

Шифр
п-53

к 605

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕИ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

въ С.-Петербурѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЮ

А. Я. КРАССОВСКАГО, К. Ф. СЛАВЯНСКАГО, И. И. СМОЛЬСКАГО.

АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДО-
ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ.

ПРОФЕССОРА КЛИНИКИ АКУШЕР-
СТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕИ.

ДОЦЕНТА АКУШЕРСТВА И
ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕИ.

*2803

И. И.
N. 532

ТОМЪ V.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ

ТИПОГРАФІА А. С. СУВОРИНА. ЭРТЕЛЕВЪ ПЕР., Д. 13

1891



ОГЛАВЛЕНИЕ

Оригинальныхъ статей, лекцій, казуистики.

	стр
К. Ф. Славянскій. Воспаленія и ретенціонныя кисты фаллопиевыхъ трубъ. Лекція	1, 135, 335
М. М. Мионовъ. Лоскутный способъ перинеорафіи при неполныхъ разрывахъ промежности	24
И. Тышко. Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ женскаго мочевого пузыря.	30
К. Ф. Славянскій. Hysteropexia abdominalis anterior при заднихъ смѣщеніяхъ матки. Рѣчь	61
И. И. Лапинъ. Къ вопросу о терапевтическомъ примѣненіи солей созоіодола въ гинекологіи	77
В. Н. Массень. Отчетъ о засѣданіяхъ гинекологической секціи IV-го съѣзда русскихъ врачей въ Москвѣ съ 3-го по 10-е января 1891 г.	87, 200
В. Г. Купидоновъ. Къ вопросамъ современной гинекологіи. Изъ путевыхъ и личныхъ наблюденій.	107, 237, 319, 509, 664, 772, 1020
А. И. Захарьевскій. Случай врожденной hydrometra	164
В. А. Столыпинскій. Каленое желѣзо въ гинекологіи. Лекція	247
И. И. Федоровъ. О колебаніи величины разбѣровъ таза у роженицъ въ зависимости отъ степени наклоненія его	268
Г. А. Корди. Къ ученію о дермоидныхъ кистахъ яичниковъ. (Предварительное сообщеніе)	279
С. К. Оленинъ. Случай множественной міомы влагалища	282
Д. С. Щеткинъ. О проникающихъ разрывахъ сводовъ влагалища у роженицъ	353
Г. А. Гольцманъ. Къ вопросу о восстановленіи промежности по лоскутному методу (Lawson Tait)	396
М. М. Мионовъ. Измѣненія слизистой оболочки тѣла матки при ракѣ влагалищной части и шейки ея	410
А. Л. Эберманъ. О женскомъ уретритѣ	435
С. В. Теръ-Микаэлянецъ. Къ вопросу объ операциі Hysteropexia abdominalis anterior	445

	стр.
М. М. Мироновъ. IV-й съѣздъ германскаго общества гинекологовъ въ Боннѣ 9-го (21-го)—11-го (23-го) мая 1891 года	453
Д. О. Оттъ. Гнилостный распадъ подслизистаго фиброида, какъ показаніе къ полному удаленію матки	533
А. Я. Крассовскій. Медицинскій отчетъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія за 1890 годъ	549
Г. Г. Поюровскій. О тампонадѣ матки при послѣродовыхъ кровотеченияхъ	574
И. М. Львовъ. <i>Mola vesiculosa</i>	601
П. Т. Садовскій. Лоскутный методъ при операціи <i>Atresiae ani vestibularis</i>	617
И. Гуревичъ. Случай хилозной кисты брыжейки	627
И. М. Львовъ. Случай врожденнаго уродства плода	638
Н. В. Ястребовъ. О консервативномъ кесарскомъ сѣченіи	687
М. А. Воскресенскій. По поводу накопленія жидкости въ маточной трубѣ	702
Н. М. Какушкинъ. Къ вопросу о половой дѣятельности женщины города Тамбова	711
И. И. Федоровъ. Случай консервативнаго кесарскаго сѣченія при абсолютномъ суженіи таза	729
А. Н. Соловьевъ. Успѣхи оперативнаго лѣченія мерцательно-сосочковатыхъ кистомъ яичника	795
А. Ф. Брандтъ. Къ бактериологіи полости тѣла матки при эндометритахъ	810
А. А. Ануфриевъ. Къ вопросу о пузырьно-цервикальныхъ фистулахъ и описаніе пяти случаевъ такого рода фистулъ, окончившихся полнымъ выздоровленіемъ	815
Н. А. Салмановъ. Къ вопросу о полномъ вырѣзываніи матки чрезъ влагалище	825
А. Ф. Хелминскій. Къ казуистикѣ чревосѣченій при внутрисвязочныхъ пароваріальныхъ кистахъ	835
А. Я. Крассовскій. 7 гистероміотомій	873
А. Ф. Брандтъ. Къ ученію о первичныхъ лимфосаркомахъ слизистой оболочки матки	899
Д. О. Оттъ. Инструментъ для фиксаціи резиноваго жгута	916
Н. М. Какушкинъ. Роды тройнями, осложненные эклампсией	921
И. Тышно. Къ казуистикѣ вѣматочной беременности	926
С. А. Истоминъ. Къ казуистикѣ отрывовъ головки младенца при насильственномъ извлеченіи за предлежащія ножки	929
П. Т. Нейштубе. <i>Uteremesis gravidarum pernicioza</i> и лѣченіе ея кокаиномъ	955
И. И. Федоровъ. Случай <i>haematomatis vaginae polyposi</i> во время беременности	992
С. А. Истоминъ. Случай врачебнаго выкидыша, предпринятаго на 23-й недѣлѣ беременности вслѣдствіе смерти плода и рѣзкой ретрофлексіи матки	996
П. А. Добрадинъ. Случай затруднительнаго удаленія пессарія изъ влагалища	1000

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ СОДЕРЖАНИЯ.

(* означены предметы, помещенные въ статью В. Г. Купидонова: «Къ вопросамъ современной гинекологіи»).

А.

Аккумуляторы, электрическіе, примѣненіе ихъ для медицинскихъ цѣлей, 284.
 Акушерская клиника Leopold'a въ Дрезденѣ, 511*.
 — — Pinard'a въ Парижѣ, 680*.
 Акушерско-Гинекологическое Общество въ Спб. Отчетъ бібліотекаря за 1890 г. 198.
 — — — — — казначея за 1890 г. 196.
 — — — — — секретаря за 1890 г. 189.
 — — — — — Протоколы засѣданій административныхъ: №№ X — 187, XI — 199, XII — 288, XIII — 288, XIV — 294, XV — 744, XVI — 839, XVII — 936, XVIII — 1006.
 — — — — — научныхъ: №№ 8 — 169, 9 — 188, 10 — 284, 11 — 291, 12 — 737, 13 — 835, 14 — 932, 15 — 1002.
 — — — — — Списокъ членовъ его, 191.
 — — — — — Правленія за первое пятилѣтіе, 191.
 Акушерство, гипнотизмъ, какъ анестезирующее средство въ немъ, 210.
 —, кокантъ въ немъ, 40.
 —, сулема въ немъ, 458.
 Alexander'овская операція, см. укороченіе круглыхъ связокъ.
 Ампутація, лѣченіе рака матки ею и прижиганіемъ, 490.
 —, надвлагалищная, матка, 654.
 Анатомія шейки матки, нормальная и патологическая, 47.
 Анестезирующее дѣйствіе гипнотизма въ акушерствѣ, 210.
 Анестезія при выскабливаніи матки, 225.
 Антисептика. Асептика, 457.
 — при нормальныхъ родахъ, 97.
 Антисептическія вещества, дѣйствіе ихъ на брюшину, 866.

Anus, atresia vestibularis его, лоскутный методъ при операціи ея, 617.
 — praeternaturalis vestibularis, врожденный, случай его у 20-лѣтней дѣвушки, 208.
 Апоплексія плаценты, 302.
 Apostoli, способъ его, 104.
 —, — —, лѣченіе рака матки влагалищной экстирпаціей и электричествомъ, 56.
 Асептика. Антисептика, 457.
 Асептический методъ; стерилизаціонный бакъ для примѣненія его при операціяхъ, 1002.
 Атоническія кровоотеченія послѣ родовъ, тампонація матки при нихъ, 214.
 Атонія матки, вліяніе положенія роженицы на нее, 940.
 Atresia ani vestibularis, лоскутный методъ при операціи ея, 617.
 — — —, врожденная, случай ея у 20-лѣтней дѣвушки, 208.
 — дѣвственной плевры, 739.

Б (В).

Бактеріологія полости тѣла матки при эндометритахъ, 810.
 Бакъ, стерилизаціонный, для примѣненія асептич. метода при операціяхъ, 1002.
 Башкирскій тазъ, размѣры его, 644.
 Бедренная вена, тромбозъ ея, какъ послѣродовое осложненіе неукротимой рвоты беременныхъ, 1010.
 Беременность, вліяніе, взаимное, ея и родовъ на операцію укороченія круглыхъ связокъ и обратно, 480.
 —, — на нее предшествовавшего брюшного прикрѣпленія матки, 479.
 —, внѣматочная, казуистика, 169, 293, 852, 852, 926, 943.
 —, —, забрюшинная, 7-мѣсячная, 942.

Видматочная беременность, см. беременность.

Возбужденіе искусственных преждевременных родовъ при общесъуженномъ тазѣ, 465.

Воспаленіе, волокнинное, входа и рукава, 52.

— легкихъ и беременность, 34.

— тазовой брюшины, 1016.

— тазовыхъ органовъ, гоноррея, какъ причина его, 952.

Воспаленія и ретенціонныя кисты фаллопиевыхъ трубъ, 1, 137, 335.

Высыкиванія Косч'овскія, во время беременности, 234, 236.

Врачебная дѣятельность, частная, въ дер. Мануйловкѣ, отчетъ о ней, 53.

Врожденная hydrometra, случай ея, 164.

Врожденное уродство плода, 638.

Врожденный anus praeternaturalis vestibularis, случай его у 20-лѣтней дѣвушки, 208.

Vulva, kraurosis ея, 219.

Входъ, волокнинное воспаленіе его и рукава, 52.

Выкидышь, врачебный, вслѣдствіе смерти плода и рѣзкой рефлексіи матки, 996.

—, терапия его, 467.

—, трехмѣсячный, сильное кровотеченіе послѣ него, 745.

Выпаденіе матки, брюшное прикрѣпленіе при немъ, 229, 652.

—, излѣченное по способу Brandt'a, 481.

—, —, неправильное, родоразрѣшеніе при немъ, 464.

Выпаденія матки и загибы ея назадъ, влагалищное прикрѣпленіе при нихъ, 228.

—, —, лѣченіе ихъ брюшнымъ прикрѣпленіемъ ея, 652.

Вырѣзанная чрезъ влагалище матка, пораженная ракомъ и фиброзными опухолями, 169.

Вырѣзываніе, влагалищное, матки, 315, 315, 825, 837.

—, —, —, лѣченіе рака матки имъ и по способу Apostoli, 56.

—, —, —, постановка показаній 226.

— матки при лѣченіи фибромъ ея, 103.

Выскабливаніе матки, анестезія при немъ, 225.

—, —, новые инструменты для производства его и внутриматочныхъ манипуляцій безъ помощниковъ, 1011.

— — пальцемъ, 745.

— — при родильной горячкѣ, 647.

— — — хроническомъ эндометритѣ, 310.

Высокое положеніе таза для гинекологическаго изслѣдованія, 456.

— — — при полномъ удаленіи матки 660.

Г. (Н).

Гангрена, послѣродовая, рукава, 849.

Негар, бужи его, быстрое расширеніе ими полости тѣла и шейки матки, 949.

Гельсингфорская гинекологическая клиника, отчетъ ея, 657.

Наематома, см. кровяная опухоль.

Наематоселе, см. кровяная опухоль.

Гермафродитизмъ, случай его, 846.

Hydrometra, врожденная, случай ея, 164.

Hymen, агрезія его, 739.

Гинекологическая клиника въ Гельсингфорсѣ, отчетъ, 657.

— — Klotz'a въ Дрезденѣ 528*.

— — Leopold'a въ Дрезденѣ, 509* 517*.

— — Martin'a A. въ Берлинѣ, 319*, 326*.

— — Olshausen'a въ Берлинѣ, 322*.

— — Отта, Д. О. въ Петербургѣ, 241*.

— — Реан'a въ Парижѣ, 676*.

— — Pozzi въ Парижѣ, 662*, 684*.

— — Славянскаго, К. Ф. въ Петербургѣ, 237*.

— — Снегирева, В. Ф. въ Москвѣ, 107*.

— — Championnier'a, L. въ Парижѣ, 784*.

— секція IV-го съѣзда русскихъ врачей въ Москвѣ, отчетъ о засѣданіяхъ ея, 87, 200.

Гинекологическое изслѣдованіе, приподнятый тазъ для него, 456.

— отдѣленіе Могилевскаго Родовспомогательнаго заведенія. Мочеполовая фистула, оперированная въ немъ за послѣдніе четыре года, 1014.

— — Тамбовской Губернской Земской больницы, отчетъ его за 1-е полугодіе 1890 г., 317.

— — — — —, и родильное. Отчетъ за 1890 г., 1019.

Гинекологія, современная. Путевыя и личныя наблюденія, 107, 237, 319, 509, 664, 772, 1020.

Hyperemesis gravidarum, см. рвота.

Гипертрофія передней губы матки, 652.

Гипнотизмъ, какъ анестезирующее средство въ акушерствѣ, 210.

Hysteromyotomia, 7 случаевъ, 873.

—, нѣкоторыя видоизмѣненія оперативной техники, 741, 835.

Hysteropexia abdominalis anterior, см. брюшное прикрѣпленіе матки.

Гнилокровіе, см. септицемія.

Гниlostный распадъ подслизистаго фиброида, какъ показаніе къ полному удаленію матки, 291, 532.

Гніеніе въ полости матки при жизни плода, 746.

Гнойные сальпингиты, объемистые, 105.

Головка младенца, отрывъ ея при на-

сильственномъ извлеченіи за предлежащія ножки, 929.
 Гомологическіе близнецы, 946.
 Гоноррея, какъ причина воспаления тазовыхъ органовъ, 952.
 Граафовы пузырьки и желтыя тѣла 1008.

Д.

Движеніе плода, преждевременные роды, вызванные имъ, 212.
 Двойни, запоздалые роды при беременности ими, 1009.
 съ поперечнымъ положеніемъ перваго плода, 851.
 Двойное влагалище, см. влагалище.
 Двуполостная матка, см. матка.
 Дезинфекція, внутренняя, у здоровыхъ женщинъ, злоупотребленіе ею, 97.
 Дермоидная киста яичника, 314.
 Дермоидныя кисты яичниковъ, 279.
 Диаметры младенческаго и материнскаго череповъ, соотношеніе ихъ, 209.
 Діететика и лѣченіе беременныхъ и родильницъ, 37.
 Дрезденъ. Акушерская клиника Leopold'a, 511*.
 — Гинекологическая клиника Klotz'a 528*.
 — — — Leopold'a, 509*, 517*.
 Дренажъ брюшной полости при чревосъченіи, 503.
 Дѣвственная плева, операція ея, 703.

Е.

Екатеринбургскій родильный домъ, медицинскій отчетъ за 1887—89 гг., 859.

Ж.

Жгутъ, резиновый, инструментъ для фиксациі его, 916.
 Желтуха, какъ осложненіе неукротимой рвоты, 941.
 Желтыя тѣла и граафовы пузырьки, 1008.
 Желѣзо, каленое, въ гинекологіи, 247.
 Женскіе половые органы, инородныя тѣла въ нихъ, 1012.
 — — —, лимфатическіе сосуды ихъ, 748, 756.
 — — —, послѣэмбриональное развитіе ихъ, 295.
 Женскій уретритъ, 293, 435.
 Жидкость въ маточной трубѣ, 702.

З.

Заболѣванія, послѣродовыя, септическія, причины ихъ, 457.
 Забрюшинная вѣматочная беременность, 7 мѣсяцевъ, 942.

Загибъ назадъ матки, брюшное прикрѣпленіе ея, 10 случаевъ, 477.
 — — —, — — —, радикальное излѣченіе этимъ путемъ, 475.
 — — —, острый 474.
 — — —, рѣзкій, врачебный выкидышъ вслѣдствіе его и смерти плода, 996.
 Загибы назадъ матки и выпаденія ея, влагалищное прикрѣпленіе при нихъ, 228.
 Задержаніе послѣда, полное, 467.
 — — у женщинъ съ двуполостною маткою и съ двойнымъ влагалищемъ, 213.
 Заднія смѣщенія матки, брюшное прикрѣпленіе ея при нихъ, 61.
 Законный выкидышъ, см. выкидышъ врачебный.
 Заматочная кровяная опухоль, 1010.
 — — —, оперативное лѣченіе ея, 309.
 Замѣняющія менструацію кровотеченія, 218.
 Занозь, пузырчатый, 303, 601.
 Запушечныя поперечныя положенія, механическія пособія при нихъ, 850.
 Засѣданія, см. отчетъ о засѣданіяхъ.
 Зашиваніе разрывовъ шейки матки, немедленное, 762.
 — — промежности, см. промежность.
 Земская практика, оваріотомія въ ней, 55.

И. (І).

Извлеченіе за предлежащія ножки, насильственное, отрывъ головки при немъ, 929.
 Изслѣдованіе, гинекологическое, приподнятый газъ для него, 456.
 Изслѣдованія, экспериментальныя, о происхожденіи сращеній въ брюшной полости послѣ чревосъченій, 504.
 Изсѣченіе фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ, 500.
 Илеус, см. непроходимость кишекъ.
 Инородное тѣло въ полости матки, 473.
 Инородныя тѣла женскаго мочевого пузыря, къ казуистикѣ ихъ, 29.
 — — женскихъ половыхъ органовъ, 1012.
 Инструментъ для внутриматочныхъ манипуляцій и выскабливанія безъ помощниковъ, 1011.
 — — фиксациі резинового жгута, 916.
 Интралигаментарныя опухоли яичниковъ, ложныя, 864.
 Искусственные преждевременные роды, 848.
 — — — при обшесъуженномъ тазѣ, 465.
 Истерія, рвота, слюнотеченіе у беременныхъ, 644.
 Ихтиозъ, внутриутробный, 462.
 Ихтиоль, лѣченіе имъ, 106.
 — при женскихъ болѣзняхъ, 58, 59.

К. (С).

- Казань. Лихачевское родильное отдѣленіе, медицинскій отчетъ съ сент. 1889 года по сент. 1890 года, 215.
- Каленое желѣзо въ гинекологіи, 247.
- Камера, стерилизаціоннал, 95.
- Кастрація, см. осклопеніе.
- Кесарское сѣченіе, консервативное, 687.
- —, —, при абсолютномъ стуженіи таза, 729.
- —, случай его, 946.
- Кинешемскій уѣздъ, плодovitость крестьянокъ его, 217.
- Киста брыжейки, хилотная, 627.
- , дермоидная, яичника, 314.
- Кистовидное перерожденіе яичника, 314.
- Кистома лѣв. яичника. Овариотомія, 1016.
- Кистомы яичника, мерцательно-сосочковья, оперативное лѣченіе ихъ, 795.
- Кисты, дермоидныя, яичниковъ, 279.
- , пароваріальныя, внутрисвязочныя, чревосѣченіе при нихъ, 831.
- , ретенціонныя, и воспаленія фаллопиевыхъ трубъ 1, 137, 335.
- фаллопиевыхъ трубъ, 491, 702.
- яичника, перекручиваніе ножки при нихъ, 737.
- Кишки, непроходимость ихъ до чревосѣченія и послѣ него, 507.
- Клиника, см. акушерская и гинекологическая.
- Клиническія явленія послѣ удаленія отдѣльныхъ частей полового аппарата, 230.
- Klotz, д-ръ, частная гинекологическая клиника его въ Дрезденѣ, 528*.
- Coitus, поврежденія при немъ, 223.
- , рваная рана слизистой оболочки влагалища, нанесенная при немъ 474.
- Кокантъ въ акушерствѣ, 40.
- , лѣченіе имъ неукротимой рвоты беременныхъ, 955.
- Кольпитъ, см. влагалище, воспаленіе его.
- Colporrhaphia anterior duplex, 223.
- Консервативное кесарское сѣченіе, см. кесарское сѣченіе.
- Кормленіе дѣтей одной и двумя грудьми, 947.
- Koch'овскій методъ лѣченія, 234, 236.
- Kraurosis vulvae, 219.
- Крестьянки Кинешемскаго уѣзда, плодovitость ихъ, 217.
- Кровопусканіе при эклампсїи, 301.
- Кровотеченіе, легочное, смертельное, во время мѣсячныхъ, 96.
- , сильное, послѣ трехмѣсячнаго выкидыша, 745.
- , смертельное, изъ разорванныхъ перитоническихъ срашеній у роженницъ, 645.
- Кровотеченія, атоническія, послѣ родовъ, тампонація матки при нихъ, 214.
- , замѣняющія менструацію, 218.
- , послѣродовья, лѣченіе ихъ, 469.
- , —, тампонація матки при нихъ, 469, 574.
- Кровяная опухоль, 105.
- —, заматочная, 1010.
- —, — оперативное лѣченіе ея, 309.
- —, полипозная, влагалища во время беременности, 992.
- Круглыя связки, укороченіе ихъ, взаимное вліяніе его на беременность и роды и обратно, 480.
- Крупозное воспаленіе, см. воспаленіе, волокнинное.
- Cruialis, vena, см. бедренная вена.

Л (С).

- Lawson Tait'овскій способъ (лоскутный) восстановленія промежности, 396, 949.
- Larago-colpo-hysterectomy при ракъ и фиброміомѣ матки, 487.
- Лапаротомія, см. чревосѣченіе.
- Легкія, воспаленіе ихъ и беременность, 34.
- Легочное кровотеченіе, смертельное, во время мѣсячныхъ, 96.
- Leopold, акушерская клиника его въ Дрезденѣ, 511*.
- , гинекологическая клиника его въ Дрезденѣ, 509*, 517*.
- Лимфатическіе сосуды женскихъ половыхъ органовъ, 748, 756.
- Лимфосаркомы, первичныя, слизистой оболочки матки, 899.
- Лобковая кость, надкостница ея, саркома ея, 1012.
- Ложныя интралигаментарныя опухоли яичниковъ, 864.
- Лоскутный способъ восстановленія промежности, 396, 949.
- — — при неполныхъ ея разрывахъ, 24.
- — при операціи atresiae ani vestibularis, 617.
- Лѣченіе выпаденія матки брюшнымъ прикрѣпленіемъ ея, 229, 652.
- — — по способу Brandt'a, 481.
- женскихъ болѣзней ихтиоломъ, 58, 59, 106.
- — — по способу Brandt'a, 481.
- и діететика беременныхъ и родильницъ, 37.
- — этиологія бленнорей у новорожденныхъ, 42.
- міомъ матки электричествомъ, 316.
- — —, оперативное, 655.
- неукротимой рвоты беременныхъ кокаиномъ, 955.

- , оперативное, заматочной кровяной опухоли, 309.
- , —, мерцательно-сосочковых кистомъ яичника, 795.
- осложненій беременності и родовъ развитіемъ фиброміомъ въ нижнемъ отръзкѣ матки. Докладъ. Пренія къ нему, 177.
- ruosalpinx'a, 656.
- послѣродовыхъ кровотеченій, 469.
- по способу Koch'a, 234, 236.
- рака матки ампутаціей и прижиганіемъ, 490.
- — — влагалищной экстирпаціей и электричествомъ по Apostoli, 56.
- фиброміомъ матки, радикальное, оперативные способы его, 485.
- фибромъ матки, 99, 101.
- — —, вырѣзываніе ея, 103.
- , хирургическое, гинекологическихъ больныхъ. 317.
- хроническихъ болѣзней придатковъ, 313.
- эклампсiи кровопусканіемъ, 301.

М.

- Мануйловка, дер., отчетъ о частной врачебной дѣятельности въ ней, 53.
- Martin, A., частная гинекологическая клиника его въ Берлинѣ, 319*, 326*.
- Материнскій черепъ и младенскій, соотношеніе діаметровъ ихъ, 209.
- Матка, ампутація ея. надвлагалищная, 654.
- , атонія ея, вліяніе положенія роженицы на нее, 940.
- , выпаденіе ея, излѣченное по способу Brand'ta, 481.
- , — —, неврвпимое, родоразрѣшеніе при немъ, 464.
- , выпаденія ея, брюшное прикрѣпленіе при нихъ, 229, 652.
- , — — и загибы назадъ, влагалищное прикрѣпленіе при нихъ, 228.
- , вырѣзанная чрезъ влагалище, пораженная ракомъ и фиброзными опухолями, 169.
- , вырѣзываніе ея, влагалищное, 315.
- , — —, —, постановка показаній, 226.
- , — —, полное, 315, 825, 837.
- , — —, при лѣченія фибромъ, 103.
- , выскабливаніе ея, анестезія при немъ, 225.
- , — —, инструменты для него и для внутриматочныхъ манипуляцій безъ помощниковъ, 1011.
- , — — пальцемъ, 745.
- , — — при родильной горячкѣ, 647.
- , — — хроническомъ эндометритѣ, 310.

- , двуполостная, задержаніе послѣда у женщины съ ней и съ двойнымъ влагалищемъ, 213.
- , загибъ ея назадъ, брюшное прикрѣпленіе ея, 475, 477.
- , — — —, острый, 474.
- , — — —, рѣзкій, врачебный выкидышъ вслѣд. его и смерти плода, 996.
- , загибы ея назадъ и выпаденія, влагалищное прикрѣпленіе при нихъ, 228.
- , миомы ея, лѣченіе ихъ электричествомъ, 316.
- , — —, оперативное лѣченіе ихъ, 655.
- , нижній отръзокъ ея, осложненія беременності и родовъ развитіемъ фиброміомъ въ немъ, лѣченіе ихъ. Пренія къ докладу, 177.
- , отсутствіе ея и яичниковъ, 1012.
- , патологическія состоянія ея, вліяніе размѣровъ таза на нихъ, 299.
- , передняя губа ея, гипертрофія ея, 652.
- , положеніе ея, вліяніе размѣровъ таза на него, 299.
- , полость ея, гніеніе въ ней при жизни плода, 746.
- , — —, инородное тѣло въ ней, 473.
- , придатки ея, хроническія болѣзни ихъ, 311, 313.
- , прикрѣпленіе ея, брюшное, 445.
- , — —, —, вліяніе его на послѣдующую беременность, 479.
- , — —, —, при выпаденіяхъ, 229, 652.
- , — —, —, — загибъ назадъ, 475, 477.
- , — —, —, см. также брюшное прикрѣпленіе матки.
- , — —, влагалищное 761.
- , раковоперерожденная, удаленіе ея 316.
- , ракъ ея и фиброміома, удаленіе ея сочетаннымъ способомъ при нихъ 487.
- , — —, лѣченіе его ампутаціей и прижиганіемъ 490.
- , — —, см. также ракъ матки.
- , саркомы ея 99.
- , слизистая оболочка ея, первичная лимфосаркомы ея 899.
- , смѣщенія ея, заднія, см. смѣщенія матки.
- , тампонація ея 467.
- , — —, при кровотеченіяхъ, атоническихъ, послѣ родовъ 214.
- , — —, — —, послѣродовыхъ 469, 574.
- , тѣло ея, измѣненія слизистой оболочки его при ракѣ влагалищной части и шейки 410.
- , — —, метить его и шейки 93.
- , — —, посылка его, къ бактериологіи ея при эндометритахъ 810.
- , удаленіе ея, клиническія явленія

послѣ него 230.
 —, —, полное, высокое положеніе таза при немъ 660.
 —, —, —, показаніе къ нему 291, 532.
 —, —, по поводу міомы 763.
 —, —, сочеганнымъ способомъ (Larago-colpo-hysterectomia) при ракъ и фиброміомъ ея 487.
 —, фиброміомы въ нижнемъ отрѣзкѣ ея, осложняющія беременность и роды, лѣченіе. Пренія къ докладу 177.
 —, — ея, оперативные способы радикальнаго лѣченія ихъ 485.
 —, —, лѣченіе ихъ 99, 101, 103.
 —, шейка и полость ея, быстрое расширеніе ихъ бужами Hegar'a 949.
 —, — ея, къ нормальной и патологической анатоміи ея 47.
 —, —, метритъ ея и тѣла 98.
 —, —, немедленное зашиваніе разрывовъ ея 762.
 —, —, ракъ ея и влагалищной части, измѣненія слизистой оболочки тѣла при немъ 410.
 —, —, сифилитическое измѣненіе ея, неправильные роды вслѣдствіе него 745.
 Маточная труба, накопленіе жидкости въ ней 702.
 Маточныя фибромы, см. матка, фибромы ея.
 Мать, о переходѣ микроорганизмовъ тифа съ нея на плодъ 34.
 Медицинскій отчетъ, по Екатеринбургскому родильному дому за 1887—1889 гг. 859.
 — по Лихачевскому родильному отдѣленію въ Казани съ сентября 1889 г. по сентябрь 1890 г. 215.
 — С.-Петербургскаго родовспомогательнаго заведенія 549.
 —, см. также отчетъ.
 Менструація, викарная, 218.
 —, первая, время появленія ея, 300.
 —, ранняя, у 7-лѣтней дѣвочки, 218.
 —, смертельное легочное кровотеченіе во время нея 96.
 Мертвый плодъ, врачебный выкидышъ вслѣдствіе него и рѣзкой регрофлексіи матки 996.
 Мерцательно-сосочковья кистомы яичниковъ, оперативное лѣченіе ихъ 795.
 Metritis dissecans, 224.
 Метритъ тѣла, метритъ шейки 98.
 Migratio ovi externa 307.
 Микозъ влагалища 651.
 Микроорганизмы тифа, переходъ ихъ съ матери на плодъ 34.
 Мухомъ chorii 303.
 Міома, множественная, влагалища—, 282.
 —, удаленіе матки по поводу ея, 763.

Міомы матки, лѣченіе ихъ электричествомъ, 316.
 —, —, оперативное лѣченіе ихъ, 655.
 Missed abortion, случаи его, 847.
 Младенческой черепъ и материнскій, соотношение диаметровъ ихъ, 209.
 Могилевское Родовспомогательное Заведеніе, гинекологическое отдѣленіе его; мочеполювыя фистулы, оперированныя за послѣдніе 4 года, 1014.
 Mola vesiculosa, 601.
 Москва. Гинекологическая клиника проф. В. Ф. Снегирева, 107*.
 —. IV-й съѣздъ русскихъ врачей, гинекологическая секція его, 87, 200.
 Мочевой пузырь женскій, къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ его, 29.
 —, эктопія его, 473.
 Мочеполювыя фистулы, 1014.
 Мѣсячныя, см. менструація.

И.

Надвлагалищная ампутація матки, 654.
 Надкостница лобковой кости, саркома ея, 1012.
 Наружные половые органы женщины, рѣдкое новообразование ихъ, 860.
 Невправимое выпаденіе матки, родоразрѣшеніе при немъ, 464.
 Неправильные роды вслѣдствіе сифилитическаго измѣненія шейки матки, 745.
 —, случаи ихъ, 847.
 Непроходимость кишекъ до чревосѣченія и послѣ него, 507.
 Неукротимая рвота, см. рвота.
 Нижний отрѣзокъ матки, см. матка.
 Новообразование, рѣдкое, наружныхъ половых органовъ женщины, 860.
 Новорожденныя, этиологія и терапія бленнорей у нихъ, 42.
 Ножка яичниковыхъ опухолей, перекручиваніе ея, 737, 951.
 Нормальные роды, см. роды.

