

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ акушерско-Гинекологическаго Общества въ С-Петербургѣ.

ГОДЪ ШЕСТОЙ.

АПРѢЛЬ 1892, № 4.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

VIII.

*Изъ лабораторіи патолого-анатомическаго Института
акад. Н. П. Ивановскаго, при Императорской Военно-
Медицинской Академіи.*

КЪ УЧЕНІЮ О САМОЗАРАЖЕНІИ РОДИЛЬНИЦЪ.

(Экспериментально-бактеріологическое изслѣдованіе).

Д-ра В. О. Масловскаго,

ПРИВАТЪ-ДОЦЕНТА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ ПРИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМІИ.

Разнаго рода заболѣванія, извѣстныя подъ общимъ именемъ родильной горячки, обусловливаются проникновеніемъ въ половые органы патогенныхъ микробовъ во время родовъ, послѣродового періода и даже иногда во время беременности. Главнымъ мѣстомъ внѣдренія микробовъ является внутренняя раненая поверхность матки, а потомъ — разнаго рода поверхностныя и глубокія поврежденія полового канала, обусловленныя самымъ родовымъ актомъ. Въ виду этого, по существующему взгляду, особенно въ Германіи, занимающія насъ теперь заболѣванія суть инфекціонныя заболѣванія ранъ, исходящія изъ половой сферы. По вліянію микробовъ, теченію и отчасти вліянію терапевтическихъ мѣръ, послѣродовыя заболѣванія раздѣляются на: 1) септическія заболѣванія въ обширномъ смыслѣ слова, обусловленныя внѣдреніемъ патогенныхъ

микробовъ въ живую ткань и 2) гнилостное отравленіе, происходящее отъ поступленія въ кровь ядовитыхъ началъ, продуктовъ обмѣна веществъ микробовъ — *Sapraemia (Duncan)*. Бываютъ чистые случаи той и другой формы; но гораздо чаще трудно отдѣлить одну форму отъ другой.—О способѣ инфекціи, осложняющей обыкновенныя раны, вообще не задумываются, довольствуясь лишь опредѣленіемъ ея, въ полномъ убѣжденіи, что она, какъ-бы не передавалась ранѣ, всегда происходитъ извнѣ. Въ акушерствѣ, по отношенію способа инфекціи, дѣло представляется болѣе сложнымъ и запутаннымъ; такъ какъ существуетъ особый видъ инфекціи, извѣстный подъ именемъ «самозараженія».

Основатель ученія и профилактики родильной горячки *Semmelweis*, считая родильную горячку за лихорадку, зависящую отъ всасыванія разложившихся животно-органическихъ веществъ (частицы трупа, септическихъ отдѣленій ранъ, отдѣленія больныхъ родильницъ), думаетъ, что эти вещества, кромѣ заноса извнѣ (наружная инфекція), въ рѣдкихъ случаяхъ образуются въ организмѣ женщины (родовомъ каналѣ). Это—случай самозараженія, и они не все могутъ быть предупреждены. Источникомъ самозараженія служатъ органическія вещества, которыя должны выдѣлиться въ послѣродовомъ періодѣ; но, до ихъ выдѣленія, подвергаются разложенію и, всасываясь, вызываютъ родильную горячку самозараженіемъ. Къ этимъ веществамъ *Semmelweis* относитъ: послѣродовыя отдѣленія, остатки отпадающихъ оболочекъ, задержанные кровяные сгустки и т. п., или продукты патологическихъ процессовъ, напр. гангрена половыхъ частей послѣ форсированныхъ щипцовъ (*Semmelweis. Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis d. Kindbettfiebers. 1861. s. 102 и 106*). Такое опредѣленіе и названіе самозараженія относится къ тому времени, когда еще не знали о значеніи микробовъ для процессовъ гніенія, и думали, что вещества, производящія самозараженіе, могутъ образоваться сами по себѣ, безъ внѣшняго вліянія микробовъ. Поэтому опредѣленіе и само слово «самозараженіе» имѣли тогда свое значеніе. Теперь не подлежитъ ни малѣйшему сомнѣнію, что разложеніе есть результатъ дѣятельности микробовъ, и притомъ отпадающихъ извнѣ, а не самозараждающихся. Поэтому

«самозараженія», въ буквальный смыслъ этого слова, не существуетъ, и оно представляется, по сущности своей, однороднымъ съ зараженіемъ извнѣ. Въ настоящее время подъ именемъ «самозараженія» разумѣютъ тѣ случаи послѣродовыхъ заболѣваній, которые возникаютъ на счетъ патогенныхъ микробовъ, попавшихъ какимъ-либо образомъ извнѣ въ родовую каналъ и находящихся въ немъ до родовъ.

Ученіе *Semmelweis'a* о «самозараженіи» не подвергалось въ теченіи дальнѣйшаго времени какимъ-либо измѣненіямъ и фигурировало почти въ той же формѣ (всасываніе гнилостныхъ веществъ), какую ему далъ *Semmelweis*. Такъ *Schröder* (1886, IX Aufl. Переводъ проф. Рейна, стр. 673) относитъ къ самозараженію случаи, въ «которыхъ, подъ влияніемъ всюду распространенныхъ бактерій гніенія, отдѣленія въ половомъ каналѣ подвергаются разложенію (во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ) и задерживаются въ немъ. Отсюда они поступаютъ въ организмъ».

Неясность въ опредѣленіи самозараженія и его границъ мы находили у *Kehrer'a*, который поясняетъ это примѣромъ: «когда совершенно дезинфицированный палецъ вводитъ небольшое количество содержащаго бактерій отдѣляемаго влагалища въ каналъ шейки, если это вещество не смывается околоплодною жидкостью или слизью и остается на слизистой оболочкѣ канала, то мы имѣемъ ферментъ для разложенія маточнаго отдѣляемаго, и затѣмъ—возможность различныхъ вторичныхъ заболѣваній. Есть ли это самозараженіе или наружное зараженіе? Если не было произведено никакого изслѣдованія и, кромѣ того, воздухъ не проникъ въ родовую каналъ — мы можемъ говорить о самозараженіи; во всѣхъ другихъ случаяхъ должны оставить подъ сомнѣніемъ сущность инфекцій». (*Beiträge zur klinischen und experimentellen Geburtskunde und Gynäkologie*, 2 Band, 2 Heft. s. 251. цит. по *Ahlfeld'u*: *Berichte* и т. д. Bd. II s. 149).

Изъ приведенныхъ цитатъ видно, какъ мало подвижилось впередъ ученіе о самозараженіи. Разумѣется, при обиліи случаевъ родильной горячки въ родильныхъ домахъ и клиникахъ, акушерамъ не было возможности разбираться, какой % заболѣваній слѣдуетъ приписать самозараженію

и сколько—наружной инфекции; профилактических мѣръ, не смотря на предложеніе *Semmelweis'a*, вовсе не примѣнялось. При такихъ условіяхъ трудно было ждать прогресса въ ученіи о самозараженіи.

Наступаетъ антисептическая эра. Поразительные результаты, выразившіеся значительнымъ уменьшеніемъ смертности и заболѣваемости въ послѣродовомъ періодѣ, отодвигаютъ ученіе о самозараженіи на задній планъ. Всѣ случаи заболѣваній объясняютъ исключительно наружной инфекціей; все вниманіе устремлено на борьбу съ нею—мѣры наружной антисептики усиливаются. Появляющіеся все-таки, несмотря на это, случаи заболѣванія находятъ свое объясненіе въ недостаточно-строгомъ проведеніи и упущеніяхъ въ антисептикѣ. (*Szabo. Zur Frage d. Selbstinfection. Arch. f. Gyn. Bd. XXXVI, Heft I. s. 77*). Казалось бы, это время было самымъ подходящимъ для уясненія сущности самозараженія, потому что вліяніе наружной инфекции антисептическими мѣрами доведено до возможнаго minimum'a. Среди всеобщаго увлеченія—объяснять всѣ родильныя заболѣванія наружной инфекціей, *Ahlfeld* выводитъ вопросъ о самозараженіи изъ забвенія и возбуждаетъ всеобщій интересъ у выдающихся акушеровъ.

Въ своихъ взглядахъ на зараженіе извнѣ и самозараженіе *Ahlfeld* вполне придерживается воззрѣній *Semmelweis'a* и, на основаніи клиническихъ наблюденій, относитъ къ самозараженію случаи гниlostнаго «зараженія», гдѣ въ половыхъ органахъ женщины образуется ядъ (изъ ряда птомайновъ), ведущій къ инфекціи безразлично, будетъ-ли этотъ ядъ привитъ изслѣдующей рукой или безъ содѣйствія ея. Ядъ производитъ токсическое дѣйствіе; по устраненіи источника яда, прекращается всасываніе его—организмъ быстро выдѣляетъ его. По продолжительности и количеству всосавшагося яда отравленіе можетъ быть опаснымъ для жизни.

Источниками яда являются: остатки отпадающихъ оболочекъ, плаценты, куски плодныхъ оболочекъ, кровяные сгустки и послѣродовыя отдѣленія. Все это подѣ вліяніемъ микроорганизмовъ воздуха подвергается разложенію, продукты котораго, всасываясь, вызываютъ лихорадку. Мѣстомъ всасыванія является главнымъ образомъ матка, какъ показали наблюденія *Ahlfeld'a* со введеніемъ

въ родовой каналъ раствора салициловой кислоты (1:500). Воздухъ проникаетъ въ половую систему, по *Ahlfeld*'у, почти въ каждомъ случаѣ или при изслѣдованіи, или при боковомъ положеніи роженицы вслѣдствіе присасывающаго дѣйствія матки. Для доказательства ученія о самозараженіи, *Ahlfeld* приводитъ 15 беременныхъ, которыя разрѣшились безъ всякаго внутренняго изслѣдованія, и въ 9 случаяхъ случилось заболѣваніе съ повышенной t^0 . (*Ahlfeld*. Berichte und Arbeiten. Bd. I. 1883, s. 174. Bd. II. 1885, s. 149. Bd. III 1887, s. 119. Beitrag zur Lehre von d. Selbstinfection. Centr. f. Gyn. 1887, № 46, s. 732).

Изъ представленнаго краткаго очерка ученія о самозараженіи видно, что авторы съ этими словами соединяли понятіе о тѣхъ формахъ заболѣваній, которыя извѣстны подъ именемъ гнилостнаго отравленія, что не отвѣчаетъ самому понятію о самозараженіи; потому что подъ именемъ зараженія разумѣютъ внѣдреніе патогенныхъ микробовъ въ живую ткань организма, а не разложеніе мертвыхъ тканей. (*Bumm*. Ueber d. Aufgaben weiterer Forschungen auf d. Gebiete d. puerp. Wundinfection. Arch. f. Gyn. Bd. XXXIV, -Heft. III, s. 351).

Вполнѣ отвѣчающее слову «самозараженіе» опредѣленіе даетъ *Kaltenbach* (Zur Antisepsis in d. Geburtshülfe. Volkmann's klin. Vortr. № 295). По сущности своей зараженіе извнѣ и самозараженіе совершенно тождественны, потому что оба вида инфекціи происходятъ отъ внѣдренія патогенныхъ микробовъ въ половой каналъ. Разница между ними только во времени этого внѣдренія: при наружномъ зараженіи микробы вносятся во время родовъ; самозараженіе обусловливается только тѣми микробами, которые уже до родовъ находились въ половомъ каналѣ и ближайшихъ къ нему областяхъ. При нормальномъ теченіи родовъ эти микробы не обнаруживаютъ своего вреднаго дѣйствія. Будучи расположены на поверхности влагалища они въ началѣ родовъ смываются слизисто-серознымъ отдѣляемымъ, затѣмъ — околородною жидкостью и струею крови послѣ родовъ. Для проявленія ихъ вреднаго вліянія, должна существовать возможность внѣдренія ихъ въ открытыя раны, или ушибленныя ткани, или должны существовать въ стѣнкахъ полового канала участки ткани, лишенные кровообращенія, и способные къ разложенію.

т. е. видрению. Заболѣванія при самозараженіи могутъ быть различны: и легкія и тяжелыя до піэміи включительно.

Kaltenbach приводитъ клиническія формы и условія самозараженія (изслѣдованіе, различныя ручныя и инструментальныя манипуляціи, родовая травма, задержка кусковъ плаценты и оболочекъ). Самозараженіе можетъ наступить не только во время родовъ, но и позже. Этимъ авторъ объясняетъ заболѣванія послѣ изслѣдованія при выпискѣ родильницы, при наложеніи швовъ на 10—12 день послѣ родовъ и при снятіи ихъ.

Чтобы закончить очеркъ ученія о самозараженіи, укажу еще на мнѣніе *Mermann'a* (*Weitere 200 Geburten ohne innere Desinfection. Centr. f. Gyn. 1890, № 18. s. 318 и 320*). На основаніи имѣющихся бактериологическихъ данныхъ, *Mermann* предлагаетъ слово самозараженіе замѣнить влагалищной инфекціей и приводитъ параллель между отдѣляемымъ беременными и ядовитымъ мѣшкомъ змѣи: какъ змѣя не заболѣваетъ отъ своего яда, также точно и беременной не вредитъ ея собственное отдѣляемое. *Steffeck* (см. ниже) вѣрно замѣчаетъ по этому поводу, что *Mermann* при этомъ сравненіи упустилъ главное изъ виду: змѣя вырабатываетъ ядъ, беременная производитъ отдѣляемое, но не находящихся въ немъ микробовъ.

Кромѣ *Mermann'a*, другіе авторы предлагали замѣнить слово «самозараженіе» другими выраженіями. *Fehling* (*Einige Bemerkungen über d. nicht auf directer Uebertragung beruhenden Puerperalerkrankungen. Arch. f. Gyn. Bd. XXXII, Heft. 3*) называетъ наружную инфекцію — первичною, а самозараженіе—вторичною инфекціей; *Thorn* (*Wider. d. Lehre von Selbstinfection. Volkmann's klin. Vortr. № 327, s. 2371*) дѣлитъ инфекціи на: прямую (наружная) и не прямую (самозараженіе). Но эти всѣ новыя выраженія не вошли въ общее употребленіе, и всѣ акушеры до сихъ поръ придерживаются слова «самозараженіе».

Значеніе самозараженія въ этиологіи родильныхъ заболѣваній признается далеко не всѣми акушерами. Противники самозараженія основываются главнымъ образомъ на клиническихъ данныхъ и отчасти на неудовлетворительныхъ результатахъ бактериологическаго изслѣдованія половыхъ органовъ въ беременномъ и небеременномъ состояніяхъ. И такъ существуетъ два способа рѣшить во-

прось о самозараженіи: клинической или статистической и бактериологической.

Относительно первого способа, слѣдуетъ замѣтить, что есть двѣ возможности примѣнить его для указанной цѣли: 1) наблюденіе родовъ, протекавшихъ безъ внутренняго изслѣдованія, дезинфекціи и вообще всякаго прикосновенія къ половымъ органамъ и 2) сравненіе цифръ родовъ, изслѣдованныхъ, но безъ предварительной дезинфекціи, съ случаями родовъ съ дезинфекціей. Наблюденія родовъ первой категоріи дали различные результаты. У *Ahlfeld*'а (Ber. und Arb. Bd. II ss. 151 и 152) изъ 15 родильницъ, разрѣшившихся безъ изслѣдованія, у 9 получились заболѣванія въ послѣродовомъ періодѣ съ повышеніемъ t^0 выше 38^0 . Кромѣ того, *Ahlfeld* приводитъ два случая выкидышей, тоже протекавшихъ безъ изслѣдованія, гдѣ оставшіяся плаценты дали поводъ къ заболѣванію съ высокой t^0 ; по удаленіи плацентъ, больныя оправились (Centr. f. Gyn. 1887, № 40 s. 732). Такимъ образомъ у *Ahlfeld*'а безлихорадочныхъ родильницъ, неизслѣдованныхъ во время родовъ, 40%. Съ этой цифрой находятся въ противорѣчіи высокія цифры безлихорадочныхъ родильницъ, полученныя при тѣхъ же условіяхъ *Leopold*'омъ—98,4% и 98,7% (Arch. f. Gyn. Bd. 35, s. 157 и Arch. f. Gyn. Bd. 40 s. 458). Такъ называемые уличные роды могутъ только отчасти служить для рѣшенія вопроса о самозараженіи. При этомъ, изъ числа уличныхъ родовъ могутъ идти въ расчетъ только случаи, гдѣ родовой процессъ окончился внѣ родильныхъ домовъ, и родильницамъ, по ихъ поступленіи, не было дѣлаемо никакихъ манипуляцій (влагалищныя инъекціи, наложеніе швовъ на промежность и т. п.); потому что при этомъ не исключается вліяніе внѣшней инфекціи. У *Winkel*'я легкихъ заболѣваній въ такихъ случаяхъ 36,4% (Ueber d. Bedeutung praecipitirter Geburten für d. Aetiologie d. Puerperalfiebers. München. 1884), у *Szabo* (l. c. s. 137) 20,99%, у *Koch*'а (Ueber präcip. Geb. etc. Arch. f. Gyn. Bd. 29, s. 277). 40,5%, у *Черневскаго* (О разрывахъ промежности, заболѣваемости и смертности при уличныхъ родахъ. «Журн. акушерства и женскихъ болѣзней» 1889, № 4, стр. 248) 33,9%. Нужно принять во вниманіе, что этотъ высокій% заболѣваемости нужно съ осторожностью относить къ самозараженію; такъ какъ не исключается возможность наружной

инфекціи, благодаря ненормальнымъ условіямъ родоразрѣшенія. Источники ея могутъ быть слѣдующіе: прикосновение грязными руками роженицы или случайныхъ помощницъ къ половымъ органамъ во время потугъ и прорѣзыванія головки, прикосновение грязнаго бѣлья и содержащей микробовъ уличной пыли съ пораженными половыми органами (*Thorn* l. c. s. 2352 и *Szabo* l. c. s. 140). На основаніи этого уличные роды не могутъ служить вполнѣ пригоднымъ матеріаломъ для рѣшенія вопроса о самозараженіи.

