

РЕФЕРАТЫ.

58. **Gradow.** Die postfötale Entwicklung der weiblichen Zeugungsorgane und deren Beziehungen zur Pathologie derselben. (Deutsche medicin. Wochenschrift, № 35, 1890). О послѣэмбриональномъ развитіи женскихъ половыхъ органовъ и объ отношеніи его къ патологіи послѣднихъ.

Указавъ въ началѣ своей статьи, что цѣлый рядъ заболѣваній женской половой сферы стоитъ въ связи съ уклоненіями въ развитіи этой сферы во время внутриутробной жизни, а также что половые органы, начиная съ рожденія и до наступленія половой зрѣлости, resp. первой менструаціи, остаются неизмѣненными, авторъ переходитъ къ своимъ собственнымъ наблюденіямъ, начиная съ изученія половыхъ органовъ новорожденной дѣвочки.

Наиболѣе характерные моменты въ этой стадіи слѣдующіе: шейка матки превышаетъ значительно тѣло матки какъ въ длину и толщину стѣнокъ, такъ и вмѣстимостью. Длинникъ тѣла составляетъ лишь $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ длины всей матки, которая въ свою очередь равняется приблизительно 3 сант. Дно слегка изогнутаго очертанія съ сѣдлообразнымъ вдавленіемъ сверху, представляющимъ собою намекъ на бывшее соединеніе матки изъ двухъ рядомъ лежавшихъ мѣшковъ. Мѣсто отхожденія обѣихъ трубъ находится по бокамъ сѣдлообразнаго вдавленія дна. Вся матка слегка наклонена впередъ. Толщина стѣнки шейки равняется приблизительно 5 mm., тѣло же матки выше шейки=2 mm, а у дна=1 mm. Plisae palmatae полости шейки очень сильно развиты и, въ отличіе отъ болѣе позднихъ стадій развитія, распространяются и въ полость тѣла матки. Обѣ продольныя складки arboris vitae расположены не по срединѣ передней и задней губъ шейки, но косвенно въ сторону и именно такимъ образомъ, что задняя продольная складка, начинаясь приблизительно на срединѣ задней губы, отсюда распространяется налѣво вверхъ, достигая лѣвой боковой грани полости шейки; передняя же продольная складка, начинаясь соотвѣтственно на срединѣ передней губы, тянется направо вверхъ. Мѣсто отхожденія обѣихъ складокъ на срединѣ губъ почти незамѣтно, но чѣмъ

дальше кверху, тѣмъ рѣзче онѣ выражены. Сходясь въ верхней очень узкой части полости шейки обѣ складки дѣлаются столь развитыми, что выполняютъ собою почти всю эту часть. Это мѣсто очень важно въ томъ отношеніи, что представляетъ собою границу между полостями шейки и тѣла матки; толщина обѣихъ продольныхъ складокъ съ этого мѣста сразу уменьшается, хотя на маткахъ зародышей и новорожденныхъ можно еще прослѣдить продолженія этихъ складокъ и въ полость тѣла, гдѣ онѣ, сопровождаясь двумя ясно развитыми боковыми складками, направляются вверхъ къ *ostium tubae uterini*, круто заворачиваются и входятъ въ самыя трубы. Отъ этихъ главныхъ продольныхъ складокъ отходятъ боковыя складки слизистой оболочки относясь какъ вѣтви къ дереву, а боковыя складки въ свою очередь даютъ опять вторичныя развѣтвленія. Какъ боковыя, такъ и вторичныя складки, на границѣ между шейкою и тѣломъ выражены очень слабо, по направленію же кверху, онѣ дѣлаются болѣе рѣзкими и отдѣлены другъ отъ друга ясными бороздами. Подобное расположеніе складокъ сохраняется до 5 года жизни, а затѣмъ складки въ полости тѣла матки постепенно сглаживаются, и слизистая оболочка становится гладкою. Собственно о полости въ тѣсномъ смыслѣ въ маткѣ новорожденныхъ и маленькихъ дѣтей не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ на поперечныхъ разрѣзахъ черезъ матку видно, какъ обѣ продольныя складки тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, вслѣдствіи чего полость въ разрѣзѣ является въ видѣ узкой щели, напоминая собою лежащую букву «S». Контуръ всей полости показываетъ, что наибольшіе діаметры находятся внизу шейки, затѣмъ на 3—4 мм. ниже границы между шейкою и тѣломъ боковыя края сходятся, выше же этой границы края опять расходятся по направленію къ трубамъ; верхняя граница контура соотвѣтственно сѣдлообразному вдавленію дна нѣсколько вогнута внутрь. Если считать среднюю длину полости всей матки въ 27 мм, то длина полости тѣла матки=6 мм, а длина шейки=21 мм. Что касается формы наружнаго зѣва, то онъ подверженъ колебаніямъ, но обыкновенно какъ у дѣтей, такъ и у дѣвственницъ, является въ видѣ поперечной щели.

Трубы у плода до 32 недѣль спирально извиты по всей длинѣ. Число оборотовъ обыкновенно $6\frac{1}{2}$ — $7\frac{1}{2}$. Болѣе рѣзко выраженный оборотъ находится у матки и заходитъ нѣсколько на соотвѣтствующій рогъ матки, затѣмъ слѣдуютъ кнаружи два оборота болѣе слабые и наконецъ $3\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$ оборота опять сильно выраженные. Отсюда ясно, что при особенно сильномъ спиральномъ закручиваніи трубы могутъ происходить петлевидныя затяжки и даже откручиванія отдѣльныхъ частей трубы. Съ 32 недѣли спиральные обороты начинаютъ расправляться черезъ вытяженіе въ длину. Первымъ расправляется оборотъ, находящійся около матки, такъ что къ рожденію остаются нерасправленными $4\frac{1}{2}$ оборота трубы. Съ рожденія же и до наступленія половой зрѣлости вся труба оказывается расправленной за исключеніемъ только самаго наружнаго оборота около *ampulla*. Черезъ подобное расправление узкая, спирально извитая труба новорожденной становится проходимымъ каналомъ, какъ для нормальныхъ выдѣленій, такъ и для выходящаго изъ яич-

никовъ яйца. Если же подобное распрямленіе спирально закрученной трубы не произойдетъ вовсе или не вполне, то въ такомъ случаѣ является предрасположеніе къ трубной беремености или къ образованію ретенціонныхъ кистъ со всѣми ихъ послѣдствіями. При этомъ для результата совершенно безразлично, представляетъ ли задержка развитія лишь послѣдствие недостаточной энергіи въ ростѣ или же она является механически подъ влияніемъ раньше случившагося воспалительнаго процесса, который, распространяясь по большей части съ кишки на широкую связку, фиксируетъ неразвившуюся еще трубу, т. е. когда спиральные обороты не успѣли еще растянуться въ длину. Слѣдуетъ однако отличать подобныя препятствія для растяженія спиральныхъ оборотовъ трубы отъ различныхъ загибовъ и измѣненной формы, случающихся въ первоначально нормально развитыхъ трубахъ подъ влияніемъ воспалительныхъ процессовъ, рубцовыхъ стягиваній и приращеній.

Изъ всего сказаннаго легко получить нѣкоторую законность въ образованіи трубныхъ опухолей. Типическія формы трубныхъ опухолей обуславливаются исключительно тѣмъ обстоятельствомъ, подверглась ли поражению раньше бывшая нормальная, правильно развитая труба или же задержанная въ своемъ развитіи.

Въ первомъ случаѣ участвуетъ при наступившей трубной беремености—по большей части подъ влияніемъ предшествовавшаго воспалительнаго процесса—въ образованіи плодовмѣстилица вся гипертрофированная труба, такъ что возможно, что подобная беременность во-время можетъ достигнуть нормальнаго окончанія или же плодъ можетъ выйти въ относительно удобномъ мѣстѣ, у основанія опухоли, въ клѣтчатку между широкими связками.

Въ послѣднемъ же случаѣ эктопическій плодъ заключается лишь въ небольшой ограниченной части спирально извитой трубы, которая не можетъ растягиваться соотвѣтственно росту плода и въ концѣ концовъ лопается, такъ что является громадная опасность подъ влияніемъ такой беременности. Если имѣется дѣло съ ретенціонными кистами или гѣматомами, то въ первомъ случаѣ, когда пораженію подверглась правильно развитая труба—онѣ являются въ видѣ гладкихъ, овальныхъ, однокамерныхъ мѣшковъ; въ послѣднемъ же случаѣ—т. е. въ трубѣ задержанной въ своемъ развитіи—въ видѣ удлинненныхъ, съ спиральными перехватами, многокамерныхъ, тонкостѣнныхъ, отъ середины трубы къ наружному концу ея увеличивающихся въ объемѣ образованій, такъ что двойное изслѣдованіе тотчасъ же позволяетъ рѣшить, съ чѣмъ имѣется дѣло.

Распространяющееся пораженіе въ правильно развитой трубѣ можетъ самостоятельно придти къ разрѣшенію, въ случаѣ же пораженія трубы, задержанной въ своемъ развитіи, болѣзненный процессъ сильно затягивается, наступаютъ сращенія съ окружающими частями и даже перфорации въ послѣднія, такъ что постоянно можетъ грозить наступленіе общаго перитонита.

Если ненормальное развитіе трубъ зависитъ отъ пониженной энергіи развитія вообще, то оно наступаетъ не изолированно, но въ связи съ задержкой развитія всѣхъ органовъ, какъ симптомъ общаго habitus infantilis.

Въ послѣдующіе 4—5 года въ формѣ и строеніи полового аппарата не замѣчается ничего существеннаго. Въ дальнѣйшемъ же возрастѣ слизистая оболочка полости тѣла матки постепенно теряетъ складчатость, тѣло матки начинаетъ превосходить въ ростѣ цервикальную часть, которая съ дальнѣйшимъ возрастомъ увеличивается развѣ только на нѣсколько миллиметровъ, такъ что у дѣвственной матки длиною 50—60 mm. на цервикальную часть приходится нѣсколько болѣе половины всей длины.

