

16. *Switalski L.* (Krakow). О первичномъ развитіи рака въ фиброміомѣ и о связи происходящей между фибромой и ракомъ матки, № 6, 7 и 8.
17. *Mars A.* (Krakow). Къ вопросу объ обезгниливаніи при родахъ и гинекологическихъ операціяхъ, № 8, 9, стр. 89; 104.
18. *Mars A.* (Krakow). О профилактикѣ родильной лихорадки въ заведеніяхъ назначенныхъ для цѣлей учебныхъ, № 14; 15, стр. 163; 177.
19. *Hojnacki* (Lwow). Къ вопросу объ оперативномъ расширеніи наружного зѣва и шейки матки № 17, стр. 200.
20. *Oswiecimski* (Katowice). Къ вопросу о лѣченіи болѣзнейныхъ мѣсячныхъ. (*Dysmenorraca*), № 19, стр. 224.
21. *Chrzaczewski* (Sambor). Каловой свищъ слѣпой кишкѣ, произошедший отъ давленія окломаточного выпота. Самоизлеченіе, № 24, стр. 293.
22. *Starzewski* (Tarnow). О профилактикѣ раневой и родильной лихорадки, № 25; 26, стр. 304 и 317.

#### **245. F. Nowiny Lekarskie.**

23. *Gantkowski* (Witkow). Случай не симетрично съуженного таза и случай плоскаго таза вслѣдствіе костнаго рубца на лонномъ соединеніи у родильницѣ, № 1, стр. 7.

*Neugebauer* (1) Въ видѣ продолженія работы написанной въ 1897 году въ „Gazetѣ Lekarskой“ даетъ еще 10 наблюдений собранныхъ имъ о томъ же предметѣ.

*Finkelkraut* (2) указавъ на работы *Михнова*, *Schautа* и *Wartmann'a*, переходитъ къ описанію случая разрыва влагалища во время совокупленія, бывшаго подъ наблюденіемъ въ отдѣленіи реферирующей. Больная 40 лѣтъ, по ея словамъ прошлою ночью была изнасилована 26 лѣтнимъ здоровымъ мужчиной. Сильное кровотеченіе. Разрывъ находится на задней стѣнкѣ влагалища при переходѣ ея въ лѣвую и продолжается въ глубину до заднаго свода, который не разорванъ. Стѣнки влагалища мало эластичны, вялы, своды низки, вообще половые органы имѣютъ видъ какъ при *atrophia senilis*. Кетгутовый шовъ на рану влагалища. Тампонъ. Выздоровленіе. Въ своемъ заключеніи авторъ обращаетъ вниманіе на то, что механическія причины, дѣйствующія въ каждомъ данномъ случаѣ, нельзя подвести подъ одинъ видъ; причины эти слѣдующія: 1) несоответствующее направленіе дѣйствующей силы производимой членомъ при совокупленіи, 2) недостаточное развитіе влагалища или рыхлость его стѣнокъ, бывающія при старческой атрофіи; 3) несоответствующее отношеніе

въ развитіи половыхъ органовъ у совокупляющихся 4) бурное совокупленіе при сильномъ возбужденіи и 5) по Варману: усиленное половое возбужденіе у женщины при продолжительномъ половомъ воздержаніи; при дѣйствіи этой причины, а также при возбужденіи со стороны мужчины стѣнкѣ влагалища грозить опасность двойной силы на нее направленной. Однако въ каждомъ данномъ случаѣ нужно принять одновременное дѣйствіе нѣсколькихъ дѣятелей.

*Stankiewicz* (3) въ продолженіи работы помѣщенной въ № 17 „Gazetы Lekarskой“ 1897 года (реф. въ „Журн. Акуш. и Женск. Бол.“ 1897 г. стр. 1495), основываясь на 2-хъ оперированныхъ имъ въ послѣднее время случаяхъ, приходитъ къ заключенію, что для излеченія пузырного свища вполнѣ достаточно только сшиваніе пузыря и что сшиваніе раны влагалища въ этомъ случаѣ есть вещь второстепенная. Въ своей работѣ авторъ подробно описываетъ способъ операціи и объясняетъ его хорошими рисунками.

*Olszewski* (4) разбирая статью д-ра *Silberstein'a* въ „Przegladѣ Lekarskому“ № 26 и 27 (реф. въ „Журн. Акуш. и Женск. Бол.“ 1897 г. стр. 265), обращаетъ вниманіе на способъ, употребляемый имъ при разрѣзѣ позвоночника плода (*spondilotomia*) при пооперечныхъ запущенныхъ положеніяхъ, рассматриваемый въ учебникахъ акушерства какъ послѣднее средство, но вѣрно и легко выполнимое, при которомъ извлеченіе плода всегда возможно.

*Warszawski* (5) перевелъ на польскій языкъ изъ работы *Neugebauer'a* подъ заглавиемъ „Fremdkörper im Uterus“ 14 случаевъ маточно-брюшно-стѣнныхъ свищей съ замѣчаніями автора въ нѣкоторыхъ случаяхъ и въ концѣ старается вывести изъ нихъ практическія указанія, этиологическіе моменты и указанія относительно лѣчебныхъ дѣйствій. Всѣ эти случаи собраны изъ литературы, одинъ даже д-ра *Савицкаго* есть письменное сообщеніе. По этому намъ кажется страннымъ и непонятнымъ заглавіе статьи: „Изъ гинекологического отдѣленія д-ра *Neugebauer'a* въ Евангелической больницѣ въ Варшавѣ“, такъ какъ въ такомъ случаѣ мы имѣемъ право требовать, чтобы хотя одинъ случай былъ прослѣженъ и описанъ самимъ авторомъ.

*Finkelkraut* (6) сдѣлалъ краткое описание 11 случаевъ внѣматочной беременности изъ гинекологического отдѣленія реферирующего, оперированныхъ послѣднимъ. Одинъ изъ нихъ кончился смертельнымъ исходомъ, причиною чего была запоздавшая операція, вслѣдствіе того, что больная долго не соглашалась на

операцио. Въ 10 случаяхъ было произведено чревосѣченіе, въ одномъ только, при осукивавшейся заматочной опухоли, вскрыть задній сводъ. Большая часть оперированныхъ была въ состояніи коллапса, безъ пульса. У одной больной найдена двусторонняя трубная беременность. Основываясь на своихъ случаяхъ и ссылаясь на статистику *Schaut'*ы и *Martin'*а, авторъ стоитъ за наиболѣйшее оперативное вмѣшательство при вибриматочной беременности, которое въ самыхъ отчаянныхъ случаяхъ сохраняетъ больную.

