8 ч. вечера со слабыми родовыми болями. Первые регулы на 14 году, черезъ 4 недѣли по 4 дня, всегда правильно. Послѣднія регулы не помнитъ; считаетъ себя въ концѣ беременности. Первые роды 6 лѣтъ назадъ и вторые въ юнѣ прошлаго года окончены прободеніемъ головки плода. Родовыя боли начались за 2 часа до поступленія въ госпиталь. Роженица средняго сложенія, плохого питанія. На скелетѣ видимыхъ уклоненій отъ нормы нѣтъ. Ростъ 127 ст. Размѣры таза: tr.—27 ст., sp.—23 ст., ст.—23 ст., соп. ext. 17 ст. соп. diag. 7½ ст., соп. ver.—6 ст. Плодъ въ первомъ положеніи. Сердцебіеніе плода влѣво. Внутреннее изслѣдованіе произведено 19-го часовъ въ 11 утра: промежность и наружные половые органы нор-

мальны, шейка сглажена, зѣвъ открытъ на 3—4 пальца, пузырь цѣль. Вскорѣ отошли воды. Часа въ 4 дня схватки рѣзко болѣзнены, нижній маточный сегментъ растянутъ; головка подвижна надъ входомъ. На операцію кесарскаго сѣченія больная не согласилась, и авторомъ была сдѣлана операція пубіотоміи подкожно по способу Витт'а съ той разницею, что въ мѣстѣ вкола иглы былъ сдѣланъ предварительно надрѣзъ остриемъ скальпеля. Концы кости разошлись на $1\frac{1}{2}$ пальца. При помощи высокихъ щипцовъ, затѣмъ выжатія плода послѣдній былъ извлеченъ въ легкой асфиксіи, но скоро оживленъ; вѣсъ его 2800 гр., длина 47 ст., окружность головки 33 ст.; больш. попер. 9 ст., малый 8 ст., прям. 11 ст., б. к. 12 ст., м. к. $8\frac{1}{2}$ ст.

Послѣродовой періодъ прошелъ въ общемъ гладко; на 17-й день больная встала, на 20-й стала ходить. Внутреннее изслѣдованіе обнаружило: матка мала, подвижная, своды свободны, задняя поверхность лонной кости гладкая, на передней прощупывается мѣсто распила.

На свой случай авторъ смотритъ, какъ на примѣръ довольно рѣдкаго показанія къ пубіотоміи при истинной конъюгатѣ не болѣе 6. Выражая свой взглядъ на значеніе пубіотоміи въ ряду другихъ акушерскихъ операций, авторъ высказываетъ убѣжденіе, что пубіотомія не въ состояніи всегда замѣнить операцію перфорации головки живого плода; таковы, напр., случаи съ высокой лихорадкой, съ узкимъ тазомъ и нераскрытымъ зѣвомъ.

Что касается *sectio cesarea relativa*, то она, по мнѣнію автора, въ большинствѣ случаевъ уступить мѣсто пубіотоміи.

405. Э. А. Ляпидесъ. — *Кесарское сѣченіе у карлица.* (ibidem).

25 лѣтняя роженица на исходѣ беременности со слабыми родовыми болями поступила 1907 г. 8 мая. Первые мѣсячныя на 13—14 году, правильно, необильны. На 20 году они стали болѣе частыми и обильными. Ходить начала къ концу второго года жизни. Ростъ 118 сант.; окружность живота въ области пупка 92 сант.; отъ мечевиднаго отростка до пупка 24 ст.; отъ пупка до лобка 47 сант.; между остями 21 ст., между гребешками 23 сант.; наружная конъюгата 16 сант., діагональная $7\frac{1}{4}$ ст., истинная $5\frac{3}{4}$ —6. Боли при поступленіи рѣдки, слабы. На другой день онѣ усилились; послѣ полудни сошли воды. Около 8 часовъ вечера сдѣлана операція кесарскаго сѣченія. Наружное изслѣдованіе передъ операціей: правое черепное положеніе; сердцебіеніе плода справа, головка надъ входомъ высоко и подвижна; схватки часты и сильны. Внутреннее изслѣдованіе не описано.

Передъ операціей вырынуто 2 gm. Ergotini. Разрѣзъ живота по средней линіи. Матка легко выведена наружу, положеніе послѣда опредѣлено по инъекціи сосудовъ; разрѣзъ матки сдѣланъ по средней

линии. Матка и брюшные покровы зашиты въ два слоя каждый. Вѣсъ ребенка 2860,0 gm.; длина 48 ст., окружность головки 33 ст., прямой разм. 12 ст., поперечные 9 и 8 ст., большой косою 13 ст.

Послѣоперационное теченіе осложнилось явленіями ileus'a, вѣроятно вслѣдствіе спаекъ между маткой и брюшной раной.

Выписалась больная въ очень хорошемъ состояніи 1907 г. 11 іюня.

406. А. Маджугинскій.— *Къ казуистикѣ криминальныхъ абортовъ.* (Мед. Обзор. № 7—1909).

Больная, прислуга по профессіи, 22 лѣтъ обратилась къ одной женщинѣ съ просьбой произвести у нея выкидышъ, который и былъ сдѣланъ ей помощью какого-то металлическаго инструмента. Больная пришла къ автору съ жалобой на жаръ и знобъ. П—106; t°—37,7. При объективномъ изслѣдованіи найдено: perforatio colli uteri ex abortu criminali, perimetritis posterior, salpingitis sinistra. Pneumonia incipiens. Отверстіе, находившееся на задней губѣ шейки матки, представляло изъ себя кратерообразное углубленіе, покрытое грануляціями. Черезъ это отверстіе свободно проходитъ зондъ въ полость матки. Послѣдняя увеличена, отдѣляемое ея сукровично съ небольшимъ запахомъ. Пневмонія продолжалась двѣ недѣли. Больная пользовалась горячими спринцеваніями съ древеснымъ уксусомъ и прижиганіемъ грануляцій іодной настойкой при соответственномъ леченіи пневмоніи. Появившіяся менструаціи выдѣлялись главнымъ образомъ черезъ искусственный каналъ. Каналъ же шейки имѣлъ ясную склонность облитерироваться. Послѣ того какъ больная выписалась съ предписаніемъ продолжать спринцеваніе, автору черезъ мѣсяць пришлось наблюдать появленіе менструацій черезъ тотъ же перфорированный каналъ. Терапія въ шѣляхъ выжиданія оставлена та же.

Авторъ считаетъ свой случай подобнаго прободенія матки вторымъ въ гинекологической литературѣ послѣ случая Simons'a въ 1907 г. Что касается предупреждающихъ мѣръ къ повторенію преступныхъ выкидышей вообще, то въ этомъ отношеніи авторомъ предлагаются: во—1-хъ, устройство приютовъ для беременныхъ послѣднихъ мѣсяцевъ, гдѣ женщины имѣли бы полную гарантію въ смыслѣ охраненія ихъ тайны и, во 2-хъ, большее количество доступныхъ бѣднѣйшему населенію воспитательныхъ домовъ.

407. С. И. Твердовскій.— *Случай пубіотоміи и при слѣдующихъ родахъ кесарева сѣченія.* (Хирургія. 1909—май).

Въ случаѣ автора пубіотомія была произведена съ разрѣзомъ мягкихъ частей по способу Van de Velde. Роженица 21 года, беременная въ 3 ій разъ; первые роды кончены щипцами, плодъ мертвый; при вторыхъ перфорация на живомъ плодѣ. Размѣры таза: d. troch.—30,0; d. spin.—25,5; d. cr.—27,5; c. ext.—17; c. diag.—9,5; c. v.—7,5. Сердцебѣненіе плода слѣва, предлежаніе черепное. Послѣ

распила, кости разошлись на 1 сант. Ребенокъ, извлеченный щипцами въ асфиксіи, оживленъ. Во время извлеченія кости расходились до 3,5 сант. Послѣоперационное теченіе осложнилось ревматизмомъ; однако больная выписалась здоровой. На мѣстѣ распила 2 валика, между которыми вдавленіе.

Черезъ годъ съ небольшимъ та же больная вновь обратилась за помощью по случаю наступающихъ родовъ, но съ просьбой «избавить навсегда отъ возможности беременѣть». Размѣры таза остались тѣже. На мѣстѣ распила кости—костная спайка; слѣва отъ лоннаго сочлененія линейный рубецъ. Произведено касарское сѣченіе. Матка разрѣзана продольно; плодъ извлеченъ живымъ. Маточные концы трубъ иссѣчены. Больная на 15 день выписалась здоровой.

Авторъ думаетъ, что показанія къ пубіотоміи должны быть сужены. Онъ считаетъ невыгодой этой операциі частыя осложненія въ послѣоперационномъ періодѣ, и полученіе въ 17 % мертвыхъ плодовъ.

408. Бакунинъ. — *Случай односторонней гематометры въ слѣдствіе раздвоенія полового канала.* (Хирургія 1909 № 149—маі).

Авторъ описываетъ случай гематометры у крест. дѣв. 15 лѣтъ, гдѣ ясное распознаваніе удалось сдѣлать только послѣ чревосѣченія. Кровь изъ матки была удалена затѣмъ троакаромъ черезъ влагалище, а маточная перегородка черезъ расширенное отверстіе удалена ножницами по пальцу. Больная поправилась.

409. М. А. Колосовъ. — *Случай почти доношенной внематочной беременности живымъ ребенкомъ.* (Мед. Обозр. 1909. № 10).

№ 27 лѣтъ. Беременность вторая. Первая менструація съ 14 лѣтъ, характера не помнитъ. Первые роды на 28 году совершенно нормальны. Регулы послѣ родовъ 3—4 нед. по 5 дн. безъ болей. Бѣлями и женскими болѣзнями не страдала. Послѣднія регулы въ концѣ января 1908 г. Въ началѣ марта отправилась къ врачу, который произвелъ ей выскабливаніе; затѣмъ назначены были горячія спринцеванія. 15 марта въ виду ухудшенія болѣзни вновь сдѣлано въ родильномъ пріютѣ выскабливаніе матки съ постоянными послѣдующими орошеніями. Послѣ временного улучшенія, чувствуя снова значительное ухудшеніе, 14 окт. поступила въ Моск. акуш. клинику. Подъ наркозомъ констатирована почти доношенная правосторонняя внематочная беременность. Чревосѣченіе полтвердило діагнозъ. Ребенокъ извлеченъ живымъ; длина 45 снт.; вѣсъ 2330,0 gm., окруж. гол.—33 снт.; размѣры ея 12, 10, 8. Прожилъ 10 дней. При чревосѣченіи сильное кровотеченіе остановлено зажимами на правую широкую маточную связку и lig. infundibulo-pelvicum. Передняя стѣнка плодo-вмѣстилища сращена была съ передней брюшной стѣнкой; послѣдъ вверху параллельно діафрагмѣ соединенъ массою сращеній съ киш-

ками и сальникомъ. Послѣдъ удаленъ; его размѣры 12×15; толщина въ центрѣ до 7. вмѣстѣ съ нимъ удаленъ сплющенный яичникъ. Кровотеченіе остановлено. Брюшныя стѣнки зашиты обычно; въ нижнюю часть раны введенъ тампонъ по Mikulicz'у. Послѣоперационное теченіе осложнилось тромбофлебитомъ; однако больная постепенно оправилась и выписалась здоровой. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ стѣнкѣ плодovмѣстилица на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда найдена складка слизистой трубы съ хорошо сохранившимся эпителиемъ.

Н. Кушталовъ.

Обзоръ нѣмецкой акушерско-гинекологической литературы.

Zentralblatt für Gynäkologie 1909.

410. Engelmann und Stade. — *Въ защиту плацентарной теории происхожденія эклампси. Преимущественно о значеніи веществъ, препятствующихъ свертыванію, на дѣйствиe вытяжки плаценты въ опытахъ на животныхъ.* — *Für die Placentartheorie der Eklampsieätiologie. Insbesondere über die Bedeutung gerinnungsthemmender Stoffe für die Wirkung des Placentarpressaftes im Tierexperiment.* (№ 18).

Авторами произведенъ былъ въ началѣ рядъ опытовъ на 19 кроликахъ, которымъ въ различной концентраціи и количествѣ и съ различной быстротой вводилась выжимка изъ плаценты. Изъ числа 19 кроликовъ погибло 17. Смерть, обычно, слѣдовала тотчасъ же за впрыскиваніемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ спустя нѣсколько минутъ, и при этомъ сопровождалась болѣе или менѣе сильными подергиваніями и судорогами. Картина, получавшаяся при вскрытіи, была обыкновенно слѣдующая: сердце еще сокращалось, вены наполнены кровью. Въ венахъ, идущихъ отъ мѣста впрыскиванія до сердца, всегда встрѣчались тромбы, точно также какъ и въ арт. pulmonalis. Правое сердце лишь рѣдко было свободно отъ тромбовъ. Микроскопически-мельчайшія легочныя артеріи оказывались затромбированными. Такимъ образомъ вся картина сводилась исключительно, или по преимуществу, къ смерти отъ свертыванія крови. Чтобы доказать, что смерть зависитъ исключительно отъ свертыванія крови, авторы поставили новый рядъ опытовъ, съ введеніемъ въ кровь совмѣстно съ плацентарной вытяжкой веществъ, препятствующихъ свертыванію крови. Для этой цѣли они остановились на hirudin'ѣ, добываемомъ изъ пиявокъ. Изъ 14 кроликовъ, которымъ введенъ былъ hirudin, совмѣстно съ вытяжкой плаценты, или тотчасъ же вслѣдъ за нею, погибло только 3, при чемъ картина, получавшаяся какъ во время смерти этихъ трехъ животныхъ, такъ и при вскрытіи ихъ, указывала на то, что ядъ дѣйствовалъ повидимому, не столь быстро и энергично, какъ безъ hirudin'a.

411. Pincus. — *Женщины герои.* — *Weibliche Helden.* (№ 18).

Подъ этимъ заголовкомъ была въ нѣмецкой общей прессѣ помѣщена замѣтка о томъ, что въ одной деревнѣ Граубюнденскаго кантона въ Швейцаріи образовалось общество дѣвушекъ, поклявшихся не вступать въ бракъ для того, чтобы прекратить столь часто встречающуюся въ этой мѣстности гемофилю. Интересуясь этой болѣзнию и примѣняя въ послѣднее время съ успѣхомъ при ней растворъ хлористой извести, Р. навелъ объ этой замѣткѣ справку на мѣстѣ, при чемъ оказалось, что извѣстіе это—газетная утка и что уже много лѣтъ не слышно здѣсь объ этой болѣзни. Пользуясь этимъ случаемъ, авторъ напоминаетъ выводы изъ своихъ прежнихъ работъ по этому вопросу, которые сводятся къ слѣдующему: 1) бракъ между двумя гемофиликами безусловно не допустимъ; 2) если женихъ гемофиликъ, невѣста же изъ здоровой семьи, то бракъ допустимъ лишь въ случаѣ, если въ его семьѣ не было передачи болѣзни по прямой линіи; 3) если женихъ и невѣста оба здоровы, но происходятъ изъ больныхъ семей, то слѣдуетъ по возможности отговаривать ихъ отъ брака; 4) если женихъ здоровъ, невѣста же больна, то бракъ не допустимъ.

412. Cuzzi. — *Нѣкоторые измѣненія въ устройствѣ тупой ложки для удаленія остатковъ яйца.* — *Eine Abänderung des stumpfen Löffels zur Entfernung von Ovularresten.* (№ 19).

Особенность въ устройствѣ тупой ложки, изобрѣтенной авторомъ, состоитъ въ томъ, что на задней поверхности ея имѣются поперечныя тупыя ребра, которыми можно соскабливать остатки яйца. Это обстоятельство, по мнѣнію С., способствуетъ болѣе надежному производству операціи, и кромѣ того, выпуклая сторона ложки болѣе соответствуетъ внутренней поверхности матки, чѣмъ вогнутая. Работа иллюстрируется рисунками.

413. Hikmet. — *Органы плода не ядовиты для организма животныхъ.* — *Fötale Organe sind für den Tierkörper ungiftig.* (№ 19).

Желая выяснить вліяніе различныхъ органовъ плода на происхожденіе эклампсіи, авторъ размельчалъ, при помощи особаго прибора, нѣкоторые органы (печень, селезенку) свѣжихъ дѣтскихъ трупиковъ и вводилъ полученное въ полость брюшины кроликовъ. Результаты во всѣхъ случаяхъ, даже тамъ, гдѣ мать была, повидимому, экламптичка, получились отрицательные.

414. Stiassny. — *Къ техникѣ расширенія ламинаріей.* — *Zur Technik der Laminariadilatation.* (№ 19).

Чтобы избѣгнуть проскальзыванія ламинаріи глубоко въ полость матки, S. предлагаетъ на извѣстномъ разстояніи одѣвать на нее резиновое кольцо, имѣющее въ діаметрѣ 2 с. и толщиною 4 с.

415. Rissmann. — *Продолжительное ущемленіе камнемъ ductus choledochus und diverticulum Vateri. операція вскрытія duodenum во время*

беременности. — *Langdauernder Steinverschluss des Choledochus und des Diverticulum Vateri, transduodenale Operation in der Gravidität.* (№ 20).

Вышеназванная операція произведена авторомъ у беременной на 5-мъ мѣсяцѣ, при чемъ удаленъ значительной величины камень. Полное выздоровленіе, беременность протекла нормально дальше.

416. Ellerbroek. — *Ka'ученію о хроническомъ эндометритѣ.* — *Zur Lehre von der chronischen Endometritis.* (№ 20).

Авторъ, основываясь на собственныхъ многочисленныхъ клиническихъ и микроскопическихъ изслѣдованіяхъ, высказываетъ мнѣніе, что современная теорія Adler'a и Hirschmann'a, отвергающая существованіе endometritis glandularis hyperplastica и endom. hypertrophica и ставящихъ ихъ въ зависимость отъ времени менструальнаго періода, не можетъ быть принята въ полномъ объемѣ, такъ какъ многія измѣненія, наблюдаемая въ слизистой оболочкѣ, не объясняются этой теоріей.

417. Jerie. — *Новый методъ укороченія связокъ при retroversio uteri (Uterofixatio ligamenti rotundi).* — *Eine neue Methode der Ligamentverkürzung bei Retroversio uteri (Uterofixatio ligamenti rotundi).* № 20.

Предлагаемый J. методъ укороченія связокъ состоитъ въ проведеніи черезъ небольшой надрѣзъ въ переднемъ листкѣ широкой связки петли круглой связки, которая, на разстояніи 8—10 сант. отъ угла матки, изолируется отъ брюшины и пришивается на передней стѣнкѣ угла матки, непосредственно подъ ея естественнымъ прикрѣпленіемъ. Методъ былъ авторомъ примѣненъ съ успѣхомъ въ трехъ случаяхъ.

418. Spaeth. — *Случай смертельнаго кровотеченія при миомѣ послѣ леченія рентгеновскими лучами.* — *Ein Fall von tödlicher Myomblutung nach Röntgenbestrahlung.* (№ 20).

47-лѣтняя женщина, много лѣтъ страдавшая обильными кровопотерями во время менструацій, на почвѣ имѣвшейся у нея миомы. Въ теченіе послѣднихъ 8 мѣсяцевъ кровотеченія сдѣлались менѣе обильными и продолжительными, вслѣдствіе чего она окончательно отказалась подвергнуться предлагавшейся ей неоднократно радикальной операціи и начала леченіе рентгеновскими лучами. Послѣ четырехъ первыхъ сеансовъ наступила, раньше срока, очень обильная и продолжительная менструація. По окончаніи ея — вновь 3 сеанса рентгенизаціи, послѣ которыхъ появился рядъ грозныхъ кровотеченій и больная, несмотря на нѣкоторое улучшеніе послѣ сдѣланнаго ей выскабливанія, при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности, погибла. Описывая этотъ случай, авторъ обращаетъ вниманіе на то, чтобы врачи съ большою осторожностью выбирали больныхъ для этого метода леченія, въ особенности пока методъ этотъ еще не достаточно научно изученъ.

419. Fuchs. — *Внѣбрюшинное кесарское снѣненіе по Lutzko-Döderlein.* — *Extraperitonealer Kaiserschnitt nach Lutzko-Döderlein.* (№ 21).

Авторъ описываетъ, что въ одномъ случаѣ, при узкомъ тазѣ у

I р., съ успѣхомъ произвелъ внѣбрюшинное кесарское сѣченіе по методу Latzko-Döderlein (см. Жур. Акуш. и Женск. Бол. 1909 г. реф. № 188).

420. Theilhaber. — *Случай мезентеріальной закупорки двѣнадцатиперстной кишки.* — *Ein Fall von mesenterialem Ductenverschluss.* (№21).

У 33-лѣтней I р. съ перваго же дня послѣ произведеннаго ей кесарскаго сѣченія, вслѣдствіе узкаго таза, замѣчено вздутіе живота, преимущественно въ подложечной области. Со слѣдующаго дня, при t° 36,8 и п. 120, обильная рвота и схваткообразныя боли. Послѣ промыванія желудка временное облегченіе. На 4-й день больная была положена на животъ, послѣ чего наступило обильное отхожденіе газовъ, боли прекратились. Учащеніе пульса держалось еще въ теченіе 8 дней, послѣ чего наступило полное выздоровленіе. Основываясь на описанной картинѣ и литературныхъ данныхъ, Th. считаетъ, что въ данномъ случаѣ имѣлось описанное Paul Albrecht'омъ, такъ называемое, артеріомезентеріальное ущемленіе кишечника, т. е. ущемленіе duodenum путемъ рѣзко напряженнаго корня брыжжейки.

421. Gräfenberg. — *Къ казуистикѣ рака матки въ концѣ беременности.* — *Ein Beitrag zur Kasuistik des Uteruskarzinoms am Ende der Schwangerschaft.* (№ 21).

Авторъ описываетъ 3 случая рака шейки у беременныхъ въ возрастѣ отъ 30 до 40 лѣтъ, не подозрѣвавшихъ своей болѣзни и поступившихъ подъ его наблюденіе въ послѣднемъ періодѣ беременности. Двумъ изъ этихъ больныхъ было произведено имъ внѣбрюшинное кесарское сѣченіе съ послѣдовательнымъ удаленіемъ всего полового аппарата и встрѣтившихся увеличенныхъ лимфатическихъ железъ, третья больная родила самостоятельно, послѣ чего ей также была произведена кастрація. Въ одномъ случаѣ рецидива нѣтъ еще въ теченіе 4 мѣсяцевъ, изъ двухъ другихъ объ одномъ нѣтъ свѣдѣній, въ другомъ, спустя два мѣсяца послѣ операции наблюдается чувствительный инфильтратъ въ правой половинѣ живота.

422. Richter. (Клиника проф. Leopold'a). — *Къ терапіи и предсказанію при placenta praevia.* — *Zur Therapie und Prognose der Placenta praevia.* (№ 22).

Основываясь на данныхъ матеріала акушерской клиники Leopold'a за 1907 и 1908 гг., въ которой за этотъ срокъ на 4642 родовъ имѣлось 83 случая placenta praevia, авторъ является рѣшительнымъ сторонникомъ консервативныхъ методовъ вмѣшательства при этомъ заболѣваніи. На первомъ планѣ онъ ставитъ проколъ яйцевыхъ оболочекъ, который былъ произведенъ въ 24 случаяхъ (29%). Этотъ методъ примѣняется въ тѣхъ случаяхъ, когда предлежитъ головка и когда отношеніе между нею и тазомъ такое, что послѣ прокола обо-

лочекъ головка тотчасъ же опускается. Если кровотечение тотчасъ же прекращается, то примѣняется метрейризь (на 11 случаевъ получило 5 живыхъ и 6 мертвыхъ дѣтей). При безуспѣшности этого метода дѣлается поворотъ по Вгахтон-Ніска's'y. Изъ 83 случаевъ placenta praevia 39 дѣтей родилось живыми (47%). Изъ матерей умерло 2 (1 отъ sepsis'a, полученнаго еще внѣ клиники и 1, страдавшая порокомъ сердца и туберкулезомъ легкихъ)—1,2%. Изъ общаго числа прошли безлихорадочно въ послѣродовомъ періодѣ 61 (73,5%).

423. Hüffel.—*Къ вопросу о раннемъ вставаніи родильницъ.*—*Zum Frühaufstehen der Wöchnerinnen* (№ 22).

Въ теченіе срока съ 1 сент. 1908 г. по 1 Апрѣля 1909 г. въ университетской акушерской клиникѣ въ Erlangen были произведены опыты ранняго вставанія (на 2—4 день послѣ родовъ) на 150 родильницахъ, изъ которыхъ 66 были первородящія. Животъ подвязывался у нихъ широкимъ бинтомъ, лохи собирались въ подвязанную подушечку и больныя усаживались, въ первый день своего вставанія, на 1 часть въ удобное кресло. Если температура и пульсъ послѣ этого не давали уклоненій отъ обычной нормы, то слѣдующій день онѣ оставались въ креслѣ 2 часа и такимъ образомъ доводилось до того, что черезъ 8 дней больныя оставались на ногахъ уже въ теченіе всего дня. Ходить въ теченіе первыхъ 3 дней послѣ родовъ запрещалось. Изъ общаго числа 134 родильницы провели послѣродовой періодъ безлихорадочно, у 16 наблюдалось непродолжительное и немного выше 38° повышение температуры (11%). Пульсъ обычно учащался при началѣ вставанія до 100 ударовъ въ минуту, но вскорѣ потомъ достигалъ обычной частоты. Самочувствіе и аппетитъ у всѣхъ были хорошіе. Повторно рожавшія въ клиникѣ при прежнихъ условіяхъ (вставали на 8 день) говорили, что чувствуютъ себя значительно лучше и бодрѣе. При внутреннемъ изслѣдованіи, на 9-ый день, въ 60% найдено вполне удовлетворительное обратное развитіе матки (на 1 поперечный палецъ выше лобка), въ 30% дно матки было на 2 попереч. пальца выше лобка, въ 10%—инволюція матки была плохая. Retroflexio наблюдалась 3 раза. Послѣ 4 недѣль 46 родильницъ были повторно изслѣдованы, изъ нихъ 25 оказались вполне здоровыми, 5 страдали незначительными бѣлками, 2—кровянистыми выдѣленіями, 5 жаловались на боли внизу живота. У 27 состояніе половыхъ органовъ оказалось вполне нормальнымъ, у 11 имѣлось retroflexio uteri. Основываясь на полученныхъ такимъ образомъ данныхъ, авторъ считаетъ вполне возможнымъ въ интересахъ больныхъ рекомендовать раннее вставаніе родильницамъ въ случаяхъ, гдѣ не имѣется какихъ-либо особыхъ противопоказаній.

424. Iosephson.—*Случай вскрытія измѣненной мочеточника въ вульву, излеченіе черезъ посредство резекціи почки.*—*Ein*

Fall von Ausmündung eines überzähligen Ureters in die Vulva, durch Nierenresektion geheilt (№ 24).

У 18-лѣтней дѣвушки авторомъ при изслѣдованіи констатируется, влѣво и ниже нормальной уретры, небольшое отверстіе изъ котораго постоянно выдѣляется моча. Контрольные опыты съ красящимъ веществомъ указали, что отверстіе это сообщается съ отдѣльнымъ (вторымъ) мочеточникомъ лѣвой почки. Произведенная операція подтвердила діагнозъ и послѣ изсѣченія соответствующей части лѣвой почки наступило выздоровленіе.

425. Littauer. — *Субфасціальное вскрытіе пахового канала для укороченія круглыхъ связокъ.*— *Die subfasciale Eröffnung des Inguinalkanals behufs Kürzung der Ligamenta rotunda (№ 24).*

Л. описываетъ слѣдующій методъ, примѣнявшійся имъ 8 разъ при операціи укороченія круглыхъ связокъ, въ случаяхъ, когда эта операція почему-либо комбинируется съ чревосѣченіемъ. Дѣлается поперечный разрѣзъ кожи и фасціи, но не строго по Pfannestiel'ю, а ведутъ его дугообразно до лобка, по сторонамъ сант. на 2 выше lig. Purartii, доходя пальца на 2 поперечныхъ ниже spin. ant. sup. Когда послѣ этого разрѣза вскрывается полость живота, то освобождаютъ матку отъ склеекъ и удаляютъ, если надо, опухоль придатковъ, послѣ чего удобно захватить и вытянуть круглыя связки со стороны пахового канала, дойдя до него путемъ введенія пальца или тампона между mm. obliq. ext. и inter. Убѣдившись затѣмъ въ правильномъ положеніи матки, закрываютъ брюшину, сшиваютъ пучки m. obliq. int., а вытянутую часть lig. rotund. сшиваютъ совмѣстно съ пучкомъ m. obliq. ext.; оба листка фасціи сшиваются на срединѣ тѣми же швами. Насколько эта операція надежна, въ смыслѣ продолжительности полученнаго эффекта, судить пока нельзя, такъ какъ всѣ 8 случаевъ были сдѣланы, почти одновременно, лишь нѣсколько мѣсяцевъ т. н.

426. Gusseff (Москва). *Случай ложнаго гермафродитизма.*— *Ein Fall von Pseudohermaphroditismus (№ 24).*

Случай касается 22-лѣтней особы, считавшейся до того женщиной, но по растительности на лицѣ и туловищѣ, а также развитію грудныхъ железъ, болѣе напоминавшей мужчину. При изслѣдованіи половыхъ органовъ обращаетъ на себя прежде всего вниманіе необычной длины клиторъ (7,5 ст. длины), praerutium clitoridis, образуя складки, переходитъ кзади въ большія губы, которыя хорошо развиты. При раздвиганіи губъ замѣчается соединеніе ихъ съ ладьеобразной ямкой. Малыя губы и Бартолиновы железы отсутствуют. Въ introitus vaginae видны два отверстія: одно подъ корнемъ клитора—наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала (длина 5 ст.) съ хорошо развитыми regiuretr'альными железами. Другое отверстіе ниже перваго, ограждено полулуннымъ hymen'омъ, пропускающимъ

черезъ себя только зондъ, упирающійся въ слѣпой мѣшокъ, длиною 8 сант. При тщательномъ изслѣдованіи per anum не удастся найти ни матки, ни придатковъ. При ощупываніи canal. inguin. и большихъ губъ не найдено также и яичекъ. Такимъ образомъ вопросъ о томъ имѣется ли дѣло съ мужчиной или женщиной остался открытымъ.

427. Cholmogoroff (Москва). — *Измѣрительный аппаратъ для опредѣленія длины новорожденныхъ.* — *Ein Messapparat zur Bestimmung des Längenmasses beim Neugeborenen* (№ 24).

Чтобы избѣжать неточности при измѣреніи обычнымъ путемъ длины новорожденныхъ, авторомъ предложена скамейка съ упоромъ для головки и подвижной дощечкой въ каждомъ концѣ. Положивъ ребенка на скамейку и вытянувъ ему ножки укрѣпляютъ дощечку у самыхъ подошвъ ножекъ и, снявъ затѣмъ ребенка, непосредственно измѣряютъ полученную длину. Скамейка эта изготовляется фирмой Швабе въ Москвѣ.

428. Grässer. — *Впрыскиваніе адреналина для предупрежденія кровотеченія при удаленіи остатковъ яйца послѣ выкидыша.* — *Adrenalininjektion zur Vermeidung der Blutung bei Entfernung von Placentarresten nach Abort* (№ 25).

На основаніе личнаго трехлѣтняго опыта, G. предлагаетъ въ случаяхъ упорнаго кровотеченія при остаткахъ яичевыхъ оболочекъ послѣ аборта впрыскивать растворъ адреналина (2—3 капли 1⁰/₁₀₀ на 1 к. с. физиолог. раствора соли или 1⁰/₁₀ кокаина) въ portio vag. Успѣхъ, по словамъ автора, превосходитъ всѣ ожиданія: кровотеченіе прекращается, матка дѣлается плотной и при выскабливаніи не получается ни капли крови.

429. N. N. — *Предостереженіе противъ адреналина.* — *Warnung vor Adrenalin* (№ 25).

Анонимный авторъ сообщаетъ о двухъ случаяхъ мгновенной смерти при введеніи въ толщу влагалищной части матки 2—2¹/₂ шприцевъ адреналина, 1,0—10,0 физиол. раствора. Впрыскиваніе съ цѣлью обезкровить послѣ операции было произведено въ обоихъ случаяхъ въ моментъ, когда начинали давать наркозъ (кислородъ-хлороформъ). Картина въ обоихъ случаяхъ, слѣдовавшихъ одинъ за другимъ въ промежуткѣ 1 недѣли, была идентична: рвота, остановка дыханія и пульса. Авторъ совѣтуетъ быть очень осторожнымъ съ этимъ средствомъ до тѣхъ поръ, пока токсическое дѣйствіе его, въ особенности на сердце, не будетъ детально изучено.

430. Zweifel. — *Есть ли присутствіе мясо-молочной кислоты въ крови и мочѣ больныхъ эпилепсией и эклампсией средствомъ судорогъ?* — *Ist die Fleischmilchsäure in Blut und Harn bei Epilepsie und Eklampsie eine Folge der Krämpfe?* (№ 26).

Z. было, какъ извѣстно, своевременно опубликовано изслѣдо-

ваніе о нахожденіи имъ въ мочѣ 17 экламптичекъ мясо-молочной кислоты. Послѣ этого появился рядъ сообщеній различныхъ авторовъ о томъ, что та же кислота была находима послѣ припадковъ эпилепсіи и даже въ другихъ случаяхъ, гдѣ имѣлось дѣло съ явленіями удушія. Впослѣдствіи автору приходилось еще нѣсколько разъ констатировать присутствіе мясо-молочной кислоты въ мочѣ и крови беременных, страдавшихъ нефритомъ и, вмѣстѣ съ тѣмъ, не находить ее иногда у эпилептиковъ. Z. обратилъ вниманіе на значительное количество молочной кислоты въ мочѣ одного изъ нихъ, страдавшаго очень частыми припадками и находившагося въ промежутокѣ между ними въ болѣе или менѣе коматозномъ состояніи. Исходя изъ того положенія, что образованіе мясо-молочной кислоты, во всякомъ случаѣ, зависитъ отъ присутствія мяса, авторъ посоветовалъ перевести больного исключительно на растительный столъ, послѣ чего тотчасъ же прекратились припадки, возвратилось сознаніе и исчезла молочная кислота въ мочѣ.

431. Nürnberger. — *Къ исторіи внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія.*—*Zur Geschichte des extraperitonealen Kaiserschnittes* (№ 26)

Авторъ, на основаніи старыхъ литературныхъ источниковъ, доказываетъ что, операція внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія, считающаяся теперь послѣднимъ словомъ нашей науки, была предложена еще въ 1806 г. Iorg'омъ въ Лейпцигѣ. Затѣмъ въ 1821 г. она подверглась нѣкоторымъ измѣненіямъ Ritgen'омъ и примѣнена на больной, но закончить операцію пришлось обычнымъ кесарскимъ сѣченіемъ, ввиду тяжкаго кровотеченія, грозившаго жизни матери и ребенка. Въ 1870 г., совершенно независимо отъ вышеназванныхъ авторовъ, эта операція вновь была предложена проф. Thomас'омъ въ Нью-Йоркѣ и затѣмъ имъ и нѣсколькими другими врачами въ Америкѣ и Европѣ до 1880 г. была сдѣлана 8 разъ на больныхъ. Потомъ, до послѣдняго времени, операція была забыта и не упоминалась даже въ учебникахъ, пока не была предложена Frank'омъ и Sellheim'омъ.

432. Meyer. — *О параметритѣ и заднемъ паравагинитѣ съ послѣдовательнымъ разращеніемъ эпителия.*—*Über Parametritis und Paravaginitis posterior mit heterooper Epitelwucherung* (№ 26).

Авторъ описываетъ нѣсколько случаевъ, по его словамъ нерѣдко встрѣчающихся, разращенія эпителия въ видѣ узелковъ (величиною до вишни и сливы) въ rectogenital'ной клѣтчаткѣ при параметритахъ и заднихъ паравагинитахъ. Чаще всего узелки эти помѣщаются въ rectogenital'ной клѣтчаткѣ между шейкой матки и прямой кишкой, рѣже нѣсколько ниже, между верхней частью влагалища и rectum. Ихъ можно ощупать какъ при двойномъ изслѣдованіи, такъ и черезъ прямую кишку. Происхожденіе этихъ узелковъ авторъ приписываетъ воспалительному процессу, при чемъ источникъ раздраженія эпителия не

всегда можно указать, но, съ большой вѣроятностью, слѣдуетъ предположить, что онъ находится въ зависимости отъ сращеній и склеекъ со смѣщенными окружающими частями, покрытыми эпителиемъ.

И. Судаковъ.

Beiträge zur Geburtshilfe. u. Gyn. B. 13, N. 3.

433. Huguenin.—*Über die Genese der Fibringerinnungen und Infarktbildungen der menschlichen Placenta.*—*Происхождение свертковъ фибрина и инфарктовъ человеческой плаценты.*

Въ теченіе ряда лѣтъ Huguenin изслѣдоваль микроскопически большое число плацентъ, чтобы выяснитъ вопросъ о происхожденіи свертковъ фибрина и бѣлыхъ инфарктовъ, придя къ слѣдующимъ выводамъ: фибринъ человѣческой плаценты происходитъ единственно изъ материнской крови. Онъ осѣдаетъ на слѣдующихъ, лишенныхъ синцитіального покрова мѣстахъ: на соединительной ткани ворсинъ, на клѣткахъ Langhans'оваго слоя, на децидуальныхъ клѣткахъ, на свернувшемся фибринѣ и свернувшейся крови. Бѣлые инфаркты происходятъ изъ простыхъ свертковъ фибрина всякой локализациі (фибринные слои Nitabusch'a, подамниотическіе слои фибрина, краевые слои фибрина и центральные фибринные узлы).

Бѣлые инфаркты на своей поверхности обнаруживаютъ разращеніе синцитія, на которое авторъ смотритъ, какъ на начало патологическаго процесса. Подобныя разращенія встрѣчаются и на простыхъ фибринныхъ сверткахъ. Что касается того обстоятельства, что бѣлые инфаркты и фибринные свертки въ иныхъ плацентахъ встрѣчаются въ очень большомъ числѣ, а въ другихъ отсутствуютъ, то причина его остается для автора темной.

434. Schickele.—*Die Lehre der Endometritis.*—*Ученіе объ эндометритѣ.*

Уже давно въ литературѣ высказывались сомнѣнія относительно воспалительнаго происхожденія т. наз. endometritis glandularis. Въ позднѣйшее время Theilhaber, Hartje, Hitschmann и Adler считаютъ т. наз. эндометритическія измѣненія маточныхъ железъ за предменструальныя, слѣдовательно, физиологическія. По мнѣнію Schickele, бываютъ измѣненія железъ, которыя являются патологическими, но ничего общаго съ предменструальной стадіей или воспаленіемъ слизистой оболочки не имѣютъ и которыя можно обозначить подъ именемъ endometritis glandularis. Слизистая оболочка въ подобныхъ случаяхъ значительно гиперемирована, безъ признаковъ воспаления, и богата сильно извитыми удлинненными железами, а межжелезистая ткань такой оболочки часто богата веретенообразными или круглыми клѣтками. Эти измѣненія слизистой оболочки, наблю-

дающіяся при многихъ хроническихъ воспалительныхъ состояніяхъ придатковъ, при заболѣваніяхъ и смѣщеніяхъ матки и при общихъ вазомоторныхъ расстройствахъ, являются вторичными. Причиной служитъ усиленный притокъ и застой крови въ слизистой оболочкѣ, содѣйствующій лучшему питанію эпителиальныхъ железъ и ихъ размноженію. Застоемъ же обусловливаются и кровотечения. Выскабливаніе приноситъ въ такихъ случаяхъ мало пользы. Лечение должно быть направлено главнымъ образомъ на устраненіе первичнаго страданія.

435 Konrad.—*Weitere Beiträge zur Vaginalstreptokokkenfrage.*—*Дальнѣйшія данныя къ вопросу о влагалищныхъ стрептококкахъ.*

Исслѣдованія автора составляютъ продолженіе совмѣстныхъ изслѣдованій автора съ д-ромъ Fromme относительно стрептококковъ влагалища и имѣютъ цѣлью разрѣшить вопросъ объ единствѣ или разнообразіи видовъ стрептококка, а также выяснитъ на большомъ матеріалѣ, возможно ли найти въ влагалищѣ здоровыхъ беременныхъ и родильницъ стрептококка, относящагося къ виду «длиннаго» (*streptococcus longus*).

Исслѣдовано 60 беременныхъ. Изъ нихъ 17 имѣли въ влагалищномъ отдѣленіи стрептококковъ, что составляетъ 28,3%. Изъ найденныхъ родовъ стрептококковъ ни одинъ не обнаруживалъ типическаго гемолиза, тогда какъ изслѣдованія надъ 3 видами стрептококковъ, добытыхъ изъ крови сердца умершихъ отъ *sepsis*'а больныхъ показали, что *streptococcus longus* въ особенности въ первой культурѣ уже чрезъ 8 час. даетъ ясный гемолизъ. Чрезъ 18 час. гемолизъ у *streptoc. longus* завершается вполне; колоніи окружены свѣтлымъ, какъ стекло, 3—4 mm. ширины поясомъ. У *streptococcus mitior* автору не удалось путемъ повторнаго проведенія его чрезъ животныхъ обнаружить свойства *str. longus*. Способность къ гемолизированію можно, правда, вызвать у него, но она развивается крайне медленно и чрезъ 20 сутокъ едва достигаетъ такой степени, какая наблюдается у *str. longus* въ первыхъ культурахъ чрезъ 16—18 час. Въ рукавѣ нормальныхъ беременныхъ сильно патогенныхъ стрептококковъ не встрѣчается, а лишь *streptococcus mitior*. Послѣдній составляетъ самостоятельный видъ, а не ослабленную разновидность *streptoc. longi*.

Родильницъ изслѣдовано 100, на 6—7, день послѣ родовъ. Стрептококки были найдены у 40 (40%), всѣ они принадлежали къ типу *streptococ. mitior*. Ни путемъ долгаго культивированія, ни проведеніемъ чрезъ животныхъ этимъ стрептококкамъ не удалось придать свойства *streptoc. longus*.—Въ статьѣ приведены литература вопроса и протоколы опытовъ.

436. Hoehne.—*Ueber wiederholte Hebosteotomie.*—*Повторная гебостеотомія.*

Гебостеотомія во 2-й разъ съ успѣшнымъ результатомъ была

произведена на 23-лѣтней второродящей женщинѣ съ плоскимъ рахитическимъ тазомъ (двойной мьсь: верхняя *con. vera* 6,6 см.; нижняя—7,2 см.). Размѣры таза при второй операциі были совершенно тѣ же, что и при первой. Исторія случая приведена весьма подробно. Ноeппе совѣтуетъ производить гебостеотомію по подперіостальному способу, какъ болѣе безопасному.

437. Pfisterer. — *Ein Hängelage - Geburtsstuhl.* — Кресло для родовъ въ висячемъ положеніи.

За висячимъ положеніемъ (Walher'овскимъ) давно признано большое значеніе при родахъ съ узкимъ тазомъ. Оно облегчаетъ вставленіе головки во входъ таза, увеличивая размѣры *con. verae*. За послѣднее время указано, что это положеніе облегчаетъ и прорѣзываніе головки при нормальныхъ родахъ, уменьшая напряженіе мягкихъ тканей выхода. Для веденія родовъ въ этомъ положеніи проф. Sellheim предложилъ кровать съ особымъ механизмомъ, но она не совсѣмъ удобна, въ виду чего проф. Herff устроилъ кресло-кровать, преимущество которой состоитъ въ томъ, что висячее положеніе роженица принимаетъ лишь во время схватки, а въ промежутки упирается ногами въ перпендикулярную полку. Эта же кровать можетъ служить и для производства акушерскихъ операций. Приведенный въ статьѣ рисунокъ даетъ наглядное представленіе объ устройствѣ этой кровати-кресла.

438. Stumpf und Sicherer. — *Ueber Blutungen ins Auge bei Neugeborenen.*—Кровоизліянія въ глазъ у новорожденныхъ.

Sicherer'у принадлежитъ офтальмоскопическая часть работы. Stumpf разсматриваетъ акушерское значеніе кровоизліянія въ сѣтчатую оболочку у новорожденныхъ.

Sicherer, приведя вкратцѣ соотвѣтствующую литературу, сообщаетъ о своихъ наблюденіяхъ надъ глазами 200 новорожденныхъ. Глаза новорожденныхъ изслѣдовались въ теченіе первыхъ же сутокъ послѣ родовъ. Если встрѣчались кровоизліянія, то эти дѣти изслѣдовались снова черезъ 6 дней, а нѣкоторыя и въ промежуточное время. Всѣ болѣзненные измѣненія глазного дна зарисовывались. Двустороннія кровоизліянія въ глазъ были найдены у 23 новорожденныхъ, на одномъ правомъ глазѣ—у 14 и на одномъ лѣвомъ—у 5. Такимъ образомъ, на 400 глазъ кровоизліяніе найдено было въ 65 глазахъ, отчасти въ сѣтчаткѣ, отчасти въ зрительномъ нервѣ; въ одномъ случаѣ весь глазъ былъ выполненъ кровью. Клинически кровоизліянія въ глазъ переносятся благоприятно: рассываются быстро даже очень обширныя кровоизліянія. На происхожденіе кровоизліяній оказываетъ вліяніе положеніе плода: при первомъ затылочномъ положеніи обычно былъ затронутъ правый глазъ или только одинъ, или въ большей степени, чѣмъ лѣвый, при 2-мъ затылочномъ положеніи—наоборотъ. Очевидно, въ ограниченномъ участкѣ сосудистой системы головы происходитъ

вслѣдствіе нарушеннаго родовымъ актомъ кровообращенія застой крови, способный обусловить кровоизліяніе въ сѣтчатую оболочку соответствующаго глаза.

Stumpf также подтверждаетъ значеніе расстройства кровообращенія для возникновенія кровоизліянія въ глазъ. По его заключенію, кровоизліянія въ глазъ обуславливаются ходомъ родовъ, они являются частичнымъ проявленіемъ дѣйствующаго на подлежащую головку давленія со стороны мягкихъ частей родового канала. Возникаютъ они, слѣдовательно, на той же почвѣ какъ и головная опухоль, въ особенности при одновременной асфиксіи плода и у недоношенныхъ плодовъ съ повышенной разрываемостью сосудовъ.

439. Offergeld.—*Metastasen im Herzen bei Uteruskarzinom.*—*Метастазы въ сердце при ракъ матки.*

Раковый метастазъ можетъ поражать эндо-міо- или перикардій. На 7071 случаевъ рака матки, опубликованныхъ въ 18 статистикахъ, метастазъ въ міокардій наблюдался въ 12 случаяхъ въ перикардій—въ 5. Къ этимъ случаямъ Offergeld прибавляетъ 2 собственныхъ наблюденія (у 53-лѣтней и 56-л. женщинъ). Метастазы случаются въ весьма пожиломъ возрастѣ, большею частью, при развитой кахексіи и общемъ карциноматозѣ. Метастазы совершаются по кровеносной системѣ, а въ перикардій и по ретроградному лимфогенному пути изъ лимфатическихъ сосудовъ легкихъ и плевры. Обнаруживаются они только на вскрытіи, прижизненные симптомы весьма неопредѣленны. Бактерійный эндокардитъ даже при изъязвившихся ракахъ матки развивается, по видимому, не особенно часто.

440. Hunziker—*Die Teratome der Schilddrüsengegend in pathologisch-anatomischer und klinischer Beziehung.*—*Тератомы въ области щитовидной желѣзы въ патолого-анатомическомъ и клиническомъ отношеніи.*

Ребенокъ съ тератомой въ области щитовидной желѣзы родился въ Zürich'ской клиникѣ отъ 36-лѣтней женщины, V-р. Опухоль представила препятствіе для рожденія еще не вполне доношеннаго плода, находившагося въ лобномъ предлежаніи. До поступленія въ клинику были сдѣланы безуспѣшныя попытки наложить щипцы. Въ виду грозящаго разрыва матки мертвый плодъ былъ перфорированъ, но присутствіе опухоли на шеѣ не позволило головкѣ опуститься; опухоль была вскрыта, при чемъ вышло много кашицеобразной массы; ребенокъ затѣмъ былъ извлеченъ безъ труда. Опухоль при изслѣдованіи оказалась тератомой. Авторъ даетъ ея подробное макро- и микроскопическое описаніе и приводитъ извѣстные въ литературѣ случаи подобныхъ опухолей.

Zeitschrift für Geburtshülfe и Gynäkologie Bd. 61. N. 3.

441. Ahlfeld.—*Der Nabelkegelpuls.*—*Пульсація пупка.*

На основаніи наблюденій надъ однимъ новорожденнымъ Ahlfeld пришелъ къ выводу, что пульсація пуповины у новорожден-

наго даже около самага пупка можетъ совершенно прекратиться, тогда какъ тѣ же самыя артеріи на 1 сант. ближе къ центру въ ихъ внутриплодной части сильно пульсируютъ. Существованіе пульса въ возвышеніи пупка у глубокоасфиктичныхъ плодовъ можетъ быть первымъ и вмѣстѣ съ тѣмъ наиболѣе легко установимымъ признакомъ. Исчезновеніе пульсаціи внутриплодной части пупочныхъ артерій идетъ наравнѣ съ увеличеніемъ расширенія груди отъ дыхательныхъ движеній. Отсутствіе пульсаціи въ возвышеніи пупка не доказываетъ смерти плода. Въ заключеніе Ahlfeld вкратцѣ касается причинъ этихъ явленій и ихъ практическаго значенія.

442. Ingersleu.—*Ueber bildliche Darstellungen aelterer Zeit, die Gynaekologie und Geburtshilfe betreffend.* — *Рисунки болѣе раннихъ вѣковъ, относящіяся къ гинекологіи и акушерству.*

Нѣсколько критическихъ замѣчаній относительно отдѣла «Изображенія на рисункахъ женскихъ половыхъ органовъ отъ 9-го столѣтія до Vesal'я», составленнаго проф. Klein'омъ и помѣщеннаго въ юбилейномъ сборникѣ v. Winckel'я «Старая и новая гинекологія».

443. Ahlfeld.—*Ausgetragene und doch nicht reife Kinder.*—*Доношенныя и все же незрѣлыя дѣти.*

Ahlfeld наблюдалъ случай рожденія плода въ 1590 гр. вѣс. и 44 см. длиною отъ беременной во 2-й разъ женщины, при чемъ, какъ подтвердилъ тщательный анамнезъ, беременность продолжалась 38 недѣль. Ребенокъ имѣлъ и нѣкоторые другіе признаки незрѣлости, но былъ совершенно правильно сформированъ и бралъ грудь вполнѣ хорошо. У матери изслѣдованіе мочи обнаружило явленія хроническаго нефрита. Случай этотъ, по мнѣнію Ahlfeld'a, весьма важенъ съ судебно-медицинской точки зрѣнія: такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ эксперты и судьи, конечно, болѣе склонны признать ложными указанія матери на начало беременности, чѣмъ плодъ за доношенный или почти доношенный, то всегда нужно имѣть въ виду, что доношенныя дѣти не всегда имѣютъ обычные анатомическіе признаки зрѣлости и что при рѣзкомъ несоотвѣтствіи между степенью зрѣлости плода и указаніями матери причиною этого можетъ быть хроническій нефритъ матери. Въ практикѣ Ahlfeld'у пришлось встрѣтить еще 2 подобныхъ случая: у женщины съ хроническимъ нефритомъ 3-ья почти доношенная беременность кончилась рожденіемъ ребенка 1300,0 вѣс. и 41 см. длин. и 4-ая, также почти доношенная беременность—рожденіемъ ребенка 1430,0 и 42 см. длиною.

444. Ahlfeld.—*Der Einfluss des Brustumfanges der Neugeborenen auf Haltung und Lage des Kindes.*—*Вліяніе окружности груди новорожденныхъ на членорасположеніе и положеніе плода.*

Еще въ 1873 г. въ своей монографіи Ahlfeld, разбирая происхожденіе лобныхъ и лицевыхъ предлежаній, прицель къ заключе-

нiю, что эти ненормальныя предлежанiя могутъ возникать въ томъ случаѣ, когда или головка плода, или грудная клѣтка его, или обѣ вмѣстѣ отклоняются отъ обычныхъ размѣровъ при относительно нормальной длинѣ плода, и что у подобныхъ плодовъ двойная длина внутриматочнаго размѣра плода превышаетъ нѣсколько длину всего плода. Однако въ одномъ представившемся случаѣ Ahlfeld былъ введенъ въ заблужденiе. Именно, у I-grav., съ окружностью живота въ 107 см., были предсказаны трудные роды плода, находившагося въ ягодичномъ положенiи. Въ области дна прощупывалась крупная головка, внутриматочный вертикальный размѣръ плода равнялся 30 см. Плодъ былъ признанъ очень большимъ и переносеннымъ. Роды прошли однако быстро и легко. Плодъ родился въ 3550,0 вѣс. и 53 см. длины. Послѣдъ вѣсилъ 900,0. На ряду съ очень крупной головкой отличалась своими размѣрами и грудная клѣтка: 10 см. прямой размѣръ и 35 въ окружности. Вслѣдствiе крупнаго объема этихъ органовъ и невозможно было значительное сгибанiе плода (пригибанiе головки къ груди), почему внутриматочная ось плода и имѣла 30 см. При головномъ положенiи это обстоятельство обусловило бы лицевое или лобное предлежанiе.

445. Ahlfeld.—*Schwimmende Lungen ohne Luftgehalt.*—*Плавающая легкiя безъ содержанiя воздуха.*

Ahlfeld въ числѣ прочихъ неточностей легочной пробы для доказательства присутствiя воздуха въ легкихъ обращаетъ вниманiе на то обстоятельство, что легкiя могутъ плавать безъ содержанiя воздуха въ нихъ, когда плодъ при внутриматочныхъ дыхательныхъ движенiяхъ втягиваетъ въ альвеолы кожную смазку, удѣльный вѣсъ которой ниже воды. Такихъ 2 случая ему пришлось наблюдать. Ошибка въ заключенiи предупреждается тѣмъ, что вскрывающiй всегда долженъ имѣть это обстоятельство въ виду и сдѣлать разрѣзъ легкаго подъ водой, при чемъ выхожденiе или отсутствiе пузырьковъ воздуха даетъ надлежащее указанiе. Микроскопическое же изслѣдованiе съ полною достовѣрностью можетъ обнаружить присутствiе жира въ альвеолахъ.

446. Rauscher.—*Funktionelle. Resultate der Ureter-Blasenano-stomose.* — *Функциональныя результаты вшиванiя мочеточниковъ въ пузырь.*

Материалъ Rauscher'a состоитъ исключительно изъ такихъ случаевъ вшиванiя мочеточника въ мочевой пузырь, въ которыхъ онъ могъ установить функциональныя результаты или путемъ цистоскопическаго изслѣдованiя, или при вскрытiи, спустя нѣсколько недѣль послѣ операци, слѣдовательно, когда уже получилась органическая связь между мочеточниками и мочевымъ пузыремъ. Rauscher старался при своихъ изслѣдованiяхъ опредѣлить состоянiе не только переса-

женнаго мочеточника, но и соответствующей почки; поэтому наряду съ цистоскопическимъ осмотромъ пришлось примѣнять и зондированіе мочеточниковъ катетеромъ, и хромоцистоскопію, и другіе способы функціональной діагностики почекъ. Rauscher весьма подробно приводитъ 13 случаевъ резекціи мочеточниковъ съ послѣдующимъ вшиваніемъ въ пузырь и дальнѣйшую судьбу этихъ случаевъ. Показаніемъ къ резекціи служили въ 8 случаяхъ расширенная операція рака матки, въ 4-хъ—предупрежденіе, герп. устраненіе грозящей уремїи вслѣдствіе сдавливанія раковымъ инфильтратомъ одного или обоихъ мочеточниковъ и въ 1-мъ—то и другое обстоятельство. Въ 7 случаяхъ мочеточникъ вшивался по способу Krause; въ 5 случаяхъ изъ нихъ получилось приживленіе съ хорошими функціональными результатами, въ 1-мъ—развилось суженіе на мѣстѣ пересадки съ послѣдующимъ расширеніемъ мочеточника и лоханки; въ 1-мъ случаѣ получилось приживленіе, функціональные результаты остались неизвѣстными.

Въ остальныхъ случаяхъ мочеточникъ былъ пересаженъ по способу Sampson-Franz'a: въ 5 случаяхъ получилось приживленіе съ хорошей функціей и 1 разъ—суженіе. Изъ всѣхъ 13 случаевъ только 5 было оперировано чисто внутривнутрибрюшинно, въ остальныхъ 8 операція была произведена также внутривнутрибрюшинно, но затѣмъ тазовая полость, по предложенному Amapn-Maskenrodt'омъ способу, отдѣлялась лоскутомъ брюшины отъ остальной полости брюшины. Въ 3-хъ случаяхъ были пересажены оба мочеточника по способу S.-Fr. съ хорошимъ результатомъ. Показаніемъ къ двусторонней резекціи мочеточниковъ является возможность радикальной операціи рака матки, безъ того невыполнимой. Профилактически этотъ приемъ показанъ только для тѣхъ рѣдкихъ случаевъ, когда по вскрытіи брюшной полости обнаруживается неоперабельность рака матки и вмѣстѣ съ тѣмъ суженіе мочеточниковъ.

447. Verka.—*Zur Frage sogenannter Psoriasis uteri.*—Къ вопросу т. назыв. псориазиса матки.

Цилиндрическому эпителию, выстилающему полость матки, свойственно, какъ доказано изслѣдованіями R. Meyer'a, имѣть иногда нѣсколько слоевъ. По мнѣнію R. Meyer'a, многослойность цилиндр. эпителия въ 2—3 ряда явленіе физиологическое и далеко не рѣдкое. Мнѣнія расходятся относительно образованія и многослойности плоскаго эпителия въ полости матки. Сообщивъ наблюдавшійся случай, гдѣ, 51-лѣтней женщины при изслѣдованіи удаленной по поводу, кровотеченій міоматозной матки была найдена слизистая оболочка, высланная многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, Verka приходитъ къ заключенію, что аналогично образованію плоскаго эпителия на маточныхъ полипахъ можетъ происходить обширная метаплазія, въ смыслѣ

т. наз. psoriasis uteri, и въ слизистой оболочкѣ матки. Такое явленіе само по себѣ не имѣетъ злокачественнаго характера, но все же нельзя отрицать, что оно предрасполагаетъ почву для развитія смѣшанноклѣткового рака.

448. Gerstenberg und Hein. — *Anatomische Beiträge zur Rückenmarkanästhesie.* — *Анатомическія данныя къ спинномозговой анестезіи.*

Обстоятельное анатомическое изслѣдованіе. Въ статьѣ (въ текстѣ и на таблицахъ) приведены превосходные рисунки съ препаратовъ, представляющихъ взаимныя отношенія позвонковъ, спинного мозга и его оболочекъ въ отдѣлахъ, гдѣ производится пункція. Изслѣдованія авторовъ имѣютъ цѣлью разъяснить нѣкоторые темные вопросы о причинахъ наступленія или отсутствія анестезіи въ нѣкоторыхъ случаяхъ и наблюдающихся иногда осложнений, а также дать описаніе правильной техники лумбальной анестезіи. Не поддаваясь краткому реферату, трудъ авторовъ заслуживаетъ полного вниманія всѣхъ интересующихся спинно-мозговой анестезіей.

449. Freymuth. — *Die Unterscheidung der streptokokken durch Blutnährboden.* — *Различіе стрептококковъ по кровянымъ питательнымъ средамъ.*

Въ виду противорѣчивости мнѣній относительно значенія гемолиза для доказательства болѣзнетворности стрептококковъ, Freymuth произвелъ провѣрочные опыты для выясненія отношенія стрептококковъ къ кровянымъ питательнымъ средамъ, связи ихъ болѣзнетворности съ явленіями гемолиза, и основаній для принятія по гемолитическимъ свойствамъ стрептококковъ заключенія относительно различія ихъ видовъ. Неболѣзнетворные стрептококки были получены изъ влагалищнаго секрета 20 совершенно здоровыхъ беременных Женской клиники, которыя чрезъ нѣсколько дней послѣ взятія секрета правильно разрѣшились и совершенно не лихорадили въ послѣродовомъ періодѣ. Патогенный стрептококкъ былъ полученъ изъ матки родильницы, умершей отъ сепсиса.

Изложивъ результаты своихъ изслѣдованій, Freymuth пришелъ къ заключенію, что гемолизъ на плотныхъ и жидкихъ кровяныхъ питательныхъ средахъ, засѣянныхъ стрептококками, не служить достовѣрнымъ признакомъ для сужденія о ихъ болѣзнетворности или безвредности, такъ какъ при одинаковыхъ условіяхъ опыта, какъ завѣдомо патогенные, такъ и неболѣзнетворные стрептококки то проявляли гемолизъ, то оставляли среду неизмѣненной.

450. Holzbach. — *Vergleichend-anatomische Untersuchungen ueber die Tubenbrunst und die Tubenmenstruation.* — *Сравнительно-анатомическія изслѣдованія надъ течкой и надъ менструаціей трубъ.*

Изслѣдованія Holzbach'a имѣли цѣлью выяснитъ участіе

фаллопиевыхъ трубъ въ періодической—менструальной и межменструальной—дѣятельности половой сферы и распадаются на 3 части. Прежде всего онъ изучалъ строеніе и физиологію трубъ на животныхъ изъ семейства *deciduata* (кролики, крысы, мыши, ежи, летучія мыши). Второю задачею *Holzbach'a* было выяснитъ состояніе трубъ у *deciduata* въ различные физиологическіе періоды: для этого подъ эфирнымъ наркозомъ у кроличихъ или крысъ, путемъ чревосѣченія, въ періодъ течки удалялась одна труба и кусокъ соответствующаго рога. Животъ тщательно зашивался и чрезъ 2—3 недѣли въ свободное отъ течки время удалялась путемъ повторнаго чревосѣченія оставшаяся труба. У ряда живогныхъ удаленіе трубъ производилось въ обратномъ порядкѣ. Третья часть работы была посвящена изслѣдованію по возможности здоровыхъ трубъ женщинъ. Трубы были удаляемы при радикальныхъ операціяхъ, которыя были производимы въ желаемое по отношенію къ менструаціи время.

Описавъ подробно методику своихъ изслѣдованій и полученные результаты, *Holzbach* сводитъ послѣдніе къ слѣдующему: въ трубахъ различныхъ млекопитающихъ наступаютъ равномерно періодическія измѣненія, которыя доказываютъ участіе трубъ въ течкѣ. Послѣдняя состоитъ въ специфическомъ, связанномъ съ значительной гипереміей, отдѣленіи секрета, имѣющемъ, у животныхъ во всякомъ случаѣ, важное отношеніе къ продвигающемуся яйцу. Трубной менструаціи у *deciduata* не существуетъ. Равнозначущій течкѣ у животныхъ процессъ происходитъ въ трубѣ женщины въ періодъ т. наз. предменструальнаго прилива въ половыхъ органахъ.

451. Blumenthal. — *Erwiderung auf: „Die praktische Verwertbarkeit der Leukocytenbestimmung für die Diagnose entzündlicher Erkrankungen der weiblichen Genitale“ von H. Albrecht.* — *Возраженіе на статью Albrecht'a: „Практическое значеніе опредѣленія лейкоцитовъ для распознаванія воспалительныхъ заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ“.*

Пolemическая замѣтка (Реф. статьи *Albrecht'a* см. «Ж. ак. ж. б. 1909 г. мартъ, ст. 330, реф. № 101).

452. Labhard und Wallart. — *Ueber Pemphigus neonatorum simplex congenitus.* — *Простой врожденный пемфигусъ новорожденныхъ.*

Авторы имѣли возможность въ теченіе одной недѣли наблюдать 3 случая врожденнаго простаго пемфигуса новорожденныхъ, изъ которыхъ 2 въ теченіе 2-хъ одинъ за другимъ слѣдующихъ дней наблюдались въ *Basel'sкой* клиникѣ и 1 въ частной клиникѣ *Wallart'a*. Для сравненія авторы вкратцѣ приводятъ описанные въ литературѣ случаи: всего 13, первый былъ описанъ *Osiander'омъ* въ 1794 г. послѣдній *Koblanck'омъ* въ 1906 г. 3 изъ нихъ слѣдуетъ, впрочемъ, поставить въ сторонѣ, какъ *erythromolysis bullosa hereditaria*.

Въ 3-хъ случаяхъ, изъ остающихся, 14 родились близнецы, причѣмъ въ 1-мъ случаѣ одинаковая сыпь наблюдалась у обоихъ плодовъ и въ 2-хъ только у одного.

Относительно этиологіи авторы высказываются, что пемфигузъ, развивающійся послѣ родовъ, можетъ быть обусловленъ различнаго рода бактеріями, тогда какъ врожденный пемфигузъ происходитъ или отъ зараженія бактеріями, или отъ исходящаго со стороны матери зараженія бактерійными токсинами.

453. Wallart. — *Ueber das Verhalten der interstitiellen Eierstocksdrüse bei Osteomalacie.* — Состояніе интерстиціальной яичниковой железы при остеомаляціи.

Предполагая, на основаніи теоретическихъ соображеній, связь остеомаляціи съ неправильностями внутренней секреціи яичниковъ, Wallart въ 5 случаяхъ остеомаляціи старался тщательно выяснитъ состояніе того органа яичника, которому приписывается внутренняя секреція,—именно. интерстиціальной железы. Въ первыхъ 4-хъ случаяхъ изъ Basel'ской клиники яичники были удалены у беременныхъ или въ первые дни послѣродового періода, въ пятомъ случаѣ яичники были удалены у ни разу не беременнѣвшей женщины, умершей въ клиникѣ отъ сердечнаго и почечнаго заболѣванія.

Произведя подробное макро-и микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ яичниковъ, Wallart нашель, что во всѣхъ 5 случаяхъ была сильно развита интерстиціальная яичниковая железа. Обнаружилось весьма рѣзкое, бросающееся въ глаза сходство въ развитіи интерст. железы у беременнѣвшихъ остесмалятичекъ и у не беременнѣвшей. Это сходство требуетъ дальнѣйшихъ изслѣдованій, чтобы выяснитъ, имѣлось ли здѣсь случайное или закономерное явленіе.

М. Порошинъ.

Обзоръ французской акушерско-гинекологической литературы.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Janvier 1909.

454. A. Couvelaire.—*Providence du cordon et viciations pelviennes indications de l'opération césarienne.*—Выпаденіе пуповины при неправильномъ тазѣ, какъ показаніе къ кесарскому счѣнію.

Для обоснованія своего положенія авторъ беретъ статистику подобныхъ случаевъ въ клиникѣ Vauclercque за 1893—1904 годы. За это время наблюдался 31 подобный случай съ 0% смертности для матерей и 42% — для дѣтей; отбрасывая 5 изъ этихъ наблюденій, гдѣ дѣти умерли до поступленія въ клинику, получимъ 26 случаевъ съ 27% смертности. Въ 3-хъ случаяхъ роды окончены внутреннимъ поворотомъ, въ одномъ, послѣ предварительнаго расширенія шейки метрей-

ринтеромъ, всѣ дѣти остались живы; въ 17 случаяхъ произведено успѣшное вправление пуповины: 11 дѣтей родились живыми, 3 умерли и 3 извлечены живыми послѣ симфизеотоміи; 6 разъ вправление не удалось: 1 ребенокъ извлеченъ живымъ послѣ симфизеотоміи и 5 умерло, изъ нихъ 2 родились самопроизвольно и 3 послѣ базіотрипсии. Такая неутѣшительная статистика побуждаетъ автора: во 1-хъ при невраимости выпавшей пуповины и недостаточномъ расширеніи зѣва, не допускающемъ тазорасширяющихъ операций, кончатъ роды кесарскимъ сѣченіемъ и даже, во 2-хъ, при вправленіи пуповины, но при маломъ раскрытіи зѣва и несоотвѣтствіи головки съ тазомъ, не выжидать условій для поздней симфизеотоміи, а примѣнять раннее кесарское сѣченіе. Основываясь на этихъ 2-хъ положеніяхъ, авторъ и произвелъ два раза кесарское сѣченіе: 1) при выпавшей и невправляющейся пуповинѣ и маломъ раскрытіи зѣва, при чемъ уже оказалось, что околоплодныя воды содержали значительное количество песоніума и уже проникли въ дыхательные пути ребенка, который былъ оживленъ, и 2) при выпавшей и вправленной пуповинѣ, но значительномъ несоотвѣтствіи головки и таза и маломъ раскрытіи зѣва, ребенокъ живъ; для матерей обѣ операции протекли вполне благополучно.

Réunion obstétricale de Lyon (ibidem).

455. Commandeur. — *Deux cas de grossesse extra-membraneuse.* — *Два случая вѣтроболочечной беременности.*

Къ 30 извѣстнымъ въ литературѣ случаямъ авторъ прибавляетъ еще 2: въ одномъ случаѣ наблюдались многочисленныя деформациі плода, ампутаціи голени и пальцевъ, косолапость и проч., въ другомъ плодъ былъ нормальный.

456. Fabre et Trillat. — *De la limitation de la force dans les applications de forceps au détroit supérieur. Nécessité de l'emploi de dynamomètre.* — *Ограниченіе силы при примѣненіи высокихъ щипцовъ. Необходимость употребленія динамометра.*

Для уменьшенія опасности употребленія излишней силы при наложеніи высокихъ щипцовъ авторы предлагаютъ помѣстить динамометръ между ложками щипцовъ и руками оператора. Для этого употребляются щипцы съ влекущими тесьмами, концы которыхъ прикрѣпляются къ одному крючку динамометра, къ другому же крючку его придѣляется рукоятка, въ видѣ поперечной перекладины 30 см. длины. Помощникъ оператора усаживается низко и дѣлаетъ тракціи, соображаясь съ показаніями динамометра, самъ же операторъ смотритъ за ходомъ головки, расширеніемъ мягкихъ частей и проч. и, сообразно ходу родовъ, измѣняетъ направленіе тракцій, ихъ силу и т. д.

Если головка, при примѣненіи тракцій силою въ 25 килограммъ, въ теченіе четверти часа не двигается съ мѣста, тогда авторы совѣ-

туютъ переходить къ другимъ родоразрѣшающимъ операциямъ: кесарскому сѣченію, пубіотоміи и пр.

Société d'obstétrique de Paris (ibidem) 1908.

457. L. Pierra. — *Grossesse et accouchement dans un utérus bicorné unicervical avec vagin double.*—Беременность и роды въ двуугой одношеечной маткѣ съ двойнымъ влагалищемъ.

Беременность развилась въ правомъ рогѣ матки, плодъ помѣшался въ ягодичномъ положеніи, перегородка, очень мясистая, достигала почти до шейки матки. При изгнаніи плода онъ сѣлъ верхомъ на перегородку влагалища, которую авторъ разсѣкъ между двумя зажимами; плодъ извлеченъ жирыми, разрѣзы перегородки прижжены затѣмъ термокаутеромъ.

458. Lequeux.— *Un cas de grossesse angulaire.*—Случай беременности въ углу матки.

Случай интересенъ тѣмъ, что объективныя данныя у женщины, страдающей на 4-мъ мѣсяцѣ беременности кровотечениями, давали поводъ заподозрить или внѣматочную беременность или таковую же въ углу матки. Противъ первой говорило полнѣйшее отсутствіе болевыхъ ощущеній и нерѣзкая ограниченность беременнаго участка отъ тѣла матки. Въ виду того, что кровотечения продолжались, авторъ приготовилъ все нужное, какъ для лапаротоміи, такъ и для выскабливанія. Подъ хлороформомъ онъ окончательно убѣдился, что имѣетъ передъ собой беременность въ углу матки, и произвелъ выскабливаніе.

Société d'obstétrique de Toulouse 1908 (ibidem).

459. Mériel.— *Première grossesse à terme dans un utérus fortement prolabé; deuxième dans un utérus réduit.*—Первая срочная беременность въ выпавшей маткѣ, вторая во вправленной.

Первые роды окончены поворотомъ поперечно лежащаго плода и его извлеченіемъ; вторую беременность женщина провела въ постели съ пессаріемъ, роды произошли самоприсильно живымъ плодомъ.

460. Audebert et Poux.— *Grossesse et accouchement dans un utérus double.*—Беременность и роды въ двойной маткѣ.

Матка вполне перегородженная, съ двумя шейками и влагалищами, поперечное положеніе плода. За двѣ недѣли до срока внутренній поворотъ и извлеченіе живого плода.

Février 1909.

461. Abadie et Rougé.— *Deux cas de kystes du vagin, d'origine wolffienne.*—Двѣ кисты влагалища, происходящія изъ Вольфовыхъ тѣлъ.

У первой больной киста, величиною въ орѣхъ, помѣшалась въ верхнемъ отдѣлѣ влагалища, у основанія праваго свода, и была обнаружена случайно, при изслѣдованіи зеркаломъ, по поводу полипа

шейки; у второй же больной киста была расположена въ нижней части влагалища, надъ остатками hymen'a съ правой стороны. Обѣ кисты вылушены и микроскопированы; оказались происхожденія изъ Вольфовыхъ тѣлъ.

462. Lecène.—*Tuberculose de la glande de Bartholin.*—*Туберкулезъ Бартолиновой железы.*

Два очень рѣдкіе случая. Въ первомъ 40-лѣтняя женщина была оперирована по поводу рака шейки матки, препаратъ остался неизслѣдованнымъ; черезъ 1½ года рецидивъ въ толщѣ большой губы, въ мѣстѣ расположенія gland. Bartholini. По излѣченіи узла онъ оказался при микроскопическомъ изслѣдованіи туберкулезнымъ, съ бугорковыми фолликулами и бациллами Коха. Можно было предположить, что и страданіе шейки было туберкулезнаго характера.

Вторая больная кромѣ туберкулезнаго бартолинита представляла многочисленныя страданія того же характера: паховые лимфадениты съ обѣихъ сторонъ, фистулу задняго прохода и изъязвленіе правой малой губы, отдѣленіе изъ котораго обнаружено присутствіе коховскихъ палочекъ. Авторъ вылушилъ бартолинову железу и паховыя железы и выскоблилъ изъязвленіе и фистулу; больная вскорѣ поправилась.

463. Lucas-Championnière.—*Antisepsie de l'avortement.*—*Антисептика при выкидышѣ.*

Методъ веденія авторомъ выкидышей съ признаками инфекции сводится къ надежной антисептикѣ и очень простъ. Передъ вмѣшательствомъ онъ сначала обеззараживаетъ полость матки вытирая ее тампономъ, пропитаннымъ крѣпкимъ растворомъ (5% -ый въ 10% -мъ растворѣ глицерина) карболовой кислоты или перекиси водорода, тѣми же растворами протирается и влагалище. Затѣмъ полость матки опорожняется отъ плода или его остатковъ пальцемъ или ложкой, смотря по случаю, и опять дезинфицируется указанными растворами, послѣ чего въ нее вводится и тамъ выжимается тампонъ или небольшая губочка, пропитанная 10 или 20% -мъ растворомъ креозота въ глицеринѣ, оберегая стѣнки влагалища отъ прижигающаго дѣйствія раствора. Въ полости матки не оставляется ни тампона, ни полоски марли, во влагалище же вводится іодоформенная марля только въ томъ случаѣ, если есть какія либо поврежденія шейки или стѣнокъ его. Никогда не производится внутриматочныхъ промываній или влагалищныхъ спринцеваній.

Société d'obstétrique de Paris (ibidem).

464. Guillet.—*Un cas de grossesse gémellaire intra et extra-utérine combinée.*—*Маточная и внѣматочная беременность одновременно.*

Маточная беременность была обнаружена только во время лапаротоміи по поводу лопнувшей внѣматочной. Во избѣжаніе послѣ-

дующаго выкидыша и риска тяжелыхъ осложненийъ при этомъ, авторъ произвелъ удаленіе матки.

465. Tissier et Wiart.—*Grossesse ectopique intraligamentaire méconnue. Intervention à terme. Enfant vivant.*—*Нераспознанная внутриматочная межсвязочная беременность. Операция въ концѣ беременности; живой ребенокъ.*

На 6-мъ мѣсяцѣ діагнозъ былъ поставленъ нормальной беременностью и фиброміомы и было рѣшено дѣлать въ концѣ кесарское сѣченіе.

Разрѣзъ матки въ 18 см. длины не далъ доступа къ плодному яйцу, которое вскрыто вторымъ разрѣзомъ стѣнки, и ребенокъ былъ извлеченъ изъ плодотѣстища въ правой широкой связкѣ. Дѣтское мѣсто прикрѣплялось къ задней сторонѣ матки, которую пришлось удалить; больная выздоровѣла.

Случай интересенъ по громадному сочувственному увеличенію матки, которое авторы склонны объяснять прикрѣпленіемъ къ ней дѣтскаго мѣста.

466. Brindeau.—*Deux cas d'hématométrie acquise.*—*Два случая приобрѣтенной haematometra.*

Случаи рѣдкіе, оба появившіеся послѣ патологическихъ родовъ; въ обоихъ случаяхъ растянуты кровью были только шейки матки, тѣла же ихъ не принимали участія. Разсѣченіе шейки съ обшиваніемъ краевъ ея въ обоихъ случаяхъ повело къ выздоровленію.

Société anatomique de Paris. 1908. (Ibidem).

467. Guibé.—*Tumeur maligne de l'ovaire tordue.*—*Перекрученная злокачественная опухоль яичника.*

Женщина 60 лѣтъ, лежавшая въ госпиталѣ изъ-за упорныхъ запоровъ, однажды при кашлѣ почувствовала сильную боль въ животѣ; рвота, пульсъ 140. Изслѣдованіе показало опухоль слѣва внизу живота. Лапаротомія: брюшина содержитъ кровянистую жидкость, опухоль плотная, около 2-хъ кулаковъ, во время извлеченія разрывается, ножка перевязана и разсѣчена.

Въ послѣоперационномъ періодѣ много осложненийъ, отъ которыхъ больная умерла черезъ 3 недѣли. Опухоль при изслѣдованіи оказалась саркомой яичника.

468. Mériel.—*Fibrome pur de l'ovaire à pedicule tordu.*—*Чистая фиброма яичника съ перекрученной ножкой.*

Фибромы яичника не часты. У данной больной была распознана фиброміома матки субсерозная, на ножкѣ, плотная и круглая. Только при операциіи выяснилось, что опухоль исходитъ изъ праваго яичника; опухоль удалена, вѣсъ ея 2 кило.

469. Mériel.—*Utérus didelphe à corps indépendants, sans hématométrie, malformations vulvaires et vaginales.*—*Двоиная матка съ отдѣль-*

ными тѣлами, безъ скопленія крови въ нихъ, пороки развитія влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ.

22-лѣтняя женщина съ жестокими *molimina menstrualia* при каждахъ регулахъ; при осмотрѣ дѣтскаго вида *vulva* и влагалище, оканчивающееся слѣпой воронкой; при изслѣдованіи *per gestum* небольшое утолщеніе, соотвѣтственно воронкѣ, и по бокамъ массы, напоминающія придатки. При лапаротоміи найдены 2 тѣла матки, правое съ оливку, лѣвое въ 3 раза больше, каждое съ грубой и яичникомъ; оба тѣла были на разстояніи 10 см. одинъ отъ другого и соединялись съ упомянутой воронкой, широкія связки съ каждой стороны были ясно выражены. Не было ни малѣйшаго слѣда *haematometra* или *haematosalpinx*, что авторы считаютъ очень рѣдкимъ случаемъ (пятый въ литературѣ). Изъ за тяжкихъ расстройствъ менструацій у больной оба тѣла матки вмѣстѣ съ придатками были удалены; гладкое выздоровленіе.

Mars 1909.

470. Fleux.—*Fibromes du segment inférieur, deux observations d'opération césarienne.*— Два кесарскихъ сѣченія при фиброміомѣ нижняго сегмента матки.

I. Женщина 39 лѣтъ, первородящая, хорошаго сложенія и здоровая, правильно менструировавшая; срочные роды, сильныя и правильныя схватки прекращаются черезъ полтора сутокъ; при изслѣдованіи головка высоко, зѣвъ подъ симфизомъ, проходимъ для двухъ пальцевъ, почти всю полость малаго таза выполняетъ плотная опухоль, въ 2 кулака величиною. Произведено кесарское сѣченіе, ребенокъ живой, 3670 grm. вѣсомъ, послѣдъ удаленъ и матка зашита; послѣ этого авторъ вылушилъ фиброміому изъ задней части нижняго сегмента матки.

II. Во время первой беременности, на 2-мъ мѣсяцѣ, у 30-лѣтней, правильно менструировавшей дамы былъ поставленъ, многократно потомъ врачами подтвержденный діагнозъ опухоли крестца и совѣтовано кесарское сѣченіе въ концѣ беременности. При началѣ схватокъ и разрывѣ плоднаго пузыря было произведено кесарское сѣченіе, извлечена дѣвочка 4060 grm. По удаленіи послѣда и зашиваніи матки опухоль при изслѣдованіи оказалась фиброміомой задней стороны нижняго сегмента матки, приросшей къ крестцу; при разрушеніи сращеній значительное кровотеченіе, опухоль вылушена. На 4-й день послѣ операціи смерть при явленіяхъ коллапса.

Авторъ высказывается за удаленіе фиброміомъ при кесарскомъ сѣченіи по поводу ихъ присутствія.

471. Looten et Oui.—*Infection puerpérale prolongée, infection à tetragènes.*—Затянувшая послеродовая лихорадка, зараженіе *m. tetragenes*.

Женщина 34 лѣтъ, менструировавшая съ 16 лѣтъ, замужемъ съ

22 лѣтъ, страдавшая послѣ замужества упорными бѣлями, забеременѣваетъ; беременность протекаетъ правильно, роды въ срокъ, продолжаются 5 сутокъ и кончаются наложеніемъ шипцовъ на совершенно истощенной женщинѣ; ребенокъ извлеченъ довольно легко, въ полуасфиксіи, съ двукратнымъ обвитіемъ пуповины, разрывъ промежности, сильное кровотеченіе до и послѣ выхода послѣда, оболочки котораго частью задержались; массажъ и горячее спринцеваніе матки, подкожное вливаніе 1-го литра солевого раствора и зашиваніе промежности.

Явленія инфекціи начались со слѣдующаго дня, въ тяжелой формѣ, на 6-й день сняты швы съ несросшейся раны влагалища и промежности и произведено выскабливаніе матки, удалившее много гнилостно распадающихся оболочекъ, и впрыскиваніе 80 к. с. антистрептококковой сыворотки, повторенное 3 раза; на третій день послѣ выскабливанія t^0 падаетъ и 5 дней стоитъ на нормѣ. Затѣмъ опять t^0 поднимается и держится высокой, достигая иногда $40,5^0$, въ теченіе 20 дней, при чемъ появляются гнойный циститъ и множественныя страданія суставовъ, а бактериологическое изслѣдованіе крови обнаружило въ ней присутствіе *m. tetragenis*. Тогда авторы рѣшили произвести фиксаціонный абсцессъ по Fochier, послѣ котораго t^0 понизилась и черезъ 10 дней упала до нормы, общее состояніе улучшилось и больная выздоровѣла.

Авторъ утверждаетъ: 1) что выздоровленіе наступило благодаря фиксаціонному абсцессу, 2) что его случай послѣродовой инфекціи *m. tetragenis* первый въ литературѣ и 3) что инфекція этимъ микробомъ была вторичная, послѣ апирексіи, произведенной выскабливаніемъ матки, благодаря проникновенію микроба черезъ открытую рану промежности.

472. A. Couvelaire. — *Incarcération pelvienne de l'utérus gravide rétrofléchi avec abaissement du col.* — Ущемленіе ретрофлексированной беременной матки съ опущеніемъ ея шейки.

Классическая картина ущемленія въ данномъ случаѣ разнилась отъ обыкновенной только тѣмъ, что вмѣсто положенія шейки сзади и надъ симфизомъ шейка находилась позади симфиза и подъ нижнимъ его краемъ; поэтому авторъ причину задержки мочеиспусканія видитъ въ прижатіи мочеиспускательнаго канала шейкой матки къ задней сторонѣ симфиза. Случай произошелъ у третьбеременной, на $3\frac{1}{2}$ мѣсяцахъ женщины, до тѣхъ поръ гинекологически совершенно здоровой и два раза правильно родившей. Послѣ катетеризаціи, матка, 2 дня не вправлявшаяся черезъ влагалище, на 3-й день вправилась черезъ rectum.

473. H. Hartmann. — *La périnéorrhaphie dans les déchirures complètes.* — Шиваніе промежности при полныхъ разрывахъ ея.

Авторъ описываетъ способъ Watkins'a, состоящій въ томъ

что сначала дѣлають горизонтальный разрѣзь задней стѣнки влагалища на 1 палець выше разрыва gesti, затѣмъ отсепаиваютъ слизистую влагалища отъ таковой же gesti, доходя такимъ образомъ до концовъ разорваннаго sphincter ani, которые освобождаютъ изъ глубины тканей, вытягиваютъ пинцетамъ и сшиваютъ кетгутомъ. Послѣ этого стѣнку влагалища зашиваютъ по Hegarty. Выгода способа состоитъ въ томъ, что около anus нѣтъ швовъ, которые легко могли бы инфицироваться.

474. Ferré. — *Sarcome globo-cellulaire primitif interstitiel de l'utérus.* — Первичная межзубчатая круглоклеточковая саркома матки.

Опухоль удалена у женщины 42 лѣтъ, за 3 года передъ тѣмъ начавшей терять много крови, что очень ее истощило. При операціи опухоль сильно васкуляризирована, неравномѣрной консистенціи, мѣстами почти флюктуирующая; произведена надвлагалищная ампутація матки, больная выздоровѣла. Подъ микроскопомъ опухоль ясно отграниченная, по строенію кругло-клеточковая саркома телеангиэктатического характера съ альвеолами.

Авторъ отмѣчаетъ рѣдкость чистой первичной саркомы матки, которая клинически обыкновенно діагносцируется и протекаетъ, какъ фиброміома.

Société anatomique de Paris. Mai 1908 (ibidem).

475. Fontoynt et Jourdran. — *Monstre sternopage.* — Двойной уродъ со сросшимися грудными костями.

Уродъ родился въ Тананаривѣ, роды произошли легко. Два ребенка женскаго пола, сросшеніе лицомъ къ лицу отъ ключищъ до пупка; выше и ниже сросшенія нормально сформированные организмы.

Грудная кость толще нормальной; обѣ грудныя полости сообщаются, два легкихъ, правое и лѣвое, съ нормальнымъ числомъ долей. Одна околосердечная сумка, въ которой помѣщается одно сердце, состоящее изъ трехъ желудочковъ и трехъ ушковъ; изъ обонхъ боковыхъ желудочковъ идетъ по аортѣ къ каждому плоду и по легочной артерин, раздѣляющихся каждая на правую и лѣвую, изъ срединнаго ушка идутъ къ каждому плоду по верхней и нижней полой венѣ. Одна большая шарообразная печень, расположенная посрединѣ, кромѣ этого обѣ пищеварительныя системы разныя для каждаго плода. Діафрагма общая, полости брюшины отдѣльныя для каждаго плода, равно какъ и селезенки и почки въ нормальномъ числѣ. Рентгенографія показала, что въ строеніи скелетовъ обонхъ плодовъ уклоненій отъ нормы не было.

Juin 1908.

476. P. Lecène. — *Kyste dermoïde bilatéral de l'ovaire chez une négresse.* — Дермоидъ у негритянки.

Интересъ случая заключается въ томъ, что въ кожистыхъ обра-

зованіяхъ, находившихся внутри дермоидныхъ кистъ у негрятки, было замѣтно отложеніе темнаго пигмента, не такого чернаго отѣнка, какъ у взрослыхъ, но свѣтло-шоколаднаго, какъ у новорожденныхъ негрятъ.

477. P. Hardouin. — *Fibrome ulcéré de la paroi antérieure du vagin.* — *Изъязвившаяся фиброма передней стѣнки влагалища.*

Опухоль развилась 5 лѣтъ т. назадъ у женщины 48 лѣтъ, помѣщалась на передней стѣнкѣ влагалища, подъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала между малыми губами, величиною почти въ гусиное яйцо, съ изъязвленной поверхностью. Будучи удалена и микроскопирована, опухоль оказалась чистой фибромой. Авторъ говоритъ, что эти фибромы развиваются въ толщѣ соединительной ткани влагалищной стѣнки.

Octobre 1908.

478. Péraire. — *Myxosarcome de l'utérus.* — *Миксосаркома матки.*

У женщины 39 лѣтъ, страдавшей кровотеченіями, развилась въ животѣ опухоль, величиною въ голову взрослою, полу-плотной консистенціи, мѣстами флюктуирующая, черезъ влагалище опредѣлялось, что она исходитъ изъ матки, неболѣзненна. Путемъ лапаротоміи произведена надвлагалищная ампутация матки и удаленіе сильно приросшихъ правыхъ придатковъ. Смерть на 4-й день послѣ операціи отъ непроходимости кишекъ. Опухоль, около 3 килограммъ вѣсомъ, подъ микроскопомъ оказалась миксосаркомой.

479. Sicard. — *Sarcome primitif de l'utérus, avec annexite double, simulant une tuberculose caséuse des trompes.* — *Первичная саркома матки съ воспаленіемъ придатковъ, симулирующимъ туберкулезный салпингитъ.*

Женщина 54 лѣтъ, замужняя, бездѣтная, имѣвшая всегда продолжительныя и болѣзненныя регулы и 2 года т. назадъ менопаузу, годъ т. назадъ опять закровоточила, и при изслѣдованіи оказалось, что матка съ большой кулакъ; внутри матки мягковатые бугры, выскоблены; предположена эпителиома.

Произведено полное удаленіе матки и обоихъ придатковъ, которые макроскопически напоминали туберкулезныя, но при изслѣдованіи оказались просто воспаленными, а опухоль матки саркоматозною.

Л. Ульяновскій.

Comptes rendus de la Société de Biologie. 1909.

480. L. Alquier et L. Theuveny. — *Etat de l'ovaire de chiennes ayant subi l'exstirpation partielle ou totale de l'appareil thyro-parathyroïdien.* — *Состояніе яичниковъ собакъ, подвергшихся ча-*

стичной или тотальной экстирпации щитовидной и паращитовидныхъ железъ. (№ 5).

Опыты поставлены на взрослыхъ животныхъ. Клиническія явленія, обусловленныя экстирпацией щитовидной и паращитовидныхъ железъ, во всѣхъ опытахъ были рѣзко выражены и заканчивались летально. Гистологическія изслѣдованія яичниковъ убѣдили авторовъ въ отсутствіи какого бы то ни было вліянія операциі на структуру и овуляціонную функцію яичниковъ: состояніе послѣднихъ, развитіе фолликуловъ и желтыхъ тѣлъ вполне соответствовали возрасту животныхъ. Изъ клиническихъ симптомовъ, между прочимъ, наблюдались болѣе рѣдкое появленіе течки и сокращеніе менструальнаго періода, а также ослабленіе способности зачатія.

481. P. Bouin et P. Ancel. — *Sur la fonction du corps jaune. Action du corps jaune vrai sur l'utérus.* — *Къ функціи желтаго тѣла. Вліяніе истиннаго ж. тѣла на матку.* (№ 12).

Дѣвственныя кролики-самки во время течки случались съ самцами съ цѣлю вызвать разрывъ фолликула и образованіе желтаго тѣла. У употреблявшихся для случки самцовъ за нѣсколько мѣсяцевъ до того были резецированы vasa deferentia между двумя лигатурами. При этихъ условіяхъ развитіе желтаго тѣла происходитъ точно такъ же, какъ при беременности. Нормально оплодотворенное яйцо у кроликовъ вступаетъ въ маточный рогъ на 4 день послѣ совокупленія и фиксируется на 8 день. Въ опытахъ авторовъ яйцо, не будучи оплодотворено, быстро дегенерировалось въ фаллопиевой трубѣ, не достигая полости матки. Наблюдавшіяся измѣненія этой послѣдней могутъ быть сгруппированы въ два періода: эволюціи и инволюціи. Эволюція продолжается приблизит. 13 дней, характеризуясь быстрымъ и значительнымъ увеличеніемъ объема органа и интенсивной васкуляризацией его, сопровождающимися глубокими структурными измѣненіями мышцъ и слизистой оболочки. Измѣненія эти имѣютъ гиперпластическій характеръ, однако децидуальныхъ клѣтокъ никогда не наблюдается.

Съ 13 дня начинается регрессивная фаза,—инволюція матки: постепенное уменьшеніе объема до нормы, уменьшеніе васкуляризации и дегенерация клѣточныхъ элементовъ. Т. обр. 13-дневный періодъ эволюціи матки совершенно подобенъ тому, который нормально имѣетъ мѣсто въ началѣ беременности. Біологическое значеніе этой эволюціи матки состоитъ въ приготовленіи ложа для фиксаціи яйца. Такъ какъ, однако, въ опытахъ авторовъ яйцо дегенерировалось еще въ трубѣ, то поэтому приходится заключить, что и во время беременности со стороны самого оплодотвореннаго яйца (до фиксаціи) нѣтъ никакого вліянія на матку, и что, слѣдовательно, подготовительныя измѣненія матки вызываются исключительно появившимся въ организмѣ новымъ факторомъ, каковымъ является желтое тѣло.

482. I. Livon. — *Sur l'action des extraits du corps jaune de l'ovaire* — О дѣйствиі экстракта желтаго тѣла яичника. (№ 12).

Авторъ пользовался экстрактомъ желтыхъ тѣлъ яичниковъ свиней и лошадей. Въ настоящее время пока сообщаются наблюденія надъ токсическимъ дѣйствиемъ экстракта. Интраперитонеальныя инъекціи экстракта морской свинкѣ различно проявляютъ токсическое дѣйствиє въ зависимости отъ быстроты всасыванія и индивидуальной резистентности животнаго. Смерть наступаетъ черезъ различные промежутки времени. 30 сантиграмовъ убиваютъ одну м. свинку-самку, вѣсомъ 462 грамма, въ 14 часовъ, а другую, вѣсомъ 187 граммъ, въ теченіе 1 часа. Токсической дозой препарата (названнаго А) вообще считается 0,2—0,3 на килограммъ животнаго, причемъ наблюдаются очень различныя индивидуальныя колебанія. Предшествующія смерти явленія состоятъ въ общемъ дрожаніи животнаго, одышкѣ, конвульсіяхъ, легкихъ вскрикиваніяхъ; животное угнетено; наблюдаются парезы, пониженіе общей чувствительности, паралегіи и общій параличь. Мочиспусканіе, испражненіе и саливація совершенно отсутствуютують. Смерть животнаго отъ асфиксіи. Если токсическая доза инъекцируется не сразу, а въ нѣсколько пріемовъ, то животное переноситъ ее, и для полученія токсическаго эффекта въ этомъ случаѣ нужна гораздо большая общая доза экстракта.

483. P. Ancel et P. Bouin. — *Sur la fonction du corps jaune. Action du corps jaune vrai sur la glande mammaire.*—Къ функціи желтаго тѣла. Вліяніе истиннаго желтаго тѣла на молочную железу. (№ 14).

Образованіе желтаго тѣла вызывалось случкой дѣвственной кролика-самки съ экспериментально-асперматогеннымъ самцомъ (см. выше реф. P. Bouin et P. Ancel). При этихъ условіяхъ молочная железа показывала два періода развитія: 1) періодъ прогрессивнаго развитія, продолжающійся до 14 дня р. соіт. и ничѣмъ не отличающійся отъ обычнаго развитія при беремености, и 2) періодъ регрессивнаго развитія, начинающійся съ 14 дня р. соіт., во время котораго молочная железа постепенно атрофируется до нормы внѣбеременнаго состоянія. На ряду съ этими опытами и въ соотвѣтствіи съ ними стоятъ наблюденія, показывающія, что при той-же постановкѣ опыта желтое тѣло показываетъ періодъ эволюціи, продолжающійся до 14 дня р. соіт., и непосредственно слѣдующій за нимъ періодъ инволюціи. Слѣдовательно, существуетъ строгій параллелизмъ между развитіемъ желтаго тѣла и молочной железы. А такъ какъ функція желтаго тѣла является единственнымъ, новымъ для организма, факторомъ, то отсюда прямой выводъ, что развитіе молочной железы зависитъ отъ наличности желтаго тѣла.

Далѣе, наблюденія показали, что въ развитіи молочной железы

во время беременности различаются двѣ фазы: первая фаза, которую можно назвать «кинетической фазой», характеризуется энергичнымъ митозомъ, подготовляющимъ клѣточный матеріалъ для будущей железы; вторая фаза, которую можно назвать «железистой фазой», характеризуется специфическими измѣненіями клѣтокъ, трансформацией эпителиальныхъ элементовъ въ элементы железистые. Первая изъ этихъ фазъ вызывается внутренней секреціей желтаго тѣла.

С. Заруцкій.

Обзоръ польской акушерско-гинекологической литературы за 1908 годъ.

(Gazeta Lekarska=I, Medycyna i Kronika Lekarska=II, Pamiętnik Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego=III, Piregląd Lekarski=IV, Nowiny Lekarskie=V, Tygodnik Lekarski=VI).

484. Altkaufer. — *Рѣдкій случай черепного положенія — стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ входа въ тазъ.* II № 4.

485. Bichler (Matylda). — *Измѣдованіе женскаго молока, какъ источника туберкулеза.* II № 25.

486. Bregmann. — *Случай акромегалии.* — (Варшавское Общ. Врачей 4 II 1908) IV. № 15. стр. 215.

У 37 лѣтней женщины послѣ выкидыша 4 года тому назадъ наступила атрофія матки съ аменорреей и галакторреей. Больная явилась къ врачу вслѣдствіе носовыхъ полиповъ. Замѣчено увеличеніе рукъ и ногъ и лица вслѣдствіе гипертрофіи мягкихъ частей, доказанной *рентгенограммою*. Равнымъ образомъ корень языка, носъ, гортань были утолщены, грудная клѣтка расширена, печень увеличена. Упадокъ питанія. Мочи 4000 граммовъ ежедневно безъ сахара, безъ бѣлка. Обнаружена геміанопсія, начинающаяся атрофія п. optici sinistri, обусловленная давленіемъ hypophyseos cerebri на chiasma n. optico-rum. *Рентгенограмма* показала расширение sellae turcicae.

487. Bryndra-Nacki. — *Случай беременности гетеротопическими двойнями. Graviditas intrauterina et extrauterina.* — (Варшавское Общество Врачей, 30 I. 1908) I.

20 лѣтняя крестьянка замужемъ 9 мѣсяцевъ, послѣднія регулы недѣлю раньше свадьбы. На 3-мъ мѣсяцѣ послѣ свадьбы сильныя боли въ животѣ, которыя перестали послѣ нѣсколькихъ дней, но осталось чувство тяжести въ животѣ, которое не позволяло беременной работать. Въ нормальномъ концѣ беременности отошли воды при схваткахъ. Послѣ напрасныхъ родовыхъ болей, продолжающихся 6 сутокъ, врачъ требовалъ отправленія больной въ Варшавскую Клинику, на что мужъ не согласился. Роженица не могла мочиться сама. Напрас-

няя попытка выпустить мочу катетеромъ. Какая-то опухоль *in cavo Douglasii* препятствовала опущенію внизъ головки ребенка. Врачи усматривая въ этой опухоли кисту, произвели, хотя съ громаднымъ трудомъ, прободеніе головки, однакожъ наложить краниокласть никакъ не удалось. Вызваны тогда 2 врачей изъ Варшавы (70 верстъ). Сильная лихорадка съ ускореннымъ пульсомъ. Пріѣхали, наконецъ, врачи Реутъ и Вгундра. Съ трудомъ удалось ввести тонкій эластичный катетеръ въ пузырь, опорожненіе пузыря заняло 45 минутъ—выпущено около 2 литровъ кровянистой мочи. Просвѣтъ рукава чрезъ опухоль *in cavo Douglasii* былъ такъ суженъ, что пропускать лишь указательный палецъ до маточнаго зѣва. Въ виду лихорадочнаго состоянія больной и невозможности кончить роды *per vias naturales* рѣшено произвести операциі *Porro*, но мужъ больной на ампутацію матки не согласился, такъ что операторы должны были ограничиться простымъ кесарскимъ сѣченіемъ, производя операцию ночью въ крестьянскомъ хуторѣ при свѣтѣ лишь керосиновой лампы, висящей подѣ потолкомъ. При операциі констатировано, что опухоль, выполняющая *cavum Douglasii*, исходила изъ лѣвостороннихъ придатковъ матки и кверху распространялась до области 2-го поясничнаго позвонка. Основываясь на результатѣ ощупыванія, врачи пришли къ убѣжденію, что опухоль содержитъ въ себѣ плодъ въ ягодичномъ положеніи, умершій на 6-омъ мѣсяцѣ беременности. Въ виду плохого состоянія женщины и мѣстныхъ условій врачи не рѣшились сейчасъ же вскрыть плодный мѣшокъ—???—и отсрочили удаленіе продукта внѣматочной беременности на позднѣйшее время—на вторичную операцию въ болѣе благопріятныхъ условіяхъ, въ больницѣ, но больная скончалась чрезъ 24 часа при явленіяхъ сепсиса. Врачи усматривали въ опухоли внѣматочную беременность, осложнявшую маточную, но никакихъ доказательствъ не могли дать, что дѣйствительно имѣлась одновременная та и другая беременность.

488. Cetnarowski. — *Одновременный ракъ желудка и яичника.* IV № 30.

По Hofmeister'y, такое совпаденіе часто встрѣчается, ракъ яичника слѣдуетъ считать метастазомъ рака желудка. Въ Краковской клиникѣ наблюдались 4 случая: первая больная скончалась черезъ нѣсколько дней послѣ оваріотоміи по поводу сарцинома оvariі, некропія констатировала *adenocarcinoma ventriculi*; въ двухъ случаяхъ первичнаго рака яичника при лапаротоміи найдены многочисленные метастазы на брюшинѣ. Похожимъ былъ и 4-ый случай. С. требуетъ, чтобъ хирургъ, оперируя при ракѣ желудка, всегда удалялъ одновременно и яичники, какъ предрасположенные къ метастатическому раку. Rosner высказываетъ подозрѣніе, не потому ли эпителий злокачественныхъ

новообразований такъ легко имплантируется на яичникахъ, что яичники составляютъ единственные мѣста брюшинной полости покрытыя эпителиемъ.

489. Ciechomski. — (Гинеколог. секція Варш. Врачебнаго Общества). I. Демонстрація миоматозной на 4 мѣсяцѣ беременной матки, экстирпированной успѣшно по Doyen'у. Послѣ операціи развился гнойный паротитъ, который вскрытъ.

490. Cykowski.—О профилактическомъ поворотѣ. I № 17.

491. Cykowski. — Представленіе больной послѣ кесарскаго сѣченія по причинѣ міомы матки. I.

492. Czarkowski. — а) Препарат удаленной вмѣстѣ съ лѣвостороннею опухолью беременной на 4 мѣсяцѣ матки.

Операція произведена радикально въ виду предвидимаго затрудненія родовъ. Опухоль оказалась тьюма мyxosarcomatodes lymphangiectaticum.

б) Препарат матки, удаленной *per vaginam* по причинѣ прободенія.

У женщины VI-parae произведены были уже 3 операціи по поводу выпаденія матки. При изслѣдованіи зондомъ по причинѣ рецидива случайно наступило прободеніе. При вторичномъ введеніи зонда для контроля зондъ внѣдрился на 14 сант. длины Cz. думая, что имѣетъ дѣло съ гипертрофіею маточной шейки, произвелъ *kolpotoмиam anteriorem* съ цѣлью высокой ампутаціи маточной шейки и лишь тогда убѣдился, что имѣетъ дѣло не съ гипертрофіею шейки, а съ трехкратнымъ прободеніемъ матки. Такъ какъ зашить перфорационныя отверстія не удалось по причинѣ дряблости мышечной ткани, Cz. удалилъ матку. Микроскопъ показалъ жировую дегенерацию (?) матки и атрофію мускулатуры безъ воспалительныхъ явленій. (Гинекологическая Секція Варшавскаго Общества Врачей. 28 II 1908: I).

493. Czyzewiez (jun). — *Hyperemesis gravidarum.* VI стр. 231, 346.

494. Czyzewiez (jun).—*Appendicitis у женщинъ* VI стр. 379, 393, 405.

495. Czyzewiez (jun). — Представленіе больной послѣ устѣннаго внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія по Sellheim'у IV. № 23.

Остеомаляція, поперечное положеніе плода при цѣломъ пузырьѣ. Легкая операція при чревосѣченіи *по linea alba.* *Placenta* удалена по способу Credé, нормальное выздоровленіе. Sellheim употребляетъ поперечный разрѣзъ брюшныхъ покрововъ, С. предпочелъ продольный. Операція С. является 8 случаемъ кесарскаго сѣченія по Sellheim'у вообще и первую въ Австріи.

496. Czyzewicz (jun.). — Демонстрація препаративъ. (IV № 20).

a) *Fibromyoma parietis abdominis*, удаленная у 40-летней женщины.

b) *Fibrosarcoma ovarii* съ метастазомъ на *omentum majus*.

c) Лапаротомія вследствие гематометры и двусторонняго гематосальпинкса при врожденной *atresia vaginae*.

Вырѣзаны in toto внутренніе половые органы, включая рукавъ до мѣста его зарощенія. 20 часовъ послѣ операциі *anuria absoluta*; такъ какъ на удаленномъ препаратѣ найдена часть случайно вырѣзаннаго мочеточника, повторено чревосѣченіе; нижній конецъ поврежденнаго мочеточника шить по *Witzel'ю* въ мочевой пузырь, съ другого же мочеточника, случайно перевязаннаго, снята лигатура катгута. Съ того времени моча выдѣлялась, но явилась лихорадка вслѣдствіе мочевой инфильтраціи *parametriti*. Спустя 10 дней моча стала выдѣляться изъ свища въ брюшномъ рубцѣ, но свищъ этотъ затѣмъ самопроизвольно закрылся. По всей вѣроятности имѣлся свищъ мочевого пузыря. Цистоскопъ показалъ правильное сращеніе, пересаженнаго по *Witzel'ю*, мочеточника со стѣнкой пузыря. (Врачебное общество въ Лембергѣ 24 I 1908. IV № 5.).

497. Czyzewicz (jun.). — *Osteomalacia* на 7-мъ мѣсяцѣ беременности.

Послѣ продолжительныхъ подкожныхъ впрыскиваній адреналина субъективное улучшеніе, боли уменьшились, но ходить больная не могла. Размѣры таза увеличились. Въ преніяхъ *Groebel* замѣчаетъ, что онъ въ 2 случаяхъ остеомалачіи у женщинъ, никогда не беременѣвшихъ, не видѣлъ никакого улучшенія, кромѣ уменьшенія болей. *Spielmann* сравниваетъ остеомалачію женщинъ съ увеличенною ломкостью костей у скота при сухой пищѣ—обусловленную недостаткомъ известковыхъ солей. Примѣсь поваренной соли къ пищѣ поправляетъ состояніе скота. *Skatkowski* усматриваетъ причину затрудненія ходьбы въ боляхъ. Доказательствомъ самопроизвольнаго расширенія размѣровъ таза служитъ фактъ, что женщина остеомалачическая послѣ трехъ кесарскихъ сѣченій рожала произвольно. *Wochenski* недоувѣряетъ цѣлительному дѣйствію адреналина. *Nowicki* утверждаетъ, что въ экспериментальной патологіи у животныхъ адреналинъ часто имѣлъ вредныя послѣдствія, даже обуславливалъ смерть животнымъ. *Gluziński* и *Pisek* равнымъ образомъ высказались противъ адреналина.

498. Czyzewicz (jun.). — О теченіи и осложненіяхъ аппендицита у женщинъ. IV № 71.

Причину частыхъ осложненій аппендицита заболѣваніями внутреннихъ половыхъ органовъ долгое время усматривали якобы въ существованіи связки, соединяющей правый яичникъ съ червовиднымъ

отросткомъ. Такъ какъ большинство авторовъ не признаетъ существованія такой связи, слѣдуетъ искать причину въ соприкосновеніи этихъ органовъ. Извѣстную роль можетъ быть играть тутъ корсетъ и вялость брюшныхъ стѣнокъ. Самымъ частымъ осложненіемъ является сращеніе органовъ таза между собою, особенно при гнойныхъ процессахъ. Иногда даже некропія не въ состояніи указать первичнаго источника нагноенія въ *processus vermiformis* или въ маточныхъ придаткахъ. Въ большинствѣ случаевъ, повидимому, заболѣваніе начинается въ червовидномъ отросткѣ и впослѣдствіи переходитъ на маточные придатки. Первичный аппендицитъ часто обуславливаетъ смѣшеніе маточныхъ придатковъ, самой матки, вѣматочную беременность, бесплодіе, дисменоррею и т. д. Аппендицитъ во время беременности слѣдуетъ считать очень серьезнымъ осложненіемъ, дающимъ отъ 52 до 59% смертности. Беременность сама по себѣ не вызываетъ аппендицита, но можетъ предрасполагать къ рецидиву бывшаго аппендицита и то въ 80% случаевъ въ теченіе первыхъ шести мѣсяцевъ беременности, главнымъ образомъ между 3 и 6 мѣсяцемъ. По всей вѣроятности, играетъ тутъ роль связанное съ увеличеніемъ матки перемѣшеніе сосѣднихъ органовъ. Соеситъ перемѣщается кверху, и если имѣется аппендицитъ, можетъ развиваться общій перитонитъ. Вліяніе уменьшенія объема матки послѣ акта родовъ еще болѣе неблагоприятно, но сказывается обыкновенно не сейчасъ послѣ родовъ, а лишь спустя нѣсколько дней. Наоборотъ и аппендицитъ вліяетъ неблагоприятно на теченіе беременности.

Въ 57—58% случаевъ аппендицитъ вызываетъ выкидышъ или преждевременные роды, лишь при легкихъ случаяхъ аппендицита беременность продолжается до фізіологическаго срока: самые роды не подлежатъ вліянію аппендицита, но *in regione* аппендицитъ вызываетъ послѣродовое заболѣваніе. Диагнозъ аппендицита у женщинъ иногда очень затруднителенъ; иногда анамнезъ облегчаетъ діагнозъ. Внезапное наступленіе болѣзни скорѣе указываетъ на аппендицитъ, медленное, хроническое развитіе на *anpexitis*. Характеръ болей и мѣсторасположеніе ихъ далеко не всегда разъясняетъ діагностическій вопросъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи локалізація воспалительнаго экссудата облегчаетъ діагнозъ. Выпотъ въ области *fossa iliac.* говоритъ въ пользу *appendicitidis*, а выпотъ около матки указываетъ на *anpexitis*. Если инфильтратъ большой у костной стѣнки таза и меньшій въ сосѣдствѣ съ маткой, слѣдуетъ искать причины въ аппендицитѣ и наоборотъ. Большія діагностическія затрудненія обуславливаютъ нарывы *in cavo Douglasi*, *pyosalpinx*, *hematocoele retrouterinum* съ нагноеніемъ, нарывы оваріальныхъ кистъ и т. д. Тутъ облегчаетъ діагнозъ изслѣдованіе крови. По *Hannes'u* лейкоцитозъ 20,000 до 30,000 maximum 50,000 говоритъ въ пользу аппендицита, а

50,000—100,000 въ пользу *anphixitidis*. Диагнозъ между аппендицитомъ и разрывомъ беременной трубы облегчается анамнезомъ. Диагнозъ перекручиванія ножки овариальной кисты облегчается связью опухоли съ маткою и отсутствіемъ выпота *in cavo Douglasii*, дальше имѣется извѣстная подвижность въ сравненіи съ аппендицитомъ, отсутствуютъ тогда и такъ называемые болѣзненные пункты аппендицита. Констатированіе аппендицита въ беременности иногда облегчается въ положеніи больной на правомъ боку или въ положеніи *Trendelenburg'a*, иногда диагнозъ облегчается наркозомъ или диагностическимъ проколомъ. *In puerperio* диагностически важенъ анамнезъ. Прогнозъ аппендицита осложненнаго аннекситомъ зависитъ отъ степени заболѣванія. Прогнозъ при беременности всегда серьезный, самымъ неблагоприятнымъ явленіемъ является несоотвѣтствіе между пульсомъ и температурою и ускореніе пульса. Лучше всего произвести операцию *à froid*; если придется оперировать во время беременности, слѣдуетъ не обращать вниманія на беременность; если явится надобность оперировать *sub partu*, лучше сперва кончить роды, а потомъ приступить къ операциіи.

499. Ehrlich.— *O тубіотоміи*. VI, стр. 287.

500. Ehrlich.— *Операциія Porro при разрывѣ матки sub partu съ благоприятнымъ исходомъ*. IV. № 3.

501. Endelmann.— *Рентгенограмма послѣ тубіотоміи*.

Нѣтъ костнаго сращенія, тазъ на видъ расширенъ.

502. Endelmann.— *Случай кесарскаго сѣченія по рѣдкому показанію (Stenosis cicatricosa colli uteri)*. II, № 10.

503. Endelmann.— *Демонстрація операціоннаго препарата беременной трубы съ разрывомъ въ 2 сантиметра длины—несмотря на разрывъ не было клинически ни симптомовъ внутренняго кровотеченія, ни раздраженія брюшины*. (Гинекологическая секція Варшавскаго Врачебнаго Общества. 28: IV 1908) I.

504. Endelmann.— *Демонстрація операціоннаго препарата двусторонней haematosalpinx, удаленной d-ромъ Станкевичемъ у 13-лѣтней дѣвочки послѣ разрыва зарощенной дѣвственной плевы, въ случаѣ haematokolpometra и haematosalpinx bilateralis*. (Гинекологическая секція Варш. Врачебнаго Общества 28, IV. 1908). I.

505. Friedmann.— *Новый коммисвидный пессарій съ подвижнымъ рычагомъ*. IV. № 43.

506. Friedmann.— *Acetonuria sub graviditate*. IV № 36.

507. Frommer.— *Новый способъ леченія эрозій portiois vaginalis uteri имплантациею вагинальнаго эпителия*. IV. № 40.

Послѣ соскабливанія цилиндрическаго эпителия эрозіи острою ложечкою Fr. для остановки кровотеченій придавливаютъ рану марлею, затѣмъ пересаживаютъ на рану снятый съ сосѣдней стѣнки рукава поверхностный лоскутъ, содержащій слой плоскаго эпителия и подэпи-

телиальный слой. Лоскутъ эготъ онъ прикрѣпляетъ на эрозіи нѣсколькими катгутowymi швами. Насколько возможно, лоскутъ слизистой оболочки рукава долженъ остаться въ связи съ мѣстомъ, гдѣ онъ вырѣзанъ, посредствомъ лоскутика ткани. Послѣ операциі Fg. не тампонируетъ. До сихъ поръ онъ оперировалъ такимъ способомъ два раза.

508. Hellin.—*О причинѣ множественной беременности.* I. № 31.

509. Herman.—*Попытка самоубійства 26-лѣтней женщиной принятіемъ 4 лепешекъ сулемы.* IV. № 13.

Stomatitis, Gastritis, Enteritis, Haematemesis, Anuria absoluta. Послѣ 3 дневной ануриі декапсуляція почекъ подъ эфирнымъ наркозомъ, такъ какъ стовизинизація медуллярная не дала результата. Обѣ почки увеличены, блѣдножелтоватыя, дряблыя. Несмотря на то, что больная хорошо перенесла операцию, она послѣ двухъ дней скончалась. При некропсіи не найдено ни капли мочи.

510. Hermelin.—*О дѣйствиі препаратовъ спорыньи.* IV. Стр. 145.

511. Janerewski.—*Демонстрація препаратовъ матки, вырѣзанной per vaginam при deciduota malignum въ гинекологическомъ отдѣленіи в. Neugebauer'a.* (Гинекологическая секція Варш. Общ. Врачей, 29, V. 1908).

512. Jaworski. *Cardiopathia uterina.* № 33.

513. Karczewski.—*Случай разрыва дермоидной кисты яичника.* (Гинекологическая секція Варшавскаго Врачебнаго Общества. 29, V. 1908) I.

50-лѣтняя бездѣтно замужняя женщина уже 15 лѣтъ тому назадъ замѣтила опухоль живота, которая медленно увеличивалась. 4 года тому назадъ послѣ паденія на лѣстницѣ сильныя боли—больная пролежала нѣсколько дней въ кровати. Найдена мало подвижная опухоль величиною въ головку новорожденнаго ребенка, выходящая изъ малаго таза. Нижняя доля опухоли, прилегающая къ маткѣ, тверда, верхняя мягче. Запоры. Чревосѣченіе при діагнозѣ оваріальной опухоли. Изъ раны вытекала темно-желтая жидкость съ каплями жира. Найдена опухоль блестящаго бѣлаго цвѣта, сращенная съ сальникомъ и пузыремъ. Послѣ разрѣза сращеній при попыткѣ поднять опухоль кверху изъ нея излилось много бѣловатой, похожей на сливки, жидкости. Опухоль была дермоидомъ лѣваго яичника съ очень широкою ножкою. Послѣ удаленія этой опухоли найдена еще опухоль праваго яичника, цервикальная міома и 3 меньшія опухоли величиною каждая въ большой орѣхъ.

Произведена вслѣдствіе того радикальная экстирпація внутреннихъ половыхъ органовъ съ дренажемъ чрезъ савитъ Douglasii въ рукавъ. Послѣ окончанія экстирпаціи удалена опухоль, найденная на

сальникъ и какое то новообразование, величиною въ сливу, вылушенное изъ пространства между сращенныхъ другъ съ другомъ петель тонкихъ кишекъ. Опухоль эта лопнула при вылушеніи съ выдѣленіемъ такой же густой бѣлой жидкой массы, которая излилась изъ опухоли лѣваго яичника. Брюшная полость дренирована кверху и книзу. Выздоровленіе длилось 7 недѣль. Жидкое содержимое брюшной полости выглядѣло, какъ сгустившійся бульонъ. По Karczewsk'ому, всѣ эти бѣловатые продукты происходили изъ лѣвосторонней яичниковой опухоли, изъ которой излились вслѣдствіе разрыва этой опухоли, происшедшаго послѣ паденія на лѣстницѣ 4 года тому назадъ.

514. Karczewski. — *Представленіе больной постъ чревосъчненія, произведеннаго вслѣдствіе разрыва матки при родахъ.* (Гинеколог. секція Варшавскаго Врачебн. Общества. 28, IV. 1908). I.

30-лѣтняя IV-pariens. Когда, несмотря на полное открытіе маточнаго зѣва и высокое стояніе контракціоннаго кольца, родоразрѣшеніе не наступало, изслѣдованіе подъ наркозомъ показало возлѣ предлежащаго черепа ребенка разрывъ стѣнки cervicis, проходимый для двухъ пальцевъ.

Произведено прободеніе головки и экстракція плода съ выжиманіемъ послѣда. Такъ какъ послѣ окончанія родовъ состояніе родильницы и пульсъ въ 130 ударовъ указывали на внутреннее кровотеченіе, то она была переведена въ хирургическое отдѣленіе д-ра Karczewsk'аго въ той же больницѣ Младенца Іисуса. Д-ръ Karczewski увидѣлъ больную въ 11 часовъ ночи и безъ изслѣдованія per vaginam сейчасъ приступилъ къ чревосъчненію въ виду предполагаемаго перфорирующаго разрыва матки.

Разрѣзъ по бѣлой линіи. Предполагавшагося кровотечения въ брюшную полость не оказалось, а лишь интралигаментарная гематома, слѣдовательно, разрывъ матки не былъ перфорирующий.

Ligamentum latum sinistrum представлялось въ видѣ опухоли, выполненной кровью. К. сейчасъ закрылъ рану peritonei катгутowymi швами и экстраперитонеальнымъ путемъ вскрылъ гематому lig. lati. Послѣ опорожненія ея, корнцангами взяты края маточной раны; на нѣсколько кровоточащихъ сосудовъ наложены лигатуры. Затѣмъ per vaginam введенъ корнцангъ въ полость гематомы, для проведенія сверху внизъ іодоформенной марли. Другой дренажъ изъ марли введенъ сверху чрезъ нижній конецъ брюшной раны. Брюшная рана зашита за исключеніемъ нижняго угла. Двойной дренажъ кверху и книзу. Растворъ поваренной соли sub cutem. На 7-й день марля удалена, введенъ на 10-й день вмѣсто нея резиновый дренажъ, ежедневное промываніе полости. На 16-й день кровотеченіе, дренажъ замѣненъ вновь марлей для тампонаціи. Затѣмъ по удаленіи марли опять про-

мываніе полости. Полное выздоровленіе на 38 день. К. придерживался въ данномъ случаѣ метода Kraje w s k'aго съ тою лишь разницею, что произвелъ продольный разрѣзь, а не, какъ покойный Kraje w s k i, косою параллельно Пупартовой связкѣ.

515. Karczewski. — *Оваріальная киста въ состояніи нагноенія, симулирующая перитифлитъ.* (Гинекологическая сскція Варшавск. Врачебнаго Общества. 29, V. 1908). I.

18-лѣтняя дѣвушка прислана въ больницу съ диагнозомъ „*перитифлитъ*“. Регулы явились на 14 году. 3 года тому назадъ внезапное заболѣваніе съ рвотой и лихорадкою. Врачъ, подозрѣвая нагноеніе, произвелъ разрѣзь между пупкомъ и symphysis ossium pubis: выдѣлилось много гноя, состояніе больной улучшилось, лихорадка и боли исчезли, но остался свищъ, не подававшийся никакому леченію. Спустя годъ расширено отверстіе свища, но безуспѣшно. Зондъ, введенный чрезъ свищъ, входилъ на 5—6 сантиметровъ въ глубину въ направленіи fossae iliacaе dextrae гдѣ можно было ощупать родъ опухоли, величиною въ гусиное яйцо. При нажиманіи на эту опухоль изъ свища выдѣлялось много густого вонючаго гноя. Опухоль эту можно было достигнуть пальцемъ per rectum. Маточные придатки казались здоровыми. Матка свободно подвижна.

Karczewski, приступая къ операциіи, сперва затампонировалъ наружное отверстіе свища марлею, затѣмъ произвелъ разрѣзь кожи повыше и параллельно lig. Poupartii dextrae. Затѣмъ перевернулъ захваченный въ разрѣзѣ кожный лоскутъ въ центральномъ направленіи на лѣвую половину живота, прикрывая такимъ способомъ отверстіе свища—и пришивая его однимъ швомъ на лѣвой сторонѣ живота. Лишь тогда К. разрѣзалъ фасцію и отодвинулъ первую прямую мышцу живота къ лѣвой сторонѣ. Послѣ вскрытія брюшной полости, К., отодвигая сращенный съ брюшною стѣнкою сальникъ къ лѣвой сторонѣ, нашелъ соеситъ, а возлѣ него сращенную крѣпко съ петлями кишекъ какую то кистовидную опухоль, величиною въ гусиное яйцо. К. предполагая, что опухоль эта находится въ связи со свищемъ, стараясь насколько возможно высвободить ее, затѣмъ затампонировалъ всю полость вокругъ отсепарированной опухоли марлею. Оказалось тогда, что изъ небольшого отверстія стѣнки этой опухоли выдѣлялся гной. К. тогда произвелъ проколъ опухоли троакаромъ, чтобы опорожнить содержимое ея. Вышло около 50 граммовъ гноя. Затѣмъ расширилъ отверстіе прокола и тампонами очистилъ всю полость отъ гноя вытираніемъ стѣнокъ полости. Затѣмъ, захватывая зажимами стѣнки гнойнаго мѣшка, онъ удалил его окончательно. Оказалось, что зтотъ гнойный мѣшокъ находился въ связи съ лѣвымъ краемъ матки посредствомъ толстой въ 1 дюймъ ножки, а возлѣ матки найденъ sactosalpinx, который также былъ удаленъ. Послѣоперационная

полость выполнена по Mikulicz'у йодоформенной марлей. Выздоровление наступило послѣ нѣсколькихъ недѣль. Исслѣдованіе показало, что гнойный мѣшокъ былъ нагноившимся яичникомъ. К. совѣтуетъ въ въ подобныхъ случаяхъ производить чревосѣченіе въ извѣстномъ разстояніи отъ наружнаго отверстия свища.

516. Karczewski.—Случай сочетанія аппендицита съ гнойнымъ воспаленіемъ маточныхъ придатковъ. I.

517. Kopczyński. — Объ употребленіи порошка металлическаго цинка въ леченіи изъявленной половыхъ органовъ. I № 31.

518. Kosminski. — Къ вопросу о терапіи при запущенномъ поперечномъ положеніи плода. II № 41.

519. Kosminski.—О терапіи при сильной степени суженія таза. VI стр. 47, 61.

520. Lapinski.—2 случая истинной тинккомасти. IV № 49.

521. Leyberg. — Къ вопросу о патологической анатоміи уретральной юнорреи у женщинъ. II № 46.

522. Lesniowski.—Лимфатическій фолликулъ въ слизистой оболочкѣ *portionis vaginalis uteri*. II № 28.

523. Lorentowicz. — Новѣйшіе взгляды на эндометритъ. II № 8.

524. Lorentowicz. — О консервативномъ леченіи воспалительныхъ заболѣваній маточныхъ придатковъ. II № 26.

525. Lorentowicz.—О способахъ консерваціи послѣоперационныхъ препаратовъ въ естественныхъ цвѣтахъ по способамъ Мельникова-Разведенкова, Kaiserlingka, Jores Purre и другихъ, а главнымъ образомъ Pisk'a. (Гинекологическая секція Варшавскаго Врачебнаго Общества.) I.

526. Lorentowicz. — Демонстрація 3 препаратовъ внѣматочной беременности, удаленныхъ путемъ операціи.

527. Mars.—Представленіе больной послѣ успешнаго излеченія, путемъ операціи по способу Pissoli, нуэрперальную выворота матки.

(Лембергское Гинекологическое общество. IV № 16).

528. Mars. 1) Нарывъ правой круглой связки. Затруднительный діагнозъ, но удачный. Разрѣзъ, выздоровленіе. 2) Доношенный умершій плодъ трубной беременности; удаленъ путемъ чревосѣченія. 3) Доношенная интерстиціальная беременность, начало родовъ, истеченіе водъ, задержка плода. Годъ спустя при діагнозъ внѣматочной беременности произведено чревосѣченіе и надвлагалищная ампутація матки. Выздоровленіе. (Лембергское Гинекологическое Общество. 24 I 1908.) IV № 5.

529. Mars. Представленіе больной, которая, несмотря на гнойный распадъ міомы, на экстирпацію матки сначала не согласилась. Лишь впоследствии больная рѣшилась на операцію, когда уже явились опасныя для ея жизни симптомы. Послѣ надвлагалищной ампутаціи матки выздоровленіе. I.

530. Mars.—Представленіе больной, оперированной вследствие *elephantiasis vulvae*. I № 10.

531. Monsiorski.— Демонстрація канны *à double courant* для промыванія матки безъ предварительнаго расширенія маточной шейки. (Гинеколог. секція Варшавскаго Врачебнаго Общества 30 I. 1908) I.

532. Morawski.— Демонстрація 9-мѣсячнаго плода, — *Thorakogastroschyzis partialis cum fissura sterni, ectopia cordis et hepatis, hydramnion*. IV № 13.

533. Neugebauer.— Демонстрація трубнаго выкидыша, удаленнаго чрезъ същеніемъ. I.

534. Nowak.— О терапевтическомъ внимательствѣ при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ плода. (Съ собственною казуистикою; 18 случаевъ). II № 23.

535. Rosenthal.— Самоудерживающій расширитель брюшной раны для чрезъсѣченной. II № 18. (съ рисункомъ).

536. Rosner. *Къ вопросу о гемостазѣ при пубіотоміи.*

R. усматриваетъ главную причину такихъ кровотеченій въ венозной гипереміи, вызванной давленіемъ предлежащей части плода, и совѣтуетъ производить пубіотомію тогда, когда существуетъ возможность вслѣдъ за нею вскорѣ кончить роды.

R. конструировалъ довольно сложный инструментъ для комбинированнаго давленія пелотами со стороны рукава и кожныхъ покрововъ, чтобы, пока не наступитъ изгнаніе плода, воспрепятствовать кровотеченію послѣ пубіотоміи. IV № 8.

537. Rosner.— *Chorionepithelioma malignum*. IV № 30.

Chorionepithelioma единственное злокачественное новообразованіе, которое образуется въ ткани одного организма—плоднаго яйца, а развивается въ тканяхъ другаго—беременной женщины. *R.* наблюдалъ 3 случая: въ первомъ случаѣ онъ удалилъ матку у 14 лѣтней дѣвушки, скоро наступилъ возвратъ; смерть. Во второмъ случаѣ, послѣ удаленія пузырнаго заноса *R.* произвелъ двукратно выскабливаніе, скорое возобновленіе кровотеченій. Удаленіе, съ благопріятнымъ результатомъ, маточной шейки, въ которой образовалось *chorionepithelioma* Въ 3 случаѣ *chorionepithelioma vulvae*; экстирпированная матка оказалась свободною отъ новообразованія. Больная умерла. Вскрытіе обнаружило *neoplasma* въ параметріи и въ рукавѣ и метастазы въ легкияхъ.

538. Rottermund.— Рѣдкій случай перемѣщенія двухъ оваріальныхъ опухолей: правосторонній дермоидъ яичника съ обильными сращеніями удаленъ изъ лѣвой половины полости живота, а дермоидъ лѣваго яичника величиною въ кулакъ съ перекрученной ножкой безъ сращеній удаленъ изъ правой половины полости живота. (Изъ казуистики гинекологическаго отдѣленія *Neugebauer'a*). II № 26.

539. Saks. — 7 случаев пубитомии из собственной практики. I № 35 и сл.

540. Sekowski. — 2 случая нецелесообразных пессариевъ. I № 28.

Въ первомъ случаѣ каучуковое кольцо, вросшее въ ткань, для удаленія, пришлось разрѣзать острыми костными ножницами. Въ другомъ случаѣ S. съ большимъ трудомъ удалилъ совершенно своеобразный пессарій, можетъ быть, своего рода единичный въ литературѣ. Два желѣзныхъ прутика по 13 сант. длины были перекрещены въ срединѣ своей длины, затѣмъ 4 свободные конца согнуты книзу. Мѣсто перекрещенія 2 прутиковъ было обернуто марлсю, а равнымъ образомъ и 4 свободныхъ конца прутиковъ. Пессарій имѣлъ форму табурета на 4 ножкахъ. Свободные концы 4 прутиковъ вѣдрили въ стѣнки рукава, между тѣмъ какъ маточная шейка лежала на верхушкѣ этого пессарія—четырёхстельчатого. Ужасный запахъ былъ послѣдствіемъ нагноенія стѣнокъ рукава. Ни врачу, ни сосѣдкамъ ни исповѣднику не удалось узнать, когда и кѣмъ этотъ пессарій былъ введенъ въ рукавъ и съ какою цѣлью. *Femina tenacissimam habet vitam*, пишетъ авторъ—несмотря на продолжительный процессъ гніенія, вызванный постороннимъ тѣломъ въ рукавѣ.

541. Slek.—Къ этиологii и леченію полной атрезii рукава. VI.

542. Solowij. — О выжидательномъ веденіи родовъ при суженіяхъ таза съ *conjugata vera* между 7 и 11 см. VI.

543. Stankiewicz.— Представленіе больной послѣ укороченія круглыхъ связокъ матки по собственному способу. (Гинекологическая секція Варшавскаго Врачебнаго общества 27 III. 1908). I.

Одновременно St. демонстрировалъ зажимъ собственной конструкции для облегченія укороченія круглыхъ связокъ матки *per vaginam*. Случай недоразвитія круглыхъ связокъ матки. Въ виду недоразвитія круглыхъ связокъ матки, констатированнаго въ началѣ операции *Alexander-Adams'a*, вмѣсто этой операции произведена вагино-фиксация. Результатъ операции получился хорошій.

Дальше St. представилъ больную послѣ операции, произведенной при первичномъ рактѣ рукава *in fundo fornicis vaginae posterioris*. Сестра этой больной, 34-лѣтней III-рагае, скончалась вслѣдствіе рака матки. St. вырѣзалъ начиная отъ промежности весь рукавъ съ маткою и придатками, затѣмъ присовокупилъ чревостѣчение для удаленія *gland. hypogastricae*. Больная скончалась черезъ 5 дней, вслѣдствіе гнойнаго перитонита, причиною котораго явилось нагноеніе нѣсколькихъ брюшныхъ швовъ.

Нагноеніе нѣсколькихъ фасціальныхъ швовъ по словамъ St. прорвалось чрезъ брюшину и вызвало гнойный перитонитъ (послѣ этой, по мнѣнію референта, вивисекціи). Въ преніяхъ участвовали

Neugebauer, Zaborovski, Lesniowski, Monsiorski, Cukowski, Endelmann, Karczewski, Sawicki, Lorentowicz.

Lesniowski обращаетъ внимание на способъ предложенный, Delbet'омъ и Caruven'омъ для вентрофиксаціи. Авторы эти совѣтуютъ пришивать къ брюшной стѣнкѣ не тѣло матки, а часть матки, лежащую какъ разъ выше мѣста перехода брюшины съ пузыря на матку. Авторы послѣ этой операціи не только не видѣли затрудненія родовъ, но даже наблюдали наступленіе беременности у женщинъ ранѣ бездѣтныхъ. L. признаетъ сомнительную пользу вентрофиксаціи, такъ какъ въ многихъ случаяхъ серо-серозныя сращения растягиваются и въ послѣдствіи вполнѣ расходятся, какъ онъ это лично видѣлъ въ случаѣ вшиванія культи ампутированной миоматозной матки въ брюшную рану при помощи иголь Bantocka. Послѣ нѣсколькихъ мѣсяцевъ прекратилась всякая связь между маточною шейкою и брюшною стѣнкою, культя ампутированной матки лежала въ глубинѣ таза.

Stankiewicz демонстрировалъ: 1) удаленную съ благопріятнымъ результатомъ у 35-ти-лѣтней женщины, вслѣдствіе піонефроза почку; 2) почку, удаленную вслѣдствіе пуэрперальнаго свища одного мочеточника. Одновременно онъ закрылъ большой свищъ пузырно-рукавный. Результатъ относительно удерживанія мочи сравнительно хорошій; 3) почку, удаленную чрезъ 2 года послѣ брюшной экстирпаціи миоматозной матки, вслѣдствіе свища лѣваго мочеточника. Свищъ, по всей вѣроятности, былъ послѣдствіемъ нагноенія шелковой лигатуры. Далѣе St. демонстрировалъ путемъ чревосѣченія удаленную у 39-ти-лѣтней дѣвушки *perithelioma ovarii*—чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ рецидивъ на шеѣ и въ одной грудной железѣ.

Затѣмъ St. демонстрировалъ миоматозную матку, удаленную путемъ чревосѣченія, не смотря на колоссальное малокровіе (едва 16% нормы содержанія гемоглобина въ крови). Выздоровленіе.

Наконецъ, St. демонстрировалъ матку, вырѣзанную одновременно съ червовиднымъ отросткомъ при 8-омъ чревосѣченіи у 34-лѣтней женщины. Вслѣдствіе воспалительныхъ явленій въ маломъ тазу больная эта уже 6 разъ полвергнута была чревосѣченію. Образовалась большая послѣопераціонная грыжа, которая успѣшно была устраниена 4 года тому назадъ. Причиною послѣдняго 8-го чревосѣченія были боли въ животѣ и выпоть въ лѣвомъ параметріи. (*Furor operativu* со стороны и врача и больной.—Референтъ).

544. Wein.—Нѣсколько словъ объ экстракціи при яодичномъ положеніи. VI, стр. 383.

545. Wriniowski.—*Ulcus durum* соска вслѣдствіе зараженія отъ сифилитическаго ребенка. IV, № 15.

546. Zaborowski.—Представленіе больной послѣ вторичнаго кесарскаго сѣченія. (Гинекологическая секція Варшавскаго Врачебнаго Общества). I.

8 лѣтъ тому назадъ произведена д-ромъ Краjewski'мъ холецистотомія, вслѣдствіе желчныхъ камней; вскорѣ потомъ потребовалось расширеніе желчнаго свища для отысканія посторонняго тѣла, которое больная сама себѣ ввела для прочищенія внезапно закупорившагося свища,—головной шпильки. При этой операціи случайно вскрыта брюшная полость. Такъ какъ свищъ не открывался, произведено холецистентеротомія. Два года спустя вслѣдствіе болей, вызванныхъ *retroflexione uteri*, д-ръ Краjewski произвелъ вентрофиксацію матки.

5 лѣтъ тому назадъ больная явилась въ концѣ беременности, одержимая желчнымъ свищемъ, въ родильный пріютъ. Z. не рѣшился на кесарское сѣченіе въ виду желчнаго свища и произвелъ прободеніе головки ребенка, технически очень трудное, вслѣдствіе произведенной Краjewski'мъ вентрофиксаціи матки. Годъ спустя кесарское сѣченіе съ благополучнымъ исходомъ. 14 мѣсяцевъ спустя новые роды. Въ виду существованія желчнаго свища, раньше вторичнаго кесарскаго сѣченія, брюшные покровы покрыты гауданиномъ. Кесарское сѣченіе оказалось очень труднымъ, вслѣдствіе сращенія матки съ брюшною стѣнкою. Нельзя было думать ни объ ампутаціи матки, ни объ удаленіи яичниковъ въ виду разлитыхъ сращеній вокругъ матки. При подыманіи беременной матки разорвана въ одномъ мѣстѣ петля кишки, разрывъ зашитъ. Выздоровленіе.

F. v. Neugebauer.

ХРОНИКА.

110) На французскихъ желѣзныхъ дорогахъ вводится слѣдующее нововведеніе: для пассажировъ, ѣдущихъ въ сопровожденіе маленькихъ дѣтей, до 4 лѣтъ, будутъ устроены, такъ называемыя, отдѣленія для грудныхъ младенцевъ, гдѣ имѣется кипятильникъ для полученія горячей воды и согрѣванія молока. Врач. газ. № 12.

111) Бывшій старшій ассистентъ Клиническаго повивально—гинекологическаго института д-ръ К. О. Мацѣевскій подалъ министру народнаго просвѣщенія прошеніе о разрѣшеніи ему открыть въ Петербургѣ или въ одномъ изъ городовъ западной окраины частный высшій медицинскій институтъ.

112) Управление главнаго врачевнаго инспектора разослало держателямъ и завѣдующимъ учебными заведеніями для подготовки низшаго медицинскаго персонала циркуляръ, въ которомъ предлагается не допускать на будущее время приема ученицъ въ родовспомогательныя учебныя заведенія безъ образовательнаго ценза и строго соблюдать требованія циркуляра главнаго врачевнаго инспектора за № 146, 1907 г. Учебныя заведенія, въ которыхъ будетъ допущенъ приемъ безъ установленнаго общеобразовательнаго ценза, будутъ подлежать немедленному закрытію.

113) Сенатомъ рассмотрѣна жалоба д-ра Корабевича, приговореннаго Спб. Окружнымъ Судомъ къ лишенію всѣхъ особыхъ правъ и къ отдачѣ въ исправительно-арестантское отдѣленіе на 6 лѣтъ, по обвиненію въ производствѣ аборта у нѣкоей Славинской, которая отъ этого умерла. Въ кассационной жалобѣ указывалось, между прочимъ, что судъ расширилъ рамки обвиненія введеніемъ въ процессъ обвинительнаго матеріала изъ другого дѣла, о злоупотребленіяхъ въ убѣжищѣ акушерки Яшиной, при чемъ дѣло это находится еще въ предварительной стадіи и Яшина даже не привлечена еще къ отвѣтственности. Сенатъ постановилъ приговоръ отмѣнить и передать дѣло на новое рассмотрѣніе въ тотъ же судъ, въ иномъ составѣ присутствія.

114) Директоромъ Кіевскихъ высшихъ женскихъ медицинскихъ курсовъ избранъ проф. Томашевскій.

115) Въ Мелитополѣ арестованы фельдшеръ Техеличевъ и сынъ купца Лемчукъ, обвиняемые въ вытравленіи плода у Щербаковой, послѣдствіемъ чего явилась смерть. Практ. Врачъ.

116) Д-ръ Шаваппаз избранъ професоромъ гинекологіи въ Bordeaux. St. Petersburg. Med. Wochenschr.

117) Въ Wiesbaden'ѣ сталъ выходить новый журналъ «Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie» подъ редакціей К. Franz (Jena) и J. Veit (Halle). Изъ предисловія редакціи видно, что она задалась цѣлью извлекать изъ специальныхъ работъ все то, что имѣетъ значеніе для практическаго врача гинеколога.

118) Въ сентябрѣ н. г. въ Болоньи состоится VII-ой съѣздъ италіанскихъ повивальныхъ бабокъ; предсѣдателями организаціоннаго комитета состоятъ проф. Muzio Pazzi и акушерка Vincenza Bisogni.

119) *Правленіемъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова* разсылается нижеслѣдующее, выработанное имъ „Положеніе о преміи памяти Г. Н. Габричевскаго“.

Положеніе о преміи памяти Георгія Норбертовича Габричевскаго при Обществѣ русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

1) При Пироговскомъ Обществѣ врачей учреждается премія въ память бывшаго предсѣдателя правленія Г. Н. Габричевскаго.

2) Премія обеспечивается неприкосновеннымъ капиталомъ въ 3000 р., составившагося изъ пожертвованій Е. В. Габричевской и другихъ лицъ. Дальнѣйшія пожертвованія принимаются.

3) Премія назначается каждый годъ изъ процентовъ съ упомянутаго капитала поочередно за двоякаго рода труды: а) за работы по изученію заразныхъ болѣзней и по борьбѣ съ ними, и б) за популярныя произведенія по вопросамъ общественной медицины и гигиены.

4) Для трудовъ перваго рода устанавливается слѣд. порядокъ: конкурсу подлежатъ рукописныя и печатныя работы какъ отдѣльныхъ лицъ, такъ и учреждений, представленныя ими самими или указанныя Правленіемъ Общества и членами конкурсной комиссіи. Изъ научныхъ работъ принимаются на конкурсъ изданная въ теченіе 2-хъ предшествующихъ конкурсу лѣтъ.

5) Для популярныхъ сочиненій: а) Темы, объемъ и назначеніе объявляются правленіемъ общества не позднѣе какъ за $\frac{1}{2}$ года до срока представленія сочиненій. б) Сочиненія представляются въ рукописяхъ подъ девизомъ, причемъ за Обществомъ остается преимущественное право на изданіе премированной работы.

Примѣчаніе. Подробности объ условіяхъ изданія публикуются каждый разъ особо.

6) Премія, размѣръ которой опредѣляется количествомъ получаемыхъ съ капитала $\frac{1}{100}$ въ годъ, присуждается правленіемъ общества совмѣстно съ конкурсной комиссіей, учреждаемой правленіемъ. Преміи выдаются самимъ авторамъ или ихъ наслѣдникамъ.

7) Премія, не присужденная въ годъ конкурса, присоединяется къ основному капиталу.

8) Извѣщенія о конкурсѣ на премію помѣщаются въ медицинскихъ повременныхъ изданіяхъ и въ общей прессѣ.

9) Отзывы о трудахъ, удостоенныхъ преміи, печатаются въ журналѣ Пироговскаго Общества и въ другихъ медицинскихъ журналахъ.

Срокомъ перваго конкурса для научныхъ работъ назначается 23 марта 1910 года и срокомъ представленія работъ на конкурсѣ 23 декабря 1909 года; для популярныхъ работъ 23 марта 1911 года и срокъ представленія работъ 1 декабря 1910 года.

120) Старѣйшая изъ нынѣ существующихъ женщинъ врачей, англичанка Elisabeth Blackwell въ Hastings'ѣ праздновала днѣхъ свое 90-лѣтіе. Званіе врача она получила въ 1849 г., работала въ госпиталѣхъ въ Филадельфіи, Лондонѣ и Парижѣ. До 1870 г. она была единственною женщиной—врачемъ въ Британскомъ спискѣ врачей.

121) Университетъ въ Rostock'ѣ (Германія) допустилъ къ имма-трикулированію, т. е. къ записи въ число студентовъ, женщинъ на совершенно одинаковыхъ правахъ съ мужчинами. Не допущены къ записи въ студенты только замужнія женщины.

122) По изслѣдованіямъ д-ра Nicolas надъ прокаженными больными на островахъ Soyalty, у 4-хъ туземокъ, изъ 9 пораженныхъ проказой, оказались въ слизи влагалища палочки проказы. Фактъ этотъ даетъ ему основаніе предполагать, что проказа можетъ передаваться черезъ совокупленіе.

123) 3-го Іюля въ Kiel'ѣ скончался отъ гноерокровія вслѣдствіе зараженія во время операциі проф. Pfannenstiel.

124) 24-го Іюля въ Петербургѣ скончался отъ гнилокровія, какъ послѣдствія зараженія во время операциі, приватъ-доцентъ Женскаго Медицинскаго Института Николай Самуиловичъ Каннегисеръ родившійся въ 1866 г., а званіе врача получившій въ 1890 г.

125) Въ Göttingen'ѣ на 60-мъ году жизни скончался проф. M. Runge.

126) Проф. Д. О. Оттъ избранъ почетнымъ членомъ акушерско-гинекологическихъ Обществъ въ Leipzig'ѣ и въ Buenos-Aires'ѣ.

127) Вопросъ о памятникѣ R. Virchow'у, какъ сообщаютъ изъ Berl'n'a, можно считать, наконецъ, окончательно выясненнымъ. Какъ извѣстно, препятствіемъ къ осуществленію проекта, составленнаго скульпторомъ Klimesch'емъ, которому на конкурсѣ присуждена была первая премія, послужило то обстоятельство, что въ этомъ проэктѣ не было ничего, что напоминало бы о личности знаменитаго ученаго. Памятникъ изображалъ гиганта, раздирающаго пасть мифическому звѣрю. Уступая требованію врачей, протестовавшихъ противъ постановки такого памятника, скульпторъ теперь согласился значительно видоизмѣнить его. Помимо вышеупомянутой группы, на цоколѣ будетъ съ одной стороны помѣщенъ бюстъ Virchow'a, а съ другой группа, изображающая знаменитаго патолога за секціоннымъ столомъ, окруженнаго своими сотрудниками и друзьями. Среди послѣднихъ на 1-мъ планѣ будутъ изображены покойный проф. Bergmann, проф. Waldeyer и только надняхъ скончавшійся д-ръ Langerhans. Главная заслуга въ улаженіи всѣхъ затрудненій принадлежитъ проф. Waldeyer'у, которому удалось также добиться согласія германскаго императора на постановку памятника въ теперешнемъ видѣ на выбранномъ для этого мѣстѣ.

128) Въ городѣ Череповиѣ въ началѣ Августа с. г. скончалась земскій врачъ Марія Петровна Воскресенская, прослужившая въ Череповецкомъ замствѣ 23 года. За это время ея трудами устроены при земской больницѣ родильный баракъ, гдѣ находятъ пріютъ и

помощь ежегодно до 400 роженицъ и дѣлается до 200 акушерскихъ и гинекологическихъ операций.

129) 9 Августа въ Вѣнѣ въ возрастѣ 52 лѣтъ скончался проф. A. Rosthorn.

Редакторы $\left\{ \begin{array}{l} \text{Г. Рейнъ.} \\ \text{Л. Кривскій.} \\ \text{К. Скранскій.} \end{array} \right.$

Журналы и книги, присланные въ редакцію.

(Переданы въ бібліотеку Общества).

1) Русс. Врачъ № 20—34; 2) Врачебн. Газета № 21—34; 3) Практический Врачъ № 21—34; 4) Сибирская Врачебн. Газета № 20—22, 5) Соврем. Клиника и Терапія № 5—7; 6) Современ. Медицина № 8—14; 7) Врачебн. Вѣстн. № 8—9, 13—14; 8) Зубоврачебный Миръ № 14; 9) В. Медич. Журналъ. Іюнь—Августъ; 10) Русск. Хирур. Архивъ. Кн. II и III: 1909 г.; 11) Медицинское Обзорѣніе № 9—12; 12) Отчетъ за 1907 г. Клинич. Института Вел. Кн. Елены Павловны; 13) Ф. Веберъ. О показаніяхъ къ оперативному леченію желчныхъ камней и его современной техникѣ. Отд. отт. изъ «Русск. Хир. Архива»; 14) Сборникъ по Общ.—санитарнымъ и врачебно-бытовымъ вопросамъ. Москва 1909 г.; 15) Харьковскій Мед. Журналъ № 4—5; 16) Ученныя Записки Казанск. Университета Май—Августъ; 17) St. Petersburger Medic. Wochenschrift № 24—34; 18) Medycyna № 23—36; 19) Gazeta Lekarska № 23—36; 20) Casopis Lékaruv Ceskych № 23, 25, 27, 28, 30, 35; 21) Revue de Médecine Tchèque № 4; 22) Monthly Cyclopaedia and Medical Bulletin № 5, 7; 23) Le Monde Médical № 346, 248, 250, 252; 24) L. Litchkous. Contribution a l'étude des tumeurs malignes primitives du grand épiploon. Extrait des Annal. de Gynécol. et d'Obstétrique.

Новыя книги по Акушерству и Гинекологіи,

поступившія въ продажу въ книжномъ магазинѣ К. Л. Риккера.
Слб. Невскій пр., 14.

Михновъ, Проф. С. Д. Систематическій Указатель русской акушерско-гинекологической литературы отъ ея возникновенія до 1901 года. 1909. 3 р. 75 к.

Михновъ, Проф. С. Д. Къ ученію о механизмѣ родовъ вып. I. О механизмѣ внутренняго поворота головы 1909—40 к.

Döderlein, Prof. Dr. A. Leitfaden f. d. geburtshilfl. Operationskurs. 8² verbess. u. verm. Aufl. mit 163 Abb. 1909.—2 р. 20 к.

Dührssen, Prof. Dr. A. Gynäkol. Vademecum mit 138 Abbild. im Texte u. 11 Taf. 9 verm. u. verb. Aufl. 1909.—3 р. 50 к.

Franz, K. u. Veit, I. Praktische Ergebnisse d. Geburtshilfe u. Gynäkologie. I Jahrg. I Abt. 1909.—3 р. 85 к.

Waibel, Dr. K. Leitfaden f. d. Nachprüfungen d. Hebammen. 5 verbess. u. verm. Aufl. mit 8 Tafeln. 1909.—1 р. 10 к.

Winckel, Prof. F. v. Allgemeine Gynäkologie. Vorlesungen über Frauenkunde vom ärztl. Standpunkte. 1909.—3 р. 15 к.

Ж У Р Н А Л Ъ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

Годъ двадцать третій.

ОКТАБРЬ 1909 г. № 10.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XXXIV.

Изъ Акушерской Академической клиники Императорской Военно-медицинской Академіи.

Нъ техникѣ влагалищной экстирпаціи при запущенномъ ракѣ матки*).

Приватъ-доцента А. А. РЕДЛИХА.

Историческая критика настойчиво требуетъ не времени первой операціи, а перваго сообщенія, которое одно устанавливаетъ право первенства.

Pichevin.

Исторія этой операціи—влагалищной экстирпаціи раковой матки—разсматривается обыкновенно съ двухъ сторонъ, какъ операція вырѣзыванія выпавшей матки, пораженной ракомъ и какъ вырѣзываніе матки въ ея нормальномъ положеніи. Что касается до первой разновидности этой операціи, то, оставляя за недоказанностью безъ вниманія ссылки на Аеція, Сорана и Павла Эгинскаго, считавшихъ возможнымъ полное вырѣзываніе матки, а также цѣлый рядъ случаевъ Ambroise Paré, Dessault, Petit, Blondel и другихъ, гдѣ неточность описанія лишаетъ возможности всякой критики ея, можно считать по Winckel'ю точно установленнымъ, что первымъ произведшимъ эту операцію былъ Andreas Stuce въ 1560 г., при чемъ эта операція была произведена при ракѣ матки выпавшей. Удаленіе же матки въ ея нормальномъ положеніи было произведено 1822 году Sauter'омъ въ Констанцѣ, а затѣмъ въ дальнѣйшемъ Recamier, Lizars'омъ, Delpech и др.

Изъ описаній этихъ авторовъ можно видѣть несовершенство техники операцій въ ихъ рукахъ: при отсутствіи

*) Докладъ на III Съѣздѣ Общества Россійскихъ акушеровъ и гинекологовъ въ Кіевѣ (2 Апрѣля 1909 г.).

наркоза, зеркаль, соотвѣтствующаго инструментарія и средствъ гемостаза, производились эти первыя экстирпаціи матки ножемъ и ножницами ощупью, нерѣдко съ пораненіемъ сосѣднихъ органовъ—мочевого пузыря, мочеточниковъ и прямой кишки.

Первая русская операція вырѣзыванія раковой матки черезъ влагалище, произведенная А. Китеромъ и Ф. Елачичемъ въ Казани въ 1847 году, состояла въ низведеніи матки до полнаго ея выведенія наружу и въ проведеніи лигатуръ на боковые влагалищныя своды, при чемъ лигатуры были стянуты винтовой палочкой Грефе и оставлены *in situ*. послѣ чего въ натянутыхъ мѣстахъ были сдѣланы надрѣзы ножемъ и ножницами. На третій день послѣ операціи перевязанное тѣло матки вмѣстѣ съ лигатурами и палочками совершенно выдѣлилось. Больная выздоровѣла, подвергаясь нѣсколько разъ серьезной опасности умереть отъ кровотечения какъ во время операціи, такъ и въ послѣоперационномъ періодѣ.

30 января 1878 г. Freund предложилъ свой способъ полнаго вырѣзыванія раковой матки путемъ брюшностѣночнаго чревосѣченія, но и эта операція не получила распространенія вслѣдствіе громаднаго процента смертности—около 70. Въ томъ-же году 12 августа Гейдельбергскій профессоръ Czerny опубликовалъ свой способъ влагалищной экстирпаціи матки, усовершенствовавъ различныя частности этой операціи, введя примѣненіе зеркаль Simon'a и антисептическій методъ.

Сущность операціи Czerny состояла въ низведеніи матки, въ разрѣзѣ и послѣдовательномъ отдѣленіи передняго свода и вскрытіи брюшины въ немъ, послѣ чего матка опрокидывалась и выводилась черезъ передній сводъ. Въ дальнѣйшемъ Czerny производилъ запрокидываніе и черезъ задній сводъ, захватывая дно матки помощью тупого двойного крючка. Широкія связки перевязывались лигатурами *en masse* съ каждой стороны въ три пучка. Дренажъ изъ салициловой ваты. Операція Czerny получила большое распространеніе и развилась въ общепринятый методъ, при чемъ всякій операторъ старался дать въ ней различныя усовершенствованія, относящіяся или къ наибольшей доступности операционнаго поля, или къ возможности избѣгать раненія мочевого пузыря и мочеточниковъ, или достиженія тщательнаго гемостаза.

Schroeder, предложившій надвлагалищную ампутацію маточной шейки, примѣнилъ первый моментъ этой

операции — циркулярный разрѣзъ влагалища на мѣстѣ прикрѣпленія послѣдняго къ маточной шейкѣ — къ полному вырѣзыванію матки. Сушность модификаціи Schroeder'a (май 1880 г.) состояла въ вышеупомянутомъ циркулярномъ разрѣзѣ вокругъ маточной шейки и въ тупомъ отдѣленіи влагалищныхъ сводовъ, при постоянномъ низведеніи матки книзу; по вскрытіи брюшины задняго свода, по задней стѣнкѣ матки заводятся пальцы, концы которыхъ переходятъ на переднюю ея стѣнку и въ *excavatio vesicouterina*. Подъ руководствомъ этихъ пальцевъ производится вскрытіе брюшины передняго дугласа, и дно матки захваченное Мюзеевскими щипцами, выводится черезъ задній дугласъ, послѣ чего широкая связка перевязываются.

Дальнѣйшее развитіе эта операция получила въ каждой странѣ въ рукахъ современныхъ нынѣ гинекологовъ, въ Германіи главнымъ образомъ трудами Martin'a, Leopold'a, Fritsch'a и Olshausen'a, во Франціи Péan'a, Doyen'a, Richelot, Terrier и Pozzi, въ Россіи Снегирева, Рейна, Феноменова, Толочинова, Лебедева и Отта.

Въ общемъ слѣдуетъ отмѣтить, что трудами какъ отечественныхъ, такъ и иностранныхъ гинекологовъ операция влагалищной экстирпации раковой матки утратила свой видъ тяжелаго оперативнаго вмѣшательства и слѣлась вполнѣ доступной для всякаго практическаго гинеколога. Всѣ позднѣйшія модификаціи операции имѣли цѣлью возможную доступность операціоннаго поля, тщательный гемостазъ и безопасность этой операции въ смыслѣ раненія сосѣднихъ органовъ — мочевого пузыря и мочеточниковъ — и въ отношеніи предупрежденія инфекціи брюшины.

Методы запрокидыванія сильно антефлектированной или ретрофлектированной матки при помощи специальныхъ инструментовъ — тупыхъ или острыхъ крючковъ, постепенно отошли въ область исторіи операции, и общепринятымъ остался только способъ постепеннаго низведенія матки, по вскрытіи задняго и передняго сводовъ и перевязки широкой связки частичными лигатурами, или изолированно сосудовъ матки.

Въ дальнѣйшемъ всѣ пріемы усовершенствованія такихъ операций полнаго вырѣзыванія матки могутъ быть раздѣлены на слѣдующія категоріи:

1. Увеличеніе доступности операціоннаго поля.
 - а) наибольшее раскрытіе влагалища.
 - в) уменьшеніе удаляемаго органа.

2) Возможно тщательный гемостазъ.

3) Удаление матки съ наименьшимъ рискомъ раненія сосѣднихъ органовъ — мочевого пузыря, прямой кишки и мочеточниковъ.

4. Возможно широкое удаление параметрія и лимфатическихъ железъ.

Въ увеличеніи доступности операционнаго поля, въ возможно большемъ раскрытіи влагалища кроется, главнымъ образомъ, успѣхъ операциі, такъ какъ этимъ обусловливается возможность произвести операцию подъ руководствомъ зрѣнія съ наименьшимъ рискомъ пораненія сосѣднихъ органовъ, а также обезпечить тщательный гемостазъ.

Изъ некровавыхъ способовъ расширенія влагалища заслуживаютъ вниманія зеркала Douen'a, которыя вмѣстѣ съ его щипцами — крѣпкими Мюзо — значительно облегчили технику операций, а также всякіе другіе ecarteur'ы — Landau и др.

Изъ кровавыхъ способовъ заслуживаетъ вниманія срединный разрѣзь промежности, примѣнявшійся еще Czerny, и въ послѣднее время рекомендуемый въ особенности боковой разрѣзь влагалища Schuchardt'a.

Комбинація примѣненія способовъ расширенія влагалища кроваваго и некроваваго сдѣлала доступнымъ операционное поле и дала возможность производить операциі быстро и безъ всякаго риска потерять больную отъ кровотеченія, такъ какъ всѣ моменты операциі сдѣлались видимыми. При расширеніи влагалища укорачивается его высота, а вслѣдствіе этого влагалищная часть опускается книзу и операционное поле дѣлается доступнымъ не только осязанію, но и глазу. Кромѣ того, съ другой стороны старое предложеніе Peter Müller'a — разсѣченіе передней стѣнки матки дало толчекъ къ разработкѣ способовъ кускованія (morcellement), первыми сторонниками котораго явились Péan и Douen въ Франціи, а въ Германіи Landau. Способъ этотъ получилъ широкое распространеніе при фиброидахъ матки и усовершенствовалъ методику влагалищной экстирпациі матки.

Техника кускованія одновременно шла съ разработкой средствъ гемостаза и явилось предложеніе замѣны лигатурнаго матеріала наложеніемъ торсионныхъ пинцетовъ на продолжительное время. Пинцетный способъ гемостаза, однако

не смотря на свои преимущества въ видѣ уменьшенія продолжительности операціи, не нашелъ значительнаго числа приверженцевъ вслѣдствіе своей ненадежности, а также послѣдствій—омертвѣнія значительныхъ участковъ тканей, въ составъ которыхъ нерѣдко попадала и стѣнка мочеоточника, и некротизированная стѣнка мочевого пузыря.

Точно также имѣли кратковременный успѣхъ предложенныя для цѣлей гемостаза всякаго рода ангиотрибы, а также примѣненіе вмѣсто ножа каленаго желѣза (Maskengodt).

Въ типичныхъ случаяхъ техника влагалищной экстирпации раковой матки настолько проста и безопасна, что есть счастливые операторы, получившіе на большомъ матеріалѣ 1% смертности и даже менѣе.

По нашей статистикѣ клиники Вилліе съ 1900 г. влагалищныя экстирпации раковой матки дали 4% см.

Не смотря, однако, на сравнительную безопасность влагалищной экстирпации, все-же вопросъ о радикальномъ леченіи рака матки остался совершенно нерѣшеннымъ путемъ этой операціи, такъ какъ при 6% оперативной смертности на большомъ матеріалѣ, 0% радикальнаго излеченія равняется лишь 31%, а 0% оперированныхъ больныхъ, вычисленный по отношенію къ числу больныхъ ракомъ, обратившихся за помощью, былъ равенъ 20—25. Современныя намъ патологоанатомическія изслѣдованія труповъ больныхъ, умершихъ отъ рака матки, а также вырѣзанныхъ раковыхъ матокъ убѣдили въ томъ, что сущность операціи должна заключаться не только въ удаленіи матки, но и въ возможно широкомъ удаленіи параметріевъ и лимфатическихъ железъ и возродили операцію Freund'a—полнаго вырѣзыванія раковой матки съ клѣтчаткой и железами путемъ брюшно-стѣночнаго чревосѣченія.

Трудами Wertheim'a, Kelly, Bumm'a, Губарева и др. возродилась и усовершенствовалась операція вырѣзыванія раковой матки путемъ брюшно-стѣночнаго чревосѣченія и завоевала себѣ право гражданства, давъ 0% смертности 15,5, 0% радикальнаго абсолютнаго излеченія 48 и 0% операбельности 65%. т. е. несомнѣнно лучшіе результаты, чѣмъ влагалищныя экстирпации, такъ что по этому расчету изъ 100 раковыхъ больныхъ брюшно-стѣночныя экстирпации матки излѣчиваютъ 28 больныхъ, а влагалищныя лишь семь. Казалось-бы, что на основаніи этихъ данныхъ въ настоящее время слѣдуетъ признать, что въ дѣлѣ радикальнаго оперативнаго леченія рака матки существуетъ

лишь одна операция—удаленіе матки путемъ брюшностѣ-
ночнаго чревостѣченія съ параметріями и лимфатическими
железами, между тѣмъ и тотъ и другой оперативные ме-
тоды имѣютъ своихъ приверженцевъ, доказывающихъ
преимущество излюбленнаго ими метода. И еще не рѣшенъ
споръ, какой операциі должно быть отдано преимущество.

Если операция Wertheim'a съ ея модификаціями Bumm'a
и Amann'a имѣетъ за собой всѣ теоретическія основанія,
то и операция Czerny съ ея усовершенствованіемъ, помощьюъ
разрѣза Schuchardt'a, дающаго возможность широкаго уда-
ленія параметріевъ, можетъ соперничать съ послѣдней въ
особенности послѣ изслѣдованій Schauta, доказывающаго
безцѣльность удаленія лимфатическихъ железъ при ракѣ
и старающагося установить, что при пораженіи ракомъ
железъ 1-го этапа, удалимыхъ вполне, обыкновенно бы-
ваютъ поражены и железы 2-го этапа, технически неуда-
лимые, и считающаго достаточнымъ удаленіе параметріевъ
при влагалищной экстирпациі матки.

Повидимому въ недалекомъ будущемъ будутъ выра-
ботаны точныя показанія на примѣненіе той и другой опе-
раціи. Существеннымъ недостаткомъ операциі Schuchardt'a-
Schauta, такъ называемой расширенной влагалищной
экстирпациі матки, явился значительный $\%$ раненій моче-
вого пузыря и мочеточниковъ, достигающей почти до 20.
Опасность раненія мочевыхъ путей при влагалищной
экстирпациі раковой матки сравнительно не велика, она
опредѣляется въ 2—3%, но если мы имѣемъ случай по-
раженія шейки матки раковымъ процессомъ, съ переходомъ
послѣдняго на околопузырную клѣтчатку, то раненіе мо-
чeveго пузыря становится неизбежнымъ и вопросомъ яв-
ляется лишь степень пораненія и возможность не получить
пузырно-влагалищнаго свища впоследствии. Въ одномъ слу-
чаѣ влагалищной экстирпациі раковой матки мнѣ пришлось
примѣнить для отдѣленія мочевого пузыря съ пораженной
околопузырной клѣтчаткой не совсѣмъ обычный пріемъ и
потому я позволю себѣ привести описаніе этого случая.

Больная В. И. 32-хъ лѣтъ, замужемъ 13 лѣтъ, беременна была
4 раза, послѣдніе роды 9 мѣсяцевъ тому назадъ. Беременность, роды и
послѣродовые періоды нормальны. Считаетъ себя больной около 3-хъ
мѣсяцевъ, когда у нея появились кровянистыя выдѣленія.

Status praesens. О. с. у., костная и мышечная система развиты
правильно, больная умѣреннаго тѣлосложенія и хорошаго питанія,
органы кровообращенія измѣненій не представляютъ, въ правой легоч-

ной верхушкѣ притупленіе и удлинненный выдохъ—остатки стараго катаррального процесса, моча безъ измѣненій, а также мочеиспусканіе и испражненія.

Животъ не вздутъ, чувствительность нигдѣ не повышена, брюшныя стѣнки вялы, на нихъ слѣды старыхъ беременностей въ видѣ рубцовъ бѣлаго цвѣта, подкожный жирный слой въ достаточномъ количествѣ. Наружные половые органы развиты правильно, промежность цѣла, влагалище объемисто, на разстояніи 6 сантиметровъ отъ отверстія urethra встрѣчается вмѣсто нормальной влагалищной части маточной шейки остатки отъ передней и задней губы въ полъ сантиметра, весь каналъ маточной шейки выполненъ ломкими буристыми массама, кровоточивыми при дотрагиваніи, матка въ слабой retroversio, увеличена, плотна, подвижна и безболѣзненна, легко переводится въ срединное положеніе. При обнаженіи зеркалами видны остатки маточной шейки въ видѣ незначительнаго валика, вокругъ наружнаго маточнаго зѣва, край котораго какъ-бы изъѣденъ, кровоточивъ при дотрагиваніи. При захватываніи задней губы крѣпкими Мюзеевскими щипцами матка слегка низводится, но ткань шейки матки очень легко рвется.

23 марта 1909 г. мною была произведена операція влагалищнаго вырѣзыванія матки подъ кислородъ - хлороформнымъ наркозомъ при помощи аппарата Roth-Dräger'a.

Послѣ предварительнаго обеззараживанія наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища жидкимъ мыломъ при посредствѣ мочалки, а также спиртомъ и сулемой, влагалищная часть матки была обнажена зеркалами, захватить ее, однако, щипчиками Мюзю для низведенія не удавалось, такъ какъ ткань ея рвалась, вслѣдствіе чего возлѣ задней маточной губы стѣнка влагалища была захвачена 2 щипчиками на разстояніи на сантиметръ между ними и вскрытъ задній сводъ куперовскими ножницами, выпуклость которыхъ была направлена къ маткѣ, брюшина пришта къ влагалищному своду и произведено изслѣдованіе пальцемъ, введеннымъ въ брюшную полость, при чемъ оказалось, что боковыя параметріи свободны, матка не срощена. Отъ вскрытаго задняго

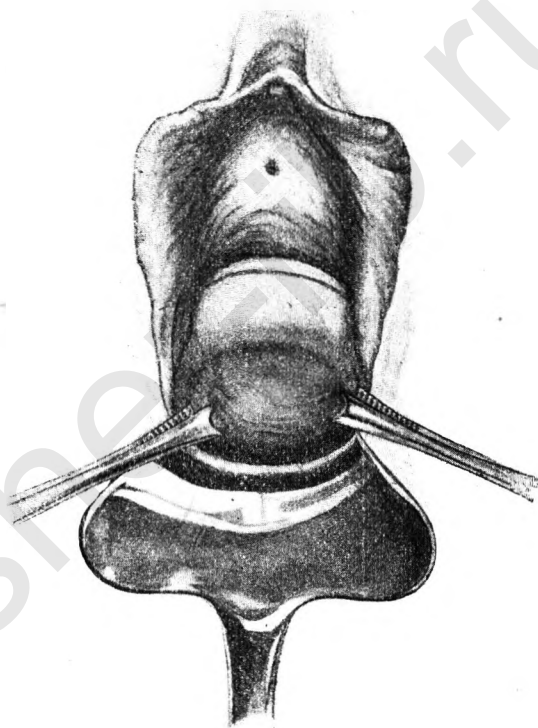


Рис. 1.

свода разръзъ переведенъ на боковые своды и на передній, въ боковыхъ сводахъ отдѣленіе матки не представляло затрудненій и въ два пучка былъ перевязанъ корень широкой связки вмѣстѣ съ главной вѣтвью маточной артеріи съ обѣихъ сторонъ.

Задняя стѣнка матки была захвачена крѣпкими щипцами и матку удалось нѣсколько низвести. При отдѣленіи передняго свода предста-

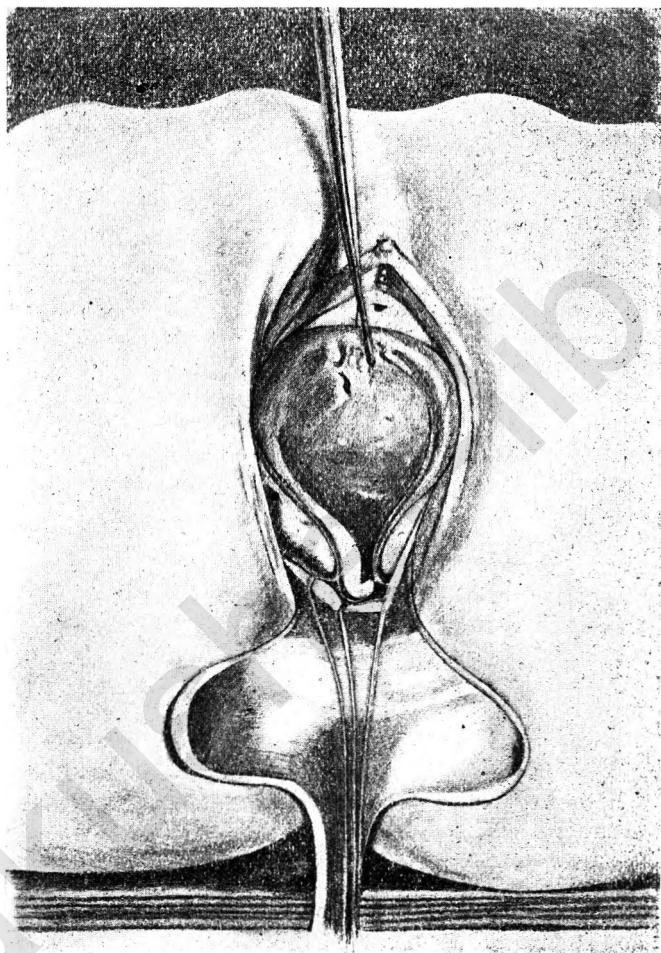


Рис. 2.

вилось значительное затрудненіе, пузырно-влагалищная клѣтчатка оказалась инфильтрированной ракомъ и при тупомъ отдѣленіи сепарировалась передняя стѣнка влагалища, а не маточная шейка. Приходилось идти на намѣренную резекцію стѣнки мочевого пузыря въ области *Trigoni Lieutaudii* вмѣстѣ съ мочеточниками, или перейти къ брюшно-стѣночному вырѣзыванію матки.

Чтобы избѣгнуть раненія мочевого пузыря и не переходить къ брюшно-стѣнному чревосѣченію, я остановился на нижеслѣдующемъ приѣмѣ.

Введя въ вскрытый задній сводъ широкое зеркало, я захватилъ дно

матки двумя крѣпкими щипцами и вывелъ ее черезъ задній сводъ. (См. рис. I.)

При потягиваніи за эти щипцы мнѣ удалось повернуть матку почти на 270° —вокругъ ея горизонтальной оси, проходящей черезъ внутренній зѣвъ и вытащить дно матки совершенно наружу, тогда между большими губами можно было видѣть переднюю стѣнку матки съ трубами, круглой связкой, а также брюшинную пузырно-маточную складку. (См. рис. II.)

Послѣ перевязки и перерѣзки съ обѣихъ сторонъ *lig. infundibulo-pelvis*, я вскрылъ ножницами пузырно-маточную брюшинную складку и марлевымъ компрессомъ при потягиваніи за дно матки щипцами отдѣлилъ пузырь съ мочеточниками отъ маточной шейки (см. рис. III.)

По удаленіи матки я убѣдился, что въ днѣ мочевого пузыря находится узелъ, величиною въ грецкій орѣхъ, который былъ вылушенъ изъ толщи *muscularis vesicae* съ резекціей послѣдней. Стѣнка мочевого пузыря зашита кетгутыми швами.

Послѣдующая фульгурация въ теченіе $\frac{1}{2}$ часа влагалищныхъ сводовъ и культей широкихъ связокъ.

Теченіе послѣоперационнаго періода — гладкое выздоровленіе, въ первую недѣлю *cateteure à demeure*, раненіе мочевого пузыря зажило

первымъ натяженіемъ. Мочеиспусканіе не нарушалось. На 18 день больная выписалась. Дальнѣйшая ея судьба неизвѣстна.

Удаленная матка вѣсомъ 158 граммъ вмѣстѣ съ трубами, яичниками и широкой связкой, шейка вся поражена раковымъ процессомъ вплоть до внутренняго зѣва, передняя губа сплошь инфильтрирована ракомъ, яичники и трубы, а также параметріи нормальны.

При микроскопическомъ изслѣдованіи—ракъ слизистой оболочки шейки матки, разрушившій всю переднюю губу шейки матки. Удаленный изъ стѣнки мочевого пузыря узелъ раковаго характера.

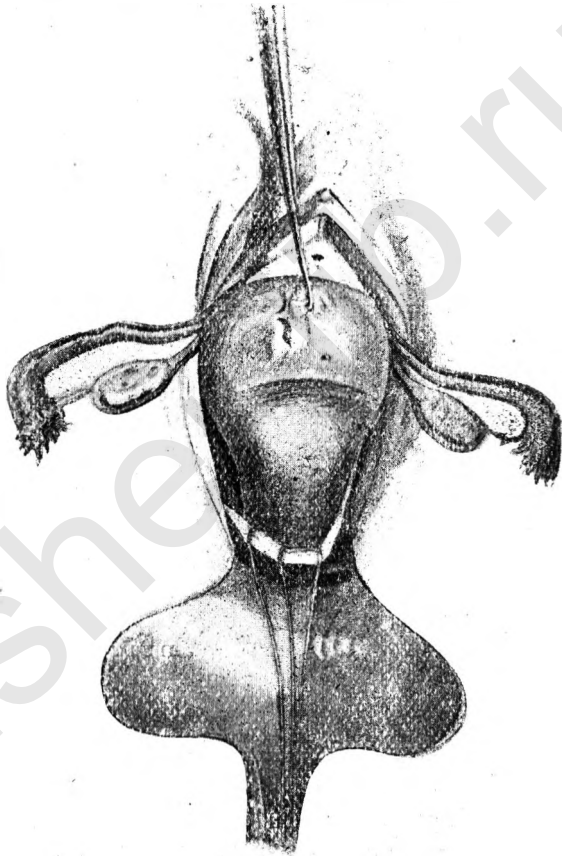


Рис. 3.

Такимъ образомъ особенностью настоящаго случая является заболѣваніе ракомъ матки у очень молодой женщины 30-лѣтняго возраста, съ переходомъ раковаго процесса на стѣнку мочевого пузыря, при свободныхъ параметріяхъ.

При влагалищной экстирпаціи матки я примѣнилъ не совсѣмъ обычный способъ отдѣленія мочевого пузыря сверху, что оказалось возможнымъ лишь благодаря свободнымъ параметріямъ, допустившимъ скручиваніе широкихъ связокъ почти на 270° , и выведенію дна матки черезъ разрѣзъ задняго дугласа наружу, такъ что передняя поверхность матки обнаружилась между большими губами.

Не претендуя на приоритетъ въ этой области, я обращаю вниманіе лишь на этотъ приемъ отдѣленія мочевого пузыря сверху и считаю его примѣнимымъ въ исключительныхъ случаяхъ, подобныхъ нашему, при свободныхъ параметріяхъ и въ особенности при модификаціи Schuchardt's-Schauta, гдѣ расширенная влагалищная экстирпація дала около 20% раненій мочевыхъ путей.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Czerny—Ueber die Ausrottung der Gebärmutterkrebsses. Wiener med. Wochenschrift, 1879, № 45.
- 2) Doyen—Technique chirurgicale, 1897, Paris.
- 3) Гегаръ и Кальтенбахъ—Оперативная гинекологія, 1875, рус. перев.
- 4) Hofmeier—Grundriss der gynäkologischen Operationen. 1892.
- 5) Китеръ—Руководство къ изученію женскихъ болѣзней, 1856.
- 6) Krönig und Döderlein—Оперативная гинекологія. Русск. перев. Спб. 1907.
- 7) L. Landau u. T. Landau—Die vaginale Radicaloperation. Berlin, 1896.
- 8) Peter Müller—Zur vaginale Totalexstirpation d. Uterus. Wiener med. Wochenschrift. 1884, № 48.
- 9) Peter Müller—Centralblatt für Gynäkologie, 1887, № 12.
- 10) Péan—Comptes rendus du Congr. franç. de chir., 1886, p. 388.
- 11) Петровъ—Къ вопросу о радикальномъ хирургическомъ лѣченіи рака матки.
- 12) Sauter—Die gänzliche Extirpation der carcinomatosen Gebärmutter. Constanz, 1822.
- 13) Schröder—Zeitschrift f. Geb. und Gyn., Bd. VI.
- 14) Schröder—Руководство къ женскимъ болѣзнямъ, Харьковъ, 1887.
- 15) Снегиревъ—Маточныя кровотеченія, 1895, Москва.
- 16) Veit's—Handbuch der Gynäkologie, Bd. II.
- 17) E. Wertheim u. Th. Micholitsch. Die Technik des vaginalen Bauchhölen Operationen, Leipzig, 1906.
- 18) Заяицкій—Полная экстирпація раковоперерожденной матки черезъ влагалище, Москва, 1887.

Операція Edebohls'a при эклямпсіи

Приватъ-доцентъ К. СКРОБАНСКАГО.

Большое количество способовъ, предлагаемыхъ для лѣченія эклямпсіи, свидѣтельствуютъ о томъ, что въ настоящее время мы еще не располагаемъ несомнѣнно вѣрнымъ лѣчебнымъ методомъ для этой болѣзни.

Если при эклямпсіи беременныхъ и роженицъ въ своевременномъ и быстромъ родоразрѣшеніи еще имѣется, повидимому могущественный пріемъ, послѣ котораго въ большинствѣ случаевъ припадки пріостанавливаются, то для эклямпсіи послѣродовой или продолжающейся и послѣ родоразрѣшенія всѣ наши современные способы не рѣдко остаются совершенно безрезультатны.

Естественно, что такіе случаи должны заставить врача искать новыхъ путей и примѣнять вновь предлагаемые методы не смотря, быть можетъ, на ихъ кажущуюся несостоятельность.

Несомнѣнно, что каждый новый методъ, а особенно такой, который самъ по себѣ грозитъ извѣстной опасностью, можетъ быть примѣненъ только съ большой осторожностью при тщательномъ подборѣ случая.

Но эта осторожность не должна, конечно, переходить извѣстные предѣлы, за которыми мы рискуемъ очутиться въ полосу полнаго отказа отъ всего новаго, впредь до того времени, покуда другіе своимъ опытомъ и наблюденіями не сдѣлаютъ это новое старымъ.

Мы глубоко убѣждены, что изложенная точка зрѣнія должна быть свойственна каждому подготовленному къ самостоятельной дѣятельности врачу.

Операція декапсуляціи почекъ при эклямпсіи представляетъ изъ себя именно такое *novum*, которое настойчиво необходимо провѣрить.

Въ виду же относительной рѣдкости случаевъ, при которыхъ она можетъ быть примѣнена, а главное въ виду

безнадежности такихъ случаевъ, въ выясненіи дѣйствительной полезности этой операциі долженъ принять участіе каждый, кто имѣетъ подходящий матеріалъ и условія для ея выполненія.

Эти соображенія и заставили меня сообщить ниже очень поучительный, съ точки зрѣнія занимающаго насъ вопроса, случай тяжелой послѣродовой эклямпсіи, при которой я рѣшился прибѣгнуть къ декапсуляціи обѣихъ почекъ.

Вмѣстѣ съ тѣмъ въ виду того, что, до настоящаго времени, на сколько мнѣ извѣстно, по крайней мѣрѣ въ русской литературѣ не имѣется работъ, въ которыхъ собраны были-бы литературныя данныя объ этой операциі, ниже я постараюсь сопоставить всѣ найденные мною въ литературѣ соотвѣтственные случаи.

Какъ извѣстно, декапсуляція почекъ была предложена очень недавно (въ 1902 г.) американскимъ хирургомъ Edebhols'омъ ^{7a}) при различныхъ заболѣваніяхъ почекъ особенно воспалительнаго характера, взамѣнъ болѣе разрушающихъ методовъ нефротоміи и нефректоміи. Способъ производства этой операциі очень простъ: необходимо дойти до почки со стороны спины, разсѣчь ея капсулу разрѣзомъ, примѣняющимся при вскрытіяхъ, затѣмъ отдѣлить эту капсулу пальцемъ по всей поверхности почки вплоть до hilus'a и возможно полнѣе всю экстирпировать.

Послѣ удаленія капсулы почка возвращается на мѣсто, а рана наглухо зашивается.

Эта простая операция быстро завоевала себѣ симпатіи цѣлаго ряда хирурговъ особенно Новаго Свѣта.

Самъ Edebhols объясняетъ лѣчебное значеніе своей операциі тѣмъ, что по удаленіи капсулы, по его мнѣнію, происходитъ востаніе въ ткань почки изъ окружающей жировой клѣтчатки новыхъ сосудовъ, что способствуетъ расасыванію воспалительныхъ продуктовъ и регенерациі эпителия почечныхъ канальцевъ и клубковъ.

Въ 1906 г. на операцию декапсуляціи почекъ при эклямпсіи обратилъ вниманіе Съѣзда нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей Sippel ^{26a}).

Наблюдая въ одномъ случаѣ при вскрытіи женщины, погибшей отъ эклямпсіи, сильное напряженіе почечной капсулы ^{26b}), докладчикъ даетъ этой операциі теоретическое обоснованіе, наиболѣе отвѣчающее нашимъ современнымъ понятіямъ объ этиологіи эклямпсіи. Онъ разсма-

триваетъ эклампсію, какъ отравленіе организма продуктами беременности и считаетъ для успѣха лѣченія этого отравленія необходимымъ: 1) возможно скорѣе прервать беременность, чтобы прекратить поступленіе въ организмъ этого гипотетическаго яда и 2) стремиться къ возможно совершенному удаленію изъ организма больныхъ эклампсіей уже поступившихъ въ него ядовъ. Для послѣдняго необходима правильная работа выдѣлительныхъ органовъ: почекъ, кожи и кишечника. Во время и послѣ беременности создаются особенно неблагоприятныя условія для правильной работы почекъ, благодаря застойнымъ явленіямъ въ брюшной полости. Экламптическія судороги еще больше ухудшаютъ этотъ застой, который естественно отражается и на почкахъ. Внутрикапсульное давленіе въ этомъ органѣ рѣзко повышается и почка перестаетъ функционировать. Декапсуляція ведетъ къ освобожденію тканей почки изъ напряженной капсулы. Почка начинаетъ работать и выводитъ изъ организма циркулирующіе въ немъ яды.

Дальнѣйшія наблюденія говорятъ рѣшительнымъ образомъ противъ правильности вышеприведеннаго взгляда самого Edebohls'a. Такъ, какъ это видно изъ нѣкоторыхъ случаевъ операциі и, какъ мы могли убѣдиться на собственномъ случаѣ, извѣстный эффектъ операциі проявляется сейчасъ же послѣ окончанія ея, когда о проростаніи сосудовъ еще не могло быть и рѣчи.

Не было найдено предполагаемаго Edebohls'омъ проростанія сосудовъ и на вскрытіяхъ больныхъ, погибшихъ послѣ операциі. Наконецъ, противъ взгляда Edebohls'a говорятъ и ислѣдованія на животныхъ. Такъ Meltzer сообщаетъ наблюденія Emerson'a, по которымъ у животныхъ послѣ удаленія почечной капсулы происходитъ регенерация ея. Johnson, ¹⁶⁾ на 15 собакахъ, изучая измѣненія въ почечной и околопочечной тканяхъ послѣ декапсуляціи почекъ, такъ же не могъ наблюдать предполагаемаго Edebohls'омъ проростанія сосудовъ *).

Эти соображенія заставляютъ по крайней мѣрѣ въ настоящее время признать болѣе правильной точку зрѣнія Sirre'я и относить весь успѣхъ операциі главнѣйшимъ образомъ на пониженіи внутрикапсульнаго давленія или

*) Мы ограничимся только приведенными свѣдѣніями, т. к. подробную литературу этой стороны вопросы и результаты собственныхъ экспериментальныхъ ислѣдованій надѣмся изложить въ ближайшемъ будущемъ въ специальной работѣ.

же на рефлекторное повышение дѣятельности почечной ткани.

При изученіи литературныхъ источниковъ, я могъ найти слѣдующее сравнительно небольшое количество случаевъ эклямписі, при которыхъ была примѣнена декапсуляція почекъ.

Впервые при эклямписі декапсуляція была выполнена самимъ авторомъ этого способа.

Случай I. Edebohls (7b). 23 года. I-para. Эклямпися во время беременности. Припадки продолжались и послѣ искусственного родоразрѣшенія, выполненнаго во время 5-го припадка. Произведена двусторонняя декапсуляція черезъ 72 часа послѣ родовъ. Послѣ декапсуляціи припадки не возобновлялись. Выздоровленіе.

Случай II. Сообщенъ такъ же Edebohls'омъ (7c). 20 л. I-para. Декапсуляція произведена на беременной, при явленіяхъ полной анурии. Послѣ операціи приступы прекратились. Черезъ 2 дня наступили нормально протекшіе роды. Выздоровленіе.

Случай III. Cavaillon et Trillat (5) сообщаютъ также окончившійся выздоровленіемъ случай декапсуляціи почекъ на больной эклямписей, у которой припадки продолжались несмотря на предпринятое accouchement forcé.

Случай IV.—Оперированъ Edebohls'омъ (7d). Декапсуляція почекъ произведена при послѣродовой формѣ эклямписі, при явленіяхъ oliguriae съ большимъ количествомъ бѣлка въ мочѣ. Полное выздоровленіе.

Въ этомъ же сообщеніи Edebohls упоминаетъ о

Случай V. Chambrelent et Pousson (6). 21 годъ. I-para. Почти полная анурия. Декапсуляція и нефротомія почекъ предприняты черезъ 24 часа послѣ родовъ и послѣ припадковъ. Припадки не возобновлялись. Выздоровленіе.

Въ Англии декапсуляція почекъ произведена была впервые:

Случай IV. Iavdine Edebohls'омъ (15). При случаѣ послѣродовой эклямписі, длившейся 4½ сутокъ. Больная погибла.

Два случая сообщаетъ Gauss изъ клиники Krönig'a (12):

Случай VII. Эклямпися началась во время родовъ. Шипцы. Черезъ 12 ч. р. р. и 11-го припадка декапсуляція почекъ подъ стоваинизаціей спинного мозга. Послѣ операціи припадки повторились еще 2 раза, бѣлокъ изъ мочи быстро исчезъ, количество ея увеличилось.

Случай VIII. Этотъ второй случай Gauss совершенно противоположенъ первому. I-para. 18-ти лѣтъ. Произведена декапсуляція послѣ 5 припадковъ. Послѣ операціи припадки не прекратились, а на оборотъ стали повторяться чаще, въ виду чего черезъ 7 часовъ р. о. приступлено къ влагалишному кесарскому сѣченію и родоразрѣшенію. Только послѣ родовъ припадки постепенно прекратились. Больная выздоровѣла.

Случай IX сообщаетъ O. Franck (10). Тяжелая форма эклямписі на 4-мъ мѣсяцѣ беременности. давшей, несмотря на прерванную

оперативнымъ путемъ беременность, въ теченіи 15 часовъ 26 тяжелыхъ припадковъ. Только послѣ этого, какъ приводитъ авторъ, почти на умирающей больной, произведена двухсторонняя декапсуляція. Послѣ операція было только 2 припадка. Количество мочи, вначалѣ незначительное (127 с. с. въ 16 часовъ), послѣ операціи рѣзко возросло (1113 с. с. въ 26 час.). Количество бѣлка на второй день съ 4⁰/₁₀₀ упало къ 0. Сознаніе прояснилось. Къ концу 2-хъ сутокъ внезапное повышение t⁰, развилась пневмонія и больная погибла.

Случай X. Rolano (22). Это былъ первый случай оперированный въ Германіи. Не смотря на двухстороннюю декапсуляцію больная погибла. Припадки начались только черезъ 13 часовъ послѣ родовъ, были очень тяжелы. На 10 день послѣ родовъ здоровье больной, все время находившейся въ подавленномъ состояннн, рѣзко ухудшилось, oliguria. Произведена двухсторонняя декапсуляція, какъ ultimum refugium. Послѣ операціи наблюдалось улучшение, увеличеніе количества мочи. Черезъ 19 часовъ послѣ декапсуляціи внезапно коллапсъ и смерть при явленіяхъ отека легкихъ.

Случай XI сообщаетъ Falgowski (9). Тяжелая форма послѣродовой эклямпсіи. Oliguria, кровь и большое количество бѣлка въ мочѣ. Черезъ 34 часа послѣ родовъ декапсуляція обѣихъ почекъ. Послѣ декапсуляціи припадки быстро прекратились, количество мочи сильно возросло, бѣлокъ исчезъ. Черезъ 6¹/₂ час. больная пришла въ себя.

Случай XII. Asch (3) приводитъ изъ того же отдѣленія, что и предыдущій авторъ второй случай, начавшійся на 3 день послѣ родовъ. Эклямпсія съ быстро повторяющимися тяжелыми припадками. Моча въ небольшомъ количествѣ, содержитъ 10⁰/₁₀₀ бѣлка. Послѣ декапсуляціи припадки не повторялись, бѣлокъ быстро исчезъ. Полное выздоровленіе.

Случай XIII кратко сообщаетъ Vaггт. Декапсулирована лѣвая почка при послѣродовой эклямпсіи. Правая почка отсутствовала. Къ операціи приступлено только черезъ 2 сутокъ р. р. Послѣ декапсуляціи несомнѣнное улучшение, больная приходитъ въ себя.

На 4-е сутки р. р. внезапно—психозъ съ рѣзкимъ возбужденіемъ. Смерть на 5 сутки р. р. При вскрытіи обнаружено внутреннее кровотеченіе въ кишки изъ желудка.

Случай XIV. Essen-Möller (8). Тяжелая форма эклямпсіи во время беременности. Родоразрѣшеніе путемъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія. Черезъ 33 часа послѣ родовъ, въ виду все ухудшавшагося состоянія здоровья больной,—декапсуляція обѣихъ почекъ. Почки найдены не увеличенными и безъ видимаго напряженія капсулы. Больная погибла не приходя въ себя черезъ 5 часовъ послѣ операціи.

Случай XV. Haim (14). Припадки появились до родовъ. Роды быстро окончились силами природы, послѣ чего наступило нѣкоторое улучшение, однако непродолжительное. Снова появились тяжелые припадки, что и заставило произвести двухстороннюю декапсуляцію. При этомъ почки оказались мягки и дряблы. Больная не прихода въ себя погибла при явленіяхъ отека легкихъ черезъ 5 час. послѣ операціи.

Слѣдующіе три случая приводитъ въ своей статьѣ Wiemer (28):

Случай XVI. Эклямпсія черезъ 17 часовъ послѣ нормально протекавшихъ родовъ. Потеря сознанія послѣ 3-го припадка. Моча въ до-

статочномъ количествѣ, но съ большимъ содержаніемъ бѣлка ($12^0/00$). Къ декапсуляціи приступлено во время 10-го припадка. Обѣ почки сильно гиперемированы, правая рѣзко увеличена. Послѣ операциі припадки не возобновлялись. Полное выздоровленіе.

Случай XVII. I-рага. Поступила въ учрежденіе послѣ 12-го припадка. Такъ какъ въ теченіе первыхъ 3-хъ часовъ по поступленіи припадковъ не было, то примѣнена была выжидательная терапія и метрейризмъ. Черезъ 8 часовъ послѣ родовъ начались снова припадки. Глубокое коматозное состояніе. Oliguria съ громаднымъ количествомъ бѣлка въ мочѣ ($38^0/00$). Операциа Edebohls'a. Послѣ операциі ни одного припадка. Начала быстро поправляться. На 4-й день обнаружилось нагноеніе раны правой стороны и больная погибла на 13-й день послѣ операциі.

Случай XVIII. III-рага. Эclamсия до родовъ. Родоразрѣшеніе. Oliguria. Послѣ родоразрѣшенія не смотря на энергичное лѣченіе 4 ухудшающихся припадковъ. Декапсуляціа почекъ. Послѣ операциі еще 2 припадковъ. Выздоровленіе.

Kleinertz сообщаетъ еще 2 случая операциі Edebohls'a:

Случай XIX. 27-лѣтняя II-рага. Родила недоношенную дѣвочку. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ нормально протекавшихъ родовъ первый припадокъ эclamсии. Послѣ него припадки слѣдуютъ быстро одинъ за другимъ. Количество мочи достаточное, бѣлка въ ней $3^0/00$. Напряженный пульсъ, коматозное тяжелое состояніе. Послѣ декапсуляціи припадки не прекратились, но были легче и менѣ продолжительны. Наблюдалось увеличеніе количества мочи, но количество бѣлка въ мочѣ не только не уменьшилось, но даже повысилось (съ $3^0/00$ до $7^0/00$). На 3-и сутки послѣ декапсуляціи больная погибла въ глюкозой комѣ.

Случай XX. I-рага 24 г. Сейчасъ-же послѣ нормальныхъ родовъ начались припадки. Бѣлокъ въ мочѣ прогрессивно прибывалъ. Тяжелое общее состояніе. Декапсуляціа обѣихъ почекъ. Правая почка сильно увеличена, внутрикапсульное давленіе въ ней видимо повышено. Лѣвая особыхъ отклоненій не представляетъ. Первые 4 часа послѣ операциі припадки не возобновлялись, но затѣмъ снова повторились около 29 разъ. Развился психозъ, но больная оправилась. И въ этомъ случаѣ, какъ и въ первомъ авторъ отмѣчаетъ, что послѣ операциі припадки были легче и менѣ продолжительны. количество мочи повысилось, бѣлокъ же пошелъ на убыль.

Въ засѣданіи Кильскаго медицинскаго общества Pfanpenstiel⁽²³⁾ вкратцѣ приводитъ 2 случая, протекавшіе въ его клиникѣ.

Случай XXI и XXII. Одинъ изъ этихъ случаевъ окончился летально, во второмъ больная оправилась. Однако и у этой больной не наблюдалось напряженія капсулы. Послѣ декапсуляціи количество мочи прибывало не особенно замѣтно и было еще 7 припадковъ. Всѣ присутствующіе при операциі были того мнѣнія, что случай въ моментъ операциі былъ уже безнадеженъ.

Случай XXIII. Сообщаетъ Gminder⁽¹³⁾. I-рага 18 лѣтъ. Тяжелый случай эclamсии начавшейся послѣ родовъ. Черезъ 12 часовъ послѣ пер-

ваго припадка декапсуляція об'їхъ почекъ, припадки возобновились послѣ декапсуляціи черезъ 3 часа. Несмотря на энергичное лѣченіе (венесекція, соль и проч.) больная погибла на третьи сутки.

Случай XXIV. Weinhold (27). I-рага 37 лѣтъ. Тяжелый случай эклямписі во время родовъ. Послѣ 12 припадковъ расширение по Bossi и щипцы. Несмотря на родоразрѣшеніе припадки продолжаютъ. Тяжелое состояніе. Декапсуляція об'їхъ почекъ. Напряженія капсулы не наблюдается. Послѣ операціи еще 13 припадковъ, которые, однако, потеряли уже свой тяжелый характеръ и стали менѣе продолжительны. Быстро возвратилось сознание, бѣлокъ исчезъ. Полное выздоровленіе.

Случай XXV. L. Fraenkel. (11). I-рага 26 л. Эклямпися во время родовъ. Щипцы. Послѣ родовъ, не смотря на симптоматическое лѣченіе, припадки ухудшаются. Почки декапсулированы черезъ 4 часа послѣ родовъ и 15-го припадка. Правая почка нѣсколько увеличена и видимо находится подъ внутрикапсульнымъ давленіемъ. Лѣвая меньше, внутрикапсульное давленіе отсутствуетъ. Послѣ операціи еще 3 припадка. Выздоровленіе.

Слѣдующіе 4 случая оперироваль Opitz (20):

Случай XXVI. Послѣродовая эклямпися, въ мочѣ $3\frac{1}{2}\%$ бѣлка, цилиндры и кровь. Послѣ третьяго припадка безсознательное состояніе. Oliguria. Декапсуляція об'їхъ почекъ. Послѣ этого только одинъ припадковъ. Бѣлокъ исчезъ. Полное выздоровленіе.

Случай XXVII. Послѣ нормальныхъ родовъ и слѣдовавшихъ одинъ за другимъ 3-хъ тяжелыхъ припадковъ произведена декапсуляція об'їхъ почекъ. Послѣ операціи припадки не возобновлялись, количество мочи возросло, количество бѣлка въ ней упало. Безлихорадочный послѣродовой періодъ. Полное выздоровленіе.

Случай XXVIII. Тяжелый случай эклямписі во время родовъ. Послѣ 4-хъ тяжелыхъ припадковъ влагалищное кесарское сѣченіе, большой влагалищно-промежностный разрѣзь, поворотъ и экстракція. Послѣ родовъ первые 10 часовъ припадки не возобновлялись, послѣ чего снова 3 тяжелыхъ припадка. Пульсъ 100—130, t^0 39,2. Декапсуляція почекъ. Послѣ операціи припадки не возобновлялись, но двое сутокъ больная не приходила въ себя. Постепенное выздоровленіе.

Случай XXIX. Тяжелая форма эклямписі во время родовъ у 17-лѣтней I-рага. Надрѣзь зѣва, щипцы. Черезъ 10 часовъ послѣ родовъ снова одинъ за другимъ 7 тяжелыхъ припадковъ. Декапсуляція. Послѣ нея еще 2 легкихъ припадка. Бѣлокъ въ мочѣ, опредѣленный Эсбахомъ до операціи въ количествѣ 7% , уже черезъ 8 ч. р. о. этимъ реактивомъ не опредѣлялся. Полное выздоровленіе.

4 случая декапсуляціи почекъ мы находимъ въ сообщеніи Alsberg'a (1); случаи эти оперированы Keller'омъ.

Случай XXX. 34 г. I-рага. Родоразрѣшена щипцами, черезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ родовъ 1-й припадковъ. Въ мочѣ 6% бѣлка и много цилиндровъ. Коматозное состояніе. Пульсъ 130. Декапсуляція об'їхъ почекъ послѣ 10-го припадка. Послѣ операціи припадки не возобновлялись. Быстрое и полное выздоровленіе.

Случай XXXI. 27 лѣтъ. IV-рага. Родоразрѣшена влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ. Декапсуляція об'їхъ почекъ черезъ 21 часъ

послѣ родоразрѣшенія и около 3-хъ дней послѣ 1-го припадка. Между родоразрѣшеніемъ и декапсуляціей 10 припадковъ. Послѣ декапсуляціи 6 припадковъ. Смерть на 8 день послѣ родовъ отъ пневмоніи.