Веретенообразной формы полость шейки выстлана складками, «arbor vitae» и расположеніе этихъ складокъ въ связи съ выходными отверстиями железъ направленныхъ косо внизъ препятствуетъ слизи шейки проникать въ полость тѣла матки. Полость тѣла матки, въ области между мѣстомъ вхожденія трубъ, въ это время особенно сильно увеличивается въ поперечномъ размѣрѣ. Дно матки теряетъ сѣдообразную вдавленность и его стѣнка въ серединѣ достигаетъ наибольшей толщины 7—9 mm. Такимъ образомъ тѣло матки, начиная съ рожденія, постепенно увеличивается, и особенно благоприятствуютъ этому увеличенію наступленіе половой зрѣлости, половая жизнь и зачатіе, такъ что постепенно длина полости тѣла начинаетъ превосходить длину полости цервикальнаго канала. При старческой же инволюціи матки, влагалищная часть совершенно исчезаетъ и полость цервикальнаго канала прямо открывается во влагалище. Подъ вліяніемъ такого сглаживанія влагалищной части полость цервикальнаго канала значительно уменьшается, а полость тѣла матки относительно увеличивается.

При *uterus infantilis* тѣло матки небольшого размѣра, цилиндрической формы; задняя стѣнка тѣла матки сильно выпукла, а передняя очень тонкая и дряблая—вогнута. Дно матки слегка вогнуто. Весь органъ «врожденной антефлексіи» и короткая влагалищная часть обращена впередъ и вверхъ, причѣмъ узкій цервикальный каналъ въ видѣ длинной дуги съ короткимъ радіусомъ переходитъ въ полость наклоненнаго впередъ и короткаго тѣла матки.

Авторъ пересчитываетъ явленія, наступающія, какъ результатъ подобнаго задержаннаго развитія матки.

Первые регулы наступаютъ очень поздно и имъ предшествуютъ «*molimina menstrualia*». Когда же регулы установятся, то появляются каждая четыре недѣли въ формѣ «*dysmenorrhoea obstructiva*». При значительныхъ суженіяхъ всегда остающаяся въ полости матки кровь разлагается и даетъ поводъ къ развитію эндометритовъ. *Coitus* у такихъ особъ можетъ быть значительно затрудненъ какъ по причинѣ ненормальнаго положенія половой сферы, которая подъ вліяніемъ слишкомъ малаго наклоненія инфантильнаго таза расположена слишкомъ кпереди, такъ и вслѣдствіи неподатливой, толстой дѣвственной плевы при очень узкомъ влагалищѣ и особенно вслѣдствіе повышенной чувствительности такихъ женщинъ, могущей повести даже къ вагинизму. Если же *coitus* и совершился благополучно, то зачатіе можетъ и не произойти, за отсутствіемъ «сѣмяннаго озера», въ которое слизистая пробка *Kristeller'a* не можетъ окунываться по причинѣ слишкомъ кпереди

направленнаго наружнаго отверстія влагалищной части матки. Особенно часто наблюдаются у такихъ женщинъ абортъ, происхождение которыхъ авторъ объясняетъ тѣмъ, что передняя тонкая стѣнка матки при беременности отстаетъ въ ростѣ, вслѣдствіе чего въ плодныхъ оболочкахъ образуются складки, влекуція за собою кровотеченія и отдѣленіе плода. Если же беременность течетъ своимъ порядкомъ, то сплошь и рядомъ у первородящихъ положеніе плода становится поперечнымъ, родовыя схватки очень слабо выражены, а въ послѣродовомъ періодѣ такіе субъекты вслѣдствіе имѣющейся у нихъ гипоплазіи сердца и крупныхъ сосудовъ, какъ это указалъ *Virchow*, оказываютъ слабое противодѣйствіе различнымъ случайностямъ, могущимъ встрѣтиться въ этомъ періодѣ.

А. Брандтъ.

59. М. Розенгартъ. О вліяніи размѣровъ таза на положеніе и нѣкоторыя патологическія состоянія матки. (Прот. Акушерско-Гинекологич. Общ. въ Кіевѣ. Годъ 4-й. 1891 г.).

По аналогіи съ вліяніемъ грудной клѣтки на легкія и черепа на мозгъ авторъ считаетъ вѣроятнымъ такое же вліяніе таза на органы, находящіеся въ немъ. Авторъ задался цѣлью выяснить слѣдующіе три вопроса: 1) отношеніе между типомъ таза и положеніемъ матки; 2) зависимость между ненормальностью таза и заболѣваніями матки; 3) отношенія между заболѣваніями матки и таза. Въ настоящемъ предварительномъ сообщеніи авторъ даетъ нѣкоторыя данныя по первому вопросу, полученныя путемъ измѣренія таза и гинекологическаго изслѣдованія въ 56 случаяхъ. Нормальный тазъ оказался въ 13 случ. (23,2%), а ненормальный (широкій 2, плоскій 23, обще-суженный 18) въ 43 случ. (76,8%). Большое число узкихъ тазовъ среди гинекологическихъ больныхъ отчасти можно объяснить механическими причинами во время родовъ, влекущими за собою различныя заболѣванія. Однако, если имѣть въ виду только нерожавшихъ женщинъ, которыхъ было изъ 56 больныхъ 21 женщина, то окажется, что у нихъ нормальный тазъ пabлюдался только въ 2 случ., слѣдовательно, на долю узкихъ тазовъ приходится 90,5%. Это показываетъ, что одною механическою причиною объяснить преобладанье узкихъ тазовъ нельзя.

Что касается связи между ненормальностью таза и положеніемъ матки, то вообще изъ 56 больныхъ переднихъ положеній матки было 65,2%; заднихъ 32,6%. При *нормальномъ* тазѣ число переднихъ положеній матки равно 36,3% всѣхъ случаевъ, а число заднихъ 63,7%. При *плоскомъ* тазѣ число переднихъ положеній доходитъ до 68%. При *обще-суженномъ* тазѣ это число доходитъ до 86,6%. Слѣдовательно, узкіе тазы предрасполагаютъ къ переднимъ положеніямъ матки.

Кромѣ того, авторъ, изслѣдуя пери-параметрическіе эксудаты у своихъ больныхъ, получилъ преобладаніе боковыхъ эксудатовъ при нормальномъ и обще-суженномъ тазѣ, а при плоскомъ тазѣ значительное преобладаніе заднихъ эксудатовъ.

Н. Какунинъ.

60. **Е. Э. Изановъ. О времени появленія первыхъ регуль.** («Медицина», 1890; отд. отгискъ, 69 стр.).

Представивъ въ небольшомъ вступленіи общее положеніе вопроса о времени наступленія половой зрѣлости женщинъ и тѣ методы изслѣдованія, которые примѣнялись для его выясненія, авторъ переходитъ къ разработкѣ своего статистическаго матеріала, полученнаго имъ изъ клиническаго архива проф. *И. П. Лазаревича* и касающагося болѣе 4,000 женщинъ.

Главнѣйшіе выводы, къ которымъ приходитъ авторъ, таковы:

Климатъ имѣетъ значительное вліяніе на появленіе первыхъ кровей, въ томъ смыслѣ, что болѣе теплый ускоряетъ ихъ появленіе, болѣе холодный—замедляетъ (стр. 23). Каждой разницѣ въ средней годовой температурѣ на 5° соотвѣтствуетъ разница въ 10—10,3 мѣсяца во времени наступленія половой зрѣлости (стр. 32).

Слабыя, худощавыя женщины въ общемъ созрѣваютъ раньше плотныхъ и крѣпкихъ (стр. 44), равно какъ раньше достигаютъ половой зрѣлости низкія ростомъ, и позже—высокія; вообще же вліяніе, какъ тѣлосложенія, такъ и роста на время наступленія половой зрѣлости сводится главнымъ образомъ къ вліянію массы тѣла, какъ таковой, до появленія первыхъ кровей (стр. 47).

Вліяніе соціальнаго положенія опредѣляется взаимодействіемъ факторовъ: питаніе, трудъ, нервовозбудители (частью костюмъ). Напранѣе начинаютъ менструировать женщины высшаго сословія, позже—средняго, и послѣ этихъ—нисшаго (стр. 67).

Вліяніе народности объясняется ея большою наклонностью продолжаться съ одними и тѣми же особенностями, унаслѣдованными отъ родины и родителей, что выражается въ тѣлосложеніи, въ наклонности къ извѣстнаго рода труду и т. п.; поэтому еврейки начинаютъ ранѣе менструировать, чѣмъ народность, среди которой онѣ размѣстились (стр. 67).

[Въ заключеніе остается пожалѣть, что автору, всюду сравнивавшему свои цифровые выводы съ данными другихъ авторовъ, преимущественно иностранныхъ, остались неизвѣстными такіе капитальные труды по статистикѣ наступленія половой зрѣлости русскихъ женщинъ, какъ работы *К. Ф. Славянскаго* для Рязанской губ. («Здоровье», 1875, № 10), *В. Смидовича* для Тульскаго уѣзда («Сборн. сочин. по суд. мед. и пр.», 1877, т. II), *Н. В. Ястребова* («Здоровье», 1877, №№ 83—86) и *В. Е. Суrowцова* («Здоровье», 1882) для Архангельской губерніи, *Д. О. Отта* для Калужской губ. («Здоровье», 1879, №№ 113, 117, 118 и 119), *Сочавы* для Харькова («Медиц. Вѣстникъ», 1879), № 11), *Т. А. Потаповой* для Тифлиса («Научныя бесѣды врачей Закавказья. Повив. Инст.», годъ 2-й, 1887), *Ф. Заварина* для зрянковъ Вологодской губ. («Земск. Врачъ», 1889, № 19), *В. Крумбмиллера* для корелокъ Тверской губ. («Земск. Врачъ», 1889, №№ 31 и 32), *М. Паргамина* для евреекъ Кіевской губ. (Проток. засѣд. акуш.-гинеко. общ. въ Кіевѣ, 1889, вып. V), *Н. П. Андреева* для Казанской и Архангельской губ. («Журн. ак. и женск. бол.», 1890, № 4). Предварительное знакомство съ

этими работами могло бы только увеличить значеніе и цѣнность предпринимаго авторомъ труда. *Референтъ*].

А. Фишеръ.

61. М. Н. Феноменовъ. Случай родовъ при узкомъ тазѣ. (Обзоръ дѣятельности Общ. Рязанскихъ врачей за 1884—1889 гг.).