Работы *Neugebauer'*а (7, 11, 12) представляютъ собраніе случаевъ изъ старой и новой литературы, входящихъ въ области обозначенныя въ оглавлениі.

*Janczewski* (8) описываетъ изъ отдѣленія *Neugebauer'*а оперированый послѣднимъ случай вибриматочной беременности и демонстрированный въ обществѣ врачей въ засѣданіи 28 сентября 1897 года. Касается онъ женщины 38 лѣтъ, 5 лѣтъ замужней, родившей 2 раза нормально въ срокъ, послѣдніе роды  $2\frac{1}{2}$  года тому назадъ. Послѣдніе регулы, продолжавшіеся 3 дня, были 4 февраля 1897 года. 6 дней спустя появилось сильное кровотеченіе изъ матки, продолжавшееся съ перерывами 6 недѣль. Въ продолженіе всего этого времени больная чувствовала сильныя боли въ нижней части живота и крестцѣ. Животъ постепенно увеличивался, а въ половинѣ іюня больная почувствовала первыя движения плода; движения эти были весьма болѣзненны. Разпознана вибриматочная беременность. Такъ какъ больная не согласилась на операцио., то былъ назначенъ морфій въ довольно большихъ дозахъ ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  gr.); наконецъ не будучи въ состояніи болѣе переносить боли, больная 12 сентября поступила въ больницу. При изслѣдованіи въ вертикальномъ положеніи найдено: сильно отвисшій животъ (venter propendens) и расхожденіе прямыхъ мышцъ живота. Въ горизонтальномъ положеніи черезъ весьма мягкая брюшная стѣнка прощупывается плодъ въ косомъ положеніи, обращенный ягодицами къ лѣвой подвздошной впадинѣ, спинкой впередъ и влево, по правой сторонѣ прощупываются мелкія части плода, головка же не прощупывается. На высотѣ пупка ясно слышно сердцебіеніе плода. Изслѣдованіе вызываетъ сильныя движения плода, весьма болѣзненныя для больной. Влагалище синеватаго цвѣта, влагалищная часть разрыхлена, матка при комбинированномъ изслѣдованіи трудно прощупываема, немного увеличена, отклонена назадъ и въ правую сторону, зондъ входитъ въ этомъ направлениі на 11 cm. Изслѣдованіе X-лучами произ-

веденное д-ромъ *M. Brunner*'омъ осталось безъ результата относительно определенія присутствія плода. Операциі произведена 16 сентября. По разрѣзѣ брюшныхъ покрововъ по бѣлой линіи и брюшины, въ ранѣ показались ягодицы плода, который тотчасъ извлеченъ, а пуповина перерѣзана между двумя пинцетами. Въ брюшной ранѣ показалась часть послѣда, по этому отступлено отъ плана оставить послѣдъ для произвольнаго выдѣленія, а онъ отдѣленъ и вынутъ въ цѣлости при значительномъ кровоточеніі, остановленномъ давленіемъ, обкалываніемъ и перевязываніемъ кровоточащихъ мѣстъ. Послѣдъ былъ прикрепленъ къ задней поверхности мочеваго пузыря и передней поверхности матки, отклоненной назадъ и вправо и состоялъ изъ трехъ долей. Слѣды плоднаго мѣшка были только на краю послѣда и на передней стѣнкѣ живота, где сливались съ пристѣннымъ листкомъ брюшины. Правые прилатки матки безъ измѣненій, лѣвыхъ изслѣдоватъ хорошо нельзя было, такъ какъ они были покрыты воспалительными образованіями, доходившими до *flexura sigmoidae*.

Заложивъ мѣшокъ *Mikulicz'a*, доходившій до мѣста прикрепленія послѣда, брюшную полость зашили. Операциі продолжалась 30 минутъ. Извлеченный плодъ женскаго пола, живой, 8-ми мѣсячный, вѣсилъ 2950 gr., длина 47 cm., закричалъ по извлечению. Головка имѣла обезображеніе правой темянной кости, искривленіе носа на лѣво и удлиненіе въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ, какъ послѣдствіе прилеганія своей правой половиной къ позвоночнику матери. *Pes dexter varus, pes sinister valgus.* Ребенокъ черезъ 9 часовъ по извлечению умеръ, а вскрытие его показало ателектазъ легкихъ. Больная 10 ноября, съ небольшимъ свищемъ въ нижнимъ углу раны, выписалась изъ больницы. Въ замѣчаніяхъ къ этому случаю авторъ старается определить была ли тутъ первичная брюшная беременность или послѣдовательная и склоняется въ пользу втораго допущенія, основываясь также на новой работе *Wester'a*, не признающаго первичной брюшной беременности. Кроме того авторъ дѣлаетъ замѣчанія о жизнеспособности подобнымъ образомъ рожденныхъ дѣтей, о положеніи послѣда и объ образѣ дѣйствія съ нимъ при операциі. Вообще работа написана ясно и поучительно.

*Huzarski* (9) описываетъ случай кесарскаго сѣченія съ хорошимъ результатомъ для матери и плода, произведенаго у женщины 25 лѣтъ, беременной въ 4 разъ, у которой трое первыхъ родовъ окончились прободеніемъ головки живаго