О.

Обзоръ оперативныхъ способовъ радикальнаго лѣченія маточныхъ фиброміомъ, 485.
 Оболочка слизистая, см. слизистая.
 Общесъуженный тазъ, искусственные преждевременные роды при немъ, 465.
 Овариотомія въ земской практикѣ, 55.
 —, двѣ, 55.
 Овариотомія въ время беременности, 232.
 — два случая ея изъ сельской практики, 233.
 —, какъ профилактика и лѣченіе помѣшательства, 747.

— при кистомѣ лѣваго яичника, 1016.
 Olshausen, гинекологическая клиника его въ Берлинѣ, 322*.
 Оперативное лѣченіе заматочной кровяной опухоли, 309.
 — — мерцательно-сосочковыхъ кистомъ яичника, 795.
 — — міомъ матки, 655.
 Оперативные способы радикальнаго лѣченія маточныхъ фиброміомъ, 485.
 Операциі мочеполовыхъ фистулъ, 1014.
 Операциі, стерилизаціонный бакъ для примѣненія асептического метода при нихъ, 1002.
 Операциа Alexander'a, см. укороченіе круглыхъ связокъ.
 — atresiae ani vestibularis, лоскутный методъ при ней, 617.
 Оплодотвореніе женщины, наиболѣе благоприятное время для него, 937.
 Опухоли, фиброзныя, и ракъ матки, вырѣзываніе ея при нихъ чрезъ влагалище, 169.
 — яичниковъ, интралигаментарныя, ложныя 864.
 — —, перекручиваніе ножки ихъ, 951.
 Опухоль, кровяная, 105.
 —, —, заматочная, 1010.
 —, —, —, оперативное лѣченіе ея, 309.
 —, —, полипозная. влагалища во время беременности 992.
 Организмъ, питаніе его, недостаточное, беременность при немъ, 463
 Органы, половые, см. половые органы.
 Осколненіе, половая жизнь женщинъ послѣ него, 230.
 — при фиброміомахъ, лежащихъ въ тазовой клѣтчаткѣ, 1015.
 Осложненіе неукротимой рвоты беременныхъ тромбозомъ v. cavaalis въ послѣродовомъ періодѣ, 1010.
 Осложненія беременности и родовъ развитіемъ фиброміомъ въ нижнемъ отрѣзкѣ матки, лѣченіе ихъ. Пренія къ докладу, 177.
 —, три случая ихъ послѣ неправильно произведенныхъ влагалищныхъ сиринцеваній у здоровыхъ женщинъ, 44.
 Острый загибъ матки назадъ, 474.
 Отравленіе сулемой, 661.
 — хининомъ и преждевременные роды, 302.
 Отрывъ головки младенца при насильственномъ извлеченіи за предлежащія ножки, 929.
 Оттъ, Д. О., гинекологическая клиника его въ Петербургѣ, 241*.
 Отчетъ бібліотекаря А.-Г. О. въ Пб., 199.
 — гинекологическаго отдѣленія Тамбовской губернской земской больницы за

1-е полугодіе 1890 г., 317.

— — и родильнаго отдѣленія той-же больницы за 1890 годъ, 1019.
 — гинекологической клиники въ Гельсингфорсѣ, 657.
 — казначея А.-Г. О. въ Пб. 196.
 —, медицинскій, см. медицинскій отчетъ.
 — о засѣданіяхъ гинекологической секціи IV-го сѣзда русскихъ врачей въ Москвѣ, 87, 200.
 — — — IV-го сѣзда Германскаго общества гинекологовъ въ Бснѣ, 453.
 — о частной врачебной дѣятельности въ дер. Мануйловкѣ, 53.
 — секретаря А.-Г. О. въ Пб. 189.

П. (P).

Палець, прибавочный, на каждой рукѣ, 212.
 Параллелія при хроническомъ цервикальномъ эндометритѣ, 861.
 Парижъ. Акушерская клиника Pinard'a, 680*, 1020*.
 —. Гинекологическая клиника Réan'a 676*.
 —. — — Pozzi, 662*, 684*.
 —. — — Lucas Championnier'a, 784*.
 —. клиника Terillon'a, 772*.
 —. Родильное отдѣленіе Pozzi 304.
 Параваріальныя внутрисвязочныя кисты, чревосѣченіе при нихъ 831.
 Патологическія состоянія матки, вліяніе раздѣловъ газа на нихъ и на положеніе ея, 299.
 Патологія женскихъ половыхъ органовъ, отношеніе къ ней послѣэмбриональнаго развитія ихъ, 295.
 Psaп, гинекологическая клиника его въ Парижѣ, 676*.
 Пельви-церитонитъ, 1016.
 Первая менструація, время появленія ея, 300.
 Первичная сифилитическая язва влагалища, 651.
 — саркома рукава, 221.
 Первичный ракъ влагалища 652.
 Перекручиваніе ножки при кистахъ яичника, 737.
 — — яичниковыхъ опухолей, 737, 951.
 Перерожденіе, кистовидное, яичника, 314.
 —, саркомагозное, обохъ яичниковъ, 502.
 Перинеоррафія, см. промежность, зашиваніе ея.
 Перитонитъ, хроническій, чревосѣченіе при немъ, 863.
 Перитонитическія сращенія, разорванныя, смертельное кровотеченіе изъ нихъ у роженца, 645.
 Пессарій, затруднительное удаленіе его изъ влагалища, 1000, 1004.

- Pinard, акушерская клиника его въ Парижѣ, 680*, 1020*.
- Ruosalpinx, лѣчение его, 656.
- Питаніе организма, недостаточное, беременность при немъ, 463.
- Плацента, апоплексія ея, 302.
- *marginalis*, 212.
- Плодный мѣшокъ, разрывъ его при трубной беременности, 306.
- —, удаленіе его при вѣматочной беременности, 304.
- Плодовитость крестьянокъ Кинешемскаго уѣзда, 217.
- Плодъ, гніеніе въ полости матки при жизни его, 746.
- , движеніе его, преждевременные роды, вызванные имъ, 212.
- , мертвый, врачебный выкидышъ вслѣдствіе него и рѣзкой ретрофлексіи матки, 996.
- , о переходѣ микроорганизмовъ тифа съ матери на него, 34.
- , первый, при двойняхъ, поперечное положеніе его, 851.
- , трубной беременности, смерть его за 5 мѣсяцевъ до операціи, 748.
- , уродство его, врожденное, 638.
- Поврежденія при половомъ сношеніи, 223, 474.
- Подслизистый фиброидъ, гнилостный распадъ его, 291, 532.
- Показаніе къ полному удаленію матки, 291, 532.
- Полипозная кровяная опухоль влагалища во время беременности, 992.
- Полное вырѣзываніе матки, 315.
- — — черезъ влагалище, 825, 837.
- удаленіе матки, высокое положеніе таза при немъ, 660.
- — —, показаніе къ нему, 291, 532.
- — —, см. также матка, удаленіе и проч.
- Половая дѣятельность женщинъ города Тамбова, 711.
- жизнь женщинъ послѣ кастраціи, 230.
- Половое сношеніе, см. coitus.
- Половые органы, женскіе, инородныя тѣла въ нихъ, 1012.
- — —, лимфатическіе сосуды ихъ, 748, 756.
- — —, новообразование ихъ рѣдкое, 860.
- — —, отсутствіе ихъ, 461, 1012.
- — —, послѣэмбриональное развитіе ихъ, отношеніе его къ патологіи ихъ, 295.
- Положеніе матки, вліяніе размѣровъ таза на него и на нѣкоторыя патологическія состоянія ея, 299.
- роженицы, вліяніе его на происхожденіе атоніи матки и заболѣванія тазовыхъ органовъ, 940.
- Положенія, поперечныя, см. поперечныя.
- Полость, брюшная, дренажъ ея при чревосѣченіяхъ, 503.
- , —, сраженія въ ней, экспериментальныя изслѣдованія о происхожденіи ихъ послѣ чревосѣченій, 504.
- , —, тампонація ея, 45.
- матки, см. матка.
- Помѣшательство, оваріотомія, какъ лѣченіе и профилактика его, 747.
- , послѣродовое, 746.
- Поперечное положеніе перваго плода при двойняхъ, 851.
- Поперечныя положенія, запущенныя, механическія пособія при нихъ, 850.
- Постоянный токъ, дѣйствіе его на міомы, 489.
- Послѣдъ, задержаніе его, полное, 467.
- , — —, у женщинъ съ двуполостною маткою и двойнымъ влагалищемъ, 213.
- Послѣродовая гангрена рукава, 849.
- эклампсія, 849, 850.
- Послѣродовое гнилокровіе, 467.
- осложненіе неукротимой рвоты беременныхъ тромбозомъ v. cervalis, 1010.
- помѣшательство, 746.
- Послѣродовые припадки, нѣкоторыя, интритаматочная тампонація при нихъ, 746.
- психозы и психозы послѣ эклампсіи, 648.
- Послѣродовыя заболѣванія, септическія, причины ихъ, 457.
- кровотеченія, лѣченіе ихъ, 469.
- —, тампонація матки при нихъ, 469, 574.
- язвы, 849.
- Послѣэмбриональное развитіе женскихъ половыхъ органовъ, 295.
- Pozzi, гинекологическая клиника его въ Парижѣ, 662*, 684*.
- , отдѣленіе его, статистика родильницъ, 304.
- Появленіе первыхъ регулъ, 300.
- Предлежащія ножки, насильственное извлеченіе за нихъ, отрывъ головки при немъ, 929.
- Преждевременные роды, вызванные движеніемъ плода, 212.
- — и отравленіе хининомъ, 302.
- —, искусственныя, 848.
- —, —, при общесъуженномъ тазѣ, 465.
- Прибавочный палецъ на каждой рукѣ, 212.
- Придатки матки, хроническія болѣзни ихъ, 311, 313.
- Прижиганіе, лѣченіе рака матки ампутаціей и имъ, 490.

Прикрѣпленіе, брюшное, матки 445.
 —, —, —, вліяніе его на послѣдующую беременность, 479.
 —, —, —, при загибѣ ея назадъ, 475, 477.
 —, —, —, при лѣченіи выпаденій ея, 652.
 —, —, —, см. брюшное прикрѣпленіе матки.
 —, влагалищное, матки, 761.
 Промежность, восстановление ея по лоскутному способу, 396.
 —, зашивание ея, лоскутный способъ его при неполныхъ разрывахъ ея, 24.
 —, сохраненіе ея во время родовъ, 211.
 Проникающіе разрывы сводовъ влагалища у роженицъ, 353.
 Противогнилостная хирургія, современное положеніе ея, 460.
 Протоколы А.-Г. О. въ Пб., см. Акушерско-Гинекологическое Общество.
 Психозы, послѣродовые, и психозы послѣ ампутаціи, 648.
 Пузырно-цервикальныя фистулы, 815.
 Пузырчатый заносъ, 303, 601.
 Пузырь, мочевоы, см. мочевоы пузырь.
 Пузырьки, графовы, и желтыя тѣла, 1008.
 Пуповина, короткая, 212.
 Пуэрперальный, см. послѣродовый.

Р.

Развитіе, послѣэмбриональное, женскихъ половыхъ органовъ, 295.
 Размѣры женскаго башкирскаго таза, 644.
 — таза, см. тазъ.
 Разорванныя перитонитическія сращения, смертельное кровотеченіе изъ нихъ у роженицъ, 645.
 Разрывъ плоднаго мѣшка при грубной беременности, 306.
 Разрывы промежности, неполные, лоскутный способъ зашиванія ихъ, 24.
 — сводовъ влагалища, проникающіе, у роженицъ, 353.
 — шейки матки, немедленное зашивание ихъ 762.
 Ракъ влагалища, первичный, 652.
 — —, этиологія его, 1012.
 — влагалищной части и шейки матки, измѣненія слизистой оболочки тѣла при немъ, 410.
 — матки и фиброміома, laparo-colpo-hysterectomy при нихъ, 487.
 — —, лѣченіе его ампутаціей и прижиганіемъ, 490.
 — —, — — влагалищной экстирпаціей и электричествомъ по Apostoli, 56.
 — —, пораженной кромѣ того фиброз-

ными опухолями, вырѣзываніе матки, 169.
 — —, удаленіе ея, 316.
 Рана, рваная, слизистой оболочки влагалища, нанесенная при совокупленіи, 474.
 Распознаваніе грубной беременности 308.
 Расширеніе шейки и полости матки бу-жамы Негар'а, быстрое, 949.
 Рваная рана слизистой оболочки влагалища, нанесенная при совокупленіи 474.
 Рвота, неукротимая, беременныхъ, лѣченіе ея кокаиномъ 955.
 —, —, —, осложненіе ея желтухой, 941.
 —, —, —, — въ послѣродовомъ періодѣ грымбозомъ v. strualis, 1010.
 —, —, —, слюнотеченіе, истерія, 644.
 —, —, —, къ этиологіи ея, 470.
 —, —, виѣ беременности, 645.
 —, упорная, при хроническомъ эндометритѣ, 760.
 Регулы, см. менструація.
 Ретенціонныя кисты и воспаленія фаллопиевыхъ трубъ, 1, 137, 335, 702.
 Ретрофлексія, см. загибъ назадъ.
 Ретроцервикальныя фиброміомы, осложненіе при нихъ, 1015.
 Родильная горячка, выскабливаніе при ней, 647.
 Родильницы, лѣченіе и діететика беременныхъ и ихъ. 37.
 —, статистика ихъ въ отдѣленіи д-ра Pozzi, 304.
 Родильное и гинекологическое отдѣленіе Тамбовской губернской земской больницы, отчетъ за 1890 г., 1019.
 — отдѣленіе, Лихачевское, въ Казани, медицинскій отчетъ, 215.
 Родильный домъ, Екатеринбургскій, отчетъ акушерскаго отдѣленія за 1887—1889 гг., 859.
 Родовспомогательное заведеніе, Могилевское, гинекологическое отдѣленіе его; мочеполювыя фистулы, оперированныя за послѣдніе четыре года, 1014.
 — —, С.-Петербургское, 245*.
 — —, —, отчетъ его за 1890 г., 549.
 Родоразрѣшеніе при неврпавномъ выпаденіи матки, 464.
 Роды, атоническія кровотеченія послѣ нихъ, талпонація матки 214.
 —, взаимное вліяніе беременности и ихъ на Alexander'овскую операцію и обратно 480.
 —, запоздалые, при беременности двойнями, 1009.
 —, неправильные, вслѣдствіе сифилитическихъ измѣненій шейки матки, 745.
 —, —, случай ихъ, 847.
 —, нормальные, антисептика при нихъ 97.

- , осложненія беременности и ихъ развитіемъ фиброміомъ въ нижнемъ отръзкѣ матки, лѣченіе ихъ. Пренія къ докладу, 177.
- *per vias naturales* съ благопріятнымъ исходомъ при тубино-маточной беременности, 650.
- , преждевременные, вызванные движеніемъ плода, 212.
- , —, и отравленіе хининомъ, 302.
- , —, искусственные, 848.
- , —, —, при общесъуженномъ тазѣ, 465.
- при узкомъ тазѣ, 301, 767.
- , сохраненіе промежности во время ихъ, 211.
- съ образованіемъ утеро-ректального свища 1009.
- , терапия ихъ при узкомъ тазѣ 767.
- , тройными. Эклампсія 921.
- Роженица, положеніе ея, влияніе его на атонію матки и заболѣванія тазовыхъ органовъ 940.
- , смертельное кровотеченіе изъ разорванныхъ перитонитическихъ сращеній у нея, 645.
- Роженицы, проникающіе разрывы сводовъ влагалища у нихъ 353.
- , размѣры таза у нихъ 268.
- Рукавъ, см. влагалище.
- C (S).**
- Сальпингиты, гнойные, объемистые, 105.
- , см. трубы.
- С.-Петербургское родовспомогательное заведеніе 245*.
- , —, медицинскій отчетъ за 1890 г. 549.
- С.-Петербургъ. Гинекологическая клиника Д. О. Отта, 241*.
- , — К. Ф. Славянского, 237*.
- Саркома надкостница *oss. pubis* 1012.
- рукава, первичная 221.
- Саркоматозное перерожденіе обоихъ яичниковъ, 502.
- Саркомы матки, 99.
- Свищъ, см. фистула.
- Своды влагалища, проникающіе разрывы ихъ у роженицъ, 353.
- Связки, круглыя, укороченіе ихъ, оперативное, взаимное влияніе его на беременность и роды и обратно, 480.
- Segond, его операціи, 680*.
- Септицемія, послѣродовая, 467.
- Септическая послѣродовая заболѣванія, причины ихъ, 457.
- Сифилитическая язва, первичная, влагалищная, 651.
- Сифилитическое измѣненіе шейки матки, неправильные роды вслѣдствіе него, 745.
- Славянский К. Ф., гинекологическая клиника его въ Петербургѣ, 237*.
- Слизистая оболочка влагалища, рваная рана ея, нанесенная при совокупленіи 474.
- — матки, первичныя лимфосаркомы ея, 899.
- — тѣла матки, измѣненія ея при ракъ влагалищной части и шейки 410.
- Слюнотеченіе, рвота, истерія беременныхъ 644.
- Смертельное кровотеченіе изъ разорванныхъ перитонитическихъ сращеній у роженицы 645.
- , легочное, во время мѣсячныхъ 96.
- Смѣщеніе матки, заднія, брюшное прикрѣпленіе ея при нихъ 61.
- Снегиревъ В. Ф. гинекологическая клиника его въ Москвѣ 107*.
- Совокупленіе, см. *coitus*.
- Современная гинекологія. Путевыя и личныя наблюденія, 107, 237, 319, 509, 664, 772, 1020.
- Современное положеніе противугнилостной хирургіи, 460.
- Созидель, соли его, терапевтическое примѣненіе ихъ въ гинекологіи, 77.
- Сосуды, лимфатическіе, женскихъ половыхъ органовъ, 748, 756.
- Сохраненіе промежности во время родовъ 211.
- Сочетанный способъ удаленія матки (чревосѣченіемъ и черезъ влагалище) при ракъ и фиброміомѣ ея, 487.
- Спринцеванія, влагалищныя и внутриматочныя, злоупотребленіе ими у здоровыхъ женщинъ, 97.
- , —, неправильно произведенныя, три случая осложненій послѣ нихъ у здоровыхъ женщинъ, 44.
- Сращенія въ брюшной полости, экспериментальныя изслѣдованія о происхожденіи ихъ послѣ чревосѣченія, 504.
- , перитонитическія, разорванныя, смертельное кровотеченіе изъ нихъ у роженицы, 645.
- Статистика родильницъ въ отдѣленіи д-ра Pozzi, 304.
- Стерилизаціонная камера, 95.
- Стерилизаціонный бакъ для примѣненія асептического метода при операціяхъ, 1002.
- Сулема въ акушерствѣ, 458.
- , отравленіе ею, 661.
- Съуженіе таза, абсолютное, кесарское сѣченіе, консервативное при немъ, 729.
- Съѣздъ, IV-й, Германскаго общества гинекологовъ въ Боннѣ, 453.
- , —, русскихъ врачей въ Москвѣ, от-

четь о застѣданіяхъ гинекологической секціи его, 87, 200.
 Сѣченіе, кесарское, см. кесарское сѣченіе.

Т.

Тазовая брюшина, воспаленіе ея, 1016.
 Тазовые органы, гоннорея, какъ причина воспаленія ихъ, 952.
 — —, заболѣванія ихъ, вліяніе положенія роженицы на нихъ, 940.
 Тазъ, высокое положеніе его при полномъ удаленіи матки, 660.
 —, общесъуженный, искусственные преждевременные роды при немъ, 465.
 —, приподнятый, для гинекологическаго изслѣдованія, 456.
 —, размѣры его, вліяніе ихъ на положеніе и нѣкоторыя патологическія состоянія матки, 299.
 —, — —, о колебаніи величины ихъ, 268.
 —, — — у башкирокъ, 644.
 —, степень наклоненія его и ея вліяніе на размѣры его, 268.
 —, суженіе его, абсолютное, консервативное кесарское лѣченіе при немъ, 729.
 —, узкій, роды при немъ, 301, 767.
 Тамбовская губернская земская больница, отчетъ гинекологическаго отдѣленія его за 1-е полугодіе 1890 г., 317.
 — — — —, — — и родильнаго отдѣленія его за 1890 годъ, 1019.
 Тамбовъ, женщины его, половая ихъ дѣятельность, 711.
 Тампонация брюшной полости, 45.
 — матки, 467.
 — — при атоническихъ кровотеченіяхъ послѣ родовъ, 214.
 — — — послѣ родовыхъ кровотеченіяхъ, 469, 574, 746.
 Терапевтическое примѣненіе солей соіодола въ гинекологіи, 77.
 Терапія выкидыша, 467.
 — родовъ при узкомъ тазѣ, 767.
 —, см. лѣченіе.
 Terillon, клиника его въ Парижѣ, 772*.
 Тифъ, микроорганизмы его, о переходѣ ихъ съ матери на плодъ, 34.
 Токъ, постоянный, дѣйствіе его на міомы, 489.
 Trendelenburg'овское положеніе для гинекологическаго изслѣдованія, 456.
 — — при полномъ удаленіи матки, 660.
 Тройни, 214.
 —. Эклампсія, 921.
 Тромбозъ v. spiralis, какъ послѣродовое осложненіе неукротимой рвоты беременныхъ, 1010.
 Труба, маточная, накопленіе жидкости

въ ней, 1, 137, 335, 702.
 Трубная беременность, 748.
 — —, различиваніе ея, 308.
 — —, чревосѣченіе при ней, 306.
 Трубно-маточная беременность, съ благоприятнымъ исходомъ родовъ per vias naturales, 650.
 Трубы, фаллопьевы, изсѣченіе ихъ и личниковъ, 500.
 —, —, кисты ихъ, 1, 137, 335, 491, 702.
 Тѣла, инородныя, женскаго мочевого пузыря, 29.
 —, —, женскихъ половыхъ органовъ, 1012.
 Тѣло, инородное, въ полости матки, 473.
 — матки, см. матка.

У. (U).

Удаленіе матки, полное, 315.
 — —, —, высокое положеніе таза при немъ, 660.
 — —, —, показаніе къ нему, 291, 532.
 — — по поводу міомы, 763.
 — —, раковоперерожденной, 316.
 — — сочетаннымъ способомъ (laparocolpohysterectomia) при ракѣ и фиброміомѣ ея, 487.
 — —, см. матка, чревосѣченіе, влагалище, гистероміомотомія и проч.
 — отдѣльныхъ частей, полового аппарата, клиническія явленія послѣ него, 230.
 — пессарія, затруднительное, 1000.
 — фаллопьевыхъ трубъ и яичниковъ, 500.
 —, см. вырѣзываніе.
 Узкій тазъ, роды при немъ, 301, 767.
 Укороченіе круглыхъ связокъ, оперативное, взаимное вліяніе его на беременность и роды и обратно, 480.
 Урегритъ у женщинъ, 293, 435.
 Уродство плода, врожденное, 638.
 Utero-rectal'ный свищъ, роды съ образованіемъ его, 1009.
 Uterus didelphys et vagina septa completa, 46.

Ф.

Фаллопьевы трубы, см. трубы.
 Фиброзная опухоль и ракъ матки, вырѣзываніе ея при нихъ, 169.
 Фиброидъ, подслизистый, гнилостный распадъ его, 291, 532.
 Фиброміома матки и ракъ, laparocolpohysterectomia при нихъ, 487.
 Фиброміомы, лежація въ тазовой клѣтчаткѣ, кастрація при нихъ, 1015.
 — матки, оперативные способы радикальнаго лѣченія ихъ, 485.
 — —, развитіе ихъ въ нижнемъ отрѣзкѣ ея, осложняющее беременность и роды; лѣченіе. Пренія къ докладу, 177.

Фибромы матки, лѣчение ихъ, 99, 101, 103.

Фиксація, см. прикрѣпленіе.

Фистула, утеро-ректальная, роды съ образованіемъ ея, 1009.

Фистулы, мочеполовые, 1014.

—, пузырно-цервикальныя, 815.

X. (Ch.)

Хилозная киста яичника, 627.

Хининъ, отравленіе имъ и преждевременные роды, 302.

Хирургическое лѣчение гинекологическихъ больныхъ въ Тамбовской губернской земской болн. за 1-е полугодіе 1890 г., 317.

Хирургія, противугниlostная, современное положеніе ея, 460.

Chlorion сухота его, 303.

Хроническія болѣзни маточныхъ придатковъ, 311, 313.

Хроническій перитонитъ. Чревосѣченіе при немъ, 863.

— эндометритъ, выскабливаніе матки при немъ, 310.

— —, упорная рвота при немъ, 760.

— —, цервикальный, параллегія, 861.

Ч.

Черепъ, младенческой и материнской, соотношеніе диаметровъ ихъ, 209.

Четвертый съездъ Германскаго общества гинекологовъ въ Боннѣ, 453.

— — русскихъ врачей въ Москвѣ, отчетъ о засѣданіяхъ гинекологической секціи его, 87, 200.

Чревосѣченіе, непроходимость кишекъ до и послѣ него, 507.

— при внутрисвязочныхъ пароваріальныхъ кистахъ 831.

— — вѣнчаточной бременности, 40, 304, 306, 471, 748.

— — дермоидной кистѣ лѣваго яичника и кистовидномъ перерожденіи праваго, 314.

— — саркоматозномъ перерожденіи обихъ яичниковъ, 502.

— — трубной беременности, 748.

— — хроническомъ перитонитѣ, 863.

Чревосѣченія 659, 659.

—, дренажъ брюшной полости при нихъ, 503.

—, сращенія въ брюшной полости послѣ нихъ; экспериментальныя изслѣдованія, 504.

—, пятьдесятъ ихъ, 503.

—, см. также брюшное прикрѣпленіе матки, вырѣзываніе, гистеромиотомія, кесарское сѣченіе, удаленіе и проч.

III. Ch. (Sch.)

Championniere, Lucas—Клиника его въ Парижѣ, 784*.

Шейка матки, см. матка.

Schücking'skij методъ влагалитной фиксаціи при загибахъ назадъ и выпаденіяхъ матки 228.

Э. (E.)

Эклампсія, лѣченіе ея кровопусканіемъ, 301.

—, послѣродовая, 849, 850.

— при тройняхъ, 921.

—, психозы послѣ нея и послѣродовые, 648.

Экспериментальныя изслѣдованія о происхожденіи сращеній въ брюшной полости послѣ чревосѣченія, 504.

Есторія vesicae urinae, 473.

Электрическіе аккумуляторы, примѣненіе ихъ для медицинскихъ цѣлей, 284.

Электричество, дѣйствіе его на міому, 489.

— по Apostoli, лѣченіе рака матки влагалитной экстирпаціей и имъ, 56.

— при лѣченіи міомъ матки, 316.

Эндометритъ, хроническій, выскабливаніе матки при немъ, 310.

—, —, упорная рвота при немъ, 760.

—, —, цервикальный. Параллегія, 861.

Эндометриты, бактериологія полости тѣла матки при нихъ, 810.

Этіологія и терапія бленнорреи у новорожденныхъ, 42.

— неукротимой рвоты у беременныхъ, 470.

— рака влагалища, 1012.

Я.

Язва, сифилитическая, первичная, влагалитца, 651.

Язы, послѣродовыя, 849.

Яичники, дермоидныя кисты ихъ, 279, 314.

—, изсѣченіе трубъ и ихъ, 500.

—, опухоли ихъ, интралигаментарныя, ложныя, 864.

—, —, перекручиваніе ножки ихъ, 737, 951.

—, отсутствіе ихъ и матки, 1012.

—, саркоматозное перерожденіе ихъ, 502.

—, удаленіе ихъ, клиническія явленія послѣ него, 230.

Яичникъ, кистовидное перерожденіе ихъ, 314.

—, кистомы его, мерцательно-сосочковья, оперативное лѣченіе ихъ, 795.

—, лѣвый, кистома его. Оваротомія, 1016.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВЪ

А) Русскихъ.

- Аксаковъ** 849.
Ангушевичъ В. О. 849, 849.
Ануфриевъ А. А. 458, 815.
Бацевичъ Е. Ф. 457.
Богородицкій В. А. 302.
Большесольскій П. К. 1009, 1010.
Брандтъ А. Ф. 810, 899.
Вастень Н. А. 46.
Верницъ П. 56.
Виноградова-Лукирская Л. 481.
Воровъ Н. 947.
Воскресенскій М. А. 702.
Гальперинъ 233.
Гетье О. 941.
Глязштейнъ 651.
Гольцманъ Г. А. 396.
Грамматикати И. Н. 230.
Гуревичъ И. 627.
Добрадинъ П. А. 1000.
Добронравовъ В. А. 465.
Захарьевскій А. И. 164.
Залицкій С. С. 307.
Ивановъ Е. Э. 300.
Истоминъ С. А. 929, 996.
Какушкинъ Н. М. 711, 921.
Калустовъ Г. Н. 221.
Карпеченко В. М. 315.
Козина А. А. 473.
Коноваловъ П. Н. 1012.
Корди Г. А. 279.
Котелянскій Б. И. 859.
Красовскій А. Я. 549, 873.
Купидоновъ В. Г. 107, 237, 319, 509, 664, 772, 1020.
Кусковъ И. И. 1016.
Кѣтлянскій Ф. Ф. 303.
Лапинъ И. И. 77.
Ляпинскій С. А. 1012, 1012, 1014.
Литкенъ А. А. 55.
Лукирская-Виноградова Л. 481.
Львовъ И. М. 52, 215, 601, 638, 650.
Ляхницкій И. И. 475.
Массенъ В. Н. 87, 104, 200, 662.
Миллеръ П. 946.
Мироновъ М. М. 24, 410, 453.
Муратовъ А. А. 469.
Нееловъ Н. К. 316.
Нейштубе П. Т. 955.
Никигинъ М. Д. 211.
Никольскій Д. П. 644.
Новицкій А. А. 1015.
Оленинъ С. К. 282, 317, 481, 1019.
Олиховъ С. 217.
Онуфриевъ В. М. 851.
Орловскій А. 53.
Орловъ В. 848.
Оттъ Д. О. 169, 284, 291, 532, 741, 916.
Ошеровскій Л. Я. 302.
Панфиловичъ М. А. 651.
Перовъ М. А. 55.
Побѣдинскій Н. И. 303.
Познанская 645.
Поюровскій 574.
Прокофьева О. В. 737.
Рачковскій П. И. 1010.
Рейнъ Г. Е. 304, 306.
Розановъ П. Г. 850.
Розенгартъ М. 299.
Романовскій-Романько Д. А. 1009.
Ростовцевъ Г. А. 469.
Рудомскій Л. В. 463.
Садовскій П. Т. 617.
Салмановъ Н. А. 825.
Свистуновъ-Свисловскій В. Г. 847.
Славянскій К. Ф. 1, 61, 137, 335.
Соболевъ 233.
Соловьевъ А. Н. 301, 795.
Соловьевъ А. С. 767.
Столыпинскій В. 247.
Строгоновъ В. В. 739, 1002.
Сутугинъ В. В. 177.
Теръ-Микаэляндъ С. В. 229, 445.
Толпыго И. И. 652, 652.
Тохтамышевъ Г. К. 850.

