

№  
11-53  
605

# ЖУРНАЛЪ

## АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

63 С.-Петербургъ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

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

2806  
АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДО-  
ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ.

ПРОФЕССОРА КЛИНИКИ АКУШЕР-  
СТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

ДОЦЕНТА АКУШЕРСТВА И  
ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

И

Л. Г. ЛИЧКУСА,

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА.

ТОМЪ VI.

534

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія С. Н. Худекова. Владимірскій пр., № 12.

1892.



# О Г Л А В Л Е Н І Е.

## Оригинальныхъ статей, лекцій и казуистики.

	СТР.
Г. И. Гиммельфарбъ. Къ ученію о врожденныхъ аномаліяхъ женскихъ половыхъ органовъ. <i>Anus praeternaturalis vestibularis</i> у 14-ти лѣтней дѣвочки . . . . .	1
М. М. Мионовъ. Къ вопросу о показаніи къ частичной ампутаціи шейки при ракъ влагалищной части матки . . . . .	10
А. К. Мазуркевичъ. Случай вторичнаго кесарскаго сѣченія на одной и той-же женщинѣ . . . . .	27
Д. Д. Алаыкинъ. Къ вопросу объ измѣненіяхъ морфологическаго состава крови въ различныхъ состояніяхъ родильнаго періода . . . . .	42
В. Г. Купидоновъ. Къ вопросамъ современной гинекологіи. . . . .	74
Д. М. Кирѣвъ. Примѣненіе асептики въ хирургіи брюшной и тазовой полостей . . . . .	97
А. Я. Крассовскій. 21 оваріотомія . . . . .	109, 204
А. И. Ивановъ. Матеріалы къ вопросу о вѣматочной беремености . . . . .	132, 224
А. К. Мазуркевичъ. Случай кесарскаго сѣченія . . . . .	146
Г. Кудишъ. Случай аборта на 5-мъ мѣсяцѣ при живомъ плодѣ . . . . .	150
А. А. Войно-Оранскій. Къ вопросу о морфологіи крови новорожденныхъ . . . . .	156
К. Ф. Славянскій. <i>Laparotomia conservativa</i> . . . . .	189
И. Н. Дружининъ. Къ казуистикѣ <i>uteri didelyps cum vagina septa</i> . . . . .	239
Ф. Ф. Піонтковскій. <i>Uterus duplex separatus s. didelyps</i> . . . . .	254
Г. Х. Ауэ. Случай <i>Herniæ ovaricæ bilateralis</i> . . . . .	257
А. К. Гермоніусъ. Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней за первое пятилѣтіе своего существованія . . . . .	265
А. Я. Крассовскій. Прощальное слово Предсѣдателя . . . . .	284
В. Ф. Масловскій. Къ ученію о самозараженіи родильницъ . . . . .	321
П. И. Марковскій. Къ вопросу объ эмбриотоміи . . . . .	367
А. А. Ануфриевъ. Къ казуистикѣ полнаго удаленія матки черезъ влагалище . . . . .	376
К. П. Улезко-Строгонова. Къ патологіи влагалищныхъ кистъ . . . . .	385
Д. М. Кирѣвъ. Сосочково-железистыя опухоли полости матки и ихъ современное лѣченіе. . . . .	441

	стр.
<b>И. Тышко.</b> Отчетъ о дѣятельности родовспомогательнаго отдѣленія Смоленской губернской земской больницы съ 1-го іюля 1890 года по 1-е января 1892 года. . . . .	458
<b>М. М. Мионовъ.</b> Случай <i>atresiaë hymenis</i> . . . . .	474
<b>В. Бекманъ.</b> Къ этиологій разрывовъ матки. . . . .	533
<b>М. Ф. Семенскій.</b> Къ вопросу о тампонаціи брюшной полости . . . . .	546
<b>П. Т. Нейштубе.</b> Къ вопросу объ употребленіи физиологическаго раствора поваренной соли при острой тяжелой анеміи отъ послѣродовыхъ кровотеченій . . . . .	552
<b>С. А. Кочурова.</b> <i>Fistula vesico-vaginalis sub partu</i> вслѣдствіе осложненія родовъ камнемъ мочевого пузыря. . . . .	581
<b>Л. И. Соколовскій.</b> <i>Fibromyoma submucosum uteri. Eucleatio per vaginam.</i> . . . . .	587
<b>В. И. Штольцъ.</b> О веденіи родовъ при наиболѣе часто встрѣчающихся формахъ узкаго таза . . . . .	639
<b>А. Рымша.</b> Къ ученію о нормальномъ и узкомъ тазѣ русской женщины. . . . .	718
<b>Д. О. Оттъ.</b> Случай <i>tubo-ovarial'ной</i> кисты. . . . .	757
<b>К. Г. Штоль.</b> Къ статистикѣ беременности при двурогой маткѣ. . . . .	762
<b>И. Тышко.</b> Двѣнадцать чревосѣченій . . . . .	776, 856
<b>В. Н. Массень.</b> Медицинскій отчетъ по Гаваньскому родильному пріюту за время съ 17-го августа 1888 года по 1-е мая 1892 года . . . . .	799, 888, 943, 1085, 1205
<b>М. М. Мионовъ.</b> Къ вопросу объ асептикѣ во время лапаротомій. . . . .	825
<b>Г. И. Гиммельфарбъ.</b> Къ оперативному лѣченію недержанія мочи уретрального происхожденія у женщинъ. . . . .	846
<b>А. А. Чагинъ.</b> Къ казуистикѣ раковыхъ новообразованій женскихъ половыхъ органовъ. . . . .	873
<b>А. Лециусъ.</b> Къ казуистикѣ круговаго отрыва влагалищной части во время родовъ. . . . .	881
<b>Р. А. Моргулисъ.</b> Къ лѣченію неполныхъ выкидышей . . . . .	921
<b>А. П. Денонскій.</b> Случай остеомалации у беременной; удаленіе матки и придатковъ; выздоровленіе . . . . .	931
<b>И. И. Розановъ.</b> Случай разрыва пуговины при искусственномъ родо-разрѣшеніи съ благоприятнымъ исходомъ для матери и плода. . . . .	935
<b>В. В. Типяковъ.</b> <i>Cancer vulvae.</i> . . . . .	940
<b>А. И. Павловъ.</b> Общій медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія гинекологической клиники при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ за время съ 1-го января 1874 года по 15-е марта 1885 года. . . . .	1015
<b>Я. Розенблаттъ.</b> Къ профилактикѣ послѣродовыхъ заболѣваній. . . . .	1073
<b>Э. Ф. Биддеръ.</b> 455 случаевъ эклампсіи изъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго заведенія. . . . .	1151
<b>К. А. Бѣлиловскій.</b> Къ казуистикѣ чревосѣченій. . . . .	1170
<b>А. Р. Фишеръ.</b> Случай сохраняющаго кесарскаго сѣченія при абсолютномъ показаніи. . . . .	1198
<b>Н. І. Рачинскій.</b> Случай операціи энтеро-цервикальной фистулы. . . . .	1201



# АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ СОДЕРЖАНИЯ.

## А.

- Абортъ на 5-мъ мѣсяцѣ при живомъ плодѣ, 150.  
 —, см. также выкидышъ.  
 Абсцессъ, см. нарывъ.  
 Аденома матки, 424.  
 Акушерская клиника въ Москвѣ. Отчетъ за 1889 годъ, 308.  
 — — — — — 1890 годъ, 309.  
 Акушерскія злобы дня, 907.  
 Акушерско-Гинекологическое Общество въ Берлинѣ, 398, 496, 603.  
 — — — — — Кельнѣ 502, 612, 904.  
 — — — — — Киевѣ 295, 397, 493, 596  
 — — — — — Спб. Отчетъ библиотекаря за 1891 годъ, 283.  
 — — — — — — казначея за 1891 г., 281.  
 — — — — — — секретаря за 1891 г., 263.  
 — — — — —. Протоколы засѣданій административныхъ: №№ XIX — 45, XX—164, I—289, II—396, III—490, IV—595, V—991, VI—1109, VII—1230.  
 — — — — —. — — научныхъ: №№ 16—37, 17—153, 1—262, 2—392, 3—478, 4—590, 5—968, 6—1104, 7—1220.  
 — — — — —. Прощальное слово Предсѣдателя, 284.  
 — — — — —. Составъ Правленія на 1892—93 гг., 294.  
 — — — — —. Списокъ членовъ, 290.  
 — — — — —. — — Правленія за прошлые года, 294.  
 Акушерское отдѣленіе гинекологической клинки въ Варшавѣ. Отчетъ его, 1015  
 Акушерство, курсъ его, И. П. Лазаревича, 1253.  
 —, асептика въ немъ, 1231.  
 —, *hydrastis canadensis* въ немъ, 48.  
 Аменоррея и головокруженіе при задержаніи плодныхъ оболочекъ, 179.  
 — — метрорагіа, 418.
- Ампутація влагалищной части при ракъ ея, 814.  
 — — —, частичная, сѣдлообразная, 314.  
 — — —, —, показанія къ ней при ракъ, 10, 65, 432.  
 — матки при послѣродовомъ перитонитѣ, 513.  
 — надвлагалищная, послѣ разрыва матки, 1222.  
 Анатомическія измѣненія вслѣдствіе хлороформа, 805.  
 — при пуэрперальной эклампсіи, 621, 623.  
 Аневризма маточной артеріи, 318.  
 Анемія отъ послѣродового кровотеченія, острая, растворъ NaCl при ней, 552, 984.  
 Аномалии, врожденныя, женскихъ половыхъ органовъ I, 239, 254.  
 Антисептическое средство, новое—лизолъ, 630.  
 Антропологическое изслѣдованіе черепа новорожденныхъ, 514.  
 Anus praeternaturalis vestibularis, 1.  
 Apostoli'евскій способъ лѣченія фибромомъ матки, 183.  
 — — —, см. также электричество и т. п.  
 Аппаратъ для добыванія послѣродовыхъ отдѣленій, 493, 596.  
 Артеріа маточная, аневризма ея, 318.  
 Асептика во время лапаротоміи, 825.  
 — въ акушерствѣ, 1231.  
 — — родильномъ и послѣродовомъ періодахъ, 414.  
 — — хирургіи брюшной и тазовой полостей, 97.  
 Атрезія влагалища, 614.  
 Atresia hymenis, 474.  
 —, см. также Непроходимость.  
 Ахондроплазіа, 1139

## В (В).

- Базитрипсиа, 1134.  
 Бактеріологическое изслѣдованіе послѣродовыхъ отдѣленій, 493, 596.  
 Бактеріологія половой сферы у новорожденныхъ, 985.

Баллонъ Petersen'a, 1124.  
 Бацилла эклампсиа, 1242.  
 Баниллы, образующія газъ, при солро hyperplasia cystica, 57,  
 Башкировъ С. А., памяти его, 1220.  
 Беременная матка, перегибъ ея назадъ, 809.  
 — — — — —, ущемленіе ея, 1237.  
 Беременность, вѣматочная, 52, 132, 172, 224, 410, 507, 810, 1004.  
 —, —, 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсяцевъ, 616.  
 —, —, лѣченіе ея, 54.  
 —, —, —, хирургическое, 811.  
 —, —, мѣсто разрыва при ней, 53.  
 —, —, неукротимая рвота при ней, 1232.  
 —, —, показанія къ оперативному вѣмателъству при ней, 1238.  
 —, —, чревосѣченіе при ней, 1239.  
 —, —, см. также брюшная, трубная и проч.  
 —, затянувшаяся, 1122.  
 — и влагалищное прикрѣпленіе матки, 181.  
 —, измѣненіе морфологическаго состава крови при ней, 41, 42.  
 — и роды, осложненные міомами матки, 1235.  
 —, календарь ея, 168.  
 —, менструація, викарная. во время ея, 628.  
 —, многоплодная. Тройни 1232.  
 —, нефритъ, во время нея, 169.  
 — при двурогой маткѣ, 762.  
 —, трубная, 617.  
 —, —, двусторонняя, 603.  
 —, —, лѣченіе ея электричествомъ, 1241.  
 —, —, Чревосѣченіе при ней, 303.  
 —, удаленіе міомы во время нея, 1236.  
 —, яичниковая, съ карциномой шейки, 400.  
 Беременная, рвота, неукротимая, у нихъ, hydrastis при ней, 506.  
 —, —, — — —, кокаиъ при ней, 37.  
 Боли, слабость ихъ, этиологія и лѣченіе ея, 508.  
 —, см. также Потуги.  
 Большая губа, фиброміома ея, 181.  
 Болѣзнь женскихъ половыхъ органовъ и инфлуэнца, 629.  
 —, женскія, лѣченіе и діагностика ихъ, 55.  
 —, —, — ихъ, электрическо, 401.  
 Борный таннинъ при кровотеченияхъ, 180.  
 Brandt'овскій способъ, см. Массажъ.  
 Брюшная полость, и тазова, асептика въ хирургіи ихъ, 97.  
 —, тампонація ея, 485, 546.  
 Брюшное прикрѣпленіе матки при выпаденіяхъ ея и заднихъ смѣщеніяхъ, 429.

Брюшной шовъ послѣ чревосѣченій, 155.  
 Брюссель, Гинекологическій конгрессъ въ немъ, 913, 992, 1118.  
 Бугорковый перитонитъ. Чревосѣченіе, 1120, 1126.  
 — —, и гнойный. Чревосѣченіе, 820.

## В (V).

Vagina septa, 239.  
 —, см. также Влагалище.  
 Ванны, минеральныя, въ Старой Руссѣ во время регуль, 489.  
 Vaginoscele у женщинъ 1135.  
 Варшава. Акушерское отдѣленіе гинекологической клиники, отчетъ его, 1015.  
 Vegetирующія опухоли яичника, 1126.  
 Викарная менструація во время беременности, 628.  
 Влагалище, атрезія его, 614.  
 —, двойное, и двойная матка, 47.  
 —, искусственно, по Снегиреву, 969.  
 —, карцинома, первичная, его и наружныхъ половыхъ органовъ. 503.  
 —, новообразованія его, 312.  
 —, операція, пластическая, на немъ, 904.  
 —, удаленіе матки черезъ него, см. Влагалищное удаленіе.  
 —, см. также Colpos и производныя отъ него.  
 Влагалищная часть матки, ампутація ея при ракѣ, 814.  
 — — —, отрывъ ея, круговой, во время родовъ, 881.  
 — — —, ракъ ея, малой губы и грудной железы. 1249.  
 — — —, — — —, показанія къ частичной ампутаціи шейки при немъ, 10, 65, 432.  
 — — —, частичная сѣдлообразная ампутація ея. 314.  
 Влагалищное вырѣзываніе кистъ яичниковъ и придатковъ матки, 1250, 1251, 1251.  
 — — —, матки, 376.  
 — — — при множественной фиброміомѣ, 1250.  
 — прикрѣпленіе матки и беременность, 181.  
 — удаленіе матки, техника операціи, 314.  
 — — — міомы матки, 399, 587, 590.  
 — — — ruosalpinx'овъ, 1126.  
 Влагалищномочеточниковыя фистулы, 312.  
 Влагалищнопузырныя фистулы, см. Пузырноблагалищныя.  
 Влагалищные тампоны, 417.  
 Влагалищный электродъ, 402.

Влагалищныя кисты, патологія ихъ, 385, 395.  
 Вліяніе матери на плодъ, 169.  
 — морфинизма на половую сферу, 984.  
 Внутрибрюшнй уходъ за ножкой послѣ гистеректоміи, 1133.  
 Внутрибрюшинныя кровоизліянія, 528.  
 Внутриматочное впрыскиваніе глицерина для возбужденія родовъ, 502.  
 Внутривязочная киста яичника, 429.  
 Внушеніе при неукротимой рвотѣ, 1235.  
 Виѣматочная беременность, см. Беременность.  
 Вогнутое долото для краниотоміи, 513.  
 Водянка, головная, плода, разрывъ матки вслѣдствіе нея, 304.  
 Возстановленіе слизистой оболочки матки, 1127.  
 Воспаленія, тазовыя, электрическое лѣченіе ихъ и дисменоррей, 426.  
 Впрыскиваніе, внутриматочное, глицерина для возбужденія родовъ, 502.  
 —, подкожное, эфира, мѣстный параличъ послѣ него, 168.  
 — эрготина въ ткань фибриновъ матки, 60.  
 Врожденныя аномаліи женскихъ половыхъ органовъ, 1, 239, 254.  
 Вторичное кесарское сѣченіе, 27, 40.  
 Vulva, см. наружныя половыя органы.  
 Выворотъ матки 397, 597, 600, 600.  
 — — послѣ родовъ, 297.  
 — — — —, острый, 178.  
 Выкидыши, неполныя, лѣченіе ихъ, 921.  
 Выкидышъ, лѣченіе его, 302.  
 — на 5-мъ мѣсяцѣ при живомъ плодѣ, 150.  
 Выпаденія матки и заднія смѣшенія ея, брюшное прикрѣпленіе при нихъ, 429.  
 — —, лѣченіе ихъ, 1137.  
 Вырѣзываніе, влагалищное, см. влагалищное вырѣзываніе, удаленіе и проч.  
 — матки, надвлагалищное, сравненіе его съ электролизомъ, 61.

## Г (H).

Газъ образующія бациллы при colporrhoea cystica, 57.  
 Газы въ кишкахъ, скопленіе ихъ, какъ осложненіе послѣродового періода, 307.  
 Намелютрометра при двойной маткѣ, 1248.  
 Hernia ovarica, 257, 394.  
 Гидрастининъ, 300, 517, 518.  
 Hydralis canadensis въ акушерствѣ, 48.  
 — — при неукротимой рвотѣ, 506.  
 Нупел, см. дѣвственная плева.  
 Гинекологическая хирургія, кокаиномъ въ ней, 416.

Гинекологическій конгрессъ въ Брюсселѣ, 913, 992, 1118.  
 — массажъ, 185.  
 Гинекологическія операціи, малыя, 55.  
 Гинекологія, діагностика и лѣченіе, техника ихъ въ ней, 55.  
 — и неврологія, 821.  
 — современная, 74.  
 Huretemesis gravidarum и лѣченіе ея кокаиномъ, 37.  
 — —, см. также неукротимая рвота.  
 Гистеректомія, уходъ за ножкой, внутрибрюшинный, послѣ нея, 1133.  
 —, см. также удаленіе матки и проч.  
 Глицеринъ, впрыскиваніе его, внутриматочное, для возбужденія родовъ, 502.  
 Гноеродныя кокки въ потѣ септическихъ больныхъ, 311.  
 Гнойный и бугорковый перитонитъ. Чревосѣченіе и дренажъ, 820.  
 Головка, прохожденіе ея при лобныхъ положеніяхъ, 1012.  
 Головная водянка плода, разрывъ матки вслѣдствіе нея, 304.  
 Головокруженіе и аменоррея при задержаніи плодныхъ оболочекъ, 179.  
 Гонококки Neisser'a, чистая разводка ихъ, 423.  
 Грудная железа, ракъ ея, малой губы и влагалищной части, 1249.  
 Грудныя железы, слоновое перерожденіе ихъ, 1246.  
 Грыжа яичника, 257, 394.  
 Губа, большая, фиброміома ея, 181.  
 —, малая, ракъ ея, влагалищной части грудной железы, 1249.  
 Губы, малыя, слоновое перерожденіе ихъ, 1245.  
 —, слоновое перерожденіе ихъ л. крайней плоти, 397.

## Д (D).

Двойная матка, 628, 1248.  
 — — и двойное влагалище, 47.  
 Двурога матка, беременность при ней, 762.  
 Двусторонняя трубная беременность, 603.  
 Дерматоль, 298, 520.  
 Дисменоррея, электрическое лѣченіе ея и тазовыхъ воспаленій, 426.  
 Діагностика и лѣченіе женскихъ болѣзней, 55.  
 Долото, вогнутое, для краниотоміи, 513.  
 Дренажъ матки, 1139.  
 Дугласово пространство, западеніе кишекъ въ него, 307.  
 Дѣвственная плева, непроходимость ея, 474.  
 — —, — —, приобрѣтенная, 420.  
 — —, — —, хирургическое лѣченіе ея, 421.

Дѣтское мѣсто, предлежаніе его, 1127.  
 — — — —, какъ осложненіе родовъ, 50.  
 Dumontpallier, операція его, 1118.

## Е.

Elephantiasis, см. слоновое перерожденіе.

## Ж.

Женскіе половыя органы, болѣзни ихъ и инфлуенца, 629.  
 — — —, врожденныя аномаліи ихъ 1, 239, 254.  
 — — —, ракъ ихъ, 873.  
 Женскія болѣзни, лѣченіе и діагностика ихъ, 55.  
 — — —, ихъ, электрическое, 401.  
 Живой плодъ при выкидышѣ на 5-мъ мѣсяцѣ, 150.  
 Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней за первое пятилѣтіе, 265.

## З (S).

Забрюшинный ухоть за ножкой, 181.  
 Задержаніе плодныхъ оболочекъ, аменоррея и головокруженіе при немъ, 179.  
 Задніе перегибы матки, закрѣпленные. массажъ при нихъ, 524.  
 Задній перегибъ беременной матки, 809.  
 Заднія смѣщенія матки и выпаденія, брюшное прикрѣпленіе при нихъ, 429.  
 — — —, одинъ изъ признаковъ ихъ, 1138.  
 Заматочная кровяная опухоль, лѣченіе ея, 184.  
 Затянувшаяся беременность, 1122.  
 Sanger, кесарское сѣченіе по его способу, 413, 1198, 1221.  
 —, см. также Кесарское сѣченіе.

## И, I.

Изворотъ, самопроизвольный, 412.  
 Излѣченіе остеомаляціи операціей Porgo, 620.  
 — — — удаленіемъ матки и придатковъ, 931.  
 Измѣненія, анатомическія, при послѣродовой эклампсіи, 621, 623.  
 —, —, послѣ хлороформа, 805.  
 — морфологическаго состава крови во время беременности, 41, 42.  
 Ислѣдованіе, антропологическое, черепа новорожденныхъ, 514.  
 —, бактериологическое, послѣродовыхъ отдѣленій, 493, 596.  
 Инфлуенца и женскія болѣзни, 629.  
 — — послѣродовой параметритъ, 307.

Искусственное влагалище по Снегиреву, 969.

Искусственные преждевременные роды при помощи глицерина, 502.  
 — — —, разрывъ пуповины при нихъ, 935.  
 Истеро-эпилепсія и кастрація, 528.  
 Исцѣленіе, самородное, сложной фибромы матки, 183.  
 Ихтиоль въ гинекологіи, 299.  
 — при эндометритѣ, 296.  
 Иодоформный танинъ при жидкихъ экссудатахъ, 180.

## К (C).

Календаръ беременности, 168.  
 Камень мочевого пузыря, осложненіе родовъ имъ, 581, 591.  
 Карцинома, первичная, наружныхъ половыхъ органовъ, 503.  
 — шейки и яичниковая беременность, 400.  
 — —, осложненіе ея родовъ. 50.  
 —, см. также Ракъ.  
 Кастрація и истеро-эпилепсія, 528.  
 — при остеомаляціи, 319.  
 Кесарское сѣченіе, 40, 146, 1123.  
 — —, вторичное, 27, 40.  
 — — изъ за тазовой опухоли, 305.  
 — — по Sanger'у, 413, 1198, 1221.  
 — — при относительномъ показаніи, 50.  
 — —, техника и показанія къ нему, 305.  
 — —, см. также Porgo.  
 Киста, tubo-ovarial'ная, 757.  
 — яичника, внутрисвязочная, 429.  
 — —, папилломатозная, 62.  
 Кистовидныя миомы матки, 525.  
 Кисты, влагалищныя, патологія ихъ, 385, 395.  
 — трубъ, ретенціонныя, 1136.  
 — яичника и придатковъ, влагалищное вырѣзываніе ихъ, 1250, 1251, 1251.  
 Кишечно-шсечная фистула, 1104, 1201  
 Кишки, газы въ нихъ, какъ осложненіе послѣродового періода, 307.  
 —, западеніе ихъ въ Дугласово пространство, 307.  
 Клиника, акушерская, въ Москвѣ. Отчеты ея за 1890 и 1891 гг., 308, 309.  
 Клиническое значеніе нефрита во время беременности, 169.  
 Кокантъ въ гинекологической хирургіи, 416.  
 — при неукротимой рвотѣ, 37.  
 Кокки, гноеродныя, въ потѣ септическихъ больныхъ, 311.  
 Colpohyperplasia cystica, бациллы, образующія газъ, при ней, 57.  
 Конгрессъ, гинекологическій, въ Брюссель, 913, 992, 1118.  
 Крайняя плотъ, слоновое перерожденіе ея и губъ, 397.



- , —, —, удаление ея во время беременности, 1236.  
 —, миомы ея, беременность и роды, осложненные ими, 1235.  
 —, —, какъ препятствіе для родовъ, 618.  
 —, —, кистовидныя, 525.  
 —, —, лѣченіе ихъ, 1126.  
 —, —, электротерапія ихъ, 403, 496.  
 —, нарывъ ея, 313.  
 —, опухоль ея, 59.  
 —, перегибы ея назадъ, закрѣпленные, массажъ при нихъ, 524.  
 —, —, —, оперативное лѣченіе ихъ, 57.  
 —, полость ея, добываніе послѣродовыхъ отдѣлений изъ нея, 493, 596.  
 —, —, опухоли ея, сосочково-железистыя, и лѣченіе ихъ, 441.  
 —, пороки развитія ея, 1118.  
 —, прикрѣпленіе ея, брюшное, при выпаденіяхъ ея и заднихъ смѣщеніяхъ, 429.  
 —, —, влагалищное, и беременность, 181.  
 —, разрывъ ея во время родовъ, 304, 398, 1222.  
 —, разрывъ ея, отъ внѣшняго насилія, 618.  
 —, —, этиологія ихъ, 533.  
 —, раки ея, неоперативныя, хирургическое лѣченіе ихъ, 1133.  
 —, ракъ ея, 596.  
 —, —, нехирургическое лѣченіе его, 425.  
 —, —, развившійся, операція при немъ, 317.  
 —, слизистая оболочка ея, восстановленіе ея, 1127.  
 —, смѣшенія ея впередъ, хирургическое лѣченіе ихъ, 523.  
 —, —, назадъ, признакъ ихъ, 1138.  
 —, тампонація ея, 1125.  
 —, тѣло ея, слизистая оболочка его, патологія ихъ, 521.  
 —, удаление ея, 908.  
 —, —, и придатковъ при остеомаляціи, 931.  
 —, —, мѣсячныя послѣ него, 1120.  
 —, —, полное и надвлагалищное, по поводу рака, 816.  
 —, —, различныя способы его, 1120.  
 —, фиброміома ея, сложная, самородное исцѣленіе ея, 183.  
 —, фиброміомы ея, 1139.  
 —, —, лѣченіе ихъ электричествомъ, 183, 427, 428.  
 —, —, —, эрготиномъ, 60.  
 —, шейка ея, ампутація ея, частичная, показанія къ ней при ракъ, 10, 65, 432.  
 —, —, карцинома ея и яичниковая беременность, 400.  
 —, —, —, осложненіе ею родовъ, 50.  
 —, —, неподатливость ея во время родовъ, 510.  
 —, —, ракъ ея, лѣченіе его, палліативное, 612.  
 Маточная артерія, аневризма ея, 318.  
 Маточныя кровотеченія, гидрастининъ при нихъ, 517.  
 —, лѣченіе ихъ, 1126.  
 Мать, вліяніе ея на плодъ, 169.  
 Менструація, викарная, во время беременности, 628.  
 — послѣ удаленія матки, 1120.  
 —, см. также мѣсячныя, регулы.  
 Методъ, пластинный, для полученія чистой разводки гонококковъ Neisser'a, 423.  
 Метроррагія и аменоррея, 418.  
 Метроррагіи, лѣченіе ихъ, 813.  
 Минеральныя ванны Старой Руссы во время регулъ, 489.  
 Миомы матки, см. матка.  
 Missed abortion, 1106.  
 Многоплодная беременность. Тройни, 1232.  
 Множественная фиброміома, влагалищное вырѣзываніе матки при ней, 1250.  
 Молочница наружныхъ половыхъ органовъ, 180.  
 Морфинизмъ и вліяніе его на половую сферу, 984.  
 Морфологическій составъ крови, измѣненія его во время беременности, 41, 42.  
 Морфологія крови новорожденныхъ, 153, 156.  
 Москва. Акушерская клиника, отчеты ея за 1890 и 1891 годы, 308, 309.  
 —. Родильный пріютъ Голицынской больницы, отчетъ его за 1891 годъ, 310.  
 Моча, недержаніе ея, оперативное лѣченіе его, 846.  
 Мочевой пузырь, камень его, осложненіе родовъ имъ, 581, 591.  
 —, кровоизліянія въ него, 1012.  
 —, стѣнка его, трансплантація ея при фистулахъ, 422.  
 Мочеточничко-влагалищныя фистулы, 312.  
 Мѣстный параличъ, послѣ подкожнаго вприскиванія эфира, 168.  
 Мѣсто, дѣтское, см. дѣтское мѣсто.  
 — разрыва при внѣматочной беременности, 53.  
 Мѣсячныя, раннія, 302.  
 —, см. также менструація, регулы.

## Н (N).

- Нагноенія, тазовыя, 914, 992.  
 Надвлагалищная ампутація послѣ разрыва матки, 1222.

Надвлагалищное удаление матки по поводу рака, 816.  
 — — —, сравнение его съ электролизомъ, 61.  
 Наружные половые органы, первичная карцинома ихъ и рукава, 503.  
 — — — ракъ ихъ, 940.  
 Нарывъ матки, вскрывшійся въ ея полость, 313.  
 Недержаніе мочи, оперативное лѣченіе его, 846.  
 Недоноски, кровать-грѣлка Auvar'd'a, для нихъ, 516.  
 Нейрологія и гинекологія, 821.  
 Neisser'овскіе гонококки, чистая разводка ихъ, 423.  
 Неоперативные раки матки, хирургическое лѣченіе ихъ, 1133.  
 Неподатливость шейки матки во время родовъ, 510.  
 Непроходимость влагалища, 614.  
 — дѣвственной плевы, 474.  
 — — —, приобрѣтенная, 420.  
 — — —, хирургическое лѣченіе ея, 421.  
 Неукротимая рвота беременныхъ, hysterastis при ней, 506.  
 — — —, кокаинъ при ней, 37.  
 — — —, лѣченіе ея внушеніемъ, 1235.  
 — — — при вѣматочной беременности, 1232.  
 Нефритъ во время беременности, 169.  
 Новообразования влагалища, 312.  
 Новорожденныя, бактериологія половой сферы у нихъ, 985.  
 —, кровь ихъ, морфологія ея, 153, 156.  
 —, черепъ ихъ, антропологическое изслѣдованіе его, 514.  
 Ножка, уходъ за ней, внутрибрюшинный, послѣ гистеректоміи, 1133.  
 —, — — —, забрюшинный, 181.  
 Нормальный и узкій тазъ русской женщины, 718, 983.  
 Нормальныя регулы, и патологическія, минеральныя ванны во время ихъ, 489.

### О (Ау).

Оболочки, плодныя, задержаніе ихъ, амноррея и головокруженіе при немъ, 179.  
 Общество, Акушерско-Гинекологическое, см. Акушерско-Гинекологическое Общество.  
 Овариотоміи и сальпинготоміи, 484.  
 —, 21 случай, 109, 204.  
 Овариотомія, третья на одной больной, 63.  
 Auvar'd'овская кровать-грѣлка для недоносковъ, 516.  
 Оперативное вмѣшательство при вѣматочной беременности, показанія къ нему, 1233.

— лѣченіе недержанія мочи, 846.  
 — — — перегибовъ матки назадъ, 57.  
 Операциі, гинекологическія, малыя, 55.  
 —, пластическія, на влагалищѣ, 904.  
 — при вѣматочной беременности, 172.  
 — — — разившемся уже ракъ матки, 317.  
 Операция Dumontpallier, 1118.  
 — Roggo, 305.  
 — — — при узкомъ остеомалатическомъ тазѣ, 620.  
 — — —, см. также Кесарское сѣченіе.  
 — — — кишечно-шечной фистулы, 1104, 1201.  
 — — — пузырно-влагалищныхъ фистулъ, 422, 1012.  
 Опухоли, сосочково-железистыя, полости матки и лѣченіе ихъ, 441.  
 — личинка, вегстриуютія, 1126.  
 Опухоль, кровяная, заматочная, лѣченіе ея, 184.  
 — матки, 59.  
 —, тазовая, Кесарское сѣченіе изъ за нея, 305.  
 Органы, половыя, см. половые органы.  
 Осложненіе послѣродового періода скопленіемъ газовъ въ кишкахъ, 307.  
 — родовъ камнемъ мочевого пузыря, 581, 591.  
 — — и беременности міомами матки, 1235.  
 — — — карциномой шейки, подлежаніемъ дѣтскаго мѣста и слабостью потугъ, 50.  
 Остеомалатическій тазъ, 167.  
 — — —, узкій, операція Roggo при немъ, 620.  
 Остеомалатія, излѣченная операціей Roggo, 620.  
 —, — — удаленіемъ матки и придатковъ, 931.  
 —, — —, кастрація при ней, 319.  
 Острая анемія отъ послѣродовыхъ кровотеченій, растворъ NaCl при ней, 552, 984.  
 Острый выворотъ матки послѣ родовъ, 178.  
 Отдѣленія, послѣродовыя, аппаратъ для добыванія ихъ, 493, 596.  
 Относительныя показанія, кесарское сѣченіе при нихъ, 50.  
 Огрывъ, круговой, влагалищной части во время родовъ, 881.  
 Отчетъ акушерскаго отдѣленія гинекологической клиники въ Варшавѣ, 1015.  
 — редакціи журнала «Акушерска и женскихъ болѣзней» за первое пятилѣтіе, 265.  
 — Родильнаго пріюта въ Гавани, 799, 888, 943, 1085, 1205.  
 — — — Голицынской больницы въ Москвѣ, 310.  
 — — — родовспомогательнаго отдѣленія

Смоленской губ. земской больницы, 458.  
 Отчеты Акушерско-Геникологического общества въ С.Пб., см. это Общество.

## П (Р).

Паллиативное лѣченіе рака шейки, 612.  
 Памяти С. А. Башкирова, 1220.  
 Папилломатозная киста яичника, 62.  
 Папиллома яичника, 819.  
 Паралич мѣстный, послѣ подкожнаго впрыскиванія эфира, 168.  
 Параметритъ, послѣродовой и инфлуэнца, 307.  
 Патогенезъ эклампси, 1132.  
 Патологическія регулы, и нормальныя, минеральныя ванны во время ихъ. 489.  
 Патологія влагалищныхъ кистъ, 385, 395.  
 — слизистой оболочки тѣла матки, 521.  
 Первичная карцинома наружныхъ половыхъ органовъ и рукава, 503.  
 Первородящая, старая, слабость болей у нихъ, этиологія и лѣченіе ея, 508.  
 Перегибъ назадъ беременной матки, 809.  
 — — —, ущемленіе ея, 1237.  
 Перегибы назадъ матки, закрѣпленные, массажъ при нихъ, 524.  
 — — —, оперативное лѣченіе ихъ, 57.  
 Переднія смѣщенія матки, хирургическое лѣченіе ихъ, 523.  
 Перерожденіе, саркоматозное, подслизистой міомы. 400.  
 —, слоновое, крайней плоти и губъ, 397.  
 —, —, малыхъ губъ, 1245.  
 —, —, титечныхъ железъ, 1246.  
 Перитонитъ, бугорковый. Чревосѣченіе, 1120, 1126.  
 —, —, и гнойный. Чревосѣченіе, 820.  
 —, послѣродовой, ампутація матки при немъ, 513.  
 Периодъ послѣродовой, см. Послѣродовой.  
 Периоды, родильный и послѣродовой, асептика при нихъ, 414.  
 Petersen, баллонъ его, 1124.  
 Руosalpinx'ы, удаленіе ихъ, влагалищное, 1126.  
 Пластинный методъ для полученія чистой разводки гонококковъ Neisser'a, 423.  
 Пластическія операціи на влагалищѣ, 904.  
 Плацента, см. дѣтское мѣсто.  
 Плева, см. дѣвственная.  
 Плодная оболочка, задержаніе ихъ,

аменоррея и головокруженіе при немъ, 179.  
 Плодь, вліяніе матери на него, 169.  
 —, головная водянка его, разрывъ матки вслѣдствіе нея, 304.  
 —, живой, при выкидышѣ на 5-мъ мѣсяцѣ, 150.  
 Поваренная соль, растворъ ея физиологической, при острой анеміи отъ послѣродовыхъ кровотеченій, 552, 984.  
 Новивальная бабка, руководитель ея, 1140.  
 Поврежденія во время родовъ, 175, 415.  
 Поворотъ на ножку, 176.  
 Подкладное судно, новое, 168.  
 Подкожная эмфизема во время родовъ, 174.  
 Подкожное впрыскиваніе эфира, мѣстный параличъ послѣ него, 168.  
 Показанія къ частичной ампутаціи шейки при рактъ влагалищной части, 10, 65, 432.  
 —, относительныя, кесарское сѣченіе при нихъ, 50.  
 — и техника кесарскаго сѣченія, 305.  
 — къ оперативному вмѣшательству при вѣматочной беремености, 1238.  
 Половая сфера, бактериологія ея у новорожденныхъ, 985.  
 — —, вліяніе морфинизма на нее, 984.  
 Половые органы женскіе, болѣзни ихъ и инфлуэнца, 629.  
 — — —, пороки развитія ихъ, 1, 239, 254, 1118, 1247.  
 — — —, ракъ ихъ, 873.  
 — —, наружныя, молочница ихъ, 180.  
 — —, —, первичная карцинома ихъ и рукава, 503.  
 — —, —, ракъ ихъ, 940.  
 Полость, брюшная и газовая, асептика въ хирургіи ихъ, 97.  
 —, —, тампонація ея, 485, 546.  
 — матки, добываніе послѣродовыхъ отдѣленій изъ нея, 493, 596.  
 — —, опухоли ея, сосочково-железистыя и ихъ лѣченіе, 441.  
 Porro, способъ его, 306.  
 —, — —, см. также Кесарское сѣченіе.  
 Послѣродовая септицемія, ложныя и аномальныя формы ея. 1011.  
 — эклампсиа, анатомическія ивмѣненія при ней, 621, 623.  
 — —, поздняя, 414.  
 Послѣродовой параметритъ и инфлуэнца, 307.  
 — периодъ, выворотъ матки во время него, 297.  
 — —, и родильный, асептика при нихъ, 414.