I—пара, 26 лѣтъ; размѣры таза: *spinae ilei* 23,5 *cm.*, *cristae ilei* 26 *cm.*, *troch.* 29 *cm.*, *conjug. externa* 17,5 *cm.* 30 часовъ назадъ прошли воды, головка вколочена въ тазу уже 6 час., дѣятельность матки ослабѣла. Отсутствіе хорошей обстановки не позволяло сдѣлать кесарскаго сѣченія; выборъ операціи колебался между прободеніемъ головки и щипцами. Наложены щипцы; при 6—8 умѣренныхъ тракціяхъ извлеченъ живой ребенокъ. Разрывъ промежности 2 степени. Кровотеченіе изъ матки: искусственное отдѣленіе мѣста, частично приращеннаго. Промываніе матки. Въ послѣродовомъ періодѣ повышеніе однократное t° до 38, 3 $^{\circ}$.

Н. Какунинъ.

62. А. Н. Соловьевъ. Случай излѣченія эклампсіи кровопусканіемъ (*venesectio*). (Труды Акуш.-Гинек. Общ. въ Москвѣ, 1890, № 2).

I—беременная, 21 года, кромѣ изрѣдка появлявшихся головныхъ болей ничѣмъ не страдала. Роды наступили въ срокъ; съ ихъ началомъ появился и первый припадокъ эклампсіи; авторъ засталъ роженицу во время 3-го припадка: для ускоренія родовъ въ полость матки введенъ эластической катетеръ, а затѣмъ вскрытъ пузырь. Черезъ 2 $\frac{1}{2}$ часа (послѣ 6 припадковъ эклампсіи) роды окончены щипцами. Припадки продолжаются; мочи мало, она содержитъ громадное количество бѣлка, гнойныхъ тѣлецъ, красные кровяные шарики и небольшое количество цилиндровъ. Лѣченіе; морфій подъ кожу, хлораль-гидратъ и бромистый калий въ суппозиторіяхъ *per rectum*, холодный пузырь на голову. Припадки повторяются черезъ 15—20 минутъ втеченіе двухъ сутокъ (всего около 150 припадковъ). Пульсъ сильно напряженъ 110—120 ударовъ въ минуту. Произведено кровопусканіе изъ лѣвой *vena mediana basilica*, выпущено около стакана крови. Послѣ этого было только два слабо-выраженныхъ припадковъ эклампсіи. Черезъ 1 $\frac{1}{2}$ дня родильница пришла въ сознаніе, а черезъ 2 недѣли встала съ постели; альбуминурія держалась еще болѣе полугода.

Коснувшись по поводу сообщеннаго случая различныхъ теорій относительно этиологии и сущности эклампсіи, въ томъ числѣ и микробной теоріи (*Doleris, Poney, Butte, Emil Blanc* см. «Журн. акуш. и женск. бол.», 1890, № 1, стр. 152. *Рэф.*) авторъ высказываетъ соображенія относительно терапіи этой патологической формы, при чемъ въ ряду прочихъ лѣчебныхъ средствъ отводитъ мѣсто и рѣдко примѣняемой венесекціи, считая ее показанною только въ случаяхъ напряженнаго и полного пульса.

Пренія. Были высказаны различные взгляды на рефлекторную и микробную теоріи происхожденія эклампсіи, причемъ указано, что вторая не объясняетъ почему эклампсія преимущественно поражаетъ первородящихъ; упомянуто о вліяніи обычно употребляемыхъ въ акушерской практикѣ обеззаражи-

вающихъ средствъ (карболовой кислоты и сулемы) на функцію почекъ; подвергнуто оцѣнкѣ терапевтическое значеніе кровопусканія при эклампсіи, при чемъ указано, что въ замѣнъ венесекціи могутъ быть приставляемы пиявки къ носу и за уши. Въ преніяхъ принимали участіе *Г. Ю. Якубъ, Г. А. Ростовцевъ, Ф. А. Александровъ, Г. А. Соловьевъ* и докладчикъ.

А. Фишеръ.

63. Л. Я. Ошеровскій. Случай преждевременныхъ родовъ и отравленія хининомъ. (Проток. Импер. Кавказск. Мед. Общества. 1891 г. № 14).

Родильница, 28 лѣтъ, страдаетъ маляріей. Во время послѣдней беременности, окончившейся двѣ недѣли назадъ, часто хворала лихорадкой. Изъ боязни выкидыша большая хинина во время беременности не принимала, но во время одного изъ пароксизмовъ явились неожиданно схватки и она родила. Въ послѣродовомъ періодѣ послѣ обильнаго употребленія хинина (сначала по 10 гранъ, затѣмъ по 15 гранъ 2 раза въ день) развились явленія отравленія хининомъ: галлюцинаціи зрѣнія и слуха, затѣмъ судороги и коллапсъ. Большая поправилась отъ атропина. Авторъ задается вопросомъ: слѣдуетъ ли или не слѣдуетъ назначать хининъ при беременности? Основываясь на томъ, что большинство беременныхъ, страдающихъ маляріей, отлично переносятъ хининъ, а между тѣмъ у тѣхъ беременныхъ съ маляріей, у которыхъ хининъ не дается, легко получается выкидышъ или малярійное худосочіе, авторъ полагаетъ необходимымъ назначать хининъ беременнымъ, больнымъ маляріей, и увѣренъ, что хининъ въ такихъ случаяхъ по 10—15 гранъ на приемъ не только не абортивное средство, а наоборотъ, средство, могущее предупредить выкидышъ и преждевременные роды. Рядомъ съ этимъ авторъ не отрицаетъ вліянія хинина на матку и полагаетъ, что у ослабленныхъ женщинъ хининъ вызываетъ сокращенія матки и кровотеченія изъ нея.

Н. Какушкинъ.

64. В. А. Богородицкій. Случай апролексіае placentae. (Проток. Тамбовск. Мед. Общ. 1890 г. № 9—11).

1—рага, 20 лѣтъ, на 4-мъ мѣсяцѣ беременности вздумала перекувырнуться на постели. Послѣ этого появилась и постепенно усиливалась боль въ животѣ, а затѣмъ — ничѣмъ непобѣдимый запоръ, рвота, лихорадка. При изслѣдованіи — матка гораздо выше пупка, запрокинута назадъ. Сильная общая анэмія. При горячихъ спринцеваніяхъ и спорыньѣ вышелъ мертвый 4-мѣсячный плодъ, но матка не сократилась. Оказалось, что полость матки выполняло громадное количество крови, излившейся между стѣнкой матки и серединою послѣда, который благодаря этому висѣлъ внизъ въ формѣ шарообразнаго гладкаго тѣла. Матка опорожнена рукой, промыта. Выздоровленіе на 10-й день.

Н. Канушкинъ.

65. **Ф. Ф. Кѣтлинскій.** Случай беременности пузырчатымъ заносомъ. (Протоколы засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Кіевѣ, годъ 4-й; засѣданіе 26-го марта 1890 г.).

Г-жа Ф., 35 лѣтъ, рожала въ срокъ нѣсколько разъ, никакими женскими болѣзнями не страдала; 3 мѣсяца нѣтъ мѣсячныхъ, считаетъ себя беременною; послѣднія 2 недѣли полное отсутствіе аппетита (апогехія), по временамъ не-продолжительныя, но обильныя кровотеченія изъ половыхъ органовъ. При изслѣдованіи найдены обычные признаки беременности, но величина матки соотвѣтствуетъ не 3-му, а 6-му мѣсяцу, причеиъ матка представлялась на столько вялою, что опредѣленіе ея контуровъ оказывалось возможнымъ лишь послѣ небольшого массажа; общее состояніе больной плохо (*facies hypocratica*). Поставленъ діагнозъ пузырчатого заноса (*mola hydatidosa*).—Лѣчение: ежедневно втеченіе трехъ дней въ каналъ шейки матки вводились суппозитори въ 9 см. длиною, содержавшіе по 0,0005 двуіодистой ртути, и удерживавшіеся *in situ* влагалищнымъ тампономъ изъ 10⁰/о салициловой ваты; черезъ 3 дня наступили очень болѣзненные потуги, благодаря которымъ была извергнута часть заноса; тогда авторъ сталъ производить 3 раза въ день антисептическія промыванія полости матки (то 1⁰/о растворомъ креолина, то комбинаціе *liq. Burowi et zinci hypermangan*); втеченіе послѣдующихъ трехъ дней выдѣлились остальные части заноса. Послѣродовое состояніе протекло благопріятно.

Обращаясь къ этиологіи данной патологической формы, авторъ на основаніи 4-хъ наблюдавшихся имъ случаевъ *myxomatis chorii* считаетъ себя въ правѣ высказать предположеніе, что болѣзнь развивалась въ зависимости отъ психическихъ вліяній угнетающаго характера (денежныя потери, дурное обращеніе мужа, измѣна любовника).

Пренія. Г. Е. Рейнъ считаетъ внутриматочныя промыванія до полного опорожненія полости матки опасными; психическимъ же вліяніямъ онъ можетъ придавать значеніе лишь косвенныхъ, побочныхъ причинъ въ этиологіи заболѣваній женскаго полового аппарата.

А. Фишеръ.

66. **Н. И. Побѣдинскій.** Мухома *chorii*. (Труды Акушерско-Гинек. Общества въ Москвѣ, 1890, № 2; засѣданіе 28-го февраля 1890 г.).

К. А., 20 лѣтъ; около года тому назадъ имѣла двухмѣсячный выкидышъ; за 4 мѣсяца до поступленія въ клинику проф. А. М. Макъева были послѣднія мѣсячныя, а около 2-хъ мѣсяцевъ тому назадъ показалось незначительное кровотеченіе, продолжавшееся затѣмъ почти непрерывно, измѣняясь лишь въ своей силѣ. При изслѣдованіи матка найдена увеличенною соотвѣтственно 5-му мѣсяцу беременности; шейка плотна, зѣвъ совершенно закрытъ; въ виду небольшого кровотеченія влагалище затампонировано; черезъ сутки, по удаленіи тампона, кровотеченіе возобновилось въ довольно сильной степени. Шейка матки расширена Негар'овскими расширителями до проходимости для 2-хъ пальцевъ, которыми и извлечены съ большимъ трудомъ части (около половины, пузырнаго заноса; кровотеченіе значительно уменьшилось; влага-

лице затампонировано іодоформенною марлею, внутрь—спорынья. Черезъ 3 часа позади тампона найдено еще довольно значительное количество пузырчатой массы, матка сильно сократилась и при изслѣдованіи пальцемъ найдена пустою; внутриматочное промываніе карболовымъ растворомъ, ледъ на животъ. Втеченіе 8 дней—повышенная температура, лѣвосторонній параметритъ; черезъ 3 недѣли—выздоровленіе.