Трейбергъ Ю. Ю. 654.
 Тышко И. 29, 926.
 Федоровъ П. И. 268, 309, 729, 767, 992.
 Феноменовъ М. Н. 301.
 Фраткинъ В. А. 487.
 Хазанъ С. Ю. 467.
 Хелминскій А. Ф. 831.
 Хростовскій Л. П. 452, 933.
 Шлоккеръ И. Л. 847.
 Шнаубергъ Н. 218.

Штоль К. Г. 33.
 Штраухъ М. А. 105.
 Щеткинъ Д. С. 353.
 Эbermanъ А. Л. 291, 435.
 Эрштейнъ К. Л. 470.
 Юндзилль И. А. 502.
 Яковлевъ М. П. 315.
 Якубовскій В. А. 474.
 Ястребовъ Н. В. 687.

Б) Иностраннѣхъ:

Abel K. 47, 208.
 Ahlfeld F. 644
 Alexander U. 480.
 Axmann C. 97.
 Bantock 952.
 Barnay 467.
 Barrows Ch. 762.
 Basty, Mabaret du—461.
 Bernays 40.
 Bloch Rich. 106.
 Bossi 937.
 Boussquet 40.
 Bresset 866.
 Bunge 473.
 Cario K. 507.
 Chaleix M. 745.
 Clarke 940.
 Delbet F. 866.
 Deléris 98, 314.
 Doran 313.
 Duncan W. 311.
 Engström O. 232, 656, 659.
 Faivre 464.
 Flesch Max. 96.
 Fraigniaud 34.
 Fraisse 746.
 Freund H. W. 58, 59.
 Fritsch 647.
 Garrigues 224.
 Gastel L. 1008.
 Gebhard C. 661.
 Gehé 861.
 Géné 760.
 Geyl 225.
 Giglio 314.
 Gottschalk S. 479.
 Grandmaison de 866.
 Grapou 295.
 Heinricius G. 657.
 Henoch 863.
 Hofmeyer J. 234.
 Hofwolk 474.
 Holokwo A. 645.
 Jaccard V. 942.
 Jacobs C. 503.

Keith 316.
 Keller C. 308.
 Kelli 946.
 Keppler 230.
 Kitto R. A. 747.
 Klein G. 489.
 Kleinwächter 652.
 Lambinon H. 236.
 Landau L. 491.
 Landau Th. 37, 47.
 La Forre I. 310.
 Lawson Tait 949.
 Lennadet K. 655.
 Leon, Mendes de—660.
 Lindner 860.
 Lutaud 218.
 Luys J. 210.
 Mabaret du Basty 461.
 Marchand 105.
 Mark 212.
 Mendes de Leon 660.
 Mesnard 745.
 Meyer A. 1012.
 Moses Julius 214.
 Nairne I. S. 490.
 Olivier 1011.
 Olshausen K. 648.
 Ortega Fl. 943.
 Orthman G. D. 219.
 Pawlik 864.
 Petit C. 304.
 Phillips 949.
 Poirier P. 748, 756.
 Poitou-Duplessy 214.
 Polailon 846.
 Reclus P. 1016.
 Richelot 99.
 Robinson 951.
 Roland 467.
 Rossier G. 223.
 Roulin 44.
 Routier 101.
 Rühl 228.
 Sängner M. 503.
 Schauta 226, 852.

Schmidt-Rimpler 42.
Schücking A. 95.
Schül 746.
Skatkowski 209.
Spaeth F. 223.
Sperling 477.
Stroynowski V. 456.
Tait Lawson 949.
Terrier 103.
Terrillon 90, 748.
Thevard 213.

Thomson 504.
Törngren A. 659, 761.
Verchère 97.
Voigt Th. 471.
Vulliet 485.
Walcher 45.
White I. W. 460.
Whitton Th. 746.
Worrall R. 763.
Zweifel P. 500.

Оглавление рисунковъ:

	СТР.		СТР.
Salpingitis catarrhalis	2	Тоже при трубѣ, сохранившей еще дѣтскую форму	138
Тоже (микроскоп. преп.)	4	Pyosalpinx dexter колоссальныхъ размѣровъ	141
Salpingitis isthmica nodosa	5	Трубно-яичниковая киста	147
Salpingitis phlegmonosa purulenta (микроскоп. препар.)	5	Тоже (шематически)	149
Шематическое изображение завернувшихся въ просвѣтъ трубы фимбрий	6	Ампутація влагалищной части каленнымъ желѣзомъ	256
Трубы и яичники, заключенныя въ ложныя перепонки	9	Тоже (2 рисунка)	258
Salpingitis hypertrophica	10	Случай выпаденія матки	449
Тѣло матки и трубы 8-ми мѣсячнаго зародыша	13	Случай врожденнаго уродства плода	641
Тоже—новорожденной дѣвочки	13	Случай камня въ мочевомъ пузырьѣ	695
Труба 22-хъ лѣтней женщины	13	Инструментъ для фиксаціи резинового жгута	918
Способы накладыванія швовъ при hysterorexiа (2 рис.)	66	Тоже	919
Непрерывный шовъ при той-же операціи	67	Отдѣльная таблица (микроскоп. препар.—хромолит.)	къ 810—815
Способъ не непосредственнаго пришиванія матки	67	Endometritis interstitialis.	
Ретенционная киста нормально-развитой трубы	138	Endometritis hyperplastica diffusa	
		Endometritis glandularis.	
		Тоже.	

О П Е Ч А Т К И.

<i>Стр.</i>	<i>Строка.</i>	<i>Напечатано.</i>	<i>Слѣдуетъ.</i>
39	4 сверху	сoreppianche	<i>Соретанн'а</i>
135	надъ заглавіемъ	V	не нужно.
247	"	VI	V
210	16 сверху	пропущено	<i>J. Luys.</i>
638	надъ заглавіемъ	VI	VII

Опечатки въ „Медицинскомъ отчетѣ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія“ за 1890 годъ указаны на стр. 686.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ПЯТЫЙ.

ЯНВАРЬ 1891, № 1.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

I.

ВОСПАЛЕНІЯ И РЕТЕНЦІОННЫЯ КИСТЫ ФАЛЛОПІЕВЫХЪ ТРУБЪ.

Л Е К Ц И И

профессора К. Ф. Славянскаго.

Читанныя студентамъ старшаго курса ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ ноябрь 1890 года.

При изученіи воспалительныхъ измѣненій фаллопиевыхъ трубъ, мы будемъ различать формы воспаления безъ образованія большихъ скопленій жидкости въ полости фаллопиевой трубы и формы, въ которыхъ подобнаго рода скопленія выступаютъ на первый планъ. Принимая во вниманіе важность, какъ въ анатомическомъ, такъ и практическомъ отношеніяхъ такого дѣленія, я изложу сначала воспаление фаллопиевыхъ трубъ (Salpingitis) въ теченіе настоящей лекціи, а слѣдующую посвящу разбору такъ называемыхъ ретенціонныхъ кистъ фаллопиевой трубы (Hydro-pyo-et haematosalpinx.).

1) Воспаленіе фаллопиевыхъ трубъ (Salpingitis).

Патологическая анатомія. Воспаленія фаллопиевыхъ трубъ, начинающіяся обыкновенно со слизистой оболочки ихъ, мы дѣлимъ анатомически на salpingitis catarrhalis, salpingitis phlegmonosa — purulenta и salpingitis tuberculosa. Salpingitis actino—mycotica по рѣдкости, съ которою она до сихъ поръ наблюдалась, можетъ быть пока только упомянута.

Воспаленіе фаллопиевыхъ трубъ, встрѣчаясь въ острой и хронической формахъ представляется нашему наблюденію большею частію въ этой послѣдней. Труба обыкновенно увеличена въ объемѣ, въ особенности въ ширину, просвѣтъ ея расширенъ, стѣнки утолщены. Имѣя слегка извилистый ходъ и

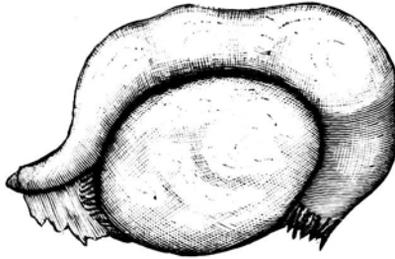


Рис. 1. Salpingitis catarrhalis (Orthmann).

бугристое очертаніе воспаленная труба довольно плотно въ видѣ петли обхватываетъ въ большей части случаевъ также воспалительно-измѣненный яичникъ (рис. 1). Ostium abdominale еще открыто; если же оно представляется вполне зарощеннымъ, то ostium uterinum довольно свободно проходимо, такъ что продукты выдѣленій воспаленной слизистой оболочки находятъ себѣ относительно свободный стокъ или въ первомъ случаѣ непосредственно въ полость брюшины или же во второмъ въ полость матки.

Вскрывая трубу и изслѣдуя ея слизистую оболочку при salpingitis catarrhalis мы видимъ, что она утолщена, складки ея увеличены такъ, что вполне почти выполняютъ весь просвѣтъ

(*Salpingitis chronica productiva vegetans*); вся поверхность представляется темно-краснаго цвѣта, бугриста, напоминаетъ собою поверхность, усѣянную развареннымъ саго; она покрыта болѣе или менѣе толстымъ слоемъ муцинь и гіалинь содержащей прозрачной слизи, нейтральной или же кислой реакціи, иногда эта слизь или различно интенсивно окрашена кровью или же, вслѣдствіе значительной примѣси отпавшихъ клѣтокъ цилиндрическаго эпителія поверхности, представляется мутной, гноеподобной (*M. Cornil*, «*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*», 1887 г., стр. 362). Гиперемія слизистой оболочки обыкновенно болѣе или менѣе равномерна, рѣдко только видны отдѣльно налитые стволы болѣе крупныхъ сосудовъ или же островки болѣе значительныхъ межтканевыхъ экстравазатовъ. Кровоизліянія на свободную поверхность слизистой оболочки при катаральномъ воспаленіи могутъ достигать довольно значительной степени, такъ что просвѣтъ трубы представляется закупореннымъ довольно объемистымъ кровянымъ сгусткомъ, наружный конецъ котораго иногда выстоитъ изъ брюшинаго отверстія ея свободно въ полость брюшины, при чемъ въ такомъ кровяномъ сгусткѣ не опредѣляется присутствія остатковъ плоднаго яйца.

При микроскопическомъ изслѣдованіи, мы видимъ, что цилиндрическій эпителій поверхности почти повсюду цѣль и подлежащая соединительная ткань въ своихъ поверхностныхъ частяхъ представляется инфильтрированной въ большей или меньшей степени индифферентными клѣтками. Подобная же инфильтрація замѣчается нерѣдко въ *adventitia* кровеносныхъ сосудовъ и соединительно-тканыхъ влагалищахъ болѣе крупныхъ первныхъ стволиковъ (*Савиновъ*, *Arch. für. Gyn.* XXXIV, стр. 239).

Благодаря нерѣдко встрѣчающемуся мѣстному отсутствію эпителія поверхности, могутъ происходить на извѣстныхъ участкахъ сращенія другъ съ другомъ складокъ слизистой оболочки, обуславливая присутствіе болѣе или менѣе значительныхъ бугровъ, въ разрѣзѣ содержащихъ много железистыхъ, неправильныхъ очертаній полостей, выполненныхъ жидкимъ, иногда

гноеподобнымъ содержимымъ (рис. 2). Muscularis tubae при катарральномъ воспаленіи недавняго происхожденія представляется обыкновенно неизмѣненною. При долгосуществующихъ катаррахъ слизистая оболочка трубы представляетъ (*Orthmann*, «*Virchow's Archiv*». Bd. 108, 1887) иногда значительныя разращенія своей железистой поверхности получаютъ железоподобныя образованія, разрастающіяся въ глубь ткани и проникающія нерѣдко въ muscularis, обуславливая мѣстныя гиперплазіи ея и утолщенія, получается вѣчто подобное тому, что мы уже видѣли при изученіи развитія железистыхъ эрозій вла-

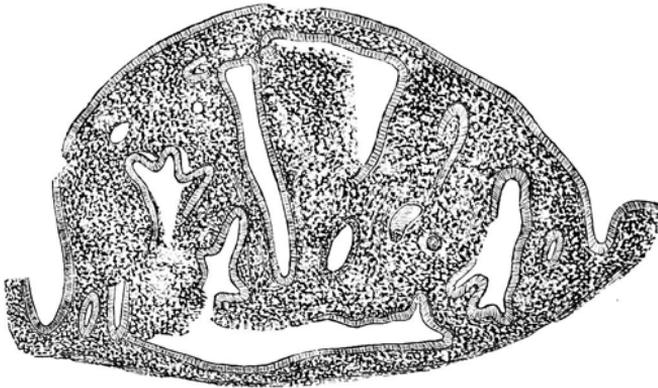


Рис. 2. Salpingitis catarrhalis (Orthmann).

галищной части матки (*Славянский*. Частная Патологія и Терапія женскихъ болѣзней. Томъ I, стр. 466). Эти разращенія железистыхъ образованій наблюдаются не только въ абдоминальномъ концѣ трубы, но были найдены *Chiari* («*Zeitschrift für Heilkunde*», Bd. VIII) также и въ isthmus tubae и ея маточномъ концѣ, здѣсь, благодаря весьма незначительной величинѣ просвѣта трубы они весьма скоро помѣщаются уже въ существѣ стѣнки ея, вызывая мѣстныя гиперплазіи мышечныхъ элементовъ, такъ что получаютъ опухолевидныя образованія (*Salpingitis isthmica nodosa*. *Shauta*. Arch. f. Gyn. XXXIII стр. 27), на протяженіи трубы, долгое время описывавшіяся за фибриомы ея стѣнокъ (рис. 3).

Salpingitis phlegmonosa, purulenta характеризуется тѣмъ, что воспалительный процессъ, сопряженный съ образованіемъ гноя, занимаетъ не только всю толщю слизистой оболочки, но распространяется также и на мышечный слой, захватывая нерѣдко и брюшину, покрывающую трубу. Слизистая оболочка

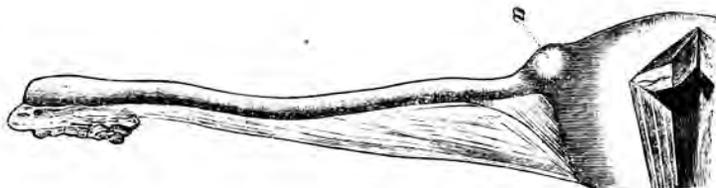


Рис. 3. *Salpingitis isthmica nodosa*. (Chiari) *a*—узелъ утолщенія.

утолщена, желтоватаго цвѣта, поверхность ея почти повсюду лишена эпителія, мѣстами проникнута экстрavasатами, складки утолщены и уплощены, мѣстами сращены между собою; какъ между ними, такъ въ толщѣ *muscularis* встрѣчаются иногда свободныя скопленія гноя (*abscessus tubae*), только рѣдко дости-

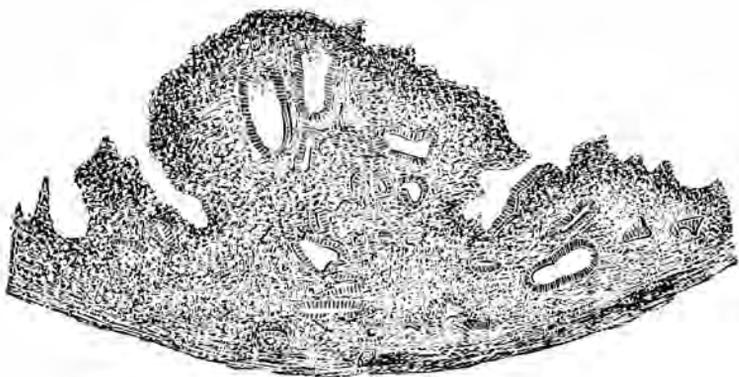


Рис. 4. *Salpingitis phlegmonosa purulenta*. (Orthmann).

гающія болѣе значительной величины. Въ разрѣзѣ, въ толщѣ слизистой оболочки (рис. 4) въ углубленіяхъ между складками замѣчаются еще участки сохранившагося цилиндрическаго эпителія. Вслѣдствіе повсемѣстной мелкоклѣточной инфильтраціи стѣнка трубы представляется значительно утолщенной,

болѣе плотной. Содержимое значительно расширеннаго просвѣта трубы имѣеть характеръ чистаго гноя, содержащаго тѣ или другіе микроорганизмы, смотря по этиологіи своего происхожденія. *Ostium abdominale tubae* далеко не всегда представляется зарощеннымъ и каналъ трубы можетъ содержать уже довольно значительное количество гноя, а отверстіе это все еще проходимо. Такое болѣе или менѣе долгое отсутствіе слипчиваго воспаленія въ области *ostii abdominalis tubae* какъ при катаральномъ, такъ и гнойномъ сальпингитѣ стоитъ, по всей вѣроятности, въ зависимости отъ того, что воспаленіе въ теченіе извѣстнаго времени не распространяется за его границу на окружающую брюшину, чему, конечно, не мало способствуетъ значительное распуханіе складокъ слизистой оболочки этой области, закрывающихъ собою *ostium abdominale*, имѣющее normally отъ 0,3—0,5 см. въ діаметрѣ, равно какъ и извѣстная степень сокращенія мышечныхъ волоконъ, распола-

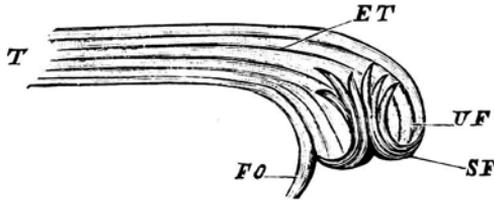


Рис. 5. Шематическое изображеніе завернувшихся фимбрій въ просвѣтъ трубы. (Burnier) *T*—труба. *ET*—продольныя складки трубы. *UF*—завернувшіяся фимбріи. *SF*—поверхность ихъ покрытая брюшиной. *FO*—*Fimbria ovarica*.

гающихся здѣсь на подобіе сфинктера (*Sappey*, см. *Seuvre*, «*L'inflammation des trompes utérines etc.*», Thèse de Paris, 1874, стр. 13). Въ дальнѣйшемъ же теченіи времени, особенно при *salpingitis purulenta*, въ большинствѣ случаевъ все-таки наступаетъ полное зарощеніе — облитерація наружнаго, брюшнаго отверстія трубы. Зарощеніе это наблюдается наступающимъ двоякимъ образомъ. Болѣе рѣдко мы видимъ, что въ теченіи воспаленія трубы фимбрія ея заворачивается внутрь въ ея просвѣтъ (*inversio ostii tubarum abdominalis*, рис. 5), такъ

что ихъ наружныя покрытыя брюшиною поверхности соприкасаются непосредственно другъ съ другомъ и весьма легко и скоро наступаетъ ихъ сращеніе и слѣдовательно облитерація брюшнаго отверстія. Съ появленіемъ скопленія содержиماго трубы и растяженіемъ ея абдоминальнаго конца, какъ мы объ этомъ еще будемъ говорить ниже, такое сращеніе фимбрій представляется въ видѣ правильной формы розетки. При гнойныхъ формахъ сальпингита болѣе часто наблюдается болѣе неправильное заращеніе наружнаго конца трубы, происходящее вслѣдствіе присоединяющагося мѣстнаго воспаления брюшины данной области, какъ результата выхожденія извѣстнаго количества гнойной жидкости изъ трубы. Ложныя перепонки, образующіяся при этомъ вокругъ трубы, яичника и окружающихъ частей, плотно закрываютъ *orificium abdominale* и обуславливаютъ такимъ образомъ облитерацію его. При *salpingitis catarrhalis* слизь, содержащаяся въ трубѣ, проникая черезъ брюшное отверстіе въ брюшину довольно часто не вызываетъ такого сильнаго раздраженія ея, чтобы развились ложныя перепонки, верѣдко приходится наблюдать *sub laparatomiam*, что дѣло ограничивается только серознымъ воспаленіемъ брюшины (*peritonitis seroso-fibrinosa*) области малаго таза, и мы находимъ въ немъ болѣе или менѣе значительное количество серозной асцитической жидкости съ незначительною примѣсью бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и незначительной величины фибринозныхъ хлопьевъ и болѣе или менѣе сильно выраженную инъекцію сосудовъ брюшины, покрывающей половые органы и прилежація петли кишекъ.

Развивающіяся иногда весьма интенсивныя перитониты, кончающіеся иногда даже летально въ теченіе болѣзни гнойнаго воспаления фаллопиевыхъ трубъ ведутъ обыкновенно свое начало отъ проникновенія гноя изъ ихъ канала въ брюшину черезъ свободное еще *orificium abdominale*; усиленная перистальтика трубъ въ этихъ случаяхъ, какъ она наблюдается иногда *sub menstruatione* или вслѣдъ за нѣкоторыми гинекологическими манипуляціями въ полости матки бываетъ уже

вполнѣ достаточна, чтобы выгнать часть содержимаго въ полость брюшины. Реакція же, получающаяся со стороны этой послѣдней, представляется уже прямо пропорціональной характеру гнойной массы, вступившей въ нее. Септическій гной, ведущій свое начало изъ послѣродового періода, отличается особою силою въ этомъ отношеніи; гоноройныя формы въ большинствѣ случаевъ даютъ только ограниченныя перитониты, хотя могутъ также встрѣчаться случаи острыхъ общихъ перитонитовъ, быстро убивающихъ больныхъ, развивающихся вслѣдъ за проникновеніемъ гоноройнаго гноя изъ трубы въ полость брюшины *sub salpingitide gonorrhoeica* болѣе остраго періода.

Воспаленія брюшины, какъ результатъ сальпингита, наблюдаются, какъ мы уже упомянули, большею частію на ограниченныхъ мѣстахъ, при томъ чаще на наружномъ концѣ трубы и около яичника; но въ теченіе хроническихъ, долго тянущихся катарральныхъ или гнойныхъ воспаленій приходится наблюдать распространеніе процесса на брюшину не только черезъ *orificium abdominale tubae*, но и путемъ лимфатическихъ сосудовъ черезъ всю толщу стѣнки. Подобная *perisalpingitis* можетъ занимать все протяженіе трубы, и ложныя перепонки, развивающіяся при этомъ одновременно съ воспаленіемъ, идущимъ изъ брюшнаго отверстія, превращаютъ трубу и прилежащій яичникъ въ одну общую опухолевидную массу, отношенія частей въ которой удастся доказать только послѣ продолжительнаго и точнаго препарованія вынутыхъ изъ трупа органовъ (рис. 6). Прилежащія петли кишекъ представляются иногда также весьма плотно приращенными къ данной области, такъ что получается весьма объемистый конгломератъ органовъ, соединенныхъ ложными перепонками, лежащій съ боку матки, могущій иногда симулировать присутствіе опухоли въ тазу.

Облитерація абдоминальнаго отверстія трубы обуславливаетъ застой выдѣленій слизистой оболочки въ наружномъ расширенномъ ея концѣ, такъ какъ normally продукты выдѣленій свободно стекаютъ въ брюшную полость, не вызывая въ ней никакихъ измѣненій, благодаря своей индефферентно-

сти. Подобное скопление, достигая известной степени, вызывает рефлекторнымъ путемъ усиленную перистальтику трубы и скопившаяся жидкость направляется къ ея внутреннему концу, къ *ostium uterinum tubae*, черезъ которое мало-по-малу изливается въ полость тѣла матки. При долго существующихъ хроническихъ сальпингитахъ съ облитераціей брюшного отверстия трубы и съ слегка стенозированнымъ проходимымъ маточнымъ, благодаря долго продолжающейся усиленной дѣятельности мы-

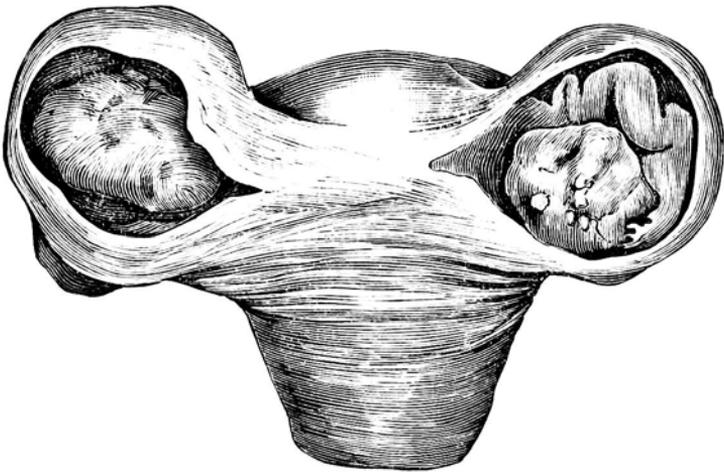


Рис. 6. Трубы и яичники заключенные въ ложныя перепонки. (Heitzmann).

шечныхъ элементовъ ея стѣнки наблюдается развивающеяся гипертрофія ея, идущая рядомъ съ распространіемъ хроническаго воспаления на мышечный слой и подбрюшинную клетчатку. Въ результатъ получается весьма сильное утолщеніе стѣнокъ трубы, она можетъ достигать толщины мизинца, указательнаго пальца и болѣе. Подобная гипертрофія мышечной стѣнки вслѣдствіе усиленной работы мышечныхъ элементовъ («Arbeitshypertrophie») была описана *Kaltenbach*'омъ («Centr. f. Gynäk.», 1885, стр. 677) и въ нашей литературѣ *В. В. Сутугинымъ* («Врачъ», 1886, № 17), подъ именемъ *salpingitis hypertrophica*, характерное изображеніе препарата кото-

раго мы приводимъ на рис. 7. При существованіи же также одновременной облитераціи и маточнаго отверстия трубы получаютъ значительныя скопленія жидкости въ ея полости и даютъ поводъ къ развитію ретенціонныхъ кистъ фаллопиевыхъ трубъ, разбору которыхъ мы посвятимъ слѣдующую лекцію. Утолщеніе стѣнокъ трубы наблюдалось также при сальпингитахъ у субъектовъ, имѣвшихъ сифилисъ, при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ удавалось доказать значительное развитіе соединительной ткани, и въ литературѣ извѣстенъ одинъ случай развитія въ нихъ гуммозныхъ опухолей (*Bouchard* и *Lepine*, цит. у *Е. Е. Маковецкаго*. (Къ вопросу о гнойныхъ скопленіяхъ фаллопиевыхъ трубъ. Дисс. изъ нашей клиники, 1888, стр. 7).

Бугорчатое воспаление трубъ (*salpingitis tuberculosa*) встрѣчается обыкновенно при существованіи бугорчатки другихъ



Рис. 7. *Salpingitis hypertrophica*. (Сутугинъ) *a*—маточный конецъ трубы. *б*—брюшной конецъ трубы.

органовъ, но можетъ быть также и поражениемъ первичнымъ. Заболѣваніе начинается обыкновенно также со слизистой оболочки, въ ней въ самыхъ ея поверхностныхъ слояхъ появляются сначала разсѣянными сѣрые милліарныя бугорки; увеличиваясь быстро въ числѣ и творожисто перерождаясь они занимаютъ уже большую часть толщи ея. Поверхностные слои проникнуты уже сплошь распавшимися бугорчатыми образованиями и превращенныя въ сыровидную массу мало-по-малу отваливаются, образуя обширныя язвенныя поверхности, дно этихъ язвъ или занято также еще творожистой массой или же представляется состоящимъ изъ грануляціонной ткани съ многочисленными

гигантскими клѣтками, какъ въ этой ткани, такъ и въ отслоившихся творожистыхъ массахъ были уже находимы и въ Фаллопиевой трубѣ характерныя туберкулезныя бациллы. Содержимое трубы представляется обычно густымъ гноеподобнымъ, съ многочисленными творожистыми хлопьями. Ostium abdominale tubae представляется не особенно рѣдко открытымъ (*Hegar*, «Genitaltuberculose des Weibes etc.», Stuttgart, 1886 г., стр. 9), и изъ него выстоитъ свободно въ полость брюшины туберкулезное творожистое содержимое ея. Возможность такого непосредственнаго проникновения творожистыхъ массъ въ брюшину вполне объясняетъ ту легкость, съ которою она также представляется пораженною бугорчаткою. Кромѣ только что сказаннаго пути зараженія бугорчаткою брюшины мы наблюдаемъ также распространеніе ея со слизистой оболочки трубы по лимфатическимъ сосудамъ сквозь стѣнки; особенно часто это приходится наблюдать на внутреннемъ маточномъ ея концѣ. При *salpingitis tuberculosa* гораздо чаще, чѣмъ при другихъ воспаленияхъ, поражается этотъ конецъ трубы, особенно часто это наблюдается при совмѣстномъ *endometritis tuberculosa*. Богатая сѣтъ лимфатическихъ сосудовъ въ углахъ матки и *isthmus tubae* весьма скоро представляется занятою бугорковыми образованиями, вотъ почему относительно часто у самаго маточнаго конца трубы мы замѣчаемъ развитіе утолщеній стѣнки ея, зависящихъ отъ мѣстныхъ поражений ея туберкулезнымъ воспаленіемъ. Эти утолщенія въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ напоминать собою утолщенія, находимыя при *salpingitis isthmica nodosa*; сходство это впрочемъ только кажущееся и болѣе точное анатомическое изслѣдованіе тотчасъ же укажетъ намъ съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. При зараженіи *ostii abdominalis tubae* начинается обыкновенно развиваться значительное скопленіе творожисто-гнойныхъ массъ въ полости ея и мы имѣемъ передъ собою ретенционную кисту-пуо-*salpinx* на туберкулезной почвѣ.

Этіология. Воспаленіе Фаллопиевыхъ трубъ встрѣчается обыкновенно какъ явленіе послѣдовательное вслѣдъ за тѣмъ или другимъ заболѣваніемъ внутреннихъ половыхъ органовъ жен-

щины. Первичные сальпингиты наблюдаются только весьма рѣдко какъ исключенія. Чаще всего они ведутъ свое начало отъ заболѣваній слизистой оболочки матки и не рѣдки случаи, въ которыхъ отъ первичнаго страданія остались только слѣды или же оно совершенно изгладилось, тогда какъ *salpingitis chronica* представляется въ полномъ своемъ развитіи, давая поводъ дѣлать предположеніе о самостоятельности—первичнаго своего происхожденія. Ведя свое начало отъ *Endometritis*, они представляютъ и этиологию совершенно сходную съ этой послѣдней. Я укажу только на частоту встрѣчающихся инфекціонныхъ формъ, между которыми на первый планъ выступаетъ зараженія гонорройное, септическое въ послѣродовомъ періодѣ и при занесеніи въ полость матки различныхъ патогенныхъ микро-организмовъ при недостаточно тщательно производимыхъ внутриматочныхъ манипуляціяхъ (грязный зондъ и т. п.) и зараженіе туберкулезнымъ ядомъ. Распространеніе инфекціонныхъ началъ изъ полости тѣла матки въ трубы и болѣе успѣшная ихъ тамъ культивировка наблюдаются особенно рѣзко выраженными въ случаяхъ извѣстной степени задержки развитія Фаллопиевыхъ трубъ. Да позволено мнѣ будетъ остановить Ваше вниманіе, гг., на одинъ моментъ на измѣненіяхъ формы Фаллопиевой трубы, какъ признаковъ ея постепеннаго дальнѣйшаго развитія у зародыша, дѣвочки и взрослой женщины. Фаллопиевы трубы въ началѣ зародышевой жизни представляются, какъ извѣстно, рѣзко спирально извитыми начиная отъ ихъ маточнаго конца на своемъ протяженіи; около 32 недѣль жизни зародыша эта извилистость выражена всего рѣзче, такъ что число оборотовъ спирали достигаетъ въ это время до шести и даже до семи съ половиною (*W. A. Freund. Ueber die indicationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben. Vollkman's Sammlung Klin. Vorles. 323. Gynäskol. 93*) (рис. 8). Съ этого времени извилистость трубы начинаетъ мало-по-малу изглаживаться, такъ что у новорожденной дѣвочки Фаллопиева труба у своего маточнаго конца, заисключеніемъ незначительной волнистости контура, представляется совершенно прямою и сохраняетъ свои спиральныя изви-

лины только на брюшномъ концѣ числомъ около четырехъ съ половиною оборотовъ (рис. 9). Въ теченіе виѣтробной жизни вплоть до наступленія половой зрѣлости изглаживаніе извилинъ идетъ все далѣе и далѣе, до тѣхъ поръ, пока труба не приметъ



Рис. 8. Тѣло матки и трубы зародыша восьми мѣсяцевъ развитія (Freund).



