

## РЕФЕРАТЫ.

---

168. Bossi. Etude clinique et experimentale de l'epoque la plus favorable a la fecondation de la femme. (Nouv. Arch. d'Obst. 1891, № 4).  
Клиническое и экспериментальное изслѣдованіе относительно времени, наиболѣе благоприятнаго для оплодотворенія женщины.

Интересный трудъ свой авторъ раздѣлилъ на 3 части:

Въ первой части собраны тѣ клиническіе случаи, въ которыхъ автору удавалось точно опредѣлить время плодотворнаго брачнаго сожителства.

Во второй части собраны опыты искусственнаго оплодотворенія.

Третья часть обнимаетъ серію наблюденій надъ жизнеспособностью сперматозоидовъ, помѣщенныхъ въ задній влагалищный *cul-de sac* (*nidus seminis*).

Для клиническихъ опытовъ авторъ пользовался исключительно первородящими и женами моряковъ. Онъ руководился при этомъ слѣдующими соображеніями: матери обыкновенно устраиваютъ браки своихъ дочерей въ менструальный періодъ; молодыя жены оплодотворяются обыкновенно вскорѣ же послѣ свадьбы, слѣдовательно, въ такихъ случаяхъ наилегче съ возможною точностью опредѣлить отношеніе между періодами регуль, зачатія и разрѣшенія. Что касается женъ моряковъ, то здѣсь вычисленіе облегчается продолжительными служебными отлучками (плаванія) мужей, въ теченіе которыхъ жены остаются безъ брачнаго сожителства, условіе, которое приближаетъ ихъ къ условіямъ новобрачныхъ.

Изъ всего числа этихъ клиническихъ случаевъ авторъ выдѣлилъ 27 наиболѣе достовѣрныхъ случаевъ, причемъ оказалось, что въ 21 изъ нихъ плодотворный *coitus* произошелъ въ первые четыре дня по окончаніи регуль. Въ 5 случаяхъ съ большою вѣроятностью можно отнести плодотворное соитіе ко времени, послѣдовавшему тотчасъ *за* регулами; ибо, если предположить моментъ зачатія, происшедшимъ непосредственно *до* регуль, то мы будемъ имѣть пять затянувшихся беременностей.

И такъ только въ одномъ изъ 27 случаевъ плодотворное соитіе имѣло мѣсто за 7 дней до начала регуль.

Въ опытахъ своихъ надъ искусственнымъ оплодотвореніемъ авторъ поступалъ слѣдующимъ образомъ: предварительно изслѣдовалось сѣмя мужа на содержаніе въ немъ сперматозоидовъ, чтобы убѣдиться, что бесплодіе не зависитъ отъ мужа; далѣе изслѣдовалась химически и микроскопически слизистая оболочка матки и влагалища для рѣшенія вопроса, не препятствуетъ ли зачатію реакція отдѣленій ея. Тщательно изслѣдуется весь половой аппаратъ женщины, съ цѣлью узнать, представляетъ ли онъ всѣ необходимыя для зачатія фізіологическія условія.

Когда все найдено нормальнымъ, авторъ приступаетъ къ самой операціи: женщина кладется горизонтально съ приподнятымъ тазомъ; влагалище обильно орошается фізіологическимъ растворомъ поваренной соли, охлажденнымъ послѣ кипяченія до 38°. Послѣ этого мужу тутъ же предоставляется выполнить супружескій долгъ. Затѣмъ, при томъ же неизмѣнномъ положеніи женщины, зеркаломъ *Cusco*, придавливая заднюю стѣнку влагалища, собирается вся оставшаяся здѣсь сѣмянная жидкость, часть которой вводится осторожно въ полость матки съ цѣлью оплодотворенія яичка, другая же часть оставляется въ *vidus seminis* (*cul-de-sac postérieur*) для изслѣдованія жизнеспособности сперматозоидовъ. Нечего и говорить, что всѣ инструменты тщательно стерилизованы. Въ случаѣ отрицательнаго результата, та же операція съ тѣми же предосторожностями повторяется, но не ранѣе, чѣмъ черезъ мѣсяцъ послѣ первой.

Эти опыты дали слѣдующее:

1) Въ 9 случаяхъ изъ 11 получился благопріятный результатъ искусственнаго оплодотворенія.

2) Изъ этихъ 9 случаевъ только въ одномъ удалось достигъ оплодотворенія до регуль, наканунѣ ихъ появленія.

3) Изъ 8 остальныхъ случаевъ въ 5-ти успѣшное оплодотвореніе было произведено въ первые 24 ч. послѣ регуль, въ 1-мъ черезъ сутки, въ 1-мъ черезъ двое сутокъ и одинъ разъ черезъ трое сутокъ.

*Инъекціи сѣмянной жидкости, производившіяся до регуль, всегда оставались безъ результата* (курсивъ автора).

4) Въ двухъ отрицательныхъ случаяхъ попытки оплодотворенія повторялись по 4—5 разъ безуспѣшно какъ до регуль, такъ и послѣ нихъ.

Наблюденія надъ жизнеспособностью сперматозоидовъ, оставленныхъ, послѣ совокупленія, въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, дали слѣдующіе результаты:

1) Изъ 8 случаевъ, гдѣ сѣмя было отложено во влагалище до регуль и изслѣдовалось послѣ нихъ, въ 4 случаяхъ вовсе не было найдено сперматозоидовъ, въ 3 они найдены живыми и въ одномъ мертвыми.

2) Одинъ изъ этихъ случаевъ, гдѣ сперматозоиды найдены живыми, относится къ женщицѣ, забеременѣвшей, благодаря искусственной инъекціи сѣмянной жидкости.

3) Изъ 12 случаевъ, въ которыхъ сѣмянная жидкость была отложена въ *cul-de-sac postérieur* послѣ менструаціи и изслѣдовалась въ различные

сроки межменструальнаго періода, въ 4 не найдено ни одного сперматозоида, въ 8 же прочихъ они найдены живыми послѣ 3, 10, 11, 15 и 17 дневнаго пребыванія въ *vidus seminis*.

4) Въ одномъ случаѣ, гдѣ операція искусственнаго оплодотворенія осталась безъ успѣха, въ первый разъ вовсе не было найдено живчиковъ, а во второй нѣсколько ихъ найдено живыми 15 дней спустя послѣ отложенія.

5) Въ одномъ случаѣ безуспѣшнаго искусственнаго оплодотворенія сперматозоиды найдены живыми послѣ 17 дневнаго пребыванія ихъ въ *vidus seminis*.

Во избѣжаніе какихъ-либо недоразумѣній слѣдуетъ замѣтить, что подвергавшейся опыту женщинѣ за время опыта строго воспрещались всякія сношенія съ мужемъ и орошенія влагалища. Во время же регулъ предписывалось горизонтальное положеніе.

Конечные выводы автора слѣдующіе:

1) Оплодотвореніе, естественное ли или искусственное, происходитъ въ первые дни послѣ регулъ <sup>1)</sup>: это позволяетъ думать, что встрѣча сперматозоидовъ съ яичками имѣетъ мѣсто ни до, ни во время мѣсячныхъ отдѣленій, но по окончаніи ихъ.

