

ной беременности, стр. 768; *Krajewski*'аго: матка удаленная чрезъ влагалище вмѣстѣ съ 14 фиброидами—стр. 768; *Brodowski*'аго; препаратъ трубной беременности (*abortus tubarius*) и мног. друг.

75. Е. Przegląd Lekarski.

14. *Kosminski F.* (Krakow). Къ вопросу о безгнлостномъ хирургическомъ вмѣшательствѣ при нѣкоторыхъ акушерскихъ операціяхъ, № 26, стр. 333.
15. *Silberstein A.* (Krakow). О запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ плода, № 26 и 27, стр. 335.
16. *Chodakowski* (Казань). Случай приобретенной haematometr'ы № 28 и 29, стр. 422 и 437.
18. *Lasacki* (Kanczuga). Случай родильной лихорадки, леченный антистрептококковой сывороткой, № 14, стр. 419.
19. *Kosminski F.* (Krakow). Нѣсколько замѣчаній о промежуточной беременности, № 19 и 40, стр. 496.

76. F. Nowiny Lekarskie.

20. *Neugebauer F.* (Варшава). 21 наблюденіе кишечно-маточныхъ свищей, № 10 и 11, стр. 696 и 788.
21. *Neugebauer F.* (Варшава). Еще 5 наблюденій кишечно-маточныхъ свищей, № 12, стр. 1088.

77. G. Przegląd Chirurgiczny. Т. III, выпускъ 1 и 4.

22. *Neugebauer F.* (Варшава). Къ вопросу о ложномъ гермафродитизмѣ (*pseudohermaphroditismus*).

Skowski (1) наблюдалъ два случая беременности и родовъ въ двойной маткѣ. Въ первомъ случаѣ распознаваніе основывалось на слѣдующихъ данныхъ: 1) лѣвая половина маточнаго зѣва не расширялась во второмъ періодѣ родовъ (у 21 лѣтней первороженницы) во время болѣе одновременно съ правой половиной, и свѣшиваясь свободно послѣ родовъ во влагалище образовала не полную перегородку влагалища, дѣлящую только верхнюю его часть на двѣ половины; 2) за этой перегородкой въ лѣвой половинѣ влагалища можно было послѣ родовъ ощупать зѣвъ другого канала, вѣроятно общей одиночной шейки. Эти два обстоятельства рѣшаютъ сомнѣніе и показываютъ, что придаточная часть, ощущивавшаяся по лѣвой сторонѣ беременной матки и составляла лѣвый рогъ матки, а не фиброму. Часть эта во время болѣе повидимому сокращалась. 3) Обыкновенно не занятый беременностью рогъ подвергается гипертрофіи, что имѣло мѣсто въ

данномъ случаѣ, и отодвигалъ беременную матку вправо, не давая ей улечься своимъ продольнымъ размѣромъ въ направленіи оси выхода таза. 4) Трудность прорѣзыванія ягодицъ (роды были при ягодичномъ положеніи), какъ слѣдствіе косаго положенія плода, а также и препятствія со стороны влагалищно-маточной перегородки. Распознаваніе вполне научное въ данномъ случаѣ есть: „uterus bicornis cum vagina subsepta“,—двурогая матка при одной общей шейкѣ, раздѣленная помощью перегородки на 2 канала съ 2 маточными устьями, влагалище раздѣлено только въ верхней части. Во второмъ случаѣ—у 25 лѣтней первороженницы, авторъ распозналъ съ большой степенью вѣроятія „uterus subseptus supra simplex“ и обращаетъ вниманіе на то, что, не смотря на правильный тазъ и сильныя родовыя боли, роды продолжались 57 часовъ, а такъ какъ перегородка въ маткѣ составляла препятствіе для правильнаго поворота и прорѣзыванія головки, то на послѣднюю нужно было наложить шипцы, затѣмъ перегородка, загромаждая маточный зѣвъ, составляла препятствіе для выхода послѣда. Перегородка въ своей задней части разорвалась безъ сильнаго кровотеченія, вѣроятно вслѣдствіе того что заднее прикрѣпленіе, также какъ и переднее неразорванное, было перепончатымъ и слѣдовательно содержало мало сосудовъ. Въ своихъ выводахъ авторъ, основываясь на литературѣ, разбираетъ теченіе беременности, родовъ, и послѣродоваго періода въ двурогой маткѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ старается поставить дифференціальныя діагнозы беременности между внѣматочной беременностью и беременностью въ зачаточномъ рогѣ, а также въ двойной маткѣ, маткѣ двурогой и маткѣ раздѣленной.

Kronland (2), приглашенный къ 29 лѣтней женщинѣ, родящей въ 3-й разъ, черезъ 6 часовъ по прекращеніи родовыхъ болей, продолжавшихся нѣсколько часовъ, нашелъ больную съ t° 38,5 р. 100, не жалующую на боли, спокойную, безъ кровотеченія. Черезъ тонкіе брюшныя покровы можно было хорошо прощупать части плода и придавать имъ различныя положенія. Палецъ, введенный во влагалище, свободно проходилъ чрезъ большой разрывъ лѣваго боковаго и половины передняго сводовъ въ брюшную полость, гдѣ встрѣтилъ головку; тазъ очень широкій, такъ что пальцами можно было захватить окружность головки и свободно двигать ее. Въ стѣнкѣ маткѣ находилась поперечная щель, не ровная, съ толстыми краями, въ которую можно было ввести пѣлую руку. Полость матки пуста. Маточный зѣвъ, трудно достижимый, пропускалъ 2 пальца и находился высоко сзади,

