

Журнал Акушерства

и

ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ.

Орган Акушерско-Гинекологического Общества
в ЛЕНИНГРАДЕ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

Проф. П. Г. БОНДАРЕВА (Симферополь), проф. Л. И. БУБЛИЧЕНКО (Ленинград), проф. Е. И. ГОРИЗОНТОВА (Томск), проф. В. С. ГРУЗДЕВА (Казань), проф. А. П. ГУБАРЕВА (Москва), проф. А. И. ЗАМШИНА (Ленинград), проф. Ф. Н. ИЛЬИНА (Баку), проф. Н. М. КАКУШКИНА (Саратов), проф. Р. В. КИПАРСКОГО (Ленинград), проф. Л. А. КРИВСКОГО (Ленинград), проф. Л. Г. ЛИЧКУСА (Ленинград), проф. А. В. МАРКОВСКОГО (Ленинград), проф. М. М. МИРОНОВА (Харьков), проф. Л. Л. ОКИНЧИЦА (Ленинград), проф. В. Н. ОРЛОВА (Одесса), проф. Д. О. ОТТ (Ленинград), проф. Г. Ф. ПИСЕМСКОГО (Киев), проф. К. К. СКРОБАНСКОГО (Ленинград), проф. Ф. А. СОЛОВЬЕВА (Ростов н/Д.), прив.-доц. С. А. СЕЛИЦКОГО (Москва), д-ра медиц. В. А. СТОЛЫПИНСКОГО (Ленинград), проф. В. В. СТРОГАНОВА (Ленинград), проф. И. В. СУДАКОВА (Пермь), прив.-доц. К. П. УЛЕЗКО-СТРОГАНОВОЙ (Ленингр.), проф. Д. И. ШИРШОВА (Ленингр.).

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

проф. К. К. СКРОБАНСКОГО

и Секретарей Общества

Г. Г. ГЕНТЕРА и П. Ф. МЕРКУЛЬЕВА.

РЕДАКЦИОННЫЙ КОМИТЕТ:

О. А. ГРИГОРОВА, К. Н. РАБИНОВИЧ, О. Г. СЛАВСКАЯ
и Е. Д. ТИМОФЕЕВ.

Т о м XXXVI.

1925 г.

СКЛАД ИЗДАНИЯ:

ИЗДАТЕЛЬСТВО

„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“

(Основ. В. С. Эттингер)

ЛЕНИНГРАД

Проспект Володарского, д. № 49

1 9 2 5



Дмитрий Адрианович Парышев.

ЖУРНАЛ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ.

Орган Акушерско-Гинекологического Общества в Ленинграде.

Том XXXVI. Январь 1925 г. Февраль Книга 1.

По постановлению Акушерско-Гинекологического Общества в Ленинграде, настоящий номер посвящается памяти покойного Председателя Общества,

Дмитрия Адриановича Парышева.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Доктор медицины Д. А. Парышев.

Некролог.

М. Л. БАНЩИКОВА и Л. Л. ОКИНЧИЦА.

30-го ноября 1922 г., в 11 ч. утра, скончался доктор медицины *Дмитрий Адрианович Парышев*; смерть произошла внезапно в вагоне трамвая по дороге в заведомый им 1-й Выборгский Родильный Приют.

Акушерско-Гинекологическое Общество в Петрограде понесло незаменимую утрату, потеряв в покойном своего бессменного, в течение нескольких лет, Председателя, вынесшего на своих плечах всю тяжесть пережитых годов только исключительной энергией и тактом *Дмитрия Адриановича*, согретыми идейной любовью, можно объяснить тот факт, что Научное Общество за тяжкие годы холода, голода и разрухи не только не захирело и не склонило своего научного знамени, подобно другим, а напротив расцвело и, благодаря тому обстоятельству, что в нем дебатировались животрепещущие вопросы современности, в частности в области охраны материнства и младенчества, приобрело особый вес и значительность.

Обаятельная личность покойного, умевшего с особой чуткостью подходить к людям, способность с редкой мягкостью и твердым тактом обходить всевозможные угловатости, исключительный дар философско-научного мышления делали из покойного председателя — приемлемого для всяких школ и авторитетного для всех работников.

Петроградское Городское Родовспоможение и дело охраны материнства и младенчества потеряли в *Дмитрии Адриановиче*

идейного работника с широкой инициативой и исключительным организаторским даром; светлых мыслей покойного в этой дисциплине, расбросанных с какой-то расточительной щедростью и пока, к сожалению, не собранных, поистине хватило бы на несколько средних жизней.

Дмитрий Адрианович родился в 1858 г.; Медико-Хирургическую Академию окончил в 1883 г. и еще в бытность студентом начал работу в клинике проф. Славянского, при которой и был оставлен для усовершенствования; в 1885 г. перешел в Акушерско-Гинекологическую клинику Виллие, в которой с 1887 по 1898 г. исполнял обязанности ассистента. Из этой краткой выписки видно, какую солидную научно-практ. подготовку получил покойный, и лишь случайные обстоятельства и какая-то особая, непонятная щепетильность к себе и слишком строгое понимание звания профессора-учителя помешали *Д. А.* пойти по пути профессуры, чему в значительной мере отвечали и свойства души и склад ума *Д. А.*, неудержимо звавшие его к общественной, научно-практической работе.

Полею для такой работы покойного явилось Городское Родовспоможение, куда самостоятельным работником он вступил в 1897-ом году в качестве заведующего Выборгским Родильным Приютом; в то время Городское Родовспоможение, в виде Городских Родильных Приютов, начинало свое планомерное развертывание, которое в 1914/15 годах завершилось почти монополией стационарного родовспоможения в городе (60% из всех 90% стационарного родовспоможения имели место в приютах).

На редкость счастливая среда создалась вокруг покойного в лице Советания врачей акушеров, собиравшего в своих руках дело Городского Родовспоможения и объединявшего всех заведующих Гор. Род. Приютами. *Д. А.* неоднократно, в последний раз в сентябре 1922 года по поводу чествования его 25-летней непрерывной работы в Выборгском Род. Приюте, указывал, что его работа в Советании, беспрерывно с 1897-го года возглавляемом В. В. Желтухиным, представлялась ему особенно легкой, радостной и побуждавшей к творчеству, благодаря сплоченной товарищеской среде, проникнутой единым духом служения делу охраны здоровья женщины.

Этому-то делу охраны здоровья женщины—сначала в работе по Городскому Родовспоможению, а затем в более широком масштабе по охране материнства и младенчества покойный отдал лучшие годы своей жизни, свои широкие мысли и большую любовь. Как на особенно тщательно подготовленный труд, потребовавший огромной затраты душевных сил, надо указать на устройство Выборгского Родильного Приюта в 1902 г. в специальном приспособленном помещении. Труд этот явился поворотным пунктом в деле приютского строительства, и его достижение — Выборгский Родильный Приют — можно назвать, поистине, образцовым хотя бы потому, что в дальнейшем при устройстве новых приютов и переустройстве старых все работники в основных чертах выходили из образца, данного *Д. А.* и теоретически в цифрах разработанного в брошюре „Сравнительная оценка Гор. Род. Приютов в СПб. Тип нормального Род. Приюта“.

Естественным порядком в устроенном покойным Выборгском Родильном Приюте с его громадным и разнообразным материа-

лом и при выраженной склонности Д. А. к педагогической деятельности образовалась школа практического акушерства, для студентов, врачей и акушеров; ни один новый метод, ни одна новая мысль не проходили мимо этой скромной школы, не только учившей молодежь, но и воспитывавшей ее в духе идеального акушерства, к характеристике чего уместно напомнить буквально о физическом отвращении покойного к операциям; сопряженным с лишением жизни плода и об его постоянном завете, что жизнь плода равноценна жизни матери.

За недостатком места приходится обойти молчанием повседневную, но вместе с тем громадную созидательную работу Д. А. во всевозможных комиссиях, где по поводу самых разнообразных вопросов требовался ответ покойного, и этот ответ после тщательного изучения вопроса был всегда точен, благожелателен и всегда имел в себе нечто свое, свойственное лишь Д. А.

Самой капитальной работой покойного, в которой он как бы подвел итоги своей общественно-практической деятельности, является одна из последних его работ: „Реорганизация Городского Родовспоможения в СПб.“—в ней Д. А. говорит уже об „охране материнства и младенчества“ и с какой-то особенной, свойственной ему прозорливостью устанавливает вехи и намечает объем этой новой дисциплины. Первые мысли об едином наблюдении за женщиной в период ее трех фаз материнства—беременности, родов и послеродового состояния—явились у Д. А. еще в 1906—07 году; в течение 1915-го и 16-го годов им ведётся большая подготовительная работа во Всероссийском Попечительстве по охране М. и М., а в 1917-м г. уже после Революции эта работа выливается в проект „Реорганизации Гор. Родовспоможения со схемой Управления объединенным Родовспоможением“; этот же проект почти без изменений лег в основу плана реорганизации лечебного дела по секции Охраны М. и М. в Рабочих Кассах Соцстраха.

Те, кому довелось видеть эту работу начерно, знают, какой громадный, незаметный труд вложен покойным, как горел он этой работой, какие широкие горизонты трезились ему; в окончательной обработке проект строг, краток, академичен и весь состоит из положений, из коих каждое можно развернуть в отдельную работу научно-практического характера.

Что дает наблюдение за каждой из трех фаз материнства в отдельности, как эти наблюдения должны производиться, какие конечные результаты можно вывести из этих наблюдений и какие учреждения должны быть созданы для последовательного и планомерного наблюдения—все это дано в кратких, бесспорных положениях. Опуская подробности об организации наблюдения за беременными, организации стационарного родовспоможения с приданием ему характера „скорой помощи“, призрения заболевших родильниц, необходимо остановиться на нескольких моментах, особенно ценных и занимавших Д. А.—это: 1) стационары для беременных; 2) сосредоточение наблюдений за здоровьем матери в одном определенном для района учреждении; 3) карточки материнства в индивидуальном его выражении, и 4) учреждение районных лабораторий в целях профилактики и евгеники.

В позднейших работах, как, напр., „Консультации для беременных“ и „Организация связи между Консультациями и Родо-

вспомогательными учреждениями“ Д. А. разрабатывает часть положений, представляющих из себя, как бы, становой хребет цитированного выше проекта; взятые даже вне проекта обе работы представляют большой самостоятельный интерес и являются вопросом для Охраны М. и М.

В практической жизни Д. А. удалось в 1915-ом г. провести идею стационарного наблюдения беременных в особом учреждении, тесно связанном с Выборгским Род. Приютом.

В последние месяцы своей жизни Д. А. отдал свою душу, опыт и силы на практическую работу в консультации для беременных при пункте № 1, где он в значительной мере провел свои мысли об единой карточке материнства, о всестороннем лабораторном обследовании беременной и о широкой культурно-просветительной работе среди женского населения, осуществляя тем основное положение, что консультация должна преследовать цели: 1) культурно-просветительную, 2) профилактическую, 3) лечебную (с ограничениями) и 4) научную; между прочим, культурно-просветительная работа привлекала особенное внимание Д. А., и в его бумагах частью в готовом виде, частью в набросках, имеется несколько лекций-брошюр, которые, надо надеяться, увидят свет.

В настоящее время с удовлетворением можно констатировать, что семена, брошенные покойным, дают всходы, что видно по развитию деятельности консультаций для беременных, в основных чертах проводящих мысли Д. А.

Нельзя обойти молчанием одну из последних работ Д. А.: „Психический мир женщины и материнство“—работу, по мнению товарищей, открывающую новые горизонты и характеризующую покойного, как человека оригинальной мысли и с обширной эрудицией в научной психологии.

В последние годы Д. А. работал над вопросами: 1) о домах отдыха для беременных, 2) питание беременных и кормящих, 3) о влиянии голодания на течение беременности, родов и вес новорожденного—обстоятельные доклады по упомянутым вопросам представлены в Акушерско-Гинекол. Обществе и в Ученом Совете Охраны М. и М.

С делом Охраны М. и М. Дмитрий Адрианович тесно связывал вопрос о выкидыше, относительно которого он полагал, что к производству его могут быть только медицинские показания, так как забота о беременной и охрана ее должны проводиться в общегосударственном масштабе, ибо функция материнства имеет тоже общегосударственное значение. С точки же зрения морали покойный являлся убежденным и непоколебимым противником расширенного толкования показаний к аборту, что так отвечало его глубоко продуманному философскому мировоззрению в отношении жизни всякого живого существа.

Дмитрий Адрианович был широко образованным акушером *par excellence*, но он никогда не замыкался в узкой специальности и вопросы гинекологии всегда привлекали его внимание; в период же времени с 1903 по 1913 г. покойный с юношеским увлечением работал по оперативной гинекологии в им же созданном отделении при Елизаветинской Общине Сестер Милосердия. Свою работу в Общине Д. А. начал с крошечного 4-хкроватьного отделения без операционной и развил его к 1913 г. до размеров образ-

цового клинического учреждения на 35 кроватей с операционной, построенной по последнему слову техники, с кабинетами для специальных методов лечения и со школой для сестер милосердия. К характеристике работы отделения можно указать что его оперативный материал обнимает до 400 чревосечений и массу случаев мелкой оперативной гинекологии.

Дух живой, воля к труду и высокое искусство, так неотделимые от Д. А.: создали отделению славу образцового учреждения, поистине бывшего детищем покойного.

Интересующиеся вопросом имеют обратиться к капитальному труду Д. А., „Очерк десятилетней деятельности Гинеколог. Отд. Елиз. Общ.“. Изд. 1913 г. Отдельную яркую страницу трудовой жизни Д. А. составляет его научно-практическая работа на Кавказских Минеральных Водах, где он долгое время состоял консультантом управления вод и много работал над вопросом о грязевом лечении, в котором он считался высоким знатоком; из нескольких работ по этому вопросу заслуживает особого внимания его работа „О грязелечении на Кавказских Минер. Водах; его история и особенности“. Работу Д. А. в этом направлении, к сожалению, приходится отметить, как отдельный этап, за неимением систематизированного материала, так как масса ценных наблюдений, результаты многих научно-поставленных опытов, остались в разбросанных записях, в историях болезней и почти целиком погибли в Железноводске.

Невозможно в жизнеописании покойного *Дмитрия Адриановича* ограничиться освещением, хотя бы и неполным, только его научно-практической деятельности и не сказать несколько слов о его общественной работе.

Чувство общности в идеальном смысле этого слова, высокое понимание гражданского долга, исключительные порядочность и чистоплотность, мягкость и чуткость в отношениях к окружающим людям создавали вокруг имени покойного особый ореол, и если мы из отдельных этапов общественного служения Д. А. отметим, что он был Председателем Акушерско-Гинеколог. Общества, Председателем Научного Общества Охраны М. и М., Председателем общества железноводских врачей, Председателем общества врачей специалистов и Тов. Председателя Сопровождающего врачей акушеров, то только этот неполный перечень без всяких комментариев характернее всего осветит общественную физиономию покойного. В этом кратком некрологе по большей части очень поверхностно затронуты целые области научно-практической и общественной деятельности покойного *Дмитрия Адриановича*—о них надо писать по другому и в другом месте, здесь же слабая попытка дать облик человека единой мысли и большой воли, облик учителя-врача, всю жизнь посвятившего служению обществу и заботам о русской женщине и на закате дней своих с философской прозорливостью и широтой мысли указавшего новые пути в новой научной дисциплине.

Дмитрий Адрианович Парышев.

(Речь, произнесенная на заседании Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества, посвященном памяти покойного, 4/XII 1923 г.).

Проф. К. К. СКРОБАНСКОГО.

Мне хотелось бы восстановить в Вашей памяти взгляды покойного нашего председателя на некоторые вопросы практического акушерства и гинекологии, но разрешите сначала поделиться с Вами впечатлением от первой своей встречи с покойным.

Это было в 1896 г. Как студент Медицинской Академии IV курса, я дежурил с группой своих товарищей в Академической Акушерско-Гинекологической клинике проф. А. И. Лебедева. Руководил клиническими занятиями по акушерству молодой „институтский врач“ Д. И. Ширшов. Нашей группе, как говорится, повезло: в течение ночи мы присутствовали при двух нормальных родах и двух патологических, из которых одни закончились щипцами, а другие кесарским сечением.

Вполне понятно, что нас, студентов, особенно заинтересовали оба последних случая. Трудные роды, окончившиеся щипцами, протекали долго. Д. И. Ширшов выжидал приезда профессора и старшего ассистента Д. А. Парышева. Хорошо помню, как оба они приехали, как блестяще была выполнена операция Д. А. и как этот случай дал нам, студентам, возможность сразу же особенно высоко оценить Д. А.

Эта первая наивная оценка молодого студента оказалась правильной, в чем я убедился впоследствии, в зрелые годы своей практической и научной деятельности, при многочисленных встречах и многолетней совместной деятельности с Д. А.

Он был, несомненно, чрезвычайно вдумчивым, широко образованным врачом, находившимся всегда au courant всех практических и научных течений своей специальности, а главное — врачом, настойчиво, но крайне осторожно и обдуманно искавшим все то, что с пользой могло быть применено и использовано для больного.

Уже по одному его труду: „Очерк десятилетней деятельности Гинекологического Отделения Елисаветинской Общины (1903 — 1913)“ — можно оценить Д. А.-ча, как гинеколога.

Мы видим, что в отделении, созданном им и поставленном его трудом и знаниями на одном уровне с лучшими клиниками того времени, не оставалось ни одной детали, тщательно не про-

думанной и не разработанной Д. А. Мы убеждаемся, читая этот труд, в том, что Д. А. был не только врачом современным в полном смысле этого слова, но и врачом, указывавшим нам новые, более совершенные и действительные пути к достижению успеха. Уже тогда он пользовался всеми — получившими только теперь полную оценку — приемами оперативной техники, как в области устройства операционной, стерилизации, подготовки больных, личной асептики, так и в методах операций и послеоперационном уходе.

Так, на ряду со способом Grossich'a мы видим, что Д. А. является горячим защитником перчаток, вводит у себя кэтгут, оперирует в маске, ведет оригинальный счет вводимых в брюшную полость компрессов, пользуется разрезом Pfannenstiel'я и многими другими методами последнего времени.

Его оперативные методы отличаются разнообразием. Применяя кольпотомию и чревосечение, он не останавливается перед самыми сложными техническими случаями, создавая себе славу одного из лучших операторов.

Наблюдения Д. А. всегда отличались особенной точностью и глубиной.

Благодаря любезности ближайшего ученика Д. А., Михаила Лаврентьевича Банщикова, я получил возможность познакомиться с записками Д. А., куда он заносил интересовавшие его случаи.

Эти записки, частью напечатанные на пишущей машине, частью написанные рукой Д. А-ча, свидетельствуют нам о том, как тщательно и точно выбирал Д. А. из своего обширного материала все то, что могло иметь научный интерес.

Среди этих заметок имеются такие, которые совершенно готовы для доклада или печати, в других же мы находим хотя и не разработанный, но в высшей степени интересный материал.

Так перед нами тут проходит точно записанный ряд оперированных Д. А-чем случаев фибромиом, осложненных беременностью, саркома мезентериальных желез, подробно изложенный случай повторной внематочной беременности, случаи кесарских сечений при узких тазах и многие другие.

При этом нельзя не упомянуть, что Д. А. одним из первых применял *sectio caesarea abdominalis* при *placenta praevia*, посвятив этому вопросу подробную статью в „Жур. Ак. и Женск. Боллезней“.

Работая много лет на Кавказских Минеральных Водах, Д. А. и здесь не мог не оставить по себе глубокого следа. Он не довольствовался трафаретным применением лечебных процедур, практиковавшихся до него, но искал новых путей, разрабатывая новые методы, подробно изучая историю вопроса, усиливая грязевое лечение другими способами, чему посвящает ряд печатных работ, без знания которых невозможно обойтись желающему работать в этой области.

Я ограничусь этим кратким перечислением некоторых работ Д. А. и скажу еще несколько слов о нем, как о председателе нашего Общества.

Д. А. был избран председателем в начале самого тяжелого периода, выпавшего на нашу долю, и Общество не ошиблось, вверив Д. А-чу свою судьбу.

Он сумел объединить всех нас, сумел поддержать угасающую жизнь Общества в самые тяжелые моменты, когда научная жизнь угасла во всех других научно-медицинских обществах Петрограда.

И сегодня, в день заседания, посвященного его памяти, многочисленность нашего собрания неопровержимо доказывает нам, что работа Д. А., как председателя Общества, не осталась безрезультатной.

Наконец, нельзя не отметить еще одной большой заслуги Д. А. перед Обществом: благодаря его хлопотам, главным образом, и начал выходить наш,—прекративший на время свое существование—печатный орган: „Журнал Акушерства и Женских болезней“.

Уже из этого беглого обзора Вы видите, что в лице Д. А. Парышева мы потеряли не только незаменимого, многолетнего председателя нашего Общества, но также широко-образованного, высоко-гуманного врача и человека, образ которого должен служить нам примером того, как можно и должно работать при самых тяжелых условиях нашей современной жизни.

III.

Несколько слов о Д. А. Парышеве, как о работнике по охране материнства и младенчества.

Проф. Л. Г. ЛИЧКУСА.

Вряд ли кто станет сомневаться в том, что наше отечество больше, чем какая-либо другая страна, нуждается в мерах охраны материнства и младенчества. Нигде почти нет такой колоссальной смертности грудных детей, как у нас, и нигде женщина так рано не старится и не увядает, как у нас. Дм. Адр., как широко образованный врач и как хороший человек вообще, не мог не знать и не болеть из-за этих отрицательных сторон нашей жизни.— Вот почему он был чуть ли не первым из петроградских акушеров, ставших в ряды работников по охране материнства и младенчества.

Я лично имел возможность ближе познакомиться с покойным лишь за последние 3 года его жизни, когда я работал с ним сначала в Ученом Совете, а затем в Совецательной Комиссии при отделе охраны детей.

Д. А. не проявлял обычно ни чарующего красноречия, ни блестящих остроумия; он не пытался подавлять слушателей и глубиной своей эрудиции, но собеседники, тем не менее, всегда внимательно прислушивались к его мнениям и взглядам и считались с ними, так как они отличались строгою продуманностью, убедительностью и подкупающею искренностью.— Он меньше всего принадлежал к тому типу людей, о которых так метко сказано: „что ему книжка последняя скажет, то на душе его сверху и ляжет“. *Дмитрия Адриановича* нельзя было сбить с его позиции ни ссылками на последнюю книжку, ни ссылками на те или другие авторитеты. У него были *свои* мысли и *свои* слова и здравость этих мыслей и убедительность этих слов сплошь и рядом одолевали всех его противников.

Всегда корректный, всегда благожелательный и ровный в обращении, он объединял вокруг себя людей различных направлений и на ряду с ними и вместе с ними работал на благо матери и ее ребенка.

Как специалист по охране материнства и младенчества, он понимал, что задачи этой еще молодой отрасли знаний

сводятся главным образом к предупреждению заболеваний и к целям просветительным. Он с увлечением высказывался за необходимость музеев и выставок, где женщины могли бы ознакомиться и с процессом вынашивания детей, и с процессом рождения их; при этом он требовал особенного подчеркивания всех наших неразумных навыков и обычаев, как в смысле одежды, так и в смысле питания, ухода за детьми и т. д.—Как и все специалисты он говорил, что охрана детей должна начинаться еще со времени их внутриутробной жизни. Отсюда его заботы о женщине вообще и о беременной женщине в частности. Чтобы дать возможность родиться здоровому ребенку, нужно прежде всего позаботиться о самой беременной. Этому и посвящены его работы: „О консультациях для беременных“, „Об организации связи консультаций с родовспомогательными заведениями“, „О домах отдыха для беременных“ и „О питании беременных“. Приведу вкратце содержание их. В работе своей „Консультации для беременных“ Д. А. проводит тот взгляд, что успехи, достигаемые современным родовспоможением, приблизились к своему пределу и что дальнейшие достижения требуют уже новых путей и новых методов. То же касается и детской смертности: консультации, молочные станции, патронажи и т. п. понижают эту смертность на значительный % лишь в возрасте после одного месяца жизни, тогда как на смертность детей первых недель по рождению, т. е. на ту, которая больше всего зависит не от погрешностей в кормлении и уходе, а от условий внутриутробного развития плода, наследственных влияний и т. д., они влияют чрезвычайно мало. Дальнейший успех в смысле понижения как смертности матерей, так и смертности младенцев может быть достигнут лишь методическим уходом за беременными. Это понятно теоретически и доказано и практически в одном, например, из районов Нью-Йорка, где организация охраны беременности повлекла за собою увеличение среднего веса ребенка, уменьшение числа мертворождений, уменьшение смертности детей в первом месяце после рождения и понижение смертности матерей.

Охранять беременность, а, следовательно, и здоровье внутриутробного плода можно—говорит Д. А.—двумя путями: либо стационарно, либо путем периодических наблюдений над приходящими беременными в особо приспособленных для сего консультациях. Последние, по его мнению, не должны ограничиваться исключительно санитарно-просветительными задачами, но в них допустима до известной степени и медицинская помощь, разумеется только при таких заболеваниях, которые не требуют методического и сложного лечения. В последних случаях беременные направляются для стационарного лечения в особые отделения при родильных домах, а для амбулаторного в особо приспособленные для сего амбулатории. Однакоже, главнейшая и основная задача консультаций, разумеется—профилактика, т. е. предупреждение всех возможных заболеваний, связанных с беременностью, как, например, предупреждение осложнений, связанных с узким тазом, с аномалиями мягких родовых путей, с аномалиями брюшного пресса, с неправильностями со стороны плода, с неправильностями в обмене веществ и т. д. Таким образом—

говорит Д. А.—при устройстве консультаций для беременных должны быть поставлены 3 основных цели: 1) культурно-просветительная, 2) профилактическая и 3) лечебная (с указанными выше ограничениями).

Остановившись подробно на программе практического выполнения намеченных задач и на всех необходимых для сего приспособлениях, Д. А. подчеркивает то обстоятельство, что наши консультации до настоящего времени, в этом смысле, являлись совершенно непригодными, так как вся работа в них сводилась исключительно на подписывание удостоверений вообще и на подписывание удостоверений для получения пищевого пайка в частности. Такая система должна быть устранена. Беременные должны регулярно посещать консультации не для удостоверений, а для надлежащего осмотра и для получения надлежащих указаний и советов. Каждая беременная получает от врача соответствующую карточку, в которой отмечаются все данные о ней и сроки, когда она консультацию посетила. Такая карточка, в свое время представленная в родовспомогательное учреждение, окажется настолько ценной в смысле анамнеза, что на основании этого только документа можно будет поставить тот или другой прогноз для родов и сделать соответствующие для благополучного окончания их приготовления. Кроме того такой материал даст возможность поставить новые вопросы в науку и разрешить старые.—Консультации для беременных точно так же, как и консультации для кормящих, по мнению Д. А., следует связать с родовспомогательными учреждениями с тою целью, чтобы весь период материнства проходил бы через одни и те же врачебные руки. Тогда все особенности в организации женщины могли бы быть изучены последовательно в одном, раз избранном направлении, вследствие чего знакомство с ними было бы полнее и разностороннее, что имеет свои важные преимущества не только при ведении родов и послеродового времени, но и, вообще, для сохранения здоровья матери. В заключение Д. А. останавливается на необходимом для Ленинграда числе консультаций, на продолжительности работы в них и на нужном для них штате в количестве двух врачей и одной акушерки. К докладу приложен образец карточки для беременных, список вещей, необходимых для врачебного кабинета и программа чтений для беременных.

В другой своей работе „Об организации связи консультаций с родовспомогательными учреждениями“ Д. А. проводит те же взгляды. В сущности вся задача консультации для беременных выражается в одном: готовить беременную к акту родоразрешения. Итог этой подготовительной работы подводит родильный покой и послеродовое отделение. Там будут отмечены все недочеты и промахи, чем бы они ни обуславливались. В виду этого необходима и важна целесообразная связь между консультациями и родовспомогательными учреждениями. Наиболее желательной и идеальной Д. А. считает такую связь, которая осуществляется через личное посредство врачей, т. е., когда врач, заведующий родовспомогательным заведением, является одновременно и ведущим консультацию для беременных. Такие женщины, переходящие из консультации в родильный покой, уже

хорошо изучены врачом во время беременности и могут быть поэтому обслужены им при родах наилучшим образом. Но такая связь возможна лишь между небольшими районными консультациями и родильными приютами того же района, роженицы которых составляются обычно из контингента беременных консультации. Для всех же случаев, вообще, Д. А. рекомендует письменный способ через посредство вышеупомянутых карточек для беременных. С такою карточкою беременная из консультации поступает в родовспомогательное заведение, а оттуда опять с нанесенными отметками о ней и о новорожденном в консультацию для кормящих.

В 3-ей своей работе: „О домах отдыха для беременных“¹⁾, Д. А. предлагает нижеследующее: Дома отдыха следует устраивать не менее как на 100 человек; основывать дома отдыха нужно в здоровых частях города или в загородных местностях, но недалеко от города. Для этого должны быть отведены отдельные здания, имеющие не свыше 3-х этажей и окруженные садом. Помещение должно быть обширное, снабженное хорошим освещением, вентиляцией, водопроводом и ваннами. Желательно, чтобы, помимо комнат для сна, был общий зал для совместного пребывания, для литературно-музыкальных собраний и для лекций. Желательно снабдить дома отдыха показательной коллекцией предметов по уходу за матерью и ребенком. Во главе учреждения должен быть врач-акушер. При доме отдыха должен быть хорошо оборудованный врачебный кабинет, чтобы не только производить осмотр беременных, но и, в случае надобности, оказать экстренную помощь. В случае наступления родов следует немедленно эвакуировать беременных в ближайшее родовспомогательное учреждение; для сего дома отдыха должны быть обеспечены перевозочными средствами и телефоном. В дома отдыха принимаются женщины, перенесшие тяжелую болезнь, утомленные тяжелой работой, плохого питания, живущие в плохой обстановке. Не принимаются больные беременные, требующие наблюдения врача, а также с заразными болезнями. Для приема беременных организуется особая комиссия из врачей акушеров. Дома отдыха функционируют круглый год. Пребывание беременных свыше определенного срока не допускается. Далее обозначается штат служащих в количестве 27 человек, инвентарь, белье и инструментарий для врачебного кабинета. В заключение приведена инструкция для комиссии, принимающей беременных в дома отдыха.

Наиболее крупной работой покойного является его доклад „О питании беременных“. Доклад этот, к слову сказать, одобренный проф. *Словяновым*, был чуть ли не дважды заслушан в нашем Обществе и поэтому я остановлюсь на нем совсем кратко. Разобравши подробно имеющийся в литературе материал по обмену веществ у беременных, Д. А. приходит к тому выводу, что питание беременных должно быть не ниже питания среднего

¹⁾ Реферат заимствован из протокола Ученого Совета охраны матер. и млад. от 25 мая 1921 г. Протокол составлен А. В. *Унгер-Вранцевой*.

здорового человека (3000 калорий в сутки) для первой половины беременности и значительно усиленным (до 3200 калорий) для второй, при этом, в виду усиленного газообмена и закономерного постоянства в отложении белка в теле беременных, в пищевой смеси должны быть усилены как углеводы и жиры, так в особенности белковая группа пищевых средств. Таким образом, на основании характера обмена веществ в отдельные сроки беременности, Д. А. предлагает два режима питания: обыкновенный для первых 4-х мес. и усиленный для последних 5-ти. Перечисливши необходимые количества белков, жиров и углеводов для обоих режимов, Д. А. приводит в заключение список пищевых средств для беременных с подробным указанием заключающихся в них питательных веществ.

В связи с этой работой не должна быть забыта и та роль, которую сыграл Д. А. в вопросе о влиянии голодания на течение беременности, родов и вес новорожденных. Правда, он не выступал по этому вопросу с самостоятельным докладом. Его данные были им предоставлены мне и сообщены в моем докладе, но его первенствующая роль, в смысле починщика по этому вопросу, вряд ли кем будет оспариваема.

Если Д. А. озабочивала участь внутриутробного плода в смысле зависимости его от здоровья беременной, то не трудно представить себе, как он смотрел на все те мероприятия, которые направлены к нанесению непосредственного ущерба самому плоду. Я имею здесь в виду искусственный выкидыш. На этом вопросе, история которого поистине написана кровью лучших представителей и врачей и философов и юристов и Д. А. потерял не мало сил и здоровья. Я не говорю уже о чисто физических затратах, которые в свое время обуславливались пешеходным передвижением с Захарьевской на Бородинскую и с Инженерной на Захарьевскую, когда этот вопрос, при участии покойного, обсуждался в различных комиссиях, я не говорю о многочасовом пребывании в холодных, нетопленных помещениях, когда, вопреки сложившейся поговорке, приходилось, если не петь, то диспутировать на желудок голодный, но я всегда вспоминаю о тяжелых переживаниях покойного, когда, „волнуясь и спеша“, он отстаивал свои мнения. Здесь он проявлял себя истинным представителем лучшего слоя врачебного сословия. Никакие соображения, никакие доказательства не могли вытравить из души его того убеждения, что выкидыш есть по существу своему убийство и что пропаганда поэтому свободного плодизгнания не допустима.

На материнство, говорил он, следует смотреть, как на функцию, имеющую общегосударственное значение. С беременной должны быть поэтому сняты все заботы, связанные с вынашиванием и рождением ребенка; а при таком положении вещей поводов для выкидыша, за исключением чисто медицинских, совсем почти не остается. Озабочивали его и заболевающие родильницы, для которых он требовал устройства специальных* лазаретов, куда они могли бы быть принимаемы вместе с младенцами.

Я не претендую здесь полностью исчерпать те поистине иногда трудно разрешимые вопросы, которые озабочивали и му-

чили покойного Д. А. Когда со временем вся, лежащая еще под спудом, не напечатанная работа еще немногих специалистов по охране материнства и младенчества узреет свет божий, оживет и все то, что было продумано и высказано по тому или иному поводу Д. А., — и я убежден, что наши молодые, идущие нам на смену товарищи, с любовью и почтением вспомнят об одном из первых русских акушеров, посвятивших себя изучению вопросов охраны материнства и младенчества. — Я убежден, что в этой аудитории, где реют еще тени наших усопших товарищей и учителей, в этой аудитории, которая полна воспоминаниями о них, навсегда сохранится и память о труженике, отдавшем и свое здоровье, и свои силы заботам о русской женщине и об ее младенце.

Городское родовспоможение в Петрограде и Д. А. Парышев.

М. Л. БАНЩИКОВА.

В одном из своих последних трудов — „Об организации связи консультаций с родовспомогательными учреждениями“ — покойный *Дмитрий Адрианович* дает следующее программное положение: „Я думаю, что охрана материнства в форме существующих норм в ведении родового акта уже сказала свое последнее слово по данное время. Близкого завоевания новых успехов на этом пути вряд ли возможно ожидать; 0,4 — 0,6% смертности и 5 — 6% послеродовых заболеваний есть тот венец достижений, которым увенчаны заслуги великих имен современной медицины — Пастера, Листера и Коха. С этих предельных пока цифр современное акушерство, стоящее на почве существующих норм родовспоможения, сойдет не скоро. Успеха мы можем и должны искать в охране беременности уже по тому одному, что до настоящего времени здесь почти ничего не сделано“.

Еще в 1906 году у *Д. А.* зрела мысль о едином наблюдении за беременностью, родами и послеродовым периодом; в 1915—16 гг. им велась большая подготовительная работа во Всероссийском Попечительстве по охране Материнства и Младенчества; в 1917 и 1918 г. мысли *Д. А.* вылились в большой, детально продуманный и жизненный проект: „Реорганизации Городского Родовспоможения“.

Я хочу установить, что приблизительно до конца 1918 г., родовспоможение, и именно городское, как часть обширной дисциплины охраны материнства и младенчества, о чем неустанно напоминал *Д. А.*, привлекало особенное его внимание, и именно городскому родовспоможению он отдавал свои исключительные организаторские способности при редкой манере мыслить, то в форме широких обобщений, то в форме чрезвычайно простых и ясных положений, явившихся в результате упорного подготовительного труда и строгого анализа.

Всякое общество подчиняется неизменным историческим законам эволюции — на известной ступени культурного развития, будь то общество или класс, оно требует известных учреждений. Не отдельные люди, а масса создает нужные ей учреждения; она в известный момент выдвигает определенных людей, которые, как

в фокусе, собирают общественные desiderata. В отношении городского акушерства в Петрограде такими собирателями и законодателями являлись ныне здравствующий В. В. Желтухин и покойный *Дмитрий Адрианович*.

Допускаю возможность других имен, но убежден, что в известное время, при известных культурных достижениях они непременно явились бы; так же, как и наоборот — при общем упадке падают учреждения и нет человеческой индивидуальной силы, которая удержала бы это падение — те же лица стояли за последние годы во главе городского родовспоможения, а оно оказалось отброшенным к уровню конца 90-х годов.

К 1869 году относится начало приютской стационарной акушерской помощи в С.-Петербурге, когда в помощь четырем правительственным родовспомогательным учреждениям (СПБ. Родовспомог. Завед., Повив. Инстит., Калинкинская больница и Мед. Хирург. Акад.) были открыты четыре 3-хкроватьных родильных приюта, названные так в отличие от родильных домов. Преследовались две цели: 1) дать, в буквальном смысле, приют роженицам, получавшим отказы в Родовспомогат. Учреждениях, располагавших всего 125 койками на весь город и 2) дать такой тип учреждения, которое в случае возникновения родильной горячки легко можно было закрыть на время без особого ущерба для населения. В 1877 году число приютов дошло до 9, в 1883 г. с переходом приютов из ведения полиции в ведение Городского Самоуправления, город открыл еще 2 приюта, каждый на 6 кроватей, таким образом в 1883 г. Петербург имел уже 11 родильных приютов на 39 кроватей. До 1896 г. новых приютов город не открывал, зато с этого года по 1915 год было открыто 8 приютов и общее число их доведено до 19. Вместе с открытием новых приютов для усиления работоспособности уже открытых шло их расширение путем увеличения числа кроватей, постепенно с 6 до 20 и, наконец, как общая норма для всех приютов, до 30-тикроватьного штата. Число кроватей с 39 в 1883 году возросло до 126 в 1900 году, 327 в 1907 году и 540 в 1915 г.

Такое развитие сети и увеличение емкости отдельных приютов только-только отвечало нуждам женского населения, у которого спрос на родильные кровати все время превышал предложение, и лишь в 1915 году в этом деле установилось равновесие, и город казался насыщенным акушерской помощью.

Чтобы судить о количестве родовспомогательной работы приютов, необходимо привести несколько цифр:

В 1869 г. при 12 кроватях число принятых рожениц	243
„ 1877 г. „ 27 „ „ „ „ „	1218
„ 1888 г. „ 60 „ „ „ „ „	2069
„ 1896 г. „ 90 „ „ „ „ „	5741

В 1897 году сконструировалось совещание врачей-акушеров, заведующих Родильными Приютами.

В 1905 г. при 290 кроватях число принятых рожениц	15.375.
„ 1914 г. „ 540 „ „ „ „ „	25.591

1914 год был кульминационным, в дальнейшем с началом империалистической войны за 15, 16 и 17 годы число родов падало умеренно до 17.749, а в 18 и 19 году—катастрофически, дав в 19 году число поступлений равное 1895 и 1896 годам. В настоящее время вновь число родоразрешений в родильных приютах неизменно и правильно повышается и во многих достигает почти довоенной нормы.

Те же цифры в процентах дают еще более выпуклую картину:

В 1869 г. стационар. род. помощь оказана в 17%;	в Род. Приютах	3%
" 1882 г. " " " " " 27%;	" " "	4 ⁰ / ₀
" 1896 г. " " " " " 43 ⁰ / ₀ ;	" " "	17 ⁰ / ₀
" 1902 г. " " " " " 58 ⁰ / ₀ ;	" " "	28 ⁰ / ₀
" 1913 г. " " " " " 91 ⁰ / ₀ ;	" " "	52,5 ⁰ / ₀

Таким образом мы видим, что отношение помощи в родильных приютах к общей стационарной, составившее в 1809 г. $\frac{1}{10}$, в 1902 г. дошло до $\frac{1}{2}$, а в 13 году представляло почти $\frac{2}{3}$ (52,5% для Род. Приютов и 38,5% для всех других родовспомогательных заведений, считая родильные дома, клиники, больничные отделения и частные лечебницы).

Еще две цифры, характерные для работы в приютах: в 1912 г. Васильевский приют принял 2280 рожениц, а в 1913 году был один день, когда в I Петровском приюте лежало 70 человек.

Приведенные цифры являются единственными для России, о чем можно судить по работе покойного Д. А.: „Родовспоможение в России по данным Всероссийской Гигиенической Выставки 1913 года“.

В дополнение к обрисованному количеству работы необходимо охарактеризовать качество ее; интересные для Петербурга цифры можно привести на основании отчетов за период времени с 1904 по 1912 год для Родильных Приютов и Петроградского Родовспомогательного Заведения, а для Повивально-Гинекологического Института с 1904 по 1907 год. Эти сравнительные цифры будут следующие:

Послеродовой период.	Родильные Приюты	Петргр. Родовспом. Завед.
Правильный (безлихорадочный)	91,2 ⁰ / ₀	89,4 ⁰ / ₀
Септические заболевания	1,8 ⁰ / ₀	3,2 ⁰ / ₀
Лихорад. без диагноза	4,9	5,2
Послерод. несептич. забол.	0,8	0,9
Общ. заболевания	1,2	1,2

Те же цифры, но несколько в другой номенклатуре, для Повивально-Гинеколог. Института будут следующие:

Безлихорадочно	84,24 ⁰ / ₀
Лихорад. с локализацией процесса	7, 3 ⁰ / ₀
„ без локализации процесса	3, 3 ⁰ / ₀
Послеродов. несептич.	2, 4 ⁰ / ₀
Общие заболевания	1, 7

Для полноты характеристики в части приютов, необходимо отметить, что в 1909 году ⁰/₀ безлихорадочного послеродового периода поднялся до 94 вместо среднего 91; кроме того, в число лихорадящих без диагноза отнесены все родильницы с однократ-

ным повышением температуры в среднем около 3⁰/₀, которых без ущерба для академического понимания правильности послеродового периода можно было бы отнести к правильному. Смертность за тот же период:

	Родил. При- юты	Птргр. Род. Завед.	Пов. Гинек. Институт
Умерло от септич. забол.	0,10	0,23	0,18
" " несептич.	0,08	0,30	0,14
" " общ. забол.	0,06		0,19
Общая смертность	0,24	0,53	0,51

Для приютов смертность высчитана общая, считая умерших в приютах и умерших в больницах после перевода их из приютов. Количество живо- и мертворождений:

	Родил. При- юты	Птргр. Род. Завед.	Пов. Гинек. Институт
Родилось живых	96,6	95,5	95,3
" мертв. (не мацер.)	1,9	4,5	2,66
" " мацериров.	1,5		2,02

Официально в том же 1897 году покойный Д. А. начал свою самостоятельную работу по городскому Родовспоможению, получив в заведывание Выборгский приют и вступив членом Совещания. В дальнейшем имя Д. А. уже неотделимо от совещания, в творческую работу которого он внес громадную долю, как в медицинском, так и в общественном направлении; об этом необходимо сказать теперь же, дабы не возвращаться к Совещанию по поводу каждого отдельного труда Д. А.

В программном вопросе—какого типа родовспомогательных учреждений: родильных приютов или родильных домов—следует придерживаться Городскому Самоуправлению при расширении акушерской помощи—оба типа имели горячих приверженцев и по поводу обоих типов можно было много говорить pro и contra. Вопрос этот, родившись в 1883 году, особенно обострился в 1899 г. и окончательное разрешение получил в 1906 году в подготовительной комиссии по надлежащей санитарной и больничной организации под председательством А. А. Бобринского с приглашенными экспертами—видными представителями родильных домов, клиник и приютов. В протоколе комиссии от 18 февраля 1906 года постановлено: „передать, согласно предложению Д. А. Парышева, вопрос об организации городской акушерской помощи недостаточному населению на обсуждение Акушерско-Гинекологического Общества, о чем и просить д-ра Парышева с тем, чтобы заключение этого Общества было в возможно непродолжительном времени сообщено Комиссии“. Я не привожу целиком заключений Акушерско-Гинекологического О-ва, укажу лишь на то, что существующая система приютов признана вполне целесообразной и отвечающей заданиям. Бесконечный, многолетний спор после широкого гласного обсуждения получил свое завершение, а система—признание ученого О-ва.

В том же заключении Акушерско-Гинекологического О-ва, пункт 3, говорится: „необходимо устраивать Приюты в специально приспособленных помещениях, по возможности в городских зданиях—отдельных или общих с другими городскими Учреждениями“. Мысль о том же явилась у Д. А. в 1898 году, когда им была

подана обширная докладная записка в б. Санитарную Комиссию при председ. проф. Поздееве о расширении и устройстве 20-тикроватного родильн. приюта и в марте 1899 г. разработана в проекте „Постройка дома для Выборгского Приюта“ (доклад в Совещании). В последующие годы Д. А. начал проведение в жизнь мыслей, положенных в основу записки, настолько счастливо, что в 1912 г. ему удалось открыть новый 20-тикроватный Выборгский Родильный Приют в специально приспособленном помещении.

Мне живо припоминается то время — с каким душевным горением велась работа, как заразителна была атмосфера творчества для всех, соприкасавшихся с работой. Хорошо ли был устроен приют? Да, образцово-хорошо и так продуманно, что в последующую его 20-тилетнюю работу он в основных чертах остался без изменений, увеличив лишь площадь и получив кое-какие хозяйственные прибавки и усовершенствования.

Умышленно допускаю слово „образцово“, так как в дальнейшем, при устройстве новых приютов и переустройстве старых, все работники по городскому родовспоможению (Скробанский, Банщиков, Коптев, Рутковский, Ильин, Фоменко) в основных чертах выходили из данного образца.

Свое теоретическое завершение эта работа Д. А. по созданию „образца“ нашла в его брошюре „Сравнительная оценка Городских Родильных Приютов в С.-Петербурге. Тип нормального Родильного Приюта“, напечатанной в вып. III „Материалов к отчету Санитарной Комиссии за 1910 г.“. Тощую брошюрку в 12 страниц, которую с успехом и без воды по втиснутому в нее материалу можно было бы расширить до 120, я бы назвал Сборником приютских заповедей, где в сухой и крайне сжатой форме, но с массой цифр, родившихся в итоге длинных, кропотливых вычислений и измерений, даны краткие математические формулы устройства родильного приюта на основании изучения и разбора 15 существующих приютов. В этой работе Д. А. сказалось его исключительное мастерство в разборке и систематизации сырого материала и его исключительно сильный метод анализа. В дальнейшем, как удалось проследить по протоколам, всевозможные комиссионные работы по расширению приютов, по устройству их в собственных зданиях и т. д. исходили из положений Д. А. так же, как те же положения почти целиком лежали в основу вновь открываемых приютов. Практическую ценность вышеупомянутого труда нам удалось особенно оценить в комиссионной работе совместно с покойными Д. А. и А. В. Рутковским для выработки предположений об устройстве городских Родильных Приютов в Городских Участковых Домах с предполагаемым расширением до 40 кроватей (обсуждалось в Совещании 16/V 1914 по предложению комиссии по постройке Городских Участковых Домов). Работа, проведенная мною на-черно и представлявшаяся очень сложной, оказалась сравнительно простой, так как самая ответственная часть ее — цифры размеров — вследствие готовых формул, данных Д. А., рождались просто и удивительно связно, так же как и основные положения при устройстве такой сравнительно большой родовспомогательной единицы. В настоящее время, нам особенно важно помнить

о „Тиле нормального Родильного Приюта“ Д. А. и, так как он представляет библиографическую редкость, было бы крайне желательно переиздать его, хотя бы в части выводов и положений, дабы каждый, кто будет строить новый родильный приют, на 10 или 40 кроватей все равно, знал бы эти положения, как азбуку.

Известно, что покойный Д. А. принимал живое и руководящее участие в работе комиссий по устройству Родильного Приюта расширенного типа в собственном городском доме на Витебской улице; это относится к 1911—12 годам; к сожалению, результаты работы похоронены в Архивах Городской Управы и мне нигде не удалось найти следов.

В кратком докладе невозможно перечислить все многочисленные труды Д. А. в комиссиях совещания по снабжению медикаментами, по упорядочению сметы, по вопросу о больничном пайке, о рабочем дне для персонала и т. д. — во все эти работы Д. А. вносит свою обычную точность, анализ, манеру широких обобщений и всегда что-нибудь значительное „свое“.

Нельзя обойти молчанием работ покойного Д. А., как постоянного арбитра во всяких конфликтных делах коллегиального характера, нет-нет да и встречавшихся в жизни такого большого учреждения, как объединенные Родильные Приюты.

С момента образования в 1915 году конкурсной Комиссии Совещания Д. А. был ее бессменным председателем. Тяжелый труд предварительного осмотра помещений, годных для Приютов Совещание обычно поручало Д. А., абсолютно полагаясь на его компетентность, и Д. А. с великой охотой и молодой горячностью брал на себя этот труд, и я убежден, что с особой благодарностью наши последние строители должны чтить память покойного.

Вновь возвращаюсь к Приютам. Вполне понятно, что огромный материал Объединенных Родильных Приютов, доходивший до 25.591 случаев за год, не должен был пропасть в учебно-педагогическом отношении: не было строго и правильно организованной школы, но учебно-практическое дело в более или менее широких рамках велось в любом приюте. Не будет ересью, если я скажу, что есть особый вид акушерской дисциплины, так наз. приютская школа акушерства, о которой не написано ни в одном учебнике, но которая одна вырабатывает настоящих акушеров, практических работников массового опыта. Это — школа жизни, школа опыта, захватывающая всего работника, требующая от него особой затраты духовных и физических сил, особой сноровки и, если вспомнить все наши почтенные имена ушедших и ныне здравствующих акушеров и указать хотя бы на наш президентский стол — про любого профессора, про любого практического акушера мы имеем право сказать, что свое акушерское воспитание он получил в школе родильных приютов.

Можно было бы не говорить, что в создании этой школы Д. А. играл первостепенную роль. Заведуемый им Выборгский Родильный Приют, находившийся по близости клиник и часто, против своей воли, служивший их запасным резервуаром, как бы самой судьбой был предназначен для учебной роли. Из Выборгского Приюта с его громадным (до 2.000 родов) и крайне интересным материалом, так как приют безотказно обслуживал патологию не только своего городского, но и всего пригородного

района, как-то сама собой образовалась школа практического акушерства, где молодые врачи и студенты научились основам асептического акушерства или совершенствовали свои знания или пользовались материалом для диссертаций. На память можно назвать несколько почтенных имен, получивших и совершенствовавших свои знания под руководством Д. А. в Выборгском Приюте. За теми же знаниями и опытом шли в приют и молодые акушерки, и я помню определенно многолетний период времени, когда в приюте велся кандидатский список акушеров-практиканток, так как ежедневная норма в 2 чел., не считая врача и студента, была постоянно заполнена. Повторяю, что асептика была поставлена в угол учебного дела, которое начиналось с науки мыть и воспитывать свои руки. Призываемые в приютах отнюдь не являлись материалом для ученья. Нас учили особо-бережному отношению к страдающей женщине и требовали особо-мягкого подхода к ней, что так отвечало характеру покойного Д. А. вообще.

На один особо характерный момент в приютской работе Д. А. я хочу обратить внимание — он являлся убежденным противником перфорации на живом плоде и в выборе оперативного метода, имея хорошо оборудованную операционную и опыт в полостных операциях, не чувствовал себя связанным, чем объясняется тот факт, что по медицинским отчетам с 1903—1913 г. из 14 классических кесарских сечений — 11 (80%) произведено в Выборгском Приюте и все с благоприятным исходом. На этом материале Д. А. написана и напечатана работа: *Sectio caesarea abdomin. при placenta praevia* в 1914 г., а в бумагах Д. А. имеются наброски большой только что начатой работы, систематизирующей все случаи полостных операций Выборгского Родильного Приюта.

Отдельную последнюю главу прошу разрешения посвятить одной из последних и самой большой работе Д. А.: „Реорганизация городского Родовспоможения в СПб“. Первые мысли о *едином* наблюдении за женщиной в первую из трех фаз материнства, что составляет основу цитируемой работы, явились у Д. А. еще в 1907—1908 г., когда он подал мотивированное заявление в б. Санитарную Комиссию о необходимости назначения на должность акушера-специалиста Выборгской Амбулатории — при образовании Института Городских Врачей-Специалистов — врача Выборгского Приюта, жившего при Приюте, базируясь в своем заявлении на целесообразности единого врачебного наблюдения за беременностью, родами и послеродовым периодами; в комиссионной работе 1915 года по поводу реорганизации Городских Гинекологических Амбулаторий. Д. А. настоял на положении: „при совпадении районов Родильного Приюта и гинекологической Амбулатории заведующему приютом предоставляется преимущественное право на место амбулаторного врача-специалиста в целях единого наблюдения в районе за здоровьем женщины в период ее чадородной деятельности“. В 1917 г. уже после революции в Городскую Управу после длительного обсуждения в Советании и в Акушерской Секции Союза Врачей был представлен обстоятельный доклад по реорганизации со схемой управления объединенным родовспоможением, такой же доклад дебатировали в 1918 г. на заседании Акушерско-Гинекологического Общества и в Коллегии Комздрава; он же лег в основу плана

реорганизации лечебного дела по Секции охраны материнства и младенчества в рабочих кассах Соц. Страх. и в основных положениях напечатан в „Известиях Ком. Здрав'а“ янв.—февр. 1919 г. № 3—4. Боязнь утомить внимание мешает мне повторить его целиком, мне хотелось только указать на удивительно стройную и строгую архитектуру проекта — в нем нет деталей, он краток и сух, но мысли, из которых каждая могла бы служить темой отдельного доклада, разбросаны в нем с чисто-русской расточительностью. Прошу разрешения привести основные положения: „Соответственно трем фазам материнства — беременности, родовому акту и состоянию после родов — организация акушерской помощи должна идти в трех направлениях. Наблюдение за беременной даст возможность своевременно ознакомиться с общим состоянием организма, строением таза, положением плода и таким образом подготовить ее к тем или другим пособиям во время родоразрешения или предупредить ожидаемые неправильности соответственными мерами во время беременности. С другой стороны продолженное после выхода из родовспомогательного учреждения наблюдение предупредит могущие наступить отклонения и этим осуществит необходимую профилактику гинекологических заболеваний, связанных с родовым актом и послеродовым периодом.

„Надлежащее наблюдение во время беременности, сохраняя здоровье матери, вместе с тем содействует и охране младенца. Целесообразность такой организации достигнет своей полноты, однако, лишь при том условии, если тем или иным способом будет установлено возможное единство наблюдения, т. е. если все указанные наблюдения за здоровьем матери будут сосредоточены в одном определенном для известного района учреждении, Родильном Приюте и Доме“. Я не привожу выдержек об организации наблюдения и призрения беременных, организации стационарного родовспоможения с приближением его к типу Скорой Помощи, об организации призрения детей, остающихся дома без матерей, об организации послеродового наблюдения и призрения заболевших — отмечу лишь следующие три из десяти положения: 1) необходимо установление единообразной регистрации беременных и введение карточек индивидуального материнства для отметок существенных сведений о ходе каждой беременности, родов и послеродового состояния. При правильном ведении таких карточек — они в ближайшем будущем дадут ценный научный материал для изучения материнства в индивидуальном выражении, 2) необходимо учреждение районных лабораторий для производства необходимых анализов у беременных — из объяснительной записки, бывшей у меня под руками, я знаю, что в этом пожелании были широкие планы исследования беременных на лues, гоноррею, туберкулез, и профилактики эклампсии, 3) необходимо учреждение больницы для послеродовых болезней на следующих основаниях: а) она разгрузит гинекологические отделения больниц и избавит оперированных больных от опасного соседства, что неизбежно при скученности, б) она позволит не разлучать новорожденного с матерью на время ее болезни, в) специальное назначение больницы сделает необходимым обставить лечение всеми способами современной терапии и г) построенная

за городом по павильонной системе, она может служить также санаторией для выздоравливающих.

В том же № „Известий“ напечатан и проект Управления Объединенного родовспоможения с охраной М. и М., в основу которого положено коллегиальное начало; проект дебатировался в Акушерско-Гинекологическом Обществе и был принят как руководящий в целях уничтожения ведомственности и объединения деятельности родильных домов, приютов, клиник и больничных отделений. Мне известно, с каким чистым сердцем и какими идеалистическими стремлениями неустанно пытался Д. А. провести это объединение для родильных домов, в частности с сохранением автономии, стремясь к научно-поставленной и действенной Охране Материнства и Младенчества.

Заканчивая свой доклад, я испытываю неудовлетворенное чувство, так как боюсь, что сумел сказать далеко не обо всем, что было дорого покойному Д. А. и что слова мои слишком холодны и жестки, чтобы отразить то душевное горение, ту мягкость и добрую волю, которые так украшали любое начинание покойного.

Пусть это слово будет посильным венком на могилу моего учителя—позвольте сказать, нашего дорогого учителя,—а его постоянный пламенный призыв к единению и к широкому пониманию задач Охраны Материнства и Младенчества—нашей путеводной звездой к увековечению светлой памяти друга страдающей женщины, доктора Д. А. Парышева.

21 сентября 1923 г.

О значении консультаций для беременных в профилактике заболеваний рожениц и родильниц *).

Лектора-преподавателя и старш. ассистента акушерско-гинекологической клиники Гос. Инст. Медич. Знаний (заведующий проф. Окинчик).

М. А. ТЕРЕБИНСКОЙ-ПОПОВОЙ.

Имя незабвенного *Дм. Адр. Парышева* тесно связано с работой по охране материнства и младенчества, куда он вкладывал так много живого, глубокого интереса, своих обширных знаний и опыта врача-акушера, ума и души незаурядного человека. Высоко чтя его память, я позволю себе здесь, где протекала последнее время его деятельность, коснуться вопроса, которым особенно близко интересовался *Дм. Адр.*, и который одновременно, хотя и совершенно независимо, явился и является в настоящее время предметом нашего изучения. Это вопрос профилактики заболеваний рожениц и родильниц, профилактики, проводимой во время беременности и естественно связанной с амбулаториями и консультациями для беременных. Оставляя в стороне такие тяжкие конституциональные заболевания, как туберкулез, сифилис, вопросы о которых лучше осветят представители соответствующих специальностей, я остановлюсь на двух группах не менее тяжелых заболеваний, *связанных* непосредственно с беременностью, родами и послеродовым периодом и составляющих наиболее тяжелые осложнения, с которыми мы, врачи-акушеры, еще не всегда можем справиться, если они уже развились. Я говорю об эклампсии и послеродовых заболеваниях.

Несмотря на то, что вопрос о сущности эклампсии давно разрабатывается, изучается с самых разнообразных сторон — клинической, патолого-анатомической, биологической, мы все-таки до сих пор не знаем точно ни ее сущности, ни того яда в чистом виде, который ее вызывает, не знаем и определенного верного способа лечения. Отсюда и разнообразие средств, предлагаемых для лечения эклампсии. И если до сих пор идут споры о том, какой метод ведения родов при эклампсии дает лучшие резуль-

*) Доклад, читанный в Обществе Охраны материнства и младенчества. Заседание 23/XII 1922 г.

таты — консервативный или активный, то потому, что эклампсия есть симптомокомплекс последней стадии, уже конечный пункт болезни, когда наше вмешательство является вообще поздним и исход зависит от состояния самого организма, а не от нас.

Но некоторые стороны вопроса об эклампсии все-таки более или менее освещены, и одним из них является вопрос о состоянии почек во время беременности. В громадном большинстве случаев эклампсии мы находим изменения со стороны почек и, наоборот, симптомы поражения почек заставляют нас опасаться возможности эклампсии. При внимательном наблюдении за беременной эклампсия не всегда будет неожиданностью для наблюдавшего врача. *Zangemeister* так и смотрит и различает три стадии в течении болезни: *идиопатический* — развитие отеков без видимых изменений со стороны почек, *нефротатический* — появление белка, повышение кровяного давления и последний — *экламptический*, когда выступают симптомы повышенного внутричерепного давления.

Эти наблюдения дают нам возможность перенести борьбу с эклампсией в область профилактики, именно, в период всей беременности. Такой взгляд разделяется в настоящее время большинством клиницистов, как иностранных, так и русских. Разделялся он и *Дж. Адр.* Что же здесь можно сделать? К чему сводятся профилактические меры?

Работа почки во время беременности повышается и затрудняется, и если ее сила и работоспособность стоят на высоте, то дело заканчивается более или менее благополучно. Но если эта запасная сила невелика, то проявляется ее несостоятельность, которая с течением беременности может прогрессировать. И вот задача врача, наблюдающего беременность, состоит в том, чтобы во-время эту несостоятельность установить и создать условия, облегчающие работу почки. Несомненно установлено, что избыток белковой пищи и хлоридов вредно отражается на работе почек. Война и связанное с ней недоедание за последние годы дали богатый материал, это был эксперимент крупного масштаба и, напр., по данным *Gessner'a* в Бадене количество эклампсий в 1917 г. было *вдвое* меньше, чем в 1910 г., что объясняется уменьшением мясной и жирной пищи. Наоборот, наблюдения *Ruiz-Contreras* (в Барселоне) показали, что с повышением заработной платы после войны бедные классы населения стали усиленно потреблять мясо, яйца и вообще богатую азотом пищу и параллельно с этим возросло число эклампсий, а альбуминурия у беременных повысилась с 2% до 6%. Приводимое д-ром *Литваком* повышение частоты эклампсии у нас в Ленинграде в голодные годы надо объяснить целым рядом условий: 1) излишним количеством соли, вводимой в организм, при отсутствии других нормальных пищевых веществ, т. к. главным питанием тогда являлись селедки и вобла, 2) большими количествами жидкости и, наконец, 3) холодом и сыростью квартир, вследствие недостатка топлива.

Установить несостоятельность почек во время беременности мы можем путем систематического исследования мочи и параллельно — кровяного давления. Руководствуясь полученными данными, назначается определенная *диета*, которая в главном сво-

дится к уменьшению белковой пищи, хлористого натра и избытка жидкости (в зимнее время), затем *уход за кожей*, как несущей выделительную функцию—в виде систематических ванн—и, наконец—*общий режим* соответственно тяжести каждого данного случая. Изложенный план проводится уже в настоящее время систематически нами на амбулаториях клиники проф. Окинчица, его и моей частной амбулатории и полученные данные вполне подтверждают его правильность: альбуминурия у наших беременных наблюдалась в 9,3% в то время, как, по другим авторам, она бывала от 8% в середине беременности, до 26% в конце. Частота же эклампсии у первородящих вдвое меньше, чем по данным родильных приютов.

Эту форму борьбы с эклампсией, этим поистине ужасным заболеванием, когда нередко гибнет и мать, и ребенок (смертность матерей колеблется от 12 до 14% и выше; в Петербургском Родовспомогательном Заведении в 1919 г. она достигла 22,4%, а по сообщению проф. Кривского в Обуховской больнице и еще выше),—должны взять на себя консультации. Наша клиника, благодаря работе одного из ординаторов в консультации, проводит там план профилактической борьбы с эклампсией, а тяжелые случаи помещаются в клинику для стационарного лечения и наблюдения, но этот план должно сделать обязательным и общим.

Вторым бичем, против которого мы еще не имеем верного средства, являются для врача-акушера послеродовые септические заболевания.

Акушерство пережило эпоху борьбы с внешней, экзогенной инфекцией, начатую в 1847 г. *Semmelweis'ом*, до которого о внесении извне инфекции не знали и не думали. *Дж. Лор.* в своих работах указывает на заболеваемость в 60% и смертность в 10—15% в 30—40-х годах прошлого столетия, а с 1848 г. смертность понизилась—1,27%. За весь последующий период наука борьбы с внешней инфекцией сделала колоссальные успехи, мы умеем обеззаразить белье, материал, инструменты, даже руки акушера—применяя стерилизованные резиновые перчатки, но все-таки не можем предотвратить септические послеродовые заболевания и уничтожить смертность от них. Естественно возникает вопрос об эндогенной инфекции, аутоинфекции и борьбе с ней. И вот теперь как-будто начинает намечаться путь к более точному изучению этой инфекции, а, следовательно, и борьбы с ней. В нашей клинике уже проводится планомерное систематическое исследование флоры влагалища у беременных, рожениц и родильниц и изучается значение ее характера для течения послеродового периода.

Основанием для такого плана служат следующие наблюдения и установленные факты: нормальный секрет влагалища, как известно, обладает кислой реакцией, обусловленной присутствием молочной кислоты, которая содержится в количестве нескольких миллиграммов и представляет собой продукт жизнедеятельности специфического микроорганизма, именно влагалищной палочки, полученной в чистой культуре и описанной подробно *Döderlein'ом*. Во время беременности количество молочной кислоты резко повышается (до 6—18 mgr.), а степень кислотности достигает до 0,945% м. к. Вагинальная палочка считается нормальным

обитателем влагалища, а влагалищному секрету в целом приписывается защитительная роль в борьбе с другими микроорганизмами. *Lehman* в своей работе в 1921 г. дает точную схему бактериологического характера секрета и различает 4 степени чистоты его в зависимости от степени кислотности, вида бактерий и патолого-анатомической картины. При сохранении указанного характера секрета патогенные микробы, если и имеются во влагалище, остаются мало патогенными, но при благоприятных условиях они берут перевес и становятся более вирулентными. Наиболее частыми являются стрептококки в различных своих разновидностях: стафилококк, гонококк, кишечная палочка. Благоприятными моментами для них являются особенно роды и послеродовой период: скопление во влагалище крови и послеродовых лохий представляет прекрасную питательную среду — гонококк, например, не растет на простых средах, но прекрасно растет на средах с прибавлением сыворотки крови, — наличие трещин, ссадин и более глубоких разрывов, обилие тромбов, раскрытых кровеносных и лимфатических путей дают возможность бактериям во влагалище усилить свой рост, развить патогенные свойства и проникнуть в организм. Развивается картина той или другой формы послеродового заболевания.

И вот перед врачами-акушерами встала новая задача: 1) научиться бороться с этой эндогенной инфекцией, гнездящейся в самом половом аппарате и 2) широко поставить эту борьбу.

Для решения первой задачи нами в клинике проф. Окинчица намечен и проводится уже в жизнь следующий план:

1. Тщательный *опрос* беременной (независимо от срока беременности) о состоянии полового аппарата и детальное выяснение вопроса о влагалищном секрете (т. наз. *белях*).

2. Параллельно этому тщательно проводимое бактериоскопическое и бактериологическое исследование влагалищного секрета.

3. В случаях, где имеется указание на гнойный или подозрительный характер выделений, особенно подтвержденный бактериологическим исследованием, назначаются осторожно дезинфицирующие спринцевания, чтобы таким образом очистить половые пути и подготовить их к родам.

4. Так как большинство таких беременных и разрешается у нас, то бактериологические исследования производятся во время родов и в послеродовом периоде.

5. Сопоставляются данные полученных исследований, другими словами — характер секрета с течением послеродового периода.

Но чтобы решить такой громадной важности вопрос, необходимо накопление и большого статистического материала, разработка вопроса должна быть поставлена широко и, конечно, большую роль здесь могут и должны сыграть те же амбулатории и консультации для беременных. Необходимо выработать общий план исследования беременных в этом отношении. Полученные данные необходимо вносить в карточку, которая должна самой беременной передаваться врачу родильного дома, куда она придет разрешаться. Сведения о течении родов и послеродового периода должны быть тоже внесены в эту карточку.

Таким образом, ставя себе в числе очередных важных задач и задачу профилактики таких поистине ужасных болезней, как

эклампсия и послеродовой сепсис, мы должны систематически производить исследование беременных в указанном направлении по строго выработанному плану и неуклонно проводить соответствующие профилактические меры.

Для правильной, научной и широкой постановки этого вопроса необходима общая работа консультации для беременных с родильными домами и систематизация полученных результатов.

Для выполнения же этой работы необходимо, чтобы консультации обслуживались достаточным штатом опытных врачей-специалистов и имели бы бесплатные лаборатории для производства необходимых анализов, как химических, так и бактериологических. Стационары же—родильные дома, приюты—должны иметь бесплатные палаты для больных беременных, которые требуют стационарного лечения.

Разрывы матки во время родов по материалу Родильного Дома имени проф. Снегирева в Ленинграде за 25 лет (1898—1923 г.).

(Главн. врач проф. Л. Л. Окинчиц).

Ординатора **С. МИРОНОВОЙ.**

Разрыв матки во время родов является очень тяжелым осложнением, которое влечет за собою в большинстве случаев смерть плода и очень часто и смерть матери. Это осложнение наступает иногда внезапно, без всяких предвестников, но в большинстве случаев при внимательном наблюдении имеет определенную клиническую картину.

В 1875 г. Bandl первый дал научное объяснение сущности явлений, наблюдаемых при разрыве матки. Он установил, что разрывы матки происходят вследствие перерастяжения нижнего сегмента при несоответствии между размерами таза и величиною плода или при другом препятствии, встречаемом плодом на своем пути. Если матка, стремящаяся изгнать плод, встречает препятствие со стороны ригидного наружного зева или со стороны костного канала вследствие сужения его, или препятствие зависит от нецелесообразного вставления головки, чрезмерной величины ее, то, сокращаясь в течение продолжительного времени, она истощается и рвется.

Bandl различает во время родов 2 отрезка: верхний—сокращающийся—полый мускул—дно и тело матки и нижний пассивный, растягивающийся—выходная трубка. Границей между ними служит кольцевидный вал, видимый через брюшные стенки в области внутр. зева на уровне входа в таз—контракционное кольцо.

Во время родов шейка фиксируется подлежащею частью, ущемляясь между последней и костями таза, контракционное кольцо поднимается, матка вытягивается, круглые связки напрягаются, плод рождается выше входа в таз в нижний сегмент и шейку, стенка этих отделов растягивается, истончается и, наконец, разрывается, плод выталкивается через разрыв в брюшную полость, схватки прекращаются.

Иногда встречаются случаи, которые не могут быть объяснены с точки зрения теории Bandl'я, напр., разрывы матки во время беременности или в самом начале родового акта.

Это обстоятельство заставило искать другого объяснения для возникновения разрыва помимо механических условий, перенеся

центр тяжести в сторону изучения тех изменений, которые происходят в самой ткани матки во время родов.

Известно, что в силу различных патологических процессов ткань матки может стать несостоятельной по причине хрупкости или функциональной слабости, так что при небольшом повышении внутрибрюшного давления, кашле, смехе может лопнуть.

Изучение существа маточной стенки велось в трех направлениях:

Давыдов пытался найти причину разрыва в изменении эластической ткани стенки матки.

Этот взгляд был опровергнут работой Иванова.

Бекман, Александров и др. объясняли предрасположение маточной мускулатуры к разрыву обильным развитием в ней соедин. ткани после кесарск. сечения, после тяжелых длительных родов, закончившихся оперативно, кот. сопровождалась нарушением целостности маточной мускулатуры с последующим развитием в ней соедин. ткани.

Scanzoni, Simpson и др. видели причину разрыва в жировом перерождении мышечных клеток, в зернистом помутнении их протоплазмы.

Вербов причину разрыва матки полагает в хрупкости ткани, в слабости, в функциональной недостаточности ее. В некоторых случаях разрыва матки родовая деятельность с самого начала слабая. По его мнению, мышца матки может развить колоссальную работу; преодолевая значительное препятствие, она истощает свою силу и перестает работать, поэтому при абсолютных степенях сужения таза разрыва матки почти не наблюдаются.

В подкрепление своего положения д-р Вербов приводит факты из физиологии: «По исследованию Rotha, если мышца нормального животного подвергается в течение продолжительного времени—14 дней—беспрерывному раздражению, ведущему к ее утомлению, то при микроскопич. исследовании находят в ней помутнение, зернистое и восковидное перерождение. Так что возможно, что и в мускулатуре матки под влиянием тех или других причин происходят тончайшие изменения в клетках, способствующие расползанию маточной мускулатуры».

Те явления, кот. Bandl относит к «угрожающим», к предвестникам разрыва, Вербов считает признаками уже наступившего разрыва.

Клиническая картина угрожающего разрыва сводится к появлению судорожных, непроизвольных, почти беспрерывных болей. Матка напряжена, не расслабляется, дно поднимается кверху, нижний сегмент болезнен при пальпации, круглые связки напрягаются, на уровне пупка появляется кольцо сокращения Bandl'я. Сердцебиение плода учащается, затем замедляется и, наконец, прекращается. Больная кричит беспрерывно, на лице ее выражение страха.

Затем на высоте схватки ощущается резкая боль, больная заявляет, что в животе у нее что-то лопнуло, схватки прекращаются. Из наружных половых частей выделяется кровь, появляются признаки внутреннего кровотечения.

Не всегда картина разрыва матки такова; встречаются разнообразные вариации вплоть до отсутствия каких-либо симптомов вообще.

Диагностика разрыва матки временами бывает затруднительна.

В случае д-ра Александрова разрыв произошел за 1 мес. до операции: роженица за 3 нед. до поступления в б-цу почувствовала режущую боль внизу живота, слабость, головокружение, кров. выделения из половых частей, ребенок перестал шевелиться. Пролежав 9 дней в б-це, выписалась, а на следующий день снова поступила, подверглась чревосечению, плод был обнаружен в брюшн. полости.

В случае д-ра Беляева чревосечение было произведено спустя 2 мес. после разрыва с выходением плода в брюшную полость.

К счастью случаи разрыва матки встречаются редко.

В Московском родовсп. заведении за 25 лет с 1877 по 1901 г. на 118,581 родов было 124 случая разрыва матки, т. е. 1 разрыв на 961 родов. Из них 80—в стенах заведения, 39—вне и 5 неизвестно.

В акушерско-гинекологич. клинике Г.И.М.З. (заведующ. проф. Л. А. Кривский) за 10 лет с 1910 по 1920 г. было 15 случаев разрыва матки на 3830 родов, что составляет 1 разрыв на 255 родов, что объясняется особенностью нашего материала, т. к. в клинику направляются главным образом патологич. случаи.

По статистике Koblancka—из Берлинской универ. клиники—1 случай разрыва на 462 родов. По другим авторам это отношение колеблется между 1:4000—Ingraham и 1:482—Collins.

Описано много отдельных случаев разрыва матки, также собраны и опубликованы таковые из разных учреждений. Так Mez'ом описано 230 случаев, Александровым—201, Klien собрал 381.

Но особенную ценность в смысле получения выводов может иметь материал, базирующийся на однородных данных, исходящий из одного учреждения с строго определенным направлением в деле лечения разрывов матки.

В нашем учреждении за 25 лет—1898—1923 г.—на 79.870 родов было 45 случаев разрыва матки, т. е. 1 разрыв на 1775 родов.

Моей задачей было собрать материал, систематизировать его, разбив на группы, подметить особенности, присущие каждой, и сделать соответствующие выводы.

По происхождению все разрывы разделяются на самопроизвольные и виолентные или насильственные.

Сообразно патологическим условиям, вызвавшим разрыв матки, все случаи распределены на следующие группы:

- | | |
|--|-------------|
| I. Нормальный таз. Чрезмерная величина плода . . . | 15 случаев. |
| II. Поперечное положение плода | 10 „ |
| III. Неправильные тазы | 20 „ |

В отдельную группу не выделены случаи с placenta praevia, таковых было 2, они сочетались с неправильными тазами и отнесены к таковым.

Кроме того, не достаёт одной группы, где разрывы матки могли быть обусловлены патологическим изменением самой маточной мускулатуры, но за неимением достаточных сведений таковая группа отсутствует.

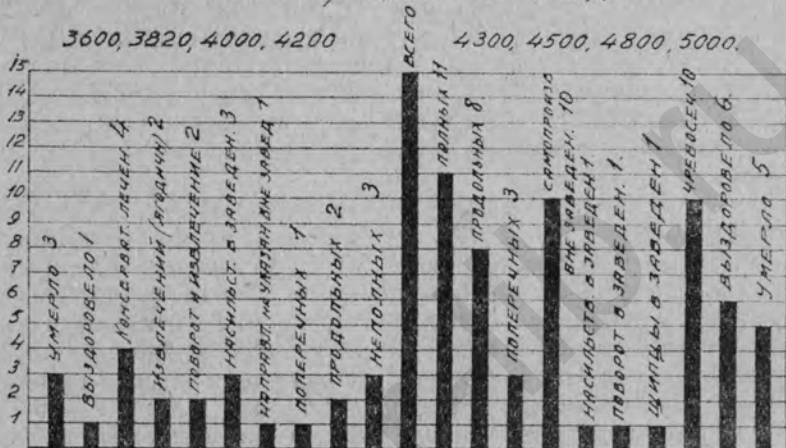
Не имея возможности изложить краткие сведения из истории болезни каждого случая, ограничусь приведением цифровых данных касательно каждой группы.

1. Нормальный таз. Чрезмерная величина плода (с 3600,0 до 5000,0)—15 случаев. Многородящих—14; первобеременных—1.

НОРМАЛЬНЫЙ ТАЗ.

табл. N:1

ЧРЕЗМЕРНАЯ ВЕЛИЧИНА ПЛОДА



Полных разрывов—11: 10 самопроизвольных вне заведения и 1 насильственный—в заведении. Из них—8 продольных и 3 солро-porrhexis.

ПОПЕРЕЧНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Таблица N:2



Терапия полного разрыва: 10—чревосечений и в 1-м случае насильственного происхождения (поворот и извлечение)—быстрая смерть от анемии. Выздоровело—6, умерло—5.

Неполные разрывы—3 случая violentных в заведении (2 продольных и 1 поперечный); лечение консервативное. Все 3 больные умерли. 1 случай—характер и направление разрыва не указано, выздоровление.

II. Поперечное положение плода—10 случаев (табл. № 2).

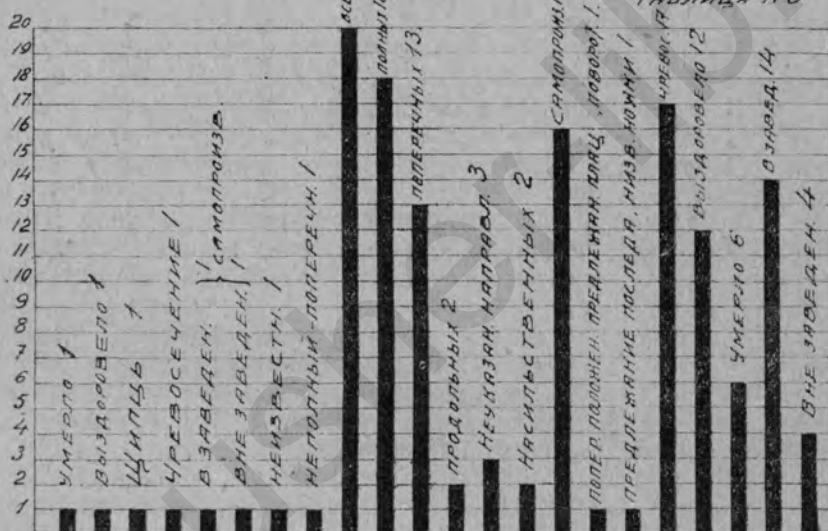
Полный разрыв насильственного происхождения в заведении—4 случая—поворот и извлечение, а в дальнейшем—чревосечение, из них 3 продольных и 1 поперечный. Выздоровело—2; умерло—2.

Неполный разрыв—4 раза и 2 случая—характер и направление разрыва не указано. Все 6 случаев самопроизвольные—вне заведения, из них 3 продольных и 1 поперечный. Терапия: Decaritatio—5. Поворот и извлечение—1. Чревосечение—2, влагалищное удаление матки—1. Умерло—5. Исход 1 случая не обозначен.

III. Неправильные тазы. В эту группу надо отнести 20 случаев разрыва матки (табл. № 3).

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ТАЗЫ.

ТАБЛИЦА № 3



Рассматривая группу полных разрывов—18 случаев, надо отметить—16 самопроизвольных и 2 насильственных; из последних: 1-й поперечное положение, предлежание последа—поворот и 2-й предлежание последа—низведение ножки. В заведении—14 и вне—4.

Преобладает поперечное направление разрыва—13 раз и продольное—2. В 3-х случаях направление разрыва не обозначено.

Терапия: чревосечение—17. Выздоровело—12, умерло—6.

К числу неполных разрывов относится 1 случай самопроизвольный—в заведении, с поперечным направлением. Выздоровление.

1 случай неизвестного характера и направления самопроизвольный,—вне заведения. Смерть.

Терапия: 1—чревосечение, 1—щипцы. Умерло—1, выздоровело—1.

Сопоставляя данные Московского родовспомогательного заведения за 25 л.—1877—1901 г.—с таковыми Родильного дома

им. проф. Снегирева в течение 25 л.—1898—1923 г.—получаем следующие цифры:

	Моск. род. зав.	Род. дом. им. проф. Снегирева.
Общее количество разрывов		
матки	124	45
Общая смертность	81 3/4%	48,8%
от анэмии	50%	50%
сепсиса	50%	36,4%
шока	—	9%
случайн. забол.	—	4,6%
Родоразрешение	per. vias natur.	оперативное

На основании всего вышеизложенного, надо притти к следующим выводам:

1. Самой частой причиной разрыва матки является несоответствие между размерами таза и величиною плода.

2. Насильственные разрывы в большинстве случаев имеют продольное направление.

3. При неправильных тазах разрывы располагаются поперечно между телом и шейкою.

4. В виду того, что при поперечном положении плода стенки матки испытывают наибольшее давление в боковых отделах, самопроизвольные разрывы при этом имеют чаще всего продольное направление.

5. Предрасполагающим моментом к разрыву являются тяжелые, длительные роды в прошлом, особенно оперативные, оставившие след в виде истончения маточной мускулатуры, обильного разращения соединит. ткани.

6. Что касается лечения—при полных разрывах—чревосечение; при этом надо стремиться по возможности предварительно не опорожнять матку, т. к. при понижении внутриматочного давления кровотечение из разрыва усиливается, обуславливая быструю смерть от анемии или плохой прогноз в дальнейшем.

7. При неполных разрывах, осложненных обширными гематомами тазовой клетчатки, надо применять чревосечение с рассечением и опорожнением гематомы, производя тщательный гемостаз и перитонизацию с выведением дренажа во влагалище или без такового в зависимости от случая.

8. Консервативное лечение должно применяться при неполных разрывах, не проникающих глубоко в клетчатку при отсутствии гематомы.

9. Во всех случаях разрыва матки пособие должно быть оказано без промедления.

10. Для предупреждения разрыва матки надо ограничить применение выжидательного метода при неправильных тазах. во всех случаях, где женщины перенесли трудные роды, законченные оперативно—широко рекомендуя поступление в специальные учреждения.

VII.

Из Родильного Дома имени Грауэрмана в Москве. (Директ. проф. М. Г. Сердюков).

К вопросу о ведении родов без внутреннего исследования *).

Д-ра Г. Е. ГОФМАНА.

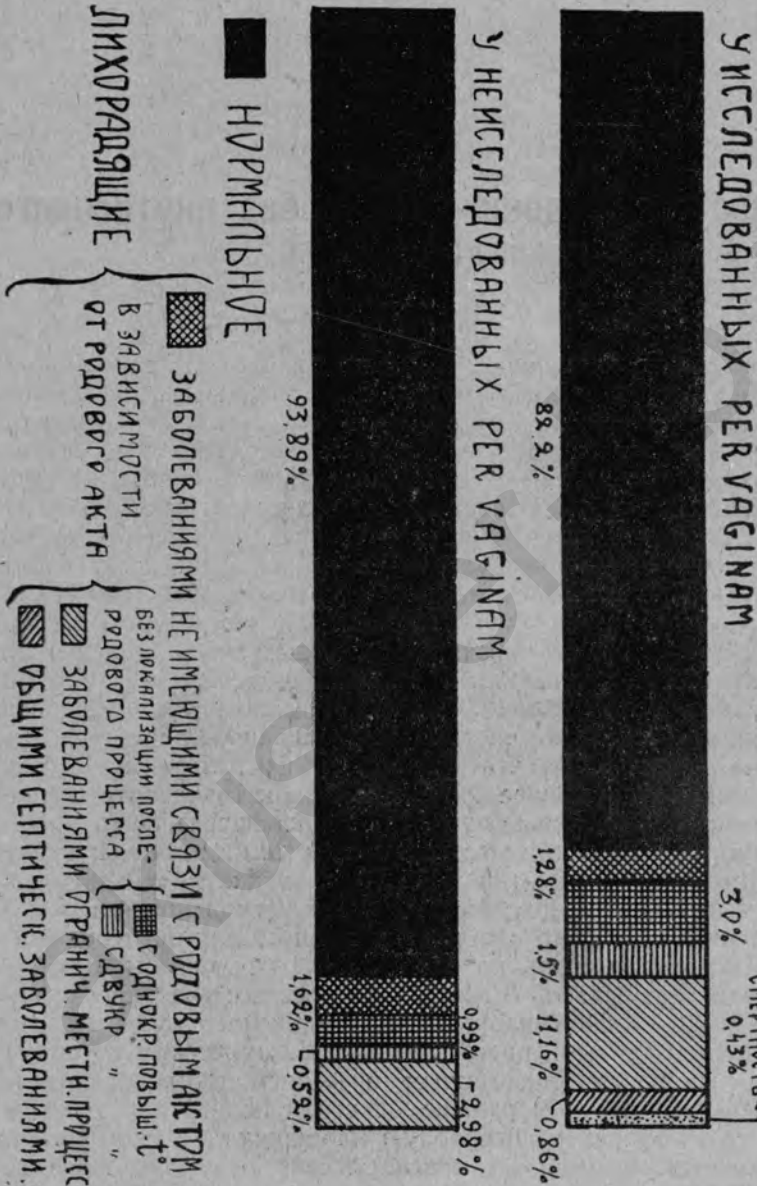
Не подлежит сомнению, что большой процент серьезных и смертельных пуэрперальных заболеваний являются следствием внесения инфекции извне в половую сферу. Главную опасность экзогенной инфекции представляют руки исследующего и, вообще, лица, приходящего в близкое соприкосновение с половыми органами роженицы, так что в настоящее время этот факт, по выражению Kehrer'a, является догмой. Никогда акушер не может быть уверен, что, производя внутреннее исследование с диагностической целью, подчас вовсе не оправдываемой требованием момента, он не знес инфекции, ибо абсолютно верного метода дезинфекции рук нет, так как при самой тщательной дезинфекции наши руки могут быть, как считают Vumm, Pankow, Neufeld, „keimarm, aber nicht keimfrei“. Да и введение в вагину пальца, предположим, абсолютно чистого (в стерильных перчатках, например), не гарантирует, что обитающая на вульве и в вагине флора не станет агрессивнее при механическом транспортировании ее в вышележащие половые пути, где не исключена возможность инокуляции инфекции в трещины и разрывы слизистой шейки, образующиеся при раскрытии зева. Сторонники внутреннего исследования, правда, утверждают, что в этом отношении опасность не велика, ибо все равно в течение первой недели послеродового периода бактерии эмигрируют выше в половые органы. Вряд ли можно провести параллель (Fritsch, Thaler) между физиологическим попаданием вагинальной флоры в полость матки с 3—4 дня или в конце первой недели puerperium'a с механическим проталкиванием ее вверх или экзогенным внесением микроорганизмов. Нельзя забывать, что чем раньше бактерии попадут на раневую поверхность матки, на плацентарную площадку с ее многочисленными зияющими сосудами, тем опасность инфекции увеличивается. Нельзя пренебречь и фактом, что к моменту физиологического попадания вагинальной флоры в матку, раневая ее поверхность

*) Доложено на VI-ом Всесоюзном Съезде акушеров-гинекологов в июне 1924 г. в Москве.

покрыта грануляционной тканью со всеми ее защитными приспособлениями против инфицирующего момента. Leopold еще в 90-х годах прошлого века поднял вопрос об ограничении применения внутреннего исследования. Автор доказал увеличение процента пuerперальных заболеваний у исследованных per vaginam,

ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Табл. № 1

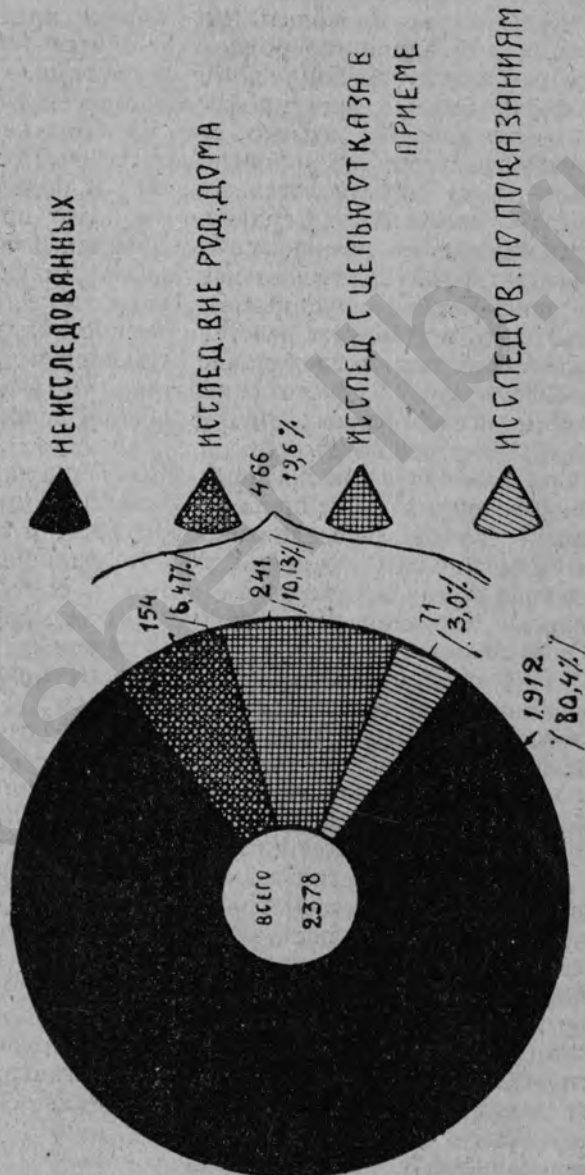


в виду этого он стал сторонником максимального ограничения внутреннего исследования. Leopold нашел сторонников своих доводов и последователей в лице Dhorn'a, Winter'a, Veit'a, Sperling'a, Goldberg'a, Krönig'a, и других авторитетных акушеров. Противники (Sänger, Strassmann, Hofmeier, Ahlfeld и др.) утвер-

ждали, что толщина, отек и напряжение брюшных мышц часто препятствуют точному исследованию, что выпадение мелких частей и пуповины недоступно распознаванию наружными приемами и по Ahlfeld'y (Monatsschr. f. Geburt. и Gynäkol. 1910, XXXI Band. 153 Seite) 99% родов до сих пор проводятся с внутренним исследо-

Табл. № 2.

ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ



ванием. Но многочисленные западно-европейские и заокеанские родовспомогательные заведения, благодаря очевидности связи пуэрперальной инфекции с внутренним исследованием (так, по Leopold'y у исследованных—20% послеродовых заболеваний, у неисследованных — 1,6%, по Jegge—у исследованных—8,6%, у неис-

следованных—3,6%, по Guggisberg'у при вагинальном исследовании—11,2%, без вагинального исследования—5,5%, а смертность у первых—0,12%, у вторых—0), стали его избегать. Abstinenz и Noninfektion стали необходимым условием в родовспоможении. Stoeckel, Bumm, Губарев, Labhardt считают возможным значительную часть родов проводить наружными приемами. Ed. Martin говорит, что большинство родов проводится наружным исследованием не только врачами, но и акушерками. У нас в России, несмотря на то, что еще профессор Макеев говорил, что внутреннее исследование должно быть „осторожным дополнением“ к наружному, почти все родовспомогательные заведения остаются верными этому методу исследования. В родильном доме имени Грауэрмана проф. М. Г. Сердюков проводит принцип максимального ограничения внутреннего исследования и большинство родов проводится преимущественно наружными приемами. Он считает, что в современной акушерской диагностике „на первый план должны быть выдвинуты рентгенодиагностика, метод бактериологического контроля, исследование per rectum“. За 1922 и 1923 год разрешилось без всякого оперативного вмешательства 2378 рожениц: исследованных 466 (19,6%), неисследованных 1912 (80,4%). (См. табл. № 1).

Сравнивая течение послеродового периода (табл. № 1) обеих групп, мы видим, что процент нормально протекавших случаев у первой группы (исследованных)—82,2%, у второй (неисследованных)—93,89%. В то время, как лихорадчивые заболевания, не имеющими связи с родовым актом, т. е. заболеваниями чисто случайного характера (pneumonia, gastroenteritis, bronchitis и т. под.), составляют почти одинаковый процент—у исследованных (1,28%) и у неисследованных (1,62%), среди первых гораздо больше лихорадчивых в связи с родовым актом. Так, лихорадчивые заболеваниями местного послеродового процесса у первой группы—11,16%, у второй—2,98%. Среди этой категории больных у исследованных endometritis puerperalis составлял 44,2%, у неисследованных—19,3%. У исследованных мы наблюдаем и параметриты, и кольпиты, и ulcera puerperalia, у неисследованных, кроме лохиометры и эндометрита, другие заболевания не имели места. Большой процент эндометритов и других локализованных послеродовых заболеваний, несомненно, подчеркивает, как много серьезного и опасного связано с применением внутреннего исследования, ибо мы часто не можем разграничить, где кончается местный процесс и где начинаются общие септические явления, и не можем учесть ряда обстоятельств, как вирулентность инфекции, местную и общую сопротивляемость организма, от которых зависит исход борьбы при всякой инфекции. Обращает внимание на себя факт, что септические заболевания, отсутствующие у неисследованных, у исследованных составляют 0,86%. Нельзя не обратить также внимание и на увеличение количества лихорадящих с диагнозом „без локализации“ послеродового процесса. Термин этот, надо сознаться, все еще имеющий право гражданства в диагностике послеродовых заболеваний, доказывает, как бедны и неточны наши диагностические методы исследования, ибо, как справедливо подчеркивают Бубличенко, Stoeckel, Fromme и др., большой процент нами недиагностируемых послеродовых

заболеваний относится, безусловно, к местным процессам, и вряд ли можно согласиться с авторами, считающими их „невинными“.

Касаясь вопроса частоты применения внутреннего исследования, наши цифры (см. табл. № 2) указывают, что исследованных было 466, т. е. 19,6%. Из них надо исключить 154 случая (см. табл. № 2), исследованных вне нашего родильного дома (но в других родовспомогательных заведениях), и 241 случай исследованных в нашем родильном доме с целью отказа в приеме, в виду отсутствия мест (но которые были оставлены в родильном доме, в виду наступающего родоразрешения), то исследованных по тем или иным показаниям (затруднения в определении подлежащей части, положении плода) всего 71 случай, т. е. 3%. Подчеркиваю, что среди этой группы исследованных не было патологического течения родов, а только затруднения в распознавании нормального характера родов одними наружными приемами исследования, которыми мы преимущественно пользуемся. Значит, 97% родов протекали совершенно нормально без моментов, осложняющих или затрудняющих ориентировку в положении плода, конструкции родовых путей и, вообще, в течении родов. Leopold считает, что 90% родов можно провести наружными приемами, Pankow — 71/2% случаев исследовал *per vaginam*, Kehrer говорит, что за последние 15 лет своей работы он ни разу не прибегнул к внутреннему исследованию, кроме оперативного вмешательства. Губарев, Pankow, Stoeckel, Sellheim, Winter, Labhardt, Walthardt и др. предлагают применять внутреннее исследование только тогда, когда данные наружных приемов открыли отклонение от нормы. Пользуясь только наружными приемами, удавалось не только распознавать подлежащую часть, ее вставление, но мы могли проследить дальнейшее течение родов, прохождение головки через полость и выход таза. С течением родов меняется локализация наиболее ясного сердцебиения плода, и чем оно медиальнее и ближе к симфизу, тем дальше продвинулась подлежащая часть. Гораздо более ценные данные получались при пользовании метода Schwarzenbach'a, который дает возможность проследить продвижение головки через полость и выход таза. Метод этот, как известно, состоит в следующем. При положении роженицы на боку (лучше на левом) правая рука исследующего располагается на нижней части крестца так, чтобы концы пальцев приходились между копчиком и *anus*'ом и, проникая вглубь и кверху, можно ощупать подлежащую часть. Jegge, Döderlein, Sachs, Гентер, Labhardt пользуются этим методом и также довольны его положительными результатами. Прием Piskacek'a, преследующий ту же цель, что и Schwarzenbach, менее удобен, ибо применение его при недостаточном навыке сопряжено с возможностью соскальзывания пальцев с половых губ в *introitus* вагины, равносильное внутреннему исследованию. В виду этого метод Piskacek'a большого распространения не получил. Существенным недостатком наружных методов исследования было до сих пор отсутствие возможности судить о степени раскрытия зева. Благодаря Schwitz-Unterberger'у, указавшим на то, что высоте стояния „Grenzring'a“ при нормальных родах соответствует определенная степень раскрытия зева, и этот важный фактор может быть теперь определен без вну-

треннего исследования. Проверяя данные Schatz-Unterberger'a, мы, как и Döderlein, Walthard, Seyffard, убедились, что благодаря этому приему число случаев, при которых приходится прибегнуть к внутреннему исследованию, сокращается. Ценные и важные данные дает рентгенодиагностика. Рентген прекрасно и ясно может представить картину родов в различные периоды (Warnekros, Neupemann). Положение плода, его предлежащая часть, многоплодие, состояние костного таза довольно отчетливо могут быть видны на рентгеновских снимках. К сожалению, немногие родовспомогательные заведения (мы в настоящее время пользуемся нашим рентгеновским кабинетом для указанной цели) имеют в своем распоряжении рентгеновские лучи, и посему в отечественном родовспоможении практического применения они не могут иметь. Если рентген—удел только клинических, хорошо оборудованных заведений, то в распоряжении каждого практического акушера имеется метод исследования, с успехом заменяющий вагинальный—ректальное исследование. Оно было предложено одновременно Krönig'ом и Ries'ом в 1894 году. В последнее время ректальное исследование заняло видное место на Западе в ряду других акушерских методов исследования. Walthard, Kehrer, Guggisberg, Sellheim, Pankow, Бекман, Шлапоберский, Jegge, Beuttner и ряд других авторитетных акушеров пользуются ректальным исследованием. Guggisberg на последнем немецком конгрессе акушеров-гинекологов в Иннсбруке сообщил, что родовспомогательные заведения в Швейцарии преимущественно пользуются ректальным исследованием. Мы с 1924 года также применяем ректальное исследование во всех случаях, когда наружные методы не дают достаточно данных для суждения о нормальном характере родов, и вполне довольны его результатами. Применяя ректальное исследование, мы имеем возможность определять открытие зева, предлежащую часть, пространственные соотношения последней с костным тазом. Затруднений не представляло и распознавание выпадения мелких частей и пуповины. О невозможности распознавания этого опасного для плода осложнения одними наружными приемами всегда указывали противники ограничения внутреннего исследования, но с введением ректального исследования затруднения в его определении не встречается. Возникают сомнения у противников ограничения применения внутреннего исследования, что, пользуясь одними наружными приемами, интересы матери охраняются в ущерб плоду. Такое одностороннее отношение в акушерской помощи не отвечало бы той цели, служить которой призвано акушерство. При современной точке зрения должно считать, что охрана интересов матери и плода в равной степени—критерий для суждения о должной постановке родовспоможения. Если сравнить мертворождаемость (без мацерированных) разных родовспомогательных учреждений, то увидим, что:

в Москве за 1909 г. на 25272 деторождений	557 мертворожденных	(2,2%)
" " 1910 " " 27877	644	(2,31%)
" " 1912 " " 29789	694	(2,33%)
" " 1913 " " 30962	740	(2,39%)
" " 1914 " " 31468	744	(2,46%)
Р. Д. им. Гра- урмана за 1922/23 " " 4182	81	(2%)

Следовательно, ограничение применения внутреннего исследования не увеличивает мертворождаемость; последнюю мы имеем даже меньше, чем в других родовспомогательных заведениях, которые по тем или иным причинам (принципиально ли сторонники вагинального исследования, педагогические ли соображения) *larga manu* пользуются этим методом исследования. От внутреннего исследования, конечно, нельзя совершенно отказаться. В тех немногих случаях, когда данные всех заменяющих вагинальное исследование методов все-таки не дают ясной и полной картины в течение родов, то необходимо мириться, как с неизбежным, прибегая к внутреннему исследованию. Точно также было бы непростительной ошибкой отказаться от вагинального исследования при наличии угрожающих для матери или плода опасностей, требующих немедленного точного выяснения показаний и условий для вмешательства. Современное акушерство имеет в своем распоряжении целый арсенал диагностических методов исследования (наружные приемы, прием Schwarzenbach'a, Piskacek'a, Schatz-Unterberger'a, рентгеновские лучи и ректальное исследование), дающие возможность обойтись без внутреннего, которое, как видели, является часто причиной тяжелой и опасной инфекции. В самом деле, ведь наружными приемами преимущественно определяется положение плода, его позиция, вид и подлежащая часть. Теми же приемами достигается дифференцировка головного от ягодичного предлежания. Неправильное вставление, напр., лицевое, прекрасно может быть распознано благодаря резкому углу, образуемому между экстензированной головкой и спинкой. Распознаванию подобного неправильного вставления много способствует и локализация места наиболее ясного сердцебиения плода: оно при лицевых вставлениях лучше прослушивается со стороны мелких частей. Главным образом применением наружных приемов мы получаем возможность судить о высоте стояния и направления контракционного кольца, его степени, и только этому приему мы обязаны своевременным вмешательством. В то время, как раньше противники ограничения применения внутреннего исследования указывали на несостоятельность наружных методов для определения раскрытия зева и продвижения головки, с применением метода Schatz-Unterberger'a и Schwarzenbach'a мы получили возможность судить и об этих важных моментах течения родов. Комбинацией наружных же приемов удастся получить диагностическое представление о состоянии плода во время родов при внимательном наблюдении за его сердцебиением. Мы не можем скрыть, что применение одного лишь наружного исследования в широком масштабе при массовом родовспоможении, кроме своих определенно положительных возможностей, имеет и свои недостатки. К ним относится, напр., потребность в увеличенном персонале, ибо при ведении родов в условиях одного наружного исследования требуется максимальное напряжение акушерской наблюдательности. С введением в широкую практику ректального исследования можно определенно сказать, что благодаря ему мы имели возможность судить о соотношениях размеров подлежащей части и костного таза, и в равной мере, как и при вагинальном исследовании, диагностировать выпадение мелких частей и пуповины. В то время как до введения ректаль-

ного исследования, мы в 3% должны были прибегнуть к вагинальному, то с 1924 года благодаря применению первого, второе (вагинальное) почти исключено при ведении нормальных родов и частота его применения исчисляется в десятых долях процента.

Ограничением *ad maximum* вагинального исследования, широким применением наружных методов вместе с ректальным и рентгеновскими лучами мы можем быть уверены, что в деле профилактики послеродовых заболеваний будет сделан большой шаг вперед. Акушер при внимательном, терпеливом, умелом наблюдении за силой, периодичностью и правильностью схваток, за температурой и пульсом матери, за отделяемым половых органов (нет ли кровотечения), за силой и частотой сердцебиения плода, может надеяться, что всякое отклонение от нормы своевременно может им быть отмечено и не будет упущен момент, когда потребуются вмешательство нашего искусства. Вопросы о внутреннем исследовании с педагогической целью, где необходимы профилактические меры, как аутовакцинация, предварительное обучение учащихся ректальному исследованию и т. д., не коснусь в настоящей своей работе (это послужит предметом специальной моей работы, равно как детальное рассмотрение ректального исследования, его положительных и отрицательных сторон).

Считаю своим долгом выразить благодарность проф. М. Г. Сердюкову за предложенную тему, предоставление литературы и указания при выполнении работы.

На основании наших и литературных данных приходим к следующим выводам:

1) Внутреннее исследование может являться моментом, способствующим внесению инфекции в половые органы роженицы, и исследованные *per vaginam* чаще заболевают пуэрперальным процессом.

2) Пуэрперальные заболевания у исследованных принимают более тяжелый характер и чаще отмечается переход их в общие септические заболевания.

3) Внутреннее исследование не должно применяться при нормальных родах. Большинство нормальных родов может быть проведено при контроле одними наружными методами.

4) Большим подспорьем при ведении нормальных родов являются методы Schatz-Unterberger'a и Schwarzenbach'a. Ректальное исследование по точности добываемых данных и благодаря возможности судить о состоянии таза вместе с другими экстравагинальными методами исследования, по праву может считаться методом, заменяющим вагинальное исследование.

5) Внутреннее исследование должно применяться по строго определенным показаниям, когда данные всех экстравагинальных методов исследования не дают ясной картины и нет уверенности для суждения о нормальном характере родов, или при наличии угрожающих для матери или плода опасностей, требующих немедленного точного выяснения условий и показаний для вмешательства.

6) Ограничение применения внутреннего исследования не увеличивает мертворождаемость.

Обзор 133 случаев эклямпсии, наблюдавшихся в I-м Выборгском родильном приюте за время с 1899 г. по 1921 г.

Л. Н. АДАМОВИЧ.

Посвящается памяти Дмитрия Адриановича Парышева.

Работа эта возникла по инициативе покойного Дмитрия Адриановича Парышева. Д. А. последнее время очень интересовался вопросами о лечении эклямпсии. Уезжая в летний отпуск в июле 1922 г., он просил меня просмотреть все случаи эклямпсии, прошедшие через родильный приют, за возможно больший период времени и подготовить материал к первому осеннему заседанию акушерского общества, где предполагался к слушанию доклад профессора В. В. Строганова по этому вопросу. Работа моя затянулась, т. к. приняла значительно больший размер, чем мы предполагали ранее, но главные цифровые данные были представлены мной своевременно и доложены Д. А. при обсуждении доклада проф. В. В. Строганова.

Труд свой я рассчитывала посвятить юбилею Д. А., по поводу 25-ти-летия заведывания им Выборгским родильным приютом, исполнившемуся 25-го сентября 1922 г. Но судьба готовила ему другое назначение.

В первых числах ноября работа моя была закончена и я передала ее на рассмотрение Д. А. После этого я виделась с Д. А. всего лишь один раз—16-го ноября и он, извиняясь, что не успел прочесть моей работы, обещал к следующему свиданию (посещению приюта) непременно просмотреть ее. Здоровье Д. А. за последнее время было настолько плохо, что не позволяло ему часто выходить из дому и только 30-го ноября он выехал в приют. К несчастью, ему не удалось больше повидать свое любимое детище, которому он посвятил свой тридцатипятилетний труд, и по пути в родильный приют он, как известно, скончался.

Д. А. с большим интересом следил за ходом моей работы, ему были известны все детали ее, он был очень доволен полученными результатами. Но мне было грустно и обидно, что Д. А., как мне казалось, не успел просмотреть работы в целом и я не

имела возможности выслушать его авторитетное мнение о ней. Долго мне не хотелось открывать свою работу, но когда недавно я стала просматривать ее вновь, то к большому своему удовольствию заметила в двух местах пометки карандашом, характерным бисерным почерком Д. А. Одна пометка относилась к термину— лечение эклямпсии, что я изменила соответственно его указанию; вторая стояла против: сведения о послеродовом периоде. Фразу разобрать мне не удалось, но очевидно, что данные показали Д. А. недостаточными. Я вполне с ним согласна, этот отдел недостаточно освещен, но, к сожалению, из больничных листов ничего, кроме изложенного мной, нельзя было почерпнуть. До конца рукописи заметны точечные следы карандашом, но отсутствие в дальнейшем пометок, дает мне право на приятную уверенность, что работа моя была одобрена покойным Д. А.

Переходя к обзору, должна отметить, что материал, взятый мной для исследования из 1-го Выборгского родильного приюта, проведен под руководством и непосредственным наблюдением покойного Д. А. при деятельном участии его помощников, бывших в то время еще молодыми врачами, как-то: профессора Л. Л. Окничица, д-ра М. Л. Банщикова, д-ра Замятиной, д-ра Платана. Мое личное участие в работе приюта началось только с 1916 года. За время с 1899 г. по 1921 год, в течение 23 лет, через приют прошло 32.464 роженицы, родильницы и беременные. Из этого числа в 133 случаях наблюдалась эклямпсия, что дает 4 : 1000 или 0,4% заболеваемости эклямпсией.

Из общего числа в 84 случаях, т. е. 63,1%, имелась эклямпсия *sub partu* и в 49 случаях, т. е. 36,9%, эклямпсия *post partum*. В случаях эклямпсии *sub partu* одна больная была переведена в больницу до родоразрешения, и дальнейших сведений о ней не имеется, у 53 припадки эклямпсии заканчивались с родоразрешением, а у остальных 30 они продолжались и в послеродовом периоде. Для удобства наблюдения я разделила весь материал на три основных группы: в первую группу вошли 53 случая эклямпсии, начавшейся и закончившейся в родовом периоде; во вторую—30 случаев эклямпсии, начавшейся в родовом периоде и продолжавшейся в послеродовом периоде и, наконец, в третью группу—49 случаев эклямпсии, начавшейся только в послеродовом периоде. При этом делении я исключила вышеуказанный случай больной, переведенной в больницу до родоразрешения (он будет причислен к первой группе в отд. а и б). Вообще, должна оговориться, что не о каждой больной имеются полные сведения, а потому, различные данные будут соответствовать неодинаковому числу случаев, что и будет отмечаться каждый раз.

Более детально весь материал разобран мной в следующих направлениях: а) по годам и месяцам, б) по числу родов, в) по срочности родов, г) по форме тазов, д) по продолжительности родов, е) по течению послеродового периода, ж) по осложнениям родов, з) по лечению эклямпсии, и) по характеру припадков (число, продолжительность, начало, окончание и т. д.), к) по смертности матерей, л) по смертности детей.

А) По годам и месяцам. 133 случая. Таблица 1 и 2.

Таблица 1-я.

Г О Д.	Число роженец.	Число эклампсий.	Основные группы.		
			I	II	III
1899	1404	3	1	—	2
1900	1382	2	2	—	—
1901	1647	9	5	2	2
1902	1886	6	3	2	1
1903	1338	3	2	1	—
1904	1413	4	1	2	1
1905	1553	4	3	—	1
1906	1720	8	5	—	3
1907	1836	3	1	1	1
1908	1850	4	—	2	2
1909	1546	11	3	1	7
1910	1691	11	5	3	3
1911	1721	7	2	2	3
1912	1913	6	1	2	3
1913	1804	8	5	2	1
1914	1970	16	5	5	6
1915	1840	6	1	1	4
1916	1689	7	3	2	2
1917	1279	7	4	—	3
1918	640	2	—	2	—
1919	248	3	1	—	2
1920	248	1	1	—	—
1921	597	2	—	—	2
ИТОГО	32464	133	54	30	49

Таблица 2-я.

М Е С Я Ц А.	Случаи.	М Е С Я Ц А.	Случаи.
Январь	15	Июль	6
Февраль	11	Август	16
Март	13	Сентябрь	11
Апрель	6	Октябрь	21
Май	10	Ноябрь	12
Июнь	6	Декабрь	6
		Итого	133

Б) По числу родов. Сведения о 133 сл. Таб. 3-а и 3-б.

Т а б л и ц а 3-а.

Основные группы.	Число роженц.	Первородящ.	%	Повторнород.	%
I	54	47	87	7	13
II	30*	26	86,7	4	13,3
III	49	31	63,3	18	36,7
Итого	133	104	78,2	29	21,8

Т а б л и ц а 3-б.

Основные группы.	Число случаев.	Число первородящ.	%	Число повторнород.	%
I и II	84	73	87	11	13
III	49	31	63,3	18	36,7
Первородящих				78,2%	
Повторнородящих				21,8%	

Из табл. 3-б видим, что % повторнородящих при эклампсии post partum (36,7) значительно превышает таковой при эклампсии sub partu (13) и наоборот: % первородящих при эклампсии sub partu (87) превышает таковой при эклампсии post partum (63,3).

В) По срочности родов. Сведения о 131 сл. Таблица 4.

Т а б л и ц а 4.

Основные группы.	Число роженц.	Роды срочные.	%	Роды преждеврем.	%
I и II	82	69	81,7	15	18,3
III	49	44	89,8	5	10,2
Итого	131	111	84,7	20	15,3
Срочных родов			84,7%		
Преждевременных родов				15,3%	

Г) По форме тазов. Сведения о 123 сл. Таблица 5.

Таблица 5.

Число роженец.	Таз правильн.		Таз неправи.		Таз общ. сужение.		Таз плоский.	
	число	%	число	%	число	%	число	%
123	71	57,8	52	42,2	34	27,6	18	14,6
Таз правильный						57,8%		
" неправильный						42,2%		

Д) По продолжительности родов. Сведения о 126 сл. Таблицы 6-а, б, с и д.

Таблица 6-а.

Общая продолжительность родов.

Основные группы.	Число роженец.	Роды закончились в течение часов.									
		12 ч.		24 ч.		36 ч.		48 ч.		более 48 ч.	
		число	%	число	%	число	%	число	%	число	%
I	50	6	12	24	48	11	22	5	10	4	8
II	30	12	40	11	36,7	4	13,3	2	6,7	1	3,3
III	46	28	60,9	16	34,7	1	2,2	1	2,2	—	—
Итого	126	46	36,5	51	40,4	16	12,7	8	6,4	5	4,0
Общая продолжительность родов до 12 ч. дает		36,5%									
" " " от 12 до 24 ч. дает		40,4%									
" " " " 24 " 48 " и более		23,1%									

Таблица 6-б.

Продолжительность родов у перво- и повторнородящих.

Основные группы.	Число роженец.	Роды закончились в течение 12 час.				Роды продолжались от 12 до 24 ч.				Роды продолж. от 24 до 48 ч. и более.			
		Перво-родящ.		Повторнород.		Перво-родящ.		Повторнород.		Перво-родящ.		Повторнород.	
		число	%	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%
I	50	3	6	3	6	23	46	1	2	18	36	2	4
II	30	5	16,7	7	23,3	9	30	2	6,7	7	23,3	—	—
III	46	12	26,1	16	34,7	15	32,6	1	2,2	2	4,4	—	—
Итого	126	20	15,9	26	20,6	47	37,3	4	3,2	27	21,4	2	1,6

Таблица 6-с.

Сравнение общего % продолжительности родов у перво- и повторно-рождающих.

	%	
	Перво-рождающих	Повторно-рождающих
Роды закончились в продолжение 12 час.	15,9	20,6
Роды продолжались от 12 до 24 часа.	37,3	3,2
Роды продолжались от 24 до 48 часов и более	21,4	1,6

Таблица 6-д.

Разделение 126 случаев на перво- и повторнородящих и % продолжительности родов в каждой группе.

	Число слу- чаев	Продолжительность родов					
		До 12 ч.	%	От 12 до 24 ч.	%	От 24 до 48 ч. и более	%
Первородящих	94	20	21,3	47	50	27	28,7
Повторнородящих	32	26	81,2	4	12,5	2	6,3

Таким образом, мы видим, что продолжительность родов у первородящих значительно больше, чем у повторно-рождающих, при чем в группе первородящих 50% родов закончились в течение от 12 до 24 часов и 28,7% в течение от 24 до 48 час. и более, а в группе повторно-рождающих 12,5% в течение от 12 до 24 часов и 6,3% в течение от 24 до 48 часов и более.

Е) По течению послеродового периода. Сведения о 131 сл. Таблица 7.

Таблица 7.

Основные группы	Число ро- женц	Число Ли- хорадных	%	Повышен. t° одно- кратн.		Повышен. t° много- кратн.	
				%	%	%	%
I	52	18	34,6	5	9,6	13	25
II	30	15	50	2	6,6	13	43,4
III	49	12	24,4	3	6	9	18,4
Итого	131	45	34,3	10	7,6	35	26,7
Лихорадило						34,3%	
Повышение t° однократн.						7,6%	
Повышение t° многократн.						26,7%	

Ж) По осложнениям родов. Сведения о 131 сл. Таблица 8.

Осложнения родов в связи с эклампсией интересуют нас, главным образом, в первых двух группах, где эклампсия уже налицо и может влиять на роды тем или иным способом. В третьей группе родовой период не сопровождается припадками эклампсии и последняя казалось бы не имеет связи с ним, тем не менее, принимая во внимание, что процесс эклампсии начинается еще до появления припадков, с вероятностью можно допустить и здесь ее влияние. Поэтому я помещаю сведения и о третьей группе, только выделяю их, чтобы они не изменили выводов первых двух групп.

Таблица 8.

Основн. группы	Число роженц	Число осложнен.	%	Слабость потуг	%	Задержка не по следа	%	Атония матки	%
I	52	12	23	6	11,6	2	3,8	4	7,6
II.	30	6	20	4	13,3	—	—	2	6,7
Итого	82	18	22	10	12,2	2	2,5	6	7,3
III.	49	2	4	2	4	—	—	—	—

Таким образом, в первых 2-х группах осложнения родов имелись в 22%, а в 3-й группе в 4%, при чем слабость брюшного пресса наблюдалась в 55,5% в первых 2-х группах (10 случаев из 18-ти) и в 100% в третьей группе (2 из 2-х).

3) Лечение эклампсии. Сведения о 132 случаях.

Сюда я отношу пособия, применяемые нами в родовом и послеродовом периоде в связи с процессом эклампсии, а именно: ускоренное родоразрешение, лечение наркотиками, кровопускание, подкожное вливание физиологического раствора поваренной соли и влажные обертывания. В зависимости от различия пособий и комбинации их, я разделяю весь материал на четыре группы: первая—представляет роженц, не подвергавшихся никакому лечению, вторая—подвергалась ускоренному родоразрешению, третья—лечению наркотиками, четвертая—ускоренному родоразрешению и лечению наркотиками. Кроме того, должна прибавить, что все больные, как правило, подвергались тщательному уходу и покою (изоляции).

В таблице 9-й я представляю вышеуказанное деление на 4 группы, смертность в каждой из них, распределение каждой группы по основным группам и общую смертность.

Таблица 9.

Основн. группы	Число роже-ниц		Без лечения		Ускоренное родоразрешен.		Лечение наркотиками		Лечение наркотик. и ускоренное родоразрешен.									
	Смерть	0/0	Смерть	0/0	Смерть	0/0	Смерть	0/0	Смерть	0/0								
I . . .	53	3 5,6	8	15,1	—	0	19	35,9	—	0	3	5,6	2	66,6	23	43,4	1	4,3
II . . .	30	2 6,6	1	3,3	—	0	2	6,6	—	0	5	16,7	1	20	22	73,4	1	4,5
III . . .	49	3 6,1	9	18,4	—	0	—	—	—	0	40	81,6	3	7,5	1)	—	—	—
Итого .	132	8 6	18	13,7	—	0	21	15,9	—	0	48	36,3	6	12,5	45	34,1	2	4,4

Отсюда мы видим, что группа, не подвергавшаяся никакому лечению, составляет 13,7% со смертностью 0%, группа с ускоренным родоразрешением составляет 15,9% со смертностью 0%, группа с лечением наркотиками составляет 36,3% со смертностью в ней 12,5% и группа с ускоренным родоразрешением и лечением наркотиками составляет 34,1% со смертностью 4,4%.

Переходя к более детальному рассмотрению пособий при эклампсии, остановлюсь сначала на способах, ускоряющих родоразрешение, что и представляю в таблицах 10-а и б. Должна оговориться относительно послеродовой эклампсии: здесь также встречается ускоренное родоразрешение и хотя последнее было вызвано другими причинами, а не явлениями эклампсии, я все же помещаю эти случаи, считаясь с возможностью скрытого периода эклампсии, и, как в предыдущих аналогичных случаях, выделяю III-ю группу особо, чтобы не изменить результаты первых 2-х групп.

Таблица 10-а.

Основные группы	Число роже-ниц		Пособия уско-ряющие роды		Щипцы		Кесарское се-чение		Перфорация		Извлечение		Кристаллер		Растяжение зева	
	Смерть	0/0	Смерть	0/0	Смерть	0/0	Смерть	0/0	Смерть	0/0	Смерть	0/0	Смерть	0/0	Смерть	0/0
I . . .	53	42 79,2	31	58,3	2	3,7	—	—	4	7,5	1	1,8	4	7,5	—	—
II . . .	30	24 80	16	53,3	—	—	—	—	1	3,3	—	—	7	23,3	—	—
Итого .	83	66 79,5	47	56,7	2	2,4	—	—	5	6,0	—	—	11	13,3	—	—
III . . .	49	2 4	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

1) Опущены 2 случая щипцов, которые будут указаны в таблице 10-б, а в данной таблице они отнесены к группе лечения наркотиками.

Т а б л и ц а 10-в.

Основн. группы	Пособия, ускоряющ. роды	Щипцы	%	Кесарск. сечение	%	Перфорация	%	Извлечение	%	Кристалл. дер.	%	Растяжные зева	%
I	42	31	73,8	2	4,8	—	—	4	9,6	1	2,3	4	9,5
II	24	16	66,6	—	—	1	4,2	—	—	7	29,2	—	—
Итого . .	66	47	71,2	2	3	1	1,5	4	6,1	8	12,1	4	6,1
III	2	2	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Таким образом, мы видим: из таблицы 10-а, что ускоренное родоразрешение применялось в 79,5% в первых 2-х группах и в 4% в 3-й группе; из таблицы 10-б, — что при ускоренном родоразрешении щипцы накладывались в 71,2% в первых 2-х группах и в 100% в 3-й группе.

Лечение наркотиками. 132 случая. Таблица 11.

Из наркотических средств применялись: Chloral hydrat, Morphii muriaticum и Chloroform, при чем, каждый из препаратов применялся как самостоятельно, так и в комбинации с другими.

В применении наркотиков определенной схемы не придерживались, а индивидуализировали каждый случай, в зависимости от общего состояния больной, частоты и тяжести припадков. Chloral hydrat чаще всего применялся в клизмах от 1,0 до 1,5 на клизму, но иногда и внутрь 0,3—0,5 на прием; Morph. — в виде 1%—2% раствора под кожу. Последнее время за недостатком Chloral hydrat'a, давали N. Br. по 0,3—0,5 на прием.

В таблице 11-й указано количество больных, подвергавшихся лечению наркотиками, по группам, комбинации применявшихся наркотиков и процентные отношения их.

Т а б л и ц а 11.

Основн. группы	Число случаев	Подвергав. лечен. наркотиками	Chloralhydrat и Morph.		Chloral hydrat		Morph.		Chloralhydrat и Natr. Bromat.		Morph. и Brom.		Natr. Brom.	
			%	%	%	%	%	%	%	%				
I	53	28	52,8	11	20,7	4	7,5	6	11,3	3	5,7	2	3	2,3
II	30	27	90	23	76,7	1	3,3	2	6,7	1	3,3	—	—	—
III	49	40	81,6	30	61,2	7	14,3	—	—	2	4,1	1	2	—
Итого . .	132	95	72	64	48,4	12	9,1	8	6	6	4,5	3	2,5	2,5

Из таблицы 11-й видим, что наркотики применялись в 72%, при чем из них Chloral hydrat + Morph. pur. в 64%, Chloral hydrat самостоятельно в 12%, Morph. самостоятельно—8%.

Кровопускание, подкожное вливание физиологического раствора и влажные обертывания применялись по 3 раза каждый, что дает 2,2%. Это были самые тяжелые случаи, и из них 2 больных погибло и одна выздоровела.

И) По припадкам эклампсии сведения о 119 случаях. Таблицы: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 и 26.

Таблица 12.

Распределение общего числа припадков по основным группам.

Основные группы.	Число случаев.	Число припадков.	Среднее число припадков на один случай.
I	47	173	3,6
II	27	263	9,7
III	45	270	6
Итого . . .	119	706	6

119 больных имели в общем 706 припадков; таким образом, среднее число припадков на 1 случай=6.

Количество припадков в отдельных случаях и разделение их по основным группам представлено в таблице 13-й.

Таблица 13.

I группа 47.			II группа 27.			III группа 45.				
Число припадк.	Число случаев.	%	Число припадк.	Число случаев.	%	Число припадк.	Число случаев.	%		
По 1	у 11	23,4	По 2	у 1	3,7	По 1	у 13	28,9		
" 2	" 12	25,7		" 3	" 1		3,7	" 2	" 6	13,9
" 3	" 9	19		" 4	" 2		7,4	" 3	" 6	13,9
" 4	" 4	8,5		" 5	" 3		11,1	" 4	" 5	11,2
" 5	" 6	12,9		" 6	" 4		14,9	" 5	" 2	4,4
" 6	" 1	2,1		" 7	" 1		3,7	" 7	" 4	8,9
" 7	" 1	2,1		" 8	" 3		11,1	" 8	" 1	2,2
" 16	1 2	4,2		" 9	" 2		7,4	" 9	" 1	2,2
" 20	" 1	2,1		" 10	" 2		7,4	" 11	" 3	6,6
				" 12	" 3		11,1	" 14	" 1	2,2
			" 14	" 1	3,7	" 19	" 1	2,2		
			" 18	" 1	3,7	" 36	" 1	2,2		
			" 19	" 1	3,7	" 50	" 1	2,2		
			" 20	" 1	3,7					
			" 35	" 1	3,7					

Из таблицы 13 видим, что в первой и третьей группах значительное число больных имело всего лишь от 1-го до 3-х припадков (1-я группа 68,1% и 3-я—56,7%), в то время, как во 2-й группе только 7,4% имели 2—3 припадков.

Разделение припадков эклампсии II-й группы на припадки до родов и после родов—таблица 14.

Распределение припадков по количеству в отдельных случаях—до родов—таблица 15, после родов—таблица 16.

Индивидуальное расположение припадков до и после родов в каждом отдельном случае—таблица 17.

II-я группа. 27 случаев:

Таблица 14.

Припадки до родов и после родов.

	Общее число припадков	Среднее число припадков на 1 случай
Припадки до родов	123	4,5
„ после родов	140	5,2
Итого	263	9,7

Таблица 15.

Припадки до родов.

Число припадков	Число случаев	%
По 1	7	25,9
„ 2	3	11,1
„ 3	1	3,7
„ 4	2	7,4
„ 5	3	11,1
„ 6	5	18,5
„ 7	2	7,4
„ 8	1	3,7
„ 9	1	3,7
„ 10	1	3,7
„ 13	1	3,7

Таблица 16.
Припадки после родов.

Число припадков			Число случаев		%	Число припадков			Число случаев		%
По	1	у	6	22,2	По	7	у	2	7,4		
"	2	"	6	22,2	"	12	"	1	3,7		
"	3	"	3	11,1	"	14	"	2	7,4		
"	4	"	2	7,4	"	31	"	1	3,7		
"	5	"	4	14,8							

Таблица 17.
Индивидуальное распределение припадков.

Припадки до родов	Припадки после родов	Всего припадков в отдельных случаях	Припадки до родов	Припадки после родов	Всего припадков в отд. случаях
1	1	2	7	1	8
2	1	3	1	7	8
2	2	4	6	3	9
1	3	4	8	1	9
2	3	5	6	4	10
1	4	5	9	1	10
3	2	5	10	2	12
1	5	6	7	5	12
1	5	6	13	1	14
1	5	6	6	12	18
4	2	6	5	14	19
5	2	7	6	14	20
5	7	12	4	31	35
6	2	8			
Итого.	35	44	79	96	184

Таким образом, во 2-й группе 25,9% больных имели по 1-му припадку до родов и 22,2% имели по 1-му припадку после родов. Наибольшее число припадков у одной больной было 35.

Таблица 18.

Начало припадков до окончания родов в часах в первых 2-х группах. 63 случая представлены в таблицах 18 и 19,

Припадки начались перед окончанием родов за время:	Число случаев.		
	I группа.	II группа.	Всего.
От 5 мин. до 1 часу	10	9	19
" 1 часу " 2 "	6	4	10
" 2 " " 3 "	4	3	7
" 3 " " 4 "	4	2	6
" 4 " " 5 "	1	1	2
" 5 " " 6 "	2	2	4
" 6 " " 7 "	2	1	3
" 7 " " 8 "	2	—	2
" 9 " " 10 "	1	—	1
" 10 " " 11 "	2	1	3
" 11 " " 12 "	2	1	3
" 12 " " 13 "	—	1	1
за 3 " " 18 часов	1	—	1
" " " 21 "	1	—	1
Итого	38	25	63

Таблица 19.

Начало припадков до окончания родов в % — в 63 случаях.

	Случаи	%
За 1 час до окончания родов	19	30,1
" 2 " " " "	10	15,8
" 3 " " " "	7	11,1
" 4 " " " "	6	9,5
" 5 " " " "	2	3,2
" 6 " " " "	4	6,3
От 6 до 21 часа	15	24

} 76%

Таким образом, припадки эклампсии в 76% начинались в течение ближайших 6 ч. до окончания родов.

Время последнего припадка после родов в часах во 2-й группе. 28 случаев. Представлено в таблицах 20-й и 21-й.

Таблица 20.

Число часов после родов	Число случаев	Число часов после родов	Число случаев
От 10 м. до 30 м.	5	" 9 " " 10 "	1
" 2 ч. до 3 ч.	3	" 13 " " 14 "	3
" 3 " " 4 "	2	" 14 " " 15 "	1
" 4 " " 5 "	2	Через 17 ч.	1
" 5 " " 6 "	1	" 19 "	1
" 6 " " 7 "	1	" 48 "	2
" 7 " " 8 "	1	" 59 "	1
" 8 " " 9 "	2	На 5 день	1
Итого	17	Итого	11

Таблица 21.

Время последнего припадка после родов в %—28 случаев.

	Число случаев	%
В течение 1/2 часа	5	18,5
" первых 1/2 суток	18	64,3
" вторых 1/2 "	6	21,4
" 2-х дней	2	7,3
" 3-х "	1	3,5
" 5-ти дней	1	3,5

Таким образом, припадки эклампсии во 2-й группе в 64,3% случаев закончились в первые 12 часов после родов.

Начало и конец припадков после родов в часах в 3-й группе. 41 случай. Таблицы: 22, 23, 24 и 25.

Таблица 22.

Начало припадков после родов в часах—41 сл.

Число часов	Число случаев	Число часов	Число случаев
От 15 м. до 1 ч.	10	Через 13 ч.	1
" 1 ч. до 2 ч.	5	" 15 "	2
" 2 " " 3 "	5	" 16 "	1
" 3 " " 4 "	2	" 29 "	1
" 5 " " 6 "	6	На 4 сутки	1
" 6 " " 7 "	1	" 6 "	1
" 7 " " 8 "	1	" 7 "	1
" 9 " " 10 "	3		

Таблица 23.

Начало припадков после родов в % — 41 случай.

	Случаи	%
В течение 1 час.	10	24,4
" 2 "	5	12,2
" 3 "	5	12,2
" 4 "	2	5
От 5 ч. до 6 "	6	14,6
" 6 " " 12 "	5	12,2
" 12 " " 24 "	4	9,7
От 1 суток до 7 суток.	4	9,7

68,4%

Таким образом, в 3-й группе припадки эклампсии в 68,4 случаях начались в течение ближайших 6-ти часов после родов

Таблица 24.

Конец припадков после родов в часах — 41 случай.

Ч И С Л О Ч А С О В	Число случаев.
От 15 мин. до 1 часа.	3 случ.
" 1 часа " 2 "	4 " "
" 3 " " 5 "	4 " "
" 5 " " 7 "	2 " "
" 8 " " 10 "	4 " "
" 10 " " 12 "	5 " "
" 12 " " 13 "	2 " "
Через 15 час.	2 " "
" 17 "	2 " "
" 18 "	2 " "
" 19 "	2 " "
" 21 1/2 "	1 " "
" 26 "	1 " "
" 28 "	1 " "
" 29 "	1 " "
" 30 "	1 " "
" 37 "	1 " "
На 4 сутки	1 " "
" 6 "	1 " "
" 7 "	1 " "

Таблица 25.

Конец припадков после родов в ‰—41 случай.

	Число случаев	‰
В течение первых $\frac{1}{2}$ суток	22	53,7
„ вторых $\frac{1}{2}$ „	11	26,8
На вторые сутки	5	12,2
От 2 до 7 суток	3	7,3

Таким образом, в 3-й группе припадки эклампсии в 53,7% случаев закончились в течение ближайших 12-ти часов после родов.

В таблице 26 указано, за какое время до смерти был последний припадок эклампсии в 8-ми летальных случаях.

Таблица 26.

8 случаев.

Число случаев	За время	‰
1-й	за 2 часа	25
2-й	„ 5 час. 40 мин.	
3-й	„ 17 часов	25
4-й	„ 20 часов	
5-й	„ 1 сутки	50
6-й	„ 1½ суток	
7-й	„ 3 суток	
8-й	„ 3½ суток	

Таким образом, в наблюдаемых нами случаях смерть наступила в 50% в течение от 1 до 3½ суток после последнего припадка; в 25% в течение 1-х суток и 25% в течение от 2 до 6 час.

К) Смертность матерей. Сведения о 132 случаях.

Из общего числа наблюдаемых погибло 8, т. е. 6%.

Представляю краткое описание 8 летальных случаев:

1. Больная К.: умерла, не разрешившись; первородящая, таз общесужен. родовая деятельность в самом начале. Поступила в припадке эклампсии, припадки начались за 4 часа до поступления в приют. Без сознания, общие отеки, в моче белок. Припадки тяжелой формы, в течение 17½ часов было 16 припадков. Последний припадок за 5 ч. 40 м. до смерти. В приюте пробыла 12 ч. 50 м., t-га 36,8, п.—102. С целью ускорить роды применялись горячие души. Наркотики: Sol. Morph. pur. 2% — 3 шприца по 1,0 под кожу и Chloral hydrat в клизме 1 раз.

2. Больная К., 24 лет: умерла на 4 сутки после родов. Беременна 3-й раз, роды преждевременные. Поступила в приют за 5 дней до родов в припадке эклампсией, без сознания. На 5-й день родила мацериров. младенца в ягодичном положении. Число припадков в листке не отмечено. После родов припадки не повторялись. Последний припадок за 3-е суток до смерти. В сознание после родов не приходила. Отмечено: судорожное подергивание лица и общие отеки. Первые дни по поступлении t° была нормальной; но за сутки до родов поднялась до 39° — 40° и так держалась до самой смерти. Из наркотиков применялись Sol. Morph. pur. и Chloral hydrat.

3. Больная П., 18 лет: умерла через 16 часов после родов. Первородящая, роды срочные, таз правильный, продолжительность родов 26 ч. 30 м. Припадки начались за 11 ч. до родов, числом 20, последний припадок за 17 час. до смерти. Вначале плод был жив, затем сердцебиение стало неслышно. Наложены щипцы при полном открытии и головке в полости таза. Младенец извлечен мертвым. После родов припадки не возобновлялись. Имелись незначительные отеки, в моче белок. Из наркотиков применялись Chloral hydrat и Morph.

4. Больная Ч., 19 л.: умерла на 3-й день после родов. Первородящая, роды срочные, таз правильный. Припадки начались за 1 час до родов, числом 35, из них 4 до родов и 31 после родов. Продолжительность родов 8 час. 30 мин. Наложены щипцы при полном открытии и головке в полости таза. Младенец извлечен живым. Через 2 ч. после родов припадки возобновились. Последний припадок за 20 час. до смерти. Лечение: Morph. pur. под кожу, хлороформирование, кровопускание (1 раз ¼ стакана), вливание под кожу физиологического раствора пов. соли (4 раза по 400 — 600,0) и влажные обертывания. Из сердечных средств: кофеин, камфора, дигален. T° до родов 36,7°, после родов: 38°, 39,5°, 40,5°, 40,9°.

5. Больная П., 39 лет: умерла через 9 час. после родов. Беременна 3-й раз, роды срочные, продолжительностью 8 ч. 30 м., таз общесуженый. Припадки начались за 45 ч. до родов, числом 8, из них: 1 до родов и 7 после родов. Роды самостоятельные, ребенок живой. Последний припадок за 2 часа до смерти. Отек легких и сердечная слабость. Лечение: Chloral hydrat — 2 клизмы и Sol. Morphii pur. 1% под кожу 2 шприца по 1,0.

6. Больная С., 25 лет: умерла на второй день после родов. Первородящая роды срочные — уличные, таз правильный. Ребенок родился живым. Припадки начались через 3 часа после родов, в течение 13 ч. 40 м. было 19 припадков. Последний припадок за сутки до смерти. При поступлении t° 36,8°, к вечеру 38,6°, на второй день 39,8° — 40,6°. Лечение: Chloral hydrat, Morph. pur.

7. Больная М. 23 лет: умерла на 3-й день после родов. Первородящая, роды срочные, самостоятельные, продолжительностью 8 ч. 50 м., дети двойни, оба живые. Припадки начались через 2 ч. после родов, всего 14 в течение 24 часов. Последний припадок за 1½ суток до смерти. Лечение: Chloral hydrat, Morph. Через 26 ч. после родов кровопускание 250,0 куб. с., затем вливание физиол. раств. пов. соли 400,0 под кожу. Начавшийся отек легких исчез, но через сутки возобновился, появилась резкая слабость сердечной деятельности. Сердечные средства: камфора, кофеин, дигален. В родах t° 36,8°, после родов к вечеру 38°, на второй день до 40°, на третий — 40,2°. Общие отеки, белок в моче.

8. Больная Н., 45 л.: умерла на 5-й день после родов. Роды 7-ые, срочные, самостоятельные, продолжительностью 6 ч. Ребенок родился живым. Припадки начались через 13 ч. после родов, в течение 8 ч. 25 м. было 7 припадков. Последний припадок за 3½ суток до смерти. Потеря сознания. Отек легких, слабость сердечной деятельности. В родах t° 37,6°, затем 39,4°, 39,8°, в последний день 40,3°. Лечение: Morph., N. bromatum, камфора, кофеин.

Для наглядности представляю в таблице 27-й вышеприведенные краткие истории 8-ми летальных случаев в хронологическом порядке.

Т а б л и ц а 27.

№	Л е т а	Число родов	Срочность родов	Форма таз	Продолжительность родов	Число принадлежков	Пособие при родоразр.	Лечение наркотиками	Время смерти после родов	Время последнего приступа до смерти
1	?	1	?	Общес.	?	16	Неразреш.	Слютал буд. и Морф.	Умерла до родов.	За 5 ч. 40 м.
2	24	3	Преждеврем.	?	?	?	Самост.	" "	На 4-й день п. р.	За 3 суток
3	18	1	Срочн.	Норм.	26 ч. 30 м.	20	Щипцы	" "	Через 16 ч. п. р.	За 17 час.
4	19	1	Срочн.	Норм.	8 ч. 30 м.	35	Щипцы	" "	На 3-й день п. р.	За 20 час.
5	34	4	Срочн.	Общес.	8 ч. 30 м.	8	Самост.	" "	Через 9 ч. п. р.	За 2 часа
6	25	1	Срочн.	Норм.	?	19	Самост.	" "	На 2-й день п. р.	За 1 сутки
7	23	1	Срочн.	Норм.	8 ч. 30 м.	14	Самост.	" "	На 3-й день п. р.	За 1½ суток
8	45	7	Срочн.	Норм.	6 ч.	7	Самост.	Морф. и N. Бром.	На 5-й день п. р.	За 3½ суток.

Таким образом, из таблицы 27-й видим, что в 8-ми смертных случаях ускоренное родоразрешение применялось 2 раза, т. е. в 25%, а лечение наркотиками 8 раз, т. е. в 100%.

В таблице 28-й указано деление смертных случаев по группам и % смертности.

Т а б л и ц а 28.

Основные группы	Число случаев	Число смертных случаев	%
I	53	3	5,6
II	30	2	6,6
III	49	3	6,1
Итого . . .	132	8	6

Таким образом, смертность матерей при эклампсии = 6%.

Л) Смертность детей. Всех детей родилось 140 (9 раз двойни), из них 125 живых и 15 мертвых.

Представляю краткие истории 15 мертворожденных детей:

1. Мертворожд., мацерирован., вес 3000,0. Роды первые, срочные, самостоятельные, продолжительностью 19 ч. 40 м. Таз правильный, предлежан. головное. Выпадение пуловины и кровотечение в родах. Припадки эклампсии начались за 2½ часа до родов, числом 1. Наркотики не применялись.

2. Мертворожденный, мацерированный. Роды третьи, преждевременные—7 мес., предлежание ягодичное. Припадки эклампсии начались за 5 дней до родов. Из наркотиков применялись: Chloral hydrat и Morph.

3. Мертворожденный, вес 3850,0, извлечен щипцами при полном открытии зева. Роды первые, срочные, продолжительностью 21 ч. 30 м., таз правильный. Припадки эклампсии начались за 11 час. до родов, числом 20. Из наркотиков применялись: Chloral hydrat и Morph.

4. Мертворожденный, мацерированный вес 5.150,0, извлечен щипцами выходными. Роды вторые, срочные, продолжительностью 29 ч., таз правильный. Припадки эклампсии начались за 2 ч. до родов числом 1. Наркотики не применялись.

5. Мертворожденный, вес 3300,0, извлечен щипцами. Роды первые, срочные, продолжительностью 31 ч. 40 м. Припадки эклампсии начались за 11 ч. 30 м. до родов, числом 5. Наркотики не примен.

6. Мертворожденный, вес 3000,0, выжат по Кристеллеру. Роды первые, срочные, продолжительностью 84 ч. 55 м., таз общесуженный. Припадки эклампсии начались за 10 мин. до родов, числом 2. Наркотики не применялись.

7. Мертворожденный, вес 3500,0, извлечен за ягодицы. Роды первые, срочные, продолжительностью 42 ч., таз плоский. Припадки эклампсии начались за 8 ч. до родов, числом 2. Из наркотиков применялись: Chloral hydrat и Morph.

8. Мертворожденный, вес 3530,0, извлечен щипцами при зеве на 4 пальца и головке в полости таза. Роды срочные, продолжительностью 22 ч. 50 м., таз общесужен. Припадки эклампсии начались за 1 ч. 20 до родов, числом 5. Из наркотиков примен. Morph.

9. Мертворожденный, вес 2900,0, извлечен щипцами при полном открытии зева и головке в полости таза. Роды первые, срочные, продолжительностью 23 ч., таз общесужен. Припадки эклампсии начались во время родового акта, числом 1. Наркотики не применялись.

10. Мертворожденный, вес 3600,0, извлечен щипцами при 4-х пальцах открытия зева и головке во входе таза. Роды первые, срочные, продолжительностью 19 ч. 30 м., таз плоский. Припадки эклампсии начались за 5 ч. 25 м. до родов, числом 7. Из наркотиков применялся Morph.

11. Мертворожденный, при кесарском сечении. Первородящая, беременна 7 мес. Из наркотиков применялись: Chloral hydrat и Morph.

12. Мертворожденный, мацерированный, вес 3200,0, перфорирован. Роды третьи, срочные, продолжительностью (в приюте 6 ч. 50 м.), таз плоский. Припадки эклампсии начались за 45 мин. до родов числом 3, из них: 2 пр. до родов и 1 через 30 минут после родов. Наркотики до родов не применялись.

13. Мертворожденный, вес 3100,0, извлечен щипцами при полном открытии зева. Роды первые, срочные, продолжительностью (?—в приюте 9 ч. 30 м.). Припадки эклампсии начались вне приюта. В приюте было 13 припадков до родов и 1 припадок через 10 мин. после родов. Наркотики не применялись.

14. Мертворожденный. Роды преждевременные, произошли в бане. Припадки эклампсии начались через 15 ч. после родов, в течение 15 час. было 7 припадков.

15. Мертворожденный, мацерированный, вес 3000,0. Роды 7-ые, срочные, продолжительностью 3 ч. 10 мин. Припадки эклампсии начались через 2 ч. 20 м. после родов, в течение 2 часов было 3 припадка.

Для наглядности представляю в таблице 29-й вышеизложенные истории 15 мертворожденных детей в хронологическом порядке.

Т а б л и ц а 29.

№ по порядку.	Новорожденный	Вес	Число родов	Срочность родов	Форма таза	Продолжительность родов	Начало припадков до родов.	Оперативные пособия	Лечение наркотиками
1	Мацерир	3000,0	1	Ср.	Норм.	19 40	2½ ч.	Без	Не применялось
2	"	?	3	Пр.вр.	?	?	5 дней	Извлеч. за ягод.	Chloral hydrat и Morph.
3	Мертвый	3850,0	1	Ср.	Норм.	21 30	11 ч.	Щипцы	"
4	Мацерир	5150,0	2	"	"	29	2 ч.	"	Не применялось
5	Мертвый	3300,0	1	"	"	31 40	11ч.30м.	"	"
6	"	3000,0	1	"	Об. с.	84 55	10 м.	Кристаллер.	"
7	"	3500,0	1	"	Плос.	42	8 ч.	Извлеч. за ягод.	Chloral hydrat и Morph.
8	"	3520,0	1	"	Об. с.	22 50	1ч.20м.	Щипцы	Morph.
9	"	2900,0	1	"	"	23	5 м.	"	Не применялось
10	"	3600,0	1	"	Плос.	19 30	5ч.25м.	"	Morph.
11	"	?	1	Пр.вр.	?	?	?	Кесарск. сечение	Chloral hydrat и Morph.
12	Мацерир	3200,0	1	Ср.	Плос.	?	45 м.	Перфорация	Не применялось
13	Мертвый	3100,0	1	"	?	?	?	Щипцы	"
14	"	?	1	Пр.вр.	?	?	Не было	Без	"
15	Мацерир	3000,0	7	Ср.	?	3 10	"	"	"

Таким образом, мы видим, что из 15 мертворожденных детей пять, т. е. 33,3%, родились мацерированными, три, т. е. 20%, родились преждевременно, двенадцать, т. е. 80%, при ускоренном родоразрешении, шесть, т. е. 40%, при лечении наркотиками.

Таблица 30-я представляет разделение по основным группам новорожденных детей, смертность их в каждой группе и % смертности.

Т а б л и ц а 30.

Основ. групп.	Число роженец	Число рожденных детей	Число мертворожд. детей	% смертности
I	52	57	11	19,3
II	30	31	2	6,4
III	49	52	2	3,8
Итого.	131	140	15	10,7

Таким образом, мы имеем 10,7% первичной смертности детей при эклампсии, но принимая во внимание, что не во всех 15 случаях смерть детей можно поставить в непосредственную зависимость от эклампсии, мы в праве исключить из общего числа 7 случаев, а именно: №№ 1, 2, 4, 12, 15, 11 и 14, из которых первые 5-ть родились мацерированными, а остальные два родились преждевременно. Таким образом, действительную первичную смертность детей при эклампсии в наших наблюдениях мы можем считать равной 5,7%.

Из 125 детей, родившихся живыми, в течение первых 7-ми дней умерло 4 доношенных и имеющих нормальный вес, что дает 3,2% ранней смертности детей при эклампсии. Представляю краткие истории их.

1. Умер через 7 часов после рождения, вес 3000,0, извлечен щипцами. Роды 3-и, срочные, продолжительностью 26 час. 40 мин. Припадки эклампсии у матери начались за 3 часа 30 мин. до родов, числом 5, после родов припадки не повторялись. Из наркотиков применялся Morph.

2. Умер на второй день после рождения, вес 3700,0, извлечен щипцами в асфиксии. Роды первые, срочные, продолжительностью 44 ч. 50 м., таз общесужен. Припадки эклампсии у матери начались до родов, числом 5, после родов не повторялись. Наркотики не применялись.

3. Умер на второй день после рождения, вес 3700,0, извлечен щипцами в асфиксии. Роды первые, срочные. Припадки эклампсии у матери начались до родов, числом 8 и после родов в течение 10 минут два припадков. Из наркотиков применялся Morph. и Chloral hydrat.

4. Умер на четвертый день после рождения, вес 3300,0, извлечен щипцами при лицевом предлежании и в асфиксии. Первая беременность, роды срочные, продолжительностью 28 ч. 50 м. Припадки эклампсии у матери начались за 10 ч. 20 м. до родов, числом 8 и через 4 часа после родов еще один припадок. Из наркотиков применялся Morph.

Для наглядности представляю в таблице 31-й вышеизложенные истории в хронологическом порядке.

Т а б л и ц а 31.

№ №	Смерть младенц. после рождения	Вес младенца	Число родов	Срочн. родов	Форма таза	Продолжительн. родов	Начало припадка до родоразрешен.	Число припадков до родоразрешен.	Число припадков после родов	Оперативное вмешательство	Лечение наркотиками
1	7 час.	3000,0	3	Ср.	Норм.	26 ч. 40 м.	3 ч. 30 м.	5	—	Щипцы	Morph.
2	2-й день	3700,0	1	Ср.	Об.-с.	44 ч. 50 м.	?	5	—	"	Не примен.
3	2-й день	3700,0	1	Ср.	Норм.	?	?	10	2	"	Chloral hydrat и Morph.
4	4-й день	3300,0	1	Ср.	Норм.	28 ч. 50 м.	10 ч. 20 м.	8	1	"	Morph.

Отсюда видим, что рано погибшие дети родились в неблагоприятных условиях, так как все они извлечены щипцами и трое из них родились в асфиксии.

На основании вышеизложенного, считаю возможным сделать следующие выводы:

1. Эклямпсия, повидимому, наблюдается чаще в осенние и зимние месяцы, чем в летние и весенние.

2. Эклямпсия поражает большую часть первородящих (наши наблюдения—78,2%).

3. При эклямпсии $\frac{0}{100}$ преждевременных родов выше нормального (наши наблюдения: 15,3% преждевременных родов).

4. У рожениц, страдающих эклямпсией, в большом числе случаев имеются тазы неправильной формы (наши наблюдения: 42,2% неправильных тазов).

5. Продолжительность родов при эклямпсии превышает нормальную (наши наблюдения относ. продолжительности родов: от 12 до 24 час. у первородящих 50%, у повторнородящих 11,5% и от 24 до 48 ч. и более у первородящих 28,7%, у повторнородящих 6,3%).

6. Из числа осложнений, встречающихся при родах, сопровождающихся эклямпсией, большая часть приходится на деятельность брюшного пресса (наши наблюдения: 55,5% осложнений при эклямпсии *sub partu* и 100% при эклямпсии *post partum* являлись в виде слабости брюшного пресса).

7. Послеродовой период при эклямпсии часто протекает неправильно (наши наблюдения: 34,3% протекали с повышением t°).

8. Припадки эклямпсии начинаются при эклямпсии *sub partu* в ближайшие 6-ть часов перед родами, а при эклямпсии *post partum* в ближайшие 6-ть часов после родов (наши наблю-

дения: при эклампсии *sub partu* 76⁰/₀ началось за 6 часов до родов а при эклампсии *post partum* 68,4% в течение первых 6 часов после родов).

9. Припадки эклампсии в послеродовом периоде прекращаются в большинстве случаев в ближайшие 12 ч. после родов (наши наблюдения: 64,3⁰/₀ при эклампсии *sub partu* и 53,7% при эклампсии *post partum* закончились в течение первых 12 часов после родов).

10. Прекращение припадков не всегда указывает на благоприятный исход эклампсии: смерть может наступить через продолжительное время после последнего припадка (наши наблюдения: в 50% летальных случаев смерть наступила через 1—3½ суток после последнего припадка).

11. Полученные нами результаты, а именно: смертность матерей 6%, смертность детей при рождений 5,7%, ранняя смертность новорожденных 3,2%, можно считать благоприятными, а потому применяемый нами способ лечения при наличии эклампсии, представляющий собой соединение ускоренного родоразрешения с назначением наркотиков (главным образом Chloral hydrat и Morph.), при индивидуализации каждого случая и при условии тщательного ухода и покоя, можно считать рациональным.

IX.

Из Гинекологической клиники Госуд. Клинич. Института для Усоверш. Врачей.
Заведыв. проф. Р. В. Кипарский.

О вливании эфира в брюшную полость для лечения и предупреждения перитонита *).

Ассист. прив.-доц. А. Э. МАНДЕЛЬШТАМА (Ленинград).

(Окончание **).

Прежде чем перейти к попытке физиологического обоснования действия эфира, я считаю необходимым остановиться на технике его применения, тем более, что несмотря на почти одинаковые клинические результаты, полученные разными авторами, она у них существенно разнится. Это обстоятельство крайне важно, если мы хотим беспристрастно подойти к вопросу о сущности действия эфира.

Основатели „эфирной“ терапии применяли это средство в большом количестве. Morestin обильно промывал инфицированные места струей эфира, после чего вливал в исходное место инфекции 25—100 грамм эфира, зашивая брюшную рану наглухо или оставляя дренажную трубку (resp. тампон—в некоторых случаях, например, при неудовлетворительном гемостазе).

Témoin нередко вливал 300—500 кб|ст. В одном случае при удалении Са соесі кишка вскрылась, и содержимое ее литрами излилось в брюшную полость; после промывания полости брюшины физиологическим раствором поваренной соли, был влит 1 литр эфира и брюшная рана закрыта после введения в угол ее дренажной трубки, наступило исцеление.

Aggravat вытирал загрязненные участки брюшины салфетками, смоченными эфиром.

Phélip и Tartois вводили детям в возрасте от 10 до 12 лет до 200 грамм эфира и зашивали брюшную рану в одних случаях наглухо, в других—с оставлением дренажа.

Derganz вливал перед закрытием брюшной полости от 50 до 200 грамм эфира и большую часть его удалял компрессами.

Florschütz, влив 200 грамм эфира, тотчас же вытирал смоченные эфиром места.

*) Доложено на VI Съезде Всесоюзных Гинекологов и Акушеров 1—6 июня 1924 года в Москве.

**) См. Журн. Ак. и Женск. бол. за 1924 г. кн. 4—5.

Salmann применяя 200 грамм для вливания, оставляя около 50 грамм в брюшной полости в жидком виде.

Rübsamen с успехом применял при инфицированных случаях внематочной беременности вливание 25 куб.ст. эфира, который он (по примеру Florschütz'a) частично удалял тупферами.

Sigwart вливал до 250 грамм, при чем в последних случаях первой серии (1918 год) вводил перед закрытием брюшной полости 150 грамм, а затем через дренажную трубку добавочные 100 грамм.

Во второй серии случаев (1922 год) Sigwart ограничил количество вливаемого эфира 50 — 100 куб.ст., распределяя его в Дугласе и близлежащих отделах кишечника. В отличие от случаев первой серии он в 13-ти (из 15-ти) случаев не вставлял дренажа, а зашивал абдоминальную рану наглухо. В одном случае тяжелого стрептококкового перитонита, в виду тяжелого состояния больной, Sigwart влил через дренажную трубку на 2-ой день после операции добавочно 50 куб.ст. эфира; состояние больной заметно улучшилось и наступило выздоровление.

Saliba, вливая 3 унции эфира, отщеплял на 4 часа дренажную трубку (вводимую им в большей части случаев); в некоторых случаях он производил добавочные вливания через один или несколько дней.

Vogt промывал предварительно брюшную полость (при перитонитах) физиологическим раствором и вливал 100 куб.ст. эфира, распределяя его равномерно по брюшной полости.

Wolfsohn, промывая также брюшную полость физиологическим раствором, вводил 50—100 куб.ст. эфира.

Dubs применял не свыше 250 грамм эфира, удалив больной орган и часть гноя. В некоторых случаях известное количество эфира вливалось дополнительно через дренажную трубку после закрытия брюшной полости.

Benthin, не промывая брюшной полости и не удаляя гноя (при перитонитах), вливал перед закрытием абдоминальной раны 200 куб.ст. эфира через стеклянную воронку; в нижний угол раны вводились дренажные трубки. После вливания эфира немедленно накладывалась повязка.

Fuchs и Frankenstein вливали (с профилактической, реже терапевтической целью) 30—50 куб.ст. (редко больше—до 100 куб.ст.) эфира через стеклянную воронку, зашивая абдоминальную рану на-глухо.

При всей сложности техники применения эфира, 2 существенных пункта, по нашему мнению, заслуживают внимания: во-1-х, количество вливаемого эфира и во-2-х, вопрос о зашивании брюшной полости—на-глухо или с оставлением дренажа.

В настоящее время не подлежит сомнению, что эффект от действия небольших (около 50 куб.ст.) доз эфира и значительно больших (100—200 куб.ст.) в общем клинически одинаков. При введении больших доз нельзя отрицать возможности токсического действия эфира, если пары его не находят выхода. Так следует объяснить летальный исход в случае С. Weber'a и, быть может, в нашем первом случае профилактического применения эфира.

Поэтому мы уже давно стали применять малые количества (20—40 грамм) эфира, при чем всегда предварительно прекращаем

общий наркоз и переводим больных в горизонтальное положение, или даже приподымаем верхнюю часть туловища, чтобы эфир не мог попасть в область диафрагмы (саве: раздражение п. рhгепісі). Применяя лишь в самом начале большие дозы (100 — 150 с/ст.), мы, как раньше, так и теперь, зашиваем брюшную полость на-глухо, не дренируя ее. Исключение было сделано за все время лишь 2 раза (случай 3 и 4; см. мою раб. во „Врач. Журн.“: в одном случае, когда перитонизация не удалась в виду технической трудности, а в другом случае при колоссальном загрязнении брюшины у лихорадившей больной с осумкованным перитонитом на почве нагноившейся трубной беременности был выведен марлевый дренаж через задний свод во влагалище; абдоминальная рана была зашита на-глухо. Дренаж был удален на 3-й день; послеоперационный период протекал без осложнений.

Считаю необходимым указать, что применение марлевого дренажа после вливания эфира повидимому не безопасно. Sigwart получил в одном случае глубокий некроз брюшностеночной фасции, соприкасавшейся с пропитанным эфиром тампоном.

Аналогичный случай некроза апоневроза сообщил и профессор Л. А. Кривский применивший эфир всего в 2 случаях.

В то время как первоначально мы обычно вливали эфир через небольшое отверстие зашитой уже почти на всем протяжении париетальной брюшины, позднее мы только после введения эфира начинали соединять края брюшины.

Точно также рекомендует поступать и Fuchs. Sigwart, получив в нескольких случаях шок, также стал бояться быстрого закрытия абдоминальной раны, советуя несколько медлить при зашивании краев брюшины, дабы избежать „слишком резкого давления испаряющегося эфира“.

Я указал уже раньше, что во всех случаях мы могли отметить наркотизирующее действие эфира. Это наблюдение подтверждается в общем всеми, и лишь Sigwart в своем первом сообщении категорически отрицал это свойство введенного в брюшную полость эфира. Впрочем, на случаях второй серии—он сделал уже наблюдения, аналогичные нашим. Это разногласие я объясняю разницей в технике, применявшейся нами и Sigwart'ом: в то время как в случаях Sigwart'a пары эфира выходили беспрепятственно через дренажную трубку, в наших случаях в зашитой на-глухо брюшной полости они естественно не находили выхода.

Второе разногласие—бурное испарение эфира, указываемое Sigwart'ом, я объясняю тем, что он вливал эфир при перитоните у больных с температурой, близкой к 40°, т. е. значительно превышавшей точку кипения эфира, в то время как мы вливали эфир профилактически больным с нормальной температурой, у которых брюшная полость после длительной операции была еще более охлаждена, быть может даже ниже точки кипения эфира; понятно, что условия парообразования были в наших случаях иными.

Вопрос о дренировании брюшной полости при неасептических операциях, вообще (кроме существующих абсцессов), а при вливании эфира в частности, мы решаем в отрицательном смысле, так как из-за образующихся в течение первых 24 часов вокруг дренажей сросений, роль их становится по меньшей мере проблематичной.

Прежде чем изложить свою точку зрения относительно предполагаемого действия эфира, я позволю себе привести те основы, которые подводят большинство сторонников „эфирной“ терапии (с теми или иными оговорками) под этот метод, и которые лучше всего выражены Derganz'ем.

При перитоните мы имеем главным образом следующие патолого-анатомические изменения:

1) Наличие инфекционного очага с образованием местного воспаления и наводнением организма токсинами.

2) Длительный паралич сосудов (вазоконстрикторов) кишечника и нарушение равновесия в распределении крови.

3) Паралич (перистальтики) кишечника.

4) Гипостатическую пневмонию и поражение сердца.

5) Паралич мозговых центров.

6) Образование сращений между кишками.

Идеальное средство против перитонита должно было бы удовлетворять всем этим пунктам, оказывать как местное, так и рефлекторное действие, быть антисептическим и анти-флогистическим, уничтожать паралич вазоконстрикторов и кишечной мускулатуры, оказывать влияния на сердце и мозговые центры.

В клиническом отношении (помимо явлений со стороны органов брюшной полости) выделяются три симптома—со стороны: 1) распределения крови, 2) пульса и 3) температуры.

Сосуды кожи и мозга—дериваты эктодермы—находятся в колеблющемся антагонистическом равновесии с сосудами кишечника (дериватами энтодермы). При перитоните получается нарушение равновесия в том отношении, что рефлекторно кровь устремляется к месту наибольшего сопротивления (опыт Holz'a). Вследствие раздражения вазоконстрикторов кожи и мозга наступает рефлекторная анемия эктодермы (холодная бледная кожа, депрессия сознания, нарушение функций центра кровообращения и дыхания). Более длительная анемия этих важнейших центров ведет уже к дегенеративным изменениям. После вливания эфира характерно, что наступает быстро (в среднем не позже, чем через 1 сутки) восстановление равновесия в распределении крови; парализованные вазоконстрикторы испытывают со стороны испаряющегося эфира энергичное раздражение, сосуды сжимаются, и кровь из брюшной полости возвращается к коже и мозгу; лицо краснеет, кожа становится теплой, дыхание становится глубоким и ровным, и полный брадиризмический „эфирный“ пульс („Aetherpuls“) оживляет сознание.

Действительно, клинические наблюдения подтверждают почти все приведенные положения.

О, буквально, воскрешающем действии эфира на тяжелых больных, находящихся в полубессознательном состоянии, говорят единодушно все авторы, даже те, которые приписывают эфиру свойство вызывать сращения.

Влияние эфира на распределение крови (улучшение наполнения и замедление пульса, прояснения сознания), на перистальтику кишечника и на дельнейшее самочувствие больных несомненно.

Если рефлекторное действие эфира не может быть оспариваемо, то важно выяснить, действует ли эфир и на первичный очаг инфекции.

Согласно общепринятому взгляду, эфир, считающийся хорошим антисептическим средством, имеет то преимущество перед другими лекарственными веществами, что, испаряясь при температуре тела, он проникает во все уголки брюшной полости, расправляя благодаря напряжению своих паров кишечные петли и начинающиеся сращения и оказывая повсюду свое бактерицидное действие.

Прежде чем рассмотреть вопрос, обладает ли эфир таким несомненным бактерицидным свойством, нужно выяснить, можно ли признать представление, о распространении и проникновении паров эфира в самые отдаленные „карманы“ брюшной полости соответствующим истине.

В противоположность большинству авторов, повторяющих вышеприведенное объяснение, я полагаю, что оно совершенно не соответствует действительности.

Рассматривая вопрос о технике применения эфира, мы видели, что одни дренируют брюшную полость, другие нет. Хотя в обоих случаях создаются почти диаметрально противоположные условия в смысле возможности испарения эфира, клинический эффект как у тех авторов, так и у других в общем одинаков.

Если принять во внимание колоссальный объем, занимаемый парами даже сравнительно небольших количеств эфира (20—50 грамм), то станет ясным, что сколько-нибудь энергичное испарение эфира в замкнутой брюшной полости должно было бы вызвать гигантский метеоризм, а между тем я абсолютно ни в одном случае не видал не только вздутого, но хотя бы сколько-нибудь напряженного живота. — Против длительного парообразования эфира говорит и другой факт — несомненное быстрое всасывание, что характеризуется скорым наступлением общего наркоза и выдыхаемым большими насыщенным парами эфира воздухом; на быстрое всасывание указывает наступление наркоза и в тех случаях, где благодаря введенной дренажной трубке пары имеют свободный выход.

Испарение происходит легче всего в достаточно открытой (не зашитой) брюшной полости, сопровождаясь охлаждением внутренностей, что теоретически не исключает возможности шока. Те случаи шока, которые наблюдал Sigwart, зависят, по нашему мнению, не от бурного испарения эфира в замкнутой полости и давления их на диафрагму, как предполагал Sigwart. Более вероятным нам кажется непосредственное резкое раздражение окончаний п. phrenici попавшим на диафрагму (при Trendelenburg'овском положении больной) эфиром; до некоторой степени аналогичный пример мы видим в раздражении п. phrenici (правда, в более слабой степени) воздухом (или иным газом) при искусственной рнеуторегитонемии (например, при продувании фаллопиевых труб), или излившейся в живот кровью при нарушенной внематочной беременности (так наз. Phrenicussymptom).

Эфир в первый момент всасывается, повидимому, в чистом виде. Быстро появляющийся под влиянием резкого раздражения брюшины эксудат растворяет остатки жидкого эфира и сводит почти на нет его способность парообразования.

Таким образом, мы считаем маловероятной теорию действия превращающегося в пар эфира.

Чтобы подойти ближе к тем возможностям, которые мы в состоянии ожидать от влитого в брюшную полость эфира, необходимо ознакомиться с данными эксперимента. Эти данные распадаются на 2 группы: эксперименты *in vitro* на культурах бактерий и *in vivo*—на животных.

Pergola установил бактерицидное действие эфира по отношению к различным бактериям.

По Stadler'у наиболее резистентными являются культуры *staphyloc. aur.*, которые продолжали расти при такой концентрации паров эфира, при которой *b. coli.* и *b. pyocyaneus* давно погибли.

Антисептическое действие эфира было проверено далее Sigwart'ом. При пропускании паров эфира через бульонную культуру стрептококков, взятых от больной, погибшей от сепсиса, в течение 15-ти—10—5 минут, Sigwart установил, что при перевивке на другой бульон никакого роста бактерий не наблюдалось. Если пары эфира проходили через культуры в течение 4 минут, то при перевивке лишь в одной из 4 трубочек через 3 дня обнаружались живые стрептококки. При 3-хминутной обработке при перевивке обнаруживался через 24 часа пышный рост бактерий. Такое же действие оказывали пары эфира на сибиреязвенных бацилл. При пропускании паров эфира над поверхностью агаровой культуры в течение 4-х минут, рост бактерий на поверхности агара прекращался совершенно, начинаясь лишь на глубине $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ см.; в контрольных пробирках агар прорастал весь (в глубине и на поверхности). После 3-хминутной обработки на поверхности выросли одиночные колонии. При 7-минутной обработке рост начинался лишь через 24 часа на глубине 2—3 см.; даже через несколько дней на поверхности агара не замечалось никакого роста, что указывало на смерть зародышей.

Benthin, проделав аналогичные опыты, подтвердил наблюдения Sigwart'a.

В известном противоречии с благоприятными результатами Sigwart'a стоят опыты Fantozzi¹⁸⁾, который лишь при 20-минутном воздействии эфира мог добиться уничтожения *b. pyocyaneus*, *staphyloc. aur. et albus*.

Интересные опыты Jungeblut'a относительно бактерицидного действия эфира в жидких средах (бульонные культуры *b. coli*, *pneumococ. streptococ.*, *staphyloc. alb. et aureus* при комнатной температуре и в термостате) дали результаты несколько отличные от данных Sigwart'a, показав, что стрептококки и кишечные палочки не могут быть уничтожены быстрее, чем после 10-минутного воздействия на них жидкого или парообразного эфира. Стафилококки оказались наиболее резистентными из всех испытуемых бактерий. Опыты умерщвления бактерий на плотных средах (агаровых колоний) дали менее положительные результаты: Jungeblut объясняет их тем, что при пропускании паров эфира через бульонную культуру или обработке последней жидким эфиром, происходит более интимное соприкосновение эфира с бактериями.

Дальнейшие опыты, посвященные выяснению тормозящего рост бактерии (*entwicklungshemmende Kraft*) действия эфира в жидких и плотных средах, дали положительный результат, по-

казав резкое ослабление роста (почти аналогичное полному умерщвлению) большинства бактерий при соответствующей обработке их парами нагретого эфира. В этом последнем свойстве Jungeblut видит ценное качество эфира, для задержки развития бактериальной инфекции в брюшной полости, чем облегчается борьба с ней организма, при угрожающем или начинающемся перитоните.

По опытам Philipp'a результаты действия паров эфира на бульонную культуру бактерий, при помещении эфира в базу с температурой в 80—50°, оказались одинаковыми, хотя темп испарения был тем слабее, чем ниже была температура; при температуре 45° и ниже, испарение происходило значительно медленнее и требовалось больше времени для умерщвления микроорганизмов.—Не только различные виды бактерий оказались неодинаково резистентными по отношению к парам эфира, но результаты варьировали и в зависимости от свойств отдельных штаммов.

Опыты на животных привели к противоречивым результатам.

Jung при экспериментальном перитоните у собак не наблюдал терапевтического эффекта от вливания эфира; по его мнению охлаждение брюшины может служить моментом для шока; давление паров эфира облегчает его всасывание, образующееся вскоре серозно-геморрагическое воспаление брюшины способствует образованию спаек. У кроликов вливание эфира даже как будто ускоряло наступление смерти.

Seifert после опытов на кошках мог отметить лишь резорптивное действие эфира; антисептическое же действие, по его мнению, не доказано: эфир не препятствует дальнейшему развитию перитонита.

Buzello нашел, что мыши, инфицированные tetanus'ом, при обработке места заражения не позднее чем через 30 минут, выживали значительно дольше, чем контрольные животные; у животных же, которым был введен tetanustoxin, эффекта от применения эфира не наблюдалось.—Животные, инфицированные стрептококками, при введении через 30 м. эфира, выживали, в то время как контрольные гибли.

Nauijoks наблюдал в большинстве случаев быстрое отмирание введенных в брюшную полость патогенных микроорганизмов после вливания эфира; на ряду с местным богатым лейкоцитами серозно-геморрагическим экссудатом в крови обнаруживался заметный лейкоцитоз.

Крайне интересны опыты Pinardi, которые я позволяю себе привести полнее.

При впрыскивании собаке, весом в 15 k-ло, 100 грамм эфира в брюшную полость через иглу шприца, Pinardi наблюдал возникновение метеоризма, цианоз, паралич дыхания и собака очень быстро погибала; при открытой же брюшной полости такое же количество эфира переносилось без вреда. Чтобы исключить ряд факторов, действие которых неизбежно при чревосечениях (влияние света, воздуха, механических раздражений и т. п.), Pinardi впрыскивал в брюшную полость через иглу шприца различные вещества, предложенные для лечения перитонита, и установил переносимые организмом без вреда количества испытуемых средств (такими дозами для собак весом в 10 k-ло оказались: эфира—10 с/см; 1% ol. camphor.—20 с/см; кислородной воды—15—20 с/см; лошадиной сыворотки—10 с/см).

Далее Pinardi исследовал, насколько меняется резорптивная способность брюшины под влиянием введения эфира (а равно и других средств). Опыты заключались в том, что через различные промежутки времени после введения эфира (6 часов, 4 — 8 дней) в брюшную полость собак впрыскивалось 1—2 с/см однопроцентного стерильного водного раствора иодистого калия или пятипроцентного раствора метиленовой синьки и определялось время выделения их в моче (применялись 2 вещества для получения аналогии с всасыванием токсина и бактерий, т. к. растворы в виде субстанций всасываются кровяным путем, а корпускулярные элементы—лимфатическими путями).—Иод и метиленовая синька определялись соответствующими реакциями в моче, добытой через катетер. При нормальном состоянии брюшины выделение иода через почки наблюдалось в среднем через 25—40 м. после произведенной инъекции иодистого раствора. После обработки брюшины эфиром всасывание и выделение иода были регулярно ускорены и положительная реакция получалась через 15—20 минут. На 4-ый день выделение иода происходило почти так же, как у контрольных животных. На 8-ой день наблюдалось заметное замедление выделения иода, при чем реакция наступала не раньше, чем через полчаса, часто через 1 час и позднее.

Следы метиленовой синьки удавалось обнаружить у нормальных собак через 45—50 минут после впрыскивания соответствующего раствора; выделение нарастало в течение первых 6 часов, оставалось постоянным через 10—12 часов, затем постепенно уменьшалось.—Предварительная обработка брюшины эфиром сначала ускоряла выделение синьки (положительная реакция через 35—40 минут); нарастание выделения шло быстрее (в среднем 4 часа), и выделение быстрее прекращалось (в среднем через 42 часа).

При введении в полость неподготовленной брюшины сибирезвенных бацилл, уже через 3 минуты обнаруживалось их присутствие в крови. При впрыскивании же эфира даже через 6 часов не удавалось обнаружить бактерий в крови. Через 4—8 дней обнаруживалось замедленное всасывание микроорганизмов. В первые часы после обработки брюшины эфиром можно было бы ожидать повышения всасываемости бактерий, и отрицательный результат исследования крови на присутствие бактерий по Pinardi следует объяснить наличием в брюшной полости остатков бактерицидного эфира, выделяемого лишь постепенно через дыхательные пути.

Для определения действия эфира (и других средств) на течение перитонита, последний вызывался у собак введением в брюшную полость стрептококков, вирулентность которых была повышена пассажем через кроликов. Перфорационный перитонит вызывался разрезом тонкой кишки на протяжении 3 см.; кишечная рана закрывалась через 8 часов несколькими сквозными швами. При релапаротомии брюшина обрабатывалась тем или другим средством. Действие каждого средства испытывалось на 5 собаках: 2-м собакам впрыскивались бактерии, у 3-х производилось повреждение кишечника. Контрольные животные, оставшиеся после поранения кишечника без лечения, умирали в среднем через 24—48 часов. После впрыскивания бактерий одна собака погибла,

одна выжила; у 4-х погибших собак на вскрытии были обнаружены явления серозно-гнойного перитонита. 5-ая (выжившая) собака была убита через 6 недель; на вскрытии были обнаружены множественные спайки и рубцовые сужения кишечника, указывавшие на перенесенный перитонит.

Из следующей серии собак с экспериментальным перитонитом, леченных исключительно дренированием брюшной полости, 3 погибли через 24—48 часов, 1—через 58 часов после наложения кишечного шва; 1—выздоровела через 4 недели после внесения инфекции.

Следующим 5-ти собакам при релапаротомии после предварительного частичного удаления гноя тупферами было произведено промывание полости брюшины 25—30 кб. ст. эфира. Брюшная рана была зашита с оставлением дренажа. Из 5-ти собак 2—выздоровели, 1—погибла от паралича дыхания, 2—от перитонита. На основании опытов относительно влияния различных средств на течение перитонита, Pinardi пришел к заключению, что относительно наилучшие результаты получаются при вливании эфира (и дренировании брюшной полости) или от применения *ol. camphorae*.

Из 5-ти больных перитонитом, леченных Pinardi (в 4-х случаях перитонит после прободения appendix'a, в 1-ом случае—после прободения *ulc. duodeni*), 2 подверглись вливанию эфира (умер 1), 2—*ol. camphor.* (умер 1), в 5-ом благополучно протекшем случае был применен исключительно дренаж брюшной полости.

Для определения влияния эфира (и других веществ) на экссудативную способность брюшины и на образование спаек, Pinardi производил медиальное чревосечение и после введения дренажа (резиновой трубки) в малый таз, брюшная рана зашивалась. Через дренажные трубки вводились испытуемые жидкости (или газы); далее исследовалось отношение кишечника, сальника и париетальной брюшины через разные сроки после такой обработки, и кусочки ткани исследовались гистологически. Под влиянием влитого эфира кишки сначала сжимались и бледнели, затем быстро наступала гиперемия их. Через 24 часа сальник и брюшина представлялись гиперемированными и обнаруживались субсерозные петехии и экхимозы; вокруг дренажных трубок находился обильный фибриновый экссудат; в брюшной полости определялся серозно-геморрагический экссудат с хлопьями фибрина. На 4-ый день обнаруживались более крепкие спайки в области брюшной раны и дренажей. На 14-ый день брюшина казалась почти нормальной; сращения вокруг дренажей и в области абдоминальной раны были довольно массивными и образованы были пышно-растущей соединительной тканью.

Действие эфира при септических перитонитах мало изучено. Sigwart сообщает о 2 успешных случаях интравенозного вливания пятипроцентного солевого раствора эфира (1000—1200 кб. см.), но польза его весьма проблематична, если принять во внимание способность эфира лишь *in loco* ограничивать дальнейшее развитие инфекции, в то время, как всасывание токсинов (или вообще растворимых веществ) не замедляется и не останавливается.

Опыт Benthin'a заставляет нас относиться весьма скептически к попыткам лечения эфиром септических перитонитов.

Итак, мы видим, что проблема действия эфира не решается легко даже путем эксперимента. Если в общем пародоксальный

эфир действует более бактерицидно, чем жидкий, то нельзя ли перенести результаты действия *in vitro* на живой организм? До некоторой степени аналогичные опытам в пробирках условия мы имеем лишь при свежем загрязнении брюшины; при существующем же перитоните инфекция гнездится в толще ткани, в эндотелии, в лимфатических щелях, не говоря о дальнейшем распространении ее током крови. В этих случаях пары эфира никогда не могут столь интимно перемешаться с гнойным экссудатом, как это происходит при пропускании их через бульонную культуру бактерий; возможность непосредственного воздействия эфира (парообразного или жидкого) на микроорганизмы, проникшие в толщу ткани, конечно, крайне проблематичны.

Проделав ряд бактериологических опытов, Н. Küstner задается вопросом, является ли эфир пригодным антисептическим средством в терапии перитонита, и говорит следующее: «если влить при гнойном перитоните эфир в живот, при чем эфир остается некоторое время в наиболее углубленных местах и бухтах, пока он не испарится, то содержащиеся в гное жиры, жирные кислоты и др. растворимые в эфире вещества переходят в эфирную вытяжку и после испарения эфира обволакивает кишки и брыжейки тончайшей мембраной. Благодаря непосредственному действию эфира и его антисептическим свойствам, известное число бактерий убивается сразу, а кроме того питательная среда для микроорганизмов становится (как доказали опыты Н. Küstner'a) чрезвычайно неблагоприятной. Таким образом мы имеем с одной стороны раздражение организма вследствие охлаждения при испарении эфира и последующую вторичную гиперемия, которая обуславливает обильный приток защитительных веществ к болезнетворному очагу, с другой стороны, задержку (заглушение) роста бактерий перешедшими в вытяжку растворимыми в эфире веществами».

Играет ли при перитоните роль давление паров эфира — Н. Küstner не берется решить.

Приведенные нами раньше соображения заставляют нас думать, что давление паров эфира не играет никакой роли, т. к. ни в одном из наших случаев мы не наблюдали после вливания эфира в живот никаких следов метеоризма или других признаков, указывавших на давление, производимое парами эфира.

Хотя Warnckros приписывает благотворное действие парообразному эфиру, вводимому в полость инфицированной матки (при криминальных абортах), мы все же склонны думать, что в терапии и профилактике перитонита большая роль принадлежит общей реакции организма, чем непосредственному местному действию эфира. Поэтому вопрос о замене вливания эфира в полость брюшины введением его в парообразном состоянии мы должны покамест оставить открытым, так как рефлекторное (и, вообще, общее) действие паров эфира на организм еще не изучено.

При введении же жидкого эфира в полость брюшины, мы клинически наблюдаем ряд несомненных необычайно благотворных проявлений, о которых было подробно упомянуто выше. — Особенно интересна и ценна способность эфира вызывать раннюю перистальтику кишечника. Frankenstein отмечает, что, вливая принципиально всем больным (423 лапаротомии) с единичными исключе-

ниями эфир с профилактической целью и не предупреждая об этом среднего персонала, он каждый раз получал донесения, что у больных, которым, как оказывалось, эфир не был влит, наблюдалась задержка в отхождении газов, в то время как у всех прочих ветром отходили в течение первых 24 часов после операции.

Аналогичное же замечание мы встречаем и у Sigwart'a.

Как мы указывали выше, мы, конечно, далеки от мысли предполагать, что у каждой из наших больных, которым было произведено профилактическое вливание эфира, без этой меры развился бы перитонит. Несомненно и без всякой терапии часть этих случаев протекала бы гладко. Поэтому мы должны постараться решить объективно вопрос, больше ли риск от возможных осложнений после вливания в брюшную полость эфира или опасность возможного развития перитонита или иных осложнений при неасептических операциях.

Смертность при операциях в неасептических случаях составляет на нашем материале около 3%. Осложненный послеоперационный период (выпоты, нагноения и др.) мы наблюдали в 10—15% случаев.

Смертность от профилактических вливаний эфира равна на нашем материале 1½% (я исключаю первый случай, где смертный исход не может быть безусловно приписан эфиру). Осложнений в послеоперационном периоде после вливания эфира мы фактически не видали; в особенности не наблюдались столь частые после оперативного разделения срощений экссудаты в области (культей) придатков или в заднем Дугласе.

Неприятные неожиданности (шок, асфикция), по нашему глубокому убеждению, могут быть легко избегнуты, если применять небольшие дозы эфира (не свыше 40 грамм,— в среднем 25 грамм), переводя больных предварительно в горизонтальное положение, с несколько приподнятой верхней частью туловища.

Крайне важно, с нашей точки зрения, не производить вливаний эфира при наступившем после длительной операции значительном охлаждении брюшной полости. В этих случаях испарение эфира почти не происходит, не наблюдается благотворной общей реакции и организм не в силах сопротивляться токсическому действию всасывающегося жидкого эфира; необходимо предварительное согревание больной, поднятие деятельности сердца соответствующими впрыскиваниями и т. п. мероприятия.

Равным образом после окончания операции необходим с первого же часа послеоперационного периода самый тщательный общий уход за больными (в случае надобности солевые вливания, впрыскивание тонизирующих веществ, сердечных; необходимо следить за дыханием, за мочеотделением и т. д.).

Считая в общем вливание малых количеств эфира совершенно безопасным для организма (и благотворным), нам кажется необходимым иметь в каждом случае надлежащие показания (излитие гноя, повышение температуры перед операцией, поранение кишки и др.), а не вводить эфир при каждом чревосечении, как делали некоторые авторы. Так, на приблизительно 500 чревосечений мы произвели вливание эфира в 62 случаях, т. е. 12½% случаев, в то время как число неасептических операций было неизмеримо больше.

Большинство сторонников „эфирной“ терапии ставят показания чрезвычайно широко.

Morestin рекомендует вливать эфир не только при операциях на гнойных придатках, но и при суправагинальной экстирпации матки и тому подобных операциях.

Arrivat и Pinardi считают показанным применение эфира, кроме случаев загрязнения брюшины, — при всех вообще длительных чревосечениях, когда асептичность операционного поля становится сомнительной.

Frankenstein вливал эфир после каждого чревосечения для раннего возбуждения перистальтики кишечника и т. д.

В числе условий, приведенных нами выше в качестве показаний для применения эфира, мы указали на лихорадочное состояние больных перед операцией. Правда, лихорадка не является безусловным признаком вирулентности инфекции, гнездящейся в половых органах. Так, Menge при исследовании гноя у 35 лихорадивших больных, страдавших *pyosalpinx*'ом, нашел 14 случаев стерильными; в 21 же случае гной содержал живые бактерии.

Если Kiefer, основываясь на бактериологическом изучении 40 случаев гнойных воспалений труб, пришел к заключению, что в таких инкапсулированных гнойниках содержимое их теряет свою вирулентность в течение $\frac{3}{4}$ —1 года (считая от первых явлений острого заболевания), то на основании наблюдений Martin'a, Jung'a и Olshausen'a, эти данные могут считаться верными лишь для гонококков, стрептококки же сохраняют свою вирулентность в течение ряда лет.

По мнению проф. К. К. Скробанского, даже самое полное клиническое обследование больных не всегда позволяет определить присутствие гноя в трубах, выяснить бактериологический характер этого гноя, т. е. установить наличие микробов и степень их вирулентности. Хотя в виду этого операции на придатках неминуемо носят характер известного риска, К. К. Скробанский считает, однако, процент смертности при таких неасептических операциях не превышающим % смертности при чистых чревосечениях. Мнения же многих других авторов совершенно иные: так, например, Schauta из 13-ти больных, оперированных по поводу гнойных воспалений придатков, потерял 6.

По Benthin'у, смертность после операций в тяжелых случаях воспаления придатков равна 10%.

Если в общем прогноз *quo ad vitam* при неасептических операциях и не столь неблагоприятен, то он серьезен *quo ad valetudinem*.

Учащение случаев криминального аборта и колоссальное распространение за последние годы гонорреи чрезвычайно увеличили количество локализованных в малом тазу воспалительных процессов, обусловленных обычно смешанной инфекцией. Неудача применения новейших средств, как казеозана, *terpentin'a*, *terpichin'a* и др., заставила такую практика, как Sigwart, чаще, чем раньше, прибегать к операциям на воспалительных придатках, предпринимаемым в хронической стадии болезни и при нормальной температуре, но без абсолютной уверенности в стерильности процесса, в надежде на способность брюшины преодолеть патогенные микроорганизмы в случае неожиданного загрязнения ими. Но, к сожалению, говорит Sigwart, чаще гной не стерилен, хотя бы

произведенный *ex tempore* мазок не обнаружил никаких или лишь единичных зародышей; посев же обычно дает *b. coli*, диплококков, а подчас и стрептококков; на известную вирулентность гноя указывают и частые случаи образования абсцессов брюшной стенки в нечистых случаях. Соответственно присутствию повышенного количества патогенных зародышей при неасептических операциях (см. таблицу Sigwart'a, приведенную в моей первой работе), наблюдаются более частые случаи осложнений в послеоперационном периоде, надолго лишаящие больных трудоспособности и требующие подчас повторной операции или длительного консервативного лечения.

Эти соображения, как нам кажется, вполне оправдывают стремление найти рациональную профилактическую терапию, например, в виде вливания эфира, применение которого дает нам чувство большей уверенности в исходе тяжелых операций, предпринятых по поводу неподдающихся консервативному лечению хронических воспалительных процессов половой сферы.

Из приведенной в начале работы таблицы 3 мы видим, что наше чутье нас не обманывало, так как из 11 случаев бактериологического исследования гноя, загрязнившего брюшину, в 10 были обнаружены живые микробы и таким образом больным действительно угрожал (хотя бы и местный) перитонит.

На основании своих наблюдений, мы приходим к следующим выводам.

1) Вливание небольших количеств (до 40 грамм) химически чистого эфира *pro parcosi* перед зашиванием брюшной полости может считаться безопасным.

2) Вливание эфира в брюшную полость благотворно отражается на общем состоянии больных как при наличном, так и при угрожающем перитоните.

3) Действие эфира на организм в первую очередь рефлекторное (устранение анемии мозга, улучшение деятельности сердца, восстановление равновесия в распределении крови, ранняя перистальтика кишечника и др.).

4) Местное действие эфира, по видимому, менее бактерицидное, чем понижающее энергию роста бактерий, путем создания неподходящих условий для их размножения, чем облегчается преодоление их брюшиной (активная гиперемия, реактивный экссудат и др.).

5) Дренаж брюшной полости при профилактических вливаниях эфира является лишним.

6) Независимо от вливания эфира, должны быть применены (особенно при перитоните) все вспомогательные средства для поддержания организма.

7) Профилактические вливания эфира должны производиться лишь при наличии показаний [загрязнение брюшины гноем, кишечным содержимым, лихорадочное течение болезни, ускоренная реакция Fahrgaenus'a (< 1 часа) и др.].

8) При профилактическом применении эфира шансы на неосложненный послеоперационный период в неасептических случаях значительно повышаются.

Примеч. ред. За недостатком места перечень литературных источников опущен.

Из Хирургического Отделения Самаркандской Областной больницы.

Искусственное образование влагалища при врожденном отсутствии его из отрезка тонкой кишки *).

Заведующего Е. В. КОРЧИЦ.

Привожу данный случай в виду сравнительной редкости его.

В заведываемое мной хирургическое отделение поступила 4-го июня 1924 г. из Байрам-Али больная Татьяна Андреевна Гусева, 28 лет, с жалобой на невозможность иметь нормальный coitus и просьбой оказать ей соответствующую помощь (история болезни № 296).

При опросе выяснилось, что больная замужем 8 лет. Причем за первым мужем была 6 лет, за вторым 2 г. С первым мужем имела совершенно безразличный coitus, приводивший почему-то всякий раз его в негодование. Вскоре муж совершенно отказался от coitus'a с ней и больная продолжала пребывать в неведении относительно своего порока. Тяжелые переживания времени помешали ей обратиться за разъяснением к врачам. Два года тому назад муж был убит. Она выходит замуж за другого. Но и тут всяческие попытки к естественному проведению penis'a ни к чему не привели. Больная предлагает мужу в жены другую женщину. Сама же остается жить при нем в качестве друга дома без дальнейших поползновений к coitus'u. Однако, подруги надоумили ее обратиться к врачам. Последние, осмотрев ее, выяснили ей ее порок. На просьбу сделать ей операцию посоветовали поехать к специалисту хирургу в один из больших городов. Приехав в гор. Самарканд, больная обратилась ко мне с вышеуказанной просьбой.

При исследовании больной оказалось, что introitus vaginae совершенно отсутствует. Девственная плева без малейших признаков отверстий. Она кожная, плотная, незначительно угибается кзади и под давлением пальца, при растяжении пальцами обеих рук в поперечном направлении образует сплошную плеву от officium externum urethrae до ладьевидной складки vulvae. Исследование per rectum указывает на отсутствие матки.

Больная выше среднего роста, хорошего питания, красивого сложения, выглядит моложе своих лет, обладает явно выраженными вторичными половыми признаками. Грудные железы хорошо развиты. Волосы на лобке и больших губах развиты нормально с женским типом расположения. Большие и малые губы развиты нормально. По органам норма.

После надлежащего разбора приведенного случая со своими ассистентами докторами Скупченко и Тер-Шмаоновым, я предложил больной

*) Доложено 25-го июля 1924 года в научном заседании врачей г. Самарканд с демонстрацией больной.

операцию создания искусственного влагалища из отрезка тонкой кишки по Quénu-Schwartz'у, на что больная согласилась.

9-го июня 1924 года под хлороформным наркозом сделан разрез по белой линии живота от лобка до пупка и далее на 5 см. Обследование гениталий по разрезу брюшины обнаружило отсутствие матки, влагалища и левых трубы и яичника. Правый яичник и труба оказались прекрасно развитыми, яичник нормально овулирующим. Яичник и фаллопиева труба расположены в нормально развитой широкой маточной связке, направляющейся от боковой стенки таза вниз ко дну малого таза. Мочевой пузырь, будучи значительно больше нормального, расположен от лобка до прямой кишки, давая поперечную складку брюшины на месте перехода ее с него на rectum.

После ознакомления с топографией операционного поля через брюшную разрез выведена подвздошная кишка и на расстоянии 40—50 см. от Баугиниевой заслонки по наложении двойной лигатуры, стягивающей просвет кишки, произведен поперечный разрез кишки. Оба конца кистым швом инвагинированы в просвет кишки. Далее, резецирован из центральной части подвздошной кишки участок ее длиной в 15—20 см. Оба конца также инвагинированы. Основные концы подвздошной кишки анастомозированы между собой side to side. Свободный отрезок кишки, держащийся на брыжейке, с питающими ее сосудами, сделан возможно подвижным путем соответственного рассечения брыжейки с перевязкой второстепенных сосудов.

Брюшная складка между мочевым пузырем и прямой кишкой рассечена, пузырно-ректальное пространство отсепаровано путем отделения пузыря от прямой кишки.

В области девственной плевы произведен продольный разрез, который углублен в клетчатку до встречи с подбрюшинным пространством. В образованный канал низведен конец отрезка кишки, доведен до кожного разреза и здесь после удаления кистетного и узловатого швов тщательно шит с краями кожного разреза узловатыми швами.

Послеоперационное течение протекло гладко. Кожно-кишечный шов дал прекрасное сращение. Искусственный влагалищный канал из кишки получился идеальным по ширине, длине и увлажнению. Больная вполне довольна достигнутым результатом.

XI.

Из акуш. клин. Госуд. Клин. инст. для усоверш. врачей.
(Завед. проф. А. А. Марковский).

Случай цервикального центрального предлежания последа с развитием яйца в полости шейки.

М. В. ЕЛКИНА.

8-го ноября 1923 года в акушерскую клинику Госуд. клинич. института для усоверш. врачей поступила больная А. Ч., 35 лет. Менструрует больная с 14 л. по 4—5 дн. через каждые 25 дн. Тип месячных установился сразу; после замужества характер их не изменился. Замужем 2-й раз. С первым мужем прожила 12 лет и ни разу не беременела. 2-й раз вышла замуж на 34-м году в 1922 м. г.

В июне 1922 года был сделан искусственный выкидыш около 2-х месяцев по поводу заболевания почек в Центр. Красноарм. госпитале. В декабре того же года был сделан второй выкидыш — 3-хмесячный, однако, неудачно в том смысле, что больная в январе 1923 г. подверглась вторичному выскабливанию, при котором, как указывает больная, из полости матки была извлечена оставшаяся ручка. После 2-го выкидыша кровей не было до июня 1923 г. В июне и в июле крови были по 2 дня и очень мало. Болей не отмечает.

Большая забеременела в 3-й раз. Последн. мес. 3-го июля. Однако, в конце июня больная отмечает тошноту и была несколько раз рвота, что она относила на желудочное расстройство. Тошноты продолжались все время до поступления в клинику.

Во время настоящей беременности больная ощущала значительную слабость, одышку и не могла производить физической работы. За 3 месяца до заболевания отмечает учащенный позыв к мочеиспусканию, а последний месяц затрудненное мочеиспускание — временами моча выделялась по кашлям.

За 2 месяца до поступления в клинику б. отмечает густые выделения темного цвета, иногда с примесью крови.

30 октября у больной было сильное кровотечение в течение приблизительно $\frac{1}{4}$ часа, при котором она потеряла около 2-х стаканов крови. Больная слегла в постель и пролежала 3 дня. В это время были незначительные боли в пояснице. В течение двух дней после кровотечения были в небольшом количестве выделения с примесью крови, в дальнейшем же стали вновь темными.

8 ноября в 11 час. утра появились схваткообразные боли внизу живота, с чувством значительного напряжения из низ, и потрясающий озноб. Через 15 минут 2-й потрясающий озноб с t° 39,8°. Моментами при ознобе теряла сознание. В 8 час. вечера при сильных болях внизу живота и в пояснице был 3-й приступ озноба, сопровождающийся судорогами ног, рук и лица, с резким посинением лица и пальцев рук. Была непродолжительная потеря сознания. Тогда же после 3-го приступа я видел больную на дому: резко выраженная бледность покровов, лицо отечно, синюшная окраска носа и пальцев рук. Предполагая, что имею дело с эклампсией, я посоветовал немедленно доставить больную в клинику.

В клинику больная доставлена в 10 час. вечера; t° при поступлении 38,7 $^{\circ}$. Р.120, слабого наполнения. Имеются болезненные схватки. Сделано впрыскивание 0,015 морфия. Исследование при поступлении: наружные половые части и влагалище нормальны. Шейки, как таковой, не имеется. Вместо шейки определяется полусаровидная опухоль, значительно спускающаяся в просвет влагалища и напоминающая собою совершенно сглаженную шейку при родах. До самых сводов опухоль дает эластическо-гестовидную консистенцию при ощупывании. На месте наружного зева определяется небольшое вдавление. Матка по величине соответствует 4 $\frac{1}{4}$ -5-месячной беременности, при чем сверху и несколько слева определяется как бы рога матки более плотной консистенции, чем остальная матка, величиною несколько большей, нежели небеременная нормальная матка. В виду толстых брюшных стенок и болезненности, более подробное исследование невозможно.

Диагноз был поставлен: шеечный аборт при наличии атрезии наружного зева.

В 1 ч. 30 м. ночи приступлено к оперативному опорожнению матки. Операция производится почти без наркоза, потому что при первых же порциях хлороформа больная стала терять пульс. Конглютированный наружный зев открыт зондом и расширен хегарами до 18-го номера, после чего расширение проведено пальцами до 2-х пальцев. При расширении обнаружено, что тотчас же за краем наружного зева имеется губчатая, кровоточащая ткань последа, распространяющегося кругом от наружного зева. Шеечного канала не существует. Пылениями и подрывающими движениями двух пальцев ткань последа с трудом отделяется от стенки растянутой шейки. Кпереди и вправо раньше всего удается дойти до оболочек. Оболочки вскрыты, захвачена ножка плода и, при перфорации скальпелем последующей головки, извлечен плод 24 см. длины без малейших следов мацерации. По удалении плода детское место выделано отдельными частями. Куски последа отделялись с трудом, отрываясь от истонченной стенки шейки, при чем на последней все же остались крепко сращенные со стенкой части последа.

При обследовании пальцами полости плодместилища обнаружено, что оно повсюду представляет из себя тонкостенный вялый мешок, при чем нигде в этой полости не определяется какого бы то ни было подобия внутреннего зева и контракционного кольца. В левом верхнем углу плодместилища один палец не без насилия проходит в другую полость, длиною с указательный палец и имеющую уже более массивные и ригидные стенки. Слизистая этой полости даст исследующему пальцу ощущения гладкой. Полость эта принадлежит прощупываемому нами раньше при бимануальном исследовании рогу матки.

В виду того, что в данном случае с несомненностью имелось центральное прикрепление плаценты в шейке матки, а кроме того в виду отсутствия в плодместилище образования, соответствующего внутреннему зеву, а также наличие второй полости, которая при исследовании пальцем дает полное подобие не рога матки, а полости нормальной матки, с внутренним зевом, через который с трудом проникает палец, нами было сделано предположение, что мы имеем дело с чистой формой шеечной беременности.

Полость плодместилища очищена от выросших в стенку частей последа тупой кюреткой, а полость предполагаемого рога выскоблена острой кюреткой. Соскоб этой полости состоит из толстой, сочной, слизистой, напоминающей слизистую матку при внематочной беременности.

После обследования всей полости плодместилища на предмет установления, нет ли узурры или перфорации стенки, каковых не оказалось, полость в виду кровотечения промыта горячим (40 $^{\circ}$) раствором борной и после массажа плодместилища влагалище туго затампонировано марлей и больная уложена на кровать с высоко приподнятым ножным концом.

Во время операции было кровотечение, однако, оно было не столь велико, чтобы вызвать резко выраженную сердечную слабость после операции.

В послеоперационном течении больная около 12-ти часов была почти без пульса; слабый и не сочитываемый пульс появлялся только после вливания физиологического раствора и после впрыскивания сердечных. За этот период времени больной введено около 1000 куб. см. физиологического раствора, 2 шприца эфира, 10 шприцев 20% раствора камфоры и 2 куб. 10% *coffeini natr. benzoici*.

Больная провела в клинике 26 дней.

В послеоперационном течении отмечена небольшая инфильтрация правого параметрия и плохая инволюция шейки. Наивысшая t° 38,7°.

До 18-го ноября выделения в значительном количестве имели кровянистый характер с гнилостным запахом, а с 19-го приобрели гнойный характер.

Исследование 21-го ноября: шейка мягкая, плохо формируется; наружный зев проходим для пальца. Полость шейки вмещает свободно 2 фаланги указательного пальца. Из шейки вытекло около 2-х столовых ложек гноя. Матка в *anteflexio retropositio*, величиной с небольшой кулак. Болезненность в области крестцовоматочных связок и в области правого свода. Инфильтрат справа уже не определяется.

С 29-го ноября обнаружено заклеивание области наружного зева с задержкой выше его гноя. Для предупреждения заклеивания в шейку ежедневно вводится марлевый тампончик.

4-го декабря больная выписывается. При выписке исследование шеем клинкой, проф. А. В. Марковским, дало следующий результат: шейка смотрит почти по проводной оси. Антефлектированная матка отклонена влево и несколько кзади. Подвижность матки ограничена. На хорошо определяемой матке никакого рога не определяется. Своды свободны. Придатки не определяются. Выделений нет.

Через 4 дня после выписки из клинкой больная показала мне. При исследовании оказалось, что вновь произошло заклеивание области наружного зева. После открытия зева зондом и потом расширения кривыми щипцами Риншело вытекло около чайной ложки липкой серознокровянистой жидкости без примеси гнойных элементов. Больной рекомендовано периодически являться для раскрытия зева. Была сделана попытка, по совету проф. Марковского, оставить для предупреждения склеивания тонкий стеклянный дренаж, который, однако, не удержался в шейке. Неоднократные попытки провести даже тонкий зонд в полость матки не увенчались успехом — очевидно, имеется заращение и в верхнем отделе шеечного канала.

Последний раз больная показала мне 4 дня тому назад после 2-хнедельного перерыва, при чем оказалось, что зарощение области наружного зева настолько крепко, что его не удается раскрыть зондом даже при некотором насилии. С форсированным же расширением шейки я решил обождать, так как больная временами дает субфебрильные повышения температуры.

Хотя кровей у больной со времени операции ни разу не было, но последние 2 месяца повторились признаки *polimima menstrualia* — боли внизу живота с появлением нескольких капель грязновато-красных выделений.

На основании течения заболевания (резкие расстройства мочеиспускания, зависящие от давления со стороны низко расположенного яйца без наличия особых изменений мочи), на основании результатов исследования до операции и при самой операции, на основании клинической картины заболевания после операции (тут нужно отметить процесс заживления полости шейки *per granulationem* с последующим зарощением канала шейки, что говорит об уничтожении эпителиального покрова шеечного канала выросшим в него последом), а также на основании факта исчезания предполагаемого рога и превращения его в тело матки в послеоперационном течении, мы можем сделать заключение, что в нашем случае имелаась беременность в шейке матки с центральным предлежанием последа.

Вопрос о возможности прикрепления плаценты в шеечном канале в настоящее время не может уже возбуждать никаких споров, как это было в сравнительно недавнее время, и опирается хотя и на небольшое количество случаев, но случаи эти в большинстве несомненны. Некоторые из них подтверждены анатомо-гистологическими исследованиями (случаи Otto, v. Weitz'a, E. Ponfick'a, Ahlfeld'a и Aschoff'a, Vogt'a, Pankow'a, Jaschke, Rubin'a и др.).

Изучая литературу этого вопроса, мы пришли к заключению, что вопрос этот имеет достаточное клиническое и анатомо-гистологическое освещение для того, чтобы иметь право фигурировать в современных

руководства по акушерству в качестве особого отдела главы патологии прикрепления плаценты.

Последнее сообщение о 2-х случаях *plac. praeviae cervicalis* мы находим у Zauggemeistera и Schilling'a (Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. LX 1922 г.)

Они указывают на то, что, кроме их случаев, в литературе имеется 36 случ. С большинством из них нам удалось ознакомиться в доступной нам литературе отчасти в оригиналах, отчасти же в рефератах. Таким образом наш случай, отнесенный в порядок случаев с цервикальным прикреплением плаценты, будет 39-м.

Однако, из всех случаев *plac. praev. cervicalis* только случай Vogt'a (Deutsch. med. Woch., 1917 г., № 33) может быть уподоблен нашему по занимаемой плацентой поверхности шеечной полости. Автор, на основании патолого-анатомического исследования, приходит к заключению, что плацента совершенно сидела в шейке, хотя тут нельзя было отграничить шейки от истмуса. Шеечное внедрение плаценты усложнялось полным сращением. Это последнее было обусловлено доказанными микроскопически дегенеративными процессами, расщеплением мышц и внедрением хориальных элементов.

В нашем случае, наряду с полным прикреплением плаценты в полости шейки, с проростанием в ткань последней, мы имеем центральное предлежание последа по отношению к наружному зеву и развитие всего яйца в полости шейки. Указанная комбинация дает нам основание считать наш случай, может быть, единственным в литературе; по крайней мере, в доступной мне литературе я подобного не нашел.

Правда, мы не имеем возможности представить анатомо-гистологические доказательства, так как больная осталась жива, но думаем, что наши выводы, на основании клинического наблюдения и исследования, не подлежат сомнению.

Предположение о возможности беременности в маточной шейке впервые высказал Rokitansky'й в 1860 г., после того, как он при вскрытии нашел яйца в шеечном канале у 2-х женщин, умерших — одна от перитонита, другая от тифа. На основании извергнутых яиц беременность в маточной шейке описывали Dohrn, Sackrenter, Mettenheimer и Hegar (по данным Сыромятникова, «Врач», 1882 г.). В 1878 г. W. Schülein (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. III, стр. 408) описал 3 своих случая и 1 Veit'a беременности в маточной шейке. Беременность была от 2 до 4 месяцев. У всех наступил выкидыш, при чем, как и в нашем случае, матка определялась в виде придатка на растянутой плотным яйцом шейке. В 1881 году д-р И. М. Львов описал во «Враче» случай выкидыша, в котором он доказывает возможность прикрепления и развития яйца в шеечном канале.

Если главным возражением против возможности беременности в шейке матки было то обстоятельство, что в слизистой шейки яйцо не может имплантироваться вследствие того, что она не способна к децидуальной реакции, то в настоящее время это возражение отпадает, так как теперь считается доказанным, что децидуальная ткань может при беременности развиваться и в шейке матки (исследование Hofmeier'a, Ballerin, Чирихина из Клиники Груздева и др.).

Если мы попытаемся рассмотреть литературные данные по вопросу о цервикальной плаценте и цервикальной беременности с точки зрения этиологии, клинической картины, диагностики, предсказания и лечения, то можем прийти к очень ценным выводам.

Что касается этнологических моментов, то для возникновения *plac. praevia cervicalis* они будут те же, что и для обычной *plac. praevia* и вообще для соскальзывания яйца в нижние отделы матки. Наиболее существенную роль в этом играют атрофии и дистрофии слизистой матки и различные катарральные процессы ее. Можно предполагать, что атрофический процесс слизистой матки был и в нашем случае, так как больная в короткий промежуток времени перенесла 2 выкидыша с тремя выскабливаниями, с последующей аменорреей в течение пяти месяцев. Zangenmeister и Schilling с патолого-анатомической точки зрения различают три группы шеечного прикрепления плаценты: 1) диссецирующая цервикальная плацента, 2) частичная цервикальная плацента и 3) тотальная или преимущественная цервикальная плацента. Если принять указанное деление, то на основании литературных данных, можно объяснить следующим образом образование названных форм: Диссецирующая цервикальная плацента получается вследствие прорастания края последа при низком его прикреплении в стенку шейки через расщепление мышц. Повидимому, это диссецирующее прорастание начинается со стороны так назыв. истмуса, который, согласно исследованиям Aschoff'a, представляет из себя узкое пространство между анатомическим и гистологическим внутренним зевом. К этой группе могут быть отнесены случаи Bernhard, Schweitzer'a, Ahlfeld-Aschoff'a и Kermaner'a.

Вторая большая группа включает в себе случаи, где послед, прикрепляясь большей своей массой в нижнем отделе маточной полости, спускается в виде языкообразного лоскута в полость шеечного канала и этот лоскут внедряется в стенку шейки со стороны слизистой канала, в большей или меньшей степени разрушая эту слизистую (случай Weitz'a, Keishan'a, Emanuel Herz'a, Ponfick'a, Jaschke, Mathes'a и др.). Для образования цервикальной плаценты этой группы по Zangenmeister'у и Schilling'у играет роль недостаточное закрытие внутреннего зева.

Наконец, тотальная цервикальная плацента может образоваться в случае имплантации яйца в самом шеечном канале (случай Vogt'a и наш).

Если инсерция плаценты происходит в шеечном канале, то она прорастает глубоко в мышечную ткань шейки и плотно с нею срастается. Здесь происходит процесс, аналогичный образованию *plac. accretae* и *inertae*. Под влиянием роста плаценты и ее ферментативного воздействия на слабо развитую децидуальную ткань слизистой шейки, *decidua basalis* совершенно уничтожается и ворсинки соприкасаются с мышечными волокнами, отчасти раздвигая их, отчасти же растворяя (Zangenmeister и Schilling).

Переходя теперь к клиническим проявлениям цервикальной плаценты, то кровопотери во время беременности по Zangenmeister'у и Schilling'у в $\frac{1}{3}$ случаев отсутствуют, беременность же достигает 10-го месяца в 55%, что стоит в зависимости от раннего растяжения и развития шейки.

Если имеется наличие шеечной беременности, то таковая, на основании данных литературы, заканчивается выкидышем в первую половину беременности. Беременность в нашем случае имела наибольшую продолжительность — около 5-ти месяцев.

Опасные кровотечения при цервикальной плаценте имеют место во время родов, а главным образом после родов. Борьба с кровотечением в последовом и послеродовом периоде чрезвычайно затрудни-

тельна, в виду того, что тут мы сталкиваемся с невозможностью тщательного отделения от шейки взрослого в нее последа и с плохой ретракционной способностью шейки.

Отсюда понятен тот плохой прогноз, на который указывают авторы. По Zangenmeister'у и Schilling'у процент смертности для матерей равняется 43%, при чем из этого числа 32% гибнут от кровотечения и 11% от инфекции, условия для которой тут чрезвычайно благоприятны.

Что касается диагноза цервикальной плаценты, то, по мнению Rud. Th. v. Jaschke, при внимательном исследовании возможно в некоторых случаях ее диагностировать на основании утолщения шеечной области и если зев пропускает палец, то на основании прощупывания ткани, похожей на мягкую карциному. Названный автор полагает, что прикрепление частей последа в шейке, в особенности маленьких плацентарных доскутов, имеет место, вероятно, чаще, нежели принято считать, и думает, что некоторые случаи атонических кровотечений в послеродовом периоде имеют причину в этом. Что же касается диагностирования шеечной беременности, то тут возможно прощупывание матки на растянутой шейке, ощупывание раздутой *portio vaginalis*. Нарушение функции мочевого пузыря также может быть принято в соображение.

Предсказание при цервикальной беременности абсолютно неблагоприятно для плода, так как при этом беременность заканчивается выкидышем в первую половину беременности.

Что же касается предсказания при цервикальной плаценте, то оно чрезвычайно неблагоприятно как для матери, так и для плода. Процент смертности матерей равняется 43%. Предсказание для плода усугубляется тем обстоятельством, что в 45% случаев беременность не донашивается.

Останавливаясь на вопросе о терапии случаев с цервикальной плацентой, прежде всего приходится отметить, что здесь методы лечения *plac. praeviae*—разрыв пузыря, метрейризм и поворот по Braxton Hicks'у—не всегда сопровождаются успехом, потому что смертельные кровотечения наступают в последовом и послеродовом периодах, которые вынуждают идти на большое оперативное вмешательство, вплоть до экстирпации матки.

Если диагностируется цервикальное прикрепление последа, то в интересах матери и плода операцией выбора должно быть абдоминальное кесарское сечение, конечно, при наличии благоприятных условий (целый пузырь, нормальная t^0 и проч.). В виду того, что при операции может быть понадобится обкалывание кровоточащих поверхностей шейки по отделению последа, разрез матки нужно делать в нижнем сегменте, чтобы создать себе лучший доступ к шейке.

В случае, если больная тем или иным путем разрешилась *per vias naturalis* и кровотечение из шейки при сокращенной матке не останавливается, можно поступить так, как Mathes поступил в своем случае. Обнажается зеркалами внутренняя поверхность шейки до самого контрационного кольца и все кровоточащие места обкалываются.

В заключение прошу извинения, что я, выйдя в своем изложении из пределов изложения случая, отнял у уважаемого собрания время, но сделал я это вследствие того, что в таких вопросах нужно более подробное освещение в целях возможности диагностировать столь редкое осложнение. Если бы я заранее был знаком с литературой вопроса, я, быть может, описанный случай диагностировал еще до начала операции.

ХИ.

Из Акуш.-Гинеколог. Клиники Ленинград. Медичев. Ин-та
(Заведующий проф. К. К. Скробавский).

К технике искусственного прерывания беременности с одновременной стерилизацией при беременности от 1 до 5 месяцев^{*}).

Е. С. ПАВЛОВОЙ.

В целом ряде случаев гинекологам приходится иметь дело с беременными женщинами, которым, по медицинским показаниям, необходимо прекратить беременность, угрожающую их здоровью, а иногда и жизни.

В мою задачу не входит обсуждение таких показаний, а также я не буду здесь разбирать спорный еще до сих пор вопрос о том, нужно ли и всегда ли нужно таких женщин стерилизовать, дабы оградить их от опасности новой беременности.

Задача моего доклада состоит в разборе вопроса техники искусственного прерывания беременности и стерилизации наиболее бережным и безопасным способом.

За последние 10—12 лет абдоминальный путь прерывания беременности с одновременной стерилизацией приобретает все большее и большее число последователей. Все авторы, применяющие этот способ, высказываются за безусловное преимущество его перед вагинальным методом. Здесь каждый акт операции происходит под контролем глаза или пальца и этим избегаются опасности и осложнения, столь нередкие при производстве искусственного выкидыша обычным путем.

Нельзя не согласиться с Sellheim'ом, что прекращение беременности со стерилизацией производить вагинальным путем неудобно, т. к. при этом чрезвычайно затруднен доступ к трубам и извлечение беременной матки, особенно при поздних стадиях беременности. Кроме того, операция эта часто сопровождается значительным кровотечением, не говоря уже об опасности инфекции.

Dörfler считает абдоминальный путь наиболее простым, бережным, быстрым, абсолютно асептичным и вполне безопасным способом, дающим

^{*} Доклад, читанный на 6-м Всесоюзном Съезде врачей акушеров-гинекологов в Москве.

полную гарантию больным избежать новой беременности. По Frey, способ этот вполне удовлетворяет всем современным требованиям хирургии и бактериологии.

Относительно того, что прерывать беременность и стерилизовать там, где это показано, надо одновременно, об этом сейчас вряд ли можно спорить. Целесообразность одновременного производства этих операций очевидна, о чем высказываются многие авторы: Sellheim, Hoffman, Andersones, Frey, Freund, Dörfler, проф. Скробанский.

Vogt считает одновременность этих операций обязательной по следующим соображениям: во-первых, здесь не надо вторично давать наркоз, во-вторых, вторичная операция плохо действует на психику больных и, кроме того, многие больные вовсе отказываются от второй операции или мы их теряем из виду. Pr. Rossier, вполне присоединяясь к этому мнению, прибавляет, что многие женщины в момент второй операции оказываются вновь беременными.

Первые краткие указания об абдоминальном пути прерывания беременности и стерилизации, мы находим у Walthard'a в 1912 году, который у туберкулезных женщин *per laparotomiam* делал срединный разрез по передней стенке матки, удалил плодное яйцо пальцем и тут же стерилизовал путем резекции труб. Он описал 18 случаев с хорошими результатами.

Подробно же разработана и описана впервые была эта операция Sellheim'ом в 1913 году и поэтому его справедливо надо считать основателем этого метода. Операцию эту предложено было назвать *kleiner Kaiserschnitt* или *Prinzesschnitt*.

Техника операции по Sellheim'у очень проста. После вскрытия брюшной полости, полость матки вскрывается поперечным или продольным разрезом по передней или задней стенке. Обычно же разрез ведется по задней поверхности дна матки от трубы к трубе на расстоянии 3—4 см. Затем, пальцем удаляется все плодное яйцо целиком, после чего пальцем же или тупфером полость матки очищается от остатков *decidua*. Sellheim применяет затем расширение цервикального канала гегарами до 1—1½ см., при чем ассистент *per vaginam* пальцем контролирует, прошел ли расширитель внутренний и наружный зев. После достаточного расширения цервикального канала, из полости матки во влагалище проводится тампон, с целью дать возможность всосаться жидким выделениям и удалить оставшиеся еще свободные куски *decidua*. Операция кончается удлинением разреза матки за трубные углы и резекцией их маточного конца на расстоянии 2—3 см. Иногда этот момент операции предшествует вскрытию полости матки. После остановки кровотечения, рана матки зашивается двухэтажным кутутовым швом. В ряде случаев Sellheim вместо резекции труб делал полное их удаление, что он находил технически более удобным.

В дальнейшем, все последователи Sellheim'a, при производстве этой операции, в общем придерживались его метода с различными видоизменениями. Но все авторы, за исключением Vogt'a из Тюбингенской клиники, отказываются от расширения цервикального канала и последующей тампонады, считая это излишним, т. е. нормальная проходимость цервикального канала вполне достаточна для стока выделений, тампон же может быть шансом на инфекцию. Freund из своих оперированных 70 случаев лишь в одном только наблюдал задержку выделений. Он рекомендует делать разрез непременно по передней стенке матки, т. е. при разрезах на задней стенке впоследствии могут быть осложне-

ния в виде приклеивания кишек или сальника. Dörfler же делает разрез поперечно над шейкой матки, а Vogt советует делать низкий extraperitoneальный разрез матки, предварительно туго отсекаровав пузырь.

Что касается стерилизации, то многие предлагают свои способы, взамен предложенного Sellheim'ом. Так, Frey предложил бескровную стерилизацию по способу Madlener'a, а именно: труба, захваченная посредине пинцетом, вытягивается и, отделенная от mesosalpinx и сложенная в виде петли, перевязывается. Способ этот ведет к частому образованию гематом и, как мне кажется, к реканализации. Freund отделяет трубу от mesosalpinx и перерезает ее ближе к маточному концу, затем, латеральный конец ее, сложенный вдвое и перевязанный, как пуговина, погружает в расщепленные листки широкой связки, маточный же конец вытягивается в рану и помещается extraperitoneально. Dörfler рекомендует свой способ: труба посредине захватывается пинцетом, приподымается и перевязывается. Затем, под оба плеча трубы внутри снаружи подводится игла и выводится обратно три раза, после чего лигатура затягивается и весь этот кусок трубы погружается в mesosalpinx и обкалывается.

В России первый применил абдоминальный путь прерывания беременности доктор Бекман в 1915 и 1916 гг. на двух больных, доставленных к нему после перфорации матки, сделанной при производстве искусственного выкидыша. Бекман делал чревосечение, удлинял место разрыва матки продольным разрезом по передней или задней стенке матки, в зависимости от места разрыва, удалял содержимое полости матки пальцем, а остатки decidua выскабливал острой кюреткой, после чего, смазав полость матки 1-га jodi, зашивал рану матки двухэтажным катгутовым швом. В одном случае им тут же была сделана стерилизация путем резекции куска трубы, с погружением концов ее между листками широкой связки.

При тех же показаниях было произведено выскабливание полости матки абдоминальным путем проф. Скробанским в акуш.-гинекол. клинике Ленингр. медич. института.

В последние годы, с увеличением количества абортон и увеличением показаний к ним, пришлось выработать специальный метод, и с марта 1923 года в клинике проф. Скробанского систематически применяется эта операция по несколько видоизмененному способу Sellheim'a, о чем проф. Скробанским было сделано сообщение весной 1923 года в одном из заседаний Ленинградского акуш.-гинекол. общества.

В последнем номере «Врачебной Газеты» за 1923 год есть указание доктора Гусакова об одном случае такой операции, произведенной у туберкулезной женщины в Ленингр. родовспом. зав. с хорошим результатом.

Мы делаем эту операцию при беременности от 1 до 5 месяцев включительно.

Большая в положении Trendelenburg'a. Проводится небольшой разрез по Pfannenstiellю на расстоянии 5—6 см. После отграничения брюшной полости марлевыми компрессами от полости малого таза, матка, у ее углов, осторожно захватывается мышинными щипцами и выводится в рану так, что дно матки устанавливается длинником в рану и плотно к ней прижимается. Затем, по дну матки проводится разрез длиной не более 3—4 см. По вскрытии полости матки, плодное яйцо пальцем удаляется целиком, а остатки decidua тщательно выскабливаются большой кюреткой. После удаления плодного яйца, матка вслед-

ствие своей дряблости, может быть выведена в рану на половину своего длинника и т. обр. последующее выскабливание кюреткой идет на глазах и дальнейшее зашивание полости матки не представляет затруднений, в виду хорошего доступа к ней.

Мы не применяем расширения цервикального канала, т. к. убедились, что последующее выскабливание decidua ведет к крайне ничтожным выделениям в послеоперационном периоде, которые вполне свободно выделяются через нормально проходимый цервикальный канал даже у нерожавших женщин.

Также мы не применяем тампонаду матки и выведение дренажа во влагалище, не желая создавать благоприятных условий для восхождения влагалищной бактериальной флоры в полость матки.

В большинстве случаев раневая поверхность на матке кровоточит очень незначительно. В некоторых же случаях наблюдалось довольно значительное кровотечение, которое быстро останавливалось после опорожнения полости матки и наложения швов. Мы не замечали влияния на силу кровотечения подкожного введения ergotina до операции или во время ее, и поэтому в настоящее время отказываемся от этого. Рана матки зашивается многостажным катгутовым швом, при чем последний ряд швов кладется исключительно на брюшину, после чего мы приступаем к стерилизации.

В первых случаях мы применяли клиновидную excisio труб у углов матки. Но этот способ обезображивает матку и дает значительное кровотечение во время беременности и поэтому мы теперь его оставили.

Мы стерилизуем следующим образом: труба, около середины, перевязывается в двух местах и перерезается между лигатурами, после чего маточный ее конец, сложенный вдвое, перевязывается той же ниткой и у задней поверхности матки прикрывается широкой связкой. Способ этот вполне надежен и позволяет избежать кровотечения.

В последнее время многие советуют делать эту операцию под спинномозговой или местной анестезией, чтобы избежать ингаляционного наркоза у туберкулезных больных. Нами почти во всех случаях применялся общий хлороформенный наркоз или с прибавлением эфира, от которого мы не видели плохих результатов. В соответствующих случаях операция делалась под спинномозговой анестезией и один раз под гипнонаркозом. Операция обычно длится 25—30 минут.

Всего нами оперировано за это время 25 больных по следующим показаниям: tbc—15; vic. cordis 4, nephritis—1, pelvis rachitica plana—1, struma Basedowi—1, один случай по поводу приращения матки к передней брюшной стенке после классического кесарского сечения и два—по поводу слепоты.

Возраст больных от 21 до 38 лет.

Из них рожавших 21 и нерожавших 4.

По сроку беременности больные распределялись так: 1¹/₂ мес.—2; 2 мес.—6; 2¹/₂ м.—4; 3 м.—5; 4 м.—3; 4¹/₂ м.—1; 5 м.—4.

Одна больная погибла спустя 1¹/₂ часа после операции. Речь идет о больной, 26 лет, находившейся в терапевтической клинике в очень тяжелом состоянии с диагнозом stenosis ostii venosi sinistri decompensatum и беременной 4¹/₂ месяца. За время беременности наблюдалось резкое ухудшение общего состояния и, по настоятельному требованию терапевтов клиники, ей была произведена операция под спинномозговой анестезией, при чем больная находилась в тяжчайшем состоянии.

Из остальных 24-х больных, послеоперационное течение у 18 протекло гладко. 6 лихорадило от 2 до 14 дней. 3 по поводу их основного туберкулезного заболевания, 2 по поводу частичного нагноения брюшной раны и одна вследствие инфильтрата в paravesical'ной клетчатке.

Отдаленные результаты следующие: 2 больных найти не удалось. Из остальных 22—две плохо себя чувствуют, жалуются на плохое общее состояние и болезненные мenses. 20 же чувствуют себя хорошо, menses безболезненны, матка сократилась хорошо, инфильтратов ни где нет. Общее состояние хорошее, прибавились в весе, у туберкулезных больных наблюдается улучшение процесса, что подтверждено удостоверениями из соответствующих учреждений.

Таким образом, накапливающийся у нас материал позволяет заключить, что абдоминальный путь прерывания беременности заслуживает внимания и его рекомендуется применять там, где это показано. Его преимущества:

- 1) Это вполне быстрый, бережный и вполне асептический способ, т. к. при его производстве не надо проходить через влагалище.
- 2) Он позволяет делать одновременно и стерилизацию.
- 3) При этом способе, несомненно, с уверенностью опорожняем даже большую матку, без опасности тяжелых повреждений или перфораций.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Sellheim. Monatsschr. f. Gyn. und Geb. 1913 г. Bd. XXXVIII, S. 166.—2) Sellheim. Zentralbl. f. Gyn. 1923 г., № 14, s. 563.—3) Dörfler Centralbl. f. Gyn. 1923 г., № 6, s. 144.—4) Васильев. Сборник работ, посвященных д-ру Бекману 1916 г.—5) Бекман. Журнал акуш. и ж. бол. 1916 г.—6) Werner. Zentralbl. f. Gyn. 1913 г., № 43, s. 1581.—7) Hoffmann. Zeitschr. f. Gyn. 1914 г. Bd. LXXV, s. 321.—8) Anderes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1914 г. Bd. 40, s. 443.—9) Waltherd. Münch. med. Woch. 1912 г., № 18, s. 1014.—10) E. Frey. Zentralbl. f. Gyn. 1923 г., № 24, s. 965.—11) H. Freund. Zentralbl. f. Gyn. 1923 г., № 42, s. 1615.—12) Madlener. Zentralbl. f. Gyn. 1919 г., № 20, s. 867.—13) Vogt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1923 г. Bd. LXIII, s. 310.—14) Rossier. Gynécol. et Obstetr. 1923 г., № 3.—15) Гусаков. Врач. Газ. 1923 г., № 24.—16) Скробанский. Журнал акуш. и ж. б. 1923 г., кн. 2, стр. 1.—17) E. Frey. Münch. med. Woch. 1921 г., № 48, s. 1548.—18) Friegesi. Münch. med. Woch. 1922 г., № 19.—19) Veron. Gyn. et Obstetr. 1923 г., № 2.—20) Pankow. Monatsschr. f. Gyn. 1923 г., № 1.—21) Winter. med. Woch. 1923 г.—22) Pinard. Gyn. et. obstetr. 1923 г., № 2.

Рецензия.

Проф. А. А. Редлиг. «Общая и частная гинекологическая диагностика. Для врачей и студентов. С 67 рисунками в тексте». Берлин. Медицинское Издательство «Врач».

Жизнь русского научного работника складывается обычно так, что он никогда не бывает хозяином своего времени, а потому подвести итог и передать в письменной форме плоды своего таланта и опыта удается лишь немногим. Поэтому, школы русских ученых по большей части сходили со сцены одновременно с их создателями и их ближайшими учениками. Заветы наших учителей, как в древности, передаются устно, а не письменно. Аномальные условия жизни последних лет, отсутствие возможности правильно вести очередную научную работу, естественно, вызвали стремление в среде лиц умственного труда найти выход из этого положения и он был многими найден—в обработке годами накопленного материала. Мне кажется, что главным образом этим только объясняется появление у нас, в течение последних 2—3 лет, ряда новых руководств по всем специальностям, в том числе и нашей. Ярким примером этого является и только что изданное Медицинским Издательством «Врач» руководство проф. А. А. Редлига по «Общей и частной гинекологической диагностике». Оно несомненно должно рассматриваться, как плод многолетней опытности талантливого врача-учителя и в то же время ближайшего ученика и преемника одного из больших научных деятелей нашей специальности, основателя целой отдельной школы, проф. П. Е. Рейна. Ему же и посвящен автором означенный труд.

Книга содержит 156 страниц убористой печати, с 67 рисунками, иллюстрирующими текст, разделена она на 29 глав, в которых шаг за шагом излагаются основы современной гинекологической диагностики, в широком смысле слова. Наиболее ценным является то, что автор, путем как бы наглядной беседы, приучает своего слушателя-читателя к самостоятельному гинекологическому мышлению, не затемняя сути, как это часто бывает, ссылками на мнения и предположения авторитетов разных величин. Дается только то, что бесспорно, что проверено многолетним опытом и годно для диагностики, вместе с тем намечается путь к дальнейшей разработке спорных вопросов. В то же время руководство не написано по узкому шаблону и автор нередко, как это бывает и в устных беседах, попутно, например, сообщает целесообразность или, напротив, нерациональность того или другого лечебного воздействия при разных формах заболевания. Не имеется также, что крайне важно, пограничной черты между акушерством и гинекологией, и все вопросы, естественно возникающие при разборе больной, получают в книге ответ, как это и должно быть в практике. Поэтому, необычные, на первый взгляд, для гинекологического руководства главы: Распознавание бере-

менности (гл. XXII), Распознавание выкидыша (гл. XXIV) и др., являются в данном руководстве вполне естественными, соответствующими поставленной задаче.

Скажу, что существенно полно, приведены вспомогательные диагностические методы, как-то: исследование крови, биологические реакции, бактериологические исследования, Рентген, исследование мочевой системы и др., знание которых для современного гинеколога является обязательным.

Ряд рисунков, помещенных в руководстве, достаточно наглядно иллюстрирует важнейшие диагностические приемы, патолого-анатомические и микроскопические картины, инструментарий и т. п. Конечно, что касается исполнения некоторых рисунков, то, сознавая вполне причины их недостаточной отчетливости и не ставя это в вину ни издательству, ни тем более автору, нельзя все-таки отрешиться от чувства некоторой досады, сравнивая внешний вид этого прекрасного по содержанию руководства с последними изданиями в том же Берлине, по руководствам, написанных на немецком языке. Кроме этого, безусловно, несущественного упрека, несколько не умаляющего других достоинств издания, книга проф. А. А. Редлиха, я убежден, займет в современной гинекологической литературе несомненно одно из наиболее выдающихся мест. Она является научным руководством, соответствующим в то же время современным практическим требованиям, а потому в равной мере удовлетворяет запросам как учащихся, так и врача-практика.

