

ЖУРНАЛЬ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ШЕСТОЙ.

МАЙ 1892, № 5.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

Х.

СОСОЧКОВО-ЖЕЛЕЗИСТЫЯ ОПУХОЛИ ПОЛОСТИ МАТКИ И ИХЪ СОВРЕМЕННОЕ ЛѢЧЕНІЕ.

Д. М. Кирѣева.

Достигающія большой величины сосочково-железистыя опухоли полости матки — *adeno-papillomata*, также какъ и чисто-железистыя *adenomata* представляются довольно рѣдко нашему наблюденію, въ отличіе отъ воспалительныхъ утолщеній слизистой оболочки полости матки, встрѣчаемыхъ сплошь и рядомъ при заболѣваніяхъ женской половой сферы.

Не касаясь, въ настоящее время, различныхъ формъ хроническихъ эндометритовъ, раздѣляемыхъ, согласно ихъ анатомическому строенію, виду и преобладанію той или иной изъ тканей, входящихъ въ составъ нормальной слизистой оболочки, на *Endometritis glandularis, interstitialis, villosa, polyposa, fungosa*, и т. д.; прекрасно разработанныхъ трудами *Славянскаго Olshausen'a, Brenke, Löhlein'a, Wyder'a Cornil'a, Th. Landau и Abel'a* и многихъ другихъ, приводитъ имена которыхъ не входитъ въ задачу настоящаго изложенія; не касаясь также и описанія слизистыхъ полиповъ полости матки, какъ извѣстно, не достигающихъ значительной величины, железистое строеніе которыхъ описано еще *Müller'омъ* в 1854 году, я останавливаюсь въ настоящее

время на большихъ разлитыхъ опухоляхъ полости матки, железистаго или сосочко-железистаго строенія, измѣняющихъ органъ, въ которомъ онѣ развиваются, т. е. матку, до размѣровъ въ нѣсколько разъ превышающихъ ея нормальную величину и представляющихъ собою какъ клинически, такъ и анатомически характерную форму болѣзни, стоящую совершенно обособленно въ ряду другихъ опухолей того-же органа.

Хотя уже въ 50-хъ годахъ имѣются описанія какъ анатомической, такъ и клинической стороны железистыхъ новообразованій полости матки, но только съ 1870-хъ годовъ появляются болѣе обстоятельныя патолого-анатомическія наблюденія и соответствующіе терапевтическіе приемы; заслуживая полнаго, вниманія они, вслѣдствіе незначительности своего числа и нѣкотораго разногласія авторовъ, не могутъ считаться окончательно исчерпывающими вопросъ. Если къ этому прибавить, что французская школа въ большинствѣ своихъ представителей и вовсе не признаетъ таковыхъ опухолей за самостоятельную форму, относя ихъ или къ воспалительнымъ измѣненіямъ слизистой оболочки, т. е. къ эндометритамъ, или къ злокачественнымъ новообразованіямъ, въ формѣ-ли эпителиомы или саркомы полости матки (*Rozzi*), и если, съ другой стороны, даже въ средѣ русскихъ и нѣмецкихъ гинекологовъ, наиболѣе разработавшихъ данный вопросъ, существуетъ разногласіе относительно предсказанія, теченія и лѣченія даннаго новообразованія, причемъ одни (*Славянский, Schröder, Winckel*), считаютъ его вполне доброкачественнымъ, могущимъ только въ дальнѣйшемъ своемъ ростѣ злокачественно перерождаться, другіе-же, какъ напримѣръ *Martin* и *K. Ruge*, приписываютъ его съ самаго начала появленія къ злокачественнымъ, предлагая и соответствующія мѣропріятія для устраненія болѣзни, то еще очевиднѣе станетъ указанное мною разногласіе.

Въ виду этого я въ настоящемъ изложеніи постараюсь на основаніи литературныхъ данныхъ и личнаго наблюденія прослѣдить патолого-анатомическую картину, теченіе и лѣченіе даннаго заболѣванія и на основаніи этого постараюсь обособить разновидности железисто-сосочковой опухоли полости матки.

Описанія патолого-анатомическаго строенія данныхъ

опухолей принадлежать *Virchow*'у, *Славянскому*, *Gusserow*'у, *Veit*'у, *Масловскому*, *A. Schultze*, *Breisky*’ому, *Winkel*’ю *Schatz*'у и *Löhlein*'у.

Я привожу литературу, начиная съ 1870-хъ годовъ, такъ какъ до того времени, подъ названіемъ полиповъ матки, приводился цѣлый рядъ опухолей, совершенно различныхъ по своему анатомическому строенію, ничего общаго не представляющихъ ни относительно этиологіи, теченія, предсказанія и даже лѣченія.

Всѣ вышеупомянутые мною авторы, за исключеніемъ *Schatz*'а описываютъ помѣщающіяся въ увеличенной полости матки опухоли, величиною отъ куриного яйца до небольшого кулака; иногда опухоли разбѣяны въ формѣ полиповъ, отдѣляющихся другъ отъ друга бороздами, причемъ болѣе объемистые, сидя на широкомъ основаніи, опускаются къ внутреннему зѣву и иногда въ каналъ шейки, представляя рыхлую, ломкую сосочковую ткань съ небольшими кистамм, наполненными густою слизью. Строеніе опухолей железистое. Железы не только гипертрофированы, растянуты, но замѣчается отшнуровываніе ихъ и новообразование новыхъ железистыхъ трубокъ, которыми въ различныхъ направленіяхъ пронизано все новообразование. Выстланныя цилиндрическимъ, иногда мерцательнымъ эпителиемъ, железы повсюду сохраняютъ свое нормальное, типическое строеніе — эпителий ихъ выстилающій вездѣ цилиндрическій, иногда мерцательный, однослойный; просвѣтъ железъ вездѣ ясно выраженъ — онѣ полы; въ нѣкоторыхъ эпителиальныхъ клѣткахъ группируются въ кучки (*Масловскій Löhlein*); часто отъ сліянія нѣсколькихъ железъ получаютъ тонкостѣнные кистовидныя полости, выстланныя также однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Межуточная соединительная ткань или слабо развита, или нормальна или даже увеличена, часто инфильтрирована молодыми круглыми элементами, иногда съ значительнымъ развитіемъ сосудовъ и экстравазатами.

Отдѣльно стоитъ описаніе *Schatz*'а, какъ по величинѣ описываемой опухоли, такъ и по участию въ образованіи ея мускулатуры матки; поэтому я позволяю себѣ болѣе подробно на немъ остановиться.

Больная поступила въ клинику автора, вслѣдствіе повторныхъ, сильныхъ кровотеченій; при изслѣдованіи найдено, что весь каналъ шейки, также какъ

и вся полость матки, выполнены полипами отъ горошины до куриного яйца величиною и плотными миоматозными буграми; тѣло матки около двухъ кулаковъ величиною, выстоитъ на 8 сант. надъ симфизомъ, мало подвижно.

Такъ какъ выскабливаніе, по мнѣнію автора, не привело-бы къ цѣли, вслѣдствіе плотнаго соединенія и вросанія кистъ въ стѣнку матки, была произведена влагалищная экстирпація органа. Операция продолжалась четыре часа, сопровождалась громадною потерей крови и чрезвычайными техническими трудностями.—Больная лихорадила 16 дней, но оправилась.

Полученный препаратъ имѣлъ слѣдующіе размѣры: длина полости 16 сант.; ширина дна $8\frac{1}{2}$ сант.; толщина стѣнки $2—2\frac{1}{2}$ сант. На внутренней поверхности матки замѣчается рядъ полиповъ, величина которыхъ варьируетъ отъ горошины до куриного яйца, при разрѣзѣ ткань полиповъ представляется частью плотною, мышечною съ расширенными сосудами, частью кавернозною съ большими полостями. Стѣнка матки непосредственно переходитъ въ полипы, оканчивающіеся кистами.

Разрѣзы стѣнки матки представляютъ бѣлый и однородный наружный мышечный слой въ $2—3$ мм. толщины; остальная часть стѣнки состоитъ изъ маленькихъ миомъ отъ горошины до лѣснаго орѣха величиною и изъ мышечныхъ цуговъ, составляющихъ петли, которыя непосредственно переходятъ въ полипы на внутренней своей поверхности.

При микроскопическомъ изслѣдованіи, произведенномъ профессоромъ *Thurfelder* ою опухоль представляется очень сосудистой и состоящей изъ цуговъ, вытянутыхъ веретенообразныхъ клѣтокъ, переплетающихся между собою и безъ рѣзкой границы переходящихъ въ мускулатуру матки; между цугами веретенообразныхъ клѣтокъ проходятъ въ большомъ количествѣ вѣтвящіяся трубки железъ, высланныхъ высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ; многія имѣютъ ясный просвѣтъ. Плотныхъ участковъ или кучекъ клѣтокъ, которые указывали-бы на железистоклѣточный ракъ не замѣчается. Нѣкоторые изъ отростковъ железъ кистовидно расширены и тогда высланы по преимуществу болѣе плоскимъ кубическимъ эпителиемъ.

Въ случаѣ *Löhlein*'а при микроскопическомъ изслѣдованіи влагалищно-экстирпированной, значительно увеличенной матки найдено, что железистая ткань помимо разращенія по поверхности слизистой оболочки, значительно вѣдряется и въ самую мускулатуру, образуя въ ней кистовидныя полости; при этомъ просвѣтъ железъ закупоренъ кучками эпителиальныхъ элементовъ, что заставляетъ автора предположить въ данномъ случаѣ злокачественное перерожденіе въ начальной своей степени.

Относительно этиологіи данного заболѣванія большинство авторовъ признаютъ хроническіе эндометриты, чаще развивающіеся на почвѣ гонорройнаго зараженія, за начальное проявленіе болѣзни.

Schatz придаетъ особенное значеніе поражению глубокаго отдѣла железъ, заложеннаго въ мышечной ткани матки.

Разростаніе железъ влечетъ за собою не только простую эксцентрическую гипертрофію, но и измѣненіе тончайшаго строенія и расположенія мышечныхъ пучковъ, которые, окружая расширенныя полости железъ, входятъ въ основу полиповъ въ формѣ различно расположенныхъ петель.

Припадки, вызываемые аденомами, выражаются главнымъ образомъ атипическими кровотечениями и въ зависимости отъ нихъ малокровіемъ, болями въ формѣ схватокъ и, въ промежуткахъ между кровотечениями, обильными выдѣленіями въ формѣ слизистыхъ или слизистогнойныхъ бѣлей.

Дифференціальный діагнозъ ставится осязаніемъ, опредѣляющимъ въ полости матки сосочковые полипы различной величины, сидящіе на широкомъ основаніи, микроскопическая картина которыхъ представляетъ железистую ткань вполне доброкачественнаго характера; чѣмъ больше опухоль, тѣмъ осторожнѣе ставится предсказаніе въ виду частаго перехода новообразованія въ злокачественное, въ особенности въ пожиломъ возрастѣ (*Славянский, Winkel*). Частые возвраты при разлитыхъ плоскихъ или полипозныхъ аденомахъ, обильныя потери соковъ, вызываемыя ими, заставляютъ предполагать близость злокачественнаго пораженія, въ которое они несомнѣнно переходятъ, ставя эти новообразованія на границѣ между доброкачественными и злокачественными (*K Ruge*). При лѣченіи примѣняется повторное выскабливаніе и прижиганіе, вырѣзываніе и отжиганіе опухолей, послѣ предварительнаго кроваваго или безкровнаго расширенія канала шейки; если въ наступившихъ рецидивахъ замѣчается злокачественный характеръ, производится или надвлагалищная ампутація тѣла или влагалищная экстирпація всего пораженнаго органа. Таковою является картина даннаго заболѣванія по имѣющимся литературнымъ даннымъ.

Представившіяся моему наблюденію опухоли, имѣя железисто-сосочковое или чисто железистое строеніе, не совсѣмъ подходятъ подъ большинство наблюдавшихся и описанныхъ другими авторами опухолей того же типа,

представляя нѣкоторыя особенности какъ анатомическаго строенія, такъ въ первомъ случаѣ и примѣннаго метода лѣченія.

СЛУЧАЙ 1-й.

22-го августа 1890 года въ Мариинскую больницу для бѣдныхъ принята больная Ф. К. 37 лѣтъ, по профессіи кухарка, начавшая менструировать на 14 году, черезъ 3 недѣли по 6 дней; никогда не рожавшая; съ жалобами на схваткообразныя боли въ животѣ и кровотеченіе, продолжающееся непрерывно послѣдніе 1½ мѣсяца. Кровотеченіе началось у нея 4 года тому назадъ, когда она въ первый разъ лежала въ больницѣ; въ декабрѣ прошлаго года, вслѣдствіе той-же причины, т. е. кровотеченія, она снова должна была помѣститься въ больницу. Тамъ ей ручными приемами удалили изъ шейки матки сгустки крови и кусочки новообразованія, которое выполняло полость увеличенной матки. Больная пролежала въ больницѣ 50 дней, при чемъ кровотеченіе частью продолжалось, но уже въ меньшей степени. Микроскопическое изслѣдованіе выдѣленныхъ кусковъ ткани дало картину аденомы, съ которою больная и выписалась изъ больницы. Все время до поступленія въ нашу больницу больная умѣренно кровоточила, иногда отходили со сгустками кусочки ткани; послѣднія 6 недѣль кровопотери усилились и довели больную до крайней слабости. При изслѣдованіи больная оказалась крупнаго тѣлосложенія, но крайне малокровною. Въ полости живота, надъ симфизомъ опредѣляется плотная, въ величину головы 10-ти лѣтнаго ребенка, опухоль, съ гладкою поверхностью. Отъ боковыхъ отдѣловъ опухоли отходятъ круглыя связки, поперечникъ ея 15 сант., высота надъ симфизомъ, при пустомъ пузырьѣ, 9 сант.; при двойномъ изслѣдованіи—влагалище узкое и длинное, влагалищная часть матки укорочена, каналъ шейки пропускаетъ палецъ, которымъ опредѣляются какъ въ шейкѣ, такъ и въ полости матки весьма кровоточивыя сосочковыя разраженія, тѣсно соединенныя съ мускулатурою матки. Опухоль, опредѣляемая надъ симфизомъ, несомнѣнно принадлежитъ тѣлу матки. Въ лѣвомъ боковомъ сводѣ, въ широкой связкѣ помѣщается эластическое тѣло въ яйцо величинной, близко прилегающее къ краю увеличенной матки (перерожденный яичникъ). Длина полости матки 16 сант.; температура нормальная, пульсъ 100, слабый. Изъ влагалища выдѣляется обильно кровь. Диагнозъ *adeno-papilloma uteri*.

Послѣ перваго изслѣдованія, при соблюденіи дезинфекціи, каналъ шейки и полость влагалища затампонированы іодоформенной марлей. На слѣдующій день, при болѣзненныхъ сокращеніяхъ матки, вновь появилось къ вечеру обильное кровотеченіе; при изслѣдованіи оказалось, что тампонъ выпалъ, а изъ открывшейся на 1½ пальца шейки матки выстоптъ круглое, мягкое тѣло, въ величину яблока, которое и удалено ручными приемами, а шейка и влагалище вновь затампонированы. Удаленная опухоль оказалась кровавымъ сгусткомъ, въ центрѣ котораго можно было различить невооруженнымъ

глазомъ тканевые кусочки. Слѣдующій день, въ виду продолжающагося кровото-
ченія пришлось смѣнить тампонъ. Затѣмъ два дня прошли безъ значи-
тельной кровопотери; тампонъ былъ смѣненъ, при чемъ все оставалось по
прежнему, т. е. шейка пропускала палецъ, который опредѣлялъ въ полости
матки сосочковую опухоль, тѣсно соединенную со стѣнкою матки. Большою
острою ложкою съ трудомъ удалено нѣсколько участковъ больной ткани,
но тутъ-же оказалось, что удалить всего при помощи ложки нѣтъ никакой
возможности, вслѣдствіе того, что ткань новообразованія непосредственно
по всей внутренней поверхности полости, переходя въ ткань матки, очень
плотно соединена съ ней. Появившееся на слѣдующій день снова весьма
обильное кровотеченіе потребовало немедленной радикальной, оперативной
помощи; ничего не оставалось больше, какъ удалить весь пораженный
органъ.

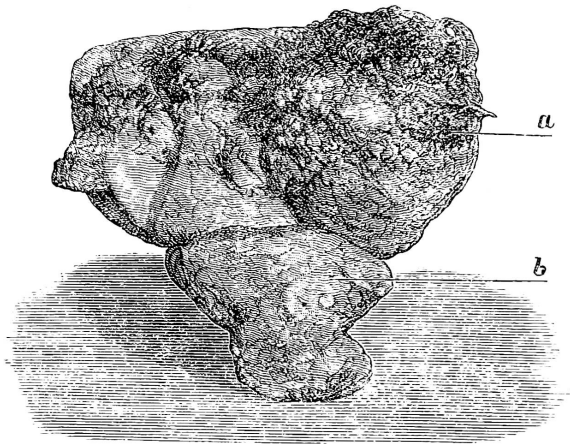
Но удалить его черезъ влагалище цѣликомъ не было
возможности, т. к. опухоль своими размѣрами превышала
размѣры таза. Воспользоваться способомъ *Péan's*, кото-
рый онъ называетъ *morcellement* и примѣняетъ при удале-
ніи влагалищнымъ путемъ большихъ фиброміомъ по ча-
стямъ, было нельзя, такъ какъ анатомическое строеніе
опухоли кровотоочивой, переходящей непосредственно безъ
рѣзкихъ границъ въ стѣнку матки, указывало на невоз-
можность удаленія таковой и угрожало такимъ кровоте-
ченіемъ, остановить которое не было-бы средствъ; поэтому
влагалищный путь надо было оставить и обратиться къ
брюшному. Но и на этомъ пути встрѣчались препятствія,
а именно: шейка матки была укорочена, а новообразова-
ніе, занимая всю полость матки, доходило до внутрен-
няго зѣва и отчасти спускалось и въ шейку. Поэтому
оперировать обыкновеннымъ методомъ надвлагалищной
ампутаціи было нельзя, такъ какъ во первыхъ нельзя
было положить достаточно низко жгутъ на укороченную
шейку, а оперировать безъ жгута, при крайней анеміи
больной, нечего было и думать, а во вторыхъ, если-бы
даже и удалось наложить жгутъ очень низко, все-же ново-
образование осталось-бы въ шейкѣ у внутренняго ея от-
верстія, а слѣдовательно въ культѣ пришлось бы зашить
часть опухоли и операція не достигла бы своей цѣли.
По этому надо было примѣнить въ данномъ случаѣ вы-
рѣзаніе всей пораженной матки. Способъ собственно брюш-
ного удаленія всей пораженной новообразованіемъ матки
описанъ въ 1878 году страсбургскимъ профессоромъ

*Freund*омъ; онъ первый предложилъ при раковомъ поражении шейки, удалять матку изсѣченіемъ, путемъ лапаротоміи. Громадныя техническія трудности и 70% смертности при этомъ способѣ, мало удовлетворили операторовъ; *Bardenheuer* видоизмѣнилъ этотъ способъ въ томъ смыслѣ, что прежде лапаротоміи онъ черезъ влагалище отдѣлялъ по возможности выше своды и параметріи и затѣмъ уже приступалъ къ лапаротоміи и окончательному изсѣченію ставшей болѣе подвижной матки. Не смотря на улучшение техники этого метода, примѣнявшагося исключительно при ракъ матки, % смертности все же былъ такъ высокъ, что методъ былъ почти оставленъ; тѣмъ болѣе, что въ это-же время трудами *Czerny*, *Billroth*'а, *Schröder*'а, *Martin*'а и другихъ, былъ разработанъ влагалищный методъ удаленія матки, давшій въ послѣоперационномъ теченіи значительно меньшій процентъ смертности. Тѣмъ не менѣе въ литературѣ появлялись отъ времени до времени единичные случаи примѣненія способа *Freund-Bardenheuer*'а, напр. случаи *Bichoff*'а, *Fritsch*'а, *А. И. Лебедева*. Поводомъ къ примѣненію такого оперативнаго вмѣшательства названнымъ авторамъ послужили одновременное заболѣваніе шейки матки ракомъ, а тѣла большой фиброміомой и въ одномъ случаѣ беременностью, дѣлавшей невозможнымъ влагалищное удаленіе матки. Дальнѣйшее усовершенствованіе метода вырѣзыванія матки брюшнымъ способомъ, но уже не при злокачественныхъ новообразованіяхъ, а при фиброміомахъ матки, т. е. при новообразованіяхъ вполне доброкачественныхъ, описалъ *Martin*, а именно: онъ предлагаетъ по вскрытіи полости живота накладывать жгутъ на шейку матки, ампутировать опухоль выше жгута, а затѣмъ изсѣкать и оставшуюся культю т. е. всю шейку матки черезъ полость живота при уступчивости сводовъ, или черезъ влагалище при плотности и неподатливости сводовъ и параметрій. Предлагая свой способъ оперированія, онъ мотивируетъ его тѣмъ, что вырѣзываніе всей матки устраняетъ послѣдовательныя кровотечения изъ культи; удаляя вмѣстѣ съ маткой и ея шейку, мы избѣгаемъ септического зараженія, идущаго изъ омертвѣвающей культи и изъ канала шейки, въ которомъ часто находятся колоніи бактерій и наконецъ устраняется участокъ маточной ткани, т. е. шейки, изъ кото-

рой вновь могут развиваться фибромиомы. *Martin*, приводит въ своей работѣ 30 случаевъ фибромиомъ, оперированныхъ имъ названнымъ способомъ, съ 8 смертельными исходами. Наконецъ на послѣднемъ X берлинскомъ международномъ съѣздѣ врачей, въ числѣ обсуждавшихся вопросовъ, былъ поставленъ на очередь и вопросъ о полномъ вырѣзываніи матки. Что касается до небольшой величины злокачественныхъ новообразованій матки, то всѣ авторитеты, за исключеніемъ *Hofmeister'a*, единогласно высказались за возможно раннее вырѣзываніе всей матки влагалищнымъ путемъ, не ограничиваясь частичной ампутаціей шейки. При доброкачественныхъ-же заболѣваніяхъ именно: большихъ фибромиомахъ матки такой почтенный гинекологъ, какъ профессоръ *Fritsch*, обсуждая современные методы миомотоміи, пришелъ къ тому выводу, что всѣ методы еще недостаточно выработаны, почему и даютъ еще большую смертность, и что единственно, что имѣетъ будущность въ technikѣ этой операціи, это полное вырѣзываніе матки брюшно-влагалищнымъ путемъ. «Какъ мы при ракъ матки, говоритъ *Fritsch*, постепенно перешли къ полному вырѣзыванію матки, точно также будетъ и съ миомами, а именно: полное вырѣзываніе матки скоро вытѣснить и энуклеацію и надвлагалищную ампутацію, словомъ всѣ старые способы».

Имѣя въ виду все вышеприведенное мною и произведено было 28 августа 1890 года брюшно-влагалищное вырѣзываніе перерожденной въ аденома *papillomatodes* матки. Послѣ дезинфекціи какъ покрововъ живота, такъ и влагалища, сдѣланъ разрѣзъ отъ пупка до симфиза при приподнятѣ таза по бѣлой линіи, проникающей въ полость живота. Петли кишекъ отодвинуты вверхъ и удержаны введенною губкою. Увеличенная матка была по возможности подтянута въ рану, всю ее вывести не удалось, вслѣдствіе неуступчивости связочнаго аппарата и сводовъ и на лѣвую широкую связку наложены и затянуты послѣдовательно 4 лигатуры (цѣпочныхъ). Лѣвый яичникъ при этомъ найденъ кистовидно перерожденнымъ, въ величину куриного яйца; одна изъ лигатуръ, захватывая участокъ широкой связки, подведена подъ яичникъ, затянута, и яичникъ срѣзанъ. Затѣмъ приступлено къ наложенію лигатуръ на правую широкую связку,—наложено ихъ пять. Яичникъ перерожденный какъ и лѣвый, срѣзанъ послѣ того, какъ лигатуры затянуты. Затѣмъ широкія связки перерѣзаны и только тогда можно было матку вывести въ просвѣтъ раны. На шейку ея наложенъ эластическій жгутъ, затянутъ и тѣло матки срѣзано выше жгута,—лигатуры широкихъ связокъ коротко обрѣзаны, на культю наложенъ непрерывный шовъ съ цѣлью избѣг-

нута проникновенія чего-бы то ни было изъ шейки въ полость брюшины. Кровотеченіе было крайне незначительно; послѣ увѣренности, что ни откуда изъ перевязанныхъ мѣстъ кровь не выдѣлялась, брюшная рана зашита. Тотчасъ-же приступлено къ влагалитному удаленію оставшейся шейки. Влагалитъ открыто зеркалами, *portio vaginalis* захвачена щипцами и низведена; циркулярнымъ разрѣзомъ отдѣлены прикрѣпленія сводовъ, которыя отсепарованы спереди и сзади—вверхъ. Затѣмъ приступлено къ накладыванію лигатуръ *en masse* на *parametrii*. Послѣ достаточнаго отдѣленія сводовъ и параметріи вверхъ, вскрытъ задній Дугласъ и наложено еще нѣсколько лигатуръ на параметріи, задній и передній своды; послѣ чего оставшаяся шейка удалена. Большія затрудненія представилъ довольно толстый жгутъ, лежавшій на шейкѣ, при отдѣленіи передняго свода и мочевого пузыря, почему желательно накладывать по возможности тонкія эластическія трубки.



a—тѣло матки, удаленное чревосѣченіемъ; *b*—шейка матки, удаленная влагалитнымъ путемъ.

Послѣ туалета брюшины, рана присыпана іодоформомъ и затамповирована іодоформенной марлей. Кровопотеря во время этой части операціи была незначительна, но пульсъ у больной все время былъ крайне слабый, такъ что за все время операціи, продолжавшейся 1 часъ 50 мин. ей впрыснуто было 7 правцовскихъ шприцевъ *T-rae moschii*. Затѣмъ наложена брюшная повязка и больная перенесена въ согрѣтую постель. Послѣ операціи пульсъ 114 въ минуту, крайне слабый.

Въ дальнѣйшемъ послѣопераціонномъ теченіи первые пять дней была рвота, температура ниже нормальной, пульсъ между 120—132, крайне слабый, жажда. Первый день послѣ операціи въ виду крайней анеміи, рвоты и жажды, я думалъ сдѣлать вливаніе соляного раствора, но попробовалъ прежде небольшія клизмы съ теплой водой, коньякомъ и опіумомъ, которыя со втораго-же раза принесли значительное облегченіе больной, уменьшая жажду и поднимая дѣятельность сердца. Въ дальнѣйшемъ теченіи образовался не-

большой нарывъ, соотвѣтственно двумъ срединнымъ швамъ, въ зависимости отъ чего появилось незначительное лихорадочное состояніе вечеромъ на 8-ой день въ 38,2. Кромѣ этого маленькаго осложненія выздоровленіе шло гладко; брюшные швы спяты на девятый день, влагалищные на 14-й и 19-й день. Въ послѣдующемъ теченіи какъ влагалище, такъ и брюшная рана хорошо зарубцевались. Сонъ, аппетитъ, отправленія желудочно-кишечнаго канала правильны, питаніе и общее состояніе значительно улучшились ¹⁾.

Только что описанный способъ удаленія сперва тѣла матки черезъ лапаротомію, а затѣмъ шейки влагалищнымъ путемъ долженъ быть всегда примѣняемъ при одновременномъ существованіи злокачественнаго новообразованія шейки матки и увеличенія тѣла, превышающаго своими размѣрами размѣры таза. При немъ совершенно устраняется возможность загрязненія брюшины распадомъ новообразованія, чего далеко нельзя сказать про методъ, по которому оперировали упомянутые мною выше профессора *Fritsch*, *A. И. Лебедевъ* и *Vischoff*, *Феноменовъ* и др.

При изслѣдованіи спиртоваго препарата удаленной матки. размѣры ея слѣдующіе: длина полости 18 сант.; длина шейки $6\frac{1}{2}$ сант.; длина тѣла $11\frac{1}{2}$ сант.; ширина дна $13\frac{1}{2}$ сант.; толщина стѣнки тѣла матки различна отъ 2-хъ до 4-хъ сант.; толщина шейки 1 сант.; Значительное увеличеніе какъ мускулатуры стѣнки матки, такъ и ея полости стоитъ въ зависимости отъ помѣщающихся въ послѣдней полиповъ, сидящихъ широкимъ основаніемъ на внутренней стѣнкѣ матки. Величина полиповъ различна—отъ горошины и до куринаго яйца; поверхность большинства изъ нихъ гладкая, у нѣкоторыхъ въ формѣ сосочковъ, группы которыхъ достигаютъ до величины лѣсного орѣха. Консистенція полиповъ плотная. При разрѣзѣ полиповъ строеніе ихъ оказывается состоящимъ изъ кистовидныхъ полостей отъ просянаго зерна до лѣсного орѣха величиною, причемъ между полостями помѣщается, выходящая изъ внутренняго слоя мышечной стѣнки матки, древовидно развѣтвляющаяся межуточная, мышечная ткань. Другіе полипы болѣе компактнаго строенія, состоятъ также изъ полостей болѣе мелкихъ и болѣе солидной трабекулярной ткани. Стѣнки матки непосредственно переходятъ мѣстами

¹⁾ Немного позже меня, а именно 23 ноября 1890 г. д-ромъ *Вельяминовымъ* произведена подобная-же операція на больной съ большой фиброміомой тѣла и ракомъ шейки матки, также съ благопріятнымъ исходомъ.

въ полипы, причемъ между мышечной стѣнкой матки и основаніемъ полиповъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣчаются полости въ величину горошины. Представляя однородный мышечный слой отъ 1 до 4 сант. толщины, стѣнки матки, какъ уже упомянуто выше, на своей внутренней поверхности переходятъ въ формѣ трабекулъ въ полипы, составляя ихъ основу. Серозный покровъ вездѣ гладкій, блестящій. Мускулатура шейки также утолщена до 1 сант.; полипозныя разращенія, представляя тоже кистовидное, полостное строеніе, опускаются на 1 сант. ниже внутренняго зѣва, въ расширенный цервикальный каналъ; нижній-же отдѣлъ шейки представляется нормальнымъ. Всѣхъ полиповъ 14. Для микроскопическаго изслѣдованія препараты готовились слѣдующимъ образомъ: послѣ промывки спиртнаго препарата водою, онъ погружался на трое сутокъ въ квасцевый карминъ, затѣмъ двое сутокъ промывался водою и на трое сутокъ опять переносился въ абсолютный спиртъ. Затѣмъ на 1 сутки погружался въ гвоздичное масло при 30° С.; потомъ на 6 часовъ въ смѣсь скипидара съ гвоздичнымъ масломъ пополамъ при 40°; на 6 часовъ въ чистый французскій скипидаръ при 50°; на 6 часовъ въ смѣсь парафина съ французскимъ скипидаромъ пополамъ, затѣмъ переносился на 24 часа въ чистый парафинъ при 50°, послѣ чего препараты рѣзались микротомомъ, укладывались на стекло со спиртомъ и парафинъ растворялся скипидаромъ при 40—50°. Для окончательнаго растворенія парафина, препаратъ смывался 5—6 разъ ксилоломъ, а затѣмъ заключался въ смѣсь ксилола съ канадскимъ бальзамомъ 1—10. Разсматривая препараты простымъ глазомъ на большихъ топографическихъ разрѣзахъ можно видѣть, какъ мышечная ткань стѣнки матки переходитъ въ опухоль, состоящую изъ полостей различной величины, и вѣтвится между ними. При дальнѣйшемъ изслѣдованіи со слабымъ микроскопическимъ увеличеніемъ видно, что вся опухоль пронизана железами, сливающимися въ различной величины полости, которыя всѣ выстланы цилиндрическимъ эпителиемъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ на поверхности опухоли, замѣчаются сосочки, покрытые также эпителиемъ; соединяясь другъ съ другомъ, какъ-бы склеиваясь, сосочки также образуютъ закрытыя полости, выстланныя эпителиемъ.

