

РЕФЕРАТЫ.

ОТЧЕТЪ О ЗАСѢДАНІЯХЪ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦІИ IV-го СЪѢЗДА РУССКИХЪ ВРАЧЕЙ ВЪ МОСКВѢ СЪ 3-го ПО 10-е ЯНВАРЯ 1891 г.

В. Н. Массена.

(Окончаніе).

Засѣданіе 8-го января.

По предложенію д-ра *П. И. Добрынина* предсѣдателемъ былъ избранъ проф. *Г. Е. Рейнъ*, а товарищемъ его старшій врачъ рязанской земской больницы *Д. С. Щеткинъ*.

Проф. *Г. Е. Рейнъ* обратился къ секціи съ рѣчью, въ которой благодарилъ за почетное избраніе.

Слѣдовалъ докладъ д-ра *А. И. Замшина* (Спб.). «*Бактеріологическія и экспериментальныя изслѣдованія объ антисептикахъ при родахъ и о самозараженіи*».

Работа докладчика построена на данныхъ, полученныхъ имъ при бактериологическихъ изслѣдованіяхъ, произведенныхъ въ лабораторіяхъ *Koch'a* и *Pasteur'a*. Не касаясь изслѣдованій, сдѣланныхъ имъ у *Koch'a*¹⁾, докладчикъ сообщилъ объ опытахъ, произведенныхъ у *Pasteur'a*. Приготовивъ *lege artis* изъ отдѣляемаго влагалища собакъ культуры (при чемъ виды бактеріи не дисцернировались), *З.* впрыскивалъ ихъ въ полость брюшины, плевры (большинство опытовъ), подъ глазъ (въ вену) или подъ кожу собакъ. Подъ

¹⁾ См. „Врачъ“ 1890. № 20. „Къ вопросу о самозараженіи“. Какъ извѣстно, въ этой статьѣ *А. И. Замшинъ* сообщалъ о томъ, что ему вопреки наблюденіямъ *Winter'a* ни разу не удалось найти гноеродныхъ гроздекокковъ во влагалищѣ здоровыхъ женщинъ. Число изслѣдованныхъ имъ женщинъ было 10, изъ коихъ 5 были беременны.

Реф.

кожу вспрыскиваніе совершалось медленно при помощи шприца съ каучуковымъ шаромъ. Операція совершалась безъ хлороформа. У 10 суекъ, надъ которыми производились эксперименты, у семи содержимое рукава оказалось патогеннымъ и гноероднымъ. Изъ этихъ семи случаевъ лишь въ одномъ выдѣленіе носило гнойный характеръ. Въ одномъ случаѣ, гдѣ получился летальной исходъ, изслѣдованія крови и гнойниковъ показали, что имѣется патогенный микробъ, очень похожій на оранжевый гроздекоккъ. Однако, параллельные опыты показали, что этотъ коккъ медленно разжижаетъ желатину и живетъ въ безвоздушномъ пространствѣ. Въ другихъ случаяхъ въ качествѣ патогеннаго микроорганизма имѣлась короткая, неподвижная палочка.

Основываясь на результатахъ своихъ изслѣдованій, докладчикъ находить возможнымъ поддерживать свой взглядъ на самозараженіе, высказанный имъ уже прежде ¹⁾).

Проф. Г. Е. Рейнъ замѣтилъ, что докладчикъ затрагиваетъ очень важную сторону изслѣдованія послѣродовыхъ процессовъ, а именно бактериологическую, и тѣмъ болѣе заслуживаетъ благодарности, что для разрѣшенія этого труднаго вопроса онъ пользовался громадными средствами лабораторій *Koch'a* и *Pasteur'a*. Хотя въ настоящее время бактериологія и представляетъ очень мало данныхъ для практическихъ цѣлей, но въ будущемъ путемъ бактериологическихъ изслѣдованій, безъ сомнѣнія, будутъ добыты важные результаты и въ этомъ отношеніи.

Д-ръ *П. Э. Кистеръ* (Москва) говорилъ «*О показаніяхъ къ прободеию головки живого плода*».

Прежде всего была рассмотрѣна исторія перфорации живаго плода. Изъ исторіи этой видно, что перфорация сначала была единственнымъ способомъ родоразрѣшенія, но потомъ должна была уступить мѣсто повороту, щипцамъ,— пока наконецъ въ послѣднее время успѣхи кесарскаго сѣченія не заставили многихъ выдающихся ученыхъ предложить производить эту послѣднюю операцію и изгнать краніотомію изъ числа дозволенныхъ акушерскихъ операцій. Законъ тоже не даетъ прямого разрѣшенія перфорировать живые плоды. Въ виду всего этого разрѣшеніе вопроса относительно законности перфорации докладчикъ считалъ дѣломъ необходимымъ.

Онъ основывалъ свои выводы на матеріалахъ Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія, гдѣ за періодъ 1877—1890 г. было 185 краніотомій, т. е. 0,33%. Этотъ матеріалъ онъ раздѣлил на 2 періода, 1-й до 1888 года (101 случай перфорации), гдѣ перфорировали въ 0,3% и 2-й (1888—1890), когда перфорировали въ 0,6% случаевъ. Смертность при перфорации была вообще 22%, при чемъ въ первомъ періодѣ умерло 32%, а во второмъ 12%.

Разбирая причины смертности, докладчикъ вывелъ, что сепсисъ вызвалъ смертность въ 11% (1-й періодъ) и 7% (во 2-й). Разрывы половыхъ частей дали 10% въ 1-мъ періодѣ и 0% во второмъ. Такимъ образомъ, смертность

¹⁾ *Замининъ*. Loco citato.

послѣ перфорации хотя и уменьшилась, но не уничтожилась и говорить, что краниотомія есть безопасная операція мы не имѣемъ права. Но при *краниотоміи живыхъ плодовъ* умерло только 2 женщины, обѣ отъ причинъ, ничего общаго съ краниотоміей не имѣющихъ. Въ виду этого докладчикъ выставляетъ положеніе, что *краниотомія живыхъ плодовъ есть операція не опасная для матери.*

Далѣе докладчикъ перешелъ къ разсмотрѣнію *показаній къ перфорации.*

1) Узкіе тазы сами по себѣ рѣдко даютъ показаніе къ перфорации; наоборотъ тяжелые przypadки въ теченіе родовъ, какъ-то: а) *endometritis septica*, б) растяженіе нижняго сегмента матки и грозящая *ruptura uteri*, являются уже показаніями. 2) *Hydrocephalia* всегда даетъ показаніе къ перфорации. 3) Эклампсія, по мнѣнію докладчика, можетъ въ очень трудныхъ случаяхъ дать показаніе къ перфорации, такъ какъ дѣти при начинающемся отека легкихъ рѣдко выживаютъ. Другихъ показаній докладчикъ не приводилъ. Но онъ негировалъ, что во всѣхъ случаяхъ перфорация живого плода показана лишь тогда только, когда родоразрѣшеніе другими способами не даетъ успѣха. Разсматривая другіе способы, которые могли бы замѣнять отчасти краниотомію, докладчикъ высказался за поворотъ; однако, возможность сдѣлать съ успѣхомъ поворотъ является не часто. *Накладываніе щипцовъ* какъ попытка замѣнить перфорацию *ухудшаетъ* $^{\circ}/_{0}$ смертности при этой послѣдней операціи и это особенно замѣтно во 2-мъ періодѣ статистики, гдѣ послѣ перфорации съ предшествующимъ наложеніемъ щипцовъ умерло 13,3 $^{\circ}/_{0}$, а безъ наложенія 5,5 $^{\circ}/_{0}$. При накладываніи щипцовъ докладчикъ рекомендуетъ большую осторожность и особенно предостерегаетъ отъ форсированныхъ тракцій, которыя даютъ мало надежды на полученіе живаго плода; но, по мнѣнію докладчика, вообще накладываніе щипцовъ, при существующихъ показаніяхъ къ перфорации, является труднѣйшей и опаснѣйшей изъ акушерскихъ операцій. Наконецъ, *кесарское счѣненіе* даетъ счастливые результаты только при благоприятной обстановкѣ и въ рукахъ опытныхъ лапаротомистовъ. Такимъ образомъ, *перфорация* живаго плода несомнѣнно должна еще считаться въ числѣ *дозволенныхъ акушерскихъ операцій.*

Д-ръ *Павпертовъ* (Москва) не согласился съ мнѣніемъ докладчика, что эклампсія должна быть однимъ изъ показаній къ перфорации. Статистика показываетъ, что многіе случаи эклампсіи развиваются именно во время операціи; кромѣ того, оперативное вмѣшательство увеличиваетъ смертность матерей и младенцевъ.

Проф. *К. Ф. Славянскій* стоитъ за спасеніе обѣихъ жизней, хотя и не отвергаетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ краниотомія является показанной. Вопросъ объ относительной жизнеспособности плода ему непонятенъ, такъ какъ операторъ, приступая къ чревосчѣченію, не можетъ сказать, будетъ ли жить плодъ.

Д-ръ *В. В. Сутугинъ* развивалъ ту мысль, что при относительномъ показаніи акушеръ не имѣетъ права дѣлать чревосчѣченія, если на это нѣтъ полного согласія роженицы. Онъ указалъ на способъ *P. Müller'a* вталки-

вать головку въ полость таза, благодаря которому иногда и при значительномъ суженіи таза можно наложить щипцы. Не одна степень суженія таза служить показаніемъ къ краніотоміи, а взаимное отношеніе между уступчивостью головки и таза. Въ тяжелыхъ случаяхъ эклампси *C.* рекомендуетъ лапаротомію. Сравнивать вліяніе поворота и кесарскаго сѣченія нельзя. Тамъ, гдѣ имѣются условія для поворота, нѣтъ мѣста кесарскому сѣченію. Сравнивать прободеніе съ кесарскимъ сѣченіемъ нужно только при равныхъ условіяхъ, тогда выгода будетъ на сторонѣ прободенія головки. Нельзя сплеча относиться къ кесарскому сѣченію: нужно помнить, что оно оставляетъ приращенія сальника и матки. Въ настоящее время *Leopold* — ярый поклонникъ кесарскаго сѣченія — значительно суживаетъ уже показанія къ нему. При выборѣ той или другой операціи необходимо строго разбирать особенности каждаго случая, и только при этомъ условіи акушеръ будетъ на высотѣ своего призванія.

Д-ръ *А. И. Замшинъ* считалъ невозможнымъ обобщать вопросъ о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи для всякой обстановки; не должно разсматривать кесарское сѣченіе, какъ *ultimum refugium*, тамъ, гдѣ на спасеніе жизни плода мало надежды.

Проф. *Г. Е. Рейнъ* стоитъ за сохраненіе обѣихъ жизней и допускаетъ краніотомію только въ видѣ исключенія.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* заявилъ, что онъ далеко не защитникъ кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи. Важное значеніе имѣеть при этомъ согласіе роженицы; но многое зависитъ отъ того, какъ «выудить» это согласіе, — можно, вѣдь, нарисовать такую картину, что свободное согласіе въ сущности будетъ вынужденнымъ. Здѣсь большой просторъ акушеру, увлекающемуся той или другой операціей. Показаніе къ кесарскому сѣченію должно быть ограничено. Прободеніе головки *Ф.* считаетъ операціей совершенно безопасной.

В. В. Сутукинъ замѣтилъ, что акушеръ долженъ честно и правдиво относиться къ своему дѣлу, и «вымогательство», хотя бы и ради научныхъ цѣлей, не можетъ быть допустимо.

Д-ръ *П. Э. Кистеръ* замѣтилъ, что онъ вовсе не думалъ обобщать вопроса о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи при всякой обстановкѣ, а имѣлъ въ виду только клинически обставленное поищненіе со всѣми необходимыми удобствами.

Предсѣдатель засѣданія, проф. *Г. Е. Рейнъ*, заключилъ пренія слѣдующимъ образомъ: прободеніе головки живаго плода допустимо, но не исключаетъ и кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи.

Д-ръ *В. Н. Массенъ* (Спб.) сдѣлалъ докладъ «*Ихтіола, какъ учебное средство въ гинекологіи*».

Прежде всего изложена была исторія введенія ихтіола въ гинекологію (*Freund, Reitmann* и *Schönaumer* и др.)¹⁾, изъ которой явствовало, что при-

¹⁾ См. „Журналъ Акушерства и женск. болѣзней“ 1890 № 11, стр. 782—783 и 1891 № 1, 58—60 и № 2, стр. 106.

мѣненіе этого средства дало прекрасные результаты при лѣченіи самыхъ разнообразныхъ страданій полового аппарата женщины. Всего успѣшнѣе оказалось примѣненіе ихтіола при воспаленіяхъ околomatочной клѣтчатки и при эндометритахъ, особенно кровоточивыхъ; отлично дѣйствовали ихтіолъ при ссадинахъ и трещинахъ сосковъ у кормящихъ женщинъ. Самымъ крупнымъ изъ слагаемыхъ терапевтическаго эффекта ихтіола было его обезболивающее вліяніе, затѣмъ рассасывающая способность, благодаря которой отлично всасывались различные экссудаты. Наблюденія докладчика, произведенныя на 12 случаяхъ, подтвердили наблюденія, сдѣланныя за границей. Употреблялся исключительно ammonium sulfo-ichthyolicum, полученный отъ Ichtyol-Gesellschaft въ Hamburg'ѣ.

Прив.-доц. *Н. Д. Гавронскій* (Харьковъ) по поводу выслушаннаго сказалъ, что, практикуя на кавказскихъ минеральныхъ водахъ, онъ много разъ имѣлъ возможность убѣдиться въ прекрасномъ дѣйствіи ихтіола при гинекологическихъ страданіяхъ.

Д-ръ *Массенъ* сдѣлалъ сообщеніе «*Современное состояніе вопроса о леченіи міомъ матки постояннымъ токомъ*». Имѣя въ виду, что вопросъ о лѣченіи міомъ матки по *Apostoli* сталъ въ послѣднее время «злойбой дня» въ гинекологіи и что въ то же время почти во всѣхъ концахъ Россіи уже испробовано это лѣченье электричествомъ, докладчикъ просилъ секцію высказаться относительно цѣлесообразности этого лѣченья. Одобряя на основаніи своего опыта лѣченье постояннымъ токомъ фиброміомъ матки, докладчикъ упомянулъ, что это лѣченье, само собой разумѣется, не можетъ считаться панацеей и что далеко не всякую фиброміому слѣдуетъ лечить электричествомъ. Въ то время какъ при быстро растущихъ опухоляхъ, при подсерозныхъ міомахъ и пр. на первомъ планѣ должно стоять оперативное лѣченіе, примѣненіе электрическаго тока является показаннымъ при интерстиціальныхъ и ретроцервикальныхъ фиброидахъ, у лицъ истощенныхъ, далѣе у тѣхъ, гдѣ имѣется возможность предположить сращенія и пр.

Ж. вр. *Е. А. Михайлова* (Москва) имѣла въ своей практикѣ нѣсколько личныхъ наблюденій надъ лѣченіемъ фиброміомъ матки по *Apostoli*. Результатъ въ общемъ весьма благопріятный.

Д-ръ *Морозовъ* (Москва) въ своемъ замѣчаніи пожелалъ, чтобы примѣненіе электричества въ гинекологіи получило болѣшую опредѣленность. Для этого потребно значительное количество хорошо проведенныхъ наблюденій.

Прив.-доц. *А. Н. Соловьевъ* (Москва) высказалъ взглядъ, что электрическое лѣченье есть удѣлъ богачей. Онъ наблюдалъ одинъ случай, гдѣ послѣ примѣненія электрическаго тока получилось крайнее суженіе маточнаго зѣва.

Д-ръ *Ткачевъ* (Ростовъ-на-Дону) горячо высказался въ пользу электрическаго лѣченія. Отъ него можно ждать только однихъ успѣховъ. Дѣйствіе его иногда просто поразительно.

Д-ръ *Калабинъ* (Москва) замѣтилъ, что, примѣняя электричество, онъ ни разу не видѣлъ полнаго исчезновенія опухоли; получалось уменьшеніе

tumor'a на треть; во многихъ случаяхъ кровотеченіе останавливалось тамъ, гдѣ всѣ другія средства не вели къ цѣли.

Д-ръ *М. Попялковскій* (Москва) указаль, что онъ наблюдалъ послѣ примѣненія постоянного тока быстрое увеличеніе фиброида, что, по мнѣнію *П.*, можетъ быть объяснено воспаленіемъ фиброида (fibromyomitis Menere'a).