вся шейка съ частью нижняго сегмента матки соединялась съ тѣломъ только съ правой и задней, а частью и передней половиной окружности и вся шейка отодвинута кзади на право и вверхъ, вслѣдствіе чего разрывъ въ маткѣ открытъ широко. Автору удалось легко произвести поворотъ на ножки и извлечь плодъ, какъ равно и послѣдъ также лежавшій въ брюшной полости. Такъ какъ кровотеченія не было, то и не были сдѣланы ни промываніе, ни тампонада. Черезъ 2½ недѣли авторъ видѣлъ больную при высокой температурѣ (39) съ явленіями воспаления брюшины, а чрезъ мѣсяцъ при постоянной лихорадкѣ, пролежняхъ и исхуданіи казалось, что больная близка къ смерти. Исслѣдовать себя не давала. Черезъ годъ больная явилась къ автору вполне здоровой, рассказывая, что болѣла 5 мѣсяцевъ, послѣ чего встала съ кровати, спустя нѣкоторое время появились регулы, которые приходятъ черезъ 4 недѣли и продолжаются 3 дня. Исслѣдовать себя не позволила. Вслѣдствіе чего и какимъ образомъ произошелъ разрывъ матки и отрывъ сводовъ авторъ не знаетъ.

Stankiewicz (3) описываетъ оперированный имъ, путемъ coeliotom'и, случай разрыва правой беременной трубы съ свободнымъ кровоизліяніемъ въ брюшную полость. Операция произведена при безнадежномъ состояніи больной; при не прощупываемомъ пульсѣ. Во время выздоровленія состояніе подлихорадочное, а на 15-й день у больной при высокой t^0 (39,8°) констатированъ выпотъ въ культѣ (*Stumpfexsudat*), величиною въ кулакъ, который черезъ 14 дней началъ всасываться, а 15 дней спустя не осталось и слѣда отъ него. Два мѣсяца спустя, послѣ паденія изъ дрожекъ, больная начала жаловаться на сильныя боли въ крестцѣ и правой подчревной области. Найдена флюктуирующая опухоль, выполняющая правое подчревье и Дугласово пространство, и выпячивающая задній сводъ во влагалище. Къ этой опухоли прилегаютъ яичники, величиною въ большой волосскій орѣхъ (*Pelvipеритонитис exsudativa. Oophoritis dextra*). Продольнымъ разрѣзомъ черезъ задній сводъ и раскрытіемъ Дугласова пространства выпущено большое количество прозрачной сывороточной жидкости. При дальнѣйшемъ лѣченіи выпотъ окончательно исчезъ, а правый яичникъ уменьшился до нормальной величины. Въ настоящее время больная чувствуетъ себя вполне здоровой.

Jasinski (5), реферировавши клиническую лекцію *Makenrodt's* „Ueber den hinteren Scheidenbauchschnitt (№ 156 Sammlung klinischer Vorträge Volkmann) и критическіе выводы изъ нея, сдѣлан-

ные *Vertheim*омъ (*Wiener klinische Wochenschrift*, № 6, 1897 г.), приходитъ къ заключенію, что истину слѣдуетъ искать въ среднѣ и что при выборѣ для операціи *coeliotom'ii*-ли, или передняго или задняго сѣченія влагалища прежде всего слѣдуетъ имѣть въ виду пользу больной, но никогда не слѣдуетъ для выполнения въ совершенствѣ того или другого метода рисковать жизнью оперируемой. Поэтому авторъ отдаетъ предпочтеніе *coeliotom'ii* при большихъ опухоляхъ, помѣщающихся высоко въ брюшной полости, особенно такихъ, которыя не содержатъ жидкости; при меньшихъ опухоляхъ, но сильно сросшихся съ окружающими частями; при крѣпкихъ сращеніяхъ прикрѣпляющихся матку съ прилегающими органами къ задней или боковымъ стѣнкамъ таза и, наконецъ, въ случаяхъ вѣматочной беременности болѣе 3-хъ мѣсяцевъ. Въ случаяхъ меньшихъ и подвижныхъ опухолей соглашается на операцію черезъ задній сводъ; при опухоляхъ придатковъ слегка сросшихся съ окружающими частями, если они помѣщены ближе къ переднему своду—черезъ передній сводъ, если-же ближе къ заднему своду—то черезъ задній сводъ. Въ случаяхъ сомнительныхъ, а также при вѣматочной беременности, даже при кровоизліяніи, авторъ пробовалъ-бы всегда разрѣзъ задняго свода, какъ не исключаящій возможности прибѣгнуть къ разрѣзу передняго, если бы послѣдній оказался-бы необходимымъ. Новообразованія матки пробовалъ-бы въ томъ только случаѣ удалять чрезъ задній сводъ, если-бы они были малыхъ размѣровъ, росли-бы на задней стѣнкѣ и выпячивали-бы дно Дугласова пространства, всѣ остальные по мѣрѣ величины удалялъ-бы путемъ *coeliotom'ii* или черезъ передній сводъ. При сращеніяхъ дѣлающихъ матку неподвижной кзади, при которыхъ *coeliotomia* не представлялась-бы необходимой, въ случаѣ не возможности разорвать ихъ помощью способа *Schultz*'а выбралъ-бы операцію черезъ задній сводъ, такъ какъ доступъ къ сращеніямъ черезъ передній сводъ безъ извлеченія матки наружу считаетъ весьма труднымъ, а попытки вывести матку, прикрѣпленную кзади, во влагалище сопряжены съ тяжелымъ поврежденіемъ матки, могущимъ принудить оператора къ полному вырѣзыванію поврежденной матки. Въ концѣ авторъ описываетъ случай дермоидной кисты праваго яичника, оперированной имъ черезъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ.