2) Чтобы избѣгнуть тщетныхъ попытокъ, искусственное оплодотвореніе должно производить въ первый или въ первые три дня по окончаніи менструаціи.

3) Отложенные въ *vidus seminis* сперматозоиды могутъ оставаться тамъ живыми въ теченіе 17 дней, иногда и во время регулъ, но преимущественно въ періодъ межменструальный, когда ихъ жизнеспособность можетъ, вѣроятно, продлиться и дольше этого срока, фактъ, который, впрочемъ, можетъ быть опровергнутъ дальнѣйшими изслѣдованіями.

4) Предъидущій выводъ позволяетъ намъ думать, что, въ случаяхъ оплодотворенія до регулъ сперматозоиды оставались живы во все время менструаціи и перешли изъ *vidus seminis* въ полость матки и въ трубы лишь въ моментъ, удобный для встрѣчи съ яичкомъ.

5) Судебной медицинѣ придется считаться съ этими наблюденіями, такъ какъ опредѣленный закономъ срокъ (въ 300 дней) для узаконенія ребенка, рожденнаго въ отсутствіе или по смерти отца, можетъ оказаться слишкомъ короткимъ, если принять въ соображеніе долгій періодъ, въ теченіи котораго сперматозоиды могутъ оставаться живыми, хотя и недѣятельными, въ *vidus seminis*, прежде чѣмъ перейти въ трубы и оплодотворить яички.

Ф. Кюнь.

<sup>3)</sup> Этотъ фактъ противорѣчитъ общеизвѣстной плодовитости евреевъ, которые, строго слѣдуя своимъ законамъ, въ теченіе недѣли послѣ окончанія регулъ не имѣютъ супружескихъ сношеній (Прим. Реф.).

169. Clarke. The influence of the position of the patient in labor in causing uterine inertia and pelvic disturbances (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1891, March 28). Вліяніє положенія рожениці на происхождение атоніи матки и заболѣванія тазовыхъ органовъ.

Въ выборѣ положенія во время родовъ роженицы, по мнѣнію автора-руководствуются не столько знаніями, выведенными изъ наблюденій и изученія, сколько традиціею, капризомъ или слѣпымъ подчиненіемъ авторитету.

Наиболѣе принятымъ авторъ считаетъ положеніе на лѣвомъ боку съ приведенными къ животу бедрами и съ притянутыми къ нимъ голеньями. Такое положеніе, способствующее расслабленію *m. psoas* и другихъ мышцъ таза, считается болѣе благопріятнымъ: при немъ ось входа въ тазъ совпадаетъ съ осью туловища или почти параллельна этой послѣдней. И хотя такое положеніе является облегчающимъ самый механизмъ родовъ, оно является все-таки вынужденнымъ, неестественнымъ. А всякое вынужденное положеніе, утомляя роженицу, не можетъ безнаказанно длиться слишкомъ долгое время. Въ такихъ случаяхъ перемѣна положенія даже на менѣе благопріятное для механизма родовъ, давая кратковременный отдыхъ роженицѣ, способствуетъ усиленію маточныхъ сокращеній и тѣмъ самымъ вполне окупаетъ нѣкоторыя неудобства этого новаго положенія.

Долго длящееся безъ измѣненія положеніе уже само по себѣ можетъ вызвать различныя разстройства въ организмѣ, производя же слабость потугъ и слѣдовательно затягивая родовой актъ, оно тѣмъ самымъ усиливаетъ эти разстройства. Давленіе крови и усиленный приливъ ея къ лѣвымъ (при лѣвомъ боковомъ положеніи, о которомъ только и идетъ рѣчь въ дальнѣйшемъ) маточнымъ придаткамъ и тканямъ, окружающимъ матку, не можетъ быть безразлично для организма роженицы, особливо если она уже и раньше страдала болѣзнями сердца, легкихъ, бронховъ, почекъ или разстройствами циркуляціи.

Продолжительное давленіе плода на мочевой пузырь, задерживая нормальныя отправления его, можетъ вызвать въ немъ воспаленіе, которое имѣетъ склонность распространяться *per continuitatem* на уретру. Уретра, сильно растянутая ненормальною мочою, можетъ разорваться и излившаяся моча можетъ произвести *pelveoperitonitis* или нарывъ. (Подобную возможность авторъ подтверждаетъ протоколомъ произведеннаго имъ вскрытія). Кишечно-влагалищные и пузырно-влагалищные свищи тоже не очень рѣдко являются результатомъ затянувшихся родовъ. На 202 случая *Emmet's* 171 случай свищей произошелъ при родоразрѣшеніи, которое длилось въ среднемъ по 58.69 часовъ. Авторъ, согласно съ *Emmet's* омамъ, не признаетъ инструментальное вмѣшательство за причину этихъ свищей; онъ ищетъ ее въ длительности родовъ, при неизмѣненномъ положеніи роженицы, и въ тѣхъ разстройствахъ циркуляціи, которыя вызываются имъ. (Шесть наблюденныхъ самимъ авторомъ случаевъ).

Сальпингиты, одно-и двусторонніе, гематомы, кисты и изрѣдка *haemato-salpinx* могутъ быть слѣдствіемъ родовъ. Причемъ, каковы бы ни были пред-

располагающіе моменты, положеніе роженицы имѣтъ большее или меньшее вліяніе на происхожденіе этихъ осложненій. •

Тоже самое должно сказать о кровотеченіяхъ изъ легкихъ и другихъ органовъ.

Наконецъ субинволюція матки есть нерѣдкое слѣдствіе родовъ. Причину ея часто ищутъ въ поврежденіяхъ шейки матки, а, при отсутствіи таковыхъ, ее приписываютъ венозному застою въ органахъ таза; между тѣмъ какъ, по мнѣнію автора, ее слѣдуетъ искать въ истощеніи нервной системы, благодаря продолжительному въ одномъ положеніи родовому акту. (Два примѣра изъ собственной практики).

Авторъ не задается цѣлью дать какое нибудь правило на счетъ наиболѣе рациональнаго положенія роженицы; онъ желалъ только обратить вниманіе гинекологовъ на этотъ вопросъ, который, по его мнѣнію, напрасно пренебрегается до послѣдняго времени. **Ф. Кюнъ.**

**170. Ө. Гетъе. Случай hyperemesis gravidarum, осложненный желтухой.**  
(Труды Общества русскихъ врачей въ Москвѣ 1891 года).