Профессор И. Судяков.

Письмо в редакцию.

Прошу Редакцию в ближайшем номере «Журнала Акушерства и Женских Болезней» напечатать нижеследующее:

Из Акушерской Клиники 1-го М. Г. У-та. Директор проф. Н. И. Побединский; ассистент Клиники Б. А. Архангельский.

Замечания к автореферату моего доклада: «Новый метод тазоизмерения и определения размеров плода—рентгеностереопельвиометрия», напечатанному в отчете о деятельности VI-го Всесоюзного Съезда акушеров и гинекологов в «Журнале Акушерства и Женских Болезней», т. XXXVI, кн. 3 и 4 ст. ст. 330—332. Во избежание каких бы то ни было неясностей, считаю нужным подчеркнуть, что предлагая новый метод тазоизмерения и определения размеров плода—метод рентгеностереопельвиометрии в акушерстве,—мы пользуемся стереометрическим методом А. А. Глаголевой-Аркадьевой и аппаратом ее конструкции, предложенным ею в 1916 г. Этот аппарат был назван ею рентгеностереометром и предназначался главным образом для хирургических целей—нахождения инородных тел при ранениях. Обозначение этого аппарата рентгеностереопельвиометром не может быть названием аппарата, а лишь служит указанием на его акушерское предназначение в методе рентгеностереопельвиометрии. Подробное описание рентгеностереометра и стереометрического метода А. А. Глаголевой-Аркадьевой можно найти в следующих статьях: А. А. Глаголева-Аркадьева: 1) «Приложение стереорентгенограмметрического метода в медицине». «Вестник рентгенологии и радиологии», т. 1, вып. 3—4-й 1921 г. 2) «О применении стереометрии в рентгенографии». — «Научные Известия». Госиздат—физич. часть, 111, ст. 292—1922 г. Москва.

ОТ РЕДАКЦИИ.

В отчете о VI Всесоюзном Съезде Гинекологов и Акушеров:

1) на стр. 293 абз. 5, вместо профессор Бубличенко (Ленинград) и т. д. следует читать: д-р Гептнер и проф. Бубличенко (Ленинград). *Therapia sterilisans magna*.

2) На стр. 286 строка 7 сверху надо читать: (Д-р Матвеев) применяет операцию *Guilliam'a* в сочетании с операцией *Leopold-Czerni* и восстановлением тазового дна. Для стерилизации предлагает свой метод: перерезку и вшивание центральной части трубы в стенку матки с надеждой на дальнейшее оплодотворение в случае восстановления труб.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА на 1925 год на ЖУРНАЛ

Ленинградского Oto-Ларингологического Общества

„Русская Oto-Ларингология“

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

В. И. Воячка, проф. Военно-Медицинской Академии, А. Ф. Иванова, проф. I. Московского Университета, Л. Т. Левина, проф. Госуд. Клиническ. Института для усовершенствования врачей и Госуд. Инст. Медицинских Знаний. Секретарь редакции М. Г. Личкус.

ПРОГРАММА ИЗДАНИЯ:

1) Оригинальные статьи. 2) Рефераты: а) по ушным бол.—б) по горловым бол.—в) по носовым бол. 3) Рецензии. 4) Отчеты о заседаниях русских и заграничн. обществ. 5) Терапевтические новинки. 6) Научная хроника. 7) Библиография.

Подписная плата за 6 номеров журнала 10 руб. золотом.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА на 1925 год

НА ДВУХНЕДЕЛЬНЫЙ ПЕРИОДИЧЕСКИЙ ОРГАН, ПОСВЯЩЕННЫЙ ВОПРОСАМ
НАУЧНОЙ И ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ.

XXIX год
издания

„Врачебная Газета“

XXIX год
издания

под редакц. проф. В. П. Осипова и прив.-доц. П. В. Сквирского.

„Врачебная Газета“ выходит два раза в месяц тетрадями от 16 до 24 стр.

В 1925 году „Врачебная Газета“ вступает в 29-ый год своего существования. Нет надобности напоминать нашим читателям о том, что главная задача журнала — дать врачам возможность наиболее полной ориентации во всех новейших и важных достижениях **клинической и практической медицины**. Задание это остается неизменным — оно будет еще возможно углублено и расширено, захватывая и области, выдвинутые современной общественной медициной — профессиональные болезни, охрану материнства, младенчества и детства, наследственность и евгенику.

Особое внимание будет уделяться нами тщательному отбору статей и подбору рефератов из огромного, все возрастающего материала, поступающего в редакцию. При этом будут приняты во внимание интересы не только клинических врачей, врачей-специалистов разных специальностей, но, в не меньшей мере и потребности и запросы широкой массы оторванных от научных центров **общих практических врачей**, совершающих огромную, наиболее трудную и, б. м., общественно наиболее важную работу в провинции.

Проблемы конституции, эндокринологии, вегетативной нервной системы, получившие в последнее время не только теоретическое, но и непосредственно практическое значение, новые методы профилактики, диагностики и лечения (протеинотерапия, кальциевая терапия, активная иммунизация etc.) — все это получит возможное полное и ясное отражение на страницах нашего журнала. Отделы „**Новые способы лечения и диагностики**“ и „**Заметки из практики**“, встретившие живой отклик среди врачей, будут нами развиваться и впредь. Дальнейшее развитие получают также реферативный отдел — по всем областям медицины и отчеты о **ездах** и заседаниях медиц. обществ, а также рецензии и отзывы о новейших медиц. изданиях.

Подписная плата на год—10 руб., на 1/2 года—6 руб.

ЗА ГРАНИЦУ: на год 14 руб. (простыми бандеролями) и 18 руб. (заказн. бандерол.).

ПОДПИСЧИКИ получают „Медицинский Календарь“ на 1925 г. за 2 руб.

Допускается рассрочка платежа: при подписке—3 руб., 1 февр.—2 руб., 1 апреля—3 руб. и 1 июля—2 руб.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1925 ГОД

XXXVI год издания

на ежемесячный журнал

XXXVI год издания

„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“⁶⁶

под редакцией проф. М. В. Черноруцкого.

Выходит ежемесячно книжками от 10 до 12 печат. листов.

В 1925 году в журнале будут напечатаны следующие сочинения:

1. Peiz-Leusden, проф. Оперативная хирургия, ч. I.
Перев. с 3-го нем. изд. с 778 рис. Русск. изд. 2-ое.
2. Судаков, И. В., проф. Руководство общей гинекологии.
С многочисл. рисунками.
3. Репрев, А. В., проф. Внутренняя секреция.
4. Feer, проф. Диагностика детских болезней, ч. I.
Перевод с 4-го нем. изд. 1924 г. С многочисл. иллюстр.
5. Klose, прив.-доц. Детские болезни. Перев. с 9-го нем. изд.
6. Златогоров, С. И., проф. Учение о микроорганизмах.
Теоретич. и практич. руководство, т. III, ч. 2.
7. Joseph, проф. Руководство по половым болезням.
Перев. с 9-го нем. изд.
8. Казас, И. И., проф. Основы терапии глазных болезней.
Практическое руководство для студентов и врачей.
9. Weul, проф. Профессиональные болезни.
Этиология, профилактика и терапия.
10. Lerehne, пр.-доц. Функциональная диагностика печени,
ее результаты и методика. Перев. с нем. изд. 1923 г.
11. Gassul, д-р. Основы рентгенодиагностики и светолечения туберкулеза. Перев. со 2-го немецк. издания, выходящего одновременно с нашим изданием.
12. Эпштейн, А. Л., д-р. Рефлексы вегетативной нервной системы. (Руководство к исследованию вегетативной системы).

ГОДОВАЯ ПОДПИСНАЯ ПЛАТА с приложением Медицинского Календаря на 1925 год — **20 руб.**

Допускается рассрочка платежа: при подписке — 5 рубл. и затем 1-го февраля, 1-го мая и 1-го августа по 5 рубл.

За границу — 24 руб. (прост. бандерол.) и **27 руб.** (заказ. бандерол.).

Деньги адресовать: Издат. „Практич. Медич.“ Ленинград. Просп. Володарского, 49.



Василий Васильевич Желтухин.

Редакция журнала Акушерства и Женских болезней, согласно постановления Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества, посвящает настоящий номер журнала **ВАСИЛИЮ ВАСИЛЬЕВИЧУ ЖЕЛТУХИНУ** старейшему члену Акушерско-Гинекологического Общества, главному организатору массового родовспоможения в Ленинграде,— в день его 70-летия со дня рождения.

акusher-lib.ru

Типография Торговой Палаты, Полтавская, 12.
Ленинградский Гублит № 8133. Тираж. 1300.

ЖУРНАЛ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ.

Орган Акушерско-Гинекологического Общества в Ленинграде.

Том XXXVI.

Март

1925 г.

Апрель

Книга 2.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

XIII.

При всех гинекологических, равно как и акушерских случаях, дезинфекция влагалища необходима *).

Заслуженного профессора Д. О. ОТТА.

При влагалищном удалении канкрозной матки, смертность по 1924 год в нашем Институте на 430 случаев составляла 1,8%, между тем как у наиболее счастливых операторов смертность представляется значительно более высокой, так, например, у проф. Schauta она равняется 8,9%; у профессора же Wertheim'a еще значительно больше. Проф. Winter (Zbl. f. G. 1925, № 1) опубликовал 276 случаев экстирпации пораженной раком матки, при чем в 61 случае при наличии стрептококков отмечена смертность в 18%.

Не безынтересно поставить вопрос: отчего между нами полученными результатами и упомянутыми авторами существует такая громадная разница? (результаты у проф. Winter'a в десять раз худшие нами полученных). На XVI международном съезде, бывшем в Будапеште в 1909 году, на котором мною был прочитан доклад на программную тему: „О раке матки“, венский проф. Schauta обратился ко мне с вопросом: „Скажите мне, любезный коллега, что вы предпринимаете, чтобы получить столь блестящие и из ряда вон выходящие результаты?“. Тогда я ему ответил, предполагая, что полученные мною результаты зависят от совокупности всех отдельных моментов операции. В настоящее время, вместо этого ответа, не удовлетворившего ни проф. Schauta, ни меня самого, я имею возможность теперь дать другой и к тому же совершенно определенный ответ, с тех пор, как мы имели возможность познакомиться с флорой влагалища в связи с дезинфекцией его. Не даром тот же Winter, Phillip, Bumm и

*) Доклад в Гинеколог. Общ. при Повивальн. Институте.

другие указывают, что нахождение стрептококков в операционном поле является несомненной причиной, которая в подавляющем большинстве случаев обуславливает смертельный исход. Логическим выводом из такого положения вещей является требование—предварительно оперативного вмешательства очистить операционное поле от низших организмов, а раз что это не предпринимается, то результаты несомненно будут много худшие. Объяснить же неблагоприятные результаты погрешностями или недочетами оперативной техники отнюдь нельзя, тем более, что операторы, о которых идет речь, все люди с громкими именами и большого опыта, так что высказанное предположение недопустимо; также отпадает предположение, что в наших раках флора менее злокачественна, и таким образом остается лишь единственное предположение, что недостаточно обращается внимания на способы предварительного удаления стрептококков и других микроорганизмов. Названные авторы основательно приписывают частоту смертельных исходов наличности найденных микроорганизмов. У многих гинекологов установился взгляд, что специальная дезинфекция влагалища не достигает цели благодаря тому, что его стенки представляют много углублений и складок—обстоятельство, затрудняющее удаление с его поверхности покрывающие ее секреты, а вместе с ними и находящиеся здесь микробы. К этому надо прибавить, что многие специалисты держатся взгляда, что энергично смывать влагалищный секрет даже нежелательно, так как благодаря кислой реакции секрета, влияющего бактерицидно, мы лишаем тем организм самозащиты. Оба приведенные предположения следует считать несостоятельными: несомненно влагалище может быть очищено от микроорганизмов и во всяком случае более совершенно, чем кожные покровы, обладающие множеством сальных и потовых желез, из которых, как это подтверждено экспериментально, почти невозможно удалить попавшие туда микроорганизмы. Во влагалище, как правило, желез нет, и поэтому оно механически может быть очищено от микроорганизмов. Это доказано работой Е. И. Поволоцкой, сделанной под моим руководством. Если же к механической очистке прибавить его химическую дезинфекцию (спиртом, сулемой, иодом), то получается стерильное влагалище. Эти исследования мною сообщены на VI гинекологическом съезде в Берлине.

В выше приведенной обработке (дезинфекции) влагалища я усматриваю главную причину достижения столь низкой смертности при влагалищных операциях, и этот запоздалый ответ я могу дать проф. Schauta взамен данного мною в свое время неудовлетворительного. В виду приведенного я считаю себя в праве настоятельно рекомендовать во всех влагалищных приемах тот способ дезинфекции, который мы всегда применяем в соответственных операциях. Сбриваются волосы на лобке, затем наружные половые органы моются последовательно двумя щетками или кокосовой мочалкой (так как первая щетка оказывается более загрязненной, то для достижения большей очистки употребляется вторая). Затем вращательными движениями намыленных двух пальцев, а иногда и полурукой влагалище энергично вытирается, после чего, продолжая тереть, 1 : 2000 раствором сулемы смывается слизь и мыло с его стенок. Под конец влагалище и цер-

викальный канал смазывается t. jodi, благодаря чему получается стерильность равная 100%. Этот способ подробно описан в моей „Оперативной гинекологии“, и целесообразность его подтверждается не только при раке матки, но также и при операциях фибромиом матки, при которых (более чем на 2.000 случаев) смертность мною доведена до 0%; как при влагалищной экстирпации фиброматозной матки, так и при чревосечениях (panhysterо-тuomectomy), сопровождающихся вскрытием влагалища.

Ошибочно было бы пренебрегать способом дезинфекции влагалища и в акушерской практике, где ведь главные ворота для проникновения инфекции в организм составляет влагалище, тем более, что рекомендуемые мною приемы дезинфекции никакой специальной обстановки не требуют.

С тех пор, как я стал применять указанный способ дезинфекции в моей акушерской практике, мне ни разу не пришлось наблюдать септического заболевания, а также на материале родильного отделения Гинекологического Института я наглядно мог убедиться в целесообразности дезинфекции влагалища: за четыре года (с 21 по 25) при проведении выкидыша, когда применялся вышеуказанный способ дезинфекции, не было *ни одной смерти*, а также *септических заболеваний*: случаи обыкновенно проходили безлихорадочно, лишь в исключительных, и то немногих случаях наблюдалась субфебрильная температура в течение 1—2 дней, и у одной больной отмечалось развитие параметрита, но в этом случае больная до операции была инфицирована гонорреей. Наблюдение обнимает 1.313 случаев.

Далеко не столь благоприятно течение больных, поступивших в Институт, которым дома раньше были деланы попытки для вызывания выкидыша, при чем некоторые поступили уже инфицированными.

Приведенные мною данные побуждают меня настоятельно рекомендовать педантично проводить указанный прием *во всех случаях*, разрешающихся в Институте, соблюдая неотступно вмененный дежурным врачам соответственный образ действия в сознании, что лишь в профилактике главная наша сила в борьбе с септическими заболеваниями.

Предполагать, что в акушерской практике дело иначе обстоит, чем в гинекологической, нет никакого основания, и если в гинекологической деятельности на основании флоры влагалища можно достигнуть при соответствующих приемах 100% стерильности, то нет никакого основания утверждать, что того же нельзя достигнуть в акушерском деле при срочных родах. Если тем не менее найдутся в этом отношении скептики, то не сомневаюсь, что их сомнения найдут полное опровержение в фактических данных тех исследований, которые в настоящее время по моей просьбе ведутся Е. И. Поволоцкой в акушерском отделении и убедят скептиков в необходимости проводить в *каждом случае* родов самые тщательные меры дезинфекции, как это делается перед гинекологической операцией, и таким образом застрахуют не одну больную от заболевания септическим процессом, которых, к слову сказать, в нашем Институте за последнее время наблюдается чаще, чем обыкновенно. Прошлую зиму я сделал соответствующий доклад в заседании президиума, который, со-

гласившись с его практическим значением, сделал постановление вменить в обязанность дежурным врачам проводить *при каждом родах* рекомендуемые выше меры; между тем практического осуществления это постановление не нашло, что и побуждает меня в сегодняшнем заседании выступить с настоящим докладом, в убеждении, что систематическая дезинфекция окажется многодействительнее, чем, например, недавно введенные для дежурных врачей головные колпачки и т. п. мало существенные мероприятия. Совершенно очевидно, что если мы хотим в акушерской практике достигнуть столь же блестящих результатов, как и в гинекологической, тщательная дезинфекция влагалища представляется столь же необходимой. Приведенные данные красноречиво за это говорят.

Возражения, указывающие на опасность дезинфекции влагалища при возможном нефрите, или предположения, что при этом можно повредить эпителий цервикального канала, а также, что орошающая влагалище во время дезинфекции жидкость в виду находящаяся во влагалище пальцев во время орошения его может будто бы ворваться в полость матки, — являются недоразумением, или, правильнее, недомыслием, совершенно игнорирующим основную мысль, которую имеет в виду предполагаемая мера.

В. В. Желтухин и городское родовспоможение.

М. Л. БАНЩИКОВА.

Е. А. von der Veer (Amer. Journ. of Obst. and Gynec. vol. III, 1924) в статье: „Септическая послеродовая инфекция; анализ смертности матерей в связи с увеличением ее“—дает ряд интересных цифр и выводов на статистическом материале Нью-Йорка, разработанном за много лет нью-йоркским санитарно-статист. отделом. Не соблазняясь сопоставлением этих цифр с нашими статистическими данными, важно лишь отметить, что в конечном результате автор приходит к основному выводу—о необходимости в профилактических целях организации многочисленных родильных приютов с числом кроватей от 10 до 20¹⁾.

Такое же глубокое изучение статистических цифр и счастливая способность создавать сосредоточенные выводы давным-давно привели к подобному заключению Василия Васильевича Желтухина и сделали из него непоколебимого поборника приютской системы городского родовспоможения, как основы профилактики послеродовых заболеваний, в помощь которой для лечебных и научно-педагогических целей должно быть придано определенное количество родильных домов и больниц для послеродовых заболеваний.

Рядовым работником гор. общ. родовспоможения, в качестве заведующего 6-тикроватн. родильн. приютом, начал свою деятельность В. В. Желтухин в 1886 году. Эта дата почти совпадает с началом планомерной организации городского родовспоможения, начавшейся в 1883 г. с переходом родильных приютов из ведения полиции в ведение гор. самоуправления, когда город располагал 11-ью приютами с 39 кроватями, обслуживавшими 1300 родов, т. е. неполных 5% всех родоразрешений. По двум печатным трудам В. В. Желтухина (особенно статистические данные 1-го 50-летия петербургск. род. приютов. Изв. губздр. отд. 1922, № 7—12) можно проследить историю развития деятельности родильных приютов, и по ним мы видим, что в 1897 г. при 12 при-

¹⁾ Haeber. Zblt f. Gynaecol. und Geburtsh. 1924, № 39, стр. 2145.

ютах с числом кроватей 106 обслуживалось 6040 родов, т. е. 17%, а в 1914 г. при 18 приютах с 540 родильными кроватями обслуживается уже 25.590 родов, или 57% всех родоразрешений; в следующем 1915 году этот процент повышается до 59.

Считая, что % стационарных родоразрешений вообще в городе в 1912 г. равнялся 91%, мы видим, что $\frac{2}{3}$ всех стационарных родоразрешений приходилось на приюты и $\frac{1}{3}$ на все другие родовспомогательные учреждения, считая родильные дома, клиники, отделения больниц и т. д.

В дополнение к обрисованному количеству работы необходимо охарактеризовать и качество ее в самых кратких цифрах—общая смертность, считая и смертность переведенных в больницы, по отчетам за много лет, равняется 0,24%, что составляет половину общепринятой; % безлихорадочного течения послеродового периода, равняющийся в среднем 91,2%, превышает среднюю общепринятую норму, а % септических послеродовых заболеваний равный 1,8% почти вполнину ниже общепринятой.

В охарактеризованной крупной общественной работе родильных приютов, кроме указанной даты 1883 г., необходимо отметить 1897 г.—год образования коллективного органа, фактически руководившего городским общ. родовспоможением, именно—совещания врачей акушеров, заведующих родильными приютами.

Не случайное совпадение, что именно с этого года диаграмма числа принятых приютами рожениц идет непрерывно вверх с громадным ежегодным нарастанием («Кр. очерк деят. СПб. Гор. Род. Пр.», Желтухин.—Ж. ак. и ж. бол., 1908), также как не случайным обстоятельством в работе совещания является тот факт, что его бессменным руководителем с 1899 г. состоит В. В. Желтухин.

Покойный Д. А. Парышев в одном из трудов своих так характеризует эту эру в работе родильных приютов: „Все, что сделано в развитии городского родовспоможения путем родильных приютов с 1897 г.—сделано по почину и настойчивости совещания». С этих пор развитие приютной системы родовспоможения идет планомерным и быстрым темпом и уже в 1908 г. оно характеризуется, как „могучая общественная организация“, не имеющая сравнения не только в России, но и за границей. Деятельность родильных приютов была достаточно оценена в день празднования 25-летия их в отзывах многочисленных научных и общественных представителей, и после того является понятным, что в 1913 г. на Всеросс. гигиенической выставке городское самоуправление получило высшую награду, между прочим, за „правильное и неуклонное развитие дела родовспоможения“, а председатель совещания В. В. Желтухин—такую же награду „за работу совещания врачей акушеров, объединяющего деятельность родильных приютов, представленную на выставке в диаграммах и таблицах“.

Необходимо хотя бы кратко упомянуть, что в порядке коллективного труда совещания приюты совершенно изменили свою структуру, выработав тип т. называемого „нормального родильного приюта“; была разработана и почти целиком проведена в жизнь нормальная сеть городского родовспоможения

с радиусом обслуживания в одну версту; были разработаны нормы снабжения, питания, ухода за новорожденными и целый ряд вопросов научного и бытового характера.

Исключительное внимание, направляемое председателем, придававшим особое значение статистике, совещание уделяло вопросу единой правильной регистрации родовспоможения, для каковой цели были выработаны индивидуальный журнал и индивидуальная статистическая карточка; на основании означенных материалов с 1899 по 1914 г. в медицинской печати и отдельными оттисками ежегодно выпускались подробнейшие медицинские отчеты, в которых разработка материала в бытовой части велась б. гор. статист. отделением, а в медицинской очередными секретарями совещания (Е. Л. Пушкина, Л. А. Кривский, Н. М. Какушкин, М. Н. Порошин, М. Л. Банщиков) под непосредственным руководством В. В. Желтухина. Надо сказать, что постепенно означенные отчеты приобрели характер солидных научно статистических трудов и до сих пор являются справочниками во всех вопросах массовой акушерской статистики.

Вопрос о „капле молока“, как прототипе нынешних консультаций для грудных детей, вынесенный на широкое общественное обсуждение в 1901 г., зародился в совещании и В. В. Желтухин является лицом, впервые поднявшим этот вопрос.

Ему же принадлежит инициатива по привлечению специалистов педиатров для консультативной работы в родильных приютах.

Теоретическая разработка вопроса о призрении беременных проделана В. В. Желтухиным в его статье: „О призрении бедных беременных. Изв. гор. думы, 1907“; ему же вместе с Д. А. Парышевым принадлежит инициатива практического проведения этого вопроса в специальных приютах.

Из этого краткого перечня видно, что еще в пределах 1901 — 1907 гг. В. В. Желтухиным не только намечались объем и задачи охраны материнства и младенчества, но и проводились в жизнь чрезвычайно ценные начинания в этой дисциплине.

Бесспорно—указанные достижения в деле городского родовспоможения были плодом коллективной работы совещания, собиравшего в себе лучшие акушерские силы Ленинграда; не будет смелостью сказать, что работа того времени в родильных приютах и в совещании являлась как бы высшей школой для большинства молодых научных работников, чувствовавших себя тесно в клиниках, и не будет нескромностью назвать здесь несколько имен наших корифеев, посвятивших по многу лет приютской работе; покойные Д. А. Парышев, С. Д. Михнов, А. И. Лебедев, Е. Ф. Бациевич, ныне здравствующие профессора Д. О. Отт, В. В. Строганов, Л. А. Кривский, К. К. Скробанский, Л. Л. Окинчиц, Д. И. Ширшов, Д. Д. Попов, И. В. Судаков, Н. М. Какушкин, Ф. Н. Ильин, Е. М. Курдиновский—все бывшие приютские врачи.

Этот блестящий перечень русских акушеров не затеняет личности В. В. Желтухина, так как ему-то главным образом, как руководителю коллегии, и принадлежит честь подбора таких видных работников, добивавшихся самостоятельной работы. Истинно творческий дух царил в совещании и волею председателя неизменно направлялся и собирался в одном направлении—в со-

здании высококвалифицированной помощи неимущей роженице, о чем свидетельствуют все печатные труды В. В. Желтухина, являющиеся основой городского родовспоможения и единственными в своем роде по богатству фактического материала, сжатости и сосредоточенности изложения; в последнем отношении стиль В. В. заслуживает особого изучения.

Д. А. Парышев, в одном из посмертных трудов, характеризовал работу совещания тремя свойствами: „единство цели, планомерность и постоянство“, при чем „эта невольно бросающаяся в глаза характерная черта—по его мнению—объясняется тем, что с 1889-го г., т. е. почти в течение 25 лет, совещание возглавлялось одним и тем же лицом, бесценно занимавшим руководящее место председателя. Этим лицом был Василий Васильевич Желтухин“.

Кишечная непроходимость, как следствие физиологических функций и заболеваний женской половой сферы.

Проф. И. СУДАКОВА. (Пермь).

Непроходимость кишечника, как непосредственное следствие заболеваний органов половой сферы, а тем более физиологических их функций, есть осложнение, наблюдаемое далеко не часто, но требующее от гинеколога умения быстро ориентироваться в выборе соответствующего безотлагательного пособия. Если исключить случаи острых перитонитов и последовательных тяжелей и склеек на их почве и после произведенных брюшных операций, то на долю затронутого нами вопроса останутся случаи механического сдавления кишечных петель увеличенными или неправильно расположенными частями полового аппарата, экссудатами и кровоизлияниями в малом тазу. Считаюсь с частотой опухолей в половой сфере женщины и с теми громадными размерами, которых они не редко достигают, а также с громадными и плотными экссудатами, представляется на первый взгляд не совсем понятным: почему это не является более частым предрасполагающим моментом не только для появления тех симптомов, которые характеризуют непроходимость, но даже хотя бы для заметного отклонения от нормы работы кишечника вообще. Основными причинами этого, на первый взгляд парадоксального, явления служат свободная подвижность кишечных петель и их способность изменять величину своего просвета сообразно надобности. Нарушение одного из этих условий ведет за собой роковым образом нарушение и второго и тем самым является благоприятная почва для развития в кишечнике тех симптомов, которые характеризуют его непроходимость. Другими словами, патологические и физиологические процессы половой сферы постольку могут только способствовать появлению непроходимости, поскольку они нарушают нормальную подвижность и способность кишечных петель изменять величину своего просвета. Одно механическое сдавление кишечника, при отсутствии в нем острых или остатков ранее бывших воспалительных явлений, несмотря на величину давящего тела, как показывает опыт, в громадном большинстве случаев не может

вызвать непроходимости. Наиболее характерным в этом отношении является то, что мы видим во взаимоотношении между беременной маткой и кишечником. Насколько редко *ileus* наблюдается в связи с беременностью—можно видеть из того, что до 1914 г. в литературе описано менее 100 случаев (96 в иностранной и 3 в русской), за последние 10 лет в иностранной отмечено 22 случая, в русской же литературе за этот срок я не встретил ни одного сообщения о кишечной непроходимости на почве беременности. Поэтому, я считаю не безынтересным, прежде чем перейти к обсуждению затронутого мною вопроса, сообщить вкратце наблюдавшийся и прооперированный мною, около 2 лет т. н., случай *ileus* при беременности. Больная К., 37 лет, беременна 2-ой раз. Первые роды, около 5 лет т. н., закончились физиологически, но сопровождалась тяжелой эклампсией *sub* и *post* р. В течение настоящей беременности больная находилась под врачебным наблюдением и до последнего времени никаких особых отклонений от нормы, кроме вялой работы кишечника, отмечено не было. В день заболевания рано утром появились внезапно резкие боли в животе. Приглашенная акушерка объяснила боли начавшейся родовой деятельностью и многоводием. При осмотре мною больной, спустя 5—6 часов после начала заболевания, я отметил: t° незначительно повышена, п. слабого наполнения, 110—120 ударов в минуту; живот резко увеличен в объеме, кожный покров его растянут *ad maximum*, сплошной тимпанит, чувствительность при пальпации резко повышена, по временам коликообразные боли, определить размеры матки или ощупать ее содержимое не представляется возможным. Внутреннее исследование дало отрицательный результат в смысле начала родовой деятельности. Стул задержан второй день, газы с утра не отходят. Поставлен диагноз—*ileus* и больная тотчас же переведена в клинику, где после бесплодной попытки, путем высоких клизм, восстановить проходимость кишечника, спустя 2—3 часа по прибытии, т. е. около полусуток с момента заболевания, приступлено к чревосечению. Разрез по средней линии живота, от лобка почти до мечевидного отростка. *Flexura sigmoidea* повернута вокруг оси 2—3 раза; в области *partis lienalis colon. descend.*—две плотные перемычки соединяют кишку с селезенкой, образуя на этом участке перегиб и сужение кишки. Кишечные петли этой области резко растянуты (15—18 см. в диаметре), стенки их не толще листа почтовой бумаги. После раскручивания *flex. sigmoideae*, для уменьшения объема кишек сделано в них два прокола иглой Record'овского шприца и выпущены газы, оба прокола вслед затем затянуты кисетными шелковыми швами. Перерезаны обе перемычки в области *partis lienal.*, при чем часть перемычки, обращенная к селезенке, предварительно захвачена Кохеровским пинцетом, который вслед за тем оторвался, нарушив целостность селезеночной ткани; последовательное значительное кровотечение удалось остановить тремя наложенными швами. По освобождении кишечных петель проходимость их восстановилась и газы свободно проходили через трубку, введенную в *rectum*. Явлений некроза при детальном осмотре кишечных петель нигде не отмечено. Матка по своей величине соответствует 7½—8-месячной беременности. Сделан разрез по средней линии передней

ее стенки и выведен за кожу живой плод вместе с последом. Кровотечение из матки незначительное, матка быстро и хорошо сократилась. Зашивание разреза матки и брюшной стенки по обычному методу. Гладкое, безлихорадочное послеоперационное течение. Больная выписана через 2 недели после операции. При соединяя этот случай ileus при беременности к общему числу описанных в литературе, мы видим, что оно достигает всего 122 случаев. Если мы обратимся к разбору отдельных случаев, в смысле определения этиологического момента, вызвавшего заворот, то увидим, что лишь крайне редко беременная матка сама по себе, своим давлением на кишечные петли, вызывает это заболевание. В большинстве случаев беременная матка является лишь вторичной причиной, так сказать, только случайным моментом, который при существующем в кишечнике предрасположении вызывает его непроходимость. Этим предрасположением в большинстве являются разнообразные тяжи, склейки и другие следствия ранее бывших воспалительных процессов. К числу таких должен быть отнесен и мой случай, где причиной непроходимости послужили перемычки с селезенкой, происхождение каковых выяснить из анамнеза не удалось. Из общего числа 99 случаев, описанных до 1914 г., можно, основываясь на данных, полученных при чревосечении или при аутопсии, с достоверностью признать только 2 случая, где причинным моментом явилась сама матка, а из 23 случаев, описанных за истекшее десятилетие, к означенным 2 случаям можно добавить еще 4 (случай *Fleischbauer'a*, *Haudhorn'a*, *Goldschmüll'a* и *Horning'a*). Таким образом, беременная матка сама по себе из 122 случаев кишечной непроходимости послужила причиной таковой всего в 6 случаях. Во всех их (за исключением случая *Horning'a*) отмечается полное отсутствие каких-либо тяжей и склеек, а непроходимость обуславливается, как это можно видеть из нижеприводимого краткого описания четырех из этих случаев, давлением беременной матки на место перехода толстой кишки из большого таза в малый.

1) Случай *Fleischbauer'a*. Касается 48-летней женщины, беременной около 4 месяцев. Запоры в течение всей беременности, последний стул около 7 дней т. н. Накануне поступления в клинику колюкообразные боли в животе, затем рвота и вздутие живота, t° 37,2; тимпанит по всему животу, отсутствие перистальтики. Диагноз—перитонит. Чревосечение. Петли толстых кишек резко растянуты, небольшое количество серозно-кровянистой жидкости в полости брюшины. Сероза кишек местами вследствие растяжения лопнула. На colon transversum, в особенности на месте перехода flex. sigmoideae в rectum, гангренозная окраска. Перекручивания нет. Беременная около 4 месяцев матка подвижна. Мобилизование и выведение наружу всего colon descend. до середины col. transvers. Закрытие брюшной стенки. По вскрытии выведенной кишки выпущено значительное количество газов и жидкого кала. Больная в ту же ночь погибла. При вскрытии: явления перитонита, омертвление всего coesum; расширение правого мочеточника, который в виде тяжа в падеи толщиной, шел до места, где край proas-сужается в м. таз. Когда приподняли матку, прилежавшую здесь к стенке таза, то ниже лежащий отрезок мочеточника оказался

не расширенным, расширение достигало точно только того места, где он придавливался маткой к тазовой стенке.

2) В случае *Goldschmidt'a* 26-летняя первобеременная, в начале 8-го месяца, за 2 дня до прибытия в клинику заболела рвотой и болями в животе. На 3-й день по поступлении в клинику, ввиду ясно выраженных явлений *ileus*, не поддающихся лечению клизмами, подвергнута чревосечению. Резко растянутые петли кишек, вздутые распространяются до *ll. sigmoideae* включительно. Никакой видимой причины, могущей об'яснить вздутие, не отмечается, взаимоотношение кишек нормально, копростаз нет. Удаётся только отметить, что *promontorium* резко выдается и беременная матка сильно давит на него. Ввиду отсутствия других данных произведена *appendectomy*, основываясь на нескольких склейках в области его. Брюшная рана зашита. Улучшения в течение последующих 2 суток не получилось, почему предпринято опорожнение матки путем *sectio vaginalis*. Вслед затем восстановление проходимости кишечника и полное выздоровление больной.

3) Случай *Handhorn'a*. 42-летняя VII para, беременность в конце 8-го месяца. За 4 дня до поступления в клинику внезапные сильные боли в животе, задержка стула и газов. При принятии в клинику: живот резко вздут, общий тимпанит, матка не контурируется; икота, рвота коричневатыми массами. Консервативное лечение безрезультатно. Чревосечение. По вскрытии брюшной полости выступают резко растянутые кишечные петли. При осмотре выясняется, что беременная матка сдавливает толстую кишку на границе, при переходе *flexurae* в *rectum*. Кесарское сечение. Выздоровление.

4) Случай *Porring'a*, по данным анамнеза больной, представляется с первого взгляда менее чистым наблюдением, чем при предыдущих, но по существу является также доказательным. У больной, 35-летней III grav. на сносях, в анамнезе имеются четыре чревосечения, одно по поводу пупочной грыжи, второе — пришивания опущенной почки, третье — непроходимости кишек от невыясненной причины, с пересадкой нижней части подвздошной в нижний отрезок *sigmoideae*; четвертое — *appendectomy*. Поступила в клинику с явлениями *ileus intra partum*. Было решено произвести чревосечение, но во время подготовки к нему больная самостоятельно родила ребенка, весом в 4600,0. В течение 3 часов р.р. улучшения в общем состоянии больной не замечалось, почему было приступлено к вскрытию полости живота. Отмечаются растянутые *ad maximum* петли толстых кишек, стенки которых были поразительно бедны мышцами и истончены до толщины бумажного листа, так что грозили каждую минуту лопнуть. Это указывало на то, что препятствие должно было находиться в нижнем отделе кишечника и что многочисленные сращения выше лежащих петель тонких кишек, между собой и передней брюшной стенкой, отношения к *ileus* не имели, хотя и эти петли несколько были растянуты. В малом тазу не было никаких склеек, в том числе и между маткой и кишками. Матка плотная, сокращенная, лежала на задней стенке таза и *promontorium*.

Flexura до места ее перехода в м. таз, между маткой и промонториум, максимально растянута. В момент, когда оператор приподнял матку, чтобы проследить состояние кишки ниже, содержимое кишечника, в виде газов и кала, выделилось per anum на подобие взрыва (explosionartig) и свободно потом выделялось при давлении сверху. Для предупреждения рецидива введена высокодлинная резиновая трубка и матка ventrofix'ирована. Выздоровление.

Насколько понятно происхождение кишечной непроходимости при беременности в случаях, когда имеются спайки и склейки между отдельными частями кишечных петель, предрасполагающие к ущемлению и повороту последних вокруг оси, настолько представляется неясным, почему в отдельных, при том крайне редких, случаях беременная матка ущемляет место перехода толстой кишки из большого в м. таз. Если бы такое ущемление объяснялось исключительно давлением беременной матки, то, при равных других условиях, мы видели бы его всего чаще при крупных плодах, hydrocephalus, hydramnion и т. п., во всяком случае наиболее предрасполагающим моментом был бы конец беременности. Этому предположению противоречит первый из приведенных нами случаев (*Fleischhauer'a*), где ущемление произошло на 5-м месяце, а из трех остальных случаев лишь в одном имелось дело с доношенной беременностью, в двух же других до родов оставалось еще около 2 месяцев. Точно также нельзя основным этиологическим моментом считать более резкое выступление промонториума в полость м. таза, так как дефект этот наблюдается далеко не редко и, ведя за собой последствия, присущие плоскому тазу, в числе их не дает описываемого сдавления кишки. Из числа 4 случаев, приведенных нами, только в одном такое выстояние промонториума отмечено автором.

Таким образом, едва ли в этих двух приведенных причинах надо искать источник сдавления с последующей непроходимостью.

По всей вероятности, ущемление толстой кишки на месте перехода ее из большого в м. таз является следствием нескольких причин, из которых одна лежит в беременной матке, другая — в нарушении моторной деятельности кишечника,

Более резкое, чем в норме, отклонение беременной матки своей правой половиной несколько кзади, а левой вперед, в ряде случаев считается одним из этиологических моментов к сдавлению правого мочеточника, с последовательными застойными явлениями и развитием правостороннего пиелита sub graviditate. По всей вероятности, как одно такое давление само по себе едва ли вызывает пиелит, а служит лишь благоприятным условием для обострения ранее бывшего, так и по отношению к кишке сдавление до непроходимости ее может иметь место лишь при дефектах в последней, особенно в отношении ее моторной деятельности. Это предположение о более резком повороте, а тем самым давлении беременной матки справа назад, из числа приведенных случаев подтверждается случаем *Fleischhauer'a*, где наблюдалось характерное растяжение вышележащего отдела мочеточника.

Что касается второго предрасполагающего момента, т. е. дефекта со стороны моторной деятельности кишечника, то в трех

из приведенных случаев, как видно из анамнеза больных, отмечается склонность последних к запорам, на почве вялости кишечника, в четвертом же моторная деятельность, кроме того, должна была быть нарушена целым рядом предшествовавших операций в брюшной полости.

Соединение этих двух моментов, более резкого поворота матки своим правым краем кзади и вялости кишечной мускулатуры, являются, по нашему мнению, особенно при наличии еще какого-нибудь добавочного момента (выступление промонтаgium'a, высокий вес плода и т. п.), основными причинами ущемления толстой кишки беременной маткой. Постепенно развивающееся вздутие ведет к полному парезу кишечника, так что он не в силах, иногда даже при улучшении условий, самостоятельно преодолеть препятствие. Это прекрасно подтверждается случаем *Horning'a*, где, несмотря на опорожнение матки от крупного плода, нормальная работа кишечника не могла восстановиться самостоятельно, а понадобилась оперативная помощь.

Говоря о зависимости между беременностью и моторной деятельностью кишечника, я хотел бы попутно еще указать на феномен, почти всегда наблюдаемый в послеродовом периоде, как следствие применения метода *Kristeller'a*, а также энергичного удаления последа по *Crédé*. Обычно у больных, в течение нескольких последующих дней (2 — 3) после этих приемов, отмечается появление, как при стенозах, ясно выраженной частичной перистальтики, с образованием целых клубков из кишечных петель, иногда в кулак и больше величиною.

По всей вероятности, этот феномен является следствием частичной травмы кишечных петель при применении вышеуказанных методов и вызывается парезом травмированных участков. Не ведя за собой, сколько мне известно, каких-либо тяжелых последствий, это явление, особенно при тонких брюшных стенках, иногда вызывает подозрение о частичной непроходимости, почему я и шел возможным о нем упомянуть.

Новообразования половых органов и экзудаты сами по себе, несмотря на громадную величину, достигаемую иногда ими, обычно не вызывают сколько-нибудь выраженных симптомов кишечной непроходимости. Ни одна из операций при, так называемых, гигантских опухолях половой сферы, сколько известно мне из описания их, не имела основным показанием к своему производству сдавление кишечника, даже при осложнении этих опухолей беременностью. Подобный случай описан недавно *Kuebel'em*, где беременность и роды протекли вполне физиологически при наличии кисты, весом в 40 kg.

Симптомы непроходимости появляются исключительно тогда, когда к основному заболеванию, т. е. к опухоли, присоединяются явления острого венозного застоя и воспалительного раздражения в ней и окружающей брюшине. Появление симптомов кишечной непроходимости, при наличии кисты яичника на ножке или другой подвижной опухоли, в большинстве случаев говорит за перекручивание ее, при опухолях же неподвижных или мало подвижных — за злокачественность или образовавшееся сообщение их содержимого с полостью брюшины. Симптомокомплекс, точно так же как и патолого-анатомическая картина при этого

рода непроходимости, в силу этиологического момента, существенно разнятся от таковых при ущемлении кишки беременной маткой.

Задержка стула и газов развиваются не от механического сдавления, а на почве застойных явлений в сосудистой системе и нарушении иннервации, вызывающих парез кишек так же точно, как это мы наблюдаем, напр., при послеоперационных перитонитах. Тем же самым, а не антиперистальтикой, как при сдавлении, объясняется и рвота. Поэтому и данные, при вскрытии брюшной полости в таких случаях, не дают показаний к резекции кишек, вследствие частичного их омертвления, что не редко имеет место при механическом сдавлении. Но в то же время в ряде случаев, с указанным этиологическим моментом, на первый план выступают не обычные симптомы острого перитонита, а явления острой непроходимости кишечника, а потому с ними приходится прежде всего считаться и оценить для того, чтобы вырешить характер врачебного вмешательства.

Для иллюстрации сказанного я приведу описание нескольких соответствующих случаев, наблюдавшихся мною последнее время:

1-й случай. Больная Н., 28 л., беременна 2 раз, в настоящее время на 5-м месяце. Компенсированный порок двустворки. Последние недели упорные запоры по несколько дней, сопровождаются вздутием живота и болями. Последний стул 5 дней т. н., резкие коликообразные боли, задержка газов второй день, рвота. П. свыше 100, подлихорадочная t^0 . Живот вздут, ясно выраженная перистальтика, сопровождающаяся коликообразными болями, величина матки соответствует сроку беременности; при внутреннем исследовании, слева от матки, в непосредственной связи с нею, ощупывается эластичная опухоль, величиною с головку ребенка. Диагноз—явления ileus, на почве перекручивания ножки левосторонней кисты яичника, при беременности на 5-м месяце. Чревосечение. По вскрытии брюшной полости определяется 5-месячная беременная матка, с левой стороны которой имеется перекрученная на ножке однополостная киста яичника. В состав ножки опухоли входит и труба, которая вместе с остальной частью ножки представляется гангренизированной и пропитанной свернувшейся кровью, толщина трубы около 2 поперечных пальцев. Число поворотов спирали 5 (справа на-лево). Киста, величиною с головку новорожденного ребенка, представляет явление долго дившегося венозного застоя, наполнена жидким кровянисто-серозным содержимым. Застойные явления в брюшине, без следов слипчивого воспаления. Удаление кисты, перитонизация, зашивание брюшной стенки. Гладкое послеоперационное течение.

Больная потом в срок родила, роды и послеродовой период протекали вполне нормально.

Во 2-м, наблюдавшемся мною, случае дело идет также о явлениях острой непроходимости кишечника на почве перекручивания ножки кисты яичника, но не во время беременности, а через 2 месяца р. р. Больная Н-ва, 35 лет, четыре раза имела физиологические роды, последние, 2 месяца т. н., проведены в клинике. Была при выписке из клиники предупреждена о том,

что у нее имеется опухоль, которую следует удалить, но, чувствуя себя хорошо, не придавала совету особого значения. За два дня до нового поступления в клинику появились острые боли в животе. При осмотре определяется хорошо сократившаяся матка и правосторонняя, подвижная киста правого яичника, величиною с детскую головку. Попытки передвигать опухоль сопровождаются болевыми ощущениями; t^0 и п. в пределах нормы. Ночью, через 2 дня по поступлении в клинику, появились внезапно резкие боли в животе, рвота, t^0 поднялась до 37,8, п. 110—120, назначен лед на живот и морфий под кожу. К утру следующего дня, на первый план выступили явления кишечной непроходимости (стул и газы не отходят, живот вздут, ясно выраженная частичная перистальтика, сопровождающаяся коликообразными болями, рвота). Чревосечение. При вскрытии брюшины определяется правосторонняя киста яичника на толстой длинной ножке, спирально три раза повернутой вокруг оси, с явлениями застойной гиперемии. Петли толстых кишек умеренно вздуты; явления застойной гиперемии брюшины. Следов перекручивания или сдавления кишечных петель нет. Левые придатки и матка нормальны. Удаление кисты, перитонизация и зашивание брюшной стенки по обычному методу. Киста однокамерная, весом 1600 грм. Газы стали отходить со второго дня р. ор., t^0 первые 3 дня вечерами доходила до 38,0°, потом установилась в норме. К концу 2-ой недели р. о. явления подострого пиелита, подавшагося обычному терапевтическому лечению. Выздоровление.

3-ий случай. Больная К., 52 лет, доставлена в клинику вследствие невыносимых болей, внезапно начавшихся у нее дня 2 т. н. Беременностей имела 3, закончившихся все физиологическими родами. Последние роды 29 лет т. н. Сімах с 45 лет. Около 10 лет т. н. у больной определена врачом-гинекологом „опухоль левого яичника“. Опухоль больную особенно не беспокоила, но с год т. н. у нее в течение нескольких дней были резкие боли в животе, которые потом бесследно исчезли. Последние месяцы вновь стали по временам появляться боли в животе и показались кровянистые выделения из влагалища. Стул задержан 6-ой день, газы отходят. Два дня т. н. боли внезапно приняли резко интенсивный характер. Больная сильно истощена, на вид старше своих лет, общее впечатление тяжело больного человека. T^0 36,5, П. 78. Со стороны сердца отмечается расширение его в поперечном размере и глухие тоны. Живот вздут, главным образом, в подложечной области, где преимущественно сосредоточивается и чувствительность при его ощупывании. В нижней части живота определяется опухоль, исходящая из м. таза, туго-эластичной консистенции, неподвижная, доходящая почти до пупка. При внутреннем исследовании матка определяется вправо, но ясно не контурируется, точно так же, как не ясно выступает связь ее с опухолью, прилегающей к ней слева и занимающей всю полость м. таза. Поверхность опухоли несколько бугриста, консистенция не во всех частях одинакова, местами она более размягчена, местами плотнее. Предположена neoplasma malignum и, в виду неудовлетворительного общего состояния, решено воздержаться от оперативного вмешательства. Назначен холод на живот, наркотики, клизмы. Через день, по

поступлении больной в клинику, появились симптомы кишечной непроходимости (отсутствие стула, газы не отходят, рвота, живот вздут, частичная перистальтика кишечных петель, сопровождающаяся коликообразными болями; т^о 37,3—38,2, п. 120). Чревосечение под эфирным наркозом. При вскрытии брюшной полости обнаруживается мягкая опухоль, величиною с голову годовалого ребенка, исходящая из м. таза, с припаянными к ней сальником и кишечными петлями. Форма опухоли шаровидная, в верхнем отделе ее на пространстве величиною в серебряный рубль кратерообразное отверстие, наполненное распадающимися массами и жидким гноем. По отделении сращений с сальником и кишечными петлями, удастся выяснить, что опухоль исходит из задней стенки матки, величина которой не превышает 2—2½-месячную беременность. Экстирпировать матку вместе с опухолью и придатками технически и вследствие падения сердечной деятельности у больной (*sub parcosi* введено 6,0 ol. camph., 1,0 koffein'a и 500,0 физиол. раствора) не представляется возможным и потому делается попытка вылущить опухоль из ее капсулы. По вскрытии капсулы удастся с большим трудом заключенные в ней распадающиеся массы частью вылущить, частью вычерпать. Оставшаяся по удалении масс капсула в значительной своей части резецируется, полость уменьшается рядом кيسетных швов. Несколько обрывков капсулы остались припаянными к кишечным петлям, удалить их без нарушения целостности стенки последних оказалось невозможным. Брюшина застойно гиперемирована, на кишечных петлях, прилегавших к опухоли, налеты с сальным оттенком. Тампонация по *Mikulicz'y*, верхняя часть раны зашита по обычному методу. В течение нескольких дней р. о. сердечная деятельность поддерживалась введением Ol. camphorae, физиологическим раствором с адреналином и т. п., но в общем больная проделала гладкий послеоперационный период, быстро стала оправляться и выписалась через 6 недель после операции с закрытой брюшной раной и в хорошем общем состоянии. Опухоль при микроскопическом исследовании оказалась распадающейся фибромиомой, с большим развитием кровеносных сосудов, но без примеси злокачественных элементов.

Кроме беременности и опухолей, появлению симптомов кишечной непроходимости могут способствовать экссудаты и кровоизлияния в м. тазу. Механизм непроходимости при плотных экссудатах и обширных кровоизлияниях, когда просвет соответствующего отдела толстой кишки, сдавленной со всех сторон, уменьшается до минимума, конечно, вполне понятен, как и *circulus vitiosus*, в виде прогрессирования основного воспалительного процесса в параметриуме, под влиянием тех процессов, которые развиваются в кишке от сдавления ее. В общем, если судить по данным литературы, за последние 15—20 лет, случаи ileus при экссудатах и кровоизлияниях в м. тазу, повидимому, наблюдаются не так часто. В особенности это касается кровоизлияний на почве нарушения внематочной беременности, так как за все указанное время в иностранной литературе я не нашел ни одного случая, а в русской один — д-ра *Л. Ф. Соколова*, озаглавленный: „Непроходимость кишек, как следствие внематочной беременности“. При ознакомлении с этим случаем оказывается, что здесь имелась,

повидимому, трубно-брюшная беременность, при чем яйцо висело на ножке, вышедшей из широкой связки, недалеко от брюшного отверстия фаллопиевой трубы. В виду этого причина, вызвавшая здесь непроходимость, по своему характеру и воздействию должна рассматриваться, как таковая при опухолях на ножке.

Воспалительные эксудаты, повидимому, ведут к кишечной непроходимости главным образом только в тех случаях, когда они своим исходным моментом имеют оперативное воздействие. Эксудаты послеродовые или другого неоперативного происхождения еще значительно реже, чем первые, приводятся в литературе, как этиологический момент непроходимости. Из 4 случаев, сообщаемых Brewitt'ом, в одном параметрит, поведший к непроходимости, развился после искусственного выкидыша, в двух—после брюшностеночного чревосечения и в одном—после влагалищной экстирпации матки.

Обращаясь теперь к вопросу об установке диагноза кишечной непроходимости, следует отметить, что сделать это иногда представляет значительные затруднения, особенно в случаях с беременностью. Беременная матка своим объемом затрудняет обследование других брюшных органов и затемняет картину тех процессов, которые в них происходят. Такой ранний симптом, как упорные запоры, обычно наблюдающиеся при развивающемся ileus и могущие в других случаях возбудить первое подозрение, часто просматриваются, так как объясняются обычной склонностью беременных к запорам. Резкое увеличение объема живота точно также может не сразу получить оценку с действительной точки зрения, а первоначально быть объяснено, напр., острым hydramnion'ом и т. п.

В литературе мы встречаем описание нескольких диагностических ошибок, как в ту, так и другую сторону. В одном из них (случай *Wolff'a*), где на 5-м месяце беременности развилась картина ileus, при лапаротомии оказался hydramnion, в другом случае (*Dibot*) те же явления наблюдались при двойне, наличие которой была установлена также только путем чревосечения.

Если ошибка в сторону несвоевременного распознавания истинного ileus грозит смертельным исходом для больной, то и переоценка, как в приведенных двух случаях, по характеру предпринятой терапии, не может считаться индифферентной для больной. Во всяком случае, стойкая задержка стула, с последовательной, хотя бы и непродолжительной задержкой отхождения газов при беременности устанавливает диагноз ileus.

Вопрос о механизме непроходимости при беременности имеет для последующей терапии значение постолько, постолько могут быть исключены острый hydramnion или другие аномалии плодного яйца, так как только в этих случаях попытка к консервативной терапии, в виде опорожнения матки через естественный родовый канал, будет показана и рациональна. Характерным симптомом, исключающим hydramnion, является, как мне кажется, общий по всему животу тимпанит, ожидать который при hydramnion мы едва ли можем. Этот симптом, в связи с анамнезом, дал, по крайней мере, мне возможность в описанном выше соб-

ственном наблюдении с полной уверенностью отвергнуть ранее имевшееся предположение о *hydramnion*.

Рвота, как симптом для раннего распознавания *ileus*, имеет только относительное значение, так как появление ее в начале заболевания может иметь место лишь при сдавливании тонких кишек, при непроходимости же толстой кишки, если она не зависит от *volvulus* с явлениями шока, рвота может появиться очень поздно.

Значительно проще бывает установить диагноз в случаях, когда имеется дело с непроходимостью, развивающейся на почве венозного застоя в сосудах брюшины и органах брюшной полости, при перекручивании опухолей на ножке или выхождении в полость брюшины содержимого опухолей. Кроме других обычных симптомов кишечной непроходимости, здесь в начале заболевания характерным являются периодические, ограниченные перистальтические движения кишек, ясно видные глазом и сопровождающиеся болевыми ощущениями, коликообразного характера. Наличие опухоли, острое начало и характерная картина частичной перистальтики, в связи с задержкой стула и газов, дают всегда возможность своевременно установить диагноз.

Непроходимость при эксудатах, в противоположность таковой при беременности и опухолях, развивается не остро, а постепенно достигает своего *apex*. Вначале отмечаются лишь легкие затруднения при опорожнении кишечника, преодолеваемые клизмами. Затем наступает упорный копростаз, отделяются лишь в малом количестве газы, появляется тошнота, рвота, коликообразные боли и, наконец, наступает полная непроходимость. При ректальном исследовании полость таза оказывается выполненной неподатливым эксудатом и в эту плотную массу вдвинута прямая кишка, куда исследующий палец входит как бы в тоннель. Клизмы вызывают боли и остаются без результата. Живот вздут, болезнен. Наличие всех этих данных, конечно, не оставляет сомнения в характере заболевания и, в связи с ¹⁾, колеблющейся в пределах 38—39°, и ухудшением общего состояния больной, требует быстрого соответствующего вмешательства.

Вопрос о характере терапии при кишечной непроходимости едва ли в настоящее время может послужить предметом разногласия и, если мы его коснемся, то главным образом только в отношении непроходимости при беременности. Целый ряд условий, рассмотренных нами выше, несомненно во многих случаях затемняют при беременности картину болезни, что и послужило причиной тому, что точный диагноз устанавливается поздно или не устанавливается при жизни вовсе. Естественным следствием этого является нецелесообразность пособий и громадная смертность, свыше 50% на общее число всех 122 описанных случаев *ileus* при беременности. Если выжидательная тактика и применение разнообразных попыток путем консервативных мероприятий, восстановить проходимость кишечника, могли при наиболее отдаленных от нас, по времени, случаях находить свое оправдание, то при условиях настоящего времени об этом не может быть и речи. Завет — „*poset, qui exspectat*“, данный *Wilms* ом, должен быть положен в основу мероприятий современного акушера при одном подозрении о наступившей непроходимости.

Вполне соглашаясь с тем, что мы не обладаем достаточно обоснованными признаками для дифференцирования простого механического сдавления кишки беременной маткой, от перекручивания,volvulus и инвагинации ее, мы в то же время считаем, что всякое сомнение должно решаться в пользу радикального вмешательства, т. е. безотлагательного чревосечения. Этот взгляд является тем более правильным, что в известных случаях, как, напр., приведенном мною выше случае *Horning'a*, непроходимость кишки, на почве сдавления маткой, не восстанавливается даже по опорожнении последней *per vias naturales*, а требует последовательного чревосечения. Таким образом, установление диагноза кишечной непроходимости при беременности есть вместе с тем и решение в положительном смысле, для подавляющего большинства случаев, вопроса о чревосечении и притом чем раньше, тем это более выгодно для больной.

Спорным в известных случаях может явиться еще вопрос: следует ли одновременно, с устранением причины непроходимости, попутно профилактически опоражнивать матку наиболее простым способом, т. е. кесарским сечением? Мне кажется, что здесь всего более следует руководствоваться не столько сроком беременности, сколько общим состоянием больной. Там, где оно значительно пострадало и требует особенно бережного отношения, там кесарское сечение всего более применимо. Руководствуясь исключительно этим соображением, я в первом своем случае, при перекручивании *S. rotundum*, где имел дело с беременной, перенесшей при первых родах тяжкую эклампсию, не считал возможным подвергать ее риску донашивать еще свыше месяца беременность после перенесенной последней катастрофы. У больной же Н., с явлениями непроходимости на почве перекручивания кисты на ножке, беременность была мною сохранена, так как общее состояние больной не представляло угрожающих явлений и роды ожидалась еще только через 4 месяца, когда она могла уже вполне оправиться.

Не останавливалась на вопросе о терапии при непроходимости кишек на почве опухолей, как не могущем, конечно, возбудить сомнения о целесообразности безотлагательного удаления источника непроходимости, я хотел бы еще сказать несколько слов о характере пособия при непроходимости на почве экссудатов в полости таза. Сдавление кишки жидким экссудатом в полости м. таза, конечно, свободно устраняется путем опорожнения этого экссудата. Совершенно иначе обстоит дело при плотных пластических экссудатах. Попытки разредить склейки и высвободить сдавленные участки кишки путем чревосечения, обычно, не достигают цели и, кроме того, это мероприятие, сопряженное с большой травмой, безусловно губельно отзываясь на изнуренных продолжительной болезнью пациентках. Наиболее рациональным и бережным мероприятием здесь следует считать образование искусственной кишечной фистулы. Она накладываеться, под местной анестезией, по обычному методу в левой *regio iliaca*, на легко доступную, благодаря своей вздутости, *colon descendens*. Обычно уже через 2—3 дня р. о. спадает набухлость верхнего, над местом сужения кишки, отрезка ее и проходимость восстанавливается, газы начинают отходить *per anum*. Это является есте-

ственным следствием прекращения тех постоянных раздражений, которым подвергались все органы м. таза при нарастающей непроходимости. В громадном большинстве случаев, спустя недели две, общее состояние больной, а также и местные явления, со стороны эксудата, настолько улучшаются, что фистула может быть закрыта и опорожнение кишечника будет происходить естественным путем.

Выводы: 1. Беременная матка редко является первичной причиной кишечной непроходимости. В большинстве случаев последняя развивается, при беременности, на почве тяжёлой, склеек и других последствий ранее перенесённых воспалительных процессов.

2. Механическое сдавление толстой кишки беременной маткой, как первичный этиологический момент непроходимости, бывает следствием взаимодействия нескольких основных причин (более резкого поворота матки вправо и кзади, ослабления моторной деятельности кишечника и др.).

3. Причина непроходимости кишечника при беременности, за редкими исключениями, может быть выяснена лишь путем чревосечения, а потому установка ileus одновременно является и показанием к безотлагательному вскрытию брюшной полости.

4. Явления кишечной непроходимости, при перекручивании опухолей половой сферы, зависят не от механического сдавления, а от пареза нервных окончаний кишечных петель, на почве гиперемии и венозного застоя.

Литературные источники: 1) Атабеков. Ileus в беременность. Журн. Акуш. и Жен. Б. 1910. — 2) Becker. Ein eigenartiger Fall von Ileus nach Gynäk. Operation. Zentr. f. Gyn. 1919, № 45. — 3) Brewitt. Darmschluss durch Beckenexudat nach gynäk. Operationen u. seine Behandlung. Zentr. f. Gyn. 1920, № 24. — 4) Bovin. Über mechan. Ileus in der Gestationsperiode, Speziell in Puerperium. Zentr. f. Gyn. 1918, № 46. — 5) Dietrich. Ileus während d. Schwangersch. 1922, № 51. — 6) Dibot. Un cas d'occlusion intestinale pendant la grossesse. Bullet. de la Soc. d'obstétr. et de gyn. de Paris, № 4. — 7) Erdmann. Zur Frage d. Beziehungen d. Adnexe zum Darmkanal. Zentr. f. G. 1920, № 5. — 8) Essen-Möller. Über Ileus in d. Schwang. u. d. Entbindung. Zentr. f. G. 1916, № 51. — 9) Goldschmidt. Ileus und Schwang. Zentr. f. Gyn. 1923, № 16. — 10) Handorn. Ileus in d. Schwangersch. Zentr. f. G. 1922, № 26. — 11) Hornung. Ileus sub partu. Zentr. f. G. 1923, № 39. — 12) Hanak. Ein Fall v. Ileus etc. 1921, № 26. — 13) Hofmann. Über Darmverschluss in d. Schwangersch. Zentr. f. G. 1920, № 5. — 14) Hohorst. Zentr. f. G. 1914, № 18. — 15) Fülth. Ein Fall v. Ileus in d. Schwangersch. Zentr. f. G. 1923, № 45. — 16) Fleischhauer. Ileus in d. Gravidität. Zentr. f. G. 1918, № 23. — 17) Ferroni, реф. Zentr. f. G. 1914, S. 751. — 18) Fleming. Grosser Ovarialtumor mit Stieldrehung bei Gravidität, реф. Zentr. f. G. 1921, № 32. — 19) Федулов. Чревосечение при ущемлении тонкой кишки у беременной. Записки Уральск. Медич. Обш. в Екатеринбург. Год VI, стр. 36. — 20) Jackson. Eine Darmlähmung infolge von Schwangersch, реф. Zentr. f. G. 1920, № 44. — 21) Köhler. Ileus u. Peritonitis während d. Schwangerschaft, intra partum u. im Wochenbett, реф. Zentr. f. G. 1921, № 40. — 22) Kreiss. Ein Fall von Ileus im Wochenbett. Zentr. f. G. 1920, № 35. — 23) H. Küstner. Ein Fall von Doppelmissbild. d. weibl. Genital. mit Lig. rectovesic. persistens u. Stielgedreht. Ovarialtumor. Zentr. f. G. 1922, № 18. — 24) Kiparsky. Kasuistischer Beitrag zur Achsendrehung d. Schwang. Uterus u. zur Diagnose derselben. Zentr. f. G. 1924, № 5. — 25) Knebel. Riesenovarialkystom am Ende einer gleichzeitig bestehenden Schwangerschaft. Zentr. f. Gyn. 1924. — 26) Ludwig. Ileus bei Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. Zeitschr. f. Gyn. Bd. LXXV, Hf. 2. — 27) Mayer. Über abnorme Kontraktionsphänomene am Darm. (Segmentärer Darmkrampf.). Zentr. f.

- G. 1921, № 45. — 28) *Mandach*. Ein Fall v. Ileus in d. Gravidität Zentr. f. G. 1918, № 46. — 29) *Markowa*. реф. Zentr. f. G. 1914, S. 1179. — 30) *Müller*. Ileus in d. Schwangersch. infolge eingeklemter Zwergfellhernia. Zentr. f. G. 1914, № 1, реф. 31) *Мусатов*. К вопросу о сочетании непроход. кишек с беременностью. Русс. Врач. 1908, № 34. — 32) *Pollak*. Ileus nach gynäk. Operationen. Inaug. Diss. 1920. Breslau. 33) *Schiller*. Drei Fälle v. Ileus in d. Gravidität. Zentr. f. G. 1924, № 3. — 34) *Sunde*. Ein Fall v. Ileus im Wochenbett. Zentr. f. G. 1920, № 46, реф. — 35) *Stoekel*. Ileus unter d. Bilde Stieldrehung eines Ovarialtumors, реф. Zentr. f. G. 1917, № 19, S. 466. — 36) *Соколов, Л. Ф.* Непроходимость кишек как последствие внемат. беременности. Журн. Ак. и Ж. Бол. 1910 г. — 37) *Thies*. Zentr. f. Gyn. 1920, № 31, S. 861. — 38) *Тарновский, И.* Случай ileus во время беременности и родов. В. Мед. Журн. 1877. — 39) *Zoepffel*. Ileus als Folge d. Promontorfixur. Zentr. f. G. 1920, № 51. — 40) *Wogmann-Spiwak*. Über d. arterio-mesenter. Darmverschluss im Wochenbett. реф. Zentr. f. Gyn. 1916, № 21. — 41) *Wolff*. Zur Symptomatologie d. akut. Hydramnion. Zentr. f. G. 1894, № 45. — 42) *Wilms*. Der Ileus. Deutsch. Chirurg. Bd. XLVI.

Мочеточниково-влагалищный свищ. Восстановление соустья между пузырем и мочеточником влагалищным путем.

Проф. Н. М. КАКУШКИН (Саратов).

В свое время влагалищный путь был самым излюбленным и даже единственным при оперативном лечении мочеточниковых свищей. Для этого пути было предложено и испробовано порядочное количество разнообразных хирургических способов многими гинекологами. Но за последние два—три десятка лет, благодаря быстрому развитию техники брюшных чревосечений и успехам асептики, этот путь отошел на задний план и уступил свое место пути брюшностеночному. В настоящее время влагалищные операции для закрытия мочеточниковых свищей применяются очень редко, главным образом, в виду их технической трудности, а также, отчасти, в виду неудовлетворительности и неясности получаемых результатов. *Stückel* сравнивает эти результаты с теми, которые получаются при естественном произвольном заживлении мочеточниковых свищей, когда с уверенностью не скажешь, произошло ли здесь действительно закрытие свищевого отверстия или моча перестала выделяться вследствие наступившей атрофии почки. Он же отмечает, что до сих пор не выработано при влагалищных операциях ни одного типического метода непосредственного вшивания обособленного мочеточника в стенку мочевого пузыря. Такое положение вещей создалось, вероятно, от того, что в этом направлении не было сделано достаточного числа попыток. Такие случаи все-таки остаются довольно редкими, ибо гинекологи предпочитают более легкий путь брюшностеночного чревосечения. Но из описания немногих, имеющих в литературе, случаев непосредственного вшивания обособленного мочеточника в пузырь через влагалище, явствует, что такая операция вполне возможна, и не всегда для успеха этой операции требуются какие-либо исключительно благоприятные обстоятельства. Встречаются даже и принципиальные сторонники при этой операции влагалищного пути (*Adler*).

Приходится, однако, сознаться, что в ряде случаев для влагалищной операции вшивания в пузырь изолированного мочеточника могут встретиться непреодолимые затруднения и со стороны обилия плотной рубцовой ткани вокруг мочеточникового свища и со стороны высокого положения места повреждения мочеточника.

Но и в подобных случаях не следует, по моему мнению, отчаиваться в возможности хирургического пособия влагалищным путем. Опыт показал, что в подобных случаях особенно пригодным оказывается способ, которому присвоено имя *Mackenrodt'*овского, но который, в основных своих чертах, намечался и осуществлялся раньше, до описания его *Mackenrodt'*ом. Сущность этого способа состоит в том, что в стенку мочевого пузыря вшивается не изолированный конец мочеточника, а мочеточник, resp. свищевой ход, окруженный, как бы манжеткой, соседней тканью. Для этого свищевой ход, т. е. свищевое отверстие, находящееся во влагалище, и его канал, который в том или другом случае может быть мочеточниковым просветом, выделяется круговым разрезом, вместе с окружающей клетчаткой, на глубину 2—2½ см., и вшивается во вновь сделанное отверстие в стенке мочевого пузыря.

Повидимому, впервые идея этого метода осуществлена в случаях *Winkel'*я и *Mc. Arthur'a*, и теоретически намечена *Drucker'*ом. Я говорю „повидимому“ потому, что имеющиеся у меня под рукой описания этих операций у названных авторов недостаточно подробны и отчетливы. *Mackenrodt'* представил вполне обстоятельное, снабженное рисунками, описание этой операции, и, разумеется, есть полное основание назвать ее *Mackenrodt'*овской.

Просматривая литературу по этому вопросу, я встретил несколько случаев, где операция эта была применена разными лицами, при чем каждый из последних, называя операцию *Mackenrodt'*овской, выставлял ее, как особенный оперативный способ, созданный автором *ad hoc*, соответственно условиям данного случая. Я не скажу, чтобы в моем, нижеописываемом, наблюдении мысль о такой именно операции возникла самостоятельно, но то обстоятельство, что определенный оперативный прием создается в голове нескольких лиц независимо друг от друга и независимо от первого описания этой операции, представленного *Mackenrodt'*ом, говорит за естественность и логичность этого оперативного способа. Если мы присоединим к этому и хороший исход всех описанных операций, по крайней мере ближайший и непосредственный, то интерес к данному способу станет вполне обоснованным и мы имеем полное право рекомендовать этот оперативный прием в целом ряде соответствующих случаев. *Stückel'*, не являющийся сторонником вагинальных методов при лечении мочеточниковых свищей, считает, однако, *Mackenrodt'*овский способ наилучшим в пластике свищей вообще.

Кроме упомянутых выше, я нашел в печати еще три случая этой операции, описанных очень подробно. Случаи эти принадлежат *Н. Н. Фельденову*, *М. А. Васильеву* и *P. Mathes'y*. Если не считать случаев *Winkel'*я и *Mc. Arthur'a*, всего описано в печати пять случаев *Mackenrodt'*овской операции. Мой случай, следовательно, шестой.

Вкратце мой случай таков:

Больная № 862, 35 лет. 1918—23/XI, в нашей клинике. Удалена мною громадная, больше головы новорожденного, опухоль влагалищной порции шейки матки, выполнявшая всю полость влагалища и обнаруживавшая признаки частичного омертвения. После операции развился пиосальпинкс с высокой температурой тела. При вторичной операции (через неделю после первой) вскрыт через влагалище гнойник правой трубы и для лучших условий дренажа удалена матка с пораженными левыми придатками. Резиновый и марлевый дренаж. На третий день обнаружено произвольное выделение мочи из влагалища и определен левый мочеточниковый свищ. При цистоскопии оказалось, что отверстие левого мочеточника совершенно бездействует. Через три месяца после второй операции—операция мочеточникового свища. Перед операцией установлено, что моча из пузыря и из левой почки не представляется патологической и работа левого мочеточника идет все время правильно. Операция проведена под внутривенным гедоналовым наркозом, продолжалась 2 ч. 15 мин. Круговым разрезом вокруг свищевого отверстия, в расстоянии $\frac{3}{4}$ см. от последнего, свищевой канал с окружающей тканью стенки влагалища отслоен на глубину 2¹/₂—3 см. При проведении разреза и отслойке случайно ранена брюшина и тотчас же зашита. На конец отслоенной культи наложены две шелковые петли. В мочевой пузырь, освобожденный от мочи, введен изогнутый корнцанг, которым стенка пузыря выпячена в просвет влагалища вблизи свища и вскрыта ножом; величина разреза около 2 см. Корнцангом захвачены шелковые петли, наложенные на культю, и втянуты вместе с культей в просвет пузыря. Культя пришита кэтгутовыми лигатурами к краю пузырьного отверстия, т. е. к краю собственной стенки пузыря, при чем верхушка культи осталась торчащей в просвете пузыря. Сверху шелковыми швами сшиты края влагалищной раны, т. е. край влагалищной раны пузырьного отверстия пришит к краю раны, где отслоена культя со свищевым отверстием. Шелковые петли, наложенные на верхушку культи и выведенные корнцангом в полость пузыря, после этого сняты. В пузырь введен постоянный катетер.

После операции температура тела была повышена в первые пять дней, при чем больная жаловалась на боль в области левой почки, и отмечено некоторое увеличение этого органа. Ежесуточное количество мочи: 400 кб. с., 550 кб. с., 750 кб. с., 850 кб. с. Примесь крови к моче—только в первые сутки. С шестого дня установилось хорошее самочувствие больной и хорошее общее состояние. Катетер извлечен окончательно на 13-й день, швы с влагалищной раны удалены на 11-й день. Сращение полное. Моченспускание произвольное. Суха. Явления небольшого цистита.

Цистоскопия на 24-й день после операции: мочевой пузырь вмещает 250 кб. с. жидкости. Trigonum и дно сильно гиперемированы, особенно слева. Здесь, на 1¹/₂ см. (приблизительно) выше отверстия правого мочеточника, хорошо виден конец шитой в пузырь культи, окруженной кровоизлияниями, но отверстия в ней не видно. Над ней—углубление, где, повидимому, и помещается отверстие левого мочеточника, потому что при хромо-

цистоскопии окрашенная моча выделяется из этого места. При хромоцистоскопии правый мочеточник начал давать окрашенную мочу через 8 минут после введения под кожу кармина и выбрасывал струю через каждые 18—19 секунд, а левый мочеточник обнаружил окраску мочи лишь через 35 минут после впрыскивания краски и выбрасывал мочу через каждые 24—28 секунд. В моче много гнойных клеток и клеток почечного эпителия. Левая почка увеличена, немного болезненна. Суточное количество мочи 1300—2000 куб. с. Временами температура тела дает повышения с ознобом и головной болью.

Выписалась через 7 недель после последней операции в удовлетворительном общем состоянии, но с изменениями в моче, указанными выше.

Через 2 года больная снова обратилась в клинику и заявила, что в течение 2 этих лет она чувствовала себя хорошо. Только месяца 4—5 назад у нее внезапно появились боли в левой почке и в конце мочеиспускания, была рвота, при чем моча была мутна. Эти явления скоро прошли. Теперь она чувствует себя хорошо, моча без осадка. Цистоскопического исследования произвести не удалось. Левая почка не прощупывается.

Таким образом, в описанном случае, рядом с непосредственным благоприятным исходом операции, наблюдалось осложнение, в виде левостороннего пиелита, с хроническим течением. Кроме того, имелись признаки пониженной функциональной способности левой почки. Весьма возможно, что скоропреходящие приступы болей в области левой почки, с повышением температуры тела, зависели от задержания мочи в почечной лоханке, которое вызывалось относительной непроходимостью левого мочеточника.

Все эти явления, осложнившие непосредственный результат операции, не представляются исключительными, ибо мочеточниковый свищ, сам по себе, независимо от его перемещения в пузырь, часто влечет за собой и задержание мочи в почке и инфекцию ее и атрофию. Отрицательной стороной описанной операции и является то обстоятельство, что при ней мочеточниковый свищ, как таковой, не уничтожается, а лишь перемещается из полости влагалища в полость мочевого пузыря. Больная от такой операции, однако, остается в громадном выигрыше, ибо она навсегда становится сухой. Этим результатом, по моему мнению, искупаются все отрицательные стороны операции, тем более, что при идеальном способе лечения мочеточниковых свищей—путем вшивания в пузырь непосредственно обособленного мочеточника—последовательные изменения в почке отнюдь не исключены.

Литература: Adler. Zentralblatt f. Gynäkol. 1917, p. 59. — Drucker. Arch. f. Gyn. Bd. 43. — Dührssen. Volkmann's Sammlung. N. F. 114. (Gynäkologie, 44). — Феноменов. Zentralbl. f. Gynäk. 1906, p. 142. — Mackenrodt. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1894. Bd. 30, p. 311. — Mathes. Zentralbl. f. Gyn. 1918, p. 201. — Stoeckel. Veitss Handbuch. zweite Auflage, Bd. II, p. 577 и 585. — Stoeckel. Zeitschr. f. Gynäkol. Urologie. 1912. Bd. 3, p. 76. — Васильев. Русский Хир. Арх. 1907, IV, стр. 525.

К вопросу современного учения о липоидах яичника.

Проф. М. Г. СЕРДЮКОВА (Москва).

По современным воззрениям, под понятием липоидов объединяют многие жиры и жиробразные соединения, которые обладают характерной особенностью растворяться в эфире и других подобных ему растворителях, — так их определяет Hammarsten.

Целый ряд авторов: Kawatuga, Gierke, А. И. Абрикосов и др., предлагают разнообразные схемы, классифицируя липоиды по их химической структуре. Kawatuga после работ Aschoff'a и Adamii проверил на целом ряде липоидов в чистом виде их оптические, физикохимические и красочные свойства, а затем с помощью этой методики явилась возможность более точно определять их в тканях различных органов.

Kawatuga предлагает следующую схему липоидов по Aschoff'у:

1) Нейтральные жиры.

2) Холестеаринэстеры.

3) Липоидные субстанции в более тесном смысле слова (рыхлая холестериновая смесь, фосфатиды, цереброзиды, мыльные и жирные кислоты).

V. Gierke дает более полную схему, проводя дифференциацию липоидов по их химической структуре:

1) Липоиды, не содержащие фосфора и азотистых веществ:

а) Нейтральные жиры (триглицерины олеиновой, пальмитиновой и стеариновой кислот).

б) Свободные жирные кислоты и их Na,—K,—Ca соединения — мыла.

с) Холестерины свободные или в виде эстеров — жирных кислот, холестеринолеатэстер, холестерин пальмитатэстер, холестеринстеаринэстер.

2) Фосфор-содержащие, безазотистые липоиды (цереброзиды, наиболее важная часть которых — френозин).

3) Фосфор-и азот-содержащие липоиды, так наз. фосфатиды (лейцитин, цефалин, сфингомиэлин).

В 1847 году, когда еще не существовало точных микроскопических реакций, В. Reinhart указал: 1) что стенка регрессирующего фолликула свиньи содержит жировые включения, 2) что в „лутеиновых клетках с. lutei юных эмбрионов“ нет жира, но

в более позднем возрасте у доношенных эмбрионов подобные клетки выполнены жироподобными веществами. Сам Reinhart, равно как ряд позднейших исследователей, его современников, считали эти находки, как выражение процесса обратного развития, и жир они относили к продуктам простой дегенерации. Pflüger в 1863 г. остановил свое внимание на особых клетках, группирующихся вокруг яйцевых клеток, и поднял вопрос, каким путем в них поступают жироподобные вещества. Автор имел в виду клетки theca-interna, располагавшиеся в строме, т.е. интерстициальные железистые клетки. Pflüger'у не удалось в то время разрешить поднятого вопроса об этих веществах. Служат ли они пищевой резервной базой для яйцевых клеток или жир содержащие в них вещества представляют собой жирно-перерожденную протоплазму клеток и являются выражением и продуктом жировой дегенерации и инфильтрации? В 1897 г. Plato на основании своих исследований высказал мысль, что внутренние ряды theca-клеток отлагают свой жир фолликулу, далее этот жир в жидком состоянии проходит через membrana granulosa, а в яйцевой клетке снова принимает твердую форму. К этому выводу он пришел на том основании, что у мыши, а особенно у кошки, в самых молодых фолликулах наружные theca-клетки имеют значительно больше жира, чем внутренние. В позднейшее время взгляды на значение, роль и возникновение в клетках липоидов изменились. Мнение о них, как продуктах дегенерации и регрессивного метаморфоза и инфильтрации, потеряло свои основания после того, как было обращено должное внимание, что почти во всех клетках, содержащих большое количество липоидов, ядра были хорошо выражены и в них, точно так же, как и в протоплазме, нельзя было обнаружить дегенеративных процессов. Благодаря исследованиям Herxheimer, Oglter, Kawahira и др., липоиды, и особенно холестерин и холестеринэстеры, стали считать выразителями жизненной функции клеток. Изменчивость содержания липоидов и колебание их количества в протоплазме различных инкреторных органов относят за счет весьма переменчивого потенциала жизненной энергии клеток.

Когда целым рядом исследователей (Ansel Voisin и др.) было установлено, что желтое тело и интерстициальная железа относятся к инкреторным железам, стали проявлять значительный интерес к липоидам яичника, и *их в настоящее время громадное большинство считает продуктом и выразителем инкреторной деятельности железистой части яичника.*

Упрочиванию подобного взгляда предшествовал целый ряд работ, в которых многими экспериментаторами из яичника были выделены: липоид-экстракт Iscovesc'a, сексуаль-липоид Fellner'a, холестерин-дериват Hermann'a, лютео-липоид и липамин Seitz'a, Wintz'a и Fingerhut'a. Громаднейшее большинство исследователей липоидов установили локализацию, количество и характер липоидов путем микрохимических, цветных реакций и при помощи поляризации.

Е. Mulon, Chauffard, Laroche и Grigant обнаружили двояко преломляющиеся субстанции в лютеиновых клетках желтого тела. В позднейшее время Wiczynski подошел к вопросу о выяснении значительных вариаций количества и характера липоидов в каждом отдельном стадии corpus luteum graviditatis и corpus luteum men-

struationis, однако автор пока не пришел к определенным выводам. Особенно полное освещение этот вопрос получил в работе Felix Mikulicz-Radecki (1922) о липоидах в яичнике человека. Автор подвергнул исследованию на содержание липоидов человеческие яичники от 120 суб'ектов. По возрасту они распадались от 3-го внутриутробного месяца до климактерия. В период третьего внутриутробного месяца в яичниках жира вовсе не содержится. Начиная с 4-го месяца, в плазме яйцевых клеток появляются цереброзиды и фосфатиды. Клетки гранулезы и theca-клетки жира не содержат. Подобные соотношения были найдены в яичниках и у 8-мимесячных внутриутробных плодов. Созревающих и атрезирующихся фолликулов в них не было обнаружено. Яичники новорожденных содержали в половине случаев, как примордиальные фолликулы, также созревающие и атрезирующиеся. Theca-клетки последних содержат жир-фосфатиды, цереброзиды, нейтральные жиры в весьма переменчивом количестве. Granulosa созревающих фолликулов в этот период иногда содержит следы цереброзидов и фосфатидов. С первого года жизни до периода полового созревания нормальные яичники содержат постоянно созревающие и атрезирующиеся фолликулы. Содержащиеся в granulosa'e липоиды относятся к цереброзидам, фосфатидам, холестеринновым смесям; в ней также находятся нейтральные жиры. Количество их всегда ничтожно. Theca-клетки в молодом возрасте содержат те же липоиды. В theca-клетках атрезирующегося фолликула постепенно начинает увеличиваться — прежде всего нарастают нейтральные жиры и в corpus atreticum достигают аспе своего накапливания. В это время в нем, кроме нейтральных жиров, здесь находятся жирные кислоты и мыла. В зрелых в половом отношении яичниках при атрезии фолликулов наблюдается тот же процесс накапливания жира, как в детских яичниках, с той лишь разницей, что количество липоидов в corpus atreticum в общем меньше, чем у детей. Вариации жира во время менструации сводятся к следующему. При развитии corpus lut. menstruationis и при его обратном развитии определенно наблюдается накапливание жира в виде фосфатидов и цереброзидов, находимых в клетках гранулезы, созревающего фолликула, желтого тела. В это же время наблюдается усиленная пролиферация клеток желтого тела и васкуляризация. Когда же в этот период желтое тело достигает своего расцвета, то появляются холестерины, их смеси, и чаще всего из них холестерин-кефалиновая смесь. На высоте расцвета можно обнаружить следы нейтральных жиров. Со дня менструации молниеносно наступает значительное скопление нейтрального жира. В обратном развитии corpus luteum menstruat. Mikulicz-Radecki устанавливает 4 стадии:

- 1) Желтое тело с дегенеративной жировой инфильтрацией. Лютеиновые клетки сохранены. Они переполнены жирами, среди которых до 14 дня преобладают нейтральные жиры, а с 14 дня после регул и жирные кислоты.
- 2) Желтое тело в стадии гиалинизации. Лютеиновые клетки постепенно исчезают. Они содержат жирные кислоты, нейтральные жиры и мыла часто в комбинации.
- 3) Стадий облачного кома с теми же жирами.
- 4) Стадий облачного кома без жиров. В corpus fibrosum автору

удавалось обнаруживать следы нейтральных жиров, жирных кислот и мыл. При беременности, особенно в начале ее, липоиды находятся в большом количестве в желтом теле, когда в лютеиновых клетках содержатся скопления липоидов в виде так называемых „жировых шаров“, равным образом автор находил их после нормальных и преждевременных родов, но, кроме этого, в этот период там обнаруживались фосфатиды, церебросиды, кефаловые смеси. Нейтральные жиры в желтом теле при беременности находятся лишь в первые месяцы, и автор обнаруживал их там при обратном развитии желтого тела при беременности. Важно отметить, что в этой части исследование автора внушает некоторые сомнения, ибо, как и он сам оговаривается, яичники взрослых он получал от беременных, страдавших туберкулезом, миомами и другими заболеваниями, которые, конечно, могли не оказать влияние на качество и вариации липоидов. Во время менопаузы theca-клетки атрезирующегося фолликула содержали нейтральные жиры, жирные кислоты и мыла.

Признавая значительную ценность исследований Mkulicz-Radecki, мы все же, на основании литературных указаний и собственных исследований, не можем согласиться с отрицанием им наличия липоидов в интерстициальных железистых клетках. В целом ряде наших опытов на основании цветных реакций мы получили, как в желтом теле, коре надпочечников, так и в протоплазме железистых интерстициальных клеток, наличие липоидов и, главным образом, в виде холестерин-эстеров (см. Virchow's Arch. Bd. 237, 1922 г.). В протоплазме интерстиция, как при осмировании, так и при окраске Nieblaussulfat, Sudan III, мы определенно наблюдали наличие холестерин-эстеров, при чем количество их колебалось в тех опытах, где функция интерстициальных клеток нами экспериментально повышалась. На имеющихся у нас препаратах мы видим картину активной продукции липоидов лютеиновыми клетками желтого тела, экспериментально полученных нами после удаления обоих надпочечников и при условиях пилокарпинизации. Считая вопрос об активной способности протоплазмы клеток corpus luteum и интерстициальных железистых клеток в настоящее время решенным и особенно убедительным после наших, уже опубликованных, экспериментов, я приведу по этому поводу мнение одного из видных современных эндокринологов, проф. А. А. Богомольца. В последнем своем руководстве по общей патологии он говорит: „точка зрения, согласно которой липоиды в клетках исключительно инфильтрационного происхождения, должна быть окончательно оставлена. Разнообразие химического строения липоидов и их крупное специфическое значение в экономии организма с определенностью указывают на систематическую работу клеток при их продукции. Было бы нелепо, конечно, считать появление их в клетках результатом инфильтрации только потому, что материал для их синтеза клетка черпает из крови“.

Каково значение и роль липоидов яичника в женском организме?

Несмотря на всю важность этого вопроса, современная эндокринология пока не может по этому поводу дать исчерпывающих данных. Однако, уже полученные сведения в этом направлении свидетельствуют об огромном и разнообразном зна-

чении липоидов. Липоидам яичника приписывается не только протективно-трофическое влияние на яичник, матку и другие части полового прибора, но им придается огромной важности антитоксическое значение по обезвреживанию эндогенно и экзогенно поступающих в организм женщины ядов.

Д. М. Успенский и Gluzinski считают даже, что старость, склеротические изменения и весь симптомокомплекс климакса главным образом зависят от наступающих расстройств липоидообразовательной функции в яичниках и надпочечниках, кора которых, как один из липоидообразовательных очагов, к этому времени начинает функционально страдать. Вышеприведенное разнообразие липоидов яичника указывает, какую сложную роль ферментативного характера они должны выполнять в женском организме. Этим, до известной степени, могут быть объяснены различные циклического, волнообразного характера процессы, наиболее рельефно выраженные в период полового расцвета — наиболее напряженной липоидообразовательной функции яичника.

В этом отношении необходимо указать, что, несмотря на все обилие уже дифференцированных сортов липоидов, многие из них еще, повидимому, не открыты. Brakemann (Monatsschr. f. Geb. und Gyn. 1924. Bd. LXVI) справедливо по этому поводу указывает, что цветными окрасками, имеющимися в запасе патолого-анатомической техники, не удается определить в яичнике весь без остатка жир, который в себе вообще содержит corpus luteum. Более совершенные химические методы, как, например, методика Noll и Wiczynski с разделением путем переваривания белков смесью пепсина и соляной кислоты с предварительной и последующей окраской суданом подтверждает, что часть жиров и в том числе липоидов, несомненно, находится в corpus luteum в теснейшей и трудно делимой связи с белками и углеводами. Из настоящего обзора становится понятным и крайне желательным дальнейшее углубление и изучение важнейшей проблемы выяснения вопроса о липоидах яичника.

На основании наших, ранее опубликованных экспериментальных исследований и вышеизложенного, мы приходим к заключению, что:

1) Главными активными липоидообразовательными очагами яичника являются желтое тело и интерстициальные железистые клетки.

2) Процесс образования липоидов является физиологическим проявлением деятельности протоплазмы corp. lutei и „интерстиция“ яичников.

3) Инфильтрационная и дегенерационная точка зрения на образование липоидов в желтом теле и интерстициальной железе яичника, согласно данным современной эндокринофизиологии, должна быть оставлена.

В самое последнее время по вопросу о липоидном обмене в яичнике, возникла не безынтересная полемика. Мнение о характере липоидов, о вариации их, о продукции их клетками, а

также о методике окраски и значении связанных и свободных липоидов, разделялись между франкфуртскими патолого-анатомами: *Saffe, Berberich, Samauchi.*, и между *Robert Meyer*'ом *Mikulicz-Radecki* и *Wiczynski* (1925). Первые авторы пришли к заключению, что фосфатиды и цереброзиды доминируют в желтом теле при беременности у взрослых коров, тогда как холестерин и его конечные образования более редки. В яичниках человека эти же исследователи нашли, что фолликулы женщин и девиц содержат почти исключительно фосфатиды, холестерин же встречается лишь в ничтожном количестве. *Robert Meyer, Mikulicz-Radecki* и *Wiczynski*, с разницей в некоторых деталях, считают, что в разных стадиях желтого тела беременности (*Robert Meyer* различает—четыре стадии его) липоиды имеют разную вариацию. В первой стадии желтого тела, а также в фолликулах, удается определить фосфатиды и цереброзиды, в остальных стадиях характер липоидов описан в вышеприведенной работе *Mikulicz-Radecki*'ого. В фолликулах они видели наличие фосфатидов и цереброзидов в несколько ином количестве. Далее эти группы исследователей свою дискуссию развивают в сторону определения видимых и невидимых *respond.*, связанных и несвязанных липоидов. Сущность дискуссии заключается также в том, что определять наличие липоидов и их характерные особенности одним поляриметром—недостаточно. Такое исследование весьма важно вести параллельно со специальными окрасками и микрохимической методикой. Кроме этого эта дискуссия подчеркивает до сих пор неразрешенный вопрос и из исследований этих авторов вытекает, что липоиды не одной природы—одна часть их накапливается клетками из крови,—другая же относится к процессам, происходящим в самой протоплазме липоидо-содержащих клеток, далее поднимается старый вопрос о *corpus luteum graviditatis* и *corpus luteum menstruosionis*, причём *Mikulicz-Radecki* устанавливает в липоидном обмене их существенную разницу. *Wiczynski* задается вопросом о разнице между связанными и фиксированными липоидами. Разницу эту в физиологическом отношении пока не удается установить в виду малого числа наблюдений, из которых трудно также установить инкреторное значение фолликула и самой яйцевой клетки, которой *Robert Meyer* придает доминирующее инкреторное значение. Ни один из вышеприведенных авторов не уделяет внимания вопросу о содержании липоидов в интерстициальной железе яичника. Между тем, как этот вопрос имеет существенное значение в общей картине расстройств липоидного обмена яичника. Кроме своих экспериментальных работ, где нам удалось с определенностью установить в эпителиальных клетках „интерстиция“ яичника кошки, наличие холестерин-эстеров, я укажу на свою последнюю работу,—о связи нарушений липоидного обмена яичника в связи с эпилепсией, где мною в интерстициальных железистых клетках было установлено наличие нейтральных жиров, подтвержденное консультировавшим с нами проф. *А. И. Абрикосовым*.

Все вышесказанное, равно и дискуссия названных авторов указывает, что вопрос о липоидном обмене яичника требует дальнейших изысканий и выяснения их вариации, роли и функционального значения с точки зрения физиологии и патологии генитальной жизни женщины.

Главнейшая литература. 1) *Aschner*. Die Blutdrüsenkrank. des Weibes. Wiesbaden. 1918.—2) *А. А. Богомолец*, проф. Патологическая физиология. Т. II. 2-е изд. Саратов, 1924.—3) *Brakemann*. Monatsschr. f. Geburst. u. Gynäk. Bd. LXVI. S. 175.—4) *Mikulicz-Radecki*. Ueber die Lipoide im menschlichen Ovarium. Arch. f. Gynäk. 1922.—5) *Roger, Widal, Teissler*. Pathologie des Glandes endocrines. Troubles du développement. Paris, 1923.—6) *N. Pende*. Endocrinologia. Parte I, II. Milano, 1923.—7) *Sserdjukoff, M. G.* Zur Frage der funktionellen Beziehungen zwischen dem Drüsenparenchym des Ovarium und d. Nebennierende. Wircb. Arch. Bd. 237, 1922.—8) *Sserdjukoff, M. G.* Zur Frage der intrasecretorischen Wechselbeziehungen einiger endocrinen Drüsen und des Uterus. Arch. f. Gynäk. Bd. 118. 1923.—9) *Сердюков, М. Г.* К вопросу о связи инкреторных расстройств яичника и эпилептиформных припадков, как проявление пморгалендулярного синдрома.—10) *Rob. Meyer*. Lipoidstoffwechsel und Ovarium Zentr. f. Gynäk. 1925, № 2.—11) *Mikulicz-Radecki*. Noch einmal zur Frage der Ovariallipoide. Там же.—12) *Wiczynski*. Zur Bedeutung der Ovariollipoide. Там же.

Медицинский отчет петроградских городских родильных приютов за 1917 г.

Составлен заведующим родильным приютом в память д-ра Р. А. Гагенторна при заводе Большевик (бывш. Обуховском)

д-ром **Б. П. ФОМЕНКО.**

Вследствие условий военного и революционного времени отчеты городских родильных приютов Петрограда перестали появляться в печати с 1916 года, когда был опубликован отчет М. Л. Банщикова за 1913 год. Предлагаемый читателю отчет за 1917 год является попыткой возобновить прерванную приютскую отчетность; он составлен по программе раньше выходивших отчетов с небольшими отступлениями от нее в некоторых отделах; материалом для отчета служили таблицы, составленные в бывшем статистическом отделении петроградской городской управы, и индивидуальные на каждую поступающую женщину карточки, полностью сохранившиеся в Губстатотделе.

Мы вынуждены ограничиться напечатанием только сводных цифр по всем приютам, так как приведение цифр для каждого приюта в отдельности заняло бы слишком много места в журнале. Так как статистических данных о работе приютов в 1914—16 годах не имеется, нам пришлось сравнивать полученные в нашем отчете цифры с таковыми же отчета за 1913 год, и это сравнение до некоторой степени может показать, как отразилась на приютской работе война 1914—17 годов.

1917 годом заканчивается дореволюционная эпоха жизни приютов, с 1918 года появляется целый ряд обстоятельств, резким образом повлиявших на характер работы приютов, как-то: падение коэффициента рождаемости в Петрограде, истощение запасов инвентаря приютов, сокращение штатов и сети приютов, и мы полагаем, что отчет за 1917 год должен представлять особый интерес, как отчет года, стоящего на рубеже двух различных периодов жизни приютов.

В 1917 году имелось 19 тридцатикроватных приютов (к перечисленным в отчете д-ра Банщикова прибавился открытый в 1915 г. II-ой Рождественский приют; таким образом, имелось 570 коек, которые могли принять в течение года 26.790 рожениц, считая годовой нормой для 30-тикроватного приюта 1410 роже-

ниц. В действительности же в отчетном году в приюты поступило всего 17.738 женщин, т. е. получился, так сказать, недобор до предельной цифры емкости приютов в размере 33,7% ее. В 1913 году, при имевшихся тогда 430 койках, было 24.343 поступивших — имелся перебор на 20,2% сверх нормы. Недобор рожениц объясняется падением числа рождений в Петрограде — в 1917 году их было всего 35.700; разрешившиеся в городских родильных приютах, таким образом, составили в отчетном году около 48,7% всех разрешившихся в Петрограде с пригородами.

В первый день Февральской революции Васильевский родильный приют, помещавшийся в доме полицейского участка, сгорел и до конца года не функционировал; прочие приюты не пострадали во время переворотов, правда, в XII городской приют попал снаряд во время октябрьского переворота, но не причинил никаких крупных повреждений; приюты не прерывали своей работы и некоторые даже не закрывались для проветривания и ремонта. Сверх нормальной нагрузки работали в году три приюта — Васильевский в течение двух месяцев его работы, Гаванский, принявший на себя значительную часть работы сгоревшего соседа (он принял на 660 рожениц сверхкомплектных 1410 — всего 2070 в год) и XIII городской (II Нарвский), в прочих же приютах имелся недобор до годовой нормы и число поступлений колебалось от 609 (I Рождественский) до 1279 (I Выборгский). Наибольшее число поступлений в месяц пришлось на январь (1929), наименьшее на ноябрь (1146).

Всеми поступившими было проведено 115.785 больничных дней, т. е. ежедневно в среднем было занято 317 приютских коек, а в каждом приюте в среднем 17,4 коек. (В 1913 году было всего 152.037 больничных дней и в день было занято в среднем на 99 коек больше, чем в отчетном году).

Средняя продолжительность пребывания после родов в приютах в 1917 году равнялась 6,55 дней (в 1913 году 6,28 дней), однако, надо отметить, что в некоторых приютах в 1917 году родильницы выписывались раньше, чем в 1913 г.; очевидно, усложнившиеся жизненные условия заставляли торопиться домой.

Среди поступивших было 86,4% крестьянок, по сравнению с 1913 годом % их пал на 4,62, зато повысился на 2,19 процент всякого рода (личных, потомственных) гражданок. Почти в два раза повысился с 1913 г. процент женщин римско-католического вероисповедания (с 4,38% до 7,95%), очевидно, вследствие наплыва беженцев из Польши. По сравнению с 1913-м годом отмечается понижение % более молодых (до 30 лет) рожениц — 76,8% всего числа в 1913 году и 74,14% в 1917 году. Замужних было 79,14%, незамужних 18,81%, вдов 1,69%, разведенных 0,03%, семейное положение не указано в 0,31%. Процент незамужних выше такого же в 1913 году на 1,1; процент вдов в довоенное время был выше (1,95%, 2,1% и 2,3% в 1913 — 11 годах). 61,35% поступивших занимались домашним хозяйством, 11,08% фабричной работой, 6,38% были чернорабочие, 6,33% домашняя прислуга; мы не будем останавливаться подробнее на остальных занятиях поступивших, но отметим, что по сравнению с 1913 годом наблюдается падение % домохозяек, прислуг, прачек (в общей сложности на 7,24%) и повышение % фабричных работниц, чернорабо-

чих и разного рода служащих (конторщиц, телефонисток, приказчиц, телеграфисток, кондукторш, медицинских работниц — в общей сложности около 5,0%) — влияние войны заметно сказалось на отвлечении женщин от домашнего хозяйства к службе и физической работе. 89,08% поступивших были городские жительницы, 10,92% жительницы пригородов (в том числе было 1,86% приезжих). С открытием II-го Рождественского приюта увеличилось поступление в приюты охтянок (510 в отчетном году против 210 в 1913 году). Наибольший % поступлений дала Нарвская часть (14,62% всех поступивших), затем шла Васильевская (14,39%), уступившая в отчетном году свое обычное первенство в этом отношении, вероятно вследствие закрытия наиболее емкого Васильевского приюта, минимум поступлений пришелся на Адмиралтейскую часть (0,82%). Пользовалось приютом I раз 55,3% всех поступивших, II-й раз 20,4%, остальные пользовались приютами от трех до четырнадцати раз. Наибольший % поступивших были женщины, живущие в Петрограде 8 лет и более (33,2% всех поступивших), живущие менее года составляют 7,17% общего числа поступивших.

Первобеременных было 29,86% (в 1913 г. 26,82%), второбеременных 20,03% (в 1913 г. 20,33%), III—XX—беременных 49,95% (в 1913 г. 52,8%), не указан номер беременности у 0,16% (в 1913 г. у 0,05%). Роженицы поступили в приют в большинстве случаев с открытием зева менее 3-х пальцев (70,94%), с открытием от 3-х пальцев и до полного поступило 24,29%, 1% поступил с врезыванием; уличных родов было 0,57%, домашних родов 0,21%; остальные 2,0% приходятся на тех, у которых не была отмечена величина открытия зева (1,97%) или у которых зев был закрыт (0,3%); эти процентные отношения очень близки к таковым же 1913 года.

Срочных родов было 15.316 (86,35%), преждевременных 1533 (8,64%), выкидышей 408 (2,30%), срок родов не отмечен у 155 (0,87%), не разрешилось 326 (1,84%). Эти отношения очень близки к таковым же 1913 года.

Неправильный таз отмечен у 12,17% (против 10,98% 1913 года), преобладал общесуженный таз над прочими формами неправильных тазов.

Из 17.738 поступивших выписано домой разрешившимися 16.822 (94,83%), выписано домой после выкидыша 389 (2,19%), выписано неразрешившимися 326 (1,84%), в том числе было переведено в больницы беременных и рожениц 21 (0,12%), переведено в больницы родильниц и после выкидышей 94 (0,51%), переведено в разные учреждения (Воспитательный дом, приют для недоносков, приют кормилиц и др.) 65 (0,36%), умерло в приютах 16 (0,09%), не указано куда выбыли 26 (0,15%). Эти процентные отношения отличаются от таковых же 1913 года всего лишь на десятые и сотые доли процента. Причинами перевода неразрешившихся в больницы были: эклампсия беременных — 5 раз (одна умерла в больнице), кровотечение при предлежании последа — 1 раз, узкий таз — 1 раз (обе направлены в клиники), нефрозы и нефриты — 3 раза (одна умерла в больнице), инфекционные заболевания — 4 раза (по одному случаю рожи, оспы, холеры, дизентерии), в 7 случаях причина перевода не отмечена. К сожалению,

нию, несмотря на настойчивые попытки, проследить судьбу всех отправленных в больницы женщин нам не удалось — многие из них не попадали в ту больницу, куда их направлял приют, а посему нам не удалось собрать сведения о числе смертных исходов в больницах с той точностью, как это было сделано д-ром Баншиковым.

Течение родов было правильное в 14.875 случаях (83,86%), неправильное в 2261 случаях (12,75%), течение родов не отмечено в 279 случаях (1,57%, в том числе при уличных родах 99 случаев или 0,56% и при домашних родах — 37 случаев или 0,21%); 1,84% не разрешилось. В 1913 году было правильного течения 82,60%, неправильного течения 12,33% (а с выкидышами 15,03%), неразрешившихся 1,30%, неотмеченных 1,06% (в том числе при уличных родах 0,47%).

На уличных родах мы не будем останавливаться подробнее, так как ничего нового по сравнению с данными отчета за 1913 г. о них сказать не приходится.

Положение и предлежание не отмечено у 5,68% плодов (выкидыши, уличные, домашние роды, плоды не разрешившихся, незаполненные графы в карточках); отмечено предлежаний затылочных 89,38%, лицевых 0,33%, теменных 0,14%, лобных 0,04%, ягодичных 2,76%, ножных 1,27%, положений поперечных 0,25% и косых 0,07%. Все эти цифры очень близки к цифрам 1913 года.

Двойни были 241 раз (1,43% всех родов, в 1913 г. 1,5%), тройни 1 раз (0,006%, в 1913 г. 6 раз или 0,03%).

Неправильностей и заболеваний в родах зарегистрировано всего 2698, в том числе:

1) со стороны матери (1510): эклампсия в родах 57 раз, неправильности схваток и потуг 174 раза, растяжение нижнего сегмента матки и кольцо сокращения 11 раз, раннее излитие вод 19 раз, препятствие со стороны неправильного таза 44 раза, несоответственность между тазом и очень крупной головкой плода 33 раза, разрывы промежности и влагалища 970 раз, неподатливость, отек и трещины тканей входа 88 раз, гематома наружных половых частей или влагалища 6 раз, разрыв матки 2 раза, неподатливость, отечность, судорожное сокращение и ущемление зева 14 раз, разрывы шейки матки 5 раз, атоническое кровотечение 81 раз, острое малокровие от кровопотери 7 раз, высокая температура в родах 9 раз, эндометрит в родах 5 раз, септицемия в родах 1 раз, кровоизлияние в мозг 1 раз, паралич сердца 1 раз, порок сердца 5 раз, нефрит 1 раз, перегородка влагалища 1 раз и киста влагалища 1 раз;

2) со стороны младенца (493): неправильности положения и предлежания 63 раза, водянка головки 4 раза, задержание плечиков 8 раз, выпадение и предлежание ручек 21 раз, роды головкой с ручкой 16 раз, задержание верхней части туловища 20 раз, запрокидывание ручек 15 раз, задержание головки 50 раз, предлежание и выпадение пуповины 79 раз, обвитие пуповины вокруг шейки 92 раза, самоизворот 5 раз, асфиксия 120 раз;

3) со стороны плодного яйца (695): кровотечение в I-м периоде родов 74 раза, плотный, плоский или колбасовидный пузырь 167 раз, многоводие 37 раз, преждевременное отдаление последа 27 раз, центральное предлежание последа 7 раз, боковое и краевое

предлежание последа 20 раз, полное приращение последа 39 раз, частичное приращение последа 68 раз, задержание и ущемление последа 45 раз, задержание кусочков последа 3 раза, задержание оболочек 36 раз, задержание остатков плодного яйца при выкидыше 52 раза, угрожающий выкидыш 5 раз, пузырный занос 4 раза, кровотечение в III периоде родов 111 раз.

В среднем одна неправильность приходится в отчетном году на 6,5 родов, в в 1913 году на 5,5 родов.

В родах умерла одна женщина (от паралича сердца).

Разрывы промежности (всего 944 случая) наблюдались у 5,6% всех разрешившихся (в 1913 году у 4,8%), у первородящих они произошли в 13,18% (в 1913 г. в 17,2%); по отдельным приютам % их колебался от 1,29 до 10,39.

Эклампсии был 121 случай, т. е. у 0,68% всех поступивших (в 1913 году у 0,54⁰/₀); в том числе было эклампсии беременных 6 случаев (4,99% всех эклампсий), чисто послеродовых 55 (45,45%), эклампсий в родах и после них 57 (47,15%), в 3 случаях (2,4⁰/₀) время появления припадков не отмечено. Эти отношения близки к таковым же 1913 года. Среди экламптичек было первородящих 78,5%, повторнородящих 8,2⁰/₀ и многородящих 13,2⁰/₀ (в 1913 году 69,6⁰/₀, 12,8⁰/₀ и 17,6%). Наибольшее число случаев эклампсии пришлось на январь (12,3⁰/₀ всех), наименьшее на сентябрь (4,1⁰/₀); если же подсчитать отношение числа эклампсий к числу поступлений по месяцам, то оказывается, что наиболее часто она встречается в ноябре, декабре и июне, а наиболее редко в марте, феврале и с июля по октябрь. Среди экламптичек было 24 фабричных работницы, что составляет 1,24⁰/₀ всех поступивших в приют работниц (их было 1927), тогда как у женщин всех остальных профессий эклампсия наблюдалась только в 0,61⁰/₀, т. е. вдвое реже. Лечение эклампсии в большинстве приютов велось с применением наркотических средств без строгой схематизации его, форсированное родоразрешение применялось лишь в виде исключения. Венесекция была сделана 1 раз, щипцами роды закончены у 27 (23,4⁰/₀) разрешившихся, внутренним поворотом у 3, извлечением у 5. Послезеклампсический психоз наблюдался два раза. Умерло в приютах от эклампсии 5 (4,1⁰/₀ всех), в больницах умерло 1 беременная и 2 родильницы; таким образом имеются сведения о 8 смертных исходах (6,6⁰/₀ смертности), нет сведений об исходе 5 случаев; если причислить их к умершим, то % смертности повысится до 10,7. В 1913 году общий % смертности от эклампсии (в больницах и приютах) равнялся 8,0. При эклампсии 8 раз были двойни, всего родилось 123, в том числе мертвых 12 (9,8⁰/₀), вскоре умерло 13; общий урон детей при эклампсии таким образом выражается 20⁰/₀.

Операций и пособий в отчетном году было всего 2813, а именно: искусственные преждевременные роды 1, ручных расширений маточного зева 9, вскрытий плодного пузыря 609, заправлений маточного зева 8, вправлений выпавшей ручки 2, вправлений выпавшей пуловины 10, внутренних поворотов на ножку 83, низведений ножки при ягодичном предлежании 5 и при ножном 12, выжиманий плода по Kristeller'у 72, извлечений за плечики 5, извлечений за ножки 39, извлечений за ягодицы 252, извлечений верхней части туловища и головки 76, извлечений

щипцами 108, кесарских сечений на живой 2, прободений головки плода 19 (живым плод отмечен лишь в одном случае), извлечений краниокластом 12, вскрытий грудной и брюшной полостей 2, разрезов промежности 6, выжиманий последа по Credé 83, ручных отделений и выделений последов 115, извлечений плодных оболочек и остатков плодного яйца при выкидышах 52, выскабливаний матки 122, тампонаций 18, введений кольпейринтера 4, введений метрейринтера 5, введений ламинарии 1, сшиваний разрывов промежности 909, сшиваний надрезов и разрывов маточной шейки 5, сшиваний надрезов и разрывов половой щели 42, наложенных швов во влагалище 26, оживлений младенцев 98, кро-вопусканий при эклампсии 1.

Общий % вмешательств при родах равняется 16,16 (в 1913 г. 22,85%); главные операции (выскабливание, извлечения ручные и щипцами, внутренний поворот, отделение последа, удаление оболочек, плодного яйца, прободение, эмбриотомия, краниоклазия, кесарское сечение, восстановление промежности), сделанные в числе 807, составляют 28,6% всех вмешательств (в 1913 году всего было 5563 операций и пособий в том числе 1660 главных—29,8% всех). Главные операции в 1917 году произведены у 4,6% разрешившихся, а в 1913 году у 6,8%. 1917 год дал более высокий % для внутреннего поворота (2,9% против 1,9% 1913-го года), ручного отделения последа (4,1% против 3,3%), извлечений щипцами (3,8% против 3,3%) и наоборот более низкий для выскабливаний (4,3% против 5,6%) и ручных извлечений (10,3% против 12,3%) по отношению к общему числу операций и пособий.

Процент болевших после главных операций в отчетном году равен 16,8, в 1913 году он равнялся 20,5; правда, в отчетном году нет сведений о послеродовом течении у 3,8% оперированных матерей; если причислить их к больным, тогда получится 20,6% заболеваемости. После щипцов, поворотов и извлечений родилось всего детей 481, в том числе было 113 мертвых (включая сюда 25 мацерированных), умерло в приютах вскоре после рождения 41, общий урон 154 или 32,0%, а без мацерированных 26,8%; соответствующие цифры 1913 года таковы: на 821 родившихся было 155 мертвых (с 48 мацерированными) и умерло 49; общий урон 24,8%, без мацерированных 18,8%. Объяснения этой разницы в статистических карточках найти не удалось, для выяснения сути дела пришлось бы изучать подлинные медицинские листы.

К сожалению, в части карточек не было отмечено течение послеродового периода и нам не удалось восстановить этот пробел вследствие закрытия нескольких приютов или утери подлинных медицинских листов; в громадном большинстве случаев эти неотмеченные периоды были нормальными—родильницы выписывались своевременно домой и если среди неотмеченных в действительности были случаи неправильного течения, то их могло быть очень небольшое число и притом не тяжелых. Из 17.408 разрешившихся (без 4 умерших в первые часы после родов) нет сведений о послеродовом периоде у 331 (1,9% всех), правильное течение было у 15.895 (91,3%) и неправильное у 1186 (6,8%). В числе неправильного течения было без определения

формы заболевания 32 (0,2%) всех родильниц), с однократным повышением температуры без диагноза 454 (2,6%), с многократным повышением температуры без диагноза 247 (1,4%), с септическими послеродовыми заболеваниями 204 (1,2%), с несептическими послеродовыми заболеваниями 126 (0,7%) и с общими заболеваниями 123 (0,7%). Умерло в приютах 16 родильниц (0,09%), переведено в больницы 94 (0,5%), в том числе 2 здоровые переведены с больными детьми.

Из 204 септических послеродовых было эндометритов 96, задержки выделений и лихорадки от всасывания 63, воспалений тазовой брюшины или клетчатки 12, кольпитов 9, септицемий 7, послеродовых язв 4, нагноений швов промежности 4, перитонитов 3, воспалений труб 2, нагноившихся гематом 2, метрофлебит 1, абсцессы в ране брюшной стенки после кесарского сечения 1. Из этой группы было переведено в больницы 30 родильниц (16 с эндометритом, 5 с септициемией, по 3 с лихорадкой от всасывания и с перитонитом, по 1 с воспалением тазовой клетчатки, с воспалением труб и с метрофлебитом). Умерло септически в приюте 1 (септициемия), в больницах 9 (по 3 от септициемии и перитонита, 2 от эндометрита и 1 от параметрита), исход 9 случаев септических заболеваний неизвестен, остальные выздоровели.

Из 126 несептических послеродовых было эклампсий, несложненных септическими заболеваниями, 63, заболеваний грудных желез 37, недостаточного обратного развития матки 7, гематом наружных половых частей и влагалища 6, атонических кровотечений 5, задержки дольки последа 3, задержки оболочек 3, разрыв матки 1, разрыв свода влагалища 1. Из них отправлено в больницы 25 (экламптичек 12, с маститами 5, с недостаточным обратным развитием матки 3, с гематомой 2, с атоническим кровотечением, разрывом матки и разрывом свода по 1). Умерло в приютах 7 (5 от эклампсии и 2 от острого малокровия), в больницах 1 (эклампсия), исход не известен относительно 6, остальные выздоровели.

Из 123 общих заболеваний остановимся лишь на случаях, потребовавших перевода в больницы и давших смертные исходы. Переведено в больницы всего 37 (сифилиса 10 случаев, крупозной пневмонии 5, острого желудочно-кишечного воспаления 3, брюшного тифа, вариолоида, рожи, хронической пневмонии, плеврита, туберкулеза по 2 случая, инфлуэнцы, сыпного тифа, дизентерии, оспы, порока сердца, остеомиелита челюсти, воспаления среднего уха — по 1 случаю); из переведенных в больницы умерло 6 (от крупозной пневмонии 2, от туберкулеза, вариолоида, желудочно-кишечного воспаления и порока сердца по 1), неизвестен исход относительно 6. В приютах умерло 3 (2 от порока сердца и 1 от кровоизлияния в мозг после выкидыша).

Сравнение процентных отношений послеродового течения с таковыми же 1913 года несколько осложняется тем, что в отчетном году появились графы „не отмечено“ и „неправильность не определена“, давшие вместе 2,1% всех родильниц; однако же % наиболее тяжелых случаев, потребовавших перевода в больницы, и случаев со смертельным исходом в приютах в оба года точно совпадают (0,5% и 0,9%): если бы мы прибавили к 6,8%

неправильного течения все 1,9% неотмеченных, то в отчетном году мы получили бы всего 8,7% неправильного течения против 8,9% 1913 года (в 1913 году было септических 1,1%, несептических 0,9%, общих заболеваний 0,8%, однократных повышений t° без диагноза 3,8%, многократных повышений t° без диагноза 2,3% и правильного течения 91,1%).

На основании статистических карточек трудно судить о числе септических заболеваний с инфекцией рожениц до поступления в приют, с положительностью это отмечается лишь в трех случаях перитонитов и в одном случае сепсиса.

На 17.412 разрешившихся нами были собраны сведения о 32 смертных исходах, что составляет 0,18% смертности; при этом умерло в приютах и больницах по 16 женщин; причины смерти для большинства случаев указаны при рассмотрении послеродового течения; остается сказать лишь о 4-х случаях смертей в ближайшие часы после родов (не вошли в число родильниц) — от кровотечения вследствие приращения последа (родила дома) 1, кровотечения при предлежании последа 1, разрыва матки 1, кровоизлияния в мозг 1 через 2 часа после родов. Итого от септических заболеваний умерло всего 10 родильниц (в приюте 1), что составляет 0,056% смертности всех разрешившихся, от несептических 11 (в приютах 10), т. е. 0,06% смертности, и от общих заболеваний 11 (в приютах 5, с умершей в родах), т. е. 0,06%. Общий % смертности в 1913 году равнялся 0,22 (смертность от септических заболеваний составляла 0,09%, от несептических 0,08% и от общих 0,05%); если мы посчитаем за умерших всех 21 родильницу, исход заболевания коих неизвестен — тогда бы общий % смертности в отчетном году поднялся бы до 0,29%, в действительности, вероятно, этого не было.

Старше VII-го месяца беременности родилось всего 17.367 детей; из них было живых 16.722 (96,3%), мертвых 354 (2,0%) и мацерированных 291 (1,7%). В 1913 году мертвых было 1,8%, мацерированных 1,7%. С уродствами и пороками развития родилось 53 (т. е. 0,3%, в 1913 г. 0,32%). Пол не отмечен у 14, мальчиков было 9.066, девочек 8.287 (109 : 100, в 1913 г. 105 : 100, в 1911 г. 110 : 100). Общая потеря среди мальчиков выразилась 7,3% их (мертвыми и мацерированными 3,9%, умершими 3,4%), потеря среди девочек равна 6,3% (мертвыми и мацерированными 3,5%, умершими 2,8%).

Из родившихся живыми взято матерями домой 15.920 (95,2%), умерло в приюте 537 (3,2%), переведено в другие учреждения 171 (1,0%), в том числе в больницы детские 2 (волчья пасть и заячья губа), в больницы с матерями 57, в Воспитательный дом 45, в приют для недоношенных 43, в прочие учреждения 24; в 94 случаях (0,6%) судьба ребенка неизвестна, нет отметок.

Общая потеря детей в приютах в отчетном году равнялась 6,86% против 5,9% 1913 года, при чем повысилась смертность в приютах с 2,5⁰/₀ (1913 г.) до 3,21⁰/₀ и мертворождаемость с 1,8⁰/₀ на 2,0⁰/₀. Из 537 умерших в отчетном году 433, т. е. 80⁰/₀, умерло от врожденной слабости вследствие недоношенности; в 1917 году было переведено в приют для недоношенных детей всего 43 новорожденных, тогда как в 1913 году эта цифра равнялась 206, уже этим одним обстоятельством объясняется повышение смертности

детей в приютах. Установить причину смертности 104 остальных умерших жизнеспособных детей нам не удалось, так как в карточках по сему вопросу не всегда имеются отметки даже о предположительных причинах смерти детей. Мною, однако, была сделана попытка выяснить причину потери детей на основании разбора карточек 330 доношенных мертворожденных, мацерированных и умерших в приюте детей; результаты получились следующие: причину гибели ребенка не удалось выяснить (хотя бы предположительно) в 140 случаях (68 мертворожденных, 29 мацерированных и 43 умерших), причиной потери остальных были слабость схваток и потуг — 13 случаев (8, 1 и 4), выпадение, тугое обвитие и узлы пуповины — 38 случаев (28, 7 и 3), преждевременное отделение, предлежание и низкое прикрепление последа — 15 случаев (14, 1, 0), уродства и пороки развития — 13 случаев (3, 1, 9), неправильности положения и предлежания — 16 случаев (12, 2 и 2), предлежание тазовым концом 24 случая (15, 3 и 6), узкий таз, роды без перфорации — 25 случаев (19, 1 и 5), узкий таз, роды с перфорацией, — 8 случаев (6, 2 и 0), плоды гиганты — свыше 5.000,0 — 4 случая (0, 1 и 3), эклампсия матери — 7 случаев (5, 0 и 2), многоплодие (слабо развитый близнец при втором жизнеспособном) — 19 случаев (5, 2 и 12), преждевременное отхождение вод, затянувшиеся роды — 3 случая (2, 0 и 1), врожденный сифилис — 4 случая (0, 1 и 2) и, наконец, 12 детей умерло по данным карточек от следующих заболеваний — „детские судороги“ — 6 случаев, ателектаза, неукротимой рвоты, склерэмы, воспаления мозговых оболочек, кровоизлияния в плевры, установленного вскрытием (роды были легкие), и резаной раны кожи головки (повидимому чьей-то неопытной рукой до поступления в приют вскрывался плодный пузырь) — все по 1 случаю.

Подводя общий итог результатов нашего отчета, мы можем сделать вывод, что по сравнению с последним довоенным 1913 годом санитарное состояние городских родильных приютов в 1917 году не изменилось; если в некоторых отношениях получались менее благополучные цифры, то разница с соответствующими цифрами предшествующих лет была очень невелика и не выходила за пределы возможных годовых колебаний.

XIX.

(Из Акушерско-Гинекологического Отделения Больницы в Память 25-го Октября.
Заведующий прив.-доц. Г. Г. Гентер).

Графическое изображение взаимоотношений морфологических элементов крови. (Кривая крови *).

Е. Н. МИЛЮТИНОЙ.

Последние годы выдвинули много работ по изучению морфологии крови, но показательного способа изображения на одной кривой всех взаимоотношений морфологических элементов крови пока еще нет; или отдельно зарисовываются колебания лейкоцитарной формулы, или же колебания абсолютного количества отдельных элементов.

Я позволю себе предложить тип кривой, на которой одновременно мы видим: 1) отклонение от нормы абсолютного количества отдельных морфологических элементов, 2) взаимоотношение их, согласно лейкоцитарной формуле, 3) взаимоотношение красной и белой крови, 4) цветной показатель.

Принцип построения скалы следующий (см. кривые): за исходное число я беру нормальный общий лейкоцитоз (7.000 по Негели), его я равномерно повышаю вверх и понижаю вниз от линии нормы. Абсолютное количество остальных элементов (норма: нейтроф. $67\% = 4,690$, лимфоцитов $25\% = 1,750$, моноцитов $6\% = 420$, эозинофилов $1,5\% = 105$, базофилов $0,5\% = 35$) я повышаю и понижаю вместе с общим лейкоцитозом, сохраняя нормальный процент относительно последнего.

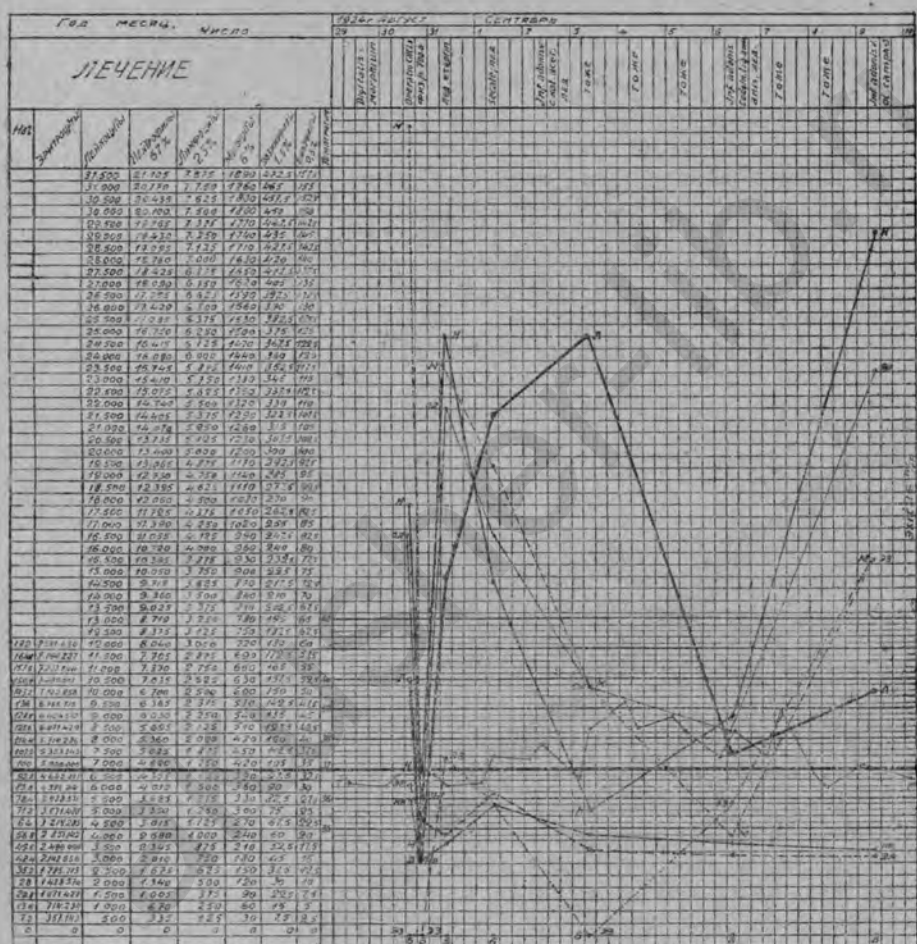
Что касается эритроцитов и процента гемоглобина, то за норму берется 5 миллионов эритроцитов и 100% гемоглобина и они также повышаются и понижаются при сохранении той же относительности к общему лейкоцитозу.

Таким образом, если бы все процентные соотношения были нормальны и общий лейкоцитоз равен был бы 7,000, то тогда в одной точке на линии нормы сходилась бы изображение всех отдельных элементов, по мере же отклонения процента лейкоцитарной формулы от нормы — точки расходятся, если же повы-

*) Должено в научном совещании врачей Больницы в пам. 25-го Октября 3 XI — 1924 г.

излечение) и мы знаем наверняка, какая картина крови соответствует патологической реакции организма и какая — его защитной реакции*).

Я не хочу этим сказать, что на изменения в крови нужно обращать больше внимания, чем на другие процессы, происходящие в организме: кровь есть лишь зеркало интимнейших процессов в организме, в которых мы еще так мало разбираемся,



она меняется в зависимости от изменения обмена веществ, изменения процессов иммунитета, деятельности эндокринных желез, изменения ферментативных соотношений крови и тканей организма, в зависимости от простых физиологических процессов, как, напр., пищеварение, от нервных переживаний и пр., и если даже нам удастся решение нашей задачи: менять нашей терапией кри-

* При чем патологической реакцией организма я называю ту реакцию, которая отвечает прогностически неблагоприятным соотношениям между защитными силами организма и болезнью, — когда болезнь сильнее защитных сил, — а защитной реакцией — ту, которая соответствует победе защитных сил над болезнью.

вую крови в благоприятную сторону, мы не подыдем еще завесы над теми тончайшими процессами в организме, отражением которых являются изменения морфологической картины крови, а только лишь увереннее будем приступать к той или другой терапии.

Для примера я приведу две кривых. На них же зарисованы мною и температурные кривые для наглядности течения заболевания; непосредственной зависимости между кривой крови и кривой температурной пока установить не удалось. Скалу (см. кривые) можно до бесконечности продолжать вверх, при чем при увеличении общего лейкоцитоза на каждые 500 форм: гемоглобина нужно прибавлять по 7,2%; эритроцитов — 357 тыс.; нейтрофилов — 335; лимфоцитов — 125; моноцитов — 30; эозинофилов — 7,5; базофилов — 2,5.

З. К. 24-х лет (см. крив., стр. 142). № пр. журн. 5155. Пост. 8 авг. 1924 г. Выписалась 22 августа 1924 г. Диагноз: Abortus septicus т. 2.

История болезни: Р.—1, Аб.—1, Menses по 7 дней, с болями; последние 2 м. т. наз., 6 августа, ввела сама себе буж в матку, после чего сразу появились боли и кровотечение, с 7 августа — потрясающие ознобы.

Status при поступлении 8 августа: сознание помраченное, бредит, пульс удовлетворительного наполнения 120. Р. v.: м. мягкая, чувствительная, своды чувствительны. Кровоточит. За сутки с утра 8 до утра 9 августа — 4 потрясающих озноба. 9 августа утром: п. 120; р. Fahræus'a — 35 мин., морфология крови: Нб — 70%; эритроцит. — 3.200.000; Fi — 1,09; общ. лейкоц. — 13.500; нейтр. — 87% — 10.845; лимфоц. 7% — 945; моноцитов 5% — 675; эозин. 1% — 135; посев крови — стерилен. Днем 9 августа вышли остатки плодного яйца, темп. спустилась, в 4 час. дня п. 84, и больная с этого времени быстро стала поправляться. 16 августа S. R. — 35 мин., Status p. v.: м. в anteflexio, чуть больше нормы. Своды свободны, выдел. сер.-кровоян. без запаха. 22 августа — больная выписалась, по собственному желанию, чувствуя себя вполне здоровой. Перед выпиской: S. R. — 42 мин. Морфол. крови: Нб. — 68%, эритр. — 4.240.000, Fi — 0,8, общ. лейкоц. — 8.500, нейтр. — 59,5% — 5.058, лимф. — 35% — 2.975, моноцитов — 5% — 425, эоз. — 0,5% — 42. St. gyp. = Norma.

Кривую крови этой больной можно считать отражением защитной реакции организма против данного заболевания:

1) резко повысился как процент, так и абсолютное количество лимфоцитов (с 7% = 945, до 35% = 2.975), что указывает на восстановление нарушенной лимфопоэтической функции, с нею на повышение липолитической способности крови, органов и тканей и на стремление организма к восстановлению нормального липоидного обмена (липоиды по Словцову — есть смесь нейтральных жиров и жироподобных веществ);

2) понизился цветной показатель (с 1,09 до 0,8 — линии Нб. и эритр. перекрестились), при повышении количества эритроцитов на 1 милл., что является при септических процессах, согласно нашим наблюдениям, всегда прогностически благоприятным признаком и указывает на восстановление угнетенной заболеванием эритропоэтической функции кроветворных органов;

3) понизилась нейтрофилия (с 87% — 10.845 до 59,5% — 5.058), что указывает на понижение количества протеолитических фер-

ментов в организме и с ними на задержку патологически усиленного белкового обмена.

А. Ш. 32 лет (см. крив., стр. 143). № пр. журн. 5.642. Поступ. 29/VIII. Скончалась 10/IX. Диагноз при поступлении: Graviditas VI т. Uræmia. Nephritis gravidarum.

История болезни: заболела 28/VIII судорогами с потерей сознания. Доставлена в больницу вечером 29/VIII в бессознательном состоянии. Graviditas VI т. Сопорозное состояние; п. напряженный 64; лицо отечно. Временами проясняется сознание и больная с трудом, но отвечает на вопросы. Утром 30/VIII больная переведена на гинекологическое отделение. St. pr: больная без сознания, отечна, цианотична, все время спит. Кровяное давление по R.R. = 210, по Короткову = 140—190 (моча: см. ниже — анализы; морфология крови — см. кривую и анализы). В виду тяжелого состояния больной приступлено к родоразрешению (operatio: Sectio caesarea vaginal.). К 7-ми час. веч. вернулось сознание, больная говорит, что была больна почками 3 г. т. наз. (В 8 ч. веч. морфологич. картина крови: см. анализы и кривую). В 11 ч. вечера в виду слабого пульса влито подкожно 700,0 физиологического раствора. До 3/IX больная поправлялась, жалобы были только на головную боль, пульс держался около 80, но напряженный. 4/IX п. 120 и появление болезненности в надлобковой области живота, каковая с каждым днем усиливалась и распространялась. 6/IX появились кашель и одышка. С 8/IX на 9/IX состояние резко ухудшилось. 10/IX больная скончалась в 11 час. 30 мин. утра при явлениях отека легких, при чем наблюдались уремические подергивания левой руки.

Анатомический диагноз: гангренозное воспаление внутренности матки, особенно шейки; гангрена мышечной ткани справа от шейки матки; гематома между мочевым пузырем и маткой; гнойная инфильтрация брюшной стенки, ограниченная фиброзным перитонитом. Подострый гломерулонефрит. Дольчатая печень, венозная гиперемия и небольшое острое набухание селезенки. Хронический фиброзный и острый бородавчатый эндокардит клапанов двустворки. Рубцы после инфаркта в почках и селезенке.

Анализы крови.

	I. 30/VIII. Перед операцией. 2 ч. дня.	II. 30/VIII. Через 5 ч. после опер. 8 ч. веч.	III. 31/VIII. 11 ч. утра.	IV. 1/IX. 11 час. утра.
Нб ⁰ / ₀ . . .	80 ⁰ / ₀	45 ⁰ / ₀	55 ⁰ / ₀	75 ⁰ / ₀
Эр.	4.550 т.	3.500 т.	3.000 т.	4.250 т.
О. Л.	16.700	5.700	22.000	16.650
Н.	72 ⁰ / ₀ = 12.024	82 ⁰ / ₀ = 4.674	76 ⁰ / ₀ = 16.720	60 ⁰ / ₀ = 9.990
Л.	16 ⁰ / ₀ = 2.672	14 ⁰ / ₀ = 798	17 ⁰ / ₀ = 3.740	32,5 ⁰ / ₀ = 5.410
Мон.	12 ⁰ / ₀ = 2.004	4 ⁰ / ₀ = 228	6,5 ⁰ / ₀ = 1.430	7 ⁰ / ₀ = 1.166
Эз.	0 = 0	0 = 0	0,5 ⁰ / ₀ = 110.	0,5 ⁰ / ₀ = 83
	V. 3/IX. 11 час. утра.	VI. 6/IX. 11 час. утра.	VII. 9/IX. 11 час. утра.	
Нб	60 ⁰ / ₀	56 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	
Эр.	2.470 т.	2.400 т.	2.470 т.	
О. Л.	10.400	8.400	23.400	
Н.	34 ⁰ / ₀ = 3.536	73 ⁰ / ₀ = 6.132	84 ⁰ / ₀ = 19.656	
Л.	60 ⁰ / ₀ = 6.240	23 ⁰ / ₀ = 1.932	11 ⁰ / ₀ = 2.574	
Мон.	6 ⁰ / ₀ = 620	3 ⁰ / ₀ = 252	4 ⁰ / ₀ = 936	
Эз.	0 = 0	1 ⁰ / ₀ = 84	1 ⁰ / ₀ = 234	

Анализы мочи.

	I. 30/VIII до операции.	II. 4/IX.	III. 5/IX.	IV. 6/IX.	V. 8/IX.
Уд. в.	1.030	1.020	1.021	1.020	1.015
Р.	кисл.	кисл.	кисл.	кисл.	кисл.
Сах.	—	—	—	—	—
Бел.	14 ^{0/00}	5 ^{0/00}	12 ^{0/00}	4 ^{0/00}	1 ^{0/00}
Мост. эп.	немного	немного	немного	немного	немного
Лейкоц.	10—15	8—12	10—15	5—10	3—5
Эритроц.	5—8	—	3—5	изредка	5—8
Гиал. п.	} много	} много	} много	} много	} изредка
Зерн. п.					

Если взглянуть на анализы крови, то каждый из них в отдельности не представляет ничего угрожающего, по кривой же мы можем прочесть многое. Правда, в данной кривой крови особенно трудно разобраться, т. к. решить, который из двух процессов больше влиял на организм: уремическая ли интоксикация или медленно развивавшийся септический процесс — очень трудно. Мы видим, что в день операции и следующий за ним день взаимоотношения крови (по всей вероятности благодаря уремической интоксикации, а также и хлороформному наркозу) были крайне неблагоприятны в смысле иммунитета организма: процент лимфоцитов все время был понижен. Это по всей вероятности и ослабило организм, который, несмотря на самую напряженную защитную реакцию крови с 1/IX по 3/IX (до 60^{0/0} лимфоцитов) не в силах был все-таки побороть инфекцию, последняя взяла верх (о чем раньше всего предупредило перекрещивание линий Нб. и Эр., т. е. Si стал выше 1). Защитная реакция организма сломилась: лимфоцитоз с 60^{0/0} (= 6.240) 3/IX упал к 6/IX на 23^{0/0} (= 1.932), линии нейтрофилии и лимфоцитоза вновь перекрестились, после чего нейтрофилия стала резко повышаться и дошла к 9/IX (за сутки до смерти) до 19.656 вместо нормальных 4.690.

Итак: этот способ изображения даст нам возможность очень тщательного изучения соотношений крови в самые различные моменты болезни, даст возможность выработать типичные кривые при различных заболеваниях, аналогично кривым температурным (т. ч. сможет послужить и для диагностических целей), а также поможет нам в изучении влияния на организм наших общепринятых методов лечения. Как знать, — применяя ту или другую терапию, всегда ли идем мы в ногу с защитной реакцией организма? Не бывает ли и наоборот?

Позволяя себе предложить данный метод изучения крови и контроля терапии, я надеюсь, что он войдет в жизнь, и, освободив нас от ряда заблуждений и ошибок, многому научит.

(Из Гинекологического Отделения ж.-д. Б-цы при ст. Александровск. Южной дор.).

Случай множественной аденофибромиомы.

Бывш. орд. Гин. Кл. Моск. Ун. К. Ф. МОРОЗОВА.

Среди доступной мне литературы статистический материал оперированных фибромиом матки я встретил лишь в великолепном труде д-ра Ишунина, охватывающем собою материал за 10 лет Московской клиники и института имени Шелапутина; на 411 оперированных за указанный период фибромиом встретились по величине своей, достигшей 8-мимесячной беременной матки, всего лишь 14 случаев — 3,4%, из которых 6 окончились летально; некоторые из них весили от 23 до 29 фунтов.

Усматривая в этом, с одной стороны, редкий случай таких больших фибромиом, с другой стороны—трудность их удаления целиком *per laparotomiam*, я решил поделиться случаем колоссальной аденофибромиомы, оперированной в больнице при станций Александровск. Южн. дор. Как часто встречаются вообще фибромиомы матки, можно видеть из следующих цифровых данных (Lipman):

Myoma submucosa	16,6%	Corpus-myom.	93,06%
„ interstitial.	77,9%	Cervix-myom.	6,94%
„ subserosa	10,5%		

7-го марта 1923 г. поступила в больницу больная для операции по поводу опухоли матки.

Прежде, чем разбирать данный случай, позволю себе привести краткий исторический обзор развития техники лапаротомии с древних времен до настоящего времени по поводу больших опухолей матки и ее придатков.

Еще с древних времен за 150 л. до Р. Хр. акушерская операция „кесарское сечение“ послужила началом лапаротомии; сперва она производилась только после смерти матери, чтобы спасти ребенка, а позднее ее стали делать и на живых, в том случае, когда плод не мог родиться через естественные пути.

В древнее время у индусов и древних египтян производство кесарского сечения было поразительно просто; операция эта производилась раввинами и описана в отделе талмуда „Мишне“ (Плос). Подобные операции встречаются и у диких народов;

так, в 1878, д-р Felkin из Уганды (Центральной Африки) сообщает следующий случай: двадцатилетняя женщина первороженница положена была на слегка покатуую кровать, с приподнятым головным концом и прикреплена была к ней повязками из древесной коры, больная была полуопьянена банановым вином, которым обмывались руки хирурга и живот больной. Затем хирург издавал пронзительный крик, подхваченный толпою, окружающей хижину, вскрывая живот от лона до пупка по средней линии. Кровоточащие стенки разреза прижигались раскаленным до-красна железом; чтобы из глубины раны стекла вода и кровь, накладывалась на нее пористая подушка из травы и больную поворачивали на бок; по извлечении ребенка матка массировалась руками, а для очищения ее от крови, расширялась шейка ее снутри кнаружи пальцами, введенными в матку; затем снова массировали ее до тех пор, пока становилась плотной; кровоточащие места в матке также прижигались раскаленным железом, а затем семью тонкими отполированными гвоздями соединялись края раны и обвивали их крепкими нитками из коры; на кожную рану накладывалась паста путем разжевывания двух различных корней и выплевывания их мякоти в горшок. На живот клали согретый банановый лист и плотный бандаж из лыка „Мбугу“; через 5—6 дней гвозди вынимались, а если был гной, то вытирали его губчатой мякотью и на 11-ый день — заживление.

В Европе первая вполне достоверная операция „кесарское сечение“ сделана была в 1610 году 21/IV хирургом Траутманом в Витенберге, и здесь техника и приготовление больной к операции были также просты; полное отсутствие антисептики.—Роженницу помещали на мягкую кровать в полусидячее положение, обнажали ей только живот, женский персонал был удален, а хирург с 3—4-мя помощниками удерживал роженницу за руки и ноги, бритвой вскрывал сразу живот и матку и вынимал плод, часть перевязочного материала держали на дощечке, а другая часть лежала сбоку на табуретке; употребляли также и поперечное положение на кровати, при чем 4 неустрашимых юношей или девушек помогали хирургу.

Место разреза отмечалось на коже чернилами, чтобы при операции не соскользнул нож и кроме того намечались также чернилами 3—5 поперечных линий, для наложения при окончании операции швов.

В литературе 17 столетия и позже имеются случаи вскрытия брюшной полости самой роженницей; так, в 1880 году доктор Георгиевич из Белграда официально в „Wiener medicinische Wochenschrift“ сообщил подобный случай; недалеко от сербской границы в Притчине одна поденщица 3 дня не могла родить и в отчаянии бритвой мужа произвела над собой кесарское сечение, а соседка зашивала ей рану; мать и ребенок остались живы; таких случаев описано очень много.

Несмотря на случаи выздоровления после таких смелых операций, в дальнейшем с развитием культуры такая постановка дела в гинекологической хирургии, конечно, была недопустима. С течением времени хирурги культурных стран стали уже диагностировать мелкие опухоли и разрабатывать способы и технику удаления их преимущественно вагинальным путем, большие же

опухоли большею частью считали за кисту, и бывали случаи когда такие хирурги, как первые овариотомисты Lizars, Dissenbach и Atlee, в 1825 г. вскрывая брюшную полость, наталкивались на плотную опухоль и, считая ее за кисту, оставляли ее в брюшной полости, и рану зашивали.

С 1853 по 1869 г. при опухоли значительного объема хирурги, не имея возможности удалить ее *per vaginam*, делали частичную ампутацию *uteri* путем чревосечения.

В 1869 г. Pean и Koeberle делали *amputatio uteri supravaginalis* с внебрюшинным уходом за культей; с этого времени начинается период различного ухода за культей.

Употребляли металлическую лигатуру на ножку, но она не давала хороших результатов, так как часто соскакивала, благодаря тому, что культя сокращалась и даже при укреплении ее специальными щипцами все-таки она не удовлетворяла своему назначению; затем заменили ее эластической; сама культя была предметом больших забот при чревосечении.

Шредер на конгрессе в *Касселе* в 1878 г. предложил спускать ампутированную и зашитую культю матки в брюшную полость.

Meinert из Одессы в 1885 г. решил вскрыть Дуглас и вывести ножку во влагалище, но этот способ успеха не имел. Дальше целый ряд хирургов решили обработанную ножку по способу Шредера фиксировать швами в нижнем углу брюшной раны, эта часть раны не зашивалась, вставлялась полоска иодоформной марли, доходившая до культи и служившая дренажем.

Затем было предложено изолировать ножку, обшивая ее паритальным брюшным листком; пробовали удалять матку путем абдоминально-вагинальным, сперва делали надвлагалищную ампутацию матки, а остатки экстирпировали через влагалище, при чем Martin широкую связку перевязывал в несколько этажей по методу Freund'a, шейку вылуцал *per vaginam*, а пучек нитей 25—30 был выведен во влагалище, брюшина таза и брюшная рана были защищены; исход такого способа был мало успешен и снова воскрес метод Freund'a—удаления всей матки и объемистых опухолей путем чревосечения. Freund еще в 1878 г. предлагал удалить матку, пораженную раком, путем чревосечения, но т. к. исход операции был неудачен, благодаря рецидиву, то способ его был забыт на много лет.

Таким образом от интраперитонеального ухода за ножкой до полного удаления матки путем чревосечения оставался один шаг.

Идея о том, что после удаления матки вместе с ее содержимым можно ожидать выздоровления, впервые высказана была в Италии Cavallini в 1768 г. Он издал в Флоренции сочинение под заглавием: „Медико-хирургические опыты вырезывания матки у некоторых животных“. Он делал несколько опытов над собаками и овцами и пришел к заключению, что матка не составляет органа безусловно необходимого для жизни и выразил надежду, что со временем операцию эту можно применять над женщинами. Много работал в этом направлении д-р Рейн в Киеве. В 1869 г. д-р Horatio Storer в Бостоне совершенно случайно удалил беременную матку у живой женщины; он производил кесарское сечение и неожиданно, встретив фибромиому матки, не мог остановить кровотечения из маточной раны и решился

удалить матку. Первая наперед обдуманная и решенная ампутация матки и придатков в связи с кесарским сечением произведена у женщины проф. Порро в Павии в 1876 г. 21/V. Он, опасаясь чисто этического обвинения — изуродовать женщину — испросил предварительно благословения у епископа Павийского; операция эта наделала в то время много шума; мать и ребенок были спасены — и она вошла в хирургической практике при узком тазе беременных женщин.

С начала 90-х годов начинается развитие метода полного удаления матки при фибромиомах посредством надлобкового чревосечения. Среди гинекологической литературы имеется ценный труд д-ра Ишунина — его диссертация на доктора медицины, где он разработал подробно материал абдоминальных фибротомий и миомо-гистеректомии за 10 лет по данным Гинекол. Клиники Москов. университета и Гинекологического Института Москов. универ. имени Шеллапутина. Материал этот представляет из себя данные новейшего в то время направления в гинекологии, данные метода Доуеп'а, который в 1892 г. на 10-м Международном Конгрессе в Брюсселе опубликовал свой способ полного удаления матки, пораженной фибромиомой, путем надлобкового чревосечения, при чем сперва он в положении Тренделенбурга удалял придатки, начиная от труб, а затем уже вскрывал свод, а спустя 2 г., т. е. в 1894 г., стал работать обратно, т. е. прежде всего вскрывал свод, а затем постепенно доходил до удаления придатков. Результаты были очень хорошие, % смертности сразу понизился с 30—40 до 4—6%. По его способу работал и покойный наш великий учитель проф. В. Ф. Снегирев, а затем он несколько видоизменил его. Большинство гинекологов и в настоящее время оперируют по способу Доуеп'а, видоизменному Снегиревым. Вот в кратких словах тот путь, по которому шло постепенно развитие техники лапаротомии по поводу фибромиом матки.

В настоящее время техника гинекологической хирургии стоит очень высоко благодаря нашим великим учителям (Доуеп, Снегирев, Губарев и др.), оставившим нам ценные труды свои, которыми и теперь пользуются хирурги и % смертности в руках опытного, сознательно работающего хирурга стал ничтожен; выздоровление стало правилом — смерть исключением.

Описываемый мною случай адено-фибромиомы с торчащим из шейки матки полипом представляет большой интерес по величине своей и трудности ее удаления. В имеющейся под руками литературе таких сложных опухолей описано очень мало и, к великому сожалению, нет статистических данных относительно веса экстирпированных фибромиом. В особенности громадный вес имеют кисто-фиброзные опухоли. Stokard из Нью-Йорка удалил у негритянки опухоль весом в 135 амер. фун. Hunter (Нью-Йорк) наблюдал фибромиому величиной в 140 фун., при чем труп после удаления опухоли весил 95 фун. Опухоль матки, удаленная в описываемом мною случае, к сожалению, не была свешена тотчас после операции, уплотненная же в формалине весит около 8 фун.; величиной она с 8-мимесячную беременную матку.

История болезни: 7 марта 1923 г. в Александровскую больницу поступила больная М. Д. Е-ка (№ ис. б. 106), 45 лет, местожи-

тельство пос. Леонова при ст. Панютинно Южн. дор.; оперирована 15 марта. Выписана 4 апреля на 20-й день post operationem.

Домашнее хозяйство. Третья в семье. Lues и tbc отрицает. Регулы с 13 лет, по 3—4 дня, без болей, не сильно, установились сразу и такой характер носили до замужества в течение 3-х лет.

Замуж вышла 16-ти лет. После замужества характер регул не изменился. Через 2 года беременность девочкой, носила тяжело, до половины беременности — рвота; роды легкие, быстрые, послеродовой период протекал хорошо, не лихорадила, встала на 2-е сутки, а через неделю работала уже в поле, во время кормления грудью менструировала; через 1½ г. вторая беременность мальчиком, роды преждевременные 7-ми месяцев; ребенок после родов тотчас умер. Через 5 лет третья беременность, роды протекали хорошо; отмечается лишь перед родами сильное кровотечение, ребенок вполне доношенный, кормила грудью, но не менструировала. Между 2-й и 3-й беременностью была задержка кровей на 3 мес. и затем сильное кровотечение кусками — аборт.

За последние 10 лет крови стали путаться, ходили через 2—3 недели и очень сильно, последние годы кровоточила каждые 2 недели, 5 лет тому назад крови были настолько сильны и с такими схваткообразными болями, что больная как будто рожала. Белей не было.

14 лет т. назад больную сильно ударили коленом в живот и больная почувствовала вскоре тяжесть в животе, как будто матка спустилась, и с тех пор стала ощущать боли внизу живота, пояснице, в ногах и при coitus'e; coitus — индифферентен.

Мочится поминутно и по немногу; за последние годы исхудала, общая слабость, склонность к запорам и апатичное состояние. Прогрессирующая в росте в течение многих лет, опухоль в животе в настоящее время настолько беспокоит больную, что она и обратилась за оказанием ей помощи.

Разбор больной: Итак — нашей больной 45 лет, т. е. она вступила в 4-й период половой жизни женщины, климактерический. В этом периоде заканчиваются 2 капитальных функции женской половой сферы — это прекращение менструаций вследствие прекращения овуляции и, во-2-х — беременность и роды. Половая жизнь угасает, но зато все недочеты и недостатки, которые покрывались 2-мя предыдущими периодами, выступают довольно резко, как со стороны гинекологии, так и со стороны нервной и сосудистой системы, и именно в этом четвертом периоде существующее ранее новообразование матки, как злокачественное, так и доброкачественное, выделяется более рельефно.

Объективное исследование. Больная удовлетворительного питания с бледными видимыми слизистыми оболочками, с спокойным выражением лица, слегка апатична, одышка при ходьбе; сог — небольшой шум у верхушки, моча нормальна. При исследовании через брюшные покровы диагностируется опухоль плотная, бугристая, безболезненная, верхняя часть ее слегка подвижна, величиной с 8-месячную беременную матку, верхняя граница ее выше пупка на 4 пальца, опухоль слегка отклонена в правую сторону живота, исходит она из полости малого таза.

При перкуссии верхушка тупого звука обращена вверх, отмечается отсутствие асцитической жидкости в брюшной полости; расстояние от лона до пупка больше, чем от пупка до *scrobiculum*.

В наружных половых органах отмечается бледность слизистой входа во влагалище, при исследовании *per vaginam* и *per rectum* палец наталкивается в заднем своде на плотную вколоченную в малый таз опухоль, совершенно неподвижную, стоящую в непосредственной связи с маткой, т. к. надавливание на нее через брюшные покровы передается пальцу, введенному во влагалище. Шейка матки укорочена, расположена высоко спереди под *symphysis* и из канала ее выстоит слизистый полип; придатки не прощупываются, при бимануальном исследовании вся опухоль мало подвижна; показаний входа в полость матки не было, а потому зондирования не производилось, считаясь также с тем, что при кровотечении, в данном случае происходящем от аденоидного перерождения слизистой матки, возможно занести инфекцию.

При рассмотрении истории болезни бросается в глаза нарушение менструальной и родовой функции; очевидно в ее половой сфере существует какая-то причина, произведшая преждевременные роды, выкидыш и полную стерильность в течение многих лет, не смотря на половую ее жизнь; причина расстройства этих функций безусловно есть опухоль матки, которая стала проявлять себя более рельефно 14 лет т. назад.

В то время благодаря причиненной больной травме, которая послужила поводом к воспалительным явлениям в матке, опухоль, заложенная в матке, стала понемногу расти, но в течение 4-х лет не проявила себя, а в течение 10-ти последних лет у больной не только путались регулы, но открывалось прямо кровотечение. Перкуссия с верхушкой тупого звука вверх и исчезающая в полость таза дает указание на опухоль тазового происхождения. В данном случае кровотечение и неразрывная связь опухоли с маткой говорит за то, что новообразование это растет из тела матки и дна ее. Итак, болезнь тянется уже давно, больная не истощена и все это говорит за доброкачественную опухоль. Исключив путем дифференциальной диагностики малигнитет, беременность нормальную и внематочную, кисту, я остановился на доброкачественной опухоли аденофибромиомы матки и, принимая во внимание отсутствие асцитической жидкости, каковая часто встречается при фибромиомах, возможно предположить существование сращений опухоли с окружающими ее органами.

15 марта больная оперирована (д-ами Ф. М. Савченко и К. Ф. Морозовым). Наркоз — эфир-хлороформ.

По вскрытии брюшной полости натолкнулись на мало подвижную опухоль, которую, благодаря сращениям с сальником и прямой кишкой, вывести не удавалось; после отделения сращений тупым путем со стороны правой широкой связки перерезали между лигатурами *lig. rotundum* с правой стороны, вследствие чего опухоль стала более подвижной и так как задний свод все же не мог быть достигнут для вскрытия, то шейка матки была отсепарована от пузыря через передний свод справа налево и

по вскрытии переднего Дугласа отделены были сращения левых придатков с брюшиной большого таза частью тупым путем, частью ножницами, после чего удалось вывести опухоль из малого таза. По вскрытии заднего свода опухоль была удалена вместе с придатками с большим трудом, благодаря сращениям весьма солидным с прямой кишкой. По удалении опухоли кровоточащие сосуды были взяты на Реап и перевязаны; затем обычный туалет брюшины и брюшная рана закрыта была 3-хэтажным швом. Сращение краев раны per primam intentionem, на 20-й день после операции больная выписана в хорошем состоянии.

Заканчивая свой скромный труд, я буду очень рад, если он принесет пользу colleg'am, интересующимся вопросом о фибромиомах.

(Из факультетской Акушерско-Гинекологической Клиники ЛМИ.
Завед. проф. К. К. Скробанский).

Случай гангрены легких после миомотомии *).

Я. С. ШАПИРО.

Случаи осложнения гинекологических операций гангреной легких очень редки, за что говорит хотя бы первая гангрена легких в нашей клинике за много лет ее существования. Это обстоятельство позволяет сообщить нам о больной, у которой после произведенной миомотомии через неделю развилась гангрена легких. Для полной картины развития этого тяжелого заболевания у нашей больной я приведу здесь самые главные моменты из ее истории болезни.

Больная В. Л., 42 лет, поступила в акушерско-гинекологическую клинику Ленинград. медиц. ин-та 27 I—1924 г. с жалобами на боли внизу живота и умеренное кровотечение, начавшееся в середине ноября 1923 г. как обычные менструации. I регулы на 16-м году через 3—4 недели по 3—4 дня без болей, не обильные. Замужем 21 год. Характер менструаций после замужества не изменился. Три беременности, трое родов. Двое родов прошли нормально; после третьих родов 16 лет тому назад болела месяц с повышением t° . Всех детей кормила сама. Мочеиспускание было болезненно в последнем послеродовом периоде. Наследственность — благоприятна. Больная всегда была здорова. Лишь в детстве перенесла корь и осенью 1923 г. инфлуэнцу.

Больная правильного телосложения, хорошего питания, бледная, незначительный цианоз губ. Легкие, сердце и брюшные органы — N., t° при поступлении 37° . П. 80 удовлетворительного наполнения. Р. V. небольшие кровянистые выделения. Шейка матки плотная, короткая. Матка в anteflexio, плотная, увеличена соответственно $1\frac{1}{2}$ -мес. беременности. На задней поверхности в правом углу прощупывается узел, величиной с грецкий орех. Правые придатки увеличены, чувствительны при исследовании. В левом углу менее ясно прощупывается также узел, более мягкой консистенции. Левые придатки отдельно не контурируются. Правый свод короче левого. Исследование мочи ничего патологического не обнаружило. Лейкоцитоз: 8.424. Реакция Fahrreus'a — 29 мин.

*) Доклад читан 26 VI—1924 г. на заседании Акушерско-гинекологического общества г. Ленинграда.

Уже с первых дней поступления в клинику больная жалуется на небольшой кашель. T° повысилась 30/1 до 38,8. Пропал аппетит, был озноб, слабость и появились небольшие боли в левом боку. 31/1 был обнаружен под левой лопаткой по скапулярной линии небольшой фокус хрипов. t° постепенно спадала и пришла к N. У больной был грипп.

В виду того, что миома, диагностированная у нашей больной, давала сильную меноррагию, 12 II больная была оперирована. Особенности случая: придатки с обеих сторон были увеличены и приращены к задней поверхности матки. При отделении очень плотных сращений в правых придатках обнаружен гной. Матка большая, плотная, с ровной поверхностью, миоматозная, с интерстициальным узлом, величиною с небольшое куриное яйцо, в толще передней стенки и с кое-где рассеянными мелкими узелками, вместе с увеличенными правыми придатками и левой трубой надвлагалищно ампутирована. Брюшная стенка зашита наглухо. Наркоз 2 ч. 20 м. После операции после перевода в палату у б-ной наступила асфиксия, пришла в себя через 4½ часа после применения искусственного дыхания.

Первые дни послеоперационное течение обычное, небольшой кашель держится все время. 18/II на 6-й день после операции t° поднимается до 37,8. Больная жалуется на боли в области верхней левой доли легкого. Аускультативно-отдельные сухие хрипы. 21/II сняты серфины, prima intentio. Кашель становится больше с небольшим отделением мокроты. Боль под левой лопаткой, здесь же выслушиваются сухие хрипы. 22/II — у больной t° 38,6. В нижних долях обоих легких сзади мелкие влажные хрипы, слева в значительно большем количестве. Больная 1 раз самостоятельно мочилась. Нижний шов в брюшной ране разошелся, три вышележащие шва раз'единены. 23/II — кашель значительно больше с мокротой, имеющей несколько неприятный запах, боли в левом боку держатся. Аускультативно масса влажных хрипов по всей области нижней доли и нижней части верхней доли левого легкого, а также по левой аксиллярной линии. Перкуторно — притупление легочного тона. T° 39,2, пульс 126 удволевтворительного наполнения. Тоны сердца глуховаты. 26/II в мокроте найдены спирохэты, веретенообразные палочки, диплококки и др. Ночи спит плохо. Больная лежит на правом здоровом боку. Сзади слева под углом лопатки определяется участок клиновидной формы притупления с тимпаническим оттенком. Аускультативно-влажные хрипы. Мокрота со значительно зловонным запахом. Кашель сильный. При выслушивании в области притупления при надавливании стетоскопом больная начинает кашлять. I внутривенное вливание Neosalvarsan'a 0,6. Мокроты 80 куб. Вечерняя t° 40,1. 28/II общее состояние вялое. Запах мокроты такой же. Стул жидкий 2 раза. Мокрота — трехслойная 150 куб. В моче ничего патологического. 29/II кашель с сильным зловонным запахом. При перкуссии левого легкого сзади, начиная со середины лопатки имеется полоса заглушения в 3 поперечных пальца, ниже полоса большего притупления в 3½ пальца, далее опять только заглушение. Мокроты 150 куб. Исследование крови: эритроцитов — 3.760.000; лейкоцитов — 14.600; лейкоцитарная формула — N. В следующие дни количество мокроты колеблется

в пределах от 150 до 175 куб. в день. Общее состояние тяжелое. Кашель приступами по $1\frac{1}{2}$ часа. Иногда после такого приступа кашля отходит струйкой приблизительно $1\frac{1}{2}$ — 2 столовых ложки вонючей жидкости. Небольшой отек ног. В мокроте: мало клеточных элементов, чрезвычайно много бактерий: диплококки, стрептококки, веретенообразные палочки и друг. По ночам потеет. Сзади слева между II и V ребрами средне-пузырчатые влажные хрипы. При перкуссии этой области в сидячем положении, если наклонить больную вперед, определяется тимпанический тон; при наклоненном же положении больной кзади в том же месте обнаруживается притупление. Этот симптом указывает на свободную передвигающуюся жидкость в полости.

4/III. На рентгенограмме грудной клетки в переднем положении определяется следующая картина: незначительное усиление hilus'ного рисунка справа при неизменном легочном поле слева на уровне от II до IV ребра, в периферической и средней зоне круглая полость диаметром приблизительно 7 см., содержащая жидкость с горизонтальным уровнем. Реактивный ободок вокруг полости слабо выражен. Определить, располагается ли эта полость ближе кпереди или кзади вследствие тяжелого положения больной не представилось возможным. 6/III — II вливание Neosalvarsan'a 0,45; 11/III — III вливание Neosal. 0,45. После вливаний мокрота не имеет такого отвратительного запаха; количество мокроты немного уменьшилось. С 14/III в общем состоянии больной наступает значительное ухудшение. Больная на digalen'e и камфоре. Аускультативно и перкуторно то же. 15/III. При передней рентгеноскопии при неизменном правом легочном поле слева от ключицы до верхнего края 5-го ребра средняя и периферическая зона левого легкого заняты интенсивной сплошной тенью, и только под I ребром обнаруживается горизонтальный уровень жидкости, колеблющийся при встряхивании больной. Hilus'ная зона свободна. При задней рентгеноскопии эта тень значительно меньше и совпадает с тенью лопатки, т. е. нижний край этой тени располагается на уровне остистого отростка 7 грудного позвонка. 16/III больная в тяжелом состоянии переводится в факультетскую хирургическую клинику проф. Шаака.

20/III. Операция: под местной анестезией (sol. novocaini 1%₀ + + адреналин) произведен разрез по 5 ребру слева и сзади. Резекция ребра 8 — 10 см. При пункции гной. По вскрытии плевры из гангренозного очага выделилось много вонючего гноя и 2 больших (приблизительно 6 — 8 см.) секвестра легкого. Введена толстая дренажная трубка. Сухая повязка. Операция продолжалась 8 минут. С 21/III каждый день перевязка. Первые дни выделяется много гноя. Самочувствие больной плохое, t° не спадает. Лишь с 24/III больная стала себя чувствовать относительно хорошо. Ночью спит. Появился аппетит. Мокрота с запахом, значительно меньшим — 50 куб. 26/III — запаха совершенно нет. Мокроты 30 — 40 куб. Из раны выделяется все меньше гноя. У больной с каждым днем лучше самочувствие. 24/IV дренаж вынут и с этого дня только перевязка. 10/V больная ныписалась совершенно здоровой. Ранка в области операции затянулась.

Диагностика гангрены легких не представляет затруднений и уже по свойствам одной мокроты можно определить это забо-

левание. С появлением гангренозного очага у больных появляется зловонный запах изо рта. Отхаркивание мокроты сопровождается часто сильными, иногда продолжительными (в нашем случае по $1\frac{1}{2}$ часа) мучительными приступами кашля. Количество мокроты у н/больной не превышало 175 куб. Kissling указывает, что иногда оно доходит до 1 литра в сутки и спускается до 70 куб. и менее. Он же отмечает также, что по количеству мокроты нельзя судить о величине очага. Мокрота обыкновенно трехслойная: I верхний слой пенистый, слизисто-гнойный, с отдельными плавяющимися кусочками, средний — серозный, серо-коричневого цвета и, наконец, нижний слой, меняющийся по высоте, состоит из чрезвычайно богатого содержимого: здесь встречаются и гной, и обрывки расплавленной легочной ткани, под микроскопом можно обнаружить эластические волокна, кристаллы жирных кислот, жировой детрит, маленькие темные пигментные зерна, освобождающиеся при разрушении легочной ткани, и массу различных бактерий: кокки, диплококки, стрептококки, веретенообразные палочки, запятовидные, спирохеты и друг.

Появление отвратительного запаха изо рта, исследование мокроты, обнаружившее присутствие в ней спирохет, веретенообразных палочек и огромное количество других микробов, гнойные шарики в состоянии распада—заставили признать нас наличие гангренозного очага у н/больной. Притупленно-тимпанический оттенок при перкуссии левого легкого сначала сзади, а затем и спереди, масса влажных хрипов, симптом передвижения свободной жидкости в легком и, наконец, рентгеновский снимок—подтвердили диагноз гангрены легких. Появление кашля при надавливании стетоскопом сзади в области между II и V ребрами, указывающее на вовлечение в воспалительный процесс соответствующего участка плевры (на что обратил внимание д-р Тушинский при исследовании н/больной), позволяло предполагать с большой вероятностью, что гангренозный очаг лежит ближе кзади, чем кпереди, что подтвердило и рентгеновское исследование.

Общее состояние больных становится постепенно угрожающим, поднимается высокая t° , дающая картину тяжелой инфекции, больные теряют аппетит, худеют, чувствуют себя очень слабыми, отхаркивают большие количества мокроты и сильно потеют, в особенности после кашлевых припадков. Появляется цианоз губ, пальцев, развивается слабость сердца. Пульс частый, слабого наполнения—120 и выше, одышка. В н/случае, кроме того, был обнаружен небольшой отек ног. У алкоголиков нередко развиваются припадки белой горячки.

Рентгеновское исследование весьма ценно тем, что показывает большую частью точную локализацию очага, его величину, форму, количество очагов, степень реактивного воспаления и благодаря этому чрезвычайно облегчается оперативное вмешательство.

Переходя к этиологии, нужно отметить, что существуют 2 взгляда на происхождение гангрены легких и ее возбудителей. Большинство авторов считает, что необходимым и первым моментом для развития гангрены легких является некроз легочной ткани, и затем вторично поселившиеся микробы в некротизированную легочную ткань обуславливают ее гангренозный распад. Противо-

положного взгляда придерживается в своей работе в 1910 г. Buday, который, окрашивая срезы легочной гангренозной ткани по способу Levaditi, нашел следующее: в то время как в центральных частях некроза разнообразные микробы находятся в хаотическом беспорядке, по краям некроза в большинстве случаев замечается с большим постоянством строго правильный порядок: сильное размножение веретенообразных и запятовидных палочек в области некроза и развитие спирохэт в окружающей этот очаг здоровой ткани. Веретенообразные палочки часто заключены в гнойных клетках и альвеолах, наполненных кровью, запятовидные чаще внедряются в некротическую зону и в близлежащей фибрин. Спирохэты же находятся только на крайней границе некротического участка в здоровой ткани. Такое расположение спирохэт характерно для центробежно развивающихся гангрэн. Из русских авторов я могу указать на Быкову и Цинзерлинга, которые пришли к тем же выводам, что и Buday. Что касается возникновения очага, говорит Buday, то при bronchopneumonia gangrenosa, из которой и развивается гангрена легких, всегда находят 3 вида микробов: спирохэты, веретенообразные и запятовидные палочки — анаэробы ротовой полости. Они внедряются под цилиндрический эпителий бронхиол, затем проникают в бронхиальную стенку и в альвеолы, наполненные экссудатом. Подобные же микробы Buday находил при номе, при гангренах ротовой полости и зева. Собственно некроз ткани обуславливается этими тремя микробами. За эту роль их говорит и то, что они внедряются также и в ядра-содержащую ткань. Кроме того, Buday отмечает, что рост гангренозного очага происходит благодаря проникновению этих микробов дальше в окружающую ткань. Необходимым условием для распространения этих микробов является фибринозный геморрагический экссудат или карнизификация легкого, т. е. безвоздушная легочная ткань. Величина и быстрота роста очага зависит от сопротивляемости организма и вирулентности микробов. Множественное появление очагов объясняется аспирацией из гангренозной каверны микробов, попадающих в мельчайшие бронхи. Иногда происходит растворение ткани между очагами, и гнойники сливаются вместе.

Вокруг гангренозного очага большей частью образуется реактивный ободок, в некоторых случаях он очень мал и может даже совершенно отсутствовать. В демаркационной зоне наблюдается живой фагоцитоз, разрушение старых тканевых элементов. Повидимому, лейкоциты влияют не только фагоцитозом, но и благодаря окислительному действию на микробов, создавая неблагоприятные условия для анаэробов. Для гангрены, обусловленной спирохэтами, типично: 1) эксцентрический рост, исходящий из одного пункта, 2) недостаточная демаркационная зона и 3) относительная распространенность некроза.

Благоприятные для попадания в легочную ткань условия создаются при затрудненности глотания, нечувствительности зева, а также при ослабленной сопротивляемости организма при инфекционных заболеваниях (инфлуэнца, сап). При этом важна аспирация бактерий из ротовой полости. Условия для размножения тем благоприятнее, чем меньше бронх, в который они попадают, т. к. в мелких бронхах лучшие условия для анаэробноза

благодаря тому, что они закупориваются густым секретом. Микробы эти долго могут оставаться латентными, но потом благодаря какой-нибудь причине они становятся более вирулентными и начинают проникать в соседние ткани. В крупных бронхах благоприятным моментом является сдавливание опухшей легочной тканью или, как бывает, например, при рецидивах гангрены, когда бронх может сдавливаться рубцовой тканью. Касаясь этиологии гангрены легких в н/случае, можно указать, что больная за неделю до операции перенесла инфлуэнцу, кроме того она находилась 2 ч. 20 м. под наркозом, 4 $\frac{1}{2}$ часа в состоянии асфиксии после операции миотомии (в это время ей применяли искусственное дыхание), когда могли быть аспирированы вышеуказанные микробы ротовой полости. На развитие гангрены легких после гриппа указывает Kissling. Fränkel отмечает, что гангрена легких развилась в 7,5% всех случаев г. л. после гриппозной пневмонии. Гангрена легких после гриппа наступает, по данным д-ра Тушинского (материал Обуховской больницы), в еще большем % случаев. В то время как % гангрены к общему числу вскрытий колеблется между 0,9 в 1915 г. и 2,3% в 1913, 1921 г.г., и в среднем 1,6% (за период от 1913 по 1921 г.), — в 1919 г., год гриппозной эпидемии, он достигает цифры 5,3%, когда из 46 погибших от г. л. у 32 из них г. л. наступила после гриппозной пневмонии (данные д-ров Тушинского и Тиги из Обуховской больницы). Переходя к выводам об этиологии г. л. у н/больной, необходимо отметить, что: 1) г. л. у нее могла присоединиться к гриппозной пневмонии, 2) исходным моментом могла послужить аспирация вышеуказанных микробов во время длительного наркоза, применения искусственного дыхания, когда больная была в асфиксии и 3) гриппозная пневмония могла создать благоприятную почву для развития на ней аспирированных бактерий в один из вышеуказанных моментов. В н/случае гангрена легких развилась очевидно бронхогенным путем. Г. л. может развиваться и другим путем, а именно через кровь, т. е. когда занесенный в малый круг кровообращения эмбол обуславливает собой ее развитие. Но при такого рода г. л. отсутствует вышеуказанный симбиоз микробов.

Лечение.

В известном % случаев возможно самоизлечение, когда гангренозный очаг получает сообщение с большим бронхом. Такие случаи описаны Laennec'ом, v. Leyden'ом, Wassner'ом. Но это, конечно, счастливая случайность. Необходимо энергичное лечение, которое может быть консервативным и оперативным. Vilier при внутреннем лечении получил смертность в 80%. Общая сумма больных в берлинских клиниках с 1897 г. по 1900 г. в 133 чел. при чисто внутренней терапии дала следующие результаты: 86 умерло, 30 получили улучшение, 7 отпущено нелечеными, 10 излечилось (смертность 64,6%, невылеченных всего 92,5%). Конечно, часть из группы улучшения может погибнуть (Kissling, 1910 г.).

С 1914 г. впервые заграничные авторы стали применять сальварсан, исходя из тех соображений, что в окружающей гангре-

нозный очаг легочной ткани находятся спирохэты. Я укажу лишь на результаты, достигнутые д-ром Тушинским. В 10 случаях из 35 ему удалось добиться исчезания всех явлений гангрены легких, при чем в некоторых из них это было полным выздоровлением, в других остались хронические изменения в виде рубцевания и в отдельных случаях образование бронхоэктазии. (Доклад д-ра Тушинского на Всероссийском съезде терапевтов в Москве в 1924 г.). Что касается хирургического лечения, то, благодаря ему, достигнуты довольно успешные результаты. Цель операции: удалить все мертвое и создать доступом воздуха через дренажную трубку невозможные условия для развития поселившихся туда анаэробов. Оперативное лечение показано при одиночных очагах. Оперативное вмешательство безнадежно при множественных гнойных полостях, рассеянных в различных долях (Бакмайстер). В пользу оперативного вмешательства высказывается и д-р Тушинский. Он говорит, что основным способом лечения г. л. является хирургический, главным образом по отношению к острым гангренам с одиночной полостью. Горячим защитником хирургического метода лечения выступил Kissling в 1910 г. (из клиники Lenhartz'a). По его данным, с применением пневмотомии % смертности значительно упал. Так, смертность у Garré 34%, у Kissling'a 35%, у Lenhartz'a 40,8; сбрасывая некоторый % смертей за счет других заболеваний (tbc., diabetes), которые присоединились к г. л., у Lenhartz'a смертность получается в 26,8% (Kissling, 1910 г.). У Sauerbruch'a (1920 г.) смертность 51,8% (цит. по докладу д-ра Тушинского). При применении пневмотомии возможны следующие осложнения: образование пиопневмоторакса, если не произошло предварительного сращения плевральных листков. В случае отсутствия таких сращений и полной подвижности плевральных листков, если только позволяют силы больного, делают операцию двухмоментной. 1-й момент состоит в том, что после резекции соответствующих ребер пришивают легкое к грудной стенке и выжидают несколько дней, чтобы получилось полное склеивание плевральных листков. Во 2-й момент вскрывают уже самый очаг (Бакмайстер, 1924 г.). Другими осложнениями могут быть кровотечение, коллапс, а также вредное влияние общего наркоза. Вкратце коснусь наркоза. В виду того, что эфирный наркоз здесь противопоказан, хлороформ же может еще более увеличить слабость сердца, желательнее применение местной анестезии. Конечно, в некоторых случаях без общего наркоза нельзя обойтись. Как я уже указывал, н'больной было сделано 3 внутривенных вливания Neosalvarsan'a, непосредственный эффект сказался в значительном уменьшении зловонного запаха и уменьшении количества мокроты, но, в виду огромной одиночной полости и последовавшего вскоре общего ухудшения в состоянии больной, ей была произведена операция под местной анестезией проф. Шааком с прекрасным результатом.

ЗАСЕДАНИЯ АКУШЕРСКИХ и ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОБЩЕСТВ.

Протокол № 5 заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества.

27 марта 1924 г.

Председательствовал проф. *Л. А. Кривский*. Присутствовало 28 членов Общества и 51 гость. Обязанности секретаря исполнял *Г. Гентер*.

1. Секретарь Общества *И. Ф. Меркульев* прочел протокол заседания от 13 марта. Протокол утвержден.

2. Проф. *В. В. Строганов* показал книгу об эклампсии, вышедшую в Бонне под редакцией проф. *Hinselmann'a*. Вопрос о терапии эклампсии занимает более 200 страниц. Заключение по этому вопросу вполне совпадают со взглядами проф. *Строганова*.

Докладчик просит учреждения Ленинграда, особенно Родильный Дом имени проф. *Снегирева* и Василеостровский Родильный Дом им. *Видемана*, об оказании содействия имеющему прибыть сюда из Америки д-ру *Stander'у* в смысле предоставления ему экламптического материала.

Проф. *Л. А. Кривский* благодарит докладчика за демонстрацию редкой книги и просит Общество оказать содействие прибывающему к нам д-ру *Stander'у*.

3. *Е. С. Павлова*. К технике искусственного прерывания беременности и одновременной стерилизации при беременности от 1—5 месяцев. Задача доклада состоит лишь в вопросе о технике искусственного прерывания беременности и стерилизации, по установленным показаниям. Наиболее бережным способом является абдоминальный путь, при котором все происходит под контролем глаза и пальца. По мнению *Sellheim'a*, *Dörfler'a* и *Frey* этот путь самый верный и безопасный. Необходимо прерывать беременность и стерилизовать одновременно.

Основателем абдоминального метода нужно считать *Sellheim'a* в 1913 г. Он вскрывает брюшную полость путем чревосечения, матку разрезает поперечно от трубы к трубе (или по средней линии—продольно на передней или задней стенке), удаляет пальцем плодное яйцо целиком, затем стерилизует путем резекции труб у их маточного конца или вовсе удаляет трубы, расширяет шейку и тампонирует полость матки с выведением дренажа во влагалище.

Последователи *Sellheim'a* в общем придерживались его метода с различными видоизменениями (*Hoffman*, *Anders*, *Frey*, *Freund*, *Dörfler* и др.).

В России впервые применил эту операцию д-р Бекман у 2 больных после перфорации матки, а затем по тому же поводу делал ее пр. Скробанский.

В последнее время с увеличением количества абортс и показаний к ним пришлось выработать специальный метод и в Акуш.-Гинекол. Клинике Л. М. И. проф. Скробанским систематически проводится эта операция по несколько видоизмененному способу Sellheim'a.

Техника операции проста. Разрез Pfannenstiel'я в 6—7 см. Матка у углов на мышинных щипцах выводится в рану и своим длинником плотно к ней прижимается. Разрез по fundus матки в 3—4 см., извлечение пальцем плодного яйца целиком, затем выскабливание decidua кюреткой и зашивание раны многорядным кэтгуттовым швом. Стерилизация путем exsiccationis труб у маточного края неудобна и кропотлива и мы применяем следующее: труба перевязывается в двух местах и перерезается между лигатурами, затем маточный ее конец, сложенный в виде петли, перевязывается той же ниткой и прикрывается у задней поверхности матки широкой связкой. Расширение цервикального канала с тампонадой полости матки мы считаем излишним, т. к. сток выделений, очень незначительных, достаточен у нормально проходимого цервикального канала, тампон же является шансом на инфекцию. Также мы не употребляем подкожного введения ergotin'a до и во время операции, т. к. он не оказывает влияния на кровотечение. Операция длится 25—30 минут. Наркоз мы применяем обычно хлороформный или в смеси с эфиром. Всего нами оперировано 25 больных: tbc 15, vic. cord. 4, nephritis 1, struma Baudowii 1, 1 по поводу приращения матки к передней брюшной стенке после классического кесарского сечения и две по поводу слепоты. Возраст 21—38 л. 21 рожав. и 4 нерож. Срок беременности: 1¹/₂ м.—2, 2 м.—6, 2¹/₂ м.—4, 3 м.—5, 4 м.—3, 4¹/₂—1 и 5 м.—4.

Одна больная погибла через 1¹/₂ часа после операции. Оперирована в очень тяжелом состоянии по настоящему требованию терапевтов (4¹/₂ м. берем., очень тяжелый порок сердца и резкое ухудшение общего состояния за время беременности). Из 24 б-х, послеоперационное течение у 18 гладкое, 6 лихорадило, 3 по поводу их основного tbc заболевания, 2 по поводу частичного нагноения раны брюшной стенки и одна вследствие инфильтрата в paravesical'ной клетчатке. Отдаленные результаты: 4 оперировали недавно, 2-х не удалось найти. Из остальных 18—16 себя очень хорошо чувствуют и 2 плохо.

Заключение: 1. Это вполне быстрый, бережный способ родоразрешения, т. к. при нем не надо проходить через влагалище.

2. При этом способе можно сразу делать стерилизацию.

3. Он дает уверенность, что мы опорожнили даже большую матку, без опасности тяжелых повреждений или перфораций.

А. В. Марковский. Уже давно на одном из заседаний Общества мною доложен случай перфорации матки, при коем я применил способ, носящий теперь название kleiner Kaiserschnitt. Если малое кесарское сечение должно сопровождаться стерилизацией, то вопрос о показаниях к нему очень прост. Если же нет, то

возникает вопрос, необходима ли эта операция так часто. Среди 25 случаев докладчицы есть ряд случаев, где нет строгих научных показаний. Schweizer, например, стоит на особой точке зрения; его интересуют отдаленные результаты, как при злокачественных новообразованиях. А вопрос об отдаленных результатах при тbc далеко еще не решен. Статистика, по мнению Schweizer'a, должна быть единообразна, он предлагает определенную классификацию. А в докладе нет указаний на степень туберкулезного поражения. Я делал несколько раз малое кесарское сечение; последний раз у женщины, страдающей туберкулезом и appendicit'ом при 6-месячной беременности: здесь этот метод был, полагаю, показан. Во многих случаях, влагалищное кесарское сечение будет операцией более бережной; конечно, если нет абсолютных показаний к стерилизации. Чревосечение есть всегда серьезное вмешательство, тут нужен общий наркоз или же спинномозговая анестезия. Погибшая одна больная, весьма возможно, выжила бы, если бы сделать аборт через влагалище без наркоза. Далее мне неясно, почему нефрит в ваших случаях послужил показанием к стерилизации. Что касается техники, то обсуждаемая операция может быть легче, чем многие выскабливания. По вопросу о технике стерилизации оппонент замечает, что он иссекает по середине кусок трубы и погружает оба конца в mesosalpinx. Этот метод гораздо проще, чем предложенный докладчицей.

Проф. Л. А. Кривежкий замечает, что доклад имеет в виду только технику производства операции, а отнюдь не показания. Председатель просит в прениях держаться исключительно вопроса о технике.

Проф. Р. В. Кипаревский. Поперечный разрез дна есть не что иное, как Fundalschnitt со всеми его отрицательными свойствами. Правда, оперированные не будут рожать. С другой стороны, тут очень трудно перитонизировать. Стерилизовать можно и per vaginam, именно per colpotioniam posteriorem. Я считал бы правильным ограничить сферу применения этой операции. Так, у повторнородящих до 3-х месяцев я бы считал показанной стерилизацию per vaginam. У первородящих и в более поздние месяцы показан абдоминальный путь. Подобное ограничение сферы применения операции повысило бы ее ценность.

Проф. К. К. Скробанский. Я пришел сюда, чтобы пропагандировать эту операцию. Влагалищный путь—самый опасный путь. Вы через область, богатую микробами, идете в область стерильную. А потому colpotioniam я делаю лишь в исключительных случаях. Зато я являюсь ярким пропагандистом операции kleiner Kaiserschnitt. Несмотря на огромный абортный материал, у нас малое кесарское сечение делалось только 25 раз: кажется, немного. Поперечный разрез в дне мы делали очень маленький. Заживление в дне идет значительно лучше, так как инволюция здесь другая, чем при срочных родах. Дно матки очень удобно вставляется в разрез Pfannenstiel'я, оно герметически закрывает брюшную рану и не допускает затекания в брюшную полость. Предложенный способ стерилизации целесообразен именно в видах устранения возможной канализации труб. Если вы учтете все осложнения и повреждения при выскабливании, то вы поймете, что эта операция самая отвратительная и самая опасная операция. При

туберкулезе следует учесть то обстоятельство, что после выскабливания больная и впредь будет беременеть и если она не погибнет от туберкулеза, то она погибнет от выскабливания. Наша операция имеет преимущество самой чистой и вместе с тем наиболее быстрой операции.

Г. Л. Давыдов. Если увлечься предложением проф. Скробанского прерывать беременность одного, двух, трех и т. д. месяцев путем малого кесарского сечения per abdomen даже в тех случаях, когда нет показаний к стерилизации больной, то отсюда один шаг к тому, чтобы, вообще, всякую роженицу разрешать путем кесарского сечения per abdomen. Проф. Скробанский опасается, что при вагинальном пути возможно занесение инфекции в полость матки и продырявливание последней, так как операция производится втемную. Но этому опасению можно противопоставить повседневный опыт целого ряда компетентных врачей, когда прерывание беременности одного, двух, трех и даже четырех месяцев в сотнях случаев производится не только без повреждения матки при самом нормальном течении послеоперационного периода, но больные после этой вагинальной операции настолько хорошо себя чувствуют, что сами, вопреки всяким советам, вскоре после операции приступают к обычным занятиям своим. Если из матки все тщательно удалено, тогда не нужна тампонация ее и больные без всякого риска могут через несколько часов после операции оставить постель (см. мою статью во „Врачебной Газете“, Ноябрь. 1923 г., №№ 21 — 22).

М. В. Елкин. Я имел 2 случая малого кесарского сечения. Операция произвела прекрасное впечатление. Правда, я применил продольный разрез брюшных стенок, но матку разрезал по дну. В тех случаях, где есть показания к стерилизации, эта операция будет иметь место. В моем отделении было сделано более 1000 выскабливаний, без единой смерти. Перфорация была произведена лишь 1 раз, с хорошим исходом. Пропагандировать операцию я считал бы преждевременным.

Б. А. Козинский считает опасным подводить все случаи в одну группу. Нельзя переходить всецело на абдоминальный путь, на это уже указывал Halban. Не следует забывать и влагалищный метод. Удаление кисты per vaginam переносится больной очень легко, чего нельзя сказать о лапаротомии. Травматические повреждения при абортах не уменьшаются от того, что врачи будут делать kleiner Kaiserschnitt. Далее — сращения между дном матки и кишечником после этой операции будут. Стерилизацию мы делаем путем клиновидной эксцизии труб — тут не получается никакого обезображивания матки.

Проф. *Р. В. Китарский* допускает, что во многих случаях предложенная операция будет очень пригодна. Но я протестую против теоретических соображений проф. Скробанского относительно опасности вагинального пути. Бактерии существуют не только во влагалище, но и в коже живота.

Г. Гинтер. Малое кесарское сечение производилось и в гинекологич. отделении б. Александровск. б-цы. Впечатление я вынес от операции очень хорошее и, несомненно, в подходящих случаях буду ее производить. Далее оппонент, возражая доктору Давыдову, недоумеает, каким образом у д-ра Давыдова не было ни

разу повышения t° после выскабливания. Неужели все больные д-ра Давыдова иммунны против гонорреи и других патогенных бактерий? Я протестую против слов д-ра Давыдова: „чего бояться продыравливания матки“. Перфорация матки есть тяжелое повреждение и его бояться следует. Наконец, если д-р Давыдов, вопреки постановлению Общества, делает выскабливание при 4-хмесячной беременности, то это можно назвать *garphus chirurgicus*.

И. И. Рулле. В Гинекологич. отд. б-цы им. Чудновского было произведено 500 выскабливаний, с одной перфорацией, без единой смерти. Я думаю, что операция, дающая столь хорошие результаты, заслуживает большего доверия. Операция *per abdomen* показана в более поздних месяцах беременности, на 4-ом месяце и позднее. Техника ее проста, но, конечно, о герметичности не может быть и речи. Разрез матки по средней линии дает меньшее кровотечение, чем *Fundalschnitt*. Перитонизация дна не так важна.

Проф. В. В. Строганов, в связи с отрицательным отношением, высказанным только что, к влагалищному методу, вспоминает, как один профессор с недоверием относился к мытью рук перед исследованием. От влагалищного метода мы отказаться не можем. Брюшные стенки тоже не лишены бактерий. Для ранних месяцев беременности влагалищный путь с иссечением труб единственно правильный. Единственный опасный микроб — это гонококк. Перфорация матки встречается 1 раз на 200 выскабливаний, а тут нам предлагают каждый раз наносить матке прободное повреждение. Если стерилизация путем резекции труб с погружением культей в параметрий не достигает цели, то и предложенный проф. Скробанским способ не гарантирует от беременности.

Г. Л. Давыдов. Замечание д-ра Гентера, что акушерско-гинекологическое Общество постановило считать производство аборта после 2-х месяцев опасным вмешательством и недопустимым при социальных показаниях, я не могу отнести на свой счет, так как в тех редких случаях, когда мне приходилось прибегать к прекращению четырехмесячной беременности *per vaginam* показанием исключительно служили заболевания матери. При подозрении на гоноррею я считаю выскабливание противопоказанным. Во всяком случае нужно выждать полного исчезновения гонококков в мазках из канала шейки после неоднократного исследования их.

М. Я. Карлин вынес очень хорошее впечатление от операции проф. Скробанского. Стерилизация очень желательна, ибо она оберегает больных от дальнейших абортов.

Проф. К. Б. Скробанский поясняет, что он вовсе не предлагает все аборты делать *per abdomen*. Общество постановило, что операция выскабливания — операция опасная, а сейчас мы слышим, что два врача находят, что выскабливание — прекрасная операция. Мы все знаем, что на большом материале всегда бывают осложнения, бывают повышения температуры; всегда возможны воспаления труб. Предлагаемая мною операция абсолютно стерильна, техника ее проста — и не может быть сравниваема с операцией, производимой вслепую, с выскабливанием. Все

права за моей операцией; в дальнейшем, вероятно, я буду делать ее и без стерилизации.

П. И. Рулле протестует против слов проф. Скробанского: выскабливание я вовсе не считаю операцией безопасной.

А. В. Марковский полагает, что лучше расширить зев при обсуждаемой операции, для лучшего стока выделений. Далее я хочу высказаться против Fundalschnitt'a, он хуже в смысле возможных сращений. Разрез по средней линии более безкровен.

Проф. *В. В. Строганов*. Может быть лучше оперировать в 2 приема, именно для таких случаев, как смертный случай докладчицы, сперва удалить яйцо, а потом уже приступить к стерилизации. Далее следует отметить, что среди оперированных больных несколько лихорадили, и осложнения зависели от самой операции.

Б. А. Козинский спрашивает, бывали ли осложнения среди 15 туберкулезных больных, оперированных под смешанным наркозом?

Е. С. Павлова. Осложнений не было.

Проф. *Л. А. Кривский*. В последнее время раздаются голоса, что при искусственном аборте необходима стерилизация. Я предпочитаю сначала сделать выкидыш, а потом стерилизовать per colpotomiam. Случалось эти 2 операции делать в один сеанс. Несколько раз в случаях ранней беременности я производил операцию Rieck'a. При более поздней беременности я часто делал Hysterotomia anterior, а в дальнейшем производил стерилизацию. Наконец, я несколько раз применял операцию Dützmann'a, метод, который теперь вновь предлагает проф. Какушкин. Способ этот очень кровавый и далеко не легкий. Впечатление он оставляет нехорошее. Простота способа проф. Скробанского подкупает.

Е. С. Павлова. Наш случай смерти нельзя отнести за счет операции. Выводить % смертности на такое малое число операций нельзя.

Проф. *Л. А. Кривский* уверен, что предложенный способ войдет в круг наших повседневных операций. Вопрос представляет большой интерес. Председатель благодарит докладчицу за сообщение.

Административная часть.

Зачитано отношение Ленинградского Губернского Управления Социального Страхования от 17 марта с. г. за № 6514.

Вопрос передан в комиссию при клинике проф. Кипарского. Зачитано заявление врача Варвары Павловны Ивашкевич о желании вступить в члены общества (рекомендуют проф. Скробанский, проф. Марковский, др. Рабинович).

Постановлено баллотировку произвести в следующем заседании.

Следующее заседание назначено на 10 апреля.

Председатель *Л. Ожигица*.

Секретарь *Гентер*.

Протокол № 6 заседания Акушерско-Гинекологического Общества в Ленинграде.

10 апреля 1924 г.

Председательствовал *Л. Л. Ожигиниц*; присутствовало 45 членов Общества и 78 гостей. В числе гостей присутствовал приехавший из Америки старший ассистент профессора медицинского факультета в Балтиморе Withridge Williams — доктор Н. I. Stander.

1. Доктора Stander'a представил Обществу проф. *В. В. Строганов*, сообщив, что одной из причин посещения американским гостем России, посещения, осуществившегося после значительных препятствий, было желание ознакомиться с лечением эклампсии по методу, разработанному им, В. В. Строгановым.

Проф. *Л. А. Кривеский* на английском языке от имени Общества приветствовал д-ра Н. I. Stander'a, отметив то выдающееся значение, которое за последнее время приобрела американская наука.

В. В. Строганов, в интересах возможности демонстрирования метода лечения эклампсии прибывшему в Россию гостю, обратился к членам Общества с просьбой направлять больных эклампсией в Клинический Акушерско-Гинекологический Институт.

2. Председатель Общества *Л. Л. Ожигиниц* сообщил о смерти одной из старейших ленинградских женщин-врачей Софии Васильевны Шмеман.

Общество почтило вставанием память скончавшейся.

3. *Г. Г. Гентер* прочитал протокол Заседания Акушерско-Гинекологического Общества 27 марта 1924 г. Протокол был утвержден собранием.

4. *М. Я. Карлин* сделал сообщение: „2 случая пuerперальной атрофии матки, развившейся после атонического кровотечения“. (Ауто-реферат):

Случай I. У 25-тилетней, совершенно здоровой женщины из здоровой семьи последние роды (3-и) сопровождалась атоническим кровотечением, puerperium протекал с subinvolutio и по-видимому с лихорад. процессом. Больная кормила грудью 1½ г. После этих родов у нее осталась стойкая аменоррея, а с течением времени развилась атрофия матки — величина последней — с голубиное яйцо, длина полости = 2½ см.

Случай II. Также касается молодой, бывшей всегда гинекологически здоровой женщины (3 родов и 3 выкидыша). При *предпоследних* родах вследствие placenta praevia сильное атоническое кровотечение, после которого осталась тяжелая анемия в течение целого года. Puerperium протекал лихорадочно (около 1½ месяца). Реб. кормила грудью только 1 месяц. Аменоррея в теч. 2-х лет, затем регулы появились (на 4—5 месяцев) больная забеременела, благополучно родила, кормила также мало (вслед. отсутст. молока). Опять аменоррея до настоящ. времени (3-й год). Матка в атрофическ. состоянии, molimina отсутствуют, также libido. Специалистами по эндокринологии у этой больной констатирована картина атироидизма, котор. все больше и больше развивается.

Автор объясняет атрофию в I случае длительной лактацией, бывшим послерод. лихорадочн. процессом и анемией; во II случае—послеродов. лихор. процесс., потерей крови и расстройством желез с внутренней секрецией (главным образом щитовидной железой).

А. В. Марковский. Доклад вызвал во мне недоумение, т. к. по содержанию не отвечает своему заглавию. В заглавии доклада имеется указание на зависимость атрофии матки от имевшего место атонического кровотечения, между тем в первом описанном докладчиком случае нет достаточных оснований видеть подобную зависимость, ибо больная перенесла какое-то послеродовое заболевание, которое могло также иметь известное значение. В этом случае не установлено докладчиком, кормила ли больная ребенка и сколько времени кормила и т. д. Второй случай еще менее доказателен. Оба случая, послужившие материалом для сообщения, не представляют ничего такого, что не встречалось бы более или менее часто: 2 случая атрофии матки, связанные с послеродовым процессом. Во второй части доклада докладчик делает попытку подвести базу под неясные в смысле этиологии клинические случаи и для этого излагает основные понятия эндокринологии, ссылаясь на мнение „специалиста-эндокринолога“. Однако, никаких серьезных аргументов в этом направлении докладчик не дает.

К. К. Скробанский присоединяется к мнению А. В. Марковского, но считает нужным остановиться также на второй части доклада. Учением о внутренней секреции в настоящее время увлекаются, но в этом увлечении нужно соблюдать осторожность и нельзя, как это сделал докладчик, приводя ряд азбучных истин из учения о внутренней секреции, искусственно и совершенно необоснованно применять их к объяснению своих случаев. Если мы будем без оснований все объяснять внутренней секрецией (без наличности клинических, научных и экспериментальных данных), мы этим только угрожаем подорвать кредит этой важной области гинекологии. Далее К. К. отмечает, что докладчик причисляет атрофию матки после кастрации к физиологическим явлениям, тогда как это явление искусственное.

М. Я. Карлин, отвечая А. В. Марковскому, объясняет, что первая его больная кормила более 1½ года и кроме того страдала анемией; это заставляет его в заглавии доклада говорить о наступлении атрофии матки „после“ атонического кровотечения, а не „вследствие“ кровотечения. Отвечая К. К. Скробанскому, М. Я. Карлин объясняет, что относит атрофию матки после кастрации к физиологическим явлениям лишь в том смысле, что яйцники были удалены здоровыми (Sänger-Herff-Encyclopädie).

Л. Л. Окунчик. Содержание доклада не отвечает заглавию и в этом смысле докладчик наших ожиданий не оправдал. Но все же случаи, им приведенные (случаи атрофии матки с длительной аменорреей после родов), представляют известный клинический интерес и нужно поблагодарить докладчика за их сообщение.

Б. Е. П. Гуревич сделала сообщение: „*Определение пола плода по химической реакции крови матери (реакция Манойлова)*“ (Аутореферат).

Состав крови регулируется эндокринной системой и имеет специфические для каждого пола особенности. Попытка найти путем химической реакции тот специфический х, определяющий пол, и есть сущность реакции.

Мною проверена та часть сообщения д-ра Манойлова, в которой говорится об определении пола плода путем химической реакции крови матери. На материале в 60 сл. Акуш.-Гинек. Ин-та у меня получилось 88% положительных и 12% отрицательных случаев.

Получающиеся ошибки могут быть объяснены, во-первых, бисексуальностью человеческого организма, а, во-вторых, сложностью соотношений между половыми железами и всей эндокринной системой в целом, еще усложняющимися в организме беременной, где происходит корреляция эндокрин. желез той и другой стороны.

Реакция производится путем прибавления к 3 куб. см. разведенной в физиологическом растворе крови соответственно цвету штандарт-пробирки по порядку: 1) 10 к. 1% раствора Паражабин'а; 2) 3 к. 1% раствора краски Meththilgrün; 3) 6 к. 1% раствора Aesculin'а; 4) 10 к. 1% марганцево-кисл. кали; 5) 3 к. 40% солян. кислоты и 6) 6 к. 2% thiosinamin'а. В случае беременности девочкой получается темножелтое, мальчиком—светложелтое окрашивание.

К. К. Скробанский. Вопрос, которым занялась докладчица, представляет большой интерес, помимо теоретического и чисто практического; многие стороны вопроса в будущем подлежат разработке. Например, было бы важно выяснить, когда эта реакция может получаться при начале развития плодного яйца. Как известно, половая железа чрезвычайно рано начинает дифференцироваться, как мужская или женская; индифферентное состояние половой железы бывает лишь в самых ранних периодах развития яйца, как я убедился в этом у свиньи и отчасти у человека. Ранняя возможность дифференцировать присутствие того или другого пола могла бы приблизить нас к пониманию некоторых вопросов, напр., вопроса о превалировании мужских индивидуумов над женскими. Как известно, факт подобного превалирования находит объяснение во времени оплодотворения яиц; более зрелые яйца могут оплодотворяться только мужским сперматозоидом. Докладчица детально изложила все применяемые при реакции Манойлова химические реакции, но не представила никаких обоснований этих химических реакций.

Е. Б. Димант спрашивает, не играет ли роль при получении того или другого результата количество реактива и продолжительность действия реактива? Докладчица стремится видеть в половых отличиях разницу качественную и оппонент ставит вопрос, не играет ли роль здесь скорее фактор количественный, в хромосомах мужских и женских разницы не качественная, а количественная?

М. А. Терёбинская-Попова спросила докладчицу, не ставила ли она опытов сравнительного исследования крови у роженицы и новорожденного? В случаях положительных результатов всегда ли получается резкая разница?

Я. А. Ловцкий, слышавший на съезде патологов первый доклад д-ра Манойлова, с удовлетворением констатирует, что в до-

кладе д-ра Гуревич уже намечаются некоторые попытки биолого-химических оснований для объяснения применяемых реакций. Помимо гормонов половых желез возможно коррелятивное действие других желез, обуславливающее известные особенности.

Д-р *Астахов* спрашивает, не бывают ли случаи, когда у женщин кровь дает мужскую реакцию?

Д-р *Stander* высказывает предположение, что существует известное соотношение между реакцией Манойлова и найденным в Америке (в слюне и крови менструирующих женщин) „менотоксином“.

Е. И. Гуревич, отвечая на вопросы оппонентов, объясняет, что выбор реактивов для реакции Манойлова не объясняется простой случайностью, а имеет известные теоретические основания. Подойти к решению вопроса о том, когда начинает появляться реакция, можно было бы при систематических соответствующих исследованиях, но этому мешало затруднение при получении реактивов, совершенно не имеющих в Ленинграде. Для получения определенного результата имеет значение не количество реактива и не продолжительность его действия, что подтверждается соответствующими опытами. Случаи, когда получается ошибочное определение, ошибочная реакция, объясняются дисфункцией половых желез.

Л. Л. Окинчиц. Доклад чрезвычайно интересен, как с теоретической, так и с практической стороны и очень приятно, что результаты работы докладчицы подтвердили исследования автора, предложившего метод определения пола по химической реакции крови (д-ра Манойлова).

Л. Л. благодарит докладчицу за интересное сообщение.

Административная часть.

1. Происходил обмен мнений по поводу запроса Губернск. Управления Социального Страхования о сроке освобождения от работ работниц арены (балерины, наездницы, гимнастки, жонглерки и т. д.) во время беременности. После обмена мнений, в котором приняли участие Р. В. Кипарский, К. К. Скробанский, Л. Л. Окинчиц, А. В. Марковский, Р. Г. Лурье, Бакшт, Хаскин, Меркульев, постановлено обсудить вопрос в следующем научном заседании Общества, при чем проводить следующие положения: а) необходимость освобождения женщин указанных профессий с конца 5-го месяца; б) необходимость собрания анкетного материала, характеризующего специфические особенности работы работниц арены. Обсуждение решено провести в научной части заседания Общества, пригласив на него представителя Губ. Упр. Социального Страхования. Редакцию доклада и соответствующие анкеты поручено выработать комиссии при клинике проф. Р. В. Кипарского (Р. В. Кипарский, Г. А. Бакшт, С. Г. Хаскин).

2. *К. К. Скробанский* сообщил об издании „Журнала Акушерства и Женских Болезней“. Общество одобрило проект передачи коммерческой части издания журналу Издательству „Практическая Медицина“.

3. Избрана в действительные члены Общества (по предложению членов Общества: К. К. Скробанского, А. В. Марковского и К. Н. Рабиновича) врач Варвара Павловна *Ивашкевич*.

4. Прочитано заявление о желании вступить в члены Общества и *singiculum vitae* врача Григория Аркадьевича Бакшта (предлагают члены Общества: Р. В. Кипарский, Л. А. Кривский и М. А. Терebinская-Попова).

5. Прочитан *singiculum vitae* и заявление о желании вступить в число членов Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества врача Моисея Ипполитовича *Когана* (предлагают: Л. Л. Окинчиц, К. К. Скробанский и Г. Г. Гентер).

6. Следующее заседание Общества назначено на 17 апреля 1924 года.

Председатель Общества *Л. Окинчиц*.

Секретарь *П. Меркульев*.

Протокол № 7 заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества.

17 апреля 1924 г.

Председательствовал проф. *Л. Л. Окинчиц*. Присутствовало 26 членов Общества и 50 гостей. Обязанности секретаря исполнял *Г. Гентер*.

1. Секретарь Общества *П. Ф. Меркульев* огласил протокол Заседания от 10 апреля с. г. Протокол утвержден.

2. *Г. А. Бакшт*. Доклад Комиссии по вопросу о сроке освобождения работниц арены от работ во время беременности.

Резолюция Ленинградского Акушерско-Гинекологического Об-ва по вопросу об отпуске беременных работниц арены и эстрады, принятая в Заседании Об-ва 17 апреля 1924 г.

(На запрос Ленингр. Губ. Упр. Соц. Страхования от 17 Марта 1924 г. № 6514).

Насколько прост научно-врачебный подход к этому вопросу и вытекающие из него логические последствия, настолько сложно практическое жизненное его разрешение. Не подлежит сомнению, что, с медицинской точки зрения, ограждение интересов беременности противопоказует всякое занятие, связанное с чрезмерным физическим напряжением, тем более, что речь идет о профессиях, занятие которыми связано не только с особенным напряжением отдельных мышечных групп, но и с движениями, вызывающими сотрясение всего тела и притом близкими или равносильными физической травме.

Принимая во внимание, что у женщин, занятых даже более легким физическим трудом (как продавщицы, канцелярские служащие, прислуга и т. д.) % преждевременных родов и самопроиз-

вольных выкидышей в 8—10 раз больше, чем у женщин, не занимающихся физическим трудом (Hirsch).— Акушерско-Гинекологическое Общество полагает, что единственно правильным решением вопроса в отношении работниц эстрады и арены было бы полное запрещение этим женщинам заниматься своей профессией с самого начала беременности и перевод их на социальное обеспечение. Но государство вряд ли в состоянии в настоящее время и, вероятно, в близком будущем, по чисто материальным соображениям, гарантировать выплату содержания танцовщице или акробатке в течение продолжительного времени—минимум в продолжение года, а иногда и повторно при новой беременности. Так обр. высказанное О-вом пожелание осталось бы неосуществленным по экономическим соображениям и повело бы к необходимости увольнения со службы беременных упомянутых категорий и тем самым поставило бы перед каждой женщиной этой профессии альтернативу: или быть самостоятельной в смысле заработка и отказаться от материнства, или, становясь матерью, отказаться на продолжительное время от самостоятельного заработка. Не подлежит сомнению, что это толкнет женщину на производство выкидыша.

В настоящее время беременной женщине гарантируется И-том охраны материнства лишь минимум требований, выдвигаемых гигиеной беременности. Исходя из этой предпосылки, Об-во предлагает единственно жизненный, по его мнению, в условиях современной экономики, путь решения вопроса, а именно: установление для беременных женщин каждой из поименованных категорий минимального, с точки зрения гигиены беременности, срока освобождения от работы, само собой превышающего обычно предоставляемый 2-хмесячный отпуск.

Если предоставление 2-хмесячного отпуска до родов имеет своей целью большую жизнеспособность плода, сохранение сил беременной, облегчение родового акта, то отпуск работницам эстрады и арены должен иметь своей целью прежде всего предупреждение столь частых в тяжелых профессиях выкидышей и преждевременных родов.

Акушерское Об-во считает необходимым самое тщательное и научное обследование этого вопроса с участием врачей-специалистов по физической культуре и установление научно-обоснованного срока отпуска для каждой из поименованных категорий в отдельности. Но т. к. работа эта требует продолжительного времени, а вопросы, выявившиеся в процессе работы Соцстраха, носят характер спешности, Акушерское Об-во предлагает, в виде временного решения, установление максимального срока работы для беременных работниц эстрады и арены в 5 лунных месяцев по следующим соображениям:

1) Риск травмы при беременности повышается по мере роста и увеличения площади соприкосновения беременной матки с брюшной стенкой.

2) Перемещение центра тяжести беременного органа кверху создает менее устойчивое равновесие его и увеличивает амплитуду возможных движений.

3) Уже начинающаяся с конца 3-го месяца беременности, при сформировании плаценты, менее интимная связь яйца со

стенкой матки создает особо благоприятные условия для отслойки его (яйца) при наличии моментов, указанных в пунктах 1 и 2.

Высказанные соображения анатомо-физиологического свойства совпадают во времени с мотивом чисто эстетического характера: необходимость представительнице артистической профессии прекратить свою деятельность со времени появления внешних признаков беременности.

Все указанные моменты имеются налицо после 5 лунных месяцев беременности.

Этот срок относится к случаям беременности, неосложненным ни местными, ни общими заболеваниями. Для случаев, осложненных даже незначительными заболеваниями в половой сфере, а также для категории лиц, исполняющих особо трудные номера, связанные с сотрясением всего тела, подъемом тяжестей и усиленной работой брюшного пресса, Об-во считает необходимым индивидуализацию в каждом отдельном случае с предоставлением права врачам-специалистам освобождать таких женщин от занятий, начиная с 1-го месяца беременности.

Акушерско-Гинекологич. Общество считает необходимым еще раз подчеркнуть, что абсолютно правильным решением вопроса оно считает полное освобождение женщин указанных категорий от работ на все время беременности, далее, что предлагаемый им максимальный срок работ до 5 лунных месяцев является „компромиссным“ решением вопроса, вытекающим из условий современной экономики, и что этот срок является для лиц поименованных профессий крайним, дальнейшее продление которого невозможно без прямой опасности для плода и матери. Об-во оставляет за собой право, по разработке вопроса научными методами, внести в свое постановление необходимые, по его мнению, коррективы.

(Резолюция, выработанная Комиссией в составе: профессора Р. В. Кипарский, д-р Г. А. Бакшт и С. Г. Хаскин, принята Об-вом).

Представитель Губсоцстраха *Рабинович* высказывается, что компромиссное решение Общества вполне удовлетворяет Соцстрах, так как финансово-экономическое положение не позволяет трактовать вопрос распространительно.

С. Г. Хаскин оглашает анкету, выработанную комиссией, для опроса работниц арены и эстрады.

А. В. Марковский просит включить в анкету вопрос о течении послеродовых периодов.

А. Я. Унгер считает полезным вставить вопрос о весе ребенка.

Проф. *В. В. Строганов* считает необходимым обсудить весь вопрос детально.

Б. А. Козинский. В анкете следует оттенить вопрос о связи гинекологических заболеваний со специальностью.

С. Г. Хаскин полагает, что на этот вопрос нельзя будет получить достаточного ответа, так как профаны всегда склонны связать свои болезни с какой-либо травмой.

Проф. *Скробанский* полагает, что расширить анкету не следует. Она составлена хорошо; и надо подумать, как бы ее распространить. Конечно, анкета должна быть безымянной.

Проф. *Окиншиц*. По существу мы вопроса теперь обсуждать не можем. Лишь после представления научного доклада мы можем во всех деталях обсудить вопрос.

Проф. *Строганов*. Наоборот, полагает, что принципиально Общество не может принять резолюции без обсуждения.

Г. Г. Гейтер напоминает, что 10 апреля вопрос обсуждался именно в среде членов Общества, в административном заседании.

Тов. *Рабинович*. Каким образом вы думаете распространить анкету, через кого?

С. Г. Хаскин. Через Соцстрах и Сорабис.

Тов. *Рабинович*. Отдел труда Соцстраха пойдет навстречу вашему начинанию. Но далеко не на все вопросы вы получите ответ. Анкета должна быть краткая и ясная. К сожалению, в вашей резолюции нет желательного категоризма.

Оппонент предлагает в резолюции точно указать, что работницы арены и эстрады должны быть освобождены от работы с 5-го месяца беременности. Только в таком случае можно будет рассчитывать на практический эффект.

С. Г. Хаскин. Мы не можем стать на разную точку зрения по отношению к работнику, производящему и непроизводящему, а посему мы должны здоровье работниц арены и эстрады охранять так же, как и здоровье рабочего.

Проф. *Скробанский*. Мы просим Соцстрах осуществить анкету.

Проф. *Строганов* считает необходимым точнее формулировать срок освобождения, а именно „5 месяцев“, а не „пятый месяц“.

3. *А. И. Осякина*. Кисты желтого тела.

Проф. *Гитарский*. Какова этиология кист желтого тела? Они не есть опухоль, а образование ретенционное. Прорванное отверстие закрывается, образуется замкнутый мешок, превращающийся в кисту желтого тела. На это указывает небольшая величина, медленный рост. Коллоидное содержимое описано и в обыкновенных ретенционных кистах. Лечение то же, что и при ретенционных кистах. Раз киста растет и дает боли, мы должны оперировать.

Если рассматривать кисту желтого тела как новообразование, то мы должны видеть в них явления пролиферации.

А. Э. Мандельштам. Лютеиновые кисты представляют из себя еще далеко неразгаданные образования и поэтому мы должны приветствовать обстоятельный доклад, посвященный этому интересному вопросу. Не подлежит сомнению, что до настоящего времени многие смешивают лютеиновые кисты и гематомы желтого тела, хотя между ними принципиально существует большая разница; далее не следует забывать, что на ряду с кистами, возникающими из corpus luteum (menstruationis или graviditatis), возможно и развитие их из так назыв. corpus luteum accessorium. — С введением предлагаемой докладчицей схемы мы впервые получаем сознательную классификацию интересующих нас опухолей.

В противоположность мнению докладчицы, я полагаю, что вряд ли можно относить лютеиновые кисты к истинным опухолям; ограниченный рост их, не превышающий в общем размеров ку-

лака, отсутствие явных явлений пролиферации в стенках опухоли и мн. др. говорят за то, что мы имеем дело с ретенционными образованиями.

Относительно этиологических моментов, способствующих развитию лютеиновых кист, мы полагаем, что отсутствие (в подавляющем большинстве случаев) признаков воспалительных изменений в трубах и эндометрии, а равно и анамнестических указаний на перенесенный местный воспалительный процесс, еще не исключает возможности гематогенного проникновения инфекции, напр., после перенесенной ангины, инфлюэнцы и т. п. Типические для лютеиновых кист явления хронического слипчивого пельвеоперитонита являются важным доводом в пользу инфекционного характера заболевания.

Во всех 7 случаях лютеиновых кист, наблюдавшихся в клинике проф. Р. В. Кипарского, неизменно встречались массивные сращения, сильно затруднявшие выделение опухоли; лишь в 1 случае лютеиновые кисты были двусторонними. В 5 случаях никаких изменений со стороны труб не было обнаружено. 2 раза наблюдалось одновременное поражение appendix'a.

Все же связь с аппендицитом, на которую указывает A. Müller, не может считаться доказанной.

Что касается гонорреи, как возможного этиологического момента возникновения лютеиновых кист, то лишь в одном единственном случае Fraenkel'ю удалось установить их присутствие, что, конечно, не исключает вторичного их проникновения в опухоль.

Равным образом не доказана и связь с туберкулезом половых органов (или общим tbc).

Хотя содержимое лютеиновых кист обычно стерильно, — попадание его в брюшную полость вызывает явления раздражения брюшины, что указывает на присутствие в нем химических раздражителей.

Нарушение правильности менструального цикла, явления общего инфантилизма, относительно частое развитие миом матки, наблюдаемые подчас психические особенности больных и т. п. заставили v. Oettingen'a высказаться за внутрисекреторное происхождение лютеиновых кист.

Хотя этиология кист желтого тела остается для нас неясной, мы все же можем считать результаты оперативного лечения благоприятными; во всех наших случаях абдоминальная рана зажила *per primam*; заметных выпотов в области культей придатков или в заднем Дугласе мы не наблюдали, и у большинства больных регулы через некоторое время начали приходить довольно правильно.

В общем вопрос, к сожалению, еще не разрешен, и всякие дальнейшие попытки к его выяснению заслуживают полного внимания.

К. П. Улезко - Строганова. Учение о кистах желтого тела представляет много темного и запутанного, и это вполне объясняется тем, что до сих пор еще точно не выяснен гистогенез того образования, из которого они происходят, т. е. желтого тела. В самом деле, вопрос о том, из какого рода элементов развиваются лютеиновые клетки, составляющие массу желтого тела — эпителиального типа (элементы *membranae granulosaе*) или

соединительнотканного (клетки thecae folliculi internaе) не решен окончательно.

Поэтому попытка дать схему для классификации кист желтого тела является несколько преждевременной.

Киста желтого тела может быть диагностирована лишь в случае несомненной картины лютеиновой ткани, с характерным расположением ее клеток. Предполагать же ее, находя лишь отдельные клетки или группы клеток, похожих на лютеиновые, неосновательно, так как эпителиоидные клетки, развивающиеся при условиях продолжительного раздражения, могут имитировать лютеиновые и давать повод к ошибочным заключениям.

Кисты желтого тела всегда лишь ретенционные, и лютеиновая ткань с устранением раздражителя не обнаруживает склонности к пролиферационному росту.

Эпителий, который в редких случаях описывается в полости кисты желтого тела, может быть объяснен лишь случайным занесением эмбриональных остатков.

Что касается случая новообразования и даже злокачественного, развившегося, по вашим словам, из кисты желтого тела, то, судя по микроскопическим препаратам, он оценен вами неправильно, так как здесь дело идет лишь о гоноррейном процессе в Фаллопиевой трубе и нагноительном в яичнике, происшедшем, очевидно, на той же почве.

Проф. К. Г. Скробанский. Кисты желтого тела более распространены, чем думали раньше. Я прежде находил их редко; когда же мы стали просматривать материал, то за год нашли 11 случаев. Все кисты исследованы микроскопически, и если тканевые элементы в одном месте атрофированы, то в соседнем участке мы находим типичные лютеиновые клетки. Я нахожу противоречие в словах К. П. Улезко-Строгановой. Вы говорите, что лютеиновые клетки происхождения неизвестного, а потом говорите, что Thecaluteinzellen соединительнотканые клетки. Я настаиваю на том, чтобы сейчас же классифицировать кисты желтого тела. И в простых кистах не существует точной разницы между ретенционной кистой и новообразованием. Приходится руководствоваться не наличием митоз, а общим видом кисты. Может быть со временем наша схема и изменится.

К. П. Улезко-Строганова. Среди препаратов докладчицы есть 2 кисты, в которых нет характерных лютеиновых клеток. Какие же это лютеиновые кисты?

Проф. Р. Р. Кипарский. Follikelcyste и luteincyste — явление одного порядка. Такая киста может достигнуть величины кулака. В ретенционной кисте может быть и кровоизлияние, что может имитировать лютеиновую кисту.

Проф. Л. Л. Окличич. Меня больше всего заинтересовала клиническая сторона дела. У докладчицы есть 5 случаев, где нет изменений со стороны менструации. Тут, я думаю, не только ретенционные кисты, но и новообразование. На внутренней поверхности эпителий даже в cystoma serosum simplex может местами исчезнуть. Какая-то тенденция к размножению в этих клетках есть, а посему следует признать, что тут есть комбинация про-

лиферационного процесса с ретенционным. В качестве одного из этиологических моментов должно быть признано воспаление.

А. И. Осякина говорит заключительное слово.

Проф. *Л. Л. Окинчиц* благодарит докладчицу.

Административная часть.

Проф. К. К. Скробанский доложил, что номер журнала выйдет к Съезду. Один лист уже набран. Издатель „Практической Медицины“ берет на себя издание журнала на приемлемых условиях. Финансовая сторона дела, реклама и т. п. будет лежать на нем; он обязуется давать 25 отдельных оттисков. Редакция остается за нами. За этот год выйдет 5—6 номеров.

Проф. *Л. Л. Окинчиц* вносит предложение запросить Организационное Бюро Съезда о времени открытия Съезда.

Оглашается заявление доктора В. П. Виноградова о желании вступить в члены Общества (рекомендуют: проф. Кривский, др. Меркульев и приват-доцент Гентер).

Единогласно избираются в члены Общества М. И. Коган и Г. А. Бакшт.

Следующее заседание назначается на 8 мая.

Председатель *Л. Окинчиц*.

Секретарь *Гентер*.

Протокол № 8 заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества.

8 мая 1924 г.

Председательствовал проф. *Л. Л. Окинчиц*; присутствовало 36 членов Общества и 29 гостей.

1. Секретарь Общества *Г. Г. Гентер* прочитал протокол заседания Общества 17 апреля 1924 г. Протокол был утвержден Собранием.

2. *А. В. Попов* сделал сообщение: „О частоте перерождения фибромиом матки“. (Аутореферат).

Автор исследовал 130 фибромиом, находящихся в патологоанат. музее клиники проф. *Л. Л. Окинчица*.

Каждая опухоль исследовалась макро- и микроскопически; окраска велась двойная: гематоксилин, эозин и по van-Gison'y. В исследуемых опухолях найдено 32% гиалинового, 10,5% кистозного перерождения, 5,6% отложение извести, 2,4% частичный некроз опухолей, 7,2% воспалительное состояние, 1,6% оказались аденомиомами, 1,6% саркоматозное перерождение.

Общее количество дегенеративных явлений наблюдается в 52% исследованного количества опухолей.

Наибольшее количество перерождений наблюдалось в опухолях: субсерозных—55%, в интерстициальных—17%, в смешанных—15,5% и, наконец, в субмукозных—12,3%.

К. П. Улезко-Строганова. Я давно работаю над вопросом о фибромиомах и хотела бы задать докладчику несколько вопросов и указать на несомненно правильное освещение некоторых сторон вопроса. Говоря об образовании полостей в дегенеративно измененных фибромиомах, докладчик вовсе не упоминает об образовании полостей из расширенных лимфатических сосудов, что наблюдается нередко (*fibromyoma lymphangiectodes*). Конечно, и путем размягчения определенных участков фибромиом также возможно образование полостей. Не вполне ясно у вас изложено также злокачественное перерождение фибромиом. Вы говорите: есть такие случаи фибромиом, когда клинически опухоль злокачественная, а анатомически это ничем не обнаруживается. Я не помню той работы Д. О. Отта, на которую вы ссылаетесь, но думаю, что для этого нет клинических оснований. Мы различаем злокачественное перерождение фибромиом, говорим о саркоматозном перерождении, хотя знаем, что миомы состоят из элементов, представляющих не дифференцированную мышечную клетку, а лишь приближающуюся к ней и, следовательно, могут иметь элементы с характером юных клеток, напоминающих саркому. Но в этих случаях по отношению к мышечной стенке, отсутствию указаний на проростание ее, мы видим, что злокачественного характера здесь нет. Аденомиомы на вашем материале вы нашли два раза. Отрицать происхождение их из остатков зародышевых элементов (по Реклингаузену) нельзя, но возможно и другое объяснение. Далее вы мало коснулись дегенеративных изменений фибромиом в связи с беременностью (на чем основано мнение, что беременность ведет к уничтожению фибромиом?). Наконец, вы совсем не коснулись вопроса об изменениях в фибромиомах под влиянием *Röntgen'a*.

А. В. Попов, отвечая на замечания К. П. Улезко-Строгановой, заявляет, что образования полостей из расширенных лимфатических сосудов он не отрицает, но на обработанном им материале ни разу не видел.

Л. Л. Окличчи, как председатель Общества, благодарит докладчика за интересное сообщение.

З. П. Д. Трои сделала сообщение: „*К вопросу о значении бактериоскопического исследования выделений влагалища*“. (Аутореферат).

Бактериоскопический метод исследования влагалищных выделений является не только более простым, чем исследования при помощи посевов, прививок и т. д. (т. е. бактериологические), но и может дать верные указания в смысле диагноза, как это показали *Loeser* и *Vimm*. *Loeser* ввел понятие о физиологическом латентном микробизме. Под этим он понимает нормальное соотношение между флорой влагалища и эпителием. Инфекция может внедриться во влагалище только тогда, если нарушена функциональная деятельность влагалищного эпителия; при нарушении нормальной его функциональной деятельности создаются неблагоприятные условия для существования нормальной вагинальной флоры, что способствует внедрению инфекции. В настоящей работе применялась классификация *Heurlin'a*, различающего 4 степени чистоты вагинальной флоры (*Reinheitsgrad*).

Р. I. Имеется бактериоскопически почти чистая культура вагинальных палочек или флора, в которой они превалируют.

Встречается у зрелых в половом отношении девушек и женщин, независимо от их возраста, как у беременных, так и небеременных. R. I безусловно типична для первых месяцев беременности, независимо от того, сколько беременностей предшествовало.

R. II. Стоит близко к предыдущей и встречается нередко. Возможно, что она представляет собой легкое загрязнение R. I и представляет переход к тем случаям, где защитная способность по отношению к проникающим извне бактериям ослабевает. Возможно, что она представляет собой переход от R. III к R. I при выздоровлении. Это требует дальнейших наблюдений.

R. III. Характеризуется присутствием вагинальных палочек в небольшом количестве и преобладанием кокковых форм.

R. IV. Ясно выраженные всех родов, дефект эпителия, рак с зловонным распадом, лихорадящие аборт и иногда беременность в периоде раскрытия или незадолго до него. Кроме того, R. IV встречается у всех женщин с недоразвитыми половыми органами. Вагинальные палочки либо совершенно отсутствуют, либо находятся в незначительном количестве. Всего исследовано 400 больных (200 случаев клиники послеродовых заболеваний и 200 амбулаторных). Исследование производилось под руководством проф. Л. И. Бубличенко. Выделения брались после введения зеркала Куско из средней части заднего свода ватным шариком на пинцете или платиновой петлей. Материал рассматривался с следующих точек зрения: 1) количество и цвет выделений; 2) их реакция; 3) бактериоскопическая картина флоры и морфологические элементы; 4) фагоцитоз. На основании исследованного материала сделаны следующие выводы:

1) Исследование мазка представляет существенное дополнение к клиническому исследованию.

2) Бактериоскопич. исследования выделений влагалища указывают нам не только на состояние влагалищного эпителия, но и на состояние верхних половых органов, следов.—исследование указывает на нормальное или патологическое их состояние.

3) При беременности в первой половине (40 случ.) мы имеем почти исключительно I и II—82,5%.

4) При сальпингоофоритах получаем резкое преобладание R. III и R. IV (89,6%); R. II—10,4%.

5) При эндометритах и метритах преобладает также R. III и IV—90%; R. II—10%.

6) При неправильных положениях матки также имеем преобладание R. III и IV, но уже в зависимости от застойных явлений (R. III и IV—95,7%; R. II—4,3%).

7) Бактериоскопические исследования при дальнейшей разработке, может быть, облегчат дифференциальный диагноз между внематочной беременностью и воспалительным инфильтратом при неясной клинической картине. Воспалит. инфильтрат всегда дает картину R. III или R. IV; внематочная, как и нормальная, беременность дает R. I или R. II, если одновременно не примешан воспалительный процесс. Вопрос этот нуждается в подтверждении на более обширном материале.

Л. Л. Ожигиниц предлагает Обществу сначала заслушать доклад д-ра Перльштейн: „К профилактике послеродовых заболе-

ваний“, а затем открыть прения по поводу докладов д-ра Трон и д-ра Перльштейн.

4. *В. И. Перльштейн* делает сообщение: „К профилактике послеродовых заболеваний“. (Аутореферат).

Борьба с послеродовым сепсисом должна идти не по пути терапии, а профилактики. Начало профилактики берет с 1826 г. и применение ее дает блестящие результаты. В настоящее время профилактика идет двумя путями: 1) вакцинация и 2) борьба с аутоинфекцией в тесном смысле слова. Наша предварительная работа, проведенная в клинике проф. Окинчица, обнимает собой случаи, проведенные профилактически против аутоинфекции. Их — 260. Исследовались бактериоскопически и бактериологически влагалищные выделения беременных и назначались профилактические спринцевания сулемой 1:8.000. На нашем материале, из разрешавшихся в нашей клинике проведенных беременных: 1) % послеродовых заболеваний втрое меньше, чем у контрольных, 2) % заболеваемости у акушерски-исследованных „профилактических“ больных вдвое меньше, чем у контрольных, 3) наши исследования влагалищной флоры схожи с исследованиями других авторов, как Zweifel, Döderlein и др., 4) под влиянием профилактического лечения повышается кислотность вл. секрета, очищается флора и уменьшается цитологическое изменение в тканях.

Р. В. Кипарский. Оба доклада очень интересны, затрагивают животрепещущие вопросы. Второй докладчик, к сожалению, представил слишком недостаточный материал для статистических выводов. Кроме того, он не описал достаточно точно методику применения сулемовых спринцеваний. Если производить спринцевание по неправильной методике, то можно получить только взведение снаружи кокковых форм в полость влагалища. Далее, я очень удовлетворен, что докладчик возвратился к применению сулемы, которая, как я помню, с таким успехом применялась в клинике проф. Д. О. Отта. Энергичная дезинфекция сулемой имела в клинике Д. О. Отта такие результаты: в одно четырехлетие на 131 случай ручного извлечения последа получился 0% смертности, если не считать 2 случаев, поступивших в клинику с тяжелыми явлениями, почти умирающими после попыток извлечения последа на дому.

В. Г. Лурье спрашивает второго докладчика, находились ли обе группы больных в смысле оперативного вмешательства, продолжительности родов и т. д. в совершенно равных условиях?

А. Э. Мандельштам спрашивает П. Д. Трон, не производилось ли попутно исследование флоры из уретрального канала; состояние уретрального канала резко отражается на влагалище (при хроническом уретрите и парауретральных абсцессах наблюдается повторное обострение хронического кольпита). Далее интересно, насколько имеет значение в смысле влагалищной флоры степень изоляции вагины от наружного воздуха (зияющая половая щель и т. д.).

Л. И. Бубличенко (аутореферат). Возникновение инфекционных послеродовых заболеваний зависит от следующих моментов: сопротивляемости организма, патогенности бактерий и внешних (случайных) условий — разрывов и разможжений тканей, плохой

сократительности матки и пр. В свою очередь сопротивляемость организма складывается из общей невосприимчивости (иммунитета) и местных защитительных приспособлений в течении родового акта и в течении беременности. Работа д-ра Перльштейн затрагивает один из вопросов, касающихся местных защитительных приспособлений, именно, состояния влагалищной флоры. Бактериологические исследования показали, что из влагалища беременных в зависимости от выбора среды и метода исследования можно выкультивировать множество разнообразных бактерий, в том числе и патогенные, наличие которых тем не менее может не повести к заболеванию в послеродовом периоде. Благодаря развитию методов бактериологического исследования, очень много давших для понимания условий происхождения инфекций, ценность самого бактериологического исследования, как критерия для суждения о значении бактериальной флоры, оказалась недостаточной. Примененный д-рами Перльштейн и Трон бактериоскопический метод исследования дает новый критерий для оценки бактериальной флоры и в этом заключается его ценность. Из доклада д-ра Перльштейн я не мог уяснить себе, какое отношение имели произведенные докладчицей бактериологические исследования к бактериоскопическим. Что касается последних, то они дали важные результаты в смысле изменения влагалищной флоры под влиянием внешних агентов (спринцевание сулемой). Судя по докладу Перльштейн и в качестве простого диагностического метода исследования, как видно из доклада д-ра Трон, дает более ценные данные для диагностики метод бактериоскопический, чем бактериологический, на что я указывал в своем докладе еще в 1913 г. на V Всероссийском съезде акушеров и гинекологов. Нужно удивляться, почему бактериоскопический метод исследования так редко применяется.