плода. Авторъ наблюдалъ больную съ 7-го мѣсяца беременности, а приглашенный при появлениі родовыхъ болей, произвелъ операцио при зѣвѣ открытомъ на одинъ палецъ и цѣломъ плодномъ пузырѣ. Conjug. diag. равнялась 7 ctm., C. externa 15 ctm., C. vera слѣдовательно вычислена въ  $5\frac{1}{2}$  ctm. Разрѣзъ матки проведенъ черезъ дно и переднюю стѣнку; ребенокъ живой, женского пола, 48 ctm. длины, немедленно извлеченъ, а затѣмъ вынутъ и послѣдъ сидѣвшій въ днѣ матки. На надвлагалищную часть до вскрытия матки наложенъ эластичный жгутъ, а передъ зашиваніемъ вприснутъ эрготинъ. Матка зашита 9 глубокими швами, захватывающими всю толщу стѣнки вмѣстѣ съ отпадающей оболочкой и 9 поверхностными швами, захватывающими брюшину и тонкій мышечный слой. Брюшная стѣнка зашита 10 глубокими швами и столкими же поверхностными. Всѣ швы шелковые. Вообще операция была произведена при наилучшихъ условіяхъ, такъ какъ больная до операциіи была изслѣдована одинъ разъ чрезъ влагалище. Въ послѣ-операционномъ періодѣ отмѣчены на 2-й и 3-й дни послѣ операциіи сильные послѣродовыя боли, для устраниенія которыхъ данъ былъ морфій. Выдѣленія кровянистые. Вечерняя  $t^0$  на 3-й и 4-й дни  $37,8^0$ , а на 5-й день вечеромъ  $38,2^0$ , чemu причиною было нагноеніе въ мѣстахъ укововъ 3-хъ первыхъ швовъ; на 11 день  $t^0$  поднялась сразу съ  $37^0$  утромъ до  $38,8^0$  вечеромъ, на 12 день такое же повышение, при чёмъ больная съ утра жаловалась на боль въ задней поверхности голени, а вечеромъ на боль выше колѣна. Прощупывалось уплотненіе венъ и отекъ конечности. На 13 день вечерняя  $t^0$  дошла до  $39^0$ . Съ этого времени  $t^0$  постепенно понижалась и наконецъ на 18-й день дошла до нормы. 5 недѣль послѣ операциіи найдено: своды влагалища вытянуты вверхъ, влагалищная часть мала, маточный зѣвъ имѣть форму розетки, находится за лоннымъ соединеніемъ; дно матки надъ лоннымъ соединеніемъ, матка на незначительномъ протяженіи срослась съ нижней частью брюшного рубца; параметріи свободны. Въ заключеніи авторъ замѣчаетъ, что phlebothrombosis не было частичнымъ проявленіемъ общаго зараженія, а было вызвано недостаточнымъ обратнымъ развитиемъ матки, проявившимся продолжительнымъ кровотеченіемъ. Непродолжительность лихорадки говорить также, по мнѣнию автора, за мѣстное зараженіе, а о какомъ нибудь воспалительному заболѣванію около матки также не можетъ быть рѣчи, ввиду отсутствія маточныхъ болей и отсутствія воспаленія въ соединительной ткани около

матки. Въ концѣ авторъ дѣлаетъ собственные выводы объ употреблении эластического жгута, направленіи маточнаго разрѣза и швѣ матки. Замѣчанія не имѣютъ достаточнаго основанія, такъ какъ основываются на одномъ случаѣ.

*Wrzesniowski* (10) описываетъ случай огнестрѣльной раны беременной матки. Мужъ 34-хъ лѣтней больной, беременной въ 3-й разъ въ 8 мѣсяцѣ беременности, разбирая небольшой старый пистолетъ, заряженный дробью, нечаянно выстрѣлилъ и попалъ женѣ въ животъ. Больная почувствовала сильную боль въ животѣ, а не долго спустя черезъ кожную рану начало вытекать значительное количество кровянистой жидкости. Движенія плода прекратились. По дорогѣ въ больницу, куда больная прибыла въ 4 часа дня, была 2 раза рвота. Повязка смочена желтоватой жидкостью съ небольшимъ количествомъ крови. Въ брюшной стѣнкѣ по правой сторонѣ на 3 пальца ниже пупка и на два отъ 1. alba имѣется круглая рана съ диаметромъ въ малый палецъ, изъ которой торчитъ часть сальника. Кожа кругомъ раны обожжена и обсыпана сожженымъ порохомъ. Животъ увеличенъ соотвѣтственно беременности, не вздутий, но очень чувствителенъ при дотрогиваніи. Дно матки опущивается на 3 пальца надъ пупкомъ. При опущиваніи живота изъ раны вытекаетъ не большое количество серозно-мутной жидкости съ гнилостнымъ запахомъ. Пульсъ хороший 120,  $t^{\circ}$  38,3°. Больная кашляетъ и выбрасываетъ клейкую, плотную, слизисто-гнойную мокроту; въ правомъ легкомъ значительное количество хриповъ. Черезъ часъ по прибытии въ больницу начались правильныя родовыя боли. Рѣшено произвести кесарское сѣченіе по слѣдующимъ причинамъ: 1) по поводу огнестрѣльной раны беременной матки, 2) изліянія плодныхъ водъ черезъ рану матки въ брюшную полость, а черезъ брюшную рану наружу; 3) вслѣдствіе начинающагося воспаленія брюшины, 4) вслѣдствіе гнилостнаго разложенія излившихся водъ можно было допустить также прободеніе кишекъ и изліяніе содержимаго ихъ въ брюшную полость (что при операциіи не подтвердилось). При coelitom'ii (въ 7 ч. веч.) найдено: матка въ верхней части покрыта сальникомъ, увеличена соотвѣтственно 7 мѣсяцу беременности, кишки виднѣются надъ маткой и съ боковъ. На передней стѣнкѣ матки съ правой стороны отъ средней линіи и на 2 пальца ниже линіи, соединяющей маточные концы трубъ, находится рана съ неровными краями, слегка кровоточащими съ диаметромъ въ 5-й палецъ; изъ этой раны вытекаетъ мутная, серозно-кровянистая жидкость, имѣющая