Рис. 9. Тѣло матки и трубы новорожденной дѣвочки (Freund).

свойственного ей, какъ выводному протоку, почти совершенно прямого протяженія, не представляющему уже никакихъ спиральныхъ извиловъ (рис. 10). Благодаря присутствію этихъ спи-

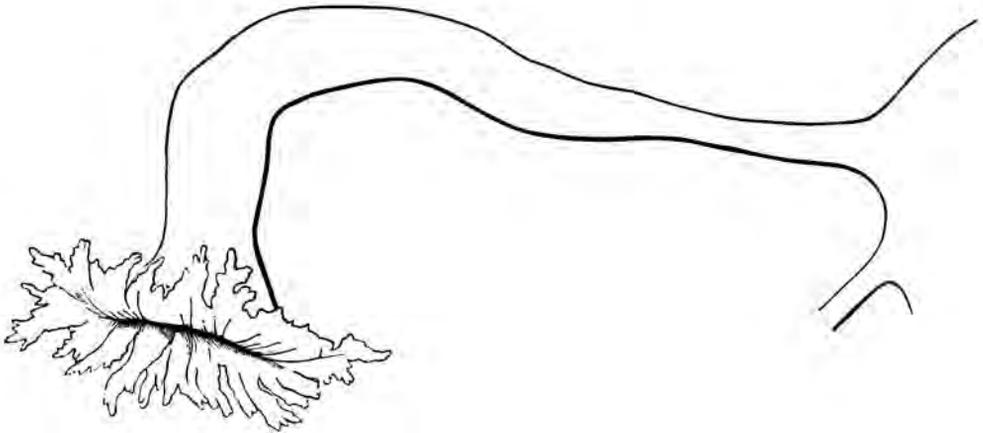


Рис. 10. Tuba Fallopii 22-хъ лѣтней женщины умершей отъ тифа (Freund).

ральныхъ извилинъ въ зародышевой и дѣтской трубахъ зондированіе ихъ удается только съ трудомъ, а иногда на мѣстахъ болѣе сильно выраженнаго перекручиванія зондъ не можетъ быть проведенъ вовсе и просвѣтъ трубы представляется мѣстно несуществующимъ, благодаря чему не только въ ранніе періоды

жизни дѣвочки, но даже и во время утробной жизни могутъ наблюдаться тѣ или другіе послѣдовательныя измѣненія.

Далеко рѣдко уже у взрослыхъ женщинъ приходится наблюдать присутствіе болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ спиральныхъ извилинъ на протяженіи Фаллопіевой трубы, обыкновенно на ея наружномъ абдоминальномъ концѣ. Присутствіе такихъ извилинъ и перегибовъ въ большинствѣ случаевъ представляетъ извѣстную степень остановки развитія трубы, причемъ сохраняется зародышевый пли дѣтскій типъ ея. Болѣе рѣзкіе случаи подобной остановки развитія встрѣчаются обыкновенно вмѣстѣ съ подобными же явленіями со стороны, какъ остальныхъ половыхъ, такъ и другихъ органовъ тѣла (*Anflexio uteri congenita*, *hypoplasia cordis*, дольчатая почка и др.).

Дѣтская пли зародышевая форма *Tubae Fallopieae* благодаря своей извилистости представляется гораздо чаще и упорнѣе пораженною воспалительно-инфекціонными процессами, чѣмъ труба нормально развитая; особенно рѣзко это наблюдается при пораженіяхъ гонорройнымъ ядомъ.

Воспаленія Фаллопіевыхъ трубъ встрѣчаются чаще у женщинъ въ полномъ расцвѣтѣ половой жизни отъ 20 до 40 лѣтъ; въ болѣе молодомъ и старческомъ возрастѣ они встрѣчаются уже гораздо болѣе рѣдко, единичными случаями они могутъ быть наблюдаемы даже въ самомъ раннемъ возрастѣ у маленькихъ дѣвочекъ. Почти на половину всѣхъ случаевъ воспаленіе поражаетъ обѣ трубы, такъ что *salpingitis duplex* встрѣчается довольно часто; при одностороннихъ формахъ лѣвая сторона представляется чаще пораженною. Не рѣдко приходится наблюдать одну трубу въ состояніи *salpingitis catarrhalis*, другую же въ состояніи *salpingitis purulenta*.

Какъ мы уже сказали, воспалительный процессъ распространяется на слизистую оболочку трубы чаще и легче всего со слизистой оболочки полости матки, въ нѣкоторыхъ же болѣе рѣдкихъ случаяхъ воспаленіе начинается со слизистой оболочки фимбріи и наружнаго конца трубы, переходя сюда со стороны брюшины. Этотъ послѣдній способъ распространенія наблюдается

часто, какъ намъ нерѣдко приходилось видѣть при септическихъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, когда брюшина путемъ лимфатической системы поражается скорѣе и интенсивнѣе, чѣмъ внутренняя поверхность полости тѣла матки. Обычно же внѣ послѣродового періода воспаленіе переходитъ per continuitatem съ слизистой оболочки матки; этимъ мы не хотимъ сказать, конечно, чтобы каждый катарръ ея непременно сопровождался сальпингитомъ. Этиологическими моментами происхожденія сальпингитовъ будутъ, слѣдовательно, тѣ же причины, что и endometritis corporis. Септическія, гонорройныя и туберкулезныя инфекціи стоятъ на первомъ планѣ; кромѣ того также, но уже гораздо болѣе рѣдко сальпингиты встрѣчаются совмѣстно съ эндометритами при неправильныхъ положеніяхъ, фиброміомахъ и ракахъ матки, при болѣзняхъ яичниковъ и общихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, какъ тифъ, холера, оспа и др.

Принадки. Salpingitis acuta и особенно salpingitis gonorrhoeica, присоединяясь къ заболѣванію матки, обуславливаетъ довольно рѣзко выраженную тупую боль, локализируемую больными весьма точно съ обѣихъ сторонъ матки; боль эта при переходѣ процесса въ хроническое состояніе значительно уменьшается, но никогда не покидаетъ совершенно больныхъ. Весьма скоро присоединяющіяся мѣстныя воспаленія брюшины вокругъ трубы (perisalpingitis) обуславливаютъ появленіе болѣе рѣзкихъ болей, значительно увеличивающихся передъ и вначалѣ менструальныхъ кровотеченій. Всякое движеніе матки дѣлается болѣзненнымъ, больныя не могутъ много ходить, подымать что-либо тяжелое; развиваются боли sub coitu (dyspareunia). Съ заращеніемъ брюшного отверстія трубы и началомъ усиленной работы мышечной части стѣнки ея, необходимой для удаленія скопляющихся выдѣленій черезъ маточное отверстіе, совпадаетъ появленіе судорожныхъ болей, особенно усиливающихся подъ вліяніемъ пріемовъ *Secale cornutum*. (*Сутугинъ*. «Врачъ», 1889, № 21, стр. 476). Количество выдѣленій бываетъ однако настолько относительно незначительно, что оно, смѣшиваясь съ выдѣленіями матки, не можетъ быть достаточно строго опредѣ-

лено. Sub menstruatione, какъ извѣстно, даже и въ нормальномъ состояніи количество жидкаго содержимаго трубы довольно значительно увеличивается, что и даетъ поводъ въ разбираемыхъ нами случаяхъ въ это время значительному увеличенію интенсивности спазмодическихъ болей, достигающихъ аспе своего развитія, получается довольно типическая картина dysmenorrhoeae spasmodicae. Чѣмъ болѣе развивается гипертрофія мышцъ трубы и чѣмъ глубже въ стѣнку проникаютъ воспалительныя измѣненія, тѣмъ сильнѣе, ожесточеннѣе и продолжительнѣе представляются спазмодическія боли. Въ случаяхъ *Kaltenbach*'а и *Сутугина* онѣ достигали чрезвычайной степени. Такая dysmenorrhoea spasmodica въ средней степени своего развитія, стоящая въ связи съ salpingitis gonorrhoeica, наблюдалась уже издавна присущею публичнымъ женщинамъ и носила въ свое время названіе Colica scortorum. Рядомъ съ подобными случаями нерѣдко приходится встрѣчать и такія опорожненія содержимаго трубы, которыя происходятъ безъ того, чтобы больныя ощущали какія бы то ни было боли.

При salpingitis purulenta, отъ какихъ бы этиологическихъ причинъ она ни зависѣла, наблюдается иногда вслѣдъ за гинекологическимъ изслѣдованіемъ, особенно инструментальнымъ, или же sub menstruatione развитіе рѣзко выраженныхъ перитоническихъ явленій вслѣдствіе поступленія гноя въ полость брюшины черезъ orificium abdominale tubae. Развитіе болѣе усиленныхъ рефлекторныхъ сокращеній мышцъ трубы, бывающее при неполнѣ заращенномъ или только рыхло-склеенномъ брюшномъ отверстіи ея, уже вполне достаточно, чтобы обусловить это выступленіе. Интенсивное зараженіе брюшины септическимъ гноемъ трубы было уже не разъ причиною смертельныхъ общихъ перитонитовъ.

Въ теченіи болѣзни хроническаго воспаления трубъ мы видимъ, какъ мало-по-малу начинаетъ представлять неправильности періодъ менструальнаго кровотока. Вначалѣ количество теряемой крови постепенно мало-по-малу увеличивается, развивается меноррагія, затѣмъ уже наступаетъ нарушеніе правиль-

ности появленія кровотеченія, такъ что мы имѣемъ передъ собою картину metrorrhagi'й, начинающихся, повидимому, безъ всякихъ видимыхъ причинъ и ведущихъ свое начало изъ тѣхъ вторичныхъ заболѣваній слизистой оболочки полости тѣла матки, которыя наблюдаются при заболѣваніяхъ придатковъ матки и ихъ обостреніяхъ. (*Славянский. Частная патологія женскихъ болѣзней. Т. 1., стр. 498*).

Въ przypadкамъ, вѣрише послѣдствіямъ, воспаленій трубъ, относится развивающееся безплодіе (sterilitas). Анатомическія измѣненія трубъ при хроническихъ сальпингитахъ и особенно гнойныхъ формахъ представляются на столько стойкими и значительными, что попаданіе и прохожденіе яйца по нимъ дѣлается невозможнымъ. Болѣе легкія катарральныя формы сальпингитовъ въ этомъ отношеніи представляются болѣе благоприятными, такъ какъ restitutio ad integrum при нихъ еще возможна, заращеніе orificium abdominalis tubae встрѣчается болѣе рѣдко и женщины, перенесшія salpingitis catarrhalis, хотя и черезъ довольно долгое время все-таки представляются иногда забеременѣвшими.

Объективное изслѣдованіе. У женщинъ, не обладающихъ чрезмѣрно толстыми и напряженными брюшными стѣнками при наружно-внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи удается безъ особаго труда прощупать съ обѣихъ сторонъ Фаллопиевы трубы, иногда даже въ нормальномъ ихъ состояніи. Тотчасъ за яичникомъ сбоку матки, отходя отъ ея угла, начинается тонкій, довольно-мягкій жгутъ, хорошо прощупывающійся только при пѣжномъ не сильномъ сведеніи обѣихъ изслѣдующихъ рукъ; жгутъ этотъ, направляясь сзади яичника кнаружи, мало-помалу дѣлается все мягче и наконецъ незамѣтно, безъ рѣзкой границы исчезаетъ для нашего осязанія. Въ патологическихъ случаяхъ, какъ напр., при salpingitis hypertrophica онъ представляется весьма рѣзкимъ, плотнымъ и, если нѣтъ болѣе значительныхъ измѣненій покрывающей трубу брюшины и большихъ сращеній, то удается прощупать характерные изгибы трубы, представляющіеся рѣзко выраженными въ случаяхъ дѣтской или зародышевой трубы. Присутствіе болѣе острыхъ измѣненій

брюшины, а равно и обширныхъ сращеній обыкновенно настолько затемняетъ изслѣдованіе, что tuba Fallopiae прощупана быть не можетъ. Производя повторныя изслѣдованія и выждавъ болѣе удобное время, мы все таки достигнемъ того, что можемъ себѣ составить весьма ясное понятіе о состояніи трубы. При *salpingitis catarrhalis* и связанномъ съ нимъ иногда присутствіи асцитической жидкости въ незначительномъ количествѣ въ полости малаго таза, объективное изслѣдованіе даетъ весьма удовлетворительные результаты. При слегка болѣзненномъ наружно-внутреннемъ изслѣдованіи весьма легко удается у угла матки найти внутренній конецъ трубы и, проводя его между пальцами обѣихъ изслѣдующихъ рукъ, позволяя ему проскальзывать между ними, мы довольно легко, подвигаясь кнаружи, опредѣляемъ и наружный конецъ трубы, представляющійся при этомъ болѣе толстымъ, распряющимся и болѣе рыхлымъ, пока наконецъ контуры его постепенно совершенно не изглаживаются; изслѣдованіе причиняетъ извѣстную степень боли, но не настолько, чтобы она препятствовала производству его. Результатъ такого изслѣдованія мнѣ уже не разъ приходилось провѣрять и подтверждать *sub laparotomia* при кастраціи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *salpingitis gonorrhoeica* уже при болѣе хроническомъ состояніи воспалительнаго процесса и особенно въ случаяхъ смѣшанной инфекціи, пальпація трубъ можетъ дать также удовлетворительныя данныя, указавъ на увеличенный объемъ наружнаго конца трубы и болѣе значительную плотность всего прощупываемаго жгута ея.

Въ остромъ періодѣ при существованіи значительной болѣзненности въ боковыхъ сводахъ мы удерживаемся обыкновенно отъ производства болѣе точнаго наружно-внутренняго изслѣдованія, такъ какъ не разъ уже наблюдали появленіе довольно сильныхъ обостреній съ рѣзкими припадками бокового периметрита. Принимая во вниманіе легкость, съ которою въ этомъ періодѣ заболѣванія можетъ быть обусловлено выходненіе гноя изъ трубы въ брюшину, при болѣе значительномъ сдавливаніи ея между пальцами, намъ дѣлается понятнымъ возможность

появленія не только обостреній, но и развитіе угрожающихъ симптомовъ болѣе разлитого перитонита.

При облитерации orificii abdominalis tubae и при скопленіи извѣстнаго небольшого количества жидкости въ ея полости, мы можемъ уже при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи опредѣлить довольно рѣзко выраженное утолщеніе наружнаго конца трубы. При повторныхъ изслѣдованіяхъ такихъ больныхъ легко опредѣляются колебанія объема утолщенной части трубы, стоящія въ связи со степенью наполненія ея жидкостью; такъ наприм., послѣ регуль и при рѣзко выраженныхъ приступахъ извѣстныхъ подъ именемъ colica scortorum послѣ приступа болей и опорожненія при этомъ черезъ orificium uterinum tubae большого или меньшаго количества скопившейся жидкости мы находимъ утолщеніе трубы гораздо менѣе выраженнымъ или совершенно исчезнувшимъ. Подобное колебаніе объема заболѣвшей трубы особенно рѣзко наблюдается при скопленіяхъ болѣе значительной степени, какъ это бываетъ при hydro-puo-salpinx'ахъ, о которыхъ рѣчь еще впереди на будущей лекціи.

Внутренній маточный конецъ трубы, какъ мы уже сказали, представляется обыкновенно при изслѣдованіи въ формѣ болѣе тонкаго съ болѣе рѣзкими контурами жгута, при salpingitis tuberculosa и иногда при salpingitis catarrhalis на немъ могутъ встрѣчаться мѣстныя утолщенія въ формѣ большей или меньшей величины бугровъ (salpingitis isthmica nodosa), съ анатомическимъ характеромъ которыхъ мы уже познакомились выше. Присутствіе такого рода утолщеній не можетъ быть признаваемо за патогномическій признакъ для salpingitis tuberculosa, какъ это дѣлаетъ *Hegar*, такъ какъ и при простыхъ катарральныхъ формахъ встрѣчаются при клиническомъ изслѣдованіи такія же образованія, какъ это показали изслѣдованія *Chiari* на секціонномъ столѣ и *Schauta* въ клиникѣ.

Распознаваніе. Время отъ времени обостряющіеся боковые периметриты, имѣющіе въ анамнезѣ безспорное зараженіе гонорройнымъ ядомъ, должны всегда побуждать насъ къ точному изслѣдованію ихъ въ связи съ явленіями dysmenorrhoeae, ме-

orrhagiae, dyspareuniae и анамнестических данных и вполне обезпечить диагноз salpingitidis gonorrhoeicae chronicae. Долго продолжающіяся боли внизу живота безъ рѣзкихъ обостреній съ явлениями усиленныхъ потерь крови sub menstruatione, легко опредѣляемыя границы трубы, присутствіе незначительнаго количества асцитической жидкости, иногда явления dyspareuniae представляютъ болѣе частое сочетаніе при salpingitis catarrhalis chronica. Первичныя формы salpingitis tuberculosae могутъ быть нами заподозрѣны при наличности данныхъ со стороны объективнаго изслѣдованія, указывающихъ на утолщеніе и оплотненіе трубы и на присутствіе въ выдѣленіяхъ матки туберкулезныхъ бациллъ. При существованіи туберкулезныхъ заболѣваній въ органахъ груди или живота и при имѣющемся салпингитѣ возможность, что онъ есть заболѣваніе вторичное, также туберкулезное, представляется далеко нерѣдкою; строго и точно повторно произведенное наружно-внутреннее изслѣдованіе, указывающее на присутствіе мѣстныхъ ограниченныхъ утолщеній въ lig. latum и области, окружающей наружный конецъ трубы, а равно и утолщенія внутреннего ея конца, еще болѣе заставляеть насъ признать вторичный salpingitis tuberculosa.

Предсказаніе. Катарральныя формы воспаленій трубъ, а также и болѣе легкія гнойныхъ могутъ еще иногда дать исходъ въ выздоровленіе, при чемъ можетъ произойти полная restitutio ad integrum. Болѣе интенсивныя-же гнойныя салпингиты переходятъ или въ salpingitis hypertrophica, или-же въ образование ретенціонныхъ кистъ фаллопиевой трубы. При самыхъ благоприятныхъ исходахъ при нихъ, а равно и при salpingitis tuberculosa, не смотря на остановку процесса и обратное развитіе продуктовъ воспаленія, полная restitutio ad integrum не происходитъ. Прогнозъ нашъ слѣдовательно для всѣхъ случаевъ долженъ быть сдержаннымъ, а для гнойныхъ формъ неблагоприятнымъ, особенно что касается до возможности забеременѣванія. Продолжительность болѣзни должна быть всегда предусматриваема, равно какъ и возможность быстрого появленія обо-

стрений, связанныхъ иногда съ опасными пораженіями брюшины.

Лѣченіе. Въ лѣченіи сальпингитовъ, какъ болѣзни въ большинствѣ случаевъ происхожденія инфекціоннаго, должна играть большую роль профилактика; устраненіемъ возможности зараженія септическими ядами во время родового акта, послѣродового періода и при выкидышахъ достигается уже значительное пониженіе числа заболѣваній. Тоже относится и къ гонорройному зараженію, при чемъ при этомъ послѣднемъ, если больныя обращаются за врачебною помощью при началѣ болѣзни, еще болѣе или менѣе локализованной въ наружныхъ половыхъ частяхъ и влагалищѣ, можно еще надѣяться соотвѣтственнымъ лѣченіемъ задержать распространеніе заболѣванія на слизистую оболочку полости матки и трубъ.

Благодаря полной недоступности фаллопиевыхъ трубъ для примѣненія мѣстнаго гинекологическаго лѣченія, мы должны *volens-nolens* ограничиваться только другими методами лѣченія. Въ свѣжихъ, острыхъ случаяхъ сальпингитовъ, при наличности такового же пораженія слизистой оболочки полости матки, терапия наша должна быть энергично направлена на эту послѣднюю, но и это только тогда, когда мы еще не подозреваемъ скопленія гноя въ каналѣ трубы, при существованіи же этого послѣдняго и при незаросшемъ *orificium abdominale tubae* всякая манипуляція, необходимая при лѣченіи *endometritis*, можетъ легко вызвать усиленные сокращенія мышцъ трубы и обусловить выходеніе хотя и незначительнаго количества гноя въ полость брюшины, достаточнаго однако для развитія остраго *peritonitis lateralis*. Поэтому въ большинствѣ случаевъ намъ приходится ограничиваться назначеніемъ строгаго покоя, больная лежитъ въ постели болѣе или менѣе продолжительное время до прекращенія существующихъ болей въ нижней части живота. При болѣе значительной интенсивности этихъ послѣднихъ съ успѣхомъ должны быть назначены ледъ на животъ и наркотическія (опій, морфій) въ формѣ суппозиторій въ прямую кишку; иногда

для прекращенія невыносимой боли оказывается весьма полезнымъ приставленіе пиявокъ къ нижней части живота.

При переходѣ заболѣванія въ болѣе хроническое состояніе можетъ быть рекомендованъ отвлекающій методъ лѣченія. Частое смазываніе T-ra jodii нижней части живота или повторныя мушки на эту область даютъ значительное облегченіе больнымъ. Тоже слѣдуетъ сказать и о мѣстныхъ кровопозвличеніяхъ изъ *portio vaginalis* скарификаціями, производимыми по два раза въ недѣлю. Въ дальнѣйшемъ теченіи хроническихъ сальпингитовъ являются уже показанія способствовать обратному развитію, *restitutio ad integrum*, заболѣваній трубы и остатковъ *perisalpingitis et perimetritis*, при этомъ на первомъ планѣ стоятъ *resolventia*. Іодъ и его препараты примѣняются во многихъ случаяхъ далеко не безъ благопріятныхъ послѣдствій. Смазыванія *tinct. jodii* влагалищной части матки и свода влагалища, соответствующаго заболѣвшей сторонѣ, *suppositoria* съ *kalium jodatam* во влагалище, влагалищныя тампоны изъ іодоформа (*Rp. Jodoformii cumarino desodorati 15,0, Glycerini 150,0*), вводимые на 12 или 24 часа даютъ возможность нерѣдко наблюдать уменьшеніе объема воспалительной припухлости заболѣвшей стороны. Съ этою-же цѣлью могутъ быть также назначены компрессы на животъ изъ различнаго рода рассоловъ, содержащихъ въ себѣ незначительную примѣсь іода, а также соленыя или грязевыя ванны. Остатки воспалительныхъ измѣненій при сальпингитахъ весьма хорошо поддаются также настойчивому примѣненію горячихъ влагалищныхъ душекъ и при отсутствіи какихъ либо скопленій въ полости трубы разумно примѣненному массажу. Въ теченіе времени существованія *dyspareuniae* больнымъ должна быть совѣтуема *abstinentia coeundi*.

Большинство случаевъ распознающихся сальпингитовъ подвляніемъ приведеннаго лѣченія могутъ быть излѣчены на столько, что всѣ безпокоющія больную боли пропадаютъ и остается только болѣе плотный жгутъ на мѣстѣ трубы, который также далеко нерѣдко мало-по-малу пропадаетъ и труба,

по крайней мѣрѣ при гинекологическомъ изслѣдованіи, представляется неизмѣненной. Но встрѣчаются все-таки случаи, относящіеся еще къ сальпингитамъ, лѣченіе которыхъ остается совершенно бесплоднымъ или же можемъ получить только временныя облегченія. Къ первымъ относятся *salpingitis hypertrophica* и нѣкоторыя формы *salpingitidis catarrhalis*, осложненнаго *perimetritide serosa-fibrinosa*, ко вторымъ — *salpingitis purulenta* съ характерными для нея возвращающимися обостреніями периметритовъ; эта послѣдняя форма представляется далеко нрѣдко протекающей весьма долгое время, прежде чѣмъ получится вполне стойкое зарощеніе наружнаго конца трубы и превращеніе ее въ *pyosalpinx*; обычно-же склейки *origicci abdominalis* настолько рыхлы, что или при болѣе повышенномъ внутрибрюшномъ давленіи, или-же при болѣе интенсивной перистальтикѣ стѣнокъ трубы легко получается разрывъ склеекъ и гной выступает или свободно въ полость брюшины, или-же между существующими ложными перепонками развиваются болѣе или менѣе рѣзкія острыя воспаленія брюшины на большемъ или меньшемъ протяженіи.

Всѣ только что приведенныя три формы хроническаго сальпингита вызываютъ настолько сильныя боли, существующія постоянно или появляющіяся въ болѣе или менѣе короткіе промежутки времени, что больныя лишены возможности не только производить какія либо физическія работы и такимъ образомъ зарабатывать себѣ кусокъ хлѣба, но иногда неспособны даже просто двигаться, и обречены проводить почти все время въ кровати; и такъ какъ значительное большинство такихъ больныхъ принадлежитъ къ рабочему классу, то болѣе энергическое и болѣе опасное лѣченіе должно считаться настоятельною для нихъ необходимостью. Успѣхи хирургіи послѣдняго времени даютъ намъ такое. Операція удаленія заболѣвшихъ трубъ путемъ чревосѣченія (*laparosalpingoectomy*) получила уже полное право гражданства, какъ *ultimum refugium* въ подобныхъ случаяхъ. Болѣе подробное изложеніе техники производства ея будетъ нами изложено въ слѣдующей лекціи, при лѣченіи ретенціон-

ныхъ кистъ трубы, такъ какъ и при существованіи небольшого объема такихъ кистъ, производство операціи представляется совершенно аналогично въ обоихъ случаяхъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

II.

ЛОСКУТНЫЙ СПОСОБЪ ПЕРИНЕОРАФИИ ПРИ НЕПОЛНЫХЪ РАЗРЫВАХЪ ПРОМЕЖНОСТИ.

Д-ра М. М. Миронова. (Харьковъ).

Изъ кланяки проф. *S. Winkel*'я въ Мюнхенѣ.

Леченіе старыхъ разрывовъ промежности въ послѣднее время, благодаря *Lawson-Tait*'у, предложившему свой лоскутный способъ и появившейся затѣмъ критической оцѣнкѣ его, возбудило вновь интересъ специалистовъ, почему я и рѣшился подѣлиться съ товарищами нѣкоторыми свѣдѣніями о видоизмѣненномъ способѣ перинеопластики, примѣняемомъ проф. *Winkel*'емъ, тѣмъ болѣе, что способъ этотъ еще не былъ опубликованъ, и я имѣю возможность, благодаря любезно данному мнѣ разрѣшенію, первымъ сообщить этотъ способъ русскимъ colleg'амъ, за что и считаю долгомъ выразить мою глубокую признательность многоуважаемому профессору.

Условія, дающія въ настоящее время возможность получить не только заживленіе старыхъ разрывовъ, но и производить возстановленіе приблизительно нормальной промежности, заключаются главнымъ образомъ въ способахъ освѣженія бывшаго разрыва и послѣдовательнаго соединенія краевъ раны. Что касается перваго, то до предложенія *Diffenbach*'а освѣженіе производилось на слпшкомъ маломъ протяженіи, и главное вниманіе обращалось только на самый промежностный разрывъ, а не на расщепленіе влагалища и прямой кишки. Лишь въ послѣднее время стали прилагать стараніе къ тому, чтобы образовать промежность, которая не только по своей высотѣ, но и по тол-

щипъ возможно больше соотвѣтствовала нормальнымъ условіямъ. Операціонными способами, дающими въ этомъ направленіи наиболѣе удовлетворительные результаты, мы обязаны щѣлому ряду хирурговъ и акушеровъ.

Способъ такъ называемаго «трехъугольнаго соединенія», первоначально рекомендованный *Diffenbach*'омъ, впослѣдствіи былъ улучшенъ и доведенъ до совершенства преимущественно *Simon*'омъ и позднѣе *Hegar*'омъ. (*Hildebrandt*. Болѣзни наружныхъ женскихъ дѣтородныхъ частей, стр. 107 и 108).

Сущность дальнѣйшихъ видоизмѣненій этого *основного* способа сводится, какъ извѣстно, къ измѣненію фигуры окровавленія влагалищнаго рубца. (*Freund*, *Emmet* и др.).

Рядомъ съ этими измѣненіями въ способахъ освѣженія раны, обстоятельствомъ, подвинувшимъ впередъ современную перинеопластику, является усовершенствованье въ технику наложенія шва.

Уже *Hildebrandt* обратилъ вниманіе на то, что если швы будутъ наложены очень глубоко въ двухъ или трехъ направленіяхъ (послѣднее можетъ имѣть мѣсто при полныхъ разрывахъ промежности), то средины ихъ петель на какомъ нибудь мѣстѣ будутъ лежать близко другъ отъ друга и если при этомъ завязывать швы, даже не натягивая чересмѣрно, то и въ такомъ случаѣ ткань въ этомъ мѣстѣ подвергнется натяженію въ различныхъ направленіяхъ, вслѣдствіе чего легко возникнетъ здѣсь полость, выполняющаяся сывороткой и ведущая, наконецъ, къ нарыву въ глубинѣ (I. с. стр. 112).

Такимъ образомъ, уже *Hildebrandt* указалъ на опасность «мертвыхъ пространствъ», образованіе которыхъ онъ старался устранить наложеніемъ промежностнаго шва, проникающаго черезъ всю толщу окровавленія и стягивающаго поэтому ткани въ одномъ направленіи.

Подобную же задачу, устраненія образованія полостей въ глубинѣ тканей, преслѣдовалъ и восьмиобразный шовъ *Hepner*'а. Окончательнымъ же усовершенствованіемъ мы обязаны *Werth*'у, предложившему этажный узловатый шовъ (*Centralblatt f. Gynä-*

kologie, 1879 г., № 23) и *C. Schröder*'у, который преимущественно ввелъ въ практику и распространилъ этотъ этажный шовъ, примѣняя его то въ видѣ непрерывнаго, то въ видѣ узловатаго шва изъ кетъ-гута.

Такимъ образомъ до обнародованія предложенія *Lawson-Tait*'а, стремленіе операторовъ сводилось къ тому, чтобы, удаливши рубцовую ткань, получить рану, по возможности тождественную съ тою, какая была въ данномъ случаѣ первоначально во время разрыва, и затѣмъ соединить края этой послѣдней такимъ образомъ, чтобы они во всякой данной точкѣ прилегали плотно другъ къ другу.

Способъ же *Lawson-Tait*'а существенно отличается отъ всѣхъ вышеупомянутыхъ тѣмъ, что при немъ рубцовая ткань не удаляется совершенно, а только отсепаровывается вмѣстѣ съ частью подлежащихъ тканей, оттягивается по направленію къ *symphysis os. pubis* и полученная затѣмъ рана сшивается. Однако гораздо раньше *Lawson-Tait*'а *Langenbeck* предлагалъ подъ именемъ *Perinaeo-Synthesis* лоскутный способъ перинеопластики, который, однако, не вошелъ во всеобщее употребленіе и былъ почти совершенно забытъ ¹⁾.