А. В. Марковский. Удивительна судьба влагалищных спринцеваний. Прежде мы чуть не отравлялись, плавая в морях сулемы, но мало-по-малу наступило отрицательное отношение к ее применению, в особенности после категорического мнения Кгöpig'a, высказавшегося против применения антисептических средств. Базироваться на бактерицидных свойствах сулемы нет оснований, так как сулема во влагалищной среде, с значительным содержанием белковых веществ, быстро теряет свои бактерицидные свойства. Гораздо важнее тщательное механическое очищение. Я опираюсь на маленький опыт своей клиники. Мы не применяем никаких профилактических мер, кроме механической очистки (сбриваем лобок, тщательно обмываем наружные половые части), и провели 800 родов без единого септического заболевания. Успеха в деле профилактики послеродовых заболеваний нужно ждать в усилении выработки защитительных сил в самом организме.

М. В. Елгин. Я тоже хотел бы указать на меры профилактики послеродовых заболеваний, которые применяю мы в акушерской клинике Госуд. Клинич. Института для усовершенствования врачей. Во-первых, мы отвергли внутреннее исследование рожениц, допуская его лишь в исключительных случаях. Далее, мы изолируем всех больных, дающих небольшой запах влагалищных выделений — даже при нормальной температуре. Раствором сулемы мы обмываем наружные половые части после обмывания

их со щеткой и мылом. Только после внутреннего исследования допускаем спринцевания влагалища сулемой.

К. К. Скробанский. Вопрос, который мы поднимаем сегодня, уже принадлежит истории. Этот зал уже не раз был местом разбора этих вопросов и выводы были различны. И если мы говорим об этом сегодня, то потому, что борьба с послеродовыми заболеваниями остается вопросом дня и все нуждается в повторном обсуждении. Поэтому то нужно приветствовать настоящие доклады. Совершенно справедливо Л. И. Бубличенко отметил, что заболеваемость послеродовыми заболеваниями зависит в значительной степени от сопротивляемости организма и суммы внешних, иногда случайных, условий, благоприятствующих инфекции. И в этом отношении бактериоскопическое исследование дает слабые результаты, ибо мы знаем, что флора вагины меняется в зависимости от случайных загрязнений вульвы. Мы знаем, что во время беременности женщины продолжают жить половой жизнью. А самое спринцевание, неумело производимое, разве не может быть причиной поступления инфекционных начал в полость вагины?— Однако, это нисколько не умаляет значение бактериоскопического метода, как дающего руководящее значение, в особенности при систематическом исследовании и при устранении всех возможных случайных загрязнений влагалища. Что касается вопроса о значении сулемовых спринцеваний и ссылки Р. В. Кипарского на цифры из клиники Д. О. Отта, то не нужно забывать, что статистика— вещь подозрительная и не всегда может быть доказательна, так как может давать различные выводы: в некоторых клиниках сулема применялась на 1.000 случаев и без всякого успеха.

В. В. Стропанов протестует против слов К. К. Скробанского о статистике. Все наши знания основаны на статистике и представитель кафедры не может не придавать веры статистике, конечно, если статистика правильна и не допускает ошибок. Что такое заболевания послеродовыми заболеваниями? Здесь могут быть различные взгляды. Одни относят одну форму к тяжелым заболеваниям, другие другую. Напр., нельзя даже базироваться на цифрах измерений температуры, ибо и здесь условия неодинаковы: в Акушерско-Гинеколог. Институте температура измерялась 8 раз в сутки, а в родовспомогательном заведении реже и повышения температуры при этом могут ускользать от наблюдения. Поэтому правильнее всего базироваться на проценте смертности, который представляет собой цифру точную. В докладе П. Д. Трон, по моему мнению, ценно указание на возможность дифференц. диагностики между внематочной беременностью и придатковыми заболеваниями на основании бактериоскопического исследования влагалищных выделений. Что касается применения раствора сулемы, то, несмотря на все достоинства этого антисептического средства, все же это яд и лучше было бы ее заменить чем-нибудь другим, в особенности для длительного применения— в виду возможности отравления сулемой. Следовало бы обратить внимание на „acidum lacticum“.— Нужна ли механическая и химическая очистка влагалища при беременности и при ограничении внутреннего исследования во время родов— представляется сомнительным. Но при патологических явлениях (вы-

деления с запахом, гнойные и т. д.) применение спринцеваний необходимо. Доказательств пользы применения влагалищных спринцеваний д-р Перльштейн по существу не дает, так как полученные ею результаты могут быть объяснены и проще, как результат применения простых гигиенических указаний и советов (чистота, подмывание, регулирование стула и т. д.).

Вопрос о профилактике послеродовых заболеваний очень важен. Я в последнее время применяю такую форму профилактики: если больная подозрительна во время родов или выкидыша (давно прошли воды, было оперативное вмешательство), я даю внутрь хинин. — Что касается результатов А. В. Марковского, то меня удивляет малое число послеродовых заболеваний, особенно если иметь в виду частоту гонорройных заболеваний. Вообще в вопросе о послеродовых заболеваниях до сих пор остается в силе предложенная еще 30 лет назад мной формула: послеродовые заболевания зависят от соотношения самозащиты организма к силе микробов.

Р. В. Кипарский. Применение сулемы для влагалищных спринцеваний имеет значение после механической очистки входа во влагалище и влагалища. Применение спринцеваний сулемой препятствует развитию во влагалище кокковых форм, требующих щелочной реакции. Это особенно важно, если больная давно без вод. К. К. Скробанский между прочим указал, что флора вагины зависит от флоры вульвы. Это не так: флора вагины и вульвы различны.

Г. Г. Гейтер. Проф. К. К. Скробанский совершенно справедливо отметил изменчивость бактериальной флоры вагины. Но при определенных условиях, напр., на большом больничном материале, обнаруживается в свойствах флоры известная закономерность, дающая возможность получать ценные практические указания (напр., распознавание внематочной беременности в отличие от воспалительных заболеваний придатков; предсказание при родах и т. д.). Это обстоятельство делает очень ценным метод, предлагаемый д-ром Трон и можно только благодарить ее за разработку этого метода.

Л. Ш. Бубличенко. В прениях по докладу д-ра Перльштейн внимание сосредоточивалось на значении профилактических спринцеваний сулемой. Большое значение имеет механическая очистка влагалища по методу, применявшемуся в клинике проф. Отта. Но возможность сокращения послеродовых заболеваний путем профилактических спринцеваний вообще и сулемой в частности — не самое существенное в докладе; цифры, как указывала сама докладчица, недостаточны для положительного решения вопроса. Большое значение имеет констатированный д-ром Перльштейн факт изменения под влиянием спринцеваний влагалищной флоры, факт, установленный благодаря примененному ею методу исследования. Важное значение имеет также установление зависимости влагалищной флоры от состояния полового аппарата, что явствует из доклада д-ра Трон.

М. В. Елжин считает, что профилактические спринцевания во время беременности будут иметь не большее значение, чем применение других гигиенических мер.

К. К. Скробанский. Всем известно, что после отхождения вод некоторое время влагалище свободно от бактерий, но затем наступает загрязнение в зависимости от бактериальной флоры

вульвы. Однако, это не обнаруживается признаками какого-либо заболевания (нет лихорадочного состояния и т. д.) и, следовательно, является сомнительным, нужно ли появившуюся флору изменять при помощи сулемовых спринцеваний. Что касается дифференциальной диагностики между внематочной беременностью и придатковыми заболеваниями, то значение этого факта несколько уменьшается тем, что при аднекситах часто внематочная беременность и наблюдается. Самый метод д-ра Трон я не оспариваю, считаю доклад интересным и требующим дальнейшей разработки. Применять профилактический метод, рекомендуемый д-ром Перльштейн, также следует; если применять осторожно и правильно, то вреда он не принесет, хотя едва ли можно ожидать и пользу. Отделение всех женщин с малейшими патологическими признаками со стороны выделений (выделения с запахом), как это делается в клинике А. В. Марковского, очень хорошо, но может быть применимо только в редких случаях.

П. И. Рулле. В докладе Трон, к сожалению, не указана причинная связь между бактериальной флорой и имеющимся патологическим процессом; в некоторых случаях возможно предположить участие внутренней секреции: так, напр., при sterilitas определенная флора влагалища находится в связи с неправильной секрецией яичника. Что касается профилактики послеродовых заболеваний, то единственно правильный метод — ограничение до минимума внутреннего исследования во время родов, что необходимо проводить путем обучения в акушерских школах. Как и В. В. Строганов, я часто применяю в послеродовом периоде хинин с целью вызвать лучше сокращение маточной мускулатуры.

М. А. Тереминская-Попова. Два заслушанных доклада можно рассматривать с 2 сторон: со стороны методики клинической диагностики и со стороны профилактики послеродовых заболеваний. Рассматривая с первой стороны, следует признать, что бактериоскопический метод исследования влагалищных выделений должен быть введен в клинику, ибо позволяет судить о патолого-анатомической картине и флоре, т. е. о степени загрязнения влагалища. Вторая сторона является логическим следствием первой, выдвигая вопрос об очищении влагалища путем спринцевания раствором сулемы, имеющего не только механическое значение, ибо бактерицидные свойства сулемы давно известны. Хотя представленные цифры малы и не позволяют сделать окончательного решения вопроса, но намеченный путь достоин внимания, дальнейшая разработка вопроса в этом направлении желательна.

М. Д. Гутнер считает диагностическое значение бактериоскопического исследования весьма ограниченным. Влагалищный секрет меняет свою реакцию в различные периоды менструального цикла и отличается неодинаковой флорой в разные периоды жизни. Наличие чистой кокковой флоры у детей не сопровождается никакими болезненными явлениями. Сама по себе бактериоскопическая картина едва ли может указывать на состояние половых путей. По второму докладу д-р Гутнер интересуется, как объяснить действие сулемы в смысле исправления вагинальной флоры. Антисептические средства действуют вредно на слизистую вагины и на все микробы, в том числе и на палочки, между тем терапия fluor'a gravidarum должна состоять в культивирова-

нии определенных групп микробов. Это вопрос очень интересный, но совершенно не разработанный.

Г. Л. Давыдов. Изучая бактериоскопически выделения влагалища, желательно было бы в каждом случае определять там присутствие также *trichomonas vaginalis*, столь частого обитателя влагалища, почти в 50% как у беременных, так и вне беременности. Эти монады являются очень частой причиной кольпитов с изменением характера влагалищных выделений, влияющих у беременных на течение послеродового периода. Gragert (Archiv für Gynäkologie, 1923 г. Oktober), приводя статистику послеродовых заболеваний у женщин проделавших курс лечения кольпита во время беременности на почве *trichomonas vaginalis* и вылечившихся в сравнении со случаями нелеченными, приходит к следующим выводам: 1) в случаях первого рода процент заболеваемости значительно меньше, чем в случаях второго рода. Разница эта еще более рельефно выступает в случаях, подвергшихся внутреннему исследованию и оперативному вмешательству, 2) при лечении кольпита не наблюдалось ни разу нарушения беременности, 3) и что проповедуемый многими акушерами закон: „Noli tangere vaginam ante partum“—может быть при надобности нарушен без всякого риска для беременности. Еще Liss на своем материале установил, что процент послеродовых заболеваний в случаях не исследованных и не оперированных у него доходил до 14, в случаях же, осложненных кольпитом от *trichomonas*, процент этот доходил до 20. Эти цифры еще более разнятся между собой в случаях, подвергавшихся внутреннему исследованию (39% заболеваемости при *trichomonas*). В случаях, подвергавшихся оперативному вмешательству, процент заболеваемости при *trichomonas* 67 и 30 без *trichomonas*. Что касается профилактики послеродовых заболеваний вообще, то, конечно, лучшей мерой было бы совершенно избегать или ограничить до minimum'a внутреннее исследование. Факт этот находит себе подтверждение в течении послеоперационного периода после кесарского сечения в случаях, не подвергавшихся внутреннему исследованию, в сравнении со случаями подвергавшимися. Большинство авторов считает даже классическое кесарское сечение показанным только в случаях, не подвергавшихся внутреннему исследованию, за месяц до родов и даже больше. Но, к сожалению, в частной практике и для пропедевтических целей нельзя совершенно отказаться от внутреннего исследования.

В. В. Строганов отмечает некоторое несовпадение наблюдений у докладчиков: тогда как у Перльштейн имеется значительный % щелочной реакции влагалищных выделений, у Трон этот процент гораздо меньше.

Ш. Д. Трон, отвечая в заключительном слове на возражения, отметила, что наличие кокковой флоры у детей и старух вполне объясняется тем, что у первых яичники еще не начали функционировать, а у вторых уже прекратили свою деятельность. Флора из уретры исследовалась только в тех случаях, когда были видимые выделения. Что касается влияния аднекситов, наблюдаемых при внематочной беременности и могущих будто бы умалить значение дифференциальной диагностики между внематочной беременностью и воспалительными процессами по мазку из вагины,

то это относится только к случаям одновременного существования внематочной беременности и острых аднекситов, что наблюдается, однако, не часто. Хроническое же воспаление придатков не влияет на картину мазка.

В. И. Перльштейн, отвечая на сделанные замечания, указывает, что считает свой доклад только предварительным сообщением. Техника профилактических спринцеваний не была изложена, но ясно, что спринцеванию должно предшествовать наружное обмывание. В смысле оперативных пособий, продолжительности родов и т. д. обе группы больных находились в совершенно одинаковых условиях.

Л. Л. Оксичин. Первый доклад представляет чрезвычайно большой интерес, так как указывает как бы новый путь, который должен быть введен в обиход клиники. Практические выводы пока сделать трудно; сделанные докладчицей выводы еще должны быть проверены, но все же нужно благодарить докладчицу, как первую указавшую путь, могущий оказаться чрезвычайно полезным для клиники.

Что касается доклада второго, то нужно припомнить, что до сих пор попадают случаи тяжелых послеродовых заболеваний у женщин, даже не подвергшихся внутреннему исследованию. Возможно, что здесь имеется аутоинфекция. Весьма важно наперед определить, что женщина является кандидаткой на послеродовое заболевание. Исследование беременных в этом отношении очень ценно. Как логическое следствие, возникает вопрос о возможности изменить влагалищную флору в желаемом смысле. Применение сулемы с этой целью объясняется дешевизной и общедоступностью этого вещества; вначале предполагалось применять молочную кислоту, но ее трудно достать в желаемом количестве вследствие ее дороговизны. Если удастся констатируемое во время беременности патологическое состояние влагалищной флоры изменить в таком смысле, чтобы устранить возможность аутоинфекции, мы таким образом гарантируем часть больных от тяжелых послеродовых заболеваний. Таковы возможные практические результаты и нужно пожелать дальнейшей проверки в этом направлении.

Л. Л. Оксичин благодарит докладчицу за интересный доклад.

Административная часть.

1. *К. Т. Скробанский* сообщил о выходе в свет 1-й книжки „Журнала Акушерства и женских болезней“ за 1924 год. Экземпляры книжки розданы членам Общества.

2. Предс. Общества *Л. Л. Оксичин* сообщил о полученном им от председателя Организационного Комитета по созыву Съезда Гинекологов и Акушеров в Москве проф. А. П. Губарева известии о том, что съезд состоится между 1—8 июня 1924 г.

3. Избран единогласно в действительные члены Общества врач *Владимир Петрович Виноградов* (по предложению Л. А. Кривского, Г. Г. Гентера и П. Ф. Меркульева).

4. Следующее заседание Об-ва назначено на 22 мая 1924 г.

Председатель Общества *Л. Оксичин*.

Секретарь *П. Меркульев*.

Протокол № 9 заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества.

10 мая 1924 г.

Председательствовал проф. *Л. Л. Окунчик*, в конце заседания проф. *Р. В. Кипарский*.

Присутствовало 28 членов Общества и 58 гостей.

Обязанности секретаря исполнял *Г. Гентер*.

1. Секретарь Общества *П. Ф. Меркульев* огласил протокол заседания от 8 мая 1924 г. Протокол утвержден.

2. *О. А. Григорова*. *Оперативный материал Акушерско-Гинекологической Клиники Ленинградского Медицинского Института за 11 лет по поводу опущения и выпадения матки и рукава.*

3. *М. И. Литвак*. *Терапия опущений и выпадений матки и стенок влагалища по материалу Родильного Дома имени проф. Снегирева за 1913—1923 гг.*

Проф. *Р. В. Кипарский*. С большим удовлетворением я прослушал первый доклад. Восстановить тазовое дно—это главное, а тазовое дно—это по существу levator ani, вернее—часть levatoris ani. К сожалению, в докладе нет данных для суждения об отдаленных результатах. Причины рецидивов весьма разнообразны.

Важнейшая часть levator'ов находится близ лонных костей. Этот участок levator'ов мы сохраняем в родах своевременной perineotomией. При долго длящемся периоде изгнания задние участки levator'ов разминаются, а передние отрываются от лонных костей. В этом последнем обстоятельстве и кроется причина рецидивов. В таких случаях, матка, после interpositio, может собою восполнить дефект и служить пелотом. При Levatorpaht я делаю фигуру освежения по Hegar'y, но незначительную; травмы при этом я не наношу никакой, захватываю брюшки levator'а погружными швами из плохо рассасывающегося материала, но никогда из кэтгута. Второй слой швов ложится на trigonum urogenitale. В качестве дополнительной операции мы производим ventrosuspensio uteri или операцию Wertheim'a с фиксацией к периосту.

Проф. *К. К. Скробанский*. Операция проляпса крайне важна и повседневна. Этиология проляпса еще не вполне ясна. Я считаю, что главная причина проляпса есть недостаточность тазового дна. Связочному аппарату присуща второстепенная роль; и задача его не удерживать матку наверху, а поддерживать известное физиологическое положение ее. Принцип операции—восстановить тазовое дно и придать матке физиологическое положение anteversio-flexio. Я согласен с проф. Кипарским, что levator'ы при родах расслабляются и разрыв их происходит именно в области уздечек его, прикрепляющихся к лонным костям и окаймляющих hiatus genitalis. Подойти к уздечкам levator'ов мы пока не можем, мы суживаем hiatus, сшивая задние участки levator'ов. Я не считаю нужным индивидуализировать, а вырабатываю определенный метод. Interpositio я отвергаю, это не операция, а фокус. Я шью кэтгутом, я не согласен, что тут нужен шелк; ведь не шелк держит, а заживают мышцы, находясь в тесном друг с другом соприкосновении.

Лоскут Hegar'a я не применяю вовсе, а делаю маленький полулунный разрез и иду тупым путем к levator'am, при чем кровотечения не бывает.

Проф. А. В. Марковский. Докладчики не могут базироваться в своих выводах на отдаленных результатах.

Первый доклад меня не удовлетворил. Я никогда не был сторонником Levatornaht, и с глубоким удивлением я замечаю, что на Западе все более и более отходят от изолированного зашивания levator'ов. Stoeckel дает такие отдаленные результаты, как ни одна клиника в мире, а вместе с тем он levator'ов не шьет. Анатомически мы не имеем данных для зашивания levator'ов. По данным литературы в 60% transversus perinei profundus смешивается гинекологами с levator'ом, и я думаю, что половина операторов шьют transversus вместо levator'ов. Hiatus genitalis есть грыжа, а в хирургии мы закрываем грыжевые отверстия не мышцами, а соединительнотканными образованиями. Тазовое дно при небольших степенях проляпса восстанавливается по Simon-Hegar'у. По своей работе в экспертизе я знаю, что ни один метод не дает гарантии от рецидива. При крепком зашивании levator'ов, всегда получают жалобы на болезненный coitus и боли локализуются в прямой кишке. А по-сему я не вижу особых преимуществ зашивания levator'ов перед обычным способом.

Клиника проф. Скробанского имеет 58 экстирпаций матки при проляпсе. Но второй докладчик правильно сказал, что мало удалить матку. Если удалять что-либо, так удалять надо именно то, что проляпсует, т. е. влагалище. Профиксирующие операции имеют полное право гражданства там, где имеется retroversio или flexio, а не проляпс. Collifixura uteri я никогда не делал. Восстановление тазового дна не должно идти по пути зашивания levator'ов, версия и флексия должны быть устранены фиксирующей операцией. Так будет до тех пор, пока мы не будем иметь полную ясность об этиологии проляпса.

Проф. Л. А. Кривский приводит материал гинекологического отделения Обуховской больницы с 1910 года по сие время. Восстановление тазового дна было произведено 286 раз, передняя и задняя кольпорафия 264 раза; тоже в комбинации с ампутацией шейки 41 раз; тоже с экстирпацией матки 129 раз, с интерпозицией 105 раз, ventrofixatio произведена в 27 случаях, она же в комбинации с восстановлением тазового дна 63 раза, вагинофиксация с пластикой промежности 18 раз. Я согласен, что экстирпация матки одна не выдерживает критики и должна быть комбинирована с восстановлением тазового дна. И если мы ее произвели так много раз, то это объясняется наличием тех или иных осложнений (эрозии, фиброматоз, полипы и т. п.). Операция interpositio во многих странах не признается вовсе, ибо считается операцией противоестественной. Она имеет темные стороны, но для многих случаев она вполне пригодна. У самого Wertheim'a было много рецидивов; последние же модификации ее технически слишком сложны и кропотливы. Операция Rieck'a часто очень желательна при интерпозиции. Я сторонник индивидуализации: в известных случаях я применяю ventrofixatio, collifixur'у по Bumm'у, редко exohysterofixur'у по Kocher'у и в еди-

ничных случаях hysterocolpocetomia по способу проф. Окинчица. Изолированное зашивание levator'ов мы тоже делаем, но не видим особых преимуществ перед обычным способом.

Проф. *Л. Л. Окинчица* наибольшее значение в делах лечения проляпса придает восстановлению тазового дна, но изолированного зашивания levator'ов не применяет. Большое значение я придаю также исправлению положения матки и оперирую и тогда, когда нет разрывов тазового дна. Иначе рано или поздно начинается опущение и дело оканчивается проляпсом. Д-р Шабак докладывал о своем способе отыскивания оторванных ножек levator'a, но его способ не привился. Если женщина в таком возрасте, что она еще может рожать, то при retroflexio я укорачиваю связки по Dartige-Webster; если уже имеется склонность к опущению, то делаю ventrosuspensio по Doleris-Gilliam; в более позднем возрасте уместна interpositio со стерилизацией или без нее, в старческом возрасте наилучшим способом является удаление матки и влагалища.

М. В. Елкин. В клинике проф. Скробанского экстирпация матки с фиксацией культей была произведена 58 раз. В 4-х прооперированных мною случаях я старался использовать культю широких, круглых и крестцово-маточных связок. Этот способ годится лишь для старух. Матка экстирпируется с манжеткой влагалища. Культю круглых связок фиксируют к переднему сегменту влагалища, культю крестцово-маточных связок к заднему сегменту, культю же широких связок сближаются и сшиваются между собою. Далее идет второй акт: отсепаровка овального лоскута влагалища и передняя кольпорафия и задняя пластика. Промежность зашивается многоярусным шелковым швом. В результате поперек таза лежит поперечный мост из натянутых *ligg. cardinalia*. Эту операцию я делал 4 раза и остался очень доволен. От зашивания levator'ов я отказался, потому что всегда наблюдал в дальнейшем болезненные coitus и дефекацию.

И. И. Рулле. Разрушение тазового дна далеко не единственная причина проляпса, выпадения мы видим и у нерожавших. В детородном возрасте interpositio uteri, а тем паче экстирпация противопоказана. Здесь никто не упомянул об операции Sanger'a. Уместно упомянуть операцию вагинофиксуры. С тех пор как Отт 25 лет т. н. высказал мысль, что суть терапии в восстановлении тазового дна, вопрос о терапии проляпса проделал огромный путь эволюции. Метод оценивается данными статистики. Большая часть новых методов дают рецидивы в 20% случаев. Результаты неудовлетворительны. Если же мы вернемся к старым методам, то увидим в них много хорошего. Оппонент приводит свой материал: 516 случаев с первичным выздоровлением в 99,3% случаев. 166 больных при дальнейшем наблюдении дали стойкое выздоровление в 97,6% случаев. Рецидив наступил в 5,4% случаях.

Г. Л. Давыдов. 1) В литературе описаны случаи смерти после операции зашивания промежности с выделением ножек levator'a, что объясняется инфекцией глубоко и широко обнажаемой при этом клетчатки. Зашивание промежности по Hegar'у, с глубоким захватыванием с боков разошедшихся частей мышц, дает в огромном большинстве случаев прочные результаты с образованием

плотного тазового дна. Конечно, идеалом зашивания промежности в каждом случае было бы сшивание разошедшихся частей разорванных мышц, но выделить части атрофировавшихся при этом частей мышц в большинстве случаев невозможно.

2) Лечение выпадений матки по одному общему шаблону невозможно и в каждом случае необходима строгая индивидуализация. Нужно принимать во внимание степень выпадения, возраст больной, состояние связочного аппарата, тазового дна, мочевого пузыря, прямой кишки, брюшных стенок и общий habitus больной. Будучи большим поклонником интерпозиции матки по Wertheim'у вообще, я считаю этот метод единственно показанным в случаях осложнения выпадения матки недержанием мочи в возрасте климактерическом или близком к нему. При этой операции больная избавляется не только от выпадения, но и от мучительного недержания мочи, так как матка здесь является пелотом, укрепляющим сфинктер пузыря и уретры.

Г. Г. Гентер. В больнице в память 25 октября мы применяем при полных проляпсах преимущественно *interpositio uteri* по Schauta-Wertheim, считая, что именно матка может служить пелотом в грыжевых воротах проляпса. Экстирпацию матки мы принципиально избегаем, производя ее лишь при особых показаниях. Существенное значение я придаю восстановлению тазового дна и за последние 1½ года произвожу его по способу Ernesto Pestalozza. Рецидивов после этой операции я пока не видел. Нагноение было 1 раз на полсотню случаев. Мышцы, которые мы тут сшиваем, несомненно *m. pubo-rectales*, а отнюдь не *transversus perinei*.

Проф. *Р. В. Кипарский* возражает проф. Марковскому. Гораздо труднее найти *m. transversus*, чем *levator*; что называть рецидивом? Нельзя говорить, что если матка не выходит наружу, то рецидива нет. Боли при *coitus'e* после пластики бывают именно после операции по Simon-Hegar'у.

Проф. *К. К. Скробанский.* Я хочу рассеять впечатление, будто уже отказались от зашивания *levator'ов*. Хотя Stockel—величина авторитетная, все же его мнение подлежит критике. Sellheim и другие стоят на другой точке зрения. Наша операция технически проста и дает хорошую промежность. Смешать *transversus* с *levator'ом* невозможно. Направление первой мышцы поперечное, *levator'ы* идут косвенно. Невозможность иметь *coitus* наблюдалась и после простой Hegar'овской операции. У девственниц проляпсы основаны также на расслаблении тазового дна, но только не от травмы, а вследствие *spina bifida occulta*. Не следует пробовать все способы, а надо выработать определенный метод.

Проф. *А. В. Марковский* несогласен с проф. Скробанским. Döderlein-Krönig прав, говоря, что направление *m. transversi* очень похоже на направление *levator'ов*. При поверхностном зашивании вы захватываете *transversus*, воображая, что шьете *levator'ы*. Рейншил по Lawson-Tait, мы шьем по Simon-Hegar'у, и я считаю, что наша операция дает результат не менее красивый, чем ваша *levatornaht*. Статистика—все же ценный довод, и с такими статистиками, как у Шабак, нужно считаться.

Б. А. Козинский за индивидуализацию в деле терапии проляпса. Levator'ы найти можно; и, накладывая на них провизорный шов, мы видим, как образуется мощная промежность. При этом hiatus принимает совершенно другую конфигурацию, в чем можно убедиться на практике. Отрадно слышать, что профиксирующие операции находят все больше признания. Никак не могу согласиться на полное удаление матки. Разве при опущении какого-либо органа мы его удаляем?—мы его пришиваем. А посему экстирпация матки при проляпсе должна отойти в область предания.

Проф. *Л. А. Кривский*, возражая проф. Скробанскому, указывает, что и без изолированного сшивания levator'ов промежность держит.

Докладчики говорят заключительное слово.

Проф. *Р. Кипарский* благодарит докладчиков и высказывает пожелание, чтобы отдельные клиники знакомили друг друга со своим материалом и разрабатывали тщательно статистику.

Административная часть.

По предложению проф. Кипарского постановлено посвятить один номер журнала проф. *Л. Л. Окинчицу* к 25-летию его научно-врачебной деятельности.

Заслушаны заявления врачей *В. И. Перльштейн*, *П. Д. Трон*, *А. В. Попова*, *М. Я. Шустер-Кадыша* и *Л. Г. Фаддеевой*.

Баллотировка их в члены Общества в следующем заседании.

Председатель: *Л. Окинчиц*.

Секретарь: *Гентер*.

Только что вышли и поступили в продажу следующие книги:

Проф. М. С. МАСЛОВ.

**Учение о конституциях и аномалиях конституции
в детском возрасте.**

Клинические лекции для врачей и студентов в монографическом изложении.

2-е просмотренное и значительно дополненное издание. — С 27 рис. в тексте.

— Цена 3 руб. —

Проф. А. Н. РУБЕЛЬ.

Вопросы патологии и клиники заболеваний легких

(Мысли клинициста)

ОЧЕРКИ I, II и III.

**Начальные формы
туберкулеза легких**

Туберкулезное воспаление,
бугорок.

Цена 1 р. 50 к.

ОЧЕРК IV.

**Хронические бронхиты,
пнеймококкозы
и пнеймосклерозы.**

Цена 75 коп.

ОЧЕРКИ V и VI.

**Об острых бронхитах
и пнеймониях.**

Цена 1 руб.

Проф. А. В. Репрев.

**Внутренняя
секреция.**

Цена 1 руб. 50 к.

J. SAVATTA.

**УЧЕБНИК ОПИСАТЕЛЬНОЙ
АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА.**

Часть вторая.

Внутренности человека.

Русское издание ВТОРОЕ. Цена 2 р. 50 к.

Проф. С. И. Златогоров.

УЧЕНИЕ О МИКРООРГАНИЗМАХ.

Том III, часть 2-я, выпуск I.

**Патогенные простейшие
(Protozoa).**

Проф. В. Л. Якимов.

Цена 2 руб.

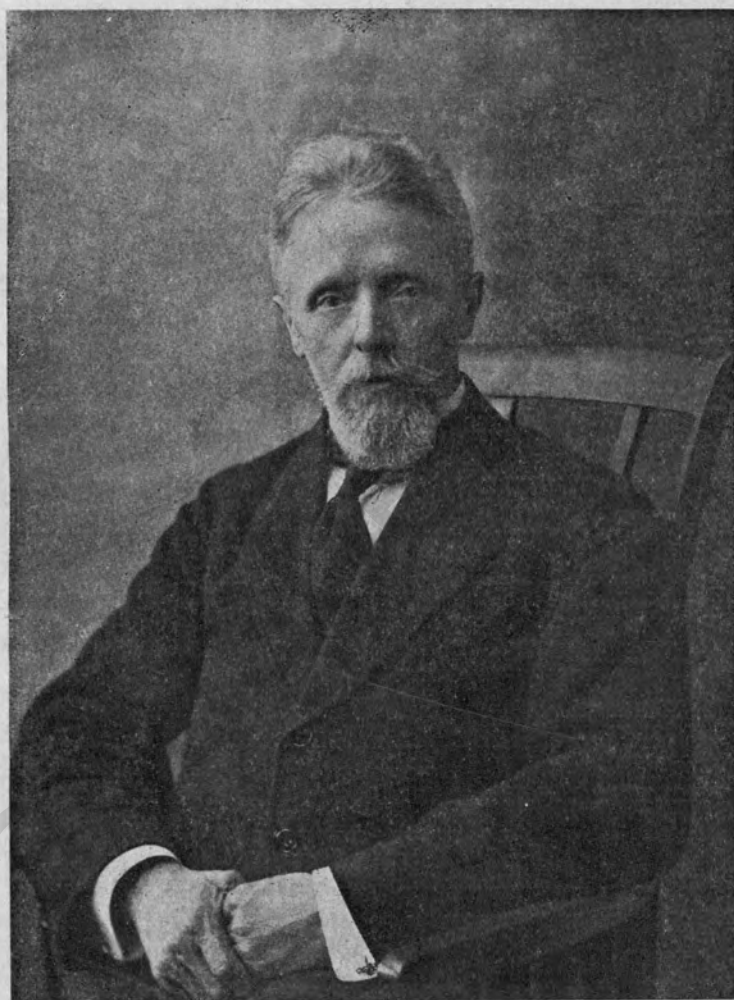
Том III, часть 2-я, выпуск 2-й.

**Возбудители венерических
заболеваний**

и заболеваний, вызываемых грамтридатель-
ными кокками, и серодиагностика сифилиса.

Цена 2 руб.

М. А. С.
Кн 3



Проф. Ренэ Валентинович Кипарский.

ЖУРНАЛ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Орган Акушерско-Гинекологического Общества в Ленинграде.

Том XXXVI.

Май

1925 г.

Июнь

Книга 3.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

XXII.

Профессор Ренз Валентинович Кипарский.

Биографический очерк

А. Э. МАНДЕЛЬШТАМА.

Ренз Валентинович Кипарский, сын врача, родился 2-го января 1867 года в гор. Грозном. По окончании Петропавловской гимназии в Москве, в 1888 году, он поступил на медицинский факультет Московского университета, который окончил в 1894 году. Готовясь к деятельности земского врача, Р. В. в 1894—95 году занимался ради практического изучения акушерства в Московском родовспомогательном заведении и в то же время усердно посещал хирургические и гинекологические отделения городских больниц в Москве. С целью дальнейшего усовершенствования Р. В. в 1896 году переехал в Петербург и записался в число слушателей Клинического Института для усовершенствования врачей.

Не оставляя мысли все же быть впоследствии земским врачом (об этом мечтали тогда все студенты и молодые врачи, особенно Московского университета), Р. В. спешил усвоить все практические и научные сведения, которые можно было получить на занятиях в Институте, интересуясь особенно хирургией и гинекологией, во главе кафедр коих стояли такие крупные авторитеты, как профессора Н. В. Склифосовский и Д. О. Отт. В то же время Р. В. работал в терапевтическом отделении Мариинской больницы и в клинике проф. Афанасьева.

Переезд Р. В. в Петербург и работа в клинических учреждениях, а в особенности атмосфера доброжелательства и дружбы, которую он встретил в товарищах по клинике проф. Отта и в последнем самом, постепенно заставили его забыть свою мечту о деятельности в качестве земского врача и решили его дальнейшую судьбу.

В этом отношении особенно благотворное влияние на Р. В. оказал ныне покойный его старший товарищ и друг А. А. Дра-

ницын, благородный, умный и идейный врач, бывший старшим ассистентом гинекологической клиники проф. Отта. С этого времени Р. В. окончательно посвящает себя изучению акушерства и гинекологии. Колоссальный материал С.-Петербургского родовспомогательного заведения, в котором Р. В. с 1898 г. становится весьма активным и неутомимым работником в качестве практиканта, а потом экстерна, и строго научная обстановка гинекологической клиники проф. Отта, куда он поступает ассистентом, дают ему возможность удовлетворить неудержимую жажду приобрести опыт и знание в избранной им специальности.

В это же время Р. В. была предложена ныне покойным проф. Н. В. Петровым ассистентура при кафедре патологической анатомии, каковую должность он занимал два года, в течение которых он печатает свои первые два научных труда на темы экспериментальной патологии. Одна из этих работ: „К вопросу о заживлении ран у алкоголиков“—становится его диссертацией на степень доктора медицины, защита которой состоялась в 1898 г. в Военно-Медицинской Академии.

В 1905 году Р. В. назначается ассистентом Клинического Повивально-Гинекологического Института и через год избирается заведывающим днем по акушерскому отделению.

В 1908 году Р. В. избирается старшим ассистентом при кафедре акушерства и гинекологии в Клиническом Институте для усовершенствования врачей и в 1909 году получает звание доцента при той же кафедре. В течение всего этого времени Р. В. принимает самое активное участие в разработке научных вопросов, возникающих в клинической жизни гинекологического отделения, занимаясь с особой любовью и увлечением патологической анатомией и микроскопией, в которой Р. В., по общему признанию, считался весьма авторитетным специалистом.

В 1917 году Р. В. избирается профессором и получает самостоятельную кафедру по акушерству и гинекологии и заведывание клиникой в Государственном Институте для усовершенствования врачей, а в 1923 году становится во главе основной кафедры гинекологии, занимавшейся ранее в течение долгих лет проф. Оттом.

Таковы в кратких чертах этапы клинической деятельности, пройденные Р. В.

Если мы захотим ближе охарактеризовать Ренэ Валентиновича, то мы должны остановиться на тех особенностях его деятельности, которые связаны с положением его, как руководителя врачей-слушателей Института, как заведывающего крупной клиникой и виднейшего представителя известной школы и, наконец, на его качествах, как врача-гуманиста и человека.

Как преподаватель, Ренэ Валентинович обладает особым умением мастерски разобрать каждый клинический случай и благодаря своему обширному опыту, учитывая мельчайшие детали анамнеза и отдельные, казалось бы, незначительные симптомы, необычайно близко подходит к диагнозу, который, даже в самых сложных и запутанных случаях, блестяще подтверждался на операциях. Неустанно следя за развитием не только своей специальности и пограничных с ней областей, но и за успехами в области общих биологических наук, Р. В. делает свое преподавание чрезвычайно разносторонним и глубоко интересным, никогда не

повторяясь и всегда находя живые темы, привлекающие слушателей. Всегда переполненная аудитория на клинических и поликлинических лекциях, громадный наплыв слушателей-врачей, по большей части обладающих большим стажем и немалым собственным практическим опытом, посещавших с неизменным интересом операции, от первого до последнего дня семестра, являются лучшим доказательством умения Р. В. правильно учитывать и понимать нужды и запросы приезжавших для усовершенствования товарищей и удовлетворять их жажду знания.

Как заведывающий и руководитель клиники, Р. В. всегда подавал и подает всем окружающим пример своей неутомимостью, любовью и интересом к делу и стремлением к строго-объективному научному разрешению разрабатываемых в клинике, по его инициативе или при ближайшем его участии, вопросов.

Блестящий техник и смелый хирург, Р. В. не остановился на методах, унаследованных им от своих учителей, но стал применять с полным успехом ряд новых способов оперативного и консервативного лечения, принятых в лучших зарубежных клиниках и сравнительно мало известных в России. Для примера укажу на direkte Muskelplastik мочевого пузыря по Stoeckel'ю, на Pyramidalisfascienplastik по Goebell-Stoeckel'ю, на ligamento-ventrosuspens'ю матки по Gilliam-Кипарскому, на вагинальную и суправагинальную ампутацию матки по Rieck'ю, на levatoro-пластику промежности, на colporexis по Попову-Schubert'ю, на трансплантацию яичников, на имплантацию труб в матку, на профилактическое и терапевтическое применение эфира при перитонитах и мн. др.

Через всю деятельность Р. В. красной нитью проходит стремление научно обосновать каждый шаг, каждое вмешательство, неудовлетворенность шаблоном и желание активно участвовать в прогрессе науки.

В клинике Р. В. применяются все новейшие методы исследования, вошедшие за последние годы в обиход западно-европейских клиник (всевозможные биологические реакции на беременность; исследование вагинальной флоры, капилляроскопия, стагмометрические исследования мочи; определение вирулентности стрептококков по Ruge-Philipp'ю и т. п.).

Целый ряд животрепещущих вопросов подвергся в клинике Р. В. специальной разработке (биологические основы и клиническое значение реакции оседания эритроцитов, проблема бесплодия, клиническое и экспериментальное изучение действия эфира при перитонитах, значение конституциональных факторов в этиологии пролапсов и мн. др.).

Несмотря на свой громадный опыт и эрудицию, Р. В. всегда уважает чужое мнение, никогда не подавляет своим авторитетом, и в отношениях к младшим товарищам всегда держит себя не как начальник, а как равный с равными. Чуждый мелкого тщеславия, Р. В. всеми силами поддерживает всякое начинание своих младших товарищей, всячески поощряя их самостоятельность в работе. Не щадя времени и сил, он всегда помогает им своими знаниями, своим опытом, и всякий успех его ассистентов для него лучший праздник.

В редкой клинике ассистенты имеют возможность так много оперировать, как в клинике Р. В., любимая фраза которого: „Я желаю, чтобы все мои ассистенты стали профессорами“.

Необычайная деликатность и мягкость в обращении и снисходительность Р. В. к чужим ошибкам всегда привлекали и привлекают к нему сердца окружающих.

Редкая отзывчивость и исключительная заботливость и внимательное отношение к больным стяжали Р. В. глубокую любовь и преданность его многочисленных пациенток. В любое время дня и ночи, по первому зову, Р. В. является к постели страждущей, не покидая ее, пока не минует опасность.

Кипучая деятельность Р. В. проявляется не только в неустойчивой работе в стенах клиники, но и в частых выступлениях с докладами и демонстрациями в Заседаниях Ленинградского Акушерско-Гинекологического О-ва и на Всероссийских Съездах. В научных заседаниях Акуш.-Гин. О-ва редко проходил доклад, в прениях по которому не выступал бы Р. В., внося свою долю богатого клинического опыта и знаний.

В последние годы Ренэ Валентинович повторно избирается в президиум Акуш.-Гин. О-ва, сначала в качестве секретаря, затем товарища председателя.

Все указанные качества Ренэ Валентиновича, как ученого, как преподавателя и руководителя клиники, как врача-гуманиста и как товарища, создали ему заслуженную славу, и в настоящее время Р. В. считается одним из признанных выдающихся представителей отечественной гинекологии и акушерства.

Р. В. Кипарским и врачами его клиники опубликовано 74 научных работ, большая часть которых служила предметами докладов и демонстраций на всероссийских съездах акушеров и гинекологов, в научных заседаниях Акушерско-Гинекологического, Урологического и др. О-в Ленинграда и напечатана в русских и зарубежных журналах.

Перечень трудов профессора Р. В. Кипарского.

1. Эксперим. данные к вопросу о влиянии остр. и хрон. отравления алкоголем на процессы заживл. кожных ран. Больничная Газ. Боткина. 1898.
2. К вопросу о заживлении ран у алкоголиков. Диссертация. 1898 г.
3. К казуистике злокач. новообразований подъязычной железы. Юбил. сборн. Н. Склифасовского. 1900 г.
4. Случай перенос. внемат. берем. в зачат. роге матки при одноврем. наличности трехмес. беременности. Докл. в Акуш.-Гинек. О-ве. 1902 г.
5. К казуистике беременности и родов при порочном развитии полового канала. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1903 г.
6. Случай операции при доношенной внемат. берем. с извлеч. живого плода. Доклад в Петрогр. Акуш.-Гин. О-ве. 1903 г.
7. Исключительный случай заболевания бугорчаткою полов. орг. женщины. Докл. в Петрогр. Акуш. Гинек. О-ве. 1904 г.
8. Одиннадцать случаев доношенной внемат. берем. из клиники проф. Д. О. Отта. Доклад на Пражском съезде врачей. 1908 г.
9. Десять случаев туберкулезного поражения женск. полов. органов, леченных оперативн. путем. Докл. на всероссийск. съезде Акуш. и Гинек. в Москве. 1907 г.
10. Влагалищный путь в хирург. леч. фибромиом матки. Юбил. сборн. проф. Отта. 1910 г. Т. II.
11. La voie vaginale dans le traitement des tumeurs de l'utérus. V Congrès Internat. St. Pétersburg. 1910.

12. Влагал. путь в хирург. леч. опухолей матки. Monatsschr. f.-Geb. u. Gyn. 1911.
13. Преждеврем. отдел. норм. прикрепл. детского места. Монография. С.-Петербур. 1912 г.
14. Извлечение плода при тазовых предлежаниях. Сборник „Четыре года клин. жизни Повив.-Гинека. Инст-та. 1904—1908 г.“.
15. Поворот (статистич. данные по материал. Повив.-Гинека. Инст-та). Ibidem.
16. Хирургич. операции при узком тазе. Докл. на V Всеросс. с'езде Акуш. и Гинека. 1913 г.
17. Случай отшнуровавшейся дермоидн. кисты с об'извествлен. ее стенки. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1914 г.
18. Случай множествен. миоматоза влагалища. Демонстр. в Акуш.-Гин. О-ве 1915 г.
19. Случай missed labour, законченный влагал. кес. сечением. (К физиологии нижн. отдела матки во время родов). Докл. в Акуш.-Гин. О-ве. 1916 г.
20. Годовой отчет о научн. деят. Петрогр. Акуш.-Гинека. О-ва за 1915 г. (Журн. Акуш. и Женск. бол.).
21. Годов. отчет о научн. деят. Петрогр. Акуш.-Гин. О-ва за 1916 г. ibid.
22. Брюшностеночное и влагал. кесарск. сеч. Глава в „Операт. Гинекол.“ проф. Д. Отта. 1914 г.
23. Год клинической жизни Акуш. Клиники Госуд. Инст-та для усоверш. врач Доклад в Повив.-Гинека. Ин-те 1919 г.
24. Случай перекручивания беременной на 7-м мес. матки (uterus pseudodydelphis) Докл. в Акуш.-Гинека. О-ве 1921 г.
25. Сфера применения операции Gilliam-Кипарский. Докл. в Акуш. Гин. О-ве 1923 г.
26. Случай colporoosis. Докл. в Акуш.-Гинека. О-ве 1923 г.
27. Kasuister Beitrag zur Achsendrehung des schwangeren Uterus und zur Diagnose derselben. Zbl. f. Gyn. 1924. № 5.
28. Современные проблемы оперативного лечения женского бесплодия. Доклад в Ленингр. Акуш.-Гинека. О-ве. 1925 г.

Из гинекологической клиники Государственного Института для усовершенствования врачей. (Завед. Проф. Р. В. Кипарский).

Сфера применения операции Gilliam-Кипарского.

(Ligamento-Ventrosuspensio uteri).

Старшего ассистента Б. КОЗИНСКОГО.

Для исправления неправильных положений матки *Gilliam* ¹⁾ предложил в 1900 г. свой способ вентрофиксации матки, при коем образуется не только искусственный *processus vaginalis*, но и создается новый паховой канал. Операция эта не пользуется известностью у нас в России, в Германии, Франции и очень распространена в Америке.

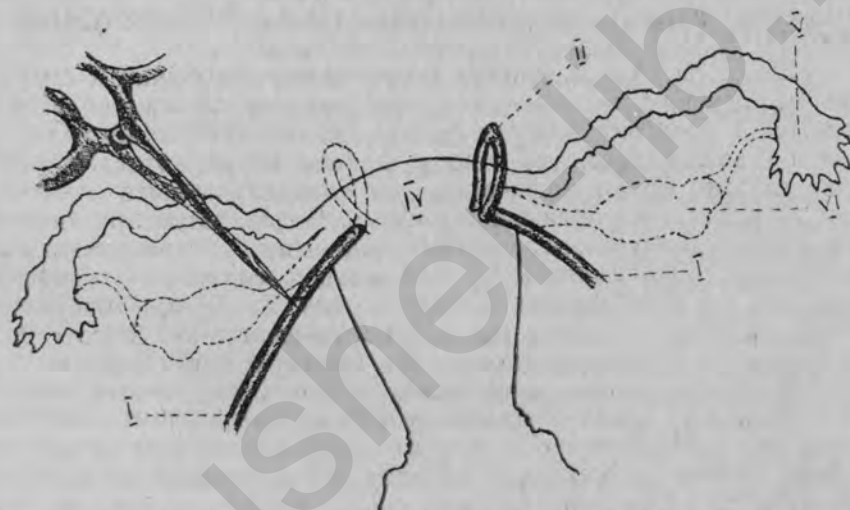
Описания ее нет в таких руководствах, как „Оперативная гинекология“ *Döderlein-Krönig'a*, *Handbuch-Veil'a*, ни в русских руководствах по оперативной гинекологии проф. *Губарева*, *Отта*.

Техника операции по *Gilliam*'у—разрез брюшной стенки по средней линии; после вскрытия брюшной полости в случае надобности производятся на придатках вспомогательные операции, а затем круглая связка с каждой стороны захватывается кохером на расстоянии $2\frac{1}{2}$ —3 см от матки, вторым остроконечным кохером протыкается снаружи внутрь—апоневроз, прямая мышца, *fascia transversa* и брюшина; круглая связка, захваченная 1-м кохером, подтягивается ко второму кохеру. 1-ый кохер снимается, 2-ым—захватывается петля круглой связки и вытаскивается на апоневроз, где и фиксируется 2—3 шелковыми швами; после этого брюшная стенка зашивается обычным способом. Место, где делается прокол апоневроза, должно быть приблизительно на 2— $2\frac{1}{2}$ сантиметра выше симфиза; расстояние точек места фиксации связок должно быть не менее 10 см. Благодаря образованию искусственного *processus vaginalis*, пахового канала и укреплению связок на апоневрозе создается прочная фиксация матки без значительного ограничения ее подвижности.

В гинекологической клинике Государственного Института для усовершенствования врачей операция *Gilliam*'а видоизменена таким образом, что круглые связки в зависимости от их состояния—атрофия, гипертрофия, расположение, а также в зависимости от того, имеются ли при ретродевиации матки еще и опущения или выпадения стенок влагалища—захватываются со стороны вскрытой брюшной полости одним кохером на расстоянии 2—3 сантиметров от матки, затем тупым путем отсекается жировая клетчатка от апоневроза приблизительно до уровня внутреннего пахового отверстия; свободный от жировой клетчатки апоневроз протыкается снаружи внутрь и снизу вверх вторым остроконечным кохером, но сбоку от наружного края прямой мышцы на

$1\frac{1}{2}$ —2 пальца выше симфиза, этим же кохером протыкается захваченная с каждой стороны брюшина. Круглая связка, захваченная кохером, вытаскивается на апоневроз, где и пришивается тремя шелковыми лигатурами. Употребление узкого кохера для проведения петли круглой связки, а также протыкание не самого брюшка прямой мышцы рекомендуется для того, чтобы, с одной стороны, не образовывать широкого искусственного пахового канала и тем не способствовать возможному образованию грыжи, а с другой стороны, опыт нашей клиники, а также и других авторов (*A. Seitz, Heymann* ²) показал, что при прокалывании брюшка прямой мышцы в послеоперационном периоде при сокращении мышц наблюдаются от натяжения болезненные ощущения. Пришивание петли круглой связки на апоневрозе на уровне внутреннего отверстия пахо-

Схем. рис. I. Операция Кипарского (Gilliam).



I—круглая связка; II—вершина петли, образ. из круглой связки; III—место прикрепления на матке дист. конца петли; IV—матка; V—труба; VI—яичник.

вого канала несколько медиально от него создает положение, приблизительно соответствующее нормальному вхождению круглой связки в паховый канал и этим достигается положение матки, близкое к физиологическому. В виду того, что круглые связки бывают слабо развиты (астения, инфантилизм) или изменены благодаря воспалительным процессам, неправильному положению матки, опущению или выпадению ее, когда связки сначала гипертрофируются, а затем атрофируются и, следовательно, при применении их для подвешивания матки можно ожидать быстрого их растяжения и наступления вследствие этого рецидива. Проф. Кипарским было предложено в 1922 г. усиливать действие петли, образуемой из круглой связки, таким образом, что дистальный конец петли пришивается двумя-тремя шелковыми лигатурами на передней поверхности матки несколько ниже отхождения круглой связки от матки. Несомненно, что образуемый таким образом удвоенный маточный конец круглой связки, будучи фиксирован

на апоневрозе, дает более прочную фиксацию и в состоянии уменьшить относительно небольшой процент рецидивов при *Ventrosuspensio uteri* ¹⁾).

Операции Gilliam'a и Gilliam-Кипарского применяются в гинекологической клинике Государственного Института для усовершенствования врачей, во-1-х, как операция, корригирующая при неправильных положениях матки и, главным образом, фиксированных ретродевиациях, во-2-х, как операция профилактическая, когда по ходу операции, будь то по поводу внематочной беременности или других заболеваний, становится очевидным, что после операции матка может установиться в неправильном положении и, в-3-х, как операция вспомогательная или подкрепляющая, при операциях восстановления тазового дна при опущениях и выпадениях стенок влагалища и матки с ретродевиацией и без таковой.

В первой группе случаев операция Gilliam-Кипарского, применявшаяся, как операция корригирующая при неправильных положениях матки, была произведена 74 раза (72—при фиксированных и 2—при подвижных ретродевиациях).

Если обратимся к вопросу об установке показаний к оперативному лечению подвижных ретродевиаций, то на основании имеющейся по этому вопросу громадной литературы приходится прийти к заключению, что еще и поныне вопрос этот чрезвычайно сложен. Среди гинекологов нет единого мнения о клиническом значении этих положений матки и, следовательно, различное толкование клинического значения подвижных ретродевиаций и вызываемых ими симптомов значительно усложняет установку показаний для оперативного вмешательства. Так, *Sänger* говорит— „согласно работам *Schultze* мы должны признать, что *Retroversio-flexio* есть неправильное положение матки и, как таковое, нуждается в исправлении независимо от того дает ли оно какие-либо симптомы“. Такая точка зрения не разделяется *Theilhaber*'ом ²⁾, *Krönig*'ом ³⁾, *Feuchtwanger*'ом и другими, указывающими на то, что не за чем подвергать женщину операции при подвижной *Retroversio-flexio*, раз она не дает никаких явлений. С другой стороны имеется ряд авторов (*Küstner* ⁴⁾, *Olshausen*, придерживающихся противоположной точки зрения и сводящих целесообразность своего воззрения к тому положению, что совершенно не дающая никаких болезненных симптомов *Retroversio-flexio* с течением времени может дать болезненные явления. *Küstner* того мнения, что всякое диагностированное *Retroversio-flexio* подлежит исправлению, так как представляет нарушение общего равновесия и будучи представлена само себе ухудшается, ведет к опущению и пролапсу, являясь его первой стадией,—приводит к образованию сращений между задней поверхностью матки и Дугласом, превращаясь из подвижного в неподвижное.

Ошибочно ставить необходимость лечения в зависимость от симптомов, являющихся по мнению некоторых авторов характерными для *Retroversio-flexio*.

¹⁾ Благодаря тому, что на брюшных стенках фиксируется не само тело матки, а петли круглых связок и, следовательно, происходит подвешивание матки, правильнее назвать операцию Gilliam'a-Кипарского не *Ventrofixatio uteri*, а *Ligamento-Ventrosuspensio uteri*.

Чем раньше, говорит *Küstner*, приступить к лечению неправильных положений матки, тем более простыми средствами можно ограничиться, тем раньше можно достигнуть прочного нормального положения матки без надобности в дальнейшем лечении.

Kröming не разделяет такой точки зрения *Küstner*'а и на основании своего опыта и опыта многих гинекологов считает, что не каждая подвижная *Retroversio-flexio* подлежит лечению, раз она не дает никаких симптомов; затем не всякая подвижная *Retroversio-flexio* может впоследствии, как это полагает *Küstner*, повести к опущению и пролапсу. Подвижная *Retroversio-flexio* только тогда должна быть подвергнута лечению, когда имеются какие-либо симптомы. В общем же надо сказать, что подвижные неосложненные случаи ретродевиаций не следует всегда рассматривать как патологические положения, так как такое положение есть лишь вариант нормального положения матки. Жалобы, с которыми такие больные обращаются к гинекологу, очень часто не имеют ничего общего с измененным положением матки. Такие явления, как дисменоррея, меноррагии, выделения, запоры и другие явления в различных отделах брюшной полости, только в очень незначительном числе случаев могут быть поставлены в причинную зависимость с существующей *Retroversio-flexio*, и жалобы эти могут быть излечены без того, чтобы была устранена *Retroversio-flexio*.

Graeffe считает неизбежными показаниями к исправлению подвижных ретродевиаций наличие у нервных женщин жалоб, локализирующихся в нижней половине живота. Естественно, что мысль таких женщин останавливается на том, что боли исходят из половой сферы. Если при исследовании таких больных сказать, что у них имеется неправильное положение матки, то это становится *ripstum fixum* всего их мышления, и такие больные блуждают от одного врача к другому, пока предпринятая корригирующая операция не освобождает их от этой навязчивой идеи. Трудно в таких случаях сказать, что сыграло большую роль, исправление ли неправильного положения матки или суггестивное влияние операции. Как пример суггестивного влияния, *Lölein* приводит случай из его клиники, когда ассистент для исправления неправильного положения матки предпринял *A. Adams*'овскую операцию. Операция эта ему не удалась, так как он не нашел круглой связки, матка, следовательно, осталась в том же положении, а между тем все имеющиеся до операции жалобы совершенно исчезли.

На основании этого и других подобных случаев ясно, как нужно быть осторожным с нервными больными при определении метода лечения неправильных положений матки. Лучше всего таким больным не говорить, что у них имеется неправильное положение матки; если они об этом уже осведомлены, то рекомендуется самым подробным образом исследовать общее их состояние, провести соответствующее симптоматическое лечение и только в случае неудачи прибегнуть к оперативному вмешательству, как последнему средству, могущему исцелить больную.

Корригирующая операция при подвижных ретродевиациях может быть рекомендована при бесплодии женщины, если нет других причин кроме неправильного положения матки, могущих объяснить такое бесплодие. Благоприятный результат в таких

случаях происходит, повидимому, вследствие лучшего контакта семени с шейкой матки, перемещающейся после операции в задний свод (*Grafte, Küstner*). Как ни заманчиво предположение, что задний свод, где помещается шейка антефлексированной матки, является своего рода receptaculum seminis и этим облегчается проникновение сперматозоидов в полость матки, все же нужно сознаться, что еще до сих пор мы не имеем достаточных доказательств, что всякое Retroversio-flexio uteri уже само по себе представляет положение, затрудняющее оплодотворение. Многочисленные авторы (*Bumm* ⁶), *Küstner, Körner, Franz* ⁷), *Fehling* ⁸), *Окинчи* ⁹), *Кузьмин* ¹⁰) и др.), описали случаи, когда предпринятая для устранения бесплодия корригирующая операция (в большинстве случаев *Al.-Ad.* операция) дала определенный положительный результат. По *Jaschke* ¹¹) корригирующая операция при подвижных ретродевиациях должна иметь место в случае наличия бесплодия или привычных аборт, когда может быть предположена зависимость от неправильного положения матки.

В гинекологической клинике Института Ligamento-Ventrosuspensio uteri при подвижной ретрофлексии была произведена только 2 раза. В одном случае при подвижной Retroversio-flexio в виду бесплодия больной и отсутствия каких-либо других причин, объясняющих такое бесплодие, была произведена корригирующая операция. К сожалению, эта больная спустя 7 месяцев после операции уехала на юг и известий относительно ее состояния не имеется. В другом случае при бимануальном исследовании определялась подвижная Retroversio-flexio, каковая не удерживалась в нормальном положении введением соответствующего кольца *Hodge*, боли были почти постоянные, больная все время лечилась массажем; вначале почувствовала некоторое облегчение, а затем снова наступило ухудшение. Эта больная ни разу не была беременна. При вскрытии брюшной полости найдены многочисленные рыхлые сращения между задней поверхностью матки и прямой кишкой, придатки в рыхлых сращениях, трубы не изменены. После операции больная находилась под наблюдением 2½ года; все бывшие до операции жалобы исчезли, но беременности не наступило.

Большой процент рецидивов после *Al.-Ad.* операции, отмечаемый многими авторами (*Fehling* 5%, *Кузьмин* 5,7%, *Hammerschlag* 7,4%, *Füth* 10,35%, *Bumm* 9,47%—13,57%, *Stoeckel* 9,5%, *Hödler* 17,86%—23,76%), а также плохой функциональный результат после нее (*Bumm* 12,8%, *Hödler* 37,21%, *Seitz* ¹²) около 60%), указывает на то, что показания к этой операции ставились ошибочно. Там, где матка казалась подвижной, как в одном из наших случаев, имелись сращения, не устранимые *Al.-Ad.* операцией. В вопросе лечения подвижных ретродевиаций матки наша клиника придерживается взгляда большинства гинекологов—подвижные ретродевиации без симптомов за редкими исключениями никакому лечению не подлежат; при наличии каких-либо симптомов, могущих зависеть от неправильного положения матки, сначала применяется консервативное лечение (массаж, кольцо), а в случае неудачи такового лечения—оперативное лечение, но обязательно с вскрытием брюшной полости (Ligamento-Ventrosuspensio uteri modo *Gilliam-Kuparskogo*).

При установке показаний к оперативному лечению осложненных ретродевиаций матки перед нами стоит разрешение подчас очень сложного вопроса, можем ли мы консервативными операциями на придатках и исправлением положения матки достичь устранения имеющихся жалоб и сделать женщину трудоспособной и здоровой. Повседневные наблюдения дают нам возможность убедиться в том, что при лечении воспалительных заболеваний полового аппарата женщины, мы в настоящее время применением как местной, так и общей терапии (покой, компрессы, спринцевание, ванны, грязевое лечение, электризация, диатермия, вакцинация, серотерапия и т. д.) достигаем настолько хороших результатов, что оперативного вмешательства можно совершенно избежать.

Поданными иностранных авторов (*Krönig, Bunn, Pehan-Keitler*¹³), *Henckel, Prochownik*¹⁴), *Schmid*¹⁵), *Amberger* и т. д.), а также и отечественных авторов (*Орлов, Кривский*¹⁶), *Яковцов*¹⁷) и т. д.), мы при консервативных методах лечения получаем исчезновение объективных изменений и отсутствие субъективных жалоб в 50—84% всех случаев, а при гонорройных опухолях придатков по *Krönig*'у и *Henckel*'ю даже в 80—90%.

Такие успехи консервативного лечения при хронических заболеваниях тазовых органов *Prochownik* считает наибольшим приобретением в гинекологии за последнее десятилетие. В то время как в доантисептическую эру силой обстоятельств приходилось прибегать к консервативным методам лечения и только в крайних случаях производить влагалищную пункцию, в периоде наибольшего развития оперативной гинекологии стала наблюдаться другая крайность—принципиально все случаи воспалительного заболевания тазовых органов лечить хирургическим путем. Эра хирургического вмешательства стала проявляться с того времени, когда *Lawson-Tait*'у в 1872 г. и *Hegar*'у в 1877 г. удалось впервые удалить с благополучным исходом двухсторонние пиосальпинксы. И с этого времени, как на это указал *Fehling*, гинекологи стали грешить против умеренности.

Введение расширенных влагалищных и абдоминальных операций при лечении воспалительных заболеваний полового аппарата женщины, благодаря трудам *Péan*'а, *Segond*'а, *Faur*'а, *Leopold*'а, *Martin*'а, *Schauta*, *Kelly*, *Omnia* и др. дало возможность достигнуть таким способом хороших как непосредственных, так и отдаленных результатов, где радикально излечивались длительные страдания женщины.

По новейшим данным, приводимым *Probstner*'ом¹⁸), результаты, достигаемые радикальной операцией воспалительных заболеваний придатков матки и тазовой брюшины, можно считать блестящими; так, по *Heckel*'ю (клиника *Olshausen*'а) в 80,9%, *Thaler*'у¹⁹) в 96%, а *Walshard*'у²⁰) даже в 100% отмечается полное исцеление. Таковы же результаты, полученные за последнее время нашими отечественными авторами (*Федоров*²¹), *Скробанский*²²).

Данные эти наглядно показывают, что эти операции приносят больной женщине почти полное исцеление, но путем лишения ее таких важных органов, как яичники и матка. В большинстве таких случаев мы имеем дело с молодыми женщинами, каковые.

если уже не надеются на потомство, то во всяком случае желают быть и считать себя женщинами.

По мнению большинства авторов удаление яичников у более пожилых женщин не имеет никакого значения, а у более молодых, каковых большинство, — настолько нарушает весь строй организма, что эти явления причиняют бóльшие страдания, чем заболевание, вследствие коего была сделана операция. У многих молодых женщин потеря менструации и преждевременное наступление климактерия могут вызвать тяжелые психические явления, значение коих авторами (*Glaevecke, Mainzer, Baruch* и др.) расценивается различно. Многие клиницисты (*Baisch, Cernach* и др.) делали такого рода наблюдения, что оставление одного или двух яичников при миоматомиях не всегда спасает женщину от явлений выпадения, и что оставление яичника предохраняет женщину от послеоперационных нервных расстройств только в 1,2—2,8% (*Sarweg, Walthard*). При этом они констатируют, что возраст никакой роли не играет. Не подлежит сомнению, что не все наступающие после операции явления должны быть отнесены за счет удаления яичников и в этих случаях надо предположить и другие факторы. *Walthard*, наиболее подробно изучивший взаимоотношение между женской половой сферой и нервной системой, приходит к заключению, что первоисточником явлений выпадения является не исчезновение функции яичников, а уже существующая до операции раздражимость нервной системы. Отсутствие функции яичника причина случайная, вызывающая известный симптомокомплекс только у лиц, к этому предрасположенных; сообразно этому профилактика явлений выпадения не должна сводиться исключительно к сохранению яичников, а главным образом должна быть направлена к устранению повышенной раздражимости нервной системы.

После довольно короткого увлечения радикальными операциями наступила довольно резкая реакция и способы, ведущие к кастрации женщины, хотя и давали прекрасные первичные результаты, стали считаться не научными, так как операцией этой удалялся заболевший орган и совершенно не обращалось внимание на физиологическое его значение для организма. А значение это определялось не только тем, что удалялась половая железа, выделяющая яйцо, но и оказывающая, как показали экспериментальные данные, влияние на процессы окисления (*Loewy, Richter, Polak*), кроветворения (*Noorden, Brauer*) и производящая животворящее действие на общее состояние женщины (*Яковцов*).

Одним из самых ярых защитников консервативной хирургии при операциях на придатках становится в 1887 году *Schröder*²³), указывающий на то, что целью этих операций является сохранение женщине способности деторождения, менструации и внутренней секреции. Как ни заманчива эта цель, но все же нужно признать, что результаты, получаемые до последнего времени консервативными операциями на придатках матки, значительно хуже результатов, достигнутых радикальными операциями. Так из данных, приводимых *Probstner*'ом, видно, что наихудшие результаты в смысле полного исцеления получены при консервативных операциях *Lawson-Tait*'ом в 38,5% при одностороннем и *Schiffmann-Patek*'ом в 38,4% при двухстороннем удалении придатков матки.

а наилучшие—*Becker*'ом (клиника *Küstner*'а) в 75,6% и *Schmidt*'ом (клиника *Wagner*'а) в 83%.

Не подлежит сомнению, что все наши операции на придатках имеют известный риск, так как, приступая к операции, мы до настоящего времени не имели возможности на основании клинических исследований получить достаточно данных для выяснения бактериологического характера воспалительного процесса, присутствия в гною живых микробов и в положительных случаях степень их вирулентности (*Скробанский*). Все эти вопросы, несмотря на громадное количество клинико-бактериологических исследований, не могут считаться решенными (*Wertheim, Menge, Pankow, Neumann*). Данные *Kiefer*'а, основанные на бактериологическом исследовании 40 случаев гнойных пиосальпинксов, что в инкапсулированных гнойниках гной теряет свою вирулентность в течение $3\frac{1}{4}$ —1 года, считаются общепризнанными только для гонококка; что же касается стрептококка, то он обладает способностью сохранять свою вирулентность довольно долго—до нескольких лет. Если его действие и ослаблено или даже потеряно, то при благоприятных условиях вирулентность его снова может восстановиться (*Jung, Martin, Olshausen*).

Точно также определение лейкоцитоза крови (*Вайнштейн, Dützmann, Pankow* и др.), определение опсонов в крови и реакция отклонения комплемента не дали достаточно определенных результатов, могущих иметь практическое значение.

В настоящее время, благодаря выяснению клинического значения реакции оседания эритроцитов, введенной в клиническую практику и лабораторно изученной *Fahraeus*'ом ²⁴⁾ (1918 г.), мы получили возможность при помощи этой реакции выбирать, как подходящие случаи, так и соответствующий момент для операции, благодаря чему такого рода операции теряют значительную долю своего риска.

Многочисленные работы *Linzenmeier*'а ²⁵⁾, *Kumpf*'а, *Löhra, Манделштама* ²⁶⁾, *Половой-Теребинской* ²⁷⁾ показали, что реакция *Fahraeus*'а является вполне пригодной для дифференциального диагноза воспалительных от невоспалительных процессов. Данные этой реакции, проверенные уже на громадном клиническом материале, дают возможность, кроме ее дифференциально-диагностического значения, устанавливать, как подходящий момент, так и выбор метода консервативного лечения при воспалительных заболеваниях половой сферы женщины (допустимость гинекологического массажа, уместность выскабливания при кровотечениях на почве воспалительных заболеваний придатков и т. д.).

Благодаря реакции *Fahraeus*'а мы в гинекологической клинике Государственного Института для усовершенствования врачей стали с большой осторожностью выбирать подходящие случаи для консервативного оперативного лечения воспалительных заболеваний придатков матки и тазовой брюшины, вследствие чего % операбильности таких случаев понизился с 4,3% до 1,6%. Затем более точная установка показаний к оперативному вмешательству и, следовательно, подбор более подходящих случаев дали нам возможность улучшить как непосредственные, так и отдаленные послеоперационные результаты. Ранее наблюдаемый после таких

операций неблагоприятный функциональный результат понизился с 9,2% до 3,4%. Смертность понизилась с 1,9% до 0%.

В общем можно сказать, что, на основании нашего большого опыта и опыта других клиницистов, можно прийти к вполне определенному выводу, что случаи, оперированные по случаю хронического заболевания придатков матки и тазовой брюшины с ретродевиациями и без таковых, где реакция *Fahraeus's* была более 1½ часа, протекают без осложнений. В некоторых случаях с оседанием менее 1½ часа (1 ч. 15 м.—1 ч. 20 м.) наблюдались в послеоперационном периоде незначительные повышения температуры с образованием быстро проходящих реактивных выпотов.

Улучшению результатов, получаемых при консервативных операциях на придатках, кроме введения реакции *Fahraeus's*, способствовало, конечно, и усовершенствование техники самой операции. Нет ничего удивительного, что практиковавшееся в прежнее время простое отсечение придатков матки вело в большинстве случаев к последующим экссудатам, так как оставались заведомо болезненные очаги. Клиновидная эксцизия труб, введенная и горячо рекомендованная *Fritsch'em* и *Schau'l'a*, является большой их заслугой в деле улучшения оперативной техники при операциях воспалительных заболеваний придатков матки и тазовой брюшины. Результаты операции стали лучше, но не в значительной степени, так как подробными исследованиями *Fritsch'a* доказано, что при клиновидной эксцизии удаляется не вся интрастициальная часть труб. Главнейшим улучшением техники операции явилась операция *Beuttner'a*²⁸), состоящая в клиновидном иссечении дна матки вместе с трубами. Целесообразность этого способа явствует, как из данных самого *Beuttner'a*, так и *Schmidl'a*, получившего на 120 операций воспалительных заболеваний придатков матки—83% полного излечения. Такой цифры не дал до сих пор ни один из авторов, применявших консервативные операции на придатках, и эта цифра приближается к цифрам, полученным авторами при радикальной операции.

Объясняется это тем, что при фундальной эксцизии дна матки вместе с трубами выпотные экссудаты наблюдаются реже, так как исключается возможность проникновения инфекции из оставляемой части труб; особенно это нужно отметить относительно гонорройных заболеваний придатков матки, так как из работ *Wertheim'a* известно, что гонококки могут находиться не только в слизистой, но и проникать в миометрий. При фундальной эксцизии дна матки невозможна новая инфекция из матки на брюшину; швы, накладываемые при ней, помещаются в здоровой ткани, в то время, как при обыкновенном отсечении и клиновидной эксцизии всегда есть возможность, что швы накладываются на заведомо инфильтрованную ткань. По *Blair-Bell'ю* всегда при инфекции труб оказывается инфильтрованным и дно матки. Это ему удалось доказать своими микроскопическими исследованиями. *Beuttner* в большинстве оперированных случаев обнаруживал явления хронического метрита в резецируемом клине матки.

Schmid своими гистологическими исследованиями при фундальной эксцизии констатировал, что более чем в половине случаев имелись, кроме воспалительных изменений труб, воспали-

тельные инфильтраты между мышечными пучками матки и главным образом не только в непосредственной окружности труб, но и вдали от нее в форме гнездных включений, состоящих из лимфоцитов и плазматических клеток. Эти наблюдения в достаточной степени подтверждают целесообразность применения *Beuttner*'овской операции, и я должен сказать, что и на опыте нашей клиники, правда, небольшом (17 случаев) *Beuttner*'овская операция улучшила результат консервативных операций на придатках.

Так как в 10—15% (*Nebesky*) наблюдаемых после консервативных операций на придатках экссудатах причиной являются шелковые лигатуры, то при этих операциях нужно применять исключительно кэтгут.

Операция *Gilliam*'а и *Gilliam - Кипарского* по поводу фиксированных ретродевиаций была произведена в гинекологической клинике Государственного Института для усовершенствования врачей 72 раза; в это количество входят случаи, находящиеся под наблюдением (58 случаев) от 6 месяцев до 3½ лет. Рецидивов в этой группе случаев наблюдалось—6,9%; если же взять отдельно операции, произведенные по способу *Gilliam*'а и отдельно по способу *Gilliam - Кипарского*, то наблюдается резкое понижение рецидивов при применении способа *Gilliam - Кипарского*, так, с 6,9% до 3,6%, т. е. почти вдвое. Что касается неудовлетворительных функциональных результатов, то в этой группе случаев они определяются в 10,3%. Как я уже указывал выше, более точная установка показаний к оперативному вмешательству благодаря введению в клинику реакции *Fabraeus*'а дала нам возможность за последнее время понизить этот относительно высокий процент неудовлетворительных функциональных результатов до 3,4%.

При установке показаний к оперативному лечению осложненных ретродевиаций, а также воспалительных заболеваний придатков матки и тазовой брюшины без ретродевиаций мы должны стоять на той точке зрения, что в интересах больных излечить их в наиболее короткое время консервативным путем. В тех же случаях, когда мы, исчерпав все находящиеся в нашем распоряжении терапевтические меры, приходим к убеждению, что никакие терапевтические меры не помогают, а боли остаются постоянными, нетерпимыми, отчего страдает, как физическое, так и психическое состояние женщины, то мы обязаны притти на помощь оперативным путем, что должно производиться наиболее консервативно, не только по отношению к трубам, но особенно к яичникам. В выборе рода операции при таких поражениях играет важную роль опыт хирурга. Всегда при консервативных операциях на придатках нужно помнить мудрое правило *Seth'a-Gordon'a*, что консервативная хирургия требует восстановления здоровья, а не сохранения во что бы то ни стало большого и ненужного органа.

Само собой разумеется, что там, где имеются глубокие обширные поражения, консервативная операция не должна применяться, и тогда в полные свои права должна вступить операция радикальная.

Во второй группе случаев *Ligamento-Ventrosuspensio uteri* по способу *Gilliam*'а и *Gilliam - Кипарского* была произведена, как

профилактическая операция, 40 раз; проконтролировано 29 больных, рецидив наблюдался в 6,9%; если взять отдельно операции, произведенные по способу *Gilliam*'а и отдельно—по *Gilliam-Kunarsкому*, то процент рецидивов при втором способе, насколько, конечно, можно делать выводы на основании такого небольшого материала, значительно ниже—2,4%. Неудовлетворительный функциональный результат, определявшийся в 10,34%, в настоящее время, благодаря введению в клинику реакции *Fabraeus*'а, понизился до 4,2%.

Первым, указавшим на целесообразность применения профиксирующих операций при овариотомиях, сальпингоофоректомиях, внематочной беременности и других операциях, был *Thomson*. *Ekstein*²⁹), являющийся горячим сторонником этой профилактической операции, указывает на то, что на громадном материале ему неоднократно приходилось подвергать вторичной операции тех больных, коим была сделана односторонняя операция на придатках. После таких операций образовывались ретрофлексии или другие смещения матки, вследствие чего больные чувствовали себя гораздо хуже, чем до операции. Все эти больные избавлены были бы от необходимости подвергнуться вторичному вмешательству, если бы после односторонних операций была бы им сделана профиксирующая операция. Это мнение *Ekstein*'а мы можем вполне подтвердить на материале нашей клиники.

Против *Ligamento-Ventrosuspensio uteri*, как профилактической операции, в таких случаях можно сказать, что совершенно неправильно для предотвращения возможного неправильного положения матки перевести его в патологическое положение, но ведь несомненно, что при хорошем методе *Ventrosuspensio* получается положение матки, почти приближающееся к нормальному. Само собой разумеется, что операция эта должна производиться, как профилактическая мера, когда вскрывается брюшная полость по каким-либо показаниям, и где создаются условия благоприятные для образования новых сращений, могущих вести к смещению матки; неправильного же положения матки можно ожидать во всех тех случаях, где повреждается подвешивающий аппарат матки. Такое повреждение могло произойти еще до операции (большие опухоли, воспалительные процессы и т. д., смещающие матку в ту или другую сторону) или же во время самой операции (необходимость удаления при больших опухолях, располагающихся межсвязочно, *partis lateralis retinaculi uteri*, повреждения *lig. rotundi* и т. д.).

Germann, *Thomson*, *Ekstein*, *Kunarsкий* и другие считают, что профилактическая *Ligamento-Ventrosuspensio uteri* является операцией вполне обоснованной и должна быть рекомендована для улучшения результатов при многих гинекологических операциях.

Антефиксация матки при операциях воспалительных заболеваний придатков матки и тазовой брюшины производилась и производится в настоящее время многими гинекологами (*Olshausen*, *Küstner*, *Bumm*, *Th. Seitz*, *Fuchs*, *Ekstein*, *Albert* и др.). *Schmid* на 120 операций такого рода произвел антефиксацию матки в 42,5%; *Busse* в 22% при наличии сращений между маткой и кишкой; на материале нашей клиники при чревосечениях, предпринятых по поводу различных заболеваний матки, придатков и тазовой брю-

шины Ligamento-Ventrosuspensio uteri произведена в 29,8%. Мы не можем разделить точку зрения *Prüssman'a*, рекомендующего всегда при операциях на придатках матки производить антефиксирующую операцию, но считаем, что Ligamento-Ventrosuspensio uteri, как профилактическая операция, должна применяться в соответствующих случаях, т. е. там, где при операции мы видим, что, как результат операции, может образоваться то или иное смещение матки. В таких случаях, операция эта может считаться вполне обоснованной и рациональной.

В третьей группе случаев операция *Gilliam'a* и *Gilliam-Кипарского* применялась, как операция вспомогательная или подкрепляющая, когда производилось восстановление тазового дна при опущениях и проляпсах влагалища и матки с ретродевиацией и без таковой. Таких операций произведено 39, проконтролировано 32, рецидивов 3,2%; неудовлетворительных функциональных результатов 3,2%. Если взять отдельно случаи, оперированные по способу *Gilliam'a* и *Gilliam-Кипарского*, то при первом способе мы получим рецидив в 5,9%, а при втором—0. Функционально неудовлетворительный результат при первом способе—5,9%, при втором—0.

Хорошие результаты, достигнутые в случаях третьей группы, объясняются тем, что при этих заболеваниях мы, встречаясь не только с расслаблением и повреждением тазового дна, но и расслаблением всего связочного аппарата матки—так называемого по *Martin'у*—*Retinaculum uteri*, стремились устранить, как несостоятельность тазового дна, так и создать нормальное положение матки.

Не входя в подробное изложение этиологии опущений и выпадений, нужно отметить, что так как ни теория *Halban-Tandler'a* о том, что половой аппарат удерживается в своем нормальном анатомическом положении только мускулатурой тазового дна, при целостности и хорошем развитии коего может парализоваться действие брюшного пресса, ни теория *Bumm'a* и *Ed. Martin'a*, что связочный аппарат матки является главной силой, удерживающей половые органы в нормальном положении, не дают нам достаточных аргументов для признания без оговорок той или другой теории, мы должны считаться с тем, что оба эти аппарата (мускулатура тазового дна и связочный аппарат—связки, тяжи, составляющие уплотненные части тазовой клетчатки) играют важную роль в удержании половых органов женщины в их нормальном положении, дополняя друг друга и суммируя известным образом свое действие.

Так как, говорит *Küstner*, неправильное положение матки и проляпс этиологически между собой связаны, то терапия в обоих случаях по возможности должна сводиться к восстановлению нормальных анатомических соотношений, т. е. нормальному положению матки и восстановлению тазового дна. Если можно не соглашаться с мнением *Küstner*, что во всех случаях неправильное положение матки и проляпса этиологически между собой связаны, то все же в вопросе о терапии этих заболеваний наиболее правильной будет та терапия, при коей устраняется не только повреждение тазового дна, но и связочного аппарата. В настоящее время мы уже имеем многочисленные сообщения о хороших результатах, полученных авторами, применявшими эти комбинированные опера-

ции (*Bumm, Seitz, Küstner, Fuchs, Fehling, Frank, Ill, Macfarlane, Кузьмин* и др.). Конечно, и этими операциями мы не можем добиться получения идеальных результатов, но не подлежит сомнению, что этими операциями, как показывают наблюдения других авторов, так и наши собственные, — процент рецидивов значительно уменьшается, в особенности, если эти комбинированные операции производить так, как они производятся в нашей клинике, т. е. восстановление тазового дна при малом освежении и изолированном зашивании *levat. ani* и профиксирующая операция *Ligamento-Ventrosuspensio uteri* по способу *Gilliam-Kunарского*.

Хотя наш материал в этой группе случаев не так велик, чтобы делать из него какие-либо решающие окончательные выводы, но все же эти благоприятные результаты вполне подтверждают правильное научное обоснование этих комбинированных операций и побуждают нас и в дальнейшем производить и усовершенствовать эти методы оперативного вмешательства.

При опущениях и выпадениях стенок влагалища и матки без ретродевиации, мы также должны сообразно нашим теперешним познаниям о генезе этих заболеваний комбинировать антефиксацию матки с пластическими операциями, укрепляющими тазовое дно.

Рассматривая общее количество 153 операций, произведенных по способу *Gilliam'a* и *Gilliam-Kunарского*, нужно отметить, что из этого количества больных 119 (77,7%) подверглись последующему контрольному исследованию (срок наблюдения не меньше 6 месяцев). Рецидивов отмечается 5,8%, неудовлетворительных функциональных результатов 8,4%.

Как я уже указал, введение в клинику реакции *Fabraeus'a* дало нам возможность понизить получение неудовлетворительных функциональных результатов с 8,4% до 3,4%, а применение способа *Кунарского* — процент рецидивов с 6,9% до 0% (в III группе случаев, правда, малочисленной). Операциями этими удалось устранить бесплодие в 11%. Беременность и роды протекают вполне нормально; матка после родов устанавливается в нормальном положении, а количество выкидышей после них соответствует количеству выкидышей по отношению к родам вообще.

Хорошие результаты, достигнутые этими операциями, нужно поставить в зависимость от следующих 5-ти причин: 1) для фиксации применяется наиболее сильно развитая маточная часть связки; 2) эта маточная часть связки при слабом своем развитии (первичном или вторичном) может быть еще усилена по способу проф. *Кунарского*, благодаря чему достигается более прочная фиксация, уменьшающая количество рецидивов; 3) круглые связки выходят из брюшной полости в месте почти соответствующем нормальному их отхождению, благодаря чему устраняется возможность образования 3-х карманов и ущемления кишок; 4) этой операцией устраняются нарушения, как при беременности, так и при родах, благодаря тому, что основная часть связки гиперплазируется и растягивается во время беременности в такой степени, что гарантирует правильное функционирование матки, и 5) фиксация связки происходит на апоневрозе.

Перед *Al.-Adams'овской* операцией она имеет те преимущества, что не сложнее, а проще по технике, а, главным образом,

потому, что может быть применена как при фиксированных, так и подвижных ретродевиациях, в то время, как *Al.-Adams'*овская операция должна производиться исключительно при абсолютно подвижных ретродевиациях и, следовательно, круг ее применения очень ограничен.

Преимущества *Ligamento-Ventrosuspensio uteri* перед операциями *Ventrofixatio* вытекают уже из того, что последние могут применяться только у лиц, находящихся во внечадородном возрасте, в то время, как *Ligamento-Ventrosuspensio* применима как у тех, так и других, особенно при модификации проф. *Кипарского*.

Кроме того, *Ventrofixatio uteri* опасна в том отношении, что здесь укрепление матки кпереди происходит путем образования не только серозных, но и серофибринозных сращений (*ligamentum fundale tertium*), могущих повести к ущемлению кишек.

Что касается преимуществ *Ligamento-Ventrosuspensio uteri* по *Gilliam'*у перед различными методами внутрибрюшного укорочения круглых связок, будь то влагалищным или абдоминальным способами, то при них укорочение и удержание матки кпереди должно происходить путем сращения их брюшинных покровов, каковые легко растягиваются; кроме того, при них выключается самая сильная маточная часть связки, и необходимое удержание матки кпереди возлагается на ее периферический, более слабо развитой конец, каковой особенно для случаев оперативных, когда связки могут быть очень тонки и растяжимы, является особенно опасным для образования рецидивов.

В основе своей *Ligamento-Ventrosuspensio uteri* по способу *Gilliam-Кипарского* есть только укорочение круглых связок, как и при *Al.-Adams'*овской операции с тою только разницей, что в противоположность последней прохождение круглых связок перемещается более медиально. Результаты, полученные на нашем материале, а также результаты, полученные другими авторами, применявшими эту операцию и родственную ей операцию *Doléris*, должны снискать ей общее признание и распространение и при накоплении достаточно строго разработанного клинического материала операция эта должна стать операцией выбора не только при осложненных, но и простых (подвижных) ретродевиациях матки.

Литература: 1) *Gilliam*. Monatssch. f. Geb. Bd. XIV, 1901. Am. Journ. of Obst. 1913. — 2) *Heymann*. Mon. f. Geb. Bd. XLV. — 3) *Theilhaber*. Zbl. f. Gyn. 1909, № 19. — 4) *Krönig*. Mon. f. Geb. Bd. X, XI. — 5) *Küstner*. Hand. f. Gyn. (Veit) 1907. — 6) *Bumm*. Zbl. f. Gyn. 1907, № 6, 1922, № 20. — 7) *Franz*. Zbl. f. Gyn. 1922, № 20. — 8) *Fehling*. Zbl. f. Gyn. 1922, № 13. — 9) *Окинщик*. Русск. Гинек. Вестн. 1909. — 10) *Кузьмин*. Дисс. 1905. — 11) *Jaschke*. Zbl. f. Gyn. 1922, № 24. — 12) *Seitz*. Arch. f. Gyn. Bd. 114. — 13) *Peham-Keitler*. Festsch. Chrobak. 1903. — 14) *Prochownik*. Mon. f. Geb. 1909. Bd. 29. — 15) *Schmid*. Arch. f. Gyn. Bd. 113. — 16) *Кривский*. Mon. f. Geb. Bd. 39. — 17) *Яковцов*. Сборн. труд., посв. Отгу, 1911. — 18) *Probstner*. Zbl. f. Gyn. 1922, № 7. — 19) *Thaler*. Arch. f. Gyn. Bd. 93. — 20) *Walther*. Münch. med. Woch. 1918, № 14. — 21) *Федоров*. Сборник работ по акуш. и гинек. 1921. — 22) *Скробанский*. Ibidem. — 23) *Schröder*. Zbl. f. Gyn. 1884, № 8. — 24) *Fahrraeus*. Bioch. Zeitschr. Bd. 89. 1918. — 25) *Linzenmeier*. Arch. f. Gyn. Bd. 113. — 26) *Мандельштам*, А. Врач. Журнал 1922, № 2—3. — 27) *Попова-Теребинская*. Доклад на всероссийск. с'езде гинек. 1924. — 28) *Beutner*. Zbl. f. Gyn. 1908, № 32. — 29) *Ekstein*. Zbl. f. Gyn. 1920, № 26, 1922, № 25.

Из Гинекологической клиники (завед. проф. Р. В. Кипарский) и Бактериологического отделения (завед. проф. Г. Д. Белоновский) Госуд. Института для усовершенствования врачей.

Биологические основы реакции оседания эритроцитов *).

(О некоторых изменениях кровяной плазмы во время беременности и при воспалительных заболеваниях).

Экспериментальное исследование.

Приват-доцента **А. Э. МАНДЕЛЬШТАМА** (Ленинград),
ассистента Гинекологической клиники.

В то время, как еще в недавнем прошлом все внимание клинических исследователей было обращено на изучение морфологического и химического состава крови и других тканевых жидкостей, в последние годы стало укрепляться сознание, что такое изучение вопроса является односторонним, после того, как было доказано значение ранее игнорированных физических или, вернее, физико-химических принципов, обуславливающих часть, так сказать, биологических особенностей того или иного секрета или экскрета. К таким физико-химическим, или, если можно так выразиться, функциональным исследованиям относится на ряду с мейостагминовой реакцией крови, сталагмометрическими исследованиями мочи, различными способами исследования спинномозговой жидкости (например, т. наз. Goldsolreaktion) и др.—определение быстроты оседания эритроцитов в плазме (реакция Fahrrgaeus'a).

Ознакомление с биологическими изменениями, происходящими в плазме (resp. сыворотке), возрождает в новом свете и подводит научную основу под старое учение о гуморальной патологии, которой на ряду с целлюлярной патологией вновь должно быть отведено заслуженное почетное место.

В то время, как клиническое значение интересующей нас в настоящий момент реакции оседания эритроцитов можно в общем считать достаточно выясненным, теоретическая сторона вопроса—внутренняя сущность и причина этого своеобразного феномена—для нас остается во многом неясной. Несмотря на обширные работы таких выдающихся биологов, как Höber, Abderhalden,

*) Доложено на I Всероссийском Съезде Патологов (Ленинград, октябрь 1923 г.) и на 6-м Всесоюзном Съезде Акушеров и Гинекологов (Москва, июнь 1924 г.).

Bürger, Fahrgæus и др., нет единства взглядов, нет общепризнанной теории, могущей выяснить все стороны изучаемого нами вопроса.

В настоящей работе подвергнуты разбору существующие теории реакции Fahrgæus'a, и произведена попытка установить, существует ли параллелизм между некоторыми биологическими изменениями плазмы и быстротой оседания эритроцитов, чтобы таким образом подойти ближе к биологическим основам феномена, который нам клинически оказывает неоценимые услуги.

1. Физиологическое родство плазм (resp. сывороток) беременных и больных, страдающих воспалительными заболеваниями.

Глубокие биологические изменения, происходящие в организме женщины в связи с беременностью, оказывают влияние и на свойства плазмы, являющейся средой, в которую поступают продукты жизнедеятельности плода (resp. яйца) и белковые тела, возникающие в результате измененного химизма обмена веществ беременной.

Если мы оставим в стороне изменения морфологического состава крови и появление в плазме разнообразных органических соединений, обнаруживаемых химическим путем, то остается еще целый ряд своеобразных свойств крови беременных, которых до сих пор не удавалось определять под микроскопом или химическими анализами, но которые, проявляясь, так сказать, аномальными функциональными способностями такой плазмы (или сыворотки), неоднократно подавали надежду быть использованными для какой-либо специфической реакции на беременность.

Правда, до сих пор попытки в этом направлении оказывались безуспешными. Если пред'являть к такой реакции требование строгой специфичности, то для подтверждения исполнимости такого постулата было бы необходимо, чтобы во время беременности происходили какие-либо исключительно для беременности характерные изменения; последнее, однако, еще не доказано никакими исследованиями.

Правда, от этого интерес к биологическим изменениям крови беременных, которые наблюдаются регулярно, особенно в последние месяцы беременности, несколько не уменьшается, но дает нам стимул к дальнейшим изысканиям. Безусловно заслуживает внимания, что изменения, встречающиеся во время беременности, часто наблюдаются при таких болезнетворных процессах, которые по своей сути проявляют известное родство с физиологическим состоянием беременности. Сюда относятся злокачественные опухоли, хронические инфекции и воспалительные процессы, при которых эксцессивный рост и ненормальный распад клеточных элементов представляют tertium comparationis, которое приближает их в некоторых отношениях к состоянию беременности (v. Oettingen).

Поэтому неудивительно, что вновь открытое Fahrgæus'ом ускоренное оседание эритроцитов наблюдается не только во время беременности, но и при вышеуказанных заболеваниях. Однако, ни в каком случае ускоренная SR ¹⁾ не может рассматриваться,

¹⁾ SR = Senkungs-Reaktion = реакция оседания эритроцитов.

как главное или единственное происходящее при указанных состояниях изменение плазмы, хотя бы в смысле методики оно легче всего поддавалось определению.

Уже ранее в серологии был установлен ряд дифференцирующих свойств, согласующихся с результатами реакции *Fahrraeus's*, — и показывающих, что наибольшая разница существует между кровью беременных и кровью новорожденных, в то время, как кровь здоровых людей занимает середину между этими двумя полюсами.

Эти свойства касаются гемолитического действия, свертываемости, лабильности и положения изоэлектрического пункта, а также агглютинационных способностей плазм (*resp.* сывороток).

Более старые исследования относительно гемолитического действия человеческой сыворотки по отношению к чужеродной крови показали, что в крови новорожденных, как правило, отсутствуют гемолитические функции или обнаруживаются в значительно меньшей степени, чем в материнских сыворотках (*Halban* и *Landsteiner, Sachs, Schenk, Polano, Rycosch, v. Graff* и *Zubrzycki*), что зависит по *Sachs's*у и *Polano*, главным образом, от недостатка в амбоцепторах, в то время, как доказано нормальное присутствие комплемента.

Дальнейшие опыты касались действия змеиных ядов. — Из исследований *Flexner's*а и *Noguschi, Calmette's*а, *Kyes's*а и *Sachs's*а известно, что раствор (1:5000) яда кобр вызывает гемолиз эмульсии свежих эритроцитов при прибавлении к этой смеси сыворотки беременной и притом лишь тогда, когда сыворотка инактивирована, т. е. исключено действие комплемента; процесс этот зависит по преимуществу от участия липоидных веществ, которые выделяются сывороткой в качестве активаторов змеиного яда.

Активирующая способность сывороток беременных обнаруживается с большим постоянством с 4-го месяца беременности (*Hüssy*), но наблюдается подчас и раньше — на 2—3 месяце (*Heynemann, v. Graff, Zubrzycki*).

По *Calmette'y, Breton, Massol* и *Guérin'y* при туберкулезных процессах сыворотка также особенно пригодна в качестве активатора змеиного яда для гемолиза кровяных телец лошади.

Ряд дальнейших опытов и наблюдений (*Bauer* и *Lehndorff, Neubauer, Heynemann, Kraus, Römer, v. Graff* и др.) показал, что инактивированная сыворотка в состоянии активировать змеиные яды не только при *tbc* и во время беременности, но и при злокачественных опухолях. Здесь мы также наталкиваемся на своеобразное явление, что сыворотки новорожденных диаметрально противоположны сывороткам беременных, так как они подчас не обнаруживают свойственной сывороткам последних активирующей функции (*Bauer* и *Lehndorff, Heynemann, Römer, v. Graff*).

Равным образом и образование антитрипсина в организме беременных, обнаруженное *Fink'ом* с 4-го месяца беременности, может быть доказано и при воспалительных заболеваниях и злокачественных новообразованиях, что зависит, по *Ascher'y*у от ферментов, вырабатываемых печенью и селезенкой при указанных процессах.

Другой ряд явлений касается агглютинации клеточных элементов плазмами (*resp.* сыворотками). Здесь различаются 2 отдель-

ных периода; первый—это обнаруженная около 15—20 лет тому назад повышенная агглютинация различных видов бактерий сыворотками беременных; второй—открытое в последние годы *Fahrraeus*'ом ускорение SR в крови беременных. По *v. Oettingen*'у эти явления принципиально идентичны и зависят от сложных физико-химических изменений кровяной плазмы во время беременности. Как в выработке антитрипсина, агглютининов, так и в других свойствах, как осаждаемость белков (лабильность), свертываемость и т. п., плазмы новорожденных и беременных, как показали исследования, резко отличаются друг от друга.

Цель моих экспериментальных исследований сводилась к установлению различия свойств плазм с быстрой и медленной SR, при чем работа велась с 4 группами плазм: „воспалительных“ больных, рожениц (*resp.* беременных на 2-ой половине беременности), здоровых небеременных женщин и новорожденных.

2. SR и морфологический состав крови.

Прежде чем перейти к разбору, существующих теорий о причинах различной быстроты оседания эритроцитов, я считаю необходимым вкратце остановиться на вопросе о взаимоотношении между быстротой SR и морфологическим составом крови.

Если по окончании реакции оседания сравнивать пробирки с быстро оседающими эритроцитами и медленно оседающими, то оказывается, что в первых об'ем отделившихся эритроцитов равен приблизительно $\frac{1}{4}$ (или несколько больше, подчас меньше) общего об'ема цитратной крови, во вторых же слой эритроцитов равен $\frac{1}{3}$ высоты кровяного столба, доходя в некоторых случаях почти до $\frac{1}{2}$. Аналогичные наблюдения сделаны и *М. Э. Мандельштамом* и *С. Т. Пунко*¹⁾.

Эти данные, казалось бы, говорят за определенную зависимость между быстротой SR и количеством эритроцитов, а именно, что при малом количестве эритроцитов SR происходит быстро, при большом—медленно. Такой точки зрения придерживается и *Fahrraeus*. — Однако, по *Plaut*'у, *Linzenmeier*'у, *Kowacz*'у и др. нет параллелизма между быстротой SR и количеством Hg и Hb.

Опыты *Vida* показали, что при прибавлении эритроцитов по каплям к плазмам оседание происходит медленно, при чем незначительное ускорение идет параллельно с увеличением концентрации эритроцитов, и лишь после достижения нормальной концентрации получается характерная для данного индивидуума SR.

По *Plaut*'у же, если добавлять дефибринированные эритроциты к сывороткам,—оседание происходит тем быстрее, чем меньше число Hg.

Для выяснения отношения состава крови к скорости SR я произвел исследование морфологической картины при быстром, умеренно-ускоренном, нормальном и замедленном оседании эритроцитов.

¹⁾ Врач. Газ. 1925 г., № 7.

Таблица 1.

	SR	Eg	L	Hb
1	— час. 14 мин.	3.500.000	6.100	53 ^o / _o
2	— " 19 "	5.260.000	7.300	92 ^o / _o
3	— " 23 "	3.100.000	6.300	48 ^o / _o
4	— " 30 "	4.400.000	6.000	60 ^o / _o
5	— " 32 "	3.420.000	6.600	65 ^o / _o
6	— " 41 "	6.380.000	5.850	72 ^o / _o
7	— " 50 "	4.300.000	13.600	58 ^o / _o
8	1 " — "	4.600.000	13.400	66 ^o / _o
9	1 " 12 "	4.100.000	8.200	68 ^o / _o
10	1 " 21 "	4.150.000	8.200	70 ^o / _o
11	1 " 30 "	4.900.000	9.600	82 ^o / _o
12	1 " 46 "	2.750.000	5.500	90 ^o / _o
13	2 " 20 "	1.700.000	3.400	17 ^o / _o
14	2 " 49 "	3.650.000	6.600	84 ^o / _o
15	3 " 10 "	4.100.000	5.700	74 ^o / _o
16	3 " 50 "	7.000.000	8.500	79 ^o / _o
17	4 " — "	3.600.000	4.200	71 ^o / _o
18	5 " 40 "	4.200.000	9.700	69 ^o / _o
19	7 " 05 "	5.150.000	4.600	84 ^o / _o
20	9 " 12 "	3.950.000	6.100	75 ^o / _o

Из приведенной таблицы следует, что никакого определенного параллелизма между количеством форменных элементов крови, гесп. содержанием гемоглобина в эритроцитах и быстротой SR не существует. Эти выводы вполне подтверждают обстоятельные исследования *Büscher'a*.

Правда, обычно при анемиях, связанных с кровопотерями, или зависящих от заболеваний кроветворных органов, мы наблюдаем более или менее резкое ускорение оседания эритроцитов. Однако, неоднократно мне приходилось обнаруживать вполне нормальную продолжительность реакции у обескровленных больных, страдавших фибромиомой матки, *metropath. haemorrh.*, у кахектических канкрозных больных и т. д. К такому же выводу приходит *М. Э. Мандельштам*¹⁾, нашедший на большом клиническом материале (терапевтические больные) лишь при некоторых видах анемий параллелизм между количеством эритроцитов и продолжительностью оседания кровяных телец.

Хотя ускоренная SR наичаще наблюдается при воспалительных заболеваниях, параллелизма между лейкоцитозом и быстротой

¹⁾ *М. Э. Мандельштам*. Доклад на 7-м Всесоюзном Съезде Терапевтов. Москва, 1924 г. (Журн. для усоверш. врачей. 1925 г., № 4).

реакции тоже не существует. Последнее подтверждается и наблюдениями *Hayem*'а о лейкоцитозе новорожденных. В то время, как SR в плазме новорожденных продолжается 24—48 часов, количество лейкоцитов у новорожденных по *Hayem*'у в первые два дня жизни доходит до 18.000. Число это, начиная с 3-го дня, падает. Но еще и в позднейшие месяцы детского возраста наблюдается иногда довольно высокое содержание лейкоцитов.

Лейкоцитоз беременных, которому прежде приписывали большое значение, играет, однако, по новейшим более точным исследованиям *Arneht*'а ограниченную роль. У многорожавших женщин обыкновенно не происходит увеличения содержания лейкоцитов; у 1-рождающих число лейкоцитов удерживается на верхних границах нормы. Во время родов по *Biernbaum*'у и *Zangemeister*'у иногда наблюдается довольно значительный лейкоцитоз (до 29.000 л.). После родоразрешения количество L. быстро падает до нормы.

3. Различные теории реакции оседания эритроцитов.

Несмотря на интенсивную экспериментально-лабораторную разработку вопроса о причинах различной быстроты реакции оседания эритроцитов, до сих пор нет единства взглядов, и существует несколько различных теорий, которые заслуживают особого рассмотрения; сюда относятся: 1) так называемая физическая теория, 2) электрическая (или электро-капиллярная) теория, 3) теория поверхностного натяжения, 4) теория агглютинации и, наконец, 5) коллоидно-химическая теория оседания эритроцитов.

Необходимо заранее отметить, что строгое разделение всех этих теорий почти невозможно, так как, например, теории 2, 3 и 5 имеют, как видно будет из дальнейшего, много общего. Равным образом и агглютинация (4-ая теория) рассматривается многими авторами, как коллоидно-химический процесс (переход к 5-ой теории), другими—как отчасти электро-химический феномен (переход к 2-ой теории) и т. д.

Прежде чем перейти к рассмотрению упомянутых теорий, я позволю себе привести исторический обзор развития теоретических воззрений на оседание эритроцитов.

Открытая *Fahrraeus*'ом реакция не является однако чем-либо совершенно новым, и *Linzenmeier*'у посчастливилось разыскать забытую литературу по затронутому вопросу и доказать, что своеобразный феномен различной быстроты—отделения Eг от плазмы не был незнаком старым авторам.

Еще у *Galen*'а встречаются упоминания о *crusta phlogistica*, т. е. особой пленке из свернувшейся плазмы, образовывавшейся поверх слоя Eг в крови больных с воспалительными процессами или беременных (при кровопусканиях). Эта *crusta lactea* („Speckhaut“) служила неоднократно об'ектом исследования, и происхождение ее объясняли быстрым оседанием кровяных телец.

Со времен Гиппократов до середины прошлого столетия *crusta phlogistica* являлась основой гуморальной патологии и принималась за „*materia morbi*“; она была главным фактором, на котором базировалось кровоусание.

Первым исследователем реакции оседания Eг был *J. Hunter* (1797 г.), переносивший кровяные тельца „воспалительных“ больных в сыворотку здоровых и заметивший, что перенесенные „воспалительные“ Eг быстрее оседают, чем кровяные тельца здорового человека в воспалительной сыворотке или в собственной сыворотке.

Далее занимались изучением того же вопроса *J. Müller*, *J. Davy* и *H. Nasse*, основатель гематологии, приводящий в своем сочинении более старую литературу в критической обработке. Упомянутые авторы не только знали о различной скорости оседания кровяных телец, но деятельно занимались выяснением причин этого явления и установили связь между быстротой реакции и различными заболеваниями.

В 30—40 годах прошлого столетия вопрос об оседании Eг был животрепещущим, и производились многочисленные попытки подойти экспериментальным путем к разрешению его.

H. Nasse, *Müller* и *Lehmann* объясняли оседание кровяных телец склеиванием (агглютинацией) их. Но клейкость кровяных телец оставалась—*qualitas occulta*.

Несмотря на многочисленные предшествовавшие исследования, *Funke* считал в 1860 году вопрос открытым.

Объяснение ускоренного оседания Eг увеличением их удельного веса оказалось неудовлетворительным, так как прибавление концентрированных растворов сахара ускоряло оседание кровяных телец.

Не удавалось доказать ни самой клейкости кровяных телец, ни того, что делает их оболочки клейкими.

Старые литературные данные связывают разрешение вопроса об оседании кровяных телец с выяснением проблемы о феномене агглютинации.

Как известно, существует 2 теории, рассматривающие агглютинацию с совершенно различных точек зрения.

Gruber (как и старые гематологи) видит причину агглютинации в клейкости клеточных элементов.

Gengou, *W. Myers* и *Landsteiner* считают подтверждением этой теории уничтожение агглютинации при помощи кремневой кислоты.

Современная же теория рассматривает агглютинацию, как адсорбционный феномен. По этой теории механизм скучивания зависит от понижения электрического разряда клеток, вследствие притяжения ими противоположно заряженных частиц.

Исходя из работ *Höber*'а и *Kozdwa* о катафорезе, *Fahrracus* занялся определением разницы электрического заряда агглютинируемых и неагглютинируемых кровяных телец.

Höber уже давно (1904 г.) доказал, что эритроциты заряжены отрицательно. Кровяная взвесь эритроцитов обладает известной стойкостью („*Stabilität*“), благодаря взаимному отталкиванию одноименно заряженных кровяных телец, препятствующему их скучиванию. В этом отношении взвесь эритроцитов в плазме может быть уподоблена коллоидному раствору, отдельные частицы которого, взаимно отталкиваясь, обуславливают стойкость взвеси.

При ускоренном оседании $E\gamma$ наблюдается более или менее энергичная агглютинация, аналогичная образованию монетных столбиков, во время свертывания крови; эритроциты скопляются в виде агрегатов различной величины и оседают. Агглютинация происходит тем сильнее, чем большая часть заряда нейтрализуется (или чем меньше, вообще, первоначальный заряд $E\gamma$). При полном разряде, так называемом „изоэлектрическом пункте“ — агглютинация и оседание $E\gamma$ достигают максимума.

Для выяснения разницы величины заряда быстро оседающих $E\gamma$ ($E\gamma$ беременных) и медленно оседающих ($E\gamma$ мужчин) *Fahraeus* произвел следующий опыт:

В узкую длинную открытую сверху стеклянную камеру; снабженную с обоих концов электродами, открываются на одинаковом расстоянии от электродов рядом две стеклянных капиллярных трубки. Камера наполняется изотоническим раствором тростникового сахара с добавленным к нему физиологическим раствором (в отношении 1 : 10) для лучшей проводимости тока. Стеклообразные капилляры наполняются той же жидкостью, и в одной взвешиваются кровяные тельца беременных, в другой — кровяные тельца мужчин. Если при помощи особого крана медленно впускать кровяные тельца в камеру, то можно в „микроскопическом“ поле зрения наблюдать оба вида кровяных телец, которые при пропускании тока устремляются к положительному полюсу.

При выполнении такого опыта (так наз. катафорез) видно, что мужские $E\gamma$ значительно быстрее устремляются к положительному полюсу, чем $E\gamma$ беременных. Особенно это заметно при перемене направления тока.

Так как быстрота странствования пропорциональна потенциалу, т. е. величине заряда $E\gamma$, то мужские $E\gamma$ имеют, следовательно, больший заряд.

По *Höber*'у и *Kawawa* можно и количественно измерять разницу заряда различных видов $E\gamma$. Отрицательно заряженные кровяные тельца имеют тенденцию адсорбировать положительные частицы (катионы), при чем они более или менее разряжаются. Чем больше отрицательный заряд $E\gamma$, тем большая концентрация катионов приводится к полному разряду.

Для этой цели удобно пользоваться тройными катионами, которые выделяются путем диссоциации, например, из $\text{Lanthanumtrifluorid}$ — $\text{La}(\text{NO}_3)_3$.

Опыт выполняется в особом аппарате, предложенном *Höber*'ом; наблюдают, при какой концентрации $\text{La}(\text{NO}_3)_3$ кровяные тельца не направляются ни к положительному, ни к отрицательному полюсу, т. е. становятся изоэлектрическими.

Таким образом было доказано, что понижение электрического заряда кровяных телец беременных является существенной причиной уменьшения стойкости взвеси.

В то время, как *Fahraeus* считал первоначально причиной ускоренного оседания $E\gamma$ понижение электрического заряда их, благодаря чему легче происходит агглютинация и оседание кровяных телец, он обнаружил позднее, что ускоренная SR сопровождается относительным увеличением количества глобулинов плазмы (resp. сыворотки). Эти позднейшие наблюдения заставили его постепенно отказаться от капиллярно-электрической теории, которая казалась ему несогласованной с тем, что белковые вещества, частицам которых по капиллярно-электрической теории приписывается, по сравнению с кровяными тельцами, приблизительно одинаковое значение, как и ионам неорганической соли при образовании хлопьевидного осадка („Flockung“) неорганической соли, — при ускоренной SR реагируют, как „защитительные коллоиды“, которые стабилизируют взвесь; она не согласовалась далее с тем, что добавление солей, которое обычно понижает стабильность (стойкость) белковых растворов, действует при SR в обратном направлении. Наконец, самая методика опытов с помещением $E\gamma$ в раствор тростникового сахара казалась ему не

безукоризненной, в виду изменений, происходящих при этом в оболочке Eг.

После того, как исследование влияния различных белковых фракций показало, что серум-альбумин почти не агглютинирует Eг, глобулин же значительно сильнее их агглютинирует и в особенности резко действует в этом направлении фибриноген, *Fahrraeus* стал придавать главное значение содержанию глобулинов в плазме (1921 г.).

Из этого краткого обзора работ *Fahrraeus*'а и др. видно, что SR представляет сложную биологическую реакцию, находящуюся в зависимости от различных физиологических и патологических состояний организма, при которых происходят особые изменения в кровяной плазме, которые весьма интересны и для клинициста, стремящегося извлечь диагностические выгоды из SR для повседневной практики, и для физиолога, устанавливающего причинную связь между биологическими процессами в организме.

4. К физической теории оседания эритроцитов.

Наиболее видным защитником физической теории оседания эритроцитов является *Bürker*, рассматривающий реакцию, как физический феномен, поддающийся математическому вычислению.

С точки зрения математической физики реакция оседания должна быть объяснена физическими свойствами эритроцитов—главным образом, их тяжестью. Соответственно этому взгляду, агглютинации эритроцитов не придается никакого значения (*Bürker*).

По вычисленной *Stokes*'ом формуле реакция оседания

$$SR = \frac{2}{9} \cdot g \cdot \frac{D-d}{\eta} \cdot r^2,$$

т. е. быстрота осаждения, зависит от тяжести эритроцитов (g), густоты взвеси (D), и окружающей жидкости (d), от внутреннего трения (η) и радиуса эритроцитов (r). Ускорение вследствие притяжения к земле, внутреннего трения и густоты плазмы может, по *Bürker*'у, рассматриваться, как постоянная величина, и, следовательно, SR зависит лишь от тяжести, густоты и радиуса эритроцитов. Чтобы яснее доказать эти положения, *Bürker* производил SR в жидкости *Hayem*'а, отягчая эритроциты сулемой. Результаты этих опытов (*Marloff*) до известной степени соответствовали приведенным взглядам, но ряд обстоятельств не учитывался правильно. Не говоря о том, что эритроциты геометрически не строго шаровидной формы,—важно, что эритроциты оседают неправильными более или менее крупными агрегатами (при быстрой SR). Далее, физическая теория совершенно не в состоянии объяснить интересного феномена, подмеченного *Boycott*'ом и подтвержденного *Lingenmeier*'ом и др., а именно, что, устанавливая пробирочку с цитратной кровью не вертикально, а наклонно, мы можем ускорять оседание эритроцитов; так, при наклоне в $11\frac{1}{4}^\circ$ оседание ускоряется в 3 раза, а при наклоне в $33\frac{3}{4}^\circ$ почти в 10 раз (при диаметре 2,7 m/m).

Исследования, приведенные во 2-ой главе об SR и морфологическом составе крови, показывают, что нет никакого параллелизма между быстротой SR, количеством эритроцитов и % содер-

жанием гемоглобина, что также мало вяжется с представлением об особенном значении тяжести (или числа) эритроцитов.

Для того, чтобы установить влияние одних эритроцитов на SR, я отцеживал отстоявшийся слой плазмы и заменял плазму физиологическим раствором, ставя таким образом во всех случаях Eг в одинаковые условия в смысле окружающей среды.

После основательного перемешивания Eг и физиологического раствора, определялась быстрота оседания кровяных телец.

Для примера приведу результаты нескольких таких опытов; оседание в плазме 20 мин., 1 ч. 30 мин., 3 часа; быстрота оседания тех же эритроцитов в физиологическом растворе выразилась соответственно так—5 ч. 30 м., 13 час., 21 час.

Из приведенных примеров видно, что различная быстрота SR, наблюдаемая в плазмах, обнаруживается и в физиологическом растворе, т. е. зависит в значительной степени от свойств самих эритроцитов. Далее из этих опытов следует, что оседание в более вязких средах (плазмы) происходит значительно быстрее, чем в мало вязких (или не вязких) жидкостях; это обстоятельство указывает на малое значение тяжести эритроцитов и не может быть объяснено одними физическими законами.

Продельвая те же опыты с эритроцитами, промытыми два раза физиологическим раствором (после отцеживания плазмы), я обнаружил еще большее замедление реакции. [Каждый раз брались одинаковые объемы эритроцитов (около $\frac{1}{3}$ кб. см)].

Точно также промывание физиологическим раствором отцентрифугированных Eг из свежесобранной цитратной крови вело к замедлению SR, после помещения промытых эритроцитов в их плазмы.

Напр., оседание Eг в плазме—22 мин., 1 ч. 20 мин., 3 часа; после промывания Eг физиологическим раствором SR в тех же плазмах равнялась 31 мин., 2 ч. 16 мин., 4 ч. 48 мин.

Наблюдая оседание Eг параллельно в плазмах и в соответствующих сыворотках, я обнаружил, что реакция протекает в сыворотках крайне медленно.

Так, SR в плазмах—15 мин., 1 ч. 3 мин., 2 ч. 50 мин., в соответствующих же сыворотках SR=2 часа, 7 ч. 10 мин., 14 ч. 55 мин.

Добавление вязких веществ (5% раств. гумми-араб., гной из овариальной кисты) вело к ускорению оседания.

Примеры: SR в плазме 21 мин., 1 ч. 42 мин., 2 ч. 46 мин.; после добавления 0,1 кб. см 5% раствора гумми-арабика получились следующие цифры: 18 мин., 1 ч. 19 мин., 2 ч. 11 мин.; после добавления 0,1 кб. см гноя—16 мин., 1 ч. 3 мин., 2 ч. 2 мин.

Эти наблюдения показывают с несомненностью, что кроме свойств эритроцитов на быстроту SR оказывает влияние окружающая среда.

Далее я поставил две серии опытов: 1) определение быстроты SR различных эритроцитов в плазме здоровых небеременных женщин (с нормальной SR=3 часа) и 2) определение быстроты SR эритроцитов здоровой женщины (SR=3 часа) в различных плазмах, в которых собственные эритроциты оседали быстро. Так, напр., собственные Eг оседают в плазме 3 часа; эритроциты воспалительной б-ной (SR которой равна 32 мин.) оседают в той же

нормальной плазме 1 ч. 1 мин.; эритроциты беременной (с SR равной 52 мин.) оседают в этой же плазме 1 ч. 23 мин.

Помещая различные эритроциты в плазмы воспалительных больных или беременных, мы получили, напр., такие данные:

В воспалительной плазме собственные Eг оседают 30 мин.; Eг здоровой женщины (с SR = 3 часам) оседают 1 ч. 41 мин.; Eг беременной (с SR = 55 мин.) оседают 42 мин.

В плазме беременной собственные эритроциты оседают 55 мин.; Eг здоровой женщины (с SR = 3 часам) оседают 1 ч. 58 мин.; Eг воспалительной больной (с SR = 30 мин.) — 47 мин.

Таким образом, быстро оседающие в собственных плазмах Eг оседают в норм. плазме быстрее, чем Eг норм. плазмы, но медленнее, чем они первоначально оседали в своих плазмах. Медленно же оседающие Eг оседают в плазмах с ускоренной SR относительно медленно, но быстрее, чем в своей собственной плазме; эти наблюдения, совпадающие с результатами опытов Linzenmeier'a и Fahraeus'a, указывают, что быстрота SR зависит от двух факторов: от особых свойств как эритроцитов, так и плазм.

Влияние на SR промывания Eг физиологическим раствором может зависеть или от разрыхления липоидов, заключенных в оболочке эритроцитов, вследствие чего уменьшается их „клейкость“, или (с точки зрения электро-химической) от повышения взаимного отталкивания отрицательно заряженных Eг, каковое действие особенно проявляется после отмывания слоя изолирующей (электроположительной) субстанции.

В то же время приведенные факты не согласуются с физической теорией, которая таким образом должна быть признана мало обоснованной.

Физическая теория не в состоянии выяснить и причин резкого колебания SR в зависимости от температуры окружающей среды.

Выполняя пробу при различных температурах, мы наблюдали явное замедление реакции по мере приближения к 0°.

Так, при 0° SR равна 17 мин., 3 ч. 5 мин., 8 ч. 45 м., 18 ч. 30 мин.; при 13° мы имеем соответственно 10 мин., 48 мин., 1 ч. 35 м., 3 часа; при 25° мы имеем соответственно 9 мин., 34 мин., 1 ч. 2 м., 1 ч. 58 мин.; при 37° мы имеем соответственно 7 мин., 27 мин., 42 мин., 1 ч. 33 мин. Аналогичные наблюдения сделаны и Josefowicz'ем.

При быстром оседании влияние температуры проявлялось не столь заметно, но при незначительно ускоренной или нормальной реакции получалась чрезвычайно большая разница; при 0° оседание происходило в 6 и более раз медленнее, чем при комнатной T°.

Различная быстрота реакции зависит по Sachs'у и v. Oettingen'у от изменения физико-химического состояния взвешенных в плазме белков, очень чувствительных к переменах температуры, что уже давно известно из коллоидной химии.

В пользу этого взгляда говорит, например, то обстоятельство, что длительное (в течение нескольких часов) нагревание до 38°, не меняющее внешнего вида плазмы и во всяком случае далекое

от температуры инактивирования (56°), обуславливает значительное замедление SR (в 5—6 раз).

Резкое замедление оседания Eг получается по Linzenmeier'у при инактивировании плазм (нагревание до 56°).

5. К электро-капиллярной теории („Ladungstheorie“).

Как мы указали выше (гл. 3) Höber и Kozawa доказали, что эритроциты являются носителями электрического заряда. Fahr-gaeus'у удалось установить различный потенциал мужских и женских эритроцитов, характеризующихся различной быстротой оседания.

Плазма является по исследованиям химиков носительницей положительного заряда. Заряд плазмы может быть искусственно понижен путем обработки ее (встряхивание в течение 1 часа) электроотрицательными адсорбентами (bolus alba, каолин, тальк, животный уголь).

Если в обработанную таким образом плазму поместить эритроциты, то оседание их происходит тем медленнее, чем большим количеством адсорбента плазма была разряжена.

По Linzenmeier'у аналогичная обработка плазмы электроположительным адсорбентом (Ferrum oxydatum, resp. hydroxydatum, Cerium oxydat., Alumin. oxyd. и пр.) не влияет на быстроту SR.

Производя опыты в указанном направлении, я пользовался bol. alba.

Методика опытов была следующая: одинаковые объемы (1 куб. см) плазмы подвергались обработке разными количествами b. albae: от 0,01 до 0,2; после встряхивания плазм в течение 1 часа при комнатной температуре, они центрифугировались; к каждому 1 куб. см обработанной плазмы добавлялось $\frac{1}{3}$ объема эритроцитов и определялась быстрота SR.

Для примера представлено два из таких опытов.

Таблица 2.

Количество bol. alb.	SR	
	1 час. — мин.	3 час. — мин.
0	1 час. 24 мин.	3 час. 07 мин.
0,01	2 „ 15 „	3 „ 58 „
0,025	2 „ 53 „	4 „ 40 „
0,05	3 „ 49 „	6 „ 17 „
0,1	5 „ 32 „	10 „ 50 „

Полученные мною результаты находятся в полном соответствии с данными v. Oettingen'a и Linzenmeier'a.

По мнению этих авторов, при уменьшении заряда плазмы исчезает изолирующий слой, окружающий отрицательно заряженные эритроциты, и взаимное отталкивание их обнаруживается сильнее, в силу чего замедляется аутоагглютинация и оседание эритроцитов.

Однако, мы иначе представляем себе объяснение этого интересного факта, на котором остановимся дальше, после того, как приведем исследования *Vorschütz'a* о причинах различного потенциала эритроцитов.

Наблюдения относительно различной продолжительности оседания разных эритроцитов в одной и той же сыворотке (resp. плазме) заставили *Vorschütz'a* заинтересоваться, от чего эта разница зависит, после того, как опыты с искусственной агглютинацией (при помощи *Lanthannitrat'a* и *Aluminiumchlorid'a*) показали, что электрический заряд различных эритроцитов (от разных лиц) неодинаков.

Прежде всего возникал вопрос, что является действующим фактором в клетке, который влияет на величину ее заряда. *J. Vorschütz* полагал, что роль принадлежит белковому веществу клетки, нуклеопротенду или белку протоплазмы, который, находясь в переменных количествах, приближает более или менее отрицательный заряд клетки или ее оболочки (носительницы по *Höber'u*—заряда) к изоэлектрическому пункту. Для решения этой проблемы *Vorschütz* определял содержание белка различных кровяных телец, отличавшихся различной быстротой оседания. Количество азота определялось по микрокельдалевскому методу и затем вычислялось содержание белков обычным способом (количество азота, вычисленное по отношению к объему, умножалось на 6,25). Оказалось, что кровяные тельца с высоким содержанием белка оседали значительно быстрее при искусственной агглютинации (в растворах $AlCl_3$), чем эритроциты с малым содержанием белка.

После сообщения *Bürker'a*, казалось бы, эти опыты доказывают, что исключительное значение имеет тяжесть эритроцитов и что с повышением содержания белка стоит в связи увеличение количества Hb эритроцитов.

Однако, человеческие эритроциты, как содержащие больше Hb, должны были бы оседать быстрее эритроцитов лошади, в то время, как в действительности последние оседают значительно быстрее эритроцитов человека и эритроцитов всевозможных других животных.

Если даже допустить, что увеличенное содержание Hb соответствовало бы быстрой SR (чего в действительности не наблюдается), то и здесь ускоренное оседание можно было бы объяснить, как вторичное явление, вследствие склеивания (агглютинации) эритроцитов, исходя из того, что не чисто механические свойства гемоглобина влияют на процесс, а электрические силы, действующие на внутренность клеток, заряжая или разряжая их.

Гемоглобин распадается на белковое вещество: глобин и гемохромоген; последний в присутствии кислорода переходит в гематин.

Содержимое человеческих эритроцитов состоит из $\frac{2}{3}$ воды и $\frac{1}{3}$ сухого вещества, в котором до 15% гемоглобина.

Содержание белков в клетках варьирует по *Vorschütz'u* между 33% и 26%.—Так как эритроциты с высоким содержанием белка имеют меньший отрицательный заряд, чем Eг с меньшим содержанием белка, то это увеличенное количество белкового вещества должно являться разряжающей субстанцией (электроположительной); в этом отношении должен быть принят в расчет лишь

нуклеопроteid, который в электрическом отношении идентичен с серумглобулином.

Что белковое вещество гемоглобина—глобин—не может быть разряжающей субстанцией—доказывают опыты *Michaelis* и *Rona*, которые установили, что у многих гидрофильных коллоидов: серумглобулина, *kasein'a*, *edestin'a*, *gliadin'a* и некоторых нуклеопроteidов, изоэлектрический пункт совпадает с пунктом максимальной осаждаемости белков, в то время как серумальбулин и гемоглобин при изоэлектрическом пункте стабильны (т. е. не выпадают) (*Höber*).

Таким образом, по данным *Michaelis'a* и *Rona*, гемоглобин не является разряжающей субстанцией; за это говорят и опыты *in vitro*, показывающие, что искусственные растворы альбуминов не оказывают действия на SR, в противоположность растворам глобулинов.

Очевидно, загадочное и различное по своей продолжительности оседание эритроцитов зависит от неодинакового содержания в эритроцитах белкового вещества—нуклеопротеида, которое действует разряжающим образом.

Чем больше белка в клетке, тем меньше ее заряд. При исследовании 41 больного (германской расы) *Vorschütz* нашел колебания в содержании белка в эритроцитах между 26,2% и 33%, т. е. амплитуду в 7%; быстрота SR у исследованных больных колебалась от $\frac{1}{2}$ часа до 3 и более часов. Эти исследования показали, что как простая, так и „групповая“ агглютинация (NB: разделение человечества на 4 кровяные группы) кровяных телец зависят не от различного биохимического расового индекса (как принимали *P.* и *L. Hirschfeld*, *F. Verzar* и др.), но от различного содержания белковых веществ (нуклеопротеида) в эритроцитах (NB: не отрицается известное влияние глобулиновой фракции).

Это обстоятельство имеет большое значение, так как не всегда количество глобулинов при ускоренном оседании Eг явно повышено; так, *Musa*, исследовав в 24 случаях содержание глобулина в плазмах (микрорельдалевский метод), не нашел никакого параллелизма между быстротой SR и количеством глобулина.

Как известно, быстрота SR различна не только у людей, но и у разных пород животных:

Быстрее всех оседают Eг лошади, наиболее же медленно Eг крупного рогатого скота (бык, корова).

При определении взаимоотношения глобулиновой и альбуминовой фракций *J. Vorschütz* получил следующие соотношения (микрорельдалевский метод—по *Bang'y*):

Лошадь:	глобулины:	альбумины —	50% : 50%
Бык:	„	„	46 „ : 54 „

т. е. при медленном оседании величина глобулиновой фракции меньше, чем при ускоренном, что было подтверждено *Joachim'ом*.

Однако, разница в содержании глобулинов в плазмах лошади и быка не столь значительна, чтобы объяснить большую разницу в скорости реакции оседания Eг. При сравнении второго компонента—величины заряда клеток, мы получаем следующую последовательность:

Заряд Eг быка (коровы) > Eг барана > Eг свињи > Eг кролика >
> Eг кошки > Eг осла > Eг лошади.

Eг лошади оседают быстро в плазме животных любой породы. Eг быка во всех плазмах оседают медленно (даже в лошадиной).

Поэтому, если верно положение *Vorschütz*'а о значении количества нуклеопротеида в клетке, то а priori нужно было бы предполагать, что между эритроцитами лошади и крупного рогатого скота должна существовать большая разница в количестве содержащегося белка.

Действительно, при исследовании количества азотистых веществ эритроцитов лошадей, свиней и рогатого скота, наибольшая разница была обнаружена между *Eq* лошади и рогатого скота (34%; 20%), т. е. амплитуда в 14%; при всем же различии быстроты *SR* у людей, разница в содержании белков в человеческих эритроцитах не превышала 7%.

Полученные результаты с несомненностью показывают, что находящийся в повышенном количестве в *Eq* белок относится к нуклеопротеидам, реагируя электроположительно, как глобулины; серумальбумин в электрическом отношении индифферентен, точно так же, как и гемоглобин.

При встряхивании крови животных с электроотрицательными адсорбентами (каолин, *bol. alba*, животный уголь) наблюдается замедление *SR*; электроположительные же адсорбенты (*Fer. oxyd.*, *cerium oxyd.*; *Alumin. oxyd.*) не влияют на *SR*.

Прибавление желатины, гумми-арабика способствует ускорению реакции.

Не вдаваясь в критический разбор значения отрицательного электрического заряда эритроцитов и указав ранее (в гл. 3) на некоторые факты, заставившие *Fahrraeus*'а постепенно отойти от электро-капиллярной теории, я хотел бы остановиться на толковании 2-ой части теории — значении положительного заряда плазмы. Разряжая плазму соответствующим адсорбентом, я, как и *v. Oettingen* и *Linzenmeier*, наблюдал постепенно нарастающее замедление *SR*. Казалось бы, это подтверждает разбираемую нами теорию. Однако, в противоположность другим авторам, я считаю необходимым подчеркнуть, что при вышеуказанной обработке плазмы мы не только разряжаем ее, но в то же время извлекаем из нее ряд коллоидных и полукolloидных веществ, близких к группе сталагмонов, чем мы резко понижаем поверхностное натяжение плазмы (*resp.* сыворотки).

Значение последнего фактора мы разберем подробнее в следующей главе.

6. К теории поверхностного натяжения.

Если принять во внимание, что оболочка из плазмы, окружающая каждый эритроцит, практически должна рассматриваться, как нечто с ним единое, то можно в известной степени рассматривать кровяные тельца, как капли, и говорить об их поверхностном натяжении, аналогичном поверхностному натяжению отдельных капель любой жидкости. Большое поверхностное натяжение коллоидов плазмы благоприятствует образованию больших агглютинатов кровяных шариков, и наоборот, образование больших агглютинатов точно так же, как образование больших капель, является показателем большого поверхностного натяжения жидкости. Таким образом величина агглютинатов может рассматриваться, как мерило величины поверхностного натяжения коллоидов плазменной оболочки эритроцитов.

В пользу приведенной теории говорят два клинических наблюдения, сделанные нами. Анализируя кривые оседания эритроцитов в течение первых 24 часов после хлороформного наркоза¹⁾ (*SR* через каждые 4 часа), я заметил постоянно наступа-

¹⁾ См. мою диссертацию: „Реакция оседания эритроцитов“. Петроград. 1923.

ющее замедление оседания Eг, которое постепенно (не раньше, чем через 12 часов) сменялось ускорением реакции. То же самое наблюдается и *in vitro* (*Lünzenmeier, Vorschütz*). — Наркотические вещества, как известно, будучи прибавлены даже в небольших количествах, резко понижают поверхностное натяжение жидкостей, гесп. крови (хлороформ вступает в нестойкую связь с эритроцитами).

2-ой факт заключается в том, что продукты белкового распада, накапливающиеся на поверхности частиц (гесп. капель) и понижающие поверхностное натяжение крови, выделяясь через почки, понижают поверхностное натяжение мочи; и действительно, производя сталагмометрические исследования мочи различных больных, я мог в большинстве случаев обнаружить параллелизм между быстротой SR и величиной сталагмометрического коэффициента¹⁾, а именно, при быстром оседании обнаруживалось понижение поверхностного натяжения (увеличение числа капель) мочи, при медленном оседании повышение поверхностного натяжения.

Наконец, в опытах, приведенных в предыдущей главе, мы не только разряжали плазму, обрабатывая ее различными адсорбентами (например, *bol. alba*), но одновременно мы извлекали, встряхивая плазмы с этими адсорбентами, и вещества, понижающие поверхностное натяжение плазмы (так назыв. сталагмоны), вследствие чего и оседание Eг становилось медленнее.

Тем не менее, теория поверхностного натяжения является крайне искусственной. Понижая поверхностное натяжение плазмы, путем обработки ее *bol. alba* (животным углем, каолином и т. п.), мы не только понижаем ее поверхностное натяжение, но, как видно будет из дальнейшего, в то же время резко ее стабилизируем. От стабильности же белков плазмы, как показывают дальнейшие опыты, SR находится в заметной зависимости.

Далее действие наркотических веществ (особ. хлороформа) заключается не только в понижении поверхностного натяжения крови, но при этом происходит и разрыхление липоидов плазменной оболочки эритроцитов; так, *Vorschütz*, центрифугируя кровь после наркоза, наблюдал чаще, чем обычно, наступление гемолиза.

Наконец, эта теория не в состоянии объяснить, почему отмытые в физиологическом растворе эритроциты разных больных, помещенные в одну и ту же среду (напр., сыворотку, раствор поваренной соли и т. п.), при одинаковых условиях поверхностного натяжения оседают с разной быстротой.

В то же время, несомненно, поверхностное натяжение зависит в значительной степени от количественного соотношения отдельных белковых фракций плазмы, значение которых выясняется в следующих главах.

7. К агглютинационной теории.

Агглютинационная теория оседания эритроцитов, идентифицирующая склеивание эритроцитов с агглютинацией бактерий, возникла еще в прошлом столетии (см. гл. 3) и до настоящего времени имеет многих сторонников.

¹⁾ См. соответствующий мой доклад в Трудах VI Всесоюзного Съезда Акушеров и Гинекологов (Москва, 1924).

При ускоренном оседании эритроциты собираются в большие или меньшие агрегаты, происходит агглютинация, которая, по некоторым авторам, аналогична образованию монетных свертков при свертывании крови.

Вопрос о взаимоотношении между быстротой SR и агглютинацией бактерий имеет не только теоретический, но и практический интерес, так как если оба процесса идентичны, то, рассматривая агглютинацию бактерий, как известное защитительное приспособление организма, можно было бы ожидать у беременных иного течения инфекционных заболеваний, чем у небеременных. Вопрос этот далее чрезвычайно интересен, так как реакция оседания в особенности бывает ускорена при активных воспалительных процессах.

Если предположить, что характеризующиеся быстрым оседанием эритроцитов плазмы обладают высоким агглютинационным титром и что Eг лишь пассивно склеиваются, то и при замене Eг другими клеточными элементами, напр., бактериями, эта разница между различными плазмами (resp. сыворотками) должна была бы явственно обнаружиться.

Однако, на деле отношения гораздо сложнее, так как различная быстрота оседания Eг зависит, как видно из опытов, приведенных в гл. 4, не только от свойств плазм, но и от особенностей клеточных элементов (Eг).

Наблюдения относительно повышенной способности сывороток (resp. плазм) беременных агглютинировать различные виды бактерий были сделаны уже давно (1904 г. — Polano), задолго до открытия *Fahraeus'*ом реакции оседания Eг.

Далее *Fellenberg* и *Döll* указали на то, что сыворотки беременных агглютинируют некоторые бактерии (*staphyl. aur.*, *b. coli*), сильнее, чем сыворотки новорожденных, в то время как другие виды бактерий (*bac. typh.*, холерный вибрион) непригодны для выявления этих различных свойств сывороток. — Наблюдения *Loewenthal'*я и *Bertkau* выяснили, что сыворотки беременных в 30—40% случаев агглютинируют в разведении до 1:1000 у *bac. dysenteriae*; по отношению к тифозным бациллам получены были неопределенные результаты, а по отношению к бациллам паратифа-B был обнаружен отрицательный результат.

Исследования *Löwenthal'*я и *Bertkau* показывают, как справедливо подчеркивает *Vorschütz*, что агглютинация бактерий сыворотками беременных зависит также от особенностей бактериальных штаммов, а именно их агглютинируемости, т. е. их сродства („Affinität“) к циркулирующему в крови беременных агглютинирующему веществу.

По исследованиям *Vorschütz'*а сыворотки беременных агглютинировали в 46% случаев известные штаммы холерных вибрионов, *b. col.* — *Ipsilon* — *Flechner* в разведении до 1:200, в то время как штаммы *Schiga*, — *Typhus*, — *Paratyphus A* и *B*, — *Breslau* и *Gärtner* не подвергались агглютинации.

По *Vorschütz'*у различные результаты агглютинации бактерий зависят от различного электрического заряда отдельных видов и штаммов бактерий. Исследуя искусственную агглютинацию бактерий в растворах *chinini hydrochlorici*, *Vorschütz* получил раз-

ные результаты, находившиеся в зависимости от неодинакового электрического заряда отдельных штаммов.

По *Hausherr'y*, агглютинация бактерий представляет процесс, аналогичный агглютинации и оседанию эритроцитов. *Vorschütz* также находил заметный параллелизм между быстротой SR и агглютинацией некоторых видов бактерий. При воспалительных заболеваниях, при которых содержание глобулинов в крови еще больше повышено, чем во время беременности, и SR происходит наиболее быстро, наблюдалась агглютинация не только *b. Flexner*, *Ipsilon*, *Coli* и *Cholera*, но также и *b. typh.*, *b. paratyph.* А и В и *b. dysenteriae* (в разведениях до 1:200).

Нормальная лошадиная сыворотка, превосходящая по содержанию глобулинов сыворотки всех других животных, сильно агглютинирует *b. coli*, *b. dysenteriae* и другие виды группы *typhus-coli* (*Ischi*, *Vorschütz*); быстрота оседания Eг в крови лошади превосходит SR других пород животных.

Особенно энергично агглютинируются бактерии растворами *Lanthannitrat'a* и *Histon-sulfat'a*, которые в то же время быстро агглютинируют и вызывают оседание Eг. Подобное же действие на бактерии оказывают растворы желатины, гумми-арабика и т. п.

Все вещества, которые ослабляют или уничтожают агглютинацию и оседание Eг (наркотические, встряхивание плазмы с *b. alba*, тальком, животным углем и т. п.) в равной степени ослабляют и агглютинацию бактерий.

На основании экспериментальных наблюдений *v. Oettingen* приходит к заключению, что ускоренной SR во время беременности соответствует усиление агглютинации бактерий, и высказывает мысль, что оба процесса являются лишь различными проявлениями одного и того же изменения свойств сыворотки беременных.

Испытывая отношение сывороток беременных и сывороток новорожденных к сыпнотифозным *proteus* *bac. x—19*, *v. Oettingen* нашел, что первые, характеризующиеся быстрым оседанием эритроцитов в цитратной плазме, агглютинируют, а вторые, — с крайне замедленным оседанием — не агглютинируют этих бактерий.

Принимая во внимание, что и при воспалительных процессах и при злокачественных новообразованиях наблюдается ускорение SR, как и при беременности, *v. Oettingen* высказывает предположение, что и другие свойства сывороток, как агглютинация бактерий, свертываемость плазм, осаждение белков и т. п., должны быть одинаковыми.

Исходя из этой предпосылки, я занялся вопросом, существует ли определенный параллелизм между быстротой SR и агглютинацией бактерий, при чем пользовался 4-мя группами сывороток: сыворотками родильниц (resp. рожениц, или беременных на 9—10-м лун. мес.), сыворотками новорожденных, сыворотками гинекологических больных с нормальным оседанием и с ускоренным оседанием эритроцитов. Кровь для исследования добывалась пункцией из локтевой вены, и отстоявшаяся в прохладном месте сыворотка центрифугировалась. Кровь новорожденных собиралась из пупочной вены еще не переставшей пульсировать пуповины. — Первоначально производилась реакция оседания по способу

Linzenmeier'а для определения быстроты оседания эритроцитов каждой подвергнутой исследованию крови.

Кроме *proteus* bac. x—19, особенно хорошо агглютинирующихся, как показывают опыты серодиагностики сыпного тифа с помощью реакции *Weil-Felix*'а, я испытывал также агглютинацию *staphylococ.* *pyog. aur.*¹⁾

Сыворотки ставились мною в трех разведениях: $\frac{1}{1}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{10}$. В неразведенную сыворотку при помощи платиновой иглы вводилось небольшое количество 24-часовой агаровой культуры бактерий, в разведенные же сыворотки пускалось по одной капле смывой физиологическим раствором 24-часовой агаровой культуры.

Для контроля каждый раз равное количество бактерий вводилось в соответственный объем физиологического раствора.

Сыворотки ставились на 2 часа в термостат, после чего отмечались результаты агглютинации. Степень интенсивности агглютинации обозначена числом плюсов (от 1 до 4). Во всех сомнительных случаях агглютинация проверялась под микроскопом в висячей капле. Результаты исследований представлены на таблицах №№ 3—6.

Таблица 3.

Агглютинация сыворотками новорожденных.

(SR = 24 — 48 часов).

№№ по пор.	Bac. proteus x—19 Разведение			Контроль	Staphyloc. pyog. aur. Разведение			Контроль
	1/1	1/2	1/10		1/1	1/2	1/10	
1	—	—	—	—	++++	+++	+++	—
2	—	—	—	—	++++	++	++++	—
3	—	—	—	—	++++	++++	++++	—
4	—	—	—	—	++++	++++	++++	—
5	—	—	—	—	++++	++++	+	—
6	—	—	—	—	++++	+	+	—
7	—	—	—	—	++++	++++	++	—
8	—	—	—	—	++++	+++	++++	—
9	—	—	—	—	++++	+	+++	—
10	—	—	—	—	++++	++	++++	—
11	—	—	—	—	++++	+++	+++	—
12	—	—	—	—	++++	++++	+++	—
13	—	—	—	—	++++	+++	++++	—
14	—	—	—	—	++++	+++	++	—
15	—	—	—	—	++++	++++	++++	—

¹⁾ Примеч. — Для своих опытов я пользовался сыворотками, а не плазмами, так как по *v. Oettingen*'у и *Vorschütz*'у значительной разницы между агглютинацией бактерий сывороткой и плазмой (особенно в больших разведениях) не наблюдается.

Таблица № 4.

Агглютинация сыворотками рожеиц (гесп. беременных).

(SR = $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ часа).

№№ по пор.	Bac. proteus x — 19 Разведение			Контроль	Staphiloc. pyog. aur. Разведение			Контроль
	1/1	1/2	1/10		1/1	1/2	1/10	
1	++++	++++	++	—	—	++	++++	—
2	++++	++++	+++	—	—	—	—	—
3	++++	++++	+++	—	—	—	—	—
4	++++	+++	+	—	++	++++	++++	—
5	++++	+++	+++	—	—	—	—	—
6	+	++++	++	—	++++	+++	+	—
7	+++	+++	++	—	—	—	—	—
8	++++	++	++	—	—	—	—	—
9	++	+++	+++	—	++++	+++	++	—
10	++++	++++	++++	—	—	—	—	—
11	++++	+++	+++	—	++++	+	+	—
12	+	—	—	—	—	—	—	—
13	++++	+++	+++	—	—	+	+++	—
14	++++	++++	++++	—	++++	++++	++++	—
15	++++	++++	++++	—	+	+	++	—

Таблица № 5.

Агглютинация сыворотками здоровых женщин.

(SR = 3 — 5 часов).

№№ по пор.	Bac. proteus x — 19 Разведение			Контроль	Staphiloc. pyog. aur. Разведение			Контроль
	1/1	1/2	1/10		1/1	1/2	1/10	
1	—	++++	++++	—	++++	+	+	—
2	++	++++	+++	—	++++	++++	+	—
3	++++	++++	++++	—	++++	++++	+	—
4	+	—	—	—	+	—	—	—
5	++++	++++	++++	—	++++	+++	+++	—
6	++++	++++	++++	—	—	—	—	—
7	++++	++++	++++	—	—	—	—	—
8	+	+++	+++	—	+	+	—	—
9	++++	+++	+++	—	++++	+++	+	—
10	++++	++++	++++	—	—	—	—	—
11	++++	++++	++++	—	++++	++++	+++	—
12	—	—	—	—	+	+	—	—
13	—	—	—	—	—	+	+	—
14	++	+++	+++	—	+	+++	+++	—
15	—	++++	+++	—	+	+++	+++	—

Таблица № 6.

Агглютинация сыворотками «воспалительных» больных.

(SR = 1/4 — 1 час).

№№ по пор.	Bac. proteus x—19 Разведение			Контроль	Staphiloc. pyog. aur. Разведение			Контроль
	1/1	1/2	1/10		1/1	1/2	1/10	
1	—	+++	++	—	++++	+++	+++	—
2	—	—	—	—	++++	+++	++++	—
3	++++	+++	+	—	++++	++++	++	—
4	—	++	++	—	++++	++	++	—
5	—	—	—	—	—	++	++	—
6	+++	++	+	—	—	—	—	—
7	+++	++	—	—	—	—	—	—
8	++	+++	+	—	—	—	++	—
9	—	+++	++	—	—	—	—	—
10	+++	+	++	—	+	+++	+++	—
11	—	+	++++	—	+	++++	++	—
12	++	++++	++++	—	—	—	—	—
13	+	+++	+++	—	++	++	+	—
14	++++	++++	++++	—	++++	+++	+++	—
15	—	+	++	—	—	++	+	—

Из приведенных таблиц видно, что по отношению к *Bac. proteus x—19* различие между сыворотками младенцев и родильниц (resp. рожениц) выступает резко: ни одна сыворотка новорожденного не агглютинировала *Bac. x—19*, а сыворотки родильниц их резко агглютинировали. Нормальные сыворотки также агглютинировали *Bac. proteus x—19*, хотя несколько слабее, чем сыворотки родильниц. Сыворотки с быстрой SR слабее агглютинировали *Bac. x—19*, а в случаях 2 и 5 вовсе не агглютинировали. Интересно отметить, что иногда неразведенная сыворотка не дает агглютинации, а разведенная дает. В 2-х случаях наблюдались обратные отношения. *V. Oettingen* также наблюдал, что иногда меньшее количество сыворотки давало агглютинацию, там где большее количество не давало.

Что касается отношения к стафилококкам, то оказалось, что сыворотки новорожденных *вседа и резко их агглютинировали*, сыворотки родильниц в $\frac{1}{2}$ случаев агглютинировали и не столь резко, нормальные сыворотки и сыворотки „воспалительных“ больных тоже большей частью, но не всегда агглютинировали. Особенной разницы между нормальными сыворотками и сыворотками „воспалительных“ больных не было обнаружено; в большинстве случаев они агглютинировали стафилококки и притом несколько сильнее, чем сыворотки рожениц.

В виду разницы, обнаруженной между сыворотками новорожденных и родильниц в отношении агглютинации *Bac. proteus*

x—19 (Gram-отрицат. бакт.) и отсутствия такой разницы в отношении стафилококков (Gram-положительн. бактер.), опыты были продолжены с введением *b. coli* (Gram-отрицат.) и в *pseudo-dysenteriae* (Gram-положит.). (Таблицы №№ 7—10).

Таблица № 7.

Агглютинация сыворотками новорожденных.

№№ по пор.	В. coli Разведение			Контроль	В. pseudo-dysenteriae Разведение			Контроль
	1/1	1/2	1/10		1/1	1/2	1/10	
1—5	—	—	—	—	—	—	—	—
6	—	++++	++	—	—	—	—	—
7	—	—	—	—	—	++	+	—
8	—	++	—	—	—	—	—	—
9	++	++++	+	—	++++	++++	++	—
10	—	—	—	—	—	—	—	—
11	+++	++++	++	—	+++	+++	+++	—
12—17	—	—	—	—	—	—	—	—

Таблица № 8.

Агглютинация сыворотками рожениц (родильниц).

№№ по пор.	В. coli Разведение			Контроль	В. pseudo-dysenteriae Разведение			Контроль
	1/1	1/2	1/10		1/1	1/2	1/10	
1—3	—	—	—	—	—	—	—	—
4	+++	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—	—	—
6	—	—	—	—	—	—	—	—
7	++++	++++	++	—	—	—	—	—
8	—	—	—	—	—	—	—	—
9	++++	++	—	—	—	—	—	—
10	—	—	—	—	—	++	+	—
11	++++	++++	++++	—	++	++++	++++	—
12	+	+++	+	—	—	—	—	—
13	++++	++++	+++	—	+++	++++	+++	—
14	+	++	+	—	—	+	+	—
15	+++	++++	+++	—	—	—	—	—

Таблица № 9.
Агглютинация сыворотками здоровых женщин.

№№ по пор.	В. coli Разведение			Контроль	В. pseudo-dysenteriae Разведение			Контроль
	1/1	1/2	1/10		1/1	1/2	1/10	
1	—	—	—	—	—	+	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	+	+	—
4	++	+++	+	—	—	+++	+++	—
5	+	++	++	—	—	—	—	—
6	—	—	—	—	—	—	—	—
7	+++	+++	++	—	++	+	+	—
8	—	—	—	—	—	—	—	—
9	++++	++++	++	—	+	+++	+++	—
10	++	++	+	—	—	—	—	—

Таблица № 10.
Агглютинация сыворотками «воспалительных» больных.

№№ по пор.	В. coli Разведение			Контроль	В. pseudo-dysenteriae Разведение			Контроль
	1/1	1/2	1/10		1/1	1/2	1/10	
1	++++	++++	++++	—	—	—	—	—
2	—	++	+	—	+	++	++	—
3	+	+++	+	—	+++	++++	++	—
4	—	++	+++	—	++++	++++	+++	—
5	+	++	+	—	+	++	—	—
6	—	—	—	—	—	—	—	—
7	+++	+++	++	—	—	—	—	—
8	+++	+++	+++	—	++	+++	++	—
9	—	—	—	—	—	+	+	—
10	—	++	+	—	+	++	++	—

Из приведенных таблиц видно, что никакой определенной или заметной разницы между сыворотками новорожденных и сыворотками родильниц в отношении агглютинации *b. coli* и *b. pseudo-dysenteriae* не удалось установить.

Некоторые сыворотки как новорожденных, так и родильниц агглютинировали оба вида бактерий, другие—лишь один вид.

Сыворотки воспалительных больных в общем проявляли наибольшую способность агглютинировать *b. coli* (8 сывороток из 10) и *b. pseudo-dysenteriae* (7 из 10 сывороток).

Из приведенных опытов следует, что не существует характерных различий в отношении агглютинации различных видов бактерий сыворотками больных с быстрой или медленной SR.

Обнаруженная мною постоянная агглютинация сыворотками новорожденных стафилококков показала мне заслуживающей более детального изучения, и я решил проследить ее в более значительных разведениях (до 1 : 80). После того, как мною была проведена серия из 4 сывороток с ранее применявшимся штаммом стафилококков, случайно этот штамм погиб, и дальнейшие опыты были проделаны с другими штаммами *staphyl. pyog. aig.*, культивированными из фурункула на шее (сыворотки 5—8) и коленного абсцесса (сыворотки 9—12).

Таблица № 11.

Агглютинация сыворотками новорожденных.

№№ по пор.	Staphyloc. pyog. aig. Разведение						Контроль
	1/1	1/2	1/10	1/20	1/40	1/80	
1	++++	++++	++++	++++	++++	++++	—
2	++++	++++	++++	++++	++++	+	—
3	++++	++++	++++	++++	++	—	—
4	++++	++++	++++	++++	++++	++++	—
5—12	—	—	—	—	—	—	—

В то время как в первых 4 случаях был получен резко положительный результат (в 3 случаях при разведении 1 : 80 и в 1—при 1 : 40), ни в одном из последующих случаев не удалось подметить и следов агглютинации.

Далее была испытана агглютинируемость последних двух штаммов стафилококков сыворотками рожениц (родильниц) и сыворотками воспалительных больных (по 4 сыворотки), и в каждой группе результат был в 2 случаях положительный, в 2 — отрицательный.

Из этих опытов следует, что агглютинация стафилококков сыворотками новорожденных зависит всецело от агглютинируемости различных штаммов, хотя бы они и казались морфологически идентичными.

Имея в виду указания Hausherr'a, Löwenthal'я и Vorschütz'a о различных результатах агглютинации в зависимости от неодинаковых свойств разных штаммов одного и того же вида бактерий, я исследовал на 16 сыворотках агглютинацию 2 штаммов *b. coli*: а) со слабым образованием индола, и б) с сильным образованием индола.

Таблица № 12.
Агглютинация 2 разных штаммов *B. coli*.

№№ по пор.	Сыворотки новорожденных						Сыворотки родильниц						Контроль
	B. coli (a) Разведение			B. coli (б) Разведение			B. coli (a) Разведение			B. coli (б) Разведение			
	1/1	1/2	1/10	1/1	1/2	1/10	1/1	1/2	1/10	1/1	1/2	1/10	
1	—	++++	+	—	++	—	+	++++	+	++++	++	+	—
2	—	—	—	—	+	—	+	++++	+	++++	++	—	—
3	—	++	—	—	++	—	—	++	++++	+	+	+	—
4	++	++++	+	++++	++++	+	+	++	+	—	+	+	—
5	—	—	—	—	—	—	+	++++	++	++	++	+	—
6	—	—	—	—	—	—	—	+	—	—	+	+	—
7	+++	++++	++	++++	++++	+++	—	—	—	—	—	—	—
8	—	—	—	+	++	+	—	—	—	—	—	—	—

Наши опыты показывают, что в результатах агглютинации 2 разных штаммов *B. coli* сыворотками новорожденных и родильниц (кроме сыворотки № 8) заметной разницы не обнаруживается.

Далее, заинтересовавшись вопросом, не исчезают ли неспецифические агглютинины при стоянии сывороток, я поставил несколько опытов со свежими сыворотками и затем с теми же сыворотками, простоявшими 24 часа.

Таблица 13.
Агглютинация сыворотками рожениц (resp. родильниц).

№№ по пор.	Bac. proteus x—19 Разведение			Контроль	Staphyloc. pyog. aur. Разведение			Контроль
	1/1	1/2	1/10		1/1	1/2	1/10	
1	++++	++++	++	—	++++	++++	+	—
2	++++	++++	+++	—	—	—	—	—
3	++++	++++	+	—	—	—	—	—
4	++	++	+	—	++++	++	++	—
5	++++	+++	+++	—	+++	++	++	—
Повторно через 24 часа								
1	++++	++++	+	—	++++	++++	++	—
2	++++	+++	+++	—	—	—	—	—
3	++++	+++	+	—	—	—	—	—
4	++	++	+	—	++++	++	+	—
5	+++	++	+++	—	+++	++	++	—

Из сравнения обоих столбцов мы видим, что существенных изменений агглютинации при стоянии сывороток в течение 24 часов не происходит.

Мои исследования показывают, что агглютинация различных видов бактерий (*b. proteus* x—19, *staphyl. pyog. aur.*, *b. coli*, *b. pseudo dysenter.*) сыворотками больных с медленной или быстрой SR индивидуально различна. Она зависит от свойств сывороток (при агглютинации одного определенного вида бактерий) и биологических особенностей бактерий (при агглютинации различных штаммов одной и той же сывороткой). Эта агглютинация не находится в общем в каком-либо прямом отношении к скорости SR.

Разумеется, дело всегда идет о неспецифической или т. наз. нормальной агглютинации.

Dold объясняет нормальную агглютинацию осаждением (*Aussfällung*) известных количеств лабильных серумглобулинов. Основываясь на объяснениях *Dold'a*, *v. Oettingen* думает, что сыворотка беременных потому так сильно агглютинирует, что в виду выраженной лабильности глобулинов при прибавлении бактерий происходит осаждение их. В том же смысле говорит известное обстоятельство, что сыворотка новорожденных характеризуется выраженным недостатком в амбоцепторах. Далее мы знаем из работ *Halban'a*, *Polano*, *Schenk'a*, *v. Graff'a* и др., что сыворотки новорожденных по сравнению с нормальными сыворотками и сыворотками беременных отличаются полным или почти полным отсутствием гемолитических свойств; в то же время мы знаем, что и здесь дело существенно зависит от недостатка в амбоцепторах (*Sachs*, *Polano*, *Zubrzycki*, *v. Graff*).

Отмеченная нами резкая и постоянная агглютинация стафилококков сыворотками новорожденных—в первой серии (табл. 3) идет в разрез с этими данными.

Действительно, если бы агглютинация эритроцитов была аналогична агглютинации бактерий, то плазмы должны были бы значительно сильнее агглютинировать бактерии, чем сыворотки, так как при оседании эритроцитов эта разница между плазмами и сыворотками проявляется очень рельефно. Однако, в действительности, плазмы и сыворотки почти одинаково агглютинируют, и между ними не обнаруживается особой разницы.

Обнаруженную нами более постоянную резкую агглютинацию стафилококков сыворотками новорожденных мы можем себе объяснить лишь тем, что организм новорожденного является самостоятельной биологической единицей, обладающей собственными индивидуально от матери отличающимися защитительными приспособлениями.

Заслуживают внимания также новейшие наблюдения *Kramar'a* над так называемыми „нормальными агглютинидами“, обнаруживающимися в крови грудных младенцев. Исследование агглютинации *b. coli* сывороткой младенцев в возрасте от 8 дней до 19 месяцев, обнаружило известную закономерность. Агглютинация наблюдалась редко у младенцев от 2 до 8 мес. (5,7%), в то время как до и после этого возраста она встречалась в большей половине случаев (58%).

Kramar объясняет это явление существованием несомненного параллелизма между присутствием нормальных агглютининов у

матерей и у младенцев. Агглютинины были обнаружены лишь у тех младенцев, матери которых обладали относительно высоким титром агглютинации (1 : 20).

Эта связь могла быть доказана тотчас после родов; в течение дальнейшей внеутробной жизни агглютинация постепенно ослабевала, исчезая к 3-му месяцу. Это обстоятельство дает право полагать, что находясь в первые недели жизни нормальные агглютинины младенца получают от матери.

Обнаруживаемые во второй половине первого года жизни „нормальные агглютинины“, вероятно, являются продуктом организма младенца.

Объяснение, предложенное *Kramar*'ом, очень заманчиво, но опыты мои относительно агглютинации стафилококков находятся в противоречии с ним; совершенно непонятно, почему лишь часть материнских сывороток агглютинировала стафилококков, в то время, как последние агглютинировались всеми 15 сыворотками новорожденных (в I серии опытов).

Вкратце резюмируя приведенную главу, мы можем сказать, что хотя сыворотки беременных (рожениц, родильниц) и воспалительных больных (быстрая SR) проявляют большую тенденцию к агглютинации известных видов бактерий¹⁾, чем сыворотки новорожденных (SR крайне замедленная) — оба процесса, т. е. агглютинация бактерий и агглютинация эритроцитов не обнаруживают заметного параллелизма и отнюдь не могут считаться идентичными.

8. К коллоидно-химической теории SR.

а) SR и свертываемость плазмы.

В то время как *Fahrraeus* и *Linzenmeier* в первоначальных исследованиях занимались преимущественно электрофизической стороной проблемы оседания эритроцитов, они пытались в последующих работах подойти к коллоидно-химическим основам процесса. *Fahrraeus* обратил внимание на ускоряющее оседание Ег влияние фибриногенной и глобулиновой фракции, а *Linzenmeier* доказал, что высокомолекулярные белковые вещества, в особенности фибриноген, обуславливают повышенную тенденцию к агглютинации клеточных элементов; однако, по *Linzenmeier*'у не фибриноген сам по себе является „ускоряющей субстанцией“, но известная фаза его дисперзности (*Dispersität*), в зависимости от состояния которой (что свойственно глобулинам вообще) меняется величина электрического заряда при условии, что вещества, меняющие быстроту оседания, скопляются на поверхности красных кровяных телец.

Независимо от *Fahrraeus*'а и *Linzenmeier*'а, *Starlinger* в своих исследованиях отдал предпочтение коллоидно-химической постановке опытов (перед электро-физической), исходя из представления, что первичные и важнейшие изменения этого коллоидно-химического процесса — это вещественные изменения, в зависимости

¹⁾ *Примеч.* Быть может, неодинаковая агглютинация бактерий различными сыворотками зависит от принадлежности больных к разным гемагглютинационным группам [NB: разделение всего человечества на 4 основных группы (*Moss Jansky*)].

от которых вторично происходит сдвиг энергетики (eine energetische Verschiebung); основанием для такого представления является известный факт, что, с одной стороны, разряженные коллоиды не должны обязательно выпадать в виде хлопьев (ausflocken), а с другой стороны, что и без разряжения может происходить выпадение их (Ausfällung).

Важная роль фибриногена, как фактора, способствующего аутоагглютинации, может быть доказана по *Starlinger*'у, как у живых людей путем сравнительных определений содержания фибриногена в плазме и параллельно интенсивности оседания Eг (при искусственном изменении содержания фибриногена), так и путем изучения изолированного действия фибриногена.

Теоретически эти наблюдения могут быть объяснены следующим образом: если достигается стойкость взвеси коллоидного раствора высокомолекулярных белковых веществ и эритроцитов—в смысле *Herzfeld*'а и *Klinger*'а — благодаря наличности растворимой в воде адсорбционной зоны более низких продуктов расщепления белков, то, с одной стороны, высокое содержание в кровяной плазме наиболее легко осаждаемого нестойкого белка — фибриногена — должно повести к обеднению поверхности Eг этим веществом (путем связывания значительной части более высокомолекулярных белков) и, благодаря этому, повысить тенденцию к агглютинации и осадению, а с другой стороны, увеличенное содержание низкомолекулярных продуктов белкового расщепления должно иметь следствием повышенную стойкость коллоидного раствора и замедление оседания Eг.

По исследованиям *Frisch*'а, определение содержания фибриногена дает надежную картину степени активности воспалительных процессов, напр., при хроническом туберкулезе легких; фибриноген, как первая ступень расщепления органических белков, в смысле *Herzfeld*'а и *Klinger*'а, в известной степени представляет мерилу разрушения тканей или клеток в широком смысле (стало быть, и форменных элементов крови, особенно при экссудативных воспалительных процессах).

В виду того, что определение содержания фибриногена технически довольно сложно, по *Frisch*'у и *Starlinger*'у, можно следить за колебаниями содержания его по быстроте SR, так как имеется по их указаниям полный параллелизм между быстротой реакции и количеством фибриногена.

Как мы указывали выше, оседание эритроцитов в сыворотках происходит значительно медленнее, чем в плазмах; таким образом, устанавливается несомненное значение присутствия фибриногена.

Поэтому, крайне важно выяснить, имеются ли какие-либо различия в свертываемости плазм, обнаруживающих различную интенсивность агглютинации и оседания Eг.

Несмотря на разнообразные литературные данные по вопросу о свертываемости крови беременных, в общем преобладает взгляд, что кровь рожениц свертывается быстрее крови нормальных небеременных женщин, в то время как кровь новорожденного отличается медленной свертываемостью, что соответствует якобы меньшему количеству фибриногена в крови новорожденных.

В виду сложности предложенной *Bürker*'ом методики определения свертываемости крови, я занялся определением свертываемости кальцинированных цитратных плазм для того, чтобы выяснить, наблюдаются ли при этом различия, соответствующие разной быстроте SR, различию осаждаемости белков плазмы (т. е. лабильности) и т. п.

Опыты были проделаны с 4 группами цитратных плазм: с плазмами рожениц, воспалительных больных, здоровых женщин и новорожденных. Исходя из исследований *v. Oettingen*'а, показавших, что свертывание цитратной плазмы происходит наиболее быстро при прибавлении средних количеств хлористого кальция ($1/4$ — $1/8\%$), я остановился на $1/5\%$ растворе CaCl_2 ; большее содержание солей, благодаря действию самой концентрации, может задерживать свертывание (*Herzfeld* и *Klinger*).

Методика опытов заключалась в следующем: к 10 каплям 0,2% раствора CaCl_2 добавлялась цитратная плазма новорожденных, здоровых женщин, рожениц и воспалительных больных в уменьшающихся количествах: 10 капель, 5 капель, 2 капли и 1 капля. Опыты производились при комнатной температуре и результаты отмечались через 10, 40, 70 минут и через 24 часа.

Для исследования брались по 6 плазм каждой группы. В виду того, что плазмы каждой из 4-х групп дали однородные (в пределах одной группы) результаты, полученные данные представлены в одной сборной таблице (см. стр. 240).

Из приведенной таблицы следует, что свертывание концентрированной плазмы происходит наиболее быстро у новорожденных. При более продолжительном наблюдении (24 часа) отношения меняются в пользу плазмы беременных и воспалительных больных, которые даже при наименьших употребленных для опытов количествах свертывались в компактную массу, в то время, как в плазме новорожденных в сильных разведениях ($1/10$) эффект свертывания проявлялся в весьма слабой степени.

Такие различные результаты свертывания зависят по *v. Oettingen*'у от различного содержания фибриногена, и не играет существенной роли, проявляются ли они в количественном или качественном отношении.

Объяснить более быстрое наступление свертывания плазмы новорожденных довольно трудно, так как до сих пор не разрешена в целом проблема свертывания крови. Независимо от вопроса, как себе представлять самый механизм свертывания, склоняясь ли к гипотезе о ферментативной природе процесса или принимая во внимание физико-химические представления,—можно свести различную быстроту свертывания кальцинированных цитратных плазм к различным состояниям или биологическим свойствам фибриногена.

Если считать, что все зависит от количественных различий и что плазма беременных содержит большее количество фибриногена, чем плазма новорожденных, то различное действие одинаковых количеств CaCl_2 легко объясняется. По общепринятому мнению CaCl_2 способствует образованию обуславливающего свертывание тромбина; если тромбин при своем образовании находит большее количества фибриногена в плазме новорожденных, то образование фибрина происходит быстрее, чем в плазме беременных, у которых образующийся тромбин должен распределиться на большее количество фибриногена, так что благодаря избытку фибриногена свертывание замедляется (*v. Oettingen*).

Не может быть исключена и другая возможность, а именно, что более лабильный фибриноген плазмы беременных находится в более тесной связи с веществом, из которого образуется тромбин (serocum, resp. Protrombin), чем фибриноген более стойкой плазмы новорожденных. В таком случае понятно, что действие кальция встретило бы большие препятствия со стороны плазмы рожениц, чем со стороны плазмы новорожденных. Правда, такое объяснение наталкивается на некоторые трудности, если согласно точки зрения *Herzfeld*'а и *Klinger* а рассматривать тромбин, как соевое соединение Ca с протромбином и считать протромбин продуктом расщепления белков (с высокой молекулярной формулой), которые в то же время обуславливают растворимость фибриногена и благодаря этому, после соединения с Ca , способствуют образованию фибрина. Если при-

мкнуть к этим воззрениям, то следует предположить, что этот продукт расщепления белков—resp. протромбин—в плазме новорожденных быстрее реагирует с прибавленным хлористым кальцием, чем в плазме беременных.

Из приведенных опытов вовсе не следует однако, что кровь новорожденных легче свертывается, чем кровь беременных. Практический опыт показывает противоположное. В конечном результате плазмы рожениц (и воспалительных больных) оказывались более плотно свернувшимися (*resp.* более компактными, застывшими), чем плазмы новорожденных. После закончившегося свертывания плазмы с быстрой SR при встряхивании были неподвижными, образуя гомогенную массу, в то время как плазмы с очень медленной SR (новорожденных) представляли полужидкую массу, которая при встряхивании выливалась из пробирки.

Таким образом, между свертываемостью цитратных плазм и SR обнаруживается несомненная зависимость. Такая зависимость может быть доказана также наблюдениями над цитратными плазмами в пробирках *Linzenmeier'a* после выполнения SR, если эти пробирки стояли 1—2 суток. Первоначально жидкая плазма постепенно застывает, при чем во многих случаях принимает вид застывшего сала; во всяком случае сальная пленка всегда обнаруживается на поверхности плазмы. В сравнительно редких случаях плазма не превращается в однородную жидкость, а в ней образуются отчетливо выступающие хлопья. В общем, быстро осаждающие плазмы при стоянии застывают в более густую массу, чем нормально или очень медленно осаждающие, но не всегда.

Еще яснее обнаруживается связь между свертываемостью крови и SR, если мы сопоставим результаты работ *Löhr'a*, *Salomon*, и *Oppenheimer'a*. *Löhr* определял влияние протеиновых веществ на быстроту SR (впрыскивая caseosan и др. вещества). Исследования *Salomon* и *Oppenheimer'a* установили изменения свертываемости крови (методика *Bürker'a*), под влиянием парентерального введения белков (caseosan'a и aolan'a). Полученные результаты показывают тесную связь между обоими процессами.

Löhr наблюдал приблизительно через 2 часа после впрыскивания ускорение SR (в нескольких случаях через 3—4 часа), которое длилось 8—10 дней.

По *Salomon* и *Oppenheimer'u* после введения малых доз caseosan'a наблюдалось замедление свертывания крови (исследования в камере *Bürker'a*) через 2—3 часа, после больших доз (до 1½ к. см)—немедленное ускорение свертывания. После 3—5 часов, независимо от дозы, происходило ускорение свертывания (почти вдвое), которое длилось в течение 6—7 (и более) дней. При впрыскивании aolan'a (интрамукулярно) в больших дозах (до 50 к. см) также наблюдалось уже через 1 час ускорение свертывания крови, державшееся несколько дней.

Таким образом, устанавливается тесный параллелизм между SR и свертываемостью крови. Практическое значение этих наблюдений заключается в том, что, в случае дальнейших подтверждений этих данных, мы будем в состоянии контролировать до известной степени действие протеинотерапии, не прибегая к сложным аппаратам (как камера *Bürker'a*), требующим большого навыка и отнимающим много времени, а ограничиваясь выполнением реакции оседания эритроцитов.

в) $\bar{S}R$ и осаждаемость белков (лабильность) плазм.

Кроме различной свертываемости плазм новорожденных, беременных, здоровых женщин и страдающих острыми воспали-

Таблица № 14.
SR и свертываемость кальцинированных цитратных плазм.

1/10	1/5	1/2	1/1	Через	Разведение плазмы
Жидк.	Жидк.	Жидк.	Свернув.	10 м.	Плазмы новорожденных SR = 24 — 48 час.
Жидк.	Жидк.	Полужидк.	Свернув.	40 м.	
Жидк.	Полужидк.	Полужидк.	Свернув.	70 м.	
Хлопья	Полужидк.	Полужидк.	Свернув.	24 ч.	
Жидк.	Жидк.	Жидк.	Жидк.	10 м.	Нормальн. плазмы SR = 3 часа
Жидк.	Жидк.	Жидк.	Жидк.	40 м.	
Жидк.	Жидк.	Полужидк.	Свернув.	70 м.	
Полужидк.	Полужидк.	Свернув.	Свернув.	24 ч.	
Жидк.	Жидк.	Жидк.	Жидк.	10 м.	Плазмы роженниц SR = 1/2 — 3/4 час.
Жидк.	Жидк.	Жидк.	Жидк.	40 м.	
Жидк.	Полужидк.	Свернув.	Свернув.	70 м.	
Свернув.	Свернув.	Свернув.	Свернув.	24 ч.	
Жидк.	Жидк.	Жидк.	Жидк.	10 м.	Плазмы воспалительных больных SR = 1/4 — 1 час.
Жидк.	Жидк.	Жидк.	Жидк.	40 м.	
Жидк.	Полужидк.	Свернув.	Свернув.	70 м.	
Свернув.	Свернув.	Свернув.	Свернув.	24 ч.	

тельными заболеваниями, обнаруживаются также различия в лабильности плазм с быстрой SR и медленной SR при осаждении белков разведенным алкоголем, насыщенным раствором NaCl, Ammonsulfat'ом и т. п. — Оказывается, как доказали Sachs и

v. Oettingen, что и здесь плазмы новорожденных и рожениц представляют два противоположных полюса.

Еще не вполне установлено, зависят ли обнаруживаемые различия от неодинаковой структуры белковых веществ или от количественных различий в содержании фибриногена, так как реакции, применяемые для дифференцирования плазм беременных (от плазм новорожденных), в то же время ведут к осаждению фибриногена.

По *Starlinger*'у в крови беременных количество фибриногена увеличено; *v. Oettingen* же считает плазмы беременных более лабильными, чем плазмы здоровых женщин и новорожденных. Быть может, разница в приведенных взглядах не особенно существенна, так как вообще сомнительно, как подчеркивают *Herzfeld* и *Klinger*, можно ли строго дифференцировать белковые вещества плазмы, как самостоятельные химические субстанции.

Опыты мои сводились к следующему: я установил первоначально, 1) определяются ли различия в лабильности плазм, характеризующихся быстрым оседанием эритроцитов (плазм рожениц и воспалительных больных), нормальным оседанием (плазмы здоровых женщин) и отличающихся замедленным оседанием (плазмы новорожденных), а затем—2) искусственно понижая заряд плазм, старался проследить влияние таких процедур на осаждаемость белков.

Методика опытов сводилась к следующему: цитратные плазмы рожениц, воспалительных больных, здоровых женщин и новорожденных смешивались с равным количеством насыщенного раствора NaCl, и определялась интенсивность осаждения белков; далее известные количества цитратных плазм каждой из 4 групп подвергались в течение 1 часа обработке (встряхивание) возрастающими количествами *bol. albae* (0,01; 0,05; 0,1 и 0,2 на 1 куб. см плазмы) и затем центрифугировались.

Белки обработанных плазм осаждались насыщенным раствором NaCl.

Исследованию подверглись 5 плазм каждой группы. Результаты представлены на таблице 15.

Таблица № 15.

Осаждаемость белков и заряд плазм.

<i>Vol. alba</i>	Плазмы беремен.	Плазмы восп. больных	Норм. плазмы	Плазмы новорожден.
0	++++	++++	+++	+
0,01	+++	++++	++	+
0,05	+	++	+	—
0,1	—	—	—	—
0,2	—	—	—	—

Из приведенной таблицы следует, что 1) существует резкая разница в лабильности белков плазм беременных и новорожденных и что 2) при обработке плазм при помощи *bol. alba* понижается осаждаемость белков плазм. Между указанным процессом и быстрой SR (при искусственном понижении заряда плазмы)

таким образом устанавливается тесный параллелизм (см. главу 5, табл. 2).

Этот параллелизм между SR и выпадением (resp. осаждаемостью) белков обнаруживается и при выполнении опытов (определения быстроты SR и лабильности плазм), при разных температурах.

Опыты ставились по методике, применявшейся *v. Oettingen*'ом (с некоторыми отклонениями).

К $1/2$ куб. см плазмы прибавлялись уменьшающиеся количества насыщенного раствора NaCl; осаждение белков определялось при 0° и при комнатной температуре (14°).

Таблица № 16.

Осаждение белков плазм и температуры среды.

Колич. насыщ. раств. NaCl	Плазмы роженниц			Плазмы восп. больных			Плазмы здоров. жен.		
	0,5	0,25	0,1	0,5	0,25	0,1	0,5	0,25	0,1
при 14°	++++	++	+	++++	+++	++	+++	+	+
при 0°	++	+	+	++	+	+	+	+	-

SR при 0° также резко замедляется (см. главу 4) и таким образом не может быть сомнения в существовании причинной зависимости между обоими процессами. Изменение обоих процессов при понижении температуры и при постоянном количестве фибриногена подтверждает точку зрения *v. Oettingen*'а, что лабильность плазм не стоит в прямой зависимости от содержания фибриногена.

Причина различной быстроты SR в существенной степени должна быть поставлена в связь с различной стойкостью белков плазмы.

Несомненно фибриногену принадлежит более или менее значительная роль, если рассматривать его как наиболее лабильный из содержащихся в крови белков; в этом отношении, как справедливо отмечает *v. Oettingen*, не имеет существенного значения, говорим ли мы о содержании фибриногена или о лабильности белков плазмы.

Существенно, как показывают наблюдения *Sachs*'а, *Starlinger*'а и *v. Oettingen*'а, то, что различные изменения внешних условий влияют на стойкость плазмы в смысле задержки осаждения белков.

Что различные свойства крови различных лиц, характеризующиеся различной быстротой SR, зависят не от одного содержания фибриногена, доказывают наблюдения, что в сыворотках существуют принципиально те же изменения, которые обнаруживаются в плазмах, хотя качественно они уступают последним (глава 4).

При разведении сывороток дистиллированной водой (на подобие так называемой *Klausner*'овской реакции) или разведенной соляной кислотой, наблюдались заметные различия в осаждаемости белков, особенно между сыворотками беременных и новорожденных, которые соответствовали (в более слабой степени) различиям, наблюдаемым в плазмах.

Как было указано выше, существует тесная связь между лабильностью плазм и быстротой SR. При дефибринировании плазма становится значительно менее лабильной. *Linzenmeier* доказал, что в растворах фибриногена отрицательный заряд Eг понижается. Таким же действием обладает pseudoglobulin; albumin же в электрическом смысле индифферентен.

По опытам *Kanai* эритроциты оседали в 5% растворе pseudoglobulin'a в 30 минут на 51 м/м (методика *Westergren*'a), в 5% растворе альбумина всего на 1 м/м; в равной смеси pseudoglobulin'a и альбумина на 4 м/м. Далее *Kanai* обнаружил, что при согревании сывороток в течение нескольких часов при температуре 26—42° оседание взвешиваемых в них Eг происходит медленнее, чем до нагревания. Если же во время нагревания встряхивать сыворотки, то осаждающая способность их не меняется.

Согревание и встряхивание влияют на физико-химическое состояние глобулинов (фибриногена, псевдо-глобулина), и параллельно с этим происходит изменение величины заряда эритроцитов. Каждое замедление оседания зависит от увеличения заряда Eг, каждое ускорение — от уменьшения заряда. Осаждающее действие глобулинов есть проявление их тенденции к выпадению хлопьями из растворов (Flockungstendenz). Eг, обволакиваемые глобулинами, также получают тенденцию к оседанию и сильнее склеиваются. Согревание ослабляет указанное свойство глобулинов, одновременное встряхивание во время согревания действует в обратном смысле.

Не только изменение температуры или встряхивание влияют на заряд эритроцитов, но и освещение ультрафиолетовыми лучами.

Mond установил, что в освещенных сыворотках и растворах белков изменение скорости SR идет параллельно с изменением заряда эритроцитов. В неосвещенном растворе глобулина SR в 15 минут равно 8 м/м, в освещенном в течение 7 часов — 15 м/м, соответственные отношения отрицательных зарядов выражались в виде $\frac{1}{2500}$ и $\frac{1}{2750}$.

Благодаря работам учеников *Höber*'a: *Mond*'a, *Kanai* и *Ley*, в настоящее время установлено, что влияние белков на быстроту оседания и заряд эритроцитов зависит от положения изоэлектрического пункта и стабильности растворов этих белков.

Различная тенденция к образованию ионов выражается у различных белковых веществ не только в положении их изоэлектрических пунктов, но и в различной стойкости их растворов. Растворы фибриногена имеют сильную склонность к произвольному выпадению в виде хлопьев (Ausflockung), растворы глобулина меньшую, а растворы альбумина наименьшую. Но это не имеет непосредственного отношения к различию в диссоциации белковых растворов: дело в том, что растворы альбумина не образуют хлопьев даже при изоэлектрическом пункте. Привходящее значение имеют различия в растворимости, которые у гидрофильных коллоидов особенно заметно проявляются во внутреннем трении их растворов. Растворы фибриногена и альбумина обладают очень высокой вязкостью, растворы же альбумина имеют сравнительно низкую вязкость; вязкость облегчает (смотря по своей степени) не только сцепление белковых частиц растворов, но и взаимное склеивание эритроцитов, на поверхности которых эти вязкие вещества накопились.

Leu произвел следующие опыты: если отмыть эритроциты от окружающих их в естественном состоянии белковых веществ (путем многократного промывания в слабо щелочном растворе фосфатов) и погрузить их в растворы различных белковых веществ и затем взвесить в различных смесях фосфатов, которые представляют целую скалу растворов различной концентрации водородных ионов, то оказывается, что эритроциты сильнее всего агглютинируются в той фосфатной смеси, концентрация H-ионов которой делает изоэлектрическим соответствующее белковое вещество.

При помещении Eг в смесь нескольких белков образуются соответственные многие агглютинационные maxima, что вполне соответствует теоретическим заключениям. С этой точки зрения понятны влияния согревания и взбалтывания. Согревание меняет осаждающую способность сывороток (а еще больше растворов глобулина), так как они становятся более сходными с растворами альбуминов: одновременное встряхивание удерживает их в состоянии близком к глобулинам. Параллельно с этим меняется и вязкость; согревание понижает вязкость, согревание и одновременное встряхивание удерживают ее на одном уровне. Более вязкие белковые частицы легче удерживаются на кровяных тельцах, разряжая и склеивая их, чем менее вязкие.

Рассмотрев различные теории SR, мы видим, что быстрота реакции зависит от разнообразных факторов; она находится в тесной связи со свертываемостью плазм, лабильностью их белков, положением изоэлектрического пункта различных белковых фракций и т. п.

Несомненно, одним из важнейших условий изменений быстроты SR являются колебания количественного взаимоотношения глобулиновой и альбуминовой фракции. Во время беременности и при воспалительных заболеваниях происходит не только относительное увеличение фракции глобулинов за счет альбуминов (*Schiff, Roser, Rorer-Adler*), но и абсолютное количество глобулинов увеличено; то же наблюдали *Vorschütz, Loeper* и *Tonnel* при злокачественных опухолях, что они объясняют повышенным клеточным распадом. Вязкость идет в общем параллельно с относительным увеличением глобулинов, и поэтому мы не останавливаемся отдельно на ее отношении к SR.

На ряду с этим, целый ряд условий (изменение температуры тела, прием алкалоидов и др., меняющих поверхностное натяжение крови, всасывание различных белковых продуктов и т. п.), меняя состояние дисперзности белков плазмы, даже при неизменном их количественном соотношении, оказывает заметное влияние на стойкость взвеси эритроцитов в плазме.

Большое значение приписывается содержанию липондов в крови. По *Kürten'у, Mahnerl'у* и *Horneck'у*, повышение количества холестерина сопровождается резким ускорением SR; лецитин оказывает противоположное действие.

Наконец и содержание солей в крови также оказывает влияние на SR. Так, у 2 родильниц после внутривенного вливания физиологического раствора поваренной соли я наблюдал значительное замедление реакции.

Из приведенных данных ясно, сколько трудностей представляет разрешение затронутого нами вопроса. Всякий экспериментальный подход как *in vitro*, так и *in vivo*, требует особенной осторожности в толковании полученных результатов, так как всякие искусственно производимые физические и химические воздействия меняют не только количественно и качественно состав кровяной взвеси, но меняют и состояние дисперзности коллоидов, фаза которой подчас не поддается определению.

Ни одна из предложенных теорий не в состоянии вполне удовлетворительно разрешить проблему оседания эритроцитов, и до поры до времени мы должны ограничиться компромиссным объяснением. В общем, придавая известное значение и эритроцитам (их величине, содержанию в них белка и т. п.), мы должны приписать особенное значение физико-химическому состоянию плазмы и рассматривать SR, как реакцию, по преимуществу выражающую лабильность белков плазмы, при чем эритроциты служат при данной реакции как бы индикатором.

Резюмируя вкратце все сказанное, мы приходим к следующим выводам:

1. Между быстротой оседания эритроцитов и морфологическим составом крови нет определенной зависимости.

2. Быстрота SR не может быть объяснена одними законами физики; продолжительность реакции зависит как от свойств эритроцитов, так и от свойств окружающей среды; в общем быстрота SR обратно пропорциональна вязкости среды, в которой находится взвесь эритроцитов. Понижение температуры окружающей среды замедляет оседание эритроцитов.

3. Теория зависимости быстроты SR от величины электрического заряда E_g , в виду отсутствия способа непосредственного измерения потенциала E_g , не может считаться доказанной. Изменение заряда плазмы сопряжено с изменением лабильности белков плазмы и потому не доказательно для Ladungstheorie.

4. Теория поверхностного натяжения не учитывает физико-химического состояния белков и состава плазмы и дает лишь некоторое объяснение агглютинации эритроцитов.

5. Агглютинационная теория, идентифицирующая агглютинацию эритроцитов и бактерий, несостоятельна: сыворотки новорожденных, плазмы которых характеризуются особенно медленной SR, агглютинируют некоторые штаммы бактерий значительно энергичнее, чем сыворотки больных, у которых SR весьма непродолжительна.

6. Физико-химическая (коллоидно-химическая) теория является наиболее научно обоснованной; существует несомненный параллелизм между свертываемостью цитратных плазм, лабильностью белков их и быстротой SR. Как дефибринирование крови, так и другие способы, понижающие лабильность плазм, значительно замедляют продолжительность оседания эритроцитов.

7. Изменение нормальной быстроты оседания эритроцитов служит проявлением одного из многочисленных биологических изменений плазмы, как-то: изменение нормального соотношения между глобулиновой и альбуминовой фракциями, изменение лабильности белков, свертываемости плазмы и т. п.

8. Проблема реакции оседания эритроцитов в настоящее время еще не может считаться окончательно разрешенной.

Примечание. За недостатком места от напечатания литературного указателя пришлось отказаться.

Из Гинекологической клиники Государственного Института для усовершенствования врачей (заведыв. проф. Р. В. Кипарский) и Патологической кафедры (проф. Н. Н. Аничков) Военно-Медиц. Ак.

К вопросу о рациональной методике профилактического и терапевтического применения эфира при перитонитах *).

Ассист. Гинекологической клиники Г. В. ХОДЕЦКОГО.

Из работы моей по изучению бактерицидного действия эфира ¹⁾ выяснилось, что эфир обладает бактерицидными свойствами, особенно резко выраженными в условиях парообразного состояния и что для бактерицидного действия его важно не количество жидкого эфира, которым мы воздействуем на бактерии, а насыщенность атмосферы его парами.

Если принять во внимание, что 1 сс. эфира, превращаясь в пар, занимает объем равный 300 сс. (при давлении в одну атмосферу), то станет ясно, что применявшиеся большинством авторов для интраперитонеального вливания 50,0—250,0 эфира, являются чрезвычайно большим количеством, если мы согласимся с этими авторами, что под влиянием температуры тела происходит быстрое парообразование введенного эфира (NB.: точка кипения эфира 34,9°).

При таком бурном парообразовании даже сравнительно небольшие количества, например, 50,0, должны были бы занять чрезвычайно большой объем ($300 \times 50 = 15.000$ сс.), значительно превосходящий емкость брюшной полости. Совершенно очевидно, даже теоретически, что для желательного нам насыщения брюшной полости парами эфира должно было бы оказаться достаточным применение значительно меньших доз в жидком виде.

Ввиду этого мной был произведен ряд опытов на животных для сравнительной оценки действия жидкого и парообразного эфира (при одинаковых условиях) и для нахождения рациональной методики применения эфира при экспериментальных перитонитах.

Желая выяснить действие эфира в брюшной полости, мною были поставлены опыты в Военно-Медицинской Академии и Лаборатории проф. Н. Н. Аничкова, при любезном содействии асс. П. В. Окунева, взявшего на себя техническую работу по постановке опыта, за что я и приношу им свою глубокую благодарность.

*) Доложено на 6-м Всесоюзном Съезде Акушер. и Гинекологов в Москве 1924 г. 1—6/VI.

1) „Экспериментальное исследование бактерицидного действия эфира“.

Считая, как я уже указывал раньше в своей работе, что пары эфира имеют доминирующее значение над жидким эфиром, мною были произведены соответствующие опыты.

У собаки производилась лапаротомия, разрезом *l. alba*. Приблизительно в середине разреза вставлялся металлический тройничек. Постановка 1-го опыта производилась следующим путем.

Пластика „А“ введена под брюшину. Над ней сшиваются *en masse* брюшина и *aroneurosis*, после чего пластинка „В“ спускается системой винта. Между пластинками сшитые ткани плотно сжимаются, а поверх пластинки „В“ сшивается уже кожа. Такой способ зашивания был достаточным, чтобы выдержать самое большое давление, получаемое в брюшной полости. Один из концов тройничка соединялся с кимографом,

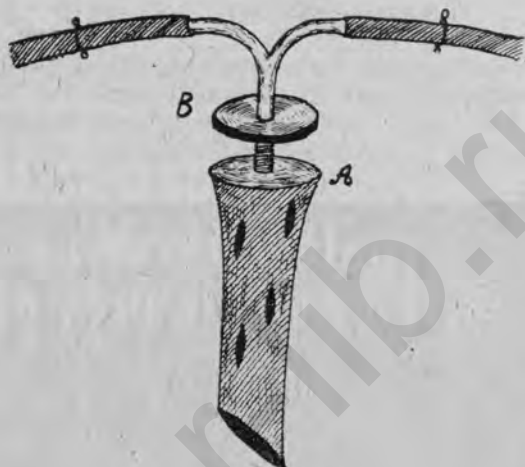


Рис. 1.

в то время, как другой служил для введения испытуемого эфира в различных видах. Все соединения от этого тройничка из обыкновенной тонкой резиновой трубки. Предварительно зажимы накладывались на оба конца у тройничка.

Перед началом опыта снимается зажим, соединяющий полость брюшины с кимографом, для установления „0“ на ленте кимографа. Перед этим по обычному способу производили соединение кимографа с *art. carotis*, где также устанавливалась более N-ная сердечная кривая. После установки „0“ приступали к опыту, во время которого снимался зажим „1“ на линии соединения брюшины с колбой, содержащей определенное количество жидкого эфира. Вся колба была поставлена в баню с возможно высокой температурой, так как мы знаем, что t^0 паров эфира равняется точке его кипения, т. е. $34,9^0$ С и не зависит от температуры бани, вызывающей это кипение. Быстрота кипения нам необходима, как средство, создающее быструю перегонку, а следовательно, понижающее возможность конденсации на проводниках, что и дает в брюшной полости накопление паров, превосходящих своим поступлением всасывание. Наличие уже самого давления несколько повышает точку кипения и, следовательно, мы можем получить пары эфира выше $34,9^0$ С. Перегревание паров до возможных для организма норм (40^0) получить очень трудно, так как эта величина требует давления = $921,2$ рт. стол., что составляет при наличии эластичных брюшных стенок значительную величину, не могущую безнаказанно пройти для самого организма.

Вопрос о возможных максимальных давлениях мною будет изучен в следующих опытах.

Разница между брюшными давлениями, которые получаются от введения эфира в брюшную полость в различных состояниях, указанная в моих теоретических рассуждениях — несомненна, что и подтверждено рядом опытов, поставленных мною на собаках. В то время, как введение в брюшную полость 15,0 гр эфира в парообразном состоянии создавало значительное давление, давление от вливания 30,0—40,0 гр жидкого эфира было ничтожно.

Продолжительность всасывания у меня отмечается секундомером на той же ленте, что дает не безынтересную справку о времени полезного пребывания эфира, т. к. это нам необходимо знать. Если продолжительность всасывания была бы очень быстрой, то значение бактерицидных свойств эфира было бы для брюшины понижено. На практике же оказывается, что воспаленная брюшина

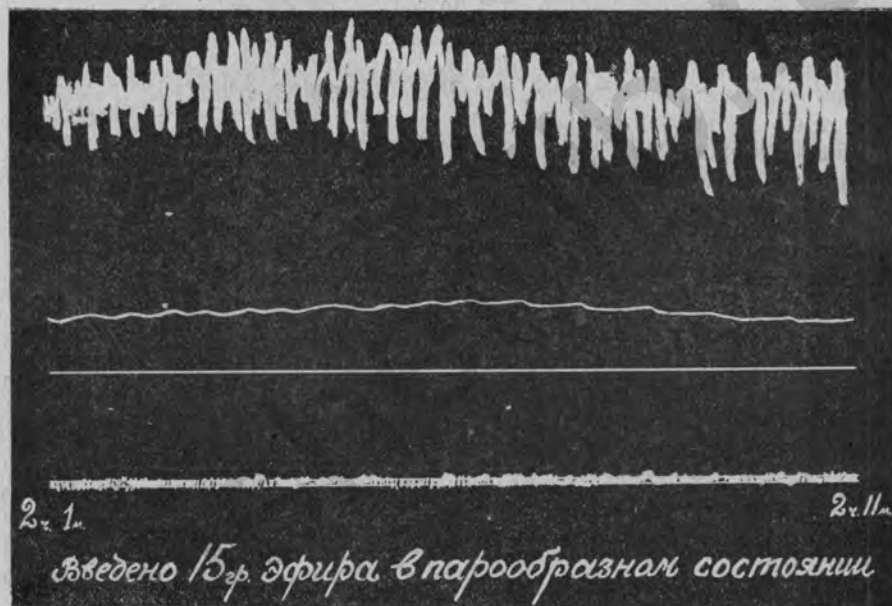


Рис. 2.

понижает всасывание и создает благоприятный момент для желательного действия эфира, что у меня указано на ленте третьего моего опыта, где всасываемость продолжалась очень долго.

Теперь перейдем к более детальному описанию опытов.

(Описание постановки выше приведенных опытов говорит о том, что мы не отошли от элементарных условий, выработанных в Патологической лаборатории).

Опыт 1. — Собака самец, весом 16,3 кг. Опыт был поставлен тем же порядком, как указано выше.

За 20 м. до начала опыта собаке введено под кожу в область затылка 5,0 гр — 1% Morph. тиг. В брюшную полость вводились пары эфира, образованные от кипения 15,0 жидкого эфира. Колба с эфиром поставлена в баню с высокой температурой. В кимограф включен секундомер для записи продолжительности всасывания паров эфира в брюшной полости.

Такая постановка опыта дала нам возможность разрешить сразу ряд загадочных вопросов.

В 2 часа дня на ленте кимографа отмечен момент начала опыта (после установки соответствующих „0“ на ленте). В 2 ч. 1 м. снят зажим „1“, находившийся на соединении эфирной базы с брюшной полостью. Колба с эфиром помещена в баню. Проходит большое количество секунд раньше, чем показывается начало кипения, что на ленте отмечено повышением кривой над линией „0“.

В этот момент мы и начинаем замечать некоторое повышение брюшного давления. Писчик, показывающий брюшное давление, как сказано выше, начинает уходить от линии „0“ и через 132 удара секундомера, т. е. 66'', он достигает наивысшего своего положения.



Рис. 3.

После чего он начинает совершать обратное движение. Падение брюшного давления в один из моментов стало менее стремительным и давление на одной, приблизительно, величине, продолжалось несколько минут.

Таким образом 15,0 жидкого эфира, введенного в парообразном состоянии в брюшную полость, подняли брюшное давление на определенную величину, с продолжительностью полезного пребывания в течение 10 минут.

По окончании опыта было произведено раз'единение проводников с тройничком, для освобождения брюшной полости от оставшихся там паров эфира, а для полного удаления их было произведено искусственное дыхание.

Спустя некоторое время после полного опорожнения полости брюшины от создавшихся там паров эфира (проверка на запах), был поставлен 2-й опыт на той же собаке.

В отверстие тройничка было влито из шприца под давлением 15,0 гр жидкого эфира.

Начало опыта в 2 ч. 20 м.

Образование брюшного давления писчиком не отмечается в ближайшие секунды. Только через 75" замечается некоторое увеличение брюшного давления, но очень незначительное. К 2 ч. 22½ мин. писчик почти совсем возвращается на линию „0“, а следовательно и давление в брюшной полости стало равно 0.

В 2 ч. 30 м. в брюшную полость, опять под давлением, вливается еще 30,0 гр жидкого эфира. Давление через 87" несколько повысилось, но эта величина была незначительная, и о ней говорить много не приходится. Давление оставалось таким до 2 ч. 45 м., т. е. 12 м., после вливания, в общей сумме 45,0 гр жидкого эфира.

Лента наглядно говорит о разнице, которая получается от двух способов употребления эфира. Тогда, как введение 15,0 гр эфира в парообразном состоянии создало давление в брюшной полости, равное указанному на ленте столбу „а“ (см. стр. 250), где среднее давление держалось наибольшее количество минут, равное столбу „в“, а общая продолжительность внутрибрюшного давления было 10',—вливание 15,0 гр через 75" создало столб, равный столбу „с“, а через 150" давление оказалось равным „0“. (см. стр. 251).

Увеличение дозы до 45,0 хотя и не изменяло величины самого столба, но удлиняло пребывание эфирных паров, которые в свою очередь поддерживали столб ртути на определенной высоте.

В общем продолжительность давления, вызванного этим вливанием, равна 12'.

Следовательно, величина давления не зависит от количества эфира, находящегося в брюшной полости, а зависит от других физических моментов, не дающих одновременно образования большого количества паров эфира. Большое же количество свободного эфира, расходуясь на всасывание, имеет возможность сохранять постоянную величину „с“ большой промежуток времени.

Сравнивая эти два способа, нельзя не заметить значительной разницы между ними и безусловное превосходство одного над другим.

Одним из главных, а, вернее, главным положительным свойством эфира, с точки зрения хирурга, при наличии бактерицидности его, это—возможность в парообразном состоянии проникнуть в заветные уголки, не достигаемые для руки оператора.

Поэтому мы и мыслим себе, что эфир всегда должен быть в парообразном состоянии и находиться под определенным давлением, что и создает ему его бактерицидное свойство.

Получение в брюшной полости большого давления есть плюс, так как это дает возможность легкого проникновения в отдаленные уголки паров эфира, а это говорит за большую их концентрацию.

Опыты в пробирках, поставленные нами в среде наибольшего насыщения парами эфира, давали наилучшие результаты. Значит это явление, с нашей точки зрения, может быть отмечено, как явление положительное.

Величина внутрибрюшного давления, полученная от вдувания, во много раз превосходит величину внутрибрюшного давления от вливания. При чем количество эфира в первом случае использовано в 3 раза меньше, чем во 2-м. Это явление тоже должно быть отмечено, так как значительное уменьшение количества введенного эфира есть исключительно положительный момент для больного.

Если к этому прибавить, что при введении парообразного эфира отпадает еще два отрицательных момента—это теплоотдача и раздражение ткани в процессе самого испарения, то мы получаем ряд положительных свойств от метода, мною предлагаемого.

На аутопсии после опытов обнаруживалось большое количество геморрагического трансудата.

При грубом подсчете удалось извлечь его до 75,0 гр. Исследуя я получил:

Удв.—1028.

Большое количество кр. кр. тел.

Белка 3%.

Большое количество эндотелиальн. клеток.

Третий опыт был произведен на другой собаке.

Вес 15,8 кг. Молодой самец.

После обычной подготовки и соединения с кимографом по вышеописанному способу, где установлен „0“ для брюшного давления, в опыт включен секундомер.

Собаке введено под кожу, как указано выше, 5,0 гр 1% morph. sur.

Третий опыт мною был поставлен для обратного подхода к вышеизложенному опыту.

Я считал, что уже вдувание паров эфира может нарушить нормальное условие для результата второго опыта с вливанием.

По моему предположению возможно было ожидать большую трансудацию от раздражения парами эфира.

Влитый эфир попадал уже в условия, резко отличающиеся от нормальной брюшины, почему мною, в данном случае, в первую очередь и было предпринято вливание 15,0 гр эфира под давлением.

Лента показала ту же картину, какую мы имели в опыте 2-м, т. е. вливание больших доз эфира не могло создать того давления, которое получалось при вдувании паров эфира от дозы в 3 раза меньшей.

Этот опыт дал нам возможность подтвердить, что ничто не может нарушить этой разницы давления.

Опыт IV. Собака 15,2 кг. Старый самец Relaparatomia. Диагноз: Peritonitis, после оперативного вмешательства, бывшего за 8 суток до опыта.

Собаке под кожу введено 5,0 гр 1% morph. sur. за 20 м. до начала опыта.

Спит скверно.

Дан общий наркоз — Aether—Rausch.

Соединение с кимографом произведено по обычному способу. Колба с 15,0 гр эфира помещена в баню.

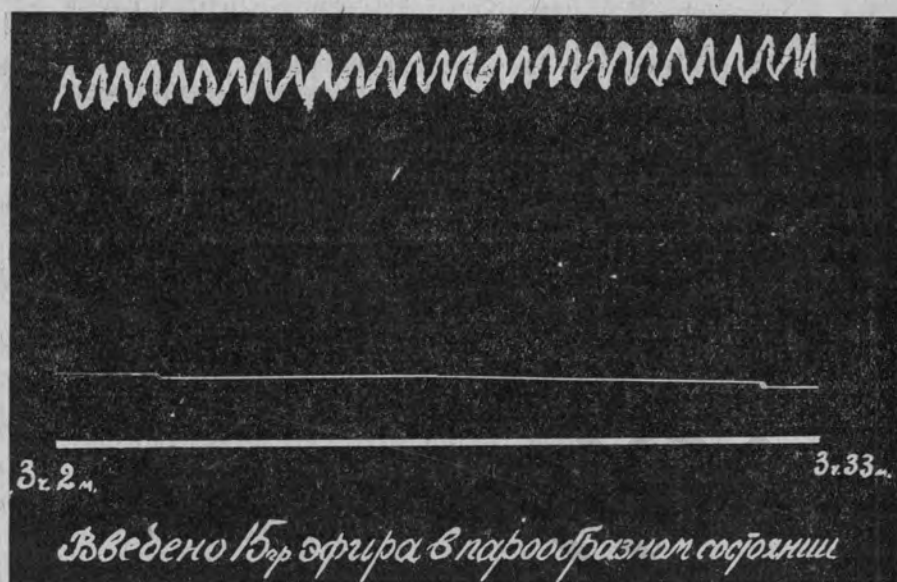


Рис. 4.

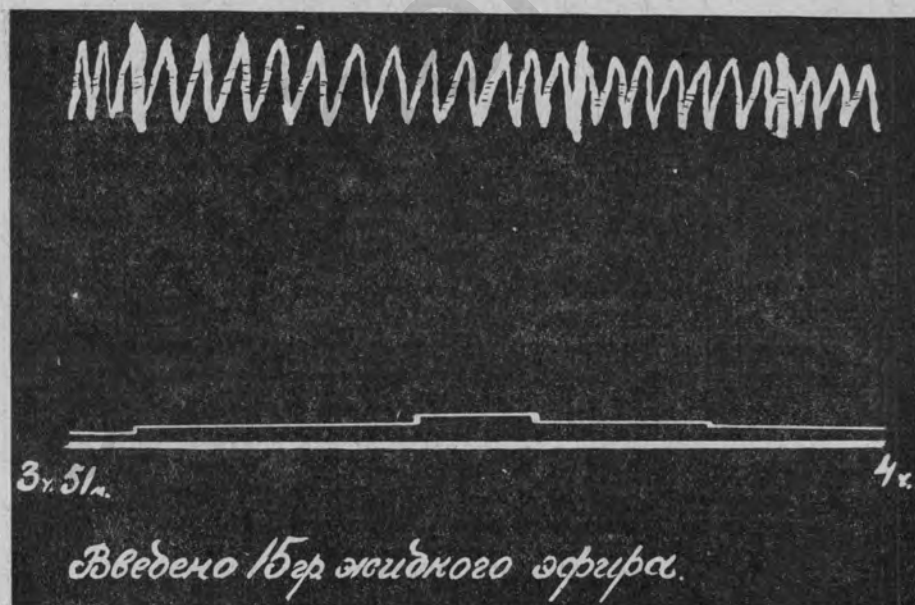


Рис. 5.

В 2 ч. 59 м. снят зажим „1“, в 3 ч. 2 м. кипение в колбе прекратилось, на ленте в этот момент отмечается наивысший подъем писчика. Спустя некоторое время давление незначительно ослабло (см. стр. 254), но оставалось на определенной точке до

3 ч. 33 м., т. е. более $\frac{1}{2}$ ч. Столь значительное замедление всасывания относится за счет раздраженной брюшины.

По окончании опыта было произведено раз'единение проводников с тройничком для освобождения брюшной полости от оставшихся там паров эфира, а для полного удаления было произведено искусственное дыхание.

После передышки этой же собаке влило 15,0 жидкого эфира под давлением.

Опыт начался в 3 ч. 44 м. В 3 ч. 53 м. давление в брюшной полости было равно столбу „С“, и быстро спустилось до величины „А“, а в 4 часа пришло к „0“ (см. стр. 255).

В 4 ч. 8 м. влило еще 30,0 жидкого эфира. Давление несколько увеличилось, но псичик, быстро сойдя с максимума, стал на величине „В“, где и продержался наибольшее количество времени.

В данном опыте давление поднялось за счет малого всасывания.

Парообразование не обгонялось всасыванием из-за воспаленной брюшины.

Все же при вливании 45,0 гр эфира мы не могли получить величину давления, равную полученной от введения 15,0 гр эфира в парообразном состоянии. Следовательно меньшей дозой эфира, введенного в парообразном состоянии, мы получили давление, превосходящее внутрибрюшное давление, полученное от вливания 45,0 гр эфира.

В практике же почти всегда будем иметь дело с раздраженной брюшиной. Следовательно нам придется остановиться особо на экспериментальных данных, полученных на собаках, больных перитонитом.

При ближайшем рассмотрении величины давления, во всех трех опытах оказалось: максимум при вдвухании оставался приблизительно один и тот же, а продолжительность давления менялась в зависимости от случая.

Иначе и не могло быть, так как мы вдвухали в об'емном отношении величину вполне определенную. Растяжение стенок брюшной полости у собак почти равной величины и веса оставалось тоже постоянным, так же как и температура их тела.

Следовательно, индивидуализируя каждый отдельный случай в отношении температуры тела, зная упругость всасывающихся паров в брюшной полости, мы всегда можем ввести достаточное, насыщаемое количество паров эфира.

Для чего в линию, соединяющую базу эфира, нужно включить манометр и, зная таблицу:

20°	—	442,4
30°	—	647,9
35°	—	784,5
40°	—	921,2
50°	—	1276,11,—

мы можем регулировать нужное нам количество эфира. Благодаря такому способу ни один лишний грамм эфира не будет введен

большому, создавая условия, необходимые для бактерицидного его действия.

Введение манометра не должно вовсе смущать возможностью осложнить самый процесс пользования эфиром.

Указанный рисунок схематически представляет прибор, мною предлагаемый для данных целей.

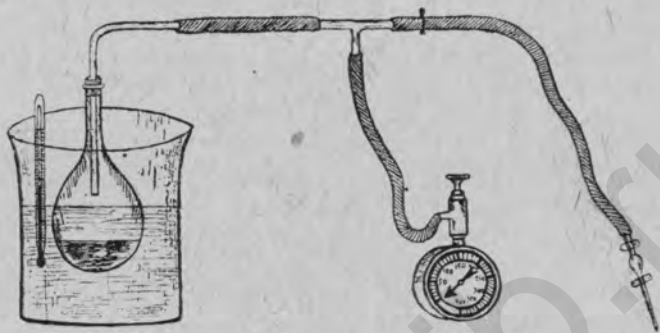


Рис. 6.

Состоит он из самой простой маленькой колбы, резиновой пробки с дыркой, в которую вставлена стеклянная трубка, соединенная с резиновой трубкой, которая в свою очередь, через тройник, соединена с манометром. На конце трубки зажим, а далее большая тупая игла (труакар).

Весь проводник, без манометра, перед употреблением кипятится и подается в горячем состоянии. Кипячение необходимо не только для соблюдения асептики, но и для уменьшения конденсации на проводниках.

Прибор безусловно прост, легко может быть собран операционной сестрой. Хирургу остается только пользоваться иглой, следя за давлением манометра при известной температуре больного.

При вливании же эфира в брюшную полость постоянного давления получить нельзя, так как здесь может быть целый ряд приводящих моментов, а именно: различная температура, различное количество перитонеальной жидкости, различное состояние брюшины, создающее различное всасывание.

В ы в о д ы.

1) Эфир, введенный в брюшную полость в парообразном состоянии, создает внутрибрюшное давление, многократно превышающее давление, наблюдаемое при вливании значительно больших доз жидкого вещества.

2) Внутрибрюшное введение 20,0 жидкого эфира в парообразном состоянии является вполне достаточным количеством для создания нужной для бактерицидного действия эфирной атмосферы.

3) На основании экспериментальных данных можно предполагать, что при терапии перитонита, комбинированный метод,

состоящий в предварительном обильном промывании брюшной полости солевым раствором с последующим введением паров эфира в замкнутую брюшную полость, может давать лучшие результаты, чем непосредственное интраперитонеальное действие парами эфира.

4) В виду невозможности создания интраперитонеальным введением жидкого эфира достаточного парообразования, а, следовательно, и условия, нужного для бактерицидного действия его, необходимо введение эфира в парообразном состоянии.

5) Пользуясь предлагаемым прибором, можно установить, сравнительно точно, для каждого отдельного клинического случая, необходимое количество вводимого вещества.

Литература: 1) *Benthin*. Die Aetherbehandlung der Peritonitis. Zbl. f. Gyn. 1919, № 43. — 2) *Derselbe*. Die Aethertherapie und Prophylaxe der Peritonitis. Med. Klin. 1921, № 5—6. — 3) *Clairmont* u. *Haberer*. Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie der Peritonitis. Arch. f. klin. Chir. Bd. 76. 1905. — 4) *Fromme*. Die Peritonitis. Veits Handb. d. Gyn. Bd. 4. Feil II. — 5) *Fühner*. Die peritoneale Resorptionszeit, von Gasen. Dtsch. med. Woch. 1921, № 26. — 6) *Glimm*. Ueber Bauchfellresorption und ihre Beeinflussung bei Peritonitis. Dtsch. Ztschr. f. Chir. Bd. 83. 1906. — 7) *Heimann*. Experimentelle Beiträge zur Prophylaxe und Therapie der septischen Infektion. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. H. 1912. — 8) *Höhne*. Zur Prophylaxe der postoperativen Peritonitis. Münch. med. Woch. 1909, № 49. — 9) *Derseble*. Experimentelle Untersuchungen. Gyn. Bd. 42. 100. — 10) *Derseble*. Toxinresorption aus der Bauchhöhle und über intraperitoneale Narkose. Zbl. f. Gyn. 1912, № 9. — 11) *Derseble*. Experimentelle Versuche zur Prophylaxe der Peritonitis. Verhdlgn. d. dtshn. Ges. f. Gyn. Bd. 13. — 12) *Nötzel*. Ueber peritoneale Resorption und Infektion. Arch. f. klin. Chir. Bd. 57. 1898. — 13) *Peiser*. Zur Pathologie der bakteriellen Peritonitis. Bruns. Beitr. z. Klin. Chir. Bd. 45. 1905. — 14) *Pinardi*. Il trattamento delle peritoniti. Arch. ital. di chirurg. Bd. 2. 1920. Ref. Zbl. f. d. ges. Chir. Bd. 1920. — 15) *Schnitzler* und *Ewald*. Zur Kenntnis der peritonealen Infektion. Dtsch. Ztschr. f. Chir. Bd. 41. 1895. — 16) *Schrunder*. Experimentelles zur Frage der Adhäsionsbildung in der Bauchhöhle. Inaug. Diss. Heidelberg 1914. Ref. Zbl. f. Gyn. 1920, № 46. — 17) *Seubert*. Zur Aetherbehandlung der Peritonitis. Zbl. f. Gyn. 1919, № 43. — 18) *Sigwart*. Die Ätherbehandlung der Peritonitis. Arch. f. Gyn. Bd. 109, 1918. — 19) *Wolfsohn*. Die Ätherbehandlung der Peritonitis. Münch. med. Woch. 1918, № 52.

Из гинекологической клиники Государственного Института для усовершенствования врачей. (Заведыв. проф. Р. В. Кипарский).

Elephantiasis vulvae.

Ст. ассистента Б. Козинского.

К редко встречающимся заболеваниям наружных половых частей женщины относится Elephantiasis vulvae, исходящее из клитора, малых или больших губ. По Рознатовскому ¹⁾, частота поражения элифантiazисом больших губ в 3—4 раза превышает такую же поражение малых губ и клитора.

В основе своей это гипертрофический или гипертрофически-язвенный процесс с неопределенной этиологией, каковой и патолого-анатомически не всегда может быть ограничен от других заболеваний наружных половых частей женщины.

Три заболевания, встречающиеся в области vulvae — *ulcus rodens*, *elephantiasis* и туберкулез — бывают так тесно между собой связаны, что трудно дать точную характеристику каждого из этих заболеваний.

Случаи *ulcus rodens vulvae*, впервые описанные *Huguier* в 1894 г. (*l'esthiomène* французских авторов), встречаются чрезвычайно редко и характеризуются главным образом трудно поддающимся излечению обширным язвенным процессом с плотным отечным набуханием окружающих тканей и большой склонностью к образованию фистулезных ходов, ведущих в соседние органы. Микроскопическая картина пораженных этим процессом тканей соответствует картине хронического воспаления, и во многих случаях изъязвления сопровождаются и гипертрофией органов по типу элифантiazиса (*Бульгинский* ²⁾).

Элифантiazис характеризуется плотным отечным набуханием пораженной ткани, имеющим иногда совершенно гладкую, ровную поверхность — *Elephantiasis glabra*, но бывают случаи, когда поверхность опухоли не гладка, а усеяна многочисленными круглыми узелками величиной от самых маленьких видимых возвышений до величины большой горошины, лесного ореха. Большой частью эти вторичные разрастания сидят своим широким основанием на главной массе опухоли, реже свисают на длинной ножке. *Virchow* назвал эту форму элифантiazиса — *Elephantiasis tuberosa*. Наконец, нужно упомянуть еще об одной форме слоновости, *Elephantiasis papillomatosa*.

Поверхность всех форм elephantiasis состоит из утолщенного плоского эпителия кожи, благодаря чему при этих опухолях нет склонности к кровотечениям. Изъязвления на них встречаются очень редко. В противоположность изъязвлениям при *ulcus rodens* эти изъязвления быстро покрываются плоским эпителием. Вообще же изъязвления при elephantiasis не являются характерными, постоянными признаками заболевания.

Естественно, что при наличии при elephantiasis обширных изъязвлений трудно бывает провести в некоторых случаях резкую грань между настоящим elephantiasis и *ulcus rod. vulvae*, и поэтому некоторые авторы, *Veit*³⁾, *Kroemer*⁴⁾, не делают различия между этими двумя заболеваниями. Так, *Kroemer* называет *l'esthiomène* французских авторов язвенным elephantiasis. Это находит себе подтверждение и в том, что и этиологические моменты при этих заболеваниях могут быть одинаковы.

Что касается отличия этих форм заболевания *vulvae* от туберкулезного поражения, то последнее заболевание характеризуется образованием специфического язвенного процесса с маленькими узелками в окружности; но как при *ulcus rodens* мы можем найти туберкулезные палочки, так точно и при ясно выраженном туберкулезном поражении органа мы встречаемся с типичным отечным процессом, как при elephantiasis. При рассмотрении заболеваний *vulvae* надо исходить из того положения, что в общем *vulva* обладает большой способностью к самозащите и, повидимому, причину заболевания нужно искать в утрате этой способности к самозащите. Лежит ли причина в сифилисе или в туберкулезе, является ли пораженная каким-либо ядом кожа более склонной к поражению другим ядом, не может ли сифилис при медленном излечении повести к образованию elephantiasis, все это вопросы, до сих пор не нашедшие себе объяснения.

Клинически важно знать, что на почве бывшей сифилитической инфекции можно наблюдать трудно заживающие или незаживающие изъязвления вульвы, каковые безусловно не носят карциноматозного характера, но каковые могут быть и результатом различной инфекции — *lues*, *ulcus molle*, гоноррея, туберкулез.

Эти изъязвления делаются особенно упорными и постоянными особенно в тех случаях, когда инфекция повторяется до наступления полного излечения.

Микроскопическая анатомия *Elephantiasis vulvae* трактуется не всеми одинаково, но в основе этого заболевания имеется хронический индуративный процесс, при коем главным образом страдает лимфатический аппарат — застой лимфы, и, стало быть, этиологическими моментами могут быть все те условия, которые способствуют этому последнему.

Rogea различает при elephantiasis три анатомические картины: 1) гипертрофированная кожа пребывает в эмбриональном состоянии, среди измененной ткани находятся большие полости, наполненные лимфой, как при лимфангиомах; 2) благодаря повторно наступающему отеку и застою лимфы на большом протяжении происходит инфильтрация тканей, при этом часто наблюдается фиброзная дегенерация лимфатических желез, и в 3) происходит необычайное утолщение кожи, равномерно пара-

жающее все ее элементы, и здесь наблюдается значительное поражение лимфатического аппарата (*Veit*).

Согласно литературным данным патолого-анатомические изменения при elephantiasis сводятся главным образом к гипертрофии cutis и расширению лимфатических сосудов; кроме того, нужно отметить изменения в кровеносных сосудах кожи и подкожной клетчатки (*Рознатовский*).

Что касается изменений в роговом слое кожи, то местами он утолщен (*Küstner*⁶), *Fehling*, *Veit*), местами же, наоборот, истончен, либо же мало изменен (*Попов*⁶), *Прира*⁷), *Рознатовский*, *Лертман*, *Павлова*⁸), отслоен от надлежащего stratum Malpighii. Сосочки кожи гипертрофированы и в клетках покрывающего их эпителия замечается вакуолизация и гиалиновое перерождение. В соединительно-тканной основе сосочков и в глубине лежащей соединительной ткани наблюдается гиалиновое перерождение. местами же отмечается обильная мелкоклеточковая инфильтрация лимфоидными элементами. Лимфатические щели и сосуды расширены. Как на это указывают многие авторы (*Рознатовский*, *Прира*, *Renert*⁹), резкие изменения замечаются в кровеносных сосудах кожи и подкожной клетчатки.

В артериях и венах происходит гипертрофия эндотелия intima, утолщение media и инфильтрация adventitia лимфоидными элементами. Вследствие гипертрофии intima артерий и вен последние под микроскопом имеют складчатый вид, нередко в них наблюдаются тромбы (*Рознатовский*).

В некоторых случаях элифантиазиса находили группы клеточных скоплений с гигантскими клетками (*Бортсевич*¹⁰), *Павлова* и др.); наличие этих клеток хотели поставить в связь с туберкулезным поражением. По мнению *Лертман*'а, эти клетки ничего общего с туберкулезными бугорками не имеют, представляя измененный продукт эндотелия лимфатических сосудов. Тучные клетки встречаются очень часто; сальные, потовые железы, как правило, отсутствуют.

Что касается этиологии этого своеобразного заболевания, то она, к сожалению, еще до сих пор не выяснена и остается темной.

Более правильно различать случаи элифантиазиса, наблюдаемые у нас на континенте, от случаев, наиболее часто встречающихся в тропических странах (Судан, Египет), где они наблюдаются в эндемической форме вследствие раздражения, вызываемого паразитом *Filaria sanguinis hominis* (*Bancrofti*), закупоривающим просветы лимфатических сосудов. Этот этиологический момент, повидимому, не играет никакой роли в случаях элифантиазиса вульвы, наблюдаемого у нас.

В наших краях элифантиазис происходит обычно следующим образом: из какого-либо небольшого воспалительного очага исходит постоянное раздражение; это раздражение может проявляться в приступах, подобных рожистому воспалению. Эти приступы могут время от времени повторяться и сопровождаться повышенной температурой; к этому присоединяются воспалительные процессы венозных и лимфатических сосудов (*Phlebitis et Lymphangitis*), вследствие чего происходят лимфатические отеки,

ведущие в конечном результате к постоянным изменениям — новообразовательному процессу соединительной ткани.

На этот этиологический момент, как на причину элифантiazиса, обратил внимание еще *Virchow*¹¹⁾, и некоторые случаи элифантiazиса вульвы на почве рожи известны в литературе (*Weinlechner*¹²⁾. *Чистович Ф.*¹³⁾ считает, что элифантiazис есть разлитой фиброматоз кожи и подкожной клетчатки, являющийся результатом хронического воспаления клетчатки и лимфатических сосудов после повторных заболеваний рожей или других инфекций.

*Gebhard*¹⁴⁾ рассматривает элифантiazис, как воспалительную гипертрофию, каковая в своем начальном развитии едва ли может быть отличима от обыкновенной невоспалительной гипертрофии¹⁾.

Различные раздражения — хронические экземы, выделения гонорройного характера, мастурбация, эксцессы in Venere, тяжелые поражения губ, фурункулы на наружных половых частях, неопрятное грязное содержание наружных половых частей у лиц, живущих в антигигиенических условиях, считаются многими авторами (*Veit, Küstner, Pankow*) причинными моментами для развития слоновости. Как на причину элифантiazиса вульвы (а также *ulcus rodens vulvae*) указывают чаще всего на поражение паховых лимфатических желез язвенными, рубцовыми или воспалительными процессами. *Koch*¹⁵⁾, ставящий *ulcus rodens vulvae* в одну категорию с элифантiazисом, полагает, что заболевание это находится в связи с экстирпацией паховых бубонов. В некоторых случаях застой лимфы может, повидимому, зависеть от экссудатов в малом тазу.

*Winckel*¹⁶⁾ полагал видеть причину в специальном микроорганизме, сходном с *Bacillus lergae*, но дальнейшие опыты оказались безрезультатными.

*Kaufmann*¹⁷⁾ в этиологии элифантiazиса разделяет двоякого рода причины — а) врожденные, б) приобретенные. К первым относит врожденные лимфангиэктазии и кистовидные лимфангиомы. Ко вторым — причины, обуславливающие застой лимфы: а) острое воспаление, б) хроническое воспаление, в) изменения лимфатических желез, г) сифилис, д) мастурбация.

*Bogi*¹⁸⁾, *Daniel* считают причиной элифантiazиса туберкулез и главным образом гипертрофическую его форму. В некоторых случаях бугорчатка, действительно, вызывает в окружающей ткани реактивный процесс, выражающийся в разрастании соединительной ткани.

Koch из 20 случаев наблюдаемого им элифантiazиса вульвы отмечает в анамнезе сифилис, но не ставит его в связь с развитием слоновости.

*W. Veit*¹⁹⁾, собрав в литературе 35 случаев элифантiazиса вульвы, только в 10 в анамнезе нашел сифилис, а потому и приходит к заключению, что элифантiazис нельзя ставить в зависимость от сифилиса.

¹⁾ *Подвысоцкий* ставит происхождение элифантiazиса в зависимость от длительных гиперемий, вызванных сдавлением больших вен.

По общему мнению, в этиологии этого заболевания большую роль играет сифилис, в особенности третичный; но влияние сифилитической инфекции не вполне выяснено. Некоторые (*Veit*) полагают, что непосредственной связи между сифилисом и элифантиазисом нет, но сифилис является для заболевания элифантиазисом предрасполагающим моментом. Другие же объясняют возникновение элифантиазиса при сифилисе поражением кровеносных (венозных) сосудов, не могущих вследствие этого компенсировать застоя лимфы.

Конечно, этот этиологический момент не может служить единственной причиной этого заболевания. Отсутствие эффекта от применения специфического лечения точно также говорит против этого этиологического момента.

По имеющимся в настоящее время данным приходится считать, что туберкулез и, главным образом, сифилис играют известную роль в этиологии элифантиазиса, являясь предрасполагающим моментом для развития этого заболевания.

Много этиологических моментов, приводимых авторами для выяснения возникновения элифантиазиса вульвы, приводят к тому положению, что заболевание это не представляет из себя какой-либо специфический процесс, а есть только известная реакция тканей на то или другое раздражение. Так, *Бульгинский* в приведенных им трех случаях из клиники Груздева указывает на то, что этиологическим моментом для образования *elephantiasis vulvae* в одном случае был канкроид в области клитора, давший метастазы в паховые железы обеих сторон; в другом случае единственной видимой причиной для образования элифантиазиса был застой лимфы в области наружных половых органов, вызванный полным уничтожением и рубцовым сморщиванием паховых лимфатических желез с обеих сторон на почве туберкулезного поражения, а в третьем—процесс был сифилитического происхождения.

В отличие от форм элифантиазиса приобретенных существует еще *Elephantiasis congenita*, каковой характеризуется отсутствием каких-либо явлений воспаления. Непосредственно после родов наблюдается увеличение объема части или многих частей тела; это увеличение, оставаясь постоянным, с общим ростом организма увеличивается. Такие случаи наблюдались на целом ряде членов родственной семьи и, следовательно, должны быть объяснены наследственным предрасположением (*Nonne*).

Что касается возраста больных, то по наблюдениям большинства авторов элифантиазис вульвы встречается между 20—40 годами. По статистике *Meyer*'а²⁰⁾ слоновость наружных половых частей наблюдается главным образом в зрелом возрасте, хотя отмечены случаи слоновости и у детей (*Tischendorf*²¹⁾, *Ruge*).

Явления при этом заболевании в виду резко выраженного длительного хронического характера бывают сначала очень велики и носят характер местный, и в общем заболевание это развивается годами и десятилетиями. Больные привыкают к своему заболеванию и обращаются к врачебной помощи только тогда, когда начинают испытывать тяжесть от величины опухоли, затруднение при ходьбе и особенно при *coitus*'e.

При слоновости наружных половых частей опухоли эти могут достигать очень больших размеров; обычно они находятся

на широком основании, но благодаря тяжести своей основание их вытягивается в длинную ножку и образуются огромные опухоли, свисающие иногда до колен и представляющие большие препятствия для передвижения, coitus'a, родов и т. д.

Прогноз при этом заболевании в общем благоприятен даже в тех случаях, где опухоль достигла очень больших размеров. Переход этого заболевания в рак возможен, но и по настоящее время недостаточно доказан. Заболевание обычно не ведет к смерти, но может повести к чрезвычайно тягостным явлениям, требующим немедленного лечения и главным образом оперативного вмешательства.

Оперативное вмешательство сводится к удалению всего образования, при этом приходится считаться с двумя чрезвычайно важными моментами: 1) остановкой кровотечения во время операции и 2) соблюдением условий необходимых для первичного заживления, так как некоторые авторы уже давно (*Veit*) указывали на большую склонность к последующим нагноениям после таких операций.

Техника этой операции, выработанная *Schröder*'ом, сводится к следующему: опухоль начинают постепенно срезать с нижнего ее края на границе нормальной слизистой влагалища с одной и кожи с другой стороны, при чем каждый отсеченный участок сейчас же обкалывают изолированными швами; таким путем удается оперировать с наименьшей потерей крови, и операция заканчивается быстро и надежно. В виду образования при таких операциях тромбов заживление обычно происходит не гладко, что понятно находится в связи и с близостью прямой кишки и мочевых путей; при удалении больших опухолей в виду значительного расхождения краев раны натяжение от швов бывает очень резко выражено, благодаря чему малейшая инфекция ведет к расхождению раны и медленному заживлению *per secundam intentionem*. Очень важно для успеха операции не ограничиваться наложением глубоких кожных швов, а перевязать изолированно каждый сосуд. Напряжения в ране можно избежать тем, что не удаляется без надобности много кожи и слизистой, а затем рекомендуется хорошо чередовать глубокие швы с поверхностными. Операция эта в виду громадного количества лимфатических сосудов на вульве требует соблюдения самой строжайшей асептики.

Перехожу к описанию случая *Elephantiasis vulvae*, наблюдаемого в нашей клинике.

В Гинекологическую клинику Государственного Института для усовершенствования врачей поступила больная К., № 456 журнала, 26 лет, с жалобой на присутствие все увеличивающейся опухоли наружных половых частей. Больная обратилась в клинику главным образом по поводу того, что наличие опухоли сделало невозможным нормальный coitus.

Опухоль эта развивалась у больной около 8 лет; первые шесть лет coitus был возможен, а последние 2 года coitus невозможен и происходит *ante partum*. Больная менструирует с 15 лет по 4—5 дней через 3½ недели; рожала один раз 9 лет тому назад. Послеродовой период нормальный, ребенок родился живым, умер 1½ лет от рождения. По ее словам всегда была здорова, первый муж и второй никогда ничем не хворали; в третий раз вышла замуж 4 года тому назад, следовательно когда опухоль наружных половых частей, повидимому, была значительной величины.

Больная среднего роста, удовлетворительного питания, правильного сложения, со стороны внутренних органов изменений не обнаруживается. В паховой области с обеих сторон небольшое увеличение паховых желез. При осмотре на-

ружных половых частей обнаруживается—половая щель и anus прикрываются опухолью величиной в большой мужской кулак; опухоль эта состоит из двух отдельных частей, исходящих из малых губ и вверху соединяющихся между собой;



Рис. 1.

левая часть опухоли несколько больше правой состоит из трех частей—большой нижней, крупно-бугристой сероватого белого цвета; плотно к ней прилегает отделенная от нее неглубокой бороздой соседняя часть опухоли, меньшая по величине, мелко бугристая, и, наконец, третий сегмент опухоли состоит из мелкого размера плотной консистенции не бугристой круглой опухоли, занимающей левую половину клитора; длина всей левой опухоли $12\frac{1}{2}$ см, ширина ее в верхней части $7\frac{1}{2}$ см, в нижней части $9\frac{1}{2}$ см, правая опухоль, исходящая из правой малой губы, несколько меньше левой—длина ее около 11 см, ширина в верхней части 5 см, в нижней—4 см; правая опухоль состоит из двух почти равных половин, разделенных глубокой бороздой, покрытых по передней поверхности мелкими буграми, а сзади более крупными до величины лесного ореха (рис. № 1).