щая гнилостный запахъ и содержащая пузырьки газа. По выведеніи матки наружу оказалось, что на задней стѣнкѣ ея раны нѣтъ, въ Дугласовомъ пространствѣ и между петлями кишечка находится значительное количество той же самой мутной, кро-вянистой, вонючей жидкости; серозная оболочка кишечка блѣстить и имѣеть сильно наполненные сосуды. По наложеніи эла-стического жгута и разрѣза передней стѣнки матки, извлечень мертвый плодъ вмѣстѣ съ плодными оболочками и послѣдомъ, изъ котораго выпали 4 дробинки № 1. Внутренняя поверхность задней стѣнки матки также оказалась нарушенной. Края огне-стрѣльной раны матки веретенообразно вырѣзаны въ границахъ здоровой ткани и защиты 3-хъ этажнымъ узловымъ, шелковымъ швомъ, также зашить и разрѣзъ матки. По очищеніи Дугласова пространства и кишечка, и заложеніи въ Дугласово пространство мѣшка Mikulicz'a, брюшныя покровы защиты 2-хъ этажнымъ швомъ. Судебно медицинское изслѣдованіе трупа плода, произ-веденное на 6-й день показало: на лѣвой сторонѣ между ниж-ними ребрами и гребешкомъ лонной кости находится въ кожѣ отверстіе съ неровными краями діаметромъ около  $\frac{3}{4}$  ctm. На пе-редней поверхности лѣвой половины грудной клѣтки, въ области 2 и 3 реберъ, въ кожѣ имѣются 3 отверстія, отстоящія другъ отъ друга на 1—2 ctm., величиною съ горошину. Въ лѣвой плеврѣ около 2-хъ ложекъ крови. Сердечная сорочка имѣеть непра-вильные разрывы вверху и внизу и наполнена кровью. Верхушка сердца размежжена и чрезъ отверстіе въ ней указательный палецъ входить въ лѣвый желудочекъ, гдѣ найденъ свертокъ за-конченной, разорванной и исписанной бумаги величиною въ фасоль. Оба предсердія размежжены. Въ брюшной полости значи-тельное количество свертковъ крови. Нижній край лѣвой доли печени размежженъ, подъ печенью найдена дробинка той же величины, что и въ послѣдѣ. Послѣ операционное теченіе лихо-радочное, осложнившееся сначала воспаленіемъ праваго легкаго въ нижней долѣ сзади; на 5-й день по удаленіи мѣшка Mikulicz'a пропитанного гноемъ, видно въ отверстіи значительное коли-чество гноя, послѣ промывки гноя видна полость величиною въ головку новорожденного ребенка, ограниченная сверху и съ бо-ковъ склеенными кишками; снизу видна матка, цѣликомъ погру-жающаяся въ полость; около шва на маткѣ сѣрый налетъ. Ниже отверстія сняты съ брюшной раны швы; края раны оказались не сросшимися. Чрезъ образовавшееся такимъ образомъ большое от-верстіе вся полость выполнена юдоформенной марлей. Нагное-

иie продолжалось далъе. На 10-й день при обильномъ нагноеніи вышли всѣ швы изъ матки, вся полость матки открыта и вы-  
полнена гноемъ. Дно матки захвачено 2 крѣпкими пинцетами съ  
двухъ сторонъ, выведено изъ брюшной полости и по наложеніи  
эластическаго жгута на шейку, тѣло матки отрѣзано, а остав-  
шуюся часть, по проведеніи чрезъ нее длинной иглы Bantock'a,  
укрѣпили въ ранѣ брюшной стѣнки. На днѣ ямы въ брюшной  
полости появляются грануляціи. Впослѣдствіи больная пере-  
несла воспаленіе средней доли праваго легкаго. Часть тѣла  
матки, оставшаяся надъ эластическимъ жгутомъ, отдѣлилась  
черезъ 3 недѣли послѣ перевязки. Полное заживленіе раны на-  
ступило спустя 11 недѣль послѣ первой операциіи и больная оста-  
вила больницу. Подозрѣніе на туберкулозъ не оправдалось.  
Полтора года спустя, больная заболѣла при явленіяхъ непрохо-  
димости кишечкъ, что при назначеніи соотвѣтствующихъ средствъ  
прошло. Теперь вполнѣ здорова. Итоги руя свой случай, авторъ  
высказываетъ мнѣніе, что причиной нагноенія и расхожденія  
швовъ на маткѣ было внѣдреніе гнойныхъ бактерій въ мышцу  
матки, микроорганизмы попали вмѣстѣ съ воздухомъ чрезъ брю-  
шную рану въ рану брюшины и вызвали гнилостное разложеніе  
плодныхъ водъ. По мнѣнію автора лучше было-бы сразу произ-  
вести ампутацію матки, а не кесарское сѣченіе.

*Warszawski* (13) описываетъ случай внѣматочной беременно-  
сти, межсвязочной, изъ отдѣленія д-ра *Neugebauer'a* оперирован-  
ный и демонстрированный послѣднимъ 5 и 19 Октября 1897 года  
въ Варшавск. Общ. Врач. какъ случай яичниковой беременности,  
при которой доношенный плодъ задержался въ теченіи 6 мѣся-  
цевъ въ лѣвой не лопнувшей трубѣ. Въ апрѣлѣ 1897 г. боль-  
ная Т. Ш. 33 лѣтъ, замужемъ 13 лѣтъ, обратилась въ больнич-  
ную амбулаторію и тамъ у нея распознана 8 мѣсячная беремен-  
ность съ косымъ положеніемъ плода, болями въ лѣвомъ *hypo-*  
*chondrium*'ѣ. Поувѣренію больной, она въ мартѣ мѣсяцѣ чувствовала  
движенія плода, прекратившіяся день т. назадъ. Въ маѣ у боль-  
ной появилось кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, продолжав-  
шееся недѣлю. Въ концѣ сентября больная снова поступила въ  
больницу и тогда собранъ слѣдующій анамнезъ. Первые регулы  
на 17 году съ болѣями, установились сразу черезъ 4 недѣли по  
4—5 дней. На первомъ году замужества регулы задержались на  
2 недѣли. 3 года т. назадъ произведено выскабливаніе матки по  
поводу катарра ея. Въ концѣ августа 1896 года регулы были  
меньше обычновеннаго, затѣмъ совершенно не появлялись больше