Stepkowski (6) сообщаетъ 12 случаевъ *coeliotom'ii*, произведенныхъ въ отдѣленіи *Neugebauer*'а по поводу хроническихъ страданій матки; между ними помѣщаетъ также 3 случая ту-

беркулезнаго перитонита (въ одномъ изъ нихъ вмѣстѣ съ туберкулезнымъ перитонитомъ были кисты обоихъ яичниковъ). Въ остальныхъ 9 случаяхъ имѣло мѣсто: 2 раза перерожденіе лѣвой трубы и яичника, 2 раза *hydrosalpinx bilateralis et degeneratio ovariorum*, 1 разъ *pyosalpinx duplex et degeneratio ovariorum microcystica*, 1 разъ *cystoma ovarii sinistri multilocularis cum contorsione pedunculi*; 1 разъ *cystis urachii* (?), 1 разъ *cystoma proliferum glandulare ovarii dextri* (окончившійся летально), 1 разъ *hernia inguinalis, ectopia pyosalpingis et ovarii*. Авторъ самъ полагаетъ, что не малое число изъ этихъ случаевъ для многихъ читателей не представляютъ ничего интереснаго и вполне правъ, тѣмъ болѣе что они описаны поверхностно и не старательно, доказательствомъ чему служитъ то, что при описаніи VII случая неизвѣстно, двусторонній ли *hydrosalpinx* былъ вырѣзанъ, или только жидкость изъ него выпущена, а трубы остались. Что же касается замѣчаній при отдѣльныхъ случаяхъ, то онѣ содержатъ вещи достаточно извѣстныя, находящіяся въ каждомъ новомъ руководствѣ по гинекологіи.

Jasinski (7) описываетъ случай многокамерной кисты праваго яичника, такъ крѣпко сросшейся съ передней стѣнкой живота, что распознаваніе передъ операціей было невозможно. Огромные размѣры кисты, ввиду старческой вялости дна таза (больная имѣла 54 года) объясняютъ выпаденіе матки наружу. По удаленіи кисты, тѣло матки прикрѣплено двумя швами къ брюшной стѣнкѣ. Выздоровленіе. Случай этотъ интересенъ по трудности распознаванія.

Saks (8) сдѣлалъ сообщеніе въ Лодзьскомъ Врачебномъ Обществѣ, представляющее собою монографію о гоннорее у женщинъ съ точки зрѣнія бактериологической и клинической, на основаніи новѣйшихъ работъ, предпринятыхъ *Bumm*омъ, *Döderlein*омъ, *Mastowski*мъ, *Gotschalk*омъ, *Wertheim*омъ и мн. др., которыя появились въ послѣдніе 2 года.

Krakow (9) сообщаетъ изъ отдѣленія д-ра *Neugebauer*'а случай выворота матки, продолжавшійся 16 мѣсяцевъ, вылѣченный по способу *Fries-Bockendhal*'я т. е. расширеніемъ влагалища и вызываніемъ продолжительнаго давленія на вывернутую матку, помощью кольнейринтера наполненнаго водою. Леченіе продолжалось 10 дней. Количество воды употребленной на наполненіе пузыря въ первый день равнялось 250 грам. и постепенно было повышаемо до 550 грам. Виравленіе наступило самостоятельно при сильной боли.

Saks (10), заинтересованный работой *Hertogh'a*, сообщением *Roberta Bella* въ British Medical Society и статьей *Jonin'a* въ *Abeille Medicale* о хорошихъ результатахъ отъ тиреоидина полученныхъ ими при страданіяхъ матки и особенно *Hertogh'омъ* при различныхъ видахъ маточныхъ кровотеченій, назначилъ его въ 2 случаяхъ часто являющихся кровотеченій изъ матки на почвѣ катарра ея и перегиба назадъ, въ 2 случаяхъ *menorrhag'ia*, въ одномъ случаѣ кровотеченія послѣ выкидыша, въ одномъ случаѣ обильныхъ регулъ, въ 2 случаяхъ кровавыхъ выдѣленій изъ матки, бывшихъ въ зависимости отъ недостаточной инволюціи ея послѣ родовъ и, наконецъ, въ одномъ случаѣ кровотеченія, вслѣдствіе рака влагалищной части, не подлежавшемъ операциі—безъ хорошаго результата. Въ одномъ случаѣ *dysmenorrhoeae* ближайшіе регулы послѣ употребленія 20 пластинокъ по 0,3 были безболѣзненны, при слѣдующихъ-же были снова боли. Эти результаты, полученные послѣ употребленія значительнаго количества тиреоидина въ отдѣльныхъ случаяхъ (отъ 20—70 пластинокъ англійской фирмы *Burroughs Wellcome et Com.*) ясно доказываютъ, что панацеи на различныя страданія не существуетъ.

Warszawski (11) описываетъ случай правой трубноматочной промежуточной беременности (*Graviditas tubo-uterina seu interstitialis dextra*) наблюдавшейся въ отдѣленіи д-ра *Neugebauer'a*, имѣ-же оперированной и демонстрированной въ засѣданіи Варшавскаго Общества Врачей 27 Апрѣля 1897 года. Больная 30 лѣтъ, 7 лѣтъ замужемъ, разъ родила, 5 лѣтъ т. назадъ, доношеннаго ребенка, 4 мѣсяца назадъ больная снова забеременѣла; мѣсяць т. наз. послѣ поднятія тяжести внезапно заболѣла при чемъ выступили явленія коляпса, малокровія и начинающаго перитонита. Послѣ соотвѣтствующаго лѣченія, состояніе больной поправилось, но съ того времени она жалуется на сильную боль въ правой сторонѣ живота. Поступила въ больницу съ слегка повышенной температурой. Д-ръ *Neugebauer*, при изслѣдованіи подъ наркозомъ, нашелъ опухоль лежащую въ правой половинѣ таза, въ косомъ положеніи, въ направленіи кнаружи и кверху до высоты пупка, матка находилась какъ-бы въ *lateroretroversione dextra* и была пуста, какъ то показывалъ зондъ, введенный въ нее въ этомъ направленіи на 9 см. Величина матки соотвѣтствовала болѣе или менѣе 8 недѣльной беременности. Такъ какъ опухоль прилежала тѣсно къ боковой стѣнкѣ матки и невозможно было ощупать борозды, соотвѣтствующей выходу *lig. rotundi*, отдѣляющей тѣло матки отъ опухоли (беременной трубы), а также