При поднятии пинцетам опухоль кверху и в сторону (рис. № 2), видна половая щель, едва пропускающая кончик пальца, в виду чего бимануального исследования произвести не удалось. На месте перехода опухоли на perineum

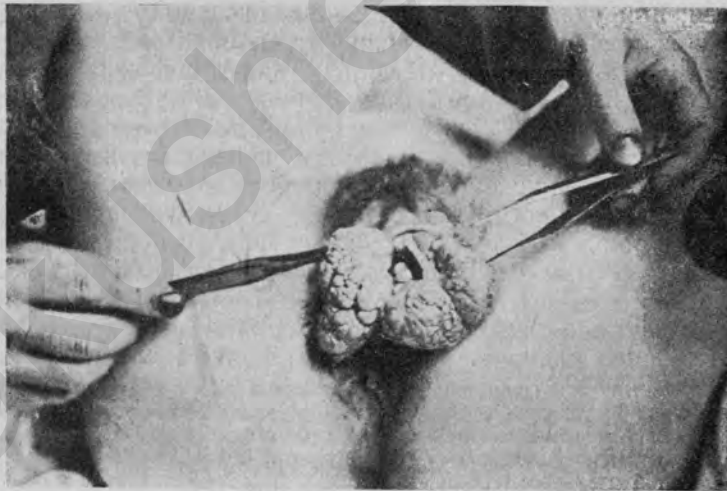


Рис. 2.

справа отмечается небольшое изъязвление; вверху уретры не видно и только с большим трудом удалось катетером отыскать мочеиспускательный канал.

Клинический диагноз—*Elephantiasis labiorum minorum et partim clitoridis*.

Реакция *Wasserman*'а дала ярко положительный результат (++++).

Под смешанным хлороформно-эфирным наркозом проф. *Купарским* произведена операция по способу *Schröder*'а. Двумя выпуклыми разрезами намечена граница здоровой ткани, как со стороны больших губ, так и со стороны слизистой влагалища и кожи промежности. Затем приступлено к удалению опухоли снизу

вверх; каждый участок раневой поверхности тщательно обшивался изолированными гемостатическими швами, пока опухоль не была целиком удалена; в виду поражения левой половины клитора пришлось удалить весь клитор, что вызвало довольно сильное кровотечение из пещеристых тел клитора, легко остановленное несколько изолированными кэтгутовыми швами.

Образовавшаяся раневая поверхность стянута двумя ярусами погружных кэтгутовых швов, а края раны соединены шелковыми лигатурами. После отсечения клитора и верхнего полюса опухоли обнаружено отверстие мочеиспускательного канала, слизистая коего приторочена к краям верхнего разреза. В мочево́й пузырь введен мягкий катетер à demeure; на разрезе опухоль однообразно белого цвета, отечна. Послеоперационное течение безлихорадочное, заживление рег. prima. Больная выписалась из клиники на 14-й день совершенно здоровой. На рисунке № 3 видно состояние наружных половых частей, после операции мало отличающихся от совершенно нормальных.



Рис. 3.

Бимануальное исследование возможно двумя пальцами, при чем обнаружена нормальной величины матка, отклоненная несколько кзади, подвижная, придатки нормальны.

На 20 день, несмотря на запрещение врача, coitus без резких болевых ощущений.

Для микроскопического исследования взято несколько кусочков из различной глубины опухоли; кусочки залиты в парафин; срезы окрашены гематоксилином и эозином по *van Gieson*'у.

Микроскопическое исследование обнаружило следующие изменения: поверхность опухоли состоит из местами утолщенного эпидермиса, покрытого тонким слоем ороговевших клеток. Роговой слой местами отходит от Мальпигиева слоя, в виду чего на *stratum Malpighii* получаются щелевидные пространства; на многих местах клетки Мальпигиева слоя сплюснуты, мутноваты, поверхностный слой клеток эпителия отстает от Мальпигиева слоя, вследствие чего между этими двумя слоями образуются полости разной формы, выполненные мелко-зернистой массой, а местами с гиалиново перерожденными участками; в некоторых гиалиново перерожденных клетках имеются ядра, бледно окрашенные эозином, местами ядра, благодаря оттеснению их к периферии клетки, имеют уплощенную форму, сосочки существуют, но заметно их уменьшение в высоту в зависимости от расширения лимфатиче-

ских сосудов, выстланных эндотелием; там, где лимфатические сосуды очень расширены, от сосочков ничего не остается.

В тех же местах, где лимфатические сосуды мало расширены, сосочки хорошо развиты, местами богаты круглыми и звездчатыми клетками, между коими встречаются клетки с зернышками буроватого пигмента. На участках, где сосочки на большом протяжении отсутствуют, видны в виде широкопетлистой сети нежные тонкие волокна с малым количеством широких капилляров.

Соединительнотканые волокна отечны, инфильтрированы лимфоидными элементами; местами, как отдельные волокна, так и пучки соединительной ткани—гиалиново перерождены. Среди соединительной ткани, инфильтрированной лимфоидными элементами, встречаются тучные клетки—Mastzellen с большим крупным ядром и зернистой протоплазмой.

Расширение лимфатических сосудов резко выражено; лимфатические сосуды широки, тонкостенны, выстланы эндотелием, содержат много лейкоцитов. Вокруг лимфатических сосудов отмечается кругло-клеточковая инфильтрация; выстилающие лимфатические сосуды эндотелиальные клетки местами не представляют изменений, местами набухши, а местами почти не видны; явлений размножения эндотелия не замечается.

Кровеносные сосуды кожи и подкожной клетчатки большей частью расширены. Среди окружающей сосуда соединительной ткани довольно густо разбросаны многоядерные лейкоциты, плазматические клетки и красные кровяные тельца. Почти повсюду отмечается вокруг сосудов резко выраженная мелко клеточковая инфильтрация.

Стенки кровеносных сосудов значительно утолщены, внутренняя стенка представляет заметные явления эндартериита, благодаря чему просвет сосуда сужен; в стенках сосудов наблюдается гиалиновое перерождение, adventitia инфильтрирована круглоклеточковыми элементами.

Изучение гистологической картины срезов опухоли случая, наблюдаемого в нашей клинике, дает мне возможность обнаружить в той или иной степени картину изменений, мало чем отличающуюся от того, что описано другими авторами при слоновости наружных половых частей женщины. Несомненно, что главные изменения наблюдаются в лимфатической системе—застое лимфы, расширении кровеносных сосудов, периваскулярно-воспалительной инфильтрации и разрастании соединительной ткани. Нужно предположить, что с застоем лимфы и отчасти с застоем крови находится в связи гипертрофия кожи, лежащая в основе процесса. Какими причинами обуславливается застой лимфы—до сих пор сказать мы не можем. В нашем случае этиологический момент, в виду ясно положительной реакции Wasserman'a (++++), нужно искать в lues'e, но, как я уже указал выше, причин, могущих повести к развитию слоновости, на основании литературных данных может быть много и, следовательно, Elephantiasis vulvae нельзя рассматривать, как самостоятельное заболевание с вполне определенной этиологией.

Литература: 1) Рознатовский. К вопросу о патолого-анатомических изменениях при Elephantiasis vulvae. Сборник работ по акушерству и гинекологии. Т. I, 1921. — 2) Булыгинский. К вопросу об этиологии Elephantiasis vulvae. Сборник, посвященный Груздеву по поводу 25-летия врачебно-ученой дея-

- тельности. 1917—1923. — 3) *Veit*. Handbuch für Gyn. II Aufl. 1910. — 4) *Kroemer*. Zbl. f. Gyn. 1910, s. 1134. — 5) *Küstner*. Lehrbuch für Gyn. — 6) *Понов*. Elephantiasis pumphantum в клиническом и патолого-анатомическом отношении. Медицина 1892. — 7) *Пригара*. Слоновая проказа наружных половых органов женщины. — 8) *Павлова*. Случай Elephantiasis vulvae. Сборник, посвященный проф. Окинчицу к 25-летию врачебно-научной деятельности. — 9) *Renert*. Ein Fall von Elephantiasis vulvae. Zbl. f. Gyn. 1882. — 10) *Борткевич*. Elephantiasis vulvae. Prakt. Врач. 1910, № 36. — 11) *Virchow*. Учение об опухолях. 1867. — 12) *Weinlechner*. Zbl. f. Gyn. 1905, № 2. — 13) *Чистович, Ф.* Курс патологической анатомии. — 14) *Gebhard*. Pathologische Anatomie der Weiblichen Sexualorgane. — 15) *Koch*. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 14. 1896. — 16) *Winckel*. Lehrbuch für Frauenkrankheiten 1886. — 17) *Kaufmann*. Lehrbuch der Speciellen pathologischen Anatomie 1901, s. 872. — 18) *Bogi*. Ref. Jahresbericht über die gesammte Gyn. u. Geb. 1923 (ueber dus Jahr. 1921). — 19) *W. Veit*. Inaug. dissert. Berlin 1890. — 20) *Meyer*. Die Elephantiasis vulvae. Beiträge zur Geb. u. Gyn. Bd. I. 1872. — 21) *Tischendorf*. Zeitschr. f. Gyn. 1891, p. 706.

Из Гинекологической Клиники проф. Р. В. Кипарского и Бактериологической Кафедры проф. Г. Д. Белоновского Госуд. Клинич. Института для усоверш. врачей.

Экспериментальное исследование бактерицидного действия эфира.

Ассистента Г. В. ХОДЕЦКОГО.

До сего времени мы находимся в беспомощном положении у кровати больного peritonit'ом.

Лечить перитонит мы не умеем. Целый ряд средств, употребляемых ранее, оказался мало действительным.

Все современные способы лечения этого заболевания, имеют лишь профилактическое значение, или, в лучшем случае, идут навстречу организму в его борьбе с этой ужасной болезнью.

Сопrotивляемость брюшины, в общем, во много раз ниже сопротивляемости крови, почему некоторые авторы считают, что быстрое всасывание инфекции, в первый период заболевания, есть плюс, так как кровь побеждает инфекцию гораздо легче, чем брюшина.

Появление инфекции в крови в начале заболевания лишь уменьшает количество инфекционного депо брюшной полости; в первые же часы после заболевания начинается закрытие всех лимфатических сосудов и пространств лейкоцитами и тканевыми клетками.

Создание этой защитительной линии служит для предупреждения организма от поступления в него большого количества инфекции.

В этом заключается сопротивляемость организма от наступающей на него опасности, но не всегда ему это удается одинаково.

Целый ряд инфекций создает в организме такое энергичное сопротивление всем защитным силам его, что появление какого-либо сопротивления со стороны самого организма оказывается напрасным; это зависит от свойств внедряющихся бактерий и от условий, встречаемых ими в организме.

Самый ответственный момент для врача—это распознавание, действительно необходимого момента для вмешательства.

Клиническая картина перитонита всем нам известна, но неизвестен прогноз ни одного начавшегося после операции перитонита, так как нам неизвестна вирулентность инфекции, несущая за собой это заболевание и то сопротивление, которое сможет данный организм создать в каждом отдельном случае.

Как сказано выше, некоторые авторы считают даже полезным быстрое всасывание инфекции в кровь, так как кровь достаточно бактерицидна и довольно легко справляется с попавшей в нее инфекцией.

Для врача важно лишь сопоставить наличие инфекции в крови с общим хорошим состоянием больного. В таком случае наличие ее в крови не должно пугать, т. к. мы часто видим при пуэрперальных эндометритах, что появившаяся инфекция в крови быстро исчезает при общих хороших явлениях.

Наличие такой инфекции не может быть рассмотрено, как септическое заболевание, и, наоборот, если общия явления угрожающие, то наличие в крови инфекции должно быть рассмотрено, как явление септическое, и в этих случаях лечение специально перитонита не должно быть предпринято, ибо оно не может дать самостоятельно каких-либо положительных данных и результаты лечения подобных случаев не могут служить отрицательной статистикой для специфических лечений. Терапия таких заболеваний должна быть направлена против общей инфекции и хотя надежных средств, убивающих бактерии или усредняющих их яды, не найдено, но за последнее время в Западной Европе стали широко применяться новые антисептические вещества в особенности акрединовых оснований: Triproflavin и соединение его с серебром Argoflavin; эти средства в $1/2\%$ растворах и количествах 20—80 с.с. и даже больше оказываются безвредными для организма, но повреждающими бактерий при intravenos'ном их введении, а также не новое уже средство, имеющее некоторое значение при подобных заболеваниях, это раствор Arg. nitric.¹₁₀₀₀, Collargol и Electrargol.

Применение сыворотки и CaCl₂ оказывают иногда чудесное действие лишь в затянувшихся процессах сепсиса.

В общем, главная задача наша, как уже сказано выше, это оказать помощь организму в его борьбе с надвигающейся на него опасностью.

Обращая же должное внимание на общий сепсис, мы не можем не считаться с главным депо инфекции, т. е. с перитонитом. Мне кажется, что о нем нельзя забывать и нужно более энергично вмешиваться в случаях тяжелых, если мы будем иметь основательное средство для борьбы с этим заболеванием.

За время своей экспериментальной работы по установлению чистого перитонита с явной клинической картиной его, дающей смерть от интоксикации, мне приходилось неоднократно убеждаться, что бактериоскопическое исследование мазков, взятых из разных органов на аутопсии, показывало присутствие большей частью фагоцитированных, а иногда и свободных, единичных бактерий.

Явление это заставляло меня задумываться над вопросом— является ли этот случай чистым перитонитом или это уже сепсис,

подход к которому, как сказано выше, должен быть уже, как к общей инфекции.

Нигде я определенного ответа найти не мог.

Один из видных наших хирургов, на мой вопрос, как квалифицировать такие случаи, ответил мне:

„Вы говорите, что имели смерть мышей через 5 часов после инфекции и находили большое количество бактерий во всех органах и это по вашему был сепсис, а теперь у вас есть случай гибели мыши через 48 часов и вы находите опять отдельные бактерии в органах и не знаете, как это назвать.—Это сепсис с исходом через 48, а тот через 5 часов“.

Говоря откровенно, с таким выводом я не мог согласиться, ибо не могу себе представить, что возможен перитонит, где не было бы совершенно всасывания; всасывание хотя и пониженное, но все же существует, а, следовательно, существует и забрасываемость отдельных бактерий в различные органы.

Мои бактериоскопические исследования производились уже на аутопсии, а, следовательно, посмертно, этому же предшествовал предагональный и агональный периоды, а они, с точки зрения сопротивления организма наводнению бактериями, нам совершенно неизвестны, при наличии в этот период общей слабости организма. Все эти данные достаточны, чтобы создать также возможность забрасывания бактерий, почему мне кажется, что такие случаи должны рассматриваться, как перитониты, следовательно и лечить подобные случаи нужно как таковые.

Выбор лечения чрезвычайно труден из-за разнообразия предлагаемых методов.

Так, в последнее время рекомендуется применение сывороток, масел, раствора адреналина, нуклеиновой кислоты и т. д.

Все они имеют цель поддержать организм в его борьбе против проникновения спор и бактерий в него.

Достижения эти различны в зависимости от цели, которую преследует врач.

Некоторые средства предназначаются к ослаблению зародышей в самой брюшной полости, некоторые к улучшению сопротивления брюшины, некоторые направлены к закрытию лимфатических путей, дабы уменьшить всасывание из столь обильного и опасного инфекционного депо, а некоторые к ускорению всасываемости, так как этот процесс, в виду больших сил сопротивления крови может принести большую пользу.

Вопрос, какой из методов даст более благоприятный результат, еще не разрешен.

Действие каждого из вышеуказанных отдельных методов лечения зависит от столь различных причин, что ни один из них не может справиться с этими заданиями.

I.

Во Франции более 30 лет, как начали появляться отдельные заметки различных авторов о клиническом применении эфира в брюшной хирургии.

В 1913 г. в заседании Société de Chirurgie de Paris 14/V,—*Témoins* сделал доклад о двух случаях по методу Soligou.

В Münch. med. Wochenschrift № 33—1913 г. появляется реферат *Derganz'a* об эфире, а в 1916 г. в том же журнале, в № 5, появляется очень интересная статья его же, состоящая из ряда интересных мыслей и рассуждений, на которых необходимо остановиться.

Им приведено 30 случаев peritonitis, леченных эфиром с хорошим результатом. Это в большинстве случаев перфорационные перитониты, некоторые из которых лечились спустя 30 часов после перфорации. Во всех случаях брюшина промывалась физиологическим раствором, после чего наливалось до 150,0 эфира и часто очень тяжелые случаи протекали безлихорадочно. Заживление шло очень хорошо. Стараясь объяснить причину положительного действия эфира при перитонитах, он хочет в свою очередь объяснить патолого-анатомическую картину самого перитонита. Им выставлены 6 пунктов.

Перитонит как:

- 1) инфекционное депо, поставляющее большое количество токсинов в тело,
- 2) длительный паралич сосудов (Vasoconstr.) с нарушением равномерного снабжения крови,
- 3) паралич кишечной перистальтики—stercorämia или действие на Мейснеровские и Ауэрбаховские симпатические плексусы прямой мускулатуры кишек,
- 4) гипостатическая пневмония и повреждение сердца,
- 5) паралич центров мозга,
- 6) послеоперационные спайки.

Исходя из этих понятий о перитоните, он считает, что лечение должно быть направлено к борьбе с этими пунктами, выражающими собой картину перитонита.

Средство, лечящее перитонит, должно быть antisepticum antiflogisticum, должно прекращать паралич Vasoconstrictor'ов и кишечной мускулатуры, а также, переходя в кровеносное русло, действовать на центры мозга. Сосуды кожи и мозга (ectodermal'ного происхождения, являются антагонистами с сосудами кишечника endodermal'ного происхождения).

Перитонит нарушает распределение крови в том смысле, что большее количество крови идет рефлекторно к месту большего раздражения (опыт *Golz'a*), благодаря чему Vasoconstrictor'ы кожи и мозга возбуждаются и вызывают рефлекторную анемию эктодермы, а отсюда понятна бледность кожи и понижение сознания.

В Münch. med. Wochenschr. № 13, в реферате *Moristen* говорится, что эфир по его наблюдениям является замечательным антисептическим средством для брюшины.

Своим испарением он действует раздражающе на стенки сосудов и нервные волокна.

Только под влиянием эфира цианотичные, парализованные петли кишечника сильно краснеют; получают перистальтические движения. Организация же фибрина серозы ведет к послеоперационным спайкам.

Antiphlogisti'ческое действие эфира по его мнению уменьшает место воспаления и секрецию фибрина, а, находясь под определенным давлением, эфир раздвигает места, имеющие склонность к склеиванию.

Разбирая эту статью, я не могу не остановиться на ее слабых, подчас ни на чем не основанных, выводах. Начну с конца, где он говорит, что, находясь под определенным давлением, пары эфира раздвигают места, имеющие склонность к слипанию. Не имея никаких данных о продолжительности всасывания вливаемого эфира, автор делает такое предположение, что эфир может находиться достаточный промежуток времени для приведения раздраженной брюшины в нормальное состояние. Вывод этот считаю слишком поспешным, так как экспериментальным исследованием продолжительность всасывания эфира мною установлена много короче того времени, которое необходимо для приведения воспаленной брюшины к норме. Взгляд автора, что жидкий эфир может быть хорошим antiphlogisticum, считаю тоже не обоснованным, т. к. мои наблюдения с вливанием 30,0—45,0 эфира собакам, давали до 75,0 свободного геморрагического эксудата (1028 уд. в, 3% белка с большим количеством кр. кров. телец и эндотелиальных клеток), не учитывая ту часть его, которую нельзя было измерить.

После этого жидкий эфир нельзя считать хорошим antiphlogisticum.

В заключение автор сделал вывод из своих наблюдений, что эфир может считаться хорошим antisepticum для брюшины. Вывод этот, основанный на целом ряде суммированных действий эфира, автором не отмеченных, не может считаться научно-обоснованным, но труд его все же создал отдельную ступеньку бесконечной лестницы изучения эфирного вливания на перитонит.

Труды отдельных авторов дают нам, занимающимся этим вопросом в данное время, возможность легко подняться по ступеням этих научных трудов. Они создали для нас более выигрышное положение в самом начале работы и за это мы не можем не принести благодарности им, как бы мы ни были с ними не согласны.

Для нас, оторванных от всего мира в течение 6 лет, статья Sigwart'a (Arch. f. Gynäk. 1918 г., № 49) была одной из первых культурных мыслей и новых идей Западной Европы. Идея эта была живо встречена моим шефом, проф. Р. В. Кипарским. Вливание эфира начали широко применять в нашей клинике. Клинический обзор этих случаев был описан моим коллегой д-р А. Э. Мандельштамом в № 2 Врачебного Журнала. Экспериментальное исследование этого неизученного вопроса было поручено мне.

Живо написанная статья Sigwart'a невольно захватывает читателя, увлекает своею убедительностью, а главное своими экспериментальными опытами, желающими объяснить причину терапевтического значения эфира, через его бактерицидное свойство. Его опыты увлекают своей простотой и прямо поразительными, положительными результатами, при условии подтверждения, что

бактерицидность эфира действительно столь высока. Прибавляя к этому целый ряд других положительных свойств эфира, указанных другими авторами, нужно было бы считать этот вопрос вполне разрешенным.

Жизнь показывает другое. Не для всех бактерий одинаково бактерициден эфир и не все авторы могут подтвердить мнение, созданное *Sigwart*'ом, о столь значительном бактерицидном свойстве эфира.

Staphylococcus, а тем более *aureus*, резко портит высокую статистику *Sigwart*'а, с его 4' достаточным промежутком времени действия эфира для окончательного умерщвления колонии.

Работа *Jungeblut*'а (*Centralbl. f. Bact.*) из-за грубых ошибок, приведших его к неправильным выводам, также не может служить вкладом в науку по этому вопросу, в своем целом. Ряд опытов, описанных в его работе, являющейся сейчас единственным трудом, желающим экспериментально обнаружить бактерицидные свойства эфира, дают не столь блестящие результаты. Автора смутила, как видно, определенность температуры в опытах *Sigwart*'а (баня с 45° С), которой, я считаю, и сам *Sigwart* не мог бы дать определенного объяснения.

Автор забыл элементарный закон физики, что t^0 пара при нормальном (N) давлении есть t^0 кипения. Все опыты, как *Sigwart*'а так и *Jungeblut*'а, ставились при (N) нормальном давлении, следовательно, пары эфира могли фигурировать лишь с t^0 , равной точке кипения самого эфира, т. е. 34,9° С.

Эта основная ошибка автора заставляет его делать все свои рассуждения ошибочно-смешными. Его мысль, выраженная словами: *durch Einleiten 45° С heisser Aetherdämpfe*—абсурд. Сравнивая низкие результаты своих опытов с опытами *Sigwart*'а, он старается это объяснить все той же ошибкой и говорит: „я не удивляюсь более благоприятным данным *Sigwart*'а перед моими, если иметь в виду, что здесь пары эфира, действовавшие на бактерии, имели больше 40° С (45°—43° С), значит своей значительно высшей температурой и наверное большим давлением, существенно приближались к дезинфицирующему оптимуму“.

Далее он говорит, что в практике нельзя получить такой эквивалент результатов, так как в брюшной полости мы не можем создать таких высоких температур.

Резюмируя, он говорит: „мы не можем сказать, насколько здесь имеет значение высокая температура, как таковая, и насколько тут специфично действие паров эфира“.

Для большего доказательства автор приводит два опыта.

Первое доказательство, это опыт V: стеклянный колпак емкостью в 6000 с.с., в котором подвешены кусочки тряпочек, смоченных в разных культурах *v. coli*, *staphyloc.* и *streptoc.* над чашкой с эфиром при температуре 37°. Через различные промежутки времени производились отливания на чашки с агаром. Через 24 часа получили результаты, представленные на таблице № 1, где пышный рост бактерий условно обозначен крестами.

Таблица № 1.

	B. coli.	Staphyloc.	Streptoc.
5'	+++	+++	+++
10'	+++	+++	+++
15'	+++	+++	+++

Вторым доказательством был следующий опыт: Кусочек ваты, смоченный в 1 с.с. эфира, вложенный в верхнюю часть закрытой пробирки, дал следующие результаты в пределах от 5' до 2 часов: ++ для b. coli и streptoc.

Неточность опыта V *Jungeblut*'а заключается в том, что эфир испарялся в воздушной атмосфере, а следовательно, скорость испарения эфира была понижена. Кроме того, учитывая, что аппарат не был перед опытом нагрет до температуры 34,9° или близкой к этому, не представлялось возможным судить, какова же была температура к концу 5-ой минуты, которая и определяла в конечном итоге давление паров эфира.

Вывод автора из этого опыта: „эфир парообразный или жидкий, при данном количестве и температуре, не в состоянии убить бактерии даже после нескольких часов воздействия, если мы количество его не доводим до абсолютного максимума“.

После сделанных мною замечаний понятно, что этот вывод ни в коем случае не может считаться основательным для данных опытов.

VIII опыт из работы *Jungeblut*'а может нам подтвердить, что автор просто не сумел воспользоваться и расшифровать те данные, которые у него получились. Опыт заключался в следующем: в сосуд с резиновой пробкой, имеющей две трубки, подвешена тряпочка, смоченная в различных культурах. В одну из трубок поступают пары эфира из колбы, из другой трубки пары отходят. При чем колба помещалась в баню с различной температурой. Результаты опытов указаны на представленной таблице № 2:

Таблица № 2.

	B. coli.	Staphyloc.	Streptoc.
5'	+	+++	+
10'	—	++	—
15'	—	++	—

При данном опыте в сосуде создавалась атмосфера исключительно эфирных паров, почему в этом случае можно говорить о действии самих паров в относительно нормальных условиях. Заметное улучшение результатов опыта лишь лишний раз подтвер-

ждает, что плохие результаты действия паров эфира относятся за счет недостаточно продуманных постановок опытов и, ни в коем случае, не должны дискредитировать самой бактерицидной способности эфира.

Опыты *Jungeblut*'а с действием эфира на бактерии, посеянные на твердых средах, с применением указанного на рисунке прибора, следующие: пробирки брались по очереди с различными бактериями. Эфир для испарения помещался в баню с различной температурой, тогда как среды с испытуемой культурой неизменно оставались в комнатной температуре. Автор получил различные результаты, при чем баня с более высокой температурой давала лучшие результаты, а, следовательно, и вывод его ясен:

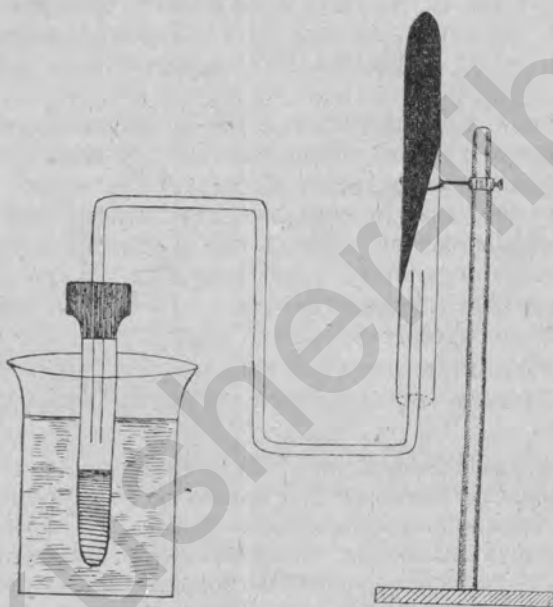


Рис. 1.

„При более высокой температуре пара, большей концентрации и наличии относительной продолжительности получается большая бактерицидность“. Опять та же ошибка.

Я верю, что результаты получались различные, но не более „горячие пары“ тому причина, а более бурное кипение, которое своею интенсивностью не давало возможности в отличие от медленного кипения конденсироваться по стенкам проводника и самой пробирки, имеющей температуру не выше комнатной, значит 15° .

Быстрое прохождение паров поднимало температуру проводника и самой пробирки до температуры пара, следовательно конденсация здесь происходить не успевала, а если первые дозы эфира и создавали ее, то последующие быстро ступшевывали это явление; опытные же культуры, хотя и были поставлены в комнатной температуре, но в действительности находились в температуре пара эфира, т. е. $34,9^{\circ}$, которая и могла только полу-

читься благодаря более высокой температуре бани в данном опыте.

Несмотря на целый ряд ошибок, допущенных в этой работе, нельзя не сказать, что она имеет большое практическое значение для начинающих работать в этой области.

Целый ряд мыслей родился у меня только после хорошего ознакомления с этой работой *Jungeblut*'а, т. к. ею многое доказывается, но почти все неправильно толкуется.

В *Münch. med. Wochenschr.* 1918 г., № 49, помещена работа *Wolfson*'а. Автор перечисляет ряд случаев с благоприятными исходами при вливании от 50,0—1000 эфира. Он советует перед этим промывать брюшину 1 литр. физ. раствора с 8 gutt. *Adrenalin*'а 1 : 1000, при чем указывает на хорошие результаты даже при фибринозных перитонитах, дающих от 40—80% смертности при других способах лечения. Далее он делает предположение, что три момента могут являться неблагоприятными при лечении эфиром:

1) Внезапное приливание от 50,0—100,0 эфира может создать шок (что в литературе уже описано, *Fuchs, Sigwart*).

2) Испарение безусловно вызывает большое охлаждение брюшины, но по его предположению неприятность действия охлаждения сглаживается присутствием физиологического раствора.

3) Эфир может вызвать спайки; на что он тоже отвечает сам:— „каждый перитонит вызывает спайки“.

Желая почерпнуть из этой работы что-либо для себя полезное, я постарался остановиться на всех более главных моментах работы.

Автор не дает совершенно объяснения причины промывания брюшины физиологическим раствором с адреналином, а это предложение не лишено логического смысла. По *Фикеру*, бактерии в средах, содержащих белок, значительно резистентнее и менее доступны для непосредственного воздействия против вредных влияний физической и химической природы, чем в водных и физиологических растворах. В жизни эксудаты, содержащие большое количество белка, дают большее сопротивление. Мною это будет изложено в отделе экспериментальной терапии. Возможность шока от вливания 100,0 эфира тоже не лишена основания, так как величина объема испарившихся 100,0 эфира столь основательна, что при благоприятных условиях и быстром испарении давление может резко оттеснить диафрагму, а это явление не может быть безвредным. Самый момент раздражения от испарения, который, как я указывал, способен создать трансудацию, также не безвреден (75,0, полученного мною у собак геморрагического эксудата), значит и это явление не остается незамеченным нервными окончаниями.

Некоторые авторы вливали эфир в почти открытую брюшную полость, не создавая давления. Большинство больных, в этот момент, не имели высокой температуры, поэтому давления почти не получалось, а следовательно, не получалось и быстрой травмы самой брюшины от испаряющегося эфира.

У *Arnold'a Fuchs'a* отмечен случай шока после вливания 100,0 эфира больной, находившейся в резком *Trendelenburg'e*. Дыхание сразу остановилось. Было применено искусственное дыхание с хорошим результатом. Автор объясняет это раздражением п. phrenicus.

На основании изложенного выше, можно вперед предсказать прогноз спайкам, создающимся эфиром. Там, где быстро шло испарение эфира, влитого в жидком виде, там, где он создал большую трансудацию, там можно наверно ожидать и спайки. Нужно искать способ пользоваться эфиром так, чтобы, беря от него все положительные его свойства, избежать его неприятных осложнений.

В *Münch. med. Wochenschr.* 1918 г., № 52, вся статья *Seuber'a* посвящена этому вопросу

Он разбирает 4 случая *ileus'a*, все в свое время оперированные по поводу перитонита с вливанием эфира. В этих случаях имелись веревкообразные и плотные сращения, которые привели к перекидыванию петель кишечника через них, что, заявляет автор, показывает на более острый воспалительный характер. Во всем этом виноват эфир, так как при обыкновенном *ileus'e* наблюдаются широкие сращения и сращения кишек между собою.

Из статьи *Hang* и *Hendörfer'a* видно, что из 140 больных, оперированных первый раз вне клиники, сращения оказались в 94%. А из 96 больных, оперированных в клинике оба раза — 83% сращения.

В статье *Frankenstein* автор описывает 433 *laparotomiae* с обязательным вливанием эфира от 30,0—50,0 с хорошим результатом.

При чем 69% из них повторно исследовал он, и хотя в 39% уже при операции были установлены сращения, а в 15 случаях во время операции вытек гной, но во всех этих случаях он не обнаружил никаких данных на сращения.

Из своих личных наблюдений над собаками мне приходилось обнаруживать сращения широкими основаниями, все они вызывались только жидким эфиром: раздражением и реактивным процессом, после грубого вмешательства в полости брюшины.

Об этих наблюдениях мною будет сообщено отдельно, так как я экспериментально хотел добиться появления сращений от различного способа применения эфира.

В *Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Chirurg.* 36 и 5; 1923. *Buzello* сообщает—опыты в пробирках и на животных, которые показали, что *aether sulf.* обладает выдающимися бактерицидными свойствами. При чем он указывает, что *tetanus* хорошо поддается действию эфира, без повреждения тканей.

Автор считает, что эфир желателен для дезинфекции свежих операционных человеческих ран.

Статья эта имеет лишь клиническое значение и не может служить для меня основанием в моем рассуждении об экспериментальном изучении действия эфира, но должна быть отмечена, как имеющая положительный клинический отзыв.

II.

Приступая к вопросу об экспериментальном изучении профилактических и терапевтических свойств эфира, считаю необходимым остановиться на изучении некоторых физических свойств самого эфира.

Эфир серный или этиловый $C_2H_5OS_2H_5$. Уд. вес 0,72. Пары его в $2\frac{1}{2}$ раза тяжелее воздуха. Растворяется приблизительно в 12 частях воды.

Смерть от эфира наступает вследствие паралича дыхательного центра.

Эфир, несмотря на количество его употребления, во время наркоза, вызывает еле заметное падение кровяного давления.

Сосудодвигательный центр постепенно парализуется, что вызывает расширение мелких сосудов.

Кровяное давление от этого значительно не понижается, ибо сердце учащает свои толчки, что и дает ощущение полного пульса, зависящего от расслабления стенки сосуда, которая становится податливее (*Pulsus celer*).

Нельзя не указать также на особенность эфира—даже в больших дозах не вызывать дегенеративных изменений в органах, благодаря его малой сравнительно ядовитости. Глубоко наркотическая доза эфира далека от границ его смертельных доз.

Эфир при вдыхании сильно раздражает слизистые оболочки.

До сего времени эфир употреблялся официально в следующих 4 случаях:

- 1) как наркотическое;
- 2) для местной анестезии;
- 3) внутрь, как успокаивающее;
- 4) как возбуждающее средство.

Кроме этого, как было выше сказано, он, парализуя сосудодвигательный центр, облегчает работу сердца.

При применении эфира, как наркотического средства, нельзя не обратить внимания на действие его на дыхательные центры, вследствие производимого им на них раздражения.

При подкожном или внутреннем применении, эфир быстро выделяется легкими в неизменном виде. Следовательно, действие его непродолжительное.

Изучая далее чисто физические свойства эфира, меня поражала их неожиданность.

Эфир кипит при температуре $34,9^\circ$. Расширение 1,0 эфира следует по формуле:

$$\begin{array}{l} 74 \dots \dots 22,4 \\ 1 \dots \dots X \end{array}$$

Где 74 есть молекулярный вес. По закону один грамм-молекула в парообразном состоянии занимает объем = 22,4 литра. Следовательно, 1,0 эфира займет объем согласно уравнений:

$$X = \frac{22,4 \cdot 1}{74} = 300 \text{ с. с.}$$

Упругость паров эфира, насыщающих пространство при различной температуре, составляет следующую таблицу:

20° —	442,4
30° —	647,9
35° —	784,5
40° —	921,2
50° —	1276,11

Дальше следует не безынтересное свойство эфира брать на испарение одного грамма 88,4 м. к. тепла.

III.

Задаваясь целью определить бактерицидную способность эфира, мною был предпринят ряд опытов.

Вначале опыты эти не носили характера чего-либо определенного, заранее обдуманного, наоборот, я чувствовал себя чрезвычайно неустойчивым при самой постановке опыта, а тем более перед неожиданностью результатов, которые у меня получались.

Результаты эти получались исключительно отрицательные и я был близок отказаться от всей работы, считая что бактерицидность эфира равна нулю.

Для испытания я брал культуры наиболее частых виновников peritonitis.

B. coli, streptococcus, staphylococcus albus et aureus.

Начал я со следующего опыта:

Опыт I.

На чашках Petri 24-ч. культура *B. coli* и Staph. alb.

Под колпаком металлическая подставка, на которой помещаются перевернутые чашки Petri с культурами, на дне чашка с 10,0 эфира.

Колпак примазан вазелином к матовому стеклу, служащему основанием этого прибора, опыт продолжался 24 часа, после чего произведено отвивание от всех чашек.

Результаты через 24 ч. следующие:

Табл. № 3.

<i>B. coli</i>	Staph. alb.
++	+++

Суточный посев показал пышный рост со стороны *b. coli* и некоторое замедление роста staphyloc.

В общем эти данные не могли говорить о бактерицидности эфира в какой-либо доле.

Опыт II.

В чашки Petri с культурой *V. coli* и *staph. alb.* положены ватки, смоченные обильно эфиром.

Через 24 часа произведено отсеивание.

В чашках оказались места, совершенно стерильные, которые непосредственно были заняты ваткой, а на периферии от них рост резко замедлен.

Этот опыт заставил меня несколько задуматься.

Я решил поставить:

Опыт III.

Где в пробирки, с различными культурами, я помещал ватки, смоченные эфиром. Пробирку помещал в баню с температурой 37°. Значит культура была приблизительно такой же температуры, так как стекло пробирки не могло особенно задерживать температуру.

Для опыта я пользовался тремя строго 24-часовыми культурами: *V. coli*, *streptococ.* и *staphyloc. alb.*

Через различное количество минут производилось отсеивание бактерий в чашки Petri с агаром.

Через 24 часа был следующий результат:

Табл. № 4.

	<i>V. coli.</i>	<i>Streptoc.</i>	<i>Staphyl.</i>
5'	+++	+++	+++
10'	++	++	++
15'	+	+	++

В общем результаты не удовлетворительные.

V. coli и *streptoc.* через 10' показали незначительное замедление роста, а *Staphyloc.* хороший, пышный рост. Результаты эти не могут быть рассмотрены, как сколько-нибудь положительные.

Во время отсеивания, открывая резиновую пробку, я всегда слышал значительный шум вырывающихся паров, находившихся под давлением. Это начало наводит меня на размышление — что давление может изменять результат опыта.

И я поставил:

Опыт IV.

Для опыта взяты три пробирки 24-ч. культуры на косом агаре, закрытые резиновой пробкой с отверстием, в которое вставлена стеклянная трубочка, соединенная в свою очередь резиновой трубкой с пробиркой, также оборудованной, но содержащей эфир.

Пробирка с эфиром помещалась в баню с температурой 37° (достаточной для кипения), а испытуемая культура оставалась в комнатной температуре.

Здесь я впервые столкнулся с явлением конденсации на передачах (проводниках).

Я видел в стеклянных проводниках, как пар эфира стекал по стенке жидкостью. Это обстоятельство навело меня на мысль, что при таком положении я не смогу добиться желаемого мною давления.

Для устранения конденсации на проводниках я стал до опыта нагревать их в бане с горячей водой и пользовался ими уже нагретыми; таким образом я мог устранить неблагоприятные моменты для опыта.

Отвивание производилось через 5', 10', 15' от всех видов культур и засевалось опять на косом агаре. Через 24 ч. следующие результаты:

Табл. № 5.

	B. coli.	Strep.	Staph.
5'	+++	+++	+++
10'	++	++	+++
15'	+	+	++

Т. е. результаты оказались совершенно одинаковыми с предыдущей таблицей и для меня стало ясно, что другие результаты и не могли получиться, так как ватка, смоченная обильно эфиром, создавала достаточное количество паров эфира (300 к. с.), а резиновая пробка, плотно закрывающая пробирку, поддерживала для данных условий давление.

Следовательно, оба опыта в смысле давления находились в одинаковых условиях, а потому понятно, что результаты оказались одинаковы.

Стоя перед столь плачевными данными своих опытов, я наткнулся на статью *Jungeblut'a* (*Centralb. f. Bact.* 1922).

Здесь я нашел несколько удачных опытов с значительно лучшими результатами, чем у меня. Заинтересовался особенно одним, из которого автор делает основной вывод для своей работы: „эфир, будь то пар или жидкость, при данном количестве и температуре не в состоянии убить бактерии даже после нескольких часов воздействия, если мы количество эфира не доведем до абсолютного максимума“.

Понятно, что мимо столь определенного вывода нельзя было пройти, занимаясь этим вопросом.

И я в точности воспроизвел опыт *Jungeblut'a*:

Опыт VII.

В чашках Petri равные количества 24-час. культуры B. coli, streptoc. и staph. alb. и эфира по 5 с.с., все тщательно смешано. Одни порции поставлены в термостат, а другие при комнатной температуре. Все культуры отвивались на асциновый агар через 5', 15' и 20'.

Через 24 часа получились результаты, чрезвычайно близко подходящие к авторским, почему я и пользуюсь его таблицей.

Табл. № 6 при t° 37.

	I. B. coli.	II. Streptoc.	III. Staphyl. alb.
5'	++	++	+++
15'	—	—	++ 80 к.
20'	--	—	+ 60 к.
30'	—	--	+ 30 к.

Табл. № 7 при t° 15.

	I. B. coli.	II. Streptoc.	III. Staphyloc.
5'	++	++	++
15'	+	+	++
20'	+	+	++
30'	—	—	+

Этот опыт меня весьма ободрил с одной стороны, а с другой чрезвычайно заинтересовал причиной различия результатов, в зависимости от разницы между температурами, в которых были поставлены опыты.

По первому взгляду казалось, что в термостате должен быть больший рост, следовательно, если эфир не имеет хотя бы относительной бактерицидной способности, то левая группа результатов, конечно, должна была бы быть менее благоприятной, чем правая.

Этот момент и заставил меня остановиться несколько подробнее на физических свойствах самого эфира.

После более подробного ознакомления с целым рядом физических данных, мне стал ясен последний опыт, а с ним и ошибочность его толкования автором.

Из физических свойств эфира в данном опыте меня остановила следующая особенность его: 1) пары эфира в $2\frac{1}{2}$ раза тяжелее воздуха, 2) 1,0 жидкого эфира в парообразном состоянии занимает емкость в 300 с.с., 3) эфир кипит при температуре $34,9^{\circ}$.

В чашке Petri, находящейся в условии 37° , создавалось более быстрое испарение паров эфира. Окружающая чашку температура была выше температуры кипения, а пары эфира в $2\frac{1}{2}$ раза тяжелее воздуха, следовательно, он вытеснял имевшийся там воздух, тем более, что емкость в чашке Petri была ничтожна по сравнению с тем объемом, который получался от испаряющегося эфира ($5,0 \times 300 = 1500$ с.с.).

С первой группой дело обстояло иначе. Опыт был поставлен в температуре комнаты, следовательно, в температуре около 15°.

Испарение шло, конечно, гораздо медленнее и только через 30', условия насыщения парами эфира сравнялись, что вполне понятно.

С этого момента у меня сложилось убеждение, что важна только эфирная среда и в этом направлении я повел следующие опыты. Мне удалось расшифровать ряд опытов *Jungeblut*'а, где он ошибочно - положительные результаты относил за счет различных температур пара, забывая, что он имеет дело не с перегретым паром.

Далее я обратил внимание на следующий опыт *Jungeblut*'а: колба закрыта резиновой пробкой с двумя отверстиями, куда вставлены стеклянные трубки, одна до самого дна, а другая спускалась немного ниже пробки.

В середине пробки вделан крючек, на который подвешивается кусочек шелка, смоченный в различных культурах. Первая стеклянная трубка, через резиновую, соединена с эфирной базой, помещающейся в бане с 40°С, так как автор считает, что эта температура наиболее подходящая в практике.

Эфир поступает в колбу с испытуемыми средами и свободно отходит по другой стеклянной трубке.

Так он пропускал эфир 30' и после произведения отливок через 5', 10', 15' и 30' получил через 24 ч. следующие результаты

Табл. № 8.

	<i>B. coli</i> .	<i>Streptoc.</i>	<i>Staphyloc.</i>
5'	+	+	++++
10'	—	—	+++
15'	—	—	++
30'	—	—	+

Желая оправдаться в том, что у него получились не столь эффектные данные, чем у *Sigwart*'а, автор говорит: „Я не удивляюсь более благоприятным данным *Sigwart*'а перед моими, если иметь в виду, что у него пары эфира действовали на бактерии при t° больше 40°С (43°—45°) и, значит, своей более высокой температурой и наверное большим давлением, существенно приближались к дезинфицирующему оптимуму“.

Основной ошибкой автора является, конечно, его представление о более высоких температурах пара, не находящегося под давлением и этой ошибкой он и старается объяснить хороший результат своего опыта.

Я же этот опыт, поставил как новость в исключительной эфирной среде, т. е. паров эфира. Высокую температуру бани я рассматривал, как средство, создающее более бурное кипение, а следовательно, и быструю перегонку пара.

Быстрота перегонки способствует понижению конденсации и нагреванию всей системы.

Здесь, как и в предыдущем опыте, имела значение только эфирная среда, лишенная воздуха. (Аналогия стерилизации в аутоклаве, где перед началом действия паров воздух удаляется, а давление увеличивается за счет повышения температуры).

Для проверки этой мысли я взял опять колбу с резиновой пробкой с двумя отверстиями для стеклянных трубочек, как указано у *Jungeblut*'а.

На крючек подвешивали шелковые тряпочки с различными культурами. Колбу с испытуемыми культурами помещали в баню с температурой 35°C, колбу с эфиром в баню с более высокой температурой, учитывая, что температура пара в данном случае равна 34,9°.

В момент появления резкого запаха эфира из отводящей трубки, что означало присутствие в колбе исключительно паров эфира, было одновременно наложено 2 зажима на приводящую и отводящую трубки.

Колба с испытуемыми культурами, как выше указано, была помещена в температуру 35° с целью поддержать находящиеся в ней пары в парообразном состоянии, ибо прекращение нового притока паров, с температурой 34,9°, повело бы к охлаждению всей системы и к конденсации имеющихся там паров эфира.

При подобной постановке опыта, сокращая количество циркулирующего эфира, не изменяя самый опыт, я получил следующие результаты:

Табл. № 9.

	<i>B. coli</i> .	Streptoc.	Staphyloc.
5'	+	+	++
9'	-	-	++
15'	-	-	+

Они оказались не хуже предыдущих, но даже несколько лучше.

Для данного случая у меня есть объяснение.

Испытуемая среда уже была поставлена в баню с t° 35°C и таковую имела к началу опыта.

Пары эфира, при первом своем соприкосновении, не терялись на согревание системы и конденсацию, а начинали свое бактерицидное действие непосредственно.

На основании этих опытов я определенно заявляю, что не „температура паров“, в смысле неправильного толкования *Jungeblut*'ом, а только парообразное состояние эфира при температуре 34,9° должно служить основанием бактерицидности эфира.

Опытов с перегретым эфирным паром, за неимением соответствующего и нужного для этого оборудования, я не вел, но теоретически считаю, что перегретый пар должен иметь большую бактерицидность.

В жизни с перегретым паром трудно иметь дело.

На основании вышеизложенного можно объяснить, почему мы получили столь незначительные результаты в опытах I, III и IV.

В опыте I, где под стеклянным колпаком при комнатной температуре помещался эфир, давление, вызываемое испаряющимся

эфиром, было слишком незначительно, чтобы вытеснить имевшийся воздух и этим изменить среду, действующую на конденсацию.

В опытах III и IV то же объяснение. Опыт находился в условиях не исключительно эфирных паров, и в данных опытах ни температура, ни давление не имели значения.

Химический и бактериологический опыты в пробирках удовлетворить не могут.

Они дают не точную, а быть может даже превратную картину биологических явлений в организме.

In vitro только противопоставляется исключительная тенденция роста зародышей на искусственных питательных средах и бактерицидное действие эфира. При этом совершенно не принимается во внимание реакция живой ткани брюшины и силы сопротивления всего организма.

Желая выяснить экспериментально все выше указанное, я распространил свою работу на животных.

IV.

Работа над эфиром in vitro привела меня к выводам, на основании которых я настаиваю, что, не имея никаких превосходств, вливание жидкого эфира имеет значительные минусы перед вдуханием паров эфира, что выявилось при изучении мною физических свойств эфира. Я не могу не напомнить о следующих физических свойствах его:

Грамм эфира занимает объем согласно формуле:

$$\begin{array}{r} 74 \text{ — } 22,4 \\ 1 \text{ — } X \end{array} \quad X = \frac{22,4 \cdot 1}{74} = 300 \text{ с.с.}$$

74—молекулярный вес эфира.

22,4 л.—объем, занимаемый грамм-молекулой в парообразном состоянии.

Т. е. 1 гр. эфира занимает $X : 22 = 1 : 74$, при температуре $34,9 = 300$ с.с. объем.

Следовательно, испарение 10,0 эфира займет 3.000 с.с.

Сами цифры говорят за то, как велик объем от столь небольшого количества жидкого эфира.

Если вспомним цифры Sigwart'a, 250 с.с. эфира, то это количество даст нам необычайные цифры объема 75.000 с.с., или 75 литр.

Эта цифра настолько внушительна, что манипулировать ею в практике совершенно невозможно, и сам Sigwart и др. авторы указывают на некоторые подробности техники, где они дают отток накопившимся парам или высушивают тупферами влитый эфир.

Из экспериментальной работы выясняется, что омовение эфиром не имеет никакого значения; отсюда понятно, что не следует наливать этот излишек, который сейчас же удаляется тупфером, а возможное образование 75.000 с.с. тоже говорит, что такой объем не может уместиться даже в самой большой брюшной полости.

Согласно законам физики, точка кипения повышается в зависимости от повышения давления, поэтому может получиться

такой момент, когда парообразование должно будет прекратиться (см. табл. давл.), а следовательно, наступит момент, когда оставшийся жидкий эфир будет растворяться в накапливающемся трансудате, теряя таким образом свою бактерицидную особенность, но оставляя за собою токсическую силу на самый организм.

Эфир растворяется в отношении 1 : 12. Это указывает на то, что жидкий эфир при наличии эксудата или трансудата отдаст несколько своих частей на растворение, а оставшаяся часть будет испаряться, но уже из жидкости. Испарение при таком положении пойдет медленнее.

При парообразовании получают отдельные молекулы газа, имеющие свою определенную скорость движения; когда же испарение идет из жидкости, то молекулы теряют эту скорость на трение с жидкостью. Вот чем можно объяснить разницу двух видов испарения. Принимая во внимание еще всасываемость, хотя и пониженную, в воспаленной брюшине, мы с большим трудом получим парообразование жидкого эфира, находящегося под определенным давлением.

Главное терапевтическое преимущество эфира заключается в том, что, будучи в парообразном состоянии и под определенным давлением, он может проникнуть во все складки брюшины. Присутствие жидкого эфира понижает температуру брюшной полости, парообразование же его понижает температуру органов, а эта потеря ведет к понижению общей температуры, нужной для образования паров; наличие хотя бы незначительного давления уже резко повышает точку кипения. Вот что еще служит моментом разницы брюшного давления при вдвухании и вливании эфира.

Нельзя забыть свойство парообразного эфира, при наличии известного давления, проникать в самые сокровенные уголки брюшины, куда так трудно проникают дезинфицирующие растворы. Главный недостаток жидкого эфира — его большая охлаждаемость при испарении.

Один грамм эфира на свое испарение берет 88,4 м. kal.

Если мы возьмем цифры *Sigwart'a* 250 с.с. эфира, то мы получим величину, равную $88,4 \times 250 = 22,100$ мал. kal., значит для образования пара из 250 гр. жидкого эфира большой должен потерять 22,100 мал. kal. тепла. Учтывая, что большой при самой операции теряет уже значительное количество тепла, нельзя предполагать, что подобное явление может быть безобидным.

В ы в о д ы:

1) Эфир обладает бактерицидным свойством, особенно резко выраженным в условиях парообразного состояния.

2) Для бактерицидного действия его важно не количество жидкого эфира, а окружающая бактерии атмосфера, насыщенная его парами.

Литература: 1) *Koch, Robert.* Ueber Desinfektion. Mittel a. d. k. Gesundheitsamt. Bd. I. — 2) *Behring.* Bekämpfung d. Infektionskrankh. Leipzig. 1894. — 3) *Heim.* Lehrb. d. Bakt. Stuthgart. 1898. — 4) *Stadler.* Arch. f. Hyg. 1911. Bd. 73. — 5) *Pergola.* Centralbl. f. Bakt. Abt. I. Ref. Bd. 41. — 6) *Rouquier u. Fricoire.* Ebenda Abt. I. Ref. 1921. Bd. 71. — 7) *Prell.* Ztschr. f. Hyg. 1919. Bd. 88. — 8) *Tomarkin u. Serebrnikoff.* Arch. f. Schiffs u. Tropenkrankh. 1910. Bd. 14. — 9) *Fornet.* Berl. kl. W. 1913, № 40. — 10) *Voigt.* Dtsch. med. W. 1915, s. 35. — 11) *Fantozzi.* Centralbl. f. Chir. Ref. 1920. — 12) *Sigwart.* Arch. f. Gyn. 1918, s. 247. — 13) *Gienhardt.* Schweiz. med. W. 1921, № 29. — 14) *Ficker.* Ztschr. f. Hyg. Bd. 29. — 15) *Blum.* Dtsch. med. W. 1914. — 16) *Samter.* Arb. a. d. Inst.

- z. Erforschg. d. Infektionskrankh. hrsggeg. von. W. Kolle. Bern. 1908. — 17) *Supfle und Dengler*. Arch. für Hyg. 1916. Band. 85. — 18) *Lange*. Ztschr. f. Hyg. 1921. Bd. 94. — 19) *Connio*. Centralbl. f. Bakter. Abt. I. Ref. 1917. Bd. 65. — 20) *De Witt u. Shermann*. Journ. of Infect. Dis. Vol. 15. 1914. — 21) *Benians*. Ztschr. f. Chemotherap. 1913. — 22) *Overton*. Studien über die Narkose. Jena. 1907. — 23) *Bürgi*. Dtsch. med. W. 1910, № 1 - 2. — 24) *Fuzuzuki*. Ztschr. f. Hyg. 1911. Bd. 68. — 25) *Sherman*. Journ. of Infect. Dis. Vol. 12. 1913. — 26) *Bürgi*. Handb. d. path. Microorg. v. Kolle-Wasserman. 1912. Bd. 29. — 27) *Rosenau*. Bull. Hyg. Labor. U. S. P. H. 1909, № 57. — 28) *Neufeld u. Karlbaum*. Ztschr. f. Hyg. 1921. Bd. 91. — 29) *Alinisatos*. Dtsch. med. W. 1922, № 9. — 30) *Schnabel*. Dtsch. med. W. 1922, № 20.

Из гинекологической клиники Государственного Института для усовершенствования врачей. (Заведывающий проф. *Р. В. Купарский*).

К вопросу о соотношении изменений капиллярного кровообращения и быстроты оседания эритроцитов.

Ассистента **С. Г. ХАСКИНА**.

Предварительное сообщение.

Первые микроскопические наблюдения над кровообращением в волосных сосудах человека (капилляроскопия) принадлежат *Heuter'у* ¹⁾, который в 1879 году инструментом, названным им *TheLANGIOSCOP'ом*, со специальным осветителем исследовал капилляры на наружу вывернутой поверхности губы (при 52-кратном увеличении) в случаях с тяжелой инфекцией (дифтерия). В 1891 году *Unna* ²⁾ исследовал впервые кожные капилляры посредством наблюдения участков кожи, покрытых слоем масла, с соответствующим индексом преломления, для устранения имеющих на коже мелких неровностей. Он применил этот метод для изучения тончайших узелков волчанки (*lupus*); подобные же исследования производил французский дерматолог *Darier* ³⁾ (1909 г.), намазывая кожу анилиновым маслом. Далее, в 1911 г. американец *Lombard* ⁴⁾ у *Frey'я* в *Würzburg'e* исследовал капилляры ногтевого ложа, останавливая внимание главным образом на вопросах капиллярного давления. Весьма основательно и широко было поставлено изучение этого метода в клинике *O. Müller'a* (*Weiss und Haufland* ⁵⁾) в *Würzburg'e*, начиная с 1916 года. Они подвергали исследованию различные области кожи, применяя сконструированный *Müller'ом* ⁶⁾ капилляроскоп, подробно им описанный. С этого времени пробуждается живой интерес к этому вопросу во всех европейских, в особенности германских, клиниках, и все специальности отдают богатую дань изучению капиллярного кровообращения.

В виду большого научного интереса, который может представить изучение этого вопроса для акушерства и гинекологии, мы, по предложению проф. *Р. В. Купарского* занялись наблюдениями капиллярного тока у больных гинекологического отделения

Государственного Института для усовершенствования врачей, с намерением сделать необходимые выводы о его практическом значении и возможности его применения в качестве диагностического признака. Но при первом же ознакомлении со всеми изменениями кровяного тока, со всеми факторами, как местными, так и общими, влияющими на эти изменения, связью картины капиллярного кровообращения с особенностями анатомического строения капилляров, конституцией (*O. Müller*) и т. д., выясняется, что общее и глубокое изучение этого метода гораздо ближе теоретическим кафедрам физиологии и общей патологии, нежели клиническим кафедрам, которые могут изучать лишь частности этого метода, непосредственно относящиеся к данной специальности, переходя к более широким обобщениям лишь с накоплением материала и углублением его изучения. Подойдя к вопросу с указанной точки зрения, мы, предполагая в дальнейшем детальное изучение изменений капиллярного тока в связи с менструальной функцией, беременностью нормальной и патологической и гинекологическими заболеваниями, в настоящее время ограничиваемся узким вопросом о связи изменений капиллярного тока с быстротой оседания эритроцитов. К этому вопросу нас привела невольно бросающаяся в глаза связь этих двух феноменов и изучение возможных причин, влияющих на капиллярный ток и влекущих за собой те или иные его изменения.

Сущность капилляроскопии заключается в следующем: на кожную поверхность какой-либо области, лучше всего у края ногтевого ложа, где капилляры расположены очень поверхностно и идут в горизонтальном направлении, наносится капля кедрового масла, которая служит, как выше указано, для удаления мелких неровностей кожи и некоторого просветления (*Knud Secher*⁷). В виду необходимости рассматривать капилляры при падающем свете, к микроскопу обычно пристраивается осветитель с линзами, центрирующими свет в точке наблюдения. Затем, на предметный столик кладется палец, с нанесенной каплей кедрового масла, при чем начинающим рекомандуется накрывать эту каплю покровным стеклом, так как это несколько облегчает наблюдение (вследствие устранения светового рефлекса—*Британишский*⁸). При самом малом увеличении и правильном освещении удастся увидеть на бледно-розовом фоне желто-красные капилляры. А при внимательном наблюдении и некоторой привычке скоро удастся увидеть и кровяной ток. Мы видим разной формы петли, чаще в виде головных дамских шпилек, реже в виде восьмерок и спиралей разной величины и ширины у различных людей. Нормальный ток у молодых, здоровых людей являет непрерывную гомогенную желто-красную струю, равномерно движущуюся и в нормальных случаях редко дающую отступления от этой картины. Среди встречающихся изменений нормального непрерывного тока (*Kontinuirliche Strömung*) имеются превращения его в зернистый ток (*Körnige Strömung*), представляющие собою, как видно из названия, ток крови в виде отдельных зернышек или глыбок. Затем, можно видеть так называемый прерывистый ток (*Diskontinuirliche Strömung*) с перерывами столба крови, сопровождающийся обычно изменениями в скорости тока, мгновенными остановками его и последующим за ними некоторым ускорением.

Затем следующим изменением тока является полная его остановка на некоторое время (стаз), так что капилляр является набитым кровью. Наконец, иногда капилляр вовсе пропадает из поля зрения; это может зависеть от двух причин: 1) сжатие капилляра вследствие контракционного спазма *Roujet-Mejer*'овских клеток, входящих в состав его стенок, и выдавливание таким образом крови из просвета капилляра; 2) задержка тока выше капилляра до его выхода из прекапиллярной сети, что также ведет к его запустению. Но эти явления, по нашим наблюдениям, отнюдь не часты и нам редко удавалось терять какой-либо капилляр из нашего поля зрения, несмотря на то, что нередко осмотр в отдельных случаях продолжался 1—1½ часа. Все эти явления, т. е. отклонения от нормального равномерного непрерывного тока, наблюдаются изредка почти у всех здоровых людей, но они крайне непостоянны, редки, не изменяют общей картины нормального тока, и не являются проявлением патологических состояний до тех пор, пока они ограничены малым числом и продолжительностью. Но при различных болезненных процессах, как общих, так и в самой сосудистой системе, все эти отклонения учащаются и делаются особенно резко выраженными при острых воспалительных очагах, сопровождающихся всасыванием токсинов в кровь. Это наблюдалось различными авторами. *Linzenmeier* ⁹⁾ *Neverman* ¹⁰⁾, и вполне подтверждается в произведенных нами исследованиях. Чрезвычайно интересно остановиться на вопросе, в чем заключается причина всех изменений. Имеется значительное количество теорий, пытающихся объяснить этот феномен (изменение капиллярного тока), но, в виду недостатка места, нам приходится кратко остановиться лишь на некоторых из них, являющихся, по нашему мнению, наиболее обоснованными.

Heubner ¹¹⁾ основным условием изменчивости капилляров принимает положение, что стенка капилляров контракtilна, вследствие присутствия в ней клеток *Roujet-Mejer*'а, способных к сократительной деятельности и иннервирована, при чем иннервация совершенно самостоятельна и независима от иннервации или состояния контракtilности прилегающих артерий и вен. Это положение *Heubner* основывает на чрезвычайно доказательных работах *Steinach*'а и *Kahu*'а, доказавших влияние *Sympaticus*'а на капилляры, и на работах *Glasser*'а (1914) и *Stöhr*'а (1922), доказавших анатомически обеспечение капилляров нервами. *Hinselmann* ¹²⁾ пытается объяснить изменения кровяного тока спазмами прекапиллярной и посткапиллярной сети, т. е. закрытие просвета артериальной веточки (*arteriol*'и), питающей данный капилляр, вызывает остановку притока в него крови, он запустевает и исчезает из поля зрения наблюдателя; с другой стороны, по его теории закрытие просвета *venul*'и, в которую впадает капилляр, должно вызывать полную остановку тока в нем и переполнение его кровью. Он, наблюдая большое количество стазов при эклампсии и болезнях почек, считает их (стазы) причиной крайнего повышения давления и самой болезни. Другими словами, чем больше стазов, вызванных спазмами в прекапиллярной сети, тем давление должно быть выше. Зернистый и прерывистый ток есть явление того же порядка, но более слабо выраженный. *Parrisius* ¹³⁾, приводя весьма веские анатомические данные, возражает против этой тео-

рии; он ссылается на описанное *Spalteholz*'ом строение капилляров, из которого видно, что каждая артериоля, входящая в состав прекапиллярной сети, питает 4 капилляра, как это видно из приводимого им рисунка. Действительно при спазме артериоли неизбежно должны выключаться из кровообращения одновременно 4 капилляра рядом лежащих, т. е. все эти 4 капилляра должны действовать совершенно одинаково (синхронно). Но многочисленные наблюдения, в том числе и наши собственные, совершенно не подтверждают этого; наоборот можно видеть, что каждый капилляр имеет собственные изменения, совершенно не совпадающие с изменениями его соседа. Спазм посткапиллярной сети (о котором *Parrisius* вовсе не упоминает) должен быть отвергнут на основании указаний того же *Spalteholz*'а, что в венулях совершенно отсутствует циркулярная мускулатура. Утверждение *Hinselman*'а, что стазы в капиллярах есть причина повышения кровяного давления, по нашему мнению также не состоятельно, так как при септических заболеваниях мы имеем массу стазов, а кровяное давление в то же время понижено. *Parrisius* в весьма интересной и обстоятельной работе излагает свою теорию, заключающуюся в том, что каждый капилляр совершенно автономен, т. е. что в нем самом находится возможность изменения тока. Он основывает свою теорию как на анатомических данных, так и на многочисленных наблюдениях. Недостаток места лишает нас возможности полностью изложить его теорию, а потому позволим себе рекомендовать его весьма интересную работу. Наконец, *Linzenmeier* из клиники *Stoeckel*'я при изучении изменений капиллярного тока в связи с быстротой оседания эритроцитов, остановился на том объяснении, что изменения тока и его полная остановка связаны с увеличением скорости оседания, т. е. повышением агглютинации эритроцитов, которые при склеивании в глыбки задерживаются в капиллярах и затем, под влиянием повышенного давления позади остановки, вновь пробиваются и таким образом создаются все изменения капиллярного тока, начиная с зернистости и кончая стазами. Необходимо отметить, что впечатление от микроскопической картины действительно соответствует этому объяснению, и нам представлялось в начале наблюдений крайне заманчивым разделить эту теорию. Наши собственные впечатления мы позволим себе изложить в конце, как вытекающие из наших личных наблюдений.

Переходя к вопросу о наших исследованиях, мы должны в кратких чертах остановиться на технике наших наблюдений и на устройстве нашего осветителя и фиксационного столика для длительных наблюдений. Мы пользуемся капилляроскопом *Lombard-Bританиского* в нашей модификации, заключающейся в следующем: (см. рис. стр. 292).

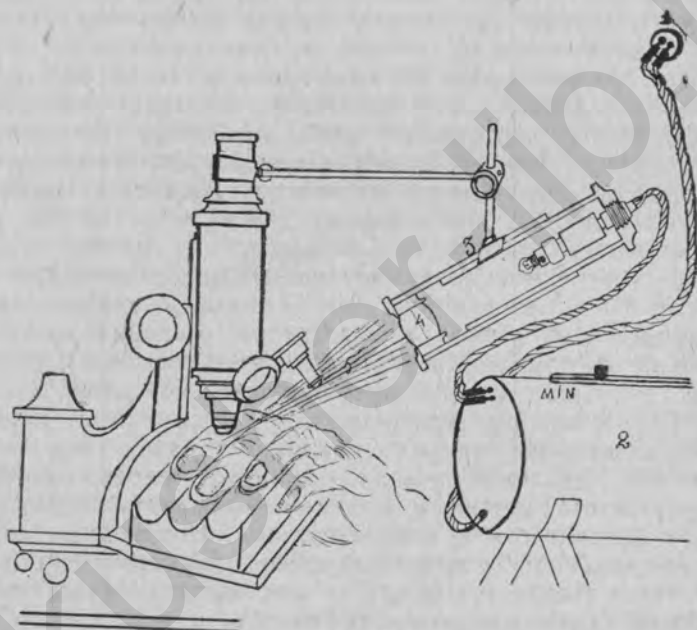
А. Тубус вставной металлический для большей легкости движения его в целях центрирования света (см. рис.).

Б. Лампочка с'емная, а не связанная с проводами, для облегчения возможностей ее замены, включается, как обычно у всех, в реостат, берущий ток из городской сети (см. рис.).

В. Линза, состоящая из двух отдельных плоско-выгнутых стекол, подобрана с возможно-большим фокусным расстоянием для того, чтобы при центрировании лучей источник света мог

быть удален на наибольшее расстояние от объекта наблюдения, т. е. от ногтевого ложа, в целях устранения нагревания его, так как нагревание, конечно, изменит картину, расширяя капилляры и вызывая переполнение их кровью (см. рис.).

Г. Нами сконструирован неподвижный столик с высокими перегородками для пальцев, который фиксируется к микроскопу в специальных отверстиях лапками, имеющимися на столике каждого микроскопа, для придавливания рассматриваемого предметного стекла. Конструкцию такого столика мы сочли необходимой в виду того, что часто приходится наблюдать капилляры, исходя из теоретического интереса, в течение 1—1½ часов в одном и том же поле зрения, что явилось бы крайне затруднительным при работе с обычным подвижным столиком, в особенности у слабых или недостаточно спокойных больных.



1. Городской ток. 2. Реостат. 3. Осветитель. 4. Линзы. 5. Фокусное расстояние.

Обычно исследователи рекомендуют рассматривать капилляры с окуляром № 1, мы же пользуемся № 4, что дает несколько большее увеличение, без изменения ясности картины; в остальном мы придерживаемся обычных методов наблюдения.

Приступая к изложению результатов наших наблюдений, мы должны остановиться на вопросе о том, как вести учет имеющихся изменений кровяного тока, что считать нормальным и патологическим и какие явления безусловно характерны для имеющихся патологических состояний. Дело в том, что до сего времени в этом вопросе нет критерия, одни авторы, как *Stern*¹⁵⁾, почти не придают значения характеру тока, но главное внимание уделяют форме капилляра, ширине его просвета и ее изменению. Другие, как *Hinselmann*, рекомендуют базироваться на чистоте и

длительности стазов, совершенно не принимая во внимание других изменений капиллярного тока. Третьи—*Linzenmeyer* и *Hagge*¹⁶⁾, учитывают количество петель с зернистым током и стазами и т. д. Но все эти предложения не дают нам основательной опоры в решении вопроса, является ли данное состояние капиллярного тока нормальным или патологическим, так как субъективное впечатление авторов, говорящих, например: „Мало стазов, обильный зернистый ток, или много петель“, никому в смысле объективной оценки данного случая, кроме автора, ничего не говорит. Наконец, продолжительность наблюдения также играет большую роль, так как при длительном наблюдении можно увидеть те изменения, которые ускользают при беглом осмотре поля зрения и это уже изменит впечатление наблюдателя о характере капиллярного тока. Таким образом до сих пор в этом вопросе совершенно не было однообразия в смысле метода наблюдения не только у различных авторов, но и одних и тех же наблюдателей. Это отсутствие критерия, крайне затрудняющее сравнение полученных результатов и возможность сделать какие-либо выводы, побудило нас применить количественный метод учета имеющихся наблюдений. В основу нами принимается положение, что нормальной картиной капиллярного кровообращения является непрерывный и равномерный ток, без разрывов столба крови и без остановки его. Правда, такой идеально правильный ток встречается не всегда и у здоровых, как это видно из приводимых нами в дальнейшем цифр. Но это объясняется, вероятно, тем, что не слишком часто нам приходится встречать людей, у которых совершенно отсутствовали бы какие-либо патологические процессы, отражающиеся на картине капиллярного тока. Таким образом мы считаем отклонением от нормального тока не только стазы, но и появление зернистости в токе или прерывание его, тем более, что, по нашему мнению, все эти отклонения суть явления одного и того же порядка, но только разной интенсивности. Правильность с нашей точки зрения подтверждается тем, что, чем активнее патологический процесс, тем больше появляется этих изменений и все они безусловно характерны, именно, для патологических состояний. Позволю себе остановиться на описании нашего учета изменений: мы осматриваем в каждом случае 3 поля зрения, для того, чтобы исключить возможность наблюдать капилляры, выходящие из одной и той же артериолы или рядом лежащих. В каждом поле зрения мы осматриваем 3 петли, одну в центре и две по периферии, и каждая петля рассматривается три минуты. Мы взяли 3-х минутный срок для каждой петли на основании имеющегося опыта. Дело в том, что если в течение 3-х минут не произошло изменения нормального тока в петле, то в дальнейшем если даже и появится какое-либо отклонение от нормы, оно будет не характерно для данного состояния. С другой стороны срок наблюдений меньше 3-х минут мы считаем недостаточным, так как можно было бы легко впасть в ошибку и получить упрек в неосновательности и скороспелости выводов. Таким образом, на все наблюдение одного объекта тратится 27 минут—цифра достаточная для того, чтобы сделать неторопливый вывод. Если в течение 3-х минут в какой-либо петле не имелось никаких отклонений от нормы, т. е. не было ни зернистости, ни прерывания тока, ни

стазов, мы обозначаем это отсутствие изменений в данном капилляре нулем. Если в какой-либо петле имеется хотя бы одно из перечисленных выше изменений, мы регистрируем это, отмечая эту петлю единицей. Для простоты изменение капиллярной картины обозначается через букву „К“. При сводке наблюдений во всех 9-ти петлях мы получаем сумму петель, в которых были обнаружены изменения в течение 3-х минут, т. е. если из 9-ти осмотренных петель изменений не было ни в одной, результат будет: $K=0$. Если изменения были, например, в 4-х петлях, результат $K=4$. Если изменения имеются во всех петлях, $K=9$. Имеющаяся таким образом 10-тибалльная шкала (от 0 до 9-ти) крайне облегчает оценку случаев и сравнения их. Конечно этот учет не претендует на абсолютную точность, но зато этот метод в большой степени лишен упрека в субъективизме и расплывчивости. Для выяснения вопроса, поднятого *Linsenmeyer*'ом, о связи быстроты оседания эритроцитов с изменениями капиллярного тока, вопроса невольно встающего перед каждым исследователем капиллярной картины, мы произвели наблюдение у 52-х больных нашей клиники и у 5-ти здоровых девственниц в возрасте от 20—24 лет, не представляющих никаких изменений, как со стороны общего состояния, так и в отношении genitalia. Всего у этих больных было сделано 50 наблюдений, из них:

у 48 больных	по 1 разу.
„ 6	„ „ 2 раза
„ 2	„ „ 3 „
„ 1	„ „ 4 „

У всех больных, подлежащих капиллярно-микроскопическому наблюдению, бралась кровь для определения быстроты оседания эритроцитов (S. R.) и сразу до получения результатов S. R. начиналось наблюдение капилляров для того, чтобы готовые результаты S. R. не оказали психического воздействия на наблюдателя.

По роду заболеваний материал распределяется следующим образом:

1) Воспалительных измен. придатк., таза, брюшины и клетчатки	33
2) Фибромиомы	4
3) Неправильное полож. матки без восп. изменений	4
4) Рак шейки матки	2
5) Недоразвитие матки	2
6) Кровотечение после неполного аборта	2
7) Различные гинекологические заболевания	5
8) Здоровых, не живших половой жизнью	5

На 33 воспалительных больных было сделано 44 наблюдения. По скорости оседания они разбиты на 6 групп:

I. S.R. — до 1 ч.	II. S.R. — 1 — 2 ч.	III. S.R. — 2 — 3 ч.
S.R. = 11 м. — K=9	S.R. = 1 ч. 00 м. — K=5	S.R. = 2 ч. 00 м. — K=4
S.R. = 12 „ — K=8	S.R. = 1 „ 12 „ — K=5	S.R. = 2 „ 10 „ — K=4
S.R. = 15 „ — K=7	S.R. = 1 „ 15 „ — K=5	S.R. = 2 „ 14 „ — K=4
S.R. = 15 „ — K=9	S.R. = 1 „ 16 „ — K=5	S.R. = 2 „ 20 „ — K=3
S.R. = 15 „ — K=9	S.R. = 1 „ 20 „ — K=5	S.R. = 2 „ 30 „ — K=4
S.R. = 16 „ — K=9	S.R. = 1 „ 30 „ — K=5	S.R. = 2 „ 30 „ — K=4
S.R. = 22 „ — K=7	S.R. = 1 „ 34 „ — K=5	S.R. = 2 „ 45 „ — K=3
S.R. = 35 „ — K=6	S.R. = 1 „ 40 „ — K=5	S.R. = 2 „ 52 „ — K=2
S.R. = 38 „ — K=6	S.R. = 1 „ 42 „ — K=4	S.R. = 2 „ 53 „ — K=2
S.R. = 43 „ — K=6	S.R. = 1 „ 43 „ — K=6	S.R. = 2 „ 58 „ — K=3
S.R. = 53 „ — K=7	S.R. = 1 „ 45 „ — K=5	
	S.R. = 1 „ 47 „ — K=6	

IV. S.R. — 3 — 4 ч.	V. S.R. — 4 — 5 ч.	VI. S.R. — 5 — 6 ч.
S.R. = 3 ч. 30 м. — K=2	S.R. = 4 ч. 00 м. — K=1	S.R. = 5 ч. 00 м. — K=1
S.R. = 3 „ 32 „ — K=2	S.R. = 4 „ 00 „ — K=2	S.R. = 5 „ 40 „ — K=1
S.R. = 3 „ 36 „ — K=2	S.R. = 4 „ 10 „ — K=0	
S.R. = 3 „ 40 „ — K=3	S.R. = 4 „ 30 „ — K=2	
S.R. = 3 „ 45 „ — K=2		

Для I-ой группы средняя продолжительность оседания равна 25 м. Изменения капиллярного тока в этой группе, вычисленные в средней цифре, выражаются в K=7,6.

Для II группы средняя S.R. = 1 ч. 28 м. — K=5
 „ III „ „ S.R. = 2 „ 31 „ — K=3,3
 „ IV „ „ S.R. = 3 „ 36 „ — K=2,2
 „ V „ „ S.R. = 4 „ 10 „ — K=1,2
 „ VI „ „ S.R. = 5 „ 20 „ — K=1.

Из рассмотрения этих соотношений выясняется как-будто полный параллелизм изменений тока и S.R., но это верно только в общей сводке целых групп. Если же мы рассмотрим отдельные случаи, для примера хотя бы первую группу, то там встречается не мало отклонений от общей картины. Например, при различной S.R. — 15 м., 22 м. и 53 мин. капиллярный ток совершенно тождественен во всех трех случаях, а именно: дает результат $K=7$. Далее при S.R. = 12 м. — $K=8$, а при S.R. = 16 м. — $K=9$, т. е. при меньшей S.R. во втором случае число изменений тока больше в то время, как по теории *Linzenmeyer*'а должно было бы быть наоборот. Во II-й группе при S.R. = 1 часу — $K=9$, а при S.R. = 1 ч. 47 м. — $K=6$, что также противоречит положению *Linzenmeyer*'а. Такие же небольшие несоответствия можно наблюдать во всех группах воспалительных больных. Переходим к дальнейшему разбору отдельных заболеваний.

Фибромиомы.	Ретродивиации невосп.	Рак шейки.
S.R.=6 ч. 05 м.— $K=1$	S.R.=5 ч. 25 м.— $K=1$	S.R.=3 ч. 05 м.— $K=3$
S.R.=3 „ 40 „ — $K=2$	S.R.=4 „ 40 „ — $K=1$	S.R.=2 „ 17 „ — $K=3$
S.R.=2 „ 15 „ — $K=4$	S.R.=4 „ 03 „ — $K=2$	в среднем
S.R.=0 „ 50 „ — $K=5^1)$	S.R.=3 „ 25 „ — $K=2$	S.R.=2 „ 41 „ — $K=3$
в среднем	в среднем	
S.R.=3 „ 12 „ — $K=3$	S.R.=4 „ 33 „ — $K=1,5$	

Недоразвитость матки.	Неполный аборт.	Разные случаи.
S.R.=7 ч. 10 м.— $K=1$	S.R.=5 ч. 35 м.— $K=5$	S.R.=0 ч. 19 м.— $K=9$
S.R.=7 „ 00 „ — $K=1$	S.R.=2 „ 05 „ — $K=5$	S.R.=0 „ 19 „ — $K=9$
в среднем		S.R.=0 „ 20 „ — $K=9$
S.R.=7 „ 05 „ — $K=1$		S.R.=0 „ 52 „ — $K=5^2)$
		S.R.=3 „ 10 „ — $K=2$

Из рассмотрения всех этих групп заболеваний обращает на себя внимание закономерность во взаимоотношениях S.R. и K и лишь в отдельных случаях это резко нарушается, например, в группе неполных абортов S.R.=5 ч. 35 м., т. е. при совершенно нормальной S.R. мы имеем $K=5$, т. е. такое количество изменений капиллярного кровообращения, которое обычно по на-

1) Осложненное кровотечением.

2) Значительное кровотечение.

шим вычислениям бывает при скорости оседания в 1 ч. 28 мин. Надо отметить, что это случай сильного кровотечения и возможно, что на изменение кровяного тока влияло в данном случае не только агглютинационная способность эритроцитов, но и изменение их числа. Конечно, это только предположение, нуждающееся в проверке на достаточном числе случаев. Переходя к рассмотрению наблюдений на здоровых, мы можем отметить, что здесь мы имеем при медленном оседании крайне незначительное количество изменений капиллярного тока:

- 1) S.R. = 8 ч. 15 — K = 0
- 2) S.R. = 6 „ 00 — K = 1
- 3) S.R. = 5 „ 19 — K = 1
- 4) S.R. = 5 „ 15 — K = 0
- 5) S.R. = 3 „ 00 — K = 2

В среднем у здоровых нами исследованных S.R. = 5 ч. 34 м., а изменение капиллярной картины — K измеряется приблизительно одной единицей ($\frac{4}{5}$), т. е. по нашей системе учета, где из 10 баллов (0 до 9) каждая единица составляет 10%, можно сказать, что у здоровых при среднем S.R. = 5 ч. 34 м. изменения капиллярного тока бывают в 10%. Для проверки сохраняются ли те же соотношения S.R. и K не только в различных случаях, но у одних и тех же больных, исследованных в разное время и при других обстоятельствах, мы наблюдали 8 различных случаев:

- 1) Pyosalpinx bilater. S.R. = 2 ч. 15 м. — K = 4 (до операции)
 S.R. = 0 „ 53 „ — K = 7 } (после операции Вейт-
 S.R. = 1 „ 00 „ — K = 5 } нер'а).
 S.R. = 1 „ 34 „ — K = 5 }
- 2) Adnextumor d. S.R. = 2 „ 52 „ — K = 2 (до операции).
 S.R. = 1 „ 40 „ — K = 4 (после операции).
- 3) Sactosalpinx d. S.R. = 2 „ 45 „ — K = 3 (до операции).
 S.R. = 1 „ 40 „ — K = 5 (после операции).
- 4) Sactosalpinx S.R. = 2 „ 30 „ — K = 4 (до операции).
 S.R. = 0 „ 12 „ — K = 8 (после операции, выпот
 S.R. = 0 „ 15 „ — K = 7 в кульнях).
- 5) Retroflex. uteri mobile . . . S.R. = 5 „ 25 „ — K = 1 (до операции).
 S.R. = 1 „ 45 „ — K = 6 (после операции).
- 6) Stenosis vagin. S.R. = 4 „ 10 „ — K = 0 (до операции).
 S.R. = 1 „ 30 „ — K = 5 (после операции).
- 7) Parametritis post partum . S.R. = 0 „ 15 „ — K = 9 (при поступлении).
 S.R. = 1 „ 15 „ — K = 5 (после консерв. лечения).
- 8) Salpin. chr. bilaf. S.R. = 5 „ 40 „ — K = 1
 S.R. = 0 „ 38 „ — K = 6 (после продувания труб,
 S.R. = 1 „ 20 „ — K = 5 сопровождавш. обостр.).

Таким образом, из сопоставления приведенных здесь результатов повторных наблюдений у одних и тех же больных в разные периоды также выясняется значительное соответствие между S.R. и K. Теперь попытаемся вычислить, какая S.R. соответствует той или иной картине капиллярного тока. Мы выведем среднее соотношение, представленное на нижеследующей таблице:

1. K = 0 — S.R. = 5 ч. 45 м. (макс. 8 ч. 15 м. минимум 4 ч. 10 м.)
2. K = 1 — S.R. = 5 „ 35 „ „ 7 „ 10 „ „ 4 „ 00 „
3. K = 2 — S.R. = 3 „ 32 „ „ 4 „ 30 „ „ 2 „ 52 „

4.	K = 3 — S.R. = 2	ч. 05 м.	(макс. 3 ч. 40 м. минимум 2 ч. 17 м.
5.	K = 4 — S.R. = 2	" 11 "	" 2 " 30 " " 1 " 40 "
6.	K = 5 — S.R. = 1	" 41 "	" 5 " 35 " " — " 52 "
7.	K = 6 — S.R. = 1	" 12 "	" 1 " 45 " " — " 35 "
8.	K = 7 — S.R. = 0	" 30 "	" — " 53 " " — " 15 "
9.	K = 8 — S.R. = 0	" 12 "	" — " — " " — " — " "
10.	K = 9 — S.R. = 0	" 16 "	" — " 20 " " — " 11 "

При анализе этих данных получается уже значительно меньшее соответствие S.R. и K. Так, например, обращает на себя внимание значительная амплитуда скоростей оседания, при которых наблюдается одна и та же картина капиллярного тока. Затем если крайние степени изменений капиллярного тока и характеризуются соответствующими разностями S.R., то умеренные степени изменения капиллярного тока весьма мало заметно выражают собой быстроту оседания и несколько различных по интенсивности изменений капил. картины случаев могут легко уложиться в одну и ту же быстроту оседаний, например:

$$K = 3, 4 \text{ и } 5 \text{ могут быть при } S.R. = 2 \text{ ч. } 30 \text{ м. — } 2 \text{ ч. } 52 \text{ м.}$$

$$K = 4, 5 \text{ и } 6 \text{ " " " " } S.R. = 1 \text{ " } 40 \text{ " — } 1 \text{ " } 45 \text{ "}$$

Затем при сравнении рядом стоящих $K = 3 — S.R. = 2$ ч. 05 м. и $K = 4 — S.R. = 2$ ч. 11 м. также бросается в глаза несоответствие положению *Linzenmeyer'a*, что большая быстрота оседания дает большее изменение капил. тока.

Но, несмотря на все приведенные несоответствия, приходится согласиться, что при рассмотрении всех найденных нами результатов, конечно, бросается в глаза заметная связь между этими двумя явлениями и никак нельзя игнорировать параллелизма, во многих случаях отмеченного уже в работе *Linzenmeyer'a*. Правда, *Parrisius* в своей работе оспаривает данные *Linzenmeyer'a* тем, что при впрыскивании нитроглицерина, вызывающего ускорение S.R., все же не наблюдается ни стазов, ни других изменений. Мы считаем эксперимент с нитроглицерином недоказательным. Способность его расширять сосуды настолько велика, что через эти расширенные капилляры без всякого затруднения проходят сбившиеся глыбки эритроцитов, т. е. диаметр капилляров, расширенных нитроглицерином, шире диаметра глыбок, характеризующих данную быстроту оседания. Значительно более веское возражение *Parrisius'a* теории *Linzenmeyer'a* заключается в том, что при исследовании 20 вазоневротиков, при медленной S.R., капиллярный ток давал высокие степени изменения. Это соображение заставляет к числу причин, влияющих на изменение капил. тока, отнести деятельность нервных окончаний, присутствие коих в капиллярах, как нами указано выше, доказано разными авторами. Несомненно, что теория *Linzenmeyer'a* схематична и не может объяснить всех изменений тока, хотя бы, например, изменений просвета капилляров и полное их исчезновение из поля наблюдения. Если бы действительно капиллярная картина изменялась только вследствие изменений агглютинации эритроцитов (т. е. S.R.), то не было бы необходимости в существовании в стенках капилляра клеток *Roujet-Meyer'a* и специальной иннервации капилляров. Не имея возможности останавливаться подробно на этом вопросе, не входящем к стати в задачу нашей работы, мы позволим себе высказать

предположение, что общий тон деятельности капилляров дает общие условия жизни организма: конституция, сосудистая иннервация, состав крови (S.R.) и т. д. Потребность же в кровоснабжении мельчайших областей регулируется автономной работой каждого капилляра, как это изложено у *Parrisius'a* и *Heubner'a*. Что касается до практического применения этого метода в клинике у постели больной, как вспомогательного диагностического приема, то мы пытались заменить S.R. изучением у данной больной картины ее капиллярного тока. Но, как показали наши наблюдения, S.R. значительно более тонка и точна, как диагностический признак. Поэтому в настоящее время изучение капиллярной картины может дать чрезвычайно богатый материал для проникновения в важнейшие области нашей жизнедеятельности. Но пока в том виде, как она сейчас существует, большого практического применения иметь не может.

Литература: 1) *Heuter*. Zbl. für med. Wiss. 1879. Цит. O. Müller. — 2) *Unna*. Mh. f. pract. Derm. 1891. Цит. O. Müller. — 3) *Darier*. Grundriss d. Dermat. 1909. Цит. O. Müller. — 4) *Lombard*. Zbl. f. Physiol. 1911—25. — 5) *E. Weiss* u. *Haufland*. Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1916. Bd. 119. — 5a) *E. Weiss* u. *Haufland*. Münchu. med. Wchschr. 1918—23. — 6) *O. Müller*. Mediz. Kl. 1921, № 48. — 7) *Knud Secher*. Klin. Wchschr. 1924, № 4. — 8) *Британский*. О капилляроскопии. Доклад 15-му всесоюзному съезду 25/IX. 1922. — 9) *Linzenmeyer*. Zbl. f. Gynäkologie. 1922, № 25. — 10) *Nevermann*. Zbl. f. Gynäkologie. 1922, № 16. — 11) *Heubner*. Klin. Wochschr. 1923, № 43. — 11a) *Он же*. Klin. Wochschr. 1923, № 44. — 12) *Hinselmann* u. *Haupt*. Med. Klinik. 1921, № 13. — 12a) *Hinselmann*. Zbl. f. Gynäkol. 1921, №№ 31 и 38. — 12b) *Он же*. Zbl. f. Gynäkol. 1922, № 38. — 13) *Parrisius*. Klin. Wchschr. 1923, № 41. — 14) *Linzenmeyer*. Arch. f. Gynäkol. 113. H. 3. — 14a) *Он же*. Arch. f. Gynäkol. 1922, № 23 и 38. — 15) *Linzenmeyer* u. *Hagge*. Arch. f. Gynäkol. 1923. 118. H. 2. — 16) *Kylin*. Klin. Wchschr. 1923, № 1. — 17) *David* u. *Gabriel*. Klin. Wchschr. 1923, № 22. — 18) *A. Stern*. Arch. f. Gynäkol. 1923—118. H. 2.

Из гинекологической клиники Госуд. Клинич. Ин-та для усов. врачей в Ленинграде. (Завед. клиникой проф. *Р. В. Кипарский*).

Случай „lithorädion“ при одновременном наличии прогрессирующей внутриматочной беременности *).

(К вопросу о диагностике переносенной внематочной беременности).

Ассистента Г. А. БАКШТА.

Если случаи переносенной внематочной беременности относительно нередки и они стали предметом обширной литературы, то комбинация их с прогрессирующей нормальной беременностью у той же женщины встречается не столь часто. Это дает нам право описать такой случай, имевший место в Гинекологической Клинике Госуд. Клинич. Ин-та для усовершенств. врачей.—Б-ная М. А. З., 24 лет, крестьянка Костромской губ., поступила в клинику 13/V—1924 с жалобами на отсутствие месячных в течение 5½ месяцев, боли в правом подреберьи при движениях и наличие в этом месте большой плотной опухоли, происхождение которой б-ная описывает следующим образом. Б-ная замужем с января 1922 г. До того времени менструировала всегда правильно, начиная с 12 лет через 3½ недели по 3—5 дней. Месячные иногда бывали обильными и с болями. Ничем до замужества не болела. Спустя 2 м-ца после замужества, в марте 1922 г. menses прекратились, появилась тошнота и рвота, продолжавшиеся около месяца. Б-ная считала себя беременной. На 4-м м-це беременности, во время сенокоса был внезапный острый приступ болей в животе со рвотой. В течение недели после этого самочувствие б-ной было удовлетворительное, а затем приступ повторился с большой силой и сопровождался потерей сознания. Б-ная пролежала в больнице 2 недели подо льдом и выписалась оттуда без сильных болей, но с затруднениями при ходьбе, общей слабостью и явлениями резкого малокровия. Вскоре после этого б-ная стала ощущать движения плода. Беременность прогрессировала, живот увеличивался, движения плода ощущались. За неделю до ожидаемого срока

*) Доклад-демонстрация в Ленингр. Акуш.-Гинекол. О-ве 11/IX.—1924.

родов, в декабре 1922 г., после какого-то физического усилия, б-ная почувствовала снова резкую боль в животе, появились небольшие кровянистые выделения из половых частей и движения плода прекратились. В течение 10 дней б-ная не могла пошевелиться без боли, „ходила скрючившись“, а затем боли понемногу стихли, трудоспособность восстановилась; осталась лишь плотная опухоль внизу живота; появились menses через правильные промежутки. С 25/XI—1923 menses снова прекращаются. Б-ная снова почувствовала себя беременной. По мере прогрессирования беременности, ощущавшаяся раньше внизу живота опухоль стала подниматься кверху и дошла постепенно до правого подреберья, все сильнее и сильнее затрудняя работу и ходьбу.

Б-ная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Слегка удлинённый выдох над левой верхушкой. Тоны сердца чисты. Со стороны крови и мочи отклонений от нормы не наблюдается. Наружные половые органы—N. Introitus и влагалище цианотичны, слизистая разрыхлена. Короткая шейка переходит в беременную матку, дно которой находится почти на уровне пупка. Параллельно дну матки и выше расположена опухоль, на-ощупь плотной консистенции, касающаяся латеральным своим краем правого подреберья и напоминающая по форме усечённый конус, обращённый большим своим основанием (11 см в поперечнике) к правой боковой стенке брюшной полости и меньшим (7 см в поперечнике) sub scrobiculo, слегка влево от средней линии. Длина опухоли—25 см. Опухоль соединена с правым рогом матки короткой, толстой неясно контурирующейся ножкой. Каких-либо сращений с печенью и с селезенкой обнаружить не удается.—Рентгенограмма обнаруживает в месте, соответствующем опухоли, костный скелет лежащего в поперечном направлении плода, обращенного тазовым своим концом наружу. Вторая рентгенограмма с применением рентгогерметита (проф. Немецов) рельефно обнаружила наличие брюшных спаек между плодом и окружающими органами. Клинический диагноз: „lithopädon“ и внутриматочная беременность 5½ м-цев.—В виду тяжелых субъективных расстройств, причиняемых опухолью, решено удалить ее.—20/V—24 произведено под хлороформным наркозом медиальное чревосечение (проф. Р. В. Кипарский); разрез брюшной стенки от лона до середины расстояния между пупком и мечевидным отростком. По вскрытии брюшной полости обнаружена беременная матка, соответствующая по размерам 5½ месяцам. Правый рог матки утолщен; утолщение, величиною с мандарин, расположено кнутри от круглой связки. В этом месте сальник плотно прирос к матке и не отделяется тупым путем. Часть сальника резецируется и создается доступ вверх в meso- и epigastrium, где лежит прикрытый петлями кишок „lithopädon“, соединённый с описанным выше утолщённым рогом матки. Головной конец его расположен приблизительно по средней линии тела и слегка дорзальнее тазового, лежащего у правой боковой стенки брюшной полости. Раз-единены сращения плода с париетальной брюшиной и кишечником (мощные сосудодержащие спайки перевязаны отдельными пучками), из рога матки высепаровано, частью тупым, частью острым путем, упомянутое утолщение и, по наложении зажима на lig. inf. relv. d., плод удален вместе с правыми придатками и частью muscu-

latis матки. Полость последней при этом не была вскрыта. Оставшееся ложе зашито двухэтажным обвивным кэтгутовым швом. Гемостаз культей обеспечен шелковыми лигатурами; перитонизация—непрерывным кэтгутом. Брюшная полость закрыта этажным швом. Послеоперационный период осложнился преждевременными родами, наступившими 3 дня спустя после операции. Родился младенец мужского пола, соответствующий 5½ мес. беременности; послед отошел самостоятельно. Заживление брюшной раны *per primam intentionem*. Б-ная выписалась из клиники на 20-ый день после операции в хорошем состоянии.

Описание препарата: длина от головки до ягодиц—25 см; предполагаемая длина всего плода в развернутом виде—50 см; вес формалинового препарата—750,0 гр. Вся поверхность покрыта обрывками брюшинных спаек и лишь в одном месте припаян сальник. Головка сплюснута с боков, сильно деформирована: нельзя отличить лицевой поверхности от затылочной; спинка слегка выпукла, брюшная поверхность вогнута; общее расположение относительно свободно; правая ручка как бы срослась с туловищем и видна лишь припаянная к грудной клетке кисть ее. Левая ручка сохранилась хорошо; заметны оба бедра; голень на всем протяжении видна лишь слева; нижние части ног деформированы, напоминая *pes varus*. Пуповина не видна. Непосредственно к брюшной поверхности плода прилежит послед, окруженный частью мышечной капсулой, частью бесструктурной (последняя толщиной в 1 мм), высепарованный из утолщенного правого рога матки. По вентральной поверхности капсулы видна значительная часть правой трубы с сохранившимися фимбриями, проходимая для зонда вплоть до интрамуральной ее части, и находящийся в сращениях нормальной величины правый яичник. Весь препарат (кроме последа) покрыт однородной плотно с ним сращенной оболочкой. Рентгенограмма препарата обнаруживает сохранность всех крупных частей скелета.—Микроскопическое исследование отдельных частей препарата, предпринятое нами совместно с приват-доцентом *А. Э. Мандельштамом*, обнаружило: богатое отложение известковых солей в ткани и капсуле последа, некробиотические процессы в эпидермисе, наличие богатой мелкоклеточковой инфильтрации в подкожной клетчатке, исчезновение поперечной полосатости в мышцах спины и наличие глыбок пигмента, не дающего микрохимических реакций на железо. Микроскопическая картина трубы на всем ее протяжении до интрамуральной части включительно не обнаруживает ничего патологического.

На основании топографии плацентарного ложа,—положения его в области маточного рога кнутри от круглой связки,—можно сделать вывод, что в нашем случае имела место либо интерстициальная беременность, либо беременность в рудиментарном роге. Микроскопически установленная сохранность интрамуральной части трубы говорит скорее в пользу второго предположения.

Изучение препарата дает целый ряд данных в пользу того, что мы имеем дело с т. н. *вторичной брюшной беременностью*. В пользу этого говорит, гл. обр., относительно свободное членорасположение плода, в то время как находящиеся в амниотическом пузыре эктопические плоды подвергаются сильной вентральной флексии (*Zwangshaltung*), вследствие пространственных не-

соответствий (*Werth*). Вторым доказательством служит наличие однородной плотно облегающей тело плода и деформирующей лицо капсулы — результат пластического перитонита, проникающего в тело плода (круглокисточковая инфильтрация подкожной клетчатки). Установленная рентгенограммой целость костного остова также говорит в пользу того, что здесь имеют место *посмертные реактивные изменения* со стороны брюшины, а не *прижизненное* окутывание плода амниотическими нитями, ведущее обычно к внутриутробной ампутации соответствующих частей плода.

Интерес нашего случая заключается в комбинации „lithopädiona“ с прогрессирующей внутриматочной беременностью. В доступной нам литературе мы нашли несколько таких случаев: *Franz'a* (5-месячный Лтр. и беременность), *Démelin* и *Keim'a* (30-месячный Лтр. и 8-мимесячная нормальная беременность), *Stuhl'a* (Лтр. 27-летней давности и 4 нормальных беременности за это время). Другой особенностью нашего случая является сравнительно быстро наступившие дегенеративные изменения в тканях плода, в частности исчезновение поперечной полосатости мышц. Целым рядом авторов, исследовавших микроскопически гораздо более старые препараты lithopädion'a, отмечалось, наоборот, хорошее консервирование поперечно-полосатой мускулатуры (*Virchow, Wyder, Судаков* и др.).

На практике принято называть „lithopädion“ всякий переносенный и сохранившийся в брюшной полости плод после эктопической (еременности, чем мы и пользовались в нашем изложении. Со времени *Küchenmeister'a* различают 3 вида окаменелых плодов: 1) *lithokelyphos* — об'извествление оболочек с мумификацией частей плода; 2) *lithokelyphospädion* — об'извествление оболочек и сросшихся с ними частей плода при мумификации остальных его частей, и 3) *lithopädion* — об'извествление самого плода, находящегося в брюшной полости без оболочек. До полного об'извествления дело на практике доходит чрезвычайно редко. Как уже указано было выше, в нашем случае мы имеем дело с вторичной брюшной беременностью, когда плод лишен собственных оболочек, и, т. обр., наш препарат, будучи об'извествленным в достаточной мере, представлял бы собой „lithopädion“ в собственном смысле слова. В пользу этого говорят обильные отложения извести в плацентоместилище и плаценте за сравнительно короткий срок (1½ года), но не исключаются и другие возможности, как исход в мумификацию и даже в мацерацию, возникающие иногда много лет спустя после смерти плода.

Резюмируя сказанное, мы приходим к выводу, что в нашем случае имела место вторичная брюшная беременность, возникшая в результате разрыва плодоместилища (повидимому, рудиментарного рога матки), окончившаяся смертью плода с наклоном к образованию „lithopädion'a в собственном смысле слова.

Диагноз „lithopädion“ ставится обычно на основании анамнеза и данных пальпации. Известны, однако, случаи *Lars Edling'a* и *Sützenfrey'a* (последний из клиники *v. Franqué*), когда диагностированный таким путем „lithopädion“ оказался в одном случае кистой, а в другом — фибромой яичника. Мы полагаем поэтому, что введенная по почину *Albers-Schönberg'a* и *Edling'a* *penneon-*

диагностика ¹⁾ внематочной беременности во второй ее половине при прогрессирующей и во всех случаях при перенесенной должна получить права гражданства даже в тех случаях, где диагноз кажется ясным на основании данных анамнеза. Далее, мы полагаем целесообразным производить в таких случаях рентгеновский снимок после предварительного наложения пневмоперитонеума, т. к. только таким путем мы можем составить себе представление о количестве и мощности брюшных спаек и тем самым оценить хотя бы отчасти технические трудности предстоящего оперативного вмешательства. Наконец, рентгеновский снимок самого аппарата может явиться, как и в нашем случае, ценным фактором при решении вопроса о прижизненном или, наоборот, посмертном образовании капсулы плода в связи с характером деформации его скелета.

¹⁾ Рентгеновские снимки и микрофотографии не могли быть воспроизведены в настоящей статье по техническим условиям.

XXX.

Из Гинекологической Клиники Государственного Института для усовершенствования врачей.

(Заведующий проф. *Р. В. Кипарский*).

К вопросу об образовании искусственного влагалища.

(Два случая Colpoptosis по способу Попов-Schubert).

Д-ра **М. И. КОНУХЕСА.**

Врожденная аплязия влагалища встречается обычно на ряду с недоразвитием всего полового тракта, благодаря чему утрачена возможность воспроизведения потомства. Отсутствие возможности coitus'a действует угнетающе на психику женщины, считающей себя уродом, существом неполноценным, и в большинстве случаев к хирургу обращаются молодые женщины, недавно вышедшие замуж, не подозревавшие ранее о своем уродстве. Отсутствие влагалища и связанное с этим дефектом выпадение половой жизни—заставляют женщину требовать оперативного пособия.

В настоящее время вопрос об этичности операции потерял свою остроту и дискуссия ведется, главным образом, в направлении чисто технических особенностей—какую операцию предпочесть, преимущества того и другого метода и пр.

В период доасептический, вмешательство с целью устранить дефект влагалища предпринималось при жизненных показаниях. Дело шло, главным образом, о гематометре и гематосальпинксе, возможности разрыва этих органов, излития крови в брюшную полость и смерти больной. Только позднее, когда исходы этих оперативных пособий стали благоприятней, вопрос о показаниях к операции, помимо жизненных, стал дебатироваться в смысле допустимости избавить женщину от моральных страданий, сохранить ей союз с любимым человеком и не выбросить ее за борт жизни. Первые попытки, как я указал, предпринимались при гематометре и состояли в проколе матки троаком через промежность, для освобождения ее полости от содержимого (*Housschipp* 1810 г., *Trelean* в 1812 г.). Вследствие несоблюдения антисептики при этом пособии, больные обычно погибали и вмешательство, таким образом, не достигало цели.

Шаг вперед в развитии операции сделал *Dupuytren*, предложив образовывать в ретровезикальной клетчатке канал и через него опорожнять матку, при чем условия операции были не лучше, чем у его предшественников, таков же и исход.

Если больная и выживала, то образованное ложе вскоре зарубцовывалось, всевозможные тампонады и расширения пессариями не вели к цели, операция должна была вскоре снова производиться и желаемый эффект не получался.

Метод *Dupuytren*'а из-за неудачных последствий был оставлен и в период антисептики был снова применен, уже с иными результатами.

Не буду останавливаться подробно на отдельных предложениях, они имеют, конечно, интерес чисто исторический. Укажу на предложенное *Amussot* выпячивание тупым путем тканей для образования слепого мешка—операцию крайне болезненную и медлительную; *Lefort* в 1875 г. пробовал устранить сморщивание образованного ложа прокладыванием его не кровавым путем, но электролизом. Попытка его была довольно удачной, в итоге он получил вагину длин. ок. 10 см, но в дальнейшем сморщивание тканей, сужение образованного канала сводили операцию к нулю.

В это же время были выдвинуты новые методы: пластика хода в клетчатке отдельными кожными лоскутами (*Генпнер, Рейн, Crédé*); брюшиной з. дугласа (*Omm*); трансплантация слизистой (*Thiersch*), взятой с внутренней поверхности б. и малых губ той же больной (д-р *Шалма*, 1887 г.); гетеропластику произвел *Küstner*, взяв несколько кусков слизистой *recti* больной—при операции *anus praeternaturalis*; слизистую животных применил *Свенеричкий*.

Все методы, связанные с приживлением отдельных лоскутов, были крайне неудовлетворительными по своим последствиям, рубцовая ткань смещала отдельные лоскуты, получалось пролабирование их, что влекло к сужению образованного влагалища и требовало весьма частого расширения.

Riedinger в 1886 г. предложил при наличии матки подшивать шейку к краям образованного по *Dupuytren*'у канала, впоследствии матка, отодвигаясь кверху, подтягивала прилегающие к *introit. vag.* ткани и образовывала выпячивание их, пригодное для *coitus*'а.

Переходом к воспроизведению влагалища из прямой кишки служит способ *Gersuny*.

Он выстилал образованный ход в клетчатке лоскутом, вырезанным из передней стенки *recti*, при чем этот лоскут образовывал переднюю стенку влагалища, на остальную поверхность переносились участки слизистой малых губ или кожные лоскуты, взятые с бедра больной. Преимущество этого метода состояло в жизнеспособности лоскута кишки, остающегося в связи с пузырем и уретрой спереди и брюшиной сверху, что устраняло до известной степени последующее сморщивание и сужение просвета. По способу *Gersuny* был произведен ряд операций (*Федоров*—1905 г., *Cuppel*—1909 г., 1910 г.—*Аманн*, 1911—*Ожичини*), с удовлетворительными в общем результатами.

Шаг вперед в развитии операции был сделан проф. *Снегиревым*, назвавшим свой метод *transplantatio ani et recti ad instar vaginae*. Операция эта вызвала ряд возражений, т. к. цели, т. е. возможности *coitus*'а, она не достигала, в виду изменений есте-

ственных условий для него. У оперированной больной по его методу образовалось недержание газов и жидких фекальных масс. В 1903 г. проф. *Снегирев* докладывал на 1-ом С'езде акушеров и гинекологов о 3-х случаях оперирования по его способу, при чем sphincter ani функционировал удовлетворительно, недержания фекальных масс и газов не наступало. Впоследствии эта операция (1906 г.) была сделана д-ром *Гусевым* с небольшими изменениями. В 1904 г. *Baldwin'*ом был предложен способ образования влагалища из тонкой кишки, операция была им произведена в 1907 г.; независимо от него в 1908 г. тот же способ был выдвинут *Haerberlin* и в 1908 г. *Mori*.

Сущность операции сводится к следующему: в месте, соответствующем introitus vaginae, производится разрез и клетчатка тупо раздвигается вверх до брюшины и образованный канал тампонируется. Далее производится лапаротомия, резецируется петля тонкой кишки с возможно длинной брыжжейкой; корнцангом, введенным в образованный канал, выпячивается брюшина, которая разрезается и петля кишки втягивается. Далее петля кишки надрезается и после тщательной дезинфекции пришивается к будущему introit. vaginae. Просвет кишечного канала восстанавливается пуговкой *Murphy*. При этом способе образуется перегородка, впоследствии удаляемая. *Mori* предложил вытягивать в канал не петлю, но отрезок кишки, длиной около 8 см, зашитый в верхнем отделе наглухо. При этом не приходится прибегать к последующей операции—удаления перегородки.

В 1909 году проф. *Попов* и независимо от него д-р *Schubert* предложили свой метод воспроизведения влагалища из отрезка прямой кишки. Подробно излагать операцию не буду, остановлюсь на ней при описании двух случаев colporoesis, оперированных проф. *Р. В. Кипарским*. Здесь же хотел бы отметить модификацию операции *Попова*, сделанную *Schubert'*ом. Последний ввел для облегчения высепаровки верхнего отдела recti и достижения большей асептики—экстирпацию копчика, отсепаровку кишки через разрез, идущий от anus'a до середины крестцовой кости, перерезку recti в боковом положении больной. При этом улучшается асептика, т. к. операция ведется в более благоприятных пространственных отношениях. Дренаж при этой модификации получается идеальный. Невыгодным же в этом видоизменении является значительная травма больной.

Теперь позволю себе привести два случая атрезии влагалища, оперированных проф. *Р. В. Кипарским* по способу *Попова-Schubert*.

Случай I.

Больная А. И. К., 32 лет, обратилась в клинику проф. *Кипарского* по поводу приобретенной полной атрезии влагалища после тяжелых и длительных родов, в условиях деревни. В анамнезе больной заболеваний не отмечается. Начала менструировать с 17-ти лет по 4—5 дней с 3-хнедельными промежутками, без болей. Половой жизнью живет с 25-ти лет, через три года замужества больная забеременевает и рождает в деревенской обстановке с помощью деревенских повитух. Ребенок очень крупный 13—14 фунтов. Роды продолжались 5 суток и больная разрешилась мертвым младенцем на телеге у ворот уездной больницы. Насколько можно установить из расспросов больной, в данном случае было несоответствие между головкой и тазом; мягкие части пузыря и recti, ущемленные плотно вкотившейся в таз головкой, в результате ее долгого стояния, омертвели, и у больной

образовались влагалищно-пузырный и кишечно-влагалищный свищи. Так как больная разрешилась самостоятельно, то при прохождении крупной головки получился разрыв влагалища и промежности до кишки. Больная спустя два месяца прибыла в Петроград и была оперирована д-ром Сережниковым в Повив. Гинек. Ин-те. Фистулы были зашиты, при чем у больной уже тогда влагалища не имелось, был только *introit. vag.*, далее небольшой слепой мешок, длиной $1\frac{1}{2}$ см. и 2 большие фистулы, ведущие в *rectum* и мочевой пузырь.

По поводу невозможности супружеской жизни, больная безрезультатно обращалась к врачам и, наконец, была у проф. Кипарского, который оперировал ее в 1923 году.

Больная среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания. Со стороны легких, сердца и брюшных органов отклонений от нормы нет. В моче патологических включений не обнаружено. Наружные половые части развиты правильно, в области *introit. vaginae*, несколько сзади от наружного отверстия мочеиспускательного канала находится рубец, покрытый слизистой, располагающийся в поперечном направлении. Между ним и *orif. urethr.* небольшое выпячивание, пропускающее кончик пальца. При бимануальном исследовании (*per rectum*) *uterus* определяется непосредственно за лоном, фиксированный к мочевому пузырю. Шейка матки не обнаруживается и небольшое вдавление, пропускающее кончик карандаша, предполагало ход в цервик канал (больная менструировала), придатки не контурируются.

В мае 1923 г. больная была оперирована под общим хлороформно-эфирным наркозом. До операции больная была переведена на диету. Ей давалась исключительно простокваша в течение 3-х дней, несколько раз назначались легкие слабительные, непосредственно перед операцией *rectum* проспринцовано раствором перекиси водорода.

В рубце промежностного разрыва сделано овальное отверстие в 2 поперечные пальца в диаметре. Клетчатка, рубцово измененная, тупо раздвинута до *rectum*. позади *levatoris ani*.

Циркулярный разрез по передней поверхности *recti* на границе кожи и слизистой, кишка тупо отсепарована на глубину около 3—4 см на всем протяжении, после чего отсепаровка шла по задней полуокружности *recti* на глубину около 8 см. Выше уже кишка отделялась со всех сторон и петля ее была выдвинута наружу, зажата клеммами, перерезана и верхний отдел нижнего отрезка зашит наглухо обвивным кетгутовым швом. Нижний отдел остающегося верхнего участка *recti* обернут марлевым тампоном и зажат временно клеммами. Далее нижний отрезок *recti* втянут кохерами из сделанного хода в отверстие клетчатки под промежностными мышцами к будущему *introit. vag.* и фиксирован узловыми шелковыми швами. Низведенный в просвет сфинктера отрезок прямой кишки фиксирован к *anus'u* также узловыми шелковыми швами. В пузырь введен катетер *à demeure*, в *rectum* введена газоотводная трубка, обернутая марлей и обильно смазанная вазелином, в новообразованное влагалище введен смазанный вазелином резиновый кондом, набитый марлей, параректальные пространства дренированы марлевыми нодоформенными выпускниками.

Послеоперационный период протекал с незначительными повышениями температуры до 37,5. Швы с *anus'a* сняты на 6-ой день, при чем слизистая *recti* по передней полуокружности несколько отошла от кожи, вследствие чего получилось заживление *per granulation*. Швы с *intr. vag.* сняты на 7-ой день, заживление гладкое. Катетер удален на 5-ый день, в дальнейшем больная мочилась самопроизвольно. Кондом извлечен на 5-ый день, при чем показались обильные слизистые выделения. Стул был у больной самостоятельный на 12-ый день, при чем сфинктер функционировал удовлетворительно. Больная встала на 20-ый день (задержалась в постели из-за ожога ноги горячей бутылкой). Выписалась в вполне удовлетворительном состоянии, через 7 недель: 6-ная была несколько задержана из-за небольшой фистулы, в верхнем отделе (своде) влагалища, ведущей в клетчатку. После повторных прижиганий ляписом фистула закрылась. При осмотре больной оказалось: влагалище широкое, вход во влагалище свободно пропускает два пальца, выделения умеренно-слизистые. Параректальные ходы затянулись, больная чувствует позыв на низ как и раньше, может произвольно удерживать газы и жидкий стул. Через 2 месяца был первый *coitus*, без болей, ощущения были. при этом прежние с нормальным *libido*, муж перемен не замечает.

Случай 2.

Больная Мария А., 18 лет, поступила в клинику, направленная одним из ленинградских врачей-гинекологов для оперативного пособия по поводу врожденного отсутствия влагалища. Патологическая наследственность отсутствует. В дет-

стве заболеваний не отмечает. Никогда не менструировала, но года три отмечает периодические *molim. menstr.*, последние 3 месяца появляются викарные кровотечения из носа. *Libido sexualis* развито сильно. Обратилась к врачу из-за отсутствия *menses*. Больная ниже среднего роста, хорошего питания. Сердце, легкие и брюшные органы отклонений от нормы не представляют. Грудные железы развиты хорошо. Измерение таза дало 22—24—29—17½ (равномерно обще-суженный таз).

Наружные половые части развиты правильно, большие губы несколько бедны жировой клетчаткой. Гименальный венчик в виде сплошной заслонки выражен хорошо. В месте соответствующем *introit. vaginae* обнаруживается кончиком пальца небольшое впячивание, глубиной около 1 см. При исследовании *per rectum* высоко обнаруживается небольшой тяж, находящийся по средней линии, по всей вероятности, рудимент матки, по бокам его отходят более тонкие тяжевидные образования, *rectum* отделено от пузыря тонкой перегородкой. Яичники определяются, как небольшие образования с кофейное зерно в боковых отделах таза.

Больная за 3 дня до операции получала исключительно простоквашу (для изменения кишечной флоры), несколько раз давалось слабительное, перед операцией *rectum* было проспринцовано раствором перекиси водорода и протерто марлевыми тупферами.

5-го ноября 1924 г. под хлороформно-эфирным наркозом была произведена операция искусственного образования влагалища. Иссечено гименальное кольцо и вырезана слизистая в месте будущего *introitus vaginae* диаметром в 2 поперечных пальца. Клетчатка тупо раздвинута на 3—4 см. вверх и рыхло затампирована марлей. После растяжения сфинктера *an.*, ректальными зеркалами проведен дугообразный разрез на границе слизистой и кожи по задней полуокружности *recti*. *Rectum* высепаровано из клетчатки на протяжении 8—9 см по задней полуокружности. Петля кишки, поднятая в рану, перерезана, верхний отдел нижнего отрезка зашит наглухо, верхний отрезок взят на клеммы. Нижний отдел *recti* на 3—4 см отсепарован и по передней поверхности, далее проведен кохерами из проделанного ранее отверстия в обл. гимена под кожей и промежуточными мышцами к образованному *introit. vag.* и фиксирован узловыми шелковыми швами; верхний отдел его втянут в просвет сфинктера, и фиксирован к коже *anus'a*. Введены катетер *a. desmese*, газоотводная трубка, обернутая марлей и смазанная вазелином в *rectum* и во вновь образованное влагалище резиновый кондом, туго набитый марлей, в параректальные пространства—иодоформные выпускники.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 6-ой день извлечены кондом из влагалища, при чем обнаружен циркулярный некроз новой слизистой входа, вследствие долгого давления кондома, удалены турунды из параректальной клетчатки, при чем показались жидкие гноевидные выделения в небольшом количестве и без запаха. Снят катетер. На 7-ой день удалены швы с *anus'a*, на 10-ый день больная встала, на 12-ый день были удалены каловые массы плотной консистенции, скопившиеся в нижнем отделе кишки, на следующий день у больной был стул самостоятельно. На 14-ый день небольшие отверстия параректальной клетчатки затянулись, на 21-ый день при осмотре обнаружилось сужение в области входа, которое пропускает палец, далее влагалищная трубка расширяется. Чувствует больная себя хорошо, удерживает свободно газы, жидкие и твердые каловые массы, чувствует позыв на низ. В виду сужения *introit. vag.* больная подверглась 30/1 пластической операции, состоящей в вырезывании рубца в области входа, отсепаровки слизистой новообр. влагалища от подлежащих тканей и подшивании ее к слизистой входа узловыми шелковыми швами. Послеоперационный период протекал гладко, швы сняты на 8-ой день, заживление *per primam*; больная выписалась 16/III, при чем вход во влагалище свободно пропускает сначала полтора пальца, потом и два пальца; введение пальцев вначале было чувствительно, выделения слизистые. Больная покинула Ленинград. Пока сведений о первом *coitus'e* нет, но, судя по объективным данным, операция дала полный эффект и удовлетворение больной.

При обзоре доступной нам литературы удалось собрать 64 случая *colporoesis* по *Schubert-Ponow* с пятью смертями, что дает общую смертность в 7,7%. Конкурирующей операцией с предыдущей является операция *Baldwin-Mori* с 107 случаями и 14,1% смертельных исходов. Конечно, эти цифры ничего не говорят, и необходимо, как справедливо отмечает д-р Рабинович, разобратся в причинах летальных исходов и редуцировать смертность. Д-р К. Н. Рабинович приводит 2 случая *Pilha*, где операция по Могі, предпринятая по поводу гематометры, привела к смерти

больной, от сепсиса, вследствие инфицированной крови в полости матки; случай *Mocquot*, где больная, подвергнутая операции, умерла от туберкулеза легких, случай *Faure*'а, который оперировал больную, туберкулезную женщину с волчанкой на лице, умершую спустя недолгое время после операции от тбс. Все эти случаи следует исключить из общей статистики смертности, т. к. операция сама в вышеуказанных летальных случаях не играет главную роль. Редуцируя вышеуказанные случаи, получаем смертность по методу *Baldwin*'а в 10,2%.

Исключая из числа операций по *Schubert-Попову* с летальным исходом случаи *Schubert*'а и *Haim*'а, аналогичные случаям *Pitha* и случай *Benthin*'а, где автор не приводит анамнестических данных, ни причин exitus'а, получаем количество смертных случаев по методу *Schubert*'а 2 и редуцированную смертность 3,1%. При выборе оперативного метода, оператор естественно должен считаться с исходом операции; незначительная смертность, как говорит *Benthin*, заставляет предпочесть операцию *Schubert*'а. Тот и другой оперативный метод не лишен недостатков, что, конечно, отражается сначала на послеоперационном течении; так, в случаях *Stoeckel*'я и *Rausch*'а, оперированных по *Baldwin*'у, больные испытывали интенсивные боли в области крестца и 5—6 дней продолжалась непрерывная рвота, что *Stoeckel* объясняет раздражением брюшины, вследствие втягивания отрезка петли кишки и слишком большим напряжением брыжжейки; на это осложнение указывает и *Bumm*. В случаях *Stoeckel*'я и *К. Н. Рабиновича*, после операции (в случае д-ра *Рабиновича* травма при сношении?) образовались ректо-вагинальные свищи, упорно не закрывавшиеся. Исследования брюшной раны и брюшной полости до и при операции по *Baldwin*'у, сделанные *Stoeckel*'ем, обнаружили загрязнение *bact. coli*, в послеоперационном периоде образовался *coli abscessus* (случай *Liebl*'я, *Stoeckel*'я, *Pfaunz*'а и др.).

При операции *Baldwin* к числу послеоперационных осложнений принадлежит *ileus* (случай *Rübsamen*'а, *Garfünkell*'я, *Wallerstein*'а) вследствие чрезмерного вытяжения брыжжейки кишки и сжатия мезентериальных сосудов, нередко гангрена кишки и последующий летальный исход от перитонита (*Pitha*, *Guggisberg*). *Stoeckel* указывает на сильную секрецию тонкой кишки, мобилизованной для влагалища, иногда достигающую до 6 куб. см в день. Она причиняет сильные неприятности больной, вследствие экземы наружных половых частей и бедер, при чем вяжущие средства едва ли скоро ведут к цели, т. к. эта секреция, главным образом, зависит от рода пищи. К техническим неудобствам при методе *Baldwin*'а как указывают некоторые авторы, относится частая перемена положения больной (*Rosenstein*, *Guggisberg*), что создает известное неудобство для оператора. Наконец, слизистая тонкой кишки больше травмируется при coitus'e (как указывает *Bumm*), характер ее секреции не дает надежды на концепцию; наоборот, толстая кишка не отличается этими неудобствами, что подтверждено случаем *Wagner*'а—зачатия и роды доношенным младенцем через искусственный родовой канал. Операция восстановления искусственного влагалища по методу *Schubert*'а, конечно, не лишена крупных недостатков, иногда образуется относительная недостаточность sphincter'a ani (*Schubert*, *Stoeckel*), образование фистул

(*Strassman, Henkel*), что, впрочем, случается и при операции colporoesis из тонкой кишки, как указано выше.

Schubert объясняет недостаточность sphincter'a перерастяжением его при операции и предостерегает от этого. На 8 случаев, оперированных лично им, относительное недержание стула было лишь в одном случае.

Авторы последних лет, указывая на сравнительно большой процент смертности после *Baldwin'a*, решительно отказываются от этого способа (*Peters, Haim, Rosenstein, Hofbauer, Mjartius* и др.) *Stoeckel* оперировал свою вторую больную по *Baldwin'у*, 2 следующих же операции сделал по *Schubert'у* и отдает решительное предпочтение последнему методу. *Schröder, Haim*, несмотря на летальные исходы операций, все же ставят операцию *Schubert'a* выше и говорят, что следующая больная будет ими оперирована только по этому способу. *Brossman* оперировал первый случай по *Baldwin'у*, при чем больную упорно беспокоили после операции выделения и пролябирование перегородки новообразованного влагалища. Во втором его случае был применен метод *Schubert'a*, давший прекрасные результаты. *Brossman* находит, что метод *Schub.* — метод выбора.

Wagner, сделавший первые две операции по *Baldwin'у*, 2 следующих случая провел по методу *Schub.* и находит, что по достигнутым результатам следует отдать предпочтение образованию влагалища из толстой кишки.

В нашем первом случае, где имелось рубцовое заращение влагалища и тесное соединение пузыря с кишкой, почему нельзя было достаточно изолировать мочевого пузыря от rectum для проведения петли кишки, единственным методом образования влагалища мог бы быть метод *Понов-Schubert'a*, аналогично случаям *Какушкина* и *Schubert'a*. Опасность вскрытия брюшины при этой операции минимальна, т. к. это момент чисто случайный и брюшина сейчас же закрывается. При модификации *Brossman'a*, где последний оставляет манжетку слизистой кишки в 5 см длины для профилактики расстройств со стороны сфинктера, опасность вскрытия брюшной полости соответственно увеличивается, т. к. отсепаровка recti должна производиться на ту же длину выше. *Schubert* предостерегает от этой модификации, так как на ряду со вскрытием брюшины увеличивается и опасность гангрены от чрезмерного натяжения кишки.

Из приведенных выше цифр смертности конкурирующих операций явствует, что на материале, обнимающем до 170 произведенных операций, можно сделать определенные выводы, говорящие в пользу операций *Попова-Schubert'a*, как операции выбора, протекающей внебрюшины и при известных предосторожностях без последующих нарушений функций сфинктера заднего прохода ¹⁾.

¹⁾ В сборн. трудов, посвящ. проф. Л. Л. Окинчицу (Ленинград, 1924), появилась статья проф. Какушкина, где автор приводит 5 случаев colporoesis по Попову с 3-мя летальными исходами.

Из Гинекологической Клиники Государственн. Ин-та для усовершен. врачей.
(Завед. проф. Р. В. Купарский).

Fibromyoma lig. lati (alae vesperilionis).

Б. Л. КУНИНОЙ.

Первичные опухоли широкой связки являются нечастой находкой; они развиваются или из тазовой клетчатки (resp. включенных в ней мышечных элементов—*Freund, v. Rosthorn, Fuchs*) или из отщепленных зародышевых включений. Сообразно с таким генезом, мы различаем 2 группы первичных опухолей тазовой клетчатки: 1) десмоидные опухоли (фибромы и фибромиомы, саркомы, липомы) и 2) опухоли, развившиеся из эмбриональных остатков (паровариальные кисты, кисты *Gärtner*'овского хода, опухоли, выросшие из элементов первичной почки и т. п.). Опухоли, первично развившиеся в каком-либо соседнем органе (матка, яичник) и вторично отшнуровавшиеся, равно как и метастатические опухоли (рак) общеизвестны и не требуют особого рассмотрения. Интересующие нас десмоидные опухоли наичаще развиваются в основании широкой связки, либо в круглой связке. Последние (фибромы, resp. фибромиомы круглой связки) встречаются значительно чаще, чем первые.

В практическом отношении важно, снабжены ли опухоли ножкой, т. е. обладают ли они подвижностью или не обладают. Фибромиомы (и др. десмоидные опухоли) тазовой клетчатки располагаются, по преимуществу, интралигаментарно и неподвижно; снабженные ножкой фибромиомы широкой связки являются величайшей редкостью: так, *Kreckels* собрал 8 подобных случаев, а *Amann*—12 случаев (1906 год). Как правило, опухоли эти располагаются на верхнем отделе широкой связки, т. е. исходят из свободного края *alae vesperilionis* или переднего, resp. заднего листка широкой связки.

Приводя ниже описание случая, наблюдавшегося в нашей клинике, я вкратце хочу остановиться на клиническом интересе подвижных опухолей широкой связки.

Больная М. С—ская, 41 г., поступила 2/II—1923 г. в клинику с жалобами на продолжительные неправильные регулы, длящиеся по 7—8 дней и усилившиеся в течение последних 2 лет, и на постепенно увеличивающуюся опухоль внизу живота, вызываю-

щую ноющие боли в пояснице. Больная замужем 19 лет, беременела 2 раза (1 самопроизвольный, 1 искусственный выкидыш—10 л. тому назад). Месячные начались с 13 лет, установились через $\frac{1}{2}$ года, приходили через 4 недели с умеренными болями, продолжаясь по 3—4 дня; после замужества регулы стали обильнее (5—6 дней), сохраняя правильный тип. В течение последних 7 лет регулы стали очень обильными, а 2 года тому назад приняли характер *menstrua antepoentia*. В течение 5 лет больная замечает плотную бугристую опухоль внизу живота, явственно выросшую в течение последнего $\frac{1}{2}$ года. Никаких общих или местных (половой сферы) заболеваний больная не помнит.

Объект, исследов.: Анемичная больная среднего роста, прав. сложения, удовл. питания. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не обнаружено. В моче патологических включений не найдено. Реакция оседания эритроцитов—1 ч. 48 мин. Через брюшные покровы прощупывается плотная неподвижная бугристая опухоль, доходившая до пупка. При бимануальном исследовании обнаружено, что небольшая коническая шейка матки непосредственно переходит в вышеописанную опухоль; слева прощупывается отдельный узел, расположенный интралигаментарно. Придатки отдельно не прощупываются.

Клинический диагноз: *fibromyoma uteri multiplex*.

В виду увеличения опухоли и вызываемых ею болей и значительных кровопотерь, 7/II была произведена операция (проф. Р. В. Кипарский).

Срединным разрезом по *l. alba* вскрыта брюшная полость. Опухоль оказалась типичной множественной фибромиомой. Произведена надвлагалищная ампутация фиброматозной матки, при чем удалены также левые придатки (мелкокистовидно-перерожденный яичник и *hydrosalpinx*). Правые неизмененные придатки сохранены. После перевязки культей и их перитонизации и осмотра *appendix'a* было приступлено к удалению компрессов. В поисках компресса рука оператора почувствовала недалеко от правого подреберья опухоль, принятую за сбившийся в комок марлевый тампон. Опухоль, выведенная внебрюшинно, оказалась плотным, покрытым брюшиной образованием, величиною с мандарин, и была снабжена брюшинной ножкой, толщиной в гусиное перо, длиной около 6 см, исходным местом которой был верхний отдел правой широкой связки (*lig. infundibulo-pelvicum*). После перевязки ножки опухоль была удалена. Брюшная рана зашита в 3 этажа. Послеоперационный период протекал нормально. На 13-ый день больная выписалась.

При гистологическом исследовании различных участков опухоли матки обнаружено типичное для фибромиомы строение; местами найдено отечное пропитывание отдельных узлов, чем следует объяснить наблюдавшийся рост опухоли. Признаков злокачественного перерождения не обнаружено.

Удаленная опухоль, исходившая из верхнего отдела правой широкой связки, отличалась плотной консистенцией, была несколько бугристой и покрывалась блестящей брюшиной. Размеры опухоли $5\frac{1}{2} \times 4 \times 4\frac{1}{2}$ см; вес 68,0. На разрезе опухоль оказалась бледно-розоватой, почти гомогенной, местами несколько слоистой.

При микроскопическом исследовании (окраска Haematoxylin-eosin и Eisenhaematoxylin — *van Gieson*) обнаружено следующее: среди длинных слегка волнообразных параллельных друг другу полос, образованных волокнами соединительной ткани, изредка кое-где встречаются мышечные элементы, образующие небольшие прослойки. Ядра клеток соединительно-тканых волокон—веретенообразной, местами овальной формы, хорошо окрашены. Ткань опухоли бессосудистая, лишь на периферии близ ножки опухоли обнаруживаются единичные просветы чрезвычайно мелкого калибра сосудов.

Итак, мы имеем дело с фибромой (resp. фибромиомой) широкой связки, исходящей из соединительно-тканых элементов тазовой клетчатки (возможно, из *lig. suspensorium ovarii*). Ни в какой связи с опухолью матки эта опухоль не находилась, и возможность происхождения ее путем отщепления от последней совершенно исключается.

Хотя в нашем случае подвижная опухоль широкой связки не вызывала никаких явлений и была лишь случайно обнаружена во время операции, значение ее не должно недооцениваться; необычайная подвижность опухоли, благодаря длинной тонкой ножке, могла в любой момент обусловить перекручивание этого образования со всеми последующими явлениями (раздражение брюшины, некроз, нагноение). Аналогичные случаи описаны *Cullingworth*'ом и *Guérard*'ом. Конечно, появление этих симптомов после произведенной миомотомии вряд ли было бы правильно распознано, если бы опухоль не была обнаружена во время операции.

Кроме того, не следует забывать, что опухоли широкой связки подвержены так же, как и опухоли матки, всевозможным перерождениям (отечное пропитывание, жировое, миксоматозное перерождение и т. п.), а также воспалительным изменениям.

Распознавание стебельчатых опухолей широкой связки весьма трудно; они могут быть отличены от опухолей яичника, трубы (resp. субсерозных миоматозных узлов матки, снабженных ножкой) лишь в том случае, если последние (труба, яичник) легко прощупываются и могут быть прослежены на всем протяжении, начиная от матки.

Оперативное удаление таких опухолей, в общем, не представляет трудностей и значительно легче, чем удаление неподвижных интралигаментарно расположенных новообразований, каковыми обычно бывают опухоли широкой связки.

В заключение считаю своим долгом выразить благодарность проф. Р. В. Кипарскому за предложение темы и указания и прив.-доц. А. Э. Мандельштаму за гистологическое исследование препаратов.

Из Гинекологической клиники Госуд. Инст-та для усоверш. врачей.
(Заведыв. проф. *Р. В. Купарский*).

К вопросу о физиологической билирубинемии, как диагностическом признаке ранней стадии беременности.

(Предварительное сообщение)

Д-ра **Л. А. НОЖИКОВА.**

Несмотря на множество биологических проб, применяемых для определения ранних стадий беременности (реакция *Abderhal-den*'а, антитрипсиновая проба, реакция оседания эритроцитов, алиментарная, resp. экспериментальная гликозурия беременных после впрыскивания адреналина или флоридзина и др.), каждый из этих способов дает известный процент неудач даже при заведомой беременности и в то же время подчас положительный у небеременных женщин.

В виду этого, результаты, полученные *E. Herrman*'ом и *F. Kornfeld*'ом, обнаружившими билирубинемиию у 100% исследованных ими 128 беременных (на 2—10-ом лунном месяце берем.), должны быть признаны исключительными и естественно должны вызвать живой интерес клиницистов к этому новому диагностическому методу.

По предложению профессора *Р. В. Купарского* я занялся проверкой билирубиновой пробы и в настоящем предварительном сообщении хотел бы поделиться теми данными, которые мы получили на нашем клиническом материале.

По исследованиям *Lepelme*, *Mandelbaum*'а, *Bader*'а и др. во время беременности в 50—60% случаев наблюдается повышенное содержание билирубина в сыворотке (калориметрический метод *van den Bergh*'а).

Feigl и *Querner*, а также *Herzfeld* подчеркивают преимущества окислительных методов определения билирубина перед применением диазореакции.

После предложения *Vogl*'ем и *Zins*'ем нового метода качественного определения билирубина в сыворотке (resp. плазме), взамен сложного и мало доступного способа *v. d. Bergh*'а, вопрос получил простое практическое разрешение.

Методика *Vogl'*я и *Zins'*а, которой мы пользовались, заключается в следующем: к небольшому количеству прозрачной сыворотки (сыв.—гемолиз!), resp. плазмы (напр. 0,5 куб. см), налитому в часовое стеклышко, добавляют двойное количество 20% трихлоруксусной кислоты, которая осаждает белки плазмы; смесь немедленно размешивают стеклянной палочкой и фильтруют через фильтр. В случае положительного результата, при высыхании выпавших из плазмы белков на фильтре получается зеленое окрашивание различной интенсивности, в зависимости от концентрации билирубина. При отрицательном результате получается желтоватое или грязно коричневое окрашивание белкового осадка. Зеленое окрашивание высушенного на фильтре осадка зависит, по *Vogl'*ю и *Zins'*у, от перехода билирубина под влиянием трихлоруксусной кислоты в биливердин.

Преимущества этой пробы перед методом *v. d. Bergh'*а те, что реакция крайне проста и непродолжительна, очень чувствительна, требует очень малых количеств сыворотки (в случае необходимости—1 капли) и что реакция может быть выполнена с полным успехом даже с несвежей (стоявшей несколько дней) сывороткой (resp. плазмой).

В наших случаях мы пользовались цитратной плазмой, отцеживаемой в количестве 0,2—0,5 куб. см из пробирочек *Limgenmeier'*а, после оседания эритроцитов.

Исследованию было подвергнуто: 30 беременных с задержкой месячных от 5 дней до 1½ месяцев, 2 случая missed abortion и 1 случай внематочной беременности; для контроля реакция была проделана с цитратной плазмой 2 желтушных больных (*Ca hepatis et duodeni* и *Icterus catarrhalis*) и 18 небеременных женщин (2 — с длительной аменорреей, 3 — с *Ca uteri*, 5 здоровых и 8 с острыми воспалительными заболеваниями внутренних половых органов).

Из 30 беременных—27 реагировали положительно, 3 отрицательно. Из 2-х б-ных с missed abortion, у одной (регулы отсутствовали 9 мес., матка по величине соответствовала 3 мес.; при произведенном выскабливании был обнаружен перерожденный послед, местами превратившийся в пузырный занос) реакция оказалась положительной, у другой (регулы отсутствовали 8 мес., матка соотв. 3½ мес. беременности)—отрицательной. У одной б-ной с внематочной беременностью реакция, произведенная через несколько часов после инсульта (трубный аборт), дала резко положительный результат. Из 18 небеременных женщин у 2-х была получена слабо положительная реакция: в одном случае у б-ной, которая в момент исследования еще не оправилась от гриппа, которым страдала 1½ нед.,—в другом у б-ной, страдавшей острым воспалением придатков матки.

Интересно отметить, что из 14 случаев установленной беременности, в которых была произведена одновременно флоридзиновая проба, в 8 — получилось расхождение, а именно: у 6 беременных флоридзиновая проба оказалась отрицательной, а билирубиновая—положительной, а в 2-х случаях — наоборот. В одном случае, где дальнейшим наблюдением была установлена прогрессирующая беременность, обе пробы (при 2-хнедельной задержке регул) дали отрицательный результат.

Таким образом, на нашем небольшом материале реакция на билирубин дала положительный результат в 90% случаев.

По *Herman'у* и *Kornfeld'у* выполнение оксидационной пробы по *Vogl'ю* и *Zins'у* с плазмой дает несколько меньший процент положительных результатов, чем с сывороткой, а именно 95% положительных результатов.

На 46 контрольных проб с плазмой указанные авторы лишь в одном случае (заболев. печени) получили положительный результат; из 34 проб с сывороткой не беременных женщин в 2-х без явных причин реакция оказалась положительной (NB: кроме беременности положительную пробу дают случаи заболеваний печени, лихорадочные состояния, застой крови при декомпенсированных пороках сердца, рассасывающиеся гематомы и т. п.).

Простота реакции подкупает продолжать изучение приведенной нами пробы, которая возможно, при случае, поможет поставить правильный диагноз там, где одновременно произведенные другие пробы на беременность не дают правильного ответа.

От Организационного Комитета VII Всесоюзного С'езда Гинекологов и Акушеров.

Согласно постановления VI-го Всесоюзного С'езда Гинекологов и Акушеров в Москве, местом следующего VII-го С'езда избран Ленинград и временем май месяц 1925 года.

Однако, Организационным Комитетом VII С'езда был получен ряд заявлений как из столиц, так и из провинции о том, что новизна и сложность программных вопросов, требующих для разработки значительного времени, лишают возможности подготовить доклады в течение одного года, и что поэтому С'езд следует отложить. В виду этого Организационный Комитет обратился с запросом ко всем членам Правления, и им были получены почти единодушные ответы, именно: из 22 ответов только 2 голоса высказались неопределенно, все остальные указали, большею частью с мотивировкою, на необходимость отложить С'езд, при этом огромное большинство высказалось за отложение на весну 1926 г., и лишь три голоса—за созыв С'езда зимой.

На этом основании Организационный Комитет единогласно постановил *отложить С'езд на весну 1926 года.*

В состав Организационного Комитета VII-го С'езда вошли избранные в Москве ленинградские члены Правления, кандидаты к ним и ряд кооптированных лиц, согласившихся принять участие в работах Комитета.

Состав Комитета следующий: Председатель проф. Д. О. Отт, Товарищ Председателя проф. Л. Л. Окинчиц, Секретарь проф. В. В. Преображенский, Казначей А. Р. Фишер, Члены: д-р И. В. Белугин, проф. Л. И. Бубличенко, д-р Г. Г. Гентер, проф. Р. В. Кипарский, проф. Л. А. Кривский, проф. Л. Г. Личкус, проф. А. В. Марковский, д-р П. Ф. Меркульев, проф. К. К. Скробанский, проф. В. В. Строганов и проф. Д. И. Ширшов.

Программными вопросами на VII С'езде приняты следующие темы:

1. *Профессиональные вредности и конституция в акушерстве и гинекологии.*

Тема расчленена на вопросы:

А. О профессиональных вредностях: а) в акушерстве, б) в гинекологии.

Б. Значение особенностей конституции: а) в акушерстве, б) в гинекологии.

В. О профессиональных вредностях в связи с конституцией.

2. *Токсикозы беременности, внутренняя секреция и обмен веществ при беременности.*

Доклады могут быть представлены на каждую из отдельных частей этой темы.

3. *Воспалительные заболевания женской половой сферы и их консервативное лечение.*

Тема понимается широко, и в нее могут входить доклады по этиологии, патологической анатомии, клинике и т. д. воспалительных заболеваний половой сферы, включая сюда и послеродовые заболевания, их этиология, профилактика, лечение и пр.

Кроме того, Организационным Комитетом выставлены еще темы:

4. *Оперативное и консервативное лечение раков матки и их сравнительная оценка.*

5. *Этиология и лечение бесплодия.*

6. *Рентгено- и радио-терапия в гинекологии.*

Организационный Комитет просит всех лиц, желающих принять участие в разработке программных вопросов, присылать свои доклады или, по крайней мере, заглавия с краткими резюме.

Комитет оставляет за собой право на редактирование и цenzурирование присланных докладов.

При Съезде предполагается выставка инструментов, аппаратов, моделей, муляжей, препаратов, планов, диаграмм книг и брошюр и прочих предметов, имеющих отношение к акушерству, гинекологии и охране материнства и младенчества.

Местом заседаний Съезда предполагается Государственный Клинический Акушерско-Гинекологический Институт. Членские взносы предположены в 10 рублей, которые можно вносить в два срока—5 рублей при записи и 5 рублей на самом Съезде.

В виду крайней необходимости в деньгах для организации Съезда, Комитет просит о возможно ранней присылке взносов.

Адрес Организационного Комитета: Ленинград, Васильевский Остров, Улица Менделеева, дом № 3. Акушерско-Гинекологический Институт.

Председатель проф. *Д. О. Отт* (Ленинград, Вас. Остр., улица Менделеева, 3).

Товарищ Председателя проф. *Л. Л. Окличниц* (Ленинград, Надеждинская, 5).

Секретарь проф. *В. В. Преображенский* (Ленинград, Вас. Остр., улица Менделеева, 3).

Казначей д-р *А. Р. Фишер* (Ленинград, Малая Конюшенная, 3, кв. 35).

Письмо в редакцию.

Глубокоуважаемый гр-н Редактор.

Не откажите в любезности напечатать в Вашем уважаемом журнале нижеследующее:

„Российское Эндокринологическое Общество обращается с просьбой к врачам и биологам, работающим в области эндокринологии, присылать оттиски своих работ для пополнения библиотеки о-ва трудами русских ученых и составления указателя русской эндокринологической литературы.

Корреспонденцию направлять по адресу секретаря о-ва, приват-доцента П. А. Шерешевского (Москва, Арбат, д. 35, кв. 22)*.

Секретарь о-ва *П. Шерешевский*.

Издательство „ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“

Ленинград. Проспект Володарского, 49.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА на 1925 г. НА ЖУРНАЛ „ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА“.

Орган Научного Общества Охраны Материнства и Младенчества
в Ленинграде.

Редакционная коллегия: *А. Я. Гольдфельд*, проф. *П. И. Люблинский*, д-р *В. О. Мочан*,
проф. *Л. Л. Окунчиц* и д-р *И. П. Урбан*.

Ответств. редактор: пр.-доц. *А. Н. Антонов*.

Вышел № 1.

СОДЕРЖАНИЕ: 1. Проф. *П. И. Люблинский*. Очерк соврем. состояния детского права. 2. Д-р *В. О. Мочан*. Охрана материнства и младенчества и борьба с туберкулезом. 3. Д-р *З. О. Мичнин*. Охрана матер. и младенчества во Франции. 4. Д-р *А. Я. Гольдфельд*. Ленинградск. Институт охраны матер. и младенчества. 5. Проф. *С. А. Новосельский*. Смертность грудных детей в Ленинграде в 1924 году. 6. Пр.-доц. *А. Н. Антонов*. Понижение смертности груди. детей в Ленинграде, как результат деятельности пунктов охраны материнства и младенчества. 7. Программа исследов. работы врачей по охране материнства и младенчества в деревне. 8. Циркуляры и распор. Народн. Комисс. Здравоохран. 9. Рефераты. 10. Библиография. 11. Библиографический указатель русск. литературы по охране материнства и младенчества за 1924 г.

В течение 1925 года выйдет 4 книги по 5 печатных листов.

Подписная цена за 4 книги **6 руб.** Допускается рассрочка: при подписке **3 руб.**
и 1-го сентября **3 руб.**

Деньги адресовать—Издательству „Практическая Медицина“.
Ленинград. Пр. Володарского, 49.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1925 ГОД НА „ЖУРНАЛ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ“.

Орган Общества детских врачей в Ленинграде.

Под редакцией: *М. Л. Абельмана* (Ленинград), проф. *А. А. Киселя* (Москва),
проф. *М. С. Маслова* и проф. *Т. С. Медовикова* (Ленинград), проф. *В. И. Молчанова* (Москва) и *В. О. Мочана* (Ленинград).

Ответственные редакторы: проф. *В. И. Молчанов* и *В. О. Мочан*.

Вышел № 1.

СОДЕРЖАНИЕ: I. *Ad. Czerny*, проф. Питание детей в конце первого года и на втором году жизни. II. *В. Г. Штефно*, проф. Некоторые данные о развитии жировой клетчатки и ее особенностях при голодании и туберкулезе. III. *А. Н. Антонов*. К вопросу об изменении веса у поворожденных в первые дни жизни. IV. *А. И. Чистякова*. Влияние раннего смешанного вскармливания и самой перемены состава пищи на физическ. развитие грудного ребенка. V. *Д. Я. Эпштейн*. О применении ртутно-кварцевой лампы в педиатрии. VI. *Л. О. Финкельштейн* и *Р. А. Вильфанд*. Лечение экземы атропином. VII. *М. Г. Данилевич*. Цынга у детей Ленинграда по данным больницы им. Филатова. VIII. *М. Ф. Руднев*, проф. Современное учение о рахите. IX. Отчет о съезде Германск. Общества детск. врачей. X. Рефераты. XI. Рецензии.

4 книги в год. Подписная цена—**6 руб.** Допускается рассрочка: при подписке—**3 руб.**
и 1-го сентября—**3 руб.**

ЖУРНАЛ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Орган Акушерско-Гинекологического Общества в Ленинграде.

Том XXXVI.

Июль

1925 г.

Август

Книга 4.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ,
КАЗУИСТИКА.

XXXIII.

Памяти профессора С. И. Кузьмина.

А. И. МАЛИНИНА (Саратов).

9-го марта с/г. скончался от острогнойного воспаления почек с последующей уремией и сепсисом профессор Саратовского им. Н. Г. Чернышевского ун-та Сергей Иванович Кузьмин.

Едва ли кто из врачей пользовался такой популярностью по всему нижнему Поволжью, как С. И.; едва ли кто был так доступен беднейшим слоям населения среди высококвалифицированных врачей вообще. Его имя было всегда на устах больной женщины, как избавителя от недугов.

Глубоко проникнутый в свое время идеями земской медицины, С. И. весь отдался работе по оказанию помощи женщине-трудящейся-крестьянке.

Отсутствие надлежащей медицинской помощи в деревне, отсутствие правильного родовспоможения, рационального проведения беременности и послеродового периода—обычное, как бы законное явление в крестьянской массе.

Порывистый, с горячим темпераментом и чуткой душой С. И. не мог обходить молчанием это ужасное социальное бедствие, он много затратил энергии на борьбу с ним.

На съездах земских, Пироговского общества, Всероссийских акушеров-гинекологов мы видим С. И. горячим сторонником широкой медицинской помощи в деревне.

Что С. И. действительно интересовался этим вопросом, доказывает то, что за неделю до смерти (7/III) был поставлен на повестку дня в акушерско-гинекологическом кружке его доклад: „Видоизменение акушерской помощи населению за последние 10 лет“.

С. И. был талантливый оператор, но никогда не обращал свою работу в ремесло, профессиональное занятие, а каждый случай одухотворял, вкладывая в него свои знания и душу.

Его заветом для молодых врачей-учеников было: „Обращайтесь с больной так, как будто на операционном столе лежит ваша мать или сестра и тогда вы будете избегать ошибки и неудачи“.

С. И. обладал истинным призванием педагога и к педагогической деятельности относился своеобразно. В нем не было склонности сорвать признательность студентов двумя-тремя красочными словами на лекции.

Он был учителем в полном смысле слова. Его работа протекала углубленно среди студенческой массы, живо интересовавшейся гинекологией-акушерством. Этой работе он отдавал весь свой досуг, все свои силы.

С. И. Кузьмин родился в селе Нижней Котуховке, Воронежской губернии, в 1869 г., в семье сельского священника.

По окончании гимназии поступил в Московский ун-т на медицинский ф-т, откуда перешел в Харьковский и окончил курс в 1896 г.

Будучи студентом Харьковского у-та, получил золотую медаль за работу весьма солидную на тему: „О значении гипертермии при различных формах голодания“.

По получении врачебного звания состоял сверхштатным ординатором при Саратовской Губернской Земской больнице.

С конца 1897 г. прикомандирован Медицинским Департаментом к Военно-Медицинской Академии для усовершенствования в науках. С того же времени состоял ординатором в академической клинике проф. А. И. Лебедева, где защитил диссертацию на степень доктора медицины в 1899 г.

С 1899 г. он—ординатор Саратовской Губернской Земской больницы по гинекологическому отделению и, кроме того, в течение более трех лет был помощником заведующего родильным приютом и преподавателем акушерских курсов.

С 1904 г.—заведующий гинекологическим отделением Саратовской Губернской Земской больницы (ныне 2-й Совет.) до последних дней.

За этот же период времени он непрерывно состоял и преподавателем гинекологии акушерско-фельдшерской школы (ныне мед. техникум).

В 1912 г. получил звание приват-доцента Саратовского ун-та.

В 1917 г.—избран преподавателем по пропедевтической акушерско-гинекологической клинике Саратовских Высших Жен. Курсов; с этого момента его отделение становится клиническим.

По ликвидации В. Ж. К. клиника С. И. однако была оставлена при Университете, как параллельная (персональная) в виду больших заслуг С. И. и под видом Госпитальной Гинекологической существовала до августа 1923 г.

Вскоре было получено из Центра утверждение двух кафедр: факультетской и госпитальной акушерско-гинекологической.

Во главе последней и поставлен был С. И.

Таким образом С. И. является создателем Госпитальной акушерско-гинекологической клиники, которую он безвременно покинул. Клиника была его детищем, в нее он вкладывал свою душу, все свои силы и значительные материальные средства.

В 1911 г. С. И. на Всероссийском съезде акушеров-гинекологов решительно высказался за то, что для рационального посо-

бия при выкидыше—обязательно стационарное оперативное лечение. В качестве профилактики при выкидышах он предлагает с одной стороны возможно широкое развитие гинекологических амбулаторий (как в городах, так и в участках), с другой стороны указывал и на необходимость воспитательного (просветительного) направления.

Стоя во главе Губернского Гинекологического отделения, С. И. в то же время был горячим сторонником децентрализации специальной (оперативной) помощи гинекологическим больным. Его заветным желанием было приближение квалифицированной помощи к населению.

Изучению желез с внутренней секрецией С. И. придавал громадное значение, проявляя глубокий интерес к тем работам, которые велись в клинике по поводу этого.

Вопросы патологической анатомии также не ускользали от внимания С. И. В клинике за период ее существования произведено более 40 научных работ статистического, клиническо-патолого-анатомического и экспериментального характера.

Им произведено около 3000 крупных операций (чревосеч.). Сам С. И. имел около 50 законченных научных работ.

Всегда С. И. принимал активное участие в различных научных о-вах г. Саратова и состоял бессменно тов. председателем Гинекологич. общества.

Выполняя всякое дело с крайним увлечением, отдавая весь свой богатый темперамент преподаванию, научным работам, клинике, С. И. в то же время всегда разнообразил свой день побочными делами: он и художник, и музыкант, и столяр, и муляжист.

Быстрота и щепетильная тщательность выполнения всякой работы—были главным индивидуальным качеством С. И.

Он настойчиво, нередко бурно восставал против величайшего из всех зол—абортизма, против всех тех мероприятий, которые калечат женщину, лишая ее способности стать матерью.

Сохранение и восстановление способности женщины к материнству—вот, что С. И. считал краеугольным камнем нашей специальности.

Профилактика при беременности, родах и послеродовом периоде в крестьянской массе—его заветная мечта.

До последних дней он неизменно и неуклонно внушал это своим слушателям.

Студенчество любило С. И., видя в нем всегда искреннего друга и товарища, проникнутого его интересами.

Современное положение вопроса о способах определения проходимости фаллопиевых труб.

Засл. проф. Д. ОТТА.

Как известно, около пяти лет тому назад Rubin'ом предложено было продувание фаллопиевых труб с целью определения их проходимости. С тех пор этот метод (или правильнее рискованный и небезопасный опыт) получил широкое распространение между гинекологами, при чем многими продувание труб по Rubin'у было широко применяемо в практике; и отдельные авторы отмечают сто и более случаев, при чем не обходилось и без тяжелых осложнений, включая даже смертельные исходы от воздушной эмболии, перитонита и других причин. В своей деятельности, исходя из положения „pepocreas“, я ни разу не подвергал больных для определения проходимости фаллопиевых труб способу Rubin'a или предложенным отдельными авторами модификациям этого приема, так как для меня метод Rubin'a представлялся в сущности лишь опасным опытом, и я не считал себя в праве рисковать здоровьем и жизнью моих пациенток. Такое отношение к делу у меня сложилось с первых лет появления способа Rubin'a в практике, и меня не могли побудить изменить составленное мнение восторженные отзывы специалистов (Selheim и многие другие). Время шло, я внимательно следил за специальной литературой и думал о том, нельзя ли рискованный метод заменить другим, не сопряженным с опасностью. Результатом явился новый метод, введения в брюшную полость смеси какого-либо безвредного порошка в физиологическом растворе, появление которого легко может быть открыто в выделениях матки, в слизи цервикального канала, куда эти частицы заносятся током жидкости из брюшины через яйцеводы ¹⁾. Проведенных по этому способу случаев пока недостаточно (всего 6), чтобы сделать окончательную оценку этого нового способа. В случаях: 1-м, 4-м, 5-м и 6-м мною был употреблен мелко истолченный угольный порошок, и во всех случаях получились положительные результаты; тогда как в остальных двух случаях (2-м и 3-м), где мною в брюшную полость было впрыснуто *S. lycoperdii*, это вещество в слизи цервикального канала обнаружено не было. *Lycoperdium* я избрал потому, что этот порошок состоит из очень мелких

¹⁾ Zentrbl. f. Gyn. за 1925 г., № 10.

частиц и к тому же, особенно после окраски анилином, частицы его представляются чрезвычайно характерными. Как бы то ни было, они не были обнаружены в цервикальной слизи, потому ли, что трубы не были проходимы (предшествовавший пельваперитонит), или по иным причинам, вопрос остается открытым. Полученные во 2-м и 3-м случаях отрицательные результаты побудили меня, дабы убедиться, что именно от свойств частиц (спор) плауна зависит неудача в виду их несколько больших размеров, чем угольные частицы, впрыскивать в последующих случаях смесь из угольного порошка и ликоподия, при чем во всех этих случаях был обнаружен уголь, тогда как ликоподий отсутствовал. Этим опытом был решен вопрос, с одной стороны, о несомненной проходимости фаллопиевых труб, а с другой — о непригодности порошка ликоподия для определения проходимости труб. В четвертом случае, где употреблен был уголь, найденный затем при повторном исследовании, под микроскопом,—через три дня после впрыскивания было сделано чревосечение, при котором установлена проходимость левой трубы, что и обусловило положительные результаты, тогда как правая представляла собой *sacto-salpinx* и вместе с обоими яичниками была окружена столь крепкими старыми эксудативными массами, что никакой не было возможности освободить пораженные части.

6-й случай сопровождался совершенно непредвиденным обстоятельством по отношению к той быстрой, с которой впрыснутый в брюшную полость угольный порошок был обнаружен во влагалище. Накануне вследствие засорения канюли (иглы) пришлось прервать опыт, который поэтому был возобновлен через двое суток, когда больная подверглась выскабливанию. После того, как матка была расширена до 10-го номера расширителей Гегара, на что потребовалось от 10 до 12 минут, полученный вслед затем соскок был подвергнут микроскопическому исследованию (К. П. Улезко-Строгановой), при чем в соскобе было обнаружено значительное количество угольных частиц. При произведенном же через двое суток повторном исследовании, в маточных выделениях вовсе угля не найдено.

Это наблюдение позволяет заключить, во-первых, что в отдельных случаях угольные частицы уже по истечении кратчайшего времени (от 10 до 12 минут) выносятся внутрибрюшинным током наружу и, во-вторых, что этот процесс продолжается менее, чем 48 часов. По истечении же 24 часов во всех случаях с положительным результатом (случаи 1-й, 4-й, 5-й) каждый раз по истечении суток угольные частицы удавалось обнаружить. Указанные случаи раньше пяти часов после впрыскивания исследованы не были.

Предлагая свой новый способ для определения проходимости фаллопиевых труб, я вполне сознаю, что для того, чтобы он вошел в употребление, он должен представлять преимущества по сравнению с конкурирующим с ним способом продувания труб, а именно он должен удовлетворять следующим условиям:

1. Он должен быть безопаснее способа Rubin'a и не давать повода к ошибочным заключениям, как этот последний.

2. Не обладать теми недостатками, которые присущи старому способу продувания труб, избегая тех ошибочных заключений, которые делает последний.

3. Производство его должно быть проще и применяемо при всякой обстановке.

По отношению пункта 1-го следует сказать, что по новому способу не присуще ни одно из тех вредных обстоятельств, которые наблюдаются при продувании труб: например, опасность загнать вглубь септические начала или обострить старый септический очаг, вызвать перитонит и т. п. Эмболия и эмфизема при нем исключены. Введение же в брюшную полость стерилизованной жидкости с порошком переносится больными без всякой реакции. Трубы никаким поранениям не подвергаются. Антисептика получается абсолютная.

По 2-му пункту следует отметить, что раз в цервикальном канале обнаружены впрыснутые в брюшную полость частицы, *безошибочно* можно заключить о проходимости труб.

По 3-му пункту следует тоже отметить преимущество перед способом продувания труб, требующего известных приспособлений, что при новом способе, кроме шприца и несколько более длинной иглы, ничего другого не требуется; обходятся также и без наркоза. Таким образом, по всем трем вышепоставленным требованиям преимущество остается *не* за методом продувания труб.

Чрезвычайно интересные данные сообщает Frommolt (Zentrbl. f. Gyn. за текущий год в № 3). Ему удалось проверить вскрытием брюшной полости в 29 случаях контрольной лапаротомией произведенную пертурбацию и сделанные до этого предположения. Лишь в около половины всех случаев был подтвержден раньше поставленный диагноз; в остальных он не подтвердился. Итак около 50% ошибочных заключений! Достоин ли такой метод подражания? На основании своего материала, а также литературных данных Frommolt сообщает, что в ряде случаев, где была установлена проходимость труб, это не подтвердилось, а труба оказалась в состоянии *sacto-salpinx*; и наоборот: там, где признана непроходимость яйцеводов, это не подтвердилось, и трубы оказались совершенно нормальными. Frommolt приходит к конечному заключению, что процесс продувания далеко не столь невинное средство (*harmlos*), как это принято думать. Им была также установлена легкость проникновения воздуха в кровеносные сосуды.

Чем же объяснить такое распространение способа Rubin'a продувания труб, несмотря на явные его несовершенства? Существующий гипноз, охвативший многих современных гинекологов, я склонен объяснить тем впечатлением и интересом, который произвел смелый опыт Rubin'a, в области которого считалось со времени основателя внутриматочных впрыскиваний, К. Braun'a, своего рода „*nolli me tangere*“, и каждое внутриматочное впрыскивание особенно тщательно обставлялось: боялись попадания жидкости в брюшную полость, эмболии и т. п. Во всяком случае введение нового метода требует большей осторожности и критики!

Несмотря на сопряженные с ним опасности, что дает собственно продувание труб? И дает ли этот способ возможность наверняка судить о том, проходимы или нет яйцеводы? Показанием к применению способов определения проходимости фаллопиевых труб обыкновенно, а я бы сказал, исключительно, является

жалоба на бесплодие и желание устранить мешающие тому обстоятельства. Не все относится исключительно до фаллопиевых труб, при чем дать верное определение их состояния, о котором мы, по крайней мере пертурбацией, не всегда можем судить. Насколько неосновательно отказаться от производства чревосечения, даже если с очевидностью установлена проходимость яйцеводов, красноречиво подтверждается приведенным мною четвертым случаем. Отсутствие зачатия лишь в относительно небольшом количестве случаев зависит от состояния яйцеводов, которые представляют в процессе оплодотворения, можно сказать, пассивный орган. Помимо состояния яйцеводов, более важные органы, как яичник, матка, могут явиться причиной, обуславливающей необходимость прибегнуть к вскрытию брюшной полости, и руководствоваться в таких случаях мало надежными заключениями на основании продувания, не приходится.

В конце-концов спрашивается, что же в практическом отношении дало гинекологии определение проходимости труб с осложняющими его опасностями и шаткими заключениями, и не пора ли трезво посмотреть на это „изобретение“ новейшей гинекологии, и не правильнее ли мы поступим, если мы вовсе откажемся от опасного эксперимента, сделанного Robin'ом, и вовсе вычеркнем его из гинекологического обихода? Если сказанное имеет силу относительно „диагностического“ приема, то что же можно сказать о попытке возвести его, кроме того, как лечебное средство, как за это теперь уже раздаются голоса? Ответ на этот вопрос читатель может вывести из вышеизложенного.

Трансплантация в гинекологии и ее будущее *).

Профессора Ф. Н. ИЛЬИНА.

Многоуважаемое собрание!

Идея трансплантации, о которой я хочу говорить, главным образом развилась из современного взгляда на органотерапию.

Органотерапия нашего времени построена на основании изучения органов внутренней секреции, их функциональной деятельности, также патологических изменений, которые получаются при выпадении функции той или другой железы или недостаточной деятельности их, а также при повышении функций. Мы говорим о гипофункции и о гиперфункции.

Общее значение желез внутренней секреции весьма разнообразно и крайне важно. Они заведуют ростом тканей отдельных органов и целых систем. Они управляют функциями различных органов, от них зависит обмен веществ, наконец, их секрет нейтрализует ядовитые вещества, проникающие в организм.

В частности клиническая картина гипофункции и гиперфункции каждой отдельной железы не установлена. Экспериментальные наблюдения часто крайне противоречивы и запутаны. Оба эти крайние полюсы функциональной деятельности ясно установлены только для щитовидной железы. Относительно надпочечника мы знаем значительно меньше. Адисонова болезнь представляет полную картину недостаточной деятельности этой железы, но противоположное состояние вследствие постоянной гиперфункции надпочечника неизвестно.

Точно также стоит дело и с *gl. parathyreoidea*, где недостаточность ее функции ведет к предрасположению к судорогам и здесь отсутствует также противоположное состояние гиперфункции.

С гипофизом положение еще более запутанное; если одни авторы рассматривают действие его секреции как стимулятор матки, кишок и сосудов, то другие серьезно сомневаются признавать гипофизис, как орган внутренней секреции. Многочисленные симптомы при экстерпации гипофиза или при раздражении его ставятся в связь с нарушением целости мозгового придатка и даже *Dystrophia adiposo-genitalis* говорит мало в пользу гипофиза, как железы внутренней секреции. Скорей можно говорить о гиперфункции этой железы при *Acromegalia* или *Gigantismus*.

*) Доклад - речь на годов. заседании Общ. естествоиспыт. и врачей при Азербейджанск. Гос. Университ. Баку. Январь 1925 г.

Glandula thymus представляет для нас и до сих пор загадку и мы не знаем действия ее секретов. Что касается *Rapkeas*, то состояние ее гипофункции вызывает настолько определенную картину заболевания, что мы можем сравнить ее в этом отношении только с *gl. thyreoidea*. Введение инсулина—секрета *rapkeas*, как железы внутренней секреции, ведет к исчезновению симптомов диабета, развивающегося на почве недостаточной деятельности этой железы.

Картина заболевания от гиперфункции этой последней железы пока не известна.

Половые железы ближе всего походят на щитовидную, т. е. при страдании этих желез мы знаем последствия, происходящие для организма как от гиперфункции, так и от гипофункции. При гиперфункции половые органы развиваются преждевременно и сильно, точно также как рано и ярко развиваются и вторичные половые признаки. Половая страсть всегда усилена, функции, связанные с половым аппаратом, повышены, как, например, продолжительность менструации, способность к зачатию и т. д.

Недостаточность функции половой железы имеет определенные и резкие симптомы, как по отношению к развитию половых органов и вторичных половых признаков, так и к функции всего полового аппарата. В таких случаях половой аппарат остается недоразвитым и функции его начинаются поздно, выражаются слабо и рано кончаются.

Такое состояние сопровождается олигоменорреей или аменореей, отсутствием полового чувства или оргазма, полной или относительной стерильностью. Если недостаточность половой железы или атрофия ее развивается в периоде зрелости женщины, то в результате пониженной функции или отсутствия получается состояние подобное только что описанному.

Мы видим, что учение об эндокринных железах более разработано в части понижения функций их. Поэтому вполне понятным является стремление бороться с этим уменьшением или выпадением деятельности желез с помощью введения в организм секретов аналогичных желез от других животных взамен недостающих.

Лечение дериватами различных желез внутренней секреции в виде экстрактов и составляет современную органотерапию. В настоящее время этот метод лечения получил самое широкое распространение, и можно сказать вместе с *Klarck'om*, критикующим некоторые виды органотерапии, что основы ее в некоторых отдельных случаях не вполне подтверждаются имеющимися у нас научными данными.

Общий недостаток органотерапии заключается в том, что действие экстрактов не может быть вполне приравнено к действию секрета железы, особенно железы от другого вида животного.

Кроме того действие экстрактов непродолжительно и поэтому употребление их должно быть постоянным, что связано с многими неудобствами. Поэтому вполне понятны мысль и желание многих ученых пересадить ту или другую железу для того, чтобы получить возможность пользоваться секретом ее на нового хозяина, у которого эта железа почему-либо пострадала или дей-

ствие ее недостаточно. Эксперименты в этом отношении на животных давали весьма обещающие результаты. Большой опыт по трансплантации имеется только в отношении немногих желез. Нас в данном случае интересует главным образом пересадка яичника. Многочисленные исследования как экспериментальные, так и клинические дали возможность выяснить многие вопросы относительно функций той или другой части яичника, но все же и до сих пор некоторые стороны остались спорными.

Здесь главным образом надо отметить имена Ascher, Bucurra, Banien, Fränckel, Halban, Köhler, R. Meyer, Steinach, Gippel, Окинчиц, Редлих, Завадовский и многие другие.

Лечение экстрактом яичника, а также трансплантацией производилось при врожденных аномалиях женского полового аппарата, как-то: гипоплазии внутренних гениталий, партиальном инфантилизме и пониженной деятельности яичника, а также при приобретенных атрофиях половой железы, после перенесенных инфекционных заболеваний, при пуэрперальных атрофиях полового аппарата, после кастрации молодых женщин и преждевременном климаксе и при угасающей деятельности яичников и преждевременной старости.

Лечебный эффект отмечается многими авторами при аменорее, олигоменорее, резко выраженных явлениях выпадения, *dystrophia adiposo-genitalis* (Gippel). Наконец сюда же относятся различные формы изменений обмена веществ, развивающиеся после наступления менопаузы или при недостаточной деятельности яичника и некоторые виды *osteo-arthritis deformans* (Nowak).

Экстракты не могут вполне заменить действий железы, где имеет значение и раздражение, оказываемое растущим фолликулом, о чем в последнее время так много пишет R. Meyer.

Первая трансплантация яичника женщине была выполнена Morris'ом в Нью-Йорке в 1896-м году; он пересадил ткань яичника одной 20-тилетней девушке с инфантилизмом полового аппарата и с аменореей, при чем через 8 недель после операции у нее появились регулы. Девушка была под наблюдением четыре года и регулы продолжались вполне правильно.

Autotransplantatia, т. е. пересадка яичника от той же самой женщины на другое место, и *Homöotransplantatia*—пересадка яичника от одной женщины другой были проделаны после этого многими авторами с полным успехом, при явлениях выпадения после кастрации или во время наступления климактерия. При *homöoplasti*'ческой операции получили хорошие результаты, кроме Morris'a, Engel, Cramer, Class, Matthaei и др.

Имеются сообщения о пересадке женщине яичниковой ткани другого животного. Так, Ortega (Gijon) сообщает об одном случае пересадки яичниковой ткани овцы девушке 18-ти лет с признаками недостаточности функциональной деятельности яичников и *gl. thyreoidea et Hypophysis*. Лечение экстрактом данных желез не помогало. После операции через три месяца пришли первые регулы, волосистость на лобке увеличилась, груди развились, появилось чувство стыдливости, психика изменилась. Особое внимание заслуживает случай Morris'a, сообщенный им в 1906-м году. Дело идет об одной 21-го года женщине, которая уже два года не менструировала и имела ясно выраженные признаки

преждевременного наступления климактерия. Цирротически перерожденные яичники были удалены, и Morris удостоверяет, что при этой операции не осталось яичниковой ткани. После этого он взял у единовременно оперированной Boldt'ом 23-летней женщины, по причине выпадения матки, два клиновидной формы куски вполне здоровых яичников и пересадил их в широкие связки кастрированной, параллельно ее трубам. Через 4 месяца начали приходить регулы, продолжающиеся вполне правильно 3 года. Через 4 года женщина родила произвольно девочку в 3400 gr. весом.

По словам Gippel'я, Boldt, бывший недавно в клинике Bumm'a в Берлине, рассказывал об этом выдающемся из ряда случаев и пояснил, что всякая возможность оставления части собственного яичника у оперированной исключена. Этот замечательный случай составляет уникам среди известных в литературе.

Результаты пересадки органов, так как она производилась большим числом авторов, признавались только временными. Для решения этого вопроса имеет большое значение работа Gippel'я, из клиники Bumm'a, в котором имелся большой опыт. Так, за последние годы там было произведено 57 трансплантаций яичника. Аутопластика производилась у молодых, находящихся в половой зрелости особ, там где были удалены оба яичника и трубы по причине двухстороннего заболевания их, во избежание явлений выпадения после кастрации. Реинплантатом служил кусок собственного яичника.

Homöotransplantatia производилась при врожденном infantilismus genitalis, аменоррее или олигоменоррее, т. е. в случаях, где были явления, указывающие на недостаточное развитие или матки или яичников, а также при пуэрперальных атрофиях, и, наконец, после кастраций и при преждевременном климаксе или преждевременной старости.

Для трансплантации кусочков яичника была избрана самая легкая и самая безопасная техника операции. Трансплантат пересаживался или в превезикальное пространство, или под fascia lata на наружную поверхность бедра, либо в брюшные покровы между фасцией и m. obliquus. При такой технике, в случае надобности, пересаженные кусочки могли быть легко вновь удалены.

При аутотрансплантации кусочки яичника находились до конца операции в полости брюшины, чтобы избежать их охлаждения и потом вшивались в нижний край брюшной раны между брюшиной и мышцей. В одном случае яичник был оставлен в брюшной полости и в одном случае заключен между листками широкой связки.

При гомеопластике обе операции—удаление яичника у одной больной и вшивание другой—производились одновременно.

Из 48 гомеопластических операций 17 случаев дали хороший результат, 15 не имели успеха, 8 случаев исчезли от дальнейшего наблюдения, в 3-х случаях произошло нагноение, 5 случаев слишком свежи, чтобы можно было сделать какую-либо оценку.

Успех операции проявлялся всегда только через несколько недель или же месяцев, даже до 6-ти месяцев.

Во всех случаях неудачи было установлено, что имплантат подвергался или соединительнотканному перерождению или резорбции.

Успешным случаем Girdel называл такой, где улучшались субъективное и объективное положение больной.

Явления выпадения у кастрированных больных и у больных с преждевременным климаксом пропадали и заменялись или предменструальными жалобами или даже наступали правильные регулы. У олигоменоррейных особ наступали обильные, продолжающиеся несколько дней менструации.

В одном случае у девицы, не имеющей матки и влагалища, но страдающей сильными менструальными болями, были удалены яичники, очень большие и не содержащие желтого тела. Кусочки этих яичников были пересажены 23-летней аменоррейной больной, у которой была киста одного яичника и заболевание другого. Первый яичник был удален, а от второго оставлен только небольшой кусок. Через 2 $\frac{1}{2}$ месяца больная с пересаженными яичниками получила первую весьма сильную менструацию, продолжающуюся 4 дня. При пробном соскобе слизистой матки во время менструации оказалась типичная предгравидарная слизистая.

Относительно влияния пересаженных желез на рост внутренних половых частей можно сказать, что это влияние одно в период созревания организма женщины и другое, когда рост закончился. В последнем случае успех достигается редко.

Girdel указывает на один такой случай с гипоплазией матки у 26-летней олигоменоррейной больной. Уже через 6 недель пришли профузные менструации, продолжающиеся 4 дня. Такой тип установился и продолжался больше года, в то время как раньше регулы были всего 1 день. Через 2 года при исследовании матки, прежде инфантильная, сделалась значительно больше.

Влияние трансплантации половых желез на преждевременно состарившуюся женщину в смысле Steinach'овского омоложения, так много наделавшего шума в публике, надо считать доказанным. Как пример, можно привести случай, демонстрированный Випп'ом в Акушерско-Гинекологическом Обществе в Берлине и описанный Girdel'ем.

Женщина 40 лет уже два года не имеет менструаций, сильно исхудавшая, сделавшаяся очень скучной, замкнутой, безразличной, после трансплантации двух кусочков яичника, к большому изумлению ее мужа сделалась опять снова деятельной, веселой, даже охотно танцующей, всем интересуется. Ее libido, угасшее уже окончательно 2 года назад, снова оживает, она предъявляет требования к своему мужу и отличается легкой возбудимостью, имеет оргазм с выделением большого количества слизи. Через 11 дней после операции у нее появилось кровотечение из гинеталии, продолжающееся три дня и клинически вполне похожее на менструацию. Кровотечение продолжает повторяться через каждые 4—8 недель и сопровождается схваткообразными болями. Женщина изменилась внешне, производит впечатление расцветшей.

Многочисленные исследования слизистой матки во время кровотечений ни разу не дали картины предменструальных изменений. Женщина находится под наблюдением 2 года и ее половое чувство остается в повышенном состоянии, так что она недовольна степенью потенции своего мужа.

Girdel сообщает также несколько случаев, в которых у женщин с hypovarismus'ом и с гипоплазией матки при аменоррее или

олигоменоррее, после трансплантации кусочков здорового яичника наступило улучшение менструальной функции и получилась беременность. Такой же случай описывает Matthaei.

Успех трансплантации в подобных случаях объясняется раздражающим действием (Reiztherapie) имплантата на яичник, находящийся в состоянии гиповаризма.

Заклучения Gírpel'я:

Аутотрансплантация у молодых женщин после кастрации защищает от предклимактерических жалоб и ведет почти всегда к продолжению менструации в течение нескольких лет.

Гомеотрансплантация яичника советуется при инфантилизме и при недостаточности яичника, у молодых кастрированных особ, при преждевременном климаксе и преждевременных явлениях старости. Результаты получаются удовлетворительные.

Libiqo и оргазм после аутотрансплантации почти всегда остаются, после гомеопластики различно. Функция трансплантата в случае аутопластики сохраняется 1—3 года и после гомеопластики часто только несколько месяцев. Пересаженная ткань подвергается резорбции.

При гомеопластике фолликулы яичника погибают обычно раньше полного созревания, почему кровотечения редко сопровождаются типичными предменструальными изменениями слизистой. При аутопластике происходит созревание фолликулов с настоящей менструацией и изменением слизистой.

Выводы из клинических наблюдений Gírpel'я крайне осторожны и все же они вполне подтверждают результаты, достигнутые отдельными авторами на меньшем материале. Можно сказать, что эти результаты удивительны.

Конечно, продолжительность эффекта не велика, от нескольких месяцев до 2—3 лет и степень эффекта не одинакова. Но посмотрим, от каких причин зависят результаты трансплантации.

Borst говорит, что приживление имплантата идет тем легче, чем окружающая его ткань ближе подходит к прежней, и приводит как раз пример яичника, который может хорошо приживаться на серозной оболочке и там функционировать.

Аутопластическая трансплантация удается легче, чем гомеопластическая; гетеропластическая трансплантация, т. е. пересадка от одного вида животных к другому, удается редко и для этого требуется иногда особая подготовка животного, на которое производится имплантация.

Вопрос о питании пересаженной ткани имеет первенствующее значение. Небольшие кусочки приживают лучше. При пересадке больших кусков питание получает только периферия, центр погибает.

При трансплантации очень важно, чтобы пересаживаемая ткань не пострадала в своем питании и поэтому между моментом вырезывания ткани и ее имплантацией на новое место должно пройти как можно меньше времени.

Чувствительность ткани тем больше, чем выше она дифференцирована.

Железистый эпителий и нервная ткань очень чувствительны, — пишет Borst, — и быстро погибают.

Однако, Carrel'ю удалось пересадить вырезанную почку тому же животному после того как она находилась вне организма 50 минут и она продолжала функционировать (с восстановлением нормальной циркуляции крови посредством сшивания сосудов).

Из этого краткого перечисления главнейших условий необходимых для успешной трансплантации, видно, что в клинике Витт'а применялся способ технически легкий, но неблагоприятный в смысле успеха трансплантации.

Кусочки яичника пересаживались под фасцию в мышечную ткань или превезикальное пространство, чем может быть объясняется то обстоятельство, что функция яичника не совсем восстанавливалась и по прошествии некоторого времени, от 6 месяцев до 3-х лет, совершенно прекращалась. Объясняется это также и тем, что при таких условиях питание пересаженной ткани было далеко не удовлетворительно. Полное созревание фолликулов при такой трансплантации конечно невозможно. Соединительнотканное перерождение, о котором говорит Gippel, вполне понятно.

Выдающийся случай, описанный нами, трансплантации Morgis'a как раз был таков, что трансплантированные яичники находились в своей родной среде на широких связках.

Возникает также вопрос и о необходимом питании пересаженного яичника. Идеальным был бы способ, примененный Correl'em к почке—именно сосудистый шов для восстановления циркуляции крови по сосудам яичника, но последние настолько малокалорийны, что современная сосудистая хирургия не позволяет наложить на них швы.

Согласно указаниям Charles Claude Guthrie яичник на животных может пересаживаться с куском аорты и *v. cava inf.*

Конечно, такая операция на человеке не будет применена ради трансплантации яичника. Таким образом остается поискать способов улучшения питания яичниковой ткани без швов на сосуды.

В этом отношении я имею неопубликованную часть моей работы: „Некоторые данные к вопросу о декапсуляции почек при эклампсии“.

В этой работе я исследовал вопрос с точки зрения физиологической и патолого-анатомической. Вторая часть работы и занимается именно вопросом о том, какая образуется вновь капсула, страдает ли почка и образуются ли анастомозы с окружающими почку сосудами.

Этот последний вопрос я пытался выяснить, пришивая различными способами почку к окружающим ее тканям, и пришел к заключению, что лучшие анастомозы образуются при поранении почки и при подтягивании и подшивании к этому месту сальника. Для обследования этих вновь полученных анастомозов я наливал сосуды кошек, убитых через различные сроки после операции, массой из сурика и гипса или берлинской лазурью с желатином.

Опыты 4-й и 7-ой я описал в своей упомянутой выше работе и на основании рентгеновских снимков и микроскопических исследований пришел к выводам, что анастомозы, если и образуются, то капиллярные и образование их ненадежно.

В дальнейших 6 опытах, не описанных уже в моей работе о декапсуляции, так как они были закончены позже, чем работа

была напечатана, я повторил свои опыты для выяснения возможности образования анастомозов.

Я усовершенствовал способ декапсуляции, по моему мнению, ведущий к образованию анастомозов, таким образом, что я не снимал капсулы до *hylus'a*, а только разрезал ее по наибольшей периферии почки и потом снимал ее в ту или другую сторону на небольшое пространство и обрезал. На этой оголенной от капсулы поверхности почки я делал скальпелем продолговатый разрез коркового слоя почки, проникающий очень не глубоко в вещество почки, и в эту рану вшивал сальник, выбирая ту часть его, где шли толстые сосуды, при чем тупым способом расщеплял сальник и как бы тампонировал им рану почки, притягивая его тонким швом к остаткам краев капсулы.

Две, таким образом, оперированные кошки я исследовал с помощью наливки сосудов массой из сурика и гипса и четыре налил берлинской лазурью с желатином. В двух из последних опытов наливки сосудов животных смесью берлинской лазури с желатином я предварительно перевязал *art. et vena renales*.

Как рентгеновские снимки почек с отрезанной частью сальника, сосуды которых были наполнены суриком и гипсом, так и микроскопическое исследование 4-х почек показали мне, что во всех этих случаях образовались солидные анастомозы. Этими опытами особенно интересовался покойный Л. В. Соболев, так много подававший надежд, патолого-анатом. Уже больной, он приезжал в лабораторию, в которой я работал, и лично исследовал эти почки.

Микроскопические препараты представляют вросшие рыхлой соединительной ткани в вещество почки в виде треугольника с основанием к периферии и в этой рыхлой ткани проходят довольно толстые сосуды, анастомозируя, с одной стороны, с сосудами сальника, с другой стороны, с сосудами почки. Особого страдания почечной ткани не наблюдалось, поверхность почки, оголенная от капсулы, покрылась вновь образованной фиброзной капсулой, которая непосредственно переходит в старую, отличаясь от нее весьма мало. Места сращения с сальником капсулы не имеет. В некоторых случаях замечалось уплотнение и как бы сдавливание канальцев почек соединительной тканью, но в общем ткань почек страдает очень мало. Почки были мною исследованы после сращения их с сальником через 4—8 и 12 недель и результаты исследования были те же, несмотря на давность каждого случая.

Надо думать, что склерозирования соединительной ткани, а также особых изменений в капсулах не наступает и анастомозы не страдают.

Могли ли почки питаться и функционировать через вновь образованные анастомозы при перевязке *art. et vena renales*, я этот вопрос не мог решить лично, так как работа прервалась недоконченной. Но *Parlavescchio*, который производил те же аналогичные операции декапсуляции с вшиванием в разрез почек сальника, получил такие хорошие и крупные анастомозы, что животное могло через 10 дней после операции продолжать жить, несмотря на перевязку почечной артерии и вены. Почки функционировали.

При операции удаления фибромы или кисты, я не раз видел, как сальник срослся с этими опухолями и отдавал в существо их очень большого калибра сосуда. Таким образом наш опыт подтверждается и клиническими наблюдениями, указывающими на возможность таких анастомозов.

Следовательно, техника трансплантации еще не сказала своего последнего слова и может быть при гомеотрансплантации и аутоотрансплантации необходимо вшивать пересаженные куски яичника в полость брюшины и вшивать во внутрь имплантата богатые сосудами ткани, например сальник.

Но если бы результаты не оказались более успешными, пришлось бы остаться при прежней технике, как более легкой, но тогда надо было бы повторять трансплантацию через известные промежутки времени, чтобы достигнуть более длительного результата. Однако, при каждой гомеопластике является трудно разрешимый вопрос, откуда получать эксплантат. Надо иметь одновременно двух больных, из которых у одной требуется удалить яичники и у другой имеется необходимость к пересадке их. Обе операции должны быть произведены одновременно.

Таких случаев, где требуется удалить у женщины в половой зрелости здоровый яичник вовсе не так много. При чтении историй болезни гомеотрансплантации иногда является мысль, что удаление яичников у больной было произведено по меньшей мере с расширенными показаниями.

Так дело стояло до последнего времени. Теперь все резко изменяется вследствие того, что железы внутренней секреции можно брать у умерших через короткий срок после смерти. Такие случаи описаны Meyer'ом, Zondeck'ом и др.

Но открытия, сделанные в последнее время в патолого-анатомическом институте Lubarsch'a в Берлине, несомненно будут иметь громадные последствия.

Первое открытие относится к области культуры тканей. Zondeck и Wolff сообщают о росте человеческой ткани яичника *in vitro*.

У человека нельзя снова удалить пересаженный и функционирующий яичник. Поэтому остается к услугам другой способ, который позволяет вполне достаточно изучать условие роста — этот способ Соггел'овский метод эксплантации и роста ткани *in vitro*, вне организма. Соггел работал больше всего с эмбриональными тканями животных, исходя из того соображения, что эмбриональные ткани обладают наибольшей силой роста. С тканями человека до сих пор работали относительно мало. Что касается яичников, Zondeck и Wolff говорят, что они не знают, чтобы были произведены опыты по культивированию их. Вопрос о росте яичников *in vitro* представляется очень трудным. Здесь имеет первенствующее значение питательная среда. Человеческая ткань склонна разжигать питательную среду в непосредственной близости от себя, чем рост ее сильно подавляется. Это препятствие было обойдено приготовлением питательной среды, по предложению Kuczinski, из человеческой сыворотки, из плазмы кролика и из Рингеровского раствора. Свернувшаяся плазма своей сеткой фибрина представляет опору для растущих клеток. Теперь имеются многие культуры яичниковой ткани, которые растут уже несколько

недель. Рост ткани начинается через 2—3 дня, а иногда и через 6—7 дней и проявляется сначала только по отношению к соединительной ткани, которая начинает вращаться звездообразно в окружающую питательную среду. Эпителий растет труднее вследствие того, что рост его затрудняется ростом соединительной ткани, потому что условия его питания, как более дифференцированной ткани, более сложны. Эпителиальные клетки распространяются концентрически, откладываясь одна около другой.

Рост специфической ткани яичников был изучен на эксплантованном яичнике 8-месячного плода, у которого яичник был удален через 8 часов после смерти. Зародышевый эпителий рос вокруг эксплантата, образуя как бы многокамерную, одетую этим эпителием кисту.

При культуре яичниковой ткани женщины 36 лет удалось точно установить, что разрастающиеся клетки эпителия были клетками *mesog. granulosa*. К сожалению, нельзя было произвести исследование на содержание липоидов во вновь выросших клетках, так как способ фиксации не позволил произвести исследование жиров.

Какое практическое значение будет иметь в гинекологии культура яичниковой ткани покажет будущее, но изучение роста и функционирования этой ткани несомненно облегчатся.

Второе достижение Института Lubarsch'a имеет уже, по нашему мнению, чисто практическое значение. Мы старались уже показать, насколько важным является трансплантация яичника в гинекологии. Яичник при гомеотрансплантации приживает безо всякой реакции и продолжает функционировать, что доказывают как многочисленные эксперименты, так и клинические наблюдения. Zondeck подтвердил это также исследованием обмена веществ. Пониженный обмен веществ после кастрации усиливался характерным образом после трансплантации яичника. Все это ясно говорит, что гомеотрансплантация является обоснованной, целесообразной и вполне успешной операцией при многих страданиях женской половой сферы. Но как мы уже видели из наблюдений Випп'овской клиники, успех этой операции кратковременен, от 1² года до 3-х лет. Необходимо повторять пересадки, но тогда вопрос, откуда достать эксплантаты—становится еще более трудным.

Воспользоваться культурой яичниковой ткани является еще для нас невозможным. Но эта же самая культура тканей яичников, взятая из плода через 8 часов после смерти, показала на возможность брать яичники от свежего трупа и на способность этих яичников сохранять функции их. Тогда вполне понятна мысль, нельзя ли консервировать яичники и как долго и если можно консервировать, то будут ли они сохранять свои функции при трансплантации. Лучший способ консервирования — холод. Многочисленные опыты Zondeck'a и Wolff'a показали, что консервированные яичники в продолжение 14-ти дней дают прекрасную культуру тканей *in vitro*. Авторы убеждены, что консервирование возможно и на гораздо более долгое время. „Яйцевые клетки, *Granulosa* и *Theca*, зародышевые эпителии и липоидные клетки и прочие остаются без изменения“.

Способ консервирования состоит в том, что яичник или кусок его, добытый при операции, а может быть из трупа, вскры-

того вскоре после смерти, помещается тотчас в стерильную чашечку Petri и вымывается холодным Рингеровским раствором, чтобы отмыть кровь, которая вредно отзывается на жизни препарата. Два небольших кусочка отрезаются для гистологического и бактериологического исследования. Потом этот яичник покрывается другой чашечкой Petri, обклеивается вокруг липким пластырем и помещается в ледник.

Одна немецкая фирма в Берлине построила для цели консервирования особо усовершенствованный ледник, в котором препарат сохраняется при постоянной $t^{\circ} -12$. Можно сохранять, однако, и при $t^{\circ} -4$. За полчаса до операции препарат достается из ледника, чтобы он мог постепенно оттаять. Повторное оттаивание и замораживание вредно действует на яичник.

После многих опытов на животных, консервированный яичник был пересажен женщине. Относительно функции его сказать что-либо еще слишком рано, но во всяком случае он прижил вполне безо всякой реакции.

Чтобы упростить операцию, Zondeck и Wolff предлагают следующую технику. Делается небольшой разрез через кожу над симфизом или на наружной поверхности бедра, жировой слой тоже рассекается, на фасции помещается несколько небольших кусочков яичника и накладываются два шва на жировой слой и два на кожу. Несомненная важность трансплантации яичника установлена, и консервирование его открывает новую эру. В самом деле, насколько облегчается сама операция, насколько легче возможность иметь всегда в запасе требуемые кусочки яичника. Этот метод может приобрести еще большее распространение, если консервироваться будут яичники от свежих умерших женщин. Здоровье яичников при консервировании может быть проверено и гистологически и бактериологически. Таким образом многие неудобства гомеопластики яичников, а также и полнейшее незнание с органом, который пересаживается, будут избегнуты.

Конечно, это усовершенствование вызовет широкое применение трансплантации и других органов внутренней секреции. Так, уже начинают пересадку *gl. thymus*, *gl. para thyreoidea*, *gl. thyreoidea* в гинекологии. Конечно, то же самое произойдет в других областях медицины.

Scipades сообщает о первом случае излечения остеомалации трансплантацией *thymus*, взятой от новорожденного ребенка, погибшего во время родов.

Наконец, теперь только могут быть осуществлены идеи Graenkel'я о пересадке фаллопиевой трубы от другой женщины. Аутопластика трубы, произведенная Meuer'ом и другими, удавалась в смысле ее приживания.

Появляются новые идеи о влиянии нарушения внутренней секреции половых желез на развитие некоторых злокачественных новообразований. Так, Fehler высказывается за трансплантацию яичника в борьбе с сарком.

Допустим, что в данное время имеется известное увлечение этим способом, но все же несомненно гомеотрансплантация займет видное место в борьбе с целым рядом заболеваний. Уже теперь для этого метода положено солидное основание. Каким путем пойдет дальнейшее развитие техники трансплантации, мы не знаем.

Будет ли разработан метод пересадки целого органа с питанием его циркулирующей кровью, с помощью образования солидных анастомозов или в дальнейшем будет получена возможность пересаживать органы вместе с сетью сосудов, как это производилось до сих пор только на экспериментальных животных. Сосудистая хирургия дает для этого достаточно разработанную методику, а трупный материал даст возможность трансплантировать не только органы, но и необходимые сосуды. Или трансплантация пойдет путем самым легким и доступным, согласно предложению Zondeck'a. Можно сказать только, что трансплантация займет в медицине самое широкое распространение.

И в настоящее время Zondeck говорит о запасах трансплантационного материала в виде консервированных органов и их частей, который будет использован, по мере надобности, клиниками.

Не впадая в фантазию, можно уже теперь говорить о необходимости использовать драгоценный трупный материал только что умерших людей, в расцвете их сил и молодом возрасте. Таковые люди умирают как индивидуумы, как организованное целое, но умирая, они как бы рассыпаются на отдельные ткани и на отдельные органы, способные еще жить долгое время, если их поставить в подходящие условия. Эти ткани и эти органы, будучи взяты от умершего, могут сослужить большую службу для остающихся жить, заменяя им испорченные их органы. Наконец, ткани и органы умерших и добытые путем операции могут консервироваться и составлять драгоценный запас.

Если Zondeck доказал полную жизнеспособность и сохранение функциональной деятельности консервированных органов через 2 недели, то надо надеяться, что те же результаты будут получаться и при гораздо большем промежутке времени.

Таким образом деятельность патолого-анатомов расширяется. Их задача добывать и сохранять все необходимое для починки болеющего человека, а задача хирургов в новой медицине — заменять изношенные или недостаточно развитые органы другими.

Каких пределов достигнет будущая медицина на указанном последними достижениями пути, мы не знаем. Мы можем только предвидеть, что сбудется многое, о чем мы не смели и мечтать. И все это не есть фантазия, а самая простая действительность, но ведь уже давно известно, что действительность оказывается часто более чудесной, чем всякая фантазия. Скажем словами Гамлета: „Есть много на небесах и на земле того, что нашей мудрости, Горацио, и не снилось“.

(Из Госуд. Клин. Акуш.-Гинекол. Института. Директор проф. Д. О. Отт).

К вопросу об эндометриодных гетеротопиях.

Прив.-доц. К. Улезко-Строгановой.

Разращения слизистой оболочки матки, особенно же эндометриодные, т. е. похожие на *endometrium*, гетеротопии давно занимали внимание исследователей. Достаточно вспомнить, что уже в 90-х годах минувшего столетия появился ряд работ, поставивших своей задачей выяснить гистогенез подобных разращений. Таковы, напр., работы: Reklingshausen'a, который, изучая *adenomyom*'ы, объясняет их происхождение на счет эмбриональных остатков. Culen считает источником их развития железистый эпителий самого *endometrium*'а. Года через 2 д-ру Иванову удалось установить способность плоского однослойного эпителия *serosa*'ы под влиянием раздражения переходить в настоящий цилиндрический железистый эпителий (*Metaplasia*).

Справедливость наблюдений приведенных авторов была подтверждена дальнейшими исследованиями. Вообще с тех пор литература по данному вопросу обогатилась рядом новых трудов; последние же годы интерес к нему особенно возрос, если судить по многочисленным работам, вышедшим и выходящим главным образом в иностранной литературе. Среди немецких авторов, напр., одному Robert'у Meyer'у принадлежит не менее десятка работ в этом направлении. Не менее солидные и интересные работы дали Lauch, Oettingen и Linden и др. Следует упомянуть об исследовании Carlo Artusi из лаборатории Aschoff'a, в котором автор затрагивает общий вопрос о каузальном генезе таких гетеротопий.

В английской литературе достаточно назвать Loker'a, который в своей *New System of Gynecologie*, вышедшей в 1917 году, посвящает обширную главу об *Adenomyositis*, где на основании собственных исследований, а также работ английских и иностранных авторов, систематически и всесторонне разбирает и освещает вопрос.

В русской литературе имеется работа Горизонтова из Казанской Университетской Клиники (1911 г.) и сообщение нескольких случаев аденомиоматозных разращений в мышечной стенке матки из Акушерско-Гинекологической Клиники Ленинградского Медицинского Института, Осякиной (1922 г.).

Таким образом благодаря многочисленным работам выясняются: распространение и локализация эндометриодных гетеротопий, гистогенез их, причинные моменты, вызывающие их появление, функция и вероятное значение таких разрознений, и даже затрагивается вопрос об анатомических и патолого-анатомических особенностях Genitalia, predisposing к ним. Однако же, несмотря на такое многостороннее освещение вопроса, все же в нем имеются еще некоторые неясности, а иногда и противоречия.

Располагая довольно большим материалом за свою многолетнюю исследовательскую работу в клинике проф. Отта, позволяю себе поделиться результатами собственных исследований и наблюдений.

По локализации и распространению эндометриодных гетеротопий мой материал соответствует данным, приводимым в литературе.

Что касается гистогенеза, причинных моментов и функции эндометриодных гетеротопий, то все это чрезвычайно наглядно выясняется при изучении их в некоторых отделах Genitalia, напр. в области влагалищной части шейки матки, фаллопиевых труб и яичников.

Эндометриодные гетеротопии в области шейки матки давно уже привлекали внимание клиницистов, может быть, благодаря замеченной ими связи таких разрознений с последующим развитием рака, и результат исследования их здесь вылился в довольно стройное учение об эрозиях.

Эрозия, собственно говоря, есть не что иное, как гетеротопическое разрожение слизистой оболочки матки в наружном отделе влагалищной части шейки. Этот отдел шейки, как известно, покрыт оболочкой, представляющей продолжение оболочки влагалища и сводов. Будучи покрыта плоским многослойным эпителием, она образуется сплетением коллагенных и упругих волокон и не отличается богатством клеточках элементов. Согласно исследованиям Нёгманн'a и моим собственным, по характеру расположения волокон в ней можно различить два слоя: верхний, сосочковый слой, лежащий непосредственно под эпителием, — *tunica porgia*, представляет тонкую сеть волокон, при чем упругие образуют густую сеть под самым эпителием; этот слой сравнительно богат клетками. Нижний слой — *stratum submucosum* авторов — беднее клетками и волокна в нем идут почти параллельно. В случае же развития эрозии описанная оболочка замещается типической слизистой оболочкой эндометриума. Вместо плоского многослойного эпителия лежит цилиндрический мерцательный, соединительная ткань с своими эластическими волокнами исчезает и замещается тонко-сетчатой, состоящей исключительно лишь из коллагенных волокон, богатою клеточными элементами, тканью, аналогичной интерстициальной эндометриума. При этом, как и в последнем, она прорезывается трубчатыми ветвистыми железами.

Такова обычная картина фолликулярной эрозии.

Различные циркулирующие в литературе взгляды на гистогенез эрозии сводятся собственно к 2 основным: 1) цилиндрический эпителий эрозии происходит на счет эпителия эндометриума, или 2) он развивается от эмбриональных остатков (Fischel).

Schottlonder'у удалось доказать на сериях срезов, что железистый эпителий эрозий непосредственно связан с таковым эндометриума.

На своем материале я имела возможность вполне убедиться в несомненной зависимости железистого эпителия эрозии от такового слизистой оболочки цервикального канала, хотя а priori допускаю возможность его развития в некоторых случаях на счет эмбриональных остатков.

Изучение гистогенеза эрозии тесно связано с изучением причинного момента ее развития. По данным различных авторов, какого бы взгляда на гистогенез эрозии они ни придерживались, причинным моментом или толчком для ее развития всегда служит долго длящийся эндометрит, какого бы он ни был происхождения. Такого рода хронический эндометрит сопровождается отделением воспалительных продуктов, которые неизбежно оказывают раздражение на наружную оболочку влагалищной части шейки. Последнее вызывает ряд изменений как в эпителии, так и в подлежащей соединительной ткани. Эпителий мацерируется, истончается и обрывается на гибель.

В соединительной же ткани происходит воспалительный процесс с отеком, гиперемией и воспалительным мелкоклеточным инфильтратом.

Коллагенные и упругие волокна, равно и клеточные элементы раздвигаются, при чем упругие постепенно распадаются и пропадают; получается тонко-петлистая богатая клетками ткань, напоминающая цитогенную ткань слизистой оболочки матки. Таким образом создается почва, благоприятная для принятия железистых ходов со стороны слизистой цервикального канала.

Как происходит перемещение железистого эпителия, насколько оно совершается активно или пассивно—вопрос очень важный, но в литературе почему-то затрагивается лишь слегка. Предполагается, что под влиянием раздражения железистый эпителий цервикального канала гиперплазируется и активно врастает в воспалительно-разрыхленную ткань. По моим наблюдениям, нельзя признавать только активное прорастание эпителия; несомненно, здесь имеет место и даже преобладает пассивное перемещение его в сторону наименьшего сопротивления; благодаря воспалительному разрежению железистые ходы как бы увлекаются из первичной области своей локализации.

В пользу этого имеются весьма доказательные картины в других отделах Genitalia (фаллопиевы трубы), представляющие более удобный для этого объект.

Таким образом, изучая эрозии, как один из видов эндометриодных гетеротопий, можно убедиться, во-первых, в развитии их на счет железистого эпителия цервикального канала и, во-вторых, что причинным моментом для их развития служит воспалительное раздражение слизистой эндометриума и оболочки наружного отдела влагалищной части шейки, где они развиваются.

Согласно наблюдениям авторов, эндометриодные гетеротопии функционируют, как эндометриум, т. е. подвергаются циклическим изменениям под влиянием желтого тела, и претерпевают децидуальную реакцию во время беременности. Набухание эрозии предменструальном периоде и кровоизлияния в менструальном

возможно наблюдать; точно также при беременности эрозия может дать децидуальную реакцию, как это отмечалось в литературе и наблюдалось мною. Однако же, следует заметить, что эрозии встречаются нередко, но децидуальная реакция происходит в них крайне редко.

Мне удалось, например, встретить ее всего лишь в трех случаях. Но ведь и слизистая цервикального канала в нижней ¹/₃, как правило, не дает децидуальной реакции. Почему в некоторых случаях беременности наблюдается развитие децидуальной ткани в области эрозии, в других же нет? Так как это вопрос общего характера, то ответ на него можно дать в заключении.

Эндометридные гетеротопии в мышечной стенке матки, описанные под разнообразными названиями, встречались мне редко, а проникающие до serosa—ни разу. Но все же на основании имевшихся в моем распоряжении микроскопических препаратов, можно с несомненностью установить: 1) связь их с железистым эпителием эндометриума, 2) толчком для их развития принять воспалительные раздражения миометрия и 3) развитие их не зависит от состояния слизистой оболочки: иногда она может быть гипертрофирована и гиперплазирована, а иногда, напротив, в атрофическом состоянии.

Между различными терминами, под которыми описывается этот процесс в миометриуме, можно признать наиболее подходящим *Metritis adenomatosa*, так как, соответствуя патолого-гистологической картине, он указывает на характер и причинный момент процесса.

Эндометридные разращения и гетеротопии в области фаллопиевых труб. Будучи весьма сходной по своему гистологическому строению со слизистой оболочкой матки, слизистая фаллопиевой трубы (*endosalpinx*) представляет в то же время существенное отличие. Сходство—в характере соединительной ткани, вполне соответствующей цитогенной ткани *endometrii*; тот же покров оболочки—однослойный цилиндрический мерцательный эпителий. Отличие же—отсутствие желез.

Как известно, слизистая оболочка трубы нормально образует многочисленные складки. Исследуя фаллопиеву трубу при условиях долго длящихся воспалительных раздражений, как, напр., при tbc и гоноррее, я давно уже отмечала, что в складках ее слизистой оболочки вместе с раздражением соединительной ткани происходит развитие настоящих железистых ходов; в некоторых случаях, особенно при tbc, получаются картины, напоминающие аденому. В литературе также имеются указания на подобные изменения (Rob. Meyer и др.). При тех же условиях (tbc и гоноррея), а также при *Haematosalpinx*'ах или при трубной беременности (вне яичевого ложа) наблюдались мною железистые разращения и в мышечной стенке трубы, и всякий раз можно было с очевидностью установить связь их с железистым эпителием *endosalpinx*'а.

При этом следует заметить, что хотя мне не удалось видеть развитие железистого эпителия со стороны эпителия seros'ы фалл. трубы, однако же, я допускаю в некоторых случаях возможность и такого развития.

Особенно поучительные картины для изучения гетеротопических эндометридных разращений в трубе дают случаи так назыв.

Salpyngitis isthmica nodosa, которые мне приходилось исследовать, и один случай, описанный в Archiv f. Gyn. (24 г.) развития дермоидной кисты в стенке трубы. Картины эти с очевидностью доказывают, что железистые разрощения в мышечной стенке трубы происходят на счет железистого эпителия, что перемещение их идет по воспалительно разреженной соединительной ткани, разделяющей мышечные пучки, то есть как и при эрозиях, эндометроидные гетеротопии в трубе гистогенетически связаны с железистым эпителием ее, а толчком для развития их служат также воспалительные раздражения. При Salpyngitis isthmica nodosa явления хронического воспалительного раздражения выражались отеком и присутствием plasmazellen, в случае же дермоида трубы—картина резко выраженного воспалительного раздражения связана с рассасыванием стенкою трубы содержимого кисты (жир).

Кроме того, это случаи дают чрезвычайно демонстративные картины относительно характера перемещения железистого эпителия, а именно при исследовании трубы на протяжении, вне места поражения процессом, получается довольно широкий просвет с многочисленными складками атрофируются и просвет трубы спадается почти до полного закрытия. Никаких следов их разрушения не видно, а потому естественно напрашивается мысль о пассивном внедрении их (железистого эпителия), благодаря воспалительному раздражению и разрыхлению прилежащей соединительной ткани. Циклические изменения (менструальные) как в слизистой оболочке трубы, так и в эндометроидных гетеротопиях несомненно имеют место, доказательством чего служат картины, наблюдаемые в некоторых случаях, hematosalpinx'a.

Что касается децидуальной реакции в них (эндометроидные гетеротопии), то мне не приходилось наблюдать ее здесь. Но ведь и слизистая оболочка трубы во время беременности, внутриматочной или трубной, вообще весьма слабо реагирует развитием децидуальной ткани, которая встречается иногда на высоте отдельных складок в виде лишь небольших групп децидуальных клеток.

Обращаясь затем к *яичнику* в смысле нахождения в нем эндометроидных гетеротопий, следует заметить, что он представляет весьма ценный материал для выяснения различных видов гистогенеза их в этом органе. И, действительно, кроме развития железистых разрощений в корковом слое яичника непосредственно на счет железистого эпителия трубы в случаях срощения фимбрии с яичником, железистые разрощения в нем могут происходить и из других источников.

Так, напр., иногда как в корковом, так и в мозговом слоях яичников мне приходилось встречать поперечные разрезы трубочек с характерным цилиндрическим мерцательным эпителием. Такого рода железистые трубочки можно принять за остатки первичной почки (Вольфова тела). Кроме того, в корковом слое наблюдаются иногда ветвящиеся трубочки неравномерного калибра с крайне разнохарактерным эпителием от плоского и до цилиндрического включительно, которые, как мне удалось проследить, при условиях воспалительного раздражения могут дифференци-

роваться в железистые полости с цилиндрическим мерцательным эпителием, служа источником развития мелких кистозных полостей. Такие трубки, согласно тщательным исследованиям Walt. hard'a, представляют остатки эмбриональных гранулезных тяжей.

Наконец, в одном случае трубно-яичниковой беременности, мне удалось установить с очевидностью что железистые ходы развились на счет яичникового эпителия. Вот какой разнообразный гистогенез для эндометридных гетеротопий в яичнике! Причинным моментом—всегда отмечались долго длившиеся раздражения.

Вполне допуская циклические изменения в них, как в истинном эндометриуме, можно согласиться с объяснением Oettingen'a и Linden'a относительно происхождения в корковом слое яичника кистовидных полостей с шоколадным содержимым: последнее является результатом менструального прилива и кровоизлияния. С другой стороны эндометридные разращения в яичниковой корке могут служить источником кровотечений из яичников в связи с менструацией. Далее, Oettingen и Linden делают остроумное предположение, что при разрыве вышеупомянутых кист при менструации и выхождении их содержимого отторгнутый эпителий, выстилавший их, попадая в брюшную полость, распространяется по брюшине и может привиться на ней в любом месте. Таким способом, по мнению авторов, скорее и проще можно объяснить развитие эндометридных разращений в области брюшины, чем предположением Sampson'a, благодаря выбрасыванию железистого эпителия во время месячных через фаллопиеву трубу. Впрочем некоторые авторы, особенно Lauch, приветствовали предположение Sampson'a даже с некоторым энтузиазмом.

Мне лично не приходилось наблюдать картин, которые подтверждали бы предположения Oettingen'a или Sampson'a, но а priori нельзя исключить такой возможности.

Что касается децидуальной реакции в эндометридных разращениях яичника, то мне удалось констатировать ее лишь в упомянутом случае трубно-яичниковой беременности между железистыми ходами, происшедшими из яичникового эпителия. Но децидуальную реакцию в корковом слое яичника непосредственно под albicinea в виде небольших комплексов децидуальных клеток я иногда находила при различных видах беременности, при чем не было даже никаких намеков на железистые разращения. Скажу более, в упомянутом случае трубно-яичниковой беременности небольшие группы децидуальных клеток найдены мною и среди элементов theca Luteinzellen атретического желтого тела.

Об эндометридных разращениях в периферии стенки прямой кишки, равно как в брюшине в 2-х случаях пупочных грыж, как и в круглой связке,—упоминаю лишь, как об единичных встреченных мною случаях, гистогенез которых можно отнести главным образом на счет эпителия брюшины, согласно наблюдениям Иванова; в круглой связке они могут быть и эмбрионального происхождения,—но всегда в связи с воспалительными явлениями.

Недавно описанная мною децидуальная ткань на 2-м месяце беременности в задней стенке влагалища лежала среди железистых полостей. Таким обр. ее можно рассматривать, как реакцию

Биологические и социальные проблемы чрезмерной плодовитости женщин *).

Прив.-доцента С. С. АНУФРИЕВА.

Чрезмерная плодовитость женщин выражается в двух формах: обилие детей, с одной стороны, в зависимости от родов двойнями и тройнями и, с другой стороны, от быстрого следования рождения одного ребенка за другим.

При первой форме имеются в литературе такие исключительные случаи, как, напр., Воег'а (1808 г.), подтвержденный Valent'ом, когда женщина в 11 приемов родила 32-х детей (Альфелд относится критически к этому сообщению, вызванному будто бы милосердием к бедной женщине). Heinrichius сообщил в обществе финских врачей личное наблюдение в 1912 году, когда женщина с 15 до 47 лет имела 44 беременности: 17 доношенных детей и 27 аборт. Франц Нейгебауэр, откуда мы заимствуем эти сведения, видел у женщины, больной сифилисом, трижды подряд двойни.

Наблюдается и наследственная плодовитость. Так, Döderlein приводит в главе о двойнях и тройнях выдержку из английского журнала об одной плодovитой семье: прабабушка трижды рожала тройни, мать дважды двойни (всего произвела 12 детей), дочь родила десять раз по одному ребенку и два раза тройни, внучка четыре раза родила по одному и раз тройни. Сестра матери имела семеро детей и раз родила тройни (Zentralbl. für Gyn. 1913, № 29).

Среди животных также наблюдаются исключительные случаи по плодовитости. Так, проф. Laint-Cyr и Violet в своем руководстве *Traité d'obstetrique veterinaire* приводят сообщение Blainoille'a о корове, которая за три года принесла 9 телят, из которых погибло только 2. У Gellé дело шло о корове, родившей в одном году трех телят, в три последующих года по 2 и в следующие четырех. Все телята были живы и выросли. Но я не буду останавливаться на выяснении вопроса об этой исключительной плодовитости, который сам по себе имеет большой научный интерес и рассматривается с точки зрения атавизма, осо-

*) Сообщено на 6 с'езде общ. всесоюзных гинекологов и акушеров в Москве в июне 1924 г.

бенно у человека; я желаю затронуть более подробно в настоящем докладе 2-ю форму плодовитости и при этом в той ее части, которая касается наступления беременности во время лактации первого ребенка, т. е. до года после происшедших родов.

Полагаю, что этот вопрос заслуживает внимания врачей-акушеров как с чисто биологической точки зрения, так и социальной, особенно в наше время, чреватое экономическими кризисами и моральными переживаниями и в зависимости от них физическим и умственным переутомлением индивидуумов, особенно женского пола.

Наблюдения над женскими типами гинекологической амбулатории в г. Архангельске, которые пока имеются в небольшом количестве, но постепенно накаплиются, побудили меня поделиться с товарищами этими предварительными наблюдениями, а равно и выводами, к которым я пришел. С августа 1923 г. по декабрь, т. е. за 4 м-ца на 335 беременных женщин, посетивших в первый раз амбулаторию, я встретил 18, у которых беременность наступила ранее года после бывших родов, следовательно, в 5%. По месяцам они распределялись так: в августе на 88—3, в сентябре на 77—6, в октября на 81—4 и ноябре на 89—5 случаев.

Когда я ближе присматривался к характеру лактации у этих женщин, то у 12 из них, т. е. в 72%, нашел недостаточную выработку молока в зависимости или от общей слабости, или от плохого развития грудных желез, что заставило матерей рано прибегать к прикармливанью детей. Как только женщины начинали прикармливать детей и тем ослаблять функцию грудных желез, гесп. гормонов их, то у них наступали в большинстве случаев через известный промежуток времени крови, а вслед за ним вскоре, в 3-х случаях тотчас, появлялась и беременность (в 2-х крови пришли несколько раньше прикармливания). Из 12 в 8 наступила беременность с появлением кровей, т. е. в 66%, и в 4-х беременность наступила при аменоррее (33%), т. е., при одной только овуляции без менструации. В остальных 6 случаях из 18 не удалось констатировать ясные дефекты в лактации, однакоже, в 2-х из них в связи с прикармливанием около полу-года после родов наступила беременность.

Интересно, что, кроме этих случаев, пришлось наблюдать один и такой, в котором женщина начала прикармливать с 2-х месяцев после родов, однако, до 10-го месяца не было ни кровей, ни беременности, на 10-м пришли крови.

В этом случае груди были хорошо выражены, вырабатывалось молока достаточно, но оно было жидкое.

Рассмотрим тепер имеющиеся в науке биологические данные о наступлении беременности во время лактации. Нам известно, что во время лактации в большинстве случаев не происходит ни менструации, ни зачатия. Это явление находится чаще всего в зависимости от прекращения овуляции. Во время лактации мы находим яичник малым и уплощенным.

Иногда, как известно, при продолжительном кормлении появляется патологическая стадия—атрофия матки и яичников, ведущая к преждевременному климаксу (*atrophia uteri ablactorum graesox*). Но бывают и исключения.

Во время лактации происходит лопание граафова пузырька, появление менструации и зачатия, при чем последнее может быть и без менструации, как показывают наши 4 случая¹⁾.

По статистике Коенфру из 900 кормящих женщин 43% менструировали и 57% имели абсолютную аменоррею; он же определил вероятность оплодотворения при лактации с менструацией в 60% и при абсолютной аменоррее только в 6% (The effects of lactation an menstruation and impregnation. Obstr. soc. of London 1 Januar 1896. Britisch med. Journal 11 Jun. 1896.). Jacob нашел, что у I-рага чаще к 6-му месяцу наступает менструация, у II-рага к 8—12 месяцам, у III-рага совсем не наступает. Проф. М. С. Груздев, в своем руководстве акушерства 1922 г., приводит случай Горелейченко, где зачатие наступило через 2 недели после родов. Беременность без менструации возможна, но наступает чаще у менструирующих. По Mc Conn'у большое число зачатий кормящих наступает после 8 месяцев. Обычно природа как бы назначает $\frac{3}{4}$ года на беременность и $\frac{3}{4}$ года на лактацию, т. е. столько времени, сколько ребенок особенно нуждается в материнском молоке. Наступление месячных во время лактации вскоре после родов едва ли позволительно рассматривать, как нормальное явление, хотя некоторые и считают такое явление за признак крепкого здоровья у матери.

Несмотря на то, что в период лактации по Pfeiffer'у и Toll'у наблюдается при менструации даже увеличение молока, однако, в нем происходят качественные изменения, вредно действующие на ребенка в смысле послабляющем. Biedert наблюдал эти явления на собственном ребенке. С наступлением беременности, как известно, увеличивается гипертрофия грудных желез, доходящая иногда до hypermastia, но молочная секреция еще более изменяется, чем при менструации. Тем не менее современные педиатры отрицают необходимость отнятия от груди ребенка матерью, у которой наступила беременность.

С научной, биологической точки зрения, является чрезвычайно интересным вопрос: почему у одних женщин во время лактации не происходит ни менструации, ни овуляции, у других происходит и то и другое, и у третьих овуляция без менструации? Нужно сознаться, что по недостатку точных знаний ответить утвердительно на этот вопрос не представляется возможным. На основании отдельных экспериментальных и клинических данных мы однакоже можем подойти к решению его с значительной степенью вероятности. Надо думать, что здесь главную роль играют гормоны яичника и грудных желез. Исследования последнего времени указывают, что на грудную железу влияют также гормоны зобной железы, плаценты и задней доли glandulae pituitarius. Fränkel, как известно, большую роль приписывал желтым телам. Выжигая у людей желтые тела, ему в 6 случаях из 7 удалось задержать наступление следующей менструации. У Leo Loeb'a после уничтожения желтых тел также задерживалась дальнейшая овуляция и развитие децидуальной ткани в матке. Однако,

¹⁾ Kristeller и Mayer наблюдали женщину, которая 15 лет совсем не менструировала и не была беременна, но затем у нее наступило зачатие. У Chrobak'a 4 раза родила не менструирующая женщина.

здесь играют роль, повидимому, не одни желтые тела, но и интерстициальная железа. Пересаженная целый яичник кастрированным морским свинкам Steinach и Занд получали гипертрофию грудных желез. Опыты на коровах показали, что удаление у них яичников вызывает резкое увеличение молока в продолжение 2 лет. Basch и Кушталов первый на девственной суке, 2-й на кроличихе, показали, что трансплантация яичника беременного животного небеременному вызывала набухание грудных желез. Повидимому, здесь оба гормона яичника: овариотестин и прогестерин действуют на грудную железу, хотя Белов и считает их антагонистами. С другой стороны, многими авторами (Шифферман, Фистофель и др.), в том числе и русскими (проф. М. М. Федоров, Мыкертьянц, Букоемский и друг.), указывается на тормозящее влияние грудной железы на genitalia и зачатие (опыты проф. Федорова с синергетической группой молочных желез — матчин'ом, а также см. статью проф. Сахарова: „Беременность и внутренняя секреция“. „Гинекология и акушерство“, № 46, 1923). По Adler'у гормон грудной железы при гиперсекреции может во время беременности вызвать даже смерть плода и аборт. „Большинство авторов все же как видно,— пишет проф. Сахаров,— склоняется к мысли о тормозящем воздействии со стороны грудных желез на генитальный тракт“... Этот вывод он согласует с выводом Adler'a в том смысле, что при беременности есть только гипертрофия грудных желез, но не гиперсекреция.

На основании этих научных данных, нуждающихся, впрочем, еще в дальнейшей разработке, можно заключить, что при хорошей функции грудных желез, при достаточном их развитии и секреции, главным образом в смысле образования гормонов, кроме влияния на матку, задерживается созревание граафовых фолликулов и образование желтого тела, т. е. происходит их временная аплазия и атрезия, что ведет к отсутствию овуляции менструации и зачатия. Наоборот, при слабом поступлении в кровь гормонов грудной железы все упомянутые функции полового аппарата, овуляция и менструация резче выявляются и дают больше шансов на новую беременность.

Надо думать, что от степени взаимодействия преимущественно этих гормонов наступают и индивидуальные отклонения менструации и овуляции в период лактации; в то же время нельзя отрицать влияния и других эндокринных желез, так как имеются наблюдения, когда при грудном кормлении без прикорма наблюдаются и менструация и зачатие, что едва ли можно объяснить взаимодействием одних только 2 гормонов.

Приведенные выше случаи, которых у меня накапливается все более и более, ставят другой чисто практический вопрос перед врачом, как отнестись к новой беременности у женщины, наступившей иногда через 1½, 2, 4 м-ца после бывших родов тогда, когда она и первого-то ребенка не может кормить своей грудью вследствие недостаточности молока? Вот новые два примера из амбулаторного приема 1924 года. А. Мария, 24 л., беременна 2-й раз. Ребенку 7 м-цев со времени рождения. Груды у нея детские с малым количеством молока. Грудью могла кормить только 3 м-ца. Крови пришли через 7 недель после родов, ходили через месяц; последние 3 м-ца. Теперь начало 6 месяца беременности.

Значительная анемия. Следовательно в конце 1-го или вначале 2-го месяца после родов женщина вновь забеременела.

2-й пример Ш. Е., 31 года. Беременна 6-й раз. Последние роды 7 м-цев тому назад. Крови пришли через 1½ м-ца после родов. Через 2 недели после родов начала кормить только одной грудью (на другой образовался мастит). Груды плохо развиты; форма их детская. Кровей нет 2 м-ца. Беременность 2-х месяцев.

Теперь спрашивается, как кормить будет грудью эти две матери своих будущих детей? Mensiny в своей статье: „Keine Sterilisation der Frau“ (Zentralblatt für Gynaecologie), еще в 1906 году, возражая на статью Richard'a (Bulletin général de therap. 1905 г.), писал: „Без здоровой матери, без здоровой груди борьба государства против ранней смертности и вырождения—борьба против ветряных мельниц“ („Ein Kampf gegen Windmühlflügel“). Здесь мы встречаемся с одним из как бы парадоксальных инстинктов природы к размножению. Женщина перестает кормить ребенка из-за недостатка молока, наступают менструация, овуляция и зачатие, которые создают нового индивидуума без надежды получить правильное питание, затем новая беременность и т. д. Создается *circulus vitiosus*.

Вообще, как известно, стремление в природе к размножению является стихийным, не знающим преград. Напр., простая инфузория—туфелька, без кон'югации, может размножиться по Вудрефф'у так сильно, что протоплазма таких изолированных инфузорий имела возможность произвести количество особей, равное 2³³⁴⁰. Если бы этих инфузорий собрать вместе, они составили бы количество протоплазмы, превосходящее более, чем в 10¹⁰⁰⁰ объем земного шара.

Все органические вещества,—писал Darwin,—размножаются на столько быстро, что если бы отдельные особи не уничтожались, то в короткое время вся земля была бы наполнена потомством одной пары. Даже медленно размножающееся человечество через 25 лет удвоилось бы в своем количестве. При таком быстром росте населения лет через 100 на земле не осталось бы места для будущих поколений ¹⁾. Известный гинеколог проф. А. Негат высказал положение, что урегулирование размножения должно воспрепятствовать чрезмерному увеличению количества населения, а уменьшение численности потомства должно повысить его качество. Здесь мы сталкиваемся уже с учением об улучшении росы—евгеникой, которое становится очередным „евангелием будущего“ по выражению Гальтона. В разбираемых нами случаях инстинкт природы к размножению должен губительно отразиться как в физическом, так в психическом отношении не только на имеющемся уже ребенке, но и будущем, не говоря уже о матери.

Интересно, что по заключению Sabotta, приводимом Winkel'ом, при усиленном размножении такое маленькое млекопита-

¹⁾ Однакоже современное земное человечество, приблизительно в полтора миллиарда мужчин, женщин и детей, если собрать в одну толпу (плечо к плечу), то оно заняло бы не более 2½ квадратных миль. Между тем как вся земная поверхность имеет девять миллионов квадр. миль. Таким образом свободного места на земле еще не мало.

ющее, как мышь начинает страдать, если у нее вскоре после родов во время лактации наступает оплодотворение.

Проф. Осипов в своем курсе учения о душевных болезнях (издан. 1923 г.) пишет: „Хорошее питание матери хорошо отражается на плоде и обратно,—истощение матери вредно для него. Многоплодные беременности поэтому сравнительно часто дают психопатически предрасположенное потомство; то же наблюдается при многократных частых беременностях“¹⁾.

Здесь кажущаяся на первый взгляд парадоксальность природы является, может быть, стихийно целесообразной в смысле ее законов. При нормальных условиях здоровая мать кормит своего ребенка до года без новой беременности при эндокринном равновесии. Все матери знают, что нужно возможно дольше кормить своего ребенка, чтобы не быть беременной. По статистике проф. Шкарина и Маслова до 40—50% женщин в России кормят грудью больше года. Проф. Маслов советует даже в интересах ребенка кормить 1½ года. Однако он совершенно не касается вопроса о наступлении у кормящих беременности.

Если во время лактации наступает беременность, т. е. нарушается равновесие эндокринных желез, то мать из кормилицы переходит уже в мать-производительницу. Природа, конечно, в данном случае не считается с здоровьем матери. Так разливы рек во время весеннего половодья не считаются с тем, что снесены будут человеческие постройки, а вместе с ними и человеческие жизни. Человек уже в силу данного ему разума должен коррегировать эту стихию, чтобы спасти себя от гибели.

Все же женщины, которых мне приходилось видеть в амбулатории и у которых была констатирована беременность во время лактации, находясь в большинстве в депрессивном психическом состоянии, категорически заявляли, что они донашивать ребенка не в состоянии и будут хлопотать в губздраве о производстве искусственного аборта; а если им не разрешат, то постараются так или иначе его вызвать.

Как же врач должен подойти к этому вопросу? Я думаю, что с биологической социальной, но отнюдь не с девизом *laisser-faire, laisser-passer*, т. е. предоставить все естественному течению, как об этом ригорически иногда высказываются врачи.

На основании всего сказанного позволительно притти к следующим выводам:

1) Экспериментальные и клинические факты убеждают нас в том, что существует коррелятивная эндокринная связь, как вид викарной гипертрофии, между грудными железами и яичником в периоде лактации, при чем ослабление функции грудных желез при лактации ведет к усилению функции яичника. Весьма необходимы дальнейшие исследования в этом направлении. Вследствие подрыва экономического благосостояния населения и его физического здоровья известная часть женщин сейчас не имеет достаточно молока в грудях и переходят к прикормливанию.

2) Создается *circulus vitiosus* между недостаточным количеством молока у кормящих (и гормонов) и наступлением новой беременности в обратной пропорции.

¹⁾ „Врачебн. Газета“. 15/IV—1923, № 7.

3) В случае наступления новой беременности вскоре после родов у женщин, которые вследствие своего слабого здоровья и недостаточного развития грудных желез не могли кормить своего ребенка, показаны предупредительные меры против зачатия, а в случае наступления беременности, как крайняя мера—аборт до 3-х м-цев. (Теперь разрешения даются, по крайней мере в Москве, на аборт беременным кормящим грудью до 9 м-цев. См. № 247 Извест. Исполнит. Комитета от 28/X 1923 г.). Если же беременность перешла за три месяца, то государство обязано позаботиться о такой женщине и поддержать ее назначением особого пособия.

4) Ухудшение в состоянии здоровья новорожденного ребенка при малом количестве молока у матери и при лактационной аменоррее у последней должно наводить на мысль и на возможность у нее беременности.

Вообще на женщин забеременевших в лактационный период ранее года после последних родов охраной материнства и младенчества должно быть обращено особое внимание и им оказана материальная помощь.

(Из Госпит. Хирургич. Клин. б. Ярославского Гос. Университета и Хирургич. Отдел. Ярославск. Губ. Совет. Больницы).

К казуистике операций образования искусственного влагалища при врожденном его отсутствии по способу Baldwin'a *).

Проф. А. В. ТИХОНОВИЧА.

Из сообщения д-ра К. Н. Рабиновича на VI Всесоюзном Съезде акушеров и гинекологов в Москве в июне 1924 г. на тему „Образование искусственного влагалища по способу Балдвина (Baldwin'a) из петли тонкой кишки“ видно, что в настоящее время в мировой печати насчитывается 105 оперированных случаев. К этой статистике можно прибавить, согласно имеющимся у меня сведениям, 3 случая д-ра Родзевича из Кутаиса, о которых автор предполагает сообщить в печати в ближайшем будущем, и мои 2 случая, оперированные мною во 2-ой половине прошлого года, оба с успехом и оба достаточно поучительные как с точки зрения оперативной техники, так и с точки зрения показаний к этой далеко не легкой и не безопасной операции. Кроме того, при повторном чревосечении у 1-й моей больной, предпринятом по поводу небольшой послеоперационной грыжи, я имел возможность осмотреть в брюшной полости энтероанастомоз и выключенную петлю тонкой кишки для образования влагалища и таким образом при жизни оценить результаты операции и в анатомическом отношении.

Должен оговориться, что в свою задачу я не включал рассмотрения вопроса об операциях образования искусственного влагалища в случае его отсутствия вообще, так как этому вопросу, вернее истории его, посвящены работы д-ра Рабиновича (1921 г.) и проф. Эдельберга (1924 г.), которые с исчерпывающей полнотой осветили интересующую нас тему и в литературном отношении.

Перехожу к описанию моих наблюдений.

1-ый случай. Александра Ш., 21 г., девица, ткачиха, поступила в Хирургическое отделение 15-го мая 1924 г. От здоровых родителей, одна из 7-ми здоровых детей, 4-ая в семье. Росла слабым ребенком и страдала частыми головными болями. С 18-ти лет периодически каждый месяц в течение 2—3-х дней стала ощу-

*) Доклад Ярославскому Обществу врачей в заседании его 14-го февр. 1925 г.

щать боли внизу живота, сильнее справа, иногда с головокружением. Месячных не было, во время болей набухают молочные железы. Высокая, слегка сутулая, здоровая девушка с нормальными внутренними органами. Молочные железы умеренных размеров, сосок легко эрегирует; лобок и волосистый покров женского типа. Наружные половые органы, как-то: большие и малые губы, клитор (и отверстие мочеиспускательного канала), развиты нормально; при раздвигании малых губ выясняется, что вход во влагалище отсутствует и представляет из себя сплошную перепонку, как бы, *hymen imperforat.*, не втянутую, но слегка выпячивающуюся между губами; при попытках вдавить внутрь встречается эластическое препятствие. Исследование через прямую кишку образований, напоминающих матку и придатки, не обнаруживает.

Таким образом у больной от рождения полное отсутствие влагалища при отсутствии, видимо, нормально развитой матки и вообще внутренних половых органов. Что касается яичников, то, судя по периодическим, раз в месяц, болям внизу живота, соединенным с общим недомоганием, наличие этих образований можно допустить.