Д-ръ *В. В. Сутулинъ* (Спб.) не согласился съ *М. Попялковскимъ* относительно причины увеличенія опухоли. *С.* уже давно указаль, что подобное увеличеніе зависитъ отъ кровоизліяній подъ сумку фиброида.

Прив.-доц. *Мурамовъ* (Москва) привель случай, гдѣ отъ примѣненія постоянного тока по *Apostoli* получилось образованіе подслизистаго полипа.

Д-ръ *Массенъ* согласился съ мнѣніемъ *Морозова*, что въ деталяхъ примѣненія электрическаго тока при лѣченіи гинекологическихъ страданій еще много неустановившагося и что требуются дальнѣйшія наблюденія. Онъ оспариваль мнѣніе *Соловьева*, что лѣчене токкомъ есть удѣлъ богачей. Бѣдной женщины въ выгоду терять 4—6 часовъ въ недѣлю на два сеанса, не отрываясь въ то же время ни отъ своей семьи, ни отъ своего труда, чѣмъ, поступивъ въ больницу, терять на операцію мѣсяцы. Относительно замѣчанія *Мурамова М.* сказаль, что постоянному току при лѣченіи фиброміомъ принадлежитъ свойство полипонизировать гнѣзда міомъ, при чемъ этотъ процессъ идетъ то по направленію серозной полости, то внутрь матки.

Предсѣдатель высказался въ томъ смыслѣ, что окончательнаго рѣшенія относительно примѣнимости электрическаго лѣченія сдѣлать нельзя въ виду многихъ неясностей и неточностей и отсутствія экспериментальныхъ изслѣдованій.

Засѣданіе 9-го января (соединенное съ хирургической секціей). Предсѣдателями избраны: д-ръ *А. А. Трояновъ* (Спб.) и проф. *Н. Н. Феноменовъ*.

Сообщеніе прив.-доцента *С. С. Заяшкова*: „о сакральномъ методѣ въ гинекологіи“.

Въ 1885 году проф. *Kraske* предложилъ производить резекцію крестца съ копчикомъ для открытія доступа къ новообразованіямъ прямой кишки, особенно высоко расположеннымъ. На XIV-мъ конгрессѣ нѣмецкихъ хирурговъ въ томъ же году *Kraske* съ восторгомъ говорилъ о своемъ способѣ и предсказываль, что со временемъ показанія къ нему расширятся и, конечно, самый способъ будетъ усовершенствованъ. Въ 1888 году *Hochenegg*, ассистентъ вѣнской клиники проф. *Albert'a*, описаль 4 случая удаленія раково-перерожденной матки по сакральному методу. Въ 1890 году *Beck* написалъ диссертацию изъ клиники *Hegar'a*. Темой послужили 7 случаевъ операцій на внутреннихъ половыхъ органахъ, произведенныхъ *Hegar'омъ* по сакральному методу съ той модификаціей, которая имъ предложена: именно при помощи не постоянной, какъ у *Kraske*, а временной остеопластической резекціи крестца. Такихъ случаевъ я знаю въ Россіи 5, изъ нихъ 2 моихъ и 3 покойнаго д-ра *Кни*. Случаи эти подробно сообщены въ послѣднихъ засѣданіяхъ московскаго акушерско-гинекологическаго Общества въ 1890 г. Во всѣхъ 5 случаяхъ былъ

ракъ цилиндрическаго эпителия шейки матки съ поражениемъ въ нѣкоторыхъ изъ нихъ и парацервикальной клѣтчатки. Во всѣхъ случаяхъ матка была почти неподвижна, и удаленіе ея *per vaginam*, если, можетъ быть, и было возможно, то столь затруднительно, что до сакрального метода такіе случаи или прямо считались неоперативными, или, въ случаѣ попытокъ къ операціи, давали большой % неоконченныхъ операцій. Техника во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ 1-го случая докладчика, была весьма трудная, и операція продолжалась болѣе 2-хъ часовъ, за исключеніемъ упомянутого 1-го случая, гдѣ операція производилась немного болѣе часа. Этотъ случай и еще 3-й—д-ра *Кни*, кончились выздоровленіемъ. Во 2-мъ случаѣ докладчика и 1-мъ д-ра *Кни* послѣдовала смерть, у *Кни* на 11-й день при явленіяхъ уреміи, у докладчика отъ колляса. Д-ръ *Заяицкий* впоследствии долго наблюдалъ и пришелъ къ убѣжденію, что отъ временной резекціи крестца, послѣ полного заживленія раны, больныя никакихъ неудобствъ не испытываютъ. Дальнѣйшая судьба этихъ выздоровѣвшихъ такова: попользовались онѣ нѣсколько мѣсяцевъ хорошимъ самочувствіемъ, поправились въ общемъ здоровьи. Пациентка докладчика пополнила, сдѣлалась весела; рецидивъ и въ томъ, и въ другомъ случаѣ.

Изъ этихъ наблюденій можно сдѣлать слѣдующій выводъ: показанія, при которыхъ въ настоящее время практикуется сакральный методъ, т. е. залуценность рака, при невозможности выполнить операцію *per vaginam* или *per laparotomiam*—не должны болѣе существовать, такъ какъ рецидивъ въ такихъ случаяхъ наступаетъ и при сакральномъ методѣ.

На вопросъ, имѣетъ ли будущность сакральный методъ въ гинекологіи при ракъ матки въ незапущенныхъ случаяхъ, въ начальныхъ стадіяхъ рака шейки, д-ръ *З.* бы отвѣтилъ такъ: да, пока вѣренъ принципъ раковой хирургіи: «чѣмъ больше удалено здоровыхъ тканей въ окружности рака, тѣмъ рѣже рецидивъ»,—въ сакральномъ методѣ именно мы имѣемъ возможность наиболѣе выполнить условія, въ основѣ принципа положенныя.

С. Е. Солодовниковъ (Москва). «О различныхъ модификаціяхъ операціи *Kraske* въ примѣненіи къ тѣленію болѣзней внутреннихъ дѣтородныхъ органовъ женщины».

1) На основаніи анатомическихъ данныхъ и имѣющихся въ литературѣ клиническихъ наблюденій *сакральная операція Kraske* и модификація ея *Hegar'a*, какъ таковыя, не всегда пригодны для экстирпаціи залуценныхъ случаевъ рака матки.

2) Съ анатомической точки зрѣнія *парасакральные методы Wölfler'a* и *O. Zuckerkandl'* въ гинекологіи и акушерствѣ вполне пригодны и безопасны для оперативныхъ дѣйствій на внутреннихъ женскихъ дѣтородныхъ органахъ.

3) Докладчикомъ предлагается новая модификація *Kraske'*овской операціи, которая состоитъ а) въ томъ, что *lig. tuberoso—et spinosacra* не обнажаются, а разсѣкаются подкожно тентомомъ подъ *m. gluteus major*; б) послѣ этого, сдѣлавши между III и IV *foram. sacral. poster.* поперечный разрѣзъ отъ 8—19 с., изъ задней поверхности крестцовой кости выдалбли-

вають долотомъ клинообразный кусокъ этой кости, вслѣдствіе чего получается полная подвижность нижняго куска крестца и копчика, остающихся въ соединеніи съ мягкими частями. При производствѣ операціи тенотомъ, обращенный лезвеемъ къ краю крестцовой кости, проводится на 7—8 с. вверхъ; затѣмъ лезвее поворачиваютъ къ связкамъ и однимъ ударомъ разсѣкаютъ *lig. tuberoso et spinososa*.

4) Модифицированная докладчикомъ *Kraske*'овская операція, какъ методъ болѣе консервативный, въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ служить для родовспомогательныхъ цѣлей, замѣняя собой при жизни плода перфорацию головки, вколоченной въ выходъ сильно суженнаго воронкообразнаго таза.

5) Другіе оперативные способы—перинеальный *Otto Zuckerhandl*'я и *perineotomy Sanger*' для проникновенія въ полость малаго таза со стороны его дна—въ анатомическомъ отношеніи вполнѣ безопасны.

Докладъ сопровождался демонстраціей топографическихъ и схематическихъ рисунковъ.

По поводу сдѣланныхъ сообщеній прив.-доц. *А. Н. Соловьевъ* замѣтилъ, что операція *Kraske* въ гинекологіи есть операція случайная, такъ какъ первоначально цѣль ея состояла въ резекціи *recti*. Въ гинекологіи она примѣняется при *carcinoma uteri*, но въ начальномъ развитіи рака она не нужна, потому что мы имѣемъ для этого способы *Schroeder*'а и *Freund*'а. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя оперировать *per vaginam* или *per laparotomiam*, тамъ, по его мнѣнію, и операція по способу *Kraske* не поведетъ къ исцѣленію. Относительно высказанной д-ромъ *Солодовниковымъ* возможности примѣненія модифицированной имъ операція *Kraske* въ акушерствѣ при воронкообразныхъ тазахъ, то самая идея ему симпатична, но она требуетъ дальнѣйшей разработки.

Проф. *Ф. И. Сивицки* (Москва) заявилъ, что онъ видѣлъ операцію *Kraske* въ лѣчебницѣ д-ра *Кни* и пришелъ къ тому убѣжденію, что едва ли при какой-нибудь другой операціи можно встрѣтить такую большую рану и такую массу кровоточащихъ сосудовъ. На него операція произвела такое впечатлѣніе, что онъ не только не желалъ бы ее дѣлать, но и не желалъ бы ее видѣть вторично.

Проф. *Г. Е. Рейнъ* смотритъ на способъ *Kraske*, какъ, во-первыхъ, на операцію *electionis*: но при *caner incipiens uteri* матку можно хорошо удалить *per vaginam*; при этомъ операторъ можетъ удалить столько клѣтчатки и широкихъ связокъ, сколько онъ считаетъ необходимымъ; во-вторыхъ, какъ на операцію *necessitatis*: но въ такомъ случаѣ выгоды нѣтъ; ибо если своды и клѣтчатка поражены, то и вышележащія железы также поражены и рецидивъ обязательно наступитъ; жалобы больныхъ при ракъ, главнымъ образомъ, бываютъ на кровотеченіе, обильное отдѣленіе и боли. Нѣтъ сомнѣнія, что послѣ операціи *Kraske* кровотеченіе и отдѣленіе прекратятся, но этого можно достигнуть острой ложечкой или другими пособіями со стороны влагалища. Что же касается до боли, то бываютъ случаи, гдѣ *extirpatio totalis uteri* ихъ не улучшаетъ. Въ виду вышеизложеннаго соображенія въ Россіи до

ракъ цилиндрическаго эпителия шейки матки съ поражениемъ въ нѣкоторыхъ изъ нихъ и парацервикальной клѣтчатки. Во всѣхъ случаяхъ матка была почти неподвижна, и удаленіе ея *per vaginam*, если, можетъ быть, и было возможно, то столь затруднительно, что до сакрального метода такіе случаи или прямо считались неоперативными, или, въ случаѣ попытокъ къ операціи, давали большой % неоконченныхъ операцій. Техника во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ 1-го случая докладчика, была весьма трудная, и операція продолжалась болѣе 2-хъ часовъ, за исключеніемъ упомянутаго 1-го случая, гдѣ операція производилась немного болѣе часа. Этотъ случай и еще 3-й—д-ра *Кни*, кончились выздоровленіемъ. Во 2-мъ случаѣ докладчика и 1-мъ д-ра *Кни* послѣдовала смерть, у *Кни* на 11-й день при явленіяхъ уреміи, у докладчика отъ колляса. Д-ръ *Заяицкій* впоследствии долго наблюдалъ и пришелъ къ убѣжденію, что отъ временной резекціи крестца, послѣ полного заживленія раны, больныя никакихъ неудобствъ не испытываютъ. Дальнѣйшая судьба этихъ выздоровѣвшихъ такова: попользовались онѣ нѣсколько мѣсяцевъ хорошимъ самочувствіемъ, поправились въ общемъ здоровьи. Пациентка докладчика пополнѣла, сдѣлалась весела; рецидивъ и въ томъ, и въ другомъ случаѣ.

Изъ этихъ наблюденій можно сдѣлать слѣдующій выводъ: показанія, при которыхъ въ настоящее время практикуется сакральный методъ, т. е. запущенность рака, при невозможности выполнить операцію *per vaginam* или *per laparotomiam*—не должны болѣе существовать, такъ какъ рецидивъ въ такихъ случаяхъ наступаетъ и при сакральномъ методѣ.

На вопросъ, имѣетъ ли будущность сакральный методъ въ гинекологіи при ракъ матки въ незапущенныхъ случаяхъ, въ начальныхъ стадіяхъ рака шейки, д-ръ *З.* бы отвѣтилъ такъ: да, пока вѣренъ принципъ раковой хирургіи: «чѣмъ больше удалено здоровыхъ тканей въ окружности рака, тѣмъ рѣже рецидивъ»,—въ сакральномъ методѣ именно мы имѣемъ возможность наиболѣе выполнить условія, въ основѣ принципа положенныя.

С. Е. Солодовниковъ (Москва). «О различныхъ модификаціяхъ операціи *Kraske* въ примѣненіи къ тѣленію болѣзней внутреннихъ дѣтородныхъ органовъ женщины».

1) На основаніи анатомическихъ данныхъ и имѣющихся въ литературѣ клиническихъ наблюденій *сакральная операція Kraske* и модификація ея *Hegar'a*, какъ таковыя, не всегда пригодны для экстирпаціи запущенныхъ случаевъ рака матки.

2) Съ анатомической точки зрѣнія *парасакральные методы Wölfler'a* и *O. Zuckerkandl'a* въ гинекологіи и акушерствѣ вполне пригодны и безопасны для оперативныхъ дѣйствій на внутреннихъ женскихъ дѣтородныхъ органахъ.

3) Докладчикомъ предлагается новая модификація *Kraske'овской операціи*, которая состоитъ а) въ томъ, что *lig. tuberoso—et spinososacra* не обнажаются, а разсѣкаются подкожно тентомомъ подъ *m. gluteus major*; б) послѣ этого, сдѣлавши между III и IV *foram. sacral. poster.* поперечный разрѣзъ отъ 8—19 с., изъ задней поверхности крестцовой кости выдалбли-

ваютъ долотомъ клинообразный кусокъ этой кости, вслѣдствіе чего получается полная подвижность нижняго куска крестца и копчика, остающихся въ соединеніи съ мягкими частями. При производствѣ операціи тенотомъ, обращенный лезвеемъ къ краю крестцовой кости, проводится на 7—8 с. вверхъ; затѣмъ лезвее поворачиваютъ къ связкамъ и однимъ ударомъ разсѣкаютъ lig. tuberoso et spinososaera.

4) Модифицированная докладчикомъ *Kraske*'овская операція, какъ методъ болѣе консервативный, въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ служить для родовспомогательныхъ цѣлей, замѣняя собой при жизни плода перфорацию головки, вколоченной въ выходъ сильно суженнаго воронкообразнаго таза.

5) Другіе оперативные способы—перинеальный *Otto Zuckerhandl*'я и perineotomia *Sänger*'a для проникновенія въ полость малаго таза со стороны его дна—въ анатомическомъ отношеніи вполне безопасны.

Докладъ сопровождался демонстраціей топографическихъ и схематическихъ рисунковъ.

По поводу сдѣланныхъ сообщеній прив.-доц. *А. Н. Соловьевъ* замѣтилъ, что операція *Kraske* въ гинекологіи есть операція случайная, такъ какъ первоначально цѣль ея состояла въ резекціи recti. Въ гинекологіи она примѣняется при carcinoma uteri, но въ начальномъ развитіи рака она не нужна, потому что мы имѣемъ для этого способы *Schroeder*'a и *Freund*'a. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя оперировать per vaginam или per laparotomiam, тамъ, по его мнѣнію, и операція по способу *Kraske* не поведетъ къ исцѣленію. Относительно высказанной д-ромъ *Солодовниковымъ* возможности примѣненія модифицированной имъ операція *Kraske* въ акушерствѣ при воронкообразныхъ тазахъ, то самая идея ему симпатична, но она требуетъ дальнѣйшей разработки.

Проф. *Ф. И. Синицынъ* (Москва) заявилъ, что онъ видѣлъ операцію *Kraske* въ лѣчебницѣ д-ра *Кни* и пришелъ къ тому убѣжденію, что едва ли при какой-нибудь другой операціи можно встрѣтить такую большую рану и такую массу кровоточащихъ сосудовъ. На него операція произвела такое впечатлѣніе, что онъ не только не желалъ бы ее дѣлать, но и не желалъ бы ее видѣть вторично.