вслѣдствіе задержанія регулъ на $3\frac{1}{2}$ мѣсяца, ціаноза влагалища и маточной шейки, усиленной пульсациі въ сводахъ влагалища, то *Neugebauer* допускалъ, что имѣется двурогая матка съ беременностью въ правомъ рогѣ. Опасаясь, чтобы опухоль не лопнула, а также вслѣдствіе воспалительныхъ явленій и болей, *Neugebauer* произвелъ coeliotom'ію. На первый взглядъ казалось, что матка, находившаяся въ состояніи беременности, лежала косо, но такъ какъ прикрѣпленіе лѣвой трубы находилось ниже въ полости малаго таза, а прикрѣпленіе правой трубы вверху подъ основаніемъ опухоли въ большомъ тазу, пришли къ заключенію, что предположенная беременность существовала не въ полости матки, а въ правомъ маточномъ рогѣ, именно въ той части трубы, которая проходитъ въ маточной стѣнкѣ, т. е. беременность была промежуточная (*gravid. interstitialis*). Вверху по правой сторонѣ существовало старое сращеніе опухоли съ сальникомъ; оно перерѣзано между лигатурами, а опухоль вмѣстѣ съ маткой выведены наружу чрезъ брюшную рану. На маточную шейку наложенъ эластическій шнуръ и произведена ампутація *uteroovagica*. Культи прижжена *Racquelin*'омъ и вшита въ нижній уголъ брюшной раны, а затѣмъ брюшная рана зашита. Операция была непродолжительна и безъ потери крови. По истеченіи 3 недѣль больная выписалась здоровой изъ больницы.

При разрѣзѣ зыблущейся опухоли (на препаратѣ) вылилось около 60 граммовъ прозрачной жидкости, желтоватой и виднѣлся плодъ $3\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ совершенно свѣжій, погибшій во время операции, вѣроятно по наложеніи эластическаго шнура. Послѣдъ закрываетъ маточное отверстіе трубы. На задней поверхности опухоли подсыворочное кровоизліяніе, какъ послѣдствіе травмы, которой больная подверглась за мѣсяць. Въ правомъ яичникѣ *corpus luteum* существующей беременности, лѣвый яичникъ малый, оба здоровы. Лѣвая труба имѣетъ 15 *cm.* длины, часть правой трубы не занятой беременностью проходима для зонда на 10 *cm.* въ длину, въ остальной же ея части помѣщалось яйцо. Стѣнки опухоли т. е. трубы въ ея беременной части такъ истончены, что въ каждую минуту могли лопнуть. Наибольшая окружность опухоли въ мѣстѣ прикрѣпленія трубы равнялась 28 *cm.*, а наибольшій косой размѣръ опухоли 17 *cm.* Полость ампутированной матки имѣетъ 7 *cm.* длины. Обхожу молчаніемъ замѣчанія автора относительно классификаціи внѣматочной беременности,¹ трудности распознаванія промежуточной беременности и предсказанія, такъ какъ это вещи извѣстныя.

Boryssowicz (13), въ засѣданіи Варшавскаго Общества Врачей, 22 Іюня 1897 года, сдѣлалъ сообщеніе о пластикѣ при суженіи канала шейки и внутренняго зѣва матки. Замѣтивъ въ началѣ сообщенія, что суженію чаще всего подвергается наружный зѣвъ матки, гораздо рѣже каналъ шейки и внутренній зѣвъ и что симптомы суженія, будетъ ли оно врожденнымъ или приоб- рѣтенымъ (послѣ травмы, воспаленія и т. п.), одни и тѣ же, авторъ описываетъ способъ *Vullic'a*, который по его мнѣнію не имѣетъ будущности. *Boryssowicz* употребляетъ при расширеніи шейки и внутренняго зѣва способъ *Rosner-Mars'a* расширенія наружнаго зѣва, описанный въ *Przeglądъ Lekarsk'omъ* 1897 года (рефератъ въ „Журн. Акуш. и Ж. бол.“), основывающійся на выкраиваніи и вшиваніи боковыхъ лоскутовъ. *Boryssowicz* выкраиваетъ съ боковъ влагалищной части лоскуты, затѣмъ разрѣзываетъ влагалищную часть до основанія пополамъ и вшиваетъ въ расщепленный каналъ шейки матки лоскуты т. образомъ, что вкалываетъ большую иглу *Hagedorn'a* съ кетгутовой ниткой съ узломъ въ верхушку лоскута и проколовши мышцу шейки на высотѣ внутренняго зѣва проводитъ иглу наружу до боковаго свода влагалища. При потягиваніи за нитку, узелъ на ея концѣ поднимаетъ лоскутъ на высоту внутренняго зѣва. Теперь перерѣзываютъ двойную нитку и оба перерѣзанные конца связываютъ между собою или на полоскѣ іодоформенной марли, а внутрь канала вводятъ полоску іодоформенной марли, которая прижимая лоскуты способствуетъ ихъ приростанію. Если значительная длина канала шейки не позволяетъ пришить лоскуты, *Boryssowicz* совѣтуетъ протянуть нитку черезъ верхушки обоихъ лоскутовъ и на ея концахъ завязать узелки такъ, чтобы часть нитки между обоими верхушками имѣла 4—5 см. Эту нитку помѣщаютъ на маточнозъ зондѣ покрытомъ соотвѣтственно толстой полоской іодоформенной марли, которая вмѣстѣ съ ниткой вводится въ каналъ шейки матки. На края ранъ у основанія лоскутовъ накладываютъ по 2 шва съ каждой стороны. Іодоформенная марля остается въ маткѣ 3 дня. (Реф. не видитъ разницы между способами *Rosner-Mars'a* и *Boryssowicz'a*; разница развѣ та, что шовъ укрѣпляющій лоскуты, описанный *Boryssowicz'емъ* (*sutra internodosa*), болѣе легкій и вмѣстѣ съ тѣмъ прочнѣе укрѣпляетъ въ данномъ мѣстѣ лоскутъ).