Больной было объяснено истинное положение вещей, указано на трудность операции и сопряженные с нею опасности, и так как больная все же настаивала на операции, то, с согласия родителей больной, к операции было приступлено. 18 мая под общим наркозом срединным разрезом вскрыта брюшная полость; матки не оказалось, по обоим сторонам у боковых стенок малого таза обнаружены небольшие яичники с плотными узлами грушевидной формы — рудиментарные матки; к каждому яичнику примыкала правильно развитая труба.

Выключен кусок тонкой кишки, на расстоянии 25—30 сант. от слепой кишки, в 25—28 сант. размерами; концы выключенной кишки наглухо зашиты, после чего наложено боковое соустье между дистальными и проксимальными отделами тонких кишек. Выключенный отрезок тонкой кишки сложен вдвое, и место перегиба при помощи марлевой петли, продетой через отверстие в брыжжейке, низведено в направлении к каналу, который проделан между мочевым пузырем и прямой кишкой в промежуточной клетчатке, пока петля с кишкой не показалась наружу в отверстие влагалища, предварительно рассеченного. Несколько фиксирующих кишку швов, после чего стенка кишки прорезана и в оба конца сложенной вдвое петли вставлена дренажная трубка. Должен отметить не малые трудности при низведении кишечной петли, хотя брыжжейка была разделена к самому ее корню. Брюшная рана зашита, в нижний угол вставлен небольшой выпускник. Гладкое послеоперационное течение, первые 4 дня сильные тянущие боли внизу живота. Со стороны влагалища на 6-й день стали прорезываться швы, но петля кишки оставалась на месте, будучи удерживаема марлевой петлей, удаленной лишь на 10-й день. В дальнейшем наблюдалось постепенное оттягивание вглубь перегородки между отдельными каналами двойного влагалища, с увеличением входного, уже теперь ординарного отверстия. Через 2 недели у новообразованного влагалища имелось отверстие, хорошо оформленное и свободно пропускающее указа-

тельный палец; умеренное выделение слизи. Еще через 2 недели исследование при несколько раздвинутых губах обнаруживает вход во влагалище глубиной в 7—8 сант., свободно пропускающее палец, которым слева определяется как бы рубцевый тяж, а под ним вход в правый более уплощенный канал из правой половины сложенной вдвое петли тонкой кишки. 20 июня больная выписалась.

Повторные осмотры показали, что образованное влагалище не только не суживается, но становится как бы шире, выделение слизи меньше. Самочувствие хорошее, хотя боли внизу живота иногда бывают.

Вторично поступила 5 октября 1924 г. с небольшим грыжевым выпячиванием в нижней части послеоперационного рубца, на месте бывшего выпускника, появившимся последние 2—3 нед. Осмотр женской половой сферы: при раздвинутых губах несколько зияет вход во влагалище, которое свободно пропускает два пальца; на правой боковой стенке нащупывается как бы рубцевая перетяжка, под которую палец проникает во второй рукав. Слизистая оболочка *шагренивидная*, дающая ощущения отличные от слизистой кишки и несколько напоминающее ощущения, получаемые исследующим пальцем от слизистой оболочки влагалища; выделение слизи умеренное, все же несколько беспокоящее больную.

6-го октября под общим наркозом вторая операция по поводу послеоперационной грыжи. По вскрытии живота были разделены небольшие приращения сальника к месту выпускника. Осмотр малого таза обнаружил, что левое колено низведенной кишки полностью скрылось под брюшинный покров, как бы уйдя под него, правое колено несколько выступает из-под брюшины в виде ленты—тяжа, переходя в брыжжейку. При двойном исследовании новообразованное влагалище ощупывается на подобие влагалищного рукава после полной экстерпации матки.

Позднейшие сведения от 2 декабря: хорошее самочувствие, слизи меньше, работает на фабрике.

2-й случай. Любовь Г., 24 л., замужняя, ткачиха, поступила в Хирургическое отд. 26 октября 1924 г.; отец злоупотреблял алкоголем, мать умерла 38 лет от бугорчатки легких; всего было 11 детей, в живых осталось 3-ое, остальные умерли до году, выкидышей у матери не было. Больная 2-й ребенок в семье, 7-ми лет перенесла воспаление легких, до 15 л. росла медленно, затем стала быстро поправляться. В 16 лет стали появляться боли в голове периодические, совпадавшие с тянущими болями внизу живота, месячных не было. 20 л. вышла замуж, первый coitus с болями, последующие лишь иногда болезненны, иногда с удовлетворением; бывали поллюции; жила с мужем 2 года. О своей ненормальности узнала случайно, д-р предложил операцию; под хлороформом был сделан разрез у входа во влагалище, который тампонировали; по заживлении снова стала жить с мужем. Позже разошлась с ним, чувствуя, как она сама заявила, что мужу с нею тяжело. Обе сестры ее здоровы, у старшей нормальные месячные.

Цветущая женщина, среднего роста, с здоровыми внутренними органами и нормально развитым тазом; молочные железы нормальные, несколько отвисшие, с легко возбудимым соском. Женские половые органы: лобок с правильной волосатостью жен-

ского типа при нормально развитых больших и малых губах и клиторе, вход во влагалище отсутствует, ближе к задней спайке небольшое выпячивание, которое может быть несколько углублено при давлении пальцем. Исследование через прямую кишку внутренних половых органов не определяет. Диагноз: врожденное отсутствие влагалища и нормально развитой матки.—Настойчивое желание больной, пережившей благодаря своему уродству семейную драму, пришлось рассматривать, как показание к операции, которая и была сделана 28 сентября под общим наркозом. Средним разрезом вскрыта брюшная полость, матки не оказалось, по бокам вдоль безымянной линии располагались хорошо развитые яичники с извилистыми трубами, рядом продолговатые, компактные тельца—рудиментарные матки (см. подробное описание в первом случае).

Образование влагалища из петли тонкой кишки по Балдвину (*Raldwin*) с применением вышеописанной техники. При проделывании канала между мочевым пузырем и прямой кишкой встретились большие трудности из-за обилия соединительно-тканых разрастаний—был поранен мочевой пузырь, место повреждения зашито. В остальном та же, что и в 1-ом случае, техника. Низведение петли тонкой кишки без особого затруднения при помощи марлевой петли, при чем показавшаяся у входа во влагалище кишечная петля в этом случае совсем не подшивалась, будучи фиксирована выведенными наружу концами марлевой петли и завязанными над марлевым же валиком. Выступающая часть кишки проткнута скальпелем. В пузырь поставлен катетер, в брюшную полость небольшой выпускник в нижний угол раны. Послеоперационное течение осложнилось на некоторое время вздутием кишечника при остром расширении желудка, каковые явления до известной степени можно было приписать продолжительному пребыванию больной во время операции в Тренделенбурговском положении; эти явления стихли на 6-й день, чему, видимо, помогло удаление выпускника. Катетер удален на седьмой день, швы сняты на 10-й, брюшная рана зажила на всем своем протяжении к 20-му дню. Со стороны влагалища—петля прорезалась на 14-й день, при чем низведенная кишка оказалась вполне прочно приросшей к входу во влагалище, открываясь сюда 2-мя небольшими отверстиями. Применена бужировка, выделение слизи невелико, самочувствие хорошее. 24-го окт. исследование обнаружило несколько зияющий вход во влагалище, свободно пропускающий палец, который на глубине 3—4 приблизительно сант. нащупывает перегородку, разделяющую новообразованное влагалище на 2 рукава—канала. Через день на перегородку наложен артериальный зажим, под давлением которого перегородка омертвела, в результате влагалище углубилось. Осмотр д-рами *Владимирским* и *Шах-Нараянцем*, гинекологами нашей больницы, 3-го ноября обнаружил, что указательный палец весь входит в новообразованное влагалище, встречая здесь в глубине остатки названной перегородки, разделяющей правое и левое колено сложенной вдвое кишечной петли; выделяется слизь в небольшом количестве.—Осмотр 2 декабря: вход во влагалище свободно пропускает два пальца, которые на глубине 6—7 сант. встречают вышеназванную перегородку, разделяющую глубже влагалище на 2 рукава; слизи мало.—Позд-

нейшие сведения от 15 января 1925 г.: вышла замуж, сношения без болей, муж доволен.

Итак, в обоих наших случаях искусственное влагалище было сделано из петли тонкой кишки по способу Балдвина (*Baldwin'a*). Примененная нами техника в общем совпадала с описанием производства операции проф. Эдельбергом, который, как и я, отсепаровывал мочевого пузыря со стороны брюшной полости, так как, по мнению названного автора, „отсепаровка пузыря от прямой кишки снизу является технически весьма трудно выполнимой“. Тем не менее по 2-ом нашем случае, как и у проф. Эдельберга, отсепаровка мочевого пузыря от прямой кишки была крайне трудна из-за весьма плотных спаяний этих органов, что вызвало повреждение мочевого пузыря. Далее, низведение выключенной кишечной петли, сложенной вдвое, мы произвели при помощи марлевой полоски, продетой через брыжейку. Это низведение и проведение через отверстие в промежности по направлению ко входу во влагалище совершалось, как мы видели, с немалыми трудностями и не без натяжения, хотя брыжейка была рассечена глубоко к ее корню¹⁾. При таких условиях нельзя было думать о тщательном круговом подшивании низведенной кишки к слизистой входа во влагалище, и потому в первом случае ограничились наложением 3—4 фиксирующих швов, а в 2-ом—обошлись совсем без швов, прибегнув к фиксации низведенной кишечной петли при помощи марлевого валика—тампона, вокруг которого были завязаны концы марлевой же полоски—петли; эта марлевая петля прорезалась на 12-й день после операции, когда кишка достаточно прочно приросла к стенкам канала, приданного в тканях промежности²⁾. Несмотря на такую „упрощенную“ технику фиксация удалась вполне, получилось как бы первичное натяжение—приживание с переходом слизистой входа во влагалище в слизистую низведенной кишечной петли. Последнее обстоятельство объясняет отсутствие склонности к сужению новообразованного влагалища, которое в обоих случаях получилось достаточных размеров.

Что касается перегородки на месте прилегающих друг к другу стенок сложенной вдвое кишки, то она в обоих случаях с тече-

¹⁾ Когда работа была уже почти закончена, я получил номер *La presse med.* с статьею *Costantini*, который приводит мнение, что рассечение корня брыжейки совершенно не облегчает техники низведения петли выключенной кишки, являясь причиною роковых осложнений после операции *Baldwin*. Из 90 случаев этой операции, собранных *Rivière*, в 12 смерть произошла от перитонита, который в 5 случ. был вызван гангреной выключенной кишки, начавшейся вблизи энтероанастомоза и повлекшей к прободению; это осложнение *R.* объясняет затрудненным кровообращением—сосудистая гангрена. Далее, прямыми опытами на трупах *Costantini* удалось доказать, что даже самое обширное рассечение брыжейки может увеличить подвижность кишечной петли на 1 только мм. Как показали клинические наблюдения *Rosenthal* и *Costantini*, вполне удается низведение выключенной кишечной петли и без рассечения брыжейки, если только энтероанастомоз между проксимальной и дистальной частями кишки накладывать бок в бок в виде двуствольного ружья; брыжейка, совершенно нетронутая, остается позади анастомоза. С. этой технической детали придает большое значение, рассчитывая при помощи описанной техники на улучшение данных статистики операций *Baldwin* и на уменьшение высокого $\frac{1}{10}$ смертности при ней, равного, по его вычислениям, 17.

²⁾ На эту техническую особенность обращаю внимание, как на возможный выход из положения в трудных случаях низведения кишечной петли.

нием времени весьма заметно оттянулась вглубь; при этом у 1-ой больной главный рукав образовался за счет левого колена кишечной петли, у 2-ой больной—перегородка заняла срединное положение, суживая тем самым новообразованное влагалище; она была уничтожена, как мы видели.

Интересные данные о положении отдельных частей кишечной петли случайно были получены при релапаротомии у 1-ой нашей больной по поводу послеоперационной грыжи, показавшей надвигание пристеночной брюшины на одну из половин кишечной петли, послужившую для образования, именно, влагалища.

В дальнейшем, заслуживает внимание состояние слизистой оболочки в новообразованном влагалище. А priori можно ожидать более или менее обильного выделения слизи¹⁾, количество которой не может не зависеть от рода пищи и времени пищеварения, как это отметил Штекель (*Stöckel*). Несомненно, с течением времени слизистая оболочка в выключенной петле тонкой кишки, не получая привычных раздражений и не подвергаясь влиянию приходящих пищевых масс, должна видоизмениться и секрет ее делается меньшим по количеству и менее специфичным по качеству. И, действительно, как показывает клинический опыт и продолжительное наблюдение, с течением времени количество слизи уменьшается, выделения ее перестают беспокоить больных. С этим совпадают перемены в состоянии самой слизистой, которая и макроскопически и, может быть, и микроскопически видоизменяется. Сошлемся на первое наше наблюдение, в котором, как мы видели, одновременно с уменьшением количества слизи можно было обнаружить несомненные изменения в самой слизистой оболочке: на-ощупь получалось впечатление слизистой оболочки не кишки, а иной (см. выше). Произошла как бы метаплазия слизистой с изменениями как физиологических, так и анатомических особенностей²⁾.

Думается, что достигнутыми результатами в двух наших случаях можно остаться довольным: обе больные при помощи операции получили влагалище, которое в анатомическом отношении приближается к нормальному настолько, что 2-я наша больная уже вышла замуж и, по имеющимся сведениям, благополучно живет с мужем. Правда, как это видно из описания операции в наших случаях и из сообщений других авторов, самое оперативное вмешательство нельзя назвать технически легким и безопасным в отношении здоровья и даже жизни. Действительно, если у 1-ой больной все прошло гладко и только небольшая послеоперационная грыжа омрачила общее благоприят-

¹⁾ Этот обильный кишечный секрет, как известно, является главным недостатком в методах образования искусственного влагалища из прямой кишки по Снегиреву, Попову и Шуберту (*Schubert'y*).

²⁾ Невольно напрашивается аналогия в этом вопросе с установленными явлениями метаплазии в слизистой оболочке, напр., прямой кишки при образовании из нее искусственного мочевого пузыря; сошлюсь на известные опыты проф. Пенского, который делал мочевой пузырь из прямой кишки; ему удалось доказать гистологические изменения в слизистой оболочке новообразованного мочевого пузыря с метаплазией покрывающего его эпителия. А раз это так, вполне логично в дальнейшем в наших случаях ожидать еще большего уменьшения выделения секрета по мере атрофии специфических для слизи элементов в его стенке.

ное впечатление, у 2-ой в послеоперационном периоде в первые дни наблюдался парез кишечника и острое расширение желудка с довольно грозными явлениями частичной кишечной непроходимости. С другой стороны, согласно литературным данным, не все случаи кольпопозиса кончались благополучно. Так, из собранной Рабиновичем статистики операций Балдвина-Геберлена и Мори (*Baldwin - Häberlin - Mori*) создания искусственного влагалища из кишечной петли (в 105 случ.) видно, что летальный исход наблюдался в 15 случ.—14,3%, а этот % надо признать, даже если исключить 4 случая, где смерть последовала не в связи с самой операцией, весьма большим¹⁾.

Само собой разумеется, что при таких условиях, прежде чем решиться на подобную операцию, естественно призадуматься не только больной, но и самому хирургу, отдать ясный отчет о сопряженных с нею опасностях, о которых ни в коем случае нельзя скрывать от самой больной. Больная должна быть безусловно осведомлена о всех опасностях, возможных случайностях и осложнениях, и только после того, как она, вполне сознательно отнесясь к предстоящему мероприятию, будет настаивать на этой операции, хирург может согласиться на ее производство. Подход к этой пластической операции, по нашему мнению, не должен отличаться от обычного подхода к пластическим операциям, вообще, каковы, напр., операции исправления обезображенного носа, торчащих ушей и проч. изъянов, для устранения которых предложено такое количество т. наз. пластических—косметических операций. В частности, те же соображения можно привести по отношению к операции образования искусственного влагалища, по поводу которой проф. Рейн, возражая противникам ее, высказался, еще в 1893 г. в заседании Киевского Общества Акушеров и Гинекологов, что с принципиальной точки зрения „благородной задачей хирурга является стремление восстановить то, чего не создала природа и что он, принимая во внимание психическое состояние больной с таким уродством, состоянием, влекущим часто самоубийства, должен определенно высказаться за допустимость подобного рода оперативного вмешательства“.

Мы не будем приводить по этому вопросу взглядов других авторов, из которых одни, как, напр., Штрассман (*Strassmann*), Рабинович, горячо высказываются в пользу этой операции, а другие, как Франц (*Franz*), Нассауер (*Nassauer*)—считают ее недопустимой с точки зрения моральной, но ограничимся лишь ссылкой на то, что в ряде известных наблюдений женщина после этой операции и благодаря ей избавлялась от фактического (анатомического) уродства и освобождалась от гнетущего ее моральную

¹⁾ По статистике д-ра Рабиновича после операции образования искусственного влагалища по методу Попова-Шуберта (*Schubert'a*) из 60 больных умерло 4 (6,6%); процент, как видно, почти в 2 раза меньше даваемого операцией Балдвина (*Baldwin'a*); однако, некоторые осложнения, напр., ректовагинальные свищи, неполное держание жема с выхождением газов, чрезмерно обильное, наконец, выделение слизи—побуждает этой операции предпочесть метод Балдвина (*Baldwin'a*). В частности, по мнению Рабиновича, метод Балдвина (*Baldwin'a*) технически более прост, в дальнейшем не требует дополнительных операций, как это часто бывает при применении метода Попова-Шуберта (*Schubert'a*), влагалище при нем имеет нормальное направление и даже при долгом неупотреблении не суживается, оставаясь таким же объемистым, как и после операции.

сторону сознания, что она урод и не способна жить нормальной половой жизнью. Что после операции это действительно имеет место, с очевидностью доказывается рядом наблюдений, так, напр., у проф. Эдельберга одна больная, через 2 года после операции, будучи замужем, живет нормальной половой жизнью, вполне удовлетворяющей ее и ее мужа; вторая больная „через 3 г. после операции живет вполне удовлетворяющей ее половой жизнью“. То же имело место у нашей 2-ой больной, которая после операции, предпринятой ею после пережитой семейной драмы, в настоящее время живет нормальной, как она сообщила, половой жизнью.

Интересно далее отметить, что после операции образования искусственного влагалища бывавшие раньше периодические боли внизу живота проходили—случаи проф. Эдельберга и мои¹⁾). Кроме того общее состояние здоровья обычно улучшается—больные полнеют и мужают. Этот крайне интересный факт, по моему мнению, возможно объяснить т. сказ. биологическим влиянием разбираемой операции на функции организма вообще. Точнее говоря, при рассмотрении вопроса о показаниях к этой операции кроме *анатомических* и *моральных* оснований к ее производству целесообразно будет вспомнить и о *биологической* стороне дела. Несомненно после нее, как об этом свидетельствуют некоторые клинические наблюдения, отмечается прекращение болей внизу живота и улучшение общего состояния здоровья при возможных теперь половых сношениях с овуляцией, данные для которой были обнаружены в яичниках во время операции отдельными хирургами, в частности проф. Эдельбергом, в случае которого появились, как мы уже видели, викарирующие носовые кровотечения. Таким образом, становясь на эту точку зрения, можно сказать, что с возникновением условий, регулирующих более или менее нормальную половую жизнь, как бы создается возможность более совершенной корреляции желез внутренней секреции со всеми благотворными последствиями восстановления условий для их нормальной функции.

В заключение позволю себе сделать следующие выводы:

1) Операция образования искусственного влагалища при врожденном его отсутствии, даже при недоразвитии яичников и отсутствии нормально развитой матки, вполне допустима и показана по соображениям *анатомическим*, *моральным* и *биологическим*.

2) Устранение физического уродства и восстановление близких к норме анатомических отношений имеет большое психологическое значение, избавляя соответствующих больных от тяжелых и подчас трагических переживаний. На ряду с этим нельзя забывать о биологической стороне дела, так как создание анатомических более или менее близких к норме условий для половой жизни устраняет, как показал это клинический опыт, болевые симптомы и многие ненормальности путем восстановления более правильной корреляции деятельности желез внутренней секреции.

¹⁾ У 2-ой больной проф. Эдельберга, кроме того, после операции появились регулярные через 4 недели носовые кровотечения, повторившиеся уже несколько раз.

3) Из оперативных методов наилучшим надо считать предложение Балдвин - Геберлен - Мори (*Baldwin - Hüberlin - Mori*), которые образуют влагалище из петли тонкой кишки и техника которых, с небольшими изменениями в смысле последовательности моментов выключения петли и проделывания канала в промежности и ненужности тщательного пришивания низведенной кишечной петли, вполне выполнима.

4) Нельзя не отметить последующих изменений в состоянии слизистой оболочки стенки кишки, которая видимо подвергается своеобразной метаплазии с утратой особенностей слизистой кишки и с приближением к слизистой иных отделов пищеварительной, напр., трубки. Отсюда—уменьшение количества секрета и изменение его характера.

5) При всем этом, принимая во внимание все еще высокий процент смертности, равный даже с поправками Рабиновича 10 слишком и возможные при операции повреждения соседних органов, напр., мочевого пузыря, с последующими немаловажными осложнениями, операцию образования влагалища хотя бы по методу Балдвина (*Baldwin'a*) надо рассматривать, как серьезное и ответственное хирургическое мероприятие, к которому можно приступить после настойчивого желания больной, вполне осведомленной относительно всех сопряженных с этой операцией трудностей, возможных осложнений и опасностей.

(Из Акушерско-Гинекологического Отделения Ярцевской фабричной больницы, Смоленской губернии).

Операция образования искусствен. влагалища из прямой кишки по способу проф. Попова *).

Завед. Отдел. д-ра В. Ф. Шмелева.

Отсутствие влагалища у женщины является пороком, доставляющим ей тяжелые как физические, так и нравственные страдания.

С одной стороны, при достаточно развитых придатков и матке, наличие этого порока обуславливает образование haematometrae, которая, увеличиваясь, причиняет мучительные боли и в конце-концов приводит женщину к смерти. С другой стороны, вышедши замуж, такая несчастная, будучи неспособной к половым сношениям, подвергается ужасным нравственным мучениям, различным семейным неприятностям, недовольству со стороны мужа, разводу с любимым человеком и т. д., так что это одно часто доводит женщину до отчаяния и даже до самоубийства.

С древнейших времен делались попытки облегчить эти страдания оперативным пособием. Так, у Плиния мы находим указание на то, что мать Гракхов Корнелия страдала врожденной атрезией влагалища, которое было восстановлено оперативным путем.

В доантисептическое время к этой операции прибегали почти исключительно лишь при haematometra'x, при чем делался прокол троакаром или, реже, разделение тканей между мочевым пузырем и rectum'ом с целью дать выход собравшейся крови и тем спасти несчастную женщину от грядущей гибели. Но такие операции очень часто сопровождалась септическим заражением и заканчивались смертью больной, так что производить их только с целью дать возможность иметь половые сношения в то время не решались. Поэтому всякие попытки с этой целью, по словам Debrau, заслуживали самого сурового осуждения и порицания.

С появлением антисептики, непосредственные результаты этих операций, состоящих в образовании канала между мочевым пузырем и rectum'ом, сделались как-будто и утешительными. Тем не менее они очень скоро приходили к нулю, так как этот образованный канал быстро заростал совершенно или суживался руб-

*) Доложено в извлечении с демонстрацией больной (2-й случай) в Московском Научном Акушерско-Гинекологическом О-ве 25/III—1925 г. и в конференции врачей Акушерско-Гинекологической Клиники 1-го Москов. Государствен. Университета 24/III—1925 г.

цовой тканью настолько, что, в лучшем случае, оставался лишь небольшой свищевой ход, едва достаточный для стока менструальной крови, и, конечно, совершенно недостаточной для coitus'a. Никакими расширениями различного рода дилататорами, пессариями, губками и т. д. удержать канал от зарастания не удавалось.

Так плачевно шло дело до появления пластических способов операции, которые дали возможность путем пересадки получать хорошие результаты. Заслуга в этом отношении принадлежит русскому хирургу Гепнеру, который, первым в 1872 году в Петербурге, произвел такую операцию, пересадив лоскуты, взятые с больших губ и ягодиц больной. С этого времени было предложено и испробовано различными авторами множество различных как ауто-пластических, так и гомопластических и гетеропластических способов операций образования искусственного влагалища. Для эпителизации такого влагалища предлагались: слизистая оболочка, кожа, брюшина, как самой больной, так и от других людей и даже от животных. Все эти пластические операции требовали необычайного терпения как со стороны больной, так и со стороны хирурга, так как для достижения эпителизации необходимы были повторные пересадки тканей, и все же в конце-концов они в большинстве случаев были обречены на неудачу.

Эти недостатки пластических способов, естественно, не могли удовлетворить хирургов и они должны были искать новых путей, новых способов образования искусственного влагалища. Таким образом появился, наконец, способ образования искусственного влагалища из кишки. Идея применить для этой цели кишку принадлежит русскому гинекологу, проф. В. Ф. Снегиреву, который первым предложил и с успехом произвел в 1891 году эту операцию из прямой кишки. Способ проф. Снегирева, заключающийся в том, что нижний конец recti с anus'ом остается на своем месте и превращается во влагалище, а верхняя часть recti, отрезанная от нижней, перемещается кзади и на месте вылущенного копчика образует новое заднепроходное отверстие; большого распространения этот метод не получил. По нему оперировал лишь сам Снегирев 3 раза и д-р Гусев с небольшим видоизменением один раз.

Далее, в 1904 году предложил, а в 1907 году произвел операцию образования искусственного влагалища из тонкой кишки американский хирург Baldwin и в 1908 году, независимо от него, с большим видоизменением японский хирург Mori. Метод этот, давший безусловно хороший результат, с тех пор получил большое распространение и до настоящего времени по нему произведено около 106-ти операций. Тем не менее он обладает и недостатками, присущими вообще laparotomi'i и тем более с резекцией кишки и потому является для больной известным риском, который увеличивается еще и тем далеко не безразличным обстоятельством, что в употребленном для создания влагалища и сложенном петлей отрезке тонкой кишки один конец будет итти периферически, а другой центрально и в этом последнем, по наблюдению проф. Губарева, перистальтика гонит его содержимое к брюшной полости, а если оно успеет туда попасть пока брюшина не слиплась, то получится смертельный перитонит. Далее, при нормально развитых придатках и матке, способных к функции беременности,

тонкая кишка является недостаточной на случай родов, так как обладает плохой растяжимостью, толстая же, способная хорошо растягиваться, имеет в этом отношении преимущество. К недостаткам операции Baldwin'a относится также и то важное обстоятельство, что при короткой брыжжейке тонкой кишки эту операцию произвести нельзя, т. к. не удастся низвести в достаточной степени петлю кишки, и в таких случаях приходится зашивать брюшную полость и отказаться от операции или, потом, делать ее уже по другому способу. Наконец, крайне тягостны для больных бывают, часто очень обильные в первое время, выделения слизи из вновь образованного, из тонкой кишки, влагалища.

Ряд этих и других невыгодных сторон операции образования искусственного влагалища из тонкой кишки побуждали и побуждают по настоящее время гинекологов искать других способов и снова обратить внимание на забываемый уже способ Снегирева, на орган соседний с влагалищем, находящийся, приблизительно, в таких же условиях, как и само влагалище, это—толстую кишку.

В 1909 году проф. Д. Д. Попов в Петербурге предложил свой способ образования искусственного влагалища из толстой кишки. Операция эта производится следующим образом. После тщательного приготовления больной и кишечника в течение недели приступают к операции. Сначала проводится полукруглый разрез по заднему краю anus'a на границе слизистой и кожи. Осторожно, стараясь не повредить сфинктера, отделяют указательным пальцем, а отчасти ножницами прямую кишку сзади и с боков, на протяжении около 8,5 см вглубь, оставляя переднюю стенку в соединении с дном мочевого пузыря и *trigonum Lieutaudii*, дабы не нарушать питания этого отрезка кишки и воспрепятствовать в будущем его сокращению. Выше этого места (8,5 см) *rectum* отделяется от окружающих тканей кругом как можно выше (на 10—12 см). Освобожденная таким образом часть кишки пальцем, согнутым крючкообразно, выводится в рану наружу и здесь рассекается поперек. На оба отрезка накладываются клеммы и верхний отрезок, покрытый марлей, оставляется пока висеть, а верхний конец нижнего отрезка, по заворачивании внутрь слизистой, зашивается непрерывным кэтгутовым швом и образует свод влагалища. Теперь возвращаются опять к начальной стадии операции, проводят такой же полукруглый разрез на границе слизистой и кожи по верхнему краю anus'a и через него также осторожно выделяют кишку на протяжении около 3 см, так что нижний конец *recti* делается свободным. Далее, на месте, где нормально находится вход во влагалище, проводится срединный разрез от отверстия уретры, отступя от него с/м на 2, сзади до промежности. Расслаивают здесь тупым путем клетчатку позади мышц промежности и сфинктера и добираются до выделенного нижнего отдела прямой кишки, захватывают его, продевают через рану, укрепливают швами и слизистой срединного разреза и образуют таким образом вход во влагалище. Наконец, свободно висящий верхний отрезок *recti* пришивается к коже заднего прохода. Операция окончена. В задний проход вставляется толстая резиновая трубка, обмотанная несколькими слоями марли и смазанная вазелином. Влагалище рыхло тампонируется марлей. В дальнейшем забота о подержании чистоты и задержка испражнений в течение 7—9 дней.

Таким образом, в описанной операции Попова совершенно отсутствуют глубокие разрезы, свойственные операции Снегирева, и позднейшей операции Schubert'a. Функция *anus'a* не нарушена. Опасения, что может получиться недержание кала и газов значительно преувеличены, т. к. оно зависит от удаления наружного сфинктера, что может произойти только при слишком грубом оперировании. Влагалище находится в ночи нормальных анатомо-физиологических условиях и вполне отвечает своему назначению. Сморщивания и укорочения его в дальнейшем не получается, т. к. этому препятствует ненарушенное соединение с дном мочевого пузыря и *trigonum Lieutodii*.

В доступной мне литературе удалось собрать 12-ть случаев, вместе с 2-мя моими, операций образования искусственного влагалища по способу проф. Попова. Оперировали следующие авторы: Попов—6 сл., Какушкин—3 сл., Кипарский—1 сл. и Шмелев—2 сл. При чем результат операции получился: вполне хороший в 8-ми случ.; относительный—1 сл. (Попов); отрицательный—1 сл. (Попов) и смерть последовала в 2-х случ. (Какушкин). Смерть в последних 2-х случ. наступила от септического перитонита, развившегося после случайного ранения во время операции брюшины, дугласовой впадины. Смертность таким образом при этой операции—16,6%. Что касается отдаленных результатов операции, то они прослежены: в одном случ. до 4-х лет; 1 сл. до 2-х лет; 1 случ. 9½ мес.; 1 сл.—1 г. 3 м. и 1 сл.—1 год. Во всех этих случаях имелся стойкий, прекрасный результат—образованное влагалище не обнаруживало ни малейшей склонности к уменьшению, а, наоборот, под влиянием *coitus'a* еще более удлинялось и самый *coitus* происходил без каких бы то ни было неудобств, удовлетворяя в полной мере обоих супругов.

К недостаткам операции Попова относятся сравнительная техническая трудность ее производства и трудность достижения хорошей дезинфекции прямой кишки.

Эти недостатки отчасти устранены в позднейшем способе операции, предложенном в 1911 году Schubert'ом. Способ образования искусственного влагалища из прямой кишки Shubert'a является до некоторой степени как бы комбинацией из способов Снегирева и Попова. Суть его заключается в следующем. Отсепарование прямой кишки производится не со стороны заднепроходного отверстия, а через глубокий разрез, проведенный от *anus'a* до середины крестца, при чем, находящийся на пути копчик вылуцчивается и вскрывается тазовая факция. Этим достигается то, что все отделение кишки происходит в асептических условиях. В этой же ране кишка перерезается и верхний ее отрезок выводится отсюда вниз и пришивается к коже *anus'a*.

Крупным недостатком способа Shubert'a является то обстоятельство, что он сопряжен с этими глубокими разрезами и потому значительным травматизированием тканей и уродованием большой.

Теперь приведу вкратце описание двух оперированных мною по способу проф. Попова случаев.

Случай 1-й. М. В., 19 лет, поступила с жалобами на сильную боль при половых сношениях, которые совершенно не удовлетворяют мужа. Замужем полгода. Сельская учительница. Происходит из здоровой крестьянской семьи, родилась от здоровых родите-

лей. В детстве перенесла корь. Menstrua ни разу не носила. Mollimina menstrualia отсутствуют. Libido sexualis имеется—появилось года два назад. Правильного сложения, удовлетворительного питания. Роста выше среднего. Грудные железы нормально развиты. Волосы у половых органов растут по женскому типу, обильны. Наружные половые органы—большие и малые губы, клитор нормально развиты, отверстие уретры зияет. Входа во влагалище и влагалища нет, а на этом месте имеется небольшое углубление в 2—3 см. При исследовании per rectum матка отсутствует, а на месте труб идут какие-то тяжики. Яичники находятся на своих местах, нормальной величины. За неделю до операции больной назначена бедная плотными остатками, молочная пища. Внутрь порошки Bismut. subn. 0,5 + Salol 0,3 3 раза в день, для дезинфекции кишек во избежании метеоризма. За два дня до операции и накануне слабительное в виде Magnes. sulfur. + Natr. sulfur. aa 12,5 на прием и кроме того клизмы из Sol. 2% ac. borici. Последние 2 дня никакой пищи, кроме чая, не давалось. Накануне операции общая ванна и бритье половых органов. На ночь 10 капель t-rae opii simpl. внутрь. 22/XI—1923 г. операция под хлороформным наркозом. Больная уложена на спине с приведенными к животу и раздвинутыми в стороны бедрами. Rectum протерта марлевым шариком, смоченным в спирту и в нее рыхло введен марлевый тампон; кожа вокруг anus'a смазана 5% t-rae jodi. Сначала, в перчатках, произведено осторожно, методически, дабы не повредить слизистой, расширение сфинктера заднего прохода так, как это делается при операции геморроя по Whitehead'у. Затем, уже без перчаток, проведен полулунный разрез по заднему сегменту anus'a на границе кожи и слизистой, поближе к слизистой во избежание ее пролябирования в будущем и во избежание повреждения сфинктера. В дальнейшем отсепарование кишки и вся операция велась так, как это описано мною выше. При пришивании краев верхнего отрезка кишки к коже anus'a и—краев нижнего отрезка к слизистой входа во влагалище, швы накладывались мною в два этажа. Сначала наложены узловые шелковые, а затем, в виду того, что слизистая кишки все-таки не прилегала плотно к краям раны, а отставала между швами в виде бахромы, наложен второй непрерывный кэтгутовый шов. Через рану заднепроходного отверстия вставлены две марлевые турунды, для дренирования параанальной клетчатки. В образованное влагалище, длина которого составляла 9 см, вставлена толстая дренажная стеклянная трубка Küstner'a, применяемая для лапаротомий, трубка смазана вазелином и укреплена. В rectum, для отвода газов, введена толстая резиновая трубка в 10 см длины, обмотанная несколькими слоями марли и хорошо смоченная стерилизованным Ol. camphor. Наложена T-образная повязка. Операция длилась около 2 1/2 часов. Послеоперационный период протекал гладко. T-ра не подымалась выше 38° C. Моча, первые 5 дней, спускалась катетером. Первые 3 дня больной давался только чай, а с 4-го дня бульон, молоко и кофе. Внутрь, в течение 7-ми дней, ежедневно 3 раза в день t-rae Opii simpl. по 8 капель и Bismut. subnit. с Urotropin'ом по 0,5. На 7-й день сделана перевязка—перемена дренажной трубки, извлечены турунды и сняты швы. На 10-й день резиновая трубка удалена совсем и дано слабительное Ol. ricini 30,0. Первое время,

около 3-х приблизительно недель, больная не удерживала газов и жидких испражнений, но это скоро прошло, и она выписалась на 35-й день после операции совершенно здоровой.

Образованное влагалище свободно пропускало 2 пальца, имело в длину 8 см, не пролабирует, слизистая его резко отличается от соседней слизистой входа своей более интенсивной розовой окраской. Через 11-ть месяцев я видел эту больную в прекрасном состоянии и с несколько увеличившимся, под влиянием coitus'a, влагалищем.

Случай 2-й. Е. Л., 21 года. Поступила в Ярцевскую фабричную больницу с жалобами на невозможность иметь coitus. Замуж вышла 1 месяц назад, но прожила с мужем только 2 дня. За эти дни дважды делались попытки к половым сношениям, но всякий раз вызывали сильную нестерпимую боль в промежности и внизу живота. После второй попытки показалось немного крови и на следующий день появилась опухоль внизу, с чем обратилась в соседнюю участковую больницу, откуда была направлена ко мне для операции. Крестьянка. Родители живы и здоровы. Никогда ни чем не болела. Menstrua не были ни разу. Molimina menstrualia с 12-ти лет в виде сильных тянущих болей внизу живота, появляющихся аккуратно через 3 недели и держащихся 5—6 дней. Libido sexualis появилось с 16 лет, ясно выражено. Среднего роста, крепкого сложения, хорошего питания. Грудные железы нормально развиты. Волосы на половых частях растут по женскому типу. Размеры таза 30—27—25—18. Срамные губы, клитор и его уздечка недоразвиты. На месте входа во влагалище, ограниченная с боков малыми губами, слизисто-кожная складка. Влагалище отсутствует. При исследовании per rectum на месте матки небольшое, в ноготь величиной, плоское тело, от которого отходят в обе стороны тонкие тяжи, несколько напоминающие трубы; яичники отсутствуют. 11 VI—1924 г. операция под хлороформным наркозом. Операция произведена точно так же, как и в первом случае. Послеоперационное течение сопровождалось повышением t° , доходящим по вечерам до $38,5^{\circ}$, вследствие нагноения в параректальной клетчатке. На 6-й день сделана перевязка—переменены турунды в параректальную клетчатку. На 9-й день трубка из прямой кишки удалена и дано слабительное. Появился понос, продолжавшийся в течение полутора недель. Рана в параректальной клетчатке перевязывалась ежедневно. Область заднего прохода все время содержалась в чистоте, постоянно делались подмывания теплой водой. В течение 6-ти недель рана зажила и функция заднего прохода совершенно восстановилась, не потребовав никаких массажей anus'a. Не заметно даже рубца на месте зажившего per secundam участка. Новообразованное влагалище имело в длину 10 см; на вершине его свода имеется выпячивание, похожее на portio vaginalis uteri, получившееся вследствие вворачивания внутрь слизистой при сшивании конца отрезка кишки. В настоящее время, через год после операции, влагалище в прекрасном состоянии. Никаких изменений в смысле укорочения, сужения и т. д. не произошло.

Настоящая операция проф. Попова описана мною не с целью доказывать преимущества этого метода перед методом Baldwin'a и др.—это решит будущее, у меня собственного опыта с этими ме-

тодами нет. А моя цель иная. Я полагаю, что для образования искусственного влагалища более приемлема толстая кишка, которая имеет, как мною уже указано, много преимуществ перед тонкой. Поднятая в настоящее время в специальной литературе дискуссия по вопросу о том, какой способ—Baldwin'a или Попова и Schubert'a—более пригоден, т. е. тонкая или толстая кишка, должна склоняться в сторону толстой кишки, не предрешая самого способа операции. Будущее в этом отношении принадлежит, по моему убеждению, не тонкой, а толстой кишке.

акusher-lib.ru

XL.

(Из Смоленской Акуш.-Гинекологической Клиники. Директор проф. Н. В. Марков).

К патогенезу двойней.

Ассистента Клиники д-ра Ф. А. БОКАНОВА.

Вопрос о происхождении двойней и вообще о множественной беременности был поставлен впервые еще Аристотелем. После него целый ряд корифеев науки — Harvey, Koch, Hellin и др., внесли в эту область столь многое, что в настоящее время этот вопрос является более или менее вполне освещенным. Однако, есть еще положения, требующие разрешения или подтверждения.

В то время как одноплодная беременность составляет правило для человеческого организма, множественная беременность (роды двойней, тройней и т. д.) является уже исключением. В этом отношении существует обратно - пропорциональная зависимость между человеком и животным. По Patellani, чем ниже существо стоит на ступени своего развития, тем большею плодовитостью оно отличается. Эта закономерность в природе наглядно выступает, если бегло представить себе ход развития животного мира.

У броненосцев из одного яичника, как нормальное явление, развивается несколько эмбрионов. Так, Fernandez описал зародышевый пузырек у *tatusia hybrida* с 6 эмбрионами, происходящими из одного фолликула. Они имели общую центрально расположенную полость, их пуповина сходилась к одному центру. Если возьмем свиней, кошек, то ведь и там множественная беременность является еще правилом. Но у овец, как более совершенных животных, приплод будет уже меньше, а у коров частота двойней будет, как и у человека.

Переход к одноплодному созданию у женщины еще не вполне завершен. В этом отношении она стоит даже ниже высоко развитого животного — лошади, где двойни наблюдаются крайне редко. Из выше сказанного понятно, почему некоторыми авторами, в связи с нижеуказанною наследственностью, множественная беременность рассматривается, как род атавизма. В самом деле, плодовитость человека иной раз достигает таких цифр, которые мы встречаем обычно только у животных, стоящих на низком уровне своего развития. Так, Neugebauer имел случай, где женщина имела 44 беременности с 17 доношенными плодами. Burdach наблюдал мать, родившую 59 младенцев, из них 6 раз двойни, 7 раз тройни и 4 раза четверни. Küster описал беременность

44 плодами, при чем среди рождавшихся были 3 раза четверни и один раз роды шестью плодами. Desault сообщил о беременности у одной и той же женщины 2 раза двойнями и 3 раза пятью плодами. Vassalli лично видел беременность шестью плодами. Беременность семью плодами не описана. Однако, могильная плита в Гомельне с изображением матери с 7 младенцами и с надписью: „Здесь мирно почивают семь младенцев, два мальчика и пять девочек, родившихся одновременно 9 января 1600 года в 3 часа утра от гр. Thiele Roemer и его жены Anna Breyers“—свидетельствует о таковой возможности. Менее достоверным является сообщение Francesco Pico de la Mirandola об итальянке Доротее, которая будто бы имела в первую беременность 9 плодов, а вторую 11! По описанию, живот ее во время беременности был настолько велик, что свешивался ниже колен, и для поддержки его она носила широкий бинт через плечо.

В происхождении множественной беременности играет колоссальную роль наследственность. Lebel описал случай двух двойней у женщины, у которой мать, сама из двойней, рождала 3 раза двойни. Valenta опубликовал случай, где мать в 11 беременностей принесла на свет 32 ребенка. Сама происходила из четверней, а отец из двойней. Интересно, что ту же роль наследственность играет и у животных. Mac-Gilvray описал случай с одной коровой, у которой подряд шесть лет были двойни. Две из последних повторили двойни, а один бык от этой коровы дал при спаривании тоже двойню.

Наследственность по женской линии передается, очевидно, в половые железы (яичники), которые способны за один раз продуцировать несколько яиц. Труднее объяснить наследственность по мужской линии, которая несомненно существует.

Gardier упоминает об одном купце из Лилля, который от двух женщин имел 82 ребенка. Наконец, как о рекорде человеческого плодородия, нельзя не упомянуть о русском крестьянине Васильеве, который от первой жены имел 4 раза четверни, 7 раз тройни и 16 раз двойни; от второй жены он имел 2 раза тройни и 6 раз двойни. Всего имел 86 детей, из которых 84 — жизнеспособных. По исследованиям Naehler't'a, способность к множественной беременности увеличивается с течением поколений, и характерно, что она более ярко выражается в случаях, где муж и жена происходят из плодovитого семейства.

Hellin, вычисляя частоту множественной беременности, пришел к определенному закону, по которому двойни встречаются 1 раз на 80 беременностей, тройни 1 раз на 80², четверни 1 раз на 80³ и т. д. Однако, этот закон не будет точным по отношению к русским. По статистике Михайлова, в России множественная беременность наблюдается чаще, чем это следовало бы по закону Hellin'a, а именно: двойни 1 раз на 48 беременностей, а тройни 1 раз на 2904 беременности. Очевидно, здесь играют роль расовые особенности. Повидимому, многоплодная беременность чаще всего встречается у славянского племени, затем у германского.

Плодовитость зависит и от климата. Так, европейки, переехавшие в жаркий климат, по Steiger'y, меньше беременеют. Даже для Кубы, которая считается наиболее подходящей для жизни европейцев, по исследованиям Ramon de la Sagra, белая семья,

креольская семья, поселившаяся в стране и не обновленная свежей европейской кровью — в третьем поколении теряет совершенно способность к дальнейшему развитию. Эскимосы, самоеды отличаются незначительной плодовитостью, что зависит, впрочем, не только от климата, но, вероятно, еще и от того, что эти женщины, во время длинных полярных ночей, не носят месячных и, следовательно, у них не происходит в это время овуляции. Имеет значение и раннее вступление в брак самоедов; 16—17 лет мальчики-самоеды женятся на 13—14-летних девочках.

У животных климатические условия также не остаются без влияния. Так, кролики, которые в умеренном климате плодятся 3—4 раза в год, в теплых странах 7—8 раз.

В известной зависимости плодовитость стоит от питания и жизненных условий. Известно, что домашние кошки плодятся чаще, чем дикие. Домашние утки кладут 80 яиц, в то время как дикие 5—10 яиц. По этому поводу Спенсер говорит: „Количество силы, которую может развить какая-либо особь, есть величина постоянная. А в таком случае организм может употребить тем меньше сил для продолжения рода, чем больше он должен затратить их для поддержания собственной жизни и наоборот“.

Это, конечно, относится не только к животным, но и к человеку. Известно, что хорошие жизненные условия создают благоприятную почву для того, чтобы женщина *ad maximum* выполнила свое физиологическое назначение. Интересно отметить еще тот факт, что плодовитость повышается при смешении рас. Ritter указывает на алеуток, которые становятся необычайно плодовитыми в браках с русскими. В особенности это выявляется среди мулатов (потомков негров и белых). У готтентотов, по исследованиям Vaillant'a, обычно в семье 3—4 ребенка; при скрещивании с неграми число это утраивается, а брак готтентоток с белыми дает еще более многочисленное потомство.

В развитии двойней, наконец, имеет значение еще и возраст. *Maximum* падает на возраст от 26 до 28 лет. Кроме того, у повторно-беременных двойни встречаются чаще, чем у первобеременных. По статистике Winkel'я, двойни у первородящих — в 28,78%, а у повторно-беременных в 71,22%. Эта этиологическая связь устанавливается и французскими, и русскими авторами. По французским авторам, кроме того, множественная беременность чаще встречается у туберкулезных, истеричек, алкоголиков и в особенности — сифилитиков. Из других факторов, стоящих в связи с разбираемым вопросом, можно отметить еще и то обстоятельство, что женщины с различными формами раздвоения матки особенно предрасположены к этой аномалии. Robertson сообщил о таковом случае: у негрятки с двурогой маткой I роды — одноплодная беременность, II и IV роды двойни, а III роды — тройни.

Многие авторы ставят множественную беременность в зависимость от количества паренхимы в яичнике. Женщины, имеющие яичники с богатой паренхиматозной тканью, отличаются особой плодовитостью. Если же в яичнике сильно развита промежуточная ткань, то это будет причиной обратного явления, так как яичник в таких случаях бывает беден фолликулами. Причиной множественной беременности, как выставляется многими авто-

рами, является множественная овуляция, которая может произойти, во-первых, через созревание нескольких фолликулов в обоих яичниках (овуляция с двух сторон) и, во-вторых, через созревание нескольких яиц в одном яичнике. В последнем случае яйцо созревает в нескольких фолликулах, или же в одном фолликуле развивается несколько яиц (овуляция с одной стороны). Каким образом произошла овуляция — можно решить лишь путем нахождения *corpus luteum* в одном или же в двух яичниках.

Одностороннее происхождение множественной беременности чаще всего есть результат созревания нескольких граафовых пузырьков. Эта множественность фолликулов, как одна из причин множественной беременности, выступает в особенности у животных.

Bischoff описал ее у кроличих, Schröп у кошек, Baer у собак и свиней. Haussmann наблюдал 9 эмбрионов из 6 фолликулов у свиньи. Другая возможность одностороннего происхождения двойней та, при которой оба яйца созревают в одном граафовом пузырьке. Эти случаи нередко находимы были у новорожденных. Правда, некоторыми авторами эти находки рассматриваются обычно как промежуточные стадии развития. Однако, подобные явления иной раз наблюдаются и у взрослых, как это следует из наблюдения Тимофеева, который нашел у 27-летней женщины один примордиальный фолликул с двумя яйцевыми клетками.

Vimп наблюдал в яичнике одной умершей женщины, которая должна была родить двойни, одно *corpus luteum*, при чем был найден при микроскопическом исследовании один фолликул с двумя клетками.

Допустима возможность развития двойней, кроме того, из многоядерных яиц. Такие многоядерные яйца находили Schulп, Franquè, Stöckel, Горизонтов. Далее возможно, что яйцо после оплодотворения разделяется на две или несколько частей, порождая двойни, тройни и т. д.

Что касается возможности полиспермии, то мнения авторов разделяются. В то время как Liermann вполне допускает проникновение двух сперматозоидов в одно яйцо—Sobotta и Boveri отрицают это, указывая, что при таком оплодотворении получается патологический продукт (уроды). Таково в кратких чертах происхождение двойней из одного яичника.

Каким бы путем ни произошли двойни при вышеуказанных возможностях—*corpus luteum* будет лишь на одной стороне. Если же *corpus luteum* будет найдено и в правом и в левом яичниках, то это послужит доказательством происхождения двойней из двух яичников. Таковые случаи находимы были некоторыми авторами при аутопсиях. Так, Hoefft при 5 вскрытиях женщин нашел при двойнях 3 случая, где *corpus luteum* было в каждом яичнике (в двух остальных 2 *corpus luteum* были найдены в одном яичнике). Hubert Peters описал случай нахождения двух яиц в полости матки у женщины, умершей на 6-м месяце беременности от порока сердца. В каждом яичнике было *corpus luteum*.

Нами в клинике были найдены два желтых тела в обоих яичниках (т. е. одно в правом, а другое в левом яичнике) при чревосечении у женщины, которая рождала двойни, при следующих обстоятельствах.

Больная Ларионова, 28 лет, кр. Смоленской губ., Дорогобужского уезда, дер. Тимошино, поступила в клинику 2 XI—1923 г. с жалобами на боли внизу живота и в области поясницы.

Menses с 15 лет по 5—7 дней с незначительными болями, довольно обильные. После замужества тип их не изменился. Последние menses несколько дней назад.

Половой жизнью живет 5 лет. Первые роды, по словам больной, за 2 недели до срока,—разнополые двойни (мальчик и девочка). Девочка, родившаяся более слабой, в скором времени поправилась и жива в настоящее время; мальчик через 1½ года умер. Вторые роды срочные 2 года назад—двойни (два мальчика). Один ребенок жив и до сих пор; второй родился через сутки после первого мертвым. Было сильное кровотечение. В послеродовом периоде слабость. Пролежала в постели около месяца.

В семье—у бабушки отца были тройни (пола их не знает). Настоящее заболевание началось в июле с/г жаром и болями внизу живота. Через несколько дней появилась резь и частые позывы при мочеиспускании, бели. Однако, вскоре все острые явления стихли и остались лишь боли в области поясницы и внизу живота.

Status praesens. Б-ая среднего роста, телосложения и питания N. Со стороны внутренних органов—небольшое количество рассеянных сухих хрипов в обоих легких. Сухой кашель и боли в левом боку.

Мочевые органы—мочеиспускание частое, безболезненное.

При исследовании *per vaginam* шейка уклонений от N не представляет. Матка, неувеличенная в объеме, в *retroversio*. Выведение ее удается с трудом и весьма болезненно. Придатки N.

15/XI под хлороформным наркозом *Laparotomia mode Pfannenstiel*. В обоих яичниках кровоизлияния—разрывы фолликулов (*corpus luteum menstruationis*). Трубы N. По желанию б ой и вследствие общее-равномерно-суженного таза—стерилизация. Решено правый яичник, в месте лопнувшего фолликула, обшить. Из места уколов при обшивании кровотечение. Пришлось резецировать часть яичника. В заднем Дугласе небольшое количество спаек. Фиксация матки *mode Doléris*. Швы сняты на 7-й день. *Prima*. Выписалась 24 XI здоровой.

Итак, мы нашли при чревосечении по *corpus luteum* в каждом яичнике. Несомненно, что при первой из двух протекших беременностей при оплодотворении овуляция происходила таким же образом, т. е. из 2-х яичников, на что указывает разнополость плодов (двуяйцевые двойни). Возможно, что и вторая беременность тоже были двуяйцевые двойни, в виду, повидимому, постоянной одновременной овуляции в обоих яичниках.

Плоды, происходящие из двух яичников, как известно, могут быть как однополыми, так и различного пола. По *Elenterescu* на 100 новорожденных 50 раз—мальчик и девочка, 25 раз—мальчики и 25 раз девочки. Однояйцевые двойни всегда бывают однополыми. Следовательно, в нашем случае были двойни двуяйцевые, т. е. происходившие из двух яичников. Вообще последняя разновидность двойней встречается несомненно чаще. На 43 случая, собранных *Bar'om* и *Elenterescu*, было 30 двойней из двух яич-

ников. По статистике Strassmann'a, собравшего 375 случаев, беременность из двух яичников в 85,44%. По Ahlfeld'у—в 84,55%.

Следовательно, нашим наблюдением мы еще раз подтверждаем происхождение наиболее частых случаев двойней—двуяйцевых.

В заключение настоящего сообщения, мы хотели бы упомянуть о случае д-ра Zondek, опубликованного в минувшем году. Речь шла об одной женщине, 38 лет, которая 9 раз подряд рождала двойни от первого мужа, происходившего из двойней. В ее семье двойни не встречались. Выйдя за второго мужа, она имела от него 3 одноплодных беременности. Среди двойней у нее чаще были разнополые (мальчик и девочка). Если бы они были двуяйцевые, то яичник этой женщины всегда должен бы содержать два способных к оплодотворению яйца. Но в таком случае и от второго мужа она должна была бы также иметь двойни. Автор делает предположение о возможности развития разнополых плодов из одного яйца.

Если это так, то господствующее до сих пор мнение, что олояйцевые двойни всегда бывают однополыми—должно быть отвергнуто.

Интересно, что в данном случае ярко выступает наследственность с мужской стороны. Может быть здесь играли большую роль сперматозонды? Это вопрос будущего.

Так или иначе, вопрос о двойнях, при всей своей как бы ясности, все же требует еще дальнейших исследований, и наш случай является интересным в том отношении, что, очевидно, у некоторых женщин двойни развиваются, как нормальное явление, вследствие постоянной одновременной овуляции в обоих яичниках.

(Из Акушерско-Гинекологической клиники Пермского Гос. Университета).

Развитие молочных желез в подмышечной области во время беременности и лактации.

Д-ра З. А. Андреевой.

Описания казуистических случаев добавочных образований молочного аппарата чрезвычайно многочисленны. В крупных работах по этому вопросу (Leichtenstern, Hansemann) собраны сотни случаев полителии. Тем не менее с анатомической стороны добавочные молочные железы изучены мало—микроскопическое исследование их почти не производилось; поэтому и классификация их не разработана надлежащим образом; вопрос о происхождении этих образований также еще не выяснен вполне.

По современным воззрениям на онто- и филогенез молочного аппарата, как сама молочная железа, так и ее добавочные образования развиваются в пределах первичной эмбриональной закладки, так наз. „молочной линии“ Schultze, которая простирается у эмбриона от области жаберных дуг до каудального отдела. Смотри по виду животного, молочные железы развиваются на большем или меньшем протяжении молочной линии. У современного человека, по исследованиям проф. Штефко, область развития молочных желез менее обширна, чем у его предков, у которых она захватывала и паховую область; затем в ходе эволюции постепенно происходила редукция как с краиниального, так и с каудального конца. В эмбриональном периоде у человека закладывается несколько пар молочных желез (3—8 пар); развивается, как известно, лишь одна пара, остальные нормально подвергаются регрессивному метаморфозу. Если таковой не происходит, остаются добавочные молочные железы. Эти рудиментарные образования чаще наблюдаются у плодов и у молодых животных; у взрослых организмов они встречаются реже. Следовательно с точки зрения истории развития добавочные молочные железы представляют собой не что иное, как проявление атавизма; при этом не лишено интереса отметить наблюдения Номея, стоящие как бы в противоречии с этой теорией, над тем, что у европейцев эти рудименты встречаются чаще, чем у первобытных народов.

С приведенной точки зрения истории развития нельзя объяснить все случаи добавочных молочных желез, так как они встречаются не только в границах молочной линии, но и вне ее,

напр., на бедре, на спине и пр. Для таких аномалий многие авторы принимают гипотезу заноса отщепившихся зародышевых закладок в необычные для них области тела.

Генетическое родство молочной железы и ее добавочных образований с потовой железой в настоящее время считается окончательно установленным. Прежние взгляды (Gegenbauer), считавшее гомологом молочной сальной железе, теперь опровергнуты путем систематического изучения строения молочной железы у человека и высших млекопитающих в различных стадиях ее развития, начиная с момента возникновения в эмбриональном периоде до наивысшего расцвета ее во время лактации. Stöhr установил ее трубчато-альвеолярный тип строения, что подтвердили и новейшие исследования Brouha, по которым молочная железа имеет трубчатое строение и лишь ко времени ее высшего развития в период беременности и лактации приобретает трубчато-альвеолярный характер. Не только по своему строению, но также и по типу секреции (мерокринный тип) молочная железа обнаруживает свою близость с потовой, но не сальной железой.

Генетическое родство этих желез подтверждается и сравнительно анатомическими исследованиями. Работы Eggeling'a показали, что в ранних стадиях эмбрионального развития у однопроходных потовые и молочные железы совершенно не отличимы; у человека и высших млекопитающих дифференцировка тех и других желез происходит еще позднее, даже у 8—9-месячных эмбрионов можно наблюдать переходы между потовыми и молочными железами (именно в области *axilla*). Наконец и во взрослом состоянии человеческого организма, так наз. Монггомеровы железы, по некоторым авторам, представляют собою не что иное, как переходный стадий между потовой и молочной железами; во время беременности эти переходные железы выделяют иногда молозиво.

Чрезвычайно разноречивы данные относительно частоты добавочных образований молочных желез. По цифрам Ammon, Bardeleben'a полителия в Саксонии встречается у одного на 19 человек. В той же Германии в Страсбурге Hug обнаружил полителию лишь в 2-х случаях на 4000 трупов. В Америке, по данным Boas'a, эти аномалии наблюдаются очень редко. В России, согласно наблюдениям Стоянова, Штефко и др., добавочные молочные железы встречаются очень редко.

Располагаются они, согласно обширным наблюдениям Leichtenstern'a, большей частью на груди книзу и кнутри от нормальных грудных желез. В подмышечной впадине, хотя она и лежит в пределах молочной линии, они представляют редкую находку. По данным Leichtenstern'a лишь в 0,1—0,5% всех случаев добавочных молочных желез они располагаются в подмышечной впадине. Kayser на 2700 родильниц нашел добавочные молочные железы в подмышечной области лишь 5 раз; Seitz на 1200 родильниц — 4 раза; в нашей клинике на 1800 родильниц был лишь 1 случай настоящих добавочных желез в подмышечной впадине. До 1908 г. в европейской литературе, по данным Seitz'a, было описано всего лишь 30 случаев добавочных желез в подмышечной области.

В полном несоответствии с приведенными цифрами наблюдали мы довольно часто в подмышечной области у рожениц своеобразные набухания, не подходящие по видимому под тип истинных добавочных желез. Описываемые образования располагаются обычно симметрично в обеих подмышечных впадинах (лишь в 5 из общего числа 21 наблюдений они находились только с одной стороны). По общему виду они представляются припухлостями овальной, иногда веретенообразной формы с нерезкими расплывчатыми контурами. Величина их очень разнообразна: иные достигают значительных размеров (с куриное яйцо и более), другие напротив определяются лишь при известном навыке в виде небольшого малозаметного участка набухлости кожи, размером менее горошины. На ощупь они довольно плотной консистенции с неровной, мелкобугристой поверхностью; подвижны, но вместе с кожей их покрывающей. Последняя не может быть поднята над ними в складку, как обычно при железах или опухолях, расположенных в подкожно-жировом слое; наоборот, описываемые набухания тесно связаны с кожей и заложены как бы в толще ее самой; кожа над ними растянута, бледновата, с расширенными зияющими порами.

Ни соска, ни *areola*, ни выводного протока, открывающегося наружу и видимого простым глазом, эти образования не имеют.

Они безболезненны, причиняют женщине лишь чувство некоторого неудобства, особенно когда достигают своего наибольшего развития.

Никакой связи с нормальной грудной железой в виде тяжи или промежуточных долек не удается определить путем ощупывания.

При сдавливании основания таких образований расширенные поры покрывающей его кожи выступают еще рельефнее и из них показываются капельки пота, а местами беловатая жидкость, похожая по виду на молоко. Млекообразная жидкость вытекает из нескольких (2—6—8) более крупных пор кожи. Какой-либо системы в расположении кожных пор, выделяющих молокообразный секрет, не замечается; они лежат беспорядочно, на различном расстоянии друг от друга, в различных участках набухания; отличаются они от других пор кожи лишь более крупным размером. При повторном опыте с выдавливанием из того же самого образования млекообразная жидкость выступает вновь, притом не только из прежних, но и из других пор кожи.

В 7 из наших наблюдений млекообразный секрет выделялся самопроизвольно, без всякого давления. Роженицы сами отмечали чрезмерную потливость в подмышечных областях; при осмотре кожа оказывалась увлажненной беловатой жидкостью, а белье смоченным пятнами, как бы от молока. При попытке сдавливания таких набуханий млечный секрет выступал из пор в обильном количестве.

Наиболее демонстративными являются три из числа наблюдавшихся нами случаев: здесь млекообразный секрет самопроизвольно, без помощи давления вытекал непрерывными струйками из 2—3 пор кожи, покрывающей подмышечное образование. Количество секрета было настолько обильно, что в течение 5—10 минут можно было собрать половину пробирки. Поры,

через которые струился секрет, располагались также без видимой системы и отличались от других лишь более крупной величиной.

Млекообразный секрет, выделявшийся или выдавливаемый из описываемых набуханий, взятый на 3 день после родов, обнаруживает при исследовании под микроскопом состав из жировых шариков различной величины и молозивных телец, т. е. имеет вид молока. В мазках, фиксированных осмиевой кислотой и окрашенных борным кармином видны: жировые шарики, лейкоциты, изредка молозивные тельца. Химического анализа секрета не удалось произвести по техническим условиям.

Появляются описываемые образования в подмышечной области во второй половине беременности с 5—6—7-ми месяцев. Связи в развитии их с периодом полового созревания, с менструациями установить не удалось; указания на наследственность имелись. В последние месяцы беременности подмышечные набухания не причиняют ни болезненности, ни неудобств, поэтому замечаются лишь следящими за собою женщинами, обычно же в этом периоде они проходят незамеченными. Надо отметить, что подмышечные набухания наблюдаются чаще у женщин с грудными молочными железами крупной величины, с обильной секрецией; при этом и Монтгомеровы железы иногда выделяют самопроизвольно молоко.

Наибольшего своего развития подмышечные набухания достигают на 2—3 день после родов, одновременно с физиологическим приливом молока к нормальным mammae; они увеличиваются, набухают, становятся несколько болезненными, иногда даже мешают движениям рук. К этому времени появляется у них способность выделять млекообразный секрет при надавливании или самопроизвольно. Каких-либо видимых изменений перед кормлением ребенка и после него в описываемых набуханиях не наблюдается; некоторые родильницы однако, отмечают напряжение и болезненность перед актом кормления, соответственно скоплению молока в нормальных грудных железах.

После периода наибольшего развития описываемые образования быстро идут на убыль; уже на второй неделе послеродового периода секрет из них получить значительно труднее; к концу первого месяца после родов они уменьшаются вдвое и даже больше. Далее в течение периода лактации они постепенно сходят на нет и определяются лишь в виде маленького участка пастозности кожи.

С каждой новой беременностью они появляются вновь и раз от раза достигают все большей величины и большей способности к выделению млекообразного секрета.

Из наблюдавшихся нами 21 случаев описываемых подмышечных набуханий, 6 было подвергнуто микроскопическому исследованию. Образования вырезались вместе с кожей; крупные разрезывались на отдельные кусочки, мелкие же фиксировались целиком. Фиксация производилась в формалине, Ценкеровской жидкости, крепком растворе Флемминга. С целью последовательной ориентировки делались серии целлоидиновых и параффиновых срезов как параллельных, так и перпендикулярных к поверхности кожи. Таким образом маленькие образования исследовались целиком срез за срезом. Было приготовлено более 18 серий.

Окраска производилась гематоксилином Бёмера и эозином, а также железным гематоксилином и фуксином.

В руководствах по гистологии подробного описания нормальных потовых желез в подмышечной области нет, имеются лишь указания на то, что эти железы обладают некоторыми особенностями по сравнению с таковыми же железами других частей тела. Вследствие этого с целью контроля были параллельно произведены гистологические исследования подмышечных потовых желез: 1) у мужчины, 2) у женщины не рожавшей, но в периоде половой зрелости, 3) у женщины многорожавшей и наконец 4) у женщины на 3-й день после родов, но не имевшей описываемых подмышечных набуханий.

Наши контрольные исследования показали, что в подмышечной впадине имеются потовые железы двух типов: 1-й тип—обычные потовые железы и 2-й тип—расширенные потовые железы. В общем подмышечные потовые железы заложены в коже несколько глубже обычного. Выводные отделы того и другого типа одинакового строения, нормально-свойственного потовым железам (рис. 6-а). Секреторные отделы желез 1-го типа повидимому являются более длинными, с большим числом завитков, чем обычный клубочек потовой железы. Секреторный эпителий их обычного строения, нормально присущего потовым железам (рис. 6-б). Среди железистых клеток часто встречаются крупные, бледные, пузырчатые клетки, переполненные секретом, что указывает на энергичную секреторную функцию.

Эпителий секреторных отделов желез 2-го типа имеет необычный, своеобразный вид: клетки его кубической формы, протоплазма их очень ярко красится эозином (рис. 6-с); в стадии секреции железистые клетки становятся высокими, цилиндрическими с колбообразными вздутиями на концах, обращенных в просвет. Секреторные отделы желез 2-го типа представляются расширенными; широкие просветы их иногда выполнены гомогенным содержимым, большей же частью пусты.

В секреторных отделах желез того и другого типа между тембгапа ргоргиа и железистым эпителием расположены эпителиально-мышечные волокна, по указаниям многих авторов, свойственные нормальным потовым железам (рис. 6-м).

У женщины нерожавшей и у мужчины железы 1-го типа ничем не отличаются друг от друга, в железах же 2-го типа у женщины секреторные отделы расширены более значительно, чем у мужчины, где расширение едва намечается; у женщины расширение секреторных отделов нередко доходит до степени образования маленьких кист, что у мужчины почти не встречается.

На препаратах желез женщины на 3-й день после родов (но без описываемых подмышечных набуханий) железы 1-го типа в их секреторных отделах развиты повидимому значительно сильнее, чем обычный клубочек потовой железы, т. к. на каждом срезе они попадают во многочисленных сечениях; секреторная функция их повышена, о чем свидетельствует большое число блестящих пузырчатых клеток, наполненных секретом. Секреторные отделы желез 2-го типа значительно расширены (рис. 7-d) и дают ответвления; в верхних участках своих на границе с вы-

водными протоками расширение доходит до степени кистовидных образований (рис. 7-1); железистый эпителий здесь уплощен, резко растянут, просветы кист большей частью пусты, иногда же выполнены гомогенной массой.

Причиной образования кистовидных расширений секреторных отделов очевидно является несоответствие между расширенными секреторными отделами и узкими выводными протоками, благодаря чему происходит задержка выделения секрета, который однако повидимому быстро рассасывается в виду того, что расширенные отделы большей частью встречаются пустыми, и удаляется лейкоцитами, обильно инфильтрующими окружающую соединительную ткань.



Рис. 1. А—секреторный отдел потовой железы 2-го типа, расширенный и дающий ответвления; а—нормальный секреторн. отд. железы 2-го типа; В—кистовидно расширенный секр. отд. 2-го типа; м—эпит. мускульн. волокна.

Венда и Вроуна указывают, что склонность к расширению и ветвлению является характерной особенностью потовых желез подмышечной впадины и считают их наиболее высоко дифференцированными среди прочих. Stöhr находит, что разветвление потовых желез подмышечной области проявляется лишь с наступлением половой зрелости. Seitz в своей работе о подмышечных молочных железах высказывает взгляд, что расширения подмышечных потовых желез у женщины после родов обусловлены беременностью.

При последовательном ознакомлении с сериями препаратов описываемых образований подмышечной области во всех случаях микроскопическая картина получилась однородная и в своих существенных чертах сводится к следующему: на ряду с некоторыми потовыми железами, остающимися совершенно неизменными,

большая часть потовых желез того и другого типа подвергается значительным изменениям, при чем изменяется общий характер строения потовой железы, а также и железистый эпителий; среди измененных таким образом потовых желез появляются участки молочной железы в различных стадиях ее развития—от молодых растущих форм до вполне развитой функционирующей железы.

Описание процессов, происходящих в подмышечных потовых железах, начнем с изменений в самом характере строения потовой железы.



Рис. 2.—Изменение в типе строения подмышечной потовой железы: она принимает трубчато-альвеолярное строение.

При изучении серий препаратов в верхних слоях cutis непосредственно под эпидермисом находим обычные выводные отделы сальных желез, волосы и выводные протоки потовых желез; последние имеют нормально свойственный им вид; никаких других выводных протоков не обнаруживается при самом тщательном исследовании.

Большая часть выводных протоков потовых желез в своих нижних участках на границе с секреторными отделами расширены в большей или меньшей степени; на поперечных срезах они представляются в 10—20 и более раз шире нормы. На ряду с расширением в них происходит и ветвление трубчатого и трубчато-

альвеолярного характера, вследствие чего в поперечных сечениях, они представляются не в виде кружка или овала, как обычно, а с различными выпячиваниями и выступами.

Секреторные отделы обоих типов подмышечных потовых желез также расширены и дают разветвления трубчатого и альвеолярного характера; в поперечных сечениях они в 10—20—50 и даже более раз превосходят нормальные размеры и имеют вид не обычного кружка или овала, а причудливых фигур с выпячиваниями снаружки, также впячиваниями внутрь просвета. Рис. 1-А представляет секреторный отдел потовой железы 2-го типа в попе-

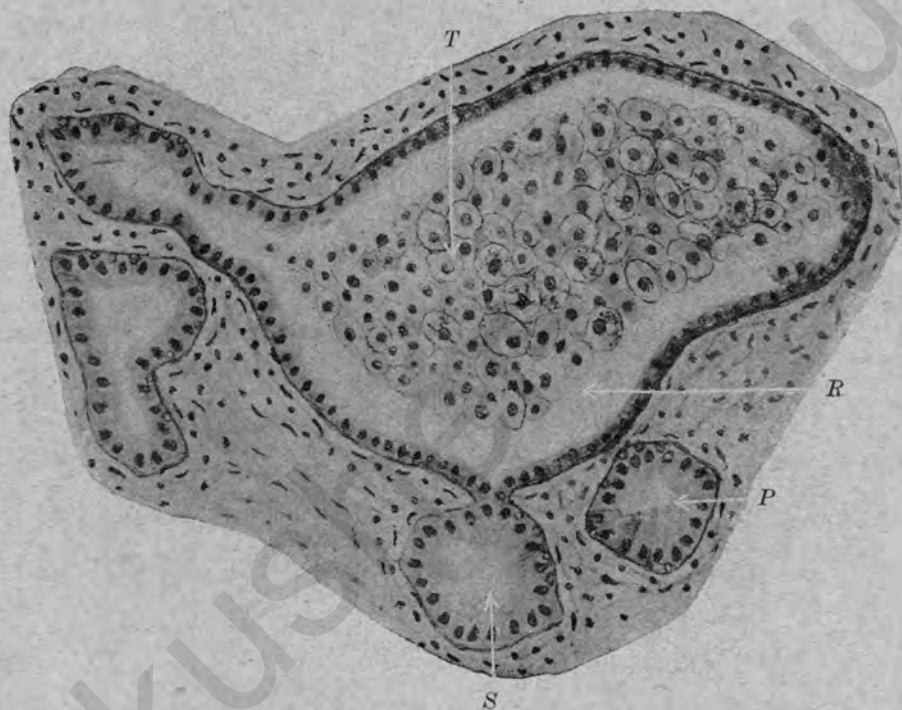


Рис. 3. Расширенный секреторный отд., просвет которого заполнен массой отделившихся эпителиальных клеток: P—норм. секрет. отд.; R—расширенный секр. отд.; S—альвеолярное выпячивание в нем; T—эпителиальные клетки, выделывшиеся в просвет.

речном разрезе—просвет железы в 20—30 раз более по сравнению с соседней, лишь слегка расширенной железой (а); помимо расширения железа образует выпячивания трубчато-альвеолярного типа.

Расширение секреторных отделов в их верхних участках на границе с выводными протоками не редко доходит до образования кистовидных расширений; на рис. 1-В секреторный эпителий сильно уплощен, контуры отдельных клеток неотчетливы, ядра выступают неясно; вследствие этого эпителиальная стенка кистовидного расширения представляется в виде узкой, гомогенной полосы. Полость пуста, иногда же содержит гомогенный секрет. Эти кистообразные растяжения секреторных отделов также образуют выпячивания снаружки и впячивания внутрь просвета.

Такие же кистовидные расширения секреторных отделов, лишь в несравненно меньших размерах мы видели на наших контрольных препаратах; причина их в том и другом случае видимо одинакова, т. е. несоответствие между узкими выводными протоками и сильно развитыми расширенными секреторными отделами и вследствие этого задержка обильно образующегося секрета.

Процессы расширения и ветвления в подмышечных потовых железах сопутствуют друг другу и происходят одновременно. Процессы эти резко выражены в железах 2-го типа. Часть же по-

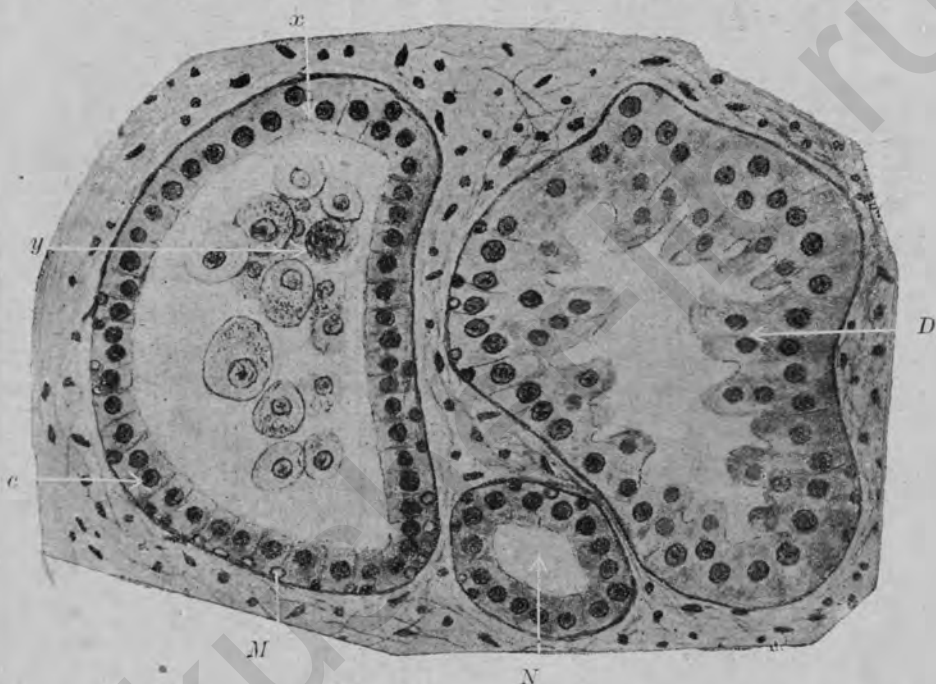


Рис. 4. Изменения в эпителии потовой железы: *N*—железа с неизмененным эпителием; *c*—эпител. клетки, увеличенные в размере; *x*—переполненные секретом железистые клетки; *M*—эпит. мускульные волокна; *y*—эпит. клетки, выделившиеся в просвет; *D*—клетки измененного эпителия, размножающиеся и сосочками выпячивающиеся в просвет.

товых желез (главным образом 1-го типа) как в своих выводных, так и в секреторных отделах остается без всяких изменений.

Сопоставляя рассмотренные изменения в типе строения потовых желез с нашими контрольными исследованиями, обнаруживаем, что в описываемых случаях происходят те же самые процессы расширения и ветвления, которые едва намечались у женщины нерожавшей и яснее выявлялись у женщины на 3-й день после родов (контроль № 4); в наших случаях они выражены лишь значительно сильнее. Таким образом в основе своей происходящие процессы расширения и разветвления не представляют собой ничего не свойственного потовым подмышечным железам; в описываемых нами случаях под влиянием каких-то факторов они выражены лишь в чрезвычайно резкой степени.

В ходе описываемых изменений самый тип потовой железы постепенно изменяется, железа принимает более сложное трубчато-альвеолярное строение, свойственное обычно молочной железе (рис. 2).

В самом эпителии подмышечных потовых желез также обнаруживаются весьма характерные изменения. Лишь эпителий выводных протоков остается видимо без перемен. В секреторных же отделах в ходе изменений, претерпеваемых эпителием, в же-

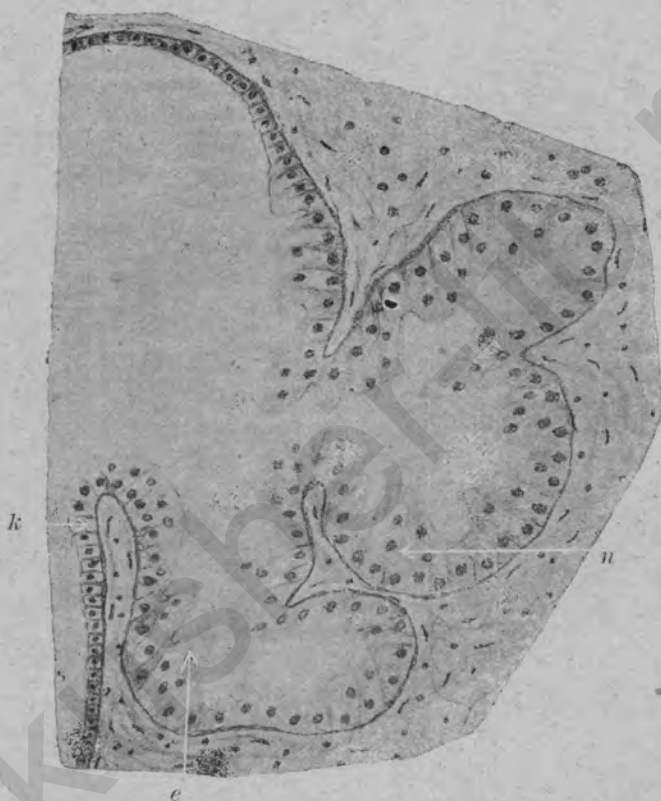


Рис. 5. Изменения в эпителии: *к*—желез. клетки становятся высокими, цилиндрическими; *е*—выпячивания разрастающегося эпителия сосочками в просвет железы; *п*—ядра, расположенные на различном уровне, создающие ложное впечатление многослойного эпителия.

лезях 1-го и 2-го типа получается неодинаковая картина вследствие того, что эпителий в железах того и другого типа, как описано выше, нормально различен; сущность же происходящих процессов одна и та же.

Эпителиальные клетки становятся значительно большей величины и ядра их крупнее (рис. 4-с); протоплазма и ядра красятся бледнее обычного; клетки принимают характер молодого растущего эпителия. Среди изменившихся эпителиальных клеток выделяются крупные, блестящие, сильно преломляющие свет, пузырьчатой формы клетки (рис. 4-х); это наполненные секретом

железистые клетки на высоте секреторной деятельности; они напоминают по своему виду молюсковые тельца.

Одновременно с этим эпителиальные клетки секреторных отделов обильно размножаются; нередко на срезах мы видим такое бурное нарастание их, что железистый эпителий

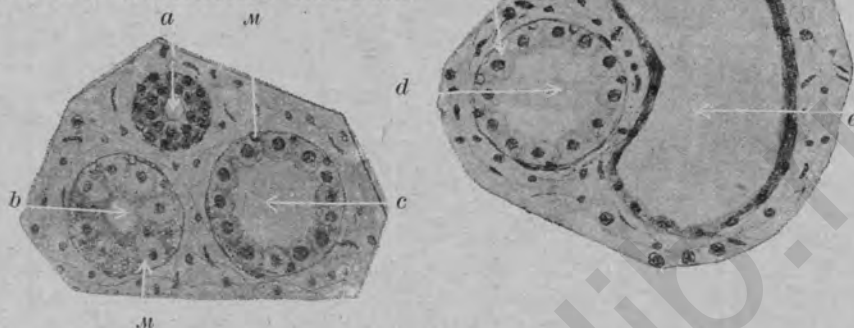


Рис. 6 и 7 (справа). Контрольные препараты нормальных потовых желез подмышечной области:

a — выводной отдел; *b* — секреторный отдел железы 1-го типа; *c* — секреторный отдел железы 2-го типа; *m* — эпителиально-мускульные волокна.

d — расширенный секрет. отд. 2-го типа и *e* — кистовидно расширенный секрет. отд. 2-го типа.

сосочками выпячивается в просветы (рис. 4-D).

Весьма показателен рис. 5, на котором видно, как кубический секреторный эпителий становится высоким, цилиндрическим, про-

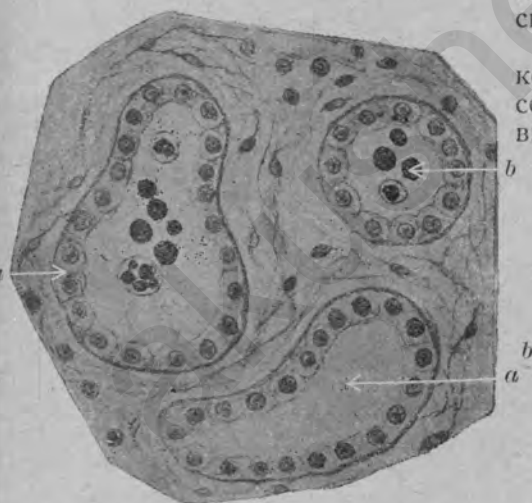


Рис. 8. Молодая растущая молочная железа (осмириванная серия): *a* — альвеолы различной формы и величины; *b* — жиров. шарики в просвете железы; *m* — эпит. муск. волокна.



Рис. 9. Секретирующая молочная железа: *a* — альвеолы в стадии секреции; *b* — жировые шарики в эпителии; *c* — элементы молока в просвете.

топлазма и ядра клеток окрашиваются бледно; клетки сильно размножаются и в виде сосочков выпячиваются в просвет; при таком энергичном размножении клетки сдавливаются с боков, вытягиваются, вследствие чего ядра их лежат на различных уровнях и в общем создается ложное впечатление многослойного эпителия.

В процессе бурно идущего размножения железистых клеток многие из них теряют связь с остальными клетками эпителиальной выстилки железы, выделяются в просветы, где и скопляются большими массами. На наших препаратах повсюду встречаем расширенные отделы желез, просветы которых набиты скоплениями отделившихся эпителиальных клеток (рис. 3). В дальнейшем клетки эти подвергаются дегенеративным процессам: ядра и протоплазма их начинают краситься бледно, контуры клеток, также и ядер становятся неясными, появляется зернистость и вакуолизация; затем клетки распадаются и превращаются в мелкозернистый детрит, который очевидно рассасывается; тут налицо и участники этого рассасывания—лейкоциты, которые массами инфильтрируют окружающую соединительную ткань.

Одновременно с процессами в эпителии и в общем плане строения потовой железы происходят изменения и окружающей соединительной ткани. Вокруг расширяющихся и ветвящихся выводных и секреторных отделов потовых желез, как видно почти на всех рисунках, соединительная ткань становится более рыхлой, пучки коллагенных фибрилл заметно истончаются; между ними и фибробластами выступает бесструктурное основное вещество и в нем лейкоциты в большом числе. Чем дальше заходят процессы расширения и ветвления в железах, тем изменения в окружающей их соединительной ткани сильнее выступают. Получается впечатление, что таким путем как бы создаются пространственные возможности для расширения и ветвления желез. Обращает на себя внимание участие в описанном процессе лейкоцитов. Вокруг тех отделов потовых желез, которые начинают расширяться и разветвляться, в прилежащей соединительной ткани, где также готовятся только что описанные изменения, наблюдается массовая инфильтрация лейкоцитов. Очевидно их участие в процессах, происходящих в соединительной ткани; помимо того они играют здесь и обычно присущую им роль—именно рассасывают секрет, скопившийся в просветах желез и массы эпителиальных клеток, выделившиеся в просветы.

В ходе описанных процессов в эпителии, также в общем плане строения, подмышечные потовые железы изменяются до неузнаваемости. Опознавательными признаками того, что все эти видоизмененные формы происходят из потовой железы, служат так наз. эпителиально-мышечные волокна, нормально присущие потовой железе и считающиеся для нее характерными (Gegenbauer). Эти волокна, по виду напоминающие гладкомышечные, лежат внутри мембрана propria—между нею и железистым эпителием; они идут всегда в продольном направлении, при этом не сплошным слоем, а отдельными волокнами; они характеризуются своими палочкообразными ядрами и особенно хорошо видны на тангенциальных срезах, где ядра видны целиком; на поперечных же срезах они представляются в виде овалов, иногда с ядром в середине, если оно попадает в срез.

На наших препаратах мы находим эпителиально-мышечные волокна как в нормальных потовых железах, так и во всех расширенных и разветвленных видоизменениях их; при чем в измененных формах они выступают особенно отчетливо и видны в таком

большом количестве, что образуют иногда непрерывную фестончатую кайму внутри *membrana propria*.

Находим также мио-эпителиальные волокна и в молодых растущих дольках молочной железы; в секретирующих же, вполне развитых отделах молочной железы их можно отыскать лишь с большим трудом. Наличие мио-эпителиальных волокон наряду с потовыми железами, также и в молочной железе еще раз подчеркивает общность происхождения тех и других, в чем сходятся в настоящее время почти все авторы.

Эпителиально-мышечным волокнам присписывается активная роль при выделении секрета. Мышечная природа их считается еще под сомнением (Brouha).

В ходе описанных процессов расширения потовых желез и разветвления их образуются железистые дольки сложного трубчато-альвеолярного строения, приближающиеся к типу молочной железы. Дольки измененных желез располагаются в *corium* и в верхних слоях *str. subcutaneum* среди участков потовых желез, находящихся в различных стадиях изменений.

Дольки желез окружены толстыми прослойками соединительной ткани, которая заходит и внутрь долек, разграничивая отдельные трубочки и альвеолы. Сами альвеолы различного диаметра; форма их то круглая, то вытянутая, то в виде турецкого боба. Эти железистые дольки по строению своему представляют не что иное, как молодую растущую молочную железу (рис. 8).

На ряду с ними видим на препаратах и типичные дольки молочной железы (рис. 9). Альвеолы в них тесно прилегают друг к другу, соединительнотканые прослойки между ними почти исчезли; они одинаковой круглой формы и приблизительно одного диаметра. Некоторые участки железы находятся в состоянии секреции: в железистых клетках появляются капли жира, ядра оттесняются к основанию клеток. Секрет, находящийся в просветах, содержит жировые шарики различной величины, шарики с колпачками из остатков эпителия, свободные ядра с остатками протоплазмы, т. е. обычные элементы молока. На осмированных препаратах жировая природа секрета выступает с очевидностью.

В отдельных дольках этой „молочной“ железы видим выводные протоки и переходы их в секреторные отделы. Проследить эти выводные протоки по направлению к эпидермису кожи однако не удастся; при самом тщательном исследовании серий в верхних отделах *corii* никаких других протоков кроме обычных выводных отделов потовых, а также сальных желез, обнаружить не удастся. Не удалось также наблюдать и того, чтобы выводные протоки отдельных долек сливались в крупные млечные ходы. Остается предположить, что собственных выводных протоков у подмышечных „молочных желез“ нет, и секрет их опорожняется через выводные протоки потовых желез при давлении или самопроизвольно. Это вполне подтверждается клиническими наблюдениями над выделением молокообразного секрета через поры кожи.

Подводя итоги изучению наших серий препаратов, можно установить, что потовые железы подмышечной области обнаруживаются в несвойственном им обычно состоянии расширения

и разветвления, с одновременными изменениями и в самом железистом эпителии; непосредственно среди участков потовых желез, находящихся в различных фазах изменений, появляются железистые дольки типа строения молочной железы, при этом также в различных стадиях развития—от молодых растущих форм до функционирующей железы в разгаре секреции.

Несомненна связь между процессами, происходящими в потовых железах, изменяющими самый тип их строения, и „молочной железой“, развивающейся на глазах от молодых форм до участков, находящихся на высоте секреторной деятельности. Систематически просматривая серии, можно проследить, как типичный характер потовой железы постепенно изменяется и мало по малу выступает тип молочной железы.

Итак гистологическое исследование выясняет нам природу описываемых подмышечных образований, появляющихся во время беременности. Приходится допустить, что в периоде беременности и в начале лактации высоко развитые потовые железы подмышечной области подвергаются дальнейшей дифференцировке, приобретают более сложное гистологическое строение и принимают характер молочной железы, как по своей структуре, так и по свойствам секрета.

По строению развившиеся в подмышечной области „молочные железы“ ничем не отличаются от обычной молочной железы. Секрет их, как уже приводилось выше, морфологически вполне сходен с молоком, но так как химического исследования его не производилось, то считать его вполне идентичным молоку нельзя, можно лишь с несомненностью установить в нем присутствие жира. Поэтому и железу нельзя назвать молочной без всяких оговорок, можно лишь установить, что она—типа молочной железы как по строению, так и по функциональной способности.

Приведем позднейшие исследования Brouh'a, по которым грудные молочные железы до наступления первой беременности имеют трубчатый характер строения; в течение наступившей беременности число железистых трубок возрастает путем разветвления их, а также образуются вновь секреторные отделы; таким образом за этот период молочная железа, утрачивая трубчатый характер, принимает свойственное ей трубчато-альвеолярное строение; процесс развития молочной железы вполне заканчивается уже во время лактации.

Проводя аналогию, можно установить, что во время беременности высоко развитые подмышечные потовые железы протельывают в общих чертах приблизительно такого же рода процесс, какой обычно претерпевают грудные молочные железы в этом же периоде жизни женского организма.

Сопоставляя с этими данными результаты наших контрольных исследований над нормальными потовыми подмышечными железами, мы устанавливаем, что последние имеют сложное гистологическое строение и являются самой высокой степенью дифференциации среди потовых желез других участков тела и как бы переходным звеном между потовой железой и молочной. Уже нормально у женщины в периоде половой зрелости (контроль № 2) подмышечные потовые железы обнаруживают расширение

и ветвление в незначительной степени; во время беременности и после родов (контроль № 4) это происходит в значительно больших размерах. На основании этого можно сделать заключение, что исследуемые нами случаи подмышечных набуханий у рожениц и образование в этой области желез типа нормальной молочной являются только высшей ступенью процесса, нормально свойственного подмышечной потовой железе.

Учитывая при всем вышеприведенном генетическую близость потовых и молочных желез, сопоставляя сравнительно-анатомические данные о развитии тех и других, можно принять точку зрения, что переход во взрослом организме потовых желез в железы более высокой дифференциации не является ненормальным, а наоборот относится к явлениям физиологического порядка.

Возможно возражение, что обнаруженные нами в подмышечных областях „молочные железы“ представляют собой не что иное, как зачатки молочной железы, отшнуровавшиеся в эмбриональном периоде. По приведенным в начале работы эмбриологическим данным, отделение зачатков молочной железы происходит на слишком поздней стадии эмбрионального периода; таким образом возможность занесения участков молочной железы в отдаленные области почти сформировавшегося организма исключается; поэтому самое существование отщепившихся или заблудившихся молочных желез многими авторами считается подлежащим сомнению. Кроме того и клинические наблюдения над выделением молокообразного секрета через поры кожи, а также и картина гистологического исследования окончательно опровергают такое возражение.

Исключается также и возможность распространения в подмышечную впадину участков молочной железы в периоде половой зрелости. Если бы при росте железы она стала распространяться по направлению к подмышечной впадине и дольки ее попали бы в эту область, то должна бы существовать тесная связь между грудной молочной железой и этими дольками. Между тем ни клинически, ни гистологически таковой связи в наблюдавшихся случаях установить нельзя. Как уже приводилось выше, ни в одном из наших случаев не удалось обнаружить какого-либо тяжа, идущего от подмышечных желез к шаттае; также и на гистологических препаратах нельзя было найти какой-либо млечный ход, ведущий к грудной железе.

Возможное возражение, что описываемые нами подмышечные железы не что иное, как добавочные молочные железы, настолько основательно опровергнуто Seitz'ем в его многократно цитируемой мною работе, что я и не возвращаюсь более к этому вопросу.

Какие же факторы во время беременности воздействуют на потовые железы, побуждая их к более высокой дифференцировке? Мы установили тесную связь между развитием подкожных подмышечных „молочных желез“ и процессами в нормальных грудных железах во время беременности и в периоде лактации. Подобно тем явлениям обратного развития, которые происходят в грудных железах с прекращением лактации, явления такого же порядка, повидимому, происходят в послеродовом периоде и в описываемых нами железах, только в более короткий срок.

Поэтому можно предположить, что факторы, вызывающие свойственное беременности развитие нормальных грудных желез и образование в них молока, являются импульсом также и к развитию подмышечных молочных желез.

По современным воззрениям причиной изменений в грудных железах при беременности и родах являются железы внутренней секреции; действием гормонов вызывается как развитие грудных желез, так и возбуждение секреторной их деятельности.

Допустимо, что эти же гормоны являются стимулом и к развитию подмышечных „молочных“ желез.

Невольно напрашивается вопрос—почему описываемый процесс происходит лишь в потовых железах подмышечной области, между тем как остальные потовые железы не принимают в нем участия. Действительно последние не дают набуханий, обнаруживаемых клинически; но давно известно, что повышение функции всех потовых желез наблюдается как правило в первую неделю послеродового периода; к сожалению не имеется гистологических исследований о том, происходят ли при этом какие-либо изменения в их микроскопическом строении.

Потовые железы подмышечной области, как наиболее высокодифференцированные и по своему гистологическому строению ближе стоящие к молочным железам, принимают наравне с грудными железами более активное участие в процессах, происходящих в организме под влиянием беременности. Микроскопические изменения в них, как обнаружено нашими контрольными исследованиями, происходят, как правило, у всех беременных; в тех случаях, когда эти процессы в потовых подмышечных железах достигают известного предела, застой обильно образующегося секрета проявляется набуханиями в коже подмышечной области, обнаруживаемыми уже клинически.

Образование в подмышечной области желез типа молочных во время беременности и лактации впервые было описано Champneys в 1886 г., затем им же в 1895 г. Автор на 377 родильниц встретил подмышечные набухания в 27 случаях и в 19 из них получил выдавливанием молокообразный секрет; в своем первом труде он считал источником их образования сальные железы, но во второй работе путем гистологического исследования установил происхождение их из потовых желез. Позднее, как уже упоминалось выше, Kayser в 1908 г. трактовал подобные образования в подмышечной области как настоящие добавочные молочные железы; это было опровергнуто Seitz'ем, который в своей работе от 1908 г. путем обстоятельных гистологических исследований осветил вопрос о происхождении подкожных подмышечных молочных желез путем дифференцировки потовых желез. Ход процесса в основных чертах нашими наблюдениями намечается подобный тому, который устанавливает Seitz. Но наши гистологические исследования имеют свои особенности, иначе освещающие весь процесс, что и послужило поводом к опубликованию наших наблюдений. В русской литературе, кроме описания отдельных казуистических случаев, сообщений о природе этих подмышечных образований с гистологическим исследованием их мною не встречено.

В нашей клинике за период наблюдения на 650 родильниц отмечено 21 случай подкожных подмышечных „молочных“ желез,

т. е. 3,2%. Возможно, что процент этот выше, так как первое время за отсутствием навыка небольшие набухания в виде маленьких участков пастозности кожи просматривались.

При сопоставлении наших данных с цифрами Champneus и Seitz приходим к заключению, что развитие в подмышечной области у беременных и родильниц желез типа молочной железы, выделяющих млекообразный секрет через поры кожи, есть явление не казуистического, а скорее физиологического порядка. Заключение это находится в полном соответствии с результатами нашего гистологического исследования.

Выводы. 1. Нормальные потовые железы подмышечной области человека имеют более высокое развитие по сравнению с потовыми железами других участков тела.

2. Во вторую половину беременности и в периоде лактации у женщины образуются в подмышечных областях своеобразные набухания, заложенные в толще кожи, через растянутые поры которой путем выдавливания или самопроизвольно выделяется из них секрет, морфологически сходный с молоком.

3. Гистологическое исследование выясняет природу этих подмышечных образований. Потовые железы подмышечной области обнаруживаются в несвойственном им обычно состоянии расширения и ветвления, с изменениями в железистом эпителии, а также и в окружающей соединительной ткани; среди этих измененных потовых желез появляются дольки типа молочной железы в различных стадиях развития. Очевидна связь между процессами в потовых железах, изменяющими самый тип их строения, и молочной железой, развивающейся на глазах из молодых форм до участков, находящихся на высоте секретной деятельности.

В ходе этих процессов типичный характер потовой железы постепенно изменяется и также постепенно выступает тип молочной железы. На основании этого, можно установить, что высоко развитые потовые железы подмышечной области подвергаются дальнейшей дифференцировке, приобретают более сложное гистологическое строение и принимают характер молочной железы.

4. Образовавшиеся „молочные“ железы не имеют своих особых выводных протоков и опорожняют секрет наружу через узкие выводные протоки потовых желез; отсюда ретенция пота и молочного секрета, вызывающая наблюдаемые клинически набухания в подмышечных областях.

5. Явление это встречается в значительном проценте случаев и, повидимому, не казуистического, а скорее физиологического характера; оно стоит в тесной связи с беременностью и периодом лактации; импульсом к нему, повидимому, являются те же гормоны, которые вызывают, свойственное беременности развитие нормальной грудной железы и образование в ней молока.

6. Эти подкожные подмышечные „молочные“ железы не имеют ничего общего с добавочными молочными железами, также с отщепившимися дольками молочной железы (в эмбриональном периоде или в периоде полового созревания).

7. Этот процесс дифференцировки потовых желез еще раз подтверждает генетическое родство молочных и потовых желез.

В заключение считаю своим долгом выразить признательность руководителям кафедр, при которых я вела работу, именно проф. И. В. Судакову, Е. М. Курдиновскому и В. К. Шмидту, за их интерес к теме и ценные указания, а также сотрудникам последнего, Ф. М. Лазаренко и Е. С. Данини за деятельную помощь в гистологической части работы.

акusher-lib.ru

Фиксация матки при *retroflexio retroversio uteri* за круглые связки по способу автора.

Заведыв. Гинекологическим отд. Ярославской губ. Совбольницы,
д-ра И. В. ВЛАДИМИРСКОГО.

Для фиксации матки при перегибе или наклонении ее кзади в настоящее время большинство гинекологов пользуется круглыми связками. Способов фиксажа при помощи круглых связок предложено быть много (Doléris-Gilliam'a, Bumm'a, Кипарского, Alexander-Adams'a, Груздева, Lierman'a и др.). В литературе очень много говорилось относительно всех модификаций этого рода фиксации матки; повторять их мы не будем, скажем только, что оперируя на довольно большом материале, испробовав большинство предложенных способов, мы всегда отмечали почти при всех способах не бережное отношение к связке, сильные травматизация связки—захватывание кровоостанавливающими пинцетами, прошивание ее швами, что, по нашему мнению, не может не отразиться на кровообращении и питании связок, а вследствие этого и на конечном результате операции—в смысле крепости фиксации и возможности появления рецидивов, а посему мы старались найти описание такого способа, где связки совсем бы не травмировались. В доступной нам литературе найти описание такого способа не удалось. Способ, предложенный нами, состоит в следующем: продольный разрез брюшных стенок, матка захватывается нежными пулевыми щипцами и вытягивается. Иглой Deschamp'a прокалываем широкие связки (*mesolig. rotundi*) на расстоянии $1\frac{1}{2}$ —2 см от угла матки, не прокалывая совершенно круглых связок. Круглые связки подвешиваются на временные держалки, которые пока берутся не завязанными на Reap. Так продельвается с обеих сторон. 2-й акт операции: в нижнем углу брюшной раны, отступя см $1\frac{1}{2}$ от края разреза, пар. апоневроза делается параллельно ему разрез, апоневроза длиной $1\frac{1}{2}$ см, перпендикулярно этому разрезу проводятся кнаружи 2 разреза, длиной 3 см, так что в результате получается поперечно идущий языкообразный лоскут апоневроза, основание которого находится кнаружи. После отделения этого лоскута тупым путем от мышц, он откидывается кнаружи. 3-й акт. Тупо Reap'ом, как и при способе Gilliam'i, проходим у самого основания откинутого лоскута меж мышцами, тупо пробуравливаем *f. transvers'a* и брюшину и захватываем лигатуру, наложенную вокруг круглой связки, и за

лигатуру протаскиваем *lig. rotundi* сквозь щель в мышцах. Не снимая лигатуры, так как она служит нам держалкой и облегчает наши дальнейшие манипуляции с лоскутом апоневроза, и натягивая за нее вытасченную часть *meso lig. rotundi* в последней при помощи *kocher'a* изнутри кнаружи делаем небольшое отверстие, продвигаем *kocher* слегка дальше и захватываем им откинутый отделенный лоскут апоневроза. При обратном продвижении *kocher'a* одновременно через вновь образованное отверстие в *meso lig. rotundi* протаскивается лоскут апоневроза, который после этого расправляется, ставится на свое место и фиксируется несколькими швами (7—9). Из-под петли вытянутой круглой связки вытаскивается держалка и круглая связка как бы верхом сидит на лоскуте апоневроза. То же проделывается и с другой стороны. Несмотря на крайне бережное отношение к круглой связке во время всей операции, на отсутствие травмы, не прокалывая ее ни одним швом, мы все же иногда имели возможность отмечать явления венозного застоя. Непосредственный результат операции хороший, матка находится в положении легкой *anteflexii*, поднята высоко к передней брюшной стенке; о длительных результатах мы еще не можем говорить, так как наши наблюдения ограничиваются только сроком в $\frac{1}{2}$ года, но большинство проверенных нами из 10 оперированных по данному способу слушавцев дали результаты очень хорошие: положение матки не изменилось, каких-либо болевых ощущений в области фиксации больными не отмечалось. Наше и наших помощников тов. врачей впечатление об этом способе благоприятное, единственно, что может быть поставлено в минус, сравнительно хотя бы со способом *Gilliam*—это то, что операция продолжается несколько дольше. Но мы надеемся, что этот минус вполне искупится хорошими длительными результатами и отсутствием рецидива.

(Из Гинекологического Отделения 1-й Ростовской н/Дону городской больницы.
Завед. д-р Гарфункель).

Случай интерстициальной беременности.

П. Я. ГАРФУНКЕЛЯ.

В виду того, что интерстициальная беременность, судя по статистике Rosenthal'я, встречается лишь в трех процентах случаев всех внематочных беременностей, что установить диагноз ее трудно не только до операции, но и на самом препарате, тем более, что относительно признаков ее имеются у различных авторов разногласия, при чем одними некоторые признаки считаются обязательными, другими—лишь желательными для подтверждения диагноза,—я считаю нужным сообщить о случае интерстициальной беременности, встретившемся в гинекологическом отделении нашей больницы.

Больная М. П., 39 лет, 30-го декабря 1924 года поступила в гинекологическое отделение больницы, будучи присланной с амбулаторного приема для выяснения диагноза. Замужем 21 год, рожала 2 раза, выкидышей было 3, последним был выкидыш 5 лет тому назад, сделанный акушеркой, при чем после него больная кровоточила 6 недель. Месячные появилась на 14 году, шли через 3 недели по 3 дня без болей. После замужества тип месячных не изменился, но стали они идти с болями. За последние годы появились боли в пахах. Последние месячные в начале октября. Жалобы на тошноты, иногда рвоты, нагрубание груди, появившееся 3 недели тому назад; последние несколько дней боли справа внизу; резких болей, обморока у больной не было, повышения температуры не отмечает. Больная несколько анемична, среднего телосложения и питания; сердце, легкие—отклонений от нормы не обнаруживают. При исследовании найдено: матка в антефл. и некоторой ретропозиции увеличена в 6—7 недель беременности; тесно прилегая к правой и задней стенке матки, имеется опухоль величиной несколько большей гусиного яйца, мягкой консистенции, не обладающая подвижностью, слегка болезненная. Диагноз—правосторонняя внемат. беременность. 3-го января под эфирно-хлороформным наркозом операция (д-р Гарфункель). Продольный разрез брюшной стенки, по вскрытии ее на дне Дугласа оказалось небольшое количество жидкой крови; матка величин. около 2-х мес. беременности, плотная, правый рог ее переходит в опухоль величиною с большое яблоко с резко истонченной задней

стенкой синюшне окрашенной, которая в верхней своей части разрушена и из этого отверстия торчит небольшой кусок хориона; между опухолью и маткой нет никакой перетяжки, 1-я как бы прямо переходит на 2-ю, правый рог выпячен кверху, переходя в опухоль, идущую кзади. Круглая связка отходит латерально от опухоли, левая труба по наружному виду отклонений от нормы не представляет; справа между маткой и париетальной брюшиной имеются спайки. По перерезке спаек матка частично введена в брюшную рану, при этом излились околоплодные воды и с ними вместе из опухоли был выброшен 3-мес. плод и плацента. Опухоль немедленно спалась. При исследовании пальцем плодовместилища сообщения между ними и маткой найти не удалось. В виду образовавшегося большого отверстия и большого дефекта ткани, матка отсечена надвлагалищно; по перитонизации культи брюшная стенка зашита наглухо.

Послеоперационный период прошел гладко и больная выписалась на 14-й день.

Добытый препарат представляет из себя следующее: матка увеличена приблиз. около 2-х мес. беремен., плотная; справа, сливаясь с рогом матки, имеется спавшееся плодовместилище с выпяченной кверху верхней, довольно толстой стенкой. Стенки плодного мешка не одинаковой толщины; наиболее утолщенная верхняя часть примыкает к рогу матки, откуда постепенно утончается к периферии и переходит в разрыв; внутренняя поверхность плодовместилища не ровна, на передней стенке имеются остатки плацентарной ткани, которая, очевидно, распространялась на верхнюю, переднюю и заднюю стенки плодовместилища, на что указывают как неровная поверхность этих стенок, так и гистологическое исследование кусочков, взятых из этих мест. (Препарат № 3—большое количество ворсинок). Между плодовместилищем и полостью матки имеется толстая перегородка, в верхней части которой находится узкий ход в полость матки (маточное отверстие трубы). Латерально справа и снизу к плодн. мешку подходит периферическая часть трубы (препарат № 1). Круглой связки, которая подходила к матке тоже с латеральной стороны, на препарате не видно (отсечена около самой стенки плодовместилища). Стенка матки сильно утолщена, в полости ее decidua (препарат № 2).

Для микроскопич. исследования взято три кусочка: один из небольшой части фаллопиевой трубы, оставшейся на препарате, другой из стенки матки, третий из плодовместилища.

I. Здесь видны явления пролиферирующего сальпингита; имеется диффузная мелко-клеточная инфильтрация, мощно развитая мускулатура имеет сегментарное расположение, между мышечными волокнами видно новообразование соединительной ткани—как результат хронического воспаления.

II. Во втором препарате (стенка матки)—мощно развитая decidua, между децидуальными клетками большое количество лимфоцитов (реакция на инородное тело); ниже имеется узкая полоска слизист. оболочки. Ниже идет основа слизистой оболочки с сильно сдавленными одиночными железами.

III. Плодовместилище—верхний слой—нормальная сероза, затем довольно толстый слой отечной и разволокненной муску-

латуры с примесью значительного количества волокнистой соединительной ткани, мышечные ядра, крупные и сочные; внутренняя поверхность неровная, с бухтообразными вдавлениями. К этой поверхности прилежит крупный кровяной сверток, в котором располагается большое количество типично-построенных клеток хориона; около некоторых из них, а также режэ, вдали от них падаются небольшие клеточные комплексы, в которых обращает на себя внимание полиморфизм клеток с превалированием крупных клеток с большим светлым ядром. По вопросу о характере этих клеток, как известно, существуют противоречивые взгляды. Одни считают их децидуальными, как реакцию местной ткани по аналогии с слизистой матки—другие считают эти клетки за пролиферировавшие лангхансовские клетки.

Рассматривая как анатомические, так и патолого-гистологические данные данного препарата, мы должны отметить следующие явления, присущие интерстициальной беременности. Обще-признанный признак—отхождения круглой связки латерально от плодовместилища (Kussmaul) у нас налицо. Что касается крутого стояния верхней границы матки (Steilstellung), то этот признак, хотя выражен совершенно ясно, но не слишком резко, т. к. лишь верхняя часть плодовместилища (а не весь плодный мешок) выдавалась кверху, образуя косую линию вместе с дном матки; эта линия имела направление справа сверху книзу влево. В данном случае в опухоли выпячивалась главным образом ее задняя стенка верхнего правого угла, главная же часть опухоли развивалась кзади и книзу. Этот признак (Ruge не является абсолютным (Тимофеев, Gläsmeg).

В нашем препарате имеется довольно толстая перегородка между плодовместилищем и полостью матки, а также имеется возможность проследить центральный конец трубы, открывающийся в полость правого угла матки. Этот признак Werth'a, т. е. нахождение центрального конца трубы, хотя и желателен, но его не всегда можно найти, особенно при больших сроках беременности (Naun). Широкий переход опухоли на матку, каковой по Baart de la Faille'ю (Тимофеев) характерен для интерстициальной беременности, у нас налицо. Decidua в нашем препарате не представляет из себя сплошного слоя, как при маточной беременности или беременности в ее роге, а расположена участками, что характерно для беременности, развившейся в трубе (Porrel, Курдиновский) или зачаточном роге (Unterberger¹). Мышечный слой плодовместилища не имеет склонности к исчезанию и превращению в соединительно-тканную перепонку, как это бывает при чисто трубной беременности, а довольно сильно развит, что указывает на то, что беременность имеет место в мышечном органе, т. е. в данном случае в интерстициальном отрезке трубы. Против беременности в роге матки говорит то обстоятельство, что в последнем случае рог образовал бы выступ кверху, от которого отходила бы труба, в нашем же случае труба отходит снизу от опухоли; кроме этого, против этого предположения говорит как отсутствие желез в стенках плодовместилища, так и отсутствие сплошного слоя. Отсутствие углубления между стен-

¹) По Conrad'ю.

ками матки и плодным мешком, а также существование сообщения между ними говорят против беременности в зачаточном роге. При беременности в дивертикуле матки мы имели бы образование сплошного слоя deciduae и иное отхождение круглой связки. В данном случае разрыв произошел в верхней части задней поверхности плодместилища, т. е. в том месте, на который указывают все авторы (Александров, Siefert). Werth считает, что причина этого явления заключается в том, что труба, выходя из матки, образует изгиб кверху и кзади (Siefert). Но ведь это касается той части трубы, которая уже покинула маточную стенку, интерстициальная же часть трубы (судя по новейшим исследованиям Hermstein'a и Neustadt'a) в 46% представляет из себя прямую линию, соединяющую место вхождения трубы в маточную стенку с маточным ее отверстием, в остальных 54% случаев образует изгибы и углы, лежащие в различных плоскостях.

Беременность в нашем случае достигла 3-х мес. срока и это и есть тот срок, в котором обычно наблюдались разрывы плодного мешка при интерстициальной беременности. Siefert, упоминая об этом, говорит, что интерстиц. беременность выше 6-ти мес. срока не наблюдалась. Хауп, однако, считает прохождением трубы в мышечной стенке обстоятельством благоприятствующим развитию беременности до более поздних сроков, называет авторов (Gläser, Keiffer, Windisch, Kuntzsch), которые описали случаи поздней и доношенной интерстиц. беременности. В некоторых из этих случаев высказывалось предположение, что после разрыва плодного мешка, беременность продолжалась как брюшная (случай Kuntzsch'a и самого Хауп'a). Что касается терапии, то при обширном разрушении маточной стенки необходимо надвлагалищно ампутировать матку, при небольших же сроках беременности—до трех месяцев (Siefert) в 4 — 6 недель (Laqueux), когда разрыв невелик, можно иссечь опухоль и матку сохранить. В нашем случае, благодаря значит. разрушению правого угла матки и широкому основанию опухоли, при котором соединение краев раны было бы крайне трудно и не обещало успеха—пришлось матку удалить надвлагалищно. Причиной образования интерстициальной беременности в нашем случае является, очевидно, хронический пролиферирующий сальпингит, явления которого ясно видны на микроскопическом препарате. Возможно, что изменения трубы в межучной ее части были сильнее, чем в остальной.

Пользуюсь случаем выразить свою признательность проф. III. II. Крицицкому за разбор микроскопических препаратов.

ЗАСЕДАНИЯ АКУШЕРСКИХ и ГИНЕКО- ЛОГИЧЕСКИХ ОБЩЕСТВ.

Протокол № 10 заседания Ленинградского Акушерско- Гинекологического Общества.

12 июня 1924 г.

Председательствовал проф. *Л. Л. Окунчик*; присутствовало 36 членов Общества и 31 гость. В заседании принимал участие приехавший из Германии проф. Мюнхенского университета Theilhaber.

1. Открывая заседание, предс. Общества сказал несколько слов, посвященных памяти трагически погибшего 29 мая от руки убийцы, пользовавшегося широкой известностью в Ленинграде, хирурга д-ра Льва Генриховича Стуккея. По предложению председателя, Общество почтило память покойного вставанием.

2. Секретарь Общества *Г. Г. Гентер* от имени Общества приветствовал на немецком языке присутствовавшего на заседании проф. медицинского факультета в Мюнхене Theilhaber'a.

3. Проф. *Theilhaber (Мюнхен)* сделал на немецком языке доклад на тему „*О значении клеточного иммунитета в борьбе с некоторыми заболеваниями*“.

Секретарь Общества *Г. Г. Гентер* в общих чертах изложил на русском языке содержание доклада проф. Theilhaber'a.

Докладчик начал с заявления, что значение клеточного иммунитета недостаточно оценивалось до последнего времени, т. к. большее внимание патологов уделялось исключительно исследованиям над развитием специфического иммунитета в крови. Между тем громадное значение в борьбе с различными заболеваниями имеет развитие неспецифического клеточного иммунитета. В оборонительной борьбе с заболеваниями принимают участие все клетки организма (подобно всеобщей воинской повинности). Как одноклеточный организм защищается от вторгающегося в него врага, так и все миллиарды клеток, составляющих человеческий организм, участвуют в этой борьбе: и эндотелий, и эпителий, мышечные, соединительнотканые клетки и т. д. При вторжении врага получается оборонительная реакция, гиперемия, затем реакция воспаления. Если в соединительную ткань вторгается эпителий, то соединительная ткань так же реагирует на это, как

реагирует она на вторжение бактерий. На слизистой оболочке желудка теленка мы видим под эпителием желез очень многочисленные лимфоциты; у 10-летней коровы (как видно из продемонстрированного рисунка) их гораздо меньше, т. е. наблюдается уменьшение этой оборонительной армии. Если ребенок получил ожог, получается рубец бессосудистый, ибо в этом возрасте налицо энергичная работа защитительных органов: селезенки, thymus, Пейеровых бляшек. Реакция организма не позволяет в нем развиваться, например, карциноме. Докладчик убежден, что если исследовать микроскопически в срезах все наше тело, можно было бы нередко найти мельчайшие образования типа карцином; однако, все же заболевание раком в подобных случаях не наступает. Еще Riblert писал, что воспаление излечивает карциному. Но здесь надо иметь в виду огромную разницу между острым и хроническим воспалением. Острое воспаление дает гиперемию, экссудацию, лимфоцитоз и лейкоцитоз, тогда как хроническое воспаление дает анемию, атрофию, обеднение лимфоцитами. Хроническое воспаление способствует развитию карциномы (карциномы труб и эндометрия).

Лимфоциты — элементы, выбрасывающие врагов, а также изготовляющие вещества, излечивающие организм.

Известно, что карцинома в молодом возрасте злокачественнее; селезенка, thymus — органы канкротические, тормозящие рост новообразования. Но есть и наоборот — органы tumorigенные.

Мы знаем, что после овариотомии миомы перестают расти; далее известно, что яичники способствуют росту карциномы, также действуют и тестикулы. Известно наблюдение, что при неоперативном раке грудной железы овариотомия ведет к приостановке роста опухоли. С наступлением климактерического периода наступает внезапная атрофия соединительной ткани, дающая предрасположение к развитию рака.

При попадании во время операции инфекции в рану раневая инфекция наступает далеко не всегда; тут говорят о силе сопротивляемости организма. Тут получается старая картина: война наступающей и оборонительной армии; если лимфоцитов больше и они сильнее стрептококков, то организм побеждает.

Почему женщины с более слабым и нежным организмом, чем мужчины, живут дольше, чем мужчины? Рождается 106 мальчиков, 100 девочек; к 10-ти годам жизни имеется уже 100 мальчиков и 156 девочек и т. д. Что такое менструация? Удаление известных ядовитых веществ, периодически повторяющееся; кровопускание, происходящее 13 раз в год. Это периодическое кровопускание не может быть безразлично, оно или полезно, или вредно, но вредным оно быть не может. Далее женщина рождает ребенка, в родах теряет кровь, во время кормления отдает много сотен фунтов соков. Не чудо ли природы, что, несмотря на все это, женщины живут дольше, чем мужчины. Нерожавшие женщины чаще заболевают раком труб, тела матки и груди.

Терапия должна увеличить массу лимфоцитных тел, особенно в мезенхиме, в соединительной ткани. Уже много тысяч лет тому назад врачи знали, что раздражение огромных клеточных масс имеет терапевтическое значение. Это уже знали древние римляне, греки, евреи, вавилоняне, китайцы. Бальнеотерапия, банки, мушки,

воздушные ванны, солнечные ванны имели применение с лечебной целью. Вместе с тем постепенно было установлено, что одним и тем же средством можно вместо лечебного получить и обратный результат, если применять это средство нерационально. Так, уже 12 лет докладчик „воюет“ с некоторыми коллегами по вопросу о рентгенизации рака, по вопросу о пригодности для лечения рака применения больших доз рентгеновских лучей. Докладчик думает, что это невозможно, так как большие дозы рентгеновских лучей убивают лимфоциты, самый полезный элемент. И теперь Витт в Берлине сознался, что все его больные, леченные от рака большими дозами рентгеновских лучей, погибли. Небольшие раздражения тканевых элементов возбуждают жизнедеятельность их, сильные раздражения понижают, очень сильные—губят. Слабые раздражения, согласно закону Weichardt'a, ведут не только к восстановлению status quo, но и повышают жизненные процессы. Уничтожение 1 миллиарда клеток ведет к появлению 5 миллиардов. Сильные раздражения губят защитные тела. Известно, что в Германии погибло уже около 80 рентгенологов от карциномы на руках. Наоборот, совершенно неверно мнение, что слабые дозы способствуют росту рака. Далее докладчик переходит к значению света, как агента, влияющего на клеточный иммунитет. Свет—это электромагнитические волны и, согласно современным воззрениям, на спектре видно, что разница между волнами радия, рентгеном, ультрафиолетовыми лучами, видимым светом, тепловыми лучами, лучами Herz'a, диатермией и беспроводным телеграфом—лишь количественная. Действие света может выражаться резкими результатами, расстройствами поправимыми и непоправимыми. Уже 150 лет назад один француз излечил рак губы концентрированным солнечным светом, но, с другой стороны, солнечный свет может способствовать возникновению рака (рак лица у моряков). Диатермия дает повышенный клеточный иммунитет; действие диатермии на карциному обнаруживается тем, что получается разстройство стромы, увеличивается число соединительнотканых клеток, эпителиальные клетки окружаются лимфоцитами, наблюдается дегенерация ядер, вакуолизации протоплазмы. Лимфоциты разрушают карциноматозные клетки (но не фагоцитируют).

Переходя к практическим выводам из своих воззрений на значение клеточного иммунитета, докладчик заявляет, что в настоящее время он уже не делает больших и опасных операций, стараясь ограничиться лишь вагинальными нерасширенного типа, но с последующей диатермией. И при таком образе действий рецидивы наступают гораздо реже, чем прежде, когда применялись так называемые радикальные операции. Для возбуждения лимфоцитоза после операции рака делается кровопускание (возбуждение деятельности лимфоцитозных органов анемией). Опыт на 100 мышах подтверждает правильность этого наблюдения. Полезно также применение экстракта из лимфоцитозных органов. В заключение докладчик для профилактики послеоперационных инфекций рекомендует за 3—4 дня до операции произвести кровопускание (600 куб. см крови), впрыскивание протеина и энтеральную иммунизацию путем диатермии через прямую кишку.

Обмена мнений по поводу доклада не было. По поручению Общества, секретарь Общества Г. Г. Гентер благодарил проф.

Theilhaber'a за посещение заседания Общества и сделанный интересный доклад.

4. М. Д. Гутнер сделал сообщение: „Профилактическое и диагностическое значение ректального исследования во время родов“ (Аутореферат).

Отмечая зависимость, существующую между внутренним исследованием рожениц и послеродовой заболеваемостью, докладчик констатирует, что, несмотря на применение антисептики и асептики, послеродовая заболеваемость наблюдается в значительном числе случаев (от 9 до 26%). В силу биологических особенностей родового акта облегчается возможность местной эндогенной инфекции, т. к., с одной стороны, имеется в это время пониженная сопротивляемость женского организма, а с другой стороны, микробы приобретают повышенную агрессивность. Опасность внутреннего исследования, помимо возможной экзогенной инфекции, состоит в переносе более вирулентных бактерий из вульвы в верхние отделы вагины и полость плодного яйца. Встречающаяся часто необходимость во внутреннем исследовании роженицы может быть заменена исследованием через прямую кишку, предложенным König'ом еще в 1893 г. Приводя ряд своих наблюдений, докладчик, на основании своего опыта, а также ссылаясь на опыт Guggisberg'a, Pankow'a, Miculicz-Radecki, Traugott и др., приходит к заключению, что ректальным исследованием в большинстве случаев могут быть определяемы предлежащая часть, степень раскрытия зева, состояние родовых путей, а иногда и длина диагональной конъюгаты. Сравнивая оба способа исследования роженицы во время родов, нужно признать, что естественным и наиболее тонким в смысле диагностики является исследование через влагалище, но к преимуществам ректального исследования нужно отнести незаражение роженицы, быстроту исследования и возможность повторного исследования без вреда для исследуемой. Введение руки в вагину в большинстве случаев должно быть ограничено производством той или иной акушерской операции или случаями, когда ректальное исследование не дает достаточно ясных данных. Ректальное исследование, по мнению докладчика, является важной профилактической мерой для борьбы с пuerперальной инфекцией.

К. Г. Скробанский. Я выслушал доклад с интересом, но хотел бы остановиться на другой стороне дела. Вопрос о важности ректального исследования нельзя отрицать, акушеры и гинекологи должны уметь этим методом пользоваться. Но в клиническом отношении нас должна интересовать другая сторона. Многие перешли грань в вопросе о вредности вагинального исследования; в некоторых клиниках внутреннее исследование вагинальное не разрешается вовсе, как очень вредное. Как известно, это мнение уже усвоено „страх-кассами“, которые поэтому возражают против клинического преподавания, как вредного для женщин, обращающихся к клинику для родоразрешения. Это заблуждение, весьма вредное. Вагинальное исследование, производимое грязной рукой, конечно, не допустимо; но нельзя сказать того же об исследовании рукой чистой. Если указывают, что при отсутствии вагинального исследования во время родов наблюдается меньший процент заболеваемости родильниц, чем при вагинальном исследовании

(9—13%), то для меня остается более важным факт заболеваемости рожениц в том и другом случае, чем мало доказательная разница в % заболеваемости. Говорят, что вагинальное исследование ведет к тому, что сапрофиты вносятся из вагины выше и могут дать инфекционное заболевание, но ведь это имеет более значения в случаях исследования после отхождения вод; до отхождения вод такой опасности почти нет. Школа имеет право учить: чистой рукой исследование до отхождения вод безвредно; то же можно сказать об исследовании при нахождении предлежащей части во влагалище. Значительно вреднее исследование при отошедших водах и высоко стоящей предлежащей части. Ректальное исследование в некоторых случаях дает много, особенно при навыке, но все же не дает всех тех данных, какие мы получаем вагинальным исследованием, и потому уступает последнему. Далее этот способ исследования неприятен для женщины, неэстетичен и тягостен, как для нее, так и для врача.

Метод этот должен изучаться и в некоторых случаях может быть очень ценным, но рекомендовать его взамен вагинального для всех случаев никак нельзя.

Р. В. Кипарский присоединяется к мнению предыдущего оппонента и также считает, что в школе на первом месте должно стоять обучение вагинальному исследованию; только в исключительных случаях, как подсобное, может быть применяемо и ректальное, в особенности, если необходимо произвести исследование заведомо инфицированной рукой.

Наиболее важно бояться экзогенной инфекции; поэтому на роженицу необходимо смотреть, как на хирургическую больную, применяя все необходимые приемы обеззараживания. Кроме того, могут быть полезны такие приемы исследования, как смазывание исследующей руки стерилизованным вазелином.

В. М. Островский считает ректальное исследование временным увлечением, которое в будущем не утвердится. Представляя мало полезных сторон, оно имеет несколько теневых сторон: 1) самый метод противоречит элементарным правилам чистоты и асептики, т. к. при нем из прямой кишки извлекается инфицированный материал и им загрязняются около-лежащие части; 2) при ректальном исследовании не исключена возможность продвижения из влагалища септического материала вверх (благодаря передвижению пальца снизу вверх); 3) исследование ректальное, как метод, не дающий таких тонких результатов, как вагинальное, всегда останется неточным исследованием; 4) в случаях, требующих оперативного пособия, все равно приходится исследовать вагинально. При нормальных родах в громадном большинстве случаев можно обходиться без внутреннего исследования, т. к. наружное исследование достаточно для распознавания степени раскрытия зева (по стоянию контракционного кольца).

Вообще ректальное исследование может иметь значение лишь в исключительных случаях.

А. Ф. Пальмов. По данным Акушерско-Гинекологического Клинического Института, как я отметил в своей работе о высоких щипцах, несмотря на частоту внутренних исследований (в некоторых случаях до 30 раз), заболеваемость дает незначительную разницу по сравнению с случаями без внутреннего исследования.

Можно думать, что при нормальных условиях (достаточное количество дезинфицирующих веществ, соблюдение строжайшей чистоты и т. д.) внутреннее исследование (вагинальное) не представляет опасности. С учебной точки зрения, конечно, оно должно стоять на первом месте.

М. Д. Гуттер отвечает своим оппонентам.

Л. Л. Окунчи, резюмируя прения, отмечает, что доклад представляет интерес в практическом отношении. Пройти мимо вновь пропагандируемого ректального исследования нельзя. Вероятно, имеется некоторое увлечение, но несомненно, что метод найдет свое поле применения. Однако, вполне исключить вагинальное исследование мы все-таки не можем. Для учащихся необходимо обучение исследованию вагинальному и, отчасти, ректальному. Председатель Общества благодарит докладчика за интересное сообщение.

Административная часть.

1. Избраны в действительные члены Общества врачи:
1. Перльштейн, В. И. 2. Трон, П. Д. 3. Шустер-Кадыш.
4. Попов, А. В. 5. Фаддеева, Л. Б.

2. Следующее заседание Общества назначено на 26 июня.

Председатель Общества *Л. Окунчи*.

Секретарь *П. Меркульев*.

Протокол № 11 заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества.

26 июня 1924 г.

Председательствовал проф. *Л. Л. Окунчи*. Присутствовало 18 членов Общества и 24 гостя. Обязанности секретаря исполнял *Г. Гейтер*. Секретарь Общества *Гейтер* прочел протокол заседания от 22 мая, *П. Ф. Меркульев*—протокол от 12 июня. Протоколы утверждены.

1. *Я. Ш. Шатино*. „Случай интрузии легких после миомотомии“ (Аугореферат). (Из акуш.-гинекол. клин. Ленингр. мед. и-та проф. *К. К. Скробанского*).

Больной В. Л., 42 л., была 12/II—1924 г. произведена надвлагалищная ампутация матки по поводу миомы. За неделю до операции больная перенесла грипп с повышением t° до 38,8, при чем был обнаружен небольшой фокус хрипов под левой лопаткой. RF—29 м. Особенности случая: при отделении очень плотных сращений в правых придатках обнаружен гной. Наркоз продолжался 2 ч. 20 м. После операции—асфиксия. Искусственное дыхание.

На 6-й день после операции t° поднялась до 37,8, появилась боль под левой лопаткой. Явления в левом легком нарастали:

сухие, а затем и влажные хрипы, перкуторно-тимпанический тон. Кашель с мокротой, принимающей зловонный характер. В мокроте через две недели со дня операции найдены: спирохэты, веретенообразные палочки, диплококки и др. Среднее суточное количество мокроты 150—175 куб. см. Общее состояние с каждым днем становится тяжелее, t° доходит до 40° . Пульс 120 и выше. Кашель приступами по $\frac{1}{2}$ часа с отхождением вонючей жидкости в 1—1 $\frac{1}{2}$ столовых ложки. Рентген подтверждает наличие гангренозного очага в левом легком. Б-ной вливают 3 раза Neosalvarsan 0,6—0,45—0,45. Запах мокроты после этого менее зловонный, но в виду общего тяжелого состояния—б-ной производят операцию в факульт.-хирургической клинике проф. Шаак. 16/III под местной анестезией сделан разрез по 5-му ребру слева и сзади. Резекция ребра 8—10 см. При вскрытии гангренозного очага выделилось много вонючего гноя и 2 секвестра легкого в 6—8 см. Введена дренажная трубка. Сухая повязка. Постепенно самочувствие улучшается. Количество мокроты уменьшается. Запах ее исчезает. Из раны выделяется все меньше гноя и наконец она совсем затягивается. 10/V б-ная выписывается совершенно здоровой.

Диагноз гангрены легких можно поставить по одной мокроте; она—трехслойная: 1-ый верхний слой пенистый, слизистогнойный с отдельными плавающими кусочками, средний—серозный серо-коричневого цвета и, наконец, нижний слой содержит гной, обрывки расплавленной легочной ткани; под микроскопом—эластические волокна, кристаллы жирных кислот, пигментные зерна и масса бактерий: кокки, диплококки, стрептококки, веретенообразные палочки, спирохэты, запятовидные палочки и др. Кроме мокроты—зловонный запах изо рта, мучительный кашель и общее угрожающее состояние, как при тяжелой инфекции.

На этиологию гангрены легких существуют 2 взгляда: большинство авторов считает, что первый момент—некроз легочной ткани и вторично поселившиеся микробы вызывают гангренозный распад. Вудау же (1910 г.) придерживается того взгляда, что некроз ткани обуславливается тремя видами микробов анаэробами ротовой полости: спирохэтами, веретенообразными и запятовидными палочками, при чем последние 2 вида находят в области некроза, а спирохэты—в окружающей здоровой ткани. Точки зрения Вудау из русских авторов придерживаются Быкова и Цинзерлинг. Необходимым условием для распространения этих микробов является безвоздушная легочная ткань (фибринозный геморрагический экссудат или карнификация легкого). Одним из благоприятных моментов для развития гангрены легких являются инфекционные заболевания, в частности грипп (Kissling, Fraenkel, Тушинский и др.). Что касается разбираемой б-ной, то у нее гангрена легких: 1) могла присоединиться к гриппозной пневмонии, 2) исходным моментом могла послужить аспирация вышеуказанных микробов во время длительного наркоза, применения искусственного дыхания, когда б-ная была в асфиксии и в 3) гриппозная пневмония могла создать благоприятную почву для развития на ней аспирированных бактерий в один из указанных моментов.

Основным способом лечения гангрены легких является хирургический, главным образом по отношению к острым гангренам

с одиночной полостью. В некоторых случаях наблюдается излечение после чисто сальварсанной терапии.

Проф. *К. К. Скробанский*. Мы решили случай этот доложить, потому что он представляет большой клинический интерес. Мы знаем много тяжелых пневмоний, которые иногда оканчиваются летально, чаще же ведут к выздоровлению. Возможно, что мы иногда гангрену легких вовсе не диагностируем. В этиологии болезни несомненно играл роль предшествовавший грипп. Ждать с операцией мы не могли, потому что кровотечения изнурили больную. Технически операция была необычайно тяжела и продолжительна, что также способствовало заболеванию. Мы, гинекологи, не должны забывать этой редкой болезни, тогда мы чаще сумеем ее распознать.

П. И. Рулле видел 3 раза гангрену легких, во всех случаях вне зависимости от операции. В случае докладчика больная давала быструю реакцию Farrhaeus'a, она лишь недавно проделала грипп. Исследования крови сделано не было. Тут были, значит, противопоказания к операции. Наконец, при наличии гнойника в тазу, нужно было удалить шейку матки.

Проф. *Р. В. Кипарский* интересуется вопросом, наступила ли бы гангрена легких без операции? Может-быть, да. В данном случае нельзя отрицать и гематогенный путь; возможно, что тут была эмболия с последующим некрозом легочной ткани.

М. Я. Карлин полагает, что здесь была криптогенная инфекция и сообщает 2 случая гангрены легких, в которых причина гангрены лежала в ухе.

Проф. *Л. А. Бривский* спрашивает докладчика, была ли произведена реакция Vassermann'a. Д-р Тиги и М. Д. Тушинский успешно лечили спириллез неосальварсаном.

А. М. Михельсон сомневается в том, что в данном случае была инфлюэнца и сообщает случай фибромиомы, в котором причиной повышенной температуры оказался не грипп, а ruosalpinx. В таких случаях торопиться с операцией не следует.

Проф. *К. К. Скробанский*. Напрасно П. И. Рулле так боится гноя при хронических придатковых процессах. К операции были все показания. В таких случаях и впредь я всегда буду оперировать.

П. И. Рулле указывает, что гной в придатках далеко не всегда стерилен.

Проф. *Л. Л. Окунчик*. Гангрена легких осложнение очень редкое. Реакция оседания эритроцитов давала 29 минут: я не оперирую, когда реакция меньше часа. Ведь тяжелой анемии не было, раз гемоглобина было 70%. Я бы не рискнул больную оперировать, а выждал бы.

Проф. *К. К. Скробанский* считает, что с операцией нужно было спешить из-за кровотечений. Скорая реакция оседания была отнесена на грипп.

Проф. *Л. Л. Окунчик*. Реакция Farrhaeus'a указывает, что где-то инфекция. Может-быть она не в половых органах, а в легких, в ухе и т. п. Тут возникают новые вопросы, которые следует тщательно разработать.

Я. Ш. Шапиро говорит заключительное слово.

2. Г. В. Ходецкий. „Экспериментальное исследование профилактического и терапевтического действия эфира в брюшной хирургии“.

Проф. *К. К. Скробанский*. Я с большим интересом выслушал доклад. Центр тяжести лежит не в физических свойствах эфира; если мы видим целебное действие эфира, то дело отнюдь не в его физических свойствах. С бактериями борется организм; вся брюшная поверхность подвергается раздражению; повышается лейкоцитоз, повышается жизнедеятельность огромной массы клеток; тут появляется местный иммунитет. — Я не склонен изменять нашу технику, не склонен перейти на введение паров эфира.

Проф. *Р. В. Кипарский*. В литературе мы находим много противоречий, как относительно количества вливаемого эфира, так и относительно его свойств. Поэтому-то мы и занялись изучением всего вопроса. Мы совершенно правильно смотрим на клеточное раздражение, на клеточный иммунитет. С другой стороны не следует забывать, что мы можем прямо воздействовать бактерицидно на флору, что мы видели при применении, напр., Rivanol'я. Если мы имеем еще не перитонит, а лишь раздражение брюшины, то мы должны воздействовать профилактически, бактерицидно. Вопрос о действии эфира очень сложен. Бактерицидность эфира доказана опытами докладчика в условиях паробразного состояния эфира.

Р. Г. Лурье. Доклад появился во-время, так как в терапевтическом смысле в отношении эфира наступило некоторое разочарование. Дело *in vitro* — одно; *in vivo* — другое. Даже *in vitro* бактерицидные свойства эфира ничтожны, а *in vivo* тем паче. Лечение парами эфира уже известно по работе Warnekros'a. Теперь идет увлечение Rivanol'ем. Возлагать надежды на эфир, в смысле Reiztherapie не приходится.

И. И. Рулле. Я не применял эфира, потому что я боялся раздражения. Теперь, когда мы научились применять эфир профилактически, мы двинулись вперед. Терапевтический же эффект эфира при имеющемся уже перитоните весьма сомнителен.

А. М. Михельсон. По мнению докладчика разницы между сепсисом и перитонитом нет. Это не подтверждается работой Я. Б. Зельдовича.

Проф. *Л. Л. Окинчиц*. Всегда следует приветствовать попытку борьбы с перитонитом. К сожалению, существует огромная разница между хирургическим перитонитом и перитонитом гинекологическим. Если смертность от хирургического перитонита в среднем 3%, то вряд ли у наших перитонитов будет 3% выздоровления.

Г. В. Ходяцкий говорит заключительное слово. Председатель благодарит докладчика за интересное сообщение.

Административная часть.

1. Проф. *Окинчиц* сообщил о поступившем от управления Сев.-Зап. жел. дор. предложении обсудить вопрос об определении срока беременности. Вопрос передается в комиссию в составе проф. Личкуса, проф. Окинчица и д-ра Меркульева.

2. Проф. *Окинчиц* предлагает одного из секретарей Общества ввести в организационное бюро предстоящего Всероссийского Съезда. Намечается Г. Гентер.

3. Следующее заседание предполагается на начало сентября.

Председатель Общества *Л. Окинчиц*.

Секретарь *Г. Гентер*.

Протокол № 12 заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества.

11 сентября 1924 г.

Председательствовал *Л. Л. Окунин*. Присутствовали 33 члена Общества и 71 гость. Обязанности секретаря исполнял *П. Ф. Меркулев*.

1. Открывая заседание, председатель Общества сообщил о смерти бывшего в течение многих лет членом Общества профессора Воронежского университета Сергея Дмитриевича Михнова. Общество почтило память скончавшегося вставанием.

2. *Г. Г. Гейтер* прочитал протокол заседания Общества от 26 июня 1924 г. Протокол был утвержден собранием.

3. *Г. А. Бакит* демонстрировал Обществу случай lithoraedion (Аутореферат).

Демонстрируемый препарат удален путем чревосечения у больной М. А. З—ой 20 мая 1924 г.

Б-ная М. А. З—на, 24 лет, крестьянка Костромской губ., поступила в Гинекол. Клинику Гос. Клин. И-та для усов. врачей в Ленинграде 13 мая 1924 г. с жалобами на наличие в подреберьи инородного тела, стесняющего дыхание и ходьбу, особенно за последние месяцы.

Б-ная менструирует с 12 лет через 3 недели по 5 дней. До замужества (на 22-м году в январе 1922 г.) менструировала правильно. С марта 1922 г. менструация прекратилась, и б-ная считала себя беременной. На 4-м м-це инсульт, спустя неделю второй, более сильный, сопровождавшийся обмороком и резкими болями. По истечении двух недель б-ная поправилась, беременность прогрессировала, чувствовались движения плода. За неделю до ожидаемого срока родов прекратились движения плода после какого-то физического усилия; б-ная некоторое время чувствовала препятствие в животе при движениях, а затем все явления прошли: живот стал меньше, появились тenses, но в правой подвздошной области осталась большая, плотная опухоль. Почти год б-ная чувствовала себя удовлетворительно. С ноября 1923 г. началась новая беременность и, по мере прогрессирования последней, подымалась из области подвздошной впадины и дошла до правого подреберья, затрудняя дыхание и ходьбу.

При исследовании обнаруживается внутриматочная беременность сроком—6 лунных месяцев. Параллельно дну матки идет плотный, костной консистенции tumor, относительно подвижный, соединенный с правым рогом матки короткой, толстой ножкой; tumor—формы усеченного конуса, длиной 25 см, с обращенным к правой стенке брюшной полости широким основанием (11 см) и узким (в 7 см.), лежащим sub scrobiculo. Tumor не связан с печенью и селезенкой. Предполагаемый диагноз переносенного мертвого плода после внематочной беременности подтвержден рентгенограммой (демонстрируется). Для обнаружения сращений произведен второй снимок с применением рпейторегитопеум'a. На снимке видны спайки мертвого плода с паристальной брюшной (снимок демонстрируется).—20 мая 1924 г. операция (проф. Кипарский). Брюшная полость вскрыта медиальным разрезом

от лона до середины расстояния между пупком и мечевидным отростком. По вскрытии брюшной полости обнаружена увеличенная матка, соответствующая 5½ месяцам беременности; от правого рога ее отходит утолщенное круглое образование, величиною с мандарин с идущей кнаружи от этого образования правой круглой связкой. После резекции припаянной в этом месте части сальника, открывается доступ в epigastrium, где расположен, в сращениях с кишечником и паристальной брюшиной, сильно деформированный плод, соединенный с правым рогом матки упомянутым утолщением, оказавшимся вместилищем плаценты. По раз'единении сращений с брюшиной плод удален, а затем приступлено к выделению плацентовместилища: по наложении зажима на lig. inf. pelv. d. и mesosalpinx, частично резецирован правый рог матки и, частью острым, частью тупым путем, высе-парована ткань последа. Ложе его обшито 2-этажным непрерывным кэтгутовым швом. Гемостаз обеспечен обычным способом. Культы перитонизированы. Брюшная полость закрыта этажным швом. На 4-ый день после операции началась родовая деятельность; родился 6-тимесячный плод; послед и оболочки отошли сами полностью. В остальном послеоперационный период протекал нормально. Б-ная выписалась на 21-ый день.

Описание препарата: длина плода от головки до ягодиц—25 см; предполагаемая длина в расправленном виде—50 см; вес формалинового препарата—1700 гр. Головка сильно деформирована, сплюснута с боков. Лицевую поверхность от затылочной можно отличить, только благодаря рентгенограмме препарата (демонстрируется). Левые конечности сохранились хорошо, правые—деформированы. В наличии всех частей скелета конечностей убеждает рентгенограмма. Пуповина не видна; плацента прилежит непосредственно к брюшной стенке плода. Несмотря на деформацию отдельных частей, членорасположение плода относительно свободное. Это говорит в пользу наличия здесь реактивной капсулы, появившейся в результате пластического перитонита, а не—уплотненной собственной оболочки плода: т. об., мы имеем дело с вторичной брюшной беременностью. Далее, заслуживает внимания наличие значительного количества известковых солей в капсуле плода и последа (демонстрируется микроскопический препарат).—По вентральной поверхности последа идет сохранившая фимбрии труба и запаянный нормальной величины яичник.

Случаи lithopädion'a при наличии нормальной прогрессирующей беременности сравнительно редки. Что касается названия „lithopädion“, то им обычно неправильно пользуются при всех случаях наличия в брюшной полости мертвых плодов в результате внематочной беременности. В нашем случае, благодаря сравнительно быстро-идущему процессу об'извествления, мы имели бы в дальнейшем, вероятно, истинный „lithopädion“.

Р. В. Кипарский. Если задать себе вопрос, откуда первоначально исходила беременность, то прежде всего надо исключить „яичниковую“ беременность, ибо яичники оказались совершенно свободными. Топография была изменена так резко, что утверждать точно едва ли можно, но всего вероятнее, что здесь была налицо интерстициальная беременность, и наблюдавшееся после операции.

нарушение имевшейся маточной беременности объясняется травмой матки вследствие удаления значительной части интерстициального отдела матки.

Л. А. Кривекий спрашивает, как в описанном случае отходила труба и не была ли вначале обычная трубная беременность?

Р. В. Кипарский. Расположение правой круглой связки снаружи от вместилища плаценты указывает, что здесь вероятнее всего имела интерстициальная беременность.

4. Д-р *Теумин* сделал сообщение: „Кровяные пластинки при *пурпуральных септических заболеваниях и методика исследования их*“.

Р. В. Кипарский—с удовольствием выслушал доклад и видит интерес его в том, что докладчиком намечается еще одна реакция для установки прогноза при септических заболеваниях.

Г. Г. Гентер. В заведываемом мной Гинекологическом Отделении Больницы в память 25 октября при септических заболеваниях производится определение лейкоцитарной формулы крови, при чем замечено, что при улучшении процесса наблюдается увеличение числа лимфоцитов. Таким образом кривая содержания лимфоцитов, может быть, имеет при септических заболеваниях много общего с кривой содержания кровяных пластинок.

Л. И. Бубличенко (аутореферат). Уменьшение количества кровяных пластинок в крови при инфекционных заболеваниях и повышение при выздоровлении до нормы уже давно отмечено многими авторами. Послеродовые заболевания не составляют исключения в этом отношении. В докладчике меня заинтересовал тот факт, что при послеродовом тромбофлебите еще при высокой t-ге количество кровяных пластинок уже в границах нормы (по докладчику от 350.000 до 450.000). В этом я усматриваю подтверждение своего взгляда на послеродовые тромбофлебиты в том, что они вызываются бактериями невысокой вирулентности, которые быстро погибают в образующихся тромбах.

Большие колебания в числах при определении кровяных пластинок у различных авторов и малое число наблюдений у докладчика требуют большой осторожности в оценке сосчитывания кровяных пластинок для прогноза. В этом отношении желательно было бы производить для контроля параллельное сосчитывание кровяных пластинок по различным методам.

Л. Л. Ожичини. Клинические выводы докладчика, базирующиеся на небольшом материале, конечно, еще не вполне доказательны. Но самый метод, предлагаемый докладчиком, настолько прост, что при дальнейшей разработке вопроса может сделаться доступным для применения в клинике. Докладчик для выполнения своей работы положил много труда и мне—в качестве председателя Общества—нужно благодарить его за интересный доклад.

5. *А. Э. Мандельштам* сделал сообщение: „*Бактериологический контроль чувствительности реакции Fahrreus'a*“ (Аутореферат). При выборе метода оперативного или консервативного лечения заболеваний женских половых органов встает часто вопрос крайней важности: имеем ли мы дело с воспалительным или невоспалительным процессом и (в первом случае) можем ли мы считать процесс затихшим, если отсутствуют клинические симптомы активного воспаления? Решение этого вопроса до недавнего времени наталкивалось на необычайные трудности, т. к. во многих слу-

чаях применение провокационных методов и различных специфических реакций оставалось безрезультатным, хотя активная инфекция находилась лишь в латентном состоянии. С введением в клиническую практику реакции оседания эритроцитов мы приобрели чувствительную пробу, свидетельствующую (при быстром своем течении) о присутствии в организме воспалительного очага при исключении беременности или злокачественной опухоли. Клинические наблюдения показывают, что при SR (= Senkungs-Reaktion) < 1 часа оперативное вмешательство (абдоминальное чревосечение) угрожает опасностью распространения инфекции, в то время как при SR > 1½—2 часов активная инфекция может быть исключена. Однако, вопрос, можем ли мы с абсолютной достоверностью характеризовать воспалительный процесс, как затихший или еще не затихший, на основании продолжительности оседания эритроцитов, может быть решен лишь при помощи бактериологического контроля содержимого воспалительных очагов (труб, яичников, Дугласа и т. п.), результаты которого имеют особенное значение, так как данные клинических наблюдений не исключают случайной экзогенной инфекции, осложняющей течение послеоперационного периода.

Бактериологическое исследование различного содержимого, главным образом, гноя (посевы на агаре и в бульоне) и последующее бактериоскопическое изучение микроорганизмов в 40 случаях показало, что всегда при воспалительных процессах, дающих SR < 1 часа, мы имеем дело с жизнеспособными микробами; при SR > 1½ часа исследуемое содержимое оказывалось стерильным за исключением тех случаев, где гной, прорвавшись наружу (в кишку, пузырь, влагалище и т. д.), находил свободный отток; в этих случаях отсутствие ускорения SR следует объяснить ничтожным всасыванием продуктов белкового распада и бактериальных токсинов, которое происходит почти исключительно в замкнутых полостях.—Содержимое свежих заматочных кровяных опухолей (при внематочной беременности), несмотря на SR < 1 часа, оказывалось стерильным, в отличие от старых форм, в которых при SR < 1 часа кровь была находима разложившейся вследствие проникшей в опухоль инфекции. В виду этого при застарелых кровяных опухолях, дающих быстрое оседание (< 1 часа, особенно < ½ часа) оперативное вмешательство должно быть принципиально тем же, что и при гнойниках органов малого таза, т. е. необходимо применение colpotomi.

Производимые контрольные бактериологические исследования подтверждают чрезвычайную чувствительность реакции оседания эритроцитов, на результаты которой можно вполне положиться; важно уметь правильно толковать реакцию и знать все условия, при которых, несмотря на наличность активного воспалительного процесса, SR может и не быть ускоренной.

Л. Л. Окличин. В интересном докладе следует отметить на мой взгляд следующие моменты: во-первых, установление той нормы скорости оседания, которую нужно считать благоприятной в смысле отсутствия вирулентного процесса — оседание не менее 1 часа. В будущем я буду этой нормы и придерживаться. Второй интересный момент доклада — это положение, гласящее, что реакция оседания получается и при вирулентном гное нормальной,

если имеется сток гноя. Реакция Fahrraeus'a, как показывают наши теперь уже довольно значительные наблюдения, стоит прочно. С определенными поправками с ней нужно считаться и необходимо проделывать ее перед всякой операцией.

Р. В. Кипарский. Я вполне присоединяюсь к мнению Л. Л., но все же некоторые моменты меня не удовлетворяют. Напр., мы имеем случай внематочной беременности, проделываем реакцию Fahrraeus'a, получаем — 19 минут и мы не знаем, объясняется ли такая цифра инфекцией или присутствием крови. Наши сомнения рассеиваются после пробной пункции.—В 50% внематочной беременности мы наблюдаем повышение температуры и представляется неясным, есть ли это реакция со стороны брюшины или со стороны большого органа (больной трубы). Вообще желательнее дальнейшее изучение реакции Fahrraeus'a; в частности необходимо изучать реакцию при внематочной беременности, подвергая каждый случай бактериологическому исследованию, исследуя бактериологически самую кровь.

С. М. Миронова спрашивает, не наблюдается ли известное соотношение между скоростью оседания и характером содержащего болезненного очага.

Л. П. Бубличенко. Реакция Fahrraeus'a чрезвычайно чувствительна. Докладчик хотел представить бактериологический контроль реакции, но материал его, как контроль, не вполне безупречный. Нужно было бы, помимо бактериологического метода, применить еще и бактериоскопическое исследование гноя из абсцессов, культивирование анаэробов, а также исследование на бактерии вырезанных кусочков гнойной капсулы, без чего нельзя решить вопроса, имеются ли в гнойнике бактерии или последний можно считать безопасным в смысле инфекции.

Г. Л. Давыдов (аутореферат). Как поступать в случаях внематочной беременности с ограниченным кровоизлиянием и образованием haematocoele retrouterina, когда реакция Fahrraeus'a дает ускорение, t^0 у больной повышена, а кровь, добытая путем пункции заднего свода, стерильна. В таких случаях трудно решить, чем следует скорее руководствоваться: реакцией ли Fahrraeus'a, указывающей на инфицированную внематочную беременность (обыкновенно в случаях внематочной беременности с ограниченным кровоизлиянием реакция Fahrraeus'a не дает ускорения), или же стерильностью крови, указывающей на то, что haematocoele не инфицирована. Ведь это чрезвычайно важно при выборе пути (вагинального или абдоминального) для оперативного вмешательства. Одно вмешательство (вагинальное)—при инфицированной haematocoele, другое (абдоминальное)—если содержимое haematocoele стерильно. Объяснить повышение t^0 при нарушенной внематочной беременности всасыванием излившейся крови нельзя, потому что в огромном числе случаев с большим кровоизлиянием t^0 остается нормальной. Vacialli приводит 141 случай оперированных им внематочных беременностей, при чем во всех этих случаях кровь, добытая путем пункции заднего свода или при чревосечении, оказывалась стерильной. На основании своего личного материала я позволю себе отметить, что при эктопической беременности, если кровь, добытая из тазовой или брюшной полости стерильна, осложнение процесса повышением t^0 не может служить

противопоказанием к вмешательству per abdomen из опасения инфицировать брюшную полость.

А. Э. Мандельштам (аутореферат). Я вполне согласен с мнением проф. Л. Л. Окинчица, что оперировать при SR в 30 — 40 минут по меньшей мере рискованно; в клинике проф. Р. В. Кипарского принципиально мы не производим чревосечений при SR меньше 1 часа, если нет к этому настоятельных показаний. Однако, и более продолжительная реакция не исключает возможности присутствия активной инфекции при свободном оттоке содержимого гнойника. При трубных абортах быстрое оседание эритроцитов легко объясняется (как мною разобрано в докладе) и при отсутствии какой-либо (вторичной) инфекции, и поэтому бактериологический контроль был произведен мною лишь в нескольких случаях, которые подтвердили стерильность содержимого трубы.

Исследуя бактериоскопически и бактериологически содержимое различных очагов, я наблюдал как бы некоторый параллелизм между, так сказать, количественным и качественным состоянием инфекции и быстротой SR. — Так, при SR близкой к 1 часу на чашках Petri в нескольких случаях выросли лишь одиночные колонии или относительно безобидные бактерии, как *staphylococcus pyog. albus*. — В своем докладе я не коснулся вопроса об исследовании микробов, находящихся в толще тканей; значение их в интересующем нас вопросе относительно невелико, т. к. опасность распространения инфекции существует главным образом при загрязнении полости брюшины содержимым очага; если оно стерильно и SR не (или мало) ускорена, то это свидетельствует о малой активности инфекции (если она вообще имеется в тканях), т. к. всякое всасывание токсинов легко определяется чувствительной реакцией Fahrgaеus'a. — Мы не исключаем возможности присутствия бактерий в тканях при уже стерильном содержимом очага и занимаемся в настоящее время специальным изучением этого вопроса. Отдельного исследования на анаэробы я не производил, т. к. значение их в общем не велико и обычные известные нам заболевания вызываются аэробами.

Прогноз, поставленный на основании произведенного мною бактериологического контроля, блестяще оправдался течением послеоперационного периода и показал, что реакция оседания эритроцитов несравненно более тонкий диагностический метод, чем провокационные способы, „специфические“ реакции, трехтупферная проба, определение степени загрязнения влагалища бактериальной флорой и пр.

Л. Л. Окинчик. Конечно, некоторые детали относительно реакции скорости оседания эритроцитов остаются еще не выясненными, но все же, повидимому, дальнейшие частности едва ли могут поколебать значение реакции.

В заключение, Л. Л. благодарит докладчика за интересное сообщение.

Административная часть.

1. Председатель Общества *Л. Л. Окинчик* сообщил о том, что до сих пор не получило удовлетворения ходатайство Ленинград. Комиссии по улучшению быта ученых о назначении персональной

пенсии вдове председателя Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества Д. А. Парышева.

Постановлено: В виду крупных заслуг покойного Д. А., как научного и общественного работника, ходатайствовать от имени Общества перед Цекубу о назначении вдове его персональной пенсии.

2. Секретарь Общества *Г. Г. Гентер* огласил обращение организационного комитета VII Всесоюзного Съезда Гинекологов и Акушеров, имеющего состояться в мае 1925 г. в Ленинграде.

Постановлено: Поручить *Г. Г. Гентеру* принять на себя сбор членских взносов среди членов Акушерско-Гинекологического Общества, имеющих намерение принять участие в Съезде.

3. Следующее заседание Общества назначено на 25 сентября 1924 года.

Председатель Общества *Л. Окинци.*

Секретарь *Ш. Меркульев.*

Протокол № 13 заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества.

25 сентября 1924 г.

Председательствовал проф. *Л. Л. Окинци.* Присутствовало 23 члена Общества и 52 гостя. Обязанности секретаря исполнил *Г. Г. Гентер.*

1. Секретарь Общества *Ш. Ф. Меркульев* прочел протокол заседания от 11 сентября. Протокол утвержден.

2. Проф. *В. В. Строганов*, „Впечатления о поездке в Англию“.

— Весною этого года мною была получена командировка в Англию для демонстрации и испытания там усовершенствованного профилактического метода лечения эклампсии после получения извещения, что лондонская Royal Society of Medicine будет так любезна, что предоставит всевозможные удобства для лечения подходящих случаев.

Позвольте высказать надежду, что посещение Англии с подобной целью не будет последним, и для членов нашего общества небезполезно или, по крайней мере, небезынтересно знать, с какими неожиданностями мне пришлось встретиться. Кроме указанной цели я имел в виду ознакомиться с английскими учеными и позондировать почву относительно печатания наших работ в английских журналах, об обмене изданий и об англо-русском акушерском журнале. Значение английской и тесно связанной с нею американской науки, как мне кажется, в последнее время все увеличивается, и связь с нею для нас представляется очень важной.

Само собою, понятно, имелось в виду также ознакомление с успехами акушерско-гинекологической дисциплины за последнее десятилетие.

Уже при первом свидании с проф. *Herbert'ом Spencer'ом*, *Thomas Watts Eden'ом* и *Cuthbert Lockyer'ом* (председатель акушерско-гинекологического общества) я услышал, что эклампсий в Лондоне очень мало. *Herbert Spencer* ставил это в связь с мерами охраны

материнства во время беременности — очень интересный факт, заслуживающий полного внимания. Не отрицая значения этого момента, думается мне, что такое уменьшение в значительной мере связано с обычным колебанием частоты этой загадочной болезни, причины которой для нас неизвестны. И у нас в Акушерско-Гинеке. Институте с февраля м-ца по август с. г. наблюдалась лишь одна эклампсия, а между тем меры предохранения беременных применялись те же, что и в течение ближайших двух лет. Подобные же меры, насколько я понял, применялись и английскими врачами.

Другая неожиданность — прекращение занятий акуш.-гинеке. секции Royal Society of Medicine; однако, согласно моему предложению, президиум назначил экстренное собрание на 3-ье июля для выслушания моего доклада. Последний был зачитан секретарем общества и напечатан в ближайшем № „The Lancet“, к сожалению, с большими урезками. Там же (№ 5263, стр. 77) было обращено внимание практических врачей на мое предложение принять участие в лечении эклампсии и прибавлено, что главные врачи, как общих, так и специальных больниц, равно как и члены акушерско-гинеке. секции уже оповещены об этом. В прениях я высказал надежду, что при соблюдении всех деталей испытываемого метода есть надежда получить: 1) выздоровление от эклампсии всех матерей и около 90% детей в *излеченных случаях*, 2) в 90% немедленное прекращение припадков, 3) при эклампсии *sub graviditate* — продолжение беременности с живым ребенком, если не будет nephritis, sepsis и воспаления легких.

26 июля я был приглашен к экламптичке в Queen Charlotte Hospital, лечение которой проведено следующим образом: больная помещена в отдельную теплую комнату, покрыта теплыми одеялами и грелками, старались устранить всякое раздражение, хотя, ради демонстрации, в комнате по временам были не только заведующий доктор Воупе и его помощник, но и иностранные врачи из Германии и Бразилии.

Больная II-рождающая на 8 месяце беременности, довольно крепкая женщина, имела 2 припадка эклампсии и находилась почти в коматозном состоянии. В моче много белка с зернистыми и гиалиновыми цилиндрами.

В 11 ч. 30 м. р. т. (= до полудня) ей дано 8,0 хлороформа, а в 11 ч. 45 м. впрыгнуто под кожу 0,02 morph. тиг. (под хлороф.) — доза несколько большая обычной в виду шума на улице, крепкого сложения больной и порядочной тяжести эклампсии. Следующие явления заставляли предполагать последнее: 1) больная была II-рождающая, 2) в относительно раннем периоде беременности, 3) с долго длящимся и сильным угнетением сознания уже после 2-го припадка, 4) с давним нефритом, 5) с относительно низким кровяным давлением (138 — syst., 90 — diast.).

В 12 час. снова хлороформ 1,5 для катетеризации.

В 12 ч. 15 м. р. т. (= после полудня) в виду беспокорства больной снова 3,0 хлороформа.

В 12 ч. 25 м. р. т. клизма с 2,0 хлорал-гидрата с молоком и физиологическим раствором повар. соли (за 100,0) под хлороф. 1,5. Через 15 минут часть клизмы вышла, почему —

в 1 ч. 25 м. р. т. снова введено 1,0 хлорал-гидрата под хлороф. 1,5,

в 2 ч. 25 м. р. т. впрыскивание 0,015 morph. тиг. + под хлороф. 2,0,

в 4 ч. 25 м. р. т. — несколько ускоренно против шемы — 1,0 хлорал-гидрата in recto под хлороформом 3,0 в виду шума на улице.

В 6 час. 25 мин. клизма была повторена, но уже без хлороформа, в виду хорошего состояния больной. Кровяное давление 154, t° 36,9, пульс 70.

В 9 ч. 45 м. р. т. снова клизма из 1,0 хлорал-гидрата + хлороформ 3,5 (total — 23,5). Пациентка переводится под хлороформом в другую комнату.

27 июля в 5 ч. 35 м. а. т. снова 1,0 хлорал-гидрата в 100,0 вышеприведенной смеси. В 9 ч. 45 м. вечера 26 июля и 5 ч. 35 м. утра 27 июля больная произвольно мочилась. В 10 ч. 45 мин. 27/VII кровяное давление 140, T° 36,4, P. — 60, R — 20. В течение первых суток больная почти все время спала. Общее количество мочи 490,0. Таким образом за сутки больной введено 6,0 хлорал-гидрата, 0,035 morph. тиг. и 23,5 хлороформа. На 2-ой день больная получила 4,0 — а на 3-ий 3,0 хлорал-гидрата.

Уже три часа спустя от начала лечения больная заявила, что она чувствует себя так хорошо, как не чувствовала в течение всей последней недели. В течение ближайших 3-х недель состояние больной при живом ребенке продолжало улучшаться, только почки до 3-ей недели давали зернистые и гиалиновые цилиндры, а белок без цилиндров в небольшом количестве наблюдался также и в течение 3-й недели. Таким образом, высказанные предположения вполне оправдались на этом случае.

Другой случай наблюдался в одной частной больнице, который, однако, после консультации был признан за диабетическую кому + какое-то лихорадящее заболевание. Больная в глубокой коме, появившейся первично, в течение которой два раза наблюдались судороги, имела t° выше 42°. Лицо больной, как и ноги не были отечны. Пульс 160 — 170 ударов в минуту, по временам исчезающий. В моче сахар и немного белка; graviditas около 6 мес. При поворачивании больной на бок для выслушивания легких у больной прекратилось дыхание; положивши ее снова на спину, были применены меры оживления и больная стала дышать. Решено пригласить терапевта к этой умирающей женщине.

3-й случай был лечен доктором Рагатоге'ом по принципам профилактического метода с полным успехом для матери и ребенка.

Таким образом, популяризация профилактического метода выразилась в докладе Обществу, в напечатании его в Lancet'e, в отчете о заседании в British Medical Journal, в беседе со многими врачами во многих госпиталях, а в некоторых также и со студентами и в лечении вышеописанных случаев.

В отношении второй цели моей поездки оказалось, что печатание статей в английских журналах чрезвычайно дорого и что они крайне неохотно принимают статьи иностранных авторов, в особенности с таблицами и рисунками.

Переходя к постановке медицинского дела в Лондоне, должен отметить, что хирургическое направление проявляется здесь в очень резкой форме. Строгая асептика ведет к хорошим результатам. Почти все оперируют с масками на лице и в перчатках; тишина во время операции. Большинство ограничивает применение хлороформа, заменяя его эфиром. Fitzwilliams дезинфицирует кожу иодом и закрывает кожу так, что видна лишь одна рана. Он очень рекомендовал японский кетгут, хорошо переносящий кипячение. С большим наслаждением я смотрел на двухстороннюю herniotomy у этого искусного хирурга и на лапаротомию у лейб-акушера Simson'a в Soho-hospital, у которого асептика доведена до высшей степени. Очень рекомендовали мне применение виннокаменно-кислого эрготамина (Temergin).

В заключение не могу не отметить в высшей степени любезного и гостеприимного отношения англичан. Что касается главной цели, то как министерство здоровья, так и Medical Research Council рассмотрят вопрос, не следует ли продолжить испытание профилактического метода в ближайшем будущем, в Глазго (и Манчестере), где в предшествующие годы эклампсии наблюдались очень часто — в 1 случае на каждые 28 родов.

Председатель благодарит докладчика за сообщение.

Проф. В. В. Строганов демонстрирует прибор для измерения кровяного давления, привезенный им из Англии.

З. А. В. Попов. „К технике реакции скорости оседания эритроцитов“.

Проф. Л. Л. Окунчик. Сейчас реакция Fahrgraeus'a завоевала себе прочное положение. Но бывают случаи, когда брать кровь из вены очень трудно или даже невозможно. Далее весьма затруднительно брать кровь повторно у одной и той же больной. Чем проще техника, тем лучше. В методе докладчика единственное, что может представить затруднения — это приготовление пробирок. Но все же это затруднение легко можно преодолеть.

А. Э. Мандельштам считает модификацию, предложенную докладчиком, практичной.

Уже 3 года т. н. было предложено для реакции Farrhaus'a брать кровь из пальца, при чем после перетяжки пальца кровь набегала, в пробирку. Но тогда все же брали около 1 куб. см. Далее было установлено, что при диаметре пробирки в 1 мм имеется действие капиллярных сил. Что касается поверочных опытов, то мы наблюдали, что даже при одинаковых диаметрах скорость оседания крови одной и той же больной была различной. В заключение оппонент полагает, что оседание эритроцитов вряд ли зависит от чисто механических условий, а дело тут скорее в электрофизических законах.

Председатель благодарит докладчика.

4. А. Л. Верт демонстрирует препарат нелопнувшей интерстициальной беременности. Диагноз поставлен не был, больная в больницу доставлена с диагнозом Metro-endometritis haemorrhagica. Клинический диагноз — фибромиома. При чревосечении оказалось, что опухоль занимала угол матки, клиновидно иссечена, оказалась интерстициальной беременностью.

Проф. А. В. Марковский. В нашем Обществе д-р Плетнева доложила о случае интерстициальной беременности, тоже не лоп-

нувшей. Интересно, что эта же больная текущем году поступила в клинику с лопнувшей *graviditas isthmica*.

Председатель благодарит за интересную демонстрацию.

Административная часть.

1. Председатель проф. *Л. Л. Окличин* обращается к Обществу за поддержкой ходатайства вдовы проф. Н. Н. Феноменова перед Цекубу о назначении ей персональной пенсии. Общество поручает секретарям составить ходатайство перед Цекубу.

2. Проф. *В. В. Строганов* сообщает, что он обратился в Лондоне к ряду гинекологов с предложением приехать на предстоящей С'езд в Ленинграде. Несколько лондонских гинекологов выразили желание приехать. Полпредство в Лондоне обещало содействие. Приглашение будет опубликовано в *Lancet* и в *Journal of Obstetir and Gynecology*. Конечно, требуется разрешение Москвы.

3. *В. А. Козинский* заявляет, что в этом году исполняется 30-летие деятельности проф. Р. В. Кипарского.

Общество постановляет один номер журнала посвятить проф. Кипарскому.

4. Следующее заседание назначено на 9 октября.

Председатель Общества *Л. Окличин*.

Секретарь *Г. Гейтер*.

Протокол заседания Акушерско-Гинекологического Об-ва в Киеве.

Акуш.-Гинеколог. Об-во в Киеве организовало ряд заседаний по программному вопросу—о конституции. С докладами выступали проф. А. А. Кротовский (Киев. Бактер. Институт) и д-ра Б. Н. Изаков (Акуш. клин. Клинич. Института), С. И. Драпалюк (кафедра физиологии и гигиены труда Киев. Мед. Инстит.), Я. Б. Шорховник (Киев. Рентгенолог. Инстит.) и д-р А. Э. Гильер (Куяльниц. курорт им. Раковского. Одесса).

По предложению председателя проф. Г. Писемского прения были перенесены на конец после всех докладов.

Заседание 27/III—1925 г.

1. Др. Б. Н. Изаков: „К проблеме учения о конституции в акушерстве и гинекологии“. В этой первой части доклада д-р И. подробно освещает те общие положения и понятия, с которыми приходится сталкиваться при практическом изучении конституции. В споре между определением конституции, как суммы генотипических (унаследованных) свойств, и определением ее, как суммы фенотипических (унаследованных и приобретенных) данных, более целесообразно, по мнению докладчика, придерживаться фенотипического понимания, поскольку врачу все равно всегда приходится иметь дело с большим субъектом именно таким, каков он есть. Равным образом целесообразнее с практической точки зрения говорить о „нормальном“ человеке, как среднем результате измерений индивидуумов, взятых подряд всех, без исключения (Borchard), нежели представлять „идеального“ человека (Stratz), полученного путем исследования лишь субъектов, признаваемых полноценными. Вместе с тем нужно помнить, что ни идеального, „ни нормального“ человека в действительности не существует, т. к. на образование индивидуума оказывают свое влияние слишком много разнообразных факторов. Сюда относятся все факторы, влияющие на формирование генотипа и воздействия внутриутробных влияний. Внешние условия также могут, по мнению одних, являться причиной конституциональных аномалий (инфантилизм Lorrain'a), по мнению других, они лишь выявляют унаследованные предрасположения (Mathes и др.). Как бы то ни было, указанные моменты приводят к возникновению того, что Bauer'ом было названо Status degenerations и что лучше назвать по Borchard'у „девиациями“ или отклонениями. Некоторые из них обуславливают аномалии (полимастия, полидактилия и пр.) одного органа

или отражаются на его количественном развитии (гипо- и гиперплезии), другие захватывают целую систему органов. Последние, в свою очередь, могут быть причиной либо ее недостаточности (астения, как проявление недостаточности мезодермального листка, хлороз, как недостаточность кровообразовательного аппарата), либо способности к слишком сильной реакции и к преждевременному вследствие этого изнашиванию—сюда по *Borchardt*'у относятся *Status thymo-lymphaticus-Paltauf'a*, *diatesis exudativa* и *neuroarthriticus*. Наконец, организм может обнаруживать нарушение правильного хода эволюции и давать разнообразные картины инфантилизма *pubertatis praecocis* и сенилизма; при последних, как и вообще, при изучении конституциональных отклонений, учет эндокринного момента является обязательным.

Помимо отдельных отклонений для врача также важны попытки разбить на группы всех, даже нормальных людей, по большей части, на основании их *habitus'a*. Начиная от *Гиппократа* и *Методикера*, продолжая *Ракутанским* и вплоть до современных исследователей (*Mathes*, *Kretschmer*, *Кабанов*, *Бунак* и мн. др.) всегда проводилась мысль о возможности классифицировать людей по резко отличающимся группам. К наиболее известным из таких классификаций принадлежат: 1) классиф. *Sigaud*, с подразделениями на *typus respiratorius*, *digestivus*, *muscularis* и *cerebralis*. Принятая многими авторами для мужчин, она, по наблюдениям *Bauer'a*, *Borchardt'a* и поверочным данным докладчика, непригодна для женщин; 2) *Kretschmer'a*, делящая людей на атлетико-астенические, пикнические и диспластические типы, теперь получила широкое распространение и 3) *Mathes'a*. В основу последней положен биологический принцип, заключающийся в том, что строение человека рассматривается с точки зрения того, насколько далеко данный индивидуум ушел в своем развитии от животных, отличие от которых обусловлено тремя моментами: вертикальным положением туловища, эмансипацией верхних конечностей и преобладанием головного мозга над вегетативной нервной системой. Максимальное выражение этих моментов дает „форму будущего“ (высокий рост, длинные ноги, развитая грудная клетка и пр.—*Zukunftsfornie*), свойственную исключительно мужчине; некоторая задержка в развитии в общем совершенно полноценного организма обуславливает форму юности (*Jugendformie*), аналогическую пикническому типу и свойственную женщине. Наличие у женщины признаков „формы будущего“ говорит об ее интерсексуальности, проявляющейся в строении, в психике и в ряде нервных и физических страданий. Количественные недоразвития в организме приводят к гипоплезии, а качественное к астении, которая может комбинироваться с гипоплезией, а у женщины особенно часто— с интерсексуальностью. Постановка проблемы интерсексуальности в этом виде, а также введение одного биологического принципа и делает такой интересной классификацию *Mathes'a*. В заключение обзора докладчик останавливается на взглядах *Aschner'a*. На основании последних конституция рассматривается не только, как совокупность строения частей и органов тела, но и как следствие определенного состояния соков организма. Становясь на точку зрения старой гуморальной патологии, *Aschner* снова вводит термины *plethora*, *discrasia* и *diathesis inflammatoria*. Некоторые поня-

тия о соках дает уже нам внешний облик (Complexion), куда относятся цвет кожи, глаз и распределение и свойства волос; напр., светлые глаза при черных волосах говорят о расстройстве соков. В соответствии с гуморальными воззрениями меняется и терапия и наибольшее распространение получает формула XVIII века: потогонные, слабительные, кровопускания.

При изучении конституции индивидуума необходимо производство определенных исследований. В соответствии с правилами антропологии и практическими заданиями, акушерской клиникой была выработана карточка, заполнение которой давало возможность судить о *habitus'e* и отчасти о *status'e* женщины (карточка была пред'явлена Об-ву). При этом в основу была взята классификация *Kretschmer'a*. Следовать подразделениям *Mathes'a* оказалось пока нецелесообразным, т. к., с одной стороны, интересность психики не поддавалась определению по условиям работы, а с другой стороны, некоторые признаки, относимые *Mathes'ом* к числу определенно интерсексуальных, обнаруживались и у женщин, обладавших всеми свойствами формы юности; так, напр., на материале Акушерской клиники гипертрихоз наблюдался у астеничек в 53,3% всех случаев, а у пикничек в 37,2%, т. е. разница представлялась не слишком большой. Однако, другой, по *Mathes'у*, интерсексуальный признак—несовершенная линия замыкания бедер (на том же материале), действительно, оказался характерным для астеничек (в 86,7%), а не для пикничек (12,5%). Таким образом докладчиком в схему *Kretschmer'a*, куда введено еще понятие о гипопластических и астенико-гипопластических типах, включено 121 наблюдение из числа 150, проведенных по поручению проф. *Г. Ф. Писемского* в Акуш. кл. Киев. Клин. Ин-та. Эта схема применима, следовательно, и в отношении женщин. Из антропологических данных, полученных докладчиком, следует отметить предлагаемое им, в соответствии с указаниями *Mathes'a*, измерение угла наклона ребер, которое совместно с эпигастральным углом дает важные данные для характеристики общего строения. Для получения этих углов докладчиком предложен сконструированный им достаточно простой и доступный прибор. Т. о. для астеничек при среднем эпигастральном угле в 75° (с колебаниями 44° — 90°) средняя величина угла наклона ребер = 50° (40° — 64°), а для пикничек он равен $64,5^\circ$ (от 55° — 72°) при эпигастральном угле в $106,2^\circ$ (85° — 130°).

Заседание 4/IV—1925 г.

1. Д-р *С. И. Драпалюк* говорил „Об Антропометрической характеристике конституциональных типов“. Докладчик, на основании антропометрических, психо-физиологических и био-химических материалов кафедры физиологии и гигиены труда Киевского Мед. Института на многочисленных таблицах и диаграммах изложил данные о количественной характеристике конституциональных типов. При своих исследованиях он пользовался сборной классификацией конституции, позаимствовав то общее, что уже имеется в классификациях у различных авторов, начиная от древнейших времен (от *Гиппократ* до *Mathes'a*). Таким образом он оперировал с пятью типами: астеническим, дигестивным (*picnicus*), мускульным (*athleticus Кречмера*), респираторным, церебральным

(Sigaud) и смешанным типом. Сравнивая одинаковые измерения (рост с ростом, вес с весом и т. д.) у различных конституциональных типов таким путем, д-р *Драпалюк* приходит к выводу, что обычные антропометрические измерения (рост, вес, окружность груди и др.) не дают оснований для конституциональной антропометрии; он предлагает для этой цели пользоваться другими измерениями, как-то: длины шеи, эпигастрального угла, длины талии и угла, образованного ребром с позвоночником. Эти последние измерения, а также измерения морфологической высоты лица с разбивкой ее на 3 сектора дают достаточное количественное выражение морфологическим особенностям конституциональных типов и возможность конституционального диагноза на основании даже только антропометрических измерений. В виду того, что указанные измерения выполняются весьма легко и не требуют большой затраты времени докладчик считает их весьма ценными и предлагает их ввести в обиход исследований физического развития людей, особенно профессиональных групп, так как такой подход уточняет изучение физического развития человека в согласии с современными научными данными. Свои положения докладчик основывает на материале 633 измерений как студентов, так и рабочих города Киева. На ряду с этими измерениями одновременно не будет излишним воспользоваться и другими данными и их соотношениями (Специальные индексы). Приведенные автором индексы физического развития (*Pignet, Rohrer, Brugsch* и др.) показывают, что подход к ним с точки зрения о конституции еще более уточняет этот вопрос и дает возможность полного их использования для целей количественной морфологической характеристики конституциональных типов. Далее докладчик продемонстрировал результаты обследования психических функций у различных конституциональных типов; в частности подробно продемонстрировал результаты опыта *Бурдона*, по каковому методу были исследованы 292 человека; при этом сравнение данных физических измерений с данными опыта *Бурдона* показали, что в 90% случаев антропометрический диагноз типа подтверждался данными опыта *Бурдона*: при чем наибольшую успешность психической работы давали типы церебральный, дигестивный (*pienicus*), наименьшую—респираторный и смешанный; средину занимали астеники и мускульные. Далее докладчиком были приведены данные произведенного им по микрометодике *Ванна* исследования липоидного обмена у конституциональных типов. Эти исследования показали присутствие большого количества липоидов в крови дигестивных и незначительное у астеников, что докладчик объясняет усилением окислительных процессов у астеников в сравнении с дигестивными.

2. Проф. А. А. *Кроптовский* сделал доклад под заглавием: „Теоретические основы современного учения о конституции“. Переживаемую эпоху в истории медицины проф. *Кроптовский* характеризует как момент сильного развития конституц. патологии, которая кладет чрезвычайно своеобразный отпечаток почти на все отделы теоретической и практической медицины. Огромное количество исследователей работает в этой области, так что, напр., *Hart* в своей монографии (1922 г.) привел более 2000 названий трудов, посвященных конституции. В Киеве изучение

конституции было поставлено на очередь еще в 1920 г., когда образовавшаяся при б. Об-ве Киев. врачей научная комиссия выдвинула и этот вопрос в числе программных, поручив его разработку в теорет. части проф. А. Кроптовскому и клиническую — покойному проф. В. Н. Михайлову. Однако, литература оказалась столь обширной и, главное, запутанной, а отдельные вопросы настолько сложные, что сколько-нибудь полный двойной доклад мог быть поставлен на повестку лишь в 1922 г. Смерть проф. Михайлова помешала осуществлению этого намерения. Проф. Кроптовский посвящает настоящее сообщение памяти В. Н. Михайлова.

Председатель проф. Г. Писемский предлагает почтить память проф. Михайлова вставанием.

Далее проф. К. указывает, что наблюдения, касающиеся конституции человека, являются несомненно очень древними. Так, напр., если бы теперь докладчику нужно было бы отыскать хороший образец того, что теперь мы назвали бы по *Kretschmer*'у пикнич. типом, то докладчик без колебания привел бы снимки с древней египетской статуи „Шейх-эль-белед“, которая, хотя ей около 4^{1/2} тыс. лет, представляет собою художественно выразительный пример пикнич. habitus'a. Диспластич. тип *Kretschmer*'а (*status degenerativus*) с его психическими проявлениями ярко обнаруживают статуи Менофиса IV и сделанные на ней надписи. Еще более понимания конституции человека обнаруживал *Гиппократ* и его школа (*status phthisicus, apoplecticus*). Такой же учет конституц. моментов можно проследить и значительно позднее. Докладчик, напр., демонстрирует старин. медиц. книгу конца XVII века, где указывается, что лечение удара должно быть различным в зависимости от конституции заболевшего. Так обр. невольно возникает вопрос, почему же все-таки говорят о современной конституц. патологии, как о чем-то новом. Причина этого в первую очередь кроется в том, что предшествовавший период истории медицины характеризовался огромным успехом бактериол. исследований, когда под влиянием этих небывалых успехов бактериям приписывалось почти все и когда человек. организму уделялось мало внимания. Далее, огромную роль в современном учении о конституц., противоположно старому, играет значительно подвинувшееся за последнее время изучение о деятельности эндокрин. желез и автономной, так наз., вегетативной нервной системы. Возникло учение об индивидуальных эндокрин. формах. Наибольшее же значение, по мнению проф. К., представляет все же то, что на медицину и изучение человека вообще оказали огромное влияние современные успехи биологии, экспериментальной генетики, т. е. изучение на почве точного опыта, точного эксперимента изменчивости, варьирования признаков, индивид. особенностей — изучение наследственности. Т. обр. возродившееся в настоящее время старое учение о конституц. носит на себе печать точной науки. Для большего уяснения спора о том, „что, такое конституция“, докл. показал таблицу, взятую из вышедшей на днях его книги „Наследственность и конституция“; из этой таблицы явствует, что в то время, как, напр., *Bauer* понимает под конституц. лишь унаследование (генотипическое), *Martius* и др. считают конституц. всю совокупность фенотипа. Этот спор, по

докладчику, представляет лишь теоретическое значение и характерен скорее для немцев, склонных к излишнему теоретизированию, чем, напр., для англичан. В действительности, когда дело дошло до практической работы, то и сам *Bauer*, в вышедшей не так давно его монографии „*Methoden Konstitutionsforschung*“, дал практические указания относительно изучения именно фенотипич. признаков, забыв о своих теоретич. положениях. Поэтому при практическом подходе к учению о конституц. проф. *K.* считает единственно возможным изучение фенотипич. признаков, т. к. непосред. исследованию доступны только реализовавшиеся фенотипические признаки, а затем путем дальнейшего анализа выявляются генотипич. основы. Чтобы современ. изучение конституц. было возможно более плодотворным, желательно не ограничиваться классифицированием людей по типам, т. к. это нередко ведет к насильственному втискиванию в определен. группы, а изучать различные слагаемые конституц. человека, отдельные конституц. признаки и т. д. при помощи всех очень точных методов, которые дают медику смежные науки. При изучении *habitus'a* желательно применять методику и технику антропометрии (соматометрии); при обработке результатов, полученных при обследовании морфологических признаков или при отдельных функциональных испытаниях — применение точных методов вариационной статистики; при генотипическом анализе — приемов современной генетики и т. п. Для более полного и безупречного такого рода изучения конституц. желательно сотрудничество клиницистов с представителями различных других специальностей медицины и биологии. Лишь такое исследование конституц. даст нам исчерпывающий материал и будет иметь огромное значение для выяснения патогенеза, целесообразной профилактики и терапии.

Заседание 11/IV—1925 г.

1. Д-р *И. Б. Порховник* прочел доклад: „*Защитные силы организма в борьбе с злокачественными опухолями, как проявление конституциональных свойств его и роль рентгеновских лучей, как возбудителя этих сил*“. В деле лечения злокачественных новообразований при помощи лучистой энергии наступил определенный перелом. Причиной этого явилась известная неудовлетворенность клиницистов длительными результатами (*Dauerresultaten*) этого лечения. Появление рецидивов после лечения—дело обычное. Так, напр., после хирургического лечения раков длительное излечение наблюдается всего лишь в 8—10% при самой совершенной, современной технике. Достаточное объяснение этому факту можно найти лишь в том учении, по которому злокачественные новообразования (рак, саркома) являются только местным проявлением (до известного времени) какого-то общего заболевания организма. Учение это основано, главным образом, на экспериментальных данных (*Коренчевский, Абрикосов, Mayer, R. Erdmann*). Поэтому, необходимо не только местно уничтожить злокачественную опухоль, но обратить также внимание на защитные средства, при помощи которых организм, в целом ведет борьбу с этими новообразованиями. Целый ряд экспериментальных работ в этой области над животными и людьми (*Kok, Vorländer* в 1923 г., *Neumann*

в 1924 г. и др.) показал, что лейкоциты, фибробласты, молодая соединительная ткань (ретикуло-эндотелиальная система вообще) принимают самое активное участие в этой борьбе. В окружающей раковую опухоль соединительной ткани возникает целый ряд процессов защитного характера, сводящихся в конечном счете к образованию грануляционного вала вокруг стремящихся внедриться в нее раковых клеток. Разрушение этого вала слишком большими дозами X-лучей ведет к быстрому росту опухоли, метастазам и к гибели организма. Усиление защитных сил организма может быть вызвано не только местным освещением опухоли, но и общим освещением всего тела животного, даже при изоляции самой раковой ткани от X-лучей. Все это указывает на то, что X-лучи, помимо чисто местного влияния, оказывают значительное общее действие на организм, что, между прочим, клинически проявляется качественными и количественными изменениями состава крови больных и явлениями, т. наз., Roentgenkather'a. Эти явления очень напоминают картину изменений крови при протеиновой терапии. Roentgenkather соответствует так назыв. гемокластическому симптому Widal'я при протеиновой терапии (падение кривляного давления, лейкопения, ускорение свертывания крови). Такой параллелизм доказан экспериментально сначала Kaznelson'ом и Zorant'ом, а потом блестящими опытами французов Giraud и Parès с освещением X-лучами селезенки, пересаженной у собаки под кожу. Т. об. X-лучи являются могучим стимулирующим средством для всего организма. Не следует только давать слишком больших доз; в последнем случае появляется, так наз., Röntgenkashexia, от которой погиб не один больной в период увлечения большими дозами X-лучей. Этим же многие немецкие авторы (Opitz, Döderlein, Theilhaber) объясняют и неудачи X-терапии рака матки у Bumm'a и рака грудной железы у Perthes'a. Применяя раздражающие дозы X-лучей на некоторые железы с внутренней секрецией, напр., на *gl. thymus* (которой в настоящее время придается роль регулятора роста соединительной ткани), возможно, как показали опыты Engels'a и американца Murphy, значительно повысить невосприимчивость животных к имплантации раковых опухолей по сравнению с контрольными животными. Доклад д-ра Порховника заслушан был с большим интересом и многие члены Об-ва, наверно, припомнили, что на VI Всесоюзном С'езде в Москве с аналогичным взглядом выступал мюнхенский профессор—Theilhaber.

2. Д-р Б. Пзаксон прочел доклад д-ра А. Э. Гильчера (Одесса) под заглавием „Конституциональные заболевания женщин“. (Отчет гинекологическ. отд. Куяльницкого курорта им. тов. Раковского. Сезон 1924 г.). Материал обнимает 243 стационарн. больных с разными гинеколог. заболеваниями, главным образом, хронич. воспалений придатков матки, тазовой брюшины и клетчатки, леченных лиман. процедурами. При изучении этого материала особое внимание уделялось вопросу о разных формах конституции женщин и о связанных с ними заболеваниях. Каждая поступающая больная детально изучалась в смысле строения тела, различных его отклонений, вторичных половых признаков, а также, по возможности, и со стороны ее психики, половой сферы и т. д. Изложив вкратце наиболее известные классификации конститу-

циональных типов (*Beneke, Sigaud, Bauer, Kretschmer*), автор приходит к заключению, что перечисленные классификации не могут быть целиком применены к женщине. Различные фазы развития этой последней, как-то: половая зрелость, беременность, период кормления, климактерий—настолько изменяют ее *habitus*, что не представляется возможным установить для нее какие-либо определенные конституциональные формы, опирающиеся исключительно на антропометрические данные. Подобным же образом смотрели на это и другие авторы (*Bauer, Kretschmer*). Считая классификацию *Sigaud* не применимой к женщине *Bauer*, напр., предлагает руководствоваться распределением подкожной жировой клетчатки („тип Рубенса“, „тип рейтузов“ и др.). Д-р *Гильер* в основу изучения конституциональных женщин положил классификацию *Mathes'a*. Затем автор дает более или менее подробную характеристику различных форм этой классификации (*Zukunftsförmige, Jugendforme, гипоплазия, астения, интерсексуальность*). Бальнео-терапия в современной медицине теперь получила совершенно новое освещение. Основы бальнеологии в конечном счете должны быть отнесены к взаимодействию между растворами солей и клетками тела (*Schoda*). Носителями функции клеток являются коллоиды. На границе клеток, т. е. на поверхности коллоидов разыгрываются жизненные явления. Различного состава минеральные ванны оказывают свое влияние на огромную коллоидную поверхность кожи, а через нее на внутренние органы, эндокринные железы и кровеносные сосуды. Действие ванн на кожу, а через нее и на весь организм послужило автору основанием для сравнения действия бальнеотерапевтических приемов с *Reiztherapie*. И бальнео- и *reiz*-терапия активизируют протоплазму и вызывают в организме реакции (очаговая, общая), напоминающие те, которые получаются при протеиновой терапии; таким образом, бальнеотерапия действует не только на заболевший орган, но и на весь организм, т. е. на его конституцию. Материал автора по конституциональным типам распределяется так: 1) *Pralle Jugendforme*—6 (2,5%); 2) *Status hypoplasticus*—18 (7,5%); 3) *typus athleticus*—3 (1,25%); 4) *status Aasthenico-procticus*—39 (16%) и 5) *typus intersexualis*—19 (8%). Таким образом, наибольший % дали астенико-протики, а за ними интерсексуалисты и гипопластики.

Заседание 15.IV—1925 г.

1. Д-р *Б. И. Изакоп* сделал доклад под заглавием: „*К проблеме учения о конституции в акушерстве и гинекологии*“. (Вторая часть).

Во второй части докладчик останавливается на той роли, которую играет учение о конституции в гинекологии и акушерстве. Уже наступление *pubertatis* оказывается подчиненным действию конституциональных моментов: ее более раннее появление отмечается у коротконогих, рахитичных женщин (*Tandler*), а ее запаздывание стоит в связи с астенией, хлорозом и нарушением эндокринного аппарата. То же относится и к нарушениям менструального цикла, в частности к дисменоррее; последняя на материале *Hirsch'a* встречалась в 98% случаях у астеничек,—гипопластичек и диспластичек и только в 2% у пикничек. Аменоррея может встречаться у представительниц различных конституций,

здесь строение организма должно оказывать влияние на терапию: если у хлоротичных показаны *hoburgantia*, то у тучных особ применимы другие методы (слабительные, особый режим, кровопускания—*Aschner*). Климактерий также проявляется различно в зависимости от конституции—для астеничек он часто является благоприятным, тогда как пикнические женщины обнаруживают явления чрезмерного полнокровия и расстройства смешения соков (*Aschner*). В патологии положений матки наиболее ясно выражен конституциональный момент при ретрофлексиях. Последние являются следствием общего энтороптоза, дряблости тканей и в частности поддерживающего аппарата и представляется, таким образом, свойственной астеническому типу. Такое понимание этиологии ретрофлексий привело к пересмотру терапии; так, *Mathes* категорически высказывается против какого бы то ни было оперативного вмешательства, а *Iaschke* советует оперировать, стараясь одновременно устранить и совокупность явлений энтороптоза (т. е. опущенные почку и желудок, *collifixurae* и пр.). Представительницы того же астенического типа являются предрасположенными и к *prolas'u*, который часто наступает у них уже после первых родов. Опухоли, как доброкачественные, так и злокачественные встречаются преимущественно у женщин пикнического склада, что в свое время дало *Ракитанскому* повод выделить даже особый карциноматозный тип. Установление такого типа особо предрасположенных к раку женщин значительно помогает своевременной профилактике. В частности докладчик указывает на предложенный *Theilhaber*'ом метод профилактического кровопускания.

В акушерстве в зависимости от строения организма также отмечается различное течение беременности, родов и послеродового периода. Так, беременные астенички с энтороптозом и атонией обнаруживают особое предрасположение к тошнотам и рвотам, вплоть до *hyperemesis gravidarum*. В возникновении последней *Mathes* считает важным наличие интерсексуального момента, благодаря которому женщина болезненно реагирует на все проявления своего пола. Пикнички же беременные со своим полнокровием, дискразией и *diathesis inflammatoria* преимущественно страдают почкой беременных (*Aschner*) и эклампсией. В связи с этим *Aschner* предлагает профилактическое кровопускание у полнокровных женщин, 2—3 раза во время беременности. Уклонения в процессе родов с одной стороны получают с конституциональной точки зрения новое освещение, с другой стороны между ними устанавливается новая зависимость. Так, напр., слабость и чрезмерная болезненность родовых болей, плоский таз, преждевременный разрыв пузыря, атония матки в послеродовом периоде,—все это рассматривается, как явления, независимые друг от друга, но подчиненные одной причине—общему астеническому строению организма. Послеродовый период у астеничек, как упоминалось, может характеризоваться атонией, у пикничек—наклонностью к воспалительным состояниям (*Aschner*).

В заключение докладчик останавливается на конституциональной классификации тазов. Так, плоский таз, по *Aschner*'у, может быть назван астеническим, общесуженый—гипопластическим, общесуженый плоский—астенико-гипопластическим. На ма-

териале докладчика такая классификация оказалась вполне приемлемой (астенические женщины дали уплощение таза в 30 случаях из 43, гипопластические дали 18 общесуженых и 3 общесуженых и уплощенных, у пикнических же женщин было обнаружено 34 нормальных таза и лишь 1 общесуженый). Далее докладчик на основании своих данных вносит поправку к наблюдению *Г. А. Соловьева*, которое заключается в том, что при вычислении conjug. verae из conj. ext. необходимо принимать во внимание окружность запястья. Чем тоньше последнее, тем меньше следует вычитать из conj. ext. Докладчик указывает, что узкие запястья встречаются как раз у астеничек и гипопластичек (у астеничек окр. запястья ниже 15 см в 25 случаях из 43, у гипопластичек в 17 из 21, а у пикничек на 35 случаев ее не наблюдалось вовсе). И вообще узкие запястья чаще дают картину укорочения conj. ext. Поэтому докладчик считает, что наблюдения *Г. А. Соловьева* справедливы, вместе с тем тонкое запястье должно обратить внимание врача на возможность уменьшения conj. ext. , а определение к этому же астении или гипоплазии говорит в большинстве случаев о плоском или общесуженном тазе. Толстое запястье (выше 16 см) и пикническое сложение гарантируют хорошее развитие таза.

Прения. Проф. *Г. Ф. Писемский* дает обзор и указывает на особенности прослушанных докладов, при чем между прочим отмечает, что в интересном докладе д-р *Драпалюка* с его богатейшим материалом, обработанным по особому способу, заслуживает внимания самый способ определения конституции субъекта. Предложенные с этой целью его измерения нуждаются в дальнейшей проверке параллельно с производством всестороннего изучения характеристики индивидуальных свойств и особенностей исследуемого человека. Доклад д-ра *Гильчера* нужно приветствовать, как хорошее начинание, показывающее возможность практического применения учения о конституции на клиническом материале и в частности в деле бальнеотерапии. Из доклада д-ра *Порховника* видно, что современная рентгенотерапия при злокачественных новообразованиях находится на перепутьи. С одной стороны, сильные дозы, повидимому, не оправдали возложенных на них надежд, а с другой *Reiztherapie* еще недостаточно изучена. Необходимо начать дело сызнова и установить взаимоотношения между действием лучистой энергии и свойствами защитных аппаратов организма и его конституции, а пока клиницистам приходится оставаться при старом... *quod ferrum non sanat, mors sanat.* Проф. *А. А. Кронтовский* сделал целый ряд ценных указаний, имеющих своей целью побудить клинических исследователей к возможно большей точности в методике при своих исследованиях, при каковых условиях и возможно говорить об изучении конституции, как о точной науке.

Д-р *С. И. Драпалюк* говорил о только что опубликованной классификации проф. *Окинчица*, который отмечает нормальную, инфантильную и интерсексуальную женщину; эти три основных категории могут распадаться на пикничек, атлетичек и астеничек; кроме того необходимо обращать внимание на пигментацию и тонус.

Д-р *А. П. Хомякова* останавливается на роли конституции при разрывах промежности после родов и на последующих про-

ляпсах и указывает, что в то время как пикнические женщины даже после больших разрывов не получают выпадений, ретрофлексий матки—астенички страдают ими и при незначительных повреждениях промежности. Соответственно этому д-р *Мандельштам* предлагает применять у таких женщин пришивание матки к брюшной стенке.

Д-р *М. Граймер* указывал на то, что хромозомовая закладка мужского и женского организма представляется совершенно различной, а посему и невозможно установить одинаковую классификацию для обоих полов.

Проф. *А. А. Кроитовский* указывает, что доклады д-ра *Драпалюка* и д-ра *Изакона* имеют большой интерес, т. к. они знаменуют собой переход от слов к делу. Вместе с тем нельзя не указать, что при производстве работ по конституции необходимо придерживаться возможно большей точности и избегать субъективизма. Последний выражается, например, в том, что таблица д-ра *Изакона* составлена по признаку найденных им типов; между тем другой исследователь на том же материале, пожалуй, обнаружил бы другие типы. Далее не всюду выводятся индексы—между тем не всегда абсолютные величины сами по себе способны выразить действительную характеристику типа; проф. *Кроитовский* полагает, что наилучшим покамест является путь точного измерения и вычисления отдельных признаков и установления зависимости между ними.

Д-р *Изако*н в отношении доклада д-ра *Драпалюка* высказывает сомнение, действительно ли последнему удавалось выводить характеристику типов на основании предложенных им лишь 5 измерений и возможна ли вообще такая характеристика путем одних измерений без изучения других свойств организма, в частности без исследования в смысле их дряблости и упругости, общего тургора и т. д. В докладе д-ра *Гильчера* интересна попытка практически приложить классификацию *Mathes'a*, однако, это, повидимому, представляется затруднительным;—так, напр., д-р *Гильчер* на материале 243 женщин мог выделить всего лишь 6 случаев „формы юности“. По поводу указаний проф. *Кроитовского* необходимо заметить, что нельзя совершенно отказаться от попытки выводить при своих исследованиях определенные конституциональные типы; все исследователи говорят о необходимости такой работы и некоторый субъективизм является неизбежным, поскольку нет точных данных, позволяющих причислить данный индивидуум к тому или иному типу. Специальные индексы на показанных таблицах выводились не всегда, т. к. представляемая таблица преследовала цели наибольшей демонстративности. Вместе с тем все время подчеркивалось отношение выводимых величин *conj. extr.* и запястья к другим размерам (к высокому или низкому росту, к прочим размерам таза и проч.).

Д-р *Драпалюк* указывает, что его 5 измерений выведены на основании опыта, который показал ему, что они действительно лучше всего характеризуют данного индивидуума.

Издательство „Практическая Медицина“

Ленинград. Проспект Володарского, д. № 49.

Новейшие издания.

I. Анатомия, гистология, физиология и бактериология:

Златогоров, проф. Руководство по микробиологии. Том III, часть II, вып. 1. Патогенные простейшие. Ц. 2 р. Вып. 2. Возбудители венерических заболеваний и серодиагностика сифилиса. Ц. 2 р.

Белоновский. Иммуитет при туберкулезе. Ц. 20 к.

Маслов. Учение о конституции и аномалиях конституции в детском возрасте. 2-е изд. Ц. 3 р.

Мясоедов, проф. Руководство к практическим занятиям по гистологии. Ц. 2 р. 25 к.

Репрев, проф. Внутренняя секреция. Ц. 1 р. 50 к.

Семенов. Руководство по исследованию мочи. 2-е изд. Ц. 1 р. 25 к.

Сквирский. Теория и практика новых серологических реакций на сифилис. Ц. 75 к.

Соббота, проф. Учебное описание анатомии человека. Часть II. (Внутренности человека). Ц. 2 р. 50 к.

Халатов, проф. О клетках дистрофии и местных отложениях. Ц. 25 к.

II. Неврология и психиатрия.

Аствацатуров. Эпидемический энцефалит. Ц. 30 к.

Кречмер. Истерия. Ц. 1 р. 25 к.

Осипов. Частное учение о душевных болезнях. Выпуск I. Ц. 1 р. 25 к.

Эпштейн. Руководство к исследованию вегетативной нервной системы. Ц. 1 р. 50 к.

Памяти проф. Тадеуша Андреевича Бурдзинского.

15 февраля 1925 г. в гор. Вильно умер профессор Тадеуш Андреевич Бурдзинский.

Тадеуш Андреевич Бурдзинский, уроженец Киевской губернии, родился 28 октября 1868 г., окончил гимназию в 1889 г., затем медицинский факультет в Киеве в 1894 г. Тотчас по окончании университета поступил интерном в Софиевскую больницу



граф. Бобринских в местечке Смеле. В июле 1895 г. принял место участкового врача в Карачевском земстве. В осеннем семестре 1896 г. слушал курсы для врачей в Клиническом Институте для усовершенствования врачей. С весны 1897 г. по октябрь 1898 г. служил врачом на заводах в м. Юзовке Екатеринославской губ., где заведывал женским и гинекологическим отделением. В 1898 и 1899 учебном году занимался хирургией, гинекологией и акушерством в Клиническом Институте и в Повивальном Институте, где, как он сам неоднократно подчеркивал в разговорах, он и получил свое акушерское образование. С декабря 1898 г. по 1903 г. работал в Петербургском Родовспомогательном заведении в качестве экстерна. В течение 1899/1900 учебн. года выдержал экза-

мены на степень доктора медицины при Военно-Медицинской Академии. С октября 1900 г. состоял ординатором и заведующим родильным отделением клиники профессора Н. Н. Феноменова в Женском Медицинском Институте, где с марта по декабрь 1903 г. исполнял должность ассистента клиники. Весной 1904 г. Т. А. защитил диссертацию на степень доктора медицины на тему „Злокачественная эпителиома ворсистой оболочки в патолого-анатомическом и клиническом отношениях“. Здесь, в клиниках, находящихся в заведывании проф. Н. Н. Феноменова, и получил Т. А. окончательную подготовку и шлифовку своих знаний к практической деятельности, которые и дали ему возможность выступить на самостоятельную работу, начатую им в апреле 1905 г., в качестве заведывающего гинекологическим отделением Тамбовской Губернской Земской больницы. При той подготовке, которую имел Т. А., при тех врожденных талантах, которыми он обладал, при его эрудиции, вдумчивом и серьезном отношении к работе, Т. А. очень быстро завоевал себе славу превосходного оператора, которая привлекала к нему, как видно из его отчетов, больных не только Тамбовской, но и многих соседних и даже отдаленных губерний. Избранный в 1903 г. в члены Акушерско-Гинекологического Общества в С.-Петербурге, Т. А. не порывал связи с ним, помещая в органе его, „Журнале Акушерства и Женских Болезней“, свои статьи, приезжая на заседания его со своими докладами, которые всегда поражали как своими блестящими результатами, так и количеством и качеством своих случаев. Самое деятельное участие принимал Т. А. и во всероссийских съездах акушеров и гинекологов, делясь своим большим опытом и мнениями, всегда вызывавшими большой интерес. На этих съездах, как известно, представители губернских и уездных земских больниц вполне заслуженно стояли в одном ряду с представителями университетских кафедр, и действительно такие съезды имели большое значение, в качестве практических школ земских и городских врачей; среди таких представителей Т. А. занимал одно из видных мест, будучи вполне подготовлен для академической деятельности. В 1918 г. Т. А. уезжает в Польшу, где работает сначала в Варшаве, а затем получает кафедру в Вильно. К сожалению, эта работа Т. А. продлилась недолго, так как преждевременная лютая болезнь (саркома позвоночника) скосила его в самом расцвете сил, на 57-ом году его жизни. Уже больной, с повышенной температурой, он пользовался всяким моментом, чтобы вырваться в клинику и производить тяжелые операции. Сам он определил свою болезнь (саркома позвоночника), сам поставил прогноз и умер под наркозом во время операции, предпринятой экстренно для остановки внутреннего кровоизлияния (повидимому, от проедания новообразованием аорты).

Как выше было сказано и как говорил сам Т. А., приехав в Тамбов, он имел к этому времени достаточную теоретическую подготовку, но слабую практическую опытность. Попав в благоустроенное гинекологическое отделение Тамбовской губернской больницы с развитой оперативной деятельностью, Т. А. сумел сразу приложить свои знания и увеличить свой опыт. В первый же, неполный год его работы число чревосечений повысилось с 70 в 1904 г. до 100 в 1905 г., в следующем, 1906 г.,

оно уже равнялось 150, в 1907 г. 200 операций, дойдя в 1914 г. до 262. За 13 лет деятельности Т. А. в Тамбове им произведено около 3.000 чревосечений. Процент смертности после брюшно-стеночных чревосечений в гинекологическом отделении, равнявшийся до 1905 г. 14, в последние годы пал до 2.

Одних расширенных брюшно-стеночных удалений матки по Wertheim'у Т. А. произвел, начав их в 1905 г., 254, с процентом смертности за последнее шестилетие в 3,1%; средняя смертность равнялась у Т. А. при этой операции 7,1%, а последние 48 случаев не дали ни одной смерти. Далее и при других операциях результаты у Т. А. были блестящими, напр., на 346 случаев операций, произведенных по поводу воспалительных изменений придатков матки, % смертности равнялся 1,4%. За 13 лет своей деятельности Т. А. произвел 150 операций зашивания мочеполовых свищей, получив в 92% заживление с первого раза.

За время заведывания Т. А. через гинекологическое отделение прошло 9.626 больных, да еще хирургических больных у него было 470, за годы войны 1914—1917, в госпитале для раненых, устроенном в губернской больнице.

Гинекологических больных оперировано 7.207 с общим % смертности 0,5—1,9 за последние 10 лет работы Т. А. Гинекологических чревосечений им сделано 2.744, из них 2.062 брюшно-стеночных с общим % смертности 4, а за последние 7 лет—1.203 со смертностью 2,7%. 682 влагалищных чревосечения дали 1% смертности.

Учениками Т. А., бывшими интернами больницы, были: д-р Цывинский, Н. И. Финк, И. И. Корчемкин, В. П. Лоскутов, А. Ф. Рогожин, В. Н. Левгун, Е. А. Прокофьева, С. А. Ерофеев и В. Ф. Вамберский, после отъезда Т. А. занимающий до сих пор его место.

Насколько крупной фигурой был Т. А. в Тамбове, можно судить уже потому, какой отклик получило известие о его смерти в Тамбове. Когда оно пришло, то уже 8 марта 1925 г. состоялось заседание Научно-Медицинского Совещания врачей Тамбовской Губернской больницы, Психиатрической Лечебницы и Бактериологического Института, заседание, посвященное его памяти. Пользуясь любезностью преемника Т. А. Бурдзинского, д-ра В. Ф. Вамберского, мы имели возможность получить протокол этого заседания, из которого и почерпнули большинство данных о работе Т. А. в Тамбове, где он так блестяще проявил себя.

Председательствовавший П. А. Баратынский охарактеризовал идеальную постановку хирургической деятельности Т. А., затем его значение, как члена больничных совещаний и как работника по образованию учениц фельдшерской школы, развитию акушерских и гинекологических познаний которых Т. А. придавал такое большое значение, зная, как много пользы приносят они в далеких сельских углах.

Далее В. Ф. Вамберский детализировал характер работы Т. А., как гинеколога, ученого и педагога. Д-р Ш. В. Быстров отметил большие и глубокие познания Т. А. в патологической анатомии и гистологии, то наследие, которое он оставил в своих трудах, ту эрудицию, критическое отношение и самостоятельность мышления, которые проявлялись в патолого-анатомических изысканиях Т. А. по поводу хорионэпителиомы, опухоли Krukenberg'a и др.

Д-р *Щелочилин* отметил личные качества и таланты Т. А., и между прочим приводил из стихотворений его одну фразу, характерную для его облика:

... Одну любовь создай себе —
Любовь ко всем. Ее поймешь —
И жизни цель и смысл найдешь*.

Далее высказывались *Е. А. Вигров*, *Н. И. Финк*, Д-р *Т. М. Гроздов* прочел доклад о трех случаях беременности в зачаточном роге матки, из которых два оперированы Т. А. Бурдзинским и один В. Ф. Вамберским, при чем в одном из случаев Т. А. было произведено микроскопическое исследование через 18 лет, подтвердившее операционный диагноз беременности в зачаточном роге.

Такова была деятельность Т. А. в Тамбове, нашедшая очень дружную, быструю и самую восторженную оценку со стороны товарищей сослуживцев, выразившуюся в этом заседании.

Не менее продуктивна была работа Т. А. и по переезде его в Польшу*), где первое время Т. А. занимался преимущественно хирургией в военных госпиталях, затем в учреждениях Больничной кассы в Варшаве уже по гинекологии. В 1922 г. Т. А. был выбран профессором акушерства и женских болезней и рьяно принялся за организацию клиники восстановленного Университета Стефана Батория в Вильно. 8 октября 1923 г. клиника была открыта и скоро завоевала себе славу образцовой. Т. А. весь отдался любимому делу, пока подкрадываясь болезнь не сразила его в цвете сил.

Такова в кратких чертах внешняя жизнь Т. А., прошедшая вся в работе, в самоусовершенствовании, в принесении пользы ближним, его окружающим, без разбора национальности и состояния. Мы, знавшие Т. А. издавна, следившие за его развитием, должны подтвердить вышесказанное, что помимо этой сильной жажды знаний, жадности к труду и работе, он обладал еще многими такими личными качествами, которые привлекали к нему сердца не только больных, им спасенных, но и всех сослуживцев и всех знавших его. Разносторонность его ума, приветливость, тактичность, несмотря на некоторую замкнутость в начале знакомства, создавали обаяние его личности, и многие, многие с большой грустью и сожалением узнают о его преждевременной смерти. Он умер, добившись того, чего заслуживал и к чему стремился, и умер на посту, до последних дней не желая отставать от своей работы. Немало врачей, особенно женщин, учившихся в Женском Медицинском Институте в Ленинграде, вспомнят его с благодарностью и пожалеют о его смерти, а сколько больных, им исцеленных, как в нашей республике, так и в его родной Польше, будут благословлять его имя и спасавшие их руки!

Проф. Л. А. Кривский.

*) „Ginekologia Polska“ 1925 г., Т. 15, где помещен подробный некролог Т. А. с портретом.

ЖУРНАЛ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Орган Акушерско-Гинекологического Общества в Ленинграде.

Том XXXVI. Сентябрь 1925 г. Октябрь Книга 5.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

XLIV.

Из Акушерско-Гинекологической Клиники I М. Г. У. Директор проф. М. С. Малиновский.

К вопросу об изменениях в яичнике во время беременности, особенно при эклампсии *).

Ассистентов клиники **М. Г. КУШНИРА** и **С. А. СЕДИЦКОГО**.

Несмотря на то, что значение яичника и его секреторной функции для женщины признается всеми уже сравнительно давно, изменения этого органа при различных физиологических состояниях, а также при их патологических отклонениях, далеко не могут считаться изученными. При относительном обилии работ по вопросу о физиологии и патологии женской половой железы мы еще и по настоящее время стоим перед целым рядом совершенно неразрешенных загадок.

Начать хотя бы с того, что даже по такому кардинальному вопросу, как вопрос об инкреторной деятельности яичника, мы сталкиваемся с рядом противоречивых теорий.

Теории об инкреторной деятельности желтого тела, о деятельности т. н. интерстициальной железы, о функции фолликула и вообще фолликулярного аппарата и, наконец, теория последнего времени *Robert'a Meyer'a*, известная у немцев под названием „*Primat des Eies*“ — все они имеют и своих сторонников, и своих противников.

Точно так же и по вопросу о патологических функциональных изменениях яичника, как мы знаем, до настоящего времени не имеется таких анатомических данных, которые можно было бы считать опорным пунктом для патологии яичника.

Литература, посвященная вопросу об изменениях яичника при остеомалации и при некоторых других заболеваниях, а также при нормально протекающей беременности, несомненно велика.

В доступной нам литературе мы не могли найти ни одного труда, посвященного выяснению изменений яичника при различных токсикозах беременности и вообще при ее различных патологических состояниях.

*.) Доклад, читанный в заседании Акуш.-Гинекол. О-ва в Москве 6 мая 1925 г.

Русская литература по этому вопросу особенно бедна. Сообщенные случаи в большинстве гистологически описаны крайне отрывочно, причем они, главным образом, касаются остеомаляции (*Побединский, Скробанский, Ключевский* и др.). Имеются работы, посвященные изучению отдельных составных частей яичника, как напр., классическая монография *Тимофеева* о желтом теле. Встречаются, наконец, отдельные работы, устанавливающие связь патологических изменений яичника с пузырным заносом (*Зыков, Матвеев* и др.).

Принимая во внимание все вышесказанное, мы, по предложению проф. *М. С. Малиновского*, занялись изучением гистологических изменений яичника, наблюдающихся, как при патологии беременности (неукротимая рвота, остеомаляция, эклампсия, геморрагический диатез, внематочная беременность), так и при нормальной беременности. В последнем случае полученные данные следует рассматривать, как контрольный материал.

Часть нашего материала собиралась одним из нас (*Селицкий*) еще в дореволюционное время, большая же часть случаев получена в 1924—1925 академическом году, причем некоторые препараты яичников любезно были предоставлены нам проф. *М. С. Малиновским* для исследования из Баумановского Родильного Дома.

На основании наших, правда, немногочисленных случаев, мы пытались провести параллель и аналогию между изменениями в яичнике при отдельных патологических процессах, а равно провести сравнение между этими изменениями и теми, которые встречаются в указанном органе физиологически при каждой беременности.

Прежде чем, однако, перейти к анализу полученных нами данных, необходимо сделать хотя бы самый краткий литературный очерк по тем вопросам, которые органически связаны с поставленной в заголовке этой работы темой.

Остановимся раньше всего на изменениях в яичнике при нормальной беременности.

Изменения в яичнике при нормальной физиологической беременности.

При анализе морфологических данных, которые имеют место в яичниках при нормальной беременности, мы будем иметь в виду нижеследующие факторы: 1) желтое тело беременности, 2) возможность развития и полного созревания фолликулов при беременности, 3) различные стадии и степени атрезии фолликулярного аппарата, 4) развитие т. н. интерстициальной железы яичника, 5) „физиологический“ склероз сосудов и, наконец, 6) оживление *sub graviditate* лютеиновых клеток в *corpora albicantia*. Ко всей этой сложной структуре отдельных компонентов яичника при беременности, с их несомненно различной и даже, возможно, антагонистической функцией, необходимо присоединить возможность появления и развития т. наз. эктопической децидуальной ткани.

В первую очередь мы остановимся на последней.

Эктопическая decidua (para-decidua).

Целый ряд авторов акушеров и патолого-анатомов во главе со *Schmorlem* доказали наличие скопления децидуальных клеток в яичнике, обычно располагающихся под зародышевым эпителием, иногда несколько глубже, в виде бледных сероватых узелков.

Из довольно большого числа литературных источников в этом направлении необходимо остановиться на работах *Улезко-Строгановой*, *Брандта*, а из иностранных на работах *Rob. Meyer'a*, *Geipel'a*, *Waltherd'a* и *Seitz'a*.

Остановившаяся в свое время на этом вопросе, *Улезко-Строганова* описала 3 случая (один при внематочной беременности и 2 при срочных родах с разрывом матки и эклампсией), в которых децидуальная ткань в яичнике располагалась под зародышевым эпителием, в виде небольших гнезд и групп децидуальных клеток, претерпевающих уже гиалиновое перерождение. При трубной же беременности она констатировала большой слой клеток в два-три ряда.

Возвращаясь в дальнейшем неоднократно к этому вопросу, *Улезко-Строганова* старалась выяснить также и гистогенез этих клеток. Она различает три типических формы децидуальных клеток: децидуальные клетки с вполне законченным развитием, молодые децидуальные клетки и, наконец, многочисленные мононуклеары (мелкоклеточные), особенно богатые гликогеном.

Брандт при своих исследованиях установил, что децидуальные скопления наблюдаются как на брюшинном покрове задней стенки матки и Дугласова пространства, так и в *albuginea* яичника. В последнем они начинают развиваться с третьего месяца беременности. Подтверждая фактически заключения уже цитированных авторов, *Брандт* констатировал, что скопления эктопической децидуальной ткани находятся в зависимости от стадии беременности. Так, на третьем месяце беременности децидуальные скопления, в виде кругловатых гнезд, можно видеть в *albuginea* яичника под зародышевым эпителием, причем гнезда эти состоят из больших, концентрически расположенных, эпителиоидных клеток круглой или овальной формы. При четырехмесячной беременности децидуальные скопления обычно состоят из длинных лент или маленьких групп клеток, или больших узлов, в которых клетки, располагаясь концентрически, в виде луковиц, локализируются почти исключительно *вокруг сосуда*. На седьмом месяце беременности можно видеть те же клетки, только с той разницей, что они встречаются небольшими группами, имеют веретенообразную и отростчатую форму, локализуясь иногда в самом корковом слое. Особенность децидуальных скоплений при девятимесячной беременности, по наблюдениям *Брандта*, заключается в том, что децидуальные клетки располагаются не только под зародышевым эпителием, но и значительно глубже, в корковом слое.

Что касается этиологического фактора, то *Robert Meyer* считает, что для появления и развития децидуальной ткани требуется наличие какого-нибудь раздражителя, в виде ли воспалительного процесса, или соответствующего другого момента. Называя эти клетки *пара-децидуальными*, эктопическими, *R. Meyer* полагает, что при беременности раздражение исходит из плодного яйца и является специфическим, так как при других раздражителях, вне беременности, таких клеток не образуется.

Geipel находил децидуальную ткань в лимфатических железах во вторую половину беременности и считает, что эти формы эктопических клеток происходят под влиянием тех же моментов, которые вызывают образование настоящей *decidua*.

Waltherd в 1923 г. в своей работе об изменениях яичника во время беременности упоминает также и о децидуальных клетках.

Из 34 пар яичников децидуальные клетки им были найдены в 21 случае, причем *Walshard* находил их во все время беременности, начиная с 6 месяца. Автор также отмечает различные формы и различные степени развития децидуальных клеток, указывая в то же время, что клетки эти комбинируются с большими вакуолями и что между более крупными группами клеток можно констатировать весьма много капилляров. Что же касается гистогенеза децидуальных клеток, то, на основании своих исследований, *Walshard* склоняется в пользу их соединительнотканного происхождения.

Значение и роль децидуальной ткани до настоящего времени еще окончательно не выяснены.

Улзко-Строганова, на основании своих изысканий, пришла к выводу, правда, предположительному, что децидуальная ткань должна быть отнесена к тем тканям, которые возникают и развиваются временно, под влиянием всевозможных раздражений, являясь в силу этого выражением самозащиты организма.

Брандт, повидимому, также склонен согласиться с этим взглядом, так как в своих выводах он указывает, что чаще более пышное развитие децидуальной ткани, независимо от срока беременности, можно наблюдать при воспалительных процессах, плацентарных полипах, фибромиомах и пр.

Последние экспериментальные исследования (1921) *Unterberger'a*, наоборот, заставили последнего сделать тот вывод, что развитие децидуальной ткани вне матки представляет физиологическое явление и что никакой связи между воспалением и развитием этой ткани установить нельзя.

Walshard также склонен скорее отнести образование эктопической *decidua* на химическое раздражение, связанное с беременностью.

Появление, развитие, существование в течение определенного времени как во время, так и вне беременности, наконец, обратный метаморфоз эктопических децидуальных клеток можно объяснять еще и другим образом.

Не отрицая того, что в известных стадиях децидуальные клетки могут заключать в себе запасы питательного материала, не отрицая также и того, что в определенные стадии своего развития они могут служить своего рода защитным средством со стороны организма, мы все же полагаем, что функция этих клеток далеко не ограничивается только вышесказанным, что эту функцию следует рассматривать как продукт и следствие определенных гормонов яичника.

Такое предположение может базироваться на следующих основаниях.

Во-первых, на простой аналогии образования обычной внутриматочной *decidua*, как менструальной, так и при наступлении беременности.

Во-вторых, из простого анализа образования, развития и исчезновения этих клеток. Наиболее демонстративными в этом направлении являются факт постепенного исчезновения дец. клеток вместе с окончанием беременности и факт их появления с момента наиболее пышного развития желтого тела и начала его угасания.

Интересным представляется также и факт повышенного, усиленного развития эктопической *decidua* в случаях сильного развития интерстициальной железы.

Приведенные данные позволяют сделать вывод, что и при нормальной беременности, и при различных ее осложнениях, связанных с гипо- или с гиперфункцией яичника, мы можем наблюдать появление эктопической децидуальной ткани, как выражение одного из внутрисекреторных влияний определенных гормонов яичника.

Конечно, интересно было бы проследить окончательный метаморфоз парадецидуальных клеток, что, может быть, дало бы возможность доказать, что эта децидуальная эктопическая ткань, может быть, существует и вне беременности в скрытом состоянии, только вновь возрождаясь при новой беременности, под влиянием общей гормонизации беременной женщины, включая сюда, конечно, главным образом, многогранные гормоны яичника. Кроме того, не менее важно было бы установить связь, которая, может быть, существует между эктопической децидуальной тканью, развивающейся вне беременности и при беременном состоянии организма.

В отношении же того, что можно предположительно считать за первый источник этого внутрисекреторного влияния, то с известной вероятностью можно думать, что при *corpus luteum graviditatis* не остаются в стороне два образования: усиленная функция фолликулярного эпителия и усиленная продукция фолликулярной жидкости. Не делая никаких окончательных выводов, можно полагать, что фолликулярная жидкость далеко не представляет из себя жидкости индифферентной, без всякой функции и назначения.

Находимые, как будет указано в дальнейшем, воспалительные изменения, по нашему мнению, не противоречат вышесказанному, и мы склонны их рассматривать не как явление первичное, а как вторичное, возникающее на той же внутрисекреторной почве. За это могут также говорить до известной степени и только что указанные нами последние эксперименты *Unterberger'a*.

Желтое тело.

По вопросу о желтом теле беременности, различных фазах его развития, отличии этого образования от менструального желтого тела, а также по вопросу о функциях желтого тела и его секреторном значении при беременности, мы до сих пор еще не имеем точно установленных, всеми признаваемых взглядов.

Так, большую величину желтой железы беременности нельзя считать характерным признаком, отличающим ее от менструального желтого тела.

Тимофеев по этому поводу отмечает, что обычно желтое тело при беременности достигает значительных размеров, но все же этот критерий не может и не должен быть абсолютным, так как приходилось видеть желтые тела менструации, размерами своими превышающие таковые при беременности.

Целый ряд авторов, кроме того, указывают, что в качественном отношении нет никакой разницы между *corpus luteum graviditatis* и *corpus luteum menstruationis*.

Главной отличительной особенностью желтого тела при беременности является, конечно, не большая величина, не более пышный рост, а факт большей продолжительности его развития, а также то обстоятельство, что при беременности желтое тело не подвергается окончательному обратному метаморфозу, а продолжает как будто бы видоизмененно функционировать и во вторую половину беременности, сообразно новым циклическим процессам.

Мы говорим „как будто бы“, потому что нам представляется непонятным, каким образом дегенерирующий орган может продолжать функционировать. Нам скорее казалось бы, что для длительного пребывания желтого тела в яичнике существуют, повидимому, какие-то особые условия, которые поддерживают не только увядающее желтое тело, но и оживляют старые желтые тела, которые, вне сомнения, давно уже перестали функционировать.

Иначе говоря, конечное полное обратное развитие наступает непосредственно с окончанием беременности, с обратной инволюцией организма и половой сферы в пуэрперальном периоде.

В смысле различия желтого тела беременности от менструального приходится все же руководствоваться, главным образом, гистологическими изменениями. Так, напр., *Тимофеев* допускает, что пролиферация эпителия, которая не играет особой роли в генезе менструационных желтых тел, при беременности достигает значительных размеров. Тот же автор полагает, что развитие лютеинового слоя при беременности идет неодинаково быстро и моментами совершенно исчезает, соответственно различным срокам беременности. Главной особенностью лютеинового слоя, по *Тимофееву*, при беременности является присутствие в нем коллоидных шаров, которые никогда не встречаются ни в клетках, ни среди клеток theca interna.

Что касается вопроса о происхождении коллоидных шаров, то в виду их особого отношения к сосудам желтого тела, как это показывают наши наблюдения и на что в свое время указывал *Тимофеев*, пока не представляется возможным окончательно решить, являются ли эти коллоидные шары только продуктом дегенерации лютеиновых клеток, или же они составляют продукт их секреторной деятельности.

Явления и дегенеративные изменения в отдельных лютеиновых клетках наблюдаются при беременности сравнительно рано, но изменения более резкого характера *Тимофееву* не удавалось констатировать даже в 5-месячном желтом теле.

Особенный интерес представляют наблюдения того же автора, что встречаемые изменения в желтом теле в случае прервавшейся внематочной беременности бывают выражены так же резко, как и в конце беременности; желтое тело при продолжающейся беременности хорошо сохраняется и начинает быстро регрессировать с прекращением ее.

Эти данные невольно заставляют высказать предположение о том, что величина, химизм, функция и обратное развитие желтого тела в значительной степени должны отличаться при нормальной и при патологической беременности.

Здесь же мы считаем уместным упомянуть и о том, что представляется еще совершенно не решенным, а именно, каким образом в норме и при патологических условиях происходит регресс желтого тела и развитие так называемой интерстициальной железы. Происходит ли сначала регресс желтого тела, а вслед за ним развивается интерстициальная железа или, наоборот, развивающаяся интерстициальная железа в определенные сроки беременности и особенно сильно при некоторых заболеваниях способствует более быстрому обратному метаморфозу желтого тела, видоизменяя его функциональные и секреторные действия.

Что касается функции желтого тела беременности, то, не перебирая целого ряда весьма интересных и общеизвестных экспериментальных работ, мы только упомянем о классических экспериментах *Fränkel*'я, который полагает, что общее протективное действие половых желез на genitalia исходит из желтого тела; прегравидарные изменения, идентичные с предменструальными, приписываются тому же действию; желтое тело во время беременности способствует прикреплению и дальнейшему росту яйца в матке. Наконец, в химическом отношении, по мнению того же автора, желтое тело представляет собою концентрационный орган всего яичника.

Атрезия фолликулов.

Впервые исследование яичника при беременности было произведено нашим русским ученым *К. Ф. Славянский*, ссылки на которого встречаются почти в каждой русской и иностранной работе.

Славянский коснулся вскользь того вопроса, который и в наше время едва ли может считаться окончательно решенным. *Славянский*, как известно, находил в яичниках беременных вполне зрелые, готовые к разрыву фолликулы, но, тем не менее, считал это явление чрезвычайно редким для беременности.

Вопрос этот тесно связан с вопросом о том, может ли вообще при беременности происходить акт овуляции, и с другой стороны—как реагируют на беременность фолликулы, находящиеся в той или другой стадии своего развития.

Тимофеев отмечает, на основании своих микроскопических исследований, что он не видел признаков овуляции и созревания фолликулов, но процессы атрезии последних бывали выражены в значительной степени.

Seitz, один из самых больших знатоков в этом вопросе, указывает, что во время беременности не наблюдается созревания фолликулов и что все фолликулы, находящиеся в различных фазах развития, подвергаются атрезии, не достигнув полного и окончательного развития.

Что же касается самого механизма атрезии, ее форм и промежуточных стадий, то по этому поводу взгляды авторов представляются далеко не одинаковыми.

Так, *Seitz*, неоднократно возвращавшийся к этому вопросу, различает две формы атрезии, — кистозную и облитерационную, причем считает, что при беременности преобладает первая форма. *Walthard*, не соглашаясь ни с терминами, предлагаемыми *Seitz*'ом, ни с делением происходящей атрезии на две формы, утверждает, что атрезия фолликулов бывает одна, только облитерационная, кистозная же форма есть предварительная стадия облитерационной. Таким образом, по мнению *Walthard*'а, во время беременности, как правило, наблюдается та форма атрезии фолликулов, при которой конечным продуктом является corpus atreticum (облитерационная форма *Seitz*'а), и только в редких случаях атрезизирующийся фолликул превращается в Thecaluteincyste (кистозная форма *Seitz*'а).

Не останавливаясь здесь на вопросе о том, кто прав, *Seitz* или *Walthard*, так как об этом будет сказано в дальнейшем при разборе наших наблюдений, мы только здесь скажем, что вообще все авторы, касавшиеся атрезии фолликулов, отмечают налич-

ность большого количества атрезированных фолликулов в различные стадии беременности.

