

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ШЕСТОЙ.

ФЕВРАЛЬ 1892, № 2.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

III.

ПРИМѢНЕНІЕ АСЕПТИКИ ВЪ ХИРУРГІИ БРЮШНОЙ И ТАЗОВОЙ ПОЛОСТЕЙ.

Приватъ-доцента Д. М. Кирѣева.

Широкое примѣненіе антисептическаго или противугнилостнаго способа въ послѣднія 20 лѣтъ, давшее блестящіе результаты какъ вообще въ хирургіи, такъ въ особенности при лѣченіи оперативнымъ путемъ заболѣваний органовъ живота и таза, имѣетъ также и свои невыгодныя стороны, главною изъ которыхъ безспорно надо считать отравленія при примѣненіи различныхъ противугнилостныхъ лѣкарственныхъ средствъ. Въ литературѣ имѣется уже богатый казуистическій матеріалъ смертельныхъ отравленій при примѣненіи, въ качествѣ обезпечивающихъ, іодоформа, карболовой кислоты, сулемы и пр. и пр. Зародившаяся во Франціи въ теоріи, въ лабораторіи *Pasteur'a*, практически примѣненная и разработанная въ Англіи *Lister'омъ*, антисептика или противугнилостный методъ лѣченія, не смотря на быстрые и блестящіе успѣхи, все-таки-же оставляла желать еще многого и заставляла во весь этотъ 20-ти лѣтній періодъ какъ въ лабо-

раторіяхъ, такъ и у постели больного, искать средствъ, обеззараживающихъ рану, съ одной стороны, и не вліяющихъ вредно на больныхъ и ихъ окружающихъ, съ другой. Карболовая кислота смѣнялась препаратами іода, іодъ препаратами селены, селена борной кислотой, мѣднымъ купоросомъ, креолиномъ, лизолемъ и множествомъ другихъ частью уже оставленныхъ, частью-же испытываемыхъ и по настоящее время. Измѣнялись степени концентрацій растворовъ, ограничивалось время соприкосновения ихъ съ раной и тѣмъ не менѣе случаевъ отравленія, ставшіе, правда, рѣже, все же бывали.

Въ этотъ же промежутокъ времени, путемъ чисто эмпирическимъ, опять въ Англіи, нѣкоторые выдающіеся хирурги и гинекологи пришли къ выводамъ прямо противоположнымъ только что сказанному, а именно не примѣнять никакихъ противугнилостныхъ средствъ. *Lawson-Tait*, напримѣръ, при сотняхъ своихъ чревосѣченій употреблялъ и употребляетъ только простую, иногда прокипяченную воду, и статистика его даетъ довольно хорошіе результаты. Дальѣйшія бактериологическія изслѣдованія какъ въ лабораторіяхъ, такъ и клиническія, указали, что болѣзненные измѣненія въ тканяхъ, какъ послѣ оперативнаго вмѣшательства, такъ и при различнаго рода поврежденіяхъ, зависятъ главнымъ образомъ отъ внесенія въ рану извѣстн. различныхъ болѣзнетворныхъ микробовъ; если, слѣдовательно, устранить таковыхъ отъ соприкосновения съ тканями посредствомъ рукъ оператора, инструментовъ, губокъ, повязокъ и пр. и пр., иначе говоря, если не загрязнить раны, то она заживаетъ первымъ натяженіемъ, безо всякой общей реакціи. Изслѣдованіями въ другомъ направленіи было доказано, что помимо различныхъ, такъ называемыхъ обеззараживающихъ средствъ, т. е. средствъ, въ извѣстной концентраціи которыхъ погибаютъ болѣзнетворные микроорганизмы и ихъ споры, — высокая температура въ свою очередь также ихъ убиваетъ. Изъ совокупности этихъ изслѣдованій и возникаетъ въ дальѣйшемъ ученіе объ асептикѣ, т. е. о безгнлостномъ лѣченіи повреждений. Антисептика стремилась главнымъ образомъ уничтожить или уменьшить вредное вліяніе микробовъ, поступающихъ или уже имѣющихся въ тканяхъ и предотвратить ихъ поступленіе туда, асептика

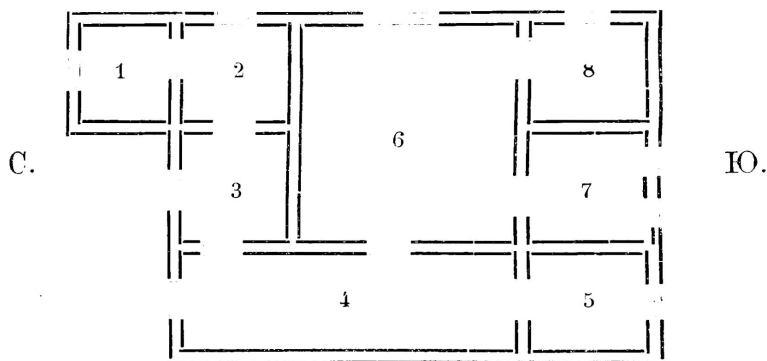
стремится не допустить въ ткани микроорганизмовъ путемъ заноса, съ одной стороны, и устранить вредное, ядовитое вліяніе противугниlostныхъ средствъ на организмъ, съ другой.

Проводя параллель между обоими способами, я этимъ нисколько не хочу умалять значеніе антисептики, которая несомнѣнно имѣетъ и будетъ всегда имѣть свое почетное мѣсто въ лѣченіи хирургическихъ заболѣваній, осложненныхъ присутствіемъ микробовъ въ тканяхъ, что въ большинствѣ этихъ заболѣваній и встрѣчается, тогда какъ асептика будетъ имѣть всегда ограниченное примѣненіе въ ранахъ, наносимыхъ самимъ операторомъ. Располагая повидимому значительными преимуществами, безгниlostный способъ примѣняется сравнительно еще очень рѣдко въ клиникахъ и лѣчебныхъ заведеніяхъ. За границей асептическія операціонныя имѣются, на сколько мнѣ извѣстно изъ отчетовъ, у проф. *Rocher'a* въ Бернѣ, у *Rüdiger'a* въ Краковѣ, у *Fritsch'a* въ Бреславлѣ, у *Audry* въ Лионѣ, у *Schöde* въ Гамбургѣ, у *Bantock'a* въ Лондонѣ и у *Kelly* въ Johns Hopkins Hospital въ Балтиморѣ въ Америкѣ. У насъ въ Россіи первая попытка примѣненія асептики принадлежитъ проф. *Феноменову* въ Казани. Затѣмъ примѣненіемъ этого метода занимаются проф. *Reinз* въ Кіевѣ и проф. *Субботинз* въ Петербургѣ.

Находя примѣненіе асептики полезнымъ и своевременнымъ, директоръ Маріинской больницы для бѣдныхъ *В. І. Алышевскій* устроилъ прошлымъ лѣтомъ 1891 г. всѣ необходимыя приспособленія для лѣченія ранъ этимъ методомъ. Асептическое отдѣленіе помѣщается во второмъ этажѣ зданія хирургическаго отдѣленія; подъ него отведены корридоръ и семь комнатъ, которыя всѣ приспособлены для производства операцій по безгниlostному способу. Послѣопераціонный періодъ проводится больными въ общихъ палатахъ отдѣленія. Для большей наглядности я позволяю себѣ представить планъ помѣщенія. Планъ этотъ уже вкратцѣ описанъ д-ромъ *Матвинымъ* въ «Больничной газетѣ Боткина», я-же останавливаюсь на немъ нѣсколько подробнѣе для того, чтобы показать, какими путями достигается обезпечиваніе предметовъ и лицъ, приходящихъ въ соприкосновеніе съ боль-

ною при производствѣ операций, а также и потому, что за послѣднее время нѣсколько видоизмѣнены приготовленія къ операци. Въ комнатѣ № 1 помѣщаются шкафы съ инструментами и аппараты, въ № 2 шкафы съ перевязочными веществами, которыя въ ней-же рѣжутся и скатываются въ бинты, въ № 3 поставлено 3 печи—одна стерилизуетъ воду, другая перевязочныя вещества и бѣлье и третья нагреваетъ воду для мытья рукъ. Въ первую печь вдѣланъ котель на 30 ведеръ, который герметически закрытъ; въ крышкѣ его имѣется предохранительный клапанъ, а изъ котла идетъ отводящая труба, открывающаяся краномъ въ операционной комнатѣ № 6. Вторая печь то-

В.



З.

пить выписанный изъ Берлина отъ *Ритчелъ* и *Геннебергъ* паровой дезинфекторъ новой системы; перегрѣтыя пары изъ котла поступаютъ системою трубъ во вдѣланный въ капитальной стѣнѣ чугунный шкафъ, герметически закрывающійся и имѣющій двѣ двери, одну, открывающуюся въ комнату № 3, гдѣ производится тонка дезинфектора и другую, открывающуюся въ большую операционную № 6. Изъ комнаты № 3 ведетъ дверь въ корридоръ № 4, въ концѣ котораго помѣщается комната № 5, гдѣ обмываютъ и хлороформируютъ больныхъ. Изъ того-же корридора № 4 ведетъ дверь въ большую операционную комнату № 6, куда выходитъ, какъ я уже упоминалъ, кранъ отъ

стерилизационнаго котла и дверь дезинфектора. Изъ № 6, расположеннаго большимъ окномъ на востокъ, ведетъ одна дверь въ такъ называемую, малую операционную № 7, двумя окнами выходящую на югъ, гдѣ исключительно и производятся чистыя лапаротоміи, другая-же дверь ведетъ въ комнату № 8, гдѣ изъ стерилизованнаго уже матеріала приготавливаются различныя антисептическія вещества.

Приготовление комнатъ къ операцимъ. Въ обѣихъ операционныхъ цементные полы накануне операциіи вымываются растворомъ сулемы 1:1000, а стѣны и потолокъ, выкрашенные масляною краскою, обильно орошаются раздробленною струею воды изъ крановъ водопровода накануне и въ день операциіи. Полъ малой операционной, передъ самой операциею поливается еще кипяткомъ, пары котораго наполняютъ операционную; для поддержанія возможно большей влажности воздуха, во все время производства операциіи открыты въ умывальникѣ краны съ кипяткомъ, дающія постоянно большое количество теплыхъ паровъ.

Приготовление къ операцимъ воды, перевязочныхъ материаловъ и бѣлья. Наполненный, герметически закрытый котель, вечеромъ накануне операциіи нагревается до 125—130°C. и кипятится при этой температурѣ въ продолженіи 40 минутъ, а затѣмъ оставляется до утра, когда изъ котла и выпускается вода еще горячею; передъ наполненіемъ стеклянныхъ сосудовъ она проходитъ черезъ систему фильтровъ *Chamberlain - Pasteur's* въ 20 свѣчей. Также съ вечера, накануне операциіи, наполняются двѣ корзины перевязочными веществами и бѣльемъ, въ центрѣ ихъ вставляется термометръ, установленный на 105°C. и соединенный проволоками съ электрическимъ звонкомъ. Утромъ въ 7½ ч. въ день операциіи зажигаютъ печь дезинфектора, а черезъ часъ закипѣвшая вода даетъ пары, которые при темп. 105° впускаются въ дезинфекторъ, а черезъ 2 часа электрическій звонокъ даетъ знать, что температура въ центрѣ перевязочныхъ веществъ равняется 105°C.; достаточно 20 минутъ такой температуры, которая все это время указывается звонкомъ термометра, чтобы обезплодить все находящееся въ дезинфекторѣ. Затѣмъ въ него пропускается струя сухого, перегрѣтаго

воздуха, который въ теченіи 15 минутъ высушиваетъ все находящееся въ немъ. Затѣмъ дверь его, выходящая въ операционную № 6, открывается и перевязочныя вещества перекладываются въ стеклянный ящикъ на колесахъ, который при чрезвѣщеніяхъ и перевозится въ малую операционную № 7, а бѣлье раскладывается на два стола въ операционной № 6. Шелкъ варится наканунѣ операциіи въ продолженіи часа въ обезпложенной водѣ и кладется вмѣстѣ съ перевязочными веществами въ дезинфекторъ съ вечера, а во время операциіи держится въ обезпложенной банкѣ; щетки для мытья рукъ кипятятся въ продолженіи часа въ 1% растворѣ соды. Инструменты, помѣщающіеся въ двухъ стеклянно-металлическихъ шкафахъ въ большой операционной, вытираются наканунѣ операциіи терпентиномъ, затѣмъ эфиромъ, а въ день операциіи кипятятся въ продолженіи 15 минутъ въ 1% растворѣ двууглекислой соды въ стерилизаторѣ *Schimmelbusch'a* и переносятся затѣмъ на все время операциіи въ стерилизованную воду. Что касается больной, то она за нѣсколько дней до операциіи получаетъ мыльные ванны, и діета ея ограничивается жидкою пищею; затѣмъ наканунѣ дается слабительное и послѣ его дѣйствія два десятигранныхъ порошка *Magisterii Bismuthi*, а въ день операциіи ставится клизма. Приготовивъ такимъ образомъ операционныя комнаты, перевязочный матеріалъ и инструменты, приступаютъ къ хлороформированію больной. Всѣ одѣваются въ большой операционной въ обезпложенные халаты и вымываютъ руки по методу *Fürbringer'a*, ополаскивая ихъ затѣмъ обезпложенной водою. Для контроля передъ всякой операциею докторомъ *Мачихинымъ* изслѣдуются на питательныхъ средахъ воздухъ операционной, перевязочныя вещества, халаты, полотенца и руки участвующихъ въ операциіи. При наступленіи наркоза больная переносится въ малую операционную совершенно раздѣтая и прикрывается обезпложенными простынями, животъ обмывается обезпложенною водою.

Приступая къ операциіи, производимой мною надъ больной, лежащей всегда на наклонной плоскости, съ приподнятымъ тазомъ и опущенными плечами и головою (столъ *Trendelenburg'a*), что легко достигается при обыкновенномъ столѣ подкладываніемъ подъ одинъ изъ кон-

цовъ его деревяннаго бруска различной толщины подъ ножки, или подушки подъ тазъ, имѣются уже приготовленные инструменты, лежащіе въ обезпложенной водѣ, шелкъ въ обезпложенной банкѣ, а для убранія крови стерилизованная сухая марля, частью нарѣзанная и скомканная въ небольшіе куски и частью сложенная въ правильные квадраты различной величины, къ которымъ прикрѣплены тесемки въ $\frac{1}{2}$ аршина длиною; такіе компрессы, ранѣе сосчитанные, употребляются для вкладыванія въ брюшную полость съ цѣлью изолированія петель кишокъ отъ опухолей, подлежащихъ удаленію. Во все время операціи на раненую поверхность ни вѣтъ, ни внутри — брюшинно не поливается ни капли жидкости. точно такъ же какъ и марля употребляется только въ сухомъ видѣ и только руки оператора и ассистента ополаскиваются отъ времени до времени въ стерилизованной водѣ. Вотъ тѣ приготовленія и тотъ методъ, которые примѣняются до и во время операціи. Теперь я позволяю себѣ перейти къ описанію тѣхъ случаевъ, которые мнѣ пришлось оперировать осенью нынѣшняго года.

I.

Больная О. П., крестьянка. 46 л., поступила въ больницу съ жалобами на кровотеченія атипическаго характера, продолжающіяся въ теченіи года. Средняго сложенія, анемична, лицо отчетно. Начала менструировать на 15 году, черезъ 3 недѣли, по 3 — 4 дня; рожала два раза благополучно. Матка увеличена и приподнята вверхъ, дно прощупывается на два поперечныхъ пальца надъ симфизомъ; въ передне-лѣвомъ сводѣ, непосредственно прилегая къ краю матки, помѣщается эластическая круглая опухоль въ гусиное яйцо величиною, неподвижная, малоболѣзненная; справа въ корнѣ широкой связки другая опухоль, болѣе продолговатаго очертанія, въ куриное яйцо, совершенно неподвижная, эластическая, близко прилежащая къ краю матки, длина полости которой 9 сантиметровъ (*cystomalg. lati bilateralis*). По вскрытіи полости живота по бѣлой линіи ниже пупка опредѣлена опухоль широкой связки, повсюду сращенная съ салыпкомъ и кишками. Сращенія отдѣлены рукою, при чемъ на одно, болѣе сосудистое, наложена лигатура, опухоль выведена въ просвѣтъ раны, листокъ широкой связки надрѣзанъ и приступлено къ вылуценію изъ нея кисты; при этомъ тонкая стѣнка опухоли лопнула и часть серознаго содержимаго излилась въ полость газа. По вылуценіи всей стѣнки кисты, рукою выведена изъ сращеній утолщенная до величины большого пальца труба и кистовидно измѣненный яичникъ, подъ нихъ подведенъ компрессъ и ниже ихъ, у основанія вылущенной

кисты наложено на широкую связку пять цѣпочныхъ лигатуръ, послѣ чего яичникъ съ трубою отрѣзанъ. Опухоль въ правой широкой связкѣ принадлежала растянутой до ширины двухъ поперечныхъ пальцевъ фаллопиевой трубѣ, сращенной плотными ложными перепонками съ боковою заднею поверхностью матки; ниже ея подведенъ компрессъ и приступлено къ выдѣленію трубы изъ сращеній; при этомъ она лопнула и изъ нея вылилось коричневатое слизистое содержимое (*haematosalpinx*), сейчасъ убранное компрессами марли. Не смотря на продолжительные поиски за правымъ яичникомъ найти его въ ложныхъ связкахъ не удалось. Растянутая труба, послѣ наложенія на ея *mesosalpinx* 6-ти цѣпочныхъ лигатуръ, срѣзана. Довольно значительное паренхиматозное кровотеченіе остановлено наложеніемъ еще 3-хъ обкалывающихъ швовъ, брюшная рана зашита 12-ю шелковыми швами и наложена асептическая повязка. Операция продолжалась 1½ часа. Въ первые сутки послѣ операции два раза вырвало, со второго-же дня тошноты и рвоты не было, также какъ не было ни kolikoобразныхъ болей, ни вздутія живота; съ третьяго дня больная начала пить молоко и бульонъ, на 5-й день произвольное послабленіе на низъ и съ этого дня установился довольно правильный стулъ. Пульсъ все время колебался между 70—80 въ минуту; температура въ первую недѣлю послѣ операции не превышала 37,5, на 2-ой недѣлѣ, послѣ снятія швовъ 37,7, 37,4 и только на 19-й день послѣ операции при явленіяхъ инфлуэнціи были три лихорадочныхъ вечера, когда t° дала 39,3, 38,5 и 38, 4; все остальное время до выписки больной t° нормальная. На десятый день послѣ операции сняты швы, рана зажила *per primam*, но въ четырехъ нижнихъ швахъ при удаленіи нитокъ замѣчено незначительное количество гноя въ каналахъ.

II.

Больная Е. М., дворянка, 42 лѣтъ, поступила въ больницу съ жалобами на боли въ животѣ справа, начавшіяся съ полъ года тому назадъ, запоры, лихорадку. Хорошаго сложенія и питанія; начала менструировать на 18-омъ году, черезъ 4 недѣли, по 5 дней; два раза рожала. Последній разъ 8 лѣтъ тому назадъ. Матка въ *retropositio et lateroversio sinistra*, малоподвижна, плохо контурируется вслѣдствіе ожиренія брюшныхъ стѣнокъ; въ правомъ сводѣ опредѣляется флюктуирующая, гладкая, болѣзненная опухоль въ гусиное яйцо, близко прилежащая къ краю матки, неподвижная справа на лѣво, но поднимающаяся вверхъ въ большой тазъ, при этомъ на ней всегда при выстукиваніи получается тимпаническій тень. Длина полости матки 9 сантиметровъ. Зондъ идетъ влѣво и взадъ.

По вскрытіи полости живота по бѣлой линіи ниже пупка, введенною рукою опредѣляется опухоль, по всей поверхности рыхло склеенная съ кишками и сальникомъ. Склейки разъединены рукою, послѣ чего опухоль, оказавшаяся растянутою кровью до величины гусиного яйца фаллопиевою трубою, выведена въ просвѣтъ раны; на длинную ножку наложено 2 лигатуры и опухоль отрѣзана. Рана зашита 15-ю швами и наложена асептическая по-

вязка. Въ послѣоперационномъ теченіи температура и пульсъ все время нормальны; ни вздутія, ни тошноты, ни рвоты не было. На 10-й день сняты швы, рана зажила *per primam*, но въ двухъ швахъ опять найдено незначительное нагноеніе.

III.

Больная М. П., учительница, пріѣхавшая изъ Вильно съ цѣлью оперироваться, 44 лѣтъ; малаго роста, средняго питанія, кости скелета съ значительными рахическими измѣненіями; поступила въ больницу съ жалобами на присутствіе опухоли въ животѣ, которая существуетъ уже 10 лѣтъ; послѣдній годъ опухоль стала быстрее рости, появились боли и затрудненное дыханіе. Начала менструировать на 13-мъ году, черезъ 4 недѣли, по 5 дней, не рожала. Въ полости живота опредѣляется плотная опухоль, занимающая всю его переднюю поверхность; верхняя граница опухоли не доходитъ на три поперечныхъ пальца до *scrobiculum cordis*. Большая часть поверхности опухоли гладкая, плотная, только въ лѣвой сторонѣ на опухоли имѣется придатокъ въ кулакъ величиною, бугристый. Опухоль, выполняя всю брюшную полость, неподвижна въ боковыхъ направленіяхъ и не много двигается снизу вверхъ. *Portio vaginalis* приподнята вверхъ, непосредственно переходитъ въ опухоль и слѣдитъ за ея движеніями. Длина полости матки 22 сантиметра. *Fibromyoma uteri interstitialis*. Полость живота вскрыта по бѣлой линіи, начиная на поперечную ладонь отъ *scrobiculum cordis* и кончая у симфиза; черезъ разрѣзъ съ значительными трудностями, вслѣдствіе величины и забрюшиннаго расположенія правой доли, опухоль выведена наружу; петли кишекъ изолированы компрессами. При ближайшемъ изслѣдованіи оказалось, что большая часть опухоли, располагаясь частью въ правой широкой связкѣ, частью заходитъ забрюшинно подъ *mesenterium coeci*. Слѣва отношенія нормальны, т. е. отъ матки къ стѣнкамъ таза отходитъ *lig. latum*. При изслѣдованіи лѣваго яичника, увеличеннаго до куриного яйца и кистовидно перерожденнаго, одна изъ кистъ лопнула и появилось паренхиматозное кровотеченіе, подъ яичникъ подведено двѣ лигатуры, надъ которыми онъ и сръзанъ. Затѣмъ приступлено къ отдѣленію опухоли отъ *mesenterii coeci* съ *processus vermicularis*. Тупою иглою подведена подъ серозно-мышечный покровъ опухоли лигатура, затянута и участокъ обколотой ткани перерѣзанъ; затѣмъ такой-же участокъ снова обколотъ и перерѣзанъ; такихъ лигатуръ *en masse* наложено 16, причемъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ ткани перерѣзались между двухъ лигатуръ, вслѣдствіе кровотеченія изъ большихъ венъ въ гусиное перо толщиною. Послѣ перевязки и вылушенія большей части опухоли справа, приступлено къ наложенію трехъ двойныхъ лигатуръ на лѣвую *lig. latum*, которая между лигатуръ и перерѣзана. Спереди опухоль не могла быть тупо отсепанованной отъ маточной ткани, такъ какъ непосредственно въ нее переходила, и при попыткахъ энуклеированія обнажались толстыя вены, давшія довольно значительное кровотеченіе. Поэтому, подъ ставшую довольно подвижную опухоль, подведена эластическая лигатура, затянута и вся опухоль сръзана. Расщепленная брюшина и широкая связка сшиты 10 узловатыми швами, поверхъ

которых наложено еще непрерывный лембертовский шовъ; такимъ образомъ бывшее ложе опухоли совершенно изолировано отъ полости брюшины. Оставшаяся надъ жгутомъ довольно объемистая культя еще ссѣзана и черезъ нее проведено двѣ толстыхъ шелковыя лигатуры, которыя и затянуты по обѣ стороны, послѣ чего жгутъ снять, а для полнаго обезпеченія отъ кровотеченія культя прошита еще 8 швами по *Schröder's*у. Затѣмъ каждая изъ нитокъ двухъ лигатуръ, стягивающихъ культю продѣта въ иглу и игла проведена черезъ брюшную стѣнку и этимъ способомъ, затянувъ лигатуры, культя фиксирована въ брюшной ранѣ снизу. Послѣ этого приступлено къ зашиванію брюшной стѣнки сверху, наложено 12 глубокихъ швовъ, не доходящихъ выше на нѣсколько сантиметровъ до фиксированной культи, срава и слѣва она сшита еще двумя глубокими лигатурами съ брюшной стѣнкою, послѣ чего наложено еще по нѣсколько швовъ съ боковъ такимъ образомъ, чтобы брюшина культи прилежала къ брюшинѣ брюшной стѣнки и этимъ культя окончательно укрѣплена въ брюшной ранѣ, затѣмъ наложены еще послѣдніе три шва на брюшныя стѣнки, которыми и закрыта окончательно брюшная рана. Наложена асептическая повязка. Не будучи сторонникомъ одного какого-бы то ни было оперативнаго метода, при міомотоміяхъ, мнѣ кажется болѣе цѣлесообразнымъ примѣняться къ обстоятельствамъ cadaго даннаго случая, выбирая тотъ или иной методъ иногда даже въ самый моментъ операци, въ зависимости отъ топографическаго расположенія опухоли, общаго состоянія больной, кровотеченія и т. д. Разумѣется этимъ не исключается составленіе себѣ заранѣе плана операци при данныхъ изслѣдованія больной. Въ настоящемъ случаѣ я заключилъ операцию по вѣтвистому методу, т. е. укрѣпилъ культю въ нижнемъ углу раны, вслѣдствіе того, что операци продолжалась 3½ часа, больная потеряла довольно значительное количество крови и я не хотѣлъ рисковать лишнимъ получасомъ времени, который необходимо было бы употребить для тщательнаго наложенія кровоостанавливающихъ и серозныхъ швовъ на опускаемую въ полость брюшины ножку. Въ послѣоперационномъ теченіи не было ни метеоризма, ни тошноты, ни рвоты; первые шесть дней послѣ операци пульсъ между 78 и 96 въ минуту, t° между 37,2 и 37,9; съ 7-го дня, продолженіи четырехъ дней вечернія температуры въ 38,5; 38,7; 38,2; 38,4; при пульсѣ въ 102—108. Въ дальнѣйшемъ періодѣ t° все время нормальна, около 37. Съ 5 дня появился аппетитъ; при смѣнѣ повязки на 7 день, около омертвѣвающей культи въ верхнемъ углу раны нагноеніе, причемъ выдѣлилось около столовой ложки хорошаго гноя; часть швовъ снята, брюшная рана срослась первымъ натяженіемъ. Культя омыта обезпложенной водой и наложена асептическая повязка. Въ дальнѣйшемъ теченіи перевязка черезъ каждыя три дня, причемъ сняты остальные швы, рана промывалась стерилизованной водой и накладывалась асептическая повязка.

На 16-й день послѣ операци, при легкомъ потягиваніи, омертвѣвшая культя отдѣлилась, рана стала быстро выполняться хорошими грануляціями, рубцующимися по краю. Въ настоящее время остается еще не зарубцевавшаяся поверхность въ серебряный гривенникъ.

V.

А. З., чиновница 32-хъ лѣтъ, поступила въ больницу съ жалобами на боль въ животѣ и крестцѣ, тошноту и рвоту, продолжающіяся съ небольшими перерывами послѣдніи восемь лѣтъ; хорошаго сложенія и питанія. Начала менструировать на 16-мъ году черезъ три недѣли по три дня, никогда не рожала. Матка наклонена впередъ, увеличена, болѣзненная, плотна, малоподвижна; въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется флюктуирующая, болѣзненная опухоль, неподвижная, въ величину кулака, непосредственно прилегающая къ краю матки. Справа, въ области широкой связки, болѣе разлитая, чувствительная опухоль въ величину куриного яйца. За время пребыванія въ больницѣ до операціи наблюдались иногда поносы и рвоты по утрамъ.—*Cystoma lig. lat. sinistr., salpingo-boophoritis dextr.*

По вскрытіи полости живота по бѣлой линіи ниже пупка, введенною рукою опухоль отдѣлена отъ сплюснутыхъ сращеній съ сальникомъ, маткой и кишками, которые отдѣлены введенными компрессами; съ большимъ трудомъ она выведена изъ брюшной раны, причемъ часть широкой связки надорвалась; на *lig. latum* наложено 8 швовъ, послѣ чего опухоль срезана. Значительныя затрудненія представила надорванная широкая связка, давшая довольно значительное кровотеченіе, потребовавшее наложенія еще 7 швовъ въ полости малого таза. Послѣ остановки кровотеченія, высвобождены изъ сращеній правый, увеличенный до голубиного яйца, кистовидно-перерожденный яичникъ и сращенная съ нимъ труба; подъ нихъ подведено двѣ лигатуры, надъ которыми они срезаны, а культя обшита непрерывнымъ швомъ. Чрезвычайно длинный сальникъ расправленъ надъ кишечными петлями, брюшная рана сшита 15 ш. швами и наложена асептическая повязка. Продолжительность операціи 1 часъ 35 минутъ. Въ послѣоперационномъ теченіи первые два дня тошнота, 4 раза вырвало; съ третьяго дня самочувствіе удовлетворительно, съ четвертаго появился аппетитъ; вздутія совсѣмъ не наблюдалось. Температура первые три недѣли нормальная, высшая 37,5 въ день снятія швовъ. На четвертой недѣли, безъ какой либо явной локализаци, появились лихорадочныя движенія, продолжавшіяся въ теченіи недѣли и дававшіе вечеромъ повышенія отъ 38 до 39,3 (одинъ вечеръ). Затѣмъ t^0 все время нормальна. На десятый день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ, въ двухъ швахъ незначительное нагноеніе.

V.

М. Х., крестьянка, 32-хъ лѣтъ, поступила въ больницу съ жалобами на присутствіе въ животѣ, за послѣдніе два года, опухоли и причиняемая ею боли. Средняго сложенія и питанія. Начала менструировать на 15-мъ году, черезъ три недѣли по 3—4 дня; 4 раза благополучно рожала.

Въ полости живота опредѣляется опухоль верхнею границею достигающая до пупка, величиною въ голову взрослого человѣка, съ гладкою поверхностью, плотная, подвижная; справа на ней опредѣляется шнуры, на концѣ котораго неподвижный придатокъ въ голубиное яйцо. *Port. vaginalis* непосредственно

переходить въ опухоль и слѣдить за ея движеніями. Длина полости матки 7 сантиметровъ, зондъ идетъ впередъ. Fibro-myomauteri interstitiale parietis posterioris. Послѣ вскрытія полости живота по бѣлой линіи ниже пупка опухоль выведена наружу, петли кишекъ изолированы компрессами. На шейку матки наложенъ эластическій жгутъ, послѣ чего капсула опухоли, сидѣвшей въ задней стѣнкѣ и днѣ матки, надрѣзана и опухоль въ величину двухъ кулаковъ энуклеирована. Поверхность ложа опухоли сглажена пожницами и наложенъ 1-й мышечный этажъ швовъ числомъ 10; затѣмъ 2-й этажъ серозно-мышечный въ 15 швовъ и наконецъ 3-й этажъ серо-серозный сшитъ непрерывнымъ швомъ. Подъ правый яичникъ, кистовидно перерожденный до величины голубиного яйца и окутанный ложными перепонками, и трубу, утолщенную до величины пальца, подведено 2 лигатуры и они отрѣзаны, культя обшита непрерывнымъ швомъ. Лѣвый яичникъ и фаллопиева труба, не представлявшие видимыхъ патологическихъ измѣненій, оставлены; брюшная рана зашита 14-ю швами, наложена асептическая повязка. Продолжительность операціи 1 часъ 25 мин. Въ послѣоперационномъ теченіи первые два дня тошнота; два раза вырвало. Съ третьяго дня хорошее самочувствіе, вздутія нѣтъ, t^0 все время нормальна; пульсъ между 84 и 102 въ минуту. На десятый день съ брюшной стѣнки сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ и послѣдующее теченіе прошло все время при нормальной температурѣ и вполне удовлетворительномъ самочувствіи.

Если обратиться къ только что описаннымъ случаямъ, то мы увидимъ, что въ четырехъ изъ нихъ представлялись при производствѣ операцій довольно значительныя техническія трудности, затягивавшія производство операціи отъ 1 часа 25 мин. до $3\frac{1}{2}$ часовъ времени, что въ полость живота и таза было наложено въ одномъ случаѣ 14, во второмъ 31, въ третьемъ 18 и въ четвертомъ 28 шелковыхъ лигатуръ; что существованіе обильныхъ сращеній дало во время операціи паренхиматозныя кровотеченія, и тѣмъ не менѣе всѣ больныя быстро поправились, причемъ послѣоперационное теченіе протекало при почти, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и совершенно нормальной температурѣ и пульсѣ, безъ какихъ либо бурныхъ явленій раздраженія брюшины; наоборотъ, отсутствіе длительной рвоты, вздутія, коликообразныхъ болей и произвольный стулъ и мочеиспусканіе на 4—5-й день, скорѣе указываетъ на полное отсутствіе таковыхъ. Все вышеизложенное, мнѣ кажется, указываетъ на необходимость и цѣлесообразность примѣненія въ настоящее время асептического метода въ хирургическомъ лѣченіи, какъ большей части заболѣваній органовъ полости живота и таза, такъ и разнообразныхъ другихъ заболѣваній, требующихъ хирургическаго вмѣшательства.

IV.

21 ОВАРИОТОМІЯ.

[Продолженіе отчета объ оваріотоміяхъ, произведенныхъ въ Маріинскомъ Гинекологическомъ Отдѣленіи С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго заведенія ¹⁾].

Академика А. Я. Крассовскаго.

№ 152. *Коллоидная однополостная киста праваго яичника безъ сращеній. Выздоровленіе.*

А. Н. Щ., крестьянка Ярославской губерніи поступила въ Маріинское Гинекологическое Отдѣленіе 17-го марта 1888 г. съ жалобою на тяжесть въ животѣ и боль въ поясницѣ.

Больная 40 лѣтъ отъ роду; начала менструировать на 16-мъ году; регулы приходили черезъ 5 недѣль по 6 дней, безъ болей, въ обильномъ количествѣ. Замужемъ 22 года. Рожала въ срокъ благополучно 4 раза; послѣдніе роды 9 лѣтъ тому назадъ; послѣродовой періодъ протекалъ безъ повышенія температуры. Ни какими особенными болѣзнями кромѣ дурного пищеваренія не страдала. Бѣли появились давно. Въ декабрѣ 1887 года стала замѣчать увеличеніе живота, причемъ до послѣдняго время ощущала долго продолжающіяся ноющія боли въ животѣ. Послѣднія регулы продолжались 8 дней и окончились 18 сего марта на другой день поступленія.

Больная средняго роста, посредственнаго питанія. Органы грудной кѣтки въ порядкѣ. Покровы живота довольно сильно натянуты. Подкожные вены правой половины брюшныхъ стѣнокъ расширены. Пупокъ сглаженъ. Въ полости живота прощупывается гладкая, ящевидная, флюктуирующая, подвижная опухоль, доходящая до подложечной ямки и спускающаяся стѣснѣ въ полость малого таза. Опухоль даетъ при перкуссіи тупой звукъ. Въ заднебоковыхъ частяхъ живота звукъ ясный. Размѣры живота, поясной—90,0, отъ пупка до лобка 17,0, до мечевиднаго отростка 19,0, до подвздошныхъ остей, съ той и другой стороны по 19,0 см.