Операция начинается отдѣленіемъ вросшаго въ разрывы рубца. Съ этой цѣлью дѣлается подковообразный разрѣзъ кожи промежности на границѣ ея съ рубцовой тканью, боковые края котораго поднимаются до уровня бывшей прежде спайки. Затѣмъ лоскутъ отсепаровывается вплоть до исходныхъ точекъ подковообразнаго разрѣза и поднимается пинцетомъ кверху; тогда получается приблизительно ромбовидная, зіяющая рана, лѣвый бокъ которой сшиваютъ съ правымъ посредствомъ глубокихъ швовъ, накладываемыхъ со стороны промежности. Наконецъ, свободный край оттянутаго лоскута пришиваютъ къ верхнему краю вновь образованной промежности.

Кромѣ *Langenbeck*'а *A. R. Simpson* (*Sammlung Klinischer Vorträge von Volkmann*. № 301, 1887 г., стр. 2179) при непол-

¹⁾ Способъ этотъ, подробно описанный *Bifel*'емъ, буквально приведенъ въ монографіи *Hildebrandt*'а (I. с. стр. 118—119).

ныхъ разрывахъ промежности предложилъ поступать слѣдующимъ образомъ: сперва расщепляютъ заднюю стѣнку влагалища и надорванную промежность, т. е. рубцовую ткань сагитальнымъ разрѣзомъ, начинающимся отъ гарне промежности и идущимъ во влагалище до конца рубцовой ткани.

Затѣмъ дѣлаютъ подковообразный разрѣзъ кожи промежности; тогда получаютъ 2 трехъугольныхъ лоскута, съ вершинами, лежащими около гарне; ихъ отсепааровываютъ вплоть до ихъ оснований и, оттянувши кверху, соединяютъ по линіи перваго разрѣза швомъ, узлы котораго лежатъ во влагалищѣ. Остающаяся затѣмъ рана зашивается глубокими и поверхностными промежностными швами.

Способъ *Lawson-Tait*'а въ томъ видѣ, какъ онъ описанъ и изображенъ на рисункѣ *Max Sänger*'омъ (*Ueber Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum recto-vaginale und Lappenbildung von M. Sänger. Sammlung Klinischer Vorträge u. s. w. v. R. Volkmann* № 301) представляетъ, дѣйствительно, преимущество передъ старыми способами перинеоррафій, такъ какъ онъ 1) консервативенъ, 2) простъ и быстръ по исполненію и 3) даетъ такую же хорошую промежность, какъ и эти послѣдніе. Вслѣдъ за этимъ сообщеніемъ *M. Sänger*'а появилась работа доктора *Родзевича* ¹⁾, изъ которой видно, что проф. *К. Славянский*, примѣняя этотъ способъ перинеоррафій, находитъ его вполне пригоднымъ. Однако, авторъ указываетъ уже на нѣкоторое неудобство этого способа, именно, что отсепаарованный лоскутъ оставляется свободнымъ, для устраненія чего онъ совѣтуетъ протягивать шовъ вдоль свободного края этого лоскута и, стянувши его на подобіе кнута, заставляеть его сморщиться, вслѣдствіе чего получается хорошо образованная розетка.

Однако операція эта въ дѣйствительности далеко не такъ безукоризненна, какъ можно было бы думать, судя по описанію *M. Sänger*'а, почему и нельзя не согласиться съ проф.

¹⁾ *Родзевичъ*. Восстановленіе промежности по лоскутному способу (*Lawson-Tait*). Дисс. изъ Клиники Проф. К. Славянскаго. Спб. 1889 года.

Ottz (Archiv f. Gynäkologie Bd., 39. N. 1, стр. 51), который, разбирая этотъ способъ, не только не видитъ въ немъ никакого преимущества передъ старыми способами, но, напротивъ, считаетъ его далеко уступающимъ этимъ послѣднимъ.

Въ самомъ дѣлѣ: «прежде всего выставляется на видъ, что не удаляется ни кусочка ткани, такъ какъ лоскутъ не отрѣзается, какъ при другихъ способахъ. Выгода эта, однако, кажущаяся. Лоскутъ слизистой оболочки, образуемый при неполныхъ разрывахъ промежности, изъ уцѣлѣвшей части послѣдней выходитъ толще, чѣмъ при старыхъ способахъ освѣженія. Этотъ лоскутъ, когда онъ оттягивается кверху, сокращается очень сильно, нерѣдко онъ омертвѣваетъ и представляетъ образованіе, которое впоследствии не имѣетъ, собственно, никакого значенія, такъ какъ остается въ видѣ искусственно произведеннаго выступа».

Далѣе при этомъ способѣ удаляется вмѣстѣ съ лоскутомъ часть мускулатуры—этой важнѣйшей составной части промежности и черезъ это приходится сильно стягивать края раны, что въ свою очередь вліяетъ на успѣхъ заживленія, такъ какъ вслѣдствіе сильнаго сдавленія тканей, нарушается ихъ питаніе. (Изъ 36 случаевъ *Podzewica* въ 12 была болѣе или менѣе значительная неудача въ заживленіи ¹⁾).

Не смотря на всѣ эти недостатки лоскутной перинеоррафій *Lawson-Tait'a*, основная мысль этого способа — мысль держаться сколько возможно консервативно, не удаляя ни кусочка ткани, сама по себѣ заслуживаетъ полнаго вниманія и въ нижеописанномъ способѣ перинеоррафій, примѣняемомъ проф. *Winckel'em*, повидимому, она осуществлена вполне безъ ущерба для другихъ сторонъ дѣла. Операция производится слѣдующимъ образомъ: операционное поле фиксируется двойными крючками, изъ которыхъ одинъ, надъ *anus*, оттягиваетъ руб-

¹⁾ «Неудача», о которой говоритъ авторъ, сказывалась въ нагноеніи 1—2 швовъ и въ мѣстномъ частичномъ расхожденіи раны, что затягивало заживленіе на 3—4 дня. См. дисс. *Podzewica*, страл. 23 и предъидущ.

цевую ткань кнпзу, оба же боковые, у нижняго края малыхъ губъ, растягиваютъ ее въ стороны. Затѣмъ проводится полукружный разрѣзъ кожи промежности на границѣ ея съ рубцовой тканью; послѣдняя затѣмъ отсепаровывается въ видѣ довольно толстаго лоскута, захватывающаго всю толщу задней влагалищной стѣнки до границы ея съ рыхлой клѣтчаткой. Лоскутъ оттягивается вверхъ и отдѣляется отъ подлежащихъ тканей до уровня исходныхъ пунктовъ кожного разрѣза и въ глубину до конца рубцовой ткани. Полученная такимъ образомъ рацная поверхность сшивается въ сагитальномъ направленіи этажнымъ швомъ. Первый рядъ въ глубинѣ накладываемыхъ швовъ захватываетъ около 1 см. ткани и начинается отъ нижняго угла раны вверхъ по направленію къ влагалищу. Когда швы постепенно наложены и завязаны вплоть до свободнаго края лоскута, то лѣвая его половина соединяется съ правой швами, завязываемыми со стороны влагалища. Далѣе накладываютъ, въ случаѣ надобности еще 1 рядъ подобныхъ же глубокихъ швовъ, также начиная снизу вверхъ и на свободный край лоскута вновь 1 или 2 шва.

Послѣ этого края кожной раны промежности оказываются уже настолько сближенными, что остается только наложить 4—6 промежностныхъ швовъ.

Глубокіе и влагалищные швы проф. *Winckel* накладываетъ изъ кетгута, промежностные же изъ *fil de Florence*.

Такимъ образомъ, при этомъ методѣ вся рубцовая ткань, поднимаясь вверхъ и ложась въ складку, идетъ для образованія высокой, толстой и крѣпкой промежности, которая и по внѣшнему виду ничѣмъ не отличается отъ таковой же при прежнихъ способахъ перинеоррафіи по *Simon*'у или *Heagar*'у.

КАЗУИСТИКА.

I.

Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ женскаго мочевого пузыря.

И. ТЫШКО.

Ординатора Смоленской Губернской Земской Больницы.

(Сообщено въ Обществѣ Смоленскихъ Врачей).

Александра Ермолаева, крестьянка Смоленскаго уѣзда, Спаской волости, 22 лѣтъ, поступила 2 февраля 1890 года въ Смоленскую Губернскую Земскую Больницу, жалуясь на полное недержаніе мочи, сильныя боли внизу живота, въ поясницѣ, и наружныхъ половыхъ органахъ, на запоры и болѣзненную дефекацію.

Anamnesis. Начала менструировать на 17 году. Регулы начались и ходили затѣмъ все время правильно, по 3—4 дня чрезъ 4 недѣли, не обильно. Будучи вполне здоровою, на 20-мъ году вышла замужъ и вскорѣ забеременѣла. Въ январѣ 1889 г. первые срочные роды, очень трудные, продолжавшіеся около 2¹/₂ сутокъ и оконченные деревенскими бабками, которыя вынимали ребенка собственными руками. Ребенокъ и теперь живъ и здоровъ. Уже тотчасъ послѣ родовъ появилось полное недержаніе мочи. Больная встала съ постели на 4-й день и принялась за работу, ни на что не жалуясь, кромѣ недержанія мочи.

Въ началѣ зимы 1890 года бабки, къ которымъ больная не разъ обращалась за совѣтомъ по поводу своей болѣзни, за-

мѣтили, что у больной повременамъ изъ передняго прохода выпячивается небольшая, круглая, мягкая, мало болѣзненная и легко вправимая опухоль (вѣроятно, стѣнка мочевого пузыря). Чтобы помочь этой новой бѣдѣ и устранить, по словамъ больной, недержаніе мочи, бабки 21 декабря 1889 года ввели ей въ передній проходъ самодѣльное кольцо, что было очень болѣзненно. Моча всетаки продолжала непрерывно вытекать изъ передняго прохода. На другой день послѣ введенія кольца появились сильныя боли внизу живота и въ поясницѣ, былъ повторный ознобъ, сильный жаръ, болѣзненная дефекація. Состояніе больной, не смотря на всѣ деревенскія средства, все ухудшалось, такъ что она лежала еле живая. Въ концѣ января 1890 года была приглашена земская акушерка, которая узнавъ объ исторіи съ кольцомъ и убѣдившись, что даже изслѣдованіе влагалищное невозможно вслѣдствіе крайней болѣзненности, направила больную въ Смоленскую Губернскую Земскую больницу, куда она и была доставлена 2-го февраля 1890 года.

Status praesens et therapia. Малокровная, умѣренно истощенная крестьянка. Рѣзкій амміачный запахъ разлагающейся мочи отъ нея. Объективное изслѣдованіе больной не обнаружило нигдѣ, кромѣ половой сферы, отклоненій отъ нормы. *Rudenda externa*, отчасти *mons Veneris* отечны, поражены сильной экземой, съ изъязвленіями. Вся промежность, окружность заднепроходнаго отверстія и внутренняя поверхность обоихъ бедеръ почти въ томъ же состояніи; кое-гдѣ на нихъ папилломатозныя разращенія. Всякое прикосновеніе къ наружнымъ половымъ частямъ крайне болѣзненно, а тѣмъ болѣе влагалищное изслѣдованіе, при которомъ однако удалось найти на передней стѣнкѣ влагалища большое отверстіе, ведущее, повидимому, въ мочевой пузырь, и убѣдиться въ нахожденіи тамъ какого-то инороднаго тѣла, покрытаго мочевыми отложеніями. Болѣе подробное изслѣдованіе пришлось отложить до слѣдующаго дня. Наружныя половыя части и промежность обмыты 2% растворомъ карболовой кислоты, обсушены ватой и намазаны цинковою мазью.

3-го февраля больная захлороформирована для болѣе подробнаго изслѣдованія и удаленія инороднаго тѣла. При изслѣдованіи оказалось слѣдующее. Разрывъ промежности второй степени, сросшійся плотнымъ рубцомъ, идущимъ высоко во влагалище, влѣво отъ *columna rugarum posterior*. На передней

стѣнкѣ влагалища — дыра, величиною больше пятака, съ неровными, зазубренными краями, покрытыми легко кровоточащими, при прикосновеніи къ нимъ, грануляціями. Эта дыра, изъ которой постоянно течетъ моча, ведетъ въ мочевой пузырь, гдѣ введенный палецъ ощупываетъ инородное тѣло, извлеченіе котораго мнѣ удалось довольно легко при помощи длиннаго корнцанга. Края этого пузырьно-влагалищнаго свища довольно подвижны и сочны, кромѣ передне-праваго, который почти непосредственно прилегаетъ къ кости. Глубокихъ разрушеній слизистой оболочки мочевого пузыря не найдено, отверстій мочеточниковъ не видно. На слизистой оболочкѣ влагалища, впереди фистулы, — два поверхностныхъ изъязвленія, величиною съ гривенникъ. Своды влагалища не существуютъ: они сглажены, такъ что верхній отдѣлъ влагалища представляетъ собою небольшой конусовидный слѣпой мѣшокъ съ плотными стѣнками, въ верхушкѣ котораго находится *orificium externum uteri*. Матка прощупывается лишь при комбинированномъ изслѣдованіи чрезъ прямую кишку и брюшныя стѣнки, а также чрезъ прямую кишку и мочевой пузырь. Матка наклонена впередъ, тѣло ея нормальной величины; шейка матки мала, неподвижно укрѣплена плотными тяжами, спаивающими въ одно цѣлое дно мочевого пузыря, шейку матки, своды влагалища и прямую кишку. Зондированіе полости матки затруднительно: зондъ прошелъ только на 3 сант. Яичники и трубы не прощупываются. Мочеиспускательный каналъ проходимъ для металлическаго катетера № 16, по скалѣ Шарьера. Измѣреніе таза дало, сверхъ ожиданія, нормальныя величины: Sp. il. 27 сант.; Cr. il. 28,5 с., Troch. 32 с., Conj. ext. 21 с. Promontorium не достигается.

Пузырь и влагалище промыты теплымъ 2^o/_o растворомъ карболовой кислоты. Наружныя половыя части высушены ватой и смазаны цинковой мазью. Тоже самое дѣлалось ежедневно утромъ и вечеромъ. Назначенъ на животъ согрѣвающая компрессъ и покойное положеніе больной въ постели. Чрезъ нѣсколько дней, когда больная немного оправилась, ей была предложена операція зашиваніе фистулы, въ данномъ случаѣ довольно трудная, но, думаю, возможная, по крайней мѣрѣ, въ нѣсколько сеансовъ. Но больная отказалась наотрѣзъ и 8 февраля выписалась изъ больницы въ слѣдующемъ состояніи: Экцема и отечность наружныхъ половыхъ органовъ, промежности и внутренней поверхности бедеръ исчезли; фистула немного стянулась. Все остальное — *in statu quo*.

Извлеченное инородное тѣло представляло собою кольцо, вся периферія котораго и просвѣтъ закрыты намотанною тонко расщипанною мочалою, такъ что получился дискъ овальной формы, съ бѣльшимъ діаметромъ въ $4\frac{1}{2}$ сант. и меньшимъ— въ $3\frac{1}{2}$ сант. Самое кольцо, толщиною почти въ мизинецъ, состоитъ изъ тонкаго деревяннаго прута (толщиною съ гусиное перо), тщательно и плотно обвитаго полосками (шириною въ палецъ) бересты. Всѣ части кольца сохранились прекрасно: нигдѣ не замѣчается никакихъ слѣдовъ гніенія.

ДОБАВЛЕНІЕ.

Д-ръ *К. Г. Штоль* проситъ насъ внести слѣдующее добавленіе къ своей статьѣ, напечатанной въ № 12, за 1890 г.:

«*Таренецкій*¹⁾ не признаетъ гипертрофію малыхъ губъ и похотника за расовой признакъ и объясняетъ эту аномалію раннею потерею малыми губами ихъ упругости; подъ вліяніемъ этой потери упругости, порочныхъ привычекъ и узаконенныхъ обычаемъ пріемовъ измѣняется форма и величина этихъ частей. Допуская наслѣдственную передачу онъ считаетъ единственнымъ расовымъ отличіемъ слабое развитіе у африканскихъ и австралійскихъ женщинъ большихъ губъ, почему похотникъ и малыя губы у нихъ выдаются больше. При врожденной гипертрофіи клитора, которая встрѣчается гораздо чаще и сопровождается гипертрофіею малыхъ губныхъ, похотникъ принимаетъ булаво-видную форму и легко напрягается».

¹⁾ «Врачъ», 1885 г.

РЕФЕРАТЫ.

1. **Fraigniaud. Pneumonie et grossesse** (Archives de tocologie des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés. Vol. XVII. № 11). **Беременность и воспаление легких.**

Беременность довольно часто осложняется пневмонией и влияние последней на нее известно, а именно: беременность прерывается выкидышем или преждевременными родами, и чемъ ближе къ конечному сроку наступаетъ это осложнение, тѣмъ прогнозъ для матери и плода становится тяжелѣе. Нѣкоторые авторы считаютъ выкидышъ явленіемъ, благопріятствующимъ разрѣшенію пневмоніи, другіе же наоборотъ. Въ виду такихъ различныхъ мнѣній, авторъ считаетъ возможнымъ рѣшить этотъ вопросъ только результатами, и описываетъ сво* случай, гдѣ осложненіе пневмоніей присоединилось на восьмомъ мѣсяцѣ беременности, какъ это случается въ $\frac{2}{3}$ всѣхъ случаяхъ. Состояніе больной съ каждымъ днемъ становилось тяжелѣе и, только послѣ происшедшихъ преждевременныхъ родовъ, протекшихъ совершенно нормально, состояніе ея сразу улучшилось. Въ виду этого авторъ считаетъ преждевременные роды моментомъ, способствующимъ разрѣшенію пневмоніи, и въ исключительныхъ случаяхъ совѣтуетъ даже вызывать ихъ.

П. Садовскій.

2. **Giglio. Ueber den Uebergang der mikroskopischen Organismen des Typhus von der Mutter zum Fötus** (Cntrbl. f. Gynäcol. № 46, 1890). **О переходѣ микроорганизмовъ тифа съ матери на плодъ.**

Авторъ, изслѣдуя свѣжій плодъ, рожденный отъ тифозной матери, желаетъ подтвердить взглядъ *Eberth*'а, что микроорганизмы, встрѣчающіеся въ крови плодовъ, рожденных отъ тифозныхъ матерей, дѣйствительно настоящія тифозныя бациллы, а не какіе либо сапрофиты.

Случай, представившійся наблюденію автора, слѣдующій:

Г-жа L. V., изъ Палермо, въ началѣ беременности заболѣла лихорадочнымъ процессомъ, весьма похожимъ на тифъ. Температура колебалась 38,5—40,5. Селезенка немного опухла; появились запоры, метеоризмъ, слюнотеченіе и

упорная рвота. Подобнымъ же процессомъ заболѣли въ томъ же самомъ домѣ и другія женщины. На 3-мъ мѣсяцѣ беременности пациентка выкинула, и плодъ былъ тотчасъ же положенъ въ абсолютный спиртъ. Изрѣзавъ плодъ стерилизованными инструментами, авторъ посѣялъ кусочки печени, селезенки и кишокъ въ пробирки съ желатиною и поставилъ ихъ постоянной температурѣ въ 38°. То же самое авторъ продѣлалъ и съ кровью плода, которая подъ микроскопомъ не показала и слѣда присутствія какихъ либо микроорганизмовъ.

Для черезъ два желатина въ области посѣянныхъ частицъ помутнѣла и сдѣланные изъ помутнѣвшей мазки показали, что въ пробиркахъ съ посѣяною кровью помутнѣніе состояло изъ короткихъ, толстыхъ палочекъ съ округленными концами, длиною 2—3 μ и около $\frac{1}{2}$ —1 μ ширины; въ пробиркахъ же съ посѣянными частичками внутренностей палочки были раза въ два длиннѣе и толще и соединялись иногда въ нѣсколько рядовъ или же небольшими группами. Красились микроорганизмы очень хорошо фуксиномъ и метиленовою синькою, причемъ нѣкоторыя изъ бациллъ въ серединѣ своей воспринимали окраску нѣсколько слабѣе и представлялись какъ бы прозрачными.

Для полученія совершенно чистыхъ культуръ, авторъ разлилъ свои разводки на пластины, на которыхъ спустя шесть дней получились изолированныя колоніи, 45 мм. въ діаметрѣ, слегка бѣлаго цвѣта, въ серединѣ нѣсколько утолщенныя, а по краямъ какъ бы зазубренныя. Эти колоніи перенесены въ пробирки съ мясопептонною желатиною и черезъ 2 дня по направленію прививного штриха развились очень мелкія колоніи, увеличивающіяся постепенно въ количествѣ и образовавшія такимъ образомъ какъ бы облачность по направленію прививной борозды. Желатина же сама постепенно разжижилась. Съ образовавшихся на желатинѣ культуръ, частицы ихъ были перенесены и на другіе субстраты—такъ на агаръ-агарѣ колоніи развились на поверхности его въ видѣ бѣловатой пленочки, а въ бульонѣ черезъ 2—3 дня появилось молочно-бѣлое, какъ бы слизистое облачко.

Чтобы рѣшить дѣйствительно ли полученные микробы изъ различныхъ частей плода идентичны съ микробомъ брюшного тифа, авторъ предпринялъ сравнительные эксперименты надъ полученными изъ плода микроорганизмами съ чистою культурою бациллъ брюшного тифа.

Результаты получились слѣдующіе:

На желатинѣ микроорганизмы плода и бациллы брюшного тифа вызвали совершенно одинаковое помутнѣніе субстрата, но черезъ 4 дня сдѣлалась замѣтною разница между обими видами бациллъ. Бациллы плода образовали на поверхности субстрата небольшое, густое, слегка бѣлаго цвѣта пятно, надъ которымъ возвышалось другое пятнышко, нѣсколько меньшей величины, желтаго цвѣта, съ слегка красноватымъ оттѣнкомъ; бацилла же брюшного тифа образовала на поверхности однообразное, грязно-бѣлое пятно, болѣе густое въ центрѣ и какъ бы зернистое.

На цвѣтной желатинѣ культуры плода и брюшного тифа равномѣрно окрасились, причемъ культура плода приняла нѣсколько болѣе интензивный

зеленый цвѣтъ, чѣмъ культура брюшного тифа. Впослѣдствіи эта разница въ цвѣтѣ изгладилась и окраска субстрата не измѣнилась.

Въ неокрашенномъ бульонѣ обѣ культуры вызвали вначалѣ помутнѣніе, а спустя 5 дней получился совершенно одинаковый осадокъ въ видѣ кисточекъ.

Цвѣтной бульонъ и стерилизованное молоко подѣ влияніемъ прививокъ оставались безъ измѣненія даже по истеченіи мѣсяца. Развившіяся колоніи на только что указанныхъ субстратахъ, полученныя отъ бациллъ плода, при микроскопическомъ изслѣдованіи оказались состоящими изъ бисквитообразныхъ, толстыхъ, различной длины палочекъ и свободныхъ споръ; полученные же колоніи отъ прививокъ бациллъ брюшного тифа состояли изъ длинныхъ бациллъ, болѣе тонкихъ чѣмъ бациллы плода, и соединяющихся въ нити.

Для прививокъ на картофелѣ авторъ бралъ разводки бациллъ плода и брюшного тифа, выросшихъ на бульонѣ. Только на 4-е сутки въ пробиркахъ съ картофелемъ, за исключеніемъ двухъ, на поверхности картофеля образовались бѣлыя плѣночки, разрастающіяся по сторонамъ. Плѣнки эти спустя 15 дней приняли сѣрый оттѣнокъ и сдѣлались настолько сухими и хрупкими, что ихъ надо было размачивать дистиллированной водою, чтобы можно было сдѣлать микроскопическіе препараты. Въ двухъ пробиркахъ — одна съ бациллами плода, а другая съ бациллами тифа — вначалѣ ничего не развивалось; впослѣдствіи же на мѣстахъ, соотвѣтствующихъ проведеннымъ по поверхности картофеля прививочнымъ штрихамъ, развились безцвѣтныя, но блестящія борозды. Подѣ микроскопомъ блестящія мѣста въ обоихъ пробиркахъ оказались состоящими изъ бациллъ, съ тою только разницею, что бациллы блестящихъ мѣстъ, получившіяся отъ прививки бациллъ тифа, меньше, тоньше и содержатъ въ себѣ споры, между тѣмъ какъ бациллы блестящихъ мѣстъ, получившіяся отъ прививокъ бациллъ плода, больше, толще, соединяются иногда въ нити и окрашиваются равномерно фуксиномъ; плѣнки въ остальныхъ пробиркахъ съ картофелемъ состояли изъ короткихъ палочекъ, болѣе тонкихъ, чѣмъ палочки плѣнокъ изъ блестящихъ мѣстъ; палочки окрашивались фуксиномъ лишь по краямъ и по концамъ, такъ что середина палочекъ оставалась безцвѣтною и сильно преломляла свѣтъ. Кромѣ палочекъ въ плѣнкахъ встрѣчалось еще очень много споръ.

Приступая къ бактеріоскопическому изслѣдованію плода и плаценты, авторъ упоминаетъ, что при вскрытіи маленькаго плода не было замѣтно микроскопически какихъ либо паталогическихъ измѣненій. Предпринятое микроскопическое изслѣдованіе внутренностей тоже дало отрицательный результатъ. Изслѣдованіе же послѣда показало, что въ немъ разсѣяны различной величины кровоизліянія, причемъ наибольшей величины кровоизліянія были расположены по краю послѣда.

Авторъ, подвергнувъ бактеріоскопическому изслѣдованію срѣзы изъ этого послѣда, нашелъ, что культивированный имъ на различныхъ субстратахъ бисквитообразный микробъ плода находится въ сосудахъ послѣда, гдѣ онъ располагается между кровяными шариками. Для сравненія авторъ изслѣдо-

валь бактеріоскопически еще десять послѣдствъ отъ абортвъ, полученныхъ отъ тифозныхъ матерей, и ни въ одномъ изъ нихъ онъ не нашелъ полученнаго имъ микроба, не смотря на то, что нѣкоторые изъ послѣдствъ начали уже загнивать и въ нихъ — въ ворсинкахъ и въ промежуткахъ между ворсами, онъ могъ констатировать присутствіе колоній различныхъ кокковъ.

Подъ конецъ своей статьи авторъ упоминаетъ, что имъ были произведены съ полученнымъ въ чистомъ видѣ изъ плода микробомъ опыты надъ кроликами и морскими свинками для выясненія природы этого микроба въ смыслѣ патогенности его и вреда вызываемаго имъ по отношенію къ беременности. Относительно результатовъ опытовъ, авторъ говоритъ только то, что они дали положительные результаты. Какіе же это были положительные результаты, авторъ не объясняетъ, упоминая лишь, что подробное описаніе опытовъ заняло бы очень много мѣста. Культивированный изъ плода микробъ авторъ идентифицируетъ съ тифозною бациллою *Eberth's*. Не смотря на совершенно различный видъ обонухъ микробовъ подъ микроскопомъ, авторъ полагаетъ, что для тождественности достаточно, что полученный имъ микробъ подобно тифозной бациллѣ *Eberth's* не разжижаетъ желатины, не вызываетъ образованія пузырей газа, не образуетъ на картофелѣ плотнаго налета и не обезцвѣчиваетъ окрашенныхъ средъ, въ висячей же каплѣ обладаетъ ясно выраженными движеніями. Вотъ на основаніи всего только что сказаннаго авторъ и полагаетъ, что полученный имъ микробъ есть настоящій микробъ брюшного тифа въ смыслѣ *Eberth's*, переданный плоду отъ тифозной матери лишь при посредствѣ послѣда. **А. Брандтъ.**

3. Th. Landau. Zur Untersuchung und Diätetik Schwangeren und Wöchnerinnen. — (Berliner Klinische Wochenschrift, № 33, 1890 г.) Къ леченію и діететикѣ беременныхъ и родильницъ.

Авторъ восхваляетъ методъ леченія *Thure Brandt's* болѣзней женскихъ половыхъ органовъ и говоритъ, что онъ дошелъ въ разработкѣ этого метода до такого совершенства, что новыя работы въ этой области могутъ быть направлены только на открытіе новѣйшихъ свѣдѣній по физиологіи и патологіи полового аппарата женщины, для выясненія показаній къ методу *Thure Brandt's* и причинъ его успѣха. — Такъ извѣстно, что при выпаденіяхъ матки, въ застарѣлыхъ и запущенныхъ случаяхъ, способъ этотъ поднятія матки и массажъ можетъ дать удивительно быстрый и совершенный результатъ, въ другихъ же случаяхъ его нѣтъ. — Очевидно, что неуспѣхъ есть результатъ различныхъ анатомическихъ отношеній, и по мнѣнію автора — загиба матки назадъ и ея бокоположеній, гдѣ болѣе умѣстны пессарии и хирургическій методъ леченія.

Затѣмъ авторъ приводитъ тѣ измѣненія въ приемахъ, которыя предложены *Weissenberg'омъ*, *Sielski*, *Ziegenspeck* и категорически ихъ отвергаетъ. — Далѣе авторъ излагаетъ послѣдовательно факты, имѣющие практическое значеніе. — Прежде всего изслѣдованіе при стоячемъ положеніи больной: — смазанный жиромъ указательный палецъ лѣвой руки вводится по задней стѣнкѣ влагалища; при введеніи на разстояніи дюйма онъ долженъ быть сильно разо-

гнуть, 3 слѣдующихъ пальца должны быть направлены назадъ и помѣститься между ягодицами и служить для поднятія промежности. — Путь къ изслѣдуемому мѣсту укорачивается. Авторъ обязательно совѣтуетъ предварительно примѣнять этотъ способъ изслѣдованія, такъ какъ «здѣсь выигрывается то же самое, что теряется при комбинированномъ изслѣдованіи — изслѣдованіе полости таза. — Затѣмъ для провѣрки, производимъ двойное изслѣдованіе, причемъ, у беременныхъ, для большей точности вводимъ два пальца и ощущаемъ наклоненіе, обходимъ изслѣдуемую область, давимъ или нѣтъ. — Затѣмъ слѣдуетъ подробное описаніе комбинированнаго изслѣдованія (ничего новаго не представляющее. *Авт.*), въ концѣ котораго авторъ настаиваетъ на введеніи во влагалище одного пальца, а не двухъ, какъ принято было прежде.

При описаніи благотѣльнаго способа *Thure Brandt'a*, авторъ перечисляетъ вкратцѣ тѣ разстройства, которыя бывають у беременныхъ, какъ результатъ увеличивающейся физиологически матки, какъ-то: разстройства со стороны мочевого пузыря, прямой кишки, недостаточность брюшного пресса и нервныхъ разстройствъ: болей въ нижнихъ конечностяхъ; — затрудненіе кровообращенія и какъ результатъ: отеки и расширеніе венъ. Всѣ эти явленія, въ болѣе сильной степени, появляются при загибѣ беременной матки назадъ, — и все это можетъ быть устранено при примѣненіи поднятія матки по способу *Thure Brandt'a*. — Поднятіе беременной матки должно производиться не особенно нѣжно, но и не на столько грубо, чтобы вызвать прекращеніе беременности. — Существуетъ мнѣніе, что если разстройства въ такихъ случаяхъ являются, какъ результатъ загиба беременной матки назадъ, то дѣло исправимо съ исправленіемъ положенія матки; когда же матка не перегнута назадъ, то дѣло сводится къ леченію нервныхъ разстройствъ, ставится діагнозъ: *neurostenia, hysteria etc.* По мнѣнію же автора, и при такихъ условіяхъ все дѣло въ механическихъ причинахъ — въ давленіи увеличенной матки на сосѣдніе органы, а слѣдовательно этимъ и объясняется благотѣльное вліяніе способа *Thure Brandt'a* и въ этихъ случаяхъ.