Случай XXXII. 18 лѣтъ I-para. Экстраперитонеальное кесарское сѣченіе черезъ 4 часа послѣ перваго припадка. Черезъ 17 часовъ послѣ родоразрѣшенія и семи припадковъ декапсуляція обѣихъ почекъ, при пульсѣ 140—160 и тяжеломъ возбужденномъ состояніи. Послѣ декапсуляціи припадки не возобновлялись. Гладкое выздоровленіе.

Случай XXXIII. 20 лѣтъ. I-para. 5 припадковъ эклямписи въ теченіи 4-хъ часовъ. Перфорация послѣ пробныхъ щипцовъ. Черезъ 9 часовъ послѣ родовъ и новыхъ 20 припадковъ—декапсуляція обѣихъ почекъ. Послѣ декапсуляціи еще 12 припадковъ. Пришла въ себя на 3-й день послѣ родовъ. Выздоровленіе.

Два случая декапсуляціи почекъ при эклямписи сообщаетъ Reiferscheid⁽²⁴⁾.

Случай XXXIV. XXI-para. 44 года. Эклямпися началась во время родовъ. Послѣ 5-го припадка поворотъ и извлеченіе. Плодъ 3250 грм. Послѣ родовъ 6 тяжелыхъ припадковъ. Безсознательное состояніе. За 12 часовъ только 200 с. с. мочи, содержащей 2⁰/₁₀₀ бѣлка. Подъ эфирнымъ наркозомъ произведена декапсуляція обѣихъ почекъ. Правая почка темно-краснаго цвѣта, капсула сильно напряжена. Въ лѣвой напряженіе меньше. Для вскрытія капсулы почки выведены изъ раны наружу, послѣ операциі въ раны введены іодоформенные дренажи (!). Послѣ декапсуляціи рѣзкое повышеніе количества мочи (въ 24 часа 1450 с. с.), значительное улучшеніе общаго состоянія здоровья больной, отсутствіе припадковъ. На 3-й день послѣ операциі сильное возбужденіе, въ мочѣ большое количество іода, явленія отравленія іодоформомъ. Больная погибла на 5-й день послѣ операциі, причемъ, какъ отмѣчаетъ самъ авторъ, весьма возможно наступило-бы и выздоровленіе, если бы не отмѣченное отравленіе іодоформомъ.

Случай XXXV. V-para 33-хъ лѣтъ. Доставлена въ клинику въ тяжеломъ состояніи, съ почти совершенно закрытой маткой. Послѣ 3-хъ припадковъ подъ эфирнымъ наркозомъ произведено влагалитное кесарское сѣченіе, поворотъ и экстракція. Послѣ родоразрѣшенія припадки не повторялись. Т. к. за 25 часовъ больная дала только 150 с. с. мочи съ большимъ содержаніемъ крови и бѣлка, то черезъ 45 часовъ р. р. приступлено къ декапсуляціи обѣихъ почекъ. Капсула не напряжена, обѣ почки темно-краснаго цвѣта. Послѣ декапсуляціи количество мочи не только не возросло, но даже убывло. Хотя припадки не возобновлялись, однако больная погибла на 3-и сутки. Къ приводимымъ двумъ случаямъ авторъ присоединяетъ и третій, при которомъ декапсуляція была произведена не при эклямписи, а при нефритѣ. И этотъ 3-й случай окончился летально.

Перехожу къ сообщенію собственнаго случая (XXXVI).

22-го іюня въ 9 ч. утра въ XV городской родильный пріютъ поступила 19-лѣтняя, небольшого роста, слабаго сложенія I-para, съ правильно развивающимися родовыми болями. При распросѣ она сообщила, что все время до родовъ была совершенно здорова и только въ послѣдній мѣсяцъ появились небольшіе отеки ногъ. Строеніе и размѣры таза нормальныя. Плодъ въ I-позиціи въ переднемъ видѣ. Роды протекли правильно и окон-

чилися 23 іюня въ 12 ч. 20 м. ночи. Родилась дѣвочка вѣсомъ въ 3120 грм. Къ утру черезъ 4 часа послѣ родовъ (4 ч. 10 м.) внезапно первый припадокъ эклямпсіи. Характеръ этого припадка, судя по наблюденіямъ дежурной акушерки, не тяжелый. Послѣ перваго припадка съ почти правильными промежутками слѣдуютъ въ теченіи всего дня и ночи еще 23 припадка. Послѣ 11-го припадка сознаніе не возвращается. Больная находится въ состояніи сильного возбужденія. Появляется не проходящій и въ періодъ покоя ціанозъ губъ и лица.

Не смотря на то, что былъ испытанъ весь арсеналъ лѣчебныхъ средствъ, припадки не приостановились, и характеръ ихъ становился тяжелѣе.

23. VII къ 11 ч. 30 м. дня пульсъ 110. t° 39,8. Дыханіе 30. Возбужденное состояніе, синюшность губъ и лица. Въ виду угрожающихъ явленій я рѣшилъ послѣ 24-го припадка произвести проколъ подпаутиннаго пространства спинного мозга, что и выполнено подъ легкимъ хлороформнымъ наркозомъ между 2 и 3 поясничными позвонками по средней линіи въ положеніи больной на правомъ боку съ выгнутой спиной. Спинно-мозговая жидкость вытекала сильной струей. Собранные 38 с. с. этой жидкости были совершенно прозрачны.

(Желаю провѣрить ядовитость этой жидкости, мы ввели ее 3-мъ кошкѣмъ интравенозно по 10, 10 и 18 с. с., причемъ ни одно изъ животныхъ не обнаружило какихъ-бы то ни было признаковъ отравленія).

Послѣ пункции припадки прекратились, больная стала покойнѣе, дыханіе равномернѣе, пульсъ менѣе напряженъ, 100 ударовъ въ минуту. Явленія отека легкихъ и ціанозъ быстро исчезли. Сознаніе нѣсколько прояснилось.

Улучшеніе состоянія здоровья больной продолжалось до 4 ч. 20 м. дн., когда (т. е. черезъ 4 ч. 50 м. послѣ пункции) неожиданно развился 25-ый тяжелый припадокъ, который сразу же рѣзко ухудшилъ положеніе больной, и былъ настолько тяжелъ, что пришлось прибѣгнуть къ хлороформированію.

Въ 8 ч. 10 м. 2-ой послѣ пункции и 26-ой послѣ родовъ припадокъ, одинаковаго характера съ предыдущими.

Больная снова въ безсознательномъ состояніи. t° 40,1. Пульсъ рѣзко напряженъ 130. Сильная синюха лица, явленія отека легкихъ.

Въ 8 ч. 20 м. в.—27-ой припадокъ, еще сильнѣе ухудшившій состояніе здоровія больной и заставившій меня прибѣгнуть къ декапсуляціи почекъ.

Декапсуляція произведена 23/VII въ 8 ч. 20 м. в., послѣ 27-го припадка и черезъ 45 ч. 10 м. р. р.

Разрѣзомъ по краю грудной клѣтки въ 14—16 сант. длиною, обнажена жировая капсула сначала лѣвой почки. Капсула отстранена книзу и почка найдена не на уровнѣ разрѣза, а высоко подъ грудной клѣткой. Съ нѣкоторымъ затрудненіемъ удалось низвести почку къ раневому отверстию, и надрѣзавъ капсулу по наибольшей почечной выпуклости отъ одного полюса до другого, пальцемъ отдѣлать капсулу отъ почечной ткани вплоть до hilus'a. Тоже произведено на правой сторонѣ. Капсула отдѣлялась легко.

Обѣ почки темно-синяго цвѣта, очень не велики, капсула на обихъ органахъ нѣсколько напряжена. Обнаженія поверхность почекъ почти не кровоточила.

Я ограничился только отдѣленіемъ и отказался отъ экстирпации капсулы.

Послѣ удаленія капсулы почка возвращена на мѣсто, рана зашита многотажнымъ швомъ и оставлено только небольшое въ 3 сантим. отверстие, черезъ которое введены марлевые стерилизованные дренажи.

Операция произведена подъ легкимъ хлороформнымъ наркозомъ и продолжалась не болѣе 40 минутъ.

За послѣдніе 16 часовъ до декапсуляціи удалось собрать только 120 с. с. мочи. Бѣлка все время до 25-го припадка въ многочисленныхъ пробахъ мочи обнаружено не было и только послѣ 25 и 27-го припадковъ реактивомъ Эсбаха опредѣлено менѣе $\frac{1}{2000}$ бѣлка въ мочѣ.

Послѣ декапсуляціи катетромъ получено сразу 160 с. с. мочи, причемъ моча эта не содержала ни крови, ни бѣлка.

Послѣ операции больная постепенно начинаетъ приходить въ сознание, пульсъ улучшается, t^0 —спадаетъ до $37,2^0$. Количество мочи за 28 часовъ р. о. 1835 с. с. Такъ продолжалось до 25/VII, когда въ 4 ч. 45 м. утра, т. е. черезъ 33 ч. 25 м. послѣ декапсуляціи снова развился припадокъ. Затѣмъ съ промежутками приблизительно въ 1 часъ припадки повторились еще 10 разъ. Всѣ эти припадки носили легкой характеръ, больная въ промежуткахъ приходила въ сознание, унавала окружающихъ. Пульсъ 100—120.

26/VII въ 4 ч. дн. послѣ 5 часовъ покойнаго сна наблюдался послѣ декапсуляціи—11-й припадокъ. Съ этого момента больная стала быстро оправляться. Рана зажила *per primam*. Дренажи извлечены черезъ 26 часовъ р. о.

Количество мочи все время колебалось въ предѣлахъ нормы. Реакціи на бѣлокъ давали каждый разъ отрицательные результаты. Больная выписалась здоровой.

Кромѣ приведенныхъ случаевъ въ литературѣ имѣется еще сообщеніе E. Runge⁽²⁵⁾ изъ клиники Wimm'a въ которомъ авторъ говоритъ только, что декапсуляція была произведена на трехъ больныхъ эклямпсией въ послѣродовомъ періодѣ. У одной изъ больныхъ одновременно наблюдалась и анурия. Всѣ три случая окончились летально. Въ русской литературѣ я не нашелъ ни одного сообщенія объ операциі Edebohls'a при эклямпсіи и только на послѣнемъ Гинекологическомъ съѣздѣ въ Кіевѣ было заявлено о случаяхъ декапсуляціи почекъ при эклямпсіи Александровымъ²⁾ и Мамонтовымъ⁽¹⁸⁾.

Кромѣ того въ одномъ изъ засѣданій Общества Русскихъ врачей въ С.-Петербургѣ д-ромъ Полъновымъ⁽²¹⁾ также былъ поднятъ вопросъ о декапсуляціи почекъ. Въ преніяхъ принималъ участіе проф. Оттъ. Къ сожалѣнію до настоящаго времени еще не имѣется въ печати соответственныхъ протоколовъ Общества и Съѣзда и я лишенъ возможности привести здѣсь ихъ содержанія.

Для удобства сопоставленія я позволяю ниже привести таблицу цитированныхъ мною выше случаевъ.

Таблица проведенныхъ случаевъ.

Авторъ, возрастъ и число беременн.	Форма эклямпсіи.	Время декапсуляціи.	Послѣ декапсуляціи.	Исходъ болѣзни.
№ 1. Edebohls 1903. 23 л. I-para.	Eclamps. gravidit. Продолжается послѣ Accouchement forcé	Черезъ 72 ч. р. р.	припадки не возобновлялись.	Выздоровленіе.
№ 2. Edebohls 1904. 20 л. I para.	gravidit.	Декапсуляція на беременной.	припадки не возобновлялись. Черезъ 2 дня родила самопроизвольно.	Выздоровленіе.
№ 3. Covaillon et Trillät 1903.	gravidit. et p. p. не зависимо отъ accouchement forcé.	Черезъ 60 ч. р. р.	припадки не возобновлялись.	Выздоровленіе.
№ 4. Edebohls 1906. Случ. III 20 л. I-para.	послѣродовая.	Черезъ 30 часовъ р. р. послѣ 7 тяжелыхъ и нѣсколькихъ легкихъ припадковъ въ комѣ.	еще 2 легкихъ припадка.	Выздоровленіе.
№ 5 Chambrel. et Pousson 1906. 21 г. I-para	во время и послѣ искусственнаго родоразрѣшенія.	декапсуляція и нефротомія черезъ 24 ч. р. р.	припадки не возобновлялись.	Выздоровленіе.
№ 6. Jardine Edebohls.	послѣродовая.	черезъ 4 ¹ / ₂ сутокъ р. р.	—	Смерть.
№ 7. Gauss 1907. Случ. I 25 л. I-para.	во время и послѣ родовъ щипцы.	послѣ 11-го припадка и 13 час. р. р.	еще 2 припадка.	Выздоровленіе.
№ 8. Gauss 1907. Случ. II 18 л. I-para.	во время берем. влагалищное кесарское сѣченіе. Припадки продолжаются.	до родовъ послѣ 5-го припадка. Черезъ 7 ч. р. о. влагал. кесар. сѣч.	припадки стали повторяться чаще.	Выздоровленіе.

Авторъ, возрастъ и число беременн.	Форма эклампси.	Время декапсуляци.	Послѣ декапсуляци.	Исходъ болѣзни.
№ 9. Frank 1908. 26 л. III-grav.	на 4-мъ мѣсяцѣ беременности. Беременнос. прер- вана оператив- нымъ путемъ.	послѣ 26 припадка и 16 час. р. р. послѣ искуств. выкид.	несомнѣнное вре- менное улучшеніе.	Смерть отъ пнев- моніи.
№ 10. Polano 1907. 38 л. IX-para.	р. р. только 2 припад., загѣмъ длительное безсознательное состояніе.	на 10 день послѣ родовъ.	временное улуч- шеніе.	Смерть на 19 день р. о. отъ отека легкихъ.
№ 11. Falgowski 1908. 28 л. IV-para.	р. р.	черезъ 34 ч. р. р. и 24-го припадка.	не повторялись быстрое улучшеніе.	Выздо- рвленіе.
№ 12. Asch 1908. 21 г. I-para.	началась на 3-ій д. р. р.	послѣ многочислен- ныхъ и быстро пов- торившихся припад- ковъ на 3 день р. р.	Припадки не пов- торялись.	Выздо- рвленіе.
№ 13. Baumm 1908. 84 л. III-para.	р. р.	Декапсуляція лѣвой почки черезъ 2 сутки р. р.; правая почка отсутствовала.	Временное улуч- шеніе на 4-ый день психовъ.	Смерть на 5 д. отъ внут. кро- вопеч. изъ желуд. въ кишечн.
№ 14. Essen- Müller 1908. 36 л. V-para.	эклампсія продол- жается, не смотря на родоразрѣшеніе (влагал. кесарское сѣченіе).	Черезъ 2 дня послѣ перваго припадка и 33 часа послѣ влагал. кесарс. сѣчен.	Улучшенія не наблюдалось.	Смерть черезъ 5 ч. послѣ операци.
№ 15. Haem 1908. 30 л. III-para.	во время и послѣ родовъ.	Черезъ 8 час. послѣ самопроизвольныхъ родовъ и многочи- сленныхъ, часто повто- рявшихся припадковъ.	Улучшенія не наблюдалось.	Смерть черезъ 5 ч. р. о.
№ 16. Wiemer 1908. Случ. I. 37 л.	послѣродовая форма.	черезъ 26 ч. р. р. во время 10-го припадка.	Припадки не возобновлялись.	Выздо- рвленіе.
№ 17. Wiemer 1908. Случ. II. 22 л. I-para.	Эклампсія во вре- мя и послѣ родовъ, не смотря на ус- коренное родораз- рѣшеніе.	декапсуляція черезъ 12 ч. р. р. послѣ мно- гочисленныхъ при- падковъ.	Припадки не возобновлялись. Несомнѣнное улучшеніе.	Смерть на 13 д. р. о. отъ инф. ранъ въ прав. поч. области.

Авторъ, возрастъ и число беременн.	Форма эклампсии.	Время декапсуляци.	Послѣ декапсуляци.	Исходъ болѣзни.
№ 18. Wiemer 1908. Случ II III-para.	до и послѣ родовъ, не смотря на ис- кусственное родо- разрѣшеніе.	Декапсуляція обѣихъ почекъ послѣ ряда припадковъ.	было 2 припадка.	Выздо- рвленіе.
№ 19. Kleinertz 1908. Случ. I 27 л. II-para.	post. part.	Послѣ многочислен- ныхъ припадковъ и 18 ч. 30 м. послѣ родовъ.	Временно нѣко- торое улучшеніе. Припадки не пре- кращались, къ концу усилились; развился коллапсъ.	Смерть черезъ 57 ч. р. о.
№ 20. Kleinertz 1908. Случ. II 24 л. I-para.	послѣродовая.	Черезъ нѣсколько час- совъ послѣ родовъ и многочисленныхъ припадковъ.	Первые 4 ч. р. о. припадки не воз- обновлялись, за- тѣмъ повторились еще 29 разъ, но были слабы.	Психозъ. Выздо- рвленіе.
№ 21. Pfannen- stiel 1908. Случ. I.	Тяжелый	с л у ч а й	эклампсия.	Выздо- рвленіе.
№ 22. Pfannen- stiel 1908. Случ. II.	Тяжелый	с л у ч а й	эклампсия.	Смерть.
№ 23. Gminder 1908. 18 л. I-para.	post part.	Декапсуляція черезъ 12 час. послѣ перваго припадка.	Припадки возоб- новились черезъ 3 ч. р. о.	Смерть на 3-ьи сутки не смотря на энергич. лѣч. и венесек.
№ 24. Weinhold 1908. 37 л. I-para.	до и послѣ родовъ, не смотря на ис- кусственное родо- разрѣшеніе.	Черезъ 6 ч. р. р. и многочисленныхъ при- падковъ.	еще 13, но лег- кихъ припадковъ.	Выздо- рвленіе.
№ 25. L. Fraen- kel 1908. 26 л. I-para.	во время и послѣ родовъ, не смотря на искусств. родо- разрѣш. и энергич. терапію.	Черезъ 4 ч. р. р. и 15-го припадка.	еще 3 припадка.	Выздо- рвленіе.
№ 26. Opitz 1909. Случ. I.	послѣродовая.	Послѣ ряда тяжелыхъ припадковъ въ без- сознат. состояніи.	былъ только одинъ припадокъ.	Выздо- рвленіе.

Авторъ, возрастъ и число беременн.	Форма эклямпсии.	Время декапсуляци.	Послѣ декапсуляци.	Исходъ болѣзни.
№ 27. Opitz 1909. Случ. II.	послѣродовая.	Послѣ 3 тяжелыхъ припадковъ, слѣдо- вавшихъ одинъ за другимъ.	Припадки не возобновлялись.	Выздо- рвленіе.
№ 28. Opitz 1909 Случ. III.	во время и послѣ родовъ влагалищ. кесарс. сѣченіемъ.	—	Припадки не возобновлялись.	Выздо- рвленіе.
№ 29. Opitz 1909. Случ. IV. 17 л. I-para.	во время берем. и послѣ искусств. родоразрѣшенія.	Послѣ 7 припадковъ, наблюдавшихся послѣ родовъ черезъ 10 ч. послѣ родоразрѣщ.	2 легкихъ при- падка.	Выздо- рвленіе.
№ 30. Alsberg 1909. Случ. I 34 л. I-para.	послѣродовая форма.	Послѣ 10-го припадка.	Припадки не возобновлялись.	Выздо- рвленіе.
№ 31. Alsberg 1909. Случ. I. 27 л. IV-para.	во время и послѣ родовъ родораз- рѣшена кесарс. сѣ- ченіемъ.	Черезъ 21 часъ послѣ родоразрѣшенія около 3-хъ дней послѣ пер- ваго припадка.	было еще 6 припадковъ.	Смерть на 8 день послѣ ро- довъ отъ пневмоніи
№ 32. Alsberg 1902. Случ. II 18 л. I-para.	во время берем. че- резъ 4 ч. послѣ перваго прип. эк- страперитн. кес. сѣчен. Припадки возобновились.	Черезъ 17 ч. р. р. и и 7 припадковъ въ послѣродовомъ пе- риодѣ.	Припадки не во- зобновлялись.	Выздо- рвленіе.
№ 33. Alsberg 1909. Случ. III. 20 л. I-para.	во время родовъ перфорация. припадки продол- жаются.	Черезъ 9 ч. р. р. и 20 послѣродовыхъ припадковъ.	еще 12 припадковъ.	Выздо- рвленіе.
№ 34. Reiffers- scheid. 1909. Сл. I 44 л. XXI-para.	во время беремен. Поворотъ и извл. Послѣ родовъ еще 6 тяжелыхъ прип.	Послѣ 6-го припадка въ послѣродовомъ периодѣ. Раны затам- понированы йодоформ. марлей.	Припадки не возобновлялись. На 3-й день при- знаки отравленія йодоформомъ.	Смерть отъ отрав- ленія йодо- формомъ на 5 сутки р. о.
№ 35. Онъ-же. 1909. Случ. II 33 л. V-para.	во время и послѣ искуств. родовъ при влагал кес. сѣч., послѣ котор. при- пад. не возобн., а развились oliguria.	Черезъ 45 ч. р. р. Показаніе Oliguria.	Oliguria усилилась.	Смерть на 3 сутки р. р.

Авторъ, возрастъ и число беременн.	Форма эклямпсіи.	Время декапсуляціи.	Послѣ декапсуляціи.	Исходъ болѣзни.
№ 36. Скробан- скій. 1909. 19 л. I-рага.	Послѣродовая эк- лямпсія, продол- жавшаяся и послѣ прокола спинно- мозгового канала.	Послѣ 27 припадка и черезъ 45 ч. 10 м. р. р.	было еще 11 лег- кихъ припадковъ.	Выздо- рвленіе.

Подводя итоги всѣмъ приведеннымъ въ нашей таблицѣ
слуямъ мы видимъ:

Всѣхъ случаевъ 36. Изъ нихъ:

Окончились излѣченіемъ 21.

Съ смертельнымъ исходомъ 11.

Выдѣлены за не имѣніемъ необходимыхъ данныхъ въ
особую группу 4 случ.

Изъ 21-го случая окончившихся выздоровленіемъ:

Послѣ декапсуляціи припадки не возобновлялись въ 11 сл.:	Послѣ декапсуляціи припадки возоб- новились въ 10 сл.:
№№. 1, 2, 3, 5, 11, 12, 16, 27, 28, 30 и 32.	№№. *) 4 ₂ , 7 ₂ , 18 ₂ , 20 ₂₉ , 24 ₁₃ , 25 ₃ , 26 ₇ , 29 ₇ , 33 ₁₂ и 36 ₁₁ .

Въ случ. № 8 декапсуляція не дала эффекта и выздо-
рвленіе послѣдовало только послѣ искусственного родораз-
рѣшенія.

Въ случаѣ № 21 отмѣчается только выздоровленіе при
тяжелой формѣ эклямпсіи, другихъ данныхъ не приводится.

Изъ 11 случаевъ окончившихся летально:

Послѣ декапсуляціи наблюдалось вре- менное улучшеніе въ 6 сл.:	Декапсуляція не вызвала даже вре- менного улучшенія въ 5 сл.:
№№. 9, 10, 13, 17, 19 и 34.	№№ 14, 15, 23, 31 и 35.

*) Прим. Подъ цифрой, обозначающей № случая, вторая цифра указываетъ
на число припадковъ послѣ декапсуляціи.

Въ случаяхъ №№ 6 и 22, окончившихся такъ же летально, соответственныхъ данныхъ не приведено.

Преведенный подсчетъ собранныхъ выше случаевъ говоритъ съ нѣсомнѣнной очевидностью за благоприятное вліяніе операциі Edebohls'a на теченіе эклямпсіи.

Такъ изъ всѣхъ случаевъ только въ 5 послѣ декапсуляціи не наблюдалось никакого улучшенія, во всѣхъ прочихъ же операциа эта предшествовала или полному прекращенію припадковъ, или количество ихъ было послѣ нея очень не велико (1—2), или наконецъ эклямптические припадки хотя и повторялись, но теряли свой тяжелый характеръ.

Разсматривая ближе отмѣченные выше 5 случаевъ окончившихся летально, при которыхъ декапсуляціа не дала даже временнаго улучшенія, мы должны будемъ убѣдиться, что и эти случаи не могутъ служить доказательствомъ бесполезности операциі Edebohls'a при эклямпсіи.

Такъ въ случаяхъ №№ 14 и 15 декапсуляціа была произведена уже очень поздно—за 5 часовъ до смерти, при условіяхъ, когда быть можетъ даже болѣе совершенные методы будущаго не спасутъ больныхъ отъ смерти.

Можно думать, что операциа произведена поздно и въ случаяхъ №№ 31 и 34, особенно послѣднемъ, такъ какъ больная находилась уже въ длительной комѣ не реагируя на отравленіе даже припадками.

Изъ 6 случаевъ, окончившихся летально, но съ временнымъ улучшеніемъ послѣ операциі въ большинствѣ смерть послѣдовала не отъ эклямпсіи, а отъ постороннихъ осложненій.

Такъ въ случаѣ XVII (Wiemer случ. 11) причиной смерти была инфекціа одной изъ ранъ. Въ случ. XIV (Reifferscheid случ. 1) смерть послѣдовала, очевидно, отъ іодоформеннаго отравленія. Въ случ. XIII (Baum) отъ внутренняго кровотеченія; въ случаяхъ же IX и X причиной смерти отмѣчаемой авторами были отекъ легкихъ и пневмонія.

Подводя итоги наблюденіямъ, сдѣланнымъ надъ собственнымъ случаемъ эклямпсіи, мы видимъ:

Тяжелая форма безбѣлковой послѣродовой эклямпсіи съ прогрессивно ухудшающимся характеромъ припадковъ. Явленія, вначалѣ не сильно выраженной oliguriae, постепенно увеличивались. Болѣзнь прогрессируетъ не смотря

на энергичное наркотическое лѣченіе. По прошествіи 7 ч. 20 м. послѣ перваго приступа и послѣ 11-го припадка произведена пункція подпаутиннаго пространства и выпущено 38 с.с. прозрачной спинно-мозговой жидкости.

Способъ, этотъ примѣненный мною раньше на одномъ случаѣ тяжелой эклямпсіи и давшій несомнѣнный эффектъ, и въ этомъ случаѣ оказался не безразличнымъ: припадки, развивавшіеся почти правильно съ интервалами не превышавшими часа, послѣ пункціи, не возобновлялись въ теченіи 4 ч. 20 м. Общее состояніе больной нѣсколько улучшилось, зрачки меньше сужены, пульсъ потерялъ свою твердость и напряженность, больная стала покойнѣе.

Это временное улучшение прервалось внезапно 12-мъ припаркомъ, за которымъ послѣдовало еще 15. Черезъ 45 ч. 10 м. р.р., ко времени 27-го припарка состояніе больной значительно ухудшилось, количество мочи убыло и, какъ мы видѣли, къ этому времени за послѣдніе 16 часовъ ея было собрано только 120 с.с. Пульсъ 120—130—напряженъ, зрачки сужены ad minimum. Больная возбуждена, отекъ легкихъ. Въ такомъ состояніи здоровья больной и слѣлана была нами декапсуляція.

Первымъ и несомнѣннымъ слѣдствіемъ операціи мы считаемъ усиленіе діуреза. Такъ сейчасъ же послѣ окончанія операціи, катетромъ было выпущено 160 с.с., не содержащей даже слѣдовъ крови мочи. Такимъ образомъ цѣль операціи—вызвать задержанную работу почекъ—была достигнута и, какъ въ послѣдствіи можно было убѣдиться, полученный эффектъ былъ не временной, а длительный, т. к. съ момента операціи моча все время выдѣлялась въ суточныхъ количествахъ соответствовавшихъ нормѣ.

Но помимо увеличенія діуреза можно было наблюдать и слѣдствіе его: характеръ пульса рѣзко измѣнился—онъ сталъ менѣе напряженнымъ. Очень быстро зрачки начали реагировать на свѣтъ, больная постепенно приходитъ въ себя, t° съ $40,1^{\circ}$ упала ко $37,2^{\circ}$ и въ теченіи первыхъ 37 ч. 15 минутъ припадки ни разу не возобновлялись. Начавшіеся по истеченіи этого времени припадки повторились 11 разъ въ теченіе 2-хъ сутокъ, но носили уже совершенно иной характеръ: не наблюдалось ціаноза лица, въ періодъ между припадками больная совершенно оправлялась, количество мочи не убывало. Послѣ послѣдняго припадка больная быстро начала поправляться.

Среди собранныхъ выше случаевъ декапсуляціи почекъ при эклямписіи окончившихся выздоровленіемъ мы находимъ три: №№. 20, 24 и 33, въ которыхъ, какъ и въ нашемъ, послѣ операціи припадки повторялись много разъ (отъ 12 до 29); но и здѣсь авторы отмѣчаютъ болѣе легкой характеръ припадковъ, а въ случаѣ № 20, какъ и въ нашемъ, послѣ декапсуляціи наблюдался продолжительный перерывъ, совершенно свободный отъ припадковъ. Какъ мы видѣли, отсутствіе припадковъ въ нашемъ случаѣ было только значительно продолжительнѣе (32 ч. 15 м.).

Переходя къ общей оцѣнки операціи Edebohls'a при эклямписіи необходимо конечно выяснить ея дѣйствительную полѣзность, опасность которую представляется эта операція уже сама по себѣ, трудность ея выполненія съ технической стороны и съ точки зрѣнія необходимой для операціи обстановки и инструментарія.

Можно ли считать операцію Edebohls'a дѣйствительнымъ цѣлебнымъ мѣропріятіемъ при эклямписіи?

Мы думаемъ, что на этотъ вопросъ на основаніи всего приведеннаго выше можно по крайней мѣрѣ отвѣтить: все говоритъ за рѣшеніе поставленнаго вопроса въ положительномъ смыслѣ, но необходимы дальнѣйшія наблюденія.

Во всякомъ случаѣ методъ этотъ находится въ томъ періодѣ своего развитія, который не только даетъ во многихъ случаяхъ право каждому оперирующему гинекологу при подходящихъ условіяхъ его примѣнить, но даже дѣлать это примѣненіе иногда обязательнымъ.

Сама по себѣ операція не представляетъ большой опасности. Случай Wiemeг'a, окончившійся смертью, вслѣдствіе инфицированія ранъ, является единственнымъ среди многихъ другихъ, да и онъ можетъ только свидѣтельствовать о недостаткѣ асептики, а не объ опасности самой операціи. До настоящаго времени мы не встрѣчаемъ указаній на какіе либо, развивающіеся въ болѣе поздніе сроки послѣ операціи, послѣдствія ея.

Техническая сторона операціи не представляетъ трудностей и не требуетъ специальныхъ условій или особой подготовки, поэтому операція можетъ быть выполнена повсюду тамъ, гдѣ вообще возможно оперировать.

Относительно показаній къ декапсуляціи покуда нельзя не согласиться съ авторами, которые находятъ ей мѣ-

сто только послѣ безрезультатнаго родоразрѣшенія или при эклямпсіа, начавшейся послѣ родовъ.

Дальнѣйшее детализированіе показаній покуда едва ли возможно.

Мы лично рѣшимся приступитъ къ декапсуляціи только въ тяжелыхъ случаяхъ послѣродовыхъ формъ, съ ясно выраженнымъ пониженіемъ дѣятельности почекъ и послѣ того, какъ наркотическая терапія не дала бы ожидаемыхъ результатовъ.

Резюмируя все вышеприведенное, мы приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ: Операція Edehols'a при эклямпсіа является методомъ хотя и новымъ, но несомѣнно общающимся. При нѣкоторыхъ тяжелыхъ случаяхъ послѣродовой эклямпсіа, когда всѣ средства наркотической терапіи уже исчерпаны, операція эта является даже единственнымъ методомъ, на который въ настоящее время можно еще рассчитывать.

Техника операціи проста и не требуетъ специальныхъ условій.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Alsberg. Zentralbl. f. Gyn. 1909. № 27. S. 934.
- 2) Александровъ. Положенія и выводы изъ докладовъ III съѣзда Общ. Росс. Гинек. и Акуш. Кіевъ 1909.
- 3) Asch. Zentralbl. f. Gyn. 1908. № 9. S. 285.
- 4) Baumm. Zentralbl. f. Gyn. 1908. № 12. S. 403.
- 5) Cavaillon et Trillat. Gaz. des hopitaux. 1903. № 116.
- 6) Chambrelent et Pousson. Bull. de l'acad. de méd. de Paris. 1906. Bd. 55. S. 489.
- 7) Edehols. a) Die Heilung der chronischen Nierenentzündung. Перев. Beutner'омъ. Genf, 1903. H. Kündig. b) New-York. med. Journ. 78. S. 1022. c) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 20. S. 1182. d) Zentralbl. f. Gyn. 1906. № 25. S. 719.
- 8) Essen Möller. Zentralbl. f. Gyn. 1908. № 14. S. 449.
- 9) Falgowski. Zentralbl. f. Gyn. 1908. № 2. S. 37.
- 10) Franck. O. Münchn. med. Wochn. 1907. № 50. S. 2471.
- 11) Fraenkel Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1908. Bd. 27. S. 340.
- 12) Gauss. Zentralbl. f. Gyn. 1907. № 19. S. 521.
- 13) Gminder. Münch. med. Wochn. 1908. № 51. S. 2673.

- 14) Haim. Zentralbl. f. Gyn. 1808. № 20. S. 666.
- 15) Jardine Edebohls. Цит. по Gauss. Zentralbl. f. Gyn. 1906. S. 1362.
- 16) Johnson. Zentralbl. f. Gyn. 1904. S. 1628.
- 17) Kleinertz. Zentralbl. f. Gyn. 1908. № 26. S. 843.
- 18) Мамонтовъ. Съездъ Общ. Росс. Гинек. въ Кіевѣ. Устн. сообщ.
- 19) Meltzer. Frommel's Jahresber. 1903. S. 448.
- 20) Opitz. Gynaekolog. Rundschau 1909. I Hf. S.
- 18) Полѣновъ. Засѣдан. Общ. Русск. врач. въ Спб. Устн. сообщ.
- 22) Polano. Zentralbl. f. Gyn. 1907. № 1. S. 14.
- 23) Pfannenstiel. Münchn. med. Wochn. 1908. № 36. S. 1903.
- 24) Reifferscheid. Zeitschr. f. Gyn. Urologie. 1909. Bd. I Hf. 3. S. 157.
- 25) Runge. E. Berlin. klin. Wochn. 1908. № 46. S. 2068
- 26) Sippel. a) Münchn. med. Wochn. 1906. № 44. S. 2173.
- b) Zentralbl. f. Gyn. 1904. №№ 15 u. 45.
- 27) Weinholdt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 28. 1908. S. 339.
- 28) Wiemier. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1908. Bd. 27. S. 321.

Изъ акушерско-гинекологическаго отдѣленія ч. пр. Д. Д. Попова при Николаевскомъ военномъ Госпиталѣ.

Къ вопросу о хирургическомъ леченіи выпаденія матки и рукава по способу Wertheim-Schauta.

Д-ра Медицины И. Е. ТИКАНАДЗЕ.

Едва-ли найдется какое-либо другое заболѣваніе женской половой сферы, для лѣченія котораго предложено такое множество оперативныхъ методовъ, какъ выпаденіе матки, болѣзни весьма тягостной, сравнительно часто встрѣчаемой, особенно среди крестьянскаго населенія.

Такое обиліе способовъ леченія само по себѣ свидѣтельствуеетъ о малой пригодности и несовершенствѣ многихъ примѣняемыхъ для устраненія этого недуга способовъ.

Уже то обстоятельство, что одинъ и тотъ-же методъ въ рукахъ одного и того-же хирурга, подчасъ даже самого автора, примѣнявшаго свой методъ, давалъ неодинаково утѣшительные результаты, указываетъ на то, что причины выпаденія матки и вообще условія, при которыхъ матка удерживается въ нормальномъ положеніи, пока еще не въ достаточной мѣрѣ изучены и уяснены, и что не можетъ быть одного строго опредѣленнаго метода для леченія выпаденія и что въ этихъ случаяхъ всегда необходима индивидуализація.

Въ послѣднее время, благодаря анатомо-патологическимъ изслѣдованіямъ Halban'a и Tandler'a, вопросъ этотъ получилъ болѣе или менѣе удовлетворительное объясненіе. Эти авторы доказали, что матка удерживается въ своемъ нормальномъ (anteversio-flexio — Schultze) положеніи, благодаря физиологическому равновѣсію группы мышцъ, входящихъ въ составъ брюшнаго пресса и тазового дна, при чемъ онѣ по своей функціи являются взаимно противодѣйствующими. Мышцы, закрывающія выходъ таза, какъ извѣстно, состоятъ изъ тазовой діафрагмы, состоящей изъ мышечнаго слоя, образуемаго на счетъ поднимающаго задній проходъ мускула, съ покрывающими его сверху и снизу фасціями и мышечно-апоневротическаго слоя, такъ называемой мочевоы перегородки (diaphragma urogenitale). Слѣдуетъ за-

мѣтитъ, что мышца, поднимающая задній проходъ, состоитъ какъ-бы изъ двухъ сходящихся къ средней линіи таза половинъ, спускающихся при расслабленномъ состояніи воронкообразно внизъ и кзади; между внутренними краями той и другой половины, въ переднемъ ихъ отдѣлѣ, натянута такъ называемая добавочная діафрагма; это именно и есть только-что упомянутый нами мышечно-апоневротическій слой (*diaphragma urogenitale*), который образованъ на счетъ глубокихъ мышцъ передней промежности и фасціи таза.

Halban и Tandler на выпаденіе матки смотрятъ съ точки зрѣнія грыжевой теоріи, при чемъ брешь въ собственно тазовой діафрагмѣ и проходное отверстіе влагалища въ мочеполовой діафрагмѣ являются грыжевыми воротами, образующими лежащій въ косомъ направленіи каналъ, а стѣнки влагалища играютъ роль грыжевого мѣшка. Выпаденіе матки и сосѣднихъ органовъ получается лишь тогда, когда существующее въ тазовомъ днѣ отверстіе (грыжевые ворота), недостаточно прикрыто и находится въ слабой связи съ окружающими частями, слѣдовательно, когда налицо имѣются условія, при которыхъ повышенное внутрибрюшное давленіе въ состояніи черезъ это отверстіе вытѣснить тотъ или иной органъ, напримѣръ, матку. Изъ этого положенія вытекаетъ, что моменты, создающіе усиленную работу брюшного пресса и вообще содѣйствующіе поступательному движенію матки внизъ, а равно всѣ другія условія, дѣйствующія ослабляющимъ образомъ на поддерживающіе мышечные приборы тазового дна, могутъ являться этиологическими моментами для выпаденія матки. Въ этомъ отношеніи важное значеніе имѣютъ повторные роды и особенно оперативные, когда мышцы промежности подвергаются разрывамъ, растяженію, удлиненію, съ слѣдовательными измѣненіями атрофическаго характера.

Не менѣе существенное вліяніе на выпаденіе матки оказываетъ ея наклоненіе кзади, такъ какъ такое положеніе, ведя къ совпаденію осей матки и рукава, создаетъ условіе благоприятствующее поступательному движенію матки по проводной линіи таза, помимо этого, ретроверсія ведетъ къ увеличенію пузырно-маточнаго углубленія, куда могутъ попадать петли кишекъ, которыя въ силу своей тяжести и увеличеннаго внутрибрюшнаго давленія будутъ дѣйствовать какъ клинъ и тѣмъ способствовать выпячиванію передней стѣнки рукава, въ чемъ кромѣ того принимаетъ участіе и наполненіе мочевого пузыря.

Nebesky въ недавней своей работѣ, основываясь на собственныхъ изслѣдованіяхъ и наблюденіяхъ, особенно подчеркиваетъ значеніе *lig. cardinalia* въ дѣлѣ выпаденія матки, приписывая

имъ, а также и взаимному сцѣпленію мочевыхъ органовъ (Organ-cohärenz) важную роль въ удерживаніи матки въ нормальномъ положеніи.

Наконецъ, помимо вышеизложеннаго, выпаденіе матки можетъ находиться въ связи съ врожденными ненормальностями физическаго развитія больной.

Burger, основываясь на матеріалѣ клиники Schauta около 3,5% всѣхъ выпаденій относить къ нерожавшимъ и дѣвицамъ, онъ же приводитъ 13 случаевъ выпаденія матки у новорожденныхъ, изъ коихъ у 11 имѣлась Spina bifida. Nebesky изъ 20 новорожденныхъ съ выпаденіемъ матки такой-же врожденный дефектъ могъ отмѣтить у 17.

Такимъ образомъ изъ вышеизложеннаго вытекаетъ, что на выпаденіе матки слѣдуетъ смотрѣть, какъ на результатъ развитія грыжи тазово-мочеполовой перегородки, въ основаніи его лежатъ разрывы и растяженія—мышцъ промежности и поднимающей задній проходъ, кромѣ того врожденные и пріобрѣтенные загибы матки кзади, пороки развитія тазовой діафрагмы, а также и другіе моменты, способствующие увеличенію внутрибрюшнаго давленія.

Отсюда понятно, что въ вопросѣ леченія выпаденій матки, всѣ мѣры должны быть направлены на то, чтобы устранить вліяніе всѣхъ перечисленныхъ моментовъ.

Всѣ хирургическіе способы, предложенные для устраненія выпаденія матки, можно подраздѣлить на радикальные и консервативные.

Къ первымъ принадлежитъ операція полной экстирпаціи матки, впервые предложенная для этой цѣли Kaltenbach'омъ съ послѣдующимъ примѣненіемъ обширной пластики влагалища. Эта операція, какъ извѣстно, показана, когда больная находится въ климактерическомъ возрастѣ и когда вывернутое влагалище содержитъ выпавшую атрофическую матку. Однако, во многихъ случаяхъ выпаденія матки и особенно обширнаго выпаденія рукава примѣненіе этой операціи не достигаетъ результата, ибо стѣнки рукава, не имѣя достаточной поддержки въ вышележащихъ отдѣлахъ, снова опускаются и потому въ этомъ случаѣ приходится производить полную экстирпацію рукава.

Къ консервативнымъ слѣдуетъ отнести всѣ тѣ методы, при посредствѣ которыхъ выпадающая матка возстановляется въ въ нормальномъ положеніи путемъ фиксации ея въ передней брюшной стѣнкѣ (Ventrofixatio) или же путемъ укороченія круглыхъ маточныхъ связокъ (операція Alexander-Adams'a); сюда же относятся всѣ операціи производимыя для той-же цѣли

влагалищнымъ путемъ. Во всѣхъ этихъ операціяхъ тщательная пластика тазоваго дна, какъ основное правило, стоитъ на первомъ планѣ, ибо ни одинъ изъ вышеизложенныхъ оперативныхъ методовъ безъ такового не гарантируетъ отъ рецидивовъ.

Я не буду останавливаться на операціяхъ вентрофиксаціи матки, а равно и укороченія круглыхъ маточныхъ связокъ, такъ какъ обѣ онѣ, будучи хорошо разработанными, имѣютъ свои особыя показанія, имѣютъ достаточное число сторонниковъ и не меньше противниковъ. Отмѣчу лишь то, что операція Alexander-Adams'a, вслѣдствіе непостоянства и невѣрности результатовъ, во многомъ уступаетъ первой, т. е. вентрофиксаціи, не говоря уже о томъ, что иногда очень трудно отыскивать круглыя связки, въ особенности, у старухъ, у которыхъ онѣ въ большинствѣ случаевъ бывають въ атрофическомъ состояніи.

Что же касается до вентрофиксаціи, то эта операція, въ смыслѣ прочности результатовъ, является болѣе надежной, въ особенности, если на-ряду съ фиксаціей матки къ передней брюшной стѣнкѣ производится ампутація шейки и возстановленіе промежности. Однако, она не даетъ хорошихъ результатовъ въ тѣхъ случаяхъ, когда передняя брюшная стѣнка значительно растянута вслѣдствіе расхожденія *linea alba* и атрофіи мышцъ, создающихъ *venter prorepens*.

По Христіани эта операція даетъ 65,7% безупречныхъ результатовъ. Къ недостаткамъ этой операціи слѣдуетъ отнести опасность ущемленія кишекъ (Оттъ), и нерѣдко наблюдаемые аборты. По Küstner'у на 98 случаевъ беременности у вентрофиксированныхъ получило 75 выкидышей. Кроме того, Христіани указываетъ на образование грыжъ въ количествѣ 12 на 150 вентрофиксированныхъ.

Ограничиваясь этими замѣчаніями по поводу двухъ упомянутыхъ методовъ, я перейду къ изложенію предложенныхъ для устраненія выпаденій методовъ влагалищныхъ.

При неполномъ выпаденіи и перегибѣ кзади, который является начальной степенью выпаденія, обыкновенно кромѣ возстановленія цѣлости тазовой и мочеполовой преграды примѣняется въ настоящее время влагалищное укрѣпленіе матки внутрибрюшиннымъ путемъ. Техника этой операціи, а равно и показанія къ ней обстоятельно изложены въ работахъ доцента Д. Д. Попова и его сотрудниковъ д-ровъ О. М. Тавилдарова и М. Н. Порошина, такъ что повторять о нихъ здѣсь считаю излишнимъ. Изъ прежнихъ оперативныхъ способовъ, стремящихся создать искусственную перегородку въ просвѣтѣ рукава, я укажу на способъ Le Fort'a и Neugebauer'a, который состоитъ въ

вырѣзываніи двухъ продольныхъ лоскутовъ изъ передней и задней стѣнокъ влагалища и сшиваніи окровавленныхъ поверхностей другъ съ другомъ узловатыми швами; операція эта (по Соловьеву) скоро даетъ однако рецидивы.

Операція Н. Freund'a имѣетъ своей задачей тоже суженіе влагалища накладываніемъ на стѣнки влагалища ряда круговыхъ кисетнообразныхъ швовъ серебряной проволокой, которая, оставаясь въ ранѣ вмѣстѣ съ образовавшейся рубцовой тканью, должна служить механической поддержкой матки и влагалищныхъ стѣнокъ. Этотъ методъ вопреки увѣреніямъ самого Freund'a и Шахъ-Пароніанца оказался непригоднымъ въ рукахъ послѣдующихъ авторовъ (Губаревъ, Абражановъ, Томсонъ).

Не получилъ большого распространенія также и способъ W. Freund'a, который сперва имъ примѣнялся для залечиванія большихъ дефектовъ задней пузырьной стѣнки, и даже въ томъ видоизмѣненіи его, который былъ предложенъ Fritsch'емъ. Сущность этого способа состоитъ въ томъ, что вывихнутое черезъ передній сводъ дно матки пришивается къ освѣженной слизистой оболочкѣ передней и задней стѣнокъ рукава. Этотъ способъ помимо того, что не гарантируетъ отъ рецидивовъ опущенія и выпячиванія пузыря, создаетъ непроходимость влагалища и слѣдовательно ведетъ къ нарушенію половыхъ отправленій; кромѣ того изъ влагалища постоянно имѣется выдѣленіе гнойнаго секрета вслѣдствіе воспалительнаго измѣненія перитонеальнаго покрова матки.

Мандельштамъ у одной больной, оперированной по Freund'у, наблюдалъ сильное разрастаніе грануляціонной опухоли, развившейся въ отверстіи, образованномъ въ днѣ матки для стока менструальной крови.

Отъ упомянутыхъ выше недостатковъ вполнѣ свободна другая модификація Freund-Fritsch'евской операціи, предложенная Wertheim'омъ и Schauta. Этотъ послѣдній методъ оперативнаго леченія полнаго и неполнаго выпаденія матки и рукава съ большимъ успѣхомъ примѣняется за-границей на основаніи особо выработанныхъ къ нему показаній. Тщательное возстановленіе тазоваго дна, а въ иныхъ случаяхъ высокая ампутація шейки при этой операціи признается обязательной.

Приведу технику выполненія этой операціи въ томъ видѣ, какъ она практикуется въ акушерско-гинекологическомъ отдѣленіи Николаевскаго военнаго госпиталя. Послѣ надлежащаго приготвленія больной и операціоннаго поля, захватывается задняя маточная губа 2-хъ зубчатымъ крѣпкимъ пинцетомъ Douen'a и

матка низводится. Опредѣляется введеннымъ въ пузырь зондомъ нижняя его граница, проводится ножомъ срединный разрѣзь по передней влагалищной стѣнкѣ до *orificium ext. uret*; отсепаровывается въ обѣ стороны передняя влагалищная стѣнка, затѣмъ на $\frac{1}{2}$ сантиметра ниже границы пузыря дѣлается поперечный разрѣзь выпуклостью внизъ по передней окружности влагалищной части до мышечной ея ткани, отдѣляется пузырь отъ подлежащей мышечной ткани то тупымъ путемъ, то ножницами и такимъ образомъ открывается доступъ къ пузырно-маточной складкѣ. Впрочемъ, иногда, въ особенности когда имѣются сращения вслѣдствіе бывшихъ воспалительныхъ процессовъ или произведенныхъ операций въ области передняго дугласа, чрезвычайно трудно бываетъ отыскать пузырно-маточную складку. Д. Д. Поповъ въ одномъ такомъ случаѣ для того, чтобы ориентироваться въ положеніи этой складки вскрылъ задній сводъ и введеннымъ указательнымъ пальцемъ опредѣлилъ ея мѣстонахождение; такъ же поступилъ въ одномъ случаѣ и Scharpenak; въ другомъ того-же результата онъ могъ достигъ введеніемъ указательнаго пальца *per rectum*; послѣдній пріемъ врядъ-ли заслуживаетъ подражанія.

Отдѣленный пузырь переднимъ зеркаломъ приподнимается вверхъ, захватывается длиннымъ пинцетомъ складка брюшины и разрѣзается ножницами поперечно. Матка черезъ сдѣланное отверстіе-окошечко въ брюшинѣ вывихивается во влагалище. Если женщина находится въ возрастѣ половой зрѣлости, то для предупрежденія въ будущемъ зачатія, которое несовмѣстимо съ полученнымъ отъ операціи измѣненіемъ положенія матки, дѣлается стерилизація, путемъ перевязки и перерѣзыванія между двумя лигатурами каждой трубъ и широкихъ связокъ, что даетъ возможность получить болѣе подвижную и удобную для выворачиванія черезъ передній сводъ матку.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ доцентъ Д. Д. Поповъ клинообразнымъ разрѣзомъ прямо вырѣзываетъ изъ матки *intermural* ную часть трубы, рану же угловъ матки тщательно зашиваетъ кѣгутомъ; послѣ перерѣзки трубъ и широкихъ связокъ матка вытягивается кпереди и книзу, при этомъ край брюшины, покрывающей пузырь, пришивается къ задней поверхности стѣнки матки, приблизительно въ области внутренняго зѣва. Затѣмъ матка отклоняется кзади и вверхъ къ мочеиспускательному каналу и въ такомъ положеніи фиксируется съ боковъ къ стѣнкѣ влагалища, при такомъ положеніи матки дно пузыря оказывается лежащимъ и опирающимся на задней ея поверхности. Боковыя стѣнки матки покрываются отсепарованными боковыми лоску-

тами передней влагалищной стѣнки, часть которой при избыткѣ удаляется; влагалищные лоскуты соединяются и сшиваются узловатыми кѣгутузовыми швами, такъ что передняя поверхность матки вся оказывается закрытой отсепарованными лоскутами возстановленной передней стѣнки влагалища.

Вышеописанная техника въ общихъ чертахъ была предложена Schauta. Wertheim же часть передней поверхности матки оставляетъ открытой, при такомъ способѣ, по мнѣнію Wertheim'a, будто-бы не получается слишкомъ сильнаго выпячивания маткой передней стѣнки рукава. Съ этимъ едва ли можно согласиться на основаніи нашихъ клиническихъ данныхъ. По зашиваніи передней стѣнки рукава дѣлается высокая ампутація шейки. Покончивъ съ вшиваніемъ матки между передней стѣнкой рукава и пузыремъ, приступаютъ въ возстановленію тазоваго дна. Нѣкоторые авторы собственно операцію начинаютъ съ высокой надвлагалишной ампутаціи шейки и затѣмъ уже приступаютъ къ вскрытію передняго свода и подъ конецъ возстанавливаютъ тазовое дно. Мнѣ кажется, что такой приѣмъ не совсемъ удобенъ, такъ какъ предварительное удаленіе port. vagin. лишаетъ насъ твердой точки опоры, за которую мы фиксируемъ выпавшую матку во время отсепарованія и поднятія вверхъ пузыря. Petri ни въ одномъ изъ своихъ случаевъ не удалялъ port. vagin., такъ какъ, по его мнѣнію, положеніе этого отдѣла матки въ крестцовой впадинѣ усиливаетъ пелотное дѣйствіе матки для пузыря.

Большинство авторовъ всю операцію производятъ въ одинъ сеансъ. Впрочемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, именно когда имѣется обширное выпаденіе матки и рукава съ большей язвенной поверхностью и при необходимости большого освѣженія при операціи, то въ виду возможности инфекціи и негладкаго заживленія лучше возстановленіе тазоваго дна и промежности временно отложить; и эту дополнительную операцію предпринимать послѣдовательно черезъ 1—2 недѣли.

Преимущества операціи Wertheim-Schauta: проходимость влагалищнаго канала, что важно для правильнаго опороженія секрета и менструальной крови, сохраненіе половыхъ отправленій, образованіе прочной подпоры для мочевого пузыря, почти на всемъ протяженіи опирающагося на заднюю поверхность антефлексированной матки, кромѣ того, такъ какъ матка здѣсь вывихнута черезъ передній сводъ, то влагалищная часть ея лежитъ почти на своемъ нормальномъ мѣстѣ. Помимо этого, по мнѣнію Schauta, большое значеніе имѣетъ пришиваніе брюшины

пузыря къ задней стѣнки матки, что гарантируетъ отъ ущемленія кишокъ.

Слѣдовательно весь центръ тяжести при этой операциіи лежитъ въ освобожденіи матки отъ прямого воздѣйствія внутри брюшнаго давленія, въ доставленіи путемъ интерпозиціи матки прочной опорки съ одной стороны мочевому пузырю, resp. репозиціи cystocoele, и съ другой, въ подкрѣпленіи передней стѣнки влагалища.

Къ недостаткамъ операциіи по способу Wertheim-Schauta, по мнѣнію Fuchs'a, слѣдуетъ отнести то, что часть обнаженной матки въ видѣ горба выдающагося во влагалище (способъ Wertheim'a) дѣлаетъ актъ coitus'a весьма болѣзненнымъ и подчасъ невозможнымъ, что конечно исключается при способѣ Schauta.

Vucirga изъ 16 оперированныхъ Wertheim'омъ случаевъ выпаденія у 15 находилъ безусловно хорошій результатъ, кромѣ того отъ 11 онъ выслушалъ жалобы на невозможность coitus'a, при этомъ въ одномъ случаѣ причиной къ тому было сращеніе матки съ влагалищно-промежностной раной, а въ остальныхъ болѣзненность вслѣдствіе неудобнаго положенія матки.

Lehmann, упоминая о томъ же недостаткѣ, замѣчаетъ, что тамъ, гдѣ раньше во влагалищѣ было cystocoele, теперь выдается часть передней стѣнки матки. Этотъ недочетъ вскорѣ былъ устраненъ Schauta, предложившимъ вполне закрывать матку лоскутами передней влагалищной стѣнки. Слѣдуетъ замѣтить, что эта модификація еще до Schauta, какъ замѣчаетъ Fuchs, уже примѣнялась въ Кильской клиникѣ Werth'омъ, а равно и самимъ Wertheim'омъ.

Операция эта, какъ выше было уже отмѣчено, показана у больныхъ находящихся въ климактерическомъ возрастѣ, у другихъ же ее слѣдуетъ производить лишь послѣ предварительной искусственной стерилизаціи.

Относительно прочности результатовъ полученныхъ при этой операциіи уже имѣется достаточно данныхъ, говорящихъ въ пользу ея примѣненія.

Petri въ недавней своей работѣ насчитываетъ около 6 работъ, тракующихъ о длительныхъ успѣхахъ при вшиваніи выпавшей матки между пузыремъ и влагалищемъ; объ одной изъ нихъ, именно о сообщеніи Vucirga, мы имѣли случай уже упомянуть выше.

Что же касается наблюденій другихъ авторовъ, то замѣчу,

что Döderlein говорить о 53 случаяхъ изъ Тюбингенской клиники, изъ коихъ осмотрѣно 41, въ результатѣ одинъ полный рецидивъ и 9 легкихъ опущеній.

Krönig на 15 произведенныхъ въ Іенѣ операций наблюдалъ 5 легкихъ рецидивовъ.

Schauta среди своихъ 40 оперированныхъ имѣлъ 1 тяжелый и 2 легкихъ рецидива.

Fuchs сообщаетъ о 39 случаяхъ пролапса, оперированныхъ по способу Wertheim-Schauta, изъ коихъ 34 находились на излеченіи въ Кильской клиникѣ, а 5 въ его частной практикѣ; результаты осмотра дали 21 болѣе или менѣе длительныхъ излеченій и одинъ рецидивъ.

Scharpenak изъ клиники Zweiwel'я упоминаетъ о болѣе чѣмъ 100 оперированныхъ по поводу выпаденія матки, въ возрастѣ отъ 30 до 60 лѣтъ; осмотрѣно 45, изъ нихъ у 5 найденъ рецидивъ; самъ Petri приводитъ 14 случаевъ пролапса, оперированныхъ по способу Schauta въ Мюнхенской поликлиникѣ проф. Klein'a и въ его частной практикѣ. При этомъ въ 9 случаяхъ онъ могъ констатировать хорошее состояніе больныхъ; у двухъ старухъ съ атрофированной маткой имѣлся незначительный рецидивъ, 2 умерло вскорѣ послѣ выписки отъ болѣзней, не имѣвшихъ никакого отношенія къ произведенной операци (астма и воспаленіе легкихъ); у одной больной рецидивъ наступилъ вслѣдствіе полученной по-видимому травмы послѣ испуга, тогда же она замѣтила, что въ животѣ что-то оборвалось, произведенная вскорѣ лапоротомія дѣйствительно показала, что матка находится въ ретрофлексіи, впереди ея in cavo vesico-uterina лежитъ мочевоу пузырь; пришлось прибѣгнуть къ вентрофиксаци. За одно съ этимъ мы можемъ указать на случай Fuchs'a, гдѣ по поводу выпаденія матки съ cystocoele была сдѣлана вентрофиксация, но въ виду быстро наступившаго рецидива съ успѣхомъ была примѣнена Wertheim-Schauta-вская операція.

Kleinschmidt въ своей диссертациі упоминаетъ о 5 случаяхъ выпаденія у больныхъ въ возрастѣ отъ 30 до 50 лѣтъ оперированныхъ проф. Menge съ положительнымъ длительнымъ результатомъ и на основаніи литературныхъ данныхъ и своихъ наблюденій онъ считаетъ способъ Wertheim'a весьма цѣннымъ при полныхъ выпаденіяхъ матки. Прибавивъ ко всему этому одинъ случай Fierel'я, я закончу указаніе на случаи операций пролапса по способу Wertheim-Schauta, собранныя мною въ доступной мнѣ иностранной литературѣ.

Tirel въ отмѣченной работѣ вмѣстѣ съ своимъ случаемъ насчитываетъ 143 случая пролапса, оперированныхъ по способу Wertheim-Schauta, среди которыхъ у 18 отмѣчены болѣе или менѣ тяжелые возвраты болѣзни.

Въ моемъ распоряженіи въ общемъ имѣется литературный матеріалъ изъ 283 случаевъ, при чемъ отдаленные результаты проверены у 198, изъ коихъ 169 находились въ безусловно хорошемъ состояніи, что составляетъ 85,2%, по даннымъ Виссера эта цифра—93%.

Для сравненія отдаленныхъ результатовъ операціи я позволю себѣ привести данныя, полученныя при помощи другихъ методовъ оперативнаго леченія пролапсовъ.

При ventrofixatio, какъ мы уже замѣтили, число стойкихъ излеченій по Христіани составляетъ 65,7%, а при операціи Alexander-Adams'a съ пластикой тазоваго дна и промежности оно колеблется отъ 47,8% (Winter) до 92% (Asch). Надо замѣтить, что по мнѣнію авторовъ, оперировавшихъ по способу Wertheim-Schauta, неуспѣшный результатъ получился у тѣхъ больныхъ у которыхъ тазовое дно не было возстановлено съ достаточностью. Scharpenak полагаетъ, что операція Wertheim-Schauta, если только всѣ условія пластики хорошо выполнены, должна дать всѣ 100% продолжительныхъ выздоровленій.

Въ Россіи эта операція, судя по опубликованнымъ даннымъ, имѣетъ очень малое распространеніе.

Имѣется сообщеніе Мандельштамма о 6 произведенныхъ имъ операціяхъ пролапса по Wertheim'у, при чемъ всѣ больныя кромѣ одной, были въ климактерическомъ возрастѣ. Томсонъ примѣнялъ операціи пролапса по Schauta одинъ разъ; въ работѣ Окинчица упоминается о 5 случаяхъ; свѣдѣній о дальнѣйшихъ результатахъ произведенныхъ ими операцій эти авторы не сообщаютъ.

Мы располагаемъ собственнымъ матеріаломъ изъ 15 случаевъ, изъ нихъ 12 были наблюдаемы и оперированы въ Акушерско-гинекологическомъ отдѣленіи Николаевскаго Военнаго Госпиталя, 2 въ Свято-Троицкой и 1 Христа Спасителя Общинѣ, всѣ случаи, кромѣ двухъ, оперированныхъ—одна д-ромъ О. Н. Тавилдаровымъ, а другая мною, оперированы въ учрежденіяхъ доцентомъ Д. Д. Поповымъ.

Эти случаи по степени нисхожденія матки распредѣляются такъ:

Полныхъ выпаденій — 10.

Неполныхъ „ — 5.

• Жалобы, съ которыми больныя обращались, въ общемъ сводились на боли внизу живота, напираніе на низъ, затрудненіе при ходьбѣ и работѣ, кромѣ того, нѣкоторые жаловались на болѣзненное мочеиспусканіе или задержку мочи и запоры, что болѣею частью находилось въ связи съ наблюдаемыми у нихъ cysto и rectoscoele; нерѣдко приходилось слышать жалобы на разстройство мѣсячныхъ въ видѣ мено и метрорагии.

Почти всѣ наши больныя до поступленія въ отдѣленіе безрезультатно лечились ортопедически пессаріями, кольцами, въ теченіе болѣе или менѣе долгаго времени, нѣкоторые подвергались пластическимъ операціямъ въ видѣ передней и задней кольпорафій и перинеорафій, послѣ которой однако, скоро наступали рецидивы.

По общественному положенію почти всѣ, кромѣ одной больной, принадлежали къ малообеспеченному рабочему классу, рабочимъ на фабрикѣ или на заводѣ, мастеровымъ, прислугѣ, и т. п., которыя жили поденнымъ заработкомъ и слѣдовательно, возстановленіе утраченной работоспособности для нихъ являлось вопросомъ жизни. По возрасту больныя распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

•	до 30 лѣтъ	I
отъ 30	до 40 „	I
„ 40	„ 50 „	4
„ 50	„ 60 „	5
„ 60	„ 70 „	4

Изъ сопостановленія этихъ числовыхъ данныхъ видно, что большинство больныхъ принадлежало старческому возрасту; самая молодая по возрасту изъ нашихъ больныхъ имѣла 29 лѣтъ, а самая старшая—67. У Schragrenak'a только 2 были въ возрастѣ до 30 лѣтъ, въ наблюденіяхъ Petri возрастъ больныхъ колебался отъ 37 до 64 лѣтъ.

По числу перенесенныхъ беременностей и времени протекающему послѣ послѣднихъ родовъ больныя подраздѣлялись въ слѣдующемъ порядкѣ:

беременныхъ —	1	разъ —	4
„	отъ 3—5	„	— 4
„	7—8	„	— 5
„	8 и болѣе		2.

Изъ этой таблицы видно, что большинство больныхъ принадлежало къ многорожавшимъ и при томъ, какъ выше отмѣчено, находились въ возрастѣ пожилымъ, что подтверждаетъ ноти-

рованное нами выше важное значение родового акта в этиологии происхождения пролапса, а также и трофических изменений мышц тазового дна, обусловливаемых старческим увяданием тканей.

Относительно начала и вообще давности болезни, а равно и времени протекшей после последней беременности не от всех больных мы имеем указания; можно лишь сказать, что большинство больных (11) происхождение болезни ставили в связь с родами, а 3-е с тяжелой работой.

Со времени последних родов прошло

отъ	1 — 5 лѣтъ	у 2 больн.
”	5 — 11 ”	3 ”
”	11 — 13 ”	2 ”
”	13 — 17 ”	6 ”
”	17 — 22 ”	2 ”

Разрыв промежности без повреждения сфинктера отмечен у 10-ти больных. У всех имелося растяжение тазового дна. Cystocele, больше или меньше резко выраженное с затруднением мочеиспускания, у шести и cysto- и rectocele с жалобами на запоры и учащенные позывы на мочу у 3-х, а у 6 имелося значительное опущение матки и только передней стѣнки влагалища с опущением пузыря.

После приведенных замечаний, касающихся состояния здоровья наших больных, я перейду к рассмотрению результатов оперативного вмешательства. Замечу, что каждая больная до операции подвергалась предварительному лечению, при чем обращалось особенное внимание на заживление существующих на влагалищной части и на стѣнках рукава изъязвлений. Тщательное и продолжительное обеззараживание выпавшего рукава и матки есть непременно условие для достижения хорошего, первичного и последовательного результатов.

Почти все операции произведены под спинно-мозговым обезболиванием 5% раствором новокаина или 2-х % тропококаина, последнее в смеси gummi arabic. по Erhardt; иногда, в особенности у лиц нервных, истеричных спинно-мозговое обезбоживание не было достаточно продолжительным и длилось 20—30 минут, и тогда приходилось прибегнуть к добавочному смешанному наркозу (аппарат Record'a).

В отдельных случаях после спинно-мозговой анестезии наблюдались головные боли, но повышения t° . не видѣли.

Что касается первичных результатов операции, то слѣ-

дуетъ отмѣтить, что раненія сосѣднихъ органовъ—прямой кишки и въ особенности мочевого пузыря, которыя имѣли мѣсто въ 2 случаяхъ Schargrenak'a мы ни разу не видѣли, равно не имѣли болѣе или менѣе обильныхъ кровотеченій изъ пещеристыхъ тѣлъ похотника, о чемъ упоминають нѣкоторые авторы (Schargrenak).

Изъ осложненій въ послѣоперационномъ періодѣ обращаетъ на себя вниманіе временное нарушеніе функціи мочевого пузыря въ видѣ учащеннаго позыва на мочу въ первые дни послѣ операции, что имѣло мѣсто у 6 нашихъ больныхъ, или же наблюдалось затрудненіе (задержка) мочеиспусканія (2 случая); всѣ эти явленія, по мнѣнію Д. Д. Попова, главнымъ образомъ обуславливаются пораненіемъ нервно-мышечнаго прибора мочевого пузыря при отдѣленіи его отъ стѣнокъ матки, рукава и мочеполовой перегородки, а также, въ особенности при болѣзненномъ мочеиспусканіи, раздраженіемъ слизистой оболочки пузыря, застаивающейся въ складкахъ ея патологически измѣненной мочей.

Обращаясь къ послѣоперационнымъ результатамъ, замѣчу, что мы, какъ и другіе авторы, среди оперированныхъ не имѣли ни одного смертнаго случая. Обращаетъ на себя вниманіе также отсутствіе лихорадочныхъ больныхъ, если не считать, одного или двукратнаго повышенія температуры въ первые дни послѣ операции.

Что касается отдаленныхъ результатовъ оперативнаго вмѣшательства, то къ сожалѣнію мы раздѣляемъ участь другихъ авторовъ, именно отсутствія въ этомъ отношеніи данныхъ, такъ какъ не о всѣхъ нашихъ больныхъ имѣемъ свѣдѣнія.

Изъ 15 оперированныхъ мы имѣли возможность получить объективныя данныя у 9 больныхъ и субъективныя отъ трехъ.

Упомянутыя 9 больныхъ явились по моей письменной просьбѣ въ отдѣленіе для осмотра. Наиболѣе длинный срокъ, протекшій послѣ операции до послѣдующаго контрольнаго осмотра у насъ, равнялся 19 мѣсяцамъ, наименьшій 2-мъ мѣсяцамъ, у Fuchs'a этотъ срокъ колебался отъ 2—25¹/₂ мѣсяцевъ, а у Petri отъ 6—21 мѣсяца. Замѣчу, что одна изъ впервые оперированныхъ больныхъ, годъ спустя приходила на амбулаторный приѣмъ и по осмотрѣ найдена въ удовлетворительномъ состояніи въ смыслѣ результатовъ операции; эта больная умерла на 19-мъ мѣсяцѣ послѣ операции, и, по словамъ замужней дочери, у которой она приживала, возврата прежней болѣзни не было; 2 больныхъ оперированныхъ въ промежутки отъ 9 до 12 мѣсяцевъ чувствуютъ себя вполнѣ хорошо, рецидивовъ нѣтъ. Осмотрѣнныя другія 3 больныхъ также безъ рецидивовъ; и лишь одна заявляла жалобу на

боли при мочеиспускании, на которыя впрочемъ она жаловалась и до операци; у этой больной еще тогда при цистоскопированіи отмѣчены явленія цистита, болѣе рѣзко выраженнаго на днѣ пузыря; 2 оперированныя изслѣдованы послѣ 4-хъ мѣсяцевъ, — рецидивовъ нѣтъ и пока обѣ довольны, какъ субъективными, такъ и объективными результатами. Относительно 3-хъ больныхъ, которыя оперированы въ сроки отъ 6—11 мѣсяцевъ я имѣю письменныя извѣщенія, онѣ вполне довольны результатами операци и никакого намека на возвратъ болѣзни у себя не замѣчаютъ.

Письменные сообщенія самихъ больныхъ я считаю пригодными для сужденія о прочности результатовъ оперативнаго вмѣшательства, и никакъ не могу согласиться съ д-ромъ Petri, по мнѣнію котораго, будто сами больныя послѣ бывшихъ сильно выраженныхъ опущеній влагалища и cystocoele, не въ состояніи замѣтить начальныхъ степеней рецидивовъ; наоборотъ мнѣ кажется, что больныя, которыя довольно часто сами приходятъ съ собственнымъ диагнозомъ болѣзни и которыя испытали всѣ неприятности оперативнаго вмѣшательства, являются особенно чуткими къ своей болѣзни и врядъ ли отъ ихъ вниманія могутъ ускользнуть возвраты прежней болѣзни.

Исходя изъ того положенія, что большинство больныхъ съ выпаденіемъ матки, принадлежать къ рабочему классу и что по выпискѣ изъ лечебнаго заведенія онѣ снова принимаются за работу, я вполне согласенъ съ Fisch'омъ, что 6—8 мѣсячный срокъ является вполне достаточнымъ, чтобы судить о длительномъ успѣхѣ и надежности даннаго оперативнаго метода.

Это мнѣніе раздѣляется также и Petri, онъ говоритъ, что послѣдующая физическая тяжелая работа можетъ скорѣе вызвать рецидивы, а если его не наступило даже за короткое время, то результатъ операци можно считать довольно прочнымъ.

На основаніи нашихъ наблюденій и имѣющихся литературныхъ данныхъ мы позволимъ себѣ сдѣлать слѣдующее заключеніе:

1) показанія къ операци Wertheim-Schauta служатъ случаи полнаго или неполнаго выпаденія матки и рукава у женщинъ климактерическаго возраста, когда нельзя рассчитывать на успѣхъ вентрофиксаци вслѣдствіе растяженія апоневроза и истонченія передней брюшной стѣнки, а операци Alexander-Adams'a не можетъ дать результата вслѣдствіе часто встрѣчающагося недоразвитія, растяженія и атрофіи круглыхъ маточныхъ связокъ.

2) Оперативный способъ Wertheim-Schauta для леченія полнаго и не полнаго выпаденія матки и влагалища простъ по

техникѣ, и, являясь влагалищнымъ методомъ, менѣ опасенъ чѣмъ брюшной способъ.

3) Исправленное оперативнымъ путемъ положеніе матки и рукава съ поднятіемъ мочевого пузыря вверхъ остается таковымъ и при длительномъ наблюденіи и лишь рѣдко получаютъ возвраты.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Halban u. Tandler. Anatomie und Aetiologie der Genitalprolapse beim Weibe. 1907 г.
2. Чаусовъ. Топографическая анатомія таза человѣка. Выпускъ 2 1898 Варшава.
3. Напалковъ. Выпаденіе прямой кишки. Работы Госпит. Хирур. клиники проф. Дьяконова, т. X, стр. 21.
4. Nebesky. Die Aetiologie des Utero-vaginal-prolapses. Archiv. f. Gynäkol. Bd. 87, N. 3, 1909, S. 497.
5. Оттъ. Патологія и терапія неправильныхъ положеній матки. 1890 г., СПБ., стр. 116.
6. Массень. Акушерскіе вопросы дня. СПБ., 1899, стр. 140.
7. Поповъ. Д. «Русскій Врачъ», 1908 г., № № 6, 7, 9, 10 и слѣд.
8. Тавилдаровъ. «Русскій Врачъ», 1908 г., № 36.
9. Порошинъ. «Русскій Врачъ», 1909 г., № 8 и 9.
10. Теръ-Микаэлянцъ. Къ вопросу объ операціи Hysteroexia abd. ant. intraperit. при полныхъ выпаденіяхъ матки. Дисс. Казань, 1892 г.
11. Шахъ-Пароніанцъ. Обь оперативномъ леченіи выпаденіи матки. Журн. акуш. и женск. болѣзней. 1896, № 6, стр. 13.
12. Абражановъ. Журн. акуш. и женск. болѣз. 1896, № 9.
13. Томсонъ. Ibidem. 1908, № 3.
14. Freund. Eine neue Prolapsoperation. Centralbl. f. Gynäk. 1893, № 47.
15. Wertheim. Zur plastischen Verwendung des Uterus bei Prolapsen. Centralbl. f. Gynäkol. 1899, № 14.
16. Wertheim u. Micholitsch. Die Technik der vagin. Bauchhöhlenoperat. 1906. Leipzig.
17. Fritsch. Prolapsoperationen. Centralbl. f. Gyn. 1900, № 2.
18. Freund. Ueber moderne Prolapsoperationen. Centralbl. f. Gyn. 1901, № 18.
19. Bucura. Ueber die plastische Verwendung des in die Scheide gestürzten Uterus bei Prolaps. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 45, S. 422.
20. Александровъ. Операція при выпаденіи матки. Медицинск. обозрѣніе. 1901 г., стр. 329.

21. Соловьевъ. О выпаденіи матки и влагалища. Журн. акуш. и женск. болѣзн. 1902 г. № 6.
22. Mandelstamm. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 14, H. 3.
23. Fuchs. Zur plastisch. Verwend. des Uterus (Wertheim) bei Operat. grosser Genital-prolapse. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 22, H. 5, S. 642.
24. Burger. Arch. f. Gynäkol. 1904, Bd. 73, S. 407.
25. Kleinschmidt. Ueber die Wertheimische Prolaps-operation inaug. Diss. 1903. Leipzig.
26. Schauta. Ueber die extraperit. interpos. des Uterus bei Prolaps. Gynäkol. Rundschau 1907.
27. Scharpenak. Zur Statistik der Prolapsoperat. Zentralbl. f. Gyn. 1907, № 36.
28. Petri. Zur interpos. Uteri vesico-vagin. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1908, Bd. 63, H. 3, S. 559.
29. Döderlein. Оперативная Гинекологія. Русск. перев. 1907, СПб.
30. Veit. Handbuch der Gynäkologie. 1907, Bd. I, S. 353, Wiesbaden.

Изъ акушерско-гинекологической клиники проф. В. Н. Орлова.

Къ вопросу о патологiи желтыхъ тѣлъ.

Ассистента клиники В. Д. БРАНТА.

Первый обратилъ вниманiе на существованiе кистъ желтаго тѣла Rokitansky. Онъ наблюдалъ и описалъ ихъ величиной въ волошскiй орѣхъ. Стѣнки этихъ кистъ по Rokitansky'ю состоятъ изъ двухъ слоевъ: 1-ый внутреннiй, 2-ой наружный. Внутреннiй слой толще наружнаго и соединенъ съ послѣднимъ или рыхло-нѣжной соединительной тканью, или въ иныхъ случаяхъ тѣсно плотной волокнистой тканью; онъ часто бываетъ грязновато-бѣлаго цвѣта, на внутренней поверхности складчатый. Состоитъ онъ изъ желтаго слоя corporis lutei, сглаженнаго и истонченнаго вслѣдствiе растяженiя. Складчатое строенiе его, мѣстами сохранившееся, обуславливаетъ неровность внутренней поверхности. Славянскiй различаетъ 2 рода кистъ желтаго тѣла: въ однихъ желтый слой непосредственно образуетъ внутреннюю стѣнку кисты, въ другихъ между внутренней поверхностью желтаго слоя и жидкостью, наполняющей полость кисты, находится еще особенный бѣловатый толстый волокнистый слой. Nagel сообщаетъ о трехъ случаяхъ кистъ такого же рода; кромѣ того онъ изслѣдовалъ нѣсколько однополостныхъ кистъ большей величины, отъ величины яблока до головы взрослого человѣка. Характернымъ для кистъ желтаго тѣла онъ считаетъ жидкое, свѣтлое серозное, не тянущееся въ нити, содержимое и строенiе стѣнки, при чемъ подчеркиваетъ отсутствiе эпителиальнаго покрова, въ меньшихъ кистахъ констатируетъ присутствiе лютеиновыхъ клѣтокъ въ волнообразномъ, толстомъ внутреннемъ слое стѣнки кисты; въ большихъ кистахъ этотъ слой во многихъ случаяхъ состоитъ изъ гиалиновой соединительной ткани съ небольшимъ количествомъ клѣтокъ. Steffek упоминаетъ о кистахъ желтаго тѣла, покрытыхъ эпителиемъ. Gottschalk описываетъ кисты желтаго тѣла съ кровянистымъ содержимымъ. По Martinу стѣнка кисты желтаго тѣла отличается значительной толщиной: въ ней можно различить два ясныхъ слоя, не одинаковыхъ по своей окраскѣ. На внутренней поверхности находится болѣе

широкій волнистый слой, окрашенный въ слегка желтый или коричневый цвѣтъ и дѣлающій внутреннюю стѣнку большею частью очень неровной и пронизанной болѣе или менѣе глубокими бороздами. Этотъ слой рыхло прилегаетъ ко второму наружному слою меньшей толщины и болѣе плотнаго строенія; оба слоя обыкновенно легко отдираются отъ своего основанія, внутренней, толстый слой соотвѣтствуетъ лютеиновому слою, наружный болѣе узкій—*tunicae fibrosae* нормального желтаго тѣла. На малыхъ кистахъ желтаго тѣла видѣнь часто макроскопически еще третій слой въ формѣ узкой бѣловатой полосы, состоящей изъ рыхлой, сѣтевидной соединительной ткани или свертковъ фибрина и служащей покровомъ для серозной жидкости, наполняющей полость.

По микроскопическому строенію стѣнки кисты Martin различаетъ 2 рода кистъ желтаго тѣла: кисты малыя, лишенныя эпителия и большія, имѣющія часто эпителиальный покровъ. Въ кистахъ перваго рода онъ находитъ на внутренней поверхности слой организованнаго фибрина или рыхлой соединительной ткани съ небольшимъ количествомъ веретенообразныхъ клѣтокъ, эта ткань уплотняется въ частяхъ, прилежающихъ къ лютеиновому слою и встрѣчается здѣсь съ богатыми сосудами соединительно-тканными тяжами, эти послѣдніе исходятъ изъ *tunicae externae* и извиваются между лютеиновыми клѣтками. Такое строеніе даетъ впечатлѣніе, будто *tunica externa* прорываетъ лютеиновый слой и далѣе разростается на внутренней его поверхности. Далѣе слѣдуетъ собственно-лютеиновый слой, который вначалѣ довольно широкъ и обнаруживаетъ характерное волнообразное строеніе, лютеиновыя клѣтки часто очень ясно сохранены и легко узнаются по своей кругловатой, кубической и похожей на плоскій эпителий формѣ. Но по мѣрѣ растяженія кисты клѣтки уплощаются и уменьшается количество ихъ слоевъ. Иногда дѣло доходитъ до гліалиноваго перерожденія лютеиноваго слоя. Къ послѣднему примыкаетъ *tunica externa* или *fibrosa*, отличающаяся особымъ богатствомъ клѣтокъ и имѣющая большое количество сосудовъ; клѣтки эти имѣютъ кругловатое или веретенообразное, сильно окрашенное ядро и мѣстами проникаютъ въ сопровожденіи сосудовъ на различную глубину въ лютеиновый слой. Къ *tunica externa* тѣсно примыкаетъ плотная, большей частью концентрически расположенная соединительная ткань оваріальной стромы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ встрѣчается роспространенное гліалиновое перерожденіе всѣхъ слоевъ стѣнки кисты. Стѣнки кистъ, покрытыхъ эпителиемъ, имѣютъ такое же строеніе, какъ выше описанныя, но только мѣсто фибринознаго слоя занимаетъ характерный эпителиальный

покровъ, примыкающій непосредственно къ лютеиновому слою. Эпителій лютеиновыхъ кистъ происходитъ изъ фолликулярнаго эпителия; форма покровныхъ клѣтокъ различна и измѣняется по мѣрѣ увеличенія кисты отъ цилиндрической, кубической до плоской.

I. Fränkel наблюдалъ 6 случаевъ кистъ. Въ одномъ случаѣ лютеиновый слой непосредственно прилегалъ къ внутренней поверхности кисты, въ 4-хъ внутреннихъ слой былъ гладкій фиброзный въ $\frac{1}{2}$ мм. толщиной и въ 6-омъ случаѣ киста имѣла строение второго типа, но на соединительно-тканномъ внутреннемъ слоѣ былъ ясный низкій эпителий, носящій характеръ почти сосудистаго эндотелия. Итакъ по Fränkel'ю кисты желтаго тѣла бываютъ 3-хъ типовъ: въ первомъ внутренній слой состоитъ изъ ткани *corporis lutei*, во второмъ внутренній слой—соединительно-тканый и въ третьемъ внутренній слой—эпителий или эндотелий.

По Orthmann'у есть еще четвертый типъ кисты, характеризующейся тѣмъ, что эпителий лежитъ непосредственно на лютеиновой ткани.

Veit опредѣляетъ кисты желтаго тѣла слѣдующими признаками: 1) болѣе или менѣе яснымъ образованіемъ складокъ стѣнки кисты, окрашенной большею частью въ ржавый, оранжевый или слегка охряно-желтый цвѣтъ и легко снимающейся съ своего основанія цѣлыми лоскутами. 2) содержимымъ кисты жидкимъ или сиропобразнымъ, непрозрачнымъ разныхъ оттѣнковъ красно-бураго или желтаго цвѣта. 3) микроскопическимъ строеніемъ внутренней стѣнки, состоящей изъ густо развѣтвленной, капиллярной сѣти, доходящей до свободной поверхности ея, въ петляхъ капилляровъ заключены большія, часто пигментированныя шаровидныя клѣтки, между которыми встрѣчаются скопленія лейкоцитовъ.

E. Frankel различаетъ въ стѣнкахъ кисты три приблизительно одинаково развитыхъ слоя: наружный изъ рыхлой соединительной ткани съ большимъ содержаніемъ толсто-стѣнныхъ артеріальныхъ и венозныхъ сосудовъ; средний, состоящій изъ плотныхъ соединительно-тканыхъ волоконъ со скопленіями лимфоидныхъ элементовъ, расположенныхъ большей частью периваскулярно въ видѣ очаговъ, и небольшимъ количествомъ узкихъ, вытянутыхъ въ длину веретенообразныхъ клѣтокъ; кромѣ того въ этомъ слоѣ наблюдается значительное количество крупныхъ сосудовъ. Наконецъ внутренній слой, очень богатый клѣтками, пронизанъ широкими капиллярами, клѣтки его представляются большими, шаровидными съ эксцентрически расположеннымъ, хорошо окрашеннымъ ядромъ, кромѣ того въ нѣкоторыхъ изъ описанныхъ клѣтокъ содержится рядомъ съ ядромъ своеобразныя

зеленоватыя, блестящія въ видѣ плитокъ или розетокъ глыбы. Въ этомъ клѣточковомъ слоѣ, въ участкахъ, примыкающихъ къ среднему слою, вышеупмянутыя образования часто лежатъ свободно между клѣтками. Нѣкоторыя изъ клѣтокъ, лежащія больше кнутри, потеряли свое ядро и представляютъ собою большіе протоплазматическіе шары, еще позволяющіе узнать форму клѣтки, мѣстами дѣло дошло до полного распада этихъ клѣтокъ и вмѣсто нихъ виденъ мелко-зернистый детритъ. На ряду съ этими клѣтками, отличающимися своей величиной и превалирующими по массѣ, находится большее или меньшее скопленіе лимфоидныхъ элементовъ. Второю существенной составной частью этого внутренняго клѣточного слоя является значительно развитая сѣть сосудовъ капиллярнаго строенія, доходящая до самой внутренней поверхности. E. Frankel находилъ ржаво-коричневый, какъ мелко-зернистый, такъ и крупно-зернистый пигментъ въ лютеиновомъ слоѣ *inter* и *intra* целлюлярно, а также въ соединительно-тканномъ слоѣ.

Груздевъ описываетъ у старухи 60 лѣтъ кисты желтаго тѣла, у которыхъ не было складчатости лютеиноваго слоя, и это обстоятельство даетъ автору поводъ думать, что эти образования развились не изъ свѣжихъ желтыхъ тѣлъ, а изъ *corpora albicantia* или изъ мелкокистовидно-перерожденныхъ фолликуловъ, оболочка которыхъ можетъ служить мѣстомъ развитія лютеиновыхъ клѣтокъ. Позднѣе Груздевъ описалъ еще 3 кисты, изъ которыхъ первая достигла такой величины, что причиняла большой страданіе, при чемъ макроскопически въ ней можно было различить 2 слоя: наружный болѣе толстый, бѣловатаго цвѣта и внутренній болѣе тонкій, мѣстами совершенно прерывающійся — различныхъ оттѣнковъ желтаго цвѣта. Микроскопически Груздевъ различаетъ въ опухоли 4 слоя: снаружи она одѣта слоемъ уплошеннаго эпителия (зародышевый эпителий яичника), кнутри отъ него соединительно-тканый наружный слой, богатый клѣточными элементами и сосудами, третій слой изъ склерозированной соединительной ткани, бѣдной клѣточными элементами и сосудами, и наконецъ самый внутренній слой стѣнки образованъ крупными полигональными клѣтками, протоплазма которыхъ окрашена въ различные оттѣнки желтаго цвѣта, эти клѣтки заложены въ петляхъ гіалиново-перерожденной соединительной ткани. Слой этотъ представлялся складчатымъ и имѣлъ въ различныхъ мѣстахъ неодинаковую толщину, а кое-гдѣ лютеиновый слой даже совершенно отсутствовалъ. Исчезновеніе лютеиноваго слоя авторъ объясняетъ тѣмъ, что этотъ послѣдній, какъ и въ нормальныхъ *corpora lutea*, сначала замѣщается волокнистой соединительной

тканью, которая затѣмъ гiалиново перерождается по направленію отъ периферіи къ центру. Во второмъ случаѣ Груздева многокамерныя кистовидныя опухоли обоихъ яичниковъ состояли изъ ткани органа и большихъ и малыхъ полостей, которыя представляли собою кисты желтыхъ тѣлъ. Снаружи кисты были оплетены концентрическими пучками волокнистой соединительной ткани, слившимися на периферіи съ яичниковой стромой, а слой, лежащій внутри, имѣлъ строеніе, указывающее на возникновеніе этихъ образований изъ желтыхъ тѣлъ; во внутреннемъ слое бросались въ глаза характерныя лютеиновыя клѣтки, окрашенныя въ различные оттѣнки желтаго цвѣта; клѣтки эти съ небольшимъ количествомъ лейкоцитовъ были заложены въ сѣти, образованной частью соединительной тканью, частью волосными сосудами, причемъ какъ соединительно-тканые цуги, такъ и сосуды этого слоя по своему расположенію рѣзко отличались отъ волоконъ и сосудовъ наружнаго слоя: въ послѣднемъ они располагались концентрически по отношенію къ центральной полости, здѣсь же они имѣли ясно выраженное радіальное направленіе. Кромѣ того этотъ слой имѣлъ складчатая, волнистыя очертанія, соединительная ткань его представлялась болѣе молодой, а сосуды носили исключительно капиллярный характеръ. Въ нѣкоторыхъ кистахъ лютеиновый слой располагался на самой внутренней поверхности стѣнки, такъ что лютеиновыя клѣтки, постепенно переходящія въ распадъ, непосредственно ограничивали полость кисты.

Въ другихъ болѣе старыхъ лютеиновыхъ кистахъ помимо описанныхъ слоевъ бросался въ глаза еще третій изъ эпителиоидныхъ клѣтокъ, выстилавшихъ внутреннюю поверхность въ одинъ рядъ; въ нѣкоторыхъ изъ этихъ кистъ онъ имѣлъ видъ непрерывнаго слоя, въ другихъ же эпителиоидныя клѣтки встрѣчались лишь мѣстами, преимущественно въ углубленіяхъ между складками лютеиноваго слоя. Клѣтки эти въ морфологическомъ отношеніи замѣчательно разнообразны: мѣстами онѣ имѣли видъ высокихъ, узкихъ цилиндровъ съ ядрами у основанія, мѣстами низкія, мѣстами были превращены въ синцитій. Ядра ихъ имѣли то палочкообразную, то круглую, то овоидную форму, хорошо или слабо красились гематоксилиномъ. Образуются эти эпителиоидныя клѣтки по мнѣнію Груздева изъ капиллярнаго эндотелія. Третій случай Груздева — лютеиновая киста съ кровоизліяніемъ.

Patellani-Rosa описываетъ два типа кистъ желтаго тѣла: въ первомъ типѣ внутренній слой состоитъ изъ лютеиновыхъ клѣтокъ, расположенныхъ во много слоевъ, наружный изъ со-

единительной ткани, которая образует наружную оболочку кисты. Какъ вариации этихъ кистъ наблюдаются другія кисты, при которыхъ лютеиновый слой двойной, тогда стѣнка лютеиновыхъ кистъ позволяетъ различить 4 слоя, а именно 2 лютеиновыхъ и 2 соединительно-тканыхъ, которые слѣдуютъ попеременно другъ за другомъ. Во второмъ типѣ кистъ внутренняя оболочка состоитъ изъ соединительной ткани, а снаружи отъ нея располагается волнистый лютеиновый слой и на немъ снаружи опять соединительно-тканый, переходящій въ соединительную ткань стромы яичника. Авторъ ни разу не наблюдалъ эпителиальнаго слоя, а только удержавшіяся клѣтки *membranae granulosaе* на внутренней поверхности кисты.

Cornil описалъ 4 случая кистъ величиной отъ грецкаго орѣха до куринаго яйца, содержимое ихъ кровянистое, серозно-кровянистое или чисто серозное; развиваются онѣ вслѣдъ за лопаніемъ Граафова пузырька вслѣдствіе усиленія кровоизліянія. Въ старыхъ желтыхъ тѣлахъ кисты развиваться не могутъ Calman описалъ 2 кисты желтыхъ тѣлъ лѣваго яичника, развившіяся послѣ удаленія матки, правыхъ трубы и яичника и лѣвой трубы; при чемъ лютеиновыя клѣтки содержали очень малое количество пигмента.

Въ послѣднее время появилось много работъ о множественномъ кистовидномъ перерожденіи желтыхъ тѣлъ, стоящемъ въ этиологической связи съ пузырьнымъ заносомъ и синцитіальными опухолями. Первый шагъ къ выясненію этиологической связи между пузырьнымъ заносомъ или синцитіомой и множественнымъ кистовиднымъ перерожденіемъ желтыхъ тѣлъ принадлежитъ Stöckel'ю. Въ одномъ случаѣ пузырьнаго заноса Stöckel нашелъ оба яичника превращенными въ опухоли величиной съ мужскую голову каждая. Опухоли эти походили на кистомы и каждая состояла изъ массы полостей отъ горошины до яблока величиной. Внутренняя поверхность представлялась складчатой, рѣже гладкой, цвѣтъ ея былъ различенъ отъ красновато-бѣлаго до ржаво-бураго. Стѣнки большинства кистъ состояли изъ 4-хъ слоевъ: снаружи лежалъ тонкій слой грубо-волокнутой соединительной ткани, далѣе кнутри шелъ слой соединительной ткани, отличавшійся богатствомъ клѣтокъ, затѣмъ лютеиновый слой и наконецъ тонкій слой изъ соединительной ткани, кровяныхъ свертковъ и фибринозныхъ отложеній; иныя изъ лютеиновыхъ кистъ не имѣли нѣкоторыхъ слоевъ. Въ одной кистѣ авторъ наблюдалъ кнутри отъ лютеиноваго слоя остатки *membranae granulosaе*; иногда лютеиновыя клѣтки были находимы имъ не въ стѣнкѣ кисты, а въ уцѣлѣвшей стромѣ яичника, разбросанными въ видѣ

пуговъ или небольшихъ кучекъ. Сравнивая полученныя имъ данныя съ тѣми, какія добыты другими авторами при изслѣдованіи яичниковъ у больныхъ, страдавшихъ пузырьнымъ заносомъ, Stöckel приходитъ къ предположенію, не являются-ли описанныя измѣненія яичниковъ характерными именно для пузырьнаго заноса и синцитіомы. Pick находилъ, что при пузырьномъ заносѣ нерѣдко въ кистовидно-перерожденныхъ яичникахъ происходятъ смѣшенія и разсѣванія лютеинового слоя.

Лютеиновая ткань по Fränkel'ю представляетъ железистую ткань со специфической внутренней секретіей, регулирующей періодичность появленія менструацій, прикрѣпленіе оплодотвореннаго яйца и его дальнѣйшее развитіе; и поэтому если ростъ и функція эпителия хоріона регулируется лютеиновымъ секретомъ, то благодаря излишку такого секрета легко можетъ образоваться то разростаніе и функціональная аномалія трофобласта, которая по Marchand'у и L. Fränkel'ю характеризуютъ пузырьный заносъ. Разсѣменение лютеиновыхъ клѣтокъ и скопленіе ихъ въ овариальной стромѣ Pick рассматриваетъ не какъ активный процессъ разростанія этихъ элементовъ, а какъ пассивное смѣшеніе, произведенное аномаліями роста кровеносныхъ сосудовъ. Kelly, Fischer, Bamberg и Krebs подтверждаютъ связь между пузырьнымъ заносомъ или хоріонэпителиомой съ одной стороны и кистой желтаго тѣла съ другой. S. Patellani упоминаетъ о многихъ случаяхъ, гдѣ при пузырьномъ заносѣ были кисты желтыхъ тѣлъ или диссеминація лютеиновой ткани. Iaffé описываетъ хоріонэпителиому правой трубы и одновременно полицистическую опухоль праваго яичника величиной въ яблоко, лѣвый немного увеличенъ; кисты этихъ яичниковъ были лютеиновыя. Особенностью устройства стѣнокъ въ сравненіи съ обыкновенными лютеиновыми кистами авторъ считаетъ отсутствіе складчатости и снимаемости внутренней стѣнки и измѣненіе содержимаго; сущность патологическихъ данныхъ въ яичникахъ при пузырьномъ заносѣ онъ видитъ не въ образованіи большихъ кистъ, которыя могутъ происходить и изъ corporis lutei spurii и изъ нелопнувшихъ фолликуловъ, и не въ разсѣваніи лютеиновыхъ клѣтокъ, которое наблюдается и у небеременныхъ, но въ перипродукціи лютеиновой ткани. Этотъ фактъ сопоставленный съ теоріей Born-Frankel'я, по которой лютеиновая ткань выдѣляетъ вещества, переходящія въ кровь и подготовляющія матку къ выдренію яйца, нѣсколько объясняетъ образованіе пузырьнаго заноса. Въ противовѣсъ мнѣнію Stöckel'я Runge полагаетъ, что разсѣяныя гнѣзда лютеиновыхъ клѣтокъ въ яичниковой ткани есть не пассивный процессъ, обусловленный разростаніемъ соединитель-

ной ткани, но является активнымъ процессомъ, который основывается на ненормально-сильной пролиферации лютеиновыхъ кльтокъ, вслѣдствіе чего онѣ проникаютъ въ близлежащую строму и пользуются также лимфатическими путями для образования разъединенныхъ и удаленныхъ другъ отъ друга гнѣздъ. Можетъ быть въ образованіи гнѣздъ и кистъ принимаютъ участіе не только желтыя тѣла, но и нормальные и примордіальные фолликулы, которыхъ въ опухоляхъ мало. Risel не считаетъ разрастаніе лютеиновой ткани и образованіе лютеиновыхъ кистъ специфическимъ для пузырьнаго заноса и хоріонэпителіомы, но все же отмѣчаетъ особенно сильную диссеминацію лютеиновой ткани при пузырьномъ заносѣ.

Послѣ краткаго литературнаго обзора о типахъ кистъ желтаго тѣла и о строеніи ихъ стѣнокъ переходимъ къ обзорѣню нашего матеріала, состоящаго изъ 10 случаевъ кистъ желтыхъ тѣлъ, при чемъ 9 препаратовъ получены отъ оперированныхъ больныхъ въ акушерско-гинекологической клиникѣ проф. В. Н. Орлова и одинъ случай кисты, полученный при вскрытіи изъ патолого-анатомическаго института проф. Д. П. Кишенскаго.

Методика изслѣдованія. Препараты для микроскопическаго изслѣдованія были фиксированы различными жидкостями: 10% формалиномъ, спиртомъ, флеминговой жидкостью и кипяченіемъ въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли, а также изслѣдовались и въ свѣжемъ видѣ, въ послѣднемъ случаѣ срѣзы дѣлались на замораживающемъ микротомѣ. Препараты, фиксированные въ первыхъ трехъ жидкостяхъ, задѣлывались въ целлоидинъ. Для окраски препаратовъ употреблялся гематоксилинъ съ эозинномъ, van-Gieson, сафранинъ [съ пикриновой кислотой, фибринъ красился по Weigert'y; для распознаванія характера пигмента, примѣнялась микрохимическая реакція съ желѣзосинеродистымъ калиемъ и соляной кислотой.

Киста № 1 получена отъ больной Т. 1907 года 23 ноября, она поступила въ клинику, отъ роду 19 лѣтъ, замужняя. Первая менструація на 17-мъ году по 3—5 дней черезъ 3—4 недѣли въ умѣренномъ количествѣ. Въ настоящее время менструація черезъ 4—5 недѣль. Заболѣла тотчасъ послѣ замужества, т. е. 1½ года назадъ. Жалуется на схваткообразныя боли въ поясницѣ и справа внизу живота, усиливающіяся во время менструацій, на бѣли бѣлаго цвѣта и болѣзненный coitus. Со стороны желудочно-кишечнаго тракта—запоры; мочеиспусканіе болѣзненно, нервная система расшатана. Есть указаніе на заболѣваніе гонореей.

Изслѣдованіе обнаружило со стороны наружныхъ половыхъ органовъ vulvitis et colpitis, матка грушевидной формы въ anteflexio, мало подвижна, плотна; не увеличена, чувствительна на ошупь. Задній своль.

занять опухолью, отгѣснившей всю матку кпереди, передній и лѣвый своды уплощены. Лѣвый яичникъ увеличенъ незначительно, правый увеличенъ болѣе, чувствителенъ и припаянъ къ задней стѣнкѣ таза, правая труба спаяна съ окружающими частями.

30 ноября произведена ляпаротомiя, при чемъ обнаружена лѣвая однокамерная яичниковая киста, развившаяся на мѣстѣ желтаго тѣла. Содержимое кисты кровянисто-слизистое, стѣнки ея дряблы и легко рвутся; киста удалена вмѣстѣ съ трубой. Въ правой широкой связкѣ были замѣчены новообразования, похожія на кисты съ серознымъ содержимымъ, число этихъ новообразованій два, различной величины: одно съ апельсинъ, другое въ голубиное яйцо.

При болѣе тщательномъ осмотрѣ оказалось, что это воспалительный отекъ вслѣдствіе бывшаго мѣстнаго перитонита; оба эти образования удалены. Кромѣ этихъ слѣдовъ бывшаго воспаления брюшины, найдены срощенія матки съ окружающими органами; эти срощенія были разъединены, рана зашита. Больная выздоровѣла; наивысшая т^о 37,4.

Удаленная опухоль лѣвыхъ придатковъ представляетъ собою бугристое тѣло величиной съ небольшой лимонъ, при чемъ къ нему съ боку прилежитъ утолщенная и приросшая труба. Тѣло у одного полюса эластичной консистенціи, у другого болѣе плотное и бугристое, большую половину этой опухоли составляетъ одна кистовидная полость, при отдѣленіи ея во время операціи излилось кровянистое тягучее содержимое; внутренняя поверхность стѣнки ея неровна и напоминаетъ собою шагреневую кожу, желтоватаго цвѣта, мѣстами красноватаго, наружный слой розовато-бѣлаго цвѣта и легко отдѣляется отъ внутренняго. При разрѣзѣ плотной части опухоли видна масса полостей, наполненныхъ свѣтлымъ, жидкимъ или коллоиднымъ содержимымъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено слѣдующее: прилежащая къ кистѣ яичниковая ткань содержитъ небольшое количество примордіальныхъ фолликуловъ, 2—3 кистовидно-перерожденныхъ и атрезированныхъ фолликула и желтаго тѣла, ткань яичника воспалена, на что указываетъ отечность ея, переполненіе кровью сосудовъ, кровоизліянія и большія скопленія многоядерныхъ лейкоцитовъ. Наблюдаемая желтая тѣла пронизаны соединительно-тканными волокнами и клѣтками, которыя содержатъ пигментъ въ видѣ желтыхъ и коричневыхъ глыбокъ, пигментъ наблюдается и внѣ клѣтокъ. Что касается кистовидно-перерожденныхъ фолликуловъ, то въ полости одного еще сохранился фолликулярный эпителий въ значительномъ количествѣ, въ остальныхъ же фолликулярный эпителий одѣваетъ внутреннюю стѣнку фолликула въ 2—3 ряда клѣтокъ; мѣстами слой клѣтокъ thecae int. разросся очень значительно и онѣ стали похожи на лютеиновыя.

Переходя къ описанію стѣнки кисты, долженъ упомянуть, что въ различныхъ мѣстахъ она имѣетъ не вполнѣ одинаковое строеніе, въ большинствѣ случаевъ стѣнка кисты состоитъ изъ соединительно-тканнаго слоя съ довольно большими клѣтками, волокна этого слоя располагаются параллельно внутренней поверхности кисты; въ немъ находятся въ изобилии сосуды. Отъ этого слоя отходятъ соединительно-тканная тонкія волокна, въ нихъ заложены соединительно-тканная клѣтки и капилляры, волокна эти анастомозируютъ между

собою, но держатся перпендикулярнаго направленія къ поверхности кисты и доходятъ до ея полости, здѣсь они принимаютъ опять параллельное направленіе. Между этой сѣткою волоконъ и капилляровъ расположены большія полигональныя клѣтки съ сѣтчатой или пѣнистой протоплазмой и большимъ слабо окрашивающимся пузырькообразнымъ ядромъ; осью своею онѣ расположены перпендикулярно къ поверхности кисты. Тамъ, гдѣ эти клѣтки прилежатъ къ самой полости кисты, онѣ потеряли свои границы, ядра ихъ не окрашиваются, повидимому онѣ находятся въ состояніи распада.

Мѣстами на внутренней поверхности кисты замѣтно отложеніе фибрина, а мѣстами, особенно въ складкахъ, внутренняя стѣнка ея состоитъ изъ соединительно-тканныхъ клѣтокъ самой различной формы отъ плоскихъ до веретенообразныхъ и отростчатыхъ.

Нѣкоторые авторы эти соединительно-тканныя клѣтки принимали за клѣтки *membranae granulosaе*, а Груздевъ за эндотелиальныя.

Въ этихъ клѣткахъ и въ соединительно-тканныхъ ядерныхъ тѣлахъ, лежащихъ между лютеиновыми, а также въ клѣткахъ наружнаго соединительно-тканнаго слоя можно наблюдать довольно многочисленныя фигуры каріокинеза, въ лютеиновыхъ клѣткахъ ихъ не было ни разу.

Это наблюденіе показываетъ, что въ стѣнкѣ кисты желтаго тѣла происходятъ тѣ же самыя явленія, что и въ желтомъ тѣлѣ, т. е. лютеиновая ткань постепенно разрушается, а ея мѣсто занимаетъ разрастающаяся соединительная ткань. Пигмента въ лютеиновомъ слѣѣ, ни въ лютеиновыхъ клѣткахъ, ни между ними констатировано не было.

Въ близъ лежащемъ желтомъ тѣлѣ найдено значительное количество зернистаго пигмента, расположеннаго какъ въ соединительно-тканныхъ клѣткахъ, такъ и лежащаго свободно внѣ ихъ.

№ 2. 1907 г., 2 февраля. Больная К. 24-хъ лѣтъ, замужняя, въ дѣтствѣ перенесла корь. Первая менструація на 15-омъ году жизни, по 3 дня черезъ мѣсяць безъ болей, въ умѣренномъ количествѣ. Замужъ вышла на 19-омъ году. Два раза была беременна, обѣ беременности окончились своевременными родами. Послѣдняя беременность 1½ года назадъ. Послѣ родовъ болѣла 2½ недѣли и лихорадила. Послѣ этого она стала чувствовать себя больной, менструаціи появлялись съ болями. Послѣдняя менструація въ концѣ декабря. 21 января у больной появились сильныя схваткообразныя боли внизу живота и слѣва, къ этому прибавилось значительное кровотеченіе изъ genitalia. При изслѣдованіи обнаружено, что изъ грудныхъ железъ выдавливаются каплями водянистая секретія при дрябломъ состояніи груди; животъ взлуть, *linea alba* пигментированна; въ лѣвой паховой области прощупывается эластическое тѣло неправильной формы. При бимануальномъ изслѣдованіи влагалище нормально, *portio vaginalis* немного увеличено и какъ бы мягче обыкновеннаго, *orificium ext.* смотритъ внизъ; лѣвый и передній своды уплощены и заняты пульсирующей опухолью, матка увеличена, мягка, въ *anteflexio*, изъ *genitalia* выдѣляется кровь. По вскрытіи брюшной полости въ лѣвой широкой связкѣ опухоль величиной въ кулакъ взрослога человѣка, въ правой паронариальная киста. Правая киста удалена и затѣмъ приступлено къ вылученію лѣвой опухоли, которая была сросшена съ *S. romanum* и тонкими кишками. Сращенія отдѣлены пальцемъ, наложены лигатуры на

маточный и абдоминальный конецъ трубы, затѣмъ раздѣлены сращения, въ которыхъ лежала воспалительно-измѣненная труба, а подъ нею инкапсулированная красноватая величиной въ куриное яйцо опухоль; при вылушеніи опухоль лопнула и изъ нея вылилось кровянистое содержимое, стѣнку опухоли извлекли по частямъ. Эта опухоль представляла собою измѣненный яичникъ. Брюшная рана зашита двухъ-этажнымъ швомъ. Пробыла въ клиникѣ 26 дней. t^0 не поднималась выше 37,3. *Diagnos.: cystoma ovarii dextri et cystoma corporis lutei sin et salpyngitis sin.*

In situ опухоль красноватаго цвѣта, величиной въ куриное яйцо; при вылушеніи она лопнула и изъ нея вылилось кровянистое содержимое, тянущееся въ нити. Всей опухоли вылушить не удалось вслѣдствіе плотныхъ сращеній съ окружающими частями. Стѣнка этой кисты почти вездѣ не толще 2—3 mm., а мѣстами $\frac{1}{2}$ mm. Внутренняя поверхность кисты мѣстами гладкая, но въ большинствѣ случаевъ сильно ворсиста, ворсистость эта замѣтна макроскопически.

При микроскопическомъ изслѣдованіи этой опухоли найдена возлѣ стѣнки кисты еще сохранившаяся яичниковая ткань, при чемъ *albuginea* утолщена, въ корковомъ слое можно видѣть нѣсколько примордіальныхъ фолликуловъ. Замѣтно разрастаніе соединительной ткани въ замѣнъ яичниковой стромы; вены расширены и наполнены кровью, стѣнки артерій очень утолщены, гиалиново-перерождены и просвѣтъ ихъ суженъ, нѣкоторыя артеріи облитерированы. Такая облитерация наблюдается возлѣ большого желтаго тѣла. Это тѣло пронизано соединительно-тканными волокнами и клѣтками, пигмента желтаго или коричневаго не наблюдается, а разбросаны по желтому тѣлу круглыя или овальныя образованія, которыя довольно интенсивно окрашиваются гематоксилиномъ и есть ничто иное, какъ отложеніе извести. Стѣнка кисты состоитъ частью изъ двухъ, частью изъ трехъ слоевъ, а изрѣдка изъ одного.

Наружный слой состоитъ изъ соединительно-тканныхъ клѣтокъ и волоконъ, расположенныхъ параллельно внутренней поверхности кисты, отъ этого слоя отходятъ соединительно-тканные тяжи, простирающіеся до самой внутренней поверхности, гдѣ они и образуютъ третій слой, который мѣстами ясно выраженъ, а мѣстами отсутствуетъ. Кнутри отъ наружнаго слоя между тяжами расположены во много рядовъ большія самой разнообразной формы клѣтки съ пузырькообразнымъ, слабо окрашеннымъ ядромъ и рѣзко окрашенными однимъ или двумя ядрышками и сѣтчатой или гомогенной протоплазмой. По большей части клѣтки отграничены другъ отъ друга, но мѣстами границы ихъ сглаживаются, ядра или совсѣмъ не видны или едва замѣтны. Подобныя клѣтки встрѣчаются ближе къ внутренней поверхности кисты. Въ одномъ мѣстѣ стѣнку кисты составлялъ только соединительно-тканный слой, къ которому какъ бы пристали остатки перерожденныхъ большихъ клѣтокъ. Въ ткани яичника возлѣ кровоизліянія можно наблюдать значительное скопленіе довольно большихъ соединительно-тканныхъ клѣтокъ, наполненныхъ пигментомъ. При изслѣдованіи стѣнки кисты на томъ мѣстѣ, гдѣ ея внутренняя поверхность очень ворсиста, видно, что стѣнка кисты состоитъ изъ длинныхъ вѣтвящихся ворсинъ, такъ что мѣстами одна ворсина, соприкасаясь съ другой, какъ бы склеиваются и получается впечатлѣніе, что между двумя соедини-

тельно-тканными стержнями находится удвоенный слой лютеинсовых клетокъ. Въ составъ ворсистой стѣнки мѣстами входятъ два слоя, мѣстами три.

№ 3. 1907 года, 22 марта. Больная К. О. 34-хъ лѣтъ отъ роду; первыя менструаціи появились на 13-омъ году и приходили черезъ 4 недѣли по 7 дней всегда съ болью во время регулъ и въ большомъ количествѣ. Вышла замужъ 30 лѣтъ, и съ этого времени считаетъ себя больной, вмѣстѣ съ тѣмъ измѣнился и типъ менструацій. Онѣ стали ходить по 2—3 дня черезъ 4 недѣли въ маломъ количествѣ, но съ болью. Болѣла гонорреей. Беременна не была. Годъ назадъ больная замѣтила у себя опухоль съ правой стороны живота. Послѣднія менструаціи были 6-го марта, 18-го марта появилось умѣренное кровотеченіе, продолжавшееся до настоящаго времени. При осмотрѣ животъ представляется увеличеннымъ, ассиметричнымъ, выпячиваніе больше на правой сторонѣ, гдѣ прощупывается снаружи почти неподвижная опухоль величиной съ дѣтскую головку съ гладкими стѣнками, эластической консистенціи, перкуссія надъ опухолью даетъ тупой звукъ. При бимануальномъ изслѣдованіи правый и задній своды представляютъ выпяченными, *portio vaginalis* отодвинута впереди. Въ области матки прощупываются двѣ опухоли, отдѣленные одна отъ другой бороздой; опухоли очень мало подвижны. *Diagnosis: Cystoma ovarii dextri intraligamentaris.*

28 марта *Laparotomia*. По вскрытіи брюшной полости въ ранѣ предлежала опухоль, оказавшаяся кистовидной опухолью правыхъ придатковъ, слившихся въ одну общую полость (*cystoma tubo-ovarialis*), съ прозрачнымъ желтоватаго цвѣта содержимымъ и почти на всемъ протяженіи сращенная съ окружающими органами плотными тяжами. По опорожненіи опухоли и послѣ освобожденія отъ сращеній и наложенія лигатуръ на широкую связку, киста была удалена. Лѣвый яичникъ также оказался превращеннымъ въ кисту съ содержимымъ, представлявшимъ изъ себя дериватъ крови. Содержимое кисты и желтая окраска внутренней стѣнки ея указывали на то, что это киста желтаго тѣла. Наблюдавшееся паренхиматозное кровотеченіе было тщательно остановлено.

Послѣ этого брюшная рана зашита обычнымъ путемъ. Послѣ-операционный періодъ протекъ съ повышеніемъ t^0 до 38,2 два раза и разъ до 38°. Выписалась изъ клиники на 23-й день послѣ операціи поправившейся.

Макроскопическое описаніе. Опухоль величиной съ яблоко, бугриста, сращена съ утолщенной трубой. На ея поверхности просвѣчиваютъ бугорки, наполненные серознымъ или кровянистымъ содержимымъ, вправо большая кистовидная полость, которая при разрѣзѣ оказалась состоящей изъ двухъ полостей, раздѣленныхъ перегородкой; верхняя меньшая полость наполнена желтоватымъ мутнымъ содержимымъ, стѣнки ея складчаты и окрашены въ свѣтло-желтый цвѣтъ, вторая полость больше первой, имѣетъ кровянистое содержимое и болѣе толстую стѣнку, состоящую изъ такой-же, какъ предыдущая ткани и толстаго слоя наслоенія, похожихъ на свернувшійся фибринъ.

Остальная часть яичника пронизана кистами величиной отъ булавочной головки до горошины съ свѣтлымъ, прозрачнымъ содержимымъ.

Микроскопическое описаніе. Стѣнка меньшей кисты состоитъ изъ наружнаго соединительно-тканнаго, пронизаннаго кровоизліяніемъ и многоядерными лейкоцитами слоя, какихъ-либо элементовъ въ немъ, характерныхъ для яичника, какъ фолликуловъ, желтыхъ тѣлъ или бѣлыхъ, не видно. Ближе къ внутренней поверхности соединительная ткань болѣе компактна, клѣтки ея большей величины. Отъ этого наружнаго слоя рѣзко отграничивается слой внутренній, состоящій также изъ двухъ пластовъ: болѣе наружный уже и состоитъ изъ небольшихъ клѣтокъ круглой или овальной формы съ большимъ, хорошо окрашивающимся ядромъ и небольшимъ поясомъ протоплазмы; въ этомъ слоѣ между клѣтками проходятъ довольно крупныя сосуды и соединительно-тканные тяжи, расположенные перпендикулярно къ поверхности кисты и раздѣляющіе клѣтки на отдѣльныя группы; эти соединительно-тканные тяжи доходятъ до самой внутренней поверхности кисты, гдѣ мѣстами образуютъ даже тонкій слой. На самой внутренней поверхности между соединительно-тканными тяжами и тонкими капиллярами расположены большія продолговатыя, овальныя или многогранныя клѣтки съ большимъ пузырькообразнымъ съ однимъ или двумя ядрышками ядромъ, блѣдно окрашеннымъ, и большимъ поясомъ сѣтчатой или гомогенной съ вакуолями протоплазмы, границы клѣтокъ по большей части довольно рѣзко очерчены, мѣстами же не ясны и ядра едва замѣтны или совершенно отсутствуютъ, повидимому происходитъ распадъ клѣтокъ. Какого-либо пигмента въ наружномъ или внутреннемъ слоѣ не видно ни въ клѣткахъ, ни внѣ ихъ. Внутренняя поверхность кисты имѣетъ волнистый видъ, въ складкахъ, ея самый внутренній слой состоитъ изъ соединительно-тканныхъ клѣтокъ различной формы, составляющихъ продолженіе волокнистыхъ тяжей, лежащихъ между лютеиновыми клѣтками. Въ другихъ мѣстахъ кисты не наблюдается такого строгаго дѣленія на слои; кромѣ того внутренній слой пронизанъ скопленіемъ лейкоцитовъ и на внутренней поверхности наблюдается отложеніе фибрина. Перегородка между кистами состоитъ изъ омертвѣвшей соединительной ткани, содержащей кровоизліянія и прослойки фибрина, внутренняя поверхность перегородки выстлана большими клѣтками, находящимися на пути къ распаду. Стѣнка кисты, расположенной рядомъ и имѣющей болѣе коричневую окраску и наслоенія въ видѣ клочьевъ, состоитъ изъ трехъ слоевъ: наружнаго соединительно-тканнаго съ довольно большими клѣтками и залитаго кровью, средняго, который состоитъ изъ большихъ клѣтокъ съ большимъ плохо окрашивающимся ядромъ, клѣтки эти по большей части подвергаются распаду и между ними проходятъ въ большомъ количествѣ сосуды и соединительно-тканные тяжи, кромѣ того этотъ слой пронизанъ волокнами фибрина; третій, внутренній слой состоитъ изъ фибрина и небольшого количества соединительно-тканныхъ волоконъ. Въ трубѣ явленія сальпингита.

№ 4. 1908 года, 25 февраля. Больная В. К. 35 лѣтъ отъ роду, замужняя, поступила въ клинику съ жалобами на боли внизу живота, слѣва и въ поясницѣ и на боли при coitus'ѣ. Больной считаетъ себя 11 лѣтъ. Менструаціи начались съ 14 лѣтъ, показывались каждый мѣсяцъ и шли въ продолженіи 6 дней въ обильномъ количествѣ. Последнія менструаціи 14 дней назадъ. Замужъ вышла на 24-омъ году, мужу теперь 54 года. За время супружеской жизни беременной ни

разу не была. Болѣла гонорреей. При бимануальномъ изслѣдованіи portio vaginalis въ переднемъ сводѣ, конической формы, плотной консистенціи, тѣло матки въ переднемъ сводѣ, прижато къ лону, плотной консистенціи, сама матка увеличена и мало подвижна. На мѣстѣ лѣвыхъ придатковъ опухоль величиною въ кулакъ эластической консистенціи; на мѣстѣ правыхъ придатковъ опухоль величиною въ куриное яйцо. Опухоли мало подвижны.

27 февраля произведена ляпаротомія: по вскрытіи брюшной полости въ глубинѣ таза были обнаружены воспалительно-измѣненные придатки, сплошь окутанные плотными ложными перемычками. Выдѣливъ ихъ тупымъ путемъ изъ сращеній, были наложены цѣпочныя шелковыя лигатуры подъ основаніе измѣненныхъ придатковъ и опухоли удалены. При чемъ съ лѣвой стороны весь яичникъ и труба вошли въ воспалительное новообразованіе, справа только часть яичника. Затѣмъ брюшная рана зашита обычнымъ способомъ. Больная выписалась здоровой на 18-й день послѣ операціи. Наивысшая т° 37,6 одинъ разъ, на второй день послѣ операціи.

Макроскопическое описаніе. Опухоль величиной съ гусиное яйцо, плотно прилежитъ къ трубѣ, толщина стѣнки отъ 1—5 мм. Наружная поверхность гладкая, отчасти же она покрыта перепонками и обрывками сращеній, въ толщѣ ея имѣются небольшія, кистовидныя полости, наполненныя прозрачною жидкостью. Внутренняя поверхность опухоли мѣстами гладка и бѣла, мѣстами морщиниста и желтаго цвѣта, или же покрыта легко отдѣляемыми островками мягкой ткани оранжеваго цвѣта. Въ соотвѣтствіи съ этимъ и микроскопическая картина стѣнки кисты различна.

На препаратѣ, взятомъ изъ оранжеваго куска, стѣнка кисты состоитъ изъ слѣдующихъ слоевъ: 1) наружный соединительно-тканый съ довольно большими продолговатыми клѣтками, богатый сосудами; 2) средній, состоящій изъ сѣти соединительно-тканыхъ волоконъ, имѣющихъ перпендикулярное направленіе къ наружному слою, вдоль этихъ волоконъ идутъ капилляры и между ними заложены большія полигональныя клѣтки съ сѣтчатой протоплазмой и большимъ пузырькообразнымъ, хорошо окрашивающимся ядромъ.

Чѣмъ больше клѣтки, тѣмъ блѣднѣе окрашена ихъ протоплазма, онѣ по большей части рѣзко отграничены другъ отъ друга, но у нѣкоторыхъ границы не ясны и ядра очень слабо окрашены или ихъ совѣмъ не видно. Чѣмъ ближе къ третьему внутреннему слою, тѣмъ эти большія клѣтки встрѣчаются рѣже и средній слой безъ рѣзкой границы переходитъ во внутренній соединительно-тканый, напоминающій собою наружный, но только съ болѣе круглыми клѣтками.

Средній слой большихъ клѣтокъ (лутеиновый) прерывается прослойкой организующагося фибрина, тонкихъ соединительно-тканыхъ волоконъ и клѣтокъ съ красными и бѣлыми кровяными шариками между ними.

На препаратѣ, взятомъ изъ стѣнки кисты, гдѣ она имѣетъ блѣдный и гладкій видъ, подъ микроскопомъ можно различить также три слоя: наружный соединительно-тканый, съ поверхности болѣе рыхлый, кнутри дѣлается болѣе компактнымъ, а затѣмъ опять рыхлымъ и пронизанъ кровеносными сосудами и кровоизліянiями.

Средній тоже соединительно-тканый, но болѣе компактный, заключающій въ себѣ сосуды и полости отъ находившихся здѣсь кристалловъ и вокругъ нихъ гигантскія клѣтки; третій, самый внутренній, состоитъ изъ болѣе рыхлой соединительной ткани, въ которой встрѣчаются въ небольшомъ числѣ большія полигональныя клѣтки; здѣсь и въ среднемъ слоѣ встрѣчается инфильтрація многоядерными лейкоцитами. Пигмента ни въ большихъ клѣткахъ, ни между ними не наблюдается.

№ 5, изъ городской больницы, 1908 г., 22 марта. Е. К. 43 лѣтъ, рожала 10 разъ, послѣдній разъ 3 года назадъ. Задержка менструаціи 1½ мѣсяца. 22-го марта кровотеченіе изъ genitalia, произведено выскабливаніе въ виду задержанія послѣда и высокой t° до 39,4. 27-го марта умерла.

Протоколъ вскрытія. Анатомическій діагнозъ: Uterus post abortum. Septicaemia. Cystoma corporis lutei ovarii sin. Cystis hypophysis



Рис. 1.

cerebri. Тѣлосложенія крѣпкаго. Стояніе діафрагмы справа на уровнѣ 4 ребра, слѣва 5-го, сердце мало, очень дрябло, предсердіе, желудочки пусты, трупно окрашены. Мышцы сердца дряблы, глинистаго цвѣта. Селезенка длиной 14, толщиной 9×3. Капсула напряжена, пульпа соскабливается съ поверхности разрѣза въ большемъ количествѣ. Оба легкихъ свободны, въ верхнихъ доляхъ эмфизематозны, въ нижнихъ рѣзко отечны. Желудокъ растянутъ большимъ количествомъ жидкости, слизистая желудочнаго тракта повсюду блѣдна. Печень длиной 23×23 правой доли и шириной 12 см. лѣвой, передній край правой доли длинный, языкообразной формы; ткань на разрѣзѣ плотна, бурокраснаго цвѣта, набухшая. Длина лѣвой почки 12×4. Капсула снимается легко, границы слоевъ ясно видны, корковый слой сѣровато-желтаго цвѣта, рѣзко набухшій. Матка велика, мягкой консистенціи (12×7), влагалищная часть сглажена, полость расширена, внутренняя поверхность покрыта сѣрой пленкой, зерниста; правый яичникъ плоскій, длина 5×1 см., лѣвый—длина 5×3 см., въ глубинѣ нашупывается кистовидная полость, при вскрытіи оказалась кистой въ діаметрѣ

3 см, стѣнка кисты ясно состоитъ изъ двухъ слоевъ: внутреннїй слой, имѣющій видъ бѣлой соединительно-тканной пленки, а другой лежащїй снаружки фестончатый оранжево-желтаго цвѣта толщиной 1 mm., вблизи поверхности яичника истончается и видна только очень тонкая пленка. Придатки свободны отъ сросченїй.

Макроскопическое описаніе. Киста величиной со сливу, снаружки бѣловатаго цвѣта, на внутренней поверхности стѣнка ея различнаго цвѣта: отъ бѣловато-желтаго до ярко-желтаго, такой оттѣнокъ зависитъ повидимому отъ толщины желтаго слоя, просвѣчивающаго черезъ бѣловатую пленку, выстилающую внутреннюю поверхность кисты. Это предположеніе подтверждается продольнымъ разрѣзомъ черезъ стѣнку кисты. Толщина стѣнки отъ $\frac{1}{2}$ до 2 mm. (см. рис. № 1).

При микроскопическомъ изслѣдованїи кисты картина нѣсколько разнится. Въ стѣнкѣ, гдѣ она толста, различается три слоя, при чемъ наружный и внутреннїй по своему строенїю очень похожи, среднїй рѣзко отличается. Наружный слой состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани съ значительнымъ количествомъ соединительно-тканныхъ клѣтокъ, на границѣ между наружнымъ и среднимъ и въ самомъ среднемъ значительное количество кровеносныхъ сосудовъ.

Среднїй слой имѣетъ зигзагообразный видъ и состоитъ изъ широко-петливой сѣти соединительно-тканныхъ волоконъ; въ этихъ петляхъ расположены, ближе къ наружному слою, кругловатыя небольшїя клѣтки съ хорошо окрашивающимся круглымъ ядромъ, далѣе внутри идетъ слой большихъ распадающихся клѣтокъ, имѣющихъ неясныя границы и слабо окрашенныя большїя ядра или совѣтъ лишенныхъ ядеръ.

Ближе къ внутреннему слою встрѣчаются большїя полигональныя клѣтки съ большимъ овальнымъ или круглымъ, блѣдно окрашеннымъ ядромъ. Внутреннїй слой кисты состоитъ изъ рыхлой волнистой соединительной ткани съ небольшимъ числомъ довольно большихъ веретенообразныхъ клѣтокъ. У самой внутренней поверхности между соединительно-тканными волокнами расположены нити фибрина. На препаратахъ, гдѣ стѣнка кисты тонка, среднїй слой слабѣе выраженъ и состоитъ изъ кругловатыхъ небольшихъ клѣтокъ съ круглыми ядрами, хорошо окрашенными и изъ большихъ имѣющихъ неясныя границы, но обладающихъ большими, довольно хорошо окрашенными ядрами, здѣсь же расположены соединительно-тканныя тяжи и сосуды и кромѣ того наблюдается мѣстами инфильтрація многоядерными лейкоцитами. На препаратахъ, уплотненныхъ въ флеминговой жидкости прогиплазма большихъ полигональныхъ клѣтокъ содержитъ окрашенныя въ чернїй цвѣтъ зернышки, которыя попадаютъ и въ клѣтокъ. Ни зернистаго, ни кристаллическаго пигмента желтаго или коричневаго цвѣта, какъ въ большихъ полигональныхъ клѣткахъ, такъ и между ними не было найдено не только на препаратахъ, уплотненныхъ въ формалинѣ и обработанныхъ целлоидиномъ, но также и на срѣзахъ изъ свѣжихъ кусочковъ, полученныхъ путемъ замораживающаго микротомы и на срѣзахъ, полученныхъ изъ свѣжихъ кусочковъ, уплотненныхъ кипяченїемъ ихъ въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли. На этихъ послѣднихъ препаратахъ, лутеиновыя клѣтки представлялись наполненными жировыми капельками, окрашенными въ свѣтло-желтый цвѣтъ

и весь лютеиновый слой представлялся слегка желтоватымъ, такъ что довольно рѣзко отличался по окраскѣ отъ сосѣднихъ слоевъ.

№ 6. 1908 года, 12 сентября. Больная П. И. 27 лѣтъ отъ роду поступила въ клинику съ жалобой на боли въ животѣ слѣва, обильная менструація и на бѣли. Первая менструація у больной появилась на 14-омъ году, приходила черезъ мѣсяцъ по 6 дней. 2 года назадъ менструація стали появляться въ неправильные сроки, слѣдвались обильными и продолжаются по 10—12 дней. Беременна была три раза. Какъ беременность, такъ и послѣродовой періодъ протекали правильно; два года у больной обильная бѣли желтаго цвѣта, подозрѣніе на гоноррею. Аппетитъ плохой, страдаетъ запорами. При изслѣдованіи матка увеличена, отклонена назадъ, лѣвые придатки величиной въ кулакъ, болѣзненные при пальпации. Правые увеличены. *Salpingoophoritis sin.*

24-го ноября произведена ляпаротомія, при чемъ оказалось, что лѣвый яичникъ и труба увеличены, сплошь сращены съ кишечными петлями; сращенія разорваны пальцами, при чемъ лопнула киста желтаго тѣла и мутное, желтоватое содержимое ея вылилось въ брюшную полость.

Послѣ того какъ брюшная полость была очищена тупферами, были наложены матрацные швы на широкую связку, а труба и кистовидно измѣненный яичникъ удалены. Кровотеченіе остановлено наложеніемъ лигатуръ на кровоточащіе сосуды. Затѣмъ брюшная полость зашита обычнымъ способомъ. Больная выписалась изъ клиники на 15-й день послѣ операціи, при чемъ одинъ разъ ^{t^o} повысилась до 37,8.

Макроскопическое описаніе. Опухоль величиной съ мандаринъ, прилежитъ вплотную къ утолщенной извитой трубѣ. На наружной поверхности опухоль гладка, бѣловатаго цвѣта, мѣстами на ней перепонки. При разрывѣ изъ нея вытекла мутная, желтоватая жидкость, толщина стѣнки отъ 1—4 mm. Внутренняя поверхность имѣетъ морщинистый видъ, желтовато-бѣлаго цвѣта.

Кромѣ этой кисты весь яичникъ кистовидно перерожденъ, при чемъ кисты маленькія, съ прозрачнымъ содержимымъ.

Подъ микроскопомъ стѣнка кисты состоитъ частью изъ двухъ слоевъ, частью изъ трехъ.

Въ первомъ случаѣ наружный слой состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани съ веретенообразными клѣтками, въ немъ расположены значительной толщины сосуды; рѣзко отъ него отличается второй слой изъ большихъ полигональныхъ клѣтокъ съ сѣтчатой или пѣнистой протоплазмой, то блѣдно, то болѣе интенсивно окрашенной и съ блѣдно окрашенными пузырькообразными ядрами съ рѣзко окрашенными ядрышками. Границы клѣтокъ почти всюду рѣзко очерчены. Нужно замѣтить, что клѣтки, прилегающія къ наружному соединительно-тканному слою по объему нѣсколько меньше клѣтокъ, прилегающихъ къ внутренней поверхности кисты и окраска какъ протоплазмы, такъ и ядра интенсивнѣе. Между этими клѣтками проходитъ съѣ соединительно-тканныхъ тяжей съ веретенообразными клѣтками и капиллярами. Эти соединительно-тканные тяжи къ внутренней поверхности уплощаются и образуютъ мѣстами третій внутренний, тонкій, соединительно-тканый слой. Мѣстами же внутренний слой составляютъ распадающіяся большія лютеиновыя клѣтки съ пузырькообразнымъ

ядромъ. Въ слоѣ большихъ клѣтокъ не видно желтаго пигмента, нѣтъ и фигуръ дѣленія въ ядрахъ. Въ соединительно-тканныхъ клѣткахъ можно наблюдать каріокINETическія фигуры. Тамъ, гдѣ стѣнка толше, къ ней прилежитъ мало измѣненная яичниковая ткань. При окраскѣ по Ванъ-Гизону границы лютеиновыхъ клѣтокъ рѣзко выражены, между ними проходятъ какъ бы тоненькія волокна, протоплазма меньшихъ, по всей вѣроятности болѣе молодыхъ клѣтокъ, стѣчата, болѣе интенсивно окрашена въ желто-коричневый цвѣтъ, окраска большихъ клѣтокъ менѣе интенсивна; ядра окрашены зъ темно-коричневый цвѣтъ и имѣютъ одно или нѣсколько ядрышекъ; въ нѣкоторыхъ клѣткахъ ядра плохо окрашены. При окраскѣ сафраниномъ съ пикриновой кислотой препаратовъ, уплотненныхъ въ флеминговой жидкости, лютеиновыя клѣтки окрашиваются въ цвѣта отъ свѣтложелтаго до оранжеваго, при чемъ въ протоплазмѣ клѣтокъ видны черные шарики различной величины, расположенные или по краю

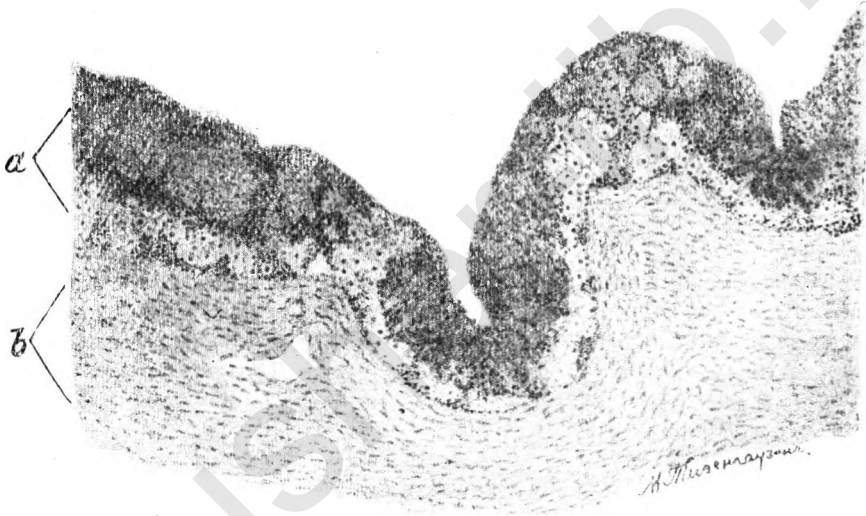


Рис. 2.

клѣтки или вокругъ ядра небольшими кружками или безъ всякаго порядка; при чемъ большія клѣтки содержатъ меньше черныхъ зернышекъ. Ядра клѣтокъ также окрашены различно отъ блѣднаго оранжеваго до интенсивно оранжеваго, ядрышки окрашены гуще. (см. рис. 2.)

Труба утолщена, изъ ея просвѣта выдѣляется гноевидная жидкость; подъ микроскопомъ какъ мышечная стѣнка, такъ и подслизистая ткань утолщена, складки слизистой оболочки какъ бы набухли. Утолщеніе и набухлость ткани зависитъ отъ наполненія сосудовъ кровью и отъ развитія какъ между мышечными волокнами, такъ и въ подслизистой и слизистой огромнаго количества молодой соединительной ткани; кромѣ того вокругъ сосудовъ и между мышцами наблюдаются очаги изъ многоядерныхъ и одноядерныхъ лейкоцитовъ. Эпителій слизистой оболочки сохраненъ, но сильно набухъ и вакуолизированъ. Просвѣтъ трубы заполненъ отставшимъ эпителиемъ и многоядерными лейкоцитами.

№ 7. 14 сентября 1908 г. Больная С. Б. 35 лѣтъ отъ роду. Первая менструація появилась на 15-омъ году и установилась по типу по 4 дня черезъ 3 нед. безъ болей въ умѣренномъ количествѣ. За-мужъ вышла на 29-омъ году. Типъ менструацій не измѣнился. На первомъ году супружеской жизни была беременность, окончившаяся выкидышемъ на 2-омъ мѣсяцѣ. Больной считаетъ себя 5 лѣтъ. 2 года назадъ было острое воспалительное заболѣванiе половой сферы, сопровождавшееся сильнымъ кровотечениемъ, запоромъ, рвотой и болями внизу живота. Послѣ этого менструаціи стали болѣзненны по 4—5 дней черезъ 3 недѣли. Въ дѣтствѣ болѣла корью, на 15-омъ году тифомъ. Отецъ умеръ отъ туберкулеза на 50-омъ году. Въ настоящее время жалуется на боли внизу живота и главнымъ образомъ въ поясницѣ. Съ iюля появились жидкія бѣлы желтаго цвѣта. При изслѣдованіи половой сферы найдено слѣд.: матка увеличена и удлинена, ретрофлексирована, фиксирована и болѣзнена. Лѣвый яичникъ величиной съ грецкій орѣхъ, болѣзненъ и притянутъ къ тѣлу матки. Лѣвая труба утолщена; діагнозъ: *residua parametritidis, salpingoophoritis sin.*

16 сентября произведена ляпоротомія: по раскрытіи брюшной раны показала утолщенная лѣвая труба и яичникъ величиной съ голубиное яйцо, они оказались плотно сращенными съ окружающими частями и отдѣленіе ихъ сопровождалось большими трудностями. Яичникъ оказался кистовидно перерожденнымъ и при отдѣленіи лопнулъ, при чемъ излилась розоватая жидкость. По наложеніи лигатуръ на маточный конецъ трубы и цѣпочечныхъ лигатуръ на широкія связки, труба была удалена вмѣстѣ съ яичникомъ. Правые труба и яичникъ измѣнены въ меньшей степени и потому оставлены. Матка отдѣлена отъ сращеній и пришита двумя шелковыми швами къ передней брюшной стѣнкѣ. Затѣмъ зашита брюшная рана. Больная выписалась на 17-ый день послѣ операціи, при чемъ наивысшая t° 38,2 одинъ разъ и 38^o одинъ разъ.

Макроскопическое описаніе. Правые придатки представляютъ собою опухоль неравномерной консистенціи величиной съ куриное яйцо, она состоитъ изъ утолщенной извитой трубы и плотно приросшей къ ней кругловатой опухоли—измѣненнаго яичника величиной со сливу; при отдѣленіи отъ сращеній опухоль лопнула и изъ нея вылилась мутная розоватая жидкость; стѣнка опухоли толщиной отъ 1—3 мм. Наружная поверхность бѣлесоватаго цвѣта, внутренняя имѣетъ видъ морщинистый, желтоватаго цвѣта.

При микроскопическомъ изслѣдованіи трубы найденъ воспалительный процессъ, выразившійся въ переполненіи всѣхъ сосудовъ кровью, въ гнѣздной мелкоклѣточной инфильтраціи соединительной ткани и въ развитіи молодой соединительной ткани между мышечными волокнами и въ подслизистой. Стѣнка кисты состоитъ изъ двухъ слоевъ: наружнаго соединительно-тканнаго волокнистаго слоя съ довольно большими овальными и круглыми клѣтками и внутренняго лютеиноваго, состоящаго изъ сѣти соединительно-тканныхъ тонкихъ волоконъ, вдоль которыхъ проходятъ капилляры, и лежащихъ въ этой сѣти большихъ полигональныхъ клѣтокъ съ сѣтчатой протоплазмой и блѣдно окрашеннымъ пузырькообразнымъ ядромъ съ однимъ или двумя ядрышками. Нѣкоторыя изъ ядеръ особенно велики. Въ ядрахъ соеди-

нительно-тканныхъ клѣтокъ встрѣчаются каріокINETическія фигуры, среди этихъ фигуръ лютеиновыхъ клѣтокъ не замѣтно. Кнутри отъ лютеинового слоя мѣстами находится еще очень тонкій слой, состоящій изъ наложеній фибрина, въ который вкраплены красные и бѣлые кровяные шарики. Какъ въ соединительно-тканномъ, такъ и въ лютеиновомъ слоѣ сосуды очень расширены и переполнены кровью, мѣстами даже вся ткань залита кровью. На препаратахъ, уплотненныхъ въ флеминговой жидкости и окрашенныхъ сафраниномъ и пикриновой кислотой, лютеиновыя клѣтки заполнены мелкими черными зернышками, расположенными болѣе по периферіи клѣтки, а въ нѣкоторыхъ клѣткахъ



Рис. 3.

вокругъ ядра. Лютеинового пигмента ни въ лютеиновыхъ клѣткахъ, ни внѣ ихъ не найдено. (см. рис. 3 и 4.)

№ 8. 8 октября 1908 г. Больная О. В. 30 лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику съ жалобой на сильную боль внизу живота. Первые регулы на 15 году по 4 дня черезъ 4 нед. мало, безъ боли, установились сразу. Послѣ выхода замужъ типъ кровей не измѣнился. Послѣднія менструаціи недѣлю тому назадъ. Настоящее заболѣваніе началось 8 лѣтъ тому назадъ и выразилось въ разстройствѣ менструацій, онѣ стали продолжаться 8 дней, затѣмъ проходили короче, но сопровождались сильной болью внизу живота и въ поясницѣ. Больная была одинъ разъ беременна, беременность окончилась абортomъ на 3-емъ мѣсяцѣ. При ощупываніи живота замѣчается внизу живота опухоль величиной съ дѣтскую головку, идущую справа налѣво и кромѣ того еще отдѣльныя небольшія опухоли. При бимануальномъ

изслѣдованіи отдѣльно матка не опредѣляется, а опухоли плотной консистенціи, которыя отходятъ отъ шейки матки.

15 декабря произведена ляпоротомія, при чемъ оказалось, что матка увеличена, а съ обѣихъ сторонъ ея опухоли, сросенныя съ маткой, съ сальпингитомъ и кишками; сросенія съ трудомъ отдѣлены и справа вылущена бугристая опухоль съ кулакъ величиной, а слѣва поменьше. На широкія связки наложены цѣпочечныя лигатуры и опухоли удалены. Затѣмъ брюшная рана зашита обычнымъ способомъ. Большая выписалась здоровой на 22-ой день, при чемъ одинъ разъ t° повысилась до 38° на второй день послѣ операциі.

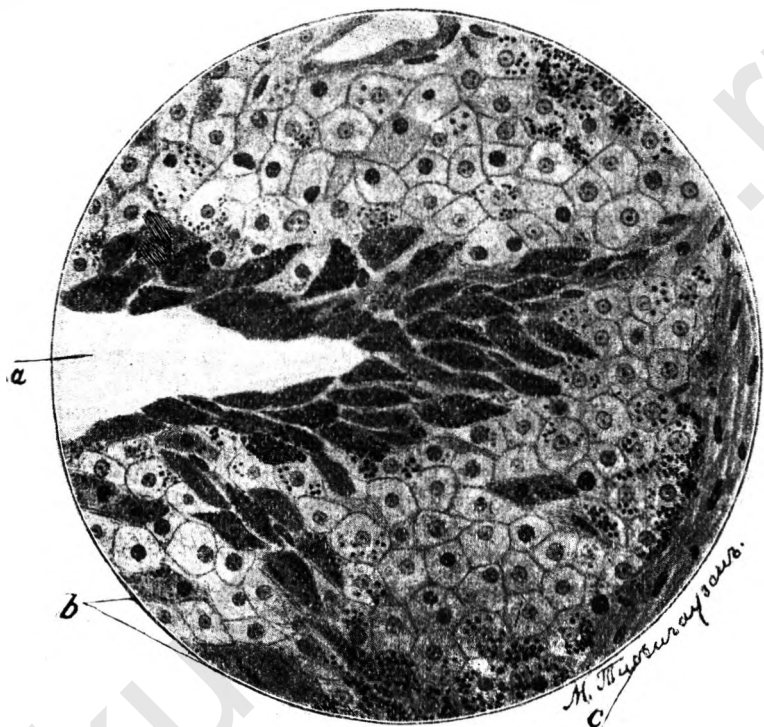


Рис. 4.

Макроскопическое описаніе. Правая и лѣвая труба представляются въ видѣ колбасовидныхъ опухолей, при чемъ правая больше и состоитъ изъ утолщенной и извитой трубы, абдоминальный конецъ которой превращенъ въ колбообразную опухоль, при разрѣзѣ которой вылилась мутноватая жидкость. Лѣвая опухоль представляетъ изъ себя овальную бугристую опухоль, состоящую изъ утолщенной, извитой трубы и приросшаго къ ней превращеннаго въ кисту яичника; величина этой кисты со сливу; при разрѣзѣ кисты изъ полости вылилась мутная красноватая жидкость; внутренняя поверхность кисты имѣетъ желтоватую окраску и бородавчатый видъ; стѣнка кисты неравноѣрной толщины отъ 1—4 мм., при чемъ на поперечномъ разрѣзѣ толстаго участка стѣнки видны заложенныя въ ней желтыя тѣла.

Микроскопическое описаніе. Мышечная оболочка трубъ утолщена

вслѣдствіе развитія между мышцами молодой соединительной ткани и переполненія кровью сосудовъ. Между мышцами и вокругъ сосудовъ наблюдаются скопленія многоядерныхъ и одноядерныхъ лейкоцитовъ. Слизистая утолщена, благодаря развитію молодой соединительной ткани и обильной инфильтраціи полинуклеарами; покровный эпителий мѣстами слущился, мѣстами сохраненъ, но представляется набухшимъ, капилляры сильно расширены и переполнены кровью. — Стѣнка кисты состоитъ изъ двухъ слоевъ, а кое-гдѣ изъ трехъ; наружный соединительно-тканый слой съ довольно крупными клѣтками, волокна его расположены параллельно внутренней поверхности кисты, въ этомъ слоѣ значительное развитіе сосудовъ, кромѣ того здѣсь встрѣчаются кровоизліянія въ ткань и мелкоклѣточковая инфильтрація. Внутренній слой состоитъ изъ нѣсколькихъ рядовъ большихъ полигональных клѣтокъ, имѣющихъ сѣтчату протоплазму и большое слабо окрашенное ядро съ нѣсколькими ядрышками; между этими клѣтками въ косомъ или перпендикулярномъ къ поверхности кисты направленіи проходятъ тонкія волокна, какъ бы оплетающія большія клѣтки, вдоль этихъ волоконъ расположены веретенообразныя клѣтки съ хорошо окрашеннымъ ядромъ и многочисленныя капилляры. Мѣстами кнутри отъ слоя лютеиновыхъ клѣтокъ лежитъ еще слой фибрина въ видѣ тонкихъ волоконъ или въ видѣ сѣти, въ которой находятся бѣлые и красныя кровяныя шарики и отдѣльныя лютеиновыя клѣтки или же вмѣсто фибринознаго слоя тонкій соединительно-тканый. Въ соединительно-тканыхъ клѣткахъ попадаются каріокинетическія фигуры дѣленія. Въ ткани яичника, прилежащей къ стѣнкѣ кисты, видно желтое тѣло, все пронизанное соединительно-ткаными волокнами и клѣтками, наполненными зернистымъ желтымъ и бурымъ пигментомъ. Въ лютеиновомъ слоѣ никакого пигмента не найдено. При посредствѣ микрохимической реакціи съ желѣзосинеродистымъ калиемъ и соляной кислотой, оказалось, что пигментъ на препаратѣ есть отчасти гемосидеринъ, такъ какъ имѣетъ зеленовато-синій цвѣтъ и аморфенъ и гематидинъ, такъ какъ найдены его кристаллы.

№ 9. 19¹⁸/XIO8 Больная Л. Ц. поступила въ клинику; отъ роду 23 лѣтъ, замужемъ 6 лѣтъ. Регулы появились на 13-омъ году, установились сразу по 6—7 дней, черезъ 3 нед. съ болями и въ обильномъ количествѣ. По выходѣ замужъ типъ и характеръ кровей не измѣнился.

Была одна беременность, которая окончилась срочными родами на пятомъ году половой жизни; теченіе беременности, родовъ и послѣродового періода было нормально. Больной себя считаетъ 3 года, при чемъ заболѣваніе началось обильными бѣлями вскорѣ послѣ родовъ, затѣмъ появились боли внизу живота. Больной произведена была *abrasio mucosae uteri*, но это оперативное пособіе не принесло ей существенной пользы; кромѣ того появились еще боли въ поясницѣ.

Съ такими жалобами и поступила больная въ клинику. Кромѣ того больная указываетъ на очень болѣзненный *coitus* и болѣзненное мочеиспусканіе и на запоры.

При бимануальномъ изслѣдованіи матка нормальнаго объема, въ *anteversio lateroposita dextra*, мало чувствительна, подвижность ея

ограничена. Правый яичникъ не увеличенъ, но чувствителенъ, правый сводъ укороченъ. Черезъ лѣвый сводъ прощупывается опухоль, съ кулакъ величиной, исходящая изъ лѣвыхъ придатковъ, опухоль очень чувствительна, пастоной консистенціи, подвижность ея ограничена.

27 ноября подъ скополамичъ-морфій-эфирнымъ наркозомъ произведена *ovariotomia sin. per colpotomiam posteriorem*. По разрѣзѣ задняго свода и проникновеніи въ брюшную полость опухоль была выдѣлена изъ сросшеній, еѣ окутывавшихъ и удалена вмѣстѣ съ абдоминальнымъ концомъ трубы. По остановкѣ кровотеченія задній сводъ закрытъ шелковыми швами. Послѣоперационный періодъ осложнился повышеніемъ t^0 до 39^0 2 раза. На 20-ый день послѣ операции больная выписалась здоровой.

Макроскопическое описаніе. Опухоль величиной въ кулакъ, гладкая, шарообразная, содержащее ея прозрачное съ розоватымъ оттѣнкомъ, стѣнка кисты въ 2—3 мм. толщиной; наружная поверхность ея розовато-бѣлаго цвѣта, покрыта перитонитическими наслоеніями, внутренняя поверхность мѣстами гладка или же имѣетъ видъ шегреневой кожи и желтоватаго цвѣта. Къ опухоли плотно прилежитъ утолщенная извитая труба.

Подъ микроскопомъ въ стѣнкѣ кисты различаются три слоя: 1) Наружный соединительно-тканый состоитъ изъ довольно рыхлой соединительной ткани съ крупными веретенообразными клѣтками; 2) Средній узкій—изъ сѣтевидной нѣжной ткани, въ петляхъ которой расположены крупныя полигональныя клѣтки съ пѣнистой протоплазмой и круглымъ довольно хорошо окрашивающимся ядромъ; кромѣ того въ этомъ слоѣ много соединительно-тканыхъ веретенообразныхъ клѣтокъ и мѣстами огромное количество эозинофиловъ, которые проникаютъ и во внутренній слой, который состоитъ частью изъ гиалиново-перерожденной соединительной ткани, частью изъ нѣжной тонко-волокнистой, переплетенной съ волокнами фибрина и очень бѣдной клѣтками. Во внутреннемъ и отчасти въ среднемъ слоѣ можно видѣть зернистый пигментъ, который при микрохимической на него реакціи оказался гемосидериномъ.

№ 10. 24 января 1909. Больная Е. Т. 39 лѣтъ отъ роду поступила въ клинику съ жалобой на кровотеченіе. Первая менструація появилась у нея на 15-омъ году, установилась сразу и приняла типъ по 5 дней черезъ 4 нед. съ болью во время и до регулъ въ обильномъ количествѣ. Послѣ выхода замужъ типъ регулъ не измѣнился. Послѣдняя менструація была у больной 2 недѣли назадъ. Беременная была 2 раза и оба раза родила въ срокъ. Послѣдніе роды 15 лѣтъ назадъ, послѣ родовъ у больной, по ея словамъ, было воспаленіе яичниковъ, которое излечилось послѣ одного курса лиманнаго леченія. Считаетъ себя больной 15 лѣтъ и главныя жалобы—кровотеченіе. Послѣднія 15 лѣтъ кровь идетъ по 1—2 недѣли съ промежутками въ 1—2 недѣли. Въ теченіи этого времени бывали промежутки по 2—3 года, когда крови ходили правильно. Кромѣ того у больной есть бѣли. Со стороны желудочно-кишечнаго тракта—запоры и геморрой; со стороны мочевого пузыря—повременамъ частыя позывы на мочеиспусканіе.

При бимануальномъ изслѣдованіи шейка матки удлинена и нѣсколько опущена, матка въ *retro-flexio*, неподвижна. Попытка

редрессировать матку вызываетъ сильную боль въ поясницѣ. Состоянія придатковъ опредѣлить не удается.

28 января подѣ скополаминъ-морфій-эфирнымъ наркозомъ произведена ляпоротомія по Pfannenstiel'ю, матка захвачена рукой и отдѣлена отъ срощеній, затѣмъ осмотрѣны придатки, при чемъ оказалось, что лѣвый яичникъ превращенъ въ кисту величиной въ куриное яйцо. На ножку кисты наложена лигатура и яичникъ съ частью трубы удаленъ, затѣмъ матка двумя шелковыми швами фиксирована къ передней брюшной стѣнкѣ и брюшная рана зашита обычнымъ способомъ. Въ послѣоперационномъ періодѣ одинъ разъ на 2-ый день t^0 повысилась до 38^0 и 2 раза до $37,6$; выписалась больная здоровой на 17-ый день послѣ операци.

Макроскопическое описаніе опухоли: опухоль величиной съ куриное яйцо, гладкая снаружи, представляетъ собою одну полость, наполненную мутной желтоватой жидкостью, толщина стѣнки приблизительно 3 мм.; внутренняя поверхность желтовато-сѣроватаго цвѣта имѣетъ шероховатый видъ. Отрѣзокъ трубы, прилегающей къ опухоли, утолщенъ.

Подъ микроскопомъ въ стѣнкѣ кисты различаются два слоя: наружный соединительно-тканый прилежитъ къ сохранившейся мѣстами яичниковой стромѣ и состоитъ изъ довольно толстыхъ соединительно-тканыхъ волоконъ и веретенообразныхъ клѣтокъ; этотъ слой богатъ сосудами и пронизанъ обширными кровоизліяніями, мѣстами эти кровоизліянія отдѣляютъ наружный слой отъ внутренняго, послѣдній состоитъ изъ тонковолокнистой сѣтевидной ткани съ веретенообразными клѣтками по ходу капилляровъ и волоконъ, а въ петляхъ этой сѣти расположены большія полигональныя клѣтки съ пѣнистой протоплазмой и крупнымъ пузырькообразнымъ ядромъ съ ядрышками. Внутренній слой имѣетъ волнистый видъ и въ различныхъ мѣстахъ различной толщины; никакого пигмента во внутреннемъ слоѣ найти не удалось. Мѣстами къ слою большихъ клѣтокъ прилегаютъ въ одинъ рядъ слой веретенообразныхъ клѣтокъ или тонкій слой фибрина.

Итакъ изъ 10-ти нашихъ случаевъ кистъ желтаго тѣла 9 были однополостныя и одна двуполостная. По своему строенію, придерживаясь раздѣленія L. Fäanke'я на типы, мы можемъ отнести кисты № 1, 2, 3, 6, 7, 8 и 10 къ первому типу т. е. къ типу, въ которомъ внутренній слой состоитъ изъ ткани corporis lutei, хотя должны оговориться при этомъ, что въ складкахъ внутренняя стѣнка покрыта соединительно-тканымъ слоємъ въ шести кистахъ, а въ кистѣ № 6 внутренній слой состоитъ изъ фибрина, но не на всемъ протяженіи. Кисты № 4, 5 и 9 принадлежатъ ко второму типу, такъ какъ у нихъ внутренній слой соединительно-тканый, кромѣ того въ кистѣ № 4 лутеиновый слой очень высокъ и расщепленъ почти на всемъ протяженіи прослойкой организующагося фибрина.

Закончивъ со строеніемъ стѣнки кисты желтаго тѣла, мы

переходимъ къ описанію содержимаго этихъ кистъ, къ происхожденію его и къ этиологіи развитія этихъ кистъ.

По мнѣнію L. Frankel'я, кисты въ желтыхъ тѣлахъ возникаютъ чаще всего вслѣдствіе размягченія, по крайней мѣрѣ такимъ образомъ объясняется возникновеніе различныхъ модификацій лишенныхъ эпителия кистъ. Если центральное размягченіе и расщипываніе красящаго вещества крови наступаетъ въ стадіи уже почти законченнаго *corporis fibrosi*, то мы въ качествѣ внутренняго слоя будемъ имѣть плотную соединительную ткань, эта соединительная ткань будетъ болѣе рыхла, если въ моментъ центрального размягченія соединительная ткань *corporis fibrosi* еще не достигла стадіи исчезанія ядеръ и образованія рубцовой ткани. Внутренній слой долженъ представляться въ видѣ соединительной ткани, пронизанной фибриномъ, если размягченіе наступаетъ тогда, когда организациа превращенной въ фибринъ крови только что началась и наконецъ внутренній слой образованъ лютеиновыми клѣтками, когда въ совершенно свѣжемъ *corpus luteum* происходитъ размягченіе сильно разросшейся ткани *corporis lutei*.

Кисты большія, чѣмъ само желтое тѣло, могутъ происходить изъ гематомъ желтаго тѣла.

Источникомъ существованія содержимаго кисты Eugen Frankel считаетъ только капилляры и лютеиновыя клѣтки, находящіяся между петлями капилляровъ: оно происходитъ или *per diapedesin* или вслѣдствіе разрывовъ тонкостѣнныхъ капилляровъ, кромѣ того въ лютеиновыхъ клѣткахъ происходитъ регрессивное измѣненіе, ведущее къ исчезновенію ядеръ и въ концѣ концовъ къ исчезновенію клѣточного тѣла, такимъ образомъ эти громадныя клѣтки распадаются на зернистый детритъ, похожій на эмульсію, которая примѣшивается къ содержимому, образованному путемъ трансудаціи и экстравазаціи крови. Такимъ образомъ когда въ кровянистыхъ составныхъ частяхъ содержимаго уже произошла известная метаморфозъ, эмульсія изъ распавшихся клѣтокъ способствуетъ образованію продукта, имѣющаго при слизистой или сливкоподобной консистенціи то коричневою, то чисто кровянистую, то охряно-желтую окраску. Присутствіе лейкоцитовъ указываетъ на воспалительный процессъ въ стѣнкахъ кисты, влияющій на консистенцію и цвѣтъ содержимаго. Относительно происхожденія содержимаго кистъ желтаго тѣла проф. Груздевъ держится того мнѣнія, что кровь прямо изъ капилляровъ лютеинового слоя изливается въ полость лютеиновыхъ кистъ и изъ этой крови получается содержимое кистъ, такъ какъ разрывовъ стѣнокъ сосудовъ въ этихъ образованіяхъ онъ

не видѣль. Причина, почему въ нѣкоторыхъ случаяхъ corpus luteum переходитъ въ corpus fibrosum, а въ другихъ образуется киста желтаго тѣла, при чемъ клѣтки пролиферируютъ и сосудистая сѣть не запусѣвается, намъ не извѣстна.

Eugen Fränkel причисляетъ данныя кисты къ новообразованіямъ, такъ какъ для ихъ возникновенія и дальнѣйшаго роста необходимымъ условіемъ является болѣе сильная и болѣе долгое время продолжающаяся пролиферація клѣточныхъ формъ, происходящихъ изъ фолликулярнаго эпителия и значительно превосходящихъ послѣдній по величинѣ.

Только этимъ и позднѣйшимъ распадомъ новообразованныхъ клѣтокъ при одновременномъ участіи остальныхъ факторовъ, имѣющихъ отношеніе къ происхожденію содержаемаго кистъ обезпечивается постоянное увеличеніе содержаемаго и такимъ образомъ могутъ возникнуть образованія величиной въ апельсинъ.

Patellani-Rosa считаетъ, что кисты желтыхъ тѣлъ могутъ происходить не только изъ истинныхъ желтыхъ тѣлъ, но также изъ такъ называемыхъ ложныхъ и изъ фолликуловъ; затѣмъ нѣкоторыя гистологическія находки приводятъ къ предположенію, что лютеиновыя кисты происходятъ даже отъ сильнаго скопленія лютеиновыхъ клѣтокъ, внѣдренныхъ въ овариальную строму. По мнѣнію Улезко-Строгановой, лютеиновая ткань развивается не только въ области созрѣвшаго и лопнувшаго фолликула съ послѣдующимъ образованіемъ желтаго тѣла, но она образуется въ большей или меньшей степени въ окружности нѣсколькихъ фолликуловъ. Это бываетъ при беременности и вообще при другихъ условіяхъ, когда бываетъ приливъ крови. Съ размноженіемъ лютеиновыхъ клѣтокъ одновременно происходитъ ихъ измѣненіе — жировое перерожденіе. Seitz также придерживается того мнѣнія, что атрезированный фолликулъ подъ влияніемъ нѣкоторыхъ условій дѣлается похожимъ на желтое тѣло, при чемъ клѣтки thecae internae превращаются въ лютеинъ содержащія клѣтки. Клѣтки thecae int. развиваются изъ клѣтокъ стромы, сначала имѣютъ веретенообразную, затѣмъ поліэдрическую и многогранную форму, онѣ содержатъ жиръ и лютеинъ. По мнѣнію Limon'a, клѣтки thecae int. въ атрезированномъ фолликулѣ отличаются отъ клѣтокъ желтаго тѣла отсутствіемъ лютеина и раствореніемъ жира въ ксилолѣ. Wallart и Woeshagen полагаютъ, что клѣтки, происходящія изъ слоя thecae int., имѣютъ характерныя желтыя жировыя зернышки; а что касается ихъ отношенія къ различнымъ реагентамъ, то эти зернышки вполне соответствовали лютеину изъ истиннаго желтаго тѣла, почему и эти клѣтки могутъ быть

лютеиновыми. Sobotta и Colin наоборотъ придерживаются того взгляда, что лютеиновыя клѣтки происходятъ изъ эпителиальныхъ клѣтокъ membranae granulosaе и притомъ черезъ гипертрофію, а не черезъ гиперплизію ихъ.

По Willart'у лютеиновыя кисты встрѣчаются при беременности, но наблюдаются и внѣ беременности напр. при гонорреѣ, физиологическая функція ихъ темна. Martin и Veit полагають, что этиологію этихъ кистъ и кистъ фолликулярныхъ слѣдуетъ искать въ хроническомъ оофоритѣ, вѣдушемъ вслѣдствіе длительной гипереміи къ усиленной трансудаціи въ полость желтаго тѣла. Что касается происхожденія нашихъ кистъ, то онѣ почти во всѣхъ случаяхъ произошли благодаря длительнымъ воспалительнымъ процессамъ. На длительный процессъ указывало и то обстоятельство, что всѣ эти опухоли были запакованы въ перитонитическихъ срощеніяхъ и срощены съ сосѣдними органами, кромѣ того анамнезъ доказываетъ, что болѣзнь тянулась годами; при чемъ этиологическимъ моментомъ воспалительнаго заболѣванія въ нѣкоторыхъ случаяхъ ясно была доказана гоноррея, а въ другихъ можно было ее съ вѣроятностью предположить. Микроскопическое описаніе какъ трубъ, такъ и яичниковъ также даетъ ясную картину длительнаго катаррального или гнойнаго воспаленія.

При описаніи микроскопическаго строенія кистъ желтаго тѣла мы почти у всѣхъ авторовъ находимъ указанія, что лютеиновыя клѣтки въ большемъ или меньшемъ количествѣ содержали пигментъ, который нѣкоторые авторы считали зернистымъ желтаго или зеленоватаго цвѣта, а другіе кристаллическимъ. Брюкке и Поповъ считали пигментъ, находимый ими въ лютеиновыхъ клѣткахъ, за гематоидинъ, большинство же авторовъ принимали его за лютеинъ. Seitz находилъ его на препаратахъ, уплотненныхъ въ формалинѣ, а Груздевъ на препаратахъ, обработанныхъ целлоидиномъ. Не смотря на все мое стараніе на препаратахъ, уплотненныхъ въ формалинѣ и обработанныхъ целлоидиномъ, я не могъ найти въ лютеиновомъ слѣ лютеина ни въ самихъ клѣткахъ, ни между клѣтками. Обезцвѣчиваніе лютеина въ формалинѣ было мною провѣрено на нѣсколькихъ десяткахъ желтыхъ тѣлъ. Лютеиновыя клѣтки на моихъ препаратахъ имѣли видъ большихъ полигональныхъ съ пѣнистой слабо окрашенной протоплазмой, пузырькообразнымъ слабо окрашеннымъ ядромъ и однимъ или нѣсколькими, рѣзко окрашенными ядрышками. Клѣтки эти имѣли рѣзкія границы и только лежащая ближе къ полости кисты не имѣли ясныхъ границъ и ядра ихъ не были окрашены. Встрѣчающійся пигментъ какъ въ стѣнкѣ кисты, такъ и въ близъ

лежащей оваріальной стромѣ, при дѣйстви на него желѣзо-си-неродистымъ калиемъ и соляной кислотой, оказывался или гема-тоидиномъ или гемосидериномъ. На препаратахъ, фиксированныхъ флеминговой жидкостью, протоплазма лутеиновыхъ клѣтокъ оказывалась пронизанной черными капельками, и только на пре-паратахъ, уплотненныхъ кипяченіемъ въ физиологическомъ рас-творѣ поваренной соли или на свѣжихъ, приготовленныхъ на замораживающемъ микротомѣ, я могъ видѣть лутеинъ въ клѣт-кахъ лутеинового слоя въ видѣ блѣдно-желтыхъ капель жира, пронизывающаго эти клѣтки, при чемъ желтая окраска жира зависитъ отъ лутеина, раствореннаго въ жирѣ. Это наше наб-люденіе, противорѣчащее мнѣнію многихъ авторовъ, согласуется съ указаніями на природу лутеина Норре-Seyler'a и Ham-marsten'a.

Норре-Seyler подъ названіемъ Lipochrom-lutein понимаетъ не вполнѣ опредѣленное красящее вещество, не отдѣлимое отъ жировъ и мылъ и растворимое въ жирахъ, эфирѣ, алкогольѣ, бензолѣ, хлороформѣ и водныхъ растворахъ мылъ. Lutein кра-сящее вещество желтка, corpus luteum, кровяной сыворотки, жи-ровой ткани и нѣкоторыхъ частей растений. По Hammarsten'у Hämatoïdin не идентиченъ съ кристаллическимъ лутеиномъ изъ corpus luteum. Рубцы лопнувшихъ фолликуловъ, corpora lutea ок-рашены въ желтый цвѣтъ аморфнымъ пигментомъ-лутеиномъ.

Что касается практическаго значенія лутеиновыхъ кистъ, то онѣ въ иныхъ случаяхъ могутъ достигнуть значительныхъ размѣровъ и вызывать неприятыя симптомы, свойственные вся-кимъ большимъ опухолямъ; такъ напр., Груздевъ описалъ опу-холь величиной въ дѣтскую головку. Sängner демонстрировалъ препаратъ, состоящій изъ двухъ лежащихъ одна надъ другой кистъ величиной въ большой кулакъ и происшедшихъ отъ corpus luteum verum. Orthmann, говоря о патологіи желтаго тѣла, останавливается на кровяныхъ кистахъ желтаго тѣла, доходящихъ до дѣтской головки. Kötschau демонстрировалъ кисту желтаго тѣла величиной въ голову взрослого человѣка у 24-хъ лѣтней дѣвушки. Большія, такъ называемыя множественныя кисты встрѣ-чаются также при пузырьныхъ заносахъ, хоріонэпителиомахъ и синцитіомахъ.

Кромѣ того по Fellner'у кровоизліяніе внутрь кистъ мо-жетъ быть опасно и даже смертельно. Weinbrenner въ двухъ случаяхъ наблюдалъ внутреннее кровотеченіе изъ лопнувшаго ки-стовиднаго желтаго тѣла. Не говоря уже объ этихъ рѣдкихъ случаяхъ, по мнѣнію Patellani-Rosa и по моимъ наблюденіямъ,

образование лютеиновыхъ кистъ ведетъ къ постепенному разрушенію существенныхъ элементовъ женскихъ половыхъ железъ, именно зародышеваго эпителія, граафова фолликула и примордіального фолликула. Постепенное разрушеніе этихъ элементовъ представляетъ анатомическія явленія, которыя характеризуютъ лютеиновыя кисты. Итакъ изъ этого слѣдуетъ, что функции яичника, подвергшагося такой формѣ заболѣванія, наносится вредъ. Мнѣніе это подтверждается микроскопическимъ изслѣдованіемъ въ нашихъ случаяхъ ткани яичника, лежащей вблизи кистъ желтаго тѣла, ибо въ большинствѣ случаевъ нами было найдено сравнительно ничтожное количество примордіальныхъ, среднихъ и зрѣлыхъ фолликуловъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ кромѣ бѣлыхъ тѣлъ, никакихъ существенныхъ элементовъ не наблюдалось. Кромѣ того присутствіе кистъ у нашихъ больныхъ сопровождалось, по большей части, обильными или по крайней мѣрѣ неправильными менструаціями и сильными болями, зависящими, по всей вѣроятности, отъ срощеній ихъ съ окружающими органами и отъ хроническаго воспалительнаго процесса въ яичникѣ. Кромѣ того, изъ 10 нашихъ случаевъ въ 8-ми наблюдалась стерильность въ теченіе продолжительнаго времени. Что касается постановки діагноза до операціи, то это очень затруднительно, но можно надѣяться, что дальнѣйшія работы въ этомъ направленіи дадутъ намъ болѣе вѣрные признаки для постановки точнаго діагноза до операціи.

Итакъ резюмируя сказанное, мы приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Кисты желтыхъ тѣлъ—заболѣваніе довольно рѣдкое, оно сопровождается различными болѣзненными явленіями, нерѣдко приводящими къ операціи.

2. Этіологическимъ моментомъ ихъ развитія часто бываетъ длительный воспалительный процессъ, зависящій нерѣдко отъ гонорреи.

3. Образование кистъ желтыхъ тѣлъ губельно для функций яичника.

4. Строечіе стѣнки кисты желтаго тѣла различно даже у одной и той же кисты: по большей части она состоитъ или изъ одного соединительно-тканнаго и одного лютеиноваго или изъ 2-хъ соединительно-тканныхъ и одного лютеиноваго слоя. Лютеиновый слой состоитъ изъ соединительно-тканной и капиллярной сѣти, въ которой заложены большія полигональныя лютеиновыя клѣтки съ протоплазмой, пронизанной капельками жира и большимъ пузырькообразнымъ ядромъ. Жиръ окрашенъ въ жел-

тый цвѣтъ лутеиномъ, который можно видѣть только на свѣжихъ препаратахъ, пигментъ же видимый на препаратахъ ботаническихъ формалиномъ, спиртомъ или эфиромъ, не лутеинъ, а гематоидинъ или гемосидеринъ.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Sanger. 1897 г. Centralbl. f. Gyn. № 13, S. 349.
2. Veit. Handbuch f. Gynaekologie 1898 г. стр. 293.
3. Улезко-Строганова. Къ патологiи лутеиновой ткани. Юбилейный сборникъ трудовъ по Акушерству и женскимъ болѣзнямъ въ честь проф. Отта.
4. Orthmann. Zur Pathologie des corpus luteum. Centralbl. f. Gyn. № 29, стр. 798, 1897 г.
5. Проф. Груздевъ. Къ патологiи желтыхъ тѣлъ яичника. Русскiй Архивъ Патологiи 1901 г. вып. 6, стр. 557.
6. Flaeker. Случай хорiонэпителиомы съ кистами желтыхъ тѣлъ въ обоихъ яичникахъ. Журналъ акуш. и женск. болѣзней стр. 1505, Ноябрь, 1907 г.
7. Поповъ, В. А. Къ учению о желтомъ тѣлѣ и къ патологiи яичника человѣка. Диссертация 1881 г.
8. Михельсонъ. Кисты желтаго тѣла изъ акушерско-гинекологической клиники проф. Славянскаго.
9. Weinbrenner, C. Ueber vorgetäuschte Extrauterinschwangerschaft, zugleich im Beitrag zu den corpus luteum Blutungen. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 24, 3, 1906 г.
10. Seitz. Die Follikelatresie während der Schwangerschaft etc. Arch. f. Gyn. 1905 г. Bd. 77, H. 2.
11. Risel. Luteincysten. Demonstration. Zentralbl. f. Gynaekol. 1905 г. стр. 1327.
12. Runge. Ueber die Veränderungen der Ovarien bei syncytialen Tumoren und Blasenmole, zugleich ein Beitrag zur Histogenese der Luteincysten. Zentralbl. f. Gyn. 1903 г. стр. 1120.
13. Diepgen. Drei corpus luteum-cysten. Zentralbl. f. Gyn. 1904 г. стр. 385.
14. Jaffe. Blasenmole und Eierstock, ein Beitrag zur Patalogie des corpus luteum. Ibidem, Arch. f. Gyn.
15. Fraenkel, L. Die Funktion des corpus luteum. Arch. f. Gyn. Bd. 68.
16. Krebs, J. Chorionepitheliom und Ovarialtumor. Zentralbl. f. Gyn. 1903 г. стр. 1297.
17. Bamberg. Inkarceration cystisch degenerierter Ovarien bei Blasenmole. Zentralbl. f. Gyn. 1904 г. стр. 1617.

18. Fischer. Chorionepitheliom und Luteincysten. (Deutsche medicin. Wochenschrift 1905 г. № 41.)
19. Kelly. Случай хоріоэпителиомы послѣ пузырнаго заноса. Журналъ акуш. и женск. болѣзн. 1907 г., Январь.
20. Kuban. Zwei Fälle von cystischer Degeneration der Ovarien bei Blasenmole. Centralbl. f. Gyn. 1905 г. стр. 1512.
21. Pick, L. Zur Frage der Eierstocksveränderungen bei Blasenmole. Zentralbl. f. Gyn. 1903 г. стр. 1033.
22. Calmann, A. Cystische Entartung eines bei einer Radikaloperation zurückgelassenen ovariums (corpus luteum-cysten). Zentralbl. f. Gyn. 1905 г. стр. 1440.
23. Cornil. Kystes développés dans les corps jaunes. Societé anatomique de Paris (seances de 1905 suite et fin).
24. L. Fraenkel. Weitere Mitteilungen über die Funktion des corpus luteum. Zentralbl. f. Gyn. 1904 г. № 69.
25. F. Cohn. Zur Histologie und Histogenese des corpus luteum u. des interstitiellen Ovarialgewebes. Archiv für Mikroskopische Anatomie 62.
26. Hoppe-Seyler. Handbuch der chemischen Analyse. Berlin, 1903 г.
27. Hammarsten. Lehrbuch der physiologischen Chemie. Wiesbaden, 1904 г.
28. Wallart, J. Zur Frage der Ovarialveränderungen bei Blasenmole und bei normaler Schwangerschaft. Zentralbl. 1905 г., стр. 385.
29. Boeschagen. Ueber verschiedenen Formen der Rückbildungsprodukte der Eierstocksfollikel und ihre Beziehungen zu Gefäßveränderungen des Ovariums, nebst Bemerkungen über Luteinzellwucherungen in den Eierstöcken Schwangerer. Zentralbl. f. Gyn. 1905 г. стр. 242.
30. Santi. Die Pathologie des corpus luteum. Zentralbl. f. Gyn. 1904 г.
31. Serrafino Patellani. Zur Frage der Ovarialveränderungen bei syncytialen Tumoren und Blasenmolen. Zentralbl. 1905 г. стр. 388.
32. Fellner, A. O. Neuere Ergebnisse aus den Forschungen über das corpus luteum (Med. Klinik. 1906 г. № 2, S. 42.)
33. Martin. Die Krankheiten der Eierstöcke und Nebeneierstöcke 1899 г. стр. 333.
34. L. Fränkel. Der Bau der corpus luteum-cysten. Archiv f. Gyn. Bd. 56.
35. E. Fränkel. Ueber corpus lutem-cysten. Arch. Gyn. Bd. 48.
36. Груздевъ. Къ вопросу о кистахъ желтыхъ тѣлъ яичника. Журналъ акушерства и женск. болѣзн. 1905 г. Январь.
37. Patellani-Rosa. Pathologisch-anatomische und klinische Betrachtungen über die Cysten des corpus luteum. Morgagni № 8—10.
38. Cristalli. Beitrag zur Histogenese des corpus luteum beim Weibe. Zentralbl. f. Gyn. 1902, стр. 1241.
39. Sobotta. Noch einmal zur Frage der Bildung des corpus luteum. Archiv f. mikroskop. Anat. Bd. 53, стр. 546.

40. Stöckel. Ueber die cystische Degeneration der ovarien bei Blasenmole, zugleich ein Beitrag zur Histogenese der Luteinzellen. Festschrift für Fritsch. S. 136.

41. Kötschau. Ueber corpus luteum-cysten. Zentralbl. für Gyn. 1898 г. стр. 447.

42. Köbner. Die corpus albicans-cyste. Zentralbl. für Gyn. 1908 г. стр. 1230.

ОПИСАНИЕ РИСУНКОВЪ.

Рисунокъ кисты желтаго тѣла № 1 (разрѣзь en face натуральн. величина).

Рисунокъ стѣнки кисты № 2 (Zeichnenapparat nach Abbe Leitz об. 3, ос. 3). Препаратъ фиксированъ въ флеминговой жидкости, окрашенъ сафринномъ съ пикриновой кислотой. а) лютеиновый слой, б) соединительно-тканный.

Рис. стѣнки кисты № 3 (Leitz об. 1/12 ос. 1.) Лютеиновый слой кисты, состоящій изъ большихъ полигональныхъ клѣтокъ, протоплазма ихъ пронизана черными верньшками, нѣкоторыя клѣтки свободны отъ этихъ зеренъ.

Рис. стѣнки кисты № 4 (Leitz об. 6, ос. 3.) фиксація флеминговой жидкостью, окраска сафраниномъ съ пикриновой кислотой. а) полость, окаймленная соединительно-тканными клѣтками; б) лютеиновыя клѣтки; в) соединительно-тканный слой съ клѣтками.

Изъ клиники проф. П. И. Тихова въ Томскѣ.

Къ вопросу о пересадкѣ одного мочеточника въ прямую кишку.

Н. А. БОГОРАЗА.

Операция пересадки обоихъ мочеточниковъ въ кишку является по преимуществу такимъ приемомъ, который исправляетъ врожденныя и приобретенныя отклоненія отъ нормы въ организмѣ больного.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ показаніемъ къ этой операциіи является не столько необходимость спасти жизнь больного, сколько стремленіе сдѣлать эту жизнь болѣе сносной.

Врожденныя уродства мочевого пузыря, приобретенныя свищи, измѣняющіе направленіе струи мочи и обусловливающіе ея недержаніе, равно какъ расслабленіе пузырнаго жома создаютъ условія, требующія пересадки обоихъ мочеточниковъ въ кишку, но во всѣхъ этихъ случаяхъ упомянутая операция не является *operatio necessitatis*; безъ нея больной, правда, принужденъ влачить жалкое существованіе, но, жизни его не представляется непосредственной опасности.

На 214 случаевъ пересадки обоихъ мочеточниковъ въ кишку, собранныхъ д-ромъ Березнеговскимъ въ его диссертациі 1), врожденное уродство пузыря, обусловливавшее непрерывное истеченіе мочи, встрѣчается 139 разъ; приобретенное недержаніе мочи вслѣдствіе свища или ослабленія пузырнаго жома—39 разъ. Всего слѣдовательно 178 случаевъ.

Въ сравнительно небольшомъ числѣ случаевъ пересадка обоихъ мочеточниковъ является неотложной операцией, спасающей жизнь больного. Это бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда во время операциі по той или другой причинѣ изсѣкается болѣе или

1) Березнеговскій. О пересадкѣ мочеточниковъ въ кишечникъ. Дисс. 1909. Томскъ.

менѣе значительная часть мочеточниковъ или удаляется мочевою пузырѣмъ и т. д. Тогда наиболѣе выгодной и удобной для больного является пересадка мочеточниковъ въ кишку, дающая возможность почкамъ функционировать, причемъ моча удерживается прямо-кишечнымъ жомомъ.

Такимъ показаніемъ въ 6 случаяхъ послужило гнойное воспаленіе пузыря, придатковъ или туберкулезъ пузыря и въ 30—опухоль пузыря или женской половой сферы. Всего, слѣдовательно 36 (16 %).

Такимъ образомъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ хирургъ долженъ оправдывать каждое отдѣльное примѣненіе этой операции, взвѣсивая ея опасность и житейскія условія больного.

Совсѣмъ иную картину получаемъ мы, рассматривая операцию вшиванія одного мочеточника въ кишку.

Здѣсь совершенно отпадаютъ такія показанія, какъ пузырно-влагалищныя свищи, недержаніе мочи, эктопія пузыря, потому что пересадка одного мочеточника не устраняетъ неудобствъ, причиняемыхъ этими болѣзнями и остаются только жизненные показанія, какъ нарушеніе непрерывности мочеточника по той или другой причинѣ.

Всего въ литературѣ извѣстно 18 случаевъ этой операции (Charut—2 случ. ¹⁾, Leet ²⁾, Cavazzani ³⁾, Roux ⁴⁾, Schnitzler ⁵⁾, Walsham ⁶⁾, Martin ⁷⁾, Michaux ⁸⁾, Boros ⁹⁾, Guinard ¹⁰⁾, Jacobs ¹¹⁾, Woolsey ¹²⁾, Boari ¹³⁾, Chalot ¹⁴⁾, Casati ¹⁵⁾, Auvray ¹⁶⁾, и Соломка ¹⁷⁾.

¹⁾ Charut. Revue de chirurg. 1892 № 11 и Annal. de mal. des org. genit.-urin. 1905 p. 466.

²⁾ Leet. По Березнеговскому I. с.

³⁾ Cavazzani. По Яхонтову. Къ вопросу о пересадкѣ мочет. въ прямую кишку. Дисс. 1901. Киевъ.

⁴⁾ Roux. Ibidem.

⁵⁾ Schnitzler. Wien. klin. Wochenschr. 1908 № 43.

⁶⁾ Walsham. По Березнеговскому I. с.

⁷⁾ Martin. Ibidem.

⁸⁾ Michaux. Хирургія. 1901 т. IX.

⁹⁾ Boros. По Hildebrandt's Jahresber.

¹⁰⁾ Guinard. Annal. de malad. des org. genito-urin. 1902.

¹¹⁾ Jacobs. По Березнеговскому I. с.

¹²⁾ Woolsey. Annals of surgery. 1903. XXXVIII sept.

¹³⁾ Boari. По Березнеговскому.

¹⁴⁾ Chalot. Centralblatt f. Chir. 1897. № 8.

¹⁵⁾ Casati. Ibidem. 1903.

¹⁶⁾ Auvray. Annal. de mal. des org. genit.-urin. 1907.

¹⁷⁾ Соломка. По Березнеговскому.

Если исключить случаи Leet и Walsham, въ которыхъ причины, побудившія сдѣлать операцію, неизвѣстны и 2 случая (Martin и Woolsey), гдѣ второй мочеточникъ вшитъ въ кожную рану, то остальные 14 случаевъ въ отношеніи показанія къ операціи распредѣляются слѣдующимъ образомъ.

Саркома газа	1	случай.
Опухоли женской половой сферы . 6	»	
Сальпингитъ	2	»
Туберкулезъ пузыря	1	»
Пузырно-влагалищный свищъ . . . 2	»	
Мочеточниковый свищъ	2	»

Слѣдовательно на 14 случаевъ *indicatio vitalis* имѣло мѣсто въ 10 (71 %) и только въ 4-хъ показаніемъ были свищи; при этомъ нужно отмѣтить, что въ одномъ изъ послѣднихъ 4-хъ случаевъ (Boagi) у больной съ пузырно-влагалищнымъ свищемъ была задумана пересадка обоимъ мочеточниковъ въ 2 приема, но отъ пересадки 2 го мочеточника больная отказалась.

Когда хирургъ, при оперированіи въ областяхъ смежныхъ съ мѣстомъ прохожденія мочеточника, бываетъ вынужденъ резецировать часть его, предъ нимъ встаетъ вопросъ, какъ быть съ оставшейся центральной частью мочеточника, черезъ которую продолжаетъ выдѣляться изъ почекъ моча. Самымъ идеальнымъ приемомъ конечно было-бы сшить оба конца резецированного мочеточника, подтянувши ихъ одинъ къ другому; но при изсѣченіи болѣе или менѣе значительнаго участка такое соединеніе становится невозможнымъ, да и анатомическія отношенія мочеточника крайне затрудняютъ эту операцію.

Нѣкоторые авторы (Guyon, Феноменовъ) совѣтуютъ, перевязавши центральный конецъ мочеточника, оставить его въ полости живота съ цѣлью вызвать застой мочи въ почкѣ и атрофію ея.

Такой способъ, дѣйствительно, имѣетъ нѣкоторые шансы на успѣхъ.

Что бы выяснить судьбу почки при перевязкѣ ея мочеточника я произвелъ 8 разъ на молодыхъ собакахъ эту операцію. Мочеточникъ перевязывался и перерѣзался на одной сторонѣ и затѣмъ черезъ разные сроки животныя убивались. Общій выводъ изъ этихъ опытовъ, на основаніи макро и микроскопическаго изслѣдованія таковъ. Атрофія почки собаки при перевязкѣ и перерѣзкѣ ея мочеточника распространяется съ центра къ периферіи. Въ первыя 2—3 недѣли въ среднемъ атро-

фируется мозговое вещество, въ слѣдующія 2—3—большая часть коркового, затѣмъ почка перестаетъ отдѣлять мочу и въ теченіе послѣдующихъ 2—3-хъ мѣсяцевъ представляетъ кистовидный мѣшокъ, размѣрами превосходящій здоровую почку вдвое.

Для возникновенія гидронефроза при закрытіи просвѣта мочеточника большое значеніе, по Спигарному ¹⁾, имѣетъ быстрое наступленіе атрофіи паренхимы почки, поэтому при остро возникшей полной непроходимости мочеточника меньше оснований ждать развитія крайнихъ степеней гидронефроза, чѣмъ при постепенномъ нарастаніи непроходимости.

Тѣмъ не менѣе способъ простой перевязки мочеточника при его резекціи крайне не совершененъ.

Не говоря ужъ о томъ, что такое лишеніе организма работы одного изъ главнѣйшихъ отдѣлительныхъ органовъ является противнымъ физиологическимъ основамъ, всегда возможно столкнуться со случаями, гдѣ имѣется одна только почка, а другая или атрофирована, какъ въ случаѣ Evans'a, или больна, какъ въ случаѣ Albarran'a, или предварительно изсѣчена, какъ въ случаѣ Trendelenburg'a, Lendon'a и Helferich'a; а главное, почка, у которой будетъ перерѣзанъ мочеточникъ, можетъ оказаться просто главной рабочей почкой и оставшаяся цѣлой почка не въ состояніи будетъ исполнять свою функцію за двѣ. Такое преобладаніе одной почки надъ другой имѣло мѣсто въ случаѣ Guinard'a и моемъ. Въ первомъ случаѣ правая почка была сморщена, лѣвая же, мочеточникъ которой былъ пораненъ при удаленіи міомы матки и кисты яичника, была нормальна и выдѣляла большую часть мочи. Во второмъ случаѣ правая почка выдѣляла всего около 200,0 мочи въ день, лѣвая же, мочеточникъ которой былъ резецированъ—около 1000,0.

Во всѣхъ описываемыхъ случаяхъ болѣе рациональнымъ и удобнымъ исходомъ является пересадка центрального конца мочеточника въ кишку. Эта операція хотя и создаетъ новыя условія для стока мочи, но даетъ возможность больному удерживать актъ мочеиспусканія на довольно долгое время, 1—3 часа и болѣе и поэтому представляетъ спасеніе и, пожалуй, единственно возможный исходъ въ самыхъ безнадежныхъ случаяхъ.

Операція пересадки одного мочеточника въ кишку менѣе опасна, чѣмъ 2-хъ. Всего въ литературѣ, какъ было выше сказано, имѣется 18 случаевъ пересадки одного мочеточника въ

¹⁾ Спигарный. Поврежденія и заболѣванія почекъ и мочеточниковъ. Русская хирургія отд. XXXVII.

кишку съ 5 смертными исходами, если прибавить къ нимъ 2 нашихъ, всего выйдетъ 20 случаевъ съ 6 смертными исходами (33,3 %), тогда какъ на 239 случаевъ пересадки обоихъ мочеточниковъ, упоминаемыхъ въ диссертациі Березнеговскаго, смерть послѣдовала въ 85 (35,5 %).

Я не стану останавливаться на разсмотрѣніи различныхъ способовъ пересадки мочеточниковъ въ кишку, такъ какъ вопросъ этотъ совершенно исчерпанъ въ диссертациі д-ра Березнеговскаго, къ которой я и отсылаю читателя, упомяну только, что наиболѣе простымъ и цѣлесообразнымъ мнѣ представляется способъ разработанный проф. П. И. Тиховымъ, состоящій во вшиваніи мочеточниковъ въ косомъ направленіи въ кишку, стѣнка которой надрѣзается поперекъ ввидѣ небольшого полулуннаго клапана, основаніемъ обращеннаго книзу. Такое положеніе разрѣза препятствуетъ концу мочеточника выскальзывать изъ раны кишки вовремя дальнѣйшаго его фиксированія.

Описываемый способъ, какъ показалъ опытъ слишкомъ 30 случаевъ, даетъ прекрасные результаты. Въ заключеніе привожу исторіи болѣзни 2-хъ случаевъ: одного изъ Томской госпитальной клиники проф. П. И. Тихова и другого изъ завѣдываемаго мною хирургическаго отдѣленія Томской губернской больницы Общ. Пр., въ которыхъ, ввиду срощенія мочеточника съ удаляемыми частями, его пришлось резецировать и шить въ кишку. Первый случай окончился смертью, второй выздоровленіемъ.

1) А. крестьянка, замужняя. 45 лѣтъ. Cancer colli uteri, шейка матки сильно разрушена. Правый и задній сводъ сильно втянуты. Чревосѣченіе. Матка оказалась сильно срощенной съ окружающими частями. При экстирпаціи ея пришлось изсѣчь часть праваго мочеточника, центральный конецъ котораго шить въ прямую кишку. Матка съ придатками удалена. Послѣ операциі, несмотря на достаточное мочеотдѣленіе (до 850,0 въ сутки), больная все время была въ полузабытѣ; сердце все время работало крайне плохо и черезъ 16 дней она умерла при явленіяхъ сердечной слабости.

2) З. крестьянка, замужняя. 57 лѣтъ. Поступила въ больницу съ опухолью въ животѣ, растущей 10 лѣтъ. Въ послѣднее время чувствуетъ боли въ животѣ. Въ полости живота прощупывается громадная опухоль сферической формы, 40 сант. въ діаметрѣ, флюктуирующая, подвижная, ясно раздѣленная на 2 части, спаянная между собой. Матка, не увеличенная, прощупывается отдѣльно отъ опухоли. При выслушиваніи шумъ на 2-мъ тонѣ у верхушки сердца. Чревосѣченіе. Опухоль, оказавшаяся нагноившейся кистой праваго яичника тѣсно спаяна съ окружающими частями. При удаленіи ея лѣвый мочеточникъ, не смотря на всѣ усилія, отдѣлить не представлялось

возможнымъ и его пришлось резецировать на протяженіи 6 сант. Периферическій конецъ перевязанъ и опущенъ въ полость живота, центральный вшитъ въ прямую кишку. На слѣдующій день послѣ операциі показались per rectum первыя порціи мочи, слегка окрашенныя кровью. На 3-ій день моча нормальна. Черезъ прямую кишку выдѣляется 800,0—1000,0 мочи въ сутки, черезъ мочевой пузырь—200,0. На 7-ой день появился поносъ, прошедшій черезъ 4 дня.

Больная чувствуетъ себя хорошо. Мочу можетъ задерживать въ прямой кишкѣ 3—4 часа и болѣе, при чемъ меньшую часть мочи, около 200,0 выдѣляетъ и черезъ естественные пути.

На 19-ый день выписана выздоровѣвшей.

Два случая классическаго кесарскаго съченія при эклямпсіи *).

Н. И. СЕВРЮГОВЪ.

1) Больная М. 30 лѣтъ беременна первый разъ, профессія земскій врачъ. Женскими болѣзнями не болѣла, регулы носила всегда правильно. На 17-мъ году была корь, на нѣсколько лѣтъ ранѣе — скарлатина, на 21-мъ году въ клиникѣ проф. Манассеина было найдено 3⁰/₁₀₀ бѣлка, изслѣдованіе мочи было сдѣлано одинъ разъ, больная не лечилась. Черезъ 4 года по случаю операции (доброкачественная опухоль груди) въ клиникѣ пр. Трейберга моча изслѣдовалась нѣсколько разъ и бѣлка не было найдено ни разу. Крѣпкаго сложения, послѣдніе годы была вполне здорова, лишь пульсъ всегда былъ около 90. Послѣднія регулы кончились 17 Іюня 1908 г. Изслѣдованіе 24 марта 1909 г.: очень большіе отеки на нижней половинѣ тѣла, не большіе на лицѣ и рукахъ, у верхушки сердца первый тонъ съ яснымъ шумомъ, акцентъ аорты на второмъ ударѣ, поперечный размѣръ сердца нѣсколько увеличенъ, въ мочѣ много бѣлка ($\frac{1}{3}$ налитой пробирки), до этого больная при много-кратныхъ изслѣдованіяхъ бѣлка не находила; сильная одышка, особенно при лежаніи; пульсъ около 100 безъ перебоевъ, не напряженный, въ легкихъ многочисленныя сухіе хрипы; на низѣ слегка крѣпится; головныхъ болей нѣтъ, сердцебиеніе плода ясно. Черезъ недѣлю: отековъ меньше, одышки почти нѣтъ, бѣлокъ по прежнему, на низѣ слегка слабитъ. Въ ночь со 2 на 3 апрѣля въ 12 часовъ первый припадокъ эклямпсіи съ потерей сознанія, черезъ 2 ч. 15 м. второй припадокъ, а за нимъ глубокая кома. До операции (за 17 $\frac{1}{2}$ часовъ) было много періодовъ возбужденія и 11 припадковъ по большей части сильныхъ, изъ нихъ послѣдній страшный съ потерей пульса и продолжительной остановкой дыханія; потребовались искусственное дыханіе и подъ кожу кофеинъ. Пульсъ отъ 110 до 120 и чаще, слабый. Въ легкихъ много сухихъ хриповъ, дыханіе хриплое, слышное издали (гортанное хлокотанье). Мочи было выпущено за 17 $\frac{1}{2}$ часовъ всего 200,0, моча при кипяченіи вся сплошь свертывается. Впрыснуто 4 раза морфій (3 раза по 0,015 и 1 — 0,01), во время припадковъ и періодовъ возбужденія — хлороформъ, нѣсколько клизмъ изъ физиологическаго раствора соли, дважды закутываніе въ мокрыя простыни, послѣ чего больная порядочно потѣла; температура днемъ 37,2 (вѣроятно,

1) Читано въ нѣсколько измѣненномъ видѣ на съѣздѣ Сызранскихъ земскихъ врачей 14 мая с. г.

ниже дѣйствительной: тѣло было потное), Внутреннее изслѣдованіе передъ операцией: шейка почти не укорочена, каналъ едва пропускаетъ палець, предлежитъ головка (за 8 часовъ передъ этимъ изслѣдованіе показало тоже самое). Въ виду глубокой комы, ожесточенія припадковъ, плохого пульса, хриповъ въ легкихъ и хриплага дыханія, въ виду полного отсутствія движенія впередъ родового акта было ясно, что послѣдніе шансы на благоприятный исходъ исчезаютъ. Рѣшено было кончить роды немедленно, такъ какъ больная могла погибнуть въ одномъ изъ слѣдующихъ припадковъ. Въ 5¹/₂ ч. вечера 3 апрѣля много при помощи М. И. Иванова было произведено классическое кесарское сѣченіе; хлороформировавъ И. Л. Гурвичъ. Влагалищное сѣченіе было бы несомнѣнно очень трудное вслѣдствіе узкаго и отчасти отечнаго влагалища. Подъ хлороформомъ паденіе пульса, а затѣмъ припадокъ эклампсіи, впрыскиваніе нѣсколько разъ физиологическаго раствора соли. Разрѣзъ матки по передней сторонѣ, извлечена живая дѣвочка, послѣдъ удаленъ съ задней стѣнки, кровотеченіе все время минимальное. Шовъ на матку, стѣнка живота зашита въ 3 яруса, внизу вставленъ тампонъ въ брюшную полость по направленію къ мѣсту разрѣза матки. Послѣ операции дыханіе и пульсъ сразу улучшились, черезъ 4 часа припадокъ эклампсіи легкихъ и послѣдній, около полночи небольшое возбужденіе, а послѣ впрыскиванья морфія (0,01) спокойный сонъ. На утро больная проснулась въ сознаніи. Первые сутки: мочи 400,0 (выпускается катетромъ), бѣлка меньше (1/2 налитой пробирки), температура у. 37,4 в. 37,9; пульсъ 100—110 удовлетворительный; языкъ обложенъ; рвоты, тошноты, отрыжки нѣтъ; на низъ и вѣтровъ нѣтъ; не сильный кашель; послѣродовыя выдѣленія нормальны; трижды ставилась клизма изъ теплой воды. Вторыя сутки: мочится сама, мочи 2500,0, бѣлка много меньше; самочувствіе очень хорошее; пульсъ 100 хорошей, температура у. 37,2 веч. 37,5; языкъ сильно обложенъ, животъ вздутъ, болѣзненности въ немъ нѣтъ; въ остальномъ по прежнему; тампонъ изъ брюшной раны вынуть, клизмы in recto. Третьи сутки: у. 37,4 в. 39,1; небольшое набуханіе груди; животъ сильно вздутъ, тошноты и рвоты нѣтъ; послѣродовыя выдѣленія нормальны, но необильны; самочувствіе очень хорошее, пульсъ 100 хорошей; послѣ клизмы слегка слабило и сильно отходили вѣтры. Четвертыя сутки: у 38,0 в. 39,2; послѣ приѣма горькой воды много слабило старыми каловыми массами (залезли въ кишкахъ); животъ сталъ мягкій; наружно внутреннее изслѣдываніе указываетъ на плохое обратное развитіе матки; назначены маточныя промыванія и влагалищныя орошенія; вымываются сгустки крови (до кулака величиной). Въ дальнѣйшемъ теченіи: снятіи швовъ—*prima intentio*, незашитая часть безъ малѣйшаго выдѣленія; матка постепенно сокращается, послѣродовыя выдѣленія все время чисты, безъ запаха; температура до 8-го дня выше 38,0, а потомъ то нормальна, то 37 съ десятыми и такъ долгое время (около мѣсяца); отдѣленіе молока достаточно, на низъ съ клизмой ежедневно, а черезъ 3 недѣли (когда больная начала ходить) самостоятельно; мочи въ сутки около 1400,0 (колебанія незначительны), но бѣлокъ держится упорно (около 1/2⁰/100), легкое малокровіе, незначительные отеки на ногахъ, слабость зрѣнія, довольно рѣзкая послѣ операции и менѣе потомъ (офтальмоскопъ показываетъ нормальное глазное дно),

первый токъ сердца нечистый, акцентъ второго тона аорты, въ легкихъ немного сухихъ хриповъ. Къ описанному случаю я долженъ добавить слѣдующее. Передъ родами у М. нами (наблюденіе болѣзни вели М. И. Ивановъ и я) былъ заподозрѣнъ въ почкахъ хроническій воспалительный процессъ. Въ настоящее время послѣ операціи прошло почти два мѣсяца и діагнозъ нефрита еще болѣе подтверждается. Затѣмъ, тампонъ въ брюшную полость я вставилъ потому, что операція предпринята была крайне спѣшно (послѣ ужаснаго припадка) и произведена была въ частной квартирѣ въ комнатѣ, которую слѣдуетъ назвать и въ общежитійскомъ смыслѣ грязной. Измѣренія таза не было сдѣлано, но таза внѣ всякаго сомнѣнія нормальный.