Portio vaginalis короткая, стоитъ довольно высоко, направлена впереди. Контуры матки опредѣлить не удается; она повидному подвижна и не находится въ связи съ опухолью въ животѣ. Высоко въ переднемъ сводѣ прощупывается нижній сегментъ опухоли.

¹⁾ См. Журн. Акуш. и Женск. бол. №№ 10 и 11 1888 года.

Распознавание. Киста однополостная съ густымъ содержимымъ, безъ сращений, принадлежитъ вѣроятнo правому яичнику, принимая во вниманіе рѣзкое расширеніе вѣнь въ правой половинѣ живота.

Операция. Оваріотомія произведена 23-го марта и продолжалась 40 мин. Приготовленія къ операциі тѣ же, что и въ предыдущихъ случаяхъ. Хлороформа около 4.0 grm.

Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, длиною около 12.0 ctm., произведенъ по linea alba. Сращеній кисты съ окружающими органами не было. Послѣ опорожненія кисты и выведенія ея наружу, довольно широкая, длинная и мышечная ножка перевязана въ два пучка, кромѣ того наложена еще одна общая лигатура ниже первыхъ. Киста съ придатками матки отдѣлена ножомъ. Культи кисты и стѣнокъ брюшной раны смазаны растворомъ двудесятой ртути (1:2000). Брюшная рана зашита 9 глубокими и 4 поверхностными шелковыми швами. Коллоидальная повязка.

Киста принадлежала правому яичнику. Собранное количество коллоидной прозрачной жидкости вѣсило 600.0 grm. Мышкѣ кисты были однополостной и вѣсили 450 grm. На удаленномъ яичникѣ находилась фиброма величиною въ горошину. Къ одной изъ фимбріей трубы прикрѣплялась длинная и тонкая ножкою киста въ лѣсной орѣхъ съ прозрачнымъ серознымъ содержимымъ. На стѣнкахъ фаллопеевой трубы имѣются нѣсколько мелкихъ серозныхъ кистъ.

Послеоперационное теченіе.

1-ые сутки. Сильная жажда. Довольно частый кашель. Рвало 1 разъ. Боль въ поясницѣ и въ животѣ. Мочи 980 □ ctm. t° 36.8—39.3; P. 80—104.

2-ые сутки. Жалобы тѣ же. Снада немного. Тошнота и рвота. Позывъ къ испражненію. Мочи 550 □ ctm. t° 37.7—38.8; P. 80—110.

3-и сутки. Головная боль и удушье. Животъ надутъ и безболѣзненъ. Изъ влагалища выделяется густая темная масса, похожая на свернувшуюся кровь. Мочи 640 □ ctm. t° 37.8—40.1; P. 82—118.

4-ые сутки. Самочувствіе лучше. Головная боль продолжается. Исследование легкихъ и сердца ничего не дало. Горланные хрипы. Послѣ клистира прослабило хорошо 2 раза. Мочи 670 □ ctm. t° 37.6—39.6; P. 88—100.

5-ые сутки. Аппетитъ и сонъ порядочный. Послѣ клизмы прослабило хорошо. Днемъ пристуѣтъ удушья. Слабило нѣсколько разъ жидко. Мочи 880 □ ctm. t° 38.0—38.4; P. 92—100.

6-ые сутки. Самочувствіе удовлетворительное. Животъ надутъ и безболѣзненъ. Кашель и головная боль уменьшились. Въ правомъ легкомъ, ниже лопаточной ости, имѣются влажные хрипы. Выдѣленіе изъ влагалища въ небольшомъ количествѣ. Испражненія жидкія. Мочи 550 □ ctm. t° 37.2—39; P. 92—106.

7-ые сутки. Въ области правой лопатки притупленіе звука, ослабленное дыханіе и мелкопузырчатые влажные хрипы. Слабило нѣсколько разъ жидко. Временами знобить. Мочи 620 □ ctm. t° 37.4—39.1; P. 90—108.

8-ые сутки. Аппетитъ порядочный. Спитъ понемногу. Испражненія нечастыя и болѣе густыя. Мочи 830 □ ctm. t° 37.0—37.1; P. 84.

9-ые сутки. Швы сняты—первое натяжение. Испражнения опять жидкія. Мочится сама. t° 37.1—38.0; Р 84—90.

Вплоть до выписки, на 28-ой день послѣ операціи, кашель то усиливался, то уменьшался; испражнения были то частыя и жидкія, то слабѣло разъ въ сутки довольно густо. Температура колебалась между 37.6 и 38.4, а пульсъ между 74 и 90. Выписалась 21-го апрѣля.

№ 153. Коллоидная, однополостная киста праваго яичника, безъ сращеній. Умерла отъ кровотечения изъ культи.

В. Я., дворянка, дѣвица, прѣзжая изъ Гродно, поступила въ М. Г. О. 14-го марта 1888 года съ жалобою на одышку при ходьбѣ.

Больной 17 лѣтъ. Самочувствіе ея удовлетворительное. Первые мѣсячныя получила на 11-мъ году; появлялись регулы черезъ 4 недѣли по 5 дней, съ болью, въ обильномъ количествѣ. Во время настоящей болѣзни характеръ мѣсячныхъ не измѣнился. Послѣднія регулы окончились сего 16-го марта. На 12 году, живя на Дунаѣ, цѣлый годъ страдала перемежающеюся лихорадкой; другими болѣзнями не страдала. Пять лѣтъ тому назадъ замѣтила увеличеніе живота, не сопровождавшееся болями. Въ 1885 г. сдѣланъ былъ мною проколъ живота съ діагностическою цѣлью; въ 1887 г. врачомъ въ Гродно сдѣланъ былъ второй разъ проколъ живота.

Пациентка средняго роста, убитая особа. Подкожного жира въ особенностяхъ много въ брюшныхъ стѣнкахъ, почему съ большимъ трудомъ удастся прощупать въ брюшной полости гладкую, довольно эластичную опухоль. Пупокъ втянутъ. Размѣры живота: поясной 87.0; отъ пупка до лобка 19.0, до мечевиднаго отростка 17.0; до правой подвздошной ости 16 и до лѣвой 18,0 см.

Распознаваніе. Киста неизвѣстно котораго яичника.

Операція произведена 21-го марта и продолжалась 40 мин. Очень толстая и жирная стѣнка живота вскрыта разрывомъ въ 13.0 по linea alba отъ пупка внизъ не доходя на 3 п. до симфиза. Сращеній не было. Очень широкая, сосудистая ножка кисты раздѣлена на три пучка и перевязана тремя лигатурами. Культи опущена въ полость таза. Брюшная рана зашита 9 глубокими и 4 поверхностными швами. Коллоидальная повязка.

Удаленная киста принадлежала правому яичнику. Мѣшокъ кисты вѣсилъ 600 grm. и представлялъ одну полость безъ какихъ-либо стѣновъ перегородокъ на внутренней гладкой и блестящей поверхности его. Подъ микроскопомъ толстыя стѣнки кисты представляются состоящими изъ плотной сухожильной ткани, безъ разраженія элементовъ. Собранное количество коллоиднаго содержимаго кисты вѣсило 2000 grm.

Послѣоперационное теченіе.

1-ые сутки. Боль въ животѣ и частый позывъ къ мочеиспусканію. Тошнило и рвало два раза. Мочи 480 □ cm. t° 36.7—37.3, Р. 90—96.

2-ые сутки. Самочувствіе удовлетворительное. Пульсъ частый и слабый. Рвоты не было. Мочи 570 □ cm. t° 37.3—39.2, Р. 90—120.

3-и сутки. Общая слабость и безпокойство. Тошнило нѣсколько разъ.

рвало 1 разъ; испражнялась немного. Соор на языкѣ. Мочи 600 □ см. t° 38,2—39,9. Р. 88—110 слабый.

4-ые сутки. Молочница уменьшилась. Животъ невздутъ. Рвало 1 разъ. Поносъ. Мочи 540 □ см. t° 38,1—39,7. Пульсъ слабый 100—120.

5-ые сутки. Жажда. Языкъ очистился отъ молочницы. Небныя дужки припухли и покраснѣли. Животъ чувствителенъ въ правой подчревной области. Непроизвольное испражненіе. Тоннило и рвало 1 разъ. Безпокойство увеличилось. t° 38,7—39,6. Р. 100—104.

6-ые сутки. Большая галлюцинируетъ. Пульсъ очень слабый и частый. По краямъ языка небольшія изъязвленія. Повязка снята. Животъ умеренно вздутъ, мало болезненъ. По сторонамъ брюшной раны довольно значительное немного, болезненное уплотненіе. Испражненія вонючія. Вечеромъ exitus letalis.

Протоколъ вскрытія. Сильное трупное окоченіе. Животъ вздутъ, умеренно напряженъ. Кожные края раны плотно прилежатъ другъ къ другу. Но снятіи швовъ губы раны не расходятся; онѣ замѣтно припухли и довольно плотны; между губъ раны всюду встрѣчаются мелкія скопища мутноватой жидкости, мѣстами уже гнойной; поверхность губъ раны гризноватаго цвѣта. Кишечникъ довольно сильно вздутъ; расположеніе его правильное.

Брюшина умеренно налита кровью, всюду весьма мутная; она утолщена, особенно пристѣнный листокъ въ нижней половинѣ передней брюшной стѣнки; всюду она покрыта тонкимъ слоемъ мутной клейкой жидкости, въ которой кое гдѣ встрѣчаются въ небольшомъ числѣ мелкіе и рыхлые фибринозно-гнойные клочья; кромѣ того какъ на брюшной стѣнкѣ въ ея нижней половинѣ, такъ и на кишечныхъ петляхъ и между ними разбѣяны въ большомъ количествѣ плотные кровяные сгустки, крѣпко приставашіе къ поверхности брюшины. Большой сальникъ великъ, сильно налитъ кровью и воспаленъ.

Вся полость малого таза наполнена большимъ количествомъ свѣжей рыхло свернувшейся крови, покрывающей матку съ ея придатками; въ нижнихъ отделахъ кровяные свертки плотнѣе и видимо нѣсколько старше. *Источникъ кровотечения край культи ножки кисты.* Сама культя широка и толста; часть ея выше наложенныхъ на нея лигатуръ, между ними и отрѣзомъ, представляетъ объемистую довольно плотную кровяную массу вслѣдствіи сильнаго пропитыванія ткани кровью и наслоенія кровяныхъ свертковъ на поверхность. Только послѣ предварительнаго оплотненія препарата въ спиртѣ, удалось подробнѣе осмотрѣть культю. Оказалось, что изъ трехъ наложенныхъ при операніи лигатуръ, на препаратѣ находятся двѣ крайнія, средней же нѣтъ. Уцѣлѣвшія лигатуры сидятъ на мѣстахъ весьма плотно; проколы же, черезъ которые проведены были лигатуры, весьма широки и на краяхъ отчасти разорваны. Изъ сосудовъ, находящихся въ порѣхъ кисты, одна изъ большихъ венъ оказалась открытою въ одинъ изъ этихъ проколовъ; артеріи же всѣ захвачены лигатурами. Кровотеченіе изъ культи имѣетъ видъ паренхиматознаго. Недостаящая лигатура неотыскана.

Матка дѣвственной формы, никакихъ измѣненій не представляетъ; мукоза ея полости нѣсколько разрыхлена и мѣстами немного налита. Левая

фаллопиева труба весьма сочна и сильно переполнена кровью. Левый яичникъ нормальныхъ размѣровъ, обилуетъ бѣлыми тѣлами и содержитъ небольшую серозную кисту. Влагалище безъ измѣненій.

Печень блѣдна, дрябля и жирна. Селезенка увеличена, блѣдна, съ смягченною мякотью. Лоханки обѣихъ почекъ значительно расширены; ткань почекъ блѣдна и жирна. Кишечникъ безъ измѣненій.

№ 154. *Многополостная киста лѣваго яичника. Обширные сращенія съ брюшной стѣнкой и сальникомъ. Выздоровленіе.*

Е. К. О., дворянка, прѣѣжая изъ Вильны, поступила въ М.Г. О. 31 августа 1888 года съ жалобой только на слабость ногъ.

Больной 40 лѣтъ. Самочувствіе ея хорошо. Первые мѣсячныя получали на 11 году, затѣмъ они приходили черезъ 3 недѣли, по 2—3 дня, безъ болей, то въ большемъ, то въ меньшемъ количествѣ. Послѣднія регулы окончились 30 сего августа. Замужемъ 14 лѣтъ. Беременную была 3 раза; первая и третья беременность окончилась срочными родами, вторая же окончилась выкидышемъ на второмъ мѣсяцѣ. Рожала въ провинціи благополучно въ сроки, послѣдній разъ 9 лѣтъ т. н.; послѣ родовъ была здорова. По словамъ больной, десять дней спустя послѣ первыхъ родовъ она сильно лихорадила; въ теченіи 5 дней въ нижней части живота образовалась опухоль, которая была пунктирована троакаромъ, причемъ вытекло 32 фунта гнойной жидкости. Черезъ 52 дня послѣ пункціи, снова накопилась жидкость; лихорадка и диспное потребовали разрѣза брюшныхъ стѣнокъ, произведеннаго по бѣлой линіи, на дюймъ ниже пупка, длиною въ 2½ дюйма, причемъ вытекло 18 фунтовъ гнойной жидкости, помѣщавшейся въ совершенно замкнутой полости. Послѣ выкидыша и вторыхъ родовъ была здорова. Въ сентябрѣ 1887 года была больна воспаленіемъ брюшины, послѣ исчезновенія котораго у ней была опредѣлена въ полости живота флукутирующая опухоль, причемъ наибольшая окружность живота была 104 cm.; къ декабрю окружность живота уменьшилась до 86,0 cm. Въ февралѣ сего года животъ вновь сталъ увеличиваться во всѣхъ размѣрахъ, причемъ ни лихорадки, ни болей въ животѣ не было. Аппетитъ хорошій. Запоры и геморроидальныя кровотеченія довольно частыя.

Больная средняго роста, удовлетворительнаго питанія, малокровная. Органы грудной клѣтки ничего ненормальнаго не представляютъ. Брюшныя стѣнки довольно жирныя. Въ брюшной полости прощупывается продолговато круглая опухоль, почти неподвижная, гладкая; лѣвая половина ея флукутируетъ, правая—плотна; верхняя граница опухоли маскируется петлями кишекъ и помѣщается приблизительно на 4 п. выше пупка. Размѣры живота (1 сентябрю): поясной 110; отъ пупка до лобка 19,0, до верхняго края опухоли приблизительно 7—10,0, до мечевиднаго отростка 24,0, до правой подвздошной оси 28,0 и до лѣвой 24,0 cm.; черезъ 10 дней размѣры живота были слѣдующія: поясной 111; отъ пупка до лобка 19,5, до мечевиднаго отростка 25,0, до правой оси 27,0 и до лѣвой 25,5 cm. У задняго прохода имѣются геморроидальныя шишки. Матка въ anteversio, не спаяна съ опухолью, полость ея не увеличена. Нижній отдѣлъ опухоли живота непрощупывается черезъ передній сводъ.

Распознавание. Многополостная киста съ различнымъ по плотности содержимымъ, вѣроятно праваго яичника, съ обширными сращеніями.

Операция. Оваріотомія произведена 21 сентибри и продолжалась часть. Приготовленія къ операциі и образъ примѣненія антисептики, такіе же, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ. Потеря крови во время операциі была невелика; ушадка силъ и рвоты не было. Въ виду данныхъ анамнеза, показавшихъ, что въ области имѣющейся опухоли было два громадныхъ инкапсулированныхъ парыва и, принимая во вниманіе сращеніе опухоли съ брюшными стѣнками, благодаря чему опухоль помѣщалась настолько высоко надъ тазомъ, что не могла быть прощупана черезъ своды влагалища, предположена была возможность встрѣтить не кисту яичника, а опухоль другого свойства, почему разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ производился осторожно, послойно, на небольшомъ пространствѣ.

По вскрытіи брюшной полости разрѣзомъ въ 16.0 см., киста оказалась сращенною на обширномъ пространствѣ, особенно выше пупка, съ брюшными стѣнками не очень кровоточивыми ложными перепонками; кромѣ того она на большомъ пространствѣ была сращена съ *omentum majus* очень кровоточивыми сосудистыми перепонками. На всѣ сращенія наложено 18 лигатуръ. Часть перерожденнаго сальника, очень сосудистаго, вѣсомъ 50 grm., была отрѣзана и удалена. Киста оказалась состоящею изъ многихъ отдѣловъ разной величины и плотности. Одинъ изъ крупныхъ отдѣловъ, представившихся въ брюшной ранѣ, былъ пунктированъ толстымъ троакаромъ, причемъ вытекла шоколаднаго цвѣта липкая жидкость. Затѣмъ двумя пальцами, введенными въ опорожненную полость кисты, разрушены были стѣнки другихъ отдѣловъ, по опорожненіи которыхъ, въ полость кисты введена была вся рука, при помощи которой киста извлечена наружу. Довольно длинная, мясистая и широкая ножка кисты была перекручена два раза, она проколота тупою иглою, раздѣлена на два пучка и перевязана двумя шелковыми лигатурами. По отдѣленіи кисты, культи смазана растворомъ двуіодистой ртути и опущена въ полость таза. Правый яичникъ оказался здоровымъ. Брюшная рана зашита 9 глубокими и 5 поверхностными швами. Коллодіальная повязка.

Киста принадлежала лѣвому яичнику. Собранное количество коллоиднаго шоколаднаго цвѣта содержимаго вѣсило 6150 grm.; кистевой мѣшокъ съ неvascularными отдѣлами кисты вѣсилъ 3900 grm.

Послеоперационное теченіе. Въ теченіи первыхъ двухъ сутокъ температура поднялась до 38,2, остальные дни она не превышала 37,3. Суточное количество мочи съ 650 □ cm., въ теченіи первыхъ сутокъ, уменьшилось до 530 □ cm. на 7 день. Швы сняты на 8 день; рана срослась первымъ натяженіемъ. Выписалась 14 октября на 23 день послѣ операциі.

№ 155. *Коллоидная многополостная киста праваго яичника безъ сращеній. Мелкое кистовидное измѣненіе лѣваго яичника. Двусторонняя оваріотомія. Выздоровленіе.*

А. Н. В., мѣщанка, родомъ изъ Шлессельбурга, поступила въ М. Г. О. 18-го октября 1888 года съ жалобою на тяжесть въ животѣ и запоры на низѣ.

Большой 44 года; самочувствие ее удовлетворительное. Первые регулы появились на 12 году и появлялись затѣмъ черезъ 3 недѣли, по 7 дней, съ болями. Послѣ первыхъ родовъ регулы стали приходить безъ болей. Послѣднія мѣсячныя окончились 7-го сего октября. Характеръ мѣсячныхъ во время роста опухоли не измѣнился и только въ послѣднее время количество ихъ уменьшилось. Замужемъ 17 лѣтъ. Беременною была два раза. Рожала въ срокъ благополучно, послѣдній разъ 14 лѣтъ тому назадъ; послѣ родовъ была здорова. Пять лѣтъ тому назадъ болѣлъ правый пахъ въ теченіи года. Увеличеніе живота замѣтила года три тому назадъ; ростъ опухоли не сопровождался болями въ животѣ. Мочепусканіе въ порядкѣ. Бѣлей не было.

Большая среднего роста, удовлетворительнаго питанія, довольно малокровная. Сердце, легкія, печень, селезенка и почки повидимому здоровы. Брюшныя стѣнки не толстыя. Въ полости живота прощупывается гладкая, эластичная, флукуирующая, малоподвижная опухоль, верхняя граница которой заходитъ въ подреберья и въ подложечную ямку. Окружность живота 99,0 см.; разстояніе пупка отъ лобка 20,0, отъ мечевиднаго отростка 20,0, отъ правой и лѣвой подвздошныхъ остей по 22,0 см. Матка наклонена впередъ, связь ее съ опухолью не опредѣляется. Своды пусты.

Распознаваніе. Однополостная коллоидная киста повидимому праваго яичника. Сращенія вѣроятны.

Операция. Оваріотомія—двусторонняя—произведена 24-го октября и продолжалась часъ. Приготовленія тѣ же. Упадка силъ и рвоты не было.

Брюшная полость вскрыта разрезомъ по бѣлой линіи въ 14,0. Пристѣнный листокъ брюшины оказался припухшимъ и сильно налитымъ кровью. Сращеній не было. Извлеченіе кисты послѣ пункціи ее было затруднено конгломератомъ въ задней стѣнкѣ ее, представлявшій отдѣльную плотную упругую опухоль. Киста принадлежала правому яичнику. Довольно широкая ножка перевязана въ два пучка и кромѣ того одной общей лигатурою. По удаленіи опухоли кудля смазана растворомъ двуіодистой ртути и спущена въ полость таза. Лѣвый яичникъ представился увеличеннымъ и мелко кистовидно пзмѣненнымъ; ножка его перевязана въ два пучка и еще одною общео лигатурою, смазана растворомъ двуіодистой ртути и опущена въ полость таза. Брюшная рана, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ, смазана растворомъ двуіодистой ртути и зашита 10 глубокими и 5 поверхностными швами. Коллодальная повязка.

Собранное количество коллоидной шоколаднаго цвѣта содержимаго кисты вѣсило 10,400 grm. Толстостѣнный кистевой мѣшокъ, вѣсившій 1140 grm., былъ однополостный; на задней поверхности его находился круглый кистовидный придатокъ, съ густымъ студенистымъ содержимымъ, въ небольшую дѣтскую голову. На фимбриі лѣвой трубы находилась серозная киста въ небольшой орѣхъ съ длинною очень тонкою ножкою.

Послѣоперационное теченіе. Первые три дня температура подымалась до 38,6, причемъ больная жаловалась на боль въ животѣ; съ 3-го по 9 день температура доходила до 37,6, съ 10 дня t° колебалась между 36,8 и 37,1. Суточное количество мочи было отъ 560 (на 7 день) до 1210 □

стм. (въ первые сутки). На 7 день сняты швы. Рана почти вся срослась первымъ натяженіемъ, исключая тѣхъ мѣстъ, гдѣ имѣлись кровяные сгустки. Нагноенія въ ранѣ нѣтъ. Выписалась 17 ноября на 25 день послѣ операціи.

№ 156. *Однополостная коллоидная киста праваго яичника съ папилломатозными разраженіями на внутренней поверхности. Сплошныя сращенія кисты съ салъникомъ и правою стѣною таза. Мелко кистовидное перерожденіе лѣваго яичника. Двусторонняя оваріотомія. Выздоровленіе.*

М. Ф. С., вдова поручика поступила, въ М. Г. О. 27 октября 1888 года, съ жалобою на боль въ животѣ и въ пахахъ послѣ ходьбы.

Большой 37 лѣтъ. Самочувствіе удовлетворительное. Первые регулы получила на 15 году, появлялись онѣ затѣмъ черезъ 4 недѣли, по 5 дней и не сопровождалась болями; послѣднія мѣсячныя окончились 23 сего октября. Замужемъ была 16 лѣтъ; вдовѣтъ 3 года. Беременною была 5 разъ; рожала всегда въ срокъ благополучно, послѣднія роды 5 лѣтъ т. н. Въ послѣродовомъ періодѣ была здорова. Во время послѣднихъ родовъ, въ правой половинѣ живота была замѣчена акушеркою опухоль въ кулакъ величиною, которая только въ послѣдніе 5 мѣсяцевъ стала быстро расти, не причиняя болѣе въ животѣ. Кромѣ частаго позыва къ мочеиспусканію и бѣлями, прекратившимися три года т. н., никакими другими болѣзнями не страдала.

Больная среднего роста, посредственнаго питанія, малокровная. Легкіи и сердце не представляютъ болѣзненныхъ явленій. Въ полости живота прощупывается опухоль круглой формы, состоящая изъ нѣсколькихъ крупныхъ, различной плотности, отдѣловъ, изъ которыхъ самый большой находится справа въ нижней части живота; верхняя граница опухоли доходитъ до подложечки; опухоль мало подвижна. Размѣры живота: поясной 95,0; отъ пупка до лобка 20,0, до мечевиднаго отростка 18,5, до правой подвздошной ости 19,0 и до лѣвой ости 20,0 стм. Матка въ anterversio, подвижна менѣе нормальнаго; движенія опухолью не передаются маткѣ. Portio vaginalis укорочена, размягчена; въ полуоткрытомъ зѣвѣ имѣются кровоточивыя грануляціи. Черезъ передній сводъ прощупывается нижній сегментъ опухоли.

Распознаваніе. Многополостная коллоидная киста вѣроятно праваго яичника, съ сращеніями.

Операція. Оваріотомія произведена 2-го ноября 1888 года и продолжалась 1 ч. 40 мин. Приготовленія къ операціи тѣ же. Во время операціи больная потеряла около полуфунта крови; пульсъ все время былъ очень слабъ, временами исчезалъ; два раза былъ позывъ ко рвотѣ. Въ полости живота оставлено 15 шелковыхъ лигатуръ.

Брюшная полость вскрыта разрезомъ въ 15,0 стм., проведеннымъ черезъ пупокъ по бѣлой линіи. Представившаяся въ ранѣ киста была покрыта истонченнымъ, частью атрофированнымъ и растянутымъ салъникомъ, который въ верхней части былъ сплошь сращенъ съ переднею и заднею поверхностью кисты; такъ какъ отдѣлить его отъ кисты вполне не удалось, то приблизительно третья часть его оставлена при кистѣ послѣ предварительнаго наложенія шести лигатуръ. Киста пунктирована; извлеченіе ея было крайне

затруднено обширными сплошными кровоточивыми сращениями съ маткою и правую стѣнкою таза; сращения съ маткою перевязаны 4 лигатурами. Введенною въ опорожненную полость кисты рукою опредѣлена была граница почки, которая перевязана въ 3 пучка. Левый яичникъ представлялся увеличеннымъ и кистовидно перерожденнымъ; почка его перевязана въ два пучка. Въ каналъ фаллопиевыхъ трубъ вырыснуть растворъ двуокисной ртути (1:2000); тѣмъ же растворомъ смазаны обѣ культы, послѣ чего послѣднія опушены въ полость таза. Брюшная рана смазана такимъ же растворомъ и зашита 10 глубокими и 6 поверхностными швами. Коллоидальная повязка.

Описаніе удаленныхъ частей. Собранное количество коллоиднаго содержимаго, шеколаднаго цвѣта, вѣсило 6200 grm.; мѣшокъ кисты вѣсилъ 500 grm. Киста снаружи, особенно на одной изъ сторонъ, покрыта массою плотныхъ ложныхъ перепонокъ, болѣею частью пластинчатыхъ и крѣпко сидящихъ; тутъ-же помѣщается часть прироста большого сальника и широкая дозольно тонкая и плотная пленка, въ которой ясно видны два свободныхъ края, почти параллельныхъ другъ къ другу; изъ нихъ одинъ прямой, другой волнистый. Между пленкою и кистою много сращеній, болѣею частью неособенно плотныхъ, легко разрушающихся. Кромѣ указанныхъ двухъ краевъ пленка остальными краями плотно спаена съ кистою. Въ прямолинейномъ краѣ пленки находится довольно толстая фаллопиева труба, черезъ которую удалось провести зондъ. Бахромки очень длинныя, плотно приращены къ кистѣ и покрыты ложными перепонками; наружное отверстіе трубы, равно какъ и infundibulum сильно расширено. Труба совмѣстно съ широкою связкою, въ которой видны артерія и вены, покрываютъ большую часть одной изъ поверхностей мѣшка. Поверхность эта должна была in situ быть переднею или передненижнею, изъ чего видно, что киста должна была принадлежать правому яичнику. У бахромокъ и infundibulum трубы находятся много складокъ приращеннаго сальника и кромѣ того масса ложныхъ перепонокъ. Противоположная сторона кисты сравнительно чище, перепонокъ на ней меньше. Широкая связка плотнѣе всего приращена къ кистѣ на мѣстѣ infundibulum трубы и ея бахромки. Стѣнка мѣшка кисты всюду весьма плотна, кожная, толщиною въ 3 и болѣе миллиметровъ. Подъ микроскопомъ видны правильные параллельные ряды сухожильныхъ волоконъ во внутреннихъ отдѣлахъ стѣнки и перекрещивающіеся сухожильные пучки въ наружныхъ. Между пучками много переполненныхъ кровью сосудовъ. На внутренней поверхности мѣшка кисты сохранились еще слѣды бывшихъ перегородокъ, въ видѣ довольно широкихъ, лентовидныхъ, возвышенныхъ полосъ. Разнообразной формы площадки, ограниченныя этими остатками, представляются почти совершенно гладкими, болѣею-же частью онѣ усеяны капиллярными разраженіями, то густо сидящими, очень большими и высокими, то отдѣльными мелкими и низкими островками. Наиболѣе мощныя массы ихъ находятся на мѣстѣ соответствующемъ hilus'у бывшаго яичника и вообще въ томъ районѣ, гдѣ на наружной поверхности находится широкая связка.

Подъ микроскопомъ вездѣ представляется строеніе трубчатыхъ железъ; мѣшки железъ разнообразной формы и величины; въ большихъ мѣшкахъ всюду

ворсинчатыхъ образованій, то простыя, то вѣтвистыя (*adenoma papilliferum*). Стѣнка железнистыхъ мѣшковъ состоитъ изъ ясно отличимой *membrana propria* и одно—или многослойнаго эпителія, цилиндрическаго, крупно и мелкоклѣтчатого. Клѣтки эпителія вообще мутны, но зерно болѣею частью ясно; въ отдѣлахъ ближайшихъ къ поверхности, обращенной въ полость кисты, эпителій болѣею частью либо отсутствуетъ, либо же сильно разбухъ и коллоидно перерожденъ. Въ каналахъ железнистыхъ мѣшковъ мелкозернистое содержимое, остатки разрушенныхъ клѣтокъ эпителія и еще весьма большія клѣтки, разной величины, правильно шарообразныя, съ толстою оболочкою и сравнительно маленькимъ, круглымъ, болѣею частью эксцентрично лежащимъ зерномъ; клѣтки эти весьма напоминаютъ яички и составляютъ *ovula humana*; онѣ въ нѣкоторыхъ железнистыхъ мѣшкахъ и притомъ съ хорошо сохранившимся эпителіемъ, попадаютъ въ весьма большомъ числѣ. Промежуточная ткань, несущая сосуды, состоитъ изъ нѣжной рыхлой, болѣею частью слизистой соединительной ткани. иногда съ звѣздчатыми клѣтками; она вообще очень мутна, мелкозерниста, и мѣстами расплывается. Въ ней довольно часто встрѣчается примѣсъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, расположенныхъ иногда пучками.

Судя по этимъ даннымъ опухоль яичника можно назвать *adenoma myxomatodes papilliferum*.

Въ лѣвомъ яичникѣ двѣ довольно большія кисты и много мелкихъ. Въ одной изъ кистъ на стѣнкахъ замѣтно уже начало образованія такой же опухоли, какъ и въ правомъ.

Послѣоперационное теченіе. Къ вечеру перваго дня значительный упадокъ силъ, продолжавшійся нѣскольکو часовъ. Въ теченіи первыхъ трехъ сутокъ температура колебалась между 37,0 и 38,6 при пульсѣ 66—114; въ слѣдующіе дни нормальная температура прерывалась однократнымъ въ теченіи сутокъ повышеніемъ до 38,0, что обусловливалось образованіемъ небольшого нарыва на крестцѣ, вскрывшагося на 9 день, послѣ чего до выписки повышения т° болѣе не было. Суточное количество мочи было отъ 540 до 650. На 9 день сняты швы; рана зажила первымъ натяженіемъ. На мѣстѣ нарыва образовалась язва съ фистулезными ходами, зажившая къ 15-му декабря. По причинѣ общей слабости оперированная оставалась въ М. Г. О. до 13-го января 1889 года.

№ 157. *Пароваріальная (двойная) киста лѣваго яичника. Кистовидное перерожденіе праваго яичника. Двусторонняя овариотомія. Выздоровленіе.*

Ю. М., дворянка, пріѣзжая изъ Могилевской губерніи, поступила въ М. Г. О. 3 го ноября 1888 года.

Больной 24 года. Самочувствіе удовлетворительное. Первые мѣсячныя получила на 18 году; регулы приходили правильно, черезъ 3 недѣли, по 4 дня и не сопровождалась болями; послѣ родовъ мѣсячныя стали продолжаться по 7 дней и въ общемъ были обильнѣе, чѣмъ до родовъ, послѣ которыхъ, хотя и кормила, но регулы все таки имѣла. Послѣднія мѣсячныя окончились 20-го октября. Замужемъ 3 года; была беременна одинъ разъ;

разрѣшилась въ срокъ благополучно два года тому назадъ; послѣ родовъ была здорова. На 8 недѣль post partum заболѣла воспаленіемъ праваго яичника, продолжавшееся два мѣсяца. Въ іюлѣ 1887 года у нея опредѣлена была опухоль въ животѣ, принятая за пятимѣсячную беременную матку. Ростъ опухоли сопровождался болѣзненными ощущеніями въ животѣ и во всемъ организмѣ.

Пациентка средняго роста, удовлетворительнаго питанія. Состояніе грудныхъ и брюшныхъ органовъ въ порядкѣ. На кожѣ живота рубцы бывшей беременности. Въ брюшной полости прощупывается шарообразная, гладкая, эластичная, ясно флюктуирующая и довольно подвижная опухоль, верхняя граница которой на ладонь не доходитъ до пупка. Окружность живота выше пупка 84,0, на 3 п. п. ниже его 87,0; отъ пупка до лобка 17,0, до мечевиднаго отростка 17,0, до подвздошныхъ остей по 16,0 см. Матка наклонена впередъ, подвижна, неувеличена; связь ея съ опухолью не опредѣляется. Черезъ передній сводъ прощупывается нижній отдѣлъ опухоли.

Распознаваніе. Серозная киста неизвѣстно какого яичника, безъ сращеній.

Операция. Оваріотомія произведена 12 ноября и продолжалась 1 часъ. Приготовленія какъ и въ предыдущихъ случаяхъ. Кровотеченіе при операциі было незначительное. Туалета брюшины не дѣлали.

Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ въ 10,0 см. прошелъ почти по бѣлой линіи. Небольшое паренхиматозное кровотеченіе съ поверхности разрѣза остановлено пинцетами. Представившаяся киста принадлежала лѣвой широкой связкѣ. Сращеній не было. На задней стѣнкѣ кисты помѣщался другой отдѣлъ величиною въ головку новорожденнаго. Киста пунктирована. Недлинная и довольно широкая ножка кисты перевязана на три части, кромѣ того сосуды ножки перевязаны отдѣльно. Киста отдѣлена съ частью Фаллопиевой трубы. Правый яичникъ величиною въ куриное яйцо былъ кистовидно измѣненнымъ, а Фаллопиева труба утолщенной (salpingitis) и сращенною съ переднею поверхностью его. Ножка праваго яичника перевязана на двѣ части. Въ остатки трубъ выпрыснуть растворъ двуіодистой ртути; смазавъ тѣмъ же растворомъ обѣ культы, онѣ опущены въ полость таза. Брюшная рана, послѣ смазыванія тѣмъ же растворомъ, зашита 7 глубокими и 3 поверхностными швами. Коллодіальная повязка.