Авторъ сообщаетъ слѣдующій весьма интересный случай неукротимой рвоты у беременной, осложненной желтухой. Больная крестьянка 25 лѣтъ, второй разъ беременна. Послѣднія регулы въ 20 числахъ января за два мѣсяца до поступленія въ больницу. Первые два мѣсяца настоящей беременности чувствовала себя хорошо и только около 15 марта почувствовала головную боль, общее недомоганіе, появились тошнота, рвота, икота, сердцебиеніе и немного позже желтуха. Рвота, сначала рѣдкая, стала появляться все чаще и чаще. При поступленіи въ больницу больная имѣла видъ тяжело больной. Послѣ каждого приѣма пищи появляется рвота. Область тупого звука печени уменьшена сравнительно съ нормою. Мочи въ сутки 700 куб. сант.; содержитъ небольшое количество бѣлка, желчные пигменты, желчныя кислоты, небольшое количество индикана; при микроскопическомъ изслѣдованіи въ мочѣ найдены плоскія эпителиальныя клѣтки, значительное количество бѣлыхъ тѣлецъ и гіалиновые цилиндры. Суточное количество мочевины 11,137 грм. Матка увеличена соотвѣтственно двумъ мѣсяцамъ беременности. Своды, трубы и яичники, кромѣ чувствительности при изслѣдованіи, ничего ненормальнаго не представляютъ. Состояніе больной въ теченіе трехъ недѣль значительно ухудшилось. Рвота вызывалась даже приѣмами лѣкарствъ. Все время упорный запоръ. Печень принимала все меньшіе и меньшіе размѣры. Количество мочи пало до 300 к. с., окраска ея приняла черный цвѣтъ и содержитъ при микроскопическомъ изслѣдованіи всѣ виды цилиндровъ. Изслѣдованіе мочи на лейцинъ и тирозинъ, по способу *Loebisch*'а, дало отрицательный результатъ. 20 апрѣля въ виду тяжелаго состоянія больной былъ сдѣланъ абортъ посредствомъ проведенія зонда вокругъ яйца. 21 апрѣля сдѣлано выскабливаніе, причемъ удалены массы оболочекъ, имѣвшихъ характеръ заноса (*mola*). Въ виду слабости больной выскабливаніе прекращено и 23 апрѣля сдѣлано вторично. Состояніе больной послѣ операціи замѣтно ухудшилось и 29 апрѣля наступилъ

столь значительный упадокъ силъ, что положеніе больной представлялось безнадежнымъ. Тогда въ поясничную область было впрыснуто 200 к. с. 0,6% раствора поваренной соли. На слѣдующій день вмѣстѣ съ исчезновеніемъ опухоли, произведенной вспрыскиваніемъ (начало всасыванія) состояніе больной замѣтно улучшилось и 10 июня она выписалась здоровою.

Авторъ говоритъ, что въ началѣ онъ предполагалъ, не была ли въ данномъ случаѣ беременность, осложненная желтою атрофіей печени? Отсутствие кровоизліянія во внутренніе органы и подъ кожу, отсутствіе въ мочѣ лейцина и тирозина, присутствіе которыхъ считается патогномоническими признаками желтой атрофіи печени, чуть ли не безусловная смертельность этой болѣзни—убѣдили автора, что въ данномъ случаѣ *hyperemesis gravidarum simisterus levis*. Уменьшеніе тупого звука печени, по мнѣнію автора, вызвано было въ данномъ случаѣ голоданіемъ вслѣдствіе неукротимой рвоты. Результатомъ такого голоданія являются дегенеративные процессы въ органахъ и слѣдовательно уменьшеніе ихъ въ вѣсѣ. Голоданіемъ также при неукротимой рвотѣ объясняетъ авторъ уменьшеніе количества мочи, мочевины въ ней, присутствіе въ мочѣ бѣлка и мочевыхъ цилиндровъ. Вообще большинство явленій при *hyperemesis gravidarum*, по мнѣнію автора, можно объяснить голоданіемъ.

Къ выскабливанію, какъ къ радикальному способу лѣченія, слѣдуетъ прибѣгать въ крайнихъ случаяхъ, при витальныхъ показаніяхъ со стороны больной.

**А. Бухштабъ.**

3

171. **W. Jaccard. A case of extra-uterine retro-peritoneal pregnancy in the seventh month** (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1891 April 25).  
**Случай внѣматочной забрюшинной беременности на 7-мъ мѣсяцѣ.**

L. S. 36 лѣтъ; замужемъ 2 года; первая беременность; послѣднія регулы въ апрѣлѣ 1890 г. 23-го сент. явленія коляпса, на столько грозного, что мало было надежды на оживленіе ея. Состояніе матки, груди и аменорея дѣлали діагнозъ беременности несомнѣннымъ. При изслѣдованіи найдено: въ животѣ единичная, симметричная опухоль величиною съ беременную на 7-мъ мѣсяцѣ матку; размѣры и форма опухоли допускали предположеніе о беременности двойнями. Насколько напряженные и неподатливыя брюшныя стѣнки допускали пальпацію, опухоль повсюду представлялась гладкою, равномерною; сердцебіенія плода и маточнаго шума прослушать не удавалось; полное отсутствіе потугообразныхъ сокращеній матки. Коническая форма *portionis vaginalis* и остатки *hymen'a* свидѣтельствовали, что больная—первородящая.

Ткань *portionis vag.* слишкомъ тверда для предполагаемаго срока беременности; *os externum* совершенно закрыто. Наружнаго кровотеченія нѣтъ.

Діагнозъ, поставленный консультаціею изъ четырехъ врачей, колебался между: 1) внутри-маточное кровотеченіе вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія нормально прикрѣпленной плаценты и 2) кровотеченіе въ плаценту

при вѣматочной беременности, — съ значительнымъ перевѣсомъ въ пользу перваго предположенія.

Состояніе больной не допускало пока никакого хирургическаго вмѣшательства, и въ теченіе слѣдующихъ 8 дней она постоянно оставалась надъ наблюденіемъ врачей.

За эти 8 дней опухоль незначительно увеличилась; *portio vag.* осталась безъ перемѣны.

Рѣшено подъ наркозомъ приступить къ эсплораторному расширенію шейки матки бужами *Hegar*'а и по способу *Barnes*'а. По достаточномъ расширеніи канала введена правая рука въ полость матки, произведенъ поворотъ на ножки и легко извлеченъ мертвый мацерированный плодъ. На половину отдѣлившійся послѣдъ остальною своею частью былъ плотно прикрѣпленъ къ переднебоковой стѣнкѣ полости и лишь по отдѣленіи плаценты выяснилось, что дѣло имѣлось съ вѣматочною беременностью.

Операция продолжалась 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub> часа; потеря крови была ничтожная, но пациентка умерла черезъ нѣсколько мгновеній послѣ операциі („отъ совокупнаго дѣйствія травмы и наркоза ээиромъ“ по мнѣнію автора).

При вскрытіи найдено: *mesenterium* вмѣстѣ съ неповрежденною правою широкою связкою и нормальною маткою образуютъ переднюю стѣнку объемастаго мѣшка, простирающагося отъ тазоваго свода до *mesocolon transversum*. Заднюю стѣнку его образуетъ неизмѣненная подбрюшинная соединительная ткань.