Теперь я перехожу къ случаямъ второй категоріи. Веденіе родовъ съ предварительной дезинфекціей дало различные результаты. *Ahlfeld* (*Berichte* Bd. II, s. 160), *Kaltenbach* (*Centr. f. Gyn.* 1889, № 27, s. 467), *Döderlein* (*Döderlein und Günther. Zur Desinfection d. Geburtskanales. Arch. f. Gyn.* Bd. 34, s. 127), *Torggler* (изъ клиники *Schauta*) (*Bericht über d. Thätigkeit d. geburts. gyn. Klinik zu Innsbruck. Prag. 1888* цит. по *Ahlfeld*'у: *Centr. f. Gyn.* 1888, № 46, s. 746), *Steffek* (*Bacteriologische Begründung d. Selbstinfection. Zeitschr. f. Geb. und Gyn.* Bd. XX. 2 Heft. s. 381) наблюдали при употребленіи предварительной дезинфекціи во время родовъ значительное пониженіе % заболѣваемости. Другіе авторы отвергаютъ пользу дезинфекціи во время родовъ. *Fehling* (*Über d. Frage d. Selbstinfection. Centr. f. Gyn.* 1889, № 27, s. 468) устранилъ практиковавшіеся до него влагалищныя инъекціи во время родовъ, оставивъ всѣ прочія мѣры антисептики, примѣнявшіеся прежде; заболѣваемость понизилась почти на половину противъ прежняго. *Mermann* (l. c. и *Centr. f. Gyn.* 1889, № 16), *Szabo* (l. c. s. 190), на основаніи статистическихъ данныхъ тоже отвергаютъ пользу дезинфекціи во время родовъ; *Mermann* считаетъ опаснымъ поручать дезинфекцію акушеркамъ, *Szabo* считаетъ ее излишнею даже въ учрежденіяхъ для учебныхъ цѣлей.

Изъ приведеннаго очерка клиническихъ способовъ рѣшенія вопроса о самозараженіи мы видимъ значительныя разногласія въ полученныхъ результатахъ. Поэтому считаемъ клиническій методъ труднымъ и мало пригоднымъ для этой цѣли.

Бактеріологическій методъ является единственно правильнымъ для рѣшенія вопроса о самозараженіи. Въ виду

опредѣленія, даннаго самозараженію *Kaltenbach*'омъ, какъ инфекции, обусловленной внѣдреніемъ микробовъ, находящихся въ половомъ каналѣ до родовъ, весь спорный вопросъ сводится къ тому, есть-ли во влагалищѣ патогенные микробы и обладаютъ-ли они ядовитыми свойствами. Мнѣніе, высказанное *Stumpf*омъ при рефератѣ указанной статьи *Kaltenbach*'а (*Münch. med. Wochenschr.* 1887, s. 574), что ученіе о самозараженіи находится въ связи съ доказательствомъ присутствія патогенныхъ микробовъ, имѣетъ свой глубокий смыслъ. Если бактериологическое изслѣдованіе укажетъ на присутствіе въ половомъ каналѣ женщины патогенныхъ микробовъ, то вопросъ о самозараженіи рѣшается въ положительномъ смыслѣ. Толчкомъ къ бактериологическому изслѣдованію полового канала женщины въ беременномъ и не беременномъ состояніяхъ послужили изслѣдованія послѣродовыхъ отдѣленій для изученія причинъ и сущности родильной горячки. Первые изслѣдованія въ этой области *Scherer*'а, *Mayrhofer*'а, *Hausmann*'а, *Rokitansk*'аго, *Kehrer*'а и *Karewsk*'аго не дали опредѣленныхъ результатовъ, указывающихъ на отличительныя свойства послѣродовыхъ отдѣленій здоровыхъ и больныхъ родильницъ. Эти изслѣдованія, произведенныя еще до примѣненія бактериологическаго метода, указали, что отдѣляемое больныхъ родильницъ и здоровыхъ 2-го и 3-го дня, будучи привито животнымъ, вызываютъ нагноенія и септическія заболѣванія. Причина одинаковаго дѣйствія лежитъ въ томъ, что матеріалъ для прививокъ брался изъ влагалища, гдѣ отдѣленія матки смѣшивались съ отдѣленіемъ этого послѣдняго, содержащимъ самыхъ разнообразныхъ микробовъ. Изъ указанныхъ работъ, работа *Karewsk*'аго (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.* Bd. VII, 1882, Heft. 2, s. 331.) старается уяснить этиологию заболѣванія. Изслѣдуя отдѣляемое влагалища 5 родильницъ (2 здоровыхъ, одной лихорадившей и 2 септическихъ), *Karewski* старался доказать присутствіе микроба и дальнѣйшими прививками вызвать заболѣваніе, аналогичное тому, которое было произведено впрыскиваніемъ отдѣляемаго. Послѣродовыя отдѣленія, какъ нормальныя, такъ и септическія вызываютъ у животныхъ септическія и ихоррэмическія заболѣванія, и ядовитость отдѣляемаго возрастаетъ у здоровыхъ съ числомъ

дней послѣродоваго періода и при заболѣваніяхъ родильницъ. Причиною этихъ заболѣваній служитъ сферическій микробъ, находимый *Karewsk* имъ во всѣхъ органахъ животнаго и вызывавшій прививками такое-же заболѣваніе, какъ отъ впрыскиванія послѣродоваго отдѣляемаго. *Karewski* доказалъ присутствіе этого микроба микроскопически; дальнѣйшія прививки производились впрыскиваніемъ крови больного животнаго.

Результаты работъ, появившихся въ то время, когда уже были примѣняемы бактериологическіе методы, уже проводятъ рѣзкую разницу между здоровыми и больными родильницами. *Döderlein* (Unters. über d. Vorkommen von Spaltpilzen in d. Lochien d. Uterus und d. Vagina d. Wüchnerinnen. Arch. f. Gyn. Bd. 31, Heft. 3, s. 446), *Thomen* (Bacteriol. Unters. normal. Lochien und d. Vagina und Cervix Schwangerer. Arch. f. Gyn. Bd. 36, Heft 2. s. 247), *Ott* (Zur Bacteriologie d. Lochien. Arch. f. Gyn. Bd. 32, Heft 3), *Черневскій* (Къ вопросу о послѣродовыхъ заболѣваніяхъ. Дисс. 1888, стр. 28) своими изслѣдованіями показали, что отдѣленія матки здоровыхъ родильницъ микроорганизмовъ не содержатъ, а при заболѣваніяхъ легкихъ и тяжелыхъ встрѣчаются различные микробы и между ними стрептококки (*Черневскій*, *Thomen*, *Döderlein*); во влагалищѣ родильницъ во всѣхъ случаяхъ имѣются микробы (*Döderlein* и *Thomen*). Этотъ фактъ имѣетъ громадное значеніе для самозараженія, потому что случаи заболѣванія возникаютъ отъ переноса содержащаго микробовъ влагалищнаго отдѣляемаго въ совершенно асептичную матку. Но вообще результаты бактериологическаго изслѣдованія послѣродовыхъ отдѣленій не могутъ быть доказательными, что данное заболѣваніе слѣдуетъ приписать самозараженію, а не внѣшней инфекціи, въ виду возможности этой послѣдней при различныхъ манипуляціяхъ во время родовъ.

Несомнѣнное значеніе для ученія о самозараженіи могутъ имѣть только изслѣдованія на микроорганизмы отдѣляемаго полового канала въ беременномъ и небеременномъ состояніяхъ. Работы по этому вопросу многочисленны и дали различные результаты. *Kehrer* (Müller's Handb. d. Geburtsh. Bd. I. 1888, s. 591), вводя кроликамъ подъ кожу спины комочки отдѣляемаго нижняго отрѣзка

влагалища беременных, со всеми антисептическими предосторожностями, получалъ въ большинствѣ случаевъ небольшие уплотненія, быстро проходившія, въ другихъ случаяхъ — обширные абсцессы, подобно тому, какъ послѣ подкожнаго впрыскиванія послѣродовыхъ отдѣленій. *Gönnner* (Ueber Mikroorganismen im Sekret d. weibl Genitalien während d. Schwangerschaft und bei puerperalen Erkrankungen. Centr. f. Gyn. 1887, № 28, s. 444) изслѣдовалъ отдѣляемое шейки и влагалища у 31 беременной, на послѣднемъ мѣсяцѣ. Выдѣленные три кокковые формы, привитыя морскимъ свинкамъ, дали отрицательный результатъ. Кромѣ того, авторъ изслѣдовалъ въ 5 случаяхъ отдѣляемое септическихъ заболѣваній и нашелъ главнымъ образомъ цѣпочнаго кокка, а въ периметритическомъ абсцессѣ, кромѣ того, Staph. pyogen. Прививки стрептококка остались безъ результатовъ, хотя онъ былъ полученъ отъ весьма тяжелыхъ случаевъ — изъ 5 родильницъ умерли 3. На основаніи своихъ опытовъ, *Gönnner* приходитъ къ заключенію, что у здоровыхъ беременных въ отдѣляемомъ шейки и влагалища не встрѣчаются патогенные микробы.

Winter (Die Mikroorganismen im Genitalkanal d. gesund. Frau. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XIV, s. 443), изслѣдуя отдѣляемое шейки и влагалища 20 женщинъ (10 беременных и 10 небеременныхъ), въ половинѣ случаевъ выдѣлилъ патогенныхъ микробовъ — бѣлаго стафилококка и стрептококка. Хотя прививки чистыхъ культуръ дали отрицательный результатъ, но *Winter*, на основаніи роста и микроскопическаго изслѣдованія, не сомнѣвается въ тождественности найденныхъ микробовъ съ патогенными. Результаты же прививокъ объясняетъ ослабленною ядовитостью микробовъ. *Bumm* (см. выше, стр. 353) на основаніи изслѣдованій, произведенныхъ на большомъ числѣ здоровыхъ, беременных и больныхъ женщинъ, подтверждаетъ выводъ *Gönnner*'а, что въ отдѣляемомъ здоровыхъ половыхъ органовъ стрептококки не встрѣчаются; а нахождение гноеродныхъ стафилококковъ еще не доказано несомнѣнно. *Thomen* (см. выше стр. 249) въ отдѣляемомъ шейки и влагалища изслѣдованныхъ имъ 7 беременных не нашелъ ни стафилококковъ, ни стрептококковъ. *Zamming* (Ueber d. Vorkommen von Eiterstaphylokokken in d. Genitalien gesund. Frauen. Deutsch. medic. Wochenschr. 1890, № 16,

Къ вопросу о самозараженіи. Врачъ, 1890, № 20, стр. 451) въ своей работѣ, произведенной въ лабораторіи *R. Koch'a*, излагаетъ изслѣдованія отдѣляемаго влагалища десяти женщинъ (5 беременныхъ и 5 небеременныхъ), не подвергшихся ни гинекологическому изслѣдованію, ни обеззараживающимъ спринцеваніямъ. Результаты изслѣдованія слѣдующіе: большая часть кокковъ не разжижало желатины; слѣдовательно, это не были стафилококки; въ другихъ случаяхъ разжиженіе наступало поздно, что, по мнѣнію автора, исключаетъ діагнозъ микробовъ нагноенія; въ четырехъ случаяхъ культуры представляли сходство со стафилококками; но видны были уклоненія въ дальнѣйшемъ ростѣ. Вообще встрѣчавшіеся кокки такъ рѣзко отличались отъ гноеродныхъ по своему росту въ разводкахъ, что «въ помощь дифференціальному распознаванію не было надобности прибѣгать къ опытамъ на животныхъ». Жаль, что авторъ не произвелъ прививокъ культуръ, разжижавшихъ желатину и похожихъ на стафилококковъ, безъ чего нельзя рѣшить вопроса о патогенности или непатогенности микробовъ. Опредѣлять же свойство микробовъ по состоянію культуры въ настоящее время нельзя, въ виду недостаточности свѣдѣній объ ихъ біологическихъ свойствахъ. Слѣдовательно, и работа *Замшина*, подобно предъидущимъ, не рѣшила вопроса о присутствіи патогенныхъ микробовъ въ половомъ каналѣ здоровыхъ женщинъ. Во второй работѣ изъ лабораторіи *Pasteur'a* (Бактеріологическія и экспериментальныя изслѣдованія о противугниlostныхъ мѣрахъ при родахъ и о самозараженіи. Докладъ, читанный на IV сѣздѣ русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова. Врачъ 1891, № 4, стр. 117). *Замшинъ* избралъ матеріаломъ для прививокъ содержимое влагалища 10 сутокъ, изъ котораго приготовлялись бульонныя разводки; авторъ впрыскивалъ ихъ собакамъ же въ брюшную и плеиральную полости. Въ 7 случаяхъ содержимое оказалось болѣзнетворнымъ и гноероднымъ; изъ нихъ у 1 было гнойное выдѣленіе; у остальныхъ выдѣленія не представляли ничего ненормальнаго. Причиною нагноенія и смертельнаго исхода въ одномъ случаѣ былъ микробъ, имѣвшій всѣ свойства желтаго гроздекокка, кромѣ стойкости. Въ остальныхъ случаяхъ, давшихъ гноеродные микробы

(какіе?), получалась короткая неподвижная палочка. Для опредѣленія свойствъ микробовъ, авторъ сдѣлалъ 70 опытовъ на другихъ животныхъ (кроликахъ, морскихъ свинокъ, мышахъ и голубяхъ). Докладчикъ признаетъ возможность самозараженія. Поразительная краткость доклада затрудняетъ, разумѣется, сдѣлать ясное представленіе о методѣ изслѣдованія, а равно о видахъ патогенныхъ микробовъ, найденныхъ *Zamiatinym*. Но вообще эта работа не можетъ имѣть значенія для рѣшенія вопроса о патогенныхъ микробахъ влагалища женщинъ, какъ работа, произведенная на сукахъ. Перехожу къ изложенію дальнѣйшихъ работъ. *Döderlein* (см. выше стр. 444) нашелъ у одной неизслѣдованной родильницы staph. aureus pyogen., обладавшаго патогенными свойствами.

Новѣйшія изслѣдованія о нагноеніи уяснили многія стороны этого процесса, особенно же влияніе чистыхъ культуръ гноеродныхъ микробовъ. *Rinne* (Ueber d. Eiterungsprocess und seine Metastasen. 1889. Berlin. s. 15, 19 и 21), изучая условія возникновенія метастазовъ, нашелъ, что введеніе кроликамъ и собакамъ въ полость peritonei и въ кровь чистыхъ культуръ стафилококковъ и стрептококковъ, въ большинствѣ случаевъ оставалось безъ результата; метастазы получались только тогда, когда вводилась неразбавленная желатинная культура, или съ прибавленіемъ ничтожнаго количества воды. Положительные результаты получалъ *Rinne* при впрыскиваніи свѣже-выпущеннаго гноя при osteomyelitis, слегка разбавленнаго прокипяченной водой, въ ушную вену 4 кроликамъ: одинъ погибъ чрезъ 24 часа, очевидно отъ отравленія, остальные 3 на 7—10 день; найдены абсцессы почекъ, суставовъ, сердца и мышцъ. Изъ посѣвовъ гноя получились: staph. aur., albus и pyocyaneus; изъ метастазовъ тѣ же микробы, кромѣ st. alb. На основаніи этого *Rinne* думаетъ, что микробы въ ихъ естественной средѣ—жидкомъ гноѣ—проявляютъ дѣйствіе своими химическими веществами. Одни химическія вещества, какъ обезпложенныя гниlostныя жидкости, не образуютъ метастазовъ. Эти результаты послужили поводомъ къ работѣ *Steffek'a* (Bacteriologische Begründung d. Selbstinfection, Zeitsch. f. Geb. und Gyn. Bd. 20, Heft 2, s. 339). Онъ говоритъ, что для рѣшенія вопроса о самозараженіи не слѣдуетъ работать

исключительно съ чистыми культурами, но преимущественно со средой, гдѣ живутъ микробы — отдѣляемымъ половыхъ органовъ, при непремѣнномъ условіи — производства большого числа опытовъ надъ животными. Планъ изслѣдованій *Steffeck*'а слѣдующій: бралось отдѣляемое неизслѣдованныхъ беременныхъ, разбавлялось стерилизованнымъ физиологическимъ растворомъ поваренной соли, переносилось на питательную среду (агаръ-агаръ) и впрыскивалось подъ кожу животнымъ (кролики). При возникновеніи абсцессовъ и общаго зараженія, полученные изъ гноя или органовъ микробы сравнивались съ таковыми, развившимися изъ посѣва отдѣляемаго. При соотвѣтствіи микробовъ, прививка чистыхъ культуръ и впрыскиваніе прочихъ видовъ микробовъ отдѣляемаго. *Steffeck* говоритъ, что если ему удастся вызвать впрыскиваніемъ отдѣляемаго беременной абсцессъ или общее зараженіе; далѣе, въ гною или въ органахъ животнаго найти микроба, содержащагося въ отдѣляемомъ, и прививкою чистой культуры изъ отдѣляемаго или гноя вызвать опять абсцессъ или общее зараженіе, — то получается несомнѣнное доказательство того, что патогенные микробы находятся въ отдѣляемомъ полового канала. По такому плану *Steffeck*'омъ изслѣдовано отдѣляемое 39 беременныхъ. Изъ 29 въ 12 случаяхъ (41,4%) получились абсцессы (7 случаевъ) или общее зараженіе (5 случаевъ) послѣ впрыскиванія отдѣляемаго. Такое дѣйствіе было обусловлено присутствіемъ въ отдѣляемомъ трехъ сортовъ кокковъ: *staph. aur.*, *albi* и *streptoc. pyog.* Во всѣхъ положительныхъ случаяхъ изъ гноя абсцессовъ, изъ органовъ и крови при посѣвахъ развились тѣ виды патогенныхъ микробовъ, которые имѣлись въ отдѣляемомъ. Прививки чистыхъ культуръ доказали патогенность найденныхъ микробовъ; контрольные опыты (10) съ впрыскиваніемъ обезпложенного отдѣляемаго, давшіе отрицательный результатъ, указали, что гноеродное дѣйствіе отдѣляемаго обуславливается присутствіемъ гноеродныхъ микробовъ. Слѣдуетъ замѣтить, что изъ 10 случаевъ въ трехъ былъ *staph. albus* и въ одномъ изъ нихъ вмѣстѣ съ *streptoc.* На основаніи всего этого *Steffeck* приходитъ къ выводу, что содержащіеся въ половомъ каналѣ здоровыхъ и неизслѣдованныхъ женщинъ микроорганизмы — *staph. albus*, *aureus*, *strepto-*

coccus суть патогенные микробы, и что, следовательно, условия для самозаражения имются на лицо.