- , осложнение его скоплениемъ газовъ въ кишкахъ, 307.  
 — — см. также Роды.  
 — перитонитъ, лѣченныи ампутаціей матки, 513.  
 — столбнякъ, 52.  
 Послѣродовыя заболѣванія, профилактика ихъ, 1073.  
 — кровотеченія, острая анемія отъ нихъ, растворъ NaCl при ней, 552, 984.  
 — отдѣленія, аппаратъ для добыванія ихъ, 493, 596.  
 Потуги, слабость ихъ, какъ осложненіе родовъ, 50.  
 —, см. также Боли.  
 Потъ септическихъ больныхъ, гноеродныя кокки въ немъ, 311.  
 Предлежаніе дѣтскаго мѣста, 1127.  
 — —, какъ осложненіе родовъ, 50.  
 Преждевременныя роды, искусственныя, при помощи глицерина, 502.  
 Придатки, заболѣванія ихъ, электричество при нихъ, 1126.  
 —, кисты ихъ и ячниковъ, влагалитное вырѣзываніе ихъ, 1250, 1251, 1251.  
 —, удаленіе ихъ и матки при остеомалиці, 931.  
 Признакъ задняго смѣщенія матки, 1138.  
 Признаніе безпріютныхъ дѣтей и подкидышей, 397.  
 Прикрѣпленіе матки, брюшное, при выпаденіяхъ ея и заднихъ смѣщеніяхъ, 429.  
 — —, влагалитное, и беременность, 181.  
 Приобрѣтенная непроходимость hymen'a, 420.  
 Происхожденіе эклампси, 295.  
 Профилактика послѣродовыхъ заболѣваній, 1073.  
 — эклампси при помощи хлорала, 1243.  
 Прохожденіе головки при лобныхъ положеніяхъ, 1012.  
 Пузырно влагалитныя фистулы во время родовъ, 581, 591.  
 — —, операціи при нихъ, 422, 1012.  
 Пузырь, мочевои, см. Мочевой.  
 Пуловина, остатокъ ея, уходъ за нимъ, 179.  
 —, разрывъ ея при искусственныхъ родахъ, 935.
- Р.**
- Разводка, чистая, гонококковъ Neisser'a, 423.  
 Разрывъ, мѣсто его при вѣматочной беременности, 53.  
 — —, при искусственныхъ родахъ, 935.  
 Разрывы матки во время родовъ, 304, 398, 1222.  
 — — отъ вѣшняго насилія, 618.  
 — —, этиологія ихъ, 533.  
 Ракъ влагалитной части, ампутація ея при немъ, 814.  
 — —, — —, — —, частичная, показанія къ ней, 10, 65, 432.  
 — —, малой губы и грудной железы, 1249.  
 — женскихъ половыхъ органовъ, 873.  
 — матки, 596.  
 — —, неоперативный, хирургическое лѣченіе его, 1133.  
 — —, нехирургическое лѣченіе его, 425.  
 — —, операціи при немъ, 317.  
 — —, удаленіе ея, полное и надвлагалитное, по поводу его, 816.  
 — наружныхъ половыхъ органовъ, 940.  
 — шейки, лѣченіе его, палліативное, 612.  
 —, см. также Карцинома.  
 Раннія мѣсячныя, 302  
 Растворъ поваренной соли, физиологической, при острой анеміи отъ послѣродовыхъ кровотеченій, 552, 984.  
 Рвота, неукротимая, см. Неукротимая.  
 Регрессивныя стадіи мѣматочной беременности, оперативное вѣмательство при нихъ, 1238.  
 Регулы, нормальныя и патологическія, минеральныя ванны во время ихъ, 489.  
 Ретенціонныя кисты трубъ, 1136.  
 Родильницы, самозараженіе ихъ, 321, 530, 636.  
 Родильный и послѣродовой періоды, асептика при нихъ, 414.  
 — приютъ въ Гавани, отчетъ его, 799, 888, 943, 1035, 1205.  
 — — Голицынской больницы въ Москвѣ, 310.  
 Родовспомогательная хирургія, 1134.  
 Родовспомогательное отдѣленіе Смоленской губ. земской больницы, 458.  
 Роды, выворотъ матки послѣ нихъ, 297.  
 — — — —, острый, 178.  
 — и беременность, осложненныя мюмами, 1235.  
 —, искусственныя, преждевременныя, при помощи глицерина, 502.  
 — —, разрывъ пуловины при нихъ, 935.  
 —, круговой отрывъ, влагалитной части во время ихъ 881.  
 —, неподатливость шейки во время ихъ, 510.  
 —, осложненіе ихъ камнемъ мочевого пузыря, 581, 591.  
 —, — — карциномой шейки, подлежа-

- нiемъ дѣтскаго мѣста и слабостью  
 потугъ, 50.  
 —, поврежденiя во время ихъ, 175, 415.  
 —, препятствiе для нихъ—миомы, 618.  
 —, при узкихъ тазахъ, веденiе ихъ, 49,  
 593, 639, 986.  
 —, разрывъ матки при нихъ, 304, 398,  
 1222.  
 —, фистула, пузырновлагилищная, во  
 время ихъ, 581, 591.  
 —, эмфизема, подкожная, при нихъ, 174.  
 Рукавъ, см. влагилище.  
 Руководитель повивальной бабки, 1140.  
 Русская женщина, нормальный и узкiй  
 тазъ ея, 718, 983.

## С.

- Сальпинготомiя и овариотомiя, 484.  
 Самозараженiе родильнацъ, 321, 530,  
 636.  
 Самопроизвольный изворотъ, 412.  
 Самородное исцѣленiе сложной фибро-  
 миомы матки, 183.  
 С.-Петербургъ. Акушерско-Гинекологи-  
 ческое Общество, см. это Общество.  
 Саркома яичниковъ, 184.  
 Саркоматозное перерожденiе подслизи-  
 стой миомы, 400.  
 Свищи, см. Фистулы.  
 Сепсисъ, больные имъ,гноеродные кок-  
 ки въ потѣ ихъ, 311.  
 Септицемiя, послѣродовая, ложныя и  
 аномальныя формы ея, 1011.  
 Симфизеотомiя, 1122.  
 Слабость болей, этиологiя и лѣченiе ея.  
 508.  
 — —, осложненiе ею родовъ, 50.  
 Славянской, К. Ф., литературная дѣя-  
 тельность его за 25 лѣтъ, 1110.  
 Слизистая оболочка матки, восстано-  
 вленiе ея, 1127.  
 — —, патологiя ея, 521.  
 Слоновое перерожденiе крайней плоти  
 и губъ, 397.  
 — —, малыхъ губъ, 1215.  
 — —, титечныхъ желѣзъ, 1246.  
 Смоленскъ. Губ. земская больница, ро-  
 довспомогательное отдѣленiе, отчетъ  
 его, 458.  
 Смѣщенiе матки назадъ, хирургическое  
 лѣченiе ихъ, 523.  
 — —, одинъ изъ признаковъ ихъ,  
 1138.  
 Снегиревъ, образованiе искусственнаго  
 влагилища по его способу, 969.  
 Сосочково-железистыя опухоли полости  
 матки и ихъ лѣченiе, 441.  
 Старо-Русскiя минеральныя ванны во  
 время регулъ, 489.  
 Столбнякъ, послѣродовой, 52.

- Стѣнка мочевого пузыря, транспланта-  
 цiя ея при свищахъ, 422.  
 Судно подкладное. 168.  
 Съдлообразная ампутацiя, частичная,  
 влагилищной части матки, 314.  
 Сѣченiе кесарское, см. Кесарское.

## Т.

- Тазовая опухоль, кесарское сѣченiе  
 изъ за нея, 305.  
 — полость, и брюшная, асептика въ  
 хирургiи ихъ, 97.  
 Тазовыя воспаленiя, электрическое лѣ-  
 ченiе ихъ и дисменорреи, 426.  
 — нагноенiя, 914, 992.  
 Тазъ остеомалатической, 167.  
 — —, узкiй, операцiя Porro при немъ,  
 620.  
 — узкiй, и нормальный, русской жен-  
 щины, 718, 983.  
 — —, лѣченiе родовъ при немъ, 49,  
 593, 639, 986.  
 Тампонация брюшной полости, 485,  
 546.  
 — матки, 1125.  
 Тампоны, влагилищные, 417.  
 Таннинъ, борный, при кровоточенiяхъ,  
 180.  
 —, iодоформный, при жидкихъ эксу-  
 датахъ, 180.  
 Техника главнѣйшихъ способовъ діа-  
 гностики и лѣченiя, 55.  
 — и показанiя къ кесарскому сѣченiю,  
 305.  
 — удаленiя матки чрезъ влагилище,  
 314.  
 Трансплантацiя стѣнки мочевого пузы-  
 ря при свищахъ, 422.  
 Тройни, 1232.  
 Трубная беременность, 303, 617.  
 — —, двусторонняя, 603.  
 — —, лѣченiе ея электричествомъ, 1241.  
 — —, см. также вѣнматочная.  
 Трубы, кисты ихъ регенцiонныя, 1136.  
 Тубо-равовагiальная киста, 757.  
 Тѣло матки, см. матка.

## У. (U).

- Удаленiе матки, 908.  
 — —, влагилищное, техника операцiи,  
 314.  
 — —, и придатковъ при остеомалатiи,  
 931.  
 — —, мѣсячныя послѣ него, 1120.  
 — —, полное и надвлагилищное, изъ  
 за рака, 816.  
 — —, различные способы его, 1120.  
 — миомы, влагилищное, 399, 587, 590.  
 — — во время беременности, 1236,

- *ruosalpinx*'овъ, влагалищное, 1126.  
 — *фибромъ*, 1013.  
 Узкіе тазы, лѣченіе родовъ при нихъ, 49, 593, 639, 986.  
 Узкій тазъ, и нормальный, русской женщины, 718, 983.  
 — —, остеомалатическій, операція Pogo, 620.  
*Uterus didelphys*, 239, 254.  
 Уходъ за ножкой, внутрибрюшинный, послѣ гистеректоміи, 1133.  
 — — —, забрюшинный, 181.  
 — — —, пуповиннымъ остаткомъ, 179.  
 Ущемленіе беременной матки, перенутой назадъ, 1237.

## Ф. (F).

- Фиброиды* матки, лѣченіе ихъ эрготиномъ, 60.  
*Фиброміома* большой губы, 181.  
 — матки, сложная, самородное излѣченіе ея, 183.  
 —, множественная, влагалищное вырѣзываніе матки при ней, 1250.  
*Фиброміомы* матки, 1139.  
 — —, лѣченіе ихъ, электрическое, 183, 427, 428.  
 —, этиологія ихъ, 630.  
*Фибромъ*, удаленіе ихъ, 1013.  
 —, электричество при нихъ, 1156.  
 Физиологическiи растворъ NaCl при острой анеміи отъ послѣродовыхъ кровотеченій, 552, 984.  
*Фистула*, кишечно-шечная, 1104, 1201.  
 —, пузырно-влагалищная, во время родовъ, 581, 591.  
 —, — —, операція ея, 422, 1012.  
 —, мочеточнико-влагалищная, 312.  
*Foetus in foetu*, 47.

## Х. (Ch).

- Хирургическое лѣченіе вѣматочной беременности, 811.  
 — неоперативныхъ раковъ матки, 1133.  
 — непроходимой дѣвственной плесы, 421.  
 — смѣщенной матки впередъ, 523.  
 Хирургія брюшной и тазовой полостей, асептика въ ней, 97.  
 —, гинекологическая, кокаиинъ въ ней, 416.  
 —, родовспомогательная, 1134.  
*Хлораль*, предупредительное лѣченіе имъ эклампсiи, 1243.  
*Хлороформъ*, анатомическія измѣненія послѣ него, 805  
*Холера* у женщинъ, 1244.

*Chrobak* овскій способъ забрюшеннаго ухода за ножкой, 181.

## Ц. (C).

*Cephalhaematoma externum*, этиологія ея, 627.  
*Цистотомія*, 809.

## Ч.

- Частичная ампутація, сѣдлообразная, влагалищной части матки, 314.  
 — — шейки, показанія къ ней при ракъ влагалищной части, 10, 65, 432.  
 Часть, влагалищная, см. влагалищная часть.  
 Человѣческое яйцо ранней стадіи развитія, 41.  
 Черепъ новорожденныхъ, антропологическое изслѣдованіе его, 514.  
 Чистая разводка гоноккокковъ Neisser'a 423.  
*Чревосѣченія*, 64, 155, 203, 430, 633, 776, 820, 825, 856, 1120, 1126, 1170, 1239.

## Ш, Щ.

- Шейка матки, см. матка.  
 Шовъ, брюшной, послѣ чревосѣченій, 155.  
 Щипцы, обязательное наложеніе ихъ, 412.

## Э.

- Эклампсія*, бацилла ея, 1242.  
 —, лѣченіе ея, 603.  
 —, — —, предупредительное, хлораломъ, 1243.  
 —, патогенезъ ея, 1132.  
 —, послѣродовая, анатомическія измѣненія при ней, 621, 623.  
 —, —, поздняя, 414.  
 —, происхожденіе ея, 295.  
 —, 455 случаевъ ея, 1151.  
*Эксудаты*, жидкіе, юдоформный таньвъ при нихъ, 180.  
 Электрическое лѣченіе дисменоррей и тазовыхъ воспаленій, 426.  
 — — женскихъ болѣзней, 401.  
 — — мiомъ, 403.  
 — — фиброміомъ, 427, 428.  
 Электричество въ гинекологіи, 631.  
 — при вѣматочной беременности, 1241-  
 — — заболѣванійхъ придатковъ, 1126.  
 — — фиброміомахъ, 1126.  
 —, см. также *Apostoli*.  
*Электродъ*, влагалищный, 402.

- Электролизъ, сравненіе его съ надвлагалищнымъ вырѣзываніемъ матки, 61.  
 Электротерапія въ гинекологіи, 612.  
 — міомъ, 403, 496.  
 Эмбриотомія, 367.  
 Эмпфизема, подкожная, во время родовъ, 174.  
 Эндометритъ, ихтіоль при немъ, 296.  
 Энуклеація фибромъ, 587, 590, 1013.  
 Эпилепсія и кастрація, 528  
 Эрготинъ, впрыскиваніе его въ ткань фибридовъ матки, 60.  
 Этіологія и лѣченіе мочеточничко-влагалищныхъ фистулъ, 312.  
 — — — слабости болдой, 508.  
 — разрывовъ матки, 533.  
 — фиброміомъ 630.  
 — cephalhaematotatis externi, 627.
- Эфиръ, впрыскиваніе подкожнос его, 168.
- Я.**
- Яичники, кисты ихъ и придатковъ, влагалищное вырѣзываніе ихъ, 1250, 1251, 1251.  
 —, саркома ихъ, 184.  
 Яичниковая беременность съ карциномой шейки, 400.  
 — грыжа, 257, 391.  
 Яичникъ, киста его, внутрисвязочная, 429.  
 —, — —, папилломатозная, 62.  
 —, опухоли его, вегетирующія, 1126.  
 —, папиллома его, 819.  
 Яйцо, человѣческое, ранней стадіи развитія, 41.

# АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВЪ.

## А) Русскіе.

- Алалыкинъ, Д. Д., 41, 42.  
Анановъ, С. П., 184.  
Ануфриевъ, А. А., 376  
Аншелесъ, Ю. О., 493.  
Арнольдъ, В. А., 516.  
Артемьевъ, А. П., 167, 179, 1140.  
Архангельскій, П. И., 518.  
Ауэ, Г. Х., 257, 394.  
Бекманъ, В., 533.  
Бидеръ, Э. Ф., 1151.  
Бурлаковъ, В. М., 49.  
Бѣлидовскіи, К. А., 1170.  
Вастень, В. А., 484, 1222.  
Войно-Оранскій, А. А., 153, 156.  
Вoffъ, И. А., 295, 397, 493, 596.  
Выгодскій, Е. Я., 183.  
Гермоніусъ, А. К., 265, 502, 612 904  
913, 992, 1118.  
Гиммельфарбъ, Г. И., 1, 846.  
Головъ, А. П., 183.  
Губаревъ, 1003.  
Гохъ, 1250.  
Гуринъ, Е. Г., 295.  
Деконскій, А. П., 931.  
Драницынъ, А. А., 591, 968.  
Дружининъ, И. Н., 239.  
Жемчужниковъ, В. П., 599.  
Захъ, Г., 1248.  
Замшинъ, А. И., 530, 636.  
Заяцкій, С. С., 312.  
Ивановъ, А. И., 132, 224.  
Иноевъ К. К., 310.  
Исаковъ, М. А., 178.  
Ирѣевъ, Д. М., 97, 441.  
Котелянскій, Б., 414.  
Кочурова, С. А., 581, 591.  
Крассовскій, А. Я., 109, 204, 284.  
Кудишъ, Г., 150.  
Бунцдоновъ, В. Г., 74.  
Лазаревичъ, И. П., 1253.  
Лециусъ, А., 881.  
Львовъ, И. М., 1246, 1250, 1251.  
Мазуркевичъ, А. К., 27, 40, 146.  
Маккаѣевъ, П. И., 489.  
Макѣевъ, А. М., 308, 309.  
Марковскій, П. И., 367.  
Марьяничъ, Н. П., 296.  
Масловскій, В. Ф., 321, 530, 636.  
Массень, В. Н., 398, 496, 603, 623, 799  
888, 943, 1085, 1106, 1205.  
Мершъ, Г. Ф., 478.  
Мироновъ, М. М., 10, 65, 432, 474, 825.  
Моргулисъ, Р. А., 921.  
Назаретовъ, Г., 600.  
Недородовъ, И., 1241.  
Неселовъ, Н. К., 297.  
Нейштабъ, Я. Т., 307.  
Нейштубъ, П. Т., 37, 552, 984.  
Никольскій, Д. И., 414.  
Новицкій, А. А., 50.  
Оленинъ, С. К., 303.  
Отъ, Д. О., 41, 65, 394, 432, 483, 757,  
1005, 1107, 1108, 1229, 1238.  
Павловъ, А. И., 1015.  
Пасоверъ, Л. П., 984, 1232.  
Перфильевъ, М. О., 1140.  
Петровъ, В. А., 305, 306.  
Плонтковскій, Ф. Ф., 254.  
Плотовскій, О. П., 429.  
Познанская, И., 1232.  
Поповъ, Д. Д., 1245.  
Рачинскій, Н. И., 155, 1104, 1201.  
Рейнъ, Г. Е., 397, 597, 600, 633, 1008.  
Розановъ, И. И., 935.  
Розенблатъ, Я., 1073.  
Рунге, Г. К., 514.

# АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ ЛИЦЪ,

ПРИНИМАВШИХЪ УЧАСТІЕ ВЪ ЖУРНАЛЪ ЗА 1892 ГОДЪ.

- Алалыкинъ, Д. Д., 42.  
Ануфриевъ, А. А., 376.  
Ауз, Г. Х., 257.  
Бевманъ, В. Г., 533.  
Биддери, Э. Ф., 1151.  
Брандтъ, А. Ф., 299, 300, 305, 317, 422, 423, 631.  
Бълиловскій, К. А., 1170.  
Войно-Оранскій, А. А., 156.  
Воффъ, П. А., 295, 397, 493, 596.  
Гермонусъ, А. К., 37, 45, 153, 164, 168, 168, 168, 169, 175, 179, 180, 180, 181, 181, 262, 265, 289, 502, 514, 520, 524, 612, 618, 628, 629, 904, 913, 992, 1118.  
Гиммельфарбъ, Г. П., 1, 846.  
Деконскій, А. П., 931.  
Дружининъ, П. П., 239.  
Заболотскій, А. П., 1232, 1235, 1239, 1245, 12.  
Замшинъ, А. П., 530.  
Ивановъ, А. П., 132, 224.  
Накушкинъ, Н. М., 167, 178, 179, 183, 184, 506, 516.  
Кирѣевъ, Д. М., 97, 441.  
Коганъ, 169, 176.  
Кочурова, С. А., 581.  
Краснопольскій, Ф. Ф., 57, 185, 304, 307, 313, 314, 318, 413, 427, 507, 525, 633.  
Красовскій, А. Я., 109, 204, 284.  
Кудишъ, Г. П., 150.  
Кунценовъ, В. Г., 74.  
Клюбъ, Ф. К., 47, 47, 49, 52, 54, 55, 59, 60, 61, 62, 63, 63, 410, 412, 412, 415, 416, 417, 420, 421, 424, 425, 426, 428, 429, 431, 809, 810, 811, 813, 816, 819, 820, 821.  
Лапина, А. В., 172, 184, 513, 616, 628, 630, 817, 1247.  
Лециусъ, А., 881.  
Личкусъ, Л. Г., 392, 396, 478, 490, 523, 590, 595, 968, 991, 1104, 1109, 1220, 1230.  
Мазуркевичъ, А. К., 27, 146.  
Маркова, С. М., 418, 510, 528, 1235, 1243.  
Марковскій, П. П., 367.  
Масловскій, В. Ф., 321, 636.  
Массенъ, В. П., 398, 496, 621, 623, 799, 888, 943, 1085, 1106, 1205.  
Мироновъ, М. М., 10, 132, 474, 825.  
Моргулецъ, Р. А., 921.  
Невштубе, П. Т., 552.  
Оттъ, Д. О., 65, 757.  
Павловъ, А. П., 1015.  
Перфильевъ, М. О., 1140.  
Плюгковскій, Ф. Ф., 254.  
Рачинскій, Н. П., 1201.  
Розановъ, П. П., 935.  
Розенблаттъ, Я., 1073.  
Рузи, Д. А., 303, 307, 312, 414, 414, 429, 1237, 1241, 1248.  
Рутковскій, А. В., 49, 50, 183, 302, 305, 306, 315, 1232, 1238, 1246, 1250, 1251, 1251.  
Рымша, А., 718.  
Садовскій, П. Т., 181.  
Семенскій, М. Ф., 546.  
Славянскій, К. Ф., 189.  
Соколовскій, Л. П., 587.  
Соловьевъ, А. Н., 969.  
Соловьевъ, А. С., 50, 52, 53, 57, 513, 521, 617, 618, 620, 627, 630.  
Типяковъ, В. В., 940.  
Тышко, П., 458, 776, 856.  
Улезко-Строгонова, К. П., 385.  
Ульяновскій, А., 174.  
Фейнбергъ, В. П., 1211, 1249, 1253.  
Фишеръ, А. Р., 55, 298, 298, 302, 308, 309, 310, 311, 312, 319, 517, 518, 1198, 1231, 1236, 1242, 1250.  
Фраткинъ, Б. А., 508, 528, 805.  
Чагинъ, А. А., 873.  
Шголь, К. Г., 763.  
Штольцъ, В. П., 639.

# ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ШЕСТОЙ.

ЯНВАРЬ 1892, № 1.

---

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

---

I.

**КЪ УЧЕНІЮ О ВРОЖДЕННЫХЪ АНОМАЛІЯХЪ ЖЕНСКИХЪ  
ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ. ANUS PRAETERNATURALIS VESTI-  
BULARIS У 14-ти ЛѢТНЕЙ ДѢВЧОККИ.**

Д-ра Г. И. Гиммельфарба.

(Читано въ засѣданіи Общества одесскихъ врачей, 18 апрѣля 1891 г.).

Врожденные аномаліи женскихъ половыхъ органовъ представляютъ, помимо своего клиническаго интереса, еще интересъ анатомическій, служа до извѣстной степени пробнымъ камнемъ для провѣрки имѣющихся у насъ данныхъ объ исторіи развитія полового аппарата. Нѣкоторыя аномаліи въ области наружныхъ половыхъ органовъ дали поводъ въ послѣдніе годы къ новымъ эмбриологическимъ изслѣдованіямъ, давшимъ цѣнныя данныя, касающіяся исторіи развитія ано-генитальной области; эти же данныя служатъ для лучшаго уясненія способа происхожденія нѣкоторыхъ аномалій, между прочими также и аномаліи, извѣстной подъ названіемъ *atresiae ani vestibularis, vulvaris, hymenalis*, или лучше *anus praeternaturalis vestibularis*.

Нижеслѣдующій случай этой аномаліи, сопровождавшійся цѣлымъ рядомъ разстройствъ развитія въ другихъ частяхъ тѣла, я имѣлъ возможность наблюдать довольно долго и подробно изслѣдовать.

Въ завѣдуемое мною гинекологическое отдѣленіе одесской городской больницы поступила 24-го мая 1890 г. Р. Ж., дѣвочка 14-ти лѣтъ, мѣщанка г. Черкасѣ, Кіевской губерніи, по поводу имѣющейся у нея аномаліи наружныхъ половыхъ органовъ. Изъ анамнеза нужно отмѣтить, что аномалія у больной врожденная и что у двоюродной сестры ея со стороны отца была также какая-то врожденная аномалія полового аппарата, отъ которой она была на 12-мъ году жизни оперирована въ кіевской клиникѣ и умерла вскорѣ послѣ операціи.

Большая ростомъ въ 135 сантим., умѣренного сложенія и питанія. Верхнія конечности представляютъ слѣдующія аномаліи. *Кисть* правой руки при нормальномъ положеніи (при покоѣ) отведена нѣсколько кнаружи. Отведение кисти по лучевому краю возможно до прямого угла. Кости запястья (*ossa carpi*), равно какъ II, III, IV и V кости пястья (*ossa metacarpi*) повидимому нормальны; толщина же I кости пястья значительно меньше нормы. II, III, IV и V палець развиты нормально; большой же палець рудиментаренъ; существуютъ обѣ фаланги, но онѣ мало развиты. Сочлененъ большой палець съ I костью пястья подъ прямымъ угломъ. *Предплечье* правое имѣетъ у локтевого сгиба нормальную конфигурацію; внизу же можно отдѣльно прощупать лучевую и локтевую кости, причеиъ лучъ короче, вслѣдствіе чего суставная лннія имѣетъ косое направленіе кнаружи и вверхъ. Движенія въ локтевомъ сгибѣ свободны; свободны также и всѣ движенія въ ручной кисти, одно только приведеніе ограничено. Средній палець нѣсколько согнутъ во II сочлененіи. Мышцы возвышенія большого пальца (*thenaris*) не развиты. *Лѣвая* рука представляетъ больше аномалій: первое, что бросается въ глаза, это отсутствіе большого пальца на этой рукѣ. Предплечье уменьшено, согнуто подъ дугой; луча нѣтъ, имѣется одна только локтевая кость. Пульсъ въ *art. radialis* не прощупывается; лучевой артеріи, вѣроятно, не имѣется.

Аномаліи кисте-предплечевого сочлененія такія-же, какъ и на правой рукѣ, только сильнѣе выражены. Кисть при покойномъ положеніи пронирована и находится подъ прямымъ угломъ къ предплечью. Вся кисть представляется уменьшенной; кромѣ отсутствія большого пальца отсутствуетъ также и I кость пястья.

Не смотря на указанный сейчасъ рядъ аномалій съ стороны верхнихъ конечностей, больная очень ловко выполняетъ мелкія работы, вышиваетъ, каллиграфически пишетъ, причеиъ держитъ перо между указательнымъ и среднимъ пальцами.

Нижнія конечности сформированы правильно, только лѣвая голень значительно уже правой. Также лѣвое ухо меньше праваго. Вообще вся лѣвая половина лица нѣсколько слабѣе развита, чѣмъ правая.



На спинѣ много бѣлыхъ, отъ недостатка пигмента, участковъ кожи (leucopathia congenita).

Внутренніе органы найдены при изслѣдованіи здоровыми.

Грудныя железы развиты соотвѣтственно возрасту и сложенію больной.—Лобокъ мало развитъ, покрытъ небольшимъ количествомъ волосъ. Большія и малыя губы развиты правильно; внизу большія губы соединяются въ отчетливое frenulum, отъ котораго внизъ и къзади тянется гарше, въ срединѣ котораго замѣчается небольшое пигментированное углубленіе кожи. На обычномъ мѣстѣ нѣтъ задняго прохода. При разведеніи большихъ губъ замѣчается тотчасъ надъ frenulum и подъ гименомъ anus съ лучеобразными краями и хорошо развитымъ внутреннимъ сфинктеромъ, представляющимъ сопротивленіе при введеніи пальца. Тотчасъ надъ переднимъ краемъ anus'a тянется мясистый кольцевидный hymen, отверстіе котораго легко пропускаетъ кончикъ пальца во влагалище. Спереди гимена находится правильно сформированное отверстіе мочеиспускательнаго канала.—Вимануальное изслѣдованіе подъ хлороформнымъ наркозомъ показало, что anus ведетъ почти безъ всякаго изгиба въ прямую кишку, которая отдѣлена отъ задней стѣнки влагалища тонкой перегородкой, состоящей только изъ слизистыхъ оболочекъ vaginae et recti.—Corpus perineae отсутствуетъ. Матка представляетъ особенности дѣтской матки (uterus infantilis).—Вообще со стороны внутреннихъ половыхъ органовъ не найдено никакихъ замѣтныхъ аномалій.

Больная еще не менструируетъ. Мочеиспусканіе правильно. Кишечныя отправленія, за исключеніемъ наклонности къ запорамъ, вполне нормальны: больная совершенно правильно задерживаетъ испражненія; произвольнаго отхожденія испражненій никогда не бываетъ.

Описанная сейчасъ аномалія наружныхъ половыхъ органовъ (atresia ani vaginalis inferior, atresia ani vestibularis, vulvaris, hymenalis, anus praeternaturalis inferior), сущность которой заключается въ томъ, что нижній отдѣлъ прямой кишки, т. е. задній проходъ отсутствуетъ на обычномъ мѣстѣ и открывается во влагалище или подъ дѣвственной плевой, встрѣчается въ ряду другихъ аномалій наружнаго женскаго полового аппарата сравнительно рѣдко. *Alb. Puech*<sup>1)</sup> напелъ на 238, 420 родовъ 38 случаевъ atresiae ano-rectalis, а изъ нихъ только 3 случая atresiae ano-genitalis, что составляетъ 1 случай на почти 80,000 родовъ. *Collins*<sup>2)</sup> встрѣтилъ 1 только случай на 16,654 дѣтей, рожденныхъ въ Дублинскомъ родильномъ домѣ;

<sup>1)</sup> *P. Puech*. Des abouchements congenitaux du rectum à la vulve et au vagin. Paris. 1890. p. 21.

<sup>2)</sup> *P. Puech*. op. cit. p. 22.

*Moreau* <sup>1)</sup> въ теченіе 40-лѣтней практики въ парижскомъ *Maternité* наблюдалъ всего 4 случая, а *Winkel* <sup>2)</sup> не встрѣтилъ ни одного случая на 12,000 дѣтей, рожденныхъ въ Дрезденскомъ родильномъ домѣ.

Для уразумѣнія генезиса этой аномаліи необходимо ближе остановиться на эмбриологіи полового аппарата. Это тѣмъ болѣе важно, что изслѣдованія послѣдняго времени (*Reichel* <sup>3)</sup>, *Retterer*) <sup>4)</sup> бросили новый свѣтъ на способъ развитія промежуточности и тѣмъ дали возможность лучше уяснить способъ происхожденія извѣстныхъ аномалій.

Первоначально кишечная полость представляетъ замкнутый со всѣхъ сторонъ мѣшокъ (первичный кишечный мѣшокъ), оканчивающійся сверху и снизу мѣшковидными углубленіями.—Внизу нижній конецъ кишки (рудиментъ прямой кишки) оканчивается въ замкнутую полость, образованную расширенной ножкой *allantois*. Эта замкнутая со всѣхъ сторонъ полость, въ которую открываются *allantois*, нижній конецъ кишки, а также выводные протоки мочеполовыхъ органовъ, есть такъ называемая *клоака*. Въ верхнюю часть клоаки, между кишкой и *allantois*, вдается мезодермическая складка, такъ называемая *промежностная шпора*. Вначалѣ клоаки, какъ было сказано, представляетъ замкнутую полость и наружу не открывается. Вскорѣ на ниже-переднемъ отдѣлѣ клоаки наружный зародышевой листокъ вдавливаются въ видѣ воронки, углубляется по направленію къ клоакѣ, соприкасается съ внутреннимъ зародышевымъ листкомъ, такъ какъ находившаяся вначалѣ между ними мезодермальная ткань быстро исчезла, и открывается, наконецъ, въ клоаку. Съ этого момента клоака сообщается наружу посредствомъ щели—*клоачнаго отверстія*.

<sup>1)</sup> *P. Puech*. op. cit. p. 23.

<sup>2)</sup> *F. Winkel*. Lehrb. d. Frauenkrankh. II Aufl. Leipzig. 1890. p. 116.

<sup>3)</sup> *P. Reichel*. Die Entwicklung des Dammes und ihre Bedeutung für die Entstehung gewisser Missbildungen.—*Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynaekol.* Bd. XII.

<sup>4)</sup> *Ed. Retterer*. Sur l'origine et l'évolution de la région ano-génitale des mammifères.—*Journ. de l'anatomie*. 1890. 2, 3.

Наружное отверстие клоаки представляет теперь продольную щель, окаймленную валикомъ, передняя дужка котораго превратится въ *половой бугорокъ*, задняя—въ *постанальную складку*, а боковыя промежуточныя части валика составятъ половыя складки (*P. Pusch*. op. cit. p. 10).

Образованіе клоачнаго отверстия, т. е. открытіе клоаки наружу происходитъ у человѣческаго зародыша въ концѣ I мѣсяца внутриутробной жизни (*Debierre*)<sup>1)</sup>.

Съ образованіемъ клоачнаго отверстия клоака подвергается дальнѣйшимъ существеннымъ измѣненіямъ, заключающимся въ томъ, что она перегораживается, раздѣляется на 2 полости или вторичныя протоки, одинъ передній—мочеполовой (*sinus uro-genitalis*) и другой — кишечно-заднепроходный (*excavatio ano-rectalis*).

Вначалѣ, какъ извѣстно, заднекишечникъ отдѣленъ отъ *allantois* мезодермальной складкой — промежностной шпорой. Большинство авторовъ (*Tourneux*<sup>2)</sup>, *Kölliker*)<sup>3)</sup> допускало, что подраздѣленіе клоаки и образованіе промежности происходитъ путемъ опущенія внизъ этой шпоры, вставленной между *allantois* и прямой кишкой; но новѣйшія изслѣдованія *Reichel*'я и главнымъ образомъ *Retterer*'а показали, что перегораживаніе клоаки и образованіе промежности происходятъ другимъ путемъ, на который давно уже, впрочемъ, указалъ *Rathke*.

Способъ, посредствомъ котораго клоачная полость и клоачный протокъ разгораживаются, слѣдующій. Съ боковыхъ стѣнокъ клоаки, ограничивающихъ клоачную полость съ боковъ, поднимаются съ одной и другой стороны 2 складки (боковыя клоачныя складки *Rathke*), идущія, подобно двумъ поперечнымъ занавѣскамъ, другъ другу на встрѣчу. Эти 2 боковыя складки съ заключенной въ нихъ мезодермальной тканью спаи-

<sup>1)</sup> *Ch. Debierre*. Traite élémentaire d'anatomie de l'homme. T. II. Paris. 1890. p. 426.

<sup>2)</sup> *Tourneux*. Comptes rendus de la Société de Biologie. p. 75. 1890.

<sup>3)</sup> *A. Kölliker*. Основы исторіи развитія человѣка и высшихъ животныхъ С.-Петербургъ. 1882 г. стр. 305, 375.

ваются по средней линіи, образуя поперечную уро-ректальную перегородку, раздѣляющую клоаку на 2 вторичныхъ протока: передній, удлиняющій внизъ ножку *allantois*, — *sinus uro genitalis* и задній, удлиняющій кишку, — *прямокишечный протокъ*. (*Retterer*. op. cit. p. 211). Верхній край обѣихъ боковыхъ складокъ и начальный пунктъ спаянія ихъ соотвѣтствуетъ всегда нижнему краю промежностной шпоры и соединеніе обѣихъ складокъ по средней линіи идетъ сверху внизъ. (Этимъ объясняется ошибочное мнѣніе, что перегородаживаніе клоаки происходитъ вслѣдствіе опусканія внизъ промежностной шпоры).

Какъ только уретро-ректальная перегородка подвинулась на столько внизъ, что нижній край ея дошелъ до клоачнаго отверстія, то въ мѣстѣ, соотвѣтствующемъ линіи соприкосновенія, заднія половины обѣихъ половыхъ складокъ, окаймляющихъ клоачное отверстіе, приближаются другъ къ другу и спаиваются по срединной линіи, сливаясь съ нижнимъ краемъ *septi urethro-rectalis*. Такимъ образомъ формируется *рудиментъ промежности*, задній край котораго представляетъ *преанальную складку*. Въ это время клоачное отверстіе раздѣлено поперечной перегородкой, образовавшейся отъ сліянія обѣихъ заднихъ половинъ половыхъ складокъ, на 2 отверстія: одно переднее, расположенное между половымъ бугоркомъ и передней частью этой перегородки, *отверстіе уро-генитального синуса*; другое заднее, ограниченное спереди преанальной складкой (заднимъ краемъ рудимента промежности) и сзади постанальной складкой (задній отдѣлъ клоачнаго возвышенія), — *конечное отверстіе пищеварительной трубки, задній проходъ*. (*P. Ruesch*. op. cit. p. 11).

Мостики, составляющій рудиментъ промежности, вначалѣ тонокъ и оба отверстія лежатъ еще очень близко другъ къ другу, но промежность постепенно утолщается и превращается въ объемистую перегородку, которая по мѣрѣ своего утолщенія отодвигаетъ къзади выходное отверстіе прямой кишки. По промежности проходитъ спереди назадъ притупленный гребень,

garhe regineі, указывающій на происхождение промежности изъ 2-хъ половиныхъ, именно изъ спаянія обѣихъ половыхъ складокъ впереди задняго прохода. Подраздѣленіе клоаки на 2 полости начинается у человѣческаго зародыша около середины II мѣсяца внутриутробной жизни; въ теченіе III мѣсяца перегораживаніе заканчивается, а утолщеніе промежности происходитъ только въ IV мѣсяцѣ (*Debierre. op. cit. p. 427*).

Скажемъ еще нѣсколько словъ объ отношеніи внутреннихъ половыхъ органовъ къ описаннымъ сейчасъ частямъ.

Образованіе маточно-влагалищнаго протока происходитъ въ общихъ чертахъ слѣдующимъ образомъ. Вдоль наружнаго края Вольфова тѣла находится, какъ извѣстно, продольный канатикъ, содержащій въ своей толщѣ внутри Вольфовъ каналъ (будущій выводной протокъ мужской половой железы) и снаружи Миллеровскую нить (будущій маточно-влагалищный протокъ).

Оба эти каналы сходятся нижними своими концами по средней линіи и, соединяясь съ обоими соответствующими каналами противоположной стороны, образуютъ такъ называемыи *половой канатикъ Thiersch'a*.

Вольфовы каналы открываются въ мочеполовой синусъ очень рано, еще до образованія клоачной перегородки.

Миллеровскіе же каналы соединяются съ синусомъ гораздо позже, въ срединѣ лишь третьяго мѣсяца, уже послѣ образованія уретро-ректальной перегородки.

Чтобы открыться въ половую борозду, будущее *vestibulum*, Миллеровскіе каналы должны проникнуть въ самую перегородку между мочевымъ каналомъ и прямой кишкой. Миллеровскіе каналы, сблизившись своими нижними концами и слившись въ одинъ *маточно-влагалищный протокъ*, проникаютъ въ мезодермальную ткань, связывающую мочевою протокъ съ прямой кишкой; послѣ того какъ произошло уже раздѣленіе этихъ органовъ, и открываются наружу въ *vestibulum*. (*P. Puech. op. cit. pp. 12—13*).

Зная нормальный ходъ развитія полового аппарата, поста-

раемся уяснить теперь, какимъ путемъ произойдетъ образование *atresiae ani-vestibularis*.

При нормальныхъ условіяхъ клоака перегораживается и нижній край уретро-ректальной перегородки доходить до уровня клоачнаго отверстия раньше, чѣмъ начинается спаяніе ано-генитальныхъ складокъ. Далѣе, спаяніе заднихъ половинъ этихъ складокъ, образующихъ рудиментъ промежности и передній край задняго прохода, происходитъ какъ разъ у нижняго края *septi urethro-rectalis*, причемъ спаяніе складокъ происходитъ не по всей задней половинѣ, а оставляетъ впереди постанальной складки поперечное отверстіе, будущій задній проходъ.

Допустимъ теперь нарушеніе послѣдовательности въ развитіи указанныхъ сейчасъ различныхъ актовъ. Между тѣмъ какъ перегораживаніе клоаки происходитъ нормально, нижній край уретро-ректальной перегородки не дошелъ еще къ клоачному отверстию въ моментъ, когда началось уже спаяніе ано-генитальныхъ складокъ. Складки эти соприкасаются и спаиваются, въ то время какъ нижній сегментъ клоачнаго протока продолжаетъ перегораживаться и удлинять *rectum* впереди кожного мостика, происшедшаго отъ соединенія ано-генитальныхъ складокъ (Ed. Retterer, *op. cit.* p. 177). Далѣе, спаяніе этихъ складокъ, вмѣсто того, чтобы произойти у нижняго края *septi urethro-rectalis*, произойдетъ болѣе кзади и не оставитъ между пре-и постанальными складками достаточнаго пространства для отверстія задняго прохода, послѣдствіемъ чего будетъ полная его атрезія <sup>1)</sup>).

Клоачная перегородка, продолжая свое запоздалое опусканіе, встрѣтитъ сформированную уже промежность и облитери-

---

<sup>1)</sup> Въ области атрезированнаго задняго прохода разовьется наружный сфинктеръ (фактъ очень важный въ практическомъ отношеніи), потому что развитіе *sphincteris externi* происходитъ въ заднепроходномъ валикѣ независимо отъ того, открывается ли тамъ *rectum* или нѣтъ. Присутствіе наружнаго сфинктера въ своемъ мѣстѣ доказывается, помимо данныхъ эмбриологическаго развитія, прямыми анатомическими и клиническими наблюденіями. (*Rizzoli, Bernard, Blot, Bonisson, Friedberg. Koch, см. P. Puech. op. cit.* p. 31—35).

рованный задній проходъ. Нижній край перегородки, образующій передній край ректального отверстія, не можетъ уже соединиться съ преанальной складкой.

Теперь ректальное отверстие, удлиняясь *вперед* промежностнаго мостика, откроется въ заднюю часть клоачной борозды, т. е. въ *vestibulum*, куда-же въ свою очередь открываются и Миллеровскіе каналы. (P. Puech. op. cit. p. 14).

При такомъ нарушеніи въ послѣдовательности различныхъ моментовъ эмбриологическаго развитія произойдетъ образованіе *anus-vulvaris*.

Замѣтимъ еще <sup>1)</sup>, что въ томъ мѣстѣ, гдѣ откроется нижній сегментъ recti, кожный покровъ не произведетъ мышечнаго кольца вокругъ отверстія, такъ какъ *sphincter externus* развивается, какъ было сказано, въ заднепроходномъ валлѣ. Нижній сегментъ recti будетъ имѣть только свой *sphincter internus*.

Симптоматологія описанной нами аномаліи чрезвычайно разнообразна и находится въ зависимости отъ величины аномальнаго отверстія кишки и проходимости послѣдней для фекальныхъ массъ.