Проф. *Г. Е. Рейнъ* смотритъ на способъ *Kraske*, какъ, во-первыхъ, на операцію electionis: но при cancer incipiens uteri матку можно хорошо удалить per vaginam; при этомъ операторъ можетъ удалить столько клѣтчатки и широкихъ связокъ, сколько онъ считаетъ необходимымъ; во-вторыхъ, какъ на операцію necessitatis: но въ такомъ случаѣ выгоды нѣтъ; ибо если своды и клѣтчатка поражены, то и вышележащія железы также поражены и рецидивъ обязательно наступитъ; жалобы больныхъ при рактѣ, главнымъ образомъ, бываютъ на кровотеченіе, обильное отдѣленіе и боли. Нѣтъ сомнѣнія, что послѣ операціи *Kraske* кровотеченіе и отдѣленіе прекратятся, но этого можно достигнуть острой ложечкой или другими пособіями со стороны влагаллица. Что же касается до боли, то бываютъ случаи, гдѣ extirpatio totalis uteri ихъ не улучшаетъ. Въ виду вышеизложеннаго соображенія въ Россіи до

сихъ поръ всего сдѣлано 5 операций; вѣроятно она не заслуживаетъ большого сочувствія.

Д-ръ *В. В. Сутуинъ*: при неподвижности матки вслѣдствіе распростра-ненія раковаго процесса въ клѣтчатку широкихъ связокъ, ракъ бываетъ диссемированъ въ лимфатическія железы, лежащія около мыса крестца и выше, а этихъ железъ и способъ *Kraske* не даетъ возможности удалить. Примѣне-ніе способа въ начальныхъ формахъ рака влагалищной части матки едва-ли встрѣтитъ сочувствіе. Примѣненіе въ акушерствѣ, въ случаѣ воронкообраз-ныхъ тазовъ, разсѣченіе крестца и копчика увеличить только передне-задній размѣръ, но не измѣнить поперечнаго размѣра таза, и въ случаѣ устраненія костнаго препятствія, остаются еще мягкія ткани дна таза, которыя будутъ повреждены, особенно при извлеченіи объемистой головки живого плода. Всѣ эти условія не позволяютъ предсказать сочувственнаго приема операціи въ акушерствѣ. Анатомическія изслѣдованія д-ра *Солодовникова* прокладываютъ новый путь къ удаленію глубоко въ тазу сидящихъ опухолей и въ этомъ от-ношеніи заслуживаютъ полнаго сочувствія.

Профессоръ *Склифосовскій* не отвергаетъ способа *Kraske*; онъ подхо-дитъ къ идеальнымъ требованіямъ современныхъ хирурговъ сдѣлать область операціи доступной глазу. При *extirpatio per vaginam* многое дѣлается только по осзванію. Д-ръ *Солодовниковъ* на основаніи анатомическихъ изслѣдованій близокъ къ истинѣ; есть много опухолей малаго таза, могущихъ быть уда-ленными только этимъ путемъ; величина раны не должна быть страшна для современнаго хирурга.

Д-ръ *Заяицкій* указалъ на преимущество оперировать *per visum*. Онъ надѣется, что въ будущемъ статистика покажетъ частоту рецидивовъ у опе-рированныхъ по способу *Kraske* или по другимъ методамъ.

Д-ръ *Солодовниковъ* указалъ на удобство парасакрального способа для операціи надъ органами малаго таза ¹⁾).

31. **Abel. Ein Fall von angeborenem Anus praeternaturalis vestibularis bei einer 20 jährigen Nullipara** (Arch. für Gynäc. 1890. Bd. XXXVIII).

Случай врожденнаго anus praeternaturalis vestibularis у 20-ти-лѣт-ней дѣвушки.

Случаи *atresiae ani vaginalis* или, вѣрнѣе, по *Fritsch*'у, *anus praeterna- turalis vestibularis* у новорожденныхъ приходится акушерамъ наблюдать срав-нительно рѣдко. Но тотъ же порокъ развитія у взрослыхъ встрѣчается очень рѣдко и не лишено интереса прослѣдить, какое вліяніе имѣетъ онъ на жизнь женщины.

20-ти-лѣтняя дѣвица *А. К.* обратилась къ автору за совѣтомъ, можетъ ли она вступить въ бракъ, «имѣя порокъ въ половыхъ органахъ». Изслѣдованіе показало: *А. К.* во всемъ совершенно нормально развитая дѣвушка. Правая

¹⁾ Составитель отчета считаетъ своимъ долгомъ поблагодарить уважаемыхъ товарищей-докладчиковъ, любезно предоставившихъ ему матеріалъ для этого отчета.

малая губа неправильной формы, гипертрофирована. Отъ frenulum кзади идетъ пигментированное и нѣсколько плотное carne, какъ на нормальной промежности. Открывъ половую щель, видишь нѣсколько кпереди (выше) отъ frenulum заднепроходное отверстіе. Пальцу, при попыткѣ ввести его въ прямую кишку, приходится преодолѣвать замѣтное сопротивление; направляясь косо вверхъ и кзади, палецъ проникаетъ въ прямую кишку, которая не имѣетъ прямоугольнаго изгиба. Дѣвственная плева сохранена. Матка и яичники нормальны. Катетръ черезъ уретру проникаетъ въ мочевой пузырь. Большая сообщила, что этотъ порокъ развитія былъ замѣченъ матерью тотчасъ по рожденіи ея, но, оставленный безъ леченія, онъ до сего времени не причинялъ ей никакихъ неудобствъ. Испражненія, благодаря существующему жому, зависѣли отъ ея воли, самопроизвольной дефекаціи никогда не происходило, и только иногда ее мучили 7—8 дневные запоры, послѣ чего кишка опять правильно опорожнялась. Регулы правильны; наступили на 17 году. Не видя никакихъ показаній для оперативнаго вмѣшательства, авторъ отпустилъ А. К., давъ ей разрѣшеніе вступить въ бракъ.

Если такіе пороки развитія вообще рѣдки у взрослыхъ, то еще рѣже встрѣчается, что такой anus praeternaturalis снабженъ приспособленіемъ, весьма похожимъ на сфинктеръ, благодаря которому дефекація происходитъ періодически въ зависимости отъ воли больной. **Ф. Кюнъ.**

**32. Skatkowski. Ueber das Verhältniss gewisser Durchmesser des kindlichen und des mütterlichen Schädels (Arch. für Gynäc. 1890. Bd. XXXIII).
О соотношеніи извѣстныхъ діаметровъ младенческаго и материнскаго череповъ.**

Для рѣшенія вопроса, существуетъ ли какое-нибудь болѣе или менѣе постоянное соотношеніе въ размѣрахъ черепа матери и черепа ея младенца, авторъ произвелъ измѣренія на 214 матеряхъ и ихъ новорожденныхъ. Матери принадлежали къ различнымъ сословіямъ, національностямъ и возрастамъ. Измѣренія производились циркулемъ. Измѣрялись 3 діаметра: bitemporalis, biparietalis, suboccipito-bregmatica. Для измѣреній брались младенцы вполне зрѣлые, т. е. такіе, которые при нормально развитомъ тѣлѣ вѣсили 3,000 grm. Измѣренія производились не ранѣе, чѣмъ черезъ 24 часа по рожденіи, чтобы дать изгладиться измѣненіямъ, обусловленнымъ прохожденіемъ головки черезъ родовую каналъ.

На основаніи этихъ измѣреній авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: при извѣстныхъ размѣрахъ материнскихъ череповъ сравнительно часто повторялась извѣстная величина дѣтскихъ череповъ. Такъ при diam. bitemporalis равной у матери 12 cm. у младенцевъ тотъ же діаметръ 24 раза являлся равнымъ 8 cm.; при материнскомъ biparietalis=15 cm., младенческой biparietalis 46 разъ = 10 cm.; у 38 матерей съ diam. suboccipito-bregmatica = 15 cm. младенцы рождались съ тѣмъ же діаметромъ = 10 cm. и у 32 матерей съ діаметромъ suboccipito-bregmatica=16 cm. младенцы имѣли этотъ діаметръ=10 cm.

Для первородящихъ эти измѣренія въ смыслѣ опредѣленія отношенія головки младенца къ тазу матери имѣютъ наибольшее значеніе. Поэтому авторъ выдѣлилъ изъ общаго числа (214) сто первородящихъ и измѣнилъ нѣсколько постановку вопроса на сколько часто повторяется извѣстная разность въ величинахъ материнскихъ и младенческихъ діаметровъ черепа? И, допустивъ колебаніе въ 1 см., какъ допускается ошибка въ 1 см. при измѣреніи таза; онъ нашелъ на сто измѣреній:

Дѣтскій bitemporalis	меньше материнскаго	на 4—5 см.	въ 71 случ.	(71 ⁰ /о).
» iparietalis	»	» 5—6 »	» 81 »	(81 ⁰ /о).
» subocc.-bregm.	»	» 5—6 »	» 70 »	(70 ⁰ /о).

Эти числа, по мнѣнію автора, указываютъ на постоянный въ большинствѣ случаевъ законъ соотношеній между діаметрами материнскаго и младенческаго череповъ, которые, кромѣ того, очень часто являютъ замѣчательное сходство въ своемъ строеніи и особенно въ развитіи бугровъ ossium parietalium.

Ф. Кюнъ.

33. De l'anesthésie obstétricale par l'hypnotisme (Journal de médecine de Paris, 1890, № 51). Гипнотизмъ, какъ анестезирующее средство, въ акушерствѣ.

Изъ своей практики въ госпиталѣ Charité, авторъ описываетъ и разбираетъ два случая родовъ, протекавшихъ безъ всякихъ болевыхъ ощущеній, въ состояніи гипноза. Въ продолженіи всего періода изгнанія плода обѣ роженицы находились въ полномъ безсознательномъ состояніи. По пробужденіи онѣ рѣшительно ничего не помнили, что съ ними происходило за все время гипноза, искусственно вызваннаго. На основаніи этихъ двухъ случаевъ, а также и прежнихъ подобныхъ же наблюденій, опубликованныхъ раньше, авторъ считаетъ предлагаемый имъ новый методъ анестезіи примѣнимымъ въ акушерствѣ, даже предпочтительно передъ хлороформнымъ наркозомъ, находя его вполне безопаснымъ, какъ по отношенію къ матери, такъ и по отношенію къ плоду.

Самый методъ заключается въ слѣдующемъ: женщину между 7 и 8 мѣсяцемъ беременности начинаютъ ежедневно или по крайней мѣрѣ нѣсколько разъ въ недѣлю подвергать гипнозу, въ которомъ ее держатъ отъ 15 до 20 минутъ. Въ началѣ приходится прибѣгать къ помощи вертящагося зеркала (miroir rotatif). Вскорѣ обыкновенно удается достигнуть гипноза и вызвать анестезію и каталепсію, и субъекты становятся способными къ внушенію. Впослѣдствіи даже не приходится прибѣгать къ зеркалу, а бываетъ достаточно одного взгляда для вызова желаемаго эффекта. Сеансы продолжаютъ повторять до наступленія родовъ.

Самымъ труднымъ оказывается уловить моментъ, когда слѣдуетъ приступить къ гипнотизированію. Начинать гипнозъ слѣдуетъ съ того момента, когда установятся родовыя боли, и изгоняющія потуги достигнуть значительной интенсивности. Какъ только наступаетъ гипнотическое состояніе, боли перестаютъ сознаваться роженицею, и она можетъ сконцентрировать

всѣ свои усилія для изгнанія плода. Благодаря этому, врачъ, руководящій гипнозомъ, можетъ, по желанію, въ любое время посредствомъ внушенія усилить родовую дѣятельность и такимъ образомъ ускорить самый родовый актъ.

По пробужденіи, которое достигается по окончаніи родовъ при помощи простого внушенія, оказывается, что женщины, подвергавшіяся гипнозу, рѣшительно ничего не помнятъ, что съ ними происходило.

Въ обихъ приводимыхъ авторомъ случаяхъ роженицы были первородящія, одна изъ нихъ 23 лѣтъ, истеричная, другая же, 21 года, происходила, по свидѣтельству автора, отъ совершенно здоровыхъ родителей и никогда не страдала никакими болѣзнями нервной системы, тѣмъ не менѣе съ перваго же сеанса при помощи вертящагося зеркала ее удалось привести въ состояніе гипноза.

Р. Кинасть.

34. М. Д. Никитинъ. О сохраненіи промежности во время родовъ.
(Вѣстн. Общ. Гигіены, Судеб. и Практич. Мед., Декабрь, 1889 г.).

Авторъ, обозрѣвъ исторически вопросъ о поддерживаніи промежности во время родовъ и разобравъ причины, вызывающія разрывы ея, указываетъ на выгоды положенія роженицы, при прорѣзываніи головки, на боку, какъ для нея самой, такъ и для поддерживающей промежность руки и для наблюдающаго за потугами глаза; авторъ настоятельно рекомендуетъ поддерживаніе промежности, сводя сущность дѣйствія этого приема къ четыремъ положеніямъ: 1) къ ослабленію напора головки съ замедленіемъ поступательнаго движенія ея, 2) къ усиленію сопротивляемости поддерживаемой промежности, 3) къ подведенію всего затылка подъ лонную дугу и 4) къ равномерному распределенію давленія головки на всю окружность дѣтородной щели. Затѣмъ авторъ совѣтуетъ производить поддержку промежности не всею ладонью, а ладонною поверхностью сложенныхъ вмѣстѣ и выпрямленныхъ пальцевъ, что де дастъ возможность легче передвигать руку въ самыя трудныя минуты къ мѣсту наибольшаго напора головки на промежность и глазу слѣдить за степенью напряженія промежности, такъ какъ при этомъ промежность менѣе всего закрыта. Въ трудныхъ случаяхъ рекомендуетъ примѣнять и обѣ руки. Рука такимъ образомъ слѣдитъ за поступательнымъ движеніемъ головки и прилагаетъ наибольшую отдавливающую кпереди силу къ мѣсту наибольшаго напряженія. Руку и влагалище авторъ совѣтуетъ смазывать какимъ либо дезинфицированнымъ маслянистымъ веществомъ для уменьшенія тренія и для облегченія ея растяжимости при надавливаніи руками. Авторъ совѣтуетъ не держать руку на промежности внѣ потугъ и только почти при непрерывныхъ потугахъ, предшествующихъ окончательному прорѣзыванію головки, рекомендуетъ не отнимать одну и даже обѣ руки и не покидать поддерживаніе промежности до рожденія плечиковъ, такъ какъ и они иногда рвутъ промежность.

По поводу снятія щипцовъ до рожденія головки съ цѣлію предупредить разрывъ, авторъ, приводя мнѣнія авторовъ за и противъ, находитъ, что въ трудныхъ случаяхъ прорѣзыванія головки слѣдуетъ снимать щипцы и дальше

управлять головкой руками, при положеніи роженицы на боку. Въ легкихъ же случаяхъ, по его мнѣнію, безразлично будутъ ли щипцы оставлены или сняты, только въ случаяхъ необходимости скоро окончить роды по тѣмъ или другимъ показаніямъ щипцы снимать не слѣдуетъ, если нѣтъ хорошихъ потугъ.

Далѣе авторъ, говоря о способѣ *Ritgen-Olshausen'a*, вытѣсняющемъ головку давленіемъ черезъ прямую кишку, находитъ, что способъ этотъ можетъ быть примѣненъ только при отсутствіи потугъ у рожавшихъ уже, да и то можно опасаться поцарапать при немъ слизистую оболочку прямой кишки; въ трудныхъ случаяхъ, когда ткани крѣпко обхватываютъ головку, онъ не примѣнитъ, а если и можно примѣнить его, то у первородящихъ развѣ, при преждевременныхъ родахъ, или, вообще, при маломъ объемѣ головки.

Въ заключеніе авторъ разбираетъ способъ *Баландина* о поддерживаніи промежности при положеніи акушера на колѣняхъ съ рукою, подведенною подъ правое бедро роженицы для фиксаціи выпяченнаго дна таза, при чемъ большой палецъ правой руки его кладется на правый сѣдалищный бугоръ, а остальные пальцы, слегка изогнутые и сомкнутые, — на симметричную область другой стороны, каковое положеніе даетъ ему возможность и промежность сохрानить и слѣдить за движеніемъ головки, а пальцами лѣвой руки отдавливать головку на промежность для противодѣйствія раннему разгибанію головки; онъ находитъ его не удобнымъ и не обѣщаетъ ему будущности въ акушерской практикѣ.

А. Заболотскій.