Döderlein (Kokken d. Vagina. Bericht über d. Verhandl. d. 8 Abtheil. d. X internation. Kongresses zu Berlin, vom 4—9 August 1890. Beilage z. Centr. f. Gyn. 1890, s. 54; и Ueber Scheidensecrete und Scheidenkeime. Bericht über d. Verhandl. vierten Versam. d. deutsch. Gesellschaft f. Gyn. zu Bonn vom 21—23 Mai 1891. Centr. f. Gyn. 1891, № 22, s. 452) различает два типа отделяемого у беременных: нормальное и патологическое. Первое сильно кислой реакции, содержит плоский эпителий, слизистые тельца и главным образом бациллы, но в некоторых случаях дрожжи (35%). Кокки в нормальном отделяемом встречаются редко; стафилококки и стрептококки—никогда. Автор высказывает положение, что отделяемое здорового влагалища не может быть инфекционным источником родильной горячки, и что дезинфекция здорового влагалища не нужна, безразлично, будет ли произведено исследование или нет. Патологическое отделяемое представляет болѣе или менѣе жидкій гной, щелочной, нейтральной или слабо-кислой реакции; микроскопически опредѣляются: плоский эпителий, гнойныя клетки, и кокки различных формъ и расположенія. Изъ патологическаго отделяемаго, изъ 47 случаевъ 6 разъ былъ полученъ *streptoc. pyog.*, ядовитый для животныхъ. Это отделяемое—источникъ инфекции для родильной горячки, въ предупрежденіе которой дезинфекція влагалища является неизбежной. Изъ 51 беременной, у которыхъ было патологическое отделяемое, у 20 было повышеніе t° въ послѣродовомъ періодѣ: у 14 скоропребоящее, безъ мѣстныхъ заболѣваній; у 6 (изслѣдованныхъ во время родовъ)—продолжительныя заболѣванія, частью экзудативныя формы; одна изъ нихъ умерла. Изъ 70 беременныхъ съ нормальнымъ отделяемымъ не заболѣла ни одна; 26 (!) съ повышеніемъ t° , неправильнымъ теченіемъ послѣродоваго періода, безъ опредѣлимаго болѣзненнаго фокуса.

Этими работами исчерпываются всѣ бактериологическія изслѣдованія полового канала женщинъ. Подводя итоги этимъ работамъ, мы видимъ, какъ мало между ними доказательныхъ для рѣшенія вопроса о самозараженіи. Эти неудовлетворительные результаты давали основаніе против-

никамъ самозараженія не признавать его. Къ числу доказательныхъ работъ слѣдуетъ отнести отчасти работу *Winter'a*, а главнымъ образомъ работы *Steffeck'a* и *Döderlein'a*. Работа *Steffeck'a* несомнѣннымъ образомъ доказала возможность самозараженія у здоровыхъ женщинъ, работа *Döderlein'a*—только у больныхъ.

Въ виду важности вопроса о самозараженіи для этиологии и профилактики родильныхъ заболѣваній и противорѣчій авторовъ во взглядахъ на самозараженіе, я приступилъ для уясненія этого вопроса къ бактериологическому изслѣдованію половыхъ органовъ здоровыхъ женщинъ, соединенному съ экспериментами на животныхъ. Такъ какъ моя работа имѣетъ отчасти характеръ провѣрочной работы изслѣдованій *Steffeck'a*, то я придерживался его методики, съ нѣкоторыми измѣненіями, о которыхъ скажу ниже.

Матеріаломъ для моихъ изслѣдованій служили исключительно беременныя, которыхъ я бралъ главнымъ образомъ изъ амбулаторіи Максимиліановской лѣчебницы, а частію изъ моихъ домашнихъ пріемовъ. При этомъ, ради точности результатовъ, я выбиралъ беременныхъ, половые органы которыхъ не подвергались ни гинекологическому внутреннему изслѣдованію, ни лѣкарственнымъ инъекціямъ. Вторымъ непремѣннымъ условіемъ я ставилъ выборъ здоровыхъ беременныхъ въ половомъ отношеніи, т. е. такихъ, половые органы которыхъ не представляли никакихъ воспалительныхъ измѣненій и не были инфицированы (гоноррея). При этомъ обращалось вниманіе не только на влагалище и влагалищную часть, но и на наружныя части и мочевого каналъ. Если изслѣдованіе, по полученіи отдѣляемаго, указывало на присутствіе *colpita*, эрозій, острыхъ кондиломъ влагалища и влагалищной части, то такое отдѣляемое отбрасывалось.

Методика изслѣдованія. Объектомъ для моихъ изслѣдованій служило отдѣляемое влагалища беременныхъ, какъ уже сказано, здоровыхъ и не изслѣдованныхъ. Для получения отдѣляемаго, я пользовался задней ложкой *Simon'*овскаго зеркала, которое обезпложивалось предъ каждымъ пріемомъ больныхъ кипяченіемъ въ теченіи 15—20 мин. Наружныя части подвергались дезинфекціи или 3% растворомъ карболовой кислоты или растворомъ сулемы

(1:1000) кусочками обезпложенной ваты. Зеркало вводилось такимъ образомъ, чтобы свободный конецъ ложки, упираясь, скользилъ по задней стѣнкѣ влагалища; затѣмъ, когда вся ложка вошла въ него, я, при извлеченіи ея, наклоняя рукоятку кзади, придавливалъ свободный конецъ къ передней стѣнкѣ влагалища. Все это продѣлывалось не спѣша. Такимъ путемъ получалось достаточное количество отдѣляемаго для изслѣдованія.

Полученное отдѣляемое опускалось въ обезпложенную стеклянную чашечку съ крышкой, въ которую было налито 4—5 куб. сант. обезпложеннаго-же фізіологическаго раствора поваренной соли (0,6%). Изъ разбавленнаго такимъ образомъ отдѣляемаго я приготовлялъ мазки, окрашенные фуксиномъ для микроскопическаго изслѣдованія, дѣлалъ посѣвы на агаръ и прививки животнымъ.

Микроскопическое изслѣдованіе отдѣляемаго всѣхъ моихъ случаевъ привело къ заключенію, что проводить дѣленіе отдѣляемаго у беременныхъ на нормальное и патологическое и связывать ту или другую форму микроба съ ними, какъ это дѣлаетъ *Döderlein*,—нѣтъ никакихъ основаній. Сплошь да рядомъ въ отдѣляемомъ тѣхъ случаевъ, гдѣ оказались патогенные микробы, мы находили лишь эпителий и слизистыя тѣльца, какъ разъ на оборотъ тому, что видѣлъ *Döderlein*. Съ другой стороны, въ томъ же нормальномъ отдѣляемомъ я встрѣчалъ иногда исключительно кокковые формы, въ большинствѣ же случаевъ—значительную примѣсь кокковой формы. Что касается бациллярной формы, которую *Döderlein* считаетъ характерной для нормальнаго отдѣляемаго, то не нужно упускать изъ виду того, что между палочками встрѣчаются патогенныя, напр., у меня въ трехъ случаяхъ *bacillus pyogenes foetidus*. У *Döderlein*'а не описанъ методъ изслѣдованія отдѣляемаго на микробы. Что касается патологическаго отдѣляемаго, то, конечно, не работая съ таковымъ, я не имѣю возможности судить о вѣрности выводовъ *Döderlein*'а. Да наконецъ на присутствіе микробовъ вообще, а гноеродныхъ въ частности, въ отдѣляемомъ слѣдуетъ въ большинствѣ случаевъ смотрѣть, какъ на примѣсь, попавшую извнѣ, а не спутниковъ патологическаго состоянія родовыхъ органовъ, кромѣ специфическихъ микробовъ (гонококкъ, *Koch*'овская палочка).

Имѣя въ виду, на основаніи работъ моихъ предшественниковъ, разнообразіе микробовъ въ отдѣляемомъ влагалища, я производилъ посѣвы его исключительно на агарныя пластинки слѣдующимъ образомъ: въ пробирку жидкаго еще агара при 42° (R) я опускалъ 3—5 платиновыхъ петель разбавленнаго отдѣляемаго; легкимъ наклономъ и осторожнымъ встряхиваніемъ пробирки размѣшивалъ его и выливалъ въ двойныя чашки *Petri*. Распредѣливъ равномерно агаръ по всей чашкѣ, я ставилъ ее на нѣсколько минутъ на ровную поверхность, чтобы застылъ агаръ, затѣмъ, во избѣжаніе разныхъ случайностей, закрѣпивъ крышку чашки тонкимъ резиновымъ кольцомъ помѣщалъ ее въ термостатъ при t° $37—37,5^{\circ}$ и слѣдилъ за развитіемъ колоній каждыя 24 часа; въ термостатѣ чашка оставалась трое сутокъ. Такой способъ посѣва отдѣляемаго имѣетъ несомнѣнное преимущество предъ посѣвомъ въ пробирки, какъ это дѣлалъ въ большинствѣ своихъ случаевъ *Steffeck*. Чашка, представляя большую поверхность агара (діаметръ чашекъ *Petri* 9—10 см.), имѣетъ всѣ преимущества пластинокъ, и получается возможность раздѣлить всѣ виды микробовъ и тѣмъ самымъ получить каждый изъ нихъ въ чистомъ видѣ, какъ показало мнѣ микроскопическое изслѣдованіе. Въ началѣ я пробовалъ дѣлать посѣвы въ агарныя пробирки; но смѣшеніе разныхъ колоній дѣлало этотъ способъ абсолютно непригоднымъ, и я его оставилъ. На 2 или 3 сутки, смотря по степени развитія колоній, изъ каждой изъ нихъ приготовлялись мазки, окрашенные фуксиномъ для микроскопическаго изслѣдованія. Изъ каждой кокковой формы, даже слегка напонавшей извѣстныхъ гноеродныхъ микробовъ, дѣлался посѣвъ въ агарную пробирку, какъ матеріалъ для дальнѣйшихъ изслѣдованій и прививокъ. Чашки все время до конечнаго результата прививокъ отдѣляемаго сохранялись и служили контролемъ для сравненія полученныхъ микробовъ изъ абсцессовъ или органовъ. Тутъ-же считаю необходимымъ замѣтить, во избѣженіе недоразумѣній, что въ случаяхъ отрицательныхъ результатовъ прививокъ отдѣляемаго, я ограничивался лишь констатированіемъ найденныхъ формъ непатогенныхъ микробовъ, не изучая ихъ свойствъ, потому что это не входило въ мою задачу: меня интересовали исключительно патогенныя формы. Въ

тѣхъ случаяхъ, когда непатогенные микробы получались въ качествѣ примѣси къ патогеннымъ, при посѣвахъ изъ абсцессовъ или органовъ, ихъ свойства изучались, и дѣлались прививки чистыхъ культуръ. Кромѣ агара, я примѣнялъ и другія питательныя среды для культивирования и изученія микробовъ: 5 и 10% желатину и мясопептонъ-бульонъ.

Для прививокъ я исключительно пользовался кроликами; способъ прививки—подкожное впрыскиваніе, мѣсто прививокъ — кожа живота, рѣже другія области. Послѣ бритья и тщательной дезинфекціи кожи (мытье сулемой (1:1000), спиртомъ и эфиромъ), дѣлалось впрыскиваніе разбавленнаго отдѣляемаго въ подкожную клетчатку обезпложеннымъ *Koch'*овскимъ инприцемъ, въ количествѣ $1\frac{1}{2}$ —2 шприцевъ (= $1\frac{1}{2}$ —2 куб. сант.). Опытъ показалъ, что указаннаго количества вполне достаточно для полученія извѣстнаго эффекта, и нѣтъ надобности примѣнять большихъ количествъ жидкости — 4—5 куб. сант. какъ это дѣлалъ *Steffeck*. Уколъ покрывался коллодіемъ. Черезъ каждыя сутки наблюдался результатъ прививокъ.

Для изученія дѣйствія прививокъ, производилось измѣреніе t° in recto до прививки, и затѣмъ разъ въ сутки до окончательнаго результата. Термометръ вводился всегда на одну и ту же глубину, а именно на такую, чтобы ртутный шарикъ скрылся за sphincter ani. Многочисленные измѣренія приводятъ къ заключенію, что нормальная t° у кроликовъ, при указанной глубинѣ введенія термометра — 38° — $38,2^{\circ}$.

Въ случаѣ полученія абсцессовъ, они вскрывались послѣ указанной вышѣ дезинфекціи кожи, обезпложеннымъ ножомъ. Изъ гноя готовились мазки; прокаленной платиновой иглой дѣлались посѣвы въ агарныя пробирки, при чемъ я старался брать гной ближе къ стѣнкѣ абсцесса; гной размазывался по всей поверхности наклоннаго агара. Пробирки ставились въ термостатъ, за посѣвами я слѣдилъ до 3—6 дней, смотря по развитію микробовъ.

Если животное погибало, то вскрытіе производилось по возможности быстро послѣ смерти слѣдующимъ образомъ: животное обливалось сулемой (1:1000); ноги и ножницы обезпложивались кипяченіемъ 15—20 минутъ.

Изъ эксудатовъ, органовъ, крови сердца дѣлались посѣвы на агаръ въ пробирки или чашки, которыя помѣщались въ термостатъ.

Что касается опытовъ съ чистыми культурами, то эти послѣднія впрыскивались послѣ полнаго развитія ихъ, по указанному выше приему, въ видѣ смывой физиологическимъ растворомъ соли агаръ-культуры, въ видѣ бульонной культуры, въ разжиженной желатинѣ или наконецъ въ видѣ раствора соли съ прибавленіемъ 5 петель чистой культуры. При полученіи абсцессовъ, изъ гноя дѣлались мазки и посѣвы на агаръ.

По описанной методикѣ произведено изслѣдованіе отдѣляемаго 25 здоровыхъ беременныхъ женщинъ, результаты котораго излагаю.

Опыты съ впрыскиваніемъ отдѣляемаго и чистыхъ культуръ ¹⁾.

І О П Ы Т Ь.

Г-жа А., II—рага; желтовато-бѣлое жидкое отдѣленіе. Микроскопически опредѣлены: цѣпочныя палочки и кокки.

4 апрѣля 91 г. Подъ кожу лѣваго бедра кролика сдѣлано впрыскиваніе жидкости, въ количествѣ 2 куб. сант. Температура до впрыскиванія 38.

5 апрѣля. На мѣстѣ впрыскиванія незначительная краснота и припухлость; t° 38,2.

6 апрѣля. Опредѣляется уплотненіе, величиной въ мелкій орѣхъ; t° 38,5.

7 апрѣля. Уплотненіе меньше; кроликъ здоровъ; t° 38,2. На агарѣ развились:

1) бѣлыя, небольшія колоніи—мелкіе кокки, кучками и одинокіе;

2) сѣроватыя круглыя колоніи—цѣпочныя палочки.

9 апрѣля. Полученныя колоніи обоихъ видовъ, размѣшанныя съ 2 куб. сант. физіол. раствора соли обезпложенной платиновой проволокой, впрыснуты въ количествѣ 1 куб. сант. подъ кожу праваго бедра кролика; t° до впрыскиванія нормальна.

10 апрѣля. Жидкость всосалась, t° нормальна.

12 апрѣля. Кроликъ здоровъ.

ІІ О П Ы Т Ь.

II. V—рага; незначительное количество тягучаго, желтовато-бѣлаго от-

¹⁾ Во избѣжаніе многословія при изложеніи опытовъ, разбавленное отдѣляемое физиологическимъ растворомъ поварен. соли, называется просто «отдѣляемымъ» или «жидкостью».

дѣляемаго. Микроскопически опредѣлены: разнообразныя палочки и одиночныя кокки.

8 апрѣля. Кролику впрыснуто подъ кожу спины 1 куб. сант. отдѣляемаго; t° до впрыскиванія 38.

9 апрѣля. На мѣстѣ прививки небольшое разлитое уплотненіе и краснота; кроликъ бодръ; t° 39.

10 апрѣля. t° 38,5. Уплотненіе меньше.

11 апрѣля. Уплотненіе уменьшается; t° нормальна.

12 апрѣля. Уплотненіе исчезло; кроликъ здоровъ.

На агарѣ развились:

1) круглыя бѣлыя колоніи, въ видѣ точекъ—бѣлыя дрожжи;

2) большія, круглыя матово-бѣлыя колоніи—мелкіе кокки, напоминающіе по своему расположенію *Staph. alb.*;

3) бѣлыя колоніи въ видѣ полосокъ съ утолщеннымъ закругленіемъ на одномъ концѣ—бѣлая сарцина.

Въ виду сродства кокковъ подъ № 2 съ бѣлымъ гноероднымъ гроздеккомъ сдѣлана пересадка чистой культуры на желатину уколомъ п чертой. Въ обѣихъ пробиркахъ не наступило разжиженія желатины въ теченіи 7 сутокъ, и микробъ весьма медленно развивался.

14 апрѣля. Впрыскиваніе чистой культуры мелкихъ кокковъ (подъ № 2) подъ кожу праваго бедра, съ растворомъ соли въ количествѣ 1 куб. сант.; t° до впрыскиванія нормальна.

15 апрѣля. t° 38,5. Жидкость всосалась, незначительная краснота на мѣстѣ впрыскиванія.

17 апрѣля. t° нормальна, кроликъ здоровъ.

III ОПЫТЪ.

Г-жа М., II—рага; бѣлое густоватое отдѣляемое. Микроскопически опредѣлены палочки.

15 апрѣля. Подъ кожу живота впрыснуто отдѣляемое въ количествѣ 2-хъ куб. сант., t° нормальна.

16 апрѣля. t° 38,5. Жидкость всосалась, краснота и небольшой инфильтратъ безъ рѣзкихъ границъ.

17 апрѣля. t° нормальна. Инфильтратъ ограниченъ.

На агарѣ: быстро растущая молочно-бѣлая культура—короткія палочки съ закругленными концами.

18 апрѣля. Уплотненіе, въ большую горошину, вскрыто; въ немъ небольшое количество густаго гноя. Посѣвы гноя на агарѣ безплодны.

19 апрѣля. Прививка кролику подъ кожу живота чистой культуры короткихъ палочекъ; t° нормальна.

20 апрѣля. t° 38,6. Краснота на мѣстѣ впрыскиванія и незначительный отекъ кожи,

22 апрѣля. t° нормальна. Краснота и отекъ исчезли; кроликъ здоровъ.

IV ОПЫТЪ.

В. VI рага; бѣлое густое отдѣляемое. Подъ микроскопомъ опредѣлены кокки одиночныя и въ кучкахъ, изрѣдка палочки.

25 апрѣля. Подъ кожу живота кролика впрыснуто 1¹/₂ куб. сант. жидкости; t° до впрыскиванія 38°.