Отграниченная такимъ образомъ полость представлялась скорѣе брюшною, чѣмъ тазовою („*extra-uterine and retro-peritoneal*“). Полость эта кромѣ старыхъ кровяныхъ сгустковъ и ключевъ плодныхъ оболочекъ содержала и материнскій калъ, благодаря сообщенію ея съ тонкою кишкою посредствомъ двухъ отверстій, происшедшихъ, по мнѣнію автора, отъ атрофіи вслѣдствіе давленія („*pressure atrophy*“ — *Compressionsatrophie*).

Правыя трубы и яичникъ совершенно перешли въ существо плоднаго мѣшка.

Авторъ особенно подчеркиваетъ трудность въ данномъ случаѣ діагноза, благодаря равномѣрной повсюду, симметричной опухоли, несоотвѣтствующей *portionis vagin.*, которая не измѣнилась и въ теченіе 8-дневнаго наблюденія, отсутствію сокращеній матки, которыя обыкновенно являются чрезъ 24—48 час. послѣ кровотеченія („*accidental haemorrhage*“), отсутствію сердцебиенія плода и маточнаго шума.

Ф. Кюнъ.

172. **Fl. Ortega. Observation de grossesse extra-uterine.** Réflexions a propos de cette observation, par le D-r Charpentier. (Nouv. Arch. d'Obst. 1891 № 4 et 5). **Случай вѣматочной беременности.** (Соображенія д-ра *Charpentier* по поводу этого случая).

Исторія болѣзни данной больной распадается на три части: 1) до путешествія своего въ Америку пациентка въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ лѣчилась у д-ра *Charpentier*, 2) въ Америкѣ (Буэносъ-Айресъ) ее лѣчилъ д-ръ *Ortega*,

ученикъ *Charpentier* и 3) по возвращеніи въ Парижъ опять обратилась къ *Charpentier*.

1) М-me X. молодая женщина, вскорѣ послѣ первыхъ родовъ своихъ заболѣла: боль внизу живота, легкое вздутіе его, тяжесть въ области почекъ и обильное истеченіе изъ родовыхъ путей. Изслѣдованіе показало: вагинитъ, эндометритъ, чрезвычайно глубокая эрозія шейки.

Боли сосредоточиваются въ области лѣваго яичника, исчезаютъ во время регулъ и являются вновь въ межменструальный періодъ. Во время регулъ груди сильно набухаютъ. Подъ влияніемъ лѣченія всѣ эти явленія какъ субъективныя, такъ и объективныя исчезаютъ.

По прошествіи года *Charpentier* внезапно приглашается къ больной, которую находятъ въ постелѣ блѣдною, съ искажившимися чертами и впалыми глазами.

Она кричитъ отъ нестерпимой боли въ лѣвой сторонѣ живота, иррадирующей по всему животу. Но въ области лѣваго яичника есть ясно выраженная точка наибольшей болѣзненности. Рвота, затрудненіе мочеиспусканія; сильныя тевезмы пузыря и кишки.

Изслѣдованіе показало, что половые органы вполне нормальны, и *Charpentier* вмѣстѣ съ двумя товарищами остановились на діагнозѣ яичниковой невралгіи.

Подъ влияніемъ наркотическихъ и льда боль эта въ теченіе мѣсяца понемногу исчезла. Въ маѣ 1890 года предъ отправленіемъ своимъ въ Америку, пациентка вновь подверглась испытанію д-ромъ *Charpentier*, причемъ всѣ органы малаго таза найдены вполне здоровыми.

2) Подъ наблюденіе д-ра *Ortega* (въ Буэносъ-Айресѣ) больная поступила 11-го августа 1890 г. Исторію болѣзни ея за этотъ періодъ самъ авторъ резюмируетъ слѣдующими словами:

„У 24-хъ лѣтней женщины, перенесшей 5 лѣтъ тому назадъ послѣ родовъ болѣзнь матки и ея придатковъ, регулы прекращаются 18-го іюня. Двѣ недѣли спустя, у нея появляются внизу живота боли, которыя, постепенно усиливаясь, приковываютъ ее наконецъ къ 11-му августа къ постели. Къ этому времени у нея есть наличность признаковъ беременности; воспалительная масса справа отъ матки. Не зондируя матки, ставлю діагнозъ вѣроятной беременности. 13-го августа обостреніе воспалительныхъ явленій вслѣдствіе ручного изслѣдованія. 17-го кровотеченіе изъ влагалища; 19-го уменьшеніе набуханія грудей, которыя теперь менѣе болѣзненны; 20-го изверженіе перепонки съ небольшимъ количествомъ крови; 21-го набуханіе грудей исчезаетъ совершенно; 24-го ожесточеніе болѣзни вслѣдствіе изслѣдованія; 26-го, благодаря нѣкоторымъ движеніямъ, такое ожесточеніе воспалительныхъ явленій, что затрогивается вопросъ о лапаротоміи; 27-го вслѣдствіе слишкомъ горячей клизмы (вопреки запрещенію врача) и новыхъ разрывовъ сращеній—такія грозныя явленія коляпса, что смерть пациентки казалась неминуемою. Затѣмъ съ 1-го по 22-е сентября, не переставая страдать отъ воспаления въ тазу, больная послѣдовательно переноситъ геморрой, почечныя



колики, *gastralgiю* и воспаленіе шейки пузыря. Около 1-го октября вновь появляются регулы; съ 11-го по 14-е октября больная встаетъ, но съ 15-го по 23-е вновь должна лежать вслѣдствіе новаго ожесточенія; съ 24-го начинается окончательно выздоравливать; 28-го октября при изслѣдованіи на мѣстѣ бывшей въ тазу воспалительной массы ощущается только легкая тѣстоватость и слегка увеличенная труба“.

„Еслибы не ледъ и морфій“, заканчиваетъ авторъ свой отчетъ, „паціентка неминуемо погибла бы“.

3) Возвратившись въ Парижъ, М-ше Х. снова обратилась къ *Charpentier*, съ жалобами на боль въ области праваго яичника, усиливающуюся при давленіи, на перемежающіяся расстройства мочеиспусканія, характеризующіяся временною дизуріею.

Изслѣдованіе (сообща съ д-ромъ *Bouilly*) показало болѣзненную до крайности, чувствительную даже подъ наркозомъ, точку въ правомъ яичникѣ; д-ру *Bouilly* удалось констатировать на этомъ мѣстѣ слабую флюктуацію, вслѣдствіе чего онъ и считаетъ данное мѣсто за маленькую кисту яичника.

Такое состояніе больной предолжается и по сейчасъ, не смотря на горячія спринцеванія, прижиганія и ванны.