Описаніе удаленныхъ частей. Выпущенная изъ кисты прозрачная, безцвѣтная, пѣнившаяся жидкость вѣсила 2200 grm.; кистевой мѣшокъ съ непунктированнымъ придаткомъ вѣсилъ 950 grm. Кистевая опухоль состоитъ изъ двухъ отдѣльныхъ кистъ, изъ которыхъ пунктированная величиною въ головку годовалаго ребенка, а другая—въ головку новорожденнаго младенца. Оба отдѣла тѣсно прилегаютъ другъ къ другу и помѣщаются между пластинками лѣвой широкой связки, которыя легко могутъ быть отдѣлены отъ кистевыхъ мѣшковъ, такъ какъ связаны съ ними тонкими слоемырыхлой клѣтчатки. Стѣнки кистъ не переходятъ съ другъ на друга и связаны тонкими слоемырыхлой клѣтчатки, почему кисты легко отдѣляются одна отъ другой. Каждая киста составляетъ замкнутый пузырь съ плотными фиброзными стѣнками, толщина которыхъ мѣстами достигаетъ 3 миллиметровъ. Вторая киста содер-

жала такую же жидкость, какъ и первая. Внутренняя поверхность мѣшковъ безъ слѣдовъ перегородокъ имѣетъ видъ шагреновой кожи, благодаря массѣ мелкихъ, низкихъ, плотныхъ капиллярныхъ разраженій; во многихъ мѣстахъ на нихъ виденъ тонкій слой мелкихъ низкихъ клѣтокъ эпителия.

Большая киста помѣщалась въ обращенной къ маткѣ половинѣ широкой связки; а вторая меньшая — въ ея наружной половинѣ. Листки широкой связки плотно охватываютъ кисты, такъ что нигдѣ не остается свободныхъ участковъ, гдѣ бы листки прилегали бы другъ къ другу. Фаллопиева труба плотно прилегаетъ къ поверхности кистъ; она сочная, очень длинная и толще нормального; бахромка ея тоже увеличена.

Правая труба весьма короткая и толстая, налита кровью; бахромка ея пышно развита; infundibulum трубы расширено, складки мукозы весьма развиты, велики и красны. На серединѣ длины трубы, на верхнемъ краѣ ея помѣщается въ кедровый орѣхъ величиною серозная киста на длинной тонкой ножкѣ. Широкая связка мала; одинъ изъ каналовъ пароваріума растянутъ въ кисту величиною въ горошину.

Оба яичника велики, весьма сочны, отечны, блѣдны и мутны, въ ихъ корковомъ слоѣ много мелкихъ серозныхъ кистъ, а въ правомъ кромѣ того небольшая свѣжая апоплектическая менструальная (?) полость.

Послѣоперационное теченіе. Въ теченіи первыхъ шести сутокъ температура поднималась до 38,0—38,4 при пульсѣ 80—94, причемъ оперированная жаловалась на слабость, тошноту, боль въ животѣ и плохой сонъ и аннетитъ; улучшение общаго состоянія послѣдовало послѣ дѣйствія слабительной клизмы, послѣ чего температура не поднималась выше 37,5. На 8-й день сняты швы; рана зажила первымъ натяженіемъ. Суточное количество мочи колебалось отъ 470 □ ctm. (на 7-й день) до 900 □ ctm. (въ теченіи перваго дня). Выписалась на 30 день 11-го декабря.

№ 158. *Многополостная киста лѣваго яичника съ обширными сращениями. Выздоровленіе.*

О. Ф. Б., дворянка, поступила въ М. Г. О. 24-го ноября 1888 г. съ жалобами на боль около пупка и въ поясницѣ и одышку.

Большая puella intacta, 44 лѣтъ. Первые регулы получила на 18 году; появлялись правильно. Послѣ оваріотоміи, произведенной мною въ 1870 г. за № 42¹⁾ первые регулы появились у нея черезъ 1½ мѣсяца и приходили чаще чѣмъ прежде; годъ спустя послѣ оваріотоміи регулы стали сопровождаться сильною болью въ лѣвой подреберной области. Послѣднія регулы окончились 25-го сего ноября. Увеличеніе живота замѣтила годъ тому назадъ; ростъ опухоли не сопровождался воспаленіемъ тазовыхъ и брюшныхъ органовъ.

Пациентка средняго роста, посредственнаго тѣлосложенія. Органы груди и живота въ порядкѣ. По бѣлой линіи живота имѣется рубецъ отъ предшествовавшей оваріотоміи. Въ полости живота прощупывается эластичная, гладкая, флюктуирующая и повидимому подвижная опухоль, верхняя граница которой на 3 мм. не доходитъ до подложечки. Размѣры живота: поясной 94,0;

1) См. «Врачъ» 1884 г., № 10.

отъ пунка до лѣва 21,5, до мечевиднаго острѣтка 16,0, до верхней границы опухоли 12,0, до правой поперечной оси 19,0 и до лѣвой поперечной оси 22,0 см.

Распознаваніе. Коллоидная киста лѣваго яичника. Сращенія вѣроятны.

Операция. Оваріотомія произведена 28-го ноября и продолжалась около 2 часовъ. Приготовленія тѣже.

Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, въ 16,0 см., проведенъ съ правой стороны отъ рубца первой оваріотоміи, вдоль белой линіи, черезъ пупокъ и правую мышцу. Представившаяся въ разрѣзѣ киста была покрыта салникомъ, приращеннымъ къ лѣвой брюшной стѣнкѣ и къ рубцу отъ предшествовавшей оваріотоміи. Сращенія вблизи брюшной раны перевязаны тремя лигатурами; остальные сращенія оставлены in situ. Не смотря на опорожненіе большого отдѣла кисты, оставшая часть ея съ трудомъ выведена наружу по причинѣ имѣвшихся на задней стѣнкѣ кисты трехъ большихъ конгломератовъ. Киста принадлежала лѣвому яичнику. Очень широкая ножка перевязана въ три пучка, кромѣ того сосуды отдѣльно перевязаны лигатурой. Въ зиявшій просвѣтъ фаллопиевой трубы выпрыснуть растворъ двуокисной ртути; послѣ смазыванія культи тѣмъ же растворомъ, она опущена въ полость таза. Края брюшной раны смазаны тѣмъ же растворомъ, и рана зашита 9 глубокими и 5 поверхностными шелковыми швами. Коллоидальная повязка.

Удаленное свѣтлое сиропообразное содержимое кисты вѣсило 3800 gm.; кистевой мѣшокъ съ непорожненными отдѣлами вѣсилъ 2110 gm.

Послѣоперационное теченіе. Первые трое сутокъ больная жаловалась на сильныя схватывающія боли въ животѣ, которыя прекратились съ отхожденіемъ на 3 день газовъ. Въ теченіи этихъ сутокъ температура достигала до 39,1 при пульсѣ 100; остальные дни до выписки t° не превышала 37,5. Суточное количество мочи колебалось отъ 630 □ см. (на 4 день) до 1000 □ см. (на первый день). На 9 день сняты швы; рана срослась безъ натяженіемъ, за исключеніемъ гноящагося пространства въ 3,0 см. въ верхней трети раны. Къ 15 дню ранка очистилась и къ 40 дню она вполне закрылась. Выписалась на 48 день 14 января 1887 года.

№ 159. *Многополостная киста праваго яичника съ густымъ студенистымъ содержимымъ, безъ сращеній. Выздоровленіе.*

Е. В., жена купца, прѣзжая изъ Рыбинска, переведена въ М. Г. О. 5-го декабря 1888 года, изъ секретнаго отдѣленія родильнаго госпиталя, куда она поступила 11 ноября, считая себя беременною.

Большой 19 лѣтъ. Самочувствіе удовлетворительное. Первые мѣсячныя получила на 14 году, приходили онѣ черезъ 4 недѣли, по 7 дней, съ небольшою болью. Послѣднія регулы были 9 мѣсяцевъ т. н. Замужемъ 2 года; въ теченіи перваго года замужества страдала кривотеченіями. Беременною ни разу не была. Съ прекращеніемъ регулъ животъ сталъ увеличиваться, почему она считала себя беременною. Во время роста опухоли были сильныя боли въ правой половинѣ живота.

Пациентка средняго роста, посредственнаго питанія, довольно малокровная, органы груди и живота въ порядкѣ. Въ брюшной полости прощупывается

эластическая опухоль правильной продольно-яйцевидной формы, величиною соответствующая беременной маткѣ въ началѣ 9-го мѣсяца беременности; опухоль неясно флуктуируетъ; правая половина ея, особенно вверху, гораздо упруге и немного чувствительная. Окружность живота 76,0; отъ пупка до лобка 13,0, до верхней границы опухоли 11,0, до мечевиднаго отростка 16,0, до правой подвздошной ости 16,5, и до лѣвой подвздошной ости 16,0 см. Матка въ *retroflexio*, нормальной величины, довольно подвижна; черезъ передній и правый своды прощупывается нижній сегментъ опухоли, найденной при наружномъ изслѣдованіи.

Распознаваніе. Хотя при акушерскомъ изслѣдованіи не было найдено какихъ-либо признаковъ беременности, тѣмъ не менѣе въ родильномъ отдѣленіи ей сдѣланъ былъ аппаратомъ Dieulafoy съ діагностическою цѣлью пробный проколъ, причемъ вытекло 780 grm. клейкой прозрачной, желтоватаго цвѣта жидкости, послѣ чего у больной была опредѣлена киста праваго яичника съ густымъ коллоиднымъ содержимымъ, безъ сращеній.

Операция. Оваріотомія произведена 5-го декабря и продолжалась 1 ч. 20 мин. Приготовленія тѣ же. Наркозъ 2 раза прерывался рвотой. Вблизи праваго края разрѣза живота, въ брюшныхъ стѣнкахъ находилось цилиндрическое утолщеніе въ гусиное перо, принадлежавшее вѣроятно заросшему урахусу; наполнивъ водой мочевою пузырь можно было убѣдиться въ отсутствіи связи между пузыремъ и утолщеніемъ.

Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, въ 16,0 см., проведенъ по бѣлой линіи черезъ пупокъ. По вскрытіи брюшной полости вытекло около стакана асцитической жидкости. Черезъ сдѣланный проколъ кисты ничего не истекало.

Послѣ довольно затруднительнаго выведенія всей кисты, принадлежавшей правому яичнику, довольно широкая и мясистая ножка кисты была перевязана въ 4 пучка. Брюшная рана зашита 5 поперечными и 9 глубокими швами. Коллоидальная повязка.

Удаленная киста состояла изъ нѣсколькихъ отдѣловъ съ довольно густымъ, почти студенистымъ содержимымъ и вѣсила 2660 grm.

Послеоперационное теченіе. Наибышая температура въ теченіи первой недѣли была 37,8 при пульсѣ 80. Суточное количество мочи колебалось отъ 640 (на 3-й день) до 1110 (на первый день). На 7 день сняты швы; рана на пространствѣ 3,0 см. не срослась и гноится, къ 16-му дню она вполне затянулась. Выписалась на 31-й день 5-го января 1889 года.

№ 160. *Многополостная киста праваго яичника съ густымъ содержимымъ. Обширныя сращенія съ передней брюшной стѣнкой и съ сальникомъ. Мелкокистовидное перерожденіе лѣваго яичника. Двусторонняя оваріотомія. Выздоровленіе.*

Е. Ч., жена солдата, поступила къ М. Г. О. 12-го декабря 1888 года съ жалобою на общую слабость.

Больной 34 года. Родилась въ Ковенской губерніи. Первые регулы получила на 14 году; мѣсячныя приходили черезъ 3 и 4 недѣли, продолжались по 3 дня и не сопровождались болями въ животѣ. Во время роста опухоли характеръ регулъ не измѣнился. Последніе регулы окончились недѣлю тому назадъ. За-

мужемъ 6 лѣтъ. Беременную была 3 раза; рожала въ срокъ благополучно, послѣдній разъ 25-го мая сего года, причемъ въ теченіи первыхъ 4 дней чувствовала сильную боль въ лѣвой половинѣ живота. Послѣ родовъ была здорова. Въ октябрѣ и ноябрѣ сего года страдала упорнымъ нонесомъ. Присутствіе олухоли въ животѣ замѣтила во время послѣдней беременности.

Большая средняго роста, довольно истощенная, малокровная особа. Сердце и легкія въ порядкѣ. Брюшные покровы вялые. Въ полости живота прощупывается опухоль шарообразная, бугристая, позидиному подвижная; верхняя граница опухоли доходить до подложечной области. Окружность живота 94,0; разстояніе пупка: отъ лѣва 22,5, отъ мечевиднаго отростка 18,5, отъ правой подвздошной ости 21,5 и отъ лѣвой подвздошной ости 24,0 см. Матка въ *antversio*, подвижна. Черезъ влагалищныя своды прощупать опухоль не удается.

Распознаваніе. Многополостная киста праваго яичника. Сращенія въ роатны.

Операція. Оваріотомія двусторонняя произведена 14-го декабря 1888 г., продолжалась 1 ч. 20 мин. Приготовленія тѣ же.

Разрѣзъ по бѣлой линіи около 14,0 см. въ два приѣма. Передняя поверхность кисты на большемъ пространствѣ была сращена очень плотными и кровоточивыми сращеніями съ брюшной стѣнкой; большая часть сращеній перевязаны лигатурами и отдѣлены до удаленія кисты; самыя плотныя и кровоточивыя сращенія съ лѣвою брюшиною стѣнкою, вблизи раны, перевязаны въ 3 пучка и отдѣлены послѣ перевязки нокки кисты. Киста пунктирована. Очень широкая и довольно мясистая ножка кисты, принадлежавшая правому яичнику, оказалась перекрученною два раза; она перевязана на 2 части. Толстая ножка лѣваго кистовидно измѣненнаго яичника перевязана въ два пучка. Въ отверстіе трубъ выпрешнуть растворъ двуіодистой ртути; обѣ культи смазаны тѣмъ же растворомъ и опущены въ полость таза. Брюшная рана, послѣ смазыванія растворомъ двуіодистой ртути, зашита 11 глубокими и 5 поверхностными швами. Коллодіальная повязка.

Всѣ собранной коллодіной жидкости 1250 grm. Кистовой мѣшокъ съ конгломератами вѣсилъ 7700 grm.

Послюопераціонное теченіе. Первые трое сутокъ температура колебалась между 37,1 и 38,2 при пульсѣ 80—94; остальные дни t° не превышала 37,5. На 3 день появилось маточное кровотеченіе, на недѣлю раньше срока регуль; къ 7-му дню выдѣленіе крови прекратилось. Суточное количество мочи колебалось отъ 530 □ см. (5-й день) до 1400 □ см. (1-й день). На 9-й день сняты швы; рана зажила первымъ натяженіемъ. Выписалась на 29-й день 12-го января 1889 года.

№ 161. *Многополостная киста лѣваго яичника. Сращенія съ салъникомъ. Кистовидное измѣненіе праваго яичника. Двусторонняя оваріотомія. Выздоровленіе.*

В. А. А., дворянка, поступила въ М. Г. О. 15-го февраля 1889 года съ жалобою на ноющую боль въ правой половинѣ живота, затрудненное дыханіе и сердцебіеніе.

Большой 50 слишкомъ лѣтъ. Первые регулы получила на 16 году; мѣсячныя появлялись черезъ 3 недѣли, по 4 дня, въ утреннемъ количествѣ, безъ болей. Последніе два года мѣсячныя приходили черезъ 5 и болѣе мѣсяцевъ; въ настоящее время они отсутствуютъ съ іюля 88 года. Замужемъ 26 лѣтъ. Беременное была 10 разъ; родила 9 разъ въ срокъ благополучно и разъ выкинула, по причинѣ сильной рвоты, на второмъ мѣсяцѣ. Послѣ родовъ была здорова. Кормила грудью всѣхъ дѣтей. Бѣли бывали. Около двухъ лѣтъ тому назадъ замѣтила увеличеніе живота; осенью 88 г. появилась боль въ правой половинѣ живота, продолжавшаяся недолго и оставившая чувство нытья въ боку. Запоры на низъ почти постоянны.

Пациентка средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія. Толчки сердца слабыя, тоны его чисты; артеріи слегка склерозированы. Переднія доли легкихъ эмфизематозны. Брюшныя стѣнки выше пупка довольно тонкія; въ нижней части живота брюшная стѣнка чрезвычайно толстая; здѣсь же мѣстами, преимущественно справа, имѣются свѣжіе рубцы какъ во время беременности; подкожныя вены не сильно развиты. Брюшная стѣнка подвижна надъ опухолью. Пупокъ не сглаженъ. Въ полости живота прощупывается опухоль, качества которой съ точностью неопредѣлмы, вслѣдствіе толстыхъ покрововъ живота; верхняя граница опухоли на 8,0 cm. не достигаетъ мечевиднаго отростка; опухоль мало подвижна быть можетъ благодаря своей величинѣ. Окружность живота въ поясѣ 93,0 и черезъ пупокъ 118,0 cm.; отъ пупка: до лобка 22,0, до верхней границы опухоли 21,0, до мечевиднаго отростка 29,0, до остей по 28,0 cm. Передняя стѣнка влагалища выпадаетъ. Контуры матки не опредѣляются; зондъ входитъ на 8,0 cm.; uterus подвижна, связь ея съ опухолью установить невозможно; нижній сегментъ опухоли черезъ своды не прощупывается.

Распознаваніе. Коллоидная киста вѣроятно праваго яичника. Сращенія съ сальникомъ и кишками вѣроятны.

Операция. Оваріотомія двусторонняя произведена 23-го февраля 1889 г. и продолжалась 1 ч. 45 м., причемъ большую часть времени потребовало спливаніе брюшныхъ стѣнокъ. Наркозъ наступилъ скоро и не прерывался во время операціи ни рвотою, ни упадкомъ дѣятельности сердца.

Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ въ 19,0 cm. (въ два приѣма) проведенъ по бѣлой линіи черезъ пупокъ, причемъ толщина одного подкожнаго жирнаго слоя была 7,5 cm.; преперитоніальная клѣтчатка тоже изобиловала жиромъ. Но вскрытіи брюшины вытекло небольшо количество асцитической жидкости. Киста пунктирована и безъ особыхъ затрудненій выведена наружу; во время извлеченія кисты лопались мелкія кисты, сидѣвшія въ стѣнкахъ опорожненной кисты. Весьма слабыя склейки кисты съ весьма жирнымъ сальникомъ разрушены пальцемъ. Киста принадлежала лѣвому яичнику; короткая, довольно толстая и малососудистая ножка была закручена въ полъ-оборота; она перевязана въ два пучка, причемъ концы второй лигатуры обведены вокругъ всей ножки и завязаны. На верхней поверхности праваго, значительно увеличеннаго яичника, помѣщалась серозная киста въ грецкій орѣхъ, ножки его, болѣе тонкія, перевязаны въ два пучка. Культи послѣ обычныхъ приѣмовъ опу-

жены въ полость таза. Шиваніе брюшной стѣнки затруднялось толщиной пухъ; сперва наложены были 12 швовъ на брюшину и затѣмъ проведены были 10 глубокихъ швовъ черезъ стѣнки живота надъ брюшиной. Коллодіальная повязка и смоленая пакля.

Густое свѣтло-шоколаднаго цвѣта содержимое кисты вѣсило 5000 grm.; толстостѣнный мѣшокъ, съ разбросанными на его наружной поверхности вѣсколькими кистами, до голубиного яйца величиною, вѣсилъ 1400 grm.

Послѣоперационное теченіе. Первые трое сутокъ т° подымалась до 38,3 (вечеромъ на 1-й день); до 16-го дня температура не превышала 37,6; съ 16-го по 21 день она колебалась между 37,8 и 38,4. Въ теченіи первыхъ дней больную всего больше беспокоила боль въ животѣ, обусловленная сильною перистальтикою кишекъ. Суточное количество мочи было 560 до 960 □ cm. На 10-й день сняты швы. Верхняя $\frac{1}{3}$ раны срослась первымъ натяженіемъ; средняя треть, по снятіи швовъ разошлась почти на всю толщину жирового слоя, причемъ изъ подъ верхней трети выдѣлилось небольшое количество гнойной жидкости; другой ходъ имѣлся подъ нижнюю треть раны, сросшейся здѣсь на половину толщины кожной поверхности. На слѣдующій день вся несросшаяся часть раны покрылась мелкими живыми грануляціями, жировой ткани не было видно. Къ 18 дню образовался у нижняго угла раны нарывъ, по вскрытіи котораго оказалось сообщеніе его съ ходомъ подъ нижнюю треть раны. Къ 25 дню эпикаризація съ кожныхъ краевъ раны распространилась во всю длину раны, которая на одну треть глубины вышолнилась грануляціями. Къ 42 дню рана вполне закрылась. Выписалась на 44 день 7 апрѣля совершенно здоровою.

Въ слѣдующихъ случаяхъ приготовленіе перевязочнаго матеріала производилось такъ же какъ и при послѣднихъ четырехъ гистеромиотоміяхъ. (См. Ж. Ак. и жен. бол. № 11 1891 года).

№ 162. *Многополостная киста праваго яичника. Обширныя сращенія сальника съ кистой. Мелкокистовидное измѣненіе лѣваго яичника. Двусторонняя оваріотомія. Оставленіе части стѣнки кисты праваго яичника in situ. Выздоровленіе.*

А. П. А., жена полковника, пріѣзжая изъ Владикавказа, поступила въ М. Г. О. 4 марта 1889 года съ жалобой на тяжесть въ животѣ и боль въ правой сторонѣ таза.

Больной 39 лѣтъ. Самочувствіе ея удовлетворительное. Первые регулы она получила на 16 году, приходили они правильно черезъ 3 недѣли, продолжались по 7—8 дней, не сопровождались болями, количество ихъ было всегда обильное. Замужъ вышла на 16 году, черезъ 8 лѣтъ овдовѣла; два года спустя вышла во второй разъ замужъ. Беременную была 10 разъ. Рожала 8 разъ благополучно въ срокъ и 2 раза выкинула. Послѣдніе роды 6 мѣсяцевъ т. н., младенецъ родился въ ягодичномъ положеніи. Послѣдородовое состояніе послѣ всѣхъ родовъ протекало безъ повышенія температуры. На 3 мѣсяцѣ послѣдней беременности была опредѣлена киста; больная могла лежать только на правомъ боку. Относительно быстроты роста опухоли больная ничего сообщить не могла; боль въ животѣ ощущала только при

положеніи на лѣвомъ боку. Бѣли иногда бывали. Въ грудяхъ почти постоянно имѣется молоко въ небольшомъ количествѣ, хотя больная не кормитъ; во время мѣсячныхъ количество молока увеличивается.

Пациентка средняго роста, слабаго тѣлосложенія, худощавая особа. У верхушки сердца малокровныя шумы. Животъ неравномѣрно увеличенъ, вытянутъ слѣва снизу вправо и вверхъ, слегка отвислый. Кожа живота равномерно тонкая. Брюшныя стѣнки легко смѣщаются надъ опухолью. Въ брюшной полости прощупывается эластическая напряженная опухоль, верхній край которой на 10.0 см. не достигаетъ мечевиднаго отростка. Опухоль вытянута вправо и вверхъ, довольно ясно флюктуируетъ; ее можно смѣстить справа на лѣво на 4 и. и., плотность ея неравномѣрная; слѣва внизу и какъ бы сзади большой опухоли прощупывается болѣе плотный и нѣсколько бугристый отдѣлъ. Размѣры живота 4 марта: окружность въ поясѣ 78.0; черезъ наибольшую выпуклость живота 104.0; отъ пупка до лобка 20.0, до верхней границы опухоли 14.0, до мечевиднаго отростка 24.0, до правой ости 21.0, до лѣвой 23.5; правый косой (справа сверху влѣво и внизъ) 46.0 и лѣвый косой (слѣва и сверху вправо и внизъ) 39.0 см. Наканунѣ операціи 21 марта размѣры живота были слѣдующіе: 80, 101, 20, 19, 24, 21, 25, 39, 48.0 см. Влагалищная часть нѣсколько утолщена, os ext. обращенъ внизъ и вправо. Контуры матки не опредѣляются; движенія опухолью не передаются маткѣ и обратно. Нижній сегментъ опухоли черезъ своды не прощупывается.

Распознаваніе. Многополостная коллоидная киста лѣваго яичника, видимому безъ сращеній?

Операція. Овариотомія двусторонняя произведена 22 марта и продолжалась 1 часъ 25 мин. Приготовленія тѣ же. Наркозъ наступилъ скоро.

Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ въ 15.0 проведенъ по бѣлой линіи. По вскрытіи брюшины вытекло небольшое количество прозрачной асцитической жидкости. Представившаяся киста мѣстами просвѣчивала и блестяла, мѣстами была какъ-бы мозолисто утолщена, матовобѣлаго цвѣта. Справа вверху киста оказалась сращеніемъ съ переднею брюшною стѣнкою длинными, болѣе или менѣе широкими, частью сплошными ложными перепонками, сильно сосудистыми и студенистыми; кромѣ того найдены сращенія съ сальникомъ; всѣ сращенія легко отдѣлены пальцами, причемъ кровотеченіе было ничтожное. Киста пунктирована троакаромъ; стѣнки оказались легко рвущимися, какъ бы ломкими. По мѣрѣ опорожненія кисты она извлекалась съ трудомъ, причиною служило сращеніе нижней части кисты, на пространствѣ величиною въ ладонь, съ брюшною стѣнкою справа; сращенія эти, послѣ опорожненія кисты, перевязаны въ 7 пучковъ, послѣ чего киста легко выведена снаружки. Киста принадлежала правому яичнику; толстая, весьма короткая и сосудистая ножка оказалась закрученною на $\frac{1}{4}$ оборота; стѣнка кисты была весьма тѣсно снана съ правымъ и частью заднею стѣнкою матки, вслѣдствіи чего послѣ перевязки ножки кисты въ три пучка, пришлось оставить in situ часть стѣнки кисты величиною въ мѣдный пятакъ; съ этого куска стѣнки ножомъ была отсепарована внутренняя оболочка и послѣ смазыванія

растворомъ двуѣдистой ртути, кусокъ обить 4 швами. Левый яичникъ представлялся увеличеннымъ съ одною кистою величиною въ лѣвой оръхъ и нѣсколькими кистами меньшей величины; его длинная сосудистая ножка перевязана въ 3 пучка. Обѣ культи смазаны растворомъ двуѣдистой ртути и послѣ вырыскиванія того же раствора въ остатки трубъ, опущены въ полость таза. Приподнявъ брюшныя стѣнки, всѣ сращенія вышли въ видѣ длинныхъ бахромокъ, изъ нихъ понемногу просачивалась кровь, почему они были перевязаны 7 лигатурами; незанятая сращеніями брюшина была сильно инъецирована. Большой сальникъ былъ сращенъ не только съ кистой, но и съ лѣвою брюшною стѣнкою. Туалетъ брюшины. Рана живота укоротилась на 2,0, а толщина стѣнокъ увеличилась въ двое (до 3,0); наложено 9 глубокихъ и одинъ поверхностный шовъ. Коллоидальная повязка.

Коллоидное содержимое кисты, шоколаднаго цвѣта, вѣсило 6140 grm. Киста состояла изъ одного большого отдѣла и другого величиною въ кулакъ, прощупывавшагося слѣва и сзади большого отдѣла; меньшій отдѣлъ былъ многокамерный съ матово-прозрачнымъ густымъ содержимымъ. Внутренняя поверхность большого отдѣла кисты, кромѣ узловатыхъ утолщій неправильной формы, ничего особеннаго не представляли. Мѣшокъ кисты вѣсилъ 660 grm.

Послѣоперационное теченіе. Въ теченіи первыхъ 4-хъ дней t° по вечерамъ колебалась отъ 37,9 до 38,2; въ остальные дни она рѣдко превышала 37,0. На 3-й день появились кровянистыя выдѣленія изъ влагалища, прекратившіяся къ 8 дню. На 9-й день слѣты швы; рана зажила первымъ натяженіемъ. На 28 день uterus подвижна, справа сверху немного фиксирована; въ правомъ сводѣ высоко прощупывается твердый пучекъ въ мизинцевъ толщину. Выписалась на 31-й день 24-го апрѣля.

Письмомъ отъ 3-го декабря того же года больная сообщила о хорошемъ состояніи здоровья и что въ октябрѣ безъ болей показались крови, продолжавшіяся какъ и прежде 7 дней въ обильномъ количествѣ. Въ мартѣ 1890 года стала жаловаться на летучій жаръ; 2-го марта опять показались крови, продолжавшіяся 6 дней. Въ грудяхъ какъ и прежде постоянно имѣется молоко, количество котораго всякій разъ увеличивается въ срокъ, когда регулы должны были бы появиться. Въ апрѣлѣ найдено: uterus маленькая, въ anteversione, подвижна; шейка толще тѣла матки; при движеніи маткою ощущается боль. Своды пусты. Слѣды швовъ брюшной раны едва замѣтны. Грыжи бѣлой линіи, на мѣстѣ рубца, нѣтъ.

№ 163. *Многополостная коллоидная киста праваго яичника, безъ сращеній. Выздоровленіе.*

М. И. Е., дочь мѣщанина, поступила въ М. Г. О. 18 апрѣля 1887 года съ жалобой на слабость, сильное исхуданіе и потерю аппетита.

Больной 32 года. Первые регулы получила на 16 году; приходили правильно черезъ 3 недѣли, по 6 дней, въ умѣренномъ количествѣ, всегда съ болями. Послѣднія мѣсячныя окончились наканунѣ поступленія. Беременную ни разу не была. Присутствія опухоли въ животѣ не подозрѣвала.

Больная средняго роста, слабаго сложенія, худощавая. Слизистыя обо-

лочки блѣдныя. Грудныя и брюшныя органы въ порядкѣ. Брюшныя стѣнки тонкія, напряженныя. Животъ не увеличенъ, ровный, округлой формы, слѣва внизу выпячивается нѣсколько больше чѣмъ справа. На палецъ отъ пупка внизъ до лобка получается тупой толъ, распространяющійся влѣво отъ бѣлой линіи на ширину ладони и вырабо пальца на три. Соответственно границѣ тупаго звука прощупывается шаровидная съ гладкою поверхностью, туго эластическая опухоль, величиною въ голову двухгодовалого ребенка; опухоль мало подвижна, вверхъ она смѣщается не болѣе какъ на два пальца, а въ стороны еще того меньше. Большая часть опухоли помѣщается слѣва отъ бѣлой линіи. Справа надъ и позади симфиза прощупывается небольшое весьма плотное тѣло, по формѣ напоминающее дно матки. Окружность живота въ шейѣ 63, черезъ пупокъ 73, черезъ опухоль 78.0 cm.; отъ пупка до лобка 17.0 до мечевиднаго отростка 18; отъ лобка до верхней границы опухоли 15, ширина опухоли 17.0 cm.; отъ пупка до правой и лѣвой подвздошныхъ остей по 15.0 cm. Рукавъ довольно сочный, влагалищная часть тупоконическая, помѣщается нѣсколько каади отъ оси таза; os ext. пріоткрытъ. Дно и тѣло матки весьма ясно прощупываются тотчасъ позади симфиза; uterus мало подвижна. Отъ лѣваго угла ея идетъ короткая, довольно толстая и широкая перемычка, переходящая въ опухоль; подымая опухоль матки слѣдуетъ ея движенію. Во входѣ таза прощупывается нижній болѣе плотный и нѣсколько бугристый сегментъ опухоли; вывести опухоль не удастся изъ входа *per vaginam*.

Распознаваніе. Многополостная киста лѣваго яичника, быть можетъ нараваріальная, на короткой широкой и толстой ножкѣ, безъ сращеній. Предполагались затрудненія при операціи.

Операція. Оваріотомія произведена 22-го апрѣля и продолжалась 45 мин. Приготовленія тѣ же. Заснула больная скоро. Наркозъ во время операціи, въ моментъ выведенія кисты, одинъ разъ былъ прерванъ ргетой.

Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, въ 11.0 cm., пришелся по внутреннему краю лѣвой прямой мышцы. По вскрытіи брюшины излилось около двухъ стакановъ прозрачной густоватой жидкости. Предлежавшая киста пунктирована, причемъ стѣнка ея оказалась тонкою и легко рвущеюся. Хотя сращеній не оказалось, но выведеніе кисты черезъ относительно небольшой разрѣзъ было нѣсколько затруднительно, отчасти потому что стѣнки кисты легко рвались; киста выведена подведенною подъ нее рукою, послѣ вскрытія остальныхъ отдѣловъ троакаромъ. Во время извлеченія кисты произошла рвота и выделение сильно инфецированныхъ петель кишекъ, которыя покрыты теплымъ марлевымъ компрессомъ. Киста принадлежала правому яичнику; ошибка въ распознаваніи обуславливалась тѣмъ, что матка была повернута справа вадъ и на лѣво. Не очень толстая короткая, не широкая и мало сосудистая ножка перевязана одною общою лигатурою; по отдѣленіи кисты она была перевязана еще на два пучка. Культия дезинфицирована и опущена въ полость таза. По вправленіи кишекъ произведенъ туалетъ брюшины. Брюшная рана зашита 6 глубокими и 3 поверхностными шелковыми швами. Повязка безъ коллодія съ наклею.

Киста состояла из 4 больших отделов и нескольких кисть величиною въ лѣсной орѣхъ. Предлежавшій въ ранѣ отдѣлъ былъ наибольшій и содержалъ густую свѣтло-желтую мутную клочковатую жидкость; 2-й отдѣлъ содержалъ небольшое количество густой коллоидной массы, довольно прозрачной, и кромѣ того массу напшломатозныхъ разрастений, легко отдѣляемыхъ пальцемъ; 3-й отдѣлъ содержалъ крайне густую и тягучую, въ тонкихъ слояхъ прозрачную жидкость шоколаднаго цвѣта; 4-й отдѣлъ, меньшій изъ всѣхъ, лопнулъ при захватываніи пальцемъ, причемъ излилось небольшое количество коллоидной массы; въ немъ заключался кромѣ того буроватаго цвѣта кровавой сгустокъ. Собранное количество содержимаго 600 grm.; кистовой мѣшокъ вѣсилъ 190 grm.

Послѣоперационное теченіе. Наивысшая t° 38,0 вечеромъ на 8-й день. Первые дни больная жаловалась на жажду и легкое жженіе въ ранѣ. На 3-й день появилось урчаніе въ животѣ, а на 4-й день стали отходить газы. На 2-й день показались изъ матки крови на 5 дней раньше срока регулы и продолжались въ довольно обильномъ количествѣ до 8-го дня. На 9-й день снята повязка; рана зажила первымъ натяженіемъ. Самое большое суточное количество мочи было на первый день (700 □ cm.) и самое меньшее (450 □ cm.) за вторые сутки. Выписалась на 25-й день 17-го мая.

№ 164. *Многослойная киста праваго яичника, безъ сращеній. Серозная киста лѣваго яичника. Двусторонняя овариотомія. Умерла на 76 день отъ септического перитонита, обусловленнаго язвеннымъ процессомъ въ толстой кишкѣ, начинавшимся съ четвертой недѣли послѣ операціи.*

А. С. С., жена купца, приѣзжая изъ Великихъ-Луки, поступила въ М. Г. О. 5-го сентября 1889 года съ жалобой на тяжесть при ходбѣ и затруднительное дыханіе.