Kosminski (14) совѣтуетъ съ цѣлью обезпеченія родильницы отъ заноса болѣзнетворныхъ организмовъ изъ влагалища въ матку, при нѣкоторыхъ акушерскихъ операціяхъ, производимыхъ

въ маткѣ, а именно при *excerebratio* или при раззятіи плода на части, дѣлать таковыя послѣ введенія широкаго ложкообразнаго зеркала на заднюю стѣнку влагалища и фиксированіи головки и зѣва матки помощью длинныхъ пинцетовъ. Такимъ образомъ операція производится подъ контролемъ глаза, не вводя руки въ матку до тѣхъ поръ, пока головка будетъ пробита ножницами *Negele* и опорожненная ложкой будетъ низведена въ полость таза; тогда зеркало удаляется и операція оканчивается какъ обыкновенно. Такимъ-же образомъ подъ контролемъ глаза оперируютъ въ запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ, гдѣ нужно сдѣлать *evisceratio* плода. Зеркало закладывается тогда косо въ направленіи ягодицъ плода. Вся операція продолжается короче чѣмъ при другихъ способахъ, безъ риска поранить мягкія части роженницы. Этимъ способомъ авторъ произвелъ 4 раза *evisceratio*, 5 разъ *excerebratio*, операція продолжались maximum 20 и minimum 10 минутъ. Послѣродовой періодъ всегда былъ нормальный.

Silberstein (15) описываетъ трудности оперированія, случающіяся при нетипическихъ запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ, которыя наступаютъ въ то время, если существуетъ не косое положеніе, но чисто поперечное, вслѣдствіе чего матка при извѣстныхъ условіяхъ растягивается сильно въ нижнемъ отрѣзкѣ въ поперечномъ направленіи, а сокращеніе дна матки остается почти безъ вліянія. Случаи эти чаще всего ведутъ къ разрыву матки. Исходъ въ такихъ случаяхъ тройкій: 1) поворотъ, весьма трудный, въ глубокомъ наркозѣ; 2) *evisceratio* плода при тяжелыхъ условіяхъ, если поворотъ невозможенъ, не смотря на наркозъ; 3) въ рѣдкихъ случаяхъ когда ни то, ни другое не выполнимо-кесарское сѣченіе. Авторъ производилъ *evisceratio* съ зеркаломъ *Simon*'а подъ контролемъ глаза, захватывая длиннымъ пинцетомъ тѣ части плода, которые должны были быть перерѣзаны. Авторъ прилагаетъ изъ собственной практики случай, въ которомъ, дѣлая поворотъ, употребилъ цѣлый часъ на то, чтобы дойти до ножки и низвести ее во влагалище и не смотря на это послѣродовой періодъ прошелъ нормально; а также другой случай, въ которомъ, не будучи въ состояніи ни произвести поворотъ, ни *evisceratio*, съ согласія больной, произвелъ кесарское сѣченіе съ смертельнымъ исходомъ.

Chodakowski (16) описываетъ случай операціи приобретенной *hematometr'a*, удаленной помощью *laparohysterotomiae partialis* въ клиникѣ проф. *Феноменова* въ Казани. Крестьянка 29 лѣтъ

послѣ долгопродолжавшихся первыхъ родовъ, бывшихъ 5 лѣтъ тому назадъ, получила пузырьно-влагалищную фистулу, которая въ 6 недѣль послѣ родовъ была оперирована въ тойже клиникѣ, гдѣ было сдѣлано colporcleisis. Съ этого времени регуль не имѣла, но во время, въ которое они должны были появиться чувствовала въ нижней части живота боли, продолжавшіяся нѣсколько дней. Въ послѣднее время чувствуетъ сильныя спазмодическія боли въ нижней части живота, увеличивающіяся съ каждымъ днемъ, напирание въ прямой кишкѣ, боли въ крестцѣ и рѣзъ при мочеиспусканіи. Изслѣдованіе живота показываетъ опухоль мало подвижную, упругую, плотную, выполняющую всю полость малаго таза. Опухоль эта имѣетъ въ срединѣ на своей вершинѣ, на 2 пальца надъ лоннымъ соединеніемъ, другую опухоль меньшихъ размѣровъ, болѣе твердую чѣмъ первая, и имѣетъ съ ней несомнѣнную связь, а своимъ видомъ напоминаетъ увеличенную матку. Влагалище представляетъ короткій (1,5 cm.) слѣпой мѣшекъ, образованный изъ стѣнокъ влагалища и искусственной перегородки (colporcleisis), на которой замѣчается рубецъ въ поперечномъ направленіи. Перегородка не выпячивается, а наоборотъ—нѣсколько втянута. Комбинированное изслѣдованіе, ввиду сильно укороченнаго влагалища было невозможно. Черезъ rectum можно было прощупать нижній отрѣзокъ упомянутой, упругой, совершенно неподвижной опухоли. На основаніи изслѣдованія и анамнеза можно было утверждать, какъ полагаетъ авторъ, что имѣлось дѣло съ маткой растянutoй преимущественно въ нижнемъ отдѣлѣ кровью, накопившеюся въ теченіи ряда лѣтъ (отъ родовъ) т. е. имѣлось дѣло съ haematometra. Такъ какъ образовать оттокъ накопившейся крови въ маткѣ было, по автору, въ этомъ случаѣ невозможнымъ, вслѣдствіе искусственнаго зарощенія (colporcleisis), то рѣшено сдѣлать радикальную операцію путемъ чревосѣченія. По вскрытіи брюшной полости, круглыя связки, трубы и сѣмянныя артеріи на обѣихъ сторонахъ перевязаны и перерѣзаны, затѣмъ на передней поверхности матки сдѣланъ продольный разрѣзъ въ 2 cm., черезъ который вышло много сгущенной крови; разрѣзъ увеличенъ до 5 cm., чтобы дать возможность болѣе скорому и полному опорожненію матки; послѣ этого операторъ разрѣзомъ поперечнымъ на 1 cm. ниже продольнаго, отрѣзалъ верхнюю часть матки. Оставшуюся культю вшилъ въ нижнюю часть брюшной раны. Культя эта содержала полость, которая на 13 день послѣ операціи представлялась въ видѣ канала въ 8 cm. длины, суженнаго кверху (на разстояніи 5 cm.), изъ