Между случаями почти полной непроходимости и, слѣдовательно, непосредственной опасности для жизни съ одной стороны и случаями, подобными нашему, гдѣ совершенно отсутствуютъ всякія функціональныя расстройства съ другой, замѣчается цѣлый рядъ переходныхъ формъ.

Отсутствіе всякихъ функціональныхъ расстройствъ въ нашемъ случаѣ заставило насъ воздержаться отъ всякаго оперативнаго вмѣшательства <sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Ed. Retterer. op. cit. p. 178.

<sup>2)</sup> Объ оперативномъ лѣченіи *atresiae ani vestibularis* см. статью П. Т. Садовскаго (Ж. Ак. и Ж. бол., 1891 г., №№ 7—8, стр. 617). *Ред.*

## II.

## КЪ ВОПРОСУ О ПОКАЗАНИИ КЪ ЧАСТИЧНОЙ АМПУТАЦИИ ШЕЙКИ ПРИ РАКЪ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ МАТКИ.

Д-ръ М. М. Мироновъ.

(Чтано въ Харьковскомъ Медицинскомъ Обществѣ).

Вопросъ о радикальномъ лѣченіи рака матки вполне заслуженно обращаетъ на себя издавна особенное вниманіе гинекологовъ. Въ самомъ дѣлѣ, это заболѣваніе, считавшееся еще недавно неизлѣчимымъ, составляетъ около 3,5% всѣхъ заболѣваній женской половой сферы; такъ по статистикѣ *Петрова* (*В. Петровъ*. Къ вопросу о радикальномъ хирургическомъ леченіи рака матки. Дис. 1888 г.) для амбулаторіи с.-петербургской Маріинской больницы и клиники проф. *Лебедева*, обнимающей 5,040 гинекологическихъ больныхъ, ракъ матки встрѣчается въ количествѣ 3,5%. По статистикѣ проф. *Отта* (*Д. Оттъ*. Полное влагалищное вырѣзыванье матки и т. д. Врачъ. 1889 г. № 39 — 49) на 4228 ракъ матки составляетъ 3,7% всѣхъ гинекологическихъ больныхъ. По *Schröder'u* (*Шредеръ*. Руководство къ болѣзнямъ жен. пол. органовъ) на 16,800 больныхъ это заболѣваніе встрѣтилось въ 3,6%.

Такимъ образомъ около 3,5% всѣхъ гинекологическихъ больныхъ были обречены на вѣрную и мучительную смерть. Поэтому совершенно понятенъ тотъ интересъ, съ которымъ была встрѣчена операція удаленія всей пораженной ракомъ матки черезъ влагалище, предложенная въ 1878 году Гейдельбергскимъ профессоромъ *Uzerny*, такъ какъ казалось, что этимъ путемъ можно будетъ надежнѣе всего достигнуть радикальнаго излѣченія.

Операція эта явилась взамѣнъ предложенія *Freund'a* — удалять заболѣвшую матку *per laparotomiam*; но такъ какъ на практикѣ это оказалось сопряжено съ значительными техническими



трудностями и, кромѣ того, получалась ужасающая смертность въ 72,0%, то операція эта и была оставлена. Самая же мысль удалять матку черезъ влагалище принадлежитъ *Sauter*'у, который впервые осуществилъ ее на практикѣ въ 1822 году. Затѣмъ операція эта была повторена въ 1829 году *Recamier* и позже еще нѣкоторыми операторами, хотя вплоть до предложенія *Czerny* не болѣе 20—25 разъ.

Первую свою влагалищную экстирпацію *Czerny* произвелъ въ августѣ 1878 года. Вслѣдъ затѣмъ въ концѣ 1879 года началъ производить ее *Billroth*; потомъ съ 1880 года *Schröder* и *Martin*, далѣе *Fritsch*, *Leopold*, *Olshausen* и т. д. Словомъ съ начала 80 годовъ эта операція получила уже всеобщее распространеніе, и въ настоящее время техника ея на столько разработана и упрощена цѣлымъ рядомъ гинекологовъ, что она можетъ считаться операціей сравнительно нетрудной и безопасной для жизни, дающей у лучшихъ операторовъ около 6% — 7% смертности, причемъ нерѣдко десятки операцій подрядъ проходятъ безъ единой смерти.

Нѣсколько раньше тотальной экстирпаціи, а именно съ начала 19 столѣтія при ракѣ нижняго отрѣзка матки примѣнялась частичная ампутація шейки цѣлымъ рядомъ хирурговъ и гинекологовъ, какъ *Rust*, *Gräff*, *Siebold*, *Kilian*, *Recamier*, *Lisfranc* и др. Однако систематическое примѣненіе частичной ампутаціи при ракѣ влагалищной части матки и выработка метода операціи принадлежитъ покойному *Schröder*'у, который, основываясь на патолого-анатомическихъ изслѣдованіяхъ *Ruge* и *Veit*'а о ходѣ распространенія рака влагалищной части, полагалъ вполне достаточнымъ при этой формѣ рака ограничиваться высокой ампутаціей шейки, какъ операціей болѣе безопасной, дающей въ его рукахъ около 9% смертности; тогда какъ тотальная экстирпація въ то время еще давала отъ 25% до 15%, между тѣмъ какъ результаты, достигнутые послѣдней не были еще достаточно выяснены за малочисленностью статистическаго матерьяла. Такимъ образомъ операціей, конкурирующей съ тотальной экстирпаціей явилась съ самаго же начала частич-

ная ампутація, которая вначалѣ и примѣнялась всѣми операторами наравнѣ съ первой или даже чаще ея. Однако, по мѣрѣ того какъ операторы вырабатывали все болѣе и болѣе совершенную технику, примѣняя въ то же время строгую антисептику, и наконецъ выучились выбирать соответствующіе случаи, то ‰ смертности при тотальной экстирпаціи понизился и она могла уже конкурировать и въ этомъ отношеніи съ частичной ампутаціей. Такъ, на примѣръ, у *Zajliczko* на первыя 20 оперированныхъ умерло 7 душъ, т. е. 35‰, и на слѣдующія 45 оперированныхъ умерло 2, т. е. 4,4‰, у *Olshausen*'а изъ первыхъ 47 оперированныхъ умерло 12, т. е. 25‰; между тѣмъ какъ позже съ 83 по 87 годъ изъ 130 умерло 18, т. е. 14‰. У *Lcopold*'а изъ первыхъ 43 умерло 3, т. е. 7‰; изъ слѣдующихъ же 40 умерла только 1, т. е. 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>‰. Въ общемъ изъ первыхъ 311 тотальныхъ экстирпацій, собранныхъ *Tannen*'омъ (*Tannen. Beiträge zur Statistik, Prognose und Behandlung des Gebärmutterkrebses. Archiv für Gynäkologie Bd. 37, N. 3*) у различныхъ операторовъ умерло 46, т. е. около 15‰; тогда какъ въ послѣднее время смертность понизилась до 8‰, 7‰ и 5‰. Рядомъ съ этимъ уменьшеніемъ смертности при тотальной экстирпаціи и показанія къ этой операціи все болѣе и болѣе расширялись и при ракѣ матки въ настоящее время громадное большинство русскихъ, нѣмецкихъ и французскихъ операторовъ производятъ исключительно тотальную экстирпацію, какъ операцію, не болѣе опасную, чѣмъ частичная ампутація и дающая кромѣ того, по ихъ мнѣнію, больше шансовъ на продолжительность успѣха. Однимъ изъ наиболѣе ревностныхъ проповѣдниковъ такого образа дѣйствій является *Schantz*, который на X международномъ конгрессѣ въ Берлинѣ, разбирая показанія къ тотальной экстирпаціи, говоритъ, что крайней границей показанія къ тотальной экстирпаціи при ракѣ является всякій случай рака матки, все равно влагалищной ли части, шейки или тѣла, разъ только вообще новообразование можетъ быть діагностировано; частичная же ампутація для случаевъ, годныхъ для радикальной операціи, вообще должна быть отвергнута.

Подобнаго же образа дѣйствій держится *Martin*, который говорить: «я очень хорошо сознаю всю отвѣтственность, лежащую на операторѣ при рѣшеніи экстирпировать всю матку изъ за ограниченнаго заболѣванія шейки; но оправданіе себѣ я нахожу всегда, вспоминая то мучительное состояніе, которое каждый разъ обнаруживалось при наступленіи рецидивовъ послѣ испытанныхъ мною методовъ частичной операціи. Поэтому я совѣтую... въ случаяхъ, гдѣ существованіе карциномы несомнѣнно установлено путемъ микроскопическаго изслѣдованія, немедленно приступать къ эстирпаціи всей матки».

Далѣе *Leopold*, *Fritsch*, *Gusserow* и др. нѣмецкіе гинекологи въ настоящее время при всякой формѣ рака матки производятъ исключительно тотальную экстирпацію. *Olshausen*, сообщая *Spencer Wells*'у о результатахъ своихъ 130 тотальныхъ экстирпацій съ 1883 по 1887 годъ, прибавляетъ: «я дѣлаю суправагинальную ампутацію только въ исключительныхъ случаяхъ и только тогда, когда ракъ ограничивается влагалничной частью». (*Spencer Wells*. Samml. klinisch. Vort. № 337, стр. 31).

Что касается французскихъ хирурговъ, то всѣ парижскіе, по крайней мѣрѣ, производятъ также исключительно тотальную экстирпацію, при чемъ многіе изъ нихъ по методу *Richelot*, съ наложеніемъ пинцетовъ. *Pozzi*, докладывая по этому поводу на послѣднемъ Берлинскомъ конгрессѣ (1. с), говорить, что онъ согласенъ вполнѣ съ *Schauta* въ томъ, что должно тотчасъ экстирпировать матку, какъ только гдѣ нибудь на ея протяженіи діагносцированъ ракъ. По его мнѣнію, тотальная экстирпація не опаснѣ ампутаціи шейки и особенно высокой ампутаціи.

Должно предпочитать тотальную экстирпацію, потому что нельзя рѣшить, не перешло ли новообразование съ границъ шейки на тѣло матки. Что касается техники операціи, то онъ предпочитаетъ: 1) не опрокидывать матки, чтобы предохранить отъ зараженія; 2) постепенное наложеніе лигатуръ на широкія связки вмѣсто пинцетовъ, такъ какъ послѣдніе благопріятствуютъ раненію пузыря, мочеточниковъ и прямой кишки и впоследствии

производить травму внутренностей (кишек) и вторичныя кровотечения. Онъ суживаютъ операционное поле и дѣлаютъ невозможнымъ удаленіе придатковъ въ случаѣ надобности. Наконецъ этотъ способъ не согласуется съ строгой антисептикой, такъ какъ онъ ведетъ къ омертвѣнію захваченной ткани.

Что касается русскихъ гинекологовъ, то большинство изъ, нихъ подобно предъидущимъ, производятъ также постоянно тотальную экстирпацію. (*Зялицкій, Феноменовъ, Рейнз, Толочиновъ, Соловьевъ, Грамматикати* и др.). *Тупяковъ* говоритъ: «я полагаю, что ракъ шейки нужно считать ракомъ матки и потому удалять всю матку и чѣмъ скорѣе, тѣмъ лучше». (Врачъ, 1890 г. № 5)<sup>1)</sup> Но рядомъ съ этимъ нѣкоторые клиницисты, какъ напримѣръ: проф. *Славянский*, проф. *Лебедевъ* и др., дѣлаютъ въ соответствующихъ случаяхъ и частичную ампу- тацію.

Что касается англійскихъ хирурговъ, то они составляютъ противоположность большинству континентальныхъ гинекологовъ. Такъ *Thomas Mauden* (On amputation of the cervix uteri in the treatment of uterine cancer and cervical injuries. *Dubl. Journ of. Med. sc.* March 1889 p. 202<sup>2)</sup>), на основаніи собственныхъ наблюденій, думаетъ, что ракъ матки имѣетъ въ боль- шомъ числѣ случаевъ исходнымъ пунктомъ шейку и при ран- немъ распознаваніи можетъ быть здѣсь задержанъ при помощи влагалищной ампу- таціи шейки. Если же это не удастся, то при посредствѣ тотальной экстирпаціи. Авторъ рекомендуетъ ампу- тировать экразеромъ съ гальванокаустической петлей и не со- вѣтуетъ дѣлать суправагинальную ампу- тацію по *Schröder*'у, какъ операцію болѣе опасную и не дающую лучшихъ резуль- татовъ въ смыслѣ рецидива, чѣмъ простая intravaginal'ная ам- пу- тація. Дурныхъ послѣдствій отъ проволочнаго экразера авторъ никогда не наблюдалъ.

<sup>1)</sup> *Оттъ* говоритъ, что на основаніи современнаго положенія дѣла при пораженіи «ракомъ» влагалищной части слѣдуетъ прибѣгать къ вырѣзыва- нію всего органа. (Врачъ 1880 г. № 44).

<sup>2)</sup> Цитировано по реферату.

Изъ 18-ти оперированныхъ такимъ образомъ женщинъ 10 здоровы еще до сихъ поръ. 4 получили рецидивъ въ теченіе года; 2—въ теченіе 2-хъ лѣтъ; 1—спустя 2 года и 1—спустя 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года получила ракъ ноги.

Тотальную экстирпацію авторъ производитъ только въ исключительныхъ случаяхъ, какъ напр. при быстромъ развитіи рака тѣла матки.

Далѣе *Th. Spencer Wells* (Ueber Krebs und carcinomatöse Krankheiten. Sammlung Klin. Vorträge. № 337), разбирая раковыя пораженія матки, говоритъ, что если новообразование строго ограничивается областью маточнаго зѣва, то онъ дѣлаетъ интравагинальную ампутацію влагалищной части съ помощью гильванокаустическаго экразера, накаливая проволоку въ умѣренной степени и медленно протягивая ее. Если же новообразование распространяется выше, то онъ дѣлаетъ высокую ампутацію ножомъ и ножницами, но считаетъ полезнымъ кромѣ того прижечь раненую поверхность при помощи Пакелена. Тотальную экстирпацію дѣлаетъ *Sp. Wells* только при ракахъ, зашедшихъ далеко за *Orif. externum*, при чемъ онъ рекомендуетъ примѣнять пинцеты *Richelot*, вмѣсто постепенной перевязки и перерѣзки широкихъ связокъ. Освобожденіе матки онъ производитъ подобно *Leopold*'у и *Olshausen*'у *in situ*, безъ опрокидыванья дна ея. Яичники и трубы онъ удаляетъ только тогда, если они больны.

*Williams* на Берлинскомъ конгрессѣ высказался въ пользу высокой ампутаціи шейки, какъ операціи вполне пригодной. Тотальная экстирпація, по его мнѣнію, должна производиться въ такихъ только случаяхъ, гдѣ можно надѣяться на радикальное излѣченіе, потому что, какъ мѣра палліативная, эта операція слишкомъ тяжела.

Наконецъ, сопоставляя результаты, полученные различными операторами стараго и новаго свѣта, *Петровъ*, (I. с.), на основаніи почти 600 тотальныхъ экстирпацій и 417 частичныхъ ампутацій, на стр. 219 даетъ слѣдующую таблицу:

	Послѣ тотальн. экстирпаціи.	Послѣ частич- ной ампутаціи.
Смертность. . . . .	18,2°/о	8,7°/о
Получили рецидивъ .	21,1°/о	38,3°/о
Свободны отъ реци- дива. . . . .	34,2°/о	27,3°/о
Утеряны изъ на- блюденій . . . . .	25°/о	25,4°/о

На основаніи такого сопоставленія, говоритъ авторъ, приходится высказаться въ пользу болѣе широкаго примѣненія тотальной экстирпаціи.

Итакъ, мы видимъ, что большинство операторовъ на континентѣ Европы склоняется къ тому, чтобы при ракъ нижняго отрѣзка матки замѣнить частичную ампутацію шейки тотальной экстирпаціей матки. Чтобы выяснитъ справедливость подобнаго мнѣнія, мы постараемся разсмотрѣть тѣ недостатки частичной ампутаціи, на которые указываютъ сторонники тотальной экстирпаціи, и затѣмъ сравнимъ статистическій матеріалъ, выбравши его такимъ образомъ, чтобы время и условія при операціяхъ были приблизительно одинаковы.

*Schauta* (Münchener med. Wochenschr. 1890 г. № 33) говоритъ: по *Schröder*'у достаточно при конкродѣ влагалищной части суправагинальной ампутаціи шейки и только при другихъ формахъ рака шейки и тѣла показана тотальная экстирпація. Но клинически бываетъ трудно иногда опредѣлить, гдѣ ракъ *port. vag.*, а гдѣ ракъ шейки, а также клинически невозможно опредѣлить границу раковой инфильтраціи по направленію къ *orif. internum*.

Но даже и при первыхъ зачаткахъ рака на влагалищной части и въ шейкѣ, какъ показали изслѣдованія многихъ экстирпированныхъ матокъ, при, повидимому, изолированномъ заболѣваніи шейки, находятся раковые узлы въ высокихъ частяхъ шейки или тѣла матки. Поэтому, производя ампутацію шейки, операторъ оставляетъ незамѣтно для себя гнѣздо, откуда и развиваются впослѣдствіи рецидивы.

Далѣе, нѣкоторые (*Breneke. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 12, S. 78. и Berlin. klin. Wochenschr. 1886, S. 273*) боятся, что оставшаяся культя матки, укороченная до внутренняго зѣва, можетъ быть причиной повторныхъ абортвъ или, въ случаѣ своевременныхъ родовъ, можетъ подать поводъ къ тяжелымъ осложненіямъ, которыя, какъ описаль *Lomer*, могутъ даже кончиться смертію.

Другіе же вообще отрицають возможность беременности послѣ высокой ампутаціи.

Наконецъ въ новѣйшее время *Abel* и *Landau* обратили вниманіе на то обстоятельство, что при ракъ влагалищной части и шейки слизистая оболочка тѣла матки подвергается будто бы злокачественному (саркоматозному или карциноматозному) перерожденію, вслѣдствіе чего и при ракъ нижняго отрѣзка матки должна быть произведена тотальная экстирпація.

Переходя къ вышеприведенному положенію *Schauta* относительно трудности клиническаго распознаванія рака влагалищной части и шейки, мы должны замѣтить, что оно совершенно справедливо для случаевъ далеко распространеннаго рака или для случаевъ, въ которыхъ имѣется дѣло съ паренхиматозной формой рака и гдѣ узелъ, заложенный въ толщѣ шейки, занимаетъ иногда настолько неопредѣленное мѣсто, что, дѣйствительно, трудно бываетъ рѣшить чему онъ принадлежитъ — влагалищной ли части или шейкѣ; но подобные случаи вообще не пригодны для частичной ампутаціи; послѣдняя же примѣняется при строго ограниченномъ заболѣваніи — канкроидѣ влагалищной части въ видѣ цвѣтной капусты, не перешедшемъ за *orig. exter.* или при начинающейся раковой язвѣ. Далѣе какъ наиболѣе важное доказательство непригодности частичной ампутаціи приводятъ случаи, гдѣ одновременно съ ракомъ шейки или влагалищной части наблюдались изолированные узлы въ тѣлѣ матки. Подобныхъ случаевъ описано въ литературѣ 11.

Однако подробное разсмотрѣніе ихъ приводитъ *Hofmeier*'а

и *Winter*'а<sup>1)</sup>), къ заключенію, что въ сущности нѣкоторый интересъ имѣютъ только 3: 1) Случай *Schauta*, гдѣ однако, какъ онъ самъ заявляетъ, былъ первично ракъ тѣла и вторичный узелъ въ *port. vag*; 2) вѣроятный случай *Leopold*'а и 3) не точно изслѣдованный случай *Stratz*'а. Такимъ образомъ, комбинація рака влагалищной части и тѣла встрѣчается крайне рѣдко, такъ что, на примѣръ, по заявленію *Ruge*, онъ, изслѣдуя многія сотни матокъ, не видѣлъ ее ни разу, почему большого практическаго интереса это имѣть не можетъ. Кромѣ того, въ случаѣ, еслибы это и оказалось въ послѣдствіи, то всегда можно произвести послѣ высокой ампутаціи и тотальную экстирпацию матки.

Что касается до возможности беременности и опасности родовъ послѣ частичной ампутаціи, то относительно этого имѣются наблюденія *Winter*'а, который описываетъ (I. с. стр. 201) одинъ случай, гдѣ при ракѣ влагалищной части была сдѣлана *Schröder*'омъ въ 1885 г. надвлагалищная ампутація шейки. Больная выздоровѣла; затѣмъ въ мартѣ 1889 г. забеременѣла и въ концѣ ноября родила легко и безъ помощи искусства недоношеннаго (около 36 недѣль) ребенка 48 см. длины и 2650 grm. вѣсомъ. Кромѣ этого онъ же приводитъ 2-й случай, гдѣ послѣ высокой ампутаціи шейки, произведенной 29 декабря 1887 г., по поводу рака влагалищной части, наступила въ началѣ 1887 года беременность, кончившаяся выкидышемъ на 3-мъ мѣсяцѣ. Но, послѣ выскабливанія матки и устраненія бывшаго эндометрита, наступила новая беременность, кончившаяся срочными нормальными родами 5 декабря 1888 г. живой дѣвочкой. Пациентка въ 1891 г. еще здорова.

Кромѣ *Winter*'а наблюдалъ нормальную беременность и роды послѣ суправагинальной ампутаціи *Breisky*. Больной была сдѣлана высокая ампутація шейки гальванокаустической петлей въ 1878 г. по поводу рака шейки, и она послѣ операціи

<sup>1)</sup> *G. Winter*. Ueber die Schröder'sche Supravaginal. Amputation bei Portiocarcinom. Zeitschr. f. Geburtshül. u. Gynäk. Bd. XXII, 1 H.



родила 4-хъ дѣтей и была здорова 11 лѣтъ. Что же касается до родовъ послѣ ампутаціи шейки, произведенной не по поводу рака, а доброкачественныхъ заболѣваній, то таковыя наблюдались многими авторами (*Breisky, Simpson, Gönner, Scharlau* и др.).

Однако кромѣ вышеприведенныхъ наблюденій имѣются и другія съ обратнымъ характеромъ въ родѣ наблюденія вышеупомянутаго *Lomer'a*, гдѣ роды, происходившіе у лицъ, перенесшихъ раньше высокую ампутацію шейки, затягивались на многіе часы, вслѣдствіе неуступчивости послѣоперационныхъ рубцовъ, такъ что приходилось дѣлать множественныя надрѣзы. Причиной такихъ стенозовъ является, по мнѣнію *Hofmeier'a*, инфекция раны во время или послѣ операціи. Особенно часто даетъ поводъ къ подобнымъ нерастяжимымъ рубцамъ ампутація шейки, произведенная гальванокаустической петлей; напротивъ того ампутація ножемъ, съ послѣдовательнымъ тщательнымъ зашиваніемъ, послѣ заживленія раны первымъ натяженіемъ, не производитъ никакихъ осложненій ни во время беременности, ни во время родовъ. Кромѣ того всѣ эти опасности не могутъ имѣть большого практическаго интереса, такъ какъ возможность забеременѣть у подобныхъ больныхъ вообще не велика. По *Winter'y*, напр., изъ 43 женщинъ, перенесшихъ ампутацію, ни одна не забеременѣла; при чемъ оказалось, что 23 изъ нихъ находятся или въ климактерическомъ возрастѣ, или вдовы, или не живутъ съ мужьями — словомъ, не имѣли возможности забеременѣть. Причины небеременности остальныхъ 20-ти сводились къ болѣе или менѣе сильно выраженному суженію отверстія или канала, ведущаго въ матку. Однако полного заращенія съ образованіемъ haematometr'ы не было наблюдаемо. Что касается до могущей быть послѣ этого дисменорреи, то и этого, какъ показываютъ наблюденія, при гладко зажившей ранѣ опасаться нечего.

Наконецъ что касается до злокачественнаго перерожденія слизистой оболочки тѣла матки при ракъ влагалищной части, то контрольныя изслѣдованія цѣлаго ряда авторовъ (*Eckhardt'a*,

*Fraenkel*'я, *Saurenhaus*'а, мой и др.) показали, что въ случаяхъ рака, ограничивающагося влагалищной частью, слизистая оболочка тѣла не претерпѣваетъ никакого специфическаго измѣненія, хотя одновременно съ этимъ она часто поражается различными формами эндометрита (*Мироновъ*. «Журн. Акушерства №№ 5 и 6, 1891 г.). На это послѣднее обстоятельство обращаетъ особенное вниманіе *Schauta* и полагаетъ, что если оставить тѣло матки, то будутъ сильныя кровотеченія; но наблюденія *Winter*'а опровергаютъ и это предположеніе, такъ изъ 32 оперированныхъ у 25 регулы остались такими же, какъ и передъ операцией; у 7-ми 2—3 раза послѣ операциі были обильнѣе и только у 3-хъ были сильныя меноррагіи, заставившія ихъ искать врачебной помощи. Но у 1-й изъ нихъ найдена подслизистая міома, а у 2-хъ остальныхъ эндометритъ существовалъ до операциі многіе годы, производя меноррагіи. Такимъ образомъ, всё вышеприведенныя возраженія не могутъ служить достаточно убѣдительнымъ доказательствомъ того, что при ракъ влагалищной части частичная ампутація шейки является операцией непригодной.

Переходя къ имѣющемуся у насъ статистическому матеріалу, мы выберемъ изъ него данныя, касающіяся пятилѣтія съ начала 1885 года по конецъ 1889 г., чтобы имѣть возможность оцѣнить результаты операциі, произведенныхъ при условіяхъ ближе всего подходящихъ къ настоящимъ, и оставляя въ сторонѣ результаты, полученные до 1885 г., когда тотальная экстирпація переживала еще періодъ выработки техники. Далѣе мы сгруппируемъ весь имѣющійся матеріалъ въ одной схемѣ, причѣмъ опредѣлимъ ‰ смертности, ‰ рецидивировавшихъ послѣ операциі ранѣе 2-хъ лѣтъ и ‰ оставшихся здоровыми больше 2-хъ лѣтъ. Хотя срокъ этотъ и не можетъ считаться крайнимъ, доказывающимъ излѣченіе отъ рака, такъ какъ извѣстны случаи рецидивовъ спустя 3, 4, 5 и даже 8-ми лѣтъ. Послѣдній срокъ впрочемъ представляетъ, повидимому, исключеніе; такъ какъ до сихъ поръ описанъ только 1 подобный случай (*E. Fraenkel*), такъ что крайнимъ можетъ считаться 5-ти

лѣтній безрецидивный періодъ; но въ виду молодости операціи вообще, и въ виду того, что еще не существуетъ подобной сколько нибудь обширной статистики, наконецъ въ виду того, что въ большинствѣ случаевъ 2-хъ лѣтній безрецидивный періодъ можно считать за доказательство окончательнаго выздоровленія какъ это и принимается до сихъ поръ, мы рассмотримъ весь имѣющійся статистическій матеріалъ въ подобномъ отношеніи.

Наконецъ, чтобы получить наиболѣе сравнимые результаты, мы возьмемъ статистику изъ клиникъ *Olshausen*'а, *Leopold*'а, *Fritsch*'а, *Schauta*, такъ какъ во всѣхъ этихъ клиникахъ условія для операцій приблизительно одинаковы.

Что касается до результатовъ тотальной экстирпаціи, то въ клиникѣ *Fritsch*'а съ начала 1885 года по конецъ 1889 г. всего сдѣлано тотальныхъ экстирпацій—79; изъ нихъ умерло 8, т. е. 10%, причемъ: 3 отъ сепсиса и 1 отъ піэміи, 2 отъ перевязки мочеточниковъ во время операціи и 2 смерти не выяснены вполне. Изъ 71 больной, перенесшихъ операцію, 33 получили рецидивъ раньше 2-хъ лѣтъ и почти всѣ уже умерли; 1 получила рецидивъ позже 2-хъ лѣтъ; 12 не имѣли рецидива больше 2-хъ лѣтъ; 19 здоровы, хотя со времени операціи не прошло еще 2-хъ лѣтъ; 4 умерло внѣ клиники не отъ рака матки и 2 потеряны изъ виду. Но такъ какъ изъ оставшихся здоровыми меньше 2-хъ лѣтъ, нѣкоторыя получаютъ, вѣроятно, еще рецидивъ до конца 2-хъ лѣтъ, то изъ 19 приблизительно 7 можно отнести къ рецидивировавшимъ раньше 2-хъ лѣтъ, а 1, получившую рецидивъ послѣ 2-хъ лѣтъ, можно отнести къ здоровымъ втеченіе 2-хъ лѣтъ, тогда получится слѣдующая таблица:

Получили рецидивъ раньше 2-хъ л.  $33+7=40$ , т. е. 57,7%.  
Остались здоровыми больше 2-хъ л.  $1+12+12=25$ , т. е. 35,2%.  
Судьба не вполне известна 6 больныхъ.

Въ клиникѣ *Leopold*'а за періодъ 1885—1889 г. сдѣлано 73 тотальныхъ экстирпаціи; изъ нихъ 4—умерло отъ операціи и 69 перенесло операцію; но до 1891 г. 21 умерла отъ рецидива и 7 умерло внѣ клиники отъ другихъ заболѣваній, а не

отъ рака. Изъ 69 перенесшихъ операцію, здоровыми оставались больше 2-хъ лѣтъ 41 женщина. Слѣдовательно:

Умерло изъ 73-хъ оперированныхъ 4, т. е. 5,4%.

Получили рецидивъ ранѣе 2-хъ л. изъ 69 опер. 21, т. е. 30,4%.

Остались здоровыми болѣе 2-хъ л. изъ 69 опер. 41, т. е. 59,4%.

*У Schauta* изъ 65-ти тотальныхъ экстирпацій умерло 7,6%.

Изъ перенесшихъ операцію остались здоровыми болѣе 2-хъ лѣтъ 47,3%.

*Наконецъ Olshausen* заявилъ на Берлинскомъ конгрессѣ, что изъ 40 оперированныхъ имъ за послѣдніе 3 года—19 остались здоровыми болѣе 2-хъ лѣтъ, что составляетъ 45,5%.

Представляя эти данныя въ видѣ таблицы, мы получимъ:

О п е р а т о р ь .	Количество во опера- цій.	Смерт- ность.	Количество перенесш. операцію.	Получили рецидивъ ранѣе 2-хъ лѣтъ.	Здоровы болѣе 2 л.	Смерть отъ друг. забол. или судяба неизвестна.
Fritsch . . . . .	79	10,1%	71	57,7%	35,2%	6
Leopold . . . . .	73	5,4%	69	30,4%	59,4%	7
Schauta . . . . .	65	7,6%	60	52,7%	47,3%	?
Olshausen . . . . .	40	?	?	54,5%	45,5%	?

Такимъ образомъ, вывода среднее арифметическое, мы получимъ при тотальныхъ экстирпаціяхъ:

Смертности . . . = 7,7%

Выздоровленій . . = 46,8%

Рецидивовъ . . . = 48,8%

Переходя къ результатамъ частичной ампутаціи, мы приведемъ статистику *Winter'a*, изъ которой видно, что съ 1878 по 91 г. въ клиникѣ *Schröder'a* и *Olshausen'a* при ракъ матки было произведено 155 частичныхъ ампутацій шейки. Изъ нихъ отъ операціи умерло 10, т. е. 6,5%; причеиъ послѣдній смертный случай былъ въ 1884 г. Начиная же съ 1885 г. было произведено 64 частичныхъ ампутаціи безъ единой смерти. Итого перенесли операцію—145. Изъ этого числа—13 утеряны изъ виду и 3 оперированы въ послѣдніе 2 года; такъ что изъ 142-хъ, оставшихся въ живыхъ послѣ операціи, по-

лучили рецидовъ раньше 2-хъ лѣтъ—67, т. е. 47,1%; здоровыми болѣе 2-хъ лѣтъ оставались 63, т. е. 43,6% и въ 13 случаяхъ судьба неизвѣстна.

Какъ уже замѣчено, статистика эта основана на операціяхъ, произведенныхъ съ 1878 по 1891 г. Но если мы возьмемъ статистику болѣе позднюю, подобно предъидущимъ съ начала 1885 г., когда условія при операціяхъ были тѣ же, что и для приведенныхъ выше тотальныхъ экстирпацій, то оказывается, что на 64 частныхъ ампутаціи не было ни одного смертнаго случая, т. е. операція стала вполне безопасной для жизни (*Winter*, стр. 209). Кромѣ того изъ 31 оперированныхъ, исторіи которыхъ приведены у *Winter*'а—рецидивъ раньше 2-хъ лѣтъ получили—4; оставались здоровыми болѣе 2-хъ лѣтъ—27. Кромѣ того имѣются на лицо оперированныя и оставшіяся здоровыми; 2—въ теченіе 12 лѣтъ; 1 въ теченіе 11 л.; 1—10 л.; 8—9 л.; и т. д. Сравнивая результаты этихъ обѣихъ операцій, мы видимъ, что смертность при частичной ампутаціи шейки бывшая небольшою даже вначалѣ, въ послѣднее время понижена до *minimum*'а, и въ настоящее время эта операція можетъ считаться вполне безопасной для жизни; тогда какъ тотальная экстирпація даже у лучшихъ операторовъ въ и богато обставленныхъ клиникахъ даетъ отъ 10% до 5,5% смертности. Здѣсь я не могу принять въ расчетъ статистики пр. *Отта*, такъ какъ она является 1) исключительной; 2) нулевой % смертности выведенъ не вполне правильно, такъ какъ одинъ случай (XVIII) надо считать за піэмію, развившуюся вслѣдствіе операціи и приведшую больную къ смерти, такъ какъ если больная и была выписана изъ клиники, то можно думать, съ большимъ вѣроятіемъ, что она умерла вскорѣ послѣ выписки; 3) не всѣ случаи пр. *Отта* могутъ быть приняты за ракъ матки, такъ напримѣръ, въ случаѣ 28-мъ сказано, что найденъ гиперпластическій эндометритъ (resp. злокачественная adenoma). Хотя рѣзкой границы между аденомой и гиперпластическимъ эндометритомъ провести и невозможно, однако считать послѣдній за ракъ мы также не имѣемъ права. Также не вполне ясны

25, 26 и 29-й. Къ сожалѣнію, изъ статьи не видно, было ли произведено впослѣдствіи изслѣдованіе экстирпированныхъ матокъ, гдѣ можно было уже съ положительностью установить діагнозъ на срѣзахъ, проведенныхъ перпендикулярно къ поверхности слизистой оболочки и захватывающихъ muscularis, такъ какъ съ наибольшею ясностью можно діагносцировать ракъ тѣла по отношенію новообразованныхъ железъ къ muscularis<sup>1)</sup>).

Такимъ образомъ, оставляя въ сторонѣ статистику пр. *Отта*, мы можемъ опредѣлить смертность при тотальной экстирпаціи для большихъ клиникъ отъ 6°/о до 10 °/о. Но если обратиться къ клиникамъ не столь богато обставленнымъ и къ больницамъ, то °/о смертности будетъ гораздо выше; такъ: для частной клиники *P. Ruge* въ Берлинѣ на 20 операцій смертность—15°/о (*Deutsch. m. Wochenschr* 1890 № 30); для клиники пр. *Феноменова* на 23 операціи—13°/о (*Врачъ*, 1890 г. №№ 45, 46 и 47) на 65 сл. *Заяицкаго*—13,8°/о (*Мед. Обозр.* 1890 г. № 17); на 10 случаевъ *А. Соловьева* 3 смерти, т. е. 30°/о (l. c.) и т. д.

Что касается продолжительности эффекта операціи, то прежде всего надо замѣтить, что возможность окончательнаго излѣченія рака влагалищной части матки послѣ частичной ампутаціи шейки вполне доказывается многочисленными примѣрами и при томъ съ большею даже убѣдительностью, чѣмъ послѣ тотальной экстирпаціи, такъ какъ для послѣдней извѣстны только случаи 7-ми лѣтняго отсутствія рецидива послѣ операціи, тогда какъ рецидивъ можетъ еще появиться и черезъ 8 лѣтъ. Для частичной же ампутаціи мы имѣемъ 12-ти и даже 19-ти лѣтнюю давность безрецидивнаго періода, такъ что операція эта, какъ радикальная, имѣетъ несомнѣнное *raison d'être*.

Далѣе сравнивая °/о отношеніе условно излѣченныхъ, считая за критерій 2 годичный безрецидивный періодъ послѣ операціи, мы видимъ, что при тотальной экстирпаціи онъ сред-

<sup>1)</sup> Въ видахъ интереса дѣла редація сочла полезнымъ отправить корректурные листы Д. О. Отту, возраженія котораго по этому вопросу печатаются въ этой же книжкѣ журнала въ отдѣлѣ Библіографія.

нимъ числомъ = 46,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; тогда какъ для частичной ампутаціи = 43,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, рецидивировавшихъ же раньше 2 лѣтъ послѣ экстирпаціи 48,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а послѣ частичной ампутаціи 47,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, т. е. количества приблизительно одинаковыя. Кроме того разсматривая таблицы *Hofmeier*'а, мы видимъ, что на первыхъ порахъ выбирался далеко не всегда подходящій матерьялъ для частичной ампутаціи; такъ на примѣръ: изъ 114 первыхъ случаевъ въ 10—операция производилась при ракъ шейки; въ 15—она была сдѣлана при существованіи уже раковой инфильтраціи въ широкихъ или крестцово-маточныхъ связкахъ; часто производилась при новообразованіи, достигшемъ значительнаго распространения и т. п. При болѣе же строгомъ выборѣ, ограничиваясь только формами не далеко распространившагося папиллярнаго канкроида влагалищной части, можно достигнуть гораздо болѣе благоприятныхъ результатовъ, совершенно не рискуя жизнью больныхъ.

Резюмируя вышеизложенное мы можемъ придти къ слѣдующимъ выводамъ.

1) Частичная ампутація шейки въ настоящее время можетъ считаться операцией безопасной для жизни и при производствѣ ея рѣзущими инструментами, съ послѣдующимъ наложеніемъ швовъ, не оставляющей послѣ себя никакихъ дурныхъ послѣдствій.

2) Частичная ампутація шейки, произведенная при ограниченномъ канкроидѣ влагалищной части, должна считаться операцией вполне радикальной, не уступающей въ этомъ отношеніи тотальной экстирпаціи матки; поэтому

3) она вполне показана при папиллярномъ канкроидѣ влагалищной части, не перешедшемъ еще на влагалищные своды; въ остальныхъ же случаяхъ рака влагалищной части предпочтительнѣе тотальная экстирпація матки, но только для хорошо устроенныхъ клиникъ, для большинства же нашихъ больницъ и здѣсь частичная ампутація шейки можетъ быть предпочтена полному вырѣзыванью матки, какъ операция болѣе безопасная и дающая почти одинаковые съ послѣдней конечные результаты.

Но какую бы операцію мы ни выбрали, чтобы имѣть возможность оказать радикальную помощь при ракъ матки, мы должны приступать къ оперативному лѣченію возможно раньше. Поэтому всякій врачъ долженъ считать своей нравственной обязанностью, при всякомъ, даже только подозрительномъ, случаѣ или уяснить его себѣ и, если нужно, приступить къ операціи, или же передать его спеціалисту, не ограничиваясь палліативными, ни къ чему не ведущими мѣрами, а между тѣмъ теряя драгоцѣнное время и ставя этимъ промедленіемъ жизнь больной въ опасность.

Къ сожалѣнію, наша публика еще слишкомъ страшится даже слова «операція» и, надо сознаться, въ этомъ есть доля и нашего грѣха.

---



# КАЗУИСТИКА.

## 1.

*Изъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія.*

### **СЛУЧАЙ ВТОРИЧНАГО КЕСАРСКАГО СЪЧЕНІЯ НА ОДНОЙ И ТОЙ-ЖЕ ЖЕНЩИНѢ.**

**Д-ра А. К. Мазуркевича.**

(Докладъ Акушерско-Гинекологическому Обществу въ Засѣданіи 28 ноября 1891 года).

7 Сентября 1891 г. *А. Я. Крассовскимъ* помѣщена въ палату беременныхъ для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ беременная въ 3-й разъ, вдова солдата Фекла Петрова, 35 лѣтъ отъ роду, уроженка Ярославской губерніи, надъ которой имъ была уже произведена операція Кесарскаго сѣченія въ 1886 году.

Беременная шатенка, роста 166 сант., въ общемъ правильнаго и крѣпкаго тѣлосложенія и съ правильною походкою, но тазъ, какъ будетъ видно ниже, сильно уклоняется отъ нормы.