Первое условіе этого способа: не сильно схватывать матку и не прижимать къ крестцовой кости, вывести матку осторожно за бока изъ полости малаго таза, при чемъ контролирующій палецъ ассистента во влагалищѣ слѣдитъ за движеніемъ матки. Здѣсь является кажущееся противорѣчіе, что матка опять возвращается на свое мѣсто, но это есть діагностическая ошибка. Съ поднятіемъ матки, освобождаются отъ давленія мочевого пузыря, прямая кишка и нервы. — Возможно также, что матка становится мягче и подвижнѣе. — И такъ матка приподнимается изъ таза, кишки опускаются въ тазъ, освобождаются отъ давленія и застоявшіяся каловыя массы и газы приходятъ въ прямую кишку. Кровь большихъ венозныхъ стволовъ подымается кверху и чрезъ аспирацію освобождаются отъ венознаго переполненія нижнія конечности. — Кромѣ тазовыхъ органовъ, вліяніе беременной матки выражается и на всемъ организмѣ, во-первыхъ, благодаря плацентарному кровообращенію и, во-вторыхъ, застою крови въ тазу, которое отражается на кровообращеніи малаго круга; отсюда: приливы къ головѣ, сердцебіенія, головокруженія и т. д. — Всѣ эти

явленія исчезаютъ при правильномъ примѣненіи способа *Brandt'a*, и ему нерѣдко удавалось прекращать неукротимую рвоту, при которой показаны преждевременные роды. Авторъ между прочимъ замѣчаетъ, что чаще всего примѣняется способъ *soreniannche*, гдѣ предварительное расширеніе шейки матки, которое подымаетъ матку (вѣроятно авторъ разумѣетъ тѣ случаи, когда расширеніе дѣлается безъ предварительной фиксаціи матки пулевыми щипцами) и есть главный источникъ удачи. — Далѣе авторъ задается вопросомъ, какія движенія приносятъ пользу беременнымъ, и останавливается на дыхательныхъ движеніяхъ, ускореніе которыхъ благотворно вліяетъ на малый кругъ кровообращенія; активное и пассивное движеніе нижнихъ конечностей, которыя ускоряютъ токъ крови кожныхъ венъ внутреннихъ поверхностей бедеръ;—сюда же относится поворачиваніе ногъ въ тазобедренныхъ суставахъ и сгибаніе и разгибаніе колѣнъ. — На основаніи вышензложеннаго авторъ предлагаетъ правила при сидѣніи больныхъ: ноги покоятся на скамьѣ и колѣни выше бедеръ. Чѣмъ дальше беременность, тѣмъ выше колѣни. Какъ результатъ повторной беременности является недостаточность брюшнаго пресса, вслѣдствіе атрофическихъ процессовъ въ кожѣ (*striae*) и мышцахъ. — Въ виду значенія его во 2-мъ періодѣ родовъ, какъ изгоняющей силы, гигиена брюшнаго пресса заслуживаетъ тоже особаго вниманія. —Для поддержанія мускулатуры и сопротивленія растягивающему дѣйствию матки предложены такъ называемые пояса для беременныхъ, которые имѣютъ большое значеніе.

Авторъ стоитъ за то, что массажемъ слѣдуетъ способствовать обратному развитію матки послѣ родовъ. Что касается до пребыванія больной въ постели, то онъ находитъ: для первороженницы 14 дней, а многороженицѣ 11 дней; при чемъ лежаніе не должно быть неподвижное на спинѣ, а ей предоставляются активные повороты на бокъ и изъ лежачаго положенія переходить въ полудлежае. Впродолженіи этого времени слѣдуетъ родильницамъ бинтовать животъ полотенцами или бинтами, не упуская изъ виду, что тѣсныя бинтованія отдавливаетъ матку внизъ и нарушаютъ кровообращеніе въ стѣнкѣ живота и такимъ образомъ способствуютъ недостаточному обратному развитію матки и брюшныхъ стѣнокъ. —Что касается питанія беременныхъ, то *Brandt* выразился: «Питаніе беременныхъ не должно измѣняться».

Вопросъ о діетѣ является только тогда, когда имѣется въ виду вліять на величину плода.—Сначала опыты были продѣланы на животныхъ, а затѣмъ *Prochownik* пришелъ къ желаемому результату на 3-хъ женщинахъ съ узкимъ тазомъ, — у автора также эти опыты удались и родилось трое дѣтей, при чемъ они обладали всѣми признаками зрѣлости и уступали только въ вѣсѣ. Діета, предложенная *Prochownik'омъ*, идентична съ діетой при сахарномъ мочеизнуреніи.

Объясняется это тѣмъ, что плодъ получаетъ питательный матерьялъ чрезъ пупочнаго кровообращеніе, слѣдовательно, если мы уменьшимъ количество или родъ крови, то это отзовется на питаніи плода.

Г. Корди.

4. **Bousquet. De la cocaine en obstetrique.** (Arch. de tocologie, 1890, № 12). **Кокаинъ въ акушерствѣ.**

Для устраненія и уменьшенія боли во время родовъ кокаинъ примѣненъ впервые во Франци *Doleris*'омъ въ 1885 году; онъ смазывалъ шейку матки мазью или 4% растворомъ и констатировалъ его обезболивающее дѣйствіе. Съ тѣхъ поръ и другіе ученые примѣняли его въ разныхъ видахъ съ тою же цѣлю. Авторъ приводитъ самыя краткія выдержки изъ исторій родовъ 32 роженицъ, у которыхъ онъ примѣнялъ впрыскиванье 1 : 20 раствора (по $\frac{1}{2}$ шприца въ каждую большую губу), за 5—10 минутъ до рожденія головки, или тампировалъ влагалище кокаинизированною ватой. Кокаинъ примѣнялся въ самыхъ разнообразныхъ условіяхъ — у первородящихъ и многорожавшихъ отъ 17 до 42-лѣтняго возраста, при быстрыхъ и медленныхъ родахъ, оканчивавшихся силами природы и искусственно (въ 10 случаяхъ) щипцами, поворотомъ и дробленіемъ головки, при преждевременныхъ родахъ отъ 5 до восьми мѣсяцевъ, послѣ безуспѣшнаго примѣненія хлороформа и антипирина, и вездѣ боль, если не прекращалась вовсе, то значительно утихала. Такіе результаты вынуждаютъ автора настоятельно больше рекомендовать кокаинъ, какъ вѣрное и дѣйствительное средство въ большаи́хъ дозахъ. Къ тому же онъ является средствомъ и безусловно безвреднымъ въ дозахъ, не превышающихъ 0,20 cent., такъ какъ осложненія наблюдались лишь при количествахъ отъ 0,75 до 2 gr. (*Reclus*).

А. Гермоніусъ.

5. **Bernays. Zwei Fälle von Extrauterinschwangerschaft durch den Bauchschnitt geheilt** (Deutsche medicin. Wochenschr, № 31, 1890). **Два случая внѣматочной беременности, — излѣченные лапаротоміей.**

Случай 1-й. Г-жа 28 лѣтъ, замужемъ 2 года 4 мѣсяца, явилась на приемъ 27 декабря 1889 г. Жалобы больной состоятъ въ слѣдующемъ: Менструація, бывшая раньше всегда правильная и продолжавшаяся въ теченіе 4-хъ дней, нынѣ длится уже 10 дней. Послѣдніе регулы были 1—4 октября, въ ноябрѣ отсутствовали, а такъ какъ не показывались и въ декабрѣ, то пациентка думала, что она беременна; 13-го декабря почувствовала на столько сильную коликообразную схватку въ нижней части живота, что потеряла сознание. Послѣ этого приступа, у ней появилось кровотеченіе и боли въ нижней части живота являются каждые два часа въ столь сильной степени, что заставляютъ ее корчиться. Подобное состояніе продолжалось вплоть до 15-го января 1890 г., когда ей было произведено авторомъ изслѣдованіе. Послѣднее показало, что шейка матки мягка, полость матки удлинена, слизистая оболочка ея размягчена (*decidua*). Тѣло матки смѣщено влѣво. Въ правомъ параметріи опухоль, величиной съ небольшой кулакъ, неподвижная, плотно-прилегающая къ маткѣ. Граница между опухолью и маткою хотя съ трудомъ, но все-таки опредѣляется достаточно точно. На основаніи анамнеза и изслѣдованія авторъ опредѣляетъ внѣматочную беременность. При пробномъ проколѣ черезъ сводъ влагалища, вытекаетъ нѣсколько капель черной крови. Послѣ предварительныхъ приготовленій (теплая ванна, слабительное, покой въ по-

стели), 18-го января больной была сдѣлана лапаротомія. Разрѣзь, проведенный по linea alba былъ настолько великъ, что можно было ввести руку. Введенная въ брюшную полость рука подтвердила тотчасъ діагнозъ. При выведеніи руки излилось большое количество буроватаго цвѣта крови съ массою кровяныхъ сгустковъ; кровь выполнила полость малаго таза, вокругъ опухоли. Опухоль—растянутая труба была освобождена отъ рыхлыхъ сращеній съ rectum и заднею стѣнкою таза, выведена чрезъ брюшную рану наружу, захвачена пинцетомъ на 2 сантим. отъ матки и перевязана. Туалетъ не былъ сдѣланъ. Наложень обыкновенный брюшной шовъ. Больная черезъ 3 недѣли была совершенно здорова. Препаратъ представляетъ собою сильно увеличенную трубу, выполненную твердымъ кровянымъ сгусткомъ. Длина трубы 9, а ширина 6 сантим. Попытки отыскать какой либо разрывъ трубы оказались тщетными, хотя нельзя отрицать существованіе разрыва прежде, что подтверждается массою крови въ полости малаго таза. На поверхности опухоли имѣлись остатки сращеній съ окружающими частями и кромѣ того организованные (?) кожистые, кровяные сгустки. Микроскопическое изслѣдованіе показало въ серединѣ кровяного сгустка въ трубѣ присутствіе слизистой эмбриональной ткани и ворсинъ chorion. Такъ какъ *Lawson Tait* считаетъ всѣ случаи haematocele retro-uterina за результатъ эктопической беременности, то авторъ расширяетъ это мнѣніе въ томъ смыслѣ, что и большая часть случаевъ haematosalpinx вызываются трубною беременностью.

Случай 2-й. Пациентка 25 лѣтъ, прекраснаго сложенія, замужемъ 4 года. На 2 году замужества родила двухъ близнецовъ. Регулы были всегда правильны, безболѣзненны, въ послѣдній разъ продолжались 23—27 декабря 1889 г. Весь январь и февраль регулы отсутствовали, но съ 1—8 марта появилось значительное кровотеченіе, а 6 марта вышло съ кровью нѣсколько лоскуткеевъ (по всей вѣроятности decidua). Кровотеченіе не сопровождалось болью и прекратилось 8 марта. 11 марта при поднятіи ведра съ углемъ она упала, потерявъ сознаніе. Появился слабый позывъ на рвоту и значительная боль въ животѣ. Пульсъ 80, температура 37. На слѣдующій день обморокъ слѣдовалъ за обморокомъ, животъ чувствительный и вздутый. Пульсъ 140. Предпринятое изслѣдованіе per vaginam мало разъясняетъ дѣло. Матка нѣсколько увеличена, слегка кровоточитъ, положеніе послѣдней нормальное. Предполагается, что имѣется кровоизліаніе въ брюшную полость, зависящее отъ лопанія эктопической беременности. Рѣшено приступить къ лапаротоміи. Какъ только сдѣлано отверстіе въ брюшинѣ, то слѣдовало громадное истеченіе крови черезъ рану (2—4 литра). Введенною черезъ брюшное отверстіе рукою авторъ ясно ощутилъ, что кровь течетъ изъ лопнувшей части правой трубы; остановивъ пальцемъ кровотеченіе, вытащилъ наружу широкую связку съ трубою, въ которой былъ разрывъ длиною въ 4 сантим., причеъ плодъ съ кровяными свертками лежалъ въ этой разорванной трубѣ. Изслѣдованіе показало, что въ развитіи плоднаго мѣшка участвовала только часть трубы, прилегающая къ маткѣ на разстояніи 2 сантим. и эта часть оказалась растя-

нуюто лишь со стороны, покрытой брюшиной и смотрящей въ брюшную полость; часть же, обращенная къ широкой связкѣ, представляла собою лишь дно плоднаго мѣшка. Часть плоднаго мѣшка, обращенная къ маткѣ, представляла собою правый рогъ матки, такъ что лигатура должна была быть наложена на правый рогъ матки, и разрѣзъ былъ веденъ въ самой ткани матки. Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ авторъ имѣлъ дѣло съ интерстиціальной беременностью. Брюшного туалета авторъ не дѣлалъ и закрылъ рану пятью швами. Пульсъ и температура, бывшіе 12 марта 134, t° 38, въ послѣдующіе дни постепенно падали, такъ что 25 апрѣля пульсъ былъ 84, а t° 37. Изслѣдованіе вырѣзаннаго препарата указало, что беременность приблизительно продолжалась 7—9 недѣль. Зародышъ въ длиннѣйшемъ діаметрѣ—1 сант. Авторъ считаетъ этотъ случай интерстиціальной беременности за единственный ему извѣстный, при которомъ посредствомъ лапаротоміи была спасена жизнь больной.

А. Брандтъ.

6. Schmidt-Rimpler. Bemerkungen zur Aetiologie und Therapie der Blennorrhoea neonatorum (Deutsche medicin. Wochenschrift, № 31, 1890 г.)
Къ этиологіи и терапіи бленнореи у новорожденныхъ.

Авторъ въ началѣ своей статьи, ссылаясь на изслѣдованіе *Borchardt'a* относительно острой формы триппера, *Kroner'a*, *Widmark'a*, *Grossmann'a* и свои собственныя относительно бленнореи глазъ говоритъ, что не всегда бленнорея глазъ новорожденныхъ и дѣтей ранняго возраста вызывается гонококками, такъ какъ очень часто, какъ самъ авторъ, такъ и вышеупомянутые авторы, не находили гонококковъ ни въ секретѣ полового аппарата матери, ни въ отдѣляемомъ при бленнорей глазъ у дѣтей. Затѣмъ авторъ приводитъ случаи изъ своей практики, въ которыхъ при ясно выраженныхъ и встрѣтившихся въ большомъ количествѣ гонококкахъ въ секретѣ полового аппарата матери и въ отдѣленіи бленнореи глазъ у новорожденныхъ, бленнорея протекала въ очень легкой формѣ и наоборотъ — случаи, гдѣ въ секретѣ полового аппарата матери и бленнорей глазъ гонококки отсутствовали, а бленнорея была выражена очень сильно. Наконецъ, по наблюденію автора, бленнорея новорожденныхъ и дѣтей ранняго возраста никогда не вызываетъ такихъ сильныхъ измѣненій въ глазѣ, какъ у взрослыхъ, и при правильномъ лѣченіи или даже при промываніи глазъ новорожденныхъ простою водою бленнорея исчезаетъ очень быстро, не оставляя послѣ себя ни малѣйшаго слѣда. Случаи, приводимые авторомъ, могущіе подтвердить его взглядъ, слѣдующіе:

1) Екатерина *F*, 14 лѣтъ, принята въ клинику 11 мая 1888 г. съ діагнозомъ: острая бленнорея лѣваго глаза. Не смотря на всѣ предпріятыя, какъ терапевтическія, такъ и оперативныя мѣры, у больной послѣ 3-го іюня развился *phthisis anterior bulbi*. Изслѣдованіе отдѣляемаго глаза въ теченіе всей болѣзни показало присутствіе громаднаго количества гонококковъ, сидящихъ въ гнойныхъ клѣткахъ. Такъ какъ изслѣдованіе половыхъ органовъ больной при цѣломъ *huncen* не дало возможности предположить трипперъ, то

старались найти другой источник для случившейся у пей бленнореи глазъ. Оказалось, что у больной есть сестра, шести недѣль отъ роду, за которой больная должна была ухаживать. Авторъ у этого ребенка нашел слабую хроническую бленнорею глазъ и при изслѣдованіи отдѣляемаго также были найдены гонококки, хотя въ умѣренномъ количествѣ. Изъ анамнеза оказалось, что у ребенка при рожденіи было незначительное гнойное отдѣленіе изъ глазъ, противъ котораго акушеркой было предложено промываніе глазъ только простою водою; мать же ребенка болѣетъ уже давно серозно-гнойнымъ катарромъ половыхъ путей, въ отдѣляемомъ котораго найдена масса различныхъ бактерій, кокковъ и очень немного гонококковъ.

Крестьянка Ф. 5 іюля 1889 г. явилась прямо съ поля съ выраженными уже схватками въ родильный домъ, гдѣ ей было сдѣлано промываніе влагаллица растворомъ сулемы 1:1000. Глаза новорожденнаго тотчасъ послѣ рожденія были промыты водою. На 7 день у ребенка развилась острая бленнорея глазъ, исчезнувшая совершенно въ теченіе нѣсколькихъ недѣль отъ примѣненныхъ холодныхъ компрессовъ и раствора ляписа. Въ отдѣляемомъ полового аппарата матери и глазъ ребенка гонококковъ *Neisser'a* не было найдено, но оказалось, кромѣ различнаго рода кокковъ, много диплококковъ въ смыслѣ *Borhardt'a*, т. е. сидящихъ также въ гнойныхъ клѣткахъ, но отличающихся отъ гонококковъ *Neisser'a* своею меньшею величиною и способностью сохранять синюю окраску при примѣненіи способа *Gram'a*. Что дѣйствительно въ данномъ случаѣ у ребенка была острая бленнорея, а не простой гнойный катарръ, говоритъ уже продолжительность болѣзни, а также сильная припухлость и гиперемія, какъ переходной складки, такъ и части соединительной оболочки, выступающей заднюю поверхность хряща вѣкъ.

Кромѣ этихъ двухъ приведенныхъ случаевъ, какъ въ практикѣ самого автора, такъ и у другихъ, встрѣчалось еще очень много подобныхъ же случаевъ. Авторъ въ виду всего сказаннаго совѣтуетъ не довольствоваться при имѣющемся истеченіи изъ полового аппарата матери, даже не триппернаго характера, промываніемъ глазъ новорожденнаго простою водою, хотя бы и послѣ предварительныхъ дезинфицирующихъ промываній влагаллица матери. Авторъ рекомендуетъ, какъ *prophylacticum*, впускать новорожденному *Aq. chlori officinalis*. На основаніи собственныхъ бактериологическихъ изслѣдованій, авторъ считаетъ *Aq. chlori offic.* сильнымъ дезинфицирующимъ средствомъ. Будучи сохраняема въ темномъ мѣстѣ въ стеклянкѣ съ резиною пробкою, средство это можетъ не разлагаться въ теченіе 3—4 недѣль. Когда же бленнорея развилась, вѣки стали напряженными, а отдѣляемое скудно, раствора ляписа слѣдуетъ избѣгать, а впускать въ глаза 2 раза въ день *Aq. chlori offic.* и прикладывать послѣ впусканія примочку изъ 2% раствора борной кислоты. Растворъ ляписа различной крѣпости, начиная съ 2% съ послѣдовательной нейтрализаціей его растворомъ поваренной соли, смотря по ходу болѣзни, долженъ быть примѣненъ 1 разъ въ день лишь тогда, когда въ дальнѣйшемъ теченіи бленнореи отдѣляемое сдѣлается гнойнымъ, обильнымъ, а покраснѣвшая и припухшая *conjunctiva* перестанетъ быть напряженной.

Подъ вліяніемъ такого лѣченія всѣ случаи *blennorrhoea neonatorum* излѣчивались, по автору, или вполне, или же не сопровождались тяжелымъ поражениемъ роговицы.

А. Брандтъ.

7. Roulin. Trois observations d'accidents a la suite d'injections vaginales mal faites chez trois femmes bien portantes. (Journal de médecine de Paris № 50). Три случая осложнений послѣ неправильно произведенныхъ влагалищныхъ спринцеваній у здоровыхъ женщинъ.

Авторъ описываетъ изъ своей практики три случая болѣзненныхъ явленій, разившіяся послѣ влагалищныхъ спринцеваній.

1) Молодая здоровая женщина, разрѣшившаяся отъ бремени около двухъ мѣсяцевъ тому назадъ, продолжала дѣлать себѣ спринцеванія изъ 4^o/_o раствора борной кислоты при помощи кружки съ мягкимъ каучуковымъ наконечникомъ. Сначала все шло благополучно, какъ вдругъ однажды непосредственно послѣ спринцеванія она почувствовала сильнѣйшія боли въ животѣ и крестцѣ. Боли эти были настолько сильны, что она съ трудомъ могла добраться до постели. Лицо ея до такой степени искажилось, что окружающіе находили ее неузнаваемой. У нея наблюдались головокруженія, обмороки. Было два приступа рвоты. Самочувствіе больной было настолько худо, что ей казалось, что она умираетъ. Когда, два часа послѣ случившагося, авторъ былъ приглашенъ къ больной, лицо ея уже приняло свой нормальный видъ; но она все еще не могла успокоиться. Давленіе рукою на животъ не вызывало никакой болевой чувствительности, хотя боли въ области живота и въ крестцѣ не уменьшились. Пульсъ 80. Ей была назначена клизма съ 10 каплями настойки опія и холодное шампанское. Къ вечеру боли уменьшились. Изъ половыхъ частей показалось кровяное выдѣленіе. На слѣдующій день боли прекратились; температура была нормальная, но кровянистое выдѣленіе продолжалось. На третій день все пришло въ порядокъ, за исключеніемъ кровянистаго выдѣленія, которое продолжалось еще два, три дня.

2) Совершенно подобный же случай былъ наблюдаемъ авторомъ нѣсколько дней раньше съ тою только разницею, что больная пользовалась ручнымъ шприцемъ съ костянымъ наконечникомъ. Выздоровленіе послѣдовало еще скорѣе. На слѣдующій день больная была на ногахъ, хотя продолжала терять незначительное количество крови.

3) Больная сообщила автору, что наканунѣ вечеромъ она дѣлала себѣ спринцеваніе изъ ручного шприца, растворомъ борной кислоты. Тотчасъ по введеніи жидкости она почувствовала боли въ животѣ и въ крестцѣ. Тѣмъ не менѣе она продолжала спринцеваніе. Наконецъ боли стали настолько невыносимы, что ей пришлось прекратить инъекцію. Съ большимъ трудомъ она добралась до постели. У нея сдѣлалась одышка и ознобъ. Рвоты и тошноты не было. Когда авторъ изслѣдовалъ больную, пульсъ былъ 100. Ознобъ исчезъ; но боли продолжались. Больная неспокойна. При давленіи на животъ наблюдается незначительная болевая чувствительность въ нижней его части. Больной назначена клизма съ 10 каплями настойки опія. На слѣдующій день

пульсъ 90, температура 36,7. Чувствительность живота безъ перемѣны. Больная чувствовала себя на столько хорошо, что хотѣла встать съ постели, но не могла этого выполнить по причинѣ снова появившихся сильныхъ болей въ животѣ и крестцѣ. Снова была назначена клизма съ опіемъ и $1\frac{1}{2}$ стакана воды *Rubinat*. На третій день больная совершенно выздоровѣла.

На основаніи трехъ выше изложенныхъ наблюденій авторъ убѣждается въ существованіи причинной связи (зависимости) между неправильно произведенными влагалищными спринцеваніями и наблюдавшимися послѣ нихъ болѣзненными явленіями. Въ подтвержденіе такого взгляда онъ приводитъ подобныя же мнѣнія другихъ авторовъ, между прочимъ *Martineau*, который говоритъ, что неправильно произведенное влагалищное спринцеваніе можетъ имѣть тяжелыя послѣдствія. Авторъ совѣтуетъ соблюдать большую осторожность при употребленіи этого столь распространеннаго способа леченія. Необходимыя предосторожности при примѣненіи спринцеванія слѣдующія: Спивно-крестцовое положеніе, слабость струи вспыскиваемой жидкости и умѣренное введеніе наконечника. Эти-то предосторожности и были упущены въ приведенныхъ трехъ случаяхъ.

Далѣе авторъ высказываетъ предположенія относительно того, какимъ именно образомъ спринцеваніе можетъ вызвать подобныя болѣзненныя явленія. Авторъ допускаетъ, что ушибъ (потрясеніе) матки и ея придатковъ сильной струей вспыскиваемой жидкости, можетъ вызвать легкую форму метрита. Другое предположеніе автора заключается въ слѣдующемъ: вспыснутая жидкость можетъ проникнуть въ полость матки и здѣсь, какъ постороннее тѣло, вызвать описанныя явленія, подобныя наблюдаемымъ при катетеризаціи. Третье предположеніе — прониканіе воздуха въ sinus (полость брюшины). *Deraul* приписываетъ этой причинѣ случаи скоропостижной смерти, наблюдавшіеся послѣ примѣненія холодныхъ душей на шейку матки, съ цѣлью произвести выкидышъ. Наконецъ авторъ допускаетъ, что въ sinus (полость брюшины) могло попасть извѣстное количество воды, достаточное вызвать болѣзненныя явленія, но слишкомъ незначительное для того, чтобы повлечь за собою смерть. Но такъ какъ вскрытія во всѣхъ трехъ случаяхъ не могло быть, то авторъ оставляетъ вопросъ относительно ближайшей причины, вызвавшей болѣзнь, открытымъ.

Р. Кинастъ.

8. Walcher. Die Tamponade der Bauchhöhle (Cntrblatt. f. Gynäcol., № 46, 1890). Тампонація брюшной полости.

Принимая во вниманіе, что наступающіе иногда при лаларотоміяхъ кровотеченія въ брюшной полости могутъ повести, если не къ смертельному исходу, то во всякомъ случаѣ къ значительному замедленію послѣоперационнаго теченія, авторъ предлагаетъ свой способъ тампонаціи брюшной полости для предотвращенія могущихъ встрѣтиться подобныхъ случайностей.

Способъ заключается въ слѣдующемъ:

Авторъ приготовляетъ серію—6 штукъ—стеклянныхъ трубокъ длиною 15—25 сант., а въ діаметрѣ $2\frac{1}{2}$ —3 сант. Передъ употребленіемъ, трубки,

положенные на ватную подстилку въ стеклянной посудѣ, основательно княтятся. Теперь берутъ, смотря по надобности, одну или нѣсколько подобныхъ трубокъ, опускаютъ ее въ брюшную полость по направленію къ кровоточащему мѣсту и набиваютъ въ нее полоску іодоформенной марли шириною 5 сант. до тѣхъ поръ, пока изъ конца трубки, опущенной въ брюшную полость, іодоформенная марля не будетъ выходить и образовать нѣчто въ родѣ шляпки гриба. Когда это достигнуто, то ассистентъ нажимаетъ этотъ конецъ трубки на кровоточащее мѣсто, держа ее за конецъ выступающій изъ брюшной полости, и брюшная рана зашивается, черезъ что трубка фиксируется къ брюшной ранѣ. Свободный конецъ трубки затыкается ватой, а для того, чтобы трубка надавливала непрерывно на кровоточащее мѣсто, она удерживается въ одномъ положеніи при помощи наложеннаго на нее газоваго бинта. Въ концѣ концовъ все покрывается предложенной авторомъ повязкой изъ древесной ваты, и животъ зибинтовывается. На 2-ой день тампонъ можетъ быть удаленъ черезъ потягиваніе за свободный конецъ полоски іодоформенной марли, находящейся во внѣшнемъ концѣ трубки. Послѣ удаленія тампона можно осмотрѣть черезъ трубку кровоточащее мѣсто въ брюшной полости при помощи зеркала съ рефлекторомъ. Еслибы кровотеченіе повторилось, то можно опять тампонировать черезъ трубку такимъ же образомъ. На 3—4 день трубка вынимается, и остающееся отверстіе въ брюшной ранѣ закрывается швами.

Авторъ полагаетъ, что при его способѣ можно оперировать совершенно спокойно, не тратя времени на перевязку кровоточащихъ мѣстъ. Изъ 7 случаевъ очень трудныхъ лапаротомій, оперированныхъ по этому способу, ни одинъ не кончился летально и больныя выписались на 21 день послѣ операціи.

Единственное неудобство этого способа, по автору, заключается въ томъ, что нѣсколько затрудняется отхожденіе газовъ вслѣдствіе давленія тампономъ. Но неудобство это только временное.

А. Брандтъ.

9. Н. А. Вастень. Случай *uterus didelphys et vagina septa completa*. (Больничная газета Воткина, № 42, 1890).

Авторъ описываетъ случай *uterus'a didelphys et vaginae septae completae* у 25 лѣтней, семь лѣтъ замужемъ, особы, которая обратилась къ нему по поводу неудачныхъ и весьма болѣзненныхъ попытокъ къ *coitus'u*.

При изслѣдованіи, наружныя половыя части развиты правильно; полная *vagina septa*; обѣ половины нормальной длины, узки. Перегородка толщиной въ $\frac{1}{2}$ см.; нижняя ея часть отъ входа на 3 см. оторвана отъ задней поверхности *vaginae*, а также въ направленіи сзади на передъ отъ сохранившейся выше въ рукавѣ и виситъ на передней стѣнкѣ, начинаясь спереди сейчасъ за наружнымъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала въ видѣ мясистаго лоскута. Влагалищныя части небольшой величины, зѣвъ на обѣихъ малелькій, круглый и изъ каждаго усиленное отдѣленіе тягучей мутной слизи. Шейки не соприкасаются между собою и соединяетъ ихъ перемычка въ $1\frac{1}{2}$ см. шириной. На уровнѣ внутренняго зѣва тѣла обѣихъ матокъ расходятся въ стороны и соединенія между ними не прощупывается. Зондъ въ правую поло-

вину входитъ на $8\frac{1}{2}$ см., другой же зондъ, введенный одновременно въ лѣвую половину, входитъ на 8 см., они расходятся въ сторону и между собою не соприкасаются. Менструируютъ обѣ матки одновременно и почти въ одинаковомъ количествѣ, въ чемъ автора убѣдила изслѣдованіе больной во время менструаціи. Въ данномъ случаѣ авторомъ, какъ радикальное средство, была примѣнена операція. Кромѣ выскабливанія каждой матки, авторъ вырѣзалъ перегородку ножницами. Края разрѣзовъ сшиты по всей поверхности шелкомъ. Къ сводамъ вырѣзана менѣе широкая полоса и въ пространствѣ между влагалищными частями матки перегородка оставлена.

А. Бухштабъ.

10. Theodor Landau und Karl Abel. Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Gebärmutterhalses. (Archiv f. Gynaekologie, Bd. XXXVIII, Heft. 2). Къ нормальной и патологической анатоміи шейки матки.