26 апрѣля. t° 38,8. На мѣстѣ впрыскиванія краснота и уплотненіе отечной консистенціи, толщиною въ палець.

28 апрѣля. t° 38,7. Уплотненіе представляется разлитымъ.

На агарѣ:

- 1) круглыя, бѣлыя блестящія колоніи—*Staph. albus*;
- 2) желтая, круглая блестящая колонія—*Staph. citreus*;
- 3) бѣлыя точечныя колоніи—маленькія палочки;
- и 4) молочно-бѣлыя круглыя колоніи—диплококки.

30 апрѣля. t° 38,5. Инфильтратъ въ томъ же положеніи.

2 мая. t° 38,6. Инфильтратъ ограниченъ; въ немъ неясное зыбленіе; вскрытіе абсцесса, постъвъ густаго гноя въ 2 пробирки агара. Изъ постъва развились колоніи *Staph. albi* и *citrei*.

А) 3 мая. Подъ кожу бока впрыснуто два куб. сант. разжиженной желатинны съ *Staph. alb.*; t° до впрыскиванія 38,1.

4 мая. t° 38,5; краснота и припухлость на мѣстѣ впрыскиванія.

5 мая. t° 38,8. Инфильтратъ въ томъ же положеніи.

6 мая. t° 38,9. Инфильтратъ увеличивается.

8 мая. Опредѣляется зыбленіе; вскрытіе абсцесса; жидкій и густой гной постъанъ на агарѣ. Изъ постъвовъ развился *Staph. albus*.

В) 4 мая. Подъ кожу живота впрыснуть 1 куб. сант. жидкости съ 5 петлями чистой культуры *Staph. citrei*; t° до впрыскиванія 37,9.

5 мая, t° 39. Краснота и разлитое уплотненіе кожи.

6 мая. t° 38,8. Опредѣляется ограниченный инфильтратъ, величиной въ небольшой лѣсной орѣхъ, на немъ рѣзкая краснота кожи.

8 мая. Опредѣляется зыбленіе; абсцессъ вскрытъ; постъвъ гноя на агарѣ; развились 2 колоніи *Staph. citrei*.

V ОПЫТЪ.

Г-жа Д. I—gravida; жидкое желтоватое отдѣляемое, въ немъ опредѣлены разнообразныя палочки.

29 апрѣля. Впрыскиваніе 2 куб. сант. жидкости подъ кожу живота; t° до впрыскиванія 38.

30 апрѣля. t° 38,5. Краснота, небольшое, величиною въ горошину, уплотненіе.

2 мая. t° 38,3. Краснота меньше, инфильтратъ въ томъ же положеніи.

На агарѣ: точкообразныя сѣроватыя колоніи—цѣпочныя палочки.

4 мая. t° 38,2. Краснота исчезла, инфильтратъ уменьшается.

6 мая. Кроликъ здоровъ.

VI ОПЫТЪ.

Г-жа П. IV—рага; незначительное количество бѣлаго густаго отдѣляемаго, опредѣляются палочки одиночныя и въ видѣ кучекъ.

29 апрѣля. Подъ кожу спины впрыснуто 2 куб. сант. жидкости; t° до впрыскиванія 38,1.

1 мая. t° 38,5; небольшое уплотненіе.

3 мая. t° 38,4. Уплотненіе, величиной въ небольшой лѣсной орѣхъ, зыбленія не представляетъ.

На агарѣ: 1) бѣловатыя точечныя колоніи—длиныя палочки;

2) желтая колонія съ матовой поверхностью—короткія палочки.

5 мая. t° 38,5. Уплотненіе меньше; кроликъ здоровъ.

VII ОПЫТЪ.

Г-жа М. V—рага; незначительное бѣлое, жидкое отдѣляемое; въ немъ опредѣлены разнообразныя палочки.

16 мая. Подъ кожу живота впрыснуто 2 куб. сант. жидкости; t° до впрыскиванія 38.

17 мая. На мѣстѣ впрыскиванія, краснота и большой инфильтратъ отечной консистенціи; t° 38,9.

18 мая. t° 38,5. Объемъ инфильтрата меньше.

19 мая t° 38,8. Отекъ кожи меньше, въ глубинѣ ограниченный инфильтратъ въ лѣсной орѣхъ.

На агарѣ: 1) многочисленныя точечныя сѣрыя колоніи—овальныя палочки съ окрашивающейся периферіей и невоспринимающимъ окраски центромъ;

2) сѣровато-бѣлыя колоніи—палочки, расположенныя кучками.

21 мая. t° 38,5. Уплотненіе въ прежнемъ положеніи.

24 мая. t° 38,3. Уплотненіе безъ измѣненій; кроликъ здоровъ.

VIII ОПЫТЪ.

Г-жа С. I—рага; незначительное, густое бѣлое отдѣляемое. Микроскопически опредѣлены разнообразныя кокки и палочки.

27 мая. Подъ кожу бока впрыснуто 2 куб. сант. жидкости; t° до впрыскиванія—38.

28 мая. t° 38,5. На мѣстѣ впрыскиванія незначительная краснота и разлитая опухоль отечной консистенціи.

29 мая. t° 38,7. Опухоль ограничивается.

30 мая. Безъ измѣненій.

На агарѣ: 1) быстро растущая бѣловато-сѣрая культура — цѣпочныя палочки;

2) 3 круглыя колоніи, молочно-бѣлаго цвѣта—диплококки;

3) 2 блестящія желтыя колоніи—*Staph. citreus*.

3 мая. Опухоль вскрыта; въ ней густой гной; посѣвъ на агарѣ. Изъ посѣва развились колоніи *Staph. citrei*.

А) 5 іюня. Подъ кожу живота впрыснуто 5 петель чистой культуры *Staph. citrei* съ 2 куб. сант. жидкости; t^0 до вырыскиванія 38,2.

7 іюня. t^0 39,1. Краснота и припухлость кожи.

9 іюня. t^0 39,2. Въ глубинѣ ограниченный инфильтратъ.

10 іюня. t^0 39,5. Опухоль вскрыта; густой гной посѣянъ на агарѣ; развились колоніи *Staph. citrei*.

IX ОПЫТЪ.

Г-жа А. 1—рага. Незначительное количество густого желтовато-бѣлаго отдѣляемаго. Микроскопически опредѣлены: кокки и палочки.

1 іюня. Подъ кожу живота впрыснуто $1\frac{1}{2}$ куб. сант. жидкости; t^0 до вырыскиванія 38.

12 іюня. t^0 38,8. Краснота и отекъ на мѣстѣ впрыскиванія.

3 іюня. t^0 38,5. Опредѣляется инфильтратъ, величиною въ волошскій орѣхъ.

4 іюня. t^0 38,5. Инфильтратъ въ прежнемъ положеніи.

На агарѣ: 1) небольшія сѣроватыя полупрозрачныя колоніи—*Streptoc. pyog.*;

2) круглыя сѣровато-бѣлыя блестящія колоніи — короткія палочки — *bacillus pyog. foetid.*;

3) круглыя бѣлыя колоніи—мелкіе кокки.

6 іюня t^0 38,7. Вскрытіе абсцесса; въ немъ жидкій и густой гной; посѣвъ на агарѣ. Изъ посѣва развились: *bacill. foet. pyog.* и *Streptoc. pyogen.*

А. 5 іюня. Подъ кожу бока впрыснуто 2 куб. сант. жидкости съ 5 петлями чистой культуры *Strept. pyog.* t^0 до вырыскиванія нормальна.

6 іюня. t^0 39,1. Краснота и инфильтратъ кожи.

8 іюня. t^0 38,9. Инфильтратъ представляется ограниченнымъ.

10 іюня. Вскрытіе абсцесса; изъ посѣяннаго на агарѣ гноя развилась чистая культура *Strept. pyog.*

В. 12 іюня. Подъ кожу живота кролика впрыснуто $1\frac{1}{2}$ Кош'овскихъ шприца физиологическаго раствора соли съ 5 петлями чистой культуры *bacill. foetid.*; t^0 до вырыскиванія нормальна.

13 іюня. t^0 39,5. Незначительная краснота кожи; въ толщѣ ея опредѣляются два инфильтрата, величиною каждый въ большой лѣсной орѣхъ.

14 іюня t^0 38,9. Уплотненія представляются болѣе плоскими.

15 іюня t^0 38,6. Уплотненія рѣзко ограничены.

16 іюня Опредѣляется неясное зыбленіе; абсцессъ вскрытъ; густой гной посѣянъ на агарѣ; изъ посѣвовъ развилась чистая культура *bacill. foetidus pyogenes*.

X ОПЫТЪ.

Г-жа К. III—рага. Скудное, густое желтовато-бѣлое отдѣляемое. Микроскопически опредѣлены: палочки и кокки.

3 іюня. Подъ кожу живота кролика 1^{1/2} Косч'овскихъ шприца жидкости; t° до впрыскиванія 38.

4 іюня. t° 38,8. На мѣстѣ впрыскиванія краснота и громадный инфильтратъ тѣстоватой консистенціи.

5 іюня. t° 38,9. Опухоль въ томъ же положеніи.

На агарѣ: 1) круглыя молочно-бѣлыя колоніи—диплококки;

2) круглыя сѣровато-бѣлыя, блестящія колоніи—короткія палочки—*bacill. pyogenes foet.*

7 іюня. t° 38,8. Опредѣляется неясное зыбленіе; абсцессъ вскрытъ; посѣвъ гноя на агаръ; изъ посѣва развилась чистая культура *bacill. foetid. pyogen.*

А. 14 іюня. Подъ кожу бока кролика впрыснуто 2 Косч'овскихъ шприца раствора соли, послѣ смыванія всей культуры *bacill. foet.*

15 іюня. t° 39,7. Разлитой отекъ на мѣстѣ впрыскиванія, омертвленіе кожи на пространствѣ около 2 квадр. сант.

16 іюня. t° 39. Измѣненій на мѣстѣ инфильтрата нѣтъ.

19 іюня. t° 38,6. Опредѣляется зыбленіе; абсцессъ вскрытъ. Изъ посѣвовъ гноя на агарѣ развилась чистая культура *bacill. foet. pyog.*

Что касается дальнѣйшаго теченія этого случая, то струпъ гангренозный отдѣлился къ концу 3-й недѣли; инфильтратъ къ концу мѣсяца уменьшился до такой степени, что съ трудомъ опредѣлялось значительное ограниченное уплотненіе на мѣстѣ бывшаго громаднаго инфильтрата.

XI ОПЫТЪ.

Г-жа К. I—рага. Незначительное количество жидкаго желтовато-бѣлаго отдѣляемаго. Микроскопически опредѣлены палочки.

13 іюня. Подъ кожу бока кролика сдѣлано впрыскиваніе 1^{1/2} Косч'овскихъ шприцовъ жидкости; t° до впрыскиванія нормальна.

14 іюня. t° 39,7. Незначительная краснота и утолщеніе кожи.

15 іюня. t° 38,4. Краснота меньше, утолщеніе кожи въ прежнемъ положеніи.

17 іюня. t° 38,1. Кроликъ здоровъ.

На агарѣ: бѣловато-сѣрыя колоніи, быстро растущія; культура представляетъ сухую поверхность, какъ бы съ трещинами—толстыя палочки (*bacillus subtilis*).

XII ОПЫТЪ.

В. III—рага; незначительное количество бѣлаго жидкаго отдѣляемаго. Микроскопически найдены палочки и кокки одиночные и въ кучкахъ.

13 іюня. Подъ кожу живота впрыснуто 1^{1/2} куб. сант. жидкости, t° до впрыскиванія нормальна.

14 июня. t° 39,6. Краснота, большой инфильтратъ, величиною въ волошскій орѣхъ.

15 июня. t° 39,4, Инфильтратъ рѣзко ограниченъ.

16 июня. t° 39,2. Инфильтратъ безъ измѣненій.

На агарѣ: 1) Круглыя бѣлыя блестящія колоніи—*Staph. albus*.

2) Желтовато-бѣлыя колоніи—короткія палочки.

18 июня. Опредѣляется неясное зыбленіе; вскрытіе абсцесса. Изъ посѣвовъ гноя на агарѣ развились колоніи *Staph. albi*.

А) 22 июня. Подъ кожу живота впрыснуть полный Косч'овскій шприцъ разжиженной желатины съ *Staph. alb*.

23 июня. to 39. Краснога и разлитое утолщеніе кожи.

14 июня. to 39,2. Опредѣляются два уплотненія: одно—величиною въ горошину, другое—въ лѣсной орѣхъ.

25. июня t° 39,1. Уплотненія рѣзко ограничены.

26 июня. t° 38,8. Неясная флюктуация. Вскрытіе абсцесса; густой гной посѣянъ на агарѣ; изъ посѣвовъ развилась чистая культура *Staph. alb*.

ХІІІ О П Ы Т Ъ.

Г-жа Д., II—рага; бѣлое тягучее отдѣляемое.

15 июня. Подъ кожу бока впрыснуто два шприца жидкости; t° до выпрыскиванія нормальна.

16 июня. t° 39,3. Разлитой инфильтратъ кожи.

18 июня. t° 39,1. Въ глубинѣ небольшое ограниченное уплотненіе.

19 июня. t° 38,9. Безъ перемѣнъ.

На агарѣ: 1) сѣровато-бѣлыя колоніи—мелкіе кокки;

2) круглыя бѣлыя колоніи—*Staph. albus*.

21 июня. Вскрытіе абсцесса. Изъ посѣвовъ густого гноя на агарѣ развилась чистая культура *Staph. alb*.

10 июня. Подъ кожу живота впрыснуть полный шприцъ разжиженной желатины съ *Staph. alb*.

11 июня. t° 38,9. Краснота кожи и инфильтратъ величиною въ большой орѣхъ.

13 июня. t° 39. Инфильтратъ безъ измѣненій.

15 июня. Неясное зыбленіе; вскрытіе абсцесса; изъ посѣва гноя развилась культура *Staph. alb*.

ХІV О П Ы Т Ъ.

Г-жа К. I—gravida; жидкое бѣлое отдѣляемое. Опредѣлены микроскопически кокки.

18 июня. Подъ кожу живота впрыснуто 1 1/2 шприца жидкости; t° до выпрыскиванія—38,1.

19 июня. t° 38,6. Краснота и незначительное утолщеніе кож.

21 июня. t° 39. Краснота меньше; небольшой ограниченный инфильтратъ.

- На агарѣ: 1) Желтовато-бѣлыя круглыя колоніи—дрожжевой грибокъ.
 2) Молочно-бѣлыя колоніи—мелкіе кокки.
 24 іюня. Инфильтратъ едва опредѣляется; кроликъ здоровъ.

XV ОПЫТЪ.

А. I gravis; жидкое желтоватое отдѣляемое. Микроскопически опредѣлены: разнообразныя палочки и кокки.

18 іюня. Подъ кожу живота впрыснуто 1½ шприца жидкости; t° нормальна.

20 іюня t° 38,9. Краснота и инфильтратъ.

21 іюня t° 39. Инфильтратъ достигъ величины небольшого волошскаго орѣха.

На агарѣ: 1) многочисленныя блестящія бѣлыя колоніи—*Staph. albus*.

2) Небольшія сѣрыя колоніи—цѣпочныя палочки.

3) Мелкія сѣровато-бѣлыя блестящія колоніи—короткія палочки—*bacill. pyogenes foetidus*.

21 іюня. Инфильтратъ представляется болѣе мягкимъ, t° 38, 7.

25 іюня. Вскрытіе абсцесса. Изъ посѣва гноя на агарѣ развились: *Staph. albus* и *bacil. pyog. foetidus*.

А. 30 іюня. Подъ кожу бока кролика впрыснуть шприцъ разжиженной желатины съ *Staph. alb.*, t° 38.

2 іюля t° 39. Краснота, утолщеніе кожи.

4 t° 39,1. Ограниченное уплотненіе.

6 іюля Абсцессъ вскрытъ; изъ посѣвовъ гноя развилась чистая культура *Staph. albi*.

В. 1 іюля. Подъ кожу живота впрыснуто 1½ шприца жидкости съ 5 петлями чистой культуры *bacil. pyog. foetid.*

3 іюля t° 39,1. Краснота и инфильтратъ, величиною въ небольшой волошскій орѣхъ.

4 іюля t° 39. Инфильтратъ рѣзко ограниченъ.

6 іюля t° 38,8. Неясное зыбленіе; вскрытіе абсцесса, посѣвъ густого гноя на агарѣ. Изъ посѣвовъ развилась чистая культура *bacil. pyog. foet.*

XVI ОПЫТЪ.

Г-жа К. I para; густое желтовато-бѣлое отдѣляемое въ незначительномъ количествѣ. Подъ микроскопомъ опредѣляются разнообразныя кокки, изрѣдка палочки.

24 іюля. Подъ кожу живота впрыснуто 1½ шприца жидкости; t° до впрыскиванія нормальна.

25 іюля t° 38,5. Незначительная краснота и утолщеніе кожи.

27 іюля t° 38,3. Краснота исчезла; еле замѣтное утолщеніе.

На агарѣ: 1). Круглыя желтовато-бѣлыя колоніи—диплококки.

- 2) молочно-бѣлыя колоніи—мелкіе кокки.
- 3) мелкія сѣроватыя—колоніи—короткія палочки.

XVII ОПЫТЪ.

Г-жа М. I gravida; бѣловатое густое отдѣляемое. Микроскопически опредѣлены кокки и палочки.

27 іюня. Подъ кожу живота впрыснуто 2 шприца жидкости; t° до впрыскиванія 38.

28 іюня t° 38,8. Отекъ и краснота.

30 іюня t° 38,9. Уплотненіе величиною въ лѣсной орѣхъ.

На агарѣ: 1) мелкія сѣрыя колоніи—цѣпочныя палочки.

2) Круглыя бѣлыя колоніи—*Staph. albus*.

3) Желтовато-бѣлыя колоніи—диплококки.

1 іюля. Абсцессъ вскрытъ. Изъ посѣва гноя развилась чистая культура *Staph. alb*.

А. 7 іюля. Подъ кожу бока впрыснуть шприцъ чистой культуры *Staph. albi*. въ разжиженной желатицѣ.

8) t° 38,9. Глубокій разлитой инфильтратъ.

11 іюля t° 39,8. Инфильтратъ ограниченъ.

11 іюля t° 39,1. Безъ измѣненій.

12 іюля. Вскрытіе абсцесса, посѣвъ густого гноя; изъ посѣва развился *Staph. alb*.

XVIII ОПЫТЪ.