и появились признаки беременности. Движенія плода больная чувствовала отъ февраля до конца іюня 1897 года. Въ маѣ отходили какъ будто бы плодныя воды; ожидавшіеся роды не наступили, хотя родовыя боли появились въ концѣ іюня и продолжались 2 недѣли. Больная лежала въ кровати 10 дней. Въ половинѣ мая появились регулы, продолжавшіеся 2 дня и съ этого времени приходятъ ежемѣсячно, послѣдніе регулы 4 недѣли т. наз. (Анамнезъ не соотвѣтствуетъ амбулаторной книгѣ и пребыванію въ больнице). Наружное изслѣдованіе показало опухоль, доходящую на 2 cm. надъ пупкомъ и опускающуюся въ полость таза. Сердцебіеніе плода и маточный шумъ не слышны. Внутреннее изслѣдованіе показало: слизистая влагалища разрыхлена, лѣвый сводъ и Дугласово пространство заняты напряженной, эластичной опухолью, выполняющей и брюшную полость. Величина опухоли соотвѣтствуетъ 8-ми мѣсячной беременности маткѣ. Опухоль плотно прилегаетъ къ мало подвижной шейкѣ матки. Матка нѣсколько увеличена, въ anteflexio, отодвинута опухолью вправо. Зондъ показалъ, что полость матки пуста. Разпознаваніе гласило. „лѣвая межсвязочная беременность“ или „лѣвая трубная беременность съ мертвымъ плодомъ“ или „missed labour съ задержаніемъ плода въ одномъ рогѣ двурогой матки“. Во время coeliotomїи найдена опухоль темно красного цвѣта, величиною и формою напоминающая матку въ концѣ беременности, доходящая до подреберья и расходящающаяся въ стороны. Разрѣзъ передней стѣнки опухоли попалъ на послѣдъ. Въ полости опухоли найденъ мертвый плодъ, почти доношенный, женского пола и незначительное количество плодныхъ водъ. Стѣнки плодного мѣшка тонки и нѣсколько распавшіеся. Послѣдъ оплотнѣвшій вслѣдствіе бывшихъ измѣненій, вызванныхъ прекращеніемъ циркуляціи въ послѣдніе 6 мѣсяцевъ. Плодный мѣшокъ занималъ лѣвый параметрій, пространство Дугласа и крѣпко сросся съ задней поверхностью матки, flexura sigmoidea и частью съ colon descendens. Матка въ anteflexio, отодвинута на право и увеличена. Лѣвая труба на разстояніи двухъ цент. соединяла матку съ опухолью, остальная часть трубы терялась въ опухоли, а брюшной конецъ и лѣвый яичникъ терялись въ массѣ воспалительныхъ образованій и были не видимы. Лѣвая круглая связка находится между маткой и опухолью. Правые придатки нормальны. Перевязавъ свободную часть лѣваго яичника и вырѣзавъ верхнія  $\frac{2}{3}$  части плодного мѣшка, нижнюю часть мѣшка вшили въ нижній уголъ брюшной раны, выполнивъ его юдофор-

менной марлей. Брюшная рана зашита. Закрытие полости путем нагноения подвигалось быстро и больная через 6 недель послѣ операции выписалась изъ больницы со свищемъ, выдѣлившимъ гной. Въ своемъ заключеніи авторъ старается доказать, что здесь имѣлось дѣло съ лѣвой трубной беременностью или съ лѣвой межсвязочной беременностью. Вслѣдствіе отсутствія микроскопическаго изслѣдованія плоднаго мѣшка, вопросъ не разрѣшается опредѣленно, такъ какъ клиническая картина обоихъ выписаныхъ видовъ беременности почти одинаковая. Въ концѣ авторъ приводитъ случаи подобныхъ же беременностей, наблюдавшихся Schuchardt'омъ и Spiegelberg'омъ.

Jaworski (14) описываетъ т. наз. „врожденный недостатокъ матки“, который совсѣмъ назвать „недоразвитіемъ родового канала“, у особы 33 лѣтъ, замужней 12 лѣтъ. Случай этотъ ни чѣмъ ни отличается отъ другихъ, часто наблюдаемыхъ, подобныхъ аномалий развитія.

Mars (15), на основаніи описанныхъ случаевъ *kraurosis vulvae*, предполагая клиническую картину, патологическая измѣненія, этиологію и лѣченіе этого страданія, описываетъ собственное наблюденіе у женщины 62 лѣтъ, которая 4 раза родила и 3 раза выкинула. Послѣдніе роды 36 лѣтъ т. наз. Послѣ вторыхъ родовъ жженіе въ области наружныхъ половыхъ органовъ. 12 лѣтъ какъ наступилъ климактерій. 20 лѣтъ тому назадъ имѣла изъязвленія въ области наружныхъ половыхъ органовъ, о чёмъ опредѣленного ничего передать не можетъ. Послѣдніе 2 года обильныя бѣли, окрашенныя часто въ зеленый или грязный цветъ. Сначала ощущала покалываніе въ промежности, въ настоящее время—чувствство тяжести въ промежности, боль и натуживание при мочеиспусканіи и затрудненная ходьба вслѣдствіе ощущенія тяжести въ промежности. Мужъ больной послѣ 2-го ребенка перенесъ какую то венерическую болѣзнь. Кожа у входа во влагалище была розового цвѣта, ближе ко входу во влагалище—блѣдая пятна на подобіе перловой массы. На мѣстѣ клитора желобокъ, малыхъ губъ и слѣда нѣтъ. На нижней части лѣвой губы находится очень болѣзненное мѣсто величиною въ монету 2 талера, желтоватое, съ шероховатой поверхностью, на которой имѣется не большой струпъ, сухой, величиною въ горошину. Входъ во влагалище представляетъ открытую щель, въ которой вверху видно отверстіе мочеиспускательного канала, окруженнное нормальной слизистой оболочкой; тутъ же надъ нимъ проходитъ въ попечномъ направлении рѣзко обозначенная гра-