Анамнезъ показалъ слѣдующее: тотчасъ послѣ своего рожденія въ деревнѣ, по рассказамъ ея матери, она была положена, по деревенскому обычаю, въ горячую русскую печь, вслѣдствіе чего по недосмотру получила сильную степень ожоги правой ягодичной и тазовой областей и праваго предплечія. Послѣ этихъ ожоговъ продолжалось долго нагноеніе (по сло-

вамъ той-же матери, около 5-ти лѣтъ), при чемъ выходили многократно кусочки костей, а по заживленіи своемъ оставили, какъ видно будетъ ниже, значительные рубцы. Ходить твердо начала на 5 году жизни, такъ какъ только къ этому времени исчезли вышеупомянутыя болѣзненные явленія на правой ягодичной и тазовой областяхъ. Больная была все это время пользуема врачами въ Ярославлѣ, Рыбинскѣ и Пошехони.

Менструировать начала 13 лѣтъ, регулы продолжались по 5 дней, съ 3-хъ недѣльными промежутками, и были безболѣзненны; вышла замужъ 22 лѣтъ. Послѣдніе регулы имѣла 29 декабря 1890 года, перваго шевеленія плода не помнитъ.

Первые роды у нея были въ 1882 г. на 27 году жизни, рожала въ Рождественскихъ баракахъ, гдѣ ей произведена операція—перфорация головки плода. Роды длились 36 часовъ. Послѣродовой періодъ былъ правильный. Второй разъ рожала въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ заведеніи, въ 1886 году; прибыла 8 декабря, въ родахъ, съ открытіемъ зѣва на  $1/2$  пальца и съ отошедшими внѣ заведенія водами. Въ виду высокаго стоянія головки, значительной степени суженія таза какъ въ прямомъ размѣрѣ (Conj. vera  $8\frac{1}{2}$  сант.), такъ и особенно въ поперечномъ выхода, а съ другой стороны въ виду того обстоятельства, что роженица находилась безъ водъ около 18 часовъ, слѣдовательно, возможность произвольнаго рожденія или извлеченія черезъ естественные родовые пути доношеннаго младенца живымъ была мало вѣроятною и кромѣ того то, что приходилось опасаться за жизнь плода, если роды не будутъ окончены искусственно, рѣшено было приступить къ Кесарскому сѣченію по консервативному способу, каковая операція и была произведена *А. Я. Крассовскимъ* въ 10 ч. 30 в., черезъ  $9\frac{1}{2}$  часовъ послѣ поступленія роженицы въ заведеніе.

Извлеченная въ глубокой асфиксіи и оживленная черезъ  $1/2$  часа дѣвочка вѣсила 3300 граммъ при 48 сант. длины Жива и по сіе время.

Случай этотъ былъ сообщенъ въ Акушерско-Гипскологическомъ Обществѣ и описанъ въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней», въ № 6 1887 г. докторомъ *И. О. Даниловичемъ*. Здѣсь слѣдуетъ только упомянуть вкратцѣ, во 1) что лигатуры на маточные швы въ то время были наложены шелковые; во 2) швы на матку накладывались въ три этажа, при чемъ наложено 9 глубокихъ, 7 мускулярныхъ и 15 брюшин-

ныхъ; въ 3) швы брюшной раны сняты на 9-й день. Подъ верхними швами—*prima intentio*. На мѣстѣ самага нижняго шва края раны разошлись, и изъ-подъ нихъ выдавлено около 1 чайной ложечки густаго желтоватаго гноя. На 2-мъ швѣ снизу изъ укола съ правой стороны также было немного гноя; въ 4) послѣродовой періодъ протекъ съ повышеніемъ температуры до  $38,1^{\circ}$  въ теченіи первыхъ сутокъ, затѣмъ рвотою и вздутіемъ живота въ теченіе 4-хъ сутокъ, при температурѣ  $37,9^{\circ}$  и пульсѣ 108 уд. въ минуту, съ 5-хъ сутокъ рвота прекратилась, вздутіе живота мало-по-малу уменьшилось, появился аппетитъ, но на 6-й день температура поднялась до  $38,2^{\circ}$  у. и  $38,7^{\circ}$  в. при пульсѣ 80—90, а затѣмъ постепенно понижаясь, на 10-й день опустилась до  $37^{\circ}$ ; на 18-й день, вслѣдствіе лимфангоита правой грудной желѣзы отъ трещины соска температура поднялась до  $40,3^{\circ}$  и продолжалась, понизившись постепенно до нормы, въ теченіе четырехъ сутокъ; въ 5) оперированная выписалась на 38-й день послѣ операціи совершенно здоровою, съ маткою въ *anteflexio*, стоявшей низко и подвижно, совершившею хорошо свое обратное развитіе, съ почти зажившею ранкою на мѣстѣ втораго нижняго шва.

Черезъ  $1\frac{1}{2}$  мѣсяца послѣ выписки изъ заведенія оперированная пришла въ амбулаторію по причинѣ значительно увеличившагося нагноенія на мѣстѣ 2-го нижняго шва къ доктору *И. О. Даниловичу*, по сообщенію котораго, означенное нагноеніе длилось почти съ годъ времени, образовалась фистула, въ которую зондъ проходилъ по направленію внизъ и вправо по 15 сант., но по истеченіи годичнаго леченія въ означенной амбулаторіи нагноеніе прекратилось, и фистула совершенно зажила.

При поступленіи въ палату беременныхъ, объективное изслѣдованіе обнаружило слѣдующее: кожа, подкожно-жирный и мышечный слой хорошо развиты, позвоночный столбъ, грудная клѣтка и нижнія конечности отступленій отъ нормы не представляли, видимыя слизистыя оболочки нормально окрашенѣ. На лѣвой стороны живота, на  $\frac{1}{2}$  пальца отъ средней его линіи, на 3 пальца выше пупка и не доходя 2-хъ поперечныхъ пальцевъ до лоннаго соединенія, находится смѣщенная нѣсколько влѣво, ярко-коричневая, рубцовая, морщинистаго вида полоса кожи, шириною около  $1\frac{1}{2}$  сант. въ самомъ широкомъ мѣстѣ, подвижная вмѣстѣ съ покровами живота и

твердая на ощупь, происшедшая отъ зажившей раны брюшныхъ стѣнокъ при первомъ Кесарскомъ сѣченіи. Съ правой стороны, выше тазобедренного сочлененія, помѣщаются три рубца, изъ которыхъ два впереди и одинъ позади его. Средній рубецъ, наиболѣе втянутый, сращень съ подвздошною костью; остальные же два менѣе глубоки, менѣе втянуты и не достигаютъ кости.

Такой же рядъ рубцовъ идетъ по всей лучевой сторонѣ праваго предплечья, такъ что olecranon выдается, а верхняя часть локтевой кости представляется впалую, вслѣдствіе дефекта ея въ этомъ мѣстѣ.

Аускультация и перкуссия внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго не показали. Отека ногъ нѣтъ. Въ мочѣ бѣлка не обнаружено.

Ислѣдованіе таза показало: D. Tr=29; D. Cr=24; D. Sp=25; Conj. exter.=18; Conj. diagon.=10<sup>1</sup>/<sub>2</sub>; Conj. Vera=8<sup>1</sup>/<sub>2</sub>; Поперечный размѣръ выхода (inter tubera ischii)=7 сантиметровъ.

Вслѣдствіе уменьшенія кривизны гребешка правой подвздошной кости, Distantia cristarum оказалась меньше Distantia Spinarum. Боковыя стѣнки таза легко доступны для внутренняго ислѣдованія, linea innominata съ обѣихъ сторонъ представляется мало вогнутою, при чемъ справа въ особенности; книзу стѣнки таза суживаются еще болѣе, такъ что tubera ischii значительно смѣщены въ просвѣтъ таза, и правая боковая стѣнка его, соответствующая вертлужной впадинѣ, сильно вдается въ полость таза, лонная дуга уже нормальной, крестцовая кость сильно изогнута по передней своей поверхности, копчикъ малоподвиженъ. Такимъ образомъ, тазъ представлялся плоскимъ, асимметричнымъ, обще-неравнобѣрно-суженнымъ и съ воронкообразнымъ суженіемъ къ выходу. Эпифизы костей верхнихъ и нижнихъ конечностей не утолщены, и видимыхъ четкообразныхъ утолщеній на ребрахъ не обнаружено.

Высота дна матки 42, разстояніе отъ лобка до пупка 25,—отъ лобка до мечевиднаго отростка 48, и наибольшая окружность живота 106 сантиметровъ.

При повторныхъ ислѣдованіяхъ съ большимъ трудомъ достигается только наружный зѣвъ, высоко за симфизомъ.

Насколько позволяло опредѣлить наружное ислѣдованіе, судя по величинѣ головки, можно было предположить значительную величину плода. Спинка находилась вправо, мелкія

части влѣво, а сердцебіеніе слышно подъ пупкомъ, болѣе въ правой сторонѣ.

Принимая во вниманіе съ одной стороны, что беременная пришла въ заведеніе приблизительно въ концѣ 9-го луннаго мѣсяца, и что плодъ значительной величины, а съ другой стороны весьма высокое стояніе шейки позади и надъ симфизомъ, явилось сомнѣніе въ возможности и цѣлесообразности производства ей искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, какъ по причинѣ неудобства введенія бужа въ матку при почти недостижимой шейкѣ, такъ и по причинѣ значительной величины головки, свободное прохожденіе которой черезъ входъ и въ особенности черезъ полость и выходъ суженнаго таза казалось мало вѣроятнымъ, почему таковые роды признано не производить.

Беременная во все время пребыванія въ комнатѣ для беременныхъ еженедѣльно получала двѣ теплыя ванны, два раза въ недѣлю дѣлаемы были рукавныя спринцованія изъ раствора сулемы 1:2000, наблюдалось за правильностью отправленія кишечнаго канала и ежедневно измѣрялась температура тѣла, которая все время не превышала  $37,2^{\circ}$ , и беременная чувствовала себя совершенно хорошо.

12-го октября, по причинѣ задержанія испражнений, дана была большая доза (двѣ столовыя ложки) *Ol. Ricini*. Въ ночь ее обильно прослонило нѣсколько разъ, послѣ чего появились какъ-бы родовыя боли въ нижней части живота и отчасти въ поясницѣ, животъ къ полудню значительно опустился и боли, хотя рѣдко, но появлялись въ теченіе дня; *per vaginam*, однако, никакихъ явленій родоваго акта не обнаружено. Въ виду означенныхъ явленій, а равно могущей проявиться въ дальнѣйшемъ болѣе энергической родовой дѣятельности, постановлено было въ случаѣ укороченія шейки и открытія зѣва на  $2\frac{1}{2}$  п., имѣть наготовѣ все необходимое для операціи Кесарскаго сѣченія. Но боли постепенно къ слѣдующей ночи прекратились, и беременная на слѣдующій день чувствовала себя совершенно нормально.

Черезъ 6 дней, 18 октября, съ 2-хъ часовъ ночи, у беременной начались вновь родовыя боли, средней силы, но появлявшіяся каждые  $\frac{1}{4}$  часа, а въ 3 часа ночи вытекло обильное количество чистыхъ водъ. Въ 5 ч. у. сообщающій этотъ случай (завѣдывающій палатою беременныхъ) констатировалъ: истеченіе водъ, частыя и болѣе сильныя родовыя боли, отчет-

ливое, справа тотчасъ подѣ пупкомъ, сердцебіеніе плода и подвижную головку послѣдняго, помѣщавшуюся на лѣвой безимянной линіи. Все тотчасъ изложенное было подтверждено и профессоромъ *Биддергъ*, которымъ постановлено слѣдить за дальнѣйшею родовой дѣятельностью роженицы, послѣднюю-же приготовить къ операціи (Кесарскому сѣченію). По опорожненіи кишечника роженицы клизмой, и принятія ею двухъ ваннъ, въ 8 ч. 15 у. роженица переведена въ Маріинское Отдѣленіе Родовспомогательнаго Заведенія.

При изслѣдованіи *А. Я. Крассовскимъ*, въ 9 ч. 15 м. у. родовая дѣятельность матки представлялась въ слѣдующемъ состояніи: родовыя боли сильныя, каждыя 5', воды истекаютъ, сердцебіеніе плода ясное, но съ небольшими перебойми, слышно все въ томъ-же мѣстѣ (справа тотчасъ подѣ пупкомъ), головка влѣво надъ входомъ въ тазъ, стоитъ высоко, наружный зѣвъ также трудно достижимъ какъ и раньше, потому о состояніи шейки ничего опредѣленнаго сказать было нельзя.

Имѣя въ виду, что головка, несмотря на энергическія сокращенія матки въ теченіе семи часовъ, не установилась во входѣ, и принимая во вниманіе истеченіе водъ и перебои въ сердцебіеніи плода, рѣшено приступить къ Кесарскому сѣченію немедленно.

Такъ какъ Кесарское сѣченіе предвидѣлось заранѣе, то все необходимое для этой операціи, продезинфицированное, было въ готовности <sup>1)</sup>. Роженица подвергнута хлороформированію и почти въ полномъ наркозѣ перенесена на операціонный столъ въ операціонный залъ.

По выпущеніи мочи и надлежащемъ обмытіи и дезинфекціи двуіодистою ртутью операціоннаго поля (живота), въ 9 ч. 50' у. приступлено къ операціи. Разрѣзъ кожи начать на 2 пальца выше пупка и оконченъ на 3 пальца не доходя *symphis'a*, причемъ брюшная стѣнка разрѣзана по правой сторонѣ прежняго

<sup>1)</sup> Дезинфекція состояла въ слѣдующемъ способѣ, принятомъ въ Гинекологическомъ Отдѣленіи: шелкъ обрабатывался въ теченіе 12 часовъ въ эфирѣ, затѣмъ 6 ч. въ 95% спиртѣ, послѣ чего кипятился 2 часа въ карболовомъ 5% растворѣ. Сохранялся въ смѣси изъ равныхъ частей спирта и 5% раствора карболовой кислоты. За 2 часа до операціи инструменты кипятились въ 5% растворѣ карболовой кислоты, а подавались изъ раствора тимола 1:1000. Эластическій жгутъ, тщательно вымытый, лежалъ въ 5% растворѣ карболовой кислоты. Марля, марлевые бинты, тампоны и стеганки дезинфицировались двуіодистой ртутью 1:4000. Операціонная комната окурена хлоромъ; операціонный столъ продезинфицированъ двуіодистою ртутью.

рубца; по вскрытіи брюшины, разрѣзъ увеличенъ ножницами вверхъ и внизъ по два сантиметра. По вскрытіи брюшной полости, обнаружены сращенія сальника съ маткою, брюшными стѣнками и мочевымъ пузыремъ. Часть сращеній omenti съ брюшными стѣнками, лежавшихъ въ операціонномъ полѣ, разрушены съ трудомъ пальцами, причемъ пришлось наложить двѣ лигатуры на кровоточившіе концы отдѣленнаго сальника; сращенія-же сальника съ маткою были легко отдѣляемы рукою, въ нижней половинѣ матки, приблизительно посрединѣ длинника ея сращенія съ брюшною стѣнкою и мочевымъ пузыремъ, представлялись въ видѣ довольно длинныхъ, сосудистыхъ пластинокъ, которыя оставлены нетронутыми. Быть можетъ, эти сращенія произошли на мѣстѣ бывшаго прежняго разрѣза. На передне-верхней поверхности матки оказались развитыя вены. При тщательномъ осмотрѣ матки какихъ либо *сладовъ рубца*, а равно *лигатуръ отъ разрѣза при первомъ Кесарскомъ сѣченіи ни на передней поверхности матки, ни со стороны полости ея, на всемъ пространствѣ до нижнихъ сращеній матки съ мочевымъ пузыремъ и брюшными стѣнками, не обнаружено.*

Затѣмъ беременная матка выведена внаружу и подъ нее подведенъ эластическій жгутъ. По причинѣ выпаденія кишки, верхній уголъ раны стянуть двумя шелковыми швами. Разрѣзъ матки проведенъ отъ большей выпуклости дна матки по передней поверхности до нижней ея трети, влѣво отъ вышеописаннаго нижняго сращенія съ брюшною стѣнкою, причемъ подведенный эластическій жгутъ, одновременно съ первымъ взрѣзомъ, былъ стянуть и укрѣпленъ пинцетомъ *Koerberle*, послѣ чего рана вверхъ и внизъ расширена ножницами. Стѣнки матки оказались утонченными. Разрѣзъ прошелъ по краю плаценты, находившейся на передне-лѣвой и задней поверхностяхъ матки у дна. Кровотеченіе было очень умѣренное, не превышавшее количества полустакана (венозной крови). Плодъ, находившійся въ первомъ косомъ положеніи спинкою впередъ, былъ извлеченъ безъ затрудненія за ягодицы, послѣ чего тотчасъ-же началъ кричать. Пуповина перевязана, а плацента пальцами отдѣлена довольно легко. Внутренняя поверхность матки, осушенная двуіодисто-ртутною марлею, представилась совершенно чистаго свѣтло-сѣроокраснаго цвѣта. Въ толщѣ разрѣза маточной стѣнки видѣлись расширенныя вены толщиной въ гусиное перо. Брюшинный покровъ матки вдоль края

разрѣза представлялся завороченнымъ внутрь. На правой *fin-*  
*brgiae* усмотрѣна киста величиною въ кедровый орѣхъ, жид-  
кость изъ оной выпущена разрѣзомъ и поверхность ея проде-  
зинфицирована растворомъ двуіодистой ртути.

По совершеніи полного туалета полости матки, приступлено  
было къ зашиванію ея разрѣза. Игла вкалывалась на расстоя-  
ніи  $\frac{1}{2}$  сантиметра отъ края разрѣза, проводилась черезъ  
всю толщю мышечнаго слоя матки и выкалывалась надъ *de-*  
*cidua*; затѣмъ проводилась черезъ правый край разрѣза въ обрат-  
номъ порядкѣ. Швы накладывались шелковые, на расстояніи  
не менѣе 1 сантиметра другъ отъ друга, причемъ брюшин-  
ный покровъ матки при зашиваніи загибался самъ собою  
внутрь. Швы плотно затягивались двойнымъ узломъ; всѣхъ  
швовъ маточныхъ наложено 16 глубокихъ и 2 поверхностныхъ.  
По окончаніи наложенія швовъ обнаружилось, что подъ влія-  
ніемъ сокращенія матки первый верхній шовъ нѣсколько раз-  
слабился, почему таковой снятъ и замѣненъ другимъ. Рана  
матки запудрена іодоформомъ, сальникъ расправленъ и при-  
крытъ теплымъ дезинфицированнымъ марлевымъ компрессомъ.  
Послѣ этого приступлено къ туалету брюшины, по окончаніи  
котораго, жгутъ постепенно распускался, поблѣднѣвшая матка  
быстро, но также постепенно наполнилась кровью. По приня-  
тіи надлежащей окраски, матка опущена въ полость живота.  
Затѣмъ обычнымъ порядкомъ наложены 19 глубокихъ и 7 по-  
верхностныхъ шелковыхъ швовъ на рану кожи, передъ завя-  
зываніемъ краевъ удаленъ марлевый компрессъ съ поверхно-  
сти сальника. Поверхъ коллодіальной повязки наложенъ слой  
ваты и нѣсколько ходовъ марлеваго бинта. Мочевой пузырь  
катетеризированъ, влагалище проспринцовано растворомъ двуіод-  
истой ртути 1:4000 и затампонировано іодоформенною мар-  
лею. Операция продолжалась 1 ч. 30'.

Извлеченный мальчикъ вѣсилъ 4840 граммъ, 55 санти-  
метровъ длины и съ окружностью головки въ 39 сантиметровъ.

Течение послѣ операціоннаго періода слѣдующее: первые  
три дня самочувствіе хорошо, съ хорошимъ аппетитомъ, но на  
3-й день, въ 6 ч. вечера, температура повысилась до  $38;2^{\circ}$ ,  
пульсъ 92 уд., появилось небольшое вздутіе живота.

3-й день  $t^{\circ}$   $37,6^{\circ}$ , вечеромъ ознобъ съ  $20'$ , за нимъ повы-  
шеніе  $t^{\circ}$  до  $40,4^{\circ}$ , пульсъ 100. Ночь провела безъ сна.

5-й день  $t^{\circ}$  у.  $39^{\circ},3$ , п. 96, пропотѣла, послѣ чего спала  
хорошо. Языкъ влажный. Животъ вздутъ, но мягокъ и без-



болѣзненъ, пульсъ полный и мягкой волны, выдѣленія серозныя, слегка окрашенныя, съ небольшимъ запахомъ. Спринцованіе въ рукавъ *acidi carbolici*. Вечеромъ  $t^{\circ}$  38,5°.

6-й день  $t^{\circ}$  у. 38,1°, п. 90. *Lochia* съ запахомъ. Вечеромъ ознобъ,  $t^{\circ}$  40,9° п. 134, затѣмъ потъ, рвота, вздутіе живота и боль въ подложечной области. Съ 11 ч. в. рвота прекратилась. Маточное спринцованіе изъ сулемы 1:8000 и *Natrum saicylicum* внутрь.

7-й день,  $t^{\circ}$  у. 36,2°, выдѣленія съ запахомъ, животъ не чувствителенъ,  $t^{\circ}$  вечеромъ 38,4°, п. 96.

8-й день ознобъ,  $t^{\circ}$  вновь поднялась до 40,6°, чувствительность въ подложечной области продолжается, *lochia* серозныя съ небольшою примѣстью гноя, но безъ запаха. *Chininum grvj* три раза въ день по порошокъ. Промываніе матки сулемою. *Clusma*. Слабило 2 раза.

9-й день  $t^{\circ}$  у. 37°, п. 80, животъ опалъ и безболѣзненъ. Въ 12 ч. 9 сняты швы съ брюшной раны. Рана срослась. На мѣстѣ 3-го шва сверху краснота. Послѣ снятія швовъ, при ощупываніи матки снаружи, вышло въ умѣренномъ количествѣ грязновато-желтоватой жидкости съ примѣстью небольшого количества гноя, съ запахомъ.

10-й день,  $t^{\circ}$  у. 36,6°, при внутриматочномъ спринцованіи выдѣлилась бѣловатая жидкость съ слизистыми хлопьями, но оперированная чувствуетъ себя хорошо, совершенно спокойна, аппетитъ хорошъ.

11-й день,  $t^{\circ}$  37,3°. На мѣстѣ уколовъ среднихъ швовъ (4-хъ) выдѣляется небольшое количество гноя. *Clusma*.

12-й д.  $t^{\circ}$  38, п. 78. Въ одинъ изъ среднихъ уколовъ слѣва введенъ кусокъ желобоватой резиновой ткани.

13-й д.  $t^{\circ}$  37,1°. При внутриматочномъ спринцованіи сначала выдѣлилась бѣловатая жидкость, затѣмъ чистая вода. Гноя на повязкѣ гораздо меньше.

14-й день  $t^{\circ}$  36,4°. Изъ одного укола съ правой стороны выдѣляется гной въ умѣренномъ количествѣ.

15, 16 и 17-е дни  $t^{\circ}$  нормальна, *lochia* съ небольшимъ запахомъ.

20-й день появились небольшія боли внизу живота, *lochia* кровянистыя и съ небольшимъ запахомъ (*Ergotini Bonjeani*  $\mathfrak{J}$  *Aq. Menth. piper.*  $\mathfrak{J}$   $\beta$ ) по 10 капель 3 раза въ день.

21 и 22-й дни по вечерамъ  $t^{\circ}$  38,5°, *lochia* слабо окрашенныя, съ небольшимъ запахомъ, боли въ животѣ меньше.

Съ 23-го дня температура тѣла стала нормальной, ни разу не повышалась, боль въ нижней части живота исчезла, нагноеніе въ уколахъ пивовъ мало-по-молу уменьшилось, выдѣленія изъ матки крайне ничтожны, блѣдны, безъ запаха. Аппетитъ, сонъ и испраженія нормальны.

На 32-й день изслѣдованіе показало: матка ощущается снаружи на 3 поперечныхъ пальца выше лоннаго соединенія, отклонена нѣсколько вправо, довольно подвижна, безболѣзненна и плотна. Per vaginam: portio vaginalis очень высока, коротка, плотна, зѣвъ закрытъ, и матка находится въ состояніи anteflexio.

Оперированная все время кормила грудью своего новорожденного ребенка, имѣя всегда достаточное количество молока въ грудныхъ железахъ. Ребенокъ значительно прибылъ въ вѣсѣ къ этому дню (32-й) (5210 граммъ), былъ все время здоровъ.

Выписалась изъ заведенія съ ребенкомъ, на 43-й день также совершенно здоровою.

Сообщаемый случай представляетъ нѣкоторый интересъ касательно предсказанія къ дальнѣйшей плодовитости женщинъ послѣ консервативнаго Кесарскаго сѣченія. Д-ръ *Franz Torggler* изъ Инспрука въ своей статьѣ «Къ вопросу о предсказаніи послѣдующаго забеременѣнія послѣ консервативнаго Кесарскаго сѣченія», помѣщенной въ 1-й тетради журнала «*Wiener Klinik*», 1890 г. стр. 5 раздѣляетъ всѣхъ оперированныхъ на 2 разряда: на способныхъ къ дальнѣйшему забеременѣванію и на неспособныхъ вовсе или почти неспособныхъ къ оному. Къ причинамъ, препятствующимъ забеременѣванію онъ причисляетъ: брюшино-маточный свищъ, абсцессъ въ маточной ранѣ или прободеніе стѣнки матки и излитіе въ полость ея гнояника, находящагося между брюшными стѣнками и маткою. Къ числу этихъ неспособныхъ послѣ Кесарскаго сѣченія къ забеременѣванію женщинъ онъ причислилъ и сообщенный выше случай. Но въ нашемъ случаѣ, какъ мы видѣли, въ день выписки послѣ перваго Кесарскаго сѣченія, матка у оперированной помѣщалась въ полости малаго таза, была подвижна, легко антефлектировалась, несмотря не имѣвшіяся сращенія ея, и такимъ образомъ не представляла, какъ мнѣ кажется, значительно менѣе шансовъ къ зачатію, чѣмъ послѣ естественныхъ родовъ. Оперированная забеременѣла, несмотря на глубокой и долго незаживавшій свищъ въ брюшныхъ стѣнкахъ, который, конечно, могъ дать поводъ къ предположенію о связи или сообщеніи свища съ маткою.

# ПРОТОКОЛЫ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

(годъ шестой).

ПРОТОКОЛЬ № 16.

*Засѣданіе 28-го ноября 1891 г.*

Предсѣдательствовалъ А. Я. Крассовскій.

Присутствовали 42 члена: Байковъ, Баньковскій, Баскинъ, Вацевичъ, Биддеръ, Вастень, Вергеръ, Вердинскій, Виридарскій, Воробьевъ, Гермоніусъ, Горайскій, Давиловичъ, Добрадинъ, Добровольскій, Желтухинъ, Замшинъ, Змигродскій, Кирѣевъ, Лилѣевъ, Личкусъ, Лопатинскій, Марцынкевичъ, Масень, Мазуркевичъ, Нейштубе, Оттъ, Поповъ, Поршняковъ, Родзевичъ, Ростовскій, Салмановъ, Славянскій, Стельмаховичъ, Стравинскій, Тарновскій, Фишеръ, Чагинъ, Швердловъ, Штоль, Штольцъ, Ямпольскій и 37 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 15.

2) П. Т. Нейштубе сдѣлалъ сообщеніе о «*Nureremesis gravidarum* и лѣченіи ея кокаиномъ», основанное на разработкѣ литературныхъ данныхъ и на двухъ собственныхъ наблюденіяхъ (Сообщеніе это полностью напечатано въ № 12 «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней» за 1891 годъ).

К. Ф. Славянскій, находя сообщеніе д-ра Нейштубе касающимся весьма интересной и еще отчасти темной стороны патологіи беременности, сожалѣетъ, что сообщеніе это не вноситъ ничего новаго и не даетъ ни одного новаго факта. *Nureremesis gravidarum*, къ сожалѣнію, въ акушерствахъ трактуется еще до сихъ поръ далеко не научно: въ симптомѣ рвоты разсма-

триваютъ основу болѣзни и забываютъ излагать анатомическую подкладку даннаго симптома, напоминая то давнопрошедшее время, когда терапевты имѣли и разбирали болѣзнь, носившую названіе *tussis* — кашель. Стремленія наши въ настоящее время должны быть направлены къ болѣе точному изученію производящихъ причинъ и заболѣваній, лежащихъ въ ихъ основѣ. Приведенные д-ромъ *Нейштубе* два случая собственнаго наблюденія не дадутъ намъ никакихъ разъясненій, не говоря уже о томъ, что они произведены далеко не такъ, какъ мы привыкли уже требовать отъ клиническихъ случаевъ настоящаго времени, — достаточно указать только на отсутствіе измѣренія температуры и изслѣдованія мочи. Тѣмъ не менѣе, докладчикъ, однако, позволяетъ себѣ дѣлать изъ нихъ выводы, и притомъ желающіе доказать факты, на которые въ нихъ нѣтъ и тѣни указанія. Насколько видно изъ прочитаннаго доклада, въ немъ рѣзко выступаютъ два положенія: во-первыхъ, что рвота беременныхъ происходитъ непосредственно подъ вліяніемъ измѣненій рвотнаго центра въ продолговатомъ мозгу, и всѣ остальные измѣненія, наблюдавшіяся авторами въ периферическихъ частяхъ суть явленія побочныя, случайно осложняющія тотъ или другой случай, — и во-вторыхъ, что продолговатый мозгъ женщины устроенъ нѣсколько иначе, чѣмъ таковой-же у мужчины, потому что рвота у женщинъ встрѣчается чаще. Первое положеніе очевидно можетъ быть объяснено неполнымъ знакомствомъ автора съ литературою даннаго вопроса. Хотя въ началѣ статьи цитируются многочисленныя авторы, но, къ сожалѣнію, какъ разъ русская литература осталась неизвѣстною д-ру *Нейштубе*. Прекрасное и основательное сообщеніе проф. *Ю. Т. Чудновскаго*, [сдѣланное 20 лѣтъ тому назадъ въ Обществѣ Русскихъ Врачей (16-го марта 1871 года) и напечатанное въ его протоколахъ подъ заглавіемъ: «Рвота вообще. Рвота беременныхъ. Новое средство противъ послѣдней» *Ред.*] — разбираетъ подробно какъ функцію рвотнаго центра, такъ и устанавливаетъ три формы происхожденія рвоты — центральную, периферическую и смѣшанную. Отвергать, какъ это дѣлаетъ д-ръ *Нейштубе*, возможность рвоты периферическаго происхожденія, подъ вліяніемъ заболѣванія того или другаго органа, а особенно женскихъ половыхъ органовъ, въ настоящее время болѣе, чѣмъ непозволительно, особенно не приводя въ подтвержденіе какихъ-либо данныхъ, заимствованныхъ изъ собственныхъ наблюденій. Второе положеніе автора объ особенностяхъ продолговатаго мозга женщинъ также совершенно голословно; можно только удивляться, что такой важный біологическій фактъ устанавливается такъ смѣло на основаніи лишь того, что рвота у женщинъ встрѣчается, якобы, чаще, чѣмъ у мужчинъ. Периферическое происхожденіе рвоты у женщинъ, подъ вліяніемъ особенностей устройства ихъ полового аппарата, объясняетъ пока вполне удовлетворительно частоту происхожденія ея, безъ того чтобы говорить о какихъ-то анатомическихъ особенностяхъ продолговатаго мозга женщины.

Заканчивая свое сообщеніе, д-ръ *Нейштубе*, въ главѣ о лѣченіи рвоты, приводитъ изъ литературы различныя способы, примѣнявшіеся съ этою цѣлью, забывая тоже русскую литературу и не указывая, напримѣръ, на проф. *Н. В.*

*Склифосовскаго*, произведшаго даже кастрацію при подобныхъ обстоятельствахъ (см. нашъ журналъ. 1888. Т. II, стр. 943. Рефератъ статьи), и приходитъ къ заключенію, что всѣ различнаго рода лѣченія показываютъ только «изобрѣтательность медиковъ въ ихъ безпомощности». Самъ авторъ предлагаетъ внутреннее употребленіе кокаина, какъ вполне вѣрно и всегда дѣйствующее средство. Этихъ самымъ авторъ впадаетъ, по мнѣнію *К. Ф. Славянскаго*, снова въ ошибку, желая лѣчить только рвоту, вообще, а не устраняя ту или другую причину, вызывающую ее въ данномъ конкретномъ случаѣ. Только точное изученіе патологіи даннаго вопроса и строгая установка причины для каждаго индивидуальнаго случая рвоты дастъ намъ возможность успѣшно лѣчить ее и, конечно, не однимъ и тѣмъ-же приемомъ во всѣхъ безъ разбора случаяхъ.

*Л. Г. Личкусъ* сказалъ: Докладчикъ упустилъ изъ виду, что *Fridreich* еще въ 1878 г. высказался въ пользу того, что неукротимая рвота есть послѣдствіе функціональнаго невроза. Взглядъ этотъ тогда же сдѣлался извѣстнымъ *Cohnstein*'у, который сообразно съ этимъ поступалъ въ своей практической дѣятельности. Въ текущемъ году возникъ, какъ извѣстно, споръ между *Kaltenbach*'омъ и *Ahlfeld*'омъ, изъ коихъ каждый приписываетъ себѣ первенство теоріи о зависимости неукротимой рвоты отъ истеріи. Какъ бы то ни было, приводящіяся наблюденія такъ убѣдительно, что отказать этой теоріи въ вѣроятности нельзя, и даже замѣчанія, приводимыя докладчикомъ въ пользу его, ничѣмъ не обоснованнаго предположенія, скорѣе говорятъ въ пользу мысли *Kaltenbach-Ahlfeld*'а (большая частота неукротимой рвоты въ классахъ интеллигентныхъ и богатыхъ). Но даже и *Kaltenbach*, допускающей почти постоянную зависимость между истеріей и неукротимой рвотой, утверждаетъ, что необходимо, само собою, обособить тѣ случаи рвоты, которые зависятъ отъ страданія желудочно-кишечнаго пути.

Въ случаяхъ *Ahlfeld*'а, упоминавшагося докладчикомъ, также имѣются два—зависѣвшіе отъ болѣзней желудка и брюшины (одна вполнѣ послѣдствіи умерла отъ рака желудка, а другая отъ бугорчатки легкихъ и брюшины). Несомнѣнно такимъ образомъ, что заболѣванія желудка могутъ быть причиной неукротимой рвоты. То же самое можно сказать о болѣзняхъ почекъ и половыхъ органовъ. *Личкусъ* самъ наблюдалъ случай неукротимой рвоты отъ нефрита, окончившійся смертельно. Если, такимъ образомъ, и признавать связь между неукротимой рвотой и нервной системой, то никакимъ образомъ нельзя все-таки отвергать и другихъ этиологическихъ моментовъ, а докладчикъ сваливаетъ въ одинъ горшокъ, говоря словами *Kaltenbach*'а, разнообразныя по сущности заболѣванія, сходныя только потому, что они имѣютъ одинъ общій припадокъ—рвоту. Еще оригинальнѣе то, что онъ предлагаетъ и одно шаблонное лѣченіе кокаиномъ, правда, обосновываемое фармакологическими свойствами этого средства. Не говоря уже о томъ, что случаи, приведенные докладчикомъ, слабы въ клиническомъ отношеніи, какъ уже замѣтилъ *К. Ф. Славянский*, они были бы недоказательными и при лучшемъ веденіи дѣла, ибо, кому же неизвѣстно, что наблюдались больныя, у кото-

рых неукротимая рвота исчезала подъ влияніемъ простаго вливанія воды въ зеркало, введенное во влагалище. Къ тому же всѣ присутствующіе навѣрно могутъ привести много наблюдений, въ которыхъ кокаи́нъ не оказывалъ никакой пользы.

Возражая *К. Ф. Славянскому, П. Т. Нейштубе*, по поводу отсутствія русскихъ работъ, замѣтилъ:

Я только говорю, что у насъ въ Россіи нѣтъ *статистики* по данному вопросу. Кромѣ 12 случ., описанныхъ *Горвицемъ*, 4-хъ случаевъ, упоминаемыхъ *А. Я. Крассовскимъ*, и нѣкоторыхъ единичныхъ случаевъ, опубликованныхъ у насъ, мы ничего не имѣемъ по вопросу о неукротимой рвотѣ у беременныхъ. Я въ концѣ своего очерка прошу всѣхъ нашихъ товарищей сообщить мнѣ о всѣхъ бывшихъ у нихъ случаяхъ неукротимой рвоты у беременныхъ съ подробнымъ ихъ описаніемъ для составленія статистики по сему вопросу; къ тому же, можетъ быть, изъ большаго количества наблюдений удастся подойти къ выясненію этиологіи неукротимой рвоты у беременныхъ. Что касается замѣчанія, что я не клинически описалъ свои случаи, то вполне признаю этотъ упрекъ; но долженъ сказать въ оправданіе, что, наблюдая эти случаи, я и не имѣлъ въ виду писать о неукротимой рвотѣ у беременныхъ, и помѣстилъ я ихъ только, какъ дополненіе къ казуистикѣ таковыхъ. Наконецъ, въ отвѣтъ на замѣчаніе, что изъ отечественной литературы привожу только статью проф. *Горвица* и не упоминаю о работѣ проф. *Чудновскаго*, я долженъ сознаться, что не зналъ о таковой работѣ. На возраженія же *Л. Г. Личкуса* еще разъ повторяю, что причину страданія стараюсь искать на основаніи физиологическихъ данныхъ на пути отъ продолговатаго мозга къ кардіи; исключивъ у многихъ больныхъ влияніе, возможное въ кардіальной области, я останавливаюсь въ своемъ предположеніи на рвотномъ центрѣ въ продолговатомъ мозгу.

На замѣчаніе, зачѣмъ я вводилъ во влагалище тампоны, смазанные 2% кокаиномъ, то въ одномъ случаѣ это было необходимо, такъ какъ изслѣдованіе *per vaginam* было нѣсколько болѣзненное.

*А. Я. Крассовскій*, заключая пренія, между прочимъ замѣтилъ, что и указанная имъ въ свое время и въ своемъ мѣстѣ гиперемія шейки матки, какъ причина рвоты беременныхъ, есть также болѣе или менѣе общее явленіе для всѣхъ указанныхъ докладчикомъ страданій.

3) *А. Б. Мазуркевичъ* сообщилъ о двухъ случаяхъ кесарскаго сѣченія, произведеннаго за послѣднее время *А. Я. Крассовскимъ*, изъ которыхъ одно вторичное на одной и той-же больной (Докладъ напечатанъ № 1 «Журн. Акуш. и Жен. бол.» за 1892 г.).

Изъ возникшихъ по поводу этого доклада преній выяснилась не полная удовлетворительность способовъ приготовленія лигатурнаго матеріала при этихъ случаяхъ и нѣкоторыхъ другихъ пріемовъ антисептики, съ чѣмъ согла-

сился и операторъ, *А. Я. Крассовскій*, приглашая гг. членовъ высказаться по затронутымъ весьма важнымъ вопросамъ современной хирургіи въ одномъ изъ слѣдующихъ засѣданій.

4) *Д. О. Оттз*, за отсутствіемъ и по просьбѣ *А. А. Драницына*, демонстрировалъ человѣческое яйцо ранней стадіи развитія. Больная въ теченіе продолжительнаго времени оставалась безъ мужа и coitus'a не имѣла до пріѣзда мужа, вернувшись 24-го октября. 1-го ноября должны были придти крови, которыя всегда приходили правильно, но въ ожидаемый срокъ кровей не было. 8-го ноября, при спринцеваніи влагалища, случайно найдено представляемое Обществу яйцо, которое, слѣдовательно, нужно считать по сроку развитія моложе 14 дней, т. е. времени отъ 24-го октября до 8-го ноября. Для болѣе обстоятельнаго изслѣдованія (микроскопическаго) яйцо будетъ передано специалисту по эмбриологіи.

5) *Д. Д. Алалыкинъ* прочелъ докладъ подъ заглавіемъ: «Къ вопросу объ измѣненіяхъ морфологическаго состава крови въ различныхъ состояніяхъ родильнаго періода», составляющій предварительное сообщеніе имѣющей появиться его-же диссертации на ту-же тему и помѣщенный въ приложеніи къ настоящему протоколу.

Предсѣдатель *А. Крассовскій*.

За Секретаря *А. Гермоніусъ*.

## КЪ ВОПРОСУ ОБЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ МОРФОЛОГИЧЕСКАГО СОСТАВА ВЪ РАЗЛИЧНЫХЪ СОСТОЯНІЯХЪ РОДИЛЬНОГО ПЕРІОДА.

(Предварительное сообщеніе).

Д. Д. Алалыкина.