2) Больная К. 34 лѣтъ, средняго сложенія, беременна въ 6-й разъ привезена въ Сызранскую земскую больницу въ 7^{1/2} ч. утра 10 мая с. г. Мать больной сообщаетъ: въ 3 часа утра этого дня начались схватки внизу живота и вскорѣ появились припадки судорогъ; дома припадковъ было 8, послѣ перваго же больная потеряла сознание; всю недѣлю до припадковъ болѣла голова, наканунѣ не слабило и тошнило; замужемъ съ 20-и лѣтъ, родовъ было 5, родила всѣхъ легко и въ срокъ, послѣ родовъ не хворала, выкидышей не было; послѣднія регулы были въ концѣ августа, движеніе ребенка 20 декабря. По прибытіи больной въ больницу тотчасъ же былъ впрыснутъ морфій (0,015), черезъ 15—20 минутъ очень сильный припадокъ эклямписи (болѣе 2-хъ минутъ), послѣ маниакальное состояніе. Въ болѣе покойные промежутки изслѣдование. Видны и ощущаются сокращенія матки очень рѣдкія и слабыя, сердцебіеніе плода слышно плохо; выпущено мочи 100,0; цвѣтъ ея съ яснымъ кровавымъ оттѣнкомъ, при кипяченіи сплошь свертокъ, пульсъ около 120 слабый; зрачки очень сильно сужены (и до морфія); на ногахъ незначительныя отеки; высота стоянія матки соотвѣтствуетъ 9-и луннымъ мѣсяцамъ; шейка матки совсѣмъ не укорочена, каналъ съ трудомъ пропускаетъ палецъ, предлежитъ головка; размѣры таза нормальны; дыханіе съ гортанныхъ клокотаньемъ; языкъ страшно искусанъ; температуру измѣрить не удалось, такъ какъ больная едва не разбила градусникъ; поставленная клизма тотчасъ бы вылилась обратно. Черезъ 20—25 минутъ послѣ перваго припадка въ больницѣ послѣдовалъ второй сильный (око 1^{1/2} минутъ), потомъ опять маниакальное возбужденіе. Въ 9 часовъ (черезъ 1^{1/2} часа по прибытіи больной въ больницу) самый глубокой хлороформный наркозъ для влагалищнаго кесарскаго сѣченія. На влагалищной части матки вокругъ наружнаго зѣва выступаютъ расширенныя вены (картина весьма напоминаетъ геморройныя шишки). При захватываніи влагалищной части пулевыми щипцами получилось столь сильное венозное кровотеченіе, что я вынужденъ былъ плотно затампонировать влагалище и тотчасъ же перейти къ классическому сѣченію. При операціи помогали М. И. Ивановъ и Н. И. Орлова. Разрѣзъ матки по дну, въ области разрѣза дѣтское мѣсто, кровотеченіе очень малое; извлечена дѣвочка явно недоношенная въ асфиксіи; спустя нѣкоторое время ребенокъ оживленъ. Шовъ на матку, брюшная стѣнка зашита въ 3 яруса наглухо. Послѣ операціи подъ кожу морфій (0,015). Первая сутки: больная почти все время спитъ, сонъ покойный; изрѣдка просыпается, тогда возбужденіе есть, но очень слабое. Черезъ 3 часа послѣ опе-

раціи уже проблески сознанія (больная проситъ пить, на вопросъ, гдѣ болитъ, отвѣчаетъ: языкъ и животъ). Температура въ 1 часъ дня 37,3 веч. 37,0; пульсъ въ первые часы послѣ операціи 65—68, а потомъ 76—75 полный, но не напряженный. Мочи спущено въ 6 часовъ вечера 225,0 (бѣлка $\frac{1}{2}$ пробирки), подѣ утро еще спущено 390,0 (бѣлка много меньше) на языкъ особенно слѣва большія рванныя раны. Два раза ставилась клизма по 1000,0 физиологическаго раствора соли; первая клизма всосалась вся, вторая наполовину. Послѣродовыя очищенія нормальны. Больная много пьетъ воды. Тошноты, рвоты нѣтъ. Вторыя сутки: больная въ сознаніи, у. 36,6 в. 37,0; пульсъ 75—76; самочувствіе хорошее, голова не болитъ; тошноты, рвоты нѣтъ; мочится сама, мочи болѣе 2000,0; бѣлокъ только на днѣ пробирки.

Дано $1\frac{1}{2}$ стакана горькой воды, прослабило хорошо; на языкѣ слѣва большая омертвѣлая бляшка; дается молоко. Третьи сутки: у. 36,7 в. 37,0; общее состояніе очень хорошее; дано еще $1\frac{1}{2}$ стакана слабительной воды, прослабило хорошо дается молоко. Четвертыя сутки: у. 36,8 в. 37,8; бляшка на языкѣ по краямъ гноится и начинаетъ отдѣляться; дается бульонъ и молоко. Въ дальнѣйшемъ теченіи: температура на 5 и 6 день по вечерамъ 37,3 а во все остальное время ниже 37,0; скобки съ кожи сняты на 5-й день, швы фасціи и толщи стѣнки на 9-й; нагноенія или воспалительныхъ явленій нѣтъ—полныя рѣзаны; съ 5 дня бѣлокъ обнаруживается только въ видѣ слѣдовъ, при выпискѣ больной изъ больницы моча безъ бѣлка; послѣродовыя выдѣленія и обратное развитіе матки нормальны; языкъ очистился отъ омертвѣній только на 11—12-й день. На 12-й день больной позволено ходить, на 20-й день больная выписалась. Ребенокъ здоровъ, кормится коровьимъ молокомъ, такъ какъ у матери въ грудяхъ молока почти совсѣмъ нѣтъ.

Описанный подѣ 1) случай счастливаго исхода тяжелой операціи, произведенной надѣ товарищемъ сослуживцемъ, котораго мы, лечившіе врачи, считали почти потеряннымъ, заставилъ меня серьезно призадуматься надѣ вопросомъ, какихъ результатовъ я достигалъ до сихъ поръ при леченіи эклампсій и правильна ли была, выражаясь фигурально, моя линія поведенія при этомъ заболѣваніи.

За 15 лѣтъ врачебной дѣятельности, почти все время больницы, я не мало велъ родовъ у экламптичекъ. Самымъ щедрымъ лекарствомъ были всегда наркотическія и чаще всего морфій одинъ или совмѣстно съ хлораломъ или хлороформомъ, физиологическій растворъ соли подѣ кожу и въ клизмахъ, иногда кровопусканія и закутыванья въ мокрыя простыни для потѣнья. Всѣ наркотическія, а особенно морфій, задерживаютъ роды—таково мое неизмѣнное впечатлѣніе отъ каждаго случая эклампсии; кромѣ того, они ухудшаютъ коматозное состояніе, вредно вліяютъ на сердце и предрасполагаютъ къ отеку легкихъ.

Не смотря на это, я все же, по крайней мѣрѣ въ тяжелыхъ случаяхъ, обращался къ морфію, такъ какъ при немъ припадки становятся, повидимому, рѣже (далеко, впрочемъ, не всегда) а одинъ уже видъ припадка невольно заставляетъ врача хвататься за успокоительное. Кровопусканія въ рѣдкихъ случаяхъ приносятъ пользу, иногда и отъ потогонныхъ (завертываніе въ простыни) получается благопріятное впечатлѣніе. Метрейризы и ручное расширеніе при мало открытой и не укороченной шейкѣ не могутъ быстро ускорить роды, и у меня даже отъ моей практики сложилось впечатлѣніе, что при этихъ манипуляціяхъ припадки эклампсіи становились чаще и много тяжелѣе. Слѣдовательно, надо было держать больныхъ подъ глубокимъ хлороформнымъ наркозомъ и держать часами, а на это я не рѣшался.

Такимъ образомъ, всѣ означенныя средства въ тяжелыхъ случаяхъ оказывались у меня неэффективными, и, нужно сознаться, изъ всей своей практики я не запомню ни одного случая тяжелой эклампсіи, когда бы остались живы и мать, и ребенокъ; наоборотъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ они оба погибали. Подъ тяжелымъ случаемъ эклампсіи я понимаю такой, когда у роженицы черезъ 5—6—7 часовъ отъ начала эклампсіи шейка матки не укорочена и закрыта. Я полагаю, что настало уже время, по крайней мѣрѣ, въ этихъ случаяхъ не искать спасенія матери и ребенка отъ морфія и ему подобныхъ средствъ, а прибѣгать почаще и поскорѣе къ кесарскому сѣченію: другого пути въ настоящее время нѣтъ. Русская литература по вопросу о кесарскомъ сѣченіи при эклампсіи, повидимому, бѣдна до нищенства. Я нашелъ въ доступной мнѣ литературѣ всего 3 случая классическаго кесарскаго сѣченія и 3 случая влагалишнаго. Охотно допускаю, что случаевъ операций описано больше: здѣсь въ Сызрани послѣ нашего пожара имѣется самая жалкая по количеству медицинская литература. 2 случая классическаго сѣченія описаны Н. И. Побѣдинскимъ (Журналъ Акуш. и Женболѣзни, 1909 г., № 2) и третій случай классическаго (?) сѣченія принадлежитъ Петропавловской Городской больницѣ («Обзоръ дѣятельности родильнаго отдѣленія при Петропавловской Городской больницѣ за 1907 г. д-ра В. П. Федорова»—Практическій Врачъ, 1908 г., № 35). Въ статьѣ В. П. Федорова объ эклампсіи между прочимъ сказано—«одна больная умерла у насъ на 2-ыя сутки, не разрѣшившись; двумъ другимъ было сдѣлано кесарское сѣченіе: одной, находившейся въ очень тяжеломъ состояніи, черезъ часъ послѣ поступленія ея въ родильное отдѣленіе, и другой, умершей во время приѣма, тотчасъ же въ на-

деждѣ на полученіе живого плода. Въ обоихъ случаяхъ дѣти были получены мертвыми; первая больная также умерла черезъ часъ послѣ операции во время припадка».

Одинъ случай влагалишнаго сѣченія описанъ въ упомянутой статьѣ Н. И. Побѣдинскимъ, упоминаніе еще о двухъ случаяхъ влагалишнаго сѣченія я нашелъ въ статьѣ прив.-доцента К. Скробанскаго (Журн. Акуш. и Женск. Бол., 1909 годъ, май и июнь). Рѣшившись на кесарское сѣченіе, приходится выбирать между надлобковымъ внѣбрюшиннымъ, классическимъ и влагалишнымъ. Операция надлобковаго сѣченія по Frank'у или по Sellheim'у едва ли найдетъ широкое примѣненіе. Методъ Frank'a симпатій не приобрѣлъ. Модификація по Sellheim'у симпатіями хотя и пользуется, но поскорѣе должно ее бросить: отсепаровка брюшины отъ пузыря—пріемъ не бережной хирургіи. Операцию надлобковаго сѣченія я представляю себѣ необходимой единственно при ролахъ явно зараженныхъ, если влагалишнымъ сѣченіемъ воспользоваться нельзя (узкій тазъ, большой отекъ половыхъ органовъ и т. д.). Классическое сѣченіе при явномъ зараженіи полости матки—слишкомъ опасная операция. Выбравъ надлобковое сѣченіе я бы пошелъ трансперитонеально, брюшную полость выключилъ бы тщательнымъ сшиваніемъ листковъ брюшины и вставилъ бы тампонъ; разрѣзъ Pfannenstiela примѣнимъ и при методѣ Frank'a. Обычно придется дѣлать выборъ между сѣченіями влагалишнымъ и классическимъ.

Безспорно общія симпатіи на сторонѣ влагалишнаго сѣченія. Дюрсенъ его считаетъ для матери менѣе опаснымъ, чѣмъ классическое, въ 6 разъ. Едва ли это абсолютно справедливо. Не слѣдуетъ забывать, что въ общемъ для классическаго сѣченія случаи брались болѣе тяжелые, чѣмъ для влагалишнаго (статистика Kettlitz'a и Streiccensen'a съ громадной смертностью дѣтей!).

Я думаю, можно считать неоспоримымъ, что при классическомъ сѣченіи жизнь ребенка не подвергается почти никакой опасности; сама операция крайне легка и не можетъ представлять рѣшительно никакихъ затрудненій. Операция рискована при многочисленныхъ хрипахъ въ легкихъ и крайне опасна въ случаяхъ зараженныхъ. При лихорадочномъ послѣоперационномъ теченіи легко возможны приращенія матки къ брюшной стѣнкѣ. (Въ моемъ случаѣ у М. этого констатировать не удастся). Влагалишное сѣченіе должно имѣть лучшее послѣоперационное теченіе.

Главный недостатокъ влагалишнаго пути состоитъ въ томъ,

что возможно сильное кровотеченіе, остановка котораго не всегда будетъ въ распоряженіи оператора. Какъ бы широки не были рѣзрѣзы матки и влагалища (по Дюрсену), возможна большая травма рѣзанныхъ ранъ съ кровотеченіемъ и послѣдующимъ воспалительнымъ процессомъ (особенно при крупномъ ребенкѣ и при узкомъ влагалищѣ у пожилой первороженицы, да еще съ отекомъ половыхъ органовъ, что бываетъ нерѣдко).

Жизнь ребенка при влагалищномъ сѣченіи подвергается гораздо большому риску: повороты не всегда бываютъ легкіе. На основаніи всего этого я полагаю, что и для классическаго, и для влагалищнаго способовъ должны быть свои показанія. Въ моемъ второмъ случаѣ у К. показанія были несомнѣнно для влагалищнаго сѣченія (малый недоношенный ребенокъ, свободное операционное поле) и только случайная причина (венозные узлы) заставила переменить планъ операциіи. Съ другой стороны, въ первомъ случаѣ у М. я и сейчасъ бы предпочелъ классическое сѣченіе: при влагалищномъ пути даже и при широкихъ рѣзрѣзахъ поворотъ въ этомъ случаѣ былъ бы очень трудень.

У больныхъ М. и К. я былъ пораженъ хорошимъ послѣоперационнымъ теченіемъ (въ смыслѣ общаго самочувствія) и особенно отсутствіемъ какихъ-либо желудочныхъ явленій. Послѣ операциіи прежде всего и, можно сказать, тотчасъ же рѣзко улучшились пульсъ и дыханіе. Далѣе, въ обоихъ случаяхъ не было ни тошноты, ни рвоты, не смотря даже на то, что у М. имѣлось засореніе кишекъ и былъ вставленъ брюшной тампонъ, а у К. на вторыя и третьи сутки было назначено слабительное и вмѣстѣ съ тѣмъ больная получала молоко, пила много воды. При обычныхъ брюшныхъ чревосѣченіяхъ, даже самыхъ легкихъ, я наблюдалъ въ своей практикѣ желудочныя явленія какъ правило. Имѣлъ ли въ этомъ смыслѣ благотворное вліяніе продолжительный послѣоперационный сонъ, за малымъ опытомъ рѣшить не берусь.

Затѣмъ, повидимому, глубоко правъ Дюрсенъ, совѣтуя проводить оперативные роды при эклампсiи въ глубокомъ наркозѣ. Въ первомъ случаѣ у М. изъ-за плохого пульса хлороформъ давался недостаточно и послѣ операциіи былъ припадокъ эклампсiи и одно возбужденіе, послѣ же впрыскиванья морфія наступилъ очень покойный сонъ. Во второмъ случаѣ у К. хлороформный наркозъ былъ глубокой, кромѣ того былъ впрыснутъ послѣ операциіи морфій, и припадокъ не было. Насколько наркотическія средства скверно, по моему мнѣнію, вліяютъ на эклампти-

чекъ до родовъ, настолько онъ, повидимому, умѣстны послѣ родовъ.

Аналогично, опій вреденъ при поносахъ, если онъ назначенъ рано; когда же кишки отъ ядовъ достаточно освободились, опій часто очень полезенъ. Въ заключеніе еще разъ подчеркиваю: къ кесарскому сѣченію при эклампсіи слѣдуетъ прибѣгать раньше, по крайней мѣрѣ въ тѣхъ случаяхъ, когда роды впередъ не двигаются, т. е., если шейка не укорачивается и каналъ ея не открывается.

акusher-lib.ru

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

Х.

Разрывъ беременной матки.

Ассистента гинекологическаго отдѣленія Нижегородской земской больницы.

Д-ра К. Ф. БОГУШЪ.

За послѣднее время въ повременной печати, особенно заграничной, появилось порядочное количество описаній случаевъ разрыва беременной матки. Въ большинствѣ случаевъ описываются разрывы, происшедшіе во время акта родовой дѣятельности матки и диагностированные или *ex tempore* или же вскорѣ послѣ родовъ. Не касаясь здѣсь случаевъ разрыва, происшедшихъ вслѣдствіе тѣхъ или иныхъ акушерскихъ манипуляцій, укажемъ на зависимость, такъ называемыхъ самостоятельныхъ разрывовъ, отъ бывшихъ ранѣе поврежденій матки, что отмѣчается въ большинствѣ описаній, гдѣ была констатирована наличность стараго рубца матки. Описано не мало случаевъ разрыва матки, гдѣ въ анамнезѣ—кесарево сѣченіе, выскабливаніе или другія операциі, повлекшія нарушеніе цѣлости тѣла матки съ послѣдующимъ образованіемъ рубцовой ткани. Перехожу къ описанію нашего случая, — не приводя литературы по данному вопросу; послѣдняя достаточно приведена въ статьѣ д-ра Ледомскаго въ журналѣ акушерства за текущей годъ. 3-го апрѣля прошлаго 1908 года въ 12 часовъ дня въ гинекологическое отдѣленіе была доставлена больная Екатерина Михайлова 41 года, жена начальника станціи, изъ городского родильнаго дома въ чрезвычайно плохомъ, — близкомъ къ безразличному состояніи t^0 38,7; пульсъ едва осязаемый 132 удара. Рѣзко обезкровлена; старается лежать неподвижно на правомъ боку. На вопросы отвѣчаетъ неохотно, на лицѣ капли холоднаго пота. По словамъ мужа, больная беременна 8-ми мѣсяцевъ. Беременность до 30 марта протекала безъ какихъ-либо болѣзненныхъ явленій. 30-го ночью больная, возвращаясь изъ ватеръ-клозета, внезапно почувствовала рѣзкую боль въ животѣ, головокруженіе, тошноту. Съ помощью родныхъ была уложена въ постель, при чемъ къ болямъ присоединилась рвота и постоянная тошнота. Приглашенный врачъ, — по словамъ мужа, заявилъ что начались роды и назначилъ горячіе души. Въ виду ухудшенія

состоянія къ больной былъ приглашенъ другой врачъ, который нашель, что роды не начинались, назначиль пиявки на подложечную область и посовѣтоваль вести больную въ родильный домъ. Утромъ 1-го апрѣля больная была доставлена въ родильный домъ. Терапіи и изслѣдованія въ этотъ день не было, что завѣдующій врачъ объяснилъ слабостью больной.

Утромъ 2-го врачомъ заподозрѣна неправильная беременность; вечеромъ консультантомъ, д-ромъ И. А. Кунцевичемъ, поставлена діагностика вѣматочной беременности съ разрывомъ оболочки. Утромъ 3-го, по настоянію д-ра Кунцевича, больная направлена въ больницу, куда и была доставлена въ плачевномъ состояніи, какъ выше указано.

Осмотръ и изслѣдованіе дали слѣдующія результаты: больная хорошаго тѣлосложенія и питанія — обезкровлена; животъ увеличенъ и вздутъ, въ подложечной области четыре кровоподтека—слѣды отъ пиявокъ—изъ влагалища сукровичное выдѣленіе съ запахомъ довольно значительнымъ. Внутренняго и обстоятельнаго наружнаго изслѣдованія произвести не удастся; больная просить оставить ее умереть, такъ она всѣмъ измучена. При поверхностномъ ощупываніи живота черезъ стѣнки свободно прощупывается плодъ, лежащій въ правой половинѣ легко подвижный, влѣво отъ средней линіи на уровнѣ пупка прощупывается дно матки. У больной постоянная тошнота и икота. Въ анамнезѣ шестнадцать благополучныхъ родовъ и одинъ выкидышъ годъ назадъ; по поводу послѣдующаго кровотечения тогда же въ нашемъ отдѣленіи было сдѣлано выскабливаніе матки, д-ръ Кунцевичъ, причемъ при окончаніи операциі открылось сильное артеріальное кровотеченіе, потребовавшее тампонады; осложненій послѣ никакихъ не было и больная выписалась здоровой. Обсуждая причины кровотечения покойный Кунцевичъ между прочимъ высказалъ предположеніе о поврежденіи стѣнки матки.

Принимая во вниманіе всѣ данныя начала заболѣванія и данныя осмотра, становилось яснымъ, что мы имѣемъ дѣло съ разрывомъ матки, каковая діагностика и была вынесена завѣдующимъ ординаторомъ С. А. Глядковымъ и безъ возраженій принята д-ромъ Кунцевичемъ и мною.

Не смотря на скверное состояніе больной, на начинающійся септической перитонитъ, рѣшено было немедленно приступить къ операциі, заявивъ мужу о возможности больной остаться на столѣ. Въ три часа дня подъ хлороформнымъ наркозомъ было приступлено къ операциі. Оперироваль д-ръ С. А. Глядковъ, помогаль д-ръ Кунцевичъ, кромѣ того при операциі присутствовалъ и оказываль содѣйствіе завѣдующій родильнымъ домомъ д-ръ Соколовъ. По вскрытіи брюшной полости оказалось, что послѣдняя полна жидкой крови и

въ ней свободно лежалъ плодъ, матка лежала влѣво, при чемъ въ днѣ ея болѣе къ правому углу находилась громадная рваная рана съ потемнѣвшими краями; изъ раны къ плоду шла пуповина. Пупочный канатикъ хорошо развитой былъ перерѣзанъ и плодъ, большихъ размѣровъ мальчикъ, былъ удаленъ. Кровь, заполняющая брюшную полость, насколько возможно была выбрана. На брюшинѣ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ остались кровяныя пленки за невозможностью отдѣлить ихъ. Послѣдующимъ моментомъ операціи было удаление матки—ампутація. Чтобы ускорить операцію, на разрыхленную культи наложены швы безъ послѣдующаго обшиванія брюшины, затѣмъ брюшная полость обильно промыта физиологическимъ растворомъ соли и наглухо зашита въ три этажа. Продолжительность операціи 41 минута, а съ наркозомъ около часа.

Послѣоперационный періодъ протекалъ слѣдующимъ образомъ: вечеромъ въ день операціи t^0 36,9, на другой день 36,5 и 38,7, общее состояніе удовлетворительно, рвоты, тошноты нѣтъ, абсолютное отсутствіе мочи (катетеръ сухой). 5 числа t^0 около 38, въ 7 часовъ утра получено катетеромъ три чайныхъ ложки мочи, рѣзко понизилось зрѣніе. 6— t^0 не доходитъ до 38 мочи за сутки до 400 к. с., поносъ. 7 — на четвертый день операціи: мочи много, зрѣніе возстановилось, общее состояніе хорошее. Въ дальнѣйшемъ слѣдуетъ отмѣтить нагноеніе передней стѣнки живота съ расхожденіемъ раны до 4-хъ сант., инфильтратъ около пупка и нагноеніе въ тазу, потребовавшее дренированія, t^0 все время повышена, доходя иногда до 39. Первое время обильное гнойное выдѣленіе изъ влагалища было съ сильнымъ запахомъ. На 16-й день послѣ операціи больная стала сидѣть. Нормальная t^0 установилась только съ 20-ыхъ чиселъ мая м-ца.

Выписалась больная 15-го іюня въ хорошемъ состояніи, инфильтратъ стѣнки живота разсосался безслѣдно; на мѣстѣ расхожденія раны грануляціонная ткань величиной съ 50-ти копѣечную монету; изъ шейки въ незначительномъ количествѣ слизисто-гнойное выдѣленіе, инфильтратовъ въ тазу нѣтъ, болѣзненности нигдѣ не ощущаетъ. Въ теченіе года больная показывалась нѣсколько разъ; чувствуетъ себя прекрасно, изъ влагалища слизистыя выдѣленія, при чемъ вышло много швовъ. Такова въ краткихъ чертахъ исторія болѣзни этого раритета. Препараты матки консервированъ и хранится въ патолого-анатомическомъ кабинетѣ.

Переходя къ критическому анализу нашего случая, мы прежде всего должны обратить вниманіе, что разрывъ произошелъ при отсутствіи родовой дѣятельности и при недоношенномъ, правда крупномъ, плодѣ, толчкомъ же къ разрыву, надо думать, послужило напряженіе брюшного пресса и при дефекаціи, другого момента не было. Предшествующая родовая дѣятельность, а главное за годъ произведенное

выскабливаніе съ возможнымъ нарушеніемъ цѣлости самой матки, создали благопріятныя условія для разрыва и послѣдній произошелъ отъ ничтожной сравнительно причины.

Заслуживаетъ вниманіе и та масса перепетій, какія пришлось перетерпѣть больной прежде чѣмъ прямо въ безнадежномъ состояніи попасть на операционный столъ на четвертые сутки отъ начала болѣзни. Считаю необходимымъ пояснить, что изъ родильнаго дома больная была направлена къ намъ, по неприспособленности послѣдняго для оперативныхъ пособій.

Больная перенесла операцию и всѣ осложненія, вызванныя запущенностью случая. Въ числѣ осложненій бросается въ глаза полная анурия въ теченіе почти сорока часовъ, что въ данномъ случаѣ можно объяснить большой потерей крови; въ послѣдствіи въ мочѣ былъ обнаруженъ бѣлокъ реактивомъ Брандберга менѣе 0,1 на 1000.

Заканчивая описаніе, упомяну, что по литературнымъ даннымъ почти всѣ столь же запущенные случаи окончились смертью. Благопріятный исходъ даннаго случая наводитъ на мысль, что даже въ безнадежныхъ случаяхъ не слѣдуетъ отказываться отъ операциі; больныя же, у которыхъ при операцияхъ выскабливанія подозрѣвалось нарушеніе цѣлости матки, должны быть всегда подъ врачебнымъ контролемъ.

XI.

Изъ гинекологическаго отдѣленія Кіевской Еврейской больницы.

Къ вопросу о примѣненіи скобокъ Michel'я при возста- новленіи цѣлости промежности.

М. О. КЛЕЙМАНЪ.

Съ тѣхъ поръ, какъ Michel обнаруговаль свои аграфы для соединенія краевъ раны, онѣ получили широкое примѣненіе, какъ среди хирурговъ, такъ и среди гинекологовъ при зашиваніи брюшныхъ стѣнокъ послѣ чревосѣченій. Ихъ преимущество передъ обыкновенными швами—несомнѣнно, и кто нѣсколько разъ примѣнялъ ихъ при своихъ операціяхъ, тотъ едва ли вернется къ прежнему способу накладыванія швовъ.

Достоинство скобокъ Michel'я состоитъ во первыхъ въ быстротѣ ихъ накладыванія, конечно при условіи пріобрѣтенія достаточнаго навыка, какъ при каждомъ хирургическомъ пріемѣ; при нихъ получается весьма красивое прилаживаніе краевъ, вслѣдствіе чего рана заживаетъ идеальнымъ, еле замѣтнымъ линейнымъ рубцомъ, а самое главное ихъ преимущество передъ обыкновеннымъ швомъ, на что напираетъ Neuber, это то, что при нихъ нѣтъ вколовъ, сообщающихъ наружную поверхность кожи, которую мы никогда не въ состояніи сдѣлать абсолютно асептической, съ болѣе глубокими слоями, слѣдовательно, примѣняя скобки Michel'я, мы не рискуемъ внести инфекцію съ поверхности кожи въ болѣе глубокіе слои, другими словами мы избѣгаемъ возможности нагноенія въ швахъ (Stichkanaleiterung) со всѣми неприятыми послѣдствіями, какъ ближайшими, такъ и болѣе отдаленными.

Въ виду сказанныхъ достоинствъ аграфъ Michel'я естественно было стремленіе расширить ихъ примѣненіе и при другихъ гинекологическихъ операціяхъ.

Въ 5-омъ номерѣ Zentralblatt'a für Gynäkologie 1909 года появилось сообщеніе изъ Марбургской клиники ассистента К. Мауер'а, въ которомъ онъ горячо рекомендуетъ замѣнить при зашиваніи старыхъ разрывовъ промежности поверхностные кож-

ные швы скобками Michel'я. Онъ испробоваль этотъ методъ зашиванія промежности въ 30 случаяхъ, изъ которыхъ только въ 3-хъ случаяхъ получило расхождение спайки, во всѣхъ же остальныхъ заживленіе произошло per primam. Вслѣдъ затѣмъ появилось въ 10-мъ номерѣ Zentralblatt'a f. Gynäkologie 1909 г. статья доктора W. Sigwart'a изъ Берлинской Charité, который рекомендуетъ примѣненіе скобокъ Michel'я при зашиваніи свѣжихъ послѣродовыхъ разрывовъ промежности. Его опытъ основанъ на 125 случаяхъ примѣненія скобокъ; изъ этихъ случаевъ только въ 2-хъ не получилась полная prima, всѣ же остальные зажили идеально. Въ свѣжихъ послѣродовыхъ случаяхъ особенно важна возможность избѣжанія вколовъ, которые легко могутъ инфицироваться, какъ послѣродовыми выдѣленіями, такъ и содержимымъ прямой кишки.

Вскорѣ послѣ появленія этихъ 2-хъ сообщеній изъ названныхъ клиникъ я началъ примѣнять аграфы Michel'я во всѣхъ случаяхъ пластики на промежности, какъ въ завѣдуемомъ мною отдѣленіи, такъ и въ частной практикѣ. Всѣхъ случаевъ у меня было 41; изъ нихъ 22 больничныхъ случая и 19 изъ частной практики.

Въ большинствѣ случаевъ была произведена colporethaphia anterior et colporhineorrhaphia; затѣмъ слѣдуютъ случаи выпаденія одной только задней стѣнки влагалища съ нарушеніемъ цѣлости промежности. Въ этихъ случаяхъ сдѣлана была colporhineorrhaphia и въ меньшествѣ случаевъ имѣлся только разрывъ промежности безъ опущенія стѣнокъ влагалища; въ этихъ случаяхъ произведена была rhineorrhaphia. Наконецъ, въ одномъ случаѣ полного выпаденія матки съ полнымъ выворотомъ влагалища, матка была настолько увеличена въ объемѣ, что ее никоимъ образомъ нельзя было вправить, такъ что оставалось только произвести полную экстирпацию матки съ резекціей передней стѣнки влагалища, къ которой была присоединена colporhineorrhaphia съ аграфами Michel'я. Во всѣхъ этихъ случаяхъ мы употребляемъ исключительно юдъ-кэтгутъ и аграфы Michel'я. Первый мы употребляемъ для соединенія краевъ слизистой оболочки влагалища и для погруженія въ глубокіе слои раны, а аграфы для соединенія тщательно прилаженныхъ кожныхъ краевъ на промежности.

Оперируя такимъ образомъ, мы получили слѣдующіе результаты:

Въ 37 случаяхъ получалась prima intentio съ идеальнымъ, еле замѣтнымъ линейнымъ рубцомъ. Въ 1 случаѣ было поверхностное расхождение всей промежности, а въ 3-хъ случаяхъ

расхождение одной спайки, которая черезъ нѣсколько дней зарубцевалась.

Если принять во вниманіе то обстоятельство, что аграфъ Michel'я долженъ выполнить только незначительную роль, т. е. сблизить кожные края раны, не имѣя никакихъ отношеній къ болѣе глубокимъ слоямъ раны, то естественно, что въ этой послѣдней не должно быть никакихъ мертвыхъ пространствъ и никакого натяженія. Только при строгомъ выполненіи этихъ 2-хъ условій цѣлесообразно примѣненіе скобокъ Michel'я.

При зашиваніи брюшныхъ стѣнокъ послѣ чревосѣченій мы стараемся достигнуть этого послыоннымъ накладываніемъ швовъ въ 3 или 4 этажа, при чемъ особенное вниманіе обращаемъ на тщательное зашиваніе фасціи.

При зашиваніи промежности необходимо путемъ погружныхъ швовъ устранить въ глубинѣ мертвыя пространства и всякое натяженіе въ ранѣ, при чемъ особенное вниманіе необходимо обратить на восстановление нарушенной цѣлости levatoris ani и покрывающей его фасціи. Только при выполненіи этого условія получается основательная мясистая промежность, кожные края которой легко подымаются простыми анатомическими пинцетами соединяются скобками Michel'я. Для погруженія глубокихъ швовъ въ ранѣ самымъ подходящимъ матеріаломъ является іодкѣгутъ, который мы исключительно употребляемъ.

Если въ силу какихъ нибудь условій, анатомическихъ или техническихъ, въ ранѣ имѣется большее или меньшее натяженіе, тогда примѣненіе скобокъ Michel'я не достигаетъ цѣли; въ такихъ случаяхъ лучше прибѣгнуть къ обыкновенному шву, которымъ вмѣстѣ съ краями раны можно захватить и болѣе глубокіе слои и такимъ образомъ уменьшить или даже совершенно устранить натяженіе въ ранѣ. Въ нѣсколькихъ случаяхъ намъ пришлось отказаться отъ скобокъ въ пользу обыкновенныхъ шелковыхъ швовъ.

Скобки Michel'я на промежности накладываются гуще, чѣмъ на стѣнкахъ живота; этимъ нисколько не нарушается процессъ заживленія раны, и, какъ справедливо замѣчаетъ Maueг, такимъ болѣе густымъ накладываніемъ скобокъ создается нѣкоторымъ образомъ покрывка, защищающая самую рану. Для того, чтобы края раны легче приподымались и лучше прилаживались, необходимо при погруженіи самыхъ поверхностныхъ швовъ вкалывать и выкалывать не у кожныхъ краевъ раны, а на нѣкоторомъ разстояніи отъ нихъ.

Скобки не слѣдуетъ накладывать слишкомъ туго, потому

что тогда онѣ, такъ сказать, въѣдаются въ ткань, и сниманіе ихъ въ такомъ случаѣ сопряжено съ нѣкоторою болью. Если же накладывать легко, то сниманіе ихъ происходитъ безъ всякихъ трудностей и безболѣзненно. Скобки съ промежности снимаются на 6-ой день, при чемъ все время стараемся, какъ можно меньше трогать рану; никакихъ спринцеваній не дѣлаемъ; рана слегка вытирается только нѣсколько разъ въ день ваткой смоченной спиртомъ и закрывается обыкновенной повязкой.

На основаніи всего сказаннаго я вполне присоединяюсь къ мнѣнію названныхъ нѣмецкихъ авторовъ и считаю употребленіе скобокъ Mich e l'я при зашиваніи промежности весьма удобнымъ.

Случай двухмѣсячнаго задержанія плаценты.

Д-ра М. А. СКУЛЬСКАГО.

По мѣрѣ развитія медицинской помощи все рѣже приходится сталкиваться со случаями неудаленія послѣда и задержки его въ теченіе недѣль и даже мѣсяцевъ.

Какъ извѣстно, наиболѣе частыми причинами задержки плаценты являются ненормальности со стороны соединенія матки съ плацентой, какъ напримѣръ: непомѣрное разрастаніе *chorion'a* за предѣлы *decidua serotina* въ стѣнку самой матки, т. е. въ ея мускулатуру и кровеносные сосуды.

Ненормальности въ мѣстоположеніи прикрѣпленія плаценты, какъ напримѣръ въ трубномъ углу и на боковой сторонѣ матки, или же незначительная задержка усиливается и поддерживается ненормальнымъ состояніемъ сокращенія маточной мускулатуры. Наконецъ задержка иногда обусловливается неумѣлымъ растираниемъ и разминаніемъ матки.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ задержки плаценты, она или отдѣляется въ какомъ-нибудь мѣстѣ и тогда появляется болѣе или менѣе значительное кровотеченіе изъ зіяющихъ кровеносныхъ сосудовъ или же плацента не отдѣляется и задерживается приросши цѣликомъ, и тогда кровотеченія конечно не наступаютъ. Въ дальнѣйшемъ плацентарная ткань перерождается или же наступаетъ гнилостное разложеніе со всѣми его послѣдствіями. Одинъ случай двухмѣсячнаго задержанія послѣда мнѣ пришлось наблюдать въ 1907 году.

Въ мартѣ 1907 года ко мнѣ привезли больную татарку. Жалобы сводились къ тому, что она уже 2 мѣсяца и 6 дней какъ родила и съ тѣхъ поръ постоянно болѣетъ. При родахъ, первыхъ по счету, была акушерка, которая сейчасъ же послѣ рожденія младенца уѣхала. Мѣсто не выходило. Врачу не показывалась, въ виду запрета магометанскимъ женщинамъ, показываться мужчинамъ, а тѣмъ болѣе лечиться у нихъ. Сначала недѣли три лихорадила. Кровотеченія не было. Потомъ „жаръ упалъ“ но все время отъ нея „идетъ дурной воздухъ“.

Измѣдованіе. Отъ пациентки идетъ сильное зловоніе, больная крайне истощена. Сквозь истонченные и расслабленные брюшные покровы прощупывается увеличенная твердая матка. Изъ влагалища торчитъ на 2—3 сантиметра наружу шнурокъ пуповины. Матка опущена. Маточный зѣвъ раскрытъ. Разрывъ промежности 2-й степени.

Рука свободно входитъ въ полость матки. Слѣва внутри матки изслѣдующая рука ощущаетъ слизистую оболочку матки, справа же предлежитъ какъ бы кусокъ камня величиною въ половину шара, діаметромъ 11—12 снт. Изъ середины его тянется внизъ пуповина. Эта твердая масса тѣснѣйшимъ образомъ сросшена со стѣнкой матки и составляетъ съ ней какъ бы одно цѣлое. Стѣнка матки въ этомъ мѣстѣ стало быть тоже тверда. Раздѣлить руками эту твердую массу нѣтъ никакой возможности.

Здѣсь мы, очевидно, имѣемъ дѣло съ цѣльной задержкой плаценты съ ея послѣдующимъ обезизвествленіемъ и съ переходомъ этого процесса на подлежащую стѣнку матки. По всей вѣроятности плацента была прирослена и потому не отдѣлилась.

Больной было предложено остаться, чтобы подвергнуться операциі, но пациентка наотрѣзъ отказалась и уѣхала.

Спустя 2 мѣсяца меня еще одинъ разъ позвали къ больной съ заявленіемъ, что она уже согласна на операцию, но я уже ее засталъ *in extremis* съ высокой температурой и съ ясно выраженной картиной септицемии.

У врачей, она послѣ меня была еще у одного, а то ѣздила по разнымъ бабкамъ. Черезъ недѣлю она умерла. Такимъ образомъ здѣсь, собственно говоря, можно, говорить не о двухмѣсячномъ, а о четырехмѣсячномъ задержаніи плаценты.

Осложненія послѣ чревосѣченій и борьба съ ними *).

(Изъ Черкасской Земской больницы Вольск. у. Саратов. губ.).

М. М. ШОУРЪ.

Каждая операція можетъ сопровождаться осложненіями въ послѣоперационномъ періодѣ; однако нигдѣ эти осложненія не вызываютъ столь грозныхъ для жизни паціента явленій, какъ послѣ чревосѣченій, безразлично, отъ чего бы не произошли осложненія, отъ погрѣшности ли въ асептикѣ, или отъ другихъ причинъ. А между тѣмъ, именно въ этихъ случаяхъ, чѣмъ болѣе угрожающимъ является осложненіе, тѣмъ болѣе безсилень хирургъ въ борьбѣ съ нимъ. Если послѣ усѣченія конечности при начинающейся гангрены можно еще спасти жизнь паціента вычлененіемъ остальной части органа, то при появившемся перитонитѣ даже вторичное чревосѣченіе рѣдко обѣщаетъ успѣхъ. Въ такихъ случаяхъ, по образному выраженію, приводимому проф. Снегиревымъ «rest and to be thankfull», т. е. сложи руки и предоставь все естественному ходу вещей. Въ деревенской хирургіи дѣло осложняется еще тѣмъ, что больная рѣдко соглашается на вторичное чревосѣченіе, и хирургу приходится ограничиваться здѣсь палліативами даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ клинической или городской хирургъ дѣйствуетъ активно, слѣдовательно, съ болѣею надеждой на успѣхъ.

Приводимыя мною ниже два случая покажутъ, какими способами боролся я съ встрѣтившимися мнѣ осложненіями и съ какимъ результатомъ. Способы эти не совсѣмъ обычны и потому, думается мнѣ, не лишены общаго интереса.

I. Больная крестьянка Вольскаго у. Анна К. 35 лѣтъ. Diagnosis fibromyoma uteri 25/x 08. Чревосѣченіе въ положеніи Тренделенбурга; разрѣзъ по средней линіи. Оба яичника кистозно перерождены; матка надвлагалищно ампутирована и удалена вмѣстѣ съ придатками; брюшинные листки сшиты кѣгутуовыми швами; между листками къ кульямъ два боковыхъ выпускника, выведенные черезъ нижній уголь раны; третій между ними въ задній дугласъ; разрѣзъ сверху выпускниковъ зашить 3-хъ этажнымъ швомъ: брюшина и мышцы съ апоневрозомъ—кѣгутуомъ, кожа скобами Поль-Мишеля. Больной въ концѣ операціи влито 1500,0 физиологическаго раствора подъ кожу.

t. вечеромъ 37,0; повязка промокла кровью; подбинтованъ личникъ.

26-го у. 38,1 в. 38,8 ночью мочилась сама; повязка сильно промокла кровью: перевязка.

*) Прим. ред. Настоящая статья печатается въ виду ея извѣстнаго бытового интереса.

27-го у. 38,7 в. 38,7. Повязка окрашена кровью, промокла. Перевязка; через нижній уголь раны въ полость брюшины налить подогрѣтый физиологич. растворъ соли (38° R.); часть его выливалась наружу изъ полости; тампонъ въ дугласть замѣненъ резиновымъ дренажомъ. Поставлена клизма изъ теплой воды. Къ вечеру прослабило только водой; повязка промокла; поэтому сдѣлана перевязка и брюшная полость снова промыта и налита черезъ дренажъ физиологическимъ растворомъ соли. Поставлена клизма изъ теплой мыльной воды; хорошо прослабило и отошли газы.

28-го у. 37,5 в. 38,2, спала хорошо, самочувствіе хорошее, но повязка промокла и все еще окрашена; брюшная полость обычнымъ путемъ промыта физиологическимъ растворомъ соли; дано 25,0 ol. ricini.

Вечеромъ въ виду продолжающагося окрашивания повязки, снова сдѣлана перевязка и промываніе брюшной полости.

29-го у. 38,0 в. 38,7. Перевязка и промываніе брюшной полости; резиновый дренажъ удаленъ и замѣненъ марлевой полоской. Вечеромъ перевязка и промываніе брюшной полости.

30-го у. 37,4 в. 38,2. Обычная перевязка съ промываніемъ брюшной полости; снято черезъ шовъ.

31-го у. 37,4 в. 37,8. Перевязка съ промываніемъ брюшной полости; сняты остальные швы.

1. xi у. 37,5 в. 37,5. Перевязка съ промываніемъ брюшной полости; боковые выпускники выдвинуты и концы ихъ обрѣзаны.

2. у. 37,3 в. 38,1. Перевязка съ промываніемъ брюшной полости; одинъ выпускникъ удаленъ.

3. у. 37,5 в. 38,5. Перевязка; въ виду того, что отдѣляемое все время, не смотря на промываніе, нѣсколько пахло, брюшная полость промыта физиологическимъ растворомъ соли черезъ двойной катетеръ Боземана, употребляемый для промыванія матки; вымыто много кровяныхъ сгустковъ; удаленъ второй выпускникъ; въ нижній уголь раны небольшая марлевая полоска.

4. у. 37,6 в. 37,6 перевязка; брюшная полость промыта черезъ Боземана; вымыто много сгустковъ.

5-го у. 37,5 в. 37,3 перевязка; промываніе черезъ Боземанъ—вымываются сгустки.

6-го у. 37,6 в. 37,8 перевязка и промываніе черезъ Боземана.

Дальше втеченіе еще шести дней промываніе производилось черезъ Боземана; пока отхожденіе сгустковъ прекратилось и t° пришла къ нормѣ.

Такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ имѣлось послѣдовательное кровотеченіе, обнаруженное вечеромъ въ день операции; отъ моего предложенія—расшить рану пациентка рѣшигельно отказалась.

Задній дугласть не былъ открытъ во влагалище и такимъ образомъ, выхода излившейся крови не было; черезъ нижній уголь раны по тампонамъ выдѣлялось очень мало, ибо высасываніе марлей всегда происходитъ слишкомъ недостаточно, особенно еще, если жидкость должна направляться вверхъ.

И вотъ, путемъ ежедневнаго промыванія полости живота физиологическимъ растворомъ, часть котораго оставалась въ брюшной полости, удавалось съ одной стороны вымывать сгустки, а съ другой ускорить рассасываніе. Очистка полости дугласа, какъ главнаго скопленія сгустковъ, пошла особенно успѣшно, когда промываніе стали дѣлать черезъ катетеръ Боземана.

II. Крестьянка Аграфена Т. Вольскаго у. 46 лѣтъ. Diagnosis fibromyoma uteri. п/IV 09 операція; разрѣзъ по средней линіи; вслѣдствіе измѣненія въ придаткахъ произведена panhysterectomy totalis; брюшная рана защита наглухо швомъ въ три этажа; изъ дугласа тампонъ во влагалище. Несмотря на тщательную и продолжительную подготовку кишечника до операціи, онъ во время операціи неожиданно для меня оказался настолько раздутымъ, что его не удалось весь выбрать изъ малаго таза и заправить подъ діафрагму.

Причина этому выяснилась для меня лишь впоследствии, но объ этомъ ниже. На столѣ въ концѣ операціи сдѣлана клизма изъ 1500,0 физиологическаго раствора $38^{\circ}\text{R} + 100,0$ водки. Послѣ операціи 750,0 физиологическаго раствора подъ кожу.

Т^о вечеромъ 36,9, спокойна, немного тошнить.

12-го у. 37,8 в. 38,0 поставлена физиологическая клизма изъ 200,0.

13-го у. 37,0 в. 38,0 поставлены двѣ мыльные клизмы одна за другой, газы не отошли, отправленій на низъ нѣтъ; перевязки, тампонъ изъ влагалища немного выдвинуть, избытокъ его обрѣзанъ, во влагалище вокругъ него введены свѣжія полоски марли.

Днемъ появилась рвота, сильныя боли въ животѣ; пульсъ скорый, плохого наполненія; назначенъ подъ кожу растворъ камфоры въ жирѣ (1,0:10,0) по 1,0 черезъ каждыя $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ часа; поставлено нѣсколько клизмъ изъ теплой воды; однако пульсъ не улучшался, газы не отходили, не слабило. Въ 3 часа дня брюшная полость въ нижнемъ углу раны раскрыта и черезъ стеклянный наконечникъ въ полость живота налито 2000,0 физиологическаго раствора; поставлена клизма изъ колларгола (15 таблетокъ по 0,05 на 100,0 воды) по 50,0 въ два приема.

Вечеромъ status прежній; рвота, вздутіе, плохой пульсъ; въ 10 ч. ночи въ полость живота налито 1500,0 физиологическаго раствора 38° по Ремюру; во время этой процедуры часть раствора вытекала изъ влагалища по тампону; снова поставлена клизма—газовъ нѣтъ.

14-го у. 36,9 в. 36,9 спала, не тошнить, пульсъ нѣсколько лучше; поставлены клизмы—газовъ не отошло; перевязка, тампонъ нѣсколько выдвинуть, избытокъ обрѣзанъ, конецъ его обложенъ свѣжими марлевыми компрессами; перевязка брюшной раны; края ея—вчерашнее отверстіе—прошиты сквозными лигатурами, для того чтобы не дать ей закрыться; въ полость живота налито 2000,0 подогрѣтаго физиологическаго раствора, часть его сошла по тампону изъ влагалища. Днемъ не рветъ, но тошнить, хотя животъ менѣе болѣзненъ; въ 5 $\frac{1}{2}$ ч. вечера 1 куб. ст. дигалена Cloett'a въ вену; поставлены клизмы изъ теплой воды;—газовъ не отошло; вечеромъ перевязка; въ полость живота 2000,0 физиологич. раствора.

15-го у. 37,5 в. 37,7. Рвота съ утра желчью; не спала; теплая клизма—отошли газы, перевязки; въ брюшную полость 2000,0 физи-

логич. раствора; въ 10 ч. ночи 2 клизмы—отошли газы; въ 7 ч. вечера перевязка; удалена остальная часть тампона; въ вену 1 куб. ст. дигалена; въ полость живота 2000,0 физиолог. раствора; до 2-хъ часовъ ночи рвота желчью безостановочно; подъ кожу morphini hydr. 0,01.

16-го у. 37,3 в. 38,0 рвоты нѣтъ, поставлены клизмы изъ теплой воды, впервые прослало жидкимъ каломъ, обильно отошли газы. Разрѣшено сѣсть; днемъ самостоятельно слабило; сухая перевязка вечеромъ.

17-го у. 37,8 в. 38,0 слабило нѣсколько разъ жидко, обильно каломъ, на подобіе глины; сухая перевязка, снято черезъ шовъ.

18-го у. 37,7 в. 37,5 сухая перевязка, сняты остальные швы и оба сквозныхъ въ нижнемъ углу раны; со стороны влагалища раневая поверхность смазана tr. jodi, рыхлый тампонъ.

19-го у. 37,7, в. 37,5.

20-го у. 37,7, в. 38,5.

21-го у. 37,5, в. 38,5.

Съ 23-го начато спрыцованіе влагалища; брюшная рана закрылась. Въ остальномъ теченіе нормально и 7-го мая пациентка выписалась совершенно здоровой.

Излагаемые здѣсь два случая осложненнаго послѣоперационнаго теченія различны въ томъ отношеніи, что въ то время какъ въ первомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ послѣдовательнымъ кровотеченіемъ въ область задняго дугласа, во второмъ мы имѣемъ передъ собой всѣ явленія послѣоперационнаго перитонита.

И между тѣмъ борьба, какъ съ тѣмъ такъ и съ другимъ велась по одному методу: ежедневное, иногда по 2 раза въ день, промываніе полости живота, главнымъ образомъ нижнихъ его отдѣловъ, подогрѣтымъ физиологическимъ растворомъ.

Въ первомъ случаѣ, благодаря постоянному промыванію, удалось постепенно удалить образовавшіеся сгустки, а остающіеся настолько разжижить, что образованіе воспалительныхъ продуктовъ было задержано. Во второмъ случаѣ... но прежде чѣмъ говорить о второмъ случаѣ я позволю себѣ нѣсколько остановиться на этиологіи вышеописанной симптомокомплекса.

Когда восстанавлиешь въ памяти всѣ тѣ бурныя явленія, которыя описаны выше, то невозможно склоняться къ той мысли, что перенесенная пациенткой катастрофа—была септическимъ перитонитомъ. Такъ думалъ и я втеченіе всего періода борьбы, которую я неустанно велъ за жизнь оперированной мною больной; такъ думалъ я еще и тогда, когда, наконецъ, уже удалось добиться побѣды жизни надъ смертью. А между тѣмъ это не былъ септическій перитонитъ.

Правда, эти страшные для каждаго хирурга симптомы: малый пульсъ, неудержимая рвота, полное отсутствіе отправления кишечника, болѣзненно вздутый животъ—все это было на лицо послѣ произведеннаго чревосѣчснія—чего еще не хватаетъ здѣсь для діагноза септического перитонита?

И тѣмъ не менѣе это не было септическій перитонитъ, а всего лишь ileus obturatorius. Уже тотъ фактъ, что пациентка осталась жива, говоритъ противъ септического перитонита, ибо exitus letalis

является при немъ, можно сказать, правиломъ. Но у меня есть не только косвенное, но и прямое доказательство тому, что это былъ именно только *ileus obturatorius*. Дѣло въ томъ, что какъ только пациентка нѣсколько оправилась, она призналась мнѣ, что съ тѣхъ поръ какъ у нея начала расти «шишка», она стала ѣсть пережженую глину, что за свою жизнь она, по ея выраженію, съѣла «поболѣ двухъ печей», а передъ тѣмъ какъ отправиться на операцию, она втеченіе послѣднихъ дней ѣла се «до отвалу».—«Не знала, буду ли жива послѣ операци, вотъ и захотѣлось напослѣдокъ себя побаловать». Съ такой подготовкой кишечника она явилась въ больницу.

Здѣсь втеченіе недѣли она готовилась къ операци по установленному шаблону: въ день поступленія 30,0 ol. ricini затѣмъ втеченіе 6 дней она получала по 2,0 bismuti subnitrici, накануне операци снова 30,0 ol. ricini. При обычныхъ условіяхъ эта подготовка является достаточной, чтобы привести кишечникъ въ состояніе спаденія. Но кишечникъ, забитый глиной и придавленный внизу фиброматозной маткой, мало реагировалъ на касторовое масло, что къ сожалѣнію своевременно мною не было замѣчено. Висмутъ же очевидно еще болѣе связалъ содержимое кишечника.

Такимъ образомъ, благодаря непомѣрному количеству поглощенной глины, фактъ, оставшійся мнѣ совершенно неизвѣстнымъ до операци, кишечникъ къ моменту операци оказался переполненнымъ и совершенно забитымъ; этимъ объясняется тотъ неожиданно для меня обнаружившійся уже на операционномъ столѣ фактъ, что вскрывъ брюшную полость, я никакъ не могъ справиться съ кишечникомъ, не могъ весь выбрать его изъ малаго таза и заправить подъ діафрагму. Забитый кишечникъ повелъ весьма естественно послѣ операци къ полному прекращенію перистальтики, а на почвѣ его неподвижности началъ развиваться перитонитъ, ибо при неподвижности кишки бактерии легко проникаютъ сквозь толщу ихъ стѣнокъ на брюшину. И вотъ благодаря методу обильнаго, сквознаго промыванія брюшной полости, мнѣ удалось задержать распространеніе и помѣшать расцвѣту инфекціи, и это продолжалось втеченіе первыхъ четырехъ сутокъ, пока наконецъ кишечникъ не справился съ выпавшей на его долю нелегкой задачей. До тѣхъ же поръ его жизнедлительность поддерживалась физиологическимъ растворомъ, который въ тоже время весьма энергично вверхъ, и особенно внизъ—черезъ влагалище вымывалъ возбудителей инфекціи и предохранялъ организмъ отъ общей интоксикаціи, во всякомъ случаѣ ослаблялъ ее. Въ заключеніи считаю не лишнимъ отмѣтить, что какъ только удалось добиться стула, онъ первое время шелъ громадными количествами—полное судно заразъ—и представлялъ собой на видъ настоящую размѣшанную въ водѣ желтую глину.

И такъ на основаніи вышеизложеннаго можно, думается мнѣ сказать, что въ энергичномъ промываніи брюшной полости физиологическимъ растворомъ мы имѣемъ надежное орудіе борьбы съ послѣоперационными осложненіями со стороны брюшины.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

F. v. Winckel. *Allgemeine Gynäkologie. Vorlesungen über Frauenkunde vom ärztlichen Standpunkte.* Wiesbaden 1909. — *Общая гинекологія. Изученіе женщины съ врачебной точки зрѣнія.*

Книга проф. v. Winckel'я написана въ широкихъ рамкахъ соотвѣтственно точному понятію слова «гинекологія», т. е. наука о женщинѣ, рассматривающая не только анатомію, физиологію и патологію женской половой сферы, но женщину вообще во всѣхъ отношеніяхъ—со стороны физической и психической организаціи, со стороны семейнаго и общественнаго положенія, въ здоровомъ и больномъ состояніи. Въ основу книги легли лекціи по этому предмету, читанныя проф. Winckel'емъ въ зимніе семестры 1884—87 и 89—900 г. г. и измѣненныя и дополненныя соотвѣтственно современному состоянію науки. Форма изложенія сохранена лекціонная. Книга состоитъ изъ 24 лекцій, раздѣленныхъ на 21 главу.

Первыя 2 главы посвящены весьма подробному изложенію различій между мужчиной и женщиной. Съ этой точки зрѣнія Winckel рассматриваетъ физическую и психическую организацію женщины, приводитъ взглядъ на женщину выдающихся мыслителей, ученыхъ и поэтовъ, а также цѣлыхъ народовъ, даетъ очеркъ соціального положенія женщины отъ самыхъ древнихъ временъ (у Ассирійцевъ, 2300 лѣтъ до Р. X.) до христіанства и затѣмъ до нашихъ дней, приводитъ рядъ именъ выдающихся женщинъ, отличившихся, какъ прачительницы или на поприщѣ художественныхъ искусствъ, музыки, науки, литературы и пр. Отмѣтивъ недостатки физическаго и духовнаго воспитанія женщины, ея подчиненное въ сравненіи съ мужчиною положеніе, Winckel протестуетъ противъ распространеннаго взгляда о якобы низшей организаціи женщины и является горячимъ сторонникомъ равноправія ея во всѣхъ сферахъ дѣятельности.

Въ 3-ей главѣ проф. Winckel рассматриваетъ заболѣваемость и смертность женщины въ сравненіи съ мужчиной и устанавливаетъ тотъ фактъ, что заболѣваемость женщины вслѣдствіе частоты страданій ея половой сферы выше, чѣмъ таковая мужчинъ, смертность же у женщинъ нѣсколько ниже, чѣмъ у мужчинъ. Отмѣтивъ отдѣльныя формы заболѣваній женщинъ и влияніе на нихъ разнообразныхъ причинъ, Winckel особенно подробно останавливается на менструаціи и извращеніяхъ полового чувства, указывая попутно на вредъ, приносимый въ этомъ отношеніи чтеніемъ нѣкоторыхъ современныхъ динично-порнографическихъ литературныхъ произведеній: раскрывать глаза матерямъ на опасность съ этой стороны ихъ дочерямъ есть долгъ врача.

Пятая глава посвящена опасностямъ брака. Раздѣляя тотъ взглядъ, что для благополучія брака необходимо было бы требовать удостовѣренія о здоровьѣ отъ обѣихъ сторонъ, Winckel указываетъ на осо-

бенный вредъ, причиняемый ненормальной половой жизнью съ цѣлю предупрежденія зачатія, и обрисовываетъ значеніе произвольнаго и въ особенности преступнаго выкидыша въ возникновеніи женскихъ болѣзней. Отдѣльныя главы посвящены разсмотрѣнію гонорреи молодыхъ женщинъ и проституціи. Допуская проституцію, какъ неизбежное, хотя и отвратительное, зло и являясь сторонникомъ ея регламентаціи, Winckel указываетъ на необходимость врачебнаго осмотра и посѣщающихъ публичные дома мужчинъ.

Отмѣтивъ, что причина заболѣванія женской половой сферы возникаетъ не рѣдко въ раннемъ дѣтствѣ или же является врожденной и только съ вступленіемъ въ бракъ обостряется, Winckel останавливается на значеніи родовъ въ возникновеніи различныхъ заболѣваній женской половой сферы и, въ особенности, на вредѣ излишнихъ акушерскихъ операций. Также отмѣчаетъ онъ и вредное вліяніе на здоровьѣ женщинъ все болѣе и болѣе распространяющагося обычая уклоняться отъ вскармливанія грудью собственнаго ребенка. Не оставлены безъ вниманія и другія причины заболѣваній женской половой сферы, какъ туберкулезъ, низшіе организмы (*trichomonas vaginalis*), самозараженіе и пр.

Глава 12-ая и слѣдующія посвящены общей патологіи женской половой сферы и обзору общихъ симптомовъ заболѣванія послѣдней, какъ нарушеніе секреторной и менструальной дѣятельности, ненормальная чувствительность, бесплодіе и неправильные послѣродовые процессы. Среди другихъ симптомовъ, сопутствующихъ заболѣваніямъ половой сферы, Winckel останавливается на измѣненіяхъ крови (блѣдная немочь, малокровіе), рефlekсахъ со стороны пищеварительныхъ органовъ, болѣзненныхъ явленіяхъ со стороны сердца, нервной системы и органовъ чувствъ. Особенно подробно разбираются нервныя заболѣванія женщинъ—неврастенія и истерія. Одну изъ главныхъ причинъ нервности жены въ бракѣ Winckel видитъ въ мужѣ, въ его непониманіи состоянія жены въ различныя фазы ея жизни; въ видѣ иллюстраціи своихъ взглядовъ онъ приводитъ ссылки изъ произведеній графа Л. Н. Толстого («Крейцерова соната»). Нѣкоторая доля вины въ нервности женщинъ падаетъ и на врачей, раздражающихъ ихъ частыми не всегда нужными внутренними изслѣдованіями, маленькими операціями, прижиганіями незначительныхъ ссадинъ и пр.

Въ 17 главѣ изложена общая діагностика женскихъ болѣзней. Послѣднія стоятъ въ тѣсной связи съ отправленіями всего организма, почему женскій врачъ долженъ обращать должное вниманіе на состояніе всего организма, произведя изслѣдованіе всего тѣла въ строгомъ порядкѣ по областямъ, начиная отъ головы, и, отобравъ анамнезъ, лишь затѣмъ приступать къ гинекологическому изслѣдованію. Техника послѣдняго подробно описывается вмѣстѣ съ вспомогательными способами, какъ осмотръ съ помощью зеркалъ, расширеніе матки, пробное выскабливаніе, пробная эксцизія и пр. Большое вниманіе уделено также изслѣдованію мочевыхъ органовъ при помощи зеркалъ, цистоскопа, катетеризаціи мочеточниковъ, влагалищнаго разрѣза пузыря.

Исходя изъ того взгляда, что при разнообразныхъ женскихъ болѣзняхъ распознаваніе не можетъ быть полнымъ безъ производства микроскопическаго, бактериологическаго и химическаго изслѣдованія имѣющихся выдѣленій, Winckel подробно останавливается на этихъ

изслѣдованіяхъ. Большое значеніе для распознаванія женскихъ болѣзней придаетъ онъ и изслѣдованію крови.

Переходя къ общей терапіи женскихъ болѣзней, Winckel опять таки отмѣчаетъ, что послѣднія обычно являются не мѣстными заболѣваніями, а въ большинствѣ случаевъ общими заболѣваніями на мѣстной почвѣ, почему мѣстное леченіе ихъ можетъ быть успѣшнымъ только тогда, когда достаточное вниманіе обращено и на весь остальной организмъ.

Принципомъ леченія должно быть: *primus non nocere!* Въ этомъ отношеніи грѣшитъ такъ часто наблюдающаяся полипрагмазія, которая вмѣсто облегченія только раздражаетъ нервную систему больныхъ. На ряду съ полипрагмазіей стоитъ и усиленная склонность къ оперативной терапіи; склонность эта, по мнѣнію Winckel'я, къ счастью, достигла своего предѣла и пошла на пониженіе.

Разбирая общія правила относительно профилактики и непосредственнаго леченія женскихъ болѣзней, Winckel указываетъ на значеніе для первой гигиеническихъ и діететическихъ мѣропріятій, для цѣлей второго служатъ термическія средства, электричество, механическія, лекарственныя средства, оперативная помощь. Большое вниманіе удѣлил Winckel бальнеологическому леченію женскихъ болѣзней давъ подробный обзоръ многихъ водъ и ихъ лечебнаго дѣйствія, рассмотрѣно затѣмъ значеніе морскихъ купаній и морскихъ путешествій; особенно для невралстеничекъ и сердечныхъ больныхъ, а также значеніе климатическихъ станцій.

Въ предпослѣднихъ главахъ Winckel разбираетъ значеніе ранняго вставанія для родильницъ и оперированныхъ, находя этотъ вопросъ еще не вполне разрѣшеннымъ, и рассматриваетъ показанія къ искусственному прерыванію беременности и искусственному обезпложиванію женщины и способы его выполненія. Заключительная глава посвящена обзору искусственнаго оплодотворенія женщины, которое Winckel считаетъ вполне выполнимымъ, но лишь опытнымъ врачомъ, дѣйствующимъ строго по предписаніямъ Bossi.

Книга проф. Winckel'я заполняетъ существенный пробѣлъ въ гинекологической литературѣ, гдѣ до сихъ поръ на ряду съ превосходными руководствами по частной гинекологіи, не было произведенія, трактующаго предметъ гинекологіи съ такой широкой точки зрѣнія, на такомъ обширномъ фундаментѣ, какъ это дѣлаетъ проф. v. Winckel. Трудъ его свидѣтельствуетъ о громадной эрудиціи, громадной начитанности маститаго автора, выходящей далеко за предѣлы спеціальной литературы; свидѣтельствуетъ и о богатомъ врачебномъ знаніи и опытѣ, которыми онъ не перестаетъ дѣлиться съ медицинскимъ міромъ. Нельзя не выразить глубокой благодарности неутомимому автору за этотъ цѣнный трудъ, носящій печать юношеской свѣжести, проникнутаго гуманнымъ чувствомъ къ женщинѣ, увлекательный по изложенію. Знакомство съ нимъ будетъ не лишне не только для гинекологовъ, но и для каждаго врача.

М. Порошинъ.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

Акушерско-Гинекологическое Общество въ С.-Петербургѣ.

(ГОДЪ ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ).

Протоколь № 5.

Протоколь засѣданія 21 мая 1909 года.

Предсѣдательствоваль *Л. Г. Личкусь.*

Присутствовало 29 членовъ: Ануфриевъ, Барановскій, Васень, Дофельдъ, Гусаковъ, Докушевская, Ильинъ, Иозефонъ, Каземъ-Бекъ, Каминская, Кедровъ, Кипарскій, Киселевъ, Кривскій, Личкусь, Покровскій, Порембскій, Норейко, Павловъ, Пекарская, Піотровичъ, Порошняковъ, Салмановъ, Скробанскій, Строгановъ, Судаковъ, Тавилдаровъ, Улезко-Строганова, Ульяновскій и 6 гостей.

I. Прочитанъ и утверждень протоколь № 4 засѣданія 16-го апрѣля 1909 года.

II. К. К. Скробанскій показаль анатомическіе препараты кошки, у которой онъ пытался вызвать эклампсію. К. К. указаль на неправильность опытовъ, производившихся раньше, заключающуюся въ томъ, что вытяжка послѣда, взятаго отъ человѣка, страдавшаго эклампсіей, вводится въ организмъ другого вида и считаетъ единственно возможными опыты при такихъ условіяхъ, чтобы вызывающее болѣзнь вещество бралось отъ животнаго того же вида. Единственнымъ животнымъ, страдающимъ заболѣваніемъ вродѣ эклампсіи, являются коровы. За невозможностью экспериментировать надъ такими крупными животными, К. К. ставиль опыты надъ кошками, по питанію и облику подходящими къ человѣку. Отъ беременной кошки добывали послѣдъ, выжимали прессомъ изъ него сокъ, разбавляли его физиологическимъ растворомъ соли, фильтровали и вводили въ яремную вену въ размѣрѣ 10 куб. сант.; получалась картина, клинически напоминающая эклампсію (подергиваніе, дрожаніе вродѣ судорогъ), затѣмъ наступаль коллапсъ, слюнотеченіе и черезъ три дня кошка погибла.

Изъ многихъ опытовъ удался лишь одинъ, уцѣлѣла лишь одна кошка (кошки плохо переносятъ наркозъ). На вскрытіи печень оказалась совершенно перерожденной, желтой, уменьшенной, жирно перерожденной и покрытой массой точечныхъ кровоизліяній; въ общемъ картина, напоминающая явленія въ печени женщинъ, умершихъ отъ эклампсіи; микроскопически печень еще не изслѣдована, въ почкахъ макроскопически не замѣтно ничего, въ селезенкѣ также; въ легкихъ какіе-то фокусы, м. б., эмболическіе. На основаніи этихъ находокъ К. К. считаетъ свой опытъ попыткой получить экспериментальнымъ путемъ эклампсію.

К. П. Улезко-Строганова считаетъ, что на потерявшихъ свѣжесть препаратахъ кровоизліянія, указанныя К. К., не рѣзко замѣтны. Далѣе, ничего нельзя сказать, не видя микроскопической картины, а также безъ сравненія съ нормальными органами кошки.

Л. Г. Личкусъ считаетъ очень важнымъ упущеніемъ, что не былъ изслѣдованъ мозгъ, гдѣ, какъ извѣстно, также наблюдаются при эклампсіи измѣненія.

К. К. Скробанскій объясняетъ, что между полученными при опытѣ органами и нормальными очень разительная разница и для сравненія показалъ послѣдніе.

Ш. К. К. Скробанскій показалъ послѣдъ отъ тройней, бывшихъ у женщины, отличавшейся своимъ многоплодіемъ: изъ 13 родовъ, предшествовавшихъ этимъ у нея были 2 раза двойни. Ясно видны три водныхъ оболочки и двѣ ворсистыхъ, изъ которыхъ одна общая для двухъ дѣвочекъ. Общій вѣсъ плодовъ 6000 граммъ, они почти доношены; вѣсъ послѣда 1400 граммъ.

На время демонстраціи Л. Г. Личкуса предѣлательствованіе переходитъ къ почетному члену В. А. Вастену.

IV. Л. Г. Личкусъ показалъ нѣсколько препаратовъ, какъ матеріалъ къ вопросу объ *осложненіи беременности новообразованіями*: а) большую *зашеечную фиброміому*, удаленную кускованіемъ черезъ рукавъ. Препаратъ этотъ уже разъ былъ показанъ Обществу (17 ноября 1905 г.). Изъ-за этой опухоли, осложнившей беременность, докладчику пришлось окончить роды путемъ кесарскаго сѣченія у 27-лѣтней первороженицы 23 апрѣля 1905 года. Опухоль тогда была оставлена и удалена лишь послѣдовательно кускованіемъ черезъ рукавъ 3 ноября того же года. Случай подробно описанъ въ сборникѣ, посвященномъ проф. Д. О. Отту, подъ заглавіемъ „*Кесарское сѣченіе ради зашеечной фиброміомы. Послѣдовательное вылученіе опухоли черезъ рукавъ*“.

Въ заключеніи своей статьи докладчикъ высказался тогда въ томъ смыслѣ, что въ „будущемъ осуществится желаніе больной—имѣть дѣтей“. И дѣйствительно, съ 2-го августа 1906 года опе-

рированная мѣсячнаго не имѣла и 23 апрѣля 1907 года, черезъ 2 года, слѣдовательно, послѣ кесарскаго сѣченія, благополучно разрѣшилась въ Маріинскомъ Родовспомогательномъ Домѣ мальчикомъ, вѣсившимъ 3250 граммъ, при длинѣ въ 50 сант. Роды длились 20 часовъ. Послѣродовое время протекло безлихорадочно. И мать и ребенокъ пользуются сейчасъ цвѣтущимъ здоровьемъ; б) большую, величиною съ мужскую голову, *фиброміому матки*, отсѣченную надъ влагалищемъ путемъ брюшностѣпного чревосѣченія у 23-лѣтней женщины. Больная эта обратилась къ докладчику осенью 1908 года за совѣтомъ, что ей дѣлать, такъ какъ она въ первый разъ беременна и помимо беременности врачи въ провинціи опредѣлили у нея большую опухоль. И дѣйствительно вправо и вверху отъ беременной матки, сливаясь съ правой и задней стѣнкой ея, исходило большое плотное новообразование — фиброміома. Докладчикъ посовѣтовалъ больной спокойно выждать наступленія родовъ. 27-го декабря того же года больная благополучно разрѣшилась въ Маріинскомъ Родовспомогательномъ Домѣ доношеннымъ мальчикомъ, вѣсомъ въ 3170 граммъ, при длинѣ въ 51 сантим. Роды длились 13 часовъ 20 минутъ. Послѣродовое время, вслѣдствіе задержки очищеній, протекало лихорадочно. Оправившись, больная уѣхала домой, но оттуда въ началѣ мая сего 1909 г. вновь, по настоянію мѣстныхъ врачей, вернулась въ Петербургъ, такъ какъ за послѣднее время стала страдать сильными и длительными кровотечениями. Операция произведена 16 мая. вмѣстѣ съ маткой, совершенно слившейся съ опухолью, удалены правая труба и правый кистовидно перерожденный яичникъ. Культы шейки и широкихъ связокъ обшиты брюшиной. Послѣоперационное время протекаетъ безлихорадочно (36,6—36,7). Больная на пути къ выздоровленію; в) *беременную* 2½ мѣсяца, *устянную* многочисленными мелкими и однимъ большимъ, величиною въ 1½ кулака, *фиброидами*, *матку*, удаленную черезъ рукавъ у 33-х-лѣтней, никогда раньше не бывшей беременной, женщины. Больная жаловалась на сильныя боли внизу живота. Въ виду этого, а также въ виду того, что матка почти вся была перерождена, докладчикъ рѣшилъ произвести операцию сейчасъ же. Послѣоперационное время прошло безлихорадочно; 2) *кожевикъ*, величиною въ кулакъ, удаленный путемъ разсѣченія задняго свода у беременной на 5-мъ мѣсяцѣ женщины. Оперированная доносила до срока и родила въ Маріинскомъ Родовспомогательномъ Домѣ мальчика, вѣсомъ въ 3700 грм. и длиною въ 52 стм., 8 января 1909 года. Первые роды ея протекли въ Родовспомогательномъ Заведеніи 24 августа 1904 года.

Остановившись нѣсколько на техникѣ удаленія матокъ, пораженныхъ фиброміомами, докладчикъ въ заключеніе высказался въ томъ смыслѣ, что при осложненіи беременности названными новообразованиями слѣдуетъ ждать наступленія родовъ. Оперативное вмѣшательство показано лишь при наличности побуждающихъ къ нему показаній.

В. А. Вастень отмѣтилъ большой интересъ сообщенія, такъ какъ вообще очень мало описано случаевъ удаленія опухолей во время беременности. Минувшей зимой В. А. имѣлъ подобный случай, гдѣ ему удалось сохранить беременность послѣ удаленія подъявоточной миомы.

Л. Г. Личкусъ подчеркиваетъ особую бѣдность такими случаями въ русской литературы.

К. К. Скробанскій упоминаетъ о работѣ Tauffer'a, въ которой собраны случаи миомэктоміи при беременности.

А. А. Ануфриевъ считаетъ особенно интереснымъ первый случай Л. Г., гдѣ стоило даже прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію съ удаленіемъ опухоли, чтобы сохранить матку, оказавшуюся затѣмъ способной вновь забеременность и самостоятельно родить.

В. К. П. Улезко-Строганова сдѣлала сообщеніе: *къ вопросу о задержаніи умершаго плоднаго яйца въ полости матки съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ.*

На основаніи клиническихъ данныхъ и данныхъ микроскопическаго изслѣдованія 5 случаевъ задержанія умершаго плоднаго яйца въ маткѣ позволяю себѣ сдѣлать слѣдующія заключенія: 1) причину смерти плода можно предположить съ большею вѣроятностью въ 4-хъ случаяхъ. А именно, во 2-мъ сильное нервное потрясеніе, въ 3-емъ холероподобное заболѣваніе, въ 4-омъ, обширное кровоизліяніе въ яйцевыхъ оболочкахъ, и наконецъ, въ 5-омъ сифились. 1) Задержку умершаго плоднаго яйца можно объяснить въ 2-хъ случаяхъ, въ 1-омъ — болѣзнь паренхимы матки (metritis colli) и во 2-омъ, — Общимъ нервнымъ разстройствомъ, которое могло повести къ угнетенію нервно-мышечнаго аппарата матки. — Что касается микроскопическихъ измѣненій въ яйцевыхъ оболочкахъ изслѣдованныхъ мною случаевъ, что въ этомъ отношеніи получаютъ слѣдующія данныя: 1) Несомнѣнно, послѣ смерти плода его оболочки, а именно chorion, оставаясь въ маткѣ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, не только сохраняютъ мѣстами свои структурныя особенности, но также способность къ дальнѣйшему росту. 2) Фибринозный слой, ограничивающій и раздѣляющій ворсины хоріона, происходитъ, частью, благодаря отложенію фибрина изъ крови, частью же на счетъ ворсинчатаго покрова, претерпѣвающаго коагуляціонный некрозъ въ видѣ kanalisiertes Fibrin нѣмецкихъ авторовъ.

3) Строма ворсинъ подвергается фиброзному перерожденію съ запусѣніемъ сосудовъ, переходящему далѣе въ гялиновое и оканчивающемся полнымъ некрозомъ. 4) Клѣточная скопленія, похожія на клѣточные гнѣзда Langhans'a, которыя встрѣчаются въ большомъ количествѣ во 2-омъ случаѣ, образуются здѣсь, по всей вѣроятности, не только на счетъ клѣтокъ Langhans'ова слоя, но и распадація синцитіума, какъ результатъ его дегенеративныхъ измѣненій. 5) Степень распространенія некроза въ послѣдѣ зависитъ не только отъ продолжительности задержки его въ маткѣ, но очевидно, и отъ другихъ причинъ, особенно же, вызвавшихъ смерть плода. 6) Что касается реактивныхъ измѣненій въ децидуальной ткани, то вообще ихъ слѣдуетъ разсматривать, какъ выраженіе стремленія живой ткани ограничиться отъ умершаго яйца, слѣвавшаяся уже инороднымъ тѣломъ. — Но распространеніе воспалительнаго инфильтрата на живыя ворсинки, на покровъ и строму ихъ, какъ это видно въ 1-омъ случаѣ, показываетъ крайнюю степень раздраженія децидуальнаго слоя, причину котораго слѣдуетъ искать съ большею вѣроятностью въ предсуществовавшемъ воспалительномъ процессѣ въ слизистой оболочкѣ матки, изъ которой развивалась децидуальная ткань. На основаніи вышеизложеннаго при выборѣ метода леченія задержанія умершаго плоднаго яйца въ маткѣ можно руководствоваться слѣдующими соображеніями: Принимая во вниманіе во 1-хъ, способность плодовыхъ элементовъ (Chorion) сохраняться цѣлые мѣсяцы послѣ смерти плода и даже рости (гиперплазія ворсинчатаго покрова), что можетъ, слѣдовательно, служить матеріаломъ для злокачественнаго перерожденія (Chorionepithelioma), во 2-хъ, что умершее яйцо представляютъ благоприятную почву для развитія патогенныхъ микробовъ, — едва ли справедливо допускать выжидательный методъ. Разъ установлена смерть плода — наилучшій и вѣрнѣйшій пріемъ — способствовать изгнанію его изъ полости матки, не исключая и оперативнаго вмѣшательства, какъ это примѣняется при леченіи *mola hydatidosa*.

А. А. Ануфриевъ видитъ интересъ доклада К. П. въ томъ, что онъ богатъ микроскопическими изслѣдованіями, а они такъ же мало разработаны, какъ и этиологія запоздалыхъ выкидышей; этиологія ихъ неясна, какъ и вопросъ о причинахъ начала нормальныхъ родовъ. Вопросъ о томъ, почему матка прекращаетъ свои сокращенія при разбираемомъ явленіи, очень важенъ. А. А. описалъ въ 1904 г. свой случай и на основаніи его считаетъ возможнымъ такое объясненіе задержки плода: можетъ быть, хроническія измѣненія въ маткѣ, развитіе соединительной ткани въ сосудахъ (endarteritis), мѣшаютъ нормальной ея дѣятельности. Вѣроятно, пораженія касаются и мышць.

Изслѣдованія, произведенныя надъ старческими матками, указываютъ, что при извѣстныхъ биологическихъ условіяхъ появляются особыя клѣтки, макрофаги, производящія глубокое поврежденіе ткани, клинически выражающееся въ атоніи матки. Сюда относятся наблюденія Пастернака (1907 г.), затѣмъ Сагателова (повтореніе missed abortion). Эти и нѣкоторые другіе факты, указывающіе на этиологію вопроса, А. А. считаетъ подтверждающими выраженную имъ теорію, что въ качествѣ этиологическихъ моментовъ можно почти всегда найти истощеніе матки (exhaustio) въ силу какихъ либо мѣстныхъ измѣненій (collum conicum со связанными съ ней измѣненіями) или общихъ явленій (частыя беременності, истощающія организмъ, сифились и т. д.). Если признать эту теорію правильной, то явятся новые вопросы, какъ часто бываетъ missed abortion у одной и той же женщины и др. И прежніе авторы уже указывали на существованіе извѣстныхъ патолого-анатомическихъ измѣненій; особенно интереснымъ нужно признать некрозъ клѣтокъ Langhans'a, затѣмъ развитіе ихъ изъ синцитіальнаго покрова. А. А. спрашиваетъ, въ какомъ состояніи находится въ изслѣдованныхъ К. П. случаяхъ — щетковидный слой Bonnet. Новымъ является утвержденіе, что срокъ задержки остается безъ вліянія на микроскопическія измѣненія, съ чѣмъ А. А. не можетъ согласиться, полагая, что сосуды запустѣваютъ постепенно снаружи и врядъ-ли измѣненія въ сосудахъ идутъ такъ быстро; разъ же они поступаютъ постепенно, то надо признать зависимость ихъ отъ времени задержки. Очень важнымъ считаетъ А. А. изслѣдованіе губчатого слоя послѣда.

К. П. Улезко-Строганова. Клѣтокъ Langhans'ова слоя я не произвожу изъ syncytium'a. Говоря о клѣточныхъ скопленіяхъ въ послѣдѣ во 2-мъ случаѣ при наличности довольно распространеннаго некроза, котораго располагаются между некротизировавшимися ворсинками, я высказала предположеніе, что эти клѣточные скопленія крайне похожія на Zellknoten Langhans'a, происходятъ не только на счетъ клѣтокъ Langhans'ова слоя, но и путемъ распада syncytium'a на отдѣльные клѣточные элементы. Въ доказательство приводила: 1) срокъ данной беременности (плодъ умеръ на 5-омъ мѣсяцѣ, когда Zellknoten Langhans'a въ значительной степени ограничиваются и почти исчезаютъ); во 2), отсутствіе выраженаго слоя Langhans'a въ сохранившихся ворсинкахъ.

Мерцательныя рѣснички по краю syncytium'a мнѣ не удалось видѣть отчетливо въ изслѣдованныхъ мною случаяхъ, быть можетъ, въ зависимости отъ довольно грубой обработки препаратовъ. Но, какъ извѣстно, онѣ не всегда видны отчетливо и на ворсинкахъ нормальныхъ послѣдовъ. Несомнѣнно, продолжительность пребыванія яйца въ полости матки послѣ смерти плода, должна оказывать вліяніе на измѣненіе ворсинъ. Но на основаніи микроскопическихъ картинъ и клиническихъ данныхъ, я прихожу къ заключенію, что большее вліяніе на степень распространенія некроза въ послѣдѣ оказываютъ причины, убивающія плодъ (кровоизліянія, сифились).

Л. Г. Личкусъ замѣтилъ, что объясненіе А. А. Ануфриева относительно причины возникновенія missed abortion, повидимому, пригодно не для всѣхъ случаевъ. Въ доказательство онъ привелъ слѣдующее свое наблюденіе. Къ нему обратилась 23 лѣтняя слушатель-

нича женскаго медицинскаго института, беременная приблизительно 2 мѣсяца. При дальнѣйшемъ наблюдении выяснилось, что беременность съ этого времени приостановилась въ своемъ развитіи и матка, какъ это нерѣдко бываетъ, стала даже нѣсколько уменьшаться. Больная, обезпокоенная прекращеніемъ мѣсячныхъ, какъ водится, стала ѣздить къ другимъ врачамъ и нѣкоторые изъ нихъ будто бы отрицали беременность. Тѣмъ не менѣе, въ тотъ день, когда по расчету должны были бы наступить срочные роды, у больной появились кровотеченіе и боли и было извергнуто плодное яйцо, къ сожалѣнію, такъ какъ это было лѣтомъ, плохо сохранившееся оппонентомъ. Черезъ годъ больная благополучно родила въ Маринскомъ Родильномъ Дѣмѣ. Если бы причиной *missed abortion* всегда были бы тѣ органическія измѣненія въ маткѣ, которыя, по мнѣнію Ануфриева, обуславливаютъ ея истощеніе (*Exhaustio*), то послѣдовательные роды, конечно, были невозможны.

Указавши далѣе, на то, что подъ *missed abortion* разумѣются только тѣ случаи, когда умершее яйцо извергается изъ матки только тогда, когда по расчету должны были бы наступить срочные роды или еще позже, Личкусъ замѣтилъ, что подмѣченный докладчицей фактъ независимости степени дегенеративныхъ измѣненій въ яйцахъ отъ времени задержанія ихъ въ маткѣ быть можетъ нужно объяснить инымъ образомъ, а именно: яйцо, задержавшееся только 2 мѣсяца и оказавшееся болѣе измѣненнымъ, чѣмъ яйцо задержавшееся 5 мѣсяцевъ, было потому именно извергнуто раньше, что оно оказалось болѣе измѣненнымъ. Иначе говоря, чѣмъ сильнѣе будутъ выражены дегенеративные процессы въ яйцѣ и чѣмъ въ большей мѣрѣ, слѣдовательно, оно будетъ постороннимъ дѣломъ для матки, тѣмъ меньше времени оно будетъ задерживаться въ полости ея и наоборотъ, чѣмъ процессы эти будутъ развиваться медленнѣе, тѣмъ больше данныхъ на болѣе долгое задержаніе яйца.—Въ заключеніе Личкусъ поблагодарилъ докладчицу отъ имени Общества за ея весьма интересное сообщеніе.

К. П. Улезко-Строганова дѣлаетъ поправку къ объясненію Л. Г. Личкуса. Причина изверженія плоднаго яйца независима; измѣненія же въ немъ могутъ быть различной степени независимо отъ срока и зависятъ отъ причины, убившей плодъ.

Л. Г. Личкусъ отмѣчаетъ практическую важность вопроса о необходимости активнаго вмѣшательства при констатированномъ *missed abortion* въ виду возможности развитія хоріо-эпителиомы.

К. К. Скробанскій. Въ литературѣ же нѣтъ указаній на развитіе хоріо-эпителиомы послѣ *missed abortion*.

Р. В. Кипарскій, изучая вопросъ о преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста, находилъ много измѣненій, которыя могутъ имѣть значеніе и въ смыслѣ вызова *missed abortion* (*endarteritis* и т. д.). Необходимо изслѣдованіе и болѣе глубокихъ тканей (*decidua, muscularis*); при болѣе частомъ перерожденіи плоднаго яйца — *mola hydatidosa* — вопросъ также остался открытымъ, что наступаетъ раньше, смерть ли плода или измѣненія въ послѣдѣ?

К. П. Улезко-Строганова. Вопросъ о причинѣ смерти плода вообще разсматривался въ литературѣ такъ часто и многосторонне, что въ настоящее время считается уже достаточно выяснен-

нымъ, почему я и не считала нужнымъ останавливаться на немъ, какъ и заявила объ этомъ въ началѣ своего доклада. Возможна ли смерть плода подъ вліяніемъ глубокихъ воспалительныхъ процессовъ въ децидуальномъ слое, — вопросъ этотъ тоже затрогивается въ литературѣ. Съ своей стороны, описывая измѣненія децидуального слоя въ 1-омъ случаѣ, я тутъ же высказалась, что ихъ можно разсматривать не исключительно какъ посмертныя явленія, но какъ уже бывшія въ моментъ развитія децидуальной ткани, которыя въ извѣстной степени и сами по себѣ могли повести къ смерти плода.

VII. С. С. Финкель. *Случай атрезіи hymenalis у замужней женщины.* 22-я лѣтняя крестьянка, — замужемъ 3-ій годъ, жалуется на боль при мочеиспусканіи и въ области наружныхъ половыхъ органовъ. Стала хворать съ 17 лѣтъ ежемѣсячно болями, животъ началъ увеличиваться; земскимъ врачомъ произведенъ какой то проколъ, черезъ который вышло много крови; съ тѣхъ поръ стала носить крови. При осмотрѣ расширение мочеиспускательнаго канала, утолщеніе дѣвственной плевы съ отсутствіемъ всякаго отверстія, которое удалось обнаружить лишь во время регуль. Растяженіе перепонки плевы съ кожей промежности и при участіи уретры образуетъ слѣпой мѣшокъ, вдающійся въ рукавъ и дающій прощупать матку. Подъ спинно-мозговой анестезіей произведенъ поперечный разрѣзъ плевы съ изсѣченіями обѣихъ половинъ; толщина изсѣченной плевы не менѣе половины сантиметра. Въ данномъ случаѣ была первоначально полная атрезія дѣвственной плевы. Причиной вторичнаго обращенія больной къ врачебной помощи были жалобы ея на невозможность сношенія, которое совершалось въ образовавшееся впячиваніе плевы, и на расстройство мочевого аппарата. Чрезмѣрная толщина плевы болѣе поздняго, вторичнаго, происхожденія. Въ этомъ случаѣ несомнѣнно игралъ нѣкоторую роль въ образованіи рубцовой ткани бывший проколъ плевы, а также постоянное раздраженіе и послѣдовательное хроническое воспаленіе ея при энергичномъ, но бесплодномъ сношеніи. Отверстіе послѣ прокола зарубцевалось быстро, но все же было достаточно, чтобы избавить больную отъ скопленія крови въ рукавъ со связанными съ нимъ послѣдствіями.

К. К. Скробанскій объясняетъ, что вѣроятно врачъ, производившій проколъ, оказавшійся недостаточнымъ, ограничился имъ, не рискуя болѣе серьезнымъ вмѣшательствомъ изъ-за опасенія инфекции.

В. В. Строгановъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ описалъ подобный же случай и не считаетъ ихъ особенно рѣдкими. Вырѣзаніе плевы — маленькая операція, которую нужно, по его мнѣнію, производить подъ мѣстной анестезіей, а отнюдь не спинно-мозговой.

С. С. Финкель поясняетъ, что къ этой формѣ наркоза при-

бѣгли, какъ стоящей на границы между мѣстной, которая могла бы быть недостаточна въ виду раздраженія тканей, и общей.

К. К. Скробанскій защищаетъ спинно-мозговую анестезію, не считая ее страшной. Способъ простъ, не требуетъ для наркоза второго врача; мѣстная же анестезія часто вредитъ при малыхъ операціяхъ, ведя къ некрозу тканей, а въ иныхъ случаяхъ даетъ коллапсъ и даже смерть. Нельзя не считаться съ вліяніемъ общаго наркоза на общій % смертности, напр. Wertheim считаетъ, что онъ у него понизился благодаря болѣе рѣдкому примѣненію общаго наркоза.

Р. В. Кипарскій напоминаетъ о способѣ анестезіи впрыскиваніемъ *sosain'a* въ п. *rudendus*, хотя его трудно найти.

А. А. Ануфриевъ ссылается на проф. Дьяконова и высказывается противъ спинно-мозговой анестезіи, при которой не устраняется вліяніе на психическое состояніе больного.

В. В. Строгановъ. Мѣстный наркозъ еще болѣе безопасенъ, чѣмъ спинно-мозговой. Сфера дѣятельности перваго все болѣе и болѣе расширяется. Пластическія операціи не ухудшаются отъ мѣстной анестезіи.

Л. А. Гусаковъ считаетъ, что спинно-мозговая анестезія можетъ имѣть мѣсто лишь, когда примѣненіе общей представляетъ опасность.

Л. Г. Личкусъ присоединяется къ мнѣнію тѣхъ, которые считаютъ примѣненіе спинно-мозговой анестезіи для изсѣченія дѣвственной плевы—мало-обоснованнымъ. Онъ думаетъ даже, что и вся операція была бы излишней, если бы мужъ былъ болѣе опытенъ въ половыхъ сношеніяхъ. Подозрѣвать у него полового безсилія нельзя въ виду того, что ему удалось расширить и мочеиспускательный каналъ и вдавить въ видѣ слѣпого мѣшка промежность. При такихъ условіяхъ онъ могъ бы прорвать и дѣвственную плеву тѣмъ болѣе, что въ ней уже имѣлось маленькое отверстіе. Какая сила можетъ быть развита при половомъ актѣ, указываетъ случай проф. Н. Н. Феноменова: молодой, неопытный мужъ проложилъ путь черезъ промежность въ прямую кишку. Тѣмъ не менѣе случай докладчика очень интересенъ и Л. Г. поблагодарилъ его отъ имени общества за сдѣланное сообщеніе.

Административное засѣданіе не состоялось за недостаткомъ должнаго числа членовъ.

Предсѣдатель *Рейнъ*.

Секретарь *Л. Кривскій*.

Протоколь № III

административнаго засѣданія 16 апрѣля 1909 г.

Предсѣдательствовалъ Г. Е. Рейнъ, а затѣмъ Л. Г. Личкусь.

Присутствовало 52 члена.

Засѣданіе было закончено при наличномъ составѣ членовъ на основаніи § 34 стараго устава.

I. Прочитано, письмо почетнаго члена Общества проф. В. Ф. Снегирева, адресованное предсѣдателю Общества проф. Н. Н. Феноменову.

Глубокоуважаемый Предсѣдатель Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ, Николай Николаевичъ! 26-го февраля сего года Акушерско-Гинекологическое Общество почтило меня избраніемъ въ Почетные Члены Общества. Поэтому первымъ долгомъ считаю принести ему благодарность за высокую честь, оказанную мнѣ. Я высоко цѣню дѣятельность и работу Общества; его энергію и его отзывчивость на всѣ текушіе вопросы, не только научные, но и общественные, соприкасающіеся съ предметами Гинекологіи и Акушерства.

Дѣятельность его не только научная, но и преподавательская и руководящая. Въ нашемъ отечествѣ существованіе его особенно цѣнно, ибо оно даетъ возможность врачамъ знакомиться съ русскими работами, вышедшими изъ солидныхъ учреждений, самостоятельными или совершенными подъ руководствомъ авторитетныхъ руководителей — почему цѣнность матеріала и довѣріе къ нему повышается.

Оно даетъ возможность врачамъ, разбросаннымъ по всѣмъ концамъ Россіи, принести свои наблюденія подъ авторитетный контроль Общества, которое всегда внимательно добросовѣстно и, скажу даже, ласково относится въ особенности къ начинающимъ дѣтелямъ. Это составляетъ притягательную силу, — вотъ почему въ числѣ его сочленовъ такъ много иногороднихъ, и Общество по праву должно бы быть названо Россійскимъ Обществомъ. Это есть центръ ума, знаній, разума и энергіи.

Сознавая все это, Вы поймете, какъ глубоко я тронуть вниманіемъ Общества не лично, но главнымъ образомъ, какъ представитель кафедры старѣйшаго Университета.

Пусть же Общество будетъ долгіе годы продолжать свою цѣнную и неутомимую работу, свои изысканія, покоющіяся на правдѣ и истинѣ.

В. Снегиревъ.

II. Произведены выборы другого секретаря Общества, избранъ К. К. Скробанскій.

III. Избранъ въ почетные члены Общества Владиміръ Александровичъ Вастень.

IV. Избраны въ дѣйствительные члены: I. А. Балабанъ, Н. Р. Барановскій, В. П. Дофельдтъ, А. И. Кочетковъ, Д. А. Лисовскій, А. А. Никольскій, Ф. К. Петерсонъ, Л. О. Покровскій, В. К. Порембскій.

Иосифъ Аркадьевичъ Балабанъ родился въ 1871-мъ году 12-го декабря. Среднее образованіе получилъ въ Кіевской 1-ой гимназій, которую окончилъ въ 1891-мъ году съ золотой медалью. Въ томъ-же году поступилъ на медицинскій факультетъ университета Св. Владиміра, гдѣ и получилъ званіе лѣкаря въ 1898-мъ году.

По окончаніи курса наукъ въ университетѣ, поступилъ въ факультетскую Акушерскую Клинику, гдѣ несъ ординаторскія обязанности до февраля 1900-го года. Въ 1899-мъ году былъ избранъ дѣйствительнымъ членомъ Кіевского Акушерско-гинекологическаго Общества. Съ февраля 1900-го до марта 1904 года исполнялъ обязанности ординатора въ Академической Акушерско-гинекологической клиникѣ Академика Г. Е. Рейна. Въ 1903—1904-мъ году выдержалъ экзамены на степень доктора медицины.

Въ мартѣ 1904-го года призванъ былъ изъ запаса по случаю войны съ Японіей и отправленъ на Дальній Востокъ, гдѣ былъ назначенъ старшимъ ординаторомъ сначала Владивостокскаго I-го крѣпостного госпиталя, а затѣмъ 22-го полевого запаснаго госпиталя; въ томъ и другомъ госпиталѣ завѣдывалъ специально хирургическимъ отдѣленіемъ.

По возвращеніи съ Дальняго Востока, въ 1906-мъ году, вновь поступилъ въ Академическую Акушерско-гинекологическую клинику Академика Г. Е. Рейна, гдѣ продолжаетъ нести ординаторскія обязанности по сіе время (представляютъ: Г. Рейнъ, А. Редлихъ и К. Скробанскій).

Николай Рафаиловичъ Барановскій родился въ С.-Петербургѣ 2-го іюня 1876-го года. Среднее образованіе получилъ въ С.-Петербуржской 8-ой классической гимназій; высшее—въ Императорской Военно-медицинской Академіи, въ которой кончилъ курсъ въ ноябрѣ 1900 года со званіемъ лекаря. Съ 4-го курса Академіи въ теченіи 2-хъ лѣтъ работалъ въ 13-мъ городскомъ родильномъ ирјуотѣ подъ руководствомъ пр. доц. Д. Д. Попова. По окончаніи курса въ Академіи служилъ военнымъ врачомъ въ провинціи, гдѣ за-

нимался, главнымъ образомъ, гинекологіей и акушерствомъ, причеиъ работалъ по этимъ специальностямъ въ городскихъ больницахъ гг. Двинска и Минска. Въ февралѣ 1908 году переведенъ въ С.-Петербургъ младшимъ врачомъ 145-го пѣх. Новочеркаскаго полка и работалъ въ клиникѣ проф. Лебедева, а съ октября 1908 г. работаетъ въ Акушерско-Гинекологическомъ отдѣленіи С.-Петербургскаго Николаевскаго военнаго госпиталя, въ прикомандированіи къ которому состоитъ въ настоящее время.

Состоить членомъ Об-ва борьбы съ раковыми заболѣваніями и съ декабря 1908 г.—врачемъ-гинекологомъ при С.-Петербургскомъ городскомъ санитарномъ управленіи, причеиъ ведетъ амбулаторный приемъ по женскимъ болѣзняиъ въ городской амбулаторіи 2-ой Нарвской части (Предлагаютъ В. Бекманъ, Личкусь и М. Порошинъ).

Владиміръ Пирсовичъ Дофельдтъ родился въ 1883 году 14-го августа. Среднее образованіе получилъ въ Нарвской гимназіи, гдѣ окончилъ курсъ въ 1901 году съ серебряной медалью. Въ томъ-же году поступилъ въ Императорскую военно-медицинскую Академію, которую окончилъ въ 1908 году и получилъ званіе лекаря съ отличіемъ.

Въ 1904—05 году, будучи студентомъ Академіи 4-го курса, исполнялъ на Дальнемъ Востокѣ обязанности младшаго врача 6-го С.-Петербургскаго легучаго отряда Краснаго Креста, а затѣиъ 16-го санитарнаго поѣзда Краснаго Креста. Въ 1907 году съ іюня по декабрь исполнялъ обязанности земскаго врача 2-го медицинскаго участка Петергофскаго уѣзда и Лопухинской земской больницы на 20-ть кроватей. Въ 1908 году съ мая по декабрь исполнялъ обязанности земскаго врача 3-го медицинскаго участка Петергофскаго уѣзда и Губаницкой земской больницы на 20-ть кроватей.

По окончаніи курса наукъ въ Академіи оставленъ по конкурсу при Академіи для усовершенствованія. Въ настоящее время несетъ ординаторскія обязанности въ Акушерско-гинекологической клиникѣ Академика Г. Е. Рейна (Представляютъ: Г. Рейнъ, И. Судаковъ и К. Скробанскій).

Кочетковъ Алексѣй Ильичъ родился въ 1865 г. Кончилъ курсъ въ Императорскомъ Казанскомъ университетѣ въ 1889 г. По окончаніи курса состоялъ ординаторомъ при Акушерско-Гинекологической клиникѣ съ 1889 по 1893 г., а затѣиъ занимался въ той-же клиникѣ еще 3 года. Экзамены на доктора медицины сданы въ Казанскомъ университетѣ. Съ 1895 г. находился на частной службѣ (врачемъ Горныхъ заводовъ). Имѣетъ нѣсколько печатныхъ работъ по акушерству (Представляютъ: Н. Феноменовъ, В. Столыпинскій, Л. Личкусь).

Лекарь Дмитрій Аполлоновичъ Лисовскій родился въ 1870 г. кончилъ курсъ въ Императорскомъ Казанскомъ университетѣ въ 1895 году. По окончаніи курса занималъ должность ординатора при акушерско-гинекологической клиникѣ Казанскаго университета въ теченіи трехъ лѣтъ. Въ теченіи года завѣдывалъ Казанскимъ родильнымъ приютомъ. Затѣиъ завѣдывалъ родильнымъ отдѣленіемъ при желѣзно-дорожной больницѣ въ г. Асхабадѣ и въ настоящее время состоитъ земскимъ врачомъ въ г. Спасскѣ Казанской губ. (Представляютъ: Н. Феноменовъ, В. Столыпинскій и П. Каземъ-Бекъ).

Александръ Александровичъ Никольскій родился въ С.-Петербургѣ въ 1881 году 10 августа. Среднее образование получилъ въ СПб. 6-ой гимназій, которую окончилъ въ 1901 году. Въ томъ же году поступилъ въ Императорскую Военно-Медицинскую Академію, гдѣ и получилъ званіе лѣкаря съ отличіемъ въ 1908-мъ году.

Будучи студентомъ Академіи 3-го курса въ 1903 году съ іюня по августъ несъ обязанности помощника врача при Абасъ-Туманскихъ минеральныхъ водахъ. Въ 1904—1905 году исполнялъ на Дальнемъ Востокѣ обязанности младшаго врача 4-го СПб. летучаго отряда, а затѣмъ 5-го санитарнаго поѣзда Краснаго Креста. Въ курортный сезонъ 1906 года завѣдывалъ вновь открытой водолечебницей въ г. Старой Руссѣ.

По окончаніи курса Академіи Рысочайшимъ Приказомъ отъ 30-го ноября 1908 года назначенъ младшимъ врачомъ 10-го В.-Сиб. стрѣлковаго полка.

Въ настоящее время, пользуясь отпускомъ, несеть ординаторскія обязанности въ Академической Акушерской Клиникѣ Академика Г. Е. Рейна (Представляютъ: Г. Рейнъ, А. Редлихъ, К. Скробанскій.

Леонтій Θεопемптовичъ Покровскій родился въ 1877 г. Гимназію окончилъ въ 1895 г. Послѣ окончанія гимназій поступилъ въ Императорскій С.-Петербургскій Университетъ на физико-математическій факультетъ, который и окончилъ по отдѣленію естественныхъ наукъ въ 1899 года. Затѣмъ поступилъ въ Императорскую Военно-Медицинскую Академію, которую и окончилъ въ 1904 году со званіемъ лекаря съ отличіемъ. Съ 1906 года состоитъ врачомъ Императорскаго С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія. Представляютъ: Н. Фсноменовъ, В. Столыпинскій, Личкусъ).

Θеодоръ Карловичъ Петерсонъ родился въ СПб. въ 1874 г. Среднее образование получилъ въ гимназій Св. Анны, которую окончилъ 1896 г. Высшее медицинское образование получилъ въ Императорской Военно-Медицинской Академіи, которую окончилъ въ 1901 г. со званіемъ лекаря съ отличіемъ (*medicus cum eximia laude*). Въ 1901—1902 г. работалъ въ клиникѣ Академика прсф. Г. Е. Рейнъ. Въ августѣ 1902 г. командированъ въ Польшу — Посьеть, гдѣ завѣдывалъ обсервационнымъ пунктомъ и хслернымъ приѣмнымъ покоемъ. Съ 1903—1904 года работалъ въ Женскомъ Отдѣленіи Николаевскаго Военнаго Госпиталя подъ руководствомъ дсп. Д. Д. Попова. Въ началѣ 1904 г. призванъ на театръ военныхъ дѣйствій, гдѣ по августъ 1905 г. завѣдывалъ хирургическимъ отдѣленіемъ Своднаго № 6 Харбинскаго Госпиталя. Вернувшись сталъ опять работать въ Госпиталѣ у Доц. Д. Д. Попова. Въ 1906 г. назначенъ завѣдующимъ гинекологическимъ и раковымъ отдѣленіемъ Свято-Троицкой Обшивы Сестеръ. Лѣтомъ 1907 года работалъ въ Берлинѣ въ Charité у прсф. W. Stoessel. (Предлагаютъ: Н. Феноменовъ, М. Порошинъ, Личкусъ).

Владимиръ Казимировичъ Поремскій родился въ 1880 году 16-го февраля. Среднее образование получилъ въ Гатчинскомъ сиротскомъ Институтѣ Императора Николая I, гдѣ окончилъ курсъ въ 1898 году и съ тѣмъ записанъ на мраморную доску Института. Въ слѣдующемъ году по выдержаніи испытанія зрѣлости при СПб. 5 ой

гимназіи поступилъ въ С.Пб. Университетъ на физико-математическій факультетъ по естественному отдѣленію. По окончаніи университета въ 1903 году, поступилъ въ Императорскую Военно-Медицинскую Академію, гдѣ и получилъ званіе лѣкаря съ отличіемъ въ 1908 году. По конкурсу оставленъ при Академіи для усовершенствованія въ наукахъ. Въ настоящее время несетъ ординаторскія обязанности въ акушерско-гинекологической клиникѣ академика Г. Е. Рейна (Г. Рейнъ, А. Редлихъ, Скробанскій).

V. Предложенъ въ дѣйствительные члены: Николай Федоровичъ Давыдовъ (предложенъ Кривскимъ, Столыпинскимъ, Личкусомъ).

Предсѣдатель *И. Чернышевъ.*

Секретарь *Л. Кривскій.*

РЕФЕРАТЫ.

Обзор русской акушерско-гинекологической литературы.

547 А. Гинзбургъ, — *Рѣдкій случай инороднаго тѣла въ мочево́мъ пузырь* (Врач. Газ. 1909, № 15).

Въ мочево́мъ пузырьѣ былъ найденъ презервативъ, который ввела больная по ошибкѣ, вмѣсто влагалища, желая избѣжать беременности. Презервативъ состоялъ изъ стальной пластинки, обтянутой резиной, и былъ введенъ въ сложенномъ видѣ черезъ расширенный мочеиспускательный каналъ, пропускавшій 1½ фаланги указательнаго пальца. На другой день появились боли въ нижней части живота, которая постепенно усиливались; появилась кровь въ мочѣ, небольшія повышенія т₀. Два раза больная подвергалась цистоскопированію, но оба раза съ отрицательнымъ результатомъ. По предложенію автора сдѣланъ рентгеновскій снимокъ, причемъ ясно опредѣлилось присутствіе въ мочево́мъ пузырьѣ презерватива, у котораго сломалась стальная пластинка. Презервативъ удаленъ кюретангомъ послѣ предварительнаго расширенія мочеиспускательнаго канала. Дальнѣйшее леченіе состояло въ промываніи пузыря и назначеніи уротропина.

548 Л. Окинчицъ, — *Связь заболѣвній женскаго полового аппарата и кишечника* (Врач. Газ. № 17—18).

Въ настоящее время несомнѣнно установлена возможность зараженія внутреннихъ половыхъ органовъ женщины путемъ проникновенія изъ кишечнаго канала *bacterium coli commune*. Инфекція происходитъ двоякимъ путемъ: или бактерии, проникая черезъ измѣненную вслѣдствіе какихъ либо причинъ стѣнку кишекъ, достигаютъ ея брюшиннаго покрова и распространяются отсюда на брюшину половыхъ органовъ, или бактерии по лимфатическимъ путямъ переходятъ въ ихъ брыжейку и уже отсюда распространяются на тазовую клетчатку. Распространеніе инфекціи можетъ происходить и въ обратномъ направленіи, если первичнымъ очагомъ болѣзни являются половые органы. За послѣдніе 3 года въ факультетской клиникѣ Ж. М. Института было 7 случаевъ слипчиваго воспаления правыхъ придатковъ и червеобразнаго отростка, гдѣ источникомъ заболѣванія являлся половой аппаратъ, (въ 3 случаяхъ — перелойный сальпингоофоритъ, въ 2 случаяхъ — послѣродовое заболѣваніе и 2 — перекручиваніе правосто-

ронней кисты яичника). Но въ двухъ случаяхъ воспаленіе червеобразнаго отростка было первичнымъ, и послѣ оперативнаго удаленія его увеличенные и рѣзко болѣзненные правые придатки пришли въ нормальное состояніе. Такимъ образомъ, можно допустить, что воспалительное состояніе червеобразнаго отростка вызываетъ гиперэмію правыхъ придатковъ, чему, вѣроятно, способствуетъ артеріальная вѣточка, берущая начало изъ *art. spermatica* и направляющаяся къ червеобразному отростку по *lig. appendiculo-ovaricum*. Въ одномъ изъ случаевъ, наблюдавшихся въ клиникѣ, процессъ протекалъ очень бурно, воспаленіе распространилось на тазовую брюшину и брюшину Douglas'ова пространства, образовался выпоть.

При дифференціальной діагностикѣ аппендицита отъ воспаленій, исходящихъ изъ половыхъ органовъ, слѣдуетъ обращать самое тщательное вниманіе на анамнезъ. При этомъ нельзя упускать изъ виду, что такъ называемыя „дисменоррейныя боли“ не всегда указываютъ на заболѣваніе придатковъ,—напр. по наблюденіямъ Bedeg'a, гиперемія тазовой области во время регуль можетъ вызвать обостреніе хроническаго аппендицита и дать клиническую картину остраго приступа; кромѣ того, наблюдалось исчезновеніе этихъ болей послѣ удаленія червеобразнаго отростка. При изслѣдованіи больной слѣдуетъ считаться съ локализацией болей, но помнить при этомъ, что при аппендицитѣ боли не всегда ограничиваются точкой Mac Burney, а иррадируютъ часто въ области *crista ossis ilei* и лона. Точка, соответствующая на брюшныхъ покровахъ расположенію яичника, находится на границѣ между нижней и средней третью линіи, соединяющей пупокъ съ серединой *lig. Poupartii*; эта точка на $1\frac{1}{2}$ пальца ниже точки Mac Burney. Двустороннее воспаленіе придатковъ указываетъ на заболѣваніе, исходящее изъ полового тракта; то же относится и къ ограниченію подвижности матки и ея болѣзненности. Удлиненная форма опухоли скорѣе говоритъ за аппендицитъ, а болѣе широкая— за воспаленіе придатковъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ Rovsing предлагаетъ приемъ, состоящій въ томъ, что производятъ давленіе, по направленію снизу вверхъ, на *colon descendens*, оттѣсняя содержимое толстыхъ кишекъ въ правую сторону, что при аппендицитѣ вызываетъ боль въ точкѣ Mac Burney. Если заболѣваніе протекаетъ остро, то діагностика еще труднѣе. Авторъ приводитъ наблюденія Barth'a, которыя считаетъ очень цѣнными: для воспаленія брюшины на почвѣ аппендицита должны быть на лицо 3 признака: лихорадка, рвота и рефлекторное сокращеніе брюшной стѣнки въ области воспалительнаго процесса. Послѣдняго признака не бываетъ при воспаленіи, исходящемъ изъ половыхъ путей.

Кромѣ червеобразнаго отростка большое значеніе для полового аппарата имѣетъ *flexura sigmoidea*. Кромѣ воспалительныхъ измѣненій

здѣсь играетъ роль и недоразвитіе этого отѣла кишечника, часто встрѣчающееся совместно съ недоразвитіемъ полового аппарата. Недоразвитіе flex. sigmoid. выражается чрезмѣрной длиной ея и слабостью ея мышечной стѣнки; эти обстоятельства обуславливаютъ запоры, которые усиливаютъ retroversio uteri, встрѣчающуюся часто при недоразвитіи полового аппарата. Съ другой стороны, retroversio можетъ вызвать задержку стула вслѣдствіе болѣзненности дефекаціи. Въ конечномъ результатѣ можетъ развиваться воспалительный процессъ. Въ статьѣ приводится случай остраго сигмоидита съ воспаленіемъ окружающей брюшины и образованіемъ экссудата въ тазовой полости.

Retroversio uteri, существующая продолжительное время, можетъ осложниться образованіемъ сращеній между маткой и прямой кишкой со всѣми обычными послѣдствіями. Иногда воспаленіе стѣнки прямой кишки обуславливается воспалительными процессами въ половомъ аппаратѣ. На той же почвѣ можетъ получиться воспаленіе клѣтчатки между шейкой матки и передней стѣнкой прямой кишки. Кромѣ того, парапроктиты и паракольтиты непосредственно могутъ перейти одинъ въ другой.

Въ одномъ изъ случаевъ заболѣваніе послѣ выкидыша, начавшееся съ воспаленія клѣтчатки правой широкой связки, перешло на клѣтчатку, окружающую прямую кишку и опустилось въ правую fossa ischiorectalis.

При воспаленіи брюшиннаго покрова матки, могутъ образоваться сращенія съ тонкими кишками, покрывающими заднюю поверхность и дно ея. Такія же сращенія могутъ быть при перекручиваніи ножки кисты, онѣ оказываются иногда настолько прочными что такимъ путемъ поддерживается питаніе кисты при омертвѣніи ножки.

549. Ю. О. Аншелесъ.—*Изомированная клинически первичная бугорчатка фаллопиевой трубы* (Врач. Газ., № 24—26).

Описанъ случай клинически первичной бугорчатки трубы. Больная 26 лѣтъ, замужемъ около 5 лѣтъ, беременна не была; жалобы—боли съ правой стороны внизу живота, общая слабость, сердцебиеніе, головныя боли, отсутствіе аппетита и запоры. Въ анамнезѣ никакихъ указаній на туберкулезъ нѣтъ. Со стороны легкихъ никакихъ отклоненій отъ нормы. Животъ вздутъ, брюшныя стѣнки напряжены, рѣзкая болѣзненность при надавливаніи на правую паховую область. При гинекологическомъ изслѣдованіи поставленъ діагнозъ pyosalpinx dextra со сращеніями.

Во время операциі въ брюшной полости обнаружена свободная жидкость, а брюшинный покровъ опухоли оказался покрытымъ множествомъ бугорковъ; туберкулезный процессъ распространился и на брюшину малаго таза въ видѣ разсѣянныхъ туберкулъ. Гистологическое изслѣдованіе вырѣзанной правой трубы дало характерную

картину глубокаго туберкулезнаго пораженія, охватившаго всѣ слои ея стѣнки. Всѣ сосѣдніе органы, даже правый яичникъ, оказались совершенно нормальными. Больная быстро поправилась послѣ операціи и изъ хилой женщины превратилась въ цвѣтушую, что является подтвержденіемъ клинической картины изолированности туберкулезнаго очага.

На основаніи описаннаго случая и литературныхъ данныхъ авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ 1) клиническія наблюденія не даютъ права совершенно исключить возможность первичныхъ, чисто мѣстныхъ заболѣваній бугорчаткой женскихъ половыхъ органовъ. 2) Бациллы, попавшія въ половой каналъ, находятъ благопріятныя условія для развитія, повидимому, главнымъ образомъ въ измѣненныхъ воспалительными процессами фаллопиевыхъ трубкахъ,—отсюда относительная рѣдкость поражений бугорчаткой другихъ отдѣловъ полового тракта. 3) Значительнымъ подспорьемъ при діагнозѣ можетъ служить несоотвѣтствіе между глубокимъ нарушеніемъ общаго состоянія больной и ограниченностью мѣстнаго процесса. 4) Оперативное удаленіе туберкулезныхъ придатковъ должно производиться исключительно путемъ брюшнаго чревосѣченія. 5) Удаленію подлежатъ исключительно пораженныя части. 6) Бугорчатка женскихъ половыхъ органовъ требуетъ большаго вниманія со стороны гинекологовъ.

550. М. Н. Неменовъ — *Къ техникѣ лученія лучами Röntgen'a гинекологическихъ заболѣваній* (Р. Врачъ. 1907 № 24).

Авторъ пользуется дов. жесткими трубками 8—10 по Wehnelt'у, разстояніе беретъ въ 30—35 см., причемъ употребляетъ компрессионную діафрагму, подъ которую подкладываетъ кожаный фильтръ и 2—3 кружка люфы. Въ теченіе мѣсяца онъ даетъ 2—2¹/₂ дозы Sabougeau и Noiré въ 2 серіи освѣщенія 6—12 минутъ, смотря по тому, изъ сколькихъ освѣщеній состоитъ каждая серія; нагрузка трубки 3—4 миллиампера. Чтобы избѣжать быстро закипанія воды въ Müller'овскихъ трубкахъ, авторъ примѣняетъ слѣдующій способъ; наполняетъ ледяной водой до начала шарообразнаго водяного резервуара антикатодный цилиндръ обыкновенной Müller'овской трубки, а водяной резервуаръ наполняетъ до верху мелкими кусочками льда.

551. І. Ю. Якубъ — *Психозы во время беременности, какъ показаніе къ искусственному ея прерыванію. Нѣсколько словъ объ отвѣтственности врача.* (Р. Врачъ, 1909, №№ 26, 27).

Авторъ выставляетъ слѣдующія положенія: 1) Постановка показаній къ искусственному прерыванію беременности, особенно въ 1-ой ея половинѣ, вслѣдствіе развивающагося или развившагося въ теченіе ея психоза труднѣе, чѣмъ при другихъ заболѣваніяхъ. 2) Прервать беременность слѣдуетъ только при существованіи опасности для жизни или здоровья больной. 3) Показаніемъ къ искусственному прерыванію беременности служитъ тяжелая форма меланхоліи, которая

чаще другихъ заболѣваній встрѣчается въ теченіе беременности. 4) Къ прерыванію беременности чаще приходится прибѣгать въ тѣхъ случаяхъ, когда психозъ развился въ концѣ беременности. 5) Нельзя искусственно прерывать беременность изъ опасенія передачи психическаго заболѣванія ребенку. 6) При психозахъ въ время беременности вопросъ о необходимости оперативнаго вмѣшательства долженъ обсуждаться совмѣстно съ врачомъ психіатромъ. 7) Если оперативное вмѣшательство необходимо съ врачебной точки зрѣнія, то согласіе мужа или близкихъ родныхъ является необязательнымъ. 8) При повторяемости психоза въ теченіе различныхъ беременностей у одной и той же женщины слѣдуетъ предупреждать возможность дальнѣйшей беременности.

552. Л. Окинчицъ. — *Къ техникѣ исправленія неправильныхъ положеній матки.* (Практ. Врачъ, 1909, № 10).

За 3 года въ факультетской акушерской клиникѣ Ж. М. Института произведено 35 операций, имѣвшихъ цѣлью отчасти исправить неправильное положеніе матки, отчасти устранить вызванныя имъ опущенія и выпаденія. Показаніемъ къ оперативному вмѣшательству служили не только болѣзненные симптомы, но и необходимость для больной заниматься тяжелой физической работой. При выборѣ способа операціи принимались во вниманіе слѣдующія условія: если больная молода, матка невелика и срощеній нѣтъ, то примѣнялся способъ Alexander-Adams'a съ вскрытіемъ processus vaginalis peritonei; при фиксации матки срощеніями и одновременномъ воспаленіи придатковъ укороченіе круглыхъ связокъ производилось путемъ чревосѣченія (по способу Menge и по способу Dartigues); если при воспаленіи придатковъ не было фиксации матки срощеніями съ брюшиной задняго Дугласа, то укороченіе круглыхъ связокъ производилось посредствомъ colpotomia anterior. Въ двухъ случаяхъ была сдѣлана операція ventrofixatio uteri по способу Mackenrodt'a. Кромѣ того, въ 5 случаяхъ сдѣлана vaginofixatio uteri по способу Schauta-Wertheim'a; всѣ больныя, подвергнутыя этой операціи, находились въ такомъ возрастѣ, при которомъ исключалась возможность дѣторожденія. Въ двухъ случаяхъ былъ примѣненъ способъ Снегирева, — vaginorexia. Показаніемъ къ этой операціи служило въ одномъ случаѣ желаніе одновременно удалить грыжу, въ другомъ случаѣ операція эта была произведена черезъ 2 года послѣ удаленія пораженной ракомъ матки. Въ одномъ случаѣ съ цѣлью устранить опущеніе матки было произведено укрѣпленіе матки къ брюшнымъ стѣнкамъ по способу Olshausen'a. У двухъ очень пожилыхъ больныхъ сдѣлана операція Müller'a. Непосредственные результаты операцій въ всѣхъ случаяхъ получились удовлетворительные.

553. О. И. Лисовскій — *Къ патологій и терапій острыхъ послѣродовыхъ заболѣваній.* (Практ. Врачъ, 1909 № 15, 16, 17).

Авторъ раздѣляетъ послѣродовыя заболѣванія на 5 группъ по

клиническому характеру процесса и устанавливаетъ показанія для соответственнаго метода леченія каждой группы. Самыми простыми являются пораженія, обусловленные палочкообразными микроорганизмами — сапрофитами. Мутный налетъ желтокоричневаго цвѣта, образующійся черезъ сутки на нарушенныхъ въ цѣлости половыхъ путяхъ, замѣняется на вторыя или третьи сутки желто-сѣрой жидкостью, а на четвертыя уже показываются мѣстами грануляціи. Лихорадка бываетъ незначительная, общее состояніе хорошее. Ко второй группѣ авторъ относитъ дифтеритическія пораженія, съ сѣрожелтымъ налетомъ; такія измѣненія слизистой рѣдко встрѣчаются самостоятельно, но осложняютъ обыкновенно стрептококковую инфекцію. Температура при этомъ высокая и разстройство общаго состоянія выражено значительно. Третій видъ — поврежденія, вызванныя стрептококками. Они представляются въ видѣ язвъ на шейкѣ матки и во влагалищѣ, сопровождаются тяжелымъ общимъ состояніемъ и часто поносами. Въ четвертую группу послѣродовыхъ заболѣваній авторъ относитъ утолщеніе всѣхъ слоевъ влагалища и маточныхъ связокъ и піемію. Пятый видъ послѣродовыхъ заболѣваній — это тѣ поврежденія, когда на слизистой оболочкѣ появляются ползучія язвы съ обрывистыми краями, съ чистымъ и сухимъ дномъ, по срединѣ котораго имѣется небольшой гнойникъ. Процессъ въ короткое время поражаетъ все влагалище. Общее состояніе очень тяжелое, обыкновенно черезъ 18—30 часовъ наступаетъ смерть.

При глубокихъ омертвѣвшихъ язвахъ (группа 3-ья) авторъ примѣнялъ постоянное орошеніе по способу Снегирева. Въ статьѣ приведены исторіи болѣзни и рисунокъ аппарата, удобнаго въ земской практикѣ. Результаты получились очень хорошіе въ тяжелыхъ случаяхъ. При четвертой группѣ заболѣваній, (начинающійся параметритъ и піемія) по наблюденіямъ автора, постоянное орошеніе не приноситъ пользы и является показаніе къ впрыскиванію сыворотки, которая даетъ хорошій результатъ въ такихъ случаяхъ. При поверхностныхъ язвахъ примѣнялось смазываніе *t-ra jodi* 1—2 раза въ день. При дифтеритическомъ характерѣ язвъ авторъ рекомендуетъ осторожное примѣненіе противодифтеритной сыворотки. Септическія пораженія полости матки авторъ лечитъ по способу Сицинскаго, но замѣняетъ сулему лизоформомъ, а, вмѣсто 90° спирта, — беретъ 60—70° спиртъ съ прибавленіемъ на литръ 20,0 лизоформа или 2,0 *t-ra jodi*; (по Vaisch'y). Пятая форма послѣродовыхъ заболѣваній, по наблюденію автора, не поддается никакому леченію.

554. Э. Я. Катунскій — *О лечебномъ примѣненіи ила Fango* (Практ. Врач, 1909, № 18, 19 20)

Иль Fango добывается, главнымъ образомъ, на горѣ Св. Елены (Battaglia) изъ горячихъ ключей, бьющихъ въ этой вулканической мѣстности. При перевозкѣ даже на самыя далекія разстоянія онъ не

теряетъ своихъ цѣлебныхъ свойствъ и въ послѣднее время находить примѣненіе въ Россіи. Въ влажномъ видѣ фанго представляетъ однородную, липкую темнокоричневую массу, принимающую сѣроватую окраску при высыханіи; обладаетъ большой пластичностью, не содержитъ постороннихъ примѣсей, обладаетъ незначительной теплоемкостью и теплопроводностью и остываетъ въ 10—12 разъ медленнѣе, чѣмъ вода.

Фанго примѣняется исключительно мѣстно слѣдующимъ образомъ: на кушетку кладется теплое одѣяло, клеенка и грубая простыня, на которую кладется слой подогрѣтаго фанго въ 3—4 сантиметра толщиной, на мѣстѣ соответствующемъ больному органу. Послѣ укладыванія пациента, подлежащая леченію поверхность тѣла тщательно покрывается слоємъ ила той же толщины. Закутываютъ больного простыней, клеенкой и одѣяломъ, а сверху закрываютъ еще 1—2 одѣялами. Продолжительность такого обертыванія $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ часа, t° фанго 45 — 53° С. Въ заключеніе дѣлается тепловатая ванна или душъ, а затѣмъ какая либо изъ обычныхъ въ гидротерапіи охлаждающихъ процедуръ, что позволяетъ примѣнять леченіе фанго у приходящихъ больныхъ во всякое время года. Послѣ сеанса леченія больной остается лежать $\frac{1}{2}$ —1 часъ. На мѣстѣ приложенія фанго получается стойкая гиперемія кожи; t° тѣла повышается, особенно при примѣненіи фанго на большую поверхность тѣла; по окончаніи сеанса, какъ послѣ всѣхъ потогонныхъ процедуръ, температура тѣла понижается ниже нормы.

Вообще, при примѣненіи фанго на большія поверхности, обмѣнъ веществъ повышается, количество N, выдѣляемого мочей, увеличивается. Термическое и механическое раздраженіе, производимое фанго, подается правильной дозировкѣ; фанго можетъ служить для возбужденія реактивной гипереміи, столь важнаго фактора въ леченіи воспалительныхъ измѣненій. Въ гинекологіи фанго должно занять выдающееся мѣсто при леченіи хроническихъ воспалительныхъ измѣненій женскихъ половыхъ органовъ. Противопоказаніе къ примѣненію фанго представляютъ острые воспалительные и гнойные, сопровождаемые лихорадкой, процессы, новообразованія, кровотеченія и беременность. При небольшихъ скопленіяхъ гноя безъ лихорадки можно попытаться осторожно примѣнять фанго, тщательно наблюдая за температурой и общимъ состояніемъ больной. Наблюденія надъ гинекологическими больными показываютъ, что при леченіи фанго прежде всего исчезаютъ боли, сперва стихающія на непродолжительное время. Приблизительно послѣ 10—12-го сеанса наступаетъ реактивное усиленіе болей, но затѣмъ удлиняются свободные отъ болей промежутки, и во многихъ случаяхъ боли совсѣмъ исчезаютъ. Эксудаты рассасываются. Иногда наблюдается гнойное размягченіе эксудата; эти случаи подлежатъ хирургическому вмѣшательству. Рубцы, тяжи и сращения разрыхляются, и поэтому облегчается возможность примѣненія массажа. Такъ какъ фанго

дѣйствуетъ и механически, давленіемъ, то леченіе имъ имѣетъ преимущество передъ леченіемъ горячими сухо-воздушными и электро-свѣтовыми ваннами. Передъ другими грязями преимущество ванго заключается въ возможности мѣстнаго примѣненія, что позволяетъ нагрѣвать его до чрезвычайно высокихъ t° и избѣгать вреднаго общаго дѣйствія на организмъ.

555. С. Софатеровъ — *Къ вопросу о вліяніи Рентгеновскихъ лучей на половую сферу.* (Сибирская Врачебная Газета, 1909 №№ 16 и 17).

На основаніи разбора литературныхъ данныхъ авторъ приходитъ къ заключенію, что чувствительность половыхъ железъ къ лучамъ Рентгена неизмѣримо превышаетъ чувствительность къ нимъ всѣхъ остальныхъ тканей. Половые железы реагируютъ даже на минимальное освѣщеніе ихъ Рентгеновскими лучами; при рентгеноскопії и рентгенотерапії нужно поэтому особенно считаться съ возможностью вреднаго дѣйствія на половую систему. Важны не только различныя предохранительныя мѣры (помѣщеніе трубокъ въ изолированный ящикъ, предохранительныя передники и т. д.), но и рациональное пользованіе лучами, а, главное, дозировка ихъ. Лучшій методъ, по мнѣнію автора, дробная дозировка, при которомъ сеансы производятся ежедневно или черезъ день, продолжаются отъ 2 до 20 минутъ, причѣмъ употребляются лучи 12° (по Wehnelt'y) въ возрастающихъ дозахъ, отъ $1\frac{3}{4}$ до $22\frac{1}{4}$. Этотъ способъ примѣненія Рентгеновскихъ лучей лучше всего поддается учету, въ смыслѣ окончательнаго эффекта его содѣйствія.

Показанія къ леченію Рентгеновскими лучами: 1) тѣ случаи, гдѣ требуется временное прекращеніе функций половыхъ железъ; здѣсь рентгенотерапія должна имѣть преимущество передъ хирургическими способами; 2) случаи, гдѣ овуляціонная дѣятельность должна быть совершенно исключена, какъ представляющая опасность для жизни. 3) при искусственномъ прерываніи беременности; 4) при леченіи доброкачественныхъ новообразованій, 5) при метро- и меноррагіяхъ, хроническомъ метритѣ и 6) въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется вызвать стойкое безплодіе при сохраненіи cohabitatio. Послѣдній вопросъ имѣетъ важное общественное значеніе. На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ нужно желать скорѣйшей регламентаціи пользованія Рентгеновскими лучами.

М. Прокуракова.

Обзоръ нѣмецкой акушерско-гинекологической литературы.

Zentralblatt für Gynäkologie. 1909.

556. Alsbeg. — *Къ вопросу о декапсуляціи почекъ при эклампсіи.* — *Zur Nierendekapsulation bei Eklampsie* (№ 27).

Авторъ описываетъ четыре случая тяжелой эклампсіи, при кото-

рыхъ была примѣнена декапсуляція почекъ. Три изъ этихъ случаевъ закончились выздоровленіемъ, одинъ летально. Резюмируя результаты, А. говоритъ, что обоюдосторонняя декапсуляція есть безопасный оперативный методъ, закончить который можно въ теченіе 1 часа, и даже скорѣе, и который въ тоже время во многихъ случаяхъ тяжелой эклампсін приноситъ излеченіе тамъ, гдѣ всѣ другіе лечебные методы безсильны.

Показаніемъ для операціи нужно считать частоту и ухудшеніе характера припадковъ, при упорномъ коматозномъ состояніи, частота и ухудшеніе качества пульса, уменьшеніе количества мочи, до полного почти ея отсутствія.

557. Kalb.—*Врожденныя множественныя, симметрично расположенныя на лицѣ рубцовыя образования.* — *Über angeborene multiple, symmetrisch gruppierte Narbenbildungen im Gesicht* (№ 27).

У новорожденного, вполне доношеннаго ребенка, родившагося отъ здоровой матери, замѣчено тотчасъ по рожденіи на симметричныхъ мѣстахъ на головѣ и лицѣ, по ходу первой и второй пары тройничнаго нерва, большое число рябинъ, величиною отъ булавочной головки до чечевичнаго зерна. Авторъ предполагаетъ, что въ данномъ случаѣ во время утробной жизни ребенокъ перенесъ herpes zoster, слѣды котораго и остались въ видѣ рябинъ.

558. Stoltz.—*Употребленіе Michel'евскихъ скобокъ при полной влагалищной экстирпации.*—*Verwendung der Michel'schen Klammern bei vaginalen Totalexstirpation* (№ 27).

С. предлагаетъ, на основаніи личнаго опыта, употреблять на остающіяся культы при влагалищной экстирпации, взамѣнъ шелковыхъ швовъ Michel'евскія скобки. Для этой цѣли имъ предложены особые инструменты, рисунокъ которыхъ помѣшенъ въ текстѣ.

559. Kritzler.—*Случай острого послеродового перитонита, излеченнаго операціей.*—*Ein Fall von akuter Peritonitis in puerperio, durch Operation geheilt* (№ 28).

У повторно рожавшей 30-лѣтней женщины, которой было сдѣлано ручное удаленіе послѣда, на 2-ой день послѣ родовъ начала развиваться характерная картина воспаленія брюшины. Ввиду прогрессирующаго ухудшенія всѣхъ сопровождающихъ явленій, на 3-й день послѣ родовъ были сдѣланы, подъ Schleich'овской анестезіей, справа и слѣва, выше lig. Pupartii, широкіе разрѣзы. Съ обѣихъ сторонъ вылилось серозно-гноинное содержимое (на разводкахъ—Streptococcus и Staphylococcus). Полость брюшины промыта физиологическимъ растворомъ соли. Съ лѣвой стороны сдѣлано искусственное заднепроходное отверстіе и въ него введенъ дренажъ, остальная часть раны защита. Справа введенъ дренажъ. Черезъ мѣсяцъ больная выписана изъ клиники здоровой.

560. Rieländer.—*О применении эластического жгута Momburg'a при послеродовых кровотечениях.* — *Über die Anwendung des Momburg'schen Schlauches bei Postpartumblutungen* (№ 28).

Въ Marburg'ской клиникѣ Stoeckel'я нѣсколько разъ въ тяжелыхъ случаяхъ послеродового кровотечения было испытано примѣненіе перетяжки резиновой трубкой вокругъ живота по Momburg'y (см. реф. Журн. Ак. и Жен. Бол., 1909 г., № 160 и 193). Полученные результаты, къ сожалѣнію, далеко не соответствуютъ ожиданіямъ, которыя основывались на описаніяхъ другихъ авторовъ. Кровотеченіе не прекращалось и качество пульса ухудшалось, самочувствіе больныхъ также ухудшалось, такъ что пришлось снимать жгутъ и примѣнять другіе, обычные, методы, послѣ чего удавалось остановить кровотеченіе.

561. Flatau. — *Къ технику тампонаціи матки и полости ранъ.*—*Technisches zur Tamponade von Uterus und Wundhöhlen* (№ 28).

Авторъ предлагаетъ особый инструментъ для тампонаціи полости матки или раны. Удобство его состоитъ въ простотѣ устройства и въ томъ, что при вытаскиваніи обратно марля не слѣдуетъ за нимъ. Инструментъ имѣетъ видъ штыка, въ миниатюрѣ, у котораго на концѣ, соответствующемъ острию, имѣется на передней плоскости нѣсколько зубцовъ направленныхъ впередъ, другая же ихъ поверхность скошена. Вмѣстѣ съ тѣмъ Е. даетъ совѣтъ для тѣхъ случаевъ, гдѣ полоска марли вводится на долго и затѣмъ выводится постепенно,—вводить ее сложенной вдвое и одной половиной этой полоски, какъ всегда, набить полость раны, а другую, доведя до дна, свободно вывести наружу. За эту послѣднюю и слѣдуетъ потягивать въ послѣдствіи, при постепенномъ выведеніи тампона. Благодаря этому способу, по словамъ автора, избѣгается нарушеніе образовавшихся грануляцій и превращается образованіе свищевого хода на мѣстѣ входного отверстия.

562. Rieck. — *Комбинированный поворотъ и метрейризмъ.* — *Kombinierte Wendung und Metreuryse* (№ 28).

Настоящая работа является возраженіемъ на статью Krönig'a (Журн. Ак. и Жен. Бол., 1909 г., № 327) и въ ней авторъ доказываетъ, что наиболѣе цѣлесообразнымъ, при plac. praevia является не поворотъ по Вгахтон-Никс'у, а введеніе метрейринтера, такъ какъ поворотъ при незначительномъ раскрытіи зѣва, съ послѣдующимъ выведеніемъ ножки, весьма часто ведетъ къ разрывамъ шейки и весьма опаснымъ кровотечениямъ, въ особенности у женщинъ истощенныхъ уже раньше таковымъ отъ основного заболѣванія.

563. Küstner.—*Rhachiotom-Rhachiotomie* (№ 29).

Авторомъ уже въ 1897 г. былъ предложенъ аппаратъ для разсѣченія плода при запущенномъ поперечномъ положеніи, въ настоящее время имъ сдѣланы нѣкоторыя измѣненія въ немъ. Въ настоящемъ его видѣ аппаратъ представляетъ изъ себя краниокласть, на внутренней

сторонѣ одной изъ ложекъ котораго имѣется рѣзущая поверхность на другой выемка, въ которую входитъ ножъ. Работать этимъ инструментомъ даже въ трудныхъ случаяхъ, по словамъ К., очень удобно.

564. Hoerder.—*Инструментъ для измѣренія Conjugata diagonalis.*—*Instrument zum Messen der Conjugata diagonalis* (№ 30).

Предлагаемый Н. инструментъ есть раздѣленная на сантиметры серебряная палочка, къ одному концу которой, по тангенсу, прикрѣплено маленькое кольцо. Эта палочка вводится, совмѣстно съ указательнымъ и среднимъ пальцами руки, во влагалище и когда средний палецъ, одѣтый въ кольцо, упрется въ мьсь, смотря на соответствующее дѣленіе на палочкѣ, указывающее conjugata diagonalis.

565. Risch.—*Несчастные случаи при поясничной анестезіи.*—*Unglücksfälle bei Lumbalanästhesie* (№ 30).

На 315 случаевъ, при которыхъ въ клиникѣ проф. Franqué была примѣнена поясничная анестезія, наблюдались 4 раза тяжелыя осложненія, изъ которыхъ 2 окончились летально (0,3⁰/₁₀). Во всѣхъ этихъ случаяхъ наблюдалась остановка дыханія, въ зависимости отъ паралича дыхательнаго центра. Въ двухъ случаяхъ, кончившихся летально, смерть наступила почти моментально отъ прекращенія сердечной дѣятельности. Въ обоихъ этихъ случаяхъ пациентки были очень жирные и значительно обезкровленные субъекты, вслѣдствіе чего R. отвергаетъ до сихъ поръ существовавшее мнѣніе о безопасности этого рода анестезіи при болѣзняхъ сосудовъ и сильной анеміи.

566. Neu.—*Къ вопросу о чистомъ примѣненіи околопочечныхъ препаратовъ.*—*Zur Frage der reinen Verwendung vom Nebennierenpräparaten* (№ 30).

567. Braun.—*О примѣненіи Surparenin'a.*—*Über die Anwendung des Suprarenins* (№ 30).

Обѣ названныя выше работы служатъ возраженіемъ на помѣщенную въ № 25 Zentralbl. f. Gynäk. (реф. Ж. Ак. и Жен. Бол., 1909 г., № 429) статью анонимнаго автора. Отмѣченные имъ два случая съ летальнымъ исходомъ, при впрыскиваніи въ шейку матки раствора адреналина, оба автора относятъ къ неправильному примѣненію препарата.

568. Michel.—*Къ клиникѣ Chorionepitheliom'ы.*—*Ein Beitrag zur Klinik des Chorionepithelioms* (№ 30).

Беременная на 3-мъ мѣсяцѣ 26-ти-лѣтняя женщина произвольно выкинула пузырный заносъ. Черезъ мѣсяцъ, ввиду сильнаго кровотеченія и кровохарканія, больная обратилась къ М. Произведено выскабливаніе, давшее лишь временной эффектъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи соскоба констатируется типичная chorionepitheliom'a. Черезъ нѣсколько дней при новомъ изслѣдованіи больной замѣчается у наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, величиною со сливу синеватая опухоль. Удаленіе матки, и яичниковъ и опухоли. Больная

выздоровѣла. При изслѣдованіи черезъ годъ послѣ операциі никакого рецидива не найдено, кровохарканіе прекратилось, общее состояніе вполне хорошее.

569. Petri.—*Двухсторонняя дермоидная киста при наличности беременности.*—*Doppelseitige Dermoidkystom bei gleichzeitiger Schwangerschaft* (№ 30).

Описываемый Р. случай относится къ 42-лѣтней женщинѣ, имѣвшей 11 беременностей и беременной въ настоящее время, на 3-мъ мѣсяцѣ, 12-ый разъ. При изслѣдованіи констатируется правосторонняя киста, величиною въ два кулака и лѣвосторонняя, величиною въ куриное яйцо. Удаленіе путемъ чревосѣченія обѣихъ опухолей, оказавшихся дермоидами. Больная выписана на 18-ый день, беременность не нарушена. Часть лѣваго яичника съ желтымъ тѣломъ, оказавшаяся не задѣта процессомъ, не удалена.

И. Судаковъ.

Munch Med. Wochenschrift. 1909.

570. Prof. Albers-Schönberg.—*Die Röntgentherapie in der Gynäkologie.*—*Рентгенотерапія въ гинекологіи.* (№ 19).

Сфера примѣненія рентгенотерапіи въ гинекологіи представляется авторомъ въ слѣдующемъ видѣ: 1) *Cessatio menses*, благодаря чему достигается: а) уменьшеніе міомъ, б) уменьшеніе или прекращеніе обусловленныхъ міомой кровотеченій, менструальныхъ или межменструальныхъ, в) прекращеніе вызываемыхъ міомой болей, г) прекращеніе предклимактерическихъ кровотеченій или болей безъ наличности міомы, е) обезположиваніе на основаніи гинекологическихъ показаній. 2) Прекращеніе постклимактерическихъ кровотеченій. 3) Уменьшеніе или прекращеніе болѣзненныхъ явленій въ климактеріи, обусловленныхъ міомой и не сопровождающихся кровотеченіями. 4) Уменьшеніе менструальныхъ болей во всякомъ возрастѣ, съ одновременной стерилизаціей или безъ нея.

Достиженіе искусственнаго климакса и, благодаря этому, возможность уменьшенія міомы зависитъ, главнымъ образомъ, отъ правильныхъ техническихъ пріемовъ, а затѣмъ также отъ рода и мѣстоположенія опухоли. Внутривѣбочныя опухоли даютъ лучшій эффектъ леченія, чѣмъ субсерозныя или стебельчатыя. Очень большія, старыя опухоли, которыя уже подвергаются гистологическимъ измѣненіямъ (обызвествленіе) не годятся для рентгенотерапіи. Уменьшеніе въ большинствѣ случаевъ наступаетъ очень медленно. Пациѣнтки большею частью сами указываютъ на первые результаты терапіи, отмѣчая уменьшеніе чувства тяжести и полноты въ животѣ и ошущенія давленія на мочевой пузырь. Степень уменьшенія опухоли бываетъ различна въ зависимости отъ рода и возраста новообразованія. Въ иныхъ случаяхъ

опухоли исчезаютъ сравнительно быстро, хотя полного рассасыванія до сихъ поръ не наблюдалось. Въ одномъ случаѣ миома, величиною съ дѣтскую головку, послѣ 48-минутной рентгенизации уменьшилась вчетверо, а послѣ 68¹/₄ минутъ достигла величины яблока. Если не наступаетъ уменьшенія миомы, то, во всякомъ случаѣ, констатируется остановка роста ея.—Кровотеченія, въ большинствѣ случаевъ въ первое время леченія, послѣ 24—48-минутной рентгенизации усиливаются, иногда менструаціи появляются раньше срока на 1—10 дней. Пациѣнтки заявляютъ, что менструаціи стали необычно сильными и продолжительными, иногда болѣзненными, иногда менѣе болѣзненными, чѣмъ обыкновенно. Съ теченіемъ времени менструаціи постепенно уменьшаются и затѣмъ прекращаются. Интерменструальныя кровотеченія большею частью не усиливаются послѣ первыхъ серій сеансовъ и склонны къ болѣе раннему исчезновенію, чѣмъ меноррагіи. Въ виду этого примѣненіе рентгенотерапіи у сильно обезкровленныхъ женщинъ съ признаками такъ называемаго «миомагознаго сердца» или миокардита должно быть чрезвычайно осторожнымъ, такъ какъ возможность усиленія менструацій (меноррагіи) въ первое время курса леченія напоминаетъ объ угрожающей опасности анеміи до степени летальнаго исхода. Подобныя первоначальныя усиленія меноррагіи наблюдаются главнымъ образомъ при *быстро* уменьшающихся миомахъ. Остановка менструацій у молодыхъ особъ является позже, чѣмъ у женщинъ въ возрастѣ свыше 50 лѣтъ; интерменструальныя-же кровотеченія прекращаются и у молодыхъ женщинъ одинаково надежно. Чѣмъ старше возрастъ пациѣнтки, тѣмъ меньшая продолжительность рентгенизации необходима для полученія климакса. Такъ, у 45-ти-лѣтней женщины (клим. кровотеченія) для полученія климакса понадобилась рентгенизация въ 79 мин., у 47-лѣтней (большая миома)—81¹/₄ мин., у 48-лѣтней (миома средней величины)—76 мин., у 51-лѣтней (большая миома)—74 мин., у 53-лѣтней (клим. кровотеченія)—62¹/₄ минутъ, у 55-лѣтней (миома средней величины)—59 мин. Въ трехъ случаяхъ остановка менструацій наблюдалась послѣ 24—48 минутой рентгенизации. Это были женщины, половая сфера которыхъ находилась въ состояніи начинающагося климакса или непосредственно передъ нимъ. Такимъ образомъ въ этихъ случаяхъ нуженъ былъ лишь толчокъ для ускоренія обратнаго развитія яичниковъ. У молодыхъ женщинъ яичники замѣтно болѣе противостоятъ вліянію рентгенизации, пока, наконецъ, явится остановка менструацій. Иногда наблюдается измѣненіе менструацій, причемъ кровь, выдѣлявшаяся раньше сгустками при сильной боли и тошнотѣ, становится жидкой, и выдѣленіе ея сопровождается лишь незначительными болѣзненными ощущеніями. — Менструальныя болѣзненныя явленія у больныхъ миомой матки при примѣненіи рентгенотерапіи иногда исчезаютъ замѣчательно быстро и надолго. Не только

мѣстных, но и общія разстройства, какъ тошнота, рвота, одышка, отекъ ногъ, бѣли и привычныя запоры, зачастую прекращаются поразительно быстро. Пациѣнтки сами заявляютъ, что онѣ чувствуютъ себя совершенно перерожденными, что къ нимъ вернулись ихъ прежнія жизнерадостность и работоспособность, и онѣ освободились отъ всѣхъ своихъ недуговъ. — Краткій срокъ большинства наблюдений не позволяетъ говорить о стойкости полученныхъ результатовъ. Два болѣе продолжительныхъ наблюдения говорятъ за полное выздоровленіе; въ обоихъ этихъ случаяхъ до начала рентгенотерапіи была рѣчь о надобности тотальной экстирпаціи. Содержаніе гемоглобина въ крови истощенныхъ кровотеченіями женщинъ иногда поразительно увеличивается, какъ видно изъ примѣра: до начала рентгенотерапіи Нв. 30%, послѣ 42-минутной рентгенизаціи Нв. 50%, послѣ 60 минутной рентгенизаціи Нв. 60%, послѣ 26-минутной рентгенизаціи Нв. 75%. — Съ другой стороны, есть группа случаевъ, въ которыхъ боли во время менструаціи упорно продолжаются, не смотря на явное уменьшеніе міомы или ослабленіе кровотеченій (меноррагій). Въ этихъ случаяхъ результатъ терапіи проявляется вполнѣ лишь съ теченіемъ времени. Стерилизаціи молодыхъ женщинъ на основаніи гинекологическихъ показаній авторъ еще не производилъ, но придерживается взгляда, что она достижима при терпѣливомъ отношеніи къ дѣлу. Показанія къ ней тѣ-же, что и для хирургической стерилизаціи. Вредныхъ побочныхъ вліяній рентгенотерапіи авторъ до сихъ поръ не наблюдалъ. Рентгенизація производилась черезъ брюшную стѣнку, а потому неминуемо подвергалась вліянію X-лучей часть кишечника, — обстоятельство, вызывавшее опасеніе появленія патологическихъ измѣненій слизистой оболочки кишки. Эти опасенія наблюденіями не подтверждены. — Явленія выпаденія во всѣхъ случаяхъ были лишь незначительными и нисколько не удручали пациѣнтку, которая охотно встрѣчала ихъ въ замѣнъ своихъ прежнихъ страданій. Прежде всего является симптомъ восходящаго жара, уже во время курса рентгенизаціи, еще до достиженія терапевтической цѣли (—*cessatio mensium*). Симптомъ этотъ благоприятенъ и указываетъ врачу на продолженіе рентгенотерапіи. — Такимъ образомъ, рентгенизація является выдающимся лечебнымъ средствомъ въ терапіи нѣкоторыхъ гинекологическихъ заболѣваній. Однако, таковымъ средствомъ рентгенизація оказывается только при вполнѣ правильной технике, обеспечивающей проникновеніе X-лучей вглубь тканей. Лучи должны быть достаточно жесткими (6—8W).

571. I. Pfannenstiel.—*Ueber die geburtshilflichen Hilfsoperationen bei abnormer Enge und bei unvollkommener Erweiterung der Weichteile.*—*Объ акушерскихъ оперативныхъ пособіяхъ при чрезмѣрной узости и при недостаточномъ расширеніи мягкихъ частей.* (Ibidem).

Авторъ обращаетъ вниманіе на препятствія для родовъ со сто-

роны мягких родовых путей въ видѣ рубцовыхъ измѣненій, атрезій, чрезмѣрной узости (инфантилизмъ) и ригидности. Женщины съ гипоплазіей родовыхъ путей нуждаются въ оперативной помощи въ періодѣ изгнанія плода, такъ какъ этотъ періодъ затягивается и обусловливаетъ въ послѣдствіи (продолжительное давленіе на мускулатуру тазового дна) атрофію *m. levatoris ani*, ведущую къ опущенію и проляпсу гениталій. Въ этихъ случаяхъ показана экстракція шипцами не на основаніи абсолютнаго показанія, а исключительно благодаря анатомофизиологическому состоянію гениталій; эта экстракція въ то-же время является профилактическимъ средствомъ противъ генитоптоза и проляпса и производится послѣ предварительной эпизиотоміи. Иной типъ представляютъ старыя первороженницы. Имѣется-ли на лицо недостаточная ширина мягкихъ путей или недостаточная эластичность—зачастую комбинація обоихъ условій,—все равно, роды должны быть сокращены, какъ только выяснится, что въ теченіе 2 часовой родовой работы въ періодѣ изгнанія нѣтъ дальнѣйшаго прогресса въ механизмѣ родовъ. Ригидность *portionis* у пожилыхъ первороженицъ и при проляпсѣ, а также рубцовыя суженія маточнаго зѣва требуютъ надрѣзовъ стѣнокъ зѣва (а не тупого расширенія баллономъ), въ числѣ 2—3 длиной каждый въ 2—3 см. при грозныхъ показаніяхъ (эклямпсія, выпаденіе пуповины). При *placenta praevia* показуется тупое расширеніе баллономъ, съ цѣлью одновременной остановки кровотечения. При серьезной опасности для жизни матери является необходимость въ *colpohysterotomia* (такъ называемое влагалишное кесарское сѣченіе.)

572. Prof. Albers-Schönberg.—*Zur Technik gynäkologischer Röntgenbestrahlungen.* — Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. 1909. Bd. XIII. N. 3.

Благоприятные результаты гинекологической рентгенизаціи достижимы лишь при правильной техникѣ. Задача этой рентгенизаціи является не легкой, такъ какъ тутъ предъявляется требованіе дать глуболежащимъ тканямъ достаточно большое количество X-лучей, въ то-же время не повреждая кожи. Въ гинекологической рентгенотерапіи идетъ рѣчь о *глубокой* рентгенизаціи, однако при этомъ необходимы точныя измѣренія и дозировка поверхностно дѣйствующихъ лучей. Если удастся, не повреждая кожи, достигнуть глубокаго дѣйствія X-лучей, то результатъ рентгенизаціи обезпеченъ. Неудачные случаи прежде всего должны быть объяснены слишкомъ слабой рентгенизаціей (недостаточное количество проникающихъ жесткихъ лучей).—Во время сеанса пациентка находится въ горизонтальномъ положеніи на спинѣ съ нѣсколько приподнятой головой. Идетъ-ли рѣчь о рентгенизаціи большой или малой міомы, или только матки, во всѣхъ случаяхъ профессоръ примѣняетъ свой компрессионный цилиндръ.

варіююа его діаметръ между 20 и 13 см. Конечно, желателно рентгенизировать *только* міому или *только* внутр. половые органы, по возможности щадя кишечникъ. Это достигается до извѣстной степени тѣмъ, что 13-сантиметровый цилиндръ приставляется нижнимъ краемъ вплотную тотчасъ выше симфизы и при этомъ отклоняется такъ, что ось его (а слѣд. и ось пучка лучей) проходитъ сверху внизъ по направлению къ полости м. таза. Правильность этой системы можно контролировать одновременной экспозиціей пластинки, подложенной подъ тѣло (тазъ) паціэнтки; на пластинкѣ, послѣ ея проявленія, должны быть различимы входъ въ м. тазъ, *linea innominata*, крестецъ, симфиза и немного мягкихъ частей подъ симфизой, т. е. фотограф. картина приблизит. та-же, что при рентгенографіи моч. пузыря. Фокусная дистанція=38 см.—При примѣненіи общеизвѣстной компрессионной діафрагмы автора все тѣло паціэнтки защищено отъ X-лучей; для защиты лица и шеи (т. к. голова нѣсколько приподнята) авторъ рекомендуетъ особую защитную ширму, прикрѣпляемую къ столу (рисунокъ) и имѣющую свинцовостекляное оконце, черезъ которое паціэнтка можетъ наблюдать функционирующую трубку, что, какъ показываетъ опытъ, желателно для нервныхъ боязливыхъ субъектовъ. Между нижнимъ краемъ цилиндра и кожей паціэнтки профессоръ предлагаетъ помѣщать сложенную вчетверо мягкую козью кожу толщиной въ 1 миллим. и станиольный листъ—для фильтраціи мелкихъ лучей. Фильтрація X-лучей черезъ стекло не удовлетворяетъ автора, такъ какъ курсъ леченія при этомъ слишкомъ затягивается.—Трубка должна быть жесткой, соотв. 6—8° скалы Walter'a. Особенно важно контролировать нагрузку трубки показаніями миллиамперметра, каковая должна быть въ предѣлахъ 4—5 миллиамперъ. При этомъ условіи трубка утилизируетъ въ полной мѣрѣ при длительной рентгенизаціи. Наболѣе удобна для гинекологической рентгенизаціи трубка съ водянымъ охлажденіемъ. — Величайшую важность представляетъ поверхностная дозировка. Измѣреніе можно производить по методу Bordier, Sabouraud-Noiré и Kienböck'a. Наболѣе подходящимъ для паціэнтковъ дозиметромъ является квантиметръ Kienböck'a. — При 24 см. длины искры вторичной цѣпи, при 4—5 миллиамперахъ нагрузки, при 6—8° Walter'a, при 38 см. фокусной дистанціи и 6 мин. экспозиціи получается въ теченіе 4 сеансовъ: по радиометру Sabouraud-Noiré—окраска В, по Bordier—О, по квантиметру Kienböck'a — 12—16 х. Замѣчательно, что реактивная эритема кожи, которую можно было-бы ожидать послѣ 4 сеансовъ на основаніи вышеприведенныхъ показаній дозиметровъ, въ дѣйствительности б. ч. не появляется. — При особой осторожности, можно сократить продолжительность экспозиціи до 6 мин.; тогда при указанныхъ условіяхъ въ теченіе сеанса кожа получаетъ са. 2½ х, т. е. въ теченіе 4

сеансовъ 10 х 5 Н. Слѣдуетъ замѣтить, что кожа, чрезмѣрно растянутая, при большихъ міомахъ, или имѣющая рубцы беременности, реагируетъ скорѣе, чѣмъ вполне нормальная.—Большія міомы требуютъ энергичной рентгенизаціи. Авторъ рентгенизируетъ 7 разъ въ теченіе 1 мѣсяца, именно: 4 дня подрядъ по 6 минутъ,—пауза 14 дней,—3 дня подрядъ по 6 минутъ,—пауза 14 дней и т. д. при постоянномъ наблюденіи за кожей. При малѣйшей эритемѣ—остановка курса рентгенизаціи.—При меноррагіяхъ и дисменорреѣ, при наличности небольшихъ міомъ или безъ нихъ, авторъ рентгенизируетъ непосредственно послѣ окончанія менструаціи 4 раза по 5 мин. и затѣмъ за нѣсколько дней до начала слѣдующей менструаціи 4 раза по 5 мин. Т. обр. между этими двумя группами сеансовъ сама собой получается необходимая пауза въ 14 дней.—Для ослабленія болѣзненности менструаціи и для уменьшенія количества теряемой крови часто достаточно уже 2 серій сеансовъ, тогда какъ продолжительная менопауза зависитъ отъ возраста пациентки и требуетъ большаго числа серій. При малыхъ міомахъ благопріятный результатъ получается minimum послѣ 13 сеансовъ, при міомахъ величиною съ дѣтскую головку хорошей результатъ наблюдается послѣ 23 сеансовъ.

Medizinische Klinik. 1909.

573. Prof. E. Opitz.—*Erfahrungen mit moderner Wochenpflege. Resultate neuesten способа веденія послѣродового періода.* (№№ 1—2).

Наблюденія автора надъ раннимъ вставаніемъ родильницъ дали благопріятные результаты. Въ клиникѣ (Düsseldorf) принятъ слѣдующій usus. Если нѣтъ какихъ-либо протовопоказаній,—такowymi считаются защитные разрывы промежности, операціи надъ послѣдомъ, лихорадка во время и послѣ родовъ, сильная слабость, порокъ сердца, нефритъ и т. п.—родильницамъ разрѣшается вставать, какъ только онѣ отдохнутъ, т. е. по прошествіи одной ночи послѣ родовъ. Никто не принуждается вставать рано, срокъ вставанія опредѣляется самими родильницами. Въ полдень онѣ должны нѣкоторое время полежать въ постели. Непосредственно послѣ родовъ туго бинтуется животъ. Затѣмъ примѣняются гимнастическія упражненія, смотря по силамъ родильницъ, состоящія въ приподыманіи туловища (въ положеніи на спинѣ) безъ помощи рукъ. Изъ 235 родильницъ по своему желанію встало на 1 день 56, на 2 дня 65, на 3 дня 27 (всего 148), на 4—6 дня 17, 16, 19 (всего 52), т. е. 200 родильницъ встало раньше, чѣмъ это требуется при старомъ режимѣ. При этомъ слѣдуетъ замѣтить, что у вставшихъ на 4—6 день были причины оставаться въ постели дольше 3 дней, именно, разрывы промежности (18 сл.), зловонныя лохія (3 сл.), болѣе или менѣе серьезныя операт. акуш. пособія (5 сл.), незначит. повышенія t⁰, шейный лимфаденитъ, покраснѣніе (sic!) молочной железы, ангина, порокъ сердца и т. п. (20 сл.). Изъ числа

200 родильницъ 62 позже принуждены были 1—2 дня провести въ постели. Большею частью это были легкія разстройства, при которыхъ лишь изъ предосторожности было назначено постельное содержаніе; изъ болѣе серьезныхъ заболѣваній наблюдались параметритъ (1), тромбозы венъ (2), плевритъ (1), ангины и бронхитъ. Въ отношеніи трехъ главныхъ пунктовъ возраженія противниковъ ранняго вставанія—опасеніе эмболій, измѣненія положенія матки и нарушенія въ теченіи послѣродового періода,—наблюденія показали слѣдующее. Раннее вставаніе не только не способствуетъ образованію тромбовъ и эмболій, но даже, повидимому, уменьшаетъ эту опасность. Обратная инволюція матки при раннемъ вставаніи протекаетъ хорошо, причемъ шансы ретрофлексіи не повышаются. Теченіе послѣродового періода не нарушается, и родильницы вполне оправляются раньше, чѣмъ при прежнемъ режимѣ.—Терапія мастита имѣетъ въ виду 1) профилактику и 2) леченіе уже развивающагося мастита. Профилактика состоитъ въ обмываніяхъ сосковъ въ теченіе послѣднихъ 6 недѣль беременности черезъ день теплой водой съ мыломъ и смазываніи 10% танинъ-спиртомъ; въ послѣродовомъ періодѣ—смазываніе сосковъ ланолиновой мазью (Lanolin, Ol. olivar. aa. 50. Ac. bor. 4), которая смывается передъ кормленіемъ борной водой. Опытъ съ гауданиномъ далъ худшіе результаты. При трещинахъ—сосковые колпачки. Леченіе мастита безъ примѣненія присасывающихъ аппаратовъ: лучше всего компрессы съ укуснокисл. глиноземомъ.—Изъ числа 135 матерей получена положительная Wasserman'овская реакція 12, тогда какъ у дѣтей этихъ матерей реакція указала на lues только 7 разъ.—Изъ числа 163 женщинъ 39 положительно реагировали на офтальморекцію Wolff-Eisner'a. Кормленіе ребенка этимъ родильницамъ не запрещалось, если туберкулезный процессъ не давалъ клинически прогрессирующихъ симптомовъ.

574. Prof. S. Gottschalk.—*Balneotherapie und Menstruation.* (№ 14).

По вопросу о допустимости бальнеотерапевтическихъ приѣмовъ во время менструаціи существуютъ различныя мнѣнія: либо чрезмѣрная боязнь, либо утвержденіе особенно благотворнаго вліянія водолеченія во время регуль. На послѣднемъ международномъ конгрессѣ по гальссотерапіи въ Аббаціи особенно выразилось это различіе мнѣній. Такъ, Bossi предостерегаетъ отъ примѣненія гидротерапіи во время менструацій, тогда какъ Loebel утверждаетъ, что отъ этого не можетъ быть никакого вреда. Личный опытъ автора показываетъ, что терапія во время менструаціи въ формѣ купаній и грязелеченія несомнѣнно можетъ принести вредъ. Въ наблюдавшихся авторомъ случаяхъ не было никакого сомнѣнія въ прониканіи стрептококковъ во влагалище и въ полость матки. Совершенно противопоказано грязелеченіе для больныхъ съ міомой матки, склонныхъ къ кровотеченіямъ.

Вредное вліяніе углекислыхъ ваннъ и холодныхъ морскихъ купаній во время менструаціи основано на общемъ дѣйствиі ихъ на организмъ, главнымъ-же образомъ благодаря повышенію кровяного давленія, каковое и обусловливаетъ чрезмѣрные кровопотери. Наиболѣе рационально начинать курсъ водолеченія (ванны, купанья) по возможности непосредственно по окончаніи регуль, такъ что ко времени появленія слѣдующей менструаціи курсъ окажется законченнымъ. Если-же лечебный курсъ ко времени слѣдующей менструаціи еще не законченъ, необходимо сдѣлать паузу до окончанія регуль.—Слѣдуетъ обратить вниманіе на вредное вообще вліяніе слишкомъ продолжительнаго купанія въ холодной водѣ (Сѣверное море). Вліяніе это сказывается въ нарушеніи функцій яичниковъ и отражается на менструаціи. Авторъ обладаетъ 2 наблюденіями, въ которыхъ у вполне здоровыхъ, молодыхъ, всегда правильно менструировавшихъ женщинъ послѣ *получасоваго* купанья въ холодной водѣ Сѣвернаго моря менструаціи остановились на 9 мѣсяцевъ, а затѣмъ въ послѣдствіи появлялись неправильно, съ интервалами до 6 мѣсяцевъ. Тщательное изученіе этихъ случаевъ не открыло иной причины разстройствъ менструаціи, кромѣ продолжительнаго охлажденія тѣла въ морской ваннѣ, вредно отразившагося на паренхимѣ яичниковъ.

575. I. Beruti. — *Weitere 600 Geburten im Skopolamindämmerschlaf.*—*Слѣдующіе 600 родовъ въ скополяминовои полуснѣ.* (№ 14).

Обзоръ 600 случаевъ скополяминорморфійнаго полунаркоза во время работъ, наблюдавшихся въ клиникѣ проф. Кгöpig'a (Фрейбургъ). Однократныя инъекціи скополяминоваго раствора никогда не превышали 1½ куб. см. (=0,00045), а морфійнаго раствора—1 куб. см. (=0,01). Общая доза скополямина при родахъ колеблется между 0,00015 (½ куб. см.) и 0,003 (10 куб. см.). Свыше 0,003 скополяминъ инъецированъ въ 5 случаяхъ: 0,00315; 0,00345; 0,00375; 0,00405; 0,00675 (!) (22½ куб. см.). Наивысшая доза 0,00675 соотвѣтствовала продолжительности наркоза (отъ первой инъекціи до рожденія ребенка) 43 часа 15 мин. Доза 0,00405 примѣнена для наркоза въ продолженіе 59 часовъ. Никакихъ побочныхъ вліяній не наблюдалось. Средней дозой считается 0,0012 скополямина (около 3¾ куб. см.). Доза морфія въ большинствѣ случаевъ = 0,01, иногда нѣсколько больше, при средней дозѣ 0,0142. Хорошее дѣйствиіе наркоза наблюдалось въ 390 случаяхъ: полная амнезія (совершенно безболѣзненные роды въ воспоминаніи родильницъ)—327 случаевъ и относительная амнезія—63 случая. Неполное дѣйствиіе наблюдалось 131 разъ (уменьшеніе болѣзненности) либо вслѣдствіе чрезмѣрно быстрого теченія родовъ, либо вслѣдствіе незначительной реакціи роженицы. Никакого дѣйствиія нельзя было наблюдать у тѣхъ 79 роженицъ, которыя прибыли въ родильный покой слишкомъ поздно.

576. E. Hartog. — *Geburtskomplikation durch Myom.*— *Обусловленное миомой осложнение при родах.* (№ 18).

Изъ числа миомъ, имѣющихъ серьезное значеніе при родахъ, прежде всего слѣдуетъ упомянуть о миомахъ шейки. Затѣмъ слѣдуютъ инкарцерированныя субсерозныя миомы тѣла матки. Однако надо имѣть въ виду, что иногда природа преодолеваетъ на видъ непреодолимыя препятствія для родовъ. Въ этихъ случаяхъ опухоль самопроизвольно выходитъ изъ полости м. таза (или изъ входа въ него) въ брюшную полость, что чаще происходитъ въ теченіе беременности, чѣмъ во время родовъ. Стебельчатныя миомы шейки могутъ, при достаточно энергичныхъ потугахъ, родиться непосредственно передъ рожденіемъ головки ребенка; при этомъ иногда онѣ совершенно отрываются у основанія своей ножки. Дальнѣйшая помощь самой природы сказывается въ размягченіи опухоли (oedema вслѣдствіе венознаго застоя), которая можетъ быть значительно сжата давящей на нее головкой плода. Конфигурація послѣдней и сжимаемость опухоли побуждаютъ препятствіе для родовъ. На основаніи этихъ наблюденій современная гинекологія все болѣе стуживаетъ сферу старой полипрагмазіи въ пользу выжидательной терапіи, приемы которой показуются на основаніи теченія родового акта. Однако рациональное пособіе возможно только тогда, когда наличность миомы установлена своевременно, т. е. во время беременности или при началѣ родовъ. Въ случаѣ автора (клиника проф. Küstner'a, Breslau) миома шейки въ области внутренняго зѣва (подслизистая), благодаря своему положенію не была распознана во время родовъ до тѣхъ поръ, пока не появилось, по извлеченіи послѣдующей головки плода, колоссальное кровотеченіе, заставившее автора ввести руку въ полость матки. По удаленіи послѣда немедленно слѣлана энуклеація миомы, причемъ кровотеченіе сразу уменьшилось. Черезъ 1 часъ снова появилось кровотеченіе, для остановки котораго слѣлана тампонада полости матки. Черезъ 1 часъ exitus letalis. Величина миомы: 12.10.9 см., съ головку ребенка.

577. L. Loeb. — *Ueber die Bedeutung des Corpus luteum.* *О значеніи желтаго тѣла.*—Zentralbl. f. Physiologie. Bd. XXIII № 3. 1909.

Предварительные опыты на морскихъ свинкахъ (Zentralbl. f. Physiologie. Bd. XXII. № 16) показали автору, что если спустя 2—9 дней послѣ овуляціи сдѣлать глубокіе надрѣзы въ маткѣ, то возможно экспериментально вызвать развитіе островковъ децидуальной ткани въ любомъ количествѣ. Въ большемъ числѣ случаевъ оказалось, что предварительная экстирпація яичниковъ препятствуетъ развитію децидуальной ткани. На основаніи дальнѣйшихъ опытовъ можно заключить, что разрушеніе желтыхъ тѣлъ (вырѣзываніе или выжиганіе) и экстирпація яичниковъ большею частью препятствуютъ развитію этихъ «децидуомъ»; въ незначительномъ числѣ случаевъ при этомъ еще можетъ

образоваться материнская placenta (uterina), однако при этихъ условияхъ развитие deciduae незначительно и, повидимому, возможно только въ тѣхъ случаяхъ, когда corpora lutea удаляются лишь нѣсколько дней спустя послѣ овуляціи (беременность исключена). Къ этому времени, вѣроятно, слизистая оболочка матки уже нѣсколько насыщена специфическимъ продуктомъ секретіи желтаго тѣла. Въ параллельномъ рядѣ опытовъ произведено полное удаленіе яичниковъ тотчасъ послѣ овуляціи. Оказалось, что удаленіе желтыхъ тѣлъ дѣйствуетъ такъ-же, какъ и экстирпация яичниковъ. Слѣдовательно, corpora lutea представляютъ единственную дѣйствующую часть яичниковъ, проявляющую специфическое подготавливающее вліяніе на слизистую оболочку матки, даже не беременной. Если эта подготовленная слизистая оболочка будетъ подвергнута какимъ-либо раздраженіямъ (надрѣзы, инсерція яйца), то она реагируетъ, въ противоположность нормальной слизистой оболочкѣ, образованіемъ децидуальной ткани. Эта пріобрѣтенная возбудимость слизистой оболочки матки существуетъ лишь въ теченіе первыхъ 9-ти дней послѣ разрыва фолликула. Раздраженія, произведенныя на 1-й и 2-й день послѣ овуляціи, имѣютъ обыкновенно послѣдствіемъ гораздо болѣе слабую реакцію, чѣмъ тѣ, которыя причиняются на 5—7-й день. Слѣдовательно, насыщеніе слизистой оболочки матки секреторнымъ продуктомъ желтаго тѣла пріурочивается только къ этому времени. Если трансплантировать много дней спустя послѣ копуляціи въ подкожную клѣтчатку слизистую оболочку матки, то во многихъ случаяхъ при этомъ также развивается децидуальная ткань. А это показываетъ, что развитіе deciduae не зависитъ ни отъ вліяній центральной нервной системы, ни отъ мѣстныхъ нервныхъ вліяній. Далѣе, удаленіе желтыхъ тѣлъ ведетъ къ преждевременной овуляціи (приблизительно въ 30% всѣхъ случаевъ). Поэтому весьма вѣроятно, что присутствіе желтыхъ тѣлъ тормазитъ овуляцію, и что удаленіе ихъ ускоряетъ разрывъ фолликула. Однако этотъ факторъ можетъ имѣть только попутно способствующее, но не импульсирующее значеніе для разрыва фолликула. Съ другой стороны, у морской свинки начало дегенерации желтаго тѣла не зависитъ отъ предшествующаго разрыва фолликула и отъ образованія новаго желтаго тѣла; дегенерация его пріурочивается къ опредѣленному времени (около 17-го дня послѣ овуляціи), даже если и не наступаетъ образованіе новаго желтаго тѣла.

С. Зарвукій.

Monatsschrift für Geburtshülfe u. Gynäkologie. Bd. 29, H. I. 1909.

578. Krönig. *Offene Antwort an Herrn A. Martin.*—Открытый отвѣтъ проф. Martin'у.

579. Sellheim. *Eine offene Antwort auf den offenen Brief des Herrn. Prof. Martin in Bezug auf die Therapie der Placenta praevia.*—

Открытый ответ на открытое письмо проф. Martin'a относительно терапии предлежания послыда.

Полемическія замѣтки, въ которыхъ проф. Krönig и Sellheim опровергаютъ высказанныя проф. Martin'омъ сомнѣнія въ цѣлесообразности примѣняемаго ими въ случаяхъ plac. praeviae кесарскаго сѣченія и защищаютъ свой образъ дѣйствій.

580. Buttersack. *Über resorptive Zinkintoxikation nach intrauteriner Chlorzinkätzung.* — *Отравленіе цинкомъ путемъ всасыванія послѣ внутриматочнаго прижиганія хлористымъ цинкомъ.*

27-лѣтней, слабого тѣлосложенія женщинѣ, 2 раза рожавшей, по поводу выкидыша было сдѣлано выскабливаніе. Въ виду имѣвшейся у нея склонности къ кровотечениямъ, послѣ выскабливанія полость матки тоекратно была смазана 10—15—30% спиртовымъ растворомъ хлор. цинка посредствомъ палочки, обмотанной ватой. Послѣ послѣдняго прижиганія появились очень сильныя боли въ области желудка, тошнота, рвота, рѣзкій упадокъ силъ. Пульсъ участился до 120 въ 1 м. Къ этимъ явленіямъ присоединилось разстройство мочеиспусканія. Въ мочѣ найденъ былъ бѣлокъ (2⁰/₁₀₀), гіалиновые цилиндры; химическое изслѣдованіе дало явственную реакцію на цинкъ. Черезъ нѣсколько дней изъ матки вышли струнья ткани, изслѣдованіе которыхъ также дало реакцію на цинкъ. Не смотря на всѣ принимаемыя мѣры, при чемъ нѣкоторое облегченіе давали солевья вливанія, сахарныя клизмы и дигаленъ, состояніе больной все ухудшалось, и чрезъ 2 мѣсяца она погибла при явленіяхъ уреміи. На вскрытіи въ кишечникѣ были найдены кровоизліянія и изъязвленія. Почки представляли измѣненія, свойственныя паренхиматозному и интерстиціальному интоксикаціонному нефриту. Химическое изслѣдованіе внутренностей живота дало реакцію на цинкъ. Какъ клиническая, такъ патологоанатомическая картина болѣзни даетъ основаніе автору принять въ данномъ случаѣ отравленіе цинкомъ на почвѣ всасыванія. Поэтому онъ находитъ желательнымъ, чтобы въ учебникахъ гинекологіи была болѣе отгѣнена ядовитость хлористаго цинка, отъ внутриматочнаго примѣненія котораго лучше всего совѣмъ отказаться.

581. Fellner. *Ueber Schwangerschaftstoxikosen.* — *Самоотравленіе беременныхъ.*

Въ послѣдніе годы были потрачены большія усилія, чтобы доказать существованіе самоотравленія беременныхъ химическимъ путемъ, но безуспѣшно, и существованіе ядовитыхъ продуктовъ беременности приходится принимать на основаніи клиническихъ данныхъ, на которыхъ Fellner и останавливается. Уже при нормальной беременности обнаруживаются явленія, которыя зависятъ отъ интоксикаціи: таковы —повышенная нервная раздражительность, повышенная возбудимость

всѣхъ рефлексовъ, повышенная раздражительность органовъ чувствъ, нерѣдкое развитіе амавроза, амблиопіи, измѣненіе психики. Образование остеофиговъ указываетъ на измѣненія въ костной системѣ, появленіе желѣза въ пигментѣ и мочѣ указываетъ на распадъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, набуханіе щитовидной железы—на повышенное образованіе токсиновъ. Появленіе herpes тоже является слѣдствіемъ интоксикаціи, такъ же какъ и боли во всѣхъ костяхъ и въ особенности въ тазу. Несомнѣнно, что къ явленіямъ интоксикаціи относятся и рвота и упорные запоры беременныхъ. Существованіе интоксикаціи при беременности доказывается и гипертрофіей вырабатывающихъ антитоксины и повышающихъ кровяное давленіе железъ, какъ hypophysis, щитовидная и парашитовидныя железы, надпочечныя железы. Въ общемъ, во время беременности всѣ железы проявляютъ усиленную дѣятельность, и весьма допустимо, что на всѣ специфическія болѣзненные явленія беременности слѣдуетъ смотрѣть, какъ на повышение нормальныхъ физиологическихъ явленій. Самоотравленіе продуктами беременности понижаетъ сопротивляемость организма и содѣйствуетъ развитію нѣкоторыхъ явленій въ болѣзненной степени: таковы—невриты, полиневриты, хорей, психозы, желтуха, эклампсія, нефриты и пр. Что касается источниковъ интоксикаціи, то Fellner видитъ его не въ продуктахъ обмѣна веществъ плода, а въ самой плацентѣ. Ему, какъ и другимъ авторамъ, пришлось наблюдать явленія интоксикаціи въ послѣродовомъ періодѣ, которыя исчезали съ удаленіемъ оставшихся частей послѣда. Кромѣ того, на основаніи большой аналогіи между физиологическими и патологическими явленіями менструаціи и беременности, Fellner полагаетъ, что можетъ существовать и другая причина интоксикаціи: какъ при менструаціи, такъ и во время беременности, благодаря недостаточной дѣятельности вырабатывающихъ антитоксины органовъ, происходитъ постепенное накопленіе токсиновъ, которое и обуславливаетъ свойственныя беременности явленія. Среди антагонистовъ этихъ токсиновъ большую роль играетъ щитовидная железа, которая сильно набухаетъ при менструаціи и—въ еще большей степени—при беременности. Если увеличеніе железы отсутствуетъ, то часто развивается нефритъ, альбуминурія и эклампсія. Анамнестическія данныя указываютъ на связь явленій интоксикаціи беременныхъ съ особенностями менструаціи, особенно поздно наступившей. Не выводъ окончательнаго заключенія, Fellner указываетъ на возможность, что интоксикація беременныхъ зависитъ и отъ пониженной дѣятельности яичниковъ. Кривыя проф. Schatz'a, какъ и его собственныя, указываютъ, что на ряду съ менструальной волной существуетъ вторая, которая начинается съ беременностью и съ нею, или же со смертью плода, кончается: такимъ образомъ она является выраженіемъ той интоксикаціи, которую до сихъ поръ ставили въ зависимость отъ продуктовъ беременности. Кривая же

указываетъ, что интоксикація не идетъ постоянно на повышение, но періодически наступаетъ ослабленіе ея.

582. Mekerttschianz. *Oligohydramnion mit Pes varus congenitus.*—*Мекертчянцъ. Маловодіе съ pes varus congenitus.*

Случай реферированъ въ январьской книжкѣ «Журнала» 1909 г. стр. 100.

583. Ogata. *Klinische Beobachtungen über die mit der Schwangerschaft und dem Wochenbett kombinierte Kakke.*—*Клиническія наблюденія надъ какке, осложненной беременностью и послѣродовымъ періодомъ.*

Вaelz опредѣляетъ какке, какъ протекающую по большей части подостро или хронически; рѣже остро, міазматическую инфекціонную болѣзнь, которая анатомически характеризуется генеративнымъ воспаленіемъ периферическихъ нервовъ и мышцъ, а клинически—болѣе или менѣе сильнымъ разстройствомъ двигательной сферы, чувствительности, кровообращенія и секреціи. Дѣйствительная причина этой болѣзни еще не открыта; 15—40 лѣтніе мужчины заболѣваютъ чаще, чѣмъ женщины. Въ Японіи эта болѣзнь часто развивается, какъ осложненіе беременности и послѣродового періода, и является для беременныхъ и родильницъ очень опасной. Часто какке осложняется бургорчаткой. Различаютъ 3 клиническія формы этой болѣзни: 1) сухая форма, 2) отечная и 3) кардіальная или острая перниціозная форма. Первые 2 протекаютъ хронически или подостро. Какая форма чаще осложняетъ беременность, еще не выяснено. Ogata вкратцѣ даетъ описаніе каждой формы, приводитъ довольно подробно 4 исторіи болѣзни, останавливается на ея леченіи (профилактика въ видѣ соотвѣтствующей діететики во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ; специфическихъ средствъ противъ какке до сихъ поръ нѣтъ, самое главное діета и покой) и въ заключеніе дѣлаетъ соотвѣтствующіе выводы.

М. Порошинъ.

Обзоръ французской акушерско-гинекологической литературы.

Annales de Gynécologie e d'Obstétrique. Avril 1909.

584. V. Wallich. — *Sur le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.* — *Лѣченіе неукротимой рвоты беременныхъ.*

Лѣченіе распадается на три отдѣла: режимъ, медикаментозное лѣченіе и искусственное прерываніе беременности. Прежде всего слѣдуетъ примѣнять режимъ молочный въ болѣе или менѣе фракціонированномъ видѣ; если онъ не переносится, переходятъ къ водной діетѣ на срокъ не болѣе 7—8 дней, при неудачѣ и этого режима можно на 1—2 дня назначить абсолютное воздержаніе съ примѣненіемъ

солевыхъ клизмъ, которыя можно назначать и при водной діетѣ. Растительный или растительно-молочный режимъ иногда тоже имѣють успѣхъ. Въ помощь режиму могутъ назначаться также и лечебныя средства, среди нихъ авторъ, какъ успокаивающему, отдастъ предпочтеніе хлоралу въ формѣ клизмъ, вдыханіямъ кислорода и электризаціи. Наблюдая за количествомъ рвога, частотою пульса и суточнымъ количествомъ мочи, судятъ о результатахъ того или иного лѣченія и въ случаѣ его неуспѣха и въ зависимости отъ состоянія больной, прибѣгаютъ къ искусственному прерыванію беременности, которое Pinard совѣтуетъ производить, когда пульсъ поднимается выше 100 ударовъ. Авторъ придерживается того взгляда, что если такое поднятіе пульса временное, то оно не можетъ служить показаніемъ къ выкидышу, который слѣдуетъ примѣнять, когда пульсъ держится выше 100 нѣсколько дней, при чемъ наблюдается характерное явленіе: частота пульса обратно пропорціональна суточному количеству выдѣляемой больною мочи.

Въ статьѣ приведены четыре исторіи болѣзни, беременность была сохранена только въ одномъ случаѣ.

585. Н. Ferré.— *Un cas de spondylolsthesis.*— *Случай spondylolsthesis'a.*

Авторъ имѣлъ рѣдкій случай въ теченіе почти трехъ лѣтъ наблюдать развитіе и остановку spondylolsthesis'a у женщины 39 лѣтъ, 28 лѣтъ вышедшей замужъ, имѣвшую трое срочныхъ нормальныхъ родовъ живыми дѣтьми и одинъ выкидышъ. Къ автору она пришла на 5 мѣсяцѣ пятой беременности по поводу болей въ бедрахъ и нижней части спины, тянувшихся уже 2-й годъ. Найдены парезъ нижнихъ конечностей и опущеніе 5-го поясничнаго позвонка; предположено начало остеомаляціи. Вскорѣ больная перестала совѣмъ двигаться, и авторъ, приглашенный къ ней во время родовъ, которые не подвигались, опредѣлилъ значительное суженіе таза вслѣдствіе передвиженія 5-го поясничнаго позвонка впередъ и книзу отъ мыса; произведена базіотрипсія на мертвомъ плодѣ. Послѣ этого больная пролежала въ постели еще 1 годъ, и авторъ видѣлъ ее черезъ 1³/₄ года послѣ родовъ на 5-мъ мѣсяцѣ ея новой беременности уже совершенно оправившейся отъ болѣзненныхъ симптомовъ, но съ значительными деформациями таза, состоящими кромѣ упомянутаго опущенія 5-го поясничнаго позвонка еще въ образованіи ниже его костной мозоли, отстоящей отъ лонной дуги на 8,5 см., такъ что conj. vera могла быть равной около 7 см. Гребни подвздошныхъ костей разворочены, на нихъ почти опираются послѣднія ребра; основаніе крестца отклонено кзади, копчикъ кпереди, сѣдалищныя ости сближены; ростъ укоротился. Авторъ совѣтовалъ женщинѣ доносить беременность до конца, и затѣмъ, при началѣ болей и открытіи зѣва призвать

кесарское сѣченіе съ извлеченіемъ дѣвочки 3250 grm.; въ предупрежденіе новой беременности были удалены яичники. Гладкое выздоровленіе.

Авторъ ставитъ образованіе spondylolysthesis'a въ данномъ случаѣ въ зависимость отъ общаго заболѣванія.

586. Pillet.—*Fibrome à pédicule tordu avec appendice adhérent simulant une appendicite pelvienne. Ablation de l'utérus et de l'appendice. Guérison.* — *Перекручиваніе ножки фибромы съ приросшимъ отросткомъ, симулировавшимъ аппендицитъ. Удаленіе матки и отростка. Выздоровленіе.*

Перекручиваніе произошло внезапно у 35-лѣтней дѣвственницы локалізація и характеръ болѣи заставляли предположить аппендицитъ, не было только повышенія т°. Черезъ 2 мѣсяца выжиданія боковая лапаротомія, при которой найдена фиброміома съ кулакъ величиною на перекрученной ножкѣ, къ ней приросъ слегка воспаленный червеобразный отростокъ; надвлагалищная ампутація матки и удаленіе отростка; гладкое выздоровленіе. При изслѣдованіи опухоли оказалось, что она уже подверглась некрозу, въ отросткѣ легкія явленія вторичнаго воспаленія, что въ особенности путало діагностику.

Mai 1909.

587. Prof. A. Pinard.—*De l'expression symptomatique appelée goitre exophthalmique dans ses rapports avec la fonction de reproduction chez la femme.* — *Отношеніе производительной функціи у женщины къ симптомамъ Базедовой болѣзни.*

Клиническая лекція по поводу одной больной клинки съ рѣзкой формой этой болѣзни. Исторія этой больной показываетъ, что болѣзнь появилась у нея въ періодъ полового созрѣванія до установки правильныхъ регулъ, когда симптомы ея уменьшились; еще болѣе они уменьшились въ теченіе первой беременности и только съ нарушеніемъ правильности регулъ опять возобновились, съ тѣмъ, чтобы ослабѣть, когда регулы стали опять правильными; новое уменьшеніе болѣзни во время беременности родовъ и кормленія ребенка.

Кромѣ этой исторіи болѣзни проф. приводитъ еще 8 наблюдений подобной же зависимости болѣзненныхъ симптомовъ Базедовой формы отъ явленій половой жизни женщины. Одно наблюденіе совершенно аналогичное приведенному, въ другомъ же эту зависимость можно было прослѣдить даже наслѣдственно: у матери, дочери и внучки. Два случая касаются совмѣстнаго появленія аменорреи и зоба послѣ нервныхъ потрясеній, при чемъ леченіе, направленное противъ зоба, вызывало появленіе мѣсячныхъ; въ трехъ случаяхъ у здоровыхъ женщинъ подъ влияніемъ ожиренія исчезали регулы и появлялись симптомы зоба, здѣсь леченіе ожиренія способствовало появленію регулъ и исчезновенію явленій зоба; наконецъ, одинъ случай касается совпа-

денія менопаузы и ожиренія съ появленіемъ Базедовой болѣзни, здѣсь леченіе, уменьшившее ожиреніе, благоприятно появляло также и на симптомы зоба.

На основаніи разбора этихъ наблюденій, а также и на основаніи литературныхъ данныхъ проф. устанавливаетъ: 1) что между Базедовой болѣзью и овуляціей существуетъ постоянное взаимоотношеніе; 2) что беременность оказываетъ благоприятное вліяніе на симптомы зоба съ пучеглазіемъ и 3) что роды и кормленіе грудью не могутъ ухудшить теченія Базедовой болѣзни.

Въ заключеніе, говоря о патогенезѣ и этиологіи названной болѣзни, проф. высказываетъ, что въ моментъ полового созрѣванія неправильности внутренней секреціи или яичниковъ, или щитовидной железы на нервной почвѣ вызываютъ симптомы этой болѣзни, имѣющей такое близкое этиологическое отношеніе къ овуляціи.

588. A. Gosset.—*Sur un cas de tumeur primitive de la trompe.*—*Случай первичной опухоли трубы.*

Женщина 44 лѣтъ, правильно менструировавшая съ 14 лѣтъ и имѣвшая 3-хъ дѣтей, поступаетъ въ клинику изъ-за обильныхъ бѣлыхъ въ теченіе 3-хъ лѣтъ. При наружномъ изслѣдованіи опухоль въ лѣвой подвздошной впадинѣ, оказавшаяся при влагалищномъ изслѣдованіи связанною съ маткой ножкою; предположена фиброміома. На операціи опухоль оказалась колбасовидной формы, 21 см. длины и 8 см. наибольшей ширины, развившаяся на счетъ лѣвой трубы. Удалена сначала опухоль, а потомъ произведена надвлагалищная ампутація матки и придатковъ; больная поправилась. При разрѣзѣ опухоль занимаетъ весь просвѣтъ трубы, стѣнки которой истончены, и въ большей своей части подверглась некрозу, просвѣтъ маточнаго отверстія сохраненъ. Микроскопическое изслѣдованіе болѣе свѣжихъ частей опухоли дало неясные результаты: діагнозъ колебался между папиллярной эпителиомой или саркомой изъ разновидности перителіальныхъ.

Авторъ указываетъ на рѣдкость первичныхъ опухолей трубъ (80 случаевъ въ литературѣ), а также на часто наблюдаемая при этой болѣзни обильныя серозныя выдѣленія.

589. G. Rossier. — *Une nouvelle méthode d'extraction dans les présentations pelviennes.* — *Новый способъ извлеченія при тазовыхъ предлежаніяхъ.*

Способъ касается главнымъ образомъ освобожденія ручекъ плода и состоитъ въ томъ, что по выходѣ пупочнаго кольца сильнымъ влеченіемъ туловища плода внизъ достигаютъ выхода передняго плеча изъ-подъ лонной дуги, затѣмъ, сильно поднимая туловище плода, заставляютъ заднее плечико выйти изъ-подъ промежности; если это не удастся сразу, то дѣлаютъ поочередно поднятіе и опусканіе туловища до освобожденія плечиковъ. Послѣ этого головка въ болѣе

легкихъ случаяхъ освобождается по пражскому способу, въ болѣе же трудныхъ по Smellie-Veity. Выгода этого способа, по автору, въ во 1-хъ въ быстротѣ его, столь важной при извлеченіи, въ 2-хъ въ томъ, что не нужно вводить во влагалище пальцевъ оператора и тѣмъ избѣгается возможность инфекции. На 422 случая примѣненія этого способа ручное освобожденіе плечиковъ потребовалось только 29 разъ.

590. A. Martin (Rouen). — *Rupture spontanée de la vessie chez une femme enceinte de trois mois.* — *Самостоятельный разрывъ мочевого пузыря у беременной на третьемъ мѣсяцѣ.*

Разрывъ произошел у первородящей 25 лѣтъ, страдавшей загибомъ матки назадъ: чихнувъ она почувствовала рѣзкую боль внизу живота и впала въ тяжелое состояніе со рвотой, малымъ пульсомъ и пр., катетеризація дала кровавую мочу. Немедленно произведенная лапаротомія обнаружила въ полости брюшины около 2¹/₂ литровъ мочи и поперечный разрывъ пузыря длиною около 4—5 см. Моча удалена изъ брюшины компрессами, трещина пузыря зашита, беременная матка выведена изъ задняго свода, для удержанія ея въ нормальномъ положеніи влагалище туго затампонировано; вставленъ катетеръ à demeure. Больная поправилась черезъ мѣсяць, перенесла гнойный циститъ; беременность продолжалась и уже достигла 8 мѣсяцевъ.

591. Delestre. — *Albuminurie apparue brusquement au 8-me mois de la grossesse et suivie d'accès éclamptiques.* — *Внезапно появившаяся на 8-мъ мѣсяцѣ беременности альбуминурия съ эclamптическими приступами.*

Первородящая 22 лѣтъ на 8-мъ мѣсяцѣ поступаетъ въ пріютъ; и раньше, и въ пріютѣ бѣлка въ мочѣ у нея не опредѣлялось, послѣдній отрицательный анализъ 31 марта. 1-го апрѣля сильныя головныя боли и бѣлокъ въ мочѣ; не смотря на молочную діету, количество бѣлка увеличивается, появляются отеки. 4 апрѣля первый приступъ эclamпсії и затѣмъ еще 5 приступовъ въ теченіе 4-хъ дней, послѣ чего самостоятельные роды недошеннымъ мертвымъ плодомъ (умеръ во время приступовъ) 1270 grm. вѣсу. Послѣдъ 375 grm. типичный альбуминурической, съ большимъ кровоизліаніемъ, вышелъ черезъ 25 минутъ.

Послѣ родовъ рѣзкое возбужденіе и полная слѣпота, т постепенно повышалась, пульсъ учащался и количество мочи уменьшалось; на 4-й день послѣ родовъ смерть, при чемъ послѣдніе 2 дня полная кома и анурия. Въ почкахъ рѣзкія явленія подостраго воспаления, измѣненія въ печени вторичныя, болѣе свѣжія.

L'Obstétrique. №№ 1, 3 et 4 1909. (Стр. 1, 100 и 260).

592. Paul Bar et R. Dannaу. — *Recherches sur le séro-diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte et le nouveau-né.* — *Серодиагностика сифилиса у беременныхъ и новорожденныхъ.*

Послѣ литературнаго обзора вопроса и подробнаго описанія

сложной техники своихъ изслѣдованій, авторы переходятъ къ своимъ наблюденіямъ. Они изслѣдовали на реакцію В а с с е р м а н а сыворотку крови, молоко и его сыворотку, мочу и цереброспинальную жидкость. 82 беременныхъ женщинъ, у которыхъ была изслѣдована сыворотка крови, раздѣлены на 4 категоріи: 2) сифилитички съ проявленіями болѣзни, 2) сифилитички съ ясными слѣдами болѣзни, но безъ проявленій, 3) подозрительныя по сифилису и 4) здоровыя. 24 женщины 1-й категоріи дали 10 положительныхъ результатовъ, 2 частичныхъ, 4 сомнительныхъ и 8 отрицательныхъ; у 10 беременныхъ 2-й категоріи у всѣхъ получился отрицательный результатъ; изъ 23 женщинъ 3-й категоріи одна дала результатъ положительный, 2—частичный, 4—сомнительный и 16—отрицательный и наконецъ всѣ 25 женщинъ 4-й категоріи дали отрицательный результатъ. Авторы отмѣчаютъ громадное вліяніе леченія на полученіе того или другого результата. Изслѣдованій сыворотки крови новорожденныхъ дѣтей матерей тѣхъ же 4 категорій было слѣдено 57: изъ 14 дѣтей 1-й категоріи у 2 получился положительный результатъ, у 1 частичный, у 6 сомнительный и у 5—отрицательный; изъ 9 дѣтей 2-й категоріи у 2 получился положительный результатъ и у 7 отрицательный; изъ 14 дѣтей 3-й категоріи у 4 результатъ положительный, у 1 частичный, у 2 сомнительный и у 7 отрицательный и наконецъ изъ 18 дѣтей 4-й категоріи у 2 результатъ положительный, у 2 частичный, у 5 сомнительный и у 9 отрицательный. Изъ сопоставленія этихъ цифръ съ цифрами изслѣдованій сыворотки крови беременныхъ тѣхъ же категорій видно, что далеко не всегда данныя реакціи одинаковы для матери и для дѣтей; здѣсь также леченіе сифилиса матери имѣетъ большое значеніе для результата реакціи у дитяти въ болѣе благопріятномъ смыслѣ. Слѣдя за дальнѣйшей судьбой дѣтей женщинъ двухъ первыхъ категорій, дѣтей, давшихъ при рожденіи отрицательную реакцію, авторы нашли, что только одно изъ нихъ осталось совершенно здоровымъ, у 9 появились проявленія сифилиса и 3 умерли, при чемъ одно отъ сифилиса.

Въ обсужденіи результатовъ реакціи съ сывороткой крови новорожденныхъ авторы совѣтуютъ бытъ осторожнѣе, ибо нѣкоторые факторы, особенно присутствіе въ крови желчныхъ пигментовъ, могутъ измѣнить эти результаты въ худшую сторону.

Кромѣ кровяной сыворотки авторы брали для реакціи В а с с е р м а н а еще молоко и его плазму, мочу и цереброспинальную жидкость. Реакція съ молокомъ идентична съ таковою же, производимой съ плазмой его, и обыкновенно результаты ея совпадаютъ съ результатами реакціи, произведенной, у тѣхъ же лицъ, съ сывороткой крови. Изслѣдованія съ мочою убѣдили авторовъ, что она не можетъ, въ обычномъ количествѣ (0,2 куб. сант.), замѣнить сыворотку. Резуль-

таты реакции съ церебрспинальной жидкостью сказались, приблизительно, одинаковыми съ таковыми же при изслѣдованіи сыворотки крови.

Размѣры краткаго реферата не позволяютъ привести многочисленныхъ, новыхъ, интересныхъ и важныхъ заключеній, къ которымъ пришли, на основаніи своихъ наблюдений, авторы и которыя, въ извѣстной части своей, касаются различныхъ практическихъ указаній въ разбираемой области.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Juin. 1909.

598. A. Zimmerн.—*L'électricité en gynécologie.*—*Электричество въ гинекологіи.*

Прежде всего авторъ описываетъ необходимый инструментарій для гинекологической электротерапіи, при чемъ для обыкновеннаго врача-гинеколога считаетъ вполне достаточнымъ батарею для постоянного тока изъ 30 элементовъ съ губчатыми индифферентными электродами и съ активными изъ металла или угля, въ видѣ маточныхъ зондовъ для введенія въ полость матки, при электризаціи же влагалища эти зонды густо обматываются гигроскопической ватой. Физиологическія свойства постоянного тока исчерпываются его дѣйствіемъ химическимъ и двигательнымъ, при чемъ первое сводится къ электролизу и особенно сказывается въ присутствіи склеротической или рубцовой ткани, размягчая ее (что авторомъ названо склеролитическимъ дѣйствіемъ). Упоминаетъ авторъ также и про токи высокаго напряженія и про примѣненія X—лучей въ гинекологическихъ заблѣваніяхъ.

Показанія къ электротерапіи при функциональныхъ гинекологическихъ страданіяхъ исчерпываются, по автору, аменорреей, связанной съ инфантилизмомъ матки, и дисменорреей, особенно при суженіи цервикальнаго канала, при чемъ въ первомъ случаѣ производится электризація задняго свода влагалища, при дисменорреяхъ же электризуется каналъ шейки, всего лучше бужами Негара.

Изъ органическихъ болѣзней, при которыхъ электротерапія можетъ приносить пользу, на первомъ мѣстѣ стоитъ леченіе фибромы, обыкновенно предпринимаемое въ неоперативныхъ случаяхъ противъ симптомовъ, главное кровотеченія.

Авторъ подробно останавливается на формѣ примѣненія электричества и на объясненіи механизма остановки кровотеченія, которое происходитъ, по его мнѣнію, отъ эксцито-моторнаго вліянія тока на мускулатуру матки. Этому же вліянію обязано и успѣшное примѣненіе электричества при метритахъ и эндометритахъ (хроническихъ), при чемъ также имѣютъ значеніе и электролитическія свойства тока, при помощи серебра и цинка. Успѣшнымъ примѣненіемъ электризаціи при недостаточномъ обратномъ развитіи матки и исчерпывается, по автору, циклъ женскихъ болѣзней, подлежащихъ леченію электричествомъ.

Неизмѣннымъ противопоказаніемъ при всѣхъ вышеупомянутыхъ формахъ къ примѣненію электричества служатъ страданія придатковъ матки, особенно гнойныя.

Société d'obstétrique de Toulouse 1909 (ibidem).

594. Lilles. — *De l'influence de l'arrachement du col sur les grossesse et les parturitions ultérieures.*—Вліяніе отрыва шейки на теченіе послѣдующихъ беременностей и родовъ.

Наблюдая благоприятное теченіе послѣдующихъ родовъ у женщины, первые роды которой были окончены шипцами съ отрывомъ шейки, а затѣмъ послѣ нихъ двое самопроизвольныхъ; одни въ теченіе 7 час. 15 мин., другіе нѣсколькихъ минутъ, авторъ говоритъ, что это слѣдуетъ приписать короткому промежутку между родами и малому протяженію молодого рубца. Болѣе обширные и плотные рубцы даютъ, конечно, другое предсказаніе; вообще же отрывы шейки, равно какъ ампутаціи ея часто вліяютъ на послѣдующія беременности, въ смыслѣ ихъ преждевременнаго прерыванія, и на теченіе родовъ, при которыхъ въ этихъ случаяхъ наблюдается ранній разрывъ оболочекъ яйца.

595. Cazanove. — *Deux cas de dilatation rapide du col avec l'instrument de Bossi.*— Два случая быстрого расширенія шейки инструментомъ Bossi.