Авторъ отмѣчаетъ въ данномъ случаѣ отсутствіе обычнаго для пузырнаго заноса признака—несоотвѣтствія между срокомъ беременности и величиною матки.

А. Фишеръ.

67. Cl. Petit. Statistique des femmes accouchees dans le service de M. le D-r S. Pozzi. (Gazette Médical de Paris, 1890, № 51). Статистика родильницъ отдѣленія д-ра Pozzi.

Авторъ приводитъ статистику и вкратцѣ описываетъ смертные случаи госпиталя *Lourcine*, родовспомогательнаго заведенія для сифилитическихъ женщинъ на 665 родовъ съ 1-го января 1883 года по 1889 годъ. Всѣхъ смертныхъ случаевъ было только 5: 2 отъ эклампси, 1 отъ нефрита, 1 отъ туберкулеза и 1 отъ послѣродоваго заболѣванія, причемъ роды произошли внѣ клиники; не считая этого послѣдняго случая, это составляетъ 0,60°/о смертности. Такіе хорошіе результаты объясняются организаціей этого заведенія. Принимаются туда, кромѣ роженицъ, вообще больныя съ венерическими заболѣваніями; роды проводятся интернами госпиталя по порядку дежурства, а не поступленія роженицы; отдѣльной акушерки нѣтъ, а для наблюденія за новорожденнымъ и родильницей существуетъ сестра милосердія. Тотчасъ послѣ родовъ родильницу спринцуютъ сублиматомъ 1:2000 и въ послѣдующіе дни утромъ и вечеромъ дѣлаютъ такіе же спринцеванія, пропуская каждый разъ до 1 литра жидкости. Такъ какъ большая часть роженицъ является съ твердыми шанкерами или слизистыми папулами, то ее изслѣдуютъ только въ крайней необходимости и только интернъ, проводящій роды; ни одинъ посторонній ученикъ не допускается въ покой для изученія изслѣдованія, что, по автору, значительно предохраняетъ отъ инфекціи. Вліяетъ ли антисифилитическое меркуріальное лѣченіе, проводимое за нѣсколько дней до родовъ, на хорошіе результаты — авторъ рѣшить не беретъ. Статистика новорожденныхъ показываетъ громадную смертность, что объясняется вліяніемъ сифилиса. Гнойный офталмитъ случается только крайне рѣдко вслѣдствіе впусканія въ глаза новорожденнымъ раствора ляписа 1:10 тотчасъ послѣ рожденія. Однимъ словомъ, полученные хорошіе результаты авторъ объясняетъ строгой асептичностью рукъ акушера и сестры милосердія, дѣлающей ежедневныя спринцеванія. Для предохраненія родильницы или новорожденнаго отъ зараженія д-ръ *Pozzi* дѣлалъ иногда экзцизію грибовидныхъ разращеній вульвы у беременныхъ и получалъ хорошіе результаты.

П. Садовскій.

68. Г. Е. Рейнъ. Случай чревоистечения на десятомъ лунномъ мѣсяцѣ внематочной беременности съ благопріятнымъ исходомъ для матери и плода и съ удаленіемъ плоднаго мѣшка. (Протоколы засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Кіевѣ, годъ 4-й; засѣданіе 28-го февраля 1890 г.).

Мѣщанка, 35 л., явилась въ Кіевскую акушерскую клинику 7-го февраля 1890 г., въ концѣ 9-го мѣсяца своей 5-й беременности; въ началѣ 2-го мѣсяца послѣдней у нея безъ видимой причины появилось кровотеченіе съ обмороками, боли въ животѣ, жаръ, рвота и другія явленія, продолжавшіяся 1½ мѣсяца и зависѣвшія, вѣроятно, отъ воспаленія брюшины; въ дальнѣйшемъ теченіи самочувствіе было удовлетворительно, но за 2 недѣли до поступленія въ клинику боли снова усилились; шевеленіе плода замѣчено на 5-мъ мѣсяцѣ. Изслѣдованіе въ клиникѣ показало слѣдующее: животъ увеличенъ, какъ при беременности въ началѣ десятаго мѣсяца; лѣвая половина его выпукла, правая болѣе плоска; черезъ умѣренно напряженныя брюшныя стѣнки прощупываются части плода, находящагося во II косомъ положеніи; сердцебиеніе плода 150—152 въ минуту, движенія его отчетливы; слѣва—рѣзкій плацентарный шумъ, приложенная рука ощущаетъ дрожаніе на подобіе *frémissement cataire*; границы плоднаго мѣшка не ясны; впереди него помѣщается матка, достигающая почти до пупка и отклоненная вправо; зондъ легко проходитъ въ ея полость на 17,5 см.; черезъ каналъ шейки палецъ свободно проходитъ за внутренней зѣвѣ, полость матки пуста: въ заднемъ лѣвомъ сводѣ ощущается нижній отдѣлъ плоднаго мѣшка. Распознаваніе: лѣвосторонняя трубная беременность, превратившаяся въ лѣвостороннюю межсвязочную беременность, вслѣдствіе разрыва трубы и выходженія яйца въ *mesosalpinx*, случившагося на 2-мъ мѣсяцѣ; плодъ живъ. — 14-го февраля произведена операція; изъ особенностей ея слѣдуетъ отмѣтить, что разрѣзъ плодомѣстилица пришелся на дѣтское мѣсто, вслѣдствіе чего было обильное кровотеченіе, хотя потеря крови и не была очень значительна, благодаря быстротѣ послѣдующихъ манипуляцій; дѣтское мѣсто и оболочки удалены цѣликомъ, что представило значительныя трудности, такъ какъ плодный мѣшокъ своимъ нижнимъ отрѣзкомъ вросалъ въ брыжжейку S-видной кишки; кромѣ того раздѣлены сращенія плоднаго мѣшка съ сальникомъ и съ маткой, а также сращенія матки съ мочевымъ пузыремъ; операція продолжалась 1¼ часа; черезъ наружную рану введенъ въ дугласово пространство стеклянный дренажъ. Послѣоперационное теченіе осложнилось весьма болѣзненнымъ выходженіемъ изъ матки кусковъ отпадающей оболочки и воспалительнымъ уплотненіемъ тазовой клетчатки съ повышеніемъ t° до 38,7° на 6—8-й дни; на 8-й день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ, дренажъ замѣненъ болѣе тонкимъ, изъ него выдѣляется небольшое количество сыворотно-гнойной жидкости; съ 11-го дня оперированная не лихорадитъ. Вѣсъ ребенка тотчасъ послѣ операціи—3,200 grm, длина тѣла—49 см.; его кормитъ кормилица.

Высказавъ соображенія относительно распознаванія въ данномъ случаѣ, показаній къ операціи и ея техники, докладчикъ въ заключеніе замѣчаетъ,

что «по совокупности достигнутых результатовъ сообщенный случай занимаетъ исключительное мѣсто, какъ шісш, въ весьма скудной литературѣ успѣшныхъ первичныхъ чревосѣченій при вѣматочной беременности и при жизнеспособномъ плодѣ».

Пренія. — *П. И. Марковский* спросилъ, не могло-ли выхожденіе deciduae въ послѣоперационномъ періодѣ способствовать ухудшенію параметрита, и не лучше ли было бы въ такомъ случаѣ удалить отпадающую оболочку еще до чревосѣченія. — *Г. Е. Рейнь*, не отрицая возможности дурного вліянія отхожденія deciduae, крайне мучительнаго для больной, на теченіе параметрита, въ другомъ подобномъ случаѣ, быть можетъ, считалъ бы умѣстнымъ выскоблить полость матки, но только по окончаніи операціи, а не задолго до нея, въ виду возможности вызвать такую манипуляціею разрывъ плоднаго мѣшка. — *А. Г. Боряковский* думаетъ, что въ настоящемъ случаѣ, не представлявшемъ трудностей для распознаванія, можно бы было обойтись безъ зондированія матки; относительно техники операціи онъ замѣчаетъ, что удаленіе дѣтскаго мѣста, даже при доступномъ его расположеніи, можетъ оказаться крайне труднымъ, благодаря сращеніямъ. — *Г. Е. Рейнь* примѣнилъ зондированіе для полноты изслѣдованія, въ виду его легкости и безопасности, такъ какъ матка была легко доступна; техника же удаленія всего плоднаго мѣшка дѣйствительно можетъ иногда представить даже непреодолимые трудности, но при первичныхъ чревосѣченіяхъ нельзя ожидать встрѣтить черезчуръ плотныя сращенія. — *В. А. Добронравовъ* въ общихъ чертахъ освѣтилъ значеніе сообщеннаго случая.

А. Фишеръ.

69. Г. Е. Рейнь. Случай чревосѣченія in extremis вслѣдствіе разрыва плоднаго мѣшка при трубной беременности. (Протоколы засѣд. Акуш.-Гинеке. Общ. въ Кіевѣ, годъ 4-й; засѣданіе 11-го мая 1890 г.)

Больная 26-ти лѣтъ, замужемъ 5 лѣтъ; 2 года тому назадъ имѣла выкидышъ на 2-мъ мѣсяцѣ. Послѣднія регулы окончились 22-го января 1890 г.; въ мартѣ, послѣ горячей поясной ванны, появились кровянистыя отдѣленія изъ половыхъ органовъ, боли въ животѣ и поносъ; 19-го марта — явленія коляпса; пользующіе врачи, ранѣе подозрѣвавшіе выкидышъ, опредѣлили разрывъ мѣшка вѣматочной беременности, — назначена соотвѣтственная терапия; 22-го марта вышла цѣликомъ отпадающая оболочка; послѣ этого больная оправилась, но 7-го апрѣля вечеромъ снова появились кровянистыя отдѣленія, а 11-го — вторично явленія коляпса. Приглашенный въ это время на совѣщаніе докладчикъ нашелъ больную мертвенно-блѣдною, съ нитевиднымъ пульсомъ въ 160, животъ вздутъ и болѣзненъ, въ нижнихъ частяхъ его ясное зыбленіе; при гинекологическомъ изслѣдованіи — картина образующейся haematocele anteuterinum. Распознаваніе: внутрибрюшинное кровотеченіе вслѣдствіе разрыва мѣшка при трубной беременности. Здѣсь же, въ квартирѣ больной, послѣ быстро произведеннаго обеззараживанія помѣщенія, приступлено къ чревосѣченію; операція произведена совершенно по типу sal-

pingotomiae и продолжалась 39 минутъ; дренажъ брюшной полости; безлихорадочное послѣоперационное теченіе.