35. **Marx. Accouchement premature provoqué par une évolution foetale. Placenta marginal et cordon très court. Enfant bien constitué avec un doigt supplémentaire à chaque main.** (Nouv. Archives d'Obstétr. et de Gynéc. 1890 № 12). **Преждевременные роды, вызванные движеніемъ плода. Placenta marginalis и очень короткая пуповина. Хорошо развитый младенецъ съ прибавочнымъ пальцемъ на каждой рукѣ.**

Авторъ былъ приглашенъ къ 40-лѣтней primipara, у которой въ концѣ 6-го мѣсяца появились родовые схватки съ значительнымъ кровотеченіемъ. Исслѣдованіе показало: головка вѣзалась, тѣло матки сильно отклонено вправо, шейка изгладилась, наружный зѣвъ открытъ на діаметръ франка. Палецъ ощупываетъ яичевыя оболочки, отдѣленные на пространствѣ 6 см. въ діаметрѣ, влѣво палецъ натывается на край частично отдѣленной плаценты. Сильное кровотеченіе, останавливающееся при каждой схваткѣ и вновь появляющееся послѣ нея. Родильница чрезвычайно слаба. Тампонъ изъ іодоформной марли; разрѣшеніе живымъ плодомъ.

Оболочки и послѣдъ представляли нѣкоторыя особенности: оболочки были отдѣлены на уровнѣ той части placenta'y, которая закупоривала шейку. Такимъ образомъ получались двѣ отдѣльныя полости, наполненные водами. Оболочки были разорваны параллельно краю плаценты и очень близко отъ него (въ 2 см.), что служитъ подтвержденіемъ вѣрности діагноза placentaе marginalis. Наконецъ пуповина имѣла всего 22 см. въ длину.

Плодь, хорошо развитой для 6 мѣсяцевъ, имѣлъ на каждомъ мизинцѣ съ

внутренней стороны его по добавочному пальцу, без костей 1 см. длиною, съ слѣдомъ ногтя на пальцѣ правой руки. Черезъ 48 ч. младенецъ умеръ.

Основываясь на показаніи акушерки, изслѣдовавшей большую двумя недѣлями раньше и констатировавшей тогда ягодичное положеніе плода, авторъ склоненъ объяснить преждевременные роды и кровотеченіе слѣдующимъ образомъ: *placenta marginalis*, короткая пуповина, предлежаніе ягодицами. Внезапно происходитъ движеніе, поворотъ плода въ черепное положеніе; разстояніе между пупкомъ и верхушкою черепа болѣе разстоянія между пупкомъ и ягодицами, короткій пупочный канатъ долженъ напрягаться и тянуть за плаценту, вслѣдствіе чего начались родовыя боли, плацента отдѣлилась по краю, въ ближайшей къ шейкѣ части, и вызвала сильное кровотеченіе.

Ф. Кюнъ.

36. **Thevard. Notes sur un cas de retention du placenta chez une femme ayant un uterus bipartitus et un vagin double.** (Nouv. Arch. d'Obstétr. 1890 № 12). **Случай задержанія послѣда у женщины съ двуплостною маткою и съ двойнымъ влагалищемъ.**

Л., 34 лѣтъ, 2-го авг. разрѣшилась благополучно седьмымъ ребенкомъ. Вслѣдствіе задержанія послѣда, 2 часа спустя послѣ родовъ былъ приглашенъ авторъ, который при изслѣдованіи нашелъ слѣдующее: Наружные половые органы не представляютъ ничего ненормальнаго. Но, открывши половую щель, видишь: 1) заднее, открытое влагалище, чрезъ которое совершается совокупленіе и которое ведетъ къ шейкѣ матки; 2) надъ нимъ родъ перепонки, похожей на дѣвственную плеву съ двумя отверстіями, пропускающими указательный палецъ. Перегородка, раздѣляющая оба влагалища, совершенно сплошна, цѣла на всемъ протяженіи.

Эго передне-заднее расположеніе влагалищъ заставляеть автора предполагать такое же строеніе и матки. Палецъ, введенный въ заднее влагалище, оцупываетъ совершенно сократившуюся шейку, которая пропускаеть только пуповину. При попыткѣ влеченія за пуповину, эта послѣдняя оторвалась у самаго мѣста прикрѣпленія ея къ плацентѣ, и шейка закрылась совершенно. Съ тѣхъ поръ больная пребыла подъ наблюденіемъ автора болѣе двухъ мѣсяцевъ. 4-го авг. удалось извлечь изъ матки кусочекъ послѣда съ куриное яйцо; послѣ чего леченіе было выжидательное, и только ежедневно примѣнялись влагалищныя карболовыя души вслѣдствіе значительныхъ въ началѣ зловонныхъ выдѣленій. Появившіеся за этотъ періодъ времени ознобы и отеки верхнихъ и нижнихъ конечностей и отекъ легкихъ лѣчились мочегонными и хиною. Зловонное выдѣленіе и отеки, понемногу ослабѣвая, къ концу сентября исчезли совершенно, и къ 14 октября пациентка могла считаться выздоровѣвшею.

Выводъ автора: «Этотъ случай доказываетъ, что при задержаніи послѣда безъ кровотеченій лучшій способъ лѣченія—выжиданіе, потому что выдѣленіе послѣда совершилось здѣсь въ 50 дней, не повлекши за собою смерти пациентки».

Ф. Кюнъ.

37. **Julius Moses. Uterustamponade bei atonischer Blutung post partum.** (Deutsche Medicinische Wochenschrift. № 52). Тампонація матки при атоническихъ кровотеченіяхъ послѣ родовъ.

Въ виду появившихся на послѣднемъ конгрессѣ Гинекологическаго Общества въ Фрейбургѣ заявленій со стороны такихъ авторитетовъ какъ *Olshausen*, *Veit*, *Fehling* и др., что въ рукахъ сельскихъ врачей методъ тампонируванія матки при кровотеченіяхъ ех атоніа, крайне опасенъ, авторъ описываетъ свой случай, гдѣ онъ съ успѣхомъ примѣнилъ этотъ способъ. Послѣ наложенія щипцовъ и ручнаго отдѣленія послѣда, появилось сначала слабое, постепенно усилившееся кровотечение; изслѣдованіе показало, что матка совершенно распустилась. Потираніе рукой не дало никакихъ результатовъ; тогда авторъ затампонировалъ матку карболизованной ватой. Послѣ введенія перваго же тампона, матка сразу сократилась, и еще три маленькихъ тампона выполнили всю ея полость. Противъ наступившей анеміи даны были возбуждающія и эрготинъ 0,25 подъ кожу; черезъ нѣсколько часовъ сильными схватками были выкинуты во влагалище всѣ тампоны безъ малѣйшаго кровотеченія. Авторъ считаетъ этотъ методъ наилучшимъ и совѣтуетъ примѣнять его во всѣхъ случаяхъ кровотеченій ех атоніа и только если онъ окажется несостоятельнымъ примѣнять другіе способы. Относительно возраженія, что тампонъ не позволитъ маткѣ хорошо сократиться, авторъ думаетъ, что описываемый случай достаточно ясно опровергаетъ его, дѣйствіе же тампона объясняетъ рефлексомъ мускулатуры матки на инородное тѣло въ ея полости. Инфекція невозможна при употребленіи антисептическихъ средствъ; карболизованную же вату съ успѣхомъ замѣняетъ іодоформированная марля.

П. Садовскій.

38. **Poitou-Duplessy. Observation de grossesse trigemellaire** (Bullet. et mém. de la Soc. obst. et gynéc. de Paris, 1880, № 12; séance du 11 décembre). Тройни.

Второродящая 31-го года; громаднй животъ, сильно отвисающій впередъ; удается прослушать два отдѣльныхъ сердцебіенія. Слабыя родовыя боли; черезъ 8 часовъ отъ ихъ начала—полное открытіе зѣва; пузырь вскрытъ искусственно, причемъ вытекло около 500 grm. водъ; предлежащая головка опустилась въ полость таза, но дальнѣйшее поступательное движеніе замедлилось; наложены щипцы *Tarnier*, извлеченъ живой мальчикъ вѣсомъ въ 2560 grm. Послѣ этого констатируется присутствіе въ маткѣ *еще двухъ* плодовъ; рожденіе обоихъ происходитъ такъ же, какъ и перваго: искусственное вскрытіе пузыря и наложеніе щипцовъ вслѣдствіе слабости болей; извлечены два живыхъ мальчика, вѣсившіе 2390 и 2450 grm. Вслѣдъ за ихъ рожденіемъ — сильное маточное кровотеченіе; въ полость матки введена вся рука, извлеченъ громаднй послѣдъ вѣсомъ въ 1460 grm. (размѣры — 27 и 25 см.); произведено внутриматочное промываніе антисептическимъ растворомъ въ 48° С.; кровотеченіе продолжается; подкожное впрыскиваніе эрготина и прижатіе аорты рукою черезъ брюшныя стѣнки въ теченіе 10 минутъ,—

кровотеченіе совершенно остановилось. Послѣродовой періодъ протекъ безъ осложненій; мать кормить грудью всѣхъ трехъ дѣтей, дополняя недостатокъ своего молока искусственнымъ вскармливаніемъ.

Помимо рѣдкости тройней, вообще, авторъ подчеркиваетъ сравнительно большой для многоплодной беременности и притомъ почти одинаковый вѣсъ трехъ новорожденныхъ.

А. Фишеръ.

39. **И. Львовъ. Медицинскій отчетъ по Лихачевскому родильному отдѣленію Казанской губернской земской больницы съ сентября 1889 г. по сентябрь 1890 г. (Отдѣльный оттискъ; 99 страницъ. Казань, 1890).**

Къ сентябрю 1889 г. въ родильномъ отдѣленіи оставались 4 родильницы и 1 беременная; за отчетный годъ принято беременныхъ и роженицъ 549; разрѣшилось отъ бремени 550; изъ всего числа выписаны—541, умерли—2, остались къ сентябрю 1890 г.—9 родильницъ. Отказано за неимѣніемъ мѣста 9-и роженицамъ.

Первородящихъ было 152 (28⁰/о), второродящихъ—97 (18⁰/о), много-родящихъ—301 (54⁰/о).

Такъ какъ беременныя, въ случаѣ какихъ-либо показаній, принимались зачастую еще задолго до начала родовъ, то авторъ отчета имѣлъ возможность наблюдать много различныхъ *осложненій беременности*, изъ которыхъ чаще всего встрѣчалась перемежная лихорадка, а именно въ 56 случаяхъ (10,2⁰/о); затѣмъ слѣдуетъ тошнота и рвота серьезнаго характера—36 случаевъ, кровотеченія въ различное время беременности—13, influenza—12, и т. д.; всего 155 случаевъ осложненной беременности.

Перемежная лихорадка лѣчилась хининомъ и настоємъ подсолнечника (Tinct. Helianthi annui—2 раза въ день по столовой ложкѣ), который, по отзыву автора, въ хроническихъ лихорадкахъ дѣйствительнѣе хинина. Въ 3-хъ случаяхъ подъ вліяніемъ febris intermittens наступилъ перерывъ беременности: 2 раза—преждевременные роды на 8-мъ мѣсяцѣ, и 1 разъ—6-недѣльный выкидышъ.

Относительно вліянія гриппа (influenza) на беременность авторъ уже опубликовалъ свои наблюденія въ «Медицинскомъ Обзорѣнн» за 1890 г., № 2 (см. «Журн. акуш. и женск. бол.», 1890, № 6). Въ общемъ онъ приходитъ къ тому выводу, что тѣ формы influenzae, которыя протекаютъ съ лихорадкою типа febris continuaе remittentis, особенно если температура съ начала заболѣванія достигаетъ асме (до 41⁰), вліяютъ всего вредоноснѣе на беременность, весьма легко вызывая ея прерываніе, въ чемъ онѣ сходны съ крупозной пневмоніею; если же болѣзнь протекаетъ съ атипической лихорадкой и представляется болѣе затяжною, то вліяніе ея на беременность менѣе рѣзко и сказывается позднѣе, приближаясь въ этомъ отношеніи къ брюшному тифу.

Изъ другихъ осложненій беременности авторъ подробно останавливается случаѣ hydraemiae, исторія котораго вкратцѣ такова. Г-жа К., 26 лѣтъ, беременна въ 5 разъ на VII-мъ лунномъ мѣсяцѣ; со второй половины беремен-

ности—громадные отеки; сердце здорово (за исключеніемъ небольшого анемическаго шума на первомъ тонѣ у верхушки); суточное количество мочи нормально, бѣлка нѣтъ; при изслѣдованіи крови по *Malassez* у найдено уменьшенное количество красныхъ тѣлецъ (менѣе 3 милліоновъ въ 1 куб. миллім.). Искусственные преждевременные роды—по способу *Krause*. Новорожденная мертвая дѣвочка со всѣми признаками недозрелости (обильный lanugo), съ сильными отеками подкожной клѣтчатки всего тѣла, благодаря чему вѣсъ ея равнялся 1900 grm.; дѣтское мѣсто гигантскихъ размѣровъ: вѣсъ=1780 grm., размѣры—28 и 27 cm.; околоплодныхъ водъ очень много. Авторъ считаетъ себя въ правѣ отеки матери и плода, наравнѣ съ hydramnion'омъ, поставить въ зависимость отъ hypertrophia placentae.—Аналогичный этому случай, гдѣ впрочемъ была альбуминурія, хотя и при отсутствіи цилиндровъ, автору пришлось уже наблюдать годомъ раньше.

Интересными представляются далѣе два случая функциональных нервныхъ разстройствъ во время беременности. 1) Первобеременная 21 года; съ половины беременности—парезъ обѣихъ ногъ: при изслѣдованіи—значительное пониженіе чувствительности въ ногахъ при нормальной электрической раздражительности мышцъ; съ окончаніемъ родовъ паретическія явленія прошли, и къ 10 дню родильница встала здоровою. 2) Первобеременная 23 лѣтъ; съ 7 мѣсяцевъ беременности началъ пропадать голосъ, а за мѣсяць до родовъ—полная афонія; никакихъ объективныхъ мѣстныхъ явленій; лѣченіе—безъ результата; послѣ родовъ черезъ сутки появился голосъ, пріобрѣвшій дня черезъ три полную звучность.

Въ заключеніе авторъ описываетъ два случая травматическихъ поврежденій во время беременности.—1) 25-лѣтняя солдатка въ началѣ VII мѣсяца 5-й беременности была сильно сжата толпою во время церковной процессіи; сильныя боли, повышенная t° ($38,2^{\circ}$ C., пульсъ—100),—perimetritis traumatica; черезъ 5 дней—преждевременные роды; въ послѣродовомъ періодѣ—медленное всасываніе экссудата.—2) Беременной въ 4-й разъ татаркѣ въ концѣ VII мѣсяца мужъ нанесъ ножомъ рану, которая, начинаясь отъ лѣваго сѣдалищнаго бугра, огибаетъ слѣва задній проходъ и на $1/2$ cm. не доходить до задней стѣнки влагалища; въ глубину рана идетъ очень далеко по тазовой клѣтчаткѣ; между прямой кишкой и влагалищемъ на задней стѣнкѣ рукава тотчасъ за входомъ имѣется рана длиною около вершка, сообщающаяся съ вышеописанной ранюю. Наложены швы, введенъ дренажъ; полное заживленіе первымъ натяженіемъ. Черезъ 3 мѣсяца—срочные, нормальные роды живымъ мальчикомъ въ 4,100 grm. вѣсомъ.

Роды по сроку беременности распредѣлялись такъ: срочныхъ—495, преждевременныхъ—38, выкидышей—17; причиною перерыва беременности чаще всего былъ сифилисъ (въ 13 случаяхъ былъ или remphigus syphiliticus, или syphilis visceralis, доказанный вскрытіемъ); въ 3-хъ случаяхъ преждевременные роды были вызваны искусственно.—Изъ осложненій родовъ наблюдались: узкій тазъ conj. ext. менѣе 18 cm)—въ 38 случаяхъ; неправильности родовыхъ болей—29; выпаданіе пуповины—3; предлежаніе дѣтскаго

жѣста—3; эклампсія—2; задержаніе плоднаго яйца при выкидышѣ или послѣда и оболочекъ при родахъ—17; разрывъ промежности—16, и т. д. Положенія плода: первое черепное—326, второе черепное—166, лицевое—5, неопредѣленное головное—7; ягодичное—8, ножное—8, поперечное и косое—3. Двойничныхъ родовъ было 13. Акушерскія операціи: наложеніе щипцовъ—34; поворотъ—8; краніотомія—4; эмбриотомія—1; извлеченіе за ножки—13; за ягодицы—1; за головку—1; искусственный выкидышъ—1; искусственные преждевременные роды—3; извлеченіе послѣда или плоднаго яйца при выкидышѣ—17; выскабливаніе полости матки при выкидышѣ—2; episiotomia—20; шиваніе разрывовъ промежности—21; шиваніе эпизиотомическихъ разрѣзовъ—3; обшиваніе кровотокающей art. clytoridis—1; выжиманіе послѣда по *Crede*—7; разрывъ плоднаго пузыря—100. Изъ 34 случаевъ наложенія щипцовъ 23 раза операція примѣнена при высоко-стоящей головкѣ (надъ входомъ въ тазъ—5, во входѣ—18); во всѣхъ трудныхъ случаяхъ и обязательно при поперечномъ стоявіи головки, а равно и при косомъ, но въ заднемъ видѣ, накладывались щипцы *Лазаревича*.