При большемъ увеличеніи мы замѣчаемъ громадное количество трубчатыхъ железъ, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ съ ясными, расширенными просвѣтами; нѣкоторыя железы представляютъ собою развѣтвленія, бухты, переходятъ въ значительной величины полости, причемъ во всѣхъ сохраненъ просвѣтъ и всѣ онѣ выстланы однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Поверхность сосочковъ также выстлана цилиндрическимъ эпителиемъ въ одинъ слой.

Строма, непосредственно выходя изъ стѣнки матки, состоитъ главнымъ образомъ изъ мышечной ткани съ незначительной примѣсью соединительной; сосуды обильно развиты и расширены. Нигдѣ не найдены кучки или сплошныя эпителиальныя скопленія, на основаніи чего опухоль представляется мио-адено-папилломою.

СЛУЧАЙ II.

Больная В., 43-хъ лѣтъ, поступила въ больницу 24 февраля 1890 года вслѣдствіе атипическихъ кровотеченій, сукровичныхъ бѣлей и малокровія. Начала менструировать на 17 году, черезъ 3 нед. по 3 дня; 3 раза рожала, послѣдній разъ 15 лѣтъ тому назадъ. Матка въ anteversio, увеличена въ передне-заднемъ размѣрѣ, подвижна, мало-болѣзненна, средней плотности; своды свободны. При изслѣдованіи зондомъ онъ встрѣчаетъ въ полость шероховатости у дна, кровоточація при самомъ осторожномъ изслѣдованіи; длина полости матки 10 сантиметровъ.

6 марта 1890 года сдѣлано выскабливаніе слизистой оболочки полости матки, причемъ ложкою извлечены кусочки рыхлой, ломкой ткани; въ полости матки впрыснута T-ra jodi; гладкое, безлихорадочное послѣоперационное теченіе. Черезъ 8 дней послѣ операции еще одно впрыскиваніе T-rae jodi, послѣ котораго кровянистыя выдѣленія прекратились, и больная 27 марта выписалась.

Микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ кусочковъ показало что они состоятъ изъ слабо-развитой соединительно-тканной основы съ заложенными въ ней трубчатыми железами. Железы представляются увеличенными какъ въ объемѣ, такъ и въ числѣ; расположены неправильно въ различныхъ направленіяхъ, выстланы цилиндрическимъ эпителиемъ въ одинъ слой и сохраненіемъ просвѣта; мѣстами железы вѣтвятся или-же въ нихъ замѣчается какъ-бы соприкосновеніе, сліяніе между собою,

вслѣдствіе атрофіи межуточной, соединительной ткани. Вездѣ сохранена *membrana propria*; получается слѣдовательно картина такъ называемой доброкачественной аденомы.

Черезъ три мѣсяца больная снова поступила въ мое отдѣленіе съ жалобами на кровотеченіе, которое наступило черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи и продолжается уже мѣсяцъ. Больная значительно истощена, малокровна, съ грязно-бурымъ окрашиваніемъ общихъ покрововъ. При изслѣдованіи матка представляется увеличенною въ два раза противъ нормальной величины, подвижна, чувствительна, наклонена впередъ; длина полости 10 сант. Зондомъ опредѣляются въ полости шероховатости по всей поверхности, причемъ въ лѣвомъ углу онъ наталкивается на болѣе рыхлые участки ткани. Изъ матки обильно выдѣляется кровь; своды свободны. На основаніи общаго кахектического вида больной, анамнеза и данныхъ изслѣдованія поставленъ діагнозъ *carcinomat. cavitatis uteri*. 22 іюля 1890 года больной произведено типическое влагалищное вырѣзываніе матки; выполненіе операціи въ значительной степени затруднилось величиною пораженнаго органа и малою податливостью широкихъ связокъ; послѣоперационный періодъ прошелъ безъ особенныхъ осложненій, за исключеніемъ рвоты въ первые два дня послѣ операціи и нѣсколькихъ лихорадочныхъ вечеровъ. Рана въ сводѣ хорошо зарубцевалась и черезъ 50 дней по поступленіи больная окрѣпла и выписалась. Спиртовой препаратъ матки представляется 9 сант. длины, 6,5 сант. ширины у фаллопиевыхъ трубъ и 4,5 сант. толщины. Длина полости матки 8 сант., шейки 2,5 и тѣла 5,5; толщина стѣнки 1,5—2 сантиметр.

Слизистая оболочка полости матки, начиная отъ внутреннего зѣва, почти вся, за исключеніемъ небольшого участка у дна, измѣнена новообразованіемъ, представляющимъ частью въ формѣ сосочковъ, частью полиповъ, изъ которыхъ одинъ достигаетъ величины вишни, остальные же отъ просынаго зерна до горошины и наконецъ въ формѣ разлитого утолщенія и шероховатости слизистой оболочки, толщина которой достигала до 0,5 сант. Ткань матки мѣстами непосредственно переходитъ въ только что описанныя измѣненія слизистой оболочки, которая въ цервикальномъ каналѣ найдена неизмѣненною. При микроскопическомъ изслѣдованіи утолщенія слизистой оболочки зависятъ главнымъ образомъ отъ новообразованныхъ железъ, причемъ онѣ располагаются неправильно по различнымъ направленіямъ, расширены, вѣтвятся и дѣлятся; иногда нѣсколько железъ тѣсно прилежатъ другъ къ другу, иногда сливаются между собою. Въ полипахъ, неправильно расположенныя, увеличенныя железы набиты эпителиальными

элементами, нарушающими мѣстами цѣлость стѣнки и виѣдряющимися группами въ межуточную соединительную ткань, которая мѣстами инфильтрирована еще и молодыми круглыми элементами.

Представляется слѣдовательно уже ясно злокачественный характеръ новообразованія.

Принимая во вниманіе указаніе самихъ авторовъ, признающихъ извѣстную долю злокачественности въ описываемыхъ опухоляхъ (*Мисловскій, Löhlein*), мнѣніе *K. Ruge*, ставящаго данное новообразованіе на границѣ между доброкачественнымъ и злокачественнымъ и даже ближе къ послѣднимъ, мой второй случай и наконецъ опубликованныя наблюденія за дальнѣйшею судьбою больныхъ съ описанными железистыми опухолями, причемъ у многихъ (случаи *Славянского* и *Duncan'a, Schröder'a, Breisk'аго*) черезъ короткій промежутокъ времени появлялись возвраты уже съ явнымъ злокачественнымъ перерожденіемъ, между тѣмъ, какъ начальная клиническая картина, такъ и микроскопическое изслѣдованіе у всѣхъ одно и тоже, т. е. что разлитыя железисто-сосочковыя опухоли были очень мягки, ломки, легко соскабливались ложкою, сохраняя болѣе или менѣе однообразное типическое железистое строеніе, измѣнявшееся при возвратѣ уже въ атипическое злокачественное, невольно является представленіе о существованіи начального злокачественнаго характера этихъ опухолей, которое выражалось только уменьшеніемъ въ значительной степени межжелезистой ткани на счетъ новообразованія железъ. Называть-ли данное заболѣваніе *adenomadestruens*, *adeno-carcinoma* безразлично, такъ какъ изъ вышеописаннаго уже и сама по себѣ *adenoma* полости матки связывается съ представленіемъ о злокачественности. Если къ этому еще прибавить, что возвраты аденомъ давали всегда одну и ту-же картину цилиндро-кѣточковаго рака, то мы съ полнымъ правомъ можемъ, упразднивши слово *adenoma*, прямо называть такого рода новообразованія цилиндрокѣточковымъ ракомъ.

Наблюденія *Schatz'a* и мое первое даютъ другую картину новообразованія, а именно: рядомъ съ новообразованіемъ железъ идетъ ихъ расширеніе и кистовидное перерожденіе, причемъ стѣнка матки принимаетъ весьма дѣятельное участіе, давая плотную, солидную основу опу-

холи; отсюда является, что хотя стѣнки кистовидно перерожденныхъ железъ и ломки и даютъ кровотеченіе и обильныя слизистыя отдѣленія, тѣмъ не менѣе, ложка при выскабливаніи встрѣчаетъ значительное сопротивленіе и является полная невозможность удалить хоть-бы и незначительную, поверхностную часть новообразованія. Какъ показываетъ клиническое наблюденіе, такія новообразованія существуютъ годами, не давая метастазовъ и не вызывая худосочія, свойственнаго новообразованіямъ злокачественнымъ. Такого рода міо-аденомы мы скорѣе должны причислить къ міомамъ матки съ развитіемъ и новообразованіемъ железъ, какъ уже результатомъ вызываемаго раздраженія въ смыслѣ *Wyder'a*, въ случаѣ *Schatz'a*—разсѣянными небольшимъ множественными міомами, а въ моемъ разлитомъ, межучточнымъ и подслизистымъ міоматознымъ новообразованіемъ, распространяющемся на всю стѣнку матки. Опухоли эти, хоть и вызывающія тяжкія страданія, могутъ существовать очень долго, угрожая жизни больныхъ громадными потерями соковъ въ отличіе отъ первыхъ, быстро растущихъ и убивающихъ больныхъ въ сравнительно короткій промежутокъ времени.

Что касается до лѣченія, то оно вытекаетъ само собою. Какъ въ томъ, такъ и другомъ случаѣ удаленіе всего пораженнаго органа необходимо.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- К. О. Славянский.* Metrite interne villeuse. Endometritis villosa Arch. de physiologie. 1874 г.
Olshausen. Arch. f. Gynaecologie Bd. VIII.
Breneke. Zur Aetiologie des Endometritis fungosa. Arch. f. Gyn. Bd. XX.
Löhlein. Ueber einige Formen des Endometritis corporis. Berl. Klin Wochenschr. 1886. № 23.
Wyder. Tafeln f. d. gyn. Unter. 1887. Berlin.
Cornil. Leçons sur les metrites. Journ. d. connais. medic. 1885. 5-e. Avril.

- Th. Landau u. Abel.* Beiträge zur patholog. Anatomie d. Endometritis. Arch. f. Gyn. Bd. XXXIV.
- H. Müller.* Verh. d. phys.-med. Gessellsch. in Würzburg. IV. s. 66.
- Pozzi.* Traité de gynécologie. 1890. Paris.
- К. О. Славянский.* Частная патол. и терап. женскихъ болѣзней. Спб. 1888.
- Schröder.* Lehrbuch der Frauenkrankh. 1888 r.
- Winckel.* Frauenkrankheiten. 1886 r.
- A. Martin.* Frauenkrankheiten. 1885 r.
- Virchow.* Die krankh. Geschwülste. Bd. III.
- Duncan and Slawjansky.* Case of intrauterine polypus. Edinb. Medic. Journal. August. 1873 r.
- Gusserow.* Arch. f. Gynaecol. Bd. I, стр. 246. F. 3.
- Veit.* Zeitschr. f. Geb. u. Gynaecol. Bd. I.
- A. Schultze.* Diss. Jena 1875 r. F. 1.
- В. Масловский.* Врачебныя вѣдомости. 1881 г.
- Breisky.* Prager Med. Wochenschr. 1877—1878.
- Winckel.* Die Pathologie d. Weibl. Sexualorg. 1878 r.
- Schatz.* Arch. f. gynaecol. Bd. XXII.
- Löhlein.* Zeitschr. f. Geb. u. Gynaecol. Bd. XVII.
- C. Ruge.* Ueber Adenom. d. Uter. etc. Arch. f. gynaecol. Bd. XXXII.
- Péan.* Du morcellement—Gaz. d. hôpit. 1886.
- Péan.* Ablation des tumeurs fib. par la voi vagin. Gaz. d. hop. 1886.
- Péan.* Ablation par morcellement. ibid. 1889.
- Scheyron.* De l'hysterotomie vagin. These de Paris 1888 r.
- Freund.* Eine neue Methode etc. Vollk. Samm. Klin. Vortr. 1878.
- Bardenheuer.* Oper. Gynaec. Haegar u. Kalt. 1881 r.
- Czerny.* Wiener Med. Wochenschr. 1879 r. №№ 45—49.
- Billroth.* Verhand. d. IX Chirurg. Congr. I. p. 86.
- Schröder.* Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. VI.
- Martin.* Pat. u. Ther. d. Frauenkrankh. 1885 r.
- Gönnér.* (Bichoff) Zur therapie des carcinoma uteri in der Schwangers. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. X.
- Heilbrunn.* (Fritsch). Cent. f. gynaecol. 1885 r. № 5.
- А. И. Лебедева.* Врачъ. 1887.
- Samschin.* (А. И. Лебедева.) Zur sasuistik. etc. Arch. f. gyn. XXXVI.
- Martin.* Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XX. Hf. I.
- Fritsch.* Bericht u. d. Verhandl. des X internation. Congress. zu Berl. Beilage zum Centralb. f. Gyn. 1890 r.
- Wyder.* Die Mucosa uteri bei Myomen. Archiv. f. Gyn. Bd. XXIX.
- Б. А. Фраткинз.* Случай Laparo-eolpo-hysterectomiae при ракъ и фиброміомѣ матки. Хир. Вѣстн. 1891 г. № 2.

ОТЧЕТЪ О ДѢЯТЕЛЬНОСТИ РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ОТДѢЛЕНІЯ СМОЛЕНСКОЙ ГУБЕРНСКОЙ ЗЕМСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СЪ 1 ІЮЛЯ 1890 ГОДА ПО 1 ЯНВАРЯ 1892 ГОДА.

Д-ра И. Тышко ¹⁾).

На 1 Іюля 1890 г. состояло	3	родильн.
Съ 1 Іюля 1890 г. по 1 Янв. 1892 г. поступило . .	253	женщ.
» » » » » » » » » » » » находитcя въ		
отдѣленіи	256	»
» » » » » » » » » » » » выписалось . .	251	»
» » » » » » » » » » » » умерла	1	»
На 1 Января 1892 года осталось	4	»
(Изъ нихъ одна беременная и 3 родильницы).		
Разрѣшилось въ отдѣленіи за полтора года . .	245	»
Выбыло не разрѣшившись ²⁾ » » »	7	»
Въ 1891 г. поступило больше, чѣмъ въ 1890 г. на . .	27	»
Дней проведено всѣми находившимися въ отдѣле-		
ніи за полтора года	1777	дней.
(Въ томъ числѣ беременными 98 дней).		
Дней проведено только родильницами	1679	»
Въ среднемъ, каждая родильница пробыла въ от-		
дѣленіи 6,8 дня.		
Уличныхъ родовъ, т. е. число родившихъ доро-		
гою и поступившихъ въ отдѣленіе съ послѣдомъ		
въ маткѣ	4	»
(Онаѣ—всѣ изъ г. Смоленска и рожали въ 1-й, 3-й, 2-й и 6-й разъ).		

¹⁾ Родовспомогательнымъ отдѣленіемъ завѣдую съ іюля 1890 г.

²⁾ Сюда отнесены беременныя, которыя поступили по поводу кровотеченій или ложныхъ схватокъ и затѣмъ, оправившись, выписались.

Переведено, за полтора года, изъ родильнаго отдѣленія въ общую больницу 13 женщ.

Изъ нихъ—одна беременная и 12 родильницъ. Причиною перевода были:

Coxitis tuberculosa sinistra	1
Rheumatismus articularis acutus	3
Tuberculosis pulmonum	1
Pleuritis exsudativa dextra	1
Pneumonia crouposa	1
Fibroma uteri (беременная)	1

Остальныя переведены въ общую больницу вслѣдствіе тѣсноты и недостатка бѣлья въ родильномъ отдѣленіи.

Число поступающихъ въ отдѣленіе съ каждымъ годомъ увеличивается, что видно изъ слѣдующихъ данныхъ:

Въ 1880 году поступило	58
» 1881 » »	72
» 1882 » »	84
» 1883 » »	98
» 1884 » »	107
» 1885 » »	124
» 1886 » »	135
» 1887 » »	130
» 1888 » »	156
» 1889 » »	165
» 1890 » »	156
» 1891 » »	183

Итого за 12 лѣтъ . 1468

Изъ поступившихъ съ 1 Іюля 1890 г. по 1 Января 1892 г.

Въ Іюлѣ 1890 года прибыло	7
» Августѣ » » »	14
» Сентябрѣ » » »	6
» Октябрѣ » » »	15
» Ноябрьѣ » » »	11
» Декабрѣ » » »	17
» Январѣ 1891 года »	20
» Февралѣ » » »	11
» Мартѣ » » »	7
» Апрѣлѣ » » »	13

» Маѣ	1891 года	прибыло	.	.	.	.	.	.	17
» Іюнѣ	»	»	.	.	.	.	.	.	12
» Іюлѣ	»	»	.	.	.	.	.	.	20
» Августѣ	»	»	.	.	.	.	.	.	14
» Сентябрьѣ	»	»	.	.	.	.	.	.	17
» Октябрьѣ	»	»	.	.	.	.	.	.	8
» Ноябрьѣ	»	»	.	.	.	.	.	.	29
» Декабрьѣ	»	»	.	.	.	.	.	.	15
Итого									253

По мѣсту рожденія или жительства поступившія за послѣдніе полтора года были:

1)	г. Смоленска	.	.	.	.	.	.	60 = 23,7%
	Смоленскаго уѣзда	.	.	.	.	.	.	67 = 26,4 »
	Краснинскаго	»	.	.	.	.	.	20 = 7,9 »
	Порѣчскаго	»	.	.	.	.	.	15 = 5,9 »
	Духовщинскаго	»	.	.	.	.	.	9 = 3,5 »
	Ельнинскаго	»	.	.	.	.	.	11 = 4,3 »
	Рославльскаго	»	.	.	.	.	.	7 = 2,7 »
	Дорогобужскаго	»	.	.	.	.	.	4 = 1,5 »
	Бѣльскаго	»	.	.	.	.	.	2 = 0,7 »
	Сычевскаго	»	.	.	.	.	.	1 = 0,3 »
	Вяземскаго	»	.	.	.	.	.	2 = 0,7 »
	Юхновскаго	»	.	.	.	.	.	1 = 0,3 »
Другихъ губерній								54 = 21,3 »
Итого								253

По сословіямъ и занятіямъ онѣ были:

Крестьянокъ	.	.	.	.	.	.	.	135
Мѣщанокъ	.	.	.	.	.	.	.	77
Солдатокъ	.	.	.	.	.	.	.	20
Духовнаго званія	.	.	.	.	.	.	.	7
Дворянокъ	.	.	.	.	.	.	.	6
Фельдшерицъ	.	.	.	.	.	.	.	3
Учительницъ	.	.	.	.	.	.	.	2
Чиновницъ	.	.	.	.	.	.	.	2
Почетныхъ гражданокъ г. Смоленска	.	.	.	.	.	.	.	1
Итого								253

¹⁾ Ближайшіе къ г. Смоленску уѣзды.

По возрасту онѣ раздѣлялись такъ:

Отъ 15 до 20 лѣтъ было		27
» 20 » 25 » »		88
» 25 » 30 » »		75
» 30 » 35 » »		35
» 35 » 40 » »		19
» 40 » 45 » »		9
Итого	. .	253

Изъ нихъ первородящихъ было		82 = 32,8%
» » второродящихъ »		68 = 26,8 »
» » многорожавшихъ »		103 = 40,4 »
Одноплодныхъ родовъ было		243
Многоплодныхъ (двойни) »		2

Изъ двойней: 1-й случай—4-я берем., 35 лѣтъ, еврейка; за-
тылокъ и ягодицы; доношенные живыя дѣвочки; вторая роди-
лась чрезъ 15 минутъ; послѣды отдѣльные.

2-й случай—2-я берем., 28 л., русская; предлежаніе лбомъ и
головкой; доношенные живые мальчикъ и дѣвочка; вторая роди-
лась чрезъ полчаса; послѣды и оболочки отдѣльные.

Дѣтей родилось всего		239
Изъ нихъ мальчиковъ		127
» » дѣвочекъ		112
Мертворожденныхъ было		18
Изъ нихъ мальчиковъ		8
» » дѣвочекъ		10
Мацерированныхъ		2
Съ пороками развитія		1
(Немісерphalus—шестимѣсячная дѣвочка).		
Срочныхъ родовъ было		212
Преждевременныхъ на 7-мъ мѣс.	. .	2
» » 8-мъ »	. .	7
» » 9-мъ »	. .	16
Итого	. .	25

Выкидышей было на 3-мъ мѣс.		2
» » » 4-мъ »		2
» » » 5-мъ »		2
» » » 6-мъ »		2
Итого	. .	8

Положеніе плодовъ.

Головное: а) затылочное и темянное 1-е . . .	151
» » » 2-е . . .	72
б) лицевое	2
с) лобное	1
Тазовое: а) ягодичное	3
» б) ножное	2
» с) колѣнное	1
Поперечное	2
Косое	1
Неопредѣленное: а) выкидышей	8
б) уличныхъ родовъ	4
Предлежанія мелкими частями	2
(преждевременные роды).	

Неправильности во время родовъ.

<i>Со стороны плода:</i> Асфиксія у дѣтей . . .	14 (не оживлено 2)
Выпаденіе пуповины . . .	4
Краевое предлежаніе послѣда	3
Приращеніе послѣда . . .	11
Задержаніе оболочекъ . . .	9
<i>Со стороны матери:</i> Плоскій тазъ (conjugata externa меньше 18 сант.). . .	11
Общесъуженный	7
Слабые потуги	6
Спазматическія потуги . . .	1
Эклампсія	2

(у одной 3 припадка, у другой—1; обѣ выздоровѣли).

Разрывъ промежности послѣ операций	3
» » » произвольныхъ родовъ	9

Разрывовъ 1-й степени было 3, 2-й степени—9; изъ нихъ 8 сопровождались болѣе или менѣе глубокими поврежденіями задней стѣнки влагалища и срамныхъ губъ. Разрывовъ 3-й степени, т. е. полныхъ, не было.

Изъ уродствъ, у одной родильницы, многорожавшей, была Roly mastia—прибавочная грудная железа, величиною съ кулакъ

новорожденного ребенка, съ ясно выраженнымъ соскомъ. Она помѣщалась въ передней части лѣвой подмышковой впадины, у края m. pectoralis majoris, не имѣла никакой видимой связи съ лѣвою грудью, рѣзко увеличилась при нагрубаніи груди и затѣмъ опять уменьшилась.

Неправильности послѣродового періода.

Лихорадило ¹⁾: а) послѣ операций 7 родильницъ.

[2 + 1 + 1 + 3 + 1 + 1 + 1 — 10 дней]

б) послѣ произвольныхъ родовъ 21 родильница.

[5 + 4 + 4 + 3 + 2 + 2 + 3 + 2 + 2 + 5 + 1 + 1 + 5 + 5 + 1 + 2 +
+ 4 + 2 + 3 + 2 + 3 — 61 день].

Кровотеченіе послѣ родовъ: а) послѣ операций 3 раза, небольшое.

б) послѣ произвольныхъ родовъ 8 разъ.

У двухъ первородящихъ небольшое, у одной второродящей сильное, у четырехъ многорожавшихъ небольшое.

Эндометритъ: а) послѣ операций ²⁾ 2 случая

б) послѣ произвольныхъ родовъ 8 „

Изъ нихъ: 1) легкая форма 5 „

Эти пять родильницъ лихорадили 14 дней [3 + 3 + 3 +
+ 2 + 3] и пробыли въ отдѣленіи всего 66 дней.

2) тяжелая форма и *кольпитъ* 5 случ.

Эти пять родильницъ лихорадили 41 дней [8 + 14 + 6 +
+ 8 + 5] и пробыли въ отдѣленіи всего 91 день. [13 +
18 + 22 + 29 + 9). У двухъ изъ нихъ, послѣ произвольныхъ родовъ, было нечистое выдѣленіе оболочекъ и онѣ удалены ручнымъ путемъ. Остальные три случая тяжелого эндометрита и кольпита, тоже послѣ произвольныхъ родовъ, были въ 1890 году.

¹⁾ Сюда зачислены все случаи поднятія t° выше 38° С. безъ мѣстныхъ явленій въ половой сферѣ.

²⁾ Все случаи заболѣваній послѣ операций были въ 1890 году. Въ 1891 же году послѣ операций эндометрита не было ни разу.

Операціи.

Наложеніе щипцовъ было	6 разъ
Поворотъ на ножки	8 "
Прободеніе головки плода было	4 "
Извлеченіе за ножки было	6 "
Отдѣленіе и извлеченіе послѣда было	11 "
Ручное удаленіе задержавш. оболочекъ было	7 "
Отдѣл. и удал. остатковъ выкидыша было	3 "
Зашиваніе разрывовъ промежности и задней	
стѣнки влагалища было	9 "
Эпизіотомія	6 "
Надрѣзъ зѣва (передней губы)	1 "
Выжиманіе послѣда по Credé	9 "

Итого за полтора года . . . 70 опер.

Показанія къ операціямъ, способъ и исходъ ихъ.

а) Наложеніе щипцевъ.

1) Срочные 1-е роды. 20 лѣтъ. Тазъ: 26,5 — 28 — 30 — 18. Задній видъ 1-го затылочнаго положенія. Прямое наложеніе щипцовъ *Лазаревича*. Послѣ нѣсколькихъ тракцій головка повернулась затылкомъ впередъ и извлечена. Небольшой двусторонній разрывъ шейки. Умѣренное кровотеченіе. Лихорадила 4 дня (тахім. 39,5° веч. 4-го дня). Пробыла въ отдѣленіи 16 дн. Живая дѣвочка.

2) Срочные 1-е роды. 26 л. 26—27,5—29,5—17,5. Задній видъ первагозатылочнаго положенія. Ослабленное сердцебіеніе плода. Безуспѣшное наложеніе щипцовъ *Лазаревича*. Прободеніе (перфораторъ *Braun'a*) и эксцеребрація головки, фиксируемой щипцами. Извлеченіе краниокластомъ *C. Braun'a* (щипцами не удалось). Разрывъ промежности 2-й степени. Шелковые швы. Почти безлихорадочный послѣдородовой періодъ (только на 2-й день веч. 38°). Пробыла 31 день.

3) Срочные 1-е роды. 21 годъ. 24—26—28—17. Задній видъ 2-го затылочн. положенія. Эклампсія (одинъ припадокъ до родовъ, два послѣ нихъ). Щипцы *Лазаревича*. Двусторонняя эпизіотомія (надрѣзы защиты). Глубокая асфиксія ребенка. Пovy-

шенная t° на 3-й и 4-й день (веч. 39,1° и 40°). Пробыла 21 депь. Въ мочѣ бѣлокъ до и послѣ родовъ, въ большомъ количествѣ. Живая дѣвочка.

4) Срочные 1-е роды. 23 года. Нормальный тазъ. Затянувшіеся роды. Значитъ *caput succedaneum*. Слабость потугъ. 1-е темянное положеніе. Косое наложеніе щипцовъ *Лазаревича*. Во время тракцій головка повернулась затылкомъ впередъ. Двустороннія насѣчки (защиты). Безлихорадочный *puerperium*. Пробыла 9 дней. Живая дѣвочка.

5) Срочные 1-е роды. 20 лѣтъ. 28—30—34—23. *Promontorium* не достигается. *Obesitas maxima*. 1-е затыл. положеніе. Затянувшіеся роды. *Caput succedaneum*. Слабость потугъ. Косое наложеніе щипцовъ *Лазаревича*. Головка повернулась. Двусторонняя эпизиотомія. Разрывъ промежности 2-й степени. Зашиваніе его и насѣчекъ. Повышеніе t° на 3-й и 5-й день (вечеромъ 38,1° и 38°). Пробыла 11 дней. Живой мальчикъ, очень крупный.

6) Срочные 1-е роды. 30 лѣтъ. Нормальный тазъ. Слабость потугъ. Значитъ. *caput succedaneum*. 1-е затыл. положеніе. Косое наложеніе щипцовъ *Лазаревича*. Головка повернулась въ щипцахъ. Двусторонняя эпизиотомія. Разрывъ промежности 2-й степени. Зашиваніе разрыва и насѣчекъ. Тотчасъ переведена въ общую больницу (за тѣснотой въ родильнѣ), гдѣ пробыла 21 день. Не лихорадила. Живой мальчикъ.

b) Поворотъ.

1) Срочные 2-е роды. 25 лѣтъ. 27—28,5—30—17,5. Выпаденіе пуповины. 1-е темянное положеніе. Сердцебіеніе плода едва слышно. Головка надъ входомъ въ тазъ, умѣренно подвижна. Воды прошли дома. Трудный поворотъ на ножки и извлеченіе мертвого мальчика (первые роды тоже трудные, произвольные; мертворожденіе). Лихорадила три дня (*maxim. t^{\circ}* 39° вечеромъ на 6-й день). Пробыла 10 дней.

2) Срочные 2-е роды. 38 лѣтъ. *Conjug. ext.* 18. Первое поперечное положеніе. Выпаденіе распухшей и мацерированной правой ручки. Затянувшіеся роды (около трехъ сутокъ). Вылущеніе выпавшей ручки. Трудный поворотъ на ножки и извлеченіе мацерированной дѣвочки. Отдѣленіе и выведеніе приросшаго послѣда. Не лихорадила. Пробыла 6 дней.

3) Срочные 12-е роды. 38 лѣтъ. Нормальный тазъ. Краевое

предлежаніе послѣда. 1-е затыл. положеніе. Дома около сутокъ огромное кровотеченіе. При поступленіи: пульсъ 140, нитевидный, рѣзкое острое малокровіе, матка открыта на $3\frac{1}{2}$ пальца, головка подвижна надъ входомъ въ тазъ. Вырыснуто подъ кожу три шприца эфиру, немедленно безъ хлороформа сдѣланъ поворотъ на ножки, извлеченіе мацерированной дѣвочки, отдѣленъ и выведенъ послѣдъ. Матка послѣ горячаго спринцованія (40°R.) и sec. cornut. сократилась сносно, но пульсъ, несмотря на всѣ средства ухудшался, дыханіе участилось, больная впала въ безсознательное состояніе. Сдѣлано вливаніе 200 куб. сант. 0,5% раствора NaCl въ лѣвую v. mediana. Пульсъ на время поднялся, сознаніе немного прояснилось, но все-таки больная умерла чрезъ 10 часовъ по поступленіи.

4) Срочные 10-е роды. 40 лѣтъ. Нормальный тазъ. Поперечное первое положеніе. Выпаденіе пуповины. Эклампсія (одинъ припадокъ до родовъ). Воды прошли дома. Сердцебиеніе плода не слышно. Трудный поворотъ на ножки и извлеченіе слегка мацерированнаго мальчика. Извлеченіе послѣда. Не лихорадила: Пробыла 6 дней.

5) Срочные 3-и роды. 27 лѣтъ. 27—28,5—30—19. Conjug. diag. 10. Поперечный видъ 1-го темяннаго положенія. Головка надъ входомъ въ тазъ, подвижна. Сердцебиеніе плода слышно. Поворотъ на ножки. При извлеченіи плода головка такъ застряла во входѣ въ тазъ, что освобожденіе ея лишь съ трудомъ удалось послѣ прободенія и эксцеребраціи ея (1-е и 2-е роды—очень трудные, продолжительные; въ обоихъ случаяхъ—мёртворожденіе). Лѣвосторонній разрывъ шейки. Умѣренное кровотеченіе. Не лихорадила. Пробыла 14 дней.

6) Срочныя 2-е роды. 22 года. 24—26—19—17. Прямой размѣръ выхода 7,5 сант. 2-е затыл. полож. Головка подвижна, надъ входомъ. Сердцебиеніе плода еле слышно, движенія его не ощущаются. Дома и при поступленіи огромное кровотеченіе. Краевое предлежаніе послѣда. Значительное острое малокровіе. Поворотъ на ножки. При извлеченіи головка застряла въ выходѣ и освобождена съ большимъ трудомъ (1-я берем. окончилась преждевременными родами мертвымъ ребенкомъ ¹⁾). Не лихорадила. Пробыла 5 дней. Мертвый мальчикъ.

7) Срочные 10-е роды. 32 года. 26—28—30—16,5. Conjug. diag. 9,5. 1-е темянное полож. Выпаденіе огромной петли пуповины.

¹⁾ Отдѣленіе и выдѣленіе приросшаго послѣда.

Головка надъ входомъ, мало подвижна. Сердцебіеніе плода слабое. Поворотъ на ножки. При извлеченіи, головка такъ застряла во входѣ, что пришлось (сердцебіенія уже не было) дѣлать перфорацию и эксцеребрацію. Ребенокъ доношенный, крупный. (Всѣ предыдущія беременности окончились раньше срока; изъ дѣтей, четверо первыхъ родились живыми и жили нѣкоторое время, остальные родились мертвыми). Не лихорадила (только вечеромъ 1-го дня 38). Пробыла 7 дней.