Въ своихъ эпикритическихъ замѣчаніяхъ докладчикъ говоритъ, что распознаваніе въ данномъ случаѣ было не трудно; двукратный коляпсъ доказываетъ, что беременность не прекратилась послѣ перваго разрыва мѣшка; не говорило противъ ея продолженія и выхожденіе deciduae. Относительно техники операціи въ подобныхъ случаяхъ докладчикъ находитъ наиболее цѣлесообразнымъ подтянуть матку возможно ближе къ брюшной ранѣ, наложить лигатуры на маточный конецъ трубы и, отрѣзавъ здѣсь трубу, извлечь мѣшокъ, а затѣмъ наложить лигатуры на lig. infundibulo-pelvicum и окончательно отдѣлить мѣшокъ; такъ какъ излившееся содержимое лопнувшей трубы можетъ инфицировать брюшную полость, то послѣднюю слѣдуетъ дренировать. Обращаясь къ показаніямъ, докладчикъ находитъ, что въ настоящее время распознаваніе вѣматочной беременности должно служить и показаніемъ къ оперативному вмѣшательству.

Пренія.—*А. И. Красковскій, Н. А. Роговичъ, А. Г. Боряковскій, Н. К. Неёловъ, А. Д. Модестовъ* и докладчикъ сдѣлали нѣсколько замѣчаній, касавшихся діагностики, терапіи и нѣкоторыхъ деталей теченія общеннаго случая.

А. Фишеръ.

70. С. С. Заяицкій. Migratio ovi (spermatoz.) externa. (Труды Акуш.-Гинек. Общ. въ Москвѣ, 1890, № 2; засѣданіе 28 февр. 1890 г.).

Въ Голицынскую больницу была доставлена женщина въ обморочномъ состояніи; по приведеніи ея въ сознаніе выяснилось, что она 31 года отъ роду, рожала много разъ; послѣдніе же 3 года дѣтей не имѣла, страдала обильными, ѣдкими бѣлями, сильными и раньше времени появлявшимися мѣсячными и постоянными болями внизу живота; два мѣсяца не имѣетъ регулъ и считаетъ себя беременною; пять дней тому назадъ внезапно появились сильныя боли внизу живота, и она впала на нѣкоторое время въ безсознательное состояніе; затѣмъ появилась рвота и жаръ, боли усилились. При изслѣдованіи въ больницѣ найдено: животъ вздутъ и крайне болѣзненъ; влагалище и portio vaginalis разрыхлены, имѣютъ фіолетовую окраску; каналъ шейки раскрытъ, внутренній зѣвъ не пропускаетъ пальца; матка прижата къ лонному соединенію, длина ея полости, измѣренная зондомъ, въ 1^{1/2} раза больше нормальной; задній сводъ выпяченъ и ясно флюктуируетъ; грудныя желѣзы безъ измѣненій. Распознаваніе: haematocoele ex ruptura tubae gravidarum; предположенъ также перитонитъ. — Лѣченіе: задній сводъ влагалища вскрытъ разрѣзомъ, выпущена темновышневая кровь съ примѣсью гноя и много большихъ кровавыхъ сгустковъ. Послѣ этого боли уменьшились, t° съ 39° С. упала почти до нормы, но затѣмъ при слабомъ пульсѣ перитонитъ продолжался, и на 4-й день большая умерла. — При вскрытіи найдена полость haematocoele, изолированная отъ полости брюшины ложными перепонками, въ полости живота — гнойнокровянистый экссудатъ; матка увеличена въ 1^{1/2} раза; лѣвая труба, значительно увеличенная, имѣетъ разрывъ въ срединѣ, въ верне-задней стѣнкѣ,

наполненный пристѣнными сгустками крови; на протяженіи болѣе сантиметра труба совершенно зарощена, начиная от *ostium tubae uterinum*; сращеніе плотное, фиброзно-соединительно-тканное; правая труба на всемъ протяженіи проходима, хотя извита отъ массы ложныхъ перепонокъ; вообще, и съ той, и съ другой стороны значительно распространенный и давній *perimetritis lateralis*; правый яичникъ безъ измѣненій; въ лѣвомъ яичникѣ — *corpus luteum verum*. Въ полости *haematocoele*, содержавшей небольшое количество дегтеобразной крови съ примѣсью гноя и множество сгустковъ, ни плода, ни послѣда не найдено. Докладчикъ предполагаетъ, что они вѣроятно были удалены при разрѣзѣ задняго свода вмѣстѣ съ сгустками крови, оставшіе незамѣченными. Тѣмъ не менѣе онъ думаетъ, что 2-хъ мѣсячное отсутствіе регуль при въ $1\frac{1}{2}$ раза увеличенной маткѣ, видъ половыхъ органовъ, наличность *corporis lutei veri* въ лѣвомъ яичникѣ, громадность *haematocoele* не позволяютъ сомнѣваться, что причиною разрыва трубы была *graviditas tubaria*; присутствие давняго зарощенія въ лѣвой (разорвавшейся) трубѣ вблизи ея маточнаго отверстія, дѣлавшаго невозможнымъ проникновеніе сѣмянныхъ нитей изъ полости матки въ лѣвую трубу, заставляетъ автора допустить въ данномъ случаѣ *migratio ovi externa*, или точнѣе — *migratio spermatoz. ext.*, такъ какъ оплодотворенное яйцо принадлежало лѣвому яичнику. — Въ этиологіи сообщеннаго случая докладчикъ приписываетъ извѣстную роль гонорреѣ.

Пренія. — *Г. А. Ростовцевъ* находитъ, что въ данномъ случаѣ умѣстнѣе было бы чревосѣченіе, въ виду существованія общаго перитонита. — *Л. Н. Варнекъ* выразилъ нѣкоторое сомнѣніе въ исключительности значенія гонорреи въ этиологіи внѣматочной беременности. — *В. Ф. Снегиревъ*, въ виду отсутствія препарата, затруднился рѣшительно высказаться за или противъ распознаванія трубной беременности; задержка регуль и наличность *corporis lutei veri*, по его мнѣнію, не вполне доказательны.

(Докладчикъ, не представивъ анатомическаго препарата, не сообщилъ также никакихъ данныхъ, которые могли быть получены при микроскопическомъ изслѣдованіи, какъ стѣнокъ разорвавшейся трубы, такъ и слизистой оболочки матки; а между тѣмъ такое изслѣдованіе могло бы дать нѣкоторыя точки опоры для правильнаго діагноза. *Редф.*) **А. Фишеръ.**

71. Carl Keller. Zur Diagnose der Tubengravidität. (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. XIX, Heft 1., 1890). Къ распознаванію трубной беременности.

По поводу одного спорнаго препарата *haematosalpinx'a*, возбудившаго въ Берлинскомъ акушерско-гинекологическомъ обществѣ оживленные дебаты относительно этиологіи кровяной кисты въ смыслѣ зависимости ея отъ трубной беременности, авторъ сообщаетъ результаты своихъ микроскопическихъ изслѣдованій, направленныхъ къ опредѣленію руководящихъ признаковъ для распознаванія трубной беременности въ отличіе отъ кровяной опухоли трубы иного происхожденія. Важнѣйшіе гистологическіе элементы, рѣшающіе въ положительномъ смыслѣ вопросъ о беременности (при невозможности найти за-

родышъ), суть, какъ извѣстно, ворсинки chorii и децидуальныя клѣтки. Констатированіе ихъ во многихъ случаяхъ, какъ показываетъ работа автора, представляетъ значительныя трудности, благодаря тѣмъ структурнымъ измѣненіямъ, которымъ они могутъ подвергаться. Чтобы имѣть право высказаться за или противъ ихъ присутствія, необходимое самое тщательное и внимательное изслѣдованіе *всего* препарата, а не отдѣльныхъ только кусковъ его. Къ этому, главнымъ образомъ, и сводятся результаты реферируемой работы.

А. Фишеръ.

72. И. И. Федоровъ. Нѣсколько замѣчаній къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи заматочной кровяной опухоли. (Протоколы засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Кіевѣ, годъ 4-й; засѣданіе 11-го мая 1890 г.).

Больная, 23-хъ лѣтъ, имѣвшая 3 выкидыша и 1 срочные роды, поступила въ клинику проф. *Н. В. Ястребова* (Варшава) съ жалобами на сильныя боли внизу живота, въ крестцѣ и поясницѣ, общую слабость, лихорадочное состояніе, запоры и постоянное выдѣленіе грязно-кровянистой жидкости изъ половыхъ органовъ; заболѣла 3 мѣсяца тому назадъ,—подняла тяжесть и ушибла животъ о край стола, вслѣдъ за чѣмъ внезапно появилось кровотеченіе изъ половыхъ органовъ и сильныя боли. При изслѣдованіи въ клиникѣ найдено: наибольшая окружность живота, на 9 см. ниже пупка=120 см.; въ нижней области живота опредѣляется довольно плотная и болѣзненная опухоль, перкуторный тонъ надъ нею совершенно тупой; впереди нея, тотчасъ надъ лоннымъ соединеніемъ прощупывается какъ бы тѣло матки; просвѣтъ влагалища въ верхнихъ $\frac{2}{3}$ сдавленъ опухолью, выпячивающей задній сводъ, выполняющей весь малый тазъ и сливающейся съ упомянутой опухолью въ большомъ тазу; влагалищная часть, отгѣсненная опухолью вверхъ за лонное соединеніе, не достигается изслѣдующимъ пальцемъ. Т°=38,2, пульсъ=92, дыханіе=24. Мочеспусканіе частое и болѣзненное. Распознаваніе: haematoma retrouterinum intraperitoneale chronicum exacerbatum (haematocele retrouterinum).—Втеченіе послѣдующихъ 5 дней состояніе больной все ухудшалось, развились явленія непроходимости кишекъ (каловая рвота). Тогда, подъ хлороформнымъ наркозомъ, былъ вскрытъ задній сводъ влагалища продольнымъ разрѣзомъ въ 2 см.; выдѣлилось много жидкой кофейнаго цвѣта крови со свертками различной давности, въ послѣднихъ порціяхъ ея замѣчены струйки гноя; полость опухоли промыта $\frac{1}{40}$ 0/0 растворомъ двуіодистой ртути и 1°/0 карболовымъ растворомъ; тампонація сулемованною марлею. Черезъ двѣ недѣли оперированная была здорова: бывшая опухоль совершенно исчезла.