Оболочка (все время сохранявшаяся въ алкогольѣ), при микроскопическомъ изслѣдованіи, оказалась по гистологическому строенію своему отпадающею оболочкою,

Принимая въ соображеніе все вышеизложенное, *Charpentier* не считаетъ возможнымъ согласиться съ *Ortega* въ томъ, что тутъ имѣлась внѣматочная беременность. Для него болѣе или менѣе ясно, что 20-го августа у г-жи Х. послѣ предварительныхъ кровотеченій произошелъ выкидышъ, что и выразилось изверженіемъ *deciduae*. Отсутствіе плода этому ничуть не противорѣчитъ, потому что въ данномъ случаѣ только и можно говорить о 3-хъ недѣльномъ выкидышѣ, а въ этотъ періодъ, если еще плодъ умеръ за нѣсколько дней, онъ можетъ безслѣдно восатся. Если даже допустить предполагаемый *Ortega* разрывъ, то чѣмъ доказать, что это былъ именно разрывъ плоднаго мѣшка, а не одного изъ перитонеальныхъ воспалительныхъ скопленій или даже кисты яичника. Затѣмъ, сравнивая представленную д-ромъ *Ortega* картину болѣзни съ тою картиною, которую ему самому пришлось наблюдать въ теченіе лѣвосторонней яичниковой невралгіи у той же паціентки, *Charpentier* находитъ между ними разительное сходство по комплексу субъективныхъ и объективныхъ симптомовъ (боль,  $t^0$ , пульсъ, искаженіе лица, тенезмы пузыря и прямой кишки и т. п.); разница только въ силѣ явленій.

Наконецъ, допуская даже внѣматочную, т. е. трубную или промежуточную беременность, какъ объяснить, что при изслѣдованіи (въ Парижѣ, 3 мѣсяца спустя послѣ изверженія *deciduae*) не оказалось никакихъ измѣненій ни со стороны матки, ни со стороны трубы? Вѣдь воспалительная масса уже при первомъ изслѣдованіи, по описанію *Ortega*, была на столько велика,

что не сдавливала *cul-de-sac* и переходила на 5 поперечныхъ пальцевъ выше лобка, а въ слѣдующіе за этимъ дни еще выросла.

Въ виду всего этого, *Charpentier* склоненъ признать въ данномъ случаѣ: выкидышъ весьма ранняго періода (3-хъ недѣль), кисту праваго ячника и правостороннюю ячниковую невралгію. **Ф. Кюнь.**

**173. Kelli. My fourth Caesarean section (N. J. Med. Journ. 1891 May 2).  
Моя четвертая операція кесарскаго сѣченія.**

Въ статьѣ этой авторъ описываетъ свою четвертую операцію консервативнаго кесарскаго сѣченія, произведенную имъ за 4 дня до предполагаемыхъ срочныхъ родовъ у 35 лѣтней рахитической женщины. Ростъ ея равняется 132,5 см., вѣсъ 115 фунт., широкій, угловатый черепъ съ сильно выдающимся лбомъ; сравнительно длинное тѣло и короткія ноги; берцовыя кости изогнуты кзади.

Первые тяжелые роды (въ 1887 г.) потребовали краніотоміи.

Въ 1888 г. въ чрезвычайно трудныхъ родахъ разрѣшилась мертвымъ младенцемъ. Теперь послѣднія регулы въ апрѣлѣ 1890 г.; къ автору обратилась въ концѣ декабря того же года.

Измѣренія таза: Dist. sp. il. 24 cm.; dist. cr. il. 27 cm.; dist. conj. diag. 9 cm.; conj. vera 7,5 cm.

Подвижная головка плода лежала затылкомъ влѣво; мелкія части были обращены вправо; ягодицы лежатъ въ правомъ *hypochondrium*. Сердцебіеніи плода—144.

15-го января 1891 поступила въ госпиталь; на слѣдующій же день начались сильныя, болѣзненные потуги, которыя тѣмъ не менѣе ничуть не способствовали движенію плода впередъ по родовому каналу.

Въ тотъ же день (16-го янв.) подѣ хлороформомъ было произведено консервативное кесарское сѣченіе, при чемъ былъ извлеченъ вполнѣ доношенный младенецъ мужского пола вѣсомъ въ 3,175 gm., слегка ціанотичный, пульсъ 168.

Послѣопераціонное теченіе для матери вполнѣ благопріятное; чрезъ 2 недѣли встала съ постели и вскорѣ здоровая съ здоровымъ ребенкомъ выписалась изъ госпиталя (Къ статьѣ приложено 5 фотографическихъ снимковъ матери и 2—вполнѣ нормальнаго ребенка). **Ф. Кюнь.**

**174. Н. Миллеръ. О гомологическихъ близнецахъ. (Труды Общества русскихихъ врачей въ Москвѣ 1891 года).**

Работа автора составлена по матеріалу Московскаго Воспитательнаго Дома, куда въ теченіи послѣднихъ 20 лѣтъ было доставлено на 277,902 дѣтей 3883 пары близнецовъ, изъ которыхъ 2326 паръ были однополыми двойными, слѣдовательно въ 60% встрѣчались однополые, а въ 40% разнополые близнецы. Изъ 2326 однополыхъ близнецовъ 1155 паръ были мужскими (49,9%) 1171 были женскими двойнями (50,1%). Однополые близнецы при-

ходятся 1 на 114 дѣтей приноса, мужскія двойни 1 на 51 дѣтей приноса, а женскія 1 на 49.

Такъ какъ  $\frac{1}{8}$  часть однополыхъ двойней, по *Ahlfeld*'у, бываетъ гомологическими близнецами, то 290 паръ должны быть гомологическими. Средній вѣсъ пары однополыхъ близнецовъ былъ 3960 грм., при чемъ средній вѣсъ мужскихъ паръ 4380, женскихъ 3540 грм. Средній вѣсъ одного близничнаго ребенка 1980 грм., при чемъ средній вѣсъ мальчика 2190 грм., а дѣвочки 1770 грм. Средній ростъ однополыхъ новорожденныхъ близнецовъ былъ 43 см.; средній ростъ мальчиковъ 45,5 см., а дѣвочекъ 41,5 см. Максимальный вѣсъ пары однополыхъ новорожденныхъ близнецовъ былъ 5140 грм., минимальный 1880. Большею частью разница въ вѣсѣ и ростѣ между однополыми близнецами была незначительная.

На 247 паръ однополыхъ близнецовъ, принесенныхъ въ теченіе послѣдняго года въ Московскій Воспитательный Домъ, принимая во вниманіе статистику *Ahlfeld*'а, можно было допустить, что 30 паръ будутъ гомологическими близнецами; подтвердить это удалось только относительно 23 паръ, вслѣдствіе существованія у нихъ одинаковыхъ аномалій. Въ пяти парахъ у каждаго ребенка встрѣчался гипертрофическій пупокъ; въ двухъ парахъ у всѣхъ дѣтей былъ одинаковый scoliosis cranii, въ двухъ другихъ парахъ была долихоцефалія; въ 2 парахъ у всѣхъ мальчиковъ было rhymosis praeputii; въ 1 парѣ у обоихъ мальчиковъ было nigristmus scroti; въ 1 парѣ у обоихъ мальчиковъ была значительная степень врожденнаго узкоболія, въ 1 парѣ у обоихъ мальчиковъ была врожденная короткость крайней плоти съ обнаженіемъ glans penis; въ 1 парѣ у обѣихъ дѣвочекъ cranio-malacia; у другой пары дѣвочекъ былъ добавочный теменной родничекъ, у третьей пары дѣвочекъ было врожденное вдавленіе грудной кости и у 4-й пары у обѣихъ дѣвочекъ значительная короткость уздечки языка. Въ 3 парахъ при существованіи одной изъ перечисленныхъ аномалій была желтуха, въ одной парѣ у обѣихъ дѣвочекъ была eczema faciei, занимавшая одинаковыя границы на щекахъ, въ одной парѣ мальчиковъ на 4 день рожденія появились пемфигозныя пузыри въ паховыхъ складкахъ и у одной пары близнецовъ мальчиковъ появился на 3 недѣль рожденія у обоихъ одновременно лѣвосторонній маститъ, къ которому присоединилась у каждаго рожа, занявшая область железы и лѣвую руку. Рожа кончилась у обоихъ почти одновременно. Однако не всѣ гомологическіе близнецы бываютъ сходны между собою, что случается даже между двойничными уродствами. Какъ примѣръ такого несходства авторъ, приводитъ знаменитыхъ ветерскихъ сестеръ и сіамскихъ близнецовъ. А. Бухштабъ.