Послѣродовой періодъ. Безлихорадочное теченіе—въ 488 случаяхъ (87,8%), повышенія t° въ 67 случаяхъ (12,2%). Заболѣванія: послѣродовыя—35 случаевъ (6,4%); случайныя—21 (3,8%). Умерли—2 родильницы, одна отъ endometritis puerperalis на 13-й день послѣ родовъ (placenta praevia, anaemia acuta) и одна отъ tetanus puerperalis, развившагося внезапно на 7-й день безлихорадочнаго послѣродоваго періода.

Выписывались родильницы большею частью на 5-й день (156), на 4-й (121), на 6-й (72); среднимъ счетомъ каждая родильница проводила въ отдѣленіи 6,14 дня. Авторъ по-прежнему держался принципа ранняго вставанія родильницъ съ постели и позволялъ здоровымъ родильницамъ при желаніи вставать съ 4-го дня, ни разу не видѣвъ отъ этого плохихъ послѣдствій. Въ заключеніе этой главы отчета авторъ описываетъ случай polymastiae (одна лѣвая и двѣ правыхъ грудныхъ железы).

Новорожденные. За исключеніемъ 8 раннихъ выкидышей, всего родилось дѣтей—552; изъ нихъ: мальчиковъ—280, дѣвочекъ—272; живыхъ—520, мертворожденныхъ—32; умерло въ родильномъ отдѣленіи—24. Средній вѣсъ всѣхъ доношенныхъ дѣтей—3,440 grm., ростъ—50,2 cm.; мальчиковъ—3,530 grm. и 51 cm.; дѣвочекъ—3,362,7 grm. и 49,7 cm.

Въ гинекологическомъ отдѣленіи за отчетный годъ было 46 больныхъ; изъ нихъ умерла—1. Гинекологическихъ операцій на 41 женщинѣ было произведено—67, въ томъ числѣ два чревосѣченія (laparotomy и ovariectomy).

А. Фишеръ.

40. С. Олиховъ. Къ вопросу о плодovitости крестьянокъ Кинешемскаго уѣзда Костромской губерніи. (Земскій Врачъ, 1890 г., № 52).

На основаніи 250 опросовъ замужнихъ женщинъ старше 50, періодъ дѣторожденія которыхъ можно считать оконченнымъ, авторъ нашель, что онѣ родили 1,995 человекъ. Изъ нихъ въ живыхъ находится 734 и умерло 1,261. Кромѣ того, было 3 мертворожденныхъ и 78 выкидышей. Отбрасывая мертво-

рожденныхъ и выкидышей, получимъ среднее число роженій на каждую мать 7,98. Эта цифра ниже средней (по *Янсону*) для всей Россіи, которая равняется 9,7, но выше чѣмъ въ Европѣ (4) и даже — чѣмъ въ уѣздахъ: Порховскомъ (6,39), Рязанскомъ (5,01) и Волчанскомъ (5). Изъ числа опрошенныхъ матерей 4% дѣтей не имѣли, тогда какъ у *Святловскому* по Волчанскому уѣзду не рожавшихъ приблизительно 7,1% и у *Нешеля* по Порховскому уѣзду 6%.

Такъ какъ число роженій увеличивается при большой смертности дѣтей въ первые мѣсяцы жизни, ибо женщина, освободившись отъ кормленія ребенка, скорѣе забеременѣваетъ, то авторъ и приводитъ данныя, собранныя въ этомъ направленіи. Изъ 1995 дѣтей умерло до 10 лѣтъ 1778, т. е. 59,04% (89, 12%? *Ред.*) на первомъ же году умерло 857 дѣтей или 42,95%. Такую смертность авторъ на основаніи своихъ записей относитъ за счетъ дурного питанія и ухода за дѣтьми въ первое время жизни.

Разбирая вопросъ о плодовитости женщинъ въ зависимости отъ своевременности браковъ, авторъ находитъ, что плодовитость больше у вступающихъ въ бракъ въ возрастѣ отъ 20—25 лѣтъ, т. е. у лицъ достигшихъ зрѣлости.

Въ ряду неблагоприятныхъ моментовъ, уменьшающихъ плодовитость, авторъ признаетъ наиболѣе крупнымъ — сифилисъ. **А. Заболотскій.**

41. **Lutaud. Menstruation precoce chez une enfant de 7 ans.** (Bulletins et mémoires de la Société obstétr. et gynécol. de Paris, 1890, № 12, Séance du 11 décembre). **Ранняя менструація у семилѣтней дѣвочки.**

У совершенно здоровой и умственно, и тѣлесно дѣвочки за мѣсяцъ до истеченія 7-лѣтняго возраста появилось впервые кровянистое отдѣленіе изъ половыхъ органовъ, сопровождавшееся небольшими болями въ поясницѣ, чувствомъ усталости и общаго недомоганія, продолжавшееся три дня и затѣмъ возобновлявшееся черезъ промежутки въ 25—28 дней.

Никакихъ иныхъ указаній на преждевременное половое развитіе, кромѣ нѣкотораго увеличенія грудныхъ железъ, при изслѣдованіи не найдено.

А. Фишеръ.

42. **. Н. Шнаубертъ. О кровотеченіяхъ, замѣняющихъ менструацію.** (Труды общ. русск. врачей въ Москвѣ. 1-е полугодіе 1890).

Въ вопросѣ о менструаціи наиболѣе изученными являются процессы мѣстные — овуляція и измѣненія въ маткѣ; менѣе изучены явленія общія, сосредоточенныя главнымъ образомъ въ нервной и сосудистой системахъ — таковыя явленія конгестивныя, явленія приливовъ къ органамъ, наблюдаемыя обыкновенно передъ регулами и рѣже въ концѣ ихъ. Вотъ эти-то приливы, особенно рѣзкіе при задержаніи или отсутствіи регулъ, въ своихъ крайнихъ степеняхъ и могутъ проявиться въ видѣ викарныхъ менструацій. Характеристика ихъ извѣстна: замѣна отсутствующихъ (или уменьшенныхъ) регулъ, періодичность, прекращеніе во время беременности и при наступленіи климактерія, возмож-

ность зачатія при отсутствіи обыкновенныхъ менструацій (т. е. существованіе овуляціи). Замѣняющія кровотеченія появляются или съ самаго начала полового созрѣванія, или послѣ неопредѣленнаго числа обыкновенныхъ менструацій. Анемія и нервныя разстройства составляютъ главнѣйшихъ спутниковъ этой патологической формы, избирающей разнообразнѣйшіе органы мѣстомъ своего проявленія—носъ, глаза, уши и проч. и проч. Наиболѣе важными какъ въ отношеніи распознаванія, такъ и лѣченія, авторъ считаетъ кровотеченія изъ легкихъ и изъ желудка и приводитъ два случая изъ своей практики. Въ первомъ — у дѣвушки 23 лѣтъ, имѣвшей въ анамнезѣ хлорозъ, три воспаленія легкихъ, острый бронхитъ и верхушечные процессы, во время менструаціи стало замѣчаться кровохарканіе, и регулы, сначала правильныя, стали запаздывать. Назначеніе горячихъ ножныхъ ваннъ и эрготина передъ наступленіемъ предполагаемаго срока менструаціи прекратило кровохарканіе; появившіеся же въ эти періоды припадки бронхита не прекращались. Въ другомъ случаѣ авторъ наблюдалъ женщину, у которой во время регулъ появлялись диспептические явленія и два раза обильная рвота (въ концѣ періода), доводившая больную оба раза до значительной анеміи. Страданія, вызывающія кровавую рвоту, исключены точнымъ изслѣдованіемъ. Эффектъ терапіи, состоявшей въ назначеніи *Natri sulfurici, liquoris ferri sesquichlorati* и друг., и въ продолжительномъ водолѣченіи, остался автору неизвѣстнымъ.

Останавливаясь на патогенезѣ описанной формы, авторъ приходитъ къ заключенію, что замѣняющія кровотеченія—представляютъ собой сосудодвигательный *неврозъ*, приравниваемый имъ къ истеріи, на основаніи замѣчающагося при немъ усиленія нервной возбудимости. Говоря объ аменорреѣ, сопровождающей обыкновенно викарное кровотеченіе, *III.* подчеркиваетъ взглядъ на нее *Scanzoni*, который видитъ въ ней не причину, а слѣдствіе такого кровотеченія; послѣднее, при нормальныхъ условіяхъ, т. е. при нормально функционирующей нервной системѣ, не появляется тоже именно потому, что замѣчаемая въ менструальномъ періодѣ гиперемія органовъ находитъ себѣ отвлеченіе въ выдѣленіи крови изъ матки.

Главными средствами борьбы съ этою болѣзью, кромѣ обычнаго мѣстнаго лѣченія, надо признать тѣ, которыя служатъ къ укрѣпленію нервной системы при нейростеніи и истеріи. Лѣченіе климатическое, водолѣченіе, перемѣна обстановки — должны сослужить въ этомъ направленіи наилучшую службу.

Въ заключеніе своего интереснаго сообщенія авторъ приводитъ литературу вопроса, начинающуюся *Pinel'*емъ (1815 г.) и оканчивающуюся *P. Müller'*омъ (1888 г.).

А. Гермоніусъ.

43. **G. D. Orthman.** *Über „Kraurosis vulvae“* (Zeitsch. f. Geb. und Gyn. Bd. XIX, 2 Heft.),

Breisky въ 1885 году впервые описалъ подъ именемъ «*kraurosis vulvae*» атрофію общихъ покрововъ наружныхъ половыхъ органовъ и промежности. Указанныя части представляются сморщенными, сухими, удобообразываемыми и принимаютъ блѣсовато-блестящій видъ, такъ что иногда самое осторожное

ручное изслѣдованіе производитъ болѣе или менѣе глубокіе надрывы. Какъ общій результатъ указанныхъ измѣненій, '*Breisky* обозначаетъ суженіе vestibuli, обусловливающее уже при coitus, но особенно при родахъ, ненормальное сопротивленіе растяженію vulvae. Гистологическое изслѣдованіе одного случая указало, что атрофическія измѣненія гнѣздятся въ верхнихъ слояхъ coriі, особенно въ corpus papillare, основа котораго склерозирована, матово-стекловиднаго свойства, слегка исчерчена. Сосочки ниже нормальныхъ, refe на нѣкоторыхъ мѣстахъ истончено, и толстый ороговѣлый epidermis близко прилегаеть къ вершинамъ сосочковъ. Сальныхъ желѣзъ не было; отъ послѣднихъ только остатки. Нѣкоторые сосочки и глубокіе слои coriі представляли мелко-кѣточковую инфльтрацію. Этіологія заболѣванія темна. До заболѣванія не было ни воспалительныхъ измѣненій, ни сыпей, ни сифилиса половыхъ органовъ. Ни въ одномъ случаѣ не было опредѣлено въ мочѣ сахара. Въ четырехъ случаяхъ былъ pruritus vulvae, въ трехъ случаяхъ заболѣванію предшествовала продолжительная leukorrhoea. Терапія бесплодна.

Въ 1886 году *Fleischmann* сообщилъ 8 случаевъ «kraurosis». Въ четырехъ были на лицо атрофическія измѣненія кожи, описанныя *Breisk* имъ (Stenosis vestibulavis, сухость, гладкость и рубцовое свойство кожи и сглаживание малыхъ губъ); въ остальныхъ четырехъ атрофія ограничивалась только переднимъ отдѣломъ преддверія и, вообще, была слабо выражена. Въ четырехъ случаяхъ не было ни зуда, ни бѣлей; въ одномъ furunculosis большихъ губъ, въ трехъ остальныхъ—бѣли. Моча безъ сахара. По *Fleischmann*'у имѣеть практическое значеніе возникновеніе надрывовъ при родахъ, вслѣдствіе потери эластичности кожи. Микроскопическаго изслѣдованія не произведено.

Въ 1888 году *Janovsky* описалъ 6 случаевъ выраженной «kraurosis vulvae». Клиническое значеніе этой формы обусловливается происходящими надрывами во время родовъ, составляющими источникъ инфекціи. Въ этіологическомъ отношеніи въ нѣкоторыхъ случаяхъ играетъ роль врожденная аномалія развитія полового канала. Далѣе авторъ высказываетъ гипотезу, что, при долгомъ существованіи бленорреи, напримѣръ, мочеиспускательнаго канала у мужчинъ, могутъ развиваться измѣненія слизистой оболочки, которыя представляютъ отдаленное сходство съ «kraurosis». Эту гипотезу авторъ основываетъ на многочисленныхъ эндоскопическихъ изслѣдованіяхъ хронической гонорреи и думаетъ, что глубокіе воспалительные процессы могутъ играть роль при развитіи «kraurosis». Нахожденіе при «kraurosis» бѣлыхъ пятенъ (leucoplakia) влагалища весьма интересно. Возможно, что разстройства питанія, ведущія къ гиперплазіи и измѣненіямъ эпителія, характернымъ для leucoplakia, могутъ одновременно, вслѣдствіе раздраженія ткани въ глубокихъ слояхъ, вызвать «kraurosis». При leucoplakia за воспалительнымъ и гиперпластическимъ процессомъ въ эпителіальномъ и подъ эпителіальномъ слояхъ, наступаетъ атрофическій, который не ограничивается эпителіемъ, но часто распространяется на глубокіе слои. Такимъ образомъ на основаніи данныхъ о leucoplakia (работа *Schwimmer*'а) можно объяснить часть измѣненій—утолщеніе эпителія при «kraurosis».

Къ опубликованнымъ уже 26 случаямъ «kraurosis» *Orthmann* сообщаетъ еще 5 случаевъ изъ клиники *Martin'a*. Авторъ приводитъ тщательно составленныя исторіи болѣзни и результаты микроскопическаго и бактериологическаго изслѣдованій. Результаты эти слѣдующіе: атрофическому процессу, выражающемуся указанными въ началѣ реферата измѣненіями общихъ покрововъ, предшествуетъ гиперплазическій періодъ: роговой слой и *rete Malpighii* утолщены, *corium* представляетъ мелко-клеточковую инфильтрацію; въ ткани наблюдается небольшое количество сосудовъ съ узкимъ просвѣтомъ, сдавленныхъ инфильтрированной соединительною тканью; измѣненій нервныхъ окончаній не найдено. Тщательное бактериологическое изслѣдованіе не дало положительныхъ результатовъ, такъ какъ не удалось найти специфическаго низшаго организма, которому бы можно было приписать причину развитія этой формы болѣзни. Были найдены только разнообразныя влагалищныя бактеріи. Относительно симптомовъ, случаи автора имѣютъ большое значеніе: несносный зудъ и жженіе составляютъ выдающийся припадокъ «kraurosis», заставляющій больныхъ искать врачебной помощи, о чемъ предвидущіе авторы не упоминаютъ. Что касается терапіи, то она заключается въ вырѣзываніи пораженныхъ участковъ кожи и закрытіи дефекта этажнымъ швомъ изъ кѣтгута. Послѣоперационный періодъ протекалъ гладко; наступало быстрое заживленіе; тягостныя ощущенія исчезали совершенно.

Подобный же оперативный приемъ былъ примѣняемъ раньше *Schröder*'омъ и *Küstner*'омъ для лѣченія *pruritus vulvae*; но въ этихъ случаяхъ не было «kraurosis». Авторъ настоятельно совѣтуетъ примѣнять этотъ методъ во всѣхъ случаяхъ «kraurosis», не теряя времени на употребленіе другихъ средствъ, остающихся большею частію безъ результата.

В. Масловскій.

44. Г. Н. Калустовъ. Случай первичной саркомы рукава. (Труды Общ. русск. врачей въ Москвѣ. 1-е полугодіе 1890 г.).

Въ своемъ чрезвычайно точно и ясно описанномъ случаѣ авторъ даетъ рѣдкую картину первичнаго злокачественнаго новообразованія влагалища; сомнительность распознаванія лежитъ въ рѣдкости самаго случая.