Обращаясь къ современному положенію вопроса о терапіи заматочной кровяной опухоли, докладчикъ замѣчаетъ, что, если въ начальныхъ стадіяхъ болѣзни, въ періодѣ острыхъ явленій всѣми согласно примѣняется симптоматическое лѣченіе и выжидательный методъ, то въ случаяхъ хроническихъ, а равно и тамъ, гдѣ требуется, въ виду показанія quo ad vitam, немедленная помощь, мнѣнія гинекологовъ относительно той или другой формы оперативнаго вмѣшательства (т. е. чревосѣченія, или вскрытія задняго свода влага-

лица) сильно расходятся; шаткости возрѣній на этотъ предметъ не мало способствуетъ и то обстоятельство, что многие авторы не дѣлають различія между haematocoele *intra-peritoneale* и haematoma *ligamenti lati*. Собравъ изъ литературы послѣдняго десятилѣтія 28 случаевъ оперативнаго лѣченія заматочной кровяной опухоли, какъ чревосѣченіемъ, такъ и разрѣзомъ черезъ рукавъ, докладчикъ не получилъ особенно рѣзкихъ данныхъ въ пользу того или другого метода, но отмѣчаетъ, что теченіе послѣопераціоннаго періода при вскрытіи опухоли черезъ влагалище, повидимому, болѣе предохраняетъ больныхъ отъ развитія нагноительной, вслѣдствіе задержанія отдѣляемаго въ полости кисты, лихорадки, чѣмъ послѣ чревосѣченія. На этомъ основаніи докладчикъ присоединяется къ мнѣнію, высказанному *М. А. Шурриновымъ*, что «вскрытіе заматочной кровяной опухоли разрѣзомъ черезъ рукавъ представляетъ собою операцию не сложную по техникѣ, не связанную съ крупнымъ рискомъ для жизни больной». (Журн. ак. и женск. бол., 1889, № 9), и легко выполняемую даже въ частной практикѣ, при отсутствіи надлежащихъ условій и обстановки для чревосѣченія.

Пренія.—*Н. К. Нейловъ* и *А. Г. Боряковскій* высказываются противъ какой-либо шаблонности въ установкѣ терапевтическихъ показаній, каждый случай долженъ быть индивидуализированъ; въ Кіевской клиникѣ на 793 больныхъ наблюдалось 4 случая заматочной кровяной опухоли: въ двухъ примѣненъ проколъ опухоли и высасываніе ея содержимаго аппаратомъ *Potain'a*, въ одномъ, послѣ массажа, вызвавшаго нагноеніе, произведенъ разрѣзъ задняго свода рукава, и въ одномъ—чревосѣченіе; всѣ случаи окончились благополучно.—*Г. Е. Рейнъ*, резюмирую высказанныя мнѣнія, съ своей стороны прибавилъ, что онъ считаетъ показаннымъ хирургическое вмѣшательство лишь при переходѣ содержимаго опухоли въ нагноеніе, при чрезчуръ медленномъ всасываніи ея, или при наличности тяжелыхъ припадковъ отъ давленія на сосѣдніе органы; вообще, онъ предпочитаетъ чревосѣченіе или проколъ аппаратомъ *Potain'a* разрѣзу задняго свода. **А. Фишеръ.**

73. I. La Torre. Du raclage dans l'endometrite chronique (Nouvelles archives d'obstetrique et de gynecologie. Janvier 1891). **Выскабливаніе матки при хроническомъ эндометритѣ.**

La Torre примѣнялъ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ выскабливаніе матки при хроническомъ эндометритѣ, а также при нѣкоторыхъ другихъ заболѣваній матки.

Полученные результаты авторъ изложилъ въ слѣдующей таблицѣ:

Число случаевъ.		Выздоровленіе.	Наступила беременность.
34	Хроническій эндометритъ.	33	5
	{ Выскабливаніе ост- рой ложечкой. }		
3	{ Idem. }	3	2
	{ Выскабливаніе и ампутація шейки матки. }		

Число случаевъ.		Выздоровленіе.	Наступила беременность	
4	{ Задержаніе дѣтскаго мѣста. . . }	{ Выскабливаніе и примѣненіе escouvillogage. . . }	4	2
7	{ Послѣродовое зараженіе. . . }	{ Выскабливаніе, произведенное вторично, и примѣненіе escouvillogage. . . }	7	2
48			47	11

Въ одномъ случаѣ выскабливаніе не дало благопріятнаго результата.

La Torre, на основаніи своихъ наблюденій, высказываетъ слѣдующее:

- а) выскабливаніе матки, при соблюденіи антисептики, операція безопасная: изъ 48 случаевъ, ни одного смертельнаго; б) выскабливаніе матки можно производить безъ хлороформнаго наркоза, такъ какъ большинство больныхъ хорошо переносятъ эту операцію; в) въ 11 случаяхъ, послѣ выскабливанія матки, послѣдовала беременность: одна пациентка забеременѣла черезъ три недѣли послѣ операціи, а другая пациентка забеременѣла чрезъ одинъ мѣсяць; д) послѣдовательной атрезіи шейки матки ни въ одномъ случаѣ не было; е) отдастъ предпочтеніе операціи выскабливанія матки передъ каустическими средствами.

А. Лапина.

74. W. Duncan. An adress of chronic disease of the uterine appendages (Brit. Med. Journ. Jan. 17, 1891). Хроническія болѣзни маточныхъ придатковъ.

Этіологія. 1) Хроническій сальпингитъ обязанъ своимъ происхожденіемъ въ большинствѣ случаевъ распространенію на трубы катаррального или гнойнаго эндометрита; иногда же онъ является вторичнымъ при перитонитѣ. Пока отдѣленіе находитъ себѣ выходъ чрезъ маточное отверстіе, сальпингитъ можетъ существовать неопредѣленно долгое время. Иногда же часть отдѣленія чрезъ брюшное отверстіе трубы можетъ попасть въ брюшную полость и дать перитонитъ различной степени, въ зависимости отъ болѣе или менѣе ядовитыхъ свойствъ эксудата. Если же, благодаря сращеніямъ, запираются оба отверстія, и труба такимъ образомъ превращается въ замкнутый мѣшокъ, то получается hydro- или pyosalpinx, смотря по характеру первичнаго воспаленія—было ли оно катарральнымъ или гнойнымъ (напр. гонорройное). Если же происходитъ разрывъ переполненныхъ кровью сосудовъ, густою сѣтью заложенныхъ въ пораженной слизистой оболочкѣ, то получается haematosalpinx. Такъ называемый интермиттирующій hydro-pyosalpinx, т. е. когда труба періодически изливаетъ чрезъ матку часть своего содержимаго, авторъ объясняетъ такъ: расширенная труба, съ замкнутымъ фимбріальнымъ концемъ, совершаетъ поворотъ вокругъ своей оси, причемъ запирается и маточный ко-

нецъ трубы; при дальнѣйшемъ ростѣ она отчасти сама откручивается и даетъ возможность части содержимаго излиться черезъ матку. При сращеніи больныхъ трубъ съ сосѣдними частями и при образованіи свищей, содержимое можетъ изливаться во влагалище, мочевоу пузырь или въ прямую кишку. 2) Хроническое воспаленіе яичниковъ и врожденные недостатки развитія. Острое воспаленіе яичниковъ можетъ перейти въ хроническое; затѣмъ *ovaritis chr.* можетъ явиться вторично, благодаря распространенію воспалительнаго процесса съ матки и трубъ, или какъ результатъ перитонита. При этомъ яичники или подвергаются циррозу или увеличиваются отъ развитія въ ихъ стромѣ фибрознау ткани съ образованіемъ маленькихъ кистъ. Въ обоихъ случаяхъ овуляція чрезвычайно затруднена.

Въ случаяхъ прирожденнаго недоразвитія яичниковъ матка также недоразвита. Такія женщины, на видъ совершенно нормальныя, страдаютъ дисменорреею и остаются безплодными.

3) Апоплексія яичника или кровоизліяніе въ яичникъ.

Olshausen различаетъ два рода случаевъ: а) кровоизліяніе въ строму или б) въ фолликулы. Такія кровоизліянія, легко случающіяся въ пораженномъ яичникѣ, даже въ ограниченнаыхъ размѣрахъ могутъ вызвать тяжелыя явленія обморока, *collaps'a* и жестока боли.

Симптомы. Главныя жалобы паціентокъ сводятся на боль и менноррагіи различнаыхъ степеней. Боль обыкновенно значительно усиливается за нѣсколько времени (8—14 дней) до появленія регуль, которыя затягиваются съ 4—5 дней иногда до 14. Нѣкоторыя больныя утверждаютъ, что онѣ почти никогда не свободны отъ мѣсячныхъ.

Если пораженные придатки не атрофированы и не недоразвиты, они обыкновенно при бимануальномъ изслѣдованіи безъ труда прощупываются въ видѣ круглыхъ или продолговатыхъ опухолей по бокамъ матки. Благодаря сращеніямъ съ сосѣдними тканями и органами, придатки эти бывають иногда значительно смѣщены, и тогда является необходимость изслѣдованія и *per rectum*.

Лѣченіе. Разъ поставленъ діагнозъ хроническаго страданія придатковъ, въ большинствѣ случаевъ приходится рѣшиться на чревосѣченіе и удаленіе больныхъ органовъ. При хроническомъ сальпингитѣ еще можно пробовать сначала тоническія, слабительныя, отвлекающія на кожу, горячіе влагалищныя души, глицериновыя тампоны. Но обыкновенно эти средства не ведутъ къ цѣли. Проколъ трубы *per vaginam* и электричество при *hydro-* или *ruosalpinx* авторъ считаетъ способомъ не только ненаучнымъ, но и прямо опаснымъ.

Въ случаяхъ, гдѣ по разрѣзѣ живота и разрывѣ сращеній, придатки окажутся здоровыми, авторъ предостерегаетъ операторовъ отъ излишняго увлеченія во что бы то ни стало удалять что-нибудь, потому что нерѣдко эти сращенія и служатъ единственнымъ источникомъ страданій.

Недоразвитые придатки, какъ органы не функціонирующіе (безплодіе), но причиняющіе не мало страданій, должны быть удалены, хотя можно предва-

рительно испробовать расширение цервикального канала *Hegar*'овскими дилататорами и электричество.