Въ одномъ случаѣ у экламптики беременной на сносяхъ расширитель введенъ безъ колпачковъ, послѣ расширенія пальцемъ, достигши расширенія въ 3 cm. авторъ надѣлъ колпачки и быстро довелъ раскрытіе до 11 cm.; поворотъ и извлеченіе живого плода. Второй случай касается роженицы съ предлежаніемъ послѣда, обезкровленной, съ пульсомъ 160 и плоскими схватками, инструментомъ быстро раскрытіе матки доведено до 7 cm; послѣ чего произведенъ поворотъ по Вraxton—Nicks'у и извлеченъ мертвый плодъ. Признавая ручное расширеніе шейки наилучшимъ, авторъ всетаки рекомендуетъ въ извѣстныхъ случаяхъ и расширитель Bossi.

Juillet 1909.

596. P. Lecène. — *Epithélioma primitif de la trompe. Первичная эпителиома трубы.*

Къ рѣдкимъ случаямъ этихъ опухолей въ литературѣ авторъ присоединяетъ свой, у больной 48 лѣтъ, правильно менструировавшей и имѣвшей 3-хъ дѣтей и 1 выкидышъ, послѣдніе же 2 года страдавшей обильными кровотечениями; при изслѣдованіи малоподвижная опухоль тѣла матки, принятая за фиброміому, и инфильтратъ справа. При операциі фиброматозно-перерожденная матка и бугристая опухоль правыхъ придатковъ, величиною въ кулакъ, лѣвые придатки тоже представляютъ опухоль, съ апельсинъ величиною; произведено полное удаленіе матки и придатковъ съ обособленіемъ полости брюшины отъ

малаго таза. Больная выздоровѣла и вотъ уже съ годъ, какъ не имѣеть рецидива. При изслѣдованіи въ просвѣтъ правой трубы мягкая, розоваго цвѣта опухоль, подъ микроскопомъ оказавшаяся эпителиомой, очень богатой эпителиальными клѣтками; такого же строенія опухоли оказались на задней сторонѣ нижняго сегмента матки и въ лѣвомъ яичникѣ; правый яичникъ кистовидно перерожденъ и окутанъ сращениями, лѣвая труба представляется въ видѣ hydrosalpinx'a. Авторъ считаетъ первичнымъ раковый узелъ въ трубѣ, опухоли же такого же строенія въ матки и лѣвомъ яичникѣ, развившіяся посреди ткани этихъ органовъ, онъ считаетъ метастазами изъ перваго очага, распространившимися не по лимфатическимъ путямъ, а по кровеноснымъ.

Л. Ульяновскій.

ХРОНИКА.

130) Директоромъ родильнаго дома въ Перми избралъ докторъ медицины приватъ-доцентъ Московскаго университета Новиковъ.

131) Совѣтъ министровъ одобрилъ и призналъ подлежащимъ внесенію на законодательное разсмотрѣніе проектъ преобразованія Гродненской повивальной школы въ центральную акушерско-фельдшерскую школу.

132) Въ іюлѣ этого года исполнилось 25 лѣтъ службы въ Смѣлянскомъ имѣніи графовъ Бобринскихъ д-ра Г. С. Болевскаго. Мѣстнымъ обществомъ и сослуживцами юбиляра собрана въ короткое время значительная сумма на учрежденіе стипендіи его имени при мѣстной гимназій.

133) Въ одномъ австрійскомъ городкѣ недавно разбиралось въ судѣ дѣло о нарушеніи врачебной тайны: врачъ сообщилъ начальству и знакомымъ своей пациентки о существованіи у нея заразительной болѣзни, вслѣдствіи чего она лишилась мѣста. Судъ оправдалъ врача, найдя, что своимъ заявленіемъ онъ охранилъ общество отъ угрожавшей ему опасности. Врачебная печать возмущается этимъ рѣшеніемъ суда, находя, что, пока законъ не обяываетъ врача сообщать о каждомъ случаѣ заразной болѣзни, нарушеніе врачебной тайны является недопустимымъ.

134) 27 Мая въ Бреславлѣ послѣдовано открытіе памятника
v. Mikuliczy. „Врачеб. Газ.“

135) Въ Москвѣ, по словамъ „Русс. Слова“, въ недалекомъ будущемъ открывається новое учебное заведеніе-институтъ врачебной косметики. Учредитель института-врачъ.

136) Проф. Е. Ясоби указываетъ на то, что, съ отмѣной въ Фрейбургѣ въ апрѣлѣ 1908 г. обязательнаго освидѣтельствованія проституттокъ, рѣзко увеличивалось число свѣжихъ заболѣваній сифилисомъ среди мужчинъ, благодаря чему возросъ до того крайне скудный для цѣлей преподаванія клинической матеріалъ. На основаніи этого онъ замѣчаетъ, что практиковавшееся ранѣе въ Фрейбургѣ содержаніе проституттокъ въ опредѣленныхъ домахъ и систематическое освидѣтельство ихъ являлось могучимъ средствомъ для борьбы съ распространеніемъ сифилиса.
„Munch. Med. Woch.“

137) Венгерскій союзъ врачей разослалъ во всѣ среднія учебныя заведенія и профессорамъ университетовъ возваніе съ просьбой отсозвѣтовать оканчивающемуся школу поступающа на медицинскій факультетъ. При этомъ указывается на то, что число студентовъ-медиковъ въ Будапештѣ въ настоящее время на 1000 больше, чѣмъ въ 1898 г.

Между тѣмъ по статистическимъ даннымъ за 1907 г. болѣе чѣмъ къ половинѣ всѣхъ умершихъ за время болѣзни не приглашали врача, изъ чего слѣдуетъ, что населеніе мало обращается къ помощи врачей.

138) Управленіе главнаго врачебнаго инспектора увѣдомило врачебныя управленія, что, согласно постановленію медицинскаго совѣта, повивальныя бабки 1-го разряда, получившія это званіе путемъ двухлѣтняго школьнаго обученія въ соответствующихъ специальныхъ учебныхъ заведеніяхъ, могутъ проходить школьный курсъ для подготовки къ фельдшерскому званію въ теченіе не трехъ, а двухъ лѣтъ, трехлѣтій же курсъ фельдшерскаго школьнаго обученія сохраняется лишь для повивальныхъ бабокъ 1-го разряда, получившихъ это званіе внѣшкольнымъ путемъ (по экзамену, въ качествѣ экстерновъ). Организациа двухлѣтняго и трехлѣтняго обученія повивальныхъ бабокъ 1-го разряда обѣихъ вышеуказанныхъ категорій (школьныхъ и не школьныхъ) и выработка соответствующаго учебнаго класса для подготовки ихъ къ фельдшерскому званію, по прежнему, принадлежитъ педагогическимъ совѣтамъ школь.

„Практ. Врачъ“.

139) Редакціей „Русс. Жур. Кожн. и Венер. Болѣзней“ получено нижеслѣдующее возваніе къ матерямъ международной лиги матерей семействъ. Для борьбы съ туберкулезомъ, сифилисомъ, перелосемъ, алкоголизмомъ и дѣтской смертностью основано много обществъ, но результаты ихъ дѣятельности не оправдываютъ ожиданій, главнымъ образомъ, благодаря отсутствію сплоченности, единства дѣйствія. Въ борьбѣ съ перечисленными бѣдствіями, угрожающими вырожденіемъ, лучшей солдатъ это женщина. Чтобы одержать побѣду надъ ними женщинамъ необходимо дѣйствовать сообща, забывъ разницу въ положеніи, въ религіи, въ убѣжденіяхъ. Поэтому назрѣла потребность основать международную лигу матерей для защиты своихъ очаговъ отъ этихъ бичей XX-го столѣтія. Лига эта основана въ прошломъ году и намѣрена употребить всѣ силы и средства, чтобы задержать гибельное дѣйствіе упомянутыхъ бичей человечества, число жертвъ которыхъ ежегодно начисляется въ нѣсколько милліоновъ (для всѣхъ странъ вмѣстѣ). Бѣдная средствами въ началѣ своего существованія лига обращается къ матерямъ всего свѣта съ просьбой о пожертвованіяхъ.

140) Германскія статистическія свѣдѣнія за 1906 г. объ отношеніи внѣбрачной рождаемости къ брачной, охватывающія только города съ 15 тысячнымъ и больше населеніемъ, указываютъ, что наибольшій процентъ внѣбрачной рождаемости приходится на университетскіе города, такъ въ Берлинѣ внѣбрачныхъ дѣтей было 17,3⁰/₀, въ Целлѣ 22,2⁰/₀, въ Падесбрнѣ 23,4⁰/₀, въ Боннѣ 21,7⁰/₀, между тѣмъ какъ въ близъ лежащихъ Кельнѣ и Кобленцѣ только 12 и 6,1⁰/₀, въ Бреславлѣ 18,1⁰/₀, Геттингенѣ 23,7⁰/₀, а Грейсвальдѣ 31,1⁰/₀. Въ Галлѣ только 15,1⁰/₀, такъ-же какъ и въ Килѣ, а въ Кенигсбергѣ 16,4⁰/₀. Марбургъ превосходитъ всѣ города—37,7⁰/₀. Баварскіе университеты насчитываютъ: 16,1⁰/₀ въ Эрлангенѣ, 20,4⁰/₀ въ Вюрцбургѣ и 26,7⁰/₀ въ Мюнхенѣ, процентъ же другихъ городовъ гораздо ниже. Въ Саксоніи на первомъ мѣстѣ стоитъ фабричный городъ Плауенъ—19,8⁰/₀, а Лейпцигъ однимъ процентомъ меньше. Въ Вюртембергѣ Тюбингнѣ съ 32,2⁰/₀ почти втрое превосходитъ главный городъ Штутгартъ. Въ Гейдельбергѣ 25,4⁰/₀, Гис-

сенѣ 32,7⁰/₀, Дармштадтъ только 8,5⁰/₀, Роштокъ съ 17,4⁰/₀ стоитъ во главѣ Мекленбургскаго герцогства, а Иена съ 24,4⁰/₀ Саксенъ-Веймарскаго. Профессоръ Wolters объясняетъ большія цифры внѣбрачной рождаемости университетскихъ городовъ отчасти тѣмъ, что въ каждомъ изъ нихъ есть при университетскихъ клиникахъ отдѣленія для рожениць куда, конечно, прѣзжаютъ пациентки и изъ другихъ городовъ.

„Русс. Жур. Кож. и Вен. Болѣзней“.

141) Деканомъ медицинскаго факультета въ Берлинѣ на 1909-1910 г. избранъ проф. Витт.

142) Въ концѣ сентября 1910 г. состоится въ Парижѣ 2-ой международный съездъ по изученію рака. Въ весеннемъ засѣданіи организационнаго бюро съезда намѣчены слѣдующія темы; 1) статистика рака у людей и животныхъ; 2) этиологія и біологія рака; 3) клиническая діагностика рака; 4) лечение рака; 5) популяризація познаній о ракѣ путемъ чтеній и выставокъ. Кромѣ того предположено еще нѣсколько вопросовъ, касающихся экспериментальныхъ и микроскопическихъ изслѣдованій.

„St. Petersburg. Med. Wochenschr.“

143) Статистика причинъ смертности во всѣхъ странахъ одинаково указываетъ на постоянное возрастаніе раковыхъ заболѣваній. Патологическій институтъ въ Берлинѣ приводитъ новыя данныя, полученныя въ результатѣ сдѣланныхъ въ институтѣ вскрытій. Въ 1875 г., когда во главѣ института стоялъ Virchow, процентъ злокачественныхъ опухолей всякаго рода, найденныхъ при вскрытіяхъ всѣхъ умершихъ въ больницѣ милосердія (Charité), былъ 4,9 (на сто), въ слѣдующіе годы процентъ этотъ возрастаетъ и достигаетъ въ 1884—1885 гг. 7. Для 1904—8 гг. проф. Orth даетъ цифры, еще болѣе высокія. Въ 1904 году процентъ злокачественныхъ опухолей у умершихъ въ больницахъ достигаетъ 10,7, въ 1905—11,27, наконецъ, въ слѣдующіе два года, доходитъ до 14 и падаетъ до 12 въ 1908 году.

144) Во Франціи врачи и студенты заявляютъ протестъ противъ того, что женщины-врачи освобождены отъ военной службы. Въ видахъ уравниенія ихъ съ мужчинами въ сферѣ обязанностей возникло предположеніе замѣнить два года службы мужчинъ двухлѣтнимъ же болѣе легкимъ трудомъ, напримѣръ, сидѣлокъ во время ученія или по окончаніи его.

«La Tribune medic».

145) Общество врачей въ Новочеркасскѣ ходатайствуетъ о разрѣшеніи открыть осенью текушаго года въ Новочеркасскѣ акушерско-фельдшерскіе курсы.

146) Организационный Комитетъ XI Съезда Общества Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова сообщаетъ, что въ С.-Петербуржѣ съ 3-го по 10-ое января 1910 г. состоится XI Съездъ Общества Русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

Для его устройства образованъ Организационный Комитетъ въ составѣ Предсѣдателя С. С. Салазкина, товарища Предсѣдателя В. Н. Сиротина, членовъ Н. А. Вельяминова, Н. П. Симановскаго, Д. О. Отта, Г. В. Хлопина, казначея А. А. Лихачева, редактора изданій П. Н. Булатова и секретаря И. А. Дмитриева.

Комитетъ предположилъ распределить занятія съѣзда по 18 секціямъ.

Смотря по докладамъ, могутъ для разсмотрѣнія однородныхъ темъ быть устраиваемы соединенныя засѣданія нѣсколькихъ секцій или, наоборотъ, могутъ быть устроены самостоятельныя засѣданія подсекцій.

Програмные вопросы отдѣльныхъ секцій будутъ опубликованы въ медицинской прессѣ и разосланы въ медицинскія общества, медицинскіе факультеты, санитарныя бюро при земскихъ и городскихъ управахъ, медицинскія учрежденія разныхъ вѣдомствъ и т. п.; Комитетъ до 1 сентября будетъ принимать заявленія о необходимости добавленія новыхъ программныхъ вопросовъ, и въ половинѣ сентября опубликуетъ дополнительный списокъ программныхъ вопросовъ на основаніи полученныхъ матеріаловъ.

Заявленія о докладахъ могутъ быть присылаемы или Секретарю Комитета И. А. Дмитріеву (СПБ., Кабинетская 18, СПБ. Губернская Земская Управа), или соотвѣтствующему Завѣдующему секціей. Желательно получить до 15-го ноября резюме докладовъ и положенія, каковыя будутъ напечатаны ко времени открытія Съѣзда; приемъ докладовъ послѣ 1-го декабря будетъ зависѣть отъ Завѣдующаго, если позволитъ время. Недопущеніе доклада дѣлается по постановленію Комитета на основаніи заключенія соотвѣтствующей группы Завѣдующихъ.

Членскій взносъ можно присылать (десять рублей) казначею А. А. Лихачеву (Литейный пр., 11, кв. 5).

Завѣдующіе секціей Акушерства и Женскихъ Болѣзней: проф. Д. О. Оттъ и проф. П. Т. Садовскій.

Програмными вопросами этой секціи намѣчены: 1. Организанія акушерской помощи сельскому населенію въ земскихъ губерніяхъ. 2. Задачи борьбы съ дѣтской смертностью. 3. Перфоранія матки въ клиническомъ и судебномъ отношеніяхъ.

147) Московское Общество борьбы съ дѣтской смертностью проситъ опубликовать слѣдующее свое заявленіе:

Предполагая устроить выставку по борьбѣ съ дѣтской смертностью на предстоящемъ XI-мъ Пироговскомъ Съѣздѣ, въ январѣ 1910 года въ Петербургѣ, — Совѣтъ О-ва обращается ко всѣмъ медицинскимъ и общественнымъ организаніямъ съ просьбой присылать свѣдѣнія и матеріалы по вопросамъ дѣтской смертности (книги, брошюры, листки, статистическія данныя, уставы обществъ и кружковъ, отчеты, діаграммы, смѣты на устройство амбулаторій, яслей, пріютовъ, планы зданій, плакаты, раціоны питанія и т. п.) по адресу: Москва. Садовая-Кудринская, Софійская дѣтская больница, Секретарю Общества Л. С. Горюховой.

148) Послѣ ревизіи, произведенной въ Минскѣ родильномъ пріютѣ Общества защиты женщинъ, пріютъ закрытъ. Ревизія обнаружила большіе порядки; такъ, на примѣръ, бѣлье давалось роженицамъ невытмытымъ и порваннымъ; всѣ инструменты оказались заржавленными, новорожденныхъ дѣтей никогда не купали; постельнаго бѣлья не было и т. д.

149) Въ Херсонѣ привлекается къ суду старшій врачъ губернской земской больницы Монтевилло (Э. А.), отказавшійся безъ

основаній въ приѣмѣ въ больницу беременной женщины и избившій лицо, доставившее ее въ больницу.

«Русс. Врачъ».

150) Въ Ганноверѣ разбиралось не такъ давно дѣло, касающееся отвѣтственности врача за послѣдствія неудачнаго примѣненія X-лучей. Д-ръ Ш. примѣнилъ у молодой дѣвушки X-лучи для уничтоженія волосъ на губѣ. Въ виду неустпшности леченія онъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ усилилъ дѣйствіе лучей, вслѣдствіе чего у больной появились красныя пятна, а затѣмъ произошла ожога кожи груди и лица, оставившая послѣ себя рубцы. Больная судомъ потребовала съ врача Ш. возмѣщеніе издержекъ за леченіе и за вредъ, причиненный ей образованіемъ рубцовъ, такъ какъ это мѣшаетъ ей въ ея занятіяхъ (компаньонки). Въ первой инстанціи требованія истицы были удовлетворены. Во второй инстанціи приговоръ былъ утвержденъ, такъ какъ судъ согласился съ мнѣніемъ экспертовъ, что Ш. долженъ былъ знать, что съ появленіемъ красныхъ пятенъ леченіе X-лучами должно быть прекращено.

151) Во Владимірской губ. при губернской земской больницѣ открыты акушерско-фельдшерскіе курсы (по 15 человекъ на курсъ). Каждое уѣздное земство можетъ представить по кандидаткѣ, но до сего времени только четыре земства воспользовались своимъ правомъ и прислали своихъ кандидатокъ. Остальныя девять земствъ молчатъ. Въ виду этого, старшій врачъ больницы (директоръ) разрѣшилъ приѣмъ постороннихъ слушательницъ.

«Практич. Врачъ».

152) «Сибирская Врачебная Газета» сообщаетъ о привлеченіи къ суду старшаго врача Красноярской больницы д-ра Фунтикова за то, что во время акушерской операціи онъ бросилъ щипцы въ лице акушеркѣ и раскололъ ей зубъ.

Редакторы

{ Г. Рейнъ.
Л. Кривскій.
К. Скробанскій.

Журналы и книги, присланные въ редакцію.

(Переданы въ бібліотеку Общества).

- 1) Русс. Врачъ № 35—38; 2) Врачебн. Газета № 35—38; 3) Практическийъ Врачъ № 35—38; 4) Сибирская Врачебн. Газета № 33; 5) Фельдш. Вѣстникъ № 19, 21—32, 34, 35; 6) Врачебно-фармацевт. Посредникъ; 7) Медицинское Обзорѣніе № 13—14; 8) Вѣстникъ ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней. Іюнь—Августъ; 9) Акушерка № 6—9; 10) В. Медиц. Журналъ. Сентябрь; 11) Современ. Медицина № 15—16; 12) Соврем. Клиника и Терапія № 8; 13) Зубо-врачебный Миръ № 15—17; 14) Хирургія. Іюнь, сентябрь. 15) Зубо-врачебный Вѣстн. № 3, 8; 16) Русск. Журн. Кож. и Венер. болѣзней № 5—8; 17) Универс. Извѣстія. Кіевъ № 5—7; 18) Харьковскій Медиц. Журналъ. Августъ; 19) Журн. общ. охран. народн. здравія. 1908 г. № 12; 20) Медиц. прибавленія къ Морскому Сборнику. Май—Іюль; 21) Фармац. Журналъ № 15, 17, 18, 20—22, 24, 27, 28; 22) Русск. Фармацевтъ. 1909 г. 1 Іюня; 23) Вѣстн. общ. гигиены. Іюль—Августъ; 24) Казанскій Медиц. Журналъ. Май—Іюнь; 25) Вѣстн. Офтальмологіи. Май—Августъ; 26) Сборникъ посвященный И. И. Мечникову. Изд. Журн. Практ. Мед.; 27) Вѣст. медиц. помощи и труда № 3; 28) Cancer. Hf. 5—7; 29) Russische Med. Rundschau № 5—8; 30) St. Petersburg Med. Wochenschrift № 35—38; 31) Zdrowie. № 79; 32) Casopis Lékaruv Ceskych № 39—40; 33) Medycyna № 37—40; 34) Gazeta Lekarska № 37—39; 35) Le Monde Médical № 355, 357; 36) Revue clinique d'Andrologie et de Gynecologie № 171—174; 37) L'Obstétrique. № 7—8; 38) La Ginecologie № 3, 5; 39) Bulletin de la Societé des Sciences Médicales de Bucarest. № 3—4; 40) Lucina. № 6—9; 41) La Ginecologia Moderna № 4—7; 42) La Ginecologia № 4, 8, 11; 43) Revue de médecine tchéque № 1, 4; 44) Monthly Cyclopaedia and medical bulletin № 8; 45) Physiological and medical observations among the indians of Southwestern United States and northern Mexico; 46) J. Rivière. Fulguration et Cytolyse alto-fréqueute du cancer; 47) Przegląd chirurgiczny i Ginekologiczny. T. I. Z. 1.; 48) Finska Läkarsällskafets Handligar. Juni—Juli. 49) The Gordon memorial college at Khartom; 50) Rendiconti della Societa Toscana di obstetricia e Ginecologia № 1.



Получать можно во всѣхъ аптекахъ.

ЭНГЕЛЬГАРДА АНТИСЕПТИЧЕСКАЯ ПУДРА

необх. какъ присыпка для дѣтей; противъ изъязвленій, потливости и мн. формъ нахожи. бол. Испробована и горячо рекомендована перв. медицинскими авторитетами.

Санит. сов. д-ръ Фемель, главн. вр. мѣстн. родовсп. клин. пишетъ: „Изготовляемая фабрикой Карла Энгельгарда антисептическая пудра почти исключительно примѣняется мной и всегда съ великолѣпнымъ успѣхомъ. Эта пудра имѣетъ то большое преимущество передъ другими, что она не распыливается такъ сильно, не обременяетъ дыхательныхъ путей и все же очень легко наносится. Она сдѣлалась мнѣ необходимой при изъязвленіяхъ у маленькихъ дѣтей; она введена у всѣхъ моихъ частныхъ пациентовъ и въ городской родовспомогательной клиникѣ. Прекрасные результаты даетъ эта пудра и при потливости, а также при изъязвленіяхъ отъ холеры. И другіе коллеги, употреблявшіе эту пудру, получили такіе же хорошіе результаты“.

Исключ. прод. для Россіи РИШ ФЮРСТЪ и К° Спб. Кузнецный, 19. Fabrik pharm. Präparate Karl Engelhard Frankfurt a/M. 36—6—1

Ж У Р Н А Л Ъ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

Годъ двадцать третій.

НОЯБРЬ 1909 г. № 11.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

XL.

Изъ акушерско-гинекологической клиники проф. В. Н. Орлова въ Одессѣ.

„Къ вопросу о развитіи децидуальной ткани внѣ матки во время беременности“

Ассистента клиники В. Д. БРАНТА.

Слизистая оболочка матки непосредственно передъ менструаціей во всѣхъ своихъ частяхъ достигаетъ такого сходства съ молодой децидуальной тканью, что ее трудно отличить отъ таковой. Особенно такое сходство можно наблюдать на менструальной оболочкѣ въ томъ случаѣ, когда она выходитъ цѣликомъ въ видѣ слѣпка внутренней поверхности матки.

Кромѣ того децидуальные клѣтки въ слизистой оболочкѣ матки нерѣдко можно наблюдать при различныхъ формахъ эндометритовъ, особенно при *endometritis exfoliativa*. Но только при беременности, будь это нормальная или эктопическая беременность, матка на своей внутренней поверхности реагируетъ пышнымъ образованіемъ децидуальной ткани. Предѣломъ развитія децидуальной ткани въ полости матки раньше считался внутренній зѣвъ, но въ послѣднее время стали описывать децидуальную ткань и въ цервикальномъ каналѣ, такъ напр. Walter при эктопической беременности нашелъ децидуальную ткань въ верхнемъ отдѣлѣ шейки, причемъ здѣсь были найдены кромѣ того гигантскія клѣтки. Bondi демонстрировалъ децидуальную ткань шейки въ окружности наружнаго маточнаго зѣва тотчасъ подъ нормально образованнымъ плоскимъ эпителиемъ въ видѣ большихъ и меньшихъ гнѣздъ.

На беременность реагируетъ развитіемъ децидуальной ткани не только слизистая оболочка тѣла и шейки матки,

но нерѣдко также слизистая оболочка фаллопиевой трубы. Oritz нашелъ при беременности въ ампуллѣ трубы децидуальныя клѣтки на всей слизистой трубы и кромѣ того подъ брюшиной въ видѣ узелковъ.

Lange изъ 50 случаевъ нормальной беременности только въ 5 нашелъ образованіе децидуальной ткани въ трубѣ; по его мнѣнію, частота развитія децидуальной ткани въ слизистой трубы незначительна, по крайней мѣрѣ въ первые мѣсяцы беременности.

Улезко-Строганова упоминаетъ о двухъ случаяхъ развитія децидуальной ткани на слизистой трубы при нормальной беременности.

Ислѣдованія при беременности яичниковъ показали, что и въ нихъ развивается децидуальная ткань.

Schmorl впервые доказалъ децидуальныя гнѣзда въ яичникахъ беременныхъ женщинъ и его находки были подтверждены Kinoshita, Rabl, Lindenthal, Hörmann, Улезко-Строгановой и др. Вышеупомянутыя клѣточные группы по большей части лежатъ подъ зародышевымъ эпителиемъ и глубже, и часто уже на 5-омъ мѣсяцѣ беременности микроскопически видны, какъ узелки блѣдно-сѣраго цвѣта. — Кромѣ того Perls, Leusden, Schmorl и другіе находили децидуальную ткань въ формѣ сѣрыхъ узелковъ и бляшекъ въ серозной оболочкѣ задняго дугласа, на задней стѣнкѣ матки и на передней поверхности толстой кишки. — Penkert и Улезко-Строганова описали децидуальную ткань въ сальникѣ при срощеніи его съ трубой въ случаѣ трубной беременности и наконецъ при срощеніи съ кистой яичника при нормальной беременности. Но нужно упомянуть, что децидуальная ткань, развивающаяся внѣ матки при нормальной беременности никогда не достигаетъ такого пышнаго развитія, какъ въ полости матки.

Что касается элементовъ ткани, изъ которыхъ развивается децидуальная ткань внѣ матки, то, по мнѣнію большинства авторовъ, она развивается въ яичникахъ изъ веретенообразныхъ элементовъ albugineaе, въ трубахъ изъ соединительно—тканыхъ клѣтокъ слизистой, на брюшинѣ изъ соединительно тканыхъ элементовъ, лежащихъ подъ эндотелиемъ и нерѣдко вокругъ сосудовъ и наконецъ на сальникѣ изъ жировыхъ его клѣтокъ. — Улезко-Строганова считаетъ, что въ образованіи децидуальной ткани участвуютъ не только соедини-

тельно-тканная клѣтки путемъ гипертрофіи и гиперплазій, но также и многочисленные дѣятельно размножающіеся мононуклеары, предсуществующіе въ данной ткани и пришлые извнѣ.

Lindenthal могъ констатировать уже на 2-мъ мѣсяцѣ беременности, все равно, послѣдовало ли поселеніе яйца въ маткѣ или въ трубѣ, что въ albuginea яичника мѣстами получается происшедшее отъ отека разрыхленіе ткани и что въ такихъ мѣстахъ на 3-мъ мѣсяцѣ веретенообразныя клѣтки превращаются въ большія полигональныя съ большимъ полигональнымъ ядромъ и черезъ это дѣлаются похожими на децидуальныя и размножаются дѣленіемъ.

Послѣ краткаго обзора литературныхъ данныхъ перехожу къ собственнымъ изслѣдованіямъ.

Мною было изслѣдовано 45 беременныхъ и послѣ-родовыхъ матокъ съ придатками и прилежащей брюшиной, полученныхъ послѣ операциі или секціи и 10 беременныхъ кроличьихъ матокъ, при чемъ положительный результатъ былъ констатированъ въ 17 случаяхъ, изъ нихъ 2 отъ кроликовъ.

Въ трехъ случаяхъ беременность достигала 3 мѣсяцевъ при чемъ въ 2-хъ беременность была осложнена интерстиціальной и субсерозной фиброміомой, въ третьемъ беременность была трубная. Въ двухъ случаяхъ беременность достигла 4 мѣсяцевъ, при чемъ въ одномъ случаѣ произошелъ не полный абортъ и беременность осложнилась плицентарнымъ полипомъ. Въ 2-хъ случаяхъ беременность достигла 7-ми мѣсяцевъ, въ столькихъ же случаяхъ 9-ти мѣсяцевъ; 6 разъ была изслѣдована послѣ-родовая матка (2 матки отъ эклямптичекъ и одна послѣ разрыва во время родовъ). 2 матки кроликовъ, одна на 15-ый день беременности и одна послѣ родовъ на 2-ой день.

Большая часть половыхъ органовъ, полученныхъ послѣ секціи принадлежала больнымъ, умершимъ отъ сепсиса.

Децидуальныя скопленія въ нашихъ случаяхъ наблюдались въ одинаковой мѣрѣ, какъ на брюшинномъ покровѣ задней стѣнки матки и дугласова пространства, такъ и въ albuginea яичниковъ и только одинъ разъ въ слизистой трубы. Макроскопически онѣ замѣтны особенно ясно на брюшинѣ дугласова пространства и представлялись или въ видѣ отдѣльныхъ блестящихъ узелковъ сѣровато-бѣлаго цвѣта или же брюшина была усѣяна сплошь этими узел-

ками и казалась какъ бы посыпанной пескомъ. На яичникахъ макроскопически ихъ трудно было констатировать.

Подъ микроскопомъ децидуальныя скопленія имѣли различное расположеніе и различный видъ, смотря потому, въ какомъ органѣ были эти скопленія и на какомъ мѣсяцѣ беременности; но все же нужно сказать, что особенно рѣзкой разницы ни въ томъ ни въ другомъ случаѣ не было, только децидуальныя скопленія въ трубѣ нѣсколько разнятся.

При изслѣдованіи подъ микроскопомъ препаратовъ яичника и брюшины задней стѣнки матки и задняго дугласа 3-хъ мѣсячной бе-

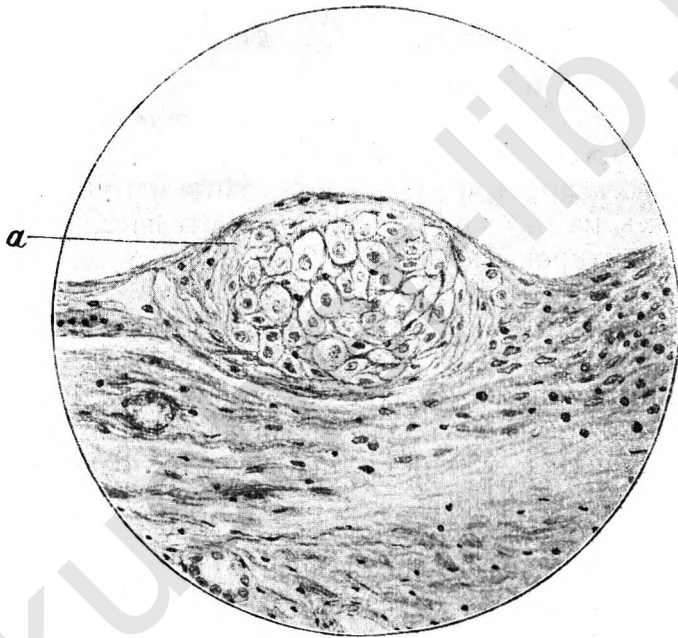


Рис. 1. Яичникъ при 3 м. беременности. а) децидуальный узелъ.

ремени (см. рис. № 1) найдены децидуальныя скопленія въ видѣ кругловатыхъ гнѣздъ, расположенныхъ въ albuginea яичника подъ зародышевымъ эпителиемъ, а на брюшинѣ подъ эндотелиемъ. Въ яичникѣ эти гнѣзда состоятъ изъ большихъ, concentрически расположенныхъ эпителиоидныхъ клѣтокъ, имѣющихъ круглую или овальную форму.

На препаратахъ, окрашенныхъ по Ванъ-Гизону между эпителиоидными клѣтками проходитъ и какъ-бы обвиваетъ ихъ нѣжная тонковолокнистая соединительная ткань съ малыми веретенообразными клѣтками. Протоплазма большихъ клѣтокъ то гомогенна, то сѣтчата, въ нѣкоторыхъ клѣткахъ видны небольшія вакуоли, протоплазма слабо окрашена, клѣтки имѣютъ большія овальныя или пузырькообразныя

ядра съ ядрышками. Ядра также окрашены слабо. Нѣкоторыя клѣтки имѣютъ по два ядра. Между большими клѣтками расположены лимфоидные элементы и волокна фибрина. Мѣстами видны эпителиоидныя клѣтки, слабо окрашенныя, безъ ядеръ и въ такомъ случаѣ развитіе молодой соединительной ткани выражено рѣзче. На брюшинѣ кругловатая децидуальная скопленія состоятъ также изъ большихъ эпителиоидныхъ другъ отъ друга тонковолокнистой сѣтью, проходящей между ними. Эта сѣть здѣсь шире и гуще, чѣмъ въ яичникѣ. Протоплазма клѣтокъ имѣетъ такое же строеніе, какъ и въ яичникѣ, только вакуолизация клѣточной протоплазмы рѣзче выражена и ядра болѣе пучурчаты, но окрашены довольно хорошо. Мѣстами регрессивный метаморфозъ зашелъ довольно далеко и ядра въ клѣткахъ отсутствуют,

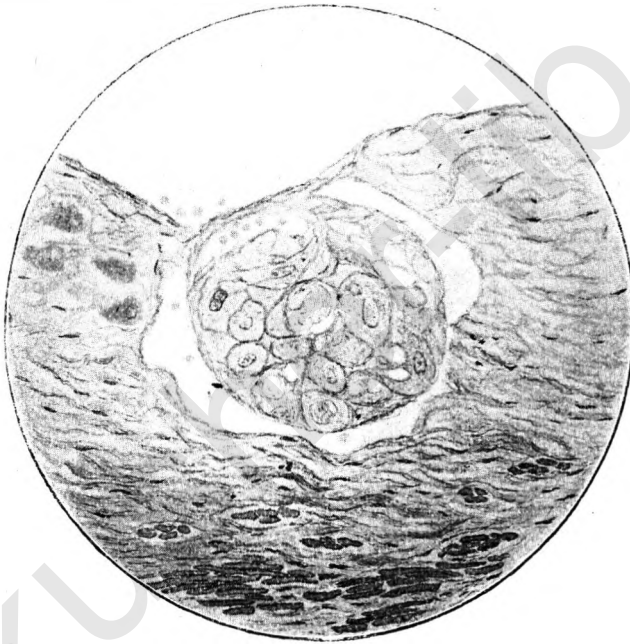


Рис. 2. Беременность 7 м., разрѣзъ децидуальнаго узла на задней стѣнкѣ матки.

протоплазма ихъ и межтоточная соединительная ткань слабо окрашена. Вокругъ этихъ скопленій и въ нихъ самихъ мелкоклѣточная инфильтрація.

На препаратахъ изъ брюшины и яичника 4-хъ-мѣсячной беременности (см. рис. № 2) децидуальныя скопленія подъ микроскопомъ представляются или въ видѣ длинныхъ лентъ, или маленькихъ группъ клѣтокъ, или же большихъ узловъ, при чемъ клѣтки въ нихъ расположены концентрически въ видѣ луковицъ и по большей части вокругъ кровеноснаго сосуда. Скопленія эти состоятъ изъ клѣтокъ самой различной величины отъ небольшихъ до гигантскихъ и самой разнообразной формы отъ веретенообразныхъ до круглыхъ. Нѣкоторыя клѣтки имѣютъ одно небольшое продолговатое и даже палочкообразное ядро,

хорошо окрашенное, другія имѣютъ до 5 ядеръ, слабо окрашенныхъ и пузырькообразныхъ. Вакуолизация клѣтокъ ясно выражена и вакуоли располагаются больше по периферіи; въ остальномъ децидуальныя скопленія построены какъ и при 3-хъ-мѣсячной беременности.

На препаратахъ изъ брюшины и яичника 7-ми-мѣсячной беременности децидуальныя скопленія имѣютъ такой же видъ, какъ и выше описанныя (см. рис. № 3). Только сами большія эпителиодныя клѣтки нѣсколько разнятся отъ выше описанныхъ, такъ, напр., въ яичникѣ децидуальныя клѣтки встрѣчаются малыми группами и имѣютъ веретенообразную и отростчатую форму, иногда эти скопленія встрѣчаются въ самомъ корковомъ слоеѣ. На брюшинѣ децидуальныя скопленія состоятъ изъ большихъ клѣтокъ, расположенныхъ въ соединительно-



Рис. 3. На брюшинѣ изъ дугласова пространства децидуальный узелъ, перерожденіе клѣтокъ.

тканной сѣти; эти клѣтки полигональны, съ однимъ или нѣсколькими ядрами, слабо окрашенными; протоплазма клѣтокъ мѣстами гомогенна, мѣстами вакуолизована до того сильно, что клѣтки представляются звѣздчатыми, при чемъ въ такой звѣздѣ лежитъ ядро, отъ котораго къ периферіи идутъ тонкіе лучи протоплазмы, или же клѣтка представляетъ изъ себя одну большую вакуолю и только съ края лежитъ ядро съ ничтожнымъ слоемъ протоплазмы; въ этихъ вакуоляхъ иногда встрѣчаются включенія, повидимому лейкоциты. Въ остальномъ строеніе тоже, что и въ предыдущихъ случаяхъ. На препаратахъ изъ трубы въ слизистой ворсинѣ, въ подслизистой и между мышцами встрѣчаются въ одиночку и группами большія круглыя децидуальныя клѣтки съ круглымъ, довольно большимъ, хорошо окрашеннымъ, однимъ или нѣсколькими ядрами (см. рис. № 4).

На препаратахъ яичника и брюшины 9-ти-мѣсячной беременности (см. рис. 5) имѣются также нѣкоторыя характерныя особенности. На яичникѣ децидуальныя скопленія находятся не только въ *albuginea* сейчасъ подѣ зародышевымъ эпителиемъ, но и глубже въ самомъ корковомъ слое; въ этихъ скопленіяхъ децидуальныя клѣтки имѣютъ гомогенную, слабо окрашенную протоплазму и продолговатое или овальное ядро, соединительно-тканная сѣть между клѣтками слабо выражена и вообще эти децидуальные узлы кажутся подвергшимися гіалиновому перерожденію. На препаратахъ брюшины задней стѣнки матки и изъ дугласова пространства децидуальныя скопленія расположены не только сейчасъ подѣ эндотелиемъ, но и на перитонитическихъ сращенияхъ и фибринозныхъ наслоеніяхъ, при чемъ въ нихъ именно деци-

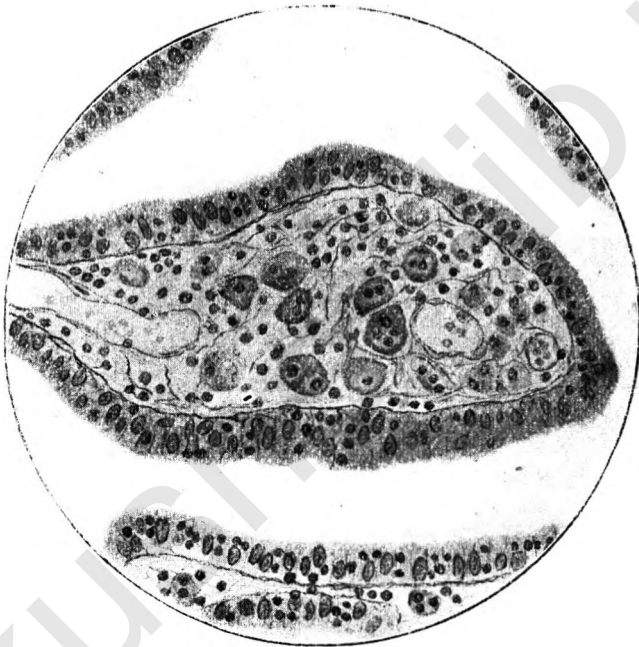


Рис. 4. Складка слизистой трубы; въ слизистой децидуальныя клѣтки круглой и овальной формы.

дуальныя клѣтки очень велики и пышны, протоплазма ихъ гомогенна или сѣтчата, клѣтки имѣютъ по одному или 2 ядра, соединительно-тканная сѣть между ними очень слабо выражена. Явленія дегенерации въ клѣткахъ слабо выражены, вокругъ децидуальныхъ скопленій мелкоклѣточная инфильтрація, лейкоциты проникаютъ и въ децидуальные узлы.

На препаратахъ яичника и матки сейчасъ или въ ближайшіе дни послѣ родовъ наблюдаются (см. рис. № 6) такого же строенія и такой же формы, какъ и при болѣе ранней беременности; нужно только замѣтить, что форма децидуальныхъ клѣтокъ въ яичникѣ болѣе кругла или овальна, а на брюшинѣ веретенообразна; замѣть, хотя мѣстами встрѣчаются децидуальныя скопленія клѣтокъ, еще мало подвергшихся регрессивному метаморфозу, но въ большинствѣ случаевъ, особенно на брюшинѣ въ децидуальныхъ клѣткахъ регрессивный процессъ за-

шель уже очень далеко: клѣтки представляются рѣзко вакуолизированными съ сморщеннымъ или наоборотъ разбухшимъ слабо окрашеннымъ ядромъ и совѣмъ безъ ядра, мѣстами клѣтки начинаютъ совершенно распадаться, а вокругъ ихъ и черезъ нихъ прорастаетъ нѣжная соединительная ткань и такія децидуальныя скопления кажутся подернутыми соединительно-тканной паутиной.

На кроличьихъ рогахъ матки при беременности на 15-й день подъ эндотелиемъ на брюшинѣ наблюдаются большія децидуальныя клѣтки съ гомогенной, хорошо окрашенной протоплазмой и круглымъ или продолговатымъ большимъ ядромъ. Клѣтки расположены или въ видѣ узкой ленты, или въ одиночку, между клѣтками волокнистая соединительная ткань.

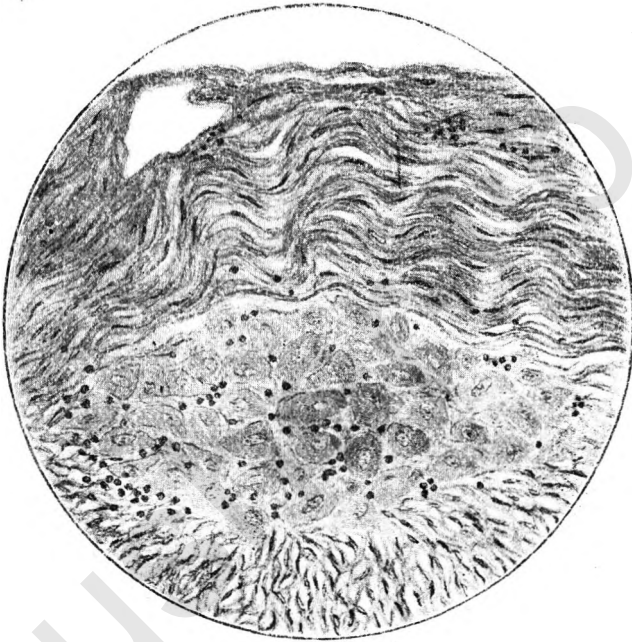


Рис. 5. Беременность 9 м. Децидуальный узелъ въ яичникѣ, гиалиновое перерождение децидуальныхъ клѣтокъ.

На кроlichemъ рогѣ въ концѣ беременности децидуальныя скопления расположены на брюшинѣ подъ эндотелиемъ въ видѣ возвышеній, состоящихъ изъ большихъ децидуальныхъ клѣтокъ съ слабо окрашенной протоплазмой и продолговатымъ, еще довольно хорошо окрашеннымъ ядромъ, мѣстами клѣтки распались и ядра не видно; между клѣтками расположена соединительная волокнистая ткань, волокна фибрина и лейкоциты (рис. 7).

И такъ, резюмируя данныя нашихъ изслѣдованій, мы видимъ, что децидуальные узлы начинаютъ развиваться съ трехъ мѣсяцевъ беременности какъ на яичникѣ, такъ и на брюшинѣ приблизительно одинаково часто и очень рѣдко въ трубѣ. Форма и размѣры этихъ узловъ различны.

Одновременно съ ростомъ децидуальныхъ клѣтокъ въ нихъ начинается дегенеративный процессъ, выражающійся въ вакуолизаци и постепенномъ распадѣ децидуальныхъ клѣтокъ и замѣнѣ ихъ молодой соединительной тканью или въ гѣлиновомъ перерожденіи ихъ; иногда узлы об-
извествляются и обнаруживаются въ видѣ песчинокъ. Дегенеративный процессъ въ децидуальныхъ узлахъ начинается не въ строго опредѣленное время, не въ одинъ и тотъ же періодъ беременности, хотя почти обязательно въ послѣродовомъ періодѣ.



Рис. 6. Послѣ родовъ, яичникъ. а) поверхность яичника, б) децидуальная клѣтка, с) кровеносный сосудъ.

Эти децидуальные узлы могутъ быть отнесены къ ряду такого рода образований, которыя можно обозначить какъ непостоянныя опухоли или опухолевидныя образования, онѣ растутъ до тѣхъ поръ, пока существуютъ условія, возбуждающія ростъ, а затѣмъ подвергаются обратному развитію. При чемъ условіемъ, вызывающимъ ростъ децидуальныхъ узловъ, можетъ быть не только оплодотворенное яйцо, зародышъ или плодъ, но также и послѣдъ, превратившійся въ плацентарный полипъ; въ послѣднемъ случаѣ первымъ побуждающимъ моментомъ все же была беременность, а уже послѣдующее, очень пышное разрастаніе децидуальной

ткани зависило отъ сильнаго внутриматочнаго раздраженія, вызваннаго плярентарнымъ полипомъ.

Слѣдовательно беременность вноситъ раздраженіе во всѣ отдѣлы полового аппарата, на которое послѣдніе реагируютъ въ различной степени развитіемъ децидуальной ткани, однако раздраженіе это не ограничивается половымъ, аппаратомъ, но распространяется и на нѣкорорыя части близлежащей брюшины.

Кромѣ того присутствіе во многихъ децидуальныхъ нѣздахъ фибрина и мелкоклѣточной инфильтраціи ука-

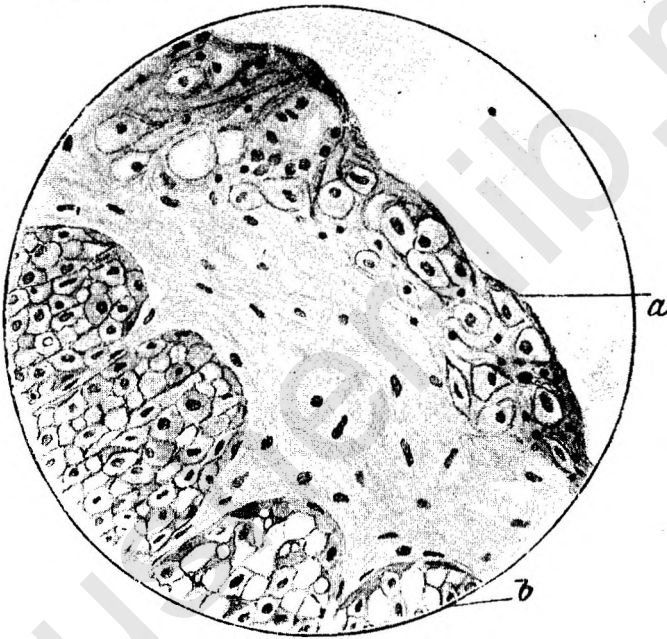


Рис. 7. Изъ маточнаго рога кролика на 2-ой день послѣ родовъ. а) децидуальное скопленіе, б) поперечный разрѣзъ мышць.

зываетъ на то, что эти узлы могутъ быть воспалительнаго происхожденія.

Что касается происхожденія децидуальныхъ клѣтокъ, то, наблюдая подъ микроскопомъ переходныя формы отъ малыхъ веретенообразныхъ до большихъ полигональныхъ съ пузырькообразнымъ ядромъ, мы приходимъ къ заключенію, что децидуальныя клѣтки въ узлахъ развиваются изъ соединительно тканыхъ стромовыхъ клѣтокъ путемъ гиперплазіи, а главнымъ образомъ гипертрофіи.

Резюмируя вкратцѣ все выше изложенное, я прихожу къ слѣд. выводамъ:

1. Децидуальная ткань во время беременности можетъ развиваться не только въ полости матки и шейки, но и внѣ ея.

2. Внѣ матки при нормальной беременности она развивается главнымъ образомъ на серозномъ покровѣ матки въ заднемъ дугласѣ, на серозномъ покровѣ и въ слизистой трубы, на яичникахъ, и на прямой кишкѣ и на сальникѣ.

3. Развитие децидуальной ткани внѣ матки можно наблюдать уже съ третьяго мѣсяца беременности сплошь до конца беременности и въ началѣ послѣродового періода.

4. Чаше и болѣе пышное ея развитие можно наблюдать независимо отъ срока беременности, при наличности различныхъ воспалительныхъ измѣненій какъ въ самой маткѣ, такъ и въ брюшной полости, особенно рѣзкое развитие децидуальной ткани было обнаружено послѣ 4-хъ мѣсяцевъ беременности при плацентарномъ полипѣ и при фиброміомѣ.

5. Децидуальная ткань, развившаяся внѣ матки, макроскопически представляется въ видѣ сѣроватыхъ узелковъ или бляшекъ.

6. Что касается функции этой ткани, то она являясь, такъ сказать, реакціей околomatочной ткани на ростъ яйца и приливъ крови исполняетъ во всей вѣроятности роль фагоцитовъ, чѣмъ нѣсколько объясняется пышное ея развитие при воспалительныхъ процессахъ на брюшинѣ и въ маткѣ.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Ascheim. Zur Anatomie der Endometritis exfoliativa menstrualis nebst klinischen Anhang. Centralbl. f. Gyn. 1907 г. № 27.
2. Bondi. Centralbl. f. Gyn. 1907 г. стр. 1513.
3. Franqué. Zur decidualen Reaktion des mütterlichen Bindegewebes und der Gefäße bei Tubargravidität. Centralbl. f. Gyn. 1907 г. стр. 233.
4. Griffith. Ueber die Wichtigkeit des Deciduaabgusses für die Diagnose der Extrauterinschwangerschaft. Centralbl. für Gyn. 1895 г. № 23, стр. 763.
5. Hartje. Zur Lehre von den hyperplastischen Veränderungen der Uterusschleimhaut. Centralbl. f. Gyn. 1907 г. № 47.
6. Hirschmann und Lindenthal. Zur Frage der Deciduaabildung bei Phosphorvergiftung. Centralbl. für Gyn. 1903 г. стр. 1439.
7. Hirschmann und Adler. Ueber den Bau der normalen Uterusmucosa und ihre Entzündung. Centralbl. f. Gyn. 1907 г. № 26.

8. Hörmann. Histologische Bemerkungen zur Deciduabildung in Ovarium schwangerer. Centralbl. für Gyn. 1907 г. стр. 485, № 17. 9. Hörmann. Beitrag zur Kenntnis der decidualen Bildungen in den Ovarien bei intrauteriner Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 80, 2. 1906 г. 10. Lange, W. Beiträge zur Frage der Deciduabildung in der Tube bei tubarer und intrauteriner Gravidität. Centralbl. f. Gyn. 1902 г. стр. 472. 11. Lindenthal. Ueber Decidua Ovarii und ihre Beziehungen zu gewissen Veränderungen am Ovarium. Centralbl. f. Gyn. 1901 г. стр. 819. 12. von Leo Loeb. Ueber die experimentelle Erzeugung von Knoten von Deciduagewebe in dem Uterus des Meerschweinchens nach stattgefundenener Copulation. Centralbl. f. Allgemeine Pathologie u. Pathologische Anatomie. 1905 г. 13. Meyer. Zur decidualen Reaktion des mütterlichen Bindegewebes und der Gefäße bei Tubargravidität. Centralbl. f. Gyn. 1907 г. стр. 361. 14. Meyer, K. Decidualbildung an abnormen Stellen. Centralbl. f. Gyn. 1905 г. стр. 332. 15. Marschand. Beitrag zur Kenntnis der normalen und pathologischen Histologie der Decidua. Centralbl. f. Gyn. 1904 г. стр. 1314. 16. Nordmann. Ein Beitrag zur Lehre von der Bildung der Decidua. Centralbl. f. Gyn. 1895 г. № 27, стр. 731. 17. Oberndorfer. Centralbl. f. Gyn. 1907 г. № 51, стр. 1606. 18. Opitz. Centralbl. f. Gyn. 1899 г. 19. Penkert. Ueber deciduale Veränderungen im Netz bei tuboabdominaler Schwangerschaft. Centralbl. f. Gyn. 1905 г. № 21, стр. 662. 20. Schmorl. Ueber deciduaähnliche Wucherungen auf dem Peritoneum bei intra-uteriner Schwangerschaft. Centralbl. f. Gyn. 1897 г. стр. № 845. 21. Seitz. Luteinzellenwucherung in atretischen Follikeln eine physiologische Erscheinung während der Schwangerschaft. Centralbl. f. Gyn. 1905 г. № 9. 22. Walther und Schultze. Ueber Verhalten der uterinen Decidua bei ektopischer Gravidität. Centralbl. f. Gyn. 1907 г. № 52, стр. 1637. 23. Улезко-Строганова. Анатомическія измѣненія беременной трубы въ области прикрѣпленія яйца. Журналъ Акушер. и женскихъ болѣзней. 1900 г. стр. 406. 24. Она-же. Материалы къ изученію эпителиоидной ткани въ половомъ аппаратѣ женщины; развитіе, значеніе и судьба ея при физиологическихъ и патологическихъ условіяхъ. 25. Она-же. Къ вопросу о децидуальной ткани. Журналъ акушерства и женск. болѣзней. 1907 г. стр. 1336. 26. Она-же. Эпителиоидная ткань въ женской половой сферѣ. Журн. акуш. и женск. болѣзней. 1907 г. стр. 1046. 27. Она-же. Къ вопросу о тончайшемъ строеніи децидуальной ткани, ея гистогенезѣ, значеніи и мѣстѣ развитія въ половомъ аппаратѣ женщины. Журналъ акушер. и женск. болѣзней. 1908 г.

Лечение эклампсии по профилактическому методу въ Вѣнскихъ клиникахъ.

Проф. В. СТРОГАНОВА. *)

Посвящается памяти проф. Rosthorn'a

Примѣненіе наркотическихъ при леченіи эклампсии въ настоящее время отрицается очень многими, если не большинствомъ германскихъ ученыхъ. Въ нѣкоторомъ противорѣчій съ этимъ стоитъ тотъ фактъ, что многіе изъ нихъ все-же рекомендуютъ ихъ при нѣкоторыхъ условіяхъ. А между тѣмъ въ теченіи нѣсколькихъ десятилѣтій наркотическія широко примѣнялись и примѣняются при эклампсии, давая въ рукахъ отдѣльныхъ лицъ и въ нѣкоторыхъ учрежденіяхъ превосходные результаты (G. Veit, Bidder, Winkel). Профилактическій методъ леченія этой болѣзни, предложенный мною, существеннымъ элементомъ имѣетъ примѣненіе наркотическихъ средствъ. Мною опубликованы уже результаты леченія 360 случаевъ этой болѣзни со смертностью матерей въ 6,6%, причемъ смертность дѣтей была 21,6%. Въ настоящее время проведено леченіе свыше 400 эклампсій съ подобнымъ же результатомъ. Нѣкоторые авторы (Dührssen, Krönig, Seitz, Скробанскій) остаются въ недоумѣніи передъ этимъ фактомъ, въ корнѣ подрывающемъ ихъ основное положеніе и пытаются объяснить эти благоприятные результаты различіемъ эклампсій на нѣмецкой почвѣ и тѣхъ, которыя подвергались профилактическому леченію.

Несостоятельность этой мысли доказывается тѣмъ, что въ Петербургѣ, въ другихъ учрежденіяхъ, равно въ Повивальномъ Институтѣ, до введенія этого метода смертность была значительной. Такъ по Цвирко въ клиникѣ Вилліе смертность 18,91%, въ акушерскомъ отдѣленіи Клин. Военн. Госпиталя 18,37%, въ Повивальномъ Институтѣ по Виридарскому 20%, по Чапину 21,6%. Въ

*) Краткое изложеніе этой статьи было доложено на III. Съѣздѣ Общества російскихъ акушеровъ и гинекологовъ и въ С.-Петербургскомъ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ.

Маріинскомъ родильномъ домѣ 23,8⁰%. По Столыпинскому смертность въ Надеждинскомъ Родовспомогательномъ заведеніи за 1898—1900 гг. 15,3⁰%. Но въ этомъ учрежденіи съ половины Февраля по Май 1900 г. я примѣнялъ свой методъ леченія эклампсіи. Изъ отчета видно, что до примѣненія моего метода на 65 случ. эклампсіи смертность 20⁰%, послѣ же Февраля 1900 г. на 47 случаевъ смертность 8,5⁰%. Съ другой стороны въ учрежденіяхъ, гдѣ смертность была малой, тамъ рекомендовался именно методъ леченія эклампсіи наркотическими (Bidder). Лично для меня этотъ вопросъ является вполне рѣшеннымъ, такъ какъ я на десяткахъ случаевъ видѣлъ постепенное, рѣзко замѣтное улучшеніе экламптическихъ больныхъ при правильномъ примѣненіи наркотическихъ, а также ихъ замѣтное ухудшеніе при недостаточномъ или безсистемномъ ихъ примѣненіи. Получивши наилучшіе результаты изъ кѣмъ либо опубликованныхъ, я считаю для Петербурга вопросъ этотъ рѣшеннымъ: 400 случаевъ въ теченіи десятка лѣтъ исключаютъ возможность случайности.

Наиболѣе убѣдительнымъ доказательствомъ неправильности взгляда нѣмецкихъ авторовъ о вредѣ наркотическихъ для эклампсіи, равно предполагаемой непригодности профилактическаго метода для леченія нѣмецкихъ эклампсій, было-бы правильное примѣненіе этого метода на нѣмецкой почвѣ. Въдѣ опытъ есть наилучшій наставникъ и факты должны убѣдить всякаго безпристрастнаго человѣка.

Глубоко убѣжденный, что профилактическій методъ повсюду долженъ оказаться благодѣтельнымъ, а при правильномъ примѣненіи долженъ дать еще лучшіе результаты, чѣмъ это было до сихъ поръ, я искалъ случая примѣнить его на нѣмецкой почвѣ. Эту возможность я получилъ благодаря участію недавно умершаго высокогуманнаго проф. Rosthorn'a, идеаломъ котораго было исканіе истины. Онъ фактами хотѣлъ убѣдиться въ правдивости своихъ научныхъ убѣжденій, предоставляя возможность другимъ доказать справедливость ихъ воззрѣній.

Къ дружному хору глубокихъ сожалѣній о преждевременной смерти этого симпатичнаго человѣка да присоединится и мой слабый голосъ! Съ удовольствіемъ вспоминаю пріятные часы, проведенные мною въ обществѣ этого блестящаго собесѣдника и оратора, неутомимаго изслѣдователя, остроумнаго человѣка, пытливаго критика и гостеприимнаго хозяина. Я былъ бы счастливъ, если бы съ име-

немъ проф. Rosthorn'a было связано въ Германiи устраненiе ошибочнаго мнѣнiя, будто наркотическiя вредны для экламптическихъ больныхъ. Нужно помнить, что форсированное родоразрѣшенiе можетъ быть примѣнено съ успѣхомъ лишь въ научныхъ центрахъ и большихъ больничныхъ учрежденiяхъ, не имѣя значенiя для всѣхъ послѣродовыхъ эклампсiй, въ то время, какъ въ маленькихъ городкахъ и деревняхъ, оно по большей части не примѣнимо, между тѣмъ какъ рекомендуемый мною способъ можетъ быть примѣненъ всюду и при всѣхъ формахъ эклампсiи.

Какъ я уже сообщилъ въ моей предыдущей статьѣ*) еще 1907 году было условлено между мною и проф. Rosthorn'омъ произвести опытъ леченiя эклампсiи по профилактическому методу во 2-й вѣнской клиникѣ, куда онъ переходилъ.

Съ этой цѣлью я получилъ командировку съ 22 февраля до 22 марта 1909 г. въ Вѣну, гдѣ проф. Rosthorn не только предоставилъ свой материалъ по эклампсiямъ, но и обратился къ проф. Schauta, проф. Piskaček, представителемъ I и III вѣнскихъ клиникъ, а также къ д-ру Rosenfeld'у завѣдывавшему Lucina, которые также отнеслись весьма сочувственно къ этому дѣлу, за что я высказываю имъ здѣсь глубокую благодарность. Къ сожалѣнiю, число случаевъ эклампсiй за этотъ срокъ было очень мало.

Полноты ради я приведу здѣсь уже опубликованный мною случай леченiя эклампсiи въ клиникѣ проф. Rosthorn'a въ Heidelberg'ѣ въ 1907 году**.) Во время моего посѣщенiя этой клиники (14) 27 iюля 1907 года тамъ наблюдался слѣдующiй тяжелый случай послѣродовой эклампсiи. Роды окончились 26 iюля въ 2 часа ночи слегка недошеннымъ ребенкомъ. Въ 1 ч. 30 м. ночи 27 iюля 1-й припадокъ эклампсiи, за которымъ слѣдовали еще 10 припадковъ въ теченiе 9 часовъ, изъ нихъ послѣднiй 11-й въ 10 час. 55 мин. утра. Больная находилась въ крайне тяжеломъ коматозномъ состоянiи при пульсѣ 150, неправильномъ слабаватомъ и 24 дыханiяхъ въ минуту; много бѣлка въ мочѣ съ зернистыми и гиалиновыми цилиндрами. Проф. Rosthorn предложилъ мнѣ примѣнить мое леченiе эклампсiи. Съ момента начала моего леченiя (11 ч. 20 м.

*) Die prophylaktische Behandlung der Eklampsie und dabei erzielten Erfolge. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXIX Heft 5, 1909. Профилактическiй методъ леченiя эклампсiи и его результаты „Новое въ медицинѣ“ 1908 г.

**) Ibidem.

утра 27/II) не было ни одного припадка эклампсии, постепенное улучшение. Черезъ 1 часъ пульсъ 140, черезъ 3 часа 120, а къ 9 час. веч. 100, когда больная стала отвѣчать на вопросы и выпила около 200,0 молока + 0,75 хлоральгидрата. Ночь провела спокойно и къ утру, когда я уѣхалъ изъ Heidelberg'a, состояніе ея продолжало улучшаться. Выздоровленіе.

Сообщаю слѣдующіе 2 случая, леченные мною въ Вѣнскихъ клиникахъ.

1) N. Ö. Landes-Gebärklinik. Vorstand. Prof. Pisceček 1909 г. N. F. 35 лѣтъ. Принята 14 марта въ 10,5 ч. у. Беременная X р. замужняя. Ребенкомъ она не имѣла заболѣваній. Рожала 8 разъ нормально съ нормальнымъ послѣродовымъ періодомъ. Въ 1906 г. на 7-омъ мѣсяцѣ беременности по причинѣ эклампсии находилась въ этой-же клиникѣ. Метрейризы, ручное отдѣленіе плаценты, NaCl вливаніе, ergotin. Тогда наблюдались за 4 дня до поступления опуханіе ногъ и сильныя головныя боли. Передъ поступленіемъ она имѣла 7 припадковъ приблизительно съ часовыми промежутками. Послѣ 3-го припадка потеря сознания, бѣлка по Эсбаху до 4⁰/₁₀₀; много цилиндровъ и кровяныхъ шариковъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи оксалурія и поносы (diarrhea). Выздоровленіе.

Послѣднія мѣсячныя въ настоящую беременность осенью 1908 г. Срока перваго движенія ребенка установить не удалось. 14 марта 1909 года въ 5 1/4 часа утра первый припадокъ эклампсии; около 7 1/4 2-й; во время перевозки въ клинику 3-й и 4-й. При принятіи 5-й. T⁰ при поступленіи 37,7°, P — 70. Роста средняго, состояніе силъ довольно хорошее, скелеть хорошо развитъ. Внутренніе органы: гипертрофія сердца, акцентъ 2-го аортальнаго тона, прекордиальный систолическій шумъ, легкій катарральный бронхитъ. Моча сильно мутная, темно коричнево-красная. По Эсбаху бѣлокъ въ неразведенной формѣ не опредѣляется; его очень много. Очень много цилиндровъ, отсутствіе щавелевокислыхъ солей, эритроциты и красящее кровяное вещество въ большемъ количествѣ. Положеніе плода мѣняющееся. Входъ во влагалище широкъ. Влагалище длинно и гладко; влагалищный сводъ нѣсколько опущенъ; влагалищная часть равна 1-му сант. Наружный маточный зѣвъ и цервикальный каналъ проходимы для одного пальца, длиною равны 1 1/2 сант. Плодный пузырь цѣль. Въ двѣнадцатомъ часу 6-ой припадокъ въ клиникѣ.

Извѣщенный объ этомъ случаѣ, я прибылъ въ клинику въ 12 ч. 5 мин. дня, найдя больную въ глубокомъ коматозномъ состояніи въ общей родильнѣ съ другими больными. Схватокъ нѣтъ. 2-ая половина беременности.

Опишу послѣдовательно примѣненныя мѣропріятія. Въ 12 ч. 15 м. дня было сдѣлано подкожное впрыскиваніе *morphii muriat. 0,015* и предложено перевести больную въ отдѣльную покойную комнату, что и была сдѣлано въ 12 ч. 30 м. подъ легкимъ *глороборминимъ наркозомъ*. Больная уложена въ теплую постель, обложена грѣлками, особенно въ области почекъ (мѣшки съ горячей водой). Больная спитъ, по временамъ храпитъ. Въ 1 ч. 10 м. потъ. По 1 ч. 30 м. больная двигается, ей предложено выпить 1,5 *глораль гидрата* съ мо-

локомъ, что она и дѣлаетъ въ полусознаніи. На вопросъ, болитъ-ли голова, отвѣчала: меньше. Въ 1 ч. 40 мин. новый (7-ой послѣдній) припадокъ эклампсии очень тяжелый.

Полагаю, что этотъ припадокъ былъ вызванъ распросомъ больной и питьемъ ею молока и лекарства. Въ тяжелыхъ случаяхъ я предпочитаю давать *per rectum* въ теченіи первыхъ часовъ.

Въ 1 ч. 45 м. въ виду тяжести припадка клизма изъ 1,0 *хлораль гидрата* + 100,0 молока 31° R. Больная спокойно спитъ. Въ 3 ч. 30 м. 0,015 *morph. pur.* подъ кожу подъ легкимъ хлороформнымъ наркозомъ. Спустя минутъ 10—15, когда морфій проявилъ уже свое успокоивающее дѣйствіе, перемѣна охлажденныхъ мѣшковъ, теплое укрываніе. Въ 3 ч. 50 м. обильный потъ на лицѣ. 5 ч. 20 м. дня больная проситъ пить, ей дано 100,0—120,0 теплаго молока. 5 ч. 30 м. нѣсколько капель хлороформа до сна. Въ 5 ч. 45 м. больная просыпается и выпиваетъ 150,0 молока + 1,5 *хлораль гидрата*. Въ 5 ч. 50 м. рвота около 100,0, почему въ 6 час. сдѣлана клизма изъ 1,0 *хлораль гидрата* + 100,0 молока (31° R.). 6 ч. 10 м. больная спитъ, храпитъ.

8 ч. *Kateterisatio* подъ легкимъ хлороформнымъ наркозомъ.

9 ч. смѣна мѣшковъ. Дано 1,0 *хлораль гидрата per os* съ молокомъ.

Въ 2 ч. ночи было назначено 1,0 *хлораль гидрата* съ молокомъ. Всю ночь хорошо спала.

15 марта 10 час. утра. Больная въ сознаніи, лежитъ спокойно. Пульсъ и дыханіе нормальны. Выдѣлила 250,0 болѣе свѣтлой мочи. Говоритъ, что чувствуетъ себя немного лучше. Назначено: 1,0 *хлораль гидрата* съ молокомъ, обильное питье теплаго молока и если можно жидкаго чаю. Теплое содержаніе. Схватокъ нѣтъ, сердцебиеніе ребенка удовлетворительное.

Такимъ образомъ изъ лекарствъ было дано: 0,03 *morphii muriat.* подъ кожу, 8,0 *хлораль гидрата: per os* (6,0) и *per rectum* (2,0), изъ нихъ около 1,0 вырвало въ теченіи 22 часовъ, легкой хлороформный наркозъ въ 4 приема. Покойное теплое содержаніе, грѣлки къ ногамъ и къ области почекъ. Устраненіе всякихъ раздраженій. Молоко *per os et rectum*.

Въ дальнѣйшемъ теченіи припадковъ больше не было. Состояніе больной при живомъ плодѣ продолжало улучшаться, количество бѣлка, зернистыхъ и гѣлиновыхъ цилиндровъ также уменьшалось, но около 6-го дня снова увеличилось, не смотря на терапію нефрита, почему я высказался за примѣненіе искусственнаго прерыванія беременности, но спустя нѣсколько дней начались схватки и больная безъ припадковъ благополучно разрѣшилась. Послѣродовой періодъ безъ осложненій. Выздоровленіе.

2) Второй случай наблюдался въ клиникѣ проф. Schauta.

Больная Е. М., 19 лѣтъ, 1-рага поступила въ клинику беременной 1-го марта 1909 г. Первая мѣсячная 16-ти лѣтъ, послѣдняя въ іюнѣ 1908 года. Первое движеніе плода не помнитъ. 1 черепное положеніе. Слѣды бѣлка въ мочѣ. D. t. 33. st. 30. sp. 27. При внутреннемъ изслѣдованіи шейка цѣла, закрыта.

2 апрѣля въ 12 ч. 15 м. ночи поступаетъ въ родильню въ припадкѣ эклампсии. Начало болѣе 1 апрѣля послѣ обѣда. При приемѣ найдено: матка продолговато-овальная, дно ея на 1 поперечный палецъ ниже мечевиднаго отростка. Большая резистентность и сердцебиеніе

плода справа. Черепъ малымъ сегментомъ вступаетъ въ малый тазъ, подвиженъ. Въ выпущенной катетеромъ мочѣ—много бѣлка и цилиндровъ. Цервикальный каналъ 1 сант. длины, проходимъ для 1 пальца. Пузырь цѣль, черепъ стоитъ высоко, подвиженъ.

Около 12 ч. 45 м. ночи (2/iv) еще 2 припадка эклампси. Въ 1 ч. 25 м. 4-ый припадокъ при моемъ прибытіи. Больная находится въ общей родильнѣ въ глубокомъ коматозномъ состояніи. Лечение состояло въ слѣдующемъ: въ 1 ч. 30 м. ночи (2/iv) было введено подъ кожу 0,015 morphii muriatici и было предложено перевести больную въ отдѣльную покойную комнату, что и было сдѣлано подъ легкимъ хлороформнымъ наркозомъ.

Въ 1 ч. 40 м. ночи въ виду упомянутыхъ частыхъ и сильныхъ припадковъ введено въ rectum 2,0 хлораль-гидрата + 100,0 молока (31° R). Теплое обертываніе, грѣлки, термофоръ на области почекъ. Больная спокойно спитъ. Въ 2 ч. 30 м. больная начинаетъ беспокоиться, почему ей данъ хлороформный наркозъ. 2 ч. 35 м. подъ хлороформомъ впрыснуто 0,015 morphii muriatici подъ кожу. 3 ч. 35 м. небольшая рвота. Теплое обертываніе. 3 ч. 45 м. спокойный сонъ. 4 ч. 40 м. 2,0 хлораль-гидрата + 100,0 молока въ клизмѣ подъ легкимъ хлороформнымъ наркозомъ. Больная затѣмъ спокойно спитъ. Въ 8 час. у. 1,0 хлораль-гидрата съ молокомъ per rectum. Въ 9 ч. у. катетеризація—мочи около 100,0—свѣтлая. Въ 9 ч. 30 м. больная пьетъ молоко и говоритъ, что чувствуетъ себя не дурно. Схватокъ нѣтъ. Ребенокъ живой. Состояніе больной вполне удовлетворительное. Въ такомъ состояніи я вмѣстѣ съ проф. Schauta видѣлъ ее около этого времени. Къ сожалѣнію, я не могъ провести этого случая до конца, такъ какъ въ этотъ день былъ назначенъ мой отъѣздъ изъ Вѣны вслѣдствіе истеченія срока командировки.

Такимъ образомъ въ этомъ случаѣ въ теченіе 6½ час. было введено 0,03 morph. muriat. подъ кожу, 5,0 хлораль-гидрата съ молокомъ per rectum. и нѣсколько разъ хлороформный наркозъ до усыпленія. Припадки немедленно прекратились и состояніе матери при живомъ плодѣ непрерывно улучшалось.

О дальнѣйшемъ теченіи мнѣ сообщили слѣдующее: въ 2 ч. 45 м. дня 2/iv. 1,0 хлораль-гидрата + 200,0 теплаго молока. Въ 4 ч. 30 м. 125,0 чаю per os. Пациентка спокойна. 7 ч. 30 м. в. 125,0 чаю per os. Больная жалуется на головную боль.

10 ч. веч. больная не спитъ, ясное сознаніе, жалуется на большую головную боль и позывъ на мочеотдѣленіе, которое она не можетъ сдѣлать. Катетеромъ выпущено 125,0 мутной съ большимъ количествомъ бѣлка (Essbach—3½^{0/100}). 1,0 хлораль-гидрата съ теплымъ молокомъ per rectum. Горячее обкладываніе.

3/iv. ½ 2 ч. у. Больная спокойно спитъ.

5 ч. у. Появленіе болей, больная жалуется на боли въ крестцѣ. 400,0 чаю per os.

6 ч. у. Рвота зеленоватыми водянистыми массами.

7 ч. у. Больная выдѣляетъ 125,0 мочи мутной съ 3^{0/100} бѣлка.

8 ч. у. 1,0 хлораль гидрата съ 200,0 теплаго молока въ клизмѣ. Теплое содержаніе. Боли. Сердцебіеніе плода хорошо. Внутреннее изслѣдованіе — шейка сглажена, маточный зѣвъ проходимъ для 2-хъ пальцевъ. Пузырь цѣль, головка высоко, подвижна.

2 ч. дня, 1,0 хлор. гидр. + 100,0 молока.

4-го апрѣля $\frac{1}{2}$ 3 ч. у. больная очень безпокойна. 2,0 хлораль-гидрата въ клизмѣ.

$\frac{1}{24}$ ч. у. 5-ый припадокъ очень сильный (слѣдовательно послѣ 50 час. свободнаго отъ припадковъ состоянія). Хлороф. наркозъ.

5 ч. у. 6-ой короткій припадокъ.

5 ч. 40 м. 7-ой тяжелый припадокъ. Исслѣдованіе подъ хлороформнымъ наркозомъ.

Шейка и маточный зѣвъ сглажены, пузырь цѣль. Сердцебиеніе плода хорошо. Катетеризація.

7 ч. 40 м. у. 8-ой припадокъ.

8 ч. 45 м. у. 9-ый припадокъ.

9 ч. у. Родоразрѣшеніе безъ затрудненія щипцами въ легкомъ Шлейховскомъ наркозѣ при глубокомъ стояннн головки, въ поперечномъ размѣрѣ таза. Episiotomia. Атоническое кровотеченіе въ III пер. выжиманіе послѣда. Ребенокъ — мальчикъ живой, 3000,0 вѣсомъ.

Къ моему сожалѣнію, мнѣ пришлось принять участіе въ леченіи лишь этихъ 2 случаевъ въ Вѣнѣ. Другіе 2 бывшіе за тоже время протекли безъ моего участія оба въ клиникѣ Prof. Schauta. Они заслуживаютъ краткаго упоминанія.

Одинъ (3) случай легкой, въ которомъ припадки начались уже въ концѣ родовъ, когда родоразрѣшеніе представлялось не труднымъ. При извѣщеніи меня не застали на квартирѣ, почему въ моемъ отсутствіи окончили роды. Припадки болѣе не появлялись. По словамъ одного изъ ассистентовъ клиники впоследствии у нея наблюдался психозъ.

4-ый случай. (№ 827). Больная P. A. поступила въ клинику проф. Schauta 18-го марта 1809. $\frac{1}{47}$ у. Ей 28 лѣтъ, I-para; она имѣла послѣднія мѣсячныя 8 мѣс. т. назадъ, первое движеніе не помнитъ. Въ теченіи послѣднихъ 14 дней припуханіе ногъ. При поступленіи — очень значительный отекъ ногъ и особенно губъ. Ноги не могутъ быть поставлены параллельно. Беременность многоплодная, 2 плода въ поперечномъ положеніи, одинъ въ продольномъ. Роды сопровождались вторичной слабостью болей. Были слѣданы операции: episiotomia, scarificatio labiorum, forceps et versio in pedem, extractio 2 плодовъ. Въ мочѣ послѣ родовъ много бѣлка. Конечъ родовъ $\frac{3}{4}$ 10 ч. у. 18-го марта. 4 часа послѣ родовъ 1-ый припадокъ эклампсіи, за которымъ слѣдовали еще 19. Меня извѣстили объ этомъ случаѣ утромъ 19-го марта около 9 час. у. Я видѣлъ больную впервые вмѣстѣ съ проф. Schauta около 10 часовъ утра уже умирающей отъ отека легкихъ. При такихъ условіяхъ я не считъ возможнымъ принять участіе въ леченіи, тѣмъ болѣе, что припадковъ эклампсіи уже не было. Черезъ часъ больная погибла.

Резюмируя, мы видимъ, что всѣ 3 случая, въ Германіи и Австріи, леченные мной, имѣли въ высокой степени благопріятное теченіе, не смотря на то, что формы были чрезвычайно тяжелыя. Прибавлю, что въ данное время теченіе эклампсіи въ Вѣнѣ было очень неблагопріятно. Одинъ смертный случай сообщенъ выше, кромѣ того непосредствен-

но передъ моимъ прїездомъ въ клиникъ проф. Rosthorn'a наблюдались одинъ или два смертныхъ случая. Такимъ образомъ *genius morbi* даннаго времени былъ очень тяжелый. Въ 2 случаяхъ, леченныхъ мной, не наблюдалось ни одного припадка съ начала профилактическаго леченія, въ одномъ наблюдался единственный припадокъ въ началѣ леченія. Не менѣе важно обстоятельство, что съ каждымъ часомъ леченія состояніе больныхъ замѣтно улучшалось во всѣхъ отношеніяхъ: наступалъ спокойный сонъ, возвращалось сознаніе, пульсъ и дыханіе дѣлались нормальными, равно какъ и кровяное давленіе (судя по напряженію артерій). Дѣятельность почекъ улучшалась.

Отправляясь въ Вѣну, я былъ глубоко убѣжденъ, что получу подобный результатъ и конечно это не простая случайность, что эклампсіи *sub graviditate, sub partu et post partum* имѣли одинаково блестящее теченіе. Возобновленіе припадковъ въ одномъ случаѣ черезъ 50 час. едва-ли измѣняетъ заключеніе, такъ какъ леченіе велось не мной и далеко не отвѣчая моимъ основнымъ требованіямъ. Все-же роды закончены при условіяхъ типическихъ щипцовъ. Эти случаи какъ и другіе свыше 400, проведенные мною въ Петербургѣ, какъ правило, протекающіе благопріятно, съ несомнѣнностію показываютъ, что наркотическія средства полезны при эклампсіи. Но кромѣ примѣненія наркотическихъ большое значеніе имѣетъ самый способъ ихъ назначенія. Тонкая индивидуализація его примѣненія важна здѣсь какъ и при всякомъ другомъ методѣ леченія.

Существенную важность также имѣетъ режимъ больной и уходъ и наблюденіе за нею. Все вмѣстѣ по моему мнѣнію въ незапущенныхъ случаяхъ эклампсіи должно понизить смертность до 2⁰/₀, что дѣйствительно и наблюдалось на аутохтонныхъ случаяхъ Повивально-Гинекологическаго института, описанныхъ Примо. Измѣняютъ-ли приведенныя факты то недовѣрчивое отношеніе къ сообщеннымъ мною положеніямъ, вопросъ который меня глубоко интересуетъ. Во всякомъ случаѣ съ своей стороны, я сдѣлалъ и готовъ сдѣлать все, чтобы фактически у постели больной доказать, что 95—98⁰/₀ эклампсій могутъ быть излечены терапевтическими средствами безъ примѣненія форсированныхъ методовъ родоразрѣшенія и декапсуляціи почекъ.

Изъ лабораторіи акушерско-гинекологической клиники проф. В. С. Груздева въ Казани.

Интересный случай врожденнаго уродства.

Ординатора клиники А. ТИМОФЕЕВА.

Ученіе объ уродствахъ, тератологія, далеко еще не сказало своего послѣдняго слова въ вопросѣ о патогенезѣ уродствъ, а потому собираніе казуистическаго матеріала въ этой области, могушаго пролить извѣстный свѣтъ на данный вопросъ тератологіи, и въ настоящее время имѣеть большое значеніе. Исходя изъ такого соображенія, считаю нелишнимъ сообщить объ одномъ интересномъ случаѣ врожденнаго уродства, который мнѣ пришлось наблюдать лѣтомъ 1908 года въ Осинской земской больницѣ и который патолого-анатомически былъ обслѣдованъ мною въ клинической лабораторіи проф. В. С. Груздева. Помимо чисто научнаго интереса, случай этотъ представляетъ и большой практической интересъ для врача-акушера, почему я и позволю себѣ привести полностью относящуюся сюда исторію больной.

Крестьянка М. Ш., беременная въ 6-ой разъ, поступила 7-го мая 1908 г. въ Осинскую земскую больницу съ жалобами на кровотеченіе изъ половыхъ частей.

Больная 36-ти лѣтъ отъ роду, происходитъ отъ здоровыхъ родителей, имѣеть нѣсколькихъ братьевъ и сестеръ, вполнѣ нормальныхъ и здоровыхъ. Выкидышей у матери не было. Въ дѣтствѣ пациентка никакими болѣзнями не страдала. Мѣсячныя получила на 15-омъ году; приходили они черезъ 3 недѣли и шли по 4 дня, безъ болей. Замужъ больная вышла 19-ти лѣтъ, перваго ребенка родила правильно на 21-мъ году. Послѣ этого она родила еще двухъ правильно развитыхъ дѣтей, четвертая же беременность, бывшая пять лѣтъ тому назадъ, окончилась выкидышемъ на 4-омъ мѣсяцѣ. Причинъ выкидыша пациентка указать не можетъ, но рассказываетъ, что послѣ выкидыша у нея долго шла „бѣлая грыжа“ (бѣли). Три года тому назадъ больная получила въ половыя части ударъ рогами коровы; было сильное кровотеченіе, лѣчилась у фельдшерицы. Затѣмъ у пациентки была еще беременность, которая кончилась правильными родами вполнѣ нормальнаго, доношеннаго плода, и, наконецъ настоящая беременность, продолжительность которой сама Ш. считаетъ между 8-мъ и 9-ымъ мѣсяцами. Вина ни больная, ни мужъ ея не пьютъ. Никакимъ травмамъ или побоямъ пациентка во время беременности не подвергалась. До

послѣдняго времени беременность у нея протекала правильно, больная отмѣчаетъ только, что животъ при прежнихъ беременностяхъ бывалъ больше увеличенъ и движенія ребенка были слышны яснѣе, чѣмъ при настоящей беременности; нѣсколько дней тому назадъ, однако, изъ половыхъ частей ея стала показываться кровь, что и заставило больную обратиться въ больницу.

При объективномъ изслѣдованіи найдено, что больная роста выше средняго, сложенія правильнаго, питанія отличнаго, внутренніе органы патологическихъ измѣненій не представляютъ. Дно матки на два пальца выше пупка. Предлежащая часть ясно не прощупывается. Вверху и вправо опредѣляется крупная часть плода, — повидимому, головка. Сердцебиеніе плода слышно очень глухо слѣва отъ пупка. Наружныя половыя части и входъ во влагалище застойно гиперэмированы. Наружный зѣвъ открытъ пальца на 1½, причемъ справа черезъ него прощупывается какъ-бы предлежащая плацента. Крови нѣтъ. На слѣдующій день, т. е. 8 мая, у пациентки съ утра начались довольно сильныя схватки, и появилось кровотеченіе, которое въ полдень сдѣлалось значительнымъ. При открытіи зѣва на 2 пальца, справа ясно прощупана предлежащая плацента, почему въ матку введенъ метрейринтеръ, по изгнаніи котораго, часа черезъ 3, приступлено къ повороту на ножку внутренними приѣмами. Во время операциі выяснилось, что то, что было раньше принято за предлежащую плаценту, была не плацента, а мѣшкообразное образование, тѣсно связанное съ плодомъ. Ножекъ плода на брюшной его сторонѣ не оказалось—онѣ были запрокинуты за спину, въ силу чего извлеченіе было весьма затруднено. Пуповина была настолько коротка, что для извлеченія плода, ее пришлось перерѣзать. Количество околоплодныхъ водъ было поразительно мало. Плацента потребовала ручнаго отдѣленія, такъ какъ она своимъ верхнимъ краемъ была крѣпко сросшена съ правымъ угломъ матки. Вѣсила она 530 грм. и заключала значительное количество бѣлыхъ инфарктовъ. Плодная оболочка макроскопическихъ измѣненій не представляли, микроскопическаго же ихъ изслѣдованія, къ сожалѣнію, произведено не было.

Послѣродовой періодъ протекалъ нормально, и пациентка черезъ нѣсколько дней оставила больницу совершенно здоровою. Плодъ извлеченъ въ глубокой асфиксіи съ рѣдкими и слабыми ударами сердца, которые черезъ нѣсколько минутъ совершенно прекратились. Вѣсилъ онъ 2898 грм. и анатомически отличался цѣлымъ рядомъ значительныхъ дефектовъ и аномалій, къ описанію которыхъ мы теперь и переходимъ.

Головка и верхняя часть туловища новорожденнаго представлялись такими же, какими они бываютъ у вполне развившагося, доношеннаго плода (см. рис. 1). Головка была покрыта довольно длинными темными волосами, роднички хорошо развиты. Окружность головки, соответствующая прямому размѣру, равнялась 33,5 сант.; та же окружность, что соответствуетъ большому косому размѣру, была равна 35 сант. Личико имѣло округленныя очертанія. Глазныя яблоки и вѣки были хорошо развиты. Ушные и носовыя хрящи плотны и хорошо сформированы. Полость рта никакихъ особенностей не представляла. Плечики рѣзко округлены, ручки развиты нормально, ногти ороговѣли и выступали надъ верхушкой пальцевъ. Кожный пушокъ сохранился лишь въ области плечевого пояса. Верхнія конечности плода

были крестообразно сложены на грудной клеткѣ, которая при наружномъ осмотрѣ какихъ-либо особенностей не представляла.

Передняя брюшная стѣнка была совершенно лишена кожныхъ покрововъ и состояла исключительно изъ тонкой полупрозрачной перепонки, черезъ которую слегка просвѣчивали лежавшіе подъ ней органы. Кожные покровы по краю реберъ сверху, по передней подмышечной линіи—справа и слѣва и соотвѣтственно мѣсту паховыхъ складокъ—снизу обрывались въ видѣ слегка приподнятаго валика и пере-



Рис. 1. Видъ плода въ профиль. А—Стѣнка брюшнаго мѣшка; В—Кишечныя петли.

ходили въ эту перепонку, причемъ животъ имѣлъ видъ полушаровиднаго мѣшка, сильно выпяченнаго впередъ. Въ одномъ мѣстѣ стѣнка мѣшка порвалась при извлеченіи плода, и часть кишечныхъ петель выступила наружу. Пуповина (рис. 2) подходила къ этому мѣшку въ средней его части, нѣсколько вправо отъ средней линіи, затѣмъ, будучи тѣсно спаяна съ нимъ, шла книзу и влѣво и, помѣщаясь какъ разъ на границѣ перепончатой части мѣшка съ нормальной кожей, направлялась къ лѣвой подвздошной области, гдѣ и терялась. Наружные половые органы совершенно отсутствовали. Въ области лобка,

какъ разъ по средней линіи, на $\frac{1}{2}$ сант. книзу отъ мѣста перехода перепончатой части брюшного мѣшка въ кожу, находилось овальное отверстіе величиной въ $\frac{1}{2}$ сант. въ большемъ діаметрѣ. Отверстіе это тонкой вертикальной перегородкой было раздѣлено на двѣ равныя части. Пуговчатый зондъ въ правую половину отверстія свободно входилъ почти на 3 сант., въ лѣвую же—только на 1 сант. Оба эти отверстія были окаймлены тонкой, нѣжной бахромкой съ фестончатыми краями, имѣвшею до $\frac{1}{2}$ сант. въ ширину. Бахромка эта свободно

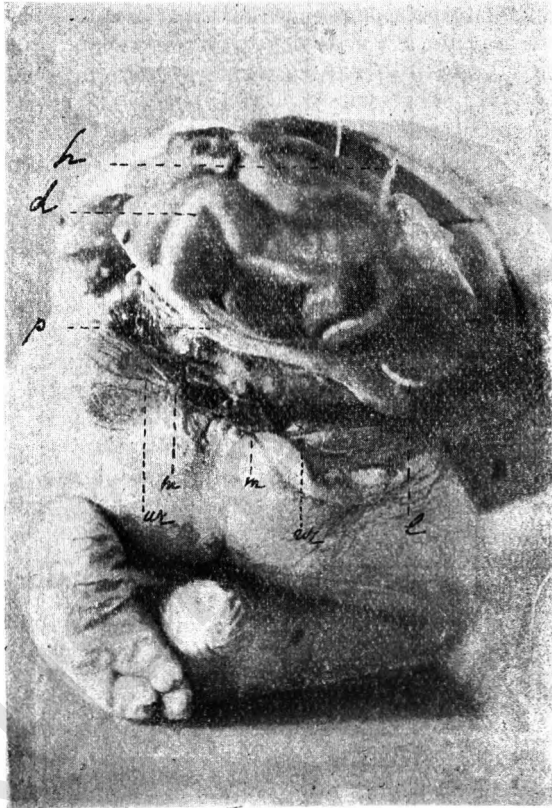


Рис. 2. Видъ плода снизу и спереди. d—кишечныя петли; h—печень; e—селезенка; m, n—бахромка вокругъ кишечныхъ отверстій; r—выходное отверстіе мочеточника; g—пуповина.

разстиралась на кожѣ, будучи сращена съ ней только въ окрестности описанныхъ отвѣрстій. Обращенная къ кожѣ поверхность ея имѣла видъ гладкой, фиброзной ткани, наружная же ея сторона была бархатиста и напоминала слизистую оболочку. Если отвернуть нижній край бахромки кверху, то подъ нимъ было видно третье отверстіе, лежавшее тоже по средней линіи, но немного книзу (или къзади) отъ первыхъ. Діаметръ этого отверстія былъ около 4 мм., края фестончаты, стѣнки покрыты какъ-бы слизистой оболочкой, которая переходила въ кожу. По обѣ стороны отъ описанныхъ отвѣрстій кожа обра-

зовала двѣ полулунныя складки, расположенныя симметрично съ той и другой стороны. Складки эти кверху постепенно сглаживались. Въ нижнихъ частяхъ каждой изъ нихъ съ внутренней стороны имѣлось по кожному бугорку, съ просяное зерно величиной, въ центрѣ котораго находилось отверстіе, едва пропускавшее головку пуговчатого зонда. Описанныя складки и отверстія занимали всю область, соответствующую лобку и промежности.

Паховыхъ складокъ и ягодицъ у плода не было въ силу своеобразнаго положенія нижнихъ конечностей, которыя, будучи вполне правильно развиты во всѣхъ своихъ частяхъ, располагались такимъ



Рис. 3. Видъ плода сзади. А.—Spina bifida.

образомъ (рис. 3), что ось бедра образовала съ позвоночникомъ острый уголъ, открытый не кпереди, а кзади, причемъ передняя поверхность бедра прилежала къ спинкѣ плода, пяточная кость смотрѣла впередъ, а большой палецъ кнаружи; словомъ, каждая конечность представлялась повернутой на 180° вокругъ своей продольной оси. Подвижность въ тазобедренныхъ суставахъ почти отсутствовала, коленные же суставы допускали разгибаніе едва на 45° . Благодаря такому положенію нижнихъ конечностей, плодъ занималъ по длинѣ значительно меньше мѣста, чѣмъ при нормальномъ членорасположеніи:

разстояніе между наиболѣе удаленными точками головного и тазового концовъ его равнялось всего 21 сант. При наружномъ осмотрѣ тѣла плода бросалось еще въ глаза кожное выпячиваніе въ поясничной области, имѣвшее форму полушара; при пальпации это мѣсто давало ясное зыбленіе.

Описаніе внутреннихъ органовъ плода начнемъ съ грудной полости. Въ строеніи грудной клѣтки, ея скелета и мускулатуры отклоненій отъ нормы не наблюдалось, но объемъ ея былъ значительно уменьшенъ благодаря тому, что позвоночный столбъ въ нижней части шейнаго и въ верхней—груднаго отдѣловъ образовалъ сильный выгибъ къзади, вся же грудная часть его была направлена кпереди и близко подходила къ грудной кости, почти касаясь ея. Вслѣдствіе такихъ пространственныхъ отношеній грудной полости, органы послѣдней оказались измѣнившими свое нормальное положеніе, а именно, сердце, вполне правильно развитое и одѣтое нормальной сердечной сорочкой, было какъ-бы выдавлено изъ-подъ нижняго края реберъ и помѣщалось въ подложечной области непосредственно подъ мышечной стѣнкой, отдавляя діафрагму книзу. Напротивъ, легкія занимали свое обычное мѣстоположеніе. Пищеводъ и трахея никакихъ особенностей не представляли.

Переходя далѣе къ описанію органовъ брюшной полости, помѣщавшихся въ описанномъ выше перепончатомъ мѣшкѣ, упомянемъ прежде всего о печени, которая, не имѣя возможности занимать своего обычнаго мѣста въ правомъ подреберѣ вслѣдствіе указанныхъ уже измѣненій въ грудной полости и подпираемая другими внутренностями, выступала всей своей массой изъ-подъ края реберъ и перегибалась черезъ него. Слѣдъ отъ этого перегиба былъ ясно виденъ на верхней поверхности печени въ видѣ бороздки шириной около $\frac{1}{2}$ сант. Желудокъ, нормальный по величинѣ и по формѣ, былъ расположенъ также необычно: дно его граничило съ лѣвой долею печени и соприкасалось съ нижнею ея поверхностью, тѣло же располагалось параллельно нижней поверхности печени и подъ правой ея долею переходило въ кишку. При микроскопическомъ изслѣдованіи, стѣнка желудка оказалась построенною вполне нормально; всѣ оболочки ея,—серозная, мышечная и слизистая,—на разрѣзахъ давали типическую картину.

Нижняя половина брюшной полости была занята петлями кишки, именно, тонкой, которая, начавшись у выхода желудка, шла въ верхней своей части вертикальными, а въ нижней—горизонтальными ходами. Спустившись въ нижній отдѣлъ брюшной полости, кишка приближалась къ передней брюшной стѣнкѣ и въ томъ мѣстѣ, гдѣ нормально долженъ-бы находиться симфизъ, спаивалась съ брюшной стѣнкой и обрывалась. Зондъ, введенный въ правую половину описаннаго выше отверстія, окаймленнаго бахромкой, попадалъ именно въ конечный отдѣлъ кишки; лѣвая же половина этого отверстія вела въ мѣшокъ, имѣвшій въ глубину около 1 сант. и лежавшій непосредственно позади мѣста выхода тонкой кишки, которая была отдѣлена отъ него лишь нѣжной клѣтчаткой. Стѣнка этого мѣшка была толщиной около 1 мм. и внутри была покрыта оболочкой, напоминавшей своимъ видомъ слизистую, со множествомъ складокъ, шедшихъ въ разныхъ направленіяхъ. Отъ верхнебоковыхъ отдѣловъ этого мѣшка отходили трубчатые слѣпыя придатки діаметромъ около 2 мм. Слѣдъ

нѣсколько крутыхъ изгибовъ, эти придатки ложились по боковымъ поверхностямъ того органа, отъ котораго отходили. Если смотрѣть на все образование сверху, то оно сильно напоминало матку съ трубами. Наконецъ, третье изъ вышеописанныхъ отверстій вело тоже въ мѣшкообразный органъ, помѣщавшійся взади и влѣво отъ только что упомянутого образования съ трубчатыми придатками. Органъ этотъ былъ втрое больше предыдущаго, имѣлъ такія же стѣнки, причемъ внутренняя поверхность послѣднихъ была покрыта зеленоватымъ налетомъ, напоминавшимъ меконій. Форма органа была грушевидная, — верхній конецъ былъ шире нижняго. На передней поверхности этого образования находилось отверстие, которое вело въ описанный выше полый органъ со слѣпыми придатками.

Дѣлая микроскопическіе срѣзы изъ различныхъ отдѣловъ кишечныхъ петель и изъ стѣнокъ только что описанныхъ образований, мы убѣдились, что имѣемъ дѣло съ сильно измѣненнымъ кишечникомъ. Кишечныя петли, хорошо выраженыя макроскопически, и микроскопически давали типичную картину строенія тонкой кишки съ хорошо развитыми ворсинками, Либеркюновыми желѣзами, подслизистымъ и мышечнымъ слоями. Въ томъ мѣстѣ, гдѣ кишка открывалась на переднюю поверхность тѣла, въ строеніи слизистой ея оболочки были замѣтны нѣкоторыя перемѣны, а именно, ворсинки въ нѣкоторыхъ мѣстахъ представлялись низкими и широкими, Либеркюновы желѣзы были не такъ хорошо выражены; мѣстами вмѣсто типичныхъ желѣзъ попадались только неглубокія ямки, выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ, среди котораго кое-гдѣ встрѣчались бокаловидныя клѣтки. Полый органъ, находившійся позади конечнаго отдѣла тонкой кишки, имѣлъ на срѣзахъ строеніе толстой кишки. Стѣнка его оказалась состоящею спутри изъ слизистой оболочки, выстланной цилиндрическимъ эпителиемъ съ большимъ количествомъ бокаловидныхъ клѣтокъ. Ворсинокъ здѣсь совсѣмъ не было, Либеркюновы желѣзы, напротивъ, были хорошо выражены. Мѣстами на срѣзахъ попадалось довольно много одиночныхъ лимфатическихъ узловъ. Къ слизистой оболочкѣ прилежали гладкія мышцы, расположенныя въ два слоя, — внутренній кольцевидный и наружный продольный. Наконецъ, снаружи органъ былъ одѣтъ серознымъ покровомъ. Трубочатые слѣпыя придатки имѣли въ общемъ такое же строеніе; только лимфатическихъ узловъ въ ихъ стѣнкахъ было еще больше. Либеркюновыхъ же желѣзъ — меньше. Другой мѣшкообразный органъ, открывавшійся самостоятельно и соединявшійся съ только что описаннымъ, по своему гистологическому строенію долженъ былъ также быть отнесенъ къ толстымъ кишкамъ или, точнѣе, его надо было разсматривать, какъ прямую кишку. Внутренняя его поверхность была выстлана типичнымъ кишечнымъ эпителиемъ, безъ ворсинъ, съ массою Либеркюновыхъ желѣзъ, расположенныхъ равномернымъ слоемъ, среди котораго встрѣчались одиночные лимфатическіе узлы. На разстояніи приблизительно $\frac{1}{2}$ сант. отъ выходнаго отверстия описываемаго органа желѣзы въ слизистой оболочкѣ его исчезали, и цилиндрической эпителий постепенно переходилъ въ многослойный эпителий кожи. На большихъ продольныхъ срѣзахъ, кромѣ того, было видно, что нижній конецъ мѣшкообразнаго органа передъ наружнымъ отверстиемъ былъ окруженъ двумя кольцами поперечно-полосатыхъ мышцъ — сфинктеровъ.

Такимъ образомъ въ нашемъ случаѣ существовали три отдѣла кишечника — отдѣлъ тонкой кишки, значительно недоразвитый отдѣлъ толстой кишки, въ начальной части котораго имѣлись два слѣпыхъ appendix'a, наконецъ тоже сильно недоразвитый отдѣлъ, соответствовавшій прямой кишкѣ и открывавшійся анальнымъ отверстіемъ. Тонкая и толстая кишки имѣли свои особыя отверстія, отдѣленные другъ отъ друга штопорообразнымъ выступомъ и окаймленные тонкой бахромкой. Тонкая кишка, начавшая терять свои ворсинки на нѣкоторомъ разстояніи отъ выходного отверстія, въ области самаго отверстія, какъ показалъ микроскопъ, ворсинъ совершенно не имѣла, — слизистая оболочка ея здѣсь напоминала таковую же толстой кишки. Шпорообразный выступъ, отдѣлявшій отверстіе одной кишки отъ другой, представлялъ собою не что иное, какъ вдвое сложенную стѣнку кишки. На срѣзахъ ясно было видно, какъ мышечные слои со стѣнки тонкой кишки переходили въ эту перегородку, здѣсь замѣтно истончались и постепенно переходили въ стѣнку толстой кишки. Слизистая оболочка этой перегородки ворсинокъ не имѣла и носила характеръ слизистой оболочки толстыхъ кишекъ. Что касается бахромки, окаймлявшей оба кишечныхъ отверстія, то она представляла собою какъ-бы вывороченную кишечную стѣнку, нѣсколько атрофированную. У основанія бахромки было видно, что мышечные слои со стѣнки кишки переходятъ въ нее и вскорѣ теряютъ здѣсь свое правильное расположеніе, причемъ одновременно количество мышечныхъ волоконъ уменьшается, такъ что къ краямъ бахромка состоитъ только изъ соединительной ткани. Поверхность ея, обращенная къ кишечному отверстию, оказалась покрытою цилиндрическимъ эпителиемъ, составлявшимъ продолженіе кишечнаго эпителия. У самаго основанія бахромки найдены какъ-бы кишечныя железы, только очень мелкія и безъ бокаловидныхъ клѣтокъ.

Покончивъ съ кишечникомъ, перейдемъ къ описанію другихъ внутреннихъ органовъ. Позади желудка, слегка имъ прикрытая, лежала поджелудочная железа, слѣва же отъ него, прилегая къ его дну, располагалась селезенка со своими связками. На тонкой брыжейкѣ, шедшей отъ воротъ селезенки къ большой кривизнѣ желудка, были прикрѣплены два фиброзныхъ тяжика, которые были перекручены другъ около друга нѣсколько разъ и на концахъ своихъ несли шаровидной формы образованія, съ крупную горошину величиной. Подъ микроскопомъ образованія эти оказались построенными изъ лимфоидной ткани. По обѣ стороны отъ позвоночника лежали почки, хорошо развитыя, съ ясно дольчатымъ строеніемъ. Въ виду незначительности пространства, почки касались другъ друга своими внутренними краями, закрывая совершенно позвоночникъ. Отъ нихъ отходили мочеточники, имѣвшіе вполне правильное гистологическое строеніе. Отойдя отъ почекъ, мочеточники въ забрюшинной клѣтчаткѣ направлялись прямо внизъ и, пройдя справа и слѣва отъ конечныхъ отдѣловъ кишечника, открывались непосредственно на кожѣ небольшими отверстіями въ центрѣ кожныхъ бугорковъ, описанныхъ уже нами вблизи того мѣста, гдѣ находились кишечныя отверстія. Къ верхнему краю той и другой почки прилегали большіе надпочечники.

Въ бороздкѣ, образованной конечнымъ отдѣломъ прямой кишки и частью толстой кишки, съ правой стороны отъ нихъ, лежалъ органъ грушевидной формы, касавшійся своей закругленной верхушкой ниж-

ного конца правой почки. Длина этого органа равнялась 2-мъ сант., наибольший диаметр—около 1 сант.; направленъ онъ былъ сзади напередъ и сверху внизъ. На разрѣзѣ органъ оказался полымъ, причеиъ полость его была тоже грушевидной формы, не болѣе спичечной головки ски величиною; полость эта занимала верхнюю часть органа, внизу же превращалась въ очень узкій каналъ, едва пропускавшій самый тонкій зондъ. Каналъ этотъ сообщался съ полостью прямой кишки. У нижняго края правой почки, ближе къ позвоночнику, какъ разъ надъ верхушкой только что упомянутаго органа, висѣло какъ-бы на тонкой брыжейкѣ овальной формы образование, имѣвшее въ длину $1\frac{1}{2}$ сант., а въ ширину около $\frac{1}{2}$ сант. Органъ этотъ былъ желтоватаго цвѣта, эластической консистенціи, снаружи былъ покрытъ брюшиной, на складкѣ которой и былъ подвѣшенъ. При натягиваніи этой складки, въ ней были видны тонкіе сосуды, шедшіе по направленію къ аортѣ. Съ лѣвой стороны находилось аналогичное же образование неправильной овальной формы и такой же величины, какъ предыдущее; оно было подвѣшено также на складкѣ брюшины. Гистологическое изслѣдованіе этихъ органовъ показало, что полый органъ имѣетъ мышечную стѣнку, состоящую изъ пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, переплетающихся въ видѣ неправильной сѣти. Внутренняя его поверхность оказалась покрытою многослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, расположеннымъ во много слоевъ. Базальныя клѣтки эпителия имѣли правильно цилиндрическую форму и были довольно высоки, клѣтки среднихъ рядовъ имѣли разнообразную полигональную форму, поверхностныя же клѣтки принимали опять болѣе правильную цилиндрическую форму. Толщина эпителиального покрова неездѣ была одинакова; мѣстами клѣтки образовали широкіе, мощные пласты, уступами вдававшіеся въ просвѣтъ органа. Цилиндрической каналъ, соединявшійся съ прямой кишкой, былъ покрытъ такимъ же эпителиемъ, только клѣточныхъ слоевъ въ немъ было значительно меньше,—всего 2—3 слоя. Описанное строеніе является характернымъ для мочевого пузыря, почему мы и должны признать, что данный органъ представлялъ собою мочевой пузырь, имѣвшій ненормальное соединеніе съ прямой кишкой и лишенный сообщенія съ мочеточниками.

Изъ задней стѣнки пузыря, именно изъ нижней ея части, прилежавшей къ прямой кишкѣ, выдѣлялся кольцеобразный мускульный слой, отдѣленный отъ мышцы собственно пузыря легкой прослойкой соединительной ткани. Этотъ мускульный слой охватывалъ собою группу альвеолъ круглой и овальной формы, стѣнка которыхъ была покрыта одноряднымъ кубическимъ эпителиемъ. Альвеолы имѣли широкія соединенія другъ съ другомъ и весьма напоминали по своему строенію предстательную железу.

Органъ овальной формы, висѣвшій справа на складкѣ брюшины, оказался яичкомъ,—микроскопъ обнаружилъ въ немъ наличность всѣхъ характерныхъ для послѣдняго частей, какъ-то: извитые каналцы, сѣтъ прямыхъ каналцевъ и *vasa efferentia* съ ихъ мерцательнымъ эпителиемъ. Аналогичный органъ съ лѣвой стороны имѣлъ нѣсколько иную структуру. Верхне-наружная часть его состояла изъ каналцевъ, покрытыхъ цилиндрическимъ мерцательнымъ эпителиемъ и крайне похожихъ на *vasa efferentia*, остальная же масса органа состояла изъ

волокнистой соединительной ткани, петли которой образовали большія щелевидныя полости, выполненныя красными кровяными шариками. Въ этой части органа въ изобиліи встрѣчались, кромѣ того, широкіе тонкостѣнные сосуды.

Всѣ описанныя сейчасъ органы были очень тѣсно сгруппированы въ нижней половинѣ брюшной полости благодаря тому, что полости таза у плода совершенно не было въ силу особаго расположенія и деформации тазовыхъ костей. Деформацию эту легче всего себѣ представить, допустивъ перегибъ подвздошныхъ костей къзади на 90° по оси, соответствующей поперечному размѣру входа въ тазъ; тогда горизонтальная вѣтвь лобковой кости будетъ направлена не горизонтально, а пойдетъ вертикально внизъ отъ мѣста перегиба подвздошной кости, который придется какъ разъ у *spina anterior inferior*. Симфизъ отъ своего обычнаго мѣста отойдетъ назадъ и книзу, почти къ самому копчику, *acstabula* же отодвинется назадъ и нѣсколько кверху, а нижнія конечности въ силу этого должны пригнуться къ спинкѣ. Подвздошныя кости въ нашемъ случаѣ именно и имѣли такой видъ, какъ будто онѣ были сильно отогнуты къзади. Между концами лобковыхъ костей оставалось пространство около 1 сант. шириной, выполненное соединительной тканью. Крестцовые позвонки совершенно отсутствовали, поясничные, вслѣдствіе незакрытія ихъ дужекъ,—образовали щель въ позвоночномъ каналѣ, черезъ которую были выпячены мозговья оболочки, т. е. имѣла мѣсто *spina bifida*.

Въ заключеніе остается еще описать переднюю брюшную стѣнку и элементы пуповины. Кожныя покровы на передней стѣнкѣ живота, какъ было уже упомянуто выше, совершенно отсутствовали, и вся стѣнка состояла только изъ тонкой полупрозрачной перепонки. Основа этой перепонки оказалась подъ микроскопомъ состоящею изъ соединительной ткани; свободная же поверхность ея, обращенная наружу, была покрыта слоемъ низкихъ цилиндрическихъ клѣтокъ, снабженныхъ круглыми ядрами и расположенныхъ въ одинъ рядъ (эпителий амніона). На границѣ съ нормальной кожей было хорошо видно, какъ многослойный эпителий кожи, все болѣе и болѣе утончаясь, постепенно переходилъ въ упомянутый слой эпителиальныхъ клѣтокъ амніона.

Микроскопическія срѣзы черезъ пуповину обнаружили въ ней присутствіе лишь двухъ сосудовъ—одной артеріи и одной вены, причемъ послѣдняя отличалась довольно толстой стѣнкой, въ средней оболочкѣ которой было замѣтно значительное развитіе эластическихъ элементовъ. Въ лѣвой паховой области артерія покидала вену и шла на соединеніе съ аортой, вена же, придерживаясь границы между перепончатой частью брюшной стѣнки съ нормальной кожей, направлялась къ печени. Помѣщалась вена въ соединительной ткани, которія на пограничной линіи была развита сильнѣе, чѣмъ въ остальной части перепонки.

Такимъ образомъ въ нашемъ случаѣ имѣли мѣста слѣдующія аномаліи: 1) полная эвентрація брюшныхъ внутренностей съ недостаточнымъ развитіемъ передней брюшной стѣнки; 2) смѣщеніе сердца книзу безъ нарушенія цѣлости грудины и реберъ; 3) сильное недоразвитіе кишечника съ ненормальными отверстіями;

4) соединеніе слабо развитаго мочевого пузыря съ прямой кишкой безъ связи съ мочеточниками, открывавшимися самостоятельно на кожѣ; 5) недоразвитый половой аппаратъ мужского типа безъ признаковъ наружныхъ половых частей; 6) ненормальное положеніе нижнихъ конечностей вслѣдствіе деформации тазовыхъ костей и поворота каждой конечности на 180° вокругъ своей продольной оси; 7) отсутствіе правой пупочной артеріи и 8) *spina bifida*.

Несомнѣнно, передъ нами была тяжелая форма врожденнаго уродства. Спрашивается теперь: къ какому же виду уродствъ мы отнесемъ изучаемый случай?

Здѣсь мы оговоримся, что будемъ придерживаться классификаціи, которую предложилъ еще Geoffroy Saint-Hillaire ²⁾, и которая, если не въ цѣломъ, то, по крайней мѣрѣ, въ части своей, трактующей о болѣе тяжелыхъ уродствахъ (*monstres*), и до настоящаго времени можетъ считаться наиболѣе естественной и исчерпывающей. Свой случай, какъ характеризующійся главнымъ образомъ недоразвитіемъ передней брюшной стѣнки и грыжеобразнымъ выпячиваніемъ внутренностей, мы должны отнести къ тому виду уродствъ, для которыхъ G. S.-Hillaire-отецъ предложилъ названіе *Celosomie* (*χήλη*-грыжа, *σῆμα*-тѣло).

Смотря по мѣсту положенія эвентраціи на брюшной стѣнкѣ, а также по сопутствующимъ аномаліямъ, различаютъ нѣсколько видовъ этого уродства, а именно:

1) *Aspalosomus* (*ἀσπάλαις*—кротъ)—аномалія, при которой боковая или срединная эвентрація занимаетъ нижнюю часть живота, половые органы, мочевые органы и прямая кишка открывается тремя различными отверстиями.

2) *Agenosomus*. Эвентрація здѣсь—какъ у предыдущаго вида, мочеполовые органы или совершенно отсутствуютъ, или крайне недоразвиты.

3) *Cylosomus* (*κύλλος*—пингвинъ). Для этого уродства характерны—боковая эвентрація въ нижней части живота и полное отсутствіе или крайне несовершенное развитіе нижнихъ конечностей на сторонѣ эвентраціи.

4) *Schistosomus* (*σχιστός*—обрубленный). Здѣсь боковая или срединная эвентрація занимаетъ всю поверхность живота, обѣ нижнія конечности обыкновенно отсутствуютъ совершенно.

5) *Pleurosomus*, для которыхъ характернымъ является боковая эвентрація въ верхней части живота и атрофія верхней конечности на сторонѣ эвентраціи.

б) *Celosomus*—уродство при которомъ наблюдается боковая или срединная эвентрація и, кромѣ того, щель или полное отсутствіе грудины, а также смѣщеніе сердца.

Къ этимъ видамъ, описаннымъ S. Hillaire'омъ, впоследствии были добавлены еще три, а именно 7) *Dracontisomus*, 8) *Chelonisomus* (κελώνη—черепаха) и 9) *Streptosomus* (στρεπτός—свернутый); при этихъ порокахъ развитія, кромѣ обширной эвентраціи, занимающей всю брюшную и грудную стѣнки, наблюдаются значительныя измѣненія реберъ, позвоночника и конечностей.

Разбирая приведенную схему, легко видѣть, что нашъ уродь, строго говоря, не подходитъ точно ни подъ одинъ изъ входящихъ въ нее видовъ. По характеру эвентраціи и по крайнему недоразвитію половыхъ органовъ, его скорѣе всего можно отнести къ типу *Agenosomus*, хотя отсутствіе или значительное недоразвитіе толстыхъ кишекъ, по наблюдениямъ St. Hillaire'a является болѣе характернымъ для типа *Aspalosomus*. Наоборотъ, щель въ поясничной области является болѣе частымъ осложненіемъ агеносоміи. Къ типу *Celosomus* наблюдавшееся въ нашемъ случаѣ смѣщеніе сердца не даетъ права его отнести, потому что это смѣщеніе не сопровождалось измѣненіями въ грудинѣ. Что касается, наконецъ ненормальнаго расположенія нижнихъ конечностей, то должно сказать, что поворотъ каждой конечности вокругъ своей продольной оси на 180° является довольно характернымъ для уродства, извѣстнаго подъ названіемъ симеліи. (Судакевичъ⁸⁾). Впрочемъ такое же расположеніе конечностей встрѣчается и у уродовъ изъ класса *celosomi*'и. Такъ, Gastelier²⁾ наблюдалъ его у урода типа *Agenosomus* еще въ 1773 году. Отсутствіе *art. umbilicalis* тоже является характернымъ для симеліи (Порошинъ¹³⁾).

Изъ сказаннаго видно, что у нашего плода, при наличности признаковъ типа *Agenosomus*, имѣли мѣсто и признаки, встрѣчающіеся, съ одной стороны, у уродовъ типовъ *Aspalosomus* и *Celosomus*, а съ другой—при уродствахъ изъ класса симеліи.

Переходя, далѣе, къ вопросу о патогенезѣ и этиологіи порочнаго развитія плода въ нашемъ случаѣ, предпошлемъ разбору этого вопроса нѣсколько замѣчаній изъ области эмбриологіи.

Какъ извѣстно, тѣло зародыша начинаетъ формироваться съ помощію складокъ, вырастающихъ изъ зародышевыхъ листовъ. Головная, хвостовая и обѣ боковыя складки, вырастая съ вентральной стороны зародыша, образуютъ сначала цилиндръ, открытый снизу. Впоследствии, постепенно сближаясь краями,

складки замыкают существовавшее ранѣе отверстие и образуютъ переднюю брюшную стѣнку, въ которой остается лишь небольшое отверстие для пупочныхъ сосудовъ.

Относительно развитія кишечника у зародыша извѣстно, далѣе, что въ раннихъ стадіяхъ эмбриональной жизни кишечникъ имѣетъ видъ U-образной петли, верхушка которой находится у пупочнаго отверстия. Нисходящее колѣно лежитъ впереди восходящаго и начинается у выхода желудка, восходящая же часть послѣ изгиба поднимается къ позвоночнику, гдѣ, изогнувшись еще разъ короткимъ колѣномъ, переходитъ въ заднепроходное отверстие. У мѣста перехода нисходящей части въ восходящую находится прикрѣпленіе атрофированнаго желточного протока, соединяющаго кишку съ пуповиной. Близъ желточного протока на восходящемъ колѣнѣ видно небольшое выпячиваніе кишечной стѣнки. Въ дальнѣйшемъ развитіи изъ нисходящей части петли получается тонкая кишка, выпяченное мѣсто на восходящей кишкѣ даетъ начало слѣпой кишкѣ, верхняя часть восходящей вѣтви превращается въ толстую кишку, а послѣднее короткое колѣно—въ Sigmoidum и прямую кишку.

Изъ сложныхъ процессовъ, наблюдаемыхъ при развитіи мочеполовой сферы зародыша, достаточно будетъ для насъ упомянуть о томъ, что мочевой пузырь развивается изъ аллантаоиса, происходящаго въ свою очередь черезъ выпячиваніе передней стѣнки задней кишки, а мочеточники развиваются изъ начальныхъ концовъ выводныхъ протоковъ первичныхъ почекъ, открывающихся въ т. н. sinus urogenitalis. Позже они все болѣе и болѣе удаляются отъ протоковъ въ силу особенно сильнаго роста того пространства, которое ихъ раздѣляетъ.

Упомянемъ еще относительно нижнихъ конечностей, что зачатки ихъ появляются въ видѣ маленькихъ бугорковъ, которые на пятой недѣлѣ (Hertwig) принимаютъ опредѣленную форму, причемъ важно замѣтить, что вначалѣ конечности прилегаютъ къ брюшной поверхности зародыша и направлены при этомъ такъ, что будущая передняя сторона ихъ смотритъ дорзально, а пятый палецъ—къ хвосту. Только съ дальнѣйшимъ развитіемъ конечности принимаютъ свое нормальное положеніе.

Опираясь на приведенныя эмбриологическія данныя, мы можемъ теперь точнѣе представить патогенезъ уродства, имѣвшаго мѣсто въ нашемъ случаѣ. Характерный поворотъ нижнихъ конечностей большимъ пальцемъ кнаружи указываетъ на то, что причины, вызвавшія уродство, существовали уже въ раннихъ стадіяхъ развитія, для которыхъ такое (или, вѣрнѣе, почти

такое) положеніе нижнихъ конечностей является нормальнымъ. Слѣдовательно, сущность аномалии заключалась здѣсь не въ ненормальномъ поворотѣ, а въ остановкѣ развитія на ранней ступени эмбриональной жизни.

Обращаясь къ аномаліямъ кишечника, мы видимъ, что та часть его, которая соотвѣтствуетъ нисходящему колѣну эмбриональной кишечной петли, была развита у нашего плода хорошо, тѣ же части, которыя соотвѣтствуютъ восходящему колѣну,—крайне недоразвиты. Кромѣ того, на границѣ между этими частями кишка оказалась прикрѣпленной къ передней брюшной стѣнкѣ и снабженной ненормальнымъ отверстиемъ. Въ эмбриональномъ состояніи этотъ пунктъ какъ разъ является мѣстомъ отхожденія отъ кишки желточного протока, который соединяетъ кишку съ пуповиной и которому нѣкоторые авторы (Ahlfeld) приписываютъ важную роль въ образованіи грыжъ пупочнаго канатика, а также большихъ эвентрацій. Способъ дѣйствія при этомъ можетъ быть двоякій: съ одной стороны, иногда, напр., при быстромъ накопленіи амниотической жидкости, желточный протокъ можетъ быстро и ненормально сильно вытянуться и увлечь за собой въ пупочное отверстие часть кишечной стѣнки; въ другихъ случаяхъ образованіе грыжи можетъ получиться вслѣдствіе того, что желточный протокъ, — какъ это бываетъ иногда при ненормальной плотности его, — своевременно не отдѣлится отъ кишки и такимъ образомъ удержитъ ее у пупочнаго отверстия.

Основываясь на томъ, что кишка въ нашемъ случаѣ была прикрѣплена въ передней брюшной стѣнкѣ на границѣ эвентрации, какъ разъ тѣмъ своимъ отдѣломъ, гдѣ долженъ былъ отходить отъ нея желточный протокъ, мы думаемъ, что и здѣсь желточный протокъ сыгралъ важную роль въ притяженіи кишечной петли къ брюшной стѣнкѣ. Ненормальное отверстие въ кишечникѣ, существовавшее у нашего урода, въ сущности представляетъ собою не что иное, какъ *anus praeternaturalis* съ довольно характернымъ, шпорообразнымъ выпячиваніемъ кишечной стѣнки. Образовалось это отверстие, по всѣмъ вѣроятіямъ, въ силу внѣшняго давления. Оригинальная бахромка вокругъ этого отверстия была образована, какъ показало гистологическое ея изслѣдованіе, главнымъ образомъ изъ элементовъ слизистой оболочки кишки и напоминала то явленіе, которое наблюдается, если разрѣзать кишку,—слизистая оболочка послѣдней выпячивается тогда изъ разрѣза на подобіе валика. Возможно, что и бахромка эта имѣла аналогичный способъ происхожденія. Восходящее колѣно эмбриональной петли кишки, долженствовавшее дать начало слѣпой и толстымъ киш-

камь, такъ и осталось въ нашемъ случаѣ недоразвитымъ лежать позади тонкой кишки, тогда какъ нормально оно должно-бы съ теченіемъ роста претерпѣть перемѣщеніе и занять косвенное положеніе впереди начальной части тонкой кишки. Не смотря на слабое развитіе толстыхъ кишекъ, червеобразный отростокъ у нашего урода оказался обособленнымъ и, что всего интереснѣе, двойнымъ. Подобное явленіе у уродовъ типа *Celosomus* наблюдалось неоднократно и отмѣчено уже G.-St.-Hillaire'омъ-отцомъ, который видитъ въ этомъ проявленіе атавизма, такъ какъ подобное состояніе кишечника свойственно птицамъ, именно, курицамъ.

Послѣдній отдѣлъ эмбриональной кишки развился въ нашемъ случаѣ въ довольно хорошо обособленную кишечную петлю, соответствующую прямой кишкѣ съ нормальнымъ выходнымъ отверстіемъ, но съ ненормальнымъ сообщеніемъ съ мочевымъ пузыремъ,—аномалія легко понятная, если вспомнить, что аллантоисъ, дающій начало мочевому пузырю, вначалѣ находится въ прямой связи съ задней кишкой.

Болѣе замѣчательнымъ является въ нашемъ случаѣ то обстоятельство, что мочеточники открывались наружу самостоятельно, минуя мочевой пузырь. Выше мы уже упомянули, что у зародыша мочеточники сначала открываются на задней стѣнкѣ *sinus urogenitalis* и только впослѣдствіи, въ силу неравномѣрнаго роста тканей, оказываются выше—на задней стѣнкѣ пузыря, который развивается изъ средней части аллантоиса. Вѣроятно, въ нашемъ случаѣ вредная причина, вызвавшая уродство, произвела остановку развитія той области, гдѣ мочеточники открывались въ *sinus urogenitalis*, благодаря чему они и оказались внѣ связи съ пузыремъ. Что въ этомъ случаѣ дѣйствительно имѣла мѣсто остановка развитія,—очевидно уже изъ того, что наружные половые органы у плода совершенно отсутствовали. И другія аномаліи также свидѣтельствуютъ, что въ нашемъ случаѣ играла главную роль именно этотъ моментъ, т. е. остановка или задержка развитія; сюда относятся—недоразвитіе брюшной стѣнки, отсутствіе правой пупочной артеріи, отсутствіе лѣваго яичка при крайнемъ недоразвитіи его придатка и пр. Щель въ поясничной области позвоночника, черезъ которую грыжеобразно выпячивались мозговые оболочки, рассматривается большинствомъ изслѣдователей также, какъ результатъ недоразвитія позвонковыхъ дужекъ.

Какіе же причины вызвали въ данномъ случаѣ задержку въ развитіи нѣкоторыхъ частей плода? Если мы обратимся къ теоріямъ, предложеннымъ различными авторами для объясненія этиологіи уродствъ, то увидимъ, что всѣ эти теоріи могутъ быть раздѣлены

на двѣ большія группы: по однимъ—причина уродствъ лежитъ въ самомъ зародышѣ, въ его болѣзняхъ, будутъ-ли онѣ приобрѣтены имъ наследственно, въ моментъ зачатія, или же послѣ зачатія,— это группа теорій эндогенныхъ; другія теоріи объясняютъ развѣтіе уродствъ различными внѣшними вліяніями—теоріи экзогенныя. Такими внѣшними причинами уродствъ прежде всего могутъ быть различнѣйшія физическія воздѣйствія, какъ это доказано Dargest'омъ въ его опытахъ надъ куриными зародышами; затѣмъ несомнѣнное вліяніе на образованіе уродствъ могутъ оказывать механическія вліянія со стороны плодныхъ оболочекъ (Simonart'овскія нити). Травма при беременности можетъ также повлечь за собою появленіе уродства. Здѣсь кстати упомянемъ объ одномъ такомъ случаѣ изъ нашей практики, гдѣ отъ здоровыхъ родителей родился доношенный ребенокъ съ ампутаціей трехъ фалангъ на ручныхъ пальцахъ и съ *res vagus*. Какъ выяснилось впослѣдствіи, въ данномъ случаѣ пытались вызвать абортъ на второмъ мѣсяцѣ съ помощію горячихъ спринцеваній и массажа матки. Повидимому, массажъ здѣсь сыгралъ роль травмы и вызвалъ описанное уродство. Различныя душевныя эмоціи, вызывая длительныя сокращенія матки, могутъ также вызвать различныя уродства. Наконецъ количество околоплодныхъ водъ, въ особенности ихъ значительное уменьшеніе, тоже выставляется въ качествѣ причины, могушей повлечь за собою образованіе уродства.

Эта послѣдняя причина является для насъ наиболѣе интересною. Въ исторіи болѣзни нашей роженицы мы не находимъ никакихъ указаній ни на болѣзнь, ни на травму, ни на душевныя волненія, но имѣемъ два весьма цѣнныхъ, съ этиологической точки зрѣнія, указанія относительно беременности, родового акта. Роженица сама отмѣтила, что объемъ живота у ней не соответствовалъ сроку беременности, а во время родовъ было констатировано поразительно малое количество околоплодныхъ водъ. Оба эти обстоятельства бросаютъ яркій цвѣтъ на этиологию уродства въ нашемъ случаѣ, особенно, если мы сопоставимъ ихъ съ наблюдавшимся здѣсь членорасположеніемъ плода. Тѣло послѣдняго было изогнуто такимъ образомъ, что занимало по длинѣ значительно меньше мѣста, чѣмъ при нормальномъ членорасположеніи. Очевидно, стало быть, для роста плода было какое-то препятствіе, дѣйствовавшее въ направленіи его продольной оси. Это препятствіе было настолько значительно, что тазовыя кости вмѣстѣ съ прикрѣпленными къ нимъ нижними конечностями должны были расти подъ прямымъ угломъ къ своему нормальному положенію. Здѣсь слѣдуетъ упомянуть, что нѣко-

торые авторы (Guérin ⁴) причину различных врожденных искривлений усматриваютъ въ длительной контрактурѣ первичныхъ мышцъ, происходящей, по ихъ мнѣнію, подъ влияніемъ заболѣванія или неправильнаго развитія нервныхъ центровъ. Не вдаваясь въ критику этой теоріи, замѣтимъ, что къ нашему случаю она совершенно непримѣнима уже по одному тому, что у человѣка нервные центры могутъ развивать свое влияніе только на третьемъ мѣсяцѣ эмбриональной жизни, въ нашемъ же случаѣ начало уродства должно быть отнесено къ гораздо болѣе раннему времени,—времени формировація нижнихъ конечностей.

Гораздо естественнѣе въ нашемъ случаѣ предположить, что плодъ встрѣтилъ механическое препятствіе для своего роста со стороны плодомѣстища, благодаря ненормально малой емкости послѣдняго.

Какая же изъ анатомическихъ составныхъ частей плодомѣстища сыграла здѣсь роль,—плодовая оболочка или же сама матка—въ силу, напр., ея длительныхъ сокращеній? Послѣднее предположеніе является мало вѣроятнымъ. Какъ извѣстно, плодъ въполнѣ выполняетъ полость матки на 7-ой недѣлѣ, слѣдовательно только съ этого времени онъ можетъ съ ея стороны встрѣтить препятствіе къ своему росту, а между тѣмъ въ нашемъ случаѣ, какъ уже упоминалось выше, неправильное развитіе плода началось, повидимому, раньше этого срока. Кромѣ того, трудно представить, чтобы матка находилась въ такомъ длительномъ сокращеніи и притомъ безъ видимыхъ причинъ. Наконецъ, незначительное количество околоплодной жидкости, наблюдавшееся въ нашемъ случаѣ, дѣлаетъ болѣе, чѣмъ вѣроятнымъ, предположеніе, что и полость водной оболочки здѣсь была ненормально мала. Если же это такъ, то именно въ этой малой емкости амнионального мѣшка и надо искать истинную причину задержки роста плода.

Практический интересъ нашего случая заключался въ томъ, что плодъ предлежалъ своимъ брюшнымъ мѣшкомъ, который и былъ принятъ за предлежащую плаценту. Такое предлежаніе грыжевого мѣшка у уродливыхъ плодовъ наблюдалось еще S. Hillaire'омъ и зависитъ, по всѣмъ вѣроятіямъ, отъ перемѣщенія центра тяжести плода вслѣдствіе смѣшенія внутренностей и неправильнаго членорасположенія.

Первоначальному діагнозу предлежанія плаценты способствовало начавшееся у пациентки сильное кровотеченіе изъ половыхъ частей, которое, въ дѣйствительности, зависѣло отъ преждевременной отслойки дѣтскаго мѣста вслѣдствіе сильнаго укороченія пуповины. Хотя первоначальный діагнозъ нашъ оказался невѣр-

нымъ, тѣмъ не менѣе оперативное вмѣшательство было вполнѣ целесообразно, такъ какъ лежавшій почти поперечно уродливый плодъ не могъ родиться произвольно, а наступившее сильное кровотечение требовало скорѣйшаго опорожненія матки.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Ahlfeld. Die Missbildungen des Menschen, Leipzig. 1880.
2. Geoffroy-St.-Hillaire. Histoire gener. et particul. des anomalies d'organisation chez l'homme et les animaux. Paris, 1832.
3. C. Dareste. Memoire sur les anomalies des membres et sur le rôle de l'amnios dans leur production de l'anatomie, 1882.
4. Guinard. Précis de teratologie. Paris, 1893.
5. Lebedeff. Ueber die Entstehung der Anencephalie und Spina bifida bei Vögeln und Menschen. Arch. f. pathol. anat. Bd. 86.
6. Tourneux et Wertheimer. Description d'un monstre celosomien avec spina bifida. Journ. de l'anat., 1882.
7. Судакевичъ. Случай неполнаго двойнаго уродства. Хирургія, № 129, 1907.
8. Судакевичъ. Къ вопросу объ уродствахъ конечностей. Работ. Госпит. Хирургич. Клин. проф. Дьяконова, 1905, т. 6.
9. C. Dareste. Recherches sur la production artificielle des monstruosités, ou essais de teratogénie expérimentale. Paris, 1891.,
10. A. Eulenburg. Реальн. Энцикл. медиц. наукъ, т. 19.
11. Ahlfeld. Руков. къ акушерству, 1900.
12. Hertwig. Элементы эмбриол. позвон. и чelow.
13. Порошинъ. Сымпрус арис. Ж. ак. и ж. б., 1904.
14. K. Schroeder. Учебн. акушерства, 1900.

О леченіи послѣродовыхъ маточныхъ кровотеченій перетягиваніемъ эластическимъ шнуромъ.

Приватъ-доцента Московскаго Университета

И. С. КАЛАВИНА.

Въ іюнѣ прошлаго 1908 г., докторъ Momburg изъ Шпандау (Momburg: Die Künstliche Blutleere der unteren Körperhälfte. Zentralblatt f. Chirurgie № 23. 1908) описалъ свой способъ, для остановки кровотечения изъ нижней части туловища. Способъ этотъ состоитъ въ слѣдующемъ.

Берется гуттаперчевый шнуръ, толщиною въ палецъ, а для дѣтей тоньше, или гуттаперчевая кишка, надѣваемая для спринцеванія влагалища на кружку Эсмарха, соотвѣтствующей толщины, длиной отъ одного до 1½ метровъ. На срединѣ талии, между нижнемъ краемъ послѣднихъ реберъ и верхнимъ краемъ тазовыхъ костей, этотъ резиновый шнуръ обводится кругомъ тѣла, лежащей на столѣ больной, отъ 2-хъ до 4-хъ разъ, большее количество туровъ опасно, и затягивается до тѣхъ поръ, пока не пропадетъ пульсъ въ arteria femoralis. Концы шнура тогда затягиваются, и защемляются крѣпкимъ клеммомъ.

Этотъ эластическій жгутъ прекращаетъ кровообращеніе въ ниже лежащей части туловища, не причиняя никакого вреда организму, и можетъ лежать довольно продолжительное время. Ни со стороны кишечника, ни со стороны мочевыхъ органовъ не замѣчено, никакихъ вредныхъ осложнений у больныхъ.

Въ одномъ случаѣ Momburg'a, шнуръ перетягивалъ туловище, безъ вреда, въ теченіи 45 минутъ.

Въ случаѣ Hofbauer'a (Hofbauer. Deutsche Medicinische Wochenschrift. 1909), при фибротоміи, перетягиваніе талии шнуромъ продолжалось 75 минутъ, безъ вреда для здоровья; въ случаѣ Dührssen'a 2 часа 15 минутъ; въ этомъ случаѣ была сдѣлана extirpatio uteri съ вылушеніемъ раковыхъ узловъ ихъ малаго таза (Momburg. Die künstliche Blutleere der unteren Körperhälfte. Archiv. f. klinische Chirurgie 1909). Въ случаѣ Sigwart'a

держали шнуръ 2 часа 20 минутъ. Въ этомъ случаѣ, наблюдалось сильное кровотечение изъ разѣденнаго сосуда, въ нарывѣ параметрія. Болѣзнь появилась послѣ наложенія шипцовъ, при родахъ, у этой больной.

У животныхъ, кроликовъ, этотъ эластическій шнуръ накладывали, ради опыта, на 2½ часа. (Hoechne: Über die Bedeutung der künstlichen Blutleere der unteren Körperhälfte f. die Geburtshilfe und Gynaekologie. Zentralblatt f. Gynäkologie № 10, 1909). При вскрытіи опытныхъ животныхъ, были найдены небольшія кровоизліянія, въ слизистой оболочкѣ кишки, причемъ, въ просвѣтѣ кишки крови не оказалось совсѣмъ. Все остальное оказалось нормальнымъ.

Точно также, при вскрытіи людей, умершихъ послѣ операціи, у которыхъ, при оперированіи, былъ примѣненъ способъ Momburg'a, въ кишкахъ и сосудахъ, не найдено никакихъ поврежденій отъ шнура.

Вліяніе давленія на кишки, облегчается у людей тѣмъ, что давленіе эластическаго шнура, происходитъ черезъ брюшныя стѣнки. Тоже самое касается и мочеточниковъ, vena cava, какъ показали опыты на животныхъ.

Передъ снятіемъ эластическаго шнура, что дѣлается не сразу, а постепенно, ослабляя туры гутапперчеваго шнура, ноги должны быть перетянуты эластическими шнурами, вокругъ бедра и вокругъ голени, дабы не моментально возстановлялось кровообращеніе въ нижнихъ конечностяхъ. Шнуры эти снимаютъ послѣдовательно, одинъ за другимъ, послѣ снятія шнура, наложеннаго вокругъ талии.

При такихъ предосторожностяхъ, избѣгается дикротія пульса, которая наблюдалась нѣкоторыми наблюдателями въ теченіи нѣсколькихъ минутъ послѣ снятія шнура (Momburg, Riemann).

Если желаютъ сдѣлать почти абсолютное обезкровливаніе таза, то слѣдуетъ предварительно наложить обезкровливающій бинтъ Эсмарха на нижнюю конечность, соотвѣтствующей половины таза, на которой дѣлается операція. Затѣмъ уже накладывается шнуръ вокругъ талии. Ноги послѣ снятія бинта Эсмарха, должны быть опущены, чтобы кровь изъ таза вытекла въ нижнюю конечность. Туловище должно быть приподнято. Для предотвращенія обратнаго притока крови изъ нижней конечности можно перетянуть бедро эластическимъ шнуромъ.

Незначительное появленіе крови изъ перерѣзанныхъ сосудовъ при способѣ Momburg'a только облегчаетъ ихъ находже-

ніе для наложенія лигатуръ при операціи, по замѣчанію автора способа.

Со стороны дыханія замѣчено, что послѣ наложенія бинта, наблюдается учащеніе дыханія, послѣ снятія шнура дыханіе становится глубже. Пульсъ послѣ наложенія учащается. Слабый пульсъ въ случаяхъ Momburg'a, часть которыхъ лихорадила, становился крѣпче, послѣ наложенія жгута и оставался такимъ все время, пока лежалъ жгутъ. Кровяное давленіе, повышается на 30,40 mm. Въ пульсѣ значительно повышается вторая волна.

По снятіи бинта, черезъ 20 минутъ, все возвращается къ нормѣ.

Повышеніе кровяного давленія по опытамъ на животныхъ (Rieman und Wolf) наблюдается, если прекратить, одновременно кровеобращеніе въ aorta, vena cava и arteria mesenterica. Только въ такомъ случаѣ, давленіе повышается больше, чѣмъ на 16 mm. Hg.

Momburg примѣнялъ перетягиваніе туловища, по выше-описанному способу у 4-хъ людей, въ теченіи 5, 18, 30 и 43 минутъ подрядъ, безъ всякаго вреда для здоровья пациента.

Интересенъ случай, въ которомъ эластическій шнуръ держали 18 минутъ. Больной этотъ страдалъ саркомой и профессоръ Биръ, подъ люмбалной анестезіей, при наложеніи эластическаго шнура, вокругъ талии, удалилъ у него съ успѣхомъ всю нижнюю конечность, по поводу этого новообразованія.

Въ другомъ случаѣ, гдѣ эластическій шнуръ лежалъ 45 минутъ (Momburg. Zur Blutleere der unteren Körperhälfte. Zentralblatt, f. Chirurgie, № 41, 1908), послѣ его снятія, наблюдалась дикротія пульса, въ теченіи около 10 минутъ.

Еще въ одномъ случаѣ, послѣ снятія эластическаго шнура, пульсъ, въ теченіи около 1/2 минуты, былъ еле ощутимъ, а затѣмъ сталъ нормаленъ.

Rieman (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. XCIV. № 9) также наблюдалъ дикротію пульса послѣ снятія жгута, наложеннаго вокругъ талии. Противъ боли, у одного больного Momburg'a, у котораго эластическій шнуръ былъ наложенъ въ теченіи 30 минутъ, безъ общаго наркоза, съ успѣхомъ, отъ боли, былъ назначенъ морфій. У этого больного, были на желѣзной дорогѣ отрѣзаны ноги.

На 38-мъ съѣздѣ нѣмецкихъ хирурговъ 14—17-го апрѣля 1909 года, Momburg сообщилъ, что его способъ съ успѣхомъ былъ примѣненъ въ 34-хъ случаяхъ различными операторами.

По поводу сообщенія Momburg'a, были оживленные дебаты.

Такъ Pagenstecher сообщилъ, что онъ примѣнялъ способъ Momburg'a, съ успѣхомъ, въ одномъ случаѣ exarticulatio inter ileo-abdominalis, по случаю остео-саркомы таза. Онъ наблюдалъ, въ этомъ случаѣ, послѣ операци, параличь жомовъ. Зависило-ли это, отъ поврежденія conus medullaris или отъ удаленія стѣнки таза, точно не извѣстно.

Trendelenburg на этомъ конгрессѣ заявилъ, что пробовалъ примѣнять способъ Momburg'a и предупреждалъ о его опасности. Онъ наблюдалъ паденіе кровяного давленія, кользясь и угрожающую сердечную слабость, державшуюся до 24-хъ часовъ. Кользясь прекратился только черезъ 5 минутъ. Больной пожилой человекъ.

Въ другомъ случаѣ у 32-лѣтняго, крѣпкаго мужчины, пульсъ сразу поднялся выше 100 ударовъ въ минуту. Послѣ снятія шнура было 75 ударовъ, а затѣмъ упалъ до 50 ударовъ, въ минуту.

Неправильность въ ритмѣ длилась цѣлую недѣлю. У людей старыхъ, а также съ больнымъ сердцемъ, не слѣдуетъ примѣнять этотъ способъ.

Sprengel находитъ, что этотъ способъ не даетъ полного обезкровливанія.

Franke, на этомъ съѣздѣ германскихъ хирурговъ, сказалъ, что онъ уже давно примѣнялъ, съ успѣхомъ, подобный способъ обезкровливанія, Мартиновскимъ бинтомъ, одновременно съ пелотомъ.

Rieman und Wolf, въ своей статьѣ, klinische und experimentelle Beiträge, zur Frage der Momburg'schen Blutleere, напечатанной въ Deutsche Chirurgie Bd. XCIII, изъ Лейпцигской клиники, сообщаетъ, что въ одномъ случаѣ, у 70-лѣтняго старца съ артеросклерозомъ, былъ примѣненъ способъ Momburg'a, при удаленіи рака прямой кишки; другой разъ примѣняли этотъ способъ у одной, 42-хъ лѣтней, довольно крѣпкой женщины, съ такою-же болѣзнью. У обоихъ больныхъ наблюдался кользясь послѣ наложенія шнура. Пульсъ совсѣмъ исчезъ. Послѣ быстрого снятія шнура больныя пришли въ себя и операци могли быть окончены.

У больной женщины аритмія въ пульсѣ наблюдалась въ теченіи нѣсколькихъ недѣль, послѣ операци. Послѣ операци, у нея были замѣчены признаки недостаточности mitralis.

Больной мужчина лихорадилъ и померъ черезъ мѣсяць послѣ операціи, отъ пневмоніи.

Verhoogen (Journal Med. de Bruxell 25/III 1909) находитъ способъ Momburg'a очень полезнымъ, для обезкровливанія, при операціяхъ въ тазовой области и ниже, напр. при бугорковомъ кокситѣ и на нижнихъ конечностяхъ.

Примѣняя перетягиваніе талии эластическимъ шнуромъ, Verhoogen оперировалъ двухъ больныхъ. Одинъ больной 30 лѣтъ отъ роду, страдалъ бугорковымъ свищемъ, послѣ резекціи тазо-бедренного сочлененія, при костоѣдѣ головки бедренной кости. Этотъ больной былъ на столько слабъ, что безъ искусственнаго обезкровливанія Verhoogen никогда не рѣшился-бы на обширную резекцію, которую ему пришлось сдѣлать.

Во второмъ случаѣ, у 37-лѣтней женщины, были множественные свищевые ходы и изъязвленія, появившіяся послѣ резекціи въ тазо-бедренномъ суставѣ. Перетянувъ талию эластическимъ шнуромъ, удалось удалить у нея почти всю лѣвую часть таза, безъ потери крови.

Въ акушерской практикѣ, способъ Momburg'a былъ примѣненъ, для остановки послѣродовыхъ маточныхъ кровотеченій всего въ нѣсколькихъ случаяхъ, другими наблюдателями, кромѣ самаго Momburg'a.

Такъ Sigwart (Ueber die Anwendung der Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg in der Geburtshilfe. Zentralblatt f. Gynäkologie № 7, 1909) описываетъ случай успѣшнаго примѣненія этого способа, для остановки сильнаго послѣродового кровотечения, появившагося послѣ ручного отдѣленія послѣда. Для сокращенія атонической матки и остановки гемморагіи, были предварительно испробованы безъ результата въ теченіи 20 минутъ массажъ матки, промываніе полости матки ледяной водой, подкожныя вспрыскиванія эрготина. Матка совсѣмъ не сокращалась. Тогда Sigwart двумя турами эластическаго шнура, перетянулъ туловище, по выше описанному способу, между ребрами и тазовыми костями.

Кровотеченіе быстро прекратилось. Матка хорошо сократилась, вытолкнувъ изъ себя сгустки и бывшую въ ея полости кровь. Жгутъ былъ снятъ черезъ $\frac{1}{4}$ часа и кровотеченіе больше не повторялось. Больная была подъ наркозомъ. Пульсъ, послѣ снятія шнура, сталъ хорошимъ, раньше былъ слабъ. Дыханіе было нормально. Больная поправилась.

Въ 3-хъ другихъ случаяхъ этотъ авторъ примѣнялъ спо-

собъ Momburg'a тоже съ успѣхомъ, безъ наркоза. Больныя жаловались на небольшую боль отъ эластическаго шнура.

Дряблый животъ, наблюдаемый сейчасъ-же послѣ родовъ, благопріятствуетъ наложенію эластическаго шнура.

Sigwart наблюдалъ въ акушерскихъ случаяхъ, что, послѣ наложенія шнура, крѣпкій пульсъ становился слабѣе и дѣлался опять крѣпче послѣ снятія шнура.

Momburg, въ своихъ случаяхъ наблюдалъ обратное. Часть его больныхъ лихорадила.

Noehne (Zentralblatt f. Gynaekologie № 10, 1909), съ успѣхомъ примѣнилъ способъ Momburg'a въ 2-хъ случаяхъ маточныхъ кровотеченій, въ акушерской практикѣ.

Въ одномъ случаѣ, при удаленіи Mola hydatidosa, по поводу появившейся сильной гемморрагіи, при удаленіи изъ полости матки этого новообразованія, Noehne примѣнилъ перетягиваніе живота, по выше описанному способу. Кровотеченіе прекратилось тотчасъ-же. Дальнѣйшее удаленіе пузырнаго заноса производилось, благодаря перетягиванію, безъ кровотеченія.

Послѣ удаленія molaе hydatidosae, были защиты боковые разрѣзы шейки матки, сдѣланныя для прониканія въ cavum uteri. Матка, бывшая до наложенія шнура дряблою, хорошо сократилась и кровотеченіе не повторилось, послѣ снятія шнура.

Больная была, во время операціи, подъ наркозомъ. Послѣ дующее, послѣоперационное теченіе, было совершенно нормально.

Въ другомъ случаѣ наблюдалось сильное послѣродовое кровотеченіе, при атоніи матки послѣ родовъ. Массажъ матки, секакорнинъ, промываніе полости матки горячей водой дали отрицательные результаты у этой больной. Тогда у нея примѣнили способъ Momburg'a. Кровотеченіе быстро прекратилось, матка хорошо сократилась. Эластическій шнуръ держали у этой больной 5 минутъ, затѣмъ сняли. Кровотеченіе не повторилось.

Эта больная жаловалась на сильныя боли въ ногахъ, которыя продолжались 3 часа, послѣ снятія эластическаго шнура. Раньше никакими болями въ ногахъ не страдала.

Ноги у этой больной бинтовали, послѣ снятія шнура, эластическимъ бинтомъ, въ виду общей слабости.

Больная поправилась совершенно.

Noehne совѣтуетъ пользоваться способомъ Momburg'a, при placenta praevia, послѣ рожденія ребенка, дабы предотвра-

тить лишнюю потерю крови. Возможно, что способъ этотъ сдѣлаетъ лишнимъ ручное отдѣленіе послѣда, такъ какъ матка, лишенная прилива артеріальной крови, начинаетъ энергично сокращаться. Въ крайнемъ случаѣ, при наложеніи шнура, можно покойнѣе отдѣлять рукой мѣсто.

Brouha (Scalpel № 37) съ успѣхомъ примѣнилъ способъ Momburg'a въ 6 случаяхъ, послѣродовыхъ кровотеченій, которыя быстро остановились, послѣ перетягиванія талии, гуттаперчевымъ шнуромъ.

Brouha совѣтуетъ научить акушеровъ этому способу, дабы они могли примѣнять его до прибытія врача.

Rieläder (Zentralblatt f. Gynaek. 1909) пишетъ, что въ Марбургской клиникѣ примѣняли способъ Momburg'a въ 9 случаяхъ, съ отрицательными результатами. Кровотеченіе не остановилось отъ жгута. У одной молодой больной не удалось двухкратнымъ перетягиваніемъ достигнуть прекращенія пульса въ arteria femoralis.

Rielender находитъ, что способъ ненадеженъ въ акушерскихъ случаяхъ и требуетъ осторожности. При артеріосклерозѣ и больномъ сердцѣ примѣнять нельзя. Другое дѣло гинекологическіе случаи, тамъ получались другіе результаты, а именно кишечникъ всегда бываетъ пустъ, чего въ акушерскихъ случаяхъ не наблюдается. Онъ обертывалъ талию больныхъ всего двумя турами шнура, вмѣсто 3—4-хъ разъ. Быть можетъ онъ поэтому и не добился успѣха.

Больныя Rielender'a страдали предлежаніемъ послѣда, послѣродовой атоніей матки и разрывомъ шейки матки, во время родовъ.

Мнѣ лично пришлось примѣнить способъ Momburg'a у одной больной, по случаю атоническаго маточнаго кровотечения, послѣ родовъ. Привожу, въ кратцѣ этотъ случай.

Больная, 32 лѣтъ, средняго тѣлосложенія. Регулы всегда ходили правильно. Бѣльями не страдала. Органы дыханія, кровообращенія и пищеваренія нормальны. Родила 5-ть человекъ. Предшествовавшіе роды были нормальны. Тазъ у больной нормаленъ.

Послѣднюю беременность часто хворала инфлюенцей, благодаря чему развилось малокровіе. Послѣдніе роды, бывшіе въ маѣ 1909 года, протекали 23 часа, схватки были не особенно сильныя, по словамъ больной и акушерки.

Роды окончились произвольно. Послѣдъ вышелъ черезъ 30 минутъ послѣ родовъ, произвольно.

Послѣ выхожденія плаценты, началось у больной довольно сильное маточное кровотеченіе и матка плохо сокращалась, была велика, дрябла.

Горячія влагалішныя спринцеванія, спорынья и массажъ матки, которыя примѣняла акушерка, до моего пріѣзда, дали отрицательные результаты.

Когда я пріѣхалъ, то нашелъ больную съ очень слабымъ пульсомъ, очень малокровной, голосъ у нея былъ очень слабый. Маточное кровотеченіе продолжалось. Матка была велика, дрябла.

Я тотчасъ примѣнилъ у этой больной способъ Momburg'a, безъ наркоза. Больная на боль не жаловалась.

Кровотеченіе прекратилось очень быстро. Матка сократилась и стала плотной. Изъ матки выдѣлились кровяные сгустки. Эластическій шнуръ былъ мною продержанъ у этой больной 9 минутъ, затѣмъ снятъ.

Кровотеченіе больше не повторялось. Матка осталась хорошо сокращенной. Больная ни на какія боли не жаловалась. Пульсъ у нея постепенно улучшался и на 10-й день послѣ родовъ она встала съ постели.

И такъ, въ моемъ случаѣ, способъ этотъ далъ хорошіе результаты.

Способъ Momburg'a примѣнялся также съ успѣхомъ и въ гинекологіи, какъ я, вкратцѣ упомянулъ выше.

Neuhaus и Maskenrodt (Berliner Klinische Wochenschrift 17/v 1909) примѣнили стягиваніе талии эластическимъ жгутомъ, при операциі удаленія пораженной ракомъ матки, при laparotomia hysteragastica, для остановки кровотеченія.

Въ первомъ ихъ случаѣ, женщина страдала ракомъ uteri съ переходомъ новообразованія на широкія связки и былъ еще у нея параметритическій нарывъ.

Когда abscessus былъ опорожненъ, per vaginam, то у больной началось сильное кровотеченіе, которое не удалось остановить тампонаціей.

Такъ какъ больная быстро слабѣла, то рѣшили прибѣгнуть къ сдавленію ея талии каучковымъ шнуромъ, при возвышенномъ положеніи таза, что моментально остановило кровотеченіе.

Операторы, опасаясь, не произошло-ли, одновременно, кровотеченіе въ брюшную полость, произвели у больной надлоб-

ковую лапаротомію, продолжая стягиваніе талии, какъ прежде. In cavo peritonei не оказалось ни капли излившейся крови.

Тогда брюшная рана была зашита. Затѣмъ сняли жгутъ съ талии.

Кровотеченіе, per vaginam, изъ бывшаго абсцесса, не повторялось.

Эластическій шнуръ лежалъ вокругъ талии 45 минутъ.

При дальнѣйшихъ надлобковыхъ чревосѣченіяхъ, по поводу рака матки, этотъ операторъ продолжалъ примѣнять способъ Momburg'a, причемъ нашелъ болѣе выгоднымъ поступать слѣдующимъ образомъ. Онъ накладываетъ эластическій шнуръ послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ, а не до разрѣза.

Затѣмъ, послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ, у толстыхъ женщинъ вкладываютъ въ cavum peritonei подушечки изъ асептической марли непосредственно на сосуды, а затѣмъ накладываютъ эластическій жгутъ вокругъ талии. При такомъ способѣ, даже слабое стягиваніе талии оказывается достаточнымъ, для полного предотвращенія кровотеченія.

Если накладывать эластическій шнуръ вокругъ талии у толстыхъ женщинъ, обыкновеннымъ способомъ, не въ послѣ-родовомъ періодѣ, то не смотря на самое сильное стягиваніе талии эластическимъ жгутомъ, исчезновеніе пульса въ arteria femoralis et arteria iliaca, не наблюдается.

Операция, при пользованіи шнуромъ Momburg'a происходитъ, какъ на трупѣ. Всѣ сосуды хорошо видны глазомъ, какъ цѣльные, такъ и перерѣзанные. Въ маленькихъ перерѣзанныхъ сосудахъ образуются тромбы.

Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ долженъ быть поперечный.

Стягиваніе талии, по выше описанному способу, способствуетъ изоляціи верхней части брюшной полости, во время операции, что имѣетъ большое значеніе, препятствуя выпаденію, охлажденію и загрязненію кишокъ.

Maskenrodт вкладываетъ для полной изоляціи верхней части брюшной полости отъ нижней марлю такъ, чтобы она лежала подъ шнуромъ въ брюшной полости.

Выше упомянутые операторы замѣтили, что анестезія при спинно-мозговомъ обезболиваніи продолжается болѣе долгое время при способѣ Momburg'a, вмѣсто $\frac{3}{4}$ и 1 часа, длится 1½ часа и болѣе. Всего Maskenrodт оперировалъ, съ наложеніемъ шнура Momburg'a, въ 5 случаяхъ. Плохого ничего не видѣлъ и остался очень доволенъ результатами.

Наркотическихъ требуется меньше, чѣмъ обыкновенно (Momburg. Archiv f. Klinische Chirurgie Bd. 89). Такъ въ случаѣ Martens'a потребовалось всего 10 gr. chloroform'a. Шнуръ держали въ этомъ случаѣ $\frac{1}{2}$ часа.

Въ случаѣ Dührssen'a понадобилось 60 grm. эфира. Шнуръ въ этомъ случаѣ держали 135 минутъ. При субдуральной анестезіи, болѣе продолжительное дѣйствіе зависитъ отъ того, что наркотикумъ, остается дольше въ субдуральномъ пространствѣ. Больныя быстро просыпались изъ наркоза, послѣ снятія шнура.

Эти случаи подтверждаютъ опыты Клэрра о наркозѣ, при уменьшенномъ кругѣ кровообращенія.

И такъ какъ на основаніи моего случая, такъ и опубликованныхъ въ литературѣ, способъ Momburg'a заслуживаетъ полного вниманія. У лицъ страдающихъ артеріо-склерозомъ и vitium organicum cordis способъ этотъ примѣнять не слѣдуетъ.

Изъ Акушерско-гинекологической клиники университета Св. Владиміра.

О полимастіи.

Ординатора клиники К. Я. СКУТУЛЪ.

Темою для своего доклада *) я избралъ встрѣтившійся мнѣ въ Акушерско-гинекологической клиникѣ въ декабрѣ мѣсяцѣ 1908 года случай полимастіи, руководствуясь тѣмъ, что случаи, подобные мною описываемому, какъ видно изъ литературы, довольно рѣдки и представляютъ для акушера-специалиста не малый интересъ.

Въ запискѣ, читанной въ Charing-Cross-Hospital въ Лондонѣ, Showpe говоритъ, что въ древнія времена, въ особенности въ Греціи и Египтѣ, многогрудіе наблюдалось гораздо чаще, чѣмъ въ настоящее время. Showpe предполагаетъ, что изображенія Изиды и Діаны, которыя представлены со многими грудями въ знакъ ихъ плодовитости, имѣло психическое вліяніе на беременныхъ, которыя отъ того и рожали многогрудыхъ. Изъ исторіи извѣстно, что Anna v. Volleyn, несчастная жена Генриха VIII, имѣла 3 груди, а у матери римскаго императора Севера, Юліи, была излишняя грудь, давшая ей прозвище Julia «mammaea».

И по настоящее время существуетъ еще мнѣніе, что полимастія наблюдается у женщинъ на разныхъ частяхъ тѣла, хотя и очень рѣдко, у мужчинъ же случаи добавочныхъ железъ и сосковъ представляютъ еще большую рѣдкость.

Быть можетъ это происходитъ отъ того, что врачъ считаетъ излишнимъ описывать случаи, гдѣ имѣются одна или двѣ добавочныя железы, но врядъ-ли не предасть гласности случаи, гдѣ такія железы встрѣчаются въ большемъ количествѣ.

Geoffroy St.-Hilaire сообщаетъ со словъ д-ра Percy случай полимастіи у валашки, находившейся въ 1799 г. вмѣстѣ съ австрійскими плѣнными во французской арміи. Изъ 5 грудныхъ железъ, 4 были

*) Читанъ въ сокращенномъ видѣ въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ 10 февраля 1909 г.

расположены симметрично по обѣмъ сторонамъ груди, пятая же находилась на 5 дюймовъ надъ пупкомъ, по средней линіи.

5 вполне развитыхъ грудей наблюдалъ и Tarpe. Martin jun сообщаетъ, что одна 19-ти-лѣтняя мулатка изъ Капа имѣла 4 груди: 2 изъ нихъ находились на 1 дюймъ ниже подкрыльцевой впадины.

4 груди видѣли Cooper, Lee, Gardner, Chenon, Champion.

Thursfield упоминаетъ о женщинѣ, которая на 3 дюйма подъ правую грудь, ближе къ средней линіи тѣла, имѣла 3-ю добавочную грудь величиною съ волошскій орѣхъ.

Кромѣ Thursfield женщинъ съ тремя грудями описали: Drescher, Barl, Iussien, Bartholini и Hanneus.

Въ высшей степени интересную аномалію представляетъ случай Robert'a и отчасти Chowne'a, въ которыхъ лишняя грудь сидѣла на наружной поверхности лѣваго бедра.

Въ 1878 г. Lichtenstern въ своей классической работѣ указалъ, что случаи полимастїи совсѣмъ не такая большая рѣдкость, и въ доказательство приводитъ изъ своей практики за 7 лѣтъ 13 случаевъ.

Въ своихъ изслѣдованїяхъ надъ частотой и значенїемъ полимастїи и полители авторъ доходитъ до 16-го столѣтїя и могъ всего подобрать въ литературѣ за это время 92 случая. Эти всѣ 105 случаевъ авторъ распредѣляетъ на слѣдующія категорїи:

А) На нормальномъ околососковомъ кружкѣ одной или обѣихъ грудныхъ железъ имѣются 2 или 3 вполне изолированныхъ соска.

В) Нормальныя грудныя железы или околососковые кружки и соски не представляютъ никакихъ измѣненїй. Добавочный сосокъ находится внѣ нормальнаго околососковаго кружка или на нормальной груди, или на нѣкоторомъ разстоянїи отъ послѣдней. Добавочный сосокъ или имѣетъ добавочную железу, или же таковая отсутствуетъ.

Смотря по положенїю и количеству добавочныхъ железъ и сосковъ, авторъ различаетъ:

1. Mamillae s. mammae accessoriae pectorales:

а) добавочный сосокъ расположенъ ниже соска нормальной грудной железы;

α) имѣется одинъ добавочный сосокъ ниже соска нормальной грудной железы.

β) имѣются 2 или болѣе добавочныхъ соска ниже соска нормальной грудной железы;

б) добавочные соски или железы расположены выше соска нормальной грудной железы.

Во всѣхъ относящихся сюда и автору извѣстныхъ случаяхъ всегда имѣлись 2 добавочныя железы, расположенныя кнаружи отъ

нормальной *l. mamillaris*; ближе къ подмышечной ямкѣ, эта аномалїя составляетъ, такимъ образомъ, переходъ къ подмышечнымъ железамъ.

в) Имѣются добавочные соски или железы выше и ниже сосковъ нормальной железы.

г) Добавочная железа расположена на одинаковой высотѣ кнаружи отъ соска нормальной железы.

2. *Mammae accessoriae axillares.*

3. *Mammae accessoriae acromiales.*

4. *Mammae accessoriae dorsales.*

5. *Mammae accessoriae femorales.*

На основанїи своихъ наблюденїи и случаевъ, собранныхъ изъ литературы, *Lichtenstern* дѣлаетъ слѣдующіе 4 вывода:

1) Случаи рудиментарной полимастїи встрѣчаются довольно часто какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ.

По предположенію автора полимастїя *resp.* полителя встрѣчается по меньшей мѣрѣ 1 : 500. Изъ 13 наблюденїи автора—9 относятся къ мужчинамъ и лишь 4 къ женщинамъ. 92 случая изъ литературы распространяются совсѣмъ иначе, а именно: на 70 женщинъ лишь 22 мужчины имѣли эту аномалїю. Причину такого противорѣчїя литературныхъ данныхъ со своими наблюденїями авторъ усматриваетъ въ томъ, что полимастїя у женщинъ выражается болѣе рѣзко и особенно съ наступленїемъ беременности и лактаціоннаго періода. За малыми исключенїями всѣ 74 случая касаются женщинъ беременных или родильницъ, у которыхъ до этого времени присутствїе добавочной железы оставалось незамѣченнымъ.

2) Добавочные соски и железы встрѣчаются чаще всего (въ 91% всѣхъ случаевъ) на передней поверхности грудной клѣтки. Случаи, гдѣ добавочныя железы встрѣчались въ подмышечной ямкѣ, на спинѣ, на локтѣ, на наружной поверхности бедеръ, составляютъ крайне рѣдкія явленїя, иногда даже—unicas.

Для наглядности авторъ приводитъ таблицу, изъ которой видно что добавочные соски или железы на передней стѣнкѣ грудной клѣтки встрѣчались въ 96 случаяхъ, въ подмышечной ямкѣ—5 разъ, на спинѣ—2 раза, на локтѣ—1 разъ и на наружной поверхности бедра—1 разъ.

3) Добавочные соски или железы на передней поверхности грудной клѣтки въ большинствѣ случаевъ (94%) расположены ниже нормальныхъ сосковъ, по большей части кнутри отъ *l. mamillaris*, на различныхъ разстоянїяхъ между нормальными сосками и нижнимъ краемъ реберной дуги. Иногда добавочный сосокъ или железа встрѣчается лишь на одной сторонѣ, иногда же на обѣихъ симметрично или несимметрично; въ рѣдкихъ случаяхъ расположены выше нормальныхъ

и тогда они безъ исключенія находятся наружи отъ нормальной *l. mamillaris*, ближе къ подмышечной впадинѣ.

Случаи, гдѣ добавочный сосокъ или железа находился по *l. mediana* ниже нормального соска или на одной высотѣ съ нимъ, кнаружи отъ послѣдняго или, гдѣ существовали 2, 3, 4 добавочныхъ соска или железы, составляютъ большую рѣдкость.

Эти наблюденія *Lichtenstern*'а вполне подтверждаются литературными данными: 96 случаевъ добавочныхъ грудныхъ сосковъ и железъ распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

Добавочные соски и железы расположены ниже нормальныхъ— 90 случаевъ.

Добавочные соски и железы расположены выше нормальныхъ— 3 случая.

По 2 добавочныхъ соска, расположенныхъ ниже и выше нормальныхъ,— 1 случай.

Добавочные сосокъ или железа, расположенные на одной высотѣ съ нормальнымъ, кнаружи отъ послѣдняго— 2 случая.

90 случаевъ добавочныхъ сосковъ и железъ, расположенныхъ ниже нормальныхъ, распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

ниже и кнутри отъ нормальныхъ сосковъ (2—4 см. кнутри отъ <i>l. mamillaris</i>)	24 случ.;
непосредственно ниже нормальныхъ сосковъ, т. е. по <i>l. mamillaris</i>	7 »
ниже нормальныхъ сосковъ по <i>l. mediana</i>	2 »
ниже нормальныхъ сосковъ и кнаружи	1 »
ниже нормальныхъ сосковъ безъ точнаго указанія мѣста	56 »

Итого. 90 случ.

Изъ вышесказаннаго видно, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ добавочные соски или железы располагаются ниже и нѣсколько кнутри отъ нормальныхъ грудныхъ сосковъ. *Lichtenstern* считаетъ ошибочнымъ предположеніе *Geoffroy St.-Hilaire*, *Forster*'а и др., которые доказываютъ, что добавочные соски или железы встрѣчаются то тамъ, то сямъ, одинаково часто по сторонамъ и на *l. mediana*. Точно также, по мнѣнію автора, ошибочно предположеніе *Forster*'а, что добавочные соски располагаются всегда рядомъ съ нормальными сосками. Относительно того, какъ часто добавочные железы или соски находятся на *l. mediana* ниже или между нормальными железами, *Lichtenstern* могъ найти въ литературѣ лишь 2 случая *Percey*, который цитируетъ ихъ безъ указанія литературнаго источника.

Lichtenstern особенно подчеркивает то обстоятельство, что добавочныя железы, расположенныя ниже нормальныхъ, находятся по большей части кнутри отъ *I. mamillaris*, если же добавочныя соски или железа находятся выше нормальныхъ, то они располагаются кнаружи отъ *I. mamillaris*. Какъ примѣръ, демонстрирующей только что сказанное, авторъ приводитъ случай Fitzgibbon'a. У мужчины съ 4-мя добавочными сосками, послѣдніе были расположены слѣдующимъ образомъ: 2 соска находились выше нормальныхъ, 2 ниже нормальныхъ; вышележащія находились кнаружи отъ *I. mamillaris*, нижележащія кнутри отъ послѣдней. Такимъ образомъ, добавочныя соски на той и другой сторонѣ расположены съ нормальными по прямой линіи. Эти прямыя линіи каждой стороны сходятся по направленію книзу. Такого рода расположеніе сосковъ наблюдается и у многихъ млекопитающихъ.

Утвержденіе Geoffroy St.-Hilaire, что чаще встрѣчается лишь одинъ добавочный сосокъ вполне подтвердилось. Изъ 96 случаевъ 57 разъ наблюдался одинъ добавочный сосокъ и 39 разъ 2 или болѣе добавочныхъ сосковъ или железъ.

Въ 105 случаяхъ — 61 разъ наблюдались добавочныя соски или железы на одной сторонѣ. Объяснить это явленіе Lichtenstern отказывается, но раздѣляетъ мнѣніе Cruveilhier'a, что нормальная железа на лѣвой сторонѣ больше и тяжелѣе, чѣмъ на правой сторонѣ.

Hurtl объясняетъ это тѣмъ, что мать держитъ часто младенца на лѣвой рукѣ, чтобы правая была свободна, и потому и чаще кормитъ лѣвой грудью.

4) Кромѣ передней поверхности грудной клѣтки добавочныя железы и соски встрѣчались въ очень рѣдкихъ случаяхъ въ подмышечной впадинѣ, на спинѣ, на локтѣ, на наружной поверхности бедеръ. Сообщенныя наблюденія о мѣстонахожденіи добавочныхъ железъ или сосковъ на животѣ и въ пахахъ, авторъ считаетъ ложными.

Что касается наследственности аномалии, то авторъ не наблюдалъ ее ни въ одномъ изъ своихъ случаевъ, хотя въ литературѣ указаны случаи, гдѣ наследственность существовала несомнѣнно.

Mitchell Bruce наблюдалъ въ продолженіи 3-хъ лѣтъ въ госпиталѣ для чахоточныхъ среди 3956 больныхъ — 61 разъ полимастію теср. полителію; у женщинъ въ 4,7%, у мужчинъ въ 9,11%.

На основаніи своихъ наблюденій авторъ считаетъ аномалию болѣе частой, чѣмъ это обыкновенно принято.

Фавръ наблюдалъ въ 1885 г. въ Харьковскомъ земскомъ родильномъ пріютѣ 3 случая полимастии.

1-ый случай относится къ крестьянкѣ 30 лѣтъ, многорожавшей. Нормальныя грудныя железы развиты хорошо. Околососковые круж-

ки и соски темнобураго цвѣта. По передней подкрыльцовой линіи, какъ лѣвой, такъ правой, начиная съ нижняго края большой грудной мышцы, находятся прибавочныя грудныя железы, изъ которыхъ правая нѣсколько больше лѣвой; на кожѣ правой прибавочной железы, въ центрѣ находится едва замѣтное, слегка возвышенное, пигментированное пятнышко. Кромѣ этихъ 2-хъ прибавочныхъ железъ существуетъ еще третья, съ воложскій орѣхъ, въ глубинѣ правой подкрыльцовой ямки. Изъ всѣхъ прибавочныхъ железъ при надавливаніи обильно выдѣлялось молоко, при микроскопическомъ излѣдованіи вполне сходное съ молокомъ нормальныхъ грудныхъ железъ: въ массѣ молочныхъ шариковъ кой-гдѣ попадаются въ полѣ зрѣнія и тѣльца молозива.

2-ой случай. Первороженица 21 года, правильнаго тѣлосложенія. Нормальныя грудныя железы развиты хорошо и правильно, отвислой формы, болѣе чѣмъ средней величины. Соски развиты хорошо, околососковые кружки бураго цвѣта. Въ лѣвой подмышечной области, ближе къ подкрыльцовой линіи, имѣется прибавочная грудная железа, съ большой воложскій орѣхъ; при сдавливаніи выдѣляется изъ нея жидкость, въ которой подъ микроскопомъ обнаруживаются на ряду съ молочными шариками и молозивныя тѣльца.

3-ій случай. VII-рага, 32-хъ лѣтъ. Родители были совершенно здоровы, у матери никакихъ аномалій не замѣчалось. Родильница правильнаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. Половые органы замѣтныхъ отклоненій отъ нормы не представляютъ. Нормальная лѣвая молочная железа нѣсколько больше правой. На лѣвой груди, ближе къ нижнему ея краю, замѣчается бороздка, дѣлящая железу на 2 неравныя доли. Соотвѣтственно каждой долѣ, на разстояніи 5 см. другъ отъ друга, находятся соски, изъ которыхъ верхній, хорошо и правильно развитый, болѣе удобенъ для захватыванія ртомъ; нижній же по размѣрамъ значительно меньше. Изъ всѣхъ 3-хъ сосковъ выдѣляется много молока. Прибавочнаго нижняго соска ребенокъ не беретъ.

Blanchard сообщилъ 19-го марта 1885-го года въ засѣданіи Societé d'anthropologie о собранныхъ Reuch'emъ во французской литературѣ 77-ми случаяхъ полимастии. Въ 46-ти случаяхъ имѣлись 3 железы, 29 разъ 4 железы и 2 раза 5 железъ. Авторъ отмѣчаетъ, что въ случаяхъ, гдѣ имѣлась одна добавочная железа, послѣдняя находилась надъ или подъ нормальной грудной железой; если имѣлись 2 добавочныхъ железы, то онѣ были расположены симметрично по обѣмъ сторонамъ грудныхъ железъ; если же имѣлись 3 добавочныхъ железы, то 3-ья находилась на l. mediana.

Champney's сообщаетъ въ своей первой работѣ, появившейся въ 1885 г., о 30-ти наблюденіяхъ большихъ или меньшихъ припухлостей въ подмышечныхъ впадинахъ. Правая сторона была поражена 14 разъ,

лѣвая 1 разъ, обѣ подмышечныя впадины 15 разъ. Величина опухолей колебалась между гусинымъ яйцомъ и вишневою косточкой. Что касается появленія, теченія, положенія, вида, подвижности, то въ этомъ отношеніи различій отъ случаевъ, описываемыхъ другими авторами не наблюдалось.

Neugebauer демонстрировалъ въ 1886 г. въ засѣданіи естественныхъ испытателей въ Берлинѣ случай, гдѣ имѣлись 8 добавочныхъ железъ.

Х. Х. 23-хъ лѣтъ, служанка, 2-рага, при кормленіи перваго ребенка никакихъ отклоненій отъ нормы не наблюдала, родильница замѣтила лишь нѣсколько пигментированныхъ пятенъ на передней поверхности грудной клѣтки, которыя она принимала за родимыя пятна. На второй день послѣ вторыхъ родовъ родильница стала замѣчать мокроту ниже подмышечныхъ впадинъ и выдѣленіе молока изъ пигментированныхъ пятенъ. При изслѣдованіи оказалось, что у родильницы кромѣ 2-хъ сосковъ, находящихся на обѣихъ развитыхъ грудныхъ железахъ, съ каждой стороны имѣлись еще по 2 пигментированныхъ соска, 2 добавочныхъ соска безъ пигментированнаго околососкаго кружка находились въ обѣихъ подмышечныхъ впадинахъ и, наконецъ, подъ отвислыми железами находились еще 2 пигментированныхъ соска, по 1-му съ каждой стороны. Изъ 2-хъ подмышечныхъ добавочныхъ железъ выдѣлялось молоко на ряду съ нормальными железами изъ остальныхъ же 6-ти добавочныхъ железъ, молоко выдѣлялось лишь при сдавливаніи.

Въ то время какъ добавочныя железы, расположенныя выше нормальныхъ, находились болѣе-менѣе симметрично, 4-ая нижняя пара железъ была расположена не симметрично: лѣвая добавочная железа находилась на нѣсколько см. ниже правой. 3 изъ добавочныхъ сосковъ имѣли ясно выраженный околососковый кружокъ; 3 добавочныя соска представляли лишь возвышенія, довольно рѣзко пигментированныя; самая вышележащая пара железъ отыскивалась съ трудомъ, такъ какъ она не была пигментирована; она находилась у передняго края волосистой части подмышечной впадины. Слѣдовательно, въ данномъ случаѣ, по мнѣнію автора, имѣемъ дѣло съ *mamillae axillares, pectorales et abdominales* (?)

Проф. Ястребовъ наблюдалъ въ Варшавской акушерской клиникѣ случай, гдѣ существовали 1-геср. 2 добавочныхъ соска.

Въ 1887 г. Sinety опубликовалъ 2 случая полимастїи. Первый случай относится къ особѣ 17-ти лѣтъ. У ней замѣчались ниже довольно объемистыхъ нормальныхъ грудныхъ железъ два пигментированныя возвышенія, расположенныя симметрично. Послѣ разрѣшенія отъ бремени ребенкомъ, жившимъ только два дня, добавочныя железы припухли и стали выдѣлять молоко наравнѣ съ нормальными, что продолжалась два мѣсяца. Въ семьѣ этой аномаліи не наблюдалось.

2 случай. П. М. 22-хъ лѣтъ, имѣетъ молочныя железы среднихъ размѣровъ. На лѣвой железѣ, подъ нормальнымъ соскомъ, виденъ пигментированный выступъ-сосокъ съ миниатюрной ареолой. 10 мѣсяцевъ т. н. были срочные роды, но молока изъ добавочной железы не появлялось. Мать пациентки имѣла ту же аномалію.

Въ 1889 г. сообщилъ Petrone изъ патолого-анатомическаго института въ Catania случай, гдѣ у женщины съ каждой стороны наблюдались по 3 молочныхъ железы. Железы каждой стороны были расположены на одиноковомъ разстояніи одна отъ другой. Нижняя пара находилась на брюшныхъ стѣнкахъ.

Въ томъ же году сообщилъ Hansemanн въ засѣданіи Берлинскаго Антропологическаго общества 2 случая полимастїи resp. полителия, бывшихъ подъ его наблюденіемъ.

1-ый случай. Приблизительно 13 см. подъ нормальными сосками ближе къ *l. mediana*, съ каждой стороны замѣчалось маленькое темное пятнышко, правое немного меньше лѣваго. При болѣе точномъ осмотрѣ пятнышки оказались миниатюрными сосками съ околососковыми кружками; железистой ткани не прощупывалось, такъ что въ данномъ случаѣ, по мнѣнію втора, имѣлась полителия.

2-ой случай касается 45-ти лѣтней замужней портнихи. Беременная была всего 19 разъ: 12 срочныхъ родовъ (2 раза двойни) и 7 выкидышей. У названной особы замѣчались, во первыхъ, двѣ очень хорошо развитыя грудныя железы. Надъ ними, немного кнаружи, двѣ другія железы немного меньше нижнихъ; каждая изъ добавочныхъ железъ имѣла сосокъ, но отсутствовалъ околососковый кружокъ. Съ лѣвой стороны надъ второй железой ближе къ *fossa axillaris* замѣчалось еще одно возвышеніе, оканчивающееся соскомъ, но очень плохо развитымъ. Во всѣхъ 5-ти железахъ прощупывалось достаточно железистой ткани. Во время всѣхъ беременностей и послѣродовыхъ періодовъ железы отдѣляли обильно молоко. По причинѣ плохого развитія остальныхъ сосковъ женщина кормила дѣтей лишь изъ нормальныхъ железъ.

Въ томъ же засѣданіи Bartels сообщилъ случай присутствія добавочнаго соска по *l. mediana*. Дѣло шло о мужчинѣ 24-хъ лѣтъ. Добавочный сосокъ находился въ подложечной ямкѣ на *l. mediana* на 0, 5 см. ниже *proc. xurhoideus*. *L. mediana* дѣлила сосокъ на 2 половины, причемъ большая половина находилась справа.

Въ томъ же 1889 г. Зильберминцъ сообщилъ случай зачаточнаго развитія грудной железы. Больная Р., 36-ти лѣтъ, беременна была 5 разъ, послѣдніе роды 6 мѣсяцевъ тому назадъ. Грудныя железы развиты отлично; въ правой подмышечной ямкѣ по прямой линіи отъ основанія правой грудной железы, замѣчается опухоль, покрытая

гладкою кожею, равняющаяся по величинѣ большому апельсину. По разсказу больной опухоль, эта всегда „набухаетъ“ у ней въ первые дни послѣродового періода, а затѣмъ принимаетъ настоящую величину. На основаніи подробнаго изслѣдованія, авторъ считаетъ яснымъ, что это зачаточная грудная железа, безъ образованія соска, развившаяся еще въ внутриутробной жизни больной.

Въ 1891 г. Roger сообщилъ рядъ случаевъ, гдѣ вмѣстѣ съ нормальной молочной железой, но совершенно изолированно отъ послѣдней, развились опухоли, состоящія изъ ткани молочной железой. Среди 50-ти случаевъ фиброаденомъ оперированныхъ авторомъ, онъ нашелъ такія опухоли 7 разъ и среди 132-хъ случаевъ рака молочной железы — 13 разъ; опухоли не находились въ замѣтной связи съ молочными железами.

Всѣ опухоли были расположены большею своею частью къ fossa axillaris и незначительная доля ихъ была расположена по направленію къ грудицѣ и ключицѣ. О добавочныхъ соскахъ, расположенныхъ на опухоляхъ, Roger ничего не упоминаетъ.

Heppig наблюдалъ у европейскихъ женщинъ, что 91-95% всѣхъ добавочныхъ железъ расположены ниже и внутрь отъ нормальныхъ грудныхъ железъ.

K. Bardeleben, осматривая новобранцевъ, обращалъ особенное вниманіе на грудныя железы и соски. При этомъ добавочные соски или железы были замѣчены въ одномъ случаѣ у 6,21% всѣхъ подвергнутыхъ осмотру молодыхъ людей; въ другомъ случаѣ у 14%-т. е. у каждаго седьмого субъекта имѣлся одинъ или два добавочныхъ соска или железы.

Martin наблюдалъ случай, гдѣ у женщины внизъ и внутрь отъ хорошо развитой лѣвой грудной железы имѣлась опухоль величиною съ гусиное яйцо. Основаніе опухоли начиналось отъ l. mediana и шло подъ лѣвой железой, отчасти прикрывающей опухоль. Поверхность опухоли гладкая, консистенція ея плотная, опухоль легко подвижна и безболѣзненна. Приподымая лѣвую грудную железу для осмотра бокового края опухоли, авторъ замѣтилъ на высотѣ опухоли, приблизительно на 2 см. кнаружи отъ ея края, но кнутри отъ l. mamillaris, маленькій, хорошо развитой сосочекъ съ пигментированнымъ околососковымъ кружкомъ. При пальпаціи ощупывалась со всѣхъ сторонъ рѣзко ограниченная железа. Связи железы съ опухолью не замѣчалось. Изъ соска ничего не выдѣлялось.

Что касается возникновенія опухоли, то больная впервые ее замѣтила 3 года тому назадъ, и тогда опухоль была величиною съ лѣсной орѣхъ. Со временемъ опухоль стала все увеличиваться, не причиняя однако никакой боли. Въ остальномъ больная совершенно здорова; беременна никогда не была.

Martin оперировалъ описанный случай, приче́мъ удалилъ опухоль вмѣстѣ съ добавочной железой. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что въ данномъ случаѣ имѣлась аденофиброма, начавшаяся изъ *lobulus aberrans* добавочной железы, слѣдовательно, новообразование исходило изъ добавочной железы.

Въ 1895 г. Goldberger демонстрировалъ въ собраніи врачей въ Будапештѣ 32-хъ лѣтнюю женщину съ 2-мя добавочными железами. Одна изъ железъ находилась въ правой подмышечной впадинѣ и во время своего большаго развитія была величиною съ гусиное яйцо. Вторая железа была расположена на 10 см. ниже лѣвой подмышечной впадины между *I. axillaris ant. et med.* и была немного больше вышеописанной. Подобнаго рода аномалии въ семьѣ не наблюдалось. Больная была беременна всего пять разъ (5-ая беременность окончилась выкидышемъ-двойнями) и отмѣчаетъ, что добавочныя железы функционировали всегда наравнѣ съ нормальными молочными железами.

Въ 1896 г. Лутухинъ показалъ въ Физико-медиц. Обществѣ въ Москвѣ фотографическіе снимки женщины 28 лѣтъ, у которой подъ правой нормальной грудной железой расположена была одна добавочная железа, которая во время послѣродового періода достигала величины апельсина.

Въ томъ же застѣданіи Варнекъ демонстрировалъ женщину, имѣющую 7 грудныхъ железъ, изъ сосковъ которыхъ при кормленіи выдѣлялось молоко, и 1 зачаточный сосокъ. По 2 добавочныхъ соска были расположены въ подмышечныхъ впадинахъ. 5-ый добавочной сосокъ-подъ правой нормальной грудной железой и 6-ой, не вполне развитый, подъ лѣвой грудной железой.

Въ этомъ же году Gorigo описываетъ 5 случаевъ добавочныхъ железъ, у субъектовъ бывшихъ подъ его наблюденіемъ. 4 случая относятся къ особамъ женскаго пола и 1 случай мужскаго. Железы въ описываемыхъ авторомъ случаяхъ были расположены: въ подмышечной ямкѣ, на передней поверхности грудной клѣтки, на животѣ и спинѣ. Изъ подмышечныхъ добавочныхъ железъ была лишь одна хорошо развита, остальные были рудиментарны.

Что касается многоплодія при полимастїи, то авторъ видѣлъ у женщины съ 4-мя молочными железами изъ 3-хъ родовъ-2 раза двойни.

Въ томъ же году Patella ni сообщаетъ случай полимастїи у 23-хъ лѣтней, беременной на 6-омъ мѣсяцѣ, женщины, бывшей подъ его наблюденіемъ. Подъ правой нормальной грудной железой, въ 5 см. отъ соска, немного кнутри отъ *l. mamillaris*, замѣчалась добавочная железа, при славливаніи железы изъ соска ея выдѣлялась бѣловатаго цвѣта жидкость, подъ микроскопомъ оказавшаяся молокомъ. Во всѣхъ прежніе послѣродовые періоды добавочная железа отдѣляла молоко наравнѣ съ нормальными железами.

Въ этомъ же году Kehrер показалъ въ засѣданіи общества естествоиспытателей во Франкфуртѣ на М. фотографію родильницы, которая имѣла въ каждой подмышечной впадинѣ по 2 другъ отъ друга рѣзко отдѣленныхъ молочныхъ железы. Железы не имѣли ни сосковъ, ни околососковыхъ кружковъ, были покрыты волосистой кожей, набухали вмѣстѣ съ нормальными железами и приблизительно на 7 - ой день стали снова спадать.

Въ 1897 г. Hintze въ засѣданіи Акушерскаго общества въ Лейпцигѣ демонстрировалъ родильницу съ двусторонней *polymastia axillaris*. Въ каждой подмышечной впадинѣ замѣчалось по одному, величиною съ куриное яйцо, конгломерату железъ, совершенно отдѣльно стоящему отъ нормальныхъ грудныхъ железъ. Консистенція добавочныхъ железъ соответствовала напряженности молочной железы въ *ruerregium*-ѣ. Кожа, покрывающая железы, ничѣмъ не отличалась отъ кожи подмышечной впадины. Соски и околососковые кружки отсутствовали. Железы послѣ родовъ стали набухать и сдѣлались очень болѣзненными. Авторъ считаетъ эти конгломераты за добавочныя железы и для подтвержденія своего предположенія удалилъ одинъ конгломератъ.

Въ засѣданіи 16-го ноября 1897 г. Hintze демонстрировалъ ту же родильницу послѣ операции. Лѣвосторонній конгломератъ железъ былъ удаленъ на 5-тый день послѣ родовъ, правосторонній самъ уменьшился. Въ микроскопическомъ препаратѣ изъ лѣвосторонняго конгломерата оказалась хорошо развитая ткань молочной железы.

Въ засѣданіи того же общества 20-го ноября 1897 г. Hintze демонстрировалъ второй случай двусторонней полимастии. Въ обѣихъ подмышечныхъ ямкахъ находились опухоли, величиною съ небольшое яблоко.

Въ томъ же году Völker описывалъ 2 случая добавочныхъ железъ:

1-ый случай. Родильница замѣтила на 3-ій день послѣ родовъ въ обѣихъ подмышечныхъ ямкахъ, а особенно въ правой, опухоли, величиною съ голубиное яйцо, плотной консистенціи; на 6-ой день послѣ родовъ опухоли стали уменьшаться.

Во 2-омъ случаѣ имѣлась такая же опухоль въ правой подмышечной впадинѣ; опухоль находилась въ связи съ грудной железой при помощи легко прощупываемаго тяжа. На 6-ой день послѣ родовъ опухоль начала уменьшаться.

Falk демонстрировалъ случай полимастии въ засѣданіи Акушерскаго общества въ Гамбургѣ 18-го ноября 1901 г. Къ сожалѣнію подробности объ этомъ случаѣ мнѣ были недоступны.

Каузер демонстрировалъ въ обществѣ врачей Charité въ Берлинѣ 14-го января 1904 г. 2 случая *polymastia axillaris*: первый случай касается 21 лѣтней родильницы, родившей 6 дней тому назадъ. На 3-й день безлихорадочнаго послѣродового періода родильница стала замѣчать болѣзненную опухоль въ лѣвой подмышечной впадинѣ. При изслѣдованіи оказалась въ лѣвой подмышечной впадинѣ опухоль, величиною съ сливу, ограниченная сзади *m. latissimus dorsi*. Пункціей изъ опухоли получена жидкость, оказавшаяся подъ микроскопомъ молокомъ.

2-ой случай. 34-хъ лѣтняя родильница замѣтила на 3-й день безлихорадочнаго послѣродового періода опухоль въ лѣвой подмышечной впадинѣ, а черезъ сутки появилась такая же опухоль и въ правой подмышечной впадинѣ. Больная рожала 5 разъ и отмѣтила, что съ 15 лѣтъ, съ наступленіемъ мѣсячныхъ, каждый разъ во время мѣсячныхъ замѣчала болѣзненное припуханіе въ подмышечныхъ впадинахъ; съ прекращеніемъ мѣсячныхъ припуханіе исчезало. Точно также во время каждаго послѣродового періода въ подмышечныхъ впадинахъ появлялись опухоли, величиною съ гусиное яйцо и постепенно исчезали къ 10-12 дню. Выдѣленія жидкости никогда не замѣчалось.

Каузер демонстрировалъ затѣмъ еще 2 случая *polymastia axillaris*, подмѣченныхъ имъ среди 1500 роженицъ. Въ обоихъ случаяхъ на второй или третій день послѣ родовъ появлялись въ подмышечныхъ ямкахъ бугристыя, крайніе болѣзненныя опухоли, величиною съ гусиное яйцо; опухоли исчезали къ концу первой недѣли.

Въ обоихъ случаяхъ опухоли были рѣзко отдѣлены отъ молочныхъ железъ. Пункціей получена въ обоихъ случаяхъ изъ опухолей жидкость, оказавшаяся при микроскопическомъ изслѣдованіи молокомъ, Затѣмъ Каузеръ наблюдалъ еще одинъ случай полимастїи, т. е. 5-й. У I рага замѣчались въ обѣихъ подмышечныхъ впадинахъ хорошо развитыя молочныя железы безъ выводныхъ протоковъ и сосковъ. Добавочныя железы находились вполне отдѣльно отъ нормальныхъ молочныхъ железъ.

Seitz наблюдалъ въ 1906 году 4 случая своеобразнаго набуханія подмышечныхъ впадинъ у родильницъ.

1-й случай касался 19 лѣтней особы, которая на 4-й день послѣ родовъ стала замѣчать въ лѣвой подмышечной впадинѣ припуханіе, причинявшее ей такую боль, что родильница еле могла двигать рукой. Во время кормленія ребенка боль не увеличивалась. При поднятіи руки, въ лѣвой подмышечной впадинѣ, ясно замѣчался выступъ, занимавшій приблизительно средину подмышечной впадины. Кожа надъ опухолью была нормальной окраски.

При пальпации прощупывались, (но не на мѣстѣ, гдѣ обы-

кновенно находятся подмышечныя железы) тяжи и отдѣльныя уплотненія, стоящія совершенно отдѣльно другъ отъ друга. При надавливаніи на опухоль наблюдалась нѣкоторая болѣзненность. На слѣдующій день стала замѣтна такая же припухлость и въ правой подмышечной ямкѣ. На 6 день при сдавливаніи опухоли съ боковъ наблюдалось, что кожа покрывается каплями пота и что на нѣкоторыя мѣста (числомъ 5) появлялась бѣловатая, похожая на молоко жидкость. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что жидкость содержитъ тѣ же морфологическія составныя части, какъ и молоко. На самомъ высокомъ мѣстѣ опухоли находились 2, немного больше булавочной головки, похожія на бородавки, возвышенія; при сдавливаніи изъ нихъ выдѣлялось молоко. Благодаря продолжительному и частому ощупыванію опухоли значительно уменьшились. На 14 день опухоли въ обѣихъ подмышечныхъ ямкахъ исчезли.

2-й случай I рага, стала на 4 день послѣ родовъ жаловаться на боль въ обѣихъ подмышечныхъ впадинахъ. При изслѣдованіи оказалось въ каждой подмышечной ямкѣ опухоль, занимавшая всю ямку. Опухоли были отдѣлены отъ молочныхъ железъ бороздой. При ощупываніи опухоли какъ будто утолщены, болѣзненны; лимфатическія железы не прощупываются. При концентрическомъ сдавливаніи опухолей выдѣлялся обильно потъ въ видѣ капель и на нѣсколькихъ мѣстахъ появлялась млекоподобная жидкость. Черезъ недѣли 2 послѣ родовъ опухоли стали уменьшаться и къ концу 3-ей недѣли почти исчезли.

Въ 3-ьемъ и 4-омъ случаяхъ опухоли, т. е. добавочныя железы имѣли такое же положеніе какъ и въ вышеописанныхъ случаяхъ. Въ одномъ случаѣ, гдѣ имѣлись опухоли въ каждой подмышечной ямкѣ, при сдавливаніи ихъ выдѣлялось молоко; въ другомъ случаѣ, гдѣ имѣлась опухоль лишь на одной сторонѣ, молока при сдавливаніи не выдѣлялось, но зато выступали изъ опухоли обильныя капельки пота. Несмотря на отсутствіе въ послѣднемъ случаѣ млекоподобной жидкости, авторъ тѣмъ не менѣе полагаетъ, что и здѣсь имѣлась таже аномалія, что и въ первыхъ 3-хъ случаяхъ, т. е. полимастїя, (*polymastia axillaris*), такъ какъ извѣстно, что *glandulae accessoriae* встрѣчаются на различныхъ частяхъ тѣла.

Въ 1907 г. Jwaі опубликовалъ результаты своихъ наблюденій у 936 японцевъ и японокъ относительно присутствія добавочныхъ железъ. Добавочныя молочныя железы въ 852 случаяхъ были расположены выше нормальныхъ железъ и лишь въ 10 % случаевъ ниже типичныхъ железъ. Далѣе, добавочныя железы въ 2, 04 % случаевъ наблюдались у мужчинъ и 6, 09 % случаевъ у всѣхъ изслѣдованныхъ женщинъ. Такъ какъ авторъ изслѣдовалъ одинаковое число мужчинъ и женщинъ, то слѣдовательно по наблюденіямъ Jwaі добавочныя железы встрѣчаются въ 3 раза чаще у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ. Но нѣкоторыя об-

стоятельства Iwa i находятъ поразительными, такъ напр., среди 100 молодыхъ людей, желавшихъ поступить въ учебное заведеніе на островѣ Формозѣ, авторъ нашель у 17 % добавочныя железы, онъ особенно часто наблюдалъ добавочныя молочныя железы у родильницъ. Среди 159 родильницъ, онъ видѣлъ добавочныя железы въ 43 случаяхъ или у 27,4 %, изъ коихъ въ 10 % онѣ были очень рѣзко выражены, въ остальныхъ же 17 % были еле замѣтны. Что касается мѣсторасположенія добавочныхъ железъ, то у 250 мужчинъ 190 разъ добавочныя железы находились выше и 60 разъ ниже нормальныхъ железъ. Среди 686 женщинъ добавочныя железы 662 раза были расположены выше и лишь 24 раза ниже нормальныхъ.

Въ дальнѣйшемъ авторъ указываетъ, что онъ, кромѣ обычныхъ 2-хъ типовъ молочныхъ железъ, наблюдалъ и такія, которыя не имѣли соска и были расположены подъ кожей.

По мнѣнію автора, нельзя отрицать зависимости между полимастіей и многоплодной беременностью, въ доказательство чего авторъ подробно описываетъ 24 случая, при чемъ женщины съ полимастіей рожали двоенъ и троенъ.

Другіе изъ японскихъ авторовъ, какъ напр., Watanabe еще до изслѣдованій Iwa i наблюдалъ среди 107 нижнихъ чиновъ полимастію 102 раза, а именно: въ 95%, ниже нормальныхъ железъ и лишь въ 3,7% выше ихъ.

Къ такимъ же приблизительно результатамъ пришелъ и Kashida на основаніи своихъ наблюденій.

(Окончаніе слѣдуетъ.)

Изъ Либавской Городской больницы.

Гангрена верхнихъ конечностей въ послѣродовомъ періодѣ *).

А. Н. ПОПОВА.

Гангрена конечностей вообще относится къ числу самыхъ тяжелыхъ, но къ счастью и самыхъ рѣдкихъ осложнений родовъ. По подсчету Burgkhard'a въ Вюрцбургской клиникѣ на 5000 родовъ омертвѣніе конечностей наблюдалось всего лишь 2 раза. Числа другихъ авторовъ и данныя литературы также подтверждаютъ рѣдкость этого осложнения. Изъ всей медицинской литературы мнѣ удалось собрать лишь 24 случая. Что касается омертвѣнія верхнихъ конечностей въ частности, то оно наблюдалось всего лишь одинъ разъ, если не считать случая Roux, въ которомъ омертвѣніе пальцевъ ногъ и уха сопровождалось омертвѣніемъ пальцевъ руки (Raynaud's diseases).

На сколько тяжело осложненіе родовъ представляетъ гангрена конечностей, видно изъ того, что изъ 24-хъ случаевъ гангрены 6 окончились летально. Что составитъ 25% смертности.

Научное наблюденіе и изученіе интересующаго насъ осложнения родовъ началось сравнительно недавно. F. Winkel первый обратилъ вниманіе на осложненіе родовъ гангреною конечностей и описалъ его въ 1878 г. въ своей „Die Pathologie und Therapie des Wochenbettes“. За нимъ P. Duflosq въ 1882 г. опубликовалъ случай гангрены ноги послѣ родовъ съ летальнымъ исходомъ, а v. Hochstetter въ 1888 г. описалъ „самопроизвольную гангрену обѣихъ нижнихъ конечностей послѣ родовъ“.

Остальныя сообщенія относятся къ позднѣйшему времени и принадлежать главнымъ образомъ англійскимъ и американскимъ авторамъ.

Омертвѣніе конечностей въ описанныхъ случаяхъ всегда находилось въ связи съ родовымъ актомъ, именно: въ 16-ти случаяхъ омертвѣніе конечностей наступило послѣ родовъ, преимущественно въ теченіе 1-ой недѣли и въ 4-хъ случаяхъ въ концѣ бере-

*) Сообщено въ Либавскомъ Обществѣ врачей

менности незадолго передъ родами, въ остальныхъ 4-хъ случаяхъ время появленія омертвѣнія неизвѣстно.

Причиною омертвѣнія конечностей у роженицъ большею частью бываетъ полное прекращеніе кровообращенія: или 1) вслѣдствіе эмболии артерій, или 2) вслѣдствіе первичнаго тромбоза ихъ, или 3) вслѣдствіе полной облитерации венъ. И только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ омертвѣніе вызывается, повидимому, чисто нервными причинами (случай Roux и Oliver'a). Вообще же нужно замѣтить, что этиологія этихъ омертвѣній еще несомнѣнно ясна, способъ происхожденія ихъ не всегда понятенъ, для объясненія ихъ приходится прибѣгать къ предположеніямъ, строить гипотезы.

Относительно профилактики гангрены конечностей у роженицъ до сихъ поръ еще ничего неизвѣстно, если не считать нѣкоторыхъ палліативовъ въ родѣ поднятія конечностей и пр.