ница болѣзненно измѣнной ткани, ниже видна выпячивающаяся задняя стѣнка влагалища, измѣненная на подобіе кожи входа во влагалище. Болѣзненное измѣненіе оканчивается рѣзкой границей на верхушкѣ свода задней стѣнки влагалища. Входъ во влагалище не растяжимъ, слизистая влагалища на ощупь представляется грубой, подобной кожѣ, въ складку не захватывается. На верхней половинѣ передней стѣнки влагалища и въ переднемъ сводѣ выстоящая, плотная, не подвижная опухоль величиною въ сливу, въ верхушкѣ влагалища и заднемъ сводѣ плотная, твердая, не подвижная возвышенія. Влагалищной части, какъ таковой, отличить не удается. Густыя выдѣленія въ значительномъ количествѣ кровавы и грязны. Изслѣдованіе черезъ прямую кишку и брюшныя стѣнки показываетъ валикообразное и плотное влагалище, отвердѣвшее; въ верхушкѣ влагалища можно ощупать матку въ состояніи атрофіи. Трубы, яичники и круглые связки нормальны, а широкія связки у основанія не отечны. Разпознано *kraurosis vulvae*. Съ цѣлью діагностической вырѣзана изъ всей ширины нижней части входа во влагалище, по лѣвой сторонѣ, полоска кожи длиною въ 2 cm. и острой ложечкой добыты кусочки изъ опухоли, помѣщающейся на передней стѣнкѣ влагалища. Изслѣдованіе срѣзовъ этихъ кусочковъ показало плоскій ракъ. Въ виду общаго истощенія больной, авторъ отказался отъ показанной экстирпациіи всего влагалища и матки, какъ не предсказывающей ничего хорошаго для больной. Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ куска кожи изъ входа во влагалище показало значительно огрубѣвшій слой рогового эпителія, образованный плоскими клѣтками не содержащими ядра. *Stratum lucidum* не опредѣляется, *stratum granulosum* значительно развито. Мальпигіева сѣтка значительно шире чѣмъ въ здоровой кожѣ съ большими клѣтками, содержащими круглые, хорошо красящіяся ядра. Нижняя граница эпителія ровна и плоска, а вслѣдствіе этого *corium* не имѣетъ свойственныхъ ему сосочковъ, но также уплощено. Остатки сосочковъ въ видѣ весьма узкихъ полосокъ соединительной ткани внѣдряются высоко въ эпителій. Собственно кожа имѣетъ плотную волокнистую ткань, состоящую изъ толстыхъ волоконъ, плотно рядомъ лежащихъ и крѣпко между собою спутанныхъ.

Между эпителіальнымъ покровомъ и собственно кожей находятся въ ткани послѣдней параллельно эпителіальному покрову продольно расположенные полосы мелко-клѣточного инфильтрата, состоящаго изъ малыхъ круглыхъ клѣтокъ съ однимъ ядромъ,

расположенныхъ слоями. Инфильтраты эти опускаются ниже въ глубь кожи. Сосудовъ въ кожѣ немнога, мѣстами попадается потовая или сальная железка. Нервовъ и нервныхъ окончаний полное отсутствіе, а эластическихъ волоконъ очень мало. Въ нижнемъ слоѣ кожи между плотной соединительной тканью оказывается много разрѣзовъ пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, проходящихъ въ разныхъ направленіяхъ. Пучки представляются какъ бы уложенными въ сѣткѣ изъ соединительной ткани т. е. даются ясную картину новообразованія изъ гладкой мышечной ткани (*leomuota fibrosum*). Свой случай авторъ сравниваетъ, на основаніи макро и микроскопическихъ данныхъ, со случаями извѣстными въ литературѣ и обращаетъ вниманіе на присутствіе *leomuotu*, какъ на исключительность данного случая и высказываетъ предположеніе, что разростаніе гладкихъ мышечныхъ волоконъ выходитъ изъ гладкой мышечной ткани сосудовъ. Къ описанію микроскопического изслѣдованія кожи приложены соответствующіе рисунки.

*Switalski* (16) въ обширной работѣ, основываясь на соотвѣтствующей литературѣ и на основаніи 2-хъ случаевъ имъ основательно изслѣдованныхъ и описанныхъ, старается доказать, что существуетъ связь между саркомой, ракомъ и аденою матки и что послѣдня можетъ образоваться на почвѣ первыхъ. Работу реферию невозможно.

*Mars* (17) занимаясь въ своей клиникѣ вопросомъ о безгнилостномъ оперированіи во время производства акушерскихъ и гинекологическихъ операций во влагалищѣ и маткѣ, о чёмъ писалъ и *Kaminski* (реф. въ „Журн. Ак. и Ж. Бол.“ 1898 г.), полагаетъ, что современные способы обеззараживанія влагалища, при существующихъ въ немъ патологическихъ явленіяхъ и образующихся при нихъ бактеріяхъ, не достаточны. Вслѣдствіе этого онъ выдумалъ и заказалъ фирмѣ *Reithofera* въ Вѣнѣ компрессы съ рукавами изъ резины. Компрессы эти двоякаго рода: одни для цѣлей акушерскихъ съ большимъ отверстиемъ въ 12 см. и на столько широкимъ рукавомъ, что чрезъ него свободно проходила рука; другіе же—для цѣлей гинекологическихъ съ отверстиемъ въ 10 см. Рукава длиною въ 14 см. воронкообразны, имѣютъ вдѣтые на широкомъ концѣ, отходящемъ отъ компресса, тонкіе металлическіе кружки съ діаметромъ равнымъ отверстию компресса. На болѣе узкомъ концѣ рукава для цѣлей акушерскихъ такие же кружки съ діаметромъ въ  $8\frac{1}{2}$  см., а для цѣлей гинекологическихъ съ діаметромъ въ 6 см. Рукавъ вводится

во влагалище съуженнымъ концомъ, держа кружекъ снутри или снаружи и помѣщають кружекъ въ сводѣ такъ, чтобы онъ обнялъ влагалищную часть; кружекъ же помѣщенный въ широкомъ отверстіи не даетъ рукаву войти во влагалище; такимъ образомъ все влагалище покрыто резиновымъ рукавомъ, въ которомъ можно произвести гинекологическую операцию на влагалищной части матки, въ ея полости, а также вводить руку въ матку во время родовъ, наложить щипцы и т. д.

Употребляя эти резиновые компрессы съ рукавами, произведено въ клинике 17 операций: 3 поворота на ножки, 1 разъ наложены щипцы, 2 раза ручное отдѣленіе послѣда, 4 раза выскабливаніе матки въ случаяхъ гинекологическихъ, разъ произведено расширеніе съуженія наружнаго зѣва по способу *Rosner-Mars'a*, 2 раза произведено изслѣдованіе пальцами шейки матки послѣ родовъ, 1 разъ тампонация шейки матки съ цѣлью вызвать преждевременные роды, 1 разъ выскабливаніе матки послѣ родовъ. Авторъ рекомендуетъ этотъ приборъ въ частной практикѣ въ экстренныхъ случаяхъ, когда нѣть достаточно времени на обеззараживаніе половыхъ частей.