Большой 38 лѣтъ. Первые регулы получила на 15 году; полгода мѣсячныхъ не было, затѣмъ онѣ приходили правильно черезъ 3 недѣли, по 3—4 дня, въ небольшомъ количествѣ и безъ болей. Въ теченіи послѣднихъ двухъ лѣтъ регулы стали приходиться черезъ 6—9 недѣль, въ томъ же количествѣ, какъ и прежде, причемъ иногда до, иногда послѣ регулъ появлялось кровотеченіе per rectum. Послѣднія регулы продолжались съ 21-го по 25-е августа. Замужемъ 18 лѣтъ, беременною ни разу не была. Два года тому назадъ замѣтила внизу и по срединѣ живота опухоль, не причинявшую никакой боли. Въ послѣднее время ей массируютъ животъ въ теченіи двухъ мѣсяцевъ; массажъ прекращенъ по причинѣ появившейся боли въ области пупка. Въ послѣднее время случалось затрудненное мочеиспусканіе; мочилась мало, безъ боли. Запоры бывали. Съ іюля 1889 года по временамъ пухли ноги.

Больная крѣпкаго телосложенія, высокаго роста, пятью совершенно здоровый видъ. Подкожный жирный слой довольно сильно развитъ, въ особенности въ нижней половинѣ живота. Грудные органы не представляютъ болѣзненныхъ измѣненій. Діафрагма приподнята. Селезенка не опредѣлена. Печень и почки безболѣзненны при перкуссіи. Животъ равномерно увеличенъ. Пупокъ слегка выпяченъ. Linea alba слабо окрашена. Въ полости живота и по срединѣ его

прощупывается совершенно гладкая опухоль, состоящая из трех отдѣловъ: 1) подлежащій отдѣлъ эластической консистенціи, ясно зыблется; 2) правый задній и 3) лѣвый задній отдѣлы, значительно меньшей величины, плотны и едва флуктуируютъ. Тотчасъ ниже лѣваго отдѣла, надъ внутреннею половиною lig. Poupartii, щупывается небольшое плотное самостоятельно-подвижное тѣло, какъ бы дно матки. Киста мало подвижна, внизъ она смѣщается пальца на три, и въ стороны едва на палець. Окружность живота: въ поясѣ 90, черезъ опухоль 105 cm.; отъ пупка до лобка 21,0 до верхней границы опухоли 10,0, до мечевиднаго отростка 18,0; до правой подвздошной ости 21,0 и до лѣвой ости 22,0 cm. Ширина опухоли около 23,0 cm. Вокругъ задняго прохода имѣются спавшіеся геморроидальные узлы. Въ правомъ заднемъ и отчасти въ правомъ переднемъ сводахъ щупывается неравномерно плотный, слегка бугристый нижній сегментъ опухоли. Portio vaginalis помѣщается высоко въ лѣвой половинѣ входа въ тазъ. Матка приподнята, не увеличена, весьма мало подвижна. Лѣвый яичникъ не щупывается.

Распознаваніе. Многополостная киста праваго яичника, вѣроятно безъ сращеній.

Операция. Овариотомія двусторонняя произведена 14-го сентября и продолжалась около двухъ часовъ. Приготовленія тѣже. Наркозъ наступилъ черезъ 8 мин. и во время операціи не прерывался рвотой. Кишки представлялись спавшимися.

Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ въ 12—14,0 cm. проведенъ по бѣлой линіи, черезъ подкожный жирный слой, толщиной въ 7,0 cm., по краю лѣвой прихой мышцы. По вскрытіи брюшины вытекло небольшое количество прозрачной асцитической жидкости. Предлежащій отдѣлъ кисты пунктированъ троакаромъ. Хотя сращеній не было, тѣмъ не менѣ извлеченіе кисты не удавалось, почему черезъ опорожненный отдѣлъ пунктированы были послѣдовательно другіе два отдѣла. Извлеченная киста принадлежала правому яичнику, не имѣла ножки и была сращена съ правою боковою стѣнкою живота и съ лѣвымъ кистовидно измѣненнымъ яичникомъ. Правая киста помѣщалась въ заднемъ листкѣ правой широкой связки и доходила своимъ нижнимъ краемъ краемъ вплоть до слѣпой кишки; вмѣсто ножки имѣлась складка брюшины между правымъ краемъ матки и слѣпою кишкою. Нитевидныя сращенія съ брюшной стѣнкою перевязаны лигатурами. Въ виду того, что сращеніе обѣихъ кистъ было весьма плотное, то послѣ прокола лѣвой кисты, короткая и толстая ножки ея были перевязаны въ 3 пучка; затѣмъ по отдѣленіи лѣвой кисты наложены были 10 швовъ на складку брюшины въ основаніи правой кисты, по направленію отъ соеситъ къ маткѣ и затѣмъ вверхъ по краю ея; первая лигатура наложена тотчасъ у слѣпой кишки. Послѣ отдѣленія правой кисты обѣ культы дезинфицированы и опущены въ тазъ. Брюшная стѣнка зашита въ два этажа; брюшина обшита отдѣльно непрерывнымъ швомъ, поверхъ котораго наложено 10 глубокихъ швовъ, не проникавшихъ черезъ брюшину и 8 поверхностныхъ швовъ. Коллодальная повязка.

Мѣшки обѣихъ кистъ и собранное содержимое вѣсило 8500 gm. Мѣшокъ правой кисты не представлялъ ничего особеннаго. Въ захваченной части лѣ-

вой широкой связки, на некоторомъ разстояніи отъ мѣста прокола лѣвой кисти, находились три возвышенія, величиною каждый въ большой лѣсной орѣхъ, отдѣленные другъ отъ друга промежуткомъ, шириною въ палецъ; содержимое этихъ трехъ полостей было густое, довольно плотное, сало, такое же по виду, какъ и въ дермоидныхъ кистахъ.

Послеоперационное теченіе. Первые двое сутокъ оперированная жаловалась на общую слабость, жженіе въ ранѣ и боль въ животѣ. Съ 3-го дня самочувствіе прогрессивно улучшалось вплоть до 22-го дня. На 3-й день появились крови изъ влагалища, продолжавшіяся въ умеренномъ количествѣ до 8-го дня. Температура первые 6 сутокъ колебалась между 37,5 и 38,3. въ слѣдующіе дни, до 22 дня включительно, температура не превышала 37,8. Суточное количество мочи въ теченіи первой недѣли было 750—930 $\square$ см. На 11 день сняты швы; рана срослась первымъ натяженіемъ, за исключеніемъ промежутка между двумя швами сверху у пупка. Нагноенія или инфильтрація однако нигдѣ не было. Съ этого дня оперированная стала поправляться, но временамъ жаловалась на боль въ правомъ паху. Въ теченіи всей третьей недѣли сидѣла въ кровати и на 21 день, въ виду отсутствія болѣзненныхъ ощущеній, при весьма хорошемъ самочувствіи, ей позволено было встать съ наложеннымъ бандажемъ, считая оперированную выздоровѣвшею.

Къ концу 4-й недѣли температура по вечерамъ стала подыматься за 38,0; больная жаловалась на постоянную боль въ правой паховой области, затруднявшую поворачиваніе въ постели. На 29 день найдено припуханіе въ сводахъ въ области культи, болѣе сильное въ правомъ сводѣ и доходившее до правой подвздошной области; матка подвижна и безболѣзненна. На 34-й день на 3 пальца выше лобка прощупывалось уплотненіе, немного недоходящее до правой ости. Съ 35-го дня по 41-й день включительно общее состояніе улучшалось: температура колебалась между 37,1 и 37,8; инфильтратъ въ тазу сдѣлался болѣе плотнымъ, слился съ маткою и немного не достигалъ правой стѣнки таза. Съ 42 дня температура утромъ была нормальная, но вечеромъ подымалась до 39,2; экссудатъ справа и слѣва казался рассасывался; появились частыя жидкія испраженія съ зловоннымъ гнилостнымъ запахомъ, сопровождаемыя обильною испариною и упорною рвотою. Животъ какъ и прежде, то былъ болѣе или менѣе вздутымъ, то мягкимъ, безболѣзненнымъ. Съ 69 дня температура стала понижаться ниже нормы, между тѣмъ какъ пульсъ участился до 110—136. На 76 день оперированная умерла.

Протоколъ вскрытія. Кожа слегка желтоватаго оттѣнка. Животъ ровный, довольно плотный. Рана плотно срослась. Въ подбрюшинной клетчаткѣ, въ верхнемъ концѣ раны, вокругъ двухъ швовъ, находятся гнойники въ горшину съ густымъ доброкачественнымъ гноемъ. Шелковыя нити вездѣ хорошо сохранились. Брюшина всей нижней половины брюшной полости, а также и въ полости большого таза, сильно утолщена, мутна и плотна, на передней стѣнкѣ пигментирована. Въ лѣвой подвздошной впадинѣ и вдоль colon ascendens брюшина разрыхлена, сильно инъецирована и покрыта тонкимъ слоемъ жидкаго вонючаго гноя. Сморщенный и воспаленный нижній конецъ

большого сальника склеить съ переднею брюшною стѣнкою въ уровнѣ входа въ малый тазъ. Длинная flexurae sigmoidea запрокинута направо, верхушкою своею прилегаетъ къ правой подвздошной впадинѣ точно такъ подъ соеситъ и представлялась склеенною какъ съ петлями кишекъ, такъ и въ особенности съ маткою и культею правой широкой связки. По отдѣленіи flexurae вокругъ правой культы найдено большое скопленіе гноя съ яснымъ фекальнымъ запахомъ. Сероза матки вся изъѣдена, покрыта язвами, доходящими мѣстами до мышечнаго слоя. Швы на культѣ сидятъ плотно; поверхность культы грязно-сѣраго цвѣта. На томъ мѣстѣ, гдѣ киста была отдѣлена отъ соеситъ, брюшины не имѣлось; мѣсто ея занимала неправильно трехъугольная язва съ рѣзко ограниченными изъѣденными клочковатыми краями; съ дномъ этой язвы была склеена верхушка flexurae. Дно язвы клочковатое, грязно-сѣрое, состоитъ изъ некротизированной подбрюшинной клетчатки и мѣстами мышцъ; некрозъ не распространяется выше приращенія сальника. Такія же язвы имѣются и на брюшинѣ полости малого таза. Нѣсколько такихъ же язвъ находится на серозѣ flexurae и именно на той сторонѣ ея, которая непосредственно прилетала частью къ культѣ, частью къ язвѣ на мѣстѣ отдѣленія кисты. Язвы flexurae кругловатаго очертанія съ изъѣденными краями, величиною отъ 5 до 10 коп. серебряной монеты; онѣ проникаютъ черезъ мышечный слой и въ серединѣ дна перфорированы однимъ или нѣсколькими отверстиями, черезъ которые жидкій калъ попадалъ въ полость таза. Лѣвая культя сравнительно мало измѣнена. Мускулатура матки блѣдная и дряблая. Селезенка немного увеличена и очень дряблая. Печень и почки жирныя.

(Окончаніе слѣдуетъ).

V.

*Изъ акушерско-гинекологической клиники проф. Н. Ф. Толомина
въ Харьковѣ.*

МАТЕРІАЛЫ КЪ ВОПРОСУ О ВНѢМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

Ординатора клиники А. И. Иванова.

Однимъ изъ самыхъ серьезныхъ патологическихъ явленій беременности всеми справедливо считается внѣматочная или эктопическая беременность.

Важность съ практической стороны и глубокой интересъ съ теоретической заставляли врачей съ тѣхъ поръ, какъ стала извѣстна эта аномалія мѣста развитія яйца,

заниматься изслѣдованіемъ этого вопроса; однако, несмотря на многочисленныя, нерѣдко весьма обстоятельныя работы, при огромномъ количествѣ казупстическаго матеріала, ученіе о вѣматочной беременноти до сихъ поръ не располагаетъ во многихъ отношеніяхъ данными безусловно положительными. Многое въ этиологии, напримѣр., этой аномаліи гипотетично; въ апатоміи субъективизмъ изслѣдователя исполнѣ, повидимому, вяжется съ наглядными съ перваго взгляда вещами; часто при постановкѣ діалноза врачъ исполнѣ справедливо сознаетъ шаткость данныхъ, а иногда и полную несостоятельность симптомовъ, характеризующихъ вѣматочную беременность, и не такъ ужъ рѣдки случаи, гдѣ діалнозъ—*graviditas extrauterina* ставится только послѣ того, какъ явились грозные симптомы внутренняго кровотеченія вследствие разрыва околоплоднаго мѣшка. Предсказаніе въ каждомъ данномъ случаѣ по отношенію къ теченію и исходу его не можетъ ставиться съ положительностью, какъ по той причинѣ, что теченіе зависитъ отъ вида вѣматочной беременности, который въ большинствѣ случаевъ невозможно діалнозировать, а также и потому, что мы не располагаемъ опредѣленными, построенными хотя бы на опытѣ основаніями, въ каждомъ представившемся намъ случаѣ ожидать того или другаго исхода.

Въ такомъ не исполнѣ разработанномъ ученіи объ эктопической беременноти одна терапія, и именно хирургическая, дѣлаетъ такіе быстрые шаги. наравнѣ съ развитіемъ хирургіи брюшной полости вообще, что разрывъ беременной трубы, принимавшіеся прежде за *poli tangere*, теперь считается прямымъ показаніемъ къ хирургическому вмѣшательству, которое даетъ блестящіе результаты; это подтверждается случаями *Lawson-Tait*¹⁾, который изъ 36 оперированныхъ, спустя болѣе или менѣе продолжительное время послѣ разрыва околоплоднаго мѣшка, потерялъ лишь 2, а *Martin*²⁾ въ 9 такихъ операціяхъ имѣлъ только 1 смертельный исходъ. Исполнѣ благоприятные результаты получили также *Ernest Herman*³⁾.

¹⁾ и ²⁾ См. рефератъ статьи *H. Mathen* въ Ж. А. и Ж. Б. 1888 г. № 12.

³⁾ *Ernest Herman*. Рефератъ въ Ж. А. и Ж. Б. 1888 г. № 9.

Meinert ¹⁾, *Hamilton* ²⁾, *Desquin* ³⁾, ³*Лебедевъ* ⁴⁾, *Werth* ⁵⁾, *Spach* ⁶⁾, *Рейнз* ⁷⁾ и еще другіе врачи, опубликовавшие свои случаи.

Не менѣе удовлетворительные результаты получаются отъ хирургическаго вмѣшательства во всѣхъ періодахъ развитія вѣматочной беременности и въ тѣхъ случаяхъ, когда разрыва околоплоднаго мѣшка не происходитъ.

Подобныя, въ прежнее время исключительныя, а теперь совсѣмъ перфѣдія, операции съ благопріятнымъ результатомъ даютъ полную возможность не соглашаться съ аналогіей, проводимой *Werth*омъ между вѣматочной беременностью и злокачественнымъ новообразованіемъ въ его «*Beitrage zur Anatomie und zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft*». Еще болѣе натянутой представится эта аналогія послѣ разсмотрѣнія исходовъ вѣматочной беременности.

«Не всѣ вѣматочныя беременности, говоритъ *Bandl* ⁸⁾ въ главѣ объ исходахъ этой аномаліи, ведутъ къ смерти, напротивъ, въ весьма значительномъ процентномъ числѣ наступаетъ выздоровленіе». Это, такъ сказать, общее впечатлѣніе, полученное *Bandl*емъ отъ исходовъ вѣматочной беременности, а вотъ и цифры: у него же приводится 18% выздоровленій въ случаяхъ, сопоставленныхъ *Kirisch*емъ. По вычисленію, сдѣланному проф. *Н. Ф. Толочиннымъ* ⁹⁾ для всѣхъ видовъ этой аномаліи, получается 38% выздоровленій. Я воспользовался 344 случаями, собранными *К. Змигродскимъ* ¹⁰⁾ въ его диссертациіи и на эти 344 случая всѣхъ видовъ вѣматочной беременности приходится 139 выздоровленій, что составляетъ 40,4%.

¹⁾ *Meinert*. Centrblt. f. Gyn. 1888 № 52.

²⁾ *H. D. Hamilton*. Рефератъ въ Ж. А. и Ж. Б. 1890 г. № 5.

³⁾ *Desquin*. Journal d'accouchements. 1890 г. № 2.

⁴⁾ *Лебедевъ*. Два случая вѣматочной трубной беременности. Ж. А. и Ж. Б. 1890 г. № 1.

⁵⁾ *Werth*. Beitrage z. Anat. u. z. oper. Behandlung d. Extrauterinschwangerschaft.

⁶⁾ *Spach*. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn. B. XVI № 2.

⁷⁾ *Рейнз*. Протоколы засѣданій акушерско-гинекологическаго общества въ Кіевѣ. Засѣданіе 11 мая 1890 г.

⁸⁾ *Bandl*. У Пята и Бильрота т. I, ч. IV, вып. 5.

⁹⁾ *Н. Ф. Толочинъ*. Распознаваніе и лѣченіе вѣматочной беременности. 1879 г.

¹⁰⁾ *К. Змигродскій*. Къ ученію о вѣматочной беременности. Дис. 1886 г.

Выздоровленіе при вѣматочной беременности, помимо хирургическаго вмѣшательства, можетъ происходить даже и при посредствѣ природы, иначе сказать, при предоставленномъ собственному теченію процессѣ.

При самопроизвольномъ теченіи эктопической беременности получается довольно значительное число выздоровленій: такъ *Kirvisch* ¹⁾ насчитываетъ 15%; гораздо значительнѣе этотъ % по цифрамъ *Hecker'a* ²⁾, здѣсь изъ 76 случаевъ выздоровленія вообще выздоровленіе при самопроизвольномъ теченіи наблюдалось въ 62 случаяхъ, что по отношенію къ 132, собраннымъ имъ, случаямъ брюшной беременности составляетъ 46,9%.

Подобные благоприятные исходы вѣматочной беременности при самопроизвольномъ теченіи могутъ происходить различнымъ образомъ.

Въ литературѣ извѣстны случаи, гдѣ яйцо послѣ смерти зародыша въ ранніе сроки вѣматочной беременности, остановившись въ ростѣ, подвергалось обратному развитію, рассасывалось и въ концѣ концовъ, по прошествіи болѣе или менѣе продолжительнаго срока, оставляло послѣ себя незначительные слѣды. Между прочимъ, прослѣдить этотъ процессъ, внося въ брюшную полость кроликовъ зародышей этихъ животныхъ въ разныхъ стадіяхъ развитія, удалось *Leopold'y* ³⁾. О подобномъ исходѣ упоминается между прочимъ у *Otto Küstner'a* ⁴⁾, *Schröder'a* ⁵⁾, *Лазаревича* ⁶⁾, *Spiegelberg'a* ⁷⁾ и др. Такого рода случай былъ наблюдаемъ и въ нашей клиникѣ: взятый мною изъ архива клиники, въ краткихъ чертахъ представляетъ слѣдующее:

I. Больная *Θ. М.*, поступила въ клинику 15 февраля 1890 г. съ жалобой на опухоль въ нижней части живота, на болезненность живота при дотрогиваніи и упорные запоры.

Anamnesis. *Θ. М.* до замужества пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Регулы впервые получила на 15-мъ году, носила ихъ по 3—4 дня черезъ 21—24 дня. Послѣ выхода ея замужъ, тѣньрегулы не измѣнились. Замужемъ

¹⁾ У *Bandl'a*.

²⁾ У *Bandl'a*.

³⁾ *Leopold.* Arch. f. Gyn. B. XVIII, p. 33.

⁴⁾ *Otto Küstner.* Въ Handb. f. Geburtshülfe. Müller'a.

⁵⁾ *Schröder C.* Учебникъ Акушерства, 1888 г.

⁶⁾ *Лазаревичъ.* Курсъ Акушерства. 1877 г.

⁷⁾ *Spiegelberg.* Учебникъ Акушерства, 1885 г.

больная 10 лѣтъ, родила 2 раза; роды были нормальные, промежутокъ между ними 4 года; въ послѣдній разъ родила 4 года тому назадъ, послѣ чего страдаетъ бѣлями и по временамъ бѣлями внизу живота. Послѣднія правильныя menstrua были 10 октября 1889 г. 20 ноября, послѣ того какъ регулы въ срокъ не пришли, больная, объясняя ихъ отсутствіе простудой, чтобы вызвать ихъ, сдѣлала себѣ горячую ножную ванну и на бедра поставила горчичники. Въ тотъ же день у больной появился сильный знобъ, смѣнившійся жаромъ. t° поднялась до 40° , а изъ рукава показалось кровянистое отдѣленіе, впрочемъ въ незначительномъ количествѣ. Проболевъ 2 дня, больная до 26 ноября чувствовала себя сносно, но въ этотъ день она начала испытывать до того сильную боль въ области матки, что съ ней сдѣлался глубокій обморокъ. Приглашенный врачъ, имѣя въ виду, что у молодой и здоровой, прежде правильно менструировавшей женщины, регулы не приходили уже болѣе $1\frac{1}{2}$ мѣсяца, прежде всего предположилъ ущемленіе (?) беременной матки, но при послѣдующемъ изслѣдованіи нашелъ въ лѣвомъ сводѣ опухоль, сильно пульсирующую, тѣло матки равномерно увеличеннымъ, значительно отклоненнымъ впередъ и безболѣзненнымъ, учащенное мочеиспусканіе, задержанный стулъ и t° до 38° . Вскорѣ изъ матки появилось обильное кровотеченіе со свертками, продолжавшееся около 4 дней. Такое же кровотеченіе повторилось 2 раза въ декабрѣ, при чемъ во время одного изъ нихъ изъ матки выдѣлилась оболочка величиною съ пятикопѣечную мѣдную монету (decidua?), затѣмъ опять въ теченіи 14 и 15 января и наконецъ съ 27 января по 1 февраля.

Одновременно съ кровотеченіемъ, больную мучили острые боли въ области матки; боли эти нѣсколько ослабѣвали послѣ клизмы; высшая t° за это время была $38,2^{\circ}$. Въ январѣ, частью вслѣдствіи исхуданія больной, частью же вслѣдствіе уменьшенія болѣзненности, можно было при изслѣдованіи обособить опухоль, которая теперь представлялась замѣтно увеличенной въ сравненіи съ первымъ изслѣдованіемъ (26 ноября), пульсанія ея по прежнему была ясно выражена и не уменьшилась. Позывы на мочеиспусканіе не учащены, но упорные запоры устранились большими клизмами.

Status praesens. Больной 30 лѣтъ. Костная система правильно развита; мышцы и подкожная кѣлѣчатка атрофированы. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Грудныя железы вялы и при выдавливаніи ничего не отдѣляютъ. Органы грудной полости нормальны. Животъ, какъ съ одной, такъ и съ другой стороны, одинаково уплощенъ; на кожѣ его блестящія рубцовыя полосы — слѣды бывшихъ беременностей. Linea alba слегка пигментирована. Наружнія половыя части безъ измѣненій; половая щель зияетъ, разрывъ промежности 1-й степени. Vagina широка, слизистая оболочка ея разрыхлена и цианотически окрашена, какъ во время беременности. Влагалищная часть матки цилиндрической формы, слегка размягчена, справа на ней замѣчается зарубцевавшійся надрывъ. Матка увеличена, какъ въ концѣ 2-го мѣсяца беременности и низко опущена въ тазъ; консистенція ея мягче нормальной; она мало подвижна, отодвинута впередъ и нѣсколько вправо. Правый сводъ свободенъ, въ лѣвомъ, который значительно уплощенъ, оуплывается эластически напряженная опухоль, неравномерно плотная и сильно пульсирующая;

опухоль эта неподвижна, довольно плотно прилежить къ маткѣ; границы ея вѣрво доходить до *linea innominata*, сирава прилежить къ маткѣ, верхушка на 3 поперечныхъ пальца не доходить до пупка, нижняя уходитъ въ малый тазъ. Длинный размѣръ опухоли между ножками циркула *Baudelocq* = 11 см.

На основаніи данныхъ *status praesentis* и экзамена предшествовавшего состоянія былъ поставленъ діагнозъ: *Graviditas extrauterina tubaria*.

Предложено было чревосѣченіе, но больная отъ операціи отказалась.

Ө. М. пробыла въ клиникѣ съ 15 февраля по 20 марта и къ концу пребыванія состояніе ея значительно улучшилось. — самочувствіе ея значительно поднялось, явился нормальный аппетитъ, вполне покойный сонъ; температура почти все время держалась субфебрильнаго типа и разъ доходила до 39,2°, что повидимому зависѣло отъ осложненія бронхитомъ. Съ 27 февраля опухоль стала меньше пульсировать, значительно мене напряженной, почти безболѣзненной и уменьшилась въ объемѣ, такъ что измѣреніе ея, произведенное 18 марта, дало 8 см., а 20 марта больная выписалась съ нормальной т°-ой и безъ всякихъ болей.

Терація проводилась такая, какая обыкновенно назначается для всасыванія пара — или периметритическихъ экссудатовъ и затѣмъ симптоматическая.

Больная, явившись черезъ полгода, представлялась на видъ совершенно здоровымъ субъектомъ; при изслѣдованіи *per vaginam* оказалось, что опухоль съ лѣвой стороны матки значительно уменьшилась въ своемъ объемѣ, форма ея стала болѣе округленной съ рѣзко обозначенными контурами. Субъективныхъ жалобъ не было.

Затѣмъ такіе исходы внѣматочной беременности, какъ мумификація и окаменѣніе плода, на столько во многихъ случаяхъ не тягостны для больныхъ, что послѣднія послѣ того живутъ по нѣскольку десятковъ лѣтъ и, нося въ себѣ окаменѣлый плодъ, снова могутъ нормально забеременѣвать и рожать вполне доношенныхъ и здоровыхъ дѣтей. Подобныхъ случаевъ имѣется въ достаточномъ количествѣ, какъ въ иностранной, такъ и въ нашей отечественной литературѣ; къ случаямъ съ исходомъ въ *lithopaedion* присоединяется и нашъ, гдѣ женщина впродолженіи 23 лѣтъ носила окаменѣлый плодъ, не испытывая до послѣдняго времени никакихъ особенныхъ непріятныхъ ощущеній. Случай этотъ, наблюдавшійся въ 1890 г., по даннымъ архива клиники состоитъ въ слѣдующемъ:

П. Больная П. М., поступила въ клинику 22 января 1890 г., съ дѣлво, какъ она говорила, освободиться отъ мертваго плода, лежащаго у нея въ животѣ уже 23 года.

Anamnesis. Больная носила регулы съ 17 лѣтъ, черезъ 4 недѣли по 3—4 дня. На 19-мъ году въ первый разъ родила въ срокъ здороваго ребенка;

роды были нормальные; ребенка кормила сама. Регулы пришли через 11 месяцев послѣ родовъ и были того же типа, какого были до беременности. Спусти одинъ годъ послѣ этого она забеременѣла вторично и также легко и своевременно родила здороваго ребенка. 24 года тому назадъ больная вышла замужъ. Черезъ годъ у нея прекратились регулы, груди постепенно стали твердѣть. Въ концѣ 4-го мѣсяца беременности, когда она въ первый разъ почувствовала движеніе плода, послѣ того какъ въ банѣ товарка облила ее холодной водой, больная, испытывая сильныя боли внизу живота, упала въ обморокъ, отъ котораго довольно скоро пришла въ себя. Дома черезъ 2 часа послѣ того во время стула она стала ощущать сильныя боли въ животѣ и бурныя движенія плода и вторично впадала въ обморочное состояніе. Черезъ 2 дня послѣ этого, испытывая крайне тягостныя и почти безпрестанныя движенія плода, поступила въ больницу. Здѣсь она пробыла около 6 мѣсяцевъ, продолжая ощущать очень болѣзненные движенія плода, которые не задолго до срока родовъ прекратились. При наступленіи этого срока, изъ половыхъ органовъ вышла какая-то плева (*decidua*?). Принятые мѣры къ родоразрѣшенію *per vias naturales* ни къ чему не привели.

Плодъ остался въ животѣ. Черезъ нѣсколько дней груди стали напряженными и изъ нихъ начала выдѣляться молочная жидкость. Черезъ недѣлю больная выписалась изъ больницы. Черезъ 2 мѣсяца появились регулы. Здоровье больной съ того времени было значительно подорвано, что однако до послѣднихъ лѣтъ мало мѣшало ей заниматься хозяйствомъ, но въ послѣдніе годы ее стали посѣщать сильныя боли въ животѣ, которыя всегда сопровождались тошнотой, а иногда и рвотой. Отравленіе кишечнаго канала въ послѣдній годъ по 2—3 раза въ недѣлю происходило съ болями; мочеиспусканіе временами сопровождалось рѣзью. Регулы прекратились 1½ года тому назадъ.

Status praesens. Больной 51 годъ. Тѣло-положеніе слабое; мускулатура дряблая; подкожная клетчатка атрофирована. Изслѣдованіе грудныхъ органовъ указало на эмфизему. Животъ въ нижней своей половинѣ неравномерно выпяченъ отдѣльными, выдающимися надъ его поверхностью, выступами; кожа покрыта старыми серебристаго цвѣта рубцами. Пальпация открываетъ присутствіе твердой, костной консистенціи, опухоли, занимающей преимущественно средину нижней половины живота, оставляя боковыя части свободными. Верхній край опухоли, нѣсколько закругленный, не доходитъ на 3 поперечныхъ пальца до *processus xiphoides*; отсюда опухоль, нѣсколько расширившись, направляется косо слѣва и сверху внизъ и вправо и, прежде чѣмъ перейти въ нижній свой конецъ, опять суживается. Нижній конецъ имѣетъ шарообразную форму, вдается въ тазъ; положеніе его соответствуетъ правой *fossa iliaca*. По обѣимъ сторонамъ болѣе широкой средней части опухоли непосредственно надъ верхнимъ, а также и надъ нижнимъ концомъ ея совершенно симметрично расположены какіе то придатки, очень напоминающіе собой конечности. Опухоль довольно подвижна, высота ея надъ лобкомъ=17 см. Измѣреніе живота дало слѣдующіе результаты: отъ лобка до ложечки—28 см., отъ лобка до пупка—17 см., отъ правой верхней ости до пупка—13 см., съ лѣвой стороны тоже разстояніе—15½ см.

Наружные половые части развиты нормально; vulva несколько сжата. Стѣнки рукава вялы и сухи; влагалищная часть матки сильно отодвинута вправо, цилиндрической формы, длиною не болѣе $1\frac{1}{2}$ см. плотной консистенціи; orificium externum несколько обращена въ лѣвую сторону. круглой формы; своды свободны; тѣла матки хорошо ощупать не удается. Субъективные жалобы сводятся къ тому, на что указано въ концѣ anamnesis'a. Т° нормальна. Суточное количество мочи 1000 куб. см., свойства ея нормальны.

Диагноз былъ поставленъ: Брюшная беременность окаменѣлымъ плодомъ. Lithopaedion.

Больной было предложено чревоусѣченіе. Операция была произведена 4 февраля. Послѣ разрѣза брюшныхъ покрововъ и брюшины открылась синеватая поверхность lithopaedion'a съ приросшимъ къ ней салынкомъ. Сращенія съ салынкомъ и крупныя сосудистыя перепоны между lithopaedion'омъ и брюшиной перерѣзывались между двумя лигатурами; также было поступлено съ перепончатыми сращениями между верхней лѣвой конечностью и петлями тонкихъ кишокъ. Lithopaedion помѣщался такъ, какъ это ясно діагностировалось при наружномъ изслѣдованіи живота. По удаленіи lithopaedion'a брюшная рана зашита и наложена антисептическая повязка. 5 февраля ночью больная скончалась при явленіяхъ септического перитонита.

Автопсія, произведенная 7 февраля, дала слѣдующее ¹⁾: септический перитонитъ; сращения салыника съ передней брюшной стѣнкой и съ правой широкой связкой; вслѣдствіе сращеній салыникъ туго натянутъ и значительно придавливаетъ какъ верхнія петли тощей кишки, такъ и нижнія петли ilei. Отъ задней поверхности увеличенной и смѣщенной влѣво матки идутъ многочисленныя лентовидныя перепоны къ прямой кишкѣ и къ нижнему колену flexurae sigmoideae. Въ правой широкой связкѣ можно различать фаллопиеву трубу; сильно укороченную, наружнымъ облитерированнымъ концомъ плотно сращенную съ фиброзно перерожденнымъ яичникомъ, слегка увеличеннымъ въ объемѣ; внутренній конецъ ея также облитерированъ въ фиброзный пучекъ толщиной въ карандашъ; средняя часть ея кистовидно расширена въ видѣ трубки съ четкообразными перехватами длиною около $2\frac{1}{2}$ см. Лѣвая широкая связка утолщена, какъ бы растянута по лѣвой полукружности excavationis recto-uterinae, приращена къ прямой кишкѣ и состоитъ: 1) изъ толстаго, короткаго передняго пучка, по формѣ похожаго на круглую связку, длиною не болѣе 2 см., толщиной въ гусиное перо. и 2) изъ болѣе толстаго, плоскаго, на ощупь мяснстаго, въ разрѣзѣ коническаго пучка длиною около $3\frac{1}{2}$ см., представляющаго изъ себя лѣвую фаллопиеву трубу. Этотъ послѣдній пучекъ переходитъ въ плоскую неправильнаго очертанія плотную опухоль, имѣющую въ діаметрѣ около 4 см.; въ толщину въ средней части около $2\frac{1}{2}$ см., а по краямъ около 1 см.; въ ней при разрѣзѣ замѣчается въ центрѣ расположенное ядро жел-

¹⁾ Изъ протокола вскрытія приводится только то, что касается вѣдомой беременности.

товатобълаго цвѣта, равное $\frac{3}{4}$ объема опухоли; вокругъ ядра находится периферически расположенный толщиною по краямъ около 1 см. мясистый, въ разрьзѣ красноватаго цвѣта, волокнистый слой. Опухоль эта известково сильно перерожденная плацента, задней поверхностью плотно сращенная съ боковой стѣнкой малаго таза. Лѣваго яичника отыскать не удастся.

Такимъ образомъ патологоанатомическое изслѣдованіе этого случая указало на то, что здѣсь беременность была чисто абдоминальной формы и плацента развивалась на широкой связкѣ и на боковой стѣнкѣ таза. Къ сожалѣнію, болѣе подробнаго изслѣдованія не имѣется ¹⁾.

Считаю небезынтереснымъ привести здѣсь описаніе lithopaedion'a. Вѣсъ его 1100 граммъ, разстояніе отъ темени до мѣста anus'a = 26 см. Туловище слегка согнуто по брюшной поверхности; пригнутая къ груди головка повернута вокругъ продольной оси тѣла на 90°. такъ что прямой размѣръ ея параллеленъ поперечнику плечъ. Отдѣльныя части лица не различаются; на мѣстѣ нижней челюсти находится гребневидное костное возвышеніе. Кожа туловища желтаго цвѣта, покрыта остатками сращеній краснаго цвѣта; на поверхности ея находятся бѣловатыя мѣста известковаго характера. Крестецъ, кости таза, большія кости черепа и остистые отростки позвонковъ ясно прощупываются. На мѣстѣ пупка, задняго прохода и наружныхъ половыхъ частей находятся гладкіе покровы. Конечности представляются нѣсколько подвижными въ своихъ сочлененіяхъ. На верхнихъ конечностяхъ можно различать вѣ части. Правая верхняя конечность согнута въ локтевомъ суставѣ и лежитъ на груди, лѣвая, также согнутая въ локтевомъ суставѣ, лежитъ у боковой стѣнки груди. Нижнія конечности пригнуты къ животу колѣнями и по бокамъ нижняго конца lithopaedion'a выдаются концы голей со стопами. При распилѣ lithopaedion'a въ сагиттальномъ направленіи можно было замѣтить, что темянные кости вдвинуты подъ лобныя; мозгъ въ видѣ однородной кашицы грязно-сѣраго цвѣта. На позвоночникѣ различаются отдѣльные позвонки съ межпозвоночными хрящами, тѣла крестцовыхъ позвонковъ также хорошо замѣтны. Въ грудной полости сердце съ околосердечной сумкой и легкія съ нормальнымъ количествомъ долей, микроскопически довольно хорошо сохранились. Также сохранились кишки и печень, но при микроскопическомъ изслѣдованіи расщипанныхъ въ водѣ препаратовъ оказалось, что опредѣленная структура открывается только въ сердцѣ, въ остальныхъ же органахъ вмѣсто нормальныхъ составныхъ элементовъ находится мелкозернистый распадъ съ значительнымъ отложеніемъ известковыхъ солей и кристалловъ холестерина.