Просматривая литературу измѣненія общаго количества бѣлыхъ и красныхъ шариковъ крови беременных, роженицъ и родильницъ, мы видимъ, что всѣ авторы единогласно трактуютъ объ увеличенномъ содержаніи бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ у беременных, роженицъ и родильницъ; равнымъ образомъ, мы не находимъ противорѣчія и въ томъ, что въ случаѣ осложненій послѣродоваго періода какимъ-либо патологическимъ процессомъ этотъ лейкоцитозъ значительно усиливается и доходитъ до *тахитим'а* на асте патологическаго процесса. Считаая, слѣдовательно, острый лейкоцитозъ родильницъ несомнѣннымъ фактомъ, я обратилъ вниманіе главнымъ образомъ на взаимное измѣненіе отношеній морфологическихъ элементовъ крови въ возможно большемъ и разнообразномъ числѣ случаевъ нормальныхъ и патологическихъ послѣродовыхъ состояній, имѣя въ виду рядомъ гематологическихъ изслѣдованій уяснить сущность измѣненій функцій кровеотворныхъ органовъ подъ вліяніемъ родовъ и всевозможныхъ случайныхъ осложненій, такъ нерѣдко сопровождающихъ послѣродовой періодъ.

Съ этою цѣлью я изслѣдовалъ кровь 33-хъ родильницъ: 3 случая послѣродоваго эндометрита, 1 случай кратковременнаго повышенія  $t^{\circ}$  повидимому безъ всякой причины. Случай легкаго, но довольно упорнаго параметрита. Случай одновременно наступившаго эндометрита и параметрита. Случай периметрита, осложненнаго кольпитомъ. 2 чистыхъ случая кольпита, 2 случая септического перитонита, 5 случаевъ эклампсіи: одинъ съ нормально протекшимъ послѣродовымъ періодомъ,



одинъ случай съ легкимъ осложненіемъ плевритомъ (Pleuritis sicca); одинъ съ осложненіемъ эндометритомъ и кольпитомъ, одинъ parametritis и одинъ окончился смертію послѣ операціи Sectio Caesarea. 5 случаевъ сильныхъ послѣродовыхъ кровотеченій: изъ нихъ 2 случая въ теченіе родильнаго періода не подверглись никакимъ случайнымъ заболѣваніямъ, прочіе осложнились эндометритомъ. Остальные случаи относятся къ нормальному послѣродовому періоду женщинъ различнаго возраста и тѣлосложенія.

Результаты наблюденій привели къ слѣдующимъ выводамъ:

I. Въ первый день послѣ родовъ количество красныхъ шариковъ падаетъ; паденіе это наблюдается и въ послѣдующіе дни въ продолженіе всей первой недѣли.

II. Въ первые дни послѣ родовъ наблюдается значительное увеличеніе общаго количества бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, послѣ чего наступаетъ болѣе или менѣе постепенное паденіе ихъ, но такъ, что измѣненіе отношеній бѣлыхъ шариковъ къ краснымъ происходитъ въ пользу послѣднихъ.

III. Отношенія отдѣльныхъ видовъ бѣлыхъ шариковъ измѣняются такъ:

а) Въ первые дни послѣ родовъ соотвѣтственно преувеличенію общаго количества бѣлыхъ шариковъ наблюдается относительное и абсолютное увеличеніе перезрѣлыхъ формъ, параллельно съ этимъ относительное и абсолютное количество молодыхъ падаетъ съ незначительнымъ паденіемъ относительнаго количества зрѣлыхъ элементовъ, абсолютное же количество зрѣлыхъ элементовъ мало измѣняется.

б) Въ послѣдующіе дни при паденіи общаго количества бѣлыхъ шариковъ наблюдается и паденіе абсолютнаго и относительнаго количества перезрѣлыхъ элементовъ, увеличеніе абсолютнаго и относительнаго количества молодыхъ; относительное количество зрѣлыхъ нѣсколько увеличивается, абсолютное же остается безъ измѣненія.

IV. По отношенію къ характеру крови въ нормальномъ послѣродовомъ періодѣ кровь въ смыслѣ приближенія элементовъ

къ распаденію представляетъ явленія повышеннаго морфологическаго метаморфоза.

V. Въ случаѣ осложненій послѣродоваго періода заболѣваніями уменьшеніе количества красныхъ шариковъ и увеличеніе общаго количества бѣлыхъ съ увеличеніемъ относительнаго и абсолютнаго количества многоядерныхъ и уменьшеніемъ молодыхъ остается почти во все время лихорадки и находится въ прямой зависимости отъ интенсивности и продолжительности лихорадочнаго процесса.

VI. Для явнаго измѣненія взаимнаго отношенія различныхъ видовъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ необходимо болѣе или менѣе продолжительное поднятіе  $t^{\circ}$ .

VII. Паденіе общаго количества бѣлыхъ шариковъ съ соответственнымъ уменьшеніемъ многоядерныхъ и увеличеніемъ молодыхъ элементовъ въ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ наступаетъ раньше пониженія  $t^{\circ}$ .

VIII. Вліяніе слабительныхъ выражается повышеніемъ красныхъ и бѣлыхъ шариковъ въ 1 см. крови съ абсолютнымъ увеличеніемъ всѣхъ отдѣльныхъ видовъ, процентныя же отношенія остаются повидимому безъ измѣненія.

IX. Вліяніе подкожнаго впрыскиванія эрготина выражается явнымъ увеличеніемъ красныхъ и уменьшеніемъ бѣлыхъ шариковъ крови.

X. Уменьшеніе бѣлыхъ шариковъ при подкожномъ впрыскиваніи эрготина сводится всецѣло на уменьшеніе многоядерныхъ элементовъ.

XI. Экламптический припадокъ является моментомъ, вліяющимъ на сгущеніе крови съ послѣдующимъ, непродолжительнымъ, едва превышающимъ нормальный послѣродовой періодъ лейкоцитозомъ.

XII. Относительное и абсолютное количество эозинофильныхъ клѣтокъ почти во всѣхъ наблюдаемыхъ мною случаяхъ находится въ обратномъ отношеніи къ количеству нейтрофиловъ.

XIII. Какъ воспалительный, такъ и простой лейкоцитозъ

родильницъ характеризуется увеличеніемъ многоядерныхъ элементовъ, именно нейтрофиловъ.

XIV. Геморрагическія потери во время родовъ являются однимъ изъ моментовъ, вліяющихъ на измѣненіе состава крови во время родильнаго періода.

## ПРОТОКОЛЬ № XIX.

*Административное засѣданіе 28-го ноября 1891 г.*

Предсѣдательствовалъ А. Я. Крассовскій.

Присутствовали 32 члена.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № XVIII.

2) Предложены въ дѣйствительные члены:

Брандтъ, Александръ Федоровичъ.

Добровольскій, Станиславъ Ивановичъ.

Краснопольскій, Федоръ Петровичъ.

Рузи, Дмитрій Александровичъ.

Рутковскій, Александръ Васильевичъ.

Садовскій, Петръ Тимофеевичъ.

Всѣ шестеро предложены Гермоніусомъ, Славянскимъ и А. Фишеромъ.

Драницынъ, Алексѣй Алексѣевичъ. Предложенъ Крассовскимъ, Оттомъ и Славянскимъ.

Петровъ, Василій Степановичъ.

фонъ-Шуттенбахъ, Николай Густавовичъ.

Эйхфусъ, Альбертъ Ричардовичъ.

Всѣ трое предложены Личкусомъ, А. Фишеромъ и Шмидтомъ.

3) Избранъ въ дѣйствительные члены:

*Рачинскій, Николай Геронимовичъ*, докторъ медицины и акушеръ; окончилъ въ 1879 году курсъ медицинскаго факультета въ Московскомъ Университетѣ. Въ 1883 году Совѣтомъ того-же Университета утвержденъ въ

званіи акушера. Въ 1888 году Конференціей Военно-Медицинской Академіи удостоенъ степени доктора медицины. Въ теченіе 6 лѣтъ служилъ послѣдовательно земскимъ, военнымъ, санитарнымъ и городскимъ врачомъ въ предѣлахъ Пензенской, Курской, Тамбовской и Эстляндской губерній. Съ января 1891 года состоитъ ассистентомъ гинекологическаго отдѣленія клиническаго института Великой Княгини Елены Павловны.

Предсѣдатель А. Крассовскій.

За Секретаря А. Гермоніусъ.

---

# РЕФЕРАТЫ.

---

1. **Guhman. A case of double uterus and vagina.** (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1891 г. June 27). **Случай двойной матки и двойного влагалища.**

Этотъ случай двойной матки и двойного влагалища замѣчателенъ только тѣмъ, что аномалія эта авторомъ обнаружена лишь при вторыхъ родахъ пациентки, хотя онъ же самъ подавалъ акушерскую помощь и при первыхъ родахъ ея (вмѣстѣ съ другимъ акушеромъ). Мало того: авторъ сознается, что по поводу легкой флексіи шейки матки онъ уже и равьше производилъ изслѣдованіе этой пациентки какъ ручное, такъ и зеркаломъ, и все же не замѣтилъ ничего ненормальнаго. На основаніи этого авторъ полагаетъ, что подобныя аномаліи встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ мы думаемъ, потому что мы не всегда обнаруживаемъ ихъ.

Ф. Кюнъ.

2. **Westerschulte. Cas remarquable d'accouchement.—Formation rudimentaire d'un deuxieme foetus.—Inclusion d'un deuxieme foetus.—Foetus in foetu.** (Nouv. Arch. d'Obst. 1891 г. № 8). **Замѣчательный случай разрѣшенія foetu in foetu.**

Въ 1859 г. (? не опечатка ли?) автору пришлось принимать младенца, нормально сложеннаго за исключеніемъ слѣдующей рѣдкой аномаліи: младенецъ родился какъ-бы сидящимъ верхомъ на шарѣ. Anus отсутствуетъ; мѣшокъ, образуемый продолженіемъ кожи плода, занимаетъ ягодицы и заднія поверхности бедеръ до scrotum и спускается внизъ до середины голеней. Кожа, образующая оболочку этого мѣшка, нормальной толщины и синеваато-краснаго цвѣта, зависящаго отъ кровянисто-сывороточнаго содержимаго мѣшка и отъ обильно развитыхъ венъ. По разрѣзѣ оболочки и истеченіи сыворотки, рука натывается на плотную синеватую массу, богатую сосудами, которая по строенію своему не можетъ быть принята за что либо иное, какъ за плаценту (плацента младенца уже вышла). Масса эта была плотно прикрѣплена къ младенцу по всей ягодичной области его. Anus младенца открывался въ этотъ мѣ-

шокъ и въ отверстіе его могъ быть введенъ палець. Въ лѣвой сторонѣ мѣшка, соотвѣтственно лѣвому os pubis, прощупывается твердое тѣло, которое по энуклеаціи его оказалось хрящемъ въ  $1\frac{1}{2}$  дюйма длины. Плацентарная масса не была въ связи съ нижнею внутреннею поверхностью мѣшка, но плавала въ сывороточной жидкости, которая выполняла нижнюю часть мѣшка. Словомъ, находившаяся въ мѣшкѣ масса, безъ сомнѣнія, представляетъ зачатокъ второго младенца, сросшагося съ первымъ. Самый мѣшокъ есть только придатокъ, образованный, какъ уже сказано, продолженіемъ нормальной кожи перваго младенца.

Авторъ настаиваетъ на томъ, что данный случай есть настоящій foetus in foetu, а не простое кистовидное образованіе подобно описаннымъ уже ранѣе случаямъ кистовидныхъ врожденныхъ опухолей, кисто-фибромъ и т. п.

Младенецъ умеръ тотчасъ послѣ рожденія.

Ф. Кюнъ.

### 3. Bossi. L'Hydrastis Canadensis en obstétrique. (Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc. 1891 г. № 8). Hydrastis Canadensis въ акушерствѣ.

Желаніе найти средство, которое бы имѣло кровоостанавливающее дѣйствіе и не имѣло бы притомъ экболическаго дѣйствія, побудило автора испробовать Hydrastis Canadensis на 64 женщинахъ—беременныхъ и родильницахъ.

Средство это давалось постоянно въ видѣ extractum fluidum отъ 100—200 капель въ день въ нѣсколько пріемовъ.

1) *Во время беременности* hydrastis давался 19 женщинамъ, причемъ показаніями служили: крестцово-поясничныя боли и угрожающія метроррагіи; кровотеченія отъ различныхъ причинъ; placenta praevia, опасенія передъ перерывомъ беременности.

2) *Во время родовъ* и въ особенности въ періодѣ раскрытія hydrastis получали 50 родильницъ при слѣдующихъ показаніяхъ: placenta praevia; hydramnios; inertia uterina, кровотеченія вслѣдствіе атоніи матки, слишкомъ длительные роды и во всѣхъ случаяхъ родовъ, гдѣ можно было опасаться послѣродовыхъ метроррагіи или кровотеченій во время разрѣшенія. Слѣд. въ этомъ рядѣ случаевъ hydrastis являлся не только средствомъ цѣлебнымъ, но и профилактическимъ.

3) *Въ послѣродовомъ періодѣ* Hydrastis примѣнялся въ 23 случаяхъ очень обильныхъ кровотеченій изъ половыхъ органовъ.

Выводы изъ своихъ опытовъ авторъ резюмируетъ въ слѣдующихъ словахъ:

1) Hydrastis Canadensis (extractum fluidum), данный въ любой періодъ беременности въ дозѣ 100—200 капель въ день и втеченіи нѣсколькихъ дней подъ рядъ, не имѣетъ никакого опаснаго дѣйствія ни на мать, ни на плодъ.

То же самое относится и къ періоду родовъ.

2) Hydrastis Canadensis, примѣняемый во время беременности, въ періодъ родовъ, разрѣшенія и послѣ него имѣетъ постоянное гемостатическое,

*лѣчебное и профилактическое дѣйствіе на матку, безъ всякаго экболическаго дѣйствія на мышцу матки и не вліяя на сокращенія ея.*

Hydrastis Canadensis представляетъ драгоцѣнное въ акушерствѣ терапевтическое средство, безспорно превосходящее *sesale cognitum*, такъ какъ не имѣетъ неудобныхъ сторонъ этого послѣдняго и можетъ быть свободно примѣняемъ и какъ *лѣчебное* и какъ *предупреждающее* метроррагіи средство во всѣхъ періодахъ беременности, родовъ и пuerперія. Въ рукахъ акушеровъ оно является средствомъ, гораздо болѣе безопаснымъ и раціональнымъ, чѣмъ спорынья.

Далѣе авторъ на основаніи своихъ опытовъ совѣтуетъ употреблять *extractum fluidum Hydrastis Canadensis*: 1) При кровотеченіяхъ во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ отъ 100—150 капель pro die въ три приема съ промежутками въ нѣсколько часовъ.

2) Какъ немедленное лѣчебное средство (*curatif immédiat*) при кровотеченіяхъ во время родовъ отъ 100—200 капель pro die въ 3—4 приема, и въ началѣ родовыхъ болей при *placenta praevia*, въ періодъ раскрытія и т. п.

3) Какъ профилактическое средство противъ частныхъ послѣродовыхъ метроррагіи, при разрѣшеніи въ случаяхъ *hydramnios*, при *inertia uterina*, чрезмѣрномъ развитіи плода; при сильной анеміи пациентки и въ случаяхъ, гдѣ, на основаніи предшествовавшихъ родовъ, можно предполагать предрасположеніе къ метроррагіямъ.

Ф. Кюнь.

#### 4. В. М. Бурлаковъ. Наблюденія и факты изъ земско-медицинской практики. 1. Къ вопросу о леченіи родовъ при узкомъ тазѣ (3 случая). (Врачъ. 1891 г. № 48).

I. Затянувшіеся 1-е роды головнымъ концомъ. Пузырь мочевой очень растянутъ мочей, которую не удалось выпустить, такъ какъ сдавленная уретра не пропускала катетра. Истинная конъюгата  $8\frac{1}{2}$  с. (какимъ способомъ опредѣлялась истинная конъюгата ни въ этомъ, ни въ послѣдующихъ случаяхъ авторъ не упоминаетъ, *ref.*). Плодъ мертвый. Очень энергичными тракціями извлеченъ мертвый мацерированный мальчикъ съ рѣзко выраженными слѣдами щипцовъ на головкѣ. «Послѣродовое теченіе съ незначительною лихорадкою и болями внизу живота, но родильница оправилась черезъ 3 недѣли».

II. V-рага. Рѣзкія сифилитическія измѣненія на кожѣ и скелетѣ. Легко достижимый мысъ выдается въ видѣ громаднаго бугра съ неровною поверхностью, гребень подвздошной кости сильно развитъ и усѣянъ костными бугорками. Форма таза въ видѣ червоннаго туза. Истинная конъюгата 6,5—7 см. Предлежитъ головка, внѣ схватокъ баллаксирующая.

Въ виду затянувшихся родовъ плодъ признанъ умершимъ. Щипцы наложить не удалось. Прободеніе головки. Щипцы снова не удалось наложить. Перерывъ на нѣсколько часовъ въ виду сильнаго истощенія роженицы. Черезъ нѣсколько часовъ головка опустилась; крючкомъ *Braun's* проколота грудная клѣтка близъ позвоночника, а рукой захвачена шейка у подбородка

и сильнымъ влеченіемъ плодъ былъ вынутъ. Послѣродовое теченіе безъ лихорадки.

Ш. I-para. Слѣды рахита, анкилозъ праваго тазобедреннаго сочлененія, тазъ уплощенъ съ правой стороны, сѣдалищные бугры очень сближены, мысъ достижимъ. Истинная коньюгата 9 см. Матка высоко. Головка фиксирована. Плодъ мертвый. Подъ руками только щипцы и докторскій наборъ. Щипцы ввести не удалось. При помощи инцизионныхъ ножницъ и оросителя плодъ извлеченъ по частямъ. Послѣродовой періодъ почти безъ лихорадки.

**А. Рутковскій.**

5. O. Flöel. Geburt, complicirt mit Cervixcarcinom, Placenta praevia und Wehenschwäche. (Centr.-bl. f. Gyn., 1891 г. № 32). Роды, осложненные карциномой шейки, предлежаніемъ дѣтскаго мѣста и слабостью потугъ.

Женщина 32 л., замужемъ 4 г., 3 года назадъ—нормальные роды. Беременная 9 мѣсяцевъ, черепное положеніе, предлежаніе плаценты. Шейка разрыхлена, гипертрофирована,—особенно въ нижней части, зѣвъ пропускаетъ палець. Недолго длящееся, но сильное кровотеченіе.—Черезъ 18 дней безъ всякихъ внѣшнихъ поводовъ и замѣтныхъ схватокъ отошли воды. Сильное кровотеченіе, скоро прекратившееся. Зѣвъ пропускаетъ 2 пальца. Placenta praevia lateralis. Ребенокъ живъ. Черезъ 5 дней у больной появилось угнетенное состояніе,  $t^{\circ}$  38,6 $^{\circ}$ , плодъ мертвъ, схватокъ нѣтъ. Сдѣлана перфорация съ примѣненіемъ ложкообразныхъ зеркалъ. при чемъ распознана карцинома шейки. Черезъ 2 мѣсяца сдѣлана надвлагалищная ампутація шейки матки.—Авторъ думаетъ, что слабость схватокъ зависѣла отъ карциномы шейки, а placenta praevia обуславливалась катарромъ полости матки, зависшимъ отъ той же причины.

**А. Соловьевъ.**

6. А. А. Новицкій. Современное состояніе вопроса о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи. (Врачъ, № 47 1891 г.).

Болѣе подробное изслѣдованіе этого вопроса войдетъ въ диссертацию автора, а теперь онъ, на основаніи приводимаго имъ литературнаго матеріала, а равно и на основаніи собственныхъ занятій въ клиникѣ проф. А. И. Лебедева ставитъ слѣдующія шесть положеній:

1) Единственно научное показаніе <sup>1)</sup> для операціи—здоровье роженицы: кесарское сѣченіе должно производиться на женщинахъ крѣпкихъ, здоровыхъ, неистощенныхъ продолжительнымъ теченіемъ родового акта; роженица не должна быть заражена; сердцебіенія плода должны ясно слышаться.

2) При этихъ благоприятныхъ условіяхъ операція можетъ быть произведена только при благоприятной обстановкѣ, при соблюденіи всѣхъ современныхъ противугниlostныхъ требованій; стало быть, въ клиникахъ и благоустроенныхъ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ. Попытки оперировать въ

<sup>1)</sup> Очевидно, оговорка: условіе,—хотѣлъ сказать авторъ. *Ref.*



земствахъ, въ обстановкѣ частныхъ жилищъ заслуживаютъ строгаго परिцанія.

3) Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ хотя плодъ и живъ, но состояніе матери указываетъ на большое истощеніе, на происшедшее уже зараженіе (высокая температура, частый и слабый пульсъ—*endometritis sub partu*), или въ которыхъ, если мать и здорова, но ее нельзя поставить въ благопріятныя внѣшнія условія для производства операціи, прободеніе останется не только дозволенной, но и единственной операціей, могущей спасти мать.

4) Исходя изъ того положенія, что слишкомъ длительное теченіе родовъ отзывается крайне неблагопріятно на жизни ребенка и здоровьѣ матери, я настоятельно совѣтую предложенные проф. *Лебедевымъ* «пробные щипцы». Если головка малымъ даже сегментомъ установилась во входѣ таза, то мы накладываемъ на нее щипцы *Breus'a* и нѣсколькими сильными влеченіями убѣждаемся, подвигается ли она внизъ, или нѣтъ. Основаніями для подобнаго пособія являются слѣдующія соображенія: при нынѣшней обстановкѣ акушерскихъ клиникъ, при соблюденіи всѣхъ противугниlostныхъ требованій наложеніе щипцовъ вполне безопасно для матери. Для ребенка же они составляютъ именно пробный инструментъ, наложеніе котораго показываетъ, способна ли извѣстная головка пройти черезъ тазъ,—гораздо раньше, чѣмъ это выясняется изъ самаго теченія родовъ. Въ 2 случаяхъ подобнымъ наложеніемъ щипцовъ намъ удалось извлечь живыхъ дѣтей, а между тѣмъ женщины уже готовили на кесарское сѣченіе. Если щипцы окажутся бесполезными, т. е. если головка нисколько не подвигается, то щипцы тотчасъ снимаются и производится кесарское сѣченіе. Поступая такимъ образомъ, мы снимаемъ съ себя тяжелый упрекъ въ томъ, что произвели кесарское сѣченіе у женщины, которая, быть можетъ, родила бы и сама.

5) Что касается до техники кесарскаго сѣченія, то я полагаю, что въ настоящее время еще рано думать объ упрощеніи ея; главное условіе успѣха этой операціи—плотный и хорошій шовъ; на него-то и слѣдуетъ обратить главное вниманіе, не смущаясь его сложностью и трудностью. Предлагать же какой-либо одинъ способъ шва я считаю излишнимъ: для каждого оператора останется лучшимъ тотъ, къ которому онъ привыкъ.

6) Что касается до роли упругаго жгута при операціи, то я считаю крайне вреднымъ его наложеніе до разрѣза матки; этимъ непременно обусловливаются асфиксія и часто смерть ребенка. Если же разрѣзъ уже сдѣланъ и ребенокъ вынутъ сквозь него, то мы считаемъ наложеніе жгута очень удобной подробностью операціи, такъ какъ, благодаря ему, можно гораздо легче справиться съ кровотеченіемъ. Во всякомъ случаѣ жгутъ—только удобство, но отнюдь не необходимость, доказательствомъ чему служатъ тѣ успѣхи, которые получаютъ многіе акушеры, оперирующіе безъ жгута. Если жгутъ наложенъ на нижній отдѣлъ матки, то не слѣдуетъ очень сильно его затягивать; по моему мнѣнію, сильныя послѣдовательныя кровотеченія, наблюдавшіяся многими, зависѣли во многихъ случаяхъ отъ слишкомъ сильнаго стягиванія жгута».

**А. Рутковскій.**

7. G. Henricius. Ein Fall von Tetanus puerperalis. (Centr.-Bl. f. Gyn., 1891 г., № 33). Случай послѣродоваго столбняка.

Здоровая 25-лѣтняя женщина 17-ти лѣтъ перенесла скарлатину, годъ назадъ—инфлюэнцу, въ іюль 1890 г.—имѣла выкидышъ на 2-мъ мѣсяцѣ беременности. Послѣдніе регулы—въ октябрѣ 1890 г., 1 января 1891 г., кровотеченіе и боли. Больную изслѣдовали врачъ и акушерка. За 10 дней передъ этимъ врачъ лѣчилъ, а акушерка ухаживала за новорожденнымъ ребенкомъ, погибшимъ отъ столбняка. На 8-й донь послѣ перваго изслѣдованія врачомъ и акушеркой, у больной развился столбнякъ, и она была доставлена въ клинику. Вопросъ о томъ, окончился ли выкидышъ, былъ открытъ, почему больной вводили въ клиникѣ бужи, сдѣлали выскабливаніе полости (оказалось, что яйцо уже вышло), и лѣчили столбнякъ наркотическими. Черезъ 2 дня по поступленіи въ клинику больная умерла. На вскрытіи найдено: Oedema et Hyperaemia pulmonum. Hyperaemia cerebri et medullae oblongatae. Polyurp uteri.

Хотя случай не изслѣдованъ бактериоскопически, авторъ считаетъ его несомнѣннымъ послѣродовымъ столбнякомъ, предполагая, что больную заразила изслѣдовавшая ее акушерка, ухаживавшая, какъ уже упомянуто раньше, за умершимъ отъ столбняка ребенкомъ. (Врачъ, изслѣдовавшій больную, тоже былъ у ребенка, но не касался его, а только осматривалъ имѣвшуюся на мѣстѣ пупка язву).

А. Соловьевъ.

8. W. and Ch. Hamilton. Two cases of extra-uterine pregnancy. (N. I. Med. Journ. 1891 г. Aug. 22). Два случая внѣматочной беременности.

1) Mrs. F. 44 лѣтъ, 25 лѣтъ замужемъ; два выкидыша и 6 нормальныхъ родовъ, послѣдніе роды въ августѣ 1884 г. Аменоррея съ января 1890 г. по августъ включительно. Въ іюль въ теченіе двухъ недѣль водянистое истеченіе изъ половыхъ путей. За послѣдніе мѣсяцы груди набухли, въ августѣ же опять опали. Сильныя по временамъ боли въ животѣ прекратились вмѣстѣ съ прекращеніемъ движеній плода. Въ сентябрѣ легкая лихорадка. При изслѣдованіи констатируется въ животѣ несимметричная полуплотная опухоль. Шейка слегка увеличена, os cervicis умѣренно раскрытъ, растянутый cul-de sac, повидимому, содержитъ жидкость. 11-го ноября 1890 г. чревосѣченіе. Въ брюшную рану вставилась опухоль, изъ которой, по вскрытіи ея, извлеченъ мацерированный плодъ вѣсомъ въ 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> фунтовъ съ hydro-cerphalus и spina bifida. Пациентка выздоровѣвшею покинула госпиталь 7-го декабря 1890 г.

Случай этотъ авторъ относитъ къ типу graviditatis tubariae intraligamentosae.

2) Mrs. J. 30 лѣтъ; замужемъ 10 лѣтъ; 4 беременности; послѣдніе и единственно срочные роды въ 1885 г. Въ теченіе 7 лѣтъ страдала лейкорреею. За послѣднія недѣли груди набухли. Тошнота и рвота. 20 декабря 1890 г. изверженіе пленокъ, а на слѣдующій день сильное кровотеченіе. 5-го фев-

раля повторилось истечение из полового канала розоватой водянистой влаги. Блѣдна, истощена, холодныя конечности, пульсъ 136 нитевидный; губы блѣдны, уши и лицо, выражающее страхъ, холодны. Жалуется на сильныя боли въ лѣвомъ бедрѣ и въ лѣвой груди.

Діагнозъ: разрывъ беременной трубы.

Чревосѣченіе было произведено, по словамъ автора, при такомъ безнадёжномъ состояніи больной, что она скорѣе напоминало аутопсію, чѣмъ операцію на живой. Тѣмъ не менѣе пациентка оправилась послѣ операціи и выписалась 13-го марта.

Въ обоихъ этихъ случаяхъ діагнозъ подтвержденъ операціею.

Ф. Кюнь.

9. Franz Jordan. Ist es möglich, eine mit Ruptur verbundene Graviditas extrauterina zu localisiren? (Allgem. Med. Cntr.—Ztg, 1891 г. № 91).—  
Возможно-ли опредѣлить мѣсто разрыва при внѣматочной беременности?

Въ госпиталь св. Рока доставлена въ безсознательномъ состояніи 24-лѣтняя работница на фабрикѣ, блѣдная, съ осунувшимся лицомъ. Тоны сердца чисты, нижняя граница легкихъ на 1 ребро отодвинута кверху. Животъ напряженъ, увеличенъ въ объемѣ. Напряженность тканей особенно рѣзко выражена въ правой подвздошной впадинѣ. При самомъ легкомъ ощупываніи живота, беспокойство больной возрастаетъ, и она притягиваетъ къ туловищу лѣвую ногу; правая нога—неподвижна. При перкуссіи живота,—тонъ тимпаническій, за исключеніемъ правой подвздошной впадины, гдѣ онъ значительно притупленъ.

При гинекологическомъ изслѣдованіи найдено: Port. vagin. сильно оттъснена вълѣво, увеличена, мягка, неподвижна; orif. ext. пропускаетъ конецъ пальца; orif. internum закрыто. Правый сводъ выполненъ, эластической консистенціи, изслѣдованіе его—болѣзненно. Бимануальное изслѣдованіе не произведено вслѣдствіе чрезмѣрнаго напряженія брюшныхъ покрововъ и сильной болѣзненности. Т° больной 37,6°—38,2°, П. 100—120. Непроизвольный стулъ. Смерть на 2-й день.

Родные больной сообщили, что она заболѣла внезапно: появились сильныя боли въ животѣ, больная упала и потеряла сознаніе.—Регуль больная не имѣла два послѣдніе мѣсяца.—Діагнозъ: лопнувшій плодный мѣшокъ при правосторонней внѣматочной беременности.

При вскрытіи найдено около 1000 grm. кровавыхъ свертковъ главнымъ образомъ въ правой половинѣ полости таза. Матка величиной съ гусиное яйцо, portio vaginalis разрыхлена, orif. ext. проходимо для пальца, полость матки выстлана отпадающей оболочкой. Толщина маточной стѣнки 1½ cm. Лѣвая труба мѣшкообразно расширена до величины голубиного яйца, стѣнки ея истончены. Мѣшокъ лопнулъ на мѣстѣ наибольшей выпуклости. Разрывъ—въ 3 cm. длиной. Въ мѣшкѣ содержатся свертки крови и плацента. Въ лѣвомъ яичникѣ—corpus luteum verum величиной съ лѣсной орѣхъ.

Плодь не найденъ.—Врюшная полость преставаляет картину серозно-фибринознаго перитонита.

Интересъ своего случая авторъ видитъ въ томъ, что, при разрывѣ *левой* трубы, кровь скопилась въ *правой* сторонѣ полости таза и дала поводъ, при клиническомъ изслѣдованіи, предполагать разрывы плоднаго мѣшка при правосторонней внѣматочной беременности. Правуоченіе: При чревосѣченіи по поводу лопнувшаго мѣшка при внѣматочной беременности—разрывъ слѣдуетъ искать въ маточныхъ придаткахъ обѣихъ сторонъ.

А. Соловьевъ.

10. Montgomery. Treatment of ectopic gestation. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 4, 1891). Къ вопросу о лѣченіи внѣматочной беременности.

Хирургическое ли вмѣшательство или палліативныя мѣры при лѣченіи внѣматочной беременности? Таковъ вопросъ, который задаетъ себѣ авторъ и на который онъ отвѣчаетъ въ пользу оперативнаго вмѣшательства.

Подъ палліативными мѣрами онъ понимаетъ: впрыскиваніе въ плодный мѣшокъ ядовитыхъ веществъ, напр. морфія, хлористаго цинка и т. п. и электричество.

Не касаясь совершенно перваго способа, какъ весьма невѣрнаго и часто влекущаго за собою нагноеніе и воспаленіе окружающихъ тканей, онъ останавливается на электричествѣ, которое имѣетъ еще не мало авторитетныхъ защитниковъ.

Область примѣненія электричества весьма ограничена уже въ силу того, что обыкновенно начальные періоды эктопической беременности остаются нераспознанными; вниманіе больныхъ и врачей привлекается на ненормальность данной беременности лишь при наступленіи угрожающихъ жизни явленій: частичнаго или полнаго разрыва плоднаго мѣшка и внутренняго кровотеченія. А въ этихъ послѣднихъ случаяхъ нѣтъ мѣста электричеству: здѣсь дорога каждая минута и врачъ обязанъ приступить къ радикальному оперативному лѣченію, если только общее состояніе беременной мало-мальски допускаетъ операцію. Кромѣ того электричество не всегда представляетъ вѣрнаго агента для убіенія плода. И даже, если бы удалось умертвить имъ плодь, въ организмѣ матери все же остается посторонняя масса, которая рано или поздно можетъ потребовать серьезнаго хирургическаго вмѣшательства.

Если діагнозъ внѣматочной беременности поставленъ до наступленія разрыва, то лѣченіе находится въ зависимости отъ періода беременности. До пятаго мѣсяца, въ виду угрожающихъ матери опасностей и малой вѣроятности рожденія живого младенца, лапаротомія и удаленіе плоднаго мѣшка съ его содержимымъ должны быть произведены возможно ранѣе.

Послѣ 5-го мѣсяца, когда есть надежда на извлеченіе живого младенца, операція можетъ быть отсрочена приблизительно до нормальнаго срока беременности. При этой операціи наибольшая забота должна быть посвящена предупрежденію могущаго быть кровоизліянія. Тамъ, гдѣ положеніе плаценты

это допускаетъ, она должна быть до удаленія окружена лигатурами. При широкому же основаніи плаценты и при опасеніи предъ грозными кровотечениями, лучше оставить ее на время и отдѣлить послѣдовательно.

Если плодъ мертвъ, то лучше отложить операцію удаленія его на  $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсяца, когда вслѣдствіе наступившей обособленности циркуляціи въ плацентѣ, опасность кровотечения будетъ меньше. Если же плодъ умеръ давно, то, при хорошемъ общемъ состояніи матери, лучше не медлить съ операціею, которую впослѣдствіи могутъ затруднить воспалительныя и другія измѣненія въ плодномъ мѣшкѣ и въ его содержимомъ.

Ф. Кюнь.

11. S. Duplay. Техника главнѣйшихъ способовъ діагностики и лѣченія, употребляемыхъ въ гинекологіи. Переводъ съ французскаго съ предисловіемъ и добавленіями С. Н. Милевскаго. Съ 30 рисунками. (Кіевъ, 1891 г.; 115 стр.; цѣна 80 коп.).

Эта небольшая книжка, опрятно изданная, содержитъ въ первой главѣ (90 стр.) описаніе различныхъ методовъ гинекологическаго изслѣдованія, а во второй (25 стр.)—изложеніе наиболѣе употребительныхъ пріемовъ мѣстнаго лѣченія болѣзней женскихъ половыхъ органовъ. Такое содержаніе, при краткости и наглядности изложенія, поясняемаго рисунками, дѣлаетъ эту книжку полезнымъ практическимъ руководствомъ для начинающаго гинеколога, если только не предъявлять къ ней требованій, которымъ она по своему существу и не призвана удовлетворять: оперативная гинекологія ею, конечно, не затрогивается. Но съ другой стороны, нельзя не пожалѣть, что д-ръ *Милевскій*, сдѣлавшій къ французскому подлиннику нѣсколько необходимыхъ добавленій, оставилъ не пополненными нѣкоторые довольно существенные пробѣлы; мы, напр., тщетно искали главы о примѣненіи пессаріевъ; въ отдѣлѣ о влагалищныхъ душахъ ничего не говорится о такъ называемомъ *Heitzmann*'овскомъ сухомъ душѣ; не упоминаютъ о лѣченіи эндометритовъ мѣстными лѣкарственными «ваннами», примѣняемыми съ помощью зеркала *Bandl*'я; вообще, отдѣлъ внутриматочной терапіи изложенъ не полно: ничего не сказано, хотя-бы вкратцѣ, о новѣйшихъ пріобрѣтеніяхъ гинекологической терапіи—массажѣ и электричествѣ. Было-бы желательно во второмъ изданіи этого руководства, если таковое состоится, найти указанные пробѣлы пополненными, что, конечно, только увеличитъ значеніе этой полезной книжки.

А. Фишеръ.

12. Baldy. Minor uterine surgery. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 18, 1891). Малыя гинекологическія операціи.

Столь широко примѣнявшіяся въ недалекомъ прошломъ малыя гинекологическія операціи въ наше время, время большихъ операцій, все болѣе и болѣе теряютъ свое значеніе. Авторъ объясняетъ это главнымъ образомъ тѣмъ, что діагностическія средства наши за послѣднее время значительно возросли и усовершенствовались. Мы знаемъ то, что не было извѣстно нашимъ предшественникамъ, а именно, что далеко не всѣ такъ называемыя маточныя бо-

лѣзни имѣютъ исходнымъ пунктомъ самое матку или что болѣзнь матки является лишь вторичною. Благодаря успѣхамъ діагностики мы избавлены отъ многихъ не только лишнихъ, но часто и опасныхъ для пациентокъ манипуляцій въ маткѣ, которыя прежде считались неизбѣжными.

«Не отрицая нѣкоторыхъ достоинствъ малыхъ гинекологическихъ операций, говоритъ авторъ, должно помнить, что область примѣненія ихъ ограничена и все болѣе и болѣе суживается по мѣрѣ роста нашихъ діагностическихъ средствъ».

*Маточный зондъ.* «Лучше было бы для человѣчества, говоритъ авторъ, если бы этотъ инструментъ вовсе не былъ изобрѣтенъ».

Относительно примѣненія его какъ электрода еще нельзя сказать ничего положительнаго. Для измѣренія длины матки и для опредѣленія положенія дна матки зондъ совершенно излишенъ, потому что ловкій гинекологъ можетъ обойтись однимъ ручнымъ изслѣдованіемъ. Для исправленія смѣщеній матки инструментъ и опасенъ и причиняетъ сильныя боли: и здѣсь можно обойтись двуручными манипуляціями, если матка подвижна, если же она фиксирована сращениями, то ничего не сдѣлаешь и маточнымъ зондомъ. Въ неопытныхъ рукахъ зондъ можетъ подать поводъ къ значительнымъ пораненіямъ и къ септическому зараженію.

*Dilatatio.* Операция эта можетъ быть на столько же благотѣльна, на сколько и пагубна, въ зависимости отъ того, производится ли она въ подходящихъ случаяхъ и умѣлыми руками или наоборотъ. На своихъ собственныхъ больныхъ авторъ видѣлъ отъ этой операціи только благотворные результаты. Но къ нему обращались больныя, которымъ производили расширение другіе врачи, и тутъ автору пришлось убѣдиться въ грустныхъ послѣдствіяхъ (воспаленія тазовыхъ органовъ) діагностическихъ ошибокъ.

*Внутриматочное примѣненіе лекарственныхъ веществъ* чрезвычайно ограничено и большею частью оно является дополнительнымъ, добавочнымъ къ другимъ способамъ лѣченія. Отъ этого способа лѣченія нельзя ожидать большаго, чѣмъ отъ приложенія лекарственныхъ веществъ на слизистую оболочку рта и глотки. При хроническомъ эндометритѣ отъ этого способа можно ожидать нѣкоторой пользы, особенно послѣ предварительнаго выскабливанія.

*Выскабливаніе.* Острая ложечка (тупой ложечки авторъ не признаетъ) въ надлежащихъ случаяхъ представляется неоцѣнимымъ и ничѣмъ не замѣнимымъ инструментомъ. Сюда относятся: послѣродовой эндометритъ и заболѣванія фунгознаго характера. Для удаленія же задержанныхъ послѣ родовъ оболочекъ авторъ предпочитаетъ палецъ.

*Операции на шейкѣ матки.* Эксцизиі шейки матки при дисменорреѣ и безплодіи по заслугамъ вышли изъ употребленія. Все, что можетъ быть достигнуто ими, достигается такъ же хорошо помощью расширенія шейки. Операция *Emmet's* заслуживаетъ той же участи. Простой неосложненный разрывъ (tear) шейки матки причиняетъ не болѣе безпокойствъ, чѣмъ проколъ уха для сережки. Если губы шейки утолщены, выворочены и покрыты эрро-

зіями, то здѣсь требуется лѣченіе; но часто тутъ достаточно простыхъ скарификацій съ послѣдующимъ приложеніемъ іодо-глицериновыхъ тампоновъ. При субъинволюціи же матки, больномъ эндометріи и т. п., случай переходить уже въ категорію оперативныхъ.

Ф. Кюнъ.

13. **Gustav Klein. Gasbildende Bacillen bei Colpohyperplasia cystica. (Colpitis emphysematosa).** (Centr.-blatt f. Gynäk., № 31). **Бациллы, образующія газъ при colpohyperplasia cystica.**

Въ 1888 году *Eisenlohr* выдѣлилъ въ чистомъ видѣ короткія палочки при Colpohyperplasia cystica и при одномъ подобномъ заболѣваніи пузыря и кишки, причѣмъ эти бациллы образовывали газъ въ агарѣ, желатинѣ и бульонѣ. Хотя подкожная прививка кроликамъ и морскимъ свинкамъ оказалась безрезультатны, *Eisenlohr* считаетъ выдѣленныхъ имъ бациллъ за весьма вѣроятныхъ возбудителей эмфизематознаго кольпита.