Время появления их, по литературным данным, относится к самым ранним стадиям беременности. Так, *Seitz* писал, что первый атрезировавшийся фолликул приходилось ему видеть уже на 2-м месяце беременности. *Walshard*, на основании своих изысканий, описывает такие же фолликулы уже в конце первого месяца беременности.

При будущих исследованиях относительно количества атрезированных фолликулов, как при нормальной, так и при патологической беременности, несомненно придется не только принимать в соображение возраст больных и число предшествовавших беременностей и родов, но, может быть, и учитывать перенесенные патологические беременности, а также и аборт.

Т. н. „интерстициальная железа“ яичника.

Наиболее спорным является вопрос о т. н. интерстициальной железе яичника. Как известно, не только не существует однородного взгляда на генезис этого образования, но многие даже оспаривают возможность вообще существования его у женщины. В связи с этим, конечно, ясно, что роль и функция интерстициальной железы представляются далеко не выясненными, несмотря на ряд, казалось бы, доказательных и убедительных работ и прослеженных случаев.

Не останавливаясь на вопросе об ее гистогенезе, так как это не входит в нашу задачу, мы только укажем, что существуют два взгляда на ее происхождение. Одни приписывают интерстициальной железе эпителиальное, другие соединительно-тканное происхождение. Как известно, подавляющее большинство придерживается последнего воззрения.

Эпителиодные клетки, которые находятся в яичнике в интерстициальной ткани, описывались давно многими авторами под разным наименованием (клетки блуждающие, зернистые, мозговые, плазматические), но функция их оставалась долгое время невыясненной, и только впервые *Regaud* и *Pollicart* высказались за возможность их внутрисекреторного значения.

Этот первоначальный взгляд в конечном итоге нашел значительное подтверждение в лице *Bouin*, который стал рассматривать указанные группы клеток стромы, как нечто обособленное и самостоятельное, как *gl. intersticielle de l'ovaire*.

Большую роль в этом направлении сыграла работа *Limon'a* (1902), который подробно описал эту интерстициальную ткань и, кроме того, доказал ее происхождение из клеток *thecae internae folliculi*.

Fränkel, изучая интерстициальную ткань у различных животных, пришел к заключению, что у разных животных она развита неодинаково. У взрослой женщины ее нет, в виду чего он не склонен приписывать ей какое-либо физиологическое, а тем более внутрисекреторное значение.

По мысли *Fränkel'a* и фактически в развитие его идеи, *Anna Schäffer* предприняла в свою очередь ряд исследований. По ее данным оказалось, что развитие интерстициальной железы у различных животных в значительной степени варьирует, что развитие это не связано с определенным видом и классом животного, и

даже у одного и того же животного может наблюдаться существенная разница.

В противоположность *Fränkel* и его ученикам другие немецкие ученые скорее склонны разделять мнение французских ученых.

Так, *Seitz* в свое время находил при беременности, на ряду с атрезированными фолликулами, увеличение клеток *thecae internaе* во многих фолликулах с отложением в протоплазме этих клеток жира и лютеина. Эти данные позволили автору прийти к тому выводу, что интерстициальная железа у женщины во время беременности имеется, и что она аналогична таковой же железе у животных, но только является железой без внутренней секреции.

В последующих работах *Wallarta*, *Scipiadès* и др., имеются данные о том, что во время беременности в патологических случаях, на ряду с усиленной атрезией фолликулов, отмечается сильное развитие клеток *thecae internaе*, т.-е. тех элементов, которые фигурируют под названием интерстициальных, а их комплекс под именем интерстициальной железы.

Интересны также последние исследования *Aschner*'а. *Aschner*, как известно, подметил одно любопытное явление, которое наблюдается в животном мире. Интерстициальная железа, оказывается, преобладает над желтым телом у тех животных, которые дают большой приплод и, кроме того, часто беременеют и в смысле продолжительности беременности мало носят. В случае уменьшения многоплодности, наоборот, увеличивается желтое тело, а интерстициальная железа отходит на второй план. У обезьян и у людей над интерстициальной железой преобладает желтое тело.

В этом смысле и в силу этого следует также подчеркнуть, что интерстициальная железа бывает хорошо развита у тех животных, у которых не наблюдается периодической точки или менструации.

В конечном итоге *Aschner* приписывает интерстициальной железе определенную внутрисекреторную функцию и считает, что роль ее в конце беременности аналогична желтому телу в начальной ее стадии.

Walhard не склонен придавать ей роль инкреторного органа. Он считает, что и усиленная атрезия фолликулов и сильное развитие клеточных элементов *thecae internaе* возникают под действием образующихся, еще невыясненных, ядов в беременном организме.

Не останавливаясь далее на сложном вопросе об интерстициальной железе, как инкреторном органе, мы только позволим себе сказать, что подобие интерстициальной железы, по крайней мере, поскольку вопрос идет об ее морфологической структуре, несомненно существует у женщин во время беременности. Железа эта может, конечно, подвергаться значительным индивидуальным колебаниям, которые в свою очередь находятся в непосредственной связи с теми или другими патологическими нарушениями беременности. Помимо тех фактических данных, которые будут приведены ниже, при описании полученной нами гистологической картины, в защиту существования интерстициальных элементов у женщины можно еще привести следующее соображение. Мы только что указали на мнение *Aschner*'а о различном развитии интерстициальной железы в животном мире. Перенося его взгляд на женщину и комбинируя с теми фактами, которые можно считать почти что установленными, мы видим, что в некоторых

патологических процессах усиленное развитие интерстициальной железы сочетается с двумя факторами: значительной плодовитостью женщины—остеомалятики, где, как мы знаем, наблюдается усиленное развитие клеток *thecae internaе*, и значительно повышенным % многоплодной беременности экламптики.

Мы не входим, за неимением времени, в дальнейшие рассуждения по затронутому вопросу. Мы здесь только подчеркиваем этот факт и считаем, что одной из ближайших очередных тем в этом направлении является изучение этого вопроса с точки зрения конституции женщины.

Склероз сосудов.

Что касается склероза сосудов, их гиалинового перерождения с уменьшением просвета,—явления, насколько нам удалось выяснить, впервые отмеченного при остеомаляции, то по поводу всех этих изменений приходится согласиться с *Pankow*'ым, который считал их за нормальные явления. Мы со своей стороны также приписываем им физиологический характер, поскольку они связаны с теми процессами, которые происходят в яичнике при беременности. Степень и характер указанных изменений, понятно, могут варьировать в значительной степени индивидуально в зависимости от данной беременности, ее течения, возраста беременной, и, может быть, числа перенесенных беременностей и т. д.

Патология беременности.

При разборе вопроса о гистологических изменениях в яичнике при патологических процессах беременности необходимо прежде всего указать, что, в виду скудности имеющихся в этом направлении данных, трудно фактически делать какие-либо обобщающие выводы, а тем более проводить параллель между этими изменениями в различных процессах.

Остеомаляция.

Относительно изменений яичника при остеомаляции можно сказать, что до настоящего времени нет таких данных, на основании которых можно было бы говорить о том, что изменения эти представляются специфическими, хотя, повидимому, некоторые из них встречаются почти постоянно при остеомаляции.

Theilhaber, на основании своих наблюдений и изучения литературных источников, пришел к заключению, что яичники остеомалятики не представляют никаких характерных и специфических изменений.

Отмеченная еще *Fehling*'ом наличие резкого гиалинового перерождения сосудов была в ближайшие же годы подтверждена диссертацией *Poppe* (1895) и рядом последующих работ.

В русской литературе указания на те или другие изменения яичника при остеомаляции мы встречаем только у единичных авторов, да и то, как мы указывали выше, сообщения эти носят крайне отрывочный характер. Это тем более представляется странным, что число описанных случаев остеомаляции в России является довольно значительным и по данным последних статистик достигает 80 случаев.

Побединский в своем докладе на 8 Пироговском Съезде (1901) об остеомаляции привел три личных наблюдения, причем относительно яичников им было указано, что в двух случаях никаких

отклонений не было, а в одном констатировано гиалиновое перерождение сосудов.

Несколько позднее *Скробанский* (1909) отметил в своем случае довольно значительное число атрезированных фолликулов, но все же, суммируя данные иностранных авторов, не придавал этому специфического значения, относя факт повышенной атрезии фолликулов на 42-летний возраст большой. Изменений в сосудах *Скробанским* не было отмечено.

Один из нас (*Селюцкий*, 1914) в свое время на предварительных срезах описал случай остеомалации с гистологическими изменениями и установил гиалиновое перерождение сосудов, также не считая, впрочем, подмеченные изменения за что-либо специфическое или характерное для разбираемого процесса.

Pankow, как известно, стоит на той точке зрения, что различного рода изменения и перерождения сосудов и сосудистых стенок не представляют из себя чего-либо специфического для остеомалации, а могут быть выражением обычного физиологического процесса, который имеет место и при нормальной беременности.

Наиболее подробное описание гистологических изменений в яичниках у остеомалатичек мы встречаем у *Ключевского* (1917). *Ключевским* было исследовано микроскопически три случая, причем в одном из них отмечено увеличенное против нормы количество атрезированных фолликулов с сильным разрастанием thecae internaе и резко выраженным гиалиновым перерождением стенок сосудов. Во втором случае автором также отмечается усиленное развитие атрезированных фолликулов и, наконец, в последнем его случае особенно резко бросается в глаза, при незначительной атрезии фолликулов, резко выраженная пролиферация элементов thecae internaе.

В случаях *Ключевского* необходимо особо отметить факт, подмеченный, впрочем, еще *Скробанским*, а именно, влияние различного возраста при однородном заболевании на те или другие изменения в яичнике.

И нам кажется, что в дальнейшем, при изучении гистологических изменений яичника при беременности, как нормальной так и патологической, придется в значительной степени считаться с возрастом беременной женщины и с числом перенесенных ею беременностей.

Суммируя мнения авторов, работавших по вопросу о микроскопических изменениях в яичниках при остеомалации, можно отметить, что одни из них считают указанные изменения специфическими для остеомалации, другие наоборот, полагают, что изменения эти не представляют из себя чего-либо особенного, что они могут встречаться без остеомалации, у совершенно здоровых женщин, при других заболеваниях, напр., при опухолях матки.

Данные русских авторов нашли себе подтверждение в иностранной литературе.

Так, из наблюдений *Fehling'a*, *Poppel'я*, *Velits'a*, *Döderlein'a*, *Rossier*, *Schnell'я* и нек. др. можно видеть, насколько разнообразны и, с другой стороны, непостоянны те изменения, которые отмечаются в яичниках у остеомалатичек. На ряду с наиболее часто встречаемым резким гиалинозом сосудов, увеличением атрезированных фолликулов, некоторые авторы говорят об уменьшении числа примордиальных фолликулов, кистозном их перерождении и проч.

Особого внимания, с нашей точки зрения, заслуживают исследования *Wallart'a*.

Wallart еще в 1909 году указывал, что остеомалация объяснена своим происхождением внутрисекреторным расстройством яичника. Наибольшее значение в этом отношении он уделял интерстициальной железе, которая во всех обследованных им 5 случаях остеомалации была особенно сильно развита. *Wallart*, помимо того, указывает, что в одном из этих пяти случаев, в котором не было беременности, изменения в яичнике были тождественны с другими.

Не перебирая имен целого ряда иностранных авторов, мнения которых в подавляющем большинстве случаев сходны между собою, мы только укажем на *Seitz'a*, взгляд которого нам представляется имеющим существенное значение, так как в нем следует, может быть, искать разгадку тем изменениям, которые находятся в яичнике при остеомалации. *Seitz* более десяти лет тому назад (1913) обращал внимание на интерстициальную железу, выдвигал ее изучение в качестве очередной темы и полагал, что, повидимому, развитие ее служит при остеомалации доказательством гиперфункции яичника. Он ссылался на исследования *Sellheim'a* и *Freund'a*, а также *Wallart'a*, и считал, что при остеомалации главную роль играет не весь яичник в целом, не его фолликулярный аппарат, а только интерстициальная железа и желтое тело.

Для нас это мнение *Seitz'a* о гиперфункции яичника при остеомалации, как это будет видно дальше, имеет особый смысл.

Если в отношении изменений яичника при остеомалации при наличии имеющейся литературы трудно составить стройное впечатление, то тем более трудно говорить положительно об изменениях при других токсикозах, так как встречаются только отдельные источники и единичные указания.

Указания эти касаются неукротимой рвоты, хореи и эклампсии.

Неукротимая рвота.

Дисфункция яичника, как непосредственная причина неукротимой рвоты, была отмечена еще в 1910 году *Fieux* и *Mauriak'ом* в том смысле, что возникновению ее приписывалось ядовитое действие гормонов желтого тела. Но, как известно, аналогичная мысль высказывалась еще раньше и *Pinard'ом*. В последующие годы также со стороны французских акушеров *Pottet*, *Chirié* и др. мы видим первые попытки подойти ближе к объяснению этого теоретического взгляда и обоснования его гистологическими изысканиями. Так, в исследованных 4 случаях *Pottet* нашел яичник и желтое тело малыми и кроме того гистологически во всех случаях доказал преждевременную престарелость тел, цитолиз (перерождение) и исчезновение лютеиновых клеток. Интересны в этом направлении наблюдения и *Chirié*, который в одном случае нашел желтое тело и атрофичным, и находящимся в стадии дегенерации, благодаря отчасти кистозным образованиям, отчасти развитию соединительной ткани. Несмотря на эти весьма интересные наблюдения, в данное время приходится воздерживаться от каких-либо заключений и выводов, в виду полного отсутствия в лите-

ратуре описаний аналогичной гистологической картины при некротимой рвоте (да и в нашем случае, как будет видно ниже, изменения носят также своеобразный характер).

Хорей.

Из других токсикозов беременности мы можем указать только на один случай хорей беременных, описанный *Waltherd'*ом. Автор отмечает при ней такое же значительное количество атрезированных фолликулов, как и при эклампсии. Нахождение их при хорее беременных в одинаковой мере, как при эклампсии, которую он вносит в рубрику токсикозов беременности, позволяет *Waltherd'*у сделать тот вывод, что, повидимому, причина гибели фолликулов заключается в действии того же яда, который действует и на печень, и на почки. И последствием действия этого яда на фолликулы и является их усиленная атрезия. Но между прочим им не указывается на то, действует ли этот яд на развитие клеток *thecae internaе*. Остается далеко не выясненным вопрос, какие же процессы происходят в яичнике, и нельзя ли подойти к происходящим в нем изменениям и с другой точки зрения. А именно—не происходит ли в нем мобилизация защитительных сил, проявлением которых является значительное развитие интерстициальной железы, или же происходящая в нем дисфункция есть вполне самостоятельная дисфункция, возникающая на почве нарушения химического баланса во всей внутрисекреторной системе.

Эклампсия.

Невелико точно так же и число описанных случаев с изменениями яичника при эклампсии. Мы могли найти только 9 описаний, из которых 2 принадлежат *Scipiades* и 7 *Waltherd'*у. Оба автора, на ряду с некоторыми другими изменениями, особенно отмечают резко выраженную атрезию фолликулов с сильным развитием при этом клеток *thecae internaе*.

На основании всего вышеизложенного мы прежде всего считаем необходимым в первую очередь коснуться вопроса о том, что же происходит в яичнике при нормальной беременности, чем это может обуславливаться и можно ли рассматривать явления патологического характера, как проявление усиленной физиологической функции и переход от физиологии к патологии.

В норме, как известно, развивающееся при беременности желтое тело в своем развитии производит значительную перестановку в деятельности яичника, перераспределение гормональной жизни, изменения защитительных свойств. Желтая железа беременности и ее гормоны, влияя на образование *decidua graviditatis*, первые шаги развития плодного яйца, кроме того способствует тому, чтобы внутрисекреторная жизнь яичника приспособилась к новым формам и к новым запросам организма. Она влияет тормозящим образом, преимущественно, на фолликулярный аппарат, оказывая несомненно свое протективное действие и на развитие интерстициальной железы.

Если мы попытаемся дать название тем процессам, которые в норме совершаются при беременности, то физиологически мы должны будем определенно рассматривать их, как явления *Hypovaria*,

так как фактически в деятельности яичника при беременности исключаются два кардинальных фактора—менструация и овуляция.

Кроме того ряд совершающихся процессов в закономерном порядке представляется фактически также явлением регрессивного характера. При переходных патологических степенях, не отрицая возможности появления только дисфункции, в конечном итоге также окончательно не исключена возможность и явлений *Hyperovaria* (хотя *Fränkel* и говорит, что *Hyperovaria* поддается разграничению значительно труднее, чем *Hypovaria*, фактически она все же может основываться на некоторых клинических данных).

Что касается вообще *Hyperovaria*, то *Fränkel* различает три разных типа: 1) слишком резкая сексуальность или нимфомания, 2) увеличенные или усиленные менструальные кровотечения и 3) повышенная плодовитость (быстро следующие роды, часто двойни).

Но в конечном итоге он приходит к заключению, что не существует чистой картины *Hyperovaria* и кроме того, не указывает с какой именно частью яичника может быть связана эта гиперфункция.

Во время же беременности, он полагает, существует только один вид относительной *Hyperovaria* — это остеомалация. Да и по поводу ее добавляет, что и в этом случае функция яичника не абсолютно сильна, а только относительно, так как действует относительно сильно к определенной конкретной персоне.

Из русских авторов укажем на *Н. А. Белова*, довольно подробно разбиравшего вопрос о дизлютеизме и гиперлютеовариизме.

Белов полагал, что „гиперсекреция желтых желез, обуславливающих синтетические состояния (*menses, graviditas, lactatio*) женского организма“ влечет за собой ряд явлений характера аутоинтоксикации, свойственной вообще овариолутеинам. Дифференцируя и группируя по отдельным клиническим симптомам явления гипо- и гиперлютеовариизма, *Белов* считал, что последний может вести к ряду серьезных расстройств и патологических процессов.

К явлениям гиперлютеовариизма, как известно, на ряду с гиперменорреей, *epuresis gravidarum* и др. *Беловым* была причислена и эклампсия.

Можно все же полагать что, многие факторы, наблюдаемые при беременности, в патологических случаях могут быть рассматриваемы с точки зрения дисфункции яичника, именно, как явления *Hyperovaria*.

И единственный вопрос, наиболее неясный в этом направлении, тот: есть ли эта *Hyperovaria* собственного яичникового происхождения, или она происходит под влиянием гормонов других внутрисекреторных желез, может быть, особенно под влиянием плацентарного раздражения.

Каковы же патологические факты, на основании которых можно было бы пока предположительно некоторые процессы рассматривать с точки зрения *Hyperovaria*?

В этом отношении можно исходить или из сопоставления изменений, наблюдаемых в норме при каждой беременности, или из остеомалации—процесса, который рассматривается и *Seitz*'ем, и *Fränkel*'ем, как процесс повышенной функции яичника.

Процессы, возникающие при беременности в яичнике и влекущие за собой его дис-гиперфункцию, могут быть разбиты на две группы: на процессы, влияющие исключительно на половую

сферу, на матку, плодное яйцо и на зародыш (впоследствии, может быть, и на плод), и на процессы всего организма.

Первая группа может заключать в себе разнообразные кровотечения во время беременности, которые можно рассматривать так же, как на них смотрит *Vignes* и некоторые другие, а именно, не как на менструацию, а, как на усиленное воздействие секретов яичника на слизистую оболочку матки. В эту же группу можно, пока предположительно, внести и различного рода аномалии роста и развития плодного яйца, его гибель, в известных случаях и перерождение.

Вторая группа процессов представляется значительно более сложной, и, как ее прототип, может быть выставлена, на ряду с остеомалацией, конечно, не окончательно, и эклампсия.

Это наше предположение мы основываем с одной стороны, как мы это только что указали, на весьма однородных уже описанных изменениях при эклампсии и остеомалации, с другой же—на находении при тех же процессах в значительном количестве т. н. *Call-Exner*'овских железистых пузырьков по терминологии *Михаловского*.

Хотя физиологическая роль этих пузырьков, и тем более инкреторное их значение представляются еще далеко не выясненными, все же появление их у женщины, особенно в значительном количестве, может быть рассматриваемо именно с точки зрения гиперфункции яичника. Отчасти обоснованием этому могут служить экспериментальные данные, приводимые в исчерпывающей и классической монографии *Михаловского*.

Не делая каких-либо заключительных и окончательных выводов по причине хотя бы слишком недостаточно еще выясненности вообще их физиологической роли и значения и при нормальном состоянии, мы все же считаем необходимым остановиться на факте нахождения означенных пузырьков в значительном количестве при эклампсии и остеомалации. *Call-Exner*'овские железистые пузырьки имеют свою определенную историю и как-то до сего времени не привлекают достаточного внимания со стороны акушеров.

И если *Н. О. Михаловский* писал в 1913 г., что со времени *Limon*'а (10 лет) никто не тревожил памяти этих новообразований, то мы со своей стороны можем указать на то же самое, т.-е., что и со времени *Михаловского* (1913) за 12 лет образования эти оставались почти в стороне от глаза исследователя и только один из нас (*Куштин*, 1925) в своей недавней работе о фолликуломах яичника указал на роль и возможное значение их при этих новообразованиях в качестве диагностического признака.

Не останавливаясь на истории развития вопроса об этих пузырьках, не останавливаясь и на том, какие фазы оно пережило, мы только укажем на то, что сейчас считается доказанным их интерцеллюлярное происхождение ¹⁾.

¹⁾ Впервые эти тельца или железистые пузырьки (по терминологии *Михайлова*) были описаны в 1875 г. *Call*'ем и *Exner*'ом, которые наблюдали их в яичнике у кролика. *Nagel* описал эти образования в яичнике женщины и считал их за питательные клетки (*Nahrzellen*). Впоследствии французы *Honoré* и *Limon* обстоятельно изучили этот вопрос и установили их интерцеллюлярное происхождение. В последнее время на них смотрят некоторые, как на *Liquorcentren*, т.-е. центры, где образуется фолликулярная жидкость. Последняя по времени монографии принадлежит *Михаловскому*, единственная на русском языке.

Больше всего должен интересовать вопрос о механизме их появления, созревания, развития и угасания. И только при таком подходе нам, может быть, удастся, хотя бы частично, представить себе механизм появления их в значительном количестве у женщины при определенных заболеваниях.

Из обстоятельной работы *Михаловского* для интересующего нас вопроса необходимо остановиться на следующих установленных им фактах.

Изучая различные стадии образования *Call-Exner'*овских тел, *Михаловский* нашел, что у зародышей человека до самого конца утробной жизни, а также и у новорожденных, „нет и намека“ на эти тельца.

Второй факт, имеющий для нас значение для перенесения его на женщину для заключения о возможных причинах их появления, это факт их развития. *Михаловский* указывает, что для их построения происходит обособление части клеток фолликулярного эпителия, дифференциация их и укладывание таким образом, чтобы по выделении секрета он не попадал бы в полость фолликула и не смешивался бы с фолликулярной жидкостью.

Третьим, может быть, для нас наиболее существенным фактом являются те моменты, в которых происходит уменьшение или увеличение этих телец. Так, мы теперь знаем, что их maximum, количественный и качественный, наблюдается в период течки. При наступлении беременности они быстро исчезают (при ее отсутствии их регрессивное развитие идет медленнее) и увеличиваются только к концу беременности. В дальнейшем нельзя не упомянуть также об известной цикличности в развитии *Call-Exner'*овских телец от момента их появления до угасания.

И, наконец, последним, четвертым фактом является тот, как реагирует *Call-Exner'*овское тельце на введение искусственных гормонов или на трансплантацию лишних яичников животным.

Не вникая в детали этих экспериментов, наглядно рисующих нам механизм их появления, развития и угасания, мы только остановимся на той последней серии опытов, которые фактически наглядно объясняют различные стадии цикла с точки зрения затронутой нами гиперфункции яичника.

В этом отношении интересны факты, иллюстрирующие различные превращения *Call-Exner'*овских пузырьков под влиянием введения искусственных гормонов яичника и пересадки добавочных яичников. Реакция эта является весьма показательной и, может быть, эта реакция и дала *Михаловскому* некоторое право и основание говорить об этих тельцах, как об определенной, а может быть и обособленной железистой системе. Так, пересадка лишних яичников не только сказывается на увеличении самого тельца, но и на сокращении срока его развития.

Воздерживаясь пока от окончательного заключения, можно только предположительно говорить о том, что эти факты гораздо скорее и логичнее могут быть объясняемы с точки зрения *Hypovaria*, а не с точки зрения *Hypovaria*.

Из акушерско-гинекологической Клиники Ленинградского Мед. Института.
Заведующий проф. К. К. Скробанский.

Операции по поводу опущения и выпадения матки и рукава за одиннадцать лет *).

О. А. ГРИГОРОВОЙ.

Материал, который собран здесь, является результатом оперативной работы клиники с января 1913 по январь 1924 г. Операции, применявшиеся в клинике, были следующие: изолированное восстановление тазового дна в случаях более легких (185), удаление всей матки в случаях противоположных, крайней тяжести (58), укорочение круглых связок (74), вентрофиксация (5), *interpositio uteri* по *Schauta-Wertheim*'у (6) и *collifixatio* по *Bumm*'у (10).

Таким образом, всего было прооперировано 338 женщин, при чем клиника черпала свой материал из Петропавловской больницы, ныне им. Эрисмана, бывшей б-цы для чернорабочих, где лежали и лежат женщины, принужденные делать самую тяжелую физическую работу. Поэтому нам приходилось нередко иметь дело с тяжелыми, запущенными случаями выпадения матки со всеми сопровождающими его осложнениями. Приходилось задумываться над вопросом, как помочь в этих случаях женщине, которая обречена по выходе из больницы не на отдых и покой, а на тот же труд со всеми опасностями скорого рецидива. Всякому врачу приходится среди своих пациенток видеть женщин, уже подвергавшихся операции по поводу проляпса и вновь страдающих им. И большое количество экстирпаций матки—58 на 338 операций—объясняется тем, что мы имели дело с давно выпавшими изъязвленными матками у истощенных, ослабленных, по большей части пожилых женщин, женщин многодетных—мы видели среди них имевших по 9, 10, 12, и 14 детей. Мало надежды на то, что такая матка, по какому бы методу ее ни фиксировали, не появится вновь вне половой щели, а если она и удержится, то выпадет снова рукав. Весьма недавно проф. К. К. Скробанским в клинике была оперирована женщина 54 л., которой за восемь месяцев до того была сделана в одной из клиник вентрофиксация по *Kocher*'у с кольпоперинеорафией, и через два месяца больная почувствовала снова выпадение рукава. Оказа-

*) Доложено на Всероссийском съезде акушеров и гинеков. в Москве 6 июня 1924 г.

лось, что тело матки хорошо держится у брюшной стенки, передняя стенка не выпадает, а задняя висит наружу в виде вялого мешка величиной с кулак, где помещаются петли кишек. Пришлось сделать обширное иссечение влагалищной стенки сзади, вскрыть брюшинный мешок, иссечь его и закончить восстановлением тазового дна с леваторопластикой. Этой операции леваторопластики клиника придает огромное значение, полагая центр тяжести при устранении выпадения и опущения в создании прочного, стойкого тела промежности, что помощью *Hégar*'овской пластики не достигается. За последнее время взгляды представителей гинекологии при оценке оперативных пособий при проляпсе направлены по двум руслам. *Küstner* служит представителем взгляда, который видит в *retroversio-flexio* первую стадию будущего проляпса и, лечя первое, старается избежать второго. Поэтому он не придает большого значения восстановлению мускулатуры тазового дна, довольствуясь простой лоскутной кольпорафией и делая исправляющие положение матки операции: *Alex. Adams's'a*, *collifixatio*, *Schauta*, *Sellheim* полагает в прочном тазовом дне необходимое условие для устранения проляпса и на это напирал, говоря об оперативном пособии. Он убежден, что лишь редко при *retroversio* и хорошем тазовом дне наступает проляпс и, наоборот, при расслабленном рукаве, как бы матка ни стояла, проляпс наверно будет. Отсюда вытекает его взгляд на важность леваторопластики при проляпсах. Не называя всех сторонников того и другого взгляда, скажем, что в клинике тому и другому воззрению уделялось равное внимание. Ко всем операциям по поводу выпадения с 1915 г. присоединяется операция изолированного сшивания леваторов и во всех случаях опущения при *retroversio* матки ей стремятся придать ее нормальное положение. Из бесчисленного количества рекомендованных по этому поводу методов остановились на операции укорочения круглых связок, при чем, как правило, это делалось путем чревосечения: по способу *Menje* 60 раз, по *Dartig'u* 10 раз, лишь один раз *per vaginam* и три раза по способу *Alexander Adams's'a*, а именно при сопутствующей грыже. Из этого видно, что последней операции отведено место весьма ограниченное и недостатками ее считаются двусторонность разреза, укорочение связки в ее тонкой ненадежной части, непременно отсутствие сращений, разрушение которых невозможно через маленькое отверстие при типичной операции. Горячие защитники этой операции, как *Littauer*, рекомендуют ее лишь с исправлениями и добавлениями вроде расщепления сухожильного влагалища *m. obliqu. super.*, проведения разреза несколько выше и т. д.

Делая операцию укорочения круглых связок *per laparotomyam*, мы укорачиваем наиболее мощную и надежную часть их и можем сделать сопутствующую операцию: стерилизацию, аппендектомию, разрушение сращений и удаление новообразований, буде это потребуется. При тотальном выпадении оперировали шестнадцать раз и другими приемами: делали *ventrofixatio* по *Dolérís* и *Leopold-Czerny* (5 раз), *interpositio* по *Schauta - Wertheim'u* (6 р.) и пять раз *collifixatio* по *Bumm'u*, т. е. в половине случаев *collifixatio*. Остальные пять раз *collifixatio* сделано при опущении матки и рукава. Рассмотрим наши операции в последова-

тельном порядке. Итак, с января 1915 г. восстановление тазового дна делается с леваторопластикой. Операция производится следующим образом: разрез слизистой делается под углом на границе кожи до нижнего края малых губ; лоскут слизистой отделяется вверх острым путем, берется на кохеры и после расщепления *septum recto-vaginale* тупо пальцем, обернутым в марлю, доходят до леваторов, идя к стенкам таза, при чем *m. pubo-rectalis* должен быть хорошо прощупан пальцем и виден на глаз. Обычно эта медиальная ножка выражена довольно явственно даже у истощенных немолодых женщин с значительным проляпсом. Очевидно, справедливо мнение *Ed. Martin'a*, что виною этому постоянное упражнение этой мышцы у страдающих опущением тазовых органов женщин, которые стараются сокращением леваторов удерживать выпадение. При дохождении до леваторов бывает иногда порядочное кровотечение, которое должно быть тщательно остановлено. Тупой толстой иглой с прочной кетгутовой нитью берется левая ножка, игла выкалывается, захватывает правую ножку и обе ножки сближаются еще путем двух, трех таких швов. Сверху на фасцию накладывается еще ряд погружных, более тонких швов. Влагиалищный лоскут срезается, образуя треугольник с вершиной в глубине рукава, величина его соразмеряется со степенью проляпса, и слизистая зашивается сверху вниз узловатым кетгутом. Последний кетгутовый шов кладется на спайку, кожа соединяется серфинами. Получается массивное, солидное и стойкое тело промежности, сращение настолько прочное, что нам случилось видеть два случая после родов и один после *coitus'a*, где разрыв получился не по рубцу, а сбоку от него вкось, а рубец остался цел. Опыт показал, что чрезвычайно важно, кроме тщательного гемостаза, наложение швов таким образом, чтобы не было мертвых пространств, что может повлечь образование гематомы со всеми неприятностями возможного нагноения. На нашем материале мы семь раз наблюдали образование гематомы (2,6%), при чем три раза гематома нагноилась и дала расхождение швов. Это объясняется, конечно, неудовлетворительным соединением тканей и плохой остановкой кровотечения. Когда оператор помнит об этих обстоятельствах, гематомы получаться не должно. Передняя кольпорафия делается с отслойкой ромбовидного лоскута и наложением двух рядов кетгутовых швов. При большой *cystocele* накладывался (16 раз) круговой кисетный шов по *Gersuny* на пузырную фасцию для поддержки пузыря.

На нашем материале, касающемся только восстановления рукава (185 сл.), мы три раза имели расхождение швов целиком, 19 раз частичное спайки с заживлением грануляциями и 163 первичного сращения.

Лихорадило от недели до двух 13 больных (6,9%). Шесть раз операцию восстановления тазового дна делали под спинномозговой анестезией, остальные разы под общим наркозом. Вставляли наши больные на 11-й—12-й день. Из 185 больных мы имеем сведения только о 14. Из них рецидив у одной, оперированной в 1915 г. В 1918 у нее были роды с ягодичным предлежанием и трудным извлечением, разрыв зашит, и получилось вновь опущение рукава.

Переходим к экстирпации матки. Как уже сказано, приходилось решаться на эту операцию, не имея уверенности в том, что в наших тяжелых случаях можно помочь больным иначе, и непременно соединив ее с леваторопластикой. В годы благополучные мы ее почти не делали: за три года 1913, 14 и 15 она сделана только один раз. Самое большое число раз, двенадцать, она сделана в 1920 году, затем число это падает и в 1923 г. снова доходит до семи. Здесь наглядно сказывается влияние голодного времени и тяжелого труда, которого обычно наши петроградские женщины не несли, и с самыми тяжелыми выпадениями стали являться в трудные годы войны. При экстирпации передняя кольпорафия производится так, что лоскут с передней стенки выкраивается треугольный с основанием на передней губе и удаляется вместе с маткой. Лоскут с задней стенки рукава при леваторопластике берется больших размеров, но во всяком случае рукав остается в размерах, допускающих половую жизнь. Брюшина закрывается наглухо кисетным швом, а культя широко сшиваются между собою, чтобы получить более устойчивую и прочную спайку над закрываемыми наглухо сводами. Этому широкому соединению культи при полном удалении матки придает большое значение *Sellheim*. Некоторые авторы за последнее время говорят о врожденном, конституциональном предрасположении к выпадениям, как об их основной причине, другие указывают на *spina bifida occulta*, лежащую в основе их (мнение *Bürger'a*, поддержанное *Ebeler'ом*), последнее слово по этому поводу еще далеко не сказано и, может быть, труд, тяжелые роды и истощение отступят на задний план, но у нас связь эта очень заметна. Наши пациентки все несли непосильную для женщин работу, все, за исключением двух, много рожали, и все голодали.

Из 58 больных мы наблюдали только десять, каждой из которых операция сделана не менее пяти лет назад. Есть больные с меньшим сроком давности, о них мы говорить не решаемся, у этих же десяти больных рецидива нет, и они работоспособны. Одна из них, оперированная в 1918 г., служит в больнице сиделкой, носит дрова и больных и чувствует себя превосходно. Послеоперационное течение давало частое повышение t° , двенадцать больных (20,6%) лихорадили около недели. Мы имеем также высокий % смертности, мы потеряли пять больных. Так как одна из них умерла от порока сердца вскоре после операции, то остается четыре (6,9%), причиной смерти которых была раневая инфекция, причем у двух была гнилостно распавшаяся гематома ректальной клетчатки. Эта рискованность операции заставляет относиться к ней с осторожностью и только крайняя тяжесть страдания у больных, которым жизнь не в жизнь с их выпавшей маткой, заставляла нас разрешать себе эту операцию у больных с тяжелой маткой и слабой мускулатурой. Заметим, что кроме общего наркоза, под которым обычно оперировали, в последнем полугодии экстирпировали один раз матку и делали леваторопластику под гипнозом совершенно без хлороформа с полным успехом. При благоприятном течении больные выписывались через две недели, вставали на 12-й день.

Укорочение круглых связок. Операция эта для придания матке антефлексии была сделана 74 раза, причем 15 раз показа-

нием к ней служило не опущение, а неприятные ощущения, связанные с ретроверсией: боли в спине, запоры и т. д. *Sellheim*, *Kwisse*, *Graefe* и др. в последнее время неосложненную ретроверсию не оперируют и находят показание к ней лишь в бесплодии, считая, что другие жалобы не с этим связаны, а могут быть иначе объяснены. Операция производится с очень маленьким разрезом по Pfannenstiel'ю и укреплением петлевидно сложенных круглых связок на передней поверхности матки или, по *Dartmuy*, на задней. Пятнадцать раз присоединили к этому ампутацию шейки. Безлихорадочное течение было у 67 больных, повышалась t° у семи. Заживление раны без нагноения и инфильтрата в 60 сл., инфильтрат в швах 9 раз, нагноение частичное в четырех и расхождение кожной раны в одном случае. Непосредственные результаты, естественно, были удовлетворительны, собрали сведения о дальнейшем мы у 13 больных. У одной из них, оперированной в 1914 г., рецидив. У нее была сделана colporrhaphia по *Hegar*'у, без леваторопластики, ампутация шейки и укорочение круглых связок по *Menge*. До 1920 г. была здорова, с этого года стала носить тяжести и uterus опустился до introitus'a. Остальные без рецидива, среди них есть две рожавшие и имевшие выкидыши после операции, рукав у них сохраняет tonus, матка у десяти кпереди, у двух по проводной оси рукава, у одной в retroversio, опущения нет.

Скажем вкратце о ventrofixatio, interpositio и collifixatio. Ventrofixatio по *Dolérís* четыре раза, по *Leopold Czerny* один раз— было сделано пяти больным, четверем после climax'a, пятой 35-летней. Одна больная, 65 л., за год до прихода к нам была оперирована в другой клинике укорочением круглых связок per vaginam и зашиванием промежности. Рецидив через четыре месяца. У нас после операции получилось нагноение швов на брюшной стенке и на промежности и опять рецидив через 8 месяцев. Остальные больные проделали гладкое послеоперационное течение с хорошим непосредственным результатом и в клинику больше не являлись.

Interpositio по *Shauta* было сделано шести больным, всем в 1918 г., с полным выпадением рукава и матки. Самой молодой больной было 30 лет, самой старой 72 г. Первой была сделана стерилизация (трое живых детей). У всех гладкое течение и хорошее заживление, но у самой старой через два месяца рецидив.

Collifixatio по *Bumm*'у сделано пять раз по поводу выпадения, пять раз по поводу опущения матки. В двух случаях присоединена ампутация шейки. Все больные протекли гладко, у всех при выписке матка высоко. Возраст больных между 27 и 59 годами.

Итак, из 338 больных операция леваторопластики сделана у 238. О результатах более или менее отдаленных от нее и всех операций, с нею связанных, мы знаем от 39 больных. Из них рецидивы наблюдаются у трех (у четвертой с рецидивом была простая кольпоррафия). Обобщающих заключений, значит, делать мы не можем, но то, что 35 женщин на наших глазах работают, избавлены от своих тяжелых страданий, не лишены возможности жить половой жизнью, а некоторым из них не повредили и роды,

позволяет думать, что те оперативные пособия, которые были им сделаны, имеют под собою почву и право на существование. И мы надеемся, что теперь, когда облегчена возможность находить больных, и они не будут так безнадежно исчезать из нашего поля зрения, мы найдем возможность на полном материале подтвердить следующие соображения:

1) Для восстановления тазового дна, чтобы создать прочную опору опускающимся органам малого таза, необходима операция леваторопластики.

2) При опущении матки и рукава необходимо создание физиологической *anteflexio*, предпочтительно укорочением круглых связок *per laparotomiam*.

3) При тяжелых запущенных проляпсах нельзя избежать экстирпации матки, которая требует непременно леваторопластики.

4) Улучшение условий жизни в последнее время, в частности улучшение асептики, позволит нам избежать неприятных осложнений и улучшить конечные результаты.

Из родильн. отд. б-цы им. Азизбекова в Баку. Завед. др. Гаджи-Касимов.

О распознавании полуголового уродства во время беременности *).

Ординатора С. К. БАРУТЧЕВА.

В февральском номере „Журнала Акушерства и Женских болезней“ за 1911 год II. X. *Хажинским* описан случай полуголового уродства, распознанный за 2¹/₂ недели до родов, при повторном наружном исследовании в 1903 году.

Основаниями, давшими возможность такой диагностики, были: резкие движения плода при исследовании и неясность контурирования головки. Еще *Morisani* указал на возможность определения этого уродства, когда при внутреннем исследовании палец попадает на мозговые остатки, следствием чего являются резкие движения плода.

Хажинскому удалось достигнуть этих движений при наружном исследовании. Предлежащая часть—головка—неясно контурировалась. При ее ощупывании наблюдались резкие движения плода, причинявшие матери такую боль, что она вскрикивала.

В третий раз, за 3 дня до родов, было произведено и внутреннее исследование, подтвердившее результаты наружного.

Описанный случай по своей редкости хорошо запечатлелся у меня в памяти, и я решил при случае проверить возможность такой диагностики на большом материале 1 родильного приюта.

3/V 25 г. в 5 час. вечера в 1 род. приют обратилась роженица А—ва, С., 20 лет, мусульманка, 4 берем., по поводу начавшихся в 1 час. дня 3/V схваток.

Роженица среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания.

Трое предыдущих родов благополучные, в срок, дети здоровы. Выкидышей не было. *Menses* на 13 году по 5—6 дней, умеренные, характер их не изменялся. Размеры таза: 25—27—29—19¹/₂. Окружность живота 96, высота стояния матки 24.

При наружном исследовании: в дне матки справа мелкие части, слева ягодицы. Спинка слева. Предлежащая часть головки, но контурируется неясно. При ощупывании предлежащей части начались такие резкие и сильные движения плода, что живот роженицы буквально стал „ходить“. Однако, несмотря на столь

*) Должено на XX заседании Общ. хирургов 13/V—25 г. в г. Баку (с демонстрацией препарата).

энергичные движения плода, роженица болей не ощущала. Сердцебиение плода хорошее, слева ниже пупка.

Вспомнив, на основании столь резких движений плода и неясно контурирующейся предлежащей головки, случай *Хажинского*, я предположил наличие гемицефалии и в данном случае.

Роженица была оставлена под наблюдением для определения характера схваток и принята около 7 часов в приют (№ 1707).

В родильной произведено повторное наружное исследование, давшее те же результаты. Кроме наружного произведено и внутреннее исследование: шейка значительно укорочена, зев свободно пропускает палец, пузырь хорошо наливается; предлежащая часть высоко, мягка—какая, с точностью определить не удастся. Через передний свод прощупывается острый край кости.

В 9 часов вечера роженица показана зав. приютом, д-ру *Х. Касимову*, который высказался за возможность такого диагноза, указав, как на отрицательный фактор, на отсутствие многоводия.

В 10 ч. 55 мин. ночи 3/V отошли грязные воды в умеренном количестве. Предлежание лицевое. Когда личико врезалось и роды замедлились вследствие прохождения относительно объемистых плечиков, гемицефал начал дышать, выделяя массу слизи с пузырьками и три раза довольно громко и протяжно крикнул.

Картина была довольно жуткая, и ученицы акушерского техникума не смогли дольше присутствовать на родах.

Ребенок родился в 11 ч. 10 м. ночи 3/V. Послед (400,0), макроскопически без изменений, в 11 ч. 55 м. ночи. Продолжительность родов 10 ч. 55 мин. Гемицефал, 2800,0, дышит, изредка покрикивает. Penis, величиной в 2 см., представляет собою чисто кожное образование. Корень его прощупывается в мошонке, представляющей одностороннее развитие. В ней прощупывается одно (правое) яичко. В течение дня 4/V гемицефал дышал довольно правильно, выделяя массу слизи. С вечера дыхание прерывистое, конечности ригидны. В 2 ч. ночи 5/V урод умер. К сожалению, по независящим обстоятельствам, вскрытие произвести не удалось.

Послеродовой период (6 дней) нормальный. Реакция Вассермана оказалась отрицательной.

Описанные выше резкие движения плода зависели, конечно, от надавливания на мозговые остатки руками при наружном исследовании.

Случаи, подобные описанным, где удается диагностировать полуголовное уродство, представляют собою, повидимому, большую редкость и возможны, по нашему убеждению, при следующих условиях: наличии резких движений плода при ощупывании головки, неясно контурирующейся, мягких покровов матери и отсутствии многоводия.

Из Акушерско-Гинекологической клиники (дир. профессор Ф. А. Соловьев) и Рентгеновского кабинета (руков. докт. С. Я. Зельцер) Донск. Гос. Университета.

Рентгено-терапия острых и подострых воспалений женской половой сферы *).

Сверхштатного ассистента Л. Б. ТЕОДОРА.

Половая сфера женщины с ее многообразными воспалительными формами заболеваний принадлежит к той области организма, где всякое консервативное лечение требует большого терпения со стороны врача и больной, а всякое оперативное пособие, особенно сопровождающееся удалением придатков матки, этих своеобразных желез с внутренней секрецией и необходимых компонентов для деторождения, является пособием, устраняющим одни нарушения, но зато вызывающим другие, не менее резкие. Эра увлечения хирургическим вмешательством в терапии гинекологических воспалений прошла, и пытливая научная мысль ищет все новые и новые пути консервативной, сохраняющей терапии. Многочисленный арсенал средств последние годы обогатился новым методом терапии, протеиновыми телами. Способ этот, богатый своими положительными результатами, все же не вполне удовлетворяет нашим желаниям и потому, естественно, что всякий новый предложенный метод подхватывается и проверяется. Таким совершенно своеобразным видом консервативного лечения является метод лечения воспалений дробными эритемными дозами лучей Рентгена.

Впервые вопрос о рентгено-терапии острых воспалений вообще и в частности воспалений в женской половой сфере возник в 1924 году в Германии на хирургическом конгрессе в Берлине и дальнейшее свое развитие получил на конгрессе рентгенологов в том же году. Несмотря на новизну темы, как это выявилось из прений и докладов, почти все крупные научные центры Германии вели работу в этом направлении и пришли к однородным положительным результатам. Особенно много сделали в этом отношении школа *Heidenhain'*а. В клинике, руководимой проф. *Heidenhain'*ом, которая, кстати сказать, приступила к изучению этого вопроса уже 9 лет тому назад, подверглись рентгенизации свыше 250 случаев разнородных воспалительных процессов, а по сообщению *Fried'*а в *Strahlentherapie Bd. XIX Heft 4, к 1925 г. число*

*) Доложено в сокращенном виде в засед. Мед. О—ва при ДГУ 7/12—24 г. и на Всесоюзном съезде Рентгенологов и Радиологов в мае 1925 г.

наблюдений дошло до 600. Наравне с поверхностно расположенными очагами, как-то: фурункулами, абсцессами, панарициями, флегмонами, подвергались действию лучей и глубоко расположенные очаги: воспалительные опухоли придатков матки, клетчатки, брюшины, послеоперационные пневмонии, паранефритические абсцессы etc. По вышеуказанному сообщению *Fried'a* из этого общего числа воспалительных процессов на долю воспалений в малом тазу у женщин падает 64 случая.

При быстром и подчас критическом падении температуры резко улучшалось общее состояние больных, боли уменьшались и наступал глубокий и спокойный сон.

В смысле типов течения наблюдались три разновидности.

1-я группа—в 24—48 часов температура падала, общее состояние больных улучшалось, явления в очаге воспаления исчезали и наступало быстрое и полное рассасывание воспалительного очага без всякого хирургического вмешательства.

Ко 2-й группе относятся те случаи, где под влиянием Рентгеновых лучей плотные инфильтраты в 2—3 дня расплавлялись и образовывали большой абсцесс, опорожняемый небольшим разрезом и быстро заживающий без значительных рубцовых изменений.

При 3-й группе — отек окружающих очаг тканей уменьшался, температура падала и образовывался небольшой центральный очаг размягчения, отсасываемый шприцем и быстро заживающий.

Аналогичные типы наблюдались и другими школами. В частности воспаления в половой сфере в этом отношении не отличались от обычного типа.

Так, большие воспалительные опухоли придатков, больше, чем в кулак величиной, в 5—12 дней без следа обратно развивались—1-й тип.

Параметриты, занимавшие нередко почти половину таза, при критическом падении температуры в 2—3 дня переходили в большой абсцесс, опорожняемый небольшой инцизией *per vaginam*,—2-й тип.

Наконец, примером 3-го типа могут служить несколько случаев пиосальпинксов, излеченных в клинике *Heidenhain'a*, после облучения и отсасывания шприцем гноя.

Особенно хорошие результаты получены были при облучении малыми дозами послеоперационной пневмонии. Уже через 6 часов после рентгенизации можно было констатировать замедление, углубление, облегчение дыхания, улучшение общего состояния, появление спокойного сна. Местные явления в 3—5 дней проходили, и лишь в редких случаях требовалось повторение сеанса через 8 дней. Аналогичные результаты получены были и рядом других авторов: *Krause*, *Kleineberger*, *P. Krause* и другие. В общем клиника *Heidenhain'a* получила хороший и подчас и блестящий эффект в 71,6%, для гинекологических же воспалений—в 84,6%.

После обзора этих весьма скудных литературных данных мы позволим себе перейти к нашим наблюдениям.

Будучи неудовлетворенной старыми методами лечения острых и подострых воспалений женской половой сферы, наша кли-

ника, с целью проверки у себя результатов, полученных другими авторами, стала применять метод дробной рентгенизации при лечении острых и подострых воспалений женской половой сферы, проводя это лечение исключительно стационарно с применением всех новейших методов клинического и лабораторного исследования в Рентгеновском кабинете нашего университета.

Всего проведено нами 60 случаев, при чем брались подряд все случаи острых и подострых воспалений в половой сфере без различия этиологии и локализации (tbc. в нашем материале не было). Лишь в 2-х случаях мы применили этот метод у хронических больных. В обоих случаях больные эти, при быстроте осаждения красных кровяных шариков, приближающейся к норме свыше 2-х часов, при нормальной температуре и отсутствии очаговых явлений, подверглись облучению Рентгеновскими лучами, с применением обычной техники, о которой будет сказано ниже, и заметного результата не было получено. Наоборот, в одном случае вследствие наступивших явлений *Röntgen-Katter* общее состояние больной еще ухудшилось. Повидимому, прав д-р *Krause* (клиника *Bier*), который на основании ряда клинических и экспериментальных работ пришел к выводу, что для действия дробных эритемных доз Рентгеновых лучей необходимо, чтобы ткани были особенно чувствительны к лучам. Острое воспаление является состоянием, сенсibiliзирующим ткани и клетки и повышающим их рентгеночувствительность; при хроническом же воспалении такой сенсibiliзатор отсутствует.

Распределяя остальные 58 острых и подострых случаев по рубрикам, в зависимости от преимущественного поражения того или иного органа половой сферы женщин, мы позволим себе предпослать несколько замечаний по этому поводу.

Прежде всего под острыми и подострыми случаями мы разумеем не только все случаи с повышенной температурой, но и те случаи, где температура держится в пределах нормы, но зато имеется резкое ускорение реакции осаждения красных кровяных шариков по сравнению с нормой и где налицо сильно выраженная очаговая реакция. Это те случаи, которые при покойном постельном содержании протекают как бы латентно, но достаточно механического инсульта, в виде ли вставания с кровати, исследования, резкого движения, или нарушения кишечной деятельности, дабы процесс проявился в резких болях, повышении температуры, нарушении общего состояния. Далее при распределении по рубрикам мы относили случай к той или иной группе в зависимости от преимущественного поражения какой-либо части половой сферы, однако, следует иметь в виду, что во всех случаях, понятно, вовлечены в процесс и соседние органы. Так, при параметритах естественно имеется налицо частично периметрит и т. д.

Наконец, последнее замечание мы позволим себе сделать по поводу рубрики сальпингооофориты. Под этим названием мы разумеем те случаи, где воспаленная преимущественно труба, а отчасти и яичник образовывали общую опухоль придатков, достигавшую подчас величины кулака и больше. Итак, 58 острых и подострых случаев распределяются следующим образом:

Сальпингоофориты—21 случай; периметриты — 17 случаев; параметриты—6 случаев; пери-параметриты—7 случаев; пельвеоперитониты—7 случаев.

Так как результат лечения и течение болезни не представляли значительной разницы в зависимости от локализации процесса, то в дальнейшем, из-за недостатка места, мы будем касаться всех воспалительных заболеваний женской половой сферы без подразделения на подгруппы, отметим лишь, что в тех случаях, где процесс был более свежий и где к лечению мы приступали вскоре после инфекции, когда налицо были преимущественно еще эксудативные процессы, эффект был резче и значительнее.

В громадном большинстве случаев течение болезни представлялось в следующем виде. Больные, до рентгенизации страдавшие от сильных болей и сильно реагировавшие на малейшее прикосновение к животу, делавшее почти невозможным бimanуальное исследование, отмечали после облучения значительное облегчение, нередко уже в первые сутки. При объективном исследовании, производившемся через 2—3 дня, констатировалось вначале уменьшение болезненности и напряжения опухоли и окружающих тканей, затем инфильтрат начинал резко уменьшаться, повидимому, за счет жидкого эксудата. Эксудаты рассасывались, и из сплошной опухоли, занимавшей полость малого таза и подчас поднимавшейся до пупка, вырисовывались основные небольшие опухоли—пиосальпинксы, гидросальпинксы и т. д., которые, к сожалению, уже менее поддавались действию Рентгеновых лучей, уменьшаясь весьма незначительно и лишь постепенно. Общее состояние больных резко улучшалось, появлялся аппетит, спокойный сон, страдальческое выражение сменялось более спокойным.

Другой тип, наблюдавшийся нами,—это размягчение и нагноение. Таких случаев у нас было несколько и все они протекали более или менее идентично. Плотные инфильтраты, как будто, не поддавались действию лучей, но даже, как это было в одном случае, увеличивались; совершенно неожиданно для нас, при плотном инфильтрате, из заднего прохода показывался гной. В одном из этих случаев, несмотря на хрящевую плотность инфильтрата, мы произвели пункцию per vaginam и получили гной, однако не стерильный, как указывает *Fried*.

Третьего типа в смысле *Heidenhain-Fried* нам наблюдать не пришлось, да по существу этот тип принципиально от второго не отличается. Еще несколько слов по поводу второго типа, наблюдавшегося нами. В тех случаях, когда температура не падает, а наоборот—появляются большие размахи температурной кривой, необходимо искать гной, несмотря на кажущуюся плотность инфильтрата. Так, в одном случае, несмотря на неудачу клинически обнаружить размягчение плотного инфильтрата в параметрии, мы произвели пункцию через свод влагалища и получили гной; к стати сказать, *Fried* предостерегает от такого образа действий.

Для иллюстрации поразительного подчас эффекта облучения мы позволим себе привести несколько кратких выдержек из историй болезни.

Больная Д. З. поступила в клинику в очень тяжелом состоянии; положение вынужденное на спине, малейшее движение вызывает резкие боли. Температура 38° . Пульс частый, легко сжимаемый. Самопроизвольно мочиться не может. При исследовании половой сферы обнаружена резко чувствительная, неподвижная плотная опухоль, занимающая малый таз и поднимающаяся вверх, не доходя до пупка пальца на 4. Процесс послеродовой. В течение 3-х дней пребывания в клинике до сеанса ежедневно повторно катетеризировалась. Сеанс облучения—и к вечеру больная мочится сама. Мочиспускание слегка болезненно, но самопроизвольно, и в дальнейшем температура снизилась до $37,2$, а через 7 дней до нормы. Опухоль резко уменьшилась, и через три недели от опухоли остался лишь слегка увеличенный яичник слева. За этот период больная подверглась облучению рентгеновыми лучами вторично (см. рис. № 1, 2 и 3).

Больная С. поступила в клинику с воспалительной опухолью левых придатков матки величиной в мандарин, образовавшейся после инфицированного выкидыша. Через три дня после сеанса яичник лишь слегка увеличен; через 8 дней больная выписалась здоровой. (см. рис. № 4 и 5).

Больная Р. Диагноз: Воспалительные опухоли придатков матки с обеих сторон, слева величиной в мужской кулак, справа в мандарин. Через три дня после сеанса—опухоль величиной с кулак уменьшилась почти вдвое, справа лишь слегка увеличенный яичник и через 10 дней с той и другой стороны яичник и труба прощупываются отдельно; слева придатки лишь слегка увеличены. (см. рис. № 6, 7 и 8).

Как видно из приведенных выдержек, изменения после сеанса в воспалительных очагах чрезвычайно резки и, что особенно ценно, происходят в весьма короткий срок. Тут же мы позволим себе еще раз отметить резкий болеутоляющий эффект Рентгенового облучения. Лишь редко после рентгенизации приходилось прибегать к наркотическим средствам.

В случаях температурающих, обычно к вечеру в день сеанса, мы получали незначительное повышение температуры на $0,5—0,6^{\circ}$. Иногда эта реакция отсутствовала, иногда появлялась на второй, изредка на третий день, а затем литически, а подчас критически падала до нормы с тем, чтобы или остаться в таком состоянии до полного выздоровления, или же через несколько (5—6) дней вновь подняться и вновь упасть после повторной рентгенизации (см. кривые). Значительный интерес представляет температурная кривая больной К., страдавшей воспалительными опухолями придатков с обеих сторон. Температура до рентгенизации все время колебалась между 37° утром и $38,3—38,4^{\circ}$ вечером; после облучения температура, дав два подъема в первый и третий день, пала критически до нормы, продержавшись в норме дней 7. Когда толчок, данный Рентгеновским облучением, пал, температура ступенеобразно стала повышаться, и нужно было вторично применить *vis externa* в виде рентгенизации, чтобы температура опять резко пала. Через 10 дней нормальной температуры повторение той же картины. Четвертый сеанс в целях исключительно эксперимента мы дали через 7 дней, не дожидаясь подъема температуры, и она осталась в пределах нормы. Кстати сказать, на менструальные кровотечения у этой больной облучение не оказало значительного действия, в смысле подавления функции, что следовало бы ожидать, если считаться с кумулятивным действием Рентгеновых лучей. В части наших случаев мы наблюдали ускорение и усиление менструальных кровотечений, в других, наоборот, месячные отсутствовали в течение подчас $1\frac{1}{4}$, $1\frac{1}{2}$ месяцев и шли в очень незначительном количестве; ни в одном, однако, случае нам не удалось установить зависимость колебания от Рентгенового облучения, так как все они могут сопутствовать и зависеть от самого воспалительного процесса. В тех немногих слу-

До облучения.

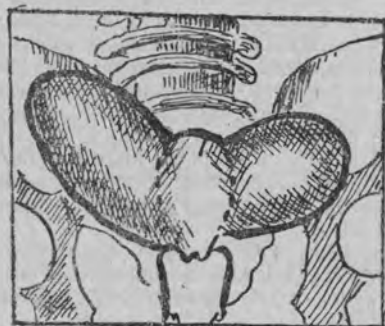


Рис. № 1.

Через 15 дней.

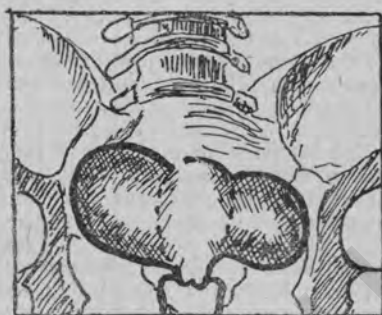


Рис. № 2.

Через 21 день.

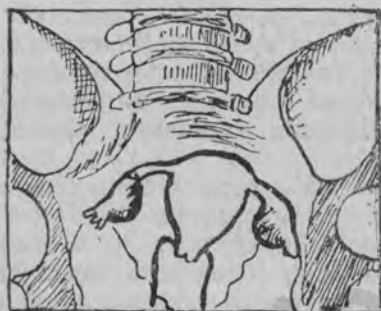


Рис. № 3.

До облучения.



Рис. № 4.

чаях, которые мы имели возможность наблюдать и после выписки их из клиники, menses были незатронуты и проходили более или менее нормально, и скорее в большем количестве, чем в меньшем. *Fried*, которому удалось через более или менее длительный срок исследовать 28 подвергнутых облучению больных, нашел, что ни в одном из его случаев месячные не были уменьшены или отсутствовали, хотя некоторые женщины подвергались рентгенизации дважды.

Как указано выше, все наши больные проводились стационарно, и это дало нам возможность привести целый ряд гематологических исследований; во многих исследованных нами случаях, кровь исследовалась до рентгенизации, а затем ежедневно, в некоторых случаях вплоть до выписки, на лейкоцитоз и лейкоцитарную формулу.

Влиянию Рентгеновых лучей на кровь посвящалось и посвящаются и в настоящее время большое количество работ; большинство исследователей, однако, изучало вопрос об изменениях в крови под влиянием больших доз Рентгеновых лучей, при чем в условиях совершенно отличных от наших, т.-е. при отсутствии воспалительного процесса, когда сама по себе картина крови уже резко отличается от нормальной. Авторы пришли к разным выводам: в то время как одни находили повышение лейкоцитоза,

Через 3 дня.



Рис. № 5.

До облучения.

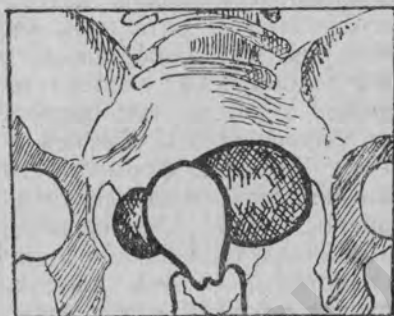


Рис. № 6.

Через 4 дня после сеанса.

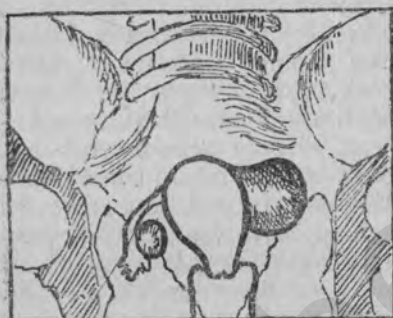


Рис. № 7.

Через 10 дней.

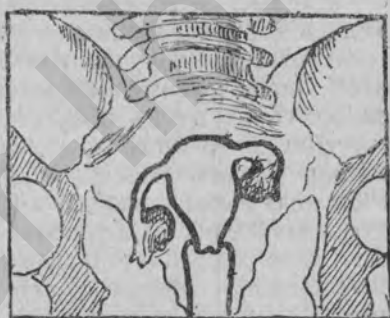


Рис. № 8.

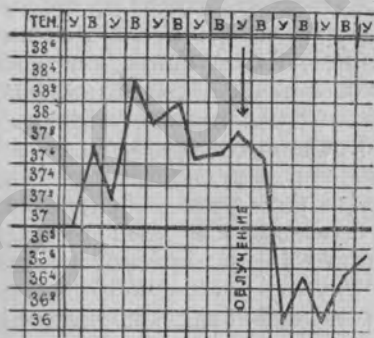


Рис. № 9.

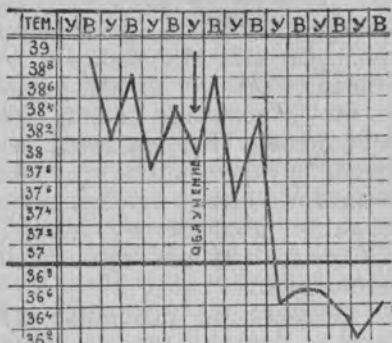


Рис. № 10.

с резким увеличением нейтрофилов и уменьшением лимфоцитов, другие получили лейкопению с относительным увеличением количества лимфоцитов, третьи же видели быстро переходящий лейкоцитоз и уменьшение эозинофилов, за которым следовал лимфоцитоз и увеличение эозинофилов.

В последнее время появилась работа *Fr. Bauer*, в которой автор сообщает об изменениях в крови, полученных им при лечении воспалительных процессов по методу *Heidenhain-Fried*. Автор

нашел ясно выраженное абсолютное и относительное увеличение лимфоцитов, явление, которое красной нитью прошло через все его случаи. В остальном картина представлялась в следующем виде. Вначале отмечалось увеличение количества лейкоцитов, уже до облучения, вследствие воспалительного процесса, увеличенных в количестве; одновременно с этим количество лимфоцитов увеличивалось, при чем в крови появлялись в большом количестве крупные формы, в то время, как число нейтрофилов при явлениях исчезания ядерного сдвига влево уменьшалось. Увеличивалось число эозинофилов. В дальнейшем количество лейкоцитов падало, однако лимфоциты оставались в увеличенном числе, в некоторых случаях даже нарастая. В безуспешно облученных случаях ядерный сдвиг влево увеличивался, однако незначительный лимфоцитоз и здесь констатировался. Первоначальное повышение лейкоцитоза автор склонен объяснить отмеченным им обострением процесса, наступавшим вскоре после облучения.

Данные, полученные нами путем, как уже указано выше, ежедневных исследований, в некоторых деталях не совсем сходятся с результатами, полученными *Bauer*'ом. Общее количество лейкоцитов после облучения уменьшалось, при чем это уменьшение лейкоцитоза, уже до облучения резко повышенного, продолжалось в течение 6—8 дней, с этого же дня обычно лейкоцитоз вновь начинал увеличиваться, но достаточно было повторения сеанса, чтобы количество лейкоцитов вновь начинало падать. Предшествующего увеличения лейкоцитоза нам обнаружить ни разу не удавалось. Это падение общего количества лейкоцитов шло за счет нейтрофилов, которые резко падали в количестве как в процентном, так и абсолютном отношении, в противоположность лимфоцитам, увеличивавшимся в количестве. Нам не удалось констатировать резкого влияния облучения на ядерный сдвиг. Сдвиг этот, существовавший до облучения, несколько изменялся в благоприятную сторону, но не особенно резко, и лишь с излечением процесса заметно было его исчезание. После облучения вновь появлялись в крови или увеличивались в количестве эозинофилы, во многих случаях налицо было заметное увеличение количества моноцитов. Что касается вяло протекавших случаев или безуспешно облученных, то нами отмечено, что количество лимфоцитов в этих случаях увеличивалось не резко, нейтрофилы росли в количестве, сдвиг ядер увеличивался. Это различие в картине крови нами использовывалось в прогностическом отношении.

Переходим к технике. Применялся нами аппарат индуктор *Saxe* с длиной искры в 45 сантиметров, расстояние антикатада от кожи 24 сант., жесткость 10—12Wt сила тока 2 mil-ampere, фильтр 3 mil-alm. Трубка *Siederöhre* для глубокой терапии. Поле облучения 6×8 сант. При больших опухолях мы давали два поля. Дозы применялись нами от $\frac{3}{4}$ H до 1H, рассчитанные на кожу, что на глубоко расположенный очаг давало до 5% HED. Повторные сеансы мы давали не чаще 8 дня, т. е. в те дни, когда лейкоцитоз начинал расти кверху. В 30 случаях мы дали по 2 сеанса, в 5 случаях нам пришлось подвергнуть больных и третьему сеансу и лишь в одном случае, и то, как указано выше, *experimenti causa*, дали 4 сеанса, хотя в настоящее время мы не можем не согла-

ситься с *Fried*ом что вполне достаточно 2-х сеансов и что если два сеанса не дали эффекта, то и третий не внесет существенных изменений.

В настоящее время лишь *Flascamp*, *Marum*, *Klaften*, сообщавшие в последние годы о своих результатах в лечении воспалительных процессов Рентгеном, дали большие дозы до 33% на кожу, т.-е. дозы, вызывающие временную стерилизацию. *Flascamp* исходил из соображений, что, устраняя менструацию, которая клинически вызывает всякий раз обострение воспалительного процесса, мы можем ускорить наступление выздоровления, и автор на основании наблюдения, что выздоровление или улучшение наступало лишь после выпадения менструаций, пришел к выводу, что целебные свойства Рентгеновских лучей заключаются лишь в способности вызвать временную аменоррею. Автор поэтому рекомендует дозу в 30% НЕД. Мы на основании нашего материала, когда эффект—и весьма резкий—получался от значительно меньших доз, не влияющих на менструальную функцию, не можем не согласиться с *Fried*ом, подкрепляющим свои данные такой внушительной цифрой, как 600 случаев разного рода воспалений, что Рентгеновые лучи действуют целительно на воспалительные процессы непосредственно, и потому считаем совершенно достаточными дозы, применяемые нами, не стремясь к выключению менструальной функции, а, наоборот, весьма и весьма избегая его. Даже более того, мы считаем, что единственный пункт, на который могут нападать противники данного метода лечения, и заключается в том, что Рентгеновы лучи, далеко не безразличные для функции яичника, могут будто бы при повторных сеансах вызывать дегенеративные изменения в яичнике, тем самым вызывая прекращение менструаций, явления выпадения и бесплодие. Если учесть то обстоятельство, что контингент больных, подвергаемых рентгено-терапии по поводу воспалительных процессов, вербуетя из числа молодых женщин, находящихся в периоде, способном к деторождению, то это возражение имело бы существенное значение, если бы против него не говорили наши данные и данные *Fried*'а. Как нами указано выше, ни в одном случае мы не получили вредного влияния применяемых нами доз на функцию яичника, а *Fried*, который имел возможность наблюдать своих больных иногда до 2-х лет, ни в одном случае не мог отметить прекращения *menses*, а в некоторых случаях *menses* даже стали менее болезненными и регулярными. В 2-х случаях больные забеременели. *Flascamp* сам отмечает, что во многих случаях он видел явления выпадения функции яичника, а *Marum* в 3-х случаях из 11-ти получил длительную стерилизацию.

Невольно возникает вопрос, почему при таком быстром и всестороннем развитии учения о воспалениях с одной стороны, а с другой стороны—при гигантскими шагами подвигающемся вперед учении о Рентгеновых лучах—эта область, область лечения воспалительных процессов Рентгеновыми лучами, столь богатая своими положительными результатами, до сих пор оставалась в забвении. Для этого имелось много оснований, часть из которых уже отмечена *Pordes*. Прежде всего Рентгеновые лучи считались фактором, могущим вызвать воспаление, следовательно, они не могут служить для борьбы с воспалением. Положение это, основанное,

с одной стороны, на возникновении дерматита в результате действия Рентгеновых лучей, с другой стороны, на нередко наблюдавшемся резком обострении воспалительного процесса при лечении Рентгеновыми лучами миом, осложненных воспалением придатков матки, совершенно не обосновано, так как здесь упущен один фактор, а именно, при облучении воспалительных процессов мы пользуемся исключительно малыми дозами, являющимися не только не вызывающим воспаление, а, наоборот, могучим фактором в борьбе с воспалениями, а не большими дозами.

Вторым основанием было отвлечение нашего внимания от воспалений, концентрацией нашего рентгено-терапевтического мышления вокруг лечения злокачественных новообразований, хотя, нужно сознаться, успехи в этой области не весьма значительны (*Pordes*) и, наконец, недостаточное знание биологической сущности действия Рентгеновых лучей, не дававшее возможности выдвинуть более или менее удовлетворительную теорию для действия Рентгеновых лучей, вольно или невольно отталкивало мысль исследователя от изучения этого вопроса (*Pordes*).

В настоящее время предложен ряд гипотез и теорий в объяснение действия Рентгеновых лучей. Все их можно разбить на две, резко отличающиеся друг от друга группы в зависимости от основного положения: признает ли данный автор теорию раздражающего действия Рентгеновых лучей, или нет. В современной рентгенологии существуют две диаметрально противоположных точки зрения. В то время как одни, ссылаясь на общеизвестный и, казалось бы, бесспорный физиологический закон *Arndt-Schultz'a* (малые раздражения повышают жизнедеятельность клеток, средние парализуют, большие убивают клетки), распространяют этот закон и на действие Рентгеновых лучей и считают, что малые дозы Рентгена повышают жизнедеятельность клеток, тем самым как бы подстегивают дремлющие защитные приспособления организма в борьбе с воспалениями. Сторонники этого взгляда подтверждают свою точку зрения уже достаточно клинически изученным фактом усиления и наступления *menses* при слабом облучении яичников при аменорее или олигоменорее, усилением роста растений и частей животных под влиянием облучения „*Reiz*“-дозами Рентгеновых лучей и т. д. Другие же, и в их числе такие авторитеты, как *Holz-knecht*, и слышать не хотят о „*Reiz*“-дозах Рентгеновых лучей. Оспаривая закон *Arndt-Schultz'a*, даже более того—не считая его вообще законом, они тем более не склонны распространять его на действие Рентгеновых лучей. Действие Рентгена всегда „депрессивно, деструктивно, разрушающе“, и чем больше доза, тем резче разрушающее действие Рентгеновых лучей. Рентгеновы лучи, по их мнению, независимо от дозы действуют всегда одинаково, отличаясь в смысле действия отнюдь не качественно, а лишь количественно. Естественно, что при действии малых доз Рентгеновых лучей, применяемых при лечении воспалительных процессов, разрушаются прежде всего наиболее чувствительные к Рентгеновым лучам элементы: лейкоциты и лимфоциты. Благодаря гибели лейкоцитов и лимфоцитов уменьшается напряжение ткани, чем достигается болеутоляющий эффект. Это уменьшение напряжения усиливается еще гипе-

ремией, вызываемой Рентгеновыми лучами (*Arnold*), когда вследствие происходящего при этом расширения кровеносных и лимфатических сосудов отток инфильтрирующей ткани экссудата облегчается. Продукты распада белых кровяных телец, попадая в кровь, действуют аналогично парентерально введенному белку, повышая бактерицидную способность крови. *Dresel* и *Freund* первые указали на полный параллелизм в нарастании бактерицидии, как при рентгенизации, так и при протеинотерапии,—параллелизм, который *Holthusen* объясняет одинаковым клеточным распадом (*Fried*). После этих более или менее общих положений, мы остановимся еще на том объяснении, которое дает школа *Heidenhain*'a, заслугой которой является систематизация и пропаганда этого метода лечения. *Fried* считает, что эффект достигается двумя путями; с одной стороны—местное действие Рентгеновых лучей, а с другой стороны—общее действие, достигаемое тем, что лучам подвержено большое количество крови, протекающее через облучаемый участок. Он высказывает предположение, что не исключена возможность образования в очаге воспаления бактериолитических и протеолитических ферментов; возможно, что одновременно с этим происходит перестройка или разрешение бактериотоксинов, чем можно было бы объяснить быстрое падение температуры и улучшение общего состояния. Не меньшее значение придает он и общему иммунизирующему действию Рентгеновского облучения. В $\frac{2}{3}$ своих случаев (600 случаев) он нашел резко повышенную бактерицидию в крови, причем неоднократно вскоре после облучения исчезали из крови до того многократно выявленные микробы, наконец, он получил значительные результаты при облучении мест, отдаленных от очага воспаления. Наши гематологические данные заставляют нас искать объяснение действия Рентгеновых лучей в другом направлении. Прежде всего местное действие Рентгена нам кажется не доказанным, так как нам ни разу не удалось найти стерильный гной после облучения в очаге воспаления. Мы не можем не согласиться с мнением *Bauer*'a, который также объясняет эффект общим усилением сопротивляемости организма под влиянием Рентгеновых лучей. Как известно, нейтрофильные лейкоциты являются носителями бактерицидных тканей, и потому-то при всяких воспалительных процессах число их резко увеличивается, как проявление мобилизации сил организма в борьбе с инфекцией. Как указано нами выше, после облучения число нейтрофилов резко падает, следовательно, происходит значительный распад их с освобождением заключающихся в них бактерицидных тканей. Вторым показателем повышения сопротивляемости организма является резкое повышение количества лимфоцитов, которые, как известно, благодаря ряду исследований, являются носителями бактерицидной и антиоксической деятельности. Нельзя забывать понятно и о гиперемии в очаге, вызываемой Рентгеновым облучением. Мы позволим себе для полноты изложения коснуться еще одной стороны вопроса: действительно ли необходимо, чтобы по возможности большее количество крови было подвержено действию лучей, или все изменения можно объяснить воздействием лучей на другие ткани. *E. Müller* считает кожу иммунизирующим органом. *Bauer*, исходя из тех соображений, что аналогичное нашим

данным падение количества лейкоцитов, увеличение лимфоцитов, при явлениях нарастания эозинофилов, получают при воздействии на кожу, выдвигает гипотезу, что эффект от действия Рентгеновых лучей можно объяснить влиянием лучей на вегетативную систему кожи, как иммунизирующего органа. Рентгеновые лучи исключают определенную часть симпатической нервной системы и дают тем самым перевес парасимпатической.

Как видно из краткого обзора теорий и взглядов, объяснение механизма действия Рентгеновых лучей до сих пор стоит на весьма шаткой почве, да это и неудивительно, если принять во внимание, что и более общий, а вместе с тем и кардинальной важности вопрос биологической сущности действия Рентгеновых лучей, существуют ли раздражающие дозы (Reiz-dosis) Рентгеновых лучей, до сих пор не разрешен.

Из Московской Акушерско-Гинекологической клиники Л. М. Института. Заведывающий проф. К. К. Скробанский.

Два случая метастатической офталмии при септических заболеваниях *post abortum*.

Доктора Н. Я. МАКАРЕВИЧА.

Причины, которые побудили меня описать эти два случая, бывшие в нашей клинике, один в 1922 г., другой — в 24 г., — это сравнительная редкость таких осложнений и еще большая редкость описания их в литературе и, особенно, в нашей русской. Так, просмотрев за 25 лет „Журнал Акушерства и Женских Болезней“, нам не удалось найти ни одного такого случая, а между тем они хоть и редко, но все же попадают в практику врача-гинеколога и, пожалуй, чаще, чем в какой-нибудь другой области.

Но прежде, чем приступить к непосредственному описанию моих случаев, я хочу хоть немножко разобраться в том, почему же, собственно говоря, редки эти случаи. Септических больных за это время у нас было очень много, многие из них умерли, многие выздоровели, но заболеваний со стороны глаз за последние 12 л. в нашей клинике только два. Что это значит и где тут причина? На этот вопрос вряд ли мне удастся дать исчерпывающий ответ, но во всяком случае в литературе на этот счет имеется следующее. D-г *Axenfeld* в своем труде, я бы сказал, единственном капитальном труде в этой области, помещенном в „Archiv für Ophthalmologie“ за 1894 г., приводя много случаев таких заболеваний, о которых речь будет ниже, вначале относительно этого говорит: „Область снабжения art. carotis, т.е. голова и шея, редко подвергается метастазам, гораздо реже, чем конечности и внутренние органы (может быть благодаря тому, что art. carotis отходит под прямым углом). Art. ophthalmica также в свою очередь отходит от art. carotis interna почти под прямым углом и даже уклоняется немного книзу. Сосуды, ведущие к bulbus, отходят с своей стороны более или менее тоже под углом, а rami ethmoidales et lacrimales представляют собственно продолжение art. ophthalm.“. Вот этим автор и хочет объяснить чрезвычайную редкость метастазов злокачественных опухолей в глазу, а также и эмболий.

Но дальше он говорит: „Редкость метастазов в глаз отхождением сосудов под прямым углом можно объяснить лишь для больших тромбов. При существовании же мельчайших свертков в крови, размельченных до прохождения через капилляры, наступают условия для прохождения их и в сосудах глаза“.

Глаз, можно сказать, является одним из органов, самых бедных кровью, которая притекает туда из *art. ophthalm.*, в сравнении с его объемом. В нем склера, согнеа и стекловидное тело занимают по сравнению с *uvea* в несколько раз больший объем, а между тем сосудами эти части в несколько раз беднее. Можно с уверенностью сказать, что всякая часть мышечной ткани такой же величины содержит не меньше крови, чем тут целый орган.

Кроме того, благодаря узости капилляров и внутриглазному давлению, течение крови в капиллярах глазного яблока гораздо медленнее, чем течение в капиллярах других органов. Из всего этого явствует, что глазное яблоко для крупных тромбов predisположено очень мало, для малых же эмболов—наоборот.

Указания на септические эмболии в капиллярах и малых сосудах глаза имеются в литературе еще со времени работ *Virrova*. *Бильрот* же в таких случаях говорит о диффузном воспалении глаза, как о „пропотевании“ микробами крови в капилляры глаза.

Вообще приходится сказать, что всякого рода септикопиемическая инфекция может вызвать метастатический офталмит, но далеко еще не объяснено то, почему в одних случаях заболевания сопровождаются офталмией, в других же нет, несмотря на то, что и те, и другие зачастую дают *exitus*.

Я думаю, прежде чем перейти к объяснению этого вопроса и чтобы поближе познакомиться с этими случаями,—изложить сейчас свои случаи, дабы дать настоящее понятие о тяжести таких заболеваний.

Б-я А. 36 лет, поступила в клинику 13/X 22 г. после того, как за 1½ нед. перед поступлением, непосредственно после вмешательства акушерки при 2½-месячной беременности, сразу на другой же день стала повышаться t° , появился жар, озноб и она почувствовала себя очень плохо.

За два дня до поступления в клинику, находясь уже в очень тяжелом состоянии, больная почувствовала боли, главным образом, в крупных суставах рук и ног. Они опухли, при исследовании очень болезненны, и движения в них были уже ограничены; красноты не было.

При гинекологическом исследовании *per vaginam* было найдено: матка увеличена соответственно 2 м. беременности, мягкая, безболезненная. Придатки не прощупываются, зев закрыт, своды свободны. Выделения с сильным зловонным запахом. Общий вид больной производил впечатление весьма тяжелого заболевания.

14/X в 1 ч. дня ей была в качестве терапии применена аутогемотерапия в форме подкожного впрыскивания 8 к. с. ее собственной дефибрированной крови при чем предварительно сосчитанный лейкоцитоз дал цифру 25.900, количество эозинофилов, при подсчете лейкоцитарной формулы, равнялось 15%. Через 6 часов после впрыскивания количество лейкоцитов возросло до 28.000, а через 20 часов уже опять понизилось до 23.000—ниже, чем было до впрыскивания. T° утром 40,1° веч. 39,5°.

15/X больной было сделано повторное впрыскивание 18 к. с. дефибр. крови, но реакции со стороны организма уже на этот раз не последовало. Так, лейкоцитоз через 5 часов после впрыскивания равнялся 12.800, через 23 ч.—12.000, а через 32 ч. он был равен уже 6.540. Одним словом, мы уже видим понижение всех

функций организма. Б-я лежит без сознания, пульс слабый, нитевидный, 130 уд. в 1', поддерживается камфорой, которой через 2 ч. впрыскивается по 2 к. с. В этот же день было впервые замечено гнойное выделение из левого глаза, но вначале этому не придали серьезного значения.

17/X ей опять было впрыснуто 8 к. с. дефибр. крови. Б-я пришла в себя, пульс несколько улучшился (но впрыскивание камфоры ей все-таки не прекращалось), лейкоцитоз через 30 ч. после впрыскивания достиг опять прежних цифр 23.450, боли в суставах стали меньше. Опухоль вокруг них опала. Был приглашен окулист, который нашел заметное помутнение сред в левом глазу, и им же был поставлен диагноз *panophthalmitis* и очень плохой прогноз. Правый глаз был совершенно здоров. Посев крови на бульоне, а затем на твердых средах дал обильный рост *streptococcus*'ов. Т° все время держалась на высоких цифрах—40,5° и 39,5°.

Однако, несмотря на временное улучшение, 18/X б-я опять впадает в бессознательное состояние, пульс принимает прежний характер—становится едва ощутимым, глаза открыты, при чем на левом видно резкое помутнение сред, реакция на свет отрицательная, дыхание поверхностное, саккадированное. И несмотря на то, что организм мобилизует все свои силы на борьбу с инфекцией, потому что лейкоцитоз за 4 ч. до смерти был равен 31.250, а т° 42°, б-я, не придя в сознание, погибла.

Патолого-анатомическое вскрытие, произведенное проф. Шором, дало следующие результаты. Гипостазы легких. Небольшой хронический и свежий веррукозный эндокардит *valvulae mitralis*. Дегенерация сердечной мышцы, печени и почек. Резкая гиперплазия селезенки с легкими инфарктами и обосторонний гнойный сальпингит. Септицемия. Множественный гнойный артрит. *Panophthalmitis septica*.

Теперь, если мы опять вернемся к литературе, то увидим, что и там мы имеем то же самое. Возраст б-х почти всегда бывает от 30 до 35 лет. Обычно это женщины многодетные. Наша б-я была беременна 3 раза. Первые двое родов были нормальные. Наступает же офталмия чаще всего по *Axenfeld*'у в I и II неделю, но бывают случаи, когда она наступает и гораздо позже, так, напр., на VII неделе. Раннее образование метастазов в I нед. заболевания есть очень плохое предзнаменование, и если у таких б-х имеется еще *icterus* и он не уменьшается, и т° не падает после вскрытия абсцессов на коже, которые нередко при этом бывают, то тут уже наверное можно ставить самый плохой прогноз, но все-таки он будет несколько лучше, чем при хирургической пиэмии (*Miculicz, Filsenreich*).

Вообще же в таких случаях прогноз нужно создавать по общему течению болезни, который не всегда стоит в прямом отношении к количеству и локализации метастазов. Но все-таки нужно сказать, что метастатические нагноения обычно ограничиваются определенными областями и, быть может, тут немалую роль, как говорит *Miculicz*, играет беременность, которая, очевидно, вызывает изменения только в известных органах, притом предрасположенных к нагноению. Особенно часто пуэрперальная форма и вообще все формы сепсиса при разного рода абортах.

осложняются септическим язвенным эндокардитом—как раз то, что мы имели и в нашем, только что описанном случае.

Нередки также случаи метастатического тиреоидита, развивающегося преимущественно при пуэрперальных заболеваниях и являющегося нередко единственным видимым метастазом (*Rokitanski, Miculicz*).

Средняя длительность болезни в смертельных случаях при офталмии это 6 дней, после которых обычно и наступает смерть. В нашем I случае смерть наступила через три дня после того, как появились явления офталмии, а во II случае exitus, как мы увидим дальше, тоже наступил на 6-й день. Образованием офталмитов обычно и заканчивается образование метастазов. Это какой-то конечный пункт, дальше которого идти уже нельзя, ибо инфекция достигла наивысшего своего развития.

При двусторонней офталмии, которая бывает несколько реже, чем односторонняя, смертность достигает всех 100% и exitus наступает на второй или на третий день после появления офталмии на втором глазу.

Единственный случай выздоровления при двусторонней офталмии, описанный в литературе, это случай *Hirschberg-Henius*, но и то он является исключением только потому, что между появлением офталмии на одном глазу и на другом был промежуток в 1½ недели так, что оба эти заболевания можно считать за отдельные заболевания.

Случаи метастатических офталмитов при длительном течении пиэмии сопровождаются почти всегда, как я уже сказал выше, язвенными эндокардитами, перикардитами, плевритами, образованием тромбов и их распадом, *phlegmasia alba dolens*, артритами и т. п. Т° дает резкие колебания с большими падениями и подъемами, потрясающим ознобом. Правда, в наших обоих случаях т° не давала таких резких колебаний, она все время держалась на высоких цифрах. Все же остальные симптомы точь в точь совпадают с описанными. Так, например, в нашем II случае, назовем его „В“, все только что высказанное относительно тяжести заболевания, его сроков и продолжительности, ну, одним словом, во всем, что мы находим в литературе, имеет и с предыдущим случаем „А“ поразительное сходство.

Больная была доставлена к нам в клинику после аборта, проболев дома уже 2 недели в тяжелом состоянии, 10/I 24 г. В этот же день было замечено у нее начинающееся заболевание глаза, который весь покраснел и закрылся. На 2 день был приглашен окулист, которому удалось обнаружить небольшое количество гноя в передней камере глаза, и им же в связи с имеющимся налицо иктерусом и плохим общим состоянием был поставлен *prognosis quo ad vitam pessimus*, и действительно, состояние б-й с каждым днем становилось все хуже и хуже. Будучи еще в сознании, больная жаловалась на сильные стреляющие боли в левом глазу, а 15/I, будучи уже без сознания, больная умерла. Произведенное проф. *Шором* вскрытие в этом случае дало следующее. Общее малокровие. Нагноение в передней камере левого глаза. Правосторонний выпотной серозно-гнойный плеврит. Сливная дольковая гнойно-катарральная пневмония верхней доли правого легкого. Ожирение особенно правого сердца с перерожде-

нием мышцы. Мускатная печень. Атипическая гиперплазия и инфилтраты селезенки. Гнойный метастатический нефрит. Гнойный эндометрит (после аборта) и правосторонний паранефрит и параметрит. Септикопиемия.

При жизни в крови у больной был обнаружен стрептококк. Беременна она была три раза. Первые были нормальные роды, а остальные две беременности были прерваны искусственно, причем последний аборт оказался для нее роковым.

Со всеми метастазами, можно сказать, организм борется еще очень стойко, но как только дело дошло до офталмии, наступающей в самых тяжелых случаях септикопиемии, тут уже сравнительно скоро наступает смерть.

Слепота после наступления панофтальмита появляется не сразу, а постепенно. Дело начинается с ослабления остроты зрения, при этом наблюдаются внезапные стреляющие боли, отмеченные и у нашей больной.

Насколько далеко заходит при этом разрушение глаза, очень хорошо видно из небольшой статьи *Engel's*, напечатанной в *München. Medicinische Woch.* за 1913 г. S. 785. В его случае само заболевание тянулось несколько дольше, чем в наших случаях, и заболевание глаз наступило не на III нед., а на V, и через 6 дней за день до exitus'a дело дошло до перфорации роговицы левого глаза, опять-таки очевидно потому, что левый глаз поражается первым. При анатомическом исследовании *Rossle* было найдено, что метастазы на обоих глазах проникали в ирис. „Вообще же—говорит он дальше—заболевание, в большинстве случаев локализуется по пути сосудов и до ириса не доходит“.

При некоторых инфекционных заболеваниях—*tbc*, *lues'e*, остром суставном ревматизме—мы тоже имеем иногда поражение глаз, но тут обычно дело ограничивается увеа, а retina в процесс не вовлекается. Наоборот, поражение ретины особенно является характерным для случаев пуэрперальных метастазов (*Rossle*).

После исследования им правого глаза *iris* была некротична, а в одном месте обнаружен гнойный распад, сетчатка же, наоборот, хорошо сохранила свое строение. В общем же глазное яблоко представляло картину тяжелейшей панофтальмии. Вокруг хрусталика обильное количество гноя, так что хрусталик положительно в нем плавает. Капсула разрушена и в скрученном виде лежит рядом.

В наших случаях процесс так далеко еще не зашел, и макроскопическая картина не представляла собою таких сильных разрушений. К сожалению, оба глаза не были нами исследованы микроскопически, а потому я позволю себе несколько подробнее остановиться на исследованиях *Rossle*, потому что все эти исследования и разрушения глаз очень похожи друг на друга.

Так, благодаря его точным исследованиям, было доказано, что „процесс по направлению кзади в стекловидном теле постепенно ослабевает. Передняя же камера сплошь бывает выполнена гноем, роговица некротизирована и утончена до нескольких волоконцев. Около *limbus* вся роговица инфильтрирована лейкоцитами. Окраска по *Gramm'y* указывает на множество стрептококков, расположенных кучками и в виде цепочек в *iris*. В стекловидном

теле стрептококки находятся в телах лейкоцитов, и по направлению кзади число их убывает. Кокки особенно наводняют переднюю камеру. Membrana Descemetii является для них барьером и только вблизи lig. pectinatum несколько цепочек проникли между первыми волокнами роговицы". Иногда же процесс идет значительно дальше, так что в передних отделах глазного яблока бывают видны только жалкие остатки роговицы и ресничного тела.

Вот какую тяжелую картину приходится иногда наблюдать у больных при септических метастазах в глазу. Точно такой же случай описан и *Ferracini* в *Zentralblatt für Gynecol.* № 10 за 1924 г. Ему тоже пришлось наблюдать случай двухсторонней офталмии, который, как по своей тяжести заболевания, так и по времени начинающихся явлений заболевания точь в точь похож на те случаи, которые нами были описаны выше.

Что же касается процента смертности, то на основании изучения этого вопроса приходится сказать, что при двухсторонней офталмии, как я уже упоминал об этом выше, он равен 100%, а при односторонней иногда могут наблюдаться случаи выздоровления.

Относительно терапии в таких случаях: по мнению окулистов, если процесс протекает не бурно, то можно ничего не делать с глазом, а лечить 6-го лишь от общего сепсиса, если же со стороны глаза процесс протекает очень бурно, дает сильные боли, то при иридоциклите, когда нагноение бывает только в передней части глазного яблока, иногда рекомендуется делать энуклеацию, потому что в таких случаях другому глазу может угрожать опасность симпатического заболевания.

В тех же случаях, когда процесс зашел значительно дальше и когда налицо имеется уже не иридоциклит, а иридохориоидит или панофтальмит, тогда энуклеацию делать уже ни в коем случае нельзя и тут ограничиваются при бурных явлениях со стороны глаза лишь эвисцерацией. Во всем остальном лечение должно быть общее. Если же никакого специального хирургического лечения не применяется, то в таких случаях глаз сам мало-помалу атрофируется, и зрение окончательно пропадает.

Таким образом, на основании изложенного, можно позволить себе сделать следующие выводы: заболевание панофтальмитом есть одно из весьма редких осложнений, при септических процессах пуэрперального происхождения. Оно знаменует собою крайнюю тяжесть заболевания и почти всегда бывает смертельно, а в особенности при двухстороннем заболевании.

При выздоровлении пораженный глаз всегда атрофируется, и потому лечение может быть только хирургическим.

Из Госпитальной Акушерско-Гинекологической Клиники Государственного
Института Медицинских Знаний. Зав. проф. Л. А. Кривский.

Случай пятилетнего задержания костей плода в полости матки *).

Мл. ассистента клиники Л. Я. ЦЕЙТЛИНА.

Смерть плода, как общее правило, ведет спустя короткое время к преждевременным родам или к выкидышу. Однако, в редких случаях (по данным нашей клиники не более, чем раз на 1.000 случаев) происходит более или менее продолжительная задержка плода в полости матки в продолжение нескольких месяцев, реже в течение года или более.

Какова судьба мертвого плода при продолжительной задержке его в полости матки? Если полость плодного яйца остается свободной от бактерий, то в первые недели беременности мягкий зародыш, благодаря наличию ферментов в плодных оболочках, может подвергнуться перевариванию и полному рассасыванию. Экспериментально это доказано *L. Fränkel*'ем и *Köbner*'ом на кроликах; после двусторонней овариотомии полному рассасыванию подверглись 18—21-дневные плодные яйца, при чем совершенно рассосались даже костные отложения в зародышах. На людях это доказывается отсутствием плода, хотя при этом нельзя совершенно исключить возможность незаметного отхождения мелкого зародыша с водами через рукав. Случаи *L. Fränkel*'я и *Polano*, в которых полному рассасыванию после двусторонней овариотомии подверглись плодные яйца 1½ и 3-месячной давности, не являются вполне доказательными, так как плоды могли отойти незаметно через естественные пути.

Если плод достиг более высокой стадии развития, то полное рассасывание не имеет места, а происходит либо мацерация плода, либо мумификация, либо, наконец, петрификация плода. Отложение извести происходит при этом в наружных покровах плода, все яйцо превращается в камень, который может оставаться в полости матки неопределенно долгое время (так, в случае *Camerarius*'а такой окаменелый плод оставался в полости матки в течение 46 лет и был найден случайно на вскрытии старухи 96 лет). В противоположность внематочной беременности, такие окаменелые плоды встречаются в полости матки чрезвы-

*) Доклад в научных совещаниях врачей Обуховской больницы в заседании, посвященном памяти В. А. Ващенко, 25 января 1924 г.

чайно редко (до 1878 г. *Hennig* мог собрать всего лишь 6 случаев). Значительно чаще мертвый плод, несмотря на продолжительное нахождение в полости плодовместилища, не подвергается почти никаким изменениям, приобретая лишь вид препарата, сохранявшегося долгое время в спирту, и производя впечатление недавно умершего.

Как только в плодное яйцо проникнут бактерии, тотчас начинается разложение его. Если инфекция является злоостной, то разложение нередко протекает чрезвычайно бурно, оболочки плода и плацента превращаются в маркий распад, все мягкие части плода сползают с него довольно быстро и от плода остается один только скелет.

Так, в случае *Wagner*'а при метрейризе, предпринятом с целью ликвидировать пятимесячную беременность по поводу туберкулеза легких, спустя два дня родился скелет плода, хотя еще за 22 часа до этого плод был несомненно жив; скелетирование плода и тимпания матки были обусловлены анаэробами; случай окончился летально. В случае *Moebius*'а через 6 дней после тампонации шейки и полости матки по поводу осложненного периметритом септического выкидыша на 4-м месяце беременности за тампоном были обнаружены скелетированные кости плода, при чем оставшиеся в матке кости удалены были промыванием и выскабливанием; случай окончился выздоровлением. В случае *Polano* спустя месяц после смерти плода и 2 недели после отхождения вод из наружных частей показалось скелетированное бедро $3\frac{1}{2}$ -месячного плода, после чего удален был весь скелетированный плодик, а затем и послед после метрейриза; случай закончился выздоровлением, при чем больная ни разу не лихорадила. *Moebius* и *Polano* причисляют свои случаи к missed abortion, хотя в этих случаях скорее можно было бы говорить о чрезмерно долго затянувшемся выкидыше, так как для missed abortion минимальный общепринятый срок задержания плодного яйца—6—8 недель, и полагают, что скелетирование плода имело место без доступа бактерий. В случае *Goldenstein*'а спустя 2 недели после преступного вмешательства отошел $4\frac{1}{2}$ -месячный скелетированный плодик; остатки костей и разложившийся послед были удалены путем выскабливания после расширения шейки посредством расширителей *Hegar*'а. В случае *Littauer*'а спустя 14 дней после прекращения беременности на ребрышках правой стороны грудной клетки 3-месячного плода были обнаружены явления начинающегося скелетирования. В случае *Kaufmann*'а были удалены скелетированные кости 3-месячного плода через 10 дней после отхождения вод. В случае *Arndt*'а были удалены скелетированные части 4-месячного плода у больной, кровоточившей 8 дней и лихорадившей 3 дня.

При той массе незаконченных искусственных септических аборт, которые поступают из года в год в нашу клинику, такое явление не представляется особенно редким, и мы имели возможность неоднократно наблюдать изгнание задерживающихся непродолжительное, впрочем, время (обычно не более 10—14 дней) частей скелета плода, большей частью черепных костей. В огромном большинстве случаев разложение плода ведет к всасыванию токсинов и к появлению лихорадки, что усиливает сократительную способность матки и ведет к самопроизвольному изгнанию плодного яйца или его остатков наружу.

В редких, однако, случаях инфекция не носит злоостного характера, процесс разложения идет не бурно, мягкие части плаценты, оболочек и плода постепенно элиминируются через маточный зев, и в полости матки остается лежать на продолжительное время весь скелет плода или часть его.

Таковы случаи: *Резникова* (задержание скелета 7-месячного плода в матке в течение 4-х лет), *Rosenkrantz*'а ($1\frac{1}{2}$ -месячная задержка костей плода и свежей плаценты, при чем случай закончился изгнанием плода после тампонации матки), *Fleischlen*'а (удаление костей 3-месячного плода спустя 16 месяцев после выскабливания по поводу выкидыша, незаконченного в виду асфиксии; кости были обнаружены случайно при зондировании ретрофлексированной матки и были уда-

лены путем обычного расширения и выскабливания, при чем после вмешательства еще продолжали отходить мелкие косточки плода), *Meyer-Buegg'a* (удаление путем выскабливания обросших грануляционной тканью косточек 3-месячного плода, пролежавших в матке также 16 месяцев после абразии по поводу выкидыша; случай осложнился параметритом и гнойным пельвеоперитонитом; после вскрытия заднего свода излечение), *Haendly* (полная экстирпация матки, заключавшей в себе приращенную на всем протяжении плаценту и отдельные кости конечности и черепной крышки 3½-месячного плода, задержавшегося в матке в течение 2½ месяцев), *Horráth'a* (удаление пальцем после расширения зева расширителями Хегара и двусторонней инцизии вонючих костей конечностей 3-месячного плода, пролежавших в матке 9 месяцев), *Абрамовича* (извлечение путем брюшно-стеночного кесарского сечения скелета 8-месячного плода с остатками мягких тканей и внутренних органов, пролежавших в матке 4 года; излечение), *Hiess'a* (удаление пальцем после расширения ламинариями остатков костей 5-месячного плода, пролежавших в матке 3 года после искусственного выкидыша, произведенного по поводу туберкулеза легких), *Thaler'a* (удаление и выскабливание 2 кусочков хряща, приживших к утолщенной слизистой матке после искусственного выкидыша, произведенного за 3 месяца раньше), *Latzko* (отхождение кости черепа 6-месячного плода через свищ в переднем своде, пролежавшей в матке 6 лет после выкидыша, при котором не удалось удалить головку плода), 2 случая *Olday'a* (удаление путем расширения и выскабливания костей 2½- и 3-месячного плода спустя 4 и 12 месяцев после абразии с целью нарушения беременности, произведенной одним и тем же врачом), *E. Fränkel'a* (удаление скелетированного плода, пролежавшего в матке более 1 года), *Mackenrodt'a* (удаление по поводу хронического пельвеоперитонита придатков и матки с остатками костей 3-месячного плода, пролежавших в матке около года после безуспешной попытки извлечь их путем выскабливания) и *Bumm'a* (удаление хронически воспаленных придатков, яичника и матки с костями 3-месячного плода, пролежавшими 1½ года после искусственного аборта).

Подобный же случай встретился нам 2 года тому назад. По своим особенностям, как в смысле затруднительности распознавания, так и в отношении примененной терапии, случай этот, помимо своей чрезвычайной редкости, заслуживает подробного описания.

М. Д. (№ 1159), крестьянка, 40 л., поступила 20/1 1922 г. с жалобами на бели, боли в животе, общую слабость и обильное кровотечение из половых путей, беспокоящее больную в продолжение 1½ лет; рожала благополучно 8 раз, последняя 9-я беременность закончилась 5 лет тому назад выкидышем на 5-м месяце. Последние 1½ года месячные стали путаться, появляясь чаще обычного, продолжаясь по 8—12 дней и перемежаясь кровотечениями, не связанными с месячными. За 6 недель до поступления в клинику больная находилась на излечении в провинциальной больнице, где ей было произведено выскабливание матки. Болезненные явления, однако, после выскабливания не ослабели, а напротив, бели, боли в животе и кровотечения усилились, в виду чего больная по совету пользовавшего ее врача направилась на излечение в Ленинград.

Больная резко анемична, несколько истощена, т. 36,6, р. 80; сердце, легкие почки здоровы; живот мягкий, дряблый, безболезненный. Имеется застарелый разрыв промежности 2 степени и небольшое выпадение задней стенки рукава. Выделения кровянистые, необильные, без всякого запаха. Матка в ретрофлексии, подвижная, легко выводится в нормальное положение, увеличена, как при 1½-месячной беременности, стенки ее чрезвычайно плотны, контуры слегка бугристы; шейка плотная, зев закрыт, влагалищная часть без особых изменений, своды совершенно свободны.

На основании данных исследования нами было поставлено распознавание фиброматоза матки, и в виду безрезультатности выскабливания, в виду анемии и заметного истощения больной и, наконец, в виду близости климактерия, больной была предложена операция удаления матки и попутно пластики промежности. Спустя неделю после поступления больной в клинику, в продолжение какого времени больная продолжала кровоточить при нормальной температуре, я произвел больной влагалищным путем экстирпацию матки и пластику промежности. Найденные здоровыми придатки были оставлены. Помимо асфиксии в начале операции вмешательство протекало гладко. Послеоперационный период без осложнений, промежность зажила первичным натяжением, рана в своде влагалища хорошо зарубцевалась, в частности не наблюдалось никаких культиевых инфильтратов,

и большая выписалась на 28-й день значительно поправившейся, боли в животе и кровотечения прекратились, исчезло головокружение, улучшился аппетит и силы больной значительно окрепли.

Когда после операции я разрезал препарат удаленной матки, первое, что обратило на себя внимание, это было невыносимая воня, исходящая из полости матки и напоминавшая запах разложившегося трупa. Расширенная несколько полость матки была туго набита костями плода 5-ти месяцев утробной жизни. Длинные кости были расположены несколько косо к оси матки, при чем концы их упирались и местами вонзались в нижний полюс полости матки и в оба трубные угла. Из костей скелета оказались налицо следующие: 2 височные кости, 1 теменная кость, 2 ключицы, 7 ребер, 1 надломленная бедренная кость, 2 больших берцовых кости и 2 малых берцовых кости. В полости матки не было никаких следов последа. Слизистая на всем протяжении атрофичная; в нижних отделах имеется несколько небольших, с просыное зерно, кровоизлияний в подслизистой, соответствующих острым концам длинных костей плода, с небольшими дефектами слизистой над ними; на слизистой имеются несколько глубоких отпечатков тонких костей. Матка увеличена в своих размерах; длина ее 9 см., ширина 5 см. Толщина стенок тела матки 2½ см., толщина стенок шейки 2 см. Стенки матки, таким образом, резко гипертрофированы. При микроскопическом исследовании среза из тела матки обнаружено резкое преобладание соединительной ткани над мышечной, при чем волокна соединительной ткани утолщены и гиалинизированы. Сосуды резко утолщены за счет оболочки и резко гиалиново перерождены. Такие же изменения отмечаются в срезе из шейки, с тою лишь разницей, что замещение мышечной ткани соединительной и гиалиновое перерождение соединительнотканых волокон и кровеносных сосудов выражено еще более резко.

После того как больная оправилась от операции, я узнал от нее после усиленных расспросов, что врач, производивший больной выскабливание, нашел в матке косточки плода.

Восстанавливая картину заболевания, мы должны прийти к заключению, что у нашей больной за 5 лет до операции произошел перерыв беременности на 5-м месяце, при чем послед и мягкие части плода выделились наружу, а скелет плода, целиком или большей своей частью, оставался лежать в полости матки в течение 5 лет, при чем часть скелета была удалена при выскабливании, а остальная часть задержалась в полости матки в течение еще 1½ месяцев.

Не касаясь вопроса о причинах нашей ошибки в распознавании, так как из предыдущего видно, что мы имели достаточно оснований заподозрить миоматоз матки, и так как правильное распознавание вследствие полного закрытия зева и отсутствия зловонных выделений можно было бы поставить только при случайном зондировании матки или при пробном выскабливании, к чему не представлялось никакой надобности по клинической картине случая, я остановлюсь в дальнейшем лишь на этиологии и лечении missed abortion.

Старые авторы до половины 19-го столетия вообще отрицали возможность длительной задержки мертвого плода в полости матки и считали, что в описываемых изредка случаях могло иметь место смешение с внематочной беременностью, в особенности с беременностью в добавочном роге матки. Лишь целый ряд точных наблюдений, отчасти подтвержденных чревосечением, установил с несомненностью действительное существование таких случаев.

В качестве отдельных этиологических моментов задержания плодного яйца приводили: *Menzies, Playfair, Beigel, Labhardt* и др.—рак шейки матки, *Säuger, Rosenstein*—множественную фибромиому матки, *Meissner, Rissmann*—сращение яичевых оболочек с отпадающей, *Arthur, Kleinertz, E. Fränkel, Rissmann, Chaleix* и *Tieux*—сужение и заращение зева и шейки матки, равно как ригидность послед-

них, *Ahlfeld*, *Hartz*—низкое прикрепление последа, *Scharlieb*—необычайную тонкость и хрупкость маточных стенок, *Leopold*, *Stanley*, *Warren*—перитонитические сращения вокруг матки, *Liebman*, *Madge*, *Borham* и *Bumm*—заболевание центральной нервной системы и нарушения периферической иннервации матки.

E. Fränkel сводит все этиологические моменты к недостаточной растяжимости нижнего сегмента матки и шейки вследствие усиленного сопротивления этих отделов и к недостаточности сократительной способности полой мышцы, что может иметь место при хроническом метрите, при наличии перитонитических спаек, при атрофии мышцы матки вследствие продолжительного кормления, при опухолях матки. Сморщивание плодного яйца, обусловленное всасыванием околоплодных вод и ведущее к отхождению яйца кверху, ведет к ослаблению раздражения шейечных ганглиев и обуславливает замедление изгнания плода. Позднейшее изгнание плодного яйца происходит под влиянием менструальной конгестии вследствие оживления жизнедеятельности яичников и под влиянием разложения плодного яйца, при чем токсины и лихорадка усиливают сократительную способность матки. *Schaeffer* приписывает большое значение эндометриту, метриту, и неправильностям месячных; особенно часто встречается задержание мертвого плода у многорожавших; непосредственная причина ненаступления изгнания плода заключается в постепенном сморщивании плодного яйца, при котором последнее отходит кверху в полость матки и не оказывает добавочного давления и раздражения на внутренний зев и лежащий позади него ганглий *Frankenhäuser's*. *Graefe* видит предрасполагающий момент в ретрофлексии матки и в чрезмерно долгом кормлении грудью. *Славянский* и *Булатов* видят причину задержания плода в децидуальном эндометрите. *Орлов* предрасполагающим моментом считает истощение вследствие частых родов и продолжительного кормления грудью; общее истощение понижает возбудимость матки. *Кунин* объясняет задержание плода расстройством функции яичника. *S. W. Bandter* (*The Endocrines*, 1920) сводит вопрос к кризису в соотношениях желез внутренней секреции—яичника, плаценты, гипофиза и щитовидной железы. *Ануфриев*, *Саягелов* и *Пастернак* видят причину задержания плода в недостаточной сократительной способности матки, обусловленной, с одной стороны, усиленным разрастанием соединительной ткани и замещением ее мышечной, что является характерным для женщин старше 30 лет и для многородящих (а таковых среди случаев missed abortion по *Булатову* 89%), и с другой стороны врожденной гипоплазией матки, если задержание плода наблюдается у первородящих. Помимо общих соображений, впрочем, указанные авторы не приводят никаких точных данных в подтверждение своей гипотезы.

Из приведенного нами далеко не исчерпывающего перечня с несомненностью вытекает только одно: что до сих пор в сущности нам не удалось установить причину задержания мертвого плода в полости матки, что вполне понятно, так как и вопрос о причинах наступления родов, вопрос о том, почему в сущности матка, терпящая в своей полости плодное яйцо в течение 40 недель, сразу затем начинает относиться к нему, как к инородному телу, и изгоняет его наружу, до сих пор, несмотря на множество

работ в этом направлении и множество предложенных гипотез, следует признать не вполне решенным. Отдельные этиологические моменты, останавливающие внимание того или другого автора, не могут объяснить всех случаев и могут явиться лишь случайным осложнением несостоявшихся родов или выкидыша.

Во всяком случае мы должны подчеркнуть в отношении нашей больной следующие этиологические моменты: больная была многорожавшая, выкормила 8 детей, кормила в общем долго, всю свою жизнь занималась изнуряющим крестьянским трудом, не страдала никакими конституциональными или хроническими заразными заболеваниями. Приписать всецело довольно резкое истощение одним лишь родам, продолжительному кормлению и тяжелому труду, однако, нельзя, так как большую роль сыграли, повидимому, обильные кровопотери, развившиеся во время задержания плода. Изменения в самой матке (хронический метрит и гиалиновое перерождение соединительной ткани и кровеносных сосудов), возможно, имелись в известной степени и до перерыва беременности, но главным образом они развились, повидимому, уже после перерыва беременности—вследствие хронического воспалительного процесса и рабочей гипертрофии мускулатуры матки, тщетно стремившейся изгнать свое содержимое в течение 5 лет; клинически это сказывалось схваткообразными болями при отсутствии каких бы то ни было изменений со стороны брюшины тазовых органов и придатков. Способствующим моментом, возможно, являлся также загиб матки кзади.

Что касается лечения, то одни авторы (напр., *Leopold, Plant, E. Fränkel, Rosinsky, Ануфриев* и др.) высказываются за активное вмешательство во всех случаях задержания мертвого плодного яйца, так как считают, что нахождение мертвого плода в полости матки не может остаться безразличным для организма матери, и предпочитают не дожидаться разложения плода и кровотечения. Другие авторы, а таких большинство, высказываются за выжидательный образ действия с переходом к активному вмешательству лишь в том случае, когда заболевание осложняется кровотечением или разложением плода или плодного яйца. В случаях missed abortion, наблюдавшихся в нашей клинике за последние 13 лет, мы также придерживались выжидательного образа действия и не видели необходимости в опорожнении матки от заведомо мертвого плодного яйца, если только смерть плода не вела к каким-либо угрожающим признакам. Следует иметь в виду, что хотя роды и выкидыш мертвым плодом обычно протекают благополучно, тем не менее они иногда сопровождаются чрезвычайно сильным кровотечением вследствие медленного отделения перерожденного послета и атонии матки, потребовавшей, напр., в случаях *Rosenstein'a* и *Schmit'a*, проводившихся более или менее активно, влагалищной экстирпации матки, также оставшейся, впрочем, безрезультатной (обе больные погибли). Случай сильнейшего кровотечения, правда, несмертельного, описан также *Horn'ом*. С другой стороны, в отношении ожидаемого метода лечения чрезвычайно поучительны 2 случая, описанные *Rosinsky'м*, в одном из которых больная едва не погибла от атонического кровотечения после самопроизвольного изгнания плода, а в другом появление белка в моче заставило перейти к активному вмешательству, оказавшемуся за-

поздалым, так как у больной после изгнания 4-месячного плодного яйца развилась эклампсия, закончившаяся гибелью больной.

Тем не менее наиболее осторожным и бережным нам представляется все же выжидательный способ при условии тщательного наблюдения за больной и немедленного перехода к активному вмешательству при малейших тревожных признаках со стороны половой сферы или общего состояния. Раньше или позже изгнание плода произойдет, и природа лучше справится с заболеванием, нежели врачебное искусство.

Как поступить в тех случаях, когда имеется уже наличное разложение плодного яйца? В таких случаях, особенно если беременность прервалась на 4-ом или более позднем месяце, мы можем очутиться между Сциллой и Харибдой: с одной стороны, нельзя слишком долго ждать во избежание гангренозного эндометрита и тимпаниии матки, а с другой стороны, при форсированном родоразрешении, мы рискуем инфицировать организм через надрывы или разрезы матки.

Winckel в таких случаях все же стоит за осторожную терапию и советует выждать достаточного раскрытия зева, обычно не заставляя себя долго ждать, позаботиться о достаточном стоке для выделений и ограничиться осторожным удалением отдельных костей плода, по мере того, как они будут опускаться в область внутреннего зева. Другие авторы не останавливаются в таких случаях перед расширением шейки матки при помощи расширителей или метрейриза или перед рассечением шейки матки после предварительного отсепарования мочевого пузыря. При наличии инфекции в полости матки такой образ действия не всегда является безопасным, так как при этом на месте разреза или надрыва ригидной шейки вскрывается клетчатка, чрезвычайно чувствительная к инфекции. Нельзя также забывать, что расширение может оказаться недостаточным и извлекаемые кости могут поранить матку, проникнуть в толщу стенок или попасть в мочевой пузырь, в брюшную полость или в прямую кишку, и повлечь тягчайшие последствия для больной. С другой стороны, не следует преувеличивать опасности такого способа лечения, так как большей частью все заканчивается благополучно. *Leopold* при закрытом зеве и при разложении плода старше 4-х месяцев советует после опорожнения матки немедленно экстирпировать ее, а если опорожнение матки затягивается, то рассечь ее по передней стенке, удалить плод, а затем удалить и матку через брюшные покровы или через влагалище. Брюшно-стеночное чревосечение было произведено по этому поводу *Sänger*'ом (операция *Porro* ввиду множественной фибромиомы матки), *Kleinertz*'ом (удаление разложившегося доношенного плода после тщетных попыток к расширению ригидной шейки, выздоровление), *Scharlieb*'ом (смешение с внематочной беременностью, операция *Porro*, смерть через 4 недели), *Labhardt*'ом (операция *Porro*, большая погибла от сердечной слабости, обусловленной далеко зашедшим раком шейки), *Hagmann*'ом (удаление 7-месячного плода, выздоровление), *Абрамовичем*, *Mackenrodt*'ом и *Bumm*'ом (см. выше). Вряд ли, однако, и такой способ действия можно признать вполне безопасным, так как при вскрытии матки или опорожении ее загрязняется операционное поле, и исход операции становится со-

мнительным. Однако, в отдельных случаях, вроде нашего, когда по техническим условиям можно удалить матку влагалищным путем, не вскрывая и не опорожняя ее, удаление матки, в особенности у женщины, близкой к концу чадородного возраста, представляется нам наиболее бережным и безопасным способом активного вмешательства. Влагалищная экстирпация была произведена при несостоявшемся выкидыше *Haendly* (см. выше), *Rosenstein*'ом (см. выше), *Schmit*'ом (см. выше), *Greenhill*'ем и в 2 случаях *Rongy* и *Arluck*'ом. Т. о. при разложении плодного яйца при missed abortion следует строго индивидуализировать всякий случай: придерживаться выжидательного образа действия, если имеются намеки на возможность самопроизвольного изгнания плода, заботясь лишь о достаточном стоке отделений и помогая естественному изгнанию путем осторожного удаления отдельных низко опустившихся частей плодного яйца и усиливая схватки всеми доступными нам средствами; при наличии небольших остатков скелета расширить шейку расширителями или путем метрейриза и удалить остатки пальцем или кюреткой; в соответственных случаях прибегать к рассечению передней стенки матки по *Dührsenn*'у, не останавливаясь перед дальнейшей экстирпацией матки в случае атонии матки или резких изменений в ее стенках; при большом плоде в крайнем случае можно решить на чревосечение с марсупиализацией матки или полной ее экстирпацией, в особенности при осложнении раком или миомой; наконец, в некоторых случаях прибегать к влагалищной экстирпации матки без вскрытия ее полости.

Случай наш чрезвычайно поучителен в отношении терапии уже потому, что на препарате ясно видны те грозные последствия, к которым при известном стечении обстоятельств могло бы повести насильственное раскрытие шейки матки. Если бы мы стали расширять канал шейки обычным путем, как это мы делаем при неполном выкидыше в первые 2—3 месяца беременности, то мы могли бы вогнать в стенку матки вонзившиеся в нее острыми концами конечности и кости черепной крышки, или даже перфорировать матку. Если бы мы попытались раскрыть шейку матки до проходимости для пальца, то ригидная шейка легко могла бы быть надорвана костями плода, что повело бы к распространению инфекции в клетчатку и соседние органы; точно так же при рассечении матки клетчатка могла легко инфицироваться, что повело бы к длительному тяжелому заболеванию или даже к смерти больной.

Таким образом наша диагностическая ошибка оказалась без пользы для больной, так как в конце-концов мы избрали наиболее бережный и наименее опасный путь. Жалеть об удалении матки в нашем случае не приходится также в виду того, что больная находилась уже в конце чадородного возраста, и, кроме того, матка и главным образом сосуды ее были настолько изменены, что рассчитывать на обратное развитие тех стойких изменений, которые развились на почве пятилетнего задержания скелета плода, совершенно не приходилось. При оставлении матки нельзя было бы гарантировать, кроме того, больную от повторного missed abortion, описанного в двух случаях *Graefe*, в случае *Machenhäuser*'а и в случае *Савателова*.

L.

Из Гинекологической Клиники Госуд. Ин-та для усоверш. врачей.
Завед. проф. *Р. В. Китарский*.

К современному положению вопроса о способах определения проходимости Фаллопиевых труб.

(Ответ на статью засл. проф. *Д. О. Отта*).

Приват-доцента **А. Э. МАНДЕЛЬШТАМА**.

В появившейся в „Журнале Акуш. и Женск. Бол.“, т. 36, кн. 4, статье под заглавием „Современное положение вопроса о способах определения проходимости Фаллопиевых труб“ проф. *Д. О. Отта* выступает с резкой критикой метода пертубации (т.-е. определения проходимости труб при помощи продувания воздуха или газа) и доказывает полную непригодность и недопустимость этого способа, взамен которого автор предлагает собственный метод, как единственный рациональный.

В виду того большого научного и практического интереса, который представляет вопрос о женском бесплодии, намеченный в качестве одной из программных тем на предстоящем в 1926 году 7-ом с'езде Всесоюзного Общества Акушеров и Гинекологов, я позволяю себе от имени нашей Клиники, которая систематически применяет пертубацию с 1922 года и придает этому методу выдающееся диагностическое значение, ответить на статью многоуважаемого проф. *Д. О. Отта*, к мнению которого чутко прислушиваются широкие врачебные круги.

Попытаемся объективно подойти к вопросу и разберем аргументы, приводимые автором.

Прежде всего необходимо отметить, что название статьи *Д. О. Отта* не соответствует ее содержанию; автор говорит не о современных способах определения проходимости Фаллопиевых труб, а собственно только об одном — пертубации, совершенно забывая о других, как хромодиагностический метод (*Nürnbergger*), сальпингография (*Carry, Kennedy, Schober*) и рентгенодиагностика по *Wiltians'у* и *Reynolds'у*.

Несколько отступая от порядка изложения автора, я позволю себе начать объяснения, приводимого *Д. О. Оттом*: „Чем же объяснить такое распространение способа *Rubin'a*“, — „Существующий гипноз, охвативший многих современных гинекологов, я склонен объяснить тем впечатлением и тем интересом, который произвел смелый опыт *Rubin'a*“ и т. д.

Несомненно, дело далеко не в „гиннозе“, которому будто бы поддалось большое количество западно-европейских и американских видных специалистов, а в *насуциной потребности в способе, который позволил бы решить важный вопрос о проходимости или облитерации Фаллопиевых труб.*

По мнению *Д. О. Отта*, не подкрепленному, к сожалению, ссылками на литературные источники, продувание Фаллопиевых труб „рискованный и небезопасный опыт; не обходилось и без тяжелых осложнений, включая даже смертельные исходы от эмболии, перитонита и других причин“.

Внимательно следя за западно-европейской и американской специальной литературой, *мы не могли найти ни одного достоверного случая смерти в зависимости от пертубации.* Три случая, о которых упоминают *C. Hirst* и *Curtis*, не выдерживают никакой критики и ни в каком случае не доказательны.

Единственный, более достоверный случай воздушной эмболии (*благополучно окончившийся*) сообщен *Engelmann*'ом, который сам признает, что злоупотребил пертубацией, желая продемонстрировать звуковой феномен (трубный звук) многим присутствующим. Случай *Schallehn*'а, также благополучно окончившийся, я вместе с *Sellheim*'ом считаю недоказательным.

Наконец, в случае *Donay*, где во время пертубации, предпринятой под общим наркозом, у больной временно остановилось дыхание, сам автор не находит никаких оснований приписать остановку дыхания пертубации.

Как же вообще обстоит дело с попаданием воздуха в сосудистую сеть матки и насколько следует опасаться такой возможности?

Schallehn, как известно, первый установил выходение воздуха из сосудов свежеекстирпированных миоматозных маток, особенно после предшествовавшего выскабливания.

Однако, по *Schallehn*'у, нормальные или близкие к норме матки, несмотря на самое большое давление, при отсутствии повреждения эндометрия не пропускают воздуха в венозную систему, что было подтверждено *Sellheim*'ом.

Таким образом, лишь при повреждениях эндометрия или заболеваниях его (при миомах, как показали исследования *R. Freund*'а часто встречаются аномалии сосудов в поверхностном слое эндометрия) возможно попадание воздуха в вены.

Опыты, произведенные *Rubin*'ом, показали также, что при бережной экстирпации маток эндометрий и сосудистая сеть матки непроницаемы для воздуха.

К такому же заключению приходит *Sampson*, впрыскивавший растворы солей висмута под большим давлением в полость матки и установивший, что впрыснутое вещество не проникает в венозную систему.

Велика ли опасность воздушной эмболии?—По нашему мнению, при осторожном подходе к случаю, эта опасность близка к нулю.

Но даже если воздух и проникает в венозную систему, то как показали опыты *Volkmann*'а, введение до 40 кб. см. воздуха в течение полуминуты непосредственно в вену еще не грозит жизни. При правильной же методике пертубации (см. мою статью в журн. „Гинекол. и Акуш.“ 1925, № 3) для определения проходимости труб требуется гораздо меньшее количество воздуха.

Разберем теперь следующий вопрос: велика ли опасность распространения инфекции после пертубации? Единичные случаи обострения воспалительного процесса в придатках описаны *Thaler*'ом, *Lörincz*'ем, мною, а также упоминаются у *Hirst*'а; летальные исходы мне неизвестны.

Осложнения эти наблюдались, когда не производились все необходимые предварительные исследования. При соблюдении всех установленных противопоказаний (см. мою ст. в журн. „Гинека. и Акуш.“) мы, как и подавляющее большинство авторов, считаем возможным исключить инфекцию.

Придерживаясь этих принципов, мы на протяжении серии свыше двухсот случаев не видали ни разу ни малейшего осложнения.

В виду этого, такое внутриматочное вмешательство, как продувание труб, не может быть поставлено на одну доску с впрыскиваниями иода по *Грамматикам*, которые в большом числе случаев применяются именно при гнойных воспалениях придатков, при наличии гнойных выделений из матки и т. п.

В этих случаях имеется ряд условий, при которых инфекция может быть перенесена в вышележащие отделы полового тракта или в полость брюшины, в то время как при пертубации мы при достаточной осторожности можем себя застраховать от подобных последствий.

Может ли ток воздуха разорвать облитерированную трубу? По *Sellheim*'у, разорвать трубу удастся лишь при давлении в 300 м/м и больше, по *Donay*, при давлении свыше 250 м/м, по *Frommolt*'у — при давлении 230—250 м/м и больше, по моим опытам — при давлении, превышающем 220 м/м (у женщин в чадородном возрасте). Если же применять давление, не превышающее 180 м/м (эту цифру я считаю максимальной), то опасность разрыва трубы исключается.

Единственный в литературе случай подкожной эмфиземы (благополучно окончившийся), описанный мною, несомненно стоял в связи с несовершенством аппаратуры (применение ртутного манометра *Rica-Rocci* с капиллярной трубкой, даввшего неточные показания).

Целый ряд авторов, обладающих большим материалом (*Peterson* и *Ward* — около 1000 случ., *Rubin* — 1000 сл., *Aldridge* — 600 сл., *Sellheim* — свыше 300 сл., *Pribram*, *Moench*, *Ferguson* и др.) совершенно отрицают осложнения при пертубации.

Разобрав внимательно те обстоятельства, при которых в единичных случаях наблюдались те или иные осложнения, мы должны признать опасности пертубации сильно преувеличенными. На основании собственного опыта и данных больших статистик, обнимающих в общей сложности много тысяч случаев, мы считаем эту пробу, произведенную в надлежащей обстановке при соблюдении всех предосторожностей, вполне безопасной.

Д. О. Отт указывает, что всегда исходил из принципа „не посеас“, повидимому, в противоположность авторам, применявшим пертубацию.

Я позволю себе спросить уважаемого автора, который широко прибегал при бесплодии к дилатации, эксцизии, ампутации шейки и выскабливаниям полости матки, не наблюдал ли он на своем обширном материале случаев смерти (от наркоза, сепсиса, воспаления легких и т. п.) после этих операций (а такие случаи несомненно бывают) или случаев самопроизвольных выкидышей

после произведенной ранее ампутации шейки? — Такие случаи известны всякому гинекологу.

Всегда ли удавалось *Д. О. Отту* соблюдать принцип „не посеас“, когда на 100 операций подобного рода 66 он делал заведомо безрезультатно (статистика Акуш. - Гинеколог. Института *Д. О. Отта*)?

Перехожу теперь к предлагаемому *Д. О. Оттом* способу, который, несомненно, заслуживает внимания и дальнейшей проверки. В основе его лежит идея *А. П. Губарева*, который для определения функционального состояния труб наносил на абдоминальный конец их стерильный порошкообразный графит, который обычно не раньше, чем через шесть часов, обнаруживался на тампоне, вложенном во влагалище. *Д. О. Отт* видоизменил этот способ, впрыскивая взвесь угля в задний Дуглас (через свод) и определяя присутствие угля в цервикальном канале.

По мнению *Д. О. Отта*, в отдельных случаях уже по истечении кратчайшего срока (10—12 минут) частицы угля выносятся внутрибрюшинным током наружу. Это заключение основано на одном случае, описание которого, приводимое автором, допускает, однако, другое толкование. Позволю себе его цитировать:

„Накануне, вследствие засорения каниюли (иглы) пришлось прервать опыт, который поэтому был возобновлен через двое суток, когда больная подверглась выскабливанию. После того, как матка была расширена до десятого номера расширителей Гегара, на что потребовалось 10—12 минут, полученный вслед за тем соскок был подвергнут микроскопическому исследованию, причем в соскобе было обнаружено значительное количество угольных частиц“.

Как видно из этого описания, опыт был прерван, стало быть, он был начат, и потому не исключается возможность, что часть угля попала в Дуглас и через двое суток была найдена в полости матки.

То обстоятельство, что через двое суток после возобновления пробы в маточных выделениях угля не было, еще не доказательно, так как быстрота выделения угля может, несомненно, варьировать, продолжаясь один раз больше двух суток, а в другой — меньше двух суток (но вряд ли 10—12 минут, что стоит в противоречии с наблюдениями *А. П. Губарева*).

Перечисляя те условия, которым должен удовлетворять метод, заслуживающий преимущества по сравнению с конкурирующими, и которым удовлетворяет метод автора, *Д. О. Отт* говорит, что его способ безвреден, не угрожает обострением старого воспалительного процесса, трубы не подвергаются ранениям, больные переносят пробу без всякой реакции и т. д.

Действительно, нужно думать, что метод *Д. О. Отта* безопасен. Однако, повреждения труб, фиксированных сращениями, вряд ли могут быть совершенно исключены.

Если в общем этот способ и безопасен, то все же возникает мысль, не может ли он в некоторых случаях быть вредным для больных, вызвав, например, вторично закупорку труб.

Дело в том, что по исследованиям *Hermstein'a* и *Neustadt'a* интрамуральная часть трубы в 54% случаев отличается резкой извилистостью и подчас крутыми перегибами; ширина просвета доходит местами до полумиллиметра. При таком ничтожном диаметре не исключается возможность скопления в одном месте частиц угля (NB: следует принять во внимание выраженную во многих случаях складчатость слизистой трубы); быть может, в результате такой пробы труба, бывшая ранее проходимой, станет непроходимой (если, например, уголь вызовет хотя бы небольшой реактивный процесс).

Не может ли впрыскивание угольной взвеси обусловить инфильтрат в Дугласе, покажут дальнейшие наблюдения.

Наконец, при проколе свода в единичных случаях возможно ранение сосудов,

Исключает ли способ *Д. О. Отта* ошибочные заключения? Безусловно—нет. Так, после перенесенного периметрита, уголь может и не попасть в свободную брюшную полость, или трубы, будучи проходимыми, могут быть расположены так, что лимфатический ток не принесет к ним угольных частиц. Таким образом, вряд ли всегда „ненахождение порошка дает нам право говорить о непроходимости труб“, как утверждает автор (Zbl. f. Gynäk. 1925, № 10).

Из случая, приводимого *Д. О. Оттом* в Zbl. f. Gyn., 1925, № 10, можно заключить, что впрыскивание угольной взвеси вызывает известную реакцию, так как в течение нескольких часов после инъекции больная испытывала небольшие боли в нижней части живота.

Относительно простоты способа *Д. О. Отта* нужно указать, что пертубация вряд ли особенно сложнее; дезинфекция больных в обоих случаях одинакова. *Наркоза при пертубации не требуется.* Введение маточной канюли без расширения цервикального канала не сложнее и не болезненнее, чем прокол заднего свода. В обоих случаях применяются зеркала и шейка подтягивается пулевыми щипцами.

Не менее простой пробой следует признать метод *Williams'a* и *Reynolds'a*, который, как и метод *Д. О. Отта*, требует дальнейшей проверки. Метод этот заключается в том, что в полость матки вводят *без всякого давления* небольшое количество эмульсии солей бария (или висмута), и через 24—48 час. получают на рентгенограмме отчетливую тень труб, если они проходимы. В случае непроходимости труб тень не обнаруживается.

По *W. и R.*, осложнений при предложенной ими методике не наблюдалось. Получаемая на рентгенограмме тень полости матки дает возможность суждения о величине (емкости) и конфигурации матки (например, недоразвитие матки, наличие перегородки, присутствие фиброматозного узла и т. п.).

Авторы применяли с успехом свой метод для определения проходимости труб после сальпингостомии и других операций.

Вернемся опять к статье *Д. О. Отта*.

Данные *Frommolt'a*, на которых основывается уважаемый автор, цитированы не совсем точно. По *Д. О. Отту*, *Frommolt* получил на 29 контролированных чревосечениями пертубаций около 50% ошибочных заключений. Позволю себе перевести выдержку из статьи *Frommolt'a* буквально:

„Среди 29 случаев проверенных лапаротомией пертубаций мы нашли в 17 = 58,6% полное соответствие между операцией и пертубацией, в 4 = 13,8%—при операции обнаружено диаметрально противоположное и 8 = 27,6% случаев должны быть признаны сомнительными“.

Каковы же эти сомнительные случаи? Сюда относятся случаи, где проба была положительной, но аускультационный феномен был атипичный, и при операции были найдены фиксированные воспалительно-измененные трубы, но с открытым абдоминальным концом. Неправильные результаты (13,8%) были получены, напр.,

при двустороннем hydrosalpinx'e, где воздух поместился в растянутых трубах (NB: не были соблюдены противопоказания).

Д. О. Омт далее говорит, что *Frommolt*'ом „была установлена легкость проникновения воздуха в кровеносные сосуды“. При каких обстоятельствах это происходит, я привел выше (при давлении 230—250 мм, т.е. превышающем допустимый максимум).

К какому же заключению приходит тот же *Frommolt*? Привожу буквальный перевод: „Безусловно уместно и желательно в случаях стерильности производить пертубационную пробу перед оперативным вмешательством;... проба должна быть произведена при строжайшем соблюдении... указанных противопоказаний.“

„Что дает собственно продувание труб“—спрашивает Д. О. Омт. „Не все относится исключительно до Фаллопиевых труб... Помимо состояния яйцеводов, более важные органы; как яичник, матка, могут явиться причиной, обусловившей необходимость прибегнуть к вскрытию брюшной полости.“

Никто из применяющих пертубацию, конечно, не думает, что непроходимость труб—единственная причина бесплодия; причины эти весьма многообразны и сложны, и в настоящее время только намечаются попытки диагностики функционального состояния яичников, выяснения общих соматических причин бесплодия и т. п. (подробнее см. в моей статье: „Новые пути в распознавании соматических причин женского бесплодия“. Журн. для усоверш. врач. 1925, № 7—8).

Пертубация преследует лишь одну конкретную цель—выяснение проходимости Фаллопиевых труб, без чего не может быть признана достоверной ни одна другая причина стерильности при нормальном развитии половых органов.

„Отсутствие зачатия“,—говорит Д. О. Омт,—„лишь в относительно небольшом количестве случаев зависит от состояния яйцеводов, которые представляют в процессе оплодотворения, так сказать, пассивный орган“.

Чем же Д. О. Омт может доказать правоту своего мнения, не испытав предварительно проходимости труб? Ведь, усматривая центр тяжести в сужении, удлинении шейки матки и т. п., он получил, применяя эксцизии, ампутации, выскабливания и др. в 66% случаев неудачи.

На основании же своего материала (250 сл.) мы утверждаем, что почти у 70% бесплодных—трубы непроходимы; по статистике клиники *v. Jaschke* в 50—60% случ. при пертубации были обнаружены непроходимые трубы (*Pribram*); почти такие цифры приводятся другими авторами.

По Д. О. Омту, трубы—пассивный орган; однако, как известно, относительно часто бывает бесплодие при недостаточном развитии (инфантилизме) труб; при этих же состояниях неоднократно наблюдалась внематочная беременность. Наконец, клинические наблюдения (*Hirschberg*) и ряд экспериментальных работ (*Kok, v. Mikulicz-Radecki, Wislocki, Guttmacher*), убеждают нас в существовании самостоятельной перистальтики труб.

„Насколько неосновательно отказаться от производства чревосечения, даже если с очевидностью установлена проходимость яйцеводов, красноречиво подтверждается приведенным мною четвертым случаем“,—говорит в другом месте Д. О. Омт.

Почему наличие проходимой трубы должно было бы, как можно заключить из слов автора, исключить (необходимое иногда) чревосечение, непонятно. Так, напр., при кистах яичников бесплодие наблюдается в 10—15% случ., трубы вполне проходимы, но тем не менее сама по себе киста является показанием к операции, как тяжелые изменения в придатках в 4-ом случае *Д. О. Отта*.

Д. О. Отт говорит далее, что при чревосечениях, предпринятых по поводу заболеваний матки и яичников, „руководствоваться мало надежными заключениями на основании продувания не приходится“.

Чем же думает руководствоваться *Д. О. Отт*? Что же он будет делать при вскрытой брюшной полости, чтобы немедленно выяснить, проходим ли маточный конец трубы? Зондировать трубы?

Но ведь пройти зондом сквозь интрамуральную часть трубы невозможно, вследствие ее извилистости и узости. Всякие насильственные попытки ведут к травмам, могущим вторично обусловить облитерацию ранее проходимой трубы.

Что касается малой надежности основанных на продувании заключений, то автор дальше данных *Frommolt'a* (который, как мы указывали, применял пертубацию и в мало подходящих случаях), не идет. Мы же на основании 37 случаев, проверенных при вскрытой брюшной полости, всегда находили подтверждение сделанных на основании пертубации выводов.

Нужно, кстати, отметить, что отсутствие каких-либо макроскопических объективных изменений в трубах (не говоря о легко просматриваемых небольших узловатых утолщениях — *salpingitis isthmica nodosa*) не исключает облитерации интрамуральной части трубы, что в последнее время подчеркивает *Douay* на основании гистологических исследований *Comby*.

„Что же в практическом отношении дало гинекологии определение проходимости Фаллопиевых труб?“ — спрашивает *Д. О. Отт*.

Мы ответим — колоссально много:

1) Пертубация заставила пересмотреть вопрос о соматических причинах женского бесплодия.

2) Пертубация заставила всех научномыслящих гинекологов отказаться от фельдшеризма, от шаблонного необоснованного применения операций на шейке матки и др., т.-е. от лечения в темную.

3) Пертубация дала возможность немедленно при вскрытой брюшной полости судить о проходимости Фаллопиевых труб (что особенно ценно при консервативных операциях на яйцеводах), а также решать этот вопрос как до, так и после операции.

4) Пертубация выяснила существование временной физиологической непроходимости труб во время регул, кровотечений, беременности, в предменструальном периоде и пр., а также позволила установить клиническое понятие о легко (т.-е. при малом давлении) проходимых и трудно проходимых (стенозированных) трубах и мн. др.

Наконец, не пертубация ли заставила нашего многоуважаемого учителя *Д. О. Отта* придумать интересный новый способ опре-

деления проходимости труб? Не будь идеи *Rubin*'а, вероятно, не было бы идеи *Д. О. Отта*, которая, нужно надеяться, окажет ценные услуги. Одни идеи порождают другие, а в этом залог прогресса.

„Не пора ли трезво посмотреть на это „изобретение“ новейшей гинекологии, и не правильнее ли мы поступим, если мы вовсе откажемся от опасного эксперимента, сделанного *Rubin*'ом, и вовсе вычеркнем его из гинекологического обихода?“—говорит в конце своей статьи *Д. О. Отт*.

Трезво и критически относясь к разбираемому вопросу, мы имеем полное основание признать, что *пертубация есть экспериментально проверенный, научно обоснованный, крайне ценный и безопасный метод*; он не исключает применения и других методов, как сальпингография, как определение функциональной способности труб по способу *Д. О. Отта* и др.

Из акушерского отделения Родильного дома имени проф. *Снегирева*. Главный врач проф. *Л. Л. Окунчик*.

К терапии *asphyxia neonatorum*.

(Новый простой метод оживления мнимо-умерших новорожденных).

М. И. ЛИТВАК.

С телеологической точки зрения роды являются актом высоко целесообразным. Но для оправдания этого целесообразного акта роды должны вестись возможно бережнее, чтобы получить живого ребенка. Нередки, однако, случаи, когда, по независящим от акушера причинам, ребенок рождается в глубокой асфиксии—мнимоумершим. От хороших способов оживления и от умения акушера будет зависеть дальнейшая участь такого новорожденного.

Обычно различают асфиксию новорожденных с сине-багровой окраской кожных покровов, *asphyxia livida*, и таковую с бледной кожей—*asphyxia pallida*. В действительности же приходится иметь дело с асфиксией, легко поддающейся лечению, с бледной окраской, и наоборот, с очень тяжелыми случаями при сине-багровой окраске кожи. Поэтому мы согласны с *P. Baumt*, что правильнее различать, независимо от окраски кожи, асфиксию легкой и тяжелой степеней, или I и II степеней (*Baisch*).

Методы, применяемые для оживления мнимоумерших новорожденных, многочисленны. Они сводятся, главным образом, к раздражению кожи и к производству искусственного дыхания. Само собою разумеется, что для целесообразного применения раздражения кожи и искусственного дыхания необходимо прежде всего вычистить трахеальным катетером слизь из дыхательных путей. Наилучшим способом раздражить кожу является горячая ванна с холодными обливаниями (resp. опусканием от времени до времени на несколько секунд в ведро с холодной водой). Из методов, применяемых для искусственного дыхания, мы имеем классические качания по *Schultze*, *Prochownik*, *Ogato*, *Laborde*, *Sylvester*, *Werth* и друг.

Наиболее известны и излюблены качания по *Schultze*. Они полезны и действительны при правильном выполнении их. Но хорошее и правильное выполнение их не так легко, вследствие чего ими часто наносится больше вреда, чем пользы (*v. Jaschke*). Общеизвестны все те повреждения, которые ими наносятся, особенно если они производятся малоопытным врачом или акушеркой, не владеющими в совершенстве техникой. В большинстве немецких клиник шульцовские качания совершенно выведены из употребления.

Что касается других вышеуказанных приемов для искусственного дыхания, то они многими авторами считаются недостаточными. В тяжелых случаях *asphyxia neonatorum*, не поддающихся лечению вышеуказанными методами, *Schütt*, *Engelmann*, *Wagner*, *Sauer* и др. рекомендуют вдвухание кислорода в легкие новорожденного.

Идея вдвухания была известна в древние дохристианские времена, свидетельством чего служит указание в книге царей об оживлении пророком мертвого ребенка, вдвуханием непосредственно изо рта в рот ребенка.

Впервые об этом способе оживления упоминает *W. Hunter* и называет его „Mouth to mouth inflation“. В 1774 году *Fothergill* дает определенные советы для успешного применения этого метода оживления. Впоследствии *J. Hunter* рекомендовал употреблять для этой цели кислород. Этот метод давал в отдельных случаях хорошие результаты, но он, к сожалению, не безопасен. Так, были случаи разрывов легочных альвеол, образования эмфиземы или *pneumothorax*'а и др. В случае *Schütt*'а ребенок, оживленный непосредственным вдвуханием изо рта в рот, заболел через несколько дней дифтерией и погиб. Исследование выделений ассистента, повторенные несколько раз, дали отрицательный результат. Во избежание возможности подобной инфекции *Schütt* советует класть на ротик ребенка кусочек стерильной марли, сложенной в 4—5 раз. Несмотря, однако, на принятые предосторожности, этот прием вдвухания приносит больше вреда, чем пользы, потому что отсутствует мера вдвухаемого воздуха.

Engelmann и *Wagner* сконструировали специальный аппарат, *Drager-Baby-Pulmotor*, который дает возможность ввести кислород под известным давлением и при определенной дозировке.

В виду невозможности иметь всегда вышеуказанную аппаратуру, *Rosenfeld* пытался производить вдвухание атмосферного воздуха обыкновенным пульверизатором. Вскоре, однако, *Rosenfeld* отказался от своей попытки, ибо такое вдвухание подчас более опасно, чем вдвухание „изо рта в рот“.

Не касаясь всех этиологических моментов, последствием которых получается асфиксия новорожденного, мы в большинстве случаев имеем дело с *asphyxia* вследствие недостаточного (*resp.* прекращения) притока кислорода и переполнения организма CO_2 . Возбуждающее действие CO_2 распространяется не только на дыхательный центр, но и на другие нервные центры. Вначале асфиксии наблюдается замедление сердечной деятельности. Дыхание становится глубже, получается, по выражению *Bh. Richet*, *poly-pnoë*. Кожные сосуды расширяются, в то время, как сосуды внутренних органов суживаются. Если асфиксия продолжается дольше, то картина вскоре меняется: дыхание становится поверхностным и затем совершенно прекращается, или изредка бывает еще несколько поверхностных вдвуханий. Сердечная деятельность резко учащается и делается аритмичной, но продолжается еще некоторое время после прекращения дыхания. Кожные сосуды суживаются, а сосуды внутренних органов расширяются. Кровяное давление резко падает и исчезают рефлекс.

Для правильного лечения асфиксии новорожденных необходимо прежде всего привести в порядок дыхание и в то же время

позаботиться о поддержании сердечной деятельности. Ибо искусственное дыхание теряет свое значение, если сердце перестало функционировать.

Таким образом правильная терапия при asphyxia neonatorum должна состоять в:

- 1) устранении слизи, закрывающей, как пробка, дыхательные пути;
- 2) раздражении кожи и поднятии температуры крови, действующей, в свою очередь, раздражающе на нервные центры;
- 3) производстве искусственного дыхания, и
- 4) возбуждении деятельности как дыхательного, так и сосудодвигательного центров.

Что касается первых 3-х пунктов, то мы имеем достаточное количество методов для их осуществления. Мы об них говорили выше.

В отношении же 4-го пункта сделано до сих пор очень мало.

Между тем мы имеем в масляном растворе камфоры, как показал наш опыт, прекрасное терапевтическое средство для оживления мнимоумерших новорожденных тяжелых степеней.

Камфора, как известно, возбуждает деятельность всей центральной нервной системы, но в особенности возбуждает центры продолговатого мозга (сосудодвигательный, дыхательный и п.п. vagi), благодаря чему кровяное давление повышается, пульс становится реже и полнее, дыхание—глубже, объем вдыхаемого воздуха увеличивается. Словом, терапевтическое действие камфоры при коллапсах, помимо возбуждающего и регулирующего сердечную деятельность, еще обуславливается возбуждающим действием на головной и продолговатый мозг (Кравков и др.).

Сопоставляя все изложенное, именно, что все методы, до сих пор предложенные для оживления мнимо-мертвых новорожденных, при всех своих достоинствах, обладают теми или другими неудобствами, resp. недостатками, о чем выше подробно изложено; принимая, затем во внимание теоретические данные относительно сущности асфиксии и терапевтическое значение ol. camphorae, я, с разрешения главного врача проф. Л. Л. Окунчица и с ведома заведующего днем, прив.-доц. Г. Г. Гейтнера, применяю в течение многих месяцев следующий метод оживления, который дал прекрасные результаты.

Предлагаемый мной метод состоит в комбинировании раздражения кожи и искусственного дыхания с впрыскиванием под кожу ol. camphorae.

Находящийся в глубокой асфиксии новорожденный немедленно отделяется от последа. Трахеальным катетером удаляется слизь из дыхательных путей, при этом придаем большое значение, чтобы катетер не попал в пищевод. Для этого мы пальцем отодвигаем основание языка кпереди и под контролем этого же пальца вводим катетер почти до bifurcatio tracheae. В то же время акушерка готовится 1/2—3/4 ссм. ol. camphorae в обыкновенном ректордовском шприце и возможно скорее впрыскивает новорожденному под кожу.

Когда слизь удалена из дыхательных путей и ol. camphorae впрыснуто, приступаем к производству искусственного дыхания и раздражения кожи.

Одновременного комбинирования раздражения кожи и искусственного дыхания мы достигаем таким образом, что применяем прием *Werth'a* в горячей ванне с холодными обливаниями.

Чрезвычайно важно при тяжелых асфиксиях возможно раньше впрыскивать *ol. camphorae*, поэтому мы в настоящее время приготавливаем шприц с камфорой еще до рождения ребенка в тех случаях, когда по ходу родов и сердцебиению плода можем ожидать асфиксии его, и, после перевязки пуповины и удаления слизи, впрыскиваем под кожу.

Если *ol. camphorae* не успели впрыснуть до начала производства искусственного дыхания, то мы впрыскиваем его уже в процессе производства его.

Прием *Werth'a*, или *Schnupftuchhandgriff* состоит в том, что левая рука держит головку новорожденного, правая—ножки. Ножки и туловище так сгибаются, что колени ребенка касаются рта, затем следует разгибание.

Для того, чтобы головка новорожденного не остывала на воздухе, мы этот прием несколько видоизменили. Именно, мы левой рукой держим не головку, как советует *Werth*, а кладем руку на затылок ребенка таким образом, что большая часть ее держит спинку ребенка, и только небольшая часть руки—головку. Головка ребенка вследствие этого разгибается кзади и задняя часть ее находится все время в горячей ванне, не мешая в то же время производству искусственного дыхания.

Прием *Werth'a* мы применяем потому, что считаем его вполне достаточным, кроме того он безопасен и выполним в горячей ванне (33°).

Одновременному выполнению этих двух отдельных приемов, искусственного дыхания в горячей ванне мы придаем огромное значение. Ребенок все время находится в ванне, и абсолютно не подвергается охлаждению, как при всех других методах. О раздражающем действии горячей ванны не буду говорить, ибо оно общеизвестно. Горячая ванна важна еще потому, что в зашедших далеко асфиксиях, когда масса крови отхлынула от кожных покровов к внутренним органам, она способствует оттягиванию ее обратно к кожным покровам. Мало того, температура этой массы крови, прихлынувшей благодаря горячей ванне и камфоре к кожным покровам, повышается и раздражает в свою очередь, как известно, центральную нервную систему.

Все случаи глубокой асфиксии II степени, среди которых было несколько очень тяжелых, оживленные предложенным мной методом, *ol. camphorae*—*Werth*—горячая ванна (всего 13 случаев) окончились благополучно. Новорожденный обычно через несколько минут начинает розоветь, дыхание появляется, сердечная деятельность выравнивается. Вскоре он начинает кричать, и этим процесс оживления заканчивается.

Только в 2-х исключительно тяжелых случаях, где процесс оживления продолжался около часа, впрыскивание камфоры ($1\frac{1}{2}$ см) повторено через 30—40 минут, и результат получился благоприятный.

Из 13 новорожденных, оживленных этим методом, 12 выписались с матерями здоровыми, один же умер через 2 дня после рождения. Вскрытие последнего, к сожалению, не сделано.

Особенный интерес представляет следующий случай: ребенок извлечен высокими щипцами (прив.-доц. Г. Г. Гентер). Последние—чрезвычайно трудные. На головке ребенка были следы от щипцов и большое вдавление кости от выступающего мыса, которое так и не выравнялось. Глубокая асфиксия, отсутствие дыхания и рефлексов, сердечная деятельность резко аритмичная. Пуповина немедленно перевязана, и оживление ребенка произведено немедленно предложенным мною методом. Эффект получился поражающий: через 10 минут ребенок закричал. Мать выписалась со здоровым ребенком.

В отношении дозировки *ol. camphorae* мы руководствуемся следующими соображениями. Как известно, терапевтически-действующая граница камфоры очень широка. Взрослым впрыскивают часто очень большие дозы. Что касается детей, то *Thiemich* советует грудным детям при коллапсах впрыскивать не менее $\frac{1}{2}$ ссм, а если необходимо, то можно до 1—2 ссм. Эти дозы могут повторяться через 1—2 часа в течение многих дней. Такие же дозы *Birk* применяет при коллапсах у грудных детей. На этом основании мы решили остановиться пока на дозе в $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ ссм. и в очень тяжелых случаях повторить впрыскивание еще $\frac{1}{2}$ ссм. через 30—40 минут.

Идея впрыскивания возбуждающих средств в кровеносную систему имеет свою историю. Еще в 1904 г. *Latzko* неудачно впрыскивал адреналин внутрисердечно. В 1905 году *Winter* рекомендовал внутрисердечные впрыскивания на основании опытов на животных. *Von d. Velden* ввел внутрисердечные впрыскивания в терапию в 1906 году. С тех пор описано в литературе несколько удачных случаев при наркозных шоках.

Holweg описывает удачный случай впрыскивания взрослому внутрисердечно *ol. camphorae* при шоке на почве образования искусственного рнептомогах'а. При asphyxia neonatorum впрыскивание адреналина внутрисердечно применялось несколько раз, и в одном с успехом, *v. Mikuticz-Radecki*. Последний, исходя из того соображения, что адреналин действует исключительно на сосудистую систему, впрыскивает, кроме адреналина, еще под кожу *lobelin*, который действует на дыхательный центр.

Raisz применял внутрисердечные впрыскивания адреналина 8 раз и только в одном с успехом.

Один удачный случай описывает *Koch*.

Наилучшим терапевтическим средством для внутрисердечных впрыскиваний является адреналин. Последний, благодаря присущим ему свойствам, действует быстро и интенсивно раздражающе на клетки миокардия. В то же время он действует на *splanchnicus* сосудосуживающе и на *sympathicus*, расширяя венечные сосуды. Таким образом он отвлекает массу крови от внутренних органов, вместе с тем создает хорошую циркуляцию крови в венечных сосудах, так что сердечная мышца не страдает от избытка ее.

Спорным является вопрос, куда впрыскивать адреналин. В то время как одни советуют впрыскивать внутрисердечно, другие ограничиваются толщей сердечной мышцы. Не решен также вопрос, в какую полость сердца впрыскивать. Но особенно спорной является техническая сторона, ибо при введении иглы шприца

можно поранить *art. mammae*, венечные сосуды, легкие, плевру и целый ряд важных центров сердца.

Благодаря этому, внутрисердечные впрыскивания, при всей своей заманчивости, имеют огромные серьезные недостатки.

В камфоре мы имеем препарат, действующий раздражающе одновременно на дыхательный и сосудодвигательный центры и на п. п. *vagi*. Достоинства нашего метода заключаются еще в том, что он легко и быстро выполним не только в условиях клинической обстановки, но даже в условиях квартирной помощи в городе и деревне. Он не требует особой аппаратуры и не опасен в руках малоопытного врача и акушерки.

По тем результатам, которые мы получили, мы считаем себя в праве, несмотря на небольшое число наших случаев, горячо рекомендовать наш метод, как простой и весьма доступный, безопасный и наилучший из всех, в настоящее время применяемых.

ЗАСЕДАНИЯ АКУШЕРСКИХ и ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОБЩЕСТВ.

Протокол № 14 заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества.

9 октября 1924 г.

Председательствовал проф. *Л. Л. Окличин*. Присутствовали 43 члена Общества и 62 гостя. Обязанности секретаря исполнял *П. Ф. Меркульев*.

1. Секретарь общества *Г. Г. Гентер* прочитал протокол заседания общества 25 сентября 1924 г. Протокол утвержден.

2. *Н. Я. Макаревич* сделал сообщение: „*Два случая метастатического панофтальмита при септических заболеваниях*“ (аутореферат).

Указав на чрезвычайную редкость таких осложнений, автор, на основании литературных данных, старается, поскольку это возможно, доказать, почему именно редки эти случаи, и даже подробно останавливается на случаях таких осложнений, имеющих в литературе, указав на их сходство как по характеру, так и по тяжести самого заболевания, на основании чего он делает след. выводы: заболевание панофтальмитом есть одно из весьма редких осложнений при септических процессах пуэрперального происхождения. Оно знаменует собою крайнюю тяжесть заболевания и почти всегда бывает смертельным, а в особенности при двустороннем заболевании. При выздоровлении пораженный глаз всегда атрофируется и потому лечение может быть только хирургическим.

П. Ф. Меркульев вспоминает, что в русской литературе, правда, литературе не последнего двадцатипятилетия, а более старой (в „*Медицинском Обозрении*“ за 1888-й год) помещена статья, посвященная вопросу о метастатических панофтальмитах.

А. М. Михельсон, указывая на частоту септических паротитов, считает недостаточным данное докладчиком объяснение редкости метастатического панофтальмита при септических заболеваниях.

М. Я. Карлин наблюдал в 1918 г. случай двустороннего метастатического панофтальмита после септического аборта; случай окончился летально.

Л. И. Бубличенко (аутореферат). Во многих случаях локализация метастатических очагов легко объясняется механическими моментами. Метастатическая пневмония образуется благодаря

задержке инфекционного материала при прохождении через легочные капилляры и мелкие сосуды. Гнойники при пиэмии развиваются на задней поверхности туловища и конечностей, благодаря сдавлению подлежащих тканей и более легкому оседанию инфекционного материала в силу тяжести. Особенности кровообращения благоприятствуют развитию метастатических очагов в глазу, но это наблюдается крайне редко, как, например, и метастатические картины, которые по Halban'у и по нашим наблюдениям развиваются благодаря инфекции по кровеносным путям. Локализацию редких метастазов можно объяснять так, что они развиваются в местах наименьшего сопротивления—*locus minoris resistentiae*. Исходя из такого соображения, интересно было бы знать, не было ли раньше у больных панофтальмитом каких-либо воспалительных заболеваний глаза.

К. К. Скробинский. Мы переживаем период, уже далекий от того времени, когда подобные случаи встречались часто. Наверное, старые, врачи были знакомы с подобными случаями гораздо лучше, чем мы. Поэтому, мы несколько мало интересуемся клиникой тяжелых септических послеродовых осложнений. Вот, принимая во внимание это обстоятельство, мы и считаем, что сообщение о таких случаях представляет известный интерес, особенно в наше время, когда мы имеем массу абортот и очень тяжелые последствия их. Доклад имеет интерес не только в казуистическом отношении, но и тем, что напомнил нам о редких осложнениях септических заболеваний, о которых мы должны помнить, регистрировать их и изучать.

Л. Л. Окунчик. Интерес доклада не только в редкости случаев, но и в том, что доклад напомнил нам о тяжелых послеродовых заболеваниях, перед которыми мы до сих пор бессильны. Наше бессилие перед такими тяжелыми случаями притупило наш интерес к ним.

Поэтому нужно благодарить докладчика за его интересное сообщение.

3. *А. И. Шейнман* сделал сообщение „о щипцах Kielland'a“ (аурореферат).

Хорошие результаты, полученные в берлинских клиниках при наложении щ. К., побудили докладчика собрать литературу по данному вопросу и составить сборный реферат. После демонстрации щ. К. и объяснения техники их наложения, докладчик подробно остановился на литературных данных по отдельным вопросам, касающимся техники наложения, особенностей щ. К. в отношении захватывания головки, характера тракций, травматизации и т. д.

На основании обширной литературы (опубликовано свыше 2.000 случаев) докладчик приходит к следующим выводам:

Преимущества щ. К. сказываются главным образом в тех случаях, когда стреловидный шов стоит в поперечном размере таза, но головка уже неподвижна и конфигурирована. Хорошие результаты при указанных условиях получаются также при плоскосуженном тазе, но не при обще-суженном. Если головка еще подвижна или еще неконфигурирована, то результаты значительно хуже.

К. К. Скробанский. Как известно, *Витт* одобрил щипцы *Kielland'a* и собирался пропагандировать эти щипцы в ближайших изданиях своего Учебника акушерства. До сих пор — по крайней мере в 11-ом издании Акушерства *Витт'a* — этого еще нет. Но даже если бы это и осуществилось, при всем авторитете *Витт'a*, мы должны иметь свое собственное мнение. А нам кажется, что щипцы *Kielland'a* едва ли имеют большое значение, ибо по своему устройству они являются повторением прежних моделей: нет осевой кривизны, благодаря чему возможно наложение щипцов в прямом размере таза, возможна ротация головки. Старые акушеры знают, что каждые щипцы можно наложить и извлечь ребенка, но вопрос — с какими последствиями? Из реферата докладчика видно: у опытных акушеров после применения щипцов *Kielland'a* наблюдались тяжелые повреждения и разрывы мягких родовых путей, ущемление пуповины и т. д.; что же будет, если щипцы войдут в общую практику, не получится ли тогда колоссальный крах? В истории акушерства мы уже имели примеры такого рода. Вспомним историю инструмента *Bossi*. Знаменитый *Leopold* в течение ряда лет применял этот инструмент, а теперь он не употребляется никем. Весьма вероятно, что такова же судьба и щипцов *Kielland'a*. Можно только удивляться, что германские акушеры ухватились за них. Накладывать щипцы на высоко-стоящую головку — увлечение, грозящее чрезвычайно большими последствиями; в результате этого увлечения щипцы обанкротятся. Я думаю, что этот инструмент нужно использовать с осторожностью. Боюсь, что несчастные случаи, подобные уже опубликованным, будут умножаться. Врачи начнут чаще накладывать щипцы на высоко-стоящую головку, и получатся тяжелые последствия. Вообще я думаю, что вопрос о преимуществах этих щипцов еще не решен. Ряд плачевных случаев, опубликованных в литературе, говорит против их целесообразности.

М. В. Елгин сообщает о применении щипцов *Kielland'a* в Акушерской Клинике Госуд. Клинич. Инст. для усовершенствования врачей; во втором случае — при типическом наложении щипцов произошел полный разрыв промежности; в послеродовом периоде на почве некроза тканей обнаружен мочеполовой свищ. По мнению *М. В.*, имея щипцы *Kielland'a*, никак не следует расширять показания для высоких щипцов. Поворот головки этими щипцами совершается лучше, чем старыми. Однако, общее впечатление *М. В.* относительно щипцов *Kielland'a* совпадает с мнением *К. К. Скробанского*.

Г. Г. Гентер (аутореферат). Из просмотренной мной литературы я вынес впечатление, что некоторые авторы увлеклись щипцами *Kielland'a* и готовы видеть в них идеал родоразрешающего инструмента. Я полагаю, что изобретение *Kielland'a* вовсе не аннулирует старого изречения: *Die hohe Zange passt zum engen Becken, wie die Faust aufs Auge*. Щипцы *Kielland'a* безусловно шаг вперед; уже то, что ими всегда можно захватить головку бипаритально и что можно ротировать, кое-что значит. Может быть, щипцы *К.* позволят производить и осевые тракции. Соскальзывание бывает и при обычных щипцах, а у *Spizer'a* мы видим серию наложения щипцов *К.* без соскальзывания. Разве наши обычные щипцы всегда безопасны и не могут дать травмы? По-

вреждения головки возможны ведь и при всяких щипцах. Смертность детей у самого *Kielland'a*—1%, у *Conrad'a*—0%. Я думаю, что, не расширяя показаний к наложению щипцов в пользу *Kielland'a*, мы все же найдем целый ряд случаев, в коих будут показаны именно щипцы *Kielland'a*. И лишь дальнейшие наблюдения на большом материале точно обрисуют область применения этого инструмента.

А. В. Марковский. Я не могу присоединиться целиком к взгляду К. К. Скробанского, хотя согласен с некоторыми его замечаниями. Щипцы *Kielland'a*, мне кажется, должны найти свою сферу применения, притом иногда в таких случаях, как небольшая степень сужения таза при высоко стоящей головке. Мы знаем, что в ряде подобных случаев мы иногда не имеем никаких способов родоразрешения; даже такой противник перфорации, как *Pinard*, считает при этом в некоторых случаях допустимой перфорацию. Вот тут и могут найти применение щипцы *Kielland'a*. Однако, при этом прямой размер входа должен быть уменьшен против нормы не более, чем на 1, в крайнем случае на 2 сантиметра. При этом, как это бывает при плоских тазах, имеется поперечное стояние стреловидного шва. Тут щипцы *Kielland'a* создают более благоприятные условия для проведения головки через суженный размер. Головка захватывается в бипариетальном размере более устойчиво, чем при других щипцах. Как вводить переднюю ложку щипцов? Типичное наложение по *Kielland'u* более легко, но, к сожалению, в случаях, наиболее подходящих для применения этих щипцов, как раз оно наиболее опасно (если имеется растяжение нижнего сегмента матки). Тут типичное наложение щипцов *Kielland'a* может быть причиной разрыва нижнего сегмента, как это указано *Zangemeister'ом*. Это обстоятельство до некоторой степени аннулирует преимущество щипцов К. Когда головка через вход уже прошла, щипцы эти никаких преимуществ не представляют. При извлечении (прорезывании) головки травма получается более значительная, чем при обыкновенных щипцах. Отмеченная докладчиком возможность ротационных движений вовсе не преимущество, ибо форсирование ротации вообще не должно иметь место. При полостных щипцах их применение не нужно, тем более оно не нужно в момент извлечения головки.

Р. В. Купарский. На основании теоретических соображений целиком высказывается в пользу преимуществ щипцов К. Недаром *Kielland* 7 лет изучал преимущества своих щипцов, прежде чем пустить их в обращение. Первым преимуществом этих щипцов является отсутствие тазовой кривизны. Ротационные движения производятся не щипцами, ротирует самая головка плода, но этими щипцами ротация облегчается. Применение этих щипцов может быть очень полезно в провинции, в условиях, когда нельзя сделать кесарского сечения.

Л. Л. Окунчик. Я не имею личного опыта и могу сделать замечания, т. сказать, умозрительные. На основании имеющихся в литературе благоприятных отзывов о щипцах *Kielland'a*, мы приобрели для родильного дома имени Снегирева 2 экземпляра щипцов К., но за год не имели ни одного подходящего для их применения случая. 1 раз в неподходящем случае пробовали применить эти щипцы, но неудачно. Но все же, мне кажется, что

известная сфера применения щипцов *K.* имеется: это небольшое сужение таза при высокостоящей головке. Однако, расширить показания к наложению щипцов, имея щипцы *K.*, нет оснований. Во всяком случае наш материал еще недостаточен, и категорически отвергать щипцы *Kielland'a* еще нельзя.

А. В. Марковский. В случае, упомянутом *М. В. Елжичем*, я не думаю, чтобы образование фистулы зависело от щипцов *K.*, но все же травма получилась очень большая (помимо полного разрыва промежности—разрыв в своде). Думаю, что вообще эти щипцы могут наносить большую травму.

Л. А. Кривский (аутореферат). Прежде всего я должен отметить полноту реферата, с одной стороны, характеризующую с хорошей стороны докладчика и его добросовестность в смысле подбора отзывов о щипцах *Kielland'a*, с другой стороны, очень невыгодную для щипцов, так как докладчик собрал все неудачи, наблюдавшиеся при применении этих щипцов и производящие тяжелую, невыгодную для щипцов картину, так как неудачных осложнений набралось на те 2000 слишком случаев, которые описаны, довольно порядочное количество. Что касается до применения щипцов, то личного опыта я не имею, но думаю, что насколько их нельзя, может быть, пускать в общее обращение, настолько, по моему, их необходимо испробовать в клинике, и такого подходящего случая я искал и буду искать. Конечно, многие авторы могли увлечься новой идеей, могли расширить показания или применять их слишком часто. С этой точки зрения я бы начал с критики самого *Kielland'a*, который за 7 лет накладывал их 350 раз слишком, т.е. более 50 раз в год! Эта цифра приходится на Христианию, на город хотя и столичный, но все же не такой большой! Откуда же автор набрал такое количество щипцов, чтобы накладывать не менее 1 раза в неделю? С другой стороны, надо отметить, что из всего этого количества щипцов высокие щипцы *Kielland* накладывал, кажется, около 80 раз, значит, он уже не так расширял показания для щипцов. Самым важным преимуществом щипцов надо считать возможность всегда накладывать их так, чтобы захватывать головку в поперечном размере. Чтобы не повторять того, что уже сказано другими оппонентами, я не стану говорить о том, что не следует переоценивать их значения, расширять показания к ним, испробовать же их, относясь с известной критикой, по моему, следует.

К. К. Скробанский. Преимущество щипцов *Kielland'a* — возможность захватывать головку в бипаритальном размере, но ведь это преимущество вовсе не принадлежит этим щипцам. 35 лет назад *Лазаревич* предложил свои щипцы, имеющие то же преимущество и не уступающие щипцам *Kielland'a*. Идея, положенная в их основу, ценная. Непонятно, почему мы не оценили эту идею тогда и приветствуем ее, когда она нам преподносится из-за границы!—Далее *К. К. Скробанский*, пользуясь рисунками докладчика, указывает на опасность наложения щипцов *Kielland'a* при высокостоящей головке (типическое продвижение передней ложки).

Л. П. Бубличенко (аутореферат). Я не имею в виду разбирать по существу достоинства и недостатки щипцов *Kielland'a*, т. к.

не имею собственного опыта, как и почти все присутствующие, но думаю, что эти щипцы представляют собой осуществление новой идеи, представляют собой дальнейшее усовершенствование щипцов *Лазаревича* и заслуживают беспристрастного испытания. Вряд ли они более щадят мягкие ткани, чем щипцы с обычной тазовой кривизной. При оценке результатов в этом отношении нужно иметь в виду индивидуальные особенности тканей в смысле их эластичности. В сообщенном д-ром *Елкиным* случае типического наложения щипцов *Kielland'a*, может быть, ни оператор, ни щипцы *Kielland'a* не повинны в больших разрывах мягких тканей, так как больная имела недоразвитой половой аппарат, подвергалась длительному лечению бесплодия и подвергалась оперативному лечению—клиновидному иссечению маточной шейки.

Р. В. Купарский вспоминает еще об одной модификации щипцов без тазовой кривизны, предложенной бывшим членом нашего Общества (д-ром *Димантом*) и демонстрированной некогда на одном из заседаний Общества. Однако в щипцах *Диманта* нет подвижности одной ложки по отношению к другой, как это имеется в щипцах *Kielland'a*.

Г. Л. Давыдов (аутореферат). Восторженные отзывы иностранной печати о щипцах *Kielland'a* рисовали их в моем воображении, как инструмент, применяемый в тех случаях, когда классические щипцы неприменимы, например, при подвижной над входом головке, ибо *Conrad'u* удалось в 11 случаях наложить с успехом щипцы *Kielland'a* при таком положении головки. Мне казалось также, что при плоском тазе и фиксированной во входе его головке, когда есть показание к быстрому родоразрешению, классические щипцы, наложенные в поперечном размере таза, способствуют лишь увеличению поперечного размера головки, что, конечно, нежелательно и чего можно избегнуть, наложив щипцы *Kielland'a* в прямом размере таза. Здесь на заседании превалировали одни теоретические рассуждения без практической проверки щипцов, а потому они не могут иметь под собой почвы для выводов. Я хочу подчеркнуть, что накладыванием щипцов *К.* на подвижную головку нарушается одно из главных условий к наложению щипцов вообще, на что обращает также внимание *Th. Wyder*. Я хотел бы спросить докладчика, не ограничат ли щипцы *К.* круг применения расширяющих таз операций и даже кесарское сечение при известных условиях. Я думаю, что щипцы *К.*, если они оправдают возлагающиеся на них надежды, расширят круг применения высоких щипцов.

А. И. Шейнман, отвечая оппонентам, подчеркивает, что на основании имеющихся в литературе данных нет основания относиться к щипцам *Kielland'a* с таким пессимизмом, как это обнаружилось среди некоторых членов Общества, высказывавшихся сегодня по поводу этих щипцов.

Л. Л. Окуничиц отмечает интерес доклада, вызвавший живой обмен мнений. Однако, высказать окончательное суждение о новых щипцах Общество еще не может. Чтобы авторитет Общества не пострадал, Общество должно высказаться очень осторожно. Сейчас щипцы переживают период очередного увлечения, которое наверное со временем остынет; однако, останется крупица хорошего: эту крупицу и нужно в будущем выявить и ей восполь-

зоваться. *Л. Л.* от лица Общества благодарит докладчика за интересное сообщение.

Административное заседание.

1. В виду выяснившейся необходимости иметь печать Общества постановлено ходатайствовать перед Отд. Управления о решении на заказ печати.

2. Редактор „Журнала Акушерства и Женских Болезней“, проф. *К. К. Скробанский*, сообщил о предполагаемых выпусках журнала.

3. Следующее заседание Общества назначено на 23 октября 1924 г.

Председатель Общества *Л. Окунци*.

Секретарь *П. Меркульев*.

Протокол № 15 заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества.

23 октября 1924 г.

Председательствовал проф. *Л. Л. Окунци*. Присутствовало 32 члена общества и 56 гостей. Обязанности секретаря исполнял *Г. Гентер*. Секретарь общества *П. Ф. Меркульев* прочел протокол заседания от 9 октября. Протокол утвержден.

1. *С. М. Гутнер*. *Может ли ретроверсия-флексия быть врожденной* (аутореферат).

Вопрос о том, являются ли наклоны матки назад у девиц и у стерильных женщин первичными явлениями, т.-е. врожденными, или последствием заболевания тканей самой матки, или соседних органов, занимал гинекологов еще в прошлом столетии.

Взгляды авторов по этому вопросу расходились, и по сей время они еще к единому решению не пришли.

Проф. *Окунци*, интересуясь этим вопросом, поручил мне в Родильном Доме имени проф. Снегирева на материале акушерского отделения проследить, встречается ли врожденная ретро-флексия. Трупки я брала преимущественно доношенные, не мацерированные, без особых отклонений от общей нормы. Вскрывала эти трупики сама, сейчас же, как только формально это было возможно¹⁾. Те, которые представляли интерес в смысле отклонения от нормы, я распиливала, оставив таз целиком. Все препараты хранятся в музее Ленинградского Родильного Дома имени проф. Снегирева.

Итоги таковы:

Retroflexio uteri на нашем материале ни разу не наблюдалась			
Anteversio-flexio	8 трупики		5,6%
Anteflexio	97	„	64,6%
Тело и шейка матки представляли			
одну прямую линию	45	„	30%

¹⁾ Часть трупики вскрыл д-р *Бродский*.

У большинства ось матки своим верхним концом была наклонена кпереди.

У человеческого эмбриона 8—13 мм. длины Вольфовы протоки и тесно прилегающие к ним Мюллеровы каналы растут дугою, открытой *кпереди*, следуя кривизне тела плода. Из дистальных отделов этих Мюллеровых ходов образуется генитальный тяж, который потом формируется в матку.

Порядок развития следующий:

1-ый месяц внутриутробной жизни: Мюллеровы ходы образуются в виде 2 сплошных тяжей.

В течение 2-го месяца они становятся полыми и приходят в соприкосновение друг с другом в области, соответствующей месту перехода матки во влагалище.

С 3-го по конец 5-го месяца происходит их соприкосновение на всем протяжении, соответствующем будущей матке и влагалищу, и одновременно исчезает разделяющая их перегородка.

С начала 6-го по конец 10-го месяца внутриутробной жизни происходит образование матки, которая принимает форму *uterus foetalis*.

В период времени со дня рождения до 10-ти лет матка изменяет свою величину и форму и приобретает название *uterus infantilis*.

И, наконец, к 16-ти годам, т.е. к наступлению половой зрелости, развитие матки заканчивается и она получает название *uterus virgineus*.

Матка новорожденной имеет длину от 3 до 3,5 см., дно седлообразной формы, соответствующей образованию из 2 Мюллеровых ходов. Шейка превышает собою длину тела матки в $1\frac{1}{2}$ или 2 раза. Она составляет $\frac{1}{12}$ длины всего тела, между тем как у взрослой женщины матка составляет $\frac{1}{24}$ длины тела. В последние месяцы внутриутробной жизни матка быстро и резко увеличивается, между тем, как размеры таза увеличиваются постепенно. Так, длина матки (в разрезе) на 3-м месяце достигает 2 мм, на 4—4,2 мм, на 5—6,9 мм, на 6—8,2 мм. На 7-м месяце вдруг скачок насчет роста шейки—именно 18,4 мм; на 8-м 24,0, на 9-м 24,2 мм., причем до 7-го месяца внутриутробной жизни слившиеся Мюллеровы ходы представляют равномерно-тонкое тело. Только с 7-го месяца нижний сегмент (шейка) начинает разрастаться: одновременно задняя стенка увеличивается больше, чем передняя, орган кажется лопатообразным, а передняя поверхность вогнутой. Только незадолго до рождения начинают подростать и передняя стенка, и дно. Уже с 4-го месяца левый край матки начинает выступать вперед, причем очень рано на матке намечается легкий наклон кпереди. Это сохраняется во все время зародышевой жизни и лишь в виде исключения переходит в *anteflexio*. Мочевой пузырь новорожденного очень велик—именно дно его лежит выше верхнего края симфиза и переднего свода влагалища. Матка приподнята пузырем в большой таз. Малый таз относительно очень мал. С. в. от 2,5 до 3,3 см. Узость тазового пространства и направление мочевого пузыря держат матку более выпрямленной и мешают ей сгибаться в ту или другую сторону. Следовательно, и эмбриологическое развитие, и анатомические соотношения нормального доношенного

новорожденного говорят в пользу *anteversio*. Случаи антефлексии редки. Врожденного *retroflexio* нормально *не бывает*. Что касается случаев *Ruge*, то я присоединяюсь ко мнению *Fritsch'a*, который считает находку *Ruge* случайной и не говорящей в пользу врожденной *retroflexio*, тем более, что эти случаи представляют собою аномалии, как по своим размерам, так и по другим признакам. Матки новорожденных очень гибки. Если даже иногда встретишь на трупике незначительную ретроверсию верхнего отдела, торчащего в брюшную полость, то это тоже не говорит за врожденную, так как часто на трупах мы находим матку отклоненной назад, между тем, как при жизни наклон был кпереди. Это объясняется посмертными изменениями тканей матки и ее связок, а также законами тяжести.

Причиной *retroversio-flexio* (врожденной) могут быть пороки развития, а именно: 1) врожденная короткость передней влагалищной стенки, 2) задержавшееся опущение яичника. Матки новорожденных могут иметь только те пороки развития, которые встречаются по классификации *Winkel'я* в первых 5-ти ступенях, и только эти пороки называются *врожденными*. Остальные пороки приобретаются в период времени от рождения ребенка до наступления половой зрелости. Таковы *uterus hypoplasticus* и *uterus infantilis*, со всеми своими равновидностями. Лишь к концу полового созревания матка принимает свое окончательное типическое положение.

Не считая опухолей, воспалит. явлений и т. п., изменение положения матки у детей обусловливается:

- 1) влиянием мочевого пузыря,
- 2) влиянием прямой кишки,
- 3) тяжестью самой матки,
- 4) слабостью мышечной стенки и
- 5) внутрибрюшным давлением, направленным на матку и способствующим смещению ее из ее нормального положения.

На образование *retroversio-flexio* влияют все те условия, которые ведут ко многим отклонениям в развитии детского организма. Сюда относятся: 1) инфантилизм, 2) инфекционные болезни, 3) нарушение гигиены детского возраста.

Болезни полового аппарата, развивающиеся в детском возрасте, проявляются только с наступлением половой зрелости, или даже после замужества, когда развитие полового аппарата уже закончено и мы уже изменить ничего не можем. Поэтому главное внимание мы должны обратить на профилактику.

Итак, признавая, что в громадном большинстве случаев *retroversio-flexio* и патологическая антефлексия матки не являются врожденными, а развиваются в детском возрасте—они доступны при надлежащем наблюдении за ребенком применению соответственных профилактических мер. Таким образом в целом ряде случаев возникновение их может быть предупреждено.

Проф. *К. К. Скробанский*. На меня производит приятное впечатление, что у нас в обществе читаются доклады теоретического характера. Но я должен сделать упрек докладчику. В нашем журнале появилась работа прив.-доц. *Москаленко*, которая могла бы быть очень важной для вашего доклада. *Москаленко* полагает, что ретроверсия-флексия есть будущее положение матки у женщин отдаленных поколений.

Ф. Н. Тавилдаров. Помимо указанных в докладе причин ретроверсии-флексии, есть еще этиологические моменты, как степень наклона таза, выстояние мыса вперед. По этим вопросам высказываются в очень интересных статьях *Sturmdorf* и *Dickinson*. В зависимости от особенностей строения скелета изменяется направление внутрибрюшного давления.

С. М. Гутнер. Работу *Москаленко* я читала. Но и у него нет доказательств врожденной ретрофлексии матки.

Проф. Л. Л. Окунчиц. Я просил докладчицу заняться этим вопросом главным образом для того, чтобы изъять из обращения понятие *retroflexio congenita*. Существуют врожденные причины, способствующие ретрофлексии. Эти формы ретрофлексии не врожденные и должны быть в сфере нашего влияния. Правда, очень трудно уловить те признаки, которые указывали бы на возникновение *retroversio-flexio*. До наступления половой зрелости гинеколог почти не приходит в соприкосновение с девочкой. А это было бы очень важно с точки зрения охраны материнства и младенчества. У нас есть общество охраны материнства, которое принимает уклон в сторону охраны младенчества, а мать остается как бы в стороне. Тут-то и нужна дружная совместная работа гинекологов.

В заключение, председатель благодарит докладчицу за ее сообщение.

2. *О. И. Топчиева.* Два случая фимбриальной беременности (аутореферат).

Докладчица сообщает о двух случаях, оперированных по поводу внематочной беременности (1—1½ мес.), где яйцевым ложем служила фимбриальная воронка, и плодное яйцо развивалось, обращенное большим сегментом в брюшную полость (*graviditas tubo-abdominalis*).

В области прикрепления яйца обнаружено значительное развитие децидуальной ткани. В обоих случаях трубы проходимы.

Докладчица указывает на сравнительную редкость описанных случаев.

Проф. Р. В. Кипарский спрашивает докладчицу, не было ли изменений в трубах, не наблюдались ли аномалии в мускулатуре труб, не наводят ли эти случаи на размышления об этиологии внематочной беременности.

О. И. Топчиева. В первом случае труба изменений не представляла. Во втором случае в трубе найден островок децидуальной ткани. Мускулатура труб была без изменений. Но вполне возможно, что тут была связь с бывшей гонореей в 1-ом случае и абортom во втором. Что касается мерцательного эпителия, то возможно, что он был нарушен именно в *infundibulum*.

Проф. Е. К. Скробанский. Вопрос об этиологии нас в данном случае не интересовал. Этиологию внематочной беременности может решить лишь очень большой ряд наблюдений. Нас интересовал только вопрос о гистолого-анатомическом строении.

Проф. Л. Л. Окунчиц. Если просвет трубы был зарашен, то надо полагать, что сперматозоиды прошли через здоровую трубу, и получилось перекрестное оплодотворение. Подобные случаи интересны именно с точки зрения этиологии.

Председатель благодарит докладчицу за сообщение.

3. *Л. М. Варшавчик. Случай недостаточного развития мочеполювого аппарата у женщины* (аутореферат).

Докладчик приводит один случай из акушерско-гинекологической клиники ГИМЗ.

Больная 23 л., поступила с жалобами на полное отсутствие месячных, не появлявшихся ни разу, и на боли внизу живота, особенно обостряющиеся в течение 1—2 дней через каждые 4 недели в продолжение последнего года. Развитие половых органов и вторичных половых признаков нормальны. В левой повздошной области прощупывается опухоль, малоблезненная, подвижная. Ниже мочеиспускательного канала имеется тонкое отверстие, длиной в $\frac{1}{4}$ сант. Влагалище представляет собой полый мешок. Диагноз: гематометра и гематосальпинкс.

Операция 10/X 23 г. (проф. *Л. А. Кривеский*). По вскрытии брюшной полости обнаруживаем: рудиментарную матку, отсутствие правых придатков, круглой маточной связки, собственной связки яичника и широкой маточной связки; на левой стороне имеется круглая маточная связка, собственная связка яичника, гипертрофированный яичник с гидатидой; трубу не удается обнаружить. В области 4—5 поясничных позвонков имелась опухоль, напоминавшая по форме обе почки. На месте почек ничего не обнаружено. Яичники и почки как бы поменялись своей топографией. Брюшная полость закрыта. Послеоперационный период нормален. Больная выписалась на 22-й день в удовл. состоянии.

По схеме *Winkel*'я в нашем случае остановка развития произошла в первом месяце утробной жизни, для которого характерно недоразвитие одной или обеих мюллеровых нитей.

В заключение докладчик указывает на имеющиеся в литературе подобные случаи недоразвития половой системы, при чем вполне аналогичного случая докладчику найти не удалось.

Докладчик считает описанный случай интересным, потому что, несмотря на значительные недостатки в мочеполювой системе, присутствие лишь яичника оказалось достаточным для развития вполне нормального с внешней стороны женского типа.

Проф. *Л. Л. Окунчик* спрашивает, к чему сводились жалобы больной?

Г. Л. Давыдов интересуется, была ли произведена цистоскопия.

Л. М. Варшавчик. Больная жаловалась на сильные боли во время месячных и на присутствие в животе опухоли. Цистоскопии произведено не было.

Председатель отмечает интерес сообщения и благодарит докладчика.

Административное заседание.

Проф. *Л. Л. Окунчик* предлагает в следующем заседании обсудить вопрос о родовспоможении в Ленинграде.

Постановлено: на следующем заседании поставить доклад *В. В. Желтухина* о восстановлении родильных приютов Ленинграда. Оглашено заявление доктора *Г. М. Фейертага* о желании вступить в члены общества.

Следующее заседание назначено на 13 ноября.

Председатель *Л. Окунчик*.

Секретарь *Геинтер*.

Протокол № 16 заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества.

13 ноября 1924 г.

Председательствовал проф. *Л. Л. Окинич*. Присутствовали 51 член Общества и 53 гостя. В заседании принимала участие представительница Подотдела Охраны Материнства и Младенчества Ленинградского Губздравица *А. Я. Гольдфельд*. Обязанности секретаря исполнял *П. Ф. Меркульев*.

1. Секретарь Общества *Г. Г. Гентер* прочитал Протокол Заседания Общества 23 октября 1924 г. Протокол Общества утвержден.

2. Д-р *В. В. Желтухин* сделал доклад: „О восстановлении сети родильных приютов в Ленинграде“ (аутореферат).

Ленинградское (тогда Петербургское) городское родовспоможение вообще, в частности приютское, достигло высшего развития в 1915 г., когда имелось 19 родильных приютов с 570 штатными кроватями. Для 1912 г. было вычислено, что % поступивших во все стационарные акушерские учреждения по отношению к числу всех рожениц Петербурга без пригородов равнялся 91%, из них на долю городских родильных приютов приходилось 50%. Этот последний % возрос в 1915 и 1916 гг. до 59%.

Правильность приютской системы была признана СПб. Акушерско-Гинекологическим обществом, экспертизой Всероссийской гигиенической выставки 1913 г. и др. инстанциями. СПб. Акушерско-Гинекологическое О—во в 1907 г. высказалось таким образом (см. „Журнал Акушерских и Женских Болезней“ 1908 г., стр. 305).

В 1918 г. вследствие значительной убыли числа поступлений, число штатных кроватей сокращено в 5-ти приютах до 10, а в остальных до 20. Против такого приспособления ничего нельзя было возразить; оно не разрешило приютской сети; но в дальнейшем пошло уж разрушение самой приютской системы.

За последние годы закрыто 7 родильных приютов: Петровский, Литейный, 1-й Рождественский, Александро-Невский, Московский, 14-й и Гаванский; 1 перешел в железно-дорожное ведомство, 1—переведен на Охту, 3—перешли на самокупаемость: Спасский, 12-й и 2-й Ленинградский (б. 2-й Петровский).

Столь значительное сокращение числа родильных приютов сильно увеличило радиус обслуживаемой каждым приютом местности, а радиус этот, согласно вычислениям д-ра *Рутликовского*, не должен превышать одной версты.

Вторым затруднением в пользовании приютами является предназначение некоторых приютов только для застрахованных. Но еще недостаточно быть вообще застрахованной. Если роженица из водного или железно-дорожного ведомства, то, хотя и застрахованная, она подлежит приему не в губздравицкие родовспомогательные учреждения, а в приюты соответствующих ведомств, иногда очень далеко отстоящие от местожительства роженицы. Имеются известные коррективы к этим правилам, но в общем они чрезвычайно затрудняют как рожениц, так и приюты.

Третья ошибка состоит во включении родильных приютов в состав больниц. Родовспомогательные учреждения, в частности родильный приют и больница—в основе совершенно различные стационарные заведения. В приюте жизнь начинается, в больнице она кончается. В приюте совершается физиологический процесс, в больнице—патологический. В приюте во врачебной помощи нуждается 5⁰/₀ призываемых, в больнице 100⁰/₀. Родильный приют предназначен для предупреждения заболеваний (послеродовых), больница—для лечения больных. Объединение в одном учреждении этих двух типов может быть помехой в преследовании родильным приютом профилактической задачи. В виду именно этого соображения вблизи Обуховской больницы был учрежден 14-й родильный приют, ныне закрытый.

Он должен был освободить больницу от нормальных рожениц.

Родильные дома—учреждения смешанного, скорее больничного типа. В них сосредоточиваются заведомо патологические роженицы, они имеют послеродовой лазарет, гинекологическое отделение, школу врачей, школу акушерок. Родильные дома дороже приютов и более громоздки. Наличного числа их в Ленинграде, при нормальной приютской сети, достаточно.

Для того, чтобы вернуться к прежнему образцовому состоянию Ленинградского городского родовспоможения следует: 1) Не только отказаться раз навсегда от закрытия существующих родильных приютов—а, напротив, при малейшей возможности восстанавливать закрытые. 2) В любое родовспомогательное учреждение принимать каждую роженицу, независимо от ее социального положения; состоятельные платят по себестоимости. В особенности теперь, когда свирепствует абортивная эпидемия, необходимо поощрять беременных и бережно относиться ко всякой роженице, исполняя требование, чтобы ни одна роженица не разрешалась на дому.

До сих пор на все доводы совещания врачей родильных приютов о недопустимости сокращения приютской сети получался один ответ: нет денег, на что врачи возражали, что в таком случае необходимо закрывать учреждения Охраны Материнства и Младенчества в порядке обратном порядку их возникновения. Родовспомогательные учреждения, как старейшие и самые существенные, пусть закрываются последними.

Думается однако, что приюты закрывались не столько от недостатка средств, сколько от недостатка правильной оценки значения этого типа родовспомогательного учреждения и особенно значения нормальной приютской сети.

Соображение это побуждает Совещание просить Акушерско-Гинекологическое общество еще раз высказать свой взгляд на организацию ленинградского родовспоможения.

К. К. Скробанский. Я был „приютским“ врачом, работал много лет в родильных приютах и был непосредственным свидетелем развития городских родильных приютов в течение довольно большого периода времени. До войны родильные приюты в Ленинграде поставлены были на такую высоту, которой могли позавидовать другие столицы. Я помню, как американский гость (из Нью-Йорка), ознакомившись с постановкой городского родо-

вспоможения у нас, был поражен достигнутыми у нас результатами (90% родов происходит в родильных учреждениях) и заявил, что самый богатый город в мире—Нью-Йорк—не обеспечивает населения акушерской помощью так совершенно, как это имеет место у нас. Докладчик *В. В. Желтухин*—был одним из деятелей, создавших эту организацию; естественно, что она ему дорога. Но нужно вспомнить, что в России не все города в деле создания акушерской организации шли по пути, по которому пошел Ленинград. Москва, напр., шла по пути создания больших родильных домов. О целесообразности того и другого пути было немало споров на врачебных собраниях и съездах, и в конце-концов наша точка зрения обыкновенно побеждала, т. к. отвечала заданию наибольшего приближения родовспомогательной помощи к населению, притом эта помощь отвечала всем требованиям гигиенического характера. Однако, в настоящее время происходит перестройка медицинской организации; при этой перестройке по условиям времени приходится иметь в виду экономическую сторону (конечно, очень важную), но никак нельзя упускать из вида и сторону принципиальную. Нужно выяснить, правильна ли наша точка зрения на постановку акушерской помощи путем создания сети родильных приютов при современном укладе жизни. Я думаю, что правильна, и вот почему.

Главная задача советской медицины—профилактическая работа; как раз эта задача и имела в виду при организации сети родильных приютов. Поэтому-то родильные приюты в свое время (до революции) входили в состав не больничной комиссии городского самоуправления, ведавшей больничное дело, а комиссии санитарной, чем подчеркивалось санитарно-профилактическое их значение.

Родильные приюты обеспечивали нормальные роды; случаи патологические направлялись в больницы. Идея, поставленная в основу такой организации, вполне отвечает современным задачам медицины. Губздрав должен сочувствовать этой идее и стремиться к восстановлению сети родильных приютов.

Что произошло, как результат нарушения прежней сети приютов? Много женщин начинают рожать дома и потом уже со всякими осложнениями попадают в больницы. Никогда в больнице Эрисмана не было такого количества лихорадочных послеродовых случаев, поступивших извне. Это доказывает, что мы должны в деле постановки родовспоможения идти по намеченному пути, стремиться придать прежние рамки родовспомогательной организации. В деле родовспоможения невозможна классовая точка зрения; все женщины, независимо от их классовой принадлежности, должны получать нормальную акушерскую помощь.

Губздрав думает (под влиянием известных экономических затруднений), что родовспоможение через большие центральные учреждения будет более экономичным, но я думаю, что это ошибка: койко-день в родильном приюте обходится дешевле, чем в родильном доме. В приютах не нужна сложная больничная помощь, что делает их более дешевым.

Само собою разумеется, что существующие родильные дома должны остаться, но сеть родильных приютов должна быть восстановлена.

Л. Л. Окунчик. Вопрос, поднятый докладчиком, может быть рассматриваем с 2 точек зрения: чисто экономической и принципиальной организации.

Желательно было бы выслушать представителя Отд. Охраны Материнства и Младенчества Губздрави и узнать, в чем лежит причина изменения организации. Если все зависит от экономических причин, в этом полбеды; при наступающем экономическом возрождении все может быть восстановлено, но если изменилась принципиальная точка зрения, мы должны доказать ошибочность подобного изменения.

А. Я. Гольдфельд. К сожалению, представленный д-ром *В. В. Желтухиным* доклад страдает основным недостатком—отсутствием необходимых цифровых, статистических данных (не указано число акушерских коек на 1000 населения, % родов на дому, нет статистических данных, указывающих на результат перехода к новой постановке акушерской организации и т. д.).

Поэтому можно говорить лишь в плоскости идеологической.

Прежде всего надо указать, что сокращение сети родильных приютов явилось неизбежным результатом уменьшения населения в Ленинграде в 2 раза. Что же касается принципиальной точки зрения Отд. Охраны Материнства и Младенчества, то прежде всего она заключается в том, что роды—акт физиологический. Дальнейший вопрос, как строить предназначенные для родовспомогательной помощи учреждения, приходится решать в зависимости от экономических условий. Например, приходится присоединять родильные отделения к больницам в виду наших финансовых затруднений. И часто от этого присоединения учреждение даже выигрывает. Так обстоит дело, напр., с закрытием 2-го Рождественского приюта, помещавшегося в не вполне подходящем здании, и заменой его новым, несомненно лучшим, учреждением при больнице Свердлова.

То же случилось с родильным приютом в Лесном: будучи переведен в гораздо лучшее помещение—в Б-цу имени Калинина, он стал гораздо лучше, т. к. прежнее помещение в санитарном отношении было неудовлетворительным.

В дальнейшем должна быть поставлена одна задача: приближение акушерской помощи к населению. Для этого действительно необходимо восстановить принцип, который был нарушен (радиус района, обслуживаемого учреждением, = 1 версте). Количество коек должно соответствовать населению.

Что касается устройства родильных отделений при больничных учреждениях, то следует напомнить, что, в противоположность прежнему времени, когда лечебная помощь была самодовлеющей, теперь поставлен на очередь вопрос о приближении лечебных, в частности и больничных, учреждений к профилактическим учреждениям, поставлен лозунг „диспансеризации“ этих учреждений.

Поэтому ничего не будет страшного, если какой-нибудь родильный приют будет присоединен к больнице. Вообще, признавая значение родильных приютов, все же не следует делать из них „фетиш“.

В. А. Бржезинский рассказывает о положении акушерской помощи в Детском Селе. Здесь существует единственный на весь Троицкий уезд Родильный Дом на 50 кроватей.

Родильный дом пользовался хорошей репутацией, дав в 1923 году приют 1044 роженицам.

При Родильном Доме имелаась консультация, давшая за год 4000 посещений (беременных, кормящих матерей и детей). Установилась связь между Род. Домом и населением, относившимся к учреждению с доверием. В местной больнице акушерское отделение поставлено плохо. Казалось, что Родильный Дом является необходимым учреждением. Тем не менее, несмотря на защиту Подотдела Охраны Матер. и Младенчества в лице *А. Я. Гольдфельд*, отстаивавшей необходимость существования Родильного Дома, Губздрав нашел необходимым (из экономических соображений) учреждение ликвидировать. Чтобы как-нибудь сохранить учреждение, д-р *В. А. Брезезинский* выхлопотал право перехода на хозяйственный расчет — с введением платности. Как и следовало ожидать, население много потеряло. Сельское население решительно не имеет возможности платить и предпочитает пользоваться услугами деревенских бабок и знахарок. Работа последних уже начинает сказываться (недавно был случай образования фистулы мочевого пузыря у роженицы с узким тазом, которой знахарка оказывала во время родов какую-то помощь).

Участились также случаи уличных родов.

К. К. Скробанский. Я доволен, что представительница Губздрава *А. Я. Гольдфельд* выяснила, что мнение Губздрава сходится с прежними воззрениями Общества; точно так же я приветствую перевод Лесовского Приюта, из которого мы получали от времени до времени септические случаи, в более приспособленное помещение. Значит, у нас нет расхождения. Но если так, то зачем упрекать нас в том, что мы „делаем фетиш“ из родильных приютов? Мы вовсе не делаем фетиша, а смотрим вполне реально. На основании опыта мы в праве сказать, что старая идея приемлема и должна быть продолжена. Это не фетиш, а вывод, вытекающий из реальных условий. На Петроградской Стороне закрыты 2 приюта, и что же вышло? Количество родов на дому несомненно повысилось. Правда, статистики у нас нет, но на побочных фактах мы это видим: привозят в больницу больную родильницу с родившимся дома ребенком; участились случаи доставления в больницу женщин с незаконченными дома родами (поперечное положение, выпадение пуповины и т. д.). Никогда, кроме того, у нас в больнице не было такой скученности, как сейчас; родильницы выписываются поэтому раньше времени (иногда на 5-ый день). Загляните в нашу клинику в 6—7 часов вечера: нет мест, все переполнено, а больные настаивают на приеме. Все это факты из жизни. Акушерских коек недостаточно; расстояние от места жительства нередко не соответствует прежней норме. Мы рассуждаем объективно; расхождений по существу нет. Поэтому, по миновании экономических затруднений прежняя сеть родильных приютов должна быть восстановлена.

Л. Л. Ожигиниц. Мне кажется, что наше обсуждение должно главным образом идти в несколько другом направлении. Только что указывалось на сокращение учреждений. Вопрос здесь стоит ясно: было сокращение населения, пришлось сократить и учреждения. Но вот сторона чисто принципиальная — помещение ро-

дильных приютов в больницы; эта сторона вопроса должна подвергнуться обсуждению. Ведь в настоящее время больница еще есть больница, а не профилактическое учреждение, как это предполагается в будущем. Я, конечно, говорю не о таких случаях, как в больнице Свердлова, где для родильного отделения имеется совершенно отдельный дом. Было бы желательно выслушать обмен мнений в этом направлении.

Н. В. Терновский напоминает, что история городского родовспоможения в Ленинграде показывает, что оно вылилось в определенную организацию, как результат борьбы за обособление физиологического родовспоможения. После ряда лет разрухи многое пошло к упадку, произошло сокращение организации. Но сейчас разруха прекратилась, жизнь восстанавливается, и нужно разобраться в старых положениях. *В. В. Желтухин* правильно указал, что нет данных, указывающих на правильность противоположной точки зрения. На первом месте попрежнему стоит принцип правильности территориального расположения родильных учреждений. Особо стоит вопрос о соединении родовспомогательных отделений с больницами. Следует признать, что на практике между больничным и акушерским учреждением всегда будет известное расхождение, так как врач-акушер всегда требует другого подхода, чем это обычно бывает в учреждениях больничного типа (для примера вспомним количество белья, которое требуется при родах и послеродовом периоде). Вообще нужно широко обсудить вопрос и сделать вывод, должны ли мы стоять на прежней платформе в деле организации родовспоможения.

В. В. Строганов. В настоящее время я не состою врачом родильного приюта, но прежде—очень продолжительное время—заведывал таким приютом и вспоминаю об этом времени с большим удовлетворением. Я думаю, что с государственной точки зрения существование этого типа родильных учреждений выгодно, ибо дает удешевление койко-дня. Правда, в последнее время наступил ряд внешних условий, резко ухудшивших прежде нормальную постановку дела в родильных приютах. Я вспоминаю годы разрухи, когда не было правильного водоснабжения, отопления и т. д. Но и в этих ужасных условиях персонал сумел в известной степени приспособиться, чем и объясняется тот факт, что, несмотря на тяжелые условия, не было серьезных заболеваний родильниц. Уже этот факт показывает, что с государственной точки зрения родильные приюты—учреждения целесообразные. Конечно, мы можем только сочувствовать переводу родильных приютов в лучшие помещения. Закрывать же старые приюты я считаю вредным для населения и государства. Что касается вопроса о возможности сочетать больницу с родильным приютом, то и на этот вопрос можно ответить утвердительно, если возможно обеспечить надлежащую изоляцию родильного отделения.

А. М. Гименевич. Следует обратить внимание еще на одну сторону принципиальной постановки дела родовспоможения, а именно на ведомственность учреждений. Если родильные учреждения—учреждения профилактические, то ведомственность недопустима. Одно учреждение может принимать только застрахованных в общей страховой кассе, другое, напр., то, в котором я работаю, не имеет права принимать застрахованных в этой

кассе. По отношению к женщине в родах проводить ведомственность совершенно невозможно. Компетентное учреждение, каким является Акушерско-Гинекологическое Общество, должно возражать против ведомственности акушерских учреждений. Экономика—экономикой, но родовспоможение дело *sui generis*, и на это нужно обратить внимание.

А. Е. Цацкин. Совершенно верно, что один из принципов советской медицины—приближение акушерской помощи к населению, но никто сегодня не отметил, что требование советской медицины заключается в подаче квалифицированной помощи. Этому требованию не удовлетворяли родильные приюты, в которые в дореволюционное время обращалось только рабочее население, тогда как буржуазия пользовалась частными лечебницами (вроде бывшей лечебницы Герзони), отчасти большими родильными домами. В родильных приютах роженицы не обеспечены постоянной квалифицированной помощью; если родильные отделения будут перенесены в больницы, где имеются гинекологические отделения с постоянным дежурством врачей, они таким образом обеспечиваются постоянной врачебной помощью. Большие больницы неизбежно должны иметь родильные отделения для собственных нужд, ибо при отсутствии таковых всегда будет затруднение в смысле перевозки в другие учреждения женщин, у которых начнутся роды.

К. К. Скробанский горячо возражает предыдущему оппоненту. Родильные приюты, в которых работали крупнейшие специалисты-акушеры, были вполне обеспечены квалифицированной акушерской помощью. Насколько крупную роль в деле городского родовспоможения играли приюты, видно из того, что 50% всех родов происходили в приютах; пользовалось приютами далеко не „пролетарское“ население города. Процент заболеваемости в родильных приютах был ничтожен. Возможно, что в некоторых случаях врачи, заведывавшие приютом, не могли отдавать соответствующему учреждению все свое время, но ведь ничего дурного не было в том, что нормальные (физиологические) роды протекали под наблюдением опытных акушерок. Вообще, наша точка зрения на постановку акушерской помощи не изменилась, и постановка акушерской помощи у нас не уступала заграничной.

В. В. Строганов по поводу последнего замечания *К. К. Скробанского* делает поправку: у нас акушерская помощь выше, чем за границей. Оппонент, говоривший против родильных приютов, основывается не на фактическом материале, а только на теоретических данных. Кто был знаком с постановкой дела в родильных приютах, должен признать хорошую постановку дела в этих учреждениях. Д-р *Цацкин*, повидимому, хочет, чтобы все роженицы получали врачебную помощь, но ведь это экономически совершенно невозможно. С экономической точки зрения приютская помощь, хотя, быть может, она и не является идеальной, оказывается более дешевой и потому легче осуществимой.

А. Е. Цацкин объясняет, что возражавшие на его замечание оппоненты неверно поняли его мысль. Он не считает крупных специалистов, работавших в родильных приютах, не квалифицированными врачами. Но ведь они находились в приютах лишь определенное время, в остальное время наблюдение за течением

родов находилось целиком в руках акушерок, которые в одних случаях не могли сами оказать ту или другую помощь роженице, в других запаздывали с вызовом врача. Подобные случаи можно было бы найти в гросс-бухе родильного дома имени Снегирева. Учитывая экономическую немощь Губздрава, *Цицкин* находит, что выгоднее организовать более квалифицированную помощь в родильных отделениях при больницах, где имеются постоянные дежурства врачей-специалистов.

М. Л. Банищikov (аутореферат). Вопрос обсуждается не в плоскости выяснения преимуществ системы родильных приютов или родильных домов—этот вопрос, поднятый чуть не в 1883 г., решен окончательно и Акушерско-Гинекологическим Обществом в 1907 г., и отдельными работниками, как профессора *Колосов*, *Рейн* и другие, в пользу смешанной системы. „Самое тщательное изучение отчетов (Ленинград и Москва) не дает безусловных доказательств в пользу системы с крупными родильными домами, и в настоящее время, кажется, следует признать, что наилучшее в деле родовспоможения—держаться золотой середины“ (*Колосов*). „Ясно, что комиссия не могла ответить, что лучше и нужнее; лучше и нужнее и то, и другое; лучше увеличить сеть родильных приютов, добавив один родильный дом“ (*Рейн*). Вопрос обсуждается и не в плоскости выявления недостатков того или другого приюта. Устройство родильного отделения в больнице Свердлова вместо родильного приюта оказалось целесообразным только потому, что это отделение помещается в особом бараке и существует на особых условиях; это как раз те требования и условия, за которые врачи родильных приютов боролись. Позвольте напомнить важное обстоятельство: здесь же, в 1918 г., покойный *Д. А. Парышев*, авторитет которого в вопросах общественного родовспоможения незыблем, делал свой блестящий доклад об организации „единого общественного родовспоможения“. Вот начало этого проекта: „Петроградское общественное родовспоможение, составляя обособленный и весьма значительный отдел общественного здравоохранения, в целях планомерного развития и согласованной деятельности, объединяется в особую группу. Петроградское родовспоможение находится в ведении Комиссариата Здравоохранения; в нем объединяются по деятельности акушерские стационарные учреждения города: родильные приюты, родильные дома, убежища для беременных и родильниц, больничные отделения, клиники“ и т. д. Если бы мы помнили эти основы, к которым нас звал покойный *Д. А.*, нам не пришлось бы сейчас толковать о частностях нарушения сети родовспоможения, об ведомственности, об ошибке вливания приютов в больницы и о многих других, т. к. основная наша ошибка—отсутствие единения.

Л. П. Бубличенко (аутореферат). Организация родовспоможения должна удовлетворять 2 основным требованиям: 1) быть по возможности приближенной к населению; 2) предупреждать вредные последствия нерационального проведения родов. Как показал опыт участковой медицины (Организация акушерской помощи в земских губерниях—„Русский Врач“ 1911 г.), обращаемость за акушерской помощью резко падает вне селения, в котором живет врач или акушерка. Поэтому уже давно мы, участко-

вые врачи, трактовали родильные приюты, как показательную школу, лучшую школу для проведения в народ здравых понятий о родовом акте в целях профилактики. Города и Ленинград, благодаря скученности населения, находятся в лучшем положении в смысле приближения стационарной акушерской помощи к населению, и этим следует пользоваться, устраивая сеть небольших приютов, как это делалось раньше, с 1—1½-верстным радиусом. Но и городские приюты нужно рассматривать не только как лечебные учреждения, но и как показательные школы преимуществ рационального родовспоможения и профилактические учреждения, каковыми они были и в прежнее время. Это подтверждается данными о том, что каждый родильный приют имел свою клиентуру с обращаемостью до 7 раз. Присоединение родильных приютов к крупным лечебным учреждениям придает им характер только лечебных учреждений, в то время как самостоятельное существование дает им возможность свободно развиваться в сторону профилактики—охраны материнства и младенчества.

А. Я. Гольдфельд. В результате обсуждения вопроса нужно найти общий язык и достигнуть того, чтобы линия поведения Отдела Здравоохранения совпала с мнением ученого Общества. В этом отношении следует установить положения, одинаково разделяемые Обществом и Подотделом Охраны Материнства и Младенчества: 1) роды представляют собой акт физиологический, а не патологический; 2) необходимо приближение родильной помощи к населению с установлением для соответственных учреждений радиуса обслуживаемого района не свыше 1 версты; 3) количество родовспомогательных коек должно соответствовать 100% всех родов. Все остальные вопросы имеют более технический, чем принципиальный характер. С точки зрения Подотдела Охраны Материнства и Младенчества наиболее желательным было бы существование особых разбросанных по городу пунктов Охраны Материнства и Младенчества, как известных профилактических единиц. В пункт охраны входят: консультация для беременных, приют для беременных, родильный приют, консультация для новорожденных и т. д. Это идеал, к сожалению недостижимый, так как мы находимся не в облаках, а на земле. Поэтому мы выставляем принцип достижения максимума эффекта при минимуме затрат. В конечном счете безразлично, существует ли родильный дом, родильный приют или родильное отделение при больнице (при условии в последнем случае фактической изоляции от больничных отделений). При этом для сохранения полностью профилактического характера подобных учреждений, вливаемых в больницы, находящиеся в ведении Лечебного Подотдела, необходимо обеспечить и в них руководящую роль Подотдела Охраны Материнства и Младенчества. Докладчик *В. В. Желтухин* в одном месте своего доклада предлагает при сокращении учреждений идти в порядке обратном их возникновению, закрывая в первую очередь вновь возникшие учреждения Охраны Материнства и Младенчества. Этого сделать мы никак не можем, ибо уже имеем резкое падение детской смертности, как результат деятельности этих учреждений. Сдать завоеванные позиции в этом направлении мы не можем. В вопросе о сокращениях учреждений мы должны сказать, что мы достигли

предела сокращений и дальше сокращать не можем. Что касается высказанного мне упрека за употребленное мной определение „фетишизм“, то я все же думаю, что известный „фетишизм“ имел место, например, во время обсуждения вопроса о переводе Лесного Родильного Приюта.

К. К. Скробанский подчеркивает, что установленное положение о необходимости приблизить акушерскую помощь к населению заставляет признать более рациональной организацию не крупных учреждений, а мелких—типа родильных приютов.

В. В. Желтухин, отвечая на замечания *А. Я. Гольдфельд*, указывает, что упрек в отсутствии в докладе статистических данных относится не к нему, а к Подотделу Охраны Материнства и Младенчества, до сих пор не добившемуся восстановления правильной статистики родовспоможения. Отсутствие статистики много раз заставляло совещание врачей-акушеров родильных приютов указывать на недопустимость подобного положения дела. Только в день сегодняшнего заседания *В. В.* удалось получить кое-какие статистические данные из Губстатотдела; из этих данных видно, что % стационарной акушерской помощи в Ленинграде—около 80%. Далее *В. В.* указывает, что помимо установления определенного числа акушерских коек очень важно их распределение: существование большого родильного учреждения где-нибудь в центре города не улучшит положения дела в Гавани. Недопустима также и ведомственность акушерской помощи, равно как прием по классовым признакам („застрахованные“ роженицы, „незастрахованные“). При приеме роженицы в учреждение акушерской помощи недопустимы признаки классового характера, единственный допустимый признак—наличность родовых болей. В заключение *В. В.* высказывает пожелание, чтобы в результате обсуждения поднятого вопроса еще раз был определенно установлен взгляд научного Общества.

Л. Л. Окунчик предлагает поручить особой комиссии выработать резолюцию, выражающую взгляд общества на возбужденный докладчиком вопрос. В комиссию вошли: докладчик *В. В. Желтухин*, проф. *Л. Л. Окунчик*, проф. *К. К. Скробанский*, проф. *Л. А. Кривский*, *М. Л. Башников* и *П. Ф. Меркульев*.

Административное заседание.

1. Избран в действительные члены Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества д-р *Г. М. Фейертаг*.

2. Прочитано заявление д-ра *Николая Ивановича Муравьева* о желании вступить в члены Общества и краткий *curriculum vitae* его. Рекомендуют: засл. проф. *Д. О. Отт*, *Л. И. Бубличенко* и *Н. В. Терновский*. Постановлено: баллотировку произвести в следующем заседании Общества.

3. Прочитано заявление д-ра *Елизаветы Федоровны Калининной* о желании вступить в члены Общества и *curriculum vitae*. Рекомендуют: проф. *К. К. Скробанский*, *Е. Д. Тимофеев* и *О. А. Григорова*. Постановлено: баллотировку произвести в следующем заседании.

4. Следующее заседание Общества назначено на 27 ноября 1924 г.

Председатель Общества *Л. Окунчик*.

Секретарь *П. Меркульев*.

Протокол № 17 заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества.

27 ноября 1924 г.

Председательствовал проф. *Л. Л. Окинчиц*. Присутствовало 52 члена Общества и 70 гостей. Обязанности секретаря исполнял *Г. Гентер*.

1. Председатель приветствует профессоров *Р. В. Китарского* и *Л. А. Кривского* по поводу 30-летия их врачебной деятельности и отмечает их долголетнее сотрудничество в Обществе.

Р. В. Китарский и *Л. А. Кривский* благодарят общество за поздравление.

Проф. *К. К. Скробанский* приветствует председателя Общества по поводу 25-летнего юбилея.

Проф. *Л. Л. Окинчиц* благодарит.

А. Э. Мандельштам от имени Гинекологической Клиники Госуд. Института для усовершенствования врачей характеризует юбиляра как врача, шефа клиники, преподавателя и человека.

2. Секретарь Общества *П. Ф. Меркульев* оглашает заключение комиссии, избранной для суждения по вопросу о восстановлении нормальной сети родовспоможения в Ленинграде.

Комиссия Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества, избранная в заседании 13/XI 1924 г., в составе профессоров: *Л. Л. Окинчица*, *К. К. Скробанского*, *Л. А. Кривского*, врачей: *В. В. Желтухина*, *П. Ф. Меркульева* и *М. Л. Банщикова*, для суждения по вопросу о восстановлении нормальной сети Родовспоможения в Ленинграде пришла к следующему заключению в положениях:

1) Каждые роды и каждый выкидыш должны протекать в родовспомогательном учреждении.

2) Родовспомогательные учреждения должны быть двух типов: типа родильного дома и типа родильного приюта.

3) Существующее в Ленинграде число родильных домов достаточно. Практиковавшееся за последнее время закрытие родильных приютов следует немедленно прекратить и принять срочные меры к восстановлению закрытых.

Радиус обслуживаемой приютом местности не должен превышать одну версту.

4) Включение родильных приютов в состав больниц недопустимо, так как оно противоречит санитарно-профилактическому назначению приютов. С таким слиянием возможно примириться лишь как с крайностью при непременно условии архитектурного обособления родильного приюта, совершенно отдельного медицинского персонала и соблюдения особых норм жизни родильного приюта.

Вполне допустимо в профилактическом отношении слияние приютов с другими учреждениями по основному признаку Охраны Материнства и Младенчества для создания гнездности учреждений, преследующих однородные типовые задания.

5) Поступление рожениц в родильные приюты и дома, как в учреждения неотложной помощи, должно совершаться вне за-

висимости от застрахованности или какого-либо классового или ведомственного признака.

Незастрахованные состоятельные платят по себестоимости, прочие бесплатно.

б) Все родовспомогательные учреждения должны быть объединены в одну группу и управляться из центра (п/о. Охраны Материнства и Младенчества) независимо от того, к какому ведомству принадлежат они сами и поступающие в них роженицы, а также независимо от учебных и научных функций некоторых из них:

Только при объединенном управлении будут соблюдены необходимые условия для: а) равномерного наполнения учреждений, б) правильного распределения рожениц по родильным приютам, родильным домам и специальным отделениям больниц, смотря по данным предварительного наблюдения, в) для согласованного закрытия на время ремонта и проветривания, и г) для согласованного ведения статистики по карточной системе, как то велось до 1915 года, с последующей разработкой громадного научного материала.

7) В частности в отношении родовспоможения в уездах те же положения должны лежать в основе мероприятий.

3. О. Ф. Фальберг. Демонстрация уродства плода (*хондродистрофия*).

Проф. Л. А. Кривский считает желательным исследовать органы внутренней секреции. В данном случае можно предположить поражение надпочечников.

4. К. Н. Рабинович демонстрирует 2 редких препарата:

- 1) дермоид сальника;
- 2) миксофибромю слепой кишки.

Проф. А. В. Марковский спрашивает, было ли произведено микроскопическое исследование дермоида. Может быть, он образовался из добавочного яичника.

К. Н. Рабинович. Пока мы еще не исследовали опухоли, но стенки ее вероятно уже сильно изменены.

К. П. Узезко-Строганова считает важным решить, принимает ли участие яичниковая ткань в образовании опухоли.

К. Н. Рабинович. Во втором случае проф. Шор поставил диагноз миксофибромы. По Штембергу подобные опухоли бывают наружные и внутренние. Наружные выходят из наружного слоя muscularis и не суживают просвета кишки.

Проф. К. К. Скробанский, Едва ли кроме яичника или зачаточного яичника что-либо может быть источником дермоида. Но поиски ни к чему не поведут. Отшнуровка произошла вероятно очень давно, и опухоль загубила яичниковую ткань.

Наши диагностические способы очень несовершенны, наши диагнозы лишь предположительные. Каждый оперирующий гинеколог должен быть знаком с кишечной хирургией.

Р. Г. Лурье вспоминает случай гигантской опухоли, принятой за кисту. Во время операции больная погибла. Оказалось, что многокамерная опухоль исходила из lig. gastrocolicum.

А. М. Михельсон. Определили ли вы отношение опухоли к кишке? В моем случае я не захотел резецировать кишку, я вылутил опухоль; и хотя просвет кишки и сужился, все же больная поправилась.

К. Н. Рабинович. Я резецировал кишку не потому, что невозможно было вылущить опухоль, а потому, что обнаружен был пакет желез—и мы хотели оперировать радикально.

5. Проф. *В. В. Строганов* сообщает о новом кровоостанавливающем препарате *Temergin*, полученном из Англии.

Temergin (*Gynergen* немцев) есть винно-каменноокислый эрготамин.

Впрыскивание препарата ведет к немедленному, очень сильному сокращению матки. Литературные сообщения очень благоприятны. Докладчик видел успех в 6 случаях.

Проф. *К. К. Скробанский* полагает, что увлекаться новыми препаратами не следует. Часто кровотечения вначале кажутся угрожающими, спустя несколько минут кровотечение без всяких препаратов прекращается. Там, где имеется настоящая тяжелая атония, никакие средства не помогают. К цели ведет лишь перевязка сосудов.

Проф. *Р. В. Кипарский.* Для перевязки сосудов надо вскрыть брюшную полость. Механические способы ведут к ишемии матки, что в свою очередь ведет к сокращению матки.

Проф. *В. В. Строганов* горячо рекомендует препарат.

6. *М. И. Коган.* Ферментативная деятельность фибромиом матки.

Указав на развитие учения о ферментах (ферментологии или энзимологии) за последнее время, на роль их в жизни организма вообще, на их диагностическое и прогностическое значение для клиники, докладчик считает, что акушерско-гинекологическая клиника уделяла до сих пор слишком недостаточное внимание этому вопросу. В частности, фибромиомы матки никем еще не изучались (судя по данным имевшейся в распоряжении докладчика литературы).

Изучая содержание ферментов (амилазы, липазы, антитрипсина, каталазы и пероксидазы) в тканях фибромиом, докладчик обращает внимание на значение этих данных с точки зрения общей экономии организма: его ферментативной реакции на развивающуюся опухоль, предрасположения организма к ним; делается попытка рассматривать колебания (количественные и качественные) ферментов, как биологическую реакцию организма, связанную с его конституцией, и наконец, использования этой реакции для раннего распознавания опухолей, быть может остановки и предупреждения развития их путем регулирования ферментативных процессов в организме.

В докладе была дана краткая биологическая и физико-химическая характеристика ферментов и общие принципы их классификации.

Техника получения экстрактов из свежих и высушенных тканей опухолей, а также методика исследования на содержание отдельных ферментов проводилась по указаниям ныне покойного проф. *Б. И. Словова* в заведываемой им лаборатории Биологической химии Гос. Инст. Экспериментальной Медицины.

В заключение докладчик остановился на новейших достижениях в изучении опухолей и химико-биологического эксперимента в этом направлении (*В. М. Зыков, Д. В. Ненюков, Абдергальден, Мангин, Якоби* и др.) и на значении для клиники изучения „ано-

малий химизма в больном организме и химических процессов в самих новообразованиях" (*Н. А. Вельяминов*).

Всего было изучено 24 свежееудаленные фибромиомы матки. В них найдено:

Липазы в 80% — 30—40 куб. см. $1/10$ N NaOH в 100,0 свежей ткани; в среднем — 35 куб. см.

Амилазы в 92% — 20—40 куб. см. $1/100$ раствора крахмала на 1,0 свежей ткани; в среднем — 31 куб. см.

Антитрипсина в 66% индекс = 120—160, причем колебания находятся, повидимому, в связи с характером самой опухоли (миома или фиброма, сумбукозная или субсерозная); в среднем индекс = 138.

Каталазы найдены незначительные следы.

Пероксидазы ни в одной из опухолей не обнаружено.

Выводы докладчика:

1) Во всех исследованных фибромиомах найдены ферменты — липаза, амилаза и антитрипсин, что указывает на постоянный ход липолитических, амилолитических (диастатических) и протеолитических реакций в них.

2) Ферментные индексы колеблются в определенных и довольно узких рамках. Колебания антитрипсина связаны, повидимому, и с характером самой опухоли.

3) Отсутствие или весьма незначительное содержание пероксидазы и каталазы связано, вероятно, с незначительными окислительными процессами в клетках фибромиомы.

4) Изучение и исследование ферментов в больном организме женщины, в частности при опухолях, должно занять большее, чем до сих пор, место в клинике.

Во время доклада были продемонстрированы: ход исследования на амилазу, порошкообразные препараты высушенных фибромиом матки и пояснительные таблицы.

Р. Г. Лурье. Каково было отношение исследованных опухолей к матке? Насколько можно исключить участие действия слизистой матки?

М. И. Коган. В этом отношении наблюдаются колебания. Если миома сумбукозная, то антитрипсина больше, при субсерозных его меньше.

А. Э. Мандельштам. Мы можем допустить обратное ферментативное явление; напр., что мелкокистозное перерождение яичников дает толчок к образованию фибром.

Далее возможна закономерность между деятельностью ферментов и менструальными процессами.

М. И. Коган. Я бы сказал, что эту область исследований нужно расширить. Желательно поставить широкое лабораторное исследование. Динамическое равновесие, отмеченное *Claude Bernard*'ом в организме, существует. В организме отмечается координация ферментативных процессов. Ферментативная деятельность фибромиом влияет на весь организм, и *vice versa*. Уже изучается взаимоотношение между ферментативными процессами и деятельностью эндокринных желез.

Проф. Л. Л. Ожигиниц. Работа нашей клиники должна явиться побудителем к дальнейшим работам. Одной клинике подобная работа не под силу. И, может быть, в дальнейшем

можно будет достигнуть результатов в отношении диагностики и прогностики.

7. Проф. Л. И. Бубличенко. *К вопросу об abortus spontaneus praeternaturalis* (аутореферат).

Фистулы задней стенки маточной шейки, описанные Neugebauer'ом под названием *fistula cervicovaginalis laqueatica*, как показывает изучение таких случаев, почти всегда образуются в результате прохождения плодного яйца не через наружный зев, а через сквозной разрыв в задней стенке шейки—*abortus praeternaturalis*. Происхождению такого разрыва благоприятствуют: патологическая антефлексия, длинная шейка, узкий и ригидный зев. В начале происходит растяжение шейки, начиная с внутреннего зева, как при шеечном аборте (Павлов, Бубличенко, Совинов, Niess), затем разрыв,—продольный до 5—6 мес. беременности и поперечный—свыше этого срока. Такие разрывы всегда образуются на задней стенке в отличие от фистул, образующихся после срочных родов (от давления), которые располагаются на передней стенке шейки. Разрывы заднего свода плодом при выкидышах могут происходить, несмотря на значительное растяжение наружного зева, как показывают наблюдавшиеся последнее время два случая:

1) Больная 28 л., имевшая 2 срочных и 1 преждевременные роды на 7 мес., поступила в клинику с отошедшими водами при 5½ мес. беременности. В виду повышения t°, расширение гегамами до № 22 (без насилия) и введение метрейринтера. Через 6 ч. метрейринтер родился через наружный зев, а плод через разрыв в заднем своде, с рваными краями, отделявшийся от наружного зева мостиком, толщиной в одном месте с карандаш.

2) Больная 30 лет, первобеременная 5½ месяцев. Для производства искусственного выкидыша было сделано расширение шейки до № 17½; введен кольпейринтер, через 13 часов был удален и через 36 час. по введении метрейринтера родился плод и послед. Больная умерла приблизительно через 2 суток после операции от паралича сердца вследствие гриппозной инфекции при целом ряде конституциональных аномалий: недостаточное развитие зубной железы, увеличение щитовидной железы, гиперплазия лимфатического язычного кольца аденоидов, эмбриональная дольчатость селезенки, недостаточное развитие желтого тела, небольшое недоразвитие аорты, уже развившийся к 30 годам атероматоз аорты и ожирение правого сердца, стенка которого оказалась обросшей и проросшей жиром до мышечных перекладин. Признаков инфекции в половых органах не найдено. Между тем течение заболевания давало основания предполагать тяжелую септическую инфекцию, разрыв шейки считать входными воротами для нее и самый разрыв приписывать неумелым манипуляциям оперировавшего врача. В действительности следы пулевых щипцов на шейке и значительное расширение ее зева указывали на то, что расширение шейки и введение метрейринтера производились правильно, а перфорационное отверстие в шейке проделано плодом.

8. Д. И. Бопин. *К казуистике шейно-влагалищной фистулы при выкидыше.*

Прения по обоим докладом отложены.

Административное заседание.

1. Единогласно избраны в члены общества: *Н. И. Муравьев* и *Е. Ф. Калинина*.

2. Оглашено отношение Главного Курортного Управления от 26, XI 1924 г. за № 191.

Принято к сведению.

3. Оглашено отношение редакции журнала „Медицинское Обозрение“ в Париже.

Следующее заседание намечается на 11 декабря.

Председатель *Л. Ожиничи*.

Секретарь *Г. Гентер*.

Протокол № 18 заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества.

11 декабря 1924 г.

Председательствовал проф. *Л. Л. Ожиничи*. Присутствовало 39 членов общества и 47 гостей. Обязанности секретаря исполнял *П. Ф. Меркульев*.

1. Открывая заседание, председатель общества сообщил о смерти члена общества *Николая Александровича Игнатова*, скончившего с собой самоубийством под влиянием тяжелого материального положения. По предложению председателя общество почтило вставанием память скончавшегося.

2. Секретарь общества *П. Ф. Меркульев* прочитал протокол заседания общества 13 ноября 1924 г. Протокол собранием утвержден.

3. Секретарь общества *Г. Г. Гентер* прочитал протокол заседания общества 27 ноября 1924 г. Протокол утвержден собранием.

4. *Е. С. Павлова* демонстрировала обществу случай уродства плода (*Sacral-parasit*), наблюдавшийся в акушерско-гинекологической клинике медицинского института (завед. проф. *К. К. Скробанский*).

Больная, 38 лет, поступила в клинику 4/VII 1924 г. в родах; 6-ая беременность. Предыдущие роды нормальны, дети живые и здоровые. 2-ое затылочное положение плода, сердцебиение плода ясно слышно у пупка. Шейка сглажена, пузырь цел, открытие зева на 3^{1/2} пальца, головка в полости малого таза. Через 2 часа по поступлении родилась живая доношенная девочка весом 3850 гр., у которой вся крестцовая область занята врожденной опухолью, плотной, величиной с голову новорожденного. Было предположено, что данный вид уродства есть недоразвившиеся, неравномерные двойни, *Sacral parasit* или *inclusio foetalis*. Сделанная рентгенограмма показала вполне ясно, что в опухоли заключены кости черепа и мягкие ткани. Стереорентгенограмма, после инъекции аортальной системы плода, показала, что паразит питается за счет

можно будет достигнуть результатов в отношении диагностики и прогностики.

7. Проф. Л. И. Бубличенко. *К вопросу об abortus spontaneus praeternaturalis* (аутореферат).

Фистулы задней стенки маточной шейки, описанные Neugebauer'ом под названием *fistula cervicovaginalis laqueatica*, как показывает изучение таких случаев, почти всегда образуются в результате прохождения плодного яйца не через наружный зев, а через сквозной разрыв в задней стенке шейки—*abortus praeternaturalis*. Происхождению такого разрыва благоприятствуют: патологическая антефлексия, длинная шейка, узкий и ригидный зев. В начале происходит растяжение шейки, начиная с внутреннего зева, как при шеечном аборте (Павлов, Бубличенко, Совинов, Niess), затем разрыв,—продольный до 5—6 мес. беременности и поперечный—свыше этого срока. Такие разрывы всегда образуются на задней стенке в отличие от фистул, образующихся после срочных родов (от давления), которые располагаются на передней стенке шейки. Разрывы заднего свода плодом при выкидышах могут происходить, несмотря на значительное растяжение наружного зева, как показывают наблюдавшиеся последнее время два случая:

1) Больная 28 л., имевшая 2 срочных и 1 преждевременные роды на 7 мес., поступила в клинику с отошедшими водами при 5½ мес. беременности. В виду повышения t°, расширение гегамами до № 22 (без насилия) и введение метрейринтера. Через 6 ч. метрейринтер родился через наружный зев, а плод через разрыв в заднем своде, с рваными краями, отделявшийся от наружного зева мостиком, толщиной в одном месте с карандаш.