котораго выдѣлялось болѣе слизистое чѣмъ гнойное отдѣленіе. Авторъ полагаетъ, что если-бы полость въ этой культѣ не закрылась, (съ этимъ расчетомъ культя была вшита въ брюшную рану), то можно этотъ недостатокъ исправить, разрушивъ слизистую оболочку, выстилающую каналъ полости или средствами прижигающими, какъ *t-ra jodi*, *ferr. sesquichlor.*, или выскабливаніемъ ее острой ложечкой или посредствомъ горячаго пара. (Случай этотъ я реферировалъ такъ распространенно и на сколько возможно подробно съ цѣлью показать: 1) что мы не имѣли тутъ дѣло съ *haematometra*, а только съ *haematocolpos* съ послѣдующимъ расширеніемъ наружнаго зѣва и шейки матки; 2) что оперативный способъ, употребленный въ данномъ случаѣ не имѣетъ ни малѣйшаго основанія, такъ какъ лишивъ женщину вполне здороваго органа, онъ сдѣлалъ ее калѣкой на всю жизнь. Молодая женщина 24 лѣтъ, вслѣдствіе трудныхъ долго продолжающихся родовъ, пріобрѣтаетъ пузырьно-влагалищную фистулу, отъ которой излѣчивается помощью *colpocleisis* въ нижней части влагалища. Впродолженіе 5 лѣтъ мѣсячныя крови не отходятъ наружу (не выходятъ также черезъ мочевой пузырь, такъ какъ на это не имѣется указанія, мочу-же испражняетъ нормально черезъ мочеиспускательный каналъ), но собираются въ верхней части влагалища, такъ какъ въ самой шейкѣ матки, во внутреннемъ и наружномъ зѣвѣ препятствія нѣтъ. По истеченіи извѣстнаго времени во влагалищѣ образовалась кровяная опухоль, которая встрѣтивъ препятствіе въ нижней части влагалища, съ каждой новой частью собирающейся крови растетъ вверхъ и какъ-бы кольцеобразно производитъ давленіе на влагалищную часть и наружный зѣвъ; такимъ образомъ влагалищная часть со временемъ укорачивается, исчезаетъ и маточный зѣвъ расширяется. Расширеніе это доходитъ до такой степени, что маточныя губы изглаживаются совершенно и составляютъ съ расширеннымъ влагалищемъ какъ-бы одинъ мѣшекъ выполненный сгустившейся кровью. Само-же тѣло матки, какъ и ея полость немного расширенная и выполненная нѣсколько кровью, сидитъ на верхушкѣ этой опухоли, образованной выше-сказаннымъ способомъ, какъ-бы куполь или шляпа. Въ описанномъ случаѣ этотъ способъ образованія опухоли имѣлъ мѣсто, слѣдовательно это былъ случай *par excellence haematocolpos*, а не *haematometra*, такъ какъ не было зарощенія ни наружнаго ни внутренняго зѣва матки, а слѣдовательно не было препятствія для выхода крови изъ полости матки, что и есть необходимое условіе при *haematometrѣ*. Что-же касается операціи, то авторъ

полагаетъ, что она была невозможна чрезъ влагалище вслѣдствіе искусственнаго зарощенія. Какія-же вообще причины вызываютъ haematom'y въ женскомъ родовомъ каналѣ, если не зарощенія? а atresia hymenalis или vaginalis, или также наружнаго или внутренняго зѣва матки не есть зарощеніе? Будетъ-ли зарощеніе врожденнымъ или приобрѣтеннымъ это большею частью безразлично; во всякомъ случаѣ приобрѣтенное зарощеніе, какъ въ данномъ случаѣ, гораздо легче для устраненія и даже вторичное образованіе мочеузырной фистулы не служитъ противопоказаніемъ къ устраненію зарощенія. Не хочу доказывать, что благодаря этому скопленію крови во влагалищѣ могли образоваться изъ фибрина крови соединительно тканныя перепонки, которые, такъ сказать, закрыли свищъ; лучшимъ доказательствомъ такого взгляда служить тотъ фактъ, что изъ канала вшитой въ брюшную рану культи, которая была ничѣмъ инымъ какъ влагалищемъ, не выходила моча. Послѣдняя непременно открылась-бы, если бы фистула существовала далѣе. Что вшитая въ брюшную рану культи была влагалищемъ наглядно доказываетъ длина полости въ ней заключенной, которая уже послѣ сморщиванія влагалища, на 13 день послѣ операціи, имѣла 8 cm. т. е. длину влагалища, а также слизистое выдѣленіе. Поэтому я полагаю, что болѣе соотвѣтственной въ данномъ случаѣ операціей было бы устраненіе зарощенія влагалища, именно colpocleisis, удаленіе изъ расширеннаго влагалища и маточной шейки свертковъ, а еслибы затѣмъ оказалось, что пузырно-влагалищная фистула продолжаетъ существовать, опять закрыть ее, хотя-бы тѣмъ-же способомъ, который проф. Феноменовъ описалъ въ прошломъ году во „Врачѣ“ и „Przeglad'ѣ Lekarsk'омъ“. Такимъ образомъ молодая женщина не была-бы подвергнута такой тяжелой операціи, каковой, помимо асептики и антисептики, представляется coeliotomia, а вмѣстѣ съ тѣмъ она-бы не лишилась матки, органа играющаго весьма важную роль въ жизни женщины. Реф.).