175 Н. Вороновъ. Къ вопросу о кормленіи дѣтей одной и двумя грудьми. (Труды общества русскихъ врачей въ Москвѣ 1891 г.).

Желая разрѣшить вопросъ, какъ лучше кормить ребенка, давая каждый разъ обѣ груди, или соблюдая между ними очередь и при какомъ изъ этихъ способовъ ребенокъ больше высасываетъ молока, авторъ произвелъ рядъ научно обставленныхъ наблюденій въ Московскомъ Воспитательномъ домѣ.

Съ этого цѣлью онъ отобралъ трехъ дѣтей средняго питанія перваго мѣсяца жизни, не представлявшихъ никакихъ болѣзненныхъ уклоненій и подобралъ къ нимъ здоровыхъ, достаточно молочныхъ и умѣлыхъ кормилицъ въ возрастѣ около 30 лѣтъ. Ребенокъ до кормленія груди и послѣ окончанія взвѣшивался самимъ авторомъ, а также записывалось время начала и конца кормленія. Если ребенокъ во время сосанія мочился или марался, то это наблюденіе не принималось во вниманіе.

Три ребенка первые пять дней, во время которыхъ производился опытъ, сосали каждый разъ только одну грудь, слѣдующіе пять дней сосали каждый разъ обѣ груди. Другіе три младенца, которыхъ авторъ постарался выбрать приблизительно такого же питанія, сосали первые пять дней по очереди то одну, то другую грудь, т. е. здѣсь былъ соблюденъ обратный порядокъ сравнительно съ первою группою дѣтей. Всѣ эти наблюденія происходили одновременно. Условія жизни дѣтей за короткое время наблюденія почти ни въ чемъ не измѣнялись. Оказывается, когда дѣти сосутъ каждый разъ одну грудь, то чаще высасываютъ малыя порціи и рѣже большія, и большинство сосаній падаетъ на 30 грм., и тѣ же дѣти при сосаніи въ одно кормленіе двухъ грудей высасываютъ чаще большія порціи молока и большею частью высасываютъ по 40 грм. молока. Въ виду того, что двѣ груди въ одинъ разъ дѣти сосали въ слѣдующіе пять дней, когда они были старѣе, авторъ и произвелъ еще рядъ наблюденій надъ другими тремя дѣтьми, которыя первые пять дней сосали двѣ груди, слѣдующіе же пять дней то одну, то другую грудь по очереди. Въ этой группѣ наблюденій первые пять дней, когда дѣти были моложе, при сосаніи въ одно кормленіе двухъ грудей высасывалось больше молока, чѣмъ слѣдующіе пять дней при сосаніи по очереди то одной, то другой груди. Въ первой группѣ опытовъ при сосаніи одной груди ребенокъ высасывалъ въ среднемъ каждый разъ 38,0 грм. молока, при сосаніи обѣихъ грудей въ среднемъ 42,8 грм., слѣдовательно больше на 4,8 грм. У дѣтей второй группы подобная разница въ пользу сосанія каждый разъ двухъ грудей равнялась 6 грм. Если въ среднемъ дѣти сосутъ 10—11 разъ въ сутки, то при сосаніи обѣихъ грудей въ одно кормленіе онѣ высасываютъ на 48—66 грм. молока больше. Дѣти первой группы употребляли на сосаніе обѣихъ грудей въ одинъ разъ 11,7 минуты, при сосаніи же одной груди на каждое сосаніе шло 14,5 минуты. Опыты второй контрольной группы убѣдили автора, что возрастъ и силы ребенка имѣютъ вліяніе на продолжительность сосанія: дѣти второй группы, несмотря на то что сосали во второй періодъ одну грудь, насыщались скорѣе, чѣмъ когда сосали обѣ груди, но были моложе и слабѣе. Въ заключеніе авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы изъ своей работы:

- 1) Въ Московскомъ Воспитательномъ Домѣ дѣти въ первый мѣсяцъ жизни сосутъ грудь 10—11 разъ въ сутки, въ томъ числѣ 3—4 раза ночью.
- 2) Въ среднемъ они высасываютъ всякій разъ отъ 38,0—45,5 грм. молока.
- 3) При сосаніи обѣихъ грудей сразу грудныя дѣти въ первый мѣсяцъ своей жизни высасываютъ каждый разъ на 5—6 грм. больше, чѣмъ при сосаніи

одной груди, 4) Питаясь двумя грудями они сосутъ нѣсколько чаще, чѣмъ питаются одною грудью. 5) Въ среднемъ продолжительность сосанія 15 минутъ. Кромѣ того авторъ дѣлаетъ слѣдующій практической выводъ: слабыхъ дѣтей съ нормальнымъ желудочно-кишечнымъ отправленіемъ слѣдуетъ каждый разъ кормить двумя грудями, напротивъ дѣтей, страдающихъ диспееіей, если кормилица имѣетъ достаточное количество молока, нужно кормить каждый разъ одною грудью.

**А. Бухштабъ.**

**176. Phillips. On rapid dilatation of the cervix and uterine cavity by Hegar's graduated bougies (Brit Med. Journ. 1891 May 23) Быстрое расширение шейки и полости матки бужами Hegar'a.**

31 случай примѣненія этого способа далъ автору самые утѣшительные результаты. «Способъ этотъ», говоритъ авторъ, «для изслѣдованія полости матки и лѣченія нѣкоторыхъ болѣзней ея по быстротѣ дѣйствія и отсутствію септическихъ послѣдствій далеко превосходитъ всѣ другіе способы расширенія». Показаніями для примѣненія его служатъ: 1) Кровотеченія послѣ неполнаго выкидыша и для удаленія остатковъ deciduae; 2) при повторныхъ кровотеченіяхъ въ періодъ беременности, 3) при дисменорреѣ и безплодіи вслѣдствіи stenosis cervicis; 4) для изслѣдованія и лѣченія выскабливаніемъ и другими способами различныхъ патологическихъ состояній матки, какъ-то: злокачественные фунгозные и гонорройные эндометриты; 5) для удаленія внутриматочныхъ опухолей.