2) Больная 30 лет, первобеременная 5½ месяцев. Для производства искусственного выкидыша было сделано расширение шейки до № 17½; введен кольпейринтер, через 13 часов был удален и через 36 час. по введении метрейринтера родился плод и послед. Больная умерла приблизительно через 2 суток после операции от паралича сердца вследствие гриппозной инфекции при целом ряде конституциональных аномалий: недостаточное развитие зубной железы, увеличение щитовидной железы, гиперплазия лимфатического язычного кольца аденоидов, эмбриональная дольчатость селезенки, недостаточное развитие желтого тела, небольшое недоразвитие аорты, уже развившийся к 30 годам атероматоз аорты и ожирение правого сердца, стенка которого оказалась обросшей и проросшей жиром до мышечных перекладин. Признаков инфекции в половых органах не найдено. Между тем течение заболевания давало основания предполагать тяжелую септическую инфекцию, разрыв шейки считать входными воротами для нее и самый разрыв приписывать неумелым манипуляциям оперировавшего врача. В действительности следы пулевых щипцов на шейке и значительное расширение ее зева указывали на то, что расширение шейки и введение метрейринтера производились правильно, а перфорационное отверстие в шейке проделано плодом.

8. Д. И. Ботин. *К казуистике шейно-вагинальной фистулы при выкидыше.*

Прения по обоим докладам отложены.

Административное заседание.

1. Единогласно избраны в члены общества: *Н. П. Муравьев* и *Е. Ф. Калинина*.

2. Оглашено отношение Главного Курортного Управления от 26 XI 1924 г. за № 191.

Принято к сведению.

3. Оглашено отношение редакции журнала „Медицинское обозрение“ в Париже.

Следующее заседание намечается на 11 декабря.

Председатель *Л. Ожичин*.

Секретарь *Г. Гентер*.

Протокол № 18 заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества.

11 декабря 1924 г.

Председательствовал проф. *Л. Л. Ожичин*. Присутствовало 39 членов общества и 47 гостей. Обязанности секретаря исполнял *П. Ф. Меркульев*.

1. Открывая заседание, председатель общества сообщил о смерти члена общества *Николая Александровича Ипатова*, покончившего с собой самоубийством под влиянием тяжелого материального положения. По предложению председателя общество почтило вставанием память скончавшегося.

2. Секретарь общества *П. Ф. Меркульев* прочитал протокол заседания общества 13 ноября 1924 г. Протокол собранием утвержден.

3. Секретарь общества *Г. Г. Гентер* прочитал протокол заседания общества 27 ноября 1924 г. Протокол утвержден собранием.

4. *Е. С. Павлова* демонстрировала обществу случай уродства плода (*Sacral-parasit*), наблюдавшийся в акушерско-гинекологической клинике медицинского института (завед. проф. *К. К. Скробанский*).

Больная, 38 лет, поступила в клинику 4/VII 1924 г. в родах; 6-ая беременность. Предыдущие роды нормальные, дети живые и здоровые. 2-ое затылочное положение плода, сердцебиение плода ясно слышно у пупка. Шейка сглажена, пузырь цел, открытие зева на 3¹/₂ пальца, головка в полости малого таза. Через 2 часа по поступлении родилась живая доношенная девочка весом 3850 гр., у которой вся крестцовая область занята врожденной опухолью, плотной, величиной с голову новорожденного. Было предположено, что данный вид уродства есть недоразвившиеся, неравномерные двойни, *Sacral parasit* или *inclusio foetalis*. Сделанная рентгенограмма показала вполне ясно, что в опухоли заключены кости черепа и мягкие ткани. Стереорентгенограмма, после инъекции аортальной системы плода, показала, что паразит питается за счет

аутозита через *arteria sacralis media* главным образом и отчасти через *art. pudendae*, и расположение сосудов внутри опухоли типично для мозга. Этим и подтвержден был первоначальный диагноз. Обычно смешивают этот вид уродства и *sacral-teratom'y*. Происхождение данного уродства объясняется остановкой в развитии одного близнеца и погружением его в тело другого. Диагностика довольно трудна. Часто опухоль является препятствием для родов. Дети обычно живые, но вскоре умирают. Рентгенологический метод ценен для изучения тератологии.

Л. Л. Окунчик отмечает прекрасную разработку случая (применение рентгенологического метода и метода инъекции аортальной системы плода). Такая прекрасная разработка заслуживает подражания. Далее *Л. Л.* припоминает случай *sacral-teratom'ы*, наблюдавшийся им у одной роженицы; при этом во время родов тазовой конец застрял и роды были закончены с трудом (роды происходили на дому). Случай докладчицы интересный и *Л. Л.* от имени общества благодарит докладчицу за интересную демонстрацию.

5. Председатель общества *Л. Л. Окунчик* предлагает приступить к приемам по поводу прочитанных в предыдущем заседании общества докладов проф. *Л. И. Бубличенко* („К вопросу об *abortus spontaneus praeternaturalis*“) и *Д. И. Бошна* („К казуистике шеечно-влагалищной фистулы при выкидыше“).

Л. И. Бубличенко и *Д. И. Бошна* резюмируют в коротких словах положения своих докладов.

Г. Г. Гентер (аутореферат). В 1913 г. я собрал всю доступную мне литературу по вопросу о шеечно-влагалищных свищах. К собранным 43 случаям я добавил своих 4 случая из гинекологического отделения Обуховской больницы. Война помешала мне их опубликовать. Что касается этиологии, то я вполне согласен с *Nordmann'ом*: нет единой причины для всех случаев. Указывают на *hypoplasia uteri*, чрезмерную *anteflexio*, чрезмерно длинную шейку, ригидность зева, рубцовые, сифилитические изменения шейки. Лишь вскользь у *Nordmann'a* упоминается о спазматическом сокращении наружного зева. Думаю, что этому спазму циркулярной мускулатуры зева присуща очень важная роль в этиологии обсуждаемых разрывов. В одном из моих случаев при *abortus artificialis legalis* на 4-ом месяце мною был введен вечером небольшой метрейринтер; всю ночь продолжались очень сильные схватки, и на утро я застал оригинальную картину: наружный зев, сильно обхватывающий шейку баллона, был оттеснен кпереди; задняя стенка шейки была куполообразно выпячена, на вершине этого купола был как бы центральный разрыв, на дне которого при осмотре на зеркалах была видна черная резина баллона. Полагаю, что в обоих случаях проф. *Бубличенко* был такой же механизм, как и в случае *Witthauer'a*, где зев был туго затампонирован марлей. Травматическая теория, поддерживаемая, *Д. И. Бошным*, должна быть истолкована распространительно. В ряде случаев мы не имеем прямой травмы задней стенки шейки, а инородное тело (баллон, тампон) вызывают спазм наружного зева и сильные схватки гонят инородное тело, а за ним и плодное яйцо, не через зев, а по направлению к задней стенке шейки. Задняя стенка разрывается потому, что здесь она испытывает мак-

симальное растяжение. Самый разрыв бывает то продольным, то поперечным, то комбинированным. Интересно, что эти разрывы никогда не дают сильного кровотечения.

Что касается терапии, то *Breiter* и *Павлов* советуют мостик рассечь и травму зашить. Вместе с *Матвеевым* я тоже советую мостик рассекать, но полагаю, что зашивать не следует. Вследствие сильного размождения ткани первичное натяжение не наступает.

А. В. Марковский спрашивает проф. *Бубличенко*, почему в описанном им случае применен акушерский путь вместо хирургического. Что касается этиологии, то мотивировка *Д. И. Богина* более обоснована, т. к. травматический момент, повидимому, играет более важную роль. В одном из своих случаев *Л. И. Бубличенко* применял расширение шейки до 22 №; такое расширение не может не сопровождаться травмой. Далее был введен метрейринтер емкостью 150 г. и привешен груз в 2 фунта *А. В.* считает, что такой груз слишком велик, он не должен превышать веса жидкости в баллоне. В литературе отмечалось превышение груза, как причина образования надрывов шейки. Обследована ли была шейка матки после применения метрейринтера? Вообще, по мнению оппонента, в случаях *Бубличенко* разрыв был не спонтанный, а травматический. Для того, чтобы говорить о „спонтанном“ разрыве, нужно исключить все травматические моменты.

Р. В. Клипарский замечает, что картина, напоминающая случаи, описанные докладчиками, может быть при существовании уродства—двойной шейки: через преформированный канал 2-ой шейки может проходить плодное яйцо.

Л. А. Кривский (уатореферат). Мне приходилось уже 2 раза высказываться по докладам *Л. И. Бубличенко* по данному вопросу: один раз в нашем обществе в 1914 г., другой раз на заседании в Государственном Акушерско-Гинекологическом Институте, и оба раза я поддерживал точку зрения *Л. И. Бубличенко* в том смысле, что во многих случаях нужно допустить происхождение разбираемых свищей без непосредственной травмы. Познакомившись теперь с литературой вопроса и на основании тех данных, которые выставил д-р *Д. И. Богин* из нашей клиники, приходится согласиться и с ним в том отношении, что при детальном рассмотрении случаев в них можно почти везде найти указания на бывшие вмешательства. Как же согласовать такое противоречие? Очевидно, это возможно именно тем путем, на который указывает *Г. Г. Гентер*, который считает, что в случаях, где предшествовало вмешательство, последнее нужно понимать так, что оно сводилось не к прямому повреждению стенок матки, как на это указывал *Д. И. Богин*, а к подготовке их, к улучшению условий, могущих вызвать размождение тканей, которое затем вело к образованию свища, непосредственным же орудием их производства были или части плода, или, как в некоторых случаях упомянуто, метрейринтер. В таком духе я и понимаю происхождение подобных свищей.

Г. Л. Давыдов. Выводы обоих докладчиков противоположны, и я присоединяюсь к мнению д-ра *Богина*, что во всех таких случаях якобы самопроизвольных разрывов всегда нужно искать постороннее участие. Для уяснения механизма происхождения подобных разрывов нужно представить себе процесс сглаживания

шейки матки в первом периоде родов и превращения тела матки и шейки в одну сплошную трубку. В подобном состоянии половой трубки разрыв может произойти в нижнем сегменте, или может наступить отрыв свода. В препарате же проф. *Бубличенко* разрыв произошел ниже места прикрепления заднего свода, разорвалась задняя стенка шейки матки. Разрыв в этом месте мог произойти только при существовании резкого стеноза наружного зева матки. Этого стеноза в случае проф. *Бубличенко* не было, если предварительно было произведено расширение шейки большим номером Гегара и был даже введен кольпайринтер. Что касается случая д-ра *Гентера*, то интересно узнать, какой величины кольпайринтер был введен в матку. Емкость матки на 4-ом месяце не так велика, чтобы можно было без риска для ее стенок ввести кольпайринтер и растянуть его жидкостью. В этом периоде беременности кольпайринтер вообще неприемлем, как способ прерывания беременности. Ригидность наружного зева матки зависит не от состояния мышечной ткани шейки матки в этой области, а от состояния эластической ткани, как это доказано работами *Acconci*, *Dührssen*'a и моей.

Л. И. Бубличенко (аутореферат). Я с удовольствием констатирую большой сдвиг во взглядах со времени первого моего доклада в обществе 10 лет тому назад на эту же тему о возможности прохождения плода при выкидыше не через наружный зев, а через разрыв шейки в заднем своде. В настоящем заседании *abortus praeternaturalis* уже не отрицается. Я положительно считаю невозможным произвести инструментами такие фистулы, какие обнаруживаются после *abortus praeternaturalis*. Спорным для многих представляется только вопрос, являются ли главной причиной в происхождении фистул надрывы на шейке вследствие различных манипуляций инструментами, или указанные мною особенности строения шейки и тела матки. Нельзя считать подтверждением первого предположения указание на то, что фистулы происходили после различных манипуляций врачей и акушеров. Положение *post hoc, ergo propter hoc*—не выдерживает критики. В случае *Hiess*'a было сделано в клинике расширение гегарами только до № 10—и тем не менее произошел *abortus praeternaturalis*. Разрывы и трещины шейки происходят повседневно при расширении гораздо большем, чем в случае *Hiess*'a, а *abortus praeternaturalis* наблюдается далеко не часто, именно при указанных мною в докладе условиях и по определенному механизму. В описанном мною случае по расширению шейки было произведено обследование пальцем, и надрывов не было найдено; влечение метрейринтера производилось тяжестью в 2 фунта посредством тесемки, перекинутой через край кровати следовательно, грубого насилия не применялось; однако метрейринтер родился через наружный зев, а плод через разрыв в задней стенке шейки. На основании указанных в докладе соображений я считаю невозможным отрицать *abortus spontaneus praeternaturalis*. Признание его имеет важное судебно-медицинское значение, как указывает описанный мною 2-й случай.

Предлагаемый содокладчиком термин *abortus per vias praeternaturales* считаю несколько громоздким и не дающим понятия о произвольном выхождении плода помимо наружного зева.

Д. И. Богин в заключительном слове соглашается с широким пониманием „травмы“, как момента, способствующего образованию шеечно-влагалищной фистулы. Что касается случаев, описанных *Л. И. Бубличенко* под названием „*abortus spontaneus praeternaturalis*“, то, по мнению *Д. И. Богина*, более правильно было сказать „*abortus per vias praeternaturales*“. По поводу замечания *Л. И. Бубличенко* об интересе случаев с судебно-медицинской точки зрения *Д. И. Богин* высказывает мнение, что впереди должно идти обще-медицинское изучение того или другого вопроса, более важное и интересное для врача, чем судебно-медицинское его значение.

Л. Л. Ожичини, резюмируя прения, отмечает, что оба доклада помимо общего интереса представляют и современный интерес для судебной медицины, в виду часто встречающихся так называемых „абортных“ дел. На основании сообщений казуистики и обмена мнений нужно сделать вывод, что описанные изменения в шейке могут быть и без предварительного вмешательства.

Б. А. В. Лубоцкая сделала сообщение: „*Внутривенное введение уротропина послеоперационным больным*“.

А. В. Марковский. Я применял в 6 случаях внутривенное введение уротропина: 4 раза в акушерских случаях, 1 раз при внематочной беременности и 1 раз при цистите. Особенный интерес представляет сообщение из Пражской клиники (*Wagner'a*), где уротропин был применен в 400 случаях, причем некоторые выводы несогласны с выводами докладчика. Там установлено положение, что все операции, сопровождающиеся анатомическим смещением пузыря, не подходят для применения уротропина (напр., операция *Wertheim'a*). Метод и время применения уротропина не совпадают с методикой клиники проф. *Скробанского*. В некоторых случаях отмечены и дурные результаты: гематурия и тенезмы (до 4% случаев применения уротропина). Впрыскивание уротропина через 24—26 часов после того, как больная не помочилась; доза—5—8—10 кубиков, 3—4 раза. Судя по литературным данным, результат применения уротропина очень благоприятный. В моих случаях у послеродовых больных впрыскивание 2 кубиков 40% раствора ($t^{\circ} 37^{\circ}$) дало чудное опорожнение мочевого пузыря. Но особенный интерес представляет случай применения уротропина при старом цистите (случай я наблюдал совместно с урологом); через известное время после 40 впрыскиваний уротропина получилось такое состояние мочевого пузыря, какого не было уже очень давно. К сожалению, потом все явления пиелостита вернулись. Очевидно, уротропин дает лучший эффект при случаях свежих. Это очень важно для акушера, т. к. методов лечения пиелита *sub graviditate* почти нет. Но как раз при пиелитах беременных в клинике *Wagner'a* хороших результатов не наблюдалось.

Г. Г. Гентер (аутореферат). Литературные сообщения о внутривенном вливании уротропина при задержке мочеиспускания столь благоприятны, что мы решили испытать этот способ в гинекологическом отделении б-цы в память 25 Октября. Правда, в целях профилактики мы его не применяем. Всего у меня 4 случая: в первом — больная после восстановления тазового дна по *Pestalozza* 3 дня не могла мочиться. На 4-й день влито в вену

4,0 40% раствора уротропина; спустя 4 часа самопроизвольное мочеиспускание. Вторая больная, родильница, после наложения щипцов, не могла мочиться 3 дня; через 7 часов после вливания 4,0 раствора мочеиспускание восстановилось. Наряду с этими 2 успешными случаями мы имеем и 2 неудачи. На 5-й день после операции „*amputatio uteri supravaginalis cum adnexotomia*“ вливание 5,0 раствора уротропина осталось безрезультатным, так же как и вливание в уретру стерильного раствора борной кислоты в глицерине. В последнем случае на 4-й день операции перекрученной кисты введение 5,0 раствора также успеха не дало. Функция пузыря восстановилась лишь после того, как больная начала сидеть.

В заключение упомяну о случае несостоявшегося вливания уротропина. На 4-й день после чревосечения мною было предложено влить уротропин; случайно его в больничной аптеке не оказалось; больная же начала мочиться спустя 2 часа после обхода. Выводов я никаких не делаю, но считаю метод заслуживающим внимания и испытания на большом материале.

Р. В. Кларекий. Если действительно уротропин действует, как раздражитель нервных окончаний мочевого пузыря, то в некоторых случаях применение его могло бы иметь значение. В нашей клинике задержка мочеиспускания наблюдается редко, потому что мы рано позволяем больным поворачиваться.

В. А. Гораш. Нам, урологам, приходится часто применять уротропин; опубликованы уже сотни случаев его применения. Весь вопрос, в каких случаях применение может иметь благоприятный эффект. Где имеется механическая задержка, уротропин эффекта не дает; где имеется атония или чрезмерное сжатие сфинктера, эффект получается хороший. Некоторые трудности представляет приготовление препарата для внутривенного введения.

К. К. Скробанский. Вопрос о значении внутривенного введения уротропина еще не может быть решен окончательно, но повидимому полезное действие такого введения имеется и нужно продолжать дальнейшие наблюдения в гинекологических клиниках. Что касается методики проверки метода, то я думаю, что мы поступили правильно, выбрав определенные группы случаев с применением уротропина и сравнивая с аналогичными случаями, где уротропин не применялся. Рядом со случаями рефлекторной задержки мочеиспускания нужно испытывать уротропин и в случаях, где мочевого пузыря задет, поврежден. Если после операции *Wertheim*'а уротропин не дает эффекта, то это и понятно, по тяжести травмы, но против самого метода это вовсе не говорит. Докладчица справедливо говорит, что случаев мало. Нужно продолжать наблюдения, и сравнительная оценка приведет к решению вопроса.

П. Е. Пионтек-Файнберг сообщает об успешном применении уротропина при некоторых заболеваниях, напр., мочекишечном диатезе, климактерических кровотечениях и т. д.

К. Н. Рабинович. Стремление бороться с *ischuria* заставляет применять различные средства в послеоперационном периоде. Так, в Центральном Госпитале Скорой Помощи хирургами применяется *sol. kali acetici* (2—3 столов. ложки в день) с желатель-

ным эффектом; если больная была катетеризирована, эффект получается хуже. Но по моим наблюдениям действие уротропина—лучше.

Г. Л. Давыдов (аутореферат). Отзывы иностранных авторов о влиянии внутривенного применения уротропина на послеоперационные задержки мочеиспускания восторженные, но до сих пор нет объяснения причины этого влияния. Уротропин, разлагаясь в организме, выделяется почками в виде формальдегида. Чтобы понять механизм влияния последнего, необходимо вспомнить физиологию акта мочеиспускания. Акт этот складывается из момента раздражения слизистой пузыря, особенно шейки его, и последовательного рефлекторного сокращения *detrusor'a* и расслабления *sphincter'a*. При функциональном расстройстве мочеиспускания еще можно найти объяснение действия уротропина, но последний, конечно, не будет влиять там, где в основе задержки мочеиспускания лежит механическое препятствие в виде отека шейки пузыря, как это часто наблюдается в послеродовом периоде. Задержку же мочеиспускания после операции на наружных половых частях и во влагалище мы должны рассматривать, как расстройство рефлекторной деятельности, при которой уротропин может оказать свое влияние. Этим же нарушением рефлекторного акта можно объяснить задержку мочеиспускания при больших отсепаровках мочевого пузыря, когда травмируется нервная система его. У женщин при длине уретры в 3—4 см. нет особого риска в чистой катетеризации. Прибегать же в каждом случае задержки мочеиспускания к внутривенному введению уротропина и не быть уверенным в успехе—лично меня склоняет в пользу катетеризации.

А. В. Лубоцкая говорит заключительное слово.

Л. Л. Окунчиц, резюмируя прения, благодарит докладчицу за сообщение, которое должно явиться толчком к дальнейшим клиническим наблюдениям над внутривенным применением уротропина.

Административное заседание.

1. Прочитан протокол заседания 13/XI; протокол утвержден.
2. Прочитан протокол заседания 27/XI; протокол утвержден.
3. Заслушано заявление и curriculum vitae д-ра *М. Д. Ганелиной* (рекомендуют: *Л. Л. Окунчиц*, *Л. А. Кривский*, *Г. Г. Гейтер*). Постановлено: баллотировать в следующем заседании Общества.
4. Обсуждался вопрос о предполагаемом закрытии 2 городских родильных приютов: 1-го Нарвского, который предполагается перевести в больницу в пам. 25 Октября, и Василеостровского, который предполагается влить в Родильный дом имени Видемана. После обмена мнений, в котором участвовали *Г. Г. Гейтер*, *В. В. Желтухин*, *О. А. Бунина*, *А. М. Шустер*, *К. К. Скробанский*, *Н. В. Терновский*, постановлено поручить проф. *Л. Л. Окунчицу* и проф. *К. К. Скробанскому* довести до сведения Завед. Губздравом постановление Общества о восстановлении сети родильных приютов в Ленинграде.
5. По предложению Председателя Общества проф. *Л. Л. Окунчица* обсуждался вопрос о расстреле в Эстонии д-ра *Полякова*, оказывавшего врачебную помощь раненым при восстании. После

обмена мнений было единогласно вынесено следующее постановление:

„Научное Ленинградское Акушерско-Гинекологическое Общество, узнав о расстреле д-ра *Полякова* в Эстонии, считает своим долгом громко заявить свой протест против такого возмутительного факта. Врач должен оказывать помощь страдающему человеку при всяких обстоятельствах, независимо от его партийности, национальности“.

Общество поручает председателю сообщить это постановление прессе.

6. Следующее заседание Общества назначено на 8 января 1925 года.

Председатель Общества *Л. Окунчин*.
Секретарь *П. Меркульев*.

Краткий отчет о деятельности Научного Общества Охраны Материнства и Младенчества в 1924 г.

В отчетном году Об-во имело 13 заседаний: одно общее распорядительное, одно, соединенное с акушерско-гинекологическим Обществом, семь—очередных и 4 заседания Совета Об-ва.

Заслушаны и проработаны в заседаниях след. доклады:

Проф. *В. В. Белоусова*. Рациональные формы женского труда и его организация в СССР.

Д-р *А. Я. Гольдфельд*. Постановка дела Охр. М. и Мл. на Украине.

Д-р *Т. А. Кандинова*. Итоги годовой профилактической работы Консультации для беременных в борьбе с эклампсией.

Проф. *Л. Г. Личкус*. Роль противозачаточных средств в борьбе с искусственным выкидышем.

Проф. *П. И. Люблинский*. Постановка дела Охр. Мат. и Мл. на Западе за последние годы.

Д-р *А. Э. Мандельштам*. К вопросу о биологической связи между матерью и младенцем.

Д-р *В. О. Мочан*. Институт Охр. Мат. и Мл. в Ленинграде и его задачи.

Д-р *А. И. Чистякова*. О влиянии раннего смешанного вскармливания и самой перемены состава пищи на физическое развитие грудного ребенка.

Д-р *Шустер-Кадыш*. Детская смертность и рождаемость в связи с Социальн. факторами с точки зрения Охр. Мат. и Мл.

Рецензии.

К. Франц. Гинекологические операции.

Я с особенным удовольствием пользуюсь возможностью высказать свое мнение о только что появившейся в печати книге *К. Франца*, так как она произвела на меня наилучшее впечатление; главное достоинство ее я вижу в том, что она не представляет собою обычного руководства по оперативной гинекологии, где в систематическом порядке изложены по возможности все самые разнообразные способы оперативной техники, а является результатом весьма продолжительного личного опыта, полученного одним из виднейших сейчас гинекологов на громадном оперативном материале в шесть с лишним тысяч случаев.

Это я считаю особенно ценным, так как все, что предлагается автором, им проверено и глубоко продумано, поэтому оно должно иметь большое значение при разрешении целого ряда вопросов в оперативной гинекологии, которые до сих пор еще остаются спорными.

Конечно, сейчас никто не будет спорить, что для хорошего хирурга прежде всего требуется техника и знание анатомии, но в некоторых важных вопросах еще существует разногласие; возьмем напр., вопрос о материале для швов; в то время как одни являются горячими сторонниками шелка, другие исключительно пользуются кэтгутом, и мне чрезвычайно приятно было видеть, что автор пользуется кэтгутом, так как я придаю этому обстоятельству весьма важное значение в смысле успеха операции, особенно при погружных швах.

И другие общие положения автора не встречают с моей стороны возражений, напротив, все они кажутся мне чрезвычайно целесообразными и побуждают нас их испытать, если они отличаются от принятых нами, за исключением способов обезболивания; автор для этого пользовался почти исключительно спинномозговой анестезией, мы же, наоборот, применяем почти всегда общий ингаляционный наркоз, и приводимые автором результаты не побуждают нас изменить наш образ действий.

Что касается специально оперативной техники, то нельзя не приветствовать горячо указаний автора на то, чтобы по возможности меньше касаться операционного поля руками, а пользоваться для этого соответственным инструментом; также чрезвычайно ценным я нахожу указание на необходимость обращать особенное внимание на тщательную перитонизацию культей и перевязку сосудов, которая должна производиться после того, как сосуды предварительно взяты в зажимы и подлежащие удалению ткани или органы отделены.

Я не могу здесь входить в детальную критику всех тех отдельных оперативных приемов, которыми пользуется автор; у каждого оператора есть свои излюбленные методы, которые в его руках дают прекрасные результаты, как мы это видим из тех цифр и статистических данных, которые приводятся автором.

Кроме сказанного нельзя не отметить еще одной чрезвычайно интересной и оригинальной особенности разбираемой нами книги;

я имею в виду иллюстрации ее цветными фотографиями, сделанными с натуры; в смысле их наглядности и поучительности никакой рисунок их конечно заменить не может, и можно только приветствовать это начинание и пожелать ему дальнейшего развития.

Профессор *Л. Окличчи*.

Проф. Ф. Н. Ильин. Руководство для практических работ по оперативному акушерству для врачей и студентов. Баку, 1925. Кооп. изд. „Бакинский Рабочий“.

Нельзя не согласиться с автором, что „нигде в другой стране, более, чем у нас в России, врач не был вынужден работать по всем специальностям и в частности по акушерству, и в то же время нигде, как у нас, не отдавалось так мало внимания практическому изучению акушерства“, а также и с тем, что „оперативное акушерство является самой трудной для усвоения и в то же время самой необходимой отраслью в практической деятельности всякого врача“...

Причин для этого много: и большие курсы студентов, и малое количество коек в акушерских клиниках, и подчас недостаточное количество преподавательского персонала, и перегруженность студентов с отсутствием стажирования в таких, чисто практических специальностях, как акушерство, к которому более, чем к другим отраслям медицины, подходит определение не только науки, но и искусства, постигаемого и долгим опытом, и вдумчивым, сознательным отношением к каждому отдельному случаю, требующему к тому же быстрой и верной ориентировки; это, действительно, задачи жизни, от правильного разрешения которых зависит жизнь или смерть двух существ.

Путь, избранный автором, для достижения этой цели, для большей подготовки будущих врачей и деятелей в этой ответственной работе, не так нов, но он верен и должен достигнуть своей цели. На русском языке имеется оригинальная книга „Сборник акушерских задач“ проф. *В. В. Строганова* и переводная — „Акушерский семинарий“ *Липмана*, но это не мешает и новой книге получить свое место в преподавании. Книга составлена вроде катехизиса, в вопросах и ответах, при чем последовательно разбираются: костный таз и головка, механизм родов, занятия на фантоме и трупике, затылочное предлежание, лицевое, лобное, глубокое поперечное стояние головки, ягодичное предлежание, плоский таз и общесуженный, щипцы в разных видах их применения, поперечное положение и его лечение, извлечение, перфорация и декапитация.

Вопросы и ответы расположены на страницах так, что занимают каждые свою половину страниц, и потому могут служить не только руководством для преподавателя, но и самоучителем и, наконец, даже карманным справочником; ответы даны лаконичные, но при всяком описании оперативных приемов последние описываются детально. Книжка очень портативна, имеет 106 страниц и очень доступна по цене (75 коп.). Можно считать ее полезной и пожелать ей распространения. Проф. *Л. Кривский*.



Истор. У. Арлов

ЖУРНАЛ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Орган Акушерско-Гинекологического Общества в Ленинграде.

Том XXXVI. Ноябрь 1925 г. Декабрь Книга 6.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

ЛII.

Проф. Всеволод Николаевич Орлов.

(К 35-летию научно-врачебной и 20-летию профессорской деятельности).

Проф. В. А. МИШИНА (Воронеж).

Имя *Всеволода Николаевича Орлова* занимает место в почетном ряду имен, составляющих гордость русской гинекологии: как вдумчивый, просто и точно мыслящий, строго критически настроенный во всем, касающемся любимой им дисциплины, ученый *В. Н.* известен всякому русскому гинекологу. Кроме того, имя *В. Н.* особенно дорого и ценно всем знающим его лично; как редкой душевной ясности человек, как тонкий диагност и выдающийся хирург, как талантливый педагог *В. Н.* знаком каждому, кому приходилось и приходится соприкасаться с ним в жизни и в работе.

Ныне исполняется 35 лет научно-врачебной деятельности и 20 лет профессорской деятельности его. Легко понять, с какими радостными чувствами встречаются эти два юбилея всяким, имеющим счастье быть их свидетелем. Надо полагать, эти чувства будут разделены всеми, кому дорого процветание науки о больной женщине. Мне думается, две упомянутые годовщины позволяют перелистать поучительные страницы жизни дорогого юбиляра.

В. Н. родился 29 ноября 1866 года в г. Астрахани. Окончив с медалью Астраханскую гимназию, он поступил в 1885 г. в Военно-Медицинскую Академию, где он снискал любовь своих однокурсников, как прекрасный товарищ и выборный представитель их, и обратил на себя внимание преподавателей, как способный и трудолюбивый ученик. Получив при окончании Академии высокую награду — премию *Иванова* с занесением имени на мраморную доску, он был оставлен при клинике проф. *А. И. Лебедева* для усовершенствования. Там он провел 3 года, состоя сначала в должности ординатора, а затем заведывающего родильным отделением. Сдав за это время докторантские экзамены и написав диссертацию „Клинический отчет о 200 чревосечениях,

произведенных проф. А. И. Лебедевым с 31 октября 1884 года по 18 апреля 1892 года“, он получил в 1893 г. степень доктора-медицины.

По истечении положенного срока работы В. Н. при Академии, Конференция последней рассмотрела его научную деятельность, пришла при этом к самым лестным выводам и командировала его для дальнейшего усовершенствования в заграничную поездку на казенный счет. За границей В. Н. прожил около двух лет, работая в клиниках известных профессоров Германии, Австрии и Франции, как-то: *Olshausen*'а и *Gusserow*'а в Берлине, *Leopold*'а в Дрездене, *Fritsch*'а в Бонне, *Pawlik*'а в Праге, *Küstner*'а в Бреславле, *Zweifel*'я в Лейпциге, *Fehling*'а в Галле, *Schantz*'а и *Chrobak*'а в Вене, и многих других; у *Wahldeyer*'а в Берлине он изучал эмбриологию, а у *Hünter*'а занимался по бактериологии. Особого упоминания заслуживает следующая работа его за границей. У *Heidenhain*'а в Бреславле он доказал активное отношение брюшины к жидкостям, попадающим в брюшную полость при некоторых операциях, производимых на женской половой сфере; у *Chiari* в Праге, изучая фибромиомы матки, он нашел, что таковые появляются не в результате деятельности микробов, а как следствие влияния на гладкую мышечную ткань желез, находившихся в покое и начавших под влиянием каких либо импульсов раздражающе действовать; у *Leopold*'а в Дрездене он доказал, что паразиты, находимые некоторыми исследователями в раковых опухолях, являются ничем иным, как патологическим изменением клеток этой ткани. Занятия за границей дали В. Н. возможность написать 6 работ, тогда же опубликованных частью в Германии, частью в России.

В 1896 г. В. Н. возвратился из своей поездки. В том же году, после рассмотрения его научных трудов специальной комиссией, представившей наилучшие отзывы, и по прочтении им обычных двух пробных лекций, Конференция Академии дала ему звание приват-доцента при кафедре Акушерства и Женских болезней. Спустя некоторое время В. Н. занял должность штатного доцента и ассистента клиники. Находясь в этих должностях он читал в Академии лекции по общей терапии женских болезней, написал по этому курсу учебник, заведывал бактериологической лабораторией клиники, руководил занятиями студентов по оперативному акушерству, вел научные занятия с врачами клиники, причем под его руководством были написаны диссертации докторантами *Музалевым*, *Неводничанским*, *Цвирко*, *Лавриновичем*, *Мансветовым*, *Релишони*, *Недлером*, *Лебедевым*, *Орловым*, *Ширшовым*, *Галацеров*, *Кривошеиным* и др. Кроме выполнения всех перечисленных сложных обязанностей по должности он работал как консультант в Татьянинском Городском Родильном Приюте.

В 1905 г. В. Н. был избран Медицинским Факультетом Новороссийского Университета, ныне Одесского Государственного Медицинского Института, на должность заведывающего кафедрой и клиникой Акушерства и Женских болезней. Горячо и преданно принялся В. Н. за профессорскую деятельность. Неустанно трудясь, отдавая все свои силы дорогому для него делу, поневоле заражая всех сотрудников своей изумительной энергией, В. Н. достиг того, что в первые же месяцы его работы в Одессе Аку-

шерско-Гинекологическая клиника стала образцовым лечебным учреждением. *В. Н.* оборудовал ее, руководствуясь лучшими заграничными примерами, развернул деятельность ее до высших пределов, ввел строжайший научный метод во всякую выполняющуюся в ее стенах работу. Клиника поднялась во всех отношениях на огромную высоту, чему лучшим доказательством служили увеличившийся до небывалых размеров приток больных и беспрестанно возрастающий наплыв врачей, желавших попасть к *В. Н.*, чтобы учиться у него теории и практике, и работать под его руководством.

С началом учебного года *В. Н.* приступил к чтению нескольких курсов студентам и сразу проявил себя как прекрасный преподаватель; с поразительной ясностью он излагал слушателям свои мысли, касаясь подчас сложнейших вопросов; стремясь к наибольшей показательности чтения, он иллюстрировал лекции световыми картинками, препаратами макроскопическими и микроскопическими, таблицами, диаграммами и проч. Неудивительно, что быстро и легко *В. Н.* завоевал все симпатии студентов, что аудитория клиники обыкновенно была переполнена в те часы, когда с кафедры звучала его речь, что на экзаменах ему так и не пришлось столкнуться с незнанием предмета студентами, поощававшими его лекции.

Считая одну клинику недостаточной для удовлетворения всех запросов преподавания большому количеству студентов, *В. Н.* принял на себя трудные и сложные обязанности директора Одесского Городского Родильного Дома (1907—1918 г. г.), где студенты могли наблюдать сотни рожениц и, благодаря этому, за время своего пребывания в Университете изучить акушерство во всей его полноте. С подобной же мыслью он основал поликлинику для оказания помощи рожаящим на дому, что позволяло студентам научиться вести патологические роды и познакомиться с выполнением акушерских операций в случайной домашней обстановке.

Как врач, *В. Н.* был всегда объектом удивления и преклонения всех окружающих. С особенной тонкостью ставились им диагнозы; тщательно и строго он взвешивал каждую черточку анамнеза и объективного исследования и, в конце концов, делал безукоризненно правильный вывод. С необыкновенной красотой техники он производил труднейшие операции; твердо, уверенно, без колебаний он действовал у операционного стола и по выполнении хирургического вмешательства достигал лучших из всех возможных для данного случая результатов; просто и спокойно он выходил из всякого возникшего в процессе оперирования затруднения. Наклоняясь с ножом в руке над больной, он никогда не забывал правила, которое сам себе поставил—сохранять возможно больше половые органы оперируемой.

Весьма большое количество проходивших через клинику больных давало *В. Н.* и работавшим у него врачам неисчерпаемый материал для всевозможных исследований и работ по всем отделам акушерства и гинекологии. Сам *В. Н.* уделял научной деятельности значительную часть своего времени. За двадцать лет профессорской работы, с 1905 г. по 1925 г., из под его пера вышло несколько десятков научных трудов. Он разрабатывал

в них самые разнообразные отрасли своей специальности; особенно много внимания он посвятил таким вопросам, как внема- точная беременность, фибромиомы матки, влагалищное чревоесе- чение, грязевое лечение женских болезней, родоразрешение при узком тазе, преступный выкидыш и многим другим. По обилию фактических данных, по изумительной эрудиции автора, по важности выводов, работы *В. Н.* являются поистине ценным вкладом в русскую акушерскую и гинекологическую литературу. Много- летняя врачебная практика и долгая преподавательская деятель- ность дали возможность *В. Н.* выпустить в свет учебник по женским болезням, недавно вышедший вторым изданием, и на- писать руководство по оперативному акушерству, ныне подго- товяемое к печати.

Работавшие в упомянутый период — с 1905 г. по 1925 г. — в клинике врачи выполнили под руководством *В. Н.* свыше 120 научных работ. Часть этих работ была доложена в Одесском Акушерско-Гинекологическом Обществе, созданном врачами аку- шерами и гинекологами Одессы по идее *В. Н.*; с самого основа- ния Общества *В. Н.* неизменно избирался в нем председателем и всегда принимал деятельное участие в его трудах. Из числа работавших при клинике врачей впоследствии самостоятельно заняли кафедры прив.-доц. *Г. И. Томсон* — в Одессе, прив.-доц. *Ф. В. Букоемский* — в Одессе, прив.-доц. *В. Д. Брандт* — в Харь- кове, прив.-доц. *Б. К. Гогоберидзе* — в Тифлисе, д-р *Г. Ф. Цома- кион* — в Екатеринославе, прив.-доц. *В. А. Мишин* — в Воронеже. Последними тремя, при ближайшей помощи *В. Н.*, были написаны диссертации на предложенные им темы.

Сталкиваясь при своей многообразной деятельности с сот- нями лиц, *В. Н.* поражал каждого своими высокими душевными качествами. Всегда со всеми он умел поддерживать прекрасные, добрые, теплые отношения. Прибегавшие к его помощи больные неизменно встречали с его стороны самое мягкое, самое внима- тельное участие; студенты знали в нем в высшей степени отзыв- чивого и снисходительного преподавателя; желавшие работать в клинике врачи никогда не встречали отказа. Тщательность и точность в работе *В. Н.* ни в коем случае не приводили его к сухости и педантичности с сотрудниками; напротив, всегдаш- няя чуткость, всегдашняя приветливость невольно привлекали к нему последних.

И остается пожелать, чтобы *Всеволод Николаевич* пользо- вался по праву заслуженными известностью в ученом мире и любовью среди окружающих еще многие годы.

ЛШ.

Из Акушерско- Гинекологической Клиники Одесского Мед. Института.
(Завед. проф. В. Н. Орлов).

О хирургическом лечении фибромиом матки *).

Проф. В. А. МИШИНА.

Повторное обсуждение общеизвестного вопроса об оперативном лечении фибромиом матки, если только оно базируется на многочисленных случаях, проведенных при однородных условиях, может быть далеко не бесполезным даже теперь, когда клиника и хирургия этого страдания принадлежит к числу наиболее разработанных вопросов. При сопоставлении полученных таким образом результатов с данными других авторов представляется возможность произвести сравнительную оценку способов операции и высказаться за большую или меньшую пригодность сделанных в этом отношении предложений, так как и в настоящее время еще отсутствуют вполне тождественные взгляды гинекологов на некоторые моменты оперативного вмешательства.

Кроме того, при современном состоянии вопроса, когда дело лечения фибромиом матки вступило в новую фазу своего развития—лечения неоперативного—стремление подвести итоги хирургически проведенных случаев может оправдываться желанием сопоставить в дальнейшем конечные результаты, достигнутые совершенно различными путями. Особенно относится это к сравнению с данными рентгенотерапии, которая в этом отношении в довольно короткий срок достигла таких результатов, что некоторые авторы (*Gauss, Döderlein* и др.) делают довольно уверенные заключения о полном излечении больных, с чем, однако, многие на основании своего личного опыта не считают пока возможным согласиться. И прежде, чем будут получены убедительные для всех факты такого благотворного влияния физиотерапии, приходится считаться с несомненно достигнутыми в этой области успехами оперативного лечения. Данные из области хирургии фибромиом матки, ввиду частоты этого страдания женщины, сказывающегося иной раз тяжелыми явлениями и требующего немедленной помощи, должны быть далеко не безинтересными, особенно для практического врача, принужденного работать при современных условиях, когда часто не представляется возможности выбора между хирургическим вмешательством и физиотерапией, и потому поставленного в необходимость идти только по пути оперативного лечения.

*) Доложено на II съезде хирургов Одесской губернии в 1924 г.

Поэтому я позволю привести краткий обзор случаев фибриомом матки, оперированных проф. В. Н. Орловым в его Акушерско-Гинекологической клинике, где за период времени с 1906 г. по 1923 г. включительно по данному поводу произведено было 350 чревосечений.

Возраст оперированных колебался от 22 лет (2 сл.) до 55 лет, причем, как видно из следующей таблицы, наибольшее число больных было в возрасте от 36 л. до 45 л.

Распределение оперированных по возрасту.

Возраст больных	22—25 л.	26—30 л.	31—35 л.	36—40 л.	41—45 л.	46—50 л.	51—55 л.	Всего
Число больных	13	34	55	96	84	49	19	350

По семейному положению замужних больных было 263, незамужних 21, девиц 32, вдов 34.

В зависимости от беременности: рожавших один раз было 22 больных, рожавших несколько раз 34, рожавших и абортировавших 49, имевших только аборт 27, не бывших ни разу беременными 198 и, наконец, имевших беременность ко времени оперативного вмешательства было 21 больная.

В большинстве случаев показанием к операции служили симптомы, которыми обычно сказывается это новообразование. Будучи различными по своему характеру и далеко не в одинаковой степени выраженными, они частью находились в зависимости от сопутствующих болезненных процессов, так как, помимо наличия фибриомы матки, подчас имелись еще резко выраженные изменения придатков ее. Только у 255 больных совершенно не наблюдалось осложнений со стороны других органов половой сферы и при этом условии приходилось считаться с явлениями, обусловленными исключительно наличием опухоли. Но и в таких случаях жалобы больных, большею частью, были крайне разнообразными и многочисленными, что указывало на целый ряд расстройств как местного, так и общего характера; и лишь в немногих из этих случаев страдание проявлялось единичными симптомами, иной раз, крайне ничтожными, несмотря на значительные размеры опухоли и быстрый рост ее; в некоторых же случаях болезненных явлений совершенно не наблюдалось и больные настолько хорошо себя чувствовали, что даже не подозревали о существовании у них опухоли.

Так, в случаях, в которых не было одновременно существующих заболеваний придатков матки, приходилось считаться со следующими симптомами страдания: кровотечения во время месячных были в 134 случаях, кровотечения в межменструальные промежутки в 41 сл., боли в нижней части живота и в пояснице в 154 сл., боли во время месячных в 8 сл., тяжесть внизу живота в 23 сл., частое мочеиспускание в 42 сл., резь и боль при мочеиспускании в 18 сл., затрудненное мочеиспускание в 7 сл., за-

поры в 64 сл., тошнота в 1 сл., сердцебиение в 45 сл., головные боли в 19 сл., явления со стороны нервной системы в 43 сл., общая слабость в 16 сл., стесненное дыхание вследствие величины опухоли в 2 сл. и, наконец, в 12 случаях не было никаких жалоб.

Таким образом, показанием к хирургическому вмешательству обыкновенно служил целый ряд, более или менее, резко выраженных расстройств; но нередко операция предпринималась и в таких случаях, когда симптомы страдания были ничтожными, а иногда даже при полном отсутствии каких бы то ни было явлений, которые можно было бы поставить в зависимость от опухоли и показанием к операции тогда было только наличие опухоли.

Такого взгляда клиника придерживается на основании тех соображений, что фибромиома матки, несмотря на свой доброкачественный характер, далеко не безразлична для организма женщины, ибо, помимо всего, она влечет за собой подчас серьезные вторичные изменения. В самом деле, операция, своевременно невыполненная и отложенная из-за отсутствия непосредственно причиняемых опухолью и сколько нибудь тягостных для больной расстройств, может в дальнейшем стать действительно жизненно необходимой, а между тем по причине оказанного со временем неблагоприятного влияния на сердце (Strassmann, Lehmann, Hofmeier), наступающих склеротических изменений и жирового перерождения intimaе сосудов и пр. вмешательство для больной будет уже несравненно более тяжелым, причем не исключается возможность возникновения впоследствии даже противопоказаний к таковому; между тем в молодом возрасте, до развития в организме вторичных изменений, удаление опухоли больная перенесет значительно легче, так как силы ее не будут надорваны. Кроме того, промедление здесь имеет еще и ту отрицательную сторону, что опухоль, бывшая до того меньшей величины, за период времени, на который откладывается оперативное вмешательство, может значительно увеличиться в своих размерах, и тогда, как показывает практика, не всегда будет возможным ограничиться только удалением новообразования и сохранить матку, к чему в клинике всегда было стремление, особенно, если это касалось молодой женщины.

Последнему обстоятельству, т. е. возрасту больных, во всех случаях уделяется большое внимание и не только при выборе способа операции, но и при решении вопроса о необходимости применения вообще какого-либо хирургического пособия, так как в настоящее время установлено и вполне подтверждается случаями, наблюдавшимися в нашей клинике, что наступление климактерического периода оказывает задерживающее влияние на рост опухоли и даже бывает связано с обратным развитием ее. Впрочем, такое благотворное влияние климактерического периода, иногда наступающего к тому же позднее обыкновенного, сказывается лишь в известном числе случаев (по Kottmann'у в 75%) и расчет обойтись без операции может не оправдаться; в этот период рост опухоли в силу тех или других изменений ее не только не прекращается, но даже значительно усиливается и тогда несмотря на возраст больной, близкий к климактерическому и при наличии такового, является безусловно показанным немедленное вмешательство.

При возникновении сомнения о необходимости операции или возможности совершенно избежать ее, вопрос решался не только путем изучения особенностей случая в данный момент и знакомства со всей историей болезни, но и тщательным наблюдением за больной в течение времени, необходимого для этого и различного для каждого отдельного случая. Во многих случаях, в виду подмеченного прекращения роста опухоли и уменьшения ее в связи с наступлением климакса, операция не считалась целесообразной, причем такие больные находились под наблюдением амбулаторно. Только у 49 больных в возрасте от 46 до 50 лет и у 19-ти в возрасте от 51 до 55 лет по причине усиления вызываемых фибромиомой расстройств и не прекращающегося роста ее были настойчивые показания к хирургическому вмешательству, какое иной раз предпринималось не при вполне благоприятных к тому условиях со стороны сердца и общего состояния больных.

Если в подобных случаях при прочих равных условиях вопросу о выборе консервативной или более радикальной операции придавалось меньше значения, как и в случаях, когда больные были близки к климактерическому периоду или страдали еще двусторонним заболеванием придатков матки при резко выраженном анатомическом изменении их, то во всех остальных случаях всегда было стремление оперировать консервативно с тем, чтобы удалить только новообразование и сохранить матку способной в дальнейшем к продолжению присущих ей функций; при этом, само собой разумеется, что подобный метод операции применялся там, где сообразно особенностям случая это оказывалось возможным.

Все прооперированные на основании такого руководящего принципа случаи по роду чревосечения, с указанием одновременно произведенных операций на придатках матки и летального исхода, могут быть распределены следующим образом:

А. Надвлагалищное чревосечение.

1. Надвлагалищная ампутация матки	181	сл.	3	см.	сл.
2. Надвлагалищная ампутация матки и удаление придатков матки с одной стороны	56	"	6	"	"
3. Надвлагалищная ампутация матки с двусторонним удалением придатков матки	32	"	1	"	"
4. Вылущение межесвязочных и заднешеечных узлов опухоли и надвлагалищная ампутация матки	12	"	—	"	"
5. Вылущение межесвязочных и заднешеечных узлов опухоли и надвлагалищная ампутация матки с односторонним удалением придатков последней	—	"	—	"	"
6. Вылущение межесвязочных и заднешеечных узлов опухоли и надвлагалищная ампутация матки с двусторонним удалением придатков последней	2	"	1	"	"
7. Вылущение междуточных и межесвязочных узлов опухоли с сохранением матки	16	"	2	"	"
8. Удаление подбрюшинных фибромиом	37	"	—	"	"
9. Удаление заднешеечной фибромиомы и придатков матки с одной стороны	1	"	1	"	"
10. Полное удаление матки	1	"	—	"	"

Итого 342 сл. 14 см. сл.

Б. Влагалищное чревосечение.

1. Полное удаление матки	7 сл.	1 см. сл.
2. Консервативная миомектомия	1	—

Итого 8 сл. 1 см. сл.

Как видно из этих данных, надвлагалищная ампутация матки в общей сложности была выполнена 287 раз, что составляет 85,67% всего числа рассматриваемых случаев.

Однако, далеко не у всех гинекологов эта операция пользуется таким предпочтением, а некоторые из них приводят различные доводы против применения ее вообще, считая самый принцип операции нерациональным. Кроме того, сомневаясь в возможности достижения таким путем лучших результатов, они указывают на большой риск, которому подвергаются при этом больные сравнительно с другими способами оперативного лечения фибромиом матки.

При таком разногласии авторов по данному вопросу приходится для выяснения спорных сторон отметить основания столь широкого применения в клинике надвлагалищной ампутации матки и вместе с тем указать на некоторые детали выполнения самой операции, так как и в этом отношении, даже со стороны приверженцев ее высказываются различные мнения.

Так, ввиду вскрытия при этой операции полости матки А. А. Редлих предостерегает производить предварительное зондирование ее, в особенности незадолго до операции, из боязни возникновения последующей инфекции на почве неизбежного, по его мнению, занесения в полость матки микробов из цервикального канала. Однако, в противоположность его взгляду, в клинике почти всегда производилось предварительное зондирование полости матки, что обыкновенно предпринималось для подтверждения поставленного до того диагноза или же являлось положительно необходимым для точного выяснения сущности страдания. Каких либо плохих последствий при этом наблюдать не приходилось, несмотря на применение такого зондирования за 1—2 дня до операции.

По распознавании заболевания, прежде, чем окончательно решить вопрос о пригодности оперативного лечения при общем исследовании организма больной, всегда придавалось особое значение состоянию сердечной деятельности, ибо на почве пониженной сопротивляемости сердца миоматозных больных могут возникнуть серьезные и опасные осложнения вплоть до неожиданного смертельного исхода. В литературе имеются не единичные указания на такие случаи, когда после операции, технически прекрасно выполненной, больные спустя некоторое время внезапно погибали.

Согласно с этим и на основании личных наблюдений, в известном числе случаев, при наличии тех или других изменений со стороны сердца, считалось более правильным совершенно отказаться от оперативного пособия, чем определенно рисковать жизнью больной, если только не было действительно настойчивых показаний к применению операции. И, наряду с ними, в 6 слу-

чаях операция, предпринятая в зависимости от жизненных показаний, была выполнена с благоприятным исходом при существующих анатомических изменениях со стороны сердца.

Однако, подобные случаи едва-ли могут служить достаточным основанием для отрицания рекомендуемого здесь осторожного суждения, так как при современных методах исследования вполне правильно учесть степень выносливости сердца в отношении к наркозу и, вообще, к хирургическому вмешательству, подчас, совершенно не удается, и возможны роковые последствия даже при отсутствии каких либо видимых в нем изменений. У миоматозных больных до известной степени может иметься уже ослабление силы сердца, а между тем такое влияние на него со стороны миомы матки не подмечается. Если, по наблюдениям *Снегирева*, даже электрокардиограмма не дает еще права судить о каких либо особенностях сердца при наличии фибромиомы матки, то при пользовании обычными клиническими методами исследования избежать ошибок не всегда представляется возможным.

В таком смысле имеет, конечно, значение быстрота выполнения самой операции, так как для миоматозных больных далеко не безразлично подвергаться более продолжительному наркозу; при этом разумеется, что одновременно следует принимать во внимание также и другие моменты, могущие так или иначе оказать свое влияние на исход предпринятого лечения. При выработанной в настоящее время технике и современной обстановке производства операции непосредственные результаты настолько хороши, что о них еще не так давно не смели даже мечтать. Но здесь следует заботиться и об отдаленном успехе операции, что находится в зависимости от метода оперирования. И с этой точки зрения достоинства способов операции оцениваются авторами различно, и, сообразно имеющемуся взгляду, сама операция выполняется ими неодинаково.

Что касается случаев, проведенных в клинике, то при применении надвлагалищной ампутации матки, приготовляя больную, как и для всякого чревосечения, накануне операции для обеззараживания полости матки обычно впрыскивалась в нее посредством шприца *Braun*'а иодная настойка пополам с 5% раствором карболовой кислоты. Операция производилась, большею частью, под скополамин-морфий-эфирным наркозом или же под чистым хлороформом.

По обмывании брюшных стенок по *Fürbringer*'у больная переводилась в *Trendelenburg*'овское положение. К операции приступали после мытья рук по *Fürbringer*'у и в резиновых перчатках, а в последнее время за неимением таковых—в нитяных. В первые годы лигатурным материалом служил шелк, а в последующие исключительно кетгут. Брюшная полость вскрывалась по средней линии живота, а в тех случаях, где позволяла величина опухоли, разрез делался по *Pfannenstiel*'ю. Для выяснения отношения новообразования к матке опухоль с помощью штопора или *Мюзееских* щипцов извлекалась из брюшной полости наружу и тогда, по положению придатков матки, выяснялась топография данной области. В дальнейшем накладываются лигатуры на широкие связки медиально от края яичника, чтобы при оста-

влении его обеспечить ему питание и предохранить больную от явлений выпадения, или же производится типичная перевязка *l. infundibulo-pelvicum* в случае решения одновременно удалить яичник. Круглые связки, после предварительной перевязки их, перерезаются, что в значительной степени особенно при межвязочном расположении опухоли облегчает дальнейший ход операции, так как после этого опухоль становится более подвижной. После перевязки между наложенными лигатурами широких связок брюшина циркулярным разрезом, соединяющим места перевязки круглых связок, надрезается спереди и сзади на 2—3 сант. выше места предполагаемого усечения матки и отсепаровываются два брюшных лоскута, которые удерживаются щипцами. Затем производится ампутация матки на 1—2 сант. выше внутреннего зева и канал шейки сейчас же протирается с помощью зонда *Pleiffer'a* ватой, пропитанной 10% раствором карболовой кислоты, и настойкой иода. Перевязав кровотокащие в культе сосуды, вырезывается вокруг отверстия шейки клин, края которого соединяются лигатурами. На культю вместе с брюшинным покровом накладываются узловатые швы, стремясь тщательно заполнить пластику брюшины, чтобы тем самым предупредить образование послеоперационных сращений и избежать *ileus'a*.

Помимо этого способа в 54 случаях операция заключалась только в вылущении опухоли и в 1-ом случае произведено полное удаление матки. В остальных же 8 случаях было предпринято влагалищное чревосечение, технически выполненное при соблюдении общеизвестных правил.

Не касаясь деталей этих операций и не разбирая эти случаи более подробно в виду незначительного числа для соответствующих выводов, здесь приходится говорить лишь об исходах надвлагалищного усечения матки. Если при этом не считать случаев, когда одновременно предпринималось удаление измененных придатков матки, то помимо кратковременного и незначительного повышения t° , только в 42 случаях она достигала 38° и более: однократное повышение t° было в 3 случаях, двукратное в 12 случаях, трехкратное в 8 сл. и в 19 сл. послеоперационный период протекал при многократном повышении t° . Причиной этого было: нагноение в швах—6 случ., эксудат в 14 сл., нагноение культи, потребовавшее вскрытие заднего свода—1 сл. и в 21 случае непродолжительное повышение t° наблюдалось без точных объективных данных.

В результате: 335 больных выписалось здоровыми, а остальные 15 сл. (4,2%) окончились летально, при чем после надвлагалищного усечения матки *exitus letalis* наблюдался в 11 сл. Однако, если исключить случаи, когда полутно предпринималась операция на придатках матки, что могло известным образом оказать свое влияние на исход операции, то в конечном итоге на 193 сл. применения исключительно только надвлагалищного усечения матки смертельный исход наблюдался в 3 сл., что составляет 1,5% смертности; операция в этих случаях прошла без осложнений, но 2 больные погибли на 3-й и 5-й день от постепенно нарастающей слабости сердечной деятельности; в 3-м же случае больная, чувствовавшая себя вполне хорошо, погибла

внезапно на 7-ой день после операции от паралича сердца; на вскрытии не было найдено явлений со стороны брюшины.

Величина удаленных опухолей колебалась от величины матки в 2 мес. беременности до размеров матки больших, чем она достигает к концу беременности, и в одном таком случае вес опухоли равнялся 1 п. 30 ф., при чем в иных случаях в зависимости от образовавшихся на почве ранее бывшего воспалительного процесса сращений с соседними органами встречались определенные препятствия при удалении опухоли.

При такого рода технических затруднениях для достижения ближайшей цели операции имеет существенное значение характер оперативного вмешательства. Из числа применяемых в настоящее время различных способов хирургического лечения фибромиом матки предпочтение должно быть отдано тому способу, при котором представляется возможность избежать всякие непредвиденные осложнения и справиться со всеми случайностями, могущими возникнуть в момент операции. В каждом отдельном случае прежде, чем остановиться на каком-либо методе операции, надлежит предварительно обсудить вопрос вообще о пригодности намеченного плана в зависимости от имеющихся налицо данных. При тщательном и всестороннем исследовании случая обращается внимание на величину опухоли, ее подвижность, форму, характер, отношение ее к матке и соседним органам и на основании полученных результатов выносится определенное решение о большей пригодности одного способа операции сравнительно с другим.

Если во многих случаях операция может быть выполнена с одинаковым успехом как *per abdomen*, так и *per vaginam*, то нельзя забывать тех многочисленных случаев, когда оказывается уместным и показанным только надлобковое чревосечение, а влагалищный путь является совершенно непригодным. Не отрицая достоинств влагалищного чревосечения и даже признавая некоторые его преимущества, следует однако помнить и о недостатках его при удалении фибромиом матки, как-то: теснота операционного поля, трудность остановки неожиданного кровотечения, большая опасность ранения соседних органов.

Сообразно с этим, и принимая во внимание данные предварительного исследования больной, на практике приходится ограничить круг применения влагалищного чревосечения. Для выполнения его должны быть определенные показания и, несмотря на усовершенствование в техническом отношении, его нельзя считать одинаково пригодным для всех случаев без исключения. При сколько-нибудь широких показаниях оперативное вмешательство может не увенчаться успехом и, в более трудных случаях, отсутствие уверенности довести начатую операцию до конца, может перейти в действительную невозможность закончить ее *per vaginam* и заставить перейти к надлобковому чревосечению, что, резко изменяя первоначально начертанный план действия, влечет за собой значительные неудобства.

Чтобы сохранить цельность оперативного пособия, сами защитники вагинального метода суживают круг применения его определенными случаями. В таком смысле обыкновенно указывается на размеры опухоли, которая при операциях *per vaginam*

не должна заходить выше пупка. Если это затруднение может быть устранено искусством и опытностью хирурга, то сращения, ограничивающие подвижность матки, служат ясным противопоказанием для вагинального чревосечения, как и сращения с петлями кишек, не нарушающие этой подвижности, что обнаруживается лишь во время производства самой операции.

Таким образом, при фибромиомах матки, влагалищное чревосечение нельзя признать универсальным способом, могущим всегда и вполне заменить собою надлобковое чревосечение; к последнему приходится прибегать при удалении опухолей сравнительно большей величины и при всякого рода осложнениях, которые заранее предполагается встретить во время операции. Такое разграничение случаев несомненно окажет влияние на результаты операции и нет ничего удивительного, что % смертности при этом получается большой. При сопоставлении двух различных методов здесь едва ли можно сослаться на статистику и, основываясь на ней, судить о превосходстве одного перед другим, коль скоро подбор случаев при этом будет неодинаков.

В противовес же более легкому и менее продолжительному течению послеоперационного периода при влагалищном чревосечении можно поставить такие преимущества надлобкового чревосечения, как широкое при нем поле операции, незначительная опасность ранения соседних органов, редкие затруднения для быстрой остановки неожиданного кровотечения и т. д.

Так как надлобковое чревосечение, предпринимаемое ради удаления фибромиом матки, большей частью, выполняется при помощи продольного разреза по средней линии живота, то обыкновенно указывается, как на недостаток этой операции, на большую возможность образования впоследствии грыжи. Конечно, делаемый упрек в значительной степени является справедливым вообще по отношению к разрезу по *l. alba*. Но в данном случае подобное возражение против надлобкового чревосечения не принадлежит к числу серьезных.

В самом деле, в одних случаях к этому разрезу приходится прибегать в силу необходимости при громадных размерах опухоли, когда влагалищный путь совершенно непригоден, а в других—можно воспользоваться разрезом *Pfannenstiel'*я, после применения которого в клинике, за все время ее существования, не наблюдалось ни одного случая образования послеоперационной грыжи. И если согласиться с мнением проф. *В. С. Груздева*, что „лапаротомия с поперечным надлобковым разрезом по *Pfannenstiel'*ю счастливо соединяет в себе выгодные стороны лапаротомии с продольным разрезом и кольпотомии, то путь влагалищный в данных случаях теряет указанное преимущество тем более, что при разрезе по *Pfannenstiel'*ю кускованием возможно с меньшим затруднением удалить опухоли размеров больших, чем это допустимо при операции *per vaginam*.

Все эти выгодные стороны совместно с другими достоинствами были основанием, чтобы клиника при удалении фибромиом матки отдавала предпочтение брюшностеночному чревосечению. Идя этим путем и в стремлении к полному восстановлению здоровья больных, всегда имелось в виду не только удалить существующую опухоль, но и сохранить матку способной

в дальнейшем к присущим ей функциям. Однако такая сохраняющая миомектомия никогда не проводилась в жизнь из-за одного только принципа. При выборе способа оперативного вмешательства каждый случай строго индивидуализировался и только при отсутствии противопоказаний операция выполнялась консервативно.

Так как выбор операции прежде всего находится в зависимости от топографических особенностей опухоли, которыми характеризуется каждый отдельный случай, то разрешить этот вопрос в иных случаях не представлялось затруднений.

Так, при существовании одиночных подбрюшинных, межуточных или межсвязочных миом, когда вполне было возможно удалить одну лишь опухоль и сохранить матку, предпочиталась консервативная операция. В случаях же пронизывания узлами опухоли всего существа матки считалось, что сохраняющие методы теряют свой смысл и в целях достижения конечного успеха операции предпочиталось оперировать радикально, производя ампутацию матки или полное удаление ее.

В таком смысле, даже отстаивая принципы сохраняющей гинекологии, нет достаточного основания против применения последних двух способов, если больная находится в климактерическом возрасте или близком к нему; впрочем и здесь при наличии только подбрюшинных миом показано лишь удаление опухоли. Между тем при оперировании молодых особ, находящихся в периоде половой деятельности, требуется строго обсудить вопрос прежде чем окончательно решить его в сторону удаления матки, ибо подобный прием не только исключает в дальнейшем возможность зачатия, но и влечет за собою преждевременное прекращение менструации.

Из 37 случаев родов после энуклеации, собранных *Winter'ом*, в 3 случаях женщины до операции были бесплодными. В клинике проф. *Omnia* зачатие после предварительно произведенной сохраняющей миомектомии наблюдалось в 9,6%, а срочные роды в 4%.

Однако, несмотря на приближение таким путем к идеалу оперативного лечения фибромиом матки, во многих случаях в силу необходимости приходится уклоняться от него в сторону радикального пособия менее совершенного. Но так как упомянутые методы имеют определенные показания для своего применения, то они не являются конкурирующими друг с другом и сравнительная оценка может быть произведена лишь тех способов, которые обыкновенно выполняются при невозможности воспользоваться сохраняющими методами.

Без отношения к отдельным случаям можно прежде всего отметить два главных и в то же время противоположных мнения авторов вообще о пригодности этих двух методов. Хотя статистические данные последних лет указывают почти одинаковый % смертности для ампутации матки и полного удаления ее, тем не менее до самого последнего времени делаются резкие возражения со стороны приверженцев последнего способа против применения только усечения матки.

Среди доводов, которые ими приводятся в доказательство правоты своего взгляда обыкновенно указывается на то обстоя-

тельство, что *extirpatio uteri totalis* является коренной операцией, между тем как *amputatio uteri supravaginalis* не обеспечивает от рецидива, ибо, оперируя по этому способу, может остаться незамеченным небольшой узел опухоли, который впоследствии при своем росте станет показанием к новому оперативному вмешательству.

Не отрицая такой возможности рецидива, нельзя однако забывать, что это возражение основывается на крайне редких, скорее исключительных случаях. В клинике проф. В. Н. Орлова за 20 лет ее существования пришлось наблюдать всего лишь один подобный случай, где по этому поводу спустя 15 лет после первой операции больная была вторично оперирована в этом году с благоприятным для нее исходом; а многим большим гинекологическим учреждениям, широко применяющим этот способ лечения, совершенно даже неизвестны случаи рецидива после предшествовавшей ампутации матки. Если же продолжать настаивать на приводимых доводах, то, чтобы быть последовательным, необходимо вообще рекомендовать полное удаление матки в каждом случае миомы, так как и после энуклеации единичного узла опухоли не исключается возможность рецидива, что легко подтвердить литературными данными; напр., в случае проф. А. А. Редлиха потребовалось полное удаление матки, пронизанной множественными узлами опухоли, спустя 7 лет после произведенной до того проф. Муратовым только энуклеации; Winter, из собранного им материала, отмечает 9 рецидивов на 78 случаев удаления подслизистых миом через влагалище, 2 рецидива, приходящихся на 18 случаев брюшностеночного удаления подбрюшинных миом, и 2 рецидива из числа 13 абдоминальных энуклеаций межучточных миом.

Таким образом, из-за одной только боязни возврата заболевания скорее можно придти к отрицанию сохраняющих способов хирургического лечения фибромиом матки, чем на том же основании скептически относиться к надвлагалищному усечению матки, после применения которого наблюдались всегда лишь единичные случаи рецидива.

Точно также мало убедительными оказываются доводы в виде указания на возможное затем злокачественное перерождение культи, на что при этом ссылаются из желания умалить достоинства надвлагалищного усечения матки. Из 11 таких случаев, приводимых Редлихом из литературы, не во всех был исключен при ампутации матки злокачественный характер опухоли.

Далее, как на причину своего отрицательного отношения, многие гинекологи указывают на более частое образование эксудатов, и, в зависимости от этого, более продолжительное и тяжелое течение послеоперационного периода; при полном же удалении матки благодаря широкому отверстию в сводах секрет с раневой поверхности не задерживается и имеются идеальные условия для дренажа.

На основании имеющегося в моем распоряжении материала я не могу согласиться с правильностью приводимого взгляда, если принять во внимание только те случаи, когда одновременно не производилось какой-либо другой операции внутри брюшной полости. Из 193 таких случаев, самостоятельно выполненной

надвлагалищной ампутации матки, лишь в 5 случаях послеоперационный период был несколько более длительным по причине указанного осложнения, но без каких бы то ни было с этой стороны угрожающих для жизни больной явлений и только в 1 случае потребовалось спустя некоторое время после операции вскрытие влагалищного свода и введение дренажа. Между тем и полное удаление матки в таком смысле не является вполне безупречной операцией, ибо и после нее послеоперационный период протекает не всегда так идеально гладко, как это было бы желательно.

Не вдаваясь в подробности рассмотрения показаний для применения дренажа, следует однако отметить, что после надвлагалищной ампутации матки, в громадном большинстве случаев, прибегать к дренажу совершенно не требуется. Рекомендовать же сколько нибудь широкое применение его здесь нет достаточных оснований, так как необходимость к дренированию брюшной полости обыкновенно обуславливается особенностями течения отдельных случаев. На общее число проведенных в клинике случаев необходимость в нем встретила всего 2 раза.

Точно также проведенные в клинике случаи убеждают в не правильности взгляда некоторых гинекологов, которые при ампутации матки опасаются инфекции брюшной полости со стороны культи. В настоящее время едва ли приходится доказывать, что омертвения культи после операции не происходит благодаря питанию, обеспеченному коллятеральным путем (из *a. vaginalis, vesicalis* и др.) даже помимо *canalis cervico-vaginalis*, которая не всегда отходит от *a. uterina*. Если же во избежание инфекции придается значение автопластике брюшины (*Olshausen, Стеллер*), то последнее обстоятельство имеет скорее значение в смысле предупреждения образования сращений. Более понятным было бы возражение, основанное на опасении занесения инфекции со стороны слизистой матки вследствие вскрытия полости последней, если бы указание на такую сравнительно невыгодную сторону ампутации матки делалось, не отставивая в этом смысле преимущества полного удаления матки: считать в рассматриваемом отношении влагалище менее опасным, чем полость матки нет достаточных оснований.

Напротив, говоря об инфекции брюшной полости, нельзя совершенно исключить ее; при экстирпации матки *Küstner* указывает на большую возможность при удалении матки всасывания отделяемого, скопляющегося в заднем своде влагалища и, таким образом, допускает инфекцию брюшной полости. По мнению же *Döderlein*'а она вполне допустима в виду отсутствия маточной слизи, которой он придает бактерицидные свойства.

Об оставлении шейки матки авторы высказываются различно. В то время как одни из них (*Губарев, Omm* и др.) не находят достаточного основания, чтобы сохранить шейку матки, другие (*Pein, Fedlix* и др.) придерживаются противоположной точки зрения. Во всяком случае исследования *Dührssen*'а показывают, что по своему строению влагалищная часть матки скорее относится к влагалищу и, следовательно, при удалении ее нарушается связь из переходящих эластических волокон, таким образом, архитектура сводов нарушается. Правда, пока известен один только

случай из клиники проф. Рейна образования здесь грыжи и опасаться этого, повидимому, не приходится. Однако достаточно прочный для этого рубец в своде подчас влечет за собой иные неприятные последствия. Нормальная растяжимость влагалища уменьшается, благодаря чему, а также по причине укорочения его создаются некоторые затруднения при coitus'e, что особенно резко сказывается при болезненности рубца (*v. Hook, Fritsch*).

Далее в заботе о дальнейшей судьбе оперированных теперь вполне понятно стремление даже при радикальных операциях, по возможности, сохранять яичники, чтобы избежать явлений выпадения. Подобный взгляд, не вызывая разногласия, каких либо доказательств не требует. Между тем менструации, как таковой при выборе способа оперативного вмешательства придается неодинаковое значение. Если проф. А. П. Губарев говорит, что „физиологического значения такой кусочек органа (какой при этом оставляется), конечно, иметь не может“, то с этим мнением едва ли можно вполне согласиться.

В самом деле, наблюдения показывают, что прекращение регул после операции нередко действует угнетающе на психику больной, а в иных случаях при ослабленной нервной системе душевное равновесие женщины надолго остается нарушенным из-за одного только сознания, что навсегда утеряна способность менструировать. Особое значение это имеет для женщины, подвергающейся операции задолго до наступления климактерического периода. И вот в таких то случаях надвлагалищная ампутация матки имеет несомненное преимущество перед полным удалением ее, так как указанные расстройства исключаются, хотя бы кровянистые выделения были в незначительном количестве.

Проф. А. А. Редлих описывает 5 случаев сохранения правильной менструации после операции, при чем у одной больной при наличии регул наблюдались явления выпадения. Из клиники *Zweifel*'я подобные наблюдения приводит *Abel*.

Проф. В. Н. Орлов сообщает о 20 случаях правильных месячных после надвлагалищного усечения матки, указывая при этом, что „оперированные чувствовали себя прекрасно и были очень довольны, что остались „женщинами“. В дополнение к этим ранее опубликованным случаям следует добавить еще 24 других случая из разобранного мною материала и 2 случая прооперированных в этом году и не вошедших в общее число,—во всех этих случаях женщины также сохранили менструацию; правда у большинства из них крови приходило в небольшом количестве, но самочувствие их было вполне хорошее.

Конечно, за полным удалением матки, как более радикальным способом, нельзя не признать преимущества при злокачественном характере опухоли или при сочетании миомы с карциномой. Но подобные случаи встречаются сравнительно редко. Так, по сборной статистике *Olshausen*'а, обнимающей 6470 сл. саркоматозное перерождение было в 77 сл. (1,2%), а рак матки одновременно с миомой на 4014 сл. был обнаружен 85 раз (2,1%). Среди 350 приведенных мною случаев саркома была найдена 4 раза, а карцинома в 1 случае.

Точно также случаи распада, нагноения опухоли, когда экстирпация матки считается показанной, приходится наблюдать

не часто, как и случаи развития миомы в самой шейке при невозможности образовать культю. Обыкновенно нет этих условий и представляется выбор операции.

Если при значительном поражении самого существа матки тот или иной метод хирургического лечения нельзя считать вполне идеальным, то, несмотря на выработанную в настоящее время технику, полное удаление матки при сравнительном сопоставлении должно признать все же более опасной для жизни больных операцией, во многих случаях несравненно труднее выполнимой и требующей для себя большего времени, а иногда и совершенно непригодной или противопоказанной. Это не отрицается и самими сторонниками полного удаления матки.

Проф. Отт, который всегда предпочитает *panhysteromyo-ectomiю* находит ее неуместной в случаях, когда исключается возможность последовательного ухода за раной со стороны влагалища. Точно также он отказывается от нее, отдавая предпочтение, по его словам, легче выполнимому, сопровождающемуся более коротким вскрытием брюшной полости и требующему, вообще, меньше времени для своего выполнения" надвлагалищному усечению матки, если имеется крайний упадок сил больной и сердечной деятельности ее.

Все это определенно говорит о небезупречности операции полного удаления матки. Действительно, исход всякого оперативного вмешательства прежде всего зависит от состояния сердечной деятельности больной; а между тем при фибромиомах матки сколько нибудь выраженных признаков угрожающей опасности, в виде тех или других расстройств, со стороны сердца до операции не всегда удастся подметить. Если при общем упадке сил больной, хотя бы на почве предшествовавшего кровотечения оперировать приходится не так часто, то с состоянием сердечной деятельности необходимо считаться в каждом отдельном случае, так как тяжелые сердечные явления могут наступить после операции совершенно неожиданно и, быстро прогрессируя, привести к печальному исходу, несмотря на все принятые меры. Даже при внимательном отношении к делу учесть опасность, которая зависит от присущего фибромиомам поражения сердца, бывает трудно или невозможно. Другими словами, разграничить случаи на легкие и опасные и, таким образом, установить определенные показания для полного удаления матки и надвлагалищного усечения ее также не представляется возможным.

При такой неясности и условности в выборе подходящих более легких случаев для *panhysteromyo-ectomiи* едва ли правильным будет без достаточных показаний отдавать ей предпочтение и тем самым усугублять тяжесть вмешательства и без того не безразличного для миомактозного сердца.

На основании всего сказанного я прихожу к следующим выводам:

1. Руководящим началом хирургического лечения фибромиом матки должно быть стремление к возможному консерватизму особенно при оперировании молодых женщин.
2. К радикальным пособиям следует прибегать лишь при невозможности выполнения консервативной операции.

3. Из радикальных операций должно быть отдано предпочтение не полному удалению матки, а высокой ампутации ее, как менее опасной, легче выполнимой и дающей в то же время возможность сохранить менструальную функцию.

4. Полное удаление матки имеет смысл лишь при соответствующих показаниях; как-то: саркоматозное перерождение опухоли, сочетание с карциномой, развитие опухоли в шейке матки и проч.

5. Опасность хирургического вмешательства при фибромиомах матки, помимо всего, заключается также в возможном падении сердечной деятельности в послеоперационном периоде, что заранее предвидеть не всегда удается.

Из Акушерско-Гинекологической Клиники Г. М. Г. У.
(Дир. проф. М. С. Малиновский).

К вопросу о кровотечениях из яичника.

Ассистент Клиники, сам. препод. Д. А. ГУДИМ-ЛЕВКОВИЧ.

Значительные кровотечения из яичника, симмулирующие внематочную беременность, представляют собой явление довольно редкое. Это особенно подчеркивает *Forssner*, который в работе, посвященной этому вопросу, указывает, что в подавляющем большинстве случаев—кровотечения из яичника находятся в связи с имеющейся в нем беременностью, которая при недостаточно внимательном, по его мнению, обследовании случая, остается недоказанной.

Однако сравнительно частые, особенно за последнее время, описанные случаи кровотечения из яичника, вполне доказывающие причину их происхождения, убедительно говорят против скептицизма *Forssner*'а.

Происхождение таких кровотечений прежде всего казалось можно было бы связать с процессом овуляции, когда лопается фолликул. Однако, как показывают наблюдения *R. Meyer*, в противоположность прежним взглядам, фолликул обычно лопается без всякого кровотечения, или оно бывает ничтожным. На это в свое время указал и *Славянский*.

В свою очередь *Cohn* отмечает, что в месте разрыва не может быть крупных сосудов, так как растущий фолликул должен сместить их латерально.

Несравненно больше условий для происхождения кровотечений со стороны желтого тела. *H. Runge* в обстоятельной работе установил, что кровоизлияние в желтом теле, величиной в булавочную головку, до размеров миндалина, представляют собой явление нормальное, отсутствующее только у женщин в климактерическом возрасте.

Происхождение таких кровоизлияний в желтое тело вполне объясняется теми особенностями, с которыми протекает процесс развития желтого тела, как это видно по работам *H. Meyer*, *R. Schröder* и др.

В период, так называемой васкуляризации желтого тела тонкие сосуды, расположенные между лютеиновым слоем и *theca interna*, выпячиваясь грибеобразно между клетками лютеинового слоя, разрываются и образуют кровоизлияния, а с другой сто-

роны дают начало новым, тонким капиллярам, которые по изломанной линии достигают внутреннего слоя. Излившаяся кровь образует слой фибрина, который прорастается затем соединительной тканью, волокна коей особой окраской можно установить уже в период васкуляризации.

При обсуждении механизма происхождения кровоизлияний в желтое тело должны быть отмечены также данные проф. *В. С. Груздева* по васкуляризации кист желтого тела, в которых капилляры иногда открываются в центральную полость кисты.

Таким образом, постоянным притоком крови через эти капилляры без нарушения их целостности проф. *В. С. Груздев* объясняет происхождение гематом желтого тела.

Исследования *Marcotty, Aschoff, R. Schröder, Hauswald* показывают, что особенно благоприятным моментом для кровоизлияния в желтое тело является период васкуляризации, в других случаях—предменструальная гиперемия. На это указывают и случаи *J. Barolin, Benthin, K. Urban, Wimmerler*, где кровотечение в желтое тело произошло незадолго до менструаций.

Как показывают наблюдения, происхождение значительных кровотечений из яичника тесно связано с различными расстройствами кровообращения в тазовой области, с повышением кровяного давления при напряжениях и проч.

Действительно, как видно из анамнеза подобных случаев, здесь всегда (*Locherl, Bürger*) отмечается такой этиологический момент, как поднятие тяжести, гимнастика (*Lunzera*) игра в теннис, верховая езда (*A. Martin*), половые эксцессы (проф. *В. Снегирев*), выправление матки (*Heiden*) и проч.

Моментом благоприятствующим некоторые авторы считают существование ненормально большого желтого тела с особенно крупными сосудами, анемию, влияющую на устойчивость сосудистой стенки, что по *Stephan* составляет характерную особенность предменструального состояния капилляров.

Наконец, заслуживает внимания взгляд *Pillet*, который полагает, что вследствие склероза стромы яичника, обратное развитие лопнувшего фолликула затрудняется и, благодаря ослабленной сократительности тканей, окружающих желтое тело, происходит повторное кровоизлияние в полость последних.

Вероятно, в связи с этим, стоит тот факт, что сравнительно часто находят кровоизлияние в желтое тело при старых воспалительных процессах в придатках, когда яичники являются склерозированными и мало подвижными, вследствие окружающих их спаек.

В случае *Urban*, как момент благоприятствующий кровотечению в брюшную полость из желтого тела—автор отводит значительную роль имеющемуся здесь оофориту и сальпингиту.

В виду легкой склонности к кровотечениям желтого тела вполне понятно, что это представляет собой частое явление при кистах corpus lutei, на что в свое время указал *Vogel* и *L. Fraenkel*.

Таким образом, из всего вышеизложенного видно, что кровоизлияния в желтое тело встречаются довольно часто.

Вместе с тем, несмотря на такую неустойчивость капилляров лютеинового слоя на склонность к кровотечениям, гематомы значительной величины встречаются нечасто, а еще реже можно

наблюдать разрыв стенок желтого тела и кровотечение из яичника в брюшную полость.

В литературе, посвященной этому вопросу, можно встретить только единичные случаи.

Нижеприведенный случай мне пришлось наблюдать и оперировать в Гинекологической Клинике 1-го Московского Гос. Университета.

В апреле 1924 года я был вызван В. Н. Виноградовым на консультацию к его пациентке по поводу остро развившихся симптомов значительного внутреннего кровотечения. Общий вид больной, действительно, этому вполне соответствовал: резкая бледность покровов, частый, слабый, плохого наполнения пульс, вздутый и резко болезненный, особенно слева, живот, слабость, головокружение.

Больной 30 лет. Менструации пришли 17-ти лет, сначала через две недели, в дальнейшем спустя два года через $3\frac{1}{2}$ недели, очень обильные, по 3--4 дня. Замужем 9 лет. Беременностей 2, последняя 5 лет тому назад. Послеродовой период без осложнений.

В дальнейшем принимала меры против беременности. Менструации постепенно изменили свой характер—стали не обильными и, в последние 6 месяцев, продолжались по 1--2 дня, в очень малом количестве. С того же времени отмечает постоянные тупые боли внизу живота. В связи с неправильным положением матки, лечилась горячими спринцеваниями, массажем, но без особого результата. Бели густые, в умеренном количестве; мочеиспускание частое, постоянные запоры по 2--3 дня. Последние менструации 2 недели тому назад.

В день заболевания утром, после дефекации, внезапно появились сильные, острые, схваткообразные боли внизу живота, сопровождавшиеся легким головокружением.

Спустя некоторое время боли утихли, и больная повела сына в церковь, где часто, однако, принуждена была садиться, так как временами боли внизу живота появлялись вновь.

Возвратясь домой, произошел вторично внезапный приступ болей и сильное головокружение. Пролежав часа два в постели, почувствовала облегчение и, предполагая, что виной наблюдаемых явлений служит запор, больная поставила обильную мыльную клизму. После дефекации боли обострились снова, общее состояние ухудшилось. В дальнейшем боли уже не прекращались, больная ощущала сильную прогрессирующую слабость и головокружение. При перкуссии живота, кроме симптомов раздражения брюшины, имелось притупление внизу, больше слева. При внутреннем исследовании матка, повидимому, anteversio и, вследствие метеоризма и болезненности, прощупывается недостаточно ясно. Резкая болезненность в сводах, особенно в заднем, и слева.

Общий вид больной и остальные данные не оставляли сомнений, что здесь имеется внутреннее кровотечение и, хотя причина последнего и не могла быть установлена—этот случай с несомненностью требовал хирургического вмешательства, почему больная была переправлена в клинику, где ей и было произведено мной чревосечение.

Описание операции: разрез по средней линии; бросается в глаза резкое малокровие подкожной клетчатки и бледная окраска вытекающей из сосудов крови. По вскрытии брюшины обнаруживается значительное количество свободной крови в брюшной полости; между петлями кишек различной величины свежие сгустки крови.

Выведенная матка захватывается щипцами *Мюзо*, осматриваются придатки. Обе трубы совершенно здоровы. Правый яичник бледного цвета, несколько сморщен. Левый яичник увеличен до размеров куриного яйца, красновато-лилового цвета с небольшим у его полюса отверстием, из которого сочится кровь. Левые придатки удаляются, и культи перитонизируются. Излившаяся в брюшную полость кровь удаляется марлевыми салфетками. Брюшная полость зашита наглухо. Гладкое выздоровление.

Больная была осмотрена спустя 2 и 8 месяцев. Менструации, как и раньше, в скудном количестве, продолжительностью 1--2 дня, через 2-- $3\frac{1}{2}$ недели. Заметно полнеет, раздражительна, часто плачет. Головные боли, часто кровотечения

из носа. Плохо спит, ощущение жара и чувство стеснения в груди. Запоры. Частое мочеиспускание. Матка умеренно увеличена.

Удаленный яичник величиной $4\frac{1}{2}$ см. с шарообразным выпячиванием у его свободного края—синеваго-красного цвета с небольшим, несколько втянутым отверстием, расположенным ближе к наружному краю яичника.

На месте выпячивания яичника при разрезе фиксированного препарата обнаружена кистовидная полость, несколько овальной формы, величиной $2\frac{1}{2}$ —3 см., местами палевого цвета, местами буровато-красного.

Внутренняя поверхность неровная, несколько волокнистая, местами шероховатая, с отдельными небольшими выпячиваниями.

Стенка кисты у места отхождения из яичника достигает 3—4 миллиметров, постепенно истончается, приближаясь к наружному краю яичника. Поверхность ее гладкая. У места разрыва стенка кисты утолщается вновь, на разрезе, в области разрыва ясно видно элементы яичника, кистозно увеличенные фолликулы. Ткань в области разрыва местами имbibирована кровью.

В полости кисты обнаружен продолговатый и неправильной формы сгусток почти совсем ее выполняющий. На сгустке можно отметить отдельные выпячивания и мягко выраженные складки неодинаковой окраски, которая местами имеет буроватый цвет, местами, особенно на вершине складок—несколько желтоватый цвет с красновато-бурым оттенком.

При микроскопическом исследовании обнаруживается следующее:

Блок № 1 (взятый из стромы яичника в области разрыва).

Строма яичника с расширенными и переполненными кровью капиллярами, доходящими до периферии; местами кровоизлияние.

Блок № 2 (кусочек взят из места разрыва).

Здесь обнаруживается строма яичника со многими *corpora albicantia* и местами с кистозно перерожденными фолликулами. В одном месте старое желтое тело со свежими кровоизлияниями в центре его ядра. Судя по строению желтого тела, значительное развитие соединительной ткани, атрофичное состояние лютеиновых клеток—возраст этого желтого тела можно определить приблизительно в 6 недель.

Здесь же среди стромы расположено кровоизлияние, расширенные и переполненные кровью капилляры. Обращает внимание значительное расширение капилляров в других отделах стромы, их многочисленность и местами тесное расположение.

Такая же картина и особенности отмечаются в срезах из соседней области разрыва места.

Здесь также обращает на себя внимание то же обилие расширенных капилляров и значительное кровоизлияние, разрушившее строму яичника. Сосуды склерозированы.

Блок № 3 (кусочек взят недалеко от места разрыва, захватывая стенку желтого тела).

Здесь кроме отдельных примордиальных фолликулов, отмечается крупных размеров *Graafов* фолликул, сдавленный и вытянутый в длину. Несколько *corpora albicantia*.

Сосуды склерозированы, местами разорваны с отдельными кровоизлияниями в строму.

Небольшой участок в нижней части препарата образован клетками лютеинового слоя. Эти клетки в некоторых местах образуют 12—14 рядов. Клетки полигональной формы с зернистой протоплазмой, кругловатым ядром. Лютеиновые клетки не представляют здесь непрерывного слоя и образуют то большей, то меньшей величины кучки; в отдельных местах, несмотря на тесное расположение клеток друг к другу, можно тем не менее отметить проходящие между клетками новообразованные сосуды. *Theca externa* местами разрушена.

Блок № 4 (кусочек взят из стенки желтого тела).

На препарате видна строма яичника с расширенными и переполненными кровью капиллярами, с кровоизлияниями и утолщенным слоем *thecae externae*, за которой следует очень слабо выраженная *theca interna*, слой лютеиновых клеток толщиной приблизительно в 6—10 клеток, между которыми пролегают капилляры. Местами видны оторванные клетки, местами свежееизлившаяся кровь и большое количество фибриновых нитей.

Блок № 5 (из сгустка крови).

Наружная поверхность местами состоит из хорошо развитого слоя лютеиновых клеток толщиной в 16—20 клеток.

Строение лютеиновых клеток вполне типично: протоплазма их более светлая к периферии, нежели в центре; круглое, иногда несколько овальное ядро, хорошо

окрашенное в некоторых случаях расположено эксцентрически. Сами клетки полигональны, иногда вытянутой формы. Между клетками видны хорошо развитые и местами расширенные капилляры, проходящие через весь лютеиновый слой.

Отдельные лютеиновые клетки, а также довольно значительные группы их встречаются в толще кровяного сгустка. В тех местах, где лютеиновые клетки представляют собой хорошо выраженный слой в петлях к нему прилегающих нитей фибрина, из которого состоит весь сгусток, отмечается свежеизлившаяся кровь¹⁾.

Таким образом, резюмируя данные макро- и микроскопического исследования, можно установить, что мы имеем кровоизлияние в полость желтого тела, находившегося в периоде заканчивающейся васкуляризации. За это говорит то обстоятельство, что капилляры можно проследить до самого внутреннего слоя лютеиновых клеток.

С другой стороны, судя по характеру строения сгустка, имевшегося в полости желтого тела, можно установить, что в этом случае имелось не одно наступившее по времени кровотоечение.

За это говорит наличие свежеизлившейся крови в петли уже раньше образовавшегося фибрина.

Наконец, принимая во внимание, что отдельные значительные группы клеток лютеинового слоя расположены не только по периферии сгустка, но и в толще его, приходится заключить, что здесь имелось не только кровоизлияние из капилляров, достигших внутреннего края лютеиновых клеток, но и кровоизлияние между ними, разрушившее их непрерывность и местами значительно их отслоившее.

Наряду с этим, обнаруживаются весьма существенные данные.

Это, во-первых, касается места, откуда вытекала кровь. Заслуживает внимания то обстоятельство, что нарушение целостности произошло не в стенке желтого тела, сравнительно тонкой, а несколько латерально в строме яичника, где отмечаются переполненные кровью, расширенные капилляры и значительные кровоизлияния в окружающую их ткань.

Учитывая все эти данные, можно с большей долей вероятности, представить себе происхождение только что изложенных изменений в яичнике и механизм кровотоечения.

Нужно думать, что под влиянием напряжения, вызванного дефекацией, произошло кровоизлияние из капилляров лютеинового слоя в полость, вероятно, кистозно-увеличенного желтого тела.

В данном случае этому могло благоприятствовать кровонаполнение тазовой области на почве постоянных и упорных запоров (*punctum plethorae*), а также, может быть гиперемия в связи с предстоящей менструацией.

Судя по анемнезу вначале кровоизлияние, повидимому, было сравнительно умеренное, которое, вероятно, вызвало только расширение полости желтого тела. Последствием такого кровоизлияния в желтое тело можно объяснить отмечаемое расширение

¹⁾ Считаю приятным долгом выразить здесь мою благодарность М. Г. Вушинер, ассистенту нашей клиники, за любезное участие при изучении препаратов этого случая.

ние и переполнение кровью многочисленных, по сравнению с нормой сосудов, расположенных в строге яичника в области его разрыва.

Излившаяся в некоторых местах кровь из разорвавшихся сосудов, образовала гематомы, что нарушило устойчивость тканей.

Последовавшее, в дальнейшем, повышение кровяного давления вследствие напряжения при промывании кишечника, дефекации и при имеющейся налицо гиперемии тазовой области, надо думать послужило причиной для вторичного значительного кровотечения, как в желтое тело, так и в сторону яичника. Развившееся при этом давление в желтом теле оказалось вполне достаточным, чтобы нарушенная в своей целости ткань яичника разорвалась и произошло кровотечение в брюшную полость.

Условия и изменения в яичнике, при которых произошло кровотечение, в данном случае безусловно заслуживают внимания.

Действительно, нарушение целости при кровоизлиянии в желтое тело, находившееся в стадии васкуляризации, следовательно, в сравнительно молодое, легче всего можно было ожидать в месте лопания фолликула, которое закрывалось кровяным сгустком, медленно организующимся и мало устойчивым.

На это, как на одну из важных причин в этиологии кровотечений в брюшную полость, при кровоизлиянии в желтое тело, указывают *Engström, Winwarter, Bürger, Barolin* и др.

Таким образом, в данном случае, где разрыв произошел не в наиболее истонченной части стенки желтого тела и где обычно расположено место лопанья этого фолликула, приходится допустить более прочное закрытие места.

Проф. *Тимофеев*, действительно указывает, что стенка желтого тела в некоторых случаях может закрываться путем непосредственного спаяния краев лопнувшего фолликула, вследствие чего, нужно думать, увеличивается устойчивость стенок желтого тела по отношению к развившемуся в нем давлению, под влиянием излившейся в его полость крови.

Объяснение для происхождения разрыва и последующего кровотечения в данном случае надо искать в особенностях строения яичника, строга которого по соседству с желтым телом оказалась исключительно богата сосудами; будучи при том склерозированными, они оказались мало устойчивыми, что способствовало кровоизлияниям, доходящим до самой поверхности яичника и, следовательно, нарушившим устойчивость в этом месте и стенки желтого тела и самой стромы яичника.

Такой механизм нарушения целости желтого тела и стромы яичника описан *Zocherl*, в случае которого можно было также отметить в области разрыва ненормально значительное развитие сосудов, нарушенных в своей целости при повышении кровяного давления, вследствие чего строга яичника утратила свою устойчивость.

В случае *Lindig* разрыву стромы яичника и желтого тела благоприятствовали прижизненный тромбоз сосудов по соседству с местом разрыва.

В виду того, что кровоизлияние в желтое тело произошло в данном случае при относительно хорошо выраженной устойчи-

восте его стенки и разрыв образовался, повидимому, только в дальнейшем, когда уже наступило изменение в строении яичника под влиянием кровоизлияния, желтое тело оказалось кистозно-увеличенным излившейся в него кровью. Таким образом, может возникнуть вопрос, не является ли данное кровотечение из кисты желтого тела. Отмечаемые, однако, в данном случае, особенности не соответствуют тем морфологическим признакам, которые в свое время для кист желтых тел были установлены.

Д. Френкель, как известно, различает три вида кист, где в одном случае стенка состоит из внутреннего капиллярного слоя, в петлях которого находятся лютеиновые клетки и лейкоциты, в других случаях—из внутреннего соединительно-тканного слоя, за которым расположен лютеиновый слой, наконец, встречаются кисты, где, кроме только что описанных слоев, имеется еще один слой—внутренний, состоящий из эпителия.

По *Orthmann* существуют также кисты желтого тела, изнутри выстланные эпителием, расположенном на лютеиновом слое.

Подобного строения кисты описаны профессором *В. Гурзевым*, который рассматривает этот эпителий, как эндотелий, развившийся из эндотелия капилляров лютеинового слоя. По *Schröder*, образование этих кист происходит таким образом, что соединительно-тканые тяжи, исходящие из тееса, не прорастают кровяной сгусток полностью и после его расплавления образуется кистовидная полость, выстланная фиброблостами, иногда эндотелием. В дальнейшем здесь наступают регрессивные процессы, образуются типичные гиалиновые тяжи и проч. Такое разнообразие морфологических признаков кист желтого тела объясняется тем, что образование их может иметь место в различные периоды развития желтого тела.

Принимая во внимание все эти данные, разбираемый случай можно было бы отнести к кистам желтого тела, возникшим в периоде васкуляризации. Однако, здесь нет достаточных данных говорить об истинной кисте желтого тела. Действительно, как бы хорошо ни был развит лютеиновый слой, но в кисте желтого тела, как указывает *Hisaschi Iseki*, местами всегда можно найти регрессивные изменения. Таковых в нашем случае не имеется. Таким образом, в пользу кисты говорит только величина желтого тела. В такой оценке, однако, много субъективного; с другой стороны, увеличение желтого тела выше средних размеров не дает еще оснований говорить о „кисте“, тем более, что, в сущности говоря, и обычной величины желтое тело есть ничто иное, как киста, стенка которой состоит из эпителия, пронизанного сетью капилляров. По этим соображениям, вероятно, *R. Schröder* и говорит о „большом“ желтом теле, когда, тем не менее, имеются признаки его кистозного состояния.

Таким образом, резюмируя сказанное, можно заключить, что в разбираемом случае имеется желтое тело, только растянутое излившейся в него кровью, кровоизлияние в строму яичника, настолько нарушившее целостность его ткани, что значительное кровотечение из него сделалось возможным.

Не исключена также возможность, что всему этому в значительной степени благоприятствовалось здесь предсуществующее „большое“ желтое тело, происхождение которого, равно как и кровоизлияние и кровотечение из яичника, можно поставить в связь со склерозом стромы яичника.

Остается сказать еще несколько слов о диагностике кровотечений из яичника. Несомненно точная диагностика здесь очень трудна. При симптомах значительного внутреннего кровотечения, конечно, больше оснований предполагать разрыв беременной трубы. Такая диагностика имеет тем больше оснований, что при внематочной беременности менструация может остаться неизменной, а с другой стороны, как видно из наблюдений *Cohn*, *Zocheré*, *Winiwarter* и др., кровотечению из желтого тела нередко предшествует задержка менструации, давая повод думать о *graviditas*

extrauterina. Явления раздражения брюшины при кровотечениях из яичника, когда они незначительны, могут дать основания и для диагностики аппендицита.

По данным *W. Odermott* видно, в Базельской Хирургической Клинике, в 11 случаях кровотечение из яичника трактовалось, как *appendicitis*. *Urban, Barolin* также сообщают о таких случаях.

Нужно признать, однако, что невозможность поставить точную диагностику в отдельных случаях, в сущности говоря, не имеет большого значения, так как симптомы, которыми сопровождается кровотечение из желтого тела яичника, представляют собой типичные случаи, так наз. „острого или хирургического живота“, когда оперативное вмешательство является единственно правильным и рациональным методом лечения.

Из Госпитальной Акушерско-Гинекол. клиники Саратовского Университета.
(Директор профессор С. И. Кузьмин).

К вопросу о происхождении и функциональной роли интерстициальной железы яичника в связи с изучением двух случаев яичниковой беременности *).

Ассистента А. МАЛИНИНА.

Впервые указал на интерстициальную железу *Limon. Fränkel* отрицает биологическую функцию интерстициальной железы. *Seitz* и *Wallart* ее признают. *Ancel* и *Bowin* разделили позвоночных на две группы: к первой они отнесли животных, у которых желтое тело развивается в связи с беременностью или половым актом, и ко второй—обладающих периодическим развитием желтого тела и овуляцией.

Первая группа имеет значительное развитие интерстициальной железы, вторая—минимальное.

По мнению *Ancel*'я и *Bowin*'а интерстициальная железа проявляет викарирующее действие, заменяя *corpus luteum*.

Nowak отрицает это на основании различной структуры этих образований. По *Biedl*'ю интерст. железа оказывает влияние на циклические явления в половой сфере.

Tandler, Gross и другие различают как в мужской, так и в женской половой железе генеративную и, так называемую, инкреторную часть, причем последнюю составляют клеточные скопления вокруг атретических фолликулов.

Steinach для инкреторной части яичка и яичника ввел термин: „Pubertätsdrüse“.

В отношении яичника такой термин встречает серьезные возражения (*Bumm*).

В яичнике различают два рода интерстициальных клеток.

Во-первых: настоящие интерстициальные клетки, которые *Pflüger*, позднее *His* и другие описали, как маленькие клетки, относительно функции которых не было ничего известно.

Во-вторых: клетки *theca interna* атретических фолликулов, безусловно соединит. тканного происхождения. Эти клетки, боль-

*). Доложено Гинекол. Об.—ву при Саратов. Ун.—те в 1923 г. и на Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов 3-го июня 1924 г.

шею частью, нагружены жиром. Им приписывают трофическую роль в отношении фолликулов.

Но остается неясным, является ли жир интерстициальных клеток для постройки фолликулов или при гибели фолликула откладывается для каких то других целей?

Stieve считает возможной инкреторную деятельность как межклеточных клеток яичника, вообще, так и клеток, происходящих из *theca* при атрезии фолликулов. *Michalkowicz* по форме и расположению интерстициальные клетки поставил в одну группу с клетками коры надпочечников.

Профес. *Сердюков* в своей работе, произведенной в лаборатории проф. *А. А. Богомольца*, с целью установить внутрисекреторную зависимость между корой надпочечника и железистой частью яичника, приходит к такому выводу, что между секреторной функцией коры надпочечника, паренхимы *corpus luteum* и интерстициальной железой яичника существует функциональная зависимость викарирующего характера.

Однако всеобщего признания интерстициальной железы до сих пор еще нет. Главное затруднение заключается в том, что невозможно изолировать интерстициальную ткань, или действовать на нее селективно.

Вообще отмечается умножение интерстициальной ткани наряду с атрезией фолликулов при особых гиперемиях, где страдает фолликулярный аппарат. Длительные хронические гиперемии ведут к уменьшению жировых отложений в интерстициальных клетках.

Раздражающие дозы рентгеновских лучей вызывают гибель фолликулов. Вслед за этим идет усиленное развитие интерстициальной ткани.

Интерстициальная ткань имеется у женщин в старческом возрасте.

Первые десять лет жизни дают значительное распространение, но особенно резко выступает интерстициальная железа при беременности.

По мнению *Bentlin'a*, *Internazellen*—самое большое этапный пункт для жирового пополнения растущего фолликула.

Они менее всего место скопления гормона (*Viscira*) и даже место продукции гормона (*Biedl*). Межклеточные клетки по указанному автору—лишь пункт для инкреторного транспорта. Главным образом, они—место отложения, откуда происходит позднейшая резорбция с большей или меньшей быстротой.

Признавать интерстициальные клетки яичника как „*Pubertätsdrüse*“, по нек. авторам нет никакого основания.

Нам удалось в одном случае яичниковой беременности и в другом—брюшной (первично, повидимому, также яичниковой) получить при гистологическом исследовании послеоперационных продуктов интересные находки.

Ввиду того что, сами по себе, случаи представляют сравнительную редкость, мы позволим себе коснуться клинической их стороны.

Первый случай: пациентка 28 лет, поступила в Госпитальную Гинекологическую клинику 29-го сентября 1922 г. с жалобой на опухоль в животе, боли в правом паху и бели.

Замужем 10 лет. II—рага; последние—два года назад (двойни). Послеродовой период протекал нормально во всех случаях. Вставала обычно на третий день. 1 аборт—9 лет назад (трех месяцев), от тяжелого под'ема. Регулы с 14-ти лет, по три дня, через 4 недели; последние 5 недель назад.

Летом в этом году около трех месяцев кровей совсем не было. Отсутствие их сопровождалось ощущением тяжести во всем теле.

Дней 10 тому назад в 2 часа дня сразу почувствовала сильное колотье во всем животе. Лежала в постели. После бутылки с горячей водой стало легче. Все же остались схваткообразные боли, которые продержали больную в постели 6 дней. По прошествии острых явлений больная заметила опухоль внизу живота, справа.

Бели в небольшом количестве, беловатого цвета, жидкие, без запаха, не едкие.

Мочиспускание и стул—норма. Туберкулез и сифилис—отрицает. Муж до женитьбы болел перелоем. Coitus—норма.

Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания.

Видимые слизистые оболочки бледнорозовые. Печень и селезенка—норма. Per vag.: матка слегка увеличена, лежит по средней линии ближе к лонному сочленению; справа от нее, немного сзади лежит опухоль овальной формы; поверхность ее гладкая, консистенция эластическая, слегка болезненна, с ограниченной подвижностью, величиной с гусиное яйцо.

Диагноз: Graviditas extrauter—(Torsio ovar. d.)?

Решено оперировать. 23-го сентября (опер. проф. С. И. Кузнецкий)—хлороформный наркоз. Парамедиальный разрез. По вскрытии брюшной полости обнаружено скопление темной крови в количестве около одного стакана. Освобождена от сращений в заднем Дугласе, а также справа и спереди, опухоль правого яичника. Фаллопиева труба—налицо. По наложении зажимов на соответствующие связки, опухоль вместе с трубой удалена. Сосуды, идущие к яичнику, резко развиты. При выведении увеличенного яичника, выделилось из него образование с куриное яйцо—на подобие мясистого заноса, которое помещалось внутри увеличенного яичника. Кистозная стенка особенно истончена по свободной поверхности, ближе к линии Вальдейера. Правосторонняя труба слегка гиперемирована, абдоминальный конец ее не заращен. Левые придатки освобождены от сращений. Труба с заращенным абдоминальным концом иссечена. Лигатуры, туалет брюшной полости. Рана закрыта рядом 8-миобразных швов и промежуточных. Послеоперационное течение гладкое.

Макроскопическое описание препарата.

Правая труба с яичниковой опухолью. Длина трубы 8 сант., слегка утолщена равномерно на всем пути; гиперемирована, покрыта нежными воспалительными пленками, главным образом, в ампулярном отделе. Просвет трубы проходим повсюду; фимбрии, в том числе ф. оварика, хорошо выражены. Размеры опухоли правого яичника: длина 8 с/м., поперечник около 7 с/м.; форма продолговато-овальная. Поверхность задняя почти гладкая.

и лишь кое-где—воспалительные пленки рыхлые; гиперемия. Передняя половина представляет собой зияющее отверстие, через которое вышел кровяной сгусток. Окраска неповрежденной поверхности местами темно-красного цвета. Внутренняя поверхность яичниковой опухоли—неровная, мелкобугристая, складчатая, темно-багрового цвета. Толщина яичниковой стенки не везде одинакова. Наиболее она мощна вблизи абдоминального конца трубы, где по разрезе обнаружен участок желтого тела с кровяным свертком внутри. При детальном обследовании оказалось, что этот лютеиновый участок сообщается с опухольной полостью и является как-бы ее дивертикулом. Кровяной сгусток по форме почти соответствует всей опухоли яичника. Поверхность неровная, цвет темнобагровый, консистенция мягкая. На поверхности разреза гладкие, глянцевитые участки чередуются с разрыхленными, пещеристыми. Нигде не удалось обнаружить каких-либо признаков зародыша. Левосторонняя труба не увеличена, покрыта почти сплошь фибринозными пленками; абдоминальный конец заращен.

Микроскопическое исследование.

В кровяном сгустке обнаружены ворсинки, большею частью, с признаками дегенерации в той или иной степени. Лишь изредка находим и такие, которые имеют здоровый вид. Слой Langhans'a клеток одет непрерывной полосой синцитиальных элементов. Последние рассеяны и в виде самостоятельных колоний-гигантов. Основа ворсин—типичная-зародышевая соединительная ткань. Децидуальной ткани в кровяном сгустке не обнаружено.

Тончайшее строение участка яичниковой опухоли, где выступает макроскопически лютеиновая ткань.

Зародышевый эпителий местами сохранился. Тип. *albuginea* разрыхлена, отечна; клеточные элементы ее гипертрофированы, причем, кое-где, в виде отдельных гнезд, обнаруживают весьма необычный полиморфизм.

Помимо клеток довольно крупных с весьма солидными овальными и тонко вытянутыми ядрами, обращают на себя внимание рассеянные среди них полигональные клетки, крупные с шаровидными ядрами. Ядра эти, более или менее, прозрачны с одним обычно ядрышком. Протоплазма мелкозерниста или тонкопелетлиста; вакуолизована. Границы клеток отчетливы. Вакуоли в межклеточном веществе. Переходы постепенные между описанными клетками и основными ясны, несомненны.

Крупные, продолговато-овальные, бледные ядра закругляются, в то же время протоплазма увеличивается и клетки принимают форму закругленных или полигональных. Таким образом, получается картина, напоминающая местами то децидуальную, то лютеиновую ткань.

Ткань коркового вещества гипертрофирована и гиперплазирована. Там где она непосредственно составляет внутреннюю поверхность опухольного мешка, отечна с раздвинутыми клеточными элементами, о которых подробно будет сказано ниже, теперь же коснемся участка лютеиновой ткани. Содержимое желтого тела—свертки фибрина, среди которых рассеены в той или иной степени, красные кровяные шарики, а также и молодые

соединительно-тканые клетки. Последние устремляются сюда со стороны внутренней поверхности желтого тела, где образуют довольно компактный слой на всем протяжении.

От этого фиброзного внутреннего слоя по всем радиусам исходят к периферии отростки той же ткани, так что лютеиновая ткань разделена на отдельные участки. Соединительно-тканые отростки или постепенно рассеиваются, исчезая в среднем отделе лютеинового пласта, или же сливаются с тяжами, идущими со стороны периферических отделов стромы яичника. Лютеиновая ткань представляет следующие особенности: клетки весьма крупны, границы между ними не везде хорошо выражены; клетки залегают в тонкой соединительно-тканной сетке. Протоплазма мелкозерниста и, главным образом, резко бросается в глаза вакуолизация в ней.

Вакуоли от самых мельчайших иногда достигают величины, соответствующей самим клеткам. Замороженные срезы, окрашенные суданом III, показывают, что эти вакуоли—жировые отложения. Последние рассеяны повсюду и в межклеточных щелях.

В общем, большинство лютеиновых клеток внутреннего слоя представляется как-бы в отжившем состоянии, замещаясь нередко полностью жировыми каплями.

В периферическом поясе желтого тела выступает молодое поколение лютеиновых клеток. Они густо заоблают основу из соединительно-тканых тяжей, вступающих в лютеиновую ткань.

Здесь удается проследить, как эти молодые лютеиновые клетки постепенно формируются из элементов стромы яичника. При этом происходит предварительно их набухание, гипертрофия; ядра закругляются и, по мере дальнейшего роста ядра, наконец, становятся круглыми, типичными для лютеиновых клеток. Отсюда лютеиновые клетки рассеиваются по расходящимся фиброзным волокнам на пополнение старым лютеиновым клеткам.

Очень рельефно выделяются также картины, где молодые лютеиновые клетки располагаются непосредственно вокруг сосудов между лучами, исходящими из перителлия. Впечатление таково, что сами лютеиновые клетки—продукт постепенной метаморфозы элементов перителлия. При окраске суданом III—в протоплазме этих клеток обнаруживается распыление жировых зерен, а равно также и в межклеточных пространствах.

Теперь отметим некоторые особенности строения атретических фолликулов. Один из них представляет собой щелевидную полость диаметром около одного см. Эта полость рыхло выполнена молодой соединительной тканью с продуктами бывшего кровоизлияния.

Соединительно-тканые элементы по периферии располагаются теснее и несут на себе отчетливо выступающий слой клеток, по всем своим признакам напоминающих лютеиновые. Наиболее зрелые из них составляют 1—2, не более 8-ми рядов, а далее к периферии уже переходные элементы к обычным стромовым.

Форма клеток—овальная, шаровидная или полигональная. Весьма богаты протоплазмой. Последняя мелкозерниста. Ядра крупные, пузырьковидные, прозрачные, а ядрышко резко гемато-ксилинофильное.

Границы межклеточные—ясно различимы. Краска суданом III дает мельчайшие жировые зерна в протоплазме клеток, межклеточных пространствах. Кроме того жировые зерна рассеяны и в окружающих фолликул стромовых элементах, как вне, так и внутриклеточно. В лютеиноподобных клетках отмечаются фигуры непрямого деления.

Таким образом пред нами—*Theca interna* атретического фолликула, по своим морфологическим особенностям весьма сходные с лютеиновыми.

Встречаются фолликулы и в более ранней стадии атрезии. В полости их—нередко кровь с хорошо сохранившимися ее элементами. Между *membrana granulosa* и *tunica interna* отчетливо проходит типичная пограничная полоса. *Theca interna* обильно пронизана сосудами; клетки ее очевидно в состоянии напряженного усиленного роста. Типичные пузырьковидные ядра с одним ядрышком окаймляются еще небольшим количеством протоплазмы. Видно, что некоторые из этих клеток уже приближаются к типу более зрелых, только что описанных интерстициальных. Имеются жировые включения.

Теперь ближе коснемся деталей строения самой стенки опухоли. Исследуя довольно значительное количество срезов, мы все же не нашли такого места, где бы ворсинки внедрялись непосредственно в стенку опухоли. Возможно, что ворсинки отошли вместе с кровяным сгустком. Стенка опухоли разрыхлена, клеточные элементы гипертрофированы, отечны.

В общем картина представляется как бы ячеистой. Вакуолизация. Нередко полное замещение клеточных тел жировыми веществами и, вместо клеток, перед нами на обычных препаратах—соответственной величины пустоты.

Сохранившиеся клеточные элементы—весьма крупны по размерам, разнообразны по форме. Протоплазма их мелкозерниста. Ядра, большею частью, круглые, не одинаково интенсивно окрашиваются, с одним ядрышком. Вся ткань напоминает лютеиновую. Разница лишь в степени дегенеративных изменений. В некоторых участках, помимо гипертрофии волокнистой соединительной ткани—организация новых сосудов в обильном количестве. Отсюда элементы из старой соединительной ткани проникают в старые кровяные сгустки, если они тесно примыкают к стенке опухоли.

Помимо *Theca interna* атретических фолликулов, подобные им элементы одиночно и в виде небольших групп рассеяны в корковом веществе.

Гнездные скопления крупных эпителиоидных клеток обнаружили мы и в *tunica albuginea* под зародышевым эпителием.

Эти клетки, в сущности, повторяют собой почти все особенности, которые присущи описанным „интерстициальным клеткам“. Разница между ними морфологически проходит лишь постольку, поскольку отличается *tunica albuginea* от коркового слоя. До сих пор эти скопления клеток различные авторы именуют децидуальными.

Ф. труба правосторонняя.

Брюшинный эндотелий кое-где сохранился в набухшем состоянии: клетки—шаровидны. Подсерозный слой слегка разрыхлен. Мышечный—кроме незначительной гипертрофии клеток—ничего особенного не представляет. Гипертрофия и переполнение кровью сосудов. Складчатость слизистой в ампулярной части резко выражена. Если взглянуть на поперечный срез трубы простым глазом, то просвет ее, сплошь заполненный ветвистыми складочками, имеет форму, приблизительно, почкообразную, т. к. в одном месте со стороны mesosalpinx'a имеется внедрение основы слизистой в просвет трубы в виде полуостровка—зубчатого выступа.

В других же отделах дивертикулы слизистой глубоко внедряются в подлежащие ткани почти до stratum subserosum, так что происходит прерывание мышечных пластов.

Встречаются изредка крупные ячейки, представляющие собой срезы железистых полостей. Они выстланы однослойным уплощенным эпителием. Содержимое их—слизистого характера детрит.

Основа слизистой—в состоянии гипертрофии и гиперплазии. Кое-где отмечаются, сравнительно крупные, эпителиоидные элементы.

Отсутствие мелкоклеточного инфильтрата.

Эпителий покровный—в состоянии усиленного размножения. Типичных децидуоподобных элементов не обнаружено.

Наличие зародышевых элементов (ворсин) в кровяном сгустке говорит за беременность, которая возникла, по всем признакам, в яичнике.

На основании данных клинического и микроскопического исследований, надо думать, нарушение беременности с кровоизлиянием в полость пл. мешка с последующей гибелью эмбриона произошло гораздо раньше, чем те припадки, которые привели больную в клинику.

10 дней назад, возможно, последовал разрыв плодного мешка и кровоизлияние в брюшную полость, под влиянием давления или проедания хориональными элементами.

Стенка плодовместилища, имея складчатый вид, пропитана кровоизлиянием и, насколько удалось установить, при всех дегенеративных изменениях, она принадлежит желтому телу.

Часть его, в виде дивертикула, сохранила свои типичные черты—усиленный рост молодых лютеиновых клеток. Повидимому оплодотворение и прикрепление яйца произошло в фолликуле, но вскоре дело завершилось катастрофой.

Относительно микроскопических находок суждение будет после описания второго случая. Подчеркнем лишь только, что в местах возможного соприкосновения зародышевых элементов с материнскими тканями—нигде и никаких признаков децидуализации.

Второй случай: Пациентка 28 лет, поступила в Госпитальную Гинекологическую клинику 22 октября 1922 г., с жалобами на периодически появляющиеся приступы острых болей схваткообразного характера внизу живота, бели и зуд наружных половых

частей. Считает себя больной около 6-ти месяцев, с начала мая. Замужем 10 лет.

Регулы с 17-ти лет, через 4 недели, по 4 дня, необильны, без боли; последние—в конце апреля, т. е. 6 месяцев назад.

Через 7 дней после этих месячных (срочных) от неизвестной причины внезапно появились сильные схваткообразные боли внизу живота, гл. образом, слева и началось кровотечение. Боли и кровотечение длились дня 3; затем стихли и стали появляться при резких движениях. В конце мая, недели через 3 после первого приступа, в дороге (больная ехала на верблюде 90 верст) появились настолько острые боли в животе, что больная была почти без сознания. Приступ длился часа 3. В июле, приблизительно, через месяц, опять приступ острых болей внизу живота, холодный пот, побледнение, обморочное состояние. Боли—около суток. Последний 4-й приступ был в начале сентября, недель 6 назад, обмороки, холодный пот, побледнение. Провела в постели 4 дня. Болезненность брюшной стенки при последнем приступе была столь значительна, что даже малейшее прикосновение было невозможно. К концу сентября больная чувствовала себя сравнительно хорошо и выехала в Уральск к врачу. Др. диагностировал внемат. берем. и рекомендовал спешно отправиться в Саратов для операции.

В легких—катарральное состояние верхушек; акцент на аорте. Пульс 106, среднего наполнения, Молозиво. Сердцебиение плода слева на уровне пупка, шевеление — в первой половине сентября.

Учащенное мочеиспускание, склонность к запорам.

В 1918 г.—сыпной тиф; в детстве—корь, скарлатина и три года страдала малярией.

По вступлении в брак болела гонорреей. Диагноз: *Graviditas abdominalis*.

28-го произведено чревосечение (проф. С. И. Кузьмин). Разрез продольный справа (парамедиальный). По вскрытии брюшной полости представилась следующая картина:

Почти до середины разреза от лона к пупку выпятился сегмент материнской части последа; масса спаек с пристеночной брюшиной, увеличенной маткой (размягченной), отодвинутой кпереди и вправо и приподнятой выше плоскости входа. Выше все прикрыто сальником, растянутым, с крупными сосудами. Сальник отодвинут вправо. Плод взят за головку (у левого подреберья), лицом обращен кзади и к середине, спиной кпереди и влево кнаружи. Легко извлечен, через несколько секунд вскрикнул, стал дышать; отделен от пуповины и передан на руки акушерке.

Постепенно устранялись сращения материнской части последа из заднего Дугласа, с брыжейкой тонких кишек, боковых верхних отделов заднего Дугласа с правой трубой и придатками левой стороны (труба и яичник). Последние были отсечены вместе с плацентой. Очень прочные тяжи отделены в заднем Дугласе по перевязке и перерезке.

Вообще, все сращения были богаты сосудами и отличались большой прочностью. Сальник был перерезан и перевязан в двух отделах.

Appendix vermif.—бывший в сращениях плаценты, удлинен, по перевязке иссечен. Туалет брюшной полости. Из передней стенки тела матки удален фиброзный узелок с лесной орех.

Лигатуры. Рана закрыта рядом 8-миобразных швов. Смазана t-ra iodii, повязка асептическая.

Длина пуповины—53 см.; длина плода—43 см.; наибольший диаметр последа—20 см.; окружность груди—26 с полов. см.; окружность головки—29 см.; жил 2 часа 10 минут.

З (XI). Отхождение decidua с неприятным запахом.

Последующее течение гладкое.

Диагноз—Grav. abdom. на 9-м месяце.

Макроскопическое описание плаценты с окружающими частями.

Размеры: 20—14—8.

Поверхность плаценты гладкая, а в некоторых участках покрыта обрывками припаянного сальника, а также довольно плотными солидными фибринозными массами, которые сравнительно легко отделяются.

По передне-верхнему ребру плаценты идет вдоль нее связанный с ней рыхлой тканью довольно мощный пучок, в котором заложены крупные сосуды, а в самом периферическом отделе, одетый брюшиной, тяж толщиной в карандаш. Это—правая Фаллопиева труба. Абдоминальный конец ее в спайках.

На стороне противоположного ребра плаценты происходит расщепление ткани, которое ведет в полость. Последняя имеет гладкую поверхность соответственно водной оболочке. Отсюда исходит пуповина. К левому полюсу плаценты снизу приращены придатки левой стороны—яичник, окутанный сращениями величиной с голубиное яйцо и Ф. труба, извитая и сморщенная; абдоминальный конец ее припаян к яичнику.

Переднезадний разрез: в периферическом поясе разреза, на темно-багровом фоне плацентарной ткани, в различных местах резко выделяются участки ткани белесовато-желтого цвета. Эти участки в виде изолированных полуостровков с неровными краями погружаются с периферии в плацентарную ткань.

Что особенно обратило на себя внимание, так это — поперечные разрезы правой Ф. трубы. В ампулярной ее части и в маточном конце резко бросились в глаза соответственно каналу трубы ярко желтые участки, напоминающие лютеиновую ткань.

Червеобразный отросток гиперемирован, утолщен.

Микроскопическое описание.

Право-верхний сегмент плаценты. Начиная с периферии, мы встречаем 3 пласта: яичниковая ткань, фиброзное вещество и ворсистая ткань. Яичниковая часть покрыта местами зародышевым эпителием, который рядом кубических или уплощенных клеток правильно располагается на membrana propria. Под ней узенькая полоска плотной фиброзной ткани, бедной клеточными элементами. Последние имеют, большею частью, веретенообразную форму и интенсивно окрашивающееся овально-вытянутое ядро. Далее рыхлая фиброзная ткань, волокна которой то весьма тонки и нежны, то образуют компактные пучки. В общем ткань

отечна. Кое-где в обширных пустотах разбросаны крупные, шаровидные, с закругленными ядрами клетки. Описанный пласт не что иное, как измененная *tun. albug.* Самый глубокий слой смежный с фиброзным, становится весьма компактным: изобилует клеточными элементами. Клетки гипертрофированны, веретенообразной формы или овально-закругленные. Ядра двух типов: относительно мелкие (молодые) продолговато-овальные, интенсивно окрашены и более крупные, прозрачные, без ясных контуров.

Фиброзная масса—повидимому, результат давнего кровоизлияния, на что указывают в ней признаки организации с развитием соединительной ткани и сосудов. Здесь встречаются ворсинки, утратившие свои структурные особенности „гиалинизация“.

За фиброзным пластом ворсистая ткань. Некоторые ворсины, более или менее, глубоко погружаются в фиброзное вещество. Между ворсинами свободная кровь. Необычайно крупные сосуды в ворсинках. На поперечных срезах некоторых ворсин видно, как сосуды почти совершенно вытесняют элементы стромы. Так что в некоторых ворсинах эпителиальный покров лежит почти непосредственно на эндотелии сосуда.

Эктодермальный покров ворсин клетки Langhans'a в один слой большей или меньшей уплощенности. Кое-где к ворсинкам примыкают колонии клеток, напоминающих синцитиальные гиганты. Эти многоядерные скопления возникают в результате местного размножения клеток Langhans'a и дают начало будущим новым ворсинкам.

В подтверждение этого нередко удается видеть в центре этих гнезд единичные эритроциты или группы красных кровяных шариков.

При исследовании других белесовато-желтых участков плаценты (материнская часть) обнаружено следующее: зародышевый эпителий местами сохранился; клетки его, большею частью, уплощены, нередко вакуолизированы. Там, где эпителий отсутствует, к *tunica albuginea* прилежат обрывки фиброзного характера.

В остальном глубже лежащая яичниковая ткань почти аналогична только что описанной.

В одном участке встретили 4 небольших кистозных фолликула. Содержимое их—продукты кровоизлияния с характером детрита. Ни в окружности этих фолликулов, ни в других местах плацентарного мешка не удалось найти элементов децидуо-или лютеиноподобной ткани. В пограничной полосе с вористой яичниковая ткань отвечает лишь гипертрофией клеточных элементов, но совершенно не типичной для вышеуказанных тканей. Воспалительная мелкоклеточковая инфильтрация почти повсюду отсутствует.

Правая Ф. труба.

Те пункты, которые уже макроскопически отличались ярко-желтым цветом, дают при гистологическом исследовании в высшей степени интересную картину. Изменения касаются, главным образом, основы слизистой оболочки в складках. Клетки здесь принимают ясно выраженный эпителиоидный характер, весьма крупны насчет протоплазмы, формы продолговато-овальной

шаровидной или полигональной; отчетливо контурированы. Протоплазма их мелкозерниста, ядра прозрачны с одним ядрышком.

Мельчайшая вакуолизация протоплазмы и более крупная в межклеточных пространствах.

Между описанными типичными клетками кое-где разбросаны другого рода клетки, протоплазма которых вытягивается в нити, извиваясь в межклеточных щелях; ядра не крупные, неправильной формы и резко гематоксилинофильны.

Несомненно, что описанные эпителиоподобные клетки происходят из основных клеток слизистой, что подтверждается картиной постепенных переходов.

Крупные эпителиоидные клетки нередко непосредственно подходят к эпителию. Эпителиальный покров отличается резкой вакуолизацией: причем вакуоли встречаем от самых мельчайших, до таких, которые как-бы полностью замещают собой отдельные клетки.

На срезах замороженных и окрашенных суданом 111, оказывается следующее отмеченные вакуоли—не что иное, как липидные вещества.

В протоплазме крупных эпителиоидных клеток они представляются распыленными; в межклеточных щелях и особенно в эпителиальном покрове, как внутри, так и внеклеточно, достигают более крупных размеров. Кроме того, отмечено, что как соединит. тканые, так и мышечные элементы остальных слоев трубы также инфильтрированы жировыми каплями, которые располагаются в протоплазме веретенообразных клеток в один ряд четкобразно. В остальном, в тканях—никаких изменений нет; нигде не видно ни малейшего признака воспалительной инфильтрации.

Левосторонний яичник.

Зародышевый эпителий сохранился лишь отдельными полосками. Клетки иногда располагаются неправильно под различными углами друг к другу и в несколько рядов.

Tunica albuginea слегка разрыхлена. Клеточные элементы ее гипертрофированы. Встречаются отдельные группы клеток, особенно выделяющиеся из окружающей ткани. Они очень крупны, продолговато-овальной или совершенно круглой формы. Протоплазма их мелкозерниста и мелковакуолизирована. Каждая клетка содержит по одному, изредка по два ядра овально-вытянутых или пузырьковидных, с одним ядрышком. Границы клеток ясно выражены. Промежуточное вещество—сеть из тончайших волокон, в которых пробегают клетки с длинными палочковидными ядрами.

Изучение периферических элементов этих, обособленных на первый взгляд, гнезд выясняет их гистогенез. Окружающие клетки *tunica albuginea* и коркового слоя путем постепенного превращения дают эти своеобразные группы клеток. В соединительно-тканых клетках происходит рост протоплазмы, главным образом, ядро же закругляется и становится богаче хроматином. Встречаются ядра с перетяжками—признак прямого деления. Отсутствие в окружности воспалительного инфильтрата.

Описанная ткань напоминает, как децидуальную, так и лютеиновую. (*Thecainternazellen*). Примордиальные фолликулы в большинстве претерпевают дегенеративные изменения. Атретические фолликулы различной давности. В одном из них, расположенном близко к периферии, отмечено следующее. Полость его—сплошная фибринозная, местами гиалинизированная масса, пронизанная клетками веретенообразной и круглой формы. В этой же массе рассеяно множество золотисто-бурого пигмента в виде отдельных шаров или вытянутых закругленных образований.

При внимательном рассмотрении последних оказывается, что это не что иное, как клеточные элементы. Протоплазма их почти сплошь выполнена зернистым пигментом. Некоторые зерна по величине и очертанию напоминают красные кровяные шарики и даже окрашиваются эозином в розовый цвет. Повидимому, здесь картина усиленного фагоцитоза, направленного, главным образом, против эритроцитов и продуктов их распада. Фагоцитируют наступающие со всех сторон соединительно-тканые клетки, которые усиленно размножаются вокруг содержимого фолликула.

В периферическом полюсе фолликулы эти, готовые к фагоцитарной роли элементы, путем постепенного превращения, дают особую группу клеток, которые морфологически повторяют все почти черты описанных клеток в *tunica albuginea*. Можно только подчеркнуть, что эта ткань еще более подходит к лютеиновой.

Как видно, генезис этих клеток связан непосредственно с клеточными элементами, исходящими со стороны *theca interna*, причем лютеиноподобные клетки уже утрачивают фагоцитарные способности, приобретая, быть может, в силу дальнейшей более высокой дифференцировки какие-то другие функциональные свойства. Эта группа лютеиноподобных клеток пронизана капиллярными сосудиками. В прочих атретических фолликулах отмечается также весьма значительное и обширное разрастание *Thecainternazellen*.

Заслуживает внимания гистологическая находка в брыжжейке червеобразного отростка. Брюшинный эндотелий в набухшем состоянии, гипертрофирован. Под ним, в ячейках жировой ткани, залегают группы клеток, оригинальных по своему виду. Они, большею частью, достигают огромных размеров, закругленного очертания с отчетливыми границами. Протоплазма их имеет различные особенности в зависимости, повидимому, от возраста клеток. В молодых клетках протоплазма мелкозерниста и мелковакуольна. По мере роста клеток вакуоли становятся крупнее, напоминая пчелиные соты и, наконец, утратив ядро, клетка превращается в вакуольный конгломерат. Ядра с возрастом клеток также претерпевают соответствующее изменение. В молодых клетках они овально-вытянуты, богаты хроматином.

С дальнейшим ростом клеток ядра более закругляются и бледнеют, окрашиваясь почти одинаково с протоплазмой. В каждом ядре по одному ядрышку.

Таким образом, клеточные элементы описываемых групп обладают всеми свойствами эпителиоидных и, в частности, напоминают, как децидуальные, так и *Thecainternazellen*.

Вакуолизация в клетках связана очевидно с проявлениями усиленного жирового обмена веществ, что и склоняет нас отнести их скорее к элементам лютеиноподобным.

Из результатов гистологического исследования видно, что мешок, в котором заложена плацента, содержит в различных участках своей стенки элементы яичниковой ткани и представляет собой, очевидно, растянутый яичник.

Возможно, что первично беременность возникла в яичнике. Затем, в первые же месяцы, произошла руптура с выхождением плода в брюшную полость, на что имеются и клинические указания, в виде повторных типичных припадков (кровоизлияние в брюшную полость). Плацента же, сохранивши связь с зародышем, продолжала развиваться на месте первичного прикрепления до конца. Наличие обоих труб, без особых изменений, служит к тому подтверждением.

Резюме.

Сопоставляя данные гистологического исследования обоих случаев, мы должны остановить внимание на некоторых пунктах.

В обоих случаях—отсутствие типичной децидуальной ткани на границе соприкосновения материнских и зародышевых частей.

Гиперпродукция элементов желтого тела и т. н. „интерстициальной железы“. При этом типичные „интерстициальные“ клетки разрастаются, главным образом, вокруг атретических фолликулов в различных стадиях атрезии, но независимо от этого, такие же клетки возникают и в других местах коркового слоя яичника—из обычных стромовых элементов. Особый интерес представляют находки крупных эпителиоидных клеток в tunica albuginea яичников, в основе слизистой Ф. трубы и брыжжейке червеобразного отростка.

До сих пор скопление подобных элементов описывается под видом децидуальных. И действительно, они напоминают децидуальную ткань слизистой матки при беременности.

Но не менее сходства морфологически мы обнаруживаем у них, если не с типичными лютеиновыми клетками, то с так наз. „интерстициальными“.

Главная особенность лютеиновых и „интерстициальных“ клеток—это содержание в них жира.

Усиленному жировому обмену в этих клетках придают, как трофический, так и специфический инкреторный характер.

С наличием липоидных отложений мы имеем дело и в эпителиоидных клетках слизистой трубы.

По всей вероятности и в крупных децидуоподобных клетках брыжжейки червеобразного отростка жировые капли в той или иной степени заполняют протоплазму, на что указывает вакуолизация клеток.

К сожалению, из червеобразного отростка замороженных срезов не было сделано.

Во всех случаях—отсутствие мелкоклеточной и вообще воспалительной инфильтрации.

Улезко-Строганова в сальнике при беременности обнаружила децидуальные клетки; отметила в них вакуолизацию прото-

плазмы и высказала предположение, что вакуольное перерождение связано с каким-то особым химическим процессом, который совершается в протоплазме, быть может в связи с тем раздражением, которое оказывает на децидуальные клетки соседство с жировыми и при том распадающимися клетками. Эти вакуоли надо полагать, были не что иное, как растворенные при обработке жировые вещества.

Таким образом, желтое тело, интерстициальная железа и децидуоподобная ткань (эктопическая) морфологически имеют много общего.

Децидуоподобную ткань в яичниках один только из авторов, *Scharffe*, признал, как лютеиновую, принимая ее за остатки желтого тела.

Далее—несколько слов относительно сравнительного функционального значения лютеиновой, интерстициальной и децидуальной тканей.

Функция желтого тела определяется в смысле направления нормального развития яйца и контроля за внедряющей способностью хориональных элементов. Децидуальной ткани приписывается роль местного барьера против внедрения зародышевых элементов в материнские ткани.

Кроме того, децидуальная ткань может развиваться под влиянием различного рода раздражителей, продолжительно действующих, и служит выражением самозащиты организма. Ей приписывается и фагоцитарная роль (*Улезко-Строганова*).

Не отрицая указанного местного значения децидуальной ткани и принимая во внимание возможность эктопического расположения, считаем, что децидуальная ткань, как типическая в слизистой матки, так и все подобные ей ткани эктопические, имеют еще иное, быть может, более глубокое значение инкреторного характера.

Типичным для инкреторных желез является капиллярная сосудистая сеть. Пример—печень, как инкреторный орган: крупные, богатые протоплазмой печеночные клетки расположены рядами, между ними, как основа, радиально пробегает капилляр, окружая густую сетью клетки.

Так построен корковый слой надпочечника, желтое тело (*Lahn*).

Почти такую же картину дают и описанные нами лютеиноподобные клетки атретических фолликулов, клеточных групп эпителиоидного характера, обнаруженных в tunica albuginea яичников, слизистой оболочке Ф. трубы и брыжжейке червеобразного отростка.

Эктопия и довольно интенсивное участие децидуоподобных клеток в липоидном обмене наводят на мысль о родстве функций этих клеток с лютеиновыми и клетками интерстициальной железы. Что касается последних, т. е. *Thecainternazellen*, то, на основании наших данных, мы склонны подтвердить положение, которое высказали еще *Ancel et Bouin*. По их мнению, *Thecainternazellen* несут аналогичную функцию с желтым телом и могут служить его заменой.

И в смысле генетическом, как мы могли убедиться, эти три ткани между собой родственны, образуясь из соединительно-

тканых элементов. Лютеиновая ткань умножается в виду усиленного спроса на нее путем метаморфозы окружающих клеток коркового слоя.

Лютеиноподобные и интерстициальные клетки могут развиваться даже, как видно повсюду в корковом слое, независимо от theca interna атретических фолликулов. Наконец, децидуоподобная эктопическая ткань занимает еще более относительное положение в смысле локализации.

Если признать, что интерстициальный эндокринный аппарат существует, то понятие о нем, надо полагать, со временем расширится.

В этих целях потребуются более детальное и глубокое изучение экспериментально и клинически физиологического взаимоотношения указанных тканей.

Положения.

1. Интерстициальная железа яичника является дериватом соединительно-тканых элементов коркового слоя, причем в отношении геза главной, но не исключительная роль принадлежит theca interna атретических фолликулов. Элементы интерстициальной железы могут возникать в любом месте яичника из коркового слоя.

2. Децидуоподобная ткань, которую различные авторы наблюдали чаще всего в tunica albuginea яичника, а также и др. органах и тканях тазовой полости (у нас в брыжжейке червеобразного отростка) целесообразней отнести к группе интерстициальной железы. За это говорят данные морфологии, если исключить те отличия, которые зависят лишь от местных условий.

3. В смысле инкреторном, интерстициальная железа, особенно при беременности, служит тем же целям, что и желтое тело, являясь его подкреплением, а иногда и полной заменой.

4. Эктопическая децидуоподобная ткань морфологически и генетически весьма сходна с элементами желтого тела и интерстициальной железы. Возможно, и функционально эти ткани весьма тесно связаны между собой.

5. Эктопическая беременность, связанная с нарушением целости желтого тела и исключением в той или иной степени его функции, ведет к викарной гиперпродукции типичной интерстициальной ткани даже за пределами половой сферы.

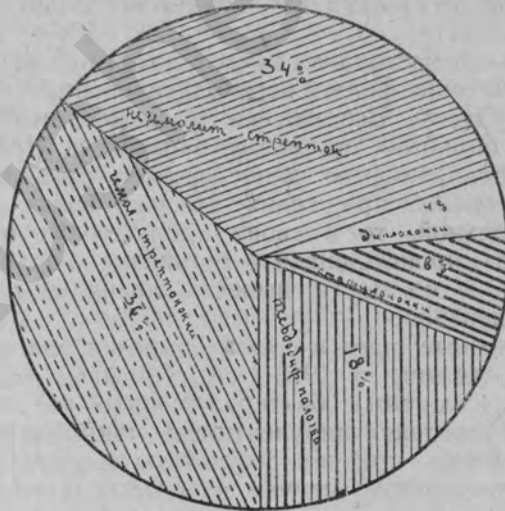
6. Вопрос о взаимоотношении децидуальной ткани, интерстициальной железы и желтого тела требует разрешения экспериментальным путем, как со стороны морфологической, так и функционально-инкреторной.

Из Акушер. клиники Государ. Института для усовер. врачей.
(Заведыв. проф. А. В. Марковский).

Значение реакции Ruge II и Philipp'a в прогнозе септических заболеваний.

Ассистента А. В. ПЛЕТНЕВОЙ.

Всякое инфекционное заболевание, а также и послеродовая инфекция в настоящее время рассматривается, как борьба между макро- и микроорганизмом. Изменение клинических данных в виде улучшения или ухудшения состояния больной является результатом взаимоотношения проникающих в организм бактерий и за-



щитных сил организма. Впервые на это указал *Bumm* в Берлинском Медицинском Обществе. *Schottmüller* и *Barfurth* пытались определять исход этой борьбы, делая посевы стрептококков на кровь и наблюдая за теми моментами, которые препятствуют их росту. Этим методом им удалось классифицировать отдельные виды стрептококков (гемолитическ., негемолитическ. и т. д.). *Fromme* сеял стрептококков на кровяную взвесь, при чем на 2 куб. см. кр. взвеси.

(Он брал кровь, дефибрировал и отмывал кр. кр. тельца физиологическим раствором, который затем отсасывался, 5 частей свободных от сыворотки кр. кр. шариков взбалтывались с 100 частями физиологического раствора, и таким образом получалась кровяная взвесь).

Бралась 1 петля 24-х часовой бульонной разводки стрептококков из влагалища больной. После 12-часового стояния в термостате из этой смеси 1 петля сеялась на кровяной агар, и оказывалось, что вирулентные гемолитические стрептококки задерживались в росте после пребывания в кровяной взвеси, а сапрофитные размножались. Впоследствии он заменил кровяную взвесь 2% эмульсией лецитина с подобным же результатом. Возможность такой замены кр. кр. шариков лецитином указывает, что здесь не играла роли кровь, как центр защитных сил организма тем более, что сыворотка совершенно выключалась, а потому метод *Fromme* не оправдал надежд, возлагаемых на него автором. *Schottmüller*'ом и *Winter*'ом был высказан взгляд, что большое значение при определении исхода заболевания имеет гемолиз, как показатель вирулентности.

Между тем *Bumm*, *Sigwart*, *Fromme* многочисленными исследованиями доказали, что гемолитические стрептококки часто находятся в половых путях беременных, рожениц и родильниц, не вызывая инфекции. *Warnekros* находил даже нередко гемолитических стрептококков в крови при аборте, протекающем хотя и при повышенной температуре, но без явлений общей септической инфекции (механич. внедрен.).

С другой стороны *Zweifel*, *Kröemer* и *Schäffer* наблюдали случаи смертельного сепсиса при наличии негемолитических стрептококков.

Кроме того, в настоящее время доказана возможность перехода гемолитических форм в негемолитические и обратно (*Schottmüller*, *Philipp*, *Finger*). Все эти факты можно объяснить только тем, что исход борьбы в организме зависит не только от вирулентности бактерий, но и от защитных сил организма. Так как *Barfurth* и *Schottmüller* при своих посевах брали кровь не от исследуемой больной, то в своих наблюдениях они лишались второго фактора происходящей в организме борьбы (защитных сил), а потому и не могли вывести правильного заключения об исходе заболевания.

Первые удачные шаги в смысле определения прогноза заболевания были сделаны в 1923 г. *Karl*'ом *Ruge II*, который наблюдал рост влагалищных бактерий в крови той же больной и, таким образом, определял вирулентность микробов по отношению к данному организму, при чем результаты его исследований всякий раз подтверждались течением и исходом болезни.

Способ *Ruge* заключается в следующем: он берет 0,5 куб. см. крови из *v. cubitalis* лихорадящей родильницы и прибавляет к ней каплю секрета из матки или из влагалища той же больной. Из этой смеси готовится висячая капля и производится наблюдение под микроскопом на нагревательном столике в течение нескольких часов. При этих наблюдениях *Ruge* и его последователям удавалось видеть явления гемотаксиса и фагоцитоза: лейкоциты притягивались микробами вплотную, вытягивали псевдоподии и захватывали их внутрь себя. В подобных случаях

даже те микробы, которые не были захвачены лейкоцитами, оказывались неспособными к размножению. В других случаях лейкоциты подходили к стрептококкам, вытягивали уже псевдоподии и вдруг втягивали их обратно и удалялись без фагоцитоза. Положительный гемотаксис, фагоцитоз и уменьшение стрептококков говорит за неvirulentность их по отношению к данному организму; отрицательный гемотаксис и быстрое размножение микробов в первые 4 часа есть признак virulentности и дает плохой прогноз. Таким образом этот метод дает возможность быстро ориентироваться в серьезности заболевания, что невозможно сделать в начале болезни по клинической картине. *Ruge II* провел свой метод на 300 больных и поставленный им прогноз вполне соответствовал течению болезни; только в 2 случаях прогноз был сомнителен, а течение в одном случае гладкое, в другом смертельный исход. В настоящее время для облегчения глаз при длительных наблюдениях по *Ruge* под микроскопом, фирма *Zeiss* изготовила *Helldarkelfeldkondensor* с дугообразной лампой или *Ernest'a*, двойным окуляром и 12-м простым увеличением.

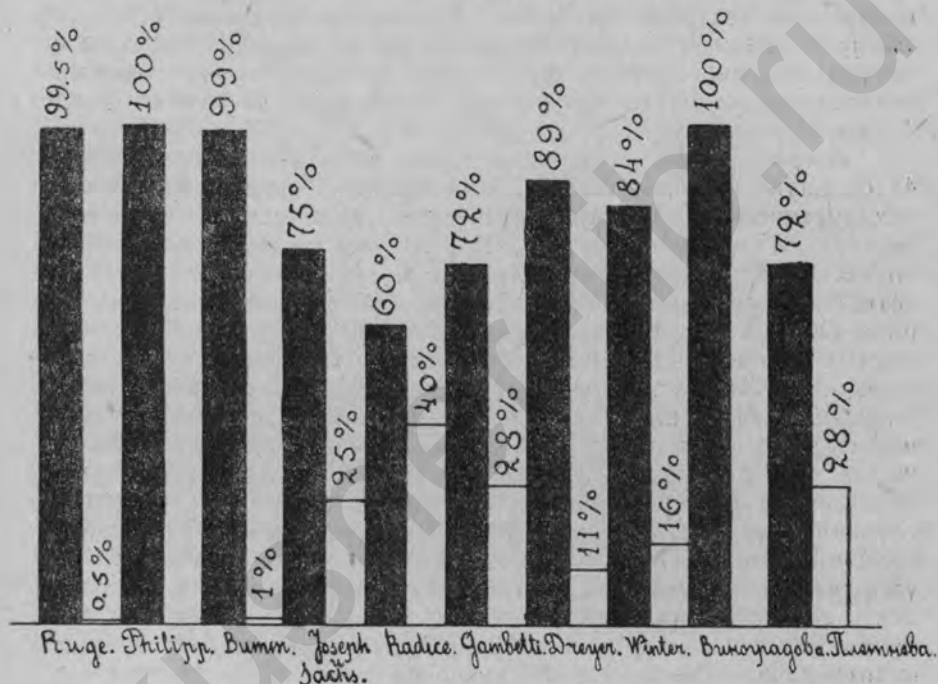
Недостаток метода заключается в том, что требуется нагревательный столик, который имеется даже не в каждой большой лаборатории, во-вторых, надо посвятить подряд несколько часов наблюдению под микроскопом, что по мнению самого же *Ruge* слишком утомительно для глаз даже при смене светлых и затемненных полей. В виду этого *Ruge II* предложил модификацию своего метода, которая заключается в том, что, смешав секрет с кровью больной, делают мазок на предметном стекле, окрашивают methylenblau и исследуют под микроскопом. Остаток смеси помещается в термостат и затем делаются повторные мазки через 2—3—4 часа. Сравнением количества бактерий в этих мазках решается вопрос о росте числа бактерий, их virulentности и бактерицидности крови. Способ этот требует меньшей затраты времени, но как и первый построен на субъективном и неточном учете роста бактерий и определяет количество бактерий, не давая данных о биологических свойствах возбудителя. Во избежание субъективного фактора и других недостатков метода, *Philipp* предложил свой способ определения virulentности бактерии, построенный на том же принципе. Исследование производится следующим образом: трубкой *Döderlein'a* набирают секрет из полости матки или из влагалища, делается мазок, чтобы ориентироваться приблизительно на содержание бактерий, особенно диплококков и стрептококков. Затем, смотря по количеству микробов 2—6 петель секрета переносится в пробирку с бульоном или физиологическим раствором (4—5 куб. см.) для разведения. Одновременно из *v. subitalis* той же больной *Luer'овским* шприцем берется 5—10 куб. см. крови и дефибрируется (для этой цели кровь выливают в колбочку с бусинами и встряхивают в течение 5—10 мин.). Из смеси секрета с бульоном в зависимости от первоначального количества бактерий переносится 2—6 петель в пробирку с дефибрированной кровью и хорошо взбалтывают—получается смесь инфекционного начала пораженного организма с его собственной кровью. Из этой смеси набирают градуированной пипеткой 1½ куб. см. и смешав с 5 куб. см. 2% разжиженного щелочного агара выливают в чашку *Petri* и ставят

в термостат, куда помещают и оставшуюся кровь с инфекционным началом. Через 3 часа засевают II чашку с агаром и так до тех пор, пока не выйдет вся кровь. На следующий день засеянные чашки исследуются и сравниваются по числу колонии. Если через 24 часа чашки остаются стерильными, то необходимо поставить их в термостат еще на 24 часа или даже на 48 час.: особенно медленно растут зеленые стрептококки. Макроскопически можно уже определить вид микроба и его биологические свойства (гемолитическ., негемолитическ., *viridans*, *mucosus*); а сосчитав число колоний на I и II чашках вполне объективно судить о вирулентности бактерии и их резистентности к данному организму. Если во II чашке число колонии возросло, то прогноз плохой, инфекция сильна и побеждает бактерицидные свойства крови.

Медленное увеличение или отсутствие изменения числа колоний говорит за умеренную инфекцию и, наконец, уменьшение роста до полного исчезновения за неvirulentность. Метод очень прост и единственная трудность заключается в правильном разведении. Если засеянный материал содержит слишком много бактерий, то вырастает так много колоний и в I и во II чашке, что трудно их сравнить. Самый идеальный посев должен содержать 1—10 колоний и тогда, по мнению *Philipp*'а не будет ошибок. Наибольшее значение кроме I чашки имеет II-ая, вылитая через 3 часа, и в последнее время *Philipp* довольствуется этими двумя чашками. Увеличение числа колоний в чашках, вылитых через 6 часов после начала исследования, значения не имеет, так как может явиться результатом ослабления бактерицидной силы крови *in vitro*. Если обе чашки остаются стерильными в то время, как в мазке и в бульоне были стрептококки в большом количестве, по мнению *Philipp*'а, служит доказательством победы бактерицидных сил крови над стрептококками и указывает, что те же явления происходят в организме. Этот способ применим, пока дело идет о местной инфекции, но если появляются признаки общего сепсиса, указывающие на проникновения заразного начала в кровь, то является уже необходимостью в исследовании крови, которое производится также по методу *Philipp*'а и заключается в следующем: в начале приступа озноба или за $\frac{1}{2}$ часа до него берется из *v. cubitalis* кровь, дефибрируется и $1\frac{1}{2}$ куб. см. ее вместе с разжиженным агаром, выливается в чашку *Петри* и ставится в термостат, куда помещается и остаток крови. Через 2—3 часа производится новый посев и т. д. Увеличение числа колоний в последующих чашках по сравнению с I чашкой говорит о перевесе захватной силы бактерии над защитными силами крови и дает плохой прогноз.

Philipp считает необходимым применение пробы на вирулентность у инфицированных женщин до и во время родов, в послеродовом периоде и при выкидышах. Наличие высокоvirulentных стрептококков в послеродовой матке ведет, по меньшей мере, к стрептококковому *endometrit*'у с высокой лихорадкой и тяжелым общим состоянием. Это наиболее благоприятный исход, а часто стрептококки проникают дальше и вызывают перитонит, пиэмию или сепсис. Совершенно иначе обстоит дело при наличии стрептококков, которые убиваются собственной кровью больной.

По мнению *Philipp'a*, такие стрептококки, проникая в кровяное русло, дают озноб и затем исчезают из крови, не причинив вреда. *Philipp* рекомендует также применение своего метода перед всеми гинекологическими операциями и говорит, что, если не оперировать женщин с вирулентными бактериями, можно уберечься от инфекции, которой иначе не избежать. Кроме того, *Philipp* считает необходимым применение своей пробы для определения изменения вирулентности в течение болезни, чтобы, таким образом, контролировать действие примененной терапии. Переход вирулентных бактерий в неvirulentные зависит от повышения за-



щитных сил крови и означает окончание тяжелого заболевания за исключением тех случаев, где успели развиться непоправимые повреждения, как, напр., endocarditis.

Philipp на исследовании крови у 7 женщин поставил плохой прогноз и у 19 хороший: из 7 больных с плохим предсказанием 6 умерло и одна проделала тяжелый дихорадочный послеродовой процесс, а 19 больных с хорошим прогнозом поправились гладко.

Bumm применяет пробу *Philipp'a* перед операциями сарципом'ы шейки матки. Он отмечает, что около 20% случаев рака шейки содержат вирулентных стрептококков, которые растут на собственной крови больной, при чем операбельные случаи дают 10% вирулентности, а тяжелые запущенные сарципом'ы 30%. Эти 10% случаев с вирулентными бактериями при операбельных раках обуславливают как раз оперативную смертность. Таким образом в клинике *Bumm'a* было произведено обследование 72 больных перед оперативным удалением рака шейки матки и в 4 случаях оказались высоко вирулентные стрептококки, при чем 3 боль-

ных умерли, а 4-я имела после операции абсцесс в брюшной полости, который угрожал развиться в общий перитонит. В то же время на остальных 68 больных, где проба *Philipp*'а дала благоприятный прогноз, имелась лишь одна смерть, а 67 протекли нормально. По мнению *Bumm*'а, проба *Philipp*'а имеет прогностическое значение даже при лечении радием. Из 25 случаев сепсиса с вирулентными стрептококками 5 больных умерло от инфекции после применения радия, а между тем на 50 женщин с отрицательной пробой *Philipp*'а после лечения радием была только одна смерть и 1 воспалительный процесс. *Bumm* рекомендовал также применение метода *Ruge II* и *Philipp*'а перед производством кесарского сечения. Вообще он предпочитает пробу *Philipp*'а, дающую больше уверенности, но перед кесарским сечением решение вопроса требует иногда быстроты, а потому приходится предпочитать пробу *Ruge II*, которая дает ответ через 4 часа.

Joseph и *Sachs* обследовали клинически и бактериологически 41 больную, при чем было 37 гинекологических заболеваний и 7 хирургических. Бактериологические исследования производились *L. Rabinovitch—Kempner*, так что она не знала клинических случаев и их течения, что служило порукой для абсолютно объективного суждения. Согласованность между клиническим течением случаев и результатом пробы была 30 раз, т. е. в 75% наблюдаемых случаев. Из этих 30 больных, у 14 прогноз был хороший, т. е. *Ruge* и *Philipp* дали отрицательный результат и клинически не было никаких тяжелых явлений и заболевание окончилось выздоровлением; 13 больных клинически протекали тяжело, т. е. с высокой t° , ознобами и гнойными вонючими выделениями, но *Ruge* и *Philipp* дали отрицательный результат и все случаи окончились выздоровлением. Наконец, 3 больных со стрептококками в крови и с положительными пробами *Ruge* и *Philipp*'а умерли. В то время, как в этих 30 случаях проба на вирулентность согласовалась с клиническим течением, в остальных 11 — пробы *Ruge* и *Philipp*'а оказались недействительными: или оба метода давали различные между собой результаты, при чем 7 раз клиническое течение не согласовалось с обоими методами, а у остальных 4 больных 3 раза клиническое течение согласовалось с методом *Philipp*'а и не соответствовало результату пробы *Ruge* и в 1 случае, напротив, согласованность была только с методом *Ruge*. *Joseph* и *Sachs* считают, что методы *Ruge* и *Philipp*'а очень ценное обогащение, но не абсолютно верны, при чем проба *Philipp*'а предпочтительна, так как дает большее поле для наблюдения.

Radice изследовал в городской больнице *Moabiler* 47 гинекологических и хирургических инфицированных больных. Проба *Ruge* проведена с материалом 30 больных, при чем 23 раза результат согласовался с клиническим течением болезни и 7 раз нельзя было установить никакой согласованности. Проба *Philipp*'а была поставлена 33 раза, и в 10 случаях получены были согласованные результаты, а у 23—*Radice* считает картину вирулентности неясной, так как обе чашки после 48—72-часового стояния в термостате оставались стерильными или выказывали атипическое развитие колоний. К сожалению, *Radice* не сообщает течения заболевания

в этих случаях, а между тем такая стерильность обеих чашек указывает на слабую вирулентность микробов, и при гладком выздоровлении этих 23 больных результаты можно было бы считать согласованными. У 17 больных были поставлены одновременно пробы *Ruge II* и *Philipp'a*, при чем 12 раз результаты были равноценны и 5 раз различны. *Radice* считает, что проба *Philipp'a* есть ценный метод для определения вирулентности стрептококка, но не непогрешимый.

Gambetti продолжал испытание пробы на вирулентность стрептококков на дальнейшем материале больницы *Moabiter* и произвел 150 исследований по методу *Ruge* и *Philipp'a*. Клиническое течение у него согласовалось с пробой *Ruge* и *Philipp'a* в 72% случаев; клиническое течение соответствовало пробе *Ruge II* в 76% и пробе *Philipp'a* в 84% случаев. На основании своих данных *Gambetti* считает пробу *Ruge II* и *Philipp'a* очень ценными вспомогательными методами для клинической диагностики, хотя предпочитает метод *Philipp'a*.

Dreyer поставил пробу *Ruge II* и *Philipp'a* 85 раз на 76 гинекологических и послеродовых лихорадящих больных, из коих у 67 больных (89%) прогноз оказался верным. Из этих 76 больных умерло 3, при чем один раз получилось полное несоответствие, т. е. проба *Philipp'a* была отрицательная при первом и повторном исследовании, а больная погибла от перитонита через 2 дня после второго обследования. *Dreyer* считает, что проба *Philipp'a*, построенная на принципе *Ruge II*, дает ценный взгляд на соотношение между бактериями и организмом, но безусловной уверенности пока не дала.

Winter в своей клинике проводил метод *Philipp'a* во всех случаях послеродового периода, где t° была выше 38° и были найдены стрептококки во влагалище. Всего было обследовано 50 больных, при чем в 2 случаях проба не дала верного результата, в 42 (84%) прогноз был поставлен верно и в 6, из-за переменчивости результатов, нельзя было поставить прогноза. *Winter* считает, что показания к большим акушерским операциям должны зависеть от пробы *Philipp'a*. Он думает, что может быть, возможно с помощью пробы *Philipp'a* при лихорадящем аборте своевременно распознать те случаи, где надо избегать активного вмешательства. Единственный из немецких клиницистов *Finger* смотрит пессимистически на пробу *Ruge-Philipp'a*, считая, что проба идет параллельно клинической картине болезни, но не определяет прогноза. Он сообщает о 10 больных, где была поставлена проба *Ruge II*, при чем у 5 из них *Ruge* давал плохой прогноз, а больные выздоровели, но ведь плохой прогноз не означает обязательно смертельный исход, но в одинаковой мере может служить указанием на тяжкое заболевание, а между тем эти 5 больных *Finger'a* давали в дальнейшем высокую t° до 40° , падение t° на 5—10-ый день, но не до нормы, а до субфебрильных цифр и выписались на 14-ый—32-ой день. Из остальных 5 больных, у 3-х действительно получилось несоответствие, так как *Ruge* дал хороший прогноз, а больные, хотя излечились, но пробыли в клинике в среднем около 50 дней. 4-ая больная сначала дала плохой прогноз, что можно объяснить первоначальным перевесом микробов в борьбе, а в дальнейшем очевидно стали брать перевес защитные силы

организма, и проба *Ruge II* дала прогноз хороший, а больная выписалась в хорошем состоянии на 24-ый день. Наконец, у последней больной *Finger* считает первую пробу на вирулентность хорошей при неизменном количестве стрептококков в течение 4 час., а между тем отсутствие нарастания микробов говорит только, что в данной борьбе силы микро-и макроорганизма одинаковы. Поэтому вполне понятно, что при повторной пробе прогноз получился плохой, когда победа осталась за стрептококками и у больной кроме имевшегося абсцесса брюшной полости, развился плеврит, сопровождавшийся резекцией ребра. Случай закончился выздоровлением, но заболевание было тяжкое и длительное. Таким образом, если подробно рассмотреть эти 10 случаев *Finger*'а, то оказывается, что они дали 7 раз согласованный результат, т. е., также около 70%, как и у предыдущих авторов.

В русской литературе опубликовано только сообщение д-ра *Виноградовой*, которая приводит данные из клиники проф. *Писемского*. Ими было произведено 50 бактериологических обследований по методу *Ruge II* и *Philipp*'а у родильниц, при чем у 6 из них получены высоковирулентные зеленые и гемолитические стрептококки и эти родильницы дали тяжелое течение *puerperium*'а. У остальных больных найдены были слабовирулентные и невирулентные бактерии и полученный таким образом хороший прогноз вполне подтвердился течением болезни.

В последнее время для подкрепления своего метода *Philipp* предлагает еще прямой микроскопический контроль, который заключается в следующем: несколько куб. см. свежеснятой дефибринированной крови центрифугируется в стерильной пробирке и ставится в термостат. Через 10—15—30 час. из границы между кровяными тельцами и сывороткой готовится мазок и красится *methyleneblau*; затем мазки сравниваются по количеству бактерий.

Кроме того, *Беньяни* на последнем бактериологическом съезде в Москве предложил еще новый метод, построенный на принципе *Ruge*, который заключается в следующем: взяв кровь от больной, он отсасывает сыворотку и засеивает в нее каплю секрета. Из этой смеси он готовит мазки и один сразу фиксирует и окрашивает, а остальные герметически закрывает и ставит в термостат. Затем через известные промежутки времени берет мазки, фиксирует и красит: он предпочитает такой метод, пч. при нем можно наблюдать мелкие вновь образованные кучки микробов. Своим методом он получил 52% согласованности, а работая с методами *Ruge II* и *Philipp*'а—50%. Нам кажется, что этот метод мало чем отличается от 2-го способа *Ruge II*.

Таким образом, во всех опубликованных сообщениях процент согласованности пробы *Ruge II* и *Philipp*'а с течением болезни колеблется от 50% до 100%, т. е., в среднем 75%.

В Акушерской Клинике Государственного Клинического Института всем послеродовым больным с t° выше 37,0 или с выделениями с запахом ставилась проба *Philipp*'а мною совместно с экстерном клиники д-м *Шевелевой*. Пробу *Ruge II* мы не проводили за неимением нагревательного столика, а при окрашенных препаратах сравнение числа бактерий часто не легко и естественно зависит от субъективного понимания,

Проба *Philipp'a* проведена нами 60 раз на 54-х больных, при чем 27 раз на II чашке было отмечено уменьшение или отсутствие роста, а у 11 больных обе чашки остались стерильны в то время, как в первоначальном мазке и в бульоне были чаще псевдодифтеритные палочки, но иногда и стрептококки.

Таким образом эти 38 больных имели хороший прогноз, который подтвердился течением болезни, у 16 больных метод *Philipp'a* дал дурной прогноз т. е. на II чашке выросло больше колоний, чем на I-ой, при чем все больные остались живы, но 3 из них продолжительно лихорадили, особенно одна больная с mastitis, лежавшая в хирургической клинике, проделала жестокий sepsis. Остальные 13 больных быстро сдали t° и поправились, дав таким образом несоответствие между пробой *Philipp'a* и течением болезни. Из этих 13 больных одна выписалась с t° 37,7 под росписку и дальнейшего течения ее болезни мы не знаем, а вторая с cancer'ом шейки, давшая плохой прогноз до операции, после операции extirpatio uteri дала гладкое течение, но шейка перед операцией была тщательно дезинфицирована и обильно смазана иодом. Конечно эти случаи все же причислены нами к числу несогласованных.

Что касается характера инфекции, которая выяснилась при посевах на кровяном агаре, то 18 раз встретился гемолитический стрептококк, 17 негемолитических стрептококков, 2 раза диплококки, 1 гемолитический стафилококк, 4 негемолитических стафилококка и 9 псевдодифтеритных палочек. Эти данные показывают, что, несмотря на наличие в 65% случаев стрептококков и в 36% даже гемолитических, очень тяжелых заболеваний было собственно одно и, таким образом, подтверждаются наблюдения тех авторов, которые говорят, что гемолиз сам по себе не решает вопроса о прогнозе. Диагноз заболеваний, подвергнутых исследованию, распределяется следующим образом: 1 endometritis septica, 3 endometritis putrid., 8 endometritis sub. et post partum, 8 febris ex resorb., 13 раз—subinvolutio uteri, 9—subinvolutio cum lochiometra, 6 чистых случаев lochiometры, 1 parametritis, 1 mastifis, 1 cancer colli uteri и 2 раза нормальный послеродовой период. Что касается нормального послеродового периода, то интересно отметить, что в одном случае обе чашки были стерильны, а в мазке и бульоне были найдены псевдодифтеритные палочки и стафилококки, а во 2-м случае, где максимальная t° была 37,2 были в I чашке 7 колоний негемолитических стрептококков, а II—стерильна, и наступило быстрое выздоровление.

Что касается метода обследования, то 53 раза делались нами посевы смеси крови с выделениями из влагалища и матки и 1 раз был сделан также по методу *Philipp'a* посев крови. В последнем случае больная была оперирована по поводу аррeдicit'a, осложненного септическим перитонитом, вызвавшим преждевременные роды на 6-м месяце. В виду того, что положение больной было тяжелое и ожидалось развитие общего сепсиса, ей было произведено исследование крови по методу *Philipp'a*. Обе чашки были стерильны и общее состояние больной довольно быстро пошло на улучшение.

Повторно реакция *Philipp'a* была поставлена у 5 больных:

1) К. I para. Плоский таз: Поступила 7/XII, воды отошли 8/XII, 9/XII t° 38,5°. В виду повышения t° , endometritis sub partum, плоского таза, склонения Litzman'a—высокие шипцы Kielland'a. В послеродовом периоде endometritis post partum. На 2-ой день *Philipp*: I чашка 80 колоний псевдодифтеритных палочек, а II—стерильна; на 4-ый день t° 40,2° и на 5-ый день *Philipp*: I чашка 9 колоний гемолитических стрептококков, а II стерильна. Прогноз хороший и действительно t° через день упала и на 11-й день больная выписалась здоровой.

2) А. I para 28/XII. Роды—N. Послеродовой период до 7-го дня протекал при нормальной t° , а на 7-ой день утр. 37,3° и веч. 36,8°; 8-ой день—N. На 9-ый день проба *Philipp*'a: I чашка—4 колонии гемолитических стрептококков; II—12 кол. гемолитических стрептококк. Прогноз плохой. На 11-ый день веч. t° 38,7; на 12-ый—38° и прекращение выделений. На 12-ый день проба *Philipp*'a и выросло только через 72 часа: на I чашке—1 колония гемолит. стрептококков; II—стерильна. В дальнейшем обильные выделения, t° упала и на 19-ый день больная выписалась.

3) Б. I para 8/I. При поступлении t° 37,2°. Ягодичное предлежание. Извлечение. T° до 9-го дня около 37,5°. На 9-ый день *Philipp*: I чашка—27 колоний гемолитич. стрептококков, II—140 колоний гемолит. стрептококк. Прогноз плохой. С 9-го дня t° —N. На 13-ый день проба *Philipp*'a—обе чашки стерильны. На 14-ый день выписалась здоровой.

Хотя повторная проба дала верный прогноз, но в виду неверного прогноза первой пробы мы причисляем этот случай к несогласованным.

4) О. I para, Роды—N. 1-ый день t° 37,7°; 2 и 3-ий день—N. 4-ый день веч. 37,3°; 5-ый день веч. 39,4°. На 7-ой день проба *Philipp*'a при t° 36,4° утр. и 36,5° веч. I чашка 30 колон. гемолит. стрептококк.; II—49 колон. гемолит. стрептококк. Прогноз плохой. На 9-ый день t° утр. 36,4° и веч. 39,5° и проба *Philipp*'a: I чашка—6 колон. гемолит. стрептококк и II чашка—100 колон. гемолит. стрептококк. Прогноз плохой. В последующие дни t° —N. На 14-ый день проба *Philipp*'a: I чашка—5 колон. гемолит. стрептококков и II чашка—120 колон. гемол. стрептококк. Прогноз плохой, но у больной t° больше не поднималась и на 17-ый день она выписалась. Здесь, конечно, пробу *Philipp*'a также надо считать недействительной.

5) К. I para 17/II. При поступлении t° 38,4°. Воды отошли 18/II. Проба *Philipp*'a: обе чашки стерильны, а в бульоне стрептококки. Прогноз хороший. Роды самостоятельн. 19/II при t° 37,4°. На другой день t° 37,0° и поставлена снова проба *Philipp*'a: I чашка—34 колонии негемолит. стрептококк, II чашка—26 колон. негемолит. стрептококков. В бульоне палочки, стафилококки и стрептококки. Прогноз хороший. В дальнейшем сначала субфебрильн., затем нормальная t° . Выписалась на 11-ый день. Таким образом на 54 больных, исследованных нами по методу *Philipp*'a, мы имеем результат, согласованный с течением болезни 38 раз, т. е. в 74% так же, как большинство авторов.

Из наших наблюдений и литературных данных можем заключить, что проба *Philipp*'a, как всякая биологическая реакция, дает известный процент ошибок тем более, что судить о защит-

ных силах организма по одной крови нельзя, так как не только кровь, но каждая клетка в организме вырабатывает свои защитные силы и инфекция, которую, может быть, не в состоянии победить одна кровь, будет побеждена ею совместно с другими клетками.

I. Поэтому метод *Philipp'a* является все же ценным методом, который вместе с реакцией *Farreus'a* и морфологическим исследованием крови должен применяться у каждой лихорадящей родильницы для возможно раннего определения тяжести инфекции, а тем самым и прогноза.

II. Желательно также у каждой роженицы, которой предполагается произвести крупную акушерскую операцию, предварительно ставить пробу *Philipp'a*, так как оперативные роды часто сопровождаются травмами, способствующими внедрению инфекции, а потому важно узнать к началу послеродового периода взаимоотношение влагалищной флоры и защитных сил крови.

III. При производстве активной иммунизации с целью профилактики послеродовых заболеваний, мы считаем необходимым применять метод *Philipp'a*, который более определенно характеризует влагалищную флору, тогда, как степень чистоты влагалища имеет лишь относительное значение.

IV. Всякая гинекологическая операция, сопряженная со вскрытием брюшной полости, особенно же при раке шейки матки также должна сопровождаться предварительным обследованием влагалищных выделений по методу *Philipp'a*.

Из Родильного Дома им. *Грауерман* (дир. *М. Г. Сердюков*). Из Государственного Научного Института Наркомздрава (дирек-проф. *Л. А. Тарасевич*).

Метод проф. Безредка в терапии послеродовых заболеваний.

Ординатора Г. А. ДМИТРОВСКОГО (Москва).

Здоровье иммунного организма обеспечивается взаимодействием трех факторов: вируса, белых кровяных телец и антител. В борьбе между вирусом и организмом выдвигается четвертый фактор—восприимчивая клетка; известно, что клетки реагируют только на раздражающие их микроорганизмы и адсорбируют только вирусы, к которым обладают элективным или специфическим средством (проф. *Безредка, Annales del'inst. Pasteur*).

Первые попытки применить местную специфическую вакцинацию и выяснить ее теоретические основы относятся к 1893—94 годам и связаны с именами *Мечникова, Савченко, Заболотного* и *Клемперера*, которые, прививая живых и убитых холерных бактерий, наблюдали повышение агглютинационного титра сыворотки крови.

С 1905 по 1911 г. более определенные и убедительные данные были получены *Кантакузенем, Лёфлером, Кальметом* и другими при вакцинации через рот против тифа. Мысль о таких местных иммунизациях основывалась на возможности избирательного действия микробов к определенным клеткам организма. Оказалось, что некоторые патогенные микробы имеют совершенно особое сродство к отдельным частям слизистой тонких и толстых кишек.

В 1916 году *Флекснер*, работая над вопросом о местной специфической терапии, упоминает, что специфическая вакцинация является весьма целесообразным средством при лечении кожных ран и доступных внешнему воздействию слизистых оболочек.

В 1918—20 годах *Безредка* поставил себе цель—выяснить: во-первых—не являются ли некоторые инфекции, особенно кожные, стафилококковые только местными, и во-вторых—недостаточно ли в этих случаях применения местной вакцинации.

Для проверки этой мысли он и его сотрудница *Басс* применяют сити—вакцинацию у больных фурункулезом (25 случаев), при сибирской язве (5), при оспе (4), роугhee (3). Вакцина готовилась следующим образом: стафилококки, выделенные у больного и сенсibilизированные по *Безредка*, убиваются нагреванием в течение 40 минут при 65° и впрыскиваются в кожу около по-

раженного места (1 к. ст.). На следующий день обычно наблюдается сильная реакция, общие явления отмечаются редко. Инъекции повторяются через день—вводится от 3—8 миллиардов микробных тел. Почти все больные находились под наблюдением от 18-ти месяцев до 2-х лет и ни у одного не отмечалось рецидивов.

Emil Savini у больных с гнойными процессами рекомендует метод *Vallet'a*; к 5 к. ст. гноя от больного в пробирке с стеклянными бусами прибавляют 1 к. с. хлороформа и взбалтывают в течение нескольких минут до получения гомогенной эмульсии; хлороформ при этой методике играет роль стерилизатора и гомогенизатора. К этой эмульсии прибавляют равное с гноем количество дистиллированной воды.

Savini и ряд других авторов указывают на несколько случаев успешного применения подобных вакцин—сущность же их действия оставалась недостаточно выясненной.

Позднее проф. *Безредка*, на основании своих работ, каждый орган рассматривает как нечто самостоятельное в смысле патологии и выработки иммунитета. Считая кожу обладающей наибольшей индивидуальностью в этом смысле, он предлагает применение не подкожных, а внутри-кожных инъекций. Метод состоит в том, что несколькими уколами на коже на небольшом расстоянии—вводится фильтрат определенных бактерий—то, что он называет „*la cutivaccination en parre*“. Роль кожной подобной вакцинации в стафилококковых инфекциях выступает еще интенсивнее, когда вместо микробных тел употребляется фильтрат вакцины—веществ, парализующих активное действие стафилококка.

Из опытов *Безредка* вытекает, что это вещество термостабильно и специфично, обладает избирательным сродством к коже, как и стафилококк. Вещества эти относятся к ряду антагонистов—и являются антивирусом. Подобное действие выступает только при применении фильтратов в или на кожу.

Это дало мысль *Безредка* применять вакцинацию на кожу в виде перевязок (компрессы, тампоны), смоченных подобными фильтратами культур.

Успешные результаты на животных дали возможность применить их у человека. Первые опыты были сделаны *Бассе* в клинике *Hôtel Dieu*, главным образом, при стафилококковых поражениях, как наиболее поддающихся этой терапии. Больше 40 больных с фурункулезом, остеомиелитом, лимфангоитом и сибирской язвой лечились фильтрованной культурой стафилококка. Фильтрат готовился как из стафилококков, полученных от самого больного, так и из обычных культур; при этом важно было лишь предварительное определение характера стафилококка в гною больного. Как правило после первой перевязки наблюдалось улучшение: уменьшалось количество гноя, исчезала вялость кожи и появлялись хорошие грануляции. Такие же перевязки применялись при смешанных стафило-стрептококковых инфекциях; и в таких случаях фильтрат готовился из смешанных культур. В 4-х случаях рака матки, осложненных стафило-стрептококковой инфекцией, после применения фильтрата пораженная область делалась более доступной и подготовленной для дальнейшего лечения радием.

Большинство вышеизложенных фактов, прежде рассматриваемых, как проявление общего иммунитета, начинают благодаря последним работам *Безредка* получать объяснение, как явления местного иммунитета. После первой инфекции воспринимающий орган не реагирует больше на вторичную инфекцию и иммунитет делается общим.

Применение серо- и вакцинотерапии в акушерстве и гинекологии не ново и основано на общих принципах создания иммунитета; вопрос же о создании местного иммунитета для акушеров и гинекологов нов и пока не возникал; а между тем именно в акушерстве, а в особенности при послеродовых заболеваниях—этот метод лечения применим и имеет свои богатые перспективы.

Достаточно вспомнить, что весь половой аппарат беременной, роженицы и родильницы, рассматривается, как главная и первичная локализация местной инфекции и входные ворота для генерализации процесса.

По этим соображениям здесь и должно начать лечение, ибо необходимо усилить защитные средства самого организма, укрепить грануляционный вал—эту баррикаду для борьбы организма, следовательно, и борьбу против инфекции.

Проф. *Безредка* целым рядом опытов доказал, что при различных болезнях, а в частности при заразных заболеваниях кишечника, иммунитет представляет собой явление местное. При заболеваниях дизентерией, брюшным тифом и холерой наиболее пораженным органом является кишечник; именно—„он“ — кишечник определяет исход болезни и в области его стенок возникает иммунитет, делающий весь организм не восприимчивым к новому заражению; поэтому мы подчеркиваем, что боремся за будущность всего организма, мобилизуя местный иммунитет самой матки и всего родового тракта.

Отсюда естественно, что выбор пути введения вакцины не менее важен, чем выбор самой вакцины. Восприимчивость клеток специфична, путь, которым мы хотим реализовать вакцинацию, должен быть специфичен, т. е. сообразован с родом вакцины. Этот метод лечения становится день ото дня более и более распространенным.

Попытки местного применения сывороточной терапии можно наблюдать у *Petit, Ballerín u Demelin*—они, основываясь на вызывающем лейкоцитоз действии лошадиной сыворотки, применяли вкладывание тампонов, пропитанных лошадиной сывороткой, в полость матки, после предварительного очищения пальцем, кюреткой и промывания солевым раствором.

Д-р *Розенблатт* применял *ruocyanase* — концентрированный стерильный раствор энзима (полученный из жидкой культуры *bac. ruocyaneps*) при пuerперальных эндометритах, *ulcera puerperalia*; в первом случае 2-х граммовым *Брауновским* шприцем он вводил в полость матки, а при язвах и ранах во влагалище и на маточной шейке пульверизировал язвы *Higner*'овским пульверизатором. Т^о постепенно падала, отделения теряли свой запах, налеты очищались. Такого рода лечение можно отнести к первым попыткам разработки вопроса о терапии методом местного иммунитета.

В русской медицине впервые вопросом о местном иммунитете в хирургии занимался в прошлом году проф. *И. П. Бурденко* в сотрудничестве с д-ром *Живаго* они применяли фильтрующую атоксическую жидкость, приготовленную из флоры данного патологического процесса при лечении фурункулов и карбункулов, при хирургических и немногочисленных гинекологических заболеваниях. Фильтрат приготовлялся по флоре данного больного, им пропитывалась марля и накладывалась в форме компрессов на фурункул или карбункул. При остеомиелитах фильтрат вливался в костную рану и плотно заливался коллодием на 6—7 дней; за это время гной исчезал и рана быстро гранулировалась.

Во всех случаях проф. *Бурденко* видел хорошие результаты: рана быстро очищалась и появлялись обильные грануляции. В крови наблюдался лейкоцитоз.

Одновременно с ними Парижская Клиника применила фильтрат по методу проф. *Безредка* при трех пуэрперальных инфекциях. В первом случае на 3-й день заболевания была произведена внутриматочная тампонация бульонной антистрептококковой вакциной; через день такая же тампонация была повторена 2 раза. После 3-ей тампонации t^0 упала, пульс и общее состояние улучшились, больная выписалась здоровой. В двух последующих случаях при тяжелых пуэрперальных заболеваниях местное введение фильтрованного вируса антистрептококковой бульонной сыворотки было с успехом применено после безрезультатного неоднократного вливания до 80 с. ст. антистрептококковой сыворотки. Антистрептококковая бульонная сыворотка и здесь была введена в полость матки в тампоне через каждые 24 часа. Следствием местного применения сыворотки обе больные выздоровели, между тем у обоих исследование до лечения дало присутствие гемолитического стрептококка.

Наши наблюдения над применением бульонных фильтратов, атоксической не содержащей микробных тел жидкости (по *Безредка*) производились на пуэрперальных заболеваниях. Всего было проведено 20 случаев. По характеру заболевания распадаются — colpitis puerperal., endometritis, colpitis et endometritis. Клиническая работа производилась в Родильном Доме имени Грауэрман, а лабораторная по приготовлению фильтратов в Государственном Научном Институте.

По поступлении в отделение половая щель больной подвергается тщательному осмотру, — при кольпитах учитывалась глубина и дно раны; налеты исследуются бактериологически. При эндометритах, по обнажении зеркалами влагалища, обследуется шейка матки, а введенной трубкой *Döderlein'a* определяется состав содержимого и степень поступления его предугадывается характер внутриматочного давления, — так, если трубка наполняется быстро, то говорим о повышенном внутриматочном давлении. Из содержимого трубки делается мазок и посев на питательных средах. Мазок тотчас же подвергается обработке, — данные заносятся в протокол. Кровь больного подвергается полному анализу. Одновременно ватный тампон на палочке пропитывается лохиями и погруженным в специальную пробирку транспортируется в лабораторию Института. Институт, определив флору

приготавливает фильтрат бульонных культур. Цвет фильтрата — цвет крепкого портвейна. Полученный фильтрат разливается в стерильные колбы по 150—200 к. ст., отверстие закрывается стерильной ватой и завязывается фильтровальной бумагой, на колбе сигнатура с обозначением фамилии больной, №№ истории болезни, данные флоры и дата.

Фильтраты держатся в прохладном месте. Важным условием является — чтобы фильтраты были прозрачными — мутные фильтраты не годны к употреблению. Перед употреблением осторожно над огнем колба открывается, необходимое количество 20—40 к. ст. наливается в стерильный стаканчик, пробка обжигается, обжигается отверстие колбы и закрывается; пробка сверху тоже обжигается и завязывается наглухо (конечно, удобнее и более герметично применять в таких случаях резиновые колпачки).

Теперь несколько слов о технике применения фильтрата.

При кольпитах: раневая поверхность без какой бы то ни было очистки, омываний и т. п. покрывается 3—4-мя слоями, пропитанными в зависимости от величины раны 5—10 к. ст. фильтрата, закрывается сухой прокладкой в промежности, ноги сдвигаются.

При эндометритах: двумя способами вводится фильтрат. Первый способ — марлевый тампон смачивается 10—15 к. ст. фильтрата, половая щель открывается зеркалами и под контролем глаз тампон корнцангом проводится в матку, пока не встретит сопротивления (надлежит делать с осторожностью, ибо стенки пуперальной матки рыхлы), а затем постепенным перебиранием тампон несколько возможно продвигается в полость матки, наружным сухим концом закрывается зев. Второй способ — фильтрат набирается шприцем *Braun'a*, выпускается воздух (здесь необходимо особенно тщательно освободить шприц от воздуха): наконечник осторожно вводится в полость матки и легким нажимом на поршень шприц постепенно опоражнивается, вынимается наконечник и вновь вводится. Количество вводимого равняется 2—4 *Braun'*овским шприцам — и мы обыкновенно вливаем до тех пор, пока из зева не покажутся капли фильтрата. По введении последнего шприца к наружному зеву подводится рыхлый марлевый тампон, дабы введенный фильтрат не мог быстро оттекать.

При смешанных случаях кольпит-эндометрита в матку фильтрат вводится шприцем, а влагалище закладывается рыхлыми тампонами с фильтратом. Больная с плотно сведенными ногами перекладывается на кровать и первое время в течение 3—4 часов рекомендуется лежать на спине.

Температура и пульс измеряются каждые два часа и записываются. Тампоны извлекаются и прокладка с фильтратом меняются через 24 часа.

Такова методика, которую мы применяли на следующем материале (подробности приведены в прилагаемой таблице).

У части из наших больных терапия проводилась только с фильтратом без применения даже подмываний больной, в другой части параллельно с фильтратом применялись и другие методы лечения — как то электраргол, промывание матки спиртом, вливание физиологического раствора, спринцевание и т. под. терап.

Лечению фильтратом подвергались *ulcera puerperal., colpitis puerperal.* средней степени и с глубоким разрушением и некролизацией ткани — как на пример укажу на случай 6: больная Н. № истор. бол. 335, и эндометриты, а чаще эндометриты-кольпиты — последних проведено 8. Возраст больных колеблется от 21—31 года. *Prima para*—14, повторных —3 и *multipara* тоже—3. Осложнения в период беременности наблюдались только у одной больной случ. № 6 — воспаление почек. Длительность родового периода колебалась в среднем от 8—12 часов, в трех случаях от 19—27 ч. и в одном 85 ч. 35 мин., окончившемся щипцами с последующими кольпитом и эндометритом.

Флора: в большинстве анализов преобладают палочки, кокки, особенно стафилококки, в 5 случаях диплококки. В трех случаях мы имели стрептококки. В 13-ти случаях, помимо мазков, флора влагалища и матки сеялась на агаре и бульоне; посевы не раз повторялись.

Изучение флоры производилось в лаборатории нашего Родильного Дома, как бактериологически, так и бактериоскопически.

Большинству наших больных были оказаны оперативные пособия: наложены (4 сл.—щипцов, 4 сл.—отделения детского места, у 9-ти наложены швы). Швы частью расплавились, частью прорезались. Раны промежности зияют, дно и края ран покрыты некротическим, плотно сидящим на подлежащей ткани, зеленым налетом, в случаях 1, 2, 3 и 6 грязносерым налетом. В отдельных случаях (2, 4, 5 и 6) мы имеем покрытые грязным налетом и шейки; из зева стекает гнойное лохимальное отделяемое. T° больных на 3-й и 4-й день $38,3^{\circ}$ — $39,5^{\circ}$. Пульс 112—120.

Плод в 3-х случаях мертвый; детское место в 5 случаях рваное, в двух рваные оболочки. В 7 случаях были произведены посевы крови, в одном случае вырос стафилококк, остальные посевы стерильны.

Перечисленные пuerперальные заболевания (смотри таблицу) и послужили материалом для предварительного испытания нами метода *Безредка*, а терапия производилась фильтратом, приготовленным из лохимальной флоры, фильтратом, содержащим специфический антивирус к данной флоре, который обладает свойством цельной культуры, но действие его, как утверждает *Безредка*, гораздо энергичнее.

Лохимальная флора не однородна—в большинстве случаев мы имеем палочки Gg + и Gg — парно растущие кокки и стафилококки; в 2-х случаях стрептококки — по определению флоры и фильтрат носил смешанный характер.

Согласно вышеизложенной технике, бульон вводится до отказа в среднем 4—8 к. ст.; введение повторялось от 4—6 раз, в случае 1 и 6 введено 8 раз. Тампон влагалища пропитывался 3—5 к. ст. бульона; тампон вначале держали 6—12 часов, но как правило—24 часа. Тампоны извлекались часто покрытые обильным отделяемым, иногда с запахом (сл. 2 и 4). На другой день, если того требовало лечение, тампоны и вливание повторялись, и так, как мы только что упомянули, проделывалось 6—8 раз. Через два вливания по утрам до приема пищи, приблизительно, в 10—11 часов бралась кровь обычным порядком, исследовалась

Таблица наиболее типичных случаев

№ по порядку, № ист. болезней.	Название болезней.	Возраст.	Число род. и посл. бол.	Продолж. родов.	Флора.	Оперативные пособия.	Осложнения родов.
1 567	Ulcer-Endometrit. puerp.	лет. 27	1-й 4-х мес. абор.	37 ч. 10 м.	Палочки кокки стаф. стрептококки.	Forceps. Perineotomia Solutio et Extractio placentae.	Швы промежности разошлись до anus. Серый налет покрывает дно язв. Из матки выделения гнойные с запахом.
2 630	Ulcer Colpit. Endometrit. puerp.	21	Prim. para.	19 ч. 10 м.	Палочки кокки стаф. кокки.	Part. norm. Perineorrhaph.	Швы промежности разошлись. Дно раны покрыто грязно-зеленым налетом с некрот. уц. Шейка покрыта тоже налетом. Из зева гной.
3 622	Colpit. et Endometritis.	29	Prim. para.	12 ч.	Палочки кокки диплококки.	Forceps. Perineorrhaphia.	Швы разошлись, на дне зеленый налет. Шейка матки эрозиров. Выделения гнойные с запахом.
4 619	Colpit et Endometritis.	25	Prim. para.	27 ч. 30 м.		Part. norm. Perineorrhaphia.	Швы прорезались — дно и берега покрыты грязным налетом. Матка болезненна. Выделения обильные мутно-красноватые.

лечения по методу проф. Безредка.

№ Pulsus.	Ребенок.	Кровь, картина ее посевов.	Флора фильтрата.	Кол. прим. фильтр.	Кровь, картина ее через 2 дня.	№ Pulsus.	Флора через 2 дня.
от 3-5 дней 38 112	4130 живой обол. рваные.	Гемогл. 80% Эрит. 3900000 Лейкоц. 10000 Нейт. { ю-0% п-13% с-63% Лимф. 20% Моноц. 3% Эозин. 1% Посев	Много фагоцитир. палочек Gramm + Ed. Staphylococcus albus.	7 раз 110 с. ст.	Гемогл. 80% Эрит. 3900000 Лейкоц. 7800 Нейт. { ю-2% п-15% с-54% Лимф. 25% Моноц. 3% Эозин. 1%	37,2 37,6 96 хор. нап.	Мало пал. gr. + и сапроф.
38,0 120	3250 живой обол. рваные.	Гемогл. 75% Эрит. 3000000 Лейкоц. 8700 Нейт. { ю-0% п-20% с-56% Лимф. 17% Моноц. 5% Эозин. 1% Посев стер.	Палочки Gr. + палочки Gr. - Staphylococcus albus et citreus.	6 раз 90 с. ст.	Гемогл. 75% Эрит. 3000000 Лейкоц. 6000 Нейт. { ю-1% п-22% с-55% Лимф. 22% Моноц. 9% Эозин. 0,5%	37,3 88 хор. нап.	Много клеток. Единичные палочки. gr. -.
38,6 120	3500 живой послед. и оболочки целы.	Гемогл. 50% Эрит. 2400000 Лейкоц. 7000 Нейт. { ю-1% п-17% с-42% Лимф. 22% Моноц. 5% Эозин. 2% Посев стер.	Един. палочки Gr. + и -. Возд. кокки. Staphylococcus albus.	4 р. 45 с. ст.	Гемогл. 50% Эрит. 2400000 Лейкоц. 7000 Нейт. { ю-0% п-18% с-63% Лимф. 32% Моноц. 5% Эозин. 1%	36,8 72	Единичные палочки.
39,2 120	2590 мертвый оболочки рваные.	Гемогл. 80% Эрит. 4500000 Лейкоц. 7000 Нейт. { ю-0% п-10% с-49% Лимф. 38% Моноц. 2% Эозиф. 1% Посев стер.	Staphylococcus albus.	3 р. 40 с. ст.	Гемогл. 80% Эрит. 4500000 Лейкоц. 10000 Нейт. { ю-0% п-22% с-44% Лимф. 40% Моноц. 2% Эозиф. 1%	37,6 72	Сапрофиты.

№№ по порядку, №№ ист. болезней.	Название болезней.	Возраст.	Число род. и посл. бол.	Продолж. родов.	Флора.	Оперативные пособия.	Осложнения родов.
5	Colpit. et Endometritis.	24 лет.	Prim. para.	85 ч. 35 м.	Кокки диплококки.	Forceps. Perineographia.	Сокращения нет. На поверхности раны желто-белый налет. Выделения из матки гнойные с запахом.
6	Colpit. et Endometritis.	27	Prim. para.	24 ч. 30 м.		Извлечение ягод. предлежание.	На поверхности ран слизистый грязно-серый налет. Из шейки обильное гнойное отделяемое.

по Schilling'y; исследование крови также производилось *ex tempore* в лаборатории Родильного Дома имени *Грауэрман*.

Гемоглобин и количество красных кровяных телец не менялись, картина крови менялась в белой ее части, где мы имеем:

Нейтрофилез — главным образом, увеличение палочковидных клеток на 2—3%, в случае 4-ом на 12%; затем следуют сегментированные—1%, редко 2%, еще реже (в случае 5-ом) на 18%.

В количестве юных клеток особых изменений не наблюдалось, только в случаях 4 и 5 имеем увеличение ½%.

Лимфоцитоз на 3—4%, в случаях 1-м и 6-м на 9%, а во 2-м на 5%.

Моноциты в среднем 2—3%, в случае 1-м на 4%.

Эозинофилы на ½%—1%.

Habitus больных оживлялся, улучшалось общее состояние. Т°, продержавшись 2—3 дня, падала (случай № 4 — держалась 5 дней); пульс выравнивался. Первое, что нам бросилось в глаза— это быстрое очищение раневой поверхности при *ulcera*, *colpitis* и отчасти *эндометритах*; у первых на 1-й—2-ой день по применении фильтрата разжижаются гнойные налеты и пробки и приподнимаются над тканью — последняя их как бы отторгает от себя; бывает достаточно провести ватным тампоном, как весь этот налет удаляется, а под ним обнаруживаются ярко-красные

№ Pulsus.	Ребенок.	Кровь, картина ее посевов.	Флора фильтрата.	Код. прим. фильтр.	Кровь, картина ее через 2 дня.	№ Pulsus.	Флора через 2 дня.
37,4 110	3100 мертвый оболочки все.	Гемогл. 80% Эрит. 4400000 Лейкоц. 5250 Нейт. { ю—2% п—15% с—44% Лимф. 14% Моноц. 5% Эозиф. 0,5% Посев стер.	Расположен- ные попарно кокки Gr + Два вида пало- чек: Gr. + и Gr. —.	4 р. 60 с. ст.	Гемогл. 80% Эрит. 4400000 Лейкоц. 9000 Нейт. { ю—1% п—18% с—62% Лимф. 33% Моноц. 6%	36,6 68	gr. — единич.
38,5 120	3300 живой оболочки все.	Гемогл. 50% Эрит. 3500000 Лейкоц. 9000 Нейт. { ю—18% п—32% с—56% Лимф. 8% Моноц. 2% Эозиф. 0% Посев. стер.	Staphylococcus et Streptococ- cus Longus.	5 р. 80,0	Гемогл. 70% Эрит. 4200000 Лейкоц. 10000 Нейт. { ю—18% п—35% с—58% Лимф. 10% Моноц. 2% Эозиф. 1/2%	37,8 92	Единич. стафило- кокки.

грануляции. Вероятно такие же изменения и отторжение путридных элементов совершаются и в эндометрии; надо полагать, что при этом наблюдается тоже, что при лечении хирургических и гинекологических гнойных процессов фильтратом — где содержимое ран под влиянием влитого бульона расплавляется и выделения первые дни мутные, сменяются прозрачными.

Параллельно происходит усиление процесса в самоочищении слизистых оболочек гениталий, выражающейся в замене патогенной флоры менее вирулентными бактериями, которые наблюдались при повторном контроле флоры.

Никаких побочных осложнений и случаев анафилаксии не наблюдалось, если не считать единичного случая urticaria. Появление urticaria в этом случае, повидимому, не стоит в связи с бульонизацией уже по одному тому, что urticaria исчезала на другой же день по появлении, а фильтрат безнаказанно продолжали вводить.

В практическом применении, в частности, в акушерстве, это новое средство открывает и новые перспективы, как в профилактике послеродовых заболеваний, так и в их лечении. Эти бесспорные результаты, полученные до настоящего дня у постели больного, находят поддержку в экспериментах на животных, подкрепляют наши предположения, что рациональная вакцино-

терапия должна покоится не только на продукции антител, а на вакцинации пораженного органа и тканей.

Выводы: 1) Введение фильтрата — антивируса по *Безреджа* не проходит индифферентно для организма.

2) Наблюдаемые при этом явления: а — быстрое очищение ран и полостей с ростом новой ткани;

в — усиление процесса самоочищения — замена патогенной флоры менее вирулентными бактериями;

с — в крови наблюдается увеличение лейкоцитов (нейтрофилов и лимфоцитов).

3) Можно думать, что метод местной иммунизации, покоясь на солидном научно-биологическом фундаменте, несомненно внесет корректив в наше понимание иммунитета, а затем прольет свет на роль отдельной клетки, как мелкой биологической единицы в общем здании организма.

4) Ввиду получения хороших клинических результатов по методу *Безреджа*, примененным нами при послеродовых заболеваниях, мы в будущем рассчитываем, идя по этому пути, углубить этот метод, расширив его применение, как в более тяжелых случаях, так и углубив самую методику.

В заключение считаю долгом принести благодарность проф. *М. Г. Сердюкову* и проф. *Л. А. Тарасевичу* за руководство и ценные указания в проделанной работе, а д-ру *А. Н. Морозовой* и д-ру *Н. Л. Живаго* за полезное содействие в лабораторной работе.

LVIII.

Из 1-ой Советской—бывшей городской Севастопольской больницы.

Три редких случая внематочной беременности *)

С. А. НИКОНОВА.

Лет сорок тому назад, когда я начинал учиться медицине, внематочная беременность даже для врачебного мира представлялась исключительным и чрезвычайно опасным для жизни заболеванием; о публице, о профанах — и говорить нечего; для них это заболевание было окружено дымкою таинственности и особенно поражаало воображение.

В настоящее время мы видим как раз обратную картину. Внематочная беременность стала для врачей почти таким же обыденным, банальным явлением, как например, аппендицит ¹⁾: диагноз ставится легко, почти без ошибки; операции подвергаются все или почти все диагностированные случаи; оперативная смертность сведена почти к 0. А в большой публице (городской) трудно встретить женщину, даже из самых простых, которая не имела бы представлена о „не в маточной“ (как у нас часто выражаются) беременности.

Число работ, посвященных этому заболеванию, колоссально, и вопрос о нем, казалось бы, почти исчерпан. Поэтому, как мне кажется, некоторый интерес в этой области могут представлять разве лишь статистические данные (в целях накопления „больших“ чисел в смысле статистики), или же описание редких, менее изученных форм, внематочной беременности.

Моя личная статистика, нигде не опубликованная, составляет свыше 150 случаев, оперированных мною за 26 слишком лет (первая моя операция этого рода сделана в 1898 г). Но, к сожалению, документы (скорбные листы) моих операций разбросаны в различных городах (Севастополь, Архангельск, Оренбург) и в значительной части погибли (уничтожены), так что я лишен возможности свести их в таблицу. В настоящей же статье я позволяю себе описать три довольно редко встречающихся случая внематочной беременности, попавшиеся мне за четверть века работы.

*) Доклад, сделанный в Медико-биологическом Обществе г. Севастополя в 1924 г.

¹⁾ История аппендицита в этом отношении во всех почти деталях таже, что и история внематочной беременности.

Уже сама по себе внематочная беременность представляет довольно редкое явление сравнительно с нормальной, маточной беременностью. Однако, можно теперь утверждать положительно, что внематочная беременность, может рассасываться очень скоро по возникновении, не давая никаких следов; следовательно, некоторая часть случаев просто не попадает в нашу статистику. С другой стороны, приходится отметить, что за последние годы число случаев внематочной беременности, по отношению к числу нормальных беременностей, резко и быстро повысилось. Так, немецкие авторы отмечают, что в то время, как в Германии до войны на 1000 случаев маточной беременности приходилось 3 случая внематочной, теперь—после войны и революции—отношение это составляет уже 14 на 1000, т. е. в $4\frac{2}{3}$ раза больше. По нашим сева­стопольским данным это отношение еще немного выше. В довоенное время в Севастополе, при населении около 70000 чел., внематочных беременностей наблюдалось за год 5—6 случаев. В 1919 г. в одной городской больнице было оперировано 11 случаев, и еще несколько в гинекологическом отделении морского госпиталя и в лечебнице врачей-специалистов; в 1923 г. в городской (1-ой Советской) больнице мы имели 28 случаев внематочной беременности и еще 2—3 случая было оперировано в лечебнице при амбулатории страховой кассы, всего около 30 случаев. При этом по переписи 1921 г. в Севастополе оказалось 76000 жителей, а в 1923 всего 64000, т. е. население города уменьшилось на 12000 душ. Следовательно, в Севастополе внематочная беременность участилось, в 5—6 раз. Причины этого явления, повидимому, не возбуждают особенных сомнений ни в ком из специалистов: это, во-первых, огромное распространение гонорреи и, во-вторых, столь же большое распространение искусственных абортов и предупредительных мер против зачатия в виде смазывания иодом полости матки, впрыскиваний и т. п.

В казуистике внематочной беременности мы находим несколько особенно редких комбинаций. Так, попадает­ся комбинация маточной и внематочной беременности одновременно, при чем эти беременности могут быть одного или разного возраста; несколько более редко попадает­ся двойная эктопическая беременность. Чаше других форм этой комбинации наблюдается одновременная беременность в двух Фаллопиевых трубах; затем—более редко—два яйца в одной трубе, или даже—в совершенно единичных случаях—три яйца одновременно в двух трубах. Еще более редки случаи беременности яичниковой и маточной и яичниковой одновременно. В бывшей у меня под руками литературе я нигде не нашел указаний на комбинацию, которая встретилась мне в двух из описываемых мною ниже случаях, именно *одновременную беременность (двойную) в трубе и в яичнике и incarceration uteri gravidi et graviditas tubaria*; поэтому эти два случая являются своего рода униками. Третий мой случай интересен по своему течению и по при­мененной терапии.

1. В 1916 г. в Оренбургскую городскую больницу доставлена из станицы за несколько десятков верст казачка около 40 лет, много­ро­жавшая, высокая, очень крепкого телосложения и хорошо упитанная. Состояние больной очень тяжелое: частая рвота, частый пульс, сильные боли в животе, который сильно вздут; t° около 38° . Мочится с трудом, понемногу; мочу дома выпускал

фельдшер.— Считает себя беременной около 3-х месяцев, при чем с самого почти начала беременности появились боли в животе. Но особенно усилились эти боли за последние 2—3 недели, когда она уже не могла работать, а последнюю неделю уже не могла вставать с постели.

Матка беременная, в сильной ретрофлексии; дно ее выполяет весь малый таз; зев сдвинут кпереди и кверху и с трудом достигается над лобком. Моча выводится катетером; чистая, нормальная по составу. Попытки вывести матку из ретрофлексии безрезультатны, даже под наркозом. Через 2 суток по поступлении больной я сделал операцию: удалил матку *per vaginam* целиком, что удалось очень легко вследствие большой ширины рукава. Решился я на удаление матки вместо какого нибудь консервативного способа потому, что у больной было все таки какое-то раздражение брюшины (рвота, боли в животе при легком даже давлении—что очень затрудняло исследование,—повышенная t°);—был уже воспалительный процесс, оставить который без всякого воздействия казалось мне рискованным, а легкость операции через влагалище открывала естественный и при том наиболее безопасный подступ именно с этой стороны. Возраст-же больной и большая семья (несколько живых детей) позволяли сделать намеченную операцию без сколько-нибудь серьезного для нея ущерба. Когда матка была уже выведена наружу и оставалось перевязать лишь последний—верхний—пучек широкой связки, с левой стороны показавшаяся, вставилась в поле зрения, какая-то опухоль трубы величиною с порядочное яблоко или апельсин, вроде кисты, темного фиолетового цвета. Эта опухоль вместе с яичником целиком была удалена вместе с маткой; с правой стороны была удалена лишь Фаллопиева труба, также оказавшаяся больной.

По вскрытии матки и опухоли левой трубы в них оказалось в каждой по зародышу, совершенно одинаковой величины; около $3\frac{1}{4}$ — $3\frac{1}{2}$ месяцев. Совершенно гладкое послеоперационное течение и скорое выздоровление: через 12 дней после операции отпущена домой.

В данном случае никаких сращений, которые удерживали бы матку в ретрофлексии не оказалось: это был чистый случай перегиба. Возможно, что выпрямлению матки мешало также довольно большая опухоль левой трубы. Во время операции из брюшной полости вылилось довольно значительное количество с виду чистой, серозной жидкости (реакция брюшины).

2) *О. К—и*, 26 лет, имела 3 детей. Было воспаление придатков, небольшое, от которого лечилась, между прочим, у меня (обычное лечение: спринцевания, тампоны с ихтиолом и пр.).

Около двух лет беременности не было; предохранительных мер не принимала. Последнее время чувствовала себя удовлетворительно, занималась домашним хозяйством. Регулы правильно.

13/XI 1923 г., без предварительной задержки регул, почувствовала внезапно довольно острые боли внизу живота; были применены домашние средства (компрессы, клизмы) и скоро ей стало лучше. Через 2 дня она сходила в амбулаторию страховой кассы, где врач (терапевт) прописал ей салол с белладоной, диету и пр. Больная чувствовала небольшие боли в животе, но была на ногах и занималась хозяйством. 20/XI вечером внезапно опять очень

острые боли во всем животе, обморочное состояние, тошнота. Приглашенный утром 21/XI районный врач опять назначил порошки, клизму и пр. В этот же день в 2^{1/2} ч. я застал больную с пульсом до 120, малого наполнения, крайне бледную, с обескровленными слизистыми; беспокойное состояние, очень вздутый живот. Ни стула, ни газов со вчерашнего вечера; клизма не вышла. Словом, типическая картина острого малокровия, вследствие обильного кровоизлияния в брюшную полость. Со стороны сводов выпячивание и болезненность. Притупление над лобком на 2—3 пальца и по бокам живота—кзади.

В 7 часов вечера, по доставлении в больницу, чревосечение. В брюшной полости масса свежих, рыхлых сгустков и жидкой крови, значительно более литра, быть может, более 1^{1/2} литра. По очищении брюшной полости кишечник обложен салфетками и дано *Тренделенбургское* положение. Сейчас же извлечена левая труба, увеличенная умеренно, как небольшая груша; из *ostium abdominale* торчит небольшой сгусток. По разрезе вся труба оказалась выполненной кровяными сгустками: ясная картина трубного аборта в левой трубе. Но для небольшого трубного аборта казалось удивительным и трудно объяснимым огромное количество найденной в животе крови.

При осмотре правых придатков загадка объяснилась. Оказалось, что правый яичник и абдоминальный конец правой трубы сидят глубоко в заднем Дугласе. Извлечь их удалось с некоторым трудом, причем яичник широкой поверхностью был спаян с задней поверхностью широкой связки, с боковой стенкой малого таза и частью с дном Дугласа. По извлечении придатков труба оказалась совершенно нормальной с виду, с отлично выраженными бахромками; был срощен с париетальной брюшиной, как я сказал выше, лишь яичник.

Этот последний оказался очень большим, мягким и сочным, как бы распластанным; на поверхности, обращенной к свободной брюшной полости, яичник имел широкое, неглубокое углубление около серебрянного полтинника величиною, род неглубокого кратера, кровоточащего паренхиматозно; по крайней мере, я нигде не мог заметить струйки артериальной крови. Описываемый кратер был частью выложен бархатистой оболочкой, очень напоминающей обыкновенную *decidua*. К большому моему огорчению, прежде чем я успел вымыться и отдохнуть после операции, слушитель успел выбросить все остатки и редкий препарат был потерян.

Для меня и моего ассистента было очевидно, что мы имели дело с правой яичниковой беременностью с лопнувшим яйцом. В самом деле: 1) обильное свежее кровотечение не могло быть объяснено более или менее старым трубным абортom, с трубой, плотно забитою черными довольно твердыми сгустками; это свежее кровотечение могло иметь своим источником лишь правый яичник; 2) картина правого яичника была довольно характерна для яичниковой беременности, как она описывается авторами, имевшими случай наблюдать ее (см. статью *Werth'a*): гипертрофированный, сочный, мягкий, широко распластанный; 3) в особенности типична была картина кратера с его кровоточившей на наших глазах поверхностью и с оболочкой, очень по-

хожей на отпадающую; 4) наконец, самое клиническое течение случая до некоторой степени подтверждает, что в данном случае были две эктопических беременности, давших 2 приступа внутреннего кровоизлияния: 1-й приступ более соответствовал трубному аборт—умеренное кровотечение; 2-й разрыву яичниковой беременности—профузное кровотечение, приведшее больную на операционный стол.

Дальнейшее течение довольно гладкое. Первые два дня после операции большое вздутие кишечника, не уступавшее клизмам; после слабительного хорошо. Рана зажила первым натяжением. Довольно долго боли в животе, особенно слева внизу, в области культи левых придатков. Небольшие температурные движения (до 38°) в течение нескольких дней. Выпущена из больницы на 17-й день после операции; через месяц вполне здорова.

3) Н—с, 33 года. Поступила в больницу 27/IX 1923 г. с жалобой на сильные боли внизу живота, появившиеся неделю тому назад. Многорожавшая, имела нескольких детей от первого мужа: за вторым недавно, года два: беременна от него не была. Регулы вообще правильны; последнее время также никаких неправильностей, опоздания и т. п. не заметила. Женскими болезнями не болела и никогда не лечилась.

При исследовании обнаруживается опухоль сзади матки, выполняющая весь Дуглас, болезненная, напряженная, верхняя ее граница плохо контурируется (вследствие сокращения брюшных мышц). Матка неподвижна, повидимому—неувеличена, t° нормальна; 28—29 без перемены; лишь t° слегка поднялась (до 37,5 вечером) 1—2/X боли усиливаются, несмотря на полный покой, наркотические свечи, согревающий компресс. Желудок опорожняется с трудом после клизмы; мочится свободно. Диагноз колебался между haematocoele retrouterina и опухолью придатков (киста, sacto-salrupx, задержанные сращениями в Дугласе и давшие явления воспаления). Последнее казалось более вероятным в виду полного отсутствия беспорядка в регулах.

В виду ухудшения в состоянии больной, несмотря на принятые лечебные меры, решено приступить к операции, которую я решил начать с разреза заднего свода в виду очень широкого рукава и легкого доступа к опухоли с этой стороны.

3/X под хлороформным наркозом вскрыт задний свод поперечным разрезом. Оказалась большая haematocoele; удалено очень много старых и более свежих кровяных сгустков, довольно много и жидкой черной крови. Вставлен крестообразный дренаж (*Balkendrain*) и сделана рыхлая тампонация полости марлевым бинтом. 4—5/X самочувствие хорошее, боли почти исчезли, t° нормальна. 6/X обильное кровотечение из заднего свода, t° 37,8. Произведена возможно тугая тампонация полости.

Несколько дней больной лучше, потом новые приступы кровотечения, не уступавшие эрготину, желатине, клизмам, calc-chlorat, при соблюдении полного покоя; субфебрильная t°, запах в выделениях. Так идет до 25/X, когда произошло новое очень обильное кровотечение. Больная очень ослабела и сильно анемична. 27/X t° повысилась до 39,5 при ознобе; в выделениях уже с неделю сильный гнилостный запах. В виду продолжающихся

кровотечений, очевидно, вследствие раз'едания сосудов ворсинками хориона, а также в виду появления признаков глубокой и тяжелой инфекции, я решил произвести радикальную операцию: удалить матку вместе с кровоточащей трубой. Нечего было и думать об операции путем чревосечения, так как слишком велика была опасность заражения брюшины; оставался единственный путь: вагинальный, причем не предвиделось особенных трудностей вследствие большой ширины влагалища. 28/X я произвел намеченную операцию, которая протекла легко и без осложнений. Вместе с маткою удалена и правая Фаллопиева труба, в которой оказался большой гнойник—нагноившаяся гематома—с ихорозным содержимым. Дальше—гладкое выздоровление. 22/XI больная выписана вполне здоровой, хотя еще несколько малокровной и слабой.

Разберемся теперь несколько в описанных выше случаях.

Первый из них представляется, несомненно, крайне редким, если не совершенно единичным. Уже сама по себе инкарцерация беременной матки встречается крайне редко,—настолько редко, что за 27 лет практики я встретил ее единственный раз, именно в описываемом случае. Что же касается инкарцерации беременной матки при одновременной трубной беременности, такой комбинации я не нашел вовсе в доступной мне литературе, так что мой случай, если не является *unicum*, то близок к нему.

В симптомокомплексе инкарцерации беременной матки указывают (*Wertheim*) на первом плане явления со стороны мочевого пузыря: задержание мочи, цистит, гангрена слизистой или даже всей стенки пузыря, с последующей септико-пиемией. В моем случае дело не дошло до таких грозных симптомов; не было даже цистита и лишь начиналась задержка мочи. На втором месте выступают обычно явления со стороны кишечника: более или менее полная непроходимость, гангрена, последовательный перитонит; в моем случае и с этой стороны не было никаких явлений, кроме очень затруднительного стула при большом вздутии кишечника и общей болезненности живота, которая объяснялась, очевидно, начинающимся реактивным раздражением брюшины (присутствие довольно значительного количества серозной жидкости, излившейся по вскрытии брюшины во время операции).

В числе мер, предложенных для лечения инкарцерации, прежде всего упоминается *gestatio*. Я также пытался вывести матку из ее неправильного положения под наркозом, но попытка эта не удалась. Далее, при тяжелых пузырьных симптомах идут *sectio vesicae vaginalis* или *sectio alta*; в моем случае не приходилось думать о такого рода операциях. Наконец, рекомендуется прибегнуть к чревосечению и таким путем попытаться вывести матку на место, а если это не удастся, то опорожнить ее; или же произвести прямо *colpo-hysterotomiam*.

В моем случае возможно было произвести последнюю операцию, но я уже упоминал выше, почему я остановился на полной экстирпации матки через влагалище. Этот прием в работе *Wertheim*'а вовсе не упоминается, хотя я помню, что кто-то из французских авторов рекомендует его в известных случаях. И

хорошо, что я прибег именно к вагинальному методу, потому что иначе (в случае *hysterotomi'a*) трубная беременность осталась бы незамеченной и впоследствии больная подверглась бы новой и, быть может, еще большей опасности, если бы трубная беременность лопнула, например, когда она была бы снова у себя в станице.

Таким образом и по крайней редкости встретившейся комбинации, и по примененному мною оперативному методу этот случай представляется интересным.

Яичниковая беременность вообще очень редка. Подвергая критике опубликованные в литературе случаи, с патолого-анатомической точки зрения, *Улезко-Строганова* приходит к заключению, что едва лишь один из разобранных ею около 20 случаев может быть отнесен действительно к этой группе. Несмотря на то, что в моем случае нельзя было сделать патолого-анатомического исследования вследствие потери препарата, он, как мне кажется, несомненно должен быть причислен к группе чистых яичниковых беременностей, притом опять-таки в исключительно редкой комбинации с трубной беременностью другой стороны, — комбинации, какой я опять не нашел во всей доступной мне литературе.

Werth в своей работе, в главе об *Ovarialschwangerschaft* пишет, что „овариальное происхождение плодместилища, которое по своим отношениям к широкой связке и к матке может исходить только из одного из придатков, должно быть признано доказанным, если Фаллопиева труба с яичниковой фимбрией может быть с полной уверенностью признана совершенно не принимающей участия в образовании плодместилища, при том при одновременном исключении возможности околотрубной беременности“.

Далее, „вследствие раздражения развивающимся плодным яйцом, весь яичник гипертрофируется“.

В моем случае у меня и у моего ассистента была полная уверенность, что правая труба не принимала никакого участия в образовании плодместилища, потому что, как я упомянул, эта труба была на всем протяжении совершенно нормального вида, с вполне здоровыми фимбриями, и лишь лежала неправильно, будучи опущена наружным своим концом вниз, в задний Дуглас, к яичнику, который был спаян там с брюшиной, как описано.

Яичник был гипертрофирован, очень сочен и рыхл и, по удалении, имел вид плоского диска величиною более серебряного рубля, высотой около $\frac{3}{4}$ —1 сантиметра, с описанным кратерообразным углублением посредине, на поверхности, обращенной к свободной брюшной полости.

Наконец, третий мой случай интересен по своему тяжелому течению (повторные обильные кровотечения и тяжелая последовательная инфекция), потребовавшему удаления матки и наполненной ихорозным гноем беременной трубы.

Мне пришлось два раза делать доклады о вскрытиях заднего свода у женщин для опорожнения различных тазовых гнояников (параметритов, пельвео-перитонитов, гнойных сальпингитов и нагноившихся *haemotocele*).

Я говорил тогда, что не только гнойники, но и просто более или менее застарелые haematocoele очень удобно и безопасно вскрывать именно этим путем, не дожидаясь, пока они рассосутся, что требует иногда очень большого времени, между тем как после этой простой маленькой операции женщина обычно уже через 2—3 недели вполне здорова: не дожидаясь также, пока они перейдут в нагноение. Конечно, точного срока для момента, когда нужно вскрыть haematocoele, я не указывал. В самом раннем ее периоде, пока нет более или менее плотных сращений и fausses membranes, конечно, более всего показано чревосечение, но в дальнейшем течении мне всегда кажется более бережным и безопасным способом простой разрез свода с последующим дренажем. Мне пришлось сделать более двух десятков таких операций (при haematocoele) и на все эти случаи я имел лишь 2 или 3 последовательных кровотечения, из коих лишь одно довольно упорное, однако закончившееся без дальнейших операций, и только в описанном выше случае впервые натолкнулся на такое кровотечение, которое потребовало экстирпации матки.

M. Rosenblatt еще в 1896 г. в своей диссертации собрал 5 случаев, исключительно французских гинекологов, вскрытия заднего свода при haematocoele; все случаи протекли очень хорошо и лишь один из них дал умеренное повторное кровотечение. Этот прием автор рекомендует при всяких вообще haematocoele, а не только при нагноившихся. *Werth* значительно суживает показания к разрезу свода в этих случаях, а именно, он считает, что „простой, возможно широкий разрез со стороны влагалища является единственно допустимым приемом во всех тех случаях, где можно притти к заключению о наступлении гниения или нагноения в полости гематомы малого таза—на основании общих или местных симптомов (высокой и упорно держащейся лихорадки, гиперлейкоцитоза, явлений раздражения со стороны мочевого пузыря и прямой кишки). Чревосечение при этих обстоятельствах является чрезвычайно опасным вследствие легкой возможности заражения брюшины содержимым гематоцеле или трубы“.

Неудобства вагинального разреза *Werth* видит в более продолжительном активном лечении, в поздних (иногда) задержках секрета и в необходимости повторного дренирования.

Должен сказать, что в своих случаях я, вообще, не видел тех неудобств, которых указывает *Werth*. „Активного“ лечения эти случаи не требуют, потому что все последовательное лечение сводится обычно к извлечению через 2 дня марлевого тампона и к промыванию 1—2 раза в день влагалища; дней через 10—12, редко (при очень больших haematocoele) до 15—18—извлекается крестообразный дренаж и больная уходит домой. Но вот последовательное кровотечение составляет действительно самую серьезную теневую сторону влагалищного разреза. Однако, как на основании литературы (*Rosenblatt* и др.), так и на основании своего небольшого опыта, я считаю, что этот до чрезвычайности простой способ должно применять каждый раз, когда пропущено первое благоприятное время для чревосечения, т. е. приблизительно по прошествии 3—4-х недель или более с момента образования haematocoele, но нередко его можно применить и ранее

этого срока. По истечении нескольких недель обычно плодное яйцо с его оболочками, chorion'ом, ворсинками и пр. уже настолько подверглось обратному развитию, что опасность кровотечения сводится к минимуму и случай, подобный описанному мною, является скорее, как очень редкое исключение. С другой стороны кто оперировал или кто видел, как оперируют старые haematocoele с толстыми fausses membranes, плотно склеивающими между собою петли кишек, сальник, париетальную брюшину, с риском повредить кишку и занести возможную инфекцию в общую брюшную полость, тот всегда предпочтет в этом периоде болезни разрез свода, хотя бы и с некоторым риском получить последовательное, обычно небольшое или умеренное кровотечение.

Из Гинекологического Отделения Тамб. губ. больницы. (Завед. д-р. В. Ф. Вамберский).

К беременности в зачаточном роге матки *).

Врача Т. М. ГРОЗДОВА.

В обширном ряду случаев эктопической беременности до сего времени беременность в зачаточном роге матки является относительно редкой. Так по статистике *Schrenck'a*, цитирую по *Стержникову*, обнимающей собою 617 случаев, на трубную беременность приходится 83,5%, на брюшную 8,2%, на яичниковую 4,6%, а на беременность в двурогой матке—3,6%. По статистике нашего отделения, собранной за 20 лет (с 1905 по 1924 г. включит.) и заключающей в себе 485 случаев внематочной беременности, на беременность в двурогой матке падает 3 случая—0,62%, на яичниковую—один случай (0,2%), все остальные 481 случай, т. е. 99,17% приходится на трубную беременность. Первое описание беременности в зачаточном роге матки в отечественной литературе принадлежит Гиммельфарбу в 1888 г. С того времени до последнего сообщения д-ра *Шульца* в 1924 г., т. е. за 36 лет, мне удалось собрать всего 25 случаев. В иностранной литературе с 1681 г. (первый несомненный случай *Dionis'a*) по 1911 г. накопилось 136. Накопление этого материала стояло в связи с успехами полостной хирургии, ибо за двести слишком лет, с 1681 по 1886 г. имелось всего лишь 33 случая, а уже к 1904 г. *Werth* насчитал их до 100, с 4 случаями русских авторов; пять лет спустя *Бекман* мог собрать в иностранной литературе еще 40 случаев. В настоящее время *Fritz Kermanner* со времени случая *Vasal'я* (1669 г.), описанного *Mauriceau*, насчитывает их более двухсот. Правда, не всеми авторами признается достоверность всех опубликованных случаев, как беременность в зачаточном роге. В своей статистике *Бекман* подвергает сомнению случаи *Губарева* (двойнями) и *Снегирева*, допуская в первом случае возможность *graviditas interstitialis*, а во втором—*uterus bilocularis*. *Абуладзе* считает недоказанным случай *Отта*, опубликованный *Серезжниковым*, а также *Бурдзинского*, как неописанный, а потому оставляющий сомнение. *Fritz Kermanner* большинство опубликованных случаев рассматривает, как беременность в хорошо развитом атретиче-

*) Должено 8 марта 1925 г. в Научно-Медицинском Совете при Тамбовск. Губ. Сов. больнице. Бакт. Института и Психолечебнице, посвященном памяти покойного проф. Т. А. Бурдзинского, бывш. ординатором Гин. Отд. Тамб. Губ. больницы с 1905—1918 г.

ском роге uteri bicornis. Хотя *Werth* не допускает возможности беременности в таком роге (за исключением случая *Riediger'a*), т. к. такой атретический рог менструирует и скопляющаяся в нем кровь исключает возможность забеременения. То обстоятельство, что около 12% всех русских случаев вызывает сомнение, а по *Kermauner'у* большинство иностранных нужно считать за беременность в хорошо развитом атретическом роге матки, показывает, как, с одной стороны, затруднителен в некоторых случаях патолого-анатомический диагноз, а с другой, как неясны еще границы при определении порока развития беременной матки. Клиническая же диагностика беременности в зачаточном роге матки настолько затруднительна, а случаи правильно распознанные настолько несчастны, по *Бекману*, из 24 случаев правильно распознаны шесть и один с вероятностью, что некоторые авторы считают правильный диагноз невозможным или случайным, в редких случаях составляющий „удел избранного счастливица“. Однако, по *Абуладзе*, при условии целостности рога „верное распознавание представляется возможным и осуществимым для каждого гинеколога, имеющего и акушерский опыт“. По его мнению, достаточно довольствоваться наличием беременности при одновременном *capitio sine qua pop* прощупывании небеременной матки, отсутствии болевых ощущений и совершенной подвижности плодместилища. В меньшей степени он придает значение признакам *Pfannenstiel'a* и *Sänger'a*, т. е. возможности прощупывания гипертрофированной круглой связки и сокращения плодного мешка. Из числа русских авторов (23 случая) ранняя диагностика была установлена 6 раз и один—предположительно. *Отт-Серезинков*, *Замитин*, *Бурдзинский* (предположительно), *Губарев-Мьжертчянц*, *Абуладзе*, *Щербина* и *Шульц*.

Переходя к описанию наших трех случаев, я должен оговориться, что один из них был опубликован в 1907 г. *Т. А. Бурдзинским*, но я позволил себе вновь и несколько подробнее разоб- рать его ввиду сомнения, каковое он оставил у *Абуладзе*.

Случай I. № пр. жур. 6999. 29 октября 1924 г. в Гинекологическое отделение поступила В. Агриппина 20 лет, с жалобой на чувство тяжести в пояснице и небольшую болезненность в правом паху. При осмотре и комбинированном исследовании найдено: наружные половые органы и влагалище нормальны. Матка в ретрофлексии. Справа от нее—опухоль величиною несколько больше кулака взрослого. Опухоль органическая, мало-подвижная, плотно эластической консистенции. Больная хорошего телосложения и питания. Со стороны внутренних органов никаких отклонений нет. Из анамнеза выяснилось, что больная менструирует с 14 лет, по 6—7 дней, через 3 недели. *Menses* обильны, безболезненны. Замужество—9 месяцев. *Coitus*—N. Тип месячных после замужества изменился, они стали идти по четыре дня с болями пред менструацией. Последние *menses* в конце апреля. В двадцатых числах июля, т. е. три месяца спустя, у больной внезапно открылись резкие боли во всем животе, через три дня боль повторилась, сопровождаясь обморочным состоянием. Больная слегла в постель от слабости и головокружения. Через три недели В—ва настолько оправилась, что в состоянии была добраться до города, где врач нашел у нее нормально развивающуюся беременность.

В конце августа при резкой боли внизу живота из половых органов выделились куски. С этого момента открылись мажущиеся кровотечения, продолжающиеся по неделе и появляющиеся через 6—7 дней. Резкие боли исчезли и лишь отсутствие месячных и роста живота (б-ная продолжала считать себя беременной) да небольшая тяжесть в поясне заставили б-ную лечь в отделение.

На основании анамнеза и объективных данных была заподозрена внематочная беременность. Больной 6/XI под общим хлороформным наркозом д-ром В. Ф. Вамберким было сделано чревосечение по белой линии. Опухоль лежала справа от матки. Верхний ее сегмент спаен с *appendicis epiploici*, S—R и с салником, будучи прикрыта последним. Сращения после перевязки рассечены. Опухоль оказалась связанной с правым краем матки при помощи короткой ножки. Сама матка гипоплазирована, отклонена влево назад, от ее вершины отходят лишь левые придатки. На внешне-внутренней поверхности опухоли лежит окаменевший плод, от наружной поверхности и основания отходит левая труба, впереди от нее *lig. rotundum*, сзади правый яичник. По рассечении ножки близ опухоли, последняя удалена. Правый яичник оставлен, в нем имелось желтое тело. Каких либо сращений в области обоих придатков нет. Матка подвешена за круглые связки. Брюшная полость зашита наглухо двухэтажным шелковым швом.

В послеоперационном периоде на десятый день обнаружился инфильтрат в шве, перешедший в нагноение. 9/XII края кожной ранки очищены острой ложечкой, причем выделились два глубоких шва. 14/XII больная выписалась с зажившей кожной раной.

Уже во время хода операции стало ясным, с чем мы имеем дело, ибо настолько были типично выражены признаки, описанные *Kussmaul*'ем, для *uterus bicornis uno latere rudimentario*, что не могло оставаться сомнения в беременности в зачаточном роге: с одной стороны перед нами веретенообразно вытянутая матка, что стало заметным после ампутации плодного мешка, с отходящими от верхушки ее „одной трубой, одной круглой связкой и одной *lig. ovarii* с одним яичником“, а с другой, наличие ножки, отходящей от правого края матки у плодного мешка, покрытого брюшиною и несущего на себе все придатки правой стороны „во взаимных нормальных отношениях“ (Гиммельфарб). Удаленный плодный мешок был положен в 5% раствор формалина. Все дальнейшее описание относится к уплотненному препарату. Хотя надо сказать, что заметного сморщивания не наступило, за исключением трубы, каковая была измерена ранее. Препарат имеет яйцевидную форму, наибольший длинник его направляется спереди назад и равняется 10 см., поперечник 8,5 см. На нижне-внутреннем полюсе имеется площадь сечения ножки размерами 2,5:4 см. Несомненно площадь эта увеличилась вследствие мышечного расхождения после ампутации, т. к. толщина ножки *in vivo* не превышала 2 см., а ширина 3—3,5 см. От наружной стороны, близ основания, отходит труба длиной около 12 см. (см. выше), резко извитая в *pars isthmica*, проходящая. Впереди и внутри от трубы (см. рис. I) сохранился остаток *lig. rotundum dextr.* Сзади и внутри—место прикрепления *lig. ovarii dextr.*

Опухоль при пальпации — плотная, граничащая местами с плотностью кости. При разрезе слышен хруст. На разрезе оказывается, что полость мешка выполнена плотной организовавшейся кровянистой массой. Найти следов не только оболочек, но и детского места не представляется возможным. Стенка плодного мешка далеко неравномерная по своей толщине, как это отмечается и у других авторов: в области ножки она достигает 5 мм., по направлению к верхне-внутреннему полюсу постепенно уменьшается от 4 мм. до 2 мм., доходя у места разрыва до 1 мм. и тоньше. Отверстие разрыва у верхне-внутреннего полюса, что находится в полном соответствии с *Werth*'ом, затампонировано плодом. Края разрыва тесно прилегают к плодику и спаяны с ним. Можно думать, что благодаря такой тампонаде и может быть также во время наступившей хорошей ретракции стенки рога не произошло летального для матери кровотечения. Судя по отсутствию каких-либо реактивных сращений в области матки и придатков, кровотечение это было невелико. Подобный случай тампонации дефекта стенки рога частично выпавшим плодом описан у *Menge*. Как отмечалось уже не раз плодик петрифицирован, покрывающие его мягкие части частично рассосались. Длина плода около 14 см. Окружность головки—10 см.

Для микроскопического исследования взяты кусочки из разных мест мешка. Залиты в целлоидин, окрашены *Van-Gieson*'ом + гематоксилином. Место отхождения ножки разложено на серии срезов с целью выяснения наличия канала. Последний не обнаружен. Всюду останавливает внимание обилие соединительной ткани в ущерб мышечной, местами от последней сохранились лишь небольшие островки. Направление волокон крайне разнообразное. Среди мышечно-соединительной ткани бросается в глаза значительное количество сосудов с резко инфильтрированными стенками, местами ткань последних подверглась миксоматозному перерождению, местами стенки настолько утолщены, что почти совершенно закрывают просвет. В меньшей степени развитие соединительной ткани встречается на срезах из боковых частей рога. Здесь мышечные элементы хорошо складываются в три слоя: наружный продольный, постепенно переходящий в средний циркулярный и внутренний — с неясным ходом, ввиду более обильного развития соединительной ткани и набухания элементов вследствие гиалинового перерождения их. Между мышечно-соединительнотканными волокнами — значительное скопление круглоклеточного инфильтрата. Последний резко увеличивается в срезах близь места разрыва, вместе с тем увеличивается количество соединительной ткани; деление на слои мышечных элементов здесь менее ясно. Хотя циркулярное направление среднего слоя заметно, как и на других срезах. Мышечно-соединительная ткань, особенно во внутреннем слое, резко гиалинизирована. По периферии находим развитие молодой соединительной ткани, проростающей остатки кровоизлияния, о чем свидетельствуют глыбки кровяного пигмента; рядом с этим встречаем значительную инкрустацию известковыми солями.