Докторъ *Klein* повторилъ изслѣдованія *Eisenlohr*'а въ одномъ случаѣ colpitis emphysematosae у 23-хъ лѣтней беременной. Послѣвы были сдѣланы на агарѣ и желатинѣ въ 2 приема—въ концѣ беременности и черезъ 9 дней послѣ родовъ больной, при чемъ содержимое, при обычныхъ бактериологическихъ предосторожностяхъ, добывалось изъ кистъ какъ in situ, такъ и послѣ предварительнаго вырѣзыванія кистъ. Произведено также микроскопическое изслѣдованіе кисты и окружающихъ ихъ тканей. Выводы автора слѣдующіе:

Изъ кистъ влагалища выдѣляются въ чистомъ видѣ мелкія, почти овальныя, короткія палочки, развивающія въ агарѣ газъ. Въ желатинѣ эти палочки газъ не развиваютъ (по *Eisenlohr*'у—развиваютъ и въ желатинѣ, и въ бульонѣ). Доступъ воздуха не вліяетъ на способность бациллъ вырабатывать газъ. Черезъ нѣсколько генерацій какъ на агарѣ, такъ и на желатинѣ бациллы умираютъ. Ergo—бациллы эти типичные паразиты, факультативные аэробы, желатину не разжижаютъ.—Палочки одинаковой формы и величины встрѣчаются какъ въ содержащихъ газъ кистахъ, такъ и въ расширенныхъ лимфатическихъ сосудахъ подъ эпителиальной соединительной тканью влагалища. Самыя кисты представляютъ собой, всего вѣроятнѣе, расширенныя лимфатическіе сосуды (непосредственный переходъ въ кисты расширенныхъ лимфатическихъ сосудовъ, слѣды эндотелія на стѣнкахъ кистъ), и не имѣютъ генетической связи съ поверхностнымъ эпителиемъ. Названіе colpitis emphysematosa болѣе подходящее для разбираемой формы, нежели Colpohyperplasia cystica.

А. Соловьевъ.

14. **Swięcicki: O operacyjach celem usunięcia tytozgień macicy.** (Kronika lekarska № 9, 1891 roku). **Объ оперативномъ лѣченіи перегибовъ матки назадъ.**

Авторъ различаетъ способы посредственные и непосредственные: къ первымъ относятся: 1) зашиваніе разрывовъ промежности, операціи при опущеніи и выпаденіи влагалища и матки; 2) зашиваніе глубокихъ разрывовъ шейки; 3) клиновидная эксцизія и ампутація шейки; 4) Удаленіе путемъ

чревосѣченія опухолей, смѣщающихъ матку кзади; 5) Кастратія.—Непосредственныхъ методовъ существуетъ большое количество. *Richelot* предложилъ окровавлять заднюю поверхность влагалищной части и заднюю стѣнку влагалища съ послѣдующимъ соединеніемъ соответствующими швами; *Courty* вмѣсто швовъ предложилъ пользоваться прижиганіемъ; дальнѣйшій шагъ въ развитіи той-же идеи сдѣлалъ *Nicolétis*'омъ: ампутируется шейка и культи такимъ образомъ прикрѣпляется къ задней стѣнкѣ влагалища, что тѣло и дно матки должны наклониться впередъ. *Loewenthal* совѣтовалъ окровавлять переднюю поверхность влагалищной части и переднюю стѣнку влагалища и окровавленные поверхности соединять швами; онъ разсчитываетъ на то, что если искусственно произвести опущеніе матки, то она не должна перегибаться ни взадъ ни впередъ.—Способъ *Freund*'а состоитъ въ томъ, что въ переднюю губу вводится оловянная проволока; черезъ нѣсколько дней, когда проволока вросла въ ткани, вводится пессарій *Hodge*'а и проволока фиксируется къ его задней поперечной части.—*Frank* поступалъ такимъ образомъ: отдѣлялъ брюшину отъ передней поверхности матки и отъ задней поверхности пузыря, изъ отсепарованной брюшины образовалъ складку вверхъ, которую подкожными кѣгутувыми швами укрѣплялъ такимъ образомъ, что окровавленные поверхности пузыря и матки прилегали другъ къ другу. Тотъ-же *Frank* въ нѣсколькихъ случаяхъ отсепаровалъ лоскутъ отъ передней стѣнки влагалища основаніемъ вверхъ и приростилъ конецъ лоскута къ передней поверхности матки, которую окровавилъ, отдѣляя отъ нея брюшину; результаты манипуляцій *Frank*'а остались неизвѣстны.—*Schultze* совѣтуетъ сдѣлать поперечный разрѣзъ задняго свода, разрушить сращенія матки и яичниковъ и репонировать матку; затѣмъ при помощи швовъ укоротить брюшину Дугласова пространства и задній сводъ въ такой степени, чтобы влагалищная часть смотрѣла кзади. *Sänger*'омъ тоже предложенъ способъ укороченія заднихъ поддерживающихъ связокъ. *Schücking* прикрѣплялъ переднюю стѣнку матки къ влагалищу, проводя соответственно искривленную иглу черезъ переднюю стѣнку матки и передній сводъ и завязывая оба конца нитки, изъ которыхъ одинъ торчитъ изъ наружнаго отверстія цервикальнаго канала, а другой изъ передняго свода. По автору преимущество этого способа слѣдующее: непродолжительность операціи, безболѣзненность, такъ что можно оперировать безъ наркоза; не вскрывается полость брюшины, не раздражаются сосѣдніе органы и матка послѣ операціи остается подвижной; недостатки его слѣдующіе: онъ не примѣнимъ въ случаѣ сращеній въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, которыя не устраняются по способу *Schultze*; равно онъ не примѣнимъ при воспаленіи придатковъ и суженіи влагалища; не исключается возможность пораненія пузыря; наконецъ, нельзя напередъ сказать, насколько прочнымъ окажется соединеніе матки съ передней складкой брюшины.—*Rabenau* въ 6 случаяхъ произвелъ типическую резекцію (?) передней стѣнки маточной шейки.—*Canewa* и *Assaky* прикрѣпляютъ дно матки къ брюшной стѣнкѣ безъ предварительнаго вскрытія брюшной полости.—Далѣе, способъ *Alquié* и *Alexander*'а—укороченіе круглыхъ маточ-



ныхъ связокъ; помимо ненадежности, отыскиваніе волоконъ круглыхъ маточныхъ связокъ является иной разъ невозможнымъ. — Наконецъ *hysteropectia* или *ventrofixatio*, детали техники которой крайне разнообразны; авторъ нѣсколько разъ примѣнилъ эту операцію и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: техника операціи легка, лучший способъ — *Leopold'a* (прикрѣпленіе два матки къ брюшной стѣнкѣ 3-мя глубокими швами); соскабливаніе брюшины является излишнимъ; во всѣхъ случаяхъ автора матка осталась въ антефлексіи; въ одномъ случаѣ наблюдалось раздраженіе пузыря; операція не всегда устраняетъ болѣзненные симптомы, такъ что показанія къ операціи должны ставиться строже, чѣмъ это до сихъ поръ дѣлалось. — Въ самое послѣднее время опубликованъ способъ *Schtratr'a*: дѣлается подъ тупымъ угломъ разрѣзъ на промежности, верхушка угла обращена къ влагалищу; отсепаровывается задняя стѣнка влагалища вплоть до свода, образовавшейся лоскутъ разрѣзается въ продольномъ направленіи, вскрывается задній сводъ тоже продольнымъ разрѣзомъ, разрушаются сращенія и матка репонируется; способъ этотъ далъ *Schtratr'у* удовлетворительные результаты.

Въ заключеніе авторъ на основаніи теоретическихъ соображеній предлагаетъ такой методъ: при подвижной ретрофлексіи безъ сращеній въ Дугласовомъ произвести поперечный разрѣзъ въ переднемъ сводѣ и выполнить его тампономъ изъ стерилизованной марли, смоченной спиртомъ, произойдетъ слипчивое воспаленіе, въ силу чего репонированная матка фиксируется въ переднемъ сводѣ; при фиксированной ретрофлексіи слѣдовало-бы сдѣлать разрѣзъ въ заднемъ сводѣ, выполнить заднее Дугласово такимъ же тампономъ, редрессировавъ предварительно матку; затѣмъ обыкновенной ватой затампонировать передій сводъ съ цѣлью отгѣснить влагалищную часть кзади; эта послѣдняя въ свою очередь фиксировалась бы сзади вслѣдствіе слипчиваго воспаленія; по мнѣнію автора, такимъ способомъ матка можетъ быть удержана въ правильномъ положеніи, не теряя при томъ подвижности; спиртъ является особенно пригоднымъ для вызыванія слипчиваго асептического воспаленія; методъ этотъ пока еще не былъ испробованъ на дѣлѣ.

#### Ф. Краснопольскій.

#### 15. Borck. Report of a case of abdominal uterine tumor. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. June 27, 1891 г.). Случай маточной опухоли.

Авторъ сообщаетъ оперированный имъ въ маѣ 1891 г. случай фиброида матки, распознанный какъ таковой уже за 6 лѣтъ до операціи (въ 1885 г. онъ не былъ оперированъ вслѣдствіе отказа въ томъ паціентки). Сама операція, произведенная съ соблюденіемъ всѣхъ правилъ асептики, прошла совершенно гладко: сращеній не было, потеря крови равнялась одному унцу. Послѣоперационное теченіе безъ осложнений: выздоровленіе на 21-й день. Опухоль занимала дно матки и тѣсно охватывала правый яичникъ; на правой сторонѣ ея имѣлось нѣсколько небольшихъ, болѣе мягкихъ кистовидныхъ выпячиваній («bunches or protrusions»).

Опухоль въсомъ въ 20  $\frac{1}{2}$  7 унцовъ, по разрѣзѣ представлялась коллоидною съ прекрасно сохранившеюся тканью матки, со дна которой она и на-

чала развиваться. Оба яичника перерождены и удалены вмѣстѣ съ опухолью.

Авторъ прибавляетъ, что это 69-я произведенная имъ операція удаленія (чревостѣченіемъ) маточныхъ и яичниковыхъ опухолей, не включая въ это число лапаротомій по другимъ поводамъ.

На 25 первыхъ лапаротомій авторъ имѣлъ 4 случая съ смертельнымъ исходомъ; на вторую серію въ 25 случаевъ, онъ потерялъ одну больную и наконецъ на 19 послѣднихъ онъ потерялъ двухъ больныхъ, которыя, прибавляетъ авторъ, обѣ были оперированы на своихъ частныхъ квартирахъ.

Ф. Кюнъ.

16. Schenck. On the treatment of fibroid tumors in the womb by the injection of ergot. into their substance. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. June 27, 1891). Лѣченіе фиброидовъ матки впрыскиваніемъ эрготина въ ткань опухоли.

Исходя изъ того мнѣнія, что всякій способъ лѣченія, ведущій къ уменьшенію тяжелыхъ страданій или къ излѣченію отъ фиброидовъ матки, долженъ быть опубликованъ, авторъ сообщаетъ изъ своей практики 3 случая фиброидовъ матки, лѣченныхъ имъ впрыскиваніями эрготина въ ткань опухоли.

1) Фиброидъ задней стѣнки матки съ гусиное яйцо. Сильное отклоненіе матки кзади и книзу; шейка матки стоитъ очень высоко; постоянныя боли. Пациенткѣ 52 года. — Въ теченіе двухъ мѣсяцевъ еженедѣльно по одному впрыскиванію полудражмы *extracti fluidi ergotina*. Къ этому времени опухоль перешла въ нагноеніе и разрѣшилась. Исправленіе положенія матки, пессарій *Hodge*, который удаленъ чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ. Полное выздоровленіе.

2) Mrs. C. 42 лѣтъ. Сильныя метроррагіи; боли; въ передней стѣнкѣ матки междустѣночная опухоль съ обыкновенный апельсинъ. Впрыскиванія полудражмы *extr. fluidi ergotini (Squib'a)* ежедневно въ теченіе 18 дней; затѣмъ чрезъ 2—3 дня 10 разъ. Послѣ этого метроррагіи прекратились; регулы стали правильны, не выходя изъ нормы; пациентка чувствуетъ себя хорошо. (Что стало съ опухолью изъ статьи не видно. *Ref.*).

3) Mrs. T. 42 лѣтъ. Маточныя кровотеченія, опухоль величиною съ дѣтскую головку въ правой стѣнкѣ матки. Тѣ-же полудражмовыя инъекціи одинъ разъ въ недѣлю въ теченіе 5 мѣсяцевъ. Къ этому времени опухоль превратилась въ подслизистый съ ножкою фиброидъ, который выставился въ *os uteri* и былъ удаленъ экзасеромъ. Авторъ предполагаетъ, что въ данномъ случаѣ впрыскиванія эрготина благотворно повліяли на обратное развитіе обильныхъ сосудовъ опухоли, ткань которой стала мягкой, рыхлою и въ ближайшемъ будущемъ должна была, по мнѣнію автора, перейти въ нагноеніе. Впрыскиванія производились обыкновеннымъ гиподерматическимъ шприцемъ съ длиною иглою или, гдѣ ея не хватало, тонкимъ аспираторомъ. Впрыскиванія всегда производились чрезъ влагалище, по возможности въ самый центръ опухоли.

Какихъ либо побочныхъ неприяныхъ явленій при инъекціяхъ авторъ не наблюдалъ, кромѣ развѣ въ нѣсколькихъ случаяхъ появленія легкаго озноба съ кратковременнымъ небольшимъ повышеніемъ температуры.

Ф. Кюнъ.

17. Th. Opie. A report of three supra-vaginal hysterectomies and similar cases treated by electrolysis. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 11, 1891). Три случая надвлагалищнаго вырѣзыванія матки и подобные же случаи, пользованные электролизомъ.

1) У 48-лѣтней женщины авторомъ была удалена надвлагалищною гистеректоміею фиброма матки, существовавшая уже 6 лѣтъ. Всѣ опухоли равнялся 20 фунтамъ; размѣры ея: передне-задняя окружность=23<sup>1</sup>/<sub>2</sub> дюймамъ, поперечная=22<sup>3</sup>/<sub>4</sub> д., діаметръ отъ ножки до вершины=13 д., поперечный діаметръ=12, а вертикальный 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> д. Микроскопъ показалъ преобладаніе фиброзной ткани; многочисленныя лимфатическія пространства были выполнены фибриномъ.

Полное выздоровленіе.

2) Другой случай такой же операціи фибро-кисто-міомы имѣлъ такой же благоприятный для пациентки исходъ.

И наконецъ третій случай оперированной авторомъ фибро-кисто-міомы матки кончился летально, по мнѣнію автора, вслѣдствіе септического зараженія (вскрытіе не было дозволено).

Сопоставляя эти три случая съ подобными же случаями маточныхъ фибромъ, пользованныхъ другими способами, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

Эрготинъ per os или подкожно, быть можетъ, въ состояніи нѣсколько замедлить или приостановить ростъ опухоли.

Удаленіе придатковъ, если оно вообще выполнимо при столь громадныхъ опухоляхъ, имѣетъ или очень ничтожное вліяніе на опухоль или даже никакого.

Электричество, которымъ за послѣдніе два года авторъ увлекался, не оправдало его надеждъ. Внутриматочный электродъ или уколь опухоли тонкимъ платиновымъ электродомъ можетъ поднять и улучшить общее состояніе пациентки, остановить кровотеченія и облегчить боли, но никогда автору не удавалось этимъ способомъ привести опухоль къ обратному развитію или даже только остановить ростъ ея.

Между тѣмъ авторъ въ своей практикѣ имѣлъ случай перитонита вслѣдствіе прокола большого фиброида чрезъ брюшныя стѣнки, а въ практикѣ другого врача онъ видѣлъ случай септического зараженія вслѣдствіе введенія внутриматочнаго электрода.

Въ двухъ случаяхъ автора 50 и 80 сеансовъ электролиза дали улучшеніе общаго состоянія и въ одномъ изъ нихъ остановку кровотеченій, но не имѣли замѣтнаго вліянія на самую опухоль.

Наконецъ авторъ упоминаетъ объ одномъ случаѣ, удобномъ для электризации и для наблюдения за ростомъ опухоли, гдѣ фиброидъ передней губы *servicis*, величиною съ горошину, не смотря на 25-кратное примѣненіе электролиза, утроился въ величинѣ.

Вообще лѣченіе электричествомъ такихъ опухолей совершенно не оправдало слишкомъ свѣтлыхъ надеждъ автора. Способъ этотъ, имѣющій болѣе дурныхъ, чѣмъ хорошихъ сторонъ, можетъ теперь уже сдѣлаться достояніемъ исторіи, какъ вышедшій почти изъ употребленія. Все то-же авторъ относитъ и ко всѣмъ другимъ такъ называемымъ консервативнымъ способамъ лѣченія, которые, не принося никакой существенной пользы, самими выжиданіемъ подвергаютъ большой опасности одержимыхъ фиброидами, кистами яичниковъ, *pyo-salpingit'*ами и т. п.

Ф. Кюнь.

18. Walker. Papillomatous cystoma of the ovary, with report of a case. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. June 20, 1891 г.). Случай папилломатозной кисты яичника.

Mrs. M. R. H. 44 лѣтъ, вдова, мать троихъ дѣтей; пользовалась отличнымъ здоровьемъ до первыхъ родовъ, 24 года тому назадъ. Съ тѣхъ поръ стала жаловаться на боль въ маткѣ и въ яичникахъ. Послѣ перенесенной 8 лѣтъ тому назадъ тифозной лихорадки боли усилились и распространились на весь животъ и поясницу. Изслѣдовавшіе ее разновременно четыре врача послѣдовательно нашли слѣдующее: разрывъ шейки; *endocervicitis*; опухоль въ лѣвой сторонѣ живота; фиброма. Наконецъ въ одномъ изъ госпиталей діагносцировали злокачественную опухоль, находящуюся въ связи съ печенью (?). Выпавшую изъ влагалища массу въ этомъ американскомъ госпиталѣ вправить не могли и ограничились легкими слабительными.

При изслѣдованіи авторомъ въ февралѣ 1891 г. найдено: пациентка чрезвычайно худа и изнурена; животъ увеличенъ, какъ при водянкѣ. Матка и задній *cul-de-sac* выставлялись изъ влагалища, образуя массу съ дѣтскую головку. Выпавшая масса была авторомъ безъ труда вправлена и удерживалась въ своемъ положеніи большимъ тампономъ и Т-образной повязкой. Убѣдившись въ томъ, что опухоль находится въ связи съ маткою, а вовсе не съ печенью, авторъ предложилъ эксплораторную лапаротомию, которая и была имъ произведена 12 февраля 1891 г. По вскрытіи брюшины, изъ брюшной полости было удалено около 3 галлоновъ водяночной жидкости, послѣ чего ясно обнаружилась большая опухоль лѣваго яичника, захватившая и лѣвья трубу и широкую связку. Захвативъ всѣ вышеназванныя части щипцами (*ovarian forceps*) близъ рога матки, авторъ отрѣзалъ ихъ ножомъ. Широкая ножка была прижжена и перевязана. Туалетъ брюшины; закрытіе брюшной раны.

Послѣоперационное теченіе протекло безъ особыхъ осложнений. Пациентка встала съ постели на 21-й день. Мѣсячныя появились правильно; матка занимала правильное положеніе и лишь нѣсколько отклонена влѣво. Большая

прибавилась въ вѣсѣ на 21 фунтъ и стала чувствовать себя лучше, чѣмъ за послѣдніе 24 года.

Опухоль вѣсомъ въ  $3\frac{1}{2}$  *℥* при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась папилломатозною кистою.

Ф. Кюнъ.

19. **Buchanan. Ovariotomy performed for the third time in the same patient.** (British. Med. Journ. 1891 г. July 18). Третья овариотомія, произведенная на одной и той-же больной.

Г-жа F. 42 лѣтъ. Въ 1877 году авторомъ удалена у пациентки однополостная киста. Ножка перевязана шелкомъ и погружена. Быстрое выздоровление. Мѣсячныя продолжались. (По мнѣнію автора, это была пароваріальная киста, длинная ножка которой перевязана далеко отъ ткани яичника).

Въ 1882 г. у этой же больной авторомъ удалена большая многополостная опухоль лѣваго яичника. Регулы продолжали являться, но становились болѣе и болѣе неправильны.

Въ юнѣ 1891 года авторъ удалилъ вновь многополостную толстостѣнную кисту, величиною съ дѣтскую голову. Киста имѣла свѣтлое жидкое содержимое и длинную ножку. Сращеній не было. Выздоровленіе скорое. На 3-й день послѣ операціи явились регулы.

Ф. Кюнъ.

20. **Branham. Laparotomy with report of cases.** (Journ. of. the Amer. Med. Assoc. July 4 1891 г.). Одиннадцать лапаротомій.

Статья эта представляетъ чрезвычайно краткій отчетъ объ 11 произведенныхъ авторомъ за послѣдніе два года лапаротоміяхъ. На одиннадцать этихъ операцій одна имѣла смертельный исходъ. Авторъ представилъ свои 11 случаевъ въ таблицѣ, изъ которой мы заимствуемъ только двѣ графы—болѣзнь и операція.

№	БОЛѢЗНЬ.	О П Е Р А Ц І Я.
1	Миома матки.	Эксплораторное чревосѣченіе.
2	Правый яичникъ смѣщенъ, сращенъ съ кишками, въ первомъ стадіи гнойнаго воспаления.	Правые яичникъ и труба удалены.
3	Хроническій оваритъ съ атрофію и сращеніями.	Удалены обѣ трубы и оба яичника.
4	Обширный двойной pyosalpinx съ абсцессомъ яичника.	Удалены обѣ трубы и оба яичника.
5	Правосторонній pyosalpinx.	Удалены правые придатки.

№	БОЛѢЗНЬ.	О П Е Р А Ц І Я.
6	Гнойное воспаленіе лѣваго ячника.	Удалены лѣвые придатки.
7	Dysmenorrhoea et Menorrhagia.	Удалены обѣ трубы и ячники.
8	Двойной абсцессъ трубъ и ячниковъ.	Удалены обѣ трубы и ячники.
9	Лѣвый pyosalpinx, правый hydrosalpinx, абсцессъ лѣваго ячника.	Удалены обѣ трубы и ячники.
10	Брюшная грыжа послѣ лапаротоміи.	Omentum отдѣлено отъ мѣшка, кишки отъ брюшины и перевязано.
11	Оба ячника фиброзно перерождены; правый смѣщенъ.	Удалены трубы и ячники.

Въ случаѣ № 1 операція не была выполнена вслѣдствіе чрезвычайной величины опухоли и весьма обильныхъ сращеній. Случай № 3 окончился летально чрезъ 8 ч. послѣ операціи вслѣдствіе внутренняго кровотеченія и шока.

Ф. Кюнъ.

# КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

---

ПО ПОВОДУ СТАТЬИ ДОКТОРА МИРОНОВА „КЪ ВОПРОСУ  
О ПОКАЗАНИИ КЪ ЧАСТИЧНОЙ АМПУТАЦИИ ШЕЙКИ ПРИ  
РАКЪ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ МАТКИ“.

Проф. Дм. Оттъ.

Въ вышенапечатанной статьѣ <sup>1)</sup> доктора *Миროнова*, авторъ желаетъ, главнымъ образомъ, путемъ статистическихъ данныхъ оправдать пригодность отсѣченія одной только маточной шейки, вмѣсто полного удаленія всего органа, для цѣлей радикальнаго излѣченія больныхъ ракомъ матки. Не входя въ критическую оцѣнку всѣхъ доводовъ, которыми пользуется авторъ для убѣжденія въ этомъ читателя, въ настоящей замѣткѣ я останавлиюсь, главнымъ образомъ, лишь на томъ освѣщеніи, которое авторъ даетъ мною опубликованнымъ случаямъ и полученнымъ при этомъ результатамъ.

На страницѣ 23 и 24 докторъ *Мионовъ* говоритъ слѣдующее: «Здѣсь я не могу принять въ расчетъ статистики проф. *Отта*, такъ какъ она является: 1) исключительной; 2) нулевой <sup>0</sup>/<sub>10</sub> смертности выведенъ не вполне правильно, такъ какъ одинъ случай (XVIII) надо считать за піэмію, развившуюся вслѣдствіе операціи и приведшую больную къ смерти, такъ какъ, если

---

<sup>1)</sup> См. стр. 10 этого № Журнала.

большая и была выписана изъ клиники, то можно думать съ большимъ вѣроятіемъ, что она умерла вскорѣ послѣ выписки; 3) не всѣ случаи пр. *Отта* могутъ быть приняты за ракъ матки, такъ, на примѣръ, въ случаѣ 28-мъ сказано, что найденъ гиперпластическій эндометритъ (resp. злокачественная аденома). Хотя рѣзкой границы между аденомой и гиперпластическимъ эндометритомъ провести и невозможно, однако и считать послѣдній за ракъ мы также не имѣемъ права. Также не вполне ясны случаи 25, 26 и 29. Къ сожалѣнію изъ статьи не видно, было-ли произведено впоследствии изслѣдованіе экстирпированныхъ матокъ, гдѣ можно было уже съ положительностью установить діагнозъ на срѣзахъ, проведенныхъ перпендикулярно къ поверхности слизистой оболочки и захватывающихъ muscularis, такъ какъ съ наибольшею ясностью можно діагносцировать ракъ тѣла по отношенію новообразованныхъ железъ къ muscularis». Результаты, мною полученные при оперативномъ лѣченіи злокачественныхъ новообразованій матки и опубликованные въ статьѣ, на которую ссылается докторъ *Мионовъ*, совершенно идутъ въ разрѣзъ съ положеніемъ, которое желаетъ защитить авторъ, поэтому для вящей убѣдительности проповѣдуемыхъ докторомъ *Мионовымъ* взглядовъ, ему слѣдовало-бы особенно внимательно и тщательно разобрать приводимые мною случаи и дѣлаемые мною на основаніи ихъ выводы. Лишь такой путь строгой и всесторонней критики матеріала, которымъ пользуешься для своихъ выводовъ, можетъ считаться убѣдительнымъ; напротивъ того замалчиваніе или, что еще хуже, неточная передача фактовъ, на примѣръ, вслѣдствіе недостаточнаго знакомства съ матеріаломъ, отнюдь не можетъ способствовать разъясненію и преуспѣянію дѣла. Такъ какъ въ своей статьѣ докторъ *Мионовъ* затрогиваетъ, я бы сказалъ, животрепещущій вопросъ, составляющій злобу современной гинекологіи, вопросъ далеко еще не получившій окончательнаго разрѣшенія, то да не посѣтуетъ на меня авторъ статьи «Къ вопросу о показаніи къ частичной ампутаціи шейки матки при ракѣ влагалищной части матки», если я въ интересахъ дѣла укажу на его отношеніе къ



мною опубликованной и идущей въ разрѣзъ съ мнѣніемъ автора статистикѣ, которую докторъ *Мионовъ* даже и «въ расчетъ» не считаетъ возможнымъ принять. А ргіогі долженъ заявить, что ни одинъ изъ доводовъ, которыми въ этомъ случаѣ оправдывается докторъ *Мионовъ*, не можетъ считаться основательнымъ, какъ въ этомъ, впрочемъ, легко можетъ убѣдиться читатель изъ нижеслѣдующихъ строкъ. Вотъ доводы, приводимые авторомъ разбираемой статьи по порядку: докторъ Мионовъ во-первыхъ «не можетъ принять въ расчетъ мою статистику потому, что она является исключительной». Не думаю, чтобы «исключительная» по результатамъ статистика давала право игнорировать ее только потому, что она «исключительная». Можно игнорировать исключительную статистику только въ томъ случаѣ, если не приведенъ тотъ матеріалъ, на которомъ она основана, и пользующійся имъ для своихъ выводовъ авторъ, самъ лишенъ возможности дать матеріалу должную критическую оцѣнку. На страницѣ 4-й въ моей статьѣ <sup>1)</sup> сказано: «Какъ раньше, такъ и на этотъ разъ, я, не считая удобнымъ передавать случаи въ видѣ таблицъ, сообщаю ихъ въ видѣ краткихъ исторій болѣзни: матеріалъ, предлагаемый въ такомъ видѣ, всегда можетъ быть эксплуатируемъ и послѣдующими авторами, и вмѣстѣ съ тѣмъ даетъ возможность отнестись критически и объективно къ дѣлаемымъ изъ него выводамъ. Подобный способъ отчетовъ особенно важенъ при описаніи операций, сопровождающихся вскрытіемъ брюшной полости; не достаточно же подробныя описанія отдѣльныхъ случаевъ и почти голыя цифровыя данныя, выражающія конечный результатъ «цѣлага ряда» чревосѣченій въ видѣ ‰ смертности, не могутъ имѣть серьезнаго научнаго значенія».... «Такимъ образомъ ясно, что голыя цифры ведутъ нерѣдко къ ошибочнымъ заключеніямъ и справедливо порождаютъ недовѣріе къ полученнымъ выводамъ. Сказанное о чревосѣченіяхъ относится и къ интересующей насъ

<sup>1)</sup> Полное влагалищное вырѣзываніе матки и современныя требованія въ дѣлѣ кореннаго леченія злокачественныхъ новообразованій ея. 1889 г. Отдѣльный оттискъ.

операции, хотя въ данномъ случаѣ матеріаль значительно болѣе однородный, а показанія къ операци колеблются, говоря относительно, въ довольно ограниченныхъ предѣлахъ». Слѣдовательно только одно то, что полученные мною результаты являются «исключительными» не только не даетъ права не брать ихъ въ расчетъ, напротивъ, можетъ развѣ только вмѣнить въ обязанность особенно внимательно отнестись къ положенному въ ихъ основу матеріалу, который, кстати сказать, весь (за исключеніемъ только трехъ случаевъ) прошелъ передъ глазами моей аудиторіи въ клиническомъ институтѣ для врачей и былъ подвергнутъ, какъ это у насъ заведено, всесторонней критикѣ той-же аудиторіи какъ до, такъ и по производствѣ операци; и очевидно, что при вопросѣ о лѣченіи злокачественныхъ новообразованій матки особенно діагнозъ составлялъ исходную точку при веденіи каждаго отдѣльнаго случая. О діагнозѣ скажу, впрочемъ, ниже, теперь же пойдемъ дальше и посмотримъ, не приводитъ-ли докторъ *Мионовъ* какихъ либо мотивовъ болѣе убѣдительныхъ, чтобы оправдать новый способъ дѣлать статистическіе выводы, оставляя въ сторонѣ неудобную «исключительную статистику». Дѣйствительно докторъ *Мионовъ* таковые приводитъ и, разбирая мои случаи, заявляетъ слѣдующее: «Нулевой % смертности выведенъ не вполне правильно, такъ какъ одинъ случай (XVIII) надо считать за піэмію, развившуюся вслѣдствіе операци и приведшую больную къ смерти, такъ какъ если больная и была выписана изъ клиники, то можно думать, что она умерла вскорѣ послѣ выписки». Эта выписка изъ статьи доктора *Мионова* свидѣтельствуетъ, что докторъ *Мионовъ* не потрудился внимательно прочесть описаніе случая, на который онъ ссылается. Приводя свой XVIII случай (стр. 8) и описывая ясно выраженные симптомы піэміи, я говорю слѣдующее: «Только что описанное состояніе больная представляла спустя около мѣсяца послѣ операци; съ этого-же времени всѣ сказанныя выше явленія, хотя и медленно, но постепенно стали уменьшаться: больная, хотя и съ трудомъ, могла на короткое время вставать съ постели,

отправленія желудка улучшились; значительно уменьшившіеся отеки ногъ больше не беспокоили, и больная настоятельно стала проситься домой. По истеченіи 2 мѣсяцевъ, несмотря на самыя энергичныя увѣщанія и указанія на опасность, больная, по настоятельному требованію мужа, желавшаго взять ее съ собой въ деревню, выписана изъ Института». А затѣмъ по поводу той-же больной на 32-й страницѣ въ примѣчаніи 5-мъ сказано: «Послѣ того, какъ статья эта была уже написана, я получилъ извѣстіе, что одна изъ больныхъ (Марина Сте—ва; сл. XVIII) во время переѣзда своего изъ Петербурга въ Тверь скоропостижно умерла, сидя въ вагонѣ. Въ виду того, что у больной имѣлись флебиты, вѣроятнѣе всего признать, что ближайшею причиною смерти была эмболія, происхожденію которой могло способствовать путешествіе, предпринятое больною, не смотря на увѣщанія. Если взять въ расчетъ то состояніе, въ которомъ больная находилась во время своего пребыванія въ Клиническомъ Институтѣ, и то, что она выписалась не поправившись, то, конечно, съ большою вѣроятностью смертельный исходъ можно поставить въ связь съ тѣми физическими напряженіями, которыя неизбѣжны при путешествіи. Если въ этомъ, хотя и не вполне чистомъ, наблюденіи, тѣмъ не менѣе отвѣтственность за исходъ приписать оперативному вмѣшательству, то на наши 30 случаевъ полнаго вызыванія матки придется одна смерть; въ такомъ случаѣ нашъ  $\frac{0}{100}$  смертности вмѣсто 0, равнялся-бы  $\frac{3}{30}$ ».

Какъ видно изъ приведеннаго, докторъ *Мионовъ* совершенно напрасно дѣлаетъ предположеніе, думая, «что больная умерла *вскорѣ* послѣ выписки». Мною ясно сказано, что больная, уѣзжая къ себѣ въ деревню, не поспѣла даже доѣхать домой (въ Тверскую губернію) такъ какъ умерла, сидя въ вагонѣ. Дѣлая предположеніе о скоропостижной смерти вслѣдствіе эмболіи, обусловленной перенесенной піэміей, я отнюдь не отвергаю причинной связи съ бывшей операціей, но съ своей стороны высказываю предположеніе, что если-бы начавшая поправляться больная оставалась подъ нашимъ наблюденіемъ и провела бы еще недѣлю-другую спокойно въ постелѣ, то по всей вѣроятности,

ей удалось бы избѣжать смерти отъ эмболии. Какъ-бы то ни было указанный случай мною подробно описанъ и приведенное выше мнѣніе доктора *Миранова*, что «%о смертности выведенъ не вполне правильно», совершенно неосновательно, тѣмъ болѣе, что возможная разница въ процентномъ выводѣ мною специально подчеркнута (см. выше приведенное примѣчаніе 5-е).

Пойдемъ дальше: докторъ *Мирановъ* говоритъ въ 3-хъ: «не всѣ случаи проф. *Отта* могутъ быть приняты за ракъ матки, такъ, на примѣръ, въ случаѣ 28-мъ сказано, что найденъ гиперпластическій эндометритъ (resp. злокачественная adenoma). Хотя рѣзкой границы между аденомой и гиперпластическимъ эндометритомъ провести невозможно, однако и считать послѣдній за ракъ мы также не имѣемъ права». Это тоже совершенно неосновательное заявленіе, такъ какъ я ни однимъ словомъ не обмолвился, что считаю adenom'у за ракъ: приведя свои 30 случаевъ, я выдѣлилъ раковыя пораженія — [желѣзистый (sarcioma) и эпителиальный (sarcomoid) ракъ] и злокачественную аденому и, такимъ образомъ, приведя патолого-анатомическое подраздѣленіе, предоставилъ интересующимся воспользоваться изъ описанныхъ случаевъ любую изъ указанныхъ патолого-анатомическихъ формъ. Не думаю, что, благодаря моему описанію въ числѣ остальныхъ (большинства) и нѣсколькихъ случаевъ злокачественной аденомы, докторъ *Мирановъ* имѣетъ право считать ни во что остальные 24 случая рака матки.

Невнимательно просмотрѣлъ докторъ *Мирановъ* и 28-й мой случай. Въ описаніи этого случая сказано, что найденъ гиперпластическій эндометритъ (resp. злокачественная аденома); но только это найдено было *за цѣлый годъ до операціи*, именно 30-го мая 1887 года. Тогда какъ операція произведена тоже въ маѣ (2-го) мѣсяцѣ, но лишь въ 1888 году послѣ того, какъ несомнѣнно былъ установленъ діагнозъ злокачественной аденомы, которая при первомъ діагностическомъ высклабливаніи въ 1887 году не могла быть точно установлена, что и не давало намъ права тогда же приступить къ удаленію всего органа.

Дальше докторъ *Мионовъ* говорить, что «случай 25, 26 и 29 не вполне ясны». Въ чемъ заключается эта неясность, слѣдовало-бы, по крайней мѣрѣ, указать. Безъ этого заявленіе остается голословнымъ; а по аналогіи съ предшествующимъ полагаю, что и указанные случаи докторъ *Мионовъ* прочиталъ второпяхъ.

Не претендуя, что даннымъ мною описаніемъ этихъ случаевъ исчерпывается все, что можно было бы привести, тѣмъ не менѣе можно утверждать, что патолого-анатомическія формы злокачественныхъ процессовъ, съ которыми мнѣ пришлось имѣть дѣло, отмѣчены мною вполне опредѣленно: въ 25 случаѣ (стр. 12) сказано, что существовалъ «*желѣзистый ракъ (sarcoma)*» и это напечатано курсивомъ. Про 26 случай сказано (та-же страница): «Препараты показали *злокачественную аденому*; мѣстами картина очень походила на желѣзистый ракъ». Въ случаѣ 29-мъ, прежде, чѣмъ рѣшиться на вырѣзываніе всей матки, два раза съ промежуткомъ въ 2 мѣсяца дѣлаемо было выскабливаніе матки, причемъ послѣ второго раза «микроскопическое изслѣдованіе удаленной слизистой оболочки показало сильное разрощеніе железъ, мѣстами какъ-бы вдававшихся въ толщу маточной стѣнки въ ущербъ ея мышцамъ (злокачественная аденома). Такъ какъ полученные препараты были недостаточно убѣдительны для безспорнаго распознаванія злокачественнаго процесса и такъ какъ больная оставалась подъ нашимъ наблюденіемъ, то полное вырѣзываніе матки и было отложено до новаго возврата процесса, буде таковой произойдетъ. Не прошло и 5 мѣсяцевъ, какъ уже больная снова обратилась ко мнѣ съ прежними жалобами. Такъ какъ процессъ, очевидно, повторился, то уже нельзя было сомнѣваться въ его злокачественности. Поэтому 5-го мая 1888 г. и было произведено полное вырѣзываніе матки».

Такъ какъ докторъ *Мионовъ* въ своей статьѣ ограничивается, повидимому, исключительно только раками матки, то для него наибольшій интересъ представляетъ случай 25-й изъ остальныхъ приведенныхъ трехъ. Въ этомъ-же случаѣ на

столько ясно сказано о «ракѣ матки», что ссылаться на мнимую неясность совершенно непозволительно.

Останавливаясь на моихъ случаяхъ, докторъ *Мионовъ* тутъ-же поучаетъ, какъ нужно дѣлать микроскопическіе препараты, чтобы вѣрнѣе распознать гетерогенное (злокачественное) развитіе процесса. Такъ какъ это дѣлается въ назиданіе, дабы «можно было съ положительностью установить діагнозъ» и докторъ *Мионовъ* тѣмъ авторитетно высказываетъ еще одно безосновательное предположеніе о невѣрности нашего распознаванія и о сомнительной пригодности нами примѣнявшихся методовъ изслѣдованія, то позволяю себѣ указать доктору *Мионову* на страницы 24, 25, 26 и 27 моей статьи, которыя мною почти цѣликомъ посвящены микроскопическому способу изслѣдованія злокачественныхъ процессовъ матки, причемъ на послѣднихъ двухъ страницахъ рѣчь идетъ о железистыхъ формахъ пораженія матки.

На этихъ страницахъ докторъ *Мионовъ* встрѣтитъ изложенными тѣ принципы, которые онъ приводитъ въ своей статьѣ. Приведа практиковавшійся методъ изслѣдованія, очевидно, нѣтъ надобности повторять то же самое при описаніи каждаго отдѣльнаго случая.

По вырѣзыванію матки мною отмѣчены лишь тѣ особенности, которыя полнѣе освѣщаютъ случай и особенно сдѣланное до операціи распознаваніе, какъ, на примѣръ, въ случаяхъ VI, IX, XXV.