8) Срочные 14-е роды. 40 лѣтъ. Нормальный тазъ. Первое косое положеніе. Выпаденіе пуповины. Предлежаніе лѣвымъ плечомъ, лѣвою ножкою и правою ручкою. Сердцебіеніе плода еле слышно. Поворотъ и извлеченіе за лѣвую ножку. Надрѣзъ передней губы маточной шейки, плотно охватившей головку. Незначительное кровотеченіе. Отдѣленіе и удаленіе приросшаго послѣда. Глубокая асфиксія ребенка (оживленъ и прожилъ 9 дней). Не лихорадила. Пробыла 10 дней.

с) *Прободеніе головки.*

1) Срочные 2-е роды. 29 лѣтъ. 25—27—28—16,5. Conjug. diag. 9,0. 1-е темянное полож. Головка надъ входомъ въ тазъ, мало подвижна. Сердцебіеніе слышно. Затянувшіеся роды (около 2-хъ сутокъ). Воды прошли наканунѣ поступленія. Осторожныя (сократительное кольцо *Band'a*, рѣзкое истонченіе нижняго сегмента матки) попытки къ повороту на ножки остались безъ успѣха: матка тетанически охватила плодъ и не пропускала руку. Прободеніе головки. Наложенный краниокласть соскользнулъ; извлеченіе головки dokonчено кефалотрибомъ *Scanzoni* (первые роды—очень трудные, тазовымъ концомъ, произвольные, ребенокъ мертвый). Лихорадила первые два дня (вечеромъ 1° 38 и 38,2). Пробыла 8 дней. Ребенокъ крупный.

2) Послѣ безуспѣшныхъ опытокъ наложить щипцы при значительномъ суженіи таза (см. выше).

3) Послѣ поворота на ножки, при невозможности освободить головку вслѣдствіе значительнаго суженія таза (см. выше).

4) Тоже, см. выше.

d) *Извлеченіе за ножки*

доношенныхъ дѣтей сдѣлано шесть разъ: 1) три раза при ягодичномъ предлежаніи (въ одномъ случаѣ ¹⁾) — первое ягодичное

¹⁾ Второй плодъ при двойняхъ, см. выше.

положеніе, въ двухъ другихъ, у первородящихъ, 20 и 23 лѣтъ—второе); 2) два раза при ножномъ предлежаніи (въ одномъ случаѣ у первородящей, 15 лѣтъ—второе ножное положеніе, въ другомъ у второродящей 24 лѣтъ—первое); 3) одинъ разъ при колѣнномъ предлежаніи (второе колѣнное положеніе; 17-е роды, 44 года). Притомъ у первородящей съ 2-мъ ножнымъ положеніемъ произошелъ разрывъ промежности 2-й степени (зашить)²⁾, а у роженицы съ колѣннымъ предлежаніемъ сдѣлано отдѣленіе приросшаго послѣда, по выведеніи котораго было значительное кровотеченіе. Во всѣхъ случаяхъ родились дѣвочки, изъ нихъ лишь одна въ глубокой асфиксін и не оживлена.

е) *Отдѣленіе и извлеченіе приросшаго послѣда*

при срочныхъ родахъ сдѣлано двѣнадцать разъ: 1) одинъ разъ послѣ извлеченія ребенка при колѣнномъ предлежаніи; 2) четыре раза послѣ поворота на ножки (см. выше); 3) семь разъ послѣ произвольныхъ родовъ у двухъ первородящихъ (23 и 27 лѣтъ), одной второродящей (25 лѣтъ) и четырехъ многорожавшихъ (25, 32, 35 и 38 лѣтъ). При томъ въ трехъ случаяхъ было краевое предлежаніе послѣда, въ остальныхъ случаяхъ онъ прикрѣпленъ большею частію на передней стѣнкѣ матки. Изъ всѣхъ этихъ родильницъ лихорадило двое: одна—два дня, другая—три дня (maxim. t° веч. 39°). Въ двухъ случаяхъ по выведеніи послѣда было значительное кровотеченіе. Дѣвочекъ при произвольныхъ родахъ родилось 4, мальчиковъ 3; мертворожденныхъ изъ нихъ два (дѣвочка при краевомъ предлежаніи послѣда и мальчикъ).

ф) *Ручное удаленіе задержавшихся оболочекъ*

при срочныхъ произвольныхъ родахъ сдѣлано семь разъ: два раза у первородящихъ (19 и 25 лѣтъ) и пять разъ у многорожавшихъ (31, 32, 35, 37 и 40 лѣтъ). Значительнаго кровотечения не было ни разу. Родильницы не лихорадили. Дѣти родились живыми (3 мальчика, 4 дѣвочки).

²⁾ Лихорадила четыре дня, maxim, t° веч. 37,3°. Остальные случаи протекли безлихорадочно.

г) *Отдѣленіе и удаленіе остатковъ выкидыша*

было сдѣлано три раза, при чемъ беременность (9-я, 2-я и 2-я) прервалась на 4-мъ, 3-мъ и 5-мъ мѣсяцахъ. Въ послѣднемъ случаѣ былъ значительно мацерированный плодъ; t° на 2-й день вечеромъ поднялась до 38,5°.

h) *Зашиваніе разрывовъ промежности и задней стѣнки влагалища*

сдѣлано при срочныхъ родахъ девять разъ, у первородящихъ. Швы, влагалищные и промежностные, накладывались узловые, изъ шелку, прокипяченнаго и сохраняемаго въ растворѣ сулемы (1 : 1000); швы снимались на 8—10 день; ноги родильницамъ связывались. Двѣ родильницы немного лихорадили: у одной на 4-й день t° 38,5, у другой—на 6-й день веч. t° 38,3. Часть влагалищныхъ швовъ у нихъ прорѣзалась.

i) *Эпизиотомія*

произведена въ шести случаяхъ четыре раза: при наложеніи щипцовъ (у двухъ роженицъ всетаки произошелъ разрывъ промежности 2-й степени) и два раза при произвольныхъ родахъ. Во всѣхъ случаяхъ эпизиотомія сдѣлана у первородящихъ и всегда двусторонняя. Надрѣзы всегда зашивались сулемованнымъ шелкомъ: въ двухъ случаяхъ узловымъ швомъ, въ остальныхъ—непрерывнымъ. Двѣ родильницы (наложеніе щипцовъ) немного лихорадили (см. выше).

k) *Надрѣзъ зѣва*

(передней губы) сдѣланъ у многорожавшей при освобожденіи головки послѣ поворота при неполномъ открытіи матки, съ цѣлью поскорѣе окончить роды (выпаденіе пуповины, ослабленное сердцебіеніе плода, (см. выше).

l) *Выжиманіе послѣда по Credé*

сдѣлано 9 разъ, у многорожавшихъ. Кровотеченія по выдѣленіи послѣда не было. Оболочки отдѣлялись чисто.

Умерла 1 родильница,

что составляет 0,4%. Собственно говоря, процентъ смертности надо считать равнымъ 0, ибо умершая родильница доставлена въ безнадежномъ состояніи и умерла въ родильнѣ отъ общаго остраго малокровія вслѣдствіе бывшаго дома и дорогою громаднaго маточнаго кровотеченія (см. выше).

Родовспомогательное отдѣленіе вполне изолировано отъ общей больницы и помѣщается въ отдѣльномъ одноэтажномъ флигелѣ, бывшемъ прежде квартирою смотрителя. Около трехъ лѣтъ тому назадъ флигель этотъ наскоро, какъ бы на время и случайно приспособленъ для родильнаго отдѣленія ¹⁾ (западная половина) и отдѣленія дѣтей-подкидышей (восточная половина). Оба отдѣленія имѣютъ много существенныхъ неудобствъ. Оставляя въ сторонѣ отдѣленіе подкидышное, остановлюсь лишь на родильномъ отдѣленіи и вкратцѣ опишу обстановку, въ которой мнѣ пришлось работать означенные полтора года.

Родильное отдѣленіе состоитъ, кромѣ холодныхъ сѣней и комнаты для акушерки, изъ пяти комнатъ: крошечныхъ, раздѣленныхъ досчатою перегородкою, передней и ванной ($3\frac{1}{4} \times 3 = 9\frac{3}{4}$ и $3\frac{1}{4} \times 3\frac{3}{4} = 12$ кв. арш.), общей палаты для родильницъ на 4 койки ($7\frac{3}{4} \times 6\frac{3}{4} = 52\frac{1}{3}$), родильнаго покоя ($6\frac{1}{4} \times 4\frac{1}{4} = 26\frac{1}{2}$ кв. арш.) и отдѣльной однокоечной комнатки для заболѣвшихъ родильницъ ($4\frac{3}{4} \times 4\frac{1}{4} = 20\frac{1}{4}$ кв. арш.) Изъ сѣней ходъ направо въ переднюю, налево въ очень небольшую комнату акушерки. Изъ передней, значительная часть которой занята бѣлѣвымъ шкапомъ, дверь направо—въ ванную, налево—въ однокоечную палату, прямо—въ общую. Родильный покой, онъ-же и операціонная, сообщается одною дверью съ общею палатою, другою—съ однокоечною. Въ ванной съ трудомъ помѣщаются: ванна, клозетъ (выносное судно и умывальникъ. Въ общей палатѣ помѣщаются: шкафикъ для инструментовъ (имѣются почти всѣ необходимыя), четыре койки; въ случаѣ крайней необходимости приставляется пятая.

Въ родильномъ покоѣ помѣщаются: родильная кровать, двѣ запасныхъ и небольшой операціонный столъ, не хитраго устройства, деревянный, выкрашенный бѣлою масляною краскою. Специально смотровой койки, а тѣмъ болѣе смотровой комнаты,

¹⁾ Прежнее помѣщеніе родильнаго отдѣленія было болѣе просторно, но въ остальномъ еще менѣе удовлетворяло своему назначенію.

нѣтъ. Амбулаторнаго приѣма беременныхъ нѣтъ. Обыкновенно онѣ направляются въ приемный покой общей больницы, въ родильномъ же отдѣленіи онѣ осматриваются лишь въ крайнемъ случаѣ и притомъ на одной изъ запасныхъ коекъ родильнаго покоя, вмѣстѣ съ поступающими роженицами.

Кровати всѣ—желѣзные, не складныя, выкрашенныя бѣлою масляною краскою. Матрацовъ нѣтъ. Вездѣ—сѣнники, мѣняемые послѣ каждой родильницы. Подъ каждую родильницу и роженицу подкладывается гуттаперчевая клеенка, уничтожаемая послѣ заболѣвшихъ и по мѣрѣ изнашиваемости послѣ остальныхъ. Бѣлье, халаты, одѣяла и т. п. не дезинфицируются; единственный способъ очистки ихъ—мытье въ общей для всей больницы прачешной; дезинфекціонной камеры нѣтъ ¹⁾. При каждой койкѣ—кроватька для новорожденныхъ (металлическая, а дно и боковыя стѣнки изъ тонкой веревочной сѣтки). Сѣннички и подушечки, какъ и у родильницъ, набиваются сѣномъ и мѣняются часто, по мѣрѣ надобности.

Стѣны и потолокъ вездѣ штукатуренные и выкрашены мѣловою краскою. Двери, окна и полъ (деревянный) выкрашены масляною краскою. Высота комнатъ 4 аршина. Помѣщеніе родильнаго отдѣленія—довольно теплое и сухое, свѣту вполне достаточно, воздуху мало, вентиляція неудовлетворительна (только форточки), тѣснота очень даетъ себя чувствовать, даже при небольшомъ числѣ поступающихъ. Вообще описанное помѣщеніе пригодно лишь для жилья и меньше всего для родильнаго отдѣленія.

Каждая роженица при поступленіи (беременные принимаются лишь въ исключительныхъ случаяхъ) раздѣвается въ ванной комнатѣ и въ одномъ нижнемъ бѣльѣ осматривается на запасной койкѣ родильнаго покоя. Передъ изслѣдованіемъ наружныя половыя части обмываются сулемой (1:1000). Затѣмъ ставится клистирь и, ежели роды ожидаются не скоро, дѣлается общая теплая мыльная ванна. Послѣ ванны (или безъ нея) роженица переодѣвается въ чистое бѣлье и укладывается на родильную кровать, гдѣ ей дѣлается влагалищное спринцованіе теплою сулемой (1:2000), которое повторяется послѣ каждого изслѣдованія акушеркою или врачомъ ²⁾. Послѣ родовъ родильница пере-

1) Бѣлье лишь оспенныхъ больныхъ, до поступленія въ прачешную, вымачивается сутки въ растворѣ сулемы (1:1000).

2) Наконечники для спринцованія—стеклянные и хранятся въ крѣпкомъ растворѣ соляной кислоты.

носится на свѣже приготовленную для нея постель. Послѣ нормальных родов спринцованія не дѣлаются (только обмыванія наружных половых частей сулемой 1 : 2000 утромъ и вечеромъ). Послѣ операций, а также при гнилыхъ, мацерированныхъ плодахъ дѣлается промываніе матки (всегда врачомъ) при помощи катетера *Bozeman-Fritsch'a*, растворомъ сулемы (1 : 2000). *Secale cornutum*, по gr. X, назначается по мѣрѣ необходимости. Нормальные роды ведутся акушеркою, рѣдко ея помощницею, одѣтыми всегда въ чистый халатъ. Легкія и нетерпящія отлагательства пособія (эпизиотомія, отдѣленіе послѣда и т. п.) оказываются дежурнымъ по общей больницѣ врачомъ. Въ остальныхъ случаяхъ посылають за мной ¹⁾. Хлороформированіе при нормальныхъ родахъ не примѣняется; но всѣ крупныя операціи дѣлаются подъ хлороформнымъ наркозомъ, причемъ роженица хлороформируется на родильной кровати и затѣмъ переносится на операционный столъ. Послѣ операций, ежели есть боли въ животѣ, кладется на животъ пузырь со льдомъ.

Лѣченіе послѣродовыхъ заболѣваній (эндометритъ и кольпитъ) было, главнымъ образомъ, мѣстное, и состояло въ энергичномъ промываніи, однократномъ или двукратномъ, смотря по тяжести инфекціи, влагалища и матки теплымъ растворомъ сулемы (1 : 2000) и продолжалось до полного исчезновенія запаха лохій. Кромѣ того, назначалось вино, валеріановыя капли и т. п. Жаропонижающія средства почти не употреблялись.

Новорожденные купаются черезъ день, пеленаются. Пуповина обильно присыпается гипсомъ, покрывается кускомъ гигроскопической ваты и прибинтовывается къ животику. При такомъ уходѣ пуповина быстро мумифицируется, не загниваетъ и отпадаетъ на 3—5 день. Бленнорея глазъ лѣчится промываніемъ глазъ растворомъ сулемы (1 : 2000) и впусканіемъ 2% раствора *argenti nitrici*.

Персоналъ родовспомогательнаго отдѣленія состоитъ изъ врача, завѣдующаго кромѣ того женскимъ отдѣленіемъ общей больницы и отдѣленіемъ для подкидышей, одной акушерки, помощницы ея (повивальная бабка, она же надзирательница подкидышнаго отдѣленія), замѣняющая акушерку при ея отлучкѣ и одной служанки.

Отъ поступающихъ требуется, тотчасъ по прибытіи или чрезъ

1) Въ больницѣ, кромѣ меня, два ординатора. Всѣ дежурять по очереди. Больница находится за городомъ.

нѣсколько дней, предъявленіе документовъ, удостоверяющихъ личность. Раньше плата не взималась. Но уже нѣсколько лѣтъ тому назадъ земство, желая ограничить число лицъ, принадлежащихъ къ чужимъ губерніямъ, начало взимать съ нихъ плату по 30 коп. въ сутки—мѣра пока безрезультатная, да иначе и быть не можетъ, ибо наплывъ лицъ изъ сосѣднихъ губерній составляетъ неизбѣжное явленіе, встрѣчаемое во всѣхъ родильныхъ домахъ и вызываемое исключительно условіями общественной жизни. Кромѣ того, нѣкоторые уѣздныя земства взыскиваютъ съ лицъ, принадлежащихъ по рожденію къ ихъ уѣздамъ, довольно высокую плату (около 60 коп. въ сутки, т. е. полную стоимость содержанія), какъ бы желая этимъ заставить ихъ являться для родоразрѣшенія на родину¹⁾.

¹⁾ Хотя бы онѣ прожили въ г. Смоленскѣ уже много лѣтъ.

IX.

КАЗУИСТИКА.

СЛУЧАЙ ATRESIAE HYMENIS. ¹⁾

Д-ра М. Миронова.

Сравнительная малочисленность ²⁾ случаев непроходимости дѣвственной плевы, описанныхъ въ русской литературѣ, дѣлаетъ желательнымъ опубликованіе всякаго такого наблюденія вообще. Это подало мнѣ поводъ описать бывшій подѣ моимъ наблюденіемъ случай atresiae hymenis тѣмъ болѣе, что онъ представляетъ еще интересъ и по своимъ специальнымъ особенностямъ.

Крестьянка Ульяна Б. 13 лѣтъ отъ роду, была доставлена въ лѣчебницу Харьков. Мед. Общества 1 января 1892 года съ жалобой на задержаніе мочи, длившееся нѣсколько часовъ и опухоль, появившуюся на наружныхъ половыхъ органахъ. При первомъ осмотрѣ, произведенномъ дежурнымъ докторомъ, оказалось, что бѣлье и платье больной запачканы кровью, которая изливается изъ половой щели. Правая большая губа представляетъ опухоль синебагроваго цвѣта съ истонченными до прозрачности покровами, величиною въ гусиное яйцо. На

¹⁾ Больная демонстрирована Харьковскому Медицинскому Обществу въ засѣданіи 18 января 1892 года.

²⁾ Д-ръ *Строгоновъ* (Врачъ 1891 г. № 47) приводитъ 10 случаевъ собранныхъ имъ въ русской литературѣ.

той части этой опухоли, которая приблизительно соответствует отверстию выводного протока Бартолиновой железы, находится отверстие величиною въ гусиное перо, изъ котораго торчитъ кровяной сгустокъ. При надавливании на опухоль изъ вышеупомянутаго отверстия вышло около 4-хъ унцій крови и кровяныхъ сгустковъ, вся опухоль спалась и выделение крови прекратилось. Катетеромъ выпущено небольшое количество свѣтлой мочи.

Изъ разспросовъ больной оказалось, что она пользовалась постоянно хорошимъ здоровьемъ, еще ни разу не менструировала. Опухоль на губѣ развилась въ теченіи послѣднихъ 4-хъ дней безъ всякой травмы и была вначалѣ величиною съ фасоль, а затѣмъ, въ день прибытія въ лѣчебницу, какъ кажется, вслѣдъ за поднятіемъ чугуна съ водой, внезапно увеличилась до сказанныхъ размѣровъ. Въ теченіи первыхъ 3-хъ дней пребыванія въ больницѣ кровь отдѣлялась изъ вышеупомянутаго отверстия въ небольшомъ количествѣ. Я увидѣлъ больную впервые 4 января 1892 г., при чемъ нашелъ слѣдующее: Больная довольно хорошо развитая для своихъ лѣтъ дѣвочка, съ правильнымъ костякомъ и нормальной мышечной системой, удовлетворительнаго питанія, но малокровная. Грудныя железы развиты какъ у дѣвицы, достигшей полового созрѣванія; дольки железъ ясно прощупываются; соски и околососковые кружки слегка пигментированы и послѣдніе какъ-бы припухли. Животъ плоскій; *linea alba* слегка пигментирована. Лобокъ безъ волосъ; большія-же губы покрыты рѣдкими волосами. Какъ малыя, такъ и большія губы и клиторъ развиты правильно. *Orif. exter. urethrae* окружено сильно развитыми складками и при бѣгломъ осмотрѣ можетъ быть принята за отверстие дѣвственной плевы. Подъ нимъ находится толстая складчатая, какъ будто рубцевая перепонка, запирающая входъ въ рукавъ. На границѣ между этой перепонкой и внутреннимъ краемъ правой малой губы немного ниже ея середины, находится отверстие величиною въ гусиное перо, изъ котораго выделяется тягучая кофейнаго цвѣта кровь, смѣшанная со слизью. Зондъ, введенный черезъ это отверстие, проходитъ подъ кожей правой большой губы вверхъ до лобка и клитора, такъ что кожа этой губы отслоена отъ подлежащихъ тканей на всемъ протяженіи ея (на 4 *ctm.* вверхъ и на пространствѣ 2-хъ *ctm.* въ ширину). Зондъ, введенный по направленію къ средней линіи тѣла, за вышеописанную перепонку, выпячи-

ваетъ эту послѣднюю и можетъ быть проведенъ въ полость рукава и матки на 11 см. въ направленіи вправо и кзади.

При изслѣдованіи *per rectum* констатирована опухоль плоско-цилиндрической формы, идущая кзади и вправо, на которой отдѣльныхъ придатковъ констатировать не удалось. При надавливаніи на эту опухоль изъ вышеупомянутаго отверстія, у основанія правой малой губы, выдѣляется кровянистое содержимое. На основаніи только что изложенныхъ данныхъ изслѣдованія было діагносцировано заращеніе дѣвственной плевы, повидимому врожденное, съ образованіемъ *haematocolpos*, и рѣшено было произвести удаленіе всей перепонки.

5 января, подѣ наркозомъ, послѣ дезинфекціи наружныхъ половыхъ органовъ мыломъ и растворомъ сулемы, ножницами, введенными черезъ существующее отверстіе, удаленъ центральный, круглый кусокъ толстой (около 4 ст.) дѣвственной плевы и отверстіе расширено кромѣ того разрѣзомъ справа на лѣво. Въ виду того, что больная была уже дважды изслѣдована до операціи зондами и вообще въ полость влагалища въ теченіи 3-хъ дней имѣлъ доступъ воздухъ палаты, оно было тотчасъ-же промыто растворомъ сулемы $\frac{1}{2000}$. Край обрѣзанной дѣвственной плевы прижжены слегка термокаутеромъ, и входъ во влагалище, такъ же какъ и полость его затампонированы іодоформенной марлей. Затѣмъ черезъ существующій ходъ, ведущій изъ полости влагалища подѣ кожу правой большой губы, введена острая ложка; полость бывшего кровоизліянія выскоблена и въ нее впрыснутъ растворъ іода. Послѣдовательное лѣченіе состояло въ ежедневныхъ душахъ съ сулемой или карболовой кислотой и тампонаціи влагалища первые 3 дня іодоформенной марлей.

Теченіе послѣоперационнаго періода безъ всякихъ осложнений. 10 января, т. е. на 5-ую сутки послѣ операціи оказалось, что верхній обрѣзанный край дѣвственной плевы подѣ *orif. exter. urethrae* вполне зажилъ; нижній же ея сегментъ еще кровоточитъ при дотрогиваніи.

При внутреннемъ, дигитальномъ изслѣдованіи оказалось, что полость влагалища увеличена и стѣнки его растянуты, хотя складки слизистой оболочки уже ясно прощупываются. На разстояніи около 6-ти см. отъ входа на стѣнкѣ влагалища замѣчаются признаки влагалищной части, наружный зѣвъ которой и каналъ шейки до внутренняго зѣва еще растянуты и

представляютъ воронку съ узкимъ отверстіемъ на мѣстѣ or.inter. uteri. Тѣло матки нормальной (около 3-хъ см.) длины и формы въ состояніи anteflexio. Вся матка отодвинута назадъ и приближена къ правой стѣнкѣ таза. Больной разрѣшено вставать и 12 января она здоровой выписана изъ больницы. Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ у 13-ти лѣтней дѣвочки, у которой еще не вполне развились наружные половые органы, у которой, слѣдовательно это, вѣроятно 1-я менструація, успѣло уже собраться настолько достаточное количество слизи и крови, чтобы образовать haematocolpos и начальную стадію haematometrae; онъ представляетъ особенность и по тому необычному пути, который избрала себѣ скопившаяся кровь для выхода наружу, такъ что на первыхъ порахъ и при бѣгломъ осмотрѣ образовавшаяся опухоль могла быть принята за простую haematom'u большой губы, хотя нѣсколько загадочнаго происхожденія.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИ- НЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(годъ седьмой).

ПРОТОКОЛЬ № 3.

Засѣданіе 12-го марта 1892 г.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 46 членовъ: Баландинъ, Вацевичъ, Бѣляевъ Я. П., Ва-
стенъ, Вертеръ, Верцинскій, Воффъ, Гермониусъ, Гриневъ, Даниловичъ, Доб-
радинъ, Добровольскій В. Н., Драницынъ, Заболотскій, Кирѣевъ, Личкусъ,
Лопатинскій, Массенъ, Мершъ, Нейштубе, Оттъ, Полонскій, Поршняковъ, Род-
зевичъ, Рузи, Рутковский, Савченко, Салмановъ, Смоленскій, Соколовскій,
Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Сутугинъ, Фишеръ, Фраткинъ, Цыр-
скій, Чагинъ, Чернышевъ, Швердловъ, Шмидтъ, Штоль, Штольцъ, Шуттен-
бахъ, Ямпольскій, Эйхфусъ и 14 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 2.

2) *Г. Ф. Мериз* показалъ *препаратъ трубной беремен-*
ности, добытый отъ женщины, рожавшей раньше 7 разъ
благополучно и умершей отъ чахотки. Въ нижнемъ кон-
цѣ сальника, прикрѣпленный къ нему ложными перепон-
ками, помѣщается скелетъ плода. Черепъ вполне сфор-
мированъ, съ окостенѣвшими перепончатыми частями.

Ребра, кости таза и конечности ясно обозначены. Реберные хрящи и покровы живота мягки. Не хватаетъ лѣвыхъ голени и ступни. Всѣ мягкія части всосались; остался только костный остовъ. Отъ крестцовой кости къ пупку матери идетъ шнурокъ съ ясно обозначенными сосудами. Длина плода отъ тазовыхъ костей до макушки $7\frac{1}{2}$ стм., длина бедра 29 мм., плеча 25 мм., предплечья 22 мм. Матка никакихъ измѣненій не представляетъ; длина ея 9 стм. Правые придатки нормальны, лѣвая труба кончается неправильно, круглой опухолью. Задняя верхняя ея поверхность окрашена въ желтобурый цвѣтъ, задняя нижняя частью грязно-желтоватая, а частью черно-аспидная. Отъ опухоли къ прямой кишкѣ идутъ тонкія ложныя перепонки. Позади опухоли, какъ бы входя въ ея составъ, помѣщается сплюснутый яичникъ. Опухоль, въ разрѣзѣ, наполнена массою волокнины съ известковымъ отложеніемъ. Стѣнки ея подъ микроскопомъ состоятъ изъ тонкаго слоя сывороточной оболочки, мѣстами нѣсколько болѣе толстой, мѣстами исчезающей, изъ тонкаго мышечнаго слоя и затѣмъ изъ соединительнотканнаго слоя, бѣднаго сосудами, стекловиднаго характера. На границѣ соединительной и фиброзной тканей замѣчаются слѣды гигантскихъ клѣтокъ, а также соединительнотканнныя отростки, вѣдряющіеся въ волокнину.

И такъ, данный случай должно отнести къ лопнувшей трубной беременности, при чемъ плодъ, выпавшій въ брюшную полость, приросъ къ сальнику. Послѣ смерти плода начался процессъ всасыванія. Нужно думать, что весь процессъ протекъ у больной довольно легко, такъ какъ въ анамнезѣ не было указаній на какую нибудь тяжелую болѣзнь.

3) *В. В. Сутугинъ* показалъ препаратъ *брюшинной беременности*. Матка значительно увеличена въ объемѣ. Сзади и немного выше ея находится плодный мѣшокъ. Отъ верхней части дна матки, съ передней ея поверхности, сливаясь съ оболочками плоднаго мѣшка, идетъ широкій, плоскій мышечный отростокъ въ 4 стм. длиною и 9 стм. шириною у основанія. Въ верхушкѣ отростка, у самой верхней части плоднаго мѣшка, помѣщается яйцевидная фиброміома въ 32 мм. въ наибольшемъ раз-

мѣрѣ. Плодовмѣстилище было отдѣлено вмѣстѣ со смежными органами (маткой, мочевымъ пузыремъ, прямой кишкой и рукавомъ), брюшиной малаго таза и подлежащей клетчаткой. Въ немъ (плодовмѣстилищѣ) лежалъ плодъ головкой влѣво и внизъ, а спинкой вверхъ. Широко развитое дѣтское мѣсто прикрѣпляется къ задней поверхности матки у правой широкой связки, къ дну Douglas'овой складки и задней стѣнки ея, впереди прямой кишки, на 9 см. отъ дна. Вся длина дѣтскаго мѣста со дна матки (внизъ 18 см., а вверхъ дна складки 9), позади матки въ Douglas'овой складкѣ 27 см., а

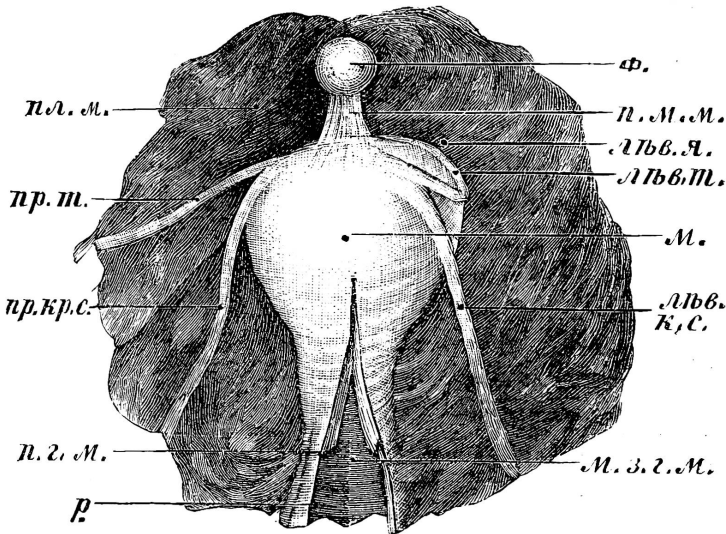


Рис. 1. Общій видъ препарата спереди, по отдѣленіи брюшной стѣнки и сальника и по отведеніи мочевого пузыря. *М*—матка; *пр. кр. с.*—правая круглая связка; *лѣв. к. с.*—лѣвая круглая связка; *пр. т.*—правая труба; *лѣв. т.*—лѣвая труба; *п. л. м.*—плодный мѣшокъ; *ф.*—фиброма на верхушкѣ плоднаго мѣшка; *п. м. м.*—пучекъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ; *лѣв. я.*—мѣсто лѣваго яичника; *п. л. м.*—передняя губа матки; *м. з. г. м.*—мѣсто задней губы матки; *р.*—рукавъ.