Перехожу теперь къ описанію собственнаго случая:

А. Р. 36-ти лѣтъ, первородящая. Жена рабочаго. 20-го іюня 1909 г. поступила въ хирургическое отд. Либавской больницы съ жалобами на боль въ рукахъ. До сего времени пользовалась цвѣтущимъ здоровьемъ. Кромѣ кори перенесенной въ дѣтствѣ никогда ничѣмъ не болѣла. Менструаціи начались на 15-мъ году, ходили всегда правильно черезъ 4 недѣли по 3 дня, умеренно. Замужемъ 1 годъ. 9-го іюня 1909 г. нормальные роды вполнѣ доношенной, здоровой дѣвочкой. На 3-ий день послѣ родовъ встала и попробовала приняться за хозяйство, но, чувствуя себя еще слабой, снова легла въ постель. Въ тотъ же день къ вечеру ознобъ, жаръ и боли въ животѣ. На 4-ый день смерть ребенка „отъ судорогъ“; какъ говоритъ мать. На 6-ой день красныя пятна на рукахъ и вслѣдъ за ними боли прежде въ правой, потомъ въ лѣвой рукѣ. На 8-ой день пятна увеличились и приняли лиловой цвѣтъ. На 11-ый день (день поступленія въ больницу) t° —40,0. Р.—120, обѣ руки значительно опухли. Вся лѣвая рука почти до локтя лиловаго цвѣта, покрыта пузырьками, холодна, нечувствительна, пальцы полусогнуты, неподвижны. Правая рука имѣетъ лиловый цвѣтъ на всей сгибательной сторонѣ предплечья отъ кисти до локтя, а также на мизинцѣ, безымянномъ и отчасти среднемъ пальцахъ, покрыта пузырьками, нечувствительна. Разгибательная сторона праваго предплечья, тыльная поверхность кисти и пальцевъ сохранили нормальный цвѣтъ и чувствительность. Пальцы въ полусогнутомъ положеніи какъ и на лѣвой, изъ нихъ первые три активно полуподвижны. Дно матки на 4 поперечныхъ пальца ниже пупка. Матка подвижна, при ощупываніи немного болѣзненна. Лохіи гнилостно-гнойнаго характера, вонючія, довольно обильныя. Органы дыханія и кровообращенія особыхъ измѣненій не представляютъ. Моча насыщенная, мутная, кислой реакціи, безъ бѣлка и сахара. Повторный посѣвъ крови на бульонѣ, желатинѣ и агарѣ далъ отрицательный результатъ.

25-го іюня. Понось. Замѣтна демаркаціонная линія омертвѣнія. Отъ обѣихъ конечностей сильный запахъ и отдѣленіе вонючей ихорозной жидкости (влажная гангрена).

29-го іюня. Подъ хлороформомъ ампутація лѣваго плеча въ верхней трети по лоскутному методу (*Runder Lappenschchnitt*). Артеріи и вены плеча совершенно свободны отъ тромбовъ, стѣнки ихъ гладки, блестящи, эластичны и измѣненій никакихъ не представляютъ. Культи оставлена открытой. Омертвѣвшая сгибательная поверхность праваго предплечья срѣзана по линии демаркаціи ножницами. При этомъ омертвѣвшими оказались всѣ флексоры, кромѣ *m. flexor profundus*.

При изслѣдованіи усѣченной части лѣвой руки, при вскрытіи ея артерій и вень найдено слѣдующее: *aa. radialis et ulnaris* нѣсколько сантиметровъ ниже отхожденія отъ *a. brachialis* наполнены темною свернушеюся кровью, изъ которой ясно выдѣляются два наиболѣе плотныхъ сгустка, сидящихъ въ просвѣтѣ артерій на границѣ омертвѣнія. Вены совершенно пусты. Послѣоперационное теченіе гладкое. Заживленіе *per granulationem*. На культѣ ни малѣйшаго некроза. 14-го августа пересадка кожи по *Thiersch*'у на дефектъ праваго предплечья.

5-го сентября больная выписалась изъ больницы здоровой.

И такъ, въ только что описанномъ случаѣ дѣло идетъ о здоровой, полной силъ женщинѣ, у которой на 6-ой день послѣ нормальныхъ родовъ внезапно заболѣли руки и покрылись пятнами. На 8-ой день признаки начинающагося омертвѣнія, которое быстро идетъ далѣе и на 11-ый день уже выступаетъ съ полной очевидностью. Непосредственная причина его—полное прекращеніе кровообращенія вслѣдствіе закупорки артерій соответствующихъ частей. Такъ какъ стѣнки сосудовъ найдены совершенно здоровыми, не имѣющими ни малѣйшихъ слѣдовъ *endarterit'a*, то первичный тромбозъ какъ причину закупорки необходимо исключить. Точно также исключается облитерація вень, такъ какъ вены найдены пустыми съ нормальными стѣнками. Остается эмболія, которая всего вѣроятнѣе и имѣла мѣсто въ этомъ случаѣ, тѣмъ болѣе, что изъ темной свернувшейся крови, наполнявшей омертвѣвшую часть артерій, удалось выдѣлить два особенно плотныхъ сгустка, которые закупоривали просвѣтъ *aa. radialis* и *ulnaris* на лѣвой рукѣ и которые лежали на границѣ омертвѣнія. На правой рукѣ по тождественности явленій и одновременности ихъ наступленія мы вправѣ предположить такую же закупорку *a. ulnaris* вслѣдствіе эмболии какъ и на лѣвой, потому что сгибательная часть предплечья подвергшаяся омертвѣнію питается именно этою артеріей. Эмболія въ данномъ случаѣ могла произойти изъ двухъ источниковъ: или изъ сердца—острый эндокардитъ, или изъ маточныхъ вень. Но сердце у нашей больной при полномъ отсутствіи всякихъ субъективныхъ расстройствъ, послѣ повторнаго тщательнаго объективнаго изслѣдованія не обнаруживало никакихъ болѣзненныхъ измѣненій, которыя позволяли бы подозрѣвать острый эндокардитъ. Остаются маточныя вены. Между маточными венами и артеріями предплечій находится непреодолимое для эмболовъ

препятствіе-малый кругъ кровообращенія съ его капиллярами, миновать его возможно только через foramen ovale apertum, что мы и должны предположить въ нашемъ случаѣ.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Bergen Lloy. General erysipelas occuring during the puerperium, followed by popliteal thrombosis and gangrene. Med. news. 1895, Oktober.
2. S. Burckhard. Gangrän der unteren Extremitäten im Wochenbette. Centralbl. f. Gynaekol. 1900 № 51, p. 1381.
3. P. Duflocq. Gangrène du pied droit ayant déterminé la mort un mois $\frac{1}{2}$ après l'accouchement.—Progrès médical 1882, p. 1013.
4. Dickinson and Hubert. A case of Raynaud's gangrene in conection with purpuration. Trans. of the clin. soc. London 1897/98. Vol. XXI, p. 216.
5. Th. Fischer. Double phlegmasia followed by gangrene of the right foot. Lancet 1898. Vol. I, p. 995.
6. Fussel. Gangrene of leg following labour. Univ. med. mag. Philadelphia 1888/89. Vol. I, p. 165.
7. v. Hochstetter. Spontane Gangrän beider unteren Extremitäten nach dem Puerperium. Wiener. med. Wochenschrift 1888, p. 74.
8. P. Müller. Handbuch der Geburtshilfe, Bd. II, p. 995.
9. Lancereaux. Phlebite puerpérale. Sem. med. 1887. № 8; ref. Centralbl. f. Gynaekol. 1887, p. 535.
10. Th. Oliver. Gangrene of the leg in puerperal woman, with severe pain in, and analgesia of, the affected limb. Lancet 1896. Vol. II, p. 15.
11. E. R. Roux. Gangrene complicating puerperal mania. Lancet 1896. Vol. II, p. 1375.
12. I. B. Swayne. Gangrene of the thigh during the seventh month of pregnancy. Transact. of the obstetr. soc. of London. Vol. XXV. 1883, p. 215.
13. M. A. Tate. Puerperal Gangrene. Cincinnati-Lancet-Clinic. Amer. journ. of surg. and gynecol. St. Louis 1897/98. Vol. X, p. 159.
14. R. Wanner. Zwei seltene Wochenbettkomplikationen. Münchener med. Wochenschrift 1885, p. 365.
15. Fr. M. Wilcox. A case of tedious labour followed by double phlegmasia alba dolens and gangrene, Lancet 1897. Vol. II, p. 1188.
16. Winckel. Die Pathologie und Therapie des Wochenbettes. II. Auflage. Berlin 1878, p. 312.
17. E. Wormser. Ueber spontane Gangrän der Beine im Wochenbette. Centralbl. f. Gynaekol. 1900 № 44, p. 1154.
18. E. Wormser. Nochmals zur puerperalen Gangrän der unteren Extremitäten. Centralbl. f. Gynaekol. 1901 № 4, p. 110.
19. С. С. Холмогоровъ. Омертвѣніе ногъ въ послѣродовомъ періодѣ. Русскій Врачъ № 38, 1908 г.

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

XIV.

Изъ Екатеринбургскаго Родильнаго Дома.

Поперечный разрѣзъ брюшной стѣнки (по Пфаненштилю).

К. Н. КАЛМЫКОВЪ.

Все болѣе и болѣе усиливающийся интересъ къ поперечнымъ разрѣзамъ брюшной стѣнки главнымъ образомъ по Пфаненштилю и уже широкое примѣненіе особенно среди гинекологовъ побудило меня подѣлиться по этому вопросу своими впечатлѣніями. Правда, мои личныя наблюденія относительно поперечнаго брюшнаго разрѣза очень не велики и обнимаютъ такое небольшое количество случаевъ, что конечно прійти къ какимъ либо самостоятельнымъ выводамъ довольно трудно, но, смѣю думать, что и этотъ маленькій матеріалъ можетъ быть до нѣкоторой степени поучительнымъ. Поперечные разрѣзы брюшной стѣнки въ Екатеринбургскомъ Родильномъ Домѣ дѣлаются сравнительно недавно, именно съ прошлаго (1908 г.) и, какъ всегда бываетъ по отношенію къ новому методу, очень осторожно на первыхъ порахъ.

Я здѣсь помѣщаю и описываю вкратцѣ тѣ 7 случаевъ поперечнаго разрѣза брюшной стѣнки, которыя я лично оперировалъ строго по методу Пфаненштиля, ассистировалъ д-ръ И. А. Сяно.

1-ый случай и первый по времени, такъ какъ здѣсь поперечный разрѣзъ примѣненъ въ Родильн. Екатеринб. Домѣ впервые.

Крестьянка Екатер. уѣзда, 51 г., поступила въ Гинекол. Отдѣленіе Род. Дома съ жалобами на боль въ поясницѣ, періодическія, грязныя выдѣленія и въ послѣднее время на кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. Менструація начались съ 19-ти лѣтъ, роды—4 раза, выкидышей не было, послѣдній разъ родила 13 л. т. н.; 5 лѣтъ кровей совсѣмъ не было, появились снова, чередуясь съ грязными пахучими выдѣленіями сколо $\frac{1}{2}$ года. Диагнозъ: cancer colli uteri. Послѣ предварительной подготовки — операція. Предварительная подготовка большой къ операціи при ракахъ влагалишной части матки у насъ слѣдующая: мѣста, пораженныя болѣзненнымъ процессомъ выскабливаются тупой и острой ложечкой, затѣмъ приборомъ Пакелена или 10% растворомъ брома, на выскобленныя и прижженныя мѣста накладывается мазь, предложенная проф. Снегиревымъ, тампоны съ послѣдней мѣняются ежедневно, пока язвы не очистятся совершенно, что обычно наступаетъ черезъ 7—8 дней. Послѣднее время я вмѣсто этой мази дѣлаю нѣсколько дней подрядъ вливаніе во влагалище чистаго ацетона минутъ на 20. Результаты, получаемые отъ ацетона

при очистки раковыхъ язвъ, можно назвать очень удовлетворительными; черезъ 3—4 вливанія язвы очищаются совершенно, дѣлаются гладкими, чистыми безъ всякаго отдѣленія.

Операция. Операция начата со стороны влагалища, но при отсе-паровываніи передняго свода шейка матки, крѣпко спаянная со стѣн-кой влагалища, нѣсколько разъ прорывалась благодаря распростра-ненной инфильтраціи свода, почему было рѣшено удалить матку черезъ брюшной разрѣзь.

Разрѣзь по Пфаненштилю совершенно поперечный — 10 сант. Матка, выведенная въ разрѣзь, экстрирована цѣликомъ съ частью влагалища, въ остатки влагалища введенъ ксероформенный тампонъ, брюшина надъ тампономъ зашита на глухо кэтгутомъ (юдъ-кэтгутъ).

Брюшная рана зашита такъ: 1 на брюшину — непрерывная кэт-гутовая нить, 2. на прямая мышца 4 отдѣльныхъ (кэтгутов.) шва, 3. Апоневрозъ соединенъ цѣлымъ рядомъ отдѣльныхъ, шелковыхъ лигатуръ, 4. на кожу и клѣтчатку, 2 восьмиобразныхъ шелковыхъ шва и 5. рядъ скобокъ Мишеля-Мишо на кожу. Коллодійная по-вязка. На животъ сверхъ повязки мѣшокъ съ пескомъ.

Теченіе послѣоперационное безлихорадочное. Скобки и 2 восьми-образныхъ шва сняты на 5-ый день prima int.; на 8-ой день опериро-ванной разрѣшено сидѣть, на 9-ый ходить, на 14-ый больная выпи-салась. Рубецъ на брюшной стѣнкѣ крѣпкій, линейный, еле замѣтный.

2-ой случай. Крестьянка Екатер. уѣзда, 29 л., поступила съ жа-лобами на тупыя боли внизу живота и частыя, неправильныя крово-теченія. Менструаціи съ 15-ти лѣтъ замужемъ 12 л., родила 3 раза, послѣдній разъ 9 лѣтъ т. п., выкидышей не было.

Диагнозъ: Fibro-myoma uteri (corporis et fundi).

Операция: Разрѣзь по Пфаненштилю длиной около 12 до 13 сант., полулунный съ загнутыми кверху концами. Матка величиной съ очень крупный апельсинъ ампутирована въ области внутренняго зѣва. Разрѣзь брюшной стѣнки зашитъ также, какъ и въ первомъ случаѣ. Послѣоперационное теченіе: вечеромъ въ день операціи t⁰ под-нялась до 38,3, на 3-ий день t⁰ 37,6, остальное время нормальна; швы сняты на 5-ый день prima, на 9-ый больная ходила, на 13-ый выпи-салась. Рубецъ гладкій, узкій, едва замѣтный.

3-ий случай. Крестьянка Екатер. уѣзда, 40 л., вдова, поступила съ жалобой на кровотеченіе, продолжающееся уже 1½ мѣсяца безъ перерыва. Менструаціи пришли на 15-омъ году, рожала 7 разъ, по-слѣдняго — 17 лѣтъ т. н., выкидышей не было. Диагнозъ: Carcinoma colli uteri.

Операция. Разрѣзь строго поперечный по Пфаненштилю длиной 10 сант. Матка удалена цѣликомъ, вмѣстѣ съ ней удаленъ кистозно перерожденный (съ гусиное яйцо величиной) яичникъ и справа вылушено изъ клѣтчатки нѣсколько мягкихъ наощупь, но увеличенныхъ лимфатическихъ железъ. Брюшная стѣнка закрыта 3-хъ этажнымъ швомъ: 1 на брюшину и мышцы рядъ узловатыхъ кэтгуто-выхъ швовъ, 2 на апоневрозъ, рядъ шелковыхъ узловатыхъ лигатуръ и 3 скобки Мишеля на кожу.

Послѣоперационное теченіе безлихорадочное. На 5-ый день сняты скобки — prima. На 8-ой при осмотрѣ раны въ одномъ углу

рубца найдено покраснѣніе покрововъ и флуктуація. Ножницами кожный рубецъ на пространствѣ $1\frac{1}{2}$ —2-хъ сантим. вскрытъ и изъ образовавшейся ранки выдѣлилось около 2-хъ столовыхъ ложекъ гноя безъ запаха; на это мѣсто поставлена небольшая банка (на 5 мин.), помощью которой отсосано еще около 2-хъ столовыхъ ложекъ гноя съ примѣсю крови. Послѣ этого на образовавшееся въ раневомъ рубцѣ отверстіе ставили банку каждый день (3—5 м.). Съ 4-ой банки гноя уже не было, выдѣлялась серозная жидкость. Банки ставились 11 дней, ранка зажила къ 20-му (послѣ операціи) дню совершенно, больная выписалась на 25-ый день. Рубецъ тонкій и плотный, только на пространствѣ 2-хъ сантим., гдѣ была ранка, рубецъ получился немного шире.

4-й случай. Мѣщанка г. Екатеринбурга, 46 лѣтъ, поступила съ жалобой на кровотеченіе и выдѣленія съ запахомъ. Начало менструаціи съ 12-ти лѣтъ, родила 7 разъ, былъ 1 выкидышъ $4\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ, послѣдніе роды 16 лѣтъ тому назадъ. 9 мѣсяцевъ какъ стала замѣчать частыя, сукровичныя выдѣленія. Диагнозъ: cancer colli uteri.

Операція. Разръзъ брюшной стѣнки по Пфаненштилю съ нѣсколько загнутыми краями, длиной около 12 сантим. Матка удалена цѣликомъ, съ лѣвой стороны удалены нѣсколько измѣненные придатки. Разръзъ брюшной стѣнки закрытъ, какъ и предыдущій—3 хъ-этажнымъ швомъ. На 2-ой день т. 38,2, на 7-ой—37,7, остальные дни нормально, на 5-ый день сняты скобки—prima. Выписалась больная на 15-ый день. Рубецъ прочный, линейный.

5-ый случай. Казачка Донской области, 37 лѣтъ, поступила съ жалобой на опухоль въ животѣ, менструируетъ съ 13-ти лѣтъ, роды срочныя—2 раза, послѣднія—16 лѣтъ тому назадъ, 14 лѣтъ тому назадъ былъ выкидышъ 3-ти лунныхъ мѣсяцевъ. Больна около года. Диагнозъ: Cystoma ovarii sinistra.

Операція. Пфаненштилевскій разръзъ, полулунный около 14-ти сантим. длины. Извлечена кистозная опухоль величиной почти съ голову новорожденного на широкой ножкѣ цѣликомъ. Ножка перевязана. Брюшная полость зашита: 1. Брюшина—непрерывный кѣгутъ. 2. На мышцы 4 отдѣльныхъ узловатыхъ кѣгутовыхъ шва. 3. Апоневрозъ зашить непрерывнымъ кѣгутомъ, 4. На кожу скобки Мишеля. Послѣ-операционное теченіе: т⁰ все время была не выше 37,5, на 5-ый день сняты скобки—prima; на 8-ой было обнаружено подъ кожнымъ рубцомъ скопленіе жидкости на всемъ пространствѣ разръза подъ рубцомъ образовался желобокъ шириной въ палецъ, гдѣ ясно ощущалась флуктуація. Съ одного угла раны рубецъ раскрытъ зондомъ и выпущено немного прозрачной, серозной жидкости, съ другого конца раны продѣлано такое же отверстіе, и на то и другое поставлены банки. Банки послѣ этого ставились черезъ день, все время отдѣляемое было серозно-прозрачнымъ. Черезъ недѣлю одно отверстіе закрылось, съ другимъ больная выписалась на 21-ый день послѣ операціи. Черезъ 3 дня больная была на перевязкѣ, ранка закрылась, рубецъ—плотный и узкій.

6-ой случай. Крестьянка Верхотурскаго уѣзда, 43 лѣтъ, поступила съ жалобами на кровотеченіе, затрудненное мочеиспусканіе и боли внизу живота. Крови появились съ 15-ти лѣтъ, нерожавшая,

выкидышей не было. Считаетъ себя нездоровой послѣднія 8 лѣтъ. Диагнозъ: fibromyoma uteri (corporis et fundi).

Операция. Разрѣзь по Пфаненштилю дугообразный около 14—15 сант., апоневрозъ отсепарованъ кверху на высоту 8—9 сант. Матка величиной съ очень крупный апельсинъ, съ трудомъ выведенная черезъ разрѣзь вслѣдствіе многочисленныхъ срощеній, удалена цѣликомъ, резецированы по пути измененныя придатки лѣвой стороны. Брюшная стѣнка зашита здѣсь въ 4 этажа: 1. На брюшину съ мышцами нѣсколько узловатыхъ кѣтгутовыхъ швовъ. 2. Апоневрозъ зашить непрерывнымъ кѣтгутомъ. 3. На клѣтчатку наложено нѣсколько узловатыхъ швовъ изъ кѣтгута и 4. На кожу скобки Мишеля.

На 5-ый день и 11-ый т. была 37,7, остальные дни не выше 37,5. На 5-ый день сняты скобки—prima, на 8-ой замѣчено въ одномъ углу кожного рубца маленькое возвышеніе; зондомъ вскрыта небольшая (съ лѣсной орѣхъ) полость въ клѣтчаткѣ, откуда выдѣлилось незначительное количество прозрачной, серозной жидкости; поставлена на эту область небольшая банка, затѣмъ черезъ день поставлены были еще 2 банки, отверстіе совершенно закрылось. Больная выписалась на 16-ый день. Рубецъ гладкій, линейный. Эту больную я видѣлъ недѣлю спустя, рубецъ почти незамѣтный.

7-ой случай. Крестьянка Екатеринбургскаго уѣзда, 47 лѣтъ, поступила съ жалобой на кровотечение, которое продолжается уже около 6-ти мѣсяцевъ съ перерывами на 1—2 дня. Менструаціи появились съ 14-ти лѣтъ, родила въ срокъ 7 разъ, было 3 выкидыша. Диагнозъ: Fibromyoma uteri.

Операция. Разрѣзь строго поперечный около 9-ти сант. Матка удалена цѣликомъ, вмѣстѣ съ ней удаленъ кисто-образно перерожденный яичникъ (величиной съ гусиное яйцо).

Брюшная рана зашита: 1. На мышцы и брюшину наложено 5 кѣтгутовыхъ узловатыхъ шва, 2. Апоневрозъ закрыть рядомъ отдѣльныхъ, шелковыхъ швовъ. (въ время отсепаровки апоневроза ножницами случайно послѣдній былъ поврежденъ въ одномъ мѣстѣ, поэтому поврежденіе закрыто 2 шелковыми швами и вслѣдствіе получившагося, нѣкотораго напряженія въ апоневрозѣ, послѣдній зашить также шелкомъ).

3. Части клѣтчатки тщательно зашиты непрерывнымъ кѣтгутомъ и 4. на кожу скобки Мишеля.

Послѣ-операционное теченіе: на 6-й 7-й день былъ подъемъ t^0 до 38°, остальные дни нормально, на 5-ый день сняты скобки—prima, на 9-й оперированная начала ходить, на 14-ый выписалась. Рубецъ узкій еле замѣтный.

Разумѣется, имѣя въ рукахъ такой незначительный матеріалъ, дѣлать какіе либо самостоятельныя выводы рискованно, тѣмъ не менѣе позволю себѣ остановиться на нѣкоторыхъ подробностяхъ этого разрѣза брюшной стѣнки.

Способъ зашиванія поперечнаго разрѣза, какъ видно изъ моего описанія, не былъ вездѣ однообразнымъ, а почти каждый случай зашивался различно. Такъ въ однихъ случаяхъ брюшина зашивалась отдѣльно, въ другихъ прихватывалась вмѣстѣ съ мышцами, апоневрозъ сшивался то шелкомъ, то кѣтгутомъ, клѣтчатка или совсѣмъ не за-

шивалась и прихватывалась вмѣстѣ съ кожей скобками Мишеля, или зашивалась отдѣльно и очень тщательно. Шовъ, накладываемый на брюшину отдѣльно, разумѣется крѣпости рубцу не придаетъ, но имѣетъ большое значеніе: соединяя тщательно брюшину, онъ устраняетъ возникновеніе всегда нежелательныхъ сросшеній внутренности съ передней брюшной стѣнкой, съ другой стороны, вызывая быстрое слипаніе краевъ брюшины, ограждаетъ брюшную полость отъ вторичной инфекции, если выше какой нибудь шовъ нагноился. Поэтому тамъ гдѣ позволяло время и состояніе больной я обязательно накладывалъ на брюшину отдѣльный непрерывный кэтгуттовый шовъ, тамъ же, гдѣ необходимо было торопиться, зашивалъ брюшину вмѣстѣ съ мышцами.

Какъ видно изъ моего описанія, матеріаломъ для зашиванія я пользовался главнымъ образомъ кэтгутомъ (юдь кэтгутъ) Вполнѣ естественно, что на первыхъ порахъ боязнь за прочность самаго важнаго слоя—фасціального заставляла меня положить здѣсь шелкъ, но отсутствіе или совсѣмъ незначительное напряженіе при поперечномъ разръзѣ фасціальной пластинки совсѣмъ не вызывали необходимости въ такомъ прочномъ матеріалѣ и я спокойно замѣнилъ шелкъ кэтгутомъ, имѣя ввиду его одно крупное достоинство—разсасываемость. Разръзы, въ началѣ довольно скромные, я постепенно значительно увеличилъ, не видя въ этомъ никакихъ дурныхъ послѣдствій. Отсепаровка фасціального лоскута (кверху) въ послѣднихъ случаяхъ довольно значительная, также не сказалась какими либо особенными осложнениями.

Правда, въ 3-хъ случаяхъ въ подкожной клѣтчаткѣ получились скопленія, въ одномъ случаѣ гнойное, въ двухъ другихъ серозное. Вотъ по поводу этого осложнения, которое для себя я считаю очень поучительнымъ, приведу свои соображенія, выясняющія, по моему мнѣнію, причину осложненій.

Въ первыхъ 2-хъ случаяхъ при зашиваніи брюшной стѣнки, несмотря на небольшой прямо поперечный разръзъ, я двумя 8-ми образными (по Пфаненшт.) швами захватывалъ вмѣстѣ съ кожей и подкожную клѣтчатку; для строго поперечнаго разръза 8-9 сент. 2-хъ такихъ швовъ было достаточно. Начиная съ 3-го случая, я считая эти швы излишними, уже ихъ не примѣнялъ и вотъ, оставляя этотъ случай съ нагноеніемъ не выясненнымъ, относительно 2-хъ остальныхъ твердо убѣжденъ, что здѣсь скопленія въ клѣтчаткѣ явились послѣдствіемъ этого упущенія т. е. не примѣненія швовъ на клѣтчатку. Такъ во второмъ случаѣ, гдѣ получилось скопленіе серозной жидкости въ клѣтчаткѣ, я замѣтилъ, что скобки Мишеля, захватывая лишь кожу, не сближаютъ здѣсь клѣтчатку: края послѣдней, находясь въ напряженіи, разошлись, оставляя свободный промежутокъ, который имѣлъ видъ желоба, протянувшася подъ кожей во всю длину разръза. Вотъ почему я въ предпослѣднемъ (6-омъ) случаѣ положилъ нѣсколько отдѣльныхъ швовъ на клѣтчатку и очевидно еще недостаточно, такъ какъ въ одномъ углу раны образовалась хотя и незначительная полость въ клѣтчаткѣ. Въ послѣднемъ случаѣ клѣтчатка была тщательно соединена (непрер. кэтгутомъ) и заживленіе раны получилось идеально гладкое.

Такимъ образомъ при большихъ и дугообразныхъ разръзахъ брюшной стѣнки по Пфаненстилю считаю необходимымъ обратитъ

особенное вниманіе на клѣтчатку, которая здѣсь очевидно подвергается порядочному натяженію и требуетъ тщательнаго соединенія.

Не входя въ оцѣнку положительныхъ и отрицательныхъ сторонъ поперечнаго разрѣза по Пфаненстилю, что уже сдѣлано въ прекрасной ст. Н. Н. Феноменова и въ работѣ д-ра Ольги Трабша (объ работѣ помѣщены въ Журналѣ „Акушерства и Женскія Болѣзни“ за нынѣшній годъ), долженъ въ заключеніи сказать, что положительныя качества этого разрѣза для меня настолько велики, что даютъ право предсказать этому разрѣзу особенно среди гинекологовъ огромное будущее и самое широкое распространеніе.

akusher-lib.ru

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Проф. С. Д. Михновъ. *Къ учению о механизмѣ родовъ. Выпускъ I. О механизмѣ внутренняго поворота головки.* Юрьевъ. 1909.

Выпускъ „о механизмѣ внутренняго поворота головки“ является началомъ предпринятаго проф. С. Д. Михновымъ труда — разобрать учение о механизмѣ родовъ, которое, по справедливому замѣчанію автора, представляетъ собою одну изъ важнѣйшихъ главъ въ теоретическомъ курсѣ акушерства и въ то же время одну изъ наименѣе разработанныхъ. Вопросъ же о внутреннемъ поворотѣ головки особенно, по заключенію автора, «грѣшитъ неясностью, туманностью и сбивчивостью изложенія».

Задавшись цѣлью выяснитъ этотъ вопросъ, проф. С. Д. Михновъ прежде всего разбираетъ существующія теоріи внутренняго поворота головки и, цитируя *in extenso*, мнѣнія проф. Крассовскаго, Schroedera, Spiegelberga, Голочинова, Сутугина Bumm'a, Sellheim'a и др., доказываетъ ихъ необоснованность. Какъ необходимое условіе для правильнаго пониманія механизма родовъ, нужно, по убѣжденію автора, изученіе формы головки плода, которое до сихъ поръ всѣми, за немногими исключениями, оставалось въ сторонѣ. Между тѣмъ головка плода имѣетъ своеобразныя очертанія: въ качествѣ объекта родового акта она должна разсматриваться, какъ тѣло почкообразной формы, которая и имѣетъ главное значеніе для механизма-внутренняго поворота головки. Для характеристики почкообразной изогнутости головки проф. Михновъ вводитъ особый терминъ, «линія головной кривизны»; эта линия проходитъ по срединѣ между выпуклой и вогнутою стороною головки соотвѣтственно ея длиннику и соединяетъ наиболѣе удаленныя ея точки. Свои изслѣдованія, отчасти основанныя на экспериментѣ и еще не вполне законченныя, проф. Михновъ сводитъ къ слѣдующему общему положенію: головка плода проходитъ легко чрезъ выходъ таза въ томъ случаѣ, если линия ея кривизны соотвѣтствуетъ кривизнѣ родового канала, въ противномъ случаѣ прохожденіе головки затруднительно. Для затылочнаго положенія принципъ этотъ проф. Михновъ считаетъ доказаннымъ, распространеніе же этого принципа на прочія категоріи установокъ головки составитъ предметъ дальнѣйшихъ работъ автора; съ ихъ выходомъ можно будетъ окончательно высказаться объ предложенной теоріи, которая пока производитъ впечатлѣніе нѣкоторой односторонности. Авторъ, правда, не отрицаетъ значенія упругости плода, сопротивленія мышцъ тазоваго дна, но главное значеніе придаетъ формѣ головки; недостаточно ярко отгѣняется вліяніе соотношеній размѣровъ головки таза въ его различныхъ отдѣлахъ, и между тѣмъ какъ эти соотношенія играютъ несомнѣнно не малую роль въ механизмѣ родовъ. Во всякомъ случаѣ трудъ проф. С. Д. Михнова заслуживаетъ вниманія, и къ нему придется еще вернуться.

Д-ръ мед. А. А. Владыкинъ. *Уходъ за новорожденными. Краткій курсъ по программѣ предметовъ, преподаваемыхъ ученицамъ 1-го разряда С.-Петербургскаго Императорскаго Повивально-Гинекологическаго Института.* — С.-Петербургъ 1909.

Небольшая книга д-ра А. А. Владыкина предназначена въ качествѣ справочника для оканчивающихъ Повивальную школу по 1-му разряду и составлена примѣнительно программѣ предметовъ, преподаваемыхъ ученицамъ 1-го разряда С.-Петербургскаго Повив.-гинеколог. Института, чѣмъ и опредѣлился планъ и характеръ изложенія, которому придана сжатость и конспективность. Соответственно требованіямъ программы излагаются сначала необходимыя понятія о новорожденномъ (измѣненія въ организмѣ, происходящія при рожденіи, первый крикъ, измѣненія въ кровообращеніи), общія правила объ уходѣ за нимъ—отдѣленіе пуповины, уходъ за пуповиннымъ остаткомъ, обмываніе, осмотръ, взвѣшиваніе, измѣреніе, купаніе и подмываніе новорожденнаго, уходъ за глазами и полостью рта—и кормленіе. Авторъ является горячимъ сторонникомъ кормленія ребенка самою матерью и искусственное вскармливаніе допускаетъ лишь, какъ неизбежное зло. Съ достаточною полнотою описываются затѣмъ требованія, которыя должны быть предъявлены къ комнатѣ новорожденнаго, его постели, одеждѣ, и дается очеркъ предрасудковъ, сопровождающихъ появленіе на свѣтъ и первые дни существованія новорожденныхъ. Въ главѣ о причинахъ большой смертности новорожденныхъ авторъ справедливо отгѣняетъ зависимость послѣдней отъ общихъ условій жизни, въ которыхъ находится населеніе. Патологія новорожденныхъ излагается въ краткихъ чертахъ, главнымъ образомъ, со стороны теченія болѣзней и ихъ леченія. Разсматриваются: асфиксія новорожденныхъ и наиболѣе употребительные способы ея леченія (способы Schutlze, Marschal-Hall, Silvester, Laborde; весьма удобный способъ д-ра Минкевича, къ сожалѣнію, не упоминается), ненормальности неба, бленоррея глазъ, молочница, желтуха, грудница, столбнякъ, рожа, расстройства пищеваренія, насморкъ, болѣзни пупка.

Въ качествѣ добавленія, исходя изъ той мысли, что для научно подготовленной акушерки весьма важно сознательное отношеніе къ отвѣтственной роли руководительницы въ вопросахъ вскармливанія ребенка съ первыхъ дней жизни, авторъ присоединилъ свой прекрасно написанный докладъ „объ вскармливаніи въ первые дни жизни“, въ которомъ, разсмотрѣвъ анатомо-физиологическія отношенія пищеварительнаго тракта новорожденныхъ и биологическія свойства молока женскаго и различныхъ животныхъ въ сыромъ и кипяченомъ его состояніи, онъ является убѣжденнымъ и горячимъ проповѣдникомъ необходимости вскармливанія ребенка самою матерью: противопоказаніемъ къ этому должны быть самые исключительные случаи; даже острозаразныя заболѣванія, если они протекаютъ не очень тяжело, не препятствуютъ кормленію,—хотя съ этимъ врядъ ли можно согласиться: думается, что здѣсь болѣе умѣстенъ принципъ изоляціи, если, конечно, ребенокъ еще не зараженъ. Изъ методовъ искусственнаго вскармливанія авторъ отдастъ предпочтеніе сливочнымъ смѣсямъ Biedert'a. Этотъ обстоятельный докладъ можетъ служить и для врача прекраснымъ пособіемъ для рѣшенія вопросовъ вскармливанія ребенка. Относительно же „краткаго курса“, должно сказать, что онъ удовлетворяетъ

намѣченной цѣли. Недостаткомъ до нѣкоторой степени является отсутствіе оглавленія, которое должна, повидимому, замѣнить программа: послѣдняя однако не у всѣхъ можетъ имѣться подъ рукою. Остается пожелать, чтобъ авторъ, въ распоряженіи котораго имѣется богатый матеріалъ Повивально-Гинекол. Института, соответственно обработалъ свой „краткій курсъ“ въ качествѣ руководства-справочника и для врачей. Въ такомъ руководствѣ ощущается необходимость.

М. Порошинъ.

П. А. Герценъ. *О нефролизинѣ.* Москва. 1909 г. 284 стр.

Работа, произведенная въ лабораторіи Старо-Екатерининской больницы въ Москвѣ, представляетъ исполненіе взятой на себя авторомъ задачи подвергнуть все ученіе о нефролизинѣ пересмотру. „Для клинициста“, говоритъ авторъ во введеніи, „терапевтъ онъ или хирургъ, нѣтъ болѣе важнаго вопроса, какъ вопросъ о сущности диффузнаго прогрессивнаго заболѣванія почекъ, или о сущности причинъ уремїи, анурии и т. д.; такіе вопросы безъ признанія существованія нефролизина объясняются съ трудомъ“. Изъ цитированнаго видно, что и для гинеколога и акушера не менѣе важенъ затронутый авторомъ вопросъ.

Ученіе о нефролизинахъ является частью общаго вопроса о цитолизинахъ. Линдеманъ въ 1900 году впервые получилъ дѣйствительную сыворотку противъ почекъ путемъ повторныхъ впрыскиваній эмульсии изъ кроличьихъ почекъ морскимъ свинкамъ.

Подробно приводится и критически разбирается литература вопроса вообще, затѣмъ свойства гетеронефролизина, затѣмъ по большой главѣ отведено изо-и автонефролизину и здѣсь приводятся результаты многихъ опытовъ, произведенныхъ на кроликахъ (болѣе 100). Въ концѣ книги приложены микрофотограммы и кривыя вѣса кроликовъ, подвергавшихся опытамъ. Выводы автора таковы: въ вопросѣ о нефротоксинахъ нужно отличать, съ одной стороны, почечный ядъ, образуемый при умираніи почечныхъ клѣтокъ: нефротоксинъ въ полномъ смыслѣ этого слова и, съ другой стороны, иммунгѣло, получаемое въ результатѣ реакціи организма на дѣйствіе почечнаго вещества—нефролизинъ. Дѣйствіе на организмъ и на почки нефролитическихъ сыворотокъ, содержащихъ гетеронефролизинъ, хорошо изучено въ литературѣ, при тщательномъ разсмотрѣніи которой нужно признать правильными положительныя выводы. Гетеронефролизинъ оказался обладающимъ преимущественной специфичностью къ почкамъ, такъ какъ клѣтки другихъ органовъ поражаются въ значительно меньшемъ размѣрѣ. Почечная ткань при умираніи является ядовитой для организма вообще, для отдѣльныхъ органовъ въ частности, для почекъ въ особенности; это дѣйствіе обуславливается не нуклеопротеидами, а, очевидно, еще болѣе сложнымъ бѣлковымъ соединеніемъ, которое умѣстно назвать по аналогіи съ бактеріальными токсинами—нефротоксиномъ. Для иммунизации животныхъ противъ почекъ, нужно употреблять впрыскиваніе цѣльной почечной ткани, а не химическихъ веществъ, добытыхъ изъ нея. Кромѣ того, при этомъ важно обезпечить возможно скорѣйшее и лучшее расасываніе почечной ткани, ибо дѣй-

ствіе этого впрыскиванія пропорціонально не количеству впрыскиваемого матеріала, а количеству разсосавшагося. Дѣйствіе изонефролитическихъ сыворотокъ выражается, главнымъ образомъ, въ набуханіи, просвѣтленіи, разрушеніи и десквамаціи почечныхъ клѣтокъ, по преимуществу, извитыхъ канальцевъ; при жизни эти измѣненія сопровождаются альбуминуріею и паденіемъ вѣса животныхъ. Поврежденіе одной почки съ массовымъ асептическимъ некрозомъ паренхимы влечетъ за собою глубокія паренхиматозныя измѣненія въ другой почкѣ, не зависящія отъ почечно-почечнаго рефлекса, или отъ усиленнаго выдѣленія ядовитыхъ веществъ ретенціонной уреміи. Сыворотки животныхъ съ искусственнымъ массовымъ некрозомъ паренхимы одной почки причиняютъ глубокія измѣненія въ почкахъ другого животнаго, то есть автонефролитическія сыворотки обладаютъ изонефролитической способностью; найденныя измѣненія заключаются въ набуханіи, просвѣтленіи, распаденіи и десквамаціи почечныхъ клѣтокъ, главнымъ образомъ, извитыхъ канальцевъ. Эти измѣненія при жизни сопровождаются появленіемъ бѣлка въ мочѣ и паденіемъ вѣса животныхъ. Изонефролитическія и автонефролитическія сыворотки имѣютъ не строго специфическое дѣйствіе, зависящее отъ совмѣстнаго дѣйствія нефротоксина и нефролизина; ими поражается и весь организмъ, и различныя органы. Безспорно, по преимуществу поражаются почки, что ясно доказывается: вѣсовымъ отношеніемъ большихъ отечныхъ почекъ къ исхудавшему тѣлу и къ соотвѣтственно этому уменьшеннымъ органамъ; глубокими дегенеративными и некротическими измѣненіями почечныхъ клѣтокъ (послѣдняго въ другихъ органахъ нѣтъ); тѣмъ, что при удаленіи одной почки вмѣсто двукратнаго уже однократное впрыскиваніе авто- или изонефролитической сыворотки вызываетъ смерть животнаго. Что касается до измѣненій въ другихъ органахъ, то трудно сказать, какая часть изъ нихъ могла бы быть сведена на прямое дѣйствіе нефролизина. Несомнѣнно, значительная, а быть можетъ, и большая часть этихъ измѣненій является только слѣдствіемъ нарушенной дѣятельности почекъ, а также представляется результатомъ дѣйствія нефротоксина.

Л. Кривскій.

ОТЧЕТЫ АКУШЕРСКИХЪ КЛИНИКЪ, РОДИЛЬНЫХЪ ДОМОВЪ, АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОТДѢЛЕНІЙ, БОЛЬНИЦЪ И ДР.

V.

Дѣятельность Исполнительнаго Комитета Общества борьбы съ заболѣваніями ракомъ.

Докладъ Годичному Собранію Общества 1909 г., 3 мая.

М. м. Г-ни и М. м. г-ри!

Въ майскомъ засѣданіи 1906 г. СПб. Акушерско-Гинекологическое Общество постановило избрать комиссію для разработки проекта борьбы съ заболѣваніями ракомъ, главнѣйшимъ образомъ женской половой сферы.

Комиссія эта къ февралю 1907 г. представила Акушерско-Гинекологическому Обществу соотвѣтственный докладъ, который, послѣ продолжительнаго обсужденія въ Обществѣ, былъ принятъ, а для выполнения ряда мѣропріятій, помѣченныхъ въ этомъ утвержденномъ Обществомъ докладѣ, былъ избранъ специальный Исполнительный Комитетъ.

Отчетъ о работѣ этого Исполнительнаго Комитета, который, соотвѣтственно Уставу Общества борьбы съ раковыми заболѣваніями, съ момента организациі этого Общества становится его Исполнительнымъ Комитетомъ,—я и имѣю честь представить уважаемому Собранію.

Дѣятельность Исполн. Комит. выразилась главнѣйшимъ образомъ въ организациі:

1. Специальныхъ гинекологическихъ амбулаторій и раковой лабораторіи для своевременнаго опредѣленія этой болѣзни и научной постановки діагноза.

2. Ряда научно-популярныхъ лекцій для ознакомленія широкихъ массъ населенія съ теченіемъ, причинами, способствующими заболѣванію ракомъ и первыми признаками этой болѣзни.

3. Общества борьбы съ заболѣваніями ракомъ, цѣль котораго—способствовать проведенію въ жизнь всѣхъ необходимыхъ мѣропріятій по борьбѣ съ заболѣваніями ракомъ и сбору необходимыхъ средствъ для постройки въ Петербургѣ specialнаго Раковаго Института.

4. Научнаго отдѣла Общества, имѣющаго цѣлью способствовать изученію рака и злокачественныхъ новообразований путемъ обсуждения научныхъ докладовъ, сообщеній, демонстрацій и проч.

Для приведенія въ исполненіе отмѣченной въ I-омъ пунктѣ организациі специальныхъ гинекологическихъ приемовъ въ различныхъ частяхъ города, И. К. обратился къ Городскому Общ. Управленію въ лицѣ Предсѣдателя Санитарной Комиссіи А. Н. Оппенгейма, представивъ мотивированную докладную записку и приблизительную смѣту расходовъ.

Въ ноябрѣ 1908 г. Предсѣдатель Исполн. Ком. получилъ отъ Предсѣдателя Санитарной Комиссіи увѣдомленіе о томъ, что просимыя И. К. суммы отпущены, и предложеніе въ возможно скорое время организовать при думскихъ участковыхъ лѣчебницахъ специальныхъ гинекологическихъ приемовъ и I лабораторію.

И. К. имѣетъ честь довести до свѣдѣнія Общаго собранія, что въ настоящее время упомянутыя 6 амбулаторіи не только организованы, но функционируютъ уже около 1/2 года, причемъ онѣ размѣщены въ разныхъ частяхъ города, по преимуществу на окраинахъ и настолько развили свою дѣятельность, что средній приемъ больныхъ достигаетъ въ нихъ 18 ти человекъ. Специальная лабораторія для изслѣдованія подозрительныхъ на ракъ опухолей помѣщается въ литейной амбулаторіи, располагаетъ всѣми необходимыми принадлежностями для преслѣдуемой ею цѣли и, работая подъ руководствомъ специалиста Д-ра К. П. Улезко-Строгановой, въ настоящее время настолько расширила свою дѣятельность, что передъ И. К. стоитъ теперь вопросъ о необходимости значительнаго расширенія этого учрежденія. И. К. организовалъ Гинекологическую Секцію при Обществѣ Народныхъ Университетовъ, членами которой прочтенъ въ народныхъ аудиторіяхъ рядъ лекцій по гигиенѣ половой сферы женщины, о болѣзняхъ ея и, въ частности, о заболѣваніи ракомъ.

Далѣе, И. К. разработалъ и провелъ черезъ необходимыя инстанции Уставъ собравшагося здѣсь «Общества борьбы съ раковыми заболѣваніями», Организационное собраніе котораго было созвано И.-К.-омъ 1 мая 1908 г.

Отчетъ о дѣятельности избраннаго нашимъ Обществомъ Правленія будетъ доложенъ Секретаремъ Правленія Прив.-доц. Ф. К. Веберомъ.

Наконецъ, И. К. организовалъ и ученый отдѣлъ Общества, уже начавшій свою несомнѣнно плодотворную работу. 27-го сентября состоялось первое организационное собраніе этого

отдѣла и съ того времени онъ собирается періодически для заслушанія и обсуждения цѣлаго ряда научныхъ докладовъ, о чемъ будетъ имѣть честь сообщить Уважаемому Собранию избранный этимъ отдѣломъ секретарь прив.-доц. В. Н. Гейнацъ.

М. м. Г-ни и М. м. г-ри. Перечисленный рядъ работъ И. К.-а является вступленіемъ къ той широкой и плодотворной работѣ, которая предстоитъ Обществу. Покуда И. К. принужденъ былъ ограничивать, вслѣдствіе недостатка матеріальныхъ средствъ свою дѣятельность, но и то, что удалось выполнить, говорить намъ, что дѣло Общества борьбы съ раковыми заболѣваніями несомнѣнно находится на вѣрномъ пути.

Будемъ же надѣяться, что необходимыя средства найдутся у Общества и что въ ближайшіе годы, благодаря просвѣщенной дѣятельности его въ Петербургѣ будетъ воздвигнуть специальный Раковый Институтъ, который займетъ почетное мѣсто среди соотвѣтственныхъ ему учреждений Западной Европы и приметъ участіе въ разработкѣ трудныхъ вопросовъ о происхожденіи рака и лѣченіи этой тяжелой болѣзни.

Секретарь: Приватъ-доцентъ *К. Скробанскій.*

Отчетъ Секретаря Правленія Общества борьбы съ раковыми заболѣваніями.

Изъ дѣятельности правленія общества за истекшій годъ слѣдуетъ отмѣтить слѣдующіе моменты:

Въ Маѣ 1908 года правленіе общества предложило проф. В. В. Подвысоцкому, делегированному медицинскимъ Советомъ на международный союзъ для изученія рака (Internationale Vereinigung für Krebsforschung) быть представителемъ общества на этомъ конгрессѣ, который состоялся въ маѣ 1908 года.

Въ первомъ засѣданіи правленія, состоявшемся 19 Мая 1908 г. проф. Подвысоцкій сообщилъ результаты своей поѣздки въ Берлинъ и познакомилъ правленіе съ цѣлями международного союза для изученія рака.

Главная задача этого союза способствовать развитію учреждений для изученія рака, для призрѣнія раковыхъ больныхъ и для борьбы съ раковыми заболѣваніями, а также разработка однообразной международной статистики. По предложенію проф. Подвысоцкаго введенъ еще пунктъ: распространеніе въ широкихъ слояхъ общества здравыхъ понятій о ракѣ, его излѣчимости.

Каждая страна, примкнувшая къ вѣшеуказанному союзу, выбираетъ извѣстное число дѣйствительныхъ членовъ союза. Отъ Россіи должны быть избраны 5 членовъ; первымъ слѣдуетъ считать профес. Подвысоцкаго, избраннаго медицинскимъ советомъ; для выбора остальныхъ 4-хъ членовъ Берлинскій центральный комитетъ призналъ С.-Петербургское Общество борьбы съ раковыми заболѣваніями правомочнымъ учрежденіемъ.

Въ своемъ второмъ засѣданіи 4 Октября 1908 года правленіе, по предложенію исполнительнаго комитета, избрало въ дѣйствительные члены международного союза проф. В. А. Вельяминова, проф. И. Г. Савченко, проф. Л. Л. Левина и проф. Н. И. Рачинскаго.

Въ засѣданіи отъ 25 Марта с. г. поручено д-ру Ф. Д. Веберу, согласно выраженному имъ желанію, основать въ Ялтѣ филиальное отдѣленіе общества.

Для детальнаго изученія вопроса о прирѣнни раковыхъ больныхъ въ Петербургѣ была правленіемъ избрана комиссія, которая состояла изъ Фальборга, Каценэльсона и Гагенъ-Торна; отъ лица этой комисіи Гагенъ-Торнъ представилъ докладъ. Указавъ въ немъ на частоту и постепенно увеличивающееся количество злокачественныхъ заболѣваній, на тяжелую участь этихъ несчастныхъ больныхъ, которые весьма неохотно принимаются въ городскія больницы, а если и принимаются, то держатся въ черномъ тѣлѣ, онъ считаетъ крайне необходимымъ постройку въ Петербургѣ специальной больницы для раковыхъ больныхъ съ хорошо обставленной экспериментальной лабораторіею для научнаго изслѣдованія раковыхъ новообразованій. При такомъ сконцентрированіи раковыхъ больныхъ въ одномъ мѣстѣ, можно эту больницу образцовымъ образомъ оборудовать всѣми современными приспособленіями, требуемыми для леченія рака, какъ Рентгеновскій приборъ, фульгурація, радій.

При такихъ условіяхъ врачи могутъ лучше специализироваться въ извѣстной области и лѣченіе должно идти успѣшнѣе. Больница проектирована на 300 кроватей.

Этотъ докладъ детально разработанный и снабженный хорошо подобраннымъ статистическимъ матеріаломъ, представленъ въ городскую Думу.

Кромѣ устройства специальной городской раковой больницы, правленіе не теряетъ надежды основать Всероссийскій раковый институтъ съ весьма широкими задачами.

Для изысканія средствъ на этотъ институтъ избрана специальная комиссія, въ которую вошли Приселковъ, Рачинскій, Бекманъ, Фальборкъ, Гагенъ-Торнъ, и Котляровъ. Для пріисканія денегъ предложены слѣдующіе способы: всероссийская подписка, обращеніе въ городскія и земскія общественныя самоуправленія, устройство лекцій.

Въ правленіи неоднократно обсуждался вопросъ о размѣрахъ членскаго взноса для дѣйствительныхъ членовъ общества. Правленіе предлагаетъ общему собранію фиксировать этотъ взносъ въ размѣрѣ трехъ рублей. Лица, желающія платить больше, вносятъ излишекъ въ кассу общества какъ пожертвованіе.

Подводя итогъ дѣятельности правленія за истекшій годъ, слѣдуетъ признать, что результаты этой работы еще не особенно наглядны и осязательны. Но слѣдуетъ принять во вниманіе, что правленію въ первое время приходилось работать при очень неблагоприятныхъ условіяхъ и постепенно лишь, идя шагъ за шагомъ, завоевать себѣ симпатіи и довѣріе общества, дальше, что

организация борьбы съ злокачественными заболѣваніями есть задача очень сложная, требующая большихъ трудовъ и главнымъ образомъ большихъ средствъ.

На основаніи всего выше изложеннаго правленіе обращается къ обществу съ просьбою оказать ему содѣйствіе въ пропагандированіи цѣлей и задачъ, которыя себѣ поставило общество, и которыя должны уменьшить страшныя страданія несчастныхъ раковыхъ больныхъ. Разъ увеличится кругъ лицъ сочувствующихъ начинаніямъ общества, быстрѣе начнутъ стекаться денежные пожертвованія и общество получитъ возможность съ большою энергіею вступить въ борьбу со страшнымъ бичемъ человѣчества.

Секретарь: Приватъ-доцентъ *Ф. Веберъ.*

ТРУДЫ III СЪѢЗДА ОБЩЕСТВА РОССИЙСКИХЪ АКУШЕРОВЪ И ГИНЕКОЛОГОВЪ.

Общее Собрание Съезда 2-го Апрѣля 1909 года.

*Открытие Съезда. — Выборы должностныхъ лицъ. — Рѣчи и
привѣтствія.*

Открытие III Съезда Общества Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ состоялось 2 Апрѣля 1909 г. въ 10 ч. утра въ залѣ торжественныхъ собраний Университета Св. Владиміра; открытіе это почтили своимъ присутствіемъ г. Попечитель Кіевскаго учебнаго округа П. И. Зилонъ, Ректоръ Университета Св. Владиміра Н. М. Цытовичъ, деканъ медицинскаго факультета Н. А. Оболонскій, нѣкоторые профессора медицинскаго факультета, врачи и студенты медики.

I. Предсѣдатель организаціоннаго комитета III Съезда проф. А. А. Муратовъ обратился къ собравшимся съ слѣдующей привѣтственной рѣчью:

Добро пожаловать, желанные гости, дорогіе товарищи!

Прежде всего позвольте принести вамъ нашу глубокую благодарность и низкій поклонъ, что вы не остановились передъ далекимъ путешествіемъ, чтобы принять участіе въ трудахъ III Съезда Общества Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ, засѣдающій на этотъ разъ въ древнемъ городѣ Св. Владиміра; при томъ пріѣхать въ такое время, когда многіе изъ васъ желали-бы остаться дома, чтобы встрѣтить и провести первый весенній праздникъ въ кругу своей семьи. Но происходящее въ настоящій моментъ здѣсь—есть тоже своего рода праздникъ, праздникъ науки, праздникъ торжества побѣды человѣка надъ исконнымъ врагомъ его,—бичемъ не только здоровья, но и жизни,—бичемъ, именуемымъ болѣзнью!

Нашъ предыдущій съездъ, а равно и I съездъ собирались въ рождественское вакаціонное время,—настоящій устраивается весной. Такое измѣненіе во времени съезда объясняется чисто мѣстными условіями.

Кіевъ, не представляющій ничего особеннаго зимою—является дѣйствительно прекраснымъ уголкомъ нашей матушки Россіи—весною. Руководствуясь этими соображеніями, первоначально предполагалось организовать съездъ въ концѣ апрѣля или началѣ мая, когда Кіевъ утопаетъ въ массѣ зелени среди цвѣтущихъ каштановъ, сирени и бѣлой акаціи и является на самомъ дѣлѣ однимъ изъ живописнѣйшихъ городовъ.

Однако и это время пришлось измѣнить по слѣдующимъ обстоятельствамъ. Въ организаціонный комитетъ III съѣзда Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ поступили предложенія отъ многихъ будущихъ участниковъ съѣзда—перемѣнить созваніе съѣзда на болѣе раннее время, именно, на Пасху. Это предложеніе мотивировалось тѣмъ, что конецъ апрѣля и начало мая совпадаютъ съ самою интенсивною академическою, жизнью т. е., съ экзаменаціоннымъ періодомъ, когда значительная часть членовъ съѣзда будетъ не свободна. Организаціонный комитетъ III съѣзда охотно пошелъ на встрѣчу этому желанію. Вотъ почему произошло измѣненіе во времени съѣзда, и что, между прочимъ, лишило пріѣхавшихъ товарищей увидѣть, что называется, во всей красѣ Кіевъ, но за то оно даетъ возможность полюбоваться во всемъ могуществомъ этой великой купелью Русскаго народа—дѣдушкой Днѣпромъ, во всей безбрежности его разлива.

Первые два нашихъ съѣзда собрались черезъ довольно значительный промежутокъ времени, настоящій III съѣздъ созывается послѣ II-го черезъ одинъ годъ и 3 мѣсяца. Считаю нужнымъ пояснить, что такое скорое созваніе очередного съѣзда обуславливается не поспѣшностью организаціоннаго комитета, а пожеланіями, высказанными участниками съѣзда и отчасти § 11 нашего устава. Насколько выполнены организаціоннымъ комитетомъ всѣ подготовительныя работы—судить не намъ.

Конечно, у насъ вы не найдете, дорогие товарищи, того, что такъ поражаело васъ на первыхъ двухъ нашихъ съѣздахъ, состоявшихся въ С.-Петербургѣ и Москвѣ.

По старой русской пословицѣ—большому кораблю—большое и плаваніе. Здѣсь вы не встрѣтите грандіозныхъ миллионныхъ сооружений—врачебно-учебныхъ, роскошныхъ музеевъ и т. д. Но, смѣю думать, что даже при бѣгломъ осмотрѣ ваше вниманіе невольно кое надъ чѣмъ остановится и у насъ. Упомяну для примѣра о массѣ тѣхъ памятниковъ глубокой, сѣдой старины, по поводу которыхъ, при первомъ моемъ знакомствѣ съ Кіевомъ, одинъ изъ моихъ друзей замѣтилъ—здѣсь каждый камень—исторія. И это дѣйствительно вѣрно, какъ показываютъ прежнія и продолжающіяся до сихъ поръ изысканія. Затѣмъ, большая сѣть внутригородскихъ трамвайныхъ сообщеній, чѣмъ Кіевъ давно и далеко опередилъ наши столицы, канализація и т. д.

Что касается до чисто-врачебныхъ городскихъ учреждений, то въ этомъ отношеніи Кіевъ нѣсколько отсталъ отъ требованій, выставляемыхъ жизнью, но нужно принять во вниманіе чрезмѣрный приростъ городского населенія за послѣдніе годы и параллельно этому недостаточность матеріальныхъ средствъ.

Наши университетскія учебно-вспомоществовательныя и учебно-врачебныя учрежденія—клиники, хотя тѣсноваты, недостаточно обеспечены матеріально и оставляютъ желать еще многихъ улучшеній, но во всякомъ случаѣ, какъ преподаваніе, такъ и вообще все дѣло въ нихъ стоитъ на уровнѣ современныхъ научныхъ требованій. Наконецъ, я позволю себѣ упомянуть еще объ одномъ обстоятельстве, я разумѣю медицинское отдѣленіе при высшихъ женскихъ курсахъ въ г. Кіевѣ для приготовленія женщинъ-врачей. Не хвалясь, могу смѣло здѣсь заявить, что это учрежденіе обязано своимъ возникновеніемъ и жизнью, благодаря лишь энергіи и участию группы профессоровъ.

Въ настоящее время вполнѣ уже организованы три курса, формируется четвертый. Въ данный моментъ получаютъ на нихъ специальное образованіе 700 слушательницъ, выстроено собственное большое стотысячное зданіе для помѣщенія анатомическаго театра и нѣкоторыхъ другихъ институтовъ, выстроена собственная клиническая аудитория при Кирилловской больницѣ и т. д.

И все это безъ всякой посторонней помощи, если не считать пожертвованіе въ суммѣ около 7,000 руб. и землю для построекъ, уступленную безвозмездно городскимъ самоуправленіемъ и земствомъ, которыя такъ чутко отзываются къ нуждамъ юнаго высшаго женскаго медицинскаго учрежденія.

Какъ хотите, гг., это знаменательный фактъ, который еще лишній разъ показываетъ, что можетъ сдѣлать желаніе и энергія людей, сплоченныхъ одной общей идеей. Можетъ быть нѣкоторые изъ членовъ съѣзда заинтересуются нашимъ новымъ учрежденіемъ и пожелаютъ его осмотрѣть, для чего всѣ эти учрежденія къ услугамъ гг. членовъ съѣзда.

Императорскій университетъ Св. Владиміра и, въ частности, медицинскій факультетъ оказали широкое гостепримство III съѣзду Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ, предоставивъ въ распоряженіе съѣзда для его засѣданій залъ торжественныхъ засѣданій университета; поэтому позвольте мнѣ отъ имени съѣзда выразить глубокую благодарность нашему университету, въ лицѣ его достойнаго представителя, г. ректора, и правленію университета Св. Владиміра за помѣщеніе, представленное нашему съѣзду, и вообще за столь сочувственное отношеніе къ организациі съѣзда. Не говоря уже о тѣхъ внутреннихъ удобствахъ, которыя мы имѣемъ, засѣдая въ университетскомъ помѣщеніи, но самое топографическое центральное положеніе университета въ Кіевѣ—представляетъ для членовъ съѣзда незамѣнимыя выгоды.

Въ этомъ обширномъ и удобномъ помѣщеніи будутъ происходить, какъ общія, такъ и научныя утреннія и вечернія засѣданія съѣзда, причѣмъ утреннія, предназначенныя для докладовъ по гинекологіи, будутъ продолжаться отъ 9—1 часу, а вечернія—отъ 3^{1/2}—7^{1/2} час. вечера отводятся для докладовъ по акушерству.

Выставка учебно-вспомогательныхъ пособій, аппаратовъ и инструментовъ, опять-таки благодаря гостепримству правленія университета св. Владиміра, для удобства членовъ съѣзда, помѣщена въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ заломъ засѣданій, благодаря чему сохранится у насъ много времени. Кстати, относительно сбереженія времени: въ виду того, что мы располагаемъ очень ограниченнымъ временемъ, а предполагаемыхъ докладовъ набралось очень много, именно свыше 70,—намъ приходится быть крайне бережливими относительно времени. Поэтому намъ слѣдуетъ строго держаться времени, отведеннаго для отдѣльныхъ докладовъ, т. е. не болѣе 15 минутъ на каждый и максимумъ 5 минутъ на возраженіе каждаго оппонента. О неуклонномъ наблюденіи за этимъ, съ часами въ рукахъ,—мы должны просить председателя и такому требованію мы сами должны безпрекословно подчиняться, помня, что, отступая отъ этого, мы не въ состояніи будемъ выполнить нашихъ предначертаній, а тѣмъ, конечно, умалимъ продуктивность нашего съѣзда. Упомянувъ о желательной продуктивности

нашихъ съѣздовъ, я считаю нужнымъ остановить теперь же ваше вниманіе на слѣдующемъ обстоятельстве. Программные вопросы—это ядро, такъ сказать, съѣздовъ и къ нимъ слѣдуетъ относиться особенно серьезно. Обыкновенно окончательная выработка темъ для программныхъ вопросовъ поручается организационному комитету. Чѣмъ болѣе будетъ участниковъ въ выработкѣ этихъ темъ, тѣмъ болѣе можно ожидать обилія матеріала въ этомъ отношеніи и, слѣдовательно, тѣмъ болѣе будетъ разнообразенъ и интересенъ подобный матеріалъ. Поэтому мнѣ приходится повторить предложеніе председателя организационнаго комитета предыдущаго нашего съѣзда, проф. В. О. Снегирева. Предложеніе это заключалось въ томъ, чтобы программные вопросы на будущій съѣздъ намѣчались въ концѣ настоящаго съѣзда. Поступая такимъ образомъ, можно ожидать, что мы получимъ болѣе обработанныя и болѣе желательныя темы для большинства членовъ, съ одной стороны, а съ другой, мы предоставимъ каждому болѣе времени и наблюденій надъ разработкою предложенныхъ обсужденію съѣзда программныхъ вопросовъ.

Я снова повторяю это предложеніе и горячо стою за него.

Въ заключеніе позвольте пожелать полного успѣха только-что открывающемуся съѣзду, въ успѣхѣ этомъ нельзя ни минуты сомнѣваться, видя здѣсь присутствіе такого обилія испытанныхъ и достойныхъ труженниковъ на научно-врачебной нивѣ, съѣхавшихся сюда съ различныхъ мѣстъ нашей необъятной матушки—Руси!

И такъ, дорогие товарищи, съ помощью Бога дружно за работу на благо дорогой намъ всѣмъ и изстрадавшейся Россіи!»

Рѣчь проф. А. А. Муратова вызвала рукоплесканія всего зала.

II. Ректоръ Университета Св. Владиміра Н. М. Цитовичъ обратился къ Съѣзду съ краткимъ привѣтствіемъ отъ У-та.

III. Деканъ Медицинскаго факультета Н. А. Оболенскій сказалъ слѣдующее.

М.м. Г.г. Отъ имени Медицинскаго Факультета Императорскаго Университета св. Владиміра привѣтствую 3-й Съѣздъ Общества російскихъ гинекологовъ и акушеровъ. Медицинскій Факультетъ приноситъ указанному Обществу благодарность за то, что оно откликнулось на товарищеское приглашеніе, собравшись на этотъ разъ въ Кіевѣ.

Хотя идея о подобныхъ специальныхъ съѣздахъ возникла еще въ 90-хъ годахъ у проф. Кронида Федоровича Славянскаго, но осуществилась она лишь благодаря энергичнымъ стараніямъ проф. Дмитрія Оскаровича Отта и вотъ съ 1903 года, по утвержденіи устава Общества Російскихъ Гинекологовъ и Акушеровъ, періодически начинаются съѣзды специалистовъ для научно-практической разработки всѣхъ вопросовъ, касающихся гинекологіи и акушерства. Эти съѣзды, передвигаясь съ сѣвера на югъ, все болѣе и болѣе обогащаются докладами; такъ, на 1-мъ съѣздѣ въ 1903 г. въ Петроградѣ, какъ любилъ называть сѣверную Пальмиру покойный Склифосовскій, было всего лишь 26 докладовъ, на второмъ съѣздѣ въ 1907 г. въ первопрестольной Москвѣ мы встрѣчаемъ уже 43 доклада, и, на-

конецъ, теперь при съѣздѣ въ нашей древнѣйшей столицѣ намѣчено болѣе 70 докладовъ, т. е. втрое больше, чѣмъ на первомъ съѣздѣ.

Такое прогрессивно увеличивающееся число сообщеній указы-ваетъ на жизнеспособность этихъ специальныхъ съѣздовъ и на ихъ научно практическую продуктивность.

Можно только по русскому обычаю положить поклонъ земной передъ тѣми дѣятелями, которые съумѣли съ самого начала поставить эти съѣзды на столь прочную почву.

Медицинскій факультетъ, встрѣчая членовъ съѣзда, собравшихся здѣсь въ залѣ торжественныхъ засѣданій Императорскаго Универси-тета св. Владиміра, шлетъ свое пожеланіе успѣшно разработать всѣ намѣченные вопросы на пользу науки и акушерско-гинекологической практики для блага страждущаго человѣка.

IV. Секретарь Организационнаго Комитета прочелъ получен-ныя привѣтствія отъ слѣдующихъ лицъ и учреждений:

1) отъ В. Θ. Снегирева.

Глубокоуважаемый Александръ Александровичъ!

Къ моему глубокому огорченію, я, по нездоровью, не могу при-ѣхать на съѣздъ. А потому прошу Васъ какъ Предсѣдателя Съѣзда выразить предъ нимъ мое наиглубочайшее почтеніе и самыя добрыя пожеланія о разрѣшеніи существенныхъ работъ, намѣченныхъ Съѣздомъ. Слѣды, оставляемые таковой работой, проникаютъ далеко въ глубь Россіи и врачи, какъ свѣточки, разносятъ ихъ по окраинамъ, провѣряя ихъ достовѣрность и убѣждаясь въ ихъ пользѣ. Уже это одно поды-маетъ цѣнность и значеніе Съѣзда. Съ другой стороны, научная ихъ компетентность покоится на солидной почвѣ—почвѣ добросовѣстности, искренности и убѣдительности.

А потому позвольте и мнѣ пожелать настоящему Съѣзду всякаго успѣха и благополучія.

Съ почтеніемъ остаюсь Вашъ покорный слуга: *В. Снегиревъ*.

2) отъ А. П. Губарева.

Прошу выразить мое привѣтствіе членамъ съѣзда и пожеланія плодотворной дѣятельности; глубоко сожалѣю, что не могу лично бла-годарить за вниманіе и участвовать на съѣздѣ.

Профессоръ *Губаревъ*.

3) отъ С. Д. Михнова.

Горячо благодарю васъ и всѣхъ товарищей за присланный при-вѣтъ, и глубоко сожалѣю, что обстоятельства лишили меня возмож-ности быть участникомъ съѣзда Россійскихъ гинекологовъ.

Профессоръ *Михновъ*.

4) отъ Н. И. Побѣдинскаго.

Покорнѣйше прошу васъ принять и передать участникамъ третьяго съѣзда Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ сердечную благодарность за присланный привѣтъ; отъ души желаю полного успѣха работамъ съѣзда; самъ очень сожалѣю, что непредвидѣнныя обстоятельства въ послѣдній моментъ помѣшали мнѣ поѣхать на съѣздъ.

Проф. *Побѣдинскій*.

5) отъ Н. І. Рачинскаго.

Привѣтствую създъ, желаю полного успѣха въ его работѣ, сожалѣю, что лишенъ возможности, по независящимъ обстоятельствамъ, присутствовать лично.

Рачинскій.

6) отъ Г. Е. Рейна.

Прошу передать мой привѣтъ третьему създу Россійскихъ гинекологовъ, безконечно сожалѣю, что лишенъ возможности принять участіе въ его работахъ въ Первопрестольномъ градѣ Кіевѣ въ стѣнахъ дорогого для меня славнаго университета Святаго Владиміра. Отъ всей души желаю, чтобы съѣхавшіеся со всего лица земли русской товарищи-гинекологи внесли новые драгоцѣнные вклады въ сокровищницу русской гинекологической школы во славу науки и на пользу русской женщинѣ.

Рейнъ.

7) отъ Н. Н. Феноменова.

Почтительнѣйше прошу васъ принять и засвидѣтельствовать създу мою глубокую признательность за выраженный привѣтъ; отъ всей души привѣтствую дружную работу създа, желаю успѣха и процвѣтанія плодотворной его дѣятельности на пользу отечественной гинекологіи. Vivat, floreat, crescat.

Профессоръ *Феноменовъ.*

8) отъ Н. М. Какушкина.

Лишенный возможности присутствовать на създѣ, шлю собравшимся товарищамъ искренній привѣтъ, и желаю дружной и плодотворной работы.

Привать доцентъ *Какушкинъ.*

9) отъ В. М. Онуфриева.

Уральское медицинское общество въ Екатеринбургѣ привѣтствуетъ третій всероссійскій създъ гинекологовъ и акушеровъ и желаетъ ему полного успѣха.

Предсѣдатель общества *Онуфриевъ.*

10) отъ А. М. Холоковскаго.

Шлю мой привѣтъ третьему всероссійскому създу гинекологовъ и акушеровъ. Сердечно скорблю, что не могу лично принять участіе въ праздникѣ нашей науки, глубоко вѣрю, что таковыя създы, объединяя работниковъ, дають имъ силу и мощь для дальнѣйшей работы во славу науки и на пользу нашей родины.

Гинекологъ Воронежск. губернска. земства *Александръ Холоковскій.*

11) отъ Н. И. Воблаго.

Сердечно желаю полного успѣха гинекологическому създу.

Воблый.

12) отъ Л. Ф. Ненадовича.

Привѣтствую създъ, желаю успѣха въ полезномъ трудѣ. Болѣзнь сына помѣшала пріѣхать.

Д-г. *Ненадовичъ.*

13) отъ д-ра Якубовскаго.

Софійевская больница съ вновь возникшимъ акушерско-гинекологическимъ отдѣленіемъ, привѣтствуя създъ, шлетъ пожеланія успѣшныхъ работъ во славу науки, на пользу человѣчества.

Якубовскій.

V. Почетнымъ предсѣдателемъ Съѣзда избранъ профес. Д. О. Оттъ; товарищами предсѣдателя д-ра А. Т. Богаевскій (Кременчугъ) и С. А. Александровъ (Смоленскъ); и почетными секретарями—К. П. Улезко—Строганова (Петербургъ) и В. Я. Гусевъ (Москва).

VI. Въ составъ ревизіонной комиссіи вошли профес. В. Д. Орловъ (Кіевъ), прив. доц. А. Г. Радзівевскій (Кіевъ) и ж. врачъ А. П. Хомякова (Кіевъ).

VII. Произнесены краткія привѣтствія Съѣзду:

- 1) Отъ Харьковской Акуш. Клиника д-ромъ Ѳ. А. Соловьевымъ.
- 2) Отъ Общества Одесскихъ Врачей д-ромъ Г. И. Гиммельфарбомъ.
- 3) Отъ Харьковского Земск. Род. дома д-ромъ Г. С. Прокопьевымъ.
- 4) Отъ журнала „Новое въ медицинѣ„ д-ромъ А. Я. Штернбергомъ.

VIII. По окончаніи чтенія привѣтствій и выборовъ почетныхъ членовъ бюро Съѣзда, предсѣдатель Организационнаго Комитета Съѣзда, проф. А. А. Муратовъ обратился къ собранію съ слѣдующими словами:

Высокочтимое Собраніе!

Я полагаю, что съ моей стороны не будетъ большою смѣлостью, если я скажу, что наши молодые, специальные съѣзды Общества Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ имѣютъ уже свою маленькую исторію. Мы обладаемъ двумя томами «Трудовъ» отъ 2 предшествовавшихъ съѣздовъ, готовится къ выпуску въ свѣтъ третій томъ—все это результатъ нашей совмѣстной интенсивной работы.

Идея о назрѣвшей потребности въ специальныхъ акушерско-гинекологическихъ съѣздахъ принадлежитъ покойному профессору К. Ѳ. Славянскому, но за его смертью мысль о нашихъ съѣздахъ временно заглохла. Профессору Д. О. Отту принадлежитъ, честь осуществленія, проведенія въ жизнь Россійскихъ гинекологическихъ съѣздовъ.

За нѣсколько лѣтъ жизни съѣздовъ, всякій изъ участниковъ, естественно, вкладывалъ извѣстную лепту на алтарь нашей науки; но если мы вспомнимъ всѣ три прошедшіе передъ нами Россійскіе акушерско-гинекологическіе съѣзды, то мы должны признать, что проф. Д. О. Оттъ игралъ въ нихъ выдающуюся роль въ смыслѣ поддержки и укрѣпленія нашихъ съѣздовъ. Это значеніе Д. О. выразились, между прочимъ, въ массѣ очень интересныхъ докладовъ, слѣданныхъ, какъ имъ самимъ, такъ и его сотрудниками.

Поэтому, позвольте отъ меня лично и отъ имени съѣзда выразить проф. Отту нашу глубокую благодарность, — просить его

также передать нашу благодарность его ближайшимъ сотрудникамъ, надѣясь, что и къ будущимъ съѣздамъ общества россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ Д. О. будетъ относиться съ такимъ-же рвеніемъ и любовью.

IX. Почетный предсѣдатель проф. Д. О. Оттъ, въ краткой рѣчи, поблагодарилъ за избраніе, указавъ на то, что дѣло съѣздовъ растетъ и развивается, отмѣтилъ дружеское отношеніе къ настоящему Съѣзду Университета св. Владимира, вообще, и его медицинскаго факультета, въ частности, и, наконецъ, выразилъ отъ съѣзда благодарность организационному комитету и особенно предсѣдателю его, проф. А. А. Муратову

X. Въ краткихъ рѣчахъ благодарили за избраніе почетные товарищи предсѣдателя А. Т. Богаевскій и С. А. Александровъ и секретари К. П. Улезко-Строганова и В. Я Гусевъ.

XI. По предложенію Д. О. Отта посланы привѣтственныя телеграммы Губареву, Грамматикати, Лебедеву, Макѣеву, Михнову, Михину, Побѣдинскому, Рейну, Снегиреву, Шмидту, Феноменову слѣдующаго содержанія:

Участники 3-го съѣзда Россійскихъ акушеровъ и гинекологовъ постановили послать привѣтъ всѣмъ отсутствующимъ представителямъ русской гинекологіи, горячо сожалѣя, что они не имѣли возможности личнымъ участіемъ содѣйствовать общей работѣ на пользу нашей отечественной науки.

Предсѣдатель Организационнаго Комитета А. А. Муратовъ.

XII. Почетный предсѣдатель объявилъ, что онъ закрываетъ Первое Общее собраніе Съѣзда и что первое научное засѣданіе состоится сегодня же отъ 1 до 3 часовъ дня.

Редакторы: { П. К. Неёловъ.
Г. Ф. Писемскій.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

Акушерско-Гинекологическое Общество въ С.-Петербургѣ.

(ГОДЪ ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ).

Протоколь № 6.

Засѣданіе 17-го сентября 1909 года.

Предсѣдательствоваль Г. Е. Рейнь.

Присутствовало 50 членовъ: Балабанъ, Барановскій, Башкировъ, Веберъ, Вербовъ, Виридарскій, Дофельдтъ, Гейнь, Герзони, Гусаковъ, Димантъ, Докушевская, Желтухинъ. Замшинъ, Ильинъ, Іозефсонъ, Кацнельсонъ, Кедровъ, Кипарскій, Китнеръ, Коробковъ, Кочетковъ, Кривскій, Лурье, Марковскій, Меркульевъ, Норейко, Оленинъ, Опель, Парышевъ, Піотровичъ, Подгорецкій, Преображенскій, Прокофьева, Редлихъ, Салмановъ, Скробанскій, Сперанская-Бахметьева, Столыпинскій, Строгановъ, Судаковъ, Терещенко, Терновскій, Улезко-Строганова, Ульяновскій, Чернышевъ, Шабакъ, Ширишовъ, Якобсонъ, В. Федоровъ и 24 гостя.

1. Читанъ и утверждень протоколь № 5.

2. В. П. Дофельдтъ сдѣлалъ докладъ на тему: *Биологическія реакціи между кровью матери и плода*: Авторефератъ. Вопросъ о различіи между кровью матери и плода по ихъ составу поднимался въ литературѣ уже давно, различія эти были установлены въ количественномъ колебаніи форменныхъ элементовъ, въ различіи химическаго состава, удѣльнаго вѣса и т. д., а за послѣднее время и на основаніи реакцій биологическихъ т. е. различнаго содержанія гемолизиновъ и агглютининовъ.

Матеріаломъ для изслѣдованія автору служили животныя и ихъ внутриутробные плоды различныхъ сроковъ второй половины беременности. Цѣль изслѣдованій: установить не содержится ли въ сывороткѣ матери гемолизиновъ и агглютининовъ для эритроцитовъ ея плодовъ, или наоборотъ.

Послѣ краткаго изложенія постановки опытовъ, авторъ перешелъ къ изложенію полученныхъ имъ результатовъ, которые

сводятся къ тому, что сыворотка плодовъ во всѣхъ случаяхъ гемолируетъ эритроциты, какъ ихъ матери, такъ и кошки небеременной, а сыворотка матери агглютинируетъ во всѣхъ случаяхъ эритроциты ея же плодовъ. Отсюда выводъ, что въ крови матери или плода могутъ содержаться вещества, которыя не проходятъ черезъ плаценту т. е. плацента не есть простой диализаторъ, а есть органъ со сложной функціей, которая заключается въ переработкѣ или задержкѣ веществъ циркулирующихъ въ крови матери или плода.

Г. Е. Рейнъ спрашиваетъ докладчика, не могло ли хлороформированіе вызвать полученныя имъ реакціи.

Докладчикъ. Вопросъ о гемолизинахъ такъ подробно разработанъ, что влияніе хлороформа на раствореніе гемоглобина навѣрно было бы отмѣчено, однако въ литературѣ подобныхъ указаній не имѣется.

К. П. Улезко-Строганова. Взглядъ на плаценту, какъ на органъ сложный, въ которомъ протекають различные химическіе процессы, существуетъ уже давно. Такъ, указано, что въ крови матери содержится больше антитрипсина, чѣмъ въ крови плода.

Г. Е. Рейнъ указываетъ на большой интересъ доклада уже потому, что методъ примененный докладчикомъ относится къ новой области, до послѣдняго времени еще не подвергавшейся обсужденію въ Обществѣ, затѣмъ онъ благодаритъ докладчика за интересное сообщеніе.

3. К. К. Скробанскій сдѣлалъ сообщеніе о тяжеломъ случаѣ безбѣлковой послѣродовой эклямпсии, при которомъ докладчикъ примѣнилъ сначала пункцію подпаутиннаго пространства спинного мозга, а затѣмъ операцію декапсуляціи почекъ. Слѣдовавшіе быстро одинъ за другимъ припадки послѣ того, какъ было выпущено 38 с. с. спинно-мозговой жидкости не возобновлялись втеченіе болѣе 4 часовъ. Операція Edebohls'a произведена послѣ 27-го припадка и въ тяжеломъ состояніи больной. Послѣ операціи почти двое сутокъ припадки не возобновлялись, а затѣмъ повторились еще 11 разъ, но были слабы. Наступило полное выздоровленіе.

Сопоставивъ затѣмъ на таблицѣ результаты собранныхъ имъ въ литературѣ 35 случаевъ подобной же операціи, докладчикъ приходитъ къ выводу: операція Edebohls'a является методомъ новымъ, но несомнѣнно общающимъ. При многихъ тяжелыхъ случаяхъ послѣродовой эклямпсии, когда всѣ средства наркотической терапіи уже исчерпаны, операція эта является даже единственнымъ методомъ, которымъ мы покуда располагаемъ. Условія необходимыя для операціи-ясно выраженное пониженіе дѣятельности почекъ и наличность законченныхъ родовъ (Авторефератъ).

Е. В. Димантъ спрашиваетъ докладчика: Какая наркотическая терапия примѣнялась имъ и что онъ считаетъ запущеннымъ случаемъ эклямписи.

Докладчикъ. Я примѣнялъ морфій, хлораль-гидратъ и хлороформъ. Что касается приведенныхъ мною запущенныхъ случаевъ, то они дѣйствительно были таковыми, т. к. въ нѣкоторыхъ изъ нихъ больныя находились уже въ длительной комѣ и операція была выполнена только послѣ большого числа припадковъ.

А. И. Сулаковъ (Авторефератъ). До тѣхъ поръ, пока этиологія эклямписи будетъ неизвѣстна—всѣ мѣропріятія по лѣченію ея, какъ хирургическаго, такъ и фармакологическаго свойства, всегда будутъ носить случайный, эмпирическій характеръ. Операція Edebohls'a, настойчиво рекомендуемая К. К. Скробанскимъ, имѣетъ цѣлью путемъ декапсуляціи почекъ увеличить діурезъ у эклямптичекъ. Но, какъ извѣстно, бываютъ случаи довольно тяжелой эклямписи съ достаточнымъ количествомъ мочи: около литра и болѣе и при томъ безъ содержанія бѣлка, какъ это наблюдалось мною въ началѣ этого года въ клиникѣ проф. Рейна. Какъ поступилъ бы въ данномъ случаѣ уважаемый докладчикъ? Показана ли здѣсь операція Edebohls'a? Далѣе, какъ найти критерій для сужденія о тяжести заболѣванія? Вѣдь извѣстно, что такъ называемые тяжелые случаи и безъ операціи протекаютъ благополучно. Слѣдовательно о случаѣ оперированномъ докладчикомъ нельзя сказать *post hoc-propter hoc*. Но много вопросовъ еще ждетъ разъясненій, къ тому же и дедуктивные способы въ наукѣ вели къ истинѣ. Поэтому нельзя не привѣтствовать настойчивой попытки докладчика освѣтить этиологию эклямписи и слѣдовательно получить возможность рациональной терапіи.

Докладчикъ отвѣтилъ А. И. Сулакову, что онъ и не думаетъ настойчиво рекомендовать операцію Edebohls'a. Какъ видно изъ доклада, онъ допускаетъ ея примѣненіе только въ строго опредѣленныхъ случаяхъ. Въ случаѣ приводимомъ, оппонентомъ декапсуляція, по мнѣнію докладчика, не имѣетъ мѣста. Этиологіи эклямписи докладчикъ не касается.

В. В. Строгановъ (Авторефератъ). Цифры смертности послѣ примѣненія декапсуляціи ($32 - 11 = 34,3\%$) довольно значительны, чтобы можно было признать особенно благоприятное дѣйствіе этой операціи. К. К. не точенъ утверждая, что эта операція примѣнялась лишь въ тяжелыхъ случаяхъ эклямписи. Укажу для примѣра на случаи Opitz'a (4), гдѣ операція была произведена послѣ 3 и 7 припадковъ (3, 3, 4, 7). Случай докладчика также мало говоритъ въ пользу операціи, такъ какъ и послѣ нея наблюдалось много припадковъ.

Пользуюсь случаемъ указать на нѣкоторыя неточности въ прошломъ докладѣ К. К., рисующія лѣченіе эклямписи въ неправильномъ свѣтѣ. К. К. утверждаетъ, что петербургская эклямпися протекаетъ очень благоприятно. Вотъ цифры: смертность въ клиникѣ Вилліе за 1870—1905 годъ = $18,91\%$, въ Акушерскомъ отдѣленіи Клиническаго Военнаго госпиталя $18,37\%$ (Швирко. 294 случая эклямписи. Клинической Обзоръ). Въ Повивальномъ Гинекологическомъ институтѣ по Чапину было $21,6\%$ и по Виридарскому $20,0\%$. У Бидлера смертность $17,3\%$. Въ Маріинскомъ родильномъ домѣ $23,89\%$. У Столыпинскаго смертность въ Надеждинскомъ Родовспомогательномъ

заведеніи за 1898—1900 гг. была 15,3%. Интересно, что первые 65 случаевъ дали 20% смертности, а послѣдніе 47 (въ отчетѣ ошибочно 46)—8,5%. Послѣдняя серія начинается съ того времени, когда я принималъ участіе въ лѣченіи эклямпсіи въ этомъ учрежденіи (съ 15-го февраля 1900 г.) по профилактическому методу.

Не думаю, чтобы К. К. былъ правъ, опуская случаи смерти отъ воспаленія легкихъ и даже отъ сепсиса, такъ какъ и то и другое очень часто сопровождаютъ эклямпсію. Но во всякомъ случаѣ при сравненіи эти цифры должны быть аналогичными. Еще болѣе крупную неточность замѣтилъ я въ цифрахъ смертности въ акушерской-академической клиникѣ, приведенныхъ К. К.; изъ диссертации Цвирко (l. c.) видно, что съ 1881 по 1904 г. время цитируемое К. К., умерло при эклямпсіи 5 женщинъ на 33, т. е. около 15% и слѣдовательно смертность въ 4,9% приводимыхъ и особенно подчеркиваемыхъ К. К. ошибочна.

Считаю проколъ позвоночнаго канала совершенно не рациональнымъ способомъ лѣченія эклямпсіи, а декапсуляцію почекъ мало обоснованной пока операцией, какъ это видно между прочимъ изъ различнаго объясненія полезнаго вліянія этой операціи приводимыхъ самимъ докладчикомъ.

Р. В. Кипарскій отмѣчаетъ серіозное значеніе декапсуляціи, какъ операціи очень тяжелой. Операція лишь оправдывается наблюдавшимся напряженіемъ почечной капсулы. Въ тяжелыхъ случаяхъ при паденіи пульса нужно думать, что и эта операція не дастъ эффекта. Далѣе Р. В. указываетъ на попытку Витт'а включить въ организмъ новую почку, добытую отъ только что умершаго новорожденнаго. Правда, этотъ способъ, разрабатываемый экспериментально, еще далекъ отъ практическаго примѣненія.

Д. И. Ширшовъ не представляетъ себѣ возможнымъ, какъ это дѣлаетъ проф. Строгановъ, на основаніи цифръ докладчика выводить % смертности: цифры покуда еще не велики, да и случаи эклямпсіи исключительны. Д. И. допускаетъ эту операцію только въ послѣродовомъ періодѣ и при явленіяхъ анурии.

В. А. Оппель, останавливаясь главнѣйшимъ образомъ на техникѣ операціи, отмѣчаетъ, что онъ нѣсколько разъ производилъ декапсуляцію почекъ, при различныхъ заболѣваніяхъ этого органа. Хотя эта операція не разрушаетъ почечной ткани, но нужно помнить, что всетаки верхніе слои почечной ткани отмираютъ. Исходя изъ значенія декапсуляціи, какъ операціи понижающей внутрикапсульное давленіе, В. А. Оппель находитъ достаточнымъ только надрѣзать капсулу. Нефротомію В. А. давно уже отрицалъ, такъ какъ эта операція ведетъ не рѣдко къ тяжелымъ осложненіямъ и послѣдствіямъ.

Г. Е. Рейнъ. Наблюдаются иногда такіе тяжкіе случаи эклямпсіи—которые не уступаютъ никакимъ обычнымъ способамъ лѣченія, а потому при ней необходимо пользоваться всѣми современными способами лѣченія, въ томъ числѣ и операціей Edebohls'a, которая достойна самыхъ тщательныхъ изученій.

К. К. Скробанскій (Авторефератъ). Мм. Гг. Нѣкоторыми изъ моихъ оппонентовъ предъявлено такое количество возраженій и отчасти даже обвиненій, что отвѣтить на все въ короткій срокъ, которымъ я

могу располагать — едва ли возможно. Главнымъ оппонентомъ моимъ несомнѣнно является проф. В. В. Строгановъ. Я понимаю, что столь горячій защитникъ наркотическаго способа лѣченія эклямпсіи, какъ В. В., долженъ защищать значеніе этого способа всей силою своихъ аргументовъ. Но для меня непонятно, почему проф. Строганову необходимо строить защиту своихъ взглядовъ на отрицаніи взглядовъ другихъ, нисколько не опровергающихъ значеніе наркотическаго лѣченія, котораго придерживается В. В.

Я не считаю возможнымъ возвращаться здѣсь къ старому своему докладу и углубляться въ разборъ статистики цитируемой проф. Строгановымъ (я это сдѣлаю при болѣе подходящихъ условіяхъ), хочу только сказать, что я не понимаю проф. Строганова. Что онъ хочетъ сказать: что я завѣдомо подбиралъ цифры или приводилъ ихъ невѣрно? Ни то, ни другое не соответствуетъ дѣйствительности. Диссертация Цвирко изъ клиники проф. Лебедева мнѣ извѣстна. Но если бы у насъ даже и было бы противорѣчіе, то почему проф. Строгановъ относится съ довѣріемъ къ цифрамъ Цвирко и съ недоувѣріемъ къ моимъ? Далѣе удивительно то, что, отнесясь такъ внимательно къ этимъ небольшимъ цифрамъ, (которыя я, какъ это видно было изъ моего доклада, самъ считаю мало убѣдительными вслѣдствіе ихъ незначительности), проф. Строгановъ совершенно забываетъ наиболѣе важную часть моего прошлаго доклада — большія цифры родильныхъ пріютовъ (412 случаевъ, 37 смертныхъ = 8.9%), которыя съ неотразимостью говорятъ за правильность проводившагося мною взгляда. Но объ этомъ позже, такъ какъ я считаю для себя обязательнымъ держаться въ предѣлахъ доклада и обсуждать декапсуляцію.

Конечно, подводить % смертности изъ 32 случаевъ декапсуляціи, приведенныхъ мною, какъ это дѣлаетъ В. В. Строгановъ, совершенно недопустимо. Недопустимо прежде всего потому, что сами цифры очень малы, а затѣмъ и потому, что случаи эклямпсіи, при которыхъ впервые производилась декапсуляція, естественно были тяжелы.

Проф. Строгановъ отрицаетъ послѣднее и указываетъ на 4 случая *Opitz'a*, я могу прибавить къ этимъ 4 еще 4 *Alsberg-Keller'a*, но можно ли такими ссылками доказать то, что желаетъ В. В.? Конечно нѣтъ: тотъ кто пожелалъ бы прослѣдить литературу вопроса съ несомнѣнностью убѣдится, что въ большинствѣ случаевъ декапсуляція производилась въ очень тяжелыхъ случаяхъ и даже на умирающихъ.

Относительно своего случая, который проф. Строгановъ считаетъ недоказательнымъ, т. к. припадки возобновились, могу только повторить: да, припадки дѣйствительно возобновились, но только черезъ много часовъ послѣ операциіи и, возобновясь, потеряли свой тяжелый характеръ. Кромѣ того, къ операциіи было приступлено послѣ того, какъ примѣнявшійся продолжительное время наркотическій способъ, который проводился въ порядкѣ предлагаемомъ проф. Строгановымъ, оказался недѣйствительнымъ.

Заявленіе Д. И. Ширшова содержитъ повтореніе сказаннаго мною въ докладѣ и потому отвѣта не требуетъ.

На заявленіе В. А. Оппеля я долженъ дать слѣдующій отвѣтъ: надрѣзь и насѣчки почечной капсулы, какъ приемы замѣняющіе декапсуляцію, въ моментъ, когда я рѣшилъ приступить къ операциіи, мнѣ

были известны. Но передо мной стоялъ слѣдующій вопросъ; дѣлать ли: 1) надрѣзь капсулы, 2) декапсуляцію или 3) нефротомію. Боясь сдѣлать мало и желая избѣжать лишняго, я остановился на среднемъ.

В. А. Оппель. На вашемъ мѣстѣ я вѣроятно поступилъ бы такъ же.

Г. Е. Рейнъ въ лестныхъ выраженіяхъ благодарить докладчика за интересное сообщеніе и защиту свѣихъ взглядовъ.

Присутствующіе наградили докладчика рукоплесканіями.

4. Ф. К. Веберъ. *Къ вопросу о множественномъ эхинококкѣ брюшной полости.*

Докладчикъ сообщилъ исторію болѣзни одного случая, а затѣмъ отмѣтилъ особенности этого случая. Больная 40 лѣтъ поступила въ больницу Св. Маріи Магдалины съ обширною грыжею брюшной стѣнки и съ опухолью справа отъ пупка. Больная раньше страдала болями въ подложечной области; 2¹/₂ года т. н. перенесла гнойный перитонитъ, который съ успѣхомъ былъ оперированъ. Кромѣ продолговатой опухоли справа отъ пупка (опухоли сальника), прощупывалась еще опухоль кистовидная—праваго яичника, опухоль у основанія правой широкой связки, множественныя мелкія опухоли въ заднемъ дугласѣ и небольшія бугристыя на днѣ матки. Всѣ опухоли были плотной эластической консистенціи, совершенно безболѣзненны. Діагнозъ складывался въ пользу запущеннаго туберкулезнаго перитонита.

Операция состояла въ удаленіи опухоли сальника, праваго яичника и широкой связки; бугристости на днѣ матки и въ дугласѣ оставлены. Послѣ операции опухоли надрѣзаны; всѣ онѣ содержали весьма характерную для эхинококка свѣтлую, слегка опалесцирующую жидкость. Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило эхинококковое происхожденіе опухолей.

Черезъ мѣсяць послѣ операции стало замѣтно увеличеніе опухолей въ дугласѣ и слѣва отъ матки. Произведено влагалищное удаленіе матки вмѣстѣ съ пузырьемъ у ея лѣваго края. Изъ дугласа вылушенъ цѣлый рядъ мелкихъ кистъ. Больная совершенно поправилась. Микроскопическое изслѣдованіе узловъ, взятыхъ изъ дна матки показало, что это миоматозныя опухоли.

Въ данномъ случаѣ несомнѣнно имѣется вторичный множественный эхинококкъ брюшины, который развивался вслѣдствіе разрыва эхинококка печени. Гнойный перитонитъ, развившійся при этомъ, съ успѣхомъ былъ излѣченъ операцией. Последняя не воспрепятствовала диссеминаціи эхинококка въ брюшной полости. Характерно для вторичнаго эхинококка распределеніе пузырей въ сальникѣ и на днѣ дугласа рядомъ съ маткой; всѣ опухоли легко вылушались и во всякомъ случаѣ не лежали позади брюшинъ.

Случай этотъ являлся единственнымъ въ литературѣ въ томъ смыслѣ, что здѣсь вслѣдствіе разрыва нагноившагося эхинококка печени наступилъ гнойный перитонитъ, который былъ съ успѣхомъ излѣченъ операцией; черезъ 2 года послѣ этого появилась диссеминація эхинококка.

Мнѣніе проф. Ратимова, что множественный эхинококкъ можетъ быть только первичнымъ, т. е. развивается изъ шести-крючковыхъ зародышей опровергнуто рядомъ экспериментальныхъ работъ (проф. Лебедева, Андреева, Алексинскаго), которыя доказали, что вторичные эхинококки могутъ развиваться изъ дочернихъ пузырей, изъ головокъ и зародышевыхъ пузырей.

В. А. Оппель. Случай докладчика заслуживаетъ большого вниманія и является несомнѣннымъ доказательствомъ, что множественный эхинококкъ брюшной полости можетъ развиваться вторично. Возникшій 30 лѣтъ т. к. между проф. Ратиловымъ и школой проф. Боброва споръ о первичномъ или вторичномъ происхожденіи множественнаго эхинококка привелъ къ тому, что въ настоящее время мы должны признать существованіе какъ первой такъ и второй формы.

Въ доказательство правильности взгляда своего учителя проф. Ратимова, В. А. Оппель, приводитъ два случая оперированные имъ по поводу множественнаго эхинококка. Оба случая несомнѣнно должны быть отнесены къ первичной формѣ.

Докладчикъ не оспариваетъ мнѣнія проф. Ратимова, что въ брюшной полости можетъ развиваться множественный первичный эхинококкъ; разъ изъ кишечника проникаютъ нѣсколько шестикрючковыхъ зародышей, они могутъ стать исходною точкою нѣсколькихъ пузырей, послѣдствіе всегда лежатъ экстраперитонеально. Мнѣніе же проф. Ратимова, что эхинококковый пузырь не можетъ развиваться иначе, какъ изъ шестикрючнаго зародыша въ настоящее время окончательно опровергнуто и твердо установлено, что каждая первичная киста брюшной полости, развиваясь, можетъ дать толчекъ для развитія вторичныхъ кистъ.

И. В. Судаковъ, проживая втеченіе нѣсколькихъ лѣтъ въ мѣстности, гдѣ эхинококкъ былъ сильно распространенъ, наблюдалъ многочисленные случаи этого заболѣванія, изъ которыхъ 11 случаевъ съ локализацией въ брюшной полости оперированные въ промежутокъ времени около полутора года, были своевременно описаны И. В. Въ виду возникшаго въ настоящемъ засѣданіи вопроса о брюшинномъ и внѣбрюшинномъ путяхъ проникновенія множественнаго эхинококка Д-ръ Судаковъ приводитъ нѣкоторые видѣнные имъ, но не описанные случаи съ локализацией эхинококковъ въ наружныхъ органахъ тѣла, безъ пораженія печени или другихъ внутреннихъ органовъ. Такъ у одного больного наблюдался одинъ пузырь въ *sulcus bicipitalis intern.*, а въ другомъ *in regione submaxillare* (авторефератъ).

Докладчикъ отвѣтилъ В. А. Оппелю, что онъ не оспариваетъ мнѣнія проф. Ратимова, что въ брюшной полости можетъ развиваться множественный первичный эхинококкъ; разъ изъ кишечника проникаетъ нѣсколько шестикрючковыхъ зародышей, они могутъ стать исход-

ною точкою нѣсколькимъ пузырямъ. Последніе всегда лежатъ экстраперитонеально. Мнѣніе же проф. Ратимова, что эхинококковый пузырь не можетъ развиваться иначе, какъ изъ шестикрючнаго зародыша въ послѣднее время окончательно опровергнуто и твердо установлено, что каждая первичная киста брюшной полости, разрываясь, можетъ дать толчекъ для вторичныхъ кистъ (Авторефератъ).

Г. Е. Рейнъ, отмѣчая большой интересъ случая, сообщеннаго докладчикомъ, вспоминаетъ о собственномъ наблюденіи эхинококка сальника, опубликованномъ въ этомъ журналѣ около 15 л. т. н. Нерѣдко въ этихъ случаяхъ постановка диагноза представляетъ большія затрудненія. Если при операціи характеръ опухоли не ясенъ, то необходимо избѣгать ея вскрытія и производить экстирпацию опухоли цѣликомъ. Поступивъ такъ въ своемъ случаѣ, оппонентъ избѣжалъ инфекцій брюшной полости дочерними пузырями, которые содержались въ опухоли во множествѣ.

Случай докладчика долженъ быть признанъ единственнымъ въ литературѣ, какъ тщательно изученный и прелѣженный шагъ за шагомъ.

Въ заключеніе Г. Е. отъ имени общества благодаритъ докладчика за сдѣланное сообщеніе.

Закрывъ ученое засѣданіе Общества, Г. Е. предлагаетъ Обществу слѣдующее засѣданіе, для удобства предполагающихся демонстрацій эпидиаскопомъ, устроить въ завѣдуемой имъ клиникѣ.

Предложеніе принято.

Предсѣдатель **Г. Е. Рейнъ**

Секретарь **И. Сиробанскій**

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ русской акушерско-гинекологической литературы.

597. И. Н. Александровъ.—*Случай влагалитной экстирпации матки при пятимѣсячной беременности по поводу раковаго перерожденія шейки.* («Медицинское Обозрѣніе», 1909 г., № 13).

М. Р. С., 28 л.; беременна въ 7-ой разъ. Жалуется на кровянистыя выдѣленія, появившіяся за послѣдніе 1½ мѣсяца.

Первыя регулы—на 16-омъ году, черезъ 3 недѣли, по 3—4 дня, не сильно, безъ боли. Послѣднія регулы—пять мѣсяцевъ тому назадъ. Въ дѣтствѣ перенесла корь. Замужество—на 19-омъ году. Рожала 6 разъ. Роды и послѣродовые періоды—правильны. Послѣдніе роды—2 года тому назадъ. За послѣдній годъ стала замѣчать по временамъ бѣли желтаго цвѣта. Другихъ заболѣваній не имѣла. Средняго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. Органы дыханія и кровообращенія уклоненій отъ нормы не представляютъ. Дно матки на поперечный палецъ ниже пупка. Размѣры таза: Сг.—23; Sp.—25; тг.—30; с. ext.—18. Внутреннее изслѣдованіе обнаружило канкроидъ величиною въ куриное яйцо, съ ножкой, исходившей изъ передней губы матки. Своды свободны. Микроскопъ показалъ картину плоскоклеточнаго рака шейки. Больной подъ хлороформеннымъ наркозомъ, послѣ разрѣза матки спереди по средней линіи, сдѣлано извлеченіе за ножки живого плода, а затѣмъ полное влагалитное удаленіе матки съ перевязкой широкихъ связокъ резиновыми жгутами по способу Венера Штрауха.

Больная на 24-й день выписалась здоровой.

598. I. Ю. Якубъ.—*Миома матки, осложненная аденокарциномой обоехъ мичниковъ* (ibidem).

38-лѣтняя больная, замужняя, поступила съ жалобами на неправильныя регулы, бѣли и боли внизу живота.

Первыя регулы на 14-омъ году, установились правильно, черезъ 4 недѣли, по 4 дня, умѣренно, безъ боли. Послѣдній годъ—регулы идутъ черезъ 2—4 недѣли, по 8 дней, болѣе обильны, съ болью. Послѣднія регулы—неправильны и очень продолжительны. Единственные и очень трудные роды—18 лѣтъ тому назадъ. Въ послѣродовомъ періодѣ хворала; не кормила. Больная выше средняго роста. Сложеніе и питаніе—хорошее. Органы кровообращенія и дыханія—нормальны.

Матка слегка увеличена, нормальной формы и консистенціи; яичники и трубы — нормальны. Произведено выскабливаніе матки, и черезъ 8 дней болыная выписалась здоровой.

Около году спустя болыная вновь поступила въ лѣчебницу. Регуль нѣтъ уже два мѣсяца. Матка увеличена почти до размѣра головки 6-ти-мѣсячнаго плода и плотна. Позади и сбоку матки—мало-подвижная опухоль эластической консистенціи. Болей—нѣтъ. Послѣ 3-хъ-мѣсячной задержки, регулы появились вновь, какъ всегда, только въ нѣсколько меньшемъ количествѣ. Съ теченіемъ времени опухоль имѣла наклонность быстро увеличиваться.

Операція удаленія опухолей чрезъ животъ. При операціи обнаружилось, что оба яичника превращены въ эластическія опухоли съ жидкимъ содержимымъ, свѣтло-соломеннаго цвѣта, величиной каждая съ голову 8-ми-мѣсячнаго плода. Удаленіе опухолей. Ампутація матки суправагинально. Опухоли оказались адено-карциномами.

На 23 день болыная выписалась здоровой.

599. I. Ю. Якубъ. — *Uterus bilocularis puerperalis, осложненный подслизистой фибромой* («Мед. Обозр.», 1909 г., № 13).

28-ми-лѣтняя болыная, замужемъ 3 года. Жалобы на ненормальное выдѣленіе изъ половыхъ органовъ, лихорадочное состояніе и общую слабость.

Регулы — всегда правильно, черезъ 4 недѣли по 4—5 дней, безъ болей. Органы дыханія, кровообращенія и кишечника—нормальны. Родила 1½ мѣсяца тому назадъ. Роды—нетрудные. Со 2 или 3 дня послѣ родовъ лихорадитъ. При поступленіи, t^0 —38,7. Матка безболѣзненна на ощупь, подвижна, увеличена до 4 или начала 5 мѣсяца беременности. Зѣвъ свободно пропускаетъ палець; каналъ шейки сливается съ полостью матки. Послѣдняя раздѣлена на двѣ половины—правую и лѣвую довольно толстой перегородкой, начинающейся со дна матки и кончающейся на уровнѣ внутренняго зѣва. Въ лѣвой половинѣ, значительно болышей, чѣмъ правая, обнаружена опухоль плотной консистенціи, величиною въ небольшой кулакъ.

Послѣ неудачной попытки расширить наружное отверстіе и лѣвую полость матки при помощи метрейринтера, опухоль была удалена чрезъ влагалище кускованіемъ, а маточная перегородка въ болышей своей части разрушена при этомъ.

Болыная выписалась на 10-й день совершенно здоровой.

Н. Кушталовъ.

600. Проф. И. В. Троицкій. *Женское молоко и способы его изслѣдованія* (Практ. Врачъ №№ 37 и 38, 1909).

Въ теченіе періода кормленія женское молоко подвергается колебаніямъ въ составѣ въ зависимости отъ различныхъ причинъ: вре-

мени дня, частоты сосанія и т. д. Наибольшій удѣльный вѣсъ молока и наилучшія питательныя свойства наблюдаются у женщинъ въ возрастѣ 20—25 лѣтъ. Для правильной функціи грудныхъ железъ полезны умѣренный трудъ и движенія не до усталости. Переутомленіе уменьшаетъ значительно количество плотныхъ частей молока. Появленіе правильныхъ менструацій во время кормленія только въ рѣдкихъ случаяхъ вредно отражается на составѣ молока, тогда какъ новая беременность, всегда; нравственныя потрясенія, инфекціонныя заболѣванія также вредно дѣйствуютъ на составъ молока. Кромѣ того, въ молокѣ могутъ происходить измѣненія, неподдающіяся ни химическому ни микроскопическому учету, но въ то же время дѣлающія секретъ молочныхъ железъ негоднымъ для питанія. Возможно, что здѣсь дѣло идетъ объ отсутствіи въ молокѣ какихъ то полезныхъ ферментовъ. Такія случайности чрезвычайно рѣдки, если ребенка кормитъ сама мать. Для рѣшенія вопроса о пригодности молока для вскармливанія ребенка нѣтъ нужды производить точный химическій анализъ его. Достаточно произвести рядъ взвѣшиваній ребенка до кормленія и послѣ него и опредѣлить удѣльный вѣсъ молока приборомъ Quevenne—Kongrad'a. Содержаніе жира для болѣе точныхъ изслѣдованій лучше всего опредѣлять лактобутирометромъ Marchand—Kongrad'a.

Въ обычныхъ случаяхъ, не требующихъ особой точности изслѣдованія, достаточно ограничиться микроскопическимъ изслѣдованіемъ и оптическимъ способомъ. При первомъ слѣдуетъ обращать главное вниманіе на количество шариковъ средняго формата характеризующихъ питательныя свойства молока. Оптический способъ основанъ на интенсивности помутнѣнія воды отъ прибавленія къ ней опредѣленнаго количества молока или на сравненіи его цвѣта съ красками, соответствующими той или другой плотности.

601. Проф. Д. О. Оттъ.—*Сравнительная оценка способовъ хирургическаго леченія рака матки* (Р. Врачъ, № 34, 1909)

Удаленіе матки при раковомъ пораженіи ея производится однимъ изъ 3 способовъ: 1) по „расширенному“ способу брюшнымъ путемъ, 2) по „расширенному“ способу влагалищнымъ путемъ и 3) обычнымъ способомъ, также влагалищнымъ путемъ. Сравняя результаты операцій по первому способу, произведененныхъ Wertheim'омъ, по второму Schauta и Staude, а по третьему авторомъ, проф. Оттъ приходитъ къ заключенію, что наибольшіе шансы для коренного излѣченія представляетъ первый способъ операцій, но, съ другой стороны, онъ сопряженъ и съ большимъ рискомъ для больной. То же, хотя и въ менѣе сильной степени, относится ко второму способу. Поэтому, по мнѣнію проф. Отта, для больной выгоднѣе подвергнуться операциі по третьему способу. Примѣняя эти основныя положенія къ каждому отдѣльному случаю, слѣдуетъ въ начальной стадіи процесса ограничить-

ся удаленіемъ матки; примѣнить второй способъ при раковомъ поражении влагалища и первый, т. е. „расширенный“ способъ per laparotomiam въ тѣхъ случаяхъ, когда есть намекъ на поражение и клѣтчатки.

602. С. С. Холмогоровъ. *Показанія и условия для производства кесарскаго сѣченія при узкомъ тазѣ (15 кесарскихъ сѣченій съ благоприятнымъ исходомъ для матерей).* (Р. Врачъ №№ 35, 36, 1909).

Выводы автора слѣдующіе: при безусловномъ суженіи таза нужно обязательно дѣлать кесарское сѣченіе, хотя бы ребенокъ былъ завѣдомо мертвый, но доношенный. При относительномъ показаніи необходимымъ условіемъ является увѣренность въ возможности сохраненія жизни ребенка и желаніе матери. Такъ какъ пубіотомія и преждевременные роды даютъ гораздо меньше шансовъ на сохраненіе жизни ребенка, то въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ отдать предпочтеніе кесарскому сѣченію. При нежеланіи больной подвергнуться такой операциі, слѣдуетъ вызвать преждевременные роды, а если срокъ для нихъ пропущенъ,—предложить пубіотомію, указавъ предварительно на возможные осложненія ея. При отказѣ больной отъ пубіотоміи, попробовать окончить роды щипцами, въ крайнемъ случаѣ прибѣгнуть къ прободенію даже живого ребенка.

Верхней границей для производства кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи авторъ считаетъ conj. vera=7 см. при плоскомъ тазѣ и 7,5 при общесуженномъ.

Для хорошаго исхода кесарскаго сѣченія необходимо, чтобы беременная поступала въ клинику заблаговременно и не подвергалась бы вовсе внутреннему изслѣдованію. Лучше оперировать до начала родовъ, чтобы имѣть возможность хорошо и не спѣша обставить операцию. Авторъ ни въ одномъ случаѣ не счелъ возможнымъ произвести кастрацію при кесарскомъ сѣченіи. Исходы.

М. Проскуракова.

Обзоръ нѣмецкой акушерско-гинекологической литературы.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 29, H. 2, 1909.

603. Penkert. *Tabes dorsalis im Geschlechtsleben der Frau.*—

Спинномозговая сухотка въ половой жизни женщины.

Наиболѣе частое заболѣваніе спинного мозга, сухотка его, у женщинъ встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ у мужчинъ; по статистикѣ Friedrichsen'a, на 6—7 табетическихъ мужчинъ приходится одна табетическая женщина, а, по Hoffmann'у, на 11,8 мужчинъ 1 женщина, причемъ женщины чаще всего поражаются въ чадородномъ возрастѣ, 35—40 лѣтъ. Коснувшись вкратцѣ этиологии и леченія спинномозговой сухотки у женщинъ, Penkert останавливается на вліяніи ея

на половую сферу и на сочетаніи ея съ беременностью. Половая сфера затрагивается при сухоткѣ у женщинъ не такъ сильно, какъ у мужчинъ. Съ развитіемъ болѣзни наблюдаются расстройства менструаціи. Половое влеченіе и половое чувство въ началѣ заболѣванія мало выражены, затѣмъ совершенно угасаютъ. Менопауза наступаетъ къ 39—41 годамъ. Обращаясь къ беременности при сухоткѣ, Penkert приводитъ извѣстные въ литературѣ случаи и сообщаетъ собственное наблюденіе надъ беременностью и родами у 27-лѣтней 1-para. Заболѣваніе у нея было въ начальной стадіи и выразалась гастрическими припадками каждыя 2—4 недѣли, принимаемыми долгое время за приступы мигрени и чрезмѣрной рвоты беременныхъ. Роды прошли безболѣзненно до момента прорѣзыванія головки, которое сопровождалось 4 нѣсколько чувствительными схватками. Отъ отхода водъ, показавшаго наступленіе родовъ, до рожденія ребенка прошло всего 45 м. Послѣдъ вышелъ безъ осложненій, но чрезъ 1/2 часа появился сильный гастрическій приступъ. Послѣродовой періодъ протекъ совершенно безлихорадочно. Чрезъ мѣсяцъ послѣ родовъ обнаружались и другіе характерные признаки сухотки.—Penkert подчеркиваетъ то обстоятельство, что при беременности сопутствующія ей явленія могутъ маскировать начинающуюся сухотку, и потому на основаніи своего случая полагаетъ, что при приступахъ рвоты, повторяющихся въ 2—3—4 недѣльные промежутки въ теченіе мѣсяцевъ или даже всей беременности, слѣдуетъ искать признаковъ tabes, дабы не впасть въ ошибку съ напраснымъ прерываніемъ беременности, что при tabes не дастъ никакого облегченія. Что касается теченія родовъ, то типически періодъ раскрытія совершенно безболѣзненъ, и только отхожденіе водъ или прорѣзываніе головки указываетъ женщинѣ на наступленіе родовъ. Продолжительность родовъ обычно увеличена, такъ какъ въ атактическо-паралитическомъ періодѣ дѣятельность брюшного пресса выпадаетъ. Послѣродовой періодъ проходитъ обыкновенно нормально, если нѣтъ еще растройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. Дѣти въ большинствѣ случаевъ рождаются крѣпкими и развиваются хорошо. Теченіе tabes у женщинъ обычно не бурное, медленное; беременность неблагоприятно на нее не вліяетъ. Наиболѣе неблагоприятно предсказаніе при гастрическихъ кризахъ, такъ какъ они подрываютъ питаніе и плохо поддаются леченію.

604. Barth. *Über Darmverletzungen bei gynäkologischen Operationen.*—*Поврежденія кишекъ при гинекологическихъ операціяхъ.*

Поврежденія кишечника при гинекологическихъ операціяхъ наблюдаются относительно нерѣдко и происходятъ чаще всего при тяжелыхъ операціяхъ на придаткахъ и при вылушеніи внутрисвязочныхъ воспалительно сращенныхъ яичниковыхъ кистъ, рѣже при удаленіи матки. Если ограничиваться при влагалищномъ вырѣзаніи матки строго

показанными случаями и избѣгать массоваго примѣненія зажимовъ по Doue n'у, то пораненіе кишечника не должно происходить совершенно. При вылушеніи плотно сращенныхъ опухолей придатковъ чрезъ брюшныя стѣнки въ большинствѣ случаевъ удается отдѣлить кишечныя петли посредствомъ ножа или ножницъ, или же тупымъ путемъ, безъ прободенія стѣнки кишки, но, какъ правило, въ этихъ случаяхъ наблюдаются поврежденія serosae и часто—muscularis; при недостаточномъ вниманіи къ этимъ поверхностнымъ поврежденіямъ можетъ послѣдовательно, вслѣдствіе нарушенія питанія и омертвѣнія, произойти прободеніе кишки, что приходилось наблюдать автору. Такое прободеніе можетъ быть предупреждено не столько тщательнымъ обшиваніемъ поврежденной серозной поверхности, сколько пластическимъ покрытіемъ поврежденныхъ участковъ частями сальника, что лучше всего обезпечиваетъ сомнительное питаніе поврежденныхъ мѣстъ. Это въ особенности важно при примѣненіи тампоновъ, такъ какъ тампонада нарушаетъ питаніе въ области кишечнаго поврежденія и такимъ образомъ благопріятствуетъ омертвѣнію и прободенію кишки. Обстоятельство это не должно однако заставлять отказываться отъ тампонаціи, такъ какъ послѣдняя предупреждаетъ зараженіе брюшной полости. Если свободная брюшная полость защищена склейками, то даже значительныя кишечныя прободенія съ обильнымъ излитіемъ кишечнаго содержимаго въ рану не влекутъ за собою непосредственной опасности, разъ обезпеченъ достаточный оттокъ наружу. Такія фистулы могутъ даже закрываться произвольно. Гораздо неблагопріятнѣе сквозныя поврежденія кишечника, которыхъ всячески слѣдуетъ избѣгать, что конечно, не всегда возможно. Чѣмъ обширнѣе и плотнѣе сращенія, тѣмъ опаснѣе отдѣленіе тупымъ путемъ; благоразумнѣе шагъ за шагомъ раздѣлять сращенія ножомъ или ножницами. При происшедшемъ сквозномъ поврежденіи необходимо немедленно наложить кишечный шовъ и оградить раненіе тампонами для предупрежденія вторичной инфекции. При обширныхъ поврежденіяхъ иногда приходится прибѣгать къ круговой резекціи кишки и циркулярному шву, въ другихъ же случаяхъ лучше ограничиваться провизорнымъ зашиваніемъ поврежденныхъ мѣстъ, тампонаціей, а затѣмъ, при образованіи кишечной фистулы, поступать сообразно требованіямъ случая. Самъ Barth при своихъ операціяхъ имѣлъ поврежденія кишечника въ 9 случаяхъ; всѣ они кончились выздоровленіемъ.

605. Sachs. *Über einen seltenen Befund von intrazellulären Streptokokkenketten in Spinalpunktat.*—Рѣдкая находка внутриклеточныхъ цепочекъ стрептококка въ выпущенной спинномозговой жидкости.

У 27-лѣтней женщины, беременной въ 6-й разъ на 8-мъ мѣс., обнаружались явленія менингита; послѣдовали произвольные преждевременные роды, послѣ которыхъ состояніе больной еще ухудшилось.

Въ цѣляхъ лѣченія была сдѣлана спинальная пункція, повторенная затѣмъ 3 раза, но не давшая облегченія; больная умерла на 9-я сутки послѣ родовъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи спинальной жидкости въ 1-й порціи были найдены длинныя цѣпочки стрептококковъ, большею частію лежащія въ лейкоцитахъ; только нѣкоторыя находились внѣ клѣтокъ. Ядра лейкоцитовъ хорошо окрашивались, границы клѣтокъ ясны, безъ признаковъ распада. Въ жидкости, выпущенной при 2-мъ проколѣ, цѣпочки стрептококковъ были короче и помѣщались также внутриклѣточно; ядра лейкоцитовъ однако были хуже окрашены, границы клѣтокъ не такъ ясны; наблюдались затѣмъ явленія распада и встрѣчались обыкновенныя гнойныя клѣтки. Въ 3-ей порціи жидкости наблюдались тѣ же явленія; стрептококковъ было мало. Послѣ 2-й и 3-ей пункціи въ спинномозговой каналъ было вприснуто по 10 кб. см. сыворотки Höchst, а со 2-го дня заболѣванія вводились большія доли сыворотка Höchst подкожно. Поэтому возможно, что отмираніе лейкоцитовъ было обусловлено дѣйствіемъ этой противобактерійной сыворотки. Усиленная же фагоцитарная дѣятельность была вызвана нормальной сывороткой больной еще до введенія противобактерійной. Изслѣдованіе спинномозговой жидкости въ этомъ случаѣ дало, по заключенію автора, возможность *in vivo* наблюдать процессъ фагоцитоза, борьбу организма противъ вѣдрившагося врага—и наблюдать лучше, чѣмъ это можно видѣть при лабораторныхъ опытахъ для опредѣленія опсонического показателя.

606. Zangemeister. *Experimentelle Beiträge zur Behandlung des Puerperalfiebers.*—*Экспериментальныя данныя для леченія послеродовой горячки.*

Большинство тяжелыхъ послеродовыхъ заболѣваній зависитъ отъ стрептококковой инфекціи, почему всѣ усилія направлены главнымъ образомъ на борьбу съ этой инфекціей. Оставляя въ сторонѣ самое дѣйствительное средство—незараженіе, Zangemeister останавливается лишь на тѣхъ мѣрахъ, которыя должны препятствовать возникновенію тяжелой инфекціи изъ уже попавшихъ въ рану микроорганизмовъ, resp. излечивать вѣдрившуюся инфекцію, Отъ этихъ мѣръ успѣхъ при тяжелой инфекціи можно ожидать лишь въ томъ случаѣ, если онѣ могутъ оказывать вліяніе на распространеніе бактерій въ самой начальной стадіи. Въ случаѣ отсутствія мѣстнаго дѣйствія нельзя ожидать успѣха отъ такого средства при уже развившейся инфекціи.

На первомъ планѣ Zangemeister разсматриваетъ оперативное вмѣшательство при инфекціонномъ заболѣваніи, состоящее 1) въ удаленіи всего инфекціоннаго гнѣзда и 2) въ вскрытіи послѣдняго, введеніи его продуктовъ наружу. Первый способъ примѣняется теперь въ хирургіи въ исключительныхъ случаяхъ, если второй путь является не вполне вѣрнымъ; необходимое условіе его примѣненія—возможно

короткій промежутокъ времени послѣ начала инфекціи. Опыты на мышяхъ дали Zangemeister'у основаніе полагать, что у людей удаленіе инфекціоннаго гнѣзда, въ частности при послѣродовомъ зараженіи, можетъ оказать благопріятное вліяніе, тѣмъ болѣе, что люди выносливѣе къ стрептококковой инфекціи, чѣмъ мыши. Второй способъ, по мнѣнію Zangemeister'a, при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ не находитъ такого широкаго примѣненія, какъ при леченіи другихъ инфекціонныхъ гнѣздъ. Вскрытіе параметральныхъ гнойныхъ скопленій, безъ сомнѣнія, весьма полезно, но относительно цѣлесообразности опорожненія гноя изъ брюшной полости при свѣжемъ пуэрперальномъ перитонитѣ вопросъ еще не вполне рѣшенъ. Примѣненіе обширнаго дренажа въ этихъ случаяхъ даетъ худшіе результаты, чѣмъ при перитонитахъ другого рода; благодаря склейкамъ кишекъ и закупоркѣ дренажныхъ отверстій стѣнками кишекъ, прекращается оттокъ экссудата, почему дренажъ даетъ только временное облегченіе; поэтому Zangemeister считаетъ болѣе правильнымъ совершенно отказаться отъ постояннаго дренажа и прибѣгать къ повторному промыванію брюшной полости солевымъ растворомъ, имѣющему еще и ту выгоду, что въ организмъ всасывается часть раствора. Для усиленія дѣйствія къ нему можно прибавлять вещества, увеличивающія сопротивляемость брюшины инфекціоннымъ началамъ: таковы—однородная свѣжая кровь или сыворотка и нуклеинъ. Введеніе нуклеина чрезъ ротъ или подкожно оказываетъ гораздо меньшее дѣйствіе. Прибавленіе другихъ увеличивающихъ лейкоцитозъ средствъ (aleuconat, бульонъ) не имѣетъ никакого значенія. Вліяніе колларгола на стрептококковую инфекцію у животныхъ Zangemeister, на основаніи своихъ опытовъ, совершенно отвергаетъ. У людей дѣйствіе его сомнительно. Болѣе благопріятно дѣйствіе адреналина, который примѣняется противъ паралича сосудовъ при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, также и надъ рядомъ другихъ средствъ, какъ іодипинъ, cellotropin. Выясненіе вліянія антистрептококковой сыворотки еще не вполне закончено. По наблюденію Zangemeister'a, вспомогательнымъ средствомъ въ борьбѣ съ заразными заболѣваніями, специально—послѣродовыми, является нормальная свѣжая однородная сыворотка, вводимая внутривенно.—Въ заключеніе Zangemeister приводитъ протоколы своихъ опытовъ.

607. Prochownick. *Zur operativen Anzeigestellung bei chronischen entzündlichen Adnexerkrankungen.*—*Оперативныя показанія при хроническихъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ придатковъ.*

Разсмотрѣвъ показанія къ оперативному леченію при хроническихъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ придатковъ, связанному съ удаленіемъ всего или части заболѣваго органа, Prochownick приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: Тяжело больныхъ, не поддающихся никакому

леченію, слѣдуетъ оперировать послѣ 5—6 недѣльнаго тщательнаго клиническаго наблюденія, если только воспалительное заболѣваніе не осложнено туберкулезомъ. Всѣмъ больнымъ, которыя послѣ продѣланнаго консервативнаго клиническаго леченія не представляютъ объективныхъ признаковъ улущшенія и быстро получаютъ обострѣнія, слѣдуетъ совѣтовать оперативное леченіе. Раннее вмѣшательство позволяетъ здѣсь часто сохранить органы и функцію. Только въ случаѣ, если предвидится опорожненіе абсцесса, слѣдуетъ прибѣгнуть къ повторному консервативному леченію. Безусловно рано слѣдуетъ оперировать при одностороннихъ опухоляхъ, если достовѣрна или весьма вѣроятна связь ея съ заболѣваніемъ слѣвой кишки. При сочетаніи туберкулеза съ другими инфекціями, въ особенности гонорреей, также и при чистомъ туберкулезѣ, слѣдуетъ оперировать—и всегда радикально—лишь при тяжеломъ мѣстномъ заболѣваніи, если легкія и мочевые пути не затронуты или почти не затронуты. Опухоли съ упорными свищами, въ первой линіи при соединеніи нагноившихся опухолей придатковъ съ отрѣзками кишекъ, если ихъ нельзя обширно дренировать внѣбрюшиннымъ путемъ, слѣдуетъ оперировать, по возможности, рано и радикально.

608. Offergeld. Ueber seltene Metastasen des Uteruskarzinoms.—
Рѣдкіе метастазы при ракъ матки.

Offergeld приводитъ извѣстные въ литературѣ случаи рѣдкихъ метастазовъ при ракъ матки въ мускулатуру, мочеточникъ, ductus thoracicus под-и надключичныя железы, средостѣніе и разбираетъ механизмъ ихъ происхожденія и припадки, ими вызываемые. Выводы его слѣдующіе: При ракъ матки метастазы въ поперечнополосатыя мышцы чрезвычайно рѣдки; чаще встрѣчаются вторичныя опухоли въ міокардіи. Метастазы эти развиваются только при далеко зашедшемъ заболѣваніи исключительно гематогеннымъ путемъ. Клиническіе симптомы этихъ метастазовъ различны, смотря по функціи пораженнаго органа.

Стѣнка мочеточника обладаетъ извѣстною невосприимчивостью къ раку. Пути переноса рака на мочеточникъ и клиническое теченіе еще не выяснены. При вскрытіяхъ слѣдуетъ микроскопически изслѣдовать и, повидимому, нормальный мочеточникъ, чтобы выяснить, не инфильтрированы ли стѣнки его ракомъ.

Ракъ ductus thoracici встрѣчается нѣсколько чаще при ракъ матки и возникаетъ лишь лимфогенно посредствомъ паховыхъ, подчревныхъ и поясничныхъ сплетеній, вливающихъ въ d. thoracicus. Ракъ послѣдняго особенно важенъ, такъ какъ онъ даетъ источникъ къ дальнѣйшимъ гематогеннымъ переносамъ.

Ракъ над-и подключичныхъ железъ встрѣчается лишь при распространенномъ заболѣваніи железъ, обусловленномъ ракомъ матки, возникаетъ онъ лимфогенно при участіи ductus thoracicus, съ особеннымъ преобладаніемъ лѣвой стороны вслѣдствіе анатомическихъ отношеній.

При ракъ матки часто находятъ железы средостѣнія пораженными ракомъ, тогда какъ вторичный ракъ средостѣнія самъ очень рѣдокъ. Раковыя опухоли средостѣнія при ракъ матки происходятъ лимфогенно изъ лимфатическихъ железъ непосредственно или путемъ ретрограднаго лимфогеннаго переноса.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Bd. 29. N 3. 1909.

609. Pfannenstiel. *Zur Behandlung der Placenta praevia.*—
Къ леченію предлежанія послѣда.

Статья написана по поводу предложенія Krönig'a и Sellheim'a примѣнять при placenta praevia кесарское сѣченіе, дабы понизить смертность при этомъ осложненіи. По мнѣнію Pfannenstiel'я, только въ будущемъ болѣе обширный матеріалъ можетъ рѣшить, является ли наилучшимъ способомъ леченія plac. praeviae кесарское сѣченіе, которое и не всегда примѣнимо по чисто практическимъ условіямъ. Слишкомъ поспѣшной и огульной рекомендаціей его, какъ справедливо замѣтилъ A. Martin, можно причинить лишь вредъ. Клиника должна рѣшить вопросъ о достоинствѣ этого способа, а практическій врачъ долженъ быть обученъ въ клиникѣ тѣмъ доступнымъ способамъ, при помощи которыхъ онъ можетъ преодолѣть опасности plac. praeviae. Вопреки мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (Baisch, Krönig) Pfannenstiel думаетъ, что результаты, получаемые при леченіи pl. praeviae доступными способами, далеко не такъ плохи, а неудовлетворительные результаты, полученные въ нѣкоторыхъ клиникахъ, зависятъ отъ неправильнаго примѣненія этихъ способовъ. Наименѣе удовлетворителенъ изъ нихъ — тампонація, которая, къ сожалѣнію, примѣняется довольно широко, тогда какъ ею должно пользоваться въ исключительныхъ случаяхъ лишь при настоятельной необходимости. Поворотъ по Вraхton - Nicks'у даетъ нѣсколько лучше результаты, но самый цѣлесообразный способъ это метрейризмъ съ помощью каучуковаго баллона. Въ иныхъ же, болѣе рѣдкихъ, случаяхъ благоприятный эффектъ получается отъ одного вскрытія плоднаго пузыря. Что касается метрейриза, то онъ требуетъ извѣстной техники, которая должна быть показана въ клиникѣ. Баллонъ слѣдуетъ вводить съ помощью зеркалъ, низведя шейку; зѣвъ въ случаѣ недостаточнаго раскрытія долженъ быть соотвѣтственно расширенъ расширителями. Пузырь слѣдуетъ вскрыть, — лучше всего щипцами, которыми вводится баллонъ; послѣдній долженъ быть введенъ въ полость яйца. Баллонъ наполняется 500 куб. см. стерильнаго солеваго раствора, и къ нему привѣшивается тяжесть около 1 kilo. слѣдуетъ ожидать произвольнаго рожденія баллона, такъ какъ въ этомъ случаѣ зѣвъ настолько расширяется, что роды можно окончить немедленно. Что касается кесарскаго сѣченія, то оно можетъ производиться въ клиникахъ въ подходящихъ случаяхъ, главнымъ образомъ, когда мать настойчиво же-

ласть получить живого ребенка, въ случаяхъ рубцового суженія зѣва, при длинной шейкѣ, толстой плотной, центральнорасположенной плацентѣ, когда метрейризь наталкивается на особенныя трудности.

610. Thies. Zur Behandlung der Placenta praevia — Къ леченію предлежанія послѣда.

Thies также разбираетъ предложеніе Krönig'a и Sellheim'a и высказывается, что окончательное рѣшеніе о цѣлесообразности болѣе частаго или даже обычнаго примѣненія кесарскаго сѣченія при plac. praevia можетъ быть достигнуто не путемъ теоретическихъ разсужденій, а на основаніи большаго числа наблюденій, которымъ Krönig и Sellheim пока не располагаютъ. Вопреки мнѣнію Krönig'a, Thies считаетъ предлежаніе послѣда за осложненіе не рѣдкое, а довольно частое; если судить по матеріалу клиники проф. Вumm'a въ Charité, то акушеру въ одинъ день иногда приходилось бы дѣлать нѣсколько кесарскихъ сѣченій по поводу pl. praeviae. Между тѣмъ результаты, получаемые и при обычно примѣняемыхъ способахъ леченія pl. praeviae, нельзя назвать плохими. Какъ показываетъ статистика акушерской клиники и поликлиники Charité съ 1904 по 1908 г., въ клинику было принято 64 женщины по поводу pl. praev.; изъ нихъ умерло 3. Въ акушерской поликлиникѣ было 115 случаевъ pl. pr.; изъ нихъ умерло 2. Общій % смертности на 179 случаевъ 3. Наппес въ Breslau'ской клиникѣ выводитъ 5% смертности. Болѣе благоприятные результаты врядъ ли дастъ и кесарское сѣченіе. Результаты для дѣтей въ Charité на первый взглядъ кажутся, дѣйствительно, плохими — около 60% смертности; однако, если исключить недоносковъ, то смертность плодовъ, родившихся на 9-мъ и 10-мъ мѣсяцѣ = 41,3%, при чемъ въ большинствѣ случаевъ смерть зависѣла отъ ранняго поворота на ножки съ выжиданіемъ затѣмъ окончанія родовъ. Съ тѣхъ поръ какъ стали примѣнять болѣе благоприятный для ребенка способъ родоразрѣшенія — метрейризь, а поворотомъ пользоваться только при настоятельныхъ показаніяхъ, смертность дѣтей пала до 18%. Метрейризь съ послѣдующимъ внутреннимъ поворотомъ плода и его немедленнымъ извлеченіемъ былъ примѣненъ въ 11 случаяхъ при доношенныхъ дѣтяхъ, которыя всѣ остались живы. Въ общемъ, pl. praevia является осложненіемъ, имѣющимъ такое разнообразное теченіе и столь различныя степени тяжести, что возводить какой либо одинъ способъ леченія въ правило — невозможно. Иногда при pl. praev. part. и удовлетворительномъ состояніи матери достаточно для прекращенія кровотеченія одного вскрытія пузыря, что рекомендовано еще Schrod'er'омъ. Этотъ приемъ оказался дѣйствительнымъ въ 35 случаяхъ Charité; произвольно роды окончились въ 80%, дѣтей живыхъ, если исключить недоносковъ, родилось 94%. Довольно хорошіе результаты получились и отъ тампонаціи рукава марлей или

кольпейринтеромъ. Хорошіе результаты даетъ влагалищное кесарское сѣченіе, которое было примѣнено 12 разъ; дѣтей мертвыми родилось 50%, но изъ нихъ большинство недоноски. Что касается брюшнаго кесарскаго сѣченія, то производство его при pl. praev., за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ, Thies считаетъ ненужнымъ, а въ частной практикѣ и вообще непримѣнимымъ. И безъ кесарскаго сѣченія съ помощью обычныхъ, правильно примѣняемыхъ способовъ удастся понизить смертность матерей до 3% и смертность дѣтей до 10—20%. Наибольшее значеніе имѣеть метрейризы; даже самое сильное кровотеченіе удастся остановить введеніемъ метрейринтера и легкимъ потягиваніемъ за него. Меньшій успѣхъ онъ даетъ у I-paga и при ригидности шейки; въ этихъ случаяхъ даетъ благоприятные результаты и для матери, и для плода влагалищное кесарское сѣченіе.

611. Rühl.—*Ueber einen Fall von vaginaler Ovariectomie während der Geburt.*—*Случай влагалищной овариотоміи во время родовъ.*

Разобравъ опасности отъ осложненія родовъ кистой яичника и способа леченія этого осложненія, Rühl приходитъ къ заключенію, что наиболѣе благоприятные результаты даетъ удаленіе опухоли sub partu и при томъ влагалищнымъ путемъ, который былъ предложенъ Merriman'омъ и проведенъ въ практику Staude. Случаевъ влагалищной овариотоміи sub partu описано пока всего 7, къ нимъ Rühl присоединяетъ свой случай, гдѣ у 27-лѣтней I-paga была удалена большая многокамерная съ обширными сращеніями киста. Операция была совершена въ 2 приема: сначала были опорожнены чрезъ Дугласово пространство части кисты, выполнявшія тазъ, и наложены на головку щипцы, которыми ребенокъ былъ извлеченъ живымъ. Затѣмъ приступлено было къ окончательному удаленію кисты, которая съ помощью постепеннаго опорожненія полостей, раздѣленія сращеній была выведена чрезъ Дугласъ. Перевязка толстой и короткой ножки представила нѣкоторыя затрудненія. Для безопасности Дугласово пространство было дренировано. Послѣродовый періодъ протекъ безъ осложненій.

612. Конорка.—*Beobachtungen über Geburten bei engem Becken.*—*Наблюденія надъ родами при узкомъ тазѣ.*

Авторъ разбираетъ случаи родовъ съ узкимъ тазомъ, наблюдавшіеся въ Roseп'скомъ Родильномъ Домѣ за время съ 15-го октября 1905 г. по 1 октября 1908 года. На 1880 родовъ узкій тазъ встрѣтился 231 разъ, т. е. въ 12,34%; изъ нихъ въ 112 случаяхъ роды кончились произвольно (48,48%), а 119 окончены оперативно. Изъ 112 родившихся произвольно дѣтей умерло 5; изъ матерей перенесло послѣродовое заболѣваніе 16. Въ 12 случаяхъ произвольному окончанію родовъ способствовало примѣненіе Walcher'овскаго положенія.

На 119 оперативно окончившихся родовъ въ 44 случаяхъ дѣти

родились мертвыми (37%); 36 случаевъ падаетъ на плодоуменьшающія операциі, причеиъ въ 33 случаяхъ плодъ умеръ еще до операциі. Изъ матерей болѣло послѣ родовъ 24 (20,1%), умерло 6=5,1%. Общая смертность матерей при узкихъ тазахъ 2,6%. Давъ общія свѣдѣнія, авторъ въ отдѣльности разбираетъ примѣнявшіяся акушерскія операциі и дѣлаетъ соответствующіе выводы.

613. Eicke. — *Zur Anatomie und klinischen Bedeutung der Chorion-placentae.* — Къ анатоміи и клиническому значенію хориома плаценты.

Опухоль сидѣла на плодовой сторонѣ послѣда, имѣла величину дѣтскаго кулака. Роды у 21-лѣтней первородящей сопровождались кровотеченіемъ; ребенокъ родился мертвымъ. Описавъ подробно съ макро-и микроскопической стороны найденную опухоль, Eicke приходитъ къ заключенію, что въ его случаѣ причиною возникновенія опухоли явилось затрудненіе кровообращенія и застои въ соответствующей венозной вѣтви вслѣдствіе ея перегиба. Въ общемъ же взгляды авторовъ на происхожденіе хориома весьма различны. Несомнѣнно лишь, что основою хориома являются ворсины; между тканью опухоли, ворсистой оболочкой и сосудами существуетъ тѣсная связь.

Въ клиническомъ отношеніи опухоли имѣютъ значеніе постольку, поскольку они вліяютъ на теченіе родовъ и главнымъ образомъ на возникновеніе кровотеченій. Въ данномъ случаѣ опухоль, повидимому, препятствовала равномерному сжатію послѣда при схваткахъ и тѣмъ вызвала частичное его отдѣленіе. До родовъ опредѣлить присутствіе опухоли, конечно, невозможно. Во время беременности часто наблюдается сочетаніе съ гидрамниои и альбуминурией; первичными или вторичными бывають эти явленія, еще не рѣшено. Предсказаніе для матери благопріятное, для плода сомнительное, такъ какъ большинство плодовъ родится при хориома преждевременно и значительное число мертвыми вслѣдствіе серьезныхъ разстройствъ въ кровообращеніи, вызываемыхъ опухолью.

614. Torkel. *Über Myombehandlung.* — Лечение миомъ.

Torkel освѣщаетъ съ точки зрѣнія леченія миоматозной матеріалъ изъ отдѣленія д-ра Biermer'a въ Breslau за время съ 1902 по 1908 г. Всего было пользовано клинически 303 больныхъ миомами, самой молодой было 25 лѣтъ, самой старой 69. Разабравъ тщательно показанія къ разнаго рода оперативному вмѣшательству при миомахъ, технику выполнения и полученные результаты, авторъ приходитъ къ заключенію, что не слѣдуетъ безъ строгаго выбора оперировать каждую миому, но съ другой стороны не слѣдуетъ и возлагать слишкомъ большихъ надеждъ на палліативное леченіе и тѣмъ понапрасну задерживать больныхъ. Въ подходящихъ случаяхъ показано выскабливаніе. Ошпариваніе и внутриматочная терапія должны быть совершенно оставлены. Если

необходимо оперативное пособие, то нужна самая строгая индивидуализация.

За исключением отдельных случаев консервативные способы показываются лишь тогда, когда необходимо сохранение матки для продолжения потомства. В обычных же случаях предпочтительнее радикальные способы. Влагалищный способ имеет свой круг показаний; строго определенной границы между применением влагалищного и брюшного способа провести нельзя. В общем, не следует оперировать через рукав, если опухоль превышает размеры лѣтской головки и не вдавливается въ тазъ. Надвлагалищная ампутація миома-тозной матки въ качествѣ радикальной брюшной операціи заслуживаетъ предпочтенія предъ полной экстирпаціей. На 100 надвлагалищныхъ ампутацій у Biermer'a было сдѣлано всего 5 полныхъ, экстирпацій; изъ первыхъ умерло 6, изъ вторыхъ 3.

615 Poppel. *Wiederholte Tubargravidität.*—*Повторная трубная беременность.*

Poppel описываетъ 2 случая повторной трубной беременности: 1) 27-лѣтняя женщина. Первая трубная беременность въ 1904 г. кончилась разрывомъ на 2-мъ мѣсяцѣ. При чревосѣченіи изъ брюшной полости было удалено около 2-хъ литровъ крови; разорванная лѣвая беременная труба вылущена изъ плодныхъ сращеній и удалена. Правые придатки освобождены отъ сращеній. Черезъ 4 года снова беременна. После 2-хъ мѣсячной задержки кровей явления внутренняго кровотечения. Чревосѣченіе. Правые придатки оказались окутанными плотными сращеніями и съ трудомъ вылущены. Утолщенная въ ампулярномъ концѣ труба была найдена лопнувшей.

2. 32-хъ лѣтняя II-рага. Въ 1899 г. чревосѣченіе по поводу лѣвосторонней трубной беременности и обширной haematocеле. Черезъ 7 лѣтъ после 6-ти недѣльной задержки сильныя боли въ животѣ. Распознана трубная беременность. Чревосѣченіе. Матка окутана сращеніями. Правая труба утолщена, извита въ видѣ почтового рожка и окружена гематомою. Обѣ оперированныя выздоровѣли.

Авторъ причину повторной трубной беременности какъ въ своихъ случаяхъ, такъ и вообще видитъ въ образованіи плотныхъ сращеній отъ какихъ бы то ни было причинъ. Поэтому при всякой операціи по поводу трубной беременности слѣдуетъ точно обследовать состояніе другой трубы и удалять ее, заручившись предварительно согласіемъ больной: а) если периметриическія сращенія имѣются и на сторонѣ здоровой трубы; б) если имѣется большое haematocеле и в) если необходимъ дренажъ малаго таза. Абдоминальный путь при этомъ предпочтителенъ влагалищному.

М. Порошинъ.

Die Therapie der Gegenwart, 1909.

616. E. Bumm. *Ueber die Bedeutung und Behandlung der Adnexerkankungen bei der Frau.* — О значеніи и леченіи заболѣваній придатковъ матки у женщины. № 1.

Авторъ проводитъ сравненіе между заболѣваніями влагалища, матки и мочевого пузыря съ одной стороны и заболѣваніями придатковъ матки съ другой и указываетъ на серьезность и тяжесть этихъ послѣднихъ по сравненію съ первыми. Онъ предостерегаетъ врачей отъ слишкомъ широкаго примѣненія, во всѣхъ случаяхъ, внутриматочной терапіи, такъ какъ иногда въ этихъ случаяхъ врачъ можетъ своимъ вмѣшательствомъ дать толчекъ къ переходу инфекціи изъ матки на придатки и брюшину. Такихъ случаевъ автору приходилось видѣть очень много. Приведя затѣмъ небольшой историческій обзоръ способовъ леченія заболѣванія придатковъ, въ особенности гонорройнаго, авторъ переходитъ къ способу, который онъ находитъ самымъ правильнымъ. Леченіе это заключается въ лежаніи въ постели, пока совершенно не пройдутъ всѣ явленія воспаления и выпоть не рассосется. Этому рассасыванію надо помогать тепломъ, припарками, ваннами и т. д. Когда рассасываніе получилось полное и остались только сращения и спайки, то вмѣсто массажа и всякихъ другихъ способовъ, авторъ рекомендуетъ оперативнымъ путемъ освободить придатки отъ сращеній и возстановить правильное положеніе матки. Въ хроническихъ же случаяхъ, гдѣ нагноеніе все болѣе и болѣе затягивается и не поддается обычному леченію, должна быть примѣнена влагалищная экстирпація матки вмѣстѣ съ придатками. Такое же леченіе и при септическихъ salpingo-ophoritis'axъ, но гораздо большая осторожность.

617. Busse. *Ueber neue Anästhesierungsverfahren.* — О новыхъ методахъ анестезированія. № 5.

Весь прогрессъ оперативной медицины всецѣло связанъ съ двумя нововведеніями — съ введеніемъ асептики и наркоза. Не входя въ подробное рассмотрѣніе исторіи послѣдняго, авторъ указываетъ, что дозировка наркотическихъ средствъ до сихъ поръ сводится къ тому, что мы употребляемъ ихъ пары, — хлороформа, эфира, — въ опредѣленныхъ концентраціяхъ. Для этой цѣли существуютъ остроумные приборы, однако вслѣдствіе ихъ дороговизны и громоздкости практическимъ врачамъ приходится до сихъ поръ пользоваться Schimmelbusch'евской маской. Авторъ не разбираетъ подробно методики, преимуществъ и недостатковъ обычнаго наркоза, а останавливаетъ вниманіе читателя лишь на такъ называемомъ «Aetherrausch». Авторъ съ большимъ успѣхомъ примѣняетъ его при небольшихъ гинекологическихъ операціяхъ, считая его весьма удобнымъ и сравнительно безопаснымъ способомъ обезболиванія, и даетъ подробное описаніе этого способа.

Переходя къ тѣмъ способамъ, гдѣ наркотическое средство вво-

дится въ видѣ подкожныхъ, интравенозныхъ и интаректальныхъ впрыскиваній, авторъ среди этихъ средствъ на первомъ планѣ ставитъ впрыскиваніе скополамина съ морфіемъ. Но при введеніи только скополаминъ-морфія, не получается полного наркоза или должно переходить уже къ дозамъ болѣе или менѣе рискованнымъ. Это средство является прекраснымъ вспомогательнымъ наркотическимъ при примѣненіи обычнаго вдыхательнаго наркоза. Оно даетъ возможность наркотизировать больныхъ весьма малыми количествами хлороформа или эфира. Осложненій при такомъ способѣ авторъ никогда не видѣлъ. Самостоятельно скополаминъ-морфій онъ употребляетъ, когда ему требуется понизить болевую чувствительность, не вызывая полного наркоза, напр., при введеніи цистоскопа въ сильно болѣзненный мочевоу пузырь. Для уменьшенія болѣзненности родовыхъ схватокъ авторъ рѣшался примѣнять скополаминъ-морфій лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ, такъ какъ наблюдалъ съ одной стороны уменьшеніе силы или полное прекращеніе схватокъ, съ другой — вредное дѣйствіе на ребенка, а иногда даже состояніе возбужденія и нѣчто вродѣ судорогъ у матери. Наконецъ, морфійно-скополаминный наркозъ является великолѣпнымъ вспомогательнымъ средствомъ при примѣненіи въ гинекологіи спинно-мозговой анестезіи, такъ какъ даетъ возможность примѣнять эту послѣднюю въ широкихъ размѣрахъ, исключая психическій шокъ. — Въ заключеніе авторъ даетъ практическія указанія какъ лучше примѣнять скополаминъ-морфій.

Кромѣ впрыскиванія скополаминъ-морфія есть еще и другіе способы, гдѣ наркотическое вещество вводится подъ кожу, но эти вещества, обезболивая извѣстные участки тѣла, не исключаютъ дѣйствія операціи и приготовленій къ ней на психику больныхъ, а потому не могутъ найти себѣ примѣненія въ сколько-нибудь серьезныхъ случаяхъ. Среднее положеніе между наркотическими вдыхательными и мѣстной аналгезіей занимаетъ способъ Вieg'a, который представляетъ изъ себя самое важное открытіе со времени введенія вдыхательнаго наркоза. Авторъ даетъ историческую справку о спинно-мозговой анестезіи и технику способа и дѣлаетъ разборъ препаратовъ, примѣняемыхъ для анестезіи (Eucain, Troscosain, Nirvanin, Alypin, Stovain, Novokain), ихъ достоинствъ и недостатковъ. Предпочтителенъ novokain. Авторъ разсматриваетъ показанія и противопоказанія къ примѣненію этого способа наркоза. Осложненія при немъ: рвота, паденіе кровяного давленія. Послѣдовательныя явленія: meningismus, головныя боли, боли въ спинѣ, рвота, головокруженіе. Перечисляя затѣмъ достоинства скополаминъ-новокаиноваго наркоза, авторъ говоритъ, что онъ примѣнилъ этотъ способъ на 800 случаяхъ и горячо его рекомендуетъ, такъ какъ при этомъ способѣ можно дѣлать даже серьезныя чрево-сѣченія и оказывать помощь тѣмъ женщинамъ, которыя прежде изъ-

за сердечныхъ, легочныхъ и другихъ болѣзней не могли быть оперируемы.

Berliner klinische Wochenschrift, 1909.

618. Becker. *Der Antitrypsingehalt des mütterlichen und kindlichen Blutes.* — *Содержаніе антитрипсина въ материнской и дѣтской крови.* — № 22.

Желая провѣрить и дополнить изслѣдованія другихъ авторовъ о различіи въ содержаніи антитрипсина въ крови матери и ребенка, Веcker произвелъ цѣлый рядъ наблюденій въ этомъ направленіи. Пользовался онъ способомъ v. Bergmann-Fuld'a, который состоитъ въ томъ, что дѣйствуютъ трипсиномъ на растворъ казеина: при полномъ перевариваніи послѣдняго, жидкость послѣ подкисленія остается свѣтлой, въ случаѣ же присутствія неперевареннаго казеина растворъ дѣлается мутнымъ вслѣдствіе выпаденія казеина послѣ подкисленія. Задерживающее дѣйствіе сыворотки проявляется въ томъ, что послѣ прибавленія ея требуется уже большее количество трипсина для перевариванія опредѣленнаго количества казеина. Кровь матери для изслѣдованія бралась тотчасъ послѣ родовъ изъ ручной вены путемъ venaesectio, такъ какъ авторъ считаетъ, что брать кровь изъ ретроплацентарнаго сгустка или выливающуюся послѣ отхожденія плаценты, какъ это дѣлали нѣкоторые изслѣдователи, неудобно изъ-за опасности загрязненія крови. Кровь новорожденнаго бралась изъ материнскаго конца пупочнаго канатика тотчасъ послѣ его перерѣзки. Изложивъ подробно постановку опытовъ и приведя свои данныя въ видѣ таблицы, авторъ заключаетъ на основаніи своихъ цифръ, что антитриптическія свойства крови новорожденнаго выражены всегда слабѣе, чѣмъ въ крови матери, и что разница эта бываетъ иногда весьма значительная. Свойство это въ крови новорожденнаго обычно выражено слабо, иногда же приближается, а въ рѣдкихъ случаяхъ и превосходитъ антитриптическую силу сыворотки взрослыхъ, но все же во всѣхъ случаяхъ материнская сыворотка дѣйствуетъ сильнѣе, такъ какъ содержаніе антитрипсина въ ней значительно повышено и приближается къ такому у раковыхъ и другихъ кахектическихъ больныхъ. Такое увеличенное содержаніе антитрипсина наблюдается только у роженицъ и родильницъ, у беременныхъ же оно такое же, какъ у нормальныхъ субъектовъ.

619. Neuhaus. — *Laparotomia hypogastrica unter Anwendung des Momburg'schen Taillenschlauches bei Uteruskund hochsitzendem Rektumcarcinom.* *Laparotomia hypogastrica съ примѣненіемъ поясного жгута по Momburg'у при ракъ матки и высокомъ ракъ прямой кишки.* № 20.

Начиная съ историческаго обзора вопроса о наложеніи жгута на тѣло при операціяхъ въ тазу, авторъ далѣе приводитъ случаи операцій съ этимъ жгутомъ и среди нихъ 5 наиболѣе интересныхъ, такъ какъ

здѣсь были сдѣланы чревосѣченія. Всѣ эти случаи прошли безъ всякихъ осложненій и вреда для паціентокъ; кромѣ того наложеніе жгута даетъ слѣдующіе весьма выгодные результаты: кровяной стазъ создаетъ условія такія же, какъ при операциі на трупѣ, т. е. крови выдѣляется самое минимальное количество, а потому не надо постоянно осушать операционное поле; сосуды гораздо легче находятся и перевязываются на типичныхъ мѣстахъ; всѣ топографическія особенности органовъ, ихъ границы и положенія опредѣляются гораздо легче и рѣже. Что касается самаго наложенія жгута, то авторъ совѣтуетъ это производить послѣ вскрытія брюшной полости, и запрокинувши больную ad maximum, такъ какъ жгутъ служить не только для остановки кровообращенія въ тазу, но и для удержанія брюшныхъ внутренностей въ верхнихъ отдѣлахъ брюшной полости. Далѣе авторъ предлагаетъ нѣкоторое видоимѣніе способа Momburg'a: примѣнять резиновую подушку, которая подкладывается подъ жгутъ и въ которую накачивается воздухъ до прекращенія пульсаціи въ art. iliaca. Въ концѣ статьи авторъ касается техники операциі рака матки.

620. F. Lehmann. — *Ueber antikonzepzionelle Mittel.* — *О предупреждающихъ зачатіе средствахъ.* — № 19.

Разборъ всѣхъ существующихъ въ настоящее время противъ зачатія средствъ съ точки зрѣнія ихъ цѣлесообразности и безвредности для здоровья.

621. Schultz — *Zur Frage der Stillungs-Unfähigkeit.* — *Къ вопросу о неспособности кормить грудью.* № 20.

Разбирая причины неспособности или малой способности нѣкоторыхъ женщинъ къ кормленію грудью, авторъ выступаетъ въ защиту положенія, что это неспособность есть одинъ изъ признаковъ и результатовъ общаго вырожденія на почвѣ, главнымъ образомъ, алкоголизма отцовъ такихъ женщинъ.

622. Borodenko. — *Experimentelle Untersuchungen über die Verdauungsstörungen bei Sshwangerschaft.* — *Экспериментальная изслѣдованія о расстройствѣ перевариванія пищи при беременности.* № 23.

Всѣмъ врачамъ знакомы расстройства со стороны органовъ пищеваренія у беременныхъ. Эти расстройства неприятны какъ паціенткамъ, такъ и врачамъ, потому что до сихъ поръ вопросъ о патологіи пищеварительныхъ органовъ во время беременности совершенно не подвергался научной разработкѣ. Авторъ и задался разяснить хоть нѣкоторые пункты этой темной области. Чтобы имѣть возможность слѣдить за ходомъ перевариванія пищи во время беременности, авторъ за 2 мѣсяца до родовъ изолировалъ у суки малый желудокъ по Павлову. Животное перенесло операцию хорошо, и черезъ 8 дней авторъ приступилъ къ наблюденіямъ. Результаты этихъ наблюденій представлены въ видѣ кривыхъ и сводятся съ слѣдующему: въ началѣ беременности секре-

торная дѣятельность желудка нисколько не уклонялась отъ нормы, чѣмъ ближе однако приближалось время родовъ, тѣмъ замѣтнѣе становилось ослабленіе секретіи, уменьшеніе кислотности и переваривающей силы. Приблизительно недѣли за 2 родовъ началось обильное отдѣленіе слизи; въ теченіе послѣдней недѣли отдѣлялась почти только одна слизь слабо кислой или иногда щелочной реакціи. Въ началѣ опыта животное было неразборчиво и ѣло хлѣбъ, мясо, молоко съ одинаковой охотой. Чѣмъ ближе подходило время родовъ, тѣмъ съ большей охотой сука ѣла молоко, съ меньшей охотой принимала мясо, а отъ хлѣба совершенно отказывалась и даже, введенный насильно въ ротъ, хлѣбъ старалась выбросить всѣми способами. Не смотря на все это состояніе ея здоровья было до самыхъ родовъ хорошее.

Въ первые дни послѣ родовъ продолжалось еще выдѣленіе нейтральной или щелочной слизи, затѣмъ понемногу стала возобновляться секретія чистаго желудочнаго сока, однако во все время лактаціи правильнаго отдѣленія желудочнаго сока наблюдаться не удалось. Секретія возобновлялась послѣ родовъ медленно, чѣмъ падала во время беременности. Послѣ прекращенія лактаціи секретія быстро пришла къ нормѣ и спустя 1½ мѣсяца послѣ родовъ животное опять безъ разбора ѣло всякую пищу.

Разбираясь въ фактахъ, отмѣченныхъ въ этомъ экспериментѣ, авторъ обращаетъ прежде всего вниманіе на уменьшеніе выдѣленія желудочнаго сока съ приближеніемъ родовъ и нежеланія животнаго принимать сухую и трудноваримую пищу. Какъ объяснить эти факты? Лабораторія Па в л о в а нашла, что секретія желудочнаго сока и составъ его остается неизмѣннымъ даже при нѣскольконедневномъ голоданіи, но что на обѣднѣніе организма минеральными солями различныя части пищеварительнаго аппарата реагируютъ измѣненіемъ секретіи. Слѣдуетъ признать, что и въ этомъ случаѣ причиной измѣненія секретіи является обѣдненіе организма солями на которыя имѣется большой спросъ при построеніи новыхъ организмовъ (плодовъ). Такимъ образомъ объясняется также инстинктивная жадность животнаго къ жидкой пищѣ, къ молоку, которая не требуетъ почти никакой предварительной обработки для ассимиляціи. Наоборотъ обстоитъ дѣло съ хлѣбомъ.

Наичаше встрѣчающіяся отклоненія отъ нормы со стороны желудка и кишекъ у беременныхъ, суть запоры и своеобразная жадность къ соленымъ и сильно кислымъ веществамъ. Уменьшеніе секретіи желудочнаго сока вслѣдъ за собою и уменьшеніе секретіи поджелудочной железы, а это обстоятельство можетъ быть причиной остановки кишечнаго пищеваренія и причиной двигательныхъ разстройствъ, которыя имѣютъ во время беременности еще и механическія причины. Если мы причину секретіи соковъ видимъ въ гипотетическомъ обѣдненіи организма солями, то понятной становится намъ и

инстинктивная жадность беременных къ соленой и кислой пищѣ. Автору кажется, что факты сообщенные имъ, имѣютъ большое значеніе при назначеніи діеты беременнымъ, а также для бальнеологовъ при назначеніи тѣхъ или другихъ водъ пациенткамъ во время беременности.

623. Lewisohn.—*Ueber Zusammenhang von Magen- und Frauenleiden.* — О связи между страданіями желудка и женской половой сферы. № 24.

Давно уже указывалось, что большинство женщинъ, страдающихъ какой нибудь женской болѣзью, имѣетъ вмѣстѣ съ тѣмъ какое нибудь желудочно-кишечное страданіе. Иные авторы даже ставили эти заболѣванія въ причинную связь. Съ цѣлью выяснитъ этотъ вопросъ авторъ и занялся разборомъ литературныхъ данныхъ и собственныхъ клиническихъ наблюденій. Выводы его слѣдующіе: 1. Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго во время менструаціи и пуэрперія не можетъ дать ясной картины секреторной функціи желудка, такъ какъ она въ эти періоды измѣнена. 2 Только у очень небольшого числа женщинъ, которыя одновременно жалуются на расстройства со стороны желудка и половыхъ органовъ, эти заболѣванія находятся въ причинной связи. 3. При изслѣдованіяхъ желудочнаго содержимаго женщинъ, страдающихъ гинекологическими заболѣваніями, получены въ различныхъ мѣстностяхъ различные результаты. 4. Желудочныя заболѣванія могутъ присоединяться къ самымъ разнообразнымъ заболѣваніямъ полового аппарата. 5. Что касается причинной связи заболѣваній желудка и полового аппарата, то неврозамъ желудка всегда предшествуетъ измѣненіе всей нервной системы, а эти измѣненія могутъ быть вызваны гинекологическимъ заболѣваніемъ. 6. При леченіи надо начинать съ общаго леченія и уже послѣ выясненія состоянія секретіи прибѣгать къ медикаментамъ.

624. Runge.—*Die Nabelkrankungen der Neugeborenen.* — Заболѣванія пупка у новорожденныхъ. № 24.

Авторъ описываетъ вкратцѣ, но вмѣстѣ съ тѣмъ весьма понятно, заболѣванія пупка и указываетъ способъ леченія этихъ заболѣваній.

625. Everling.—*Beitrag zur Lehre von papillären Tuberkulose der Portio vaginalis.*—Къ ученію о папиллярномъ туберкулезѣ portio vaginalis.

Историческій обзоръ и разборъ взглядовъ на туберкулезныя заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ, далѣе описаніе своего случая и 10 аналогичныхъ случаевъ другихъ авторовъ.

В. Додельдтъ.

Обзоръ французской акушерско-гинекологической литературы.

La Gynécologie. Mai 1909 № 3.

626. Richelot. — *Sur le traitement médical des affections pelviennes.* — *Медикаментозное лечение тазовых заболѣваній.*

Авторъ имѣетъ въ виду тазовыя заболѣванія двухъ категорій:

- 1) когда при наличности въ тазу объективныхъ данныхъ и ясныхъ показаній къ оперативному вмѣшательству дѣло идетъ о молодыхъ женщинахъ, желающихъ имѣть дѣтей, 2) когда объективныя данныя со стороны половой сферы настолько ничтожны, что нѣтъ показаній къ операціи, страданія же женщинъ, принадлежащихъ, обыкновенно, по своей конституціи, къ нервно-артритичкамъ, по терминологіи автора, настолько велики, что они требуютъ операціи, при которой можно только „все вырѣзать“. Изъ лечебныхъ мѣръ при этихъ страданіяхъ разбираются только гидротерапевтическія и авторъ находитъ, что горячій влагалитный душъ, только примѣняемый особымъ способомъ, является наилучшимъ методомъ консервативнаго леченія. Необходимо только, чтобы количество употребляемой для душа воды было не менѣе 80—90 даже 100 литровъ, температуры около 40° R (душъ Lucheuil'я), послѣ чего нужно еще примѣнять душъ общій или шведскій и душъ пери-гастрическій, техники котораго авторъ не описываетъ. Примѣненіемъ такого гидротерапевтическаго леченія авторъ добивался, въ теченіе одного или двухъ мѣсяцевъ хорошаго успѣха, чему примѣромъ служатъ приведенныя имъ вкратцѣ пять наблюденій надъ больными 1-й категоріи и десять надъ больными второй категоріи.

627. Keiffer. (Bruxelles). — *De l'élongation des nerfs utérins chez la femme.* — *О вытяженіи нервовъ матки у женщины.*

Особенности физиологической роли матки, состоящая въ рѣзкомъ колебаніи ея объема и степени кровенаполненія во время регулъ и особенно при беременности, требуютъ со стороны входящихъ въ составъ ея тканей извѣстнаго анатомическаго устройства для приспособленія къ этимъ условіямъ. Со стороны сосудовъ матки это приспособленіе заключается въ ихъ рѣзкой извилистости, мышечная и соединительная ткани матки обладаютъ чрезвычайной способностью къ гипертрофіи и вытяженію въ длину, нервные стволы, проходящіе въ маткѣ и около нея, имѣютъ также извилистый ходъ. Нарушеніе со стороны маточныхъ тканей этихъ условій приспособляемости къ колебаніямъ объема органа и производитъ болевыя ощущенія во время менструаціи, обязанныя своимъ происхожденіемъ недостаточно извилистому ходу нервныхъ стволовъ матки, какъ напр. при инфантилизмѣ ея или ихъ ригидности, являющийся результатомъ болѣзненныхъ процессовъ

въ маткѣ (склерозъ). По аналогіи съ благотѣльнымъ дѣйствіемъ вытяженія нервовъ другихъ областей тѣла (напр. вытяженіе n. ischiadicæ при ischias, спинного мозга при tabes dorsalis и т. д.) авторъ полагаетъ, что и вытяженіе нервныхъ стволовъ матки можетъ имѣть благоприятное дѣйствіе при извѣстныхъ страданіяхъ матки, изъ которыхъ онъ перечисляетъ: 1) недостаточную инволюцію матки послѣ родовъ, 2) дисменоррею при стенозѣ канала шейки, 3) ограниченіе подвижности матки вслѣдствіе старыхъ воспалительныхъ явленій въ ея окружности (только не гонококковаго происхожденія), 4) старые сальпингоофориты съ образованіемъ сращеній и эксудатовъ и наконецъ 5) особенно подходящую для его леченія формою отъ считаетъ рѣзкую болѣзненность задняго свода безъ ясныхъ объективныхъ измѣненій, ибо здѣсь находится локализация чувствительныхъ нервныхъ тѣлецъ матки по его изысканіямъ.

Методика производства вытяженія нервныхъ стволовъ матки, по автору, очень проста: слѣдуетъ только бимануально производить различныя движенія матки во всѣхъ направленіяхъ, прогрессивно увеличивая амплитуду этихъ движеній до чрезмѣрной степени. При этомъ полезны, хотя и не необходимо, слѣдующія вспомогательныя мѣры: горячія клизмы, горячія души, теплыя ванны, шарики съ іодистымъ калиемъ и гинекологическій массажъ по способу Thure-Brandt.

Авторъ говоритъ, что благодаря этому методу леченія удастся предотвратить во многихъ случаяхъ примѣненіе операций, въ особенности кастрацій, и самыя операціи слѣлать меньше уродующими.

628. A. Faix.—*L'hystérectomie abdominale subtotale par décolation antérieure.*—*Брюшное надвлагалищное удаление матки съ передней отслойкой мочевого пузыря.*

При обычномъ положеніи больной и по возможно близкомъ къ лобку разрѣзѣ кожи, для болѣе легкаго доступа къ переднему Дугласу, поперечно перерѣзаютъ брюшину маточно-пузырной складки и отсепаровываютъ мочевой пузырь. Захвативши щипцами шейку матки, перерѣзаютъ ее, щадя art. uterinae, затѣмъ брюшину задняго Дугласа отсепаровываютъ и разрываютъ пальцемъ. Перевязавши и перерѣзавши обѣ art. uterinae, широкую связку раздѣляютъ, по предварительной перевязкѣ сосудовъ, снизу кверху, оставляя или удаляя, смотря по случаю, придатки; съ другой стороны дѣлается то же самое и матка удаляется.

Авторъ пропагандируетъ этотъ способъ, говоря, что при немъ опасности раненія пузыря и мочеточниковъ почти нѣтъ, раненія прямой кишки избѣгаютъ тѣмъ, что заднюю брюшину разрываютъ пальцемъ, доступъ же къ маткѣ, при существованіи около нея сращеній, гораздо легче, ибо въ области передняго Дугласа не бываетъ, обыкновенно, сильно развитыхъ сращеній.

Juillet 1909 № 4.

629. **Germain.**—*Nephrectomie et grossesse.*—Беременность при вытѣзываніи почки.

Статья представляет выводы изъ опубликованныхъ въ литературѣ случаевъ и предшествуется замѣтками объ урологіи беременныхъ. Прежде всего авторъ отмѣчаетъ полиурію въ концѣ беременности, обычную у первобеременныхъ и частую у повторнобеременныхъ, а также задержку выдѣленія мочею хлоридовъ, являющуюся результатомъ измѣненій въ капиллярной циркуляціи крови въ тканяхъ вообще и почкахъ въ особенности. Выдѣленіе азота также задерживается, причемъ въ количествѣ большемъ, чѣмъ нужно для развитія и питанія плода и его придатковъ. Изъ ненормальныхъ составныхъ частей мочею беременныхъ выдѣляются: сахаръ, въ зависимости отъ дѣятельности грудныхъ железъ, уробилинъ и хромогенъ, какъ результаты повышеннаго гѣматоліза у беременныхъ, и ацетонъ, чаще наблюдающійся у повторно-беременныхъ. Проходимость почекъ, опредѣляемая пробой съ метиленовой синькой, не обнаруживаетъ обыкновенно отклоненій отъ нормы и только у первобеременныхъ въ концѣ и во время родовъ у всѣхъ беременныхъ она нѣсколько понижена. Относительно токсичности мочи беременныхъ одни утверждали, что она повышена, другіе наоборотъ; все-таки въ послѣднее время находятъ, что она повышена и пониженіе ея представляетъ неблагоприятный симптомъ.

Далѣе авторомъ приводится 60 наблюденій, почерпнутыхъ имъ въ литературѣ, которыя онъ дѣлитъ на двѣ категоріи; 26 случаевъ нефректоміи при беременности, по поводу различныхъ процессовъ въ почкѣ, и 34 случая беременности послѣ произведенной ранѣ (отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до нѣсколькихъ лѣтъ) нефректоміи. Анализъ случаевъ первой категоріи (2 смерти—7, 6%—1 естественный и 2 искусственныхъ выкидыша) показалъ въ общемъ благоприятныя послѣдствія какъ въ хирургическомъ, такъ и въ акушерскомъ отношеніи. Беременности въ случаяхъ второй категоріи протекали благополучно: было 3 выкидыша, безъ указанія на почечныя явленія; роды во всѣхъ остальныхъ случаяхъ были нормальны, дѣти здоровы и послѣды не представляли замѣтныхъ измѣненій. Затѣмъ разбираются отдѣльныя формы почечныхъ заболѣваній, послужившихъ показаніемъ, по которымъ производилась или была ранѣ произведена нефректомія; изъ нихъ главныя: туберкулезъ, почечные камни, піонефрозъ и гидронефрозъ, затѣмъ ракъ почки и др. Сохраненіе функціи одной почки, конечно, при всѣхъ этихъ формахъ служитъ показаніемъ къ удаленію больной почки и залогомъ хорошаго предсказанія при этомъ.

Статья заканчивается описаніемъ компенсаторной гипертрофіи остающейся почки и способовъ опредѣленія почечной функціи, изъ которыхъ интересенъ новый способъ Albarran'a, способъ экспери-

ментальной полиурii, при которомъ послѣ усиленнаго приема воды послѣдняя выводится здоровой почкой, мочеотдѣленіе же изъ больной почки почти не повышается.

Septembre 1909. № 5.

630.I.—A. Doléris.—*Moment et technique de l'opération césarienne conservatrice.*—*Время и техника сохраняющаго кесарскаго сѣченія.*

Прежде всего авторъ проводитъ идею о профилактической антисептикѣ какъ самопроизвольныхъ, такъ особенно оперативныхъ родовъ, которую онъ осуществляетъ, кромѣ обычнаго обмыванія, смазываніемъ влагалища и шейки матки, снаружи и въ каналѣ, настойкой йода, чистой или съ глицериномъ.

Переходя къ предмету своей статьи, онъ устанавливаетъ для *первичнаго* кесарскаго сѣченія (въроятно, при абсолютномъ показаніи?—реф.) время производства до начала родовъ, или при первыхъ сокращеніяхъ матки. Въ подкрѣпленіе своего положенія онъ приводитъ статистику Reynolds'a изъ Boston'a и свою собственную. По первой статистикѣ изъ общей смертности въ 5,7% на 289 случаевъ падаетъ 12% смертности на 49 оперированныхъ при затянувшихся родахъ съ истощеніемъ роженицы, 3,8% на 158 оперированныхъ въ теченіе родовъ, но безъ истощенія роженицы и 1,2% на 82 оперированныхъ до начала родовъ или при первыхъ сокращеніяхъ матки. У автора на 11 кесарскихъ сѣченій послѣдняго времени умерла одна женщина, оперированная черезъ 55 часовъ послѣ начала родовъ, послѣ многократныхъ изслѣдованій, при t° 37,6 и пульсъ 96; изъ остальныхъ, выжившихъ, у 2-хъ послѣоперационный періодъ былъ лихорадочный, обѣ были оперированы черезъ 26-27 часовъ послѣ начала родовъ. Возраженіямъ противниковъ о якобы плохомъ сокращеніи матки при его методѣ онъ не придаетъ большого значенія, говоря что его можно вызвать и поддерживать эрготиномъ.

Что касается техники автора, то онъ большое значеніе придаетъ приготовленію больной и операционнаго поля; выведенія матки, до ея вскрытія, наружу онъ не допускаетъ, чтобы не увеличивать разрѣза и не удлиннять операціи, производя его только въ случаяхъ подозрительныхъ по инфекціи; при сильномъ кровотеченіи производится ручное прижатіе маточныхъ артерій у isthmus; шовъ матки двухъ-этажный; маточно-влагалищный дренажъ изъ марли, иногда съ каучуковой трубкой; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при подозрѣніи на инфекцію брюшины, брюшно-брюшинный дренажъ.

631. Roux de Brignoles.—*Scélérose utéro-annexielle en dehors de la ménopause.*—*Склерозъ матки и ея придатковъ внѣ климактерическаго періода.*

Старческій склерозъ матки и придатковъ хорошо изученъ, свѣ-

дѣнія о склерозѣ органовъ половой сферы у молодыхъ женщинъ и даже у дѣвушекъ скудны и разбросаны; авторъ задался цѣлью сконцентрировать и систематизировать свѣдѣнія объ этой формѣ болѣзни.

Въ клинической картинѣ болѣзни первое мѣсто занимаютъ боли, локализирующіяся внизу живота и въ пахахъ съ иррадіаціями въ поясницу, бедра и пр.; эти боли въ началѣ только менструальныя, вскорѣ становятся предменструальными, за 1—2 недѣли до появленія регуль, затѣмъ дѣлаются постоянными, обостряясь ко времени регуль до такой степени, что вызываютъ у больной обморки. Менструаціи приобрѣтаютъ характеръ кровотеченій, при чемъ промежутокъ между ними иногда равняется только нѣсколькимъ днямъ, кровь чаще со сгустками, иногда жидкая; характерна остановка менструацій на 2—3-й день на 2 или 3 дня и затѣмъ возобновленіе ея недѣли на 2; рѣже встрѣчается аменоррея или гиперсекреція слизистаго отдѣленія. Мѣстные объективные признаки, обыкновенно, не велики: со стороны матки увеличеніе объема, часто измѣненія формы и положенія, ограниченіе подвижности, плотность и болѣзненность; яичники рѣзко болѣзненны, иногда плотны и малы (склерозъ), иногда велики и бугристы (склеро-кистовидные), въ этомъ случаѣ они часто пролябируютъ въ задній Дугласъ, гдѣ иногда и прикрѣпляются; со стороны трубъ иногда никакихъ явленій, часто явленія *hydrosalpinx'a*, иногда онѣ припаяны къ маткѣ. Масса отраженныхъ явленій: со стороны пищеварительнаго тракта затрудненіе и боли при дефекаціи, слизисто-перепончатый энтеритъ, упорные запоры и пр.; мочеиспусканіе часто учащено, иногда задерживается, бываетъ поллакіурія; со стороны нервной системы дѣло доходитъ иногда до неврастеніи и психическихъ явленій.

Этіологія и патогенезъ разбираемой формы сводятся, главнымъ образомъ, на длительную гиперемію органовъ половой сферы, активную и пассивную. Активная у молодыхъ женщинъ чаще всего подъ вліяніемъ инфекціи гоно и стрептококковой, но въ подострой, затяжной ея формѣ, а у молодыхъ дѣвушекъ бываетъ замѣшана инфекція туберкулезная; такая же гиперемія наблюдается также у женщинъ нервно-артритической конституціи. Пассивная гиперемія органовъ половой сферы вызывается длительными смѣщеніями матки назадъ, пролапсомъ яичниковъ, застоємъ въ тазовыхъ венахъ (*varicosele pelvica*), хроническими запорами, опухолями и пр.

Понятно, что при такой сложной картинѣ болѣзни діагностика ея не легка. Авторъ сначала исключаетъ болѣзненныя формы, лежащія внѣ органовъ половой сферы женщины: аппендициты, энтеро-колиты, опущеніе брюшныхъ внутренностей, тазовыя невралгіи и истерію. Дифференціальную діагностику отъ страданій женской половой сферы онъ производитъ, базируясь на сложности и комбинированности клиническихъ симптомовъ и физическихъ данныхъ объективнаго изслѣдованія

склероза матки и придатковъ, а также принимая во вниманіе его этиологию и почву, на которой эта болѣзнь развивается.

L'Obstétrique. Juillet 1907. № 7.

632. G. Piquand et I. Lemeland. — *De la torsion des fibromes utérins au cours de la grossesse.* — *Перекручиваніе фиброміомъ матки въ теченіе беременности.*

Послѣ краткаго литературнаго обзора казуистики даннаго заболѣванія, авторъ дѣлитъ его на 2 группы: перекручиваніе ножки фиброміомъ и перекручиваніе матки вмѣстѣ съ фиброміомой. Случаевъ 1-го разряда онъ могъ найти въ литературѣ 13 на 68 подобныхъ случаевъ перекручиванія фиброміомъ небеременной матки, т. е. 16% всѣхъ случаевъ.

Припадокъ наблюдается чаще у первобеременныхъ, и у болѣе пожилыхъ, бываетъ охотнѣе при фибромахъ на тонкой и длинной ножкѣ, хотя встрѣчался и при опухоляхъ, сидящихъ на короткой и толстой ножкѣ и даже на широкомъ основаніи, боковое прикрѣпленіе ножки опухоли и ихъ болѣе значительный объемъ наблюдались, почти какъ правило. Причинами перекручиванія авторы считаютъ присутствіе опухолей по сосѣдству, быстрыя движенія и особенно дефекацію при растянутыхъ фекальными массами S romanum и rectum. Перекручиваніе фиброматозной беременной матки обыкновенно въ области isthmus или надвлагалищной части шейки, найдено въ 12 случаяхъ на 70 таковыхъ же внѣ беременности, т. е. въ 14,7% всѣхъ случаевъ; наблюдается иногда, какъ переходъ изъ формъ 1-го разряда, т. е. когда израсходованъ весь коэффициентъ скручиваемости ножки, тогда начинаетъ перекручиваться матка, или же самостоятельно, при фиброміомахъ на широкомъ основаніи или интерстиціальнхъ, подъ вліяніемъ тѣхъ же причинъ. Перекручиваніе переходитъ обыкновенно слѣва направо и степень его зависитъ отъ характера ножки; наибольшая наблюдалась въ 2 оборота, наименьшая на 90 градусовъ. Анатомическія измѣненія перекрученной ножки и самой опухоли зависятъ, конечно, отъ степени скручиванія и состоятъ въ ножкѣ въ утолщеніи серознаго покрова, отечности ткани и запусьтвіи сосудовъ, особенно периферическихъ венъ, въ самой же опухоли въ появленіи отечности ткани, геморрагическихъ инфарктовъ и иногда полномъ омертвеніи опухоли; встрѣчается также воспаленіе и переходъ въ нагноеніе. Эти явленія, весьма подробно описанныя авторами и микроскопически, ставятся въ зависимость отъ обратнаго кровообращенія, производимаго скручиваніемъ, а иногда и полной остановки его. Аналогичныя же измѣненія происходятъ и въ перекрученной фиброматозной маткѣ, хотя тамъ они происходятъ труднѣе, вслѣдствіе лучшаго снабженія органа кровью.

Кромѣ общихъ симптомовъ: жестокой иррадирующей боли внизу живота, обмороковъ и рвоты, мѣстно наблюдается измѣненіе положенія опухоли, уменьшеніе ея подвижности, увеличеніе объема, размягченіе и большая ея болѣзненность. Иногда эти острия явленія стихаютъ и даже исчезаютъ, фиброма раскручивается, иногда же повторяются, обостряются нѣсколько разъ и, предоставленная самой себѣ, болѣзнь часто кончается смертью.

Диагностика даннаго заболѣванія очень трудна и, въ острыхъ случаяхъ почти невозможна, въ виду сходства симптомовъ съ таковыми же другихъ катастрофъ въ брюшной полости: аппендицита, лопнувшей беременной трубы и пр., и въ виду почти полной невозможности изслѣдованія изъ за сокращенія брюшной стѣнки; когда острия явленія стихаютъ, то дифференцируютъ перекручиваніе опухоли отъ названныхъ болѣзней, а затѣмъ и отъ перекручиванія опухолей яичниковъ, по общимъ правиламъ; диагностика, конечно, значительно облегчается, если врачъ раньше зналъ больную.

Прогнозъ заболѣванія тяжелый: изъ 25 собранныхъ случаевъ умерло 5, т. е. 20% общей смертности, изъ 22 оперированныхъ умерло 2, т. е. 10% и изъ 3-хъ предоставленныхъ самимъ себѣ умерло 3, т. е. 100%; предсказаніе для дѣтей при перекручиваніи ножки опухоли болѣе благоприятно: изъ 13 случаевъ въ 8 дѣти родились живыми, т. е. 61,5%, при перекручиваніи фиброматозной матки изъ 12 случаевъ только 3 дѣтей выжили—25%.

Кромѣ рѣдкихъ возможныхъ случаевъ самоизцѣленія леченіе возможно только одно, хирургическое, съ производствомъ, при малѣйшей возможности консервативной міомэктоміи, въ противномъ случаѣ удаленія съ опухолью и беременной матки.

633. F. Fraipont.—*De l'opération césarienne cervicale suprasymphisaire.*—Надлобковое шеечное кесарское сѣченіе.

Авторъ сообщаетъ результатъ примѣненія имъ 2 раза надлобковаго субперитонеального шеечнаго кесарскаго сѣченія, по способу Sellheim'a, съ полнымъ отдѣленіемъ брюшины передняго Дугласа отъ пузыря, и 6 разъ такого же сѣченія транс-перитонеального, съ соединеніемъ паріетальнаго и висцеральнаго листковъ брюшины или зажимами, или швами, по способу Veit'a и Fromme, который онъ видоизмѣнилъ, производя каждый разрѣзъ не поперечный, а продольный. Изъ 2-хъ случаевъ операціи Sellheim'a въ одномъ при отсепаровкѣ брюшины былъ раненъ мочевой пузырь (отечность ткани), тотчасъ зашитъ; послѣоперационное теченіе въ обоихъ случаяхъ гладкое, дѣти здоровы. Изъ 6 операцій Veit-Fromme одна была сдѣлана послѣ пробнаго наложенія щипцовъ и довольно сильныхъ тракцій, въ послѣоперационномъ теченіи t° 1 разъ—38,4, соединеніе раны per primam; ребенокъ умеръ на шестой день при конвульсіяхъ, на вскры-

ти переломъ и вдавленія черепныхъ костей. Еще въ двухъ случаяхъ въ послѣоперационномъ теченіи повышеніе t^0 до 39^0 , 2 шва брюшной раны распущены и брюшная полость дренирована, въ обоихъ случаяхъ это не повредило окончательному выздоровленію. Въ остальныхъ 3-хъ случаяхъ безлихорадочное послѣоперационное теченіе; дѣти, кромѣ вышеупомянутаго, живы и здоровы. Резюмируя свои наблюденія, авторъ склоняется больше въ сторону надлобкового шейчаго кесарскаго сѣченія по Veit-Frohne, т. е. трансъ-перитонеальнаго, примѣняя его не только въ случаяхъ сомнительныхъ, въ смыслѣ инфекціи, какъ это дѣлаютъ другіе авторы, сохраняющіе чистые случаи абсолютнаго показанія для классическаго кесарскаго сѣченія; онъ же дѣлаетъ и чистые случаи первичнаго кесарскаго сѣченія по описываемому способу, выгоды котораго онъ видитъ въ лучшемъ послѣоперационномъ рубцѣ и въ гораздо меньшемъ кровотеченіи при разрѣзѣ стѣнки нижняго сегмента матки, чѣмъ при классическомъ кесарскомъ сѣченіи.

Л. Ульяновскій.

Обзоръ англійской акушерско - гинекологической литературы.

634. Welch.—*Comparison of lesions found postmortem in cases diagnosed clinically as eclampsia and toxæmia of pregnancy* (Amer. Journ. of. Obstetr. etc. January). — *Сравненіе поврежденій, найденныхъ при вскрытіи въ случаяхъ, протекавшихъ клинически, какъ эклампсія и токсэмія беременныхъ.*

Авторъ, патолого-анатомъ Нью-Йоркскаго Родовспомогательнаго заведенія, не задается вопросомъ о рѣшеніи, является ли эклампсія и токсэмія беременныхъ одной и той же болѣзью и только приводитъ результаты вскрытія при 10 случаяхъ эклампсіи и 2 токсэміи беременныхъ; изслѣдовались мозгъ, печень и почки. По микроскопическимъ измѣненіямъ въ печени можно всѣ случаи раздѣлить на 4 класса: къ первому относятся 6 случаевъ, изъ которыхъ два приходятся на токсэмію съ обширными кровоизліяніями въ области вѣтвей воротной вены; во второмъ (3 случая)—надо отмѣтить некрозъ въ центрѣ дольки; въ третьемъ (одинъ случай)—безъ кровоизліяній, но съ общимъ набуханіемъ клѣтокъ и аутолизомъ ихъ; въ четвертомъ—два случая съ небольшимъ поврежденіемъ въ печени въ видѣ мутнаго набуханія клѣтокъ безъ кровоизліяній и безъ некрозовъ; наиболѣе рѣзкія измѣненія почекъ были въ послѣднемъ классѣ и въ силу этого его можно считать почечнымъ типомъ эклампсіи; въ остальныхъ классахъ пораженія почекъ носили паренхиматозный характеръ въ большей или меньшей степени. Случаи, отнесенные ко 2-ому классу, нѣкоторыми

авторами относятся къ токсемии, хотя и протекали съ припадками, т. е. подъ видомъ клинической эклампси.

635. Gemell.—*Two Cases of Enlarged Wandering Spleen Simulating Pelvic Tumour* (Journ. of. Obst. a. Gyn. Brit. Emp. October. 1908). — Два случая увеличенной подвижной селезенки, симулировавшей тазовую опухоль.

Для опредѣленія происхожденія опухоли изъ селезенки необходимо найти вырѣзку въ ней, но въ обоихъ приведенныхъ случаяхъ она была недоступна, будучи направлена кзади, въ область таза; въ обоихъ случаяхъ опухоль селезенки была принята за яичниковую; въ первомъ случаѣ опухоль оставлена въ виду возраста больной (68 лѣтъ) и видимой доброкачественности опухоли, въ другомъ—у 37-лѣтней женщины, опухоль удалена; изслѣдованіе крови черезъ 1—2 недѣли послѣ операциі обнаружило присутствіе ядерныхъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, позже ихъ уже нельзя было найти; никакой чувствительности въ длинныхъ костяхъ не наблюдалось.

636. Knyvett Gordon.—*Some Problems in the Treatment of Puerperal Septic Diseases* (Journ. of. Obstetr. a. Gynaec. Brit. Emp. October. 1908).—Нѣсколько задачъ въ леченіи септическихъ послѣродовыхъ заболѣваній.

Имѣя въ своемъ распоряженіи 250 случаевъ тяжелыхъ послѣродовыхъ септическихъ заболѣваній, клинически проведенныхъ (бактеріологическое изслѣдованіе выдѣленій изъ матки, крови, вскрытіе и т. д.), авторъ останавливается на леченіи случаевъ безъ мѣстныхъ явленій, всегда тяжелыхъ, съ обширнымъ всасываніемъ и распространеніемъ токсиновъ или самихъ бактерій (около половины случаевъ въ крови содержатся стрептококки).

Вначалѣ своей дѣятельности Gordon придерживался невмѣшательства, ограничиваясь лишь промываніемъ матки и общими мѣрами. Получивъ 46% смертности на 79 случаяхъ, авторъ перемѣнилъ тактику и сталъ примѣнять острую ложку съ послѣдующимъ прижиганіемъ (ізал) и протираніемъ полости матки и результаты стали лучше (24% смертности). Труднымъ для разрѣшенія является вопросъ о леченіи послѣродового воспаленія тазовой клетчатки въ острой стадіи и авторъ высказывается за ранній разрѣзъ въ заднемъ сводѣ; наиболѣе трудными нужно считать случаи послѣродовыхъ заболѣваній, протекающихъ безъ всякихъ мѣстныхъ явленій и представляющихъ во многихъ случаяхъ метростазы, которые спустя извѣстное время болѣзни могутъ быть лечимы иссѣченіемъ венъ, хотя, конечно, эта операциа иногда и бываетъ лишь пробной при той слабости силъ, въ которой къ тому времени находятся больныя. Вопросъ объ удаленіи матки трудно разрѣшимъ, благодаря трудности опредѣленія степени распространенія процесса за ея предѣлы. Противобактерійныя сыворотки могутъ при-

нести пользу, особенно при ничтожномъ мѣстномъ пораженіи и сильно выраженной токсеміи (большею частью въ крови стрептококки). Значеніе сыворотокъ усиливается при внутривенномъ вливаніи физиологическаго раствора съ прибавкой поливалентной антистрептококковой сыворотки, что объясняется авторомъ такъ, что прибавка солевого раствора доставляетъ комплементъ, котораго не хватаетъ въ сывороткѣ. Сыворотки должны примѣняться въ большемъ количествѣ и хорошо быть провѣрены.

637. Eardley Holland.—*Malignant Melanoma of the Vulva* (Journ. of Obst. a. Gynaec. Brit. Emp. November. 1908).—*Злокачественная меланома наружныхъ половыхъ частей.*

Авторъ предпочитаетъ болѣе общее названіе злокачественной melanom'ы меланотической саркомѣ, такъ какъ среди меланомическихъ опухолей наружныхъ частей бываютъ и саркомы и раковыя опухоли, чистыя же, не меланотическія, саркомы наружныхъ половыхъ частей попадаютъ гораздо рѣже, чѣмъ пигментированныя. Въ случаѣ автора дѣло шло о 73-лѣтней VIII-рага, у которой въ области клитора имѣлась опухоль величиной въ небольшую сливу; послѣ удаленія опухоли съ паховыми железами, рецидивъ наступилъ черезъ 10 мѣсяцевъ въ паху, а затѣмъ еще черезъ 3 мѣсяца больная умерла. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдена меланотическая саркома съ крупными клѣтками смѣшаннаго типа. Авторъ разбираетъ подобные случаи изъ литературы (37 за исключеніемъ сомнительныхъ). Что касается до происхожденія меланомъ изъ пигментированныхъ родимыхъ пятенъ на половыхъ частяхъ, то, по автору, на это нѣтъ ясныхъ указаній.

638. L. Anderson and K. Platt. *Malignant Disease of the Uterus. A Digest of 265 Cases Treated in the New Hospital for Women* (Journ. of Obstetr. a. gynaec. Brit. Emp. December 1908). *Злокачественныя заболѣванія матки; сводка 265 случаевъ.*

Изъ собранныхъ 265 случаевъ, оперированныхъ въ New Hospital for Women въ Лондонѣ за время 1895—1907 гг., на долю шейки приходится 217 случаевъ и на долю тѣла матки — 48. Пораженіе шейки первое время оперировалось влагалищнымъ путемъ, лишь въ 1901 г. въ первый разъ было произведено съ этой цѣлью чревосѣченіе, со слѣдующаго года слѣвавшееся правиломъ; обращается особое вниманіе на удаленіе железъ. Въ виду того, что брюшной методъ получилъ право гражданства въ упоминаемомъ госпиталѣ раньше, чѣмъ въ другихъ англійскихъ больницахъ, авторы приводятъ результаты: % прямой смертности отъ операций равенъ 6,6 при брюшномъ и 7,3 при влагалищномъ методѣ. Рецидивы наступаютъ при второмъ методѣ гораздо скорѣе. Особенно важно удалять железы подвздошныя, такъ какъ въ нихъ чаще всего рецидивъ получается послѣ брюшного удаленія матки. Въ одномъ случаѣ повторнаго чревосѣченія рали грыжи

бѣлой линіи операторъ (Miss Blake) воспользовался случаемъ для удаленія этихъ железъ и въ нихъ подь микроскопомъ найдены раковыя клѣтки; послѣ этой вторичной операціи уже годъ нѣтъ рецидива; въ силу этого Miss Blake предлагала даже вопросъ о специальномъ вскрытіи живота (пробное чревосѣченіе) черезъ 1½—2 года послѣ брюшиннаго удаленія матки ради рака. Насколько удалось получить свѣдѣнія объ отдаленныхъ результатахъ операцій, то при влагалищномъ удаленіи извѣстенъ случай, гдѣ 7 лѣтъ нѣтъ рецидива; въ двухъ возврата нѣтъ 2 года, въ 12 — быстро наступалъ возвратъ. При брюшномъ способѣ оперированія — въ 26 случаяхъ отъ 1½ до 4 лѣтъ нѣтъ возврата, въ 11—рецидивы втеченіе перваго года, въ 6—втеченіе 3½ лѣтъ. При злокачественныхъ новообразованіяхъ тѣла матки изъ 39—9 удалено черезъ влагалище, 30 черезъ брюшные покровы; въ 22 случаяхъ—втеченіе 2—7 лѣтъ нѣтъ возврата, въ 7—возвратъ поступилъ черезъ 1—5 лѣтъ послѣ операціи, 3 умерли, о 7 нѣтъ свѣдѣній. Въ патолого—анатомическомъ отношеніи шейка была поражена 216 разъ, въ 93 былъ плоско-эпителиальный ракъ, въ 24 — adeno-carcinoma въ 2-хъ—саркома, въ 4—эндотелиома, 93—безъ точнаго опредѣленія формы рака; осложненіе фибромами встрѣчалось 4 раза. Опухоли тѣла матки были въ 48 случаяхъ: 37 — adeno-carcinoma, 10 — саркома, 1 — хоріонъ-эпителиома; въ 17 случаяхъ—осложненіе фиброміомами. Средній возрастъ больныхъ при опухоляхъ шейки—44,5 года, при опухоляхъ тѣла матки—58 лѣтъ; среднее число дѣтей при первыхъ—5 человекъ, при вторыхъ—одно и среди нихъ даже много бездѣтныхъ и незамужнихъ. Надо отмѣтить, что въ большинствѣ случаевъ болѣзнь подкрадывалась почти безъ всякихъ признаковъ; при опухоляхъ шейки боли являются наиболѣе позднимъ явленіемъ.

639. Mc. Kerron.—*Physiological Anaesthesia During Labour* (Journ. of obstetr. a. gynaec. Brit. Emp. December. 1908). *Физиологическая анестезія во время родовъ.*

Авторъ описываетъ случай, наблюдавшійся у IV пара, 30 лѣтъ, здоровой и сильной, съ небольшимъ суженіемъ таза; предыдущіе 2 родовъ протекали также въ присутствіи автора и были трудными и продолжительными. Въ этотъ разъ, въ виду частыхъ и сильныхъ болей, авторъ собирался дать наркозъ нѣсколько раньше обычнаго, какъ вдругъ роженица потеряла сознаніе, стала тяжело дышать, даже хрипѣть, лицо вздулось, глаза фиксированы, зрачки расширены, рефлекса съ конъюнктивы нѣтъ; полная нечувствительность къ болямъ, но рефлексы кожные сохранены; никакихъ подергиваній въ мышцахъ, которыя, наоборотъ, расслаблены; картина была угрожающая и напоминала о возможности мозгового кровоизліянія, но пульсъ оставался правильнымъ; такое состояніе продолжалось минутъ 15, до рожденія ребенка, происшедшаго подь вліяніемъ сильныхъ, правильныхъ потугъ. Послѣ ро-

жденія ребенка спячка продолжалась еще немного какъ послѣ наркоза, а затѣмъ сознание быстро возстановилось, но роженица ничего не понимала, была удивлена, что ребенокъ родился и болѣе не чувствовала. Чѣмъ объяснить такое состояніе, обмороками ли, внезапнымъ отекомъ мозга или нарушеніемъ кровообращенія,—авторъ рѣшить не можетъ, но причина явленія лежитъ въ чрезмѣрной силѣ болей. Авторъ вспоминаетъ, что гдѣ то слышалъ выраженіе „физиологическая анестезія во время родовъ“, но не можетъ поручиться, основывается ли подь этимъ имеемъ подобное этому случаю состояніе.

640. Robert Jardine.—*Caesarean Section in a Case of Twins with Placenta Praevia* (Journ. of Obstetr. a. Gynaec. Brit. Emp. December. 1908).—*Кесарское сѣченіе при двойняхъ и предлежаніи послѣда.*

Въ августѣ 1907 г., въ виду суженія таза роженицы сдѣлано кесарское сѣченіе (Dr. Russell). Въ ноябрѣ 1908 г.—вторые роды, двойни и краевое предлеженіе послѣда безъ особаго кровотеченія. При вторичномъ кесарскомъ сѣченіи найдены обширныя сращенія матки съ брюшной стѣнкой, особенно внизу; разрѣзъ матки проведенъ по старому; placenta praevia caesarea одного плода; произведена стерилизація путемъ перевязки изсѣченія части трубъ. Два плода, по $5\frac{1}{4}$ фунтовъ каждый. Авторъ упоминаетъ, что уже разъ производилъ кесарское сѣченіе при двойняхъ, но описываемаго стеченія обстоятельство еще не встрѣчалъ.

641. George W. Crile.—*A hemolytic test for malignant Tumors* (Amer. Journ. of Obstetr. etc. December. 1908).—*Гемолитическая проба при злокачественныхъ опухоляхъ.*

Авторъ производилъ изслѣдованіе на гемолизъ при злокачественныхъ опухоляхъ и хотя онъ признаетъ, что вопросъ находится въ стадіи разработки и нельзя еще дѣлать выводовъ, тѣмъ не менѣе онъ приводитъ результаты своихъ изслѣдованій, не могущихъ служить для діагностики, а лишь для подтвержденія злокачественности случая. Не удалось получить гемолиза у 200 лицъ, не имѣвшихъ злокачественныхъ опухолей, изъ 146 случаевъ съ доказанными злокачественными новообразованіями въ 84% гемолизъ наблюдался (даже въ 88% въ послѣдней серіи испытаній). Изъ 51 случая съ зараженіемъ остраго или хроническаго характера гемолизъ наблюдался лишь въ 6%, не наблюдался онъ ни разу въ 55 случаяхъ доброкачественныхъ опухолей. Обычно послѣ радикальнаго удаленія новообразованія черезъ 10 дней начинало пропадать гемолитическое дѣйствіе крови и къ 20 днямъ вовсе пропадало, появляясь вновь при рецидивахъ; при неполномъ удаленіи опухоли гемолизъ не исчезалъ. При отсутствіи рака, давали гемолитическую реакцію хроническое воспаленіе, извѣстныя лихорадочныя болѣзни и сифились. Жаръ вліялъ вредно на гемолизъ, изъ чего можно заключить, что онъ органическаго происхожденія.

Связь гемолитической реакціи съ злокачественной опухолью доказы-
вается пропаданіемъ ея послѣ удаленія опухоли. Очень точно передана
техника производства реакціи.

642. Irving Haynes. — *The anatomical Basis for successful Repair of the female pelvic Outlet* (Amer. Journ. of Obstetrics etc. December. 1908). — *Анатомическія основы для успешнаго возстановленія выхода таза у женщинъ.*

Подъ выше упомянутымъ названіемъ авторъ подразумѣваетъ, конечно, мягкія части и какъ анатомъ, онъ разсматриваетъ очень подробно строеніе тазового дна, сопровождая описаніе многими оригинальными фотографіями сначала съ нормальныхъ отношеній, а затѣмъ при сильномъ нарушеніи ихъ. Анатомическія подробности плохо подаются передачѣ, клиническая же сторона новаго ничего не представляетъ. Остается лишь сказать, что единственно примѣнимымъ и цѣлесообразнымъ способомъ возстановленія тазового дна авторъ считаетъ способы съ расщепленіемъ (а отнюдь не съ вырѣзаніемъ лоскута) и рекомендуетъ для этого вести разрѣзъ по границѣ между слизистой и кожей, по краю половой щели, начиная отъ мѣста образованія рубца и придавая разрѣзу форму буквы U.

643. Comyns Berkeley. *Wertheim's Panhysterectomy for Carcinoma of Cervix.* (Journ of Obstetr. a. Gyn. Brit. Emp. March) Полное удаленіе матки при ракѣ шейки по Wertheim'у.