Только что описанная картина встречается и у других авторов. Деление на мышечные слои совпадают с случаем *Werth*'а, *Wiener*'а и др.

Что касается наличия decidua, то присутствие ее найти не удалось. Кровянистая масса межворсинчатых пространств непосредственно прилегает к мышечно-соединительной ткани стенки. То раздвигая, то внедряясь в последнюю, попадают гиализированные остатки ворсин. Покрывающий их синтициальный покров не сохранился, но местами еще можно найти волокнистую строму с частью сохранившимися клетками. Среди фибринозно измененной кровянистой массы, выполняющей мешок, встречаем обильное отложение извести.

Является ли такое отсутствие decidua результатом последующего некроза ее или следствием недоразвития, решить положительно в том или ином смысле едва ли возможно. Но можно полагать, что в случае некроза можно было бы надеяться найти хотя бы небольшие остатки ткани, чего нам не удалось. Werth считает доказанным отсутствие decidua в зачаточном роге лишь в одном только случае, принадлежащем Scanzoni.

Таким образом и микроскопически мы убеждаемся, что перед нами несомненный случай беременности в зачаточном роге матки.

Что касается способа зачатия в нашем случае, то наличие corpus luteum в правом яичнике и отсутствие канала, сообщающего оба рога, показывает, что здесь имело место, так называемое, transmigratio seminis extrauterina. Из 15 случаев беременности в зачаточном роге (Гиммельфарб) зачатие произошло при transmigratio seminis в 9 случаях и в шести—pertransmigrationem ovuli extrauterinam.

Переходя к описанию второго нашего случая, я должен заметить, что препарат, к сожалению, не сохранился, но судя по схематическому рисунку (см. рис. II), найденному в истории болезни и по содержанию последней, с большою вероятностью, нужно отнести его также к беременности в зачаточном роге матки, почему я счел уместным привести здесь историю болезни. (Пр. жур. № 5085).

1912 г. 20 ноября, в отделение была принята кр-ка П. 20 л. с диагнозом—cystis ovarii dextr. Нормальные menses и половая жизнь с 16 лет. Первая беременность окончилась выкидышем; вторая—родами на 18 году, после родов болела. Последние menses шесть месяцев тому назад. Больная жалуется на боль в животе и опухоль, каковую стала замечать около трех месяцев. Вначале подвижная, за последний месяц—полтора опухоль фиксировалась в правой стороне. Больная анемичная, слабого питания, со стороны внутренних органов—N. При пальпации живота—прощупывается опухоль внизу, по средней линии, на три пальца ниже пупка. Наружные половые органы—нормальные. По задней стенке влагалища во всю длину его имеется остаток перегородки. Правый боковой свод несколько выпячен. Матка увеличена, плотна, отклонена влево и кзади, соединяется с опухолью, исходящей, повидимому, из правых придатков. Опухоль плотно-эластической консистенции, неболезненная, подвижная, величиною в пять месяцев беременности. При зондировании матки зонд проходит через зев на 9 см. влево.

26 ноября под эфирно-хлороформным наркозом произведено Т. А. Бурдзинским чревосечение. При осмотре оказалось: два рога матки, правый синеватой окраски в 5 месяцев беремен-

ности, левый такого-же вида, увеличен соответственно 1½ месячной беременности. Шейка переходит в левый рог, правый отходит под углом. Правый рог ампутирован вместе с придатками. Дефект в левом роге закрыт кетгутом двухэтажным швом, оставленный рог пришит к брюшной стенке. В полости правого рога оказался плод пяти месяцев.

Большая выписалась на 15-й день здоровой.

При изложении данной истории болезни останавливает внимание наличие клинических признаков в зачаточном роге, отмеченных еще *Абуладзе*: с одной стороны—пустая матка, с другой—относительный признак беременности—задержка регул и соответственно этому величина опухоли; наконец,—безболезненность тупог'а при пальпации и подвижность последней. Уже эти симптомы могли направить исследователя на более правильный диагностический путь. Косвенно также могло навести на мысль о раздвоении матки наличие остатков перегородки во влагалище. Так *Кедров* в своей статье—„Материалы по изучению беременности и родов при двойном уродстве“—относит „существование перегородки или ясно выраженных остатков ее“, а также „резкое отклонение в ту или другую сторону беременной матки“ к ряду других „более или менее ценных признаков, при комбинации которых мы нередко получаем возможность с очень большей вероятностью иногда даже безошибочно поставить правильный диагноз“. Все это имело место в данном случае, но недостаточно было оценено в свое время. Можно полагать, что описываемый случай представляет прогрессирующую беременность, за это говорит, повидимому, продолжавшийся рост опухоли, а также величина плода, соответствующая продолжительности аменорреи.

Третий случай, как уже было замечено, описываю потому, что он вызвал сомнение у *Абуладзе*.

В кратце история болезни (№3394) такова: больная Г. 32 лет поступила в отделение 8/VIII 1906 г. с жалобой на колющие боли внизу живота и пахах. Считает больной себя с октября 1905 г., когда произошла задержка месячных, в феврале почувствовала движение плода, но в апреле вдруг появились боли в животе и кровотечение. Так продолжалось две недели. Затем боли и кровотечение прекратились. Через три недели возобновились месячные; каковые ходят нормально с 17-летнего возраста.

Замужество с 19 лет. Родов—5. Последние роды четыре года тому назад. Coitus—N. Физически развита хорошо.

Внутренние органы в пределах нормы.

В брюшной полости прощупывается плотная, весьма подвижная, круглая опухоль, верхняя граница которой—на уровне пупка. Опухоль можно передвигать до подреберья. Наружные половые органы и влагалище—N. Влагалищная часть матки несколько мягка. Матка небольшая (Superinvolutio), левым своим рогом связана непосредственно с вышеописанною опухолью, представляя собою как-бы ножку ее и при передвижении опухоли двигается вместе с нею. Правые придатки—N. Левые прощупываются неясно. Выказано предположение: Missed abortion in cornu rudimentario (Lithopaedion)?

11/VIII под хлороформенным наркозом произведено *T. A. Бурдзиски*м чревосечение по белой линии. Матка удалена по

обычному типу надвлагалищного усечения. Придатки оставлены. При осмотре удаленной матки оказалось: с левой стороны придатки прикрепляются значительно ниже правой. Полость матки направляется к левой трубе. Опухоль находится, повидимому, в дне матки; вскрыта по передней стенке, при чем оказалось, что она представляет собою правый рог матки, не сообщающийся с левым. В полости правого находится хорошо сохранившийся плод (6—7 месяцев) с небольшим количеством околоплодной кровянистой жидкости. Вес препарата—1750 грамм.

Послеоперационное течение осложнилось на 12 день нагноением в глубоких швах; пришлось снять два из них с апоневроза, а 28/VIII произведена была *colpotomia posterior* по поводу скопившейся крови в полости малого таза и нагноения последней.

13/IX больная выписалась с зажившей раной в хорошем состоянии.

Препарат данной беременности хорошо сохранился в формалине и представляет следующую картину (см. рис. 3 и 4). Он почти шарообразной формы, лишь слева, внизу, имеется выступ, образованный маткой, от последней отходят остатки левых придатков. Правые придатки, точнее—начало трубы, *lig. rotundum* и яичниковой связки, отходят от правой, наружной стороны опухоли, в верхней трети ее.

Окружность плодного мешка равняется—44 см. Наибольший поперечник—16 см., наименьший—14 см. Эти размеры меньше чисел, полученных тотчас-же после операции, именно—20×15 см., что видимо является результатом сокращения стенки после разреза ее, а также вследствие сморщивания препарата в формалине. Толщина стенки плодного мешка почти равномерная, колеблется между 1,3—1,5 см. Толщина перегородки между маткой и плодным мешком равняется 3—4 см. Все эти цифры увеличатся, если приложить к ним толщину детского места. Последнее выполняет весь мешок. Наибольшей толщины, около 1 см., плацента достигает на месте перегородки, на остальных местах 7—8 мм. Едва помещаясь в полости мешка, лежит плод мужского пола, резко согнутый и сморщившийся. Длина его—42 см.; окружность головки—24,5 см. От передней стенки мешка идет пуповина, толщиной в мизинец, обвивая шейку и левое плечико плода. Матка, представляющая собою как-бы придаток, отграничена от опухоли не резко выраженной выемкой на верхнем полюсе и бороздками на передней и задней поверхности. Толщина стенки матки около 1,8—2 см. В области перегородки со стороны слизистой матки имеются два щелевидных углубления в два—три миллиметра, непроходимых для тонкого зонда.

Микроскопическое исследование кусочков, взятых из разных мест стенки мешка, обнаружило значительное развитие мышечной ткани, рядом с этим обилие и соединительной. Направление мышечных волокон неодинаково, в то время, как во внутреннем слое они идут циркулярно, а в наружном—продольно, срединный слой обнаруживает циркулярное, и продольное, и косое расположение. В то время, как ткань периферических слоев жизнедеятельна, о чем свидетельствуют хорошо сохранившиеся ядра попеременно перерезанных мышечных волокон, а также ясная волокнистость соединительной ткани, внутренние слои некротизированы: волокна

разбухшие, ядер не содержат; резко выражена имбибиция кровью. Также умерли и гиалинизировались и ворсинки, утратив свою структуру. Среди фибринозной межворсинчатой массы встречаем незначительную импрегницию известью, а в периферическом слое стенки—небольшую круглоклеточную инфильтрацию. Имелись ли в данном случае слизистая и decidua и каково отношение ворсинок к мышечно-соединительнотканной стенке не представляется возможным выяснить ввиду отмеченного перерождения внутренних слоев плодного мешка. Микроскопическое изыскание канала или остатков его в перегородке не дало положительных результатов.

Как в данном случае, так и в первом, микроскопические препараты были любезно просмотрены прозектором Тамб. Бакт. И-та П. В. Быстровым и выяснена им была интересовавшая нас картина, за что приношу здесь ему свою благодарность.

Первое впечатление от препарата создается как будто-бы мешок составляет продолжение мускулатуры матки, так именно и было первоначально принято Т. А. Бурдзинским. Эта ступенчатость границы вместе с отхождением придатков от верхней трети мешка приближает данный случай к межуточной беременности, где согласно Ruge придатки смещаются значительно кверху вследствие роста плодовместилища кверху и кнаружи, а так-же где „граница между плодовместилищем и маткой пальпаторно почти неопределима“. Однако последний признак может быть и при беременности в зачаточном роге, так Кедров отмечает в случае Кипарского сглаживание характерной выемки и борозды для uterū bicornis на пятом месяце беременности и полного исчезновения их к концу последней. В данном случае беременность достигала семи месяцев и естественно, что граница почти сгладилась, но все же еще не настолько, чтобы нельзя было контурировать левого рога от правого. Что же касается высоты отхождения придатков, то Розенталь, Ракшес и др., напротив, считают патогномичным для истинной интерстициальной беременности отхождение трубы от нижнего края плодовместилища и, таким образом, и этот признак непостоянен и не определяет формы беременности. В нашем случае рост плодного мешка шел интралигаментарно и, понятно, что придатки оставались отходящими от верхней периферии. Наконец, необходимо принять во внимание, что при интерстициальной беременности плодовместилище соединено с дном матки, при беременности в рудиментарной полости—с боковой частью тела матки (Груздев).

Однако, решающим диагностическим методом, как отмечает Daniel, является микроскопическое исследование. Последнее как мы видели, дало картину характерную для недостаточно развитого рога. Да и макроскопически такая мощная перегородка между плодным мешком и маткой не могла быть в случае межуточной беременности и вместе с равномерно развитой стенкой говорит за беременность в замкнутой рудиментарной полости двойной матки.

Как мы видели, смерть плода произошла на седьмом месяце и наступила при целостности стенки плодовместилища. Причина этого могла лежать в том, что вследствие хорошего развития мускулатуры рога он не разорвался, но зато при росте плода

давление внутри полости рога превзошло давление в артериях, в результате нарушилось кровообращение, а вместе с этим наступила смерть плода.

Что касается клинической стороны этого случая, то останавливает внимание подвижность опухоли и видимо безболезненность при пальпации,—признаки подчеркнутые *Абуладзе*.

Как отмечают *Бекман* и др. авторы, в случае смерти плода при беременности зачаточного рога двуугольной матки могут наступать нормальные месячные, несмотря на задержку плода. Так было и в данном случае.

Резюмируя все вышесказанное, можно прийти к заключению: во-первых, клиническое распознавание до сих пор остается затруднительным; во-вторых, из всех клинических симптомов в наших случаях наиболее постоянными оказались—безболезненность при пальпации (даже в случае, окончившемся разрывом) и подвижность опухоли; и наконец, от степени развития рога зависит длительность и исход беременности.

Оканчивая сообщение я считаю своим долгом принести глубокую благодарность *В. Ф. Вамберскому* за данную мне тему, за снабжение меня литературой и ознакомление с иностранными авторами, а также за общее руководство работой.

Случай беременности в правой матке с атрезированным влагалищем при *uterus duplex separatus et vagina duplex separata*.

А. ШОРОЖОВОЙ.

(Завед. Гинек. отдел. Ташкентской городск. больницы).

Причиной пороков развития женских половых органов большинство авторов считает механические воздействия, которые ведут к расстройству питания или же препятствуют своевременному слиянию Мюллеровых ходов. По *Rosthorn* кроме этих „внешних“ причин играют роль и „внутренние“ причины — наследственность.

Winkel приписывает немалое значение и нервному влиянию, что вытекает из частого совпадения пороков развития с заболеваниями черепа, позвоночника, головного и спинного мозга.

Подробнее всех этиологические моменты пороков развития половых органов разобраны *Winkel* ем. Он присоединяется к мнению, высказанному впервые *Grätger* ом о важном значении фетальных перитонитов и к *Thiersch* у, отметившему, что соединению Мюллеровых ходов препятствует более сильное развитие Вольфовых тел, их более продолжительное существование и более широкое расстояние между ними. Он присоединяется и к мнению, впервые высказанному *Robert Meyer* ом о значении ненормальной короткости и ригидности круглых и широких связок, и к указаниям *Pick* а на врожденные опухоли в маточных перегородках, как на препятствие к слиянию Мюллеровых ходов. Между прочим, *Winkel* признает влияние чрезмерного растяжения аллантаоиса и происходящего из него конца кишки. Наконец, он обращает внимание и на Вольфовы протоки, которые очень тесно связаны с Мюллеровыми ходами и, оттягивая их, могут препятствовать слиянию.

В тоже время *Winkel* сомневается в значении *ligam. recto-vesicale*, о которой *Küstner* пишет, что она всегда имеется между обеими половинами раздвоенного органа, и что на эту брюшинную складку, идущую от передней стенки *recti* к задней мочевого пузыря, можно смотреть, как на препятствие, не позволившее во время внутриутробной жизни слиться двум разделенным половинам полового тракта. И *Славянский* считает частое присут-

ствие lig. recto-vesicale при uterus bicornis причиной, препятствовавшей ей слиянию Мюллеровых ходов в данных случаях.

Winkel делит все причины, вызывающие пороки развития на местные и общего характера.

К местным он относит: I. Дефекты в развитии передней брюшной стенки: а) врожденные пупочные грыжи; б) незарращенные таза и пузыря; с) ненормально короткий желточный проток; д) недостающие пупочные артерии; е) амниотические нити.

II. Воспалительные процессы: фетальные перитониты, нефриты, оофориты, пельвеоперитониты.

III. Смещение опухолями кисты и т. д.

IV. Растяжение, давление, перекручивание со стороны соседних органов: пузыря, мочеточников, Вольфовых ходов, круглых связок, сосудов и нервов матки и прямой кишки.

К общим причинам: I. Конституциональные: анемия, хлороз, сифилис, врожденный рахит, гипоплазия сосудистой системы.

II. Центральные-нервные: hydrocephalus, enccephalocoele, anencephalus и др. аномалии мозга.

Veit находит, что многие из причин, выставленных *Winkel*ем, играют роль в образовании пороков развития женских половых органов, и чем раньше они начинают действовать, тем значительнее их влияние. Но пока еще невозможно утверждать, которые из этих причин важнее и нет ли других, пока скрытых, несмотря на величайшие старания и работу многих исследователей, задавшихся целью выяснить этиологию пороков развития половых органов.

В основу для классификации пороков развития *Winkel* предлагает принять 7 стадий (ступеней) преобразования Мюллеровых ходов.

Приведу здесь только первых 4 ступени и пороки, получающиеся от остановки развития на соответствующей стадии.

I ступень: На первом месяце утробной жизни образуются Мюллеровы ходы в эпителии первичных почек в виде сплошных тяжей, у которых только фимбриальный конец полый.

Пороки развития: 1) Полное отсутствие обоих Мюллеровых ходов, а, следовательно, и полное отсутствие влагалища, матки и труб; 2) полное отсутствие одного Мюллерова хода без малейшего рудимента.

II ступень: 2-ой месяц Мюллеровы ходы делаются полыми и сближаются в том месте, где в будущем матка граничит с влагалищем.

Пороки развития: 3) Полная разделенность обеих половин: uterus duplex separatus. Vagina duplex separata (uterus didelphys). 4) Сплошные раз'единенные или соединенные ходы. Uterus rudimentarius solidus duplex, bicornis, simplex и сплошное влагалище. 5) Частично полые раз'единенные или слитые ходы: uterus rudimentarius partim excavatus, duplex, bicornis, simplex со сплошным влагалищем. 6) Uterus unicornis cum rudimento cornu alterius.

III и IV ступень: 3—5 месяц. В то время, как происходит наружное слияние Мюллеровых ходов до lig. Hunteri (13 неделя), исчезает перегородка, но немного медленнее (16 неделя).

Пороки развития: 7) Uterus bicornis septus, subseptus, simplex. Vagina septa, subseptata, simplex. 8) Uterus introrosum arcuatus sep-

tus, subseptus, simplex. Vagina septa, subseptata, simplex. 9) Uterus planifundalis septus, subseptus, simplex. Vagina septa, subseptata, simplex. 10) Uterus foras arcuatus, septus, subseptus, simplex. Vagina septa, subseptata, simplex.

Перехожу к описанию моего случая:

З. К., 20 лет, бухарская еврейка, поступила в гинекол. отделение Ташкентской Городской больницы 3 января 1923 года.

Анамнез: родители ее живы и вполне здоровы. Матери 50 лет, отцу 56 лет. Кроме этой больной у них было еще 5 детей. Двое старших сыновей не женаты; дочь, на 2 года моложе этой, не замужем; остальные дети подростки. Все считают себя здоровыми.

К. З. в детстве сильно болела, но чем—не помнит. С тех пор до последнего времени считала себя здоровой. Только в течение последних 6 месяцев лечилась у психиатра от „нервных припадков“. Первые крови появились на 14 году, установились сразу по 3—4 дня через 4 недели. Иногда во время менструаций бывали боли внизу живота справа и слева. Половой жизнью живет 1½ года (с 18 лет). Coitus нормальный. Беременной ни разу не была. После замужества крови стали менее обильны и появились бели. Последние месячные 2 месяца тому назад. Со времени прекращения кровей у больной была несколько раз рвота.

29 декабря 1922 года внезапно появились схваткообразные боли в нижней части живота справа и показались крови.

Боли, сначала незначительные, с перерывами, постепенно усиливались; крови же совершенно прекратились через 2 дня. На 6-й день после начала заболевания больная доставлена в гинекологич. отделение. Status praesens: Больная инфантильного телосложения, маленького роста. Мускулатура и жировая клетчатка слабо развиты. Выражение лица испуганное, страдающее. Цвет кожи и видимых слизистых оболочек резко бледный. Грудные железы развиты слабо, отделяемого нет. Температура тела 36,5. Пульс 120, удовлетворительного наполнения. Границы сердца нормальны. На верхушке систолический шум. Легкие нормальны. Живот слегка вздут. При ощупывании сильное напряжение и болезненность во всей нижней половине живота. Небольшое заглушение перкуторного тона в правой паховой впадине.

Верхняя граница волосистости наmons Veneris в виде выпуклой кверху линии. Labia majora слабо развиты, не прикрывают малых губ. Окраска слизистой входа цианотичная. Девственная плева разорвана.

Правая стенка влагалища в верхних двух третях сильно вдаётся в просвет влагалища, суживая его в этом месте. Правый свод уплощен, остальные на нормальном уровне. Влагалище в нижней трети помещается по средней линии, далее кверху отклоняется влево. Влагалищная часть, длиной сантиметра 1½, конической формы, лежит слева, близко к костям таза. Наружный зев точечный, направлен влево. Выделения из цервикального канала слизистые. Тело матки небольшое, плохо контурируется, вследствие резистентности брюшных стенок. Левые придатки не определяются. Справа от матки неясно прощупывается опухоль, величиной с кулак, плотноватой консистенции; книзу от нее,—пастозная резистентность, выполняющая всю правую верхнюю

половину малого таза и вдавливающая правую влагалищную стенку. Исследование крайне болезненно, брюшная стенка напряжена, поэтому не удается установить связи между маткой и правосторонней опухолью, а также более точно определить границы ее.

Оттеняя данные опроса, т. е. то, что болезнь началась внезапно после 2-х месячной задержки кровей, протекала при нормальной температуре и несоответственно учащенном пульсе (120); общая слабость больной и боли внизу живота, схваткообразного характера, усиливавшиеся с каждым днем, начались одновременно с незначительным кровотечением, вскоре прекратившемся, — все это еще до осмотра больной давало основание предположить внутреннее кровотечение на почве внематочной беременности. А данные объективного исследования: цианоз слизистой оболочки, влагалища, небольшая матка, смещенная к левым костям таза опухолью, находящейся в правой половине, также не противоречили этому. Оставалось только необъяснимым, почему своды не опущены, а вдаются в просвет влагалища верхняя часть правой стенки его. Предположено, что нарушение целостности трубы произошло в той части, которая прилегает к клетчатке mesosalpinx и кровоизлияние шло в клетчатку широкой связки. Оттуда кровь постепенно проникала в паравагинальную клетчатку. Но такое объяснение можно было допустить только с большой натяжкой и потому решено выждать для выяснения диагноза.

На следующее утро боли настолько усилились, что во время одного из приступов больная потеряла сознание. Анемия выражена резче, чем накануне. Наружного кровотечения нет. Пульс 130. Правая влагалищная стенка сильнее вдаётся в просвет опухоли, выполняющей всю верхнюю, правую и часть левой половины малого таза. С диагностической целью сделана пробная пункция через наиболее выдающуюся часть правой влагалищной стенки, причем получено 2,0 темной крови.

Это явилось еще лишним подтверждением диагноза внутреннего кровотечения.

В виду тяжелого состояния больной приступлено к剖腹сечению. Экстремедиальный разрез брюшной стенки по *Leander*. В брюшной полости не оказалось крови. Между петлями тонких кишок в большом тазу лежала правая труба так, что ампулярный конец ее заходил влево за среднюю линию. После оттеснения кишечника кверху, оказалось, что в правой половине таза лежит тело матки; дно ее настолько сильно отклонено влево, что продольная ось матки проходит почти горизонтально справа на лево. Нижняя часть матки подтянута к правым костям таза. Вся матка настолько поднята кверху, что наружный зев приходится на уровне *lin. innoinata*. Тело матки по величине соответствует 6 недельной беременности. От правого угла ее отходит круглая связка и сильно извитая труба. Яичник, принадлежащий этой матке нормальной величины. Когда дно матки подняли кверху, то оказалось, что слева не было ни придатков, ни связок. Левый угол матки закругленный и дно матки имело такой вид, как после удаления трубы с вырезыванием угла матки. Брюшина, покрывающая матку спереди и справа, матовая, шероховатая, как бы после перенесенного пельвеоперитонита. Цвет

тазовой брюшины бледный.—Медиальнее матки помещается мочевой пузырь и брюшина, покрывающая его, непосредственно переходит на gestum. Слева, совсем у костей таза, лежала вторая матка, вдвое меньшей величины. Дно ее было наклонено к средней линии, но не так резко, как у правой. Левый угол ее переходил в трубу. Правое ребро матки образует небольшую выпуклость. Левый яичник, величиной со сливу; на поверхности его определяется желтое тело и много мелких кист. Расстояние между шейками матки 8 сантиметров.

После такой находки правая матка рассечена продольным разрезом и пальцем, введенным в полость ее, удалось прощупать плодное яйцо, лежавшее верхним сегментом в расширенном цервикальном канале. Далее палец проникал в полость влагалища,



сильно растянутую сгустками и кровью. Разрез матки зашит 2-х этажным кетгуттовым швом. Иссечен небольшой кусок правой трубы. Слева удален фолликулярно перерожденный яичник вместе с трубой. Культы перитонизированы. Брюшная полость закрыта наглухо 4-х этажным швом. После этого во влагалище введены зеркала. Крови там не оказалось ни капли. Продольным разрезом на самой выдающейся части влагалищной стенки вскрыто правое влагалище, откуда вытекло большое количество крови со сгустками. Абортными щипцами удалено плодное яйцо. Ватой осушено правое влагалище. Край разреза обшиты несколькими узловатыми швами.—Гладкое послеоперационное течение, без повышения температуры. Выписалась на 12-й день после операции. Через месяц, когда у больной началась менструация, она явилась на осмотр, как ей было назначено. Жалоб на какие-либо боли внизу живота нет. Больная была продемонстрирована проф. *Боровскому*, который обратил внимание на резкое укорочение и ригидность правой широкой связки, как бы рубцы, фиксировавшие шейку к правым костям таза и на очень толстую перегородку между обоими влагалищами. Обе матки лежали на большом расстоянии друг от друга, близко к боковым стенкам таза.

Этот случай полного удвоения маток, где шейки лежат на расстоянии нескольких сантиметров друг от друга можно отнести только ко второй ступени по схеме *Winkel*'я, именно *uterus duplex separatus et vagina duplex separata (uterus didelphys)*.

Ошибка в диагнозе произошла оттого, что у больной не было типичной картины симптомов, наблюдаемых при атрезированном влагалище, сообщающемся с функционирующей маткой. Менструировала больная нормально, не было болей, появляющихся с началом половой зрелости, вследствие скопления маточных выделений (менструальной крови и слизи), не было жалоб на явления со стороны соседних органов, мочевого пузыря и прямой кишки. Не было постепенного развития опухоли *haematocolpos* в правой половине. При исследовании невозможно было прощупать ни влагалищной части, ни наружного зева правой матки, так как шейка была сглажена, влагалище сильно растянуто кровью; форму правой матки не удавалось ясно конструировать и лежала она необычным образом, с зевом, обращенным к правой *lip. innominata*, а дном к средней линии (матка горизонтально лежала на левом ребре) и была так тесно прижата к растянутому слепому мешку влагалища, что составляла с ним как бы одно целое, отличаясь только консистенцией.

Растянутое кровью влагалище, прощупывавшееся в виде опухоли в правой половине таза, можно было принять за паравагинальный абсцесс. Но внезапное начало заболевания с резкими схваткообразными болями при нормальной температуре и кровь, полученная пробной пункцией, исключала это предположение.

По этим данным можно было только утверждать, что имеется внутреннее кровотечение. Поставить же диагноз *haematocolpos* в атрезированном правом влагалище на почве аборта не было никаких оснований.

Между тем 2-х месячная задержка, до этого времени правильных месячных, схваткообразные боли, внезапно появившиеся, и вся остальная картина болезни с несомненностью указывали на прекратившуюся беременность и, только за отсутствием каких-либо симптомов атрезии правого влагалища, было предположено внутреннее кровотечение на почве внематочной беременности.

Menge указывает на то, что такие случаи часто смешивались и с овариальными кистами, и с миомами и с *gravidit. extrauterina* и *haematocoele periuterina*.

Почти все авторы, которым встречались случаи беременности при пороках развития, отмечают большую трудность постановки диагноза, не только при исследовании больных, но даже во время операции. В некоторых случаях пороки развития матки были констатированы только на аутопсии и просмотрены оперировавшими врачами (по сообщению *Dr. E. Zalewski* из материала *Frauenklinik und Hebammen-Lehranstalt zu Breslau, Director Prof. Bumm*).

Отсутствие симптомов, обычно наблюдаемых при атрезиях нижнего отдела влагалища, сообщающегося с маткой, можно объяснить только тем, что эта матка не принимает участия в менструации. Иначе получилось бы *haematocolpos et haematometra*

и вместе с тем соответствующие картины болезни и невозможность укрепления яйца в растянутой кровью матке.

Беременность же в неменструирующей матке, конечно, может быть, так как нередко яйцо укрепляется и в зачаточном роге матки и в трубах, не принимающих участия в менструации, и в любом месте брюшной полости.

Предположить, что атрезия влагалища произошла только после беременности, т. е. меньше, чем за 2 месяца до операции, и потому не образовалось haematocolpos, совершенно невозможно, так как в этом случае спайки были бы настолько рыхлыми, что легко разорвались бы под напором крови и сгустков, растягивавших правое влагалище. Между тем, при операции, до разреза влагалищной стенки, не было ни капли крови.

По *Menge*, врожденные гемиатрезии при удвоении внутренних половых органов происходят или от того, что более суженная половина предрасположена к эпителиальным склейкам, или оттого, что один из врастающих сверху *Мюллеровых* ходов не достиг *sinus pro-genitalis*, или же его нижний отрезок рудиментарно развит—сплошной (не образовалось полости).

Причину преждевременного прерывания беременности при пороках развития, *Rokitansky* и *Wertheim* видят, главным образом, в слабом развитии мускулатуры стенок и особенно дна матки, которые сильно растягиваются растущим яйцом и от этого происходит преждевременное изгнание плода. В доказательство этого *Wertheim* приводит несколько случаев из литературы, где лучше развитые матки, как правило, донашивали, менее развитые половины постоянно абортывали. *Menge* говорит: „трудно понять, почему истонченная мускульная стенка ведет к преждевременному изгнанию яйца“. Более понятным кажется ему предположение, что гипоплазирванный в целом, добавочный рог, имеет и плохо развитую, тонкую слизистую оболочку, которая не годится для образования яйца, так как децидуально плохо реагирует. Поэтому ворсины проникают вскоре до мускулатуры, претерпевают сжатие от мышц, и, вследствие этого, получается отделение яйца раньше времени.

Опасностей беременности и родов при пороках развития внутренних половых органов много: склонность к абортам и преждевременным родам, внезапный разрыв матки во время беременности при напряжении брюшного пресса. Во время родов: первичная слабость болей, препятствия для родов со стороны небеременной матки, которые могут вести к разрыву беременной матки; разрыв матки, шейки, влагалища. Неправильное положение плода. Последующие атонические кровотечения.

В послеродовом периоде: плохая инволюция внутренних половых органов.

С целью устранения этих опасностей, различные авторы предлагают и вырезывание перегородок, и удаление менее развитых половин маток и др. мероприятия.

Оперированной мной больной я ограничилась удалением левой трубы и иссечением куска правой трубы с целью стерилизации. В виду общей слабости больной, ее нервного заболевания и детского нежного телосложения, я выбрала эту операцию, как самое легкое вмешательство при уже вскрытой брюшной полости.

Какие причины повели в данном случае к образованию *uterus didelphys*, сказать невозможно. В смысле наследственности нет указаний на какие либо уродства в семье; заболевание сифилисом родители также отрицают. У самой больной других уродств не было. *Lig. recto-vesicale*, которая, по мнению *Küstner'a*, всегда бывает, а по мнению многих других, часто встречается при раздвоении внутренних половых органов и считается одной из причин, препятствующих слиянию *Мюллеровых* ходов, в данном случае совершенно отсутствовала.

Брюшина, покрывающая пузырь, непосредственно переходила на *rectum*, как в мужских тазах, не образуя никаких складок.

Имелось налицо резкое укорочение *lig. lata*. Может быть короткость их и не дала возможности сблизиться *Мюллеровым* ходам, но, может быть, это явление вторичное, т.-е. широкие связки потому коротки, что матки помещаются близко к костям таза.

Несомненно, когда то у больной был перитонит. Брюшина, покрывающая мочевой пузырь и переднюю поверхность правой матки, шероховатая, матовая. Между тем, больная совершенно не помнит, чтобы у нее когда нибудь до этого времени были боли внизу живота. Правда, иногда пельвеоперитониты протекают почти незаметно для больных. Но, возможно, что эти изменения брюшины относятся к зародышевой жизни, и фетальный перитонит был причиной порока развития в данном случае.

Uterus didelphys, очень редкий порок развития, встречается, по мнению *Nagel'a*, только у нежизнеспособных плодов в связи с расщеплением передней брюшной стенки и другими пороками развития тазового выхода, как то: *spina bifida*, заращение заднепроедного отверстия, мочевых путей, клоакой.

Обычно налицо имеется *canalis uro-genitalis* и оба влагалища, не вполне развитые. По его описанию оба разделенные тела маток цилиндрической формы, часто суживаются к верхнему концу и переходят в трубы. Они перегнуты кнаружи и лежат так же, как и влагалище, в нескольких сантиметрах друг от друга. Между ними помещаются пузырь и кишка, которые могут быть плотно сращены.

Winkel описал в учебнике гинекологии случай, который как раз отвечает мнению *Nagel'a*. Этот случай *uterus didelphys*, *hernia umbilicalis congenita*, *eventeratio* всех внутренностей и *atresia ani*.

Другой случай этого же автора *uterus duplex separatus et vagina duplex separata*.

У недоношенного плода, у которого хотя и осталась клоака, но органы, впадающие в *sinus uro-genitalis*: *rectum*, пузырь и оба влагалища были правильно развиты. Этот плод был бы жизнеспособным, если бы он не родился раньше времени.

Подобные случаи были описаны *Orthmann*, *Fränkel*, *Heppner*, у живых детей, но умерших в раннем детстве (на первых годах жизни).

Все многочисленные случаи, описанные под названием *uterus didelphys* у взрослых, по *Rosthorn'u* не относятся к этому виду пороков. Во всех этих случаях имелись сильно выраженные *uterus bicornis septus cum vagina septa*, в которых не имелось полного разделения обоих *Мюллеровых* ходов на всем их протяжении.

E. Kehrer для таких случаев предложил название *uterus pseudo-didelphys*.

По *Menge*, *uterus didelphys* у взрослых не встречается.

Мнение *Славянского* по поводу этого порока развития следующее: „если отличительной чертой двойной матки (*uterus didelphys*) мы будем считать полную обособленность обеих половин полового тракта, так, чтобы шейки маток даже не соприкасались между собой, как мы это наблюдаем у жизнеспособных уродов с значительными пороками развития нижней половины тела, и влагалище представлялось бы также двойным, то таких случаев у взрослых на анатомических препаратах до сих пор не наблюдалось.

Rankow считает, что *uterus didelphys* встречается у нежизнеспособных плодов совместно с другими пороками развития, но в редких случаях наблюдается и у взрослых, причем указаний на эти случаи не дает.

Встретившийся мне порок развития интересен, главным образом, по своей крайней редкости у взрослой женщины, как видно из приведенной мною литературы. Отчасти также и тем, что лишний раз подтверждает возможность так называемого „наружного передвижения“ сперматозоида и яйца. Сперматозоид предал почти полный круг, попав через левое влагалище, левую матку, оплодотворил яйцо, вышедшее из левого яичника (так как желтое тело было в левом яичнике, и вместе с ним перенесен в правую трубу, оттуда в правую матку).

Интересно и то, что встреча сперматозоида с яйцом произошла в данном случае в брюшной полости, между тем, как принято считать обычным местом оплодотворения у человека ампулярный конец трубы, хотя и допускается возможность слияния их на всем пути, от яичника до наружного маточного зева.

Случай внематочной яичниковой беременности*).

Н. ДАВЫДОВА.

В доасептическое время, то есть лет 25—30 тому назад, внематочная беременность считалась редкостью; более того, я вспоминаю, что в 1901 году, во время выборов профессора на кафедру акушерства и гинекологии в Киеве, получил преимущество профессор Юрьевского Университета *Муратов* только потому, что в числе его трудов было описание целого ряда случаев внематочной беременности, что послужило ему рекомендацией отличного диагноста и гинеколога.

Внематочную беременность можно разделить на беременность трубную, яичниковую, брюшную, при чем последняя никогда не является самостоятельной, а всегда бывает вторичной. Трубная беременность должна быть разделена: на *graviditas ampullae* (в конце трубы), *graviditas isthmica* (на протяжении трубы) и *graviditas interstitialis* (в начале трубы в маточной ее части). Наблюдается еще и смешанная форма трубно-яичниковая, когда беременность начинает развиваться в яичнике, но увеличивающийся и оплодотворенный Граафов пузырек встречает на дороге ампулу трубы, которая его охватывает, и детское место развивается или в устьи трубы, или в яичнике при полном их соединении.

В последнее время внематочная беременность очень часто диагностируется, в настоящее время в любой гинекологической клинике не бывает недели, чтобы не констатировался случай внематочной (конечно трубной) беременности. В Уманской больнице за последние шесть лет было 12 случаев внематочной беременности, из них два были оперированы через чревосечение, первый случай был трубный выкидыш, второй случай была яичниковая внематочная беременность; у четырех было последовательное скопление крови в заднем Дугласовом пространстве, при чем двум был сделан разрез заднего свода и выпущена кровянистая жидкость, у одной из последних двух больных жидкость прорвалась через *rectum* и через это отверстие вышли и кости плода (больной своевременно была предложена операция, но больная на операцию не согласилась). У прочих больных опухоли (ранние трубные выкидыши) рассосались; больные были лечены первое время—покой и лед на живот, а затем грелки на низ живота и горячие орошения влагалища. После рассасывания опу-

*) Доложено в Обществе Уманских врачей 20 мая 1913 года.

холей оставались незначительные сращения. Двое из больных последней категории имели затем нормальные срочные роды в нашей больнице. В противоположность трубной беременности яичниковая беременность является довольно большой редкостью: в руководстве по акушерству *Шредера* описываются всего 14 случаев, в других руководствах о ней только упоминается, в Журнале Акушерства и Женских болезней, за 25 лет, описан единственный случай яичниковой беременности *Муратовым* в 1888 году. Наш случай представляется в следующем виде: 3-го апреля 1912 года явилась на амбулаторию и была принята в больницу крестьянка села Небелевки Уманского уезда, Агафья Ч., 25 лет, с жалобами, что у нее все идут крови. Замужем 4 года, была нормальная беременность через 2 года после замужества. Девушкой была всегда здорова, первые menses пришли на 16 году и ходили правильно: 3—4 дня. Последние menses были на новый год, шесть недель не было ничего, затем появились кровянистые выделения и шли понемногу около 4-х недель, появились боли в крестце и внизу живота, затем крови на неделю остановились и пошли вновь и идут до сего времени. Боли внизу живота держатся все время, но менее сильны, стул задержан, мочеиспускание очень часто и немного затруднено — „закладывает мочу“ — по выражению больной. Жалуется на общую слабость. Беременной себя не считает. При объективном исследовании Агафья Ч. довольно хорошо упитанная женщина, крепкого сложения, с нормально развитой костной системой; размеры таза: d. cristarum 27,5, d. trochanterica 31 и conjugata externa 19,5. Слизистые оболочки глаз и губ бледны, слизистая оболочка половых частей синевато-розовая. Зрачки расширены неравномерно, в легких ничего ненормального, на верхушке сердца легкий дующий систолический шумок. В нижней части живота констатируется опухоль, пальца на три не доходящая до пупка, опухоль гладкая круглой формы, по величине и виду походит на 4-х месячную беременную матку; при внутреннем исследовании оказывается, что это именно опухоль, а не матка, так как матка легко отыскивается лежащей влево от опухоли и лежит на опухоли, матка нормальной величины; правой трубы и яичников прощупать нельзя, левая труба находится легко, матка почти неподвижна, потому что весь малый таз занят большой, сильно пульсирующей опухолью, из матки выделяется кровянисто-слизистая жидкость. На основании этих данных предположена внематочная беременность и больной предложена операция. Сначала больная от операции отказалась и была оставлена в больнице для наблюдения; больной назначены два раза в день теплые влагалищные орошения и общая ванна через день. Через неделю, в виду усиления болей внизу живота и в крестце, больная не только согласилась на операцию, но даже настаивала на скорейшем ее производстве. На десятый день по поступлении в больницу больной сделано под хлороформным наркозом чревосечение.

По разрезе брюшной стенки (разрез по linea alba между пупком и лобком) показалась голубоватого цвета опухоль, целиком заполнявшая малый таз, опухоль была совершенно неподвижна, извлечение ее было затруднено растянутой веерообразно правой трубой, и для извлечения опухоли пришлось трубу и часть широкой связки разрезать поперек; тогда опухоль удалось очень

легко вылущить. Опухоль была правильной овальной формы, длиною в 20 сант., шириною 12 с. и 40 сант. в объеме. Извлеченная целиком опухоль по величине равна была 4-х месячной беременной матке. Разрезанные труба и связки были сшиты по извлечении опухоли, и обнаженная часть ложа, где была опухоль, перитонизирована. Во избежание скопления крови в заднем Дугласе, в вагину через задний свод выведен тампон. После удаления опухоли были осмотрены матка и левый яичник; и матка и яичник оказались нормальны. Брюшная рана зашита трехэтажным швом. Кроме тампона, влагалище выполнено марлей. Под кожу вприснуто 800 куб. с. солевого раствора. Послеоперационный период прошел очень хорошо. Температура была повышена только первые сутки. Моча три дня выпускалась катетром. Первые три дня в вагине менялись только ближайшие куски марли. Брюшной тампон извлечен через три дня и заменен небольшой турундой, которая затем менялась ежедневно. На десятый день тампонада прекращена. Швы на животе сняты на 10-й день. Брюшная рана зажила первичным натяжением. Больная встала на 14-й день и чувствовала себя все время хорошо. Выписалась из больницы 9-го мая. Через месяц больная была осмотрена мною, ничего ненормального не отмечено, матка в антеверзии подвижна, болей никаких, самочувствие больной отличное, считает себя вполне здоровой. Удаленная из живота опухоль исследована была д-ром *Булмаковым* и оказалась яичником, в Граафовом пузырьке коего произошла беременность. Детское место и младенец, 17 сант. длиною, соответствовали по своей величине четырехмесячной беременности. На микроскопическом препарате, приготовленном из толстой части стенки опухоли, очень хорошо видно типичную строму яичника и желтые пятна.

Из Акушерско-Гинекологической клиники I. М. Г. У.
(Директор профес. М. С. Малиновский).

К вопросу об изменениях в яичнике во время беременности, особенно при эклампсии.

Ассистентов клиники М. Г. КУШНИР и С. А. СЕДИЦКОГО.

Краткие клинические *) данные и микроскопическое исследование собственных случаев.

Случай 1. (1912 г. № 371. Ст. Журн. Клиники). Е. К. 19 л. I—para. Gravitas m. X-й Eclampsia sub et post partum. Eclampsia externa (вне клиники 2 припадка, до родов 3, после 8—всего 13). Nephroso—nephritis. (белка 24,9/100). Низведение ножи. Мертвый мальчик 3070,0. Терапия—морфий, хлорал-гидрат, сухие банки, кислород, кровопускание. Mors. Общая продолжительность заболевания 39 час. 55 мин.

Микроскопическое исследование. Уже простым глазом на микроскопическом срезе можно видеть большое количество полостей, из которых одни лежат ближе к поверхности, а другие ближе к центру. Если рассматривать препарат под лупой, то оказывается, что указанные полости представляют собою ничто иное, как Граафовы фолликулы, причем в одних можно видеть распадающиеся клетки *thecabanae granulosaе*, в других же гранулезного слоя уже не имеется. При соответствующем увеличении под микроскопом обнаруживается следующая картина. В корковом слое отмечается большое количество примордиальных фолликулов. Между прочим, в одном из фолликулов можно отметить наличие двух яйцевых клеток, а в другом—одной яйцевой клетки, но с двумя ядрами. В одном месте коркового слоя невооруженным глазом можно видеть несколько возвышающееся над поверхностью препарата круглое образование, сросшееся на небольшом протяжении с поверхностью препарата. Строма этого образования представляет собою строму яичника, причем в центре его лежит фолликул, имеющий около 2 мм. в диаметре. Клетки *thecae internaе* вокруг этого фолликула представляют довольно мощный пласт, до 20 клеток в толщину. *Stratum granulorum* выполняет фолликул больше, чем на половину. В полости, предназначенной для *liquor folliculi*, имеется значительное количество различной величины коллоидных шаров. В толще гранулезного слоя можно видеть несколько т. н. *Call-Exner'овских* телец. Яйцевой клетки в последних обнаружить не удается. За слоем примордиальных фолликулов по направлению к центру препарата, вдоль по всей окружности его, лежит сплошной ряд фолликулов, общим числом до 15, находящихся частью в состоянии т. н. кистозной, частью в состоянии облитерационной атрезии. *Theca interna* вокруг этих фолликулов образует мощные клеточные слои с большим количеством сосудов. Эти клеточные пласты *thecae internaе*, сливаясь и переходя один в другой, составляют как бы сплошной паренхиматозный орган. В фолликулах, находящихся в стадии т. н. облитерационной атрезии, гиалиновое ядро не везде обнаруживается. Централью от только что описанного слоя атрезированных фолликулов можно видеть большое количество довольно крупных Граафовых пузырьков, гранулезные клетки которых местами отделились от стенки и рассыпались по всей полости. Многие из этих гранулезных клеток находятся в состоянии коллоидного перерождения. В некоторых фолликулах в гранулезном слое видно большое количество т. н. *Call-Exner'овских* телец. *Theca interna* Граафовых фолликулов не достигает здесь такого мощного развития, как вокруг вышеописанных атрезированных фолликулов. Впрочем местами можно наблюдать как будто непосредственный переход клеток *thecae internaе* этих Граафовых пузырьков в *thecam internaam* вышеописанных атрезированных фолликулов.

*) Начало статьи смотри в предыдущем № 5.

Случай 2. (1923 г., № 125 ст. журн. клиники). З. 26 л., 1—para. Graviditas m. X-ый Eclampsia sub et post partum. Выходные шипцы.—Cardiaca. N—serum лошади (после 10-го припадка). Nephroso-nephritis. Icterus gravis. Eclampsia externa. Всего припадков 28 (4 вне клиники, 11 до родов, 13 после). Живой мальчик весом в 3000,0. Общая продолжительность заболевания 7 суток 1 час 50 мин. От первого припадка до последнего прошло 4 дня 19 час. 30 мин.

Микроскопическое исследование. На протяжении всей поверхности препарата хорошо сохранился т. н. зародышевый эпителий, глубже которого видны слои примордиальных и небольших Граафовых фолликулов. Здесь же можно обнаружить несколько старых corpora fibrosa и albicantia, а также один кистовидно атрезированный фолликул с мощно развитым слоем клеток thecae internae. Вся остальная часть препарата занята желтым телом. Большинство клеток лютеинового слоя вакуолизировано, в некоторых местах видны сплошные вакуоли вместо клеток. Среди клеток лютеинового слоя, то ближе к периферии, то ближе к центру желтого тела, имеется большое количество больших и малых коллоидных шаров.

Случай 3. (1912 г., № 306 ст. журн. клиники). З. 35 л. 6—para (5 родов—все дети мертвые). Eclampsia sine convulsionibus (post partum). Graviditas m. X-ый N—роды. мертвый ребенок 2050,0. Роды 25/3 в 11 часов вечера. Mors 26/3 1 ч. 15 м. ночи.

Микроскопическое исследование. Зародышевый эпителий отсутствует. Его место занимает слой сплошной бесструктурной массы, за которым следует хорошо сохранившийся слой соединительно-тканых клеток. Местами в этом соединительно-тканном слое видны небольшие, круглой формы некротические участки, повидимому, бывшие примордиальные фолликулы. Сохранившихся примордиальных фолликулов нигде обнаружить не удастся. Вслед за соединительно-тканым слоем идет большой участок некротизированной ткани, в центре которого имеется два фолликула, один кистозно, а другой облитерационно атрезированный. Вокруг того и другого фолликула довольно мощно выраженные слои клеток thecae internae, находящиеся в состоянии дегенерации. Общее впечатление от этого препарата таково, что некротический процесс больше всего порази паренхиматозные элементы яичника, пощадив более или менее соединительно-тканые.

Случай 4. (1924 г., № 819 ст. журн. клиники). 22 г., 1—para. Graviditas m. IX-ый. Eclampsia sub graviditate. Sectio caesarea classica. (опер. Н. П. Фейгель). Живая девочка 1600,0. Eclampsia externa. Nephroso-nephritis. Сколько припадков дома неизвестно (?). В клинике до операции 2, после—11. Общая продолжительность заболевания 20 часов. Mors.

Микроскопическое исследование. В корковом слое имеется большое количество примордиальных фолликулов. В одном из срезов непосредственно за слоем примордиальных фолликулов виден слой атрезированных фолликулов, общим числом до 12. 4 из них находятся в состоянии кистозной атрезии, остальные в состоянии облитераций. Слой клеток thecae internae вокруг атрезированных фолликулов, главным образом, облитерированных, выражен очень сильно, причем вокруг некоторых из них клетки лежат мощным слоем до 50 в радиусе. Кистозно атрезированные фолликулы не имеют такого толстого пласта клеток thecae internae. Атрезированные фолликулы так близко подходят друг к другу своей theca interna, что местами трудно отличить, где кончается theca interna одного и где начинается theca interna другого фолликула. В одном Граафовом фолликуле, хорошо сохранившем слой клеток membranae granulosaе, можно отметить большое количество Call-Erner'овских телец. В дальнейших срезах повторяется только что описанная картина, причем в серии срезов можно проследить, как исчезают одни атрезированные фолликулы и появляются другие. Получается впечатление, что комплекс атрезированных фолликулов в этом яичнике представляет собою стереометрическую фигуру довольно крупного калибра. На этих же срезах можно проследить, как прилегающие к атрезированным фолликулам малые и средние Граафовы пузырьки, как бы разрушаются под влиянием клеток thecae internae атрезированных фолликулов. Местами можно проследить, как в таких фолликулах, гибнущих под влиянием клеток internae соседнего фолликула, клетки гранулезного слоя начинают коллоидно перерождаться, причем образующиеся мелкие капли коллоида иногда сливаются вместе в одну более крупную каплю—шар. По v. Giesony такие коллоидные массы красятся в ярко-желтый цвет. В некоторых фолликулах видны в большом количестве Call-Erner'овские тельца, причем в тех местах, где гранулезные клетки погибли, содержимое этих телец вывалилось, помещаясь вне гранулезного слоя, точно крупные капли какой-то свернувшейся жидкости, не смешивающейся с фолликулярной жидкостью. На многих срезах непосредственно под слоем зародышевого эпителия видны островки т. н. эктопической децидуальной ткани. В некоторых местах такие островки децидуальной ткани облегают непосредственно сосуды, окружая их точно ореолом.

Случай 5. (1925 г. № 926 ст. журн. клиники). 36 л., 1—para. Graviditas m. IX (конец) Eclampsismus. Nephroso-nephritis. Sectio caesarea classica. (опер. С. А. Селицкий). Живая девочка весом 2900,0. В обоих яичниках резкое кистозное перерождение, причем оба яичника значительно увеличены в размерах (правый яичник удален). Большое кровоизлияние в желудок (по большой его кривизне и в местах отхождения сальника) и в тонкие кишки. Eclampsia post partum (первый припадок через 14 часов), всего было 16 припадков за 17 часов. Полное сознание. Mors через трое суток по окончании припадков. *Гастромалляция.*

Для микроскопического исследования взят яичник без желтого тела, так как другой яичник с желтым телом по вскрытии был оставлен в патолого-анатомическом Институте. Яичник в длину около 7 сант. Кистозное перерождение было настолько сильно выражено, что на разрезе вдоль всего коркового слоя можно было видеть тянущиеся по всей периферии одна за другой кисточки, диаметром от 0,5 до 1 с. м., и только в центре, в виде узкой полоски сплошной ткани, имелась плотная строма яичника.

Микроскопическое исследование. Очень тонкий кортикальный слой с небольшим количеством примордиальных фолликулов и с несколькими небольшими Граафовыми пузырьками. В одном Граафовом пузырьке овальной формы, в диаметре которого насчитывается не больше 20—50 клеток, можно насчитать около 20 *Call-Exner'овских* телец, придающих фолликулу вид редкого сита. Thesa interna вокруг этого фолликула развита в мощный слой клеток, местами до 15 и больше в диаметре. Непосредственно за кортикальным слоем следует слой кистозно перерожденных фолликулов. При более внимательном изучении этих фолликулов обнаруживается, что stratum granulosum везде сохранен, где в виде тонкой полоски, а местами в виде довольно толстого пласта клеток. Яйцевой клетки ни в одном фолликуле обнаружить не удается, но бросается в глаза очень большое количество *Call-Exner'овских* телец в толще гранулеозного слоя каждого из этих фолликулов. Thesa interna вокруг этих фолликулов всюду более или менее хорошо развита. Во многих местах между этими крупными кистозными фолликулами видны в большом количестве облитерационно атрезированные фолликулы, причем клетки thesae internae „кистозных“ фолликулов непосредственно переходят в клетки thesae internae облитерированных фолликулов, представляя собою, как бы сплошной паренхиматозный орган из тека-лютеиновых клеток.

Случай 6. (1924 г. 1103 ст. журн. клиники). С. 21 г., 1—para. Graviditas m. X. Eclampsia sub partu. Nephroso-nephritis. Sectio caesarea classica. (опер. С. А. Селицкий). Живая девочка 3800,0. Дома было много припадков, привезена в глубоком коматозном состоянии. В клинике 2 припадков до операции и 2 после. Mors через 2½ суток после последнего припадков. *Эзофагомалляция.*

Микроскопическое исследование. Непосредственно за слоем примордиальных фолликулов по всей окружности среза, сделанного через весь яичник, следуют непосредственно друг за другом кистозно и облитерационно атрезированные фолликулы. Местами атрезированные фолликулы так близко примыкают друг к другу, что представляют собою, как бы одно целое, своего рода перенхиматозный орган дольчатого строения, причем дольки эти так близко подходят друг к другу, что взаимно сдвигаются и сплющиваются. Развитие сети капилляров в этих дольках напоминает собою таковое в дольках желтого тела. В общем и целом такие участки или, вернее говоря, комплексы атрезированных фолликулов очень походят на желтое тело. В некоторых атрезированных фолликулах среди клеток thesae internae видны небольшие участки больших светлых клеток, напоминающих собою клетки желтого тела или децидуальные клетки. Клетки эти группируются между клетками thesae internae вокруг сосудов. В центре атрезированных фолликулов, расположенных, как указано выше, в виде концентрических кругов, лежит небольших размеров желтое тело. Клетки желтого тела находятся в состоянии дегенерации и вакуолизированы. Во многих местах вместо клеток видны вакуоли, а в некоторых из этих вакуолей, то ближе к периферии желтого тела, то ближе к центру, лежат больших и малых размеров коллоидные шары. Сильное развитие соединительной ткани. В корковом слое видно довольно много островков эктопической deciduae. В просвете капилляров, лежащих в центре этих децидуальных островков, имеется большое количество лейкоцитов.

Случай 7. (1924 г. № 3394 ст. журн. Баум. Род. Дома). Е. К., 21 г. 1—para. срочные роды. Eclampsia sub partu. Бессознательное состояние.—Инципы. Живой ребенок. Mors на 4-й д. р. р.

Микроскопическое исследование. За слоем примордиальных фолликулов идет слой кистозно и облитерационно атрезированных фолликулов с сильно развитым слоем клеток thesae internae, причем клетки thesae internae одних фолликулов почти непосредственно сливаются с клетками thesae internae других фолли-

кулов. Кроме атрезированных фолликулов во многих местах на серии срезов видны в большем или меньшем количестве почти зрелые Графовы пузырьки с довольно большим количеством *Call-Exner*'овских телец в *membrana granulosa*. В кортикальном слое, кроме того, видно несколько возвышающихся над поверхностью яичника децидуальных островков.

На микроскопических срезах из другого яичника почти та же картина. Желтое тело в этом яичнике — небольших размеров. Большинство клеток его находится в состоянии дегенерации. В вакуолях видны, больших и меньших размеров, коллоидные шары.

Случай 8. (1914 г., № 197 ст. журн. клиники). А. Ф. Татарка 35 л. X-рага. Graviditas m. X. Предыдущие роды, за исключением двух абортов, всегда трудные и затяжные: щипцы и перфорации.

Остеомаляция. Нефропатия беременных. Операция *Porro* (опер. проф. Н. И. Побединский) в начале родовой деятельности. Роды срочные. Живой мальчик 3050,0. Puerperium N. Удалены оба яичника.

Микроскопическое исследование. Желтое тело, довольно крупных размеров (1×1 см.), занимает почти половину срезов. Во многих клетках лютеинового слоя видны вакуоли. Местами границы между отдельными клетками совершенно стерлись и протоплазма клеток потеряла свою характерную структуру. Сосуды умеренно развиты, кровонаполнение их незначительное. В корковом слое большое количество примордиальных фолликулов и несколько небольших Графовых пузырьков. Здесь же видны два Графовых фолликула больших размеров, один из которых представляет собою сплюснутую длинную фигуру, имеющую полость в виде узкой длинной щели. Клетки *thecae internae* этого фолликула представляют собою мощный пласт, в котором количество клеток местами доходит до 20 в радиусе. В *stratum granulorum* того же фолликула имеется довольно большое количество *Call-Exner*'овских телец, находящихся в различных стадиях развития. Здесь же, в полости этого фолликула, видны небольшие коллоидные шары. Видно, кроме того, шесть облитерационно атрезированных фолликулов с сильно развитым слоем клеток *thecae internae*. Все эти атрезированные фолликулы имеют овальную форму и примыкают друг к другу, образуя под слоем примордиальных фолликулов сплошной непрерывный ряд. Местами видны длинные, как бы железистые щели, выстланные однослойным кубическим эпителием. В некоторых из этих щелей можно видеть узкие, длинные, блестящие полоски в виде тонких нитей, напоминающих собою зопу *pellucida* яйцевой клетки. Общее впечатление от этого препарата получается такое, что будто какая-то сила (внутреннее давление?) оказала давление на корковый слой яичника, благодаря чему получилось сдвигание некоторых примордиальных и Графовых пузырьков, а также всех атрезированных фолликулов.

В микроскопическом срезе из другого яичника под слоем примордиальных фолликулов видны три облитерированных фолликула с хорошо развитым слоем клеток *thecae internae*, а еще ниже — около 10, почти зрелых, Графовых пузырьков с сильно развитыми слоями клеток *thecae internae*. Во всех этих фолликулах хорошо сохранился *stratum granulorum*, причем среди клеток этого слоя во многих фолликулах видно большое количество *Call-Exner*'овских телец. В полости некоторых фолликулов лежат в большом количестве небольшие коллоидные шары. В промежутках между этими Графовыми пузырьками видно много облитерированных фолликулов с мощно развитым слоем клеток *thecae internae*. Здесь же расположены несколько *corpora albicantia*.

Случай 9. (1924 г. № 1102, ст. журн. клиники). А. С. 32 г. X-para Graviditas m. X-ый (5 срочных родов, при первых — щипцы, 2 произвольных и 2 искусственных аборта). Placenta praevia lateralis. Сильное кровотечение. Sectio caesarea classica (опер. И. И. Фейгель). Placenta aecreta. Endometritis. Живой ребенок.

Микроскопическое исследование. Срез представляет собою желтое тело с тонким ободком яичниковой ткани кругом. В центре желтого тела небольшая полость. Поверхностный (зародышевый) эпителий находится в состоянии пролиферации, образуя местами сплошные пласты многослойного эпителия. По всему кортикальному слою имеется большое количество т. н. децидуальных узлов различных размеров. Большинство из них выступает над поверхностью препарата и только немногие лежат внемногие ниже поверхности. Эти децидуальные узлы представляют собою пропитанные серозной жидкостью участки соединительной ткани, где разбросаны большие клетки с неясными контурами и с пузырькообразным ядром. Вокруг децидуальных узлов местами видна мелкоклеточная инфильтрация, а в просвете сосудов, лежащих в этих узлах, и вокруг них имеется значительное скопление лейкоцитов. Можно местами проследить, что над узлами децидуальной ткани пролиферация зародышевого эпителия выражена сильнее, чем в других местах. Кроме того, в корковом слое видно небольшое количество примордиальных фолликулов и несколько *corpora albicantia*. Сосуды, особенно вблизи желтого

тела, сильно расширены и переполнены кровью. Клетки лютеинового слоя желтого тела местами хорошо сохранились, местами находятся в стадии дегенерации и вакуолизированы. Кое-где вместо клеток видны только различных размеров вакуоли. Встречаются лютеиновые клетки с гигантскими ядрами овальной формы, в других, наоборот, — ядра очень малого размера. Коллоидные шары, большие и малые, лежат в вакуолях между клетками, то ближе к периферии, то ближе к центру.

Случай 10. (1924 г. № 814 ст. журн. клиники). Ж. 25 л., II-para (1—аборт искусств.) Graviditas m. X (конец).—Общес'уженный таз.—Sectio caesarea classica. Salpingoophorectomia sinistra. Cystis ovarii dextri et cystis hydatitis Morgani. (опер. С. А. Селицкий). Живой мальчик 2500,0. Puerperium.—N. Косое положение плода. Операция в начале родовой деятельности.

Макроскопическое исследование. Макроскопически срез имеет вид подковы, в одном из колен которой уже простым глазом можно видеть небольших размеров желтое тело, имеющее около 1 с. в длину и $\frac{1}{2}$ с. в ширину. При соответствующем увеличении под микроскопом внутренняя полость подковы представляет собою стенку кисты желтого тела с взвивающейся гиалинизированной theca interna.

В корковом слое имеется небольшое количество примордиальных фолликулов. В свободном от желтого тела колене подковы виден облитерированный фолликул овальной формы. Здесь же расположены два Граафовых пузырьки, в одном из которых имеется около 15 Call-Exner'овских телец. Theca interna вокруг этого фолликула представляет собою довольно мощный слой клеток с кровонизлиянием в их толщу. Многие из клеток этой thecae internae находятся в состоянии дегенерации, причем между ними местами видны скопления лейкоцитов. Клетки желтого тела вакуолизированы и дегенерированы. Отмечается большое количество затромбозированных сосудов в желтом теле. Тромбы эти на первый взгляд напоминают собою коллоидные шары. В корковом слое, непосредственно—над желтым телом, располагаются, в виде нити, лютеиновые клетки, представляющие собою как бы ответвления от желтого тела. Повидному, это эктоические децидуальные клетки. По крайней мере ясно, что в другом колене подковообразного среза, в котором желтое тело отсутствует, видны точно такие нити децидуоподобных клеток.

Случай 11. (1912 г. № 617 ст. журн. клиники). М. Ш., 26 л. IV-para. Graviditas m. IV-ый (начало). (1—аборт произвольный, 2—роды с приращением последа, 3—аборт на 5-ом месяце).

Неукротимая рвота. Нефрит. Желтуха. Искусственный законный аборт. Mors на 10-ый день.

Микроскопическое исследование. В корковом слое имеется большое количество примордиальных фолликулов и Граафовых пузырьков сравнительно небольшого размера. Кроме того, здесь же видны 4 Граафовых фолликула без яйцевых клеток. Один из этих зрелых фолликулов придвинулся вплотную к поверхности яичника и как будто готов лопнуть. Клетки strati granulosi во всех этих фолликулах отстали от стенок и как бы рассыпались. Многие из этих клеток находятся в состоянии коллоидного перерождения, уменьшились в размерах, потеряли свои ядра, местами склеились в кучки, а некоторые, в виде мельчайших капель, смешались с общей массой фолликулярной жидкости. Theca interna вокруг этих фолликулов представляет собою слой в 5—6 клеток в толщину. Видно также несколько облитерированных фолликулов с довольно мощно развитым слоем клеток thecae internae. Обращает на себя внимание очень большое количество склерозированных сосудов.

Случай 12. (1924 г. № 756 и № 1094 ст. Журн. клиники). А. М. 33 г. IV-para (одни срочные роды, один аборт произвольный, один искусственный). Graviditas m. VII-ой. Missed abortion. Placenta accreta.

Терапия: N—Serum лошади. Переливание крови по Oehlecker'у (А. М. Брускин). Экстирпация селезенки (проф. П. А. Герцен). Mors (через $1\frac{1}{2}$ месяца после родоразрешения).

Микроскопическое исследование. В кортикальном слое видны единичные примордиальные фолликулы и отдельные созревающие Граафовы пузырьки, в которых имеются коллоидные шары довольно крупного размера, повидному, продукт склеившихся красных кровяных шариков. Ниже коркового слоя вся ткань яичника пропитана кровонизлиянием. В желтом теле ядро и центральная часть лютеинового слоя также пропитаны кровью. Кроме того, выступают отложения кровяного пигмента. Клетки желтого тела находятся в состоянии дегенерации. Все сосуды переполнены кровью.

Случай 13. (1925 г., № 51, ст. журн. клиники). А. Ф., 24 г., IV-para (3 срочных родов)—Graviditas m. IV-ый, the pulmonum. Abortus art. Abrasio cavi uteri. Perforatio uteri sub abortu. Laparotomia. (опер. проф. М. С. Малиновский).—Выздоровление.

Микроскопическое исследование. В корковом слое видно большое количество примордиальных фолликулов, а за ними несколько почти зрелых Граафовых пузырьков с большим количеством Call-Exner'овских телец в их гранулезном слое. Кроме того, имеется несколько кистозно атрезированных фолликулов с умеренно развитым слоем клеток thecae internaе. Желтое тело небольших размеров, но с большим количеством соединительной ткани. Лютениновые клетки в состоянии дегенерации. Выступают коллоидные шары разных размеров от величины красного кровяного шарика и больше. Местами можно видеть небольшие кровоизлияния в ткани желтого тела.

Случай 14. (1924 г., № 74, ст. журн. л-цы проф. Александрова). Т. Е. 40 л. IV-paga. Amputatio uteri supravaginalis (опер. проф. М. С. Малиновский). Fibromyoma uteri. Graviditas, m. IV^{1/2}.

Микроскопическое исследование. В корковом слое большое количество примордиальных фолликулов и несколько Граафовых пузырьков небольших размеров. За этим слоем идет слой кистозно и облитерационно атрезированных фолликулов с довольно сильно развитым слоем клеток thecae internaе.

Лютениновые клетки желтого тела обнаруживают признаки дегенеративного процесса. Многие из них вакуолизированы. Видны коллоидно перерожденные клетки и коллоидные шары малого и крупного размера, лежащие в вакуолях.

Случай 15. (1924 г., № 3.192, ст. журн. Бауманского род. дома). М.—Graviditas extrauterina, m. II. Laparotomia (опер. проф. М. С. Малиновский).

Микроскопическое исследование. Ничего особенного не дает. Приходится отметить только в корковом слое дуги клеток, которые тянутся с поверхности вглубь (Waltherd'овские очаги).

Случай 16. (1924 г., № 831, ст. журн. клиники). К. 45 л. V-paga, (1-ые щипцы. 2-ые приращение последа, 3 и 4—искусственный аборт).

Малярия. Тиреотоксикоз. Множественная фиброма матки. Операция Porro (опер. С. А. Селицкий) в начале родовой деятельности (роды срочные). Живая девочка 3.000,0. Puerperium N. Prima intentio. На 10-ый день erythema multiforme с 1⁰ до 38,8 в течение трех дней. Удален правый яичник.

Микроскопическое исследование. Имеется сравнительно большое количество децидуальных узлов, как на поверхности, так и в глубине коркового слоя. Других характерных особенностей обнаружить не удается.

Случай 17. (1924 г., № 1.498, ст. журн. Баум. р. дома). Д.—Graviditas extrauterina, m. IV. Laparotomia (опер. проф. М. С. Малиновский).

Микроскопическое исследование. В корковом слое небольшое количество примордиальных фолликулов и один Граафов пузырек с слабо развитым слоем thecae internaе. Здесь же видна стенка кисты желтого тела.

Случай 18. А.—Graviditas extrauterina, m. II. Laparotomia (опер. Д. А. Гудим-Левкович).

Микроскопическое исследование. В корковом слое большое количество примордиальных фолликулов, несколько Граафовых пузырьков и атрезированных фолликулов с сильно развитым слоем клеток thecae internaе. Лютениновые клетки желтого тела обнаруживают признаки дегенерации. Значительное развитие соединительно-тканых элементов.

Как видно из вышеизложенного, яичники для наших исследований были получены, большей частью, во время операций, в свежем, так сказать, состоянии и только часть из них—после вскрытий. Случаи 1, 2, 3, 8 и 11 относятся к довоенному времени и сохранились только в одном или двух микроскопических срезах. Большинство случаев относится к 1924—25 академическому году.

Группируя все полученные нами при изучении наших препаратов данные, мы остановимся раньше всего на вопросе об островках децидуальных клеток в корковом слое яичника.

Островки эктопической децидуальной ткани были обнаружены нами в 4 случаях из 18. Вполне возможно, что на сериальных срезах нам удалось бы обнаружить их в большем количестве случаев. Приходится отметить, что ни по своим размерам, ни по своему расположению, ни даже по структуре своих клеток описываемые децидуальные островки не похожи друг на друга. Иногда такой децидуальный островок лежит в виде узла над поверхностью яичника, имея источником своего происхожде-

ния клетки зародышевого эпителия, в другом месте такой же узелок лежит уже в толще ткани яичника непосредственно под зародышевым эпителием, при чем последний как раз над децидуальным островком проявляет признаки усиленной *пролиферации*. На некоторых препаратах и децидуальные клетки лежат вблизи сосудов, причем в просвете сосудов видно большое количество лейкоцитов, а между децидуальными клетками встречается, в большем или меньшем количестве, мелкоклеточная инфильтрация. Иногда децидуальные клетки лежат *сплошной массой и не вблизи сосудов*. Наконец, небольшие островки децидуальных клеток вокруг сосудов, переполненных лейкоцитами, встречались среди клеток thecae internaе атрезированных фолликулов.

Гистогенетически описываемые и децидуальные клетки, по видимому, могут происходить из *адвентициальных* элементов (островки децидуальных клеток, расположенные вокруг сосудов), или же из так наз. *Waltherd'овских* тяжей гранулезных клеток, а может быть, наконец, из погружившихся и отшнуровавшихся клеток зародышевого эпителия. По крайней мере, как нами указывалось выше, в узлах эктопической decidua встречаются два типа клеток: одни типа адвентициальных, причем можно проследить все переходы продолговатых и *звездчатых* клеток в децидуальные, а другие представляют собою точную копию лютеиновых клеток желтого тела. Переход гранулезных клеток в гранулезно-лютеиновые возможен и вне образования желтого тела, напр. при так наз. атипичной атрезии фолликулов, факт давно известный. Нет поэтому ничего невозможного в том, что гранулезные клетки т. н. *Waltherd'овских* тяжей могут принять вид гранулезно-лютеиновых клеток и тем самым симулировать децидуальные элементы.

Второй момент, на котором мы останавливались при своих исследованиях—это т. н. *коллоидные шары в Граафовых пузырьках и желтом теле*. Мы не помним, чтобы кто-нибудь из исследователей указывал на *коллоидное перерождение гранулезных клеток в Граафовых фолликулах*. При описании своих препаратов мы неоднократно останавливали внимание читателей на коллоидном перерождении гранулезных клеток в Граафовых пузырьках, причем коллоидно перерожденные клетки, как мы видим выше, в виде мельчайших капель чаще всего примешивались к общей массе фолликулярной жидкости. В других случаях более мелкие коллоидные капли, сливаясь вместе, образовывали большие крупные капли, лежащие свободно в полости фолликула. Такое коллоидное перерождение гранулезных клеток наблюдалось нами только в случаях патологической беременности. Что касается т. н. коллоидных шаров, находимых в желтом теле, то, как известно, их принято считать продуктом дегенерации лютеиновых клеток. *Miller* наличие коллоидного перерождения приводит даже, как доказательство эпителиального происхождения гранулезных клеток. Впрочем *Waltherd* считает, что гранулезные клетки перерождаются не в коллоид, а в гиалин. Нам, лично, кажется, что скорее прав *Miller*, так как при окраске по *v. Gieson*'у эти шары в наших случаях всегда окрашивались в светло-зеленый цвет. Мы хотели бы обратить внимание еще на одно обстоятельство. В некоторых случаях в желтом теле можно встретить небольшие кровоизлияния, причем местами можно видеть, как несколько

красных кровяных шариков сливаются вместе, образуя, как бы *шантские шары*. Такие же шары из красных кровяных шариков изредка можно встретить и в просвете сосудов желтого тела. На одном из препаратов нам пришлось видеть такой коллоидный шар в виде равностороннего шестиугольника. Таким образом, в желтом теле как будто можно встретить двоякого рода шары; во-первых, настоящие коллоидные шары, как продукт дегенеративного процесса в лютеиновых клетках, и, во-вторых, шары, представляющие собою результат агглютинации красных кровяных шариков.



Рис. 1. Окраска гематоксилин-эозин. Препаровальная лупа Zeiss'a. Рисунок представляет собою микроскопический срез через яичник больной эклампсией, при увеличении в 6 раз. В центре препарата видно небольших размеров желтое тело и большое количество атрезированных фолликулов. Из этих последних только три находятся в состоянии кистозной атрезии; прочие же числом около тридцати—в состоянии облитерационной атрезии. Theca interna всех атрезированных фолликулов получила такое сильное развитие, что в общей сложности, интерстициальные элементы занимают около половины всей поверхности препарата.

Третьим моментом в наших наблюдениях является вопрос об *атрезии фолликулов*. Как было указано выше, до сих пор нет еще единства во мнениях о том, действительно ли существует два вида атрезии, кистозная и облитерационная, как это думает *Seitz*, или имеется только один вид атрезии, облитерационный, как это утверждает *Walshard*. Не решен также, повидимому, вопрос о том, на какой период беременности падает наибольшее

количество атрезированных фолликулов, на период ли расцвета желтого тела, или на период его увядания. В прежнее время говорили об угнетающем действии желтого тела на фолликулярный аппарат и естественно было при этом думать об усиленной атрезии фолликулов в течение первых четырех месяцев беременности. В настоящее время, когда мы знаем, что не желтое тело,



Рис. 2. Окраска гематоксилин-эозин. Микроскоп Zeiss'a, длина тубуса—160 мм. Об'ектив а^в. Окуляр—4.

Рисунок представляет собой микроскопический срез через „кистоноперерожденный“ яичник больной эклампсией. Видна одна „кисточка“ Граафова фолликула с сохранившимся тонким слоем гранулезных клеток. В этом *stratum granulosum* видно очень большое количество мелких полостей (Call-Exner'овских телец), придающих гранулезному слою вид сита.

Прим. В этом „яичнике“, который весь состоял из подобных „кисточек“ кистоноперерожденные фолликулы во всех остальных походили друг на друга, и в каждом из них имелось очень большое количество Call-Exner'овских телец.

а яйцо является причиной атрезии фолликулов, то, конечно, приходится допускать существование усиленной атрезии фолликулов даже во все время беременности. Нет до сих пор также единства в вопросе о том, что фактически представляет собою процесс атрезии фолликулов; имеем ли мы в данном случае первичную гибель гранулезных клеток под влиянием гормонов яйца

с последующим развитием слоя клеток *thecae internae* или же, как это утверждают *Seitz, Rabl, Cohn* и др., фолликул гибнет под влиянием разрастающихся клеток *thecae internae*. В связи с вопросом об усиленной атрезии фолликулов во время беременности, конечно, тесно стоит вопрос о т. н. интерстициальной железе яичника.

Раньше всего по вопросу об атрезии фолликулов.

При описании препаратов № 4 мы видели, что некоторые Граафовы фолликулы, прилегающие к клеткам *thecae internae* соседнего фолликула, начинают как бы расплавляться под действием интерстициальных клеток другого фолликула. На целом



Рис. 3. Окраска гематоксилин-эозин. Микроскоп Zeiss'a. Длина тубуса—160 мм. Апрохромат 16 мм. Окуляр—4.

Рисунок представляет собою микроскопический срез через кистозноперерожденный яичник больной эклампсией. Виден Граафов фолликул, в котором гранулезные клетки отстали от стенок и лежат свободно в полости его. Видно довольно много (около десяти) Call-Exner'овских телец, лежащих в тонком слое гранулезных клеток. Здесь же видно пять небольших шаров, выпавших из своих клеточных оболочек и не смешавшихся с общим содержимым фолликула. Эти шары представляют собою содержимое Call-Exner'овских телец.

ряде препаратов можно проследить, как небольшой Граафов фолликул сначала начинает как бы обрастать клетками *thecae internae* соседнего фолликула, затем, когда он оказывается уже целиком окруженным интерстициальными клетками, яйцо его и гранулезные клетки начинают перерождаться, а затем и совсем исчезают. Нам кажется, что в описанном только что процессе можно отчасти видеть подтверждение исследований *Rabl'*я, *Seitz'a* и *Cohn'a*, которые, как известно, считали причиной атрезии фолликулов разрастание клеток *thecae internae*, а не дегенеративные процессы в яйце и фолликуле. На основании своих препаратов

мы могли убедиться, что во время беременности процесс атрезии фолликулов идет усиленным темпом, но в то же время не могли подтвердить мнения *Seitz*'а, что во время беременности наблюдается, главным образом, кистозный вид атрезии. На основании наших наблюдений мы затрудняемся сказать, какой вид атрезии



Рис. 4. Окраска гематоксилин-эозин. Микроскоп Zeiss'a. Длина тубуса—160 мм. Ароchromat 8,0 мм. Ос. 6. Непосредственно под поверхностью яичника видно полуовальной формы децидуальный островок. Здесь же видны все переходные формы от соединительнотканых клеток до децидуальных. Между децидуальными клетками много лейкоцитов.

преобладает во время беременности, кистозный или облитерационный. Что же касается вопроса о том, имеем ли мы два вида атрезии, как утверждает *Seitz* или же только один, как это полагает *Walshard*, то в данном случае мы скорее склонны согласиться с *Seitz*'ем. Следя на наших препаратах за всеми стадиями развития атрезии фолликулов, мы не могли убедиться в мнении *Walshard*'а, что каждый фолликул проделывал бы раньше кистозный, а затем облитерационный стадий атрезии. К этому вопросу мы еще вернемся, когда будем говорить о секреции фолликулов.

Выше мы говорили, что трудно сказать, на какой период беременности падает наибольшее число атрезированных фолликулов.

Из литературного обзора мы видим, что впервые *Scipiadès*, а за ним *Waltherd* нашли при эклямпсии сравнительно сильное развитие атрезии фолликулов. *Waltherd*, как это указывалось выше, причиной такой усиленной атрезии фолликулов при эклямпсии считал циркулирующий в организме эклямптический яд, который, с одной стороны, вызывает гибель яйцевых и гранулезных клеток, и, с другой—вторичное разрастание клеток *thecae internae*. Последнему обстоятельству *Waltherd* никакого значения не придает, категорически отрицая за клетками *thecae internae* какую бы то ни было инкреторную деятельность. Нам кажется, что это мнение *Waltherd*'а о разрушающем действии эклямптического яда на фолликулярный аппарат едва-ли можно считать правильным. Если мы вспомним исследования *Rabl*'я, *Seitz*'а, и *Cohn*'а, что фолликулы гибнут под влиянием разрастающихся клеток *thecae internae*, а не под влиянием дегенеративного процесса, то, при наличии большого количества атрезированных фолликулов при эклямпсии, нам приходилось бы говорить не о разрушающем действии эклямптического яда на клетки *thecae internae*, а, наоборот, о его побуждающем, стимулирующем влиянии. Получается таким образом впечатление, что циркулирующий в организме яд является какой-то созидательной силой для яичника. Во всяком случае процесс, повидимому, не так прост, как это кажется *Waltherd*'у.

При наших исследованиях мы имели возможность проследить в одном случае беременности, осложненной миомой, затем при неукротимой рвоте, при остеомалации и особенно при эклямпсии, особенно усиленное развитие атрезии фолликулов. Прилагаемый рисунок, представляющий разрез через весь яичник, при увеличении в шесть раз (препаровальная лупа *Zeiss*'а) дает наглядное представление о тех размерах, которые могут принять атрезированные фолликулы при эклямпсии. Желтое тело, как видно на том же рисунке, занимает едва одну десятую часть всего яичника, атрезированные же фолликулы в общей сложности занимают не меньше половины всей поверхности среза. В тех местах, где несколько атрезированных фолликулов лежат близко друг к другу, они при соответствующем увеличении, как указывалось уже выше, производят впечатление паренхиматозного органа, состоящего как бы из отдельных долек. Такой комплекс близлежащих атрезированных фолликулов по своим размерам значительно больше т. н. интерстициальной железы наших лабораторных животных, напр., кролика. По внешнему своему виду этот комплекс фолликулов почти во всех деталях напоминает интерстициальную железу кенгуру, рисунок которой приводится в общеизвестной монографии *Fraenkel*'я. По своей микроскопической структуре каждый атрезированный фолликул в отдельном и во многих отношениях напоминает желтое тело, как по расположению долек, так и по распределению сосудов. Общее состояние клеток *thecae internae* большинства атрезированных фолликулов при эклямпсии, их сравнительная свежесть, если можно так выразиться, без сомнения говорит за недавнее их происхождение, при том за происхождение одновременное. Мы подчеркиваем

эти два момента, характерные для атрезированных фолликулов в яичниках при эклямпсии,—их *одновременное* и *недавнее* происхождение. Приходится, таким образом, усиленную атрезию фолликулов поставить в несомненную связь с эклямпсией. Но как уже указывалось выше, трудно решить вопрос, что именно ведет к гибели яйцевых и гранулезных клеток и к разрастанию клеток thecae internae, есть ли это разрушительное действие эклямптического яда, как это полагает *Waltherd*, или, наоборот, это есть пластический процесс, способствующий одновременному развитию в организме большого количества интерстициальных элементов с последующей гибелью яйцевых и гранулезных клеток. Подчеркивая это обстоятельство развития т. н. интерстициальных элементов в яичнике при эклямпсии, мы не беремся утверждать, что в этом случае мы имеем развитие т. н. интерстициальной железы с внутренней секрецией, как это полагает *Waltherd*, *Seitz* и др. Подтверждая наблюдения *Scipiadès* и *Waltherd*'а о наличии сильного развития т. н. интерстициальных элементов при эклямпсии и, как нам удалось обнаружить, также при остеомаляции, мы думаем, что вопрос о роли и значении интерстициальных элементов в яичнике требует еще своего дальнейшего освещения.

Четвертым моментом в наших наблюдениях является вопрос о *кистозном перерождении фолликулов*, которое нами отмечено в большинстве случаев эклямпсии и в случае остеомаляции. Исследуя яичники при указанных заболеваниях, можно находить в одном и том же яичнике несколько, а иногда и много, совершенно зрелых фолликулов нормальных, а иногда больше, чем нормальных, размеров с более или менее хорошо выраженными thecae internae и strati granulosi. Бросается в глаза, что ни в одном из них, несмотря на большое количество срезов, не удается обнаружить присутствия яйцевой клетки, отсутствует даже *stimulus oophorus*. Изучая ближе строение этих зрелых, или точнее перезрелых Графовых пузырьков, приходится поражаться при этом большому количеству т. н. *Call-Exner*'овских телец, *Liquorcentren*, или эпителиальных вакуоль по терминологии *Flemming*'а. Строение этих *Call-Exner*'овских телец, следующее: в толще гранулезного слоя клетки базального типа, точнее клетки *soepae radiatae* яйцевой клетки, располагаются в виде круга, вернее шара, в полости которого обыкновенно видна гомогенной субстанции, более или менее крупных размеров, капля какой-то жидкости, иногда даже с ядром в ее центре, что делает ее очень похожей на яйцевую клетку. В одном и том же фолликуле обыкновенно можно проследить все стадии развития этих *Call-Exner*'овских телец.

Как бы ни смотреть на роль этих С.-Е. телец, на одном пункте, безусловно, могут сойтись все исследователи, а именно, что здесь, в *Call-Exner*'овском образовании, продуцируется какое-то вещество, которое, повидимому, примешивается к общей массе фолликулярной жидкости. Если это так, то уже *a priori* можно сказать, что в случае усиленной продукции фолликулярной жидкости, а, следовательно, кистозного растяжения (перерождения) фолликула, мы должны будем в подобном фолликуле найти и большее против нормы количество *Call-Exner*'овских образований.

При изучении наших препаратов можно проследить, как это видно на рисунке, как капли секрета, образующиеся в полости

Call-Exner'овских телец, по достижении определенной зрелости, разрывают свою кистозную оболочку и выпадают в полость фолликула, где их можно иногда отметить в виде больших свободных капель, не смешивающихся с общей массой фолликулярной жидкости. Бросается при этом в глаза большое количество зрелых, а возможно и перезрелых фолликулов сравнительно больших размеров, как бы растянутых большим количеством фолликулярной жидкости. В таком растянутом фолликуле, в его гранулезном слое, можно видеть при этом очень большое количество *Call-Exner*'овских телец, придающих этому слою вид сита. Подобная картина встречалась нами при эклямпсии и в единственном нашем случае пуэрперальной остеомалации. Если вспомнить все сказанное выше о роли и значении *Call-Exner*'овских телец, об их секреторной деятельности, то напрашивается мысль, что при наличии большого количества увеличенных фолликулов, растянутых большим количеством фолликулярной жидкости, при наличии большого количества *Call-Exner*'овских телец в этих фолликулах, как это имеет место при эклямпсии и остеомалации, мы, по всей вероятности, имеем дело с *гиперсекрецией фолликулярного аппарата*.

Говоря об гиперсекреции фолликулярного аппарата, мы представляем себе этот процес в следующем виде. В нормальных условиях эпителий *membranae granulosaе* при посредстве своих *Call-Exner*'овских телец продуцирует определенное количество жидкости до полного созревания яйца, т. е. фолликула. С лопанием фолликула и рождением яйцевой клетки гранулезный эпителий, как таковой, перестает существовать и функционировать, т. е. перестает секретировать фолликулярную жидкость. Вполне понятно, что по тем или другим причинам гранулезный эпителий фолликула может начать усиленно секретировать, повести к смерти яйца и к ненормальному расширению Граафова пузырька. Если мы будем иметь не один, а целый ряд подобных, т. е. гиперсекретирующих фолликулов в одном яичнике, то мы в этом случае будем говорить не о гиперсекреции отдельного фолликула, а уже о *гиперсекреции всего фолликулярного аппарата*. Нам могут, конечно, возразить что то, что мы представляем себе в виде гиперсекреции фолликулярного аппарата, фактически является т. н. мелкокистозным перерождением яичника. Но мы должны категорически утверждать, что гиперсекретирующий и кистозно перерожденный фолликул два совершенно различных образования. В кистозно атрезированном фолликуле гранулезный эпителий больше не существует. В фолликуле же гиперсекретирующем, как указано выше, мы видим хорошо сохранившуюся *theca interna* и хотя истонченный, но вполне сохранившийся *stratum granulorum* с очень большим количеством *Call-Exner*'овских телец.

Итак, по нашим наблюдениям, во многих случаях эклямпсии и в случае остеомалации мы имеем дело с гиперсекрецией фолликулярного аппарата.

В начале нашей работы было указано, что единственным достоверно известным случаем *Hyperovaria* считается остеомалация. Было также приведено мнение *Fraenkel*'я, что до настоящего времени мы не имеем в своем распоряжении определенных морфологических признаков для решения вопроса о *Hyperovaria*. Мы не берем на себя смелость утверждать, что гиперсекреция фолли-

кулярного аппарата и *Hyperovaria* есть один и тот же процесс. Но если принять, как аксиому, факт, что при остеомалации мы имеем процесс *Hyperovaria* и если этот факт сопоставить с указанным нами обстоятельством, что при остеомалации нами обнаружен процесс гиперсекреции фолликулярного аппарата, то нет ничего невозможного и в том, что гиперсекреция фолликулярного аппарата и *Hyperovaria* есть явления тождественные. Так это или не так, должны показать дальнейшие исследования.

Еще большей смелостью, пожалуй, будет, на основании аналогичной морфологической картины в яичнике при остеомалации и при эклямпсии, говорить об *Hyperovaria* при этой последней.

Но как бы там ни было, нам кажется, что при остеомалации и в некоторых случаях эклямпсии мы имеем дело с гиперсекрецией фолликулярного аппарата. Решить вопрос о том, есть ли это гиперсекреция первичного или вторичного характера—дело будущего.

В заключение мы хотим сказать еще несколько слов о двух формах атрезии фолликулов, кистозной и облитерационной—вопросу затронутому уже вскользь выше. Мы уже указывали, что мы разделяем точку зрения *Seitz'a*, а не *Walther'd'a*.

Нам лично кажется, что в случаях нормальной секреции атрезирующийся фолликул будет облитерироваться, а в случаях гиперсекреции фолликул при атрезии превратится в кисточку.

Наконец, последним моментом в наших наблюдениях, который мы хотели бы отметить, является еще одно обстоятельство, что при остеомалации, а также в некоторых случаях эклямпсии мы находим совершенно сдавленные, вытянутые в узкую железистую трубку небольшие Граафовы фолликулы, которые можно отличить от гранулезных тяжей *Walther'd'a* только благодаря присутствию в них сдавленной в виде длинной полоски *zona pellucidae*. Кроме этих сдавленных фолликулов здесь же видны сплюснутые же, кистозно и облитерационно атрезированные фолликулы. Получается впечатление существующего какого-то повышенного внутреннего давления в тканях яичника, что, возможно, объясняется, как мы это указывали уже выше, большим количеством фолликулов, расширенных жидкостью.

Подводя итог всему вышеизложенному, мы позволяем себе сделать следующие выводы:

1) Наряду с жировым перерождением гранулезных клеток, которое обычно наблюдается при атрезии фолликулов, при патологической беременности, напр., при неукротимой рвоте, при остеомалации, а также и при эклямпсии, имеет еще место коллоидное перерождение указанных клеток, причем коллоидно перерожденные клетки в виде мельчайших капель примешиваются к общей массе фолликулярной жидкости или собираются обособленно в довольно крупные коллоидные шары.

2) При остеомалации, а также и при эклямпсии, благодаря повышению внутри-фолликулярного давления, и атрезированные и неатрезированные фолликулы могут сплющиваться в железистые узкие трубки.

3) Нет ничего невероятного в этой теории, которая считает, что при атрезии фолликулов в первую очередь идет разрастание клеток *thecae internaе*, а уже затем происходит дегенерация яйцевой клетки и клеток гранулезного слоя.

4) Вопреки утверждению *Seitz'a* мы на своих препаратах не могли обнаружить при нормальной беременности преобладания кистозной формы атрезии фолликулов.

5) Имеются данные утверждать, что т. н. узлы эктопической децидуальной ткани могут происходить или из адвентициальных элементов, или из т. н. *Walthard'*овских тяжей гранулезных клеток, или, наконец, из отшнуровавшихся островков зародышевого эпителия.

6) Коллоидные шары, встречающиеся в желтом теле в периоде его увядания, могут иметь, повидимому, двоякий источник происхождения: во первых, коллоидное перерождение клеток желтого тела, а, во вторых, агглютинацию красных кровяных шариков. Последний процесс может происходить, как внутри, так и вне сосуда.

7) Встречающаяся при нормальной беременности усиленная атрезия фолликулов при остеомалации, а особенно при эклямпсии принимает обширные размеры. Иногда количество разросшихся интерстициальных элементов (клеток *thecae internae*) бывает настолько велико, что они по своим размерам занимают почти половину всего яичника. В некоторых случаях близ лежащие атрезированные фолликулы, сливаясь друг с другом, образуют, как бы настоящий паренхиматозный орган. Судя по распространенности процесса, надо думать, что при эклямпсии процессу атрезии, повидимому, подвергается большинство фолликулов. Дело дальнейших исследований выяснить причину разрастания интерстициальных элементов в яичнике при эклямпсии, а также роль этих интерстициальных элементов при данном заболевании.

8) При остеомалации, а равно в большинстве случаев и при эклямпсии, наблюдается усиленная секреторная деятельность со стороны гранулезного эпителия, которая выражается, во-первых, увеличением *Call-Exner'*овских образований, во-вторых, увеличением размеров фолликулов, как бы растянутых большим количеством фолликулярной жидкости, и в третьих, наличием увеличения общего числа таких расширенных фолликулов. Яйцевой клетки в таких фолликулах обнаружить не удается. Представляет ли гиперсекреция фолликулярного аппарата и *Hyperovaria* одно и то же, сказать, конечно, трудно. Дело дальнейших исследований установить, имеем ли мы при эклямпсии такой же процесс *Hyperovaria*, как и при остеомалации, на основании одинаковой морфологической картины.

9) В вопросе о формах атрезии фолликулов мы считаем, что, несмотря на возражения некоторых авторов (*Walthard*), мнение *Seitz'a* о существовании особой кистозной и особой облитерационной формы атрезии фолликулов должно остаться в силе. Облитерационная форма атрезии, повидимому, бывает, главным образом, в случае нормального серцернирования гранулезного эпителия, кистозная же в случае гиперсекреции.

10) На основании только что сказанного напрашивается вывод, что т. н. мелкокистозное перерождение яичников должно явиться в результате гиперсекреции фолликулярного аппарата, а может быть, и в результате *Hyperovaria*.

Щипцы Kielland'a.

(Обзор литературы. ¹⁾)

А. И. ШЕЙМАН

В мае 1915 года *Kielland* (Kristiania) продемонстрировал на заседании Мюнхенского Гинекологического Общества усовершенствованные им акушерские щипцы. Он решился ознакомить врачебный мир со своим изобретением лишь после того, как с успехом применял новую модель щипцов в течение 7 лет, наложив их в 352 случаях, из коих 216 были т. н. высокие щипцы. Смертность родильниц была равна 0%; смертность детей — около 1%; ни в одном случае не было получено разрыва промежности 3-ей степени; число разрывов мягких частей вообще получилось незначительное.

Щипцы *K.* отличаются от классических прежде всего своей легкостью, портативностью и, пожалуй, некоторым изяществом. Длина ложки—40 см. В каждой ложке резко различаются 3 части: 1) головная часть, 2) средняя замковая часть и 3) рукоятка. Тазовая кривизна едва выражена. Головной кривизне придана форма слегка заостренного книзу овоида; получается она от того, что при замыкании щипцов головные части ложек сходятся не вблизи замка, как в классических щипцах, а выше. Затем следует средняя часть ложек, которая представляет собою совершенно прямую пластинку, длиной в 10 см., образующую с головной частью резко выраженный угол в 135°. При замыкании щипцов средняя часть правой ложки ложится поверх средней части левой на всем своем протяжении до рукоятки. Замка в прямом смысле слова нет; лишь на левой ложке, по середине средней части, имеется небольшая четырехугольная пластинка, под которую при замыкании щипцов подводится другая ложка. Таким образом создается большая подвижность ложек в отношении друг друга, в частности, возможно скольжение одной ложки вдоль другой (т. н. „скользящий замок“). Рукоятка не представляет собою ничего особенного.

Техника наложения щипцов K. при высоко стоящей головке такова. Роженицу укладывают на поперечную кровать или на стол; перед наложением щипцов производится тщательное внутреннее исследование для определения направления стреловидного шва и положение родничков. Перед наложением следует придать щипцам то положение, какое они должны занять в тазу; верхушки ложек должны быть направлены к той части головки, которую желательно в дальнейшем подвести под лонное сочленение. Первой всегда накладывается передняя ложка, т. е. та ложка,

¹⁾ Доложено в собрании врачей госпитальной акушерско-гинекологической клинике ГИМЗ при б-це им. *Нечаева* (зав. проф. *Л. А. Кривский*) 15 июля 1924 г.

которая вводится между лоном и головкой. Указательный и средний пальцы левой руки вводятся во влагалище до соприкосновения с головкой. В правую руку оператор берет ложку, обращенную вогнутой стороной вверх, при чем захватывает рукоятку всей рукой (как рапиру при фехтовании). Ложка вводится горизонтально вдоль пальцев левой руки до тех пор, пока она верхушкой не упрется в головку. Затем рукоятку опускают вниз и ложку медленно и равномерно вводят вверх в полость матки, пока она не встретит препятствия. При этом левая рука следит за тем, чтобы ложка прошла между головкой и передней губой зева. После этого пальцы левой руки выводятся из влагалища, и ложка осторожно поворачивается вокруг своей оси. Имеющаяся на рукоятке пуговка указывает, в какую сторону следует повернуть ложку. После наложения передней ложки она передается ассистенту. Задняя ложка накладывается всегда после наложения передней. Ложка захватывается правой рукой, при чем кривизна должна смотреть кверху. Во избежание позднейшего перекрещивания ложек, задняя ложка вводится всегда справа от передней (считая от роженицы). Под руководством двух пальцев левой руки задняя ложка вводится так, чтобы она легла позади головки, пройдя вверх впереди мыса или несколько сбоку от него. По возможности следует стремиться к тому, чтобы обе ложки были введены одинаково глубоко. Тем не менее, если это не удастся, то замыкание и тракции, благодаря скользящему замку, вполне возможны, при чем асимметрия при первых же тракциях выравнивается. Далее следует замыкание щипцов, проверка правильности наложения их и тракции в направлении, указываемом рукоятками. В полости таза головка обыкновенно сама поворачивается с стреловидным швом в прямой размер. Если головка не обнаруживает такой тенденции, то поворот может производиться щипцами без одновременной тракции. После поворота головки щипцы ложатся в поперечном размере таза. Дальнейшие тракции соответствуют классическим щипцам. При выведении головки через половую щель не следует поднимать рукоятки слишком высоко, так как, вследствие ничтожной тазовой кривизны щипцов, легко можно повредить заднюю стенку влагалища.

Описанный способ наложения требует от врача несколько большего навыка, нежели классический, и при том, не в отношении техники, а в смысле диагностики. Самый точный диагноз здесь — необходимое условие. Есть ли это недостаток щипцов КР *Kielland* считает это плюсом, ибо от врача требуется больше сознательности и точности, что повышает его интерес к каждому отдельному случаю и дает ему больше удовлетворения.

Kielland видит преимущества своих щипцов в следующем. Благодаря особому способу наложения и особой форме щипцов, они идеально ложатся на головку, независимо от того, в каком месте таза и в каком положении она находится. Вследствие этого головка плода менее подвержена повреждениям. Для роженицы также создаются более благоприятные условия, так как, благодаря легкости тракций и возможности ротации, щадятся мягкие родовые пути. Что касается техники наложения, то ее очень трудно изучить. Поворот передней ложки совершенно безопасен и совершается очень легко. При наложении задней ложки ско-

рее могут встретиться затруднения, с которыми, однако, всегда можно справиться.

С тех пор, как *Kielland* ознакомил врачей со своими щипцами, прошло 9 лет. Война была причиной того, что щипцы *K.* приобрели более широкую известность за пределами Германии лишь в последние 2 года. В Германии щипцы *K.* нашли себе широкое распространение. Они послужили темой большого числа докладов, дискуссий и литературных сообщений. Свыше 70 авторов высказали свое мнение о щипцах *K.*, при чем опубликовано более 2.000 случаев наложения их.

Внимание различных авторов прежде всего привлекает *техника наложения щипцов K.*

Berecz, Heynemann, Bruch, Greenhill и др. не придерживаются метода наложения, указанного *Kielland'*ом. Они накладывают щипцы *K.* так же, как классические, т. е. при косом и поперечном стоянии головки они заставляют переднюю ложку „блуждать“. Однако, подведение ложки под самое лонное сочленение часто оказывается довольно затруднительным, а иногда и невозможным. *Kielland* сам прибегает к атипическому наложению своих щипцов лишь в исключительных случаях, напр., при растяжении нижнего сегмента. Точно также поступает *Puppel*. Главной причиной такого отступления от предписаний *Kielland'a* является, повидимому, страх перед поворотом передней ложки в полости матки. Действительно, для того, чтобы решиться ввести ложку глубоко в матку, — а это необходимо, иначе поворот невозможен —, и затем повернуть ее, нужна известная смелость. Однако, из сообщений мы видим, что это происходит в огромном большинстве случаев без всяких осложнений. Одно только нужно твердо помнить: нельзя действовать силой. Если введение ложки или поворот ее встречают затруднение, то не следует форсировать; лучше отказаться от дальнейших попыток, во избежание нежелательных последствий. Абсолютно противопоказано типичное наложение передней ложки при растяжении нижнего сегмента матки. *Meumann* приводит один случай типичного наложения передней ложки при растяжении нижнего сегмента, где никак не удавалось наложить переднюю ложку с помощью „блуждания“. Типичное наложение удалось без осложнений, однако, *M.* не советует следовать в подобных случаях его примеру. Он подчеркивает, что для успешного наложения передней ложки необходимо производить таковое во время паузы между схватками, и еще лучше под наркозом; расслабление матки значительно облегчает поворот ложки и делает его абсолютно безопасным.

Некоторые основания для такого страха перед поворотом передней ложки имеются в следующих наблюдениях. *Zangemeister* сообщает о разрыве матки при небольшом растяжении нижнего сегмента. *Fink* описывает перфорацию шейки матки передней ложкой со смертельным исходом. Случай этот, однако, недоказателен, так как при вскрытии были найдены некротические участки, которые могли быть обусловлены продолжительным давлением со стороны головки. *Heidler* потерял большую от перитонита, вызванного прободением нижнего сегмента матки после наложения щипцов *K.*; в этом случае, однако, имелись тетанические сокращения матки, обе ложки были наложены с большим

трудом; при экстирпации матки, произведенной немедленно после родоразрешения и обнаружения разрыва, уже можно было констатировать начинающийся перитонит. *Heidler* считает, что прободение в этом случае получилось еще до наложения щипцов. И этот случай также мало доказателен, так как вопрос об уместности щипцов в данном случае следует признать спорным. В другом случае у *Heidler*'а получился в результате наложения щипцов *K.* разрыв матки с образованием шеечно-пузырной фистулы, но и этот случай вряд ли можно поставить в вину щипцам, ибо после неудачной попытки извлечь ребенка щипцами (щипцы соскальзывали) пришлось прибегнуть к повороту и чрезвычайно трудному извлечению. *Heidler* сам признает, что допустил здесь ошибку, недооценив диспропорции между размерами таза и головки. Наконец, в третьем случае *Heidler*'а разрыв матки получился, повидимому, вследствие неосторожного удаления передней ложки, которую никак не удавалось наложить. Матка была экстирпирована; больная выздоровела.

Некоторые авторы сообщают об *осложнениях со стороны пуповины*, вызванных наложением передней ложки щипцов *K.* *Sachs* приводит случай *ущемления пуповины* передней ложкой. *Krull* наблюдал *выпадение пуповины* при наложении передней ложки. *Sachs* считает подобное осложнение при нормальных условиях невозможным, так как передняя ложка при своем повороте отодвигает стенку матки не в области т. н. пояса соприкосновения, а выше. *Gänssbauer* сообщает о двух случаях ущемления пуповины передней ложкой при узком тазе.—Нельзя отрицать, что при наложении щипцов *K.*, в особенности на высокостоящую головку, всегда имеется опасность ущемления пуповины; но эта опасность существует в не меньшей степени и при других моделях щипцов.

Говорят ли все описанные осложнения против типичного наложения передней ложки. Целый ряд авторов, как *Meumann*, *Riediger*, *Sänger*, *Hoffmann*, *Krull* и др., имели возможность убеждаться на вскрытиях родильниц, что передняя ложка на стенке матки не оставляла ни малейшего следа.

Другой вопрос, насколько типичное наложение щипцов *K.* всегда является технически легким. Мнения авторов по этому вопросу расходятся. Большинство авторов не встречало при этом особых затруднений. *Bruch* отмечает трудность типичного наложения при обще-суженном тазе. *Guggisberg* считает трудность поворота передней ложки положительной стороной щипцов; он полагает, что это обстоятельство удержит акушеров от слишком частого применения щипцов. *Küster* говорит, что наложение щипцов *K.* может быть не только трудным, но даже невыполнимым. *Kielland* сам признает, что наложение его щипцов может быть трудным, главным образом, в тех случаях, когда головка еще подвижна, особенно при узком тазе. Поворот передней ложки может быть затруднителен, если головка очень велика и выполняет весь вход в таз. В этих случаях приходится прибегать к атипическому наложению.

Conrad встречал некоторые затруднения при введении задней ложки, особенно при плоском тазе. Однако, несмотря на асимметрическое положение ложек (задняя ложка находилась ниже передней), извлечение протекало без осложнений.

Bruch сообщает о затруднениях при введениях задней ложки в случаях с обще-с'уженным тазом. *Mayer* также испытывал известные затруднения при наложении задней ложки, которые все-же удавалось преодолеть. *Puppel* приводит два случая, когда наложение задней ложки удавалось с большим трудом. *Fink* в одном случае обвиняет заднюю ложку в прободении задней стенки шейки матки. По поводу этого случая *Riediger* недоумевает, каким образом задняя ложка могла притти в соприкосновение со стенкой матки при полном раскрытии зева. *Heim* сообщает об ущемлении пуповины задней ложкой при высоко стоящей головке после гистеротомии. *Heim* замечает, что это могло случиться с любыми щипцами. Других осложнений мы в литературе не встречаем. Таким образом, наложение щипцов *K.* в огромном большинстве случаев происходит легко и без осложнений; описанные осложнения не могут дискредитировать типичного наложения щипцов, так как их сравнительно мало и большая часть их не может быть поставлена непосредственно в вину щипцам.

Следующим вопросом, привлечшим внимание авторов, является утверждение *Kielland'a* о безусловно идеальном захватывании головки (в бипариетальном размере) при помощи его щипцов.

Fink отрицает постоянство идеального захватывания головки щипцами *K.* Если бы головка действительно всегда захватывалась щипцами в бипариетальном размере, то щипцы никогда бы не соскальзывали. Между тем *Hammerschlag*, *Heidler*, *Hoffmann*, *A. Mayer*, *Temescary*, *Thies*, *Bruch*, *Meumann* и сам *Fink* наблюдали соскальзывание щипцов. *Thies* и *Zimmermann* полагают, что щипцы *K.* по своей конструкции недостаточно крепки для того, чтобы выдерживать сильные тракции; они пружинят и соскальзывают, и поэтому от них иногда приходится отказываться. Возможно, как замечают *Riediger* и *Conrad*, что *Zimmermann* и *Fink* пользовались неудачно изготовленными щипцами (необходимо пользоваться патентованными щипцами „*Original-Kielland, Aesculap*“).

Meumann считает, что в случаях соскальзывания щипцы были неправильно наложены. Правда, бывают случаи, когда правильное наложение щипцов чрезвычайно затруднено, напр., при переднем асинклизме; переднее плечико плода не позволяет ввести переднюю ложку достаточно высоко, а если это и удается, то после поворота ложки трудно бывает наложить ее надлежащим образом. В других же случаях *Meumann* не встречал затруднений; напротив, при лобном и лицевом предлежании щипцы вполне оправдывали возлагавшиеся на них надежды. Удачные случаи наложения щипцов *K.* при лобном и лицевом предлежании приводят *Sänger* и *Küster*. *Stiglbauer* сообщает о 2-х случаях лобного предлежания, благополучно оконченных при помощи щипцов *K.* В тех случаях, где поворот плода на ножку уже невозможен, а кесарское сечение не обещает успеха следует, по мнению *Stiglbauer'a*, попытаться окончить роды с помощью щипцов *K.* Щипцы *K.* при лобном предлежании ценны еще и потому, что они позволяют дольше выжидать самопроизвольных родов и реже прибегать к профилактическому повороту, сопровождающемуся огромной смертностью плодов. *Spitzer* на 132 случая наложения щипцов ни разу не наблюдал соскальзывания; если при тракции головка сразу не опускалась, то достаточно было испра-

вить положение щипцов, и извлечение всегда удавалось. У *Heidler*'а описаны 2 случая соскальзывания щипцов при больших плодах и при асинклитическом вставлении головки; соскальзывание было обусловлено не особенностями конструкции щипцов, а несоответствием между величиной таза и головки. *Heim* наблюдал соскальзывание щипцов при задне-теменном вставлении головки. *Conrad* также встречал некоторые затруднения при упомянутом вставлении головки, однако, соскальзывания не видел.

С вопросом о соскальзывании щипцов тесно связан вопрос о *тракциях*. По словам *Kielland*'а, щипцы его отличаются от других моделей особой легкостью тракций; так как щипцы его лежат в прямом раз­ме­ре таза (при высоком стоянии головки), то приспособление для осевых тракций излишне. *Hermstein*, *Hoffmann*, *Meumann*, *Temescary* утверждают, что направление тракций у щипцов *K.* точно совпадает с осью таза. *E. Frey* считает что щипцы *K.* являются, в полном смысле слова, щипцами с осевыми тракциями, так как, благодаря отсутствию тазовой кривизны, рукоятки щипцов всегда указывают надлежащее направление тракций. *Wyder* признает, что отсутствие тазовой кривизны дает возможность несколько лучше использовать силу при тракциях; однако, он не может согласиться с утверждением, что тракции совершаются по направлению оси таза. Он предлагает усовершенствовать щипцы *K.* с помощью приспособления для осевых тракций. В противовес этим чисто теоретическим рассуждениям почти все авторы, имеющие большой опыт со щипцами *K.*, (*Meumann*, *Riediger*, *Rosenfeld*, *A. Mayer*, *Hirschberg*, *Schweitzer*, *Weinzierl* и др.), подчеркивают особенную легкость тракций, как одно из важных преимуществ щипцов. *Pankow* находит тракции настолько легкими, что опасается частых разрывов промежности. *Fink* и здесь в оппозиции. По его сообщениям, тракции далеко не всегда легки; затруднения встречаются даже при нормальных условиях, что, по мнению *Fink*'а, сильно дискредитирует щипцы *K.* В доказательство того, что головка вовсе не всегда легко извлекается, *Fink* приводит 5 случаев тяжелого *повреждения головки*, которое он считает типическим для щипцов *K.* *Bruch* сообщает об одном случае повреждения головки со смертельным исходом. У *Meumann*'а из 22 детей, извлеченных с помощью высоких щипцов, лишь у одного на вскрытии найдена была фиссура лобной кости, и то при обще-суженном тазе с *conj. vera* в 7 см. *Meumann* находит, что щипцы *K.* чрезвычайно щадят детскую головку; особенно это заметно при плоских тазах. *Heidler*, имевший 20% смертности детей при наложении щипцов *K.*, объясняет эту сравнительно большую смертность не недостатком конструкции щипцов, а всевозможными ошибками в распознавании, наложении и т. д. В общем *Heidler* поражен, до чего щипцы нежно захватывают головку и дают мало повреждений при правильном применении их. Рассматривая случаи *Fink*'а *Heidler* подвергает их жестокой критике. *Spitzer* вынес впечатление, что щипцы *K.* менее травмируют головку, чем классические. *Hirschberg* считает, что новые щипцы уменьшают детскую смертность. *Heim* и *Schubert* также указывают на малое число повреждений головки. У *Conrad*'а смертность детей равна нулю, что он объясняет возможностью бипариетального наложения щипцов при любом положении головки.

В отношении *травматизации мягких родовых путей* щипцы *K.* представляют некоторые преимущества перед обыкновенными щипцами. *Kielland* не видел ни одного разрыва промежности третьей степени, ни одного повреждения мочевого пузыря или уретры. *Meunann* отмечает ничтожное количество поврежденных мягких частей; он также ни разу не получил разрыва третьей степени. *Hirschberg* поражается легкости ротации при помощи щипцов *K.* Однако, он при этом строго придерживается одного принципа: не добиваться во что бы то ни стало поворота малого родничка кпереди, а подчиняться физиологическому ротационному импульсу, даже и в том случае, если ротация происходит атипически. Тяжелых повреждений мягких частей у *Hirschberg*'а не было, благоприятные отзывы по вопросу о повреждениях влагалища и промежности дают *Rosenfeld*, *Seroeder*, *Küster*, *Küstner*, *Sänger*, *Riediger*, *Heynemann*, *A. Mayer* говорит, что щипцы *K.* не обеспечивают от тяжелых разрывов. Он имел в своей практике два тяжелых разрыва. *Heider* описывает два случая повреждения мочевого пузыря и один случай образования гематомы между пузырем и шейкой матки. Он не согласен с другими авторами в том, что щипцы *K.* будто-бы щадят мягкие части роженицы более других щипцов. *Heim* описывает случай прободения мочевого пузыря, закончившийся смертью родильницы, страдавшей эклампсией и подвергшейся влагалищному кесарскому сечению. *Heim* наблюдал также образование пузырно-шеечного свища после тяжелого родоразрешения щипцами *K.*, при чем свищ самопроизвольно закрылся. В отношении разрывов мягких частей щипцы *K.* дали у *Heim*'а лучшие результаты, чем щипцы *Tarnier*. *Wyder* указывает на то обстоятельство, что передняя ложка легко может повреждать пузырь, так как при тракциях она с известной силой прижимается к лону. Это теоретическое предположение нашло себе, как мы видели, некоторое подтверждение в практике, однако только в особенно тяжелых случаях (узкий таз, большой ребенок, гистеротомия и т. д.). *Fink* наблюдал на своем материале повреждения рукава и промежности в 70% всех случаев наложения щипцов *K.* (60 случаев). *Weinzierl* отмечает легкость ротации, однако делает большие профилактические разрезы промежности. Точно также поступает и *Heidler*. *Zimmermann* еще до наложения щипцов *K.* делает большие разрезы влагалища и промежности по *Schuchhardt*'у. Отсюда *Pust* делает заключение „что эта хотя и хорошо сконструированная, но слишком прямая модель (*Kielland*'а) не приспособлена для всех случаев родоразрешения щипцами“. *Conrad* протестует против такого вывода, ибо сама предпосылка, что для наложения щипцов *K.* нужны обширные разрезы, по его мнению, неправильна. *Conrad* недоумевает, зачем *Zimmermann* прибегает к разрезам по *Schuchhardt*'у в то время, как ему ни разу, даже при высоких щипцах, не пришлось делать ни малейшей эпизиотомии, несмотря на то, что среди его рожениц было 19 первородящих с узкими половыми путями. *Conrad* иногда наблюдал у первородящих поверхностные надрывы шейки и влагалища, сопровождавшиеся незначительным кровотечением, которые легко удавалось зашить несколькими кетгутowymi швами. У повторнородящих он не видел ни одного разрыва при высоких щипцах. По поводу профилактических разрезов *Heidler*'а

Conrad замечает, что такой постановкой дела *H.* вообще лишает себя и других возможности суждения о влиянии щипцов *K.* на родовые пути. *Spitzer* лишь в редких случаях получал повреждения влагалища, как и промежности. Несмотря на то, что при форсированном родоразрешении ему пришлось несколько раз накладывать щипцы при раскрытии зева на 3 пальца, все же не получалось больших разрывов шейки. Это обстоятельство *Spitzer* объясняет особой формой головной кривизны щипцов, благодаря которой щипцы при тракциях растягивают шейку на подобие головки или пузыря при самопроизвольных родах.

Подводя итоги всем литературным сообщениям о щипцах *K.*, можно сказать следующее:

1) Преимущества щипцов *K.* сказываются, главным образом, в тех случаях, когда стреловидный шов стоит в поперечном размере таза, но головка уже неподвижна и конфигурирована. Хорошие результаты при указанных условиях получаются также в случаях с плоским-суженным тазом. Обще-суженные тазы являются неподходящим объектом для щипцов *K.* Если головка еще подвижна или еще неконфигурирована, то наложение щипцов не всегда приводит к цели.

2) Наложение щипцов, большей частью, происходит легко, если в точности придерживаться предписаний *Kielland'a*. Некоторые затруднения встречаются при асинклитическом вставлении головки. Поворота передней ложки бояться не следует, за исключением случаев растяжения нижнего сегмента. При атипическом наложении не всегда удается захватить головку в бипариетальном размере, вследствие чего отпадает главное преимущество щипцов.

3) Тракции и ротация совершаются при помощи щипцов *K.* легче, чем при других щипцах. Однако, не следует искусственно создавать механизма родов, а необходимо подчиняться физиологическому течению родового акта. Если тракции или ротация затруднительны, то обыкновенно причина заключается или в неправильном наложении щипцов, обусловленном ошибочным распознаванием, или же в неправильной оценке отношения размеров таза к головке. Точная диагностика—первое и необходимое условие для успешного применения щипцов.

4) Щипцы *K.*, по сравнению с другими щипцами, менее повреждают головку плода.

5) Щипцы *K.* более щадят мягкие части роженицы, нежели обычные щипцы.

Из 70 сличим авторов против применения щипцов *K.* высказались лишь 7; а именно *Schauta* и *Fehling*, в сущности, ни разу не накладывавшие их (*Fehling*, повидимому, даже не видел их, так как он недоумевает, зачем понадобилась *Kielland'u* третья ложка), *Sellheim*, *Guggisberg*, *Stratz*, *Opitz*—главным образом по теоретическим соображениям, наконец, *Zimmermann* (6 случаев) и *Fink* (60 случаев), имевшие сравнительно большой опыт со щипцами *K.* Нападки последних двух авторов, как мы видели, подверглись жестокой критике.

В общем щипцы *K.* до сих пор применялись почти исключительно при клинической обстановке, и вопрос о возможности введения их в повседневную практику еще далек от единодушного разрешения.

Из лаборатории Госпит.-Хир. Клин. Медич. Инстит.
(Завед. проф. Н. Н. Петров).

Самопроизвольные опухоли у русских мышей*)

Н. КРОТКИНОЙ.

До 1910 г. экспериментальные работы с пересадкой самопроизвольных опухолей мышей в России производились с заграничными штаммами. У русских мышей самопроизвольные опухоли оставались неизвестными.

В 1911 г. *Р. Г. Лурье* (дисс. СПб. 1911 г.—Об эпителиальных опухолях мышей) впервые описала русскую мышь с самопроизвольной геморрагической аденокарциномой. Но попытки сделать перевивки были неудачны.

В 1915 г. *Я. В. Чижкин* (Труды Союза по борьбе с раков. заболеван. 1915 г.) на 1-м Всероссийском Съезде по борьбе с раковыми заболеваниями сделал сообщение о наблюдавшихся им 8 спонтанных опухолях среди русских мышей, из которых от 4-х удалось сделать перевивки.

У него в некоторых случаях 1-я генерация давала только 40% прививаемости, и опухоль появлялась очень поздно—через 8—11 мес.

Проф. *А. А. Кроитовский* (Материалы к сравнительной и экспериментальной патологии опухолей. Киев. 1916) тоже имел 4 мыши с самопроизвольными опухолями; одна из этих мышей имела 2 самостоятельных опухоли. Все они при исследовании оказались относящимися к аденокарциномам молочной железы, причем 3 из них относились к геморрагическим опухолям,—форме, которая и по данным заграничной литературы является наиболее частой.

Из 4-х мышей со спонтанными опухолями пр. *Кроитовский* у 2-х нашел микроскопические метастазы в легких.

По данным заграничной литературы, метастазы при спонтанных опухолях встречаются в $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ всех случаев. Так, по данным *Naaland'a* (Le cancer des souris. Ann. de l'inst. Pasteur. 1905) у английских мышей с спонтанными опухолями метастазы наблюдаются в 38%, а у немецких мышей по данным *Küster'a*—в 22,5% (Cbl. f. Vact. 1909. Orig. 51).

Я не буду касаться вирулентности заграничных штаммов, а только укажу на русские штаммы, с которыми работал проф.

*) Доложено на очередном собрании о-ва Патологов 2 февр. 1924 г.

Кронтовский, и которые ему удалось провести через много генераций.

Из 5 опухолей ему удалось перевить 4, причем из них (по его книге, вышедшей в 1917 г.) только одна опухоль проведена через 21 генерацию; остальные опухоли были наблюдаемы не более, как в 3-й генерации.

При перевивках, как правило, наблюдалось повышение вирулентности опухоли, и если первые прививки давали до 3—6% прививаемости, то с последующими прививками $\frac{0}{0}$ этот увеличивался и в 12 генерации—был равен 100% через 5 недель.

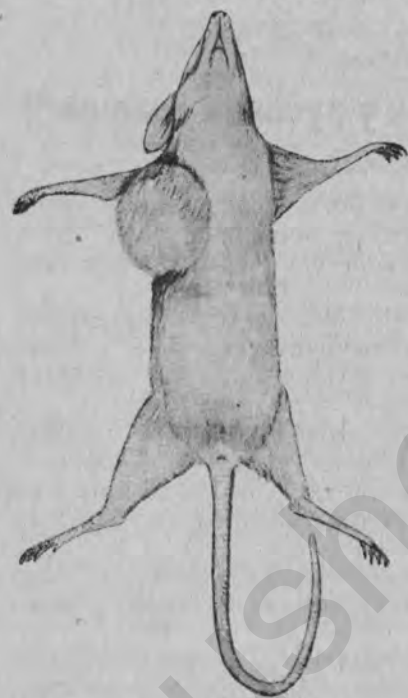


Рис. № 1. Мышь-самка №1. Подвижная, эластическая опухоль в правой подкрыльцевой ямке, под микроскопом давшая строение аденосаркомы (самая частая форма самопроизвольных опухолей у белых мышей).

где уже прежде наблюдалась у одной мыши какая то опухоль, по внешним признакам того же типа, но не была исследована. Мышь была получена нами в конце января 1923 г. и имела опухоль величиной в небольшую вишню в области правой передней грудной железы (рис. № 1). Опухоль гладкая, подвижная, плотная. Кожа над ней мало изменена. Общее состояние мыши удовлетворительно. Беременная.

2/II под эфирным наркозом вырезана большая часть опухоли и рана зашита, а опухоль перевита 10 самцам.

Микроскопическое исследование опухоли показало строение аденокарциномы.

1-я опухоль у пр. *Кронтовского* в 1-й генерации дала рост через 6 нед.; 2-я опухоль в 1-й генерации—через 4 мес.; 3-я—через 5 мес. и 4-я—через 2 $\frac{1}{2}$ мес.

Быстрота роста стояла вясной связи с генерацией, — в 1-й генерации рост опухолей был медленнее и появление опухолей замечалось гораздо позднее, чем в более поздних генерациях.

Пол, по данным пр. *Кронтовского*, не оказывал влияния, а молодым мышам опухоли прививались легче, чем старым.

У нас в лаборатории, с августа 1922 г. до настоящего времени находилось под наблюдением более 1000 мышей, и из числа их нам пришлось наблюдать 8 самопроизвольных опухолей.

Кроме того, мы имели еще 6 самопроизвольных опухолей, 2 из которых были любезно предоставлены нам проф. *Г. В. Шором*, имевшим мышей и московской разводки, три—*М. П. Дубянской* и одна—от д-ра *Гаршина*.

Первая наблюдавшаяся нами мышь с опухолью была от д-ра *Дубянской*. Это была взрослая самка (около 6 мес.), из гнезда,

В конце февраля у оперированной мыши образовался рецидив, который и перевит под кожу 6 ее детям 3-х нед. возраста (4 самки и 2 самца); ей самой и 3 самцам в testes.

Через месяц уже у одной из молодых самок образовалась опухоль, а через 2 мес. опухоль в месте прививки замечена у самой основной мыши и еще у двух самок.

У 2-х самцов из 1-й прививки опухоль появилась через 2 мес., и еще у одного—через 4 мес.

Таким образом, в 1-й генерации самки дали 80% прививаемости; самцы—30% и в более поздний срок.

Основная мышь погибла через 6 мес. после 1-й генерации, причем у нее найдены множественные метастазы в легких, печени, диафрагме и брыжжечных железах.

У одной из самок 1-й генерации также были найдены метастазы в сердце, печени, забрюшинных железах.

2-я прививка произведена от самки 13 молодым мышам из другого гнезда.

Первое появление опухоли замечено через 1½ мес.; прививаемость у самцов в этой генерации была больше (67:59).

3-я генерация—от самки была привита раковая эмульсия 0,5% 25 мышам, и опухоли развились у некоторых мышей, но гораздо позднее, чем при одновременной прививке 5% эмульсии, поэтому предполагалось в начале, что опухоли совсем не разовьются, и мыши были сняты с учета.

Прививка 5% эмульсии 57 мышам дала следующие результаты: через 3 мес. из 36 самок опухоль развилась у 20 (55,5%) и из 21 самца опухоль появилась у 5 (24%).

Из этой генерации у одного самца тоже обнаружены множественные метастазы в обоих легких, диафрагме, почках, средостении.

Микроскопическое исследование показало картину аденокарциномы.

4-я генерация—прививка от самца 10 мышам—через 3 мес. дала развитие опухоли только у одной самки и 2-х самцов из 10, т. е. 30% тогда, как прививка той же 4-й генерации от самки уже через 6 недель дала 87,5% прививаемости у самок и 57%—у белых самцов.

Надо заметить, что в эту генерацию часть опухоли была перевита серым мышам-гибридам и у них в 1 случае из 6 дала положительный результат. Опухоль потом успешно была перевита на другую серую мышь, но дальнейших прививок на серых мышах сделано не было.

5-я прививка, сделанная мышам в возрасте 6—8 недель (20 штук), дала одинаковый % прививаемости, как у самцов, так и у самок (80%). Появление опухоли было замечено уже через 3 нед. и опять у 1 самца, погибшего через 1 мес., обнаружены множественные метастазы в лимфат. железах.

6-я генерация (10 самцов и 10 самок) дала появление опухоли уже через 8 дней в 80%. Через 18 дней у самок прививаемость—100%, у самцов—80%.

У одной из самок обнаружены множественные метастазы в брюшной полости.

В 7-й генерации прививаемость опухоли несколько упала—в первую неделю дала 60% (?) прививаемости, причем опухоли

обнаружены у 3 самок из 4 и у 3 самцов из 6. Но впоследствии, через 6 недель, выяснилось, что настоящие опухоли, давшие ясный рост, развились только у 3-х самцов и 2-х самок. У одной самки появившаяся была опухоль потом исчезла. Была ли это настоящая опухоль, но подвергшаяся обратному развитию, или это был воспалительный инфильтрат, впоследствии рассосавшийся,—сказать трудно. Во всяком случае 7-я генерация дала только 50% прививаемости, как у самцов, так и у самок. Метастазы были обнаружены у одного самца, погибшего почти через 8 нед. после прививки.

8-я генерация—прививка 20 мышам (10 самцов и 10 самок) от самца.

Через 1 нед. опухоль развилась в 50%, а через 4 недели опухоль обнаружена у 8 самцов и 9 самок. У одной самки и 2-х самцов опухоль совсем не развилась. Эта генерация образования метастазов не дала.

9-я генерация—перевивка от самки 9 мышам в возрасте 3-х недель (6 самцов и 3 самки). У 1 самца и 1 самки в месте прививки образовалось нагноение, но впоследствии у одной из этих мышей опухоль все таки развилась. У остальных 7 опухоль развилась очень быстро и в первый же месяц привела всех животных к гибели.

10-я генерация—перевито 9 мышам в возрасте 4 нед. Опухоль развилась у 8 (89⁰/₀). Прививка той же 10-й генерации мышам в возрасте 2—3 мес. дало 78⁰/₀ прививаемости.

11-я генерация—перевито 10 мышам, но 4 погибли в первые же дни после операции от нагноения.

Из оставшихся 6 опухоль развилась у 4.

12-я генерация—перевивка 5 мышам. Опухоль развилась у 4 (80⁰/₀).

13-я генерация—перевивка 5 мышам. Через неделю опухоль уже определяется у 2-х. У остальных 3-х опухоли пока не прощупываются.

В настоящее время опухоль штамма N_1 доведена уже до 21-й генерации, при чем ⁰/₀ прививаемости в последних генерациях колеблется между 80 и 100. Появляется опухоль уже довольно быстро—к концу 2-й недели, и большинство мышей гибнет от истощения в течение четвертого месяца.

Первая мышь была у нас обозначена N_1 .

II спонтанная опухоль, полученная нами от проф. Г. В. Шора и обозначенная N_2 , к сожалению, не была исследована, потому что эту мышь в первую же ночь загрызли другие мыши.

Опухоль располагалась около правого паха,—повидимому относилась к опухолям молочной железы.

III мышь со спонтанной опухолью левой подмышечной области, обозначенная N_3 , тоже была получена от Г. В. Шора и 19/IV 1923 г. оперирована не радикально для перевивок мышам при опыте с карболовой кислотой.

Результат прививок получился отрицательный, но у самой оперированной мыши опухоль быстро рецидивировала.

Через 1½ мес. после операции мышь внезапно умерла.

Метастазов не обнаружено.

Микроскопия показала обычную аденокарциному.

IV спонтанная опухоль, обозначенная N_4 , была обнаружена в нашем рассаднике у мыши среди прочих здоровых мышей, и эта мышь имела совершенно здоровых производителей.

Сама мышь была в возрасте около 9 мес. и не подвергалась никаким опытам.

1/VI 1923 г. она обратила на себя внимание подозрительной толщиной. При дальнейшем наблюдении, когда мышь стала худеть, а живот принял колоссальные размеры, стало ясно, что здесь имеем дело с опухолью.

Мышь, находившаяся уже в очень плохом состоянии, 12/VI 1923 г. была убита хлороформом и при секции обнаружено, что вся брюшная полость была выполнена опухолевыми массами, занимавшими, как малый таз, так и боковые области и забрюшинные лимфатические железы (рис. № 2).

Кроме того, отдельные узлы были обнаружены и в различных внутренних органах: печени, почках, а также и в диафрагме.

В брюшной полости было значительное скопление геморагической жидкости.

Микроскопическое исследование узлов, взятых из области левого яичника, показало строение аденокарциномы с большим количеством коллоидных кист (рис. № 3), на основании чего проф. Г. В. Шор, любезно просмотревший наши препараты, высказал предположение о коллоидном раке яичника, давшем метастазы.

Узел в печени имел скорее характер опухоли, развившейся из желчных ходов печени, и это, по заключению проф. Шора, мог быть или метастаз из яичника, принявший в печени только другую форму, или—самостоятельная опухоль, развившаяся из желчных ходов.

Опухоль из печени была перевита под кожу 10 мышам (7 самок и 3 самца). Одна самка умерла вскоре после прививки. Через $2\frac{1}{2}$ мес. у одной самки был обнаружен небольшой узелок в месте прививки, а через 3 мес. после прививки еще у одной самки и одного самца. Следовательно, через 3 мес. прививаемость опухоли $N_4 = 30\%$.

У других мышей опухолей совсем не развилось.

Через $5\frac{1}{2}$ мес. опухоль у 1-й самки достигла очень больших размеров, и появились признаки асцита.



Рис. № 2. Мышь N_4 . Самопроизвольная опухоль — adenocarcinoma colloides, исходящая, повидному, из левого яичника, с множественными метастазами в брюшных органах.

26/XI мышь умерщвлена хлороформом. Секция обнаружила геморрагический асцит. Опухоль заняла всю левую половину брюшной полости и дала диссеминацию по всем брыжжеечным и забрюшинным железам, в большом и малом сальнике, в lig. gastro-lienale, в стенках кишек и на париетальной брюшине. Обращаю внимание на то, что перевивка и здесь была сделана не в брюшную полость, а под кожу спины.

Микроскопическое исследование показало строение цилиндроклеточкового рака, напоминавшее картину опухоли печени у основной мыши.

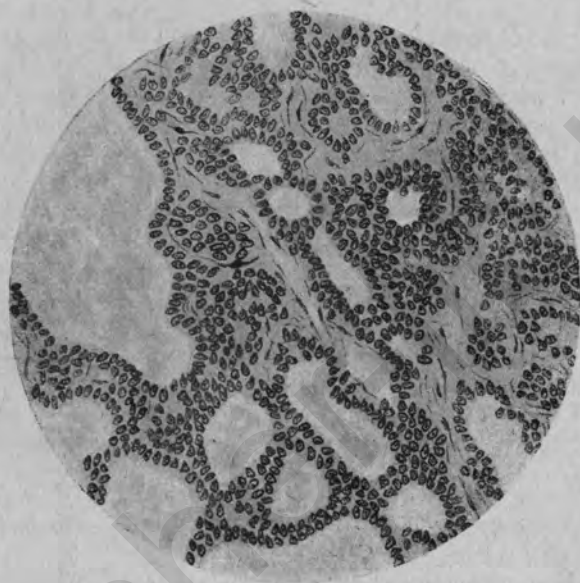


Рис. № 3.

Гистологическая картина опухоли от мыши №₄, изображенной на рис. № 2.

Коллоидных кист, обнаруженных у основной мыши, уже не нашли как в опухолях 1-й, так и последующих генераций.

Опухоль перевита, опять таки под кожу спины, 14 мышам того же расадника (2-я генерация).

5/XII, т.-е. через 10 дней, у одной самки был уже обнаружен небольшой узелок в месте прививки, а через 3 нед. $\%$ прививаемости = $85,7^{\circ}_0$ (86).

Опухоль была настолько злокачественна, что все мыши с привившейся опухолью погибли в первые 4—6 нед.

Перевивка (3-я генерация) 10 самкам дала $87,5^{\circ}_0$ прививаемости.

Перевивка в 4-й генерации была сделана от самца и от самки.

От самца перевито было 9 мышам (8 самцов и 1 самка) и через 6 нед. прививаемость = $44,4^{\circ}_0$ (развилась опухоль у 4 самцов).

Перевивка от самки (5 самцов и 3 самки) уже через 2 нед. дала $87,5^{\circ}_0$ прививаемости, т.-е. опухоль развилась у 7 из 8 мышей, а через 5 нед. $\%$ прививаемости равнялся 100.

5-я генерация дала через 5 нед. только 70% прививаемости. 6-я генерация—привита 5 мышам. Через 2 нед. опухоль развилась только у 3. Опухоль N₄ доведена до 12-й генерации. Дальнейшие перевивки прекращены из-за недостатка мышей.

Опухоль N₅. В конце августа 1923 г. в нашем рассаднике у совершенно здоровой, не подвергавшейся прежде никаким опытам, самки появилась опухоль за левым ухом, плотной консистенции, исходящая, как будто, из глубоких частей. Опухоль была спаяна с подлежащими тканями и мало подвижна.

Опухоль постепенно стала увеличиваться, размягчилась в центре и в конце октября изъязвилась. Выделение в начале носило характер прозрачной жидкости, как из кисты, а потом приняло характер распада. Опухоль в центре изъязвилась, а по краям был плотный инфильтрат, в виде приподнятого края.

В конце ноября появился метастаз в области правой передней грудной железы. Мышь стала истощаться и 14/XII погибла.

Через 3—4 часа после смерти край опухоли на шее был взят для перевивки другим мышам. Перевивка не удалась.

При секции обнаружено, что почти вся опухоль на шее имела вид распада и только небольшой вал живых тканей окружал этот распад.

Метастаз в области грудной железы тоже носил характер распада.

Микроскопич. исслед. показало картину цилиндроклеточкового рака, исходный пункт которого остался невыясненным (протоки околушной железы?).

Опухоль N₆. В первых числах февраля 1924 г. у беременной самки из здоровой разводки (возраст самки около 8 мес.) появился узелок, величиной в конопляное семячко в области левой задней молочной железы, который после родов стал быстро увеличиваться и в первых числах марта достиг величины грецкого ореха, заняв и паховые железы. Мышь стала истощаться; опухоль в паху изъязвилась. Кроме того, получилось значительное кровоизлияние в опухоль, повидимому, от нарушения целостности *v. femoralis*. Ноги отекли.

7/III мышь, почти погибающая, убита и часть опухоли перевита в виде 25% эмульсии 9 мышам (5 — дети самой опухольевой самки и 4—уже прежде прививаемые без результата штаммом N₄).

Через день один из привитых детей опухольевой мыши умер. Причина смерти осталась невыясненной.

Через неделю у 4 мышей из 8 оставшихся (у 2-х детей и 2-х чужих) развились опухоли (50%).

2-я генерация дала уже 80% прививаемости.

Штамм N₆ доведен до 12 генерации и дальше не поддерживался из-за недостатка мышей.

Мышь N₇ — серая самка в возрасте 3½ мес., не бывшая ни под какими опытами. Около месяца тому назад обнаружена опухоль в области правой паховой молочной железы, которая довольно быстро достигла величины боба. Родители мыши — белые, здоровые. Бабушка тоже белая; имела самопроизвольную опухоль области околушной слюнной железы (мышь N₅).

Дед — серый, здоровый.

30/IV 24 г. Иссечена почти вся опухоль для перевивки 11 мышам (5 серых и 6 белых). В центре опухоли кровоизлияние. Микроск. — аденокарцинома.

31/V. Обнаружен рецидив, величиною в конопляное зерно.

29/VI. Рецидив достиг величины лесного ореха.

Перевивки: 1-я генерация: из 5 сер. опухоль развилась только у 1. У белых мышей перевивка дала отрицательный результат.

2-я генерация: перевивка сделана 8 серым мышам. Одна из привитых самок через 4 дня погибла от неизвестной причины, а из оставшихся 7 через 4 нед. опухоль развилась у 5 (70%).

Мышь N₈.

В апреле с. г. (1924) в разводке у совершенно здорового до того времени, не подвергавшегося никаким прививкам, самца в возрасте около года, замечена небольшая опухоль на животе у мошонки, расположенная между отверстием мочеиспуск. канала и яичками. Опухоль постепенно стала увеличиваться, приобрела синебагровую окраску и к концу июня достигла величины крупного лесного ореха и спаялась с яичками.

В правой половине брюшной полости стало прощупываться какое то плотное тело (метастаз?) (рис. № 4).

27/V. Мышь была захлороформирована и на секции обнаружено: огромная, распадающаяся опухоль с кровоизлияниями в области мошонки, спаянная с яичками. Множественные узлы в органах брюшной полости: печени, сальнике, брыжжейке, и также в забрюшинных железах и в почках.

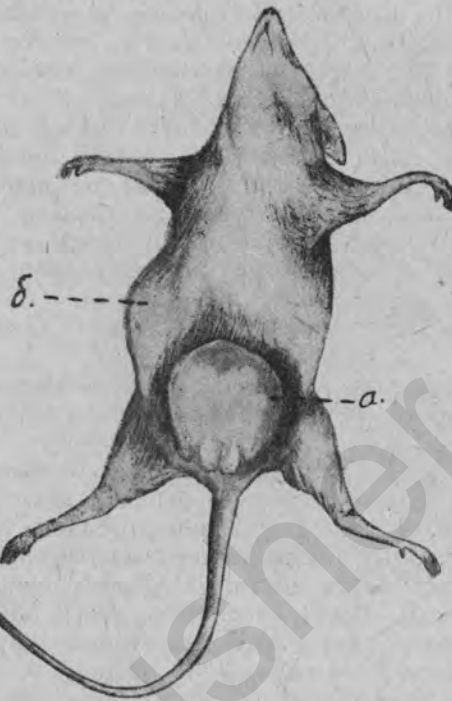


Рис. № 4.

Самопроизвольная опухоль у самца в области мошонки (а) и другая в брюшной полости слева (б).

Легкие свободны от метастазов.

Микроскопическое исследование показало опухоль типа аденокарциномы, происходящей из кубического эпителия (рис. № 5). Распознать с уверенностью, где был в этом случае первый очаг, не удалось, т. к. случай зашел уже слишком далеко.

Опухоль была перевита на белых и серых мышей и в настоящее время доведена до 7-й генерации.

Мышь N₉ — молодая самка в возрасте, приблизительно, около 3-х мес., имеющая опухоль в лев. паху, получена от д-ра А. Н. Крюлова. Исследование ей еще не сделано.

Мышь N₁₀. Самка, возраст около года. Более 8 мес. тому назад была привита штаммом N₁, в области под лев. ягодицей. Опухоль тогда не привилась — было нагноение в месте прививки и потом в обл. ягодицы и лев. паха образовался рубец и грыжевое выпячивание.

В июне 1924 г. в области правой передней грудной железы замечена опухоль, величиною с горошину, подвижная под кожей. В середине июня опухоль достигла величины небольшой вишни и приняла синеватый оттенок.

27/X. Мышь погибла. Опухоль осталась в том же виде.



Рис. № 5.

Гистологическое строение опухоли от мыши, изображенной на рис. № 4.

Мышь N₁₁. У здоровой до того самки в июле 1924 г. была обнаружена опухоль в виде горошины в области левой паховой молочной железы.

10/X 24 г. Мышь погибла. Опухоль к этому времени распалась, заняв и всю ягодичную область.

Мышь N₁₂. Серая самка, полученная от д-ра М. П. Дубянской — из 4-го поколения от серых мышей нашей лаборатории, подвергавшихся смазыванию каменноугольным дегтем и имевших раковые дегтярные опухоли.

Возраст мыши 6 месяцев.

3 месяца тому назад у нее образовалась опухоль справа у заднего прохода, которая стала увеличиваться, а потом появилась опухоль и в лев. паху.

Опухоль иссечена; по виду геморрагическая; под микроскопом аденосаркома.

Через месяц — рецидив, достигнувший величины крупной сливы, и мышь погибла при явлениях общего истощения.

Мышь N₁₃. Белая самка, полученная от д-ра *Гаршина*, имела 2 опухоли — папиллому нижней губы и опухоль правой передней молочной железы.

Погибла при явлениях общего истощения.

Мышь N₁₄. Белая самка, полученная от *М. П. Дубянской*.

Родилась в июле 1924 г. В декабре появилась опухоль у правого тазобедренного сустава.

В нашу лабораторию поступила 25/1, 1925 г.

В правом паху — подвижная опухоль, величиной с лесной орех; около anus'a — плотная, неподвижная опухоль, величиной с кофейное зерно и небольшая опухоль, величиной с горошину в области правой передней молочной железы.

Опухоль в паху иссечена, но через 2 нед. появился рецидив. Мышь жива, но значительно истощена.

Таким образом за 2 года среди нашего, сравнительно, небольшого лабораторного материала встретилось 14 злокачественных опухолей. Самок в том числе было 13, самец 1.

Самой частой опухолью у нас, как и у других авторов, является аденокарцинома молочных желез: таковых мышей было 11 и при том 9 белых и 2 серых, гибриды.

Один раз у самки обнаружен коллоидный рак яичника, давший метастазы, и один раз — аденокарцинома, исходящая, повидимому, из протоков слюнной околоушной железы.

Большой интерес представляет злокачественная опухоль у самца, как более редко встречающаяся.

Относительно перевиваемости опухолей можно сказать, что все опухоли, которые нами были перевиваемы, перевивались хорошо, исключая опухоли N₅, когда материал был взят от погибшей мыши, и опухоли N₃, где причина неудачной прививки осталась невыясненной; возможно, что виною была какая-либо погрешность в технике, потому что эта перевивка делалась в начале наших опытов.

Перевиваются хорошо опухоли не только белых, но и серых мышей; так, у нас перевивка аденокарциномы грудной железы, полученной от серой мыши, уже во 2-й генерации дала 70% прививаемости.

Получив породы опухолей, дающие высокие % прививаемости, как на самках, так и на самцах, мы в последних генерациях уже не стремились делать массовых прививок, а перевивка производилась на небольших количествах экземпляров, только, чтобы сохранить культуру. Начиная же заниматься прививками опухолей, мы старались выяснить следующие вопросы:

- 1) изменение вирулентности опухолей при перевивках;
- 2) влияние пола и возраста животных на прививаемость опухоли;
- 3) влияние наследственности;
- 4) влияние густоты впрыскиваемой эмульсии опухолевых клеток на прививаемость.

Из прилагаемых таблиц видно, что как быстрота появления роста опухолей, так, повидимому, и их токсичность увеличиваются в последующих генерациях, потому что не только возрастает процент прививаемости и быстрота появления опухолей, но животные и гибнут много скорее при последующих генерациях.

Некоторое понижение вирулентности опухолей наблюдается в VII и XI генерациях N₁.

Относительно влияния пола на прививаемость опухолей, по данным наших исследований, можно заключить, что в большинстве случаев прививаемость у самок выше, чем у самцов, и это яснее на штамме N₁, где произведено большее число прививок и видно, что средний % прививаемости у самок выше (75%) чем у самцов (58,5%) [N₁, генерация, из-за осложнения нагноением в сравнительную таблицу не введен].

Следовательно, из этого можно сделать вывод, что опухоли легче прививаются на организмы, по своему биологическому характеру ближе стоящие к производителю опухоли.

Влияет ли возраст животных на успех перевивок?

Этот вопрос интересен уже потому, что раковая болезнь преимущественно наблюдается в пожилом возрасте, и некоторые авторы ставят это явление в зависимость от свойств крови старых организмов, будто бы теряющей способность разрушать раковые клетки, способность, присущую крови организмов молодых (*Freund u. Kaminer Biochem. Zeit.* 1910 Bd. 26. Wien. kl. W. 911 № 51).

Опыт экспериментаторов, занимавшихся перевивками рака, давно уже говорит против этой мысли (*Bashford B. kl. W.* 1909 № 36—37) и совершенно таковы же результаты нашего собственного опыта на имевшихся в нашем распоряжении самопроизвольных опухолях русских мышей.

Таблица № 1.

Спонтанная опухоль мыши №₁.

Общий % прививаемости последоват. генераций.

	I	II	III	IV	IV	V	VI	VII	VIII	IX
	27 мыш.	13 мыш.	57 м. 5%	25 мыш.	10 мыш.	20 мыш.	20 мыш.	10 мыш.	20 мыш.	9 мыш.
1 нед.	—	—	—	—	—	—	79 ⁰ / ₀	40 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	33 ⁰ / ₀
2 нед.	—	—	14%	26%	—	55%	90 ⁰ / ₀	—	—	—
3 нед.	—	—	—	—	—	65%	—	60 ⁰ / ₀ (?)	—	—
4 нед.	—	—	—	60%	10%	—	—	—	85 ⁰ / ₀	87,5 ⁰ / ₀
6 нед.	—	46%	24,6%	78%	30%	—	—	—	—	—
2 мес.	33%	61%	—	—	—	80%	—	50%	—	—
4 мес.	40%	—	43,8%	—	—	—	—	—	—	—
6 мес.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Смерть в год. 5—8 м.	Мыши убивал. для пер.	Смерть в перв. 3 мес.	Смерть в перв. 1 ¹ / ₂ —2 ¹ / ₂ м.	—	Смерть в перв. 1—2 мес.	Смерть в перв. 2 ¹ / ₂ —6 н.	—	—	—

Таблица № 3.

Образование метастазов.

	I	II	III	IV	V	VI	VII
Самцы	1 : 7	—	1 : 5	—	1 : 8	—	—
Самки	2 : 4	1 : 4	2 : 20	—	1 : 8	2 : 10	—

Таблица № 4.

Спонтанная опухоль мыши №4.

Общий % прививаемости последоват. поколений.

	I	II	III	IV	V	VI
	10мыш.(-1)	14мыш. Г. ж. разв.	10 самок	9 мыш.	8 мыш.	8 мыш.
1 нед.	—	—	10%	—	—	—
2 нед.	—	7%	2 самки исчезли	—	87,5%	—
3 нед.	—	71%	87,5%	10%	—	—
4 нед.	—	86%	—	—	—	—
6 нед.	—	—	—	44,4%	100%	70%
2 мес.	—	—	—	—	—	—
3 мес.	33%	—	—	—	—	—
	Смерть в период от 5—7мес.	Смерть в первые 4—6 нед.	—	—	—	—
Самц.	33%	80%	—	—	—	—
Самк.	33%	88%	87,5%	—	—	—

Таблица № 5.

Прививаемость опухолей по возрастам.

№ 1—carcin. mammae.			№ 4 коллоидн. рак яичника		
Генерац.	Возраст	% привив.	Генерац.	Возраст	% привив.
1	{ до 2-х мес.	50%			
2	{ после 2 мес. старш. 2-х м.	30%	1	2 мес.	30%
	{ до 2-х мес.	44%			
3	{ до 2-х мес.	25%	2	1—1½ мес.	85%
4	{ старш. 2-х м.	50%	3	1—2 мес.	87,5%
5	1 мес.	73%	4	4 недели	100%
6	1½—2 мес.	80%			
7	молад.	90%	5	{ 1—1½ мес.	75%
8	"	50%		{ ст. 2—3 мес.	16%
9	"	85%			
	"	87,5%			
10	{ молож. 1 м.	89%			
11	{ 2—3 мес.	78%			
12	{ молад.	66%			
	"	80%			

Таблица № 5 показывает, что мыши самого молодого возраста (4—6 недель) являлись наиболее подходящим объектом для перевивок экспериментального рака, а на клиническом материале часто приходится наблюдать, что рак в молодом возрасте протекает в наиболее злокачественной форме, а отсюда следует, что вряд ли молодым организмам свойственны какие-либо особенности состава крови, способствующие растворению раковых клеток.

Влияет ли наследственность на прививаемость опухолей?

По нашему материалу это пока сказать трудно. В 1-й генерации N_1 опухоль была привита частью детям самой опухолевой самки, и у самок получился очень высокий для 1-й генерации % прививаемости — 80, но в то же время у самцов той же разводки % прививаемости = 0.

Больше на этом штамме влияние наследственности не контролировалось.

На штамме N_4 , II генерация была произведена целиком на детях опухолевой самки и, несмотря на то, что в 1-й генер. опухоль развивалась очень медленно, месяцами, и дала всего 33%, во II генер. сразу получилось 86% прививаемости, и животные гибли в первые же 4—6 недель.

Отчего зависит такой под'ем прививаемости и злокачественности?

Может быть и от того, что прививалось на родственные организмы, а может быть, от другой причины, потому что в последующей генерации, хотя опухоль была перевита на совершенно здоровых, молодых мышей, % прививаемости возрос еще больше.

Влияет ли количество прививаемых клеток (густота эмульсии) на быстроту роста опухоли, а, следовательно, и на токсическое ее влияние на организм?

Такой сравнительный опыт у нас был поставлен 1 раз: от одной и той же мыши было привито 0,5% эмульсией 25 мышей и 5% эмульсией — 57 мышей, и в последнем случае получился более быстрый и более токсичный рост опухоли, и нам кажется это вполне понятным, потому что при большей густоте эмульсии вводятся и большее количество жизнеспособных клеток, которые сразу дают большую колонию, чем при менее концентрированном введении эмульсии, а, следовательно, и более быстрое, заметное глазом, развитие опухоли и большую ее токсичность.

Еще несколько слов об образовании метастазов.

Повидимому, разные штаммы не одинаково склонны давать метастазы в определенных местах, что видно из нашего материала: штамм N_1 , — опухоль грудной железы, следовательно, развившаяся на поверхности организма, давала почти во всех случаях метастазы в регионарных лимфатических железах, но метастазы во внутренних органах отмечены всего 12 раз на 229 привитых мышей (до 9 генер. включительно), штамм же N_4 , — опухоль, исходящая из органа брюшной полости, на 34 вскрытых привитых мыши дала метастазы во внутренних органах 7 раз.

Изменения типа опухолей при перевивках, напр., происхождение саркомы при перевивках рака, нам пока наблюдать не пришлось.

Из Акушерско-Гинекологической клиники Ленингр. Медицинского Института
(Заведывающий профессор *К. К. Скробанский*).

Психотерапия в акушерстве и гинекологии.

Г. Б. ГЕРЕНШТЕЙНА.

1. К этиологии и терапии неукротимой рвоты у беременных.

Три четверти века прошло с тех пор, как вопрос о природе hyperemesis gravidarum занимает лучшие умы медицинского мира, пытающиеся мобилизовать весь арсенал клинический, секционный и лабораторный с целью пролить хоть некоторый свет на природу этого таинственного симптома, сопровождающего нередко естественный процесс беременности. Но, к сожалению, до сих пор мы ни на шаг не сдвинулись с мертвой точки, несмотря на все попытки что нибудь сделать в этом направлении. Стоит ли доказывать, что между взглядами на сущность hyperemesis gr. *Dirmoser'a* 20 лет. т. н. (аутоинтоксикация) и сторонниками учения о внутренней секреции с их „новейшей точкой зрения“ на это явление последних лет—нет никакой существенной разницы, кроме разве того, что понятие „аутоинтоксикация“ заменяется представлением о нарушении обмена веществ, обусловленном загадочной игрой каких-то „гормонов“. На смену возникавшим в различное время теориям, видевшим все зло в самоотравлении организма теми или другими токсинами (аутоинтоксикация *Dirmoser'a*, hepatogen'ное учение *Pinard'a*, нарушение обмена веществ *Антушевича* и т. п.) приходили время от времени другие теории, нервно-психические, видевшие в этом симптоме исключительно своего рода психоневроз (*Bumm, Ahlfeld, Хазан*). Эти теории быстро прививались в акушерской среде, но так же скоро теряли своих поклонников и часто только потому, что не всегда удавалось получить эффект от лечения hyperemesis гипнозом или другим методом психотерапии. При внимательном отношении к литературе по этому вопросу бросается в глаза тот всегда почти односторонний подход к вопросу, который свойствен стороннику той или иной теории, ищущему в этом симптоме только токсикоз или только невроз. В hyperemesis gr. акушеры склонны видеть какую то особую болезнь, вроде желтой атрофии печени, почки беременных и т. д., упуская из виду то, что неукротимая рвота есть только симптом, реакция на какой то разыгрывающийся процесс. Так, напр., такой солидный акушер, как *Селицкий*, в своей прекрасной статье: „Hyperemes. gr. с новейшей точки зрения“, ка-

сяясь значения аутопсии в деле выяснения токсикозов беременности, говорит: „аутопсия позволила рассматривать под одним углом зрения такие основные процессы, как неукротимая рвота, острая желтая атрофия печени, эклампсия“. Следовательно акушер склонен во многих случаях отождествлять симптом с сущностью заболевания, от которого он происходит, что и приводит к неправильному выделению неукротимой рвоты, как самостоятельного заболевания. Да и понятие, или, вернее, слово „неукротимая“ в терминологии русских акушеров является абсолютно неверным переводом слова *huree*, и было бы правильнее называть эту форму рвоты „усиленной“, „чрезмерной“ (*В. Жук*), что более соответствовало бы слову „*huree*“ и смыслу самого симптома, который, к счастью, является укротимым в большинстве случаев. *Селицкий*, склонный видеть в *hyperemesis* токсикоз эндогенного происхождения, напоминает об изречении французских авторов, видящих в рвоте „крик отравляемого организма о пощаде“. Но всегда ли это так? О каком отравлении может идти речь или о какой пощаде просит организм, когда рвота появляется у нас рефлекторно, когда наблюдаем ее у других? Наконец, всякое ли отравление вызывает рвоту? Ведь последняя свойственна преимущественно острому отравлению, тогда, как при хроническом организм приспосабливается к яду, в силу свойственного ему привыкания. Следовательно, если предположить, что с первого дня беременности происходит постепенное отравление организма какими то токсинами, то именно к середине или позднему сроку беременности в силу такого привыкания к яду имевшая место вначале рвота должна была бы прекратиться, и, очевидно, т. н. „поздняя рвота“ *Судакова*, как аргумент против ее психогенного происхождения вовсе не обоснована. Если же, с другой стороны, допустить, что этот яд обладает кумулятивными особенностями, то чем же объяснить прекращение рвоты к 3-ьему—4-ому месяцу. Трудно также найти объяснение и т. н. „циклическим формам, *hyperemesis*, протекающим с правильными промежутками в 2—3 недели (*Laudat, Veill*). Почему такие правильные промежутки? Здесь к месту будет упомянуть об одном случае, когда в нашу клинику была доставлена б-ная с такой формой „циклической“ рвоты, но характер последней скоро выяснился, благодаря чистосердечному признанию б-ной в перенесенном 13-ть лет т. н. *lues'e*. Эта „циклическая“ рвота сопровождала „гастрические кризы“, свойственные *tabes'u*, который был нами легко обнаружен у б-ной. Если же принять во внимание, что большинство больных сознательно или в силу незнания *lues* отрицают, то станет понятным, что к такого рода „циклическим“ формам следует относиться с большой осторожностью. Также мало вероятно, чтобы *hyperemesis* обуславливалась специально внесенным природой диссонансом в обмен веществ беременной, до того вполне здоровой и цветущей женщины, а отсутствие солей (*Литвинович*) может привести к тошноте и рвоте помимо всякой беременности. *Селицкий* также согласен с *Цвейфелем*, который утверждает, что истерия никогда не приводит к смерти, но и это на наш взгляд недостаточный аргумент против возможности психогенного происхождения рвоты даже в тяжелых иногда случаях, ибо, действуя в момент т. н. „двигательной бури“ (*Кречмер*), истеричка способна нанести себе смертельные

повреждения. Сторонники же психогенного происхождения *hyperemesis*, видя пред собой лишь мозг беременных, часто вовсе упускают из виду такие факторы в генезе симптома, как расстройства желудочно-кишечного тракта, болезни печени, почек, желез внутренней секреции и т. п. и ясно, почему гипноз и психотерапия не всегда могут иметь место. И, если такой врач, после безрезультатного применения психотерапии легко соглашается с тем, что *hyper. gr.* всегда токсического характера, то он, конечно, заслуживает порицания и, главным образом, в том, что он подошел к случаю с предвзятым убеждением и не поинтересовался предварительно исключить соматический момент. Нам кажется наиболее приемлемым взгляд тех акушеров, которые, не отрицая одной теории и не восхваляя другую, согласны видеть в *hyperemesis* симптом, могущий возникнуть в силу причин, как соматического, так и психогенного происхождения. Нет лишь оснований видеть в *hyperemesis* болезнь *suū generis*, а имея в виду, что это только лишь симптом, мы каждый отдельный случай должны индивидуализировать и в зависимости от причины уничтожать следствие. В тех случаях, где нам удастся исключить тщательным исследованием б-ной соматический момент, мы приступаем к лечению рвоты каким либо методом психотерапии. Наиболее простым и удобным способом, легким по технике и удобным в смысле применения его в клинической обстановке является гипноз. Эффект бывает часто поразительным и довольно стойким, но, к сожалению, не всегда. Этому мешают различные моменты, среди которых следует отметить недостаточную восприимчивость некоторых к гипнозу, боязнь, часто скептическое отношение к гипнозу и т. п. Желательно там, где это выполнимо, прибегнуть к более рациональному способу психотерапии, которым можно было бы, обнаружив причины, в силу которых появился симптом, их затем уничтожить. Иначе говоря, если рвота представляет собой истерический симптом, то мы должны пустить в ход один из тех методов, как напр., психоанализ, лечение убеждением и т. п., которыми мы обычно пользуемся для лечения истеричных больных. Работа психоанализа сводится к тому, чтобы в беседе с больной заставить ее обнаружить смысл, скрытый в симптоме, в данном случае рвоте (а всякий истерический симптом безусловно имеет свой смысл: *Freud, Кречмер*). Так напр., если б-ная боится или не хочет беременеть, рвота может появиться в виде „защитного рефлекса“, в виде бессознательной реакции на нежелание беременности. Здесь получается аналогия с теми картинами истерии, которые мы называем: „бегство в болезнь“, если эта болезнь, или болезненные проявления дают больному какие нибудь преимущества, устраивают его.

В таких, не особенно замаскированных случаях, разобраться в генезе и смысле симптома не представляет больших трудностей, да очень часто сам больной или больная вскрывают этот скрытый смысл симптома, чего бывает достаточно для того, чтобы осознанный и понятый симптом исчез. Но бывают случаи, когда весьма трудно связать настоящий симптом с теми переживаниями, которые гнездятся в бессознательном настоящем и прошлом человека и которые должны были породить те или другие болезненные проявления. Человеческая психика устроена таким

образом, что она старается по возможности устранить из сознания все то, что ей неприятно, предать забвению тяжелые переживания, но это забывание только кажущееся, на самом же деле и давно пережитые аффекты имеют тенденцию всегда проявиться вновь при первом удобном случае.

Freud, основатель психоанализа, учит нас тому, что всякий аффект, всякое сильное переживание должно быть „изжито“, „разряжено“ в свое время.

Если такого изживания аффекта не происходит, он подавляется, вытесняется в бессознательное, имея тенденцию, соединившись с любым представлением, проявиться вновь в виде истерического симптома. Такое „отреагирование“ когда-то заземленного аффекта в виде истерического симптома может принять самые причудливые формы, но, тем не менее, стоит только б-ной сознательно связать симптом с первоначальными переживаниями, вызвавшими аффект, как болезненное явление, теряя свою остроту, постепенно или сразу исчезает. Для пояснения вышесказанного воспользуемся примером, заимствованным у проф. *Аствацатурова*. Жена чувствует физическое отвращение к мужу, за которого вышла замуж. Но в силу тех или иных условий она не может с ним разойтись и, следовательно, разрядить это чувство отвращения. Она с ним „уживается“. При этом чувство отвращения подавляется, вытесняется в бессознательное, имея тенденцию при первом удобном случае разрядиться в виде истерического симптома, связавшись, скажем, с представлением о еде и проявившись в виде истерической рвоты. Расшифровывая шире этот пример мы можем легко допустить, что именно беременность представляет собой тот момент, когда наиболее широко может развернуться игра ассоциаций, связывающих беременность с представлением о физической близости к мужу, к которому б-ная чувствовала когда-то физическое отвращение. В таком случае рвота будет представлять собой разряжающийся, заземленный когда-то аффект, реакцию на подавленное в прошлом, хотя бы однократное, отвращение к мужу. И если врачу в беседе с больной удастся помочь ей разобраться в этой игре бессознательного, пользуясь, как материалом, всем тем, что б-ная рассказывает о своем прошлом, а также, если б-ная из всего того, что ей приходит в голову: слов, сновидений, с помощью врача (разумеется, знакомого с психоанализом), сумеет взять самое существенное и восстановит, таким образом, механизм происхождения у нее невроза—последний, как учит опыт, должен исчезнуть. Правда, часто приходится тратить на подобную работу много времени, почему в целях избавления б-ной от мучающей ее рвоты следует в каждом случае (психогенного характера) испытать гипноз. Но часто достаточно бывает одной беседы для того, чтобы симптом исчез, как это имело место в нашем случае, когда б-ная была излечена после первой же беседы. Прибывшая к нам в клинику б-ная Н. С., 33 лет, жаловалась на неукротимую рвоту, появившуюся в связи с наступившей беременностью. Рвота 7—8 раз в день слизью, водой и пищевыми массами после еды а, главным образом, независимо от еды, в особенности при виде мужа. Стоит только последнему подойти к постели б-ной, как рвота становится невыносимой для б-ной. Первые menses 14-ти

лет $\frac{3-4}{III}$ сразу установившиеся. 20-ти лет вышла замуж, характер *menses* не изменился после замужества. Вскоре наступила беременность, которую пришлось прервать в виду мучившей б-ную, „неукротимой рвоты“. Спустя 5 лет снова забеременела, и в виду сильного желания иметь ребенка, беременность доносила, но к концу была сильно истощена в виду непрекращавшейся у нее рвоты. Ребенок вскоре умер, почему б-ная хотела вновь забеременеть. Последние регулы 3 м. т. н. С началом последней беременности рвота вновь появилась и носит вышеуказанный характер. Б-ная правильного телосложения, умеренного питания. Отличалась всегда хорошим здоровьем. В прошлом у себя никаких особых болезней не отмечает. Также в семье б-ной особых заболеваний отметить не удастся. Болезнями внутренних органов б-ная не страдает. Слегка повышенные сухожильные рефлексы и небольшой тремор век при закрывании глаз. Б-ная педагог-психолог. Во время первой (и оказавшейся последней) беседы я в кратких чертах познакомил ее с сущностью психоанализа и с теми задачами, которые пред нами стоят, при этом я попросил ее быть со мной откровенной и говорить все, что ей вздумается, не делая никакого отбора мыслей, так как только таким путем удастся выудить из бессознательного те моменты, которые должны были сыграть свою роль в деле возникновения рвоты. Б-ная рассказала, что она 13 л. замужем, любит весьма своего мужа, и что ей больно и досадно, что именно образ любимого мужа вызывает у нее рвоту. „Я, говорит б-ная, прекрасно сама чувствую, что рвота у меня не более, как психоневроз, но ничего не могу с собой поделать. Было бы понятно, если бы муж мне действительно был противен, а то я люблю ведь его“. Здесь я ей указал на то, что нет вовсе надобности в том, чтобы она постоянно испытывала неприятное чувство к мужу для того, чтобы возник подобный симптом, и привел вышеупомянутый пример, по которому видно, что и однократно испытанное чувство отвращения, по Freud'у ¹⁾ может привести к подобной замаскированной реакции. Не успел я окончить фразу, как б-ная, изменившись в лице, с радостью воскликнула: „Доктор! Для меня теперь ясно... припоминаю... слушайте! В первый месяц замужества, помню как сейчас, мой любимый муж садится возле меня как-то на кушетке и рассказывает мне о своих шалостях молодости. Между прочим он мне сообщил, что болел какой-то болезнью мочеиспускательного канала. Я, заподозрив гоноррею, почувствовала в этот момент такое отвращение, что меня буквально стошнило, и я долго не могла опомниться от охватившего меня чувства отвращения. С течением времени я успокоилась, про этот эпизод забыла и до сих пор не вспоминала. Теперь для меня ясно“. И тут б-ная сама развивает след. образом свои мысли: „очевидно это чувство отвращения в свое время не было изжито до конца, не было отреагировано, а вытеснено в бессознательное, имея тенденцию прорваться вновь. Для меня также понятно, что беременность представляет собой наиболее подходящий момент, когда легко могут вновь ожить ассоциации с прошлым и

¹⁾ Аствацатуров критически относится к учению Freud'a и его не разделяет.

это затаенное, в свое время не разрядившееся чувство отвращения, связанное с представлением о муже, должно было быть отреагированным в виде какого-нибудь истерического симптома, хотя бы рвоты, как явления наиболее близко связанного с представлением об отвращении. Больше у меня рвоты, как будто, нет. Жду с нетерпением мужа. Посмотрим, что будет". На мое предложение сделать ей еще внушение в гипнозе б-ная отказалась, заявив, что не сомневается в положительном результате нашей беседы.

В тот же вечер пришел муж, который был поражен, увидя, что б-ная лежит с радостным лицом и не проявляет себя, как обычно, и на вопрос: "Тебя видно сегодня поскоблили?" — получил ответ: "Ничуть не бывало, меня, оказывается, тошнило от твоих походов молодости". Б-ная стала усиленно питаться, быстро поправилась и через несколько дней выписалась совершенно здоровой. По имеющимся сведениям она до сих пор (последние месяцы беременности) чувствует себя хорошо.

2. К терапии вагинизма.

Точно также, как *hyperemesis gravidarum* является симптомом, который может быть обусловлен причинами различного характера, как соматического, так и психического, так и вагинизм представляет из себя симптом, обусловленный различными причинами и выражающийся в судорожных сокращениях мышц гениталий, препятствующих выполнению нормального полового акта. Вполне понятно, что такие явления, как ссадины на *vulva*, перенесенная гоноррея и другие, имевшие место воспалительные процессы могут создать условия, при которых до того нормальный *coitus* стал бы болезненным и даже вовсе невозможным. Но на практике приходится встречаться часто с явлениями вагинизма, выражающегося в тонически-судорожных сокращениях *m. m. constrictoris cunni, sphincteris ani, levatoris ani* и других мышц у лиц, половой жизнью вовсе не живших. Одни склонны видеть все зло в таких случаях в недостаточно широком отверстии *hymen'a*, в слишком плотной его ткани и, исходя из подобных соображений, намечают ту или иную, в большинстве случаев оперативную терапию. *Veit* предлагает метод, заключающийся в том, чтобы, убедив больную, что ей сделают безболезненное расширение *hymen'a*, вводят ей затем в наркозе зеркала различной толщины, оставляя каждое из них на некоторое время. Автор воздерживается от всяких оперативных кровавых вмешательств, но допускает в исключительных случаях разрез *m. constrictoris cunni* от *columna rugarum post.* Что же касается полного удаления *hymen'a*, то *Veit* допускает это в тех случаях, когда отверстие его неимоверно мало. Против подобного взгляда возражает *Шредер*, утверждая, что вагинизм в таких случаях вовсе не зависит от малого отверстия, так как именно при весьма малом отверстии *hymen* скорее претерпит разрыв к тому, чтобы разорваться, а будучи разорванным или даже надорванным, он при следующих попытках к *coitus'u* не дает тех болезненных ощущений, какие обычно получают при постепенном растягивании *hymen'a* с достаточно широким отверстием. Но встречаются случаи, когда, несмотря на разорванный

всецело и давно *hymen, coitus* все же невозможен, как было и в нашем ниже приведенном случае, и здесь, следовательно, причина возникновения судорожных явлений и спазма, несомненно, также психогенного происхождения. (Schauta, Krönig, Walthard, Raefler). Там, где вагинизм представляет собой психоневроз, показана, конечно, психотерапия. Психоанализ, как более или менее длительный метод лечения, применимый к больным с развитым интеллектом, на наш взгляд, в таких случаях непримлем. Следует выбрать другой метод, который мог бы быстрее привести к цели. Если б-ная впадает в гипнотическое состояние, можно, как это сделал Raefler из клиники Menge, ввести в *vagin'u* тогда, когда б-ная находится в гипнозе, несколько расширителей, и, разбудив ее, указать ей и убедить ее, что точно также, как ей не больно было при введении расширителей, точно также и *coitus* будет безболезненным. В нашем случае больная Б. 25 лет, ученица консерватории, в гипнотическое состояние не впадала, несмотря на неоднократные попытки в таковую ее ввести. Всю работу по излечении ее пришлось проделать на яву. Б-ная обратилась в клинику по поводу жалоб на невозможность сойтись с мужем, за которого вышла 3 года, т. к. при каждой попытке к *coitus'u* б-ная становится неменяемой в своих сопротивлениях. По ее словам, она с детства отличалась впечатлительностью и постоянной раздражительностью. Замуж вышла любя, но мужу боится довериться, считая его неопытным в этом отношении, так как, по его словам, он и с первой женой не жил половой жизнью. Она убеждена, что он может нанести ей сильные повреждения. Б-ная не может забыть впечатления, произведенного на нее рассказом одной дамы о тех мучениях, которые выпадают на долю женщины при первом *coitus'e*. Б-ная жалуется на постоянные головные боли, шум в ушах, подчас спутанность мысли. Занятия по музыке пришлось забросить, так как сильно за время замужества пострадали память и слух. Бессонные ночи и ни к чему не приводящие попытки к *coitus'u* сильно истощили больную: по ее словам, она потеряла за время замужества пуд веса. Вечные мысли о том, что она не такой человек, как все, не дают ей покоя. Часто б-ная подумывает о том, что она, возможно, недостаточно развита физически и что у нее детские органы. Б-ная среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания. Кроме некоторых детских болезней, никаких заболеваний в прошлом у себя не отмечает. Мать нервная женщина, отец человек здоровый. Душевных больных в роду не отмечает. Б-ная всегда отличалась хорошим здоровьем. Мenses с 14-ти лет, сразу установившиеся $\frac{3-4}{IV}$. После замужества характер их не меняется. Со стороны *genitalia* норма. *Hymen* отсутствует, разрушен, по видимому, давно. Небольшая гиперемия слизистой влагалища.

После того, как в продолжении 5-ти сеансов внушения на яву удалось убедить б-ную, что она такая же женщина, как все, что органы у нее вполне развиты, и, познакомив ее в понятных для нее словах со строением *genitalia* и с их физиологическими отправлениями, я предложил ей притти вновь в клинику для того, чтоб сделать ей „расширение“ влагалища. В назначенный час б-ная с уверенностью легла на стол, и в то время, как я был

занят соответствующими убеждениями больной, что она не испытывает никакой боли, ст. ас. клиники д-р Федоров, по моей просьбе, вводил ей расширители Hegar'a, начав с 10-ого номера. На введение первых расширителей б-ная кое-как еще реагировала общей нервной дрожью, но вскоре совсем успокоилась; когда был введен расширитель № 26 б-ной предложено было вынуть его собственной рукой, что было ею выполнено. После того б-ная соскочила со стола и сказала: „теперь я согласна с тем, что я такая же женщина, как и другие, думаю, что я смогу теперь жить нормальной жизнью.

Через 3 дня б-ная пришла и сообщила, что coitus проходит вполне нормально. Спустя 4 месяца б-ная обратилась ко мне с просьбой посмотреть, не беременна ли она, при этом она сообщила, что значительно прибывла в весе, память и слух вернулись, занимается успешно, чувствует себя хорошо и считает себя даже счастливой.

Вот, следовательно, два образца тех многочисленных методов психотерапии, которыми часто удается освободить женщину от гнетущих ее симптомов и страданий психогенного характера. В области лечения психоневрозов трудно указать какойнибудь шаблон, которым можно было бы пользоваться при каждом случае, точно также, как трудно классифицировать наши душевные проявления. Следует лишь каждый раз помнить, что человек это та же машина, которая склонна к капризам не только в случае порчи или негодности отдельного колесика, пружинки или маховичка, но и тогда, а может быть чаще всего, когда рычаг главного регулятора чуть сдвинется с места. И часто бывает достаточно и у больного повернуть и поставить на место его регулятор—психику, дабы исчезли все ненормальности его жизненных отклонений.

ЗАСЕДАНИЯ АКУШЕРСКИХ и ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОБЩЕСТВ.

Протокол № 19 заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества

от 8-го января 1925 г.

Председательствовал проф. *Л. Л. Окличин*. Присутствовало 40 членов общества и 57 гостей. Обязанности секретаря исполнял *Г. Гентер*. Общество встретило явившегося на заседание *В. В. Желтухина* аплодисментами.

Председатель проф. *Окличин* обратился к *В. В. Желтухину* с приветствием по случаю 70-летия его рождения, охарактеризовал его многолетнюю деятельность, как врача-акушера, отметил его огромные заслуги перед делом родовспоможения в Ленинграде и благодарил его от имени Общества и лично от себя.

В. В. Желтухин в ответном слове благодарит Общество за крайне внимательное отношение к запросам родовспоможения.

Н. В. Терновский отмечает неумолимую общественную деятельность *В. В.* в совещании городских акушеров в течение почти 30 лет.

Проф. *К. К. Скробанский* указывает, что дело родовспоможения в Ленинграде было на редкой высоте, что большая часть русских профессоров-акушеров прошли через родильные приюты Петрограда, отмечает живейшее участие *В. В.* в научной работе приютов, где научная мысль всегда была на должной высоте. Акушерско-Гинекологическое общество счастливо тем, что оно может посвятит уважаемому юбиляру номер своего журнала.

В. В. Желтухин, считая свою долю в приютской работе скромной, приписывает всю заслугу многочисленным своим видным сотрудникам по совещанию. Секретарь общества *П. Ф. Меркульев* прочел протокол заседания от 11 декабря. Протокол был утвержден.

Председатель проф. *Окличин* от имени проф. *В. В. Строганова* просит членов общества направлять больных эклампсией в Государственный Повивально-Гинекологический Институт.

И. Я. Чудновский: 2 случая рака наружных половых частей в сочетании с лейкоплакией.

Проф. *К. К. Скробанский* считает, что вряд ли существует прямая зависимость между pruritus, carcinoma et cancer vulvae. В то время, как pruritus vulvae болезнь очень частая, рак наружных частей—болезнь редкая. Может быть в новой трофонейротической теории (*Молотков*)—мы найдем точку соприкосновения.

Проф. Д. Н. Ширшов видел много случаев pruritus и scaurosis vulvae. Этиологической связи с карциномой он также не усматривает. Тут повидимому два самостоятельных заболевания.

Проф. Л. А. Кривецкий, наоборот, полагает, что pruritus иногда переходит в scaurosis, а на почве ее развивается cancer. Последовательность тут такова: pruritus-leucoplakia-scaurosis-carcinoma. У нас есть случаи, где мы на-днях сделаем перерезку п. pudendus по Молоткову. Картина лейкоплакии отлична от scaurosis. Повидимому английские авторы более правы, чем немецкие, которые оба эти процессы отождествляют.

К. П. Улезко-Строганова. Сравнивая микроскопические описания leucoplakia и scaurosis, как они приводятся в литературе, можно, пожалуй, согласиться с предположениями немецких авторов, что они представляют различные периоды одной и той же болезненной формы.

Случаи, демонстрированные докладчиком, представляют несомненный интерес, так как оба они сопровождалась развитием рака, как это отмечается и другими авторами. При этом особенно следует обратить внимание, что развитие атипического роста эпителия и рака наблюдается на высоте процесса, когда в сосочковом слое наиболее выражен реактивно-воспалительный инфильтрат, как будто последний оказывает какое-то ферментативное действие на эпителий, вызывая его гиперплазию и атипический рост.

Проф. Л. Л. Окитниц благодарит докладчика за интересное сообщение.

П. Е. Пионтник-Файнберг. Теоретическое обоснование причины эклампсии и способ ее лечения.

Проф. К. К. Скробанский считает доклад малообоснованным, а посему для научного общества неподходящим.

Проф. Л. Л. Окитниц поясняет, что доклад индивидуальный, но рекомендован Д. О. Оттом.

Проф. В. В. Строганов слышит доклад второй раз. Доклад возбуждает множество вопросов. Тезисы научного доклада должны быть обоснованы как экспериментально, так и клинически.

По прекращении прений П. Е. Пионтник-Файнберг в заключительном слове указывает на тяжелое положение врача, не имеющего возможности работать экспериментально.

М. Д. Гутнер. Случай гипертонии во время беременности с летальным исходом.

Проф. А. В. Марковский. Судя по докладу, следует вывести заключение, что во время беременности и в родах имеется гипертония. У нас в клинике производится поголовное измерение кровяного давления у беременных и рожениц.

На большом материале я все же не могу отметить значительных явлений гипертонии.

Проф. К. К. Скробанский считает доложенный случай эксквизитным и интересуется, не было ли найдено изменений в печени. Вероятно в этом случае гипертония развилась очень быстро, перед родовым актом. Интересна причина подобной гипертонии. Нельзя ли тут привлечь эклампсию? Ведь иногда при эклампсии смерть наступает в самом начале болезни при первом припадке или даже до припадков. Всем известна эклампсия без судорог. В уче-

нии о внутренней секреции и о конституции царит еще мало света и мы еще бродим в темноте.

К. П. Улезко-Строганова спрашивает, какие были найдены изменения в стенке аорты.

Р. Р. Дурье вполне подтверждает высказанное проф. А. В. Марковским. Мы всегда измеряем кровяное давление и обычно не видим гипертонии. Случаи с гипертонией угрожаемы по эклампсии. Предполагаю, что тут были изменения в сосудистой системе. Может быть тут был *status tymico-lymphaticus*.

Г. Г. Гейтер. Клинического обследования в нашем случае быть не могло, так как больную в живых мы не видели. Я счел нужным предложить М. Д. Гутнеру поделиться своим случаем, так как он представляет собою крайнюю редкость, особенно, если принять во внимание, что тут мы нашли полное отсутствие изменений в строении аорты. Некоторые новейшие авторы видят в гипертонии беременных явление конституциональное.

С. Г. Хаскин. Докладчик приводит мнение Hinselmann'a что наблюдаемые у беременных и рожениц стазы в капиллярах являются результатом повышения кровяного давления. Но это мнение Hinselmann'a опровергается работами Linzenmeier'a, Hodge и Parisius'a. При сепсисе кровяное давление понижено, а стазов имеется большое количество. Linzenmeier изменения кровяного тока в капиллярах ставит в связь с быстротой оседания в цитратной плазме эритроцитов, объясняя и то и другое повышением, агглютинации эритроцитов; эритроциты образуют глыбки и закупоривают капилляры, вследствие чего и происходят стазы и другие изменения капиллярного тока. Он и Hodge подтверждают это большим материалом. Parisius, исходя из анатомических данных и наблюдений рядом лежащих капилляров, считает их автономными в своей функции. Мною, по поручению проф. Кипарского, делаются наблюдения над капиллярным кровообращением и мои наблюдения сходятся с наблюдениями Linzenmeier'a, т. е., что повышение количества стазов и вообще изменения капиллярного тока у беременных вовсе не говорят о повышении кровяного давления и вообще больше зависят от других причин, нежели от колебаний кровяного давления (автореферат).

Проф. *В. В. Строганов* случаев, подобных доложенному, не видел, но неоднократно наблюдал кровоизлияния в мозг. Может быть и тут в основе лежат изменения в системе сосудов, а также изменения в сердце.

П. Е. Пионттик-Файнберг полагает, что исследования крови могли пролить свет на этиологию заболевания. В таких случаях дача хлороформа в родах могла понизить кровяное давление.

М. Д. Гутнер говорит заключительное слово.

Проф. *Л. Л. Окинчиц* благодарит докладчика за интересное сообщение.

Административная часть.

Проф. *К. К. Скробанский*: Редакция журнала извиняется перед обществом и перед Л. Л. Окинчицем, что номер журнала, посвященный Л. Л., опоздал ко дню его юбилея.

Л. Л. Окинчиц благодарит Общество за честь, ему оказанную, но считает, что на очереди были номера, посвященные К. К. Скробанскому, Д. А. Парышеву и Г. В. Кипарскому.

А. Я. Штериберг считает желательным, чтобы в таких номерах были помещаемы биографические очерки юбиляров.

Проф. *К. К. Скробанский* указывает на скудость места, а также на то, что биографический очерк появился уже в особом сборнике трудов, посвященных *Л. Л. Окинчицу*.

Проф. *Л. А. Кривский* напоминает, что необходимо выпустить номер журнала, посвященный *К. К. Скробанскому*.

Секретарь общества *И. Ф. Меркульев* прочел протокол административного заседания от 11 декабря. Протокол был утвержден.

Проф. *Л. Л. Окинчиц* сообщает о шагах, предпринятых правлением к сохранению Василеостровского и Нарвского родильных приютов.

Годовое заседание общества назначается на субботу 31 января.

Председатель проф. *Окинчиц*.

Секретарь *Геитер*.

Протокол № I годового заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества.

31 января 1925 г.

Председательствовал проф. *Л. Л. Окинчиц*. Присутствовали 67 членов Общества и 46 гостей. Обязанности секретаря исполнил *И. Ф. Меркульев*.

I. Секретарь Общества *Г. Г. Геитер* прочитал отчет о деятельности Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества за 1924 год.

Отчет, рельефно обрисовавший все стороны жизни Общества в отчетном году, вызвал аплодисменты присутствовавших членов Общества.

II. Казначей Общества *Е. Д. Тимофеев* прочитал отчет казначея Общества за 1924 год.

III. Председатель Общества *Л. Л. Окинчиц* произнес речь „О конституции женщины“.

Указав на тот интерес, который возбуждает в настоящее время вопрос о конституции, переживающий, так сказать, период очередного увлечения, *Л. Л.* делает попытку разобраться в многочисленных существующих схемах конституции, желая найти такую, которая могла бы иметь практическое значение, т.-е. согласно требованию *Aschner'a*, основывалась бы на общепонятных и общедоступных способах исследования и была выражена в общепонятных выражениях.

По мнению *Л. Л.*, наиболее близкими для нас должны считаться схемы *Sigaud*, *Kretschmer'a*, *Tandler* и *Mathes'a*, но для врача-гинеколога необходимо иметь такую схему, в основе которой лежит важнейший признак—признак пола. Все человечество

естественным образом разделяется по конституции на 2 группы: мужскую и женскую. В дальнейшем докладчик предложил следующую схему конституции женщины: в центре стоит нормальная женщина; от нормального типа отделяются отклонения количественные и качественные. Отклонения количественные—дают инфантильный тип, проявляющийся в виде частичного или общего инфантилизма (этот тип встречается в различных степенях в 10—20% всех женщин). Отклонение качественное дает тип *интерсексуальный*. Каждый из этих типов конституции разделяется на более мелкие группы, причем в основу деления берутся различные признаки: *строение тела* (схема *Kretschner*'а: типы астенический, пикнический и атлетический), *отложение пигмента* (в волосах, коже, глазах): брюнетки, блондинки, шатенки, рыжеватые; *тонус вегетативной нервной системы*: гипертонический и гипотонический тип. Далее оратор привел несколько примеров, указывающих на предрасположение женщин того или другого конституционного типа к заболеванию некоторыми болезненными формами и на различное течение этих заболеваний (эклампсия, септические заболевания). Известное различие должно быть также отмечено во влиянии профессиональных вредностей на женщин различной конституции.

Речь председателя Общества была выслушана с величайшим интересом собранием и вызвала единодушные шумные аплодисменты аудитории.

Административная часть заседания.

I. Заслушано Обществом поступившее от заведующего Губздравотделом на имя председателя Акушерско-Гинекологического Общества проф. *Л. Л. Окличича* отношение от 20/1 1925 г. за № 9250 с приложением выдержки из отчета уполномоченного Севзапэко при торгпредстве в Германии, в которой сообщается, „о действиях некоторых ленинградских профессоров, роняющих авторитет наших научных учреждений и значительно осложняющих работу по установлению нормальных деловых взаимоотношений с соответствующими организациями за границей“. Заведующий Губздравотделом просит Общество высказаться по этому вопросу.

После обмена мнений, в которых приняла участие: *Р. В. Гипарский*, *Б. Б. Скробатский*, *А. В. Марковский*, *В. В. Строганов* и *Л. Л. Окличичи*, Общество делает следующее постановление:

„В действиях проф. *С. А. Бруштейна*, разославшего в качестве председателя Организационного Комитета по созыву физиотерапевтического с'езда циркулярное письмо немецким фирмам с приглашением принять участие в организуемой во время с'езда выставке, Общество не видит ничего предосудительного. Что же касается действий проф. *М. И. Неменова*, то если изложенное в отчете уполномоченного Севзапэко отвечает фактической стороне дела, Ленинградское Акушерско-Гинекологическое Общество считает подобный образ действий некорректным“.

Это постановление Общества постановлено довести до сведения заведующего Губздравотделом согласно его просьбе.

II. Заслушано поступившее на имя председателя Акушерско-Гинекологического Общества от Ленинградского Губернского Управления Социального Страхования отношение от 27/XII 1924 г. за № 6991, с просьбой дать заключение на основании прилагаемых данных, допустима ли была ошибка д-ра *Маккавеева* почти на два месяца в определении срока дородового периода. К отношению приложены: 1) Объяснительная записка д-ра *Маккавеева*, 2) Анкетный лист консультации для беременных. 3) Выписка из больничного листка.

После обмена мнений вынесено следующее постановление:

„Научно установлено, что абсолютная точность в определении срока наступления родов невозможна, так как определение этого срока основывается частью на анамнестических данных, нередко недостаточно точных, частью на объективных данных, подвергающихся резким индивидуальным колебаниям. Научно установлена возможность случаев, где беременность вместо обычных 280 дней продолжалась до 340 дней (так называемые запоздалые роды). К числу таких случаев относится и случай д-ра *Маккавеева*, в котором индивидуально большая продолжительность беременности соответствовала чрезмерной величине плода. Таким образом ошибочное определение срока родов д-ром *Маккавеевым* в данном случае не может быть поставлено ему в вину.

Вопрос о неправильном определении срока родов врачами-акушерами, работающими в пунктах Охраны Материнства и Младенчества Ленинградского Губздрава, уже был предметом обсуждения Акушерско-Гинекологического Общества в заседании 11/X 1923 г. Поводом к обсуждению вопроса послужило поступившее от Кассы Социального Страхования в Под'отдел Охраны Материнства и Младенчества Ленинградского Губздравотдела обвинение врачей-акушеров в неопытности или невнимательности, обнаруживающейся в неправильном определении срока родов и раннем освобождении от работ беременных женщин.

Проф. *Л. Г. Личкусом* был представлен доклад, освещающий на основании научно установленных данных вопрос о возможности безошибочно точного определения срока родов; проф. *Л. Г. Личкус* с полной убедительностью доказал ошибочность обвинения, брошенного врачам-акушерам. Доклад этот, единогласно одобренный Обществом, был своевременно представлен в Под'отдел Охраны Материнства и Младенчества, а в скором времени будет опубликован в „Журнале акушерства и женских болезней“.

III. Обсуждался вопрос о том, что в последнее время районные тройки, устанавливающие необходимость производства аборта по социальным показаниям, предъявляют к больничным учреждениям требование, чтобы и по чисто медицинским показаниям аборты обязательно проходили через эти тройки.

Из обмена мнений, в котором приняли участие *А. Е. Цинкин*, *В. В. Строганов* и *К. Н. Рабинович*, выяснилось, что прохождение через районную тройку в некоторых случаях, где прерывание беременности требуется, как экстренное медицинское мероприятие, может угрожать жизни больной.

Постановлено: довести до сведения Губздравотдела мнение Общества, что производством прерывания беременности по научным медицинским показаниям всецело относится к компетенции

больничных учреждений и не должно зависеть от районных троек, которым предоставлено право устанавливать лишь „социальные“ показания для производства выкидыша,

IV. Прочитано заявление д-ра *Давида Исаковича Богина* о желании вступить в члены Общества, *singiculum vitae* его. Рекомендуют: *А. А. Кривский*, *С. М. Миронова* и *М. И. Рыжков*.

Постановлено баллотировать в следующем заседании.

V. Произведена баллотировка в действительные члены Общества врача *М. Д. Гамелиной* (предложена *А. А. Кривским*, *Л. Л. Окиничим* и *Г. Г. Гентером*). Закрытой баллотировкой *М. Д. Гамелина* выбрана в действительные члены Общества.

VI. Произведены, согласно уставу Общества, выборы Правления Общества на 1925—1926 г. Избранными оказались:

Председателем Общества—проф. *Л. А. Кривский*.

Товарищами председателя Общества: проф. *Л. Л. Окинич*, проф. *Р. В. Кипарский* и проф. *А. В. Марковский*.

Секретарями Общества: пр.-доц. *Г. Г. Гентер* и д-р *П. Ф. Меркульев*.

Казначей Общества—д-р *Е. Д. Тимофеев*.

Редактором журнала Общества—проф. *К. К. Скробанский*.

Председатель *Л. Кривский*.

Секретарь *П. Меркульев*.

Отчет о деятельности Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества за 1924 г.

В нижеследующем я позволю себе вкратце обрисовать деятельность Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества за минувший 1924-й год, 39-й год существования.

Число очередных заседаний было 19 (из них одно—годовое); административных—17.

Посещаемость заседаний членами Общества выразилось в цифрах от 18 до 51 присутствовавших на каждом заседании, достигая максимум'a в заседаниях 14-го февраля и 13 ноября (по 51 члену).

Число гостей колебалось от 24-х человек (26 июня) до 115 человек (14 февраля).

Новых членов Общества в истекшем году избрано 14 человек:

- 1) *Осякина*, Александра Ивановна.
- 2) *Павлова*, Евгения Семеновна.
- 3) *Ивашкевич*, Варвара Павловна.
- 4) *Бакич*, Григорий Аркадьевич.
- 5) *Виноградов*, Владимир Петрович.
- 6) *Перльштейн*, Вера Исаковна.
- 7) *Трон*, Полина Давыдовна.
- 8) *Шустер-Кадыш*, Михаил Абрамович.
- 9) *Попов*, Алексей Викторович.
- 10) *Фаддеева*, Любовь Германовна.

- 11) *Фейерта.* Георгий Максимович.
- 12) *Муравьев.* Николай Иванович.
- 13) *Калинина.* Елизавета Федоровна.
- 14) *Коган,* Моисей Ипполитович.

В почетные члены Общества единогласно избран *Hartmann*, проф. медицинского факультета Парижского Университета.

Из иностранных гостей на заседании 12 июня присутствовал проф. Мюнхенского Университета *Meilhaler*, сделавший доклад на тему: „О значении клеточного иммунитета в борьбе с некоторыми заболеваниями“.

На заседании 10 апреля присутствовал доктор *H. I. Stander*, старший ассистент проф. *Wolhridge Williams* в Балтиморе (U. S. A.).

Из действительных членов Общества в минувшем году скончались проф. Анастасий Александрович *Спилюнский*, проф. Воронежского Университета Сергей Дмитриевич *Мизнов* и в Ленинграде д-р Николай Александрович *Платов*.

В заседании 10 апреля Общество почтило память скончавшейся старшей женщины-врача Софии Васильевны *Шмеман*, и в заседании 12 июня трагически погибшего от руки убийцы Льва Генриховича *Стуксея*. *Sit eis terra levis!*

В отчетном году Общество приветствовало своих юбиляров:

Проф. *P. B. Кипарского* и проф. *Л. А. Кривского*, по поводу 30 летия их научно-врачебной деятельности, проф. *Л. Л. Ожиница*, по поводу 25 летия его научно-врачебной деятельности и *В. В. Желтужина* по поводу 70 летия его рождения.

Правление Общества состояло из следующих лиц:

Председатель—проф. *Л. Л. Ожиница*.

Товарищи председателя—проф. *P. B. Кипарский*, проф. *Л. А. Кривский* и *В. А. Столыпинский*.

Секретари Общества *П. Ф. Меркульев* и приват-доцент *Г. Г. Гентер*.

Казначей—*Е. Д. Тимофеев*.

Библиотекарь—*В. В. Преображенский*.

В состав Правления входит редактор журнала Общества—проф. *К. К. Скробанский*.

В научных заседаниях перед Обществом прошел большой ряд докладов и демонстраций, затрагивавших различные области Акушерства и Гинекологии.

В годовом заседании 31 января 1924 г. секретарь Общества *П. Ф. Меркульев* представил Обществу подробный, исчерпывающий отчет о научной деятельности Общества за 38-й год жизни Общества.

Общественный интерес имели доклады:

1) Проф. *Л. Г. Личкус*: Роль противозачаточных средств в деле борьбы с искусственным выкидышем; доклад заслушан в соединенном заседании Акушерско-Гинекологического Общества и Научного Общества охраны материнства и младенчества 14 февраля.

2) *Г. А. Бакит*: К вопросу о сроке освобождения работниц арены от работ во время беременности.

3) Проф. *В. В. Строганов*. Впечатления о поездке в Англию.

4) *В. В. Желтужин*. О восстановлении сети родильных приютов в Ленинграде.

Теоретическое акушерство было представлено в следующих докладах:

- 1) *Г. А. Бакит*. Экспериментальная гликозурия у беременных с точки зрения ее этиологии.
- 2) *Е. И. Гуревич*. Определение пола плода по химической реакции крови матери (реакция *Маноилова*).
- 3) *М. Д. Гутнер*. Случай гипертонии при беременности с летальным исходом.
- 4) *С. О. Теумин*. Кровяные пластинки при пуэрперальных септических заболеваниях и методика исследования их.

Практическое акушерство затронуто было в следующих докладах:

- 1) *Д. И. Богин*. К казуистике шеечно-влагалищной фистулы при выкидыше.
- 2) Проф. *Л. И. Бубличенко*. К вопросу об *abortus spontaneus praeternaturalis*.
- 3) *М. Д. Гутнер*. Профилактическое и диагностическое значение ректального исследования во время родов.
- 4) *М. В. Елжин*. Случай цервикального центрального предлежания последа с развитием яйца в полости шейки.
- 5) *Е. И. Зворыкина*. Тяжелый случай ложной атрофии печени, кончившейся выздоровлением.
- 6) *М. Я. Карлин*. 2 случая пуэрперальной атрофии матки, развившейся после атонического кровотечения.
- 7) *М. И. Коган*. Беременность и кисты яичника.
- 8) *Н. Я. Макаревич*. 2 случая метастатического панофтальмита при септических заболеваниях.
- 9) *Е. С. Павлова*. К технике искусственного прерывания беременности и одновременной стерилизации при беременности от 1—5 мес.
- 10) *В. И. Перлштейн*. К профилактике послеродовых заболеваний.
- 11) *П. В. Пиотник-Файнберг*. Теоретические обоснования причины эклампсии и способ ее лечения.
- 12) *О. И. Топчиева*. 2 случая фимбриальной беременности.
- 13) *А. И. Штейнман*. О щипцах *Kielland'a*.

К теоретической гинекологии относились доклады:

- 1) Проф. *Theilhaber*. О значении клеточного иммунитета в борьбе с некоторыми заболеваниями.
- 2) *О. М. Антошина*. К патологической анатомии хронического метрита.
- 3) *С. М. Гутнер*. Может ли ретроверсия-флексия быть врожденной?
- 4) *М. И. Коган*. Ферментативная деятельность фибромиом матки.
- 5) *А. Э. Мандельштам*. Бактериологический контроль чувствительности реакции *Fahrracus'a*.
- 6) *А. П. Осякина*. Кисты желтого тела.
- 7) *А. В. Попов*. О частоте перерождений фибромиом матки.
- 8) *Г. В. Ходецкий*. Экспериментальное исследование профилактического и терапевтического действия эфира в брюшной хирургии.

Практическая гинекология нашла отражение в докладах:

- 1) *Л. М. Варшавчик*. Случай недостаточного развития мочеполювого аппарата у женщины.
- 2) *О. А. Григорова*. Оперативный материал Акушерско-Гинекологической Клиники Л. М. И. за 11 лет по поводу опущения и выпадения матки и влагалища.
- 3) *М. И. Литвак*. Терапия опущений и выпадений матки и стенок влагалища по материалам Родильного Дома имени проф. *Стеширева* за 1913—23 г.
- 4) *Л. В. Лубоцкая*. Внутривенное введение уротропина послеоперационным больным.
- 5) *А. В. Попов*. К технике реакции скорости оседания эритроцитов.
- 6) *П. Д. Трон*. К вопросу о значении бактериоскопического исследования выделений влагалища.
- 7) *И. Я Чудновский*. 2 случая рака наружных половых частей в сочетании с лейкоплакией.
- 8) *Я. Ш. Шатино*. Случай гангрены легких после мионотомии.

Кроме перечисленных 38 докладов было сделано 10 демонстраций.

- 1) *Гр. А. Бакин* поделился с Обществом случаем окаменелого плода.
- 2) *А. Л. Верт* представил редкий препарат нелопнувшей интерстициальной беременности.
- 3) *Е. С. Павлова* демонстрировала случай уродства плода (Sacralteratoma).
- 4) *К. Н. Рабинович* показал 2-х больных, оперированных проф. *Скробанским* по поводу отсутствия влагалища по *Baldwir'y*.
- 5) *К. Н. Рабинович* предъявил редкие препараты, полученные при операции: дермоид сальника.
- 6) и миксофиброма слепой кишки.
- 7) Проф. *К. К. Скробанский* демонстрировал металлическую спицу, извлеченную из полости матки.
- 8) Проф. *В. В. Строганов* предложил Обществу новый английский кровоостанавливающий препарат *Temergon* и
- 9) показал новую книгу *Hinselmann'a* об эклампсии и. наконец,
- 10) *О. Ф. Фольберг* представила случай уродства плода (Хондродистрофия).

Таким образом, в отчетном году заслушано было 38 докладов и 10 демонстраций, что составляет 48 номеров, на 5 номеров больше, чем в предыдущем году.

В административных заседаниях Общества производились выборы новых членов, каковых избрано 14 человек. Вопрос об издании журнала Акушерства и женских болезней был в истекшем году особенно близок Обществу.

Благодаря неутомимой энергии редактора проф. *К. К. Скробанского* удалось выпустить 5 номеров журнала, из коих один согласно постановления Общества посвящен проф. *Л. Л. Оксичицу* в ознаменование 25 летия его научно врачебной деятельности.

Общество питает твердую надежду, что и в будущем году старейший русский акушерско-гинекологический журнал будет жить под умелым и энергичным руководством его редактора.

Прошедший 7-й Съезд Российских Гинекологов и Акушеров был также темой работ Общества. От Общества введены в Организационный Комитет Съезда секретари: *П. Ф. Меркульев* и прив.-доц. *Гейтер*.

Далее Общество работало над вопросом о противозачаточных средствах. Поводом послужило предложение Губздрава указать, какие из наиболее известных противозачаточных средств являются наиболее целесообразными, безвредными и дешевыми.

Постановление выработано специально избранной комиссией в составе проф. *Л. Л. Окунчица*, проф. *Л. Г. Личкуса*, проф. *К. К. Скробанского*, *В. В. Желтухина*, проф. *П. И. Люблинской*, *Р. Г. Лурье* и секретаря Общества *Г. Г. Гейтера*.

Обществу пришлось также работать по вопросу о сроке освобождения от работ работниц арены во время беременности. Поводом послужило отношение Ленинградского Губернского Управления Социального Страхования от 17 марта,

Специальная комиссия в составе врачей клиники проф. *Р. В. Кипарской*, разработав этот вопрос, представила свое заключение Обществу, каковое и принято в заседании 17 апреля.

Особенно живо отозвалось Общество на вопрос о восстановлении сети городских родильных приютов. Общество единодушно встало на защиту имеющей столь огромное значение заслуги системы родовспоможения в Ленинграде и взгляд Общества выразился в постановлении особой комиссии в составе *В. В. Желтухина*, проф. *Л. Л. Окунчица*, проф. *К. К. Скробанского*, проф. *Л. А. Кривского*, *М. Л. Банщикова* и *П. Ф. Меркульева*.

Постановление принято Обществом в заседании 27 ноября.

Во внимание к крупным заслугам перед наукой покойных членов Общества проф. *Н. Н. Феноменова* и *Д. А. Парышева* Общество сочло своим нравственным долгом возбудить перед Цекубу ходатайство о назначении их вдовам персональной пенсии.

В заседании 11-го декабря Общество высказало свой протест против расстрела в Эстонии д-ра *Полякова*, оказывавшего врачебную помощь раненым при восстании.

Общество приветствовало Всероссийский Oto-Ларингологический Съезд телеграммой. Ежемесячно секретариат Общества представляет отчет о деятельности Общества в Отдел Управления Ленинградского Губисполкома.

Таково краткое описание деятельности Общества в истекшем 39 году своего существования.

Из изложенного видно, что в 1924-ом году Общество под авторитетным руководством его председателя жило интенсивной жизнью, что научная мысль его была живым ключом, доклады, столь многосторонние, возбуждали всегда оживленный обмен мнений. И Общество не могло в истекшем году заслушать всех заявленных докладов, целый ряд их пришлось перенести на 1925-й год.

Заслуга Общества в том, что оно объединяет гинекологов большого числа клиник и больниц, объединяет научных работников под флагом совместной, дружной, научной работы — и мы

можем смело сказать, что эту задачу наше Общество выполнило с честью.

В заключение выразим непоколебимую веру в дальнейшее процветание Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества и пожелаем, чтобы и 40-й год существования Общества был годом интенсивной научной жизни, чтобы биение сердца Общества не ослабевало во имя нашей дорогой науки и на благо страждущей женщины.

Vivat-crescat-floreat.

Секретарь *Гентер*.

Протокол № 2 Заседания Ленинградского Акушерско-Гинекологического Общества

От 12 февраля 1925 г.

Председательствовал проф. *Л. А. Кривский*.

Присутствовали 42 члена Общества и 57 гостей.

Обязанности секретаря исполнял *Г. Гентер*.

Секретарь *П. Ф. Меркульев* прочел протокол Годового Заседания от 31 января, секретарь *Г. Гентер* протокол заседания от 8 января.

Оба протокола были утверждены.

Е. И. Оттисон. Случай elephantiasis labii minoris.

Проф. *Л. А. Кривский* спрашивает, сколько времени больная себя считала больной.

Е. И. Оттисон. Больная заметила рост опухолей 2 года назад, притом сначала на левой губе.

В этиологии есть указание на lues.

Председатель благодарит докладчицу за интересную демонстрацию.

А. Э. Мандельштам. Демонстрация прибора для измерения угла наклона таза.

Проф. *Р. В. Кипарский* добавляет, что аппарат ставится таким образом, что больная как бы садится верхом на него.

Проф. *Л. Л. Окличин* находит аппарат очень остроумным и считает, что он безусловно имеет будущее.

Проф. *Л. А. Кривский*, сравнивая прибор *Flatau* с аппаратом докладчика, видит преимущество за последним, так как здесь достигаются 2 цели, а именно: измерение наружной конюгаты и измерение угла наклона таза.

А. Э. Мандельштам обещает модифицировать прибор для измерения и прочих наружных размеров таза.

Председатель благодарит докладчика за демонстрацию прибора.

В. П. Федоров. Гипноз и психоанализ в гинекологии. (Ауто-реферат).

Иностранная литература последних лет отмечает все возрастающее значение гипноза и психоанализа в гинекологии, особенно гипноза, который не вызывает уже теперь прежнего к нему скептического отношения. В сотрудничестве с доктором *Герен-*

штейном и студ. *Пыреким* в качестве гипнотизеров, я провел ряд наблюдений над самыми разнообразными гинекологическими болезнями и пришел к определенным заключениям. Я ставил себе вопрос, какой из двух методов психотерапии, гипноз или психоанализ должны найти себе более широкое применение в гинекологии и каковы показания к каждому из них. Исходя из сущности действия гипноза, который глубоко нарушает личность больного и дает в руки гипнотизера возможность изменить и направить по его воле отправления важнейших функций организма загипнотизированного, сфера применения гипноза шире сферы применения психоанализа. Последний имеет целью выявить таящиеся в подсознательной области усыпленные, неизжитые аффекты и сделать их доступными сознанию больного; тогда связанные с ними невротические симптомы становятся ненужными и исчезают. Сюда относятся некоторые случаи гинекологических неврозов, как вагинизм, диспарейния и различные фобии, возникающие на почве тяжелой психической травмы, по преимуществу, у лиц с ослабленной и малоустойчивой нервной системой (невропсихастения). Для более легких случаев достаточно бывает одного гипноза и возможного широкого осведомления больной о всей картине образования ее симптомов. Как гипноз, так и психоанализ применяются там, где жалобы больной вызваны причинами психогенного характера и где нет серьезных органических изменений в половой сфере женщины. Хорошие результаты с помощью гипноза мы можем получить при всех функциональных расстройствах месячных, белей и при различного рода болях. Примеров подобного рода у нас было много. Гипнозу не поддаются симптомы, возникшие на почве тяжелых душевных переживаний и сложных психических процессов, здесь нужен психоанализ. Техника гипноза проста и доступна, техника психоанализа трудна и требует специальной подготовки врача. Мы в нашей практике пользовались не строго методом *Фрейда*, а прибегали к более упрощенным приемам, в виде психоанамнеза, психодиагностики и особого, психоаналитического подхода в обследовании больной. Данные, хотя и скромной пока, литературы и личные мои наблюдения дают мне право сказать, что гипноз и психоанализ должны в настоящее время занять подобающее им место в ряду других современных методов гинекологической терапии.

Ф. И. Тавилдаров. Лечение путем психоанализа вопрос новый и крайне интересный. Лечение же гинекологических симптомов гипнозом существует уже давно. В клинике проф. *Д. Д. Потова* д-ром *Калинниковым* производились опыты гипноза, к сожалению, по причинам войны результаты их не увидели свет. Лечение производилось путем внушения частью на яву, частью в гипнотическом состоянии. Я помню случаи, где гипноз применялся при мелких вмешательствах, при послеоперационных болях, при вагинизме. В случаях меноррагий при фиброматозе матки—гипноз приводил к значительному уменьшению кровопотери. Возможно, что тут в основе болезни лежали вазомоторные изменения на почве истеричности.

Студ. Пырекий. Гипнотический метод не всегда дает терапевтический эффект. Если менструация и может быть изменена

путем гипноза, то ведь врач не может быть навсегда прикреплен к больной.

В случае gravidophobi'i у интеллигентной больной мы проводили гипноз безуспешно и лишь психоанализом мы вскрыли вытесненный, ущемленный психический аффект, в силу чего не только исчезла gravidophobia, но изменилось и общее состояние и внешний облик больной.

Р. Г. Лурье. Метод психоанализа — очень интересный метод лечения, он выявляет многое, что без него остается скрытым. Есть больные—психастенички еще до половой жизни. Психиатр фиксирует внимание такой больной на половой сфере и с тех пор она становится невменяемой, она обходит всех гинекологов и подвергается самым разнообразным методам лечения. В одном случае психиатр фиксировал внимание больной на dyspareunia и с этого момента она совершенно изменилась и начала предаваться извращениям. А поему я полагаю, что психоанализ по Freud'у не может считаться методом безвредным.

Г. А. Давыдов. Докладчик приводит всего четыре случая дисменорреи, не указывая при этом продолжительности наблюдений. В последнее время, действительно, многие авторы усматривают в этиологии возникновения дисменорреи функциональное поражение нервной системы на почве общей недостаточности конституции. *Попов*, напр., имел среди своих больных, страдающих дисменорреей, 85%, астеничек, только 2% пикничек и 13% диспластов и на основании этого он совершенно отвергает всякое механическое лечение дисменорреи. Тем не менее практика показывает, что вопреки всем теориям, мы получаем от механического лечения прочное и продолжительное излечение в 50% и временное улучшение в 25%. По поводу предложения докладчика лечить hyperemesis gravidarum гипнозом, я припоминаю один клинический случай, в котором было испытано все до гипноза включительно и без успеха. *Winter* также является сторонником нервной теории происхождения hyperemesis. В подтверждение своего взгляда он приводит свои наблюдения за время войны. Чаще всего неукротимой рвотой страдали 1-е, для которых беременность являлась моральной и материальной обузой. Помещая таких больных в благоприятные клинические условия ему удавалось одним этим достичь исцеления. Токсическая теория происхождения hyperemesis имеет в настоящее время больше сторонников и вместо гипноза успех может быть вернее достигнут путем удаления плодного яйца.

Д-р Гернштейн. Дополнительно скажу, что в каждом случае, где отсутствуют органические явления, мы должны испытать гипноз, как способ наиболее простой и технически доступный. Правда, гипноз часто не дает длительного эффекта. Последний зависит 1) от интеллекта больной, 2) от силы внушения. Что касается случаев ненаступления гипноза, то мы встречаем 2 категории больных—с развитым интеллектом и с неразвитым интеллектом. Приходится каждый случай индивидуализировать. Для случаев вагинизма я предложил бы метод *Refler'a*: в состоянии гипноза вводится зеркало, после чего следует больную разбудить и объяснить, что так же, как зеркало не вызывает боли и не мешает, также и coitus будет безболезнен.

В заключение оппонент приводит примеры психотерапии.

В. П. Федоров говорит заключительное слово.

Председатель проф. *Л. А. Кривский*. Мы должны быть благодарны докладчику за сообщение, так как данный вопрос у нас затрагивается впервые. Метод гипноза не всякому доступен. Большие результаты, конечно, дают психоанализ и психоанализ.

И. А. Майли. О переливании крови в акушерско-гинекологической и хирургической практике.

Проф. *А. В. Марковский*. Вопрос о переливании крови имеет большое значение в акушерстве и гинекологии, потому что вряд ли в какой-либо другой области бывают случаи таких огромных кровопотерь. На первом месте стоит внематочная беременность. Лично я аутоотрансфузии никогда не производил, из доклада я не вижу, насколько опасна аутоотрансфузия и какой получается % осложнений. При трубных абортах мы находим кровь, продолжительность пребывания которой в животе нам неизвестна. Мы не знаем, какие в ней образуются *Abbauprodukte*. У *Sigwart'a* был смертный случай, больная погибла при явлениях полной ишурии. Надо иметь полную уверенность в том, что расщепление белков в крови не произошло. С большой легкостью мы могли бы производить аутоотрансфузию при разрыве трубы.

Проф. *Л. Л. Ожичини*. Я коснусь только практической стороны вопроса. На несколько сот случаев внематочной беременности я не видел смерти от анемии. Полагаю, что не следует стараться удалить всю кровь из брюшной полости, я жидкую кровь оставляю, удаляю только сгустки. Другое дело атонические кровотечения. Тут переливание крови должно иметь место. Для подобных случаев нужно иметь всегда наготове несколько доноров, которые должны периодически подвергаться исследованию.

А. Э. Мандельштам. Должна ли трансфузия крови получить широкое распространение в гинекологии. Думаю, что переливать кровь нам придется редко. В клинике проф. *Кутарского* от острой анемии на почти 100 случаев внематочной беременности одна больная не погибла. В немецких работах нет вовсе указаний на исследование реципиентов и доноров на кровяные группы, в лучшем случае делали 3—tropfenprobe *Nurnberger'a*. Мы знаем, что реакция *in vitro*, не то, что реакция *in vivo*. Докладчик не указывает на метод *Ochlecker'a*.

Тут методика очень проста.

Что касается кровяных групп, то, если верны наблюдения *Eden'a* и *Diemel'a*, нет постоянства в пребывании донора в одной и той же группе. Определение кровяной группы по американскому методу—мало доступно, так как необходимо иметь штандартные сыворотки.

П. И. Рулле. Мы—гинекологи относимся к переливанию крови с некоторой сдержанностью, так как именно мы видим наиболее часто крайние анемии. Собственную кровь больных я часто применяю в виде аутогемотерапии, напр., при климактерических кровотечениях.

Н. О. Эберлин хочет понять докладчика так, что он применяет аутоотрансфузию лишь в крайних случаях. Оппонент приводит примеры переливания крови.

Г. Г. Гейтер. На материале б-цы в память 25 Октября мы не видели надобности в переливании крови при внематочной беременности. Не было ни одной смерти от острой анемии. Другое дело—случай атонического кровотечения после родов. Тут использование потерянной крови нашло бы более широкое применение. Я удивляюсь, что никто из оппонентов не упомянул о введении крови per rectum по способу *Ruge*. Этот метод несомненно имеет будущее.

А. М. Вайсман. В клинике проф. *Скробанского* уже применяется аутотрансфузия крови субкутанно и ректально.

А. М. Шустер упоминает случай кровотечения при morbus maculosus Werlhofii. Переливание крови не дало результата и больная погибла.

Продемонстрированные д-ром *Маями* двое больных, оправившиеся после операции внематочной беременности с последующей трансфузией крови, ничем по виду не отличаются от подобных больных, которым переливание крови сделано не было. Ни на клиническом, ни на своем личном материале я не наблюдал случаев смерти от кровотечения на почве нарушения внематочной беременности, что делает излишним переливание крови при этом заболевании. В отношении вопроса, оставить ли жидкую кровь в брюшной полости при операции внематочной беременности, я считаю в настоящее время твердо установленным, что такая кровь должна быть по мере возможности удалена, хотя бы ценою некоторого удлинения времени операции. Оставшаяся в брюшной полости кровь является питательной средой для случайно попавшей инфекции, способствует образованию внутрибрюшинных сращений и может вызвать целый ряд других осложнений. Кровь эта мертвая и организмом использована быть не может.

Проф. *Э. Р. Гессе.* В прениях по докладу заметно проглядывает скептическое отношение к переливанию крови. Я вас понимаю. Вы имеете дело с женщинами, легче переносящими потерю крови. Мы, хирурги, работающие над мужским материалом, скорее бываем вынуждены прибегать к переливанию крови. Проф. *Марковский* говорит, что трудно найти доноров, у нас в клинике удалось создать целый кадр доноров. Способ *Nürnbergger's* далеко не так прост, как проба *Vincent's*. В пробе *Nürnbergger's* монетные столбники можно легко смешать с явлениями агглютинации.

Конечно, старую кровь не следует переливать, а лишь свежую, как напр. при разрыве трубы.

Я удивляюсь, что никто не говорил о ядовитости тубарной крови. Я имел опыт с успешным переливанием натуральной крови. Проф. *Окинчи* был так счастлив, что не потерял ни одной больной от кровотечения при внематочной беременности. Но все же нельзя отрицать, что смертельные кровотечения бывают. Оставление крови в брюшной полости с хирургической точки зрения совершенно недопустимо: кровь прекрасный субстрат для инфекции, тут же образуются сращения и приращения сальника. И мы, хирурги, часто видим случаи непроходимости не только после хирургических, но и после гинекологических чревосечений. Всасывание крови из брюшной полости происходит слишком медленно, за это время больная может погибнуть. Упомянутый

А. Э. Мандельштам мном способ *Ochlecker*'а технически слишком сложен. С прив.-доц. *Гентером* я не согласен: кровь, влитая в прямую кишку, проходит через сложный фильтр, через лимфатическую систему. Тут дело другое.

В. А. Гораш упоминает о способе вливания гликозированной крови. Гликозирование крови уничтожает группы. Введение небольших доз гликозированной крови дает хороший результат.

Проф. *Г. В. Кипарский* считает оставление крови в брюшной полости нерациональным. У нас было 2 случая с тяжелыми осложнениями после оставления крови.

Е. Д. Тимофеев. В клинике проф. *Скробанского* крови в брюшной полости не оставляют.

Проф. *Э. Р. Гессе*. Способ гликозирования крови не рационален. Он подвергался критике и во Франции и в Германии. До сих пор мы должны придерживаться групповой реакции.

Проф. *Л. А. Кривский*. Материал *Обуховской* б-цы обнимает около 800 случаев внематочной беременности. Большое кровотечение было в 470 случаях. Из них умерло 4 больных. От настоящей же анемии умерла лишь 1 больная. Из этого следует, что особенной надобности в переливании крови не было.

И. А. Маяц говорит заключительное слово.

Председатель проф. *Л. А. Кривский* отмечает, что доклад исходит из хирургической клиники проф. *Гессе*. Гинекологи не вполне сочувственно отнеслись к предложенному способу. Нужно считаться с возможными осложнениями и последствиями.

В заключение председатель благодарит докладчика и проф. *Гессе* за представленный Обществу интересный доклад.

Председатель *Кривский*.

Секретарь *Гентер*.

Открыта подписка на 1926 г. на журналы:

XXXVII год
издания

„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“

XXXVII год
издания

Выходит ежемесячно под редакц. проф. М. В. ЧЕРНУЦКОГО.

В 1926 г. в журнале предполагается поместить следующие труды.
1) Oddo, проф. „Терапия в неотложных случаях“. (Симптомы, диагностика, лечение внезапных угрожающих жизни заболеваний). — 2) Маслов, М. С., проф. „Основы учения о ребенке и болезнях детского возраста“. — 3) Окинчиц, А. А., проф. „Гинекологическая клиника“, т. II (ч. 2—3). 4) Haggisoon, X. „Современная диагностика и лечение сифилиса, мягкого шанкра и гонорреи“. — 5) Pels-Leusden, „Оперативная хирургия“, т. II. — 6) Kölsch, „Профессиональная гигиена“. — 7) Backmeister. „Терапия туберкулеза“.

Кроме того, будет помещен ряд небольших монографий по разн. отделам медицины. Приложение: МЕДИЦИНСКИЙ КАЛЕНДАРЬ на 1926 г., состоящий из 3-х частей.

Подписная цена—на год 20 руб.

XXX год
издания

„ВРАЧЕБНАЯ ГАЗЕТА“

XXX год
издания

Двухнедельный периодич. орган, посвящ. вопросам научн. и обществ. медицины.

Под редакцией проф. В. П. Осипова и прив.-доц. П. В. Скворского с ежемесячным бесплатным приложением:

XII год издания

„КЛИНИЧЕСКИЕ МОНОГРАФИИ“

XII год издания

по разным отделам медицины.

Подписная цена: на год—10 р., на 1/2 года—6 р.

VI год
издания

„Научные курсы для усовершенствования врачей“

VI год
издания

12 выпусков в год. Каждый выпуск представляет собой годовой обзор какого-либо отдела медицины.

Подписная цена: на год—8 руб., для подписчиков наших журн.—6 руб

XXXVII год издания

„ЖУРНАЛ АКУШЕРСТВА
и ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ“

Выходит 1 раз в месяца.

Под редакц. проф. К. К. Сиробанского.

Подписная цена: на год—10 руб.

„КЛИНИЧЕСКИЙ АРХИВ

ГЕНИАЛЬНОСТИ и ОДАРЕННОСТИ“

Выходит 1 раз в 3 месяца.

Под редакцией: д-ра Г. В. Сегалина.

Подписная цена: на год—5 руб.,

1/2 года—3 руб.

2-й год издания

„МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ“

Выходит 1 раз в 2 месяца.

Под редакцией: акад. А. К. Заболотного, Я. Ю. Либермана, П. П. Масловоца, проф. Г. А. Надсона и акад. В. Л. Омелянского.

Подписная цена: на год—8 руб.

3-й год издания

„РУССКАЯ ОТО-
ЛАРИНГОЛОГИЯ“

Выходит 1 раз в 2 месяца.

Под редакцией: проф. В. И. Воячека, А. Ф. Иванова и Л. Т. Левина.

Подписная цена: на год—10 руб.

На все журналы допускается рассрочка платежа. При групповой подписке (не менее 5 подписок) годовая подписная плата может вноситься равными ежемесячными взносами. Группа избирает одного, который сносится с издательством.

Подробный проспект, по первому требованию, высылается бесплатно.

Деньги направлять: Издательству „ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“

Ленинград, Просп. Володарского, 49.

Оглавление XXXVI т.

за 1925 г.

I. Оригинальные статьи, лекции, казуистика.

	стр.
<i>Адамович, Л. Н.</i> Обзор 133 случаев эклампсии, наблюдавшихся в I Выборгском родильном приюте за время с 1899 по 1921 год	43
<i>Андреева, З. А.</i> Развитие молочных желез в подмышечной области во время беременности и лактации	377
<i>Ануфриев, А. А.</i> Биологические и социальные проблемы чрезмерной плодовитости женщины	348
<i>Бакит, Г. А.</i> Случай lithoraedion при одновременном наличии прогрессирующей внутриматочной беременности .	300
<i>Банщикова, М. Л. и Ожиничи, Л. Л.</i> Доктор медицины Д. А. Парышев (некролог)	1
<i>Он-же.</i> Городское родовспоможение в Петрограде и Д. А. Парышев	15
<i>Он-же.</i> В. В. Желтухин и городское родовспоможение . . .	103
<i>Барутчев, С. К.</i> О распознавании полуголового уродства во время беременности	459
<i>Боканов, Ф. А.</i> К патогенезу двойней	371
<i>Владимирский, И. В.</i> Фиксация матки при retroflexio, retroversio uteri за круглые связки по способу автора . . .	395
<i>Гарфункель, П. Я.</i> Случай интерстициальной беременности .	397
<i>Геренштейн, Г. Б.</i> Психотерапия в акушерстве и гинекологии	671
<i>Гофман, Г. Е.</i> К вопросу о ведении родов без внутреннего исследования	35
<i>Григорова, О. А.</i> Операции по поводу опущения и выпадения матки и рукава за 11 лет	453
<i>Гроздов, Т. М.</i> К беременности в зачаточном роге матки . .	612
<i>Гудим-Левкович, Д. А.</i> К вопросу о кровотечении из яичника .	558
<i>Давыдов, Н.</i> Случай внематочной яичниковой беременности .	630
<i>Дмитровский, Г. А.</i> Метод проф. Безредко в терапии послеродовых заболеваний	592
<i>Елкин, М. В.</i> Случай цервикального предлежания последа с развитием яйца в полости шейки	81

	стр.
<i>Ильин, Ф. Н.</i> Трансплантация в гинекологии и ее будущее	328
<i>Какущикин, Н. М.</i> Мочеточниково-влагалищный свищ—восстановление соустья между пузырем и мочеточником влагалищным путем	121
<i>Козинский, Б. А.</i> Сфера применения операции Gilliam-Кипарского	198
<i>Он-же.</i> Elephantiasis vulvae	258
<i>Конухес, М. И.</i> К вопросу об образовании искусственного влагалища по способу Попов-Schubert	305
<i>Корчиц, Е. В.</i> Искусственное образование влагалища при врожденном отсутствии его из отрезка тонкой кишки	79
<i>Кривский, Л. А.</i> Памяти проф. Тадеуша Андреевича Бурдзинского (некролог)	433
<i>Кроткина, Н. А.</i> Самопроизвольные опухоли у русских мышей	657
<i>Кукина, Б. Л.</i> Fibromyoma lig. lati (alae vesperilionis)	312
<i>Кушир, М. Г.</i> и <i>Селюцкий, С. А.</i> К вопросу об изменениях в яичнике при беременности, особенно при эклампсии	437 633
<i>Литвак, М. И.</i> К терапии asphyxiae neonatorum	495
<i>Личкус, Л. Г.</i> Несколько слов о Д. А. Парышеве, как о работнике по охране материнства и младенчества	9
<i>Макаревич, Н. А.</i> Два случая офтальмии при септических заболеваниях post-abortum	473
<i>Мамнин, А. И.</i> Памяти проф. С. И. Кузьмина (некролог)	322
<i>Он-же.</i> К вопросу о происхождении и функциональной роли интерстициальной железы яичника, в связи с изучением двух случаев яичниковой беременности	566
<i>Мандельштам, А. Э.</i> О вливании эфира в брюшную полость для лечения и предупреждения перитонита (окончание)	66
<i>Он-же.</i> Профессор Рене Валентинович Кипарский (биографический очерк)	193
<i>Он-же.</i> Биологические основы реакции оседания эритроцитов	212
<i>Он-же.</i> К современному положению вопроса о способах определения проходимости Фаллопиевых труб	487
<i>Милюткина, Е. Н.</i> Графическое изображение морфологических элементов крови (кривая крови)	141
<i>Миронова, С. М.</i> Разрывы матки во время родов по материалам родильного дома им. проф. Снегирева в Ленинграде за 25 л. (1898—1923 г. г.)	29
<i>Мишин, В. А.</i> Проф. В. Н. Орлов (биографический очерк)	593
<i>Он-же.</i> О хирургическом лечении фибромиома матки	543
<i>Морозов, К. Ф.</i> Случай множественной аденофибромиома	147
<i>Никонов, С. А.</i> Три редких случая внематочной беременности	603
<i>Ножиков, Л. А.</i> К вопросу о физиологической билирубинемии, как диагностическом признаке ранней стадии беременности (предварительное сообщение)	315

	стр.
<i>Окинчиц, Л. Л. и Баншиков, М. Л.</i> Доктор медицины Д. А. Парышев (некролог)	1
<i>Отт, Д. О.</i> При всех гинекологических, равно как и акушерских случаях, дезинфекция влагалища необходима	99
<i>Он-же.</i> Современное положение вопроса о способах определения проходимости Фаллопиевых труб	324
<i>Павлова, Е. С.</i> К технике искусственного прерывания беременности с одновременной стерилизацией при беременности от 1 до 5 мес.	87
<i>Плетнево, А. В.</i> Значение реакции Ruge II и Philipp'a в прогнозе септических заболеваний	581
<i>Селицкий, С. А., и Кушир, М. Г.</i> К вопросу об изменениях в яичнике при беременности, особенно при эклампсии	437 633
<i>Сердюков, М. Г.</i> К вопросу современного учения о липоидах яичника	125
<i>Скробанекый, К. К.</i> Дмитрий Адрианович Парышев	6
<i>Судаков, И. В.</i> Кишечная непроходимость, как следствие физиологических функций и заболеваний женской половой сферы	107
<i>Теодор, Л. Б.</i> Рентгенотерапия острых и подострых воспалений женской половой сферы	461
<i>Теребинская-Попова, М. А.</i> О значении консультаций для беременных в профилактике заболеваний рожениц и родильниц	24
<i>Тихонович, А. В.</i> К казуистике образования искусственного влагалища при врожденном его отсутствии по способу Baldwin'a	355
<i>Улезко-Строганова, К. П.</i> К вопросу об эндометриодных гетеротопиях	340
<i>Хаскин, С. Г.</i> К вопросу о соотношении изменений капиллярного кровообращения и быстроты оседания эритроцитов	288
<i>Ходецкий, Г. В.</i> К вопросу о рациональной методике профилактического и терапевтического применения эфира при перитонитах	248
<i>Он-же.</i> Экспериментальное исследование бактерицидного действия эфира	268
<i>Цейтлин, Л. Я.</i> Случай 5-летнего задержания костей плода в полости матки	479
<i>Шаширо, Я. С.</i> Случай гангрены легкого после миомы	154
<i>Шмелев, В. Ф.</i> Операция образования искусственного влагалища из прямой кишки по способу Попова	364
<i>Шорохова, А. А.</i> Случай беременности в правой матке с атрезированным влагалищем при uterus duplex separatus et vagina duplex separata	621

II. Литературные обзоры, корреспонденции.

<i>Шейнман, А. И.</i> Щипцы Kielland'a	649
<i>Виноградова, С.</i> Засед. Акуш.-Гинекол. Об-ва в Киеве	421

III. Критика и библиография.

Проф. <i>Л. А. Кривский.</i> —Проф. <i>Ф. Н. Ильин.</i> Руководство для практических работ по оперативному акушерству для врачей и студентов	536
Проф. <i>Л. Л. Окунчик.</i> К. Франц. Гинекологические операции	535
Проф. <i>И. В. Судаков.</i> —Проф. <i>А. А. Редлих.</i> Общая и частная гинекологическая диагностика	92

IV. Отчеты акушерских клиник, родильных домов.

<i>Фоменко, Б. П.</i> Медицинский отчет петроградских родильных приютов за 1917 год	132
Краткий отчет о деятельности Научного Общества Охраны Материнства и Младенчества за 1924 год	534

V. Заседания акушерских и гинекологических обществ.

Протоколы заседаний Акушерско-Гинекологического Общества в Ленинграде за 1924 год	{ 161 401 501
От Организационного Комитета VII Всесоюзного С'езда Гинекологов и Акушеров	318
Письмо в редакцию	{ 93 319