поперечникъ около 15 сантим. пуповина прикрѣпляется къ верхнему краю плаценты, у правой широкой связки. Въ задней стѣнкѣ рукава разрѣзъ, въ краяхъ котораго болѣе 6 лигатуръ. Въ стѣнкахъ рукава, особенно въ задней, чрезвычайно развиты множественно извитыя вены. Толщина стѣнки рукава, вмѣстѣ съ остатками плаценты, по краямъ разрѣза 25 мм., а въ разрѣзѣ надъ правымъ

сводомъ 33 мм. Правая Fallopіева труба длиной около 16 см., узка, но проходима по всей длинѣ и лежитъ снаружи плоднаго мѣшка. Правый яичникъ довольно плоскій; въ немъ опухоль (длиной въ 1,5 см., шириной въ 1), состоящая какъ бы изъ центрального сосуда и идущихъ отъ него лучевидныхъ долекъ. Лѣвая Fallopіева труба нѣсколько длиннѣе правой, съ извилистымъ ходомъ, приросла къ боковой поверхности матки и къ верхней по-

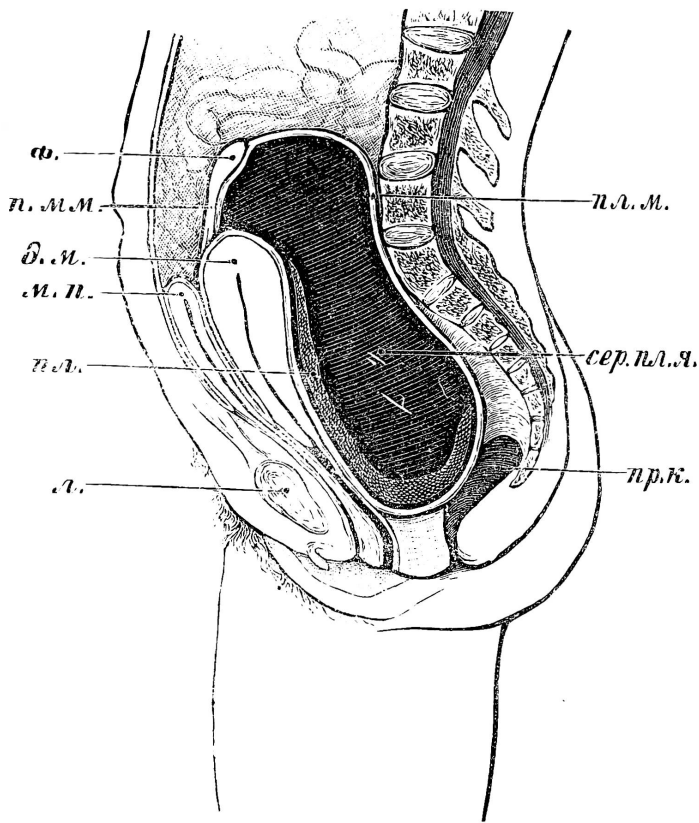


Рис. 2. Схематическій разрѣзъ спереди назадъ для показанія отношеній плоднаго мѣшка къ сосѣднимъ органамъ. *ф.*—фиброміома; *п. м. м.*—пучекъ мышцъ отъ фиброміомы ко дну матки; *п. л. м.*—плодный мѣшокъ; *д. м.*—дно матки; *м. п.*—мочево́й пузырь; *п. л.*—плацента; *л.*—лобковое сочлененіе; *сер. п. л. я.*—середина плоднаго яйца; *пр. к.*—прямая кишка.

верхности наружной стѣнки плоднаго мѣшка. Бахромки справа ясно замѣтны, но сросшены съ плоднымъ мѣшкомъ; слѣва же сросшены съ нимъ до неузнаваемости. Лѣвый яичникъ сначала не былъ найденъ, но былъ заподозрѣнъ

въ утолщеніи стѣнки мѣшка слѣва, сверху и сзади, гдѣ онъ при микроскопическомъ изслѣдованіи дѣйствительно и оказался. Стѣнки плоднаго мѣшка рыхлы, заднею поверхностью срослены съ S-гоманомъ, въ нижнепередней части сливаются съ маткой, составляющей часть его передней стѣнки; въ остальной периферіи мѣшокъ переходитъ въ брюшину кишечноматочной ямки. Длина матки 19, поперечникъ 11, толщина (спереди назадъ) 4,6; полость тѣла 14 см. Слизистая оболочка ея покрыта небольшимъ количествомъ гноевидной жидкости, крупнозерниста; отдѣльныя довольно плоскія возвышенія ея достигаютъ до 8 мм. Вся слизистая оболочка утолщена, тускло-сѣровато-желтовата. Мышечная стѣнка матки толщиною до 2,5 см., малокровна, вяла. Передняя губа маточной шейки утончена, но ясно замѣтна; задней же губы совсѣмъ нельзя замѣтить: она прямо переходитъ въ заднюю стѣнку рукава. Вся полость матки до наружнаго зѣва 17 см. (см. рис. на стр. 480 и 481).

Д. О. Оттзъ, исходя изъ того соображенія, что стѣнки плоднаго мѣшка содержатъ, во многихъ мѣстахъ, мышечные элементы и что лѣвая труба и яичникъ не могутъ быть прослѣжены на всемъ ихъ протяженіи, думаетъ, что данный препаратъ нельзя съ полнымъ убѣжденіемъ относить къ брюшинной беременности. Весьма вѣроятно, наоборотъ, что это беременность трубнобрюшная. Подобное положеніе не исключается прикрѣпленіемъ послѣда въ Douglas'овомъ пространствѣ. Случай, весьма похожій на случай докладчика, недавно описалъ Zweifel и также отнесъ его именно къ трубнобрюшной беременности, не смотря на то, что яичникъ и труба лежали совершенно отдѣльно, а плацента также прикрѣплялась въ Douglas'овомъ пространствѣ. Указанный случай идетъ такимъ образомъ совершенно въ разрѣзъ съ оцѣнкой, данной препарату В. В. Сутугинымъ. Клиническая картина еще менѣе можетъ считаться рѣшающимъ обстоятельствомъ въ надежной дифференцировки того или другого вида несвоемѣстной беременности и въ этомъ отношеніи клиническое опредѣленіе опухоли съ рѣзкими или болѣе разлитыми границами можетъ считаться развѣ только, какъ одинъ изъ вспомогательныхъ признаковъ. Вообще считаю до поры до времени цѣлесообразнѣе не предрѣшать вопроса, пока не накопится достаточное количество матеріала; теперь же, пока извѣстно только крайне ограниченное число случаевъ, признаваемыхъ авторомъ (и къ тому же часто безъ достаточно удовлетворительной мотивировки) за брюшинную беременность, всякое обобщеніе скорѣе можетъ затемнить дѣло и неблагоприятно повліять на дальнѣйшее его развитіе.

В. В. Сутугинъ возразилъ: для опредѣленія мѣста развитія вѣматочнаго плода, мнѣ кажется, необходимо принимать въ расчетъ мѣсто развитія плаценты. Въ показанномъ мною препаратѣ послѣдняя ясно прикрѣпляется сзади матки и правой широкой связки, къ Douglas'овой складкѣ Fallopіева

труба справа ясно прослѣжена и только прилегасть, но не соединяется съ мѣстомъ развитія плаценты. Лѣвая Fallorіева труба прилегасть къ плодному мѣшку и ясно (на свѣжѣмъ препаратѣ) была замѣтна до бахромокъ, распространявшихся снаружи плоднаго мѣшка. Вся она помѣщена внѣ мѣста прикрѣпленія плаценты, тамъ гдѣ было chorion laeve, а поэтому и надо принять, что эта лѣвая труба только случайно была втянута сращениями съ стѣнкой плоднаго мѣшка въ образованіе его. Такимъ же образомъ на образованіе стѣнки плоднаго мѣшка послужилъ и лѣвый яичникъ, уплотненный, атрофированный и найденный при микроскопическомъ изслѣдованіи тоже внѣ мѣста плаценты. Значительное увеличеніе матки и ясное развитіе плаценты внѣ трубъ и яичниковъ даютъ анатомопатологическія данныя для признанія брюшинной беременности. Трубную беременность можно признавать только тамъ, гдѣ плацента развивается въ самой трубѣ; при этомъ послѣдняя можетъ только выпячиваться, но не лежать прикрѣпленной къ какой либо части брюшиннаго листка полости малаго таза. Самая клиническая картина и результаты изслѣдованія рѣзко разнятся при брюшинной беременности отъ трубной. Такъ, при трубно-брюшной беременности, когда плацента сидитъ въ трубѣ, при изслѣдованіи черезъ рукавъ опредѣляется рѣзко ограниченная опухоль, а при брюшинной заматочной беременности прощупывается разлитая опухоль, безъ рѣзкихъ границъ переходящая въ сосѣднія ткани.—Я считаю необходимымъ разъ навсегда условиться въ дѣленіи различныхъ видовъ внѣматочной беременности и принять мѣсто образованія плаценты за условіе, опредѣляющее разновидности. Иначе одни будутъ видѣть все трубную беременность тамъ, гдѣ другіе найдутъ яичниковую, а третьи брюшинную, и никогда нельзя будетъ разобраться, не имѣя твердой основы для данной разновидности.

4) *Д. О. Оттз* показали слѣдующіе препараты:

а) Плотную опухоль яичника, которая на основаніи макроскопическаго осмотра была признана за саркоматозную, что и подтверждено микроскопическими препаратами, представленными обществу въ томъ же засѣданіи. Опухоль неправильной формы и превышаетъ размѣрами объемъ двухъ кулаковъ. Клинически описанный случай представлялъ ту особенность, что не осложнялся водянкой брюшной полости.

б) Препаратъ доношенной трубной беременности, представленный уже раньше обществу не обработаннымъ вскорѣ послѣ произведенной операціи. Въ настоящее время мѣшокъ содержащій плодъ вскрытъ и позволяетъ отчетливо видѣть способъ прикрѣпленія къ мѣшку всего послѣда. Placenta представляетъ совершенно аналогичную картину, какъ въ случаѣ только то показанномъ *В. В. Сутугинымъ*. Стѣнка трубы, какъ это видно на препаратѣ, крайне истончена и окружена снаружи массой лож-

ныхъ сращеній, фиксировавшихъ опухоль къ брюшинѣ окружающихъ ее органовъ.

в) Препаратъ двойной вѣматочной беременности: свѣжей и болѣе старой, развившейся въ обѣихъ яйцеводахъ, причемъ въ болѣе поздней отлично сохранились части плода соответствующаго 2¹/₂—3 мѣс. Указанный случай интересенъ въ томъ отношеніи, что діагнозъ двусторонней вѣматочной беременности былъ установленъ до операціи, которой онъ и подтвержденъ. Въ этомъ случаѣ въ числѣ діагностическихъ приѣмовъ примѣнено между прочимъ и пробное удаленіе частицы слизистой оболочки, которая позволила опредѣлить характерныя для беременности особенности—децидуальныя клѣтки

г) Препаратъ трубной прогрессировавшей беременности. Плодъ очень хорошо сохраненъ и отвѣчаетъ приблизительно 1¹/₂ мѣс. До операціи примѣненіе того же діагностическаго приѣма, какъ и въ предшествующемъ случаѣ.

д) Препаратъ трубной беременности (resp. трубный абортъ). Плода въ этомъ случаѣ не найдено, но вполне хорошо сохранившіяся ворсины свидѣтельствуютъ за беременность. Въ этомъ случаѣ, сначала опредѣляя заболѣваніе трубы, діагнозъ вѣматочной беременности былъ поставленъ почти исключительно на основаніи превращенія слизистой оболочки матки въ отпадающую, что опредѣлено путемъ діагностическаго выскабливанія.

5) В. А. Вастенъ прочелъ отчетъ о 30 оваріо-и сальпинготоміяхъ, произведенныхъ въ гинекологическомъ отдѣленіи Обуховской больницы съ 1890 по 1 января 1892 г. Въ число этихъ 30 операцій входятъ слѣдующіе случаи: пролиферирующихъ кистъ яичниковъ—14, межсвязочныхъ—5, дермоидная 1, гидросальпинксовъ—2, гематосальпинксъ—1, вѣматочная трубная беременность—1, двусторонній бугорчатый сальпингитъ—1, двусторонній піосальпинксъ съ нарывами въ яичникахъ—1, двусторонній піосальпинксъ съ межсвязочной правой кистой—1, гипертрофическій сальпингитъ съ нарывомъ лѣваго яичника—1, двусторонній гипертрофическій сальпингитъ съ кистой яичника—1 и двусторонній перелойный сальпингитъ съ переметритомъ и кистовиднымъ перерожденіемъ обоихъ яичниковъ—1. Срощенія, болѣе или менѣе сильно выраженные, были у 17 больныхъ, а у 4 оказались та-

кія условія, что удалить все было нельзя, и пришлось всю или часть опухоли вшить въ рану. У 18 больных температура въ послѣоперационномъ періодѣ ни разу не доходила до 38° . У 9 больных она отъ 1 до 4 разъ повышалась до $38,5^{\circ}$, у 2 до 39° , и у одной до $39,2^{\circ}$. Изъ 30 оперированныхъ умерла 1. У нея во время операціи лопнула наполненная гноемъ киста, помѣщавшаяся въ лѣвой широкой связкѣ. Гной попалъ въ брюшную полость и вызвалъ острый перитонитъ, отъ котораго больная и умерла на 3-й день послѣ операціи при температурѣ, не превышавшей $37,8^{\circ}$. Докладчикъ далѣе нѣсколько подробнѣе остановился на болѣе интересныхъ случаяхъ, причемъ предъявилъ Обществу и нѣсколько препаратовъ. Докладу предшествовало описаніе помѣщенія, обстановки и условій, при которыхъ больныя оперируются въ гинекологическомъ отдѣленіи Обуховской больницы ¹⁾.

6) *Д-ръ Семенскій* говорилъ о *тампонаціи брюшной полости*. Разобравъ различные способы дренированія брюшной полости и описавъ способъ *Mikulicz'a*, докладчикъ отмѣтилъ въ немъ слѣдующіе недостатки:

1) Путь, по которому проходитъ тампонъ изъ Douglas'ова пространства къ передней брюшной стѣнкѣ, весьма длиненъ; вслѣдствіе этого марля приходится въ соприкосновеніе съ такими частями брюшныхъ внутренностей, которыя вполне здоровы и нисколько не нуждаются въ дренажѣ. 2) Жидкость, высасываемая тампономъ изъ мертваго пространства и часто обладающая различными свойствами, соприкасается съ здоровой брюшной. 3) Въ составъ образующейся кругомъ тампона оболочки входятъ преимущественно кишки, которыя склеиваются между собою и съ другими частями, съ ними соприкасающимися, и образуютъ своего рода клубокъ. Обстоятельство это безразлично, ибо затрудняетъ передвиженіе кишекъ, причиняетъ въ послѣдствіи болѣзненные ощущенія отъ растягиванія ложныхъ перепонокъ и вообще обуславливаетъ послѣдствія, которыя не могутъ быть опредѣлены напередъ. Въ худшемъ случаѣ можетъ случиться даже и непроходимость кишекъ. 4) Конечъ тампона, выведенный въ брюшную рану, исключаетъ возможность перваго натяженія, что даетъ поводъ для

1) Болѣе подробный отчетъ будетъ помѣщенъ въ Больничн. Газ. Боткина.

образованія грыжи бѣлой линіи живота впослѣдствіи.

5) Выведенный наружу конецъ тампона, хотя и покрытъ повязкой, подвергается высушивающему дѣйствію атмосферы, что, отчасти, лишаетъ тампонъ его волосныхъ свойствъ. Въ виду всего сказаннаго, вполне естественно стремленіе, воспользовавшись всѣми выгодами тампона *Mikulicz'a*, устранить, по возможности всѣ его побочныя вредныя свойства. Съ этой цѣлью *Д. О. Отта* предложилъ слѣдующій способъ: послѣ вылушенія, напр., опусти задній сводъ влагалища протыкають, чтобы проникнуть въ *Douglas'*ово пространство, и въ образованное отверстіе вводятъ со стороны брюшной полости полосу обезпложенной или іодоформенной марли достаточной длины для того, чтобы ею можно было затампонировать все мертвое пространство. Полоса укладывается правильными слоями справа налево, въ видѣ зигзаговъ, и брюшная рана зашивается на всемъ пространствѣ. Жидкость, собирающаяся въ *Douglas'*овомъ пространствѣ, выводится во влагалище и пропитываетъ влагалищный тампонъ, который можно перемѣнять по мѣрѣ надобности. Способъ этотъ, соединяя въ себѣ всѣ выгодныя свойства тампона *Mikulicz'a*, не имѣетъ его недостатковъ:

- 1) Брюшная рана заживаетъ первымъ натяженіемъ.
- 2) Кишки приходятъ въ соприкосновеніе съ тампономъ лишь на очень ограниченномъ пространствѣ; срощенія по удаленіи тампона, получаютъ обыкновенно только между маткой и прямой кишкой.
- 3) Полоса марли, лежащая во влагалищѣ, не высыхаетъ и потому дѣйствуетъ все время, какъ волосной дренажъ.—Въ заключеніе докладчикъ представилъ нѣсколько препаратовъ, полученныхъ имъ при опытахъ на собакахъ. На препаратахъ этихъ видны всѣ вышеизложенныя невыгодныя стороны тампона *Mikulicz'a*, между тѣмъ, какъ способъ *Д. О. Отта*, испытанный послѣднимъ въ 7-ми случаяхъ на больныхъ женщинахъ, вполне оправдалъ возлагавшіяся на него надежды.

Д. М. Кирпѣвъ сказалъ: Ничего новаго только что упомянутый способъ проф. *Отта* не представляетъ и уже давно практикуется многими гинекологами: стоитъ только вспомнить экстирпацію матки черезъ влагалище и различные способы ухода за брюшно-влагалищною раной; затѣмъ лѣченіе заматочной кровяной опухоли влагалищнымъ разрезомъ съ послѣдовательною

тампонадою заматочнаго пространства. Двѣ такого рода больныхъ, уже оперированныхъ, лежатъ въ настоящее время въ завѣдываемомъ мною отдѣленіи. Наконецъ и при чревосѣченіяхъ дренажъ черезъ заднее *Douglas'*ово пространство примѣняется уже много лѣтъ; одно время имъ даже чрезмѣрно увлекались, теперь же онъ употребляется сравнительно рѣдко, въ строго обособленныхъ случаяхъ, причемъ, примѣнявшіеся прежде каучуковыя трубки, замѣнены іодоформной марлей, какъ наиболѣе совершеннымъ капиллярнымъ дренажемъ. Что касается до показаннаго препарата собачьихъ внутренностей, то намъ также давно извѣстно, что при введеніи въ полость брюшины долго не всасывающихся предметовъ они осумковываются и такимъ образомъ полость брюшины изолируется отъ тампона.

В. В. Сунгуинъ замѣтилъ: Я долженъ присоединиться къ мнѣнію *Д. М. Кирьева*, что приведенный якобы новый способъ тампонады мертваго пространства далеко не новъ и широко примѣняется при вскрытіи заматочныхъ кровяныхъ опухолей. Я вижу только разумное примѣненіе общаго закона въ томъ, что конецъ тампона долженъ быть выводимъ всегда по возможности краткимъ путемъ; если мертвое мѣсто ближе къ передней брюшной стѣнкѣ, то черезъ нее; если же оно ближе къ *Douglas'*ову пространству, то черезъ задній сводъ. Во всякомъ случаѣ, я радъ приветствовать удачное примѣненіе тампона черезъ рукавъ и при вскрытіи остальной брюшной полости.

Е. Ф. Бацевичъ также не видитъ въ способѣ *Д. О. Отта* ничего новаго. Способъ этотъ практиковался и до *Mikulicz'*а.

Д. О. Отта отвѣтилъ: Появленіе въ оперативной техники новыхъ приѣмовъ или усовершенствованій старыхъ обыкновенно обуславливается естественнымъ развитіемъ соответственной специальности и создается, я бы сказалъ, самою жизнью. Наблюденія и опыты надъ видоизмѣненіемъ способа тампонаціи брюшной полости, которые взялъ на себя трудъ сообщить Обществу д-ръ *Семѣнскій*, особенно наглядно подтверждаютъ только что высказанное. Практическій интересъ и преимущества, которые представляютъ предлагаемое измѣненіе способа *Mikulicz'*а, мнѣ казались достойными того, чтобы ихъ подвергнуть всестороннему обсужденію со стороны Гинекологическаго Общества. Я рассчитывалъ услышать отъ отдѣльныхъ сочленовъ сообщенія и наблюденія надъ тампонаціей брюшной полости изъ ихъ личной практики; хотѣлось бы выслушать критику по существу о новомъ видоизмѣненіи, — тѣмъ болѣе, что въ только что прочитанномъ докладѣ, въ видѣ цѣлаго ряда отдѣльныхъ положеній, изложены особенности предлагаемаго способа. Къ сожалѣнію, такого отношенія, могущаго содѣйствовать развитію дѣла и выясненію поставленнаго вопроса, я не встрѣтилъ: замѣчанія почти исключительно сводились къ вопросу о «первенствѣ»; заявлено было, что способъ не новъ, что де «былъ, есть и будетъ», при чемъ это не было подтверждено необходимыми въ такомъ случаѣ литературными данными. Такимъ образомъ вопросъ о первенствѣ (хотя, конечно, и наименѣе интересный во всемъ дѣлѣ), все таки, долженъ считаться неопровергнутымъ. Переходя къ оцѣнкѣ вопроса по существу, я тоже долженъ замѣтить, что и въ этомъ отношеніи всѣ, безъ исключенія, положенія, высказанныя докладчикомъ, оставлены въ полной силѣ.

Критическія же замѣчанія, сдѣланныя по этому поводу, не касаясь дѣла по существу, позволяютъ скорѣе высказать предположеніе, что возражавшіе недостаточно строго различаютъ *дѣйствительную тампонацію брюшной полости* отъ дѣйствій, близкихъ съ этимъ приѣмомъ. Такъ напримѣръ *В. В. Сутугинъ* заявляетъ, что при вскрытіи заматочныхъ кровяныхъ опухолей черезъ влагалище полость мѣшка выполняется іодоформной марлей. Очевидно, что при тампонированіи мѣшка кровяной опухоли тампонъ даже и не соприкасается съ брюшиной, такъ какъ брюшная полость уже задолго до вскрытія кровяной опухоли несомнѣнно уединена отъ полости мѣшка, содержащаго излившуюся кровь. Если заматочная кровяная опухоль развивается въ уже раньше образовавшемся мѣшкѣ, то указанныя отношенія выступаютъ еще нагляднѣе. Слѣдовательно, указанныя *В. В. Сутугинъ*мъ условія ни въ какомъ случаѣ не могутъ быть отождествляемы съ тампонаціей полости брюшины. Единковымъ образомъ и заявленіе *Д. М. Кирпаса*, что при всякомъ вырѣзываніи матки черезъ влагалище мы тампонируемъ брюшную полость, совершенно не можетъ быть отождествляемо съ предлагаемымъ способомъ, такъ какъ при введеніи тампоновъ вслѣдъ за удаленіемъ матки мы тампонируемъ только пространство, гдѣ вскрыта кляпчатка, *не вводя марли въ брюшную полость*; этого послѣдняго обстоятельства въ подобныхъ случаяхъ нужно, наоборотъ, даже избѣгать, такъ какъ иначе, какъ это доказано рядомъ примѣровъ, могутъ получиться самыя неблагоприятныя послѣдствія. Такимъ образомъ, ясно, что возражавшіе смѣшиваютъ совершенно различныя вещи. Замѣчаніе *В. В. Сутугина*, что предлагаемый мною способъ непримѣнимъ во *всѣхъ* случаяхъ, напримѣръ, когда необходимо дренировать въ области пузырно-маточнаго пространства, я никоимъ образомъ не могу считать основательнымъ упрекомъ моему способу, — главнымъ образомъ, потому, что способъ предложенъ только для поражений *Douglas'*ова пространства (въ этой области почти исключительно приходится отдѣлять сращения, вылучивать опухоли и т. п.) и, подобно всякому новому способу, имѣетъ строго ограниченную область примѣненія. Возводить же, какой бы то ни было, приѣмъ въ панацею или предъявлять къ нему подобныя требованія неосновательно, такъ какъ врачъ прежде всего долженъ индивидуализировать и строго разграничивать условія при выборѣ того или другого способа. На основаніи всего, что было высказано по поводу доклада, я считаю себя, такимъ образомъ, въ правѣ еще разъ подчеркнуть тѣ преимущества, которыя представляетъ разбираемый способъ сравнительно со способомъ *Mikulicz'a*. Представленные анатомическіе препараты доказываютъ это особенно наглядно. Насколько цѣлесообразенъ новый способъ, особенно ясно доказываетъ случай, въ которомъ мнѣ пришлось затампонировать *Douglas'*ово пространство послѣ вылученія мѣшка при трубной беременности, которая одновременно осложнилась и внутриматочной. Указанная больная не только хорошо и безъ всякой реакціи оправилась отъ чревосѣченія, но, кромѣ того, удалось сохранить и внутриматочную беременность, которая теперь ужъ близится къ нормальному концу, протекая совершенно правильно; бывшая больная чувствуетъ себя совершенно здоровой. Въ заключеніе позволю себѣ сдѣлать нѣсколько добавленій къ самой техникѣ тампони-

рованія. Во первыхъ, считаю цѣлесообразнѣе прокладывать путь изъ задняго свода въ *Douglas'*ово пространство по старому способу, не измѣняя положенія больной и непосредственно протыкая корнцангомъ задній сводъ. Перемѣщать больную въ спинно-крестцовое положеніе, обкладывать зеркалами сводъ, дѣлать послонный разрѣзъ, хотя и имѣть нѣкоторыя преимущества, но хлопотливѣе и мѣшкотнѣе и, къ тому же, требуетъ перемѣщенія больной со вскрытой брюшной полостью, что само по себѣ можетъ представить серьезную опасность и осложненія. Во 2-хъ, во время проведенія корнцанга хорошо, раскрывая его вѣтви, нѣсколько расширить образованное отверстіе въ сводѣ, дабы впослѣдствіи легче было удалить марлю, которую удобнѣе всего имѣть въ запасѣ, въ видѣ длинной полосы, свернутой на подобіе обыкновеннаго бинта. Въ 3-хъ, во время удаленія марли (дня черезъ 4—5), чтобы избѣгнуть болевыхъ ощущеній и пораненій, лучше всего конецъ полосы, выведенной во влагалище, во время потягиванія скручивать на подобіе веревки. При такомъ способѣ существенно упрощается извлеченіе тампона.

7) *И. И. Макавѣевъ* говорилъ о *Старо-Русскихъ минеральныхъ ваннахъ во время нормальныхъ и патологическихъ регулъ*. Предпославъ краткій фізіологическій очеркъ дѣйствія теплыхъ ваннъ на организмъ женщины, докладчикъ на основаніи 149 клиническихъ наблюденій пришелъ къ тому заключенію, что 1) сказанныя ванны не дѣйствуютъ вредно на нормально протекающія мѣсячныя; 2) на теченіе же патологическихъ мѣсячныхъ дѣйствуютъ безусловно благотворно.

Б. А. Родзевичъ возразилъ: Что теплыя ванны прѣсныя или минеральныя могутъ во многихъ случаяхъ заболѣваній женской половой сферы приносить нѣкоторую пользу—это давно всѣми допускается. Попытки докладчика объяснить благотворное вліяніе соленыхъ теплыхъ ваннъ способностью ихъ вызывать сокращенія мышечныхъ элементовъ матки вполне произвольно и скорѣе противорѣчитъ современнымъ взглядамъ относительно вліянія теплыхъ ваннъ на организмъ. Наблюденія докладчика не были обставлены такъ, чтобы могли служить матеріаломъ для какихъ либо выводовъ, а имъ сдѣланные выводы слишкомъ субъективны. Проводя два послѣдніе сезона въ Старой Руссѣ, *Б. А. Родзевичъ* принималъ исключительно гинекологическихъ больныхъ, стараясь, конечно, въ каждомъ случаѣ установить діагностику процесса, сообразно коему назначалъ ванны того или иного вида. При этомъ, однако, больныя подвергались по возможности мѣстному лѣченію, не говоря уже о соблюденіи всѣхъ наличныхъ условій, могущихъ благотворно вліять на общее состояніе больныхъ. *Родзевичъ* не заставлялъ своихъ больныхъ принимать теплыя ванны во время регулъ, не находя для этого достаточныхъ мотивовъ; помимо предубѣжденія женщинъ, быть можетъ не всегда безосновательнаго, удерживающаго ихъ отъ принятія ваннъ во время регулъ, при нѣкоторыхъ патологическихъ регулахъ казалось болѣе умѣстнымъ соблюденіе

общаго покоя. Получая, при указанномъ комбинированномъ лѣченіи своихъ больныхъ, удовлетворительные результаты, *Родзевичъ* не считаетъ однако возможнымъ раздѣлять слишкомъ оптимистическія ожиданія докладчика отъ самихъ минеральныхъ ваннъ, а тѣмъ болѣе ему кажется непонятнымъ, что такія ожиданія ставятся въ зависимость отъ принятія больными ваннъ во время регуль.

Предсѣдатель **К. Славянскій.**
Секретарь **Л. Личкусъ.**

Засѣданіе 12 марта 1892 г.

ПРОТОКОЛЬ № III.

Административное засѣданіе.

Присутствовали 36 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № II.

2) Ревизіонная коммиссія изъ членовъ: *И. М. Тарновскаго*, *В. А. Вастена*, *Е. Ф. Бацевича* и *К. И. Горайскаго* доложила обществу, что при ревизіи денежной касы послѣдняя найдена ими въ должномъ порядкѣ.

3) Та же коммиссія, обревизовавъ библіотеку общества, нашла ее въ полномъ порядкѣ.

4) Та же коммиссія, избранная для ревизіи денежной отчетности редакціи «Журнала Акушерства и женскихъ болѣзней» нашла всѣ записи и итоги за 1891 г. правильными и подлинными документы и счета въ надлежащемъ порядкѣ. Въ приходѣ оказалось 3856 р. 53 к., въ расходѣ 3956 р. 6 к.; въ дефицитѣ 99 р. 53 к. Общество постановило этотъ дефицитъ по журналу внести въ расходъ наступающаго года.

5) Утверждена смѣта расходовъ на 1892 г., представленная казначеемъ общества—*Н. И. Стравинскимъ*.

6) *А. Р. Фишеръ*, отъ имени организаціоннаго Комитета 1-го международнаго гинекологическаго конгресса,

имѣющаго собраться отъ 2-го по 6 сентября (ст. стили) настоящаго года въ Брюсселѣ, передалъ приглашеніе членамъ Общества принять участіе въ съѣздѣ. Болѣе подробныя свѣдѣнія о занятіяхъ конгресса, о предстоящихъ докладахъ и пр. будутъ сообщены въ «Журналъ Акуш. и женск. болѣзней».

7) *Д. О. Оттз* обратилъ вниманіе Общества на то, что въ каталогѣ гигиенической выставки, имѣющей открыться весной 1893 года, очень недостаточно обращено вниманія на отдѣлъ акушерства и специально гинекологіи. Между тѣмъ однако для представителей названныхъ специальностей выставка, конечно, представила бы большій интересъ, если бы указанная специальность была выдѣлена въ самостоятельный отдѣлъ и были бы выставлены, напримѣръ, всевозможные наборы, какъ акушерскіе, такъ равно и гинекологическіе, употребляемые въ отдѣльныхъ клиникахъ и учрежденіяхъ; родильныя кровати, столы и кресла для изслѣдованія и т. под. предметы.

8) Предсѣдатель заявилъ, что многіе остающіеся печатные экземпляры «Журнала акушерства и женскихъ болѣзней» продаются нерѣдко впослѣдствіи. Между прочимъ замѣчено, что за послѣдній годъ ихъ продано больше, чѣмъ за предыдущіе. Общество постановило относить этотъ доходъ прямо на редакцію журнала.

9) Избранъ въ дѣйствительные члены:

Бутчикъ, Владиміръ Тимофеевичъ, родился въ С.-Петербургѣ въ 1848 году, среднее образованіе получилъ въ Императорскомъ Гатчинскомъ Николаевскомъ Сиротскомъ Институтѣ, по окончаніи курса котораго поступилъ въ Медико-Хирургическую Академію, гдѣ окончилъ курсъ съ званіемъ лѣкаря въ 1874 году. По окончаніи курса Академіи, состоя при медицинскомъ департаментѣ сверхштатнымъ младшимъ медицинскимъ чиновникомъ, занимался въ Хирургическомъ отдѣленіи Маринской больницы. Въ концѣ 1875 г. медицинскимъ департаментомъ командированъ во Внутреннюю Киргизскую Орду для прекращенія сифилиса. Въ январѣ 1877 г. медицинскимъ департаментомъ откомандированъ къ Медико-Хирургической Академіи для научныхъ цѣлей. Въ іюнѣ того-же года назначенъ младшимъ ординаторомъ 79 военновременнаго госпиталя. По окончаніи войны прикомандированъ на 1880—81 г. къ Медико-Хирургической Академіи для изученія военно-полевой хирургіи. По истеченіи этого учебнаго года и по окончаніи командировки поступилъ земскимъ врачомъ въ Шацкій уѣздъ Тамбовской губерніи, гдѣ съ сентября 1881 года по сентябрь 1888 года завѣдывалъ Носиновской земской больницей. Въ концѣ 1888 года зачисленъ въ сверхштатные младшіе чиновники при меди-

цинскомъ департаментѣ и съ этого времени занимается въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи, гдѣ въ настоящее время состоитъ врачомъ-экстерномъ. Въ январѣ 1890 года приказомъ по Министерству Императорскаго Двора перемѣненъ изъ сверхштатныхъ медицинскихъ чиновниковъ—врачемъ С.-Петербургскаго Дворцоваго управленія. Состоитъ членомъ-корреспондентомъ «Тамбовскаго Медицинскаго Общества», куда въ разное время сдѣланы слѣдующія сообщенія: 1) Примѣненіе трихлорфенола при лѣченіи гнилостныхъ и язвенныхъ процессовъ; 2) Засѣданія комиссіи по вопросу объ улучшеніи санитарной части въ Шацкомъ уѣздѣ; 3) Суррогаты хинина и жженные квасцы въ лихорадкѣ; 4) Краткій очеркъ гигиеническаго состоянія земскихъ школъ Шацкого уѣзда, съ таблицей; 5) Замѣтка къ сообщенію проф. *А. С. Таубера*: о средствахъ распространенія хирургической помощи среди сельскаго населенія; 6) О санитарномъ совѣтѣ въ Шацкомъ уѣздѣ.