Работа представляетъ полный обзоръ результатовъ разбираемой операциі, какъ безотносительно, такъ и въ сравненіи съ другими способами, кромѣ того авторъ спросилъ выдающихся англійскихъ гинекологовъ и получилъ свѣдѣнія о 313 случаевъ радикальнаго брюшного удаленія матки, изъ которыхъ 243 оперированы по Wertheim'у, хотя многіе изъ случаевъ изъ послѣдней серіи не заслуживаютъ этого названія. Первичная смертность въ собранныхъ авторомъ 313 случаевъ равна 18,5%, процентъ оперируемости не могъ быть вычисленъ за недостаткомъ данныхъ для всѣхъ собранныхъ случаевъ, въ случаяхъ же Berkeley и Woppey онъ былъ равенъ 67%. Определить окончательный результатъ и % выздоровленія автору не удалось. Все таки, авторъ считаетъ брюшной способъ имѣющимъ громадное преимущество передъ влагалищнымъ, который имѣлъ за себя лишь низкій % смертности. Вопросъ о преимуществахъ операциі по Wertheim'у надъ операцией съ паравагинальнымъ сѣченіемъ рѣшается авторомъ лишь по литературнымъ даннымъ, такъ какъ личнаго опыта съ послѣднимъ методомъ у него нѣтъ. Далѣе авторомъ разсмотрѣны осложненія при операциі по Wertheim'у съ пораненіемъ мочеточниковъ, пузыря, кишекъ, съ воспаленіемъ пузыря и пр., затѣмъ причина смерти. Для зажиманія рукава при удаленіи матки авторъ примѣняетъ свои особые щипцы (рисунокъ), накладываемые по прямой оси матки. Самъ авторъ дренажа непримѣняетъ.

Болѣе 20⁰/₁₀₀ операций не были окончены, превратившись въ пробное чрево-сѣченіе. Годами авторъ не стѣснялся и оперироваль и выше 60 лѣтъ.

644. Lorrain Smith and Fletcher Shaw.—*The Pathology of the Red Degeneration of Uterine Myomata.* (Journ. of Obst. a. Gyn. Brit. Emp. April.) Патологія „краснаго перерожденія“ міомъ матки.

Авторы изслѣдовали микроскопически пять случаевъ краснаго перерожденія міомъ, оперированныхъ другими авторами. Клиническая картина выражалась въ боляхъ и быстромъ увеличеніи опухоли, а въ двухъ, кромѣ того, были признаки токсэміи. Въ двухъ случаяхъ и простымъ глазомъ можно было замѣтить увеличеніе и расширеніе сосудовъ, въ остальныхъ лишь подъ микроскопомъ можно было опредѣлить измѣненіе тканей. Авторы приходятъ къ такимъ выводамъ: главнымъ образомъ измѣненіе при „красномъ перерожденіи“ фибридовъ состоитъ въ тромбозѣ кровеносныхъ сосудовъ; этотъ тромбозъ и красная окраска могутъ начинаться съ периферіи опухоли; въ то же время опухоли подвергаются перерожденію, выражающемуся въ появленіи гомогенныхъ массъ, раздѣляющихъ пучки мышць во многихъ мѣстахъ; въ опухоляхъ находятъ жиръ и жировые кристаллы, образующіеся, вѣроятно, изъ разрушающихся мышечныхъ пучковъ; опухоль получаетъ предрасположеніе къ зараженію септическими началами и къ образованію признаковъ острой интоксикаціи; возможно, что беременность предрасполагаетъ къ образованію описанныхъ измѣненій.

645. Glorance Willey. *Menstruation and Menorrhagia.* (Journ. of Obst. a. Gyn. Brit. Emp. April.)

Разсматривая менструацію, какъ предѣлъ мѣсячнаго цикла для подготовки матки и воспріятія оплодотвореннаго яйца, мы не можемъ не отмѣтить значенія необходимости достаточнаго кровонаполненія органа, (наполненіе сосудовъ, спадающихъ на время менструальное, увеличеніе величины матки, способность маточной мускулатуры къ гипертрофіи, не встрѣчаемой въ другихъ мышцахъ). Съ этой же точки зрѣнія и неправильная, чрезмѣрная потеря крови при регулахъ—меноррагія можетъ быть сведена не къ измѣненію слизистой матки, а къ условіямъ прилива крови. Исключивъ другія, анатомическія причины (новообразованія матки, заболѣванія трубъ) нужно признать, что на приливъ крови (къ маткѣ вліяютъ) застойныя явленія въ ней и недостаточная дѣятельность маточной мышцы; чтобы избѣгать подобныхъ неправильностей въ приливѣ крови къ маткѣ, а слѣд. меноррагій, надо избѣгать всѣхъ условій, могущихъ вызвать застой (смѣшенія матки, запоры и пр.); затѣмъ надо избѣгать всякихъ источниковъ утомленія маточной мускулатуры и наоборотъ укрѣплять ее (правильный сонъ, питаніе, занятія на воздухѣ, и) исключеніе вредныхъ веществъ, свинца, фосфора, алкоголя и пр.); наконецъ, помогать маточной мускулатурѣ путемъ разныхъ лекарствъ (hydrastis, соли котарнина и пр.).

646. Tweedy. — *Reports of The Rotunda Hospital* (Journ. of Obst. a. Gyn. Brit. Emp. May).

Статья представляет выдержки изъ отчета за 1907—1908 г. и начинается съ того, что почитается память стоявшаго во главѣ госпиталя, недавно умершаго Arthur Масап'a, много для него пострадавшагося. Въ родильномъ отдѣленіи лежало 2393. Эклампсія встрѣчалась 12 разъ (одна умерла). За годы 1889 по 1895 было 35 случаевъ со смертностью въ 31,4%, съ 1896 по 1903—26 эклампсій со смертностью въ 19,2% и съ 1904 по 1908 — 52 эклампсій со смертностью въ 11,1%. Узкихъ тазовъ очень мало, считая conj. vera ниже 9 сант. Изъ 749 первородящихъ въ 330 пришлось возстановлять промежность, что производилось въ положеніи на боку большими иглами съ silk-worm gut, при чемъ, начиная отъ задняго прохода, велуть иглу съ кожи вглубь до верхняго угла разрыва и не выводя иглы изъ раны, проводятъ ее обратно къ кожѣ промежности. 2 раза былъ разрывъ матки (привезенный). Въ гинекологическомъ отдѣленіи было 489 больныхъ, умерло 6. Операций ради искривленія матки кзади было 60. Въ остальномъ надо отмѣтить точное опредѣленіе изслѣдованныхъ опухолей и бактериологическое изслѣдованіе лохий при заболѣваніи родильницъ: въ 13 отрицательный результатъ, сапрофиты въ 8, стрептококкъ въ 1, стафилококкъ—въ 6, диплококкъ въ 24, гонококкъ и кишечная палочка по одному.

647. Henry Fry. — *The best Methods of promptly Terminating the first Stage of Labor with special Reference to vaginal cesarean section* (Amer. Journ. of Obstetr. etc. February).—*Лучшіе способы быстраго окончанія родовъ въ первомъ періодѣ въ особенности въ связи съ вопросомъ о влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи.*

Выводы автора: каждый способъ, примѣняемый для искусственнаго окончанія родовъ въ первомъ періодѣ долженъ быть примѣняемъ согласно съ тѣми условіями, въ которыхъ находятся части, требующія расширенія. Къ такимъ условіямъ принадлежатъ физиологическое размягченіе тканей и степень раскрытія, а именно, открытіе внутренняго зѣва, состояніе канала шейки и раскрытіе наружнаго зѣва. Показанія для примѣненія ручного расширенія и настьчекъ шейки ограничиваются случаями, гдѣ шейка сглажена и остается преодолѣть лишь наружный зѣвъ. Ручное расширеніе можетъ быть примѣняемо въ большемъ числѣ случаевъ, настьчки на шейкѣ очень рѣдко, развѣ только при патологическихъ измѣненіяхъ тканей. Расширитель Bossi представляется инструментомъ бесполезнымъ для акушера, и насколько правильно въ гинекологіи примѣненіе металлическихъ расширителей, настолько нельзя примѣнять его безъ риска въ акушерствѣ. Полное расширеніе сохранившейся шейки при помощи насильственного металлическаго расширителя дѣло плохое и такіе случаи

правильнѣ всего показываютъ примѣненіе влагалищнаго кесарскаго сѣченія.

648. R. Frank. — *An Analysis of eighty consecutive Cases of Ectopic Gestation* (Amer. Journ. of. Obstetr. Etc. February). — *Разборъ 80 случаевъ внѣматочной беременности.*

Матеріалъ представляютъ 80 случаевъ, накопившихся, безъ выбора, за 6 лѣтъ и разобранныхъ въ разныхъ отношеніяхъ: лѣта, появленіе регулъ (запозданіе въ 40—50%), болей (въ 53,7% на сторонѣ пораженія, въ 34%—общія), т°, пульса, мѣстныхъ измѣненій, обмороковъ (32% всѣхъ случаевъ). Подвергались операциі 77 случаевъ. Разрывъ трубы былъ чаще (42 сл.), чѣмъ трубный выкидышъ (20 случ.), въ одномъ случаѣ внѣматочная беременность была одновременно съ нормальной. Оперированы были немедленно въ 31%, въ остальныхъ спустя нѣкоторое время выжиданія (иногда до 10—17 дней). Брюшнымъ путемъ оперированы 63 случая, влагалищнымъ—произведены двѣ радикальныхъ операциі и въ 9 произведенъ разрѣзъ haemotocelis. Умерло три, въ одномъ изъ нихъ внѣматочная беременность не распознана и случай третированъ, какъ обычный выкидышъ. Авторъ дѣлаетъ такіе выводы: необходима точная діагностика по вышеизложеннымъ признакамъ и даннымъ анамнеза; такія больныя должны находиться подъ надзоромъ, не подвергаться ни грубому изслѣдованію, ни выскабливанію; выждавъ два-три дня, надо оперировать, если раньше не появятся показанія. При небольшой и мало обособленной кровяной опухоли чревосѣченіе укорачиваетъ періодъ выздоровленія, при хорошо выраженныхъ достаточно влагалищнаго опорожненія и дренажа. Въ сомнительныхъ случаяхъ лучше оперировать, чѣмъ выжидать. При рѣзкомъ коллапсѣ необходима немедленная операциа съ принятіемъ мѣръ противъ послѣдствій кровотеченія и шока; всегда лучше поторопиться, чѣмъ опоздать. Пока, за неимѣніемъ точныхъ признаковъ, остается много для субъективной оцѣнки случая.

649. Dorman. — *The Causes of Death of the Viable Fetus before Labor* (Amer. Journ. of. Obstetr. etc. February). — *Причины смерти жизнеспособныхъ плодовъ до родовъ.*

Разобрана причина смерти у 229 мертворожденныхъ жизнеспособныхъ плодовъ, умершихъ до родовъ на 10,000 послѣдовательныхъ родовъ въ Sloane Maternity, съ указаніемъ на способъ воздѣйствія этой причины на умираніе плода и нѣкоторыхъ мѣръ, которыя могли бы предупредить въ нѣкоторыхъ случаяхъ эту смерть (соотвѣтствующее леченіе при сифилисѣ, токсэмии, нефритахъ и порокахъ сердца, иногда преждевременные роды, спасающіе, какъ жизнь плода, такъ и матери). Изъ 229 изслѣдованныхъ случаевъ въ 62 не удалось опредѣлить причины смерти плода, въ 24—были явные слѣды сифилиса, въ 24—лишь допустима возможность его, въ 47—альбуминурия, экламп-

сія и токсэмія, въ 30—случайное кровотеченіе, изъ нихъ въ 14 безъ бѣлка въ мочѣ, обвитіе пуповины вокругъ шеи—17 разъ (въ одномъ случаѣ до 4 разъ), предлежаніе послѣда въ 9, болотная лихорадка—6, аспитъ у плода—4 раза, многоводіе—4, фиброиды—въ 4, сухіе роды—4, врожденныя неправильности—5 (безголовый—1, тройни—1, двойней 3), перекручиваніе пуповины—2, гоноррея—2, ракъ шейки, оспа, лихорадка неизвѣстнаго происхожденія по одному случаю.

650. Vineberg.—*Ligation of pelvic Veins for puerperal Pyemia* (Amer. Journ. of Obst. March). — *Перевязка тазовыхъ венъ при послеродовой піэміи.*

Описывается случай послеродовой піэміи у родильницы, поступившей въ больницу на 28-й день послѣ родовъ почти безъ мѣстныхъ явленій; предположенъ септический тромбозъ тазовыхъ венъ, авторъ собирався сейчасъ-же предпринять операцию, но послѣ консультаціи отложилъ. Въ крови найдены стрептококки въ умѣренномъ числѣ. На 37-ой день рѣшено было оперировать, сдѣлано чревосѣченіе, матка и придатки оказались нормальными, лѣвая яичниковая вена расширена и извилиста, но проходима; лѣвая внутренняя подвздошная, повидимому, нормальна; правая яичниковая утолщена до размѣровъ большого пальца по всей длинѣ до полой вены, на нее наложены двѣ лигатуры, одна у v. сава, другая у матки и все лежавшее между ними удалено Расквелип'омъ; правая внутренняя подвздошная вена, повидимому, нормальна. Больная хорошо перенесла операцию, наступило небольшое улучшеніе, но затѣмъ стало опять хуже, появились ознобы и черезъ 19 дней послѣ операциіи больная погибла. На вскрытіи оказалось, что закупорка распространялась на полую вену и на подвздошныя вены по типу thrombophlebitis retrograda. Указавъ на діагнозъ болѣзни, такъ сказать, устанавливаемый путемъ исключенія и на лучший доступъ къ венамъ (косымъ разрѣзомъ по задней поверхности широкой маточной связки) авторъ, не смотря на неуспѣхъ своего случая, считаетъ, что предпринятый имъ способъ имѣеть будущее и обращаетъ на него вниманіе товарищей.

651. Skeel.—*Blood pressure, Leucocyte Count and ophthalmoscopic Examination in the Diagnosis of pre-eclamptic Toxaemia* (Americ. Journ. of Obstetr. etc. March). — *Кровяное давленіе, число лейкоцитовъ и изслѣдованіе глазного дна при диагнозѣ токсэміи, предшествующей эклампсiei.*

Въ виду важности заболѣванія эклампсiei очень много значитъ опредѣлить и предупредить ея появленіе, съ какой цѣлью очень важно пользоваться вышеуказанными признаками. На основаніи своихъ наблюденій (Ohio) и литературныхъ данныхъ авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: слѣды бѣлка въ мочѣ роли не играютъ, встрѣчаясь въ большомъ числѣ и нормальныхъ беременностей; другое дѣло, если

имѣется значительное количество бѣлка или оно прогрессируетъ; полное отсутствіе бѣлка еще не доказываетъ отсутствіе токсэміи; цилиндры и уменьшеніе суточнаго количества мочи, затѣмъ извѣстный удѣльный вѣсъ ухудшаютъ положеніе. Опредѣленіе кровянаго давленія простымъ ощупываніемъ мало доказательно, инструментальное же опредѣленіе его очень важно. Кровяное давленіе остается во время беременности безъ измѣненія, за исключеніемъ двухъ послѣднихъ мѣсяцевъ, когда оно повышается слегка, обычно не выше 150 mm.; превышеніе этого предѣла имѣетъ важное значеніе. Повышаясь во время родовъ, послѣ нихъ давленіе падаетъ до нормы. При эклампсіи оно вообще повышено, часто очень значительно; въ предэкламpticескомъ состояніи давленіе, вѣроятно, всегда повышено и служитъ критеріемъ для діагноза и предсказанія. Вышесказанныя явленія свойственны также воспаленію почекъ, но это не мѣняетъ дѣла. Количество бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ при эклампсіи и токсэміи, ей предшествующей, повышено на 50% и болѣе, при этомъ надо исключить другія причины лейкоцитоза (пищевареніе, воспаленія, кровотеченія, лекарства и физиологическое послѣ родовъ), у первородящихъ число ихъ всегда больше. При рѣзкихъ измѣненіяхъ зрѣнія, особенно при нахожденіи измѣненій въ глазу, необходимо прекращеніе беременности; въ послѣдніе два мѣсяца они указываютъ на высокую степень токсэміи. За всѣми измѣненіями надо слѣдить изо дня въ день, введя это въ правило.

Л. Крисскій.

ХРОНИКА.

153) Благодаря энергичнымъ мѣропріятіямъ въ борьбѣ со смертностью грудныхъ дѣтей въ Баваріи, за періодъ съ 1891 по 1907 г.г. достигнуто пониженіе смертностей съ 30, 9% до 20, 4%. Въ 1907 г. въ 5 специальныхъ учрежденіяхъ Мюнхена роздано 730000 бутылокъ молока.

154) 10 Октября начались занятія на вновь открывшихся въ Москвѣ высшихъ женскихъ медицинскихъ курсахъ прив.-доц. Статкевича и д-ра Изачика Всего на курсы записались 483 слушательницы.

155) Приемниками проф. Pfannenstiel'я предложены проф. Franz (Jena), v. Franqué (Giessen) и Opitz (Düsseldort).

„St. Petersburg. Med. Wochenschr.“

156) Въ скоромъ времени правленіе тифлискаго общества акушеровъ организуетъ чтеніе вечернихъ лекцій по повторительному курсу акушерства для акушеровъ, фельдшеровъ и др. интересующихся лицъ.

157) Ежемѣсячный журналъ „Der Frauenarzt“, издаваемый въ Лейпцигѣ, уже въ теченіе 24 лѣтъ, съ 1 Октября н. г. редактируется Dr. Orthmann (Berlin), при согрудничествѣ многихъ выдающихся германскихъ и заграничныхъ гинекологовъ. Новая редакція обѣщаетъ печатать лишь строго-научно выбранный матеріалъ, который вмѣстѣ съ этимъ можетъ служить пособіемъ для усовершенствованія врачамъ-практикамъ.

158) Со времени пракашенія регламентаціи проституціи въ Даніи (съ 1906 г.) наблюдаются тѣже явленія, что было въ Италиі въ 1888 г.: значительное усиленіе разврата, увеличеніе числа больныхъ мужчинъ вдвое и рѣзкое уменьшеніе числа проститутокъ, обращающихся за врачебной помощью.

Deutsche Medic. Zeit.

159) Въ октябрѣ н. г. въ Ecole de Médecine въ Парижѣ должно состояться международное засѣданіе обществъ по изслѣдованію рака. На обсужденіе поставленъ вопросъ о фиксированіи программы имѣющаго быть въ сентябрѣ 1910 г. въ Парижѣ международнаго съѣзда по изученію рака, для котораго долженъ быть подготовленъ рядъ рефератовъ. Кромѣ того съѣзду будетъ представлена схема для международной статистики рака, чтобы имѣть возможность выяснить многіе спорные вопросы въ этой области, преимущественно о томъ, дѣйствительно ли увеличивается число раковыхъ заболѣваній, въ чемъ сомнѣваются, а также чтобы яснѣе освѣтить вопросъ объ этиотогии рака и др.

160) 31-ый бальнеологическій съѣздъ подъ предсѣлательствомъ проф. Briegeга соберется въ Берлинѣ съ 29 января по 1 февраля 1910 г. Заявленія о докладахъ просятъ сообщать главному секретарю бальнеологическаго общества д-ру Вроск'у (Berlin N. W. Thomasiusstrasse 24.

161) Въ юнѣ н. г. въ Вашингтонѣ вступилъ въ силу законъ, по которому отъ лицъ, вступающихъ въ бракъ, требуется: 1) свидѣтельство врача о физическомъ и психическомъ здоровьѣ, 2) удостовѣреніе двухъ лицъ подъ присягой, что они знаютъ брачующихся въ теченіе, по крайней мѣрѣ, двухъ лѣтъ.

162) Въ срединѣ октября долженъ выйти въ свѣтъ роскошный альбомъ XVI международнаго медицинскаго съѣзда. Онъ содержитъ рефераты и доклады, отчетъ о всемъ съѣздѣ, фотографіи и біографическія данныя почти всѣхъ членовъ конгресса съ предсѣдателями и выдающимися докладчиками во главѣ. Это роскошное изданіе, заключающее въ себѣ почти 40 печатныхъ листовъ въ венгерскомъ кожаномъ переплетѣ, будетъ стоить съ пересылкой 25 кронъ. Получить его можно исключительно въ редакціи (Budapest, VI. Liszt Ferencz-tér 4).

163) Въ виду распространяющихся среди кавказскихъ горцевъ-мусульманъ венерическихъ болѣзней (вслѣдствіе усиленія отхожихъ промысловъ), они просятъ шейхъ-ули-ислама и муфтія, по соглашенію, запретить мулламъ безъ медицинскаго свидѣтельства о здоровьи со стороны мужчинъ заключать браки. Практическ. Врачъ.

164) 6 Сентября въ г. Харьковѣ открыта частная фельдшерско-акушерская школа д-ра М. П. Ряснянскаго.

165) Съ согласія Правленія Общества Россійскихъ Хирурговъ, послѣдній день (23 декабря) имѣющаго быть въ декабрѣ 1909 г. въ Москвѣ съѣзда хирурговъ будетъ посвященъ исключительно докладамъ по урологіи. Заявленія о докладахъ по урологіи слѣдуетъ направлять въ Москву, въ Правленіе Общества Россійскихъ Хирурговъ.

166). Извѣстный миллионеръ Carnegie пожертвовалъ Парижскому университету 20000 марокъ на изслѣдованіе радиоактивныхъ веществъ.

167). Американскій миллиардеръ Rockefeller пожертвовалъ по случаю своего семидесятилѣтія Чикагскому университету 25 миллионъ далларовъ, при чемъ 7 миллионъ получилъ Rusch Medical College и свыше 4 миллионъ Institut for Medical Research имени Rockefeller'a. В. Мед. Жур.

168). Германскій центральный Комитетъ по изслѣдованію рака объявилъ конкурсъ на составленіе краткаго руководства для ранняго распознаванія рака всѣхъ органовъ. Назначена 3 преміи въ 1000, 500 и 300 мар. Срокъ доставки сочиненій—31-ое марта 1910 г. Комитетъ имѣетъ въ виду лучшее изъ доставленныхъ руководствъ отпечатать въ большомъ количествѣ экземпляровъ и разослать всѣмъ практическимъ врачамъ. Участвовать въ конкурсѣ можетъ лишь врачъ, жившій въ Германіи.

Редакторы

Г. Рейнъ.
Л. Кривскій.
К. Скробанскій.

Опечатки.

Въ отдѣлѣ «Критика и библіографія» по корректурному недосмотру вкрались слѣдующія опечатки: на стр. 1159, строка 4-ая снизу вмѣсто «головки таза . . . и между тѣмъ» слѣдуетъ читать: «головки и таза . . . , между тѣмъ».

На стр. 1160 слѣдуетъ читать: А. Л. Владыкинъ.

Журналы и книги, присланные въ редакцію.

(Переданы въ бібліотеку Общества).

1) Русс. Врачъ № 39—42; 2) Врачебн. Газета № 39—42; 3) Практическій Врачъ № 39—42; 4) Сибирская Врачебн. Газета № 39—40; 5) Фельдш. Вѣстникъ № 33, 36—38; 6) Вѣстн. Общ. Гигіены № 9—10; 7) Соврем. Клиника и Терапія № 9; 8) Соврем. Медицина № 17—18; 9) В. Медиц. Журналь, Октябрь; 10) Харьковскій Медиц. Журналь № 7; 11) Медицинскія прибавленія къ Морскому Сборнику. Августъ—Сентябрь; 12) Медицинское Обзорѣніе № 15; 13) Вѣст. ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней. Октябрь; 14) Акушерка № 10; 15) Зубо-врачебный Вѣстникъ № 9; 16) Вѣстн. Офтальмологіи. Сентябрь; 17) Хирургія. Октябрь; 18) Русск. Хирург. Архивъ. Кн. IV; 19) Унив. Извѣстія. Кіевъ № 8; 20) Ученыя записки Казанск. Унив. Сентябрь; 21) Труды 2-го Съѣзда Росс. Гинекологовъ и Акушеровъ; 22) Труды и протоколы Кавказск. Медиц. Общества. Февраль—Апрѣль 1909 г.; 23) Der Frauenarzt, Hf. 10; 24) St. Petersburger Medic. Wochenschrift № 39—42; 25) Monthly Cyclopaedia and Medical Bulletin № 9; 26) Rendiconti della Societa Toscana di ostetricia e Ginecologia № 2; 27) Lucina, № 10; 28) La Ginecologia Moderna № 8—9; 29) La Ginecologia № 17—18; 30) L'Obstétrique № 6, 9; 31) Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie № 175; 32) Le Monde Médical № 359; 33) La Quinzaine Thérapeutique. Octobre; 34) Cytolyse Alto-Fréquente et Fulguration du Cancer Dr. Rivière. 35) Medycyna № 41—44; 36) Gazeta Lekarska № 40—44; 37) Zdrowie № 10; 38) Casopis Lékaruv Ceskych № 41—43; 39) Annaire Officiel des l'association général des propriétaires et directeurs des sanatoriums d'aurtriche; 40) Европейскіе Курорты № 4—5.

Въ редакцію поступили слѣдующія рукописи:

1) Труды III Съѣзда Общества Россійскихъ акушеровъ и гинекологовъ. 2) *А. Ярцева*. Къ вопросу о производствѣ стерилизаціи при Кесарскомъ сѣченіи. 3) *Н. М. Прозоровская*. 7 случаевъ пубіотоміи. 4) *А. А. Редлиха*. Опытъ примѣненія X-лучей для изученія артеріальной системы матки и ея придатковъ. 5) *С. С. Финкеля*. О вліяніи нормальной и иммунной сыворотки на токсины плацентарной ткани. 6) *Е. К. Скробанскаго*. Опытъ экспериментальной разработки патогенеза эклампсіи. 7) *И. В. Судакова*. Эклампсія по даннымъ Акушерской Академической Клиники Императорской Военно-медицинской Академіи. 8) *Его же*. Поздняя рвота беременныхъ. 9) *А. А. Редлиха*. Къ ученію о міомектоміи. 10) *Л. В. Ульяновскаго*. Къ казуистикѣ цистомомъ матки громаднхъ размѣровъ. 11) *Его же* и *Д. И. Кедрова*. Случай родовъ при двойной маткѣ и влагалищѣ. 12) *П. П. Шермана*. Роль брюшины и сальника при попаданіи инородныхъ тѣлъ въ брюшную полость (Эксперим. изслѣдованіе). 13) *В. К. Порембскаго*. Случай первичной хоріоэпителиомы влагалища. 14) *Н. П. Куриталова*. Дѣйствіе X-лучей на молочную железу (Экспериментальн. изслѣдованіе). 15) *М. А. Блаинъ*. Случай кисты передней губы шейки матки. 16) *Л. Л. Данкевича*. Случай эхинококка задняго Дугласа и фаллопиевой трубы. 17) *А. П. Сулакова*. Перитонизація изолиров. кусками сальника (Эксперимент. изслѣд.). 18) *Ө. П. Матвеева*. Къ вопросу о консервативной міомектоміи во время беременности. 19) *Д. А. Абуладзе*. Къ вопросу о самозараженіи въ родильномъ періодѣ. 20) *Его же*. 19 случаевъ внѣматочной беременности. 21) *А. Э. Гаусмана*. Къ вопросу о перекручиваніи ножки кистозныхъ опухолей яичниковъ и случай полного откручиванія ножки дермоидной кисты. 22) *М. Н. Вуича*. Случай полного удаленія путемъ чревосѣченія пораженной ракомъ беременной матки вмѣстѣ съ плодомъ. 23) *Г. Ф. Писемскій*. О десмоидныхъ опухоляхъ передней брюшной стѣнки. 24) *М. Н. Порошина*. Гинекологія и урологія. 25) *М. Д. Прокуряковой*. Ослаженія міомы беременностью. 26) *Л. А. Балабана*. Туберкулезъ и беременность.

Новыя книги по Акушерству и Гинекологіи,

поступившія въ продажу въ книжномъ магазинѣ **Н. Л. Риккера**.
Спб. Невскій пр., 14.

- Abhandlungen** a. d. Gebiete d. Geburtsh. u. Gynäkologie. Mitteilungen a. d. 2 Frauenklinik d. kgl. ung. Universität zu Budapest, hsg. v. Dir. Prof. Dr. W. Tauffer. I Bd., 2 H. 1909. 1 p. 65 к.
- Baum, F.** üb. Schmerzlinderung während d. Geburt d. d. Stöckel-Koblank'sche Methode. Diss. Leipzig, 1909.
- Cope, V. Z.** Minor gynaekology. 1909. 3 p. 70 к.
- Germain, Dr. P.** Néphrectomie et Grossesse. 1909. —90 к.
- Laissus,** Considerations sur la cure de obésité. 1909. —45 к.
- Lang, R.** d. vaginale Kaiserschnitt. Diss. München, 1909.
- Levy, O. Z.** Kasuistik d. Pyometra. Diss. Strassburg, 1909.
- Liepmann, Dr. W.** Das Geburtshilfliche Seminar. Praktische Geburtshilfe in 18 Vorlesungen mit 212 Konturzeichnungen. 1909. 5 p. 30 к.
- Moos, S.** Ueber sept. Abortus. Diss. Freiburg, 1909.
- Nürnberg, L. Z.** Gesch. d. extraperitonealen Kaiserschnittes. Diss. München, 1909.
- Philipp, P.** Ueber Uterusmyome m. sekund. Verwachsng. Diss. Kiel, 1909.
- Prytek, A.** Die Behandlg. d. Placenta praevia. Diss. Freiburg, 1909.
- Rimette, Dr. G.** Précis de Thérapeutique pratique médicale et chirurgicale de l'Avortement. avec 65 fig. dans le texte. 1909. 1 p. 80 к.
- Robin, A. et Dalché, P.** Traitement Médical des Maladies des Femmes. 3-e édition. 1909. 5 p 40 к.
- Rosoff, M.** Dystokie b. Beckentumoren. Diss. München, 1909.
- Sandberg, A.** Spontane Uterus ruptur, ihre Aetiologie u. Behandlung. Diss. München, 1909.
- Schein, Th.** Ueber e. Fall v. sekundärer Abdominalschwangerschaft. Diss. München, 1909.
- Scherschner, D.** Ueber d. Sterilisation bei tuberkulösen Schwangerer durch Exstirpation d. graviden Uterus u. d. beiderseitigen Adnexe. Diss. Berlin, 1909.
- Schlomer, G.** Die Jodoformgazetamponade b. Blutgn. ex atonia uteri unter gleichzeitig. Berücksichtig. d. Aetiologie d. Atonie. Diss. München, 1909.
- Tümsmeyer, H.** Z. Frage d. Extrauteringravidität. Diss. Greifswald, 1909.

КНИЖНЫМЪ МАГАЗИНОМЪ

К. Л. РИККЕРА

Спб., Невскій проесп., 14.,

выпущено и разсылается желающимъ за двѣ 7-коп. марки **ВТОРОЕ ДОПОЛНЕНИЕ** къ «XIII изд. Указателя Русской Медицинской Литературы», содержащее литературу за 1908 годъ.

E. Merck

фабрика химическихъ препаратовъ, Darmstadt.

Dionin,

легко растворимое въ водѣ при нейтральной реакціи **производное морфія**, безъ побочныхъ явленій послѣдняго. Прекрасное **болеутоляющее** и **успокаивающее средство** при болѣзненныхъ страданіяхъ женской половой сферы.

Stypticin

на основаніи долготѣтнаго, обширнаго опыта признанъ какъ **безусловно надежное кровеостанавливающее средство** при всѣхъ, независящихъ отъ анатомическихъ измѣненій, кровотеченіяхъ изъ матки послѣ выкидыша и родовъ, въ особенности же при функциональныхъ кровотеченіяхъ.

Tropococain,

благодаря своимъ обезболивающимъ свойствамъ и относительной неядовитости, считается лучшимъ **анэстезирующимъ средствомъ**. Въ особенности **рекомендуется для спинномозговой анестезіи**, преимущественно въ гинекологической практикѣ.

Perhydrol.

Химически чистая перекись водорода — Merck, абсолютно лишена кислотности; 30 вѣс. процентовъ $H_2O_2 = 100$ объем. проц. **Превосходное дезинфицирующее и антисептическое средство** съ дезодорирующими и кровеостанавливающими свойствами, вслѣдствіе чего особенно рекомендуется для **акушерскихъ и гинекологическихъ цѣлей**.

СПБ. Гинекологическій Институтъ.

5-я Рождественская, д. 4 прот. ул. Жуковского,
устроенъ на 75 кроватей, въ специально выстроен. зданіи.

**Пріемъ больныхъ, страдающихъ женскими, акушерскими
и хирургическими болѣзнями.**

Особое вниманіе обращено на примѣненіе консерва-
тивныхъ методовъ леченія, для каковой цѣли имѣются
вполнѣ оборудованныя: водолечебница, грязелечебница, электро-
лечебница и свѣтолечебница и отдѣленіе для гимнастики и массажа.

Плата: отдѣльная комната отъ 4 руб., общая отъ 3 руб.

Амбулаторный пріемъ ежедневно отъ 11 до 4 ч. и отъ 7 до 8 ч. веч.

Телефонъ 23-59 и 73-03.

Институтъ открытъ въ теченіи всего года.

Въ 1910 году

„Журналъ Акушерства и Женскихъ Болѣзней“

будетъ издаваться по расширенной программѣ.

ПЕРВЫЙ НОМЕРЪ ВЫИДЕТЬ 2 ЯНВАРЯ 1910 Г.

Л. Н. Волковичъ „БОГА ИЩУТЬ“

(изъ судебн. хроники).

СБОРНИКЪ РАЗСКАЗОВЪ. — Цѣна 75 коп.

БРАЧНЫЙ ВОПРОСЪ КАКЪ ДѢТСКІЙ ВОПРОСЪ

СОДЕРЖАНІЕ: Жизнь требуетъ новыхъ условий для семейнаго счастья —
какъ ихъ достигнуть.

Цѣна 30 коп.

Продаются въ КНИЖНОМЪ МАГАЗИНѢ

Е. Л. РИККЕРА.

ЖУРНАЛЬ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

Годъ двадцать третій.

ДЕКАБРЬ 1909 г. № 12.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XLVI.

Къ вопросу о границахъ примѣненія лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ, лапаротоміи съ разрѣзомъ по Pfannenstiel'ю и кольпотоміи въ гинекологической практикѣ.

Проф. В. С. ГРУЗДЕВА (Казань).

Докладъ на III Съѣздѣ Россійскихъ Акушеровъ и Гинекологовъ.

Съ тѣхъ поръ, какъ влагалищный разрѣзъ при чревосѣченіи получилъ права гражданства въ гинекологіи, — на страницахъ медицинской печати, въ засѣданіяхъ специальныхъ обществъ и на съѣздахъ гинекологовъ не прекращается оживленная борьба изъ-за границъ примѣненія лапаротоміи — съ одной стороны, кольпотоміи — съ другой. Я не буду здѣсь владаться въ подробное описаніе всѣхъ перипетій этой борьбы, такъ какъ это завело-бы меня слишкомъ далеко. Скажу вообще, что до послѣдняго времени перевѣсъ въ этой борьбѣ явно былъ на сторонѣ кольпотоміи. Имѣя такихъ защитниковъ, какъ Dührssen, Schauta, Martin, а у насъ проф. Оттъ, влагалищный методъ сталъ завоевывать себѣ область примѣненія даже при такимъ заболѣваніяхъ, какъ внѣматочная беременность и межсвязочныя опухоли женской половой сферы, въ леченіи же такихъ страданій, какъ воспалительные процессы въ маточныхъ придаткахъ, фиброміомы и раки матки, — онъ занялъ первенствующее мѣсто.

Въ самое послѣднее время, однако, дѣло приняло иной оборотъ: лапаротомія вновь стала брать рѣшительный верхъ надъ кольпотоміей. Первый крупный шагъ въ этомъ направленіи сдѣлалъ Wertheim, отвоевавшій для лапаротоміи обширную область злокачественныхъ новообразованій матки. Вслѣдъ за тѣмъ кольпотомія стала уступать лапаротоміи и въ другихъ областяхъ оперативной гинекологіи. На XV Международномъ Съѣздѣ Врачей въ Лиссабонѣ Martin и вмѣстѣ съ нимъ цѣлый рядъ дру-

гихъ выдающихся нѣмецкихъ и французскихъ гинекологовъ рѣшительно высказались за ограниченіе рукавныхъ способовъ въ пользу абдоминальныхъ при фибромиомахъ матки¹⁾. Далѣе, многіе крупные представители современной гинекологіи, съ Leopold'омъ во главѣ²⁾, перешли отъ вагинальныхъ къ абдоминальнымъ методамъ при оперативномъ леченіи воспалительныхъ заболѣваній маточныхъ придатковъ. Наибольшую же побѣду одержала лапаротомія, когда такой убѣжденный и ревностный приверженецъ рукавныхъ операций, какъ Schauta, въ засѣданіи Вѣнскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества 28 января 1908 г., открыто заявилъ о своемъ переходѣ изъ рядовъ защитниковъ кольпотоміи въ лагерь ея противниковъ³⁾.

Если мы теперь обратимся къ вопросу о томъ, — какимъ же обстоятельствамъ лапаротомія обязана своимъ новѣйшимъ успѣхомъ? — то должны будемъ признать, что одну изъ главныхъ ролей сыграло здѣсь введеніе въ гинекологическую практику поперечнаго надлобковаго разрѣза брюшныхъ стѣнокъ.

Какъ извѣстно, еще въ 1896 году, на II Международномъ Гинекологическомъ Съѣздѣ въ Женевѣ, Küstner⁴⁾ и Rapin⁵⁾ одновременно предложили, въ чисто косметическихъ цѣляхъ, разрѣзывать при лапаротоміяхъ кожу не въ продольномъ направленіи, а въ поперечномъ, избирая мѣстомъ для этого разрѣза границу волосъ лобка; въ поперечномъ же направленіи, по ихъ предложенію, слѣдуетъ разрѣзывать и подкожную клѣтчатку, всѣ же остальные слои брюшной стѣнки надобно разсѣкать продольно, послѣ предварительной отсепаровки подкожной клѣтчатки отъ апоневроза. Такъ какъ предложенный Küstner'омъ и Rapin'омъ разрѣзъ, по сравненію съ обычнымъ продольнымъ разрѣзомъ при лапаротоміяхъ, представлялъ лишь косметическія преимущества, не искупавшія невыгодныхъ его сторонъ, то онъ и не нашелъ большого распространенія въ гинекологической практикѣ.

Иначе отнеслись гинекологи къ поперечному разрѣзу при лапаротоміяхъ, когда Pfannenstiel⁶⁾, въ 1900 году, внесъ существенное усовершенствованіе въ его технику, предложивъ раз-

⁶⁾ Ueber die Vorteile des suprasymphysären Fascienquerschnitt etc. Samml. klin. Vortr., № 268.

¹⁾ См. отчеты о засѣданіяхъ Съѣзда въ Zentralbl. f. Gyn., 1906, № 36, и въ Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXIII, H. 3.

²⁾ Wann soll man vaginal, wann abdominal operieren? Докладъ въ Дрезденскомъ Гин. Общ. 20 февр. 1908 г. Отч. въ Zentr. f. Gyn., 1908, № 27.

³⁾ Ueber Fascienquerschnitt. Отч. въ Zentr. f. Gyn., 1908, № 37.

⁴⁾ См. Труды Съѣзда, т. I, стр. 328.

⁵⁾ Ibid., т. II, стр. 61.

сѣкать поперечно не только кожу съ подкожной клетчаткой, но и фасцію, затѣмъ отдѣлять послѣднюю отъ мышцъ и только послѣ этого проводить продольный разрѣвъ. Преимущества этой модификаціи, выясненныя самимъ Pfannenstiel'емъ въ рядѣ докладовъ и сообщеній ⁷⁾, оказались настолько велики, что способъ этотъ за послѣдніе годы завоевалъ себѣ значительное число сторонниковъ. Среди нѣмецкихъ гинекологовъ въ пользу этого способа высказались такіе видные представители нашей специальности, какъ Schauta ⁸⁾, Fritsch ⁹⁾, Menge ¹⁰⁾, Krönig ¹¹⁾, Döderlein ¹²⁾, и многіе другіе, среди французскихъ — Chavannaz ¹³⁾, Pollosson ¹⁴⁾ и др., среди русскихъ — д-ръ Гиммельфарбъ ¹⁵⁾ и проф. Феноменовъ ¹⁶⁾.

При этомъ, какъ то, впрочемъ, бываетъ со всякимъ новыми ¹⁷⁾ способами, — дѣло не обошлось безъ увлеченій. Такъ, Schauta въ уже упомянутомъ выше докладѣ Вѣнскому Акушерско-Гинекологическому Обществу ¹⁷⁾ сообщаетъ, что онъ почти совершенно оставилъ кольпотомію, горячимъ поклонникомъ которой былъ прежде; теперь онъ оперируетъ *per vaginam* лишь маленькія опухоли и случаи, гдѣ требуется радикальная операція, во всѣхъ остальныхъ случаяхъ, гдѣ онъ прежде примѣнялъ рукавный путь, онъ пользуется теперь способомъ Pfannenstiel'я. У другихъ приверженцевъ послѣдняго способа замѣчается тенденція крайне сѣузить область примѣненія лапаротоміи съ продольнымъ разрѣвомъ. Такъ, самъ Pfannenstiel въ своемъ докладѣ на XII Съѣздѣ Нѣмецкихъ Гинекологовъ въ Дрезденѣ ¹⁸⁾ заявилъ, что за послѣдніе годы онъ примѣняетъ свой разрѣвъ

7) Weitere Erfahrungen über meinen suprasymphysären Querschnitt. Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn., IX. — Verbesserung d. Laparotomietechnik. Deut. med. W. 1903, № 7. — Ueber Schnitt und Naht bei gyn. Laparotomien. Отч. въ Zentr. f. Gyn., 1903, № 3. — Schnitt und Naht bei der Laparotomien. Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn., XII.

8) L. c.

9) Asepsis bei Bauchoperationen. Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn., XII.

10) Ueber den suprasymphysären Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel. Monat. f. Geb. u. Gyn., Bd. XVII.

11) Ueber Fascienquerschnitt etc. По отч. въ Zentr. f. Gyn., 1903, № 12.

12) Abdominelle und vaginale Exstirpation d. karzinomatösen Uterus. Beitr. z. Geb. u. Gyn., Bd. IX.

13) La laparotomie par le procédé de Pfannenstiel. Presse méd., 1907, p. 695.

14) De l'incision transversale etc. Lyon méd., 1906, № 10.

15) О надлонномъ поперечномъ разрѣзѣ фасціи (Pfannenstiel) при чревосѣченіяхъ. Труды II Съѣзда Общ. Россійскихъ Акушеровъ и Гинекологовъ въ Москвѣ, стр. 323.

16) О поперечномъ сѣченіи брюшной стѣнки по Pfannenstiel'ю. Журн. акуш. и женск. болѣзн., 1908, № 4.

17) L. c.

18) Schnitt und Naht bei der Laparotomie. Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn., XII.

въ 90% всѣхъ лапаротомій, такъ что на долю продольнаго разрѣза приходится лишь 10%. Holst¹⁹⁾ сообщаетъ, что изъ 143 послѣднихъ лапаротомій въ его практикѣ онъ 125 разъ оперировалъ по Pfannenstiel'ю и лишь въ 18 случаяхъ примѣнилъ продольный разрѣзъ.

Отнюдь не раздѣляя подобныхъ увлеченій, я все же думаю, что лапаротомія съ разрѣзомъ по Pfannenstiel'ю заняла прочную позицію въ гинекологической практикѣ, — позицію, съ которой она никогда не будетъ совершенно вытѣснена, — и что давнишній споръ о границахъ примѣненія лапаротоміи и кольпотоміи надо теперь рѣшать, принимая во вниманіе и эту третью претендентку. Другими словами говоря, рѣшая этотъ споръ, мы должны определить область примѣненія лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ — съ одной стороны, лапаротоміи по Pfannenstiel'ю — съ другой и кольпотоміи — съ третьей.

Такая именно задача и предстоитъ нашему Съѣзду, причемъ мнѣ, какъ программному докладчику, предстоитъ первому высказать свои взгляды на этотъ предметъ. Прежде чѣмъ, однако, дѣлать это, я долженъ познакомить товарищей съ тѣмъ матеріаломъ, на основаніи котораго я буду говорить дальше.

Матеріаль этотъ невеликъ по количеству. Я началъ оперировать по Pfannenstiel'ю лишь съ февраля прошлаго года и имѣю въ своемъ распоряженіи лишь 60 случаевъ лапаротоміи съ поперечнымъ надлобковымъ разрѣзомъ фасціи, причемъ въ 47 случаяхъ операція была сдѣлана въ завѣдуемой мною акушерско-гинекологической клиникѣ Казанскаго Университета, въ 12 — въ гинекологическомъ отдѣленіи лечебницы Казанской Общины сестеръ милосердія Краснаго Креста, и одинъ разъ я оперировалъ по этому способу въ гинекологическомъ отдѣленіи Казанской губернской земской больницы. Замѣчу кстати, что за тотъ же періодъ времени лапаротомій съ продольнымъ разрѣзомъ брюшной стѣнки въ первыхъ двухъ изъ названныхъ учрежденій было сдѣлано 46, а рукавныхъ чревосѣченій 26, такъ что изъ общаго числа чревосѣченій на долю лапаротомій съ разрѣзомъ по Pfannenstiel'ю приходится около 45%, на долю лапаротомій съ продольнымъ разрѣзомъ — около 35% и на долю кольпотомій — около 20%.

Численная недостаточность моего матеріала до нѣкоторой степени искупается, однако, его разнообразіемъ.

Изъ 60 лапаротомій съ разрѣзомъ по Pfannenstiel'ю 20 разъ операція была сдѣлана по поводу фиброміомъ матки.

¹⁹⁾ Wie operieren wir am rationellsten? Gynäkologische Rundschau, H. 17.

Наибольшая опухоль была почти съ голову взрослога величиною; попытка уменьшить эту опухоль путемъ кускованія не удалась, и въ этомъ единственномъ случаѣ пришлось къ поперечному разрѣзу брюшныхъ стѣнокъ присоединить продольный. Въ остальныхъ случаяхъ фиброміомы имѣли величину отъ головки новорожденнаго и меньше, такъ что, — за исключеніемъ, впрочемъ, еще двухъ случаевъ, гдѣ пришлось прибѣгнуть къ предварительному кускованію, — ихъ можно было вывести чрезъ поперечный разрѣзъ. Въ трехъ изъ этихъ случаевъ міоматозъ былъ осложненъ кистами яичниковъ, въ двухъ — объемистыми сактосальпинксами, въ 10—воспаленіемъ придатковъ и слипчивымъ периметритомъ и въ одномъ—беременностью. Оперативное вмѣшательство въ 16 случаяхъ состояло въ надвлагалищной ампутации матки, 2 раза была сдѣлана экстирпация матки (въ одномъ изъ этихъ случаевъ сначала была сдѣлана попытка удалить матку рукавнымъ путемъ) и 2—энуклеация міомъ. Попутно у 10 больныхъ были удалены воспалительно измѣненные придатки, у 2—сактосальпинксы, у 3— яичниковыя кисты и у 2— червеобразный отростокъ.

Далѣе, въ 3 случаяхъ лапаротомія съ разрѣзомъ по Pfannenstiel'ю была сдѣлана по поводу рака маточной шейки, причемъ въ одномъ случаѣ матка была экстирпирована по Freund'у и въ двухъ — по Wertheim'у.

Въ одномъ случаѣ операція, — именно, надвлагалищная ампутация матки, — была предпринята по поводу гѣматометры, осложненной гѣматосальпинксомъ.

Въ шести случаяхъ чревосѣченіе по Pfannenstiel'ю было сдѣлано у больныхъ, страдавшихъ выпаденіемъ рукава и матки, причемъ у одной больной матка была экстирпирована, а верхній отдѣлъ рукава фиксированъ у брюшной стѣнки, а у пяти сдѣлана вентрофиксация матки.

Три больныхъ были оперированы по способу Pfannenstiel'я по поводу ретрофлексіи матки; у двухъ изъ нихъ была сдѣлана вентрофиксация матки и у одной — внутрибрюшинное укороченіе круглыхъ связокъ.

Въ восемнадцати случаяхъ лапаротомія съ разрѣзомъ по Pfannenstiel'ю была предпринята по поводу кистовидныхъ опухолей яичниковъ — железистыхъ и сосочковыхъ кистомъ, дермоидныхъ кистъ и ретенціонныхъ кистъ. Опухоли имѣли величину отъ головы взрослога и менѣе. Въ 2 случаяхъ ихъ пришлось предварительно уменьшить посредствомъ прокола. Въ одномъ случаѣ киста сидѣла межсвязочно, и ее пришлось вылу-

шать, въ остальныхъ случаяхъ кисты сидѣли на ножкѣ. У одной изъ оперированныхъ имѣла мѣсто беременность, у 9—наклоненіе и перегибъ матки къзади, у 6—воспалительные процессы въ придаткахъ. Одновременно съ удаленіемъ кистъ 4 раза пришлось произвести вентрофиксацію матки, 5 разъ—внутрибрюшинное укороченіе круглыхъ связокъ, 6—сальпинго-оофоректомию, 1 разъ—надвлагалищную ампутацію матки и 2 раза—удаленіе червеобразнаго отростка.

Въ одномъ случаѣ лапаротомія по Pfannenstiel'ю была предпринята по поводу саркомы яичника.

Въ пяти случаяхъ чревосѣченіе было сдѣлано по поводу воспалительныхъ процессовъ въ придаткахъ. У двухъ изъ этихъ больныхъ имѣли мѣсто гнойники въ яичникахъ, у двухъ—retroversio-flexio uteri. Помимо частичнаго удаленія больныхъ придатковъ, въ одномъ изъ этихъ случаевъ была ампутирована матка, въ одномъ—сдѣлана вентрофиксація и въ одномъ—внутрибрюшинное укороченіе круглыхъ связокъ.

Изъ остальныхъ трехъ случаевъ лапаротоміи съ разрѣзомъ по Pfannenstiel'ю въ одномъ операція (удаленіе беременной трубы) была сдѣлана по поводу разрыва трубы при внѣматочной беременности, давшего огромное кровоизлияніе въ брюшную полость, въ другомъ было произведено вшиваніе мочеточника въ пузырь при мочеточниково-рукавномъ свищѣ и въ третьемъ—сдѣлана кастрація по поводу остеомалачіи.

Въ 5 случаяхъ изъ 60 при операціи былъ вставленъ марлевый дренажъ въ задній сводъ, въ остальныхъ 55—полость брюшины закрыта наглухо. Промываніе брюшной полости искусственной сывороткой въ однихъ случаяхъ производилось, въ другихъ нѣтъ.

Мнѣ остается упомянуть, что изъ 60 оперированныхъ умерла одна—истощенная старуха съ миокардитомъ, послѣ абдоминальной экстирпаціи раковой матки по Freund'у; смерть послѣдовала при явленіяхъ постепенно прогрессирующей слабости сердца, вызванной, по всей вѣроятности, длительнымъ хлороформнымъ наркозомъ (какіе-либо признаки септической инфекции у больной совершенно отсутствовали). Изъ остальныхъ 59 случаевъ въ двухъ,— послѣ вшиванія мочеточника и послѣ удаленія маточной міомы,—наблюдалось лихорадочное теченіе послѣоперационнаго періода (у второй изъ этихъ больныхъ послѣ операціи развилась крупозная пневмонія), въ 2 имѣло мѣсто двухкратное повышеніе t° выше 38° , въ 7—однократное, въ остальныхъ послѣоперационный періодъ протекъ безлихора-

дочно. Заживленіе брюшной раны у 55 больныхъ произошло безъ осложнений и у 5 было осложнено образованіемъ болѣе или менѣе значительныхъ гѣматомъ — исключительно надфасціальныхъ.

Переходя теперь къ основному предмету моего доклада, постараюсь сначала формулировать, какия выгодныя и невыгодныя стороны свойственны, на мой взглядъ, каждому изъ главныхъ типовъ чревосѣченія, т. е. лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ, кольпотоміи и лапаротоміи съ поперечнымъ разрѣзомъ по Pfannenstiel'ю. Установивъ это, мы затѣмъ легко можемъ рѣшить вопросъ и о томъ, какова должна быть область примѣненія каждаго типа.

Выгодныя стороны лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ, благодаря которымъ она никогда не утратитъ своего мѣста въ гинекологіи, слишкомъ общеизвѣстны, чтобы на нихъ долго останавливаться. Благодаря тому, что при ней разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ можетъ имѣть любую длину, мы этимъ путемъ можемъ удалять, безъ предварительнаго уменьшенія, опухоли какой угодно величины. Далѣе, такъ какъ при ней вся брюшная полость является доступною глазу, рукамъ и инструментамъ оператора, — мы можемъ здѣсь наилучшимъ образомъ ориентироваться и, ориентировавшись, можемъ выполнить любую операцію наиболѣе совершеннымъ, съ хирургической точки зрѣнія, способомъ: можемъ удалить все, что подлежитъ удаленію, и въ то же время сохранить для организма здоровые органы и части органовъ. Удаленіе больныхъ частей мы можемъ сдѣлать здѣсь съ наименьшимъ вредомъ для сосѣднихъ органовъ (кишки, мочевой пузырь, мочеточники, крупные сосуды и т. п.), съ которыми удаляемая часть находится въ болѣе или менѣе интимной связи. Когда, наконецъ, больныя части удалены, мы можемъ затѣмъ наиболѣе совершеннымъ образомъ достигнуть возможнаго возстановленія нормальныхъ анатомическихъ отношеній: можемъ надежно остановить кровотеченіе путемъ изолированной перевязки сосудовъ, можемъ тщательно закрыть полости, оставшіяся, напр., послѣ вылушенія опухолей, можемъ возстановить цѣлость брюшиннаго покрова и очистить брюшную полость отъ сгустковъ крови и т. п.

При всѣхъ этихъ незамѣнимыхъ выгодахъ, лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ присущи и многія невыгодныя стороны. Одну изъ главныхъ невыгодъ ея составляетъ значительная опасность послѣдовательнаго развитія грыжъ въ операціонномъ рубцѣ. Извѣстныя изслѣдованія Abel'я²⁰⁾ свидѣтельствуютъ, что

²⁰⁾ Ueber Bauchnaht und Bauchnarbenbrüche. Arch. f. Gyn., Bd. LVI.

даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ продольный разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ заживаетъ per primam, грыжи въ немъ развиваются въ 8,9%, если же разрѣзъ заживаетъ съ нагноеніемъ, то процентъ послѣдовательныхъ грыжъ поднимается до 31. Кромѣ того, и безъ образованіе грыжи рубецъ, остающійся послѣ лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ, зачастую оказывается весьма неудовлетворительнымъ въ косметическомъ отношеніи. Благодаря расположенію т. наз. Langer'овскихъ ромбовъ, онъ нерѣдко растягивается въ ширину и представляется въ видѣ довольно широкой, выпуклой, темнокраснаго цвѣта полосы. Наконецъ, иногда даже и хорошо зашитый продольный разрѣзъ можетъ послѣ операциіи подѣ влияніемъ такихъ моментовъ, какъ сильная рвота, лопнуть.

Существенно-невыгодную сторону лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ представляетъ, затѣмъ, болѣе значительная опасность распространенія инфекции. Если руки оператора или вводимые въ брюшную полость инструменты, компрессы и т. п. недостаточно стерильны, а также если во время операциіи произойдетъ изліяніе въ брюшную полость кишечнаго содержимаго, вирулентнаго гноя изъ разорвавшихся піосальпинксовъ, абсцессовъ яичника и т. п., то при этомъ способѣ чревосѣченія легче разнести заразу по всей брюшной полости, не исключая и верхнихъ ея отдѣловъ. Благодаря главнымъ образомъ этому обстоятельству, а также благодаря болѣе тяжелой травмѣ и болѣе значительному охлажденію кишекъ, лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ въ общемъ хуже переносятся больными, чѣмъ остальные виды чревосѣченій, и даютъ болѣшую послѣоперационную смертность. Правда, эта разница по существу не такъ ужъ велика, какъ это можно было-бы думать на основаніи голыхъ цифръ, опредѣляющихъ процентъ смертности послѣ различныхъ родовъ чревосѣченій: не надобно забывать, что посредствомъ лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ мы оперируемъ обычно наиболѣе тяжелые случаи. Но и принимая въ расчетъ это обстоятельство, мы все же должны признать указанную разницу.

Переходя къ разбору выгодныхъ сторонъ кольпотоміи, упомяну прежде всего о томъ, что при этомъ способѣ чревосѣченія большія являются гарантированными отъ развитія послѣоперационныхъ грыжъ. Второе существенно-важное преимущество кольпотоміи заключается въ томъ, что при ней меньше опасность общей инфекции брюшной полости. Если, при удаленіи рукавнымъ путемъ, положимъ, какого-нибудь піосальпинкса, и произойдетъ изліяніе гноя, то при этомъ загрязняется лишь очень небольшой

участокъ брюшины, такъ какъ гной тотчасъ же стекаетъ чрезъ операционный разрѣзъ въ рукавъ; въ дальнѣйшемъ удаленіе инфекціонныхъ веществъ послѣ кольпотоміи чрезвычайно удобно производится при помощи дренажа, выведеннаго въ рукавные своды; но даже если рукавная рана и будетъ закрыта наглухо, — инфекція при данномъ способѣ легче локализуется, причѣмъ дѣло коңчается образованіемъ осумкованнаго экссудата. Сказанное относится особенно къ задней кольпотоміи. Благодаря этому, мы можемъ чрезъ рукавъ сравнительно безопасно оперировать такіе случаи, которые для лапаротоміи представляютъ *poli te tangere*.

Далѣе, къ преимуществамъ кольпотоміи относится то, что травма при этомъ способѣ чревосѣченія меньше, болевья ощущенія у оперированныхъ слабѣе, больныя легче оправляются отъ операциіи, наконецъ, послѣдняя не оставляетъ у нихъ никакихъ видныхъ снаружи, безобразящихъ слѣдовъ.

Этимъ выгоднымъ сторонамъ кольпотоміи можетъ быть противопоставленъ цѣлый рядъ крупныхъ невыгодъ. Прежде всего, благодаря небольшой величинѣ рукавнаго разрѣза, чрезъ него можно выводить, безъ предварительнаго уменьшенія, лишь небольшія образованія. Болѣе крупныя опухоли могутъ быть удаляемы чрезъ рукавъ лишь послѣ предварительнаго уменьшенія — путемъ кускованія, если мы имѣемъ дѣло съ плотными опухолями, или путемъ прокола, если имѣется кистовидная опухоль. Но и кускованіе, и опорожненіе опухолей путемъ прокола зачастую бываютъ сопряжены въ очень непріятными послѣдствіями (загрязненіе брюшины, послѣдовательное образованіе прививочныхъ метастазовъ, значительное кровотеченіе, поврежденіе такихъ органовъ, какъ пузырь и т. п.).

Далѣе, черезъ небольшой, притомъ глубоко лежащій, рукавный разрѣзъ брюшная полость является мало доступною глазу оператора. Послѣдній съ трудомъ можетъ ориентироваться въ анатомическихъ отношеніяхъ тазовыхъ органовъ, — отношеніяхъ, сильно измѣненныхъ подъ влияніемъ болѣзненныхъ процессовъ. Онъ можетъ просмотрѣть то, что подлежитъ удаленію; имѣя предъ собою кровотеченіе, можетъ съ трудомъ опредѣлить его источникъ; при отдѣленіи срощеній, вылушеніи опухолей и пр. можетъ неожиданно для себя повредить такіе органы, какъ кишки и т. п. Правда, при помощи нѣкоторыхъ приспособленій (освѣтительныя зеркала проф. Отта), мы можемъ сдѣлать брюшную полость при кольпотоміи болѣе доступною обзору, но лишь до извѣстной степени.

Еще болѣе невыгодною стороною кольпотоміи является недоступность операционнаго поля рукамъ и инструментамъ оператора. Благодаря этой недоступности, операторъ-кольпотомистъ зачастую не въ состояніи бываетъ выполнить операцію соотвѣтственно строгимъ требованіемъ хирургіи. Для остановки кровотеченія, напр., онъ вынужденъ бываетъ прибѣгать къ такимъ нехирургичнымъ приемамъ, какъ наложеніе массовыхъ лигатуръ, а также зажимовъ и тампоновъ, оставляемыхъ въ ранѣ. Тщательное возстановленіе цѣлости брюшиннаго покрова и вообще нормальныхъ анатомическихъ отношеній, нарушенныхъ операціей, является при кольпотоміи иногда вещь совершенно невозможною. Оттого послѣ кольпотоміи мы чаще вынуждены бываемъ вести послѣоперационный періодъ по открытому способу, т. е. прибѣгать къ тампонаціи, мириаясь съ невыгодными сторонами послѣдней (образованіе спаекъ, боли при смѣнѣ тампона, затяжное теченіе послѣоперационнаго періода и т. п.). Если же рукавная рана будетъ закрыта наглухо, тѣ же самыя причины ведутъ къ частому образованію экссудатовъ.

Мнѣ остается добавить, что при кольпотоміи нельзя провести правилъ асептики съ тою строгостью, какая возможна при лапаротоміи. Извѣстно, что рукавъ даже здоровой женщины служитъ мѣстомъ жительства для цѣлой массы микробовъ, среди которыхъ встрѣчаются и патогенные, и что освободить слизистую рукава отъ этихъ микробовъ никогда нельзя въ такой степени, въ какой это возможно по отношенію къ кожѣ брюшной стѣнки.

Лапаротомія съ поперечнымъ надлобковымъ разрѣзомъ по Pfannenstiel'ю счастливо соединяетъ въ себѣ выгодныя стороны лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ и кольпотоміи. Подобно кольпотоміи она въ значительной мѣрѣ гарантируетъ оперированныхъ отъ грыжъ въ послѣоперационномъ рубцѣ. Самъ Pfannenstiel²¹⁾ изъ 320 прослѣженныхъ имъ случаевъ наблюдалъ развитіе грыжъ лишь въ 3, причемъ у тѣхъ больныхъ, у которыхъ заживленіе брюшной раны произошло *per primam*, онъ не видалъ образованія грыжи въ рубцѣ ни разу. Правда, другіе операторы получили въ этомъ отношеніи менѣе благоприятные результаты; такъ, Krönig²²⁾ изъ 127 больныхъ, оперированныхъ по Pfannenstiel'ю, наблюдалъ грыжи у 4, — 2 раза послѣ заживленія раны съ нагноеніемъ и 2 раза — послѣ заживленія раны *per primam*; однако во всякомъ случаѣ процентъ послѣдо-

²¹⁾ Schnitt und Naht etc. L. c.

²²⁾ Döderlein u. Krönig. Operative Gynäkologie. Leipzig, 1905. S. 111.

вательныхъ грыжъ послѣ лапаротоміи съ разрѣзомъ по Pfannenstiелю несравненно меньше, чѣмъ послѣ лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ. Что касается лопанія свѣжаго рубца подъ влияніемъ кашля, рвоты и т. п., какое иногда наблюдается послѣ лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ, то послѣ лапаротоміи съ Pfannenstiелевскимъ разрѣзомъ таковое не было описано, насколько мнѣ извѣстно, ни разу. Да оно и врядъ-ли здѣсь мыслимо: при сокращеніи брюшныхъ стѣнокъ края фасціи, разрѣзанной въ поперечномъ направленіи, стремятся лишь сблизиться между собою, тогда какъ, если фасція разрѣзана въ продольномъ направленіи, — они стремятся разойтись другъ отъ друга.

Немалыя преимущества представляетъ поперечный разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ и въ чисто-косметическомъ отношеніи. Недаромъ Küstner и Rapin впервые предложили его именно въ косметическихъ видахъ. Благодаря расположенію Langerовскихъ ромбовъ, кожные края поперечнаго разрѣза плотно смыкаются другъ къ другу, и потому послѣ этого разрѣза получается тонкій, едва замѣтный рубецъ, къ тому же иногда, — а именно, у женщинъ съ обильною растительностью на лобкѣ, — маскируемый волосами, а иногда, — у женщинъ съ развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ, — скрывающийся въ поперечной кожной складкѣ, которая у такихъ женщинъ бываетъ выражена внизу живота.

Лапаротоміи съ поперечнымъ разрѣзомъ по Pfannenstiелю присущи, въ извѣстной мѣрѣ, и другія преимущества кольпотоміи. Такъ какъ операционное поле при ней ограничивается главнымъ образомъ полостью малаго таза, то при ней меньше опасность инфицировать всю брюшную полость. Такъ какъ, далѣе, при ней кишечныя петли, — разумѣется, если оперируемая находится въ Trendelenburgовскомъ положеніи, — лежатъ внѣ операционнаго поля, подъ защитою брюшной стѣнки, то онѣ меньше подвергаются внѣшнимъ неблагоприятнымъ влияніемъ — охлажденію, травмѣ и т. п. Оттого эта форма чревосѣченія легче переносится больными, чѣмъ лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ. Поучительныя въ этомъ отношеніи цифровыя данныя сообщилъ на Дрезденскомъ Съѣздѣ Германскихъ Гинекологовъ Pfannenstiел²³⁾. Произведенныя имъ за послѣдніе 5 лѣтъ лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ (107) дали 9,25% смертности, а при лапаротоміяхъ съ поперечнымъ разрѣзомъ за то же время (456) смертность равнялась 5,24%; инфекція при

²³⁾ Л. с.

лапаротоміяхъ съ продольнымъ разрѣзомъ была причиною смерти въ 33% всѣхъ случаевъ съ летальнымъ исходомъ, а при лапаротоміяхъ съ поперечнымъ разрѣзомъ — лишь въ 25%. Конечно, эта разница главнымъ образомъ объясняется тѣмъ, что съ помощью продольнаго разрѣза оперировались болѣе тяжелые случаи. Однако весьма вѣроятно, что извѣстная доля этой разницы должна быть отнесена и насчетъ указанныхъ выше моментовъ.

Обладая въ значительной мѣрѣ достоинствами рукавнаго чревосѣченія, лапаротомія съ разрѣзомъ по Pfannenstiel'ю обладаетъ въ еще болѣеи мѣрѣ и преимуществами лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ. Органы малаго таза являются при ней вполне доступными глазу, рукамъ и инструментамъ оператора, — если, разумеется, наркозъ хорошъ, и больной придано Trendelenburg'овское положеніе. Операторъ при этой формѣ чревосѣченія въ состояніи бываетъ столь же хорошо ориентироваться въ анатомическихъ отношеніяхъ и столь же совершенно выполнить всѣ оперативные приемы, какъ и при лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ. Это преимущество Pfannenstiel'овскаго разрѣза особенно ярко сказывается при выполнении такихъ, требующихъ тщательной техники, операций, какъ операция Wertheim'a, операции надъ мочеточниками и т. п.

Нельзя, однако, сказать, чтобы разбираемая форма чревосѣченія не имѣла и своихъ темныхъ сторонъ. Во-первыхъ, доступность операціоннаго поля при ней все-таки является ограниченной, такъ что этимъ путемъ нельзя бываетъ удалять, безъ предварительнаго уменьшенія, объемистыхъ опухолей: послѣднія приходится или кусковать, или опоражнивать путемъ прокола, причемъ возможность выполнения этихъ приемовъ иногда выясняется только по вскрытіи брюшной полости. Если при этомъ выяснится, что уменьшеніе объема опухоли почему-либо невыполнимо, а между тѣмъ удалить опухоль цѣликомъ нѣтъ физической возможности, то оператору ничего не остается, какъ присоединить къ поперечному разрѣзу продольный, по бѣлой линіи, или два продольныхъ по краямъ прямыхъ мышцъ, — приемъ, невыгодныя стороны котораго сами собою понятны. Къ такому именно приему мнѣ пришлось однажды прибѣгнуть — въ случаѣ объемистой телеангіэктатической міомы: попытки надрѣзать капсулу опухоли дали такое кровотеченіе, что я долженъ былъ отказаться отъ намѣренія уменьшить предварительно объемъ опухоли путемъ кускованія и рѣшилъ удалить ее цѣликомъ.

Во вторыхъ, чревосѣченіе съ Pfannenstiel'евскимъ разрѣзомъ требуетъ болѣе строгаго соблюденія правилъ асептики,

чѣмъ остальные формы чревосѣченія. Какъ выражается самъ Pfannenstiel, „это — пробный камень для оцѣнки примѣненной асептики, ибо при немъ рана представляетъ болѣе сложныя отношенія, чѣмъ при продольномъ разрѣзѣ, и отсюда всѣ недостатки и несовершенства асептики сказываются на ней особенно рѣзко²⁴⁾.“ Столь же совершенною должна быть при Pfannenstiel'евскомъ разрѣзѣ и остановка кровотечения, — въ противномъ случаѣ операторъ рискуетъ получить въ области разрѣза болѣе или менѣе значительную гѣматому. Оба эти осложненія, — инфекция и образование гѣматомъ, — дѣлаютъ первичное заживленіе брюшной раны при Pfannenstiel'евскомъ разрѣзѣ менѣе частымъ, чѣмъ при продольномъ разрѣзѣ. У самого Pfannenstiel'я имѣла мѣсто эта разница, — правда, небольшая: первичное заживленіе брюшной раны при продольномъ разрѣзѣ у него получилось въ 94,4% всѣхъ случаевъ, при поперечномъ же — въ 93,4%. Я въ своихъ случаяхъ первое время не обращалъ вниманія на тщательнѣйшій гѣмостазъ и за то имѣлъ 5 разъ образование гѣматомъ.

Въ-третьихъ, наконецъ, къ числу невыгодныхъ сторонъ чревосѣченія съ разрѣзомъ по Pfannenstiel'ю нельзя не отнести того обстоятельства, что при немъ какъ вскрытіе брюшной полости, такъ и послѣдовательное зашивание разрѣза требуетъ нѣсколько болѣе продолжительнаго времени, чѣмъ это нужно при продольномъ разрѣзѣ одинаковой длины.

Изъ того, что мною было сейчасъ сказано относительно выгодныхъ и невыгодныхъ сторонъ каждаго типа чревосѣченія, ясно и то, какова должна быть область примѣненія ихъ въ гинекологической практикѣ.

Достояніемъ лапаротоміи съ продольнымъ разрѣзомъ были и всегда, вѣроятно, будутъ объемистыя, — именно, простирающіяся выше пупка, — опухоли, въ силу какихъ-либо причинъ не допускающія предварительнаго уменьшенія ихъ путемъ кускованія, прокола или разрѣза. Къ такимъ причинамъ относятся: сильная кровоточивость опухолей, благодаря которой кускованіе ихъ сопряжено съ значительною кровопотерею; ихъ нагноеніе или гнилостное разложеніе, въ силу которыхъ проколъ или кускованіе опухоли можетъ повести къ зараженію всей полости брюшины; злокачественная натура опухолей, благодаря которой попытки предварительнаго уменьшенія объема опухолей могутъ имѣть своимъ послѣдствіемъ образованіе прививочныхъ метастазовъ на брюшинѣ (къ опухолямъ послѣдней категоріи, кромѣ

²⁴⁾ L. c.

раковых и саркоматозных, должны быть отнесены также многія кистомы, эхинококковые пузыри и т. п.).

Продольный разръзъ является показаннымъ и въ тѣхъ случаяхъ объемистыхъ опухолей, гдѣ послѣднія, хотя и подходятъ, по своей натурѣ и строенію, для предварительнаго уменьшенія, но представляютъ срощенія съ органами, лежащими въ верхнихъ отдѣлахъ брюшной полости.

Равнымъ образомъ благоразумнѣе будетъ прибѣгать къ этому виду чревосѣченія и при такихъ объемистыхъ образованияхъ, которыхъ діагнозъ, — въ смыслѣ точнаго опредѣленія природы опухолей, наличности срощеній и пр., — представляется до операціи неяснымъ.

Наконецъ, въ область чревосѣченія съ продольнымъ разръзомъ должны входить случаи далеко ушедшей въ своемъ развитіи вѣматочной беременности.

Поперечный надлобковый разръзъ по Pfannenstiel'ю является хорошимъ путемъ для удаленія всевозможныхъ опухолей не особенно большого объема (приблизительно до головки новорожденного величиною). Болѣе объемистыя опухоли могутъ быть удаляемы этимъ путемъ лишь послѣ предварительнаго уменьшенія посредствомъ кускованія или прокола, причѣмъ для кускованія являются здѣсь подходящими неособенно кровоточивыя фиброміомы матки, а проколъ можетъ быть примѣняемъ по отношенію къ однополостнымъ кистамъ съ водянисто-жидкимъ содержимымъ, не заключающимъ ни вирулентныхъ микробовъ, ни опухольныхъ элементовъ, которые, попавъ въ полость брюшины, могли бы дать здѣсь прививочные метастазы.

Далѣе, этотъ способъ чревосѣченія заслуживаетъ примѣненія при консервативныхъ операціяхъ на придаткахъ, пораженныхъ воспаленіемъ, особенно если воспаленные яичники и трубы образуютъ объемистые, сильно срощенные конволюты, не содержащіе, впрочемъ, чрезчуръ вирулентнаго гноя, какой содержится, напр., въ недавно возникшихъ на почвѣ септической инфекции піосальпинксахъ и піооваріяхъ. Helsted²⁵⁾ не безъ основанія считаетъ неподходящими для этого способа и туберкулезныя пораженія придатковъ, такъ какъ при нихъ очень часто, сравнительно, наблюдается инфекція брюшной раны.

Широкаго примѣненія заслуживаетъ Pfannenstiel'евскій разръзъ также при оперативномъ леченіи неправильностей поло-

²⁵⁾ 50 Fälle von suprasymphysärem Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel. Zentr. f. Gyn., 1908, № 8.

женія матки, — ретрофлексій и выпаденій, — путемъ вентрофиксаціи и внутривбрюшиннаго укороченія круглыхъ связокъ.

Слѣдующая область, гдѣ разбираемый способъ чревосѣченія въ состояніи оказать большія услуги оператору, — это область злокачественныхъ новообразованій матки (раки и саркомы тѣла и шейки матки), требующихъ абдоминальной экстирпаціи по Wertheim'y и Freund'y. Какъ я уже упоминалъ выше, поперечный надлобковый разрѣзъ по Pfannenstiel'ю даетъ совершенно достаточно простора для выполнения этихъ операций.

Равнымъ образомъ этотъ способъ чревосѣченія можно рекомендовать и для выполнения различныхъ операций на мочеточникахъ, напр. вшиванія послѣднихъ въ мочевой пузырь и прямую кишку и т. п., а также для оперативнаго леченія тонкокишечно-влагалищныхъ свищей.

Широкаго примѣненія заслуживаетъ чревосѣченіе съ разрѣзомъ по Pfannenstiel'ю и при раннихъ стадіяхъ внѣматочной беременности, какъ растущей, такъ и прервавшейся.

Наконецъ, этимъ путемъ мы съ успѣхомъ можемъ пользоваться для выполнения такихъ небольшихъ, но требующихъ тщательной техники операций, какъ резекція трубъ для цѣлей стерилизаціи, сальпингостомія и пр.

Что касается, теперь, третьяго изъ главныхъ способовъ чревосѣченія, кольпотоміи, то она заслуживаетъ безусловнаго предпочтенія, прежде всего, при гнойныхъ и гнилостныхъ скопленіяхъ въ нижнихъ отдѣлахъ брюшной полости, оперируя которыя *per laparotomiam* мы рискуемъ инфицировать всю брюшину.

Далѣе, этимъ путемъ можно пользоваться при небольшихъ (до кулака величиною), мало сросшихся опухоляхъ придатковъ, какъ плотныхъ, такъ и кистовидныхъ. Болѣе объемистыя опухоли придатковъ могутъ быть удаляемы этимъ путемъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онѣ допускаютъ предварительное уменьшеніе ихъ объема.

Рукавный путь чревосѣченія является умѣстнымъ, далѣе, при начинающихся или недалеко ушедшихъ впередъ злокачественныхъ пораженіяхъ матки, гдѣ можно ограничиться влагалищной экстирпаціей этого органа, а также при разлитыхъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ половой сферы, не поддающихся консервативному леченію и требующихъ радикальной влагалищной операции.

Миоматозъ матки также иногда можетъ быть оперируемый рукавнымъ путемъ, особенно если объемъ миоматозной матки настолько невеликъ, что ее можно удалить *per vaginam* или цѣ-

лжкомъ, или послѣ предварительнаго разсѣченія надвое, а также если миоматозные узлы расположены такимъ образомъ, что являются доступными для кускованія со стороны рукава.

Наконецъ, кольпотомія должна быть примѣняема при такихъ операціяхъ, какъ операція вправленія застарѣлыхъ выворотовъ матки по Küstner'у, операція имплантации матки при обширныхъ влагалищно-пузырныхъ свищахъ по Freund'у и т. п.

Намѣтивъ указанныя общія рамки для примѣненія трехъ главныхъ типовъ чревосѣченія, я не могу не упомянуть о томъ, что въ практикѣ каждаго отдѣльнаго гинеколога эти рамки могутъ то суживаться, то расширяться: тутъ многое зависитъ отъ навыка оператора, отъ обстановки, въ какой ему приходится работать, и т. п. Одно для меня не подлежитъ сомнѣнію, — что какъ лапаротомія съ продольнымъ разрѣзомъ, такъ и поперечный надлобковый разрѣзъ по Pfannenstiel'ю, и, наконецъ кольпотомія одинаково заслуживаютъ примѣненія, каждый способъ въ своей области, и что всѣ эти способы чревосѣченія навсегда сохраняютъ тѣ права гражданства, которыми они заслуженно пользуются въ современной гинекологіи.

XLVII.

Изъ лабораторіи Казанской акушерско-гинекологической клиники
проф. В. С. Груздева.

Къ вопросу объ аденоіомахъ рукава.

Лаборанта клиники Н. И. ГОРИЗОНТОВА.

Хотя со времени появленія извѣстныхъ работъ Recklinghausen'a²¹⁻²³), возбуждившихъ среди патолого-анатомовъ и гинекологовъ живой интересъ къ изученію аденоіомъ женской половой сферы, въ медицинской литературѣ и накопилось много наблюдений и работъ, посвященныхъ этимъ опухолямъ, тѣмъ не менѣе и въ настоящее время вопросъ объ этихъ послѣднихъ не можетъ считаться вполне исчерпаннымъ. Лучше другихъ изучены съ разныхъ сторонъ аденоіомы матки и трубъ. Что касается аденоіомъ рукава, то это заболѣваніе до сихъ поръ остается мало выясненнымъ. Причина этого кроется отчасти въ рѣдкости развитія аденоіомъ въ рукавѣ и отсюда—въ недостаткѣ уже казуистическаго матеріала, который-бы могъ лечь въ основу всесторонняго изученія данного предмета. Насколько аденоіомы рѣдко наблюдаются въ рукавѣ, видно изъ работы о фиброміомахъ рукава проф. В. С. Груздева⁵), который въ 1900 г. могъ найти въ литературѣ только 2 случая аденоіомъ рукава, приходившихся на 86 случаевъ фиброміомъ этого органа. Между тѣмъ аденоіомы рукава представляютъ высокой интересъ не только въ научномъ, но и въ клиническомъ отношеніи, такъ какъ опухоли эти иногда проявляются въ такихъ формахъ, что легко могутъ привести къ диагностическимъ и лечебнымъ ошибкамъ.

Въ виду сказаннаго я и рѣшаюсь описать здѣсь любезно предложенный мнѣ моимъ многоуважаемымъ учителемъ, профессоромъ В. С. Груздевымъ, для изученія случай аденоіомы рукава, который клинически былъ наблюдаемъ имъ въ завѣдуемой имъ лечебницѣ Казанской Общины сестеръ милосердія Краснаго Креста, съ патолого-анатомической же стороны былъ изслѣдованъ мною въ лабораторіи акушерско-гинекологической клиники Казанскаго Университета.

Прежде чѣмъ, однако, приступить къ его изложенію, я

позволю себѣ сдѣлать нѣсколько предварительныхъ замѣчаній объ аденоіомахъ женской половой сферы вообще.

Представляя изъ себя смѣшанное разрастаніе фибромускулярной и аденоматозной ткани, аденоіомы могутъ развиваться во всѣхъ отдѣлахъ женскаго полового канала, по всему его протяженію, начиная съ трубъ и кончая рукавомъ и наружными половыми частями (Schickele²⁰), причемъ въ маткѣ и трубахъ онѣ развиваются гораздо чаще, чѣмъ въ остальныхъ отдѣлахъ. Относительно гистогенеза аденоіомъ женской половой сферы существуетъ нѣсколько различныхъ воззрѣній, изъ которыхъ укажу, какъ на главнѣйшія, на ученіе Recklinghausen'a²¹) и его послѣдователя Schickele²⁰), а затѣмъ на ученіе R. Meyer'a¹⁴), одного изъ самыхъ компетентныхъ современныхъ изслѣдователей въ этой области.

По Schickele и Recklinghausen'у, хотя аденоіомы и могутъ возникать изъ слизистой оболочки полового канала, но большинство ихъ, безъ сомнѣнія, происходитъ изъ остатковъ первичныхъ почекъ (Wolffовыхъ тѣлъ). Напротивъ, по ученію R. Meyer'a, въ возникновеніи ихъ играютъ главную роль происходящія уже во внѣтробной жизни отщепленія и отшнурованія слизистой и серозныхъ оболочекъ, особенно въ связи съ воспалительными процессами въ половой сферѣ. Кромѣ того, R. Meyer допускаетъ, въ рѣдкихъ случаяхъ, возможность развитія аденоіомъ и изъ зародышевыхъ отщепленій Müller'овыхъ ходовъ и первичныхъ почекъ.

Вопросъ, насколько аденоіомы половой сферы по своему клиническому теченію отличаются отъ простыхъ фиброміомъ этой послѣдней, еще не выясненъ съ достаточною ясностью. Разногласіе на этотъ счетъ существуетъ даже относительно аденоіомъ матки, столь часто попадающихъ каждому гинекологу. Такъ, W. A. Freund²⁾ и Funke³⁾ находятъ, что между аденоіомами матки и фиброміомами есть большія различія въ клиническомъ отношеніи. W. A. Freund установилъ даже симптомокомплексъ, характерный, по его мнѣнію, для аденоіомъ. Напротивъ, Rolano²⁰) и Landau¹²) по этому вопросу держатся совершенно противоположныхъ воззрѣній. Rolano нашель, что аденоіомы матки въ клиническомъ отношеніи мало отличаются отъ простыхъ фиброміомъ ея. Основываясь на изученіи 66 случаевъ аденоіомъ матки, этотъ авторъ указываетъ двѣ отличительныхъ черты въ ихъ клиническомъ теченіи, — это, во-первыхъ, болѣе сильное развитіе въ аденоіомахъ срощеній и, во-вторыхъ, слабо выраженную склонность къ дегенеративнымъ процессамъ, за исключеніемъ крупно-кистовиднаго перерожденія.

Ограничиваясь этими краткими предварительными замѣчаніями объ аденоміомахъ женской половой сферы вообще, я перейду теперь къ вопросу объ аденоміомахъ рукава, причѣмъ опишу сначала свой случай, затѣмъ сообщу казуистическія свѣдѣнія объ аналогичныхъ случаяхъ, собранныхъ въ доступной мнѣ литературѣ, и, наконецъ, попытаюсь сдѣлать общую характеристику аденоміомъ рукава въ патолого-анатомическомъ и клиническомъ отношеніяхъ.

Больная К. М. Ш. поступила въ первый разъ въ гинекологическое отдѣленіе при Казанской Общинѣ сестеръ милосердія Краснаго Креста 7/ix 1907. Изъ распроса выяснилось, что ей 42 года, она—русская, занимается домашнимъ хозяйствомъ, замужняя. Болѣзней, перенесенныхъ въ дѣтствѣ, не помнитъ. Первая крови получила на 16 году; мѣсячныя до болѣзни приходили черезъ $3\frac{1}{2}$ —4 недѣли и продолжались по 6—7 дней, сопровождаясь болями въ пахахъ и животѣ; со времени болѣзни мѣсячныя стали неправильны. Больная замужемъ уже 20 лѣтъ, ни разу не была беременна, считаетъ себя больною уже 5 лѣтъ, а именно, пять лѣтъ тому назадъ она впервые замѣтила, что въ промежутки между мѣсячными у ней стали появляться бѣли съ примѣсью крови; за послѣднее время у ней развились незначительныя, но почти постоянныя кровоточенія между мѣсячными, сопровождающіяся болями, что и заставило больную обратиться за врачебной помощью.

Объективное изслѣдованіе: больная анэмична, средняго питанія, хорошаго тѣлосложенія. Легкія и сердце нормальны. Въ полости живота никакихъ отклоненій отъ нормы не констатируется. Наружныя половыя части и промежность нормальны. Въ заднемъ сводѣ рукава, вблизи задней губы *portionis vaginalis*, находятся три незначительныхъ возвышенія слизистой оболочки, лежащихъ приблизительно по средней линіи другъ подъ другомъ,—верхнее въ діаметрѣ съ серебряный гри-венникъ, а два другихъ значительно меньше. Каждое изъ этихъ возвышеній имѣетъ въ центрѣ пупкообразное углубленіе, покрытое небольшими папиллярными образованиями ярко-краснаго цвѣта. Всѣ эти образования сидятъ на общемъ плотномъ основаніи и легко кровоточатъ отъ прикосновенія. Влагалищная часть матки конической формы, небольшой величины, покрыта нормальной слизистой. Маточный зѣвъ круглой формы. Матка немного увеличена, лежитъ въ *antelexio*, плотной консистенціи, безболѣзненна; подвижность ея значительно ограничена, особенно сзади. Въ заднемъ сводѣ влагалища, кромѣ упомянутыхъ возвышеній, прощупывается плотный инфильтратъ, располагающійся кругомъ прямой кишки, по *ligg. rectouterina*. Слизистая оболочка *recti* въ области инфильтрата свода подвижна, не кровоточитъ, но представляетъ довольно значительное втягиваніе.

На основаніи данныхъ объективнаго изслѣдованія діагнозъ заболѣванія былъ оставленъ подъ сомнѣніемъ. Съ наибольшею вѣроятностію было предположено, что своеобразная опухоль въ заднемъ сводѣ представляетъ собою злокачественное новообразование, именно, первичный ракъ рукава, распространившійся на паравагинальную клѣтчатку и *ligg. recto-uterina*. Съ точки зрѣнія такого діагноза данный случай представлялся неполнѣ доступнымъ радикальному леченію. Тѣмъ не

ментѣ здѣсь рѣшено было все-таки прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству и удалить главную массу новообразования, чтобы, съ одной стороны, избавиться больную, хотя и временно, отъ постоянныхъ кровавистыхъ выдѣлений, а съ другой—окончательно выяснить микроскопически характеръ опухоли.

9/ix 1907 г. проф. В. С. Груздевымъ было произведено подъ хлороформнымъ наркозомъ удаление опухоли. Операция начата поперечнымъ разрѣзомъ на задней стѣнкѣ рукава, проведеннымъ ниже язвы и проникавшимъ черезъ всю толщу слизистой и мышечной оболочки рукава; затѣмъ рукавная стѣнка была отсепарована вверхъ къ дну задняго Douglas'ова кармана, послѣ чего поперечнымъ же разрѣзомъ была резецирована задняя губа *portionis vaginalis*, и оба поперечныхъ разрѣза соединены по бокамъ двумя продольными. Въ заключеніе ограниченныи этими разрѣзами лоскутъ былъ иссѣченъ ножницами. Образовавшаяся рана послѣ перевязки кровоточащихъ сосудовъ была туго затампонирована стерильной марлей. Нужно замѣтить, что кровотеченіе при этой операциіи было довольно значительное.

Удаленный лоскутъ ткани представлялъ изъ себя четырехугольникъ размѣрами въ $2 \times 1\frac{1}{2} \times 3$ сант. Ткань его имѣла плотную консистенцію; поверхность лоскута, обращенная въ просвѣтъ влагалища, была покрыта слизистой оболочкой, на которой, какъ уже упоминалось, находилось три, расположенныхъ одно подъ другимъ, возвышенія, имѣвшихъ въ центрѣ по пупкообразному вдавленію, покрытому небольшими (1—2 мм. въ вышину) ярко-краснаго цвѣта сосочкообразными образованиями.

Для микроскопическаго изслѣдованія весь этотъ лоскутъ былъ разрѣзанъ на кусочки, которые были фиксированы въ растворѣ сулемы съ хлористымъ натріемъ, уплотнены въ спиртѣ возрастающей концентраціи и залиты въ парафинъ. Приготовленные изъ этихъ кусочковъ срѣзы окрашивались гематоксилинъ-эозиномъ и по способу van-Gieson'a.

Просматривая срѣзы, взятые изъ различныхъ кусочковъ, можно было сказать, что изслѣдуемая опухоль состоитъ, съ одной стороны, изъ переплетающихся между собою довольно мощныхъ цуговъ и полосъ соединительной и гладкой мышечной ткани, а съ другой—изъ расположенныхъ между ними многочисленныхъ участковъ цитогенной ткани (аденоидной), содержащей много трубчатыхъ образований различной формы.

Изучая въ отдѣльности каждую изъ этихъ составныхъ частей опухоли, можно было замѣтить, что цитогенная ткань и железистыя образования (см. рис. 1 и 2) расположены были больше въ периферическихъ частяхъ опухоли. Здѣсь зачастую попадались большіе участки этой ткани, лежашіе иногда подъ покровнымъ эпителиемъ или даже выступавшіе наружу въ просвѣтъ рукава. По направленію къ центральнымъ отдѣламъ опухоли, участки цитогенной и железистой ткани уменьшались какъ въ своихъ размѣрахъ, такъ и въ количествѣ. Участки или, лучше сказать, островки этой ткани зачастую соединялись другъ съ другомъ при помощи различной величины мостиковъ и прослоекъ, состоявшихъ изъ этой же ткани.

Фибромускулярная ткань въ периферическихъ слояхъ опухоли была развита сравнительно слабо. Напротивъ, болѣе глубокіе участки

опухоли состояли преимущественно изъ пучковъ фибромускулярной ткани съ разсѣянными въ нихъ включеніями цитогенной и железистой ткани. Фибромускулярная составная часть опухоли содержала довольно много сосудовъ, именно, артерій и венъ средняго калибра, причемъ тѣ и другія часто были переполнены кровью. Въ окружности сосудовъ, особенно мелкихъ, нерѣдко встрѣчалась круглоклѣточная инфильтрація и красные кровяные шарики.

Цитогенная ткань состояла изъ молодыхъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ, была диффузно инфильтрирована круглыми клѣтками и содержала много мелкихъ сосудовъ и капилляровъ, наполненныхъ красными кровяными шариками. Эти послѣдніе очень часто встрѣчались и внѣ сосудовъ въ видѣ то большихъ, то меньшихъ размѣровъ скопленій, иногда достигавшихъ значительной величины, причемъ эти очаги красныхъ кровяныхъ шариковъ были наиболѣе многочисленны и велики по размѣрамъ въ периферическихъ участкахъ опухоли.

Железистыя включенія представляли изъ себя трубки различной величины и формы. Они повсюду были окружены большимъ или меньшимъ количествомъ цитогенной ткани и только изрѣдка, въ болѣе глубокихъ слояхъ опухоли, встрѣчались безъ этой послѣдней, заложенными прямо среди фибромускулярныхъ пучковъ. Располагались они болѣею частью группами, рѣже по одиночкѣ.

Большинство изъ нихъ представляло изъ себя круглыя трубки, но нерѣдко попадались и образования, имѣвшія на разрѣзѣ неправильную, трехугольную и звѣздчатую форму, благодаря многочисленнымъ изгибамъ и вдавленіямъ ихъ стѣнки. Железистыя трубки мѣстами имѣли прямой ходъ, мѣстами же представлялись изогнутыми и извивающимися на подобіе спирали.

Зачастую трубки образовали значительныя расширенія, — или неправильной формы полости, или правильной круглой формы кисточки. Эти послѣднія преимущественно встрѣчались въ периферическихъ слояхъ опухоли, подъ покровнымъ эпителиемъ.

Железистыя образования были высланы болѣею частью высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ съ ядрами продолговато-овальной формы, которыя въ рядѣ клѣтокъ лежали на неодинаковой высотѣ, вслѣдствіе чего часто возникали картины, симулировавшія двухслойность эпителия. Въ расширенныхъ трубчочкахъ и кисточкахъ эпителий представлялся болѣе низкимъ, кубической формы. Въ нѣкоторыхъ железистыхъ образованияхъ ясно была выражена *membrana propria*. Она состояла изъ небольшихъ веретенообразныхъ клѣтокъ съ интенсивно окрашеннымъ ядромъ. Мерцательныхъ рѣсничекъ съ несомнѣнностью не удалось найти, хотя въ нѣкоторыхъ железахъ попадались образования, очень похожія на мерцательныя рѣснички. Иногда въ железахъ встрѣчались небольшіе кустикообразные выросты эпителия въ просвѣтъ ихъ на подобіе того, какъ это имѣетъ мѣсто въ сосочковыхъ кистамахъ яичника. Съ другой стороны, мѣстами, особенно на косыхъ срѣзахъ железъ, гдѣ эпителий, выстилавшій ихъ, казался многослойнымъ, наблюдалось неясное отграниченіе эпителиальныхъ клѣтокъ отъ цитогенной ткани. Въ железистыхъ образованияхъ, расположенныхъ поверхностно, эпителий иногда былъ слущенъ или находился въ состояніи распада. Бокаловидныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ не удалось встрѣтить,

но клѣтки со свѣтлыми участками протоплазмы изрѣдка попадались. Между клѣтками эпителия иногда встрѣчались блуждающія клѣтки.

Въ полостяхъ железистыхъ образований можно было подмѣтить слущенныя клѣтки эпителия, лейкоциты, красные кровяные шарики,— послѣдніе иногда въ довольно большомъ количествѣ, и мелко-зернистое вещество,—вѣроятно, секретъ трубокъ.

Слизистая оболочка влагалища по краямъ вырѣзаннаго участка опухоли была покрыта нормальнымъ многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ. Въ центральныхъ же отдѣлахъ вырѣзаннаго лоскута слизистая утрачивала свой нормальный видъ, вступала въ тѣсное соотношеніе съ опухолью и образовала съ нею одно нераздѣльное цѣлое; мѣстами она была совершенно замѣнена тканью опухоли, особенно въ области папиллярныхъ образований, которыя преимущественно состояли изъ цитогенной и железистой ткани (рис. 1). Покровный эпителий въ этихъ отдѣлахъ, особенно въ области сосочкообразныхъ выпячиваній, представлялся значительно измѣненнымъ: эпителиальный пластъ, по мѣрѣ приближенія къ центру, дѣлался все тоньше, а часто на вершинахъ сосочкообразныхъ возвышеній и въ бухтахъ, лежавшихъ между ними, прямо переходилъ въ цилиндрической, мѣстами даже совершенно исчезалъ, такъ что находившаяся въ этихъ мѣстахъ цитогенная и железистая ткань выступала свободно на поверхность опухоли, и многія железистыя образования открывались въ полость влагалища.

Кровоизліянія, встрѣчавшіяся въ поверхностныхъ слояхъ опухоли, нерѣдко распространялись и на эпителиальный слой, отчего послѣдній мѣстами представлялся или нѣсколько отслоеннымъ кровоизліяніями отъ подлежащей ткани, или содержащимъ въ своей толщѣ кровяные фокусы. Кое-гдѣ эпителиальный слой былъ совершенно разрушенъ кровоизліяніями, такъ что послѣднія выступали наружу.

Въ области сосочковидныхъ образований намъ нѣсколько разъ удавалось встрѣтить железистыя образования въ видѣ простыхъ трубокъ, покрытыхъ цилиндрическимъ эпителиемъ, тѣсно прилежавшихъ къ базальному слою покровнаго плоскаго эпителия (рис. 3). Трубки эти обычно слѣпо оканчивались въ покровномъ эпителии. Но у одной изъ такихъ трубокъ намъ удалось обнаружить выводной протокъ (рис. 4). Онъ состоялъ изъ плоскихъ клѣтокъ, которыя представляли изъ себя непосредственное продолженіе цилиндрическихъ клѣтокъ железы, въ толщѣ покровнаго эпителия, и терялся въ поверхностныхъ слояхъ его. Къ сожалѣнію, намъ не удалось въ рядѣ срѣзовъ найти его отверстіе наружу. Описываемыя трубки были идентичны по своему строенію съ железистыми образованиями опухоли, которыя находились неподалеку отъ нихъ; подобно этимъ послѣднимъ, онѣ были заложены въ цитогенной ткани. Относительно этихъ образований можно было думать, что одни изъ нихъ представляютъ изъ себя железистыя образования опухоли, а другія, какъ, напр., та изъ нихъ, которая была снабжена выводнымъ протокомъ, могутъ быть рассматриваемы, какъ настоящія железы влагалища.

Удаленная при операциі задняя губа *portionis vaginalis* имѣла нормальное строеніе и не содержала железистыхъ включеній. Нѣкоторые изъ кусочковъ вырѣзаннаго лоскута, взятыя изъ периферическихъ отдѣловъ его, также не содержали железистыхъ включеній. Послѣд-

нихъ, однако, находилось довольно много въ самыхъ глубокихъ слояхъ центральныхъ отдѣловъ удаленнаго лоскута, именно, въ слояхъ, обращенныхъ къ *septum recto-vaginale*. Здѣсь можно было встрѣтить такія картины, которыя указывали, что операционный разрѣзъ прошелъ черезъ эти железистыя образованія такимъ образомъ, что захватилъ лишь одну часть железистыхъ включеній, а другая осталась неудаленною.

Обозрѣвая вышеописанныя картины, можно было придти къ заключенію, что у больной имѣла мѣсто разлитая аденомиома, локализовавшаяся въ заднемъ сводѣ рукава не въ формѣ ясно отграниченнаго узла, а въ формѣ диффузнаго уплотненія; новообразование это не было вполне удалено при операциіи. Въ виду того, однако, что большая часть опухоли была все-таки вырѣзана, опухоль имѣла доброкачественную структуру, и удаленіе оставшихся ея частей было сопряжено съ большими трудностями и опасностью пораненія гесті, рѣшено было пока не повторять операциіи, а выждать дальнѣйшаго хода вещей.

Послѣоперационное теченіе затянулось вслѣдствіе медленнаго заживленія раны. Уходъ за этой послѣдней въ первыя три недѣли состоялъ въ промываніи ея 1% растворомъ *acidi carbolicі*, смазываніи *tinct. jodі* или *liq. ferri sesquichlorati* (въ виду ея кровоточивости) и въ тампонаціи ксероформной марлей. Затѣмъ, когда рана уменьшилась, стали примѣняться спринцеванія изъ раствора *ferri sesquichlorati*. При такомъ леченіи, черезъ 5 недѣль послѣ операциіи рана уменьшилась настолько, что величина ея сдѣлалась меньше серебрянаго гравенника, и поверхность ея почти перестала кровоточить. Въ такомъ состояніи больная 15/x 1907 г. была отпушена домой, причемъ ей было рекомендовано спринцеваться растворомъ *liquoris ferri sesquichlorati* и въ случаѣ появленія кровотеченій или развитія опухоли снова обратиться въ лечебницу или клинику.

Первыя свѣдѣнія послѣ выписки больной изъ лечебницы были получены лишь черезъ 1½ года, причемъ оказались неутѣшительными. Больная извѣщала, что вскорѣ послѣ пріѣзда домой начала снова страдать кровоточеніями въ промежуткахъ между мѣсячными, а также болѣзненными и обильными менструаціями. Ради этихъ разстройствъ она нѣсколько разъ обращалась къ мѣстному врачу, который констатировалъ у нея, по словамъ больной, незажившую операционную рану, пытался ее зашить, но это ему не удалось, и два раза затѣмъ прижигалъ рану Раquelin'омъ. Несмотря на всѣ эти мѣры, рана не заживала и доселѣ нѣсколько кровоточить, а временами у больной появляются боли въ области копчика. Общее состояніе пациентки, по ея словамъ, довольно хорошее.

Въ виду полученія такихъ свѣдѣній, больной было предложено пріѣхать въ лечебницу для осмотра и, въ случаѣ нужды, для повторенія операциіи. 26/iv 1909 г. она снова прибыла въ лечебницу Общины Краснаго Креста, гдѣ, при объективномъ изслѣдованіи ея, было найдено слѣдующее.

Общее состояніе удовлетворительно. Входъ въ рукавъ узокъ. Рукавъ длиненъ. Матка въ положеніи *anteflexio*, увеличена, плотна. При ошупываніи ея, получается впечатлѣніе, какъ будто въ стѣнкахъ ея находятся небольшіе фиброміоматозные узелки. Подвижность матки ограничена, особенно со стороны задняго рубцово-

сморщенного свода, въ которомъ нѣсколько вѣво отъ средней линіи прощупывается небольшое углубленіе съ плотными стѣнками, покрытыми небольшими бугристостями. Придатки не опредѣляются въ виду неподатливости стѣнокъ живота. Per gestum въ области задняго свода прощупывается инфильтратъ, но надъ нимъ слизистая оболочка прямой кишки легко подвижна. Изслѣдованіе зеркалами дало слѣдующее: передняя губа portionis vaginalis хорошо сформирована и выглядит вполне нормально, задняя же губа отсутствуетъ; если оттянуть переднюю губу пулевыми шипцами вверхъ, то тотчасъ подъ ней замѣтно небольшое углубленіе, величиной въ діаметръ около пятнадцатикопѣечной монеты, покрытое небольшими бородавчатыми выступами величиною съ чечевичное зерно и больше. Углубленіе съ бородавчатыми образованиями отличается отъ окружающей слизистой оболочки рукава болѣе ярко-краснымъ цвѣтомъ и походить на зернистую эрозію. При прикосновеніи поверхность его слабо кровоточитъ. Изслѣдованіе больной во время менструаціи показало, что поверхность углубленія кровоточитъ и безъ всякаго механическаго раздраженія. Длина матки по зонду равна приблизительно 8,5 сант.

Изъ этихъ данныхъ объективнаго изслѣдованія становилось яснымъ, что ранѣ оставшіеся участки аденоіомы не атрофировались, но разрослись въ видѣ бородавчатыхъ выступовъ на поверхности раны, образовавшейся послѣ первой операціи, причемъ разростаніе это въ общемъ,—если принять въ расчетъ промежутокъ времени, протекшій со времени операціи,—было незначительно. Тѣмъ не менѣе, по настоячивому требованію больной, желавшей освободиться отъ возбуждавшей ея опасенія язвы, было рѣшено повторить операцію, именно, удалить верхнюю часть рукава съ новообразованиемъ и вмѣстѣ экстирпировать per vaginam матку—тѣмъ болѣе, что послѣдняя была фиброматозно измѣнена. По этому плану операція и была начата проф. В. С. Груздевымъ 27/IV, послѣ обычныхъ приготовленій, подъ хлороформнымъ наркозомъ. Отдѣлить маточную шейку отъ пузыря и вскрыть пузырно-маточное углубленіе брюшины оператору удалось очень легко, но когда онъ, сдѣлавъ поперечный разрѣзъ задней стѣнки рукава ниже мѣста опухоли, сталъ пытаться отдѣлить задній сводъ отъ прямой кишки и добраться до задняго Douglas'ова кармана,—это оказалось чрезвычайно труднымъ въ виду наличности прочнаго рубцоваго инфильтрата, спаивавшаго задній сводъ и заднюю стѣнку шейки со стѣнкой гести. Въ виду того, что дальнѣйшія попытки въ этомъ направленіи грозили окончиться разрывомъ стѣнки прямой кишки, операторъ рѣшилъ тогда отказаться отъ первоначальнаго плана вылушить всю матку, ограничившись лишь удаленіемъ пораженнаго участка рукава и ампутаціей маточной шейки. Къ такому образу дѣйствій побуждало его и необходимость быстрѣе окончить операцію, такъ какъ у больной уже нѣсколько разъ появлялись приступы цианоза. Вырѣзавъ, насколько возможно глубоко, мѣсто новообразования вмѣстѣ съ сосѣдними участками рукавной стѣнки, операторъ, наложивъ предварительно по одной шелковой лигатурѣ на основанія широкихъ связокъ, ампутировалъ шейку, зашилъ кѣгуттомъ вскрытый маточно-пузырный карманъ, затѣмъ подшилъ стѣнки рукава къ шеечной культи шелковыми швами и въ заключеніи затампонировалъ рукавъ стерильной марлей. Кровотеченіе при операціи было незначительно.

Послѣоперационный періодъ протекъ совершенно гладко со стороны половой сферы, но былъ осложненъ развившимся вскорѣ послѣ операциі парезомъ лѣвой руки—травматическаго характера, по опредѣленію невропатолога (д-ра В. П. Первушина). На 29-ый день послѣ операциі пациентка была выписана изъ лечебницы, причемъ къ этому времени верхній отдѣлъ рукава значительно сморщился, и въ окружности цервикальнаго канала осталась лишь небольшая, неуспѣвшая еще зарубцеваться ранка, покрытая грануляціями.

Удаленная часть шейки съ участкомъ задней стѣнки рукава представляла изъ себя кусокъ длиною въ 2 сант. (длина куска измѣнялась по направленію и длинѣ цервикальнаго канала) и высотой въ 3 сант. При разсматриваніи прилегавшаго къ шейкѣ участка рукавной стѣнки, въ немъ можно было замѣнить бородавчатый разрошенія мягковатой консистенціи, сидѣвшія на основаніи изъ плотной, склерозированной ткани, которая на разрѣзѣ имѣла сѣровато-бѣлый видъ и кое-гдѣ содержала точечныя полости. Ясно ограниченныхъ узелковъ въ этой ткани не встрѣчалось. Удаленная часть шейки также отличалась плотной консистенціей. Слизистая оболочка цервикальнаго канала ничего особеннаго не представляла, но конфигурація канала обращала на себя вниманіе: стѣнки его состояли какъ-бы изъ отдѣльныхъ продольныхъ фасетокъ, расположенныхъ другъ къ другу подъ угломъ на подобіе частей ширмы.

Для микроскопическаго изслѣдованія весь удаленный кусокъ былъ разрѣзанъ на отдѣльныя части, которыя были фиксированы въ Zenker'овской жидкости, уплотнены въ алкогольъ и залиты въ целлоидинъ. Срѣзы изъ нихъ окрашивались гематоксилинъ-эозиномъ и по van Gieson'у.

Гистологическое изслѣдованіе дало въ сущности тѣ же самыя результаты, что и ранѣе произведенное изслѣдованіе частей, удаленныхъ при первой операциі. Здѣсь также можно было діагносцировать аденомиому задняго свода рукава, диффузно разросшуюся и состоявшую изъ переплетающихся мощныхъ пучковъ фибромускулярной ткани и заложенныхъ между ними участковъ цитогенной и железистой ткани. Мѣстами среди фибромускулярной составной части опухоли замѣчалось болѣе сильное развитіе плотной фиброзной ткани, что особенно ясно выступало на препаратахъ, окрашенныхъ по van Gieson'у. Небольшіе участки цитогенной и железистой ткани опухоли находились въ периферическихъ слояхъ ея. Они обнаруживали морфологически большое сходство со слизистой оболочкой гѣлы матки въ состояніи менструальнаго прилива,—содержали много расширенныхъ капилляровъ и мелкихъ сосудовъ, наполненныхъ кровью, и заключали довольно много небольшихъ фокусныхъ кровоизліяній. Въ просвѣтѣ железистыхъ трубокъ также нерѣдко находились кучки красныхъ кровяныхъ шариковъ. Железистыя трубки имѣли тотъ же самый характеръ и строеніе, что и раньше, причемъ во многихъ изъ нихъ рѣзко бросалась въ глаза пилообразная форма. Признаковъ злокачественнаго перерожденія въ нихъ не было замѣтно. Папиллярныя образованія также обнаруживали уже описанную выше структуру, т. е. состояли главнымъ образомъ изъ цитогенной ткани, открывавшейся мѣстами на поверхность опухоли, покровнаго эпителия и фибромускулярной ткани. Никакой связи со слизистой оболочкой цервикальнаго канала желе-

зистія образованія аденіомы не имѣли. *Mucosa cervicis* представляла явленія хроническаго катарра. Въ заключеніе слѣдуетъ упомянуть, что, хотя въ глубокихъ слояхъ вырѣзанной опухоли намъ ни разу не удалось встрѣтить железистыхъ включеній, тѣмъ не менѣе съ увѣренностію нельзя сказать, что ихъ болѣе не осталось въ ткани свода.

Изъ приведеннаго описанія видно, что нашъ случай аденіомы рукава является далеко незауряднымъ и интереснымъ во многихъ отношеніяхъ. Прежде всего онъ интересенъ со стороны локализациі заболѣванія, анатомическихъ особенностей его и гистогенеза. Какъ уже было упомянуто выше, аденіомы въ стѣнкахъ рукава развиваются очень рѣдко. Анатомическій интересъ этого случая заключается въ оригинальной виѣшней формѣ аденіомы, именно, въ развитіи на поверхности ея папиллярныхъ и бородавчатыхъ выростовъ и углубленій, легко кровоточившихъ при прикосновеніи, а во время регуль, повидимому, и безъ таковаго, и симулировавшихъ ракъ. Далѣе случай этотъ интересенъ съ гистогенетической точки зрѣнія, какъ иллюстрирующей происхожденіе аденіомы. Объ этой сторонѣ дѣла мы будемъ, впрочемъ, подробнѣе говорить ниже.

Помимо указанныхъ сторонъ, случай этотъ представляетъ неменьшій интересъ и въ клиническомъ отношеніи, именно, со стороны діагностики и леченія. Какъ уже указывалось, онъ представлялъ немало данныхъ, говорившихъ въ пользу злокачественнаго характера новообразованія (кровоотчивость, плотность, присутствіе какъ-бы изъязвленій, уплотненіе клѣтчатки свода), почему правильное распознаваніе болѣзни могло быть точно поставлено лишь путемъ микроскопическаго изслѣдованія. Что касается вопроса о терапіи, то данный случай показываетъ, что иногда аденіомы рукава, будучи небольшихъ размѣровъ и не будучи злокачественными въ полномъ смыслѣ этого слова, могутъ потребовать для своего полнаго излеченія весьма сложнаго оперативнаго вмѣшательства.

Описавъ свой случай, перейду теперь къ изложенію аналогичныхъ случаевъ, которые мнѣ удалось найти въ доступной мнѣ литературѣ, причемъ считаю необходимымъ замѣтить, что въ дальнѣйшемъ изложеніи буду приводить только такіе случаи, относительно которыхъ съ болѣею или меньшею вѣроятностію установлено, что аденіомы первично начали развиваться въ стѣнкахъ рукава, а не въ сосѣднихъ органахъ (матка, клѣтчатка и т. д.). Въ виду этого я не буду говорить о случаяхъ Füh'a⁴), Kleinhan's'a¹⁰) (второй случай) и другихъ, гдѣ новообразованія эти, первоначально возникнувъ изъ сосѣднихъ органовъ (матки), вступили затѣмъ въ интимную связь съ рукавной стѣнкой. Не-

сомнѣнныхъ случаевъ аденомиомъ рукава мнѣ удалось собрать изъ литературы всего 10. Они принадлежатъ слѣдующимъ авторамъ: Kossmann'y¹¹), Pfannenstiel'ю¹⁷), Herffy⁸), Ito⁹), Pick'y^{18,19}) (2 случая)—Kleinhans'y¹⁰), Schickele²⁷), Moraller'y¹⁵), Merckel'ю¹³) и Rumpf²⁵)—Meyer'y¹⁴).

I. *Случай Kossmann'a*¹¹). У 30-лѣтней женщины развилась въ заднемъ сводѣ рукава опухоль величиной съ лѣсной орѣхъ, плотная и бугристая. Отъ опухоли по направлению къ шейкѣ шелъ тяжъ, толщиной приблизительно въ мизинецъ, терявшійся въ нижнихъ частяхъ тѣла матки. Подъ микроскопомъ опухоль оказалась состоящей изъ гладкой мышечной ткани и ряда железистыхъ трубокъ, имѣвшихъ различный видъ и различное направленье. Железистыя трубки были окружены цитогенною тканью и внутри были покрыты однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Въ трубкахъ встрѣчались ампуллы и концевыя колбы. Авторъ думаетъ, что опухоль здѣсь, по всей вѣроятности, возникла изъ остатковъ Wolffовыхъ ходовъ. Къ сожалѣнью, болѣе подробныхъ данныхъ объ этомъ случаѣ мнѣ не удалось найти въ имѣвшейся въ моемъ распоряженіи литературѣ.

II. *Случай Pfannenstiel'a*¹⁷). У 39-лѣтней больной, страдавшей хроническимъ воспаленіемъ правыхъ придатковъ, при изслѣдованіи была обнаружена въ заднемъ сводѣ узловатая опухоль, покрытая неизъязвленной слизистой оболочкой и близко прилежавшая къ маткѣ, затѣмъ небольшая опухоль въ правой паховой области и, наконецъ, какой-то узелъ въ маткѣ. Относительно состоянія менструаціи и секреціи данныхъ не сообщается. Диагнозъ заболѣванія не былъ окончательно выясненъ. Предположеніе о ракѣ влагалища было признано мало вѣроятнымъ, такъ какъ слизистая рукава не имѣла изъязвленій. Связь опухолей рукава и паховой области была возможной въ виду одинаковой констистенціи обѣихъ опухолей (метастазы злокачественнаго новообразованія?). При наличности этихъ данныхъ была произведена операція, съ одной стороны, въ виду того, что больная сильно страдала болями вслѣдствіе воспаленія придатковъ, а, съ другой, въ виду ея заявленія, что опухоль въ паху увеличивается. Операція состояла въ рукавной экстирпаціи матки вмѣстѣ съ придатками, резекціи задняго свода и въ вылушеніи паховой опухоли. Какъ экстирпація матки, такъ и удаленіе паховой опухоли были сопряжены съ большими трудностями, такъ какъ, хотя эта послѣдняя опухоль и была небольшою величиною,—приблизительно съ грецкій орѣхъ,—однако она была интимно сросшена съ тканями пахового канала; располагалась она книзу и кнутри отъ наружнаго пахового кольца, безъ видимой связи съ lig. rotundum. Задній сводъ былъ превращенъ въ небольшую, близко прилежавшую къ маткѣ опухоль, обнаруживавшую на разрѣзѣ, какъ и опухоль паховой области, мелкія желтовато-коричневые пигментныя пятна, небольшія щели и кисточки. На совѣтѣмъ почти гладкой слизистой оболочкѣ свода находилось нѣсколько небольшихъ кистовидныхъ выпячиваній. Узелъ въ маткѣ оказался обыкновенной міомой, микроскопическое же изслѣдованіе опухолей свода и паховой области обнаружило типическую структуру аденомиомъ, описанныхъ Recklinghaus'омъ. Эти опухоли состояли изъ плотной фибромускулярной ткани, похожей приблизительно на мускулатуру матки. Въ этой ткани

находилось много железистыхъ трубокъ различного вида, расположенныхъ въ различныхъ направленихъ. Трубочки были окружены цитогенною тканью и внутри выстланы однослойнымъ эпителиемъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ каналцы ихъ образовали ампулы и концевыя колбовидныя кисточки. Иногда встрѣчались гломерулоподобныя образования, которыя Recklinghausen считаетъ аналогичными мальпигиевымъ тѣльцамъ первичной почки. Въ ткани опухолей находились пигментныя тѣльца, особенно въ кистовидныхъ полостяхъ. Pfanenstiel думаетъ, что обѣ опухоли въ этомъ случаѣ возникли изъ остатковъ Wolff'ова тѣла. Съ одной стороны, рагоорного нѣсколько ненормально спустился внизъ до рукава, а съ другой, при развити половыхъ органовъ, самый нижній отрѣзокъ первичной почки попалъ вмѣстѣ съ lig. rotundum въ паховую область.

III. *Случай Herffa⁸)-Ito⁹*. У 49-лѣтней больной, 4 раза рожавшей и правильно, черезъ 4 недѣли, менструировавшей, причемъ только послѣднія крови тянулись 14 дней, имѣлъ мѣсто проляпсъ матки и рукава и сильная гипертрофія portionis vaginalis вмѣстѣ съ пролежневыми язвами. На мѣстѣ перехода portionis vaginalis въ заднюю стѣнку рукава, отступя на $\frac{1}{2}$ сант. отъ задней маточной губы, находились двѣ полипозныхъ опухоли, сидѣвшія довольно близко другъ отъ друга. Лѣвая, меньшая по размѣрамъ, — приблизительно съ грецкій орѣхъ величиной, — была снабжена длинной ножкой (около 2-хъ сант.), толщиною приблизительно съ палець. Правая опухоль, большихъ размѣровъ, сидѣла на широкой толстой ножкѣ. Обѣ опухоли были покрыты гладкой слизистой оболочкой рукава и имѣли умѣренно-плотную консистенцію. Клинической діагнозы: fibromyomata pendula fornicis vaginae. При операци, — рукавномъ изсѣченіи матки, соединенномъ съ передней кольпоррафіей (операция была произведена профъ Fehling'омъ), — былъ сдѣланъ циркулярный разрѣзъ вокругъ portio vaginalis такимъ образомъ, что онъ захватывалъ часть задняго влагалищнаго свода, гдѣ были расположены вышеупомянутыя опухоли. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило, что оба полипа состоятъ изъ рыхлой, богатой клѣтками соединительной ткани съ цугами гладкихъ мышечныхъ волоконъ, пробѣгавшихъ въ различныхъ направленихъ. Подъ эпигелиальнымъ покровомъ лежали видимыя уже простымъ глазомъ многочисленныя, достигавшія 3—4 милл. въ поперечникѣ, полости, выстланныя вездѣ кубическимъ или цилиндрическимъ эпителиемъ, мѣстами довольно сильно утолщеннымъ, рѣзко отграниченныя посредствомъ membrana propria отъ окружающей ткани и содержащія клѣточный распадъ и слизь. Кроме того, здѣсь же находились настоящія трубочкатыя, слегка изогнутыя, мѣстами въ 3—4 милл. длинной железъ, въ которыхъ высокая цилиндрической эпителий съ базальнымъ расположениемъ ядеръ сидѣлъ на ясно выраженной membrana propria и былъ, повидимому, снабженъ мерцательными рѣсничками. Очень узкіе выводящие протоки железъ образовались насчетъ распавшихся слегка ороговѣвшихъ плоско-эпителиальныхъ клѣтокъ, которыя, съ одной стороны, переходили въ покровный эпителий, а съ другой — въ цилиндрической эпителий железъ. Кисты, расположенныя подъ покровнымъ эпителиемъ, безъ сомнѣнія произошли, какъ показывали серіи срѣзовъ, изъ этихъ железъ. Онѣ представляютъ собою, такимъ образомъ, ретенціонныя кисты. Въ толщѣ одной изъ опухолей находились, кроме

того, многочисленныя, тончайшія, железистыя трубки, расположенныя остроугообразно въ видѣ тѣсно-сгученныхъ группъ и окруженныя тонкимъ слоемъ гладкой мускулатуры. Железистый эпителий въ этихъ трубкахъ былъ вездѣ однослойный кубическій или низкій цилиндрическій, безъ бокаловидныхъ клѣтокъ или другихъ секреторныхъ формъ. Тамъ и сямъ трубочки были снабжены расширениями или боковыми отвѣтвленіями. Въмѣстѣ съ ними встрѣчались небольшія кисточки, имѣвшія нѣсколько десятыхъ миллиметра въ поперечникѣ, выстланныя низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ безъ признаковъ слизистой генерации. Нѣкоторыя изъ железистыхъ трубочекъ впадали въ эти кисточки. Мерцательныхъ рѣсничекъ въ этихъ образованіяхъ нигдѣ не было видно.

Такимъ образомъ объ опухоли представляли изъ себя полипозныя фиброміомы, заключающія ретенціонныя кисточки, развившіяся изъ настоящихъ железъ рукава. Кромѣ того, одна изъ опухолей представляла собою въ то же время и аденоміому. По Herffу и Ito, кисточки, образованныя железами рукава, съ железистою тканью аденоміомы не имѣли ничего общаго. Что касается происхожденія аденоміомы, то эти авторы, не исключая возможности происхожденія ея изъ корешкообразныхъ выпячиваній Wolffова хода, допускаютъ и возможность происхожденія ея изъ ненормально сохранившагося каудальнаго отдѣла Wolffова тѣла (первичной почки).

IV. *Первый случай L. Pisk'a*¹⁸⁾. Больная 31 года, менструируетъ правильно, но страдаетъ болями внизу живота. Около 1/2 года тому назадъ у ней въ заднемъ сводѣ рукава была констатирована опухоль, величиной въ лѣсной орѣхъ, постепенно увеличивавшаяся. Больная крѣпкаго сложенія. Рукавъ средней ширины. Portio vaginalis коротка и широка. Матка нормальнаго объема, лежитъ въ anteflexio. Въ заднемъ сводѣ рукава прощупывается опухоль величиной со сливу, очень уругая и плотная, покрытая неповрежденной и несмѣщающейся надъ ней слизистой оболочкой. Опухоль вмѣстѣ съ покрывавшей ее слизистой оболочкой рукава была экстирпирована, причемъ эта операція была выполнена частью при помощи скальпеля, частью тупымъ путемъ и была довольно трудной. Во время операціи на небольшомъ участкѣ была вскрыта брюшина задняго Douglas'ова кармана, тутъ же зашитая кѣгутумъ. Полость раны была затампонирована марлей. Послѣоперационное теченіе было гладкое. Больная скоро поправилась.

Удаленная опухоль имѣла 23×15×15 милл. величины, съ поверхности была покрыта частью гладкой слизистой оболочкой рукава, частью жировой паравагинальной клѣтчаткой. На разрѣзѣ опухоль оказалась состоявшею изъ сѣрвовой, волокнистой основнй ткани, въ которую были включены, особенно въ центрѣ опухоли, бѣловатые суги, содержащія точечныя, щелевидныя и изогнутыя полости, особенно хорошо замѣтныя въ лупу. Кромѣ того, въ опухоли встрѣчалось довольно много пигментныхъ очаговъ въ формѣ полосокъ и пятенъ коричневаго цвѣта. Слизистая оболочка рукава была рѣзко отграничена отъ ткани опухоли и содержала въ нѣкоторыхъ мѣстахъ кругловатыя тѣльца коричневаго цвѣта на периферіи и болѣе свѣтлаго въ центрѣ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли обнаружилось, что она покрыта многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, который частью сохранился, частью же былъ слущенъ (механическое слущиваніе при

операци). Макроскопически замѣтныя въ стромѣ слизистой оболочки, круглыя образованія представляли изъ себя криптообразныя включенія многослойнаго покровнаго эпителия, который, все болѣе и болѣе проникая вглубь и угончаясь, образовалъ простыя трубочки, мѣстами развѣтвлявшіяся и снабженныя неправильными расширениями на концахъ. Эти трубочки были выстланы хорошо развитымъ однослойнымъ эпителиемъ цилиндрической формы и содержали въ расширенной концевой части зернистыя массы и клѣточный распадъ. Описываемыя образованія были окружены какъ-бы капсулой — слоемъ круглоклѣточного инфильтрата, содержащимъ много наполненныхъ кровью капилляровъ. Въ наружныхъ слояхъ круглыхъ образованій попадались болѣе или менѣе обемистыя кровоизлиянія, отчего и зависѣла коричневая окраска ихъ периферии. Эти шаровидныя образованія и трубочки лежали исключительно въ стромѣ слизистой оболочки и отдѣлялись отъ самой опухоли слоемъ соединительной ткани. Трубочки представляли изъ себя, повидимому, рукавныя железы. Что касается самой опухоли, то главная масса ея состояла изъ переплетающихся пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и пучковъ соединительной ткани, причемъ тѣ и другіе представляли собою непосредственное продолженіе мышечной стѣнки рукава. Въ этой фибромускулярной стромѣ находилось много железистыхъ образованій трубчатой формы. Послѣднія почти постоянно были окружены типичною цитогенною тканью, которая лишь рѣдко около нихъ отсутствовала. Полоски и болѣе значительные участки (островки), состоявшіе изъ цитогенной ткани и железистыхъ трубокъ, многократно соединяясь другъ съ другомъ, образовали сѣтевидное сплетеніе, расположенное среди переплетенныхъ пучковъ фибромускулярной ткани. Мѣстами просвѣтъ железистыхъ трубокъ представлялъ расширения, но эти послѣднія нигдѣ не были настолько значительны, чтобы возникли кистовидныя образованія болѣе или менѣе большого объема. Въ трубкахъ наблюдалось дихотомическое развѣтвленіе. Мѣстами встрѣчались большіе каналы, которые, дѣлясь дихотомически, посылали во всѣ стороны болѣе узкія трубочки. Эти послѣднія нерѣдко начинались шаровиднымъ или оливообразной, или какой-либо другой формы расширеніемъ (ампулой). Въ одномъ мѣстѣ удалось встрѣтить, какъ три параллельно идущихъ, вытянутыхъ въ длину трубочки впадали въ одной плоскости въ каналъ подобно тому, какъ зубцы гребня въ его спинку, или какъ трубки пароварія—въ главный каналъ. Въ просвѣтѣ синузозно расширенныхъ трубокъ нерѣдко попадались папиллярныя возвышенія, образованныя цитогенною тканью и покрытыя эпителиемъ. Кроме того, въ концевыхъ ампулярныхъ расширенияхъ трубокъ встрѣчались также нерѣдко шаровидныя выпячивания, состоявшія изъ цитогенной ткани и покрытыя кубическимъ эпителиемъ (pseudoglomeruli). Среди трубочекъ нигдѣ не наблюдалось образованія штопорообразныхъ или двупильчатыхъ формъ, какія обычно встрѣчаются при хроническомъ железистомъ эндометритѣ. Эпителий, выстилавшій трубочки, всюду состоялъ изъ болѣе или менѣе высокихъ цилиндрическихъ клѣтокъ, расположенныхъ въ одинъ рядъ; лишь въ расширенияхъ онъ представлялся почти плоскимъ. Мерцательныхъ рѣсничекъ и секреторныхъ клѣточныхъ формъ нигдѣ обнаружено не было. Мышечныхъ оболочекъ въ трубкахъ также не было найдено. Tunica propria была обнаружена въ нѣкоторыхъ трубкахъ и состояла

изъ интензивно красившихся веретенообразныхъ клѣтокъ. Въ полости трубочекъ, преимущественно въ концевыхъ ампулярныхъ расширенияхъ и кистовидныхъ вздутіяхъ ихъ, содержалась довольно часто излившаяся чистая кровь, слущенный эпителий, лейкоциты, глыбки пигмента, клѣтки, наполненныя этимъ послѣднимъ, и клѣточный распадъ. Кромѣ того, въ опухоли довольно часто встрѣчались и кровоизліянія въ ткань, преимущественно въ цитогенную ткань папиллярныхъ возвышеній ампулъ. Далѣе, въ ткани опухоли встрѣчалось значительное количество коричневаго пигмента, глыбки котораго попадались большею частію въ плотной соединительной ткани, но встрѣчались и въ цитогенной ткани, иногда вмѣстѣ съ красными кровяными тѣльцами. Пигментъ находился какъ внѣ клѣтки, такъ и внутри клѣтокъ. Въ периферическихъ частяхъ опухоли встрѣчались участки аденоматозной ткани, подвергшіеся геморрагическому инфаркту съ послѣдующей затѣмъ организацией.

Принимая въ соображеніе локализацию аденомиомы и расположеніе въ ней железистыхъ трубокъ, аналогичное расположенію ихъ въ Wolffовомъ тѣлѣ, Pick считаетъ ее возникшей изъ Wolffова тѣла, именно изъ пареофоральной его части, причѣмъ категорически отрицаетъ какую-либо связь железистыхъ образований опухоли съ вагинальными железами.

V. *Второй случай L. Pick'a*¹⁰⁾ У 46-лѣтней женщины, страдавшей воспалительными опухолями придатковъ и сосочковой аденокистомой вульвы, въ заднемъ сводѣ влагалища находилась плотная опухоль величиной со сливу, грибообразной формы, выпячивавшаяся въ полость рукава. Эта опухоль была удалена отдѣльно послѣ полной абдоминальной экстирпации матки съ придатками. Располагалась она въ глубокихъ слояхъ влагалища и въ septum recto-vaginale, причѣмъ была неясно отграничена отъ окружающихъ органовъ. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило, что она имѣетъ такое же строеніе, какъ и опухоль въ первомъ случаѣ автора, на основаніи чего Pick относитъ ее къ группѣ аденомиомъ, возникшихъ изъ Wolffова тѣла.

VI. *Случай Kleinhan's'a*¹⁰⁾ Больная 44 л., носитъ крови черезъ 4 недѣли по 8—10 дней, обильныя, безъ болей. Первые роды 17 лѣтъ тому назадъ, абортъ ни одного не было. Какими-либо серьезными болѣзнями не страдала. Около года замѣтила небольшія коричневыя выдѣленія изъ рукава, появляющіяся съ промежутками. Больная высокаго роста, хорошо сложенная, нѣсколько анэмичная. Въ isthmus gl. thyreoideae паренхиматозный зобъ величиной съ грецкій орѣхъ. Сердце и легкія нормальны. Наружные половые органы отклонены въ строеніи не представляютъ, только нѣсколько увлажнены коричневымъ секретомъ. Рукавъ широкъ и длиненъ. Portio vaginalis велика, нормальной формы, маточный зѣвъ въ видѣ поперечной щели; изъ него выдѣляется немного стекловидной слизи. Въ верхней трети задней стѣнки влагалища находится новообразование, достигающее почти до влагалищной части, Оно состоитъ отчасти изъ тѣсно другъ къ другу прилежащихъ долекъ, отчасти изъ сосочкоподобныхъ, неправильной формы выростовъ, вышиной и шириной около 3 милл., между которыми распределенъ коричневатый секретъ. Поверхность выростовъ гладкая. Основаніе новообразования, равно какъ и прилежащія къ нему участки рукава имѣютъ плотную консистенцію. Матка увеличена, лежитъ въ anteflexio. Ея подвижность значительно ограничена вслѣдствіе утолщенія параметріевъ.

Задній Douglas'овъ карманъ приподнять плотною, небольшихъ размѣровъ массою. Слизистая обложка recti, насколько она достижима, обладаетъ подвижностью. Придатки нормальны. Вырѣзанныя двѣ дольки опухоли при микроскопическомъ изслѣдованіи не выяснили діагноза. Онѣ состояли изъ элементовъ слизистой оболочки рукава, были покрыты многослойнымъ эпителиемъ и содержали, особенно въ своемъ основаніи, переплетающіеся мышечные пучки и много железистыхъ трубокъ, покрытыхъ однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Въ виду; съ одной стороны, диффузнаго разростанія опухоли, а, съ другой, неопредѣленнаго результата пробной эксцизии, была произведена полная экстирпация матки по способу Wertheim'а. При операціи обнаружилось, что мочеточники не инфильтрированы, увеличенныхъ лимфатическихъ железъ нѣтъ, матка и придатки нормальны. Часть шейки была срощена съ прямой кишкой, причемъ эти срощенія были легко разъединены безъ поврежденія recti. Опухоль влагалища вмѣстѣ съ прилежавшимъ къ ней участкомъ здоровой ткани была удалена одновременно съ маткой, такъ что на стѣнкахъ recti не произошло болѣе никакихъ утолщеній. Послѣоперационный періодъ протекалъ гладко. Изслѣдованіе большой при выпискѣ изъ клиники обнаружило лишь небольшое утолщеніе въ области бывшихъ срощеній около rectum.

Экстирпированная матка, длиной 9 сант., имѣла на задней стѣнкѣ слизистой оболочки шейки небольшой слизистый полипъ, снабженный ножкой. Что касается опухоли влагалища, то она сидѣла въ задней стѣнкѣ рукава, въ верхней $\frac{1}{8}$ его, и отчасти простиралась въ шейку. Она имѣла приблизительно кругловатую форму, границы ея были нерѣзко очерчены. Глубже расположенныя части ея занимали большее пространство. Съ нижнею частію шейки и слизистой оболочкой рукава она образовала одно нераздѣльное цѣлое. При изслѣдованіи опухоли подъ микроскопомъ оказалось, что главная масса ея состоитъ изъ гладкой мускулатуры, въ которой расположены железистыя образования. Мышечные пучки и пучки фибриллярной соединительной ткани идутъ по всѣмъ направленіямъ и переплетаются другъ съ другомъ. Железистыя образования трубчатой формы встрѣчаются то въ отдѣльности, то въ видѣ группъ и въ различныхъ разрѣзахъ: поперечныхъ, косыхъ и продольныхъ. Мѣстами они представляются извитыми, виллообразно дѣлятся и образуютъ кистовидныя расширения. Эпителій во всѣхъ этихъ железистыхъ образованияхъ—однослойный цилиндрическій; иногда, впрочемъ, онъ кажется двухслойнымъ и многослойнымъ вслѣдствіе неодинаковаго расположенія ядеръ въ высокихъ клѣткахъ. Железистыя составныя части опухоли почти всюду окружены богатой ядрами соединительной тканью (цитогенной), развितой въ отдѣльныхъ мѣстахъ то болѣе, то менѣе значительно. Цитогенная и железистая ткань наиболѣе сильно развиты въ глубокихъ частяхъ опухоли. Влагалищная поверхность опухоли имѣетъ довольно своеобразное строеніе. Папиллярныя возвышенія и лежащія между ними бухты покрыты непрерывнымъ многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, причемъ, какъ и въ нормальномъ влагалищѣ, самый глубокой слой его образованъ цилиндрическими клѣтками. Главную составную часть этихъ возвышеній образуетъ подэпителиальный, богатый сосудами, соединительно-тканый слой, въ которомъ находятся мышечные пучки и железистыя включенія. Въ нѣ-

которыхъ мѣстахъ весь эпителиальный покровъ, во всю свою толщину, погружается въ строму поверхностныхъ слоевъ опухоли и затѣмъ сразу какъ-бы обрывается за исключеніемъ базального цилиндрическаго слоя, который переходитъ въ трубки, погружающіяся еще глубже въ ткань и дѣлящаяся въ свою очередь на тонкія, сильно извитыя железистыя трубочки. Въ другихъ мѣстахъ железистыя трубки доходятъ до покровнаго эпителия, соединяются съ нимъ, но не образуютъ выводнаго протока. Послѣдній былъ обнаруженъ только у двухъ железистыхъ трубочекъ въ видѣ узкихъ полосокъ низкаго эпителия среди клѣтокъ покровнаго эпителия. Описываемыя железистыя трубочки представляли изъ себя сильно разросшіяся вагинальныя железы. На серіяхъ срѣзовъ легко можно было обнаружить ихъ связь съ глубоко расположенными железистыми включеніями опухоли. Участокъ новообразованія, проникавшій въ заднюю поверхность шейки, состоялъ изъ мышечной ткани, въ которой была найдена лишь одна кистовидная полость, выстланная низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ.

По Kleinhans' у, въ этомъ случаѣ имѣла мѣсто аденоиома, которая развивалась въ верхней части задней стѣнки влагалища, распространилась на всѣ слои рукавной стѣнки и здѣсь вступила, вслѣдствіе своего диффузнаго роста, въ тѣсное соединеніе съ шейкой матки и стѣнкою гесті. Что касается происхожденія этой опухоли, то авторъ, исходя изъ тѣхъ фактовъ, что вагинальныя железы глубоко проникали въ ткань опухоли, и не имѣлось никакого разграниченія между этими послѣдними и железистыми элементами опухоли, приходитъ къ заключенію, что въ его случаѣ слѣдовало-бы допустить возникновеніе железистыхъ составныхъ частей изъ железъ влагалища а также и изъ частей Müller'овыхъ ходовъ.

VII. *Случай Schickele* ²⁷⁾. Большая 38 лѣтъ, замужняя. 2 года тому назадъ у нея изъ рукава была удалена опухоль, о природѣ которой не удалось получить свѣдѣній. Недавно больная опять замѣтила въ рукавѣ опухоль. Гинекологическое изслѣдованіе обнаружило въ задней стѣнкѣ рукава опухоль съ орѣхъ величиной, покрытую подвижной слизистой оболочкой рукава и расположенную нѣсколько ниже уровня portiois vaginalis. Она имѣла плотную консистенцію и, повидимому, была крѣпко сросшена съ septum recto-vaginale. При операціи слизистая оболочка рукава была легко отдѣлена отъ опухоли, но стѣнка прямой кишки, наоборотъ, оказалась очень плотно сросшеной съ нею, такъ что небольшой участокъ прямой кишки былъ удаленъ вмѣстѣ съ опухолью. Была удалена также и матка въ виду подозрѣнія на злокачественное новообразованіе въ ней. (Опухоль влагалища разсматривалась, какъ метастазъ изъ матки).

Экстирпированная опухоль рукава была величиной съ небольшой грецкій орѣхъ. Микроскопическое изученіе ея обнаружило, что она большею своею частію расположена въ septum recto-vaginale и меньшею—въ субмукозной ткани влагалища. На поверхности ея, обращенной къ влагалищу, лишь въ одномъ мѣстѣ находился небольшой участокъ плоскаго эпителия. Ткань опухоли состояла изъ переплетающихся пучковъ мышечной ткани и многочисленныхъ железистыхъ трубокъ, окруженныхъ цитогенною тканью, причѣмъ въ частяхъ, обращенныхъ къ гестум, железистыя трубки и цитогенная ткань выступали на первый планъ, въ частяхъ же, обращенныхъ къ влагалищу, преоб-

ладала мышечная ткань. Железистыя трубки были выстланы однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, лишеннымъ мерцательныхъ рѣсничекъ; онѣ встрѣчались въ различныхъ срѣзахъ, простирались до мышечнаго слоя recti и даже иногда попадались и въ этомъ послѣднемъ.

По Schickele, опухоль въ этомъ случаѣ представляла изъ себя аденомному рукава, расположенную главнымъ образомъ въ septum recto-vaginale и возникшую несомнѣнно изъ отщепленныхъ участковъ дистальнаго отдѣла первичной почки. Удаленная матка отклоненій отъ нормы не представляла.

VIII. *Случай Moraller'a*¹⁵⁾. У больной въ верхней $\frac{1}{3}$ задней стѣнки рукава находилась опухоль, состоявшая на поверхности изъ неправильныхъ сосочкообразныхъ выростовъ и распознанная, какъ злокачественное новообразование, въ виду чего и была произведена операція Wertheim'a. Въ удаленной маткѣ находилась обыкновенная фиброміома. Опухоль свода была плотно срослена съ прямой кишкой, такъ что изъ опасности пораненія ея часть опухоли была оставлена на кишкѣ. Оставленная часть вскорѣ затѣмъ исчезла. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило, что отъ покровнаго эпителия въ ткань опухоли отходятъ железисто-подобные отростки, а въ толщѣ опухоли разбросано много кисточекъ и железъ, высланныхъ однослойнымъ эпителиемъ. Новообразование распространилось и на заднюю часть шейки матки. Распознано оно было, какъ злокачественная аденоміома.

IX. *Случай Merkel'a*¹³⁾. У 39-лѣтней virgo находилась въ заднемъ сводѣ рукава аденоміома величиной съ лѣсной орѣхъ, вызывавшая атипическія кровотеченія, источникомъ которыхъ было небольшое отверстіе на ея поверхности. Опухоль была удалена вмѣстѣ съ верхнимъ участкомъ рукава при помощи Schuchard'tовскаго разрѣза. Авторъ думаетъ, что аденоміома имѣла мезонефральное происхожденіе.

X. *Случай Rumpfa*²⁵⁾, *изслѣдованный R. Meyer'омъ*¹⁴⁾ Въ этомъ случаѣ имѣлась аденоміома въ верхнихъ частяхъ задней стѣнки рукава, распространившаяся до мускулатуры recti. Железистыя трубки этой опухоли только въ немногихъ мѣстахъ находились въ связи съ поверхностнымъ вагинальнымъ эпителиемъ, откуда шли въ глубь ея.

Познакомившись съ имѣющимися въ литературѣ случаями аденоміомъ рукава, мы въ дальнѣйшемъ изложеніи попытаемся, на основаніи приведеннаго казуистическаго матеріала, рассмотреть эти опухоли рукава по возможности съ различныхъ сторонъ.

Изъ II случаевъ аденоміомъ рукава въ 8 случаяхъ онѣ локализовались въ заднемъ сводѣ (нашъ случай, случай Pfannenstiela, случай Herffa-Ito, оба случая Pick'a, случай Kossmann'a, Kleinhans'a и Merkel'a), а въ 3 остальныхъ случаяхъ (случаи Moraller'a, Rumpfa-Meyer'a и Schickele)—въ задней стѣнкѣ рукава немного ниже задняго свода, хотя все же въ верхней $\frac{1}{3}$ влагалища, причемъ наиболѣе низко располагалась аденоміома въ случаѣ Schickele. Отсюда видно, что излюбленнымъ мѣстомъ локализациі аденоміомъ рукава являются верхнія части задней стѣнки этого органа, преимущественно задній сводъ, тогда какъ мѣстомъ локализациі простыхъ фиброміомъ

рукава, по изслѣдованіямъ проф. В. С. Груздева, является чаще верхній отдѣлъ передней стѣнки.

Размѣры аденоміомъ въ приведенныхъ случаяхъ колебались между величиной лѣснаго грецкого орѣха и сливы.

Форму аденоміомы рукава имѣютъ въ большинствѣ случаевъ круглую, иногда съ бугристыми выступами на поверхности (случай *Kossmann'a*). Въ описаніи авторовъ онѣ сравниваются, обычно, по своей формѣ съ лѣснымъ орѣхомъ или сливой. Иногда, впрочемъ, въ случаяхъ диффузнаго распространенія въ стѣнкахъ рукава и въ окружающей ткани, онѣ пріобрѣтаютъ неправильную, неопредѣленную форму (случай *Kleinhan's'a* и нашъ).

Помѣщаясь въ верхнихъ отдѣлахъ задней стѣнки рукава, разбираемая опухоль обычно лишь незначительно выступаетъ въ просвѣтъ этого послѣдняго въ видѣ узла или грибовиднаго выпячиванія. Только въ одномъ случаѣ аденоміома представлялась въ видѣ полипа, сидѣвшаго на ножкѣ (случай *Herffa—Ito*). Въ большинствѣ случаевъ (изъ II въ 7) поверхность аденоміомъ была покрыта гладкой, макроскопически неизмѣненной слизистой оболочкой рукава, которая иногда даже легко смѣшалась надъ опухолью; иногда впрочемъ въ ней замѣчались небольшія кистовидныя выпячиванія (случай *Pfannenstiel'я*). Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ (изъ II въ 4) аденоміомы были покрыты измѣненной слизистой оболочкой рукава, которая въ области ихъ расположенія представляла изъ себя сосочкообразные выступы или пупкообразныя углубленія, имѣла ярко-красный цвѣтъ и легко кровоточила, вслѣдствіе чего опухоли пріобрѣтали виѣшнее сходство съ раковымъ новообразованіемъ.

Во всѣхъ случаяхъ аденоміомы рукава представляли изъ себя единичные узлы; множественныхъ аденоміомъ рукава, на подобіе множественныхъ фиброміомъ этого органа, доселѣ неизвѣстно; только въ единственномъ случаѣ *Herffa—Ito* имѣлось сочетаніе двухъ опухолей въ рукавѣ: съ одной стороны, аденоміомы, а съ другой—фиброміомы.

Аденоміомы рукава обладаютъ преимущественно плотной консистенціей. Эта послѣдняя въ собранныхъ случаяхъ была отмѣчена 8 разъ, въ 3 же остальныхъ случаяхъ консистенція опухоли вовсе не была указана.

Макроскопически аденоміомы состоятъ изъ плотной волокнистой ткани, среди которой бывають нерѣдко замѣтны бѣловатыя прослойки, точечныя полости и каналцы; иногда также въ нихъ находятся окрашенные въ коричневый цвѣтъ пигментные очаги различной формы и величины. Микроскопически же онѣ состоятъ

изъ переплетающихся пучковъ фибриллярной соединительной ткани, гладкихъ мышечныхъ волоконъ и заложенныхъ среди нихъ железистыхъ трубокъ, иногда кистовидно расширенныхъ, причемъ эти трубочки почти постоянно бываютъ окружены богатой клѣтками соединительной тканью — такъ называемою цитогенною тканью. Железистыя трубочки бываютъ извилистыми, иногда развѣтвляются, вообще же могутъ принимать самыя разнообразныя, причудливыя формы. Эпителій, выстилающій ихъ, большею частью бываетъ однослойный цилиндрической. Мерцательныхъ рѣсничекъ въ немъ съ несомнѣнною не обнаружено ни въ одномъ случаѣ. Въ составъ стѣнки этихъ трубочекъ, кромѣ эпителия, входитъ и *membrana propria*, которая иногда очень ясно выступаетъ въ видѣ вытянутыхъ въ длину, веретенообразныхъ клѣтокъ съ интенсивно окрашенными ядрами. Только въ одномъ случаѣ (Herffa-Ito) въ составъ ихъ стѣнокъ входили и гладкія мышечныя волокна. Въ аденоіомахъ, особенно въ ихъ цитогенной ткани, часто встрѣчаются кровоизліянія и кучки коричневаго пигмента; элементы крови нерѣдко попадаютъ и въ полости железистыхъ трубочекъ,

Отношеніе аденоіомъ къ слизистой оболочкѣ рукава не всегда бываетъ одинаково. Въ однихъ случаяхъ аденоіомы не заходятъ въ слизистую оболочку, локализуясь главнымъ образомъ въ мышечныхъ слояхъ рукавной стѣнки; въ другихъ, наоборотъ, онѣ находятся въ тѣсной связи со слизистой оболочкой, располагаются во всѣхъ слояхъ рукавной стѣнки и иногда даже выступаютъ, разрушая покровный эпителій, въ просвѣтъ влагалища. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ слизистая оболочка рукава значительно измѣняется и образуетъ уже упомянутыя сосочкообразныя выступы и бухтообразныя углубленія. Среди собранныхъ нами случаевъ первое отношеніе имѣло мѣсто въ 6 случаяхъ (оба случая Pick'a, случаи Herffa-Ito, Pfannenstiel'я, Schickele и, повидимому, случай Kossmann'a), второе же въ 5, причемъ въ 3 изъ нихъ, относительно которыхъ у насъ имѣются болѣе или менѣе подробныя свѣдѣнія (случаи Kleinhan's'a, Moraller'a и нашъ), имѣло мѣсто образование сосочкообразныхъ возвышеній. Подъ микроскопомъ эти сосочковидныя образования и бухты, лежащія между ними, состоятъ большею частью изъ утолщеннаго подѣэпителиальнаго слоя влагалища и расположенныхъ въ немъ мышечныхъ пучковъ и участковъ железистой и цитогенной ткани, которые иногда почти только одни образуютъ сосочекъ. Что касается покровнаго эпителия, то въ однихъ случаяхъ (случай Kleinhan's'a) онъ покрывалъ сплошь поверхность углубленій и сосочкообразныхъ выступовъ, въ другихъ же (нашъ случай) мѣстами онъ былъ еще налицо, мѣстами же отсутство-

валь, такъ что иногда участки цитогенной и железистой ткани свободно выступали въ просвѣтъ влагалища.

Кромѣ того, здѣсь необходимо замѣтить, что въ слизистой оболочкѣ рукава, въ области расположенія аденоіомъ, довольно часто встрѣчаются железистыя трубчатыя образования, которыя принято называть влагалищными железами. Они представляютъ изъ себя трубки, иногда развѣтвляющіяся, высланные цилиндрическимъ эпителиемъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ, повидимому, отходящія отъ базальнаго покровнаго эпителия. Выводной протокъ этихъ трубокъ бываетъ большею частью неясно выраженъ, но все-таки иногда его можно бываетъ найти и прослѣдить—въ видѣ узкой трубки изъ низкаго эпителия, расположенной среди клѣтокъ покровнаго эпителия.

Обозрѣвая всѣ приведенные выше случаи аденоіомъ рукава, мы находимъ, что изъ общаго числа ихъ железы слизистой оболочки влагалища были найдены авторами въ 5 случаяхъ. Вѣроятно, въ дѣйствительности это число даже больше, такъ какъ въ нашемъ распоряженіи имѣются подробныя свѣдѣнія только о 7 случаяхъ. Подобная частота сочетанія аденоіомъ рукава и железъ влагалища невольно заставляетъ думать о существованіи этиологической связи между развитіемъ тѣхъ и другихъ во влагалищѣ, тѣмъ болѣе, что железы въ рукавѣ вообще встрѣчаются очень рѣдко и, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (Pick'a¹⁸), Nagel'я¹⁶), не могутъ считаться вполнѣ нормальными образованиями. По заявленію Widmer'a²⁹), лишь немногимъ авторамъ, каковы: Preuschen, Poupinel, Hennig, Kümmel, Davidson, R. Meyer, Klein, ихъ удалось наблюдать въ стѣнкѣ рукава, многимъ же другимъ, несмотря на тщательные поиски, не удалось констатировать (Nagel, Gebhardt и др.).

Развиваясь наиболѣе часто въ заднемъ сводѣ рукава, между шейкой матки и прямой кишкой, аденоіомы вступаютъ въ тѣсное отношеніе съ этими органами и клѣтчаткой задняго свода, иногда проростаютъ ихъ и обнаруживаютъ диффузный инфильтрирующій ростъ, какъ это было, напр., въ случаѣ Schickele, гдѣ трубки аденоіомы проникли мѣстами въ мышечную оболочку прямой кишки.

Среди II собранныхъ нами случаевъ въ 2 аденоіомы находились въ тѣсной связи одновременно съ шейкой матки и прямой кишкой (случаи Kleinhans'a и Moraller'a), въ 3—только съ прямой кишкой (случаи Schickele, Rumpf-Meyer'a и нашъ) и въ одномъ—только съ прямой кишкой (случай Kossmann'a). Кромѣ того, во всѣхъ почти случаяхъ имѣла мѣсто плотная, трудно подававшаяся разъединенію связь ихъ съ окружающею клѣтчат-

кой. Нерѣдко границы опухолей неясно контурировались (случай Kleinhans'a и нашъ), такъ какъ по периферіи онѣ незамѣтно переходили въ окружающія ткани. Такимъ образомъ можно сказать, что аденоіомы рукава обладаютъ преимущественно стремленіемъ роста не въ просвѣтъ рукава, а вглубь его стѣнокъ и въ сосѣдніе органы, тогда какъ въ фиброміомахъ рукава наблюдается обратное (проф. В. С. Груздевъ).

Однако изслѣдованія R. Meyer'a¹⁴⁾, одного изъ самыхъ компетентныхъ авторовъ въ вопросѣ объ аденоіомахъ половой сферы, показали, что морфологіи железистыхъ образований въ аденоіомахъ нельзя придавать большого значенія при рѣшеніи вопроса о происхожденіи ихъ, такъ какъ внѣшняя форма этихъ включеній зависитъ отъ механическаго вліянія растущихъ сосѣднихъ тканей (мышечной и соединительной), подъ вліяніемъ которыхъ железистыя трубочки могутъ принимать самыя разнообразныя формы. Такъ, подъ вліяніемъ этихъ механическихъ моментовъ,—замѣчаетъ Meyer,—нерѣдко железистыя включенія въ аденоіомахъ, завѣдомо происшедшихъ изъ слизистой оболочки матки, могутъ принимать формы, считавшіяся Recklinghausen'омъ характерными для аденоіомъ мезонефрального происхожденія.

За то локализанія аденоіомъ, какъ признается въ настоящее время, имѣетъ большое значеніе для рѣшенія вопроса о гистогенезѣ этихъ опухолей.

По изслѣдованіямъ R. Meyer'a¹⁴⁾ и другихъ авторовъ, въ заднемъ сводѣ и въ верхнихъ частяхъ задней стѣнки влагалища женщины встрѣчаются различнаго рода включенія, напр., железистоподобныя разрошенія эндотелія брюшины Douglas'ова кармана (Heine⁷⁾, нерѣдко зародышевыя отщепленія Müller'овыхъ ходовъ, располагающіяся преимущественно по средней линіи въ верхнихъ отдѣлахъ задней стѣнки рукава (R. Meyer, Ferroni¹⁾, далѣе—вагинальныя железы, происхожденіе которыхъ, возможно, должно быть отнесено насчетъ вагинальнаго эпителия, наконецъ, остатки Wolff'овыхъ ходовъ, располагающіеся въ боковыхъ стѣнкахъ влагалища. Всѣ эти железистыя включенія при нѣкоторыхъ благоприятныхъ условіяхъ, напр., при наличности воспалительнаго процесса въ этихъ отдѣлахъ половой сферы, могутъ послужить источникомъ развитія аденоіомъ рукава.

Что касается отщепившихся частей Wolff'ова тѣла, то онѣ доселѣ въ изучаемой области съ достовѣрностью ни разу не были найдены (R. Meyer). Относительно ихъ нахождения въ вагинальной области R. Meyer замѣчаетъ, что едва-ли эти части могутъ попадать сюда безъ одновременнаго развитія грубыхъ уродствъ въ организмѣ.

Въ виду того, что зародышевыя отщепленія Müller'овыхъ ходовъ преимущественно наблюдаются въ верхней части влагалища по средней линіи, т. е. именно тамъ, гдѣ исключительно и встрѣчаются аденомиомы рукава, можно съ извѣстною долею вѣроятія думать, что именно изъ отщепленій Müller'овыхъ ходовъ наиболѣе часто и развиваются железистые элементы рукавныхъ аденомиомъ. Кромѣ того, говоря о гистогенезѣ аденомиомъ, нельзя обойти молчаніемъ уже отмѣченнаго выше факта, что вмѣстѣ съ аденомиомами рукава довольно часто наблюдаются железы въ слизистой оболочкѣ влагалища, притомъ какъ разъ въ области расположенія этихъ опухолей. Принимая въ соображеніе это обстоятельство, можно думать, что железы эти, въ случаѣ сильнаго разрастанія, могутъ также имѣть извѣстное значеніе въ развитіи железистыхъ составныхъ частей аденомиомъ. Такого именно воззрѣнія по разсматриваемому вопросу держится Kleinhans.

Одновременно съ аденомиомами рукава въ половой сферѣ довольно часто встрѣчаются различныя заболѣванія, чаще всего воспалительнаго и новообразовательнаго характера. Среди извѣстныхъ намъ случаевъ аденомиомъ рукава въ трехъ имѣло мѣсто одновременное развитіе простыхъ фибромиомъ матки, въ 2 случаяхъ—воспаленіе придатковъ, въ одномъ—проляпсъ матки и фибромиома рукава (случай Herff'a-Ito), въ одномъ—сосочковая аденокистома вульвы и въ одномъ—аденомиома лѣвой круглой маточной связки. Намъ достовѣрно извѣстно только два случая, гдѣ аденомиомы рукава представляли собою изолированное заболѣваніе половой сферы (случай Schickele и Kleinhans'a).

Познакомившись съ анатомическими свойствами аденомиомъ рукава, мы теперь перейдемъ къ изученію вопроса объ ихъ происхожденіи. Здѣсь прежде всего необходимо замѣтить, что гистогенезъ аденомиомъ рукава, какъ и аденомиомъ вообще, до сихъ поръ еще недостаточно изученъ, но въ различныхъ случаяхъ можетъ быть, повидимому, различенъ. Это обстоятельство, какъ увидимъ ниже, зависитъ отъ нахождения въ мѣстахъ ихъ локализациі различныхъ тканевыхъ элементовъ, изъ которыхъ изучаемыя опухоли легко могутъ возникнуть. Взгляды авторовъ, изучавшихъ аденомиомы рукава, значительно расходятся при рѣшеніи вопроса объ ихъ происхожденіи. Такъ, одни изъ нихъ стоятъ за происхожденіе железистыхъ составныхъ частей аденомиомъ изъ остатковъ нижняго отдѣла Wolffова тѣла (Pfannenstiel, Pick, Schickele, Merkel), другіе производятъ ихъ изъ Wolff'овыхъ ходовъ (Kossmann), третьи—изъ отщепленныхъ частей Müller'овыхъ ходовъ и изъ вагинальныхъ железъ (Klein-

hans), а четвертые, не рѣшая категорически вопроса, допускаютъ возможнымъ ихъ происхождение какъ изъ остатковъ Wolff'овыхъ тѣлъ, такъ и Wolff'овыхъ ходовъ. Veit²⁸⁾ о гистогенезѣ аденомиомъ рукава пишетъ, что онѣ могутъ возникать изъ частей Wolff'овыхъ ходовъ и также изъ отщепленныхъ частей Muller'овыхъ ходовъ, причемъ вопросъ, какая изъ этихъ зародышевыхъ частей имѣетъ значеніе, не всегда можетъ быть рѣшенъ.

Авторы, придерживающіеся взгляда, что аденомиомы рукава возникаютъ изъ остатковъ дистальнаго отдѣла Wolff'ова тѣла, слѣдуя ученію Recklinghausen'a о гистогенезѣ аденомиомъ, основываютъ свое воззрѣніе на наблюдающемся сходствѣ въ строеніи железистыхъ трубочекъ въ аденомиомахъ со строеніемъ и расположеніемъ этихъ послѣднихъ въ первичной почкѣ или образованіяхъ, возникающихъ изъ нея, какъ parovarium и др; такъ, иногда въ аденомиомахъ рукава трубочки располагаются на подобіе почечныхъ клубочковъ (псевдо-гломерулы), походятъ какъ бы на секреторныя и собирательныя трубочки первичной почки или располагаются подобно тому, какъ обычно располагаются пароваріальные каналцы, въ формѣ гребня. Кромѣ того, эти авторы обращаютъ вниманіе на мѣсто локализациі аденомиомъ рукава въ заднемъ сводѣ (Pick), гдѣ, по ихъ мнѣнію, особенно легко можетъ произойти внѣдреніе въ Müller'овы ходы нижняго отдѣла Wolff'ова тѣла.

Вопросъ о происхожденіи фибромускулярныхъ составныхъ частей аденомиомъ рукава, какъ и аденомиомъ вообще, также представляется въ настоящее время неполнѣ выясненнымъ, причемъ весьма возможно, что и эти части въ различныхъ случаяхъ имѣютъ различное происхождение. Извѣстны случаи, гдѣ фибромускулярныя составныя части аденомиомъ представляли изъ себя результатъ непосредственнаго разростанія, мѣстной гиперплазіи мышечнаго слоя рукава, какъ это демонстративно было выражено въ первомъ случаѣ Pick'a¹⁸⁾. Кромѣ мѣстной гиперплазіи мышечной стѣнки рукава, эти составныя части аденомиомъ, согласно воззрѣнію Ribbert'a²⁴⁾, могутъ представлять изъ себя разростаніе отщепившихся вмѣстѣ съ эпителиемъ зародышевыхъ мышечныхъ клѣтокъ полового тяжа.

А какое, спрашивается теперь, происхождение имѣла аденомиома въ нашемъ случаѣ? Намъ кажется наиболѣе вѣроятнымъ, что она возникла изъ отщепившихся частей Müller'овыхъ ходовъ. Къ такому заключенію приводятъ насъ какъ вышеизложенныя литературныя данныя относительно гистогенеза аденомиомъ влагалища, такъ и локализациія опухоли. Въ нашемъ случаѣ новообразование локализовалось въ заднемъ сводѣ, притомъ въ

средней его части, т. е. какъ разъ тамъ, гдѣ преимущественно и были находимы зародышевыя отщепленія Müller'овыхъ ходовъ. Заслуживаетъ также вниманія, что аденоматозныя составныя части въ нашемъ случаѣ представляли нерѣдко поразительное сходство съ аналогичными составными частями слизистой оболочки тѣла матки. Это обстоятельство косвенно также говоритъ въ пользу развитія нашей опухоли изъ Müller'овыхъ ходовъ.

Что касается участія вагинальныхъ железъ въ развитіи опухоли, то его въ нашемъ случаѣ можно съ значительною степенью вѣроятности исключить, такъ какъ эти железы были очень немногочисленны и слабо развиты; кромѣ того, на препаратахъ можно было замѣтить, что железистыя трубочки и цитогенная ткань росли изъ болѣе глубокихъ слоевъ опухоли, приближаясь къ покровному эпителию, а не въ обратномъ направленіи.

Познакомившись съ анатомическими свойствами и гистогенезомъ аденоміомъ рукава, перейдемъ теперь къ характеристикѣ этихъ опухолей съ клинической стороны, причемъ сначала рассмотримъ ихъ симптомы и клиническое теченіе, а затѣмъ діагностику и леченіе.

Аденоміомы рукава преимущественно наблюдаются у женщинъ пожилого возраста. Такъ, изъ извѣстныхъ намъ 11 случаевъ аденоміомъ въ 2 возрастъ больныхъ былъ около 30 лѣтъ, въ 7 случаяхъ колебался въ предѣлахъ отъ 38 до 46 лѣтъ, въ 2 же онъ не былъ указанъ.

Восемь больныхъ были замужнія, одна дѣвица, семейное положеніе двухъ неизвѣстно. Только относительно трехъ имѣются свѣдѣнія объ ихъ родовой дѣятельности, причемъ она была безплодна, а двѣ остальные рожавшія; изъ этихъ послѣднихъ одна рожала четыре раза, а другая—только одинъ разъ.

Симптомы, часто встрѣчающіеся при фиброміомахъ рукава, именно, разстройства мочеиспусканія и дефекаціи, въ клинической картинѣ аденоміомъ рукава не наблюдаются. Это зависитъ отчасти отъ ихъ локализациі, главнымъ же образомъ—отъ малыхъ размѣровъ изучаемыхъ опухолей. Важнымъ и характернымъ симптомомъ аденоміомъ, проросшихъ слизистую оболочку рукава, являются сукровичныя выдѣленія и атипическія кровотеченія изъ опухолей (случаи Merkel'я, Kleinhan's'a и нашъ). Эти послѣднія не бываютъ особенно обильны. Хотя они и происходятъ почти постоянно, но обращаютъ на себя вниманіе больныхъ, по вполнѣ понятнымъ причинамъ, только въ промежутки между мѣсячными. Среди другихъ симптомовъ при аденоміомахъ рукава часто встрѣчаются боли въ спинѣ, особенно при мѣсячныхъ. Но здѣсь необходимо замѣтить, что, въ виду частаго существованія одно-

временно съ аденоміомами рукава различнаго рода другихъ заболѣваній половой сферы, особенно воспалительныхъ, боли могутъ быть относимы насчетъ этихъ послѣднихъ.

Въ большинствѣ приведенныхъ выше случаевъ больныя сами не замѣчали развитія опухоли въ рукавѣ, — лишь случай Schickel'e представляетъ въ этомъ отношеніи исключеніе. Подобное обстоятельство объясняется небольшими размѣрами и высокимъ положеніемъ опухоли во влагалищѣ. Относительно быстроты роста аденоміомъ рукава въ литературѣ имѣются очень скудныя данныя. Только въ первомъ случаѣ Pick'a имѣются указанія, что здѣсь опухоль росла довольно быстро: за $\frac{1}{2}$ года объемъ ея увеличился отъ величины лѣсного орѣха до размѣровъ сливы. Въ нашемъ случаѣ ростъ аденоміомы былъ, повидимому, очень медленный.

Сами по себѣ аденоміомы какого-либо вреднаго вліянія на общее состояніе больныхъ не оказываютъ; при нихъ ни разу не наблюдалось общаго истощенія и кахексіи, свойственныхъ злокачественнымъ опухолямъ, напр., ракамъ и саркомамъ.

Діагностика аденоміомъ рукава сопряжена съ большими трудностями и возможна лишь путемъ тщательнаго микроскопическаго изслѣдованія вырѣзанныхъ кусочковъ. Среди собранныхъ нами II случаевъ ни въ одномъ натура опухоли не была клинически распознана правильно. Наиболѣе близко къ истинѣ былъ поставленъ діагнозъ въ случаѣ Herffa-Ito, но и здѣсь аденоміома была принята за фиброміому. Въ остальныхъ же случаяхъ діагнозъ до оперативнаго вмѣшательства не былъ выясненъ, не смотря даже на то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ (случай Kleinhans'a) была произведена до операціи пробная эксцизія. Въ большинствѣ случаевъ аденоміомы принимались за злокачественныя опухоли, именно раки, — или первично развившіяся въ заднемъ сводѣ, или же представлявшія изъ себя метастазы изъ окружающихъ органовъ. Причины, почему аденоміомы обычно принимаются за злокачественныя опухоли, заключаются въ томъ, что онѣ часто бываютъ осложнены другими заболѣваніями половой сферы, затемняющими ихъ діагнозъ (случай Pfannenstiel'я и др.), далѣе — въ томъ, что онѣ, обладая иногда диффузнымъ, инфильтрирующимъ ростомъ, вступаютъ въ тѣсное отношеніе съ окружающими органами, наконецъ, — въ томъ, что среди нихъ попадаются формы, которыя по своему внѣшнему виду и по клиническимъ симптомамъ представляютъ большое сходство съ первичнымъ ракомъ влагалища. Сюда относятся именно аденоміомы, разрастающіяся не только въ мышечной оболочкѣ рукава, но и

въ слизистой, и образующія въ этой послѣдней то папиллярные выросты, то пупкообразныя углубленія, легко кровоточащія (случай Kleinhan's'a, нашъ и др.).

Дифференціальный діагнозъ между аденомиомами, расположенными подъ неповрежденнымъ эпителиальнымъ покровомъ рукава, какія, напр., имѣли мѣсто въ случаяхъ Pick'a и Herffa, и простыми фибромиомами, развившимся въ заднемъ сводѣ рукава, возможенъ только при помощи микроскопа, такъ какъ въ клиническомъ отношеніи какъ тѣ, такъ и другія могутъ быть совершенно идентичны. При отличительномъ распознаваніи аденомиома отъ злокачественныхъ новообразованій, каковы раки и саркомы, необходимо обращать вниманіе на ростъ опухоли, величину и особенно на общее состояніе больныхъ. Определить однако эту разницу можно только при продолжительномъ наблюденіи за больными, а такъ какъ послѣднее по отношенію къ больнымъ съ злокачественными новообразованіями является недопустимымъ, то и здѣсь дифференціальный діагнозъ не можетъ быть поставленъ безъ помощи микроскопа.

Намъ остается еще разсмотрѣть вопросъ о леченіи аденомиома. Прежде чѣмъ, однако, затрагивать его, коснемся вопроса о томъ, какія опухоли представляютъ изъ себя аденомиомы въ клиническомъ отношеніи, — доброкачественныя или злокачественныя? Прежніе изслѣдователи, какъ напр. Pick, смотрѣли на аденомиомы рукава, какъ на опухоли доброкачественныя, которыя производятъ только первое впечатлѣніе какъ-бы злокачественныхъ опухолей. Pick, однако, составилъ такое мнѣніе о характерѣ аденомиома рукава, имѣя въ своемъ распоряженіи только три случая этого заболѣванія (случай Pfannenstiela, Herffa-Ito и свой первый), притомъ такіе, гдѣ интимная связь опухоли съ сосѣдними органами и диффузный, инфильтрирующий ростъ особенно были выражены. Въ настоящее время, по мѣрѣ накопленія казуистическаго матеріала, начинаетъ выясняться, что между аденомиомами рукава попадаются такія, которыя обладаютъ стремленіемъ вросать въ сосѣдніе органы, интимно соединяться съ ними, — словомъ, обладаютъ способностью къ диффузному, инфильтрирующему росту. Такова, напр., была аденомиома въ случаѣ Schickele, гдѣ она вросла въ мышечные слои прямой кишки. Въ виду этого теперь на аденомиомы рукава приходится смотрѣть нѣсколько серьезнѣе, чѣмъ раньше, такъ какъ диффузный, инфильтрирующий ростъ принадлежитъ къ числу признаковъ, характерныхъ для злокачественныхъ новообразованій.

Впрочемъ, признавая за аденомиомами рукава нѣкоторыя свойства, присущія злокачественнымъ новообразованіямъ, мы

должны замѣтить, что въ общемъ все-таки злокачественность ихъ выражена слабо. Такъ, въ случаѣ Moraller'a опухоль, хотя и имѣла до операціи характеръ злокачественной аденомы, однако затѣмъ оказалась доброкачественной по своему клиническому теченію, такъ какъ предпринятая для ея удаленія операція Wertheim'a неполнѣ увѣнчалась успѣхомъ,—на прямой кишкѣ былъ оставленъ интимно спаянный съ нею кусочекъ опухоли, и тѣмъ не менѣ послѣдній не только не далъ рецидива, но и самъ атрофировался. Среди имѣющагося въ литературѣ казуистическаго матеріала нѣтъ ни одного случая, гдѣ-бы аденомы давали метастазы, раково переродились или рецидивировали послѣ полного вылушенія. Надо, однако, оговориться, что матеріаль этотъ очень малъ, входящіе въ него случаи аденомъ, въ которыхъ былъ выраженъ диффузный, инфильтрирующий ростъ, не всѣ достаточно прослѣжены, а потому и дѣлать какіе-либо выводы въ данномъ отношеніи на основаніи этого матеріала можно лишь съ большою осторожностью.

Въ виду того, что клиническое значеніе аденомъ рукава остается еще подѣ вопросомъ,—въ виду, далѣе, того, что опухоли эти причиняютъ нѣкоторые припадкі, беспокоящіе больныхъ, и въ виду, наконецъ, полной безрезультатности неоперативныхъ мѣропріятій, единственно правильнымъ леченіемъ ихъ должно быть признано оперативное удаленіе. Послѣднее примѣнялось до сихъ поръ въ самыхъ различныхъ формахъ. Такъ, среди 9 случаевъ, относительно оперативнаго вмѣшательства въ которыхъ у насъ имѣются свѣдѣнія, въ 2 случаяхъ было произведено просто полное вылушеніе опухоли со стороны рукава (первый случай Pick'a и случай Merke'l'a), въ 3 случаяхъ—полная экстирпация матки и опухоли *per vaginam* (случаи Pfannenstiel'a, Schickele и Herff'a-Ito), въ 3 случаяхъ—удаленіе опухоли и матки путемъ брюшнаго чревосѣченія (случай Kleinhans'a, Moraller'a и второй Pick'a), наконецъ, въ нашемъ случаѣ было произведено двѣ операціи: сначала было произведено неполное вылушеніе опухоли, а затѣмъ, когда она, спустя 1½ года, снова выросла, была сдѣлана ампутація шейки вмѣстѣ съ удаленіемъ опухоли и сосѣднихъ участковъ рукава.

Такое разнообразіе примѣненныхъ оперативныхъ пособій, нрѣдко очень сложныхъ, сопряженныхъ съ удаленіемъ всего полового аппарата, не можетъ не обратить на себя вниманія, тѣмъ болѣе, что ближайшая цѣль этихъ пособій заключалась въ томъ, чтобы избавить больныхъ отъ опухоли не болѣе грецкаго орѣха или сливы величиною. Причины этого лежатъ во многихъ обстоятельствахъ. Во-первыхъ, не надо забывать, что аденомы встрѣ-

чались зачастую совмѣстно съ другими заболѣваніями половой сферы, какъ воспаленія придатковъ, фиброміомы матки, выпаденія ея и т. д., такъ что иногда то или другое оперативное пособіе примѣнялось не исключительно по поводу одной аденомиомы, но и по поводу сопутствующихъ заболѣваній. Подобное обстоятельство имѣло мѣсто въ 3 случаяхъ (случаи Pfanzenstiel'a, Herff'a-Ito и второй Pick'a). Во-вторыхъ, нерѣдко аденомиомы принимались за злокачественныя новообразования и были оперированы, какъ таковыя, по возможности радикально. Подобное обстоятельство имѣло мѣсто въ 4 случаяхъ, причемъ 2 раза была произведена операція Wertheim'a (случаи Kleinhan's'a и Moraller'a), одинъ разъ полная экстирпація матки per vaginam (случай Schickele) и одинъ разъ неполное удаленіе опухоли со стороны влагалища (нашъ случай).

Ближайшіе результаты оперативнаго леченія въ большинствѣ случаевъ получались хорошіе: ни одна больная не погибла отъ операціи, и всѣ вскорѣ поправились. Объ отдаленныхъ результатахъ леченія аденомиомъ рукава мы пока говорить не можемъ, въ виду почти полного отсутствія хорошо прослѣженныхъ случаевъ.

Технически удаленіе аденомиомъ рукава, въ случаяхъ-ли простого ихъ вылушенія, или въ случаяхъ болѣе радикальнаго вмѣшательства, является очень труднымъ. Операторамъ, имѣвшимъ дѣло съ этими опухолями, приходилось работать то при помощи скальпеля, то при помощи пальцевъ, тупымъ путемъ. Особенно осложняетъ и затрудняетъ вылушеніе опухолей интимное соединеніе ихъ съ окружающими органами, вслѣдствіе чего при операціяхъ одинъ разъ былъ вскрытъ задній сводъ, одинъ разъ поранена прямая кишка, одинъ разъ были оставлены частички опухоли на поверхности гесті, одинъ разъ, вслѣдствіе чрезвычайно плотной и неподатливой ткани опухоли и рубцевыхъ сросшеній, пришлось отказаться отъ первоначальнаго плана удалить матку вмѣстѣ съ опухолью. Впрочемъ, въ этомъ послѣднемъ случаѣ трудность операціи зависѣла не столько отъ свойствъ самой опухоли, сколько отъ измѣненій, вызванныхъ въ окружающихъ ее тканяхъ искусственно, лечебными палліативными манипуляціями въ видѣ прижиганій аппаратомъ Paquelin'a.

Если руководиться тѣми скудными данными опыта, какія имѣются пока у насъ, относительно оперативнаго леченія аденомиомъ рукава, то придется сказать, что въ отдѣльныхъ случаяхъ для удаленія ихъ можетъ явиться необходимость въ различныхъ операціяхъ. Въ легкихъ случаяхъ опухоль можетъ быть

удалена посредствомъ разрёза слизистой оболочки рукава и простаго вылушенія; въ случаяхъ же болѣе сложныхъ, гдѣ аденомиомы находятся въ тѣсной анатомической связи съ сосѣдними органами, въ цѣляхъ полнаго удаленія ихъ, можетъ потребоваться резекція прямой кишки, вскрытіе задняго свода и даже экстирпація матки. Обыкновенный вагинальный путь не всегда можетъ быть при этомъ достаточенъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ явиться необходимость прибѣгнуть къ Schuchardt'овскому разрёзу или даже идти абдоминальнымъ путемъ. Такъ или иначе, во всякомъ случаѣ, операторъ долженъ позаботиться о томъ, чтобы удалить опухоль вполнѣ, безъ малѣйшихъ остатковъ, ибо расчетъ на послѣоперационную атрофію оставленныхъ частей не всегда можетъ оправдаться.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Ferroni. Note embriologiche ed anatomiche sull'utero fetale. *Annali di ostetric. e gines.* 1902, №№ 6, 8, 10, 11; цит. по R. Meyer'y, S. 598.
2. W. A. Freund. Die Adenomyome und Cystadenome des Uterus etc.; цит. по Polano, S. 300.
3. Funke. Beitrag zur klinischen Diagnostik der Tubenwinkeladenomyome. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1903, S. 49.
4. Fütth. Beitrag zur Kasuistik der Adenomyome des Uterus. *Centralblatt f. Gynäk.*, 1903, S. 626.
5. В. С. Груздевъ. О фибромиомахъ рукава. *Врачъ*, 1904, №№ 8, 9, 10.
6. Hartz. Neuere Arbeiten über die mesonephrischen Geschwülste. *Monatsschrift f. Geb. und Gyn.* Bd. XX, S. 400.
7. Heine. Beitrag zur Entstehung der Adenomyome der weiblichen Genitalien. *Diss.* Berlin, 1903. Цит. по R. Meyer'y, S. 614, 615.
8. Herff. Ueber Cystomyome und Adenomyome der Scheide. Bericht über die Verhandlungen der VII Versammlung der deutschen Gesellsch. f. Gynäk. in Leipzig, 1897. *Central. f. Gynäkologie*, 1897, S. 783.
9. Ito. Ueber Fibrome, Cystofibrome und Adenomyome der Scheide. *Diss.* Halle, 1897.
10. Kleinhans. Beitrag zur Lehre von den Adenomyomen des weiblichen Genitaltractes. *Zeitschrift f. Geb. und Gynäk.*, Bd. 52, S. 266.
11. Kossman. Vaginales Adenomyom des Wolff'schen Ganges. *Monatsschr. f. Geb. und Gynäk.*, Bd. XI, S. 460. Цит. по Veit'y, S. 291.
12. Landau. Anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von den Myomen des weiblichen Sexualapparates, Berlin—Wien. 1899. Цит. по Hartz'y.

13. Merkel. Mikroskopische Präparate eines mesonephrisches fornicales Adenomyom's. Fränkische Gesellsch. f. Geb. und Gynäk. 1907. По отч. въ Münchener med. Wochenschrift, № 13, 1907, S. 634, и Centr. f. Gynäk., 1908, S. 265.
14. R. Meyer. Ueber embryonale Gewebseinschlüsse in den weiblichen Genitalien und ihre Bedeutung für die Pathologie dieser Organe. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und path. Anatomie, Bd. 9, Abth. II, 1903, S. 597—623.
15. Moraller. Cystadenofibrome vaginae bei bestehendem Uterusfibrom. Реф. въ Central. f. Gyn., 1907, S. 751.
16. Nagel. Die weiblichen Geschlechtsorgane in Bardenleben's Handbuch der Anatomie des Menschen, Jena, 1896, Bd. 7, Th. 2, Abth. I. Цит. по Pick'y, № 18, S. 497.
17. Pfannenstiel. Ueber die Adenomyome des Genitalstranges. Bericht über die Verhandlungen der VII Versammlung der deutschen Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. in Leipzig, 1897. Centrbl. f. Gyn., 1897, S. 784.
18. L. Pick. Die Adenomyome der Leistengegend und des hinteren Scheidengewölbes etc. Archiv f. Gynäkologie, Bd. 57. S. 461.
19. Онъ же. Ueber Adenocystoma papilliferum vulvae polyposum. Arbeiten aus den pathol. Institut zu Tübingen her. von Baumgarten, Bd. 4, Hft. 3. Цит. по Kleinhan's'y S. 275.
20. O. Polano. Das klinische Verhalten des Adenomyoma corporis uteri. Zeitschrift f. Geb. und Gyn., Bd. 54, S. 294.
21. v. Recklinghausen. Die Adenome und Cystadenome des Uterus- und Tubenwandlung, ihre Abkunft von der Resten des Wolffschen Körpers. Berlin, 1896. Цит. по Schickele, № 26.
22. Онъ же. Ueber die Adenocysten der Uterustumoren und Ueberreste des Wolffschen Organs. Deutsche med. Wochenschrift, 1893, S. 825.
23. Онъ же. Ueber Adenomyome des Uterus und der Tuba. Wiener klin. Wochenschrift, 1895, S. 530.
24. Ribbert. Geschwulstlehre. Bonn, 1903. Цит. по R. Meyer'y, S. 616.
25. Rumpf. Цит. по R. Meyer'y, примѣчаніе второе къ стр. 615.
26. G. Schickele. Die Lehre von den mesonephrischen Geschwülsten. Zusammentassendes Referat. Centralblatt f. allgem. Pathologie und path. Anatomie, Bd. 15, 1904, S. 261.
27. Онъ же. Weitere Beiträge zur Lehre der mesonephrischen Tumoren. Beiträge zur Geb. u. Gyn., Bd. 6, S. 449.
28. Veit. Handbuch der Gynäkologie, 1908, Bd. III, Hälft. I, S. 290.
29. Widmer. Ueber Scheidendrüsen und Scheidencysten. Beiträge zur Geb. und Gynäk., Bd. 8, S. 106.

ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВЪ.

- Рис. I. Срезъ изъ поверхностныхъ слоевъ опухоли, изъ участка, покрытаго сосочкообразными выступами (увелич. около 20 разъ). Поверхность сосочковъ частью покрыта многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, который въ углубленіи между двумя сосочками мѣстами превращается въ цилиндрической однослойный мѣстами представляется совершенно исчезнувшимъ. Подъ эпителиемъ лежатъ окруженная цитогенною тканью, железистыя включенія разнообразной величины и формы. Нѣкоторыя изъ включеній открываются на поверхность опухоли, нѣкоторыя имѣютъ пилообразную форму, нѣкоторыя содержатъ внутри кровь. Въ глубокихъ отдѣлахъ аденоматознаго слоя располагаются фибромускулярныя пучки, частію въ видѣ отдѣльныхъ перекладинъ, нерѣдко съ сосудами посрединѣ, частію въ видѣ компактнаго слоя.
- Рис. II. Срезъ изъ периферическаго участка опухоли, захватывающій почти всю толщю послѣдней (увелич. около 20 разъ). На поверхности виденъ хорошо сохранившійся многослойный плоскій эпителий, пластъ котораго по направленію къ срединѣ постепенно дѣлается тоньше и, наконецъ, исчезаетъ. Подъ эпителиемъ лежитъ слой цитогенной ткани съ разнообразными железистыми включеніями, которыя мѣстами образуютъ довольно большія полости. Железистыя включенія съ цитогенною тканью, но въ меньшемъ числѣ, попадаютъ и въ глубокомъ фибромускулярномъ слойѣ опухоли.
- Рис. III. Часть сосочкообразнаго выступа, покрытая многослойнымъ эпителиемъ и содержащая вагинальную железу (Reichert, Ob. 4, Os. 4). Снаружи сосочекъ покрытъ мощнымъ пластомъ плоскаго эпителия. Основа его состоитъ изъ цитогенной ткани, въ которой тамъ и самъ разбросаны железистыя включенія. Въ одномъ мѣстѣ на поверхности сосочка видна трубчатая железа, открывающаяся въ массы плоскаго эпителия.
- Рис. IV. Небольшой участокъ сосочкообразнаго выступа на поверхности опухоли, покрытый многослойнымъ эпителиемъ и содержащій вагинальную железу съ выводнымъ протокомъ (Zeiss, os 4, ob DD). Хорошо виденъ выводной протокъ железы, выстланный низкими клетками и теряющійся въ покровномъ эпителии.



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.

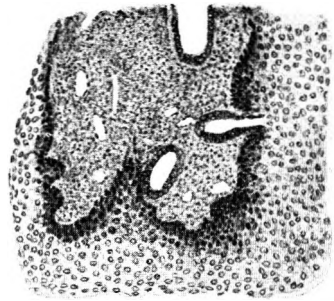


Рис. 4.

Современные взгляды на патогенезъ рака*).

Д-ра К. Улезко-Строгановой.

Докладъ сдѣланный по порученію Исполнительнаго Комитета Спб. Общества борьбы съ раковыми заболѣваніями

Не смотря на многочисленныя изслѣдованія о ракъ и обширнѣйшую литературу, особенно обогатившуюся въ послѣдніе годы, то есть съ тѣхъ поръ какъ изученіе рака вступило на новый экспериментальный путь,—вопросъ о происхожденіи его остается по прежнему открытымъ. Только къ старымъ гипотезамъ прибавляются новыя, отчасти смѣняя одна другую.

Одною изъ теорій, которая не оправдала возлагавшихся на нея надеждъ, является теорія микропаразитарная. Въ періодъ блестящихъ открытій, сдѣланныхъ микропаразитологіей въ области цѣлаго ряда инфекціонныхъ болѣзней, явились попытки примѣнить ее также къ происхожденію рака и другихъ злокачественныхъ новообразованій, то есть объяснить возникновеніе ихъ при участіи какихъ либо специфическихъ возбудителей—микроорганизмовъ.

Тѣмъ болѣе, что имѣлись нѣкоторыя данныя, говорившія въ пользу такого предположенія, какъ на примѣръ, развитіе нѣкоторыхъ эпителиомъ въ связи съ присутствіемъ микропаразитовъ, кокцидіозъ у кроликовъ, вызывающій у нихъ аденоматозныя разрашенія желчныхъ путей. Далѣе приводился рядъ фактовъ, свидѣтельствовавшихъ какъ бы въ пользу заразительности рака (раковыя квартиры, дома, улицы и т. д.). Въ этомъ направленіи создалась цѣлая литература. Среди изслѣдователей встрѣчаются имена извѣстныхъ русскихъ патологоанатомовъ (Судакевичъ, Подвысоцкій и др.). Но всѣ эти изслѣдованія постигло горькое разочарованіе. Оказалось, что тѣ образованія въ раковыхъ клѣткахъ, которыя описывались, какъ специфическіе микроорганизмы, возбудители рака, были либо различными клѣточными включеніями, либо результатомъ дегенеративныхъ измѣненій клѣточной протоплазмы.

И въ настоящее время среди многихъ извѣстныхъ изслѣдователей рака единственнымъ, но за то горячимъ защитникомъ микропаразитарной теоріи, является Borrel, который приводитъ въ пользу ея слѣдующія данныя. Неоднократно ему удавалось находить въ раковыхъ гнѣздахъ у человѣка, а также и у экспериментируемыхъ животныхъ остатки хитина, вещества, составляющаго наружный

*) Докладъ на III Съѣздѣ Россійскихъ Акушеровъ-Гинекологовъ

скелеть наськомыхъ, иногда даже цѣлыхъ нематодъ. Такія же находки были сдѣланы нѣкоторыми нѣмецкими изслѣдователями.

Основываясь на этомъ, Borrel высказываетъ предположеніе, что различныя наськомыя, какъ напр. клещи, блохи и др., а также нѣкоторые виды глистовъ, приходящіе въ соприкосновение съ человѣкомъ и животными, могутъ быть носителями такихъ паразитовъ, которые, будучи ультрамикроскопическими, до сихъ поръ не обнаружены, но они то именно и раздражаютъ эпителиальные клѣтки, приводя ихъ къ бурному и неограниченному росту, то есть къ образованію рака.

Кромѣ того, онъ допускаетъ, что даже для различныхъ формъ рака могутъ быть различныя микропаразиты. Въ доказательство микропаразитарнаго происхожденія рака Borrel приводитъ еще то обстоятельство, что клѣтки для экспериментируемыхъ животныхъ, за которыми установилась репутація, раковыхъ и гдѣ, дѣйствительно, наблюдались цѣлая эпидемія рака, представляютъ обыкновенно грязно-содержащіяся помѣщенія, гдѣ могли скопиться различныя наськомыя-паразиты (блохи, клещи и др.).

Теорія Kohnheim'a, глубокая по своей идеѣ и такъ удачно объясняющая происхождение различнаго рода эмбриомъ, какъ тератомы и дермоиды, не нашла однако же подтвержденія въ изслѣдованіяхъ послѣдняго времени въ примѣненіи къ происхожденію раковъ и другихъ злокачественныхъ новообразованій, такъ какъ при развитіи опухолей этого рода, такъ же какъ и вообще при изслѣдованіи различныхъ органовъ, не удавалось находить „эмбриональныхъ включеній“ то е. тѣхъ „заснувшихъ“ эмбриональныхъ клѣтокъ, которыя составляютъ сущность данной теоріи.

То же, слѣдовательно, можно сказать и по отношенію къ гипотезѣ Wilms'a, представляющей лишь видоизмѣненіе Kohnheim'овской. Какъ извѣстно, Wilms предполагаетъ остатки недифференцировавшихся элементовъ бластулы среди какой либо ткани, вполнѣ закончившей свое развитіе.

Гипотеза Tiersch'a о различномъ напряженіи роста и жизнедѣятельности тканей въ зависимости отъ возраста оставляетъ безъ объясненія многія явленія въ ученіи объ опухоляхъ, какъ на примѣръ, развитіе раковъ въ юномъ и даже дѣтскомъ возрастѣ и др.; а потому, не смотря на то, что она еще такъ недавно пользовалась широкою популярностью, въ настоящее время ей отводится все меньше и меньше вниманія.

Нельзя не упомянуть еще о недавно появившейся гипотезѣ Kronthal'a, который для объясненія чрезмѣрнаго и неограниченнаго роста злокачественныхъ новообразованій допускаетъ возможность копуляціи между клѣтками различныхъ индивидуумовъ; т. е. онъ дѣлаетъ попытку примѣнить здѣсь фактъ, наблю-

дающійся среди низшихъ организмовъ, которые для возрожденія поколѣній ослабленныхъ благодаря партеногенетическому размноженію, требуютъ отъ времени до времени новыхъ копуляцій.

Изъ теорій, пользующихся въ настоящее время широкимъ распространеніемъ и извѣстностью, являются теоріи Ribbert'a и Hansemann'a. По Ribbert'у, отдѣльныя клѣтки или цѣлыя клѣточные группы подъ вліяніемъ какихъ либо раздраженій, какого либо воспалительнаго процесса отторгаются отъ связи съ остальными элементами, составляющими извѣстную ткань. Выйдя такъ обр. изъ подъ регулирующаго вліянія материнской почвы, клѣтки эти пріобрѣтаютъ тѣмъ самымъ нѣкоторую самостоятельность, что обнаруживается въ усиленномъ и неограниченномъ ростѣ, въ извѣстномъ нарушеніи тканевого равновѣсія.

Прекрасно объясняя нѣкоторыя формы кожного рака, она, по заключенію Hansemann'a, не примѣнима къ тѣмъ формамъ его, которыя развиваются при отсутствіи какого либо воспалительнаго процесса, какого либо видимаго раздраженія.

Согласно гипотезѣ Hansemann'a, сущность злокачественнаго новообразованія заключается въ анаплазии отдѣльныхъ клѣтокъ или цѣлыхъ клѣточныхъ группъ, то есть въ постепенномъ измѣненіи ихъ морфологическихъ и функциональных особенностей, причемъ онѣ утрачиваютъ способность дифференцироваться и принимаютъ характеръ эмбриональныхъ, какъ бы возвращаясь къ зародышевому состоянію.

Остановливаясь на вышеприведенныхъ теоріяхъ, мы видимъ, что каждая изъ нихъ считаетъ необходимымъ условіемъ для развитія злокачественнаго процесса наличность какого либо раздраженія. Послѣднее является тѣмъ необходимымъ импульсомъ, который выводитъ спящія эмбриональныя клѣтки Kohneim'a или Wilim's'a изъ ихъ недѣятельнаго состоянія.

Ribbert прямо ставитъ непремѣннымъ условіемъ наличность какого либо воспалительнаго процесса, который приводитъ къ отторженію клѣточныхъ элементовъ отъ матерней почвы. Наконецъ, по Hansemann'у, измѣненіе условій жизни клѣточныхъ группъ, влекущее за собою анапластическое превращеніе послѣднихъ, совершается также подъ вліяніемъ какого либо раздраженія.

Такимъ образомъ идея Virchow'a о возникновеніи и развитіи опухолей въ связи съ различными механическими раздраженіями и травмами, брошенная лѣтъ 50 тому назадъ, оказалась плодотворной и въ настоящее время принимаетъ дальнѣйшее развитіе.

Цѣлый рядъ клиническихъ наблюденій и статистическихъ данныхъ, а также экспериментальныя изслѣдованія доказываютъ, какая важная роль въ происхожденіи новообразованій вообще и злокачественныхъ въ частности выпадаетъ на долю различныхъ раз-

дражителей не только грубых механических, согласно Virchow'у, но и других термических, химических, токсических и т. д.

Martschke, напримѣръ, собралъ 293 случая рака, развившагося на почвѣ различныхъ раздраженій, а именно, 141 случай на люпозныхъ язвахъ, 44—на фистулезныхъ ходахъ и 108 на различныхъ опухоляхъ. Изъ 16 собственныхъ наблюдений Martschke въ 10 случаяхъ ракъ развился на люпозныхъ язвахъ и въ остальныхъ 6—на различныхъ опухоляхъ.

Какъ видно изъ отчета д-ра Войничъ-Сяноженцкаго, на выставкѣ по раку, бывшей на 2-мъ международномъ хирургическомъ Конгрессѣ въ Брюсселѣ (1908 г.), имѣлись слѣдующіе препараты, полученные у человѣка оперативномъ путемъ.

2 случая рака, развившагося въ рубцѣ послѣ флегмоны и въ свищевомъ ходѣ при хроническомъ остеоміелитѣ бедренной кости. 2 случая опухоли мозга, развившейся послѣ трепанациі: 1) саркома—черезъ 3 мѣсяца и 2) глиома—черезъ 2 года послѣ трепанациі.

Случай рака гортани, присоединившагося къ бывшей на ней бугорковой язвѣ. Эпителиома руки, лица и волосистой части головы, происшедшая изъ язвъ волчанки. Слѣпокъ съ эпителиомы, развившейся у рабочаго на мѣстѣ профессиональнаго поврежденія кисти руки и т. д.

Гессе (Русс. Врач. 1908, № 45) приводитъ 30 случаевъ, описанныхъ въ литературѣ, канкроида, развившагося на кожѣ подъ влияніемъ X лучей.

Въ этомъ же направленіи появился рядъ экспериментальныхъ работъ, каковы, напримѣръ, работа пр. Подвысоцкаго вмѣстѣ съ д-ромъ Пироне надъ раздраженіями эпителия кожи подъ влияніемъ низкихъ температуръ, Fischer'a, впрыскивавшего подъ кожу масло (Scharlach-oel) и т. д.

Извѣстно также, что гиперплазія и атипическія разрошенія эпителия могутъ происходить подъ влияніемъ бактерійныхъ токсиновъ.

Позволю себѣ напомнить картины, напр. фаллопиевыхъ трубъ, особенно слизистой оболочки ихъ, при пораженіи ихъ туберкулезомъ или гонорреей, показанныхъ и описанныхъ мною вначалѣ нынѣшняго года въ засѣданіи ученаго отдѣла общества борьбы съ раковыми заболѣваніями ¹⁾. Благодаря чрезмѣрной гиперплазіи эпителия, происходящей въ начальной стадіи гонорреи или туберкулеза, слизистая оболочка трубы принимаетъ характеръ настоящей [аденомы; при этомъ железистыя разрашенія проникаютъ иногда даже въ мышечный слой трубы, переходя такимъ образомъ физиологическія границы.

Извѣстно также, какая пышная гиперплазія железистаго

¹⁾ Январь 1909 г. *Къ вопросу о доброкачественныхъ разрашеніяхъ эпителия въ женскомъ половомъ аппаратѣ.*

эпителия наблюдается въ слизистой матки въ началѣ беременности когда раздражателемъ его является сама беременность.

Набуханіе молочныхъ железъ или оленьихъ роговъ во время беременности, выражающееся огромнымъ клѣточнымъ ростомъ, Hansemanн рассматриваетъ, какъ результатъ альтруистическаго раздраженія, идущаго отъ совершенно другихъ частей тѣла, а именно отъ половыхъ органовъ. Можно предположить, говорить Hansemanн, что извѣстные продукты обмѣна, которые выдѣляются половыми органами во время беременности, поступаютъ въ общую циркуляцію и дѣйствуютъ мѣстно (железы матки) или въ другихъ частяхъ тѣла (молочныя железы), какъ прямой раздражитель, вызывающій клѣточное разращеніе, потому что опредѣленные клѣтки, имѣютъ, примѣняя выраженіе Ehrlich'a, особенную жадность (Avidität) къ этимъ веществамъ. Hansemanн рассматриваетъ это явленіе, какъ доказательство прямого образовательнаго раздраженія (formative Reize).

Тотъ же въ сущности принципъ принимаетъ Spude для объясненія происхожденія рака.

На основаніи картинъ 2-хъ начинающихся кожныхъ раковъ у одного и того же субъекта, Spude предполагаетъ, что причина рака заключается въ появленіи специфическаго внутрисосудистаго вещества, къ которому нѣкоторые элементы или группы ихъ, сдѣлавшіеся біологически аномальными подъ вліяніемъ хроническаго воспаленія, обнаруживаютъ особенную жадность (Avidität).

Поглощаясь данными клѣтками, вещества эти выводятъ ихъ изъ физиологической связи съ остальными элементами.

Въ рѣчи, произнесенной на торжественномъ засѣданіи международной раковой конференціи въ Берлинѣ 10/23 мая 1908 г., проф. Подвѣсоцкій идетъ далѣе и дѣлаетъ попытку объяснить дѣйствіе внѣшняго раздражителя на клѣтку, а вмѣстѣ съ тѣмъ и внутреннюю причину патологическаго роста.

Изученіе тончайшихъ измѣненій клѣтки подъ вліяніемъ кратковременнаго охлажденія наводитъ на мысль объ угнетающемъ дѣйствіи такого раздражителя, какъ холодъ, на протоплазму клѣтки; ядро же, какъ болѣе защищенная часть клѣтки, остается неповрежденнымъ.

Освобождаясь отъ регулирующаго вліянія протоплазмы съ заключенной въ ней центрозомой, ядро вдругъ начинаетъ размножаться бурно и безпорядочно. Тоже можетъ происходить подъ вліяніемъ различныхъ другихъ раздражителей, на примѣръ, химическихъ и т. д.

Когда найденъ былъ ракъ у мышей и крысъ (1901 г.) и когда рядомъ авторовъ доказана была прививаемость его животнымъ одного и того же вида (Lensen—Kopenhagen, Bashford—London,

Arolant—Frankfurt am Main, Michaelis—Berlin и т. д.), изучение рака вступило на новый экспериментальный путь. Было доказано, что у мышей въ особенности могут встрѣчаться различные типы человѣческих новообразований.

Профессоръ Henke и др. установили, что мышинный ракъ почти аналогиченъ человѣческому.

Borrel въ томъ же засѣданіи международной раковой конференціи въ Берлинѣ 10/23 мая 1908 г. сдѣлалъ подробную и правильную оцѣнку этому животному, представляющему превосходный матеріалъ для экспериментальнаго изученія этиологіи рака, его біологическихъ свойствъ, а также различныхъ терапевтическихъ приѣмовъ. И, дѣйствительно, оно не притязательно въ смыслѣ ухода, чрезвычайно плодотворно и по своимъ размѣрамъ весьма облегчаетъ всевозможныя манипуляціи.

Такъ какъ мышь живетъ около 3 лѣтъ и даетъ многочисленное потомство, то, пользуясь такимъ матеріаломъ, можно подойти къ рѣшенію вопроса о наслѣдственности рака.

Многочисленныя экспериментальныя работы на мышахъ дали уже не мало весьма цѣннаго матеріала для выясненія многихъ біологическихъ свойствъ рака и кромѣ того намѣчаютъ пути для дальнѣйшихъ изслѣдованій. Установлено, на примѣръ, слѣдующее: развивающаяся послѣ прививки опухоль состоитъ исключительно изъ клѣтокъ потомковъ тѣхъ, которыя составляли прививаемую ткань.

Для успѣха прививки необходимо, чтобы въ прививаемыхъ массахъ имѣлись не только живыя изолированныя клѣтки опухоли, но частицы живой ткани, состоящей изъ этихъ клѣтокъ.

Высокая и низкая температура, особенно высокая, вредно вліяютъ на опухоль, задерживая ея ростъ и даже ведя къ рассасыванію (Arolant).

Смѣшанныя опухоли, состоящія изъ саркомы и рака, получались произвольно черезъ повторныя прививки рака; подобныя же опухоли получались также при впрыскиваніи смѣси раковыхъ и саркоматозныхъ массъ (Arolant). При этомъ оказалось, что различные элементы обнаруживаютъ различную резистентность къ дѣйствию высокихъ t° . Саркоматозныя, на примѣръ, болѣе устойчивы, чѣмъ раковыя.

Клѣтки прививаемой опухоли оказываютъ несомнѣнно прямое хемотактическое дѣйствіе на фибро и ангиобластовъ хозяина.

Ehrlich высказалъ предположеніе, что въ нормально-функционирующемъ организмѣ различные клѣточные элементы, его составляющіе, сохраняютъ постоянное отношеніе (Avidität) къ питательнымъ веществамъ. Онъ вполне присоединяется къ мнѣнію Albrecht'a и другихъ патологоанатомовъ, что опухоль можетъ раз-

живаться только изъ клѣтокъ, которыя обладаютъ высшею Aviditât къ питательнымъ веществамъ, чѣмъ остальные элементы организма.

Поэтому то она развивается при конституціонной слабости. Съ этой же точки зрѣнія объясняется непрививаемость опухоли.

Вопросъ, затронутый Ehrlich'омъ, объ основной причинѣ разрушительнаго роста злокачественныхъ новообразований, получаетъ дальнѣйшее развитіе и болѣе детальную постановку въ трудахъ Lubarsch'a, который для рѣшенія его выставляетъ слѣдующіе два положенія: 1) Первичное измѣненіе біологическихъ свойствъ клѣтки и 2) уменьшеніе сопротивляемости.

Если обратимся къ изученію явленій метастаза, то оказывается, что повидимому происходитъ подготовка для него послѣ нѣсколькихъ предварительныхъ расщепленій опухолевыхъ эмболій, какъ будто образованіе метастазовъ есть результатъ интоксикаціи.