Больная, крестьянка С., 23 лѣтъ, вышла замужъ на 17 году, рожала два раза (последніе роды года 2 назадъ); въ промежуткѣ между родами двѣ прерванныя беременності. Какіхъ-либо неправильностей со стороны управленій полового аппарата или чувствительности больная не замѣчала до восьминеделнаго кровотеченія, появившагося мѣсяцевъ семь тому назадъ и остановившагося потомъ на 2 мѣсяца; теперь кровотеченіе почти непрерывно уже болѣе 3-хъ мѣсяцевъ, то ослабѣвая, то чрезвычайно усиливаясь. Съ мѣсяцевъ, какѣ она замѣтила присутствіе опухоли въ половой щели. Послѣ перваго изслѣдованія, произведеннаго въ другомъ мѣстѣ, у нея было два громадныхъ размѣровъ кровотеченія, изъ которыхъ послѣднее подверглось со стороны какой-то бабки тампонаціи кускомъ ваты, смоченной лампаднымъ масломъ. Это первое изслѣдованіе (д-ра *Н. М. Соколова*) показало присутствіе на передней стѣнкѣ рукава твердой складчатой опухоли.

Авторъ впервые увидѣлъ ее въ сравнительно удовлетворительномъ общемъ состояніи; отвратительный запахъ изъ половыхъ органовъ обращалъ прежде всего вниманіе; при изслѣдованіи, извлеченъ огромный ватный тампонъ, — вслѣдъ затѣмъ непосредственно открылось «колоссальное» кровотеченіе изъ влагалища, къ вечеру остановленное. Оказалось, что передняя стѣнка влагалища занята во всю ширину прямоугольной формы струпомъ, плотнымъ, сѣровато-чернаго цвѣта, не доходящимъ до вершины свода на $1\frac{1}{2}$ см. и до отверстія urethrae на 1 см. и ограниченнымъ отъ вполне здоровой кругомъ ткани бороздкою. Струпъ этотъ изборожденъ трещинами, выдѣляющими гниlostную, кое-гдѣ съ примѣсью крови, жидкость; онъ замѣтно выступаетъ надъ поверхностью и сидитъ очень плотно. Матка увеличена, своды свободны; полное отсутствіе болѣзненности при изслѣдованіи; увеличенія желѣзъ нигдѣ не замѣчается. Общее состояніе, какъ сказано, довольно удовлетворительно, психика, кромѣ ослабленія памяти, нормальна.

Въ теченіе перваго мѣсяца больная замѣтно поправилась. Струпъ постепенно отдѣлялся, распадаясь на мелкія частицы; кровотеченіе въ такихъ же, какъ въ первый разъ, размѣрахъ было еще одинъ разъ; появившаяся болѣзненность объяснялась многочисленными садинами задней стѣнки рукава, причиненными, вѣроятно, ихорознымъ отдѣленіемъ и спринцеваніями сулемой. Недѣли чрезъ двѣ на лѣвой ягодицѣ и на наружной поверхности праваго бедра появились темно-синіе подвижные узлы, твердые и бугристые, начавшіе постепенно увеличиваться въ ширину, не переходя въ кожу, и оставшіеся совершенно безболѣзненными. Черезъ мѣсяць картина передней стѣнки рукава стала неузнаваема: вмѣсто струпа, вполнѣ чистая поверхность щелевиднаго углубленія, снабженнаго двумя боковыми отростками, въ видѣ прямого креста, съ острыми срѣзанными краями, покрытыми остатками распада. Сообщенія съ мочевымъ пузыремъ нигдѣ нѣтъ; равнымъ образомъ нѣтъ и ни язвъ, ни инфильтраціи.

Черезъ нѣсколько дней по отдѣленіи струпа, у праваго поперечнаго отростка замѣченъ небольшой красноватый узелъ, не кровотокащій и нечувствительный, вполнѣ обособленный отъ окружающей ткани. Появилась рвота (иногда съ кровью), слабость и сильныя боли въ правомъ вискѣ; незамедливо и кровотеченіе. Еще чрезъ три дня, при изслѣдованіи, констатировано появленіе новыхъ 4—5 узловъ; первый увеличился вдвое, не входя однако въ связь со стѣнкою влагалища, изъязвился и сталъ тверже; другіе узлы такого же характера. Въ правомъ сводѣ уплотнѣніе. Возвратился и отвратительный запахъ отдѣляемаго. Ухудшеніе прогрессировало весьма быстро; появились страшныя боли при мочеиспусканіи, боли въ вискѣ усилились и, наконецъ, больная при сохраненномъ сознаніи потеряла способность рѣчи, которая, хоть и вернулась, но сдѣлалась неясной и беззвучной. Скоро послѣдовала и смерть. Вскрытія не было; микроскопическое изслѣдованіе новообразованія дало такую картину: масса красныхъ шариковъ внѣ сосудовъ, многочисленныя коагуляціонныя глыбки, между ними островки живыхъ, тѣсно другъ къ другу прилегающихъ, клѣтокъ, съ большими ядрами; по внѣшности

онѣ чрезвычайно напоминаютъ эндотелій; множество микроорганизмовъ. Эта картина даетъ автору возможность остановиться на діагностикѣ первичной полиморфной саркомы. Авторъ считаетъ свой случай 16-мъ въ литературѣ.

А. Гермониусъ.

45. F. Spaeth. Zur Casuistik der Coitusverletzungen. (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd XIX, 2. Heft.). **Къ казуистикѣ поврежденій при половомъ сношеніи.**

Авторъ описываетъ три случая поврежденій половыхъ органовъ. Въ первомъ случаѣ дѣло идетъ о женщинѣ, 31 года, которая при первыхъ сношеніяхъ ощущала умѣренную боль и имѣла незначительное кровотеченіе. Нѣкоторое время спустя, она почувствовала весьма сильную боль при сношеніи, что сопровождалось значительнымъ кровотеченіемъ. На третій день послѣ этого сношенія отхожденіе газовъ чрезъ влагалище, а на 4-й фекальныхъ массъ. При изслѣдованіи, наружныя половыя части правильно развиты, дѣятельная плева разорвана; слегка утолщенная columna rugarum post. внизу, во всю свою ширину, оторвана отъ мѣста окончанія у промежности. При поднятіи ея крючкомъ кверху, обнаруживается отверстіе, пропускающее мизинецъ, ведущее въ rectum; промежность цѣла. Окроваченіе краевъ фистулы и соединеніе ихъ катгутными швами не дало ожидаемаго результата: чрезъ нѣсколько дней кишечное содержимое снова выходило чрезъ разошедшуюся рану. Вгоричная операція произведена слѣдующимъ образомъ: расщелена septum recto-vaginale, какъ при операціи *Lawson-Tait'a*, вырѣзанъ лоскутъ, часть котораго удалена; со стороны recti рана зашита катгутными швами, septum соединено непрерывнымъ этажнымъ швомъ изъ катгута, и columna—нѣсколькими швами внизу. Заживленіе было частію per primam, оставшаяся небольшая кишечная фистула закрылась въ теченіи нѣсколькихъ недѣль окончательно.

Въ остальныхъ двухъ случаяхъ имѣлись поврежденія задняго свода влагалища, вслѣдствіе произведеннаго слишкомъ рано coitus послѣ colporegionorrhaphi'й. Разрывы задняго свода имѣли поперечное направленіе и были излѣчены въ первомъ случаѣ—швомъ, а въ другомъ тампонаціей іодоформенной марли. Замѣчательнѣе всего, что въ этихъ двухъ случаяхъ свѣже-зашитыя части остались цѣлыми, а разрывъ пришелся на влагалищный сводъ, что авторъ объясняетъ укороченіемъ задней стѣнки влагалища вслѣдствіе оперативнаго приема.

В. Масловскій.

46. G. Rossier. Ueber die Colporrhaphia anterior duplex. (Arch für Gynäk. Bd. XXXVIII. H. III). **Colporrhaphia anterior duplex.**

Въ 1873 г. *Freund* предложилъ при prolapsus vaginae et uteri заднюю двойную colporrhaphiam, имѣющую ту выгоду, что сохраненно остается именно та часть влагалищной стѣнки, которая представляетъ наиболѣе плотную и прочную опору. Воспользовавшись этою мыслью, проф. *Fehling* предложилъ въ 1889 г. colporrhaphiam duplicem и для передней влагалищной

стѣнки. Онъ исходитъ изъ слѣдующихъ соображеній: Если рубцу въ задней стѣнкѣ влагалища грозитъ опасность отъ чрезмѣрнаго растяженія его со стороны прямой кишки, то тѣмъ болѣе такая опасность существуетъ для рубца передней стѣнки, которая при каждомъ вдыханіи выпуклостью обращается впередъ и на растяженіе которой значительное вліяніе имѣетъ степень наполненія пузыря. И болѣе всего подвергается растяженію именно средняя часть передней стѣнки. Уже поэтому невѣрно накладывать шовъ на это мѣсто. Пока шовъ еще не удаленъ, опасность не велика, но, по удаленіи его, свѣжій рубецъ можетъ не выдержать изо-дня въ день продолжающагося растяженія.

Самый способъ оперированья описывается авторомъ такъ. послѣ предварительнаго подготовленія пациентки (діета, дезинфекція влагалища и наружныхъ половыхъ частей, наркозъ) асептическими инструментами приступаютъ къ операціи. Большею частью, colporraphi'a предшествуетъ amputatio portionis vag. Затѣмъ изъ передней стѣнки вырѣзываются два овальныхъ лоскута слизистой оболочки такъ, чтобы между ними сохранился мостикъ въ $1-1\frac{1}{2}$ см., соответствующій средней части стѣнки, т. е. columnae rugarumant. Вырѣзанные овалы начинаются на 2 см. выше orificium ext. urethrae и не доходятъ на 2 см. до передняго влагалищнаго свода. Для шва пользуются исключительно серебряною проволокою, которая можетъ безнаказанно оставаться долгое время, не впитываетъ въ себя отдѣлений влагалища или матки и удаленіе которой легче удаленія шелка. Наконецъ присыпка іодоформомъ, тампонъ, вата на наружныя части и, для укрѣпленія всего, Т образная повязка. Проф. *Fehling* вполне доволенъ своимъ способомъ: изъ 23 оперированныхъ, у 3 явились рецидивы. Въ одномъ случаѣ послѣ родовъ, въ двухъ другихъ, весьма тяжкихъ случаяхъ, операція эта была произведена *experimenti causa*; вѣрнѣе же было употребить способъ *Freund'a*.

Colporrhaphiam poster. dupl. *Fehling* дѣлаетъ чрезъ двѣ недѣли послѣ первой операціи. Онъ избѣгаетъ дѣлать всѣ три операціи (Amputatio colporrhaphia anter. et post.) въ одинъ сеансъ, боясь, чтобы чрезмѣрное напряженіе соединенныхъ частей не вызвало расхожденія краевъ и тѣмъ не задержало бы заживленія.

Ф. Кюнъ.

47. **Garrigues. Ueber Metritis dissecans.** (Archiv für Gynäc. Bd. XXXVIII. H. 3. 1890). **Metritis dissecans.**

Въ дополненіе къ сообщеннымъ уже ранѣе (New. York. Med. Journ. 1882. Pag. 537 и Archives of Medicine, April 1883) шести случаямъ metritis dissecans, Garrigues сообщаетъ еще два подобныхъ же случая, наблюдавшихся имъ въ 1883 г. Въ первомъ изъ нихъ у родильницы на 20-й день послѣ родовъ изъ полового канала выдѣлилась масса мышечной ткани въ $2\frac{3}{4}$ дюйма длины и въ $\frac{3}{4}$ дюйма толщины. Во второмъ случаѣ на 36-й день послѣ родовъ отдѣлилась такая же масса грушевидной формы въ 7,3 см. длины и въ 4 см. наибольшей ширины. Въ обоихъ этихъ случаяхъ не было произведено ни микроскопическаго, ни бактериологическаго изслѣдованія,

потому что, по словам автора, микроскопическій видъ этихъ массъ былъ совершенно тождественъ съ изслѣдованными препаратами прежнихъ случаевъ.

Что касается симптомовъ и діагноза этой болѣзни, то во всѣхъ случаяхъ она являлась очень скоро, иногда уже въ первый день послѣ родовъ. Первою жалобою всегда были боль и чувствительность матки. Иногда присоединялись признаки параметрита. Лихорадка всегда сопутствовала по крайней мѣрѣ въ первые дни. Главнымъ же симптомомъ являются долгодлѣющія гнойныя выдѣленія.

Соглашаясь вполне съ *Сыромятниковымъ* и *Грамматикати* въ инфекціонномъ происхожденіи этой болѣзни, авторъ считаетъ наблюдавшійся и описанный имъ *metritis dissecans* отличнымъ отъ «*Perivaginitis phlegmonosa dissecans*» *Markonnet'a* и отъ «*Endometritis dissecans*» *Кубасова*. Въ случаяхъ обоихъ этихъ авторовъ не было пuerперія, и слой мышечной ткани былъ или едва замѣтенъ или онъ отторгался съ влагалищной части матки.

Въ теченіи полутора лѣтъ (1882—83) авторъ на 6—700 родильницахъ въ своей клиникѣ наблюдалъ 8 случаевъ *metritis dissecans*, между тѣмъ какъ во всей медицинской литературѣ за послѣднее десятилѣтіе собрано всего 12 случаевъ этой болѣзни. За послѣднія же 7 лѣтъ (съ октября 1883 г.) автору уже не пришлось наблюдать ни одного случая *metritis dissecans*. Этотъ благопріятный періодъ (7 лѣтъ) какъ разъ совпадаетъ съ введеніемъ самой строгой антисептики въ завѣдываемомъ *G.* госпиталѣ, который до октября 1883 г. находился въ самомъ жалкомъ санитарномъ состояніи и въ которомъ антисептика производилась «въ высшей мѣрѣ несовершенно» («in höchst unvollkommener Weise»). Комментаріи излишни. **Ф. Кюнь.**

48. **Geyl. L'anesthésie dans le curettement de l'utérus.** (Nouv. Arch. d'Obstétr. et de Gyn. 1890 № 12). **Анэстезія при выскабливаніи матки.**

Авторъ горячій сторонникъ выскабливанія матки при эндометритѣ. На 150 случаяхъ онъ убѣдился въ благотворномъ вліяніи этой операціи: всѣ его больныя или совершенно исцѣлились или получили значительное облегченіе. Вопреки *Polailion'u* онъ считаетъ эту маленькую операцію въ рукахъ опытныхъ и при строгомъ соблюденіи антисептики совершенно безопасною для жизни пациентки и не отзывающеюся вредно на дальнѣйшей физиологической функціи матки. Самъ онъ въ своей практикѣ строго руководствуется правилами, преподаанными для этой операціи *Doleris*.

Если матка болѣе обыкновеннаго чувствительна, а въ ней встрѣчаются иногда болѣзненные точки, чаще всего на *os internum* и его ближайшей окружности, — авторъ пользуется 10—20% растворомъ кокаина, смотря по большей или меньшей чувствительности эндометрія. Несмотря на такіе сильные растворы *G.* не наблюдалъ ни одного случая отравленія. Онъ объясняетъ это тѣмъ, что часть раствора вытекаетъ обратно тотчасъ по впрыскиваніи, другая же часть его, уже всосанная слизистою оболочкою матки, удаляется изъ тѣла вмѣстѣ съ удаляемою слизистою оболочкою. Послѣоперационное лѣ-

ченіе заключается въ влагалищныхъ антисептическихъ душахъ и въ введеніи іодоформо-глицериновыхъ тампоновъ.

Ф. Кюнь.

49. **Schauta. Die Indicationsstellung der vaginalen Totalexstirpation.** (Archiv P. Gyn. Bd. XXXIX, Heft 1). **Постановка показаній къ полному влагалищному вырѣзыванію матки.** (Читано въ гинекологической секціи X международнаго конгресса въ Берлинѣ).