Кстати два слова по поводу того, какъ у насъ обставляется діагнозъ въ сомнительныхъ случаяхъ и при какой обстановкѣ вообще ведется клиническое наблюденіе, особенно случаевъ, подвергающихся операціи. Каждая больная обязательно разбирается до операціи въ присутствіи аудиторіи, состоящей въ Клиническомъ Институтѣ, какъ извѣстно, исключительно изъ врачей, причемъ обыкновенно два, а иногда и больше товарищей (не считая постоянныхъ ассистентовъ) изслѣдуютъ больную и лично убѣждаются въ отмѣченныхъ особенностяхъ наблюденія. Микроскопическіе препараты всегда выставляются до операціи, а въ болѣе интересныхъ случаяхъ и послѣ операціи,

изготавливаются препараты изъ удаленныхъ частей. Въ случаяхъ, гдѣ микроскопическій препаратъ представляетъ малѣйшее сомнѣніе, вопросъ рѣшается *всегда* консультативно при содѣйствіи спеціалиста патолого-анатома. Указанные выше 30 случаевъ, положенныхъ въ основаніе моей статьи (къ которымъ я теперь могу присоединить еще 11 съ такимъ же благопріятнымъ теченіемъ), всѣ прошли черезъ выше указанный строгій фильтръ и поэтому врядъ-ли правъ докторъ *Мионовъ* «оставляя въ сторонѣ» статистику, основанную на вышешриведенныхъ данныхъ и собранную при описанныхъ условіяхъ.

Доказавъ неосновательность мотивовъ, приведенныхъ докторомъ *Мионовымъ* въ сортировкѣ статистическаго матеріала, на которомъ докторъ *Мионовъ* строитъ свои выводы, разобравъ его отношеніе къ мною опубликованному матеріалу, я не хочу касаться случаевъ, принадлежащихъ другимъ авторамъ, на которыхъ ссылается докторъ *Мионовъ*, хотя у нѣкоторыхъ изъ этихъ авторовъ въ значительно меньшей степени разграничены отдѣльныя патолого-анатомическія формы пораженія матки, чѣмъ сдѣлано это въ моей статьѣ. Врядъ-ли позволительно сравнивать результаты между обыкновенно крайне легкими случаями, въ которыхъ авторы производятъ лишь ампутацію шейки, съ случаями, въ большинствѣ несравненно труднѣйшими, которые допускаютъ лишь полное вырѣзываніе матки. Врядъ-ли серьезнымъ доводомъ за ампутацію можетъ служить и заявленіе, что въ случаѣ нужды «всегда можно произвести послѣ высокой ампутаціи и тотальную экстирпацію матки», и т. под. Ко всѣмъ этимъ вопросамъ я, впрочемъ, спеціально вернусь въ другой разъ; теперь-же не могу не высказать предположенія, что врядъ-ли сортировка и обработка матерьяла по тому способу, котораго придерживается докторъ *Мионовъ*, можетъ принести какую либо пользу въ выясненіи разбираемаго имъ положенія, а тѣмъ менѣе пролить вѣрный свѣтъ на затронутый авторомъ вопросъ.

# КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

## КЪ ВОПРОСАМЪ СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГІИ.

(Путевыя и личныя наблюденія)

Д-ра медицины В. Купидонова (Казань).

Лондонъ. Посѣтивъ германскихъ и французскихъ гинекологовъ, всюду я встрѣтилъ болѣе или менѣе строгое соблюденіе асептики и антисептики при операціяхъ, только въ Англіи оказывается, впрочемъ, всего два гинеколога, которые рѣшили прекратить въ своей оперативной практикѣ примѣненіе антисептики и послѣоперационные результаты получаютъ не только не хуже, но даже лучше. Операторы эти *Lawson Tait* (въ Бирмингамѣ) и *Bantock* (въ Лондонѣ). Интересуясь увидать лично производство операцій безъ антисептики, я рѣшился посѣтить клинику *Bantock*'а.

Клиника этого профессора находится въ томъ самомъ Hospital Samaritan, гдѣ производилъ оваріотоміи знаменитый *Spencer Wells*, оставившій теперь, по преклонности лѣтъ, свою госпитальную практику. Интересно то, что въ указанномъ госпиталѣ практикуютъ и другіе хирурги, которые всѣ соблюдаютъ при операціяхъ асептику и въ особенности антисептику.

Въ первое мое посѣщеніе госпиталя, 15-го (27-го) апрѣля, я видѣлъ операцію—*colproperineorrhaphiam* при разрывѣ промежности и выпаденіи нижней передней стѣнки прямой кишки. Операція произведена докторомъ *Boulton*'омъ по способу *Lawson Tait*'а, уже описанному мною раньше.

Небольшое видоизмѣненіе состояло въ томъ, что послѣ сдѣланнаго разрѣза между влагалищемъ и прямой кишкой верхній лоскутъ былъ оттянутъ вверхъ, а на нижній наложенъ изъ середины раны рядъ швовъ изъ *skin de Florence*, который имѣлъ цѣлью укрѣпить выпавшую стѣнку прямой кишки. Затѣмъ отъ концовъ первоначальнаго разрѣза проведены два параллельныя между собою боковыя и новая промежность образована посредствомъ нало-



женія поперечныхъ швовъ изъ серебряной проволоки. Операція произведена съ примѣненіемъ антисептики (растворъ карбол. к.) и постоянного орошенія.

16-го (28-го) апрѣля я видѣлъ первую операцію безъ антисептики, *ovariotomy*, произведенную проф. *Bantock*'омъ.

Больная передъ операціей, разумѣется, была въ ваннѣ и одѣта во все чистое бѣлье. Животъ передъ самой операціей вымытъ простой водой съ мыломъ; волосы на наружныхъ половыхъ органахъ сбриты самимъ операторомъ.

Инструменты, губки и шелкъ положены въ ванночки съ простой теплой водой, т. е. въ кипятокъ, разбавленный холодной водой изъ водопровода.

По словамъ *Bantock*'а, инструменты передъ операціей тщательно вымываются простой водой съ мыломъ, посредствомъ щетокъ. Губки новыя, вымываются сначала въ кипяткѣ, затѣмъ въ нѣсколькихъ водахъ до удаленія всѣхъ известковыхъ частицъ, затѣмъ для бѣлизны держатся нѣсколько часовъ въ растворѣ *natri sulphurosi* (1 : 10) и послѣ того еще нѣсколько разъ промываются въ простой водѣ.

Производство операціи въ сущности мало отличается отъ описанныхъ мною раньше. По разрѣзѣ живота, на края каждой раны наложены были пинцеты *Réan*'а для остановки даже ничтожнаго кровотеченія. Для снятія крови употребляются губки.

Во время операціи профессоръ часто споласкиваетъ руки въ простой теплой водѣ. Инструменты и шелкъ беретъ самъ; губки подаетъ сестра милосердія. Хлороформируетъ всегда одинъ и тотъ же ординаторъ у всѣхъ хирурговъ, практикующихъ въ сказанномъ госпиталѣ.

По вскрытіи живота найдена плотная многодольчатая опухоль. Проколъ троакаромъ даетъ выдѣленіе густой черной дегтеобразной крови. Троакаръ вынуть и отверстіе тотчасъ же захвачено въ *Нелятоновскій* пинцетъ. Одна изъ кишечныхъ петель была приращена къ верхнему краю опухоли. Отлущеніе произведено рукой. Кровоточація мѣста захвачены пинцетами и по нимъ были перевязаны тонкимъ шолкомъ. По задней периферіи опухоли найдены еще довольно толстыя перемычки, которыя перевязаны въ двухъ мѣстахъ и перерѣзаны между лигатурами.

По введеніи двухъ большихъ губокъ подъ верхній уголъ раны, рука была проведена за опухоль и произведенъ разрывъ сращеній въ глубинѣ *Дугласова* пространства.

Справа наиболѣе флюктуирующая доля опухоли также проколота троакаромъ, но черезъ послѣдній не произошло никакого отдѣленія. Троакаръ былъ вынуть и изъ отверстія опухоли выдѣлилось большое количество крови, указанного выше характера, но только еще гуще. Кровь была вычерпана прямо серебряной ложкой и затѣмъ полость брюшины вычищена губками. Края отверстія послѣ троакара захвачены нѣсколькими *Пеановскими* пинцетами, а затѣмъ отверстіе зажато *Нелятоновскимъ* пинцетомъ.

Кожа живота за краями раны тщательно очищена отъ крови, и губки, находящіяся раньше въ полости живота для удержанія кишекъ, замѣнены чистыми.

По уменьшеніи объема опухоли, снова введеніе всей руки за опухоль и дальнѣйшее отлученіе сращеній въ глубинѣ. Затѣмъ былъ вытасченъ въ брюшную рану кистевой мѣшокъ, который при этомъ разорвался и опять изліяніе дегтеобразной крови на поверхность опухоли и въ глубину брюшной полости. Снова вычерпываніе ложкой и очищеніе губками. Наконецъ, мѣшокъ былъ вынутъ, на ножку его наложенъ жомъ-пинцетъ и надъ нимъ киста отрѣзана. Удалить послѣднюю сразу не удалось, такъ какъ спереди оказалось тоже сращеніе. Оно было разрушено руками; внутренніе концы толстыхъ перемычекъ захвачены *Пеановскими* пинцетами.

По удаленіи главной кисты, кзади вправо найдена еще долька также съ приращеніями. Послѣднія разрѣзаны и перевязаны шолкомъ.

Ножка новой дольки довольно широка; перевязана была двойной лигатурой, и надъ лигатурами разрѣзана ножницами.

Ножка главной кисты оказалась исходящей изъ лѣвой широкой связки, она довольно широка, поэтому подъ жомомъ перевязана на четыре части и надъ лигатурами жомъ съ частью ножки былъ отрѣзанъ. Матка найдена увеличенной въ объемъ и съ двумя плотными буграми на днѣ. По этому случаю она вытянута въ брюшную рану и, чтобы удалить ее, на трубу, *ligamentum ovarii* и боковую часть правой широкой связки наложенъ былъ сверху внизъ жомъ-пинцетъ. Между ними и боковой поверхностью матки сдѣланъ разрѣзъ почти до вѣдренія въ матку правой *arteriae uterinae*. По перевязкѣ за жомомъ-пинцетомъ правой широкой связки на двѣ части двойной лигатурой, на шейку матки была наложена толстая металлическая проволока и крѣпко стянута посредствомъ экразерной ручки. Надъ проволокой сквозь матку проколота металлическая стрѣла и затѣмъ *en masse* отрѣзана надъ стрѣлой на уровнѣ прикрѣпленія круглыхъ связокъ. Изъ культи вырѣзанъ клиновидный кусокъ маточной ткани вмѣстѣ съ слизистой оболочкой оставшейся полости шейки.

Послѣ того края культи сшиты спереди назадъ, но только не вплотную, такъ какъ края сомкнуться не могли. Впрочемъ, этого и не добивались, потому что поверхность культи оставлена снаружи фиксированной въ нижнемъ углу брюшной раны.

Послѣ того брюшная полость еще разъ вытерта губками; брюшная же рана закрыта слѣдующимъ образомъ: прежде всего надъ губкой, положенной на кишки, сшита шелкомъ, непрерывнымъ швомъ, брюшина до нижней трети брюшной раны. Шовъ закрѣпленъ захлестывающей петлей. На томъ же пространствѣ проведены лигатуры изъ *crin de Florence* черезъ кожу, мускулы и надъ самой брюшиной. Далѣе черезъ края нижней трети раны проведены глубокіе швы черезъ кожу, мускулы и брюшину вплоть до фиксированной культи. Передъ затягиваніемъ лигатуръ, губка изъ полости живота удалена.

Послѣднимъ швомъ брюшной раны была захвачена и задняя поверхность культи пониже проволоки.

На брюшную рану, кромѣ глубокихъ, наложены еще поверхностные швы. Швы особенно тщательно наложены въ мѣстѣ нахожденія пупка, который

разрѣзанъ былъ, какъ разъ, на срединѣ и по этому случаю, передъ сшиваніемъ брюшной раны, былъ вырѣзанъ вполнѣ.

Передъ затягиваніемъ послѣднихъ швовъ брюшной раны, полость брюшины промыта нормальнымъ теплымъ растворомъ соли и введенъ стеклянный дренажъ. Верхній конецъ его укрѣпленъ между вторымъ и третьимъ швомъ, считая снизу.

По окончаніи операціи черезъ дренажъ выдѣлилась кровянистая жидкость, поэтому еще разъ влито немного нормального раствора соли, послѣ чего изъ дренажной трубки стала вытекать болѣе свѣтлая жидкость.

Чтобы острый конецъ стрѣлки не кололъ кожу, на него надѣтъ тупой наконечникъ. Кругомъ же подъ стрѣлку и ручку экразера, вокругъ наружнаго конца стеклянной трубки наложенъ слой гигроскопической марли. Изъ той же марли положены компрессы на шитую брюшную рану и на культю. Сверху все покрыто тонкой резиновой пластиной, въ которой сдѣлано небольшое щелевидное отверстіе. Черезъ это отверстіе пропущенъ и фиксированъ наружный конецъ дренажной трубки, надъ которой положили двѣ большихъ губки и завернули ихъ кругомъ резиновой пластиной. Края пластины закрѣплены англійскими булавками. Такимъ образомъ, отдѣленія изъ дренажа, пропитывая губки, будутъ оставаться подъ пластиной, какъ въ мѣшкѣ. Губки же, по словамъ профессора, часто смѣняются.

Выше и ниже завернутыхъ губокъ положена вата, укрѣпленная къ животу полосками липкаго пластыря. Послѣ того животъ кругомъ забинтованъ фланелевымъ бинтомъ, не касаясь завернутыхъ губокъ.

Температура нормального раствора соли для промыванія брюшной полости употребляется обыкновенно въ 110° F. (въ 43 C. или въ 34,7° R.).

По осмотру удаленныхъ органовъ оказалось, что у маточнаго конца трубъ находятся двѣ субперитонеальныя фибромы, величиною въ небольшую грушу каждая. Лѣвая труба атрофирована, лѣвый яичникъ измѣненъ въ двухдольчатую кисту съ очень широкой ножкой. Поэтому-то, по удаленіи кисты, и нужно было лѣвую широкую связку перевязать у основанія четырьмя лигатурами.

Правая труба и яичникъ нормальны.

Операція продолжалась 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часа.

Стеклянный дренажъ, по словамъ проф., удаляется обыкновенно черезъ 3-ое сутокъ.

Затѣмъ *Bantock* демонстрировалъ оперированную послѣ laparokelyphoectomy. У нея была лѣвая трубная внѣматочная двухмѣсячная беременность и haematosalpinx съ правой стороны. По удаленіи трубъ, матка оставлена на мѣстѣ. Послѣ операціи t° на 2-й день поднялась до 100° F. (37,7° C.) а сегодня 4-й день t° 98,6° F. (37° C.). Оперированная чувствуетъ себя хорошо. По словамъ *Bantock*'а, въ теченіе 7-ми лѣтъ, безъ всякой антисептики, съ одной простой водой сдѣлано всего 400 оваріотомій и въ послѣдней сотнѣ смертность доведена до 5<sup>0</sup>/. Первые годы смертность была вдвое, а потомъ все меньше и меньше.

Для произведенія операциі особой оперативной не имѣется. Операциі дѣлаются въ небольшой комнатѣ, гдѣ помѣщается одна только больная и сестра милосердія при ней.

Когда оперированная начинаетъ поправляться, тогда она изъ одиночной комнаты переводится въ общую, гдѣ обыкновенно помѣщается до 5-ти челов.

*Bantock* любезно предложилъ мнѣ свою брошюрку, гдѣ бы я могъ узнать большія подробности къ дополненію къ сказанному имъ во время операциі. Въ этой брошюрѣ, озаглавленной: «Table of 238 Cases of Completed Ovariotomy» — *Bantock* представляетъ отчетъ о 238 оваріотоміяхъ, произведенныхъ имъ безъ всякой антисептики съ одной простой водой.

Отчетъ этотъ составляетъ добавленіе къ сообщенію «Повышеніе температуры послѣ ovariotomy», произведенныхъ по способу *Листера*, которое было сдѣлано передъ королевскимъ медицинскимъ и хирургическимъ обществомъ въ 1880 году.

Въ своемъ добавленіи *Bantock* дѣлаетъ сравненіе послѣоперационнаго состоянія по *Листеровскому* методу съ тѣмъ, какъ онъ употребляетъ въ настоящее время.

Въ 1881 году было только двое: *Bantock* и *Lawson-Tait*, которые перестали соблюдать во всей строгости *Листеровскій* методъ при оваріотоміяхъ.

Оба они работали самостоятельно и независимо другъ отъ друга.

Въ то время, когда всѣ хирурги считали преступленіемъ оперировать безъ соблюденія *Листеровскаго* метода и всѣ благоприятные исходы приписывали только этому методу, *Bantock*, съ 1885 по 1888, въ 90 случаяхъ не потерялъ ни одного послѣ операциі безъ соблюденія упомянутаго метода. Между тѣмъ какъ у другихъ смертность въ это время была равна 12%, всѣ оперированныя *Bantock*'омъ выздоравливали при меньшей температурѣ, чѣмъ тѣ, которымъ операциі дѣлались съ карболовой кислотой, сулемой или борной кислотой.

Для рукъ, инструментовъ и губокъ *Bantock*, какъ указано выше, употреблялъ только простую воду, даже не стерилизуя ее кипяченіемъ. Вода употребляется та самая, которая идетъ на питье. Если теплая вода оказывается горяча для рукъ или для обмыванія брюшины, тогда ее разбавляютъ обыкновенной холодной водой. *Bantock* обращаетъ вниманіе только на чистоту. Всѣ принадлежности при операциі должны быть чисто вымыты чистой водой.

Послѣ мытья рукъ теплой водой съ мыломъ и щеткой, для ногтей, *Bantock* передъ операцией вычищаетъ изъ-подъ ногтей перочиннымъ ножомъ, но черезъ пламя его не проводитъ и нисколько не боится беспокоить микробовъ или ихъ зародышей, которыхъ, по ученію *Goodell*'я, нельзя тревожить.

Раны покрываютъ чистой гигроскопической марлей, совершенно свободной отъ антисептическихъ средствъ, а иногда и оставляетъ ихъ совершенно открытыми, какъ, наприимѣръ, дѣлаетъ онъ это послѣ ампутаціи груди и сшиванія промежности.

Въ первой сотнѣ ovariotomy съ Листеровскимъ методомъ смертность достигала 19<sup>0</sup>/о, во второй, когда онъ началъ постепенно оставлять этотъ методъ, смертность дошла до 14<sup>0</sup>/о. Въ третьей сотнѣ, при посредствѣ чистой воды, смертность = 8<sup>0</sup>/о, а въ послѣдующей только = 4<sup>0</sup>/о.

При его способѣ оперированія большею частью оставляютъ госпиталь послѣ ovariotomy на 14-й день, а послѣ ампутаціи рака груди — нерѣдко черезъ недѣлю.

Для обмыванія брюшной полости *Bantock* въ первый разъ употребилъ простую теплую воду, 13-го ноября 1884 году, во время ovariotomy, бывшей по случаю разрыва кисты яичника. Больная выздоровѣла и съ тѣхъ поръ онъ постепенно сталъ примѣнять при обмываніи простую воду. Для обмыванія употребляетъ простую кружку съ сифономъ *Lawson-Tait's*, который даетъ наибольшую струю, вымывающую полость брюшины отъ всякихъ остатковъ. Такое обмываніе онъ примѣняетъ часто и никогда не видѣлъ дурного исхода. Напротивъ, онъ считаетъ, что при обтираніяхъ губками скорѣе можно содрать нѣжный слой капилляровъ на брюшинѣ.

Докторъ *Polailon* сообщилъ случай, гдѣ произошла смерть во время промыванія слабымъ растворомъ карболовой кислоты, и онъ считаетъ, что смерть зависѣла отъ давленія жидкости на солнечное сплетеніе и отсюда рефлекторнымъ путемъ остановка дыханія и кровообращенія. Это сообщеніе напечатано въ *Journal de Médecine de Paris*, октяб. 28-го 1888 г. и въ *Bulletins et Memoires de la Société Obstetricale et Gynécologique de Paris*, ноябрь 1888 г.

Но *Bantock* думаетъ, что смерть именно произошла отъ всасыванія карболовой кислоты. Во время искусственнаго дыханія, какъ разъ и не сдѣлали главнаго: не освободили брюшную полость отъ промывной жидкости. Отъ этого и не было результата искусственнаго дыханія.

Затѣмъ въ сентябрѣ 1889 г. въ *Annales de Gynécologie* докторъ *Pierre Delbit* старается доказать, что t<sup>o</sup> воды отъ 65<sup>o</sup> до 122<sup>o</sup> F. не имѣетъ замѣтнаго вліянія на дыханіе или кровообращеніе, но только низкая температура производитъ шокъ.

Онъ объясняетъ случай *Polailon's* тоже возможностью вліянія карболовой кислоты и анестезіи, а вовсе не самымъ промываніемъ. По его мнѣнію, въ первыя минуты промыванія происходитъ усиленное всасываніе, такъ что если взять нормальный растворъ соли, то получается какъ бы непрямое переливаніе. Изъ опытовъ доктора *Delbit's* выходитъ, что, послѣ, напр., 10 минутнаго промыванія брюшины солянымъ растворомъ, можно влить въ полость брюшины ядовитую жидкость безъ вреда, предполагая, разумѣется, что за этимъ послѣдуетъ второе промываніе соленой водой.

*Bantock* промывалъ полость брюшины болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ изъ послѣднихъ ста; въ одномъ изъ нихъ брюшная полость была совершенно выполнена водой и не видалъ ничего похожего на то, что описываетъ *Polailon*. Если бы послѣдній вливалъ простую воду, вмѣсто слабаго раствора

карбол. к., навѣрно онъ не получилъ бы печальнаго исхода въ описанномъ случаѣ и серьезныхъ симптомовъ, полученныхъ имъ еще въ двухъ случаяхъ. Вѣроятно, слабый растворъ карболовой кислоты еще скорѣе можетъ всасываться брюшиной въ значительномъ количествѣ, чѣмъ болѣе крѣпкій растворъ. Послѣдній, вслѣдствіе прижигающаго и стягивающаго его свойства, долженъ закрывать отверстія лимфатическихъ сосудовъ и черезъ это затруднять всасываніе.

Кромѣ того существуетъ еще идіосинкразія къ извѣстному средству, вслѣдствіе чего можетъ произойти отравленіе даже слабымъ растворомъ, какъ это замѣчалось при употребленіи ртутныхъ препаратовъ. Этимъ только и можно объяснить значительное количество смертныхъ случаевъ, при употребленіи карболовой кислоты или сулемы.

Поэтому-то *Bantock* и отрицаетъ всякое антисептическое промываніе брюшной полости, съ цѣлью убить зародышей, и совѣтуетъ употреблять только простую воду, совершенно безвредную и вполне дѣйствительную. *Въ случаяхъ же большой потери крови можно съ пользой употреблять нормальный растворъ простой соли.*

*Мнѣніе ножики.* Прежде обыкновенно употребляли жомъ на ножку, а *Bantock*, съ 1875 года, началъ примѣнять лигатуру, которая теперь всѣми принята. Но, при наложеніи лигатуры en masse, онъ потерялъ нѣсколько случаевъ, вслѣдствіе соскальзыванія лигатуры; тогда онъ сталъ перевязывать ножку по частямъ, и этотъ пріемъ уже никогда его не обманывалъ. Многие думаютъ, что такой перевязкой предотвращается кровотеченіе, но *Bantock* считаетъ пользу частичныхъ лигатуръ именно въ томъ, что въ такихъ случаяхъ уже не можетъ произойти выскальзыванія ножики. Раньше, не смотря, напримѣръ, на тонкую, но широкую ножку, при одной общей лигатурѣ хотя она и затягивалась, по возможности, крѣпко, самая ножка могла сложиться въ складку, которая впоследствии легко выскальзывала изъ общей лигатуры.

Выгодно оставлять выше лигатуръ не сжатую расширенную ножку, чѣмъ также предохраняется соскальзываніе ножики, особенно, если она перевязана въ видѣ цифры ∞.

Тамъ же, гдѣ ножка толста и съ большими сосудами, можно еще перетягивать ее жомомъ-пинцетомъ, посредствомъ котораго она уплощается иногда вдвое или втрое, а потомъ уже за этими пинцетами перевязывать ножку по частямъ.

*Послѣдовательное мнѣніе.* Послѣ операций *Bantock* раньше придерживался употребленія опія изъ подражанія старинѣ, но затѣмъ нашелъ это совершенно излишнимъ. Онъ убѣдился въ его бесполезности послѣ того, какъ началъ промывать полость брюшины, даже въ случаяхъ *hystorectom'ii supragavaginalis*, когда ножка съ петлей или съ эластическимъ жгутомъ оставляется въ ранѣ. При этомъ первое время, послѣ операции, дѣйствительно, являются сильныя страданія; но больную слѣдуетъ убѣждать, что все это скоро пройдетъ, и на самомъ дѣлѣ это такъ и бываетъ.

Опій особенно ядовитъ при хроническомъ страданіи почекъ, а у оперированныхъ часто наблюдается это состояніе. Отчего понятна и причина, почему опій или морфій послѣ операціи часто ухудшаетъ состояніе больныхъ. *Malcolm* въ своей статьѣ: «о показаніяхъ и уходѣ за кишечнымъ каналомъ послѣ laparotom'ii (The Condition and Management of the Intestine after Abdominal Section) сильно ратуетъ за опій, указывая, что онъ отлично останавливаетъ перистальтику кишекъ, а это необходимо послѣ такой операціи. *Bantock*, какъ разъ, думаетъ иначе. Послѣ опія хотя и наступаетъ успокоеніе перестальтики, но въ то же время является запоръ, что вовсе не желательно.

По мнѣнію *Bantock*'а, *перистальтику всего легче остановить сдавливающей повязкой*, то есть, положить слой ваты и укрѣпить ее сверху, придавливая покровы живота полосками липкаго пластыря.

Противъ рвоты *Bantock* прежде давалъ препараты синильной кислоты, но замѣтилъ, что этимъ часто вредилъ больнымъ. Если при рвотѣ выдѣляется желчь и она желтаго цвѣта,—это указываетъ, что желчь въ желудокъ поступила недавно и не успѣла еще измѣниться. Въ такомъ случаѣ достаточно давать больнымъ пить простую горячую воду. Если же желчь зеленоватаго цвѣта, то есть, подверглась уже разложенію подъ вліяніемъ желудочнаго сока, тогда всего лучше прекращается желчная рвота отъ горячей воды съ содой. На появленіе рвоты, по увѣренію многихъ, дѣйствуетъ анестезія хлороформомъ, но *Bantock* втеченіи 30 лѣтъ не находилъ лучшаго средства для анестезіи, какъ хлороформъ. По его наблюденіямъ, чтобы не было рвоты, всего лучше до хлороформирования держать желудокъ пустымъ; поэтому онъ и совѣтуетъ хлороформировать, а слѣдовательно, и дѣлать операцію рано утромъ, ватошакъ. Для утоленія жажды лучшимъ средствомъ считаетъ прополаскиваніе рта теплой водой, но ни въ какомъ случаѣ не совѣтуетъ давать ледъ. Послѣдній хотя и быстро дѣйствуетъ, но очень ненадолго, а, напротивъ, впоследствии еще болѣе усиливаетъ жажду.

Относительно перитонита *Bantock* говоритъ, что если послѣдній дѣйствительно существуетъ, то лѣчить его мы не умѣемъ. Замѣчаемый же послѣ операціи метеоризмъ и рвота, которые еще не означаютъ начала воспаленія брюшины, всего лучше уступаютъ клистирамъ. Ихъ можно ставить нѣсколько, одинъ за другимъ, пока кишки не опорожнятся отъ каловыхъ массъ и газовъ. Въ одномъ случаѣ, при черной рвотѣ, которая считается дурнымъ признакомъ, бывающимъ незадолго до смерти, *Bantock* почти моментально уничтожилъ ее повторными клистирами.

*Lawson Tait* и *G. Smith* совѣтуютъ давать вскорѣ послѣ операціи слабительное изъ солей; но *Bantock* находитъ, что соли всетаки производятъ раздраженіе въ кишкахъ. Тотъ уходъ за больными послѣ операціи, который практикуетъ *Bantock*, даетъ ему отличные результаты.

17-го (24-го) апрѣля въ томъ же Samaritan Free Hospital была произведена *ovariotomia* докторомъ *Doran*.

Больной 22 года, имѣеть очень большую кисту, которая выросла въ теченіи двухъ лѣтъ.

Въ производствѣ операціи, сравнительно съ *Bantock*'омъ, замѣтна разница.

Такъ животъ больной покрытъ былъ резиновой пластинкой съ окномъ для операціи. Разрѣзь живота сдѣланъ небольшой. По разрѣзѣ брюшины введенъ былъ одинъ палецъ, которымъ найдены и разрушены по передней поверхности кисты незначительныя приращенія. Изъ полости живота вышло черезъ рану небольшое количество водяночной жидкости. Стѣнка кисты проколота троакаромъ *Spencer Wells*'а. Вытекла свѣтлая, коллоидная пѣнистая жидкость. Расширивъ брюшную рану, *Doran* постепенно вытянулъ кистевою мѣшокъ наружу и затѣмъ разрѣзалъ найденныя вторичныя дольки. На нижней задней периферіи кисты оказались обширныя сращенія, которыя, впрочемъ, легко были разрушены рукой. Болѣе толстыя перемычки, по разрѣзѣ, захвачены *Пеановскими* пинцетами. Ножка кисты перевязана на 4 части и затѣмъ мѣшокъ отрѣзанъ. Лигатуры на ножку наложены изъ довольно тонкаго шолка, а между тѣмъ ножка была объемиста. Перетянуть ее крѣпко тонкимъ шелкомъ не удалось, и поэтому, по удаленіи кистевого мѣшка, изъ культи, въ нѣсколькихъ мѣстахъ показалось артеріальное кровотеченіе. Артеріи были захвачены пинцетами и ножка ниже первыхъ лигатуръ перевязана вторично на нѣсколько частей посредствомъ толстаго шелка. Кровотеченіе остановилось. Киста была въ правомъ яичникѣ, лѣвый же совершенно нормаленъ. Осмотръ толстыхъ перемычекъ показалъ, что сальникъ также былъ приращенъ къ кистѣ, поэтому онъ былъ перевязанъ двойной лигатурой en masse на двѣ части повыше разможженныхъ частей, которыя затѣмъ и удалены ножницами.

Прижиганіе культи термокаутеромъ *Пакелена*, какъ это практикуется почти во всѣхъ парижскихъ клиникахъ, въ Лондонѣ я не видалъ.

Часть содержимаго кисты попала въ полость брюшины, поэтому она была промыта, по примѣру *Bantock*'а, простой теплой водой.

Инструменты и шелкъ во время операціи лежали въ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% растворѣ карболовой кислоты.

Брюшная рана сшита узловатымъ глубокимъ швомъ изъ *crin de Florence*, лежавшимъ также въ растворѣ карбол. к. По случаю бывшихъ сращеній *Doran* оставилъ въ полости брюшины стеклянный дренажъ и укрѣпилъ его совершенно такъ же, какъ это описано при операціи, бывшей наканунѣ.

Разница въ перевязкѣ раны состояла въ томъ, что *Doran* на зашитую поверхность положилъ іодоформенную марлю и затѣмъ уже покрылъ компрессомъ изъ стерелизованной марли. Сверху, надъ концомъ дренажной трубки, положены губки, выжатая не въ простой водѣ, а въ растворѣ карболовой кислоты.

Въ остальномъ повязка нисколько не отличалась отъ вышеописанной.

Въ тотъ же день была сдѣлана вторая операція *laparomiotomia* проф. *Bantock*'омъ.



Опухоль въ животѣ была очень велика, а потому разрѣзь живота продолженъ былъ прямо черезъ пупокъ почти до подложечки. Опухоль очень плотная и безъ всякихъ сращеній. Вывести ее изъ живота руками было невозможно и мнѣ пришлось въ первый разъ видѣть примѣненіе большаго штопора. Послѣдній былъ введенъ въ опухоль, и она качательными движеніями изъ стороны въ сторону вынута была черезъ рану наружу. Опухоль, величиною, приблизительно, въ двѣ головы взрослога человѣка, сзади съ захватомъ, соотвѣтствующимъ мѣсту нахождения promontari'я.

Фиброзная опухоль имѣла довольно узкую ножку, идущую непосредственно отъ меньшей, съ голову новорожденнаго, фибромы, сидящей въ днѣ матки. Нѣсколько впереди и вправо еще два круглыхъ фиброида, величиною съ кулакъ. Отъ основанія фибромы, сидящей въ днѣ матки, слѣва шла увеличенная въ объемѣ фаллопіева труба, еще далѣе, влѣво, найдена множественная киста яичника, величиною въ кулакъ взрослога человѣка. Правый яичникъ тоже кистовидно перерожденъ, и по объему значительно меньше лѣваго.

Наложивъ одинъ жомъ-пинцетъ сверху внизъ, нѣсколько отступя отъ матки, на лѣвую фаллопіеву трубу и широкую связку, а другой, en masse, на маточный конецъ той же трубы, ligamenti ovarii и круглую связку, между жомами труба и боковая часть широкой связки были разрѣзаны. То же самое сдѣлано и съ правой стороны. Послѣ того въ разрѣзы между жомами наложенъ былъ эластическій жгутъ на нижнюю часть матки. Уничтоживъ такимъ образомъ возможность кровотечения, *Bantock* сдѣлалъ круговой разрѣзь, начиная слѣва, со второй фибромы и продолжая вправо, на четвертую. Послѣ того оба фиброида съ правой стороны, а затѣмъ и съ лѣвой, въ днѣ матки, были вылучены. Съ послѣднимъ, разумѣется, удалена и непосредственно къ нему прилежащая на ножкѣ громадная фиброма. Огромное ложе опухолей, въ толщѣ стѣнокъ матки, представляла пещеристую, раздробленную ткань. *Bantock* щипцами захватилъ всю мускулатуру, отсепаровалъ отъ нея кругомъ брюшинный покровъ до самаго эластическаго жома и на самую мускулатуру, en masse, наложилъ металлическую (мѣдную), петлю затянувъ ее экразерной ручкой. Затѣмъ надъ проволокой провелъ мѣдную стрѣлку и всю мускулатуру, нѣсколько отступя вверхъ отъ петли, отрѣзалъ. Излишніе лоскуты брюшины также удалилъ, оставивъ ее края немного выше мускульной культи.

Чтобы удалить яичники, *Bantock* наложилъ за фимбриальнымъ концомъ трубъ на основаніе широкихъ связокъ вогнутые жома, а прямые съ трубъ снялъ. Подъ жомомъ, слѣва, перевязалъ основаніе связки тремя лигатурами, а справа двойной лигатурой. Когда проведена была петля двойной лигатуры черезъ средину основанія широкой связки, операторъ удалилъ иглу, а петлю перевелъ за внутренній конецъ жома и ввелъ въ нее одинъ конецъ двойной лигатуры и натуго связалъ ее съ другимъ концомъ. Послѣ того концы лигатуръ переведены были спереди и сзади, подъ жомомъ, за наружный его конецъ, на другую сторону ножки и туго связаны хирургическимъ узломъ.

Далѣ надъ вогнутыми жомами яичники съ трубами были срѣзаны ножницами, а вслѣдъ затѣмъ и самые жомы сняты со своихъ мѣстъ.

Попытка ослабить эластической жгутъ вызвала довольно сильное артеріальное кровотеченіе. Бьющія струйки крови появились изъ перитонеальной оболочки, а также изъ мускульной культы въ мѣстахъ нахождения расширенныхъ вѣтвей *arteriar. uterinarum*. Пришлось захватить ихъ пинцетами и перевязать. Съ дальнѣйшимъ ослабленіемъ жгута показалось кровотеченіе изъ новыхъ мѣстъ отсепарованной брюшины, поэтому ее кругомъ обшили лигатурами. Излишекъ брюшины надъ этими лигатурами былъ срѣзанъ ножницами. Вслѣдствіе паренхиматознаго кровоточенія также и мышечную культу пришлось обколотъ швами въ разныхъ мѣстахъ. Перевязка сосудовъ продолжалась болѣе получаса, а самая операція удаленія опухоли—часть съ четвертью.

По наложеніи лигатуръ, эластической жгутъ былъ снятъ, металлическая петля стянута сильнѣе. Прикрѣпленіе культы въ нижнемъ углу брюшной раны произведено также, какъ описано мною при операціи, бывшей 16 (28) апрѣля.

Промыванія брюшной полости въ данномъ случаѣ не было и дренажъ не вставленъ.

Вся операція продолжалась 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часа. Сшитая рана и культя покрыты компрессомъ изъ одной гигроскопической марли, сверху слой ваты и затѣмъ кругомъ живота фланелевый бинтъ.

Наканунѣ моего отъѣзда изъ Лондона, 19 апрѣля (1 мая), снова въ Парижъ, пришлось видѣть еще разъ *ovariotomy*, которую подробно описывать не буду, такъ какъ была обыкновенная киста, безъ всякихъ приращеній и съ узкой ножкой. Операція продолжалась около 20 минутъ. *Bantock* высказалъ при этомъ, что подобныхъ операцій ему приходится дѣлать очень немного. Обыкновенно ему попадаются случаи съ большими осложненіями, по его словамъ, изъ 10 случаевъ 7 непременно осложненныхъ. Онъ объясняетъ это тѣмъ, что легкіе случаи теперь рѣшаются оперировать въ провинціяхъ и молодые хирурги.

Несмотря на преимущество осложненныхъ случаевъ и методъ его оперирования съ простой водой, безъ всякой антисептики, онъ послѣдній годъ произвелъ свыше 90 *laparotomy* и не имѣлъ ни одного случая смерти послѣ операціи.

Благодаря любезности проф. *Bantock*'а я имѣлъ возможность за послѣдній годъ сдѣлать краткія выписки операцій, со вскрытіемъ брюшной полости, изъ отчетовъ, предоставленныхъ въ мое пользованіе.

Очень жаль только, что въ этихъ отчетахъ не вездѣ указаны отдѣльно операціи съ антисептикой и безъ оной, а представлено только общее число операцій, выздоровленій и смерти.

Такъ въ 1886 году было.

Ovariотom'ий . . . . .	70	вызд.	64	умер.	6	смерт., слѣд.,	8,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Incis. и дренажъ при опух. яичн.	1	»	1				
Oophorectom'ий . . . . .	16	»	14	»	2	»	12,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Hysterectom'ий . . . . .	25	»	21	»	4	»	16 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Laparotom'ий при внѣмат. берем.	2	»	1	»	1		
Laparotom. explor . . . . .	6	»	4	»	2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	»	33,66 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Итого . . . . .	120		105		15	Сред. <sup>0</sup> / <sub>0</sub> см.=	12,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Въ 1887 году.

Ovariотom'ий . . . . .	70	вызд.	66	ум.	4	см.	5,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Oophorectom'ий . . . . .	6	»	5	»	1	»	16,66 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Hysterectom'ий . . . . .	3	»	3				
Удален. прид. мат . . . . .	8	»	8				
Laparotom'ий explor. . . . .	5	»	4	»	1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	»	20 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Итого . . . . .	92		86		6	сред. <sup>0</sup> / <sub>0</sub> см.=	6,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Въ 1888 г.

Ovariотom'ий . . . . .	61	вызд.	57	ум.	4	смер.	6,56 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Oophorect. . . . .	7	»	7	»		»	0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Salpingotom'ий . . . . .	2	»	2				
Hysterectom'ий . . . . .	20	»	16	»	4	»	20 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Laparot. exp. . . . .	2	»	2				
Удален. прид. . . . .	11	»	9	»	2	»	18 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Итого . . . . .	103		93		10	сред. <sup>0</sup> / <sub>0</sub> см.=	9,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Въ 1889 году.

Ovariотom'ий . . . . .	65	вызд.	65	ум.		<sup>0</sup> / <sub>0</sub> см.	0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Удал. прид. матк. . . . .	24	»	23	1		»	4,17 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Lapar. при внѣм. берем. . . . .	2	»	1	1			
Hysterectom'ий . . . . .	14	»	12	2		»	14,28 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Laparot. exp. . . . .	4	»	4				
Итого . . . . .	109		105	4		сред. <sup>0</sup> / <sub>0</sub> см.=	3,67 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Въ 1890 г.

Ovariотom'ий . . . . .	60	вызд.	55	ум.	5	<sup>0</sup> / <sub>0</sub> см.	8,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Удал. прид. мат. . . . .	13	»	12	»	1	»	7,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Hysterect. supravagin. . . . .	24	»	24	»	—	»	0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
» vaginal. . . . .	3	»	2	»	1	»	33 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Laparot exp. . . . .	7	»	6	»	1	»	14,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Итого . . . . .	107		99		8	сред. <sup>0</sup> / <sub>0</sub> см.=	7,47 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Если теперь сравнить результаты однѣхъ ovariотom'ий до 1881 года съ антисептикой, получимъ, что въ 1868 году во всѣхъ Лондонскихъ госпиталяхъ было:

Ovariотom'ий 113 случ., вызд. 82, ум. 31. Проп. см. 27,43<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Черезъ 8 лѣтъ, въ 1876 г. было:

Ovariотом'ий 394, вызд. 296, умер. 98, проц. см. 24,87% Черезъ 10 лѣтъ, когда, кромѣ операций съ антисептикой, *Bantock* оперируетъ съ простой водой, смертность становится значительно менѣе.