Г-жа М. III—рага, незначительное количество бѣлаго жидкаго отдѣляемаго, въ которомъ опредѣлены, кромѣ эпителия, палочки и кокки.

29 іюня. Подъ кожу живота впрыснуто 2 шприца жидкости; t° до впрыскиванія 37,8.

30 іюня. t° 34,5. Кроликъ лежитъ на боку. Краснота на мѣстѣ впрыскиванія; никакихъ слѣдовъ инфильтрата. Ночью, черезъ 24 часа послѣ впрыскиванія, смерть. Вскрытіе черезъ 6 часовъ. Въ толцѣ передней брюшной стѣнки на мѣстѣ впрыскиванія инфильтрата нѣтъ. Въ полости *peritonei* кровянисто-серозный экссудатъ въ значительномъ количествѣ, гиперемія *peritonei parietalis et visceralis*; органы брюшной полости гиперемированы и дряблы. Въ полости плевры такой же экссудатъ въ небольшомъ количествѣ. Легкія проходимы для воздуха; въ сердцѣ кровяные сгустки. Сдѣланы посѣвы на агаръ изъ экссудата *peritonei*, изъ крови сердца и съ поверхности разрыва почекъ, печени, селезенки.

Изъ отдѣляемаго на агарѣ развились:

1) 40 круглыхъ бѣлыхъ блестящихъ колоній—*Staph albus*.

2) Сѣровато-бѣлыя колоніи—мелкія толстыя палочки съ закругленными концами.

Изъ посѣвовъ экссудата, крови сердца, почекъ, печени и селезенки развились: *Staph. albus* и палочки.

А. 16 іюля. Впрыскиваніе подъ кожу живота 2 куб. сант. жидкости съ 5 петлями чистой культуры *Staph. albi*. Температура до впрыскиванія нормальна.

17 іюля t° 39,2. Краснота, уплотненіе, величиною въ большой орѣхъ.

19 іюля. 39,4. Инфильтратъ не увеличивается.

20 іюля. t° 39,5. Инфильтратъ рѣзко ограниченъ.

22 іюля. Вскрытіе абсцесса. Изъ посѣвовъ гноя развилась чистая культура *Staph. albi*.

С) 2 іюля. Впрыскиваніе подъ кожу живота 1 куб. сант. 6-ти дневной бульонной культуры палочекъ; t° до впрыскиванія нормальна.

10 іюля. t° 38,7. Краснота, два уплотненія величиною въ кедровый орѣхъ.

12 іюля. t° 38,5. Безъ измѣненій.

14 іюля. Въ одномъ изъ инфильтратовъ неясное зыбленіе; вскрытіе абсцесса. Посѣвы гноя на агаръ безплодны.

XIX ОПЫТЪ.

А) IV рага; густое желтовато-бѣлое отдѣляемое. Микроскопически опредѣлены кокки различной величины.

1 іюля. Выприснуто подъ кожу живота $1\frac{1}{2}$ куб. сант. жидкости; t° нормальна.

2 іюля. t° 38,7. Краснота, ограниченная припухлость кожи.

3 іюля. t° 38,5. Уплотнѣніе меньше, краснота.

5 іюля. Опредѣляется еле замѣтное уплотнѣніе; кроликъ здоровъ.

На агарѣ: 1) желтовато-бѣлыя колоніи, круглаго очертанія—диплококки.

2) Круглыя молочно-бѣлыя колоніи—мелкіе кокки.

XX ОПЫТЪ.

Г-жа Р. IV рага; незначительное количество густого бѣлаго отдѣляемого. Микроскопически опредѣлены: палочки и одиночные кокки.

1 іюля. Подъ кожу бока выприснуто 2 шприца жидкости, t° нормальна.

2 іюля. t° 38,8. Гиперемія, разлитое утолщеніе кожи.

3 іюля t° 39. Въ толщѣ кожи опредѣляется инфильтратъ.

5 іюля t° 38,6. Инфильтратъ рѣзко ограниченъ.

На агарѣ: 1) бѣлыя круглыя колоніи—мелкіе кокки; 2) сѣровато-бѣлыя колоніи съ неровными краями—дрожжевой грибокъ и 3) блестящія бѣлыя колоніи—*Staph. albus*.

6 іюля. Абсцессъ вскрытъ. Изъ посѣвовъ гноя развилась чистая культура *Staph. alb*.

А) 12 іюля. Подъ кожу живота выприснуто 2 шприца жидкости съ 5 петлями чистой культуры *Staph. albi*.

14 июля. t° 39. Краснота; три ограниченныхъ инфильтрата.

16 июля t° 38,9. Больше круглый инфильтратъ представляется размягченнымъ.

17 июля. Вскрытіе абсцесса. Изъ посѣвовъ гноя развилась чистая культура *Staph. albi*.

XXI ОПЫТЪ.

Г-жа С. I—gravid; незначительное количество бѣлаго тягучаго отдѣляемаго. Микроскопически найдены: палочки и одиночные кокки.

4 июля. Подъ кожу спины впрыснуто 2 шприца жидкости; то до впрыскиванія 37,9.

5 июля. t° 39. Краснота и незначительное утолщеніе кожи.

7 июля. t° 38,5. Краснота и утолщеніе кожи меньше.

8 июля. Кроликъ здоровъ.

На агарѣ: 1) 20 бѣлыхъ колоній—мелкіе кокки; 2) желтовато-бѣлые колоніи—диплококки.

XXII ОПЫТЪ.

Г-жа Ш. II—рага; густое желтовато-бѣлое отдѣляемое. Микроскопически найдены кокки одиночные и кучками, изрѣдка палочки.

8 июля. Подъ кожу живота впрыснуто 2 куб. сант. жидкости; t° нормальна.

9 июля. t° 39,3. Сильная гиперемія и отекъ на мѣстѣ впрыскиванія.

10 июля t° 39. Краснота и ограниченный инфильтратъ, величиною въ большой лѣсной орѣхъ.

12 июля. 39,4. Опредѣляется зыбленіе; вскрытіе абсцесса. Изъ посѣвовъ гноя развились колоніи *Staph. citrei*.

На агарѣ: 1) мелкія сѣроватыя колоніи—цѣпочныя палочки; 2) Желтовато-бѣлыя колоніи—диплококки. 3) 2 лимонно-желтыя колоніи—*Staph. citreus*.

А) 15 июля. Подъ кожу живота впрыснута смытая агаръ-культура *Staph. citrei*, въ количествѣ 2 куб. сант., t° нормальна.

16 июля. t° 39,8. Краснота и разлитый инфильтратъ кожи.

17 июля. t° 39,3. Инфильтратъ ограниченъ.

19 июля. t° 39,7. Вскрытіе абсцесса. Изъ посѣвовъ гноя развилась чистая культура *Staph. citrei*.

XXIII ОПЫТЪ.

Г-жа Эн. I—gravid; незначительное количество безцвѣтнаго жидкаго отдѣляемаго. Микроскопически опредѣлены одиночные кокки.

15 июля. Подъ кожу живота впрыснуто два шприца жидкости; t° нормальна.

16 июля. t° 39,4. Незначительная краснота, разлитой инфильтратъ отечной консистенціи.

- 17 іюля. t° 39,1. Инфільтратъ ограничивается.
 18 іюля. t° 39. Безъ измѣненій.
 На агарѣ: 1) одна бѣлая круглая колонія—мелкіе кокки (диплококки);
 2) 2 небольшія бѣлыя, блестящія колоніи—*Staphil. albus*.
 19 іюля. Абсцессъ вскрытъ; изъ постъвовъ развились колоніи *Staph. albi*.
 А) 21 іюля. Подъ кожу живота впрыснуто два шприца жидкости съ
 5 петлями чистой культуры *Staph. albi*.
 22 іюля t° 38,9. Краснота и инфільтратъ, величиною въ лѣсной орѣхъ.
 24 іюля. t° 39. Инфільтратъ безъ измѣненій.
 25 іюля. Неясное зыбленіе, вскрытіе абсцесса. Изъ постъвовъ гноя
 развились колоніи *staph. albi*.

XXIV ОПЫТЪ.

Г-жа Р. I—gravidа; жидкое бѣловатое отдѣляемое. Микроскопически
 опредѣлены одиночные кокки.

15 іюля. Подъ кожу живота впрыснуто 2 шприца жидкости; t° до
 впрыскиванія 38.

16 іюля. t° 38,3. Незначительная краснота кожи.

17 іюля. t° 38,4. Краснота меньше.

19 іюля. t° 38,3. Инфільтрата не опредѣляется.

На агарѣ: 11 бѣлыхъ колоній—мелкіе кокки.

20 іюля. t° 38,2. Кроликъ здоровъ.

XXV ОПЫТЪ.

Г-жа Г. III—рага, жидкое желтовато-бѣлое отдѣляемое въ незначи-
 тельномъ количествѣ. Микроскопически опредѣлены: палочки кучками и кокки.

18 іюля. Подъ кожу живота впрыснуто 2 шприца жидкости, t° до впрыс-
 киванія 38.

19 іюля. t° 38,8. Краснота и незначительное утолщеніе кожи.

21 іюля. t° 38,3. Краснота и утолщеніе меньше.

На агарѣ: 1) желтовато-бѣлыя колоніи—диплококки.

2) свѣтло-желтыя колоніи—мелкія тонкія палочки.

20 Іюля. Краснота исчезла, уплотнѣніе рассасывается; кроликъ здоровъ.

При изложеніи опытовъ, я ограничился указаніемъ
 формы микробовъ, не описывая ихъ свойствъ. Переходя
 къ описанію ихъ, я, какъ уже было сказано, ограничусь
 тѣми формами, присутствіе которыхъ въ отдѣляемомъ,
 обусловило, при впрыскиваніи его, мѣстную или общую

инфекцію. Эти формы микробовъ были: *staph. albus* (въ 8 случ.), *citreus* (3 случ.), *strept. pyogenes* (1 случ.) и *bacillus pyogenes foetidus* (3 случ.). Микробъ, который въ изложеніи опытовъ я называлъ *staph. albus* представлялъ слѣдующія свойства: развивался на пластинкахъ съ агаромъ при 37—37,5° въ видѣ круглыхъ, непрозрачныхъ бѣлыхъ колоній, поверхность которыхъ при отраженномъ свѣтѣ обладала лаковымъ блескомъ. При прививкѣ чертою на наклонномъ агарѣ, вдоль ея образовалась бѣлая блестящая полоса, которая въ послѣдствіи увеличивалась въ ширину; края ея представляли полукруглые выступы; росла довольно быстро только по поверхности агара.

При посѣвѣ на желатину (10%) чертой, уже чрезъ 2 сутокъ наблюдалось разжиженіе ея, сначала въ области черты, а затѣмъ въ слѣдующіе дни происходило постепенное разжиженіе всей желатины. При этомъ желатина въ большинствѣ случаевъ оставалась прозрачною; культура опадала на дно пробирки, образуя бѣлый осадокъ. По уколу желатины микробъ также хорошо развивался, образуя, какъ и при чертѣ, бѣловатую полоску; затѣмъ наступало постепенное разжиженіе желатины, начинаясь съ поверхности и распространяясь ко дну пробирки съ образованіемъ упомянутаго осадка. На желатинныхъ пластинкахъ развивались бѣловатая, мелкія, точечныя колоніи, сначала въ толщѣ желатины, а потомъ и на поверхности ея. При этомъ вокругъ каждой колоніи происходило разжиженіе желатины. На мазкахъ микробъ представлялся въ видѣ мелкихъ кокковъ, шаровидной формы, расположенныхъ кучками, на подобіе гроздей.

Говоря о макро и микроскопическихъ свойствахъ этого микроба, я долженъ обратить вниманіе на одно обстоятельство, имѣющее значеніе для бактериологическаго изслѣдованія полового канала: это—трудность отличить по микроскопическимъ свойствамъ описываемаго микроба отъ полученнаго мною изъ посѣвовъ отдѣляемаго мелкихъ кокковъ. Такіе кокки я нашелъ въ 5 случаяхъ (II, IX, XIV, XVI и XIX). Культура ихъ молочно-бѣлаго цвѣта нѣсколько возвышается надъ поверхностью агара. При микроскопическомъ изслѣдованіи, сходство еще большее: расположеніе кокковъ кучками, напоминающее только что описаннаго микроба. Единственное внѣшнее отличіе то,

что поверхность культуры не обладает блескомъ, свойственнымъ нашему описанному микробу, а представляется матовою. Посѣвы на желатину уколомъ и чертою ее не разжижаетъ, даже въ теченіи 7 дней. Продѣлавъ такое наблюденіе во всѣхъ пяти случаяхъ, я прихожу къ заключенію, что мелкіе кокки отличаются отъ описаннаго микроба, по свойствамъ роста, и на основаніи отрицательныхъ результатовъ прививокъ—они совершенно индифферентны.

Микробъ названный мною *Staph. citreus* представлялъ относительно макро и микроскопическихъ свойствъ культуры, роста на агарѣ и желатинѣ, и разжиженія ея полную аналогію съ выше описаннымъ. Онъ только отличался тѣмъ, что культуры обладали лимонно-желтымъ цвѣтомъ: какъ агарныя и желатинныя, такъ и осадокъ въ разжиженной желатинѣ.

Названный мною *Streptococcus*, при посѣвѣ отдѣляемаго въ чашку, развивался въ видѣ мелкихъ, сѣроватыхъ, полупрозрачныхъ колоній, которыя росли медленно, достигая очень рѣдко величины булавочной головки, и не обнаруживали никакой наклонности къ сліянію. По чертѣ на наклонномъ агарѣ развивался въ видѣ массы полупрозрачныхъ сѣроватыхъ точекъ, все время остававшихся отдѣльными другъ отъ друга. На желатинѣ по чертѣ культура имѣла только что описанный видъ; но ростъ ея былъ гораздо медленнѣе; желатина не разжижалась; по направленію всего укола желатины замѣчалось развитіе отдѣльных, не сливавшихся мелкихъ сѣроватыхъ зернышекъ. На мазкахъ микробъ этотъ представлялся состоящимъ изъ шаровидныхъ мелкихъ кокковъ, расположенныхъ въ видѣ цѣпочки; изъ агарной культуры цѣпочки большею частію состояли изъ 5—7 и очень рѣдко 10 кокковъ. Величина кокковъ, составляющихъ цѣпочку, была одинакова.

На основаніи описанныхъ свойствъ полученные нами кокковыя формы микробовъ изъ отдѣляемаго, представляются аналогичными съ гноеродными стафилококками и стрептококкомъ. Несмотря на эти свойства, почти доказательство ихъ патогенныхъ свойствъ, съ установкой которыхъ полная тождественность не можетъ уже подлежать ни малѣйшему сомнѣнію. Разсматривая приведенные опыты

съ впрыскиваніемъ отдѣляемаго, мы видимъ, что патогенныя свойства нашихъ микробовъ могутъ считаться вполне доказанными.

Патогенное вліяніе отдѣляемаго было связано съ присутствіемъ въ немъ одного изъ трехъ описанныхъ видовъ кокковъ, или въ рѣдкихъ случаяхъ двухъ. Это вліяніе проявилось въ 12 случаяхъ изъ 25 (48%) или въ образованіи настоящихъ абсцессовъ (11 случ.), или общаго зараженія (1 случай, XVIII). Въ случаяхъ отрицательнаго результата, послѣ впрыскиванія, описанныхъ микробовъ вовсе не было. Изъ описанныхъ микробовъ чаще всего встрѣчался названный уже *Staph. albus* — въ 8 случаяхъ: въ 7 получились настоящіе абсцессы и въ одномъ общее зараженіе (XVIII случ.), кончившееся смертію животнаго чрезъ 29 часовъ. Въ отдѣляемомъ 6 случаевъ онъ находился одинъ, въ одномъ случаѣ съ *Staph. citreus*. и въ одномъ съ *bacil. pyog. foet.* (см. ниже). Изъ гноя абсцессовъ, а равно и органовъ погибшаго животнаго, я получалъ при посѣвахъ тѣхъ же микробовъ, какіе были въ отдѣляемомъ: въ 5 случаяхъ — только *Staph. alb.*, въ одномъ вмѣстѣ съ *staph. citr.* (IV случ.) и въ одномъ съ *bacil. pyog. foet.* (XV сл.); въ случаѣ общаго зараженія съ непатогенною палочкою. — Чтобы покончить описаніе опытовъ съ отдѣляемымъ, гдѣ бытъ *staph. albus*, я долженъ остановиться на этомъ случаѣ общаго зараженія. Изъ посѣвовъ со всѣхъ органовъ, экссудата и крови сердца развились *staph. albus* и короткая толстая палочка — оба вида, находившіеся въ отдѣляемомъ. Отъ какого изъ этихъ двухъ видовъ произошла общая смертоносная инфекція животнаго? Для рѣшенія этого вопроса мнѣ предстояло изучить всѣ свойства палочки. На агарѣ она развивается довольно быстро въ видѣ круглыхъ сѣровато-бѣлыхъ, непрозрачныхъ и не блестящихъ колоній, выдающихся надъ поверхностью агара; при посѣвѣ чертою — полоса такого же вида. На желатинѣ растетъ медленно; при привикѣ чертою, культура имѣетъ видъ полосы бѣлаго цвѣта съ слабо-желтоватымъ оттѣнкомъ; поверхность слегка блеститъ, края ровные. На желатинной пластинкѣ, на вторыя сутки, по поверхности мелкія сѣровато-бѣлыя точечныя колоніи, выдающіяся надъ поверхностью. Къ 5 дню колоніи, круглой формы, не выдаются надъ поверхностью, блестяще-саль-

наго вида. По уколу развивается въ видѣ мелкихъ сѣровато-бѣлыхъ зернышекъ очень медленно; соответственно уколу надъ поверхностью возвышается сѣровато-бѣлый налетъ, круглой формы, какъ бы въ видѣ шляпки гвоздя. Желатины не разжижаетъ, и она остается прозрачною. На мазкахъ палочки представляются короткими, толстыми съ закругленными концами; въ срединѣ онѣ толще—палочка приближается къ овальной формѣ. Расположеніе—въ видѣ группъ изъ 2—6 экземпляровъ, прилегающихъ сторонами другъ къ другу, на подобіе частокола, или сложенныхъ пальцевъ. Хорошо окрашивается спиртоводными растворами фуксина и генціанъ-віолета. Опыты съ чистыми культурами палочки, въ видѣ подкожнаго введенія бульонной культуры, дали въ одномъ случаѣ два маленькіе абсцесса (въ кедровый орѣхъ), изъ гноевидной массы которыхъ палочекъ не развилось; въ остальныхъ четырехъ случаяхъ получились небольшіе инфильтраты, быстро проходившіе съ ничтожнымъ повышеніемъ t^0 . Введеніе культуры въ переднюю глазную камеру осталось безъ результата. Впрыскиваніе бульонной культуры въ полость *peritonei*, въ количествѣ полного шприца (2 опыта), введеніе чистой культуры на кусочкѣ агара чрезъ небольшой разрѣзъ въ *peritoneum* (2 опыта), введеніе въ *vena jugularis* и *cubitalis* по $1\frac{1}{2}$ шприца бульонной культуры—дали во всѣхъ случаяхъ отрицательный результатъ. На основаніи всего этого палочку слѣдуетъ признать за непатогенную и смотрѣть на нее, какъ на случайную примѣсь къ *Staph. alb.*, который и вызвалъ общее смертельное зараженіе. Общее зараженіе произошло, не смотря на подкожное введеніе отдѣляемаго, вѣроятно оттого, что конецъ шприца попалъ въ какой-нибудь сосудъ.