Авторъ не оправдываетъ кастраціи по поводу яичниковой нейралгии, истеро-эпилепсїи и т. п. страданій.

(Оперативную технику автора, какъ не представляющую ничего новаго, мы опускаемъ и коснемся еще только нѣсколькихъ совѣтовъ его относительно послѣопераціоннаго леченія).

Первые 24 ч. послѣ операціи — полные покой и голоданіе. Для утоленія жажды и противъ сухости во рту и тошноты авторъ рекомендуетъ частыя полосканія рта теплою водою и внутрь чрезъ 2 ч. по чайной ложкѣ горячей воды. Ледъ внутрь способствуетъ развитію газовъ. По прошествіи 24 ч. унцъ молока съ содою чрезъ каждые два часа, постепенно увеличивая дозу. Слабымъ больнымъ кромѣ того питательный суппозиторій. На 7-й день, до снятія швовъ, дается слабительное. Противъ тошноты, вслѣдствіе наркотизаціи, авторъ совѣтуетъ къ концу операціи вливать смѣсь изъ равныхъ частей (по унцу) портвейна и горячей воды въ rectum. Упорную рвоту при растянутомъ газами животѣ автору удавалось останавливать помощью *magnesiae sulf.* или соды. Для выведенія газовъ съ успѣхомъ вводилась въ кишку на нѣсколько дюймовъ мягкая каучуковая трубка.

Къ статьѣ автора приложена таблица 30 чревосѣченій, произведенныхъ имъ по поводу хроническихъ заболѣваній придатковъ; съ однимъ смертельнымъ исходомъ отъ вторичнаго кровотеченія вслѣдствіе соскользнувшей съ культи лигатуры.

Ф. Кюнъ.

75. **Doran. Abstract of a paper on the treatment of chronic disease of the uterine appendages.** (Brit. Medic. Journ. Jan 17, 1891). Къ леченію хроническихъ болѣзней придатковъ. (Извлеченіе изъ статьи).

Способы леченія хроническихъ страданій маточныхъ придатковъ авторъ группируетъ такъ: 1) покой; 2) электричество; 3) массажъ; 4) выскабливаніе матки и операція *Emmet'a*; 5) Катетеризація трубъ; 6) влагалищный проколъ трубныхъ кистъ и 7) чревосѣченіе, которое имѣетъ слѣдующія подраздѣленія: а) полная операція, удаленіе трубы и яичника или oophorectomia, б) дренажъ *hydrosalpinx'a*, в) уничтоженіе сращеній и дренажъ, д) «неполная операція» или простое вскрытіе брюшной полости, е) пластическая операція трубы или *salpingostomia*.

1) Лѣченіе покоемъ часто даетъ успѣхъ. Въ каждомъ случаѣ должно слѣдить за дѣйствіемъ лѣкарствъ, эффектъ которыхъ не всегда одинаковъ. Такъ автору приходилось наблюдать сильный тимпанитъ кишекъ съ поднятіемъ температуры въ зависимости отъ *magnesiae sulfur*, которая дѣйствуетъ въ большинствѣ случаевъ благотѣльно.

2) Электричество можетъ задержать ростъ фиброидовъ и даже излѣчить гоноррею, убивая гонококковъ, но примѣненіе его въ другихъ направленіяхъ болѣе чѣмъ сомнительно.

3) Польза массажа сомнительна, а въ случаяхъ расширенія трубъ и уве-

личенія яичниковъ онъ прямо опасенъ. Обильныя гнойныя истеченія изъ матки вслѣдствіе массажа доказываютъ, что гной нашель себѣ выходъ изъ трубъ.

4) Выскабливаніе матки авторъ признаетъ цѣлесообразнымъ только при чистомъ эндометритѣ; лѣченіе же этимъ способомъ болѣзней придатковъ, основанное только на теоретическихъ соображеніяхъ, авторъ считаетъ даже опаснымъ въ смыслѣ усиленія и дальнѣйшаго распространенія воспалительныхъ процессовъ. Операция *Emmet'a* тоже основана только на теоріи.

5) Катетеризація трубъ затруднительна, если не невозможна, бесполезна и опасна.

6) Влагалищный проколъ кистовидноперерожденной трубы, рекомендуемый *Leopold'омъ*, требуетъ оперированія въ потьмахъ, причѣмъ бывали случаи ошибочнаго прокола кисты яичника или даже плоднаго мѣшка.

7) Oophorectomi'ю авторъ горячо хвалитъ въ большемъ разрядѣ хроническихъ случаевъ съ подострыми ожесточеніями. Заболѣвшіе придатки негодны для организма; между тѣмъ они служатъ источникомъ многихъ страданій. Удаленіе ихъ вполне рационально.

При чистомъ *hydrosalpinx* авторъ видѣлъ успѣхъ отъ разрѣза съ послѣдующимъ дренажемъ.

Далѣе авторъ горячо хвалитъ простой разрывъ сращеній съ послѣдующимъ дренажемъ. Операторы при чревосѣченіи рѣдко ограничиваются однимъ разрывомъ сращеній, потому что эта «неполная операція» недостаточно эффектна. Операторы въ своемъ увлеченіи считаютъ необходимымъ непременно что-либо «удалить». По мнѣнію же *D.* эти сращенія часто служатъ единственнымъ источникомъ страданій, и разрывъ ихъ исцѣляетъ больного.

Salpingostomia, предложенная *Skutsch'емъ* и *Martin'омъ*, имѣетъ будущность, но она должна быть отвергнута при существующемъ нагноеніи и когда слипчивое воспаление находится въ періодѣ прогрессированія.

Во всякомъ же случаѣ, гдѣ только возможно, заболѣвшіе хронически придатки должны быть удаляемы.

Ф. Кюнъ.

76. *Dr. Doleris. Kyste dermoide suppure de l'ovaire gauche. Degeneratione kystique de l'ovaire droit. Laparotomie (Nouvelles archives d'obstetrique et de gynecologie. Janvier 1891). Дермоидная киста лѣваго яичника. Кистовидное перерожденіе праваго яичника. Чревосѣченіе.*

Сн., 26 л., замужня, регулы правильны, были срочные роды въ 1888 г.

Большая обратилась въ 1889 г. за совѣтомъ къ *Doleris*, жалуясь на боли въ нижней части живота съ лѣвой стороны, которая стала ощущать нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ и, за послѣднее время, появились боли при ходьбѣ, вечернее повышеніе t° и болѣзненные регулы. Сн. лѣчилась у другого доктора, который діагностицировалъ: эндометритъ и лѣвосторонній сальпингитъ. Назначеніе больной горячихъ спринцеваній, а также примѣненіе способа расширенія матки не принесло пользы. При наружно-внутреннемъ

изслѣдованіи, авторомъ найдено: слѣва отъ матки прощупывается опухоль плотной консистенціи, болѣзненной на ощупь, повидимому, не имѣетъ связи съ маткою; правый яичникъ увеличенъ въ объемѣ, подвижный и бугристый.

Doleris предложилъ лапаротомію, которая была произведена 26-го октября.

Удалены съ лѣвой стороны яичникъ и труба, а съ правой стороны яичникъ. Опухоль лѣваго яичника оказалась дермоидною кистою съ толстыми стѣнками, содержимое которой состояло изъ жира, волосъ и трехъ зубовъ. Правый яичникъ кистовидно перерожденъ. Послѣоперационный періодъ протекъ нормально. Швы сняты на 10-й день. Больная выздоровѣла.

А. Лапина.

77. В. М. Карпеченко. Случай полнаго вырѣзыванія матки. (Проток. Кавказск. Мед. Общества. 1891 г. № 14).

Больная около 37 лѣтъ, около года больна кровотеченіемъ вслѣдствіе рака шейки матки. Родила одного ребенка. Сдѣлано влагалищное вырѣзываніе матки по способу *Billroth'a*. Матка фиксирована предварительно проведенными черезъ толщу влагалищной части крѣпкими шелковыми нитями. Вслѣдствіе обширнаго пораженія шейки первые разрѣзы пришлось дѣлать въ области сводовъ влагалища. При освобожденіи дна матки оказалось, что къ послѣднему приращенъ червеобразный отростокъ слѣпой кишки, который и былъ рзсецированъ. Въ послѣоперационномъ періодѣ на пятый день—рожа, начавшаяся съ влагалища и распространившаяся на сосѣднія съ половыми органами части кожи (t° 40°). На 2-й недѣлѣ рожа прекратилась, но на 20-й день—сильное влагалищное кровотеченіе, ослабившее и безъ того ослабленную больную. Тѣмъ не менѣе больная все это перенесла (! *Reff.*) и теперь вполне здорова.

Н. Какушкинъ.

78. М. П. Яковлевъ. Удаленіе всей матки черезъ влагалище. (Проток. Тамбов. Мед. Общ., 1890, №№ 7—8).

Въ Тамбовской губернской больницѣ полное влагалищное вырѣзываніе матки было произведено 5 разъ предшественникомъ автора Э. Х. *Икавитцемъ*; двѣ изъ оперированныхъ умерли при явленіяхъ гниlostнаго перитонита. Случай автора слѣдующій: Мѣщанка А. С., 39 лѣтъ, жалуется на кровотеченіе, почти не прекращающееся около полугода; регулы съ 16-го года, всегда были правильны, безъ боли; 2 года, какъ стали очень обильны и путаются. При изслѣдованіи оказалось почти полное отсутствіе задней губы, вмѣсто которой имѣется бугристая язва, кровоточивая, съ очень плотнымъ дномъ и изъѣденными краями. Затвердѣніе и язва на передней губѣ. Своды свободны; матка не увеличена и подвижна. Паховыя желѣзы не увеличены. Диагнозъ: *sarcom port. vag.* безъ пораженія сосѣднихъ частей.

Вскрытіе сводовъ безъ обильнаго кровотеченія; лигатуры на широкія связки *en masse* и на *art. sperm.* отдѣльно. При разрѣзѣ лѣвой широкой связки въ ней обнаруженъ плотный инфильтратъ. Въ теченіе 10 дней t° около

38° съ небольшимъ (гноиничекъ въ правомъ углѣ раны). Черезъ мѣсяць полное заживленіе. Черезъ три мѣсяца рецидивъ въ видѣ плотной язвы вокругъ рубца.

А. Гермониусъ.

79. **Keith. Removal of the uterus for cancer.** (Brit. Medic. Journ. January 10, 1891). Удаленіе раковоперерожденной матки.