Switalski (17), основываясь на трехъ случаяхъ hydrocoephalus, которые онъ наблюдалъ во время родовъ, изъ которыхъ въ двухъ было ягодичное положеніе, представивъ трудности встрѣчающіяся при распознаваніи этого болѣзненнаго состоянія, а также признаки позволяющіе допустить его существованіе, описываетъ еще одинъ признакъ, который считаетъ важнымъ при ягодичныхъ положеніяхъ, а именно: опредѣленіе флюктуирующей рѣзко ограниченной опухоли, тѣсно прилегающей къ стѣнкѣ матки въ верхней ея части, въ которой должна-бы лежать головка, при отсут-

ствіи въ маткѣ тѣла, имѣющаго правильныя формы головки. Два случая (ягодичные) окончились удовлетворительно, третій случай съ черепнымъ положеніемъ, доставленный въ клинику зараженнымъ, съ разрывомъ матки, не смотря на полную экстирпацию матки, окончился смертью.

Zasacki (18) описываетъ случай родильной лихорадки. На 4-й день болѣзни, при t^0 39,8, вырыснута 20 куб. цент. антистрептококковой сыворотки проф. *Буйвида*. Температура въ продолженіе послѣдующихъ семи дней колебалась между 38.6—39—39.5°. На 12-й день t^0 38.4, снова вырыснута 10 куб. цент. антистрептококковой сыворотки. Въ тотъ-же день вечеромъ t^0 поднялась—39.5°. Только на 24 день болѣзни t^0 начала падать и до 30 дня больше не поднималась. Во время лѣченія дѣлались промыванія матки, обертыванія тѣла, давались *coffein*, *strophant*. и 5—6 рюмокъ коньяку въ день. Авторъ, на основаніи вышесказаннаго случая, не можетъ прійти къ окончательному рѣшенію, была-ли дѣйствительна антистрептококковая сыворотка и не были-ли окончательный удовлетворительный результатъ слѣдствіемъ невосприимчивости организма къ гнойному яду, тѣмъ болѣе что случай касался особы, которая вслѣдствіе перенесеннаго кровотечения въ 3 періодѣ родовъ была очень малокровна, случай-же окончился благополучно, не оставивъ въ родовомъ каналѣ никакихъ слѣдовъ.

(Неоднократно я употреблялъ при родильной лихорадкѣ антистрептококковую сыворотку и не получалъ отъ нея никакихъ дѣйствительныхъ результатовъ. Лучшія результаты я получалъ при употребленіи спирта и средствъ возбуждающихъ дѣятельность сердца, а также при средствахъ потогонныхъ (*salipyrinum*), употребленныхъ въ самомъ началѣ болѣзни. Реф.).

Kosiminski (19) описываетъ весьма поучительные 3 случая промежуточной беременности (*graviditas interstitialis*), но въ дѣйствительности, соотвѣтственно дѣленію *Hennig'a*, беременности трубно маточной (*grav. tubo uterina*). Одинъ изъ этихъ случаевъ въ которомъ больная родила сама доношенный плодъ, окончился смертельно при явленіяхъ типической септицеміи, исходнымъ пунктомъ которой, какъ показала секція былъ кусокъ послѣда величиною въ бобъ, находившійся въ конически расширенной маточной части трубы. Послѣдъ у этой больной извлеченъ искусственно сейчасъ послѣ родовъ, вслѣдствіе сильнаго кровотечения и тогда авторъ убѣдился, что имѣлъ дѣло съ родами при трубноматочной беременности. Послѣдъ отдѣлившійся большей половиной, авторъ нашелъ на передней и лѣвой стѣнкахъ матки; отдѣляя

легко остатки послѣда отъ стѣнокъ матки и помогая снаружи рукой, вошелъ въ концѣ въ лѣвый рогъ матки въ расширеніе имѣющее конусообразную форму съ весьма тонкими стѣнками, къ которымъ кусокъ послѣда крѣпко приросъ. Такъ какъ отдѣленный уже послѣдъ затруднялъ дальнѣйшую операцію, то авторъ отдѣлилъ его отъ куска послѣда находящагося въ расширеніи и извлекъ отдѣльно. Введя снова руку въ матку, авторъ двумя пальцами достигъ до расширенія, медленно и осторожно отдѣлилъ остатокъ послѣда отъ тонкихъ стѣнокъ, но такъ какъ коническое расширеніе суживалось и не вмѣщало болѣе одного пальца, то ощущавшійся еще кусокъ послѣда, долженъ былъ быть оставленъ изъ боязни при насиліи разорвать тонкія стѣнки, образовавшія расширеніе. На 6 день послѣ родовъ больная начала лихорадить, на 7 день появилось обильное кровотеченіе. Тогда только автору удалось отдѣлить однимъ пальцемъ еще кусокъ разлагающагося, величиною въ сливу, послѣда и съ большимъ трудомъ вывести со дна расширенія, подозревая, что еще какія нибудь кусочки должны были тамъ остаться. Вскрытіе показало, что авторъ не ошибся. Другіе 2 случая касались трубноматочной беременности въ 5 мѣсяцѣ. Въ томъ и другомъ случаяхъ беременность была подъ наблюденіемъ и авторъ убѣдился, что когда было приступлено къ возбужденію выкидыша (таминація іодоформенной марлей матки и влагалища), то по появленіи сильныхъ болей двѣ находящіяся другъ около друга опухоли, которыя можно было ощупать, т. е. утолщеніе заключающее плодное яйцо и тѣло матки, какъ-бы начинали сливаться въ одну большую опухоль, а затѣмъ, что характерно, по мѣрѣ подвиганія aborti uterini, а слѣдовательно по мѣрѣ перехода плоднаго яйца въ полость матки, опухолевидная выпуклость, содержащая плодное яйцо, уменьшалась, а тѣло матки дѣлалось большимъ. Выводы автора относительно этихъ случаевъ весьма цѣнны и поэтому я ихъ повторю дословно: 1-е Беременность чисто трубно-маточная или промежуточная или тоже межстѣнная въ каждомъ періодѣ своего развитія и даже во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ опасна для больной. 2-е Изъ вышесказаннаго слѣдуетъ, что при такой беременности не слѣдуетъ выжидать, а дѣйствовать рѣшительно, сообразуясь съ какимъ видомъ беременности мы имѣемъ дѣло. 3-е Когда распознаемъ, что промежуточная беременность развивается съ предрасположеніемъ разрастаться въ направленіи брюшного устья трубы или между слоями мышцъ маточныхъ стѣнокъ, слѣдуетъ