Предсѣдатель **К. Славянскій.**
Секретарь **Л. Личкусъ.**

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ КИЕВѢ.

(Собщ. И. А. Вoffфъ).

Засѣданіе 28-го марта 1892 г.

По поводу доклада комиссіи «О прирѣннй подкидышей», прочитаннаго въ прошломъ засѣданіи¹⁾, сдѣлали еще нѣсколько замѣчаній д-ра *Гуринъ*, *Марьяничъ* и *Боряковский*; послѣ разъясненій, данныхъ предсѣдателемъ комиссіи проф. *Черновымъ*, докладъ принятъ и утвержденъ обществомъ.

Ю. О. Ачшелезъ продемонстрировалъ «аппаратъ для добыванія послѣродовыхъ отдѣленій изъ полости матки съ цѣлью бактеріологическаго изслѣдованія». Задавшись цѣлью бактеріологически изслѣдовать послѣродовыя отдѣленія, приходится прежде всего заняться разработкою способа полученія лохій, имѣя при этомъ въ виду не только устраненіе возможности случайныхъ ихъ загрязненій извнѣ, но и заполученіе лохій изъ каждаго отдѣла полового тракта на мѣстѣ ихъ нахожденія. Разсмотрѣвши вкратцѣ способы добыванія лохій, примѣненные въ работахъ *Kehrer'a*, *Rokitansky'а* млад., *Karcwsky*, *Döderlein'a*, *Küstner'a*, *Omma*, *Doleris*, *Gönnér'a*, *Черневскаго*, *Соловьева*, *Winter'a*, *Thomen'a*, *Миронова*, *Steffeck'a*, *Замишина*, *Брандта*, докладчикъ ни одинъ изъ нихъ не находитъ удовлетворительнымъ по отношенію особенно къ методу полученія лохій изъ полости тѣла матки, такъ какъ при нихъ далеко не достигается полная изоляція содержимаго тѣла матки отъ содержимаго ея шейки. Способы полученія докладчикомъ лохій изъ различныхъ отдѣловъ влагалища мало чѣмъ отличаются отъ раньше уже описанныхъ; для полученія лохій изъ шейки въ нее вводится стеклянная трубка и чрезъ просвѣтъ ея лохи уже захватываются стеклянной палочкой (все, конечно, тщательно простерилизовано горячимъ воздухомъ); для добыванія лохій изъ полости матки примѣняется особенный инструментъ, одинъ экземпляръ котораго, а также два рисунка съ него, на одномъ изъ которыхъ инструментъ представленъ закрытымъ, на другомъ во время полученія имъ лохій,—представлены обществу. Въ виду сложности инструмента привожу дословное описаніе его: «онъ состоитъ изъ слѣдующихъ частей:—наружной поллой трубки, верхній просвѣтъ которой закрывается подвижной діафрагмой-шарикомъ, продыравленнымъ во всю свою толщю такимъ образомъ, что при

1) См. Журн. Акуш. и Женск. бол., 1892 г., № 3.

движеніяхъ его на 90° къ просвѣту описанной трубки прилегаетъ то сплошная, то продыравленная часть его. Двумя мелкими осевыми выступами шарикъ этотъ покоится на полудунныхъ вырѣзкахъ, сдѣланныхъ на придаткахъ по обѣимъ сторонамъ верхняго просвѣта трубки. Шарикъ и придатки эти съ вырѣзками закрываются продыравленнымъ также, какъ и шарикъ, колпакомъ, плотно и гладко пристающимъ къ стѣнкамъ трубки. Чтобы колпакъ этотъ не слѣзалъ во время опыта, устроено слѣдующее приспособленіе: отъ верхняго просвѣта трубки прорѣзана щель въ стѣнкѣ ея, идущая вначалѣ на небольшомъ протяженіи вертикально книзу, а потомъ подъ прямымъ угломъ переходящая въ горизонтальную; на внутренней поверхности колпака сдѣлано въ одномъ мѣстѣ небольшое возвышеніе-пуговка, входящая при насаживаніи колпака сперва въ вертикальную щель и при легкомъ его поворотѣ въ горизонтальную вѣтвь ея, чѣмъ и достигается невозможность сползанія колпака. Движенія шарика въ инструментѣ легко достигаются помощью спеціальнаго, весьма простаго по устройству, рычажка, соединеннаго съ шарикомъ двумя шелковыми лигатурами; одинъ конецъ каждой изъ этихъ двухъ лигатуръ проводится чрезъ мелкое воронкообразное сквозное отверстіе шарика, завязывается узелкомъ, втягивающимся затѣмъ въ углубленіе этого отверстія, послѣ чего лигатура обходитъ полуоборотомъ въ обратныхъ по обѣимъ сторонамъ шарика направленіяхъ по спеціально устроеннымъ для нихъ мелкимъ ложбинкамъ у обоихъ концовъ горизонтальной оси шарика. Другой конецъ каждой лигатуры пропускается чрезъ весь просвѣтъ трубки, выходитъ изъ него чрезъ сдѣланное съ каждой стороны отверстіе и зажимается винтомъ рычажка. Рычажекъ этотъ помощью простаго приспособленія—небольшаго шпеленка на поверхности своей—допускаетъ движенія шарика при вращеніи его въ предѣлахъ лишь 90° . Нижній просвѣтъ наружной трубки вплотную прилегаетъ къ подвижной въ осевомъ ея направленіи внутренней трубкѣ, поперечникъ которой вполне соответствуетъ продыравленному діаметру шарика и колпака. Какъ наружная, такъ и внутренняя трубка имѣютъ небольшую тазовую кривизну. Верхній просвѣтъ внутренней трубки закрывается въ свою очередь подвижнымъ колпачкомъ, сидящимъ на тоненькомъ стержнѣ, который проходитъ чрезъ всю полость внутренней трубки и заканчивается пружинкой съ пуговкой, при нажатіи на которую колпачекъ приподымается надъ просвѣтомъ трубки. Нижній просвѣтъ внутренней трубки герметически закрытъ, сообщаясь только съ небольшимъ аспирирующимъ баллономъ. Наружная и внутренняя трубка снабжены дѣлениями на сантиметры. Инструментъ весь сдѣланъ изъ мѣди, никелированъ; послѣ каждого употребленія онъ разнимается на части, стерилизуется горячимъ воздухомъ, въ немъ мѣняются лигатуры. Для полученія содержимаго полости матки поступаемъ слѣдующимъ образомъ: обнаживши ложкообразными зеркалами и фиксировавши пулевыми щипцами шейку матки, въ каналъ ея вводятъ инструментъ въ закрытомъ видѣ на 4—5 см. вглубь отъ наружнаго зѣва и поворачиваютъ помощью рычажка шарикъ на 90° , чѣмъ восстанавливается просвѣтъ наружной трубки, затѣмъ выдвигаемъ на 5—6 см. и болѣе, смотря по размѣрамъ матки, внутреннюю трубку въ полость уже тѣла матки; нажатіемъ на пуговку пружинки приподымаетъ упо-

минутый колпачекъ и легкимъ движеніемъ крана каучуковаго баллона насыщаемъ содержимое полости тѣла матки,—и только такое, — въ находящуюся подъ колпачкомъ вату; не измѣняя положенія инструмента, отпускаемъ пуговку пружинки, въ силу чего колпачекъ опускается опять на стѣнки внутренней трубки, тутъ же послѣдняя вдвигается въ просвѣтъ наружной трубки. обратнымъ поворотомъ рычажка шарикъ приводится *in loco* въ прежнее положеніе и въ такомъ закрытомъ опять видѣ инструментъ выводится наружу». Вата, пропитанная лохіями, переносится въ питательныя среды. Этимъ инструментомъ достигается полное механическое разобщеніе содержимаго шейки отъ содержимаго полости тѣла матки; контрольные опыты, при которыхъ инструментъ въ закрытомъ состояніи помѣщался въ жидкую желатину, содержащую разводки бактерій, или наружная поверхность его смазывалась плѣсенью, показали, что при производствѣ затѣмъ тѣхъ же манипуляцій, что и въ полости матки, вата оставалась стерильной.

Н. К. Нейловъ, возражая докладчику, замѣтилъ, что ко всякому такого рода инструменту должны быть предъявлены 3 требованія: первое—не принести имъ вреда изслѣдуемой внесеніемъ инфекции, второе, чтобъ имъ достигалась полная изоляція различныхъ отдѣловъ матки и, наконецъ, третье, чтобъ устройство его было по возможности менѣе сложно. Даннымъ инструментомъ эти условія едва ли выполнены; чтобъ добыть отдѣленія изъ различныхъ отдѣловъ матки, что представляется очень важнымъ, приходится каждый разъ вынимать инструментъ, стерилизовать его, мѣнять лигатуры, что продолжается 15—20', и затѣмъ снова продѣлывать всѣ манипуляціи. Имѣя въ виду заняться этимъ же вопросомъ, *Нейловъ* тоже придумалъ для этого особенный инструментъ, схематическій рисунокъ котораго былъ представленъ тутъ же обществу и преимущества котораго, по словамъ автора, заключаются въ томъ, что устройство его значительно проще, изоляція при немъ получается полная и, не вынимая инструмента, можно получить отдѣляемое изъ любого отдѣла матки. На практикѣ инструментъ пріѣняемъ еще не былъ.

В. А. Добронравовъ полагаетъ, что только на практикѣ можно будетъ убѣдиться, насколько инструментъ *Аншелеса* годенъ для всеобщаго употребленія. Онъ очень сложенъ и богатъ закоулками, гдѣ можетъ легко скопиться секретъ.

Ю. О. Аншелесъ, отвѣчая оппонентамъ, сказалъ, что для того, чтобъ получить содержимое изъ различныхъ отдѣловъ полости матки, достаточно мѣнять только внутреннюю трубку; по его мнѣнію, все равно, изъ какого бы отдѣла полости ни взять лохи, такъ какъ они все равно смѣшиваются. Устройство инструмента не особенно сложно и при устройствѣ его избѣгали всякихъ закоулковъ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ БЕРЛИНѢ.

(Перев. В. Н. Массенъ).

Засѣданіе 11-го декабря 1891 г.

(Продолженіе ¹⁾).

Bröse. Относительно статистики *Mackenrodt's Schäffer* уже сдѣлать справедливыя и хорошо обоснованныя возраженія, а потому считаю излишнимъ о ней распространяться. Въ настоящую минуту я не могу привести статистическихъ данныхъ, говорящихъ въ пользу хорошаго исхода при лѣченіи по *Apostoli*, такъ какъ я не приготовилъ еще свода всѣхъ этихъ данныхъ. Я подвергну эту статистику самому точному просмотру. Лично я до сихъ поръ не имѣлъ ни одного детальнаго случая при лѣченіи по *Apostoli*.

Что же касается теперь до уменьшенія опухоли при примѣненіи гальваническаго тока, уменьшенія, относительно котораго нѣкоторые все еще высказываютъ сомнѣнія, то долженъ сказать, что я имѣлъ 3 случая рѣзкаго уменьшенія, констатированнаго прямыми измѣреніями. Всѣ эти случаи были пользованы при помощи отрицательнаго полюса; въ одномъ случаѣ было совершенное исчезновеніе междустѣнной опухоли праваго рога матки, величиной съ кулакъ взрослаго человѣка.

Если *Mackenrodt* не получилъ благопріятнаго результата при употребленіи способа *Apostoli*, то это могло зависеть отъ 3-хъ обстоятельствъ. Прежде всего отъ самаго способа. Выходило бы такимъ образомъ, что всѣ наблюденія, которыя были сдѣланы въ Англіи и Америкѣ, равно какъ и тѣ, которыя были сообщены *Schäffer*омъ, *v. Campe* и мною ложны; одни, лишь наблюденія *Mackenrodt's* правильны.

Во вторыхъ, много зависитъ отъ самаго выбора случаевъ. Уже было указано, что подбрюшинныя, сидяція на ножкѣ опухоли, кромѣ тѣхъ случаевъ, когда онѣ осложнены кровотеченіемъ,—совершенно не пригодны для лѣченія по способу *Apostoli*, такъ какъ при этомъ способѣ онѣ совершенно не проникаются струями электрическаго тока. Равнымъ образомъ, согласно съ наблюденіями *Veit's* и *Schäffer's*, подслизистыя, сидяція на ножкѣ,

1) См. № 4-й, стр. 402—409.

спухоли не пригодны для лѣченія. Изъ междустѣнныхъ опухолей, при достиженіи успѣха въ терапіи кровотеченій, исключаются также тѣ, въ которыхъ маточный каналъ представляется на столько сильно искривленнымъ, что не всѣ части слизистой оболочки полости матки могутъ получить каутеризацію при помощи металлическаго или угольнаго электрода, или же такіа, гдѣ каналъ представляется очень длиннымъ и широкимъ. Если будутъ обращать вниманіе на все вышесказанное, то получать совершенно удовлетворительный результатъ.

Наконецъ, причина неуспѣха зависитъ и отъ врачей. Слѣдуетъ сказать, что практика способа *Apostoli* предъявляетъ врачу и пациенткѣ необыкновенное требованіе терпѣнія. Въ особенности гальваническое лѣченіе міомы матки представляется длительнымъ и утомительнымъ для гинеколога-оператора, который привыкъ быстро устранять ножомъ всѣ страданія. И я лично съ бѣльшей охотой дѣлаю міомотомію, чѣмъ рѣшаюсь въ теченіи мѣсяца заниматься электризаціей. Но результаты міомотоміи и до сихъ поръ не представляютъ ничего отраднаго. Если *Mackenrodt* вычислилъ 5,8% смертности въ своей послѣдней серіи, то позволительно сомнѣваться, чтобы столь благоприятный результатъ получился при вычисленіи % изъ большого числа случаевъ. Еще весьма недавно *Martin* изъ 32 больныхъ, оперированныхъ по его новому методу, потерялъ восемь женщинъ.

Еслибы подвести итоги результатамъ міомотоміи въ Германіи, то несомнѣнно получилась бы ужасающая смертность, по меньшей мѣрѣ 25%, преимущественно въ случаяхъ со вскрытіемъ брюшной полости. Кромѣ того не слѣдуетъ воображать, что всѣ женщины, которыя на радость статистики вышли изъ клиники въ качествѣ выздоровѣвшихъ, на долго были освобождены отъ своихъ страданій. Уже теперь появилось въ клиникахъ и поликлиникахъ Берлина большое количество женщинъ, которыя ищутъ помощи отъ невыносимыхъ болей, появившихся тотчасъ послѣ лапаротоміи. Это обстоятельство заставляетъ меня держаться основнаго положенія *Schröder'a*, который говорилъ, что показанія для міомотоміи слѣдуетъ ставить самымъ строгимъ образомъ и прибѣгать къ операціи лишь тогда, когда нѣтъ ничего другого.

Въ заключительномъ своемъ словѣ *Mackenrodt* замѣтилъ, что дѣло идетъ о критикѣ воздѣйствія тока на міому, при чемъ въ качествѣ матеріала должны быть причислены и «посторонніе» случаи, такъ они были точно наблюдаемы. При процентномъ вычисленіи результатовъ представляется совершенно равноцѣннымъ, является ли улучшающее вліяніе способа въ такомъ или другомъ процентномъ отношеніи. Болѣе важнымъ является то обстоятельство, что въ своихъ и въ чужихъ рукахъ электричество оказывается небѣрнымъ и очень опаснымъ палліативнымъ средствомъ, опасности примѣненія котораго совершенно равны опасностямъ оперативнаго лѣченія. Такія палліативныя средства не должны быть употребляемы. Опасность лежитъ отчасти въ примѣненіи внутриматочныхъ манипуляцій, отчасти же въ тѣхъ некротическихъ массахъ, которыя остаются послѣ каждаго сеанса и могутъ быть инфицированы при каждомъ изъ слѣдующихъ сеансовъ. Относительно же смертныхъ

случаевъ слѣдуетъ сказать, что послѣ того какъ пациентка, благодаря послѣдовавшему за примѣненіемъ электричества нагноенію міомы, сдѣлалась септической, было бы ошибкою, если-бы ради того, чтобы уменьшить значеніе опасности способа, стали считать ответственнымъ за жизнь пациентки оперативный методъ, примѣняющійся ради ея спасенія. Больныя, — какъ учить опытъ — за малымъ исключеніемъ умираютъ, примѣнена ли операція или нѣтъ. Кромѣ того больныя, подвергающіяся операціи, заражены сепсисомъ и представляются почти умирающими. Я ясно высказалъ, что я не электризировалъ подслизистыхъ міомъ, такъ какъ еще до начала своихъ опытовъ зналъ, что при нихъ нельзя получить излѣченія. Скачокъ съ септического дѣйствія электричества къ холоднымъ обертываніямъ пусть *Schäffer* возьметъ обратно. Я считаю заслуживающимъ большого вниманія то обстоятельство, что *Schäffer* при оцѣнкѣ способа затушевалъ дурные исходы и выставилъ только сносные результаты. Въ силу чего долженъ я возвратитъ ему его упрекъ въ тенденціонномъ счетѣ. Уже по тѣмъ больнымъ, которыя оставили лѣченіе, можно сдѣлать сужденіе объ электрическихъ манипуляціяхъ. Если почти 20% пациентокъ протестуютъ противъ лѣченія, то всякій врачъ изъ практическихъ соображеній долженъ съ серьезнымъ сомнѣніемъ огнестись къ этому методу.

A. Martin, когда *Orthmann* дѣлалъ въ Обществѣ докладъ о лѣченіи электричествомъ въ его лѣчебницѣ, просилъ исключить изъ своего отчета міомы, наблюденія надъ которыми были тогда еще неполны.

Окончательные результаты лѣченія электричествомъ у *Martin*'а не согласуются съ полными энтузіазма сообщеніями авторовъ. Каждый случай въ отдѣльности оказался не особенно благопріятнымъ. Если говорится о симптоматическомъ улучшеніи, то оно касается единственно случаевъ, которые въ теченіи длительного лѣченія перешли въ климактерическій періодъ ¹⁾. Другіе же случаи улучшенія были такого рода, относительно которыхъ съ положительностью нельзя было утверждать, что тотъ же самый успѣхъ не былъ бы полученъ при помощи выскабливанія, прижиганія или лѣченія хлористымъ цинкомъ; при чемъ помимо всего лѣченіе этими средствами имѣетъ и ту цѣну, что переносится больными съ большою охотою.

Отвѣчая *Bröse*, докладчикъ долженъ выставить то обстоятельство, что въ своихъ опытахъ онъ, конечно, не имѣлъ недостатка ни въ терпѣніи, ни въ выдержкѣ. Наблюденія *Martin*'а, равно какъ и эти наблюденія, расходя-

¹⁾ Невозможно, конечно, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ сказать, наступилъ ли срочный климактерій или нѣтъ, или кровотеченіе, остановленное электричествомъ, смѣнилось аменорреею, которая и слилась съ климактеріемъ. Мы наблюдали послѣ лѣченія электричествомъ длительную аменоррею у молодыхъ женщинъ, прежде страдавшихъ кровотеченіемъ; эта аменоррея черезъ извѣстное время (maximum 1—1½ года) смѣнялась правильной менструаціей. Есть шансы думать, что примѣненіе внутриматочной гальвано-каустики способствуетъ болѣе раннему наступленію climacis. Такимъ образомъ и это обстоятельство является однимъ изъ слагаемыхъ терапевтическаго эффекта при лѣченіи міомъ электричествомъ.

іяся въ своихъ выводахъ съ общимъ энтузіазмомъ, должны были умалить значеніе сообщеній, сдѣланныхъ въ этомъ Обществѣ за послѣднее время.

Ему доставляетъ удовольствіе то обстоятельство, что повсюду за исключеніемъ Германіи все болѣе и болѣе отказываются отъ употребленія электричества при міомахъ матки. *Tait'*а смѣнилъ *Stuart Nairne*; его критическій разборъ извѣстнаго матеріала *Keith'*а изъ защиты электротерапіи обратился въ уничтожающую ее критику.

Въ маленькой литературной войнѣ, завязавшейся на страницахъ «*British med. Journal*», противъ энтузіазма отдѣльныхъ лицъ постоянно выступаютъ сомнѣвающіеся критики. Съ этой точки зрѣнія весьма поучительной является статья *Chevrier* въ «*Nouvelles Arch. d'Obstetr. et Gynecol.*» (1891 г., №№ 10, 11). Она хорошо выражаетъ извѣстное уже намъ сомнѣніе парижскихъ нашихъ товарищей. Она содержитъ въ себѣ прямое отреченіе отъ *Apostoli* его соотечественниковъ въ дѣлѣ употребленія электричества при міомахъ.

Gusserow констатируетъ наблюденія его поликлиники, которые показали, что не было ни одного случая дѣйствительнаго излѣченія міомы, равно какъ длительнаго улучшенія. Поэтому слѣдовало бы порекомендовать не говорить объ «излѣченіи» міомъ въ томъ случаѣ, когда этимъ словомъ желаютъ лишь указать на улучшеніе симптомовъ. Дѣйствительное излѣченіе, то есть исчезновеніе міомы или значительное ея уменьшеніе, которое наблюдалось и описано, можно безъ труда объяснить себѣ—подобно тому какъ это имѣло мѣсто при всѣхъ другихъ методахъ лѣченія міомъ,—диагностическими погрѣшностями. Всякій, кто имѣлъ случай изъ года въ годъ наблюдать большое количество старыхъ тазовыхъ выпотовъ, долженъ согласиться съ говорящимъ, что очень часто даже опытнымъ изслѣдователю они даютъ картину міомы матки.

Точно также не слѣдуетъ приписывать этому методу по преимуществу то, что въ извѣстныхъ случаяхъ послѣ примѣненія электричества происходило рожденіе подслизистыхъ міомъ матки. При всѣхъ внутри- и внѣматочныхъ способахъ лѣченія міомъ матки обычно происходитъ почти то же самое. То же надо сказать и относительно наблюденій *Nagel'*а, который видѣлъ, что при лѣченіи аменорреи по *Apostoli* появляется менструація. При простомъ примѣненіи зонда можно получить тотъ же успѣхъ. Въ качествѣ рѣшительнаго эффекта способа остается его прижигающее дѣйствіе на слизистую оболочку матки и вызываемое этимъ временное прекращеніе кровотеченія. Этотъ результатъ можно съ одинаковой вѣрностью получить и другими способами лѣченія (выскабливаніе, внутриматочныя прижиганія, эрготинъ). Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ полость матки трудно достижима и не представляется болѣе или менѣе прямолинейной, способъ *Apostoli* оказывается безсильнымъ. И такъ какъ на основаніи всего сказаннаго, по убѣжденію *Gusserow'*а, онъ даетъ не болѣе чѣмъ другіе способы, то онъ считаетъ его способомъ кропотливымъ и длительнымъ, тѣмъ болѣе что онъ требуетъ сложныхъ аппаратовъ.

Schäffer (заключительное слово): Я не хочу болѣе отвѣчать на возраженія *Mackenrodt'*а; я аппелирую къ его чувству справедливости и прошу его согласиться со мною въ томъ, что онъ не вѣрно подсчиталъ свои 66 случаевъ.

И если онъ говорить мнѣ, что изъ 36 онъ вылѣчилъ 21 случай, то на этомъ и успокоюсь, такъ какъ такимъ образомъ онъ самъ признаетъ, что имѣлъ около 60% выздоровленій ¹⁾).

Bröse я долженъ сказать, что замѣчаніе его относительно того, что я часто употребляю слово электролизъ, представляется мнѣ совершенно справедливымъ. Выраженіе «электрическое лѣченіе» было бы здѣсь болѣе у мѣста.

Nagel ю же я долженъ указать на то, что онъ никогда не переходилъ силы тока выше 150 МА. Я совершенно не понимаю этого, такъ какъ въ большинствѣ моихъ случаевъ я шелъ много дальше, чаще всего до 240 МА, не причиняя тѣмъ пациентѣ особой болѣзненности. Различіе нашихъ наблюденій зависитъ, по моему мнѣнію, отъ недѣятельнаго электрода. *Nagel* либо пользовался очень маленькой пластинкой, либо металлическая пластинка сдвигалась съ своей подстилки и такимъ образомъ прямо соприкасалась съ кожей. Поэтому я употребляю полотняную, наполненную торфянымъ мохомъ подушечку, величиною въ 600 к. с., на которую я помѣщаю свинцовую пластинку въ 300—400 к. с.

Bröse (заключительное слово). Я позволяю себѣ возразить *Gusserow*'у, что ни самъ *Apostoli*, никто другой не утверждали, что въ большинствѣ случаевъ міомы исчезаютъ послѣ лѣченія; говорилось постоянно одно и то же, а именно, что этотъ способъ представляетъ собою симптоматическое лѣченіе. Что же касается теперь до моего наблюденія, въ которомъ міома исчезла въ время лѣченія, то я не придаю этому, равно какъ и уменьшенію опухоли, никакой цѣны. Главная суть заключается въ томъ, что устраняются страданія больной, что кровотеченія ея прекращаются, и въ этомъ послѣднемъ отношеніи способъ оказывается много болѣе дѣйствительнымъ, чѣмъ *abrasio mucosae*. Многіе изъ моихъ случаевъ, которые были вылѣчены отъ кровотеченія, подвергались до этого операциі выскабливанія, произведеннаго опытными гинекологами ²⁾).

Кромѣ того *abrasio mucosae* представляется совсѣмъ небезопаснымъ при міомахъ. Въ качествѣ ассистента я видѣлъ много разъ женщинъ, погибшихъ послѣ этой операциі отъ піемін, наступившей вслѣдствіе нагноенія опухолей.

Все это даетъ мнѣ полное право утверждать, что изъ всѣхъ симптоматическихъ лѣчебныхъ средствъ міомъ матки гальваническое лѣченіе представляется наилучшимъ. Существуетъ большое число случаевъ (изъ 12 случаевъ *в. Campe*—7, а у меня 10), которые при строгой постановкѣ показанія

¹⁾ Возраженія *Schäffer*'а *Martin*'у и *Mackenrodt*'у надняхъ вышли отдѣльной статьей и помѣщены въ *Berlin. klinische Wochenschrift*. *Пер.*

²⁾ Мы имѣли цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ примѣненіе анода прекращало кровотеченіе (*endom. haemorrhagica*), упорно рецидивировавшее послѣ повторнаго въ нѣкоторыхъ случаяхъ выскабливанія. Особенно любопытенъ одинъ случай, гдѣ внутриматочная электризація по *Apostoli* устранила страшныя кровотеченія, съ которыми безуспѣшно боролись выдающіеся гинекологи различными лѣчебными средствами до двухсторонней кастраціи включительно (см. Дисс. 1890, стр. 101, 102, 103, 108, 135). *Пер.*

предназначались къ міотоміи; среди этихъ случаевъ есть такіе, которые уже 2—3 года тому назадъ какъ были отняты отъ міотоміи ¹⁾).

Nagel (заключительное слово). Плохія данныя статистики *Mackenrodt'a* представляются также *Nagel*'ю поразительными, такъ какъ онъ не имѣлъ ни одного дурнаго исхода при употребленіи тока; онъ считаетъ электрическое лѣченіе за совершенно безопасное.

Nagel возразилъ *Schäffer'y*, что онъ исключительно употреблялъ избрѣтенныя *Engelmann'*омъ (St. Louis) и теперь всюду употребляемые на- ружные электроды изъ гибкаго металла, обтянутаго трутѣмъ и кожей. Гли- нняныхъ электродовъ онъ не употреблялъ ни разу; прочія модификаціи (лос- кутки бумаги, мохъ и проч.) оказались не цѣлесообразными.

Предсѣдателю же *Nagel* возразилъ въ томъ смыслѣ, что и онъ не допуска- етъ никакого специфическаго дѣйствія фарадическаго тока на матку. Дѣйствіе всецѣло основывается на раздраженіи матки. И такъ какъ раздраженіе, вы- зываемое внутриматочнымъ примѣненіемъ фарадическаго тока оказывается много энергичнѣе, чѣмъ при простомъ зондированіи (съ оставленіемъ зонда), то вышесказанный способъ долженъ бы казаться заслуживать предпочтенія.

ОПЕЧАТКИ,

замѣченныя въ «Отчетѣ», помѣщенномъ въ № 4-мъ.

Стр.	Строка.		Напечатано.	Слѣдуетъ читать.
	сверху.	снизу.		
399	—	17	60%	66%.
400	20	—	черезъ промежность	черезъ прямую кишку
401	—	20	болѣе и болевыхъ ощущеній.	болевыхъ ощущеній
403	2	—	болѣе	далѣе.
404	—	3	міомой было) матки	міомой матки) было
—	—	4	случаи въ началѣ	случаи были въ началѣ.
405	11	—	двухстороннія опу- холи яичниковъ ... 13	двухстороннія опухоли яич- никовъ... 6, одностороннія опухоли яичниковъ... 13
406	—	8	исправленіе	исчезновеніе
407	—	8	недоказанныхъ	недоказательныхъ
—	—	19	примѣнившуюся	примѣнявшуюся
408	—	1	считать	считаться

¹⁾ Въ почтенной работѣ *Nowitz'a*, реферированной въ № 16 Centr. f. Gynäk, 1892, между прочимъ говорится, что хорошіе результаты, полученные авторомъ съ примѣненіемъ способа *Apostoli* при міомахъ заставляютъ его обращаться къ ножу не прежде, чѣмъ онъ испытаетъ (съ извѣстными исклю- ченіями) у данной больной электрическое лѣченіе. Вотъ истинная оцѣнка по- ложенія вопроса о томъ, быть или не быть электричеству! *Пер.*

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ КЕЛЬНѢ

(Перев. А. К. Гермониуса).

Засѣданіе 3-го декабря 1891 г. ¹⁾.

Предсѣдатель: Frank; Секретарь: O. Schmidt.

Послѣ демонстраціи нѣсколькихъ препаратовъ *Frank*'омъ и *Kötschau*, послѣдовало сообщеніе *Pelzer*'а: О веденіи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ посредствомъ внутриматочнаго впрыскиванія глицерина.

Химически чистый, стерилизованный глицеринъ вводится въ матку въ количествѣ 100 куб. см. При этомъ, разумѣется, избѣгаютъ попаданія въ полость матки воздуха и соблюдаютъ всѣ антисептическія предосторожности. Введенный между плодными оболочками и стѣнкой матки, глицеринъ въ самомъ непродолжительномъ времени вызываетъ правильную потужную дѣятельность съ прекраснымъ образованіемъ пузыря и, соотвѣтственно этому, со скорымъ и легкимъ родоразрѣшеніемъ. Въ 2 случаяхъ, гдѣ преждевременные роды были предприняты по поводу суженія таза, боли установились разъ—черезъ $\frac{1}{2}$ часа, другой разъ—черезъ часъ. Въ третьемъ случаѣ дѣло шло о беременной въ концѣ 32-й недѣли, которая потеряла въ теченіи послѣднихъ 14 дней много кровн. Боковое предлежаніе послѣда, при t^o въ 39—40°. Черезъ полтора часа послѣ впрыскиванія глицерина начались первыя боли. Еще чрезъ $2\frac{1}{2}$ часа сильное кровотеченіе, поворотъ при зѣвѣ величинной въ трехмарковую монету, а чрезъ полтора часа извлеченъ мертвый уже при поступленіи матери плодъ. На 12-й день мать выписана здоровой. Авторъ рекомендуетъ этотъ способъ и въ концѣ беременности, когда желательно быстрое окончаніе родовъ, вслѣдствіе угрожающихъ для матери и плода явленій. Это средство примѣнялось также дважды при слабости потугъ, при чемъ дѣйствіе его обнаружилось въ одномъ случаѣ немедленно, а въ другомъ—черезъ часъ.