Staph. citreus полученъ изъ отдѣляемаго въ трехъ случаяхъ: въ одномъ вмѣстѣ со *Staph. alb.* (IV сл.), въ двухъ (VIII и XXII) безъ всякихъ примѣсей другихъ патогенныхъ микробовъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ впрыскиваніе отдѣляемаго вызывало абсцессы, изъ гноя которыхъ развивался *Staph. citreus*. Что касается стрептококка, то онъ найденъ вмѣстѣ съ *bacil. pyog. foetidus*; изъ гноя абсцесса, послѣ введенія отдѣляемаго, развились оба вида микробовъ.

Перехожу къ описанію свойствъ палочки, найденной въ трехъ случаяхъ (въ IX со *strept.*, въ XV со *staph. alb.*

и въ X безъ всякой примѣси). При посѣвахъ отдѣляемаго въ агарныя чашки, чрезъ сутки развивались небольшія круглыя, сѣровато-бѣлыя колоніи съ сальнымъ блескомъ; въ слѣдующіе дни немногія колоніи сохраняли круглую форму, а представляли неправильное очертаніе; въ толщѣ агара мелкія колоніи круглой или овальной формы, опаловаго цвѣта. По чертѣ палочки развивались быстро, образуя чрезъ сутки блестящую полосу, около 3—4 mil. шириною того же цвѣта, или сѣровато-опаловаго. При проходящемъ свѣтѣ культура представлялась полупрозрачной, опаловаго цвѣта; края культуры рѣзкіе, конденсационная вода представлялась помутнѣвшею. На желатинѣ, по чертѣ, культура въ видѣ тонкой полоски свѣтлосѣраго цвѣта, съ матовою поверхностью, и неровными краями. Желатинны не разжижаетъ ¹⁾. Развиваясь на указанныхъ средахъ, культура издаетъ противный гнилостный запахъ. При изслѣдованіи мазковъ, культура состояла изъ прямыхъ, короткихъ, не толстыхъ палочекъ длиною 1,5 м. шириною 0,6 м. (микром. окуляръ и $\frac{1}{12}$ гомогенная иммерзійная система *Leitz'a*) съ закругленными концами. Расположеніе палочекъ, какъ одиночное, такъ и группами, изъ 2 и болѣе, прилегающихъ другъ къ другу концами; группы, состоящія изъ большаго числа палочекъ встрѣчались также, но не особенно часто. Часто приходилось видѣть палочки, длиннѣе указаннаго размѣра. Споръ наблюдать не приходилось. Палочки хорошо окрашиваются спирто-водными растворами фуксина и генціанъ-фіолета. На основаніи описанныхъ свойствъ, палочка эта вполне тождественна съ описанной впервые *Passet'*омъ подъ названіемъ *bacillus pyogenes foetidus* (*Untersuch. über d. Aetiologie d. eitrigen Phlegmone d. Menschen. Berlin 1885, ss. 51, 59 и 92*). Изъ гноя абсцессовъ, послѣ выпрыскиванія отдѣляемаго, развивалась всегда *bacil. pyog. foetid.*, или одна, или вмѣстѣ со *Staph. alb.* и *strept.*

Для большаго доказательства патогенныхъ свойствъ найденныхъ мною микробовъ, были предприняты опыты съ выпрыскиваніемъ чистыхъ культуръ, полученныхъ изъ отдѣляемаго микробовъ. Эти опыты дали во всѣхъ слу-

¹⁾ Подробное изложеніе біологическихъ и патогенныхъ свойствъ интересующей меня палочки послужитъ предметомъ особой работы, которая появится въ самомъ непродолжительномъ времени.

чаяхъ положительный результатъ: всегда получались абсцессы, изъ гноя которыхъ развивались чистыя культуры патогенныхъ микробовъ, найденныхъ въ отдѣляемомъ вла-галища: *staph. albus*, *citreus*, *streptococcus*; послѣдній на осно-ваніи того, что вызвалъ абсцессъ, я считаю за *streptococcus pyogenes*. *Bacillus pyogenes foetidus* также, на основаніи выпи-скиванія чистыхъ культуръ, обладаетъ гноеродными свой-ствами. Если патогенныя свойства стафилококковъ и стреп-тококка теперь уже несомнѣнны, то нельзя того же ска-зать о *bacil. pyog. foetidus*. *Baumgarten*—(Lehrb. d. pathol. Mykologie 1891, Bd. II. s. 504) сомнѣвается въ гноеродномъ дѣйствіи и приписываетъ его совмѣстному присутствію гноеродныхъ микробовъ.

Въ виду разнорѣчивыхъ мнѣній о дѣйствіи *bacil. pyog. foet.*, я предпринялъ рядъ опытовъ, о которыхъ сообщу здѣсь въ самомъ сжатомъ видѣ, оставляя подробное изло-женіе ихъ до будущей работы моей. Впрыскиваніе подъ кожу чистыхъ культуръ *bacil. pyog.*, кромѣ приведенныхъ въ опытахъ трехъ случаевъ, я дѣлалъ еще въ 7: 5 кро-ликамъ и 2 морскимъ свинкамъ. Во всѣхъ случаяхъ по-лучались большіе инфильтраты, у кроликовъ, величиною въ волошскій орѣхъ, у свинокъ нѣсколько меньше, пере-ходившіе къ 6—7 дню въ нагноеніе. Гной сѣроватый, густой; изъ посѣвовъ его всегда развивалась чистая культура *bacil. pyog. foet.* При введеніи въ переднюю глаз-ную камеру, къ 4—5 дню развивался *hupurion*.

Впрыскиваніе бульонной культуры въ полость *peritonei* кроликамъ, морскимъ свинкамъ и сѣрымъ мышамъ, вве-деніе кроликамъ въ *vena jugularis*, *scularis* и подкожную вену живота во всѣхъ случаяхъ вызывало быструю смерть жи-вотныхъ чрезъ 18—24 часа. При вскрытіи: въ полости брюшины серозно-кровянистый экссудатъ; паренхиматоз-ные органы представляли явленіе мутнаго набуханія; въ экссудатѣ, крови и органахъ присутствіе палочекъ. У мышей введеніе подъ кожу 1—2 дѣлений шприца вызывало смертельный исходъ. При вскрытіи тѣ же измѣненія ор-гановъ, и въ нихъ бациллы. Въ виду такого дѣйствія *bacil. pyog. foet.*, я прихожу къ заключенію, что этотъ ми-кробъ—несомнѣнно патогенный, обладающій гноеродно-септическими свойствами.

Что касается абсцессовъ, вызванныхъ впрыскива-

нѣмъ отдѣляемаго, содержащаго описанныхъ уже микробовъ, то они рѣзко отличались отъ маленькихъ абсцессовъ, получавшихся иногда отъ впрыскиванія отдѣляемаго, не содержавшаго патогенныхъ микробовъ. Абсцессы первого рода, помимо своего объема, представляетъ рѣзко выраженный воспалительный явленія съ болѣе или менѣе значительнымъ повышеніемъ t° . Гной ихъ всегда обильный и густой содержалъ во всѣхъ случаяхъ патогенныхъ микробовъ. Эти абсцессы, послѣ вскрытія, не заживали въ теченіи 5—7 дней. Подобными свойствами абсцессы второго рода не обладали.

На основаніи всѣхъ моихъ опытовъ я прихожу къ заключенію, что находившіеся во влагилицѣ здоровыхъ и неизслѣдованныхъ беременных микробы: *Staphylococcus albus*, *citreus*, *streptococcus* и *bacil. foetidus* суть патогенные микробы, и притомъ обладающіе вирулентностью. Мои опыты подтверждаютъ вполне изслѣдованія *Winter'a* и *Steffek'a*.

Чтобы покончить съ очеркомъ моихъ изслѣдованій, я долженъ еще рѣшить вопросъ: отвѣчаютъ-ли найденные мною во влагилицѣ здоровыхъ беременных микробы тѣмъ, которые до сихъ поръ наблюдались при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ? До отвѣта на этотъ вопросъ слѣдуетъ замѣтить, что бактериологическія изслѣдованія послѣродовыхъ заболѣваній до сихъ поръ не представляются законченными. Имѣющіяся литературныя данныя по этому вопросу позволяютъ дать утвердительный отвѣтъ на поставленный выше вопросъ. Такъ *Karewski* (см. выше 1. с.) въ послѣродовыхъ отдѣленіяхъ септическихъ находилъ постоянно одного и того-же сферическаго микроба, который былъ также наблюдаемъ и при вскрытіяхъ животныхъ, умершихъ отъ впрыскиванія отдѣляемаго. *Karewski* считаетъ этого микроба причиною заболѣванія животнаго. Повидимому, этотъ постоянно находимый микробъ былъ однимъ изъ видовъ стафилококка. *Bumm* находилъ въ гною параметрита стафилококковъ вмѣстѣ со стрептококками (*Ueber d. Aetiol. d. Parametritis. Arch. f. Gyn. Bd. 35. Hft. 3, s. 496* и *Centr. f. Gyn. 1889, № 27, s. 469*) и при септическихъ эндометритахъ (*Histolog. Unters über d. puerp. Endometritis. Arch. f. Gyn. Bd. 40, Hft. 3. s. 403* и *Centr. f. Gyn.. 1891, № 22, s. 450*) въ двухъ легкихъ случаяхъ

стафилококкъ былъ одинъ безъ стрептококка. *Fehling* (Die Physiologie und Pathologie d. Wochenbettes 1890, s. 85) находилъ также стафилококковъ при легкихъ формахъ послѣродоваго эндометрита. *Döderlein* (Klinisches und Bacteriologisches über eine Puerperalfieber—Epidemie. Arch. f. Gyn. Bd. 40. Hft. 1. s. 104 и слѣд.) наблюдалъ три тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣванія, подъ рядъ, въ Лейпцигской клиникѣ, одно изъ которыхъ кончилось смертью; инфекция была обусловлена staph. aur., streptoc. pyog.

Стрептококкъ былъ находимъ *Günner*’омъ въ 5 случаяхъ: четыре раза при септическихъ эндометритахъ и разъ въ периметрическомъ абсцессѣ (l. c. s. 447). *Wittm* (см. выше) находилъ его при различныхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ: мѣстныхъ септическихъ эндометритахъ, тяжелыхъ ихъ формахъ, давшихъ общее зараженіе и при гнойныхъ параметритахъ. *Черневскій* (дисс. см. выше) особенно часто находилъ стрептококковъ, какъ при легкихъ, такъ и при тяжелыхъ формахъ послѣродовыхъ заболѣваній. Такое частое нахождение стрептококковъ указываетъ на характерную особенность эпидеміи родильной горячки, свирѣпствовавшей въ 1886 и 1887 годахъ (!) въ Надеждинскомъ родильномъ домѣ (см. дисс., таблицы А и В.). Теперь извѣстно, что стрептококки могутъ переходить въ воздушную пыль отъ больныхъ, напр., рожею, какъ это показали изслѣдованія *Eiselsberg*’а (Nachweis von Erysipel-Coccen in d. Luft chirurg. Krankenzimmer. Langenbeck’s Arch. Bd. 35, s. 4 и слѣдующія, 1887) Въ виду идентичности strept. erysipelat. со strept. pyogenes, признаваемой въ настоящее время большинствомъ бактериологовъ, слѣдуетъ допустить подобный же переходъ и въ помѣщеніяхъ, занимаемыхъ септическими родильницами. Находясь въ воздухѣ, стрептококки могутъ обусловить новую инфекцію. Поэтому слѣдуетъ допустить, что и эпидемія родильной горячки, давшая такой обильный матеріалъ д-ру *Черневскому* для бактериологическихъ изслѣдованій, могла развиться путемъ зараженія изъ воздуха, безъ непосредственнаго переноса инфекции въ половые органы роженицъ (асептичнымъ пальцемъ, инструментомъ и проч.). Но всетаки изъ приведеннаго очерка нахожденія стрептококковъ не слѣдуетъ, чтобы они были единственными патогенными микробами родильной горячки.

Я уже указалъ на участіе стафилококковъ при различныхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ.

Мнѣ остается сказать нѣсколько словъ объ участіи *bacil. pyog. foet.* при родильныхъ заболѣваніяхъ. По этому поводу существуетъ одно краткое указаніе. *Cushing* (*The Boston med. and. surg. Journal.* 1885. Vol CXIII, № 20, p. 471) часто находилъ *bacil. pyog. foet.* со стафилококками при вскрытіяхъ родильницъ, въ маточныхъ и подвздошныхъ венахъ, тазовыхъ и метастатическихъ абсцессахъ. Наши опыты показываютъ, что въ половомъ каналѣ здоровыхъ беременных находятся патогенные микробы, которые могутъ служить источникомъ развитія послѣродовыхъ септическихъ заболѣваній путемъ такъ называемаго самозараженія. Тождество же найденныхъ микробовъ съ таковыми при родильныхъ заболѣваніяхъ указываетъ на тождественность, по сущности, самозараженія съ внѣшнимъ зараженіемъ.

Способы занесенія во влагалище микробовъ вообще, а патогенныхъ въ частности, могутъ быть различны. Кромѣ воздуха, которому придаетъ такое значеніе *Ahlfeld*, есть еще болѣе существенные источники занесенія. Все, приходящее въ соприкосновеніе съ влагалищемъ, можетъ быть источникомъ занесенія микробовъ. У беременных на первомъ планѣ слѣдуетъ поставить половой актъ, во время котораго происходитъ занесеніе микробовъ во влагалище, во 1-хъ, увлекаемыхъ съ паружныхъ частей и во 2-хъ, заносимыхъ изъ отдѣляемаго *præputii*, въ которомъ постоянно находятся микробы, и самое главное изъ мочепускательнаго канала, патогенныхъ микробовъ—*staph. aur.* и *alb.*, какъ это доказали изслѣдованія *Rovsing'a*, нашедшаго ихъ не только у взрослыхъ, но и у дѣтей (*Die Blasenentzündungen, ihre Actiologie, Pathologie und Behandlung.* Berlin. 1890, s. 64). Другимъ источникомъ занесенія микробовъ является содѣйство *ani* и актъ дефекаціи (*Kaltenbach*). Далѣе, пальцы и всѣ тѣла, приходящіе въ соприкосновеніе съ половыми частями съ различною цѣлю (подмыванія, гинекологическое изслѣдованіе, введеніе наконечника прригатора и проч.) могутъ занести микробовъ во влагалище. Находясь здѣсь, патогенные микробы могутъ быть перенесены въ асептичную полость матки пальцами, рукою, инструментами и вызвать заболѣ-

ваніе; они могутъ также проникнуть въ матку и безъ всякаго вмѣшательства извнѣ, путемъ присасывающаго дѣйствія матки, или при посредствѣ скопившейся жидкости, позади предлежащей части, въ заднемъ сводѣ влагалища и нижнемъ сегментѣ матки, какъ все это указано уже *Kaltenbach*'омъ (см. выше). Но вѣдь патогенные микробы въ половомъ каналѣ здоровыхъ женщинъ встрѣчаются весьма часто (по изслѣдованіямъ *Winter*'а въ 50⁰/₁₀₀, *Steffeck*'а въ 41,4⁰/₁₀₀ и по моимъ въ 48⁰/₁₀₀), а заболѣванія отъ самозараженія наблюдаются не столь часто. Чѣмъ это объяснить? При нормальныхъ родахъ (правильное положеніе плода, своевременный разрывъ плоднаго пузыря, хорошія сокращенія матки и проч.), протекающихъ сравнительно быстро, патогенные микробы не могутъ проявить своего вреднаго вліянія: они смываются въ началѣ родовъ слизисто-серознымъ выдѣленіемъ, затѣмъ струею околоплодной жидкости и наконецъ токомъ кровянистыхъ отдѣленій послѣ родовъ (*Kaltenbach*) да кромѣ того и ткани родового канала страдаютъ весьма мало при нормальномъ теченіи родовъ. А извѣстно, что нужны благопріятныя условія со стороны живыхъ тканей для внѣдренія патогенныхъ микробовъ. Изслѣдованія *Rinne* (l. c.) и *Gravitz*'а показали, что впрыскиваніе чистыхъ культуръ гноеродныхъ стафилококковъ и стрептококковъ въ здоровую брюшную полость совершенно безразлично для животнаго. Далѣе опыты *Rovsing*'а (l. c. s. 54) съ введеніемъ гноеродныхъ микробовъ въ здоровый мочевой пузырь кроликовъ также дали отрицательный результатъ: микробы удалялись съ мочою, не вызывая ни помутнѣнія ея, ни воспаленія пузыря. Но стоило *Rovsing*'у перевязать мочевой каналъ и оставить въ пузырь микробовъ на болѣе продолжительное время до разложенія мочи и раздраженія слизистой оболочки, чтобы обнаружилось вредное вліяніе ихъ. На основаніи подобныхъ опытовъ слѣдуетъ заключить, что и при нормальныхъ родахъ патогенные микробы безвредны. При родахъ же, затянувшихся отъ тѣхъ или другихъ причинъ (преждевременное отхожденіе водъ, слабость потугъ и т. д.), мы имѣемъ совершенно другія условія. Очищающее дѣйствіе родового процесса падаетъ до minimum'a, ткани родового канала подвергаются ушибу, отеку, поврежденіямъ (надрывамъ), въ силу чего

ткань теряет свои нормальные свойства—противустоять вѣдренію патогенныхъ микробовъ и дѣлается воспріимчивою для проникновенія ихъ и дальнѣйшаго развитія. Нельзя упустить изъ виду еще и того, что неправильные роды требуютъ внутренняго изслѣдованія—моментъ благопріятный для перенесенія патогенныхъ микробовъ изъ влагалища въ матку. Въ результатѣ всего этого получится заболѣваніе во время родовъ, переходящее болѣею частію въ послѣродовой періодъ. Если мы обратимся къ другимъ областямъ человѣческаго тѣла, то увидимъ, что мочевые органы мужчины представляютъ полную аналогію съ женскими половыми относительно нахожденія патогенныхъ микробовъ и возможности самозараженія. Какъ уже было выше упомянуто, *Rovsing* нашелъ въ мочевомъ каналѣ взрослыхъ мужчинъ и даже мальчиковъ *staph. aur.* и *alb.*, патогенныя свойства которыхъ имъ доказаны прививками животнымъ. Какъ въ маткѣ внутренній зѣвъ (*Winter*), такъ и здѣсь отверстіе пузыря составляютъ границу между отдѣлами, содержащими микробовъ и не содержащими ихъ. Разбирая этиологию воспаленія пузыря, *Rovsing* нашелъ, что большая часть катарровъ пузыря зависитъ отъ перенесенія патогенныхъ микробовъ мочевого канала инструментами, даже дезинфицированными (l. c. s. 67). Этотъ клиническій фактъ имѣетъ для насъ—акушеровъ громадное значеніе, потому что онъ указываетъ на одинаковое значеніе патогенныхъ микробовъ мочевого и родового каналовъ: какъ воспаленіе пузыря въ данномъ случаѣ происходитъ путемъ переноса патогенныхъ микробовъ канала чистымъ инструментомъ, такимъ путемъ и родильныя заболѣванія могутъ возникнуть на счетъ патогенныхъ микробовъ влагалища и шейки, при переносѣ ихъ въ матку, т. е. путемъ «самозараженія». *Rovsing* приводитъ 3 случая заболѣванія пузыря, гдѣ ни разу не вводились инструменты (l. c. s. 67 и 68). Въ двухъ случаяхъ, при гипертрофіи предстательной железы и параличѣ пузыря, пузырное отверстіе, подъ вліяніемъ продолжительнаго слабаго истеченія мочи, было открыто и давало возможность проникновенію микробовъ въ пузырь; въ третьемъ случаѣ суженіе канала помѣшалось предъ пузырнымъ отверстіемъ, и часть мочи, не прошедшая суженіе, возвращалась въ пузырь, смывая и увлекая

съ собою микробовъ изъ самой задней части мочевого канала. Эти случаи представляютъ нѣкоторую аналогію съ проникновеніемъ микробовъ въ матку во время родовъ, при свободномъ сообщеніи ея съ влагалищемъ, чрезъ посредство слоя жидкости позади подлежащей части плода.