Болѣе тягостный для больныхъ, но все же очень часто благопріятный исходъ вѣматочной беременности

¹⁾ Детальный исходъ этой легкой, къ тому-же произведенной со всѣми антисептическими предосторожностями, операція невольно наводитъ на мысль, что септическое зараженіе въ данномъ случаѣ послѣдовало вслѣдствіе освобожденія старыхъ капсулированныхъ микроорганизмовъ при разьединеніи воспалительныхъ сращеній.

составляет, такъ называемая, элиминация—благодѣтельная способность организма тѣмъ или другимъ путемъ освободиться отъ тѣла, ставшаго для него совершенно чуждымъ. На сколько часто встрѣчаются подобные исходы, видно изъ числа случаевъ *Kirisch'a*, которые приводитъ *Bandl* ¹⁾, здѣсь изъ 20 выздоровленій 7 произошло путемъ элиминации плода, что составляетъ $\frac{1}{3}$; еще болѣе благоприятное отношеніе получается въ случаяхъ *Hecker'a* ²⁾; изъ 76 выздоровленій 43 приходится на этотъ процессъ, что составляетъ уже болѣе $\frac{1}{2}$; послѣднее зависитъ отъ того, что статистика *Hecker'a* обнимаетъ случаи только брюшной беременности, гдѣ, какъ извѣстно, элиминация наблюдается чаще, между тѣмъ какъ *Kirisch* приводитъ случаи внѣматочной беременности безъ особаго разбора (*Bandl*).

Обращаясь къ болѣе обширной доступной мнѣ статистикѣ, куда бы входили случаи всѣхъ видовъ внѣматочной беременности, мы все же получимъ довольно порядочный $\frac{0}{100}$ выздоровленій путемъ элиминации. Такъ въ 344 случаяхъ, собранныхъ *Эмбродекиемъ*, было 139 выздоровленій, изъ коихъ въ 15 случаяхъ путемъ элиминации плода, повидимому, безъ всякой хирургической помощи, что составляетъ 10.7 $\frac{0}{100}$, если же къ этимъ 15 случаямъ прибавить еще 17, гдѣ применялось извлеченіе частей скелета плода *per rectum, per vaginam et cetera*, то получится уже 32 случая, составляющихъ 23 $\frac{0}{100}$. (Случаи элиминации, въ которыхъ въ силу того или другаго показанія производилась *laparotomia*, здѣсь въ счетъ не принимаются).

Дѣло при этомъ процессѣ начинается съ того, что является воспаленіе съ послѣдовательнымъ нагноеніемъ въ окружности яйца; воспаленіе переходитъ на окружающія части и наконецъ влечетъ за собою ихорозное распаденіе въ полости мѣшка, ихоръ прокладываетъ себѣ тотъ или другой путь, по которому въслѣдствіи выходятъ и части скелета разложившагося плода. Обыкновенно это самопроизвольное отхожденіе частей плода длится очень долго и приводитъ больныхъ къ сильному истощенію, если не

¹⁾ *Bandl, ibid.*

²⁾ *Bandl, ibid.*

ускоряется хирургическимъ вмѣшательствомъ и въ настоящее время подобные случаи должны наблюдаться рѣже, такъ какъ laparotomia при вѣматочной беременности производится гораздо чаще. Случай, гдѣ появилось ихорозное распаденіе окружающихъ частей вѣматочно развивавшагося плода, а отчасти и самаго плода, но дѣло до элиминаціи еще не дошло, наблюдался въ клиникѣ проф. Н. Ф. Толочина и по даннымъ, хранящимся въ архивѣ клиники, заключается въ слѣдующемъ:

III. 20 ноября 1886 г. въ клинику поступила больная Н. П. съ жалобой на сильную болѣзненность живота и постоянное лихорадочное состояніе.

Anamnesis. Первые menstrua больная получила на 14-мъ году, носила ихъ по 6 дней черезъ 3 недѣли безъ болей и въ небольшомъ количествѣ. Замужемъ съ 19 лѣтъ; въ первый же годъ замужества родила своевременно и легко здороваго ребенка, но послѣродовой періодъ осложнился заболѣваніемъ, выразившимся повышеніемъ t^0 , вздутіемъ и сильной болѣзненностью живота, вслѣдствіе чего она пролежала послѣ родовъ 6 недѣль. Черезъ 1½ года были вторые роды, тоже своевременные и легкіе, но опять послѣродовой періодъ осложнился тѣмъ же самымъ болѣзненнымъ процессомъ, какъ и въ первый разъ; проболѣла опять около 6 недѣль. Дѣтей кормила по 1½ мѣсяца, а затѣмъ онѣ умирали. Регулы послѣ вторыхъ родовъ стали неправильными: появлялись черезъ неопредѣленные промежутки времени, кровянистое отдѣленіе замѣчалось иногда въ теченіи 3-хъ недѣль и часто сопровождалось болью въ области матки. Иногда регулы были такъ обильны, что больная принуждена была для ихъ уменьшенія прикладывать къ половымъ органамъ компрессы изъ холодной воды съ уксуомъ. Послѣ лѣченія у врача больная стала носить правильныя menstrua 3-хъ недѣльнаго типа, безболѣзненныя и не обильныя, но бѣли, появившіяся послѣ вторыхъ родовъ, не проходили. Съ 12 января 1886 г. прекратились регулы и больная чувствовала себя хорошо, не часто появлявшіеся поносы мало ее беспокоили. но съ 5 марта она стала испытывать боли колющаго характера въ нижней части живота, особенно съ правой стороны; животъ былъ сильно вздутъ и болѣзненъ при прикосновеніи, почти непрекращающіеся поносы сильно ее изнуряли. Врачи въ это время находили у нея воспаленіе кишекъ и назначали соответствующую терапію, но облегченія не получалось. Въ апрѣлѣ мѣсяцъ она стала замѣчать припуханіе грудей. Получивъ въ это время облегченіе со стороны кишекъ, она считала себя здоровой. Въ концѣ іюля она въ первый разъ почувствовала движеніе плода. Въ теченіи августа и сентября мѣсяцевъ изъ половыхъ органовъ замѣчалось выдѣленіе жидкости слегка окрашенной кровью, съ какими то желтоватаго цвѣта пленочками. Въ началѣ октября больная испытывала потугообразныя боли, напоминавшія родовыя, и изъ половыхъ органовъ выдѣлилась кровь со сгустками; кровотеченіе продолжалось въ теченіи всего октября и было остановлено тампонадой рукава; не задолго до прекращенія кровотеченія больная пе-

рестала ощущать движение плода. Общее состояние сдѣлалось нѣсколько сносно, но t° держалась повышенной.

Status praesens. Больной 28 лѣтъ; она имѣетъ правильный скелетъ, дробную мускулатуру и атрофированную подкожную жирную клетчатку. Грудные железы, долики молочныхъ железъ ясно выражены; выдавливаніемъ изъ сосковъ можно получить молочную жидкость. Органы грудной полости нормальны. На кожѣ живота старыя рубцовыя полосы. Животъ значительно болѣзненный при дотрагиваніи, выпяченъ въ лѣвой своей половинѣ на счетъ опухоли овальной формы, расположенной длинною своею осью въ направленіи снизу вверхъ и вправо. Начинаясь на уровнѣ верхняго края лобкового сочлененія и занимая главнымъ образомъ *fossam iliacam sinistram*, опухоль верхнею своею границею расположена нѣсколько выше пупка. Тупой тонъ на всемъ протяженіи опухоли. При пальпации—легкая флюктуация. Слизистая оболочка наружныхъ половыхъ частей окрашена въ блѣднорозовый цвѣтъ, между складками *vaginae* переходящій въ темнофіолетовый. Изъ половой щели выделяется въ небольшомъ количествѣ кровянистая, тягучая слизистая жидкость. Дигитальное изслѣдованіе показало, что на шейкѣ рубецъ отъ разрыва при бывшихъ родахъ; наружный зѣвъ пропускаетъ фалангу указательнаго пальца; матка отодвинута къ лобку и отчасти вправо, почти неподвижна и прилежитъ къ опухоли, нижній сегментъ которой ощупывается въ заднемъ шарообразно выпяченномъ сводѣ; здѣсь она эластична и флюктуируетъ, но флюктуация не передается, лежащей на животѣ, рукѣ. Зондъ проходитъ въ матку въ сильно искривленномъ видѣ, почти на 9 см. Двойное изслѣдованіе очень болѣзненно. Мочи около 700 куб. см. нормальныхъ свойствъ.

Diagnosis въ виду очень яснаго анамнеза и данныхъ объективнаго изслѣдованія былъ поставленъ: *Graviditas extrauterina*, видъ же ея съ большою вѣроятностью брюшной, на основаніи продолжительности беременности, отсутствія указаній на произошедшій разрывъ околоплоднаго мѣшка и наконецъ на основаніи перенесеннаго воспаленія кишекъ (*Werth*).

Предложено было чревосѣченіе, на что больная согласилась. Н. П. находилась подъ наблюденіемъ до 29 ноября; за это время замѣчалось постоянно повышенная t° , такъ что по утрамъ между $37,8^{\circ}$ и $39,5^{\circ}$, а по вечерамъ между 38° и $39,6^{\circ}$. Появились симптомы воспаленія и разложенія содержимаго околоплоднаго мѣшка съ образованіемъ газовъ, на что указывало появленіе тимпаничности при перкусіи опухоли.

Операция произведена 29 ноября. Послѣ разрѣза послѣдно брюшныхъ покрововъ, черезъ брюшину сдѣланъ проколъ, при чемъ выделился съ шумомъ газъ съ воющимъ запахомъ и ихорозная, буроватаго цвѣта, воющая жидкость. Отверстіе расширено, введеннымъ пальцемъ констатирована ограниченная со всѣхъ сторонъ полость, подъ ней другая, также выполненная ихорозною жидкостью и плодомъ; отверстіе, сдѣланное пальцемъ, расширено и извлеченъ плодъ, сильно разложившійся мужского пола, 30 см. длины и 560 граммъ вѣсу. По удаленіи содержимаго мѣшка, полость его, обсыпанная *acido salicylico*, затампонирована іодоформенной марлей, а края швы съ брюшной раной.

Послѣоперационное теченіе въ первые 6 дней было при нормальной t° , но затѣмъ стала повышаться, вѣдѣствіи чего ускорено было удаленіе марли изъ полости мѣшка; полость промыта борной кислотой и вставленъ дренажъ. Промывка полости производилась по 2 раза на день до полного отдѣленія плацентae и прекращенія вонючаго отдѣленія; t° въ это время по утрамъ была нормальна, а по вечерамъ между 38° и $38,6^{\circ}$. Такъ было до 18 декабря. Все же послѣдующее время до конца пребыванія больной въ клиникѣ t° держалась въ предѣлахъ нормы. Части послѣда выдѣлялись до 28 декабря. 17 января больная выписалась по желанію съ не вполне зажившей раной на поеченіе врача.

Ко всѣмъ этимъ благопріятнымъ исходамъ внѣматочной беременности нужно отнести не малое число случаевъ разрыва околоплоднаго мѣшка въ очень ранніе сроки беременности, проходящихъ подъ диагнозомъ *haematocoele perituterinum et retrouterinum* и оканчивающихся выздоровленіемъ. *Olshansen* ¹⁾ болѣе 28% всѣхъ случаевъ *haematocoele* относитъ на долю прервавшейся трубной беременности. Мы въ теченіи осени 1891 года пришлось слышать о трехъ случаяхъ *haematocoele*, наблюдавшихся въ городѣ, происшедшихъ несомнѣнно отъ разрыва беременной трубы и закончившихъ уже лѣченіе. Два случая были констатированы профессоромъ *Н. Ф. Толочиновымъ*.

Такимъ образомъ это, хотя и поверхностное, разсмотрѣніе исходовъ внѣматочной беременности дастъ, мы кажется, достаточно оснований, чтобы не соглашаться съ аналогіей *Werth's* между внѣматочной беременностью и злокачественнымъ новообразованіемъ. *Сутугинъ* ²⁾ на счетъ этого вопроса высказался въ томъ смыслѣ, что внѣматочную беременность онъ признаетъ за новообразованіе, но не злокачественнаго характера.

Здѣсь прежде всего изъ сопоставленій исходовъ того и другого процесса при самопроизвольномъ теченіи мы видимъ, что при внѣматочной беременности въ этихъ случаяхъ получается довольно большое число выздоровленій, между тѣмъ какъ всякое злокачественное новообразованіе, предоставленное самому себѣ, неминуемо рано или поздно поведетъ къ летальному исходу, потому-то оно, говоря вообще, и называется злокачественнымъ. Хи-

¹⁾ *Olshansen*. Deutsch. medic. Wochenschr. 90 г. № 8.

²⁾ См. отчетъ о засѣданіяхъ гинекологической секціи IV Съѣзда Русскихъ врачей въ Москвѣ: въ Ж. А. и Ж. Б. 91 г. № 2.

рургическое вмѣшательство при злокачественныхъ новообразованіяхъ даетъ, повидимому, радикальное излѣченіе только лишь тогда, когда процессъ захваченъ въ раннемъ періодѣ своего теченія (экстирпация раковопораженной матки), если же развитіе злокачественнаго новообразованія зашло болѣе или менѣе далеко, то помощь хирурга не даетъ положительныхъ результатовъ, развѣ только нѣсколько отсрочить неизбѣжный исходъ. Совершенно иные результаты даетъ хирургія вѣматочной беременности: laparotomia, произведенная, какъ до разрыва околоплоднаго мѣшка, такъ и тотчасъ или спустя нѣкоторое время послѣ него, далѣе помимо всего этого, спустя даже многіе годы послѣ того, какъ плодъ умеръ, или не достигнувъ конца беременности, или же сдѣлавшись вполнѣ жизнеспособнымъ, даетъ въ настоящее время очень удовлетворительные результаты, а при усовершенствованіи техники операціи % смертности будетъ не больше такового post ovariectomiam.

Въ настоящее время дѣло должно сводиться главнымъ образомъ къ тому, чтобы своевременно предпринять операцію, не дѣлая случая вполнѣ безнадежнымъ, т. е. чтобы во время распознать эту грозную аномалію; послѣднее однако не всегда возможно.

(Окончаніе слѣдуетъ).

КАЗУИСТИКА.

II.

Изъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія.

СЛУЧАЙ КЕСАРСКАГО СЪЧЕНІЯ.

А. К. Мазуркевича.

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

4-го ноября 1891 г. въ 4 ч. 10' утра въ родильню С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія поступила роженица, мѣщанка Луиза Бахманъ, 29 лѣтъ отъ роду, слабаго тѣлосложенія, малаго, 138 сант., роста, беременная въ 1-ый разъ, съ истекающими водами и слабыми родовыми болями.

Разспросы обнаружили, что роженица въ раннемъ дѣтствѣ хворала англійскою болѣзною, ходить начала только съ 5-ти лѣтъ и первые регулы показались у нея 14 лѣтъ, которые появлялись черезъ мѣсяць въ маломъ количествѣ и продолжались по 3 дня, а 15 лѣтъ перенесла брюшной тифъ (лежала въ Евангелической больницѣ), послѣ котораго у нея остался катарръ кишекъ съ постоянною склонностью по сіе время къ поносамъ. Последніе регулы были въ февралѣ, числа точно не помнитъ, перваго движенія плода также не помнитъ, во время беременности чувствовала постоянно общую слабость и, по словамъ ея, у нея была какая-то лихорадка.

Объективное изслѣдованіе показало: кожа вялая, подкожно-

жирный слой и мышечные системы слабо развиты, видимыя слизистыя оболочки блѣдныя, много зубовъ въ полости рта отсутствуетъ, многіе испорчены. Костная система съ ясными признаками рахита, грудная кѣтка узкая съ четкообразными утолщеніями концовъ реберъ со стороны грудной кости, эпифизы трубчатыхъ костей утолщены, нижнія конечности въ бедра и голеняхъ искривлены слегка дугообразно впереди, кости предплечья тоже, позвоночный столбъ въ поясничной области значительно выпяченъ впереди, крестцовая кость наоборотъ—представляетъ сильную выпуклость кзади и конецъ ея крючкообразно загнутъ впередъ. Животъ умеренно выпяченъ впередъ. Дно матки на 3 пальца ниже мечевиднаго отростка. Спинка плода вправо. Сердцебіеніе справа на 4 пальца ниже пупка и по *linea alba*. Частота сердцебіенія плода около 120 ударовъ въ минуту, очень отчетливое. Высота дна матки 39, разстояніе отъ лобка до пупка 24, отъ лобка до мечевиднаго отростка 44 и наибольшая окружность живота 84 сантиметровъ. Размѣры таза слѣдующіе: D. Tr. = 28; D. Cr. = 24½; D. Sp. = 23½, Conj. ext. = 16 сантиметрамъ. Исслѣдованіе діагональной конъюгаты показало, что область перваго крестцоваго позвонка сильно вдается въ полость таза; разстояніе отъ лонной дуги до этого мѣста (ложный мысъ) = 8½ сант. Верхній край перваго крестцоваго позвонка достигается нѣсколько труднѣе, до истиннаго мыса отъ лонной дуги 9½ сант. Поперечный размѣръ выхода = 8, прямой размѣръ выхода = 9 сант. Шейка не сглажена. Наружный и внутренній зѣвы открыты на 1½ пальца, воды истекаютъ въ небольшомъ количествѣ, предлежащая головка, повидимому, средней величины, подвижна и стоитъ высоко надъ входомъ. Въ теченіи всей ночи родовыя боли были умеренной степени и по временамъ прекращались; къ полудню онѣ стали нѣсколько энергичнѣе. Исслѣдованіе въ 2 часа дня 4 ноября показало, что шейка сглажена, наружный зѣвъ открытъ на 2 пальца, края его толсты, воронкообразно расширяются кверху. Предлежащая головка стоитъ довольно плотно надъ входомъ въ тазъ. Хотя на ней ощущаются оболочки, но на головкѣ образуется уже тѣстоватая опухоль, слѣва нѣсколько кзади отъ проводной оси прощупывается родничекъ, повидимому, большой. Въ 10 ч. в. зѣвъ на 2½ пальца, въ остальномъ явленіи тѣ-же. Боли довольно правильныя, не особенно сильныя. Сердцебіеніе плода по временамъ значительно замедляется, затѣмъ ускоряется, при чемъ это явленіе по всему совпадаетъ съ сокращеніями матки. Въ виду значительной степени суженія

таза во всѣхъ размѣрахъ, а равно принимая во вниманіе, что данный плодъ не менѣе средней величины, не можетъ быть извлеченъ живымъ инструментальною помощію, постановлено *А. Я. Красовскимъ* приступить къ Кесарскому сѣченію, съ согласія роженицы, для каковой цѣли роженица переведена въ Гинекологическое Отдѣленіе С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, гдѣ были приготовлены и продезинфицированы операционная комната и все необходимое для означенной операціи.

Въ 10 ч. 10' вечера 4-го ноября послѣ тщательнаго обмытія брюшныхъ покрововъ растворомъ двуіодистой ртути (1:3000), по опорожненіи мочевого пузыря, животъ обложенъ смоченными въ томъ же растворѣ полотенцами. Затѣмъ брюшнымъ бистуромъ проведенъ разрѣзъ по бѣлой линіи черезъ пупокъ, разрѣзъ этотъ въ верхней части проникъ до поверхности матки, ножницами разъединены внутренніе слои брюшныхъ покрововъ и разрѣзъ продолженъ вверхъ на 5 поперечныхъ пальцевъ выше пупка, внизу-же онъ на 3 пальца не доходилъ до лоннаго соединенія. Матка выведена наружу изъ брюшной полости и на верхній уголъ раны положено 6 глубокихъ швовъ, которые и завязаны. Въ это время на матку прикладывались марлевые теплые компрессы и такой же компрессъ введенъ въ брюшную полость для удержанія кишокъ. Подъ нижній отрѣзокъ матки подведенъ эластическій жгутъ. Съ первымъ моментомъ взрѣза матки, онъ слегка затянутъ въ одинъ простой узелъ и удерживаемъ былъ пинцетомъ *Koeberle*. Матка вскрыта длиннымъ и глубокимъ продольнымъ разрѣзомъ отъ наибольшей выпуклости дна матки по срединѣ передней поверхности ея, внутренніе мышечные слои и decidua быстро разъединены подъ руководствомъ пальца. Кровотеченіе изъ краевъ маточной раны умѣренное. Дѣтское мѣсто попало подъ разрѣзъ лишь на небольшомъ пространствѣ у дна, оно прикрѣплялось главнымъ образомъ справа, слѣва оно было отдѣлено на небольшомъ пространствѣ. Спинка ребенка была обращена впередъ и немного вправо, пуповина обвита вокругъ шеи и черезъ правое плечо опускалась косвенно по спинкѣ и лѣвой ягодицѣ. Воды съ значительною примѣсью меконіума. Ребенокъ легко извлеченъ за ягодицы, оказался въ асфиксіи первой степени (*asphyxia livida*), а черезъ 10 минутъ оживленъ и громко закричалъ. Дѣтское мѣсто и оболочки отдѣлены отъ внутренней поверхности матки и полость вытерта кусками марли смоченными въ растворѣ двуіодистой ртути. Черезъ зѣвъ про-

ведены въ рукавъ полоски іодоформенной марли. На маточную рану, начиная съ нижняго угла наложены 13 глубокихъ, проникавшихъ почти черезъ всю muscularis, швовъ и между ними 8 поверхностныхъ (серо-серозныхъ). Послѣ этого удаленъ жгутъ. Матка не кровоточила. Брюшная полость вытерта полосками марли, вываренной въ двуіодистой ртути. Затѣмъ удаленъ компрессъ съ поверхности кишекъ, матка опущена въ полость живота, а сальникъ расправленъ. На брюшную рану наложено 15 глубокихъ и 8 поверхностныхъ швовъ. Присыпка іодоформомъ. На швы положена полоска въ 10 сант. шириною марли, которая и залита двуіодистортутнымъ коллодіемъ. Поверхъ положено немного ваты, а затѣмъ слой морскаго каната, который укуренъ марлевымъ бинтомъ.

Извлеченный мальчикъ вѣсилъ 3410 граммъ, при длинѣ 51 сант., съ окружностью головки въ $35\frac{1}{2}$ сант.

Послѣоперационный періодъ протекъ весьма благопріятно. Повышеніе температуры было только однажды, на 8-й день, дошедшее до $38,7^{\circ}$ и длившееся только одни сутки. Швы сняты на 9-й день, брюшная рана срослась первымъ натяженіемъ. На 17-й день оперированная встала съ кровати. Все время кормила грудью своего ребенка, хотя имѣла недостаточное количество молока, почему приходилось прикармливать ребенка молокомъ другой родильницы.

На 21-ый день дно матки у оперированной находилось на 3-мъ пальца ниже пупка, было средней плотности, подвижна, безболѣзненна; per vaginamъ обнаружено: anteflexio, шейка незначительной величины; умеренной плотности, зѣвъ закрытъ.

На 31-й день оперированная вмѣстѣ съ ребенкомъ выписалась изъ заведенія совершенно здоровою.

III.

Изъ родильнаго Приюта при Лѣчебницѣ Общ. Кременчугскихъ Врачей.

СЛУЧАЙ АБОРТА НА 5-мъ МѢСЯЦѢ ПРИ ЖИВОМЪ ПЛОДѢ.

Женщины-Врача Г. Кудишъ.

3-го октября 1891 г. въ 5 часовъ пополудни въ родильный пріютъ при Лѣчебницѣ Общества Кременчугскихъ Врачей поступила беременная Л. Г., 24 лѣтъ, съ жалобами на потужныя боли, а также на незначительныя кровянистыя истеченія въ продолженіе 2-хъ недѣль. Л. Г. замужемъ 2½ года, беременна въ 3-й разъ: 1-я беременность окончилась выкидышемъ на 3-мъ мѣсяцѣ 2-я срочными родами 1 годъ и 3 мѣсяца тому назадъ. Послѣдніе регулы были въ началѣ мая; движеніе плода Л. Г. почувствовала за 5 дней до поступленія въ пріютъ. Въ продолженіе всей послѣдней беременности Л. Г. страдала по временамъ потугообразными болями и бѣлями, послѣдними, впрочемъ, еще и до беременности. Беременная тѣлосложенія хорошаго, питанія не совѣмъ удовлетворительнаго, худощава, анемична, при выслушиваніи сердца слышенъ вмѣсто перваго тона шумъ. Животъ мягкій, матка тверда, чувствительна къ давленію, дно ея на 2 поперечныхъ пальца ниже пупка; шейка мягка, пропускаетъ палецъ; изъ половыхъ путей показывается понемногу кровь. Къ вечеру боли стали сильнѣе и чаще, назначена t-ra opii simpl. по 6 капель черезъ 2—3 часа. Потужныя боли продолжались всю ночь, къ 5-ти часамъ утра появилось умѣренное кровотеченіе, которое само собой въ скорости прекратилось. Затѣмъ, въ продолженіе цѣлаго дня боли все усиливались, а къ 6-ти часамъ вечера при весьма сильныхъ боляхъ снова показалось довольно значительное количество крови и въ 6 ч. 40 минутъ вечера родился плодъ, а непосредственно за нимъ выдѣлился и послѣдъ съ оболочками. По рожденіи своемъ плодъ вмѣстѣ съ послѣдомъ лежалъ у наружныхъ половыхъ частей родильницы, которая тотъ-

часть же почувствовала, что плодъ живъ; послѣдній находился внѣ яйцевыхъ оболочекъ и соединялся съ послѣдомъ пуповиной. Оболочки яйца могли быть раздѣлены на 3 слоя и на мѣстѣ перехода ихъ въ плаценту представляли явственное жировое перерожденіе, сама же плацента имѣла видъ совершенно свѣжій, безъ слѣдовъ какого-либо кровоизліянія и повидимому непосредственно передъ самымъ рожденіемъ яйца отдѣлилась отъ материнской почвы. Размѣры ея 10 и 12 cm., вѣсъ около 250 граммъ, длина пуповины 27 cm., толщина = $\frac{1}{3}$ толщины пуповины нормальнаго плода. Плодъ мужскаго пола, вѣсъ его 278 граммъ, длина 26 cm., окружность головы 18 cm. дл. верхнихъ конечностей 11, длина нижнихъ конечностей 10 cm.: разстояніе пупка отъ лобка $1\frac{1}{3}$ cm., разстояніе его отъ мечевиднаго отростка $3\frac{1}{2}$ cm. Кожа совершенно просвѣчивала, такъ что черезъ нее видны были мельчайшія развѣтвленія кровеносныхъ сосудовъ. Жизнь плода выражалась слабымъ шевеленіемъ конечностей, вдыхательными движеніями, которыя моментами переходили въ настоящія вдыхательныя судороги и сердцебіеніемъ чрезвычайно отчетливымъ, черезъ грудную стѣнку видѣнь былъ не только толчокъ сердца, но можно было различить все сердце. Дыхательныя движенія, постепенно ослабѣвавшія, можно было наблюдать около $1\frac{1}{2}$ часовъ, а сердцебіеніе, также постепенно слабѣя, длилось часа два.

Плодъ, судя по размѣрамъ его, а также и по другимъ даннымъ, какъ прикрѣпленіе пуповины въ нижней трети разстоянія мечевиднаго отростка отъ лобка, рѣзкое просвѣчиваніе кровеносныхъ сосудовъ черезъ кожу, долженъ быть разсматриваемъ въ возрастѣ никакъ не больше 5 мѣсяцевъ, чему соответствовала и высота стоянія матки у беременной и анамнезъ (послѣдніе регулы въ началѣ мая и ощущеніе первыхъ движеній плода за нѣсколько дней до поступленія въ пріютъ). О жизнедѣятельности плодовъ этого возраста по рожденіи ихъ на свѣтъ въ учебникахъ имѣется мало указаній. *Spiegelberg*, говоря о зародышѣ 5-го мѣсяца, замѣчаетъ только, что „мать чувствуетъ движеніе ребенка“ ¹⁾. *Braun* ²⁾ говоритъ, что въ концѣ пятаго мѣсяца „мать иногда начинаетъ чувствовать движеніе младенца“, хотя онъ же, говоря о плодѣ въ концѣ четвертаго мѣсяца, упоминаетъ, что „отрывистое шевеленіе конечностей указываетъ на

¹⁾ Учебникъ акушерства Шпигельберга, въ перев. Ямшольскаго, стр. 87-я.

²⁾ Руководство къ акушерству К. Брауна, въ перев. Гиршгорна, стр. 79-я.

развитіе мышц⁴. *Schroeder* не отмѣчаетъ ничего. Нашъ случай именно интересенъ тѣмъ, что плодъ былъ живъ столько времени. Выкидыши живыхъ плодовъ этого возраста довольно рѣдки, ибо большинство причинъ вызывающихъ прекращеніе беременности вообще, въ особенности въ то время, когда уже имѣетъ мѣсто плацентарное кровообращеніе, приводитъ къ смерти плода. Не говоря уже о причинахъ лежащихъ въ яйцѣ, какъ напримѣръ, разстройство питанія или порокъ развитія оболочекъ его (*endometritis decidualis*, *mola racemosa*), но также и въ тѣхъ случаяхъ, когда причина лежитъ повидимому въ матери, напр., лихорадочныя заболѣванія матери, могущія вызвать смерть плода уже одной высокой т^о, активныя или пассивныя гипереміи въ половой сферѣ ея, встрѣчающіяся при воспаленіяхъ матки, при смѣщеніяхъ ея, при болѣзняхъ сердца, легкихъ, печени и т. п., легко приводящія къ кровоизліяніямъ между оболочками плода инфекціонныя болѣзни матери и въ особенности сифилисъ. Но все же нужно имѣть въ виду, что при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ половой сферы женщины можетъ произойти преждевременное прекращеніе беременности при здоровомъ яйцѣ. По мнѣнію *Schroeder*'а ¹⁾, при воспалительныхъ заболѣваніяхъ матки, какъ эндометритъ, метритъ, можетъ имѣть мѣсто выкидышъ на 5-мъ мѣсяцѣ при здоровомъ яйцѣ и умирающемъ плодѣ. Что касается причинъ выкидыша въ нашемъ случаѣ, то мы полагаемъ ее въ эндометритъ, которымъ Л. Г., надо думать, страдала еще до и во время беременности, насколько объ этомъ можно судить по анамнезу. Можно думать, что болѣзненное состояніе матки (эндометритъ, а можетъ быть и метритъ, имѣя въ виду твердость матки и чувствительность ея къ прикосновенію), $\frac{1}{2}$ вызвало съ одной стороны недостаточно плотное соединеніе яйца съ материнской почвой, а съ другой стороны это самое болѣзненное состояніе вызвало преждевременныя маточныя сокращенія; мы знаемъ изъ анамнеза, что во время беременности Л. Г. испытывала боли потужнаго характера, происходило, такъ сказать, постепенное отторженіе яйца отъ питавшей его почвы. Этою постепенностью, медленнымъ распространеніемъ жирового перерожденія по всей поверхности *deciduae* объясняется то, что все время не было значительнаго кровотеченія. Послѣдъ, какъ мѣсто болѣе плотнаго соединенія яйца съ материнской почвой, дольше всего оставался въ соединеніи съ этой послѣдней и поэтому то плодъ могъ оставаться живымъ.

¹⁾ Учебникъ акушерства проф. К. Шредера, Русскій перев. Серебренникова, съ 10-го нѣмец. изданія.

ПРОТОКОЛЫ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(годъ шестой).

ПРОТОКОЛЬ № 17.

Засѣданіе 19-го декабря 1891 г.

Предсѣдательствовалъ А. Я. Крассовскій.

Присутствовали 31 членъ: Баладинъ, Бацевичъ, Вастень, Вириарскій, Воробьевъ, Гермоніусъ, Горайскій, Даниловичъ, Добрадинъ, Добровольскій, Заболотскій, Лилѣвъ, Личкусъ, Масловскій П., Оттъ, Полонскій, Поповъ, Рачинскій, Савченко, Салмановъ, Смоленскій, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Тарновскій, Фишеръ, Швердловъ, Шмидтъ, Штоль, Штольцъ, Ямпольскій и 14 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 16.

2) А. А. *Войно-Оранскій* сдѣлалъ сообщеніе «о морфологій крови новорожденныхъ», которое помѣщено въ приложеніи къ настоящему протоколу.

Д. О. Оттъ, возражая докладчику, спросилъ, какія онъ видитъ преимущества въ жидкости *Н. В. Ускова* передъ таковою-же *Thomz*, которою оппонентъ при своихъ работахъ оставался очень доволенъ. Далѣе *Д. О. Оттъ* указалъ на возможность ошибокъ и разнорѣчій въ зависимости отъ того, въ какомъ мѣстѣ произведенъ уколъ для добычи крови; по крайней мѣрѣ, онъ, *Оттъ*, получалъ разницы въ числѣ кровяныхъ тѣлецъ изъ крови пупочныхъ артерій и венъ.

Д-ръ Гундобинъ замѣтилъ: докладчикъ сравниваетъ полученные имъ

относительно красных шариковъ результаты съ наблюденіями *Hayem'a*, между тѣмъ какъ они употребляли различныя жидкости для своихъ изслѣдованій. Въ докладѣ не объяснены достаточно мотивы, почему выбрана классификація *H. B. Ускова*. Невозможно высказывать сужденія о происхожденіи кровяныхъ тѣлецъ, имѣя лишь абсолютныя числа бѣлыхъ и красныхъ тѣлецъ и окрашенные по *Ehrlich'u* препараты. Докладчикъ, вѣроятно, не отрицалъ бы такъ настойчиво теорію *Hayem'a*, если-бы ему была извѣстна диссертация *Linnet* (1890 г.).

Е. Ф. Бацевичъ указалъ на зависимость состава крови у новорожденныхъ отъ многихъ побочныхъ причинъ, которыя докладчикомъ, повидимому, не устранены или, по крайней мѣрѣ, не введены поправки, и важнѣйшимъ изъ такихъ моментовъ надо признать время перевязки пуповины, не говоря уже о значеніи, напр., величины послѣда, сердечной дѣятельности матери и проч.

А. А. Войно-Оранскій возразилъ:

Проф. *Д. О. Отту*: 1) Относительно мѣста укола для полученія крови нѣтъ существенной разницы, замѣтно влияющей на составъ крови у новорожденныхъ, особенно въ виду ихъ постоянного горизонтальнаго положенія; докладчикъ въ этомъ случаѣ ссылается на мнѣніе проф. *Schiff'a*. Конечно, это не можетъ относиться къ случаямъ, когда кровь получается изъ пуповины. 2) Жидкость *H. B. Ускова* для счета бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ имѣетъ тѣ преимущества, что въ ней, благодаря присутствію небольшого количества *Natri chlorati*, меньше погибаетъ бѣлыхъ шариковъ, чѣмъ въ $\frac{1}{2}\%$ растворѣ *Acidi aceticі*.