Eberhart возстаетъ противъ новаго метода, съ одной стороны, въ виду его хлопотливости, съ другой, вслѣдствіе возможности воздушной эмболии и прониканія глицерина въ кровяное ложе и сопряженной съ этимъ опасности. Онъ не можетъ согласиться съ высказаннымъ докладчикомъ взглядомъ противъ примѣненія прессованной губки и ламинарин, по край-

¹⁾ Centralbl. f. Gyn., 1892, № 2.

пей мѣръ, противъ послѣдней, которая даже при очень узкой и неподатливой шейкѣ можетъ примѣняться вполне асептически. Если же послѣ этого еще вставить бужъ или затампонировать каналъ шейки іодоформной марлей, то, конечно, такой способъ будетъ менѣе опасенъ, чѣмъ введеніе катетера *Mercier* съ послѣдовательнымъ впрыскиваніемъ глицерина. Въдь можетъ случиться, что глицеринъ вмѣсто того, чтобы попасть между оболочками и стѣнкой матки, проникнетъ въ полость самого яйца, если, напримѣръ, оболочки будутъ проткнуты или лопнуть сами, при болѣе энергичномъ давленіи извнѣ. Особенно опаснымъ оппонентъ находитъ примѣненіе этого способа при предлежаніи послѣда; самое большое, — его можно, пожалуй, допустить въ затянувшихся и въ такихъ случаяхъ, когда другіе способы не достигаютъ цѣли или дѣйствуютъ не достаточно быстро. Для частной практики онъ совершенно не годится.

Venn высказывается противъ метода докладчика, особенно при предлежаніи послѣда; онъ рекомендуетъ тампонацію.

Apfel стоитъ за проколъ оболочекъ, боясь при примѣненіи новаго способа воздушной эмболии.

Frank хвалитъ глицериновые впрыскиванія особенно за ихъ простоту и удобовыполнимость при узкомъ зѣвѣ. Ламинарію онъ считаетъ за средство подготовительное, не исключющее дальнѣйшихъ приѣмовъ, между тѣмъ какъ при примѣненіи этихъ впрыскиваній остальные мѣры отпадаютъ сами собой. Глицеринъ долженъ быть употребляемъ при слабости родовыхъ болей лишь тогда, когда зѣвъ не открывается, а женщина безпрерывно лихорадитъ или находится въ коллапсѣ.

Eberhart считаетъ замѣчаніе *Frank*'а о томъ, что при удаленіи бужа прекращается потужная дѣятельность, относящимся не ко всѣмъ случаямъ, а тампонацію, вопреки *Frank*'у, за средство, способствующее родовымъ болямъ.

Pelzer оспариваетъ возможность воздушной эмболии и вновь настаиваетъ на асептичности своего метода. Окончательное заключеніе онъ дастъ по скопленіи дальнѣйшихъ наблюденій.

O. Schmidt сдѣлалъ сообщеніе: Къ казуистикѣ первичной карциномы наружныхъ половыхъ органовъ и рукава.

Рѣдкость карциноматознаго пораженія наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища, сравнительно съ таковымъ же матки, даетъ автору поводъ сообщить о встрѣтившихся ему за послѣдніе 2 года трехъ случаяхъ первичнаго рака вульвы и одномъ случаѣ первичнаго же рака влагалища. Въ 1-мъ случаѣ, 60-лѣтняя женщина въ теченіи $\frac{1}{2}$ года страдала воющимъ истеченіемъ изъ правой большой губы; страданіе лѣчилось, какъ экзема. Докладчикъ опредѣлилъ карциному, уже разрушившую двѣ верхнія трети правыхъ большой и малой губъ, похотникъ и наружную треть мочеиспускательнаго канала и давшую длинные отростки въ соединительную ткань между симфизомъ и кожей. Поверхностныя паховыя железы больной стороны инфильтрированы. Обширное удаленіе заболѣвшихъ тканей и железъ. Возвратъ черезъ 10 мѣсяцевъ (во влагалищѣ), а смерть

через 1½ года послѣ операциі. Во второмъ случаѣ дѣло шло о 35-лѣтней женщинѣ. Карцинома, ясно исходящая изъ клитора, представляетъ *casus inoperabilis*; разрушены похотникъ, уретра и передняя стѣнка влагалища. Пузырь вслѣдствіе этого долгое время опорожнялся катетеромъ; наконецъ, вслѣдствіе непроходимости мочеиспускательнаго канала, произведенъ проколъ пузыря. Смерть отъ истощенія. Авторъ совѣтуетъ при подобныхъ злокачественныхъ новообразованіяхъ производить возможно широкое удаленіе и здоровыхъ тканей, а при подозрѣніи на пораженіе паховыхъ железъ удалять и эти послѣднія, какъ поверхностныя, такъ и глубокія.

Первичная карцинома влагалища вызвана давленіемъ пессарія (кольцо *Mayer'a*), которое по причинѣ выпаденія задней стѣнки рукава и ощущенія матки не вынималось около 1¼ года. Гдѣ теченіи 6 недѣль вонючія бѣли со слѣдами крови; послѣднія регулы — 10 дней, очень обильныя и безпрерывны. На влагалищной части съ обѣихъ сторонъ глубокіе разрывы; она утолщена и до самыхъ сводовъ покрыта ссадинами и окрашена въ интенсивно красный цвѣтъ; въ каналѣ шейки трещины. Въ 3 см. отъ мѣста прикрѣпленія задняго свода начинается опухоль, плоская, съ мелкими лоскутками, величиной въ двухмарковую монету; отъ влагалищной части она отдѣлена совершенно здоровою тканью. Опухоль находится въ лѣвой части влагалищной стѣнки, гдѣ въ нее упиралась наиболѣе выдающаяся часть пессарія; въ этомъ мѣстѣ обрывки опухоли тѣсно прижаты другъ къ другу кольцомъ, образуя какъ бы валикъ, идущій сверху внизъ. Опухоль, рѣзко обрывающаяся на границахъ со здоровою тканью и возвышающаяся надъ нею приблизительно на ½ см., вполне подвижна. Инфильтратъ достигаетъ прямой кишки, стѣнка которой оказывается нѣсколько вдавленной въ просвѣтъ ея. Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило злокачественность новообразованія. Операциа состояла въ ампутаціи влагалищной части и въ удаленіи опухоли, при чемъ потеря тканей по возможности выполнена, по образованіи лоскута изъ слизистой оболочки влагалища; въ заключеніе произведена *colporrhaphia poster.* по *Hegar'y*. Авторъ считаетъ свой случай третьимъ, гдѣ связь между ношеніемъ пессарія и образованіемъ рака можетъ быть установлена: первый описанъ *Hegar'омъ* (Оперативная гинекологія), второй—*A. Meyer'омъ* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. XXII, N. 1*¹⁾).

Ernst напомнилъ о случаѣ *Winckel'я*, гдѣ вслѣдствіе тренія выпавшей стѣнкой влагалища образовалась раковая опухоль на бедрѣ. Д-ръ *Zizold* приводитъ въ своей диссертациі 44 случая первичнаго рака влагалища.

Kötschau не раздѣляетъ мнѣнія докладчика, будто черезъ нѣсколько лѣтъ пессаріи при выпаденіяхъ выйдутъ изъ употребленія. Въ виду того, что большинство выпаденій приходится на долю бѣдныхъ классовъ, то врядъ-ли въ этихъ случаяхъ будутъ имѣть успѣхъ оперативные методы,

¹⁾ Рефератъ въ Ж. А. и Ж. Б., № 1891, № 12 (Декабрь), стр. 1012.
Перев.

нерѣдко дающіе возвраты, или чрезчуръ длительное лѣченіе массажемъ; между тѣмъ какъ пессаріямъ еще на долго будетъ отдаваемо предпочтеніе при лѣченіи выпаденій.

Sahen настаиваетъ на важности тщательнѣйшаго съ обѣихъ сторонъ удаленія паховыхъ железъ одновременно съ удаленіемъ опухолей при карциномахъ наружныхъ половыхъ органовъ.

Frank считаетъ образованіе первичнаго рака влагалища у женщинъ, носящихъ пессарій, чисто случайнымъ явленіемъ. Что касается карциномы наружныхъ половыхъ частей, то онъ думаетъ, что, въ виду медленнаго обыкновенно роста такой опухоли, часто бываетъ лишнимъ удалять паховыя железы ¹⁾.

¹⁾ Изъ доклада д-ра *O. Schmidt'a* и преній по поводу его снова явствуетъ незнакомство иностранныхъ авторовъ съ русской литературой. Достаточно указать на обширную работу доцента Варшавскаго университета *И. И. Федорова*, помѣщенную еще въ 1888 году въ нашемъ журналѣ (№№ 1, 2 и 3-й, стр. 1, 79 и 167) и озаглавленную: «Къ вопросу о первичномъ ракѣ вагины и его оперативномъ лѣченіи». Въ ней, вопреки мнѣнію д-ра *Ernst'a* и *Zizoli'a*, указывающихъ всего 44 случая этого страданія, и вышеупомянутаго *A. Meyer'a*, дающаго только 35 случаевъ, приведена таблица, заключающая въ себѣ случаи, не показанные въ собраніяхъ *West'a* (19) и *Küstner'a* (34) и опубликованные съ 1882 по 1887 годъ; таковыхъ оказалось, кромѣ вышеозначенныхъ, 79. Кстати, небезъинтересно замѣтить, что и расчетъ, сдѣланный *O. Schmidt'омъ* относительно своего случая образованія первичнаго рака влагалища, какъ слѣдствія долгаго ношенія пессарія, не вполне точенъ: даже у того же *Meyer'a*, на котораго онъ ссылается (равно какъ и въ вышеуказанной статьѣ *Федорова*) упоминается о трехъ такихъ случаяхъ, — а именно—*Hegar'a*, *Kaltenbach'a* и *Morgagni*; если присоединить сюда случай *Meyer'a*, то случай докладчика окажется пятымъ, а не третьимъ, какъ онъ думаетъ.

Перев.

РЕФЕРАТЫ.

91. П. Н. Федоровъ. Къ вопросу о чрезмѣрной рвотѣ беременныхъ и средство противъ нея. (Труды Харьковскаго Мед. Общества. 1890 г. Выпускъ второй. Харьковъ. 1890 г. Стр. 163).

Авторъ, представивъ краткій очеркъ развитія ученія о чрезмѣрной рвотѣ, описываетъ ея клиническую картину, придерживаясь дѣленія болѣзни, по *P. Dubois*, на три періода, и останавливается на вопросѣ о сущности этой болѣзни. По *Guéniot*, *M. Clintock* и *Сутугину*, рвота во время беременности есть неврозъ желудка, являющійся въ формѣ рефлекса съ матки. Авторъ становится на сторону этого взгляда, считая весьма вѣроятнымъ вообще связь между расстройствами пищеварительныхъ путей и явлениями въ половой сферѣ (менструація, coitus, беременность вообще). Въ особенности воспалительные приливы къ маткѣ, да еще такіе, которые одновременны съ физиологическими приливами (беременность), должны еще скорѣе вызвать рефлекторныя расстройства со стороны желудка. Легче эти рефлексы получаютъ у людей съ воспріимчивой нервной системой, у повторнобеременныхъ, при неблагоприятныхъ условіяхъ питанія. Въ основѣ этихъ рефлекторныхъ явленій лежитъ цѣлый рядъ сосудодвигательныхъ расстройствъ въ желудочно-кишечномъ каналѣ. Принимая за причину усиленный, resp. воспалительный приливъ крови къ беременной маткѣ, авторъ считаетъ цѣлесообразнымъ примѣненіе отвлекающихъ, кровоизвлеченій, льда и т. под. и à priori полагалъ, что препаратъ корня *hydrastis canadensis* (extractum fluidum), какъ средство, понижающее кровяное давленіе, дѣйствующее угнетающимъ образомъ на вазомоторные центры брюшныхъ внутреннихъ и вызывающее сокращенія матки,—очень умѣстенъ при лѣченіи чрезмѣрной рвоты беременныхъ. Дѣйствительно, въ 2 случаяхъ у автора успѣхъ отъ средства получился блестящій. 1-й случай. Второбеременная, 22 лѣтъ. Послѣ первыхъ родовъ крови стали болѣзненны, появились бѣли. Рвота съ начала второй беременности (2-мѣсячная беременность). Anteversio uteri и сильная болѣзненность при изслѣдованіи ея. Рвота послѣ приема и внѣ приема пищи и питья. Больной кажется, что

окужающіе предметы дурно пахнутъ, и это вызываетъ рвоту. Безъ результата испытанъ цѣлый рядъ средствъ. Назначенъ *extr. fl. hydrastis canadensis*, по 20 кап. 4 раза въ день, въ ледяной водѣ. Послѣ 6 приемовъ улучшеніе, а затѣмъ полное выздоровленіе. Срочные роды. 2-й случай. Второбеременная (на 2 мѣсяцѣ), 29 л. Въ анамнезѣ истеро-эпилепсія. Рвота во время первыхъ родовъ. Въ настоящую беременность рвота съ начала ея. Матка рыхла, болѣзненна. Лѣвый яичникъ увеличенъ и болѣзненъ. Испытаны многія средства. Назначенъ *extr. hydrast. canadensis*, быстро вызвавшій выздоровленіе. Въ концѣ статьи описанъ еще 3-й случай рвоты у IV-беременной, страдавшей рвотами и въ тѣ беременности. Рвота до 18 разъ въ сутки. Матка болѣзненно сильно рыхла. Черезъ 3 дня послѣ назначенія *hydrastis* рвота стала рѣже, до 2—3 разъ въ день, а затѣмъ совсѣмъ прекратилась.

Н. Канушкинъ.

92. Matlakowski. Dwa dalsze przypadki ciąży zamacicznej (Gazeta lekarska, 1892, №№ 1, 2). Еще два случая вѣматочной беременности.

Случай 1-й: Вѣматочная беременность на 15 мѣсяцѣ; зніеніе плода; прободеніе кишки; чревостѣченіе; смерть отъ истощенія.

Больная 26 лѣтъ, рожала въ срокъ 2 раза, послѣдній разъ 2¹/₄ года тому назадъ, а 15 мѣсяцевъ тому назадъ опять забеременѣла, причемъ въ первый недѣли была чрезвычайно слаба; въ дальнѣйшемъ теченіи беременности не ощущала ничего ненормального, регулы все время отсутствовали. Въ ожидаемый срокъ роды не наступили; при незначительныхъ схваткахъ выдѣлился изъ половыхъ частей мясистый кусокъ, который и былъ выброшенъ; въ общемъ больная чувствовала себя совершенно здоровой; впослѣдствіи стала замѣчать уменьшеніе живота и прогрессирующій упадокъ силъ; ни болей въ животѣ, ни ознобовъ, ни лихорадочнаго состоянія никогда не наблюдалось.

Больная блѣдна и крайне истощена; пульсъ 120, еле ощутимый. Животъ неравномѣрно увеличенъ, правая сторона больше лѣвой. Границы опухоли сверху, справа и слѣва ясно выражены; въ верхней части при надавливаніи ощущается трескъ,—получается впечатлѣніе, что черепныя кости заходятъ одна за другую; опухоль немного подвижна. Влагалищная часть матки мала, тѣло матки не опредѣляется, черезъ своды части плода не опредѣляются. Моча содержитъ немного бѣлка.

Подъ неполнымъ наркозомъ произведено чревостѣченіе; плодный мѣшокъ вскрытъ, выпущены зловонные газы и жидкость, плодъ удаленъ, плодный мѣшокъ выполненъ іодоформенной марлей и края его пришиты къ краямъ брюшной раны. Хотя экстирпація всего плоднаго мѣшка представлялась не особенно затруднительной, но, въ виду крайняго истощенія больной, не желая подвергать ее глубокому наркозу, предпочтенъ болѣе легкій путь.

Послѣоперационный періодъ до 9 дня протекалъ довольно благопріятно. на 9-й день констатирована гипостатическая пневмонія; на 29-й день буйный бредъ и смерть отъ истощенія.

Вскрытіе: брюшина не представляетъ признаковъ воспаленія; опредѣлить

отношеніе плоднаго мѣшка къ личнику и трубѣ нѣтъ возможности. *Rectum et flexura sigmoidea* сросшены съ плоднымъ мѣшкомъ; между послѣднимъ и *flex. sigm.* абсцессъ, величиною съ волошскій орѣхъ, вскрывшійся въ кишку; въ толщѣ сросшеній другой абсцессъ, съ небольшое яблоко, не вскрывшійся.

Случай 2-й: Кровоизліяніе въ правую трубу, какъ исходъ внематочной беременности; чревостѣненіе; выздоровленіе.

Жена врача, 30 лѣтъ, два раза родила въ срокъ и 1 разъ выкинула на 3 мѣсяцѣ. Ровно черезъ мѣсяцъ послѣ послѣднихъ, вполне нормальныхъ регулъ, вдругъ появилась боль внизу живота и въ поясницѣ и небольшое кровотеченіе; спустя 17 дней кровотеченіе возобновилось и при схваткообразныхъ боляхъ выдѣлилась отпадающая оболочка (признанная за таковую присутствовавшими врачами). Они же констатировали увеличеніе матки и разрыхленіе шейки, а также справа отъ матки круглую, эластическую подвижную опухоль, величиною съ волошскій орѣхъ. Авторъ, видѣвшій больную, подтвердилъ вышеприведенныя данныя, и, допуская возможность эктопической беременности, но, съ другой стороны, не находя возможнымъ исключить совершившійся абортъ и развивающееся около матки новообразованіе, посоветовалъ ждать и наблюдать. Спустя приблизительно мѣсяцъ опухоль достигла величины гусиного яйца, матка уменьшилась.

При чревостѣненіи оказалось, что опухоль есть яйцевидно расширенный брюшной конецъ фаллопиевой трубы съ прилегающимъ кистовидно-перерожденнымъ яичникомъ. Операция окончена по типу *Salpingoectomy*.

По вскрытіи препарата оказалось, что въ расширенной трубѣ находится старый кровяной сгустокъ; нигдѣ нѣтъ слѣдовъ ни яйцевыхъ оболочекъ, ни зародыша. Между стѣнкой трубы и приросшимъ къ ней сальникомъ находится небольшое количество жидкой крови, заключенной въ родъ полости; кровь проникла сюда черезъ разрывъ въ истонченной трубѣ, величиною въ булавочную головку.

Послѣоперационный періодъ безъ осложненій.

Авторъ въ заключеніе дѣлаетъ краткій обзоръ современныхъ способовъ лѣченія эктопической беременности, а также рассматриваетъ вопросъ о происхожденіи *haematosalpinx*'а.

Ф. Краснопольскій.

93. Börner. Zur Aetiologie und Therapie der Wehenschwäche älterer Primiparen. (Saml. Klin. Vorträge Volkmann's. Neue Folge № 18). Къ этиологии и лѣченію слабости болей у старыхъ первородящихъ.

Авторъ приводитъ литературу вопроса о старыхъ первородящихъ; останавливается онъ на отдѣльныхъ моментахъ, какъ то возрастъ, съ котораго первородящія должны считаться старыми, обозначаетъ его 30 годами; далѣе:

1) У старыхъ первородящихъ первыя менструаціи приходятъ позже; такъ, по *Hecker*'у, между 19—25 годами первыя менструаціи приходятъ обыкновенно у 21,6%, у первыхъ же 27,6%; *Hecker* объясняетъ болѣе позднее появленіе у нихъ первыхъ мѣсячныхъ особенною вялостью половой жизни.

2) Позднее зачатіе объясняется позднимъ началомъ половыхъ сношеній, особенною вялостью половой жизни, мѣстными измѣненіями въ половой сферѣ,

излѣченными впослѣдствіи или прошедшими безъ лѣченія съ теченіемъ времени.

3) Во время беременности большее предрасположеніе къ заболѣванію почекъ и сравнительно чаще случаи эклампси.

4) Почти какъ правило затяжные роды; средняя продолжительность родовъ, преимущественно въ періодъ раскрытія, гораздо большая.

5) Слабыя боли, нерѣдко очень болѣзненные, часто сочетаются съ судорожными. Первые обуславливаются вообще неподатливостью мягкихъ частей, а вторыя—преждевременнымъ отхожденіемъ водъ и неподатливостью зѣва.

6) Иногда во время родовъ угрожающіе припадки истощенія силъ; возбужденіе, доходящее до сумасшествия.

7) Чаще требуется оперативное вмѣшательство для окончанія родовъ; нерѣдки также послѣродовыя кровотеченія.

8) Гораздо большая смертность, увеличивающаяся съ возрастомъ старыхъ первородящихъ.

9) Рождается больше мальчиковъ.

Задаваясь вопросомъ о причинѣ этихъ ненормальностей у старыхъ первородящихъ, авторъ останавливается только на разборѣ одного явленія слабости болей и приходитъ къ слѣдующимъ положеніямъ:

1) Изъ всѣхъ ненормальностей въ теченіи родовъ у старыхъ первородящихъ, неправильность болей занимаетъ выдающееся мѣсто, можетъ быть наблюдаема сама по себѣ въ отдѣльных случаяхъ и быть причиной серьезныхъ осложнений.

2) Слабость болей несомнѣнно можетъ быть крайне выражена во многихъ случаяхъ и при отсутствіи какихъ либо препятствій къ родамъ (со стороны мягкихъ частей—обыкновенной ригидности тканей). Она есть абсолютная, а не относительная.

3) Причины абсолютной слабости болей, нужно предполагать, заключаются въ недостаточности нервно-мускульнаго аппарата. Недостаточность эта не зиждется на какомъ либо патологическомъ основаніи, и можетъ быть ясно выражена при повидимому вполне здоровыхъ половыхъ органахъ, и потому ее предвидѣть нельзя, но необходимо имѣть въ виду возможность ея проявленія.

4) Въ происхожденіи этой абсолютной слабости болей, по мнѣнію автора, играютъ роль 2 момента: первый — извѣстная отсталость въ иннервации и питаніи матки вслѣдствіе предшествовавшего чрезмѣрнаго бездѣятельнаго состоянія органа; второй—ограниченіе функциональной дѣятельности полового аппарата, это есть, такъ сказать, предвѣстникъ наступленія черезъ болѣе или менѣе короткій срокъ климактеріума. Возможно допустить, что при дѣйствіи обоихъ этихъ моментовъ вмѣстѣ эффектъ увеличивается. Такимъ образомъ самые тяжелые случаи слабости болей могутъ быть, съ вѣроятностью, сведены на значительное развитіе обоихъ этихъ моментовъ. Этой теоріей всего лучше объясняются отдѣльныя наблюденія. Точно также болѣе сильныя боли у роженицъ такого же возраста, но многородящихъ, объясняются

отсутствіемъ перваго момента, т. е. отсталости въ иннерваци, а слабыя боли у старыхъ многородящихъ усиленіемъ втораго момента, т. е. приближеніемъ климактеріума.

5) Слабость болей у старыхъ первородящихъ есть типическая абсолютная слабость и въ ряду другихъ должна занимать особое мѣсто. Она тянется съ правильными промежутками, безостановочно, черезъ весь родовой процессъ и отличается отъ вторичной слабости тѣмъ, что послѣдняя выражается вначалѣ болѣе энергичными болями.

6) Послѣдствіемъ ея являются: замедленіе въ большей или меньшей степени родовъ, опасное истощеніе роженицы, угрожающая опасность для плода, нерѣдко настоятельная необходимость въ искусственномъ окончаніи родовъ поворотомъ, щипцами или, при недостаточно открытомъ зѣвѣ, перфорацией; наконецъ неправильности въ послѣродовомъ періодѣ.

Б. Фраткинъ.

94. Maygrier. De la rigidité du col utérin pendant l'accouchement. (La Semaine Médicale 1891, № 51). О неподатливости маточной шейки во время родовъ.

Автору пришлось наблюдать беременную женщину, несомнѣнно больную сифилисомъ, незадолго до ея родовъ. Шейка матки представляла на ощупь необычайную плотность, противорѣчащую рыхлости, свойственной послѣднимъ недѣлямъ беременности. Черезъ нѣсколько дней послѣ изслѣдованія у больной прошли воды и появились боли на подобіе родовыхъ (плодъ живой, предлежаніе правильное). Шейка матки не вполне сглажена, хотя раскрытіе зѣва и началось; но толщина краевъ шейки и плотная консистенція ихъ была поразительна, причемъ послѣдняя не ограничивалась одной окружностью наружнаго маточнаго отверстія, а проникала вглубь по всему нижнему сегменту, доступному для осязанія. На другой день шейка была совсѣмъ сглажена, раскрытіе же зѣва ничтожно; посреди неподатливаго кольца ощупывалась головка плода съ серозно-кровянистою опухолью. Сначала были назначены горячіе души, потомъ введенъ расширитель *Tarnier*, оставленный на 3½ часа; расширение шейки подвигалось, но крайне медленно, въ выдѣленіяхъ изъ влагалища появился тесоніумъ. При раскрытіи зѣва величиною съ ладонь и при мертвомъ плодѣ произведено извлеченіе послѣ предварительной базіотрипсиса. Роды продолжались 35 часовъ. Послѣродовой періодъ прошелъ безъ осложнений, больная выздоровѣла.

Не слѣдуетъ смѣшивать эту истинную неподатливость съ ложной, которая есть ничто иное, какъ нерастяжимость шейки вслѣдствіе отсутствія или недостаточности маточныхъ сокращеній. Истинная же неподатливость, сообразно различнымъ клиническимъ формамъ, можетъ быть классифицирована въ 3 группы.

1. *Спазмодическая неподатливость*, обусловленная активнымъ сокращеніемъ цервикальнаго кольца, которое, во время усилій тѣла матки, сжимается передъ подлежащей частью или вокругъ нея. Подобная неподатливость можетъ произойти въ болѣе позднемъ періодѣ родовъ и задер-

жать плечики, когда головка уже прошла, или напротивъ голову, если она идетъ послѣдней, или наконецъ зажать дѣтское мѣсто. Это наблюдается у нервныхъ, чрезмѣрно возбуждающихся женщинъ и происходитъ вслѣдствіе преждевременнаго разрыва пузыря, часто отъ усиленныхъ приѣмовъ *Sec. coapti.*, иногда отъ неудачныхъ манипуляцій. Тогда кольцо представляется тонкимъ, натянутымъ, какъ струна, болѣзненнымъ при прикосновеніи и горячимъ.

2. *Анатомическая неподатливость* обуславливается уплотнѣніемъ тканей, которыя представляютъ пассивное сопротивленіе повторнымъ сокращеніямъ матки настолько сильное, что иногда шейка циркулярно отрывается. На ощупь консистенція тканей напоминаетъ размоченный картонъ или, вѣрнѣе, кожу, пропитанную жиромъ. Казалось бы естественнымъ при этомъ родѣ неподатливости существовать анатомическимъ измѣненіемъ тканей (вродѣ склероза), но *Porack*, наблюдавшій 2 случая отрыва нерастяжимыхъ шеекъ матки во время родовъ, не нашелъ подъ микроскопомъ другихъ измѣненій элементовъ тканей, кромѣ свойственныхъ травмъ. Этотъ родъ неподатливости рѣже предъидущаго; встрѣчается чаще у немолодыхъ первородящихъ или при преждевременныхъ родахъ, на 7, 8 мѣсяцѣ беременности.

3. *Патологическая неподатливость* происходитъ иногда отъ фиброматознаго узла, развившагося въ губѣ шейки, или раковаго инфильтрата, или рубцовыхъ тяжей послѣ бывшей операціи или омертвѣнія, исходящаго изъ влагалищнаго свода; сюда же можно отнести уплотнѣніе шейки вслѣдствіе стараго метрита, долго лѣчимаго каутеризаціей.

Не останавливаясь на перечисленныхъ случаяхъ, авторъ исключительно занятъ патологической недостаточностью, создаваемой сифилисомъ.

Первый призналъ эту разновидность неподатливости шейки матки—*Charleoni* (въ 1873 г.). Затѣмъ *Doleris* (въ 1885 г.) писалъ объ этомъ вопросѣ и высказался такъ: первичные шанкры поражаютъ шейку матки изъ 18 случаевъ—1 разъ (по проф. *Fournier*); могутъ также на шейкѣ локализоваться язвы вторичнаго и третичнаго сифилиса съ развитіемъ фиброзной ткани вокругъ (особенно въ силу склонности къ гипертрофіи при беременности). Это предположеніе, вполне правдоподобное, было подтверждено *Fasola* (1886 г.). Изслѣдуя гистологически (post mortem) шейку матки, представлявшую непреодолимую неподатливость во время родовъ, онъ нашелъ сифилитическій эндометритъ и склерозъ, въ силу чего фактъ существованія сифилитической неподатливости шейки матки не можетъ быть отрицаемъ. Въ случаѣ, описанномъ авторомъ, была именно сифилитическая неподатливость.

Послѣдствія подобнаго явленія могутъ быть разнообразны: если сокращенія матки очень сильны, то шейка разрывается или, наоборотъ, матка можетъ разорваться (рѣдкая случайность). Обыкновенно же роженница обезсиливаетъ, сокращенія прекращаются, а такъ какъ въ большинствѣ случаевъ цѣлость пузыря нарушена уже, то наступаетъ гнильное распадѣніе яйца—исходъ летальный. Болѣе благоприятный исходъ можетъ быть, если неподатливость ограничена (*Doleris* указываетъ на такіе примѣры), но во всякомъ случаѣ для дѣтей прогнозъ всегда плохъ. При неподатли-

вости, такъ называемой, анатомической и спазмодической предсказаніе лучше.

Что касается *льченія*, то оно находится въ зависимости отъ природы самой неподатливости. Если имѣется дѣло со *спазмодической* формой, то хлораль, хлороформъ, морфій полезны. Если неподатливость *анатомическая*, то, помимо средствъ анестезирующихъ для успокоенія роженицы, мѣстно примѣняются мѣшки *Burnes*, баллонъ *Champetier de Ribes* для насильственного раскрытія шейки. Но примѣненіе ихъ затруднительно, вслѣдствіе плотнаго прижатія головы младенца къ шейкѣ матки. Наилучшій результатъ оказываетъ *расширитель Tarnier* (въ одномъ случаѣ даже плодъ остался живъ). При высшей степени неподатливости, т. е. *сифилитической*, описанныя средства, даже расширитель *Tarnier* не имѣютъ успѣха и требуются болѣе рѣшительныя вмѣшательства. Прежде всего *надрѣзы*, средство могущественное для преодоленія препятствія, но опасное вслѣдствіе неопредѣленности границы надрѣзовъ, увеличиваемыхъ прохожденіемъ головки. Но на основаніи наблюденій надъ произвольными надрывами, которые доходятъ обыкновенно только до сводовъ влагалища, можно рѣшиться примѣнять надрѣзы, маленькіе и множественные, въ косомъ направленіи, слегка впередъ, при чемъ они не должны ограничиваться однимъ наружнымъ маточнымъ отверстіемъ, а захватывать добрую долю нижняго сегмента.

Авторъ не одобряетъ *Duhrsen'a*, считающаго невиннымъ способомъ дѣлать разрѣзы шейки до прикрѣпленія сводовъ, такъ какъ возможно трудно останавливаемое кровотеченіе.

Также отвергается имъ попытка извлечь плодъ помощью акушерскихъ *щипцовъ* въ силу безуспѣшности этого способа и даже опасности разорвать нижній сегментъ.

Не того мнѣнія авторъ о *краниотоміи*, дающей головкѣ, принявшей форму клина, возможность пройти, а еще болѣе о базіотрипси, при которой раздробленная головка проходитъ даже чрезъ малораскрытую шейку.

Ввиду невозможности *эмбриотоміи* и неизбежности гибели, оставалось бы прибѣгнуть къ *кесарскому съченію*, но при неблагоприятныхъ условіяхъ, создаваемыхъ моментомъ операціи, справедливѣе было бы предпочесть *ампутацію* по способу *Porro*.