Женскіе половые органы въ продолженіе всей жизни и до самой смерти подвергаются постояннымъ измѣненіямъ. Мюллеровскіе ходы, представляющіеся сначала сплошными, плотными, становятся съ дальнѣйшимъ развитіемъ полыми, къ концу 2-го мѣсяца перегородка между ними въ нижней части исчезаетъ и развивается влагалище и матка, между тѣмъ какъ верхняя часть превращается въ трубы; только у 5-ти мѣсячнаго плода возможно дифференцировать матку отъ влагалищнаго канала — образуется влагалищная часть; шейка въ это время очень длинна и широка, тѣло матки мало и узко; у новорожденной тѣло матки сравнительно съ влагалищной частью уже сильнѣе развито. Соответственно чрезвычайной измѣнчивости самой формы матки, очень трудно провести точную границу между отдѣльными частями ея; болѣе простымъ и соответствующимъ анатомическимъ даннымъ представляется дѣленіе *Williams'a*: все, что лежитъ выше плоскости внутренняго зѣва, называется *тѣломъ матки*, все, что лежитъ ниже этой плоскости, есть *шейка матки*; та часть, которая вдается во влагалище и ограничивается сверху линіей, связывающей передній и задній своды, а снизу свободнымъ краемъ шейки матки, называется *portio infravaginalis* или *влагалищною частью въ общемъ смыслѣ этого слова*, та же часть влагалищной слизистой оболочки, которая покрываетъ вдающуюся во влагалище часть шейки многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, называется *portio vaginalis* — *влагалищною частью въ тѣсномъ смыслѣ этого слова*; такимъ образомъ по *Williams'у* «*portio vaginalis* въ тѣсномъ смыслѣ» покрываетъ шейку, какъ наперстокъ палець. Черезъ шейку проходитъ каналъ ея, который граничитъ сверху у внутренняго зѣва со слизистой оболочкой полости матки, книзу у наружнаго зѣва съ *portio vaginalis*. Подъ *os uteri externum* мы должны понимать плоскость, проведенную чрезъ самый низколежащій пунктъ цервикальнаго канала; опредѣлять наружный зѣвъ, какъ границу между плоскимъ и цилиндрическимъ эпителиемъ, нельзя, такъ какъ мѣсто перехода одного вида эпителия въ другой не есть постоянный пунктъ; *Friedländer* находилъ, что у дѣтей всегда наруж-

ный зѣвъ служить мѣстомъ перехода одного вида эпителия въ другой, у взрослыхъ же плоскій эпителий покрываетъ иногда всю нижнюю треть цервикальнаго канала; *Lott* же, а также *Landau* и *Abel* видѣли случаи у дѣтей, гдѣ плоскій эпителий заходилъ высоко въ цервикальный каналъ, съ другой стороны эти же авторы видѣли физиологическіе случаи, гдѣ у взрослыхъ мерцательный эпителий переходилъ даже на наружную поверхность шейки. Ткань шейки состоитъ изъ 3-хъ слоевъ мышечныхъ волоконъ, какъ и тѣло матки, изъ соединительной ткани, эластическихъ волоконъ, большихъ, извилистыхъ сосудовъ и немногочисленныхъ нервовъ; сосуды матки отличаются толщиной своихъ стѣнокъ. Происхожденіе лимфатическихъ сосудовъ матки по *Sappey*'у двоякое: большая часть ихъ беретъ начало въ мускулатурѣ, меньшая въ слизистой оболочкѣ; по мѣсту происхожденія, ходу и окончанію можно различать поверхностныя и глубокія вѣтви. Поверхностныя начинаются въ тѣлѣ матки, направляются кнаружи и оканчиваются въ лимфатическихъ железахъ, лежащихъ подъ *art. iliaca ext.*; болѣе глубокія начинаются въ шейкѣ матки, направляются подъ широкими маточными связками прямо кзади, къ *lig. sacrotuberina*, и оканчиваются въ железахъ, лежащихъ впереди *os sacrum*, между прямой кишкой и *art. iliaca int.*

Слизистая оболочка цервикальнаго канала образуетъ обильныя складки и покрыта мерцательнымъ эпителиемъ; въ углубленіяхъ между складками находятся отверстія цервикальныхъ железъ; послѣднія по *Sappey*'ю и *Friedländer*'у суть не простыя фолликулы, но настоящія железы, у дѣтей же они представляются въ видѣ простыхъ шаровидныхъ углубленій; у взрослыхъ только нижняя треть, иногда и меньшая часть цервикальнаго канала свободна отъ железъ, у дѣтей по всему цервикальному каналу встрѣчаются эти железистыя углубленія; всѣ железы покрыты мерцательнымъ эпителиемъ. *Portio vaginalis* въ тѣсномъ смыслѣ состоитъ изъ многослойнаго плоскаго эпителия и ничѣмъ не отличается отъ слизистой оболочки влагалища: какъ та, такъ и другая не имѣютъ железъ; одинъ только *Klotz* противоположнаго мнѣнія. Относительно мѣста встрѣчи плоскаго эпителия съ цилиндрическимъ существуютъ различныя взгляды; одни полагаютъ, что тамъ, гдѣ оканчивается плоскій эпителий, сразу начинается цилиндрической, другія различаютъ особенную форму переходнаго эпителия (*Lott, Williams*). *Landau* и *Abel* не встрѣчали особенной формы переходнаго эпителия, по нимъ одинъ видъ эпителия переходитъ въ другой постепенно, такъ что иногда еще видно, какъ плоскій эпителий покрываетъ цилиндрической тонкимъ слоемъ. Въ извѣстный періодъ внутриутробной жизни весь половой трактъ выстланъ цилиндрическимъ эпителиемъ, который, начиная съ нижняго конца Мюллеровскихъ ходовъ, постепенно замѣняется многослойнымъ плоскимъ; эта замѣна можетъ настолько замедлиться, что еще у новорожденнаго влагалищная часть можетъ быть покрыта цилиндрическимъ эпителиемъ и получается по *Fischel*'ю такъ наз. «прирожденный физиологическій выворотъ зѣва»; и у взрослыхъ при закрытой дѣвственной плевѣ и *haematokolpos*'ѣ влагалищная часть и влагалище бываетъ иногда, какъ показали изслѣдованія *Ruge*, покрыто цилиндриче-

скимъ эпителиемъ безъ того, чтобъ въ стромѣ маточной шейки и влагалища были замѣтны какія нибудь измѣненія.

Исслѣдованія *Friedländer'a*, показали, что у дѣтой во влагалищной части никогда нѣтъ железъ, у взрослыхъ же при нормальной стромѣ и нормальномъ покровѣ влагалищной части въ ней встрѣчаются одиночныя железы и кисты; то же подтвердили *Klotz* и *Fischel*, *Landau* же и *Abel* не могли точно констатировать существованіе железъ съ выводными протоками подъ плоскимъ эпителиемъ и при *нормальной* стромѣ, но за то они часто находили при этихъ условіяхъ кисты и образованіе фолликуловъ, источникомъ которыхъ они считаютъ цервикальныя железы. Въ общемъ держатся того взгляда, что *ovula Nabothii* образуются вслѣдствіе закупорки выводныхъ протоковъ цервикальныхъ железъ; авторамъ въ одномъ случаѣ удалось констатировать еще и другое происхожденіе этихъ *ovula Nabothii*; именно, судя по одному препарату, они могутъ развиваться подобно кистамъ яичника, представляясь вначалѣ въ видѣ плотныхъ эпителиальныхъ ходовъ.

При тѣхъ состояніяхъ, которыя макроскопически опредѣляются, какъ «эрозіи», авторы находили строму или инфильтрированной мелкими клѣтками или превращенной въ грануляціонную ткань, далѣе они находили просвѣты (*lumina*), выполненные обыкновенно высокимъ, тѣсно прилегающимъ другъ къ другу цилиндрическимъ эпителиемъ; мерцательнаго эпителия или какого нибудь выдѣленія они въ нихъ никогда не находили; сосуды расширены и увеличены въ числѣ; поверхность этихъ «эрозій» обыкновенно покрыта плоскимъ эпителиемъ «влагалищной части въ тѣсномъ смыслѣ этого слова» или эпителия совершенно нѣтъ и тогда мы имѣемъ дѣйствительную язву на поверхности или же, что бываетъ чаще всего, поверхность ея покрыта однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; находятся также отшнурованные фолликулы и кисты. Такъ какъ макроскопически отличить, какія измѣненія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ существуютъ, невозможно, то названные авторы предлагаютъ для этихъ макроскопически столь схожихъ состояній общее названіе „*раздраженіе (irritatio) влагалищной части*“, если эпителиальный покровъ сохранился, и язва (*ulcus*), если этого покрова совершенно нѣтъ. Микроскопически нужно различать два главныхъ вида «раздраженія влагалищной части»: одинъ ограничивается влагалищной частью въ тѣсномъ смыслѣ и характеризуется воспаленіемъ подлежащей стромы съ большимъ или меньшимъ участіемъ эпителия; при другомъ вовлекается въ процессъ и слизистая оболочка цервикальнаго канала, является воспаленіе ея съ гиперплазіей железъ или только одна гиперплазія послѣднихъ. Всѣ, вообще, воспаленія влагалищной части эти авторы раздѣляютъ слѣдующимъ образомъ:

I. *Inflammatio portionis vaginalis.*

a) *Simplex.* Воспаленіе стромы (острое, подострое, хроническое). Плоскій эпителий сохраненъ.

b) *Follicularis.* Воспаленіе стромы. Отшнурованные фолликулы и кисты. Плоскій эпителий сохраненъ.

II. *Inflammatio portionis vaginalis desquamativa.*

a) *Partialis*. Воспаленіе стромы; мѣстами плоскій эпителий исчезъ и замѣненъ островками цилиндрическаго.

b) *Totalis*. Воспаленіе стромы. Покровъ *только* изъ цилиндрическаго эпителия. Одиночныя фолликулы или кисты, а также гиперплазія цервикальныхъ железъ.

c) *Follicularis*. Подобно предыдущему, только многочисленныя отшнурованныя фолликулы въ глубинѣ.

d) *Papilloides*. Подобно предыдущему; проростанія цилиндрическаго эпителия въ глубину, лежація близко другъ отъ друга, такъ что ткань, находящаяся между ними, похожа на сосочки.

Язва, какъ извѣстно, есть явленіе вторичное и при язвахъ влагалищной части на мертвыхъ препаратахъ мы не можемъ сдѣлать никакихъ выводовъ относительно этиологіи ихъ; анатомически язвы влагалищной части ничѣмъ не отличаются отъ язвъ другой слизистой оболочки, покрытой плоскимъ эпителиемъ. Иногда мы въ глубинѣ наблюдаемъ явленія, характеризующія язву, между тѣмъ какъ на поверхности препарата мѣстами сохранился эпителий; объяснить это можно подобно тому, какъ *Friedländer* объяснилъ новообразованія эпителия надъ гранулирующими и язвенными поверхностями, напр. при *ulcus scuris*; влагалищная часть въ состояніи воспаленія съ вторичнымъ эпителиальнымъ покровомъ послѣ однократной потери его будетъ имѣть такой же видъ, какъ влагалищная часть съ сохранившимся эпителиемъ, подлежащая ткани которой сильно воспалены. Истинныя язвы мы встрѣчаемъ на влагалищной части при такъ назыв. инфекціонныхъ заболѣваніяхъ — проказѣ, волчанкѣ, туберкулезѣ, сифилисѣ и ракѣ; язвы, встрѣчающіяся при этомъ, ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ же на кожѣ; сифилитическія язвы встрѣчаются не особенно рѣдко, хотя ни *Fournier*, ни *Ricord* не видали здѣсь настоящихъ гумозныхъ опухолей.

Такъ какъ «влагалищная часть въ тѣсномъ смыслѣ слова» ничѣмъ не отличается отъ влагалищной слизистой оболочки, то и первичный ракъ влагалищной части ничѣмъ не отличается отъ первичнаго рака влагалища; обстоятельства только усложняются тѣмъ, что на влагалищной части слизистая оболочка, покрытая плоскимъ эпителиемъ, непосредственно переходитъ въ слизистую оболочку, покрытую мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ и имѣющую железы, а еще болѣе тѣмъ, что иногда плоскій эпителий замѣщается цилиндрическимъ (точныхъ границъ не существуетъ) и что развитію рака предшествуютъ гиперпластическія, воспалительныя явленія, доброкачественныя новообразованія железъ. *A.* и *L.* различаютъ слѣдующія формы рака влагалищной части:

1) *Cancrioid* влагалищной части, который исходитъ изъ плоскаго эпителия влагалищной поверхности:

a) *Superficialis*, распространяющійся поверхностно къ влагалищу;

b) *Profundum*, направляющійся въ глубь и разрушающій прежде всего строму шейки съ тѣмъ, чтобъ дальше съ одной стороны распространиться въ

околососочныхъ тканяхъ, съ другой стороны разрушить железы цервикальной слизистой оболочки.

При обѣихъ формахъ ракъ можетъ быть ограниченнымъ или разлитымъ; при дальнѣйшемъ теченіи одна форма переходитъ въ другую и отличить ихъ уже невозможно.

2) *Carcinoma cervicis*, исходящая изъ эпителія цервикальнаго канала. Железы выполнены раковыми клѣтками, образующими настоящіе пуги; изъ железъ эпителій разрастается въ межжелезистой ткани. При этой формѣ ракъ распространяется какъ по направленію къ внутреннему, такъ и къ наружному зѣву и влагалищу.

3) *Adeno-carcinoma cervicis*—очень сильное развитіе железъ, между железами альвеолы, выполненныя эпителиоидными элементами вполнѣ независимо отъ новообразованія железъ. Смѣшанная опухоль.

Abel и *Landau* присоединяются къ мнѣнію *Koster'a* и *Friedlander'a*, что дальнѣйшее распространеніе рака происходитъ по соковымъ канальцамъ соединительной ткани, по околососудистымъ и околососудистымъ лимфатическимъ пространствамъ. Изслѣдуя многочисленныя препараты по методу *Flemming'a*, эти авторы очень рѣдко находили керакипетическія фигуры и потому они принимаютъ, какъ эндогенное образованіе ядра, такъ и свободное образованіе его—*generationem spontaneam* въ смыслѣ *Cornil'a* и *Robin'a*. Много лѣтъ тому назадъ уже установлено *Virchow'ымъ*, что ракъ вначалѣ есть только мѣстная болѣзнь, которая современемъ превращается въ общую, и потому, удаляя тѣмъ или другимъ способомъ очагъ мѣстнаго страданія, мы можемъ спасти больного, нужно быть только увѣреннымъ, что оперируешь въ здоровыхъ тканяхъ, а въ послѣднемъ не всегда можно быть увѣреннымъ, изслѣдуя вырѣзанный кусокъ даже въ сотняхъ послѣдовательныхъ разрѣзовъ. Въ прогностическомъ отношеніи не имѣетъ значенія ни величина, ни распространенность процесса; у авторовъ былъ случай, гдѣ при ракѣ шейки и очень ранней оперативной помощи быстро наступилъ рецидивъ; оказалось, что помимо рака шейки существовалъ изолированный узелъ въ днѣ матки. Гистологическое строеніе рака не даетъ никакихъ указаній на быстрое или медленное теченіе его; наилучшій прогнозъ даютъ изолированные раки влагалищной части. Для того чтобъ оперативное леченіе рака могло быть вполнѣ успешнымъ важно какъ можно раньше опредѣлить его; но возможно-ли это всегда? Изслѣдованіе «пробныхъ кусочковъ» изъ подозрительныхъ мѣстъ не всегда даетъ точное указаніе, тѣмъ болѣе, что въ опредѣленіи рака не всѣ еще пришли къ окончательному и опредѣленному выводу, а для первыхъ стадій его мы не имѣемъ никакихъ кардинальныхъ признаковъ. Опредѣлять такъ, какъ «атипическое разрастаніе эпителія» недостаточно; нужно прибавить «*злокачественнаго характера*»; на послѣднее прямыхъ указаній микроскопъ не можетъ дать, но если мы находимъ, что *процессъ разрушительнымъ образомъ распространяется безгранично на различныя ткани*, то мы можемъ говорить о злокачественности его. Поэтому, беря кусочки для микроскопическаго изслѣдованія, нельзя ограничиваться одной слизистой

оболочкой, а необходимо имѣть и часть мышечной ткани. *Ruge* и *Veit* у казалося, что они нашли признаки для опредѣленія рака въ самыхъ началъ, ныхъ стадіяхъ его развитія, но, просматривая внимательно всѣ ихъ исторіи, болѣзни видно, что они имѣли дѣло уже съ *готовымъ*, а не съ *начинающимся* ракомъ. О картинѣ начинающагося рака можно было бы только тогда говорить, еслибъ, изслѣдуя подъ микроскопомъ ампутированную шейку какой-нибудь женщины, мы нашли бы въ ней какую-то картину X и затѣмъ чрезъ нѣкоторое время у этой женщины развился бы вполне точно макромикроскопически-діагностируемый ракъ послѣ того, какъ въ рубцѣ повторилась та-же самая картина X; но у *Ruge* и *Veit*'а этого нѣтъ.

Такимъ образомъ мы можемъ ставить благодаря микроскопу развѣ количественно, но не качественно лучшіе діагнозы начинающагося рака.

И. Воффъ.

11. Львовъ. Волокнинное (нрупозное) воспаление входа и рукава (*colpitis grouposa*). Врачъ № 32, 33. 1890 г.

Г-жа Г. безъ видимыхъ причинъ начала чувствовать сильный зудъ во входѣ влагалища. Зудъ постепенно усиливался и распространялся въ глубь влагалища. Кромѣ зуда, больная жаловалась на сухость и жженіе въ половыхъ частяхъ. При осмотрѣ на 2-й день болѣзни на рѣзко красной съ фіолетовымъ оттѣнкомъ слизистой оболочкѣ *introitus vaginae* и на миртовидныхъ сосочкахъ замѣчаются разсѣянные въ видѣ островковъ, бѣлыя, толщиной въ листъ почтовой бумаги плѣнки, довольно трудно соскабливающіяся. Если соскабливать такую плѣнку, то остается сильно покраснѣвшая, шероховатая и мѣстами кровоточащая поверхность слизистой оболочки. Насколько видно глазомъ—изслѣдованіе зеркаломъ за болѣзненностью невозможно—такой же процессъ имѣется и далѣе по стѣнкамъ рукава вплоть до *portio vaginalis*. Подъ вліяніемъ леченія—теплымъ спринцованіемъ, присыпка рукава іодоформомъ, смазываніемъ стѣнокъ рукава и входа крѣпкимъ растворомъ дубильной кислоты въ глицеринѣ—болѣзненные явленія, какъ-то зудъ, жженіе и сухость во влагалищѣ, лихорадка, постепенно исчезли, втеченіи трехъ дней. Плѣнки тоже, начавъ отдѣляться гораздо легче, наконецъ, исчезли и слизистая оболочка какъ входа, такъ и рукава возвратилась къ нормѣ.

Во второмъ случаѣ у кухарки К., явившейся на приѣмъ съ такими же жалобами, при изслѣдованіи зеркаломъ оказались совершенно такія же пленки какъ и въ первомъ случаѣ, но только процессъ начался со сводовъ рукава, а затѣмъ уже перешелъ внизъ на внутреннюю поверхность малыхъ губъ. Отъ примѣненнаго леченія, какъ и въ первомъ случаѣ процессъ прошелъ тоже въ довольно скорое время. Подъ микроскопомъ плѣнки въ обоихъ случаяхъ состояли изъ волокнистой сѣти, лежавшей въ нѣсколько рядовъ и провизанной частью эпителиальными клѣтками, а частью, и главнымъ образомъ, гнойными тѣльцами. Бактеріологически плѣнки не изслѣдовались, отчего авторъ и не могъ рѣшить, обязаны ли плѣнки своимъ происхожденіемъ какимъ либо микроорганизмамъ или нѣтъ. Такимъ образомъ этиологія плѣнокъ въ обоихъ слу-

чаяхъ остается совершенно неясною, тѣмъ болѣе, что и анамнестическія данныя на даютъ никакихъ указаній, на основаніи которыхъ можно было бы выяснитъ причину заболѣванія обоихъ случаевъ. Вообще же авторъ, на основаніи своихъ наблюденій, склоненъ считать крупъ за самостоятельную болѣзнь и не стоящей, вопреки мнѣнію другихъ изслѣдователей, ни въ какой связи съ дифтеритомъ.

Что касается клиническихъ признаковъ при *colpitis grouposa*, то они ясны изъ приведенныхъ двухъ случаевъ. Характернымъ же явленіемъ все-таки слѣдуетъ считать присутствіе плѣнокъ.

Леченіе при *colpitis grouposa* авторъ предлагаетъ слѣдующее: покой въ постели, внутрь легкое слабительное, а для успокоенія раздраженія въ половой сферѣ назначаетъ теплыя спринцованія съ корболовою кислотою и *t-ga orii* 4—6 разъ въ день. Если процессъ распространился по всему рукаву, то назначаетъ тампонъ пропитанный глицериномъ съ іодоформомъ (4 грамма іодоформа и 60 граммъ чистаго глицерина) на 6—10 часовъ; если же процессъ локализуется во входѣ, то авторъ примѣняетъ или присыпку изъ іодоформа, или же мазь изъ 1 грамма *sosaini muriatici*, 4 граммъ мелкоистолченнаго іодоформа и 30 граммъ желтаго вазелина. А. Брандтъ.

12. А. Орловскій. Отчетъ о частной врачебной дѣятельности въ дер. Мануйловкѣ (Кременчугскаго уѣзда Полтавской губ. за 1887—1889). (Земскій Врачъ, 1890, №№ 49, 50 и 51).

Въ чрезвычайно интересной статьѣ автора *Реф.* нашелъ нѣсколько particularly и для нашей специальности случаевъ. Таковы, между прочимъ, четыре овариотоміи, произведенныя при довольно исключительной обстановкѣ.

1-й случай касается 19-лѣтней больной, со значительно увеличеннымъ животомъ (окружность—92 см.), изъ котораго предварительно выпущено около 20 фун. серозной жидкости. Увеличеніе это появилось на 18 году, черезъ 2 года послѣ первой менструаціи, и исчезло было на-время «послѣ умышеннаго прижатія живота», но вскорѣ онъ снова увеличился. Послѣ пункціи внизу живота констатирована твердая, бугристая опухоль, не имѣющая связи съ маткой и подвижная; діагнозъ — *fibrosarcoma ovarii dextri*. Операция произведена въ одной изъ комнатъ помѣщичьяго дома, тщательно обеззараженной повторнымъ мытьемъ кипяткомъ, растворами сулемы и *ас. сагбол. егуді* и заново выбѣленной; шпрэй дѣйствовалъ по 2 часа наканунѣ и въ день операціи. Инструменты, бѣлье, перевязочный матеріалъ и кожа больной дезинфицированы по возможности строго. Больная подвергалась діетѣ 7 дней. Операция продолжалась 1 часъ. Разрѣзавъ кожу по *l. alba* на протяженіи 8 см., опухоль уменьшена выпущеніемъ жидкости и извлечена наружу; сращенія небольшія; ножка перевязана *en masse* и опущена въ брюшную полость. Швы—отдѣльно на брюшину (кэтгутъ) и на кожную рану (два глубокихъ). Въ первые 5 дней t° повысилась до $38^{\circ},3$, съ шестого—нормальна. Швы удалены на 8 и 13 сутки. Первое натяженіе. На 20 день больная ушла совершенно здоровой. Опухоль—типичная дермоидная киста съ костями, зубами, волосами и проч. вѣсила безъ жидкости 2 фунта.

2-й случай — у женщины 34 лѣтъ, рожавшей 4 раза; регулы, чрезвычайно болѣзненные, появились на 17 году; увеличеніе живота замѣчаетъ два года. Окружность его 100 см.; въ правой его половинѣ — твердое бугристое тѣло, очень подвижное, безъ связи съ маткой. Диагнозъ, послѣ прокола, давшаго коллоидную жидкость, однокамерная киста праваго яичника. Операция произведена въ простой хатѣ, стѣны и полъ которой вымазаны сулемованной глиной.

Разрѣзъ кожи на 5 см. выше пупка, отъ брюшины до пупка. Киста опорожнена и, по отдѣленіи небольшихъ сращеній, извлечена; на ножку наложено три лигатуры — одна надъ другой. Туалетъ — растворомъ салициловой кислоты (1 : 3,000); брюшина зашита кѣгутумъ, кожа — шелкомъ. Культи оставлена въ брюшной полости. Температура нормальна (только на 3-й день 38°,5). Швы сняты на 6-й и 9-й день. Больная отпущена на 22-й день и впослѣдствіи, по полученнымъ свѣдѣніямъ, забеременѣла и благополучно родила.

3-й случай — *cystofibroma ovarii sin.* Больная 45 лѣтъ, рожала 11 разъ нормально, послѣдніе роды 4 года тому назадъ, жалуется на твердую опухоль внизу живота, которую замѣтила 2 года тому назадъ. Животъ 90 см. увеличенъ неравномѣрно, опухоль внизу довольно твердая, вверху, у пупка, флютурующая. Операция произведена, какъ предъидущая, только сосуды въ вожкѣ перевязаны отдѣльно. Вечерняя температура въ первые пять дней поднялась до 39°,2 (по утрамъ нормальная) и тогда же, послѣ обильнаго испражненія опустилась до нормы. Ушла больная на 27-й день. Опухоль состоитъ изъ двухъ частей: одна фиброзная, другая представляетъ мѣшокъ съ легко рвущимися стѣнками, наполненный кровянистою жидкостью.

4-й случай, гдѣ больная умерла на 3-й день послѣ операции отъ полного истощенія, оказался мозговиднымъ ракомъ лѣваго яичника, у женщины 28 лѣтъ, рожавшей въ третій разъ 1 годъ тому назадъ. Черезъ 6 мѣсяцевъ замѣтила внизу живота опухоль, побаливавшую и быстро выросшую. Асцитъ появился недавно. Проколъ далъ 12 (!) дигровъ кровянистой жидкости; черезъ три дня выпущено снова столько же. Больная очень истощена, пульсъ 67, t° 36,4; окружность живота 92 см. Опухоль, болѣе головы взрослого человѣка, твердая, бугристая, имѣетъ значительныя сращенія въ нижней своей части. По вскрытіи брюшной полости и выходѣ значительнаго количества асцитической жидкости, опухоль оказалось сращенной съ кишками и салъникомъ, которые, впрочемъ, легко отдѣлялись. Внизу опухоль проросла въ дугласово пространство и легко рвалась пальцами; довольно большое кровотеченіе. Вечеромъ t° 34,0; самочувствіе хорошее, аппетитъ. На 3-й день больная умерла; t° не была выше 35°; вѣсъ опухоли 3 фунта.

Изъ другихъ гинекологическихъ операций за тотъ же періодъ времени сдѣланы двѣ *fistulorrhaphi'i* (безъ успѣха), удаленіе фиброидовъ половыхъ губъ (была здорова), удаленіе фиброзныхъ полиповъ канала шейки (два раза — оба съ успѣхомъ) и *colporrhaphia* по поводу выпаденія влагалища и матки, окончившаяся также выздоровленіемъ больной послѣ вторичной операции.

Акушерскія пособія оказаны въ 6-ти случаяхъ: въ четырехъ поворотъ на ножки по поводу косога положенія (въ трехъ съ выпаденіемъ ручки), въ пятомъ, гдѣ былъ констатированъ разрывъ матки, произведена эмбриотомія (смерть на второй день), въ послѣднемъ — наложены шишцы вслѣдствіе слабости потугъ.

А. Гермоніусъ.

13. А. А. Литкенсъ. Двѣ оваріотоміи. (Медиц. Обзоріе, 1890, № 24).

Авторъ приводитъ исторію двухъ оваріотомій, сдѣланныхъ имъ въ Орловской губернской земской больницѣ, гдѣ всего оваріотоміей произведено семь—всѣ съ успѣхомъ. Интересъ этихъ случаевъ заключается въ необходимости для земскаго врача „приспособлять данную обстановку и средства къ условіямъ случая“...

Въ первомъ случаѣ была *cystoma ovarii* съ водянкой живота у больной, 26 лѣтъ, дважды рожавшей и болѣе года тому назадъ замѣтившей опухоль; грыжа пупка. Выпущено около 3000 к. с. жидкости. Брюшныя стѣнки кровоточатъ. Киста многокамерная, съ коллоиднымъ содержимымъ, безъ сращеній. Ножка раздѣлена на 4 части и брошена. Въ нижній уголъ раны вставленъ дренажъ, вынутый на 3-й день за ненадобностью.

Послѣоперационное теченіе безлихорадочное; заживленіе первымъ натяженіемъ; выздоровленіе чрезъ 2 недѣли.

Второй случай касается 42-лѣтней больной, крѣпкаго сложенія, рожавшей 8 разъ; опухоль растетъ 1 годъ и 2 мѣс. Сильное кровотеченіе при разрѣзѣ живота; при проколѣ вышло немного густой, кофейнаго цвѣта гущи; опухоль не спалась въ виду многочисленнымъ, мѣстами сплошнымъ и тѣснымъ сращеній, какъ съ брюшной стѣнкой, такъ и съ органами—сальникомъ, толстыми кишками и тонкими; масса лигатуръ, легко прорѣзывавшихъ ткань и частью сваливавшихся за короткостью отрѣзанныхъ частей сращеній. Громадная кровоточащая поверхность, по отдѣленіи всѣхъ сращеній съ кишками, вынимавшихся при всѣхъ этихъ манипуляціяхъ. Плотныя сращенія съ правой боковой стѣнкой живота въ маломъ тазу; увеличенная труба съ гнойнымъ содержимымъ. Ножка (широкая связка), повернутая одинъ разъ вокругъ оси, раздѣлена на-двое и перевязана тремя лигатурами. Больная лихорадила 15 дней, однако, не выше 38,5° (въ первый день 39,5°) и на 20-й день выздоровѣла; заживленіе *per primam*, за исключеніемъ нижняго угла, гдѣ проходилъ дренажъ.

Операции производились въ лѣтнемъ баракѣ, въ первомъ случаѣ при 5 ассистентахъ-врачахъ, во второмъ—при трехъ. Дезинфекція сулемой, хлориновой известью и кипяткомъ. Инструменты и повязки, кромѣ того, стерилизованы при 170° С.

А. Гермоніусъ.

14. Перовъ М. А. Къ назуистикѣ оваріотоміи въ земской практикѣ. (Медиц. Обзоріе 13—14 1890).

Авторъ въ Никольской земской больницѣ (Вологод. губ.), при крайне неблагоприятной обстановкѣ, благодаря строгой антисептикѣ произвелъ операцию оваріотоміи, давшую прекрасный результатъ, на больной 34 л., которая

начала менструировать 18 л. правильно, замужъ вышла 19 л., рожала 2 раза и въ послѣдній разъ 4 года передъ тѣмъ. Вскорѣ послѣ родовъ больная замѣтила справа опухоль величиною съ кулакъ, при чемъ регулы стали путаться и приходять черезъ 2—6 мѣсяцевъ.

При осмотрѣ размѣры живота: на уровнѣ пупка 101 см., выше пупка на 3 пальца 100 см., ниже—93 см. Правый размѣръ живота на тѣхъ же высотахъ 53, 51, 49 см., лѣвый—48, 48 и 44 см. Отъ мечевиднаго отростка до пупка 28 см., отъ пупка до лобка 20, отъ пупка до правой *spina ilei ant. sup.* 22, до лѣвой—19 см. Опухоль тверда на ощупь, съ глубокимъ зыбленіемъ въ срединѣ слѣва отъ пупка, гладка, но въ правой нижней части не доходя пальца на 4 до полного соединенія, выдается довольно острымъ выпуклымъ мысомъ. Тонъ при всѣхъ положеніяхъ тупой. Опухоль занимаетъ весь животъ, подвижность ея ограничена. При оттягиваніи опухоли вверхъ, отъ мыса вправо въ глубину таза идетъ довольно широкій плотный, фиксированный въ маломъ тазу. Влагалищная часть нормальна, матка также, но прижата опухолью, своды напряжены. При двойномъ изслѣдованіи въ опухоли легко чувствуется флюктуация.

Поставленъ діагнозъ многополостной кисты правой широкой маточной связки.