Д-ру Гундобину: 1) Докладчикъ употреблялъ при счетѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ, кромѣ 3% раствора *Natri chlorati* и жидкость *Hayem'a*, при чемъ разницы въ количествѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ не замѣтилъ при употребленіи той или другой жидкости. Впрочемъ, параллельныхъ опытовъ въ этомъ направленіи не дѣлалъ. Жидкость *Hayem'a*, по мнѣнію докладчика, сообщаетъ краснымъ кровянымъ шарикамъ зазубренную форму, что облегчаетъ счетъ при вечернемъ освѣщеніи. 2) Что касается преимуществъ раздѣленія *H. B. Усковымъ* бѣлыхъ шариковъ по степенямъ развитія, то докладчикъ утверждаетъ, на основаніи многихъ препаратовъ своихъ, что пользуясь этой системой раздѣленія можно, «какъ по книгѣ», читать витальные процессы въ крови. Если д-ръ *Гундобинъ* сомнѣвается, напр., въ томъ, что прозрачныя формы существуютъ на самомъ дѣлѣ, а что появленіе ихъ на препаратѣ не зависитъ отъ случайностей въ окраскѣ, то, по замѣчанію докладчика, самъ *H. B. Усковъ* категорически не отрицаетъ такой возможности, но для выясненія процессовъ метаморфоза это не имѣетъ ни малѣйшаго значенія, потому что прозрачныя формы, съ сходными по строенію окрашенными элементами, отнесены въ одну группу по степени развитія. У новорожденныхъ, въ общемъ, больше встрѣчается прозрачныхъ формъ, чѣмъ у взрослыхъ, хотя краска, употреблявшаяся докладчикомъ, очень интенсивно красила бѣлые шарики, вслѣдствіе избытка *Methyl grün*. 3) Докладчикъ не строитъ новыхъ теорій о происхожденіи кровяныхъ элементовъ; онъ только

заявляетъ, что неоднократно констатировалъ переходныя формы на препаратахъ между бѣлыми и красными шариками. а что *Hayem* такихъ формъ не находилъ, почему наблюдение докладчика несогласно съ теоріей *Hayem*—п только. 4) Если д-ръ *Гундобинъ* сомнѣвается, что можно по сухимъ (мертвымъ) препаратамъ крови судить о процессахъ витальныхъ въ текущей крови, то докладчикъ согласенъ съ тѣмъ, что наблюдение крови въ сосудахъ, конечно, даетъ надлежащія понятія о дѣйствительныхъ жизненныхъ процессахъ крови, но что, съ одной стороны, быстрота полученія размазки и фиксациі вообще крови, уменьшаетъ нѣсколько сомнительность выводовъ на основаніи сухихъ препаратовъ, а, съ другой стороны, всякое наблюдение наты какой-бы то ни было тканью, изъятаго изъ организма, будетъ лишено, согласно съ мнѣніемъ д-ра *Гундобина*, всякой цѣнности и вѣроятія для нормальной гистологіи. 5) Докладчикъ не знакомъ съ приводимой д-ромъ *Гундобинымъ* работой, но полагаетъ, что если рѣчь идетъ объ анэмичныхъ дѣтяхъ, какъ упомянулъ д-ръ *Гундобинъ*, то въ этомъ смыслѣ еще проф. *Нейманну* было извѣстно присутствіе кровяныхъ шариковъ съ ядрами даже у взрослыхъ людей.

Д-ру *Бацевичу*. Все сказанное д-ромъ *Бацевичемъ* очень хорошо извѣстно было еще раньше докладчику и предусмотрено. Докладчикъ старался перевязывать пуповину у всѣхъ новорожденныхъ, по возможности, въ одинъ срокъ послѣ рожденія, но онъ сознаетъ и согласенъ съ д-ромъ *Бацевичемъ*, что это мало имѣетъ значенія, принимая во вниманіе различную величину послѣда, дѣятельность сердца матери и прочее. Поэтому онъ воздержался отъ выводовъ относительно колебаній въ числѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ. Вводитъ для вычисленій отношеніе между вѣсомъ ребенка и послѣда и проч. докладчикъ считаетъ затруднительнымъ, во 1-хъ, въ виду и безъ того возможныхъ ошибокъ при счетѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ и, во 2-хъ, въ виду понятнаго сомнѣнія въ томъ, что и способъ, предлагаемый д-ромъ *Бацевичемъ*, будетъ строго точенъ. Конечно, бѣлые кровяные шарики подчиняются тому-же условію со стороны вліянія перевязки пуповины, но участвуя въ постройкѣ кровяной ткани въ количествѣ въ 600 разъ меньшемъ, чѣмъ красные шарики, они гораздо менѣе будутъ носить на себѣ вліяніе этихъ условій при числовыхъ колебаніяхъ.

3) *Н. Г. Рачинскій* доложилъ о брюшномъ швѣ послѣ чревосѣченій. Находя этотъ вопросъ чрезвычайно важнымъ въ виду возможности образованія грыжъ при неудовлетворительномъ швѣ, докладчикъ представилъ описаніе главнѣйшихъ методовъ зашиванія передней брюшной стѣнки. Наиболѣе цѣлесообразнымъ и наилучшимъ предупреждающимъ образованіе грыжи докладчикъ находитъ тотъ способъ, при которомъ мышцы и апоневрозъ сшиваются отдѣльно и затѣмъ уже накладывается обыкновенный узловатый шовъ чрезъ всю толщину брюшныхъ

стѣнокъ. Этотъ способъ примѣняется *Д. О. Оттомъ* въ Клиническомъ Институтѣ; матеріаломъ для швовъ служитъ шелкъ.

Л. Г. Личкусъ замѣтилъ, что описываемый докладчикомъ методъ не составляетъ чего-нибудь новаго; еще недавно, напр., д-ръ *Муфатовъ*, о работѣ котораго докладчикъ не упоминаетъ, предложилъ сшивать отдѣльно прямыя мышцы живота.

Д. О. Оттъ сказалъ, что этотъ способъ и рекомендуется не какъ новый, а какъ наиболѣе цѣлесообразный.

Н. Г. Рачинскій добавилъ, что онъ знакомъ со статьей *Муфатова* и не упомянулъ о ней совершенно случайно.

Предсѣдатель **К. Славянскій.**
За Секретаря **А. Гермоніусъ.**

ПРИЛОЖЕНИЕ КЪ ПРОТ. № 17.

КЪ ВОПРОСУ О МОРФОЛОГИИ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХЪ.

А. А. Войно-Оранскаго.

Наблюденія надъ морфологическимъ составомъ крови новорожденныхъ послужили мнѣ матеріаломъ для моей диссертациі. Въ настоящемъ докладѣ я намѣренъ сообщить въ краткихъ чертахъ главные данныя моей работы и окончательные выводы изъ этихъ данныхъ.

Морфологія крови новорожденныхъ до сего времени не подвергалась еще болѣе или менѣе подробному изученію. Тѣ немногія изслѣдованія, которыя мы встрѣчаемъ въ литературѣ, ограничивались почти исключительно только счетомъ форменныхъ элементовъ крови новорожденныхъ: таковы наблюденія, напр., *Lepin'a*, *Hayem'a*, *Schiff'a* и *Demme*; эти авторы пришли къ тому заключенію, что количество форменныхъ элементовъ въ куб. мил. крови новорожденныхъ увеличено, сравнительно со взрослыми (красныхъ шар. до 6-ти милліоновъ.—*Lepin*, бѣлыхъ въ

среднемъ 18000 въ куб. мил. крови—*Hayem*: по *Schiff* у колич. бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ куб. мил. крови новорожденныхъ достигаетъ до 46000). Кроме того, всѣ упомянутые изслѣдователи отмѣтили тотъ фактъ, что количество красн. кров. шариковъ въ крови новорожденного повышается въ первые дни (2—3) послѣ рожденія, а затѣмъ, въ слѣдующіе дни, постепенно падаетъ. *Hayem* объясняетъ это явленіе въ зависимости отъ воспроизведенія новыхъ элементовъ, *Lepin*—измѣненіемъ количества плазмы въ крови, *Schiff*—функциями новорожденного неопредѣленнаго характера (испражненіе, моченепусканіе и проч.); что касается количества бѣлыхъ кров. шариковъ, то по наблюденіямъ *Hayem*'а, *M. Cudet*, *Schiff*'а и *Demmi* оно также повышается въ первые 3—4 дня по рожденіи, постепенно падая въ слѣдующіе дни, при чемъ къ 6-му—7-му дню количество ихъ становится вдвое—втрое меньше, чѣмъ въ первый день по рожденіи; между прочимъ, *Hayem* нашелъ, что колебанія въ числѣ бѣлыхъ кров. шариковъ прямо пропорціональны измѣненію вѣса тѣла новорожденного.

На особенности въ качественномъ отношеніи форменныхъ элементовъ въ крови новорожденныхъ мы находимъ указанія, болѣе или менѣе важныя, только у *Hayem*'а, а именно: кровь новорожденныхъ отличается большимъ разнообразіемъ въ величинѣ красныхъ кров. шариковъ, чѣмъ у взрослыхъ: большіе шарикъ большихъ размѣровъ, чѣмъ большіе шарикъ у взрослыхъ, а маленькихъ величина бываетъ меньше таковыхъ у взрослыхъ. Красные шарикъ новорожденныхъ менѣе стойки, чѣмъ у взрослыхъ, и маленькіе шарикъ легко принимаютъ сферическую форму¹⁾. Если прибавить къ сказанному наблюденія различ. авторовъ о томъ, что ранняя перевязка пуповины уменьшаетъ колич. крови и красн. кров. шариковъ у новорожденного, а перевязка пуповины по прекращеніи въ ней пульсаціи.

¹⁾ Кстати, можно упомянуть о наблюденіяхъ *Berchon*'а и *Périer*, появившихся еще въ 1875 году, относительно меньшей величины красныхъ кров. шариковъ у новорожденныхъ. Однако, изъ представленныхъ ими числовыхъ данныхъ можно заключить скорѣе о большемъ разнообразіи въ размѣрахъ красн. кров. шариковъ, чѣмъ о меньшей величинѣ ихъ, сравнительно съ взрослыми, ибо въ одномъ случаѣ, напр., у нихъ получилось болѣе 30% шариковъ, превышающихъ средніе размѣры.

наоборотъ, увеличиваетъ массу крови новорожденного и число красп. шариковъ въ ней (*Haumeder, Schücking, Hagen*), то получится краткій, но почти полный очеркъ status praesentis данныхъ относительно морфологіи крови новорожденныхъ. Въ прочихъ сообщеніяхъ, имѣющихъ то или другое отношеніе къ гематологіи новорожденныхъ большей частью обращается вниманіе на содержаніе гемоглобина, колич. фибрина и проч. составныхъ частей (*Leichtenstern, Schiff, Щерениусъ, Hoffmeier, Krüger, Constein* и *Lunz*).

Конечно, нельзя отрицать громаднаго значенія для фізіологіи и патологіи возможно точнаго значенія химическаго состава и физическаго состоянія крови, какъ взрослыхъ, такъ и новорожденныхъ, но для выясненія генетическихъ и пр. витальныхъ процессовъ въ крови, морфологія ея у новорожденныхъ и зародышей, уже по аналогіи съ особенностями и энергіей упомянутыхъ процессовъ въ другихъ зародышевыхъ и молодыхъ тканяхъ, должна служить исходнымъ пунктомъ изслѣдованій.

Поэтому, воспользовавшись тѣмъ, что *А. Я. Крассовскимъ* и *И. М. Таровскимъ* были предоставлены въ мое распоряженіе для опытовъ новорожденные и кабинетъ для изслѣдованій въ СІБ. Родовспомогательномъ Заведеніи, я приступилъ къ изслѣдованію морфологическаго состава крови новорожденныхъ, слѣдуя при этомъ системѣ и руководству *Н. В. Ускова*.

Не стану распространяться о системѣ *Н. В. Ускова* раздѣленія бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ по видамъ и отличительныхъ признакахъ каждаго вида—все это очень подробно изложено въ работѣ *Н. В. Ускова* «Кровь, какъ ткань» и повторялось другими неоднократно, почти дословно (*С. Острогорскій, Д. Верюжскій, проф. Котовицковъ*), ограничиваюсь только указаніемъ на методъ своихъ изслѣдованій.

Въ каждомъ опытѣ мною сосчитывалось количество красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ куб. мил. крови новорожденного съ помощью смѣсителя *Potin'a* и счетной камеры *Thoma-Zeiss'a*. Объемъ крови, взятый для изслѣдованія красныхъ шариковъ разбавлялся 3°/о растворомъ *Natri chlorati* въ 200 разъ, для счета-же бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ употреблялась жидкость *Н. В. Ускова*

(Natri chlorati solutio aquosa $3\frac{0}{4}\%$ + acidi acetici $1\frac{0}{3}\%$), при разбавленіи взятой крови въ 100 разъ. Опредѣленіе взаимнаго отношенія различныхъ видовъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ производилось по сухимъ препаратамъ, окрашеннымъ по способу *Erlich'a*. Кромѣ того, въ нѣсколькихъ наблюденіяхъ мною изслѣдовалась красная способность крови аппаратомъ *Flesch'a*.

Для наблюденій я бралъ новорожденныхъ дѣтей доношенныхъ и недоношенныхъ, преимущественно нормальныхъ; нѣсколько опытовъ сдѣлано и при патологическомъ ихъ состояніи, но не съ діагностическими цѣлями, а для большаго выясненія физиологическаго состава крови. Въ виду чего эти случаи представляютъ собою отдѣльныя наблюденія безъ всякаго выбора рода заболѣваній. Кровь я получалъ посредствомъ укола коньевиднымъ ланцетомъ пятки новорожденнаго до дыханія и рожденія, тотчасъ послѣ рожденія и въ различные промежутки по рожденіи: черезъ 6 часовъ, 12 часовъ, на 2-й, 3-й, 4-й, 5-й, 6-й, 7-й и 8-й день по рожденіи. Для изслѣдованія крови до дыханія и рожденія я пользовался ягодичными положеніями, при чемъ предварительно изводилась ножка. Относительно мѣста укола я вполне согласенъ съ *Schiff'омъ*, что оно не имѣетъ большаго значенія для состава крови, особенно у новорожденныхъ въ виду постоянного горизонтальнаго его положенія. Всѣхъ новорожденныхъ опыту подвергнуто 29; одинъ изъ нихъ 6-ти-мѣсячной беременности (1000 grm.), другой 7-ми-мѣсячной беременности (1250 grm.) ¹⁾, 2—8-ми-мѣсячной, 3—8½ мѣсячной беременности и остальные—доношенные. Всѣхъ патологическихъ случаевъ 5 (3 раза icterus, 2—trismus).

До дыханія сдѣлано 6 изслѣдованій. Для опыта въ слѣдующіе дни по рожденіи дѣти брались всегда 4 часа спустя по кормленіи, передъ опытомъ взвѣшивались. Измѣренія t^0 , пульса и количества гемоглобина производились не во всѣхъ случаяхъ, потому что, въ нормальныхъ случаяхъ, мною не было замѣчено никакой связи количественныхъ и качественныхъ измѣненій форменныхъ элементовъ (повторяю, въ нормальныхъ случаяхъ), а опредѣленіе измѣненій t^0 въ различные періоды послѣ рож-

1) Оба прожили только нѣсколько часовъ.

денія, равно какъ и изслѣдованіе количества гемоглобина въ этомъ направленіи, не входило въ планъ моей работы.

Впрочемъ, въ послѣднихъ своихъ 4-хъ провѣрочныхъ наблюденіяхъ, состоящихъ изъ 32-хъ изслѣдованій, я, для большей ясности, привелъ данныя измѣреній t^0 , частоты пульса и количества гемоглобина при каждомъ изслѣдованіи. Кромѣ того, сдѣлано въ этихъ же наблюденіяхъ 14 измѣреній каждой t^0 (аппаратомъ *Immisch'a*). Въ патологическихъ (упомянутыхъ) случаяхъ, понятно само собою, обращено вниманіе и на высоту температуры. Результаты, въ которыхъ я пришелъ на основаніи своихъ наблюденій, слѣдующіе:

- 1) Въ куб. мил. крови новорожденныхъ, тотчасъ по рожденіи вдвое больше, въ среднемъ, бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, чѣмъ у взрослыхъ.
- 2) Въ куб. мил. крови недоношенныхъ тотчасъ по рожденіи, больше бѣлыхъ кров. шар., чѣмъ у доношенныхъ.
- 3) Колебанія въ количествѣ бѣлыхъ шариковъ въ крови новорожденныхъ обратно пропорціональны таковымъ вѣса тѣла.
- 4) Если вѣсъ новорожденного не измѣняется замѣтно въ продолженіе извѣстнаго времени, то количество бѣлыхъ кров. шариковъ падаетъ.
- 5) Количество бѣлыхъ кров. шар. въ куб. мил. крови гораздо больше тотчасъ послѣ рожденія, чѣмъ спустя нѣсколько дней по рожденіи.
- 6) Въ куб. мил. крови новорожденныхъ абсолютно и относительно меньше перезрѣлыхъ элементовъ, чѣмъ у взрослыхъ.
- 7) Въ куб. мил. крови недоношенныхъ больше абсолютно и относительно молодыхъ элементовъ, чѣмъ у доношенныхъ.
- 8) Измѣненія общаго количества бѣлыхъ прямо пропорціонально колебаніямъ абсолютнаго числа перезрѣлыхъ элементовъ.
- 9) До дыханія количество бѣл. кров. шар. въ куб. мил. крови больше чѣмъ по рожденіи.
- 10) При асфиксіи происходитъ усиленный распадъ перезрѣлыхъ элементовъ и уменьшается продукція молодыхъ.
- 11) При уменьшеніи вѣса тѣла новорожденного увеличивается морфологическій метаморфозъ крови, а при увеличеніи вѣса тѣла—уменьшается.
- 12) Если вѣсъ тѣла не измѣняется, то метаморфозъ менѣе усиленъ, чѣмъ при паденіи вѣса тѣла, но болѣе выраженъ, чѣмъ при повышеніи вѣса тѣла.
- 13) При увеличеніи вѣса тѣла новорожденного морфологическіе элементы крови отличаются стойкостью

въ состояніи зрѣлости, а продукція молодыхъ элементовъ значительно уменьшена. 14) Если при рѣзкомъ паденіи вѣса тѣла падаетъ абсолютное количество перерѣзанныхъ, то падаетъ и абсолютное количество молодыхъ элементовъ. 15) Если уменьшеніе вѣса сопровождается паденіемъ общаго количества бѣлыхъ кров. шариковъ, то это можетъ указывать на упадокъ питанія новорожденного, какъ на причину пониженія вѣса. 16) Если t^0 значительно поднимается (выше нормы), то количество бѣлыхъ кров. шариковъ въ куб. мил. крови рѣзко увеличивается.

Данныя, полученныя мною относительно количества красныхъ кров. шариковъ у новорожденныхъ, въ общемъ одинаковы съ приводимыми *Hayem*’омъ, *Lepin*’омъ и *Schiff*’омъ, а именно: количество красн. кров. шар. въ куб. мил. крови новорожденныхъ значительно больше, въ среднемъ, чѣмъ у взрослыхъ: числа, превышающія 7000000, часто получались при моихъ опытахъ. Той строгой зависимости между колебаніями числа красныхъ кров. шариковъ и вѣса тѣла новорожденныхъ, о которой говорятъ *Hayem* и *Lepin*, я не могъ констатировать въ своихъ наблюденіяхъ. Правда, на основаніи моихъ наблюденій можно предположить, что, съ одной стороны, у дѣтей меньшаго вѣса количество красн. кров. шар. въ куб. мил. крови больше, чѣмъ у новорожденныхъ съ бѣльшимъ вѣсомъ, а съ другой стороны, что въ первые 24—48 часовъ по рожденіи количество ихъ, вообще, повышается, однако не видно никакого постоянного обратнаго отношенія къ измѣненіямъ вѣса тѣла, какъ, это напр., слѣдуетъ при взглядѣ на таблицу наблюденія, приводимую *Hayem*’омъ (одну только, надобно замѣтить). Вполнѣ соглашаясь съ взглядомъ *Lepin*’а, что увеличеніе количества красн. кров. шариковъ (въ куб. мил. крови новорожденныхъ) въ первые дни послѣ рожденія можно объяснить уменьшеніемъ количества плазмы въ крови, я не рѣшился бы утверждать, подобно ему, что уменьшеніе шариковъ, совпадая съ повышеніемъ вѣса тѣла, можетъ зависѣть отъ увеличенія плазмы въ крови, ибо тогда пришлось-бы допустить, имѣя въ виду постоянство отношенія между колич. красн. кров. шар. и вѣсомъ, что увеличеніе вѣса тѣла всегда сопровождается увеличеніемъ

процентнаго содержанія плазмы въ крови. Болѣе вѣрнымъ въ этомъ отношеніи мнѣ кажется взглядъ *Schiff'a*. по которому это уменьшеніе не имѣетъ опредѣленнаго характера и зависимости. Поэтому, ограничиваясь приведеннымъ относительно количества красн. кров. шариковъ, обращаюсь къ особенностямъ ихъ формы и вида у новорожденныхъ. По формѣ своей красные кров. шарики, какъ это уже давно было замѣчено *Berchon'омъ* и *Périer* и въ послѣднее время *Hauser'омъ*, отличаются большимъ разнообразіемъ: попадаетса значительное количество большихъ овальныхъ шариковъ, на ряду съ ними много небольшихъ, круглыхъ шариковъ, при чемъ послѣдніе очень сильно воспринимаютъ изъ краски *Erlich'a* Orang. g., между тѣмъ какъ первые имѣютъ фіолетовый оттѣнокъ отъ Methyl grün. Но что особенно отличаетъ рѣзко кровь новорожденныхъ—это присутствіе въ ней красн. кров. шариковъ съ ядрами. Мнѣ случалось на одномъ препаратѣ сухой крови, окрашенной по *Erlich'у*, насчитывать ихъ болѣе 200. У доношенныхъ красн. кров. шариковъ съ ядрами больше, чѣмъ у доношенныхъ новорожденныхъ; вскорѣ послѣ рожденія они чаще встрѣчаются, чѣмъ въ послѣдующее время; съ каждымъ днемъ ихъ количество уменьшается, такъ что на 5-й день только изрѣдка попадаются въ полѣ микроскопа, а на шестой день не пришлось ни разу видѣть краснаго кров. шарика съ ядромъ.

Поэтому мнѣніе *Hauser'a*, что красные кровяные шарики съ ядромъ встрѣчаются у человѣка только въ зародышевой жизни,—невѣрно, и если, по его словамъ, присутствіе ядеръ въ красныхъ шарикахъ въ первые дни по рожденіи составляетъ отличительную черту млекопитающихъ животныхъ по составу крови въ сравненіи съ человѣкомъ, то въ этомъ отношеніи, по моимъ наблюденіямъ, между человѣкомъ и прочими млекопитающими животными никакого различія нѣтъ. Неоднократно встрѣчались мнѣ красные кровяные шарики съ ядрами, столь близко подходившіе, по величинѣ, видимому строенію ядеръ и способности окрашиваться, къ малымъ лимфоцитамъ (самымъ молодымъ элементамъ среди бѣлыхъ шариковъ), что я могъ отличать ихъ только по нѣкоторому оттѣнку въ окраскѣ ихъ цвѣта Orang. g. (надобно замѣ-

тить, что бѣлые кровян. шарики вовсе не воспринимаютъ цвѣта этой краски). Такимъ образомъ между бѣлыми и красными шариками на мѣлхъ препаратахъ замѣчаются переходныя формы, что вполне соответствуетъ теоріямъ *Renaut*, *Müller'a*, *Pouchet*, *Rindfleisch'a*, *Richlinghausen'a*, *Löwit'a* и проч. Конечно, данныя эти въ то же время не соответствуютъ столь распространенной теоріи *Hugot'a* о гематобластическомъ происхожденіи красн. кров. шариковъ, такъ какъ эта теорія не допускаетъ существованія переходныхъ формъ между бѣлыми и красными шариками и если и оставляетъ возможность предполагать общую связь въ происхожденіи кров. элементовъ, то только какъ о явленіи общаго внутриплазматическаго процесса кѣтокъ кроветворныхъ органовъ. Въ заключеніе укажу еще на одну особенность въ красныхъ кровяныхъ шарикахъ съ ядрами: на препаратахъ крови (сухихъ) недоношенныхъ мнѣ случалось видѣть признаки прямого дѣленія ядра; этотъ фактъ можетъ дать основаніе предположить снова нѣкоторую близость красныхъ кров. шариковъ къ бѣлымъ, а именно: наблюденіями *Ускова*, *Образцова*, *Лöwit'a* и др., установленъ процессъ не прямого дѣленія ядеръ красныхъ шариковъ (такъ называемыхъ каріокинезъ *Schleicher'a*, или каріомитозъ *Flemming'a*), если же принять во вниманіе данныя мѣлхъ наблюденій, то пришлось бы допустить существованіе двойкаго рода дѣленія для ядеръ красныхъ шариковъ—прямаго и не прямаго, т. е. пришлось бы въ этомъ отношеніи признать за ними свойство бѣлыхъ шариковъ, ибо послѣдніе суть единственные кѣточные элементы въ человѣческомъ организмѣ, для которыхъ признается двойкій родъ дѣленія ядра.

Что касается красящей способности крови новорожденныхъ, то она, сравнительно съ взрослыми, очень повышена (80 — 120 по аппарату *Fleischl'a*).

ПРОТОКОЛЬ № XX.

Административное засѣданіе 19-го декабря 1891 г.

Предсѣдательствовалъ А. Я. Красовскій.

Присутствовали 31 членъ.

- 1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № XIX.
- 2) Предложенъ въ дѣйствительные члены Бутчикъ, Владиміръ Тимофѣевичъ, лѣкаръ. Предложенъ Гермоніусомъ, Даниловичемъ и Стравинскимъ.
- 3) Избраны въ дѣйствительные члены.

Брандтъ, Александръ Федоровичъ, докторъ медицины. Дворянинъ, родился въ Петербургѣ въ 1861 г. Въ 1880 году кончилъ среднее образованіе; въ 1887 году окончилъ курсъ медицинскаго факультета Казанскаго университета и рѣшеніемъ факультета оставленъ при кафедрѣ патологической анатоміи въ должности помощника прозектора, каковую и занималъ три года. Съ сентября 1890 года занимается въ клиникѣ акушерства и женскихъ болѣзней проф. К. Ф. Славянскаго, а съ февраля 1891 года и въ Надеждинскомъ родовспомогательномъ заведеніи. Съ ноября 1890 года состоитъ сверхштатнымъ младшимъ чиновникомъ при Медицинскомъ Департаментѣ. Диссертацию защитилъ въ декабрѣ 1891 года. Печатныя работы: 1) Объ отношеніи бациллъ Schenerlein'a къ этиологіи рака (Дневн. Общ. врачей при Каз. унив. 1888, №№ 10—12); 2) Къ патологоанатомической казуистикѣ мультифокулярнаго эхинококка печени (Ibid. 1889, июнь и июль); 3) Къ бактериологіи полости тѣла матки при эндометритахъ. Дисс. СПб. 1891.—Предварительныя сообщенія объ ней: а) на русскомъ—подъ тѣмъ же заглавіемъ (Ж. А. и Жен. б., 1891, № 10), б) на нѣмецкомъ—Zur Bacteriologie der Cavitas corporis uteri bei den Endometritiden. (Cnbl. f. gynäk, 1891, № 25); 4) Къ ученію о первичныхъ лимфосаркомахъ слизистой оболочки матки (Ж. А. и Жен. б., 1891, № 11).

Добровольскій, Stanisлавъ Ивановичъ, лѣкаръ. Дворянинъ, родился въ 1866 году въ Житомирѣ. Окончилъ въ Кіевѣ 1-ю гимназію и въ 1885 году поступилъ въ университетъ Св. Владиміра на медицинскій факультетъ, который и окончилъ въ 1890 году. Съ 1891 года исполняетъ обязанности ординатора въ акушерско-гинекологической клиникѣ проф. К. Ф. Славянскаго.

Краснопольскій, Федоръ Петровичъ, лѣкаръ. Родился въ 1864 г. Среднее образованіе получилъ въ Кіевской первой гимназіи, которую окончилъ въ 1884 году; въ 1885 году въ январѣ мѣсяцѣ поступилъ на медицинскій факультетъ при Императорскомъ Университетѣ Св. Владиміра; окон-

чилъ въ 1890 году со степенью лѣкаря; по окончаніи въ теченіи полугода занимался въ Акушерско-Гинекологической клиникѣ проф. Рейна. Въ 1891 г. въ маѣ мѣсяцѣ избранъ въ дѣйствительные члены кіевскаго акушерско-гинекологическаго общества; въ настоящее время исполняетъ обязанности частнаго ординатора въ госпитальной клиникѣ проф. Славянскаго.

Рузи, Дмитрій Александровичъ, лѣкарь. Православнаго вѣроисповѣданія, родился въ Харьковской губерніи въ 1865 году. Среднее образованіе получилъ въ гимназій С.-Петербургскаго Человѣколюбиваго Общества. Въ 1885 году поступилъ въ Императорскую военно-медицинскую академію, которую окончилъ въ 1890 году со степенью лѣкаря съ отличіемъ (cum eximia laude) и кромѣ того былъ награжденъ преміей Пальцева. Оставленный по конкурсу при Академіи въ институтѣ врачей для усовершенствованія, поступилъ ординаторомъ въ клинику акушерства и женскихъ болѣзней проф. К. Ф. Славянскаго, гдѣ состоитъ и по настоящее время. Въ 1891 году сдалъ экзаменъ на доктора медицины.

Рутковский, Александръ Васильевичъ. Избранъ единогласно. Родился въ 1866 году. По окончаніи курса въ 5-й С.-Петербургской гимназій въ 1884 году, поступилъ въ Императорскую военно-медицинскую академію, которую окончилъ въ 1889 году съ отличіемъ. По конкурсу оставленъ при Академіи въ числѣ институтскихъ врачей для усовершенствованія; состоитъ ординаторомъ клиники акушерства и женскихъ болѣзней проф. К. Ф. Славянскаго. Въ началѣ 1891 года окончилъ экзамены на степень доктора медицины.

Садовскій, Петръ Тимофеевичъ. Избранъ единогласно. Родился въ 1867 году. По окончаніи гимназій въ 1884 году, поступилъ въ Императорскую военно-медицинскую Академію, которую окончилъ въ 1889 году съ отличіемъ. Съ того времени исполняетъ обязанности ординатора въ клиникѣ акушерства и женскихъ болѣзней проф. К. Ф. Славянскаго. Въ 1890 году сдалъ экзамены на степень доктора медицины. Въ „Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней“ за 1891 г. № 7—8 напечаталъ: „Искусственный методъ при операціи Atresiae ani vestibularis“.

Драницынъ, Алексѣй Алексѣевичъ, лѣкарь. Сынъ учителя. Первоначальное образованіе получилъ въ уѣздномъ училищѣ, затѣмъ обучался некоторое время въ семинаріи въ Твери; по выдержаніи экзамена поступилъ въ С.-Петербургскій университетъ на физико-математическій факультетъ. Изъ университета перешелъ въ медико-хирургическую академію, гдѣ и окончилъ въ 1883 году. Въ настоящее время специально изучаетъ акушерство и женскія болѣзни.

Петровъ, Василій Степановичъ. Сынъ надворнаго совѣтника, родился 25 января 1866 года. Среднее образованіе получилъ въ седьмой С.-Петербургской гимназій. 1886 года поступилъ въ Императорскую военно-медицинскую Академію, гдѣ и окончилъ курсъ со званіемъ лѣкаря сего 1891 года. Въ настоящее время состоитъ врачомъ экстерномъ при Маріинскомъ родо-вспомогательномъ домѣ.

Фонъ-Шуттенбахъ Николай Густавовичъ. Родился 26 сентября

1859 года въ городѣ Вольмарѣ, Лифляндской губерніи. Въ 1881 году окончилъ курсъ классической гимназіи въ городѣ Феллинѣ и въ январѣ 1882 года вступилъ на медицинскій факультетъ Императорскаго Дерптскаго университета, гдѣ и окончилъ курсъ съ званіемъ лѣкаря въ 1887 году. Съ ноября 1887 года по декабрь 1888 года занимался въ Берлинѣ преимущественно акушерствомъ и женскими болѣзнями. Въ Берлинѣ-же въ ноябрѣ 1888 года выдержалъ экзаменъ на званіе доктора медицины и хирургіи и тамъ-же 11 декабря 1888 года защитилъ диссертацию: «Ueber aeußere Operationen am Kehlkorpf». Въ началѣ 1889 г. вернулся въ Россію и получилъ мѣсто фабричнаго врача на тронцко-кондровскихъ писчебумажныхъ фабрикахъ въ Калужской губерніи. Въ январѣ 1890 года переѣхалъ въ Ревель, гдѣ и оставался въ качествѣ вольнопрактикующаго врача по сентябрь 1891 года; съ этого-же времени состоитъ врачомъ экстерномъ при Маріннскомъ родовспомогательномъ домѣ.

Эйхбурсъ, Альбрѣхтъ Ричардовичъ. Родился въ 1862 году въ городѣ Аренсбургѣ, на островѣ Эзелѣ. Въ 1882 году окончилъ курсъ классической гимназіи въ городѣ Аренсбургѣ и въ январѣ 1883 года поступилъ на медицинскій факультетъ Императорскаго Дерптскаго университета, гдѣ и окончилъ курсъ со званіемъ лѣкаря въ 1888 году. Съ іюня 1889 года по іюнь 1890 г. занимался въ Городской Обуховской больницѣ. Съ августа 1889 года по октябрь 1890 года состоялъ врачомъ-экстерномъ при Маріннскомъ родовспомогательномъ домѣ, а съ октября 1890 года состоитъ въ означенномъ учрежденіи ассистентомъ.

Предсѣдатель **К. Славянскій.**
За Секретаря **А. Гермоніусъ.**

РЕФЕРАТЫ.

21. А. П. Артемьевъ. Демонстрація остеомалатического таза. (Научныя бесѣды врачей Закавказскаго повивальнаго института. Годъ шестой. Тифлисъ. 1891 г. Стр. 95).

Автору удалось получить остеомалатическій тазъ отъ роженницы, умершей на 8-й день послѣ кесарскаго сѣченія. Авторъ считаетъ его пятымъ тазомъ изъ всѣхъ подобныхъ тазовъ, описанныхъ и имѣющихся въ Россіи. Жена лакея, 30 лѣтъ, изъ Гори (Кавказъ), беременна 4-й разъ. Первые двое родовъ правильны, 3-ьи трудны (2 года назадъ). Послѣ послѣднихъ родовъ усилились боли въ тазу и ногахъ, начавшіяся въ концѣ беременности, больная перестала ходить. Опреѣлена остеомалатія таза и высокая степень сѣуженія его (6 снтм.—conjugata vera). При начавшихся родовыхъ боляхъ произведено кесарское сѣченіе съ оскотпленіемъ: подъ хлороформомъ, разрѣзъ отъ подложечки до лобка, жгутъ на матку. Ребенокъ, мальчикъ, 3100 граммовъ, 52 снтм. длинной, извлеченъ за ножку, въ арное, оживленъ. 3-этажный непрерывный катгутотый шовъ на матку, шелковый на покровы. Яичники удалены. Повязка коллодійная съ двудюстою ртутью. Черезъ недѣлю смерть: ограниченныи гнойный перитонитъ. Въсз таза съ тремя позвонками и берцовыми костями 450 граммовъ. Главныя размѣры таза:

Разстояніе между подвздошными гребешками .	23
» » остами	18
» » вертлугами	19 ¹ / ₂
Conjugata vera anatomica	9
» » obstetrica	5
Правый косой діаметръ входа малаго таза .	9,7
Лѣвый » » » » »	9,6
Поперечный » » » » »	9,4
Прямой діаметръ выхода малаго таза . . .	6,8
Поперечный » » » » »	6,6
Высота крестца	7
Ширина крестца у основанія	10

Н. Какуншинъ.