Въ заключеніе авторъ замѣчаетъ, что, по его наблюденіямъ, обыкновенно послѣ родовъ, окончившихся естественно или искусственно, неправильные, лоскутные надрывы шейки матки дурно заживаютъ, зѣвъ остается зияющимъ, и тѣмъ полагается начало разнымъ маточнымъ заболѣваніямъ; въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ реставрировать шейку. Но иногда замѣчается обратное: существуетъ такое сокращеніе тканей и соединеніе надорванныхъ частей, что можетъ даже произойти полная или частичная атрезія маточнаго отверстія.

С. Маркова.

95. Fr. Keppler. Die Kraniotomie mit dem Hohlmeissel. (Wiener Medizin. Presse, 1891, № 47—48). Краниотомія вогнутымъ долотомъ.

Указавши общеизвѣстные недостатки колющихъ и трепановидныхъ перфораторовъ, авторъ горячо рекомендуетъ въ качествѣ перфоратора вогнутое долото съ закругленнымъ лезвиемъ шириною въ 18 mm. Это долото съ помѣщеннымъ въ желобѣ его указательнымъ пальцемъ, конецъ котораго прикрываетъ лезвие, вводится до головки; надавливая на долото, операторъ легко прорѣзаетъ покровы и кости черепа, затѣмъ ставитъ долото подъ угломъ къ первому разрѣзу, и производитъ второй разрѣзъ; третій разрѣзъ соединяетъ свободные концы двухъ первыхъ, вслѣдствіе чего въ черепѣ образуется отверстіе въ формѣ трехугольника съ округленными краями, достаточно свободное, чтобы въ него ввести палецъ, которымъ авторъ въ большинствѣ случаевъ и производитъ экстракцію. По желанію, отверстіе въ черепѣ тѣмъ же долотомъ можетъ быть расширено легко и удобно. Авторъ старается увѣрить, что его перфораторомъ оперировать гораздо легче, чѣмъ перфораторами общепринятыхъ типовъ, что онъ не можетъ соскользнуть съ головки, что съ нимъ требуется меньше помощниковъ и пр.

Для экстракціи, гдѣ требуется инструментъ, онъ совѣтуетъ употреблять вмѣсто краниокласта острый крючекъ и увѣряетъ что послѣдній опасенъ лишь въ неопытныхъ рукахъ.

А. Соловьевъ.

96. Smith. A case of puerperal peritonitis treated by amputation of the uterus; recovery. (The American Journal of the obstetrics. 1892 № 1). Пуерперальный перитонитъ, лѣченный ампутаціей матки. Выздоровленіе.

9-го октября 1891 г. *Smith* былъ приглашенъ оказать врачебную помощь роженицѣ 35 л., рожавшей одинъ разъ, и когда прибылъ, то плодъ родился. Послѣдъ не могъ быть весь удаленъ вслѣдствіе сращеній. Назначены внутриматочные души два раза въ день. Черезъ 40 часовъ послѣ родовъ т° поднялась до 104,5, пульсъ 140, животъ вздуть и болѣзненный при ощупываніи,—больная жалуется на знобъ и сильныя боли въ животѣ. *Smith* поставилъ діагнозъ септического перитонита и рѣшилъ произвести эксплоративную лапаротомію, предполагая, что выскабливаніе полости матки могло остаться безуспѣшнымъ. 12-го произведено чревосѣченіе. По вскрытіи брюшной полости, послѣдняя оказалась свободною отъ гноя. Кишки инъецированы, придатки матки воспалены, сращеній нѣтъ. Будучи вполне убѣжденнымъ, что очагъ заболѣванія находится въ маткѣ, послѣдняя была удалена. Полость брюшины обильно промыта горячею водою, культя выведена въ нижній уголъ раны, обмыта растворомъ борной кислоты и покрыта борною марлею. Наложены швы на брюшную рану. Операция продолжалась около часу и больная хорошо ее перенесла. При осмотрѣ удаленной матки оказалось: стѣнки ея мягки и дряблы; внутренняя поверхность полости сильно инъецирована, темно-краснаго цвѣта и покрыта гноемъ. Послѣоперационное теченіе: т° въ первые три дня 103°, 101° и на 4-й день пала до нормы. Пульсъ, въ первые дни, слабый и частый улучшился при назначеніи Digitalis. Для очищенія кишечника:

Sel de Rochelle и каломель. Въ концѣ 1-й недѣли появился кашель сильными приступами, что могло имѣть неблагоприятное вліяніе на заживленіе раны. Назначены препараты Codein'a. На 14-й день культя отдѣлилась и отверстіе скоро зарубцевалось. По прошествіи мѣсяца пациентка совершенно поправилась. *Smith* въ заключеніе своего сообщенія высказываетъ слѣдующее: если, послѣ родовъ, наступаютъ явленія перитонита и примѣняемые средства (внутриматочные души, выскабливаніе полости матки, дренажъ) остаются безъ успѣха, то слѣдуетъ приступить къ эксплоративной лапаротоміи съ цѣлью выяснитъ, гдѣ находится очагъ заболѣванія, промыть брюшную полость или удалить заболѣвшій органъ, какъ было въ данномъ случаѣ.

А. Лапина.

97. Г. Рунге. Versuch einer anthropologischen Untersuchung des Neugeborenen Schaedels. (Archiv für Anthropologie. Bd. XX. S. 303—319). Опытъ антропологическаго изслѣдованія черепа новорожденныхъ.

Въ обширной современной литературѣ вопроса о черепѣ автору не попалось ни одной работы, которая прилагала бы антропометрическій методъ изслѣдованія специально къ черепу новорожденныхъ ¹⁾.

Между тѣмъ авторъ находитъ чрезвычайно важнымъ, въ особенности для акушера, изслѣдовать и этотъ черепъ, сохранившій еще слѣды конфигураціи, какъ вслѣдствіе незаконченнаго его развитія, такъ и ради изученія законовъ конфигураціи. Онъ остановился на этой мысли еще во время своего изслѣдованія таза русской женщины ²⁾, и часть измѣреній произведена уже въ то время. Матеріаломъ ему послужили 10 дѣтскихъ череповъ. Число, конечно, небольшое, но надо принять во вниманіе трудность подбора надлежащаго матеріала: доношенные плоды, умершіе въ время родовъ, отсутствіе патологическихъ измѣненій,—это все условія, которыя не такъ легко выполнить. Впрочемъ, антропологъ признаетъ такое число (10) совершенно достаточнымъ. Имъ приходится довольствоваться и потому, что нѣтъ другого, не придавая, конечно, этому изслѣдованію значеніе рѣшающаго. Тѣмъ не менѣе, полученные среднія значительно выигрываютъ въ точности и достоинствѣ, благодаря примѣненію авторомъ формулы *Gauss'a*, дающей возможность дать предѣлы нормальнаго колебанія среднихъ величинъ. Для сравненія авторъ взялъ цифры проф. *Таренецкаго*, относящіяся къ 10 черепамъ взрослыхъ Петербургской губерніи и помѣщенныя въ табл. 8-й его работы (*Mémoires de*

¹⁾ По поводу этого замѣчанія редакция Arch. f. Anthropol. указываетъ отъ себя на мюнхенскую диссертацию д-ра *H. Blind'a*—Die Nasenbildung der Neugeborenen,—вышедшую въ сентябрѣ 1890 года. На это мы можемъ замѣтить, со словъ самого автора, что настоящая его работа также была написана въ это же время и отправлена въ редакцію «Archiv'a» въ октябрѣ 1890 г., такъ что онъ не имѣлъ ужъ возможности познакомиться съ указанной диссертацией, и не его вина, что его изслѣдованія появились въ печати только недавно.

Ref.

²⁾ См. авторефератъ въ Журн. Акушер. и Жен. бол., 1889, № 5, стр. 359

Ref.

l'Academie Imperiale des sciences de St.-Petersbourg. VII série, tome XXII, № 13, 1884). Пользовался онъ также и сравнительными рисунками череповъ въ работѣ *Merkel'*я.

Черепя принадлежали: одинъ—ребенку, добытому кесарскимъ съченіемъ; не представляя измѣненій, зависящихъ отъ конфигураціи, онъ можетъ считаться нормальнымъ и служить для сравненія съ прочими. Одинъ—отъ ребенка съ тазовымъ предлежаніемъ; одинъ—съ теменнымъ; два—съ черепнымъ, но подвергшимся повороту и экстракціи; два—съ первымъ затылочнымъ и три со вторымъ затылочнымъ; изъ послѣднихъ—въ двухъ случаяхъ были паложены щипцы. Вліяніе конфигураціи, столь рѣзкое въ смыслѣ измѣненія формы и тѣмъ не менѣе не отражающееся на цѣлости костей черепа, разобрано авторомъ уже въ другой работѣ ¹⁾. Авторъ даетъ числа для 45 размѣровъ cadaго черепа, пользуясь программой *Таренецкаго*, изъ которой нѣсколько размѣровъ онъ выбросилъ, прибавивъ къ ней свои размѣры № 36 и 37 (длина и ширина основанія черепа). Измѣреніе лицевого угла производилось согласно указаніямъ *Merkel-Ihering'*а, причѣмъ предѣлами про-, мезо- и ортогнатичности служили послѣдовательно углы въ 76,0—82,9°,—83,0—89,9° и 90,0—97,0° и выше. Изъ инструментовъ онъ примѣнялъ—кривой циркуль *Broca*, обыкновенный геометрический циркуль, *transporteur* для измѣренія угловъ и миллиметровые ленту и масштабъ. Для измѣренія лицевого угла этого, конечно, было недостаточно и пришлось употреблять приборъ *Lucas*.

Обращаясь къ основнымъ признакамъ, имѣющимъ то или другое значеніе въ образованіи типа и выражающимся въ показателѣ ширины черепа и лицевомъ углѣ, авторъ останавливается на изслѣдованіяхъ *Таренецкаго*, дающаго для великорусскаго черепа характеристику брахицефалинъ съ сильною наклонностью къ суббрахицефалинъ; что касается лицевого угла, то онъ является мезогнатическимъ съ колебаніями въ сторону ортогнатовъ. У новорожденныхъ въ большинствѣ случаевъ замѣчается чрезвычайно развитой показатель ширины; даже такое сильное боковое давленіе, какъ произведенное на черепъ № 10 щипцами, не могло сгладить вышеуказанной брахицефалии. Это объясняется, съ одной стороны, сильнымъ развитіемъ въ ширину теменныхъ бугровъ у новорожденныхъ, сравнительно со взрослыми; съ другой стороны, укороченіемъ черепа вслѣдствіе уплощенія лобной кости, и въ третьихъ, наконецъ, особенностями типа, который, по *Таренецкому*, представляетъ для Тверской и Псковской губерній наиболѣе выраженную брахицефалию, переходящую уже довольно ясно для Петербургской въ долихоцефалию; этого перехода авторъ на новорожденныхъ не наблюдалъ. При измѣреніи лицевого угла видимъ то-же явленіе: въ черепѣ новорожденного болѣе выражены основныя черты типа, ослабѣвающія при ростѣ, но не исчезающія вполнѣ. Замѣчаніе *Merkel'*я о томъ что черепъ новорожденныхъ представляется

¹⁾ Къ вопросу о конфигураціи черепа новорожденныхъ дѣтей «Ж. А. и Ж. б.», 1890, № 10. Стр. 641—664 съ табл. схематич. рисунковъ.

болѣ прогнатическимъ, чѣмъ таковой-же у взрослыхъ, — оказывается невѣрнымъ. Высота черепа у новорожденныхъ большая, лицо однако является укороченнымъ (*niedriges Gesicht*). Для вмѣстимости черепа новорожденныхъ авторъ даетъ слѣдующія цифры 370 ± 10 ; $r=30$ (у взрослыхъ $= 1479 \pm 38$; $r=113$; это большое колебаніе зависитъ отъ несоразмѣрной вмѣстимости одного изъ череповъ, равной 1912). Отношеніе вмѣстимости (объема) къ вѣсу указываютъ на то, что новорожденный черепъ относительно тяжелѣе взрослому. Изъ приводимыхъ авторомъ отношеній окружности къ объему череповъ новорожденныхъ видно, что объемъ можетъ подвергаться подъ влияніемъ давленія стѣнокъ родового канала большимъ колебаніямъ, безъ того чтобы цѣлостность (*Integrität*) черепа измѣнялась. Однако, вопросъ о предѣлахъ возможнаго уменьшенія объема черепа остается открытымъ и является, конечно, однимъ изъ труднѣйшихъ для экспериментальнаго изученія. *Merkel* находитъ, что измѣненія въ отношеніяхъ размѣровъ глазницы и носа въ зависимости отъ ихъ роста весьма незначительны. Что касается первой, то и *Runge* приходитъ къ тѣмъ-же результатамъ; относительно-же носа его изслѣдованія не совпадаютъ съ *Merkel*емъ: тогда какъ носъ взрослыхъ представляетъ безусловно лепториническимъ, у новорожденныхъ онъ имѣетъ ясно выраженную платириническую форму. Твердое небо у дѣтей приближается болѣе къ округлой формѣ, у взрослыхъ-же оно скорѣе эллиптическое.

Для болѣе детальнаго ознакомленія со своими изслѣдованіями авторъ отсылаетъ читателя къ помѣщеннымъ въ концѣ статьи таблицамъ; ихъ три: въ первой приведены цифры *Таренецкаго*, касающіяся таза взрослыхъ; во второй даны измѣренія автора; третья представляетъ среднія для тѣхъ и другихъ, модифицированныя по формулѣ *Gauss*'а. **А Гермоніусъ.**

98. В. А. Арнольдъ. Нѣсколько наблюденій надъ кроваткой-грѣлкой для недоносковъ д-ра Auvard'a. (Дневникъ Общ. врачей при И. Казанскомъ университетѣ. 1891 г. № 2. Казань. 1891. Стр. 16).

Въ настоящее время число мертворожденныхъ дѣтей и недоносковъ возрастаетъ. Въ среднемъ оно 36 на 1000 рожденій. Во Франціи оно съ 1840 г. до 1880 г. возросло съ 32,57 на 1000 рожденій до 45,35—на 1000. Стремленіе къ рациональнымъ мѣрамъ въ дѣлѣ спасенія жизни недоносковъ—весьма естественно и даетъ ощутительные результаты. Такъ, въ *Maternité* въ Парижѣ со времени введенія грѣлки *Auvard*'а смертность недоносковъ удалось понизить съ 66% до 38%. Кроватка-грѣлка *Auvard*'а есть собственно грѣлка *Tarnier*, видоизмѣненная д-ромъ *Auvard*омъ. Показаніями къ употребленію ея служатъ, кромѣ собственно недоношенности, слабость, синюха, мнимая смерть, сифилисъ, переломы, недостатокъ питанія и т. под. Та же кроватка принята между прочимъ въ Московскомъ воспитательномъ домѣ. Нѣсколько опытовъ съ ней были сдѣланы въ гигиенической лабораторіи Казанскаго университета. Для опытовъ взять кроликъ-самка въ 1700 граммовъ вѣсомъ, который, взвѣшенный и съ измѣренной температурой тѣла, помѣщался въ предварительно нагрѣтую

до $+ 29^{\circ}$ C. кроватку. Черезъ 2 часа животное вынималось, взвѣшивалось, и у него измѣрялась температура тѣла. Въ грѣлкѣ опредѣлялась степень вентилляціи посредствомъ опредѣленія количества углекислоты. Вентилляція кроватки оказалась не вполне удовлетворительной (проф. Н. А. Толмачевъ придумалъ въ этомъ отношеніи какое то улучшеніе, еще не опубликованное). Кроликъ во время пребыванія въ грѣлкѣ учащенно дышалъ, по вынутіи изъ грѣлки нѣкоторое время не трогалъ корма, терялъ въ вѣсѣ (въ среднемъ 11,4 граммовъ); температура тѣла его повышалась (въ среднемъ на $1,14^{\circ}$ C.). На основаніи опытовъ авторъ сомнѣвается въ безвредности продолжительнаго употребленія грѣлки для недоносковъ и полагаетъ, что она не имѣетъ пока по своему значенію выдающихся преимуществъ передъ водяными ваннами. Единственное преимущество грѣлки, это то, что за ней не требуется постоянныхъ наблюденій, какія необходимы при употребленіи водяныхъ ваннъ.

Н. Накушкинъ.

99. A. Czempin. *Hidrastinin bei Gebärmutterblutungen.* (Centr. f. Gynäk., 1891, № 45). Гидрастининъ при маточныхъ кровотеченияхъ.

Разбирая фармацевтическое лѣченіе маточныхъ кровотеченій, авторъ совершенно справедливо останавливается на препаратахъ спорыньи и на *hydrastis canadensis*, какъ на наиболее дѣйствительныхъ средствахъ. Спорынья дѣйствуетъ главнымъ образомъ на самую мышцу матки и, слѣдовательно, показуется при атоническихъ кровотеченияхъ, зависящихъ напр. отъ недостаточной послѣродовой инволюціи матки, тогда какъ *hydrastis* оказывается всего полезнѣе при такъ называемыхъ вторичныхъ кровотеченияхъ, возникающихъ подъ вліяніемъ заболѣванія придатковъ матки, при хроническомъ эндометритѣ. въ климактерическомъ періодѣ, у дѣвицъ и т. п. Неудобство этого средства, въ формѣ жидкой вытяжки, заключается въ томъ, что оно плохо дѣйствуетъ, будучи употреблено при наступившемъ уже кровотеченіи, и что для полученія надлежащаго эффекта оно должно быть принимаемо за долго (недѣли двѣ) до ожидаемой мено-или метроррагій.

Какъ извѣстно, корень *hydrastis canadensis* содержитъ алкалоидъ *гидрастинъ*, который путемъ окисленія можетъ быть разложенъ на физиологически-недѣятельную *опіановую кислоту* ($C_{10}H_{10}O_5$) и основаніе ($C_{11}H_{13}NO_3$), получившее названіе *гидрастинина*. Послѣдній и оказался собственно дѣйствующимъ началомъ средства; произведенныя E. Falkомъ опыты на животныхъ показали, что гидрастининъ даетъ болѣе значительное повышение кровяного давленія, чѣмъ гидрастинъ, и притомъ—благодаря своему дѣйствію на самые сосуды, вѣроятно—на ихъ мышечные элементы.

Авторъ предпринималъ рядъ наблюденій на больныхъ, давая солянокислый гидрастининъ въ формѣ лепешекъ: Rp. Hydrastinini hydrochlorici 0,025, Sacchari albi 1,0. M. fiat trochiscus. D. t. d. № 12. S. 4 раза въ день по 1 лепешкѣ. Лѣченіе назначалось не заблаговременно, а лишь съ появленіемъ кровотечения, и обыкновенно 2—3 дневнаго приема было достаточно, чтобы его остановить. Изъ 47 больныхъ у 27 терапевтическій эффектъ былъ очень хорошій, у 9—незначительный, а у 11—отрицательный. По-

слѣдній наблюдался преимущественно при фиброміомахъ или въ очень запущенныхъ случаяхъ. Въ общемъ же авторъ вполне удовлетворенъ быстрымъ, хотя исключительно симптоматическимъ дѣйствіемъ средства. **А. Фишеръ.**

100. П. И. Архангельскій. Матеріалы къ фармакологіи гидрастинина.
(Дисс., СПб., 1891 г.; 72 стр.).

Авторомъ произведены опыты, какъ на лягушкахъ, такъ и на теплокровныхъ животныхъ; на первыхъ изучено общее дѣйствіе гидрастинина, а затѣмъ дѣйствіе его на нервную систему, на крово- и лимфо-обращеніе; на теплокровныхъ-же, послѣ ознакомленія съ общимъ дѣйствіемъ средства, изучалось вліяніе его на кровеносную систему и на матку. Кромѣ того сдѣлано нѣсколько клиническихъ наблюденій надъ примѣненіемъ гидрастинина въ послѣродовомъ періодѣ, а также были попытки примѣнить его при порокахъ сердца. Во всѣхъ опытахъ употреблялся солянокислый гидрастининъ *Merck'a*, при чемъ выпрыскивались различной крѣпости растворы (1%—20%) или въ дистиллированной водѣ, или въ физиологическомъ растворѣ. Работа произведена въ лабораторіи проф. *И. Р. Тарханова*, клиническія-же наблюденія дѣлались въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянского*, въ 1-мъ терапевтическомъ отдѣленіи Клиническаго военнаго госпиталя и въ Обуховской больницѣ.

Относительно дѣйствія гидрастинина на лягушекъ авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Малыя дозы гидрастинина (0,001—0,0025) вызываютъ явленія легкаго возбужденія: лягушка дѣлается болѣе подвижной и легче реагируетъ на раздраженія; при этомъ получается учащеніе дыханія и сердцебіеній, какъ для кровяного, такъ и для лимфатическихъ сердецъ.

2) Большія дозы гидрастинина (0,004—0,03) вызываютъ явленія общаго угнетенія; неправильность движенія, переходящую въ параличъ; пониженіе болевой чувствительности, причемъ тактильная сохранена; дыханіе дѣлается рѣдкимъ и диспноическимъ, затѣмъ наступаетъ остановка его. Сердце послѣ непродолжительнаго учащенія даетъ постепенно возрастающее замедленіе, къ которому при очень большихъ дозахъ присоединяются неправильности въ сокращеніи отдѣльных его частей; остановка происходитъ въ систолѣ, она наступаетъ гораздо позже (черезъ 2—3 сутокъ) остановки дыханія. Лимфатическія сердца останавливаются очень рано; остановка ихъ продолжается во все время двигательнаго паралича.

3) Низшая смертельная доза гидрастинина для лѣтнихъ лягушекъ = 0,025—0,03, а для зимнихъ = 0,015—0,02.

4) Пониженіе болевой чувствительности въ началѣ дѣйствія гидрастинина зависитъ отъ пораженія периферическихъ окончаній чувствительныхъ нервовъ, а позже параличъ распространяется и на чувствительные центры спинного мозга.

5) Разстройства движенія зависятъ главнымъ образомъ отъ угнетенія и паралича двигательныхъ центровъ спинного мозга, чему предшествуетъ незначительное повышеніе ихъ дѣятельности; но при очень большихъ до-

захъ несомѣнно поражаются и периферическія окончанія двигательныхъ нервовъ.

6) Несомѣнно, что большія дозы гидрастинина поражаютъ поперечно-полосатыя мышцы: это обнаруживается пониженіемъ мышечной раздражительности и уменьшеніемъ высоты волнъ простого и тетаническаго сокращеній.

7) Гидрастининъ даже въ количествѣ 0,5 mlgr. быстро парализуетъ периферическія окончанія п. vagi въ сердцѣ; параличъ тѣмъ продолжительнѣе, чѣмъ больше доза. Получающееся вскорѣ послѣ впрыскиванія гидрастинина ускореніе зависитъ отъ возбужденія эксцитомоторныхъ узловъ сердца, а наступающее затѣмъ замедленіе объясняется возбужденіемъ интракардіальныхъ тормозящихъ узловъ. Гидрастининъ также дѣйствуетъ и на сердечную мышцу: вначалѣ это обнаруживается болѣе энергичной и продолжительной систолой, а впослѣдствіи (при очень большихъ дозахъ)—систолическими остановками и неправильностями въ сокращеніи отдѣльныхъ частей сердца.

8) Гидрастининъ есть энергичное сосудосуживающее средство; онъ дѣйствуетъ главнымъ образомъ на самыя стѣнки сосудовъ, т. е. на ихъ гладкія мышцы и заложенный въ нихъ сосудосуживающій механизмъ.

9) Учащеніе ударовъ лимфатическихъ сердецъ зависитъ отъ возбуждающаго вліянія гидрастинина на двигательные спинномозговые центры (въ томъ числѣ и на центръ, заведующій работою этихъ сердецъ). Гидрастининъ оказываетъ также и мѣстное дѣйствіе на лимфатическія сердца.

10) Гидрастининъ представляется антагонистомъ стрихнина по отношенію къ двигательнымъ центрамъ спинного мозга.

11) Лягушки, отравленные смертельными дозами гидрастинина, погибаютъ вслѣдствіе общаго паралича.

Опыты съ теплокровными животными и клиническое примѣненіе гидрастинина у людей приводятъ автора къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Гидрастининъ въ малыхъ токсическихъ дозахъ у теплокровныхъ вызываетъ состояніе угнетенія, одышку, замедленіе сердцебіенія и периодически наступающую дрожь: у крысъ эти явленія наблюдаются при 0,02—0,03 на 100,0 вѣса, у кроликовъ при 0,04—0,05 на кило, а у собакъ при 0,03—0,04 на кило. При высшихъ дозахъ гидрастинина угнетенное состояніе и одышка усиливаются, наступаютъ пониженіе болевой чувствительности и разстройства движенія, которыя переходятъ въ общій параличъ движенія; вмѣстѣ наступаетъ и параличъ дыханія. Сердце останавливается послѣ паралича дыханія. Низшая смертельная доза для крысъ = 0,1—0,11 на 100 grm., для кроликовъ = 0,3—0,35, а для собакъ = 0,25—0,3 на кило.

2) Опыты на крысахъ показали, что гидрастининъ является антагонистомъ стрихнина по отношенію къ двигательнымъ центрамъ спинного мозга. Поочередное введеніе этихъ средствъ подъ кожу крысамъ или вызываетъ слабыя явленія отравленія, или вовсе не даетъ токсическихъ явленій даже въ тѣхъ случаяхъ, когда гидрастининъ и стрихнинъ вводятся

въ дозахъ, превышающихъ смертельныя. Принимая въ соображеніе прочія особенности дѣйствія гидрастинина и стрихнина, нельзя думать, что они вполне нейтрализуютъ другъ друга въ организмѣ, какъ плюсъ (+) и минусъ (—); поэтому понятно, что антагонизмъ между ними имѣетъ свои границы, и для стрихнина границы повидимому шире, чѣмъ для гидрастинина. Точныя antidotarныя количества гидрастинина и стрихнина указать трудно; на основаніи сдѣланныхъ нами опытовъ можно думать, что эти средства нейтрализуютъ другъ друга при отношеніи 1000—500 : 1 (гидрастининъ къ стрихнину).

3) Въ моментъ введенія гидрастинина въ кровь наступаетъ учащеніе пульса, длящееся нѣсколько секундъ; затѣмъ начинается замедленіе и усиленіе сердечныхъ сокращеній; на высотѣ систолы сердце остается больше. При повторномъ введеніи большихъ дозъ это замедленіе переходитъ въ учащеніе. Измѣненіе сердечной дѣятельности зависитъ отъ возбуждающаго дѣйствія гидрастинина на центральный и периферическій концы *n. vagi*; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ возбуждаетъ эксцитомоторные узлы сердца и дѣйствуетъ на саму сердечную мышцу.

4) Опыты съ кровянымъ давленіемъ показываютъ, что гидрастининъ значительно повышаетъ его, дѣйствуя при этомъ по преимуществу на периферическій сосудодвигательный аппаратъ, заложенный въ стѣнкахъ сосудовъ; гидрастининъ дѣйствуетъ и на главный сосудодвигательный центръ продолговатаго мозга, хотя менѣе энергично. Повышеніе давленія обыкновенно не смѣняется паденіемъ его ниже нормы.

5) Дыхательный центръ подъ вліяніемъ гидрастинина сначала возбуждается, а затѣмъ парализуется.

6) Гидрастининъ усиливаетъ сокращенія матки и роговъ у собакъ и крысъ; то-же дѣйствіе онъ оказываетъ и на самопроизвольныя сокращенія вагины у кролика. Повторное введеніе большихъ дозъ гидрастинина беременнымъ животнымъ можетъ оказать экболическое дѣйствіе.

7) Повидимому и у человѣка гидрастининъ дѣйствуетъ, какъ *cardiacum*.

8) Подкожныя впрыскиванія растворовъ гидрастинина по 0,1 въ день у родильницъ усиливаютъ сокращенія матки и ускоряютъ инволюцію этого органа.

9) Введеніе 10% раствора гидрастинина въ конъюнктивальный мешокъ вызываетъ расширеніе зрачка, продолжающееся до 15 часовъ.

А. Фишеръ.

101. R. Asch. Die Verwendbarkeit des Dermatols in der gynäkologischen Praxis. (Centrl. f. Gyn., 1892, № 1). Примѣненіе дерматолъ въ гинекологіи.

Дерматолъ рекомендовался сначала, какъ средство, могущее замѣнить іодоформъ. Такое мнѣніе, конечно, не можетъ сослужить ему большой службы для распространенности. Да и дѣйствительно, дерматолъ средство вполне своеобразное, имѣющее свои показанія, и если его уже непремѣнно

надо связывать съ понятіемъ о іодоформѣ, то его значеніе средства, не замѣняющаго іодоформъ, а параллельнаго ему. Онъ обладаетъ совершенно незначительными антисептическими свойствами; за то исключительная его высушивающая способность даетъ ему особенное значеніе; въ этомъ отношеніи онъ ближе всего подходитъ къ *bismuthum subnitricum*, не имѣя однако, безусловно никакого ядовитаго дѣйствія.

Экземы, вызываемыя разными антисептическими веществами (сулемой, іодоформомъ и пр.) быстро излѣчиваются дерматоломъ. Сухость перевязочнаго матеріала, швовъ и пр., при его примѣненіи, позволяетъ долго не трогать рану, что, конечно, можетъ только способствовать ея заживленію. Далѣе, важное его преимущество въ томъ, что какъ самый порошокъ, такъ и обработанный имъ перевязочный матеріалъ, могутъ быть стерилизованы, безъ малѣйшаго нарушенія его состава или свойствъ; при этомъ безразлично, будетъ-ли примѣненъ сухой жаръ или текучій паръ. Онъ не имѣетъ никакого запаха.

Раны, послѣ асептическихъ операцій и лежа подъ асептической повязкой, заживаютъ, разумѣется, прекрасно и безъ іодоформа и безъ дерматоло; но если трудно соблюсти асептику, то высушивающія качества дерматоло выступаютъ впередъ. Таково его значеніе при зашиваніи разрывовъ шейки и промежности. Онъ предохраняетъ рану и вмѣстѣ съ тѣмъ швы отъ промоканія и слѣдовательно, отъ прониканія отдѣляемаго вглубь на мѣстахъ уколовъ. Авторъ не вполне согласенъ съ *Gläser*омъ, полагающимъ, что дерматоло позволяетъ ранѣ удалить швы послѣ чревосѣченій. Но развѣ это такъ желательно? Не лучше ли дать рубцамъ укрѣпиться? и въ этомъ случаѣ дерматоло не замѣнимъ, какъ противостоящій нагноенію швовъ.

Его прекрасныя свойства даютъ себя знать и въ лѣченіи влагалищныхъ катарровъ; тампонація здѣсь дѣйствуетъ лучше спринцованій. Въ одномъ случаѣ образованія во влагалищѣ большой язвы, вслѣдствіе забытаго тамъ тампона, авторъ примѣнилъ дерматоловую марлю, послѣ предварительнаго очищенія язвы сулемовымъ обмываніемъ; іодоформъ, конечно, не помогъ-бы здѣсь такъ скоро. При *intertrigo* 1—2-кратное присыпаніе дерматоломъ унимаетъ боль и почти уничтожаетъ красноту. Онъ хорошъ и какъ средство, предупреждающее появленіе экземы на здоровой кожѣ; авторъ имѣлъ случай провѣрить это на больной съ неудаимымъ ракомъ грудной железы; какъ извѣстно, при этомъ въ окружности язвъ развивается экзема; здѣсь она была предупреждена.

А. Гермоніусъ.

102. Uter. Einiges zur Pathologie der Mucosa corporis uteri. (Centralbl. f. Gynaec., 1891, № 34). Къ патологіи слизистой оболочки тѣла матки.

Авторъ получалъ матеріалъ для изслѣдованія при выскабливаніи или экстирпаціи матки при самыхъ разнообразныхъ болѣзненныхъ процессахъ. Всѣ случаи, по возможности, прослѣжены клинически. Въ настоящей статьѣ авторъ останавливается на 2-хъ пунктахъ: на отношеніи аденомы къ карци-

номѣ, и на отношеніи эндометрита и новообразованія железъ слизистой оболочки къ одновременнымъ измѣненіямъ въ мышечномъ слое матки.