Такимъ образомъ нельзя не согласиться со *Steffeck*'омъ (l. c. s. 377), что работа *Rovsing*'а служитъ подтвержденіемъ значенія патогенныхъ микробовъ, находимыхъ въ половомъ каналѣ здоровыхъ женщинъ.

Въ заключеніе я долженъ коснуться практическихъ выводовъ, вытекающихъ изъ результатовъ моей работы. Разъ условія для самозараженія у здоровыхъ женщинъ имѣются на лицо, и притомъ довольно часто, мы должны обратить вниманіе и на этотъ источникъ инфекціи и направить противъ него наши антисептическія мѣры—дезинфекцію родового канала. Какого рода должна быть эта предварительная дезинфекція, что должно быть дезинфицировано и когда?

Изъ существующихъ способовъ дезинфекціи влагалищныя инъекціи сулемой (1:3000) или 3% растворомъ карболовой кислоты не достигаютъ полной, въ бактериологическомъ смыслѣ, асептики родового канала. Поэтому *Steffeck* (Ueber Desinfection d. weibl. Genitalcanals. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XV Heft. 2) *Döderlein* и *Günther* (Zur Desinfection d. Geburtskanales. Arch. f. Gyn. Bd. 34. Heft. 1, s. 111) предложили способы вымыванія нижняго отръзка шейки матки и влагалища двумя пальцами струей указанныхъ растворовъ и послѣдовательныя влагалищныя инъекціи сулемой, чрезъ каждые два часа. *Döderlein* и *Günther* замѣнили сулему и карболовую кислоту, въ виду высушивающаго вліянія ихъ на слизистую оболочку, 2% растворомъ креолина, которымъ вымывалось влагалище двумя пальцами, смазанными моллиномъ. Примѣненіемъ этихъ обоихъ способовъ достигалось полное обеззараживаніе полового канала, какъ это показали бактериологическія изслѣдованія. Эти изслѣдованія полны глубокаго научнаго интереса и заслуживаютъ вниманія и признательности акушеровъ. Но на практикѣ эти оба способа представляются не удобопримѣнимыми, да и ненужными: простыхъ влагалищныхъ инъекцій сулемой или

карболовой кислотой вполне достаточно для практических цѣлей. Этимъ способомъ мы дезинфицируемъ тотъ отдѣлъ полового канала, гдѣ находятся патогенные микробы, т. е. влагалище и шейку матки. Дезинфекція должна быть произведена до перваго изслѣдованія роженицы, дабы предупредить занесеніе микробовъ въ полость матки. Что касается вопроса: нужна ли дезинфекція во всѣхъ случаяхъ родовъ? то мнѣнія авторовъ по этому поводу различны.

Относительно патологическихъ родовъ всѣ авторы согласны въ томъ, что она безусловно необходима. Относительно нормальныхъ родовъ мнѣнія расходятся. Одни признаютъ ее необходимою при нормальныхъ родахъ (*Kaltenbach, Ahlfeld, Steffek*); другіе же (*Szabo* (l. c.), *Leopold* (*L. und Pantzer*. Die Beschränkung d. inner. und grösstmögliche Verwertung d. äusser. Untersuchung in d. Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. Bd. 38, Heft 2 s. 330), *Leopold* und *Goldberg* (Ueber d. Entbehrlichkeit d. Scheiden-Ausspülungen und Auswaschungen bei regelmässigen Geburten und über grösstmögliche Verwertung d. äusseren Untersuchung in d. Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. Bd. 40 Heft 3 s. 439) совершенно отвергаютъ ея пользу и даже считаютъ вредною. *Leopold*, въ виду прекраснаго состоянія родильницъ, не подвергавшихся внутреннему изслѣдованію (заболѣваній 1,3%), практикуетъ у себя въ родильномъ домѣ и рекомендуетъ ограниченіе его и замѣну наружнымъ изслѣдованіемъ. Разумѣется для частной практики и для родильныхъ учреждений, не преслѣдующихъ учебныхъ цѣлей, такой способъ веденія нормальныхъ родовъ представляется идеально-хорошимъ и нельзя не сочувствовать его распространенію. Наружное изслѣдованіе, при навыкѣ, даетъ намъ полное представленіе не только о положеніи плода, но и о теченіи родового процесса, и при этихъ условіяхъ можно вовсе не прибѣгать къ внутреннему изслѣдованію. Другое дѣло въ учебномъ заведеніи: здѣсь внутреннее изслѣдованіе, особенно на первыхъ порахъ, является безусловно необходимымъ для учащихся, а разъ оно въ ходу, внутренняя дезинфекція является необходимою и должна быть примѣняема въ формѣ влагалищныхъ инъекцій растворомъ сулемы, такой крѣпости, какъ ее употреб-

ляетъ *Leopold*, т. е. 1:4000, или 3% растворомъ карболовой кислоты.

Благоприятные результаты предварительной дезинфекціи видны изъ опубликованныхъ и упомянутыхъ выше данныхъ. Укажу цифры. *Steffeck* сообщаетъ изъ Вюрцбургской клиники, что при веденіи 139 родовъ безъ предварительной дезинфекціи заболѣваемость была=19,4%; при 239 родахъ съ дезинфекціей=5,9%; при слѣдующихъ 200 родахъ съ дезинфекціей=7,5%, а на всѣ 439 родовъ=6,7%. Пользованіе матеріаломъ и обстановка клиники остались безъ измѣненій; тяжкихъ заболѣваній не было вовсе ¹⁾. *Holowko* (цит. по *Steffeck*'у) сообщаетъ изъ Дерптской клиники о 290 родахъ съ предварительной дезинфекціей; при 145 родахъ она не была проведена строго, % заболѣванія 10,8, при остальныхъ съ энергической дезинфекціей заболѣваній 4,1%; для всѣхъ 290 родовъ 7,2%. *Rossier* (*Vergleichend. klin. Beobachtung. untersuchter und nicht untersucht. Geburtsfälle. Centr. f. Gyn. 1891, № 14 s. 265*) изъ Базельской клиники приводитъ 2 ряда наблюденій—изслѣдованныхъ и дезинфицированныхъ роженицъ—135, и неизслѣдованныхъ и не дезинфицированныхъ—59. Заболѣваемость первыхъ 6,9%, а вторыхъ 16,7%.

Ahlfeld (1. с. Bd. III s. 127) указываетъ, что до введенія предварительной дезинфекціи % нелихорадившихъ=46,4, послѣ введенія ея=56,6%, и наконецъ послѣдняя цифра нелихорадившихъ, полученная имъ=69,4%. У *Döderlein*'а и *Günther*'а (1. с.) до примѣненія ихъ метода дезинфекціи нелихорадившихъ было 51,1%, послѣ

¹⁾ Появившаяся недавно статья *Hofmeier*'а (*Zur Prophylaxis d. Wochenbetterkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. 1891, № 49, s. 1321*) представляетъ продолженіе наблюденій *Steffeck*'а о вліяніи предварительной дезинфекціи на заболѣваемость и смертность родильницъ. Изъ 1000 родильницъ умерло 5=0,5% смертности, изъ нихъ отъ инфекціи—1=0,1%. Относительно заболѣваемости, отбрасывая 139 родовъ съ 27 заболѣваніями, протекшихъ безъ дезинфекціи, изъ общей суммы 1000 родовъ съ 85 заболѣваніями будемъ имѣть 861 родильницу съ 58 заболѣваніями=6,8%. Результатъ блестящій, имѣя въ виду пользованіе *larga mani* матеріаломъ для учебныхъ цѣлей. Методъ дезинфекціи въ Вюрцбургской клиникѣ: послѣ тщательной дезинфекціи наружныхъ частей, влагалище и шейка вымываются 1—2 пальцами растворомъ сулемы (1:2000); дезинфекція послѣ каждаго внутренняго изслѣдованія чрезъ 2—3 часа. Инъекціи послѣ родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ не употребляются.

примѣненія цифра возросла до 70%. *Kaltenbach* (Centr. f. Gyn. 1889, № 27, s. 467) изъ 1500 родовъ имѣлъ 3 смертельныхъ случая, зависѣвшихъ отъ наружной инфекции изъ доказаннаго источника и 10—13% повышеній t°, которыя представляли формы инфекции. Самую блестящую статистику представилъ *Torggler* изъ клиники *Schauta* (l. c.). Подъ вліяніемъ дезинфекціи сүлемой (инъекціи) изъ 1415 родильницъ 1317 имѣли совершенно безлихорадочный послѣродовой періодъ—93,1%; въ каникулярное время послѣдняя цифра доходила до 99,4%. Приведенныя цифровыя данныя говорятъ сами за себя—польза предварительной дезинфекціи очевидна. Эта дезинфекція, кромѣ того, можетъ уничтожить возможность заболѣванія при неудовлетворительной субъективной антисептикѣ, на примѣръ, при изслѣдованіи не вполне асептичнымъ пальцемъ. Необходимость предварительной дезинфекціи родового канала при оперативномъ вмѣшательствѣ, особенно при внутриматочныхъ манипуляціяхъ, очевидна сама по себѣ и не нуждается ни въ какихъ коментаріяхъ. На основаніи всего вышесказаннаго, нельзя согласиться съ *Bokelmann*'омъ, что каждая здоровая роженица асептична (Berl. klin. Wochenschr. 1887. s. 687) и признавать вмѣстѣ съ *Szabo* этотъ принципъ руководящимъ для акушерской антисептики. Напротивъ, размѣры ея должны быть расширены, и кромѣ самой строгой субъективной, внѣшней антисептики, должна быть такая же объективная, направленная къ устраненію условій самозараженія. Тогда наша акушерская помощь сдѣлается идеальной, и число послѣродовыхъ заболѣваній, даже самыхъ легкихъ, понизится до возможнаго minimum'a.

Заканчивая этимъ свою работу, считаю долгомъ выразить мою искреннюю признательность проф. *Н. П. Ивановскому*, какъ за разрѣшеніе заниматься въ бактериологической лабораторіи, такъ равно и за предоставленіе въ мое распоряженіе необходимыхъ средствъ для успѣшныхъ занятій, и доценту академіи *Н. В. Петрову* за многія цѣнныя указанія при моихъ изслѣдованіяхъ.

IX.

КЪ ВОПРОСУ ОБЪ ЭМБРИОТОМИИ.

П. И. Марновскаго (Кіевъ).

Операция эмбриотоміи не имѣетъ еще до сихъ поръ той простоты и опредѣленности въ технику, которыя располагали бы къ себѣ операторовъ, а тѣмъ болѣе молодыхъ.

Для одного вида эмбриотоміи—decapitatio въ оперативномъ акушерствѣ академика *Крассовскаго* описывается четыре инструмента. Самый ходкій изъ нихъ, чаще другихъ попадающій въ акушерскій наборъ, крючекъ *Braun'a* не удостоился особенной похвалы со стороны академика *Крассовскаго* въ виду трудности дѣйствія инструментомъ при толстой шейкѣ плода и невозможности избѣгать поврежденій матки. Во время моего доклада Кіевскому акушерскому обществу «два случая evisceratio необычнымъ способомъ»¹⁾ во время преній, покойный докторъ *Финкель* сообщилъ, что онъ лично видѣлъ въ клиникѣ *Braun'a*, въ трехъ случаяхъ, окончившихся смертію. Глубокія поврежденія шейки матки послѣ decapitatio крючкомъ *Braun'a*.

Но, если бы даже признать какой либо изъ описанныхъ для этой цѣли инструментовъ, совершенно удобныхъ для дѣйствія,—то и тогда операция decapitatio не должна считаться операціей много помогающей дѣлу родоразрѣшенія, такъ какъ она только помогаетъ извлеченію туловища и завѣдомо оставляетъ головку плода въ полости матки, извлечь которую, послѣдовательно, даже при благоприятныхъ обстоятельствахъ, труднѣе чѣмъ не отдѣльную отъ туловища. Стремленіе раздѣлить плодъ на части когда его не удастся извлечь цѣликомъ, понятно; но, въ данномъ случаѣ, оно не оправдывается на дѣлѣ, такъ

1) См. протоколъ общества № 87, 30 Сентября 1887 года.

какъ раздѣлить плодъ на двое, не значить раздѣлить его на легко выдѣляемыя части.

Второй видъ эмбриотоміи — *evisceratio*, мнѣ кажется, симпатичнѣе уже тѣмъ, что онъ стремится подражать произвольному самоизвороту. Кромѣ того, при этомъ видѣ, операція выходитъ непрерывной (*ergo* болѣе короткой) и болѣе легкой, послѣ типическаго момента — опорожненія грудной и брюшной полости отъ ихъ содержимаго; типическій же моментъ легче, безопаснѣе и тоже короче, чѣмъ при *decapitatio*. Труникъ послѣ *evisceratio* получается менѣе изуродованнымъ, дефекты отъ операціи легче маскируются. Если я къ этому прибавлю, что *decapitatio* не всегда можетъ быть произведено, тогда какъ *evisceratio* всегда, то покажется страннымъ, почему *decapitatio* и *spondilotomia* предпочитаютъ, если судить по текущей русской литературѣ (*Брилль, Розановъ*).

Если сравнимъ описаніе этихъ двухъ операцій въ руководствѣ академика *Крассовскаго*, то мы, до нѣкоторой степени, найдемъ разгадку такого отношенія: операція *decapitatio* описана подробно, видѣнъ взглядъ автора даже на преимущество того или другого инструмента, операція же *evisceratio* описана въ нѣсколькихъ строкахъ, или вѣрнѣе, въ нѣсколькихъ строкахъ перечислены инструменты, о самой же операціи сказано, что для нея трудно установить правила. Ясно, что будетъ назидательнѣе для начинающаго.

Когда я былъ начинающимъ, то приобрѣлъ себѣ эмбриотомъ *Levet'a*, какъ специальный инструментъ для *evisceratio*. При первой же эмбриотоміи я былъ въ большомъ затрудненіи: *decapitatio* сдѣлать не могъ, такъ какъ нельзя было подвести шейку плода къ маточному зѣву, употребить же въ дѣло эмбриотомъ *Levet'a* не рѣшался при плохо открытой, спазматически сжатой маткѣ, на 7-мъ мѣсяцѣ беременности. Я чувствовалъ, что могу этимъ инструментомъ болѣе повредить, чѣмъ помочь. Пришлось слѣдовать совѣту сказаннаго руководства: «поступать такъ, какъ удобнѣе». Удобнѣе же было пустить въ ходъ какой либо инструментъ, изъ имѣющихся въ наборѣ, болѣе безопасный.

Считаю нужнымъ описать, какъ я вывернулся изъ бѣды, потому что, случайно выработаннымъ методомъ, я пользовался въ слѣдующихъ случаяхъ съ успѣхомъ; те-

перь же склоненъ думать, что методъ этотъ удастся каждому и что, слѣдовательно, его можно рекомендовать въ качествѣ типическаго. И такъ—я рѣшилъ замѣнить эмбриотомъ *Levret'a* длиннымъ троакаромъ, который я употреблялъ при головныхъ водянкахъ; я желалъ сдѣлать труакарромъ нѣсколько послѣдовательныхъ отверстій, которыя могли бы слиться въ одинъ, какъ бы, разрѣзъ. Этого мнѣ не удалось, такъ какъ трудно было ориентироваться при мало открытомъ и высоко стоящемъ зѣвѣ и при легко засасывающихся малыхъ отверстияхъ послѣ труакара. Вскорѣ послѣ этой неудачной попытки роженница начала подымать температуру и выдѣленія стали легко зловонны. Я долженъ былъ, при помощи хлороформирующаго товарища, дѣйствовать рѣшительно. Хотя къ этому времени зѣвъ былъ болѣе открытъ, товарищъ же хорошо хлороформировалъ, однако спазмъ матки былъ настолько великъ, что я могъ провести въ матку только полъ руки, при этомъ не могъ ни обойти, ни оттолкнуть предлежащей части. При такомъ критическомъ положеніи, я натолкнулся на одно изъ сдѣланныхъ отверстій, вошелъ въ него пальцемъ, расширилъ сколько могъ, выломалъ ребро, за нимъ второе; послѣ этого началъ вынимать внутренности. Изъ которыхъ прежде всего вытащилъ печень, потомъ часть кишечника и этого оказалось довольно, самонизворотъ совершился и роды окончились быстро. Роженница имѣла передъ операціей температуру почти 40° , на 2-й день 38 съ небольшимъ, съ 4 дня температура стала нормальной.