произвести coeliotomiю, если же беременность развивается болѣе въ направленіи къ полости матки, то нужно испробовать расширить шейку матки, а затѣмъ войти пальцемъ въ полость ея и изслѣдовать, въ какомъ состояніи находится маточно-трубное устье, сокращается-ли оно также при вызовѣ сокращеній матки, вслѣдствіе расширенія шейки, такъ какъ, вызывая сокращенія матки, вызываемъ одновременно сокращенія гипертрофированныхъ стѣнокъ трубы, содержащихъ плодное яйцо. Если затѣмъ маточное устье трубы будетъ наиболѣе податливымъ мѣстомъ, если оно будетъ стремиться къ раскрытію, то плодное яйцо, вслѣдствіе сокращеній стѣнокъ трубы, будетъ поступать въ направленіи наименьшаго сопротивленія и такимъ образомъ, по расширеніи маточно-трубнаго устья, можетъ попасть въ полость матки, а затѣмъ быть выведено наружу. Такой исходъ промежуточной беременности наилучшій, потому что послѣ такого исхода родовыя части обыкновенно правильно возвращаются къ нормѣ; поэтому при промежуточной беременности удаленіе плоднаго яйца естественнымъ путемъ въ соотвѣтствующихъ случаяхъ должно быть наиболѣе рекомендовано. 4-е Принимая однако во вниманіе, что при появленіи сокращеній матки и стѣнокъ трубы можетъ наступить разрывъ ихъ и плодное яйцо можетъ попасть въ брюшную полость вмѣсто полости матки, то уже при началѣ расширенія шейки нужно быть приготовленнымъ на случай, если потребуются сдѣлать coeliotomiю. 5-е Въ тѣхъ случаяхъ, когда беременность сначала развивалась какъ промежуточная, а въ дальнѣйшемъ теченіи по мѣрѣ развитія перешла въ маточную и дошла до конца, если даже роды прошли нормально, необходимо непосредственно послѣ родовъ весьма тщательно изслѣдовать полость трубы, образующую коническое расширеніе, въ которомъ плодное яйцо первоначально развивалась, не осталось-ли въ расширеніи какого нибудь куска послѣда, а въ случаѣ если-бы его не возможно было достать, то, не откладывая, сдѣлать полную экстирпацию матки черезъ влагалище вмѣстѣ съ соотвѣтствующей трубой и такимъ образомъ предохранить роженицу отъ несомнѣнно грозящаго ей зараженія и смерти. 6-е По удаленіи плоднаго яйца, слѣдуетъ затампонировать полость матки и расширеніе трубы іодоформенной марлей, а затѣмъ постепенно удалять ее настолько, насколько она подъ вліяніемъ маточныхъ сокращеній будетъ выталкиваться во влагалище.

Neugebauer въ 1897 г. издалъ трудъ подъ заглавіемъ „Die Fremdkörper des Uterus“, заключающій описаніе 550 отдѣль-

ныхъ наблюденій инородныхъ тѣлъ въ маткѣ. Настоящія работы (4, 20, 21) представляютъ выводы этой казуистики. Рефирировать ихъ невозможно, но нужно быть благодарнымъ многоуважаемому товарищу *Neugebauer* у за то, что онъ взялъ на себя такую кропотливую работу и удивляться нужно той старательности съ какою она выполнена. Что такія работы имѣютъ громадное научное значеніе не подлежитъ сомнѣнію, такъ какъ коллективное сопоставленіе ихъ ведетъ къ заключенію, какимъ наиболѣе соотвѣтствующимъ образомъ слѣдуетъ поступать въ каждомъ данномъ случаѣ. Такимъ образомъ, товарищъ *Neugebauer* въ первомъ своемъ трудѣ (4) приходитъ къ правильному взгляду, что при задержаніи головки въ маткѣ не слѣдуетъ спѣшить съ ея освобожденіемъ *par force*, но нѣкоторое время выжидать, не преодолѣтъ-ли сама природа препятствія и не наступитъ-ли изгнаніе головки, въ противномъ случаѣ слѣдуетъ поступить согласно правиламъ науки т. е. извлечь головку соотвѣтствующимъ инструментомъ послѣ уменьшенія ея объема. Трудъ (20) о кишечно-маточныхъ свищахъ есть первый, предпринятый въ этомъ направленіи. Описывая въ 1893 году случай кишечно-маточнаго свища мною оперированнаго, я напрасно искалъ въ новѣйшихъ руководствахъ какія нибудь соотвѣтствующія указанія и кромѣ монографіи *L. H. Petit*'а подъ заглавіемъ „*de l'anus contre nature iléovaginal et des fistules intestino-utérines 1883*“, въ которой упоминается объ этомъ уродствѣ, ничего болѣе найти не могъ. Поэтому работа *Neugebauer*'а должна служить къ тому, чтобы было обращено болѣе вниманіе на это страданіе какъ со стороны этиологіи, такъ и распознаванія, лѣченія и профилактики.