*Mars* (18), сравнивая полученные имъ результаты въ клинике въ Краковѣ съ такими же полученными *Hofmayer'om* въ Вюрцбургской клинике, приходитъ къ заключенію, что несмотря на не ограниченіе внутренняго изслѣдованія и не употребленіе противогнилостныхъ спринцеваній, но при строгомъ надзорѣ и педантизмѣ относительно обеззараживанія рукъ (по способу *Fürbringer'a*), обезпложиванія инструментовъ, перевязочныхъ средствъ и т. д. при общемъ сопоставленіи результатовъ изъ своего материала съ результатами изъ немецкихъ клиникъ полученныхъ *Hofmayer'om*, долженъ поставить свои результаты на 2 мѣстѣ послѣ *Hofmayer'a* относительно заболѣваемости, а при сопоставленіи смертности исчисленной на 10000 случаевъ на первомъ мѣстѣ предъ другими. Подробности реферировать невозможно.

*Hojnicki* (19) предлагаетъ новый способъ оперативнаго расширения наружнаго зѣва и канала шейки испробованный имъ на трупахъ. По низведеніи влагалищной части щипцами, вводится ножъ въ лѣвый уголъ наружнаго зѣва на  $1\frac{1}{2}$ —3 ctm. и надрѣзывается задняя губа перпендикулярно; такой-же разрѣзъ параллельный первому дѣлается и въ правомъ углу.

Каждый изъ этихъ двухъ надрѣзовъ, чѣмъ ближе къ наружному зѣву, тѣмъ глубже надрѣзываетъ заднюю губу, такимъ образомъ образуется треугольникъ съ основаніемъ кпереди. Раз-

рѣзы эти должны имѣть 6—10 миллиметровъ. Въ средину основанія этого треугольника вкладывается ножъ плоско, и вводя его параллельно оси канала шейки, соединяютъ предшествовавшіе 2 разрѣза—поперечнымъ. Другими словами отдѣляется слизистая оболочка шейки съ мышечной тканью на толщину 1—3 mm., оставляя такимъ образомъ лоскуту внутреннюю связь съ шейкой. Теперь вкалывается ножъ плоско ниже въ мѣстѣ окончанія перпендикулярныхъ надрѣзовъ и направляется косо къ прежнему надрѣзу поперечному: образуется клинъ, который извлекается пинцетомъ, а край передняго лоскута пришивается однимъ кетгутовымъ швомъ къ мыщѣ губы. Такимъ образомъ, наружный зѣвъ и каналъ шейки расширяются въ длину, а не въ ширину. Описаніе сопровождается подробными рисунками, операциѣ легко выполнима. (Реферирующей определила разъ по этому способу и уѣдился въ томъ, что существуетъ большая разница при оперированіи на трупѣ и живой. Прежде всего значительное кровотеченіе затрудняетъ операцию; во вторыхъ, вслѣдствіе жизненной сократительности тканей, расширенный т. образомъ зѣвъ, уже черезъ 8 дней послѣ операциї, снова возвращается къ первоначальной величинѣ.

*Oswiecimski* (20), при механической дисменореѣ, происшедшей вслѣдствіе активной или пассивной гипереміи матки, вслѣдствіе механическихъ затрудненій, какъ то: недоразвитія матки (*Hypoplasia*), съуженія шейки матки, *anteflexio* въ значительной степени, поступаетъ и совѣтуетъ поступать слѣдующимъ образомъ. Съ цѣлью расширения матки авторъ употребляетъ металлическіе расширители *Negar'a* начиная отъ самыхъ тонкихъ №№ и доходя постепенно до №, имѣющаго 12 mm. толщины. Когда шейка уже расширена на 10—12 mm., онъ оставляетъ расширитель этой толщины въ маткѣ и, поднявъ матку двумя пальцами лѣвой руки, введенной во влагалище, вверхъ, а большими пальцемъ придерживая расширитель, чтобы онъ не высокользнулъ изъ матки, правой рукой черезъ брюшные покровы производить въ теченіе 2—3 минутъ поглаживание и разминаніе матки, сидящей на расширителе. По удаленіи расширителя, закладывается во влагалище тампонъ съ ихтиолъ-вазогеномъ *Pearson'a*. Такой образъ дѣйствія имѣеть цѣлью: а) при *Hypoplasia* укрѣпленіе мышечнаго слоя недоразвитой матки, возбужденіе мышечнаго слоя къ разростанію, что хорошо дѣйствуетъ на кровеносные сосуды, которые расширяются и дѣлаются толще; б) при съуженіи шейки матки, таковое устраняется самимъ расширениемъ, а отъ массажа на расширитель

стѣнки шейки матки становятся болѣе податливыми, мягкими и менѣе склонными къ новому съуженію; с) въ случаѣхъ значительной anteflex'и матки, уже отъ употребленія самихъ расширителей маточная шейка расширяется и выравнивается, а во время массажа уголъ сгибанія выравнивается съ каждымъ разомъ все болѣе. Употребленіе ихтіоль-вазогена имѣетъ цѣлью съ одной стороны охранить матку отъ зараженія снаружи, съ другой стороны произвести резорбирующе дѣйствіе на соединительную ткань, находящуюся въ значительномъ количествѣ при каждомъ случаѣ съуженія шейки, какъ и при сильной anteflexio.

*Chrzaszczewski* (21) описываетъ слѣдующій случай. Больная согласилась на расширение зѣва матки по причинѣ безплодія. Послѣ этой операции чувствовала себя всегда не здоровой, а 4 мѣсяца спустя—подъ лихорадочное состояніе, а около матки, болѣе съ правой стороны, найденъ выпотъ. Припадочное леченіе, проведенное въ больницѣ въ Краковѣ въ продолженіе 2-хъ мѣсяцевъ, не принесло пользы, питаніе значительно пало, а изъ влагалища вытекалъ гной, но найти отверстія въ сводахъ, чрезъ которое выпотъ вскрылся, нельзя было. З недѣли спустя послѣ пріѣзда больной домой изъ Кракова, авторъ замѣтилъ на правой сторонѣ живота, въ области слѣпой кишкѣ флюктуирующую опухоль, величиною въ куринное яйцо, покрытую ярко красной истонченной кожей. По вскрытии этой опухоли, вмѣсто ожидаемаго гноя, найденъ темно желтый каль частью жидкій, частью въ кускахъ; вмѣстѣ съ каломъ изъ глубины выходили пузырьки гнилостныхъ газовъ, сильно вонючихъ. Полость наполненная каломъ была величиною въ кулакъ взрослого человѣка. Мѣсто въ кишечникѣ, черезъ которое каль выходилъ, найти нельзя было. По промывкѣ полости 1% растворомъ карболовой кислоты, послѣдня выполнена юдоформенной марлей, на что потребовалось квадр. метръ марли. На другой день при перевязкѣ, извлеченная марля была пропитана жидкимъ каломъ, но выдѣленія наваго кала не замѣчено. Вынутая на 4-й день марля менѣе воняла каломъ и была покрыта сливкообразнымъ гноемъ съ незначительнымъ количествомъ крови. Съ того времени выдѣлялся исключительно бѣлый гной, сначала весьма обильно, а затѣмъ постепенно уменьшался; каль ни разу не появился.