23. **M. Säger. Ein Scheiden-Urinal.** (Centrbl. f. Gyn., 1891, № 47). **Новое подкладное судно.**

Это судно является особенно полезнымъ при всякихъ видахъ недержанія мочи у женщинъ (послѣ чревосеченій, при новообразованіяхъ въ уретрѣ и проч., равнымъ образомъ, при различныхъ мозговыхъ страданіяхъ и параличахъ пузыря); новый сосудъ представляетъ обыкновенное (закрытое) судно, къ которому, въ видѣ носика, придѣлана нижняя ложка *Simon*'овскаго зеркала; этотъ носикъ вставляется во влагалище, сосудъ помѣщается между бедеръ больной, и такимъ образомъ подмачиваніе ея является невозможнымъ, такъ какъ вся выходящая моча попадаетъ непременно въ описанный оттокъ сосуда и оттуда стекаетъ въ самое судно. Эти судна каменные и продаются за 2½ марки у *Rich. Kalmeyer, Berlin N., Oranienburgerstrasse 45.*

А. Гермоніусъ.

23. **Th. Féaux. Noch ein Fall von Lähmung nach einer subkutanen Aetherinjection.** (Centrbl. f. Gyn., 1891, № 46). **Случай мѣстнаго паралича послѣ подкожнаго впрыскиванія эфира.**

Вслѣдствіе наступившаго при выскабливаніи матки коллапса, больной сдѣлано двѣ инъекціи эфиромъ въ верхнюю треть лѣваго предплечья съ тыльной стороны. На другой день больная жаловалась на чувство онемѣнія въ лѣвой рукѣ; оказалось, что средний и безымянный пальцы и мизинецъ согнуты и произвольно не выпрямляются. Въ теченіи мѣсяца не было никакихъ перемѣнъ, и назначенное тогда электрическое лѣченіе (гальванизация) привело къ исцѣленію въ четыре недѣли; впрочемъ, пациентка и до сихъ поръ (черезъ годъ) ощущаетъ нѣкоторую слабость въ лѣвой рукѣ, такъ что она скорѣе устааетъ, чѣмъ правая.

А. Гермоніусъ.

24. **L. Kleinwächter. Ein alter, neu importirter Schwangerschaftskalender.** (Centrbl. f. Gyn., 1891, № 50). **Старый календарь беременности, какъ новое изобрѣтеніе.**

Авторъ дополняетъ замѣтку *P. Nickel*'я, появившуюся въ № 37 Centrbl. f. Gyn. и указывающую на то, что помѣщенный въ *American Journal of obstetrics* (Ноябрь 1889 г.) и въ *Archives de tocologie* (Май 1890 г.) календарь беременности далеко не новъ, такъ какъ онъ нашелъ его въ одномъ изъ прусскихъ учебниковъ изданія 1838 или 1840 гг. *Kleinwächter*, не отрицая этого факта, говоритъ, что дѣйствительнымъ изобрѣтателемъ этого календаря долженъ считаться *Kluge*, какъ о томъ упоминаетъ *Siebold* въ своемъ «*Journal für Geburtshilfe etc*» (Bd. VI. 1826, p. 127). *Siebold* получилъ въ подарокъ отъ *Kluge* табатерку, на крышкѣ которой и былъ помѣщенъ означенный календарь. Чтобы удовлетворить любознательности беременной, говоритъ *Siebold*, не безъ сознанія своего превосходства, достаточно вынуть эту табатерку изъ кармана, повертѣть ее, какъ это водится (mit den gewöhnlichen Formalitäten), въ рукахъ и, предложивъ для того, чтобы выиграть время (zur Zeitgewinnung), парочку вопросовъ, дать желаемый отвѣтъ. *Kleinwächter*

предупреждаетъ и отъ дальнѣйшихъ «новыхъ» изобрѣтеній, такъ какъ та-же табатерка содержала и признаки беременности для конца каждаго изъ 10 мѣсяцевъ, и табличку развитія плода въ тѣ-же сроки. (Статья реферирована, какъ указаніе на историческій курьезъ: врачебные приемы, граничащіе съ «проворствомъ рукъ» фокусника. *Ред.*).

А. Гермоніусъ.

25. Wolff. Mütterlicher Einfluss. (Cubl. f. Gyn., 1891. № 48). Вліяніе матери на плодъ.

Вліяніе материнскихъ впечатлѣній на плодъ уже давно подвергалось осмѣянію и относилось къ числу «бабьихъ сказокъ». Однако въ новѣйшее время этотъ вопросъ снова получаетъ интересъ научный, и такъ какъ научное-же разрѣшеніе его, вѣроятно, еще не близко, то необходимо, по крайней мѣрѣ, согласно мнѣнію *Ballantyne'a*, доказать, что это вліяніе дѣйствительно существуетъ. Поэтому авторъ и приводитъ слѣдующій случай: г-жа Д. родила ребенка, у котораго на лѣвой рукѣ три послѣдніе пальца представлялись въ зачаточномъ состояніи: они имѣли лишь по одной недоразвившейся фалангѣ съ умѣреннымъ-же развитіемъ ногтей. Родители ребенка и дѣдъ и бабушка съ обѣихъ сторонъ лично знакомы автору, совершенно здоровы и никакого предрасположенія къ уродствамъ въ потомствѣ не имѣютъ. При разспросахъ-же оказалось, что матери ребенка, на второмъ мѣсяцѣ беременности имѣ, пришлось что-то купить у женщины, которой она раньше не встрѣчала и которая во время одного пожара страшно изуродовала себѣ кисть руки, потерявъ на ней пальцы, предплечье, шею и лицо. Г-жа Д., по ея словамъ, была сильно потрясена этимъ страшнымъ зрѣлищемъ, и воспоминаніе о немъ долго ее преслѣдовало. «Не слѣдуетъ-ли отсюда, заключаетъ авторъ, что уродство ребенка можетъ быть объяснено тяжелымъ психическимъ потрясеніемъ матери?»

А. Гермоніусъ.

26. H. Fehling. Weitere Beiträge zur klinischen Bedeutung der Nephritis in der Schwangerschaft.—(Archiv f. Gynäk., 1891, Bd. XXXIX. H. 3).—Дальнѣйшія добавленія къ вопросу о клиническомъ значеніи нефрита во время беременности.

Послѣ сообщенія, сдѣланнаго *Fehling'*омъ на Страсбургскомъ съѣздѣ естествоиспытателей въ 1886 году, о вліяніи нефрита на abituальное умираніе плода, вслѣдствіе образованія многочисленныхъ инфарктовъ въ плацентѣ, вопросъ этотъ многократно подвергался изслѣдованіямъ (*Cohn, L. Meyer, Wiedow*) какъ съ клинической, такъ равно и съ анатомической стороны. Тѣмъ не менѣе еще не вполне выяснена связь между нефритомъ, заболѣваніемъ дѣтскаго мѣста и смертію плода, поэтому *Fehling'* сообщаетъ теперь свѣдѣнія по данному вопросу, добытыя имъ въ послѣдніе годы со времени страсбургскаго съѣзда.

Онъ снова отмѣчаетъ то обстоятельство, что нефритъ беременной сопровождается весьма часто образованіемъ такъ называемыхъ бѣлыхъ инфарктовъ въ плацентѣ, отъ чего и зависить гибель плода.

Въ доказательство этого положенія имъ приведены такія числа: въ базельской клиникѣ при 1241 родахъ въ 224 плацентахъ находятся бѣлые инфаркты, въ штуртгардговской клиникѣ при 767 родахъ въ 104,—при этомъ ни беременность, ни роды не осложнялись даже простой альбуминуріей, не говоря уже о нефритѣ; такимъ образомъ въ 15,5% попадались инфаркты. На эти 1241 роды 73 пришлось такихъ, при которыхъ была альбуминурія, изъ нихъ въ 32 плацентахъ найдены инфаркты; на 767 (Штуртгардтской клиники) пришлось съ альбуминуріей 18, изъ коихъ въ 12 плацентахъ—инфаркты. Такимъ образомъ при пораженіи почекъ во время беременности въ 54,9% среднимъ числомъ находятъ плацентарныя измѣненія, т. е. въ 3 раза чаще, чѣмъ безъ пораженія почекъ. При хроническомъ нефритѣ, сопровождавшемъ беременность, ни въ одной изъ плацентъ не отсутствовали инфаркты, при чемъ послѣдніе были многочисленны и характерны.

По *L. Meyer* бѣлые инфаркты попадаютъ въ 1,7%, если моча нормальна и въ 6,7% при альбуминуриі съ цилиндрами.

Второй предметъ наблюденій *Fehling's* обнимаетъ собой вопросъ о вліяніи нефрита и плацентарныхъ измѣненій на жизнь и развитіе плода.

Между 27 случаями, гдѣ были найдены болѣе и менѣе многочисленные инфаркты при простой альбуминуриі или при хроническомъ нефритѣ, было 11 рожденій зрѣлыхъ младенцевъ, 13—недозрѣлыхъ и 3—незрѣлыхъ; такъ что 1 незрѣлый приходится на 0,7 зрѣлыхъ, тогда какъ обыкновенно 1 незрѣлый—на 2,3 зрѣлыхъ. Кромѣ того между ними было 3 мертворожденныхъ. Изъ 12 случаевъ съ альбуминуріей (въ Штуртгардтѣ) было два мертворожденныхъ плода.

Плацента въ большинствѣ случаевъ весьма характерна и рѣзко отличается отъ сифилитической своей большей плотностью, меньшей величиной и значительнымъ малокровіемъ.

Съ увеличеніемъ числа инфарктовъ функціональная способность тканей дѣтскаго мѣста ослабляется все болѣе и болѣе, пока ея останется такъ мало, что плодъ погибаетъ отъ недостатка кислорода и питательнаго матеріала.

Въ такихъ плацентахъ находятъ многочисленные переходы отъ свѣжихъ крововзліяній къ красноватымъ, желтоватымъ и наконецъ бѣлымъ инфарктамъ, такъ что происхожденіе послѣднихъ изъ крововзліяній несомнѣнно.

Преждевременное отторженіе плаценты зависитъ отъ того, что гематома не остается ограниченной въ ткани плаценты, но прорываетъ serotinum и обуславливаетъ еще большее скопище крови.

Steffeck усматриваетъ причину инфарктовъ въ нарушеніи питанія membranae deciduae, вызванномъ простымъ механическимъ инсультомъ—какого рода неизвѣстно—или въ предшествующихъ ей заболѣваніяхъ.

Далѣе *Fehling* приводитъ 10, наблюдаемыхъ имъ и *Rossier*, случаевъ умиранія плода при нефритѣ. Онъ дѣлитъ ихъ на двѣ группы. Къ 1-й относятся такіе, гдѣ матери вполне оправились послѣ беременности и были

совершенно здоровы до нея, но съ наступленіемъ беременности тотчасъ замѣчалось ухудшеніе предшествующаго состоянія: обиліе бѣлка въ мочѣ изрѣдка съ цилиндрами, иногда отеки, повышенная сердечная дѣятельность, порой кровотеченія. Въ зависимости отъ подобнаго заболѣванія происходили измѣненія въ плацентѣ, гибельныя для плода. Далѣе слѣдовало уменьшеніе околоплодной жидкости, прекращеніе роста матки и рука объ руку съ этимъ—убыль и даже полное исчезновеніе бѣлка.

«Достойно вниманія, говоритъ *Fehling*, что во всѣхъ этихъ случаяхъ ни разу не было эклампсін, а болѣзненные явленія со стороны почекъ съ особой силой проявлялись въ позднѣйшихъ беременностяхъ.

Противъ разсматриванія этихъ случаевъ, какъ генуинную сморщенную почку или какъ секундарную, говорятъ: 1) длинная продолжительность явленія (10—15 лѣтъ), 2) отсутствіе ненормальностей со стороны сердца и 3) прекращеніе альбуминурии или только слѣды бѣлка.

Здѣсь также ничего нѣтъ характернаго и для «почки беременной» *Leysden'a*: 1) ни появленія бѣлка, особенно въ концѣ беременности, съ богатыми по числу гіалиновыми и зернистыми цилиндрами, 2) ни склонности къ эклампсін, 3) ни альбуминурии, часто возвращающейся въ позднѣйшихъ беременностяхъ.

Ко 2-ой группѣ *Fehling* относитъ случай съ хроническимъ паренхиматознымъ нефритомъ, частью съ интерстиціальнымъ, во время беременности ухудшающимся. Характернымъ для этихъ случаевъ является: отекъ, обиліе бѣлка и цилиндровъ въ мочѣ, *retinitis albuminurica*, кровотеченія изъ носа или мозговые кровоизліянія.

Являющаяся артеріальная анемія почекъ, при имѣющемъ уже пораженіи послѣднихъ, влечетъ за собою или обостреніе хроническаго нефрита или возвратъ бывшаго съ послѣдствіями весьма серьезными для матери и плода.

Fehling считаетъ артеріальную анемию почекъ рефлекторнаго происхожденія, подобно таковой-же мозга, которая вызываетъ экламптическія судороги.

Что касается терапіи, то на первомъ планѣ, по *Fehling'u*, должны стоять мѣры профилактическія, состоящія въ возможно частомъ изслѣдованіи мочи на бѣлокъ какъ у беременныхъ, такъ и у роеницъ (*albuminometre Esbach'a*). Далѣе онъ рекомендуетъ ношеніе сподней шерстяной одежды, тепловатыя ванны, молочное лѣченіе или діету, изъ молока и углеводовъ состоящую.

Fehling предостерегаетъ отъ употребленія хлороформа, такъ какъ при этомъ всегда замѣчалось увеличенное количество бѣлка и появленіе гіалиновыхъ цилиндровъ.

Своевременное производство преждевременныхъ родовъ можетъ спасти младенца, съ другой стороны полный покой и горячія ванны могутъ ослабить альбуминурию, чѣмъ и устраняется опасность для жизни плода.

Лапаротомія, какъ и наркозъ, внушаютъ великую опасность для матери съ хроническимъ нефритомъ, поэтому позволительнѣе въ такихъ случаяхъ прибѣгнуть къ перфорациі и краниотракціи въ большинствѣ уже мертваго плода.

Въ заключеніе *Fehling* указываетъ на слѣдующія неразрѣшенные еще задачи: 1) Исчезаетъ-ли вообще съ первой беременностью т. н. «почка беременной» *Leyden's* или-же она при послѣдующихъ беременностяхъ возвращается въ томъ-же видѣ или съ исходомъ въ хроническій нефритъ? и 2) Имѣютъ-ли какое-либо отличіе въ теченіи своемъ хроническій паренхиматозный нефритъ и сморщенная почка при complicacіи съ беременностью?

Коганъ.

27. **Rochet. Deux cas de grossesse extrauterine opérés avec succès.** (Bulletin de la société Belge de gynec. et d'obst. 1891, № 5). Два случая вѣматочной беременности, съ успѣхомъ оперированныя.

1. Г-жа V. H., 27 л., регулы съ 13 л., замужняя, 11—para, было два выкидыша. Послѣ втораго выкидыша (1890 г.) регулы стали неправильны: опаздывали во времени, въ меньшемъ количествѣ и сопровождались сильными болями. Послѣднія крови были въ маѣ 1891 г. и появились черезъ 5 недѣль, въ незначительномъ количествѣ. По прошествіи двухъ недѣль, больная почувствовала такія сильныя боли въ лѣвой сторонѣ и внизу живота, что потеряла сознаніе. Д-ръ *Shoonen*, къ которому обратилась за врачебною помощью, поставилъ діагнозъ лѣвосторон. pyosalpinx. Въ іюлѣ былъ приглашенъ на консультацію д-ръ *Rochet*. При изслѣдованіи найдено: слѣва опухоль мягкой консистенціи, ограниченная, величиною съ апельсинъ, соответствующая лѣвымъ придаткамъ матки. Д-ръ *Rochet* высказался также за діагнозъ гнойнаго салпингита и предложилъ операцію, на которую родные не согласились. Состояніе больной ухудшалось: потери крови, сильныя боли въ лѣвой сторонѣ и внизу живота, обмороки, пульсъ учащенный.

Въ августѣ было рѣшено оперировать. Передъ операціей при внутреннемъ изслѣдованіи найдено, что Дугласово пространство также занято опухолью, мягкой на ощупь, флюктуация. Авторъ пришелъ къ заключенію, что у больной двустороннее гнойное заболѣваніе трубъ и яичниковъ и рѣшилъ удалить матку и придатки. 10-го августа произведена операція—*hysterectomy vaginalis*. По вскрытіи задняго свода выдѣлилось значительное количество кровяныхъ сгустковъ. По удаленіи матки, во время промыванія растворомъ борной кислоты, еще выдѣлились сгустки крови и вышелъ плодъ длиною = 3 cent.—приблизительно 6 недѣль. Удалены придатки. Послѣоперационное теченіе безъ осложнений: t° не превышала 38° въ продолженіе первыхъ 10 дней. 27-го сентября пациентка выписалась и общее состояніе здоровья найдено удовлетворительнымъ. Авторъ объясняетъ этотъ случай слѣдующимъ образомъ: послѣ выкидыша (1890 г.) развился салпингитъ. Пациентка менструировала неправильно, были боли, почему не обратила вниманія на продолжительное отсутствіе регулъ и на боли въ лѣвой сторонѣ и внизу живота. Первый частичный разрывъ трубы произошелъ въ концѣ 7-й недѣли и—болѣе полный—съ медленнымъ образованіемъ *haematocoele intraperit.*, между числами: 27-го іюля и 1-го августа.

2. *Clemence S.* 23 л. Мѣсячныя всегда были болѣзненные, бѣли. Въ первыхъ числахъ декабря 1890 г., вслѣдствіе отсутствія регулъ, считала

себя беременною въ первый разъ. Общее состояніе здоровья было удовлетворительно до 4-го марта, когда почувствовала вдругъ сильнѣйшія боли внизу живота, появилась рвота желчью. Приглашенъ Д-ръ *Goverts*. Вслѣдствіе сильной болѣзненности живота нельзя произвести тщательное изслѣдованіе. Пульсъ нитевидный 130. t° 39,5.

Диагнозъ—*pelvi-peritonite*. Черезъ нѣсколько дней угрожающіе симптомы и сильная чувствительность исчезли. По изслѣдованіи найдено: въ правой сторонѣ живота опухоль, болѣзненная на ощупь, рѣзко отграниченная отъ матки и которую трудно контурировать. Матка прощупывается подъ лоннымъ соединеніемъ. Предположеніе: трубная беременность, разрывъ трубы. Въ продолженіи 20 дней больная находилась подъ наблюденіемъ врача. Общее состояніе здоровья на столько улучшилось, что пациентка начала заниматься своими домашними дѣлами. Въ концѣ апрѣля почувствовала первыя движенія плода слѣва внизу живота, которыя становились, съ теченіемъ времени, сильнѣе, энергичнѣе и причиняли сильныя страданія. 10-го августа появились родовыя боли, пациентка отправилась въ *Amvers* и обратилась за совѣтомъ къ автору 19-го августа. Изслѣдованіе: неравномерное увеличеніе живота; слѣва, по временамъ, замѣтны толчкообразныя движенія. При ощупываніи — по бѣлой линіи, немного выше лоннаго соединенія, прощупывается плотное тѣло, которое оказалось головкою плода, причемъ авторъ опредѣлилъ стрѣловидный шовъ и малый родничекъ. Тѣло плода находилось въ лѣвой сторонѣ, мелкія части сверху. При аускультации живота слышны сердечныя тоны—130 въ минуту, а плацентарнаго шума не слышно. Внутреннее изслѣдованіе: шейка матки открыта; зондъ проникаетъ въ полость матки на 15 cent. При изслѣдованіи пальцемъ авторъ опредѣлилъ, что въ полости матки нѣтъ плода. Диагнозъ: срочная брюшная беременность при живомъ плодѣ. Лапоротомія 21-го августа. Оперировалъ Д-ръ *Schoonen*. Разрѣзъ по срединной линіи живота, выше лоннаго соединенія, на уровнѣ головки плода. Сильно развитая венозная система дала обильное кровотеченіе. По разрѣзѣ брюшины представилась головка плода, который былъ извлеченъ живымъ и пушину перерѣзана ближе къ плацентарному концу. Плацента большихъ размѣровъ покрываетъ органы таза и прикрѣплена къ брюшной стѣнкѣ. На заднемъ краю плаценты находится оболочка, которую авторъ пришилъ къ нижней части брюшины. образовалась такимъ образомъ изолированная полость, въ которой находилась плацента. Наложены швы. Оставлено широкое отверстіе для выхода кусковъ дѣтскаго мѣста. Полость выложена іодоформенною марлею и наложена антисептическая повязка.

Послѣоперационное теченіе: t° не превышала 38,5. Общее состояніе здоровья довольно удовлетворительно. Съ 24-го августа ежедневная смена повязки, промываніе плацентарной полости и присыпка порошкомъ танина съ іодоформомъ 55. Было обильное кровотеченіе. Съ 1-го сентября, при промываніи полости выдѣляются куски уменьшенной въ объемъ плаценты.

15-го сентября авторъ, предполагая, что произошло полное отдѣленіе плаценты, увеличилъ отверстіе, которое значительно уменьшилось, началъ

извлекать, при помощи пинцета и ножницъ, куски плаценты, что повело къ такому сильному кровоотеченію, что жизнь больной находилась въ опасности. Кровоотеченіе остановлено тампонаціей изъ іодоформенной марли.

22-го сентября значительное кровоотеченіе и сильный гангренозный запахъ изъ раны. Произведено удаленіе нѣкоторыхъ гангренозныхъ кусковъ, что было повторено 26-го и 30-го сентября при обильномъ промываніи растворомъ борной кислоты.

5-го октября извлеченіе послѣднихъ кусковъ плаценты. Тампонація полосты іодоформенной марлею; т° 36,5. 8-го октября больной позволено вставать съ постели. Общее состояніе здоровья было удовлетворительно и больная скоро поправилась.

Авторъ, желая выяснитъ, какого происхожденія была, въ данномъ случаѣ, вѣматочная беременность, описалъ подробно этотъ случай *Laws-son-Tait* у и спрашивалъ его мнѣнія. *Laws-son-Tait* отвѣтилъ, что по его теоріи вѣматочная беременность можетъ быть только трубнаго происхожденія.

А. Лапина.

28. M. Greslou. — Emphysèmes sous-cutané pendant le travail de l'accouchement. (Bulletins et mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris. 1891, page 211). О подкожной эмфиземѣ во время родовъ.

Въ виду рѣдкости случая авторъ сообщаетъ клиническій фактъ появленія подкожной эмфиземы во время родовъ у первородящей женщины, 24 лѣтъ, не имѣющей никакихъ легочныхъ явленій. Послѣ продолжительныхъ и трудныхъ періодовъ раскрытія зѣва и сглаживанія шейки, которые продолжались около 30 часовъ, почти уже подъ конецъ изгнанія плода, длившагося около 2 часовъ, у роженицы вдругъ появилась на правой щекѣ опухоль, мягкой консистенціи, при ощупываніи дающая ощущеніе крепитации, характерной для подкожной эмфиземы, происходящей вслѣдъ за разрывомъ въ какой-либо части воздухоносныхъ путей. До окончанія родовъ (произвольныхъ) опухоль увеличилась и распространилась на шею и на нижнюю часть лица съ обѣихъ сторонъ. Продержавшись 3—4 дня, опухоль стала постепенно спадать и уже къ 6-му дню она исчезла совершенно безъ всякаго лѣченія.

Просматривая аналогичные случаи въ литературѣ, авторъ находитъ только у *Cazeaux* два случая: одинъ профессора *Depeulx* и другой доктора *de Sayre*, на основаніи которыхъ *M. Tarnier* сдѣлалъ нѣкоторые выводы относительно прогноза и терапіи такого рода случаевъ. Качество прогноза этотъ авторъ ставитъ прямо въ зависимость отъ мѣста разрыва воздухоносныхъ путей: если разрывъ этотъ произошелъ или въ гортани, или въ трахей, то тогда эмфизема остается подкожной, распространяется на шею и голову (рѣдко на туловище) и безслѣдно исчезаетъ; когда же разрывъ происходитъ въ легочныхъ альвеолахъ, то эмфизема можетъ распространиться на межпозвонковую, междольковую и подплевральную кѣлѣчатку и быть причиной летальнаго исхода вслѣдствіе сердечно-легочныхъ припадковъ, какъ это и было въ случаѣ проф. *Depeulx* и, гдѣ, не смотря на своевременное наложеніе щип-

цовъ, смерть наступила черезъ 45 часовъ послѣ родовъ. Терапія для подкожной эмфиземы по большей части не требуется, такъ какъ она сама очень быстро всасывается, и только въ нѣкоторыхъ упорныхъ случаяхъ нужно бываетъ произвести наѣвчки для выхода газовъ; съ профилактической же цѣлью при затянувшихся родахъ и при наличности подкожной эмфиземы слѣдуетъ ускорить окончаніе родовъ.

На основаніи выводовъ *M. Tarnier* авторъ съ большою вѣроятностью предполагаетъ, что въ его случаѣ разрывъ воздухоносныхъ путей произошелъ въ верхнихъ частяхъ; родовъ же онъ не ускорилъ потому, что они и сами приходили къ концу, да и эмфизема не имѣла особенно угрожающихъ симптомовъ.

А. Ульяновскій.

29. O. Piering. Ein Fall von seltener Geburtsverletzung, (Centralbl. f. gyn. 1891. № 48). Случай рѣдкостнаго поврежденія во время родовъ.

Всѣ авторы сходятся въ томъ, что обособленные разрывы влагалища во время родовъ чрезвычайно рѣдки. Исключая поперечныхъ отрывовъ влагалища отъ шейки (*Colporrhexis*), они обыкновенно бываютъ продольные и, при нормальныхъ родахъ, очень невелики и ограничиваются слизистой оболочкой, а чаще наблюдаются при оперативныхъ пособіяхъ, рубцовыхъ образованіяхъ и, вообще, при суженіи влагалища, когда могутъ достигать большихъ размѣровъ и даже проникать въ околослагалищную клетчатку. Въ состояніи полости эти разрывы, особенно при нормальныхъ родахъ, не проникаютъ, какъ то бываетъ при такъ называемомъ, напирѣ, смертвѣи отъ давленія или поврежденія костными обломками, когда разрывы имѣютъ болѣе округленныя очертанія. Въ полость же прямой кишки, въ виду ея подвижности и отсутствія твердой и рѣзко ограниченной подкладки, эти разрывы не проникаютъ вовсе.

Однако, автору пришлось наблюдать одинъ такой случай у перворождавшей, 41 года. Размѣры таза у нея были: Sp. 24,8, Cr. 28. Tr. 30,6. Diam. Vaud. 20,8. Входъ во влагалище очень узкій и неподатливый, влагалище узкое, растянутое, гладкое. Плодъ въ первомъ черепномъ положеніи. Черезъ 11 часовъ отъ начала болей,—зѣвъ на 2 пальца, края его—въ видѣ валика. Головка фиксирована во входѣ въ 1-мъ затылочномъ положеніи. Тазъ—обширный. Только къ вечеру второго дня схватки стали сильнѣе, и черезъ 36 часовъ отъ ихъ начала головка показалась въ половой щели. Однако, не смотря на вполне правильный ходъ родовъ, головка, частью уже родившаяся, вдругъ перестала прорѣзываться и не двигалась съ мѣста. Такъ какъ сердцебіеніе плода оставалось вполне удовлетворительнымъ, и роженица не казалась вовсе усталой, то и не усматривалось надобности въ инструментальномъ пособіи, и дѣло ограничилось правосторонней эпизиотоміей неподатливой и твердой промежности. И вотъ, въ то время, какъ головка подъ вліяніемъ такого вниманія стала вновь продвигаться впередъ, изъ прямой кишки роженицы хлынула кровь и въ тотъ же моментъ черезъ anus выпала правая ручка, до половины предплечья. Промежность далѣе не разрывалась. Ручка вправлена безъ труда, и роды закончены по *Ritgen's*—дав-

лением на заднюю часть промежности, которая все еще довольно трудно поддавалась, но все таки не разрывалась. Плод—мальчикъ, 3130 гр. въ-сомъ и 48,3 см. длиною. После́дъ выведенъ по *Schauta* чрезъ 20 минутъ. Исследо́вание показало: изъ прямой кишки торчитъ кусокъ въ 2 см. длиною слизистой оболочки; промежность, исключая оставшійся въ первоначальномъ размѣрѣ надрывъ, цѣла, какъ и *Sphincter ani*. Въ задней стѣнкѣ влагалища, слѣва отъ *columna rugarum*, во всю длину его,—зіяющій разрывъ, съ неровными, истонченными краями; въ средней своей части онъ соединяется съ полостью прямой кишки отверстиемъ, свободно пропускающимъ 4 вместе сложенные пальца, которые и могутъ быть выведены наружу чрезъ легко растягивающійся *anus*. На шейкѣ матки небольшіе надрывы слизистой оболочки. Въ виду того, что незначительное и во время прорѣзыванія головки кровотеченіе прекратилось и послѣ родовъ не возобновлялось, а съ другой стороны, въ виду невозможности, уже при первомъ взглядѣ, достигнуть первичнаго заживленія раны, зашиваніе ея предпринято не было, и влагалище послѣ тщательной дезинфекціи заtamпони́ровано марлею. На 3-й день послѣдовало первое испражненіе; недержанія или прониканія каловыхъ массъ во влагалище не было. Послѣдующее теченіе осложнилось двухкратнымъ повышеніемъ t^o , быстро спадавшей при смазываніи раны іодной настойкой. Наступило полное заживленіе всѣхъ поврежденныхъ тканей. Во влагалищѣ, при изслѣдованіи, найденъ твердый рубецъ, проникающій въ клітчатку и длиною въ 9,5 см. Въ прямой кишкѣ рубца не ощущается; сфинктеръ совершенно цѣлъ и физиологически дѣятеленъ.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ дѣло съ разрывомъ влагалища, проникающимъ въ прямую кишку, безъ поврежденія промежности и при нормальныхъ родахъ. Какъ причину его, авторъ, за отсутствіемъ суженія таза или какихъ-либо костныхъ оломокъ, считаетъ неподатливость промежности и особенно влагалища у пожилой I—рождающей женщины. Онъ настаиваетъ на томъ, что разрывъ произошелъ еще до эпизиотоміи и что поэтому двусторонняя операція не предотвратила бы ни самаго разрыва, ни дальнѣйшаго его распространенія.

А. Гермоніусъ.

30. **W. Nagel. Zur Lehre von der Wendung auf einen Fuss.** (Archiv für Gynaekologie. Bd. XXXIX, H. 3). Къ ученію о поворотѣ на ножку.

Въ своей работѣ *Nagel*, касаясь исторіи вышеназванной операціи, говоритъ, что слишкомъ двѣсти лѣтъ тому назадъ, послѣ долгаго забвенія, эта операція была снова введена въ практику.

Большая часть авторовъ совѣтывали постоянно производить поворотъ на обѣ ножки, но, когда *Puzos* разъяснилъ выгоды неполнаго предлежанія ножекъ для выхода послѣдующей головки, поворотъ чаще всего сталъ производиться на одну ножку. Потомъ, спорнымъ явился вопросъ, которую изъ двухъ ножекъ должно захватывать? Нѣмецкіе акушеры (*Martin, Scharlau, v. Haselberg*) всегда совѣтывали захватывать нижнюю ножку, между тѣмъ какъ *Hohl, Kristeller, Gusserow*—только тогда

нижнюю, когда плод обращенъ спинкой впередъ: въ противномъ-же случаѣ—вышележащую. *Barnes* всегда захватываетъ вышележащую ножку, будетъ-ли спинка обращена впередъ или назадъ, а по *Fritsch*'у безразлично, какую-бы ножку не захватили.

Nagel, по примѣру своего учителя *Gusserow*'а, всегда производитъ поворотъ при поперечномъ положеніи плода спинкой къзади на верхнюю ножку и находитъ несправедливымъ упрекъ, дѣлаемый въ отношеніи такого образа дѣйствія, на основаніи своихъ личныхъ наблюденій. Онъ рекомендуетъ всегда отыскивать верхнюю ножку, что удастся легко, если придать роженицѣ боковое положеніе и отыскивать соотвѣтствующей рукой (правой, когда ножка влѣво и наоборотъ). Тогда, говоритъ *Nagel*, имѣется преимущество въ томъ отношеніи, что низведенная ножка становится впереди, тотчасъ позади симфиза; только надо стараться при низведеніи потягивать ее къ симфизу и способствовать своевременному поворачиванію тѣла плода вокругъ его длинной оси. Если-же тянуть ножку въ боковую сторону таза, то, какъ *Fritsch* замѣчаетъ, плодъ можетъ родиться со спинкой назадъ обращенной.

Во всѣхъ случаяхъ поворота на верхнюю ножку при поперечномъ положеніи плода со спинкой къзади авторъ наблюдалъ, что ножка достигаетъ задней поверхности симфиза и тамъ остается.

Если-же взять нижнюю ножку, то её возможно низвести, приведя въ крестцовую впадину. Потомъ съ извлеченіемъ приходится долго ждать, пока она не повернется впередъ. Такое ожиданіе, конечно, не желательно, когда имѣются показанія къ скорому окончанію родовъ.

Опытомъ установленъ тотъ фактъ, что выступившая ножка, вначалѣ находившаяся въ крестцовой впадинѣ, при дальнѣйшемъ теченіи родовъ всегда поворачивается впередъ, будетъ-ли здѣсь естественное или искусственно вызванное ногоположеніе. Но до сихъ поръ недостаточно выяснено, какъ совершается этотъ поворотъ младенческаго туловища, предоставленный однѣмъ силамъ природы, поэтому-то и нельзя дать какихъ-либо правилъ для искусственнаго поворота ножки впередъ.

Старѣйшіе авторы не стремились разрѣшать этотъ вопросъ, ибо они всегда при естественномъ неполномъ ногоположеніи тотчасъ низвели другую ножку.

У *Guillemeau*, *Siegemundin* и *I. von Hoon*'а есть единственные указанія на поворачиваніе плода при извлеченіи, при чемъ послѣдній лицомъ и грудью оборотился къзади.

Lachapelle того мнѣнія, что «гораздо разумнѣе, болѣе безопасно и удобнѣе» извлекать за обѣ ножки. Она знаетъ очень хорошо, что, вначалѣ назадъ находящаяся ножка, при дальнѣйшемъ теченіи родовъ поворачивается впереди, и поэтому совѣтуетъ поворачивать соотвѣтственно младенца, но точныхъ указаній, какъ совершить этотъ поворотъ, она не даетъ.

Hoffmann, который настаиваетъ на преимуществѣ неполнаго ногопо-

ложеиія, говоритъ только въ общихъ чертахъ о поворотѣ плода во время извлеченія.

Затѣмъ, *Nagel* дѣлаетъ еще многія выдержки изъ старой и новѣйшей литературы по данному предмету, откуда видно, что относительно поворачиванія туловища, при неполномъ ногоположеніи съ выступившей задней пошкой, не существуетъ единства взгляда, и что пока невозможно дать опредѣленныхъ правилъ для искусственнаго поворота подобнаго рода.