Изслѣдованіе лимфатическихъ железъ (Fromme) у пораженныхъ ракомъ показываетъ, что онѣ долго не имѣютъ опухолевыхъ элементовъ, но представляютъ большія измѣненія, какъ бы вызванныя какими либо токсинами въ случаѣ даже, если первичный фокусъ еще не изъязвленъ.

Далѣе, Lubarsch склоненъ признать и участіе паразитовъ въ происхожденіи злокачественныхъ новообразований, но не въ такомъ смыслѣ, какъ бациллы при туберкулезѣ, а какъ одинъ изъ многихъ другихъ агентовъ (химическихъ, термическихъ, механическихъ и др.), которые обуславливаютъ біологическія измѣненія во всемъ организмѣ и въ эпителии или другихъ элементахъ его.

Онъ присоединяется къ взглядамъ Hansemann'a и Ribbert'a, что рѣзкой границы между доброкачественными и злокачественными опухолями нѣтъ и что по гистологическому строенію опухоли нельзя дѣлать предсказанія: встрѣчаются несомнѣнно доброкачественные раки и саркомы, не дающіе метастазовъ и не ведущіе къ гибели; съ другой стороны при гистологической Fibroadenom'ѣ (случай Hansemann'a) больная умерла отъ метастазовъ.

Принимая во вниманіе мнѣнія извѣстнѣйшихъ патолого-анатомовъ настоящаго времени, какъ Ribbert, Hansemann и Lubarsch, что нѣтъ рѣзкой границы между доброкачественными и злокачественными новообразованіями, съ другой стороны, наклонность доброкачественныхъ новообразований перерождаться злокачественно,—я позволю себѣ повторить мысль, высказанную мною въ вышеупомянутомъ докладѣ „къ вопросу о доброкачественныхъ разращеніяхъ эпителия въ женскомъ половомъ аппаратѣ“¹⁾, о томъ, насколько цѣнный матеріалъ для изученія возникновенія опухолей вообще и злокачественныхъ въ частности представляютъ различныя доброкачественныя гиперплазіи эпителия.

¹⁾ Январь, 1909 г.

Припомнимъ, напримѣръ, какихъ степеней достигаютъ эпителиальныя разраженія при гонорреѣ и туберкулезѣ, сосочковыя разраженія подъ вліяніемъ гонорреи, гиперплазія железистаго эпителия во время беременности и т. д.

Что происходитъ въ эпителиальной клѣткѣ подъ вліяніемъ беременности или подъ вліяніемъ токсиновъ гоноккоковъ или туберкулезныхъ бациллъ, когда она пріобрѣтаетъ вдругъ способность къ чрезмѣрному росту?

Почему въ дальнѣйшемъ ростъ ея ограничивается и даже вовсе прекращается или вдругъ она получаетъ наклонность къ бурному беспорядочному и безостановочному размноженію, что наблюдается при злокачественномъ перерожденіи?

Эти вопросы, нарождающіеся при изученіи доброкачественныхъ разраженій эпителия, находятся несомнѣнно въ связи съ вопросомъ о возникновеніи и развитіи опухолей вообще и злокачественныхъ въ частности.

Считаю не безинтереснымъ упомянуть о работѣ Rülfa*), который полагаетъ, что для рѣшенія вопроса о происхожденіи рака необходимо изученіе ненормальностей основныхъ органическихъ веществъ раковой клѣтки, благодаря которымъ и происходитъ отклоненіе ея основныхъ функций.

Въ заключеніе позволяю себѣ сдѣлать слѣдующіе выводы.

1. Происхожденіе рака является до сихъ поръ вопросомъ открытымъ.

2. Съ патогенезомъ рака тѣсно связана теорія раздраженія, начиная съ грубаго механическаго и до тончайшаго, можетъ быть, подчасъ трудно улавливаемаго при настоящихъ способахъ изслѣдованія.

3. Экспериментальныя изслѣдованія рака на животныхъ и мышахъ въ частности даютъ возможность уяснить многія біологическія свойства его.

4. Едва ли справедливо проводить рѣзкую границу между доброкачественными и злокачественными опухолями при изученіи ихъ этиологіи и біологіи вообще, такъ какъ имѣется рядъ наблюденій, говорящихъ въ пользу того, что возникновеніе тѣхъ и другихъ нерѣдко сопровождается аналогичными условіями.

5. Изученіе отклоненій основныхъ органическихъ веществъ въ опухолевыхъ клѣткахъ можетъ дать весьма цѣнный матеріалъ для объясненія многихъ явленій, сопровождающихъ какъ доброкачественныя, такъ и злокачественныя новообразованія.

*) Rülfa, Physiologische Voraussetzungen der ätiologischen Krebsforschung. Zeitschr. f. Krebsforschung. Bd. VII, Heft. 1.

О гистологических измѣненіяхъ въ тканяхъ нормальныхъ и пораженныхъ раковымъ новообразованіемъ подѣ влияніемъ фульгураціи.*)

вѣ. Р. Г. Лурье.

Въ 1907 году д-ръ Keating Hart предложилъ лѣченіе рака фульгураціей т. е. токами высокаго напряженія и большой частоты какъ дополнительный методъ къ оперативному вмѣшательству. По словамъ автора, фульгурація расширитъ границы операбельности, хирургъ обнажитъ область, гдѣ дальнѣйшая работа ножомъ становится опасной и предоставитъ ее дѣйствию искры.

Ввиду такихъ обѣщаній вполне понятно то вниманіе, которое удѣлили новому методу многіе хирурги. Въ особенности заинтересовались тѣ изъ нихъ, которые завѣдуютъ отдѣленіями для неизлѣчимыхъ раковыхъ больныхъ. Фульгураціи подвергались самые тяжелые случаи, повторно рецидивировавшіе, больные съ рѣзко выраженной кахексіей (Czegny, Bier. др.) и вполне понятно, что результатъ получался далеко не всегда благопріятный. Въ настоящее время у клиницистовъ имѣется уже достаточный матеріалъ для критической оцѣнки метода и для того, чтобы установить показанія къ его примѣненію.

Къ сожалѣнію, клиника намъ ничего не сказала о тѣхъ процессахъ, которые происходятъ въ раковой ткани послѣ фульгураціи, какъ далеко распространяется активность искры и имѣютъ ли надежды возлагаемая на фульгурацію основанія въ тѣхъ химическихъ или патологическихъ измѣненіяхъ, которыя она вызываетъ въ тканяхъ. Первые работы въ этомъ направленіи появились лишь во второй половинѣ 1908 г. (Bergonie, Zimmermann, Le Nobele, Wassilevsky), Результаты полученные авторами не вполне однородны. Поэтому мы, по предложенію проф. Д. О. Отта, прежде чѣмъ приступить къ фульгураціи больныхъ поставили рядъ опытовъ на животныхъ съ цѣлью получить отвѣтъ на вышеуказанные вопросы. Предметами нашего изслѣдованія служили органы здоровыхъ животныхъ и пораженные ракомъ мыши. Фульгураціи подвергались печень, почка, матка, яичникъ, попе-

*) Докладъ на III Съѣздѣ Общества Россійскихъ Акушеровъ и Гинекологовъ.

ренно полосатая мышца у собакъ, кроликовъ и морскихъ свинокъ.

Время наблюдёнія отъ 24 час. до 14 дней. Не стану описывать аппаратъ и подробности техники, которая интересующіеся найдутъ въ работахъ Keating Harta и др. Скажу лишь, что для обнаженія желаемого органа производится соответственная асептическая операція, органъ фульгурируется *in situ*, сосѣдніе органы и ткани изолируются марлей для избѣжанія ожоговъ. Фульгурируется втеченіе 5''-20'', наконечникъ К. Н. на разстояніи не болѣе $\frac{1}{2}$ сант., длина искры 4-5 сант., токъ постоянный 120 вольтъ, 6—10 амперъ, всегда съ Co^2 . Считаю необходимымъ указать, что мы не раздѣляемъ мнѣніе тѣхъ авторовъ, которые фульгурируютъ безъ Co^2 . Безъ охлажденія къ дѣйствию искры присоединяется ожогъ и трудно учесть какія измѣненія приходится на-долю того и другого фактора. Разница замѣтна при фульгураціи волосистой части кожи; безъ Co^2 шерсть горитъ; скажу дальше, что мелкія животныя (мыши) не выносятъ и нѣсколькихъ минутъ фульгураціи безъ охлажденія. Операція всегда производится на деревянномъ столѣ; у собакъ подъ хлороформнымъ наркозомъ, у кроликовъ и морскихъ свинокъ подъ морфій-хлораломъ.

Микроскопическія измѣненія: тотчасъ послѣ начала фульгураціи паренхиматозное кровотеченіе останавливается, поверхность фульгурируемаго участка краснѣетъ, покрывается рыхлой, легко снимающейся буроватой пленкой, затѣмъ окраска становится сѣрой, сѣровато-бѣлой; фульгурируемый участокъ ограниченъ темно-краснымъ вѣнчикомъ. Весь органъ какъ бы спадается. На разрѣзѣ сѣровато бѣлый участокъ простирается вглубь на 5-7 мм. Цѣлость стѣнокъ крупныхъ сосудовъ не нарушается. Эти макроскопическія измѣненія одинаковы во всѣхъ органахъ и потому мы къ нимъ больше возвращаться не будемъ.

Микроскопическія измѣненія различны въ зависимости отъ времени наблюдёнія. Тотчасъ послѣ фульгураціи, идя отъ периферіи къ центру мы видимъ:—поверхностное кровеизліаніе; кровяные шарики частью уцѣлѣли, частью погибли; 2—участокъ сплошнаго некроза, 3—участокъ, гдѣ рядомъ съ некротизированными клѣтками находятся такія, которыя частично пострадали: въ однихъ протоплазма плохо окрашивается или вакуолизована, въ другихъ ядро въ состояніи распада или со сгустившимся хроматиномъ и, наконецъ, 4-й участокъ—нормальной ткани. Мелкіе сосуды сужены, наполнены кровью.

24 часа спустя уже опредѣлилась судьба клѣтокъ и началась защитительная реакція организма. Если мы возьмемъ, напр.

почку, то увидимъ, что въ 3-мъ участкѣ уже произошла нѣкоторая дифференцировка: эпителий большинства мочевыхъ канальцевъ погибъ, эндотелій сосудовъ уцѣлѣлъ; клубочки разрушены, эпителий Боумановой капсулы сохраненъ. Въ печени сохранилась междольчатая соединительная ткань, стѣнки сосудовъ и капилляровъ. Особенно рѣзко эта (я позволю себѣ сказать) элективность выступаетъ въ яичникѣ, гдѣ послѣ 8'' фульгураціи большинство фолликуловъ уничтожено, а соединительная ткань сохранилась. На границѣ 2-го и 3-го участка уже появляются лейкоциты (лимфоциты и полинуклеары) и подвижныя соединительнотканныя клѣтки.

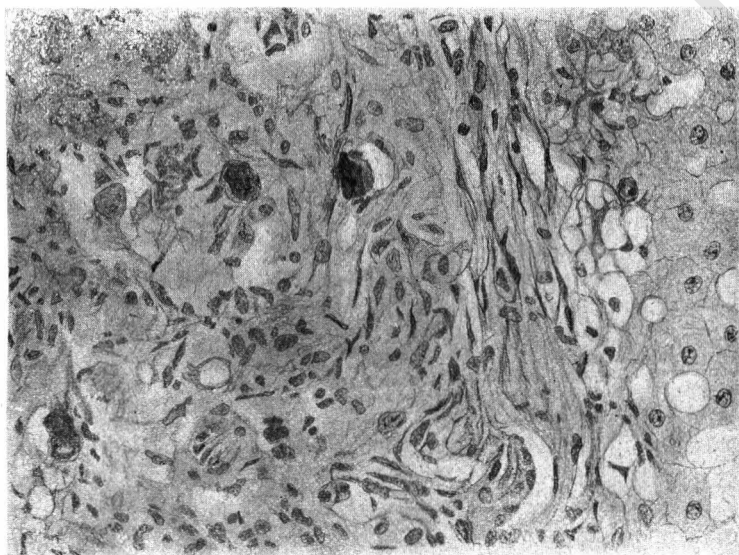


Рис. 1. Печень кролика на 4-й д. послѣ фульгураціи.

Черезъ 4—5 дней картина рѣзко измѣняется, реактивный процессъ прогрессируетъ: лейкоцитовъ стало меньше, но больше молодыхъ клѣтокъ мезодермы круглыя, веретенообразныя, эпителиоидныя, нѣкоторыя клѣтки уже вытягиваются въ волокна. Видны фигуры дѣленія. Эндотелій сосудовъ какъ бы набухаетъ. Эти элементы, начинаясь на границѣ здоровой ткани идутъ какъ въ сторону некроза такъ и въ сторону здоровой ткани. Въ почкахъ пролиферація клѣтки начинается повидимому съ эндотелія сосудовъ, въ печени изъ междольчатой соединительной ткани. Процессъ идетъ дальше быстро и черезъ 7—10 дней видны уже волокна соединительной ткани, предназначенныя для образованія рубца на мѣстѣ некротизированной ткани. Процессъ вездѣ одинъ и тотъ

же. Распространенность некроза въ фульгурированномъ участкѣ зависитъ отъ продолжительности фульгураціи; быстрота же развитія реактивнаго процесса не находится, повидимому, въ зависимости отъ времени, такъ Вегоніе получилъ тѣ же картины фульгурируя 1" и меньше. Вотъ въ краткихъ чертахъ тѣ имѣнія, которыя мы наблюдали въ паренхиматозныхъ органахъ; резюмировать ихъ можно слѣд. словами: массовой некрозъ фульгурируемаго участка, идущій вглубь не болѣе чѣмъ на 1 сант., нѣкоторая элективность дѣйствія въ смежномъ съ некротизированнымъ участкомъ и быстрая реакція и ростъ соединительной ткани.

Теперь разсмотримъ, какъ дѣйствуетъ фульгурація на пора-

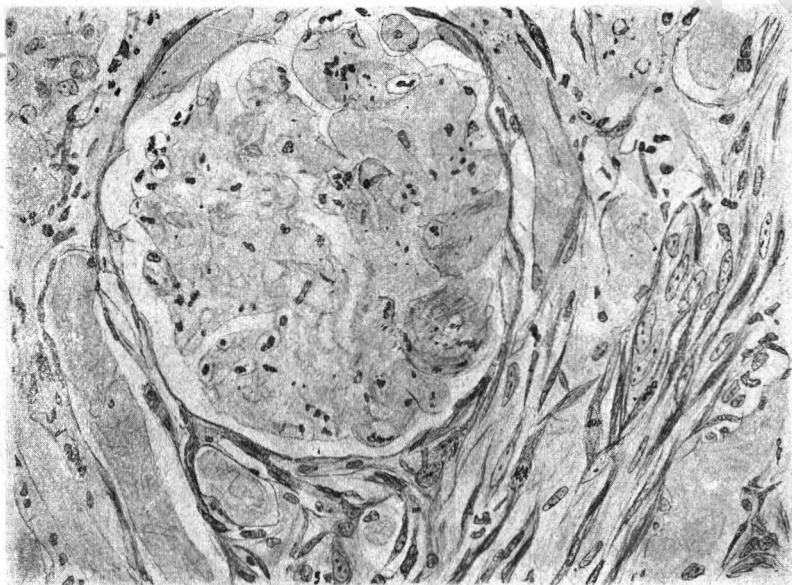


Рис. 2. Почка собаки на 7-й день послѣ фульгураціи.

женныя ракомъ ткани. Для этой цѣли мы пользовались мышами, которымъ мы привили такъ называемую раковую опухоль мышей и поставили 2 рода опытовъ: фульгурація и изученіе гистологическихъ измѣненій и фульгурація и послѣдовательная прививка фульгурированной опухоли. (Какъ извѣстно, раковая опухоль мышей можетъ быть привита цѣлому ряду поколѣній). Фульгуровалась опухоль на живой мышѣ (а не вырѣзанная); обязательно обнажить опухоль, вскрывши покрывающую ее кожу. Фульгурація отъ 5 до 40". Макроскопическія измѣненія тѣ же, что и на здоровыхъ органахъ; глубина некроза зависитъ отъ продолжительности фульгураціи: для того чтобы получить некрозъ въ 5 mm., необходимо фульгурировать 30—40", т. е. вдвое дольше чѣмъ

здоровую ткань. Для того, чтобы разрушить опухоль величиной съ большой лѣсной орѣхъ необходимо 40", причемъ нужно постепенно соскабливать уже профульгурированную поверхность. Если фульгурировать уже распадающуюся опухоль, то распадъ совершается очень быстро (15"—на вторыя сутки).

Микроскопическая картина послѣ долгой фульгураціи представляетъ некрозъ, при недостаточной-глубже лежащія клѣтки сохраняютъ свою структуру и даже видны фигуры каріокинеза.

О послѣдовательныхъ измѣненіяхъ говорить къ сожалѣнію, не приходится, такъ какъ мышь переживаетъ очень недолго самыя незначительныя операціи; въ тѣ же часы, которые онѣ выживаютъ, жизнеспособность ихъ организма на столько понижена, что никакой реакціи не происходитъ. Мелко клѣточная ин-



Рис. 3.

фильтрація сама по себѣ не демонстративна, она имѣется всегда въ раковой ткани.

Фульгурацію черезъ кожу и короткими сеансами (5—10") мышь переноситъ хорошо (нѣкот. переживали 12 сеансовъ), но при этомъ раковыя клѣтки поражаются лишь очень поверхностно, кожа изъязвляется, а опухоль продолжаетъ расти не менѣе быстро чѣмъ обыкновенно (рис. 3). Образующаяся подѣ кожей довольно плотная корочка и кожа препятствуютъ глубокому проникновению искры; большая устойчивость относительно фульгураціи раковыхъ клѣтокъ требуетъ длительныхъ сеансовъ, а короткіе и повторяющіеся быть можетъ лишь являются хорошимъ тоническимъ средствомъ и способствуютъ росту опухоли (Keating-Hart, Bizard, Czerny). Дальнѣйшую жизнеспособность фульгурируемой ткани мы изучали также въ прививкахъ. Для этого поступали слѣд.

обр: часть опухоли вырѣзывалась и прививалась, затѣмъ оставшаяся фульгурировалась 10—40'' и прививалась тому же количеству и виду мышей. Опыты повторились 5 разъ и дали слѣдующіе результаты:

1—20''	Ф.	0	‰	Ф.	+	100‰.	
2—20''	"	+	25	‰	"	+	75‰.
3—30''	"		0	‰	"	+	75‰.
4—40''	"	+	33 ¹ / ₃	‰	"	+	90‰.
5° 40''	"		0	‰	"	+	20‰.

Здѣсь нужно оговорить, что успѣшность прививокъ не есть величина постоянная: она находится въ зависимости отъ многихъ намъ не всегда извѣстныхъ условій (степень вирулентности, воспріимчивость организма и т. д.). Но ссылаясь на выше приведенныя гистологическія измѣненія, мы можемъ сказать, что результатъ отрицательный получался въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль фульгурировалась долго и всѣ клѣтки были некротизированы. Пока мы не имѣемъ возможности дозировать величину искры и приходится руководиться только продолжительностью сеанса, измѣняя ее въ зависимости отъ величины опухоли. Клѣтки раковой опухоли у мышей безусловно погибаютъ отъ фульгураціи, но обнаруживаютъ большую стойкость: для того чтобы получить некрозъ, идущій на 5 mm. въ глубину не всегда достаточно 30''.

Познакомившись съ дѣйствіемъ фульгураціи на ткани животныхъ, мы нашли возможнымъ въ январѣ 1909 примѣнить этотъ методъ и на больныхъ. До настоящаго времени мы фульгурировали 6 больныхъ, изъ кот. случай 4-й cancer верхней губы *portionis vaginalis* на 5-е сутки оперировался по Wertheim'у, 5 остальныхъ были случаи неоперативные съ далеко зашедшимъ поражениемъ шейки и сильно инфильтрованной клѣтчаткой.

Техника слѣд. Вся пораженная ткань на шейкѣ по сколько возможно удаляется острой ложечкой и ножомъ, затѣмъ приступаемъ къ фульгураціи. Необходимы слѣд. предосторожности: деревянный столъ, никакихъ металлическихъ инструментовъ употреблять нельзя, ложкообразныя зеркала изъ твердаго каучука, держалками служатъ длинныя шелковыя лигатуры. Фульгурація всегда съ Co^2 ; обходимъ искрой всю доступную поверхность отъ 30 до 40'', затѣмъ скоблимъ и фульгурируемъ 10—15''. Наркозъ всегда хлороформенный (кстати его нужно очень немного). Никакихъ непріятныхъ послѣдствій отъ операции у нашихъ больныхъ мы не получали. Ожоги во влагалищѣ получили лишь въ одномъ случаѣ, когда плохо его защитили. Пульсъ все время хорошаго наполненія.

Подъ влияніемъ искры паренхиматозное кровотеченіе оста

навливается. Раневая поверхность покрывается рыхлой пленкой, затѣмъ принимаетъ буровато-желтый оттѣнокъ. Размягченіе, о которомъ говоритъ Keating-Hart и др. авторы и которое позволяетъ соскоблить еще ткань послѣ фульгураціи мы не замѣчали и вторичное выскабливаніе почти ничего не давало.

Изъ фульгурированныхъ нами больныхъ одна выписалась на 21-й день, такъ какъ у нея образовался пузырно-шеечный свищъ. Двѣ выписаны на 9-й день и 3 находятся еще сейчасъ въ клиникѣ.

У всѣхъ раневая поверхность на 3-й—4-й день покрывалась свѣжими грануляциями. Не было ни корочекъ, ни налетовъ, ни кровотеченія. При выпискѣ все загранулировалось. Выдѣленія, слегка окрашенные первые сутки, потомъ становились желтыми, шли обильно, безъ запаха. Отъ трехъ выписанныхъ больныхъ мы получили свѣдѣнія 2 мѣсяца спустя—всѣ онѣ отмѣчаютъ улучшеніе симптомовъ (нѣтъ кровеотдѣленій, зловонныхъ выдѣленій и боли).

Микроскопъ обнаруживаетъ некрозъ ткани идущій не очень глубоко (4—5 mm.). Относительно дальнѣйшихъ измѣненій мы можемъ говорить только въ случаѣ 4-мъ, гдѣ матка была удалена на 5-ые сутки. Здѣсь мы видимъ слѣд: слизистая оболочка и железы, а также мышцы мѣстами некротизированы, среди этого некроза видны погибшія клѣтки опухоли. Много лейкоцитовъ, молодыхъ соединительныхъ клѣтокъ, образуются капилляры. Нѣсколько дальше въ уцѣлѣвшую маточную ткань тоже направляются эти молодыя клѣтки, но здѣсь видны также и сохранившіяся клѣтки новообразованія. На этотъ фактъ я позволю себѣ обратить вниманіе. Повидимому, фульгурація втеченіе 30", была недостаточна чтобы убить ткань глубже лежащую. Послѣдовательный некрозъ железъ, о которомъ говоритъ Keating-Hart въ данномъ случаѣ не подтвердился; такъ железа, ближайшая къ фульгурируемому участку наполнена сохранившимися клѣтками опухоли. Описываемый нами случай пока единственный, но отмѣченная здѣсь резистенція раковыхъ клѣтокъ находится въ соотвѣствіи съ нашими наблюденіями у мышей. Быть можетъ благодаря энергичному росту, который фульгурація безусловно вызываетъ, соединительная ткань сдавить, побѣдить, оставшіяся отдѣльныя клѣтки опухоли—это предположеніе можно пока только сдѣлать; дальнѣйшее наблюденіе и повторное микроскопическое изслѣдованіе разрѣшить этотъ вопросъ, а пока на основаніи вышесказаннаго мы вправѣ сдѣлать лишь слѣдующіе выводы:

1. Фульгурація убиваетъ ткань поверхностно.
2. Она некротизируетъ всѣ ткани, но вызываетъ быструю и энергичную защитительную реакцію.

3. Клѣтки злокачественныхъ новообразованій обнаруживаютъ большую стойкость противъ фульгураціи нежели клѣтки паренхиматозныхъ органовъ.

4. Фульгурація не есть специфическое средство для излѣченія злокачественныхъ новообразованій, а можетъ лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ служить средствомъ вспомогательнымъ.

5. Желательно фульгурировать и случаи оперативные тотчасъ послѣ удаленія пораженныхъ отдѣловъ, какъ это предложено Keating-Hart'омъ, Bizard'омъ и др.

акusher-lib.ru

Л.

Матерьялы къ лѣченію рака женскихъ половыхъ органовъ.*)

Д-ра Г. Писемскаго.

Завѣдующаго гинекологическимъ отдѣленіемъ Кіевской городской Цесаревича Александра больницы.

Вопросъ о коренномъ лѣченіи рака матки до сего времени далеко не рѣшенъ еще окончательно. Въ настоящее время, какъ и раньше, вопросъ этотъ является предметомъ обсуждения въ хирургическихъ обществахъ и не сходитъ со страницъ специальныхъ журналовъ. Все это указываетъ на тотъ живой интересъ, который возбуждаетъ онъ среди гинекологовъ и хирурговъ. Чтобы разобраться въ этомъ дѣлѣ, нужно побольше наблюдений, проведенныхъ клинически, необходимо приводить факты, которые больше всего помогутъ внести свѣтъ въ этотъ крайне трудный вопросъ.

Руководясь только этими соображеніями, я и беру на себя смѣлость представить здѣсь мои замѣчанія, основанныя главнымъ образомъ на личныхъ, хотя, быть можетъ, и малочисленныхъ наблюденияхъ.

Въ основу моего сообщенія положены случаи раковаго заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ, которые я наблюдалъ въ гинекологическомъ отдѣленіи Кіевской Городской больницы за время моего завѣдыванія этимъ отдѣленіемъ, т. е. за послѣдніе 6 лѣтъ, начиная съ 1903 года. За указанный промежутокъ времени стационарныхъ раковыхъ больныхъ было 171. По локализациіи заболѣванія случаи эти можно раздѣлить на слѣдующія группы.

- | | |
|---|------|
| I. Ракъ наружныхъ половыхъ частей | 3. |
| II. Первичный ракъ влагалища | 2. |
| III. Ракъ яичниковъ | 3. |
| IV. Ракъ матки | 103. |

Въ *первой группѣ* были: 1) cancer labii majoris, cancer vulvae съ обширнымъ распространеніемъ на промежность и 2) cancer introitus vaginae, перешедшій на переднюю стѣнку влагалища и мочеиспускательный каналъ.

Въ отношеніи хирургическаго лѣченія рака наружныхъ половыхъ органовъ разногласія среди хирурговъ не возникаетъ. Удаляется какъ можно шире все, что только возможно

*) Докладъ на III съѣздѣ Общества Россійскихъ акушеровъ и гинекологовъ.

включая и паховыя железы сообразно общепринятымъ правиламъ хирургіи. Такъ и поступали мы въ своихъ, въ общемъ, запущенныхъ случаяхъ. Ко второй группѣ относятся слѣдующіе два случая рака влагалища.

1) Матрена М., 43 л., nulli para поступила въ больницу 5. III. 1904 г. Правильно менструируетъ съ 17 л., по 3 дня, черезъ 3 недѣли. Вышла замужъ 16 л. Около 7 л. т. н. ей сдѣлана была операція выскабливанія полости матки. Послѣдніе 2 года чувствуетъ себя плохо, слабѣетъ, становится малокровной; около полугода стали появляться кровянистыя выдѣленія изъ влагалища. Питаніе ниже средняго. Паховыя железы рѣзко увеличены. Наружные половые органы безъ особаго измѣненія. Входъ во влагалище болѣзненъ; слизистыя гиперемированы. На передней стѣнкѣ влагалища, а также справа и слѣва, приблизительно на протяженіи 5 сант. отъ входа, слизистая инфильтрована. Слѣва слизистая изъязвлена, покрыта сѣроватымъ налетомъ, кровоточива.

Матка—безъ видимыхъ измѣненій, указывающихъ на раковое заболѣваніе, ограниченно подвижна. Придатки не прощупываются. Микроскопическій діагнозъ: Carcinoma vaginae. Операція. Циркулярнымъ разрѣзомъ удалены пораженныя части влагалища и вылушены паховыя железы на обѣихъ сторонахъ.

2) Анисья И-ва, 34 л., поступила въ больницу 9. VI. 1908 г. Менструируетъ правильно съ 15 л., черезъ 4 недѣли по 3 дня; крови не обильны, безболѣзненны. Замужемъ съ 18 л., имѣла 2 дѣтей; рожала благополучно, послѣдній разъ 13 л. т. н. Считаетъ себя больной 4 мѣсяца, когда случайно сама у себя пальцемъ опредѣлила на стѣнкѣ влагалища „наростъ величиною съ вишню“. Опухоль эта замѣтно увеличивалась. Появились бѣли желтаго цвѣта, разѣдающія и вызывающія зудъ. Похудѣла, малокровна, блѣдна. Наружные половые органы не представляютъ замѣтныхъ уклоненій. Обильныя влагалищныя серозно-кровянистыя выдѣленія. На задней стѣнкѣ влагалища, ближе къ port. vag. uteri замѣчается опухоль, мало подвижная, расположенная въ толщѣ стѣнки влагалища и выступающая въ его просвѣтъ, величиною въ сливу или больше. Поверхность опухоли изъязвлена, кровоточива. На port. vag. небольшая эрозія. Матка отклонена къзади, ограниченно подвижна. Придатки ея безъ видимыхъ измѣненій. Опухоль тѣсно примыкаетъ къ кишкѣ, но слизистая послѣдней еще смѣщается надъ опухолью.

Итакъ, въ первомъ нашемъ случаѣ первичнаго рака влагалища была поражена его нижняя треть, а во второмъ—раковая язва помѣщалась въ верхней его части ближе къ portio vaginalis, причѣмъ въ первомъ случаѣ было пропитываніе стѣнокъ влагалища

раковымъ процессомъ, а во второмъ имѣлась просто раковая язва. Ракъ влагалища именно въ этихъ двухъ формахъ и встрѣчается (Krebs): или въ видѣ диффузной инфильтраціи, иногда окружающей кольцеобразно все влагалище и превращающей его въ неподвижную трубку, или въ формѣ болѣе локализованной опухоли, сидящей на одной изъ стѣнокъ влагалища, иногда въ видѣ разрашенія, похожаго по формѣ на цвѣтную капусту. (Krönig u. Döderlein.)

Вообще ракъ влагалища встрѣчается довольно рѣдко. По Гиммельфарбу до 1902 года въ литературѣ описано всего 155 случаевъ первичнаго рака влагалища. На 24000 слишкомъ случаевъ, зарегистрированныхъ въ моей домашней амбулаторіи и 3000 слишкомъ стационарныхъ больныхъ гинекологическаго отдѣленія Кіевской городской больницы, т. е. на 27000 слишкомъ больныхъ я встрѣтилъ всего 2 описанные выше случая. Локализованныя карциномы влагалища чаще всего сидятъ на задней стѣнкѣ его. По однимъ (Гиммельфарбъ) чаще поражаются верхніе отдѣлы влагалища, по другимъ (Krönig)—нижніе. Ракъ влагалища отличается большою злокачественностью: онъ рано переходитъ на клѣтчатку, поражаетъ пузырь, прямую кишку и лимфатическія железы. При локализациі опухоли въ нижнихъ отдѣлахъ влагалища, какъ и при ракъ наружныхъ половыхъ органовъ, поражаются паховыя железы. Если же язва сидитъ въ верхнихъ третяхъ влагалишной трубки, то инфильтрируются влагалищно-прямокишечныя железы (Necht). Въ нашемъ второмъ случаѣ, который считался уже запущеннымъ, предположено было удалить кромѣ пораженнаго влагалища и матки еще и крестцовыя железы, а равно резецировать и прямую кишку, если окажется нужнымъ. Предположивъ исполнить операцію по крестцовому методу, я просилъ произвести ее моего товарища по больницѣ пр.-доц. И. А. Бондарева, завѣдующаго хирургическимъ отдѣленіемъ. При операціи прямая кишка оказалась здоровой, почему и оставлена нетронутой и только было частично изсѣчено влагалище и удалены паравагинальная, параанальная клѣтчатка и нѣсколько железокъ изъ крестцовой впадины. Больная выздоровѣла, вполне оправилась и остается до сего времени безъ рецидива. Тѣмъ не менѣе у меня получилось впечатлѣніе не вполне благопріятное для крестцоваго пути прохожденія къ маткѣ и крестцовой впадинѣ. Травма велика, свѣту мало, кровотеченіе значительное, а главное, поиски за железами едва ли могутъ увѣнчаться успѣхомъ. Теперь я предпочелъ бы брюшной методъ (Wertheim'a). При этомъ послѣднемъ способѣ поле операціи открыто въ значительно большей степени, есть

возможность ориентироваться относительно поражения соседних частей и въ случаѣ надобности резецировать rectum, какъ это дѣлаетъ Mackenrodt. Если имѣются уже значительныя пораженія прямой кишки, то слѣдуетъ прибѣгать къ комбинированному способу, брюшно-промежностному, какъ поступилъ въ своемъ случаѣ д-ръ Г. И. Гиммельфарбъ.

Далѣе третья группа. Всѣ случаи рака яичника оперированы нами по брюшному методу, по типу, обычному для овариотоміи, съ удаленіемъ другого яичника, хотя бы по виду онъ и казался совершенно здоровымъ. Всѣ больныя поправились. Одна изъ оперированныхъ, какъ намъ извѣстно, здорова уже 2 года послѣ операциіи.

Перехожу теперь къ самой многочисленной группѣ—къ раку матки. Здѣсь было:

а) неоперативныхъ случаевъ	100
б) доступныхъ коренной операциіи	63

Такимъ образомъ, оперативность нашего стационарнаго матеріала равняется 38% или меньше половины. Это говоритъ за то, что мы обслуживаемъ мало развитой, мало обезпеченный, бѣдный классъ населенія, который обращается въ больницу только въ крайности, съ запущенными формами болѣзни. Впрочемъ, явленіе это далеко не исключительное для больницъ не только въ Россіи, но и въ другихъ государствахъ. По статистическимъ даннымъ Schindler'a, изъ клиники Gratz'a, съ 1 января 1899 г. по 1 января 1904 года на 588 приходившихъ раковыхъ больныхъ оперировано радикально 117 случаевъ (22,8%). Если же брать во вниманіе принятыхъ тамъ въ госпиталь, то выйдетъ 36%, что почти равняется нашему.

Въ 30 изъ нашихъ запущенныхъ случаевъ мы примѣнили лишь только терапевтическое лѣченіе, а въ 70—хирургическое палліативное, которое состояло въ основательномъ выскабливаніи острой ложечкой раковыхъ массъ съ послѣдующимъ прижиганіемъ раковыхъ массъ аппаратомъ Raquelin'a или безъ этого прижиганія, послѣ чего онѣ выписывались изъ больницы. Такое лѣченіе облегчало до извѣстной степени нашихъ больныхъ, разумѣется временно. Въ трехъ случаяхъ, гдѣ абдоминальная экстирпация матки оказалась невыполнимой вслѣдствіе значительнаго распространенія раковаго процесса, попутно произведена была перевязка сосудовъ по способу Jonesco. Перевязывались а. а. spermaticae int., hypogastricae и lig. rotundi. Операцию эту, кромѣ ея автора, производилъ Stolz, Krönig, Lidental, у насъ въ Россіи Зыковъ въ Московскомъ раковомъ

институтъ Морозова (Зыковъ, „Русскій Врачъ“, 1905 г.), Китнеръ, Доббертъ) въ Петербургѣ въ Александровскомъ пріютѣ, въ Кіевѣ пр.-доц. А. И. Ивановъ. Всѣ больныя наши выздоровѣли послѣ операціи. Дальнѣйшая судьба двухъ изъ нихъ неизвѣстна. У третьей же первое время послѣ операціи замѣчалось значительное улучшение, какъ общаго состоянія, такъ и мѣстныхъ явленій. Появился аппетитъ, улучшилось самочувствіе, кровотеченія прекратились, выдѣленія значительно уменьшились, но все это не надолго, вскорѣ тѣже явленія возобновились и черезъ 1 годъ послѣ операціи больная скончалась при явленіяхъ кахексіи.

Изъ числа больныхъ, которымъ мы нашли возможнымъ произвести коренную операцію, у 43 было сдѣлано полное изсѣченіе матки влагалищнымъ путемъ и 20—брюшнымъ. Какими соображеніями руководились мы при выборѣ того или другого пути? Какъ сказано выше, показанія къ примѣненію того или другого метода еще не установлены точно и взгляды хирурговъ подчасъ расходятся совершенно. Однако, далеко еще не такъ то время, когда вопросъ этотъ почти и не возбуждался. Всѣ хирурги при ракъ матки въ оперативныхъ, а часто и въ запущенныхъ случаяхъ прибѣгали исключительно къ влагалищному способу, который считался самымъ совершеннымъ.

Исторія влагалищнаго метода удаленія матки обнимаетъ цѣлое столѣтіе, если не считать указаній по этому вопросу въ древности (напр. Соранъ Ефесскій). Нѣкоторые отважные хирурги уже начала прошлаго вѣка не останавливались передъ мыслью объ удаленіи раковоперерожденной матки. Здѣсь умѣстно вспомнить имя французскаго хирурга Resamier и его настойчивые и достойные удивленія труды въ этомъ направленіи. Новѣйшая наука съ уваженіемъ должна вспомнить имя этого исключительнаго человѣка. На трупѣ Resamier впервые удалилъ матку въ 1802 году, а на живой женщинѣ 1829 г. И до него производилась эта операція (Sauter, Blundel и др.), но онъ первый ввелъ систематическую перевязку и накладываніе особыхъ зажимовъ на сосуды матки. До этого времени перевязка сосудовъ не производилась, кровотеченіе задерживалось просто тампонадой изъ корпии, и больныя погибали, если не отъ сепсиса, то отъ послѣдующаго кровотеченія. Смертность была ужасающая, почему хирургія и отказалась принять эту операцію, которой суждено было возродиться черезъ полъ столѣтія при болѣе уже благоприятныхъ условіяхъ.

Съ введеніемъ антисептики въ хирургию начинается новая эпоха въ борьбѣ съ cancer uteri. Новѣйшая исторія хирургическаго лѣченія рака матки тѣсно связана съ именами проф.

W. A. Freund'a и Czerny, которые въ 1878 году, почти одновременно, выступили со своими столь противоположными другъ другу методами экстирпаціи матки. Freund 30 января произвелъ свою первую тотальную экстирпацію по брюшному методу, причемъ его больная жила еще въ 1893 году, а Czerny 12 августа того же года сдѣлалъ первую вагинальную экстирпацію матки. Freund вначалѣ возбудилъ большой интересъ среди гинекологовъ и хирурговъ, давъ оригинальную мысль всю операцію выполнить путемъ надлобкового чревосѣченія. Этимъ предложеніемъ онъ далеко опередилъ свое время, ибо тогда еще опасность при чревосѣченіяхъ была слишкомъ велика, и столь сложная операція еще болѣе увеличивала эту опасность. По Ahlfeld'у % смертности послѣ операціи Freund'a въ началѣ равнялся 72, а у Gusserow'a=71.6%. У самаго Freund'a послѣ первыхъ 10 его операцій было 7 смертныхъ случаевъ. L. Piquét и P. Mauclairé собрали изъ литературы 232 случая операціи Freund'a съ 82 (35,3%) смертями.

Ни значительная смертность, ни то обстоятельство, что у многихъ изъ выздоровѣвшихъ остались пораненія мочевого пузыря, прямой кишки и мочеточниковъ, не имѣло бы значенія; операція всетаки могла быть одной изъ наиболѣе блестящихъ, въ рядахъ оперативной медицины, если бы только перенесшія счастливо операцію излѣчивались надолго. Однако, всѣ о которыхъ сообщается, умерли болѣе, или менѣе поздно отъ рецидива» говоритъ Gusserow. (Цит. по дисс. Петрова. Къ вопросу о радикальн. лѣч. рака матки). Вслѣдствіе такихъ результатовъ первоначальное увлеченіе этимъ методомъ вскорѣ уступило мѣсто противоположному настроенію и абдоминальная операція всѣми была оставлена. Почти всѣ хирурги обратили свое вниманіе на операцію Czerny, которая, казалось, не представляла такой непосредственной опасности для жизни. Операцію эту скоро технически усовершенствовали нѣмецкіе операторы, впереди которыхъ можно поставить имена Billroth'a, Schröder'a, Martin'a, Olshausen'a и др., благодаря ему довольно высокій въ началѣ % смертности понизился до самыхъ малыхъ размѣровъ.

Но чѣмъ дальше и больше занимались вагинальной тотальной экстирпаціей, тѣмъ болѣе первоначальная радость непосредственнаго выздоровленія послѣ операціи омрачалась мало удовлетворительными и, можно сказать, прямо печальными результатами позднѣйшаго теченія. Чѣмъ становился опытнѣе хирургъ, тѣмъ онъ былъ осторожнѣе при выборѣ случаевъ для операціи. И такіе примѣры не составляютъ исключенія. Нѣкоторые хирурги и даже весьма активные, какъ, напр., проф. Schanta, чуть ли

не приходили въ отчаяніе, да и было отъ чего. „Мой личный опытъ показалъ мнѣ, говоритъ Schauta, что ни вмѣшательство посредствомъ лапаротоміи, ни сакральная, ни перинеальная операціи ничего не могутъ измѣнить въ этомъ отношеніи. Эффектъ получался прямо противоположный тому, котораго желали; послѣдствія же послѣ операціи еще болѣе ухудшались. И такимъ образомъ я пришелъ къ выводу, что лучшіе послѣоперационные результаты могутъ получиться только при очень тщательномъ выборѣ случаевъ. Благодаря этому естественно понижается % смертности, такъ что за послѣдніе 10 лѣтъ я оперировалъ только 14,7 на 100 изъ всѣхъ карциномъ съ которыми являлись въ мою клинику для операціи. Не смотря на такой строгій выборъ оперируемыхъ, черезъ 5 лѣтъ послѣ вагинальной операціи оставались живыми и здоровыми всего только 26,4 на 100 оперированныхъ“. Какъ средство улучшения такого печальнаго положенія вещей предложена была расширенная вагинальная операція (Schuchart), и въ особенности такъ горячо принятая со всѣхъ сторонъ расширенная тотальная экстирпація per abdomen съ удаленіемъ тазовой клѣтчатки и тазовыхъ лимфатическихъ железъ.

Не подлежить сомнѣнію, что при операціи рака мы имѣемъ тѣмъ болѣе шансовъ на успѣхѣ, чѣмъ болѣе удаляемъ тканей вокругъ раковаго очага. При этомъ также не можетъ быть никакого сомнѣнія, что при экстирпаціи матки по брюшному методу можно несравненно больше удалить клѣтчатки, чѣмъ при влагалищномъ и что экстирпировать раково-перерожденныя железы можно только при первомъ способѣ (Olshausen). „Поэтому попытки, сдѣланныя въ теченіе послѣднихъ годовъ цѣлымъ рядомъ операторовъ замѣнить влагалищную операцію брюшной съ тѣмъ, чтобы кромѣ матки удалить какъ можно больше клѣтчатки и железъ, рациональны и заслуживаютъ подражанія“, говоритъ видный сторонникъ вагинальнаго метода проф. Olshausen.

Теперь рассмотримъ вкратцѣ оба указанные метода удаленія раковой матки, во первыхъ, со стороны первичныхъ явленій сопровождающихъ самое производство операціи, т. е. какъ велика смертность первичная и какъ великъ % раненій сосѣднихъ органовъ, а во вторыхъ, со стороны вторичныхъ явленій т. е. со стороны длительности результатовъ этихъ операцій.

Не вдаваясь въ литературныя подробности, я приведу здѣсь лишь только цифровыя данныя Olshausen'a и Wertheim'a, какъ наиболѣе выдающихся сторонниковъ разсматриваемыхъ методовъ операціи, обладающихъ притомъ наиболѣе обширной и наилучше обработанной статистикой оперированныхъ случаевъ. У

перваго изъ указанныхъ авторовъ цифровыя данныя относительно первичной смертности таковы:

1892—1893	г. г.	при 104 операц.	умерло + 7 = 6,7 %
1894—1895	" "	" 177 "	" + 55 ? = 6,2 % (?)
1897—	" "	" 65 "	" + 5 = 7,7 %
1898—1900	" "	" 292 "	" + 15 = 5,1 %
1901—1902	" "	" 206 "	" + 15 = 7,3 %
1903—1904	" "	" 158 "	" + 7 = 4,4 %
1905—1906	" "	" 152 "	" + 6 = 4,0 %

Главнѣйшей причиной смертности здѣсь является сепсисъ.

При оцѣнкѣ того или другого оперативнаго метода необходимо принять во вниманіе также и рискъ пораненія сосѣднихъ органовъ. Заимствуемъ у того же автора указанія относительно послѣдняго рода поврежденій. За 6 лѣтъ (1901—1906) было произведено 528 операций (включая сюда и неоконченныя). При этомъ 14 разъ наблюдалось поврежденіе мочевого пузыря и 12 разъ поврежденіе или перевязка мочеточниковъ, 1 разъ была повреждена прямая кишка. Всего, слѣдовательно, 4,7% поврежденій сосѣднихъ органовъ, цифра немногимъ меньше % у Непкеля (5,1%), который представилъ точныя данныя по тому же вопросу изъ берлинской же университетской женской клиники за предшествовавшіе 6 лѣтъ (до 1900 г.). Приведенныя цифры поврежденій самъ Olshausen признаетъ высокими.

Такимъ образомъ, по большимъ клиническимъ статистикамъ у наиболѣе счастливыхъ операторовъ % первичной смертности не менѣе 4% при значительномъ числѣ поврежденій сосѣднихъ органовъ.

Что касается позднѣйшей судьбы оперированныхъ у Olshausen'a, то это видно изъ слѣдующей таблицы, показывающей результаты влагалишной операции (cancer colli et corporis uteri) спустя 5 лѣтъ:

Годъ.	Число выжившихъ послѣ операціи.	Утерянныхъ изъ виду.	Умершихъ.	Получившихъ рецидивъ.	Живыхъ.
1898 . .	77	13	23	26	15
1899 . . .	87	19	15	36	17
1900 . . .	103	23	26	33	21
1901 . . .	85	15	23	26	21
Сумма . .	352	70	87	121	74
1902 . . .	100	16	22	40	22
Всего . . .	452	86	109	161	96

Итакъ, изъ 452 больныхъ ракомъ, подвергнувшихъ операціи, остается въ живыхъ спустя 5 лѣтъ всего 96.

Если же отнести это число ко всему количеству больныхъ ракомъ (809 больныхъ), которые встрѣтились Olshausen'у отъ 1898 по 1902 г., то получится всего 9,4% излѣченія.

„Я долженъ сознаться“ говорить Olshausen, „что ожидалъ лучшаго результата, и если быть можетъ, при новыхъ наблюденіяхъ черезъ дальнѣйшія 5 лѣтъ, конечный результатъ будетъ немного лучше, и первичная смертность понизится вслѣдствіе усовершенствованія операциі, то я все же, съ Döderlein'омъ, того убѣжденія, что мы съ вагинальной операцией рака шейки матки не очень далеко уйдемъ въ конечныхъ результатахъ отъ 10%, если больная въ будущемъ не стануть приходить для операциі раньше, чѣмъ теперь“.

Слѣдовательно, въ настоящее время при большихъ статистикахъ, въ рукахъ лучшихъ операторовъ, при исключительно хорошей клинической обстановкѣ, изъ 10 женщинъ, заболѣвшихъ ракомъ матки, при радикальной вагинальной операциі, имѣтъ шансъ остаться въ живыхъ безъ рецидива только одна.

Относительно абдоминальнаго метода такихъ большихъ и столь хорошо обработанныхъ цифръ еще не имѣется. Методъ этотъ еще слишкомъ новый. Здѣсь мы имѣемъ самую обширную статистику у Wertheim'a. Послѣдній на Съѣздѣ нѣмецкихъ гинекологовъ въ Дрезденѣ въ 1907 году заявилъ, что въ послѣднее время у него первичная смертность при расширенной абдоминальной операциі рака матки дѣлается все меньше и въ числѣ послѣднихъ 158 случаяхъ онъ потерялъ всего только 12 больныхъ, т. е. 7,5%.

У Maskenrodt'a (Ibid.) на 144 случая рака (иногда съ пораженіемъ мочевого пузыря и прямой кишки) первичная смертность колеблется между 19—21%. У Faure'a въ послѣднее время первичная смертность 12—15%. (Въ первые годы—60%. Изъ 15 больныхъ умерли 9).

„Не смотря на всю ширину показаній, вызывающихъ большое число тяжелыхъ случаевъ, мы не ошибемся, если оцѣнимъ современную смертность при расширенной брюшной полной экстирпациі раковой матки около 15^{0,0}“, говорить Krönig.

Что касается длительныхъ результатовъ, то у Wertheim'a до сего времени имѣются наблюденія надъ 400 лапаротомированными. При этомъ 120 случаевъ имѣютъ уже пятилѣтнюю давность. Изъ этихъ 120 больныхъ надо отнять 3 случая рака тѣла матки, 1 cancer vulvae и 2 случая, гдѣ смерть наступила отъ постороннихъ причинъ. Остается 114 случаевъ. Изъ нихъ первично умерли 27, а для провѣрки длительныхъ результатовъ остается

всего 87 больныхъ. Ни одна больная, нужно замѣтить, не исчезла изъ-подъ наблюденія. Изъ 87 больныхъ, оставшихся въ живыхъ послѣ операціи, черезъ 5 лѣтъ оказались свободными отъ рецидивовъ 51, т. е. 58,6%, что составляетъ больше половины всѣхъ больныхъ, которымъ была сдѣлана операція. Абсолютный же % смертности по отношенію ко всѣмъ женщинамъ, приходившимъ за пособіемъ, получится 19,16%. У Maskenrodta цифры получились еще лучше, а именно, послѣ 5 лѣтъ остаются здоровыми 55,6%—до 58,3%, абсолютное же излѣченіе = 47,4%.

Изъ приведенныхъ данныхъ у наиболѣе счастливыхъ операторовъ видно, что при абдоминальной операціи % первичной смертности значительно выше, чѣмъ при вагинальной, но за то длительные результаты и абсолютный % выздоровленій здѣсь являются уже и теперь болѣе ободряющими, чѣмъ при операціи черезъ влагалище.

Перехожу къ нашему матеріалу и прежде всего остановлюсь вкратцѣ на технику.

Вагинальный путь.

Изъ 43 оперированныхъ черезъ влагалище, матка удалена низведеніемъ 26 разъ и запрокидываніемъ черезъ передній или задній своды — 14 разъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ непосредственное низведеніе матки было затруднительно, ходъ операціи значительно облегчается послѣ запрокидыванія дна матки. Всѣ случаи, за исключеніемъ двухъ, мы дѣлали съ наложеніемъ шелковыхъ лигатуръ на широкія связки. Два раза была сдѣлана операція по пинцетному способу. Главное преимущество пинцетовъ à demeure заключается въ томъ, что при наложеніи ихъ сокращается время операціи. Гдѣ это необходимо, тамъ пинцеты умѣстны. Въ другихъ отношеніяхъ пинцетный способъ имѣетъ значительные недостатки и въ особенности въ отношеніи гемостаза. Здѣсь требуются идеально устроенные зажимы. Последніе, будучи устроены несовершенно, отпускаютъ сосуды, или перекусываютъ ткани, что влечетъ за собою иногда очень опасное кровотеченіе. Въ одномъ подобномъ случаѣ, гдѣ была передавлена верхняя часть широкой связки съ трубою, намъ пришлось прибѣгнуть къ чревосѣченію, чтобы найти кровоточащую внутреннюю сѣменную артерію. Больная выздоровѣла. Затѣмъ, не такъ рѣдко, встрѣчаются пролежни отъ пинцетовъ въ сосѣднихъ органахъ, пораненія мочевого пузыря, мочеточниковъ, кишекъ и т. п. Послѣ наложенія пинцетовъ мы также имѣли фистулу мочевого пузыря въ одномъ изъ нашихъ случаевъ. Въ виду этого, мы прибѣгаемъ къ наложенію пинцетовъ à demeure только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ необходимо торопиться съ окончаніемъ операціи.

Почти во всѣхъ случаяхъ рака шейки матки мы предварительно передъ операцией прижигаемъ шейку матки аппаратомъ Raquelin'a во-первыхъ, чтобы удалить раковыя массы, а во-вторыхъ, чтобы избѣжать возможныхъ прививокъ раковой ткани во время операциіи. На возможность подобныхъ прививокъ указывалось еще въ 1893 году Winter'омъ. Однако не всѣ допускаютъ возможность подобныхъ прививокъ. Противники (Freund, Hauser и др.) указываютъ, между прочимъ, на то обстоятельство, что ракъ — болѣзнь не инфекціонная, ибо не доказано еще, чтобы онъ когда-либо перешелъ отъ человѣка къ человѣку. Однако, Winter, да и всѣ его сторонники, справедливо отмѣчаютъ тотъ фактъ, что большинство рецидивовъ рака матки чаще всего наблюдается на мѣстѣ первоначальнаго разрѣза и послѣдующихъ рубцовъ. Нѣкоторые сторонники Winter'a (Mackenrodt, Gelhorn) проводятъ его теорію такъ далеко, что утверждаютъ, будто всякій рецидивъ или большинство изъ нихъ получается путемъ прививки. Самъ Winter считаетъ это увлечениемъ и за подобный прямолинейный взглядъ на свою теорію снимаетъ съ себя всякую отвѣтственность. Клинически возможность подобной прививки можетъ считаться доказанной.

У меня имѣются два наблюденія, гдѣ несомнѣнно имѣлась прививка раковой ткани. Первый случай я наблюдалъ въ моей частной практикѣ. Жена врача Л—ва, въ климактерическомъ возрастѣ явилась ко мнѣ съ жалобами на меноррагію и обильныя истечения серозно-кровянистой жидкости въ промежуткахъ между регулами. Влагалищная часть матки безъ особыхъ измѣненій, нѣсколько атрофична, укорочена. Матка увеличена, мягка. Сдѣлано выскабливаніе полости матки. При изслѣдованіи соскобовъ подъ микроскопомъ обнаружена *adeno-carcinoma cavi uteri*. На предложенную радикальную операцию больная согласилась, но уѣхала на нѣсколько дней изъ Кіева въ деревню, такъ какъ это былъ канунъ праздника Рождества Христова. Около двухъ недѣль спустя она поступила въ хирургическую клинику для операциіи. При первомъ же осмотрѣ я нашелъ у нея близъ входа во влагалище, на передней его стѣнкѣ, на мѣстѣ *carina vaginae* затвердѣніе въ лѣсной орѣхъ, которое замѣтно увеличивалось. При микроскопическомъ изслѣдованіи кусочка взятаго этой опухоли найдена *adeno-carcinoma*, такъ же, какъ и въ полости матки. Я не сомнѣваюсь, что въ указанномъ мѣстѣ *adeno-carcinoma* развилась только послѣ прививки клѣтокъ этой опухоли, на раненую слизистую оболочку влагалища, куда онѣ могли попасть вмѣстѣ съ истечениями изъ матки.

Въ другомъ случаѣ мы наблюдали у одной нашей больнич-

ной пациентки появленіе раковаго узла въ рубцѣ промежности послѣ изсѣченія раковой матки съ помощью разрѣза Schuchardt'a. Полъ года спустя послѣ операциі у этой больной развился раковый узелъ въ рубцѣ, который первоначально зажилъ совершенно гладко.

Также недавно Zurhelle изъ клиники Fritsch'a (Arch. f. Gyn. Bd. LXXXI, NN. 2) сообщилъ „одинъ достовѣрный случай раковой инокуляціи“. Женщина 32 л., cancer colli uteri. Oper. Wertheim'a. Ровно черезъ 3 мѣсяца больная явилась обратно въ клинику съ опухолью въ яблоко, сидящей въ верхней части рубца живота. Исслѣдованія показали, что опухоль была одного строенія съ новообразованиемъ матки. Экспериментальныя данныя относительно возможности прививокъ рака у животныхъ (мыши) могутъ служить только подтвержденіемъ клиническихъ наблюденій.

Кромѣ обжиганія раковой ткани, во избѣжаніе прививокъ, мы изолируемъ раковую язву еще и съ помощью манжетки изъ здоровыхъ тканей влагалишныхъ сводовъ, какъ это предложено дѣлать, между прочимъ, и Schuchardt'омъ.

Переходимъ теперь къ способу послѣдняго автора, который далъ столь блестящіе результаты ему и проф. Schauta. Способъ этотъ описанъ Schuchardt'омъ въ 1893 году, какъ новый способъ удаленія раково-перерожденной матки, хотя, въ сущности, это есть дальнѣйшее усовершенствованіе способа Czerny. Паравагинальнымъ разрѣзомъ на самомъ дѣлѣ достигается полнѣйшее раскрытіе влагалища и влагалищнаго свода. Техника этого способа, какъ ее далъ Schuchardt, состоитъ въ томъ, что циркулярный разрѣзъ portionis vaginalis соединяется еще линейнымъ разрѣзомъ по лѣвой задней стѣнкѣ влагалища, продолжающимся черезъ всю толщу мышцы и жира подлежащихъ слоевъ въ cavum ischio—rectale до крестца. Больная лежитъ съ приподнятымъ тазомъ въ положеніи камнесѣченія. Разсѣченіе наружныхъ тканей ведется въ сагитальномъ направленіи съ небольшою выпуклостью кнаружи, причемъ начинается между средней и нижней третями большой губы и легкой дугой направляется кзади на разстояніи двухъ поперечныхъ пальцевъ отъ заднепроходнаго отверстія къ крестцовой кости. Стѣнка влагалища длиннымъ разрѣзомъ разсѣкается сбоку. Дѣлать это можно справа и слѣва, смотря по тому, которая изъ широкихъ связокъ поражена, но самъ Schuchardt, рѣшительно стоитъ за лѣвосторонній разрѣзъ, который удобнѣе проводить людямъ, владѣющимъ правой рукой. Хотя паравагинальный разрѣзъ начинается отъ лѣвой губы и разсѣкаетъ лѣвую влагалищную стѣнку, но на

самомъ дѣлѣ онъ есть срединный разрѣзъ, такъ какъ правая половина раны съ прямой кишкой отодвигается совершенно въ правую сторону и только на своей поверхности онъ находится влѣво настолько, чтобы не поранить прямой кишки вмѣстѣ съ sphincter ani.

Если околывлагалищный разрѣзъ проведенъ указаннымъ способомъ, то матка чрезвычайно удобно низводится къ выходу, оба параметрія одинаково доступны и не представляется необходимымъ проводить второй разрѣзъ въ правую сторону. Только въ случаѣ пораженія ракомъ кишки и задней стѣнки влагалища, когда желательно все это удалить вмѣстѣ съ маткой, Shuchardt совѣтуетъ проводить два паравагинальныхъ разрѣза, отдѣляющихъ кусокъ больного влагалища и прямой кишки и соединяющихся опять кзади по срединной линіи. Во всѣхъ нашихъ случаяхъ мы проводили разрѣзъ по лѣвой влагалищной стѣнкѣ, согласно сдѣланному выше описанію, и дѣйствительно при этомъ получается громадное удобство.

Кровотеченіе при этомъ самое незначительное, останавливается наложеніемъ пинцетовъ. Все влагалище выварачивается наружу, матка передъ глазами, своды доступны. Даже у старухъ, при атрофіи тканей и вообще малой вмѣщаемости органовъ, весь половой приборъ легко и удобно низводится ко входу влагалища, что положительно немислимо было бы при цѣлости послѣдняго. Широкія связки становятся доступными, получается возможность ориентироваться относительно состоянія клѣтчатки и удалять ея въ значительно большихъ размѣрахъ.

Теперь приведемъ краткую таблицу нашихъ случаевъ влагалищной экстирпации матки, расположивъ ихъ въ хронологическомъ порядкѣ.

Таблица случаевъ операциі Extirpat. uteri totalis per vaginam.

Годъ и мѣсяць операциі	Фамилія.	Болезнь.	Операция.	Исходъ.	Длительные результаты.
1903 VII	Бондарская	Cancer colli et myoma uteri.	Extirp. par morcellement.	Вызд.	Рецидивъ. Умерла.
X	Корнова	Cancer colli ut.	Extirp. tot. Запрокид.	—	Рецидивъ въ рубцѣ промежности, потомъ въ сводахъ.
XII	Вергикъ	id.	id. Низведен.	—	Здорова.
„	Марухъ	Adenoma corpor. ut. malign.	id. id.	—	Умерла безъ рецидива отъ apoplexia cerebri въ 1905 г.

Годъ и мѣсяцъ операціи	Фамилія.	Болѣзнь.	Операція.	Исходъ.	Длительные результаты.
1904					
III	М—ова	Cancer.	Extirp. tot.	—	Утеряна изъ виду.
V	Шк—ая	Cancer colli ut.	id. Запрокид.	—	тоже.
„	Н—ская	Adeno-carcin. corp. ut.	id. Пинцетн. сп.	—	Здорова.
VI	Гр—игъ	Cancer colli ut.	id. Запрокид.	—	Утеряна изъ виду.
„	Чем—ова	id.	id. Низвед.	—	тоже.
VII	Ст—цкая	id.	id. Запрокид.	—	тоже.
„	Наг—ская	id.	id. Низвед.	—	Въ мартъ 1907 безъ рецидива.
VIII	Стр—нка	id.	id. id.	—	Утеряна изъ виду.
XII	Шебон—ва	id.	id. Запрокид.	—	тоже.
1905					
I	Руб—нъ	Cancer corporis ut.	id. Пинцетн. сп.	—	Здорова.
„	Шк—па	Carcinoma colli ut.	Разр. Schuchardt'a	—	Утеряна изъ виду.
„			Запрокид.	—	
III	Горо—няя	id.	Extirp. ut. tot. Запрок.	—	тоже.
1906					
IV	Чер—къ	Cancer colli ut.	id. Низвед.	—	Здорова.
V	Дем—ая	id.	Разр. Schuchardt'a	—	Здорова.
„	Шр—ерь	id.	id. id.	—	Здорова.
„	Павл—ая	id.	id. id.	—	Рецидивъ въ 1-й годъ послѣ опер. Умерла.
„	Пищ—ука	id.	Extirp. ut. tot. Запрок.	—	Умерла въ 1-й г. послѣ операц. отъ гангрены ноги (amputatio).
VIII	Слив—ая	id.	id. id.	—	Утеряна изъ виду.
XII	Бѣл—убъ	id.	id. Низведен.	—	тоже.
1907					
I	Без—ова	id.	id. id.	—	Здорова.
„	Шевг—ова	id.	id. id.	—	Утеряна изъ виду.
II	Крас—ая	id.	id. id.	—	Здорова.
III	Вал—ръ	id.	id. id.	—	Здорова.
IV	Ков—ск. я	id.	id. id.	—	Здорова.
V	Рог—цкая	id.	Разр. Schuchardt'a	—	Здорова.
VIII	Бег—ки	id.	id.	—	Здорова.
XII	Фанз—ргъ	id.	Extirp. ut. tot. Запрок.	—	Здорова.
1908					
I	Скор—ая	id.	id. id.	—	Здорова.
III	Бѣвк—ая	id.	id. Низвед.	—	Здорова.
—	Горб—нко	id.	id. Запрокид.	—	Здорова.
—	Лопш—ва	id.	Разрѣзъ Schuchardt'a	—	Здорова.
VI	Владши—ва	id.	id.	—	Здорова.
VII	Краш—ка	id.	Extirp. ut. tot. Запрок.	—	Здорова.
VIII	Коз—ва	id.	id. id.	Смр.	
—	Гороб—ъ	Cancer colli ut. et myoma ut.	id. Низведен.	Взд.	Здорова.
X	Кулак—ая	Cancer colli ut.	id. id.	—	Здорова.
XII	Лис—чъ	id.	id. id.	—	Здорова.
1909					
II	Руз—ская	Cancer corporis ut.	id. id.	—	Здорова.
II	Мор—ова	Cancer colli ut. et myoma.	id. id.	—	Здорова.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ слѣдующіе результаты нашихъ операций.

Изъ 43 оперированныхъ умерла 1, а осталась въ живыхъ и подлежатъ дальнѣйшему наблюденію—42.

Изъ этихъ послѣднихъ:

- 1) Получили возвратъ болѣзни въ первые два года—5 больныхъ.
- 2) Умерли отъ другихъ причинъ—2.
- 3) утеряны изъ вида—11.

Въ настоящее время имѣются у насъ свѣдѣнія о 24 больныхъ. Въ томъ числѣ живутъ безъ рецидива:

1 годъ	—	11	больныхъ
2 года	—	5	»
3 »	—	5	»
4 »	—	2	»
5 лѣтъ	—	2	»

Рецидивъ во всѣхъ случаяхъ былъ мѣстный, т. е. въ области рубца или въ ближайшихъ къ нему тканяхъ. Рецидивовъ метастатическихъ или же въ тазовыхъ железахъ мы не наблюдали ¹⁾. Въ одномъ случаѣ, какъ сказано выше, мы наблюдали появленіе раковаго узла рубца промежности послѣ разрѣза по Schuchardt'y. Спустя полъ года послѣ операціи у больной раковый узелъ въ рубцѣ, который первоначально зажилъ *per primam*.

Перехожу къ случаямъ, оперированнымъ по абдоминальному способу.

Со времени первой операціи Freund'a абдоминальный способъ многообразнымъ видоизмѣненіямъ и усовершенствованіямъ. Упомянемъ вкратцѣ о наиболѣе существенныхъ изъ нихъ. К. Rawl'ick и Н. Kelly сдѣлали шагъ впередъ, введя методъ бужировація мочеточниковъ, которое въ настоящее время впрочемъ примѣняется рѣдко. Дальнѣйшее усовершенствованіе въ технику операціи Freund'a предложено Maskenrodt'омъ, который вмѣстѣ съ маткой удалялъ и обѣ широкія связки. Затѣмъ одно временно и независимо другъ отъ друга I. Clar, E. Ries и Rumpf, по аналогіи съ широкой операціей рака грудной железы, предложили удалять какъ только возможно шире тазовыя железы. Chalot предложилъ предварительную перевязку обѣихъ аа. hypogastricae. Jacobs сначала низкимъ путемъ отдѣляетъ влагалище при помощи термокаутера, а затѣмъ уже черезъ брюшную рану удаляетъ матку и ганглии. Методъ Pearose'a — абдоминально-

¹⁾ Въ моей частной практикѣ я имѣлъ 2 случая рецидива въ тазовыхъ железахъ, причѣмъ въ рубцѣ рѣзительно никакихъ явленій не наблюдалось.

вагинальный. Здѣсь септический момент производится послѣднимъ, такъ какъ раково-перерожденная матка удаляется въ концѣ-концовъ *per vaginam*. Послѣднее видоизмѣненіе *Mackenrodt's* имѣетъ цѣлю: 1) сдѣлать доступъ къ тазовой соединительной ткани достаточно свободнымъ, 2) устранить большую опасность зараженія брюшины и 3) избѣжать достаточной обработкой обширной раны тазовой клѣтчатки опасности флегмоны таза. Съ этой цѣлю дѣлается поперечный, языкообразный надлобковый разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, затѣмъ отсепарованнымъ листкомъ парietальной брюшины отдѣляютъ, какъ перегородкой, брюшную полость отъ полости таза, т. е. отъ поля операціи, и наконецъ, удаляется матка съ придатками, по возможности шире тазовая клѣтчатка, железы и резецируются сосѣдніе органы: прямая кишка, пузырь, если имѣются къ тому показанія. Существуютъ разумѣется, и другія видоизмѣненія операціи *Freund's*, но здѣсь останавливаться на этихъ подробностяхъ мы не будемъ. Мы примѣняемъ способъ *Wertheim's* съ тѣми небольшими особенностями, которыя описаны въ статьѣ проф. Н. Н. Феноменова. Операція ведется согласно описаніямъ ея въ руководствѣ *Krönig's* и *Döderlein's*. Железы въ тазу удаляются только тѣ, которыя представляются увеличенными. За мочеточниками слѣдимъ отъ мѣста ихъ перехода черезъ большія сосуды. Въ мѣстахъ подозрительныхъ мочеточникъ очищается отъ клѣтчатки съ помощью анатомическаго пинцета. На общее состояніе мы обращаемъ особое вниманіе и при истощеніи организма избѣгаемъ оперировать по этому методу. Продолжительность операціи у насъ колеблется между часомъ и двумя, а въ нѣкоторыхъ тяжелыхъ случаяхъ и больше.

Изъ приведенной краткой таблицы (на стр. 1310) случаевъ видно, что возрастъ нашихъ больныхъ колеблется между 21—54 годами.

Въ 15 нашихъ случаевъ подвижность матки была ограничена. На представленныхъ здѣсь на выставкѣ II анатомическихъ препаратовъ вырѣзанныхъ матокъ можно видѣть количество удаленной клѣтчатки и величину железъ, найденныхъ при операціи. Железы найдены увеличенными и удалены у девяти больныхъ, при чемъ 8 разъ изъ девяти оказались раковоперерожденными, т. е. въ 40% операцій (*N. Schindler's*—50%; у *Wertheim's*—31,7%. Общепринятая пропорція—33%). Клѣтчатка оказалась пораженной раковымъ процессомъ въ 9 случаяхъ и только 7 разъ пораженіе клѣтчатки сопутствовало пораженію железъ. Девять разъ былъ оставленъ сквозной тампонъ черезъ брюшную рану и черезъ влагалище, а II разъ—только черезъ задній

сводъ. Кромѣ двухъ—всѣ больныя перенесли операціи благополучно и выписались изъ больницы въ удовлетворительномъ состояніи. Среднее пребываніе въ больницѣ послѣ операціи около 1 мѣсяца. Почти всѣ больныя послѣ операціи лихорадили въ большей или меньшей степени.

Наши длительные результаты:

Изъ 20 оперированныхъ больныхъ

умерло	2.
получили рецидивъ	3.
свѣдѣній не имѣется относительно	5.
теперь здоровы и находятся подъ нашимъ наблюдениемъ	10.

Изъ нихъ:

Менѣе года	3.
1 годъ	3.
2 года	2.
3 »	1.
3 ¹ / ₂ »	1.

Во всѣхъ упомянутыхъ трехъ случаяхъ рецидивъ наступилъ во влагалищномъ рубцѣ и ближайшихъ къ нему тканяхъ.

Такъ какъ наши длительные результаты не достигли еще требуемой пятилѣтней давности, то мы указываемъ только на нихъ, не дѣлая на основаніи ихъ какихъ-либо выводовъ.

Тѣмъ не менѣе на основаніи личнаго впечатлѣнія, а отчасти и на основаніи литературныхъ данныхъ, мы находимъ возможнымъ высказаться въ томъ смыслѣ, что какъ влагалищная, такъ и абдоминальная коренная операція рака матки при настоящихъ условіяхъ оперирования не исключаютъ другъ друга, а дополняютъ одна другую, обогащая наши хирургическіе приемы и тѣмъ способствуя болѣе успѣшной борьбѣ съ раковымъ заболѣваніемъ матки. Каждый случай по отношенію къ методу операціи необходимо индивидуализировать. Влагалищная операція, какъ болѣе легкая и болѣе безопасная, будетъ полезной въ нѣкоторыхъ случаяхъ и при извѣстныхъ условіяхъ обстановки, персонала, а главное, при раннихъ еще незапущенныхъ формахъ рака, гдѣ процессъ ограничивается еще одной маткой или самими ближайшими къ ней тканями. Влагалищный путь особенно показанъ у тучныхъ или же, наоборотъ, у истощенныхъ особъ.

Если же процессъ вышелъ за предѣлы матки, тамъ безусловно цѣлесообразнѣе производить расширенную операцію по брюшному методу.

Таблица случаевъ операций —

Время операцій.	Фамилія, имя, возрастъ, сословіе.	А Н А М Н Е З Ъ.	Объективныя данныя.
1905 1. VI.	Рас—нна Шима, 60 л., Мѣш. Ви- тебск. губ.	Менструир. съ 18 л., правильно; посл. регулы 3½ г. т. н. Вышла замужъ на 28 г., Родила 1 разъ. Около 3-хъ л. т. н. появились боли внизу живота, обильныя бѣли, водянистыя, иногда съ примѣсью крови. Кровотеченіе появилось не задолго до поступленія въ больницу. Больная обращалась во всѣ Кіевскія больницы и ко многимъ гинекологамъ, но ей было отказано въ оперативномъ лѣченіи. Принята въ больницу вслѣд. ея настоятельныхъ просьбъ.	Port. vag. представляетъ грибовидную опухоль, очень кровоточивую. Дно матки отклонено къзади, ограниченно подвижно. Правая широкая связка утолщена, чувствительна (инфильтрована). Въ заднемъ сводѣ прощупываются тяжи. Изъ влагалища масса изърозныхъ вагинуальныхъ выделеній.
1905 6. X.	Кузым—ская Анна, 27 л., крестьянка, Волын. губ.	Регулы установились съ 12 л., по 7 дней, черезъ 2—3 нед. Родила 2 раза. Больна около 1 года. Боли внизу живота и въ поясницѣ. Бѣли грязныя, вагонія. Кровотеченіе продолжается 1 мѣсяць. Сильно исхудала.	Малокровна. port. vag. раков перерождена въ видѣ гриба. Матка увеличена, плотна, съ огранич. подвижностью. Въ лѣвомъ сводѣ болѣзненное утолщеніе.
1905 20. XI.	Базал—кая Евдокія, 37 л., Под. губ.	Замужъ вышла 17 л., родила 9 разъ; Менструируетъ съ 17 л., послѣднія регулы правильно 5 м. т. н. Больна 8 мѣс., сильныя бѣли, грязныя, съ запахомъ. Боли.	На задней губѣ port. vag. раковая язва. Матка рѣзко увеличена, плотна, бугриста, но подвижна. Правая широкая связка утолщена.
1906 4. II.	Гавр—ва Христина.	Менструир. съ 16 л., замужемъ съ 22-хъ лѣтъ. Имѣла 10 родовъ и 1 выкидышъ. Больна 6 мѣс. Menses стали приходиться чаще, появились кровотеченія. Боли въ животѣ.	Port. vag. стоитъ низко, на задней губѣ грибовидныя раковыя разрашенія. Матка увеличена, въ retroflexio. огранич. подвижна; въ заднемъ сводѣ - инфильтратъ.

Extrirpat. uteri totalis per abdomen.

О П Е Р А Ц І Я .	Исходъ.	
<p>Extrirpat. ut. total. per laparotomiam. Наканунѣ операциі выскабливаніе полости острѣй ложкой, промываніе растворомъ перманганата калия (1%) сулемой (1:4000) и переисью водорода. Спиртовый тампонъ. Во время операциі въ правой широкой связкѣ клѣтчатка оказалась раково-перерожденной, также перерожденными оказались и лимфатич. железы права на мѣстѣ дѣленія а. iliacae communis. Операция типичная, по Wertheim'у. Тампонъ черезъ нижній уголь раны и черезъ задній сводъ.</p>	<p>Умерла на 11 дней (12. VI.) вслѣдствіе остраго малокровія (кровоотеч.)</p>	<p>Послѣ операциі больная оправилась. 7. VI. перебинта повязки. На 9-й день удалены тампоны и сняты швы. на 10-й день сильное кровотеченіе изъ влагалища, которое остановлено тампонами. Р. 116. Ночью около 12 часовъ вторично кровотеченіе настолько сильное, что будучи вызванъ по телефону я засталъ уже больную въ агоніи. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленныя железы и клѣтчатка оказались раково-перерожденными.</p>
<p>29. IX Подъ хлороформ. сдѣлано clatio et cauterisat 6. X. опер. Wertheim'a. Слѣва отъ матки найденъ периметритич. экссудатъ, среди котораго находилась киста лѣваго яичника величиною съ куриное яйцо. Слѣва же вмѣстѣ съ клѣтчаткой широкой связки удаленъ пакетъ увеличенныхъ подчрвннхъ железъ, которыя при изслѣдованіи оказались раково-перерожденными.</p>	<p>Выписалась 9. XI.</p>	<p>20. II. 1907 была здорова. 29. X 1907 г. Сообщила, что операция принесла ей пользу, что боли бываютъ внизу живота, но рѣдко. Окрѣпла, работаетъ. 1909 г. Здорова. Держитъ прачешное заведеніе.</p>
<p>20 XII 1905 г. типичная операция Wertheim'a. Задняя дугласова складка сморщена. Инфильтрованная брюшина дугласовой складки вмѣстѣ съ клѣтчаткой задняго свода удалена. Слева удалены увелич. подчрвнныя железы. Тампонъ черезъ влагалище черезъ нижній уголь раны.</p>	<p>17. I. 1906 переведена въ инфекціонное отдѣленіе.</p>	<p>Изслѣдованіе шейки показало: carcinoma colli uteri. На 9-й день удалены всѣ выводники. Послѣоперационное теченіе съ повышеніемъ т°. 16. I. 1909. Дифтеритъ зѣва, почему на слѣдующій день была переведена въ заразное отдѣленіе больницы, гдѣ вскорѣ и умерла.</p>
<p>20. I. 906. clatio et cauterisatio. 4. II. 6. опер. Wertheim'a Удалены лимфатич. железы съ клѣтчаткой широкихъ связокъ. Марлевые тампоны черезъ влагалище и черезъ нижній уголь раны.</p>	<p>12. III. выписалась съ выздоровленіемъ.</p>	<p>Рецидивъ въ первый же годъ послѣ операциі. Анатомич. препаратъ демонстр. на выставкѣ.</p>

Время операцій.	Фамилія, имя, возрастъ, сословіе.	АНАМНЕЗЪ.	Объективныя данныя.
1906 4. III.	Ант—ва Екатерина, 43 л., мѣщ., Волин. губ.	Первые регулы на 13 г., послѣдн. 1 мѣс. т. н. Родила 6 разъ. Около 6 мѣс. т. н. появились кровотеч., не обильныя, но постоянныя. Бѣли, шумъ въ ушахъ, головокруженіе.	Истошена, блѣдна; р. vag. ит. раково-перерождена въ формѣ цвѣтной капусты, кровоточива. Задній и отчасти лѣвый свод инфилтрованы.
1906 5 V.	Моль—ко Марія, 38 л., крестьянка, Кіевъ.	Менстр. съ 15 л., правильно. Около 4-хъ лѣтъ неправильно крови, черезъ 1—2 нед., съ болями. Беременна 5 разъ, 3 срочныхъ родовъ и 2 выкидыша. Послѣдн. 3 мѣс. почти непрерывныя кровотеченія.	Р. vag. ит. рѣзко увеличена, плотна, изъязвлена, раковая язва кровоточива. Дно матки запрокинуто къзади, велико, подвижность ограничена. Въ заднемъ сводѣ блѣзные тяжи. Оба яичника опущены, увеличены и болѣзненны.
1906 29.VII.	Мал—ова Ксенія.	Menstr. правильно съ 19 л., родила 3 раза. Около 3-хъ мѣсц. грязныя бѣли съ запахомъ, кровотеченія. Сильныя боли внизу живота и въ поясницѣ.	На влагалищн. части матк. обширн. раковыя разрашенія очень кровоточивыя. Uterus увеличен, ante flexio подвижна, безболѣзненна. Справа и сзади продолговатая, мало подвижная опухоль, безболѣзненная, эластич. консистенціи толщиной 3—4 пальца.
1906 4. X.	Ковш—ова Анна, 47 л., крестьянка, г. Кіевъ.	Первые регулы на 18 г., послѣдн. 1—5. IX. Больна около 5 мѣс., когда появились обильныя, грязныя, вонючія бѣли и боли, внизу живота, нижнихъ конечностяхъ.	Цвѣтъ слизистыхъ оболочек рѣзко блѣдный. На Port. vag. ит.—значит. разрашенія въ видѣ гриба, очень кровоточивыя, подвижность матки не полная.
1906 7. X.	Грущ—ская Францишка, 38 л., мѣщ., г. Кіевъ.	Замужемъ съ 20 л., срочныя роды I, выкидышъ — I. Безпрерывное кровотеченіе около 1 мѣсяца, слабость, головокруженіе. Боль въ поясницѣ.	Блѣдна, малокровна. Шейка матки увеличена, плотна, угриста. Матка въ ante fl., увелич. плотна, болѣзненна, ограничено подвижна. На передней стѣнкѣ у дн. — миома въ грецкій орѣхъ. На задней и правой стѣнкѣ также прощупывается нѣсколько узелковъ съ горошину и больше. На Р. vag. мозговидныя разрашенія, очень кровоточивыя при изслѣдованіи, изъ канала шейки обильныя грязныя выдѣленія.

О П Е Р А Ц И Я.	Исходъ.	
20. II. Raclatio et cauterisatio. 4. III. 6 oper. Wertheim'a. Тампоныъ черезъ брюшную рану и черезъ влагалище.	12. IV. выписалась съ выздоровленіемъ.	18. III. Удалены всѣ тампоны и сняты швы.
29. IV. 906—raclatio et cauterisatio. IV 906. Op. Wertheim'a. Удалена ста праваго яичника величиною въ ндариинъ. Клѣтчатка инфильтрована. Тампоны черезъ влагалище и черезъ брюшную рану.	12. VI. 1906 выписалась съ выздоровленіемъ.	16. V. 1906. Всѣ тампоны удалены. Микроскоп. діагнозъ кусковъ р. vag. показалъ carcinoma colli uteri. 3. IV. 1908. Сообщила, что операция принесла ей пользу. Боли бываютъ внизу справа только послѣ тяжелой работы; нѣсколько слабѣе стала послѣ операции. Бодра, весела, пополнѣла, выглядить хорошо. Въ сводахъ свободно, рецидива нѣтъ. 1909 г. Здорова. Анатомич. препаратъ матки демонстр. на выставкѣ.
22. VII. 909. Raclatio et cauterisatio. VII. 909. Oper. Wartheim'a et ringotomia. Тампоны черезъ брюшную рану и черезъ влагалище.	Выписалась съ выздоровленіемъ.	Операция осложнилась удаленіемъ мѣшка правой фаллопиевой трубы, который былъ сросенъ съ сальникомъ и толстой кишкой.
22. IX. 906. Raclatio et cauterisatio. 4. X. 906. Удаленіе матки по Wertheim'у. Подозрительныя железы удалены вмѣстѣ съ клѣтчаткой.	3. XI. 1906 выписалась съ выздоровленіемъ.	13. X. Удалены всѣ тампоны. Получено извѣстіе, что большая умерла отъ рецидива. Анатомич. препаратъ матки демонстр. на выставкѣ.
25. IX. 909. Raclatio et cauterisatio. X. 909. Extirpat. ut. totalis. Тампоны черезъ брюшную рану и влагалище.	12. XI. 1909 выписалась съ выздоровленіемъ.	15 X. Удалены всѣ тампоны. По полученнымъ свѣдѣніямъ умерла отъ рецидива.

Время операцій.	Фамилія, имя, возрастъ, сословіе.	АНАМНЕЗЪ.	Объективные данныя.
1907 26. IV.	Соглоб—а Анна, 21 л., Кіевъ.	Nullipara, менстр. съ 17 л., послѣдн. 2½ мѣс. непрерывныя кровотеч. Небольшія боли внизу живота.	Общ. сост. удовл. Р. vag. норм. велич. и плотности. Наружн. зѣва разворочень, вокругъ него изъязвление, съ плотными краями, очень кровоточивое. Изъ канала шейки обильно слизистыя выдѣленія. При микроск. изслѣд. кусочка ткани, взятой изъ язвенной поверхн. найденъ cancer. Матка не увелич., подвижна. ея огранич. Справа эластич. tumor въ мандаринъ. Своды свободны.
1907 27. IV.	Плоск—ая Нарциса, жена чинов., Кіевъ.	Первыя регулы на 15 г. За мужемъ съ 27 л., nullipara, Послѣдн. menses 4 г. т. н. Послѣд. 7 мѣс. обильныя гноевидныя бѣлы и временами кровотеченія.	Матка увелич., огранич. подвижна. Въ заднемъ сводѣ периметритич. спайки. Боковые своды свободны. Вокругъ зѣва небольшое изъязвление.
1907 3. XI.	Сень—вичъ Ѳеодора, 37 л., крестьянка, г. Кіевъ.	Менстр. съ 16 л., родила 3 раза. Больна около 1 года. Постоянныя кровотеченія.	Очень блѣдна. Малокровна. Шейка матки очень плотна. На задней губѣ язва въ 20 коп. монету кровоточива. Матка въ retroversio не увелич., подвижна. Своды свободны.
1908 24. I.	Ант—ко Марія, 40 л., крестьянка, Вол. губ.	Первыя регулы на 16 г., всегда правильно. Родила 8 разъ. Съ октября 1907 menorrhagia. Съ мѣсяць уже непрерывныя крови.	Малокровна. На port. vag. кровоточивыя раковыя разрашенія. Матка въ retrofi; не велика, подвижна., норм. консистенціи. Правый яичникъ съ большу сливу, лѣвая труба — въ палецъ. Своды свободны.

О П Е Р А Ц І Я.	Исходъ.	
<p>26. IV. Удаленіе матки per laparotomiam. При операціи обнаружено рращеніе матки и лѣвой широкой вязки съ кишками при помощи широкихъ плоскостныхъ спаекъ. Справа удалена киста яичника въ мандаринъ. Въ тазу большое количество спаекъ воспалительнаго происхожденія, среди которыхъ найдены скопления янтарнаго цвѣта жидкости.</p> <p>Лѣвая art. uterina опутана твердой нефилътрированной клѣтчаткой. Такая же съ увел. железами клѣтчатка найдена и справа. Рана живота зашита на глухо. Тампонъ выведенъ только черезъ влагалище.</p>	<p>22. V. выписалась съ выздоровленіемъ.</p>	<p>4- V. Тампонъ удаленъ.</p> <p>Въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдался параличъ pl. brachialis dextrі Эрбовскаго типа. Подъ вліяніемъ массажа и электричества движенія руки возстановились.</p> <p>Теперь—здорова.</p> <p>Анатомич. препаратъ матки демонстр. на выставкѣ.</p>
<p>14. IV. Raclatio.</p> <p>27. IV. 907. Удаленіе матки на способу Wertheim'a. Многочисленныя сращения матки съ кишками. Приатки всѣ опутаны сращениями. Железы въ тазу не найдены. Брюшная рана зашита на глухо. Тампонъ выведенъ черезъ влагалище.</p>	<p>20. V. выписалась съ незначит. свищемъ въ брюшной ранѣ, который вскорѣ зажилъ.</p>	<p>При изслѣд. тками port. vag. найдена carcinoma.</p> <p>5. V. Удалены тампоны.</p> <p>17. IX, 1908. Значительно пополнила, цвѣтъ лица здоровый. Рецидива нѣтъ.</p> <p>Въ настоящее время (1909 г.) еще здорова.</p> <p>Анатомич. препаратъ матки демонстр. на выставкѣ.</p>
<p>3. X. XI. 907. Extirpat. ut. total. per abdom. Сращеніе кишекъ съ задней поверхностью матки. Лѣвые приатки окутаны спайками. Тампонъ выведенъ черезъ влагалище. Рана живота зашита наглухо.</p>	<p>16. I. 1908 выписалась съ выздоровленіемъ.</p>	<p>Кусочекъ язвен. повер. на port. vag. былъ изслѣд. микроскоп. Найдена carcinoma colli uteri.</p> <p>12. XI. Извлечены всѣ тампоны.</p> <p>23. II. 1908. Ежедневно къ вечеру бывають боли въ животѣ. Ослабѣла. Работать не въ состояніи.</p> <p>Въ настоящее время здорова.</p>
<p>23. I. 908. Raclatio et cauterisat.</p> <p>24. I. 908. Oper. Wertheim'a. Правый ovar. оказался величиною съ куриное яйцо, трубы утолщ. Железы же увеличены. Выводникъ черезъ влагалище.</p>	<p>20. II. 1908 выписалась съ выздоровленіемъ.</p>	<p>1. II. 1908. Тампоны удалены.</p> <p>Анатомич. препаратъ удаленной матки демонстр. на выставкѣ.</p>

Время операцій.	Фамилія, имя, возрастъ, сословіе.	А Н А М Н Е З Ъ.	Объективныя данныя.
1908 I. III.	Щерб—ва Вѣра, 43 л., крестьянка, Кіевъ.	Замужемъ съ 20 л. Родовъ 8: норм. Всегда правильно менструир. Въ юнѣ 1907 безъ видимыхъ причинъ регулы затянулись на 1 мѣсяцъ. Послѣ паузы въ 6 мѣс. снова начала менструировать обильно. Бѣли. Боли внизу живота.	Анемична. Рѣзкая блѣдность. Передняя губа port. vag. изъязвлена, кровоточива. Матка увеличена, огранич. подвижна, мягка. Въ правой широкой связкѣ прощупывается тяжъ плотный, не болѣзненный, лѣвая широкая связка инфильтрована.
1908 3. V.	Крюк—ва Марія, 43 л., мѣщ. Кіевъ.	Всегда здорова. Родила 10 дѣтей. Бѣли. Послѣдн. 2 мѣс. безпрерывныя кровотечения.	Малокровна. На port. vag. ut. раковыя грибовидныя разрошенія. Передній влагалищный сводъ весь занятъ новообразованиемъ. Матка въ antefl., не увелич., огранич. подвижна, лѣвый сводъ инфильтрованъ.
1908 I. VII.	Пинт—ва Надежда, 33 л., жена чин.	Менстр. съ 15 л. правильно. Срочныхъ родовъ 4 и 2 выкид. Въ августѣ 1907 г. по причинѣ обильныхъ регулъ выскабливаніе матки. При микр. изслѣд. кусочковъ слизистой ничего злоск. не обнаружено. Послѣ выскабливанія регулы стали приходиться правильно, но въ послѣдн. время крови усивались, тянулись 8—10 дней. Показывалась кровь sub coitu. Боли въ крестцѣ, бѣли.	Передняя и задняя губа port. vag. изъязвлены, кровоточивы при малѣйшемъ дотрагив. Матка не велика, подвижна, въ antefl.
1908 9. X.	Купч—на Марія, 38 л., кр., Бѣлая Церковь.	Первые регулы на 16 г. За-мужъ вышла на 17 г. Берем. 2 раза. Послѣдн. время бѣли, боль въ крестцѣ, при coitus показыв. кровь. 2 мѣс. безпрерывныя кровотечения. Рѣзъ при мочеиспуск. Исхудала.	Блѣдна, губы шанотичны, истощена, сосуды склерозиров. Пульсъ съ перебоями. Влагалищн. часть матки изъязвлена. Задняя губа совершенно изъядена. Матка велика, неподвижна. Боковые своды свободны. Крестцово-маточныя связки инфильтрованы.

О П Е Р А Ц И Я.

Исходъ.

29. I. Cauterisatio.

1. III. 908. Operat. Wertheim'a широкимъ удалениемъ инфильтрованной клетчатки у корня широкихъ азокъ.

3. IV. выписалась съ выздоровлениемъ.

10. III. Удалены тампоны.

Анатомич. препаратъ матки демонстр. на выставкѣ.

1. V. 908. Raclat. et cauterisat.

10. VI. 1908 выписалась съ выздоровлениемъ

Со второго дня послѣ операции черезъ влагалище стала выдѣляться моча. На стѣнкахъ влагалища осадки мочевыхъ солей.

3. V. 908. Operat. Wertheim'a, тмпонъ черезъ влагалище.

23. V. 1908. Фистула закрылась и произвольное мочеотдѣленіе прекратилось.

Анатомич. препаратъ матки демонстр. на выставкѣ.

21. VI. Raclat. et cauteris.

28. VII. выписалась съ выздоровлениемъ.

Ислѣд. удаленныхъ железъ обнаружило раковое перерожд. (adenocarcinoma).

30. VI. Operat. Wertheim'a. лены рѣзко увелич. тазовыя железы на мѣстѣ дѣленія art. iliacae.

24. I. 1909. Чувствуетъ себя прекрасно. Работаетъ какъ до болѣзни. Рецидива нѣтъ.

26. IX. Raclat. et cauteris.

5. XI. выписалась съ выздоровлениемъ.

12. XII. 1908. Еще слаба, но чувствуетъ себя хорошо.

3. X. Operat. Wertheim'a Оба чика велики; трубы толщиной въ мѣ — удлинены, спаяны съ задпов. матки. Придатки окутаны галительными спайками. Послѣдушены тупымъ путемъ. Клетчатка связкахъ оказалась инфильтроюй; трудное освобождение мочениковъ. Железы найдены увелич. зд. распространения новообразо- я при освобождении матка отор- сь отъ сводовъ влагалища. Верх- трѣзокъ влагалища резецированы. Тампонъ черезъ влагалище.

Въ настоящее время еще здорова.

Время операцій.	Фамилія, имя, возрастъ, сословіе.	А Н А М Н Е З Ъ.	Объективныя данныя.
1909 31. I.	Мозг—ая Дарья, 38 л., крестьянка, Кіев. губ.	Родила 6 разъ. Правильно менстр. съ 16 л. Больна 3 мѣс.: бѣли, боль внизу живота, кровотеч. Похудѣла, ослабѣла.	Малокровна. Матка увелич., въ retrofl., подвижна, плотна, чувствительна. Шейка велика. На post. vag. грибовидныя раковыя разращенія. Въ сводахъ утолщенія не замѣчается.
1909 27. I.	Нотк—ичъ Несья, 38 л., мѣщ. Кіевъ.	Менстр. 13 л. Замужемъ съ 17 л., nullipara. 8 л. т. н. выскабливаніе матки. 3 года уже боли внизу живота. 2 года т. н. опредѣлена опухоль въ тазу.	Descens. vag post. Матка на норм. высотѣ, бугриста, плотна, справа и слѣва отъ матки въ тазу опухаль величиною 1½ кулака эластич. не подвижна.
1909 27. II.	Куроп—ва Татьяна, кр, Кіевъ.	Замужемъ съ 17 л. Родила 13 дѣтей. Всегда здорова. Бѣли, боль въ заднемъ приходѣ. 6 мѣсяцевъ кровоточ. безъ перерыва.	Шейка матки раково перерождена. Матка увеличена, плотна въ retroversio. Своды свободны.

О П Е Р А Ц И Я.	Исходъ.	
16. I. Raclat. et cauterisat.	27. II. выпи- салась съ выздоров- леніемъ.	Въ удаленныхъ железахъ таза об- наружены раковые узлы.
31. I. Oper. Wertheim'a. Слѣва далень пакеть увел. железъ въ малое уриное яйцо, съ мозговиднымъ раз- ягченіемъ. Справа железы въ го- убиное яйцо. Вылущеніе железъ спа- нныхъ тѣсно со стѣнками подчрев- ныхъ сосудовъ очень трудное. Крово- ечение значительное.		9. II. Тампоны удалены. 11—16. II parotitis bilateralis.
27. I. 909. Полное удаленіе матки съ придатками и связками per abdo- men. Въ днѣ матки 2 міомы въ грец- ій орѣхъ; малые узлы въ фасоль. Оба яичника величиною въ куриное яйцо, расположены глубоко въ тазу, реди спаекъ, твердой консистенци, стоятъ сплошь изъ папиломъ въ идѣ мягкихъ сосочковыхъ разроще- ній (цвѣтная капуста). Трубы въ идѣ мѣшковъ, величиною въ кулакъ.	14. II. 1909 выписалась съ выздоров- леніемъ.	Въ настоящее время здорова. Анатомич. препаратъ матки пока- занъ на выставкѣ.
19. II. 909. Raclat. et cauterisat.	выписалась съ выздо- рвленіемъ.	
27. II. 909. Oper. Wertheim'a. Въ клѣтчаткѣ раковая инфильтрація. Лѣвый мочеточникъ значительно рас- ширенъ, съ трудомъ отсепарованъ отъ окружающей его клѣтчатки. Же- лезы на мѣстѣ дѣленія подвздошныхъ сосудовъ увеличены до вел. боба, крѣпко сидятъ на стѣнкахъ сосудовъ. Удалены. Обѣ art. iliacae intern перевязаны. Брюшина задняго Дуг- ласа рецидивирована, такъ какъ невоз- можно было ее отсепаровать. Уда- лена верхняя треть влагалища, ин- фильтрованная раковымъ процессомъ.		

ЛИТЕРАТУРА.

1. Г. И. Гиммельфарбъ. Къ оперативному лѣченію первичнаго рака влагалища. Труды I Съѣзда Общ. Россійск. Акушеровъ и Гинекологовъ. Спб. 1904.
2. Krönig u. Döderlein. Оперативная гинекологія.
3. L. Piqué et P. Mauclair. О лѣченіи рака матки посредствомъ тотальной (абдоминальной) экстирпации. *Annal. de gynéc. et d'obst.*, 1899.
4. K. Schindler. Статистическія и анатомическія данныя относительно радикальной Freund-Wertheim'a операции рака матки. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* 1906. *Cit. Sem. méd.* 1906 г.
5. Triaire. Récamier et ses contemporans. Paris, 1899.
6. Olshausen. Zur Frage der Operation des Uteruscrebses. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, XII Versamml. 1908.
7. Еро же. Zur Vergleich vaginalen und abdominalen Operationsmethoden bei Carcinoma Uteri. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* 50. Bd., p. I.
8. F. Schauta. Die Operation des Gebärmutterkrebses mittels des Schuchardt'schen Paravaginalschnittes. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1902.
9. Wertheim. *Verhandlung d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, XII Versamml., 1908.
10. S. Winter. Genügt die vaginale Uterusextirpation als radicale Krebsoperation? *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIII, Hft. I.
11. K. Schuchardt. Eine neue Methode der Gebärmutterextirpation. *Centralbl. f. Chirurgie*, 1893, № 51.
12. Еро же. Ueber die paravaginale Methode des Extirpatio Uteri und ihre Erfolge beim Uteruskrebs. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* 1901.
13. H. A. Kelly. *Operative Gynecology.* 1901.
14. Mackenrodt. Laparotomie hypogastrica extraperitonealis zur Heilung des Gebärmuttersscheidenkrebses und des Mastdarmkrebses. *Berlin. klin. Wochenschr.* 1902.
15. Jonesco. На XIII интернаціональномъ Конгрессѣ врачей въ Парижѣ. 1900 г.
16. А. И. Ивановъ. О лѣченіи запущеннаго рака матки перевязкой сосудовъ таза. Труды I Съѣзда Общ. Россійск. Акуш. и Гинекол.

Изъ Акушерско-гинекологической клиники университета Св. Владиміра.

О полимастіи.

Ординатора клиники К. Я. СКУТУЛЬ.

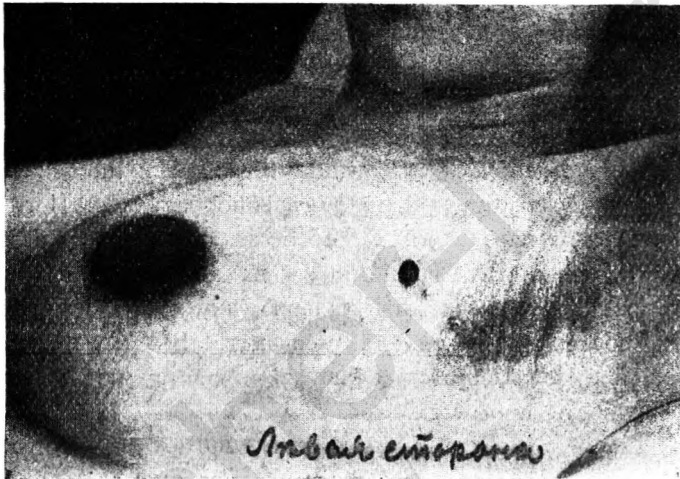
(Окончаніе).

Перехожу теперь къ описанію случая, который мнѣ пришлось наблюдать въ Акушерской клиникѣ Университета Св. Владиміра.

Елизавета Б. 22-хъ лѣтъ, лютеранка, родилась въ Минской губ. Въ лѣтствѣ перенесла корь, загѣмъ воспаленіе легкихъ. 2 года тому назадъ болѣла маляріей. Первые мѣсячныя появились на 16-омъ году, причеиъ сразу установился слѣдующій типъ: крови шли правильно черезъ каждыя 4 недѣли по 3—4 дня, умѣренно, безъ боли. Послѣднія мѣсячныя были 12-го марта 1908 г. Беременна была всего 2 раза. Первая беременность окончилась выкидышемъ на 4-омъ мѣсяцѣ; причиной выкидыша родильница считаетъ малярію, которой она тогда болѣла. Выкидышъ состоялся 2 года тому назадъ. Въ началѣ настоящей беременности была тошнота, а иногда и рвота, но по мѣрѣ того какъ беременность прогрессировала эти симптомы исчезали. Размѣры таза: D. Tr. — 31. D. Cr. — 28,5 D. Sp. — 27, Conj. ext. 21. Роды протекли совершенно правильно. На 2-ой день послѣ родовъ было замѣчено, что кромѣ нормальныхъ молочныхъ железъ, у нашей родильницы имѣются еще добавочныя молочныя железы. При тщательномъ изслѣдованіи оказалось: молочныя железы обѣихъ сторонъ развиты хорошо, причеиъ правая больше и тяжелѣе лѣвой. Соски и околососковые кружки рѣзко пигментированы; соски хорошо развиты, достаточно выступаютъ и удобны для захватыванія ртомъ. Диаметръ праваго соска 1½—2 стм.; праваго околососковаго кружка 5 стм. На 3 стм. кнаружи и на 10 стм. кверху отъ правой грудной железы находится рѣзко выраженный второй сосокъ съ околососковымъ кружкомъ; сосокъ замѣтно выступаетъ надъ поверхностью; диаметръ его ¾ стм.; диаметръ околососковаго кружка приблизительно 1½ стм. Добавочный сосокъ пигментированъ слабѣе главнаго. На 4 стм. кнаружи и на ½ стм. кверху находится второй добавочный сосокъ, едва выдающийся надъ поверхностью, пигментация его еле замѣтна; диаметръ околососковаго кружка равенъ 1 стм. (См. Рисунки № 1 и 2).

Величина соска и околососковаго кружка, лѣвой грудной железъ приблизительно такая-же какъ и правой. На 7 стм. кнаружи и на 8 стм.

кверху отъ соска лѣвой грудной железы замѣчается второй сосокъ. Сосокъ этотъ рѣзко пигментированъ и едва выдается надъ поверхностью кожи; диаметръ его околососкового кружка равняется 1 см. На той-же высотѣ, но на 1 см. кнаружи находится 3 сосокъ; онъ выраженъ еще слабѣе, чѣмъ второй добавочный сосокъ на правой сторонѣ грудной клѣтки, пигментированъ — очень слабо надъ поверхностью кожи почти не выступаетъ. На 2 см. кнаружи и на $\frac{1}{2}$ см. выше третьяго соска находится еле пигментированное мѣсто кожи, покрытое волосами; изъ этого мѣста при сдавливаніи выдѣляется капелька молока. При ощупываніи добавочныхъ железъ, онѣ оказались равномерно упругими, мало чувствительными, кожа на нихъ подвижна и онѣ,



Рит. 1.

повидимому, связаны съ глубоколежащею клѣтчаткою. Обхватывая добавочныя железы (особенно лежащія ближе къ нормальнымъ железамъ) ощупываются какъ бы отдѣльныя дольки. При изслѣдованіи жидкости, выдавленной изъ отдѣльныхъ сосковъ, послѣдняя оказалась вполне сходной съ молокомъ нормальныхъ грудныхъ железъ: въ массѣ молочныхъ шариковъ кое-гдѣ попадаются въ полѣ зрѣнія и молозивныя тѣльца. На 3-ій, 4-ый день родильница стала жаловаться на неприятное ощущение мокроты почти на всей передней поверхности грудной клѣтки, вслѣдствіе усиленной функціи всѣхъ молочныхъ железъ.

Изъ этого краткаго казуистическаго обзора случаевъ полимастіи видно, что эта аномалія встрѣчается весьма и весьма часто.

Чаще всего, какъ это и слѣдовало ожидать, встрѣчались случаи, гдѣ существовала 1 добавочная железа или сосокъ. Почти въ 3 раза рѣже встрѣчались случаи съ 2 добавочными железами. На сколько я могу судить на основаніи литературныхъ данныхъ, то описываемый мною

случай полимасти съ 5 добавочными железами является пока первымъ на ряду съ случаями, гдѣ встрѣчались 6 или 8 добавочныхъ железъ. Что касается пола, то по изслѣдованіямъ Lichtenstern'a полимастія встрѣчается почти одинаково часто, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ. К. v. Bardeleben въ своей первой работѣ о полимастиі сообщаетъ, что наблюдалъ эту аномалію у 9,1% всѣхъ мужчинъ и лишь у 4,8% женщинъ. При своихъ же послѣдующихъ изслѣдованіяхъ авторъ наблюдалъ полимастію у 14% мужчинъ. Другіе же авторы, которые дѣлали свои выводы на основаніи не столь обширнаго матеріала, наблюдали полимастію только нѣсколько чаще у женщинъ, чѣмъ у муж-

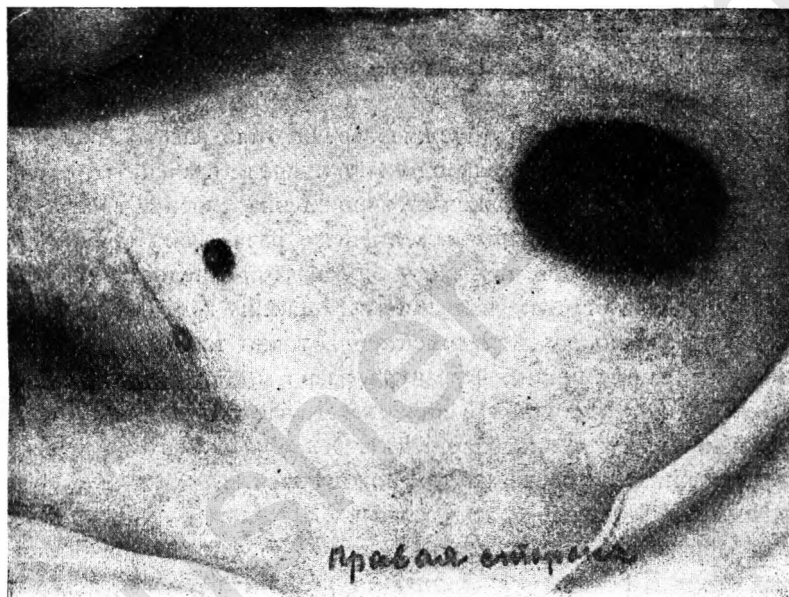


Рис. 2.

чинъ, но далеко не въ такой степени, какъ это описываетъ Iwai на основаніи своихъ наблюденій у японцевъ и японокъ.

- Въ отдѣльныхъ рѣдкихъ случаяхъ добавочныя железы наблюдались:
- 1 разъ въ ткани большой губы (случай Hartung'a),
 - 1 разъ (Therese Ventre) на бедрѣ на 4 см. ниже trochanter maj. (случай Robert'a),
 - 1 разъ на локтѣ,
 - 2 раза на спинѣ,
 - 2 раза на стѣнкѣ дермоидной кисти (случаи Haffter'a и Velitz'a)
 - 1 разъ (Blanche Dumas) въ паховой области (случаи г. Baer'a и Kömm'a).

У различныхъ млекопитающихъ животныхъ существуетъ, какъ извѣстно, зависимость между числомъ молочныхъ железъ и числомъ

рождающихся дѣтенышей. Такъ напр., вышестоящія обезьяны, у которыхъ, какъ и у человѣка, 2 молочныхъ железы, рожаютъ одного дѣтеныща; нижестоящія обезьяны *Logi*, съ 4-мя молочными железами, рожаютъ по большей части 2 дѣтенышей. Многочисленные виды рода *Chiropteri*, однокопытныя (лошадь, осель, зебра), *Getacei* (сирены, дельфины, киты) *Edentates* (*Manis*, *Echidna*), всѣ имѣютъ лишь 2 молочныя железы и рожаютъ обыкновенно одного дѣтеныша; — *Pahydermy*, имѣющіе 2 молочныя железы (слонъ, носорогъ), рожаютъ одного дѣтеныша; свинья же, имѣя 10 сосковъ, рождаетъ 8—10 дѣтенышей;—жвачные: корова, олень, верблюдъ, овца, коза и др. имѣютъ по 2 молочныхъ железы и всѣ они рожаютъ одного, самое большее, двухъ дѣтенышей. Большинство хищныхъ животныхъ и грызуновъ имѣютъ большее число молочныхъ железъ и рожаютъ 2—4—6 дѣтенышей.

Согласно съ этимъ въ прежнее время было распространено мнѣніе не только среди простонародія, но и среди врачей, что женщины съ полимастіей предрасположены къ рожденію двоенъ, троенъ и т. д. Полимастія считалась признакомъ высшаго развитія половой сферы и поэтому дѣлали слѣдующіе выводы: какъ при недостаточномъ развитіи половыхъ органовъ напр. *uterus infantilis* грудныя железы развиты, какъ правило, лишь рудиментарно, точно также при полимастіи внутренніе половые органы черезчуръ развиты, такъ что, очень часто, оплодотворяются 2 или болѣе яичекъ. Другіе объяснили зависимость между полимастіей и многоплодіемъ тѣмъ, будто *uterus bicornis*, *bilocularis*, *bipartitus* часто связаны съ полимастіей.

Но еще въ концѣ 17-го столѣтія одна дама, имѣвшая 4 грудныя железы обратилась къ профессору *Sosin* и затѣмъ къ медицинскому факультету въ Тюбингенѣ за совѣтомъ, можетъ ли она вступить въ бракъ безъ опасности быть многоплодной? Консультировавшіе профессора высказались въ томъ смыслѣ, что полимастія не предрасполагаетъ къ многоплодію, что впоследствии и оправдалось.

Въ настоящее время можно считать этотъ вопросъ рѣшеннымъ въ томъ смыслѣ, какъ показываетъ и казуистика, что зависимости между полимастіей и многоплодной беременностью не существуетъ.

Что касается объясненія происхожденія добавочныхъ сосковъ и железъ у людей, то полимастія и полителія у людей ставились рядомъ съ нормальной полимастіей у большинства млекопитающихъ животныхъ. Добавочныя молочныя железы на передней поверхности грудной клѣтки напоминали аналогично расположенныя молочныя железы на грудной клѣткѣ и животѣ у многихъ млекопитающихъ животныхъ, особенно у *Larus*, *Lemur tardigrada* и *gracilis*, бобра, *mus caffer*, у которыхъ мы всегда встрѣчаемъ 4 молочныя железы. Добавочныя подмышечныя железы напоминали подмышечныя молочныя железы у нѣкоторыхъ

родовъ обезьянъ, такъ назыв. *Tarsiae*; добавочныя дорзальныя и акроміальныя железы также расположенныя у ежа. Лишь въ случаѣ *Robert'a* (железа на наружной поверхности бедра) нельзя было подобать аналогично расположенной молочной железы въ животномъ царствѣ.

Но всѣ эти сравненія ненормальной полимастїи у человѣка съ нормальной полимастїей у животныхъ не носили научнаго характера. Аномалія сама по себѣ считалась, „*une sorte de caprice ou de bizarrerie*,“ „*opus mirabile naturae ludentis*,“ „*aberratio nisus formativi*.“

Förster считалъ причиной происхожденія добавочныхъ молочныхъ железъ неправильное дѣленіе или увеличеніе зародышевыхъ зачатковъ молочной железы, не давая однако никакого объясненія о причинахъ вызывающихъ такое дѣленіе или увеличеніе.

Hartung, собравшій въ 1875 г. въ литературѣ 60 случаевъ полимастїи, относительно происхожденія ея до нѣкоторой степени раздѣляетъ мнѣніе *Förster'a*,—но въ нѣкоторыхъ случаяхъ считаетъ допустимымъ и объясненіе, *Flechsig'a* «который говоритъ: „*von der wahren Vielbrüstigkeit seien diejenigen Zustände zu trennen, bei denen Anhängs.l der Brustdrüsen sich erst später entwickeln oder entstehen, ohne jedoch den gehörigen Bau der Brustdrüsen zu haben.*“

Martin jun., на ряду съ объясненіемъ происхожденія полимастїи, по *Hartung'u* допускаетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ: „*gewisse Anhänge der Brust, die nur als eine temporäre Entwicklung erscheinen, und weder die Form, noch die Struktur der Brüste zeigen, dürfen, wenn sie auch Milch absondern, nicht als angeborene Brüste, d. h. Brüste der ersten Bildung, angesehen werden, sondern seien als ein Phänomen der Milchabsondernden Thätigkeit zu betrachten, welche das Zellgewebe mit der Flüssigkeit füllt, die nur von der Brustdrüse abgesondert wird.*“

Среди различныхъ взглядовъ о происхожденіи полимастїи, считался, благодаря изслѣдованіямъ *Mescke'l'a* и *Owen'a* самымъ распространеннымъ тотъ, что образованіе добавочныхъ железъ обусловливается неправильнымъ отхожденіемъ (*Verirrung*) молочныхъ протоковъ (*Milchgänge*), которые вмѣсто того, чтобы соединиться и впадать въ нормальный сосокъ, отходятъ въ сторону, въ подкожную клетчатку (до *fossa axillaris* и *reg. inguinalis*) и тамъ теряются. Этотъ взглядъ нашелъ себѣ подтвержденіе въ томъ обстоятельстве, что добавочныя мышечныя железы у людей, точно также, какъ и мышечныя железы у монотремовъ (*Darwin*) не имѣютъ ясно выраженнаго соска и вмѣсто послѣдняго замѣчаются стоящія тѣсно одна возлѣ другой съ центральными отверстіями, *papillae cutis*, изъ которыхъ выдѣляется молоко. Въ такихъ случаяхъ говорили, что заблудившіеся молочные протоки проложили себѣ дорогу снаружи черезъ кожу.

Но это возрѣніе было скоро опровергнуто. Еще въ 1850 г. указаль Kölliker, что молочныя железы, также какъ и потовыя железы происходятъ благодаря разраженію мальпигіеваго слоя (Solide Wucherung des Rete Malpighii).

Въ слѣдующемъ году Langer нашель первый зачатокъ молочной железы у зародыша длиною въ $7\frac{1}{2}$ стм., въ видѣ маленькаго возвышенія кожи, имѣвшаго въ центрѣ небольшое углубленіе. Въ противоположность древнимъ авторамъ Mesker'ю и Astley Cooper'у Langer констатироваль, что болѣе свѣтлый едва замѣтный кругъ вокругъ возвышенія есть будущій околососковый кружокъ и что сосокъ есть образованіе болѣе поздняго періода развитія. У 4-хъ мѣсячныхъ эмбрионовъ Langer замѣтилъ, что отъ центральнаго углубленія отходятъ въ кожу (cutis) по радіусамъ отростки-млечныя протоки; впоследствии они сообщаются съ преформированнымъ соскомъ, происшедшимъ изъ первоначальнаго углубленія кожи. Добавочная железа и сосокъ суть образованія эмбриональнаго періода, также какъ и образованіе нормальной молочной железы. Происхожденіе добавочной молочной железы таково, что на одномъ зачаткѣ грудной железы образуется 2 углубленія, превращающіяся впоследствии въ соски, или, что еще чаще бываетъ, въ молочныя железы. Въ большинствѣ случаевъ добавочная железа и сосокъ ея отстаютъ въ своемъ развитіи и часто эмбриональная молочная железа не доходитъ даже до развитія молочныхъ каналцевъ. Въ послѣднемъ случаѣ и углубленіе на кожѣ не достигаетъ полнаго развитія, оно сохраняетъ свою эмбриональную форму и представляется у взрослога въ видѣ соска совершенно низкаго, плоскаго, съ линейнымъ отверстіемъ по срединѣ, похожимъ на маточный зѣвъ.

Kölliker подтвердилъ найденное Langer'омъ и подмѣтилъ, что весь молочный аппаратъ имѣеть общій зачатокъ, дающій впоследствии столько развѣтвленій, сколько самостоятельныхъ железъ заключается въ молочномъ аппаратѣ.

Въ 1873 г. Huss, изучая съ одной стороны развитіе соска у человѣка, съ другой у жвачныхъ животныхъ, нашель отсутствіе гомологіи въ устройствѣ молочной железы у различныхъ животныхъ, напр., у человѣка и жвачныхъ.

Далѣе авторъ подмѣтилъ первые зачатки развитія молочныхъ железъ еще у зародыша длиной въ 4 стм., причеиъ посреди болѣе блѣднаго мѣста подымается приблизительно въ $\frac{1}{2}$ мм. шириною сосочекъ, съ тончайшимъ отверстіемъ, и микроскопически этотъ сосочекъ представляетъ изъ себя большое накопленіе клѣтокъ мальпигіеваго слоя. У плода длиною въ 10 стм. разраженіе клѣтокъ уже значительно увеличивается, клѣтки уже дифференцируются отъ окружаю-

шихъ клѣтокъ—и веретенообразныя и круглыя клѣтки располагаются въ стромѣ нѣжноволокнистой межкклѣточной субстанции. Отъ мальпигіеваго слоя отходитъ нѣкоторое количество колбовидныхъ отростковъ въ будущую кожу (cutis) и эти отростки у плода длиною въ 18 см. представляются въ видѣ растянутыхъ въ длину трубчатыхъ отростковъ, которые въ послѣдствіи составляютъ концы выводныхъ протоковъ железъ.

Gegenbauer подобно Huss'у отрицаетъ всякую гомологію въ устройствѣ молочной железы у различныхъ млекопитающихъ, напр., у человѣка и у жвачныхъ. Авторъ, изучая ходъ развитія сосковъ у жвачныхъ животныхъ, приходитъ къ заключенію, что типъ человѣческихъ сосковъ произошелъ изъ того состоянія сосковъ кенгуру, гдѣ они выдаются изъ кожной складки (кожного кармана) и выводные протоки железы впадаютъ въ вершину соска. Наблюдаемый у человѣческаго зародыша первоначальный карманообразный зачатокъ молочнаго аппарата представляетъ, по Gegenbauer'у, тотъ стадій, который наблюдается у взрослыхъ монотремовъ и который у высшихъ млекопитающихъ въ послѣдствіи исчезаетъ.

Противъ ученія Huss'a и Gegenbauer'a выступилъ Рейнъ, не соглашающійся главнымъ образомъ съ ученіемъ о двухъ основныхъ типахъ развитія молочной железы. На основаніе своихъ изслѣдованій, произведенныхъ подъ руководствомъ проф. Вальдейера, авторъ приходитъ къ заключенію, что у человѣка зачатокъ молочной железы замѣчается уже на второмъ мѣсяцѣ внутриутробной жизни. Первоначально появляется только зачатокъ эпителия будущей железы—первичный эпителиальный зачатокъ, который сначала возвышается надъ поверхностью кожи въ видѣ холмика, а затѣмъ врастаетъ вглубь зародышевой кожи (cutis), принимая постепенно слѣдующія формы: чечевицеобразную,—цилиндрическую и колбовидную. Второю главною составною частью будущей железы развивается ткань соска, въ формѣ полу-луннаго пояса, ограничивающаго снизу и съ боковъ первичный эпителиальный зачатокъ (сосковый поясъ). Сосковый поясъ образуется изъ клѣтокъ зародышевой соединительной ткани будущей кожи (cutis). Сосковое возвышеніе происходитъ путемъ разрошенія соединительной ткани кожи, образующей основаніе зачатка железы. Первичный эпителиальный зачатокъ, проникнувъ на извѣстную глубину въ кожу, даетъ вторичные эпителиальные зачатки. Въ этомъ періодѣ развитія железы образуется ея третья главная составная часть—stroma. Вслѣдъ за тѣмъ первичный эпителиальный зачатокъ подвергается роговому метаморфозу и постепенно исчезаетъ. Вторичные эпителиальные зачатки, наоборотъ, увеличиваются въ размѣрахъ, вытягиваясь въ формѣ длинныхъ, цилиндрическихъ отростковъ. Молочная железа, по общему ходу своего развитія, должна быть разсматриваема не какъ видоизмѣненная сальная или потовая железа, но какъ органъ sui generis.

Klaatsch, занимавшийся также изучением развития молочной железы, является сторонником мнѣнія Gegeubaueg'a относительно основныхъ двухъ типовъ въ развитіи молочной железы.

Дальнѣйшія изслѣдованія въ этомъ направленіи принадлежатъ К. Basch'у. Авторъ задался цѣлью изучить главнымъ образомъ періодъ обратнаго развитія первоначальнаго зачатка соска, занимающій больше вторую половину внутриутробной жизни. Авторъ замѣтилъ, что развитіе соска въ общемъ идетъ параллельно съ развитіемъ длины плода и приводитъ 2 случая, касающіеся очень длинныхъ новорожденныхъ дѣтей въ 56 и 58 см., у которыхъ грудные соски были развиты такъ, какъ у дѣтей нѣсколькихъ мѣсяцевъ. За работой Langer'a слѣдующая работа въ этомъ направленіи была работа Н. Meskel'я. По Meskel'ю у кажлаго человѣка есть зачатки къ 5 молочнымъ железамъ: 2 на обыкновенныхъ мѣстахъ, 2 въ подмышечныхъ впадинахъ и 1 по средней линіи. Обыкновенно же развиваются лишь грудныя железы рѣже одна или обѣ аксиллярныя.

По Linhtetern'у главная ошибка Meskel'я заключается въ томъ, что онъ допускаетъ образованіе грудной железы по *l. mediana*. Но тѣмъ не менѣе предположеніе Meskel'я заслуживаетъ вниманіе въ томъ отношеніи, что оно не основывается на случайной игрѣ природы, но на извѣстныхъ научныхъ фактахъ.

По Geoffroy St. Hilaire полимастія у людей достаточно объясняется тѣмъ положеніемъ, которое занимаетъ человѣкъ среди млекопитающихъ. Увеличеніе числа железъ у людей сводится слѣдовательно «къ общему плану организаціи класса млекопитающихъ.»

Добавочныя железы и соски, равно какъ и многія аномаліи нашли себѣ самое распространенное объясненіе и по настоящее время, въ ученіи Дарвина о происхожденіи видовъ. На основаніи послѣдняго, потомки унаследуютъ свойства предковъ, но въ борьбѣ за существованіе мнѣняются эти свойства въ томъ или другомъ направленіи, согласно различнымъ обстоятельствамъ и требованіямъ въ прогрессивномъ или регрессивномъ направленіи. Этотъ процессъ продѣланъ цѣлымъ рядомъ генераций; нѣкоторые виды благодаря обстоятельствамъ измѣнили свои свойства, вслѣдствіе чего получились новые виды съ новыми свойствами, виды, имѣющіе съ своими предками не вполне тождественныя, но и не вполне разнящіяся свойства.

Примѣняя теорію Дарвина къ объясненію происхожденія добавочныхъ молочныхъ железъ, мы должны отмѣтить, что въ началѣ, пока женщина была многоплодной, развивались, какъ правило нѣсколько молочныхъ железъ. Постепенно одноплодные роды сдѣлались у человѣка правиломъ, быть можетъ по той простой причинѣ, что обоюдосторонняя способность оплодотворенія, вслѣдствіе израсходования

питательныхъ веществъ на другія цѣли въ борьбѣ за существованіе, понизилась.

Излишнія и недѣятельныя железы постепенно атрофировались вслѣдствіе бездѣйствія и передавались потомству сначала съ сосками, но уменьшенными, а затѣмъ и безъ сосковъ вплоть до полного исчезновенія, такъ что теперь, какъ правило, существуютъ лишь 2 железы. Присутствіе молочныхъ органовъ у млекопитающихъ мужскаго пола, Darwin объясняетъ тѣмъ, что молочныя железы предковъ млекопитающихъ, долго еще послѣ того, какъ они перестали быть двуполыми, отдѣляли молоко, которымъ и кормили своихъ дѣтенышей. Немаловажнымъ возраженіемъ противъ объясненія происхожденія добавочныхъ железъ атавизмомъ служило чрезвычайная неправильность положенія добавочныхъ железъ. Добавочные органы, происхожденіе которыхъ объясняется унаслѣдованіемъ прежнихъ нормальныхъ органовъ, должны также, какъ и послѣдніе, занимать извѣстное опредѣленное мѣсто. И Darwin не умалялъ значенія этого возраженія, онъ не отказался по этой причинѣ отъ своего первоначальнаго объясненія, но ограничилъ степень возможности такого объясненія.

Lichtenstern находитъ объясненіе Darwin'a вполне соответствующимъ истинѣ и, по его мнѣнію, добавочныя железы и соски указываютъ на нашихъ очень отдаленныхъ предковъ, имѣвшихъ нѣсколько грудныхъ железъ и допускаетъ, что у каждого человѣка можетъ быть скрытая способность или склонность имѣть болѣе 2 железъ. Эта способность или склонность въ теченіе многихъ тысячелѣтій дошла до скрытаго состоянія, но не до такой степени, какъ это до сихъ поръ полагали. Причина перехода нашихъ предковъ отъ прежней нормальной полимастии къ бимастии историческихъ генераций, кроется, по автору, въ неиспользованія лишней железы, а это неиспользованіе объясняется, быть можетъ, тѣмъ, что женщины нашихъ предковъ, бывшія многоплодными, превратились постепенно въ одноплодныхъ.

Далѣ Lichtenstern показалъ, что добавочныя железы и соски располагаются весьма правильно въ 91% случаевъ ниже и внутри, рѣже выше и снаружи отъ нормальныхъ сосковъ, на передней сторонѣ грудной клѣтки. Этимъ авторъ уничтожилъ главное возраженіе противъ теоріи Дарвина, объясняющей происхожденіе добавочныхъ железъ.

Въ томъ же году выступилъ проф. Ahlfeld противъ объясненія происхожденія добавочныхъ молочныхъ железъ атавистической теоріей. Приводя случай Hartung'a, гдѣ имѣлась молочная железа въ большой губѣ, случай Haffter'a, описавшаго молочные ходы въ стѣнкѣ дермоидной кисты и, наконецъ, случай приводимый Lichten-

stern'омъ, гдѣ железа была найдена на наружной поверхности бедра, авторъ считаетъ возможнымъ слѣлать слѣдующій выводъ: „такъ какъ добавочныя железы наблюдались на такихъ мѣстахъ, гдѣ ихъ присутствіе нельзя объяснить теоріей Дарвина, то мы считаемъ себя вправѣ искать другого объясненія для всѣхъ случаевъ добавочныхъ железъ.“

Какъ примѣръ несостоятельности теоріи Дарвина гесп. взгляда Lichtenstern'a при объясненіи другихъ аномалій, авторъ приводитъ двурогую матку у человѣка. На первый взглядъ это явленіе дѣйствительно легко объясняется атавистической теоріей Дарвина, ибо почти всѣ млекопитающіеся имѣютъ двойную матку, соединяющуюся въ общее влагалище. Если же обратить вниманіе на причины образованія 2-хъ матокъ, или двурогой матки, то онѣ бывають самыя разнообразныя: причиной такой аномаліи служить то растянутая, то измѣнившая свое положеніе прямая кишка, то наполненный allantois, то наполненный пузырь, то раздвоеніе симфиза и т. д. и т. д., мѣшающія въ отдѣльныхъ случаяхъ соединенію нитей Müller'a. Далѣе Ahlfeld приводитъ случай полидактилій: (случай Froier'a), гдѣ у человѣка было 36 пальцевъ и Д-ра Zouteveen'a и Darwin'a, гдѣ у человѣка было 48 пальцевъ. „Неужели въ данномъ случаѣ имѣется одинъ скачекъ безъ переходнаго звена отъ рыбъ, которыя принадлежать къ полидактиламъ до человѣка?“ спрашиваетъ Ahlfeld. Самъ Дарвинъ не считалъ возможнымъ объяснить это явленіе своей теоріей. По Ahlfeld'у причина происхожденія полидактиліи кроется въ чемъ-нибудь другомъ, а именно въ заболѣваніи амніона.

Авторъ указываетъ на случай раздвоенія большого пальца, гдѣ еще ясно замѣтна была амниотическая нить. Что касается добавочныхъ железъ, то Ahlfeld считаетъ ихъ приобрѣтенными еще въ стадіи эмбриональнаго развитія, а именно, что части нормальной железы отдѣлились или срослись съ яйцевыми оболочками и такимъ образомъ переносились, какъ-бы прививались на другія мѣста. Что же касается вообще аномалій въ развитіи, то авторъ считаетъ причиною уклоненій отъ нормальнаго развитія, обусловеннаго этимъ уродства, неправильности, стоящія внѣ общаго плана организаціи класса млекопитающихъ.

Фавръ склоненъ разсматривать происхожденіе полимастїи въ смыслѣ теоріи Дарвина, какъ зачаточные органы—отдаленнѣйшіе слѣды, указывающіе на происхожденіе человѣка отъ какой либо нисшей животной формы путемъ риверсіи, т. е. возврата къ какому-либо первоначальному и древнему типу.

По мнѣнію Blanchard'a добавочныя железы, расположенныя ниже нормальныхъ, соотвѣтствуютъ соскамъ, расположеннымъ на животѣ у животныхъ; расположенныя еще ниже добавочныя железы—соотвѣтствуютъ mamillae-inguin. у животныхъ. Авторъ допускаетъ, что

вначалѣ развитія челоѳческаго рода, челоѳкъ имѣлъ железы и соски 3-хъ родовъ, постепенно преобразовавшіяся въ одинъ родъ железъ и сосковъ. Аномалія часто передается по наслѣдству. Иногда обнаруживаются у людѣй железы и соски въ подмышечныхъ впадинахъ и на спинѣ. Относительно послѣднихъ авторъ раздѣляетъ мнѣніе Duval'a, что это суть случайныя модификаціи сальныхъ железъ, а именно дальнѣйшее ихъ развитіе. Въ то время, какъ въ первомъ случаѣ дѣло идетъ о регрессивномъ процессѣ, въ послѣднемъ случаѣ имѣется прогрессивный процессъ.

Champneу's, изслѣдуя, полученный имъ изъ опухолей подмышечныхъ впадинъ секретъ, бывшихъ подъ его наблюденіемъ больныхъ, нашелъ, что этотъ секретъ бываетъ 3-хъ родовъ: 1. detritus (granular débris), который Champneу's считаетъ секретомъ сальныхъ железъ, 2. colostrum, 3. молоко.

Champneу's считаетъ секретъ, выдѣляемый опухолями, продуктомъ сальныхъ железъ и на основаніи своихъ наблюденій приходитъ къ заключенію, что при случаѣ сальныя железы подмышечныхъ впадинъ въ состояніи отдѣлять настоящее молоко.

Dogan вполне раздѣляетъ мнѣніе Champneу's относительно происхожденія добавочныхъ железъ и отвергаетъ объясненіе происхожденія полимастии атавизмомъ, потому что у людей часто наблюдаются добавочныя железы и соски на такихъ мѣстахъ, гдѣ они нормально у животныхъ никогда не бываютъ.

Neugebauer не раздѣляетъ мнѣніе Ahlfeld'a, Champneу's и др. относительно происхожденія добавочныхъ железъ и сосковъ, но вполне присоединяется къ мнѣнію Darwin'a и Lichtenstern'a и считаетъ возможнымъ объяснять происхожденіе добавочныхъ железъ и сосковъ лишь атавистической теоріей.

Hansemann считаетъ, какъ атавистическую теорію, такъ и теорію Ahlfeld'a недостаточными для объясненія всѣхъ случаевъ полимастии.

Развитіе животнаго изъ яйцевой клѣтки происходитъ, какъ извѣстно, такимъ образомъ, что яйцевая клѣтка дѣлится постепенно на все большее число клѣтокъ, пока развитіе организма не закончится. Это дѣленіе происходитъ по двумъ типамъ: или дочернія клѣтки качественно равны между собой и съ материнской клѣткой, или качественно различны. Эти типы дѣленія могутъ между собою смѣняться, а именно такимъ образомъ, что клѣтки дѣлятся одно время по одному, а затѣмъ по другому типу. Первые зачатки грудной железы у челоѳка замѣчаются на 2-мъ мѣсяцѣ и состоятъ изъ очень небольшого числа, быть можетъ лишь изъ одной эмбриональной эпителиальной клѣтки. Несомнѣнно, должно существовать съ каждой стороны по

клетка, которая считается материнскою клеткою грудной железы. Предположимъ, говоритъ Hansmann, что эта материнская клетка въ моментъ, гдѣ она начинаетъ быть зачаткомъ молочной железы, находится въ совершенно опредѣленной п-ной генерации дѣленія яйцевой клетки. Въ такомъ случаѣ она дѣлилась п разъ по неправильно-му типу, ибо къ концу этого періода только въ ней осталась способность дать зачатокъ молочной железы. Если же въ теченіе этой п-ной генерации наступило благодаря какой либо причинѣ, дѣленіе по равному типу, то ясно, что теперь будутъ двѣ клетки, которыя обладаютъ способностью дать молочныя железы. Причина, побудившая клетку въ продолженіи этихъ п генераций дѣлиться одинъ или нѣсколько разъ по равному типу, можетъ заключаться въ ней еще съ яйцевой клетки; такъ по крайней мѣрѣ, по Hansmann'у, дѣло обстоитъ у животныхъ съ нормальной полимастіей. Такого рода объясненіе полимастии можно дать и въ нѣкоторыхъ случаяхъ у людей (хотя это доказать невозможно). Въ этихъ случаяхъ мы вправѣ говорить объ унаслѣдованной или атавистической полимастии. Но причина, побудившая клетку въ теченіе п-ныхъ генераций дѣлиться по равному типу, можетъ быть и приобретенной, благодаря различнымъ внѣшнимъ влияніямъ и тогда мы имѣемъ дѣло съ приобретенной полимастіей, неимѣющей ничего общаго съ атавизмомъ.

Въ томъ же засѣданіи дѣлалъ свое сообщеніе и Bartels, указавшій, что для происхожденія добавочныхъ железъ существуютъ различныя причины и въ однихъ случаяхъ дѣло идетъ несомнѣнно объ удвоеніи, а въ другихъ о частичномъ или полномъ раздѣленіи нормальнаго зачатка молочной железы. Что касается железъ, расположенныхъ въ подмышечной впадинѣ, то онѣ должны быть раздѣлены на 2 группы: на железы, находящіяся на передней складкѣ подмышечной ямки и на железы, расположенныя въ глубинѣ подмышечной ямки. Лишь первая поддаются объясненію простымъ удвоеніемъ нормальнаго зачатка железы по направленію кверху. Что касается добавочныхъ сосковъ, то они по большей части расположены ниже нормальныхъ сосковъ на кожѣ, покрывающей подреберный край и ближе къ средней линіи, рядомъ съ подложечной впадиной; у мужчинъ добавочный сосокъ на этомъ мѣстѣ не есть рѣдкость. Что касается аналогичнаго расположенія сосковъ у животныхъ, то у нѣкоторыхъ Lemurinae (*Logi*, *Stenops tardigradus*), на соответственныхъ мѣстахъ по обѣимъ сторонамъ наблюдаются по 1-му брюшному и 1-му грудному соску, хотя своей формой эти соски многимъ отличаются отъ сосковъ у человѣка.

По мнѣнію Virchow'a, высказанному въ томъ же засѣданіи, для объясненія происхожденія добавочныхъ железъ и сосковъ атавистическая теорія допустима, но также и допустимо и то, что молочныя и сальныя железы по своему происхожденію стоятъ очень близко

и развиваются изъ эпителія; поэтому и возможно, что на ненормальныхъ мѣстахъ возникаютъ, благодаря сильному росту, вмѣсто салныхъ железъ молочныя железы. Въ случаяхъ, гдѣ добавочныя железы находятся по близости отъ нормальныхъ железъ и внѣ нормальной линїи, не исключается возможность отдѣленія зародыша добавочной железы отъ такового нормальной железы.

Что атавистическая теорія и теорія дѣленія находятся въ связи это доказывается послѣдующими работами О. Schultz'a и Bonnet'a. Первая работа, Schultz'a, появилась въ 1892 г. Авторъ открылъ у эмбрионовъ свиньи въ утолщенной складкѣ болѣе глубокаго слоя эпидермиса, идущей сбоку по спинѣ по направленію спереди назадъ, линію, названную имъ «молочной». Эта молочная линія представляетъ собой зачатокъ общей железы одной стороны и есть, по автору, первый стадій развитія молочной железы и описанныя до сихъ поръ зачатки отдѣльныхъ железъ развиваются изъ молочной линіи. Если этотъ родъ развитія молочной железы существуетъ и у другихъ млекопитающихъ и у людей, что уже аргюи допустимо, то количество развивающихся молочныхъ железъ находится въ зависимости отъ числа дифференцировавшихся изъ этой эпителиальной складки зачатковъ; число же зачатковъ находится въ зависимости отъ приобретенной особенности каждаго вида. Дальнѣйшія наблюденія показали автору, что молочная линія первоначально лежитъ на спинѣ и только, благодаря извѣстнымъ процессамъ роста, постепенно передвигается на боковую и переднюю сторону живота. Отсюда ясно, что при такого рода сложныхъ передвиженіяхъ, могутъ легко произойти неправильности дѣленія, и смѣщеніе уже дифференцированнаго зачатка железы. Образование сверхчисленныхъ зачатковъ железъ въ области молочной линіи слѣдовало бы въ такомъ случаѣ считать атавизмомъ, въ то время, какъ дѣленіе отдѣльныхъ зачатковъ въ болѣе позднемъ стадіи развитія, вслѣдствіе разныхъ внѣшнихъ вліяній, слѣдовало бы отнести къ двойному уродству.

Въ томъ же году по предложенію проф. v. Bardeleben'a на основаніи массовыхъ изслѣдованій новобранцевъ болѣе, чѣмъ 100.000 человекъ выяснилось, что полимастїя resp. полителія является весьма важнымъ моментомъ въ этнологическомъ отношеніи. v. Bardeleben считаетъ доказаннымъ, что во всѣхъ тѣхъ мѣстностяхъ, куда проникло славянское племя, часто наблюдается полимастїя resp. полителія. На этомъ основаніи констатированіе полимастїи или полителіи у извѣстнаго племени даетъ возможность дѣлать выводы относительно его историческаго прошлаго.

Goldenberger, относительно объясненія возникновенія добавочныхъ железъ, является вполнѣ сторонникомъ Darwin'a.

Champneys, въ своемъ второмъ сообщеніи отъ 1895 г. измѣнилъ свой взглядъ въ томъ отношеніи, что онъ приписываетъ отдѣляемый секретъ не функціи сальныхъ железъ, а потовыхъ. Причиной такого измѣненія воззрѣнія послужило микроскопическое изслѣдованіе кожи 3-хъ умершихъ роженицъ и родильницъ, у которыхъ въ мышечныхъ впадинахъ имѣлись вышеописанныя опухоли.

По изслѣдованіямъ Gegenbauer'a сальные и молочныя железы какъ въ гинетическомъ, такъ и въ морфологическомъ отношеніяхъ стоятъ весьма близко другъ къ другу. Какъ тѣ, такъ и другія происходятъ изъ одинаковыхъ заворотовъ (Einstülpungen) эпидермиса, оба вида имѣютъ въ развитомъ состояніи, въ противоположность другимъ кожнымъ железамъ, альвеолярное строеніе. Сродство молочныхъ и сальныхъ железъ видно и въ веществѣ имъ отдѣляемой: молочныя железы отдѣляютъ жиръ въ видѣ маленькихъ зернышекъ или капель, окруженныхъ тонкой пленкой и эти форменные элементы вмѣстѣ съ отдѣляемой серозной жидкостью составляютъ эмульсію. Сальные же железы не обладаютъ способностью отдѣлять серозной жидкости, и въ этомъ состоитъ единственная разница между сальными и молочными железами. Но это обстоятельство не заслуживаетъ особеннаго вниманія, такъ какъ и молочныя железы отдѣляютъ химически различное молозиво.

Gegenbauer считаетъ монтгомеровы железы, которыя, какъ извѣстно, во время беременности и кормленія не только увеличиваются, но и отдѣляютъ молокоподобную жидкость, переходнымъ звеномъ между сальными и молочными железами, и такимъ образомъ доказываетъ первоначальное сходство обѣихъ железъ. Gegenbauer высказываетъ далѣе предположеніе, что добавочныя молочныя железы развились изъ первоначальныхъ зачатковъ сальныхъ железъ, благодаря дальнѣйшему развитію послѣднихъ. Этимъ авторъ и объясняетъ происхожденіе иногда очень далеко расположенныхъ «заблудившихся» добавочныхъ железъ.

Зерновъ въ застѣданіи Московскаго Физико-Медицинскаго Общества отъ 27 ноября 1895 г. по поводу больной съ полимастіей, демонстрированной Варнекомъ, полагаетъ, что расположеніе сосковъ въ данномъ случаѣ даетъ возможность объяснить ихъ происхожденіе атавизмомъ.

По Patellani съ физико-онтогенетической точки зрѣнія существуютъ 2 объясненія зависимости между многоплодіемъ и полимастіей. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ железы и соски являются дѣйствительно излишними (überzählig), въ другихъ же случаяхъ это излишество лишь кажущееся. Своему случаю авторъ даетъ послѣднее объясненіе. Полное излишество добавочныхъ железъ даетъ право объяс-

нить полимастию у человека, какъ явленіе атавизма. Въ этихъ случаяхъ железы представляютъ рудиментарные органы, которые сохранили лишь свою форму, но не функционируютъ. Въ случаяхъ же кажущагося излишества (*Überzähligkeit*), добавочныя железы сохранили и свою функцію, хотя и въ очень слабой степени.

H. Schmidt при своихъ изслѣдованіяхъ, которыя онъ производилъ на 8-ми мѣсячныхъ эмбрионахъ, не видѣлъ на такомъ протяженіи ни макроскопически, ни черезъ лупу ту молочную линію или полосу, которую наблюдалъ Schultze на эмбрионахъ свиней того же возраста. У двухъ эмбрионовъ авторъ видѣлъ по переднимъ аксиллярнымъ линіямъ болѣе свѣтлыя линіи, которыя, быть можетъ, и были молочными полосами. Микроскопически авторъ пока ихъ еще не изслѣдовалъ.

На основаніи своихъ микроскопическихъ изслѣдованій другихъ эмбрионовъ людей авторъ приходитъ вообще къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Кромѣ главнаго зачатка молочной железы существуютъ еще другія накопленія эпителия, которыя слѣдуетъ считать зачатками добавочныхъ молочныхъ железъ. Въ среднемъ наблюдается тѣмъ большее количество зачатковъ добавочныхъ железъ, чѣмъ моложе и меньше эмбрионъ.

2. Зачатки добавочныхъ железъ находятся какъ выше, такъ и ниже нормальныхъ железъ.

3. Большее количество зачатковъ железъ расположено выше нормальныхъ железъ.

4. Мѣста, которыя занимаютъ зачатки нормальныхъ молочныхъ железъ, весьма различны.

5. Краниально расположенные зачатки добавочныхъ железъ находятся по большей части латерально, а каудально расположенные зачатки медиально отъ нормальной железы.

6. Утолщеніе эпителия замѣчается у эмбриона на латеральной сторонѣ выше зачатка нормальной молочной железы. и на медиальной сторонѣ ниже зачатка нормальной железы.

Kerger считаетъ добавочныя железы, въ случаѣ, демонстрированномъ имъ въ засѣданіи естествоиспытателей въ Франкфуртѣ н/М, происшедшими изъ тѣхъ эпителиальныхъ молочныхъ полосъ, которыя спереди отстоятъ другъ отъ друга очень далеко, а къзади сходятся. Отъ неизвѣстныхъ причинъ молочные ходы облитерируются, послѣ образованія эпителиальныхъ железистыхъ пузырьковъ и такимъ образомъ получаютъ железы безъ выводныхъ протоковъ.

Что касается объясненія возникновенія такихъ добавочныхъ же-

лезъ въ случаѣ, приведеннымъ Hintze, то авторъ, раздѣляя вполне мнѣніе O. Schultze, полагаетъ, что молочная линія въ оперированномъ имъ случаѣ простиралась внутрь въ подмышечную ямку, и отъ этой молочной линіи брали начало добавочныя железы.⁸³

Burckhardt равно какъ и другіе изслѣдователи нашель, что молочная полоса идетъ по обѣимъ сторонамъ тѣла отъ начала верхнихъ конечностей къ началу нижнихъ конечностей. На этой полосѣ замѣчаются возвышенія изъ эпидермиса, такъ назыв. молочныя точки или молочныя холмики, въ которые вростають отростки эпителія и которыя канализируются и такимъ образомъ образуются соски. Смотря по виду (Species) животного, зачатки молочной линіи появляются лишь мѣстами и развивается большее или меньшее количество железъ, расположенныхъ по двумъ линіямъ, такъ напр., у свиней железы расположены въ два ряда, у лошадей два соска—въ лумбальномъ отдѣлѣ, у человѣка двѣ железы въ грудномъ отдѣлѣ брюшной поверхности тѣла. На протяженіи молочной линіи, которая впоследствии подвергается обратному развитію, въ эмбриональномъ стадіи часто замѣчаются зачатки железъ, такъ напр., авторъ нашель у эмбрионовъ скота такіе зачатки въ 37,62% т. е. значительно чаще, чѣмъ они наблюдаются у взрослага скота. Эти abortивныя соски по большей части подвергаются обратному развитію, или являются впоследствии рудиментарными органами.

Въ томъ же 1898 г. опубликовалъ свою работу Kallius, а въ слѣдующемъ 1899 г. и Hirschland. Оба автора, какъ и O. Schultze работали на человѣческихъ эмбрионахъ и нашли, что обратное развитіе молочной полосы идетъ одновременно какъ съ головнаго, такъ и хвостоваго концовъ. Hirschland нашель у человѣческихъ эмбрионовъ вокругъ мѣстъ прикрѣпленія верхнихъ конечностей, прямо подъ будущей подмышечной впадиной, значительное утолщеніе эпидермиса.

Falk, разбирая въ засѣданіи общества акушеровъ 18-го ноября 1901 г. демонстрированный имъ случай полимастїи, и указавъ на сообщеніе Hennig'a „О зависимости полимастїи въ антропологическомъ отношеніи съ сохраненіемъ первоначальнаго зачатка двойной матки“ приводитъ 3 случая изъ своей практики, въ которыхъ беременность несомнѣнно была констатирована при двойной маткѣ. Въ одномъ случаѣ, гдѣ имѣлось uterus bicornis unicollis, авторъ впоследствии констатировалъ беременность и въ другомъ роуѣ. Относительно объясненія происхожденія полимастїи авторъ вполне раздѣляетъ мнѣніе O. Schultze и H. Schmidt'a.

Kayser считаетъ, что Schultze'емъ и Schmidt'омъ вполне доказано, что при полимастїи мы имѣемъ дѣло съ атавизмомъ. При этомъ авторъ добавляетъ, что именно при полимастїи наблюдаются часто и другія аномалїи, которыя объяснимы лишь регрессивными из-

мѣненіями; но авторъ не допускаетъ такое объясненіе всѣхъ случаевъ полимастии, напр., случаи, когда железы находились на такихъ мѣстахъ, на которыхъ у животныхъ ихъ никогда не наблюдается. И поэтому Kayser допускаетъ въ такихъ случаяхъ возможность превращенія сальныхъ железъ въ молочныя. Что касается частоты *polymastia axillaris*, то авторъ не раздѣляетъ мнѣніе Lichtenstern'a и считаетъ эти случаи не рѣкими. Случаи Kayser'a подтверждаютъ наблюденія Bardeleben'a что полимастия встрѣчается чаще у славянскихъ племенъ.

Seitz полагаетъ, что въ приведенныхъ имъ случаяхъ дѣло идетъ о гиперсекреціи потовыхъ и сальныхъ железъ съ временнымъ задержаніемъ секрета. При сдавливаніи во время самага сильнаго набуханія получается, благодаря смѣшиванію сальныхъ и потовыхъ железъ, эмульсія, которая не только макроскопически, но и микроскопически имѣетъ видъ молока и поэтому даетъ ложный поводъ считать припухлости добавочными железами. Въ описываемыхъ Kayser'омъ случаяхъ предположеніе имъ о *polymastia axillaris*, Seitz считаетъ ошибочнымъ на слѣдующихъ основаніяхъ.

1. Настоящая *polymastia axillar.* встрѣчается крайне рѣдко.

2. Отсутствіе выводного протока, соска или добавочнаго соска. По Seitz'у до сихъ поръ не описаны функционирующія железы безъ соска, но сосокъ безъ железистой ткани наблюдался. Наблюденія Langer'a, на которыя указываетъ Kayser, а именно, что развитіе соска и железы идетъ одновременно, но независимо другъ отъ друга, въ настоящее время не выдерживаютъ критики.

3. Возможности полимастии въ случаяхъ Kayser'a противорѣчить и то обстоятельство, что изъ многихъ, далеко другъ отъ друга расположенныхъ отверстій выдѣлялся молокоподобный секретъ.

За полимастию, по мнѣнію Seitz'a, говоритъ лишь то обстоятельство, что вырѣзанный кусочекъ представлялъ строеніе молочной железы. Но если это и такъ, то описанный Kayser'омъ случай, единственный до сихъ поръ случай въ этомъ родѣ.

Въ 1894 г. появилась работа V e n d a. Авторъ впервые высказалъ взглядъ, что отдѣлительные процессы сальныхъ и молочныхъ железъ вполне различны и молочная железа по строенію и расположенію эпителия скорѣе подходит къ потовымъ железамъ. Поэтому, по мнѣнію автора, молочныя железы по своему происхожденію стоятъ близко къ потовымъ железамъ. Авторъ особенно подчеркиваетъ то обстоятельство, что смотря по мѣсту положенія и функціи, потовыя железы имѣютъ различное строеніе такъ напр., потовыя железы кожи, вѣка, слухового хода, и, наконецъ, большія подмышечныя железы. Затѣмъ V e n d a, указавъ на сходство молочной железы съ болѣе развитыми потовыми

железами, приходится къ слѣдующимъ выводамъ: „Die Milchdrüse ist als das letzte und höchst entwickelte Glied einer Formenreihe aufzufassen, die von den kleineren Schweissdrüsen der Haut über die Moll'schen Drüsen, die Perianaldrüsen, die Ohrschmalzdrüsen, die grossen Achselhöhlen- drüsen zu ihr aufsteigt.“

Въ слѣдующемъ году появилась работа Вгouha о строеніи молочной железы. При своихъ наблюденіяхъ авторъ не ограничился лишь изученіемъ того или другого стадія развитія молочной железы, но изучалъ систематически развитіе молочной железы, начиная съ перваго появленія ея у эмбриона до самаго высшаго развитія ея до наступленія лактаціоннаго періода, какъ у людей, такъ и у высшихъ млекопитающихъ. Авторъ нашель, что молочная железа, до наступленія лактаціоннаго періода имѣеть чисто тубулезный характеръ, который она сохраняетъ до самаго конца беременности; мельчайшія развѣтвленія железы составляютъ отдѣляющую (secrenirenden) часть ея. Лишь во время кормленія мельчайшія развѣтвленія железы принимаютъ альвеолярное строеніе. На основаніи своихъ изслѣдованій авторъ полагаетъ, что никогда нельзя сказать, что молочная железа человѣка имѣеть строеніе сложной альвеолярной железы.

Breslau и Eggeling своими сравнительно - анатомическими изслѣдованіями доказали близкое родство молочныхъ и потовыхъ железъ. Eggeling нашель при своихъ изслѣдованіяхъ, что у монотремевъ и эдентатовъ молочныя и потовыя железы довольно долгое время другъ отъ друга ничѣмъ не отличаются и что на краю железистаго поля (Drüsenfeld) можно найти еще въ позднемъ стадіи развитія переходы отъ одной железы къ другой.

Breslau нашель при своихъ новѣйшихъ изслѣдованіяхъ, что дифференціація между молочными и потовыми железами наступаетъ значительно раньше, чѣмъ это полагаетъ Eggeling. Впослѣдствіи, въ своей второй работѣ по этому же вопросу Eggeling вполне подтвердилъ найденное Breslau'омъ.

Въ 1908 г. появилась вторая работа Seitz'a, въ которой авторъ сообщаетъ результаты микроскопическаго изслѣдованія опухоли подмышечной впадины. Опухоль эта имѣла всѣ свойства такъ называемыхъ „подмышечныхъ молочныхъ железъ“.

На основаніи микроскопическаго изслѣдованія и литературныхъ данныхъ авторъ придерживается относительно происхожденія опухолей подмышечной впадины слѣдующаго взгляда: при обычныхъ условіяхъ у человѣка въ подмышечной впадинѣ находятся потовыя железы, которыя болѣе развиты, чѣмъ обыкновенныя потовыя железы кожи. Высшее развитіе подмышечныхъ потовыхъ железъ состоитъ въ томъ, что онѣ, во первыхъ, достигаютъ большей величины, чѣмъ обыкно-

венныя потовыя железы, что единогласно подтверждается многими авторами; во вторыхъ, подмышечныя потовыя железы отличаются болѣе сложнымъ гистологическимъ строеніемъ: онѣ не имѣютъ простаго трубчатого строенія, но въ нихъ существуютъ развѣтленія и выпячиванія. Среди этихъ железъ находятся такія, которыя имѣютъ типичное строеніе молочныхъ железъ и продѣлываютъ всѣ стадіи секреціи. Выдѣленный секретъ содержитъ какъ colostrum, такъ и молочивныя тѣльца и поэтому выдѣляемый ими секретъ можетъ быть настоящимъ молокомъ.

Подводя краткій итогъ всему вышесказанному относительно происхожденія добавочныхъ молочныхъ железъ, *gesp. сосковъ*, нужно признать, что не мало мнѣній было высказанно по этому поводу.

Въ классической древности, гдѣ эта аномалія уже была извѣстна, считали ее просто за *lusus naturae* или *opus mirabile naturae indentis*. Затѣмъ шла рѣчь о разборсанности зачатковъ молочной железы, однако безъ всякаго объясненія этого взгляда, и лишь со времени Даврина стало извѣстно, что въ полимастии мы, по всей вѣроятности, имѣемъ дѣло съ явленіями атавизма. Но Дарвинъ не могъ доказать своего предположенія, потому что въ то время господствовало мнѣніе, что добавочныя железы появляются безъ всякой правильности на самыхъ различныхъ частяхъ тѣла тамъ, гдѣ онѣ у животныхъ никогда не наблюдались. Благодаря обширному статистическому матеріалу, собранному *Lichtenstern*'омъ, это мнѣніе было опровергнуто. *Lichtenstern* подмѣтилъ, что при полимастии железы располагаются по опредѣленнымъ линіямъ, идущимъ отъ подмышечныхъ впадинъ къ паховымъ областямъ, приближаясь все больше и больше къ средней линіи.

Теорія происхожденія добавочныхъ железъ Даврина является и по настоящее время самой распространенной. *Zernow*, *Pattelan*, *Goldenberger*, *Blanchard*, *Virchow*, *Kayser* и др. считаются ея приверженцами.

По мнѣнію *Ahlfeld*'а при посредствѣ амніона происходятъ трансплантація ткани молочной железы въ подмышечныя впадины и другія мѣста,

Kölliker первый указалъ, что молочныя и сальныя железы по своему строенію стоятъ очень близко другъ къ другу—тѣ и другія происходятъ изъ *rete Malpighii*, *Champneys*, *Doran*, *Gegenbauer*, *Seitz* и др. придерживаются того же мнѣнія, что молочныя железы происходятъ путемъ дальнѣйшаго развитія сальныхъ железъ. Эту возможность допускаютъ также и *Virchow*, *Blanchard* и *Kayser*.

Наконецъ *Hanseman* высказалъ взглядъ, что по причинѣ вѣшняго раздраженія происходитъ дѣленіе первоначальной молочной

железы на части. Взглядъ, развиваемый Hansemann'омъ позволяетъ смотрѣть на полимастію, во первыхъ, какъ на явленіе атаксизма и, во вторыхъ, какъ на индивидуально приобрѣтенную аномалію.

А что атаксическая теорія и теорія дѣленія находятся въ тѣсной связи, видно изъ появившейся въ 1892 года работы Schultze. Schultze, Bonnet, Burckhardt и др. обнаружили сначала на эмбрионахъ животныхъ, а затѣмъ Н. Schmidt, Kallius, Hirschland и др. и на эмбрионахъ людей гипотетическую линію, указанную Lichtenstern'омъ и показали ее подъ названіемъ „Milchleiste“, „Milchstrang“. Названные авторы, изслѣдуя серіи срѣзовъ человѣческихъ эмбрионовъ отъ второй и третьей недѣли нашли, что собственно „Milchstrang“ у людей не наблюдается, но что у послѣднихъ въ этомъ возрастѣ на мѣстѣ, соответствующемъ положенію линіи Milchleiste, всегда наблюдается накопленіе эпителиальныхъ клѣтокъ; далѣе интересно то, что эти эпителиальныя клѣтки особенно сильно развиваются выше мѣста расположенія нормальныхъ молочныхъ железъ.

Въ послѣднее время появилось нѣсколько работъ (Benda, Brotscha, Breslau, Eggeling и др.), доказывающихъ сродство потовыхъ железъ съ молочными, и въ особенности большими подмышечными железами, которыя нерѣдко въ послѣродовомъ періодѣ отдѣляютъ молоко.

Что касается интересующаго насъ случая, то невольно возникаетъ вопросъ, имѣются ли въ данномъ случаѣ добавочныя соски на 2-хъ нормальныхъ железахъ, или дѣло идетъ о самостоятельныхъ добавочныхъ железахъ. Какъ показали Förster и другіе авторы, существуютъ случаи, гдѣ на одной железнѣ встрѣчаются по нѣскольку сосковъ; далѣе встрѣчаются случаи бифуркаціи молочной железы и тогда эти аномаліи находятъ себѣ объясненіе въ томъ, что нѣкоторыя молочныя ходы имѣютъ отдѣльные изолированныя выходы. Такъ какъ я не имѣлъ возможности произвести такое точное изслѣдованіе, какое возможно продѣлать лишь на трупѣ, то этого вопроса я не могу рѣшить окончательно съ анатомической точки зрѣнія. Но на основаніи клиническаго изслѣдованія я склоненъ полагать, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ не простую полимастію, а полимастію. Что касается происхожденія добавочныхъ железъ въ нашемъ случаѣ, то мнѣ кажется, что объясненіе весьма ясное. Положеніе добавочныхъ железъ вполне соответствуетъ той гипотетической линіи, на которую указалъ еще Lichtenstern и которую на эмбрионахъ обнаружили Schultze, Schmidt и др. Относительно того, что вышележащія добавочныя железы отклонены нѣсколько отъ хода прямой линіи, т. е. не лежатъ строго всѣ на одной прямой, то тутъ намъ приходится на помощь изслѣдованія Hirschland'a, который нашелъ у человѣческихъ эмбрионовъ вокругъ мѣста прикрѣпленія верхнихъ конечностей

прямо въ будущей подмышечной впадинѣ замѣтное утолщеніе эпидермиса, изъ котораго и образуется *mammae accessoriae axillares*. Burckhard объясняетъ отклоненіе добавочныхъ молочныхъ железъ отъ типичнаго порядка расположенія на одной прямой линіи неравнобѣрнымъ ростомъ кожи. Принимая во вниманіе результаты изслѣдованія Hirschlanda и Burckhardt'a, мы въ правѣ допустить, что въ данномъ случаѣ имѣются *mammae accessoriae*, происшедшія изъ молочной полосы *Milchleiste*. Относительно роли добавочныхъ молочныхъ железъ при развитіи новообразованій грудныхъ железъ, въ работахъ Bardeleben'a и W. Roger'a высказывается мнѣніе, что добавочныя железы чрезвычайно часто служатъ причиною новообразованій. Единственный въ доступной мнѣ литературѣ случай, подтверждающій этотъ взглядъ приведенъ у Förster'a. Въ этомъ случаѣ добавочная железа находилась въ подмышечной ямкѣ и была раково перерождена, какъ это показало микроскопическое изслѣдованіе. Возникновеніе такихъ опухолей большинство авторовъ: Klebs, Lücke, Volkman, Hüter и др. объясняютъ присутствіемъ такъ назыв. *aberrirender Mammalärpchen*, т. е. маленькихъ, отдѣлившихся во время внутриутробной жизни отъ зачатка нормальной молочной железы кусочковъ железистой ткани. Вышеприведенные авторы высказываютъ этотъ взглядъ, не касаясь однако понятія о полимастии.

Sohnheim, выставляя свою теорію развитія опухолей изъ эмбриональныхъ зачатковъ (*Keimen*), утверждаетъ, что аденоматозныя опухоли подмышечной впадины происходятъ изъ маленькихъ развившихся добавочныхъ молочныхъ железъ.

Martin на основаніи собственнаго случая и литературныхъ данныхъ приходитъ къ заключенію, что не добавочныя железы или соски перерождаются въ новообразованія, но такъ называемыя *lobuli aberrantes*, возникшія вслѣдствіе отдѣленія отъ нормальной молочной железы вполнѣ изолированныхъ частичекъ (безъ выводного протока и сосковъ). Отсюда авторъ дѣлаетъ практическій выводъ, что не слѣдуетъ удалять добавочную железу, разъ она не причиняетъ никакихъ безпокойствъ. Съ другой же стороны, принимая во вниманіе встречающіяся парамаммалныя опухоли, не слѣдуетъ упускать изъ виду, имѣющіеся *lobuli aberrantes* и придаточныя железы. Если онѣ начинаютъ хоть немного увеличиваться, то показана экстирпація.

Просматривая единичные случаи этой аномалии, описанныя въ литературѣ, мы выносимъ такое впечатлѣніе, какъ будто полимастия resp. полителія чаще встрѣчается у женщинъ, на самомъ же дѣлѣ это не соотвѣтствуетъ истинѣ. Lichtenstern первый подмѣтилъ, это, ибо среди 92-хъ случаевъ полимастии, собранныхъ имъ изъ литературы, 70 относились къ женщинамъ и лишь 22 къ мужчинамъ, въ то время какъ изъ 13-ти случаевъ, бывшихъ подъ его наблюденіемъ,

9 относились къ мужчинамъ и лишь 4 къ женщинамъ. Точно также и М. Вруссе, имѣвшій въ своемъ распоряженіи огромный матеріалъ и производившій свои наблюденія въ госпиталѣ для чахоточныхъ, видѣлъ эту аномалію среди 3956 больныхъ всего 61 разъ; причемъ у женщинъ въ 4, 7%, у мужчинъ въ 9, 11%. v. Bardeleben, осмотрѣвшій свыше 10000 новобранцевъ, замѣтилъ полимастію гесп. полнотелю при одномъ наблюденіи у 6,21% всѣхъ молодыхъ людей, а при другомъ—у 14%. Объясняется такое противорѣчіе выводовъ у различныхъ авторовъ тѣмъ, что одни авторы дѣлали свои выводы на основаніи единичныхъ случаевъ, а другіе на основаніи обширнаго казуистическаго матеріала. Добавочныя железы гесп. соски для мужчинъ совершенно безразличны и, не причиняютъ никакихъ безпокойствъ, и часто остаются даже незамѣченными. Иначе обстоитъ дѣло у женщинъ.—такъ какъ добавочныя железы вмѣстѣ съ нормальными начинаютъ развиваться и функционировать особенно въ послѣродовомъ періодѣ, то и начинаютъ себя давать чувствовать или въ видѣ болѣзненной опухоли, или, начиная отдѣлять молоко, причиняютъ неудобство тѣмъ, что родильница чувствуетъ постоянно мокроту. Эти неудобства и заставляютъ больную обратиться за врачебной помощью и лишь тутъ только отмѣчается аномалія.

Что касается передачи полимастіи по наслѣдственности, то, на основаніи литературныхъ данныхъ, пока еще трудно сдѣлать какой нибудь выводъ, такъ какъ большинство авторовъ этого вопроса не затрагиваютъ.

Связь полимастіи съ многоплодіемъ большинствомъ авторовъ отрицается.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Ahlfeld. Centralbl. f. Gynäkologie, 1878, № 17, p. 385. —
2. K. v. Bardeleben. Anatom. Anzeiger 1892, № 3. — 3. Bare цит. по Kiwisch. — 4. Bartels. Zeitschr. f. Ethnologie 21 Jahrgang 1889, p. 440. — 5. Bartels. Reichert u. Du Bois Reymond Archiv. 1875 p. 745. — 6. Bartholin цит. по Kiwisch. — 7. Basch. Archiv f. Gynäkologie 1893, Bd. 44, p. 15. — 8. Benda. Dermatolog. Zeitschr. 1894, Bd. 1, p. 94. — 9. Billroth. Deutsche Chir. 1880. Lief. 41, p. 10. — 10. Blanchard. Progres. med. 1885, реф. Centralbl. f. Gynäkol., 1885, № 37, p. 576. — 11. Bonnet. Merkel und Bonnet's Ergebnisse der Anatomie 1892, Bd. 2, p. 604. — 12. Breslau. Zeitschr. f. Morpholog. u. Anthropolog. 1902, Bd. 4. — 13. Breslau. Anatom. Anzeiger 1904. — 14. Breslau. Semon's zoologische Forschungsreisen 1907, Bd. 4, p. 513. — 15. Brouha. Archives de Biologie 1905, Tome 21, p. 459. — 16. Bruce M. Journal of Anatom. and Physiol. 1879, Vol. XIII. — 17. Burckhardt. Anatom. Hefte (Merkel und Bonnet)

- 1898, Bd. 8, p. 527. — 18. Champion. London med. gazette Vol. XXI, p. 666. — 19. Champney. Archiv de tocol. 1886. Juillet 15. — 20. Chennon. London med. gazette. Vol. XXI p. 666. — 21. Chowne цит. по Kiwisch. — 22. Cohnheim. Vorlesungen über allgem. Pathol. 1882 p. 748. — 23. Cooper Astley. On the anatomy of the breast 1840. London med. gazette. Vol. XXI p. 666. — 24. Cruveilhier. Traité d'anatomie descriptiv. Paris 1865, Edit IV. Tome II, p. 512. — 25. Darwin. Ursprung des Menschen. Uebersetzt v. Carus, Stuttgart 1874. — 26. Darwin. Das Variiren der Tiere und der Pflanzen. 2 Aufl. Uebersetzt v. Carus. — 27. Doran. Archiv de tocol. 1886. Juillet 15. — 28. Dretscher цит. по Kiwisch. — 29. Duval цит. по Blanchard. — 30. Falk. Centralbl. für Gyn. 1902, p. 240. — 31. Фавръ. Врачъ 1885, № 47, p. 781. — 32. Fitzgibbon. The Dublin quarterly of med. scienc. 1860. — Vol. XXIX p. 109. — 33. Förster. Die Missbildungen des Menschen. Jena 1861. — 34. Froriep. Froriep's neuen Notizen, 1837, № 68. — 35. Gardner. London med. gazette. Vol. XXI p. 666. — 36. Gegenbauer. Jenaische Zeitung, 1873, Bd. 7, p. 204. — 37. Gegenbauer. Zur Kenntniss der Mammaorgane der Monotremen. Leipzig 1886. — 38. Gegenbauer. Lehrbuch der Anatomie des Menschen, 1896. Aufl. 6, Bd. 2, p. 548. — 39. Geoffroy St. Hilaire. Histoire gén. et particul de anomalies de l'organisat. T. I, p. 711. — 40. Gerlach. Die Entstehungsweise der Doppelmissbildungen bei höheren Wirbelthieren. Stuttgart 1882. — 41. Goldberger. Archiv für Gynaekolog., 1895, Bd. 49, p. 275. — 42. Gorio. Gazz. med. de Torino, 1895. № 30—40 реф. Centralbl. f. Gynaekol., 1896, p. 125. — 43. Haffter. Archiv f. Heilkunde, 1875, p. 56—57. — 44. Hanneus, цит. по Kiwisch. — 45. Hansemann. Zeitschr. f. Ethnologie, 1889, p. 434. — 46. Hartung. Ueber einen Fall von Mamma accessoria. Dissert. Erlangen, 1875. — 47. Henning. Archiv f. Anthropologie, 1890. Vol. 19, Hft. 3. — 48. Hintze. Centralbl. f. Gynaekol., 1897, p. p. 161, 164, 349. — 49. Hirschland. Anatom. Hefte, 1899, Bd. 9, Abth. 1, p. 223. — 50. Huss. Jenaische Zeitschr. f. Medicin, 1873, Bd. 7, p. 176. — 51. Hüter. Virchow-Hirsch Jahresberichte, 1869. — 52. Hyrtl. Lehrbuch der Anatomie des Menschen, 8 Aufl. p. 719. — 53. Jastrebow, цит. по Neugebauer. — 54. Jussin, цит. по Kiwisch. — 55. Iwai. The Lancet, 1907. Vol. 173, 14, 21 Sept. — 56. Kallius. Anatom. Hefte 1898, Bd. 8, p. 155. — 57. Kashida, цит. по Iwai. — 58. Kehrer. Centralbl. f. Gynaekol., 1896, p. 1061. — 59. Keyser. Berlin. Klin. Wochenschr., 1904, p. 767 и 912. — 60. Kiwisch. Руководство къ частной патологии и терапии женск. болѣзней, 1857. — 61. Klaatsch. Morpholog. Jahrbuch, 1884. Vol. 9, p. 253. — 62. Krebs. Handbuch der patholog. Anatomie, 1869, p. 1162, 1199. — 63. Kölliker. Mittheilungen der Züricher Naturforschergesellschaft, 1850, № 14, p. 23. — 64. Kölliker. Handbuch der mikroskop. Anatomie, Bd. II, p. 273. — 65. Langer. Denkschrift d. Kaiserl. Akadem. d. Wissenschaften zu Wien, 1851, Bd. 3, p. 25. — 66. Lee. London, med. gazette. Vol. XXI, p. 666. — 67. Lichtenstern. Virchow's Archiv. Bd. 73, p. 222. — 68. Lücke. Pitha-Billroth, 1869, II, p. 281. — 69. Лутохинъ. Медицинское Обзорѣние 1896, Т. 45, p. 505. — 70. Martin jun. Annalen f. Frauenkrankheiten, Bd. 4, p. 310. — 71. Martin. Archiv f. klin. Chirurgie 1892, Bd. 45, p. 880. — 72.

- Meckel. Handbuch der menschl. Anatomie 1820. — 73. Meckel. Descriptio Ornithorrhynchi paradoxi anat. Lipsiae, 1826. — 74. Meckel. Illust. med. Zeitung I, p. 142. — 75. Neugebauer. Centralblatt für Gynaekol. 1886, № 45. — 76. Owen. Proc. of the Zool. Soc. 1832, p. 179. — 77. Patellani. Centralbl. für Gynaekol. 1896, p. 449. — 78. Percy. Journ. de méd. chir. pharm, par Corvisart, Leroux etc. An. XIII, T. IX, p. 380 и 381. — 79. Petrequin. Gaz. med. de Paris 1857. — 80. Petrone. Progresso medico 1889. — 81. Puech, цит. по Blanchard. — 82. Рейнъ. Archiv f. mikroskop. Anatomie, Bd. XX и XXI, p. 431 и 678. — 83. Robert. Journ. génér. de med. Vol. VI, p. 57. — 84. Roger W. Williams. Journ. of Anatomy and Physiol. 1891. — 85. Schmidt. Anatomischer Anzeiger 1896, № 23 и 24. — 86. Schmidt. Morphologische Arbeiten, herausgegeben von Prof. Dr. Schwalbe in Strassburg, Bd. 7, Heft. 1. — 87. Schultze. Sitsungsberichte der Würzburg. phys.-med. Gesellsch. 1892 7 Mai. — 88. Seitz. Archiv f. Gynaekolog. 1906, Bd. 80, p. 517. — 89. Seitz. Archiv f. Gynaekolog. 1909, Bd. 88, p. 94. — 90. Зерновъ. Медицинское Обзоръне 1896, Т. 45, p. 506. — 91. Sinéty. Gazette medical de Paris 1887 2 Juillet. — 92. Tidemann. Untersuchungen über die Natur der Menschen, der Thiere und der Pflanzen. Zeitschr. herausgegeben v. Tidemann und Treviranus, 1831, Bd. 5. — 93. Thursfield. London med. gazette. Vol. XXI, p. 666. — 94. Virchow. Virchow's Archiv, Bd. 103. — 95. Virchow. Zeitschrift f. Ethnologie 21 Jahrgang, p. 443. — 96. Völker. Inang. Dissert. Bonn. 1897 реф. Centralblatt f. Gynaekol. 1899, p. 578. — 97. Volkmann. Beiträge zur Chirurgie 1875, p. 330. — 98. Варнекъ. Медицинское Обзоръне 1896, Т. 45, p. 506. — 99. Watanabe, цит. по Iwai. — 100. Zontevreen цит. по Darwin.

ЛП.

Къ вопросу о производствѣ стерилизаціи при Кесарскомъ сѣченіи.*)

А. ЯРЦЕВЪ.

Въ настоящее время подъ защитою асептики Кесарское сѣченіе производится такъ часто, что сообщенія объ отдѣльныхъ случаяхъ этой операціи сами по себѣ не могутъ возбуждать особаго интереса. Но съ другой стороны по мѣрѣ накопленія отдѣльныхъ случаевъ въ ученіи о Кесарскомъ сѣченіи возникаютъ новые вопросы, требующіе тщательнаго изученія и разрѣшенія. Таковы вопросы о способѣ проведенія разрѣза и способѣ зашиванія матки, о преимуществѣ оперированія *in situ* или съ выкатываніемъ матки, о повтор. Кесарскомъ сѣченіи, о показаніяхъ къ стерилизаціи и т. д.

Правда, имѣющійся въ настоящее время матеріаль все еще не настолько великъ, чтобы эти вопросы могли получить окончательное разрѣшеніе. Случаи однократнаго Кесарскаго сѣченія все еще считаются немногими сотнями, двукратнаго кесарскаго сѣченія—десятками, а троекратнаго—единицами. Въ частности вопросъ о показаніяхъ къ стерилизаціи при Кесарскомъ сѣченіи можетъ быть не созрѣлъ еще для окончательнаго рѣшенія, и поэтѣму мы сочтемъ нашу задачу выполненной, если намъ удастся освѣтить имѣющійся матеріаль и возбудить вниманіе къ этому вопросу.

Случай, давшій мнѣ поводъ выступить съ настоящимъ сообщеніемъ, былъ оперированъ мною лѣтомъ настоящаго года въ Родильномъ Домѣ при Бахрушинской больницѣ.

Татьяна Гавриловна П. поступила для родоразрѣшенія въ Бахрушинскій Родильный Домъ 15 іюня 1909 г. около 8 часовъ вечера. Больная—крестьянка, замужняя, 30 лѣтъ, живетъ въ Щелковѣ Московской губ. и занимается домашнимъ хозяйствомъ. Беременна 8-й разъ, но живыхъ дѣтей не имѣетъ. Первые 4 родовъ окончились самопроизвольно. Первый и второй ребенокъ родились не жизнеспособ-

*) Докладъ, читанный въ Засѣданіи Московскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества 8 Октября 1909 года.

ными и умерли въ первые часы послѣ родовъ, 3-й умеръ на 4 году жизни, 4-й умеръ въ концѣ перваго года. Послѣдніе трое родовъ протекаютъ крайне неблагоприятно. Каждый разъ примѣняется оперативное пособіе, и дѣти рождаются мертвыми. Особенно тяжелое теченіе имѣли послѣдніе 7-е роды, которые, по словамъ больной, продолжались около 5 сутокъ и были окончены повидимому перфорацией. Послѣ этихъ родовъ, получился мочевоы свищъ, который въ послѣдствіи зажилъ послѣ операціи.

Послѣднія мѣсячныя крови были въ Октябрѣ 1908 г., время перваго шевеленія плода не помнитъ. Утромъ 15 іюня, т. е. за 12 часовъ до поступленія въ Родильный Домъ появились слабыя боли, и начали отходить воды.

Status при поступленіи. Больная средняго роста, ослабленнаго питанія. Въ костномъ скелетѣ при наружномъ осмотрѣ никакихъ особенностей не отмѣчается. Сердце и легкія въ порядкѣ. Изслѣдованіе мочи даетъ нормальныя данныя. При осмотрѣ живота отмѣчается пупочная грыжа величиною въ куриное яйцо. Дно матки пальца на два ниже мечевиднаго отростка. При наружномъ изслѣдованіи надъ тазовымъ вхождомъ прощупывается головка повидимому довольно большая. Въ днѣ матки справа прощупываются мелкія части плода. Сердцебіеніе плода слѣва ниже пупка. Размѣры таза D. Cr. 26, D. Sp. 24 D. Tr. 28, Conjug. ext. 18.

Внутреннее изслѣдованіе. Наружный зѣвъ имѣетъ неправильную звѣздчатую форму вслѣдствіе старыхъ зарубцевавшихся разрывовъ. Вся шейка рѣзко смѣщена кпереди, и передняя губа шейки фиксирована рубцами у лоннаго соединенія. Каналь шейки цѣль, на всемъ протяженіи свободно проходимъ для пальца, шейка ригидна, не растяжима. Переднее полукольцо внутрен. зѣва, фиксированное у лона, имѣетъ плотную консистенцію рубца. Предлежитъ головка высоко надъ входомъ. Переднихъ водъ нѣтъ, но на головкѣ прощупываются оболочки. С. D. $9\frac{1}{2}$ смт. Схватки слабыя и рѣдкія. Т⁰ при поступленіи 37, 5, въ II час. в. передъ операціей 36, 4 P. 80.

При обсужденіи даннаго случая прежде всего представлялся вопросъ, держаться ли выжидательнаго метода или приступить къ операціи. Имѣя въ виду наличность суженія таза и неблагоприятное теченіе послѣднихъ трехъ родовъ, а также преждевременное излитіе водъ и рубцовыя измѣненія въ шейкѣ, едва ли можно было надѣяться на полученіе живаго плода при строго выжидательномъ методѣ. Но и для матери продолжительное выжиданіе представлялось не безопаснымъ въ виду преждевременнаго излитія водъ и возможности разрыва рубцово измѣненной шейки. Поэтому рѣшено было окончить роды оперативнымъ путемъ. Такъ какъ больная выразила желаніе имѣть живаго ребенка, то намъ представлялся выборъ между Кесарскимъ сѣченіемъ и пубіотоміей. Пубіотомія по нашему мнѣнію была противопоказана въ виду рубцового суженія шейки, благодаря чему при извлеченіи могли образоваться обширныя разрывы шейки и влагалища.

Такъ какъ Т⁰ при поступленіи была 37, 5, и воды начали отходить за 12 час. до поступленія въ Родильный Домъ, то возникало предположеніе, не лучше ли будетъ произвести операцію Porro. Но

при вторичномъ измѣреніи передъ самой операціей t^0 оказалась 36,4 и въ виду этого мы окончательно остановились на консервативномъ Кесарскомъ сѣченіи, дабы не наносить болѣе обширнаго раненія и не удалять безъ нужды органа, который и помимо дѣтородной функціи имѣетъ извѣстное значеніе въ экономіи организма. Больная во время беременности обращалась за совѣтомъ къ мѣстному врачу и явилась въ Родильный Домъ уже съ готовымъ рѣшеніемъ подвергнуться большой операціи, при чемъ настоятельно просила избавить ее отъ возможности зачатія въ будущемъ.

Въ 11 час. ночи 15 іюня приступлено къ операціи. Подготовка къ операціи состояла въ назначеніи ванны, клизмы и дезинфицирующаго промыванія влагалища. Хлороформный наркозъ. Разрѣзъ по средней линіи живота, начать пальца на 3 выше лона и окончень на 2 пальца выше пупка. Матка выведена изъ брюшной полости. Брюшная полость изолирована марлевыми салфетками. Разрѣзъ по средней линіи матки длиною 12—15 снт. Placenta praevia caesarea. Послѣдъ отдѣленъ справа, въ правой половинѣ матки у дна захвачена ножка, и плодъ извлечень. Послѣдъ отдѣленъ отъ маточной стѣнки и удалень. Въ полость матки введенъ марлевый тампонъ, смоченный въ горячемъ физиологическомъ растворѣ. (Тампонъ удалень черезъ рану передъ завязываніемъ послѣднихъ швовъ). Такъ какъ кровотеченіе изъ разрѣза продолжалось, то примѣнено прижатіе широкихъ связокъ руками ассистента. Матка зашита серозно мышечными глубокими швами, между которыми наложены болѣе поверхностные промежуточные серозно мышечные швы. Затѣмъ произведена стерилизація путемъ частичной резекціи фаллопиевыхъ трубъ. Изъ каждой трубы было вырѣзано по куску длиною около 2—3 снт., труба вырѣзывалась у самаго рога матки. Выступавшіе изъ разрѣза остатки трубы срѣзаны ножницами по возможности глубже, и культя тщательно обшита брюшиной. Затѣмъ матка была выправлена, иссѣченъ грыжевой мѣшокъ вмѣстѣ съ пупкомъ, и разрѣзъ брюшной стѣнки зашитъ трехэтажнымъ швомъ по способу профессора Отта. Для шва употреблялся исключительно шелкъ. На животъ положена давящая липкопластырная повязка, подъ кожу 1 шприць 5% раствора эрготина.

Послѣоперационный періодъ протекъ въ общемъ весьма благопріятно. Температура только вечеромъ въ первыя сутки повысилась до 38, 8, затѣмъ пала до нормы и въ дальнѣйшемъ теченіи ни разу не поднималась выше 37, 2. Первые 2 дня были тошнота и 3—4 раза рвота. Первыя сутки жаловалась на боль въ животѣ. Со второго дня начали отходить газы, и боли исчезли. Первый стулъ на 4 день послѣ среднихъ солей. Рана брюшныхъ стѣнокъ зажила per primam. Поверхностные швы сняты на 8-й, глубокіе на 9 и 10 день. Встала съ постели на 20 день. Выписалась изъ Родильнаго Дома на 23 день послѣ родовъ. При выпискѣ отмѣчено: матка хорошо сократилась, шейка закрыта, параметріи свободны. По бѣлой линіи живота тонкій прочный рубецъ. Общее состояніе хорошее.

Полученный при Кесарскомъ сѣченіи ребенокъ—хорошо развитая дѣвочка—вѣсила при рожденіи 3160 грам., при окружности головки 34 снт. и длинѣ 50 снт. Отпаденіе пуповиннаго остатка произошло на 8 день, ребенокъ все время кормился у матери и ко времени выписки вѣсилъ 3300 грам.

Итакъ въ нашемъ случаѣ имѣлось относительное суженіе таза и рубцовое суженіе шейки. Эти условія въ связи съ желаніемъ больной имѣть живого ребенка являлись, по нашему мнѣнію, достаточными показаніями для производства Кесарскаго сѣченія. Согласно желанію больной мы произвели также стерилизацію, и теперь является вопросъ, въ какой мѣрѣ эта операція является показанной при Кесарскомъ сѣченіи. Въ П.тербургскомъ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ во время преній былъ сообщенъ случай, *) въ которомъ врачъ, производя повторное Кесарское сѣченіе при conjugat'ѣ $6\frac{1}{2}$ снт., не счелъ себя въ правѣ произвести стерилизацію, не смотря на просьбы больной. Но едва-ли можно сомнѣваться, что врачъ имѣетъ юридическое и нравственное право въ извѣстныхъ случаяхъ произвести эту операцію. И дѣйствительно, если общій законъ и врачебная этика разрѣшаютъ врачу при опредѣленныхъ показаніяхъ производить искусственный законный выкидышъ—операцію, связанную съ уничтоженіемъ уже существующей жизни, то тѣмъ болѣе врачъ имѣетъ право произвести стерилизацію въ томъ случаѣ, гдѣ новая беременность угрожаетъ жизни или здоровью больной. Необходимыми условіями каждой операціи являются добровольное согласіе больной и опредѣленные показанія. Конечно, соблюденіе этихъ условій необходимо и при стерилизаціи, послѣ которой дѣтородная способность женщины утрачивается безвозвратно. Въ цѣляхъ установки показаній къ стерилизаціи всѣ случаи Кесарскаго сѣченія удобнѣе всего раздѣлить на 2 группы. Въ 1 группу должны быть отнесены случаи, въ которыхъ при слѣдующей беременности полученіе живого ребенка возможно только путемъ повторнаго Кесарскаго сѣченія. Сюда относятся случаи неустранимаго рубцоваго стеноза шейки и влагалища, узкіе тазы, истинная conjugata которыхъ не превышаетъ 7 снт. для плоскаго и 7, 5 снт. для общесуженнаго таза. II группа—умѣренно узкіе тазы съ conjugata выше 7—7, 5 снт., которые допускаютъ производство искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Въ случаяхъ первой группы воздерживаясь отъ стерилизаціи, давая женщинѣ возможность вновь забеременѣть, мы тѣмъ самымъ подвергаемъ ее риску повторнаго кесарскаго сѣченія. Изъ этого слѣдуетъ, что въ подобныхъ

*) Журн. Акуш. и Женск. Бо. 1900 стр. 1363.

случаяхъ показаніе къ стерилизаціи всецѣло зависитъ отъ прогноза Кесарскаго сѣченія вообще и повторнаго Кесарскаго сѣченія въ частности. Чѣмъ меньше будетъ смертность отъ Кесарскаго сѣченія, тѣмъ менѣе страха будетъ внушать женщинѣ мысль о новой беременности. Просматривая отчеты клиникъ за послѣдніе годы, мы видимъ, что смертность послѣ Кесарскаго сѣченія все еще держится на высокомъ уровнѣ:

У Dauber'a (клиника въ Вюрцбургѣ) — 10⁰/. у Everke — 9⁰/. у Neuman'a изъ клиники Schauta 8⁰/. у Ols-hausen'a — 8⁰/. Правда, многіе авторы, приведя общую смертность послѣ кесарскаго сѣченія, оговариваются, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ смерть послѣдовала не по винѣ операциіи и, исключивши подобные случаи, редуцируютъ смертность до 4 или 5⁰/. Еще болѣе благоприятныя данныя сообщаются въ работѣ Reupold'a, относящейся къ прошлому 1908 году. Онъ собралъ 289 случаевъ Кесарскаго сѣченія, оперированные за послѣдніе 10 лѣтъ, и распредѣлилъ ихъ на 3 группы: I группа — Кесарское сѣченіе при началѣ схватокъ или до наступленія родовой дѣятельности — смертность 1, 2⁰/. II группа — Кесарское сѣченіе послѣ наступленія схватокъ, но раньше полнаго истощенія роженицы — смертность 3, 8⁰/. III группа — позднее Кесарское сѣченіе, когда головка уже установилась — смертность 12⁰/. Данныя, приводимыя Reupold'омъ, хорошо иллюстрируютъ, насколько важно оперировать въ началѣ родовъ, когда силы роженицы еще не истощены, и половой каналъ не загрязненъ повторными изслѣдованіями. Но въ то же время эти цифры не могутъ претендовать на особую точность въ виду нѣсколько произвольнаго раздѣленія случаевъ на группы. Для повторнаго кесарскаго сѣченія легче создать внѣшнія благоприятныя условія, п. ч. женщина является обыкновенно заблаговременно, оперируется въ самомъ началѣ родовъ, слѣдовательно неблагоприятное вліяніе долгаго выжиданія и повторнаго изслѣдованія отпадаетъ. Но съ другой стороны благодаря сращеніямъ, остающимся послѣ первой операциіи, повторное Кесарское сѣченіе представляется операцией болѣе трудной и кропотливой. По статистикѣ Wallace'a*) при повторномъ Кесарскимъ сѣченіи только въ 16⁰/. случаевъ не было сращеній. Въ работѣ Wallace'a подробно разбираются всѣ тѣ опас-

*) Цитир. по Кривскому.

ности и осложненія, которыми сопровождается повторное Кесарское сѣченіе, а именно: удлиненіе времени операціи, кровотеченіе изъ спаекъ, атоническое кровотеченіе изъ матки, возможность поврежденія кишекъ. Въ случаѣ V o g o n et T i x i e r при повторномъ Кесарскомъ сѣченіи была поранена на обширномъ протяженіи и резецирована тонкая кишка. Тѣмъ не менѣе по имѣющимся статистическимъ свѣдѣніямъ смертность послѣ повторнаго Кесарскаго сѣченія не больше, а скорѣе даже меньше, чѣмъ при первичномъ. Г р а м м а т и к а т и собралъ 127 случаевъ повторнаго Кесарскаго сѣченія, произведеннаго у 57 женщинъ со смертностью въ 4, 3%. Эти результаты объясняются отчасти тѣми благопріятными внѣшними условіями, въ которыхъ производится повторная операція, съ другой стороны % смертности, выводимый на основаніи отдѣльныхъ казуистическихъ сообщеній, нельзя считать особенно точнымъ, п. ч. удачные случаи охотнѣе публикуются, чѣмъ случаи съ неблагопріятнымъ исходомъ. Но если даже допустить, что повторное Кесарское сѣченіе даетъ болѣе благопріятный результатъ, чѣмъ первичное, то все-таки возникаетъ вопросъ, имѣемъ ли мы нравственное право подвергать женщину вопреки ея желанію риску повторной операціи, дающей 4% смертности. Мнѣ думается, что перспектива жизнеопасной операціи является сама по себѣ достаточнымъ показаніемъ къ производству стерилизаціи, и что въ случаяхъ этой группы врачъ со спокойною совѣстью можетъ произвести стерилизацію, если женщина вполне опредѣленно и сознательно заявитъ желаніе гарантировать себя отъ возможности повторнаго Кесарскаго сѣченія. Приблизительно въ томъ же смыслѣ высказывается проф. Феноменовъ въ своемъ руководствѣ. „Нельзя не принять во вниманіе, говоритъ онъ, нравственное состояніе оперированной, которой Вы обязаны разъяснить ея настоящее положеніе, предупредивъ, что слѣдующая беременность также не можетъ окончиться силами природы. Очевидно такая женщина обречена будетъ жить подъ гнетомъ мучительнаго сознанія предстоящей операціи и каждый разъ дрожать за свое будущее“.

Впрочемъ, надо принять въ соображеніе, что женщинѣ съ абсолютнымъ суженіемъ таза при новой беременности все еще представляется выборъ между повторнымъ Кесарскимъ сѣченіемъ и искусственнымъ законнымъ выкидышемъ. Изъ литературы извѣстны случаи, въ которыхъ женщина,

перенесшая Кесарское сѣченіе, послѣ одного или нѣсколькихъ выкидышей опять рѣшается на повторное Кесарское сѣченіе, чтобы получить живого ребенка. Далѣе, стерилизацію можно въ нѣкоторыхъ случаяхъ произвести въ послѣдствіи при отсутствіи беременности, или же отложить ея производство до повторнаго Кесарскаго сѣченія. Всѣ эти обстоятельства должны быть приняты во вниманіе, женщинѣ должны быть выяснены выгодныя и не выгодныя стороны операціи, и самое производство стерилизаціи должно быть обезпечено специальнымъ согласіемъ больной. Производить эту операцію безъ вѣдома и согласія больной, по нашему мнѣнію, непозволительно. По справедливому замѣчанію проф. Феноменова „найдутся женщины, которыя не захотятъ навсегда лишиться надежды сдѣлаться матерями, хотя бы съ рискомъ повторнаго Кесарскаго сѣченія“. По мнѣнію Sarwey'a среди показаній къ стерилизаціи на первое мѣсто слѣдуетъ поставить тѣ случаи узкаго таза, въ которыхъ мать отклоняетъ абсолютно или относительно показанное Кесарское сѣченіе. Изъ русскихъ акушеровъ я могу указать еще на д-ра А. Н. Рахманова, который неоднократно производилъ стерилизацію при Кесарскомъ сѣченіи по поводу узкаго таза. Нѣсколько въ иномъ смыслѣ высказывается Chrobak. Хотя выкидышъ, предпринимаемый при абсолютномъ суженіи таза, представляетъ операцію болѣе опасную для больной и болѣе непріятную для врача, чѣмъ стерилизація, тѣмъ не менѣе по мнѣнію Chrobak'a выкидышъ имѣетъ то преимущество, что послѣ него возможна новая беременность. Поэтому онъ совѣтуетъ по крайней мѣрѣ при первыхъ родахъ воздержаться отъ стерилизаціи.

Перейдемъ теперь къ случаямъ, гдѣ Кесарское сѣченіе производится при меньшемъ суженіи таза при истинной conjugat'ѣ не ниже 7—7,5 снт. Здѣсь при повторной беременности можно прибѣгнуть къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ. Въ настоящее время благодаря асептикѣ предсказаніе для матки при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ столь же благопріятно, какъ при нормальныхъ срочныхъ родахъ. По отношенію къ дѣтямъ искусств. преждеврем. роды тоже даютъ если не блестяшіе, то по крайней мѣрѣ ободряющіе результаты. По статистикѣ Sarwey'a 78, 2% дѣтей рождаются живыми, и 62, 7% благополучно переживаютъ первые дни жизни и выписываются изъ клиники. Прослѣживая судьбу этихъ дѣтей въ тече-

ніе перваго года жизни Sarwey къ удивленію своему нашель, что ихъ смертность не превышаетъ обычной дѣтской смертности въ первый годъ жизни. Въ одномъ изъ застѣданій Спб. акушерско-гинекологическаго общества проф. Строгановъ заявилъ, что „случаи узкихъ тазовъ, допускающихъ рожденіе живого жизнеспособнаго ребенка, очевидно должны быть выключены изъ числа тѣхъ, гдѣ показано обезпложиваніе женщины“. Къ этому мнѣнію можно было бы всецѣло присоединиться, если бы было доказано, что послѣ Кесарскаго сѣченія беременность и роды протекають безъ осложненийъ въ условіяхъ, приближающихся къ нормальнымъ. Къ сожалѣнію, это не вполне подтверждается фактами. Во-первыхъ, выяснилось, что рубецъ, оставшійся на маткѣ послѣ кесарскаго сѣченія, не всегда оказывается достаточно прочнымъ. Мы не будемъ говорить о случаяхъ, принадлежащихъ къ тому періоду, когда матка не зашивалась и когда частота разрыва матки (по Keitler'у) доходила до 50%, и остановимся только на позднѣйшихъ работахъ. Laiwen, собравшій 183 случая беременности послѣ Кесарскаго сѣченія, нашель истонченіе рубца въ 20 случаяхъ и разрывъ матки въ 4. У Essen Möller'a на 108 случаевъ въ 7 случаяхъ наблюдался разрывъ и въ 15-ти истонченіе рубца матки. Чаще всего разрывъ происходитъ во время родовъ, въ рѣдкихъ случаяхъ—во время беременности и возможенъ по Essen-Möller'у при всѣхъ способахъ зашиванія матки. По Souvelaire'у разрывъ матки въ такихъ случаяхъ можетъ зависеть отъ слѣдующихъ причинъ: 1) отъ анатомическихъ свойствъ рубца, его тонкости вслѣдствіе плохого сшиванія, 2) отъ чрезмѣрнаго растяженія матки вслѣдствіе многоводія, двоенъ и т. д. 3) отъ развитія послѣда въ области рубца. Впрочемъ Souvelaire отмѣчаетъ, что это осложненіе наблюдается сравнительно рѣдко. Neumann на основаніи громаднаго матеріала клиники Schauta полагаетъ, что опасенія за прочность рубца матки не основательны.

Что касается теченія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, послѣ Кесарскаго сѣченія, то по этому вопросу трудно составить опредѣленное мнѣніе въ виду малаго числа имѣющихся наблюденій. Д-ръ Кривскій отмѣчаетъ фактъ пониженія раздражительности мышцы матки, сказавшійся въ очень вяломъ реагированіи на вставленіе метрейринтера. Подобное явленіе наблюдалось также въ одномъ случаѣ изъ Повивально Гинекологическаго Института, въ которомъ

послѣ продолжительныхъ попытокъ къ вызову преждевременныхъ родовъ пришлось отъ нихъ отказаться и черезъ 2 недѣли приступить къ повторному Кесарскому сѣченію, обнаружившему значительныя сращения матки съ брюшною стѣнкою. Въ случаѣ Schlaerfer'a матка плохо реагировала на введеніе бужей, такъ что черезъ 2 сутокъ пришлось перейти къ примѣненію метрейриза. Приводя эти наблюденія, говорящія какъ бы не въ пользу искусственныхъ преждевременныхъ родовъ послѣ Кесарскаго сѣченія, я все таки полагаю, что эти наблюденія настолько малочисленны, что на ихъ основаніи еще нельзя высказаться за или противъ стерилизациі въ подобныхъ случаяхъ. По нашему мнѣнію, этотъ вопросъ еще остается открытымъ, и слѣдуетъ подождать, пока накопится достаточное число наблюденій.

Въ нашу задачу не входитъ разбирать вопросъ о стерилизациі въ полномъ его объемѣ, тѣмъ не менѣе мы не можемъ обойти молчаніемъ вопроса о техникѣ этой операциі. Въ прежнее время при Кесарскомъ сѣченіи для предотвращенія новой беременности иногда примѣнялась кастрація, а также операция Рогго. Въ настоящее время эти операциі производятся только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются особыя показанія къ удаленію яичниковъ или матки. Во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ практикуется трубная стерилизация. Эта послѣдняя операция за свое кратковременное существованіе подверглась цѣлому ряду видоизмѣненій и усовершенствованій. Послѣдовательно примѣнялась простая перевязка трубъ, перерѣзка трубъ между 2 лигатурами (способъ K e h r e r'a), пережиганіе трубъ термокаутеромъ (способъ K o s s m a n n'a), частичная резекція трубъ между лигатурами (способъ F r i t s c h'a), резекція трубъ съ обшиваніемъ культи брюшиной (Z w e i f e l, B r a u n, F e r n w a l d), клиновидное изсѣченіе интерстиціальной части трубы (N e u m a n n) и наконецъ, полная экстирпація трубъ (F r ä n k e l и др.). Опыты на животныхъ и клиническія наблюденія показываютъ, что проходимость яйцеводовъ можетъ возстановиться не только послѣ перевязки, но даже послѣ частичной резекціи трубъ. Проф. Оттъ еще въ 1900 г. высказался въ томъ смыслѣ, что при производствѣ стерилизациі „слѣдуетъ вырѣзывать трубы цѣликомъ или по крайней мѣрѣ на значительномъ протяженіи“. По мнѣнію S a g w e u'y полная экстирпація трубъ и клиновидная эксцизія являются самыми надежными методами стерили-

лизации. Всѣ выше приведенные способы имѣютъ тотъ недостатокъ, что въ случаѣ удачнаго выполненія операциі женщина окончательно и безповоротно теряетъ способность воспроизведенія. Между тѣмъ можетъ случиться, что по тѣмъ или другимъ соображеніямъ женщина опять пожелаетъ имѣть ребенка и будетъ раскаиваться, что согласилась на стерилизацію. Имѣя въ виду эти обстоятельства, Sellheim въ недавнее время предложилъ свой способъ стерилизаціи, позволяющій вновь возстановить плодородіе женщины. Онъ поступаетъ слѣдующимъ образомъ. Между 2 зажимами, перерѣзается и перевязывается *lig. infundibulo pelvicum*. Просвѣчивающаяся брыжейка трубы разсѣкается вплоть до матки. Освобожденная т. об. отъ соединенія съ окружающими частями воронка трубы погружается въ рыхлую клѣтчатку широкой связки черезъ отверстіе, сдѣланное въ заднемъ листкѣ брюшины и фиксируется швами. Если понадобится возстановить способность зачатія, то придется только высвободить воронку трубы изъ сросшеній и подшить ее къ культѣ *lig. infundibulo-pelvicum*.

Что касается прогноза, то само собою понятно, что предсказаніе при Кесарскомъ сѣченіи нисколько не ухудшается, если будетъ произведена стерилизація. Удлиненіе операциі на 5—10 минутъ не можетъ имѣть существеннаго значенія.

Прилагая все вышесказанное кънашему случаю, мы полагаемъ, что онъ долженъ быть отнесенъ къ первой группѣ. Хотя у нашей больной имѣлось только умѣренное суженіе таза, но искусственные преждевременные роды здѣсь были противопоказаны изъ за рубцоваго стеноза шейки. Наша больная уже во время беременности обращалась за совѣтомъ къ врачу, и ея желаніе подвергнуться обезпложиванію явилось результатомъ зрѣлаго обсужденія. Поэтому намъ казалось несправедливымъ подвергать больную вопреки ея желанію опасности повторнаго Кесарскаго сѣченія, тѣмъ болѣе что весь ея организмъ и въ частности половой аппаратъ были истощены частыми и трудными родами.