Больная поправилась, а на 7-ой недѣлѣ, по вскрытии вышесказанной опухоли, встала съ кровати совершенно здоровой. Авторъ полагаетъ, что причиной, вызвавшей спустя 3 мѣсяца послѣ операции, повторный para и perimetritis, могло быть зараженіе

во время совокуплениј отъ мужа, имѣвшаго, можетъ быть, триперъ. Почему помимо перфорациі кишкі не наступило воспаленіе брюшины, подъ вліяніемъ кала, объясняется тѣмъ, что вся слѣпая кишкѣ съ червообразнымъ отросткомъ была срошена съ параметритическимъ экссудатомъ, такъ что содержимое кишкі, по продырвлениі ея, попало въ полость, образовавшуюся въ экссудатѣ; такъ что весь процессъ прошелъ вибрюшинно. Редакція „Przeglad'a Lekarsk'ago“ говоритъ, что этотъ случай вызвалъ обмынѣ мыслей сотрудниковъ, при чемъ они пришли къ заключенію, что вѣроятнѣе всего у больной, оперированной на влагалищной части, случайно наступило воспаленіе червеобразного отростка и вызвало описанный ходъ болѣзни.

*Starzewski* (22), основываясь на томъ фактѣ, что при всемъ педантизмѣ не возможно быть вполнѣ асептичнымъ во время родовъ, приходитъ къ заключенію, что хотя антистрептококовая сыворотка *Marmorek'a* не имѣла значенія лѣчебнаго средства при родильной лихорадкѣ, однако же предохранительная качества ея противъ зараженія стрептококомъ не были вполнѣ изслѣдованы. Съ этой цѣлью онъ подвергнулъ предохранительнымъ прививкамъ 144 роженицы въ акушерской клиникѣ проф. *Czugewicza* въ Львовѣ. Для пробыки 144-мъ роженицамъ прививокъ не было сдѣлано. 56 роженицамъ впрыснуто по 5 gr., а 88 роженицамъ по 10 gr. антистрептококовой сыворотки проф. *Bujwid'a*. У 144-хъ не привитыхъ было не правильныхъ родовъ 26, операций произведено 29, а лихорадящихъ въ послѣ родовомъ періодѣ было 25 (17,36%) со среднимъ количествомъ лихорадочныхъ дней у роженицы 3,8. У 144-хъ роженицъ, которымъ сейчасъ же послѣ родовъ сдѣланы преъохранительные прививки, было неправильныхъ родовъ 36, операций сдѣлано 43, а лихорадившихъ въ послѣродовомъ періодѣ было 9 (6,25%), со среднимъ количествомъ лихорадочныхъ дней 2,58. Вреднаго дѣйствія сыворотки ни въ одномъ случаѣ не замѣчено. Слѣдуетъ замѣтить, что клиническія наблюденія были слѣдованы авторомъ безъ выбора больныхъ, но такъ, что занумерованныя въ клиникѣ роженицы съ четными номерами подверглись прививкѣ, а съ нечетными номерами не были привиты. Полученные результаты побуждаютъ къ дальнѣйшимъ наблюденіямъ.

*Gantkowski* (23) діагносцировалъ съуженный тазъ у 28 лѣтней роженицы, рожающей 4-ый разъ. Перваго ребенка очень маленькаго родила трудно, въ двухъ послѣдующихъ родахъ сдѣлана была перфорация. Диагональная конюгата имѣла 9 ctm., лѣ-

вай половина таза значительно меньше правой, такъ какъ съ лѣвой стороны можно было легко ощущать lin. innominata, съ правой же стороны труднѣе. Зѣвъ матки вполнѣ открыть, головка плода надѣлъ входомъ, подвижна, воды отошли за нѣсколько часовъ. Авторъ произвелъ поворотъ на пожки, головка же ни коимъ образомъ не могла пройти. Тогда авторъ вошелъ рукой во влагалище, заложилъ палецъ въ ротъ ребенка, а другой рукой снаружи отодвинулъ головку къ правой сторонѣ таза, какъ болѣе широкой и наконецъ, хотя съ трудомъ, извлекъ ее. Ребенокъ, вѣсившій 3100 граммъ, родился въ асфиксіи, оживленъ и развивается хорошо. Мать черезъ недѣлю встала. Скелетъ матери не представлялъ ни малѣйшихъ слѣдовъ рахита. Въ другомъ случаѣ, у 28 лѣтней перворожденницы, рожавшей на 4 недѣли до срока, авторъ нашелъ утолщеніе (callus) и женица на неправильный видъ лоннаго соединенія. Conj. diag. 8 $\frac{1}{2}$  ctm. Роз-мъ или 4-мъ году жизни упала и вѣроятно сломала лонную кость, такъ какъ пролежавъ нѣсколько недѣль, костный рубецъ встала и съ трудомъ начала ходить. Слѣдовательно это былъ лоннаго соединенія, который образовалъ твердую поперечную преграду, такъ что при изслѣдованіи нужно было сильно опустить локоть, чтобы можно было дойти до зѣва матки. Послѣ полнаго открытія зѣва матки и опущеніи головки до вышесказанной преграды, наложены щипцы, которые нужно было сильно тянуть внизъ. Ребенокъ родился живымъ, живетъ и здоровъ, головка имѣла конфигурацію почти песочныхъ часовъ. Послѣродовое состояніе прошло нормально.

---