Такъ въ 1886 г. (съ антисептикой и безъ нея) было всѣхъ Ovariотом'ий 1169, вызд. 988, умер. 181, т. е., проц. смерт. 15,48%.

Въ 1887 г.

Ovariотом'ий 1239, вызд. 1054, ум. 185. Проц. смерт. 14,93%. За три года (85, 86, 87 гг.) у *Bantock*'а безъ антисептики было.

Ovariотом'ий 203, вызд. 191, умер. 12, проц. смерт. 5,91%.

Въ 1888 г. было всѣхъ (въ Лондонѣ).

Ovariотом'ий 1300, вызд. 1111, ум. 189, проц. смерт. 14,53%.

Въ 1889 г. — 1377, — 1186, — 191, — 13,87%.

Въ 1890 г. — 1437, — 1241, — 196, — 13,63%.

У *Bantock*'а же за 1888, — 89, 90 гг. было Ovariотом'ий 198, вызд. 187, ум. 11, проц. смерт. 5,55%. Какіе можно сдѣлать выводы изъ всего мною видѣннаго и описаннаго, постараюсь указать далѣе, а теперь, заканчивая описаніе клиники проф. *Bantock*'а, приношу ему и его ассистенту — докт. *Doran* мою глубокую благодарность за ихъ вниманіе ко мнѣ.

Послѣднія цифры, приведенныя изъ отчетовъ госпиталя Samaritan (Samaritan Free Hospital Women and Childern Fortieth annal report for the Year 1886—90) какъ бы говорятъ за преимущество оперирования съ одной простой водой, безъ всякой антисептики и даже асептики, если принять во вниманіе отсутствіе стерилизаціи инструментовъ и другихъ принадлежностей операций въ особыхъ аппаратахъ. Но чтобы окончательно высказаться за извѣстный методъ оперирования, необходимо сдѣлать коротенькій обзоръ всего описаннаго и затѣмъ уже высказать то или другое заключеніе.

Разсматривая описанныя мною клиники Москвы, Петербурга, Берлина, Дрездена, Парижа и, наконецъ, Лондона, находимъ слѣдующее:

Въ Московской клиникѣ придерживаются чрезвычайно строгой антисептики, можно сказать, до педантизма, — это до операции. Во время же операции — почти полное удаленіе антисептическихъ средствъ. Такъ, инструменты, губки, шелкъ, кетгутъ, компрессы лежатъ только въ стерилизованной горячей водѣ. Полость брюшины промывается нормальнымъ растворомъ соли нѣсколько выше температуры тѣла. Растворы карболовой кислоты, сулемы, терпентинъ, спиртъ, эфиръ употребляются только для наружныхъ обмываній и для умыванія рукъ операторовъ. Если во время операций чуть какое либо осложненіе (обширныя сращенія, кровоточивость, попаданія содержимаго опухолей и т. п.), производится промываніе полости и оставляется дренажъ въ полости брюшины. Послѣ операции обязательно іодоформъ на шитую рану. Результатъ — общій процентъ смертности доведенъ при всѣхъ большихъ операцияхъ до 8,9%, а въ частности при

овариотоміяхъ . . . . .	5,8%
лапаротоміяхъ . . . . .	14,3%
кастраціяхъ . . . . .	0%

Я беру здѣсь только тѣ операціи, число случаевъ которыхъ составляетъ довольно крупную цифру.

Въ Петербургскихъ клиникахъ такой строгой антисептики химическими средствами уже не соблюдается. Инструменты, губки въ клиникѣ проф. *Славянскаго* асептируются высокой температурой.

Во время операціи антисептика у проф. *Отта* еще въ большемъ ходу. Такъ, при лапаротоміяхъ инструменты лежатъ въ растворѣ карболовой кислоты, кишки поддерживаются сулемованными компрессами, кровь снимается и полость брюшины очищается ватой, отжатою въ растворѣ же сулемы.

У проф. *Славянскаго* инструменты, губки, компрессы находятся въ одной стерилизованной кипяченіемъ водѣ. Антисептика соблюдается только послѣ операціи наложеніемъ іодоформенной марли на шитую поверхность брюшной раны. Точный процентъ смертности въ этой клиникѣ при чревосѣченіяхъ указать теперь еще нельзя, такъ какъ нѣтъ отчета въ печати; но, просматривая клинической дневной журналъ проф. *Славянскаго*, я видѣлъ, что этотъ процентъ за послѣдній академическій 1889—90 гг., приблизительно, почти въ 8 разъ менѣе, чѣмъ былъ въ 1886 году, когда примѣнялась только одна антисептика.

У проф. *Отта*  $\%$  смертности при оваріотоміяхъ, по его словамъ, не болѣе 4 $\%$ ; только при лапаротоміяхъ онъ довольно высокъ (около 30 $\%$ ).

Въ Берлинскихъ гинекологическихъ клиникахъ антисептика при чревосѣченіяхъ отстываетъ на задній планъ, преслѣдуется больше асептика. Во время операціи только инструменты находятся въ растворѣ карболовой кислоты. У *Olshausen'a* инструменты передъ операціей стерилизуются въ аппаратѣ высокой температурой, но губки и лигатуры подвергаются антисептикѣ, хотя во время операціи лежатъ въ одной стерилизованной теплой водѣ. *Olshausen* во время операціи, даже при осложненіяхъ, избѣгаетъ промыванія полости брюшины и старается какъ можно короче подвергать ее вліянію воздуха. Къ дренажу полости брюшины почти никогда не прибѣгаетъ.

*Martin*, напротивъ, дренировать не стѣсняется, но промывать полость, повидимому, тоже избѣгаетъ.

Оба оператора, употребляя антисептическую жидкость для обмыванія наружныхъ покрововъ до операціи, послѣ нея избѣгаютъ всякой антисептики. Животъ обмываютъ только стерилизованной водой и на шитую рану непосредственно накладывается одна стерилизованная марля.

Процентъ смертности при чревосѣченіяхъ у *Martin'a* доведенъ до 8,5 $\%$ . У *Olshausen'a* нѣсколько выше: 10,1 $\%$ . Последнее, можетъ быть, объясняется тѣмъ, что  $\%$  смертности выведенъ изъ значительно большаго числа операціонныхъ случаевъ.

Въ частности у *Olshausen'a*  $\%$  смертности при лапаротоміяхъ равняется 22,2 $\%$ .

Въ Дрезденской клиникѣ антисептика преобладаетъ надъ асептикой. Особенно строгая антисептика до операціи и во время оной. Почти всѣ принадлежности операціи находятся въ противогнилостныхъ жидкостяхъ. Руки спо-

ласкиваются то въ растворѣ сулемы, то карболовой кислоты; при осложненіяхъ—полость брюшины обязательно дренируется іодоформной марлей. Послѣ операціи обмываніе и повязка тоже антисептическія.

Общій процентъ смертности при laparotom'іяхъ равняется 10<sup>0</sup>%, въ частности при ovariotom'іяхъ=21,3<sup>0</sup>%.

Въ Парижѣ во всѣхъ клиникахъ преслѣдуется асептика и антисептика, причѣмъ послѣдняя преобладаетъ во время и послѣ операціи, особенно въ клиникѣ *Lucas Championnière'a*. Послѣдній, какъ мы видѣли, при операціяхъ почти во всей полнотѣ соблюдаетъ Листеровскій методъ. Общій процентъ смертности при чревосѣченіяхъ равенъ 6,6<sup>0</sup>%. Въ частности же при

ovariotom'іяхъ . . . . .	°/о смертности=	7,1 <sup>0</sup> %
laparotom'іяхъ . . . . .	» »	=23,8 <sup>0</sup> %
castrat'іяхъ . . . . .	» »	= 0 <sup>0</sup> %

Въ клиникѣ *Rozzi*, до операціи, преимущественно преслѣдуется асептика, во время и послѣ операціи — антисептика, но уже не въ такой строгой степени, какъ въ клиникѣ *Lucas Championnière'a*.

Во время операціи въ полость брюшины вводится только для удержанія кишекъ сулемованная марля и при осложненіяхъ—дренированіе полости іодоформной марлей, которой обкладывается и шитая рана во время повязки.

Общій процентъ смертности у *Rozzi* при laparotom'іяхъ = 6,33<sup>0</sup>%, въ частности:

при ovariotom'іяхъ . . . . .	=	0 <sup>0</sup> %
» laparotom'іяхъ °/о см. . . . .	=	20 <sup>0</sup> %
» castrat'іяхъ . . . . .	=	8,33 <sup>0</sup> %

Въ клиникѣ *Terrillon'a* преобладаетъ уже асептика надъ антисептикой. Съ полостью брюшины приходятъ въ соприкосновеніе находящіяся въ антисептическихъ жидкостяхъ только шелькы и инструменты. Остальные предметы: губки, компрессы, салфетки, полотенцы употребляются въ дѣло непосредственно послѣ стерилизаціи въ аппаратахъ. Руки оператора и покровы живота оперируемой, предварительно вымытые антисептическими жидкостями передъ самой операціей, во время оной обмываются только стерилизованной водой. Послѣ операціи покровы живота обмываются тоже одной стерилизованной водой, но повязка накладывается антисептическая (сулемованный вазелинъ и іодоформный компрессъ).

Общій процентъ смертности при laparotom'іяхъ въ этой клиникѣ всего 5<sup>0</sup>%; въ частности:

при ovariotom'іяхъ . . . . .	=	0, °/о
» laparosalpingo-oophorect . . . . .	=	9,45 <sup>0</sup> %
» hysterectom'іяхъ или miomotom'іяхъ почти . . . . .	=	5, 3 <sup>0</sup> %

Въ Англійскихъ клиникахъ, у *Bantock'a* въ Лондонѣ и у *Lawson Tait'a* въ Бирмингемѣ, преслѣдуется только чистота и игнорируется всякая асептика и антисептика. При всѣхъ операціяхъ и при laparotom'іяхъ употребляется

только одна жидкость:—это простая проточная вода изъ водопровода, которая подогревается прибавленіемъ кипятка. Въ случаяхъ кровоточивости, попаданія содержимаго опухоли въ полость брюшины, послѣдняя обильно промывается только простой теплой водой до тѣхъ поръ, пока послѣдняя не потеряетъ всякую окраску. Самая laparotomia производится въ той же комнатѣ, гдѣ лежитъ больная, и числомъ присутствующихъ, особенно *Bantock*, нисколько не стѣсняются. Одно только требуется, чтобы всѣ были въ чистыхъ платьяхъ и не являлись изъ какихъ либо заразныхъ мѣстъ.

Общій процентъ смертности при чревосѣченіяхъ у *Bantock'a*, за послѣдніе 3 года по 91, только 6,5<sup>0</sup>/. Въ частности:

при ovariotomi'яхъ . . .	% смертн. =	5,55 <sup>0</sup> /%
» castrati'яхъ . . .	» =	7 <sup>0</sup> /%
» laparohysterectom. . .	» =	10,3 <sup>0</sup> /%

У *Lawson Tait'a*, по сообщенію *Bantock'a*, болѣе, чѣмъ на 130 случаевъ laparotom'ii безъ всякой антисептики не было ни одного смертнаго случая.

Такимъ образомъ, осмотрѣнныя клиники можно раздѣлить на 3 категоріи.

Въ однихъ—преимущественно преслѣдуется антисептика, какъ, наприѣръ, въ Дрезденской клиникѣ у проф. *Leopold'a*, и въ Парижской—у *Lucas Championnière'a*.

Процентъ смертности при чревосѣченіяхъ: maximum 10<sup>0</sup>/, minimum 6,6<sup>0</sup>/%.

Въ другихъ клиникахъ примѣняется асептика и антисептика. Сюда относятся всѣ остальные клиники: нашихъ столицъ, германской, французской и большинство англійской. Въ клиникахъ этой категоріи процентъ смертности: maximum 10<sup>0</sup>/, minimum 5<sup>0</sup>/% и 4<sup>0</sup>/. Замѣчательно, чѣмъ больше преобладаетъ асептика, тѣмъ меньше <sup>0</sup>/% смертности.

Клинику проф. *Terrillon'a* въ Парижѣ и проф. *Славянскаго* въ Петербургѣ можно считать какъ бы переходной ступенью къ клиникамъ 4-й категоріи, о которыхъ скажемъ ниже.

Въ клиникахъ 3-й категоріи (въ двухъ англійскихъ) отвергается, кромѣ соблюденія крайней чистоты, асептика и всякая антисептика и результаты замѣчательно хорошіе. Хотя общій процентъ смертности (6,5<sup>0</sup>%) нѣсколько выше minimum'a процента клиникъ 2-й категоріи, но за то въ частности наибольшій процентъ, при laparohysterectomi'яхъ или laparomiotomi'яхъ (=16,3<sup>0</sup>%), значительно меньше, чѣмъ во всѣхъ остальныхъ клиникахъ, за исключеніемъ клиники проф. *Terrillon'a*.

Сводя итогъ наблюденіямъ, можно видѣть, что почти всѣ хирурги-гинекологи пришли къ одному убѣжденію, это—щадить, по возможности, при чревосѣченіяхъ полость брюшины отъ долгаго соприкосновенія съ воздухомъ и въ особенности съ предметами, не приведенными въ асептическое безгнлостное состояніе, а также съ ядовитыми антисептическими средствами. Послѣднія, кромѣ общаго дѣйствія, вліяютъ еще, какъ замѣчено, губительнымъ образомъ на клѣтки тканей, приводя ихъ въ состояніе смерти. Вслѣдствіе та-

кого взгляда, всякій хирургъ при указанныхъ операціяхъ преслѣдуетъ быструю и чистоту. Последняя, впрочемъ, особенно достигается въ клиникахъ 4-й категоріи, въ которыхъ асептика стоитъ на первомъ планѣ.

На одну изъ такихъ клиникъ, которую я видѣлъ и въ которой присутствовалъ при операціяхъ, могу указать—на клинику проф. *Феноменова*, у насъ въ Казани. Въ этой клиникѣ двѣ оперативныхъ комнаты: одна для малыхъ, другая—для большихъ операцій со вскрытіемъ брюшной полости. Рядомъ съ послѣдней оперативной есть еще комната, которая предназначена для хлороформированія. Здѣсь же помѣщается камера для стерилизаціи нагрѣтымъ подъ высокимъ давленіемъ паромъ всего бѣлья для оперируемой, а также платья и халатовъ для присутствующихъ при операціи. Въ этой же камерѣ стерилизуются компрессы, полотенцы, пропускная бумага и другія необходимыя при операціи вещи.

Какъ самъ операторъ, такъ обязательно и всѣ присутствующіе при операціи, должны взять ванну и одѣться во все чистое стерилизованное платье.

Инструменты, наканунѣ операціи, кипятятся въ теченіе двухъ часовъ въ дистиллированной водѣ съ примѣсью 3% соды<sup>1)</sup>, затѣмъ вытираются до суха стерилизованной пропускной бумагой, въ нее же завертываются и сохраняются до употребленія въ оперативной комнатѣ. Непосредственно передъ самой операціей развертываются и переносятся въ ванночку съ дистиллированной стерилизованной водой.

Наканунѣ же полъ, потолокъ и стѣны оперативной комнаты обмываются растворомъ сулемы и тѣмъ же растворомъ пульверизируется воздухъ въ ней. Операціонный столъ—металлическій, съ толстой стеклянной крышкой, обливается спиртомъ, обжигается и затѣмъ покрывается стерилизованной простыней.

При операціяхъ употребляется только одна дистиллированная вода, которая еще нѣсколько разъ подвергается кипяченію въ двухъ-ведерномъ самоварѣ. Этой же водой обмывается оперируемая, споласкиваются руки операторовъ и промывается полость брюшины, если это оказывается необходимымъ. Губки, приготовленныя способомъ, указаннымъ мною раньше (посредствомъ *kali hypermang.* и *solut. natri sulphurosi*), сохраняются въ растворѣ сулемы (1:1000)<sup>2)</sup>. Передъ самой операціей онѣ нѣсколько разъ промываются въ дистиллированной, обезпложенной водѣ, такъ что въ нихъ не остается и слѣда антисептическаго средства.

То же самое продѣлывается съ компрессами, предназначенными для удерживанія кишекъ въ полости брюшины, и съ шелкомъ. Первые, до операціи, приводятся въ безгнилостное состояніе кипяченіемъ въ 5% растворѣ карболки, въ которомъ потомъ и сохраняются, а второй—стерилизуется кипяченіемъ въ растворѣ сулемы (1:500) и въ немъ же остается до операціи.

<sup>1)</sup> Сода кладется для того, чтобы очищать на инструментахъ всѣ пятна. Кромѣ того, замѣчено, что въ присутствіи ея высокая температура кипѣнія не измѣняетъ упругости стали, а вслѣдствіе этого рѣзущіе инструменты не такъ скоро тупятся.

<sup>2)</sup> Если тѣ же губки употребляются для операціи въ послѣдующій разъ, то онѣ послѣ очищенія кипятятся въ упомянутомъ растворѣ сулемы.



Прежде повязка клалась на шитую рану изъ одной стерилизованной марли, теперь же кладутъ іодоформную марлю и это маленькое отступленіе отъ чисто асептического метода, по словамъ профессора, дѣлается во избѣжаніе развитія нагноенія около лигатуръ, которое раньше наблюдалось нѣсколько разъ.

Профессоръ *Феноменовъ* въ своемъ отчетѣ: «Сто чревосѣченій» («Врачъ» 1890 г., №№ 16, 18, 19), представляетъ 83 случая, гдѣ онъ оперировалъ съ помощью одной только асептики и результаты, полученные имъ, можно считать, сравнительно съ вышеуказанными, блестящими.

На 83 случая laparotom'ий только 3 случая смерти, т. е. 3,6<sup>0</sup>/. При этомъ, по замѣчанію проф. *Феноменова*, два случая смерти произошли отъ острогноино волокниннаго воспаленія брюшины, начавшагося еще до операціи. Такъ что, если исключить эти два случая, процентъ смертности, при безгнй-лостномъ способѣ оперированія, можетъ упасть до 1,2<sup>0</sup>/.

Подобный же процентъ полученъ и въ Кіевской университетской клиникѣ профессоромъ *Рейномъ*, который со второй половины 88 года сталъ примѣнять при операціяхъ только одну асептику. Небольшое исключеніе составляетъ держаніе инструментовъ во время операціи въ карболовомъ растворѣ. Въ его сообщеніи: «Асептика или антисептика при чревосѣченіяхъ?» («Врачъ» 1890 г. № 2), находимъ, что смертность при laparotom'іяхъ въ то время, когда онъ строго преслѣдовалъ антисептической методъ, была равна 11,5<sup>0</sup>/(на 95 случ. 11 смертн.), а съ примѣненіемъ асептики на 60 случаевъ чревосѣченія только 1 случай смерти, <sup>0</sup>/ смертности равенъ 1,6<sup>0</sup>/.

Интересны наблюденія профессора *Рейна* относительно вреднаго на организмъ вліянія антисептическихъ средствъ. Хотя онъ и остался доволенъ строгимъ примѣненіемъ противогнй-лостнаго способа, давашаго ему весьма благоприятные результаты, но, тѣмъ не менѣе, видѣлъ и вредъ этого способа. Такъ, въ трехъ смертныхъ случаяхъ были всѣ признаки отравленія карболовой кислотой. Съ тѣхъ поръ онъ старался возможно меньше примѣнять антисептическія средства, особенно при непосредственномъ соприкосновеніи съ брюшиной и брюшной раной. Съ этою цѣлью для стерилизаціи инструментовъ и губокъ онъ сталъ употреблять чистую прокипяченную или обезпложенную воду.

На сколько безукоризненъ асептической способъ оперированія, можно судить по тѣмъ бактериологическимъ изслѣдованіямъ, которыя произведены д-ромъ *Писемскимъ* въ клиникѣ проф. *Рейна*.

Въ его статьѣ: «Нѣкоторыя новыя данныя о примѣненіи асептики при чревосѣченіяхъ въ акушерской клиникѣ Кіевского университета» («Врачъ» 1890 г., №№ 18, 21) указано, что кипяченіемъ инструментовъ въ водѣ и часовымъ дѣйствіемъ пара (при 114 до 116° С.) на остальные матеріалы, употребляемые при операціяхъ, вполне достигается обезпложенное ихъ состояніе.

Кусочки марли, халатовъ, лигатуръ, переносимые въ пробирки со стерилизованной м.-п. желатиной посредствомъ инструментовъ, примѣнявшихся при операціи, давали въ результатѣ полное отсутствіе помутнѣнія желатины, не-

смотря на стояніе ея, при комнатной температурѣ, въ продолженіе 15—28 дней.

Подобные же опыты и съ тѣмъ же результатомъ были произведены и въ Казанской клиникѣ проф. *Феноменова*.

Бактеріологическое же изслѣдованіе д-ромъ *Писемскимъ* воздуха оперативной комнаты дало положительные результаты.

Воздухъ оказывается загрязненъ довольно значительно низшими организмами.

Чтобы предохранить полость брюшины отъ попаданія въ нея микроорганизмовъ, проф. *Рейнъ*, по способу д-ра *Сотъжско* («Врачъ» 1890 г. № 33), передъ операцией осаждаетъ пыль и микробовъ изъ воздуха посредствомъ мельчайшихъ струекъ воды, текущихъ съ потолка. Затѣмъ воздухъ, вступающій въ оперативную комнату, фильтруется черезъ слои гигроскопической ваты. Послѣдующіе опыты показали, однако, что, несмотря на эти предосторожности, воздухъ все-таки во время операции бываетъ загрязненъ микроорганизмами, — что, разумѣется, можетъ зависѣть отъ значительнаго числа присутствующихъ лицъ.

Впрочемъ, другіе опыты д-ра *Писемскаго*, когда въ пробирки съ питательной средой помѣщались куски тканей и содержимаго брюшной полости, взятые во время операции, показали отсутствіе разводовъ. Ткани же, взятые съ наружной брюшной раны, во всѣхъ случаяхъ дали разводки.

Опыты эти доказываютъ, что общее стремленіе хирурговъ — возможно короче оставлять брюшину открытой для воздуха — достигается своей цѣлю.

Съ тою же цѣлью проф. *Феноменовъ* предпочитаетъ внутрибрюшинный способъ оперирования и не прибѣгаетъ къ дренированію брюшной полости.

Результаты, полученные *Рейномъ* при примѣненіи почти одной асептики, имѣютъ еще большее значеніе въ виду того, что смертность 1,6% приходится не на одну только ovariotomy, но и на другіе, болѣе тяжелые оперативные случаи, какъ, напр., laparomiotomia, которая почти у всѣхъ хирурговъ даетъ большой процентъ смертности.

Въ числѣ 60 laparotomiy у *Рейна* было 38 случ. ovariotomy и 5 случ. miotomia (изъ послѣднихъ ни одного смертнаго случая).

Всѣхъ чревосѣченій за послѣдніе четыре семестра (позднѣйшее сообщеніе помѣщено во «Врачѣ» въ августѣ 1890 года) было 87; изъ нихъ потеряно двѣ оперированныхъ, то есть, процентъ смертности равенъ 2,2%.

Благодаря примѣненію асептики, *Рейнъ* указываетъ и на болѣе счастливые результаты послѣоперационнаго безлихорадочнаго теченія.

*Bantock* (Inaugural adress on Listerism, стр. 22) сообщаетъ, что у него, при его способѣ оперирования, безлихорадочное послѣ-операционное теченіе наблюдалось въ 14 случаяхъ на 100, у *Thornton'a* (оттуда же) только 10%.

Процентъ подобнаго же теченія у *Рейна* равняется 46%. Но лучшіе результаты въ этомъ отношеніи оказываются у *Terrillon'a* («Bulletin medical» 1890 г., № 52), а именно 90%.

Способъ оперироваія послѣдняго, какъ намъ уже извѣстно, всего болѣе приближается къ асептическому. Асептика въ клиникѣ проф. *Феноменова* дала изъ 83-хъ 71 случай безлихорадочнаго послѣ-операционнаго теченія, — что составляетъ 85,9<sup>0</sup>/о.

Полученныя цифры чрезвычайно убѣдительны и ясно указываютъ, какой способъ оперироваія долженъ быть предпочтенъ хирургами.

---

---

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

## Отъ редакціи.

Насъ просятъ сообщить, что въ комитетъ для сбора пожертвованій на сооруженіе памятника Н. И. Пирогова вновь поступили слѣдующія пожертвованія: по подписному листу № 264 отъ проф. В. А. Караваева (изъ Кіева) 100 р.; по № 12 отъ И. О. Стефановича 30 р.; по № 65 отъ А. И. Поспѣлова 15 р.; по № 221 отъ В. Разумовскаго 10 р.; Любимова 2 р.; И. Кононникова 1 р.; А. Хорватъ 1 р.; С. 1 р.; Г. 1 р.; Шамова 3 р.; М. 1 р.; И. К. 2 р.; В. Подвысоцкаго 1 р.; Кондоратскаго 5 р.; Хохрянова 5 р.; Б. 3 р.; А. П. 3 р.; Ю. Разумовской 1 р.; по № 267 отъ Рейнъ 25 руб.; Красковскаго 3 р.; Карра 2 р.; Брюно 3 р.; Я. 3 р.; Миловидова 3 р.; Ш. 3 р.; Жемчужникова 3 р.; С. 3 р.; Р. 3 р.; А. 1 р.; О. 1 р.; Унтилова 10 р.; Рахмиловича 1 р.; по № 178 отъ Н. И. Сталбушинскаго 2 р.; П. Ф. Горошкова 2 р.; Л. Ц. Бялоблочнокаго 1 р.; П. К. де-Барать 1 р.; И. И. Гатцъ 1 р.; Молявко-Высоцкой 1 р.; отъ врачей 16-й пѣхотной дивизіи чрезъ А. Вѣщицкаго 11 р.; по № 82 отъ А. Крюкова 10 р.; по № 391 отъ почитателя Кавк. уч. окр. К. П. Яновскаго 20 р.; В. И. Стратонова 10 р.; А. Д. Стрѣльбицкаго 10 р.; Д. В. Калловича 10 р.; отъ Тифлисской 1-й гимназіи 15 р.; Тифлисской женск. гимназіи 7 р.; Тифлискаго реальнаго училища 20 р.; Тифлисской 2-й гимназіи 15 р.; Тифлисской мужской прогимназіи 10 р. 50 к.; Дирекціи народныхъ училищъ Тифл. 9 руб.; Тифлисской женской гимназіи М. Серпино 12 р. 50 к.; Тифлискаго женск. учебн. заведенія св. Нины 13 р. 90 к.; чрезъ старшаго врача 28-го артил. бригады Корсова 3 р.; по № 211 отъ А. Н. Кидановой 1 р.; В. Н. Четырковой 1 р.; В. И. Смидовичъ 2 р.; Г. О. Гартманъ 1 р.; Ф. С. Архангельскаго 1 р.; Ю. П. Цейтлинъ 2 р.; А. Г. Авдамовичъ 1 р.; А. М. Риднева 1 р.; І. В. Вяземскаго 1 р.; Э. И. Вигандъ 2 р.; П. П. Вознесенскаго 1 р.; Н. А. Кифцеръ 2 р.; по № 195 отъ А. В. Елисева 1 р.; Кн. Путятина 1 р.; А. Иностранцева 3 р.; И. Яковлева 1 р.; Эрлицкаго 1 р.; С. Данилло 1 р.; по № 334 отъ И. П. Суворова 25 р.; С. М. Тихомирова 5 р.; Н. А. Бронникова 1 р.; К. П. Бетгеръ 1 р.; Н. Я. Розанова 1 р.; Н. И. М. 1 р.; Д. Н. Данилова 5 р.; Н. И. Зеландъ 5 р.; по № 369 отъ К. Я. Шульгина 1 р.; Рождественскаго 3 р.; Н. О. Шумкина 2 р.; Н. Я. К. 1 р.; Самуйлова 3 р.; А. 1 р.; Д. 1 р.; К. П. 3 р.; Ф. 3 р.; по № 152 отъ Н. И. Стуковенкова 5 р.; Иноевса 1 р.; Маркова 1 р.; Каспари 1 р.; Егорова 1 р.; Ж. 50 к.; Зимина 50 к.; А. Ш. 1 р.; С. Дерюжинскаго 1 р.; по № 331 отъ Панкратьева 2 р.; Гавриловскаго 2 р.; О. В. Корженевскаго 3 р.; священника Н. Г. Миролобова 1 р.; П. Я. Оедорова 2 р.; С. К. 1 р.; З. 2 р.; И. Дорошко 1 р.; М. Войпеховскаго 2 р.; О. 2 р.; С. М. Красникова 4 р.; по № 367 отъ К. К. Кобордо 5 р.; Сесловскаго 3 р.; Н. Чуева 2 р.; А. Б. 1 р.; Б. 1 р.; Н. 1 р.; Ринке 1 р.; К. Чайчинскаго 1 р.; Сафронова 2 р.; Хлопкова 1 р.; И. Т. Курочкина 2 р.; Т. 1 р.;

Алферова 1 р.; Фисенко 1 р.; С. 1 р.; Койсяченко 1 р.; Ч. 1 р.; Л. 1 р.; Крючкова 1 р.; Слюсаренко 1 р.; Ш. 1 р.; Тимофеева 1 р.; Борисова 1 р.; Малишевского 1 р.; И. Т. 1 р.; Миасова 50 к.; Улицкого 1 р.; Зубкова 50 к.; Борисенко 50 к.; Павленко 50 к.; Марецкого 1 р.; отъ врачей 28-й пѣхотной дивизіи: Случевского 1 р.; Цеха 1 р.; Лянге 1 р.; Корякина 1 р.; Глаголева 1 р.; Образцова 1 р.; Никифорова 3 р.; отъ врачей 30-й пѣхотной дивизіи: Медемъ 3 р.; Чубовского 2 р.; Лихаревского 1 р.; Рочинского 1 р.; Павловского 1 р.; Рикъ 1 р.; Юревичъ 1 р.; Любарского 1 р.; Самчука 1 р.; Рольчикъ 2 р.; Лабенского 1 р.; Грабовского 1 р.; Петрашень 55 к.; Онацевичъ 2 р.; Олехновичъ 1 р.; Воронцова 1 р.; по № 324 отъ А. В. Зыбина 6 р.; М. Н. Янковского 2 р.; Д. 1 р.; Аронъ 1 р.; Сохсицкого 1 р.; П. Сысоева 3 р.; П. Коновалова 1 р.; Суханова 1 р.; Калина 1 р.; Шитова 1 р.; В. Н. Булатова 2 р.; Н. Н. 2 р.; Иванова 1 р.; Е. 3 р.; А. Г. 5 р.; по № 372 отъ Л. С. Зисманъ 3 р.; И. А. Козлова 3 р.; М. А. Селѣтова 3 р.; А. И. Смирнитского 2 р.; Н. В. Прибашева 3 р.; отъ врачей 41-й пѣхотной дивизіи: Гравировского, Канцель, Чоловского, Голынецъ, Цивинского, Всесвятского, Яковлева, Шеляговского, Левина, Григоровича, Ирисова, Бѣлова, Попова, Унгеръ, Лялина—15 р.; отъ врачей 16-й артил. бриг. Михайлова и О. 1 р. 50 к.; по № 419 отъ А. А. Сухарева 2 р.; Третьякова 50 к.; Чурикова 50 к.; Кондауковой 50 к.; Старошкевича 1 р.; Николаева 50 к.; по № 452 отъ Н. Е. Курбатова 1 р.; И. В. Пивоварова 1 р.; А. О. Гельталь 1 р.; Р. В. И. 1 р.; С. Ф. Савинина 1 р.; Галлеръ-Козловскій 1 р.; И. И. В. 1 р.; И. С. Зорхи 1 р.; Г. 50 к.; К. 50 к.; К. 1 р.; Р. 50 к.; Петрова 50 к.; Козловского 1 р.; А. 1 р.; протоіереев Козловского 1 р.; К. 1 р.; Г. И. Я. 1 р.; Давидова 50 к.; Александрова 1 р.; В. Захарина 2 р.; С. 1 р.; Ф. I. К. 1 р.; А. К. Ш. 1 р.; И. С. А. 1 р.; Потапова 1 р.; И. 1 р.; Н. 1 р.; Блохъ 1 р.; Г. И. Арронетъ 1 р.; Фрумкесъ 1 р.; Д. Клаусъ 1 р.; К. 1 р.; Окничицъ 1 р.; по № 287 отъ проф. А. Д. Павловского 5 р.; В. Е. Чернова 5 р.; проф. Оболенского 3 р.; проф. С. И. Чирьева 5 р.; М. С. 5 р.; проф. Г. Минхъ 10 р.; проф. Т. Лоначевского 3 р.; по № 53 отъ П. И. Модлинского 20 р.; И. И. Келлеръ 10 р.; В. К. Феррейнь 20 р.; Ф. 10 р.; В. К. Феррейнь 80 р.; В. Остроглазовъ 5 р.; Я Сусловъ 1 р.; по № 40 отъ Н. Бобылева 3 р.; Ив. Веніамина 3 р.; С. Шильдбахъ 10 р.; Н. Л. 3 р.; Л. 1 р.; В. 5 р.; К. Вольского 10 р.; Рубцова 1 р.; И. Л. 3 р.; Синицина 20 р.; И. 3 р.; по № 61 отъ проф. И. И. Нейдингъ 10 р.; отъ д-ра Г. Родзевичъ 10 р. 55 к.; по № 5 отъ проф. А. Я. Кожевникова 10 р.; В. Ротъ 10 р.; А. Егорова 3 р.; Л. Даршевевича 3 р.; А. Репманъ 5 р.; С. Корсакова 10 р.; Г. Россолимо 5 р.; С. Кирильцева 2 р.; Н. Шаталова 5 р.; А. Корнилова 10 р.; И. Баженова 5 р.; И. Жданова 5 р.; В. Сербского 5 р.; П. Якобія 5 р.; Ф. А. Савей-Могилевича 10 р.; Вяземского 3 р.; по № 183 отъ Яновского 3 р.; Тройнова 5 р.; Сиротинина 3 р.; Н. И. Соколова 5 р.; Макавеева 3 р.; Шахомова 3 р.; С. Погоцкого 3 р.; А. Нечаева, 5 р.; Праксина 3 р.; Полотебнова 3 р.; Енько 3 р.; В. Покровского 3 р.; Байкова 3 р.; Сердечного 3 р.; Орлова 1 р.; Чистовича 3 р.; по № 332 отъ Зибертъ 25 р.; Л. М. Биркъ 10 р.; Мультиановского 5 р.; Спендоровского 5 р.; Черевкина 3 р.; Оссовского 2 р.; Г. П. Петрова 1 р.; Лекарева 1 р.; А. Еленева 5 р.; Федоровского 3 р.; Бергъ 5 р.; Попова 5 р.; Красильникова 5 р.; Зуева 5 р.; Новика 10 р.; Смирнова М. В. 5 р.; С. Е. Смирнова 3 р.; Зортъ 3 р.; В. Попова 5 р.; П. К. 1 р.; И. П. Н. 5 р.; по № 160 отъ Э. Кушелевского 1 р.; А. Яворовского 1 р.; Г. Д. 50 к.; Тецъ 50 к.; Добруцина 1 р.; А. У. 50 к.; Я. 50 к.; К. 1 р.; по № 181 отъ Г. 1 р.; Е. 1 р.; Мартынова 2 р.; Мичурина 1 р.; Н. 3 р.; Матвѣева 2 р.; Ш. 3 р.; З. 1 р.; Переслени 3 р.; В. 3 р.; Тимофеева 1 р.; Субицкого 1 р.; Барона Тизенгаузена 1 р.; Перова 1 р.; по № 208 отъ Стефановича 3 р.; I. Монкевича 3 р.; И. Максимовича 2 р.; И. Вроблевского 2 р.; И. Чернявского 2 р.; Н. Ястребова 3 р.; Попова 50 к.; Монокшо 50 к.; Водзинского 50 к.; Н. Лобасова 50 к.; Ф. Гейманъ 1 р.; П. Топоркова 50 к.;

Стрѣльцова 1 р.; Калашникова 1 р.; Перновскаго 1 р.; Рождественскаго 50 к.; Григорьева 1 р.; Сырнева 1 р.; Волковича 50 к.; Сахарова 1 р.; А. Тауберъ 10 р.; по № 459 П. И. Грязнова 5 р. (М. Б. Петровскаго, И. П. Котляревскаго, Порываева, О. И. Острословскаго, Н. С. Игнатовскаго, П. И. Грязнова — вмѣстѣ 20 р.); Д. Котляревскаго 5 р.; И. К. Вейсъ 5 р.; А. А. Кохно 5 р.; Казаринова 5 р.; В. В. Акадатова 5 р.; П. Бѣликовича 5 р.; М. М. Вогакъ 5 р.; Л. П. Поплавской 5 р.; А. П. Миловидова 15 р.; А. В. Чаушанскаго 5 р.; А. И. Я. 5 р.; Д. Ф. Клименко 5 р.; А. В. Ярошевича 1 р.; Е. М. Рихтеръ 5 р.; А. Н. Поповскаго 1 р.; по № 269 отъ проф. М. А. Тихомирова 5 р.; проф. В. А. Субботина 10 р.; проф. В. В. Подвысоцкаго 5 р.; по № 259 отъ А. С. Шеляревскаго 5 р.; по № 91 отъ Д. В. З 3 р.; Р. Ю. В. З 3 р.; Ольшевскаго 3 р.; Г. 1 р.; Серебрянаго 1 р.; по № 374 отъ А. Ф. Гельбке 3 р.; С. В. Владиславлева 1 р.; Г. Ф. Цейдлеръ 1 р.; А. К. Николаева 3 р.; Правдолюбова 3 р.; Н. Соловьева 1 р.; Ф. Вульфъ 1 р.; Кольцова 1 р.; Дрейпельхеръ 2 р.; Янна 1 р.; Вальтеръ 1 р.; Сафронова 1 р.; Хапушина 1 р.; Янпольскаго 1 р.; Мудьюгина 1 р.; Скосырева 1 р.; Верещагина 1 р.; А. Левина 1 р.; Иппа 1 р.; Лаврова 1 р.; Вильчуръ 1 р.; Гольденблумъ 1 р.; Лушпанъ 1 р.; П. Зворыкина 1 р.; А. Катѣва 1 р.; Модицъ 1 р.; Крюкова 1 р.; Иванова 1 р.; Д. Бечакъ 1 р.; Лавровскій 1 р.; Нудиной 1 р.; М. 1 р.; Шмеманъ 1 р.; М. 1 р.; М. З 3 р.; Пендина 1 р.; Пасошнаго 2 р.; Бѣлозерскаго 1 р.; А. А. Троянова 5 р.; по № 66 отъ А. В. Станкевича 25 р.; отъ А. П. Фовицкаго (10 марокъ) 4 р. 90 к.; И. П. Архипова (10 марокъ) 4 р. 90 к.; по № 447 отъ И. В. Страхова 2 р.; А. М. Евдокимовой 3 р.; Григорьевыхъ 10 р.; Вахрамѣевыхъ 5 р.; N. N. 10 р.; А. Е. Вадежукъ 5 р.; по № 81 отъ С. С. Корсакова 50 р.; М. Э. Беккеръ 50 р.; В. Э. Кауленъ 10 р.; по № 260 отъ десяти неизвѣстныхъ 10 р.; по № 240 отъ Е. Воинова 1 р.; Берензонъ 25 р.; К. 1 р.; Николаева 1 р.; Червинскаго 1 р.; Скворцова 1 р.; Щепотьева 1 р.; Бондырева 1 р.; N. N. 50 к.; X. 1 р.; В. 1 р.; Шлоссбергъ 1 р.; Комарова 1 р.; С. 1 р.; В. 1 р.; по № 184 отъ лейбъ-хир. Гиршъ 15 р.; Э. Ф. Морицъ 10 р.; Лейбъ-окул. гр. И. X. Магавли 10 р.; А. И. Шмитцъ 10 р.; Э. К. Мазингъ 5 р.; Э. Ю. Шредеръ 3 р.; Ю. И. С. 3 р.; К. П. Домбровскаго 5 р.; К. Г. Видеманъ 3 р.; А. А. Шренкъ 3 р.; Г. Л. Штраухъ 5 р.; Э. Бари 5 р.; Г. Тилингъ 10 р.; Рентельнъ 5 р.; И. Берлингъ 5 р.; Юргенсонъ 5 р.; В. М. Керингъ 10 р.; по № 503 отъ Г. А. Рейнгъ 3 р.; И. Л. Мейеръ 3 р.; М. Л. Павловскій 3 р.; Н. Н. Вильямъ 3 р.; неизв. 1 р. 50 к.; В. I. Ф. 3 р.; А. К. Ангелева-Рейнгъ 3 р.; В. А. Рейнгъ 3 р.; N. N. 50 к. Всего вновь получено 1873 руб. 80 коп., а всѣхъ пожертвованій до сихъ поръ — на сумму 3348 руб. 12 коп.

Казначей комитета **Е. Покровскій.**