I. *Главнымъ показаніемъ къ полному влагалищному вырѣзыванію матки есть и остается ракъ матки*, но нужно различать два крайнихъ предѣла, при которыхъ это страданіе матки можетъ еще служить показаніемъ къ данной операціи. По *Schroeder*'у при канкроидѣ влагалищной части достаточно надвлагалищная ампутація шейки и только при ракахъ шейки и тѣла показано удаленіе всей матки; новѣйшіе изслѣдователи, исходя изъ анатомическихъ данныхъ, отодвигаютъ нисшій крайній предѣлъ еще дальше и не видятъ никакого преимущества въ послѣдней операціи предъ первой даже и при ракахъ самой шейки. Но отличить клинически ракъ влагалищной части, шейки и разлитой ракъ подчасъ невозможно и, если надвлагалищная ампутація шейки предназначена для такихъ случаевъ, гдѣ ракъ не распространился дальше внутренняго зѣва, то развѣ только микроскопъ можетъ намъ дать вѣрныя указанія. Съ другой стороны, при ракахъ влагалищной части и шейки иногда имѣются изолированные узлы въ вышележащихъ частяхъ шейки и тѣлѣ матки; авторъ собралъ въ литературѣ 17 такихъ случаевъ, въ томъ числѣ 3 своихъ, и полагаетъ, что возможность существованія такихъ случаевъ рѣшаетъ вопросъ въ пользу полного влагалищнаго вырѣзыванія, а не частичной ампутаціи матки. Кроме того, при ракѣ шейки и слизистая оболочка матки подвергается тяжелымъ измѣненіямъ въ формѣ интерстиціальнаго или железистаго эндометрита.

II. *И такъ, нисшимъ крайнимъ предѣломъ показаній къ полному влагалищному вырѣзыванію матки служитъ всякій случай рака — влагалищной части, шейки или тѣла — разъ только возможно его диагностировать.*

III. *Частичная ампутація для случаевъ, гдѣ, повидимому, возможна радикальная операція, должна быть совершенно оставлена.*

Относительно высшаго крайняго предѣла существуютъ еще весьма различныя взгляды. Одни находятъ, что во всякомъ данномъ случаѣ рака матки должно приступить къ радикальной операціи, хотя бы пришлось оперировать въ завѣдомо пораженныхъ тканяхъ; но достигаемаго такимъ образомъ временнаго улучшенія можно достигнуть и инымъ способомъ — выскабливаніемъ, а между тѣмъ трудность радикальной операціи часто укорачиваетъ жизнь больныхъ. Другіе держатся совершенно противоположнаго взгляда, что къ радикальной операціи можно приступить только тогда, если отсутствуетъ всякая инфильтрація тазовой клѣтчатки. Но и это слишкомъ односторонне; нужно различать раковую и воспалительную инфильтрацію, что составляетъ уже дѣло чисто личнаго опыта; при комбинированномъ изслѣдованіи, подѣ

глубокимъ наркозомъ, со стороны прямой кишки и пузыря, воспалительные инфильтраты отличаются своей растяжимостью и эластичностью сравнительно съ плотными раковыми инфильтратами; послѣдніе болѣе объемистые, разлитые, выполняютъ весь тазъ. Подвижность матки ненадежный признакъ, такъ какъ, при раковой инфильтраціи клѣтчатки съ одной стороны матки, послѣдняя можетъ двигаться вокругъ инфильтрата, какъ вокругъ оси; подвижность матки можетъ быть сохранена также при пораженіи пузыря и его клѣтчатки. При воспалительныхъ сращеніяхъ придатковъ матки съ кишками, сальникомъ и пузыремъ авторъ совѣтуетъ, какъ онъ однажды и сдѣлалъ, сначала путемъ чревосѣченія разрушить сращенія, а потомъ удалить чрезъ влагалище матку. Распространеніе рака на пузырь и кишку еще не служитъ противопоказаніемъ къ операци; все зависитъ отъ состоянія мочеточниковъ и отъ возможности закрыть дефектъ пузыря.

IV. *И такъ, какъ на высшей крайней предѣль показаній къ влагалищному вырѣзыванію матки при ракъ должно смотрѣть на ту степень распространенія процесса въ глубину, когда несомнѣнно придется уже оперировать въ пораженныхъ тканяхъ.*

V. *Распространеніе процесса по поверхности, даже до входа во влагалище, не противопоказуетъ операци; пораженіе прямой кишки и пузыря тоже не противопоказуетъ ее, но только степень этого пораженія.*

VI. *Для рѣшенія вопроса о раковой инфильтраціи параметрія важно изслѣдованіе со стороны прямой кишки подъ глубокимъ наркозомъ и выскабливаніе острой ложечкой.*

VII. *Кромъ того показаніемъ къ этой операци могутъ служить: выпаденіе матки, міома ея и рецидивирующій железистый эндометритъ.*

Выпаденіе матки служитъ показаніемъ къ полному ея вырѣзыванію: 1) послѣ другихъ бесплодныхъ попытокъ къ излѣченію ея, 2) высокая степень старческой атрофіи тазоваго дна, 3) неврввимыя выпаденія вслѣдствіе сращеній въ тазу и 4) осложненіе выпаденія міомами матки.

При міомахъ матки тоже возможна влагалищная экспирпациа ея, но для этого она не должна превышать величины кулака; въ другихъ случаяхъ лучше прибѣгнуть къ чревосѣченію.

Endometritis glandularis вслѣдствіе быстрыхъ возвратовъ, сильныхъ кровотеченій, склонности переходить въ злокачественныя образованія, тоже можетъ сдѣлаться показаніемъ къ влагалищному вырѣзыванію матки.

Противопоказаніемъ къ данной операци, помимо уже упомянутыхъ, можетъ еще служить суженіе влагалища и таза высихшихъ степеней.

На 65 полныхъ влагалищныхъ вырѣзываній матки авторъ получилъ смертность равную 7,6%; теперь этотъ % долженъ значительно уменьшиться. Если считать полнымъ излѣченіемъ отсутствіе рецидива въ продолженіи 2-хъ лѣтъ, то процентъ полныхъ излеченій у автора будетъ 47,5. Проф. Schauta далеко не такъ радужно смотритъ на полученные результаты и,

предполагая, что даже во всѣхъ этихъ случаяхъ современемъ появится рецидивъ, находить, что полное влагалищное вырѣзываніе матки должно занять соотвѣтствующее мѣсто въ терапіи женскихъ болѣзней, такъ какъ благодаря этой операціи многія женщины, если не навсегда, то во всякомъ случаѣ надолго избавляются отъ мучительныхъ страданій.

И. Воффъ.

50. **Rühl. Bemerkungen über die Schücking'sche Methode der Vaginalen Fixation des Uterus bei Retroflexio und Prolapsus uteri** (Centralblatt für Gynäkologie, № 51, 1890 г.). **Schucking'скій методъ влагалищной фиксаціи при загибахъ назадъ и выпаденіяхъ матки.**

Такъ какъ оперативный методъ, обнародованный *Schücking'*омъ въ 1888 году, мало примѣнялся до сихъ поръ, то авторъ считаетъ интереснымъ представить вниманію врачей свои 4 случая. Въ двухъ случаяхъ, авторъ дѣлалъ операцію по поводу полного выпаденія матки, а въ другихъ двухъ случаяхъ показаніемъ служилъ загибъ матки назадъ и сопровождавшій его разстройство. Результатомъ всѣхъ операцій было субъективное благосостояніе: по излѣченіи, больная могла исполнять тяжелыя полевая работы. Объективные результаты со стороны матки—загибъ матки впередъ, съ наклономъ назадъ (*Anteflexio retroversa*). Операція сама по себѣ не трудна и не болѣзненна. Интересно послѣоперационное теченіе: у всѣхъ больныхъ на 2—3 день начинались очень сильныя стойкія боли—внизу живота, сильный позывъ къ мочеиспусканію и очень болѣзненное мочеиспусканіе; эти припадки были очень сильны, стойки, мучили больныхъ и исчезали только послѣ снятія лигатуры. Авторъ удалил лигатуру, въ первомъ случаѣ на 14 день; во второмъ—черезъ 4 недѣли, въ третьемъ—черезъ 14 недѣль и въ четвертомъ—черезъ 8 недѣль. Кромѣ этихъ тягостныхъ болевыхъ припадковъ, въ 2 случаяхъ наступили сильныя кровотеченія, изъ которыхъ одно продолжалось еще въ теченіе 2—3 мѣсяцевъ послѣ снятія лигатуры и требовало дальнѣйшихъ терапевтическихъ мѣропріятій. Такія же кровотеченія описаны *Thiem'*омъ и *Schücking'*омъ, причѣмъ послѣдній наложилъ дополнительную нитку. Предлагается также удаленіе нитки въ случаѣ сильнаго кровотечения; но авторъ не можетъ согласиться съ подобнымъ предложеніемъ, такъ какъ кровотеченіе есть результатъ раненія сосуда, слѣдовательно, затягивая нитку и придавливая сосудъ къ бокамъ матки и передней стѣнкѣ влагалища, мы больше имѣемъ гарантіи противъ кровотечения, чѣмъ вытягивая нитку и этимъ еще болѣе рана сосудъ. Итакъ важнѣйшія послѣоперационныя страданія завясятъ отъ пораненія пузыря, петель кишекъ и большихъ кровеносныхъ сосудовъ. Пораненіе пузыря авторъ признаетъ и въ одномъ изъ своихъ случаевъ, гдѣ по выздоровленіи больной отъ операціи ему пришлось удалить мочевою камень, который свое начало получилъ въ отложеніи мочевыхъ солей на ниткѣ, протиснувшейся въ пузырь.

Авторъ убѣжденъ, что при осторожности и соотвѣтствующихъ мѣрахъ можно избѣжать пораненія пузыря, хотя замѣчаетъ, что захватываніе пузыря протекаетъ благополучно. Пораненіе кишекъ авторъ считаетъ опаснымъ, во-

преки мнѣнію *Thiem'a*, и предлагаетъ приемы, при которыхъ можно избѣгать его: Въ крестцово-ягодичномъ положеніи больной, двуручнымъ способомъ переводятъ матку въ *anteflexio anteverga*; если она, по удаленіи пальца, возвращается въ прежнее положеніе, то переводятъ больную въ положеніе *Trendelenburg'a*, и если въ этомъ положеніи матка возвращается въ прежнее положеніе, то операція производится при фиксаціи ассистентомъ кишечъ.

Г. Корди.

51. С. В. Теръ-Микаэлянцъ. Къ вопросу о „*Hysteropexia abdominalis anterior*“ при выпаденіяхъ матки. (Врачъ, 1891, № 9).

Авторъ говоритъ, что при выпаденіи матки, сравнительно очень часто встрѣчающихся, особенно среди сельскаго населенія, имѣющіеся въ оперативной гинекологіи способы лѣченія во многихъ случаяхъ полныхъ выпаденій даютъ не всегда удовлетворительные результаты. Поэтому всякая новая операція, могущая улучшить положеніе дѣла, заслуживаетъ большаго вниманія. Такую именно операцію представляетъ пришиваніе матки къ передней брюшной стѣнкѣ—*Hysteropexia abdominalis anterior*.

Авторъ говоритъ, что ограничится пока въ своей статьѣ только сообщеніемъ тѣхъ измѣненій, которыя введены имъ въ технику этой операціи. У него были случаи пришиванія къ передней брюшной стѣнкѣ какъ передней, такъ и задней стѣнки матки. Авторъ на основаніи частью теоретическихъ соображеній, частью и личнаго опыта, обнимающаго нѣсколько случаевъ, приходитъ къ заключенію, что преимущество будетъ на сторонѣ новаго способа, т. е. пришиванія задней стѣнки и приведенія матки въ состояніе загиба впередъ, такъ какъ при этомъ не остается боковыхъ щелей, могущихъ быть мѣстомъ образованія грыжъ; кромѣ того, при загибѣ матки впередъ, внутриматочное давленіе будетъ отражаться только на задней ея стѣнкѣ, такимъ образомъ тяжесть матки еще меньше будетъ дѣйствовать на крестцовоматочныя связки.

Кромѣ того въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ со стороны брюшной полости крестцовоматочныя связки прощупывались и доставались легко, авторъ укорачивалъ ихъ особымъ образомъ съ обѣихъ сторонъ, чтобы вернуть имъ ту роль, которую онѣ имѣютъ въ нормальномъ состояніи.

Авторъ изъ особенностей оперативной техники отмѣчаетъ въ своемъ сообщеніи лишь два обстоятельства: 1) пришиваніе къ брюшной стѣнкѣ *задней* поверхности матки и 2) укороченіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ крестцовоматочныхъ связокъ. Но ни то ни другое авторъ не можетъ считать «измѣненіями, введенными имъ въ технику операціи», такъ какъ пришиваніе задней стѣнки матки, а не передней, практикуется нѣкоторыми хирургами, хотя бы напр. *Jacobs'омъ* (*Remarques cliniques et operatoires sur une série de cinquante laparotomies*, «*Bulletins et mémoires de la Société obstetricale et gynécologique de Paris*», 1890, № 12), укороченіе же крестцовоматочныхъ связокъ посредствомъ ляротоміи уже давно предложено *Kelly* и выполнено впервые *Frommel'емъ* (*Arch. f. Gynäk.*, 1889).

(*Ред.*).

Л. Хростовскій.

52. **Kepler. De la vie sexuelle des femmes apres la castration** (Gazette de gynécologie, 1890, № 108). **Половая жизнь женщинъ послѣ кастраціи.**

Авторъ произвелъ удаленіе яичниковъ у 46 женщинъ. Въ 39 случаяхъ получилое полное излѣченіе. Главные физиологическіе выводы изъ его наблюденій слѣдующіе:

1) Послѣ операцій, произведенныхъ при сальпингитахъ или воспалительныхъ процессахъ, никогда не наблюдалось кровотеченія въ полость матки.

2) Конъюгата (le diamètre conjugué) прогрессивно уменьшалась, и тѣмъ значительнѣе, чѣмъ моложе была женщина; уменьшеніе могло достигать 3 сантиметровъ.

3) Матка постепенно уменьшалась въ объемѣ (отъ 8 до 2, въ теченіи 10 лѣтъ); равнымъ образомъ влагалище становилось короче и уже; слизистая оболочка его блѣднѣла и большія губы становились болѣе тонкими.

4) Груды атрофировались и походили на мужскія.

5) Окраска сосковъ, ареолъ, промежности и задняго прохода исчезла, равнымъ образомъ и паталогическія пигментаціи. Кожа становилась значительно блѣе.

6) Наклонность къ общей полнотѣ тѣла не была увеличена.

7) Волоса и голосъ остались безъ измѣненія.

8) Половое влеченіе не измѣнилось и было тѣмъ болѣе выражено, чѣмъ ближе къ сроку появленія менструаціи была произведена операція.

9) Операція не служитъ препятствіемъ для брака; три изъ числа оперированныхъ вышли замужъ и въ продолженіе нѣсколькихъ лѣтъ живутъ счастливо.

10) Брачное сожителство съ кастрированной женщиной вполнѣ соотвѣтствуетъ идеалу *Matthus'a*; только при такихъ условіяхъ осуществимо его ученіе безъ вреда для здоровья и счастья супруговъ.

11) У женщинъ, оперированныхъ вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ въ молодые годы, не приходилось наблюдать припадковъ со стороны нервной системы, какъ то часто бываетъ у женщинъ, оперированныхъ по причинѣ фибромъ матки въ болѣе старомъ возрастѣ.

12) Кастрація оказываетъ значительное вліяніе на кровотечения при фибромахъ матки, но прекращеніе менструацій никогда не наступаетъ тотчасъ же послѣ операціи, а только нѣкоторое время спустя.

13) Женщины, подвергшіяся операціи при фибромахъ матки въ болѣе преклонномъ возрастѣ, совершенно теряютъ половыя стремленія.

Р. Кинастъ.

53. **И. Н. Грамматикати. О клиническихъ явленіяхъ, наблюдаемыхъ у женщинъ послѣ удаленія отдѣльныхъ частей полового аппарата (яичниковъ, матки).** (Врачъ, 1891 г., № 1).

А. В. Репревъ опытами надъ животными показалъ, что удаленіе яичниковъ, въ противоположность беременности, ведетъ организмъ въ дальнѣй-

шей его жизни по пути разрушенія. Авторъ въ своемъ сообщеніи очерчиваетъ, на основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ наблюденій, клиническую картину явленій, наблюдаемыхъ послѣ удаленія яичниковъ (обоюдосторонняя овариотомія, кастрація и овариосалпинготомія) и послѣ удаленія матки. Явленія послѣ кастраціи разбиваются на нѣсколько самостоятельныхъ группъ: къ первой относятся разстройства, имѣющія характеръ тяжелыхъ *polimina menstrualia*. Эти разстройства объясняются тѣмъ, что съ удаленіемъ яичниковъ устраняются центростремительные импульсы рефлекторной цѣпи мѣсячныхъ, но центръ, заложенный въ поясничной части спиннаго мозга, по привычкѣ посылаетъ центробѣжные импульсы, недостаточные, однако, для того, чтобы вызвать мѣсячное, но вызывающіе только указанные разстройства. Съ теченіемъ времени эта автоматическая дѣятельность центра прекращается и разстройства исчезаютъ. Вторая группа разстройствъ обусловливается тѣмъ, что съ удаленіемъ яичника удаляется одно звено въ цѣпи условій, вліяющихъ на сосудодвигательную систему и тѣмъ нарушается цѣлость и правильность всего механизма, дѣйствующаго на эту систему въ тѣлѣ женщины. Этой группѣ явленій въ виду сходства ихъ съ явленіями при естественномъ прекращеніи мѣсячныхъ въ старческомъ возрастѣ, авторъ даетъ названіе «климактерическихъ разстройствъ». Далѣе у кастрированныхъ женщинъ появляются (не часто) психическія разстройства, уничтожается половое чувство, и половые органы подвергаются атрофіи.