Авторъ настаиваетъ на возможно строгой антисептикѣ при этой операціи.—Въ практикѣ автора ни разу не случилось разрыва шейки, котораго сильно опасаются иные врачи и который, по мнѣнію автора, происходитъ отъ неосторожнаго (слишкомъ быстрого) введенія бужей. **Ф. Кюнь.**

**177. Lawson Tait. Sur la reparation du perinee de la femme. (La Semaine Médicale, 1891, № 32). О возстановленіи женской промежности.**

Указывая на несостоятельность прежней операціи шиванія старыхъ разрывовъ промежности путемъ окровавленія, какъ со стороны ея неудобства и болѣзненности для больныхъ, такъ и со стороны несовершенства ея техники и достиженія ею цѣли, въ смыслѣ прочнаго возстановленія промежности, особенно въ случаяхъ полныхъ разрывовъ, авторъ, желая улучшить операцію, замѣнилъ сначала шовъ съ трубочкой пера, прежде употреблявшійся, обыкновеннымъ узловатымъ швомъ. Затѣмъ, въ 1872 году, на женщинѣ, имѣвшей полный разрывъ промежности и уже два раза оперированной, онъ произвелъ операцію, не похожую на прежнія, такъ какъ въ данномъ случаѣ нельзя было уже, для успѣшнаго натяженія промежности, удалить ни одного куска ткани. Въ основаніе своего новаго метода онъ кладетъ возстановленіе тѣхъ отношеній краевъ раны, которыя были въ моментъ разрыва, чего онъ достигаетъ, проводя разрѣзы по тѣмъ бѣлымъ линіямъ, которыя видны на промежности при старыхъ разрывахъ и которыя суть ни что иное, какъ слѣды краевъ не-

правильно зарубцевавшегося первичного разрыва; располагаются онъ обыкновенно такъ, что одна изъ нихъ идетъ поперечно, по краю *septi recto-vaginalis*, а двѣ другія, начинаясь отъ концовъ этой линіи почти подъ прямымъ угломъ, идутъ кверху. Кровавленіе намѣченного разрѣзами пространства происходитъ безъ удаленія тканей, только при помощи ихъ расщепленія, такъ что, въ случаѣ неуспѣха операціи, гарантируется то, что положеніе больной не ухудшится.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію техники операціи, авторъ приводитъ свои подраздѣленія разрывовъ промежности, въ основаніе которыхъ онъ кладетъ анатомическое протяженіе ихъ и отношеніе ихъ къ функциональной способности мышцъ промежности. Такъ, онъ различаетъ *поврежденіе промежности (périnée endommagée)*, когда sphincter ani вполне сохранилъ свою функцію, и *разрывъ промежности (déchirure du périnée)*, когда функція этого мускула нарушена, даже безъ видимаго разрыва кожи. Операцію для исправленія разрывовъ первой категоріи, онъ называетъ *стягиваніемъ промежности (extension du périnée)*, въ отличіе отъ операцій въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ разрывовъ, которыя онъ называетъ *полнымъ возстановленіемъ промежности (réparation complete du périnée)*.

При первой операціи разрѣзъ проводится тканевыми ножницами сначала по *septum recto-vaginale*, достаточно глубокой, чтобы обнажить sphincter ani; затѣмъ отъ концовъ этого разрѣза проводятся подъ прямымъ угломъ два боковые, тоже глубокіе, которые идутъ довольно далеко впередъ. Отсепаровавши намѣченный разрѣзами лоскутъ въ формѣ прямоугольника и оттянувши его кверху, авторъ накладываетъ швы изъ кэтгута, вкалывая иглу у бокового разрѣза, внѣ кожи, и выкалывая ее на соответственномъ мѣстѣ, тоже внѣ кожи, у другого бокового разрѣза. Наложивши три или четыре такихъ глубокихъ шва, онъ стягиваетъ ихъ, такъ что боковые разрѣзы сближаются по срединной линіи; въ случаѣ надобности проводятся еще поверхностные швы. Швы оставляются недѣли на двѣ, до полного зарубцеванія раны, послѣ чего больнымъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ совѣтуютъ по возможности избѣгать всякихъ травматическихъ вліяній въ этой области.

При производствѣ операціи полного возстановленія промежности, разрѣзы проводятся сначала также, какъ и при первой: поперечный, *septum recto-vaginale*, глубиною около полутора сантиметровъ, и два боковые, идущіе кверху отъ концовъ поперечнаго, длиною отъ трехъ до четырехъ сантиметровъ; всѣ эти разрѣзы проводятся сообразно направленію бѣлыхъ линій, *rsp.* рубцовъ стараго разрыва. Кромѣ этихъ разрѣзовъ дѣлаются еще два, книзу отъ концовъ поперечнаго, длиною около одного сантиметра, такъ что всѣ разрѣзы представляютъ изъ себя букву Н и, послѣ расщепленія тканей, образуютъ два лоскута: влагалищный и прямокишечный, которые, будучи оттянуты кверху и книзу, открываютъ площадь кровавленія въ видѣ ромба. Швы накладываются также, какъ и при первой операціи, внѣ кожи, отъ одного бокового разрѣза до другого, съ цѣлью сблизить эти разрѣзы по срединной линіи; количество швовъ конечно, зависитъ отъ величины раны. Послѣ опера-

ціонний періодъ ведеться по общимъ правиламъ, принятымъ для операцій этого рода.

(Въ настоящее время вышеописанныя операціи *Lawson Tait'a* подверглись нѣкоторымъ измѣненіямъ: такъ, *Singer* сталъ накладывать швы, вскалывая и выкалывая иглу черезъ кожу, а *проф. Славянский* при операціи первой категоріи, желая избѣжать образующагося при стягиваніи швовъ кожного выступа надъ anus, проводитъ дугообразный разрѣзъ и отсепаровываетъ лоскутъ не прямоугольной, а полудунной формы. *Рсф.*)

Л. Ульяновскій.

178. **Robinson. Five cases of axial rotation ovarian tumors** (New-York Med. Journ. 1891' May 16). Пять случаевъ перекручиванія ножки яичниковыхъ опухолей.

Исторія болѣзни приводимыхъ пяти случаевъ (изъ практики *Lawson Tait'a*) приблизительно одна и та же: опухоль живота, растущая болѣе или менѣе быстро, боли въ животѣ, явленія диспенсіи и общее недомоганіе.

Затѣмъ, болшею частью внезапно, являются острые припадкѣи: боли въ животѣ чрезвычайно усиливаются, пульсъ дѣлается частымъ и слабымъ,  $t^{\circ}$ , если и повышена, то только слегка (38—38,5), болѣе или менѣе упорная рвота.

Діагнозъ для такого спеціалиста, какъ *L. Tait* до того легокъ, что онъ ставитъ его, не выдавъ иногда и больной („without seeing the woman“). Лапаротомія, перевязываніе ножки, отдѣленіе опухоли отъ ножки и отъ сращеній.