Что касается техники операциі, то въ нашемъ случаѣ, мы изсѣкли куски трубъ въ 2—3 снт. и затѣмъ Куперовскими ножницами вырѣзали возможно глубже культю трубы у маточнаго рога и обшили брюшиной, т. е. про-

извели нѣчто среднее между клиновидной эксцизіей и резекціей трубъ.

ЛИТЕРАТУРА.

- Chrobak. Ueber die künstliche Sterilisierung. Zentralbl. f. Gyn. 1905, № 21.
- Couvelaire. Frommel's Jahresber. 1906. Журн. акушер. и женск. болѣзн. 1907, стр. 324.
- Dauber. Frommel's Jahresber. 1905.
- Kleinhaus. Der erhaltende Kaiserschnitt. Winkel's Handbuch der Geburtshülfe. Bd. III, 1906.
- Neumann. Sectio caesarea in der klinik Schauta. Zentralbl. f. Gyn. 1907, S. 223.
- Reynold. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. 1908, S. 327.
- Sellheim. Ibidem, S. 564.
- Sarwey. Ueber Indikationen und Methoden der facultationen Sterilisierung. Deutsch. med. Wochenschr. 1905, № 6.
- Sarwey. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft in Winkel's Handbuch der Geburtshülfe. Bd. III.
- Schlaepfer. Zentralbl. f. Gyn. 1895, № 6.
- Voren et Tixier. Frommel's Jahresber. 1907.
- Строгановъ. Журн. акуш. и женск. болѣзн. 1900, стр. 1363. Отгъ. Ibidem.
- Орловъ. Къ техникѣ производства повторнаго Кесарскаго сѣченія. Русск. Врачъ 1903, № 7.
- Рахмановъ. См. отчетъ Абрикосов. Род. Дома. Москва 1909.
- Феноменовъ. Оперативное Акушерство. СПБ. 1907.
- Кривскій. Журн. акуш. и жен. бол. 1904 Сент. и 1908 Авг.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Dr. W. Liepmann. *Das geburthilfliche Seminar. Praktische Geburtshilfe in achtzehn Vorlesungen mit 212 Konturzeichnungen für Aerzte und Studierende.* Berlin. 1910. *Акушерскія собесѣдованія. Практическое акушерство въ 18 лекціяхъ съ 212 схематическими рисунками для врачей и студентовъ.*

Прекрасно составленная и превосходно изданная книга эта предназначена главнымъ образомъ для практическаго врача и имѣетъ цѣлью развить его акушерское мышленіе, научить на рядѣ примѣровъ быстро ориентироваться въ запутанныхъ случаяхъ и находить правильные способы ихъ леченія. Въ книгѣ собрано 52 отдѣльныхъ акушерскихъ случаевъ, которые авторъ въ видѣ задачъ излагалъ своимъ слушателямъ, привлекая ихъ, по системѣ проф. Leopold'a, къ обсужденію и назначенію леченія. Во избѣжаніе стѣсненія слушатели подаютъ свои мнѣнія на закрытыхъ запискахъ. Мнѣнія эти критически разбираются авторомъ, который затѣмъ излагаетъ принятую имъ въ каждомъ случаѣ терапію, основанія ея и теченіе случая. Всѣ случаи проведены лично авторомъ, болѣею частью внѣ клиники, при условіяхъ частной практики.

Авторъ затрогиваетъ болѣе или менѣе подробно почти всѣ отдѣлы практическаго, геср. патологическаго акушерства — узкіе тазы, неправильныя положенія и предлежанія плода, эклампсію, placenta praevia, выпаденія пуповины и конечностей плода, разрывы матки и другія поврежденія матери и плода во время родовъ, лихорадку во время родовъ, осложненіе родовъ заболѣваніями внутреннихъ органовъ (почекъ, сердца), выкидыши. При осужденіи предпринимавшихся пособій авторъ настойчиво подчеркиваетъ, что первая обязанность врача не вредить ни матери, ни плоду, почему онъ не долженъ быть слишкомъ поспѣшнень въ своихъ рѣшеніяхъ и не предпринимать оперативнаго пособія безъ самаго строгаго показанія. Довольно подробно разобраны новѣйшіе способы родоразрѣшенія—гестостеотомія, разновидности кесарскаго сѣченія, метрейризы. Попутно при обсужденіи случаевъ авторъ даетъ много дѣльныхъ практическихъ совѣтовъ, напр., относительно быстраго согрѣванія холоднаго помѣщенія, перевозки патологическихъ роженницъ въ лечебныя заведенія, устройства комнаты для родовъ, наблюденія за кровотеченіемъ, способовъ остановки его («щекотаніе» матки, способъ Momburg'a) и т. п.

Бесѣды свои авторъ поясняетъ болѣшимъ количествомъ прекрасно исполненныхъ рисунковъ, которымъ онъ старался для болѣею поучительности придать возможную простоту.

Въ русской литературѣ имѣется книга, подобная труду д-ра Liepmann'a,—это сборникъ акушерскихъ задачъ проф. В. В. Строганова, но она отличается болѣею сжатостью изложенія, значительно уступаетъ нѣмецкому изданію въ изяществѣ внѣшности и, главное, въ ней отсутствуютъ рисунки, такъ облегчающіе пониманіе случая и техническихъ приѣмовъ, почему переводъ книги д-ра Liepmann'a на русскій языкъ былъ бы желателенъ.

Важное значеніе такихъ книгъ для начинающихъ и заброшенныхъ въ глухіе углы врачей бесспорно. Но и опытный практикъ съ удовольствіемъ пробѣжитъ книгу д-ра Liepmann'a, при чемъ найдетъ случай провѣрить свои взгляды и вынесетъ кое-что поучительное и для себя. Читается же книга эта, написанная живымъ образнымъ языкомъ, очень легко. Цѣна ея 10 марокъ.

М. Порошинъ.

ТРУДЫ III СЪѢЗДА ОБЩЕСТВА РОССИЙСКИХЪ АКУШЕРОВЪ И ГИНЕКОЛОГОВЪ.

Первый день Съезда 2-го апрѣля 1909 года.

отъ 12 до 2½ час. дня.

Предсѣдательствовалъ: Проф. В. С. Груздевъ (Казань).

Доклады по программному вопросу: „ракъ, патогенезъ его, статистика и борьба съ нимъ“.

1) Дра К. П. Улезко-Строгановой: *Современные взгляды на патогенезъ рака.* (См. стр. 1277).

2) Вр. Р. Г. Лурье: *О истологическихъ измѣненіяхъ въ тканяхъ нормальныхъ и пораженныхъ раковымъ новообразованиемъ подъ вліяніемъ фульгураміи.* (См. стр. 1285).

3) Прив.-доц. А. А. Редлиха: *Къ техникѣ влагалитной экстирпации при запущенномъ ракъ матки.* (См. стр. 923).

4) Д-ра Г. Писемскаго: *Матерьялы къ леченію рака женскихъ половыхъ органовъ.* (См. стр. 1394).

5) Проф. Отта: Докладъ не представленъ.

П Р Е Н І Я

Проф. В. Н. Орловъ. (Одесса) Прослушали мы пять докладовъ; касались они экспериментальной стороны этого дѣла, касались они и клинической и внесли нѣчто новое въ этотъ вопросъ. К. П. Улезко-Строганова прекрасно изложила передъ нами всѣ теоріи, касающіяся патогенеза, упомянула она и о паразитарной теоріи. Эта теорія, дѣйствительно, произвела большой эффектъ, ею увлекались. Я работалъ въ этомъ направленіи въ клиникѣ проф. Leorold'a, изслѣдовалъ цѣлый рядъ случаевъ свѣже-удаленныхъ оухолей, соскобы съ нихъ, которые разсматривалъ подъ микроскопомъ и тогда убѣдился въ томъ, что всѣ наблюдаемые паразиты есть просто различныя стадіи перерожденія клѣтокъ. Въ докладѣ К. П. Улезко-Строгановой мнѣ особенно понравилось указаніе на одну изъ причинъ рака — на раздраженіе. Мы, практикующіе врачи, можемъ, конечно, указать на цѣлую серію случаевъ, гдѣ развился ракъ влагалитной части матки послѣ прижиганія эрозій, послѣ вкладыванія тампоновъ съ раздражающими веществами. Относительно доклада прив.-доц. А. А. Редлиха, могъ

сказать, что онъ въ своемъ сообщеніи никакого новаго метода, или улучшения въ методъ не внесъ.

Съ большимъ удовольствіемъ я прислушивался къ докладу проф. Д. О. Отта, ибо въ этомъ докладѣ я нахожу отвѣтъ на свои сомнѣнія; я являюсь сторонникомъ влагалищной экстирпаціи матки, такъ какъ брюшное изсѣченіе матки съ стремленіемъ найти всѣ пораженныя железы не оправдывается передъ влагалищнымъ % смертности.

Д-ръ Н. К. М я н о в с к і й. (М. Полонное. Волгынск. губ.) Въ теченіи 25-ти лѣтъ занимаясь хирургіей и гинекологіей, я, къ сожалѣнію, былъ на столько несчастливъ, что не видалъ ни одного рака матки, оперированныхъ и мною, и въ клиникахъ, и въ большихъ больницахъ, гдѣ бы не наступилъ возвратъ сравнительно въ очень непродолжительномъ времени, и потому, понятно, у меня сложилось весьма пессимистическое отношеніе къ хирургическому лѣченію этой болѣзни. Патолого-анатомическая картина, пути распространенія рака матки такія же какъ и рака грудной железы и, оперируя эти послѣдніе, мы имѣемъ полную возможность изсѣкать видимо здоровую ткань, не стѣняясь величиною ея, и все таки рецидивы появляются въ каждомъ рубцѣ, что было мною наблюдаемо какъ въ своей оперативной дѣятельности, такъ и при лѣченіи возвратившихся изъ кіевскихъ больницъ оперированныхъ. Поэтому хирургъ, оперируя ракъ, никогда не можетъ быть увѣренъ, что онъ удалил все больное, и что рецидивъ не наступитъ, и я думаю, что было бы правильнѣе предупреждать больныхъ, что рецидивъ является правиломъ, а выздоровленіе-исключеніемъ. Предъявленные многуважаемыми докладчиками таблицы, заключающія такой большой матеріалъ, являются для меня, скромнаго провинціальнаго труженика, величиною, предъ которой мои случаи не могутъ имѣть большаго значенія, и хотя эти таблицы вполне доказываютъ излѣчимость рака, но % излѣченныхъ во много разъ меньше погибшихъ отъ рецидивовъ. Желаніемъ поднять % выздоровленій объясняется и предложеніе различныхъ методовъ операціи рака матки, но я полагаю, что и на предложенный Wertheim'омъ способъ нельзя возлагать особенныхъ надеждъ, такъ какъ онъ не можетъ увеличить шансовъ на сознательное, а не случайное удаленіе всего больного. Въдъ кромѣ видимыхъ на глазъ инфильтрацій при ракѣ существуетъ еще зона въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ видимо пораженнымъ мѣстомъ, или въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ него, пораженная микроскопической, неопредѣляемой во время операціи диссеминашей. Удастся случайно удалить такую зону, и шансы на выздоровленіе больше, нѣтъ — и возвратъ неизбеженъ.

Между тѣмъ самъ по себѣ методъ Wertheim'a увеличиваетъ бесспорно непосредственную опасность самой операціи для жизни, и потому не можетъ быть предпочитаемъ влагалищному методу, рекомендуемому высокоуважаемымъ проф. Д. О. Оттомъ. По своей безопасности онъ, бесспорно, долженъ быть предпочтенъ брюшному методу, и шансы на рецидивъ ни въ какомъ случаѣ не должны отличаться рѣзко отъ брюшнаго метода, такъ какъ и въ томъ и въ другомъ случаѣ, какъ я имѣлъ честь сказать, рецидивъ одинаково зависитъ отъ слѣпой случайности. Зачѣмъ же подвергать жизнь уже и такъ обреченной несчастной женщины еще большому риску отъ самой операціи? Въ заключеніе скажу, что хотя мой пессимизмъ относительно излѣчи-

мости рака и поколебленъ достигнутыми уважаемыми докладчиками результатами, но я продолжаю вѣрить, что % возвратовъ не общаетъ пастъ значительно, а потому повторяю: правильнѣе было-бы, предлагая раковой больной операцію, предупреждать ее, что, хотя непосредственная опасность для жизни отъ самой операціи не велика, но великими остаются шансы на возвратъ болѣзни.

Д-ръ С. А. Александровъ. (Смоленскъ) Если предъявлять къ абдоминальному пути при операціи рака матки наши общія требованія ко всякому методу, а именно: насколько условія данного метода, при данныхъ показаніяхъ, благопріятствуютъ развитію шока, инфекции и пораненію сосѣднихъ органовъ, то, а ргоігі, можно сказать, что абдоминальный путь въ данномъ направленіи не можетъ конкурировать съ влагалищнымъ путемъ. Данныя статистики смертности подтверждаютъ эти апріорныя предложенія. Тѣ упованія, которыя возлагаются на операцію Wertheim'a, что она дастъ возможность провести болѣе радикально операцію въ смыслѣ удаленія лимфатическихъ железъ и полного удаленія клѣтчатки, едва-ли оправдались. Задача удалить железы можетъ быть выполнена только частично. Что же касается возможно полного удаленія клѣтчатки, то послѣднее можетъ быть достигнуто съ одинаковымъ успѣхомъ, примѣняя и влагалищный путь. Въ общемъ впечатлѣніе отъ операціи рака по тому или другому методу чревосѣченія, имѣя въ виду, какъ данныя % смертности, такъ и % рецидивовъ, скорѣе говорятъ не за расширеніе показаній къ операціи, а за желательность проведенія принципа нѣкотораго консерватизма.

Проф. П. Т. Садовскій (С.-Петербургъ) обратилъ вниманіе на изученіе характера самаго раковаго новообразованія, которое клинически протекаетъ весьма различно, иногда рѣзко начинается пролиферировать, иногда же течетъ крайне медленно.

Въ смыслѣ выбора метода, въ виду опасности самой операціи для больной, надо на первый планъ поставить вагинальный методъ; слѣдующій по очереди способъ—расширенный вагинальный и въ исключительныхъ только случаяхъ абдоминальный. Расширенный влагалищный методъ имѣетъ только одно неудобство—нельзя такъ перитонизировать мочеточники съ цѣлью предохраненія отъ омертвѣнія, какъ при абдоминальномъ методѣ.

Прив.-доц. Н. С. Каннегиссеръ. (С.-Петербургъ) Чревосѣченія должны быть примѣняемы только тамъ, гдѣ имѣются случаи ранніе. Случаи же запущенные не поддаются радикальному лѣченію и потому не стоитъ больше подвергать больныхъ риску большой операціи. По поводу доклада о фульгураціи мы должны отмѣтить, что она ни съ какой стороны не является срѣдствомъ противъ рака. Въ большихъ дозахъ она некротизируетъ все, въ малыхъ вызываетъ болѣе быстрый ростъ тканей, въ среднихъ она губитъ эпителий и вызываетъ разращеніе соединительной ткани.

Д-ръ Т. А. Бурдзинскій. (Тамбовъ) Что касается моей статистики, то она заключаетъ въ себѣ 29 случаевъ рака, оперированныхъ посредствомъ брюшного чревосѣченія (по Wertheim'у), и 60 случаевъ рака, удаленныхъ путемъ влагалищнаго чревосѣченія. Въ началѣ я производилъ простое влагалищное удаленіе матки, и операбельность у меня была менѣе 20%. Такой % меня не удовлетворялъ, а между тѣмъ мой матеріалъ состоялъ, главнымъ образомъ, изъ случаевъ

запущенныхъ; поэтому я постепенно перешелъ къ расширенному влагалищному удаленію матки (по Schuchardt'y). Но и этотъ способъ оказался несостоятельнымъ, а потому я постепенно перешелъ къ расширенному брюшному чревосъченію. Этимъ способомъ я могъ поднять операбельность до 70%. Понятно, что, оперируя больше запущенныхъ случаевъ, я долженъ получать и больше потерь и больше осложнений. Но вѣдь эти случаи, при исключеніи операций чревосъченія, были бы все равно потеряны, т. е. медицина передъ ними должна была бы опустить руки. Между тѣмъ и этимъ больнымъ нужно прийти на помощь, и нѣтъ сомнѣнія, что часть изъ нихъ можетъ быть спасена.

Затѣмъ разсуждая, теоретически, ясно, что между расширенной операцией чревосъченія при ракъ матки и операцией влагалищнаго удаленія ея существуетъ такая-же аналогія, какъ въ прежнее время между влагалищнымъ удаленіемъ матки и ампутаціей шейки: какъ ампутація шейки должна была уступить мѣсто влагалищному удаленію, такъ и это послѣднее должно уступить мѣсто надлобковому чревосъченію.

Прив.-доц. Г. Ф. Писемскій (Кіевъ) сказалъ (С. А. Александрову), что на произведенныхъ имъ 20 чревосъченіяхъ при ракъ матки при освобожденіи мочеточниковъ ему ни разу не пришлось ранить послѣдніе. При стремленіи оперировать въ здоровыхъ тканяхъ и захватить побольше тканей въ сосѣдствѣ матки, гораздо больше шансовъ поранить мочеточники при влагалищномъ удаленіи матки, чѣмъ при брюшномъ, при которомъ вся операція производится подъ контролемъ зрѣнія. Съ замѣчаніемъ, что удаленіе газовой клѣтчатки возможно съ одинаковымъ успѣхомъ при обоихъ методахъ, согласиться никакъ не возможно.

Проф. Д. О. Оттъ (С.-Петербургъ). Съ мнѣніемъ д-ра Мясновскаго о неизлѣчимости рака согласиться нельзя, такъ какъ несомнѣнно есть такія больныя, которыя живутъ по 15 и 20 лѣтъ послѣ произведенной имъ операціи рака матки. Группировка случаевъ рака матки въ смыслѣ проф. Садовскаго имѣетъ огромное значеніе, для чего должно быть чаще производимо микроскопическое изслѣдованіе. У проф. Отта случаи carcinoma corporis видѣлены отъ cancer colli. Пріемъ, описанный д-ромъ Редлихомъ, это уже давно извѣстный способъ. Заявленіе д-ра Александрова имѣетъ большое основаніе. Проф. Оттъ не является противникомъ расширеннаго способа оперированія рака матки.

Прив.-доц. А. А. Редлихъ (С.-Петербургъ). На слѣданныя мнѣ возраженія и замѣчанія считаю необходимымъ отвѣтить, что примѣненный мною способъ отдѣленія мочевого пузыря съ мочеточниками сверху, по моему мнѣнію, является цѣлесообразнымъ при расширенной влагалищной экстирпации, давшей въ рукахъ опытныхъ хирурговъ 20% раненій мочевого пузыря и мочеточниковъ, а также и въ случаяхъ, аналогичныхъ приведенному мною. Что же касается до приоритета въ этой области, то на немъ я не настаивалъ и не настаиваю, но не могу не замѣтить, что ссылка проф. Отта на Schröder'a невѣрна, Schröder дѣлалъ запрокидываніе дна матки черезъ задній сводъ для перевязки широкихъ связокъ, а не для отдѣленія мочевого

пузыря; и послѣдній онъ отдѣлялъ своеобразнымъ способомъ, описаннымъ въ его руководствѣ, а также въ Оперативной Гинекологіи Hofmeister'a.

Проф. В. С. Груздевъ (Казань). Мы выслушали цѣлый рядъ крайне интересныхъ докладовъ по одному изъ самыхъ жгучихъ вопросовъ современной гинекологіи. Среди этихъ докладовъ на первомъ планѣ должно быть поставлено сообщеніе проф. Д. О. Отта.

Всѣ присутствующіе, конечно, восхищались поистинѣ блестящими результатами, полученными проф. Оттомъ при оперативномъ лѣченіи рака матки помощью „обыкновенной“ влагалищной экстирпаціи. При всемъ томъ я долженъ заявить, что для насъ,—русскихъ гинекологовъ, имѣющихъ дѣло въ громадномъ большинствѣ случаевъ съ представителями низшихъ, малокультурныхъ классовъ населенія,—влагалищная экстирпація матки при ракѣ является методомъ недостаточнымъ. За это краснорѣчиво говорить, между прочимъ, слѣдующія цифры, относящіяся къ дѣятельности завѣдуемой мною Казанской акушерско-гинекологической клиникіи.

За послѣдніе 9 лѣтъ,—съ 1900—01 по 1908—09 уч. годъ,—въ клинику обратилось за помощью 511 больныхъ съ ракомъ матки, въ томъ числѣ у 128 имѣлъ мѣсто типичный cancer portionis vaginalis, у 156—типичный же cancer canalis cervicalis, у 190—смѣшанная форма рака шейки (всего было, такимъ образомъ, 474 больныхъ съ ракомъ шейки) и у 37—cancer cavi uteri. Изъ этого числа доступными для радикальной рукавной операціи было лишь 17⁰/₀ (въ частности, среди случаевъ рака тѣла матки оперируемыхъ per vaginamъ было 35⁰/₀, среди общаго числа раковъ шейки—15,6⁰/₀, именно, чистые случаи рака влагалищной части оказались оперируемыми въ 28⁰/₀, чистые случаи рака цервикальнаго канала—въ 13,4⁰/₀, а смѣшанные случаи рака шейки—только въ 9⁰/₀).

Въ виду такихъ цифръ Wertheim'овская операція является для насъ необходимою уже по тому одному, что съ ея помощью мы можемъ расширить область радикальнаго вмѣшательства при ракѣ матки minimumъ вдвое и даже втрое. Уже по этому одному, помимо всѣхъ прочихъ соображеній, указанная операція, повторяю, должна быть признана крайне цѣнною именно для насъ, русскихъ гинекологовъ, работающихъ въ медвѣжьихъ углахъ нашей родины.

Иной вопросъ, слѣдуетъ-ли *всѣ* безъ исключенія раки матки принципиально оперировать per laparotomiam, какъ это предлагаютъ нѣкоторые западные гинекологи, напр. Küstner. Несомнѣнно, это уже крайность. Не подлежитъ сомнѣнію, что, съ одной стороны, существуетъ рядъ случаевъ рака матки, гдѣ вагинальная операція даетъ столь же прочные результаты, какъ и операція Wertheim'a, а съ другой стороны,—что даже и при прочихъ совершенно равныхъ условіяхъ экстирпація раковой матки per abdomenъ даетъ большій ⁰/₀ непосредственной смертности, чѣмъ экстирпація чрезъ рукавъ. Исходя изъ этихъ посылокъ, можно уже a priori признать за несомнѣнное, что существуетъ граница, за которою ни ⁰/₀ большей операбельности, ни ⁰/₀ стойкихъ выздоровленій со стороны абдоминальной операціи не компенсируетъ уже избытка послѣоперационной смертности. На точное опредѣленіе этой-то границы и должны быть устремлены старанія современныхъ гинекологовъ.

Къ сожалѣнію, выполненіе этой задачи не такъ-то легко. Опытъ показываетъ, что иногда ракъ матки по клиническимъ признакамъ кажется находящимся въ самой ранней стадіи, а между тѣмъ даже послѣ радикальной операци онъ быстро даетъ рецидивъ. Если, однако, исключить эти случаи, то упомянутая граница безъ большой ошибки можетъ быть проведена слѣдующимъ образомъ: случаи рака тѣла матки и влагалищной части въ раннихъ стадіяхъ развитія должны быть достояніемъ рукавной экстирпациі, всѣ же остальные случаи рака матки должны быть оперируемы по Wertheim'у.

akusher-lib.ru

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

Акушерско-Гинекологическое Общество въ С.-Петербургѣ.

(ГОДЪ ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ).

Протоколь № 7.

Очередное засѣданіе 8-го октября 1909 года происходило въ аудиторіи Акушерско-Гинекологической Клиники Баронета Вилле.

Предсѣдательствовалъ *Н. Н. Феноменовъ.*

Присутствовало 39 членовъ: Балабанъ, Батуевъ, Бекманъ, Барановскій, Веберъ, Гусаковъ, Дофельдтъ, Желтухинъ, Ивановъ, Какушкинъ, Каземъ-Бекъ, Карницкій, Кацнельсонъ, Кацъ, Кочетковъ, Кривскій, Кушталовъ, Лурье, Мосоловъ, Оленинъ, Порембскій, Порошинъ, Проскуракова, Рейнъ, Редлихъ, Савченко, Скробанскій, Столыпинскій, Строгановъ, Судаковъ, Терновскій, Улезко-Строганова, Ульяновскій, Харшакъ, Шейтлицъ, Ширшовъ, Федоровъ, В. П. и 20 гостей.

I. Прочитанъ и утвержденъ протоколь № 6 засѣданія 17-го сентября 1909 года.

II. А. А. Редлихъ демонстрировалъ матку, удаленную имъ вмѣстѣ съ придатками по поводу рака шейки у 35-лѣтней М-рага по способу Wertheim-Vumm'a. Процессъ, исходившій изъ шейки и давшій картину разрушенія, перешелъ уже на задній сводъ и на правую крестцово-маточную связку. Отдѣленіе пузыря и мочеточниковъ удалось легко; кромѣ матки съ придатками удалены крестцовыя и три подчревныхъ железы. На слизистой оболочкѣ правой трубы замѣчено нѣчто, напоминающее туберкулезныя измѣненія. Послѣоперационный періодъ течетъ гладко.

Г. Е. Рейнъ, разсматривая препаратъ и отмѣчая молодой возрастъ оперированной, ставитъ вопросъ, нельзя ли у молодыхъ субъектовъ оставлять яичники и при подобной операци. Не имѣя интереса для всѣхъ случаевъ, въ данномъ случаѣ вопросъ возникаетъ ввиду отсутствія какихъ бы то ни было макроскопическихъ измѣненій и намековъ на распространеніе процесса въ верхніе отдѣлы полового аппарата. Дѣло сводится къ тому, распространяется ли ракъ шейки матки и на яичники?

Н. Н. Феноменовъ, присоединяясь къ мнѣнію Г. Е. Рейна, прибавляетъ, что сохраненіе яичника, какъ органа съ внутренней секреціей, особенно важно въ послѣоперационномъ періодѣ, когда организмъ особенно нуждается въ сохраненіи всѣхъ своихъ оборонительныхъ приспособленій.

К. П. Улезко-Строганова считаетъ, что для этого важно рѣшить, насколько часто бываютъ метастазы въ яичникахъ.

Г. Е. Рейнъ крайне рѣдко наблюдалъ метастазъ въ яичникахъ при ракъ шейки матки, въ литературѣ также мало указаній на этотъ вопросъ.

В. Г. Бекманъ имѣлъ случай рака яичника, но при ракъ тѣла матки; при ракъ шейки яичникъ поражается рѣдко. Затѣмъ В. Г. обращаетъ вниманіе, что на показанномъ препаратѣ мало замѣтно клѣтчатки, тогда какъ вся суть въ ней, а не въ железахъ, на что указываетъ и Wertheim.

К. К. Скробанскій. Пути распространенія раковаго процесса изъ матки на сосѣднія ткани хорошо изучены на богатомъ матеріалѣ, касающемся какъ женщинъ умершихъ отъ рака, такъ разнo и на удаленныхъ при широкихъ операціяхъ маткахъ съ ихъ клѣтчаткою и придатками.

Установлено, что ракъ шейки переходитъ прежде всего на парацервикальную клѣтчатку и на параметрій. Яичники поражаются только при ракъ полости матки. Если однако при расширенныхъ операціяхъ рака шейки убираютъ и яичники, то это дѣлается вслѣдствіе того, что оставить одни яичники, не оставивши параметрія, технически невозможно.

На западѣ большинство гинекологовъ уже перешло на расширенный способъ удаленія раковой матки, тогда какъ у насъ до послѣдняго времени клиницисты еще не могутъ отказать отъ стараго простаго влагалищнаго способа. Поэтому докладчика слѣдуетъ привѣтствовать какъ одного изъ первыхъ, вступившихъ на новый и несомнѣнно болѣе общающій путь.

Г. Е. Рейнъ отмѣчаетъ, что въ данномъ случаѣ клѣтчатка захвачена далеко, особенно слѣва. Г. Е. возражаетъ противъ предложенія удалить яичники ради однихъ техническихъ цѣлей. Яичникъ можетъ продолжать жить, оставшись связанъ съ подлежащей тканью на очень небольшомъ протяженіи; можно оставить яичникъ, удаляя очень широко клѣтчатку. Исторія леченія фиброміомъ учитъ, что и при нихъ вначалѣ предлагали удалять яичники.

Я. Ф. Вербовъ приводитъ, ради аналогіи, предложеніе удалить всѣ внутренніе половые органы и при туберкулезномъ пораженіи, хотя, какъ показали патолого-анатомическія вскрытія бугорчатка яичника наблюдается крайне рѣдко (у Simon'a 4 раза на 6000 вскрытій).

Н. Н. Феноменовъ признаетъ большой интересъ за случаемъ докладчика, какъ удачно примѣнившимъ необходимую операцію. Переходъ на брюшное удаленіе раковой матки, наблюдаемый за послѣднее время, составляетъ важное событіе, но начало этому положено уже давно и въ Россіи; ради одной техники все же нѣтъ надобности удалять яичники, органъ столь необходимый въ смыслѣ внутренней секреціи.

III. А. А. Редлихъ. *Опытъ примѣненія X-лучей для изученія артеріальной системы матки и ея придатковъ.*

Къ прежде извѣстнымъ методамъ изученія кровеносной системы за послѣднее время присоединился новый при посредствѣ снятія рентгенограммъ съ налитыхъ сосудовъ полового аппарата, который и былъ примѣненъ авторомъ. Наиболѣе пригодной смѣсью для налитія сосудовъ была смѣсь гипса съ сурикомъ въ отношеніи 4:1, обладающая высокой адіафаничностью и дающая тонкія инъекціи; наилучшимъ мѣстомъ для инъекціи оказалась брюшная аорта выше отхожденія почечныхъ сосудовъ безъ предварительной перевязки art. femoralis. Матеріаломъ для изслѣдованія были 73 препарата матки съ придатками изъ труповъ отъ 1 до 78 лѣтъ.

Докладчикомъ показаны на проэкціонномъ аппаратѣ снимки съ препаратовъ, сдѣланы объясненія къ нимъ и высказаны слѣдующіе выводы:

1) Arteria uterina у дѣвочекъ и нерожавшихъ женщинъ совершенно лишена извилистости и отстоитъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ края матки.

2) Типичный ходъ этой артеріи, описанный въ деталяхъ Hurlt, Broeskart, Waldeyer, Nagel и др. подлежитъ вариантамъ, изъ которыхъ заслуживаетъ вниманія: 1) удвоеніе art. uterinae usupravaginalis и 2) отсутствіе общаго бокового маточнаго ствола, идущаго по краю матки, а распаденіе его въ pars intraligamentaris специальными маслами на цѣлый рядъ стволовъ, идущихъ къ тѣлу и шейкѣ матки въ видѣ конуса, основаніе котораго образуетъ край матки. Удвоеніе art. uterinae, описанное еще Weber'омъ, Haller'омъ, встрѣчалась у докладчика въ 3,3%, второй же вариантъ въ 5%.

3) Въ кровоснабженіи матки принимаетъ участіе какъ art. uterina, такъ и a. spermatica interna, что доказывается изслѣдованіемъ Bröskart'a и препаратомъ № 7, гдѣ увеличеніе art. spermatic. очень рѣзко выражено на послѣродовой маткѣ.

4) Art. spermatica interna у дѣвочекъ и нерожавшихъ имѣетъ незначительную извилистость въ своей подъяичниковой части, а также и вѣтвяхъ, идущихъ отъ нея къ яичнику.

5) Кровоснабженіе шейки и тѣла матки отличается и въ качественномъ и количественномъ отношеніи, при чемъ тѣло матки снабжается кровью болѣе обильно, чѣмъ маточная шейка, что особенно рѣзко выражено на препаратѣ № 7. Тѣло матки снабжается поперечными вѣтвями, анастомозирующими другъ съ другомъ въ разныхъ направленіяхъ, при чемъ очень рѣзко наблюдается симметрія обѣихъ половинъ матки. Въ кровоснабженіи шейки принимаютъ участіе, главнымъ образомъ, art. cervico-

vaginalis, которая подлежит вариантамъ и по количеству и вѣтвленію.

6) У рожавшихъ женщинъ *art. uterina* имѣетъ рѣзкую извилистость, какъ въ межсвязочной части, такъ и вблизи края матки, къ послѣднему она тѣсно прилежитъ, какъ бы сливаясь съ субстанціей матки.

7) Диаметръ *art. spermaticae int.* у дѣвочекъ и нерожавшихъ женщинъ совершенно одинаковъ съ *art. uterina*, а также на послѣ-родовой маткѣ, у рожавшихъ онъ меньше сравнительно съ *art. uterina*.

8) *Circulus arteriosus Huguery* есть очень рѣдкое явленіе, или бываетъ очень слабо выражень.

Н. Н. Феноменовъ находитъ предметъ, разработанный докладчикомъ очень интереснымъ, а обработку и демонстрацію въ высшей степени тщательной и картинной. Многимъ приходилось видѣть пути артерій на операціяхъ, но все же и тамъ нельзя такъ подробно прослѣдить ходъ ихъ. Интересно было бы изучить препаратъ беременной матки, но за рѣдкостью подобныхъ препаратовъ, съ этой цѣлью скорѣе придется прибѣгнуть къ экспериментамъ. Практическіе выводы изъ доклада велики и могутъ быть безпредѣльно расширены; лучше ограничиться немногими, представляя каждому дѣлать заключенія. Надо пожелать возможно большаго распространенія результатовъ докладчика, при помощи фотограммъ и пр. Не отрицая возможности полученія и при помощи прежнихъ методовъ прекрасныхъ препаратовъ (напр. въ Кіевѣ у проф. Стефаниса), Н. Н. видитъ въ методѣ докладчика громадныя преимущества и очень благодаритъ его за сообщеніе.

А. А. Редлихъ считаетъ, что и прежніе методы были хороши и съ научными цѣлями надо пользоваться всѣми доступными средствами.

Г. Е. Рейнъ, отмѣчая интересъ доклада, останавливается на одномъ громадномъ преимуществѣ разбираемаго способа, заключающемся въ возможности производить инъекцію и очень легко и при всякой, даже примитивной обстановкѣ, что можетъ облегчить даже клиницистамъ изученіе ангиологіи. На работу А. А. Редлиха надо, вѣроятно, смотрѣть лишь какъ на начало цѣлаго ряда работъ по ангиологіи, которыя со временемъ создадутъ, можетъ быть, цѣлый атласъ. Нельзя не согласиться съ докладчикомъ на счетъ полной объективности полученныхъ результатовъ.

Н. М. Какущкинъ. Къ сожалѣнію, я не присутствовалъ при первой половинѣ доклада и не могу отнестись критически ко всѣмъ положеніямъ докладчика. Отмѣчу только двѣ стороны затронутыхъ докладчикомъ и оппонентами вопросовъ. Во-первыхъ, относительно объективности испытаннаго авторомъ способа. Разумѣется, эта объективность несомнѣнна, если сравнивать рентгенографію съ ручной препараткой, но насколько инъекція сосудовъ можетъ оказаться полной въ смыслѣ совершенства наполненія всѣхъ сосудистыхъ развѣтвленій, и насколько она свободна отъ нарушеній правильного строенія и расположенія вѣтвей? Во-вторыхъ, интересно знать, какое вы-

вѣст авторъ впечатлѣніе относительно степени участія въ питаніи матки *art. spermat. int.*

Нѣкоторые снимки, показанные здѣсь, какъ бы подтверждаютъ мнѣніе нѣкоторыхъ анатомовъ (Fredet), что *art. uterina*, въ видѣ непрерывнаго ствола, питаетъ не только матку, но и большую часть придатковъ ея.

А. А. Редлихъ. Мнѣніе, что *art. spermatica* принимаетъ участіе въ питаніи матки, принадлежитъ гл. обр. Bröckartу и этого мнѣніи особенно придерживаются нѣмецкіе авторы, различающіе *art. uterina hypogastrica* и *art. uterina aortica (spermatica interna)*. Какъ правило, матка питается главнымъ образомъ при посредствѣ *art. uterina*, но и *art. spermatica int.* принимаетъ участіе въ кровоснабженіи матки. Въ общемъ этотъ вопросъ представляетъ лишь научное значеніе и сводится къ тому, гдѣ происходитъ анастомозъ обѣихъ артерій. Вопросъ этотъ рѣшить трудно, потому что онъ происходитъ въ такомъ періодѣ внутриутробной жизни, когда опускаются яичники въ полость малаго заза и артеріи очень малы. Если бы *art. spermatica int.* не принимала участія въ питаніи матки, она не увеличивалась бы при беременности. Демонстрированный мною препаратъ послѣродовой матки вполнѣ подтверждаетъ это мнѣніе. Что касается до возраженія Н. М. Какушкина объ ошибкахъ при производствѣ инъекцій, то дѣйствительно, слѣдовало бы предъявлять болѣе строгія требованія къ этому методу (удѣльный вѣсъ, консистенція и давленіе равныя нормальнымъ условіямъ крови). Вводя массу въ аорту, какъ дѣлалъ докладчикъ, а не въ изолированные сосуды легче достигнуть болѣе нормальныхъ условій.

Н. Н. Феноменовъ предложилъ собранію благодарить докладчика за интересное сообщеніе.

IV. С. С. Финкель. *О токсическихъ свойствахъ плацентарной ткани.*

Авторъ работалъ по такому плану: получить надлежащую плацентарную эмульсію, путемъ повторныхъ инъекцій приготовить иммунизированныхъ животныхъ; получить отъ иммунизированныхъ животныхъ сыворотку и выяснить ея вліяніе на плацентарную ткань и наконецъ, получить сыворотку отъ неиммунизированныхъ, нормальныхъ животныхъ и также выяснить ея вліяніе на плацентарную ткань. Что касается техники, то передъ полученіемъ эмульсіи изъ послѣда, его тщательно обезкровливали, пропуская черезъ него физиологическій растворъ. Для иммунизации кошекъ эмульсія вспрыскивалась въ брюшную полость въ 4 срока, въ разныхъ количествахъ.

Удалось получить результатъ у 4-хъ кошекъ.

Для опредѣленія вліянія сыворотки на плацентарную эмульсію, обѣ жидкости смѣшивались въ равныхъ частяхъ и смѣсь вводилась въ вены нормальныхъ животныхъ. Подобный опытъ удался лишь одинъ разъ. Для того, чтобы убить животное потребовалось въ 8—9 разъ большее количество эмульсіи, чѣмъ безъ иммунъ-сыворотки.

У животныхъ при опытахъ часто наблюдались клоническія судороги, а на вскрытіи можно было найти тромбозъ сосудовъ большаго или меньшаго распространенія. Въ печени и почкахъ находили жировое перерожденіе и мутное набуханіе клѣтокъ, кровоизліянія въ печеночную ткань и тромбозъ мелкихъ сосудовъ и капилляровъ. Подводя итоги, авторъ приходитъ къ заключенію, что въ плацентарной ткани находится какое-то вещество, дѣйствующее на животныхъ отравляющимъ образомъ, проявляющееся двояко: или быстро вызывая свертываніе крови и смерть отъ остановки дыханія, или, дѣйствуя медленно, даетъ хроническое отравленіе съ глубокими анатомическими измѣненіями, свойственными другимъ отравленіямъ.

Сыворотка, не только иммунная, но и нормальная дѣйствуютъ на эмульсію обезвреживающимъ образомъ, съ той разницей, что при вспрыскиваніи иммунъ-сыворотки животныя оправляются совершенно, послѣ же нормальной все же погибаютъ черезъ нѣсколько дней. Въ общемъ, въ плацентарной ткани заключается специфическое ядовитое вещество, проявляющее свое дѣйствіе какъ при непосредственномъ попаданіи въ кровеносную систему, такъ и при внутри-брюшной инъекціи. Иммунная сыворотка дѣйствуетъ обезвреживающимъ образомъ на плацентарную эмульсію. Нормальная сыворотка дѣйствуетъ обезвреживающимъ образомъ на плацентарную ткань.

Докладчикъ сопровождалъ свой докладъ указаніями на методику опытовъ, таблицами съ указаніемъ дѣйствія разбираемыхъ веществъ и наконецъ, демонстраціей органовъ отъ кошекъ послѣ дѣйствія эмульсіи.

В. В. Строгановъ переспрашиваетъ у докладчика, дѣйствительно-ли животное при вспрыскиваніи эмульсіи изъ послѣда съ нормальной сывороткой осталось живымъ.

Докладчикъ. Да, оно не погибло сразу, а лишь спустя 4 дня при явленіяхъ хроническаго отравленія.

В. В. Строгановъ. Прежде всего приходится отмѣтить, что въ одномъ опытѣ докладчика 19 кб. с. смѣси плацентарной эмульсіи и нормальнаго serum'a (ââ) не дали смерти животнаго въ обычный срокъ, между тѣмъ какъ 2 куб. сант. плацентарной эмульсіи представляется обыкновенно смертельной дозой. Не показываетъ-ли этотъ опытъ, что случайныя, можетъ быть, чисто механическія условія (медленность введенія, разведеніе, раздробленіе) играютъ здѣсь существенную роль. Не могли-ли подобные моменты играть роли и въ другихъ опытахъ, ослаблявшихъ, повидимому, отравляющее дѣйствіе плацентарной ткани. При этомъ невольно приходятъ на память изъ недавняго прошлаго опыта съ ядовитостью мочи и сыворотки экламптичекъ согласно мнѣнію Vouchard'a. Одно время казалось, что мы познаемъ причину эклампсіи, но дальнѣйшія изслѣдованія показали,

что заключенія были ложны въ связи съ несовершенствомъ техники опытовъ (различная быстрота и концентрація впрыскиваемыхъ жидкостей).

Далѣе, приходится отмѣтить, что цѣлый рядъ біохимическихъ опытовъ, изъ которыхъ нѣкоторые подобны опытамъ докладчика, привели къ заключенію, что плацента не содержитъ токсиновъ, придавая особое значеніе ферментамъ, которые содержатся, впрочемъ, и въ другихъ железистыхъ органахъ. Особенно интересна въ этомъ отношеніи работа Франкля, гдѣ онъ высказывается за отсутствіе токсиновъ въ плацентѣ.

Не менѣе интересны опыты съ впрыскиваніемъ argilla животнымъ, при которыхъ получены такіе же явленія, какъ и при впрыскиваніи плацентарнаго сока (Lichtenstein). Нѣкоторое противорѣчіе въ результатахъ опытовъ докладчика, разногласіе его съ другими солидными изслѣдователями, не разработанность методовъ изслѣдованія,— все это заставляетъ отнестись къ выводамъ докладчика съ большою сдержанностью.

С. С. Финкель. Оканчивая свои опыты, докладчикъ ознакомился съ опытами Schenk'a, подтверждающими его выводы. Техника впрыскиванія сводится къ медленному вливанію эмульсіи. Обычно животныя погибали при введеніи 2—3 куб. сант. ея, а больше выдерживали лишь иммунизированные. Если бы это не были токсины, то иммунная сыворотка не могла бы помочь, какъ не помогала замѣна ея фізіологическимъ растворомъ.

К. К. Скробанскій. Опыты д-ра С. С. Финкеля представляютъ, какъ онъ отмѣчаетъ, часть нашей общей работы. Они даютъ еще одно лишнее подтвержденіе того, что наши изслѣдованія стояли на вѣрномъ пути. Что касается вопросовъ и возраженій, что весь эффектъ интравенознаго введенія плацентарной эмульсіи можетъ быть отнесенъ на чисто механическія условія, то не касаясь ряда опытовъ, я хотѣлъ бы указать на серію опытовъ, поставленныхъ мною съ кровью: при обработкѣ дефибринированной крови кошки кошачьей плацентой кровь эта пріобрѣтаетъ тѣ же токсическія свойства, что и сама плацента. Вводя въ вены животныхъ прозрачную сыворотку этой крови, мы получаемъ смерть животныхъ при тѣхъ же явленіяхъ, какія наблюдались при интравенозной инъекціи эмульсіи.

Л. А. Гусаковъ спрашиваетъ, испыталъ ли докладчикъ опыты, производившіяся противниками находженія токсиновъ въ плацентѣ. Фильтровалъ ли онъ и не вызывалъ ли фильтратъ смерть животныхъ. Если нѣтъ, то нужно признать справедливымъ взглядъ противниковъ токсической теории и приписать токсическое дѣйствіе за тканевыми элементами.

С. С. Финкель. Присутствіе токсиновъ въ плацентѣ неоспоримо. Lirshann методомъ преципитации доказалъ въ ней присутствіе осаждающаго вещества.

К. К. Скробанскій. Наши опыты съ кровью, а равно и опыты д-ра Финкеля, только что изложенные, раньше производимы не были и я категорически утверждаю, что заявленіе проф. В. В. Строганова, что все изложенное мною хорошо извѣстно изъ литературы, не отмѣчаетъ дѣйствительности.

В. В. Строгановъ. На заявленіе д-ра Скробанскаго объ его опытахъ, считаю нужнымъ заявить, что они не служатъ предметомъ сообщенія и мои замѣчанія относятся исключительно къ изслѣдованіямъ д-ра Финкеля и къ заявленію д-ра Скробанскаго, относящемуся къ этимъ опытамъ.

Н. Н. Феноменовъ. Изъ перекрестныхъ дебатовъ выяснилось, что вопросъ требуетъ еще большой разработки и объ окончательныхъ выводахъ пока не можетъ быть рѣчи.

Административное засѣданіе не состоялось за отсутствіемъ должнаго числа членовъ.

Предсѣдатель *Рейнъ*.

Секретарь *Д. Кривскій*.

Протоколъ № V.

Административнаго засѣданія 22 октября 1909 г.

Предсѣдательствовалъ Г. Е. Рейнъ.

Присутствовало 23 члена.

- 1) Прочитанъ и утвержденъ протоколъ № IV.
- 2) Заслушано письмо В. А. Вастена, отказывающагося отъ участія въ комиссіи о выкидышахъ.
- 3) Заслушанъ докладъ ревизіонной комиссіи по редакціи «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней».

Ревизіонная комиссія въ составѣ членовъ Общества А. И. Замшина, В. Г. Бекмана и М. Н. Порошина 17-го марта 1909 г., обревизовавъ оправдательные документы редакціи «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней» нашла ихъ правильными и въ полномъ порядкѣ. Въ теченіе отчетнаго 1908 года на приходъ записано шесть тысячъ четыреста десять рублей 76 к. (6,410 руб. 76 к.) и въ расходъ выведено шесть тысячъ четыреста три руб. 37 к. (6,403 р. 37 к.), въ остаткѣ къ 1 января 1909 года состоитъ на лицо семь руб. 39 к. (7 р. 39 коп.).

17 Марта 1909 года.

Члены ревизіонной комиссіи: *А. Замшинъ, В. Бекманъ, М. Порошинъ*.

4) Предложенъ въ дѣйствительные члены докторъ медицины Исаакъ Моисеевичъ Гузарчикъ (Рейномъ, Оттомъ, Садовскимъ).

5) Предстоящая баллотировка новыхъ членовъ за недостаткомъ достаточнаго количества членовъ отложена до слѣдующаго засѣданія (съ соблюденіемъ § 33 устава).

Предсѣдатель *Н. Феноменовъ*.

Секретарь *Д. Кривскій*.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ русской акушерско-гинекологической литературы.

652. А. Маджугинскій.—*Къ вопросу объ удаленіи матки по поводу ея выпаденія и случай вентрофиксаціи влагалища.* (Медицинское Обозрѣніе № 15 1909 г.

Авторъ приводитъ описаніе случая изъ гинекологическаго отдѣленія при Ст. Екатерининской больницѣ въ Москвѣ.

Больная А. М. въ первый разъ явилась въ отдѣленіе 27 сентября 1907 г. съ жалобами на „выпаденіе изъ передняго прохода“ слѣпого мѣшка, затрудненное, съ рвѣзью, мочеиспусканіе и чувство ломоты и боли внизу живота. Больная 34-хъ лѣтъ, крестьянка, занимается тяжелыми полевыми работами. Замужемъ 6 лѣтъ. Menstrua—до родовъ по 4 дня, черезъ 3½ недѣли средне, безъ боли; изрѣдка бѣли; болей внизу живота не отмѣчала; также никакихъ уклоненій отъ нормы со стороны влагалища. 1-е срочные роды 4 года тому назадъ. Послѣ родовъ хворала 2 недѣли, былъ жаръ и знобъ. Кормила 11 мѣсяцевъ. Menstrua, послѣ родовъ, стали ходить неправильно, по 6 дней, черезъ 2½ недѣли. Вскорѣ послѣ родовъ больная взялась за свою обычную тяжелую работу и тутъ впервые замѣтила, что, при сильной работѣ и натуживаніи, стѣнки влагалища показываются изъ прохода. 2 года тому назадъ въ одной изъ больницъ ей сдѣлана была передняя и задняя colporrhaphia; пролежала въ больницѣ 2 мѣсяца и при выпискѣ чувствовала себя отлично. На пятомъ мѣсяцѣ послѣ операціи выпаденіе появилось вновь, но уже въ большей степени. 1½ года тому назадъ больная подверглась вторичной двойной colporrhaphi'i uretineo-elastic'ѣ, но уже на 3 недѣлѣ послѣ операціи, еще въ больницѣ, prolapsus повторился. Пациентка вернулась въ деревню, гдѣ черезъ годъ въ земской больницѣ ей было произведено полное удаленіе всей матки черезъ влагалище; въ послѣоперационномъ періодѣ былъ сильный жаръ, знобъ и рвота; пролежала 4½ мѣсяца и выписалась—безъ выпаденія. Принявшись лѣтомъ за полевые работы, больная замѣтила опять выпаденіе, что и побудило ее обратиться въ Ст. Екат. больницу. При изслѣдованіи обнаружено: изъ входа во влагалище выдается слѣпой мѣшокъ, длиною отъ уровня малыхъ губъ 12 см., шириною 6 см. покрытый сухою рубцово-перерожденною слизистою оболочкою; боль-

шая часть мочевого пузыря лежитъ внѣ полости малаго таза. Вправленіе мѣшка трудно и крайне болѣзненно. При внутреннемъ изслѣдованіи, лѣвые придатки прощупываются; матки и правыхъ придатковъ нѣтъ. Моча — мутна, щелочной реакціи, со слѣдами бѣлка.

8 октября 1907 г. произведена laparotomia. По вскрытіи брюшной полости, захвачена вершина предварительно вправленнаго влагалища, и фиксирована кетгутомъ въ нижнемъ углу раны. На 6 день послѣ операциі, при кашлѣ, влагалище выпало вновь. 16 октября сняты швы. Prima.

4 ноября 1907 г. больной вторично была сдѣлана laparotomia. На этотъ разъ изъ верхушки слизистой влагалища вырѣзанъ кружокъ величиною въ серебряный рубль; края разрѣза слизистой наглухо зашиты кетгутомъ поперекъ влагалища. Дублированные такимъ образомъ стѣнки влагалища подведены и крѣпко фиксированы 5-ю погружными шелковыми швами къ мышцамъ нижняго угла раны; 3-хъ этажный шовъ на брюшныя стѣнки.

Больная выписалась здоровой; черезъ $\frac{1}{2}$ года влагалище не выпало. Болѣзненности со стороны мочевого пузыря не обнаружено.

Н. Кушталовъ.

653. Русакова-Львовичъ. — Разстройство зрѣнія при разстройствахъ мѣсячныхъ („Русскій Врачъ“, № 39, 1909).

Въ литературѣ имѣется много указаній вреднаго вліянія ненормальныхъ мѣсячныхъ какъ на здоровье, такъ, въ особенности, на больные глаза. Въ указанной статьѣ приводится одинъ изъ такихъ случаевъ. Больная 37 лѣтъ, страдающая атрофіей зрительнаго нерва и заяблочнымъ невритомъ въ правомъ глазу, направлена была специалистомъ по глазнымъ болѣзнямъ для гинекологическаго изслѣдованія въ виду отсутствія другихъ причинъ для заболѣванія. Найдены остатки пери-параметрита и атрофія матки. Регулы прекратились у больной 4 года назадъ. Назначенное леченіе было направлено исключительно на половую сферу: оваріинъ, гинекологическій массажъ, горячіе души, — ежедневно, и 2 раза въ недѣлю зондированіе матки и массажъ по зонду; во время предполагаемаго менструальнаго періода ежедневное зондированіе и насѣчки влагалищной части матки. Постепенно состояніе больной стало улучшаться, улучшеніе зрѣнія оказалось стойкимъ. Авторъ устанавливаетъ слѣдующія положенія: 1) Всякія неправильности менструацій должны быть подвергнуты тщательному леченію. 2) При всякомъ заболѣваніи даже отдаленныхъ отъ половой сферы органовъ, нужно произвести тщательное гинекологическое изслѣдованіе и всякія неправильности должны подвергаться леченію. 3) Оваріинъ показалъ въ тѣхъ случаяхъ отсутствія мѣсяч-

ныхъ, когда оно вызвано кастраціей или недостаточной дѣятельностью яичниковъ.

654. Звинятскій. — *Два случая шеечно-влагалищнаго свища* („Врач. газета“, 1909).

Въ первомъ случаѣ больная поступила черезъ 3 недѣли послѣ попытки искусственнаго выкидыша, произведенной повивальной бабкой; t^0 у нея была 39^0 ; выдѣленія вонючи. При изслѣдованіи оказалось, что шейка матки оторвана сзади, разрывъ пропускалъ 2 пальца, изъ него видны ножки плода, причеиъ одна была во влагалищѣ, другая въ дугласѣ. Задній сводъ оторванъ отъ влагалища. Плодъ удаленъ. Полость матки промыта растворомъ лизола, задній дугласъ очищенъ и въ обѣ полости введенъ тампонъ. Такая терапия—ежедневныя промыванія лизоломъ и тампонація ксероформной марлей — продолжалась въ теченіе $1\frac{1}{2}$ мѣсяца. Дважды за это время обѣ полости были протерты іодомъ. Когда t^0 упала и полости очистились отъ гноя, сдѣлано освѣженіе краевъ свища и зашиваніе его. Предварительно произведено выскабливаніе полости матки. Затѣмъ края влагалища послѣ освѣженія пришиты къ поскобленной поверхности матки за рубцомъ свища такимъ образомъ, что рубецъ зашитаго свища пришелся во влагалищѣ. Заживленіе per primam. Анамнезъ второго случая слѣдующій: больная качалась на качеляхъ. Чтобы сильнѣе раскататься больная сильно натужилась, стоя съ раздвинутыми ногами и быстро присѣла. По ея словамъ, она почувствовала, что у нея что-то лопнуло и тотчасъ появилось кровотеченіе. Задняя губа шейки оказалась оторванной на протяженіи 2 см. Края раны прилажены, рана зашита. Заживленіе per primam.

655. Зыковъ. — *Къ вопросу о примѣненіи искры для леченія злокачественныхъ новообразованій* („Врачебная газета“, 1909, № 40).

Экспериментальными работами, выясняющими дѣйствіе токовъ высокаго напряженія, установлено въ настоящее время слѣдующее: тотчасъ послѣ фульгураціи, продолжавшейся 2—3 минуты, образуется сухой струпъ, а вокругъ него отечный воспалительный поясъ съ кровоизліяніями. Черезъ день струпъ, занимавшій всю толщу кожи, отваливается, черезъ 8 дней остается тонкій рубецъ, а черезъ 2 мѣсяца, — болѣе плотный. При менѣ сильныхъ искрахъ, вмѣсто струпа, получались ожоги второй степени, причеиъ никто изъ авторовъ, производившихъ опыты надъ животными, не наблюдалъ лимфорреи, описанной Keating-Hart'омъ. Для опредѣленія глубины дѣйствія искры отпрепарировалась кожа и пришивалась на сосѣдній участокъ, или же пропускали искру черезъ косо срѣзанную мышцу, лежащую на завернутой въ черную бумагу фотографической пластинкѣ. Оказалось, что глубина дѣйствія искры не болѣе 5 мм.

Кромѣ того, опредѣлялось вліяніе фульгураціи на заживленіе

кожныхъ поврежденій, вызванныхъ искусственно, (крѣпкими кислотами, щелочами, каленымъ желѣзомъ, скипидаромъ).

Въ итогѣ этихъ опытовъ оказалось, что фульгурація, съ одной стороны, благоприятствуетъ заживленію, повышая жизненность клѣтокъ, а, съ другой стороны различныя клѣтки различно реагируютъ на фульгурацію, причемъ нѣкоторыя, напр., волосяныя сумки, казавшіяся вначалѣ совершенно неизмѣненными, съ теченіемъ времени исчезали безслѣдно.

Рядъ опытовъ другихъ авторовъ установили, что при фульгураціи большей части анатомическихъ отдѣловъ тѣла животныхъ (кромѣ костей и мышцъ) повышается кровяное давленіе и становится болѣе глубокимъ дыханіе. Фульгурація околосердечной сумки вызвала усиленную дѣятельность сердца; фульгурація кишекъ и мочевого пузыря вызвала сперва анемію, а затѣмъ гиперемію и усиленную перистальтику; фульгурація головного мозга не оказывала вліянія на кровообращеніе и дыханіе. Зыковъ изучалъ на животныхъ вліяніе фульгураціи на обнаженные нервные стволы и сосуды; для этого у собакъ отпрепаровывались сосудисто-нервные пучки на шеѣ, а также бедренныя вены и артеріи. Окружающія части отодвигались, сосуды и нервы подвергались 5—10-минутной фульгураціи. Крупныя артеріи оказались очень мало измѣненными, въ мелкихъ отмѣчалось гіалиновое перерожденіе стѣнокъ и образованіе пристѣночныхъ тромбовъ. Въ венахъ пристѣночные тромбы и мѣстныя некрозы стѣнокъ наблюдался даже въ сосудахъ крупнаго калибра, а мелкіе были выполнены сплошными тромбами. Но этихъ измѣненій не было въ тканяхъ, взятыхъ для изслѣдованія раньше 2 сутокъ. Отсюда авторъ дѣлаетъ слѣдующія заключенія: 1) эти измѣненія послѣдовательныя, а не первичныя, 2) фульгурація даже обнаруженныхъ артерій не такъ опасна, 3) измѣненія, вызываемыя въ тканяхъ частыми черемѣнными токами, опредѣляются гистологически относительно не скоро.

Что касается техники фульгураціи, то во всѣхъ приведенныхъ опытахъ никто изъ экспериментаторовъ не пользовался охладителемъ. Выяснилось, что при фульгураціи плевры, околосердечной сумки и мозга охладитель вызываетъ непріятныя побочныя явленія. При фульгураціи маточной шейки Зыковъ употреблялъ съемныя стеклянныя трубки различной величины и формы, приспособляемая къ концу электрода. Благодаря этому приспособленію искры не перескакивали на окружающія части. Больная помѣщалась на деревянномъ столѣ, на животъ накладывался широкій электродъ, соединенный проволокой съ водопроводной трубой или трубой отъ отопленія. Болѣзненные ощущенія сводились при этомъ до minimum'a, кромѣ того, не перескакивали искры на окружающихъ. Хотя изъ опытовъ и выяснено, что электрическіе токи, оказывающіеся смертельными для животныхъ, дѣй-

ствують даже какъ хорошее возбуждающее, если животное подвергнуто наркозу, и на больныхъ фульгурація производится обыкновенно подъ глубокимъ наркозомъ, однако, Зыковъ не считаетъ необходимымъ глубокой наркозъ.

Непосредственно послѣ фульгураціи авторъ наблюдалъ у всѣхъ больныхъ улучшение пульса и дыханія и повышение кровяного давления. Мѣстное дѣйствіе искры выражалось въ точечныхъ кровотеченіяхъ, особенно въ патологически измѣненныхъ тканяхъ. При дальнѣйшей фульгураціи кровотеченіе останавливается, что зависитъ отъ образованія тромбовъ. Затѣмъ развивается острое воспаленіе и отекъ. Отечныя ткани выскабливались острой ложкой и снова подвергались фульгураціи. При каждомъ сеансѣ такія манипуляціи производились по нѣсколько разъ. При сильномъ кровотеченіи рана присыпалась порошкомъ *calc. chlorat.* Накладывалась асептическая повязка. Сеансы повторялись съ промежутками въ 1—2 недѣли. Зыковъ лечилъ такимъ образомъ, 25 больныхъ, пораженныхъ ракомъ, (у 12 изъ нихъ ракъ половыхъ органовъ), и 3—саркомой. Удовлетворительные результаты получились въ 4 случаяхъ раковаго пораженія слизистой губъ и полости рта, нѣкоторое улучшение замѣтно было въ случаѣ рака обѣихъ грудныхъ железъ. Наилучшіе результаты получились при ракахъ кожи и волчанкѣ. Изъ 12 случаевъ раковаго пораженія женскихъ половыхъ органовъ, несмотря на повторную фульгурацію, только въ 1 случаѣ эпителиомы влагалища удалось достигнуть заживленія обширной язвы. Въ 3-хъ случаяхъ наблюдалось нѣкоторое улучшение, въ смыслѣ уменьшенія кровотеченій, болей и отдѣляемаго, въ остальныхъ—леченіе оказалось безуспѣшнымъ.

На основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ наблюденій авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Примѣненіе фульгураціи подъ наркозомъ у истощенныхъ больныхъ оказываетъ возбуждающее дѣйствіе на дѣятельность сердца и дыханія. 2) Нормальныя клѣтки мало повреждаются при фульгураціи, тогда какъ жизнеспособность патологически измѣненныхъ тканей понижается, отчасти онѣ разрушаются. 3) Также мало повреждаются важные для жизни органы, функція ихъ остается ненарушенной. 4) Въ неоперативныхъ случаяхъ злокачественныхъ новообразованій фульгурація представляется прекраснымъ пособіемъ. 5) Ея значеніе выше рентгенизаціи и, пока, радіотерапіи. 6) При леченіи волчанки и кожного рака фульгурація выше всѣхъ другихъ методовъ.

656. Тиканадзе. — *Къ леченію ссадинъ влагалищной части матки Neophilhos'омъ* («Врач. Газета», № 40, 1909).

Filhos'омъ называются цилиндрическія палочки, состоящія изъ нагрѣтой на сильномъ огнѣ смѣси извести (1 части) и ѣдкаго кали (2 части). «Neophilhos»—тѣ же палочки, прикрѣпленныя къ свинцо-

вому стержню. Во Франціи онъ примѣняется многими для леченія endometritis colli и ectropion. Neophillos продается упакованнымъ въ стеклянныя бюретки съ хорошо приснанной пробкой. Авторъ пробовалъ примѣнять его при леченіи катарра шейки и ectropion у 21 больной, приче́мъ у 7-ми больныхъ прижиганіе производилось по одному разу, у остальныхъ по 9—10 разъ. Но, какъ и слѣдовало ожидать, аргіогі, это мѣстно примѣняемое прижигающее благопріятнаго дѣйствія на катарръ шейки не оказало. Выворотъ слизистой исчезъ только у 5 больныхъ, изъ которыхъ у 4-хъ было сдѣлано предварительное выскабливаніе.

М. Проскуракова.

Обзоръ нѣмецкой акушерско-гинекологической литературы.

Zentralblatt für Gynäkologie. 1909.

657. Runge. *Удаленіе рожавоющей матки путемъ чревосѣченія при предлежаніи дѣтскаго мѣста съ сопутствующимъ грознымъ кровотеченіемъ.*—*Ventrale Totalexstirpation des gebärenden Uterus bei Placenta praevia mit unstillbarer Blutung* (№ 31).

Авторомъ было произведено, путемъ чревосѣченія, полное удаленіе матки во время родовъ у многородящей женщины съ placenta praevia, въ виду полной невозможности остановить кровотеченія и опасности затягивать окончаніе родовъ. Операция окончилась для матери вполне благополучно, ребенокъ погибъ. R. обращаетъ вниманіе на то, что во время экстирпации пульсъ больной тотчасъ же улучшился вслѣдъ за перевязкой главныхъ артеріальныхъ стволовъ.

658. Gauss. *О способѣ распространенія анестезирующаго вещества при спино-мозговой анестезіи.*—*Ueber den Ausbreitungsmodus des Anästheticum bei der Lumbalanästhesie.* (№ 31).

Путемъ опытовъ на животныхъ G. приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: введеніе анестезирующей жидкости въ спинномозговой каналъ должно производиться у больныхъ въ сидячемъ положеніи и послѣ этого слѣдуетъ оставлять ихъ въ этомъ положеніи въ теченіе 4—5 м. Послѣ этого срока можно придавать больнымъ, гдѣ это необходимо, положеніе съ приподнятымъ тазомъ. Количество вводимаго stovain'a не должно превышать 0,07. Авторъ далѣе совѣтуетъ брать, въ зависимости отъ положенія тѣла во время операции, растворы болѣе высокаго или болѣе низкаго удѣльнаго вѣса. При операцияхъ на брюшныхъ органахъ и выше симфиза требуется такъ называемая, высокая анестезія, которая получается путемъ примѣненія раствора съ легкимъ удѣльнымъ вѣсомъ. При операцияхъ на промежности и во влагалищѣ (безъ вскрытія брюшины) необходима низкая анестезія, которая до-

стигается примѣненіемъ растворовъ съ тяжелымъ удѣльнымъ вѣсомъ. Вопросъ о томъ, какой препаратъ предпочтительнѣе (tropokain, povokain или stovain) не имѣетъ, по мнѣнію автора, существеннаго значенія.

659. Prof. H. Freund. *Мѣстная анестезія адреналинъ-эйкаиномъ.*—*Zur Lokalanästhesie mittels Adrenalin—Eukain.* (№ 31).

Въ виду возникшей въ послѣднее время полемики объ опасности мѣстной анестезіи впрыскиваніемъ адреналина F. на основаніи личнаго опыта, является дѣятельнымъ защитникомъ этого метода. Въ теченіе 5 лѣтъ при всѣхъ операціяхъ малой гинекологіи онъ пользовался съ неизмѣннымъ успѣхомъ и безъ вредныхъ послѣдствій мѣстной анестезіей въ формѣ раствора слѣдующаго состава: β . Eucain 0,1, Natr. chlor. 0,06. Sol. adrenalin. 1^o/₁₀₀, 0,8. Aq. destil. 10,0. Изъ этого раствора для операціи, продолжительностью въ 1/2 часа, достаточно всего два шприца. Необходимо тщательное предварительное изслѣдованіе со стороны сердца, почекъ и нервной системы. При впрыскиваніяхъ слѣдуетъ дѣлать нѣсколько уколовъ, вводить жидкость при незначительномъ давленіи.

660. Fisch. *Къ примѣненію мѣстной анестезіи при операціяхъ на женскихъ половыхъ органахъ.*—*Zur Anwendung der Lokalanästhesie bei Operationen an den weiblichen Genitalien.* (№ 31).

Авторъ сообщаетъ, что съ полнымъ успѣхомъ въ теченіе уже 1/2 лѣтъ замѣняетъ въ подходящихъ случаяхъ общій наркозъ мѣстной анестезіей при чемъ пользуется растворомъ смѣси povokain'a съ surgenin'омъ.

661. Wernitz. (Одесса). *О мѣстной анестезіи при операціяхъ на женскихъ половыхъ органахъ.*—*Ueber die Lokalanästhesie bei Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen* (№ 31).

W. около 300 разъ при выкидашахъ, съ цѣлью быстро и безболѣзненно расширить каналъ шейки, примѣнялъ съ полнымъ успѣхомъ впрыскиваніе 1%—2% кокаина въ своды въ области внутренняго зѣва матки.

662. Thomson. (Одесса). *Маска для общаго наркоза Eine Maske für die Allgemeinnarkose.* (№ 31).

Описаніе, иллюстрируемое рисункомъ, маски, предлагаемой авторомъ для наркоза эфиромъ или хлороформомъ.

663. Zweifel. *Новый методъ для экстирпаціи рака матки.*—*Ein neues Verfahren zur Exstirpation des Uteruskarzinoms* (№ 32).

Указавъ рядомъ цифръ на громадный процентъ смертности при удаленіи раковой матки путемъ чревосѣченія, Z. доказываетъ, что эта операція тогда лишь можетъ получить право гражданства, когда смертности будетъ не больше чѣмъ при удаленіи брюшнымъ путемъ „асептическихъ опухолей“. Перитонитъ послѣ этой операціи безусловно зависитъ отъ непосредственнаго зараженія во время операціи. Съ цѣлью избѣжать зараженія, авторъ рекомендуетъ поступить во всемъ такъ,

какъ предлагаетъ Wertheim, но до момента перерѣзки влагалища, которую производить не раньше, чѣмъ оба листка брюшины вновь зашиты. Брюшная рана также предварительно зашивается и полость брюшины совершенно закрывается, послѣ чего матка вытягивается черезъ влагалище, для чего шейка ея заранее захватывается крѣпкими щипцами. Далѣе авторъ даетъ болѣе детальное описаніе всего хода операціи.

664. Fraenkel. *Вліяніе на происхождение пола. — Die Beeinflussung des Geschlechts.* (№ 32).

Разобравъ различныя теоріи о происхожденіи пола, въ томъ числѣ и теорію о вліяніи болѣе сильнаго родителя на полъ послѣдующаго потомства, авторъ предлагаетъ путемъ рентгенизаціи яичниковъ ослабить ихъ функцію и тѣмъ способствовать рожденію опредѣленнаго пола.

665. Reifferscheid. — *Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе. — Der extraperitoneale Kaiserschnitt* (№ 33).

Авторъ даетъ описаніе 19 случаевъ внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія, произведеннаго въ Акушерской клиникѣ въ Вонп'ѣ. На основаніи этого опыта R. приходитъ къ заключенію, что при чистыхъ случаяхъ лучшій методъ—операція по способу Latzko съ примѣненіемъ разрѣза по Pfannenstiel'ю; для сомнительныхъ случаевъ болѣе подходящимъ является продольный разрѣзъ, такъ какъ при немъ отношеніе раневыхъ поверхностей проще. Если имѣется основаніе подозрѣвать инфекцію, то авторъ рекомендуетъ примѣнять дренажъ такимъ образомъ, что разрѣзъ матки удлиняется до влагалища, рана матки зашивается и марля выводится только черезъ передній сводъ. При установленной тяжелой инфекціи слѣдуетъ, какъ и прежде, слѣлать перфорацию, хотя бы даже живого плода.

666. Jahreiss. — *Extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko-Döderlein* (№ 33).

Описаніе одного случая, гдѣ былъ примѣненъ методъ внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія по Latzko-Döderlein.

667. Nacke. — *Ein extraperitonealer Kaiserschnitt, die Frucht in positio occipitalis sacralis* (№ 33).

668. Heinricius. — *Ein Fall von extraperitonealem Kaiserschnitt* (№ 33).

669. Eversman. — *Zwei extraperitoneale Kaiserschnitte nach Latzko* (№ 33).

670. Frank. — *Cervicaler Kaiserschnitt nach Latzko* (№ 33).

671. Rubeseka. — *Über den extraperitonealen Kaiserschnitt* (№ 33).

Во всѣхъ перечисленныхъ работахъ приводятся авторами описанія отдѣльных случаевъ примѣненія ими внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія.

672. Laubenburg.—*Брюшинное или вѣтбрюшинное кесарское сѣченіе.*—*Peritonealer oder extraperitonealer Kaiserschnitt* (№ 33).

Считая, что самое важное для всякой операціи, а для кесарскаго сѣченія въ особенности, есть простота техники, малочисленность ассистенціи и несложность подготовки къ операціи при соблюденіи въ тоже время правилъ асептики, авторъ полагаетъ, что въ этомъ отношеніи преимущество должно быть отдано классическому кесарскому сѣченію передъ вѣтбрюшиннымъ. Производя его не только при клинической, и но и при домашней обстановкѣ L. въ послѣднее время въ четырехъ случаяхъ пользовался слѣдующимъ методомъ: по опорожненіи пузыря, тазу больной придается возвышенное положеніе, разрѣзъ кожи по средней линіи въ 12—15 сс., до симфиза. Затѣмъ, въ то время какъ помощникъ придавливаетъ края разрѣза къ маткѣ, дѣлается надъ мѣстомъ прикрѣпленія пузыря разрѣзъ брюшины, длиною 3—4 сс. и введеннымъ пальцемъ отсепаровывается пузырь. Послѣ этого разрѣзается окончательно въ этомъ мѣстѣ, на разстояніи 1 с. стѣнка матки, разрѣзъ продолжается кверху до мускулатуры дна матки, а книзу ножницами на разстояніе двухъ поперечныхъ пальцевъ. Кровотеченіе останавливается провизорными щипцами, головка плода извлекается ложкой щипцовъ. Если послѣдъ черезъ нѣсколько минутъ массажа матки не удастся вывести, то онъ отслаивается рукой черезъ оболочки. Рана промывается теплымъ физиологическимъ растворомъ поваренной соли и зашивается многоэтажнымъ швомъ.

673. Krönig.—*Метреоризъ при предлежаніи дѣтскаго мѣста.*—*Metreuryse bei Placenta praevia* (№ 34).

Полемическая статья.

674. Solms.—*Оперативное леченіе разрыва матки влагалищнымъ путемъ съ сохраненіемъ матки.*—*Operative Heilung der Uterusruptur auf vaginalem Wege unter Erhaltung der Gebärmutter* (№ 34).

Описаніе трехъ случаевъ зашиванія разрывовъ матки влагалищнымъ путемъ. Первый случай касается 33-лѣтней I-р, съ обшесъуженнымъ тазомъ, которой были наложены высокіе щипцы, послѣ предварительнаго разрѣза промежности и шейки. Разрѣзъ правой стороны шейки оказался послѣ рожденія ребенка проникающимъ высоко вверхъ въ тѣло матки. Во-второмъ и третьемъ случаѣ разрывы образовались при внутреннемъ поворотѣ на ножку. Рана матки, по наблюденіямъ автора, дѣлается доступна послѣ предварительнаго отсепарованія шейки отъ передняго свода и отодвиганія пузыря въ бокъ.

675. Rebaudi.—*Объ измѣреніи conjugata diagonalis въ практическомъ акушерствѣ.*—*Über die Messung der Conjugata diagonalis in der praktischen Geburtshilfe* (№ 34).

Разобравъ различные способы и инструменты, предложенные для измѣренія conjugata diagonalis, авторъ предлагаетъ съ своей стороны

измѣрять ее непосредственно пальцемъ, одѣвъ на него раздѣленный на сантиметры изъ тонкой резины напальчникъ.

676. Hauch. — *Тазомѣръ для измѣренія выходи таза.* — *Ein Beckenmesser für die Abstände im Beckenausgang* (№ 34).

Предлагаемый авторомъ инструментъ иллюстрируется соотвѣтствующимъ рисункомъ.

677. Füh. — *Параличь radialis послѣ перелома плеча при освобожденіи руки. Освобожденіе нерва. Выздоровленіе.* — *Radialislähmung nach Oberarmbruch bei der Armlösung. Freilegung des Nerven. Heilung* (№ 34).

Получившійся послѣ срашенія переломаннаго плеча параличь ручки, на почвѣ ушемленія n. radialis, былъ излеченъ путемъ отсепаровыванія нерва отъ мѣста его ушемленія.

678. Himmelheber. — *Острый Thyreoidismus какъ осложненіе послѣ одной гинекологической операціи.* — *Akuter Thyreoidismus als Komplikation nach einer gynäkologischen Operation* (№ 35).

Послѣ colporrhaphia ant., colproperineorrhaphia и операціи Alexander-Adams'a у больной, имѣвшей много лѣтъ большой зобъ, послѣдній въ нѣсколько дней исчезъ, при чемъ это сопровождалось повышеніемъ t°, сердцебіеніемъ и расширеніемъ сердца, а также приступомъ буйнаго бреду. Черезъ короткое время всѣ острия явленія исчезли, появленія же зоба вновь, по крайней мѣрѣ въ первыя недѣли послѣ операціи, не замѣчалось.

679. Hirsch. — *Сифилисъ почекъ во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ.* — *Nierensyphilis in Schwangerschaft und Wochenbett* (№ 35).

У беременной, имѣвшей нѣсколько мертворожденій, появились отеки. Случай третировался, какъ обычная почка беременныхъ. Моча содержала 4⁰/₁₀₀ бѣлка, въ осадкѣ не было ни цилиндровъ, ни лейкоцитовъ. На кожѣ и костякѣ голени слѣды имѣвшагося сифилиса. Специфическое леченіе дало вполне благоприятный результатъ.

И. Судаковъ.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 62, H. 1, 1908.

680. Teller. *Ueber Incontinentia urinae bei Spaltbildung der weiblichen Urethra (so genannte weibliche Hypospadie) und ihre operative Behandlung.* — *Недержание мочи при врожденномъ расщепленіи женскаго мочеиспускательнаго канала (т. называемая женская гипоспадія) и его оперативное леченіе.*

Подъ именемъ „женской гипоспадіи“ въ литературѣ принимаются различныя аномаліи развитія женскаго мочеиспускательнаго канала. Teller останавливается лишь на тѣхъ врожденныхъ расщепленіяхъ

женской уретры, гдѣ мочеиспускательный каналъ, именно—его наружное отверстие, сохранилось между похотникомъ и влагалишнымъ входомъ, но дистальная часть канала или же онъ весь на всемъ протяженіи лишень нижней стѣнки, такъ что мочеиспускательный каналъ образуетъ открытое книзу полулунное кольцо. Такіе случаи, по Zurringu, носятъ названіе собственной гипоспадіи и встрѣчаются рѣдко; описано ихъ всего 4. Къ нимъ авторъ присоединяетъ собственное наблюдение, касающееся 16-лѣтней дѣвушки, страдавшей отъ рожденія недержаніемъ мочи. Путемъ операціи, которую авторъ подробно описываетъ, больная была избавлена отъ своего недостатка. Въ случаяхъ, подобныхъ описанному авторомъ, операція преслѣдуетъ слѣдующія цѣли: соединеніе соотвѣтственныхъ мышечныхъ пучковъ шейки пузыря и мочеиспускательнаго канала; образование septi vesico-urethro-vaginalis; образование выступа urethrae, поднятіе мѣста впаденія urethrae изъ влагалишнаго входа ближе къ похотнику.

681. Góth. *Bedrohliche innere Blutung aus einem Perithelioma ovarii.*— Угрожающее внутреннее кровотеченіе изъ перителіомы яичника.

24-лѣтней женщинѣ по поводу рѣзкой водянки живота былъ сдѣланъ проколъ живота. Въ виду обнаружившихся чрезъ нѣкоторое время послѣ прокола явленій внутренняго кровотеченія авторъ произвелъ чревосѣченіе, при чемъ удалилъ около 12 литровъ сильно окрашенной кровью жидкости и большую опухоль лѣваго яичника, а также увеличенный правый яичникъ. Примѣсь крови происходила изъ поврежденной при проколѣ части опухоли. Послѣдняя при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась peritheliom'ой, иначе endothelioma lymphaticum. На основаніи своего случая Góth заключаетъ, что при водянкѣ живота проколу должно всегда предпочитаться пробное чревосѣченіе.

682. Hinselmann. *Beitrag zur Kenntniss der bösartigen pigmentierten Geschwülste der Vulva.*— Къ вопросу о злокачественныхъ пигментированныхъ опухоляхъ vulvae.

Melanoma labii minoris dextri наблюдалась у 56-лѣтней женщины; опухоль удалена вмѣстѣ съ клиторомъ и прилегающей частью большой губы. Оперированная выписалась здоровой, но около 5 мѣсяцевъ спустя погибла, повидимому, отъ метастаза въ легкія. Въ литературѣ Hinselmann собралъ 42 случая первичныхъ пигментированныхъ опухолей vulvae и 4 случая меланомы нижняго отрѣзка рукава; первичное происхожденіе послѣднихъ, впрочемъ, сомнительно. Вторая часть работы посвящена изслѣдованію строенія опухоли съ патолого-анатомической стороны. Авторъ приходитъ къ заключенію, что опухоль въ его случаѣ возникла благодаря разрощенію хроматофорныхъ клѣтокъ и непигментированныхъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ стромы кожи.

683. Weishaupt. *Zur Lehre von der Endometritis und der Bedeutung der Plasmazellen bei pathologischer Gewebsreaktionen (Entzündung).*—Къ ученію объ эндометритѣ и значеніи плазматическихъ клѣтокъ при патологическихъ реакціяхъ ткани (воспаленіе).

Авторъ изслѣдовалъ слизистую оболочку матки, выскобленную у женщинъ, страдавшихъ разнообразными заболѣваніями полового аппарата. Въ 27 случаяхъ въ слизистой были найдены плазматическія клѣтки и въ 24-хъ ихъ не оказалось. Изъ числа послѣднихъ въ 12 женщины страдали ясно выраженными кровотечениями и неправильностями менструаціи. Принимая во вниманіе результаты своихъ изслѣдованій, Weishaupt считаетъ неправильными взгляды Hirschman'a и Adler'a, основывающихъ распознаваніе эндометрита единственно лишь на присутствіи плазматическихъ клѣтокъ, такъ какъ при этомъ съ одной стороны совершенно упускается изъ виду состояніе эпителиальной ткани, а съ другой стороны и тяжелыя болѣзненные измѣненія стромы могутъ встрѣчаться безъ наличности плазматическихъ клѣтокъ. Чтобы выяснитъ вообще отношеніе плазматическихъ клѣтокъ къ болѣзненнымъ измѣненіямъ ткани, авторъ подвергъ изслѣдованію эрозіи, трубы, пароваріальныя опухоли, болѣзненно измѣненные яичники, опухоли яичниковъ и матки, различные органы, фиброму склеры. Плазматическія клѣтки были находимы почти всегда тамъ, гдѣ можно было принять воспалительную реакцію. Исключенія встрѣчались при большой инфильтраціи лейкоцитами, при хроническихъ индуративныхъ процессахъ, при сильномъ пропитываніи ткани кровью. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ плазматическія клѣтки находились въ единственномъ числѣ—въ міомахъ, нѣкоторыхъ слизистыхъ оболочкахъ, многихъ карциномахъ, въ другихъ—въ массовомъ количествѣ: при поверхностныхъ дефектахъ, при гонорройной инфекціи и пр. Расположеніе плазматическихъ клѣтокъ также было весьма различно. Тучныя клѣтки встрѣчались по большей части тамъ, гдѣ и плазматическія, при острыхъ измѣненіяхъ въ меньшемъ количествѣ, при хроническихъ—въ большемъ. Не высказывая окончательнаго заключенія относительно функціи плазматическихъ клѣтокъ, авторъ считаетъ несомнѣннымъ ихъ участіе при реактивныхъ процессахъ въ интерстиціальной, околососудистой ткани. Не выяснено еще однако, проникаютъ ли онѣ къ затронутой ткани изъ крови или лимфы на подобіе лимфоцитовъ, благодаря гѣмотактическому раздраженію, или же онѣ образуются на мѣстѣ изъ лимфоцитовъ и затѣмъ превращаются въ соединительно-тканныя клѣтки.

684. Möhlmann. *Ueber die Therapie der Eklampsie.*—Леченіе эклампсіи.

Möhlmann разбираетъ вкратцѣ 104 случая эклампсіи, наблюдавшіеся въ клиникѣ проф. Olshausen'a въ 1907 г., съ 17 смертельными исходами, и приходитъ къ заключенію, что встрѣчается цѣлый рядъ

случаевъ эклампсiи, при которыхъ нѣтъ необходимости прибѣгать къ немедленному родоразрѣшенiю, но вполне возможно выждать болѣе благоприятныхъ условiй для оперативнаго вмѣшательства. Въ клиникѣ Olshause'n'a такихъ случаевъ было 21; всѣ эти экламптики доставлены были послѣ 1—3 припадковъ; изъ нихъ 16 послѣ выжидательной терапiи были разрѣшены съ помощью обычныхъ акушерскихъ операцiй, и только у 5 пришлось оперировать при недостаточно подготовленныхъ родовыхъ путяхъ. Всѣ выздоровѣли. Дѣтей мертвыхъ у этой группы родилось 4, а изъ всего числа 25, или 24,04%.

Если требованiе немедленнаго разрѣшенiя при эклампсiи можетъ быть предъявлено къ клиникѣ, то нельзя обвинять въ выжидательномъ отношенiи практическаго врача. Всякій случай долженъ быть взвѣшенъ и слѣдуетъ оцѣнить, не представитъ ли немедленное родоразрѣшенiе не вполне опытнымъ лицомъ опасности большей, чѣмъ сама эклампсiя, которая нерѣдко и не требуетъ по своему теченiю немедленнаго вмѣшательства.

При выжидательномъ отношенiи въ клиникѣ Olshause'n'a примѣнялось врыскиванiе небольшихъ дозъ морфиа лишь въ случаяхъ значительнаго возбужденiя; обычно хорошо успокаиваютъ клизмы изъ хлораль-гидрата 2,0 или natr. brom. 4,0—6,0. Очень хорошее влiяние на общее состоянiе оказываетъ кровопусканiе (300—500 кб. см.). Въ дополненiе къ нему или даже безъ него дѣлаются вливанiя $\frac{1}{2}$ —1 литра физиологическаго солевого раствора.

685. Barbour. *Das untere Uterinsegment.*—*Нижнiй сегментъ матки.*

Въ полемической формѣ Barbour отвѣчаетъ на критику Витт'a и Blumreich'a (см. Жур. ак. 1906 г. реф. № 276) описаннаго имъ замороженнаго разрѣза и въ свою очередь критически разбираетъ описанный этими авторами замороженный разрѣзъ. Barbour остается при своемъ взглядѣ, что „шейка (cervix) остается шейкой до конца беременности“.

686. Mathes.—*Beobachtungen an mit Placentasaft durchströmten Hundennieren.*—*Наблюденiя надъ почками собакъ, черезъ которыя была пропущена вытяжка плаценты.*

Mathes произвелъ 4 опыта съ пропусканiемъ однородныхъ жидкостей черезъ обѣ почки собакъ, при чемъ черезъ одну изъ почек пропускалась жидкость съ прибавленiемъ свѣжей вытяжки плаценты. Онъ нашелъ, что почка, черезъ которую была пропущена жидкость съ прибавленiемъ плацентарной вытяжки, представляла явленiя отека. Поэтому Mathes заключаетъ, что въ вытяжкѣ находятся вещества, которыя ускоряютъ выхожденiе жидкости черезъ стѣнки сосудовъ почек у собакъ. Вещества не выносили къ теплу: нагрѣванiе въ теченiе $\frac{3}{4}$ часа ослабляетъ или уничтожаетъ ихъ. Опыты были предприняты съ

цѣлью выяснитъ справедливость мнѣнія, что отекъ у беременных происходитъ вслѣдствіе дѣйствія токсиновъ, вырабатываемыхъ главнымъ образомъ плацентою, и будутъ еще продолжаться.

687. Ries. *Vater-Pacinische Körperchen in der Tube.*—*Пациниевы тѣльца въ Фаллопиевой трубѣ.*

При излѣдованіи воспалительно измѣненныхъ трубъ, удаленныхъ у 29-лѣтней женщины, въ стѣнкѣ правой, превращенной въ гнойный мѣшокъ трубы въ подбрюшинной круговой мускулатурѣ было обнаружено овальное образованіе, признанное авторомъ за Рассиніево тѣльце. Присутствіе Рассиніева тѣльца въ трубѣ составляетъ большую рѣдкость, такъ какъ оно является конечнымъ осязательнымъ органомъ; болевыхъ ощущеній оно въ данномъ случаѣ не повышало.

688. Ahlbeck und Lohse.—*Ein Versuch, das Ekklampsiegift auf experimentellem Wege nachzuweisen.*—*Попытка доказать существованіе экламптического яда экспериментальнымъ путемъ.*

Авторы испытывали ядовитость околоплодныхъ водъ экламптическихъ роженицъ путемъ впрыскиванія ихъ въ брюшную полость морскимъ свинкамъ и кошкамъ, желая выяснитъ, не вызываетъ ли введеніе въ организмъ такихъ водъ свойственныхъ эклампсіи припадковъ и измѣненій во внутреннихъ органахъ. Предварительными опытами была установлена полная безвредность для свинокъ околоплодныхъ водъ отъ здоровыхъ роженицъ. Для намѣченныхъ опытовъ воды были взяты отъ 5 экламптическихъ роженицъ, доставленныхъ въ клинику въ безсознательномъ состояніи. Полученные результаты привели авторовъ къ заключенію, что околоплодные воды экламптичекъ содержатъ экламптический ядъ, во 1-хъ, потому, что такая околоплодная жидкость, впрыснутая морскимъ свинкамъ, вызываетъ въ ихъ печени измѣненія, совершенно аналогичныя со встрѣчающимися у экламптичекъ, и во 2-хъ, потому, что подобныя измѣненія не вызываются околоплодными водами здоровыхъ роженицъ.

Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie. Bd. 62, H. 2.

689. Albrecht.—*Die praktische Verwertbarkeit der Leukozytenbestimmung für die Diagnose entzündlicher Erkrankungen der weiblichen Genitale.*—*Практическое значеніе опредѣленія лейкоцитовъ для распознаванія воспалительныхъ зоболѣваній женскихъ половыхъ органовъ.*

Замѣчанія къ возраженію Blumenthal'я (см. реф. № 451, ст. 890).

690. Weibel.—*Das Verhalten der Ureteren nach der erweiterten abdominalen Operation des Uteruskarzinoms.*—*Состояніе мочеточниковъ послѣ расширенной абдоминальной операціи рака матки.*

На 400 случаевъ расширеннаго абдоминальнаго удаленія раковой матки, произведенныхъ въ Bettina-Stift (проф. Wertheim), возникли въ 24 случаяхъ, т. е. въ 6%, фистулы мочеточниковъ, въ томъ

числѣ у 3-хъ оперированныхъ—двустороннія. Всѣ эти фистулы возникли послѣдовательно на почвѣ омертвѣнія мочеточника, чрезмѣрно изолированного или истонченного вслѣдствіе высвобожденія его изъ раковыхъ массъ. Омертвѣніе мочеточниковъ, ведущее къ образованію фистулы, обнаруживалось, самое раннее, на 7-й и самое позднее 18-й день. Большая часть этихъ фистулъ зажила самопроизвольно между 3-й и 12-й недѣлей. Зажившіе мочеточники не обнаруживали какихъ либо особенныхъ субъективныхъ и объективныхъ разстройствъ въ функціи кромѣ рѣзкаго удлиненія промежутковъ между отдѣльными сокращеніями въ сравненіи съ здоровой стороной и нѣкотораго ослабленія струи выбрасываемой мочи. И спустя 3 мѣсяца не исключена еще возможность произвольнаго заживленія фистулы, почему Weibel настойчиво совѣтуетъ придерживаться, на сколько возможно долго, консервативнаго леченія фистулъ, возникшихъ вслѣдствіе омертвѣнія. Полезны систематическія смазыванія іодной настойкой, иногда ляписомъ. Въ случаѣ симптомовъ восходящаго заболѣванія почки на сторонѣ, осложненной фистулой, показуется экстирпація почки путемъ чревосѣченія. Пересадка мочеточника въ клиникѣ Wertheim'a предпринимается лишь въ случаѣ противопоказанія къ удаленію почки вслѣдствіе заболѣванія другой.

691. Adler und Thaler.—*Experimentelle und klinische Studien über die Graviditätstetanie.*—*Экспериментальныя и клиническія изслѣдованія надъ тетаніей беременныхъ.*

Vassale и Generali первыми удалось установить связь между патогенезомъ тетаніи и „эпителіальными тѣлами“ (околощитовидныя железы), открытыми Sandström'омъ въ 1880 г., но лишь въ 1895 г. признанными Kohп'омъ за отдѣльные органы, имѣющіе отношеніе къ щитовидной железн. Экспериментальныя работы Vassale и Generali и послѣдующихъ авторовъ установили связь эпителіальныхъ тѣлъ съ послѣоперационной тетаніей, причемъ были оставлены въ сторонѣ вліянія другихъ предрасполагающихъ моментовъ, напримѣръ, беременности. Чтобы выяснитъ патогенезъ тетаніи беременныхъ, взгляды на который весьма расходятся, Adler и Thaler предпріяли опыты на беременныхъ и небеременныхъ бѣлыхъ крысахъ, у которыхъ они удаляли пѣликомъ или частью околощитовидныя железы, тщательно сохраняя отъ поврежденія ткань щитовидной железы. Какъ показали наблюденія, при удаленіи эпителіальныхъ тѣлъ развивалось состояніе „гипопаратиреоидизма“, при которомъ беременность являлась вызывающимъ тетанію моментомъ.

692. Dürig.—*Ueber den Einfluss des Selbstillen der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen.*—*Вліяніе кормленія новорожденныхъ самою матерью въ первые дни жизни.*

Авторъ на основаніи около 1200 исторій родовъ изъ Würzburg'-

ской клиники за послѣдніе 2 года разбираетъ вліяніе на вѣсъ новорожденныхъ кормленія грудью самою матерью, вліяніе смѣшаннаго кормленія и, наконецъ, вліяніе кормленія бутылочнымъ молокомъ. Какъ и слѣдовало ожидать, онъ пришелъ къ выводу, что родъ кормленія оказываетъ несомнѣнное вліяніе на питаніе новорожденнаго; меньше всего замѣтно, хотя и достаточно ясно выражено, вліяніе это на здоровыхъ, сильныхъ дѣтяхъ, рѣзче же всего бросается въ глаза и доказательно оно у преждевременно родившихся и слабыхъ дѣтяхъ. Наибольше благоприятно отражается на дѣтяхъ, конечно, кормленіе грудью матери.

693. Schubert.—*Ueber die Genese der Hämatosalpinx bei Hämatometra unilateralis.*—*Происхождение гематосальпинкса при односторонней гематометре.*

Опухоль, состоящая изъ гематосальпинкса съ дѣтскую головку и гематометры съ гусиное яйцо величиною, была удалена у 19-лѣтней дѣвушки, около 3-хъ лѣтъ менстругированной съ сильными болями въ правой половинѣ живота. При операциі обнаружилось, что матка двойная при одной шейкѣ. Кровь скопилась въ правомъ тѣлѣ матки и въ правой трубѣ, тогда какъ съ лѣвой стороны матка, труба и яичникъ оказались вполне нормальны. Препарат подробно описанъ съ макро- и микроскопической стороны. Сообщенія съ лѣвой половиной матки не оказалось, также не было найдено даже и слѣдовъ праваго яичника. На основаніи имѣющихся данныхъ изслѣдованія авторъ отвергаетъ воспалительное происхождение гематометры и гематосальпинкса въ этомъ случаѣ. Содержимое гематометры при изслѣдованіи оказалось стерильнымъ. Происхождение гематосальпинкса онъ объясняетъ скопленіемъ менструальной крови благодаря постепенному закрытію абдоминальнаго отверстія трубы вслѣдствіе растяженія ея кровью, поступившей въ нее изъ матки (*reflux du sang*). Менструацію трубы онъ также отвергаетъ, тѣмъ болѣе, что изслѣдованіе слизистой оболочки трубы не дало никакихъ указаній на только что закончившуюся менструацію.

694. Hannes. *Was leistet die Cystoskopie hinsichtlich der Indikations- und Prognosestellung der abdominalen Krebsoperation?*—*Что даетъ цистоскопія по отношенію къ постановкѣ показаній и прогноза абдоминальной операциі рака (матки)?*

На основаніи цистоскопическаго изслѣдованія 99 случаевъ рака шейки матки Н а н н е с пришелъ къ нѣкоторымъ выводамъ, опубликованнымъ имъ въ 1907 г. Изслѣдовавъ цистоскопически еще 75 женщинъ, больныхъ ракомъ шейки матки и затѣмъ оперированныхъ (въ 47 случаяхъ было сдѣлано радикальное абдоминальное удаленіе матки, въ 19—пробное чревосѣченіе, въ 14—выскабливаніе канкрозныхъ массъ), онъ подтверждаетъ вполне свои первоначальные выводы. Не смотря на

возраженія Schauta, Hannes настаиваетъ, что при отрицательномъ результатѣ цистоскопическаго изслѣдованія нечего опасаться при оперціи осложненій со стороны пузыря. Въстѣ съ тѣмъ онъ отмѣчаетъ, что съ помощью одной цистоскопіи, конечно, нельзя выяснитъ вопросъ объ неоперируемости случая, а необходимы и всѣ другіе способы изслѣдованія. Цистоскопія даетъ только указанія на состояніе septi vesico-cervicalis и на могушія встрѣтиться при отдѣленіи пузыря осложненія, которыя еще не дѣлаютъ случай неоперируемымъ.

695. Holzapfel. *Verbrennungerscheinungen am Epithel. Scheinbare Anaplasie von Krebszellen.*—*Явленія дѣйствія жара на эпителий. Кажущаяся анаплазія раковыхъ клѣтокъ.*

Заинтересовавшись описанной Gebhard'омъ анаплазіей раковыхъ клѣтокъ, Holzapfel съ 1899 г. сталъ систематически искать подобныя клѣтки и находилъ ихъ почти во всѣхъ случаяхъ рака матки, но не въ соскобѣ, а въ экстирпированныхъ маткахъ и всегда, когда экстирпація производилась посредствомъ каленаго желѣза. Поэтому анаплазію клѣтокъ авторъ ставитъ въ зависимость отъ дѣйствія высокой температуры. Всего лучше анаплазія выражена на цилиндрическомъ эпителии при беременности, менѣе рѣзко на плоскомъ, всего слабѣе и не всегда на клѣткахъ соединительной ткани. Необходимое условіе для полученія измѣненія клѣтокъ энергичное дѣйствіе жара и свѣжесть ткани.

696. Oeri. *Ein Fall von Uterus pseudodidelphys rudimentarius gravidus.*—*Случай нераздѣленной зачаточной беременной матки.*

29-лѣтняя женщина, правильно менструировавшая, забеременѣла во 2-й разъ. Первые роды, 3 г. т. назадъ, прошли благополучно, на 6-мъ мѣсяцѣ 2-й беременности движенія плода прекратились, и животъ пересталъ увеличиваться, а на 10-мъ начались схватки и выдѣлились мясистые кусочки. Не смотря на схватки, зѣвъ не раскрывался, почему приглашенный врачъ, предположивъ missed abortion, 2 раза предпринималъ расширеніе шейки, но безуспѣшно. Больная была отправлена въ клинику проф. Herffa, гдѣ было поставлено распознованіе ненормальной беременности и сдѣлано чревосѣченіе. Былъ удаленъ придаточный беременный рогъ, не имѣвшій никакого сообщенія съ маткой, такъ что, очевидно, беременность произошла путемъ наружнаго передвиженія яйца.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. 62. H. 3.

697. Hartmann. *Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Uterusruptur.*—*Къ вопросу о причинахъ и леченію разрыва матки.*

Hartmann описываетъ 4 случая разрыва матки во время родовъ, наблюдавшіеся въ Jen'ской клиникѣ проф. Franz'a. Всѣ женщины были многородящія и всѣ имѣли узкій тазъ. У 2-хъ разрывъ произошелъ въ клиникѣ и 2 были доставлены извнѣ. Одна изъ до-

ставленныхъ совершенно не кровоточила, пульсъ и общее состояніе были настолькоъ удовлетворительны, не смотря на грудную перевозку, что указаніе доставившаго ее врача на происшедшій разрывъ матки было принято съ сомнѣніемъ. За отсутствіемъ прямыхъ показаній къ вмѣшательству (плодъ былъ извлеченъ внѣ клиники, а послѣдъ былъ выжать съ помощью Stedè и легкаго потягиванія за пуповину) была примѣнена выжидательная терапія, но на слѣдующій же день обнаружались явленія сепсиса, и больная погубила. На вскрытіи существованіе разрыва подтвердилось. У другой роженицы разрывъ произошелъ на мѣстѣ рубца, послѣ бывшаго кесарскаго сѣченія по Fritsch'y, у 3-ей—при поворотѣ на ножку, у 4-й на почвѣ соединительнотканнаго перерожденія мускулатуры матки. Въ 2-хъ случаяхъ съ цѣлью леченія было примѣнено влагалищное удаленіе матки съ благопріятнымъ исходомъ. При обсужденіи приведенныхъ случаевъ Hartmann особенно подробно останавливается на 2-хъ пунктахъ: въ 1-хъ, на происхожденіи разрывовъ на почвѣ стараго рубца послѣ кесарскаго сѣченія и, во 2-хъ, на леченіи разрывовъ путемъ влагалищной экстирпации. Разрывы на почвѣ стараго рубца не особенно часты: въ литературѣ Hartmann собралъ 17 случаевъ, въ которыхъ несомнѣнно единственною причиною разрыва была наличность рубца послѣ кесарскаго сѣченія; къ этимъ случаямъ онъ присоединяетъ и свое наблюденіе. Что касается леченія разрывовъ, то онъ предостерегаетъ отъ выжидательнаго отношенія къ нимъ, а совѣтуетъ активное вмѣшательство. Въ общемъ однако онъ полагаетъ, что лечение разрывовъ матки не есть дѣло практическаго врача, но спеціалиста-гинеколога и въ соотвѣтствующей обстановкѣ. При леченіи разрыва матки влагалищная экстирпация послѣдней заслуживаетъ большаго вниманія и примѣненія, чѣмъ это было до сихъ поръ. Результаты влагалищной экстирпации при разрывѣ матки, по меньшей мѣрѣ, не уступаютъ результатамъ, полученнымъ при другихъ способахъ. Влагалищная экстирпация послѣ родовоу матки технически легка и предохраняетъ женщину отъ опасности рубца.

698. Greiffenberg.—*Ectopia cordis subthoracica bei lebendem Kinde.*—*Ectopia cordis subthoracica у живого плода.*

Ребенокъ съ эктопіей сердца былъ извлеченъ щипцами у 38-лѣтней П-р.; прежніе роды были нормальны. Роженица сама имѣетъ уродство въ видѣ anus vestibularis. Ребенокъ послѣ рожденія жилъ 5 часовъ. Въ статьѣ проведены 3 снимка съ урода и соотвѣтствующіе случаи изъ литературы.

699. Herzl. *Ueber die hintere saggitale Diszision der Cervix uteri.*—*Заднее сагитальное разсѣченіе шейки матки.*

Herzl въ краткихъ чертахъ даетъ историческій очеркъ операціи кроваваго расширенія цервикальнаго канала, описываетъ развитіе ея техники, способъ производства ея посредствомъ задняго сагитального

разрѣза въ Вѣнской поликлиникѣ проф. Lott'a, а также показанія и противопоказанія къ ней. Въ качествѣ первыхъ Herzl считаетъ суженія цервикальнаго канала, если они обуславливаютъ дисменоррею и безплодіе. Въ особенности блестящіе результаты въ смыслѣ уничтоженія дисменорреи эта операція даетъ при рѣзкомъ перегибѣ матки впередъ съ часто встрѣчающейся при этомъ ея гипоплазіей и дѣтской формой. Разсѣченіе задней стѣнки шейки матки бесполезно и противопоказано при всѣхъ заболѣваніяхъ матки и окружающихъ ее тканей, которыя сами по себѣ независимо отъ суженія, являются причиною дисменорреи и безплодія. Къ операціи этой слѣдуетъ прибѣгать лишь въ томъ случаѣ, если всѣ консервативныя мѣропріятія противъ дисменорреи остались безрезультатны. Въ таблицѣ авторъ вкратцѣ приводитъ 27 оперированныхъ въ поликлиникѣ случаевъ, относительно которыхъ слѣлалась извѣстна послѣдующая судьба больныхъ. Въ 16 случаяхъ получило полное излеченіе дисменорреинныхъ явленій, частичный успѣхъ получился въ 8 случаяхъ и отсутствіе успѣха въ 2-хъ. Изъ этихъ 27 больныхъ только 5 обращались за помощью противъ безплодія, и лишь 1 изъ нихъ по прошествіи 3-хъ лѣтъ забеременѣла, между тѣмъ какъ дисменоррея исчезла сразу. Въ общемъ же изъ числа 27 оперированныхъ въ поликлиникѣ и 13 изъ частной практики проф. Lott'a забеременѣло 6, т. е. успѣшный результатъ получился въ 15%.

700. Neu. *Ueber entzündliche Schleimwucherung mit epithelialer Merschichtung in der Tube (Adenomähnliche Wucherungen bei einer nach vaginaler Totalexstirpation prolabierten Tube).* — Воспалительное разращеніе слизистой оболочки въ Фаллопиевой трубѣ съ образованіемъ нѣсколькихъ слоевъ эпителия (Железоподобныя разращенія въ трубѣ, выпавшей послѣ полной влагалищной экстирпаціи матки).

Описаніе случая и подробнаго микроскопическаго изслѣдованія стѣнокъ трубы, выпавшей послѣ влагалищной экстирпаціи матки у 51-лѣтней женщины. При операціи придатки были найдены вполне нормальными, почему Neu развившееся заболѣваніе трубы (salpingitis purulenta et haemorrhagica) ставитъ въ связь съ застойными явленіями въ выпавшей трубѣ вслѣдствіе ненормальнаго ея положенія; явленія эти способствовали развитію послѣдовательной инфекции.

701. Zangemeister. *Experimenteller Beitrag zur operativen Behandlung der akuten puerperalen Peritonitis.* — Экспериментальныя данныя къ оперативному леченію острою послѣродового перитонита.

Произведенные Zangemeisterомъ опыты имѣли цѣлью выяснитъ значеніе удаленія первичнаго гнѣзда при несомнѣнно смертельно кончающихся стрептококковыхъ зараженіяхъ. Опыты производились имъ на мышяхъ и показали, что удаленіе первичнаго гнѣзда можетъ сопровождаться благопріятнымъ результатомъ лишь въ томъ

случаѣ, если оно производится почти сейчасъ же послѣ введенія инфекціи и если доза инфекціоннаго матеріала не очень превышаетъ смертельную. На основаніи своихъ опытовъ съ одной стороны и спеціальныхъ условій при пuerperii съ другой Z a n g e m e i s t e r считаетъ довольно сомнительнымъ, чтобы оперативное удаленіе первичнаго гнѣзда инфекціи безъ одновременнаго примѣненія сыворотки вообще могло рассчитывать на успѣхъ. Результаты гораздо болѣе благоприятны въ случаѣ, если можетъ быть присоединена серотерапія, и лучше, чѣмъ если серотерапія примѣняется одна.

702. Michaëlis. *Bemerkungen zu dem Aufsatz von Ingerslev—Kopenhagen: „Ueber bildliche Darstellungen älterer Zeit etc.“.—Замѣчанія по поводу статьи Ingerslev'a (Kopenhagen): „Рисунки болѣе раннихъ вѣковъ, относящіяся къ гинекологіи и акушерству“.*

Нѣсколько поправокъ къ упомянутой статьѣ (см. реф. № 442, ст. 887).

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. B. 29. H 4. 1909.

703. Lampe. *Der Volvulus der Flexura sigmoidea in der Gynäkologie und Schwangerschaft.—Заворотъ flexurae sigmoideae въ гинекологіи и акушерствѣ.*

Обрисовавъ анатомическія отношенія flexurae sigmoideae, L a m p e указываетъ, что въ качествѣ предрасполагающей причины къ ея завороту является чрезмѣрная ея длина, узость брыжжейки и привычные запоры. Вызывающимъ условіемъ является какая-нибудь травма, сопровождающаяся внезапнымъ повышеніемъ внутрибрюшнаго давленія. Воспалительныя явленія въ области fl. sigmoideae могутъ обусловливать непроходимость S-образной кишки, но никогда не являются причиной ея заворота. Что касается опухолей матки и ея придатковъ, то ихъ присутствіе не вызываетъ осложненій со стороны fl. sigmoideae. Въ гинекологической литературѣ L a m p e нашель всего 1 случай K a r z e w s k'аго (Варшава), въ которомъ перекручиваніе ножки овариальной кисты повлекло за собою заворотъ fl. sign. Относительно чаще заворотъ flex. отмѣченъ при беременности. Извѣстно 6 случаевъ, къ которымъ авторъ прибавляетъ собственное наблюденіе. Заворотъ fl. sign. произошелъ у беременной на 6-мъ мѣс. женщины и послѣ оперативнаго пособія кончился выздоровленіемъ, какъ и одинъ лишь случай изъ упомянутыхъ шести. Рѣдкость наблюденій показываетъ, что беременность не предрасполагаетъ къ подобнымъ осложненіямъ. Предсказаніе весьма сомнительное. Распознаваніе устанавливается на основаніи анамнеза и клинической картины. Подспорьемъ для распознаванія служить т. назыв. R i e d e l'евская водяная проба, состоящая въ введеніи клизмы, вода которой входитъ при заворотѣ лишь въ опредѣленномъ количествѣ. Но проба эта, такъ же какъ и излѣдованіе зондомъ, требуетъ большой осторожности изъ-за опасности прободенія, такъ какъ

на мѣстѣ перекручиванія уже рано наступаютъ нутритивныя измѣненія въ стѣнкѣ кишки. Техника оперативнаго пособія отличается нѣкоторыми особенностями, описываемыми авторомъ.

704. Pronai. *Ueber Polypen der Portio vaginalis.* — *Полипы влагалищной части шейки матки.*

Pronai описываетъ 5 наблюдавшихся и изслѣдованныхъ имъ случаевъ полиповъ влагалищной части шейки матки, приводитъ соответствующіе случаи изъ литературы и вкратцѣ касается причинъ возникновенія подобныхъ полиповъ. Въ объясненіи этиологии онъ при- мыкаетъ къ воззрѣніямъ Schottländer'a, выдающаго ее въ чрезмѣрной энергіи роста цервикальныхъ железъ.

705. Stolz. *Studien zur intraperitonealen Verkürzung der Ligamenta rotunda.* — *Къ внутрибрюшинному укороченію круглыхъ связокъ.*

Stolz критически разбираетъ существующіе способы укороченія круглыхъ связокъ и описываетъ свой способъ, состояшій въ томъ, что матка переводится въ anteflexio и поднимается посредствомъ фиксаціи круглыхъ связокъ въ косомъ направленіи къ задней поверхности матки. Способъ свой Stolz примѣнялъ большею частью при подвижныхъ загибахъ матки кзади. Непосредственные результаты прекрасны, рецидивовъ авторъ не видѣлъ, но за сравнительно мало- численностью случаевъ и кратковременностью наблюденія отъ окончательныхъ выводовъ онъ пока воздерживается. Этотъ же способъ Stolz считаетъ подходящимъ и при выпаденіяхъ матки.

706. Palm. *Zur operativen Behandlung der komplizierten Retroflexio uteri fixata unter Mitteilung eines Verfahrens mittelst ankerförmiger Schnittführung.* — *Къ оперативному леченію осложненной retroflexio uteri fixata съ описаніемъ способа посредствомъ якоробразнаго разрѣза.*

Разсмотрѣвъ вкратцѣ способы леченія осложненныхъ фиксированныхъ загибовъ матки кзади, какъ терапевтическіе, такъ и оперативные чрезъ влагалище и брюшныя стѣнки, авторъ высказывается за послѣдній путь. Въ виду того однако, что наиболѣе употребительный при этомъ пути способъ возстановленія правильнаго положенія матки—ventrofixatio не свободенъ отъ нѣкоторыхъ недостатковъ, Palm, сообщая съ Kumpf'омъ, выработалъ способъ, возстанавливающій правильное положеніе матки на болѣе физиологическихъ основаніяхъ. Способъ этотъ не является чѣмъ либо новымъ, но состоитъ въ комбинаціи операціи Alexander-Adam's'a съ дугообразнымъ разрѣзомъ кожи и подкожной клѣтчатки и затѣмъ вертикальномъ срединномъ разрѣзѣ чрезъ фасцію и брюшину для вскрытія брюшной полости. Больная находится въ положеніи съ умѣренно возвышеннымъ тазомъ. Дугообразный разрѣзъ, выпуклый книзу, идетъ отъ середины одной Poupart'овой связки къ срединѣ другой на протяженіи 14--16 см. На концахъ разрѣзовъ тупымъ путемъ доходятъ до наружнаго отверстія пахового канала съ выходящею

изъ него круглой связкой (1-й актъ операциі Al.-Adams'a). Затѣмъ кожный лоскутъ поднимается кверху, вскрывается, какъ при способѣ Pfannenstiela, брюшная полость, осматриваются матка и придатки, разрушаются сращения и восстанавливается полная подвижность матки. Затѣмъ слѣдуетъ 2-й актъ опер. Al.-Ad.—изоляция круглыхъ связокъ, вытягиваніе ихъ на желаемую длину; по закрытіи брюшной полости слѣдуетъ послѣдній актъ операциі Al.-Adams'a—пришиваніе *inc. obliq. int. abd.* къ задней пластинкѣ *lig. Poupartii* съ захватомъ *lig. rotund.* 3 узловатыми швами; затѣмъ круглыя связки фиксируются у симфиза также узловатыми швами. Въ заключеніе непрерывнымъ швомъ зашиваются апоневрозъ и кожные покровы. Для швовъ употребляется, исключая шва кожи, исключительно кѣгутъ. Свой способъ авторъ примѣнилъ въ 7 случаяхъ, во всѣхъ съ благопріятнымъ результатомъ. Въ одномъ случаѣ было *retroflexio mobil.* съ дермоидомъ яичника, такъ что якорный разрѣзъ можетъ быть примѣненъ и тогда, когда наряду съ неправильнымъ положеніемъ матки имѣется не очень большая тазовая опухоль, требующая удаленія.

707. Lesse.—*Zur Alexander-Adams Operation.*—Къ операциі Alexander-Adams'a.

Lesse сообщаетъ свои наблюденія относительно 178 случаевъ операциі Alexander-Adams'a, произведенныхъ имъ въ теченіе 8 лѣтъ. Полученные результаты онъ считаетъ весьма удовлетворительными. Многія изъ оперированныхъ впоследствии забеременѣли и благополучно разрѣшились. Послѣдовательному изслѣдованію (чрезъ 1-6 лѣтъ) подверглось 83 оперированныхъ, изъ нихъ только у 2-хъ, т. е. въ 2,5%, былъ обнаруженъ возвратъ загиба. У одной оперированной появился не только возвратъ, но и развилась двусторонняя паховая грыжа.—Въ заключеніе авторъ описываетъ технику, которой онъ придерживается при операциі.

708. Prochownik.—*Ueber Dauererfolge der konservativen Behandlung chronisch entzündeter Gebärmutteranhänge.*—Длительность успѣховъ консервативнаго леченія хронически воспаленныхъ маточныхъ придатковъ.

Леченіе воспалительныхъ заболѣваній маточныхъ придатковъ составляетъ въ теченіе послѣднихъ 30 лѣтъ постоянную тему гинекологическихъ конгрессовъ. Увлеченіе оперативнымъ леченіемъ смѣнилось рѣзко выраженнымъ консервативнымъ направленіемъ. Однако одно консервативное леченіе не можетъ удовлетворить врача, такъ какъ часть больныхъ при немъ остается неизлеченной. Поэтому задачей является намѣтить границы консервативнаго отношенія на основаніи полученныхъ до сихъ поръ результатовъ въ видѣ длительного излѣченія. Подъ послѣднимъ Prochownikъ понимаетъ полное восстановленіе работоспособности, правильныя и безболѣзненныя функ-

ции половыхъ органовъ и сосѣднихъ отдѣловъ кишечника, безболѣзненныхъ половыхъ сношенія. Отсутствие возвратовъ въ теченіе 3-хъ лѣтъ Prochowick считаетъ достаточнымъ для установленія длительности выздоровленія. Свои выводы Prochowick основываетъ на матеріалѣ изъ 460 исключительно клиническихъ случаевъ; изъ нихъ у 160 послѣ консервативнаго леченія получилоcь длительное излеченіе, при чемъ у 55% послѣ перваго курса въ теченіе 5-6 недѣль и поѣздки на курортъ; 14 родили затѣмъ, 3 имѣли выкидыши. Послѣ 2-го курса леченія длительный успѣхъ получился у 27; двѣ изъ нихъ родили, 1 выкинула. Общій % излеченія около 70. Курсъ примѣняемаго леченія авторъ описываетъ. 48 женщинъ изъ 108, не смотря на повторное леченіе, не могли быть излечены и были оперированы, большею частью радикально, въ 14 случаяхъ чрезъ рукавъ и въ 34 чрезъ брюшныя стѣнки. Умерло 6, т. е. 12%. Неблагопріятный результатъ въ смыслѣ смертности Prochowick приписываетъ отчасти тому, что приходилось оперировать очень запущенные случаи. Съ тѣхъ поръ какъ къ операции стали прибѣгать раньше, и результаты стали получаться лучше. Однако не слѣдуетъ все же отказываться отъ консервативнаго леченія на томъ основаніи, что оно въ извѣстномъ числѣ случаевъ остается безрезультатнымъ, или на томъ, что оперативное леченіе послѣ проведеннаго консервативнаго леченія даетъ еще довольно высокій % смертности. Съ другой стороны слѣдуетъ умѣть распознавать тѣ случаи, которые не поддаются консервативному леченію, и оперировать ихъ по возможности рано.

709. Sachs. *Bemerkungen zu der Arbeit „Ueber einen seltenen Befund von intracellulären Streptokokkenketten im Spinalpunktat. — Заключенія къ работѣ: „Рѣдкая находка внутриклеточныхъ цѣпочекъ стрептококковъ въ выпущенной спинно-мозговой жидкости“.*

Въ дополненіе къ своей работѣ (см. реф. № 605, стр. 1190) Sachs указываетъ, что подобную же находку внутриклеточнаго расположенія цѣпочекъ стрептококка описалъ Menzer въ Berlin. Klin. Wochenschr., 1901 г. стр. 283.

710. Petren. *Zur Behandlung der Uterusruptur im Anschluss an sechs eigene Fälle. — Къ леченію разрыва матки въ присоединеніи къ шести своимъ собственнымъ случаямъ (Н. 3 и 4).*

Petren описываетъ 6 случаевъ разрыва матки, происшедшихъ въ теченіе 15 лѣтъ въ Lund'ской клиникѣ и, коснувшись на основаніи ихъ и собранныхъ въ литературѣ случаевъ причинъ разрывовъ, локализациі и теченія ихъ, останавливается весьма подробно на леченіи разрывовъ матки.

Давъ литературно-историческій очеркъ взглядовъ на леченіе этого осложненія, Petren приводитъ статистику разрывовъ матки, состоящую изъ 754 случаевъ въ серіяхъ, наблюдавшихся въ одномъ и томъ

же учреждений, при чемъ самое меньшее число случаевъ въ серіи—5. Приведеніе случаевъ по серіямъ авторъ считаетъ важнымъ для оцѣнки леченія, предпринимавшагося при одной и той же обстановкѣ и по однимъ и тѣмъ же принципамъ. Изъ 754 женщинъ съ разрывомъ матки осталось въ живыхъ 238, т. е. 32%. Изъ 501 леченныхъ консервативно осталось въ живыхъ 28% и изъ леченныхъ оперативно 47%. Статистика говоритъ въ пользу чревосѣченія при полномъ разрывѣ матки. Оно является наиболѣе бережнымъ и рациональнымъ способомъ для удаленія вышедшаго цѣликомъ или частью въ брюшную полость плода, а также для остановки кровотеченія. При чревосѣченіи лучше всего возможно предотвратить инфекцію роженицы. Такимъ образомъ принципиально слѣдуетъ производить брюшное чревосѣченіе при каждомъ полномъ разрывѣ матки. При чревосѣченіи является выборъ между зашиваніемъ разрыва и удаленіемъ матки. Авторъ высказывается за послѣднее въ большинствѣ случаевъ, въ особенности при сомнѣніи въ инфекціи; оставить матку допустимо у молодыхъ безлѣтныхъ женщинъ при гладкомъ, легко сшиваемомъ разрывѣ и отсутствіи всякихъ признаковъ инфекціи. Практической вопросъ, какъ долженъ поступить врачъ, приглашенный на домъ по поводу разрыва, Petten рѣшаетъ такъ: врачъ долженъ удалить чрезъ влагалище плодъ, если это не представляетъ затрудненій, примѣнить тампонацію съ наружнымъ давленіемъ для предупрежденія кровотеченія и затѣмъ, если позволяетъ обстановка, организовать операцію на дому, или же перевести больную въ лечебное заведеніе. Статья заканчивается приведеніемъ казуистики разрывовъ матки, наблюдавшихся въ Швеціи.

М. Порошинъ.

Archiv für Gynäkologie Bd. 84.

711. Forsell.—*Ueber Zerreiſſung der Nabelschnur intra partum.*
—О разрывѣ пуповины во время родовъ.

Въ наблюденномъ имъ случаѣ разрыва пуповины незадолго до выходненія оставшагося въ живыхъ плода авторъ нашель почти полное отсутствіе эластической ткани въ стѣнкахъ артерій и слабое развитіе этой ткани въ венѣ, и высказываетъ убѣжденіе, что эта аномалія, какъ въ его, такъ и въ подобныхъ описанныхъ случаяхъ является прямой причиною разрыва, такъ какъ въ нормальныхъ случаяхъ замѣчается весьма богатое развитіе эластической ткани въ сосудахъ пуповины.

712. Gräfenberg.—*Ein Beitrag zur Kenntniss der Metritis dissecans puerperalis.*—Къ ученію о метритис диссеканс пурпералис.

Авторъ описываетъ наблюдавшійся имъ въ Кильской клиникѣ типичный случай этого въ Германіи весьма рѣдкаго и только въ по-

слѣднее время, преимущественно русскими авторами обстоятельно изслѣдованнаго родильнаго заболѣванія.

Дѣло идетъ о первородящей, у которой послѣ нормальныхъ, сравнительно быстрыхъ родовъ произошелъ разрывъ промежности. На 4-й день стала повышаться температура и учащаться пульсъ при отсутствіи, кромѣ отека малыхъ губъ, какихъ либо другихъ объективныхъ явленій. Въ слѣдующіе дни обнаружались тревожные симптомы тяжелаго септического заболѣванія: блѣдность, слабость, сонливость, одышка, сухой языкъ, мягкій, частый пульсъ и т. д., и только методическое изслѣдованіе крови давало возможность ставить не совсѣмъ дурной прогнозъ. На 12-й день послѣ родовъ матка, которая раньше стояла ниже пупка, подымается на два пальца выше послѣдняго, причемъ больная жалуется на потужныя боли. Въ слѣдующіе дни общее состояніе больной нѣсколько улучшается, но остается неудовлетворительнымъ. На 25-й день послѣ родовъ изъ половыхъ частей появляются обильныя весьма зловонныя отдѣленія, которыя усиливаются при давленіи на матку, продолжаются 12 дней и прекращаются лишь послѣ того, какъ черезъ влагалище рождается кусокъ гангренозной ткани. Обнаруженная черезъ три мѣсяца послѣ родовъ ассиметричная форма матки дала указаніе на то, что выдѣлившаяся ткань представляла собою кусокъ лѣвой маточной стѣнки.

713. Labhardt. *Die Extraction nach Deventer - Mueller.* — Извлечение по способу Deventer-Mueller'a.

Вопросъ, возбужденный въ свое время Deventer'омъ о томъ, дѣйствительно-ли необходимо при извлеченіи плода предварительно освободить ручки, вопросъ, на который въ послѣднее время почти всѣ акушеры отвѣчаютъ въ утвердительномъ смыслѣ, нѣсколько лѣтъ тому назадъ былъ, какъ извѣстно, вновь поднятъ Mueller'омъ.

Этотъ авторъ доказываетъ, что вовсе нѣтъ надобности въ предварительномъ освобожденіи ручекъ, а необходимо только при прохожденіи плечиковъ направлять ихъ надлежащимъ образомъ. Для этого нужно опустить туловище родившагося плода и потянуть его кзади и внизъ, чтобы освободить переднее плечо, а послѣ этого поднять ребенка вверхъ и приблизить его къ животу матери, для того, чтобы родилось и заднее плечо. Преимущество этого способа извлечения, который подражаетъ механизму самопроизвольнаго рожденія плечиковъ, заключается еще въ экономіи во времени, въ асептичности, въ легкости и доступности для акушеровъ и въ безопасности въ смыслѣ поврежденій. Послѣднее вѣрно, впрочемъ, только при нормальномъ тазѣ, при узкомъ же тазѣ, при которомъ Mueller советуетъ даже форсировать извлечение, уже встрѣчаются поврежденія. Вотъ почему авторъ советуетъ въ тѣхъ сравнительно рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ при узкомъ тазѣ и закинутыхъ вверхъ ручкахъ извлечение по способу

M u e l l e r'a не удастся, не форсировать, а освободить ручки по обыкновенному способу, для того, чтобы создать лучшія условия для прохождения головки. Указавъ еще вскользь на несостоятельность возражений дѣлаемыхъ нѣкоторыми авторами противъ разбираемаго способа извлечения, авторъ сообщаетъ результаты примѣненія способа M u e l l e r'a въ Базельской клиникѣ за послѣдніе 2 года: Извлечение по этому способу удается безъ употребленія силы въ 90% всѣхъ случаевъ; процентъ смертности дѣтей точно также и процентъ заболѣваемости матерей при этомъ способѣ ниже, чемъ при освобожденіи плечиковъ.

Archiv für Gynäkologie, Bd. 85.

714. Wasenius.—*Experimentelle Untersuchungen über die Uteruscontractionen bei der Geburt, sowie über den Einfluss des Aethers und des Morphiums auf dieselben.*—*Экспериментальныя изслѣдованія маточныхъ сокращеній во время родовъ и вліянія на нихъ эфира и морфія.*

Изъ опытовъ автора видно, что легкій, т. наз. акушерскій, наркозъ эфиромъ понижаетъ болевое ощущеніе, совершенно почти не вліяя на изгоняющую силу матки, въ то время какъ глубокій эфирный наркозъ сокращаетъ продолжительность болей, удлиняетъ промежутки, понижаетъ вообще сократительную дѣятельность матки и парализуетъ дѣйствіе брюшного пресса. Черезъ 20 минутъ послѣ прекращенія наркоза вновь наступаютъ нормальныя потуги.

Дѣйствіе-же морфія различно въ зависимости отъ періода родовъ, въ которомъ это средство примѣняется. Въ началѣ періода раскрытія морфія задерживаетъ родовую актъ, сокращая длительность болей и удлиняя паузы. Въ концѣ-же періода раскрытія морфія остается, повидимому, безъ вліянія на родовую актъ.

716. Leopold.—*Zur operativen Behandlung der puerperalen Peritonitis und Thrombophlebitis.*—*Къ оперативному леченію послеродового перитонита и тромбофлебита.*

Передавъ исторію болѣзни новыхъ 6 случаевъ, изъ которыхъ два окончились летально, авторъ, располагающій уже матеріаломъ изъ 18 оперированныхъ съ пятью смертными исходами, слѣдующимъ образомъ формулируетъ свои заключенія:

1) Гонорройная инфекция во время беременности гораздо опаснѣе для родильнаго періода, чѣмъ принято думать.

2) На третій день, а порою и на шестой можетъ въ подобныхъ случаяхъ появиться лихорадка съ явлениями острого перитонита, ведущаго быстро къ смерти.

3) Опасны также долго тянушіеся выкидыши, особенно съ повышеніемъ температуры.

4) Изъ симптомовъ начинающагося перитонита и тромбофлебита самыми серьезными являются: учащенный малый пульсъ, икота или рвота и потрясающіе ознобы.

5) Если діагнозъ начинающагося остраго перитонита поставленъ, то необходимо не позже третьяго дня отъ начала болѣзни приступить къ вскрытію брюшной полости, чтобы дать выходъ гною. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ вскрыть Дугласово пространство по направлению къ влагалищу, промыть его и дренировать.

6) При наступленіи потрясающихъ ознобовъ, указывающихъ на занесеніе въ кругъ кровообращенія частей тромба, слѣдуетъ найти, перевязать и удалить наполненную гноемъ вену.

7) Слѣдуетъ помнить, что опасность, угрожающая больной при перитонитѣ или thrombophlebitis purulenta болѣе велика, чѣмъ опасность отъ оперативнаго вмѣшательства, а потому нужно оперировать, какъ можно раньше.

Archiv für Gynäkologie, Bd. 86.

716. Leisewitz.—*Zur Spontangeburt bei engem Becken und zu Baisch „Reformen in der Therapie des engen Beckens“.*—*О самопроизвольныхъ родахъ при узкомъ тазѣ и по поводу статьи Baisch'a „реформы въ терапіи узкаго таза“.*

Доказавъ, на основаніи подробнаго разбора богатаго матеріала Дрезденской клиники (свыше 15 тысячъ родовъ), съ одной стороны насколько велико въ этомъ заведеніи стремленіе къ достиженію и при узкомъ тазѣ самопроизвольныхъ родовъ, авторъ съ другой стороны выступаетъ противъ предложенія Baisch'a—совершенно исключить изъ терапіи узкаго таза профилактической поворотъ и преждевременные искусственные роды.

717. Ofergeld.—*Zuckerkrankheit und Schwangerschaft in ihren Wechselbeziehungen.*—*Сахарная болѣзнь и беременность и ихъ взаимныя отношенія.*

Рѣчь здѣсь идетъ не о гликозурии беременныхъ, которая выражается лишь въ ненормальномъ выдѣленіи изъ организма сахара, а о настоящемъ диабетѣ, при которомъ выступаютъ характерные симптомы, какъ то: усталость, полиурія, сухая кожа, головныя боли, бессонница, зудъ и т. д. Болѣзнь можетъ впервые явиться во время беременности или, существовавъ раньше, принять во время беременности болѣе тяжелое теченіе. Последнее бываетъ въ общемъ рѣдко, такъ какъ при диабетѣ способность къ забеременѣнію понижена. Въ родильномъ періодѣ болѣзнь въ нѣкоторыхъ случаяхъ продолжается, въ другихъ же прекращается, но выступаетъ порою при новой беременности. Последніе случаи можно объяснить себѣ тѣмъ, что во время беременности къ органамъ регулирующимъ углеводный обмѣнъ веществъ, главнымъ образомъ къ печени, ставятся большія требованія, которымъ они не всегда въ состояніи удовлетворять. Замѣчательно, что у евреевъ заболѣваемость диабетомъ болѣе велика, чѣмъ у лицъ другихъ національностей. Разбираемая болѣзнь представляетъ собою весьма серьезное

осложненіе беременности какъ для матерей, умирающихъ почти въ половинѣ всѣхъ случаевъ, такъ и для плодовъ, изъ которыхъ лишь $\frac{1}{3}$ остается въ живыхъ. Достоино вниманія, что со смертью плода ухудшается и прогнозъ для матери.

Что касается леченія, то къ производству выкидыша слѣдуетъ прибѣгать лишь въ тяжелыхъ случаяхъ, въ легкихъ же рекомендуется лишь соответственный діететическій режимъ. Къ тяжелымъ формамъ слѣдуетъ отнести, какъ тѣ случаи, при которыхъ во время предшествовавшей беременности обнаружались симптомы тяжелого отравленія, выразившагося, между прочимъ, въ преждевременной смерти плода, такъ и тѣ, въ которыхъ съ наступленіемъ беременности состояніе больной рѣзко ухудшается.

718. Dienst.—*Die Pathogenese der Eklampsie und ihre Beziehungen zur normalen Schwangerschaft, zum Hydrops und zur Schwangerschaftsnierere.* — Патогенезъ эклампсiи и ея отношенія къ нормальной беременности, къ водянкѣ и къ почкѣ беременныхъ.

Соответственно усиленной дѣятельности лейкоцитовъ, особенно во время первой беременности, количество ихъ замѣтно увеличивается (hyperleukocytosis). Изъ распада лейкоцитовъ образуются ядовитые фибриногенъ и фибриноферментъ, которые при нормальныхъ условіяхъ, т. е. когда распадъ лейкоцитовъ незначителенъ, остаются безъ замѣтно вреднаго вліянія на организмъ. Когда же фибриногенъ вслѣдствіе усиленнаго распада лейкоцитовъ въ большомъ количествѣ проникаетъ изъ междуворсиночнаго пространства въ общій кругъ кровообращенія, то поражается и эндотелій капилляровъ, слѣдствіемъ чего является отекъ нижнихъ конечностей или даже альбуминурія. Накопленію фибриногена въ крови способствуетъ особенно поврежденіе печени, которая въ здоровомъ состояніи дѣлаетъ глобулины безвредными, расщепляя ихъ на менѣе сложныя азотистыя соединенія, выдѣляющіяся посредствомъ почекъ.

При родовомъ актѣ переполненіе крови продуктами распада лейкоцитовъ, и вслѣдствіе этого поврежденіе почекъ и печени могутъ увеличиться до того, что наступаетъ реакція со стороны нервной системы въ видѣ конвульсій, особенно тогда, когда уже во время беременности были тяжелыя разстройства кровообращенія.

719. Lichtenstein.—*Kritische und experimentelle Studien zur Toxicologie der Placenta, zugleich ein Beitrag gegen die placentare Theorie der Eklampsieätiologie.* — Критическія и экспериментальныя изысканія къ ученію о ядовитости плаценты, а также доводы противъ плацентарной теоріи въ этиологiи эклампсiи.

Авторъ, ассистентъ Zweifel'я, извѣстнаго поборника ученія о роли химическаго яда въ этиологiи эклампсiи (молочная кислота), рядомъ остроумныхъ опытовъ доказываетъ несостоятельность всѣхъ тѣхъ

теорій, которыя ставятъ эклампсію въ этиологическую зависимость отъ плаценты. Онъ именно нашель: 1) что, впрыскивая кролику въ вену неорганическія вещества, можно получить ту-же клиническую картину и тѣ-же патолого-анатомическія измѣненія, какъ при впрыскиваніи элементовъ плаценты; 2) что дѣйствіе инъекціи зависитъ отъ величины и количества впрыскиваемыхъ тѣлесныхъ элементовъ, при чемъ животное погибаетъ тѣмъ скорѣе и вѣрнѣе, чѣмъ элементы эти обьемистѣе и многочисленнѣе и 3) что можно вызвать альбуминурію у кролика, впрыскивая ему въ брюшную полость не только пляментарную кашицу, но и жидкость свободную отъ форменныхъ элементовъ, лишь бы были въ ней бѣлковыя вещества.

С. Ю. Хазанъ.

Wiener Klinische Wochenschrift. 1909, № 18.

720. Н. van. de Velde. *Der Micrococcus endocarditidis rugatus Weichselbaum im Blute bei Kindbettfieber und im Ausfluss bei eitriger Endometritis zugleich ein Beitrag zur Lichtbehandlung in der Gynäkologie.*—*Micrococcus endocarditidis rugatus Weichselbaum'a въ крови при родильной горячкѣ и въ бѣляхъ при гнойномъ эндометритѣ; одновременно,—данныя къ вопросу о леченіи светомъ въ гинекологіи.*—

Micrococcus endocard. rugatus впервые былъ найденъ Weichselbaum'омъ на клапанахъ сердца лицъ, умершихъ отъ эндокардита. Коккъ этотъ хорошо теперь изученъ, однако на живыхъ людяхъ его найти пока не удавалось. Случай автора (3) имѣютъ тотъ интересъ, что на основаніи ихъ можно опредѣлить пути проникновенія кокка въ сердце. Первый случай интересенъ еще и тѣмъ, что даетъ важныя данныя къ вопросу о бактериологіи крови при родильной горячкѣ. Случай вкратцѣ слѣдующіе: 1-й—родильная горячка, причѣмъ въ крови были найдены путемъ посѣвовъ ея на агаръ и бульонъ типичныя микрококки Weichselbaum'a. Выздоровленіе. Во 2-мъ случаѣ обильныя гнойныя бѣли. Гонококка не найдено, а послѣ долгихъ поисковъ найденъ коккъ Weichselbaum'a. Случай III подобенъ II. Интересъ его въ томъ, что здѣсь авторъ получилъ излеченіе гнойнаго эндометрита при помощи освѣщенія эндометрія Кромгауег'овской Quarzlampe. Эндометритъ былъ обусловленъ присутствіемъ кокка Weichselbaum'a, что авторъ доказалъ бактериологическимъ изслѣдованіемъ. Выводы автора слѣдующіе: *M. endocard. Weichselbaum* впервые выдѣленъ авторомъ изъ крови и патологическаго секрета живого человѣка. Въ двухъ случаяхъ онъ нашель этого кокка въ бѣляхъ при явленіяхъ упорнаго гнойнаго эндометрита. Первый случай не поддавался никакому леченію и остался неизлеченнымъ, во второмъ излеченіе получено при помощи Quarzlampe. Способъ этотъ новый и заслуживаетъ большаго вниманія.

721. O. Schener. *Ueber gonorrhoe bei kleinen Mädchen.* — Гоноррея у маленьких дѣвочекъ.

Давъ историческій обзоръ вопроса о заболѣваніяхъ половыхъ органовъ у дѣвочекъ, въ особенности заболѣваніяхъ гонорройныхъ, авторъ сообщаетъ свои 39 случаевъ гонорреи у дѣвочекъ и подробно ихъ разбираетъ съ точки зрѣнія этиологии, возраста пациентокъ, леченія и пр.

722. H. Keller. *Stillville und Stillmöglichkeit in den unteren Volksschichten.* — Желаніе и возможность кормить грудью въ низшихъ слояхъ населенія.

Весьма подробный разборъ вопроса съ большимъ числомъ таблицъ и на основаніи большого статистическаго матеріала. Краткому реферированію статья не поддается.

723. E. Gross и E. Bunzel. *Ueber das Vorkommen lezitin-ausflockender und komplement-bindender Substanzen im Blute Ekklampischer.* — О нахожденіи въ крови эклампическихъ веществъ, вызывающихъ осажденіе лецитина изъ раствора и связывающихъ complementsъ.

При изслѣдованіи цѣлаго ряда сыворотокъ беременныхъ для опредѣленія ихъ способности осаждать лецитинъ изъ лецитиновой эмульсии, авторы замѣтили, что въ 6 случаяхъ эклампсіи реакція получилась положительная, тогда какъ у нормальныхъ беременныхъ и роженицъ никогда не было положительной реакціи. Техника въ общемъ слѣдующая: авторы брали 0,5 сант. 0,2% смѣси лецитина, прибавляли 0,2—0,5 сант. сыворотки и при 37°C. наблюдали выпаденіе хлопьевъ. Дано краткое описаніе случаевъ. Кромѣ того авторы въ нѣсколькихъ случаяхъ эклампсіи произвели реакцію Wassermann-Bruck-Neisser'a, во всѣхъ случаяхъ съ положительнымъ результатомъ. Считая эти факты весьма важными и интересными, авторы воздерживаются пока отъ какихъ-либо заключеній, желая еще разъ провѣрить и развить свои изслѣдованія.

724. R. Frank. *Erfahrungen über das Narkotisieren.* — Наблюденія надъ наркотизированіемъ.

Авторъ предлагаетъ свой методъ наркоза, который состоитъ въ томъ, что больной наркотизируетъ себя самъ, т. е. самъ держитъ маску и вообще ему представляется полная свобода. Хлороформаторъ выступаетъ на сцену лишь тогда, когда начинается періодъ возбужденія. Преимущества такого способа: держаніе маски даетъ больному занятіе, отсутствіе всякаго принужденія, отгоняетъ страхъ. Особенно способъ хорошъ для дѣтей.

725. R. Marek. *Neuritis optica infolge von unstillbaren Metrorrhagien, geheilt durch vaginale Totalexstirpation des Uterus.* — Neuritis optica, бывшая слѣдствіемъ неукротимыхъ метроррагій и излеченная влагалищной экстирпаціей матки.

Давно извѣстна тѣсная связь органа зрѣнія съ женскими поло-

выми органами. Какъ физиологическія, такъ и паталогическія измѣненія полового аппарата нерѣдко ведутъ за собою измѣненія въ органѣ зрѣнія. Литература этого вопроса довольно велика. Въ ней есть описанія случаевъ neuritis optica при metrorrhagiâхъ. Такихъ случаевъ авторъ нашелъ 4. Къ нимъ авторъ присоединяетъ свой такой же случай, гдѣ излеченіе было достигнуто только exstirpatіей матки. Для опредѣленія причины кровотеченій удаленная матка подвергнута была макро—и микроскопическому изслѣдованію, результатъ котораго авторъ приводитъ. Вопросъ, какимъ образомъ заболѣваніе полового аппарата передается органу зрѣнія остается, конечно, по прежнему открытымъ.

726. Thaler. *Ueber die Verwertbarkeit von Antitrypsinbestimmungen bei puerperalen Erkrankungen.* — О значеніи опредѣленія антитрипсина при пuerперальныхъ заболѣваніяхъ.

За послѣднее время сдѣлались извѣстными въ физиологіи два новыхъ интересныхъ явленія: находка въ организмѣ трипсиноваго фермента, независимаго отъ pancreas, и способность сыворотокъ оказывать до нѣкоторой степени парализующее этотъ ферментъ дѣйствіе. Извѣстно, что ферменты, будучи вводимы въ организмъ, вызываютъ въ немъ образованіе антиферментовъ. Этимъ фактомъ изслѣдователи рѣшили воспользоваться и примѣнить опредѣленія повышенія антитриптической силы сыворотки для распознаванія паталогическихъ процессовъ въ организмѣ. И дѣйствительно ожиданія эти оправдались: для цѣлаго ряда заболѣваній теперь изучена степень отклоненія антитриптической силы сыворотки. Авторъ заданъ цѣлью опредѣлить, нѣтъ-ли такихъ отклоненій и при пuerперальныхъ заболѣваніяхъ. Результаты изслѣдованія получились весьма интересные: изъ 21 случая пuerперальной инфекціи въ 7, окончившихся смертью, не было найдено замѣтное повышеніе антитриптической силы сыворотки; въ 10 случаяхъ, окончившихся выздоровленіемъ, не было такого повышенія найдено, несмотря на то, что и среди нихъ были случаи тяжелой и продолжительной инфекціи; равнымъ образомъ повышенія были найдены въ двухъ случаяхъ тяжелаго септического заболѣванія, которые также окончились выздоровленіемъ. Слѣдующая серія состояла изъ 8 случаевъ: въ 1 случаѣ остраго гнойнаго перитонита, окончившемся смертью, найдено весьма значительное повышеніе антитриптической силы сыворотки (въ 3 раза больше нормы), тогда какъ повторныя изслѣдованія въ другихъ 7 случаяхъ, окончившихся выздоровленіемъ, не дали никакихъ указаній на повышенія антитриптическаго index'a. Среди этихъ 7 случаевъ также было 2 весьма тяжелыхъ съ большимъ количествомъ стрептококковъ въ секретѣ. Въ особенности же авторъ подчеркиваетъ случай очень тяжелой смѣшанной стафилострептококковой инфекціи послѣ placenta praevia: заболѣваніе длилось 6 недѣль, сопровождаясь сильной лихорадкой, и несмотря

на это 12 определений антитриптического index'a не дали указаний на отклонение от нормъ. Авторъ считаетъ возможнымъ на основаніи результатовъ этихъ изслѣдованій заключить, что повышение антитриптического index'a во время пуэрперального заболѣванія есть дурное предзнаменованіе. Кромѣ того онъ полагаетъ, что этой реакціей можно и слѣдуетъ теперь уже пользоваться для опредѣленія тяжести случаевъ пуэрперальныхъ заболѣваній, а потому считаетъ необходимымъ затронуть и вопросъ о методикѣ этихъ изслѣдованій. Что касается объясненія причинъ такого повышения антитриптического index'a при различныхъ патологическихъ и физиологическихъ (ферменность) состояніяхъ, то авторъ считаетъ, что эти причины не поддаются пока никому, даже гипотетическому, объясненію. Въ заключеніе высказываются слѣдующія положенія: 1. значительныя повышения антитриптического index'a во время пуэрперальныхъ заболѣваній слѣдуетъ разсматривать, какъ весьма плохой симптомъ. 2. Повышеніе этого index'a во время беременности появляется въ самомъ раннемъ періодѣ ея, а поэтому можетъ служить для цѣлей діагностики беременности.

727. E. Bunzel. *Zur Serodiagnostik der Lues in der Geburtshilfe.*—*Къ серодиагностики сифилиса въ акушерствѣ.*

Авторъ произвелъ изслѣдованія на 230 женщинахъ сифилитичкахъ во время беременности и во время послѣродового періода и приходитъ къ заключенію, что реакція Wassermann—Bruck—Neiser'a является для акушера хорошимъ вспомогательнымъ діагностическимъ средствомъ. Въ статьѣ есть небольшой обзоръ развитія этого вопроса.

Münchener medicinische Wochenschrift 1909, № 27.

728. G. Becker. *Der Antitrypsingehalt des Blutes in der Gynäkologie.*—*Антитрипсинъ крови въ гинекологіи.*

Уже давно было обращено вниманіе на то, что ракъ является болѣзью токсического характера. Объ этомъ свидѣлствуетъ хотябы столь рѣзкая раковая кахексія. Однако до сихъ поръ не удалось, несмотря на тщательные поиски, найти въ крови или вообще въ организмѣ больныхъ возбудителей этой характерной кахексии, а между тѣмъ такая находка имѣла бы интересъ не только теоретическій, но и практический, такъ какъ дала бы возможность діагностировать ракъ въ весьма раннихъ стадіяхъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда фокусъ лежитъ глубоко и скрытъ отъ обычныхъ нашихъ діагностическихъ средствъ. Поэтому большой интересъ возбудило сообщеніе Brieger'a и Trebing'a о томъ, что у раковыхъ больныхъ они всегда находили сильно повышенной антитриптическую силу кровяной сыворотки. Авторы эти тогда же однако оговорились, что такое же явленіе наблюдается и при другихъ заболѣваніяхъ. Вопросъ этотъ сталъ разрабатываться и теперь выработана уже техника довольно удобная и дающая возможность производить точныя изслѣдованія. Авторъ на ней останавливается, а за-

тѣмъ переходить къ своимъ собственнымъ наблюденьямъ, излагаетъ постановку опытовъ и въ видѣ таблицы даетъ результаты, которые вполне сходятся съ таковыми предыдущихъ изслѣдователей. Для сравненія авторъ приводитъ и таблицу, гдѣ отмѣнены результаты такихъ же опредѣленій на женщинахъ, страдавшихъ какими-нибудь другими женскими заболѣваніями. Изъ разбора этой таблицы авторъ заключаетъ, что и при другихъ тяжелыхъ заболѣваніяхъ, сопровождающихся истощеньемъ, получается повышение антириптическаго index'a. Къ числу такихъ заболѣваній принадлежатъ: большія скопленія гноя въ полостяхъ, пузырно-влагалищныя фистулы съ циститами и. т. д.

В. Дюфельдтъ.

Обзоръ французской акушерско-гинекологической литературы.

L'Obstétrique. № 5. Mai, 1909.

729. L. Devraigne. — *Contribution à l'étude du sang des vomissements incoercibles de la grossesse.* — Значеніе изслѣдованія крови при неукротимой рвотѣ беременныхъ.

Установка точнаго показанія для времени опорожненія беременной матки при неукротимой рвотѣ вопросъ, конечно, очень важный. Tuschkaï нашель, что присутствіе въ крови мегалобластовъ и уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ служитъ показаніемъ для прерыванія беременности при неукротимой рвотѣ.

Въ противуположность этому взгляду авторъ, на основаніи своихъ семи хорошо проведенныхъ изслѣдованій высказываетъ взглядъ, что показаніемъ къ опорожненію матки можно считать относительное увеличеніе количества эритроцитовъ въ крови беременныхъ при неукротимой рвотѣ. Въ его случаяхъ женщины, имѣвшія очень плохое состояніе, но не представлявшія явленія полиглобуліи, выздоравливали безъ прерыванія беременности, а одна пациентка, у которой изслѣдованіе крови обнаружило увеличеніе количества красныхъ кровяныхъ шариковъ, не смотря на прекрасное состояніе, внезапно умерла.

730. Chirié et Cornelius. — *Décapsulation et néphrotomie dans l'éclampsie puerpérale.* — Декансуляція и разсѣченіе почки при послѣродовой эклампсiи.

Статья представляетъ критическій обзоръ литературы по данному вопросу. Сначала авторы разбираютъ литературный матеріалъ по теоретическому и экспериментальному обоснованію данного вопроса, выясняя роль повышенія внутрпечечнаго давленія въ патогенезѣ эклампсiи, затѣмъ приводятъ почти *in extenso* 35 найденныхъ ими въ литературѣ случаевъ примѣненія разбираемаго метода леченія послѣродовой эклампсiи, и наконецъ, критическую оцѣнку этого метода.

Въ 27 изъ всѣхъ случаевъ были находимы рѣзкія застойныя явленія въ почкахъ, доходившія въ 5 случаяхъ до крайней степени (glaucoma renis), которыя авторы и считаютъ главнымъ факторомъ діуреза при эклампсіи, путемъ механическимъ и вслѣдствіе поврежденія эпителія почекъ; дѣйствіе декапсуляціи и нефротоміи при этомъ понятно.

Результаты операціи quo ad vitam не особенно блестящи: выдѣляя случайные смертные исходы, авторы изъ 30 случаевъ получили 13 смертей—46,66%, изъ нихъ лучшіе результаты дала эклампсія, появившаяся послѣ родовъ, на 12 случаевъ 2 смерти—16,16% и худшіе—начавшаяся до родовъ и послѣ нихъ не прекратившаяся, на 14 случаевъ 7 смертей—50%, при чемъ въ 10 случаяхъ оперативныхъ родовъ смертные исходы 8 разъ—80% и въ 4 самопроизвольныхъ 1 смерть—25%. Далѣе авторы разбираютъ вліяніе операціи на прекращеніе приступовъ, на діурезъ, на общее состояніе, на отеки, на функцію почекъ и на послѣдующія беременности. Коснувшись показаній къ операціи, которыя сводятся, главнымъ образомъ, къ ануріи, и оперативной техники, авторы высказываютъ свой взглядъ на значеніе этой операціи, довольно пессимистической, говоря, что въ тяжеломъ состояніи, при ануріи, когда ничто не помогаетъ (даже и массовыя кровопусканія, которымъ она придаетъ большое значеніе), врядъ ли поможетъ и эта операція. Желательна вообще дальнѣйшая разработка даннаго пособія, чтобы болѣе опредѣленно высказаться за или противъ его значенія.

№ 8. Août, 1909.

731. C. Jeannin.—*L'opération césarienne supra-symphysaire.*—*Надлобковое кесарское сѣченіе.*

На основаніи собранныхъ имъ въ литературѣ 148 случаевъ этой операціи авторъ дѣлаетъ ея практическую оцѣнку. Сначала крупными штрихами онъ очерчиваетъ ходъ ея развитія: сначала транс-перитонеальный способъ (Frank), потомъ методъ экстра-перитонеальный съ отсепарованіемъ брюшины передняго Дугласа и отклоненіемъ пузыря книзу (Sellheim), затѣмъ возвращеніе къ трансперитонеальному методу съ нѣкоторыми измѣненіями, и наконецъ, опять примѣненіе экстра-перитонеальнаго способа съ отклоненіемъ пузыря въ сторону (Latzko); въ сторонѣ отъ нихъ стоитъ способъ операціи путемъ брюшно-маточной фистулы. Изъ насчитываемыхъ въ литературѣ 17 способовъ этой операціи авторъ считаетъ заслуживающими описанія 13, которые онъ группируетъ слѣдующимъ образомъ: I методы экстра-перитонеальные, а) способъ Sellheim'a, б) способъ Latzko и Döderlein'a и с) способъ Dührssen-Solms'a съ отклоненіемъ пузыря въ сторону, но съ комбинированнымъ разрѣзомъ матки, черезъ влагалище и черезъ брюшную рану; II методы транс-перитонеальные,

а) съ восстановленіемъ анатомическихъ отношеній брюшины послѣ операціи, б) безъ этого восстановленія и с) методъ брюшно-маточной фистулы (Sellheim).

Процентъ смертности матерей послѣ этой операціи выведенъ авторомъ на основаніи двухъ статистикъ: Latzko, обнимающей 150 случаевъ, и собственной изъ 148 случаевъ, частью отличныхъ отъ предыдущей. У Latzko на 150 операцій 11 смертей, т. е. 7,33%, изъ которыхъ отъ инфекціи 8, т. е. 5,33%, у автора же на 148 случаевъ 11 смертей, т. е. 7,45%, отъ инфекціи же 5 смертей, т. е. 3,4% смертности. Соединяя обѣ статистики, т. е. прибавляя къ своимъ случаямъ 42 изъ статистики Latzko, авторъ на 190 операцій получаетъ 14 смертей, т. е. 7,37%, отъ инфекціи же 8, или 4,21% смертности.

Относительно теченія послѣоперационнаго періода у автора имѣются свѣдѣнія о 104 случаяхъ, изъ которыхъ заболѣваніе въ этомъ періодѣ было у 32, т. е. въ 30,7%, при чемъ 26 разъ, или въ 25%, были инфекціонныя осложненія (изъ нихъ въ 11,5% нагноеніе брюшной раны) и 7 разъ были другія заболѣванія, т. е. 6,73%.

Смертность дѣтей выведена на основаніи 110 случаевъ, умерло 9 дѣтей, или 8,18%, исключая отсюда 5 случаевъ смерти, независимой отъ операціи, получаемъ 3,62% дѣтской смертности.

Сравнивая между собою два метода надлобкового кесарскаго сѣченія транс-перитонеальный и экстра-перитонеальный, авторъ, при почти одинаковой смертности матерей отъ инфекціи (3,8% для первого и 3,08% для второго способа) находитъ первый способъ болѣе легкимъ и менѣе располагающимъ къ осложненіямъ, чѣмъ второй, при которомъ разрывъ брюшины и пузыря встрѣчаются нерѣдко, особенно при отклоненіи пузыря книзу (способъ Sellheim'a).

Показанія къ надлобковому кесарскому сѣченію авторъ устанавливаетъ три: эклампсію, предлежаніе дѣтскаго мѣста и узкій тазъ, и преимущественно въ такихъ случаяхъ, когда нѣтъ достаточной увѣренности въ асептичности родовъ.

При эклампсіи разбираемая операція выше классическаго кесарскаго сѣченія и ниже сѣченія влагалишнаго; при предлежаніи дѣтскаго мѣста она выше обѣихъ этихъ операцій, при узкомъ тазѣ ее можно поставить параллельно съ классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ и выше пубіотоміи, при которой смертность матерей и дѣтей выше (5—7% противъ 4% и 5,18%) и показанія болѣе ограничены.

№ 9. Septembre 1909.

732. Prof. Paul Bar. — *L'accouchement par dilatation rapide du col.* — Родоразрѣшеніе при помощи быстро расширенія шейки.

Докладъ на послѣднемъ международномъ медицинскомъ съѣздѣ журн акуш. и женск. бол. декабрь 1909.

въ Будапештѣ. Авторъ говоритъ, что быстрое расширеніе шейки, представляя собой одну изъ составныхъ частей *accouchement forcé* старыхъ авторовъ, нынѣ всѣми оставленнаго, вошло въ основу описываемаго имъ способа родоразрѣшенія не съ цѣлью только проведенія руки или инструмента, какъ при *accouchement forcé*, а чтобы создать условія, достаточныя для выхода плода. Достигается это расширеніе шейки слѣдующими способами: 1) посредствомъ введенія баллона *Champetier de Ribes*, 2) пальцевымъ расширеніемъ по способу *Bonnaire*, 3) расширителемъ *Bossi* и 4) расширителемъ *Tarnier*.

Техника этихъ способовъ хорошо извѣстна всѣмъ, остановимся на результатахъ, полученныхъ авторомъ при ихъ примѣненіи. Первый способъ былъ примѣненъ у 171 беременной не менѣе 8 мѣсяцевъ, смертность матерей была 7, т. е. 4,09%, исключая отсюда 4 смерти, не зависѣвшихъ отъ способа, получимъ 3 смерти, т. е. 1,75%; дѣтей умерло 64, что составитъ 37,4% дѣтской смертности. Результаты способа пальцевого расширенія шейки, который авторъ примѣнялъ только 20 разъ, получивши 30% разрывовъ шейки, цитируются по *Bonnaire*; на 159 случаевъ 30 матерей умерло—38,8%, дѣтская же смертность 56 дѣтей, т. е. 35,2%; разрывовъ шейки наблюдалось 16%. Расширитель *Bossi* авторъ примѣнялъ только 13 разъ: въ 7 случаяхъ, гдѣ плоды вѣсили больше 3000 grm., получились болѣе или менѣе обширные разрывы шейки матки. Наконецъ расширитель *Tarnier*, какъ медленно дѣйствующій, авторъ считаетъ непригоднымъ для разбираемаго метода родоразрѣшенія. Въ заключеніе авторъ болѣе склоняется къ родоразрѣшенію расширеніемъ шейки баллономъ *Champetier de Ribes*, если нѣтъ показаній къ очень быстрому окончанію родовъ и противопоказаній со стороны состоянія шейки (ригидность, рубцы и проч.)

Конкурирующими съ этимъ методомъ операціями авторъ считаетъ различные виды кесарскаго сѣченія: влагалищное, съ частичнымъ удаленіемъ матки, классическое и надлобковое. Влагалищное кесарское сѣченіе ближе всего подходитъ, по значенію, къ разбираемому методу расширеніемъ шейки и выше его въ тѣхъ случаяхъ, когда требуется немедленное окончаніе родовъ. Кесарское сѣченіе съ удаленіемъ матки должно быть производимо тогда, когда шейка матки непригодна для быстрого расширенія и когда оставленіе матки опасно (случай ясной инфекціи). Въ тѣхъ же случаяхъ, когда при отсутствіи условій со стороны шейки для быстрого расширенія, нѣтъ никакого подозрѣнія на инфекцію, слѣдуетъ производить кесарское сѣченіе классическое. И наконецъ, при тѣхъ же самыхъ условіяхъ со стороны шейки, когда рѣзкихъ признаковъ инфекціи, еще нѣтъ на лицо, а есть только подозрѣніе на нее можно произвести надлобковое кесарское сѣченіе.

733. S. Tribondeau. — *Monstre double dérodymé tribrachié humain.*—Сросшийся человеческій уродъ съ двумя шеями и тремя руками.

Чрезвычайно интересный уродъ, представляющій извѣстную стадию слиянія двойныхъ уродовъ изъ такъ называемыхъ *teratodimus*. При слившемся туловищѣ наблюдаются два позвоночника, покоящихся на одномъ тазѣ, шеи уже раздѣлены, равно какъ и головы, между двумя шеями имѣется третья верхняя конечность, слившаяся изъ правой конечности лѣваго плода и лѣвой-праваго, чему служитъ доказательствомъ утолщенная кость *humeri* съ двойной головкой, три кости предплечія и кисть, слившаяся изъ двухъ, обращенныхъ другъ къ другу медиальными сторонами. Что касается внутреннихъ органовъ, то они тоже удвоены: имѣется два сердца съ выходящими изъ нихъ аортами, сливающимися на уровнѣ діафрагмы; два пищеварительныхъ канала, сливающихся тонкими кишками довольно низко, печень одна, образовавшаяся изъ двухъ, двѣ поджелудочныя железы; двѣ селезенки; мочеполовой аппаратъ единичный, яички въ брюшной полости.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Août 1909.

734. Duvergee. *Cinq cents ophtalmo - réactions négatives chez des nouveau - nés.*—Пятисотъ отрицательныхъ глазныхъ реакцій у новорожденныхъ.

Авторъ въ теченіе года впрыскивалъ новорожденнымъ на 2—10-й день въ конъюнктивальный мѣшокъ глаза одно-процентный растворъ туберкулина и ни у одного изъ пятисотъ испытуемыхъ имъ дѣтей онъ не получилъ положительной реакціи. Этотъ фактъ, въ связи съ отрицательными данными, полученными другими авторами, вводившими туберкулинъ новорожденнымъ или въ глазъ, или на кожу, или подкожно, безуспѣшно агглютинировавшими коховскую палочку кровью новорожденныхъ, а также при вскрытіи тысячъ новорожденныхъ нашедшихъ только четыре раза туберкулезныя пораженія (при заболѣваніи матерей общимъ милиарнымъ туберкулезомъ), позволилъ автору высказать взглядъ о непередаваемости туберкулеза наследственно.

Septembre 1909.

735. V. Wallich. *La tétée artificielle.* — Искусственное сосаніе молока.

Исходя изъ того положенія, что у нѣкоторыхъ животныхъ: коровъ, козъ, ослицъ доеніемъ можно не только собирать значительныя количества молока, но и поддерживать отдѣленіе молока долгое время безъ сосанія дѣтенышемъ, авторъ думаетъ, что и у женщинъ можетъ быть можно было бы добиться того же самаго результата, только всѣ современные способы и инструменты для отсасыванія молока, основанные на простомъ разрѣженіи воздуха, для этого не пригодны.

Въ послѣднее время изобрѣтенъ особый аппаратъ, такъ называемая сосательная помпа, посредствомъ которой, благодаря поршню съ кла-

панами, можно у женщины получать изъ груди молоко гораздо легче, чѣмъ при прежнихъ отсасывателяхъ: въ теченіе времени отъ 5 до 10 минутъ до 80—100 grammes, а въ теченіе сутокъ отъ 400, 500 и до 900 grammes.

Авторъ провелъ нѣсколько наблюденій надъ подобнымъ искусственнымъ вскармливаніемъ дѣтей молокомъ матери, когда естественное кормленіе было невозможно, вслѣдствіе ли болѣзней или уродствъ грудной железы, или вслѣдствіе таковыхъ же со стороны ребенка. Маленькіе и втянутые соски и болѣзненные трещины ихъ послужили для него объектомъ наблюденій первой категоріи, со стороны же дѣтей онъ наблюдалъ невозможность сосанія у недоносковъ вслѣдствіе слабости, у страдающихъ конвульсіями и при заячьей губѣ съ расщепленнымъ небомъ.

На основаніи этихъ наблюденій авторъ пришелъ къ вполне благоприятнымъ выводамъ: что новымъ способомъ искусственнаго сосанія можно не только легко и безболѣзненно для женщины доставить значительныя количества молока, но и поддерживать у нея лактацію въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени и что наблюденіе за вѣсомъ вскармливаемого такимъ образомъ дитяти показываетъ вполне удовлетворительное его развитіе и ростъ.

Л. Ульяновскій.

Обзоръ англійской акушерско - гинекологической литературы.

736. James Goodall. — *Decidual Change in the Endometrium due to Causes other than Pregnancy* (Amer. Journ. of Obstetr. March). *Развитіе децидуальной ткани въ эндометріи, зависящее отъ другихъ причинъ кромѣ беременности.*

Оговорившись насчетъ исключенія возможности смѣшенія съ перепончатой дисменорреей и ложно-децидуальной тканью Goodall описываетъ 4 случая находенія развитой отпадающей ткани, гдѣ беременности не было, а образованіе этой ткани ничѣмъ не отличалось отъ бывающей при беременности. Могло быть объяснено наличностью хроническихъ воспалительныхъ измѣненій въ тазу въ связи съ предрасположеніемъ больныхъ. Въ двухъ случаяхъ у больныхъ было острое бугорчатковое воспаленіе брюшины, а въ одномъ не сильный перитонитъ съ небольшимъ мутнымъ выпотомъ. Авторъ дѣлаетъ выводъ, что типичная отпадающая ткань на всемъ протяженіи эндометрія и ничѣмъ неотличаемая отъ свойственной беременности можетъ встрѣчаться безъ наличности оплодотвореннаго яйца. Авторъ не останавливается на литературѣ вопроса.

737. Carstens — *Fibroid Tumors complicating Pregnancy. A short history and Report of all recorded Cases to January 1, 1908* (Amer. Journ of Obstetric. March). — *Беременность осложненная фиброидами.*

Съ возможной тщательностью собраны изъ литературы всѣ опубликованные до 1 января 1908 г. случаи — 516; изъ нихъ въ 498 — была произведена операція черезъ брюшные покровы, въ частности при доношенной беременности въ 117 случаяхъ, изъ которыхъ умерло 18; дѣтей живыхъ получено 81;—11 мертвыхъ, объ остальныхъ же свѣдѣнія не полны. Въ 40 случаяхъ сдѣлано кесарское сѣченіе, изъ которыхъ пять рожениць умерло; въ 40 сдѣлана міомэктомія, а въ остальныхъ—сдѣлана операція по Roggo. 337 случаевъ касаются недоношенной беременности разныхъ сроковъ, оперированныхъ въ 150 случаяхъ путемъ міомэктоміи (13 умерло); 22 выкинули послѣ операціи, въ 86 доносили до срока. Выводы автора: операціи, предпринимавшіяся ради фиброматозныхъ опухолей во время беременности, не представляются болѣе опасными, чѣмъ внѣ ея. Операція во время беременности показана при опухоляхъ въ нижнемъ маточномъ сегментѣ и должна состоять только въ энуклеаціи опухоли. Въ случаяхъ съ опухолями въ днѣ матки можно не вмѣшиваться, исключая случаевъ съ быстрымъ ростомъ, влияющимъ на жизненные функціи.

738. Howard Kelly — *Amputation of the Uterus in the Corpus to preserve the menstrual Function* (Amer. Journ of Obstetr. etc. April) — *Ампутація матки въ предѣлахъ тѣла ея съ цѣлью сохраненія менструальной дѣятельности.*

Указавъ, что въ этихъ случаяхъ послѣ ампутаціи матки при сохраненныхъ яичникахъ наблюдалось стремленіе къ появленію мѣсячныхъ и что это сопровождалось болѣе хорошимъ состояніемъ больныхъ, чѣмъ у тѣхъ, которыя послѣ операціи не имѣли регулъ, Kelly предлагаетъ способъ ампутаціи матки съ резекціей или уменьшеніемъ тѣла ея и производить это двояко: изсѣкая клинь въ горизонтальномъ направленіи и въ вертикальномъ. При первомъ, горизонтальномъ изсѣченіи, примѣнимомъ особенно при фиброматозныхъ маткахъ, ампутація производилась не сразу надъ шейкой, а въ нижнемъ сегментѣ тѣла послѣ того, какъ рога матки перевязаны, круглыя связки зажаты и отдѣлены отъ тѣла, широкія связки также отдѣлены въ верхней части и маточные сосуды перевязаны возможно выше и ближе къ циркулярному разрѣзу черезъ тѣло матки; отслаивать пузырную брюшину нѣтъ надобности; фигура разрѣза кругъ или овалъ, къ краямъ болѣе низко опускающіеся; послѣ ампутаціи культи имѣетъ форму открытой чаши. Второй способъ — вертикальной резекціи болѣе примѣнимъ при плохомъ обратномъ развитіи и кровотокащей маткѣ. Клинь вырѣзается изъ тѣла матки, начиная съ дна и ведется книзу до шейки; способъ примѣнимъ и при леченіи выпаденія тяжелой массивной матки, особенно

если желательнo укрѣпить ее между пузырьемъ и стѣнкой влагалища. Изложеніе иллюстрировано оригинальными рисунками, ссылкой на литературу и приведеніемъ 8 типичныхъ исторій болѣзни, въ которыхъ примѣнена была операція.

739. Stockard. — *The Origin of certain Types of Monsters.* (Amer. Journ of Obst. etc. April). — *Происхожденіе извѣстныхъ видовъ уродствъ.*

Авторъ, преподаватель сравнительной анатоміи въ New—York City, напоминаетъ о своихъ опытахъ надъ развитіемъ яицъ рыбы *Fundulus heteroclitus* при условіи воздѣйствія на нихъ солей разныхъ металловъ, вызывающихъ разнообразныя уродства *in defectu*. Постояннаго дѣйствія извѣстныхъ металловъ въ смыслѣ специфическихъ для нихъ уродствъ нельзя было замѣтить, за исключеніемъ вліянія магнія, который въ хлористой и азотнокислой соляхъ регулярно вызывалъ измѣненія въ строеніи глазъ (циклопія разныхъ степеней) и рта (хоботообразность его), уродцы высиживались и жили первые дни совершенно нормально и глаза ихъ, повидимому служили вполне. Обычно соли начинали проявлять свое дѣйствіе когда уже начиналось дѣленіе клѣтокъ на 4 и даже, пока растворъ проникалъ въ глубь яйца, на 16 и 32 клѣтки. Циклопію удается, впрочемъ, вызвать и другимъ способомъ, механическимъ, и это указываетъ, насколько разные случайности или химическій составъ окружающей среды могутъ вліять на развитіе зародыша. Дальше авторомъ приведены литературныя справки насчетъ производства и уродствъ *in excessu* въ видѣ двойныхъ уродствъ и указаніе Mall'a на то, что на каждую сотню беременностей приходится семь уродствъ, изъ которыхъ многія конечно не доношиваются и выкидываются въ первый мѣсяцъ.

740. T. Oastler. — *A preliminary Report on the Use of bacterial Vaccines in the Treatment of septic Infections* (Amer. Journ, of. Obstetr. etc. April.) *Предварительное сообщеніе объ употребленіи бактериальныхъ прививокъ для леченія септическихъ случаевъ.*

Получивъ улучшение въ одномъ случаѣ септическаго зараженія, авторъ сталъ примѣнять чаще прививки въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній убитыхъ бактерій, что вызыватъ развитіе опсониновъ въ чловѣческомъ организмѣ. Не получая разводовъ изъ крови, получали разводки изъ отдѣляемаго раны. Приведены короткія исторіи болѣзни пяти случаевъ съ эпикризомъ. Подробностей полученія матеріала для прививокъ у автора нѣтъ. Авторъ приходитъ къ такимъ выводамъ: Очевидный благотворный клинический результатъ полученъ отъ примѣненія прививокъ стрептококка, стафилококка, *Vac. coli*, *Vac. mucosus* и *gonococcus*. Всѣ прививки кромѣ гонококковой должны быть получены отъ самого больного (аутогенны). Прививки не могутъ быть панацеей, но могутъ существенно помогать при септическихъ процес-

сахъ, проявляя постепенное и увеличивающееся дѣйствіе. Прививки примѣнимы лишь, когда кровь проявляетъ слабую сопротивляемость, выражающуюся въ низкомъ количествѣ лейкоцитовъ и большомъ числѣ полиморфно-ядерныхъ. Въ сильныхъ случаяхъ остраго сепсиса нельзя вызвать сопротивляемости и получить какой либо эффектъ. Отрицательная фаза получается рѣдко, положительная чаще. Прививки изъ крови обычно отрицательны. Выдѣленія изъ ранъ часто увеличиваются послѣ впрыскиванія. Хорошій результатъ былъ полученъ отъ всѣхъ испробованныхъ микроорганизмовъ, хуже всего отъ *streptococcus longus*. Пульсъ можетъ оставаться ускореннымъ, если падеть ^{го}. Вреднаго вліянія отъ впрыскиванія до сихъ поръ не получалось.

Дозировка проблематична и часто экспериментальна, такъ же какъ и мѣсто впрыскиванія и частота. Слишкомъ большая доза вредна, а маленькія приносятъ больше пользы. Дозировка: каждые 4 дня вводится стафилококкъ—отъ 160 до 325 миллионновъ, стрептококкъ 40 до 80, *Vac. coli*—отъ 40 до 150, *V. mucosus* отъ 40 до 110, *gonococcus* отъ 6 до 80 миллионновъ. При появленіи отрицательной дозы надо отсрочивать впрыскиваніе и уменьшать дозу. Опсоническій указатель невѣренъ. Счетъ лейкоцитовъ съ числомъ ихъ съ полиморфными ядрами даетъ лучшія указанія сопротивляемости больного.

741. Whitridge Williams.—*Ligation or Excision of Thrombosed Veins in the Treatment of puerperal Pyemia* (Amer. Journ. of Obst. etc. May). *Перевязка или изсѣченіе закупоренныхъ венъ при леченіи послеродовой піеміи.*

На основаніи своихъ 5 случаевъ и данныхъ литературы авторъ приходитъ къ такимъ выводамъ: при средней смертности при послѣродовой піеміи около 66 ²/₃% всякая операція, могущая понизить послѣдній, должна быть привѣтствуема. Въ основаніе работы положено изученіе 56 случаевъ тромбоза, леченныхъ изсѣченіемъ или перевязкой одной или нѣсколькихъ тазовыхъ венъ. 15 операций, произведенныхъ внѣбрюшинно, и 41 черезъ брюшину дали въ общемъ смертность при первомъ 80 и при второмъ способѣ 43,9%, не составляющія значительной разницы отъ получаемого при выжиданіи. Нѣкоторые изъ приведенныхъ случаевъ не годились для даннаго леченія, и техника была неправильна. Исключивъ подобные случаи, мы получаемъ исправленный % смертности въ 40 и 21,4 для указанныхъ выше способовъ операціи. Въ пяти личныхъ случаяхъ автора въ общемъ смертность равнялась 20%. Когда тромбозъ ограничивается сѣменными венами) смертность не превышаетъ 10% въ случаѣ, если съ операціей не опаздываютъ; при пораженіи и другихъ сосудовъ % смертности равенъ 25. Операцію нужно производить, какъ только есть положительныя указанія на заболѣваніе, къ чему относится возможность прощупыванія

четкообразной массы въ наружной части широкой связки у лицъ, пораженныхъ ознобами и гэктической температурой.

Изсѣченіе закупоренныхъ сосудовъ является рѣдко необходимымъ и замѣнимо одной перевязкой, когда кажется, что сосуды могутъ лопнуть или когда они окружены воспаленіемъ (periplebits). Путь черезъ брюшину предпочительнѣе, чѣмъ внѣбрюшинный, такъ какъ онъ легче въ техническомъ отношеніи, даетъ больше доступа глазу къ сосудамъ и при соотвѣтственныхъ предосторожностяхъ незначительно увеличиваетъ возможность зараженія брюшины. Влагалищный путь, предлагаемый нѣкоторыми авторами (Taylor и др.), примѣнимъ въ небольшомъ числѣ случаевъ съ исключительнымъ тромбозомъ однихъ сосудовъ широкихъ связокъ. Такъ какъ діагнозъ подобнаго рода не достижимъ, то авторъ считаетъ, что нужно дѣлать чревосѣченіе во всѣхъ случаяхъ, когда показано вмѣшательство.

742. Herbert Marion Stowe. — *Exophthalmic goitre and Pregnancy.* (Amer. Journ. of Obst. May). *Базедова болѣзнь и беременность.*

Приводится случай базедовой болѣзни въ сочетаніи съ беременностью, приведшій больную къ смерти. Больная 24 лѣтъ, перенесла 3 года тому назадъ операцію аппендицита, во время которой опредѣлены милиарные бугорки на брюшинѣ. Первая беременность закончилась на 3-ьемъ мѣсяцѣ выкидышемъ, до того за нѣсколько мѣсяцевъ появился зобъ. Всѣ признаки Базедовой болѣзни; соотвѣтствующее лечение и покой улучшили состояніе больной, но ухудшеніе наступило при новой беременности сначала нерѣзко, но затѣмъ значительно, мѣсяца черезъ два, когда появилась неукротимая рвота и бѣлокъ въ мочѣ; рѣшено сдѣлать выкидышъ, черезъ 6 дней послѣ котораго при постепенномъ ухудшеніи больная умерла.

Указавъ на литературу вопроса, на важное значеніе измѣненій сердца при Базедовой болѣзни (жировое перерожденіе мышцы, относительная недостаточность клапановъ и слабость сердечной мышцы), на общую обоимъ моментамъ, — базедовой болѣзни и беременности, — токсемію отъ задержки циркулирующихъ въ крови токсиновъ, авторъ переходитъ къ предсказанію при разбираемой комбинаціи. При хорошемъ состояніи беременной можно доходить до срока; но при ухудшеніи (частый пульсъ, потеря въ вѣсѣ, повышение t^0 , неукротимая рвота, кровавый поносъ) надо прерывать ее; къ этому не приходится прибѣгать, если есть въ сердцѣ органическія измѣненія. Лечить осложненія и медлить въ такихъ случаяхъ не стоитъ.

Л. Кривскій.

ХРОНИКА.

169) Организационное Бюро 9-го Съезда Россійскихъ Хирурговъ сообщаетъ, что съездъ состоится въ Москвѣ съ 19-го по 23-ье декабря 1909 г. 5-ый день Съезда (23-ье декабря) предполагается посвятить специально урологическимъ вопросамъ. Программными на Съездѣ поставлены слѣдующія темы: хирургическое леченіе круглой язвы желудка. Докладчики: проф. К. М. Сапѣжко (Одесса) и проф. И. К. Спичарный (Москва); содокладчикъ С. И. Спасокукоцкій (Саратовъ). 2) хирургическое леченіе остраго аппендицита. Докладчикъ проф. Г. Ф. Цейдлеръ (СПБургъ); содокладчикъ В. М. Минцъ (Москва). Заявленія о докладахъ какъ на программные вопросы, такъ и на непрограммные и краткіе авторефераты ихъ просятъ направлять на имя предсѣдателя Правленія проф. Ф. А. Рейна (Москва, Неопалимовскій пер. д. Колюбе) не позднѣе 25 ноября. Доклады, заявленные послѣ 25-го ноября, въ программу съезда внесены не будутъ и, въ случаѣ недостатка времени, могутъ остаться незаслушанными. На доклады опредѣлено времени 15 мин., на пренія—5 мин. Желающие участвовать въ выставкѣ медицинскихъ приборовъ, препаратовъ, рисунковъ, фотографій, рентгенографій и т. п. благоволятъ заявлять объ этомъ по вышеприведенному адресу не позднѣе 10-го декабря, съ обозначеніемъ выставляемыхъ предметовъ и размѣра требуемаго мѣста. Предпринятая по порученію 7-го съезда анкета по спинномозговому обоболванию продолжается. Регистраціонныя карточки можно получать отъ секретаря правленія ч. пр. В. М. Минца (Москва, Тверская, Мамоновскій пер. д. Шабмыкина). Туда же просятъ направлять заполненныя карточки, по возможности, не позднѣе 25-го ноября. Членскіе взносы (8 руб. за годъ, 100 руб. пожизненно) можно выслать на имя Казначея Общества Э. И. Березкина (Москва, Швивая Горка, Яузская больница). Тамъ же принимаются взносы въ фондъ имени проф. П. И. Дьяконова при Обществѣ Россійскихъ хирурговъ.

170) Въ память 35-лѣтней ученой и учебной дѣятельности заслуженнаго ординарнаго профессора В. Э. Снегирева внесенъ капиталъ въ 7700 руб. на учрежденіе преміи и медали при московскомъ университетѣ его имени за работы по гинекологіи. „Прак. Врач“.

171) XI Съездъ Общества Русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова рѣшено отложить до Апрѣля 1910 г.

172) Ходатайство организационнаго Комитета XI Съезда Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова передъ Министерствомъ Внутреннихъ Дѣлъ и выдачѣ субсидіи на устройство выставки при Съездѣ встрѣчено сочувственно и Съезду будетъ предоставлено на это дѣло 15000 руб. Помѣщеніемъ для выставки намѣчается Михайловскій Манежъ.

173) Въ ноябрѣ н. г. скончался Axel O. Lindfors, профессоръ акушерства и гинекологіи университета въ Upsala.

174) Dr. Сосс избранъ профессоромъ акушерства въ Брюсселѣ.

175) 1 ноября въ Königsberg'ѣ состоялся торжественный актъ по случаю столѣтія основанія медицинскихъ клиникъ. Проф. Licht-heim'омъ произнесена была на торжествѣ рѣчь, въ которой онъ далъ историческій обзоръ жизни клиникъ за этотъ промежутокъ времени.

176) 6 октября 1910 г. будетъ праздноваться столѣтній юбилей Берлинскаго университета. St. Petersb. Medic. Wochenschr.

177) Калязинское очередное собраніе упразднило штатъ фельд-шерницъ-акушеровъ, замѣнивъ ихъ просто акушерками, послѣднимъ же увеличено содержаніе по 60 руб. въ годъ, съ возложеніемъ на акушеровъ обязанности работать въ амбулаторіи.

178) Общество взаимопомощи повивальныхъ бабокъ въ Петербургѣ ходатайствовало передъ Медицинскимъ Совѣтомъ о замѣнѣ устарѣвшаго и не имѣющаго значенія званія повивальной бабки званіемъ акушерки. Медицинскій Совѣтъ постановилъ ходатайство Общества отклонить. Но вмѣстѣ съ тѣмъ совѣтъ заявилъ, что съ его стороны не встрѣчается препятствія къ разрѣшенію повивальнымъ бабкамъ помѣщать на своихъ вывѣскахъ рядомъ съ официальнымъ званіемъ „повивальная бабка“ званіе акушерка. «Фельдш. Вѣстн».

179) Передъ Министерствомъ Народнаго Просвѣщенія было возбуждено ходатайство д-ромъ Долинымъ о разрѣшеніи открыть въ Петербургѣ частныя женскіе высшіе медицинскіе курсы. Министерство передало это ходатайство на отзывъ совѣта профессоровъ Женскаго медицинскаго института. Совѣтъ высказался противъ удовлетворенія ходатайства, находя, что новыя высшія учебныя заведенія могутъ открыться лишь при условіи правительственной поддержки, но отнюдь не на коммерческихъ началахъ частными лицами. «Практ. Врачъ».

180) Общество устройства убѣжища для женщинъ медицинскаго званія получило отъ г. Бѣгова въ память его матери, пожертвованіе въ 6000 руб.

«Рус. Слово».

181) На дняхъ въ высшей судебной инстанціи Берлина получилъ разрѣшеніе весьма интересный вопросъ о выдачѣ страховой преміи за смерть, происшедшую во время наркоза. Нѣкій Х., застраховавшійся отъ несчастныхъ случаевъ на сумму въ 10000 мар., умеръ 14 іюля 1906 г. въ больницѣ Charité во время хлороформнаго наркоза, предпринятаго для операціи по поводу нарыва въ челюсти. По иску вдовы въ двухъ судебныхъ инстанціяхъ ей была присуждена страховая премія. Но въ высшей инстанціи ей было отказано въ искѣ на томъ основаніи, что смерть послѣдовала вслѣдствіе операціи, каковая не можетъ быть отнесена къ разряду несчастныхъ случаевъ въ смыслѣ условій страхованія; хотя операція и не была произведена, но наркозъ является однимъ изъ моментовъ операціи и не можетъ быть отдѣленъ отъ послѣдней. Между тѣмъ истица настаивала на томъ, что наркозъ является лишь моментомъ подготовительнымъ къ операціи. Кромѣ того, по рѣшенію суда, страховое общество должно нести отвѣтственность лишь за тѣ операціи, производсто которыхъ вызывается послѣдовавшимъ несчастнымъ случаемъ.

182) Комитетъ по организаціи юбилея 25-лѣтія издательства журнала „Практическая Медицина“, имѣющаго быть 29 декабря с. г., обращается съ покорнѣйшей просьбою къ лицамъ и учреждениямъ, желающимъ принять участіе въ юбилеѣ, заблаговременно сообщить объ этомъ Комитету (улица Жуковскаго 13). вмѣстѣ съ тѣмъ Комитетъ проситъ бывшихъ сотрудниковъ „Практической Медицины“ и ея изданій не отказать въ присылкѣ фотографической карточки, для включенія ея въ печатающийся альбомъ сотрудниковъ. Предсѣдателемъ Комитета состоитъ пр. доц. М. Б. Блюменау.

183) Въ санитарномъ отдѣлѣ Московскаго Политехническаго Общества былъ заслушанъ и принятъ докладъ д-ра П. И. Кедрова „Охрана материнства въ связи съ законопроектомъ о страхованіи рабочихъ въ Россіи“. Исходя изъ опыта Германіи, Франціи, Америки докладчикъ приходитъ къ заключенію, что главной жизнедѣйствующей силой въ данномъ вопросѣ являются: родильные пріюты (Германія, гдѣ послѣ учрежденія пріютовъ процентъ смертности тотчасъ же понизился съ 40 до 25%), сокращеніе рабочаго времени для женщинъ до 8 часовъ въ сутки (Сѣверная Америка) и не допущеніе беременныхъ женщинъ къ работамъ въ теченіе 8 недѣль до и послѣ родовъ (Швейцарія). Подобныя мѣры сокращаютъ не только процентъ смертности роженицъ, но и смертность новорожденныхъ. Тѣ же мѣры д-ръ Кедровъ рекомендуетъ и для Россіи, внося со своей стороны лишь нѣсколько поправокъ: 1) женщинамъ, освобожденнымъ отъ работы во время беременности и по случаю родовъ, страховыя кассы выплачиваютъ полную заработную плату и 2) въ производствахъ, признаваемыхъ особенно вредными (фосфоръ, свинецъ, ртуть и др.), работать беременнымъ женщинамъ совершенно запрещается. Докладъ д-ра Кедрова былъ уже на предварительномъ обсужденіи комиссіи по страхованію рабочихъ, которая одобрила докладъ и признала весьма желательнымъ довести его до свѣдѣнія Государственной Думы. Съ этимъ мнѣніемъ санитарный отдѣлъ Политехническаго Общества вполне согласился.

184) Союзъ попеченія о грудныхъ дѣтяхъ въ Дюссельдорфѣ назначилъ нѣсколько премій за краткое наставленіе для народа объ уходѣ за грудными дѣтьми. Изъ представленныхъ на конкурсъ 215 работъ ни одна не была признана достойной первой преміи въ 300 марокъ; присуждены лишь премія въ 150 марокъ и 3 по 100 марокъ. Премированныя наставленія будутъ отпечатаны для раздачи населенію.

«Врач. Газ.»

185) Статистическія данныя по росту населенія во Франціи въ 1908 г. нѣсколько благоприятѣе таковыхъ за предыдущіе годы. Тогда какъ въ 1907 году смертность оказалась на 19892 выше рождаемости, въ 1908 году число рожденій превысило число смертей на 46441—цифру выше средней, высчитанной за 5-ти-лѣтній предшествовавшій періодъ (34802). Этотъ излишекъ числа рожденій обуславливается, главнымъ образомъ, уменьшеніемъ смертности за 1908 г. (на 46266 случаевъ меньше, чѣмъ въ 1907 г.); число же рожденій въ 1908 г. увеличилось по сравненію съ 1907 г. только на 18067. Приростъ населенія, бывший въ среднемъ за періодъ съ 1901 по 1905 гг., какъ 18 на 10000 и упавшій до 5 на 10000 въ 1907 г., повысился въ 1908 г. до 12 на 10000. По сравненію съ другими государствами положеніе

Франціи въ этомъ отношеніи остается не блестящимъ. Въ Соединенныхъ Штатахъ, напр., преобладаніе рождаемости надъ смертностью въ 7—8 разъ болѣе, чѣмъ во Франціи, въ Италиіи средняя высота преобладанія рожденій за періодъ съ 1901 по 1905 гг. достигла 106 на 10000, въ Австріи 113, въ Англіи 121, въ Германіи 149, въ Нидерландахъ 155 и т. д. Даже повысившись послѣ 1907 г. до 12 на 10000 приростъ населенія во Франціи все же остается въ 9 разъ меньше въ среднемъ, чѣмъ въ Германіи, Австріи, Венгріи, Бельгіи, Англіи, Нидерландахъ, Швеціи, Норвегіи, Италиіи.

«Русск. Журн. Кож. и Вен. Болѣзн.».

186) Военно-Медицинскимъ Ученымъ Комитетомъ утверждень образецъ набора для повивальныхъ бабокъ. Опись набора заключаетъ въ себѣ 37 номеровъ. Кромѣ необходимаго инструментарія, какъ-то: вато-и губкодержателя, зеркаль Braun'a, инсуфлятора, катетеровъ, кольпейринтера, кориданга, кружки Эсмарха съ трубкой, наконечниками, зажимами и пр., наборъ содержитъ металлическій ящикъ со стеклянками для дезинфекціонныхъ средствъ и необходимѣйшихъ медикаментовъ (ac. carbol., ammon. liquid., aeth. sulf., secale corn., sol. argenti nitr., t-га opii).

«В. Медиц. Журн.».

ПИСЬМО ВЪ РЕДАКЦІЮ.

Нѣсколько словъ по поводу помѣщенной въ „Журн. акуш. и женск. бол.“ (1909 г., стр. 1159) критической замѣтки о работѣ проф. С. Д. Михнова: „Къ ученію о механизмѣ родовъ. Вып. I. О механизмѣ внутренняго поворота.“

Какъ извѣстно, акушерами было сдѣлано не мало попытокъ дать удовлетворительное объясненіе механизма внутренняго поворота головки, но до настоящаго времени всѣ эти попытки оказывались неудачными и предложенныя толкованія не выдерживаютъ критики. Предлагая свою теорію для объясненія этого момента въ родовомъ актѣ, я не только ожидалъ, но и очень желалъ встрѣтить въ печати критическій отзывъ со стороны товарищей специалистовъ.

Появившаяся въ „Журн. Акуш.“ рецензія о моей работѣ, къ сожалѣнію, имѣетъ характеръ лишь краткой замѣтки, и я надѣюсь, что авторъ ея выполнитъ свое намѣреніе впоследствии высказаться окончательно о предложенной мною теоріи, когда моя работа будетъ закончена.

Но, мнѣ кажется, и въ I выпускѣ суть дѣла изложена уже съ достаточною полнотою, такъ что и теперь можно было бы составить себѣ болѣе или менѣе ясное представленіе о степени пригодности предложенной теоріи. На этомъ основаніи уже теперь я позволяю себѣ сказать нѣсколько словъ по поводу вышеупомянутой критической замѣтки.

Авторъ ея находитъ, что предлагаемая мною теорія „пока производитъ впечатлѣніе нѣкоторой односторонности“; эта односторонность усматривается повидимому, въ томъ, что я придаю „главное значеніе формѣ головки; недостаточно ярко отдѣляется вліяніе соотношеній размѣровъ головки и таза въ его различныхъ отдѣлахъ, между тѣмъ какъ эти соотношенія играютъ несомнѣнно не малую роль въ механизмѣ родовъ“.

Съ этими словами автора замѣтки мнѣ никакъ нельзя согласиться по той причинѣ, что, именно желая избѣгать односторонности, я старался принимать во вниманіе всѣ моменты, могущіе играть роль въ механизмѣ внутренняго поворота, и, конечно, размѣры таза и головки не были оставлены безъ должнаго вниманія.

На стр. 16 моей работы сказано слѣдующее:

„Съ механической точки зрѣнія изученіе способа прохожденія какого-либо тѣла по какому-либо каналу должно основываться на изученіи размѣровъ и формы какъ даннаго тѣла, такъ и даннаго канала.

Размѣры и форма родовыхъ путей въ ученіи о родовомъ актѣ принимаются во вниманіе съ достаточною полнотою; размѣры головки плода опредѣляются съ такимъ же вниманіемъ, а какова же форма головки?

Основная причина всѣхъ ошибокъ и затрудненій авторовъ, старавшихся объяснить механизмъ внутренняго поворота головки, и состоитъ, по моему мнѣнію, въ томъ, что они относились безъ должнаго вниманія къ изученію головки, какъ объекта родового акта; поэтому, форма головки, какъ физическаго тѣла, долженствующаго

проходить по каналу съ извѣстною формою, изучалась до сихъ поръ, съ механической точки зрѣнія, и недостаточно, и неправильно“.

Изъ приведенной цитаты видно, что въ мою задачу должно было войти болѣе правильное опредѣленіе формы головки, которая изучалась до сихъ поръ „и недостаточно и неправильно“, и мнѣ не было никакой надобности останавливаться на значеніи размѣровъ таза и головки, такъ какъ эти элементы изучены уже „съ достаточною полнотою“. О значеніи соотношеній размѣровъ таза и головки я не распространялся именно по той причинѣ, что оно всѣмъ извѣстно и для всѣхъ несомнѣнно; поэтому „ярко отгнать“ влияние этихъ соотношеній было для меня такъ же излишне, какъ излишне ломиться въ открытую дверь. Что необходимо въ учебникѣ акушерства, то можетъ быть совершенно излишнимъ въ специальномъ трактатѣ.

Впрочемъ, если угодно, указанные выше соотношенія размѣровъ у меня отгнѣются ярче, чѣмъ это обычно дѣлается авторами, такъ какъ у меня вводится новое представленіе о нѣкоторыхъ площадяхъ сѣченій головки, а именно на стр. 22 у меня имѣется слѣдующее указаніе:

„Въ дополненіе къ характеристикѣ предлагаемой мною линіи головной кривизны можно указать еще на то, что прямая линія, соединяющая концы этой кривой на головкѣ, или соединяющая оба ея полюса (подбородочный и затылочный), представляетъ собою самый большой діаметръ головки; если же провести рядъ сѣченій головки, перпендикулярныхъ къ линіи головной кривизны, то получается рядъ плоскостей, нѣсколько наклонныхъ другъ къ другу подобно ребрамъ распушеннаго вѣера. Этотъ рядъ плоскостей отличается однимъ весьма важнымъ свойствомъ: всѣ площади сѣченій головки, а также и всѣ діаметры въ плоскостяхъ этихъ площадей, представляютъ собою лишь малые сѣченія головки и лишь малые діаметры ея.

Благодаря этому, опредѣленіе положенія линіи головной кривизны въ извѣстномъ пространствѣ, напр., въ пространствѣ родового канала, тотчасъ же даетъ возможность судить объ отношеніяхъ всѣхъ діаметровъ и сѣченій головки къ данному пространству“. Поэтому, какъ сказано у меня далѣе на стр. 33, „при слиянтіи линіи головной кривизны съ линіею кривизны родового канала всѣ площади поперечныхъ сѣченій послѣдняго будутъ заняты безъ исключенія только малыми площадями головки“.

Изъ сказаннаго, мнѣ кажется, достаточно ясно обрисовывается неправильность заключенія рецензента о томъ, что я придаю главное значеніе формѣ головки; всякому факту я придаю подобающее ему значеніе; если же я говорю главнымъ образомъ о формѣ головки, то именно по той причинѣ, что на эту сторону дѣла до сихъ поръ со всѣмъ не обращали вниманія.

Въ чемъ же тогда заключается „односторонность“ предлагаемой мною теоріи?

Буду очень благодаренъ рецензенту, если онъ удѣлитъ моей работѣ больше вниманія и дастъ болѣе подробный отзывъ.

Проф. С. Михновъ.

Редакторы

}	Г. Рейнъ.
	Л. Кривскій.
	К. Скробанскій.

Журналы и книги, присланные въ редакцію.

(Переданы въ библіотеку Общества).

1) Русс. Врачъ № 43—45; 2) Врачебн. Газета № 43—45; 3) Практическій Врачъ № 43—45; 4) Фельдш. Вѣстникъ № 40—42; 5) Соврем. Медицина № 19; 6) Соврем. Клиника и Терапія № 10; 7) В. Медиц. Журналъ. Ноябрь; 8) Европейскіе Курорты № 6; 9) Универс. Извѣстія. Кіевъ. № 9; 10) Горизонтовъ. Матеріалы къ учению о вторичной бугорчатки женск. полов. органовъ. Казань, 1909; 11) Вѣст. ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней, Ноябрь; 12) Русс. Журн. Кож. и Венер. Болѣзней № 9; 13) Медицинское Обзорѣніе № 16—17; 14) Вѣстн. Офтальмологіи. Октябрь; 15) Ученыя записки Казанск. Унив., Октябрь; 16) Годовой отчетъ за 1908 г. Союза для борьбы съ дѣтской смертностью; 17) Отчетъ Бактеріол. Общества за 1908 г. Харьковск. Медиц. Общ.; St. Petersburger Medic. Wochenschrift № 43—45; 19) Russische Medic. Rundschau Hf. 9—10; 20) L'Obstétrique 21) Annales de Gynécologie, Mai—Septembre; 22) Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie № 176; 23) Annales de Chirurgie et d'Orthopédie № 2—7; 24) Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris № 2—5; 25) La Ginecologia № 4—7, 9—10; 26) Rendiconti della Società Toscana di ostetricia e Ginecologia № 1—3; 27) Lucina № 11; 28) Annali di Ostetricia e Ginecologia № 4—8; 29) Finska Läkaresällskapets Handligar. Augusti—September; 30) Gazeta Lekarska № 45—47; 31) Medycyna № 45—47; 32) Revue de Médecine Tchèque № 2; 33) Casopis Lékaruv Ceskych № 45—46; 34) Monthly Cyclopaedia and Medical Bulletin № 10.

ПОКУПАЮТЪ

„Журналъ Акушерства и Женскихъ Болѣзней“,

въ 1901 г.

Съ предложеніемъ обращаться въ книжн. магаз.

К. Л. Риккеръ, Спб., Невскій пр., 14.

Книжный магазинъ К. Л. РИККЕРА,

Спб., Невскій пр. 14.

ТОЛЬКО ЧТО ВЫШЛИ И ВЫСЫЛАЮТСЯ БЕЗПЛАТНО:

КАТАЛОГЪ ЖУРНАЛОВЪ на 1910 годъ.

Указатель литературы по Воздухоплаванию и Автомобильному дѣлу.

Новыя книги по Акушерству и Гинекологіи,

поступившія въ продажу въ книжномъ магазинѣ **К. Л. Рикера.**
Спб. Невскій пр., 14.

- Масалитиновъ, Д-ръ А. Г.** О закономѣрныхъ явленіяхъ въ женскомъ организмѣ и о причинѣ закономѣрности (опытъ примѣненія математическаго метода изслѣдованія закономѣрныхъ явленій на основаніе астрономическихъ данныхъ) 1909. 1 р. 50 к.
- Beck, Prof. Dr. C.** Die chirurg. Krankh. d. Brust u. ihre Behandlg. a. d. Engl. v. Dr. Schröder, mit 16 color. u. 251 and. Abb. 1910. 6 p. 60 к.
- Birnbaum, Prof. Dr. R.** Klinik der Missbildungen u. kongenitalen Erkrankungen d. Fötus, mit 49 Textabbild. u. 1 Tafel. 1909. 6 p. 60 к.
- Courtault, Dr.** Pourquoi l'avortement précoce (embryonxie) doit être médicalement libre. 2-e éd. 1909. — 55 к.
- Donnerhak, R.** Ein Fall v. Extrauterin gravidität m. Retention d. Fötus u. nachf. Intrauterin gravidität nebst Aufzählg. ähnl. Fälle. Diss. Jena 1909.
- Dührssen, Prof. Dr. A.** Die „neue“ Geburtshilfe u. d. praktische Arzt nebst weiteren Mitteilungen über d. Metr. — Kaiserschnitt u. d. Buddageburt. 1909. — 83 к.
- Eisenwiener, H.** Beitr. z. Behandlg. d. Wochenbettfiebers, Diss. Jena 1908.
- Hofstetter, H.** Schwangerschaft kompliz. m. Uteruskarzinom. 1909. Diss. Bonn.
- Jansen, E.** Beitr. z. Frage d. Uterusperforationen. Diss. Bonn. 1909.
- Jolly, Priv. Doz. Dr. R.** Ureterenkompresion beim Weibe, mit 5 Abbild. 1909. — 83 к.
- Klose, E.** Verspricht die mit scheidenverengenden Operationen kombinierte Totalexstirpation bei Uterusprolaps günstigere Dauerresultate, als andere operative Verfahren. Diss. Breslau, 1909.
- Kollmann, O.** Larvierte Puerperalsepsis. Diss. München. 1909.
- Königsberger, F.** Die Dauer den II. Geburtsperiode und ihre Folgen für Mutter und Kind. Diss. München, 1909.
- Krelenberg, W.** Beitr. z. Lehre d. Zwillingsschwangersch. Diss. Würzburg, 1909.
- Kühn, A.** Ätiologie der Tubargravidität. Diss. mit 4 Taf. Bonn 1909.
- Levi, C.** Zur Diagnose u. Operation d. Extrauterin gravidität in d. zweit. Hälfte d. Schwangerschaft, Diss. Breslau 1908.
- Montenbruck, E.** Ueber d. keilförmige Exzision d. Uterus b. Prolaps u. gutartigen Geschwülsten. Diss. Bonn 1909.
- Pretschker, G.** Die Dauerresultate d. Alexander-Adam'schen Operationen. Diss. Breslau 1908.
- Rabinowicz, J.** Ueber Gesichts- u. Stirnlagen a. d. Frauen u. Poliklinik in Zürich 1888—1907. Diss. Zürich 1908.
- Russo, Prof. Dr. A.** Studien über die Bestimmung die weiblichen Geschlechtes, mit 32 Figuren im Text. 1909. 1 p. 65 к.
- Schockaert, R.** Précis du cours de gynécologie. Löwen, 1909. 6 p.
- Williams, J. W.** Obstetrics. 2-nd ed. 1909. 15 p.