Очень часто кастрированныя женщины полнѣютъ и увеличиваются въ вѣсѣ, что обусловливается отложеніемъ жира въ нѣкоторыхъ частяхъ тѣла, и на основаніи этого явленія въ гинекологіи до послѣдняго времени высказываются положенія, что общее питаніе тѣла послѣ кастраціи существенно улучшается, при чемъ непосредственнымъ послѣдствіемъ такого улучшенія бываетъ накопленіе жира. Авторъ не соглашается съ этимъ взглядомъ и смотритъ на кастрацію, какъ на искусственное возбужденіе старчества, съ которымъ, какъ и съ естественнымъ климактеріемъ, неразрывно связано разрушеніе тѣла, находя этому послѣднему подтвержденіе въ доказанномъ экспериментально положеніи, что общій обмѣнъ веществъ въ тѣлѣ измѣняется въ смыслѣ разрушенія.

Что касается явленій, наблюдаемыхъ послѣ удаленія матки, при условіи сохраненія яичниковъ, то они выливаются въ картину тяжелой дизменореи. Психозы также возможны. Въ отличіе отъ кастрированныхъ, женщины съ вырѣзанной маткой между припадками имѣютъ въ большинствѣ случаевъ совершенно свободные отъ разстройствъ промежутки. Разстройства у женщинъ молодыхъ выражаются въ болѣе бурной формѣ, чѣмъ у женщинъ близкихъ къ климактерическому періоду. На основаніи опытовъ надъ животными и одного случайнаго изслѣдованія яичниковъ женщины, умершей черезъ 3 года послѣ вырѣзыванія матки, авторъ утверждаетъ, что и послѣ удаленія матки отпаиваніе яичниковъ продолжается еще много лѣтъ. Въ этой-то дѣятельности яичниковъ и лежитъ причина разстройствъ, вслѣдствіе того, что при наличности центростремительнаго импульса отсутствуетъ тотъ органъ, въ кото-

ромъ естественно заканчивается центробѣжный. Въ этомъ же заключается причина разницы въ разстройствахъ, съ одной стороны, у женщинъ безъ матки и у кастрированныхъ, а, съ другой, у молодыхъ и старыхъ женщинъ послѣ вырѣзыванія матки.

Выводомъ изъ сообщенія является сознаніе необходимости ограничить область оперативной гинекологіи въ пользу сохраняющаго лѣченія. Что же касается тѣхъ случаевъ (злокачественныя пораженія), гдѣ является неизбежнымъ удаленіе матки, то тамъ авторъ считаетъ показаннымъ одновременное удаленіе и яичниковъ.

А. Рутковскій.

54. **Engstrom. De l'ovariotomie pendant la grossesse** (Annales de gynécologie. Octobre et Novembre 1890). **Овариотомія во время беременности.**

Engstrom, касаясь въ своей статьѣ вопроса объ овариотоміи во время беременности, приводитъ семь случаевъ изъ своей практики и статистику произведенныхъ овариотомій. Опухоли яичниковъ, какъ показали многочисленныя наблюденія, могутъ претерпѣвать различныя измѣненія въ теченіе беременности: 1) въ рѣдкихъ случаяхъ остановку въ развитіи и уменьшеніе въ объемѣ; 2) въ большинствѣ случаевъ опухоли продолжаютъ развиваться, при чемъ могутъ оказывать неблагоприятное вліяніе на беременную матку, слѣдствіемъ чего является выкидышъ или наступаютъ преждевременныя роды; 3) иногда происходитъ разрывъ кисты, причемъ изливается содержимое кисты въ полость брюшины,—перитонитъ со смертельнымъ исходомъ. Если, при благоприятныхъ условіяхъ, беременность не прерывается, то при наступленіи родовъ является опасность для жизни вслѣдствіе серьезныхъ осложнений. По статистикѣ а) *Jetter*'а смертность составляетъ 49,53%; б) *Playfair*'а—40,35%.

Engstrom съ 1884 года произвелъ овариотомію во время беременности семь разъ. Приводимъ результаты:

1-й случай. Киста праваго яичника. Беременность на 4-мъ мѣсяцѣ. Послѣоперационный періодъ безъ осложнений. Срочные роды съ нормальнымъ послѣродовымъ періодомъ.

2-й случай. Киста праваго яичника. Беременность на 2-мъ мѣсяцѣ. Выздоровленіе. Срочные роды.

3-й случай. Пароваріальная киста лѣваго яичника. Беременность на 2-мъ мѣсяцѣ. Послѣоперационный періодъ безъ осложнений. Больная поправилась. Выкидышъ на 3-мъ мѣсяцѣ.

4-й случай. Дермоидная киста праваго яичника. Беременность на 3-мъ мѣсяцѣ. Больная поправилась и выписалась здоровою. Роды наступили въ срокъ.

5-й случай. Дермоидная киста праваго яичника. Беременность на 4-мъ мѣсяцѣ. Послѣоперационный періодъ безъ осложнений. Срочные роды.

6-й случай. Киста лѣваго яичника. 6-й мѣсяць беременности. Больная поправилась. Срочные роды.

7-й случай. Киста лѣваго яичника. 7-й мѣсяцъ беременности. Выздоровленіе. Срочные роды.

По статистикѣ *Olshausen*'а на 82 случая оваріотоміи во время беременности—74 съ благопріятнымъ исходомъ.

	Число операций.	Смертельный исходъ.
<i>Schröder</i>	12	0
<i>Lawson Tait</i>	11	1
<i>Spenser Wells</i> !	10	1
<i>Olshausen</i>	8	0
<i>Engstrom</i>	7	0
	48	2

Engstrom разбираетъ способы, предложенные различными авторами: 1) вызвать выкидышъ или преждевременные роды и затѣмъ произвести оваріотомію; 2) проколъ кисты. Послѣ критической оцѣнки авторъ высказывается за оваріотомію во время беременности. Что касается до вопроса, когда слѣдуетъ приступить къ производству оваріотоміи, то большинство ученыхъ высказывается за операцию въ первую половину беременности.

А. Лапина.

55. Соболевъ и Гальперинъ. Два случая оваріотоміи изъ сельской практики (Медиц. Обозр., 1890, № 13—14).

При неблагопріятной сельской обстановкѣ авторы произвели, при соблюденіи строгой антисептики, двѣ оваріотоміи, давшія полное выздоровленіе. Въ первомъ случаѣ послѣоперационное теченіе было безъ лихорадки, во-второмъ—температура поднималась вечеромъ въ первые три дня до 38,1, и на 6—7 день до 38,4, благодаря небольшому нагноенію въ швахъ, по снятіи которыхъ температура стала держаться на нормѣ.

Первый случай. Крестьянка Г. 31 года, менструировать начала 16 лѣтъ неправильно, регулы приходили черезъ 4—7 недѣль и держались по 6—8 дней. За годъ до операциіи больная замѣтила въ животѣ опухоль безболѣзненную, постоянно растущую, и регулы стали приходиться и чаще и обильнѣе. За 13 л. передъ тѣмъ больная родила живого младенца въ срокъ.

Окружность живота на уровнѣ пупка 101, по срединѣ между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ 93, между пупкомъ и лобкомъ—101, отъ пупка до мечевиднаго отростка—27 и отъ пупка до лобка 28 см., правое подреберье болѣе выпячено, флюктуація и всюду тупой тонъ. Опухоль эластична, гладка, подвижна вправо и влѣво, прощупывается въ правомъ сводѣ. Сама матка подвижна, ретровертирована.

Разрѣзъ сдѣланъ отъ пупка до лобка, брюшина вскрыта между пальцами, киста проколота ножемъ и выпущено 1¹/₂ ведра заразной жидкости. Киста была срощена съ печенью, сальникомъ и слѣпой кишкой. Одни срощенія отдѣлились легко, другія—трудно. Ножка, съ фаллопьевой трубой и густой сѣтью венъ впереди себя, была шириною въ ладонь и толщиною въ палецъ; она

раздѣлена была на 4 части и каждая часть перевязана отдѣльно. Брюшной конецъ трубы и верхняя часть широкой связки удалены. Всего положено 20 шелковыхъ швовъ. Брюшная рана зашита 5 глубокими шелковыми швами и однимъ непрерывнымъ. Рана перевязана марлей съ іодоформомъ. На 15 день больная встала съ постели и на 22—выписалась.

Второй случай. Крестьянка Г. 34 лѣтъ замѣтила за 4 года передъ тѣмъ въ правомъ боку опухоль, которая росла и животъ увеличивался. За 2 года передъ операціей ночью, по словамъ больной опухоль прошла мочей и больная вѣсколько времени чувствовала себя лучше, но затѣмъ опухоль опять появилась. Регулы пришли на 16 году и всегда бывали черезъ 3 недѣли по 8 дней. Замужъ вышла на 19 году, родила на 3 году замужества и на 11 году—вторично. Со времени заболѣванія регулы приходятъ рѣдко, бываютъ по 2—3 дня, скудны.

Животъ большой, въ полости его жидкость, перкуссія при всѣхъ положеніяхъ даетъ тупой тонъ. Справа въ тазу прощупывается слегка подвижная, гладкая опухоль въ дѣтскую головку, еще правѣе—другая продолговатая, болѣе подвижная, меньшихъ размѣровъ, опухоль съ твердымъ направленнымъ книзу краемъ. Лѣвый сводъ свободенъ, правый—занятъ опухолью, величина которой не опредѣляется, но которая отдѣлена отъ двухъ предъидущихъ. Матка отклонена впередъ и влѣво и съ опухолями связи не имѣетъ. Діагнозъ множественная киста праваго яичника. До лапаротоміи сдѣлалъ проколъ для облегченія больной и съ діагностическою цѣлю. Выпущено 2 большихъ мѣдныхъ таза серозной жидкости. Опухоли выступили рѣзче.

При операціи разрѣзы велись послыно, кровотеченіе было ничтожное. Найдена киста, имѣвшая одно сращеніе въ лѣвой fossa iliaca въ видѣ узкой перемычки. Къ опухоли отъ брюшины шелъ тонкій пульсирующій соединительно-тканый шнурокъ. Ножка кисты въ 10 см. длины и 2 см. ширины шла отъ праваго края матки. Широкой связки, яичника и трубы здѣсь не оказалось. Слѣва придатки нормальны. Ножка послѣ прижиганія термокаутеромъ опущена въ брюшную полость. Наложено 5 глубокихъ узловыхъ и одинъ непрерывный шовъ и іодоформная повязка.

Киста заключала въ себѣ 3 меньшихъ разной величины кисты со стѣнками не одинаковой толщины. Изъ нихъ выпущенъ еще тазъ жидкости.

На двадцатый день больная выписана здоровой.

А. Заболотскій.

56. J. Hofmeier. Casuistische Mittheilungen über das Koch'sche Heilverfahren (insbesondere bei zwei Schwangeren). (Berlin. klin. Wochenschr., 1890, № 53). Казуистическія сообщенія о Koch'овскомъ лѣчебномъ методѣ (въ частности у двухъ беременных).

Сообщаются результаты лѣченія больныхъ, страдающихъ бугорчаткою, впрыскиваніями Koch'овской лимфы. Между прочимъ этому лѣченію были подвергнуты 6 женщинъ, которымъ впрыскиванія (въ количествѣ отъ 0,002 до 0,01) дѣлались передъ самымъ наступленіемъ менструаціи, во время пе-

слѣдвей и тотчасъ по окончаніи ея, приче́мъ никакого вліянія ни на продолжительность, ни на количество регу́ль не было замѣчено, равно какъ не наблюдалось болѣе значительныхъ, чѣмъ обыкновенно, повыше́ній t° въ періодѣ реакціи.

Дальше́ впрыскиванія производились двумя́ беременнымъ.

1) Больная 28 лѣтъ, нѣжнаго тѣлосложенія, съ чахоточною наслѣдственностью, мать 6-ти живыхъ дѣтей, беременна на 4-мъ мѣсяцѣ. Въ обѣихъ верхушкахъ закончившійся процессъ; скудная гноевидная мокрота при началѣ лѣченія совершенно не содержитъ бациллъ. Впрыскиванія, начатыя съ 0,001 и постепенно доведенныя до 0,006, не дали не малѣйшей реакціи. Больная прибавилась въ вѣсѣ: въ теченіе беременности не замѣчено никакихъ уклоненій отъ нормы.

2) 25-лѣтняя беременная на 7-мъ мѣсяцѣ страдаетъ бронхитомъ нижней доли лѣваго легкаго. Чахоточная наслѣдственность (при невозможности рѣшить вопросъ о содержаніи бациллъ въ мокротѣ за отсутствіемъ послѣдней) оправдывала примѣненіе впрыскиваній *Koch*'овской лимфы съ діагностическою цѣлью. Кроме́ того, авторъ надѣялся этими впрыскиваніями, путемъ внутриутробной прививки, принести пользу и плоду. Первое впрыскиваніе произведено 3-го декабря въ 10 час. утра въ количествѣ 0,002 при t° больной въ 37,5. Дальнѣйшій ходъ лѣченія виденъ изъ слѣдующей таблички.

3-го декабря	37,5	0,002	37,2
4-го »	37,2	0,004	37,6
5-го »	37,7	—	37,4
6-го »	36,9	—	37,4
7-го »	37,0	0,008	37,8
8-го »	37,4	—	37,8
9-го »	37,0	—	36,8
10-го »	36,9	0,01	39,6
11-го »	37,0	—	36,9

Интересно вліяніе впрыскиваній на сердцебіеніе плода: 3-го декабря до впрыскиванія оно равнялось 132 ударамъ въ минуту, къ 4-му дек. поднялось до 144, продержалось слѣдующій день на той же цифрѣ, а 6-го дек. перешло за 148; 7-го дек. передъ впрыскиваніемъ оно равнялось 146, а 8-го дек., т. е. на слѣдующій за впрыскиваніемъ день, оно участилось до 160 ударовъ въ минуту, 9-го и 10-го дек. колебалось между 144 и 160, а 11-го, на слѣдующій за послѣднимъ впрыскиваніемъ день, поднялось до 180; 12-го и 13-го дек. оно снова упало до 144. Такимъ образомъ, впрыскиванія, повидимому, отражались на плодѣ лишь черезъ сутки, когда ихъ вліяніе на организмъ матери уже успѣвало сгладиться. Какихъ-либо явленій со стороны беременной матки, субъективныхъ или объективныхъ, не наблюдалось; только плодъ казался нѣсколько болѣе безпокойнымъ, чѣмъ до впрыскиваній.

Дальнѣйшія наблюденія должны окончательно рѣшить вопросъ объ относительной безвредности *Koch*'овскаго метода лѣченія у беременныхъ. На основаніи априористическихъ разсужденій авторъ считаетъ время до 180-го дня

беременности наиболѣе благоприятнымъ въ этомъ отношеніи, какъ для матери, такъ и для плода, съ точки зрѣнія возможнаго вреднаго вліянія лихорадочной реакціи, сопровождающей впрыскиванія *Koch*'овской лимфы, на теченіе беременности.

А. Фишеръ.

27. **H. Lambinon.** Du danger des injections de Koch pendant la duree de la grossesse. (Journal d'accouchements 1891, № 1). **Объ опасности *Koch*'овскихъ впрыскиваній въ теченіе беременности.**

Изложивъ вкратцѣ общезвѣстныя воззрѣнія на вліяніе высокихъ температуръ матери на жизнь плода и теченіе беременности, авторъ сообщаетъ случай, гдѣ двукратное впрыскиваніе *Koch*'овской лимфы (0,01 и 0,009) беременной на 3-мъ мѣсяцѣ женщинѣ, страдавшей волчанкою, благодаря значительной термической реакціи (40°), вызвало довольно бурныя явленія, коллапсъ и выкидышъ. Въ виду этого авторъ совѣтуетъ крайнюю осторожность въ дозировкѣ указанныхъ впрыскиваній у беременныхъ женщинъ, чтобы избѣжать чрезмѣрной общей реакціи.

А. Фишеръ.