По первому вопросу авторъ получилъ слѣдующія данныя:

Измѣненія слизистой оболочки представляютъ несомнѣнный характеръ рака: 1) при ячеистомъ строеніи ткани (типическая картина карциномы); 2) когда трубки цилиндрическаго эпителія представляются свернутыми на подобіе дождеваго червя, не разграничиваясь соединительною тканью, причемъ нерѣдко нарушается цѣлость мембраны железъ, а эпителий виѣдряется въ промежуточную ткань и мышечный слой матки. Всѣ другія картины—размноженіе железъ, разрастаніе эпителія и виѣдреніе его въ просвѣтъ железъ въ видѣ сосочковъ и перемычекъ, а равно и выполненіе железъ полиморфнымъ эпителиемъ—недостаточны для постановки несомнѣннаго діагноза рака. Всѣ признаки начинающагося рака, указанные *Ruge* и *Veit*омъ, авторъ наблюдалъ и при заболѣваніяхъ доброкачественнаго характера, и хотя по наблюденіямъ *Breisky*, аденома можетъ являться, какъ первичная стадія рака, однако, по морфологическимъ свойствамъ разрастанія железъ, мы не можемъ сказать, перейдетъ ли аденома въ ракъ, или нѣтъ, равно какъ не знаемъ и причинъ, подъ вліяніемъ которыхъ аденома принимаетъ то или другое теченіе. Такая недостаточность нашихъ знаній о сущности раковыхъ заболѣваній въ значительной степени объясняется односторонностью методовъ изученія этихъ болѣзней: все вниманіе изслѣдователей обращено на морфологию и, отчасти, эмбриологию, и совершенно упускаются изъ виду химія и экспериментъ. Въ доказательство недостаточности современныхъ діагностическихъ способовъ, авторъ приводитъ два случая, изъ которыхъ въ особенности въ одномъ—какъ теченіе болѣзни, такъ и микроскопическое изслѣдованіе, повидимому, съ несомнѣнностію говорили за ракъ, и гдѣ однако больная была излѣчена выскабливаніемъ полости матки и впрыскиваніями іодистой настойки и полуторо-хлористаго желѣза.

Второй выводъ, къ которому авторъ пришелъ на основаніи своихъ изслѣдованій, заключается въ томъ, что железистыя разрастанія слизистой оболочки матки, кромѣ гиперплазіи мышечнаго слоя, могутъ повести къ развитію въ толщѣ мышечной ткани ограниченныхъ фиброміомъ. Разбирая 6 изслѣдованныхъ имъ случаевъ такого рода совмѣстныхъ заболѣваній слизистой оболочки и мышечнаго слоя матки, авторъ, вопреки взглядамъ *Wyder'a*, *Campe*, *Bötticher'a* и *Martini'a*, думаетъ, что заболѣванія слизистой оболочки составляютъ не послѣдствіе, а причину фиброміомъ и гиперплазіи мышечнаго слоя матки; въ пользу этого взгляда говорятъ и наблюденія *Cornil'я*, что измѣненія эндометрія чаще наблюдаются при малыхъ, только начинающихся развиваться фиброміомахъ, нежели при фиброміомахъ, достигшихъ значительныхъ размѣровъ, а равно и единичныя наблюденія *Wyder'a*, что прилежащая къ большимъ фиброміомамъ слизистая оболочка иногда совсѣмъ не содержитъ железъ, а состоитъ лишь изъ соединительной ткани.

А. Соловьевъ.

103. **Charles A. L. Reed.** The surgical treatment of anterior displacements of the uterus. (The American journal of Obstetrics 1892, январь)
Хирургическое лѣченіе смѣщеній матки впередъ.

На основаніи статистики *Nonat, Meadows'a, Scanzoni, Mundé* и др., нужно полагать, говоритъ авторъ, что изъ всѣхъ смѣщеній матки смѣщенія впередъ наиболѣе часты, а между тѣмъ именно въ лѣченіи этихъ-то смѣщеній гинекологія и безсильна.—Всѣ вообще причины смѣщенія матки впередъ могутъ быть подведены подъ слѣдующія 3 группы: 1) увеличеніе верхняго отдѣла матки вслѣдствіе гиперплазіи или новообразованій, 2) влеченія матки книзу переднею стѣнкою влагалища въ случаяхъ, напримѣръ, *cystocele*, обусловленной разрывомъ или недостаточностью (*insufficiency*) промежности и 3) укороченіе крестцово-маточныхъ связокъ. Лѣченіе смѣщеній матки впередъ, обусловленныхъ причинами 1-й группы, понятно само собою. Что же касается до лѣченія смѣщеній, происходящихъ отъ влеченія матки книзу передней стѣнкой рукава, то здѣсь необходимо предварительно оговорить слѣдующее. Матка есть простой рычагъ съ точкой опоры на тазовой діафрагмѣ, при чемъ связь матки съ пузыремъ лежитъ выше, чѣмъ мѣсто прикрѣпленія крестцовоматочныхъ связокъ. Понятно поэтому, что всякое опущеніе передней стѣнки рукава повлечетъ за собою и наклоненіе матки впередъ. Пока коренная причина не устранена, какъ, напр., при лѣченіи pessariis или тампонами, едва ли можно разсчитывать на успѣхъ. Поэтому то авторъ и предлагаетъ слѣдующее оперативное пособіе. Изъ выпяченной передней стѣнки рукава, начиная снизу—кверху, вырѣзываютъ яйцевидный лоскутъ, длиною въ 2—3, а шириною въ 1—1½ дюйма. Этотъ моментъ операціи ничѣмъ не отличается отъ операціи, производимой для устраненія *cystocele*; но, затѣмъ, у верхняго конца овала, какъ продолженіе его, вырѣзываютъ лоскутъ ткани шириною въ влагалищную часть, при чемъ это вырѣзываніе простирается и на переднюю поверхность послѣдней. Въ то время, какъ овалъ спивается обыкновеннымъ образомъ, находящаяся надъ нимъ обнаженная поверхность рукава пришивается къ обнаженной поверхности влагалищной части непрерывными швами, проходящими съ боковъ черезъ слизистыя оболочки влагалища и влагалищной части. Такимъ образомъ шейка матки укрѣпляется въ положеніи впередъ, а дно матки отклоняется кверху и къзади. Болѣе же высокое положеніе дна матки, въ свою очередь, противодѣйствуетъ вторичному образованію *cystocele*, не допуская опущенія стѣнки (задней) пузыря. Гораздо чаще встрѣчаются такіе случаи смѣщенія матки впередъ, которые обуславливаются врожденнымъ или воспалительнымъ укороченіемъ крестцово-маточныхъ связокъ. Здѣсь показываются: покой, уменьшеніе кровонаполненія въ сосудахъ таза и приемы *Schultze*. Производя чревосѣченія ради другихъ цѣлей, авторъ между прочимъ устранялъ путемъ перерѣзки связокъ и рубцовъ только что названнаго укороченія, накладывая предварительно на нихъ швы; результаты получались очень хорошіе. *Reed*, впрочемъ, еще разъ повторяетъ, что онъ производитъ эту операцію только между прочимъ и не совѣтуетъ дѣлать чревосѣченія исключительно для нея.

Въ заключеніе авторъ разбираетъ лѣченіе тѣхъ случаевъ, въ которыхъ, вслѣдствіе укороченія крестцовоматочныхъ связокъ образовался загибъ по передней поверхности матки (*anteflexio*) съ явленіями давленія на пузырь, механической дисменорреей и безплодіемъ. Насильственное расширеніе и внутренній разрѣзъ въ области шеечнаго канала въ мѣстѣ загиба авторъ признаетъ не только не всегда полезнымъ, но подчасъ даже и опаснымъ. Допуская расширеніе для весьма незначительнаго числа случаевъ, авторъ для всѣхъ другихъ предлагаетъ слѣдующую операцію. Больную кладутъ въ положеніе *Sims'a*. Захваченная и низведенная задняя губа разрѣзывается по срединѣ до самаго свода. Изъ пораненной поверхности каждой половинки этой губы вырѣзывается кусочекъ ткани въ видѣ полумѣсяца. Длина этого куска соответствуетъ длинѣ разрѣза, толщина же равняется только $\frac{1}{4}$ дюйма, такъ что вырѣзываніе не доходитъ до слизистой оболочки шеечнаго канала. Затѣмъ берется кривая игла съ ушкомъ на верхушкѣ, проводится черезъ верхній уголокъ разрѣза той же губы. Здѣсь въ ушко вдѣвается шелковая нить и игла вытаскивается обратно. Точно также поступаютъ и съ лѣвой губой. При затягиваніи проведенныхъ двухъ швовъ зѣвъ матки смѣщается кзади и кверху на длину влагалищной части; передняя же стѣнка матки на всемъ протяженіи значительно выравнивается; при введеніи зонда каналъ шейки оказывается почти прямымъ и дѣйствительно не суженъ.

Л. Личковъ.

104. S. Stocker. Zur Massage bei fixirten Retroflexionen. (Cnrb. f. Gyn. 1892, № 2). Массажъ при закрѣпленныхъ загибахъ матки назадъ.

Въ борьбѣ съ разными способами лѣченія—ихтіоломъ, электричествомъ, операціями—массажъ терпитъ все больше и больше пораженій. Даже въ лѣченіи загибовъ матки ему остается уже не очень большое поле дѣйствія, и то только развѣ въ частной практикѣ и при фиксированныхъ видахъ; хотя и здѣсь пользуются всякимъ осложненіемъ, чтобы прибѣгнуть къ операціи: нужно-ли удалить придатки, матку пришиваютъ къ передней брюшной стѣнкѣ по *Küstner'у* или *Frommel'ю*; существуютъ-ли параметральные рубцы, идущіе отъ разрывовъ шейки, ихъ вырѣзываютъ по *Martin'у*. Излюблѣннѣйшимъ-же является способъ *Schultze*. Да и дѣйствительно, не лучше-ли, особенно для нервныхъ женщинъ, подвергнуться одному болѣе сильному воздѣйствію, какъ операція, чѣмъ ряду меньшихъ. Однако, извѣстная часть загибовъ остается и на долю массажа. Такъ, противопоказанія къ примѣненію хлороформа исключаютъ оперативное вмѣшательство; чрезвычайная неподатливость рубцовъ, рецидивирующее ихъ образованіе и другія обстоятельства даютъ поводъ прибѣгнуть къ массажу.

Однако выпрямленіе матки, при короткихъ и неподатливыхъ рубцахъ, не всегда удается; равнымъ образомъ, препятствіе бываетъ иногда и въ состояніи брюшныхъ стѣнокъ. Тогда, если наружная рука не достигаетъ дна матки, приходится прибѣгать къ помощи зонда. Но извѣстно, что съ такимъ примѣненіемъ зонда связаны серьезныя опасности, и потому авторъ предлагаетъ способъ, устраняющій ихъ, по его мнѣнію. Онъ поступаетъ

такъ: роль зонда играетъ тонкій пинцетъ *Frankenhäuser's* съ длинными, слегка согнутыми вѣтвями, который онъ тщательно обертываетъ ватой (особенно концы) и, намочивъ его въ 5% растворѣ карболовой кислоты, вводитъ черезъ *Fergusson'*овское зеркало въ полость матки. Удаливъ зеркало и подтягивавшій корнцангъ, сильно выпрямляетъ матку и, укрѣпивъ правую руку, лѣвой массируетъ. Пациентка лежитъ на самомъ краю стола. Преимущества этого способа: вата защищаетъ слизистую оболочку матки отъ поврежденій, давленіе зонда дѣлаетъ болѣе эластичнымъ, карболовая кислота дезинфицируетъ полость шейки; этотъ способъ менѣе болѣзненъ, чѣмъ чисто ручной, работа чище и элегантнѣе, щадятся силы врача и отчасти чувство стыдливости пациентки; толстая стѣнка живота являются меньшимъ препятствіемъ. Этотъ способъ примѣняется авторомъ въ его пріемные часы. Иногда оказывается достаточнымъ одного сеанса, въ другихъ-же случаяхъ требуется и больше, чтобы ужъ можно было ввести пессарій или прибѣгнуть къ обыкновенному массажу. Никакихъ дурныхъ послѣдствій отъ этого способа онъ не видѣлъ; больныя-же даже предпочитаютъ его ручному.

А. Гермоніусъ.

105. Matlakowski i Przewoski. Przyczynek do lepszego poznania t. z. torbielomięśniaków macicy. (Gazeta lekarska, 1891, № 47, 48). Къ вопросу о кистовидныхъ міомахъ матки.

Сдѣлавъ краткій обзоръ литературныхъ данныхъ, авторъ переходитъ къ собственнымъ наблюденіямъ надъ кистовидными фиброміомами матки. Въ шести случаяхъ изъ 27 оперированныхъ авторомъ новообразованій матки оказались кистовидныя фиброміомы. Изъ этихъ шести случаевъ одинъ описанъ подробно, какъ представляющій значительный интересъ. Случай этотъ слѣдующій:

Женщина 34 лѣтъ; жалуется на опухоль въ животѣ, которую замѣтила 3 года тому назадъ; послѣ каждаго мѣсячныхъ опухоль значительно увеличивается, вызывая затрудненіе мочеиспусканія, а спустя дней 8—10 опухоль опять уменьшается при одновременномъ истеченіи изъ влагалища прозрачной жидкости.

При изслѣдованіи въ брюшной полости опредѣляется шарообразная, гладкая опухоль, эластическая и не ясно флюктуирующая; правая сторона опухоли немного бугриста; отъ лоннаго соединенія до верхней границы опухоли 26 см.; верхній сегментъ опухоли довольно подвиженъ.

Во влагалищѣ, на высотѣ равной длинѣ указательнаго пальца, находится гладкая, шарообразная опухоль, совершенно выполняющая просвѣтъ влагалища; задняя стѣнка влагалища, равно какъ и боковые своды, непосредственно переходятъ на опухоль; спереди, при сильномъ надавливаніи, палецъ проникаетъ въ каналъ, образованный сзади упомянутой опухолью, спереди эластической складкой; по направленію вверхъ каналъ суживается, въ концѣ его, немного вправо, опредѣляется небольшое отверстіе; зондъ входитъ на 25 см.; верхушка его ощущается въ области пупка; изслѣ-

дованіе зеркаломъ, въ боковомъ и колѣнно-локтевомъ положеніи, не прибавляетъ ничего новаго.

Объясненіе констатированныхъ данныхъ: опухоль во влагалищѣ есть перерожденная задняя губа, эластическая складка — растянутая передняя губа влагалищной части; опухоль, кромѣ задней губы и шейки, занимаетъ также и тѣло матки. При одномъ изъ послѣдующихъ изслѣдованій, по введеніи зонда, изъ маточнаго отверстія хлынула серозно-кровянистая жидкость, часть которой, собранная въ чашечку, свернулась и образовала лентарнокрасный стустокъ; съ этого момента опухоль стала постепенно уменьшаться и достигла величины небольшого кулака; участокъ во влагалищѣ сталъ болѣе вялымъ и подвижнымъ, однако не уменьшился пропорціонально всей опухоли.

Достигнувъ указанныхъ размѣровъ, опухоль опять стала увеличиваться, сначала медленно, потомъ довольно быстро, такъ что въ теченіи 5 дней достигла прежнихъ размѣровъ, причемъ истеченіе серозно-кровянистой жидкости совершенно прекратилось; ожидаемая регулы не пришла.

Дѣло, по автору, представлялось слѣд. образомъ: несомнѣнно опухоль матки, содержащая полость, сообщающуюся съ полостью матки; подъ вліяніемъ менструальной гипереміи и набуханія происходитъ закупорка отверстія, соединяющаго обѣ полости и задержаніе содержимаго, т. е. увеличеніе опухоли; поэтому вѣроятный діагнозъ: *myoma intraparietale lacunare*.

17 дек. 1888 чревосѣченіе. Опухоль съ гладкой поверхностью, незначительныя сращенія съ правой стороны; лѣвые придатки у верхушки опухоли, правые у нижняго ея сегмента. Мочевой пузырь смѣщенъ вправо. Прокколъ троакаромъ не уменьшилъ величины опухоли; послѣ вскрытія ея въ продольномъ направленіи послѣдовало обильное выдѣленіе серозно-кровянистой, свертывающейся жидкости; введя руку въ образовавшуюся полость, операторъ нашелъ безчисленное множество перегородокъ и перекладинъ, разрывая которыя, извлекалъ ихъ наружу, причемъ всякій разъ выдѣлялось новое количество жидкости. Со стороны полости матки троакаромъ продѣлано отверстіе въ новообразованную полость, дабы обезпечить стокъ жидкости черезъ влагалище, на опухоль наложенъ жгутъ повыше праваго яичника, и ниже лѣваго, и операція окончена по вѣнѣбрюшинному способу.

Удаленный препаратъ состоитъ изъ двухъ верхнихъ третей опухоли, части тѣла матки, ея дна, лѣваго яичника и трубы и части правой трубы. Опухоль развилась въ задней и лѣвой стѣнкѣ матки, а также въ днѣ ея; на разрѣзѣ оказывается, что опухоль покрыта снаружи брюшиной и слоемъ нормальной маточной ткани, толщиной въ $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ см., — внутри слизистой оболочкой полости матки, а по мѣстамъ и тонкимъ слоемъ мышечной ткани. Въ периферическихъ частяхъ опухоль состоитъ изъ пористой, губчатой ткани: ближе къ центру попадаются щели большей величины, наполненныя прозрачной жидкостью; центръ же опухоли разрушенъ во время операціи. Поверхность разрѣза, освобожденная отъ жидкости, похожа на разрѣзъ дѣтскаго мѣста; подъ водой замѣтно множество щелей и разграничивающихъ перекладинъ; тонкій срѣзъ новообразованія похожъ на сѣтку; ткань весьма

легко расщипывается на тонкія, вѣтвящіяся нити; подъ душой въ такихъ ниткахъ открывается центральная ось краснаго цвѣта, оказывающаяся кровеноснымъ сосудомъ; изъ такихъ то нитокъ, вѣтвящихся и соединяющихся другъ съ другомъ во всевозможныхъ направленіяхъ, образуя родъ сѣтки, состоитъ вся масса новообразованія; величина щелей между перекладинами отъ микроскопической величины до величины коноплянаго зерна и больше.

Микроскопическое изслѣдованіе показало, что перекладины состоятъ изъ круглыхъ пучковъ волокнистой соединительной ткани, содержащихъ въ центрѣ кровеносный сосудъ, являющийся то артеріей, то веной, то широкимъ капилляромъ; всѣ сосуды выстланы внутри эндотелиемъ и наполнены кровью; артеріальные сосудцы содержатъ мышечныя волокна, окружены соединительной тканью, образующей родъ *adventitiae*, эластическихъ волоконъ не содержатъ; между соединительно-тканными волокнами попадаются веретенообразныя клѣтки и лейкоциты. Снаружи перекладины покрыты эндотелиемъ. На разщипанныхъ препаратахъ при маломъ увеличеніи видно, что перекладины вѣтвятся и опять сливаются между собою. Нигдѣ опухоль не содержитъ мышечныхъ волоконъ, исключая, конечно, волокна, входящая въ образованіе артеріальныхъ и венозныхъ сосудцевъ; только на периферіи, на границѣ между нормальной маточной тканью и новообразованіемъ, попадаютъ мышечныя волокна.

Щели между перекладинами собственныхъ стѣнокъ не имѣютъ, а выстланы только эндотелиемъ, покрывающимъ снаружи перекладины; соединяясь между собою, щели образуютъ систему каналовъ, пронизывающихъ всю опухоль. Въ просвѣтахъ щелей находятся сѣть фибрина, лейкоциты и свернувшіяся бѣлковыя тѣльца.

На периферіи перекладины теряются въ мышечномъ слоѣ матки, а осевые сосуды непосредственно переходятъ въ фізіологическія сосуды матки; щели, уменьшаясь въ объемѣ, быстро исчезаютъ.

Въ виду всего сказаннаго, опухоль должна быть обозначена какъ *Lymphangioma cavernosum*. Широкія щелевидныя пространства, наполненные свертывающеюся жидкостью, суть измѣненные лимфатическіе сосуды.

Особенность даннаго случая заключается въ томъ, что расширеніе, а быть можетъ, и новообразованіе лимфатическихъ сосудовъ произошло въ неизмѣненной патологически маточной ткани, тогда какъ во всѣхъ до сихъ поръ описанныхъ наблюденіяхъ (*Leopold, Spiegelberg, Rein* и мн. друг.) образованіе лимфатическихъ полостей происходило въ миомахъ и фибромиомахъ матки. Механизмъ образованія lymphangiomatis cavernosi можно представить себѣ слѣд. образомъ: по мѣрѣ расширенія лимфатическихъ сосудовъ мышечныя волокна подвергались атрофіи, а соединительно-тканные пучки съ заключенными въ нихъ сосудами—раздвиганію; осталось не выясненнымъ, насколько новообразованіе лимфатическихъ полостей принимало участіе въ процессѣ, равно какъ и этиологія.

Большая отъ операции выздоровѣла; остатокъ матки представлялся сравнительно подвижнымъ, задняя губа немного утолщена.

Въ заключеніе авторъ объясняетъ механизмъ періодическаго набуханія

и спаденія опухоли, а также проводитъ параллель между своимъ наблюденіемъ и другими подобными случаями. **Ф. Краснопольскій.**

106. **Rochet. Hystéro-épilepsie et castration.** (Journal d'accouchements et revue de médecine et de chirurgie pratiques 1891 г. № 22).

Истеро-эпилепсія и кастрація.

На основаніи приведенныхъ имъ наблюденій, авторъ высказываетъ отрицательное мнѣніе о значеніи кастраціи при истеро-эпилепсіи.

Произведенныя имъ кастраціи были предприняты не ради этого нервнаго страданія, а вслѣдствіе жалобъ пациентокъ на нестерпимыя боли внизу живота, вызванныя патологическими процессами придатковъ матки, при одновременномъ существованіи истеро-эпилептическихъ припадковъ. Последніе исчезали послѣ операціи удаленія придатковъ матки только въ томъ случаѣ, если появленіе ихъ слѣдовало послѣ заболѣванія женской половой сферы (симптоматическая истеро-эпилепсія). Если же истерическіе симптомы предшествовали гинекологическому заболѣванію или вовсе не сопровождаются патологическими процессами въ половой сферѣ, то кастрація не производитъ никакихъ улучшеній въ истерическомъ состояніи больной.

С. Маркова.

107. **J. Veit. Ueber intraperitoneale Blutergüsse.** (Saml Klin. Vortr. Volkmann's. Neue Folge № 15). **О внутрибрюшинныхъ кровоизліяніяхъ.**

Авторъ раздѣляетъ кровоизліяніи въ брюшную полость на свободное — haemorrhagia intraperitonealis, осумкованное, — haematocoele и внѣбрюшинное — въ тазовую клетчатку. Причиной перваго чаще всего служитъ лошаніе трубой беременности. Кровотеченіе нерѣдко смертельное, не смотря на небольшую величину кровотокащаго мѣста, зависитъ отъ того, что отсутствуютъ условія для его остановки, какъ то: 1) слабая мускулатура трубы не въ состояніи сокращеніями своими закрыть сосуды, какъ это имѣетъ мѣсто въ маткѣ; 2) сгустки, которые могли бы затампонировать кровотокащее мѣсто, хотя и образуются довольно медленно, но довольно далеко отъ кровотокащаго мѣста, и потому кровоостанавливающаго значенія не имѣютъ; 3) брюшная полость настолько вмѣстима, податлива, что противоавленія на кровотокащее мѣсто со стороны накопившейся крови, какое могло бы быть въ какомъ либо поломѣ органѣ, напр., маткѣ, нѣтъ; крови можетъ скопиться въ брюшной полости, не вызывая особенно значительнаго напряженія, до обезкровленія больной. — Въ неизмѣненной (здоровой) брюшной полости свободное кровоизліяніе не инкапсулируется, а ведетъ либо къ смерти или же, если нѣтъ осложненій и больная перенесла кровотеченіе, излившаяся кровь всасывается.

Если же существуютъ какія либо патологическія измѣненія, старыя периметритическія сращенія, перетяжки, перемычки, то онѣ могутъ способствовать, какъ остановкѣ кровотеченія, такъ и осумкованію кровоизліянія. *Haematocoele*, по мнѣнію V., образуется не вслѣдствіе того, какъ полагалъ *Nelaton*, что кровь изливается въ преформированное пространство, что встрѣ-

чается въ какихъ либо единичныхъ случаяхъ, но такимъ образомъ, что вытекающая подъ слабымъ давленіемъ кровь, встрѣчая на пути перетяжки, перемычки, свертывается около нихъ на разныхъ точкахъ, получаютъ свертки (ядра), постепенно увеличивающіеся наслаиваніемъ изъ продолжающей вытекать крови. Наконецъ свертокъ достигаетъ величины, могущей закрыть вытечное отверстіе. Тѣмъ не менѣ кровь продолжаетъ просачиваться изъ подъ свертка и, такъ какъ сверху сидитъ сгустокъ, то она устремляется въ сторону наименьшаго давленія, внизъ—въ дугласовое пространство, получается картина *haematocoele*. Благопріятіе всего, въ смыслѣ остановки, кровотеченіе въ преформированное пространство *Lig. lati*—*haematoma*, такъ какъ здѣсь противодавленіе натянутой брюшины и отчасти тазовой клѣтчатки оказывается достаточнымъ для воспрепятствованія дальнѣйшему кровоизліянію. Подобная *haematoma* можетъ произойти изъ лопнувшей трубной беременности; послѣднее служить причиной одинаково часто какъ для *haematom'*ы, такъ и для *haematocoele*.

Свободное кровоизліяніе въ брюшную полость не распознаваемо ни бимануальнымъ изслѣдованіемъ, ни перкуссіей, а только по припадкамъ сильнѣйшей анеміи и помощью исключенія другихъ возможныхъ источниковъ кровотеченія. При такого рода кровоизліяніяхъ примѣнимо только чрезвъщеніе и чѣмъ скорѣе, тѣмъ лучше. Авт. указываетъ на 2 пункта при операциі, очень пригодные для быстрого остановленія кровотеченія: первое—возвышенное положеніе таза—тренделенбургское положеніе, способствующее болѣе быстрому отысканію кровоточащаго мѣста и второе обкалываніе обонхъ приводящихъ сосудовъ на протяженіи. *Vasa spermatica* обкалываются на мѣстѣ выходенія изъ *lig. latum* въ пучкѣ, идущемъ изъ широкой связки по направленію почечной области; *art. uterina* на обычномъ мѣстѣ непосредственно у края матки. Что касается излившейся крови до операциі, то авторъ оставляетъ ее въ брюшной полости. При желаніи удалить ее, больную легко переводятъ изъ положенія съ возвышеннымъ тазомъ въ горизонтальное и удаляютъ обычными приемами. Если же при припадкахъ внутренняго кровотеченія находятъ при изслѣдованіи опухоль, то слѣдуетъ выждать, ибо въ такихъ случаяхъ возможно рассчитывать на инкапсулированіе кровоизліянія и произвольную остановку кровотеченія. Но если явленія внутренняго кровотеченія усиливаются, то показано оперативное пособіе не чрезъ влагалище, а посредствомъ чрезвъщенія. Впрочемъ, авторъ не касается леченія *haematocoele* и *haematom'*ы.

Б. Фраткинъ.

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

ПО ПОВОДУ СТАТЬИ ПРИВАТЪ-ДОЦЕНТА В. Ф. МАСЛОВ-КАГО: «КЪ УЧЕНІЮ О САМОЗАРАЖЕНІИ РОДИЛЬНИЦЪ».

Приватъ-доцента А. И. Замшина.

Приватъ-доцентъ *В. Ф. Масловскій* въ своей работѣ „Къ ученію о самозараженіи родильницъ“, появившейся въ апрѣльской книжкѣ «Журнала акушерства и женскихъ болѣзней» за текущій годъ, дѣлаетъ мнѣ упрекъ, что я ограничился изученіемъ только біологическихъ свойствъ найденныхъ микробовъ, и говоритъ (стр. 332): „опредѣлять же свойство микробовъ по состоянію культуры въ настоящее время нельзя, въ виду недостаточности свѣдѣній объ ихъ біологическихъ свойствахъ“.

По этому поводу я долженъ замѣтить, что именно біологическія свойства у извѣстныхъ микробовъ въ настоящее время и изучены; въ особенности, это можно сказать про искомага микроба въ моей работѣ—*staph. p. aureus*. Причины же, вызывающія тѣ или другіе исходы прививокъ животнымъ, далеко еще не изучены. Дальше, переходя къ докладу моему на IV съѣздѣ русскихъ врачей, авторъ упрекаетъ меня въ „поразительной краткости“ (стр. 333); между тѣмъ, съ самымъ докладомъ не знакомъ, а цитируетъ по реферату. (Въ №№ 8 и 9 „Врача“ за 1892 г., т. е. отъ 20 и 27 февраля, появилась *in extenso* моя статья, бывшая предметомъ доклада, разнящаяся отъ послѣдняго только прибавленіемъ таблицъ). Тутъ же, въ заключеніе оцѣнки моей работы, д-ръ *Масловскій* говоритъ: „Но вообще эта работа не можетъ имѣть значенія для рѣшенія вопроса о патогенныхъ микробахъ“.

влагалища женщины, какъ работа произведенная на сукахъ". Эта фраза была бы справедлива, если бы авторъ задался исключительною цѣлью опредѣлить, есть ли патогенныя бактеріи въ половомъ каналѣ женщины, или нѣтъ, и не имѣлъ бы въ виду на этомъ базировать ученіе о самозараженіи; разъ же авторъ пытается рѣшить этотъ вопросъ, что видно изъ заглавія работы, то подобное отношеніе къ моей работѣ представляется нѣсколько несправедливымъ.

Коснувшись работы д-ра *Масловскаго*, не могу обойти молчаніемъ слѣдующій фактъ: авторъ, заканчивая свой литературный обзоръ словами: „Этими работами исчерпываются всѣ бактеріологическія изслѣдованія полового канала женщины“, не упоминаетъ вовсе диссертаций д-ровъ *Соловьева*: „Къ бактеріологіи цервикальнаго канала при эндометритахъ“ и *Брандта*: „Къ бактеріологіи полости тѣла матки при эндометритахъ“, вышедшихъ изъ клиники проф. *К. Ф. Славянскаго*. Неизвѣстны ли онѣ автору, или послѣдній считаетъ ихъ недоказательными? Первое невозможно, такъ какъ обѣ эти диссертации вышли изъ той же клиники, гдѣ работаетъ д-ръ *Масловскій*, второе—не представляетъ оправданія, такъ какъ игнорированіе работы должно быть обосновано, а не выражаться замалчиваніемъ о ней.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

Объ изданіи въ 1892 г. журнала О. В. Езерскаго

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЖИЗНЬ

ВЫХОДИТЪ 33 КНИЖКИ ВЪ ГОДЪ ОТЪ 1¹/₂ ДО
2-ХЪ ЛИСТОВЪ ВЪ КАЖДОЙ.

**Цѣна за полгода (16 книжекъ) 3 р., на годъ (33 книжки)
6 р., съ приложеніями 9 р.**

Журналъ «Практическая жизнь», какъ видно изъ самаго его названія, поставилъ своей задачей дать своимъ читателямъ чисто практическія свѣдѣнія, приложимыя къ дѣйствительной жизни. Журналъ этотъ не гоняется за сообщеніемъ новостей, имѣющихъ только временной интересъ, но старается помѣщать почти исключительно такія полезныя статьи, интересъ которыхъ имѣетъ характеръ не случайный, а постоянный, чтобы онѣ могъ служить полезнымъ и пріятнымъ чтеніемъ и на всѣ послѣдующіе годы.

Въ литературномъ отдѣлѣ его: сцены, рассказы и т. п. взяты большею частью изъ самой бытовой жизни, практическіе; въ научномъ отдѣлѣ говорится о финансахъ, о счетоводствѣ, о контролѣ, о коммерческихъ наукахъ; въ судебномъ отдѣлѣ помѣщаются отчеты о дѣлахъ, интересныхъ для практическаго ума; затѣмъ дается разборъ отчетовъ, преимущественно образцовыхъ, которымъ можно подражать и, наконецъ, имѣются отдѣлы: библиографическій, справочный и объявленій.

Подписываются въ редакціи: С.-Петербургъ, Невскій, № 66;

Москва, Тверская (уг. Садовой), д. Хомяковыхъ.