Поэтому совѣтъ, даваемый *Fritsch*емъ, *Olshausen-Verf*омъ, *Zweifel*емъ,—ждать, пока утихнутъ боли, и пока сама природа не укажетъ пути, по которому надо произвести поворотъ,—остается въ своей силѣ. Этотъ путь надобно знать, если приходится искусственно совершить такой поворотъ въ случаяхъ, гдѣ имѣется необходимость поспѣшить съ экстракціей.

Преслѣдуя эту мысль, *Nagel* наблюдалъ 18 случаевъ низведенія задней пошки и получилъ такіе результаты:

Во всѣхъ случаяхъ выступившая задняя пошка поворачивалась такимъ образомъ, что спинка скользнула мимо *promontorium*'а; на дальнѣйшемъ пути тазового канала плодъ поворачивался вокругъ длинной оси своего туловища спинкой впередъ, *никогда* не кратчайшимъ путемъ—по той сторонѣ таза, на которомъ спинка находилась послѣ поворота. *Nagel* находитъ этотъ видъ поворачиванія плода единственно-естественнымъ. Подтвержденіе своему мнѣнію онъ видитъ въ томъ, что изъ всѣхъ случаевъ только въ одномъ было запрокидываніе передней ручки за затылокъ. «Будь такой способъ поворачиванія неестественнымъ», говоритъ *Nagel*, «я бы чаще наталкивался на случаи неправильнаго положенія и коверканія ручекъ и головки».

На основаніи всего этого *Nagel* считаетъ позволительнымъ—уже во время низведенія (нижней пошки при поперечномъ положеніи спинкой къзади, верхней при таковомъ-же положеніи спинкой къпередѣ) способствовать повороту въ вышеупомянутомъ смыслѣ (спинкой мимо мыса) и тѣмъ ускорить извлеченіе.

Коганъ.

31. М. А. Исакова. Случай острого выворота матки, происшедшій на 3-й день послѣ родовъ. (Научныя Бесѣды врачей Закавказскаго Психиатрическаго Института. Годъ шестой. Тифлисъ. 1891 г. Стр. 139).

Черезъ три дня послѣ правильныхъ (5-ые) родовъ двойнями, послѣ тугого бантованія живота (мѣстный обычай), у родильницы развился быстрый упадокъ силъ: полубезсознательное состояніе, пульсъ 140, при нормальной температурѣ. Авторомъ, увидавшимъ больную часовъ черезъ 8 послѣ этого, констатированъ полный выворотъ матки, происшедшій, судя по разспросу, не тотчасъ послѣ родовъ и зашедшій, по мнѣнію автора, отъ тугого бантованія живота вслѣдствіе рѣзкой дряблости стѣнокъ матки. На днѣ матки замѣченъ полиппъ съ турецкій бобъ величиною. Ножка полипа перевязана шелкомъ. Попытка вправить матку не удалась вслѣдствіе судорожнаго сокращенія внутренняго устья. Авторомъ былъ поставленъ подъ половыя части тазъ съ горячей водой,

съ цѣлью воздѣйствія на шейку парами воды. Внутренній зѣвъ разслабъ и вправленіе удалось. Промываніе и тампонація матки. Выздоровленіе.

Н. Какушкинъ.

**32. Г. К. Теръ-Григоріанцъ. Ein Fall von Amenorrhöe mit Kopfschwindel bei Zurückbleiben von Eihauttheilen. (Centrbl. f. Gyn., 1891, № 46).
Случай аменорреи и головокруженія при задержаніи плодныхъ оболочекъ.**

32-хъ-лѣтняя больная жалуется на кровотеченіе и боли въ правой сторонѣ нижней части живота, продолжающіяся двѣ недѣли, послѣ прошедшаго тогда выкидыша. При изслѣдованіи, матка найдена увеличенною въ три раза и въ правой половинѣ таза (на подвздошной кости) параметрический эксудатъ. Лѣченіе—горячіе души; по выходѣ нѣсколькихъ обрывковъ плодныхъ оболочекъ кровотеченіе остановилось. Черезъ мѣсяцъ больная явилась вновь съ жалобами на отсутствіе регулъ и спильныя головокруженія. Назначенныя желѣзныя пилюли вызвали менструацію, но очень небольшую; послѣ нея головокруженіе возобновилось, а регулы на слѣдующій разъ снова не пришли, не смотря на пилюли. Произведеннымъ изслѣдованіемъ констатируется, что передняя стѣнка полости матки гладка, а задняя чрезвычайно шероховата. Послѣ выскабливанія головокруженія исчезли и менструація стала правильной. Черезъ два года пациентка родила здороваго мальчика.

А. Гермоніусъ.

33. А. П. Артемьевъ. Сравнительная оцѣнка разныхъ способовъ ухода за пуповиннымъ остаткомъ. (Научныя Бесѣды врачей Закавказскаго Певпальнаго Института. Годъ шестой. Тифлисъ, 1891 г. Стр. 125).

По предложенію автора въ Родильномъ отдѣленіи Закавказскаго Певпальнаго института съ 1887 г. примѣняется слѣдующій способъ ухода за пуповиннымъ остаткомъ: 1) перевязка пуповины антисептическимъ бумажнымъ или шелковымъ шнуркомъ (сохраняемымъ, послѣ часового варенія въ водномъ растворѣ сулемы 1:500, въ спиртномъ растворѣ сулемы 1:1000); 2) обмываніе остатка пуповины 2¹/₂% раствор. карболовой кислоты, обертываніе въ гигроскопическую вату (остатокъ кладется затѣмъ на лѣвую сторону живота, покрывается карбололизованной марлею, двумя слоями простой ваты и прибинтовывается). Мѣняются только верхніе слои повязки, въ случаѣ если они обмочены новорожденнымъ. На 6-й день вся повязка снимается и, если пуповина отпала, пупочная ранка покрывается гигроскопической ватой. До времени отпаденія пуповины новорожденный не купается, а только подмывается. При заболѣваніи родильницы послѣродовой формой или при измѣненіяхъ неблагопріятныхъ въ пуповинѣ примѣняется карбололизованная вата и іодоформъ.

Авторъ, разсмотрѣвъ другіе способы ухода за пуповиннымъ остаткомъ, а именно: 1) масло съ ветошью; 2) гнѣсъ (*Сутугина*); 3) гигроскопическая вата; 4) висмута-іодоформъ (*Львова*); провелъ опыты со своимъ способомъ и съ остальными (по 30 наблюденій) и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) въ среднемъ пуповища отпадаетъ на 6—7 день (независимо отъ пола и всѣхъ новорожденного и отъ толщины пуповины); 2) гипсъ и масло ускоряютъ отпаденіе пуповины (6. ч. на 5 день); 3) висмута-іодоформъ значительно замедляетъ отпаденіе пуповины; 4) наилучшіе результаты осмотра пупочной раны получились при способахъ автора и *Львова*, наихудшіе при гипсѣ, маслѣ и при гигроскопической ватѣ (осмотръ состоялъ въ микроскопическомъ изслѣдованіи отдѣляемаго раны на содержаніе въ немъ гноя); 5) ни одинъ способъ не далъ инфекціи. Авторъ считаетъ всѣ способы неудовлетворительными.

Н. Какушкинъ.

34. Г. К. Теръ-Григоріанцъ. Ueber die Anwendung des Jodoformtannins bei flüssigen Exsudaten und Bortannins bei Blutungen. (Centrbl. f. Gyn., 1891, № 46). Примѣненіе іодоформнаго танина при жидкихъ экссудатахъ и борнаго танина при кровотеченияхъ.

Авторъ въ нѣсколькихъ случаяхъ убѣдился въ рассасывающемъ дѣйствіи іодоформнаго танина, примѣняемаго по способу *Fritsch'a*—въ формѣ мѣшечковъ. По быстротѣ дѣйствія это средство превосходитъ ихтіолъ. Мѣшечки вкладываются въ соответствующій сводъ въ теченіи 3 дней, каждый разъ на 18—20 часовъ, съ предварительнымъ промываніемъ влагалища. Авторъ примѣнялъ это лѣченіе съ успѣхомъ при долготѣннихъ периметритическихъ выпотахъ и періоофоритахъ, при менструальномъ опуханіи яичниковъ, сопровождающемся болями, при свѣжихъ выпотахъ, въ 2 случаяхъ метрофлебита. При старыхъ сальпингитахъ это средство не оказало никакого дѣйствія.

Въ такомъ же видѣ примѣнялся имъ съ успѣхомъ и борный танинъ при кровотеченияхъ, гдѣ не помогали другія средства.

А. Гермоніусъ.

35. P. Giuliani. Soor der Vulva (Centrbl. f. Gyn., 1891, № 52). Молочница наружныхъ половыхъ органовъ.

24-лѣтняя женщина на 2—3 мѣсяцѣ беременности вдругъ стала ощущать жженіе и зудъ въ наружныхъ половыхъ органахъ, перешедшіе потомъ въ нестерпимую боль. При изслѣдованіи найдено припуханіе большихъ и малыхъ губъ; на темно-красной бархатистой слизистой оболочкѣ послѣднихъ замѣчается бѣловатый, въ видѣ островковъ, налетъ, который, при легкомъ удаленіи его ватой, оставляетъ по себѣ незначительные дефекты эпителия. Входъ свободенъ. Не смотря на примѣненіе 2% раствора *Zinci sulfur.* и карболовой кислоты, на слѣдующій день вся вульва и часть рукава покрыты довольно толстой оболочкой, напоминающей по виду пролитое молоко. Припухлость, повышенная t° и жженіе при мочеиспусканіи. При бактеріологическомъ изслѣдованіи причины явленія, напоминавшаго дифтеритъ, получены чистыя культуры грибка молочницы. Лѣченіе—свинцовыми примочками и карболовыми спринцеваніями—привели къ уменьшенію припухлости на 2-й день и къ исчезновенію грибка на 5-й. Одинъ изъ дѣтей этой женщины страдалъ за 2 мѣсяца до того молочницей полости рта.

А. Гермоніусъ.

36. Pollaillon. Enorme fibro-myome de la grande levre. Opération. Guérison.
(L'union médicale, № 124, 1891). Огромная фиброміома лѣвой
большой губы; операція; выздоровленіе.

Авторъ описываетъ случай удаленія у женщины 45 лѣтъ громадной опухоли изъ лѣвой большой губы. Опухоль была величиной съ голову годовалого ребенка, плотной консистенціи, слегка бугристая, большая губа представляла какъ бы ножку для нея, причемъ въ основаніи ея прощупывался плотный шнурокъ, направлявшійся въ паховой каналъ. Кожа на ней была гипертрофирована, но не сращена съ опухолью. Путемъ исключенія, авторъ поставилъ діагнозъ фиброзной опухоли и въ виду громадныхъ ея размѣровъ рѣшилъ удалить ее. Изъ прежде встрѣчавшихся въ литературѣ 8 случаевъ (Dict. encyclopéd. 5-e série. t. III p. 817) 4 поправились послѣ операціи и 4 случая погибли. У основанія опухоли было произведено два окружающихъ разрѣза; дойдя до ножки опухоли, она была отсепарована до входа въ паховой каналъ, гдѣ она переходила въ гипертрофированную круглую связку, направлявшуюся въ отверстіе брюшиннаго кольца. На круглую связку была наложена лигатура въ два пучка и надъ лигатурой отрѣзана опухоль, послѣ чего кожная рана также зашита. Послѣ операціонный періодъ прошелъ безлихорадочно, рана зажила первымъ натяженіемъ. Микроскопическое изслѣдованіе опухоли показало фиброміому, развившуюся на уровнѣ прикрѣпленія круглой связки.

П. Садовскій.

37. A. Schücking. Schwangerschaft und vaginale Ligatur. (Cnbl. f. Gyn. 1891, № 49). Беременность и влагалищное прикрѣпленіе матки.

Полемическая замѣтка въ отвѣтъ *Sänger'y*—стороннику брюшного прикрѣпленія, сомнѣвающемуся въ статистическихъ данныхъ автора. (Статейка не даетъ ничего новаго, кромѣ нѣсколькихъ горькихъ сентенцій по адресу *Sänger'a*. Сомнѣніе послѣдняго основано на томъ, что авторъ въ двухъ своихъ сообщеніяхъ, съ промежуткомъ въ нѣсколько недѣль, говоритъ о наступленіи беременности послѣ влагалищнаго прикрѣпленія матки—въ одномъ о 23 случаяхъ, а въ другомъ — на 14 меньше. Объясненіе этого противорѣчія такое: въ одномъ говорилось о своевременныхъ родахъ, въ другое вошли вмѣстѣ съ ними и беременности, равно какъ и случаи другихъ авторовъ

А. Гермоніусъ.

38. Besselmann. Beitrag zur retroperitonealen Stielversorgung nach Chrobak.
(Centrbl. f. Gyn., 1891, № 47). Къ вопросу о забрюшинномъ
уходѣ за ножкой по Chrobak'y.

Вибрюшинный методъ обращенія съ ножкой при надвлагалищныхъ ампутаціяхъ матки имѣетъ значительныя преимущества предъ внутрибрюшиннымъ; однако, и за нимъ существуютъ такіе темныя стороны, которыя вполнѣ оправдываютъ желаніе совместить погруженіе ножки (Stielversenkung) съ благопріятными результатами вибрюшиннаго способа. Въ виду того, что главнѣйшее преимущество этого способа заключается въ пол-

ной изоляціи поверхности разрыва ножки отъ брюшной полости и въ возможности такимъ путемъ первичнаго или вторичнаго зараженія чрезъ нее, желательно было бы сохранить эту изоляцію и при погруженіи ножки. Какъ результатъ такого сопоставленія, и явились методы *Schröder'a*, *Frank'a* (при кесарскомъ сѣченіи по *Porro*), *Sänger'a* (при классическомъ кесарскомъ сѣченіи). Къ этой же категоріи относится и модифицированный *Chrobák'омъ* способъ *Bardenheuer'a* и *Martin'a* при полномъ удаленіи матки чрезосѣченіемъ при міомахъ. Въ настоящее время *Chrobák* примѣняетъ этотъ способъ и при надвлагалищной ампутаціи, назвавъ его, не безъ основанія, забрюшиннымъ. Авторъ приводитъ затѣмъ свое наблюденіе, касающееся 36-лѣтней, не рожавшей женщины, съ диагнозомъ внутри—или пристѣпочной міомы матки; палліативное лѣченіе отвергнуто, влагалищная экстирпация казалась затруднительной, и потому, послѣ энергической наружной и внутренней дезинфекціи (полость матки тщательно промыта растворомъ сулемы 1:1000), приступлено къ чрезосѣченію. Послѣ вскрытія брюшной полости примѣнялась исключительно стерилизованная вода. Удалены оба яичника (лѣвый сращенъ съ прямой кишкой). Затѣмъ проведенъ круговой разрѣзъ на высотѣ половины тѣла матки, и брюшина отдѣлена тушымъ путемъ до влагалищной ткани; матка отрѣзана на 1 см. выше нижней границы отдѣленія брюшины. Полость цервикальнаго канала промыта растворомъ сулемы (1%). Во избѣжаніе паренхиматознаго кровотеченія изъ ножки, на стѣнки ея наложены кругомъ частичныя лигатуры (сейчасъ подъ разрѣзомъ), тщательно устранивъ брюшину; каналъ шейки оставленъ открытымъ и выполненъ полосой іодоформной марли, конецъ которой лежалъ во влагалищѣ. Тогда оба края брюшины пришиты одинъ къ другому непрерывнымъ, частымъ (сиг) шелковымъ швомъ, такъ что ножка, не дававшая уже ни капли крови, казалась погруженною въ какой-то мѣшокъ. Больная встала на 16-й день и выписалась на 23-й. Послѣоперационное теченіе — гладкое, напоминавшее положеніе здоровой родильницы; высшая температура 37°,5. Іодоформная марля удалена на третій день, причемъ выдѣлилось немного бѣловатой жидкости, безъ малѣйшаго запаха. Швы наружныхъ покрововъ сняты на 10-й день.

Особенное преимущество этого способа авторъ видитъ, кромѣ безусловнаго закрытія брюшной полости, въ томъ, что при немъ возможно чистовибрюшинное дренированіе ножки. Такой дренажъ является и болѣе безопаснымъ, чѣмъ внутрибрюшинный, и допускаетъ возможность полного закрытія брюшной раны. При такомъ дренажѣ и отдѣленія тѣмъ легче удаляются, и абсцессы, еслибы таковыя въ ножкѣ образовались, найдутъ себѣ болѣе безопасный исходъ во влагалище, чѣмъ, напр., при способѣ *Schröder'a*. Авторъ самъ потерялъ одну больную, оперированную по этому способу, на 10-й день безлихорадочнаго операционнаго теченія, вслѣдствіе вскрытія маленькаго гнойничка ножки въ полость брюшины.

А. Гермоніусъ.

39. А. П. Головъ. Къ статистикѣ случаевъ самороднаго исцѣленія сложной фиброміомы матки. (Врачъ 1891 г. № 45).

Монахиня Л., 43 л., въ монастырѣ съ 14 лѣтъ. Мѣсячныя съ 15 лѣтъ, черезъ 3 недѣли по 3—4 дня, за день до кровей и во время ихъ сильныя боли: крови необильны и блѣдны. Авторъ знаетъ больную съ 1884 года; она много разъ обращалась къ нему за совѣтомъ по поводу сильныхъ болей въ животѣ, запоровъ, кровотеченій и горловыхъ болей, но изслѣдовать себя не позволяла. Авторъ могъ только замѣтить, что животъ у больной увеличенъ и что это увеличеніе прогрессировало. Наконецъ, только въ сентябрѣ 1888 года больная обратилась къ автору съ просьбою тщательно осмотрѣть ее, такъ какъ сильныя боли въ животѣ окончательно лишили ее сна, а обильныя по 5—6 дней крови истощили ее. При изслѣдованіи: матка увеличена, дно ея выше пупка, плотна, подвижна, справа болѣзненна, зѣвъ закрытъ, своды свободны, въ прямой кишкѣ каловыя массы; изслѣдованіе черезъ влагалище болѣзненно вслѣдствіе плохой податливости дѣйственной плевы. Въ концѣ ноября больная слегла въ постель, а въ концѣ декабра у нея появилась рвота желчью и схваткообразныя боли. 1-го января 1889 г. при сильныхъ боляхъ выпелъ сперва большой мясистый кусокъ, а чрезъ нѣсколько часовъ другой, меньшей величины; втеченіе слѣдующихъ 4-хъ дней вышло еще нѣсколько кусковъ, но уже гораздо меньшихъ. Выдѣленіе кусковъ сопровождалось обильнымъ кровотеченіемъ. Куски издавали страшное зловоніе. Опухоль сѣровато-бѣлаго цвѣта, мягка, поверхность неровная, бугристая, дольчатая; большой кусокъ имѣетъ размѣры 12—9—6 сент., по бокамъ его кое-гдѣ попадаются отростки въ 2—3 сент. длиною. Подъ микроскопомъ опухоль оказалась состоящей главнымъ образомъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, соединительной ткани немного, кровеносныхъ сосудовъ найти не удалось. Первые регулы пришли въ концѣ февраля, необильны, блѣдны. Авторъ видѣлъ больную въ концѣ 1889 года—она чувствуетъ себя прекрасно.

Рутковскій.

40. Я. Е. Выгодскій. Къ казуистикѣ лѣченія фиброміомъ матки по способу Apostoli. (Проток. засѣд. II. Виленскаго Мед. Общ. 1891 г. № 1).

Указавъ на то, что методъ Apostoli является далеко еще не законченнымъ ни съ теоретической, ни съ технической стороны, и что результаты лѣченія имъ неодинаковы не только въ разныхъ случаяхъ, но и у однихъ и тѣхъ же наблюдателей въ однородныхъ случаяхъ,—авторъ считаетъ необходимымъ дальнѣйшую разработку и усовершенствованіе этого эмпирическаго метода. Приведенные въ статьѣ два случая касаются элиминаціоннаго дѣйствія постоянного тока на заключенныя въ маткѣ подслизистыя міомы. 1. Больная 50 лѣтъ, 10 лѣтъ страдаетъ атиническими кровотечениями изъ матки. 7 разъ родила, послѣднато 14 лѣтъ назадъ. Довольно малокровна, истощена. Матка какъ въ 4 мѣсяца беременности, подвижна, нормальной конспстенціи, въ легкой антифлексіи. Зондъ (на 12 снтм. проникаетъ) ощущаетъ въ полости матки какую-то опухоль. Лѣченіе по методу Apostoli: глиняный катодъ на животъ, прямой зондъ въ матку.

50 МА., 6 минутъ. Втеченіе двухъ недѣль сила тока доведена до 220 МА. Перемѣнъ нѣтъ (даже усиленіе кровотока). Зондъ замѣненъ угольнымъ электродомъ (*hystérometre en charbon* № II); 120 МА, 10 мин. Во время перваго сеанса замѣчено движеніе влагалищной части (вслѣдствіе сокращеній матки) вверхъ и внизъ по дугѣ, выпуклостью обращенной влѣво. Дня черезъ два шейка сгладилась, въ устьѣ показалась опухоль. 2-й сеансъ съ угольнымъ электродомъ (№ 5), 140 МА, 10 мин.; опухоль почти цѣликомъ выдѣлилась изъ матки и удалена экразеромъ. 2. Больная 42 лѣтъ, много рожавшая, 5 лѣтъ больна меноррагіями, 3 года—атипическими кровотечениями; малокровна. На границѣ верхней и средней трети влагалища кольцообразная стриктура влагалища, пропускающая палецъ. Матка соответствуетъ 3-хъ-мѣсячной беременности. Полость 12 смтм. Электротерапія, какъ въ предыдущемъ случаѣ 20—170 МА, 5—10 минутъ. Черезъ недѣлю зондъ замѣненъ угольнымъ электродомъ. Послѣ перваго сеанса съ послѣднимъ—шейка сглажена, изъ устья выдается сегментъ опухоли. Послѣдняя затѣмъ удалена отчасти экразеромъ, отчасти вылуценіемъ.—Въ случаяхъ, подобныхъ описаннымъ, авторъ полагаетъ цѣлесообразнымъ на будущее время всегда, съ самаго начала, примѣнять угольный электродъ. Онъ думаетъ, что описанный способъ будетъ пригоденъ въ случаяхъ затяжнаго выкидыша и въ случаяхъ законнаго выкидыша, тѣмъ болѣе, что анодъ обладаетъ дезинфицирующими свойствами.

Н. Какушкинъ.

41. С. І. Анановъ. О способахъ лѣченія заматочной кровяной опухоли. (Научныя бесѣды врачей Закавказскаго повивальнаго института. Годъ шестой. Тифлисъ. 1891. стр. 105).

Въ краткомъ историческомъ очеркѣ авторъ касается ученія о кровяной заматочной опухоли, причемъ рассматриваетъ ея этиологію, исходы и лѣченіе. Рассмотрѣвъ всѣ предлагаемые способы лѣченія, авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

а) *Haematocoele* не слѣдуетъ оперировать:

1. При свѣжемъ кровоизліііи, когда есть надежда на всасываніе.
2. При несомнѣнности всасыванія крови.
3. Когда *haematocoele* при каждой менструаціи увеличивается.

б) Операція показана:

1. При отсутствіи наклонности къ всасыванію втеченіе многихъ недѣль.
2. При припадкахъ, указывающихъ на ихорозное разложеніе излившейся крови.

Н. Какушкинъ.

42. M. Popelin. Observation d'un cas de dégénérescence sarcomateuse des ovaires. (Bulletin de la société Belge de Gynéc. et d'obstétr. 1891 г. № 5). **Случай саркоматознаго перерожденія яичниковъ.**

Г-жа Г..., 1—рага, 40 л. Послѣдняя менструація, очень обильная и въ теченіи 15 дней, 6 мѣс. назадъ. Вскорѣ по прекращеніи регулъ замѣтила увеличеніе живота, которое постепенно достигло значительныхъ размѣровъ, при чемъ появились различные болѣзненные симптомы: ощущеніе тяжести

внизу живота, упорные запоры и сильная одышка. Исследование показало: животъ значительно увеличенъ въ объемѣ; при ощупываніи опредѣляется, съ правой стороны отъ матки, подвижная опухоль, съ лѣвой—менѣе подвижная. Внутреннее исследование: влагалищная часть неувеличена, обращена впередъ. Дугласово пространство выполнено неподвижною и плотною на ощупь опухолью. При двойномъ исследованіи дно матки нельзя опредѣлить. Лапаротомія 27 іюля 1891 г. Оперировалъ д-ръ *Jacobs*. По вскрытіи брюшины найдено: значительно увеличенные въ объемѣ яичники; слѣва сращенія съ соседними органами. Удаленіе сначала праваго яичника, потомъ лѣваго, при чемъ было обильное кровотеченіе при отдѣленіи сращеній. Тампонація іодоформированною марлею. Швы. Послѣоперационный періодъ безъ осложнений. Удаленіе іодоформир. марли на 4-й день. Швы сняты на 7-й день. Черезъ двѣ недѣли пациентка выписалась изъ больницы. Исследование удаленныхъ опухолей показало саркоматозное перерожденіе. Вѣсъ=3 kilog. 700 gr.

А. Лапина.

43. **Arendt Ueber den Werth der gynäkologischen Massage.** (Berliner Klin. Wochenschrift. 18 91. №27, 28). О значеніи гинекологическаго массажа.

Число противниковъ гинекологическаго массажа довольно велико, несмотря на то, что послѣдній во многихъ случаяхъ даетъ блестящіе результаты. Обстоятельство это, по мнѣнію автора, нисколько не вредитъ дѣлу, такъ какъ заставляетъ пользоваться массажемъ осмотрительно, на основаніи твердо установленныхъ показаній. Противники массажа указываютъ, между прочимъ, на слѣдующіе его недостатки: во-первыхъ, массажъ, якобы, вызываетъ возбужденіе половой сферы; но этого, по автору, никогда не наблюдается, если придерживаться правилъ, установленныхъ *Thure Brandt*омъ—массировать не пальцемъ, введеннымъ во влагалище (послѣдній долженъ лежать неподвижно и только фиксировать), а рукою, помѣщающеюся на брюшныхъ покровахъ. Второй упрекъ заключается въ томъ, что массажъ, какъ методъ, не обоснованъ научно, содержитъ въ себѣ много невѣрнаго и противорѣчитъ здравому смыслу. Противъ этого авторъ приводитъ мнѣнія авторитетовъ: *Schröder'a*, *Hegar'a* и другихъ, которые смотрятъ на массажъ, какъ на могущественный терапевтическій агентъ, вліяющій на мѣстное кровообращеніе и движеніе лимфы—фактъ, экспериментально доказанный *Mosengeil'em*. Что не всѣ наблюдатели могли убѣдиться въ цѣлительныхъ свойствахъ массажа, авторъ объясняетъ тѣмъ, что они либо дѣлали техническія ошибки, не соблюдая должныхъ предосторожностей, либо неправильно ставили діагнозъ и показанія, не будучи достаточно знакомы съ лѣчебными свойствами массажа; поэтому желательно, чтобы всякій, примѣняющій этотъ методъ лѣченія, ознакомился съ нимъ не только теоретически, такъ какъ многія манипуляціи можно успѣшно усвоить только видя ихъ на дѣлѣ. Благодаря прекрасной technikѣ, *Thure Brandt* былъ въ состояніи излѣчивать эндометриты не инфекціоннаго происхожденія и эррозію однимъ массажемъ, не примѣняя другихъ какихъ либо средствъ, что авторъ

объясняетъ слѣдующимъ образомъ: спутникомъ эрозій является гиперемія; рациональный массажъ (легкій) устраняетъ гиперемію; вмѣстѣ съ тѣмъ пропадаетъ отечность и припухлость ткани; а разъ устранены воспалительныя явленія, прекращается отдѣленіе разѣдающаго секрета, то дана возможность заживленія эрозій—возстановленія плоскаго эпителія.—Далѣе указываютъ на то, что массажъ сопряженъ съ опасностью; но онъ становится безопаснымъ при соблюденіи слѣдующихъ правилъ: 1) точная постановка діагноза и показаній; 2) строгое разграниченіе между легкимъ и сильнымъ массажемъ; 3) постоянный контроль т°; всѣ обостренія противопоказуютъ массажъ, равно какъ 4) всѣ гнойныя воспаленія и ихъ остатки; 5) не должно пользоваться никакими инструментами, предназначенными для введенія во влагалище, съ цѣлью замѣны пальца; 6) онанистки, психически больныя и дискретическія (туберкулезныя, карциномагозныя и проч.) не подлежатъ лѣченію массажемъ. Соблюденіе перечисленныхъ предосторожностей дѣлаетъ массажъ вполне безопаснымъ.

Авторъ въ началѣ пользовался массажемъ исключительно совмѣстно съ лѣчебной гимнастикой, но такъ какъ при такомъ образѣ дѣйствія требуется много времени для излѣченія, то онъ сталъ комбинировать массажъ съ резорбирующими средствами, какъ іодоформъ, іодоль, ихтіоль, іодная настойка, ванны и полуванны, препараты желѣза и проч. и этимъ путемъ достигаетъ скорого и вѣрнаго излѣченія. Авторъ пользуется массажемъ въ слѣдующихъ случаяхъ: 1) при хроническихъ пара-периметритахъ; 2) при хроническомъ метритѣ и эндометритѣ. Здѣсь помощью легкаго массажа вызываются сокращенія матки, благотворно вліяющія на процессъ, измѣняя форму, величину и консистенцію матки, улучшая ея кровообращеніе, resp. питаніе ея стѣнокъ, чѣмъ и достигается излѣченіе. Равнымъ образомъ сокращенія матки дѣйствуютъ благотворно при 3) недостаточномъ обратномъ развитіи матки; 4) гипереміи матки и 5) маточныхъ кровотеченіяхъ. Въ послѣднемъ случаѣ авторъ особенно рекомендуетъ массажъ, какъ средство, которымъ всегда и вездѣ можно воспользоваться, средство не требующее никакихъ приготовленій и обстановки, тогда какъ нерѣдко нѣтъ подъ руками общеупотребительныхъ кровоостанавливающихъ средствъ (горячей воды, тампоновъ, эрготина и пр.), а между тѣмъ кровотеченіе можетъ внушать опасеніе. Въ этомъ смыслѣ массажъ долженъ примѣняться при кровотеченіяхъ атоническихъ, отнюдь не при міомахъ, полипахъ и проч; 6) проляпсѣ. Здѣсь, по автору, упражненіе аддукторовъ бедра дѣйствуетъ укрѣпляющимъ образомъ на мускулатуру тазоваго дна; поколачиваніе крестцовой области—освѣжающимъ образомъ на нервы малаго таза; приемы приподыманія матки (*Lyftung des Uterus*), сопровождаясь напряженіемъ всего ея связочнаго аппарата, вызываютъ въ немъ реакцію и повышаютъ тонусъ его мышечныхъ и соединительнотканыхъ элементовъ; съ другой стороны уничтожаетъ всѣ ненормальныя фиксаціи органа. Массажъ показанъ въ свѣжихъ случаяхъ проляпса; въ застарѣлыхъ случаяхъ, когда имѣется упадокъ общаго питанія, матка атрофична, мускулатура тазоваго дна крайне вялая, стѣнки влагалища истончены и растянуты продолжительнымъ ношеніемъ

пессаріевъ, — массажъ не даетъ никакого улучшенія. Авторъ придерживается слѣдующаго правила: если послѣ десяти сеансовъ массажа не наступаетъ осязательнаго улучшенія самочувствія, не исчезаютъ жалобы, а объективно не достигнуто персистирующей антеверсии матки, — то массажъ долженъ быть оставленъ и случай подлежитъ оперативному лѣченію. Изъ общепринятыхъ противопоказаній авторъ прибавляетъ: толстыя брюшныя стѣнки, беременность, чрезмѣрная половая возбудимость, опухоли и хроническій перитонитъ. 7) Ретрофлексія. Авторъ лѣчилъ 16 случаевъ фиксированной ретрофлексіи и только въ двухъ не получилъ успѣха; въ большинствѣ случаевъ для уничтоженія сращеній потребовалось отъ 8—14 сеансовъ. Способъ *Schultze* насильственнаго разрушенія сращеній не можетъ конкурировать съ массажемъ въ виду сопряженныхъ съ нимъ опасностей; да притомъ позволительно примѣнять этотъ способъ при изолированной фиксациіи матки; при одновременномъ же страданіи трубъ онъ абсолютно противопоказанъ; нѣкоторые случаи не поддаются ни массажу, ни способу *Schultze*; здѣсь показано чревостѣченіе; наконецъ авторъ заявляетъ, что излѣченія ретрофлексіи pessariis никогда не бываетъ.

Что касается болѣзней трубъ, то авторъ считаетъ противопоказаннымъ примѣненіе массажа; только въ случаяхъ доказаннаго гонорройнаго происхожденія этихъ заболѣваній могутъ быть сдѣланы нѣкоторыя попытки; въ трехъ случаяхъ (1 hydro - и 2 pyosalpinx), пытаясь массажемъ способствовать опорожненію содержимаго трубъ черезъ маточныя ихъ отверстія наружу, не достигъ желаемаго результата, хотя наблюдалъ симптоматическое улучшеніе.

Ф. Краснопольскій.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА.

VIII-ой

годъ изданія

VIII-ой

ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ

„ХИРУРГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“,

будетъ выходить въ будущемъ 1892 г.,

въ размѣрѣ не менѣе 6 листовъ въ мѣсяцъ.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА:

- I. Оригинальныя статьи по всеѣмъ вопросамъ хирургіи (включая вопросы и по родственнымъ хирургіи специальностямъ).
- II. Корреспонденціи и отчеты о засѣданіяхъ медицинск. обществъ по вопросамъ хирургіи.
- III. Критика и Библиографія.
- IV. Рефераты и мелкія извѣстія.
- V. Объявленія.

Вслѣдствіе скопленія матеріала и быстрого роста хирургіи въ смыслѣ все большаго и большаго захвата ею поля дѣятельности у родственныхъ ей специальностей редакция, въ интересахъ дѣла, нашла необходимымъ увеличить объемъ «Хирургическаго Вѣстника» (до 72 печат. листовъ въ годъ), расширивъ отдѣлъ критики и библиографіи, а также и отдѣлъ рефератовъ, включая сюда и вопросы по близкимъ къ хирургіи отдѣламъ практической медицины.

Согласно желанію нѣкоторыхъ подписчиковъ, журналъ нашъ съ 1892 года не будетъ болѣе выходить соединенными книжками за 2—3 мѣсяца, но—*ежемесячно*, въ опредѣленные сроки.

Статьи просятъ адресовать на имя редактора, *Николая Александровича Вельяминова* (С.-Петербургъ, Николаевская, 77).

Гонораръ за оригинальныя статьи по соглашенію съ редакціей; за рефераты—по 30 руб. съ печатнаго листа.

Подписка принимается въ конторѣ редакціи (С.-Петербургъ, Николаевская 77), ежедневно отъ 1 до 2 час. и во всеѣхъ большихъ книжныхъ магазинахъ. (Гг. иногородныхъ подписчиковъ просятъ обращаться исключительно въ контору редакціи).

Плата за объявленія по соглашенію.

**Цѣна съ перес. на годъ 7 руб. на полгода
3 руб. 50 коп.**

Редакторъ-Издатель **И. А. Вельяминовъ.**