Операція сдѣлана 13-го марта разрѣзомъ въ 10 см. между лобкомъ и пупкомъ. Опухоль найдена свободною отъ сращеній. Проколомъ троакара выпущено много шоколаднаго цвѣта жидкости. Проколы слѣдующіе дали стекловидную жидкость каплями, опухоль мало уменьшилась, разрѣзъ поэтому увеличенъ выше пупка на 3 пальца. На ножку опухоли, оказавшейся правою широкою связкою, наложены 4 шелковыхъ лигатуры и одна обшая. Ножка обшита брюшиной шелковымъ непрерывнымъ швомъ, обсыпана іодоформомъ и опущена въ полость таза. На брюшину наложено 8 кэтгутовыхъ швовъ отдѣльно, 12 глубокихъ черезъ кожу шелковыхъ швовъ и 28 поверхностныхъ.

Теченіе послѣоперационное было безъ лихорадки, только первые два дня была тошнота и рвота, быстро исчезавшіе при глотаніи льда. На 11 день сняты всѣ глубокіе швы и 23 поверхностныхъ; оставлено 5 швовъ въ верхнемъ углу раны, гдѣ края ея разошлись немного; остальные зажили первымъ натяженіемъ. На 16 сняты остальные швы и больной позволено ходить съ бинтомъ.

Опухоль оказалась многополостной кистой съ разнымъ содержимымъ. Всѣхъ остава ея 12 ф. и содержамаго 27 ф.

А. Заболотскій.

15. Верницъ И. Къ казуистикѣ леченія рака матки влагалищной экстирпацией и элентричествомъ по способу Апостоли. (Медиц. Обозр. 1890 №№ 13—14).

Авторъ приводитъ двѣ исторіи болѣзней произведенныхъ имъ экстирпацій пораженныхъ ракомъ матокъ.

Больная П. 40 л., всегда здоровая, рожала 18 л. назадъ; менструировала всегда правильно и безболѣзненно. Съ конца 1888 г. регулы стали непра-

вильны, но не обильны, а въ январѣ 1889 г. были обильны съ бѣлями, иногда съ небольшою примѣсью крови съ болями внизу живота и въ поясницѣ.

Влагалище широко, матка нормальна, подвижность ея ограничена, въ боковыхъ сводахъ легкая резистентность. Тѣло матки увеличено и утолщено, длина полости 9 см. На передней губѣ узелъ въ большой лѣсной орѣхъ, занимающій почти всю переднюю губу. Наружная граница узла отчетлива, верхняя переходитъ въ цервикальный каналъ. По бокамъ узелъ переходитъ въ сосѣдную ткань безъ рѣзкихъ границъ. Поверхность узла изъязвлена, неровна, легко кровоточитъ, покрыта гнойнымъ вонючимъ отдѣленіемъ. — Диагнозъ ракъ шейки матки.

Операція произведена 25-го апрѣля послѣ дезинфекціи влагалища и смазыванія матки и узла 10⁰/₀ растворомъ хлористаго цинка по способу *Schröder'a*. Были вскрыты боковые своды, кровоточащія мѣста обшивались шелкомъ, задній сводъ, передній — съ отдѣленіемъ пузыря отъ матки. Вскрыта брюшина Дугласова пространства, перевязаны и перерѣзаны широкія связки и матка выводилась безъ загроможденія трубы и яичники, какъ фиксированные, были оставлены въ брюшной полости. Кровотеченіе ничтожно. Только при перевязкѣ правой ар. *spermat.* лигатура соскочила и явилось небольшое кровотеченіе. Отверстіе въ брюшной полости оставлено открытымъ и заложено іодоформенной марлей.

На четвертый день +38,5 и держалась на 38 до 8-го дня. Въ этотъ день t поднялась на 39,3. Марля и часть швовъ удалены и вскрытъ небольшой абсцессъ около шва t упала до нормы. На 14-й день швы сняты, больная быстро стала поправляться и 23-го мая выписалась. При уходѣ у больной нашли въ верхнемъ отдѣлѣ влагалища плотныя, слегка чувствительныя массы и при осмотрѣ зеркаломъ—гранулирующая поверхность съ небольшимъ гнойнымъ отдѣленіемъ. Въ октябрѣ у больной найдено нагноеніе отъ неудаленныхъ лигатуръ, по удаленіи которыхъ нагноеніе и боли исчезли. Въ апрѣлѣ П. была здорова и указаній на возвратъ не было.

Микроскопически ракъ достигалъ до внутренняго зѣва, въ полости матки оказался фиброзный полипъ въ сливу. Нижняя часть узла рыхла, въ состояніи распада, верхняя плотнѣе и съ болѣе гладкою поверхностью.

Микроскопъ показалъ алвеолы, наполненныя эпителиальными массами.

Второй случай. Больная М. К. 26 л. рожала два раза, менструировала правильно и въ послѣднее время обильно. Больна 2 мѣсяца бѣлями: иногда съ кровью и болями въ животѣ и поясницѣ. Изслѣдованіе дало, влагалище широко, влагалищная часть бугриста съ большое куриное яйцо, своды свободны, матка неувеличена, подвижна. Осмотръ показалъ опухоль бугристую, неровную, рыхлую, покрытую распадамъ, кровоточащую. Микроскопъ показалъ раковое новообразованіе. Прежде влагалищной экстирпаціи, для устраненія инфекціи отъ распада, опухоль отщеплена была экразеромъ и обложена термокаутеромъ. Операція произведена какъ и въ первомъ случаѣ. Лѣвая труба и яичникъ, выпавшіе изъ раны, были удалены. Лигатуры положены en masse, полость и верхняя часть рукава выполнена іодоформенной марлей.

Послѣоперационное течение: Температура на 5 и 6 день поднималась до 38° в., на 11 поднялась до 39,2° почему марли и часть швовъ были удалены, на 14 снова поднялась до 39,5°, но по удаленіи швовъ упала до нормы. На 33 день, при выпискѣ больной, найдена въ верхней части рукава справа плотная, безболѣзненная, немного подвижная, съ куриное яйцо, масса, а черезъ зеркало неровный рубецъ. Спустя 4 мѣсяца больная чувствовала себя хорошо и рецидива не было.

Разбирая мнѣнія авторовъ и существующую статистику, авторъ совѣтуетъ приступать не теряя времени къ полной экстирпации матки, если она подвижна, своды свободны и нѣтъ кахексін, при наличности же этихъ условій оперировать не слѣдуетъ, ибо рецидивъ и скорь, и неизбѣженъ. Такие случаи авторъ совѣтуетъ лечить выскабливаніемъ, удаленіемъ распада и прижиганіемъ термокаутеромъ или каленымъ желѣзомъ и тампонаціей іодоформенными или іодоформенно-глицериновыми тампонами 2 — 3 раза въ недѣлю, что удерживаетъ быстрый распадъ и кровотеченіе, и этимъ задерживается истощеніе больныхъ. Другой палліативный способъ, которому авторъ на основаніи своихъ 4 случаевъ и литературныхъ данныхъ сулитъ блестящую будущность — способъ *Apostoli*. Авторъ, примѣняя аппаратъ Гиршмана, катодъ въ видѣ большой пластинки, покрытой глиной или мохомъ, кладетъ на животъ, а анодъ въ видѣ угольнаго или металлическаго шара, обмотаннаго ватой, прикладываетъ къ новообразованію или лавцетовидную иглу вкалываетъ въ новообразованіе и пропускаетъ отъ 5 — 10 минутъ токъ 100 — 120 МА ежедневно или черезъ день. Послѣ первыхъ же сеансовъ надолго проходятъ боли, чего не даютъ наркотики, кровотеченія исчезаютъ, язва принимаетъ видъ гранулирующей раны, новообразованныя ткани дѣлаются плотнѣе и общее состояніе больныхъ улучшается.

А. Заболотскій.

16. Freund H. W. Ueber die Anwendung des Ichtyols bei Frauenkrankheiten (Souder-Abdruck der Berliner klinischen Wochenschrift, № 11, 1890). О примѣненіи ихтіола при женскихъ болѣзняхъ.

Въ качествѣ *новаго* быстро и успѣшно дѣйствующаго консервативнаго въ гинекологіи средства авторъ предлагаетъ ихтіоль, который обладаетъ двумя главными свойствами, — мѣстнымъ противувоспалительнымъ и болеутоляющимъ. *F.* примѣнилъ его съ громаднымъ успѣхомъ при цѣломъ рядѣ заболѣваній женскаго полового аппарата (хроническій параметритъ, острый и хроническій периметритъ съ экссудатами или рубцами, рубцы влагалища и влагалищной части матки, хроническій метритъ, воспаленія яичника и трубъ и окружающей ихъ клѣтчатки, эрозіи шейки и зудъ наружныхъ половыхъ частей). Ихтіоль употреблялся одновременно какъ внутреннее, такъ и наружное средство: внутрь — въ видѣ пилюль (драже) по 0,1, сначала 2 раза въ день, позже доза увеличивалась. Снаруже же онъ употреблялся въ видѣ слѣдующей смѣси: ammonii sulfo-ichthyolici 5,0, glycerini 100,0, которой смачивались тампоны и помѣщались во влагалищѣ. Ради достиженія энергичнаго всасыванія ихтіоль въ видѣ мази (съ ланолиномъ ana) или мыла (ammonio sulfo-

ichtyol. 8,0, sapo virid. 80,0) втирается въ кожу живота; наконецъ ради достиженія той же цѣли *F.* употреблялъ ихтиоловые суппозитории (0,05—0,2). При эрозіяхъ производилось смазываніе ихъ чистымъ ammonio sulfo-ichtyol. При зудѣ же употреблялась или указанная выше мазь или 10⁰/о водный растворъ. Внутреннее употребленіе ихтиола доказывало благоприятное вліяніе на общее состояніе: улучшался аппетитъ, пищеваженіе и стулъ становились правильными.

Результаты своего леченія *F.* называетъ прямо достойными удивленія (geradezu staunenswerth). На первомъ планѣ стоитъ могущественное резорбирующее дѣйствіе ихтиола: рубцы и выпоты исчезали въ теченіе весьма короткаго времени леченія. Двухсторонній сальпингитъ (гонорройнаго происхожденія), представлявшійся въ видѣ опухоли боковыхъ сводовъ и не поддававшійся никакому леченію, измѣнился подъ вліяніемъ ихтиола въ теченіе немногихъ дней въ томъ смыслѣ, что правая труба совершенно опорожнилась (сильныя слизистыя выдѣленія изъ половыхъ частей), а лѣвая могла быть точно отграничена отъ матки въ видѣ хорошо выраженнаго *мѣшка*.

Не менѣе важно и болеутоляющее дѣйствіе ихтиола. Это свойство обнаружилось особенно при воспаленіяхъ *Douglas'*овыхъ складокъ и такихъ периметритовъ, которые возбуждаютъ тенезмы. Авторъ никогда не видѣлъ вреднаго или даже только неблагоприятнаго вліянія ихтиола на половые органы и на общіе покровы. Запахъ ихтиола можетъ быть совершенно уничтоженъ прибавкой кумарина, а пятна на бѣлѣзѣ легко смываются мыльной водой. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется дѣло съ чрезмѣрно повышенной вслѣдствіе воспаленія — чувствительностью частей полового аппарата, *F.* совѣтуетъ начинать терапію съ примѣненія наркотическихъ антифлогистическихъ средствъ (chloralhydrat. — глицеринъ — 2—5 р. St). Когда чувствительность исчезла, переходятъ къ ихтиолу. Когда же выпоть восался, рубцы же стали мягкими и растяжимыми, а матка подвижной, — переходятъ къ леченію массажемъ. Электричество также можетъ быть употреблено здѣсь съ полнымъ правомъ. Раціональная діететика должна, конечно, идти рука объ руку съ мѣстнымъ леченіемъ.

В. Массенъ.

17. Freund H. W. Neuer Beitrag zur Icthyolbehandlung bei Frauenkrankheiten. (Separat-Abdr. aus Berliner Klin. Wochenschrift, 1890. № 45). **Новыя данныя къ леченію женскихъ болѣзней ихтиоломъ.**

Авторъ сообщаетъ прежде всего о двухъ блестящихъ случаяхъ успѣшнаго пользованія ихтиоломъ при страданіяхъ придатковъ. Въ одномъ случаѣ (больная 30 л.) имѣлся хроническій, правосторонній параметритъ въ умѣренной степени, очень твердый, частью выполняющій задній дугласъ остатокъ задняго периметритическаго выпота и metritis colli. Послѣ того, какъ длительное разсасывающее леченіе (тампоны съ растворомъ іодистаго калия въ глицеринѣ, смазываніе іодою, сидячія ванны) имѣли весьма ничтожный эффектъ, проведено леченіе ихтиоломъ. Черезъ 3 мѣсяца экссудатъ задняго свода совершенно восался, правая lig. latum стала свободной, шейка матки уменьшилась въ размѣрахъ. Остатки периметритическаго выпота исчезли послѣ курса ваннъ

въ Kreuznach'ѣ, а дисменорройныя явленія устранены изсѣченіемъ части мѣточной шейки. Въ настоящее время пациентка послѣ 10-лѣтняго безплодія находится на 2-мъ мѣсяцѣ беременности.

Въ другомъ случаѣ имѣлась опухоль величиной съ кулакъ взрослога, принадлежащая лѣвой трубѣ, которая вмѣстѣ съ прилежащей частью матки была окружена ложными перемычками. Лечение ихтіоломъ въ теченіе 5 мѣсяцевъ совершенно уничтожило данную опухоль и установило правильный періодъ регуль.

Далѣе авторъ сообщаетъ о весьма успѣшномъ леченіи ихтіоломъ эрозій шейки матки. Смазываніе ихъ производилось чистымъ ихтіоломъ (ammon. sulpho-ichtuol.). Авторъ оговаривается, что ему, однако, не представлялось случая лечить упорныя формы эрозій; легкія же всѣ быстро излечиваются.

Но особенно блестяще шло, по словамъ *F.*, лечение ихтіоломъ кровоточиваго эндометрита. Въ одномъ случаѣ, гдѣ благодаря сильнымъ кровотечениямъ *sub menstruatione* произведено послѣдовательно двукратное выскабливаніе матки, удаленіе яичника и новое выскабливаніе, гдѣ и постоянный токъ и массажъ по *T. Brandt'u* давали лишь переходящій эффектъ, тамъ отъ однократнаго смазыванія полости матки чистымъ ихтіоломъ и благодаря внутреннему употребленію въ теченіе мѣсяца ихтіоловыхъ пилюль регулы стали ходить черезъ 4 недѣли и получили нормальную силу и длительность. Такъ же успѣшно шло леченіе эндометрита и въ другихъ двухъ случаяхъ *F.* и въ одномъ случаѣ проф. *Schauta* (устное сообщеніе).

Благодѣтельное вліяніе ихтіола *F.*, объясняетъ его всасывающимъ и подсушивающимъ свойствомъ; а такъ какъ онъ въ то же время является болеутоляющимъ средствомъ и не имѣетъ ни прижигающихъ, ни ядовитыхъ свойствъ, то, по мнѣнію *F.*, долженъ быть предпочтенъ іоду, хлористому цинку и различнымъ растворамъ кислотъ и прижигающимъ средствамъ.

Затѣмъ *F.* говоритъ, что онъ пользовался ихтіоломъ съ успѣхомъ при леченіи трещинъ грудныхъ сосковъ. Изъ 24 случаевъ лишь въ одномъ получились неблагопріятныя послѣдствія (лечение было ведено неправильно). *F.* совѣтуетъ употреблять при этой формѣ страданія ихтіоловый цинкъ, который производится прижиганія трещинъ. Предъ прикладываніемъ младенца къ груди корочки, образованная отъ прижиганія цинкомъ, слѣдуетъ отмачивать водой. Длительное присутствіе корочки можетъ вызвать сильное раздраженіе, что и наблюдалось въ вышесказанномъ случаѣ. При леченіи трещинъ сосковъ ихтіоломъ особенно рельефно выступаетъ болеутоляющее дѣйствіе средства ¹⁾.

В. Массень.

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

¹⁾ Въ настоящее время лечение ихтіоломъ примѣняется какъ въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго*, такъ и въ амбулаторіи Покровской Общины Сестеръ Милосердія. Подробныя наблюденія будутъ опубликованы въ недалекомъ будущемъ. Теперь скажемъ коротко, что новымъ средствомъ мы весьма довольны. Упомябляется исключительно ammonium sulpho-ichtuolicum, полученный нами отъ Ihtyol-Gesellschaft въ Hamburg'ѣ. *Реф.*

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА НА 1891 ГОДЪ

БОЛЬНИЧНАЯ

ГАЗЕТА БОТКИНА.

Редакторы-издатели:

В. I. Алышевскій,
Главный врачъ Марининской
больницы для бѣдныхъ.

Н. И. Соколовъ,
Главный врачъ Александров-
ской барачной больницы.

А. А. Нечаевъ,
Главный врачъ мужской
Обуховской больницы.

Н. П. Васильевъ,
Главный врачъ Александров-
ской больницы въ память
19 февраля 1861 г.

С. С. Боткинъ,
Старшій ординаторъ Але-
ксандровской барачной
больницы.

В. Н. Сиротининъ,
Главный врачъ больницы
Св. Маріи Магдалины.

ПРОГРАММА ГАЗЕТЫ:

1) Оригинальныя статьи по всеѣмъ отраслямъ клинической медицины, по различнымъ отдѣламъ основныхъ медицинскихъ наукъ въ ихъ примѣненіи къ практической медицинѣ. 2) Рецензіи книгъ, имѣющихъ прямое отношеніе къ программѣ газеты. 3) Отчеты о засѣданіяхъ русскихъ и иностранныхъ медицинскихъ обществъ. 4) Обзорніе выдающихся работъ русской и иностранной медицинской прессы. 5) Краткіе отчеты о дѣятельности больницъ. 6) Успѣхи терапіи. 7) Мелкія извѣстія.

Статьи и денежная корреспонденція адресуются Николаю Петровичу Васильеву, Фонтанка, д. 132.

Подписная цѣна съ доставкой и пересылкой 8 руб. въ годъ, безъ доставки—7 руб. Допускается разсрочка платежа—5 р. при подпискѣ и остальныхъ деньгахъ къ 1-му Іюля.

Подписка принимается въ редакціи—Фонтанка, 132—и во всеѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Открыта подписка на 1891 годъ

НА ЖУРНАЛЪ

„МЕДИЦИНСКАЯ БЕСѢДА“

Подъ редакціею А. Х. Сабинина. Годъ V-й.

«Медицинская Бесѣда» имѣетъ цѣлью знакомить общество, черезъ посредство общедоступныхъ статей, съ современнымъ направленіемъ врачебной науки и съ желательною постановкою врачебнаго дѣла. Земскіе санитарно-медицинскіе вопросы, статьи по общественной и частной гигиенѣ, статьи по различнымъ отраслямъ врачебной науки, школьная гигиена, аптечное дѣло, статьи по различнымъ отраслямъ естествознанія, врачебныя замѣтки и хроника, библиографическій отдѣлъ, историческія свѣдѣнія и замѣтки — вотъ основная часть программы журнала. «Медицинская Бесѣда», имѣя обширную, разностороннюю программу, будетъ служить, какъ и въ прошлыхъ годахъ, въ одинаковой степени интересамъ врачей и публики.

«Медицинская Бесѣда» выходитъ два раза въ мѣсяцъ.

Цѣна за годъ 5 рублей. Фельдшера, фельдшерницы, акушерки и сельскіе учителя платятъ по 3 рубля въ годъ съ доставкой и пересылкой.

Подписка принимается: въ Воронежѣ, въ конторѣ журнала (Воскресенская, д. Черемисиновой) и въ книжномъ магазинѣ В. В. Юркевича (Больш. Двор. ул., домъ Адлеръ), въ С.-Петербурѣ: въ книжномъ магазинѣ К. Л. Рикера (Невскій, № 14), въ Медико-Хирургическомъ магазинѣ Н. П. Петрова (Выборгская сторона, Нижегород., № 17); въ Москвѣ: въ книжномъ магазинѣ А. А. Карцева (Фуркасовскій переул., д. Обидиной) и въ конторѣ Н. Печковской (Петровскія линіи).

16-й г. „РУССКАЯ МЕДИЦИНА“ Г. 16-й

Газета, посвященная всем отраслям врачебной науки и вопросам быта врачей.

Выходит 4 раза в месяц, по Воскресеньям.

Отделы издания: 1) Самостоятельные научные сообщения и клинические лекции. Кроме этого предполагается в будущем году ознакомить читателей и с обзорными по той или другой отрасли врачебной науки, принадлежащими выдающимся иностранным ученым и являющимся в виде речей или лекций. 2) Врачебная казуистика. 3) Успехи медицины а) из русской печати и б) за границей. Этот отдел получить в обеих своих частях большее расширение и при составлении его будет принято во внимание, чтобы в каждом №, на сколько возможно, были помещаемы рефераты работ по одной отрасли медицины. 4) Критические и библиографические статьи. Библиографический указатель. 5) Больничные отчеты и медицинские общества. 6) Хроника. Новости и известия за неделю. 7) От редакции. Статьи по вопросам быта, образования и пр. 8) Корреспонденция и фельетон. 9) Официальные известия. 10) Объявления о вакансиях и пр.

Цена остается та-же, что и в прежние годы, 8 руб. за годъ и 5 руб. за полгода.

Подписка принимается в конторѣ редакціи „Русской Медицины“, С.-Петербургъ, Фонтанка, д. № 91.

„ВРАЧЕБНЫЙ ЕЖЕГОДНИКЪ“ на 1891 годъ. Справочная карманная книжка. Кроме обыкновенных справочных свѣдѣній, будетъ помещена терапевтика по всемъ отраслямъ медицины. Обширный отдѣлъ новѣйшихъ, появившихся в 1890 г., рецептовъ, новыхъ средствъ и пр. Цена книжки в коленкоровомъ переплетѣ 1 р. 25 к. Подписывающіеся на „Русскую Медицину“ и желающіе получить „Ежегодникъ“, присылаютъ 9 рублей.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1891 ГОДЪ

(2-й годъ изданія)

на акушерско-фельдшерскій общедоступный медицинскій журналъ

„АКУШЕРКА“

посвященный всемъ отраслямъ медицины, обнимающимъ кругъ дѣятельности акушеровъ, фельдшерицъ и фельдшеровъ.

Выходитъ два раза в мѣсяцъ.

Подписная цена съ пересылкой на годъ 3 р., на 6 мѣс. 1 р. 50 н., на 4 мѣс. 1 р. и на 2 мѣс. 50 н.

Мелкія деньги могутъ быть высылаемы почтовыми марками.

Редакція нашла возможнымъ съ новаго 1891 года дать годовымъ подписчикамъ

БЕЗПЛАТНУЮ ПРЕМИУ

резиновую пробку-ороситель съ весьма прочными стеклянными трубочками, вполне замѣняющую *ирригаторъ или кружку для спринцованія*, необходимую въ каждомъ домѣ.

На укупорку и пересылку премии гг. подписчики прилагаютъ 30 к. (можно 2-хъ копѣчными марками).

Подписка принимается: Въ редакціи журн. „Акушерка“ г. Брянскъ, Орловской губ. Въ книжныхъ магазинахъ: Въ С.-Петербургѣ—К. Риккеръ, Невскій просп., 14. Въ Москвѣ—А. Лангъ, Кузнецкій мостъ.

Подписка на 1891 г. продолжается. Новые подписчики получаютъ всѣ вышедшіе номера.

Редакторъ-издатель *Амброжевичъ*.

Открыта подписка на 1891 годъ на еженедѣльную газету
„ЗЕМСКІЙ ВРАЧЪ“

Изданіе, посвященное вопросамъ земской медицины.

Выходитъ въ г. Черниговѣ въ объемѣ отъ 1 до 2 печатныхъ листовъ въ неделю по слѣдующей программѣ:

- 1) Руководящія статьи по общимъ вопросамъ земской медицины; статьи по медицинской статистикѣ и медикотопографическіе очерки. Фабричная медицина.
- 2) Оригинальныя и переводныя статьи по гигиенѣ и профилактикѣ. Казуистика.
- 3) Популярныя статьи (въ видѣ приложений) по вопросамъ гигиены и профилактики.
- 4) Рефераты, хроника, смѣсь.
- 5) Корреспонденціи. Отчеты о врачебныхъ сѣздахъ.
- 6) Объявленія.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА съ доставкой и пересылкой въ годъ 9 р. (для фельдшеровъ, фельдшерницъ и акушеровъ—6 р.). На полгода—4 р. 50 к. (для фельдшеровъ, фельдшерницъ и акушеровъ—3 р.).

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ: г. Черниговъ, Евгенію Владиміровичу Святловскому.

Редакторъ-Издатель д-ръ *Е. Святловскій*.

Принимается подписка

НА ГАЗЕТУ

„МЕДИЦИНА“

на 1891 (третій годъ).

Изданіе, посвященное всѣмъ отраслямъ клинической медицины и гигиены, будетъ выходить въ объемѣ 2-хъ листовъ, а лѣтомъ 1-го листа, четыре раза въ мѣсяцъ, а именно:

- 1) Самостоятельныя статьи, лекціи и предварительныя сообщенія русскихъ авторовъ и переводныя статьи и лекціи иностранныхъ авторовъ по всѣмъ отраслямъ клинической медицины, по всѣмъ отдѣламъ общественной и частной гигиены, эпидемиологии, судебной медицины и гидрологии, а также по общей патологій, фармакологій, анатоміи, физиологій и патологической анатоміи.
- 2) Общія обзоры по различнымъ медицинскимъ вопросамъ.
- 3) Статьи по исторіи медицины.
- 4) Новости медицины изъ русской и иностранной литературы.
- 5) Статьи и замѣтки по народной, особенно русской медицинѣ.
- 6) Критика и библиографія медицинскихъ книгъ, статей, больничныхъ отчетовъ и изданій, могущихъ чѣмъ либо интересовать врачей.
- 7) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ и о защитѣ диссертаций.
- 8) Научныя корреспонденціи, хроника и мелкія извѣстія объ ученыхъ изслѣдованіяхъ и открытіяхъ, слухи и выдержки изъ газетъ, имѣющіе исключительно научный интересъ, а также правительственныя распоряженія, могущія чѣмъ либо интересовать врачей.
- 9) Частныя объявленія и публикаціи, за исключеніемъ рекламъ, о вновь вышедшихъ медицинскихъ книгахъ.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ—Редакція, Гороховая, д. № 40 и книжный магазинъ Н. П. Карбасникова, Литейная, д. № 48; Москва—книжный магазинъ Н. П. Карбасникова, д. Кохъ, противъ Университета.

Подписная цѣна за годовое изданіе пять рублей, съ доставкой и пересылкой шесть рублей.

Статьи высылаются на имя редактора д-ра мед. Степана Михайловича Васильева (С.-Петербургъ, Гороховая, д. № 40).

Оставшіеся экземпляры „Медицины“ за 1889 г. продаются по четыре рубля съ пересылкой; экземпляры же за 1890 г. по шести рублей. Въ 1890 г. былъ помѣщенъ подробный отчетъ о сообщеніяхъ, сдѣланныхъ на десятомъ международномъ медицинскомъ конгрессѣ въ Берлинѣ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1891 ГОДЪ
 на иллюстрированный художественно-литературный журналъ
РОССІЯ,

ВЫХОДЯЩІЙ ВЪ КОЛИЧЕСТВѢ 50 №№ ВЪ ГОДЪ.

Служеніе многообразнымъ интересамъ русской жизни, русской литературы и русскаго искусства,—такова цѣль и направленіе журнала „РОССІЯ“. Быть по истинѣ художественнымъ изданіемъ въ области слова и живописнаго изображенія—такова его задача. Каждый номеръ „РОССІИ“ печатается на роскошной бумагѣ, заключаетъ въ себѣ не менѣе трехъ рисунковъ, исполненныхъ (по преимуществу) привилегированнымъ способомъ ея издателя, а также и разнообразный литературный матеріалъ, за достоинство котораго служатъ речительствомъ имена лицъ, съ новаго года участвующихъ въ журналѣ.

Въ литературномъ отдѣлѣ журнала „РОССІЯ“ будутъ помѣщаться романы и повѣсти (историческіе и бытовые), рассказы и стихотворенія, статьи по вопросамъ науки, литературы, искусства, и жизни въ общепонятной по возможности формѣ.

Въ художественный отдѣлъ каждаго № входятъ въ нѣсколько красокъ копій съ картинъ извѣстныхъ художниковъ, акварели, рисунки, пейзажи, типы съ натуръ, а также виньетки и заставки.

Кромѣ того съ первымъ № каждаго мѣсяца будетъ выдаваться въ особую, художественно-исполненной обложкѣ тетрадь, заключающая въ себѣ три картины на роскошной эстампной бумагѣ, такъ что въ концѣ года у подписчиковъ имѣетъ образоваться прекрасный

БОЛЬШОЙ ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ АЛЬБОМЪ ИЗЪ ТРИДЦАТИ ШЕСТИ КАРТИНЪ
 русскихъ и иностранныхъ художниковъ и снимки съ натуръ
 (въ размѣрѣ журнала).

Журналъ „РОССІЯ“ выдастъ гг. подписчикамъ по истинѣ художественно-исполненную большую премію, а именно, копію съ знаменитой картины гениальнаго русскаго художника А. А. Иванова, исполненную красками:

„ЯВЛЕНІЕ ХРИСТА НАРОДУ“.

Премія эта будетъ выдана подписчикамъ безъ всякой доплаты за пересылку.

Въ литературномъ отдѣлѣ, при постоянномъ соудручествѣ Н. П. Ансанова, будутъ участвовать: Я. В. Абрамовъ, Н. Д. Беннаревичъ, А. Н. Будищевъ, В. П. Быстренинъ, А. В. Васильевъ, П. И. Добротворскій, С. Д. Дрожжинъ, А. А. Евреиновъ, Б. Е. Ермиловъ, А. А. Коринфскій, М. Лисицынъ, А. Я. Максимовъ, Г. А. Мачетъ, Л. М. Медвѣдевъ, А. К. Молотовъ, Д. Л. Мордовцевъ, В. Ѡ. Португаловъ, И. А. Саловъ, В. А. Сысоевъ, А. М. Федоровъ и мн. др.

Каждый № „РОССІИ“ заключаетъ въ себѣ два большихъ печатныхъ листа.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА: На годъ 6 р. (съ перес. 7 р.). На полгода 3 р. (съ перес. 3 р. 50 к.). На три мѣсяца 1 р. 50 к. (съ перес. 1 р. 75 к.).

КРОМЪ ТОГО, желающіе подписаться на **ОДИНЪ МѢСЯЦЪ**

(съ безплатнымъ приложеніемъ очередной тетради альбома) платятъ безъ всякаго добавленія къ подписной суммѣ **пятьдесятъ копѣекъ** (съ перес. 60 коп.).

Сообразно съ поддержкой, которую русская интеллигентная читающая публика окажетъ нашему изданію, редакція обѣщаетъ не остановиться ни передъ какими улучшеніями журнала.

Подписка принимается въ главной конторѣ редакціи (Москва, Солянка, д. Кохтева).

Съ первымъ № журнала подписчики получаютъ январскую тетрадь альбома.

Всѣ работы, заключающіяся въ печатаніи: премій, рисунковъ, олеографій, приложений и текста исполняются въ собственныхъ мастерскихъ редактора-издателя:

Желающіе для ознакомленія съ журналомъ получить пробный № благоволятъ высылать двѣ семикопѣчныя марки.

Редакторъ-издатель **І. И. Пашковъ.**