Вкратцѣ сообщаемые авторомъ случаи представляютъ слѣдующее:

1. Женщинѣ 61 года удалена киста яичника, ножка которой перекрутилась 4 раза вокругъ своей оси; киста была уже поражена гангренюю. Быстрое выздоровленіе.

2. Женщинѣ 78 лѣтъ была удалена лапаротоміюю обширная яичниковая опухоль, полость которой была выполнена кровянистымъ гноемъ; ножка опухоли перекрутилась вокругъ своей оси 3—4 раза. Быстрое выздоровленіе.

3. У 49 лѣтней женщины удалена объемистая яичниковая киста, выполненная кровью и кровяными сгустками. Киста представляла явленія ущемленія и гангрены; ножка перекручена 5—6 разъ. Плотныя сращенія опухоли съ тонкими и толстыми кишками и со стѣнками таза и живота. Острыхъ припадковъ въ этомъ случаѣ вовсе не имѣлось. Выздоровленіе.

4. Пожилой женщинѣ удалена объемистая опухоль праваго яичника съ гнойнымъ содержимымъ. Весьма длинная ножка опухоли была перекручена на подобіе пуповины. Выздоровленіе.

5. 24-хъ лѣтней женщинѣ удалена киста яичника, ножка которой была такъ сильно перекручена, что питаніе опухоли происходило только черезъ стѣнки ея при посредствѣ обильныхъ сращеній. Жидкое содержимое опухоли по дѣтѣ походило на калъ при лѣтнихъ поносахъ. Выздоровленіе.

Приводя эти пять случаевъ, авторъ обращаетъ вниманіе на чрезвычайную важность для больныхъ ранняго діагноза и безотлагательнаго оперативнаго вмѣшательства. По этому поводу онъ припоминаетъ случай изъ прак-

тики проф. *Czerny*, гдѣ не могъ быть поставленъ точный діагнозъ, почему пациентка на короткое время была оставлена для наблюденія. Когда же была произведена проф. *Czerny* операція, пациентка умерла черезъ 3 часа послѣ нея, потому что уже до операціи была сильно заражена гангреницирующею опухолью съ перекрученною ножкою. **Ф. Кюнъ.**

179. **Bantock. On the importance of gonorrhoea as a cause of inflammation of the pelvic organs** (Brit. Med. Journ. 1891 April 4). **Значеніе гонорреи какъ причины воспаленія тазовыхъ органовъ.**

Разобравъ литературу даннаго вопроса отъ *Noeggerath*'а (1872 г.) до новѣйшаго времени, авторъ приходитъ къ несомнѣнному для себя выводу что *Noeggerath* и его послѣдователи сильно увлекаются, видя въ гонорреѣ самую частую причину женскихъ болѣзней и безплодія женщины. Не отрицая, впрочемъ, что гоноррея можетъ произвести у женщины сальпингитъ, оваритъ и *pelveo-peritonitis*, авторъ требуетъ однако установленія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ строгой, точной зависимости даннаго заболѣванія женскихъ органовъ отъ гонорреи мужчины.

Въ то же время онъ сознается, что ему въ его практикѣ ни разу не удалось установить точно этой связи, не смотря на всѣ предосторожности при собираніи анамнеза.

Съ мнѣніемъ *Noeggerath*'а и его послѣдователей, будто гоноррея играетъ выдающуюся роль въ безплодіи женщинъ, авторъ не можетъ согласиться уже въ виду частоты *ophthalmiae neonatorum*, зависящей отъ гонорройной инфекціи. Въ этомъ случаѣ пришлось бы принять, что гонорройное зараженіе женщины произошло уже послѣ зачатія; или же гоноррея и безплодіе суть только случайное совпаденіе и ничуть не находятся въ отношеніи причины и слѣдствія.

Госпитальная и частная практика, равно какъ и наблюденія другихъ частныхъ врачей и изученіе литературы не позволяютъ автору согласиться съ мнѣніемъ *Sinclair*'а, будто гонорройныя заболѣванія составляютъ наибольшую группу болѣзней, съ которыми приходится имѣть дѣло гинекологу. Всѣмъ практикующимъ врачамъ сплошь и рядомъ приходится убѣждаться, что въ очень и очень многихъ случаяхъ гоноррея мужа проходила безнаказанно для жены и потомства.

Для подтвержденія нѣкоторыхъ своихъ взглядовъ авторъ приводитъ 3 примѣра изъ недавней своей практики.

Г-жа А. Обильное, зеленовато-желтое выдѣленіе, краснота устьевъ вульво-вагинальныхъ железъ, болѣзненность и неподвижность увеличенныхъ маточныхъ придатковъ; безплодіе въ теченіе четырехъ лѣтъ. Замужемъ за вдовцомъ, который до перваго брака трижды перенесъ гоноррею и который, тѣмъ не менѣе, имѣетъ отъ первой жены двухъ здоровыхъ дѣтей. Первая жена умерла къ концу 3-й беременности отъ болѣзни сердца.

Второй случай, по комплексу симптомовъ, аналогиченъ съ первымъ, съ тою только разницею, что здѣсь заболѣваніе придатковъ ограничивалось лѣ-



вой стороной и бесплодіе существовало 9 лѣтъ, хотя мужъ до женитьбы былъ цѣломудренъ, т. е. совѣтъ не зналъ женщинъ („he was virtuous, never having known woman until his marriage“).

«Въ обоихъ случаяхъ, говоритъ авторъ, «существовала наличность всѣхъ признаковъ (о гонококкахъ не упоминается ни слова. *Рез.*), характеризующихъ несомнѣнные случаи гонорройной инфекціи,—даже краснота устьевъ железъ; между тѣмъ требуется большая смѣлость, чтобы утверждать, что гоноррея играла какую-нибудь роль въ первомъ изъ этихъ случаевъ. (Для втораго своего случая авторъ, повидимому, допускаетъ возможность зараженія до замужества съ цѣломудреннымъ мужемъ»).

Третій случай касается женщины, заразившейся гонорреею отъ мужа и имѣвшей сифилигическія папулы во время первой беременности. Послѣ преждевременныхъ родовъ (4-ая беременность) обратилась къ автору съ болѣзью тазовыхъ органовъ («pelvic symptoms»), которою страдала нѣкоторое время и послѣ первой беременности. Здѣсь авторъ объясняетъ «тазовые симптомы» гонорройной инфекціею, которая однако не причинила бесплодія. Поэтому онъ отвергаетъ положеніе *Sinclair'a*, что «женщина, перенесшая гонорройный периметритъ, бесплодна».

Заключительный выводъ автора слѣдующій:

«Мое мнѣніе, основанное на собственныхъ наблюденіяхъ и на изученіи литературы, то, что значеніе гонорреи, какъ причины тазоваго воспаленія, ограничивается небольшимъ числомъ случаевъ, гдѣ она можетъ произвести серьезное заболѣваніе, рѣдко однако съ летальнымъ исходомъ, и это значеніе ея умалается еще тѣмъ, что подобные случаи сравнительно весьма рѣдки.

Ф. Кюнь.

---

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