Замужняя, 55 лѣтъ; до послѣдняго времени пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Двухъ дѣтей потеряла во время родовъ, потребовавшихъ вслѣдствіе узкаго таза инструментальнаго вмѣшательства. Климактерій наступилъ 4 года тому назадъ. 12—14 мѣсяцевъ тому назадъ пациентка впервые замѣтила небольшое маточное кровотеченіе, которое въ послѣдующее время стало все усиливаться. Она стала худѣть, блѣднѣть, слабѣть.

Хотя безъ труда былъ распознанъ ракъ шейки, распространившійся въ полость матки, но пациенткѣ по различнымъ причинамъ пришлось на-время отказаться отъ операціи. Вся кровоточащая раковая поверхность была прижжена *kali caustico*. Хотя въ теченіе 2 мѣсяцевъ послѣ этого не было кровотеченій, болѣзнь тѣмъ не менѣе продолжала развиваться. Матка стояла высоко въ тазу. Влагалище не было затронуто болѣзью. Приступлено къ операціи. Матка, содержавшая небольшой фиброидъ была низведена и удалена чрезъ влагалище. Гдѣ возможно наложены катгутовые швы, шелкъ наложенъ только на верхнюю, болѣе плотную часть широкихъ связокъ, содержавшую круглыя связки и трубы. На широкую рану въ брюшной полости наложено 10 швовъ изъ конскаго волоса. Трубы и яичники какъ совершенно здоровые оставлены. Дренажъ не былъ употребленъ. Выпаденіе кишечныхъ петель затруднило нѣсколько операцію. Слабость больной въ началѣ внушала серьезныя опасенія, но на 20-й день она выписалась здоровою. Съ тѣхъ поръ прошло 9 лѣтъ; оперированная пользуется хорошимъ здоровьемъ; рецидивовъ не было. Авторъ высказываетъ удивленіе тому, что эта благодѣтельная операція, признанная во всей Европѣ и въ Америкѣ, такъ рѣдко практикуется въ этой странѣ (въ Ирландіи). Полное вырѣзаніе матки онъ предпочитаетъ частичной ампутаціи ея, какъ дающее меньше рецидивовъ и слѣдовательно меньшій % смертности. Каутеризацію онъ отвергаетъ, какъ способъ, не дающій исцѣленія и не предохраняющій даже отъ послѣдовательныхъ смертельныхъ кровотеченій.

Ф. Кюнъ.

80. **Н. К. Неёловъ.** Къ вопросу о примѣненіи электричества при лѣченіи миомъ матки. (Проток. Акушерско-Гинекол. Общ. въ Кіевѣ. Годъ 4-й. 1891 г.).

Постоянный токъ для лѣченія миомъ матки предложилъ американецъ *Cutter*, при лѣченіи же другихъ заболѣваній женской половой сферы (преим. amenorrhoea) электричество начали примѣнять въ 1755 году. Заслуга *Apostoli* состоитъ въ томъ, что онъ снова обратилъ вниманіе на постоянный токъ при лѣченіи миомъ матки. На конгрессѣ въ Вашингтонѣ въ 1887 году, и на послѣднемъ X международномъ конгрессѣ въ Берлинѣ, почти всѣ высказались за способъ *Apostoli*. Теорія дѣйствія электричества еще темна.

У автора было 20 случаев мѣомъ матки (13 случ. междуточных мѣомъ, 3 случ. подсывороточныхъ, 4 случ. множественныхъ), надъ которыми сдѣлано 856 сеансовъ.

Въ 19 случ. главнымъ симптомомъ было кровотеченіе. Машина *Hirschmann's* въ 40 элем. (измѣненная *Le-Clanche*); гальванометръ *Hirschmann's*; реостатъ проволочный. Дѣйствующій полюсъ—алюминьевый зондъ, недѣйствующій—свинцовая продыравленная пластинка, обложенная скульптурной глиной. Начальная сила тока 25 МА. Продолжительность 5'—10'. Антисептическія предосторожности. Результаты: уменьшеніе опухоли въ 7 случаяхъ (35%), уменьшеніе весьма незначительное; уменьшеніе кровотеченій въ 5 случ. (25%); уменьшеніе болей въ 7 случ. (35%); никакихъ перемѣнъ въ 5 случ. (25%); параметрической абсцессъ въ одномъ случаѣ; абсцессъ въ опухоли въ одномъ случаѣ; ухудшеніе въ состояніи больной въ одномъ случаѣ (5%). Кромѣ того въ 15 случ. (75%) рядомъ съ другими измѣненіями замѣчательное улучшеніе самочувствія. Авторъ воздерживается отъ выводовъ, но позволяетъ сказать, что электричество пока не оправдало надеждъ. Оперативное лѣченіе мѣомъ должно быть поставлено на первую очередь; электричество же должно быть употребляемо, какъ методъ палліативный, на ряду, напримѣръ, съ впрыскиваніями эрготина. Тѣмъ не менѣе, на основаніи двухъ опытовъ съ вырѣзанной раково-перерожденной маткой, авторъ считаетъ постоянный токъ могущественнымъ средствомъ. Н. Какущинъ.

81. С. К. Оленинъ. Хирургическое лѣченіе гинекологическихъ больныхъ за 1-е полугодіе 1890 года. Изъ гинекологическаго отдѣленія Тамбовской Губернской Земской больницы (Прот. Тамб. Мед. Общ., 1890, № 7—8).

Авторъ сообщаетъ объ оперативной дѣятельности отдѣленія, оставляя консервативные методы—массажъ, гимнастику, электричество—до другого раза. Гинекологическое отдѣленіе больницы имѣетъ особую операционную; лѣченіе проводится строго антисептическое, какъ относительно обстановки, инструментовъ и проч., такъ и персонала; іодоформъ, сулема и карболовая кислота—въ большемъ ходу; швы—шелковые и кэтгуттовые.

Всѣхъ операций произведено 52, изъ нихъ 3—со смертельнымъ исходомъ. Одинъ разъ удалена раковая опухоль правой малой губы; выздоровленіе. Промежность зашита 4 раза; изъ нихъ три неполные разрыва успѣшно, одинъ полный послѣ двукратнаго зашиванія—безуспѣшно; способъ операциі—*L. Tai'ta*, съ модификаціями *Славянскаго*; этимъ способомъ авторъ очень доволенъ, относя неудачный случай къ своей неопытности. *Fistulorrhaphi'* сдѣлано три на двухъ больныхъ, всѣ безъ успѣха; швы шелковые. *Hysterostomatia*—ножемъ и *Raquelin'*омъ—одинъ разъ; явленія дизменорреи исчезли. Ампутація шейки сдѣлана 7 разъ: 1 разъ по поводу эрозій, у 3-хъ больныхъ съ *collum conicum*, *stenosis orif. ext. dysmenorrhoeae* исчезли; въ трехъ случаяхъ показаніемъ служилъ хроническій метритъ; субъективно—всѣ выздоровѣли. Полипы матки удалены три раза—одна аденома и двѣ фи-

бромъ; объ послѣднія начали уже гангренисцироваться; одна больная умерла на пятый день р. о. при явленіяхъ септицеміи. *Abrasio mucosae uteri* сдѣлано 18 разъ (авторъ охотно прибѣгаетъ къ этой простой операціи) — 9 послѣ родовъ и выкидышей при задержкѣ оболочекъ и 9—при эндометритахъ. Изъ больныхъ второй категоріи — у одной выскабливаніе произведено при существованіи обширнаго параметритическаго выпота; у другой при *hydrosalpinx* хъ по способу *Doleris*'а (расширеніе матки по *Vuillet*), — выздоровленіе; у третьей—при гнойно-сукровичномъ отдѣленіи—на третій день явленія коллапса и смерть (острая анемія). При вскрытіи огромное кровоизліяніе въ правую половину таза при цѣлости трубы. [По тому краткому описанію объективныхъ явленій до и послѣ операціи, которое даетъ авторъ, можно, однако, думать и о вѣматочной беремености, если не трубной, то даже и брюшной. *Рецф.*] У 4-хъ больныхъ выскоблена и прижжена раковая шейка матки въ неоперативныхъ случаяхъ. Три раза сдѣлано полное вырѣзываніе матки чрезъ влагалище, объ одномъ сдѣлано уже отдѣльное сообщеніе [см. въ этой же книжкѣ № 78 *Рецф.*]. Всѣ три—по поводу рака; методъ операціи—безъ закидыванія матки. Въ двухъ послѣднихъ послѣопераціонное теченіе безлихорадочно. Чревосѣченій сдѣлано семь—1 *eschinoscotosomia*, 2 кастраціи по поводу фиброміомъ (улучшеніе субъективное и объективное) и 4 оваріотоміи; изъ нихъ три — внутробрюшинно, съ наложеніемъ непрерывнаго катгутоваго шва на брюшину; всѣ три одностороннія, двѣ—кисты и одна сложная киста съ довольно плотными стѣнками; послѣдовательное теченіе гладкое. Въ четвертомъ случаѣ имѣлась *cystoma proliferum papillare*, съ густымъ гноемъ (около 20 фунт.); обширныя плотныя сращенія не позволили извлечь кисту, которая и вышла въ брюшную рану; ткани весьма кровоточивыя; вечеромъ въ день операціи—смерть отъ внутренняго кровотеченія. Одинъ разъ вскрыта нагноившаяся киста яичника. Больная 27 лѣтъ поступила въ больницу въ концѣ 3-й беременности, съ повышенной t° , болями и запорами. Чрезъ три дня роды, ручное отдѣленіе послѣда. Опухоль слѣва съ неясными контурами. Еще чрезъ три дня ожесточеніе лихорадки и явленія перипараметрита около 3-хъ недѣль. Опухоль занимаетъ всю лѣвую половину таза, вверхъ до пупка, совершенно неподвижна, рѣзко флюктуируетъ. Діагнозъ: абсцессъ тазовой клѣтчатки; пробный проколъ далъ гной. Вскрытіе сдѣлано послыно подъ Пупартовой связкой и параллельно ей; по разрѣзѣ стѣнки полости съ обширными сращеніями, изъ нея выдѣлилось много зловоннаго гноя съ примѣсью волосъ и какими-то комками, а самая полость оказалась высланной эпителиемъ. Стѣнки вшиты въ края раны; t° упала на 4-й день. Больная выздоровѣла совершенно.

А. Гермоніусъ.