Вскорѣ послѣ этого случая я былъ приглашенъ старшимъ врачомъ Х. Н. Ж. Д. въ квартиру желѣзнодорожнаго сторожа на запущенное поперечное положеніе у жены сторожа, въ 7-ю срочную ея беременность, на 2-я сутки родовъ. Кромѣ роженницы и насъ присутствовалъ, съ горя напившійся, мужъ, не стѣняющійся въ грубой критикѣ нашихъ мѣропріятій. Мы застали слѣдующую картину: выпавшая правая ручка, очевидно крупнаго плода, была очень отечна, темносиняго цвѣта, въ рукавѣ нѣсколько петель не обьющейся пуповины. Я рѣшилъ дѣйствовать предыдущимъ способомъ, только систематичнѣе; воткнулъ троакаръ гдѣ было удобнѣе (вышло по серединѣ грудной клѣтки, по аксиллярной линіи), вынулъ стилетъ, трубочку же троакара удержалъ въ отверстіи, по ней дошелъ до отверстія пальцемъ и, вынимая трубочку, вошелъ пальцемъ въ отверстіе; разширивъ отверстіе пальцемъ, добрался до ребра, сломалъ и вынулъ его, сдѣлавъ тоже со вторымъ ребромъ, вошелъ въ грудную полость, вынулъ часть легкаго, прошелъ черезъ діафрагму въ брюшную полость, вынулъ

печень и во время вытаскивания кишечника совершился самоизворотъ. Хотя у доношеннаго плода выламывать ребра труднѣе и приходится вынимать больше внутренностей, тѣмъ не менѣе моя работа не превысила $1\frac{1}{2}$ часа. Родильница эта оправилась безъ повышенія температуры, о чемъ мнѣ сообщила, приглашавшій меня на роды, товарищъ.

Эти два случая я доложилъ Кіевскому Акушерскому Обществу 30 Сентября 1887 г., дѣлая выводъ, что операція *eviscerationis* можетъ имѣть преимущество передъ *decapitatio* и должна замѣнять поворотъ при смерти плода. Читающій протоколъ № 7-й Кіев. Акушер. Об. увидитъ, что со мною не согласились и что по поводу метода опять удержались общія выраженія: «можно дѣлать всякимъ инструментомъ и даже гвоздемъ». Не могу не остановиться на этомъ гвоздѣ, потому что, когда я начиналъ акушерскую дѣятельность, одинъ изъ старшихъ товарищей тоже любилъ упомянуть о гвоздѣ. Значитъ идея о гвоздѣ пережила десять лѣтъ, она гнѣздилась въ головѣ нѣкоторыхъ акушеровъ какъ въ доантисептическія времена, такъ и при строгой антисептикѣ. Уже одно это обстоятельство указываетъ на застой въ понятіяхъ и отсутствіе практики въ этомъ направленіи; вся же прежняя неопредѣленность въ technikѣ окончательно подтверждаетъ мою начальную фразу.

Я не сомнѣваюсь, что каждый опытный акушеръ можетъ удачно справиться и при исключительныхъ обстоятельствахъ, какія бываютъ при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ; но для менѣе опытнаго дорогъ даже простой, но опредѣленный, совѣтъ, вытекающій изъ опыта, если нѣтъ опредѣленнаго метода. Думая также, что лучше имѣть подъ рукою троакаръ, годный для прокола головки при ея водянкѣ и могущій пригодиться при *eviscerationis*, чѣмъ разсчитывать на случайный гвоздь. Я говорилъ въ своемъ докладѣ, что тонкій троакаръ мало удобенъ и что выламывать ребра пальцемъ тяжело и что, конечно, для этого могутъ служить и болѣе пригодные инструменты, разъ въ нихъ найдутъ надобность. Думая объ этомъ вопросѣ, я рѣшилъ, что въ слѣдующій разъ произведу операцію такъ: сдѣлаю разрѣзъ въ кожѣ пуговчатымъ бистури, (пуговчатый, серповидный бистури я перенесъ изъ лѣкарскаго набора въ акушерскій для разсѣченія имъ кожи головки плода передъ употребле-

ніемъ, имѣющагося въ моемъ наборѣ, перфоратора *Braun'a*) войду въ него крѣпкимъ корнцангомъ, которымъ и выломаю ребро; въ остальномъ поступлю по прежнему. Въ началѣ прошлой осени у меня подвернулся подходящий случай:

Я былъ приглашенъ къ 27-ми лѣтней роженицѣ, рожающей въ 3-й разъ на 7-мъ мѣсяцѣ, у которой роды длились уже около сутокъ. Найдено мною слѣдующее: дно матки на уровнѣ пупка, матка имѣетъ форму какъ бы двурогой, съ явнымъ преобладаніемъ праваго рога, въ которомъ не ясно прощупывается плотная часть, вторая же плотная часть прощупывается въ лѣвомъ рогѣ, болѣе книзу; матка открыта около трехъ пальцевъ, края зѣва ригидны, изъ зѣва торчитъ оболочка и часть послѣда. Послѣдъ я удалилъ выгребательными движеніями пальца и, перервавъ пуповину, удалилъ его, какъ мѣшающую осмотру. При тщательномъ осмотрѣ я убѣдился, что плодъ прилежитъ спинкою, въ области среднихъ грудныхъ позвонковъ (что совершенно подтвердилось положеніемъ родовой опухоли), что плотная кость въ правомъ выпячиваніи матки есть головка, ягодица на лѣво и внизу; шейка плохо растяжима, вся матка очень плотно обхватываетъ плодъ и вмѣстѣ съ нимъ совершенно подвижна во всѣ стороны, такъ что ее даже трудно фиксировать при бимануальномъ осмотрѣ. Роженица крайне анемичная и истощенная, температура нормальна, пульсъ около 90 ударовъ въ минуту, слабого наполненія съ перебоями послѣ каждаго трехъ ударовъ; роженица боится хлороформа и на отрѣзъ отказывается отъ него. Ублажая матку теплыми компрессами и теплыми (карболовыми) рукавными душами, мнѣ удалось черезъ 1¹/₂ часа раскрыть матку, мануально, почти вдвое; я могъ уже добраться до ручки, потянувъ за которую, услышалъ характерный трескъ и ручка вышла изъ сустава, плодъ же не сдвинулся съ мѣста. Только *evisciratio* и осталось для окончанія родовъ. Съ помощью упомянутыхъ пуговчатого бистури и корнцанга я окончилъ роды, по словамъ взволнованнаго мужа, менѣе чѣмъ въ 10 мин. Въ первые дни послѣ родовъ температура была нормальна, на пятый день она поднялась ради эндометрита на 38 съ небольшимъ; послѣ одного выскабливанія пальцемъ температура пришла къ нормѣ и роженица встала въ концѣ 8-хъ сутокъ.

И такъ, у меня было три случая, которые были окончены благопріятно при одномъ принципѣ, но при извѣстномъ усовершенствованіи въ technikѣ. Смѣю ли я дѣлать заключеніе и рекомендовать свой образъ дѣйствія какъ методъ? Мнѣ кажется, что смѣю, потому что никто раньше не рекомендовалъ большей опредѣленности и что, во всякомъ случаѣ, болѣе удобный методъ легче вырабатывается изъ менѣе удобнаго, чѣмъ изъ общихъ и не-

опредѣленныхъ выраженій, только смущающихъ мало опытныхъ. Залущенныя поперечныя положенія всего менѣе встрѣчаются въ образовательныхъ учрежденіяхъ и потому большинство начинающихъ встрѣчаются съ ними въ своей самостоятельной дѣятельности, не имѣя за собой ни опыта ни опредѣленнаго совѣта. Руководители въ образовательныхъ учрежденіяхъ рѣже встрѣчаются съ этою операцію, чѣмъ раскинутые по окраинамъ ихъ ученики. Они сами менѣе заинтересованы въ выработкѣ техники для рѣдкой операціи, при которой они, благодаря опыту и удобной обстановкѣ, всегда найдутъ для себя средства къ ея окончанію; имъ можетъ не прійти въ голову тѣхъ затрудненій, которыя встрѣчаютъ начинающіе на окраинахъ. Но эта рѣдкая операція имѣетъ двойное серьезное значеніе: оно серьезно потому, что роженница наканунѣ ея уже находится, большею частію, въ патологическомъ состояніи (истощена, обезкровлена, съ поднятой температурой); операторъ же находится всего менѣе въ опредѣленномъ положеніи, онъ долженъ кончать возможно скорѣе, при возможно меньшемъ инсультѣ, не имѣя за собою ни опыта, ни выработаннаго теоретическаго взгляда. Желаніе посодѣйствовать тому, чтобы находящіеся въ такомъ затруднительномъ положеніи имѣли бы лишній взглядъ на теорію операціи и лишній практическій совѣтъ на ея технику, заставляетъ меня высказаться, имѣя за собою только три случая. Все подмѣченное и продѣланное мною случайно, ради необходимости выйти изъ неопредѣленности, не принадлежитъ мнѣ одному, то же подмѣчали и дѣлали другіе; значить и они невольно стремились найти опытомъ то, что не вошло въ теорію, но что должно въ нес войдти, разъ будетъ доказана цѣль и выгода намѣченныхъ приемовъ.

Въ доступной мнѣ литературѣ я нашелъ три случая д-ра *Бриля* ¹⁾, въ которыхъ упоминается о выламываніи реберъ и у д-ра *Кашкарова* ²⁾. Случаи д-ра *Бриля* я разсматривалъ, въ своемъ докладѣ Кіевскому Акушерскому Обществу, какъ идентичныя съ моими первыми двумя случаями, хотя они и озаглавлены иначе. Теперь

1) Внутриутробная спондилотомія. Врачъ 1887 г. № 27, стр. 525

2) Къ вопросу объ удаленіи костей черепа при краніотоміи. Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней, 1888 г., № 1, стр. 17.

я дѣлаю выводъ, на основаніи трехъ своихъ случаевъ, трехъ случаевъ д-ра *Бриля* и одного немотивированнаго взгляда д-ра *Кашикова* о пригодности выламыванія реберъ при операціи *evisceratio*. На основаніи своихъ случаевъ, я настаиваю на выламываніи реберъ какъ на существенномъ моментѣ операціи, о которомъ не говорятъ учителя. Говорятъ напримѣръ о широкомъ разрѣзѣ (*Schröder, Spiegelberg, Красцовскій*), но его не легко бываетъ сдѣлать и кромѣ того разрѣзъ не есть еще отверстіе: даже черезъ широкій разрѣзъ ни что изъ внутри не выйдетъ и въ него не легко забраться, если края разрѣза тѣсно сжаты судорожно сокращенною маткою; выломанные же два, три ребра, при небольшомъ кожномъ разрѣзѣ, дадутъ въ результатѣ окончатое отверстіе, черезъ которое удобно извлекать внутренности даже пальцемъ. Края этого отверстія уже не могутъ быть плотно сжаты сокращеніями матки; наоборотъ, внутренности отъ давленія приближаются къ отверстию, а слѣдовательно и къ пальцу, ихъ выгребашему, чѣмъ существенно облегчается дѣло.

Схему вліянія операціи я изобразилъ бы такъ: когда матка судорожно сжимаетъ плодъ, то она уподобляется рукѣ, судорожно сжимающей эластическій балонъ, наполненный жидкостью. Рука не можетъ выпустить балона въ силу судорожнаго его обхватыванія; но если мы продѣлаемъ въ балонѣ отверстіе, то жидкость непременно будетъ выливаться и при первыхъ капляхъ ея излітія рука будетъ слѣдовать незамѣтно за стѣнками балона, но въ дальнѣйшемъ, когда жидкость будетъ выливаться значительно и болѣе быстро, балонъ долженъ выскочить, такъ какъ судорожно сжатая рука не можетъ приноравливать своихъ движеній къ быстрому уменьшенію балона и сжатію его стѣнокъ.

Послѣднимъ своимъ случаемъ я могу подтвердить эту аналогію: корнцангомъ я выломалъ сразу четыре ребра и, потягивая корнцангомъ же въ сторону ягодицъ, быстро достигъ самоизворота, при чемъ изъ продѣланнаго отверстія торчали внутренности. При доношенномъ плодѣ приходится вынимать болѣе плотныя и объемистыя внутренности и, когда мы вытянемъ достаточное ихъ количество, плодъ, благодаря давленію матки, складывается около опорожненной полости, при чемъ подлежащая

часть замѣтно опускается глубже; за симъ спазмъ матки исчезаетъ и черезъ открывшійся зѣвъ быстро выкатывается ягодичный конецъ плода.

Если теперь я скажу, что для операціи *evisceratio* нужно сдѣлать небольшой кожный разрѣзъ въ подлежащей части пуговчатомъ (лучше серповидномъ) бистури ввести черезъ этотъ разрѣзъ крѣпкій корнцангъ, захватить имъ и выломать ребро, вращательнымъ движеніемъ корнцанга, потомъ удалить еще одно или два ребра и черезъ сдѣланное отверстіе вынимать пальцемъ или корнцангомъ же внутренности до тѣхъ поръ, пока не совершится самоизворотъ,—то это будетъ достаточно опредѣленно и врядъ ли можетъ казаться страшно даже начинающему, потому что провести черезъ рукавъ пуговчатый бистури и корнцангъ безъ вреда для мягкихъ частей матери очень легко. Кожный разрѣзъ не долженъ быть великъ, лишь бы прошелъ корнцангъ; разрѣзъ этотъ разширится достаточно при дальнѣйшихъ манипуляціяхъ, не будучи же великъ онъ легче покростъ какой либо невылущенный кусокъ ребра.

При сказанной простотѣ и опредѣленности дѣйствій, время, затраченное на операцію *evisceratio*, у меня не превышало $\frac{1}{2}$ часа даже тогда, когда я дѣлалъ проколь троакаромъ, а не разрѣзъ и когда вылущалъ ребра пальцами. Думаю, что, при сказанномъ образѣ дѣйствій, можно окончить роды при посредствѣ *evisceratio* всегда скорѣе, чѣмъ при *decapitatio*.

Операція *evisceratio*, сравнительно со всѣми операціями для родоразрѣшенія, всего менѣе причиняетъ безпокойства для роженицы, безпокойство это почти равносильно безпокойству отъ изслѣдованія; а потому она можетъ производиться безъ наркоза, если безъ наркоза возможно изслѣдованіе.

При операціи *evisceratio* вопросъ о *brachiotom'ii* всегда разрѣшается положительно: ручка, даже очень отечная, не можетъ помѣшать провести пуговчатый бистури для разрѣза кожи, корнцангъ для выламыванія реберъ и палецъ для извлеченія внутренностей. Мнѣ кажется, что неумѣстное потягиваніе за ручку и легкое вылущиваніе ея изъ сустава, часто невольно заставляяетъ, для оправданія себя, производить *brachiotom'io*.

Для итога сказанному, я нахожу, что операція *evisceratio* должна предпочитаться операціи *decapitatio* на слѣдующихъ основаніяхъ: 1) какъ операція всегда возможная; 2) какъ болѣе безопасная; 3) требующая для окончанія родовъ меньше времени и вообще малое время; 4) не требующая наркоза и 5) менѣе уродующая трупикъ и дающая возможность легко маскировать сдѣланныя поврежденія трупа.

По отношенію къ повороту, *evisceratio* должна всегда имѣть преимущество при залущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ, ерго при смерти плода, какъ дающая меньшій инсультъ и не бывающая опасной.

КАЗУИСТИКА.

VI.

*Изъ клиники акушерства и женскихъ болѣзней проф.
Н. В. Ястребова въ Варшавѣ.*

КЪ КАЗУИСТИКЪ ПОЛНАГО УДАЛЕНІЯ МАТКИ ЧЕРЕЗЪ ВЛАГАЛИЩЕ.

А. А. Ануфриева.

Штатнаго ординатора клиники.

Однимъ изъ самыхъ интересныхъ и важныхъ вопросовъ оперативной гинекологіи былъ и есть вопросъ о хирургическихъ методахъ лѣченія рака матки. Задача и цѣль каждаго оперативнаго удаленія злокачественнаго новообразованія должна выражаться съ одной стороны въ его технической простотѣ, а съ другой въ достиженіи желаемаго и конечнаго результата, т. е. въ радикальномъ исцѣленіи организма, разъ операція предпринята при условіяхъ съ прогнозомъ *quo ad valetudinem*, а не *quo ad vitam*. Цѣлая плеяда ученыхъ, сходясь болѣе или менѣе въ этой сложной и главной цѣли оперативнаго вмѣшательства при ракѣ матки, начинаетъ распадаться на группы, лишь только рѣчь заходитъ о характерѣ и степени распространенія новообразованія въ связи съ оперативнымъ методомъ, съ показаніями и противопоказаніями къ нему. Вотъ эти то разногласія, зависящія какъ отъ трудности опредѣлить въ каждомъ данномъ случаѣ микроскопически степень распростране-

нія рака, такъ и отъ сложности нѣкоторыхъ приѣмовъ, служатъ причиною того, что главные оперативные методы, какъ-то: *Amputatio infravaginalis colli uteri, supravaginalis, colpohysterectomy* и *laparohysterectomy* все еще служатъ спорными пунктами въ гинекологіи. Однако изъ всѣхъ этихъ четырехъ методовъ выдвигается болѣе другихъ *Colpohysterectomy*, такъ какъ первые два оказываются чрезчуръ ненадежными въ смыслѣ рецидивовъ, а послѣдній даетъ довольно высокій процентъ смертности. Въ самомъ дѣлѣ, изъ 1016 случаевъ рака матки, собранныхъ д-ромъ *Петровымъ* по 1888 годъ въ своей диссертациі, послѣ экстирпаціи (599 случаевъ) умерло, положимъ, 18,2%, тогда какъ при *amputati*и (417 случ.)—8,7%, но за то въ первомъ случаѣ рецидивировало послѣ операціи 21,1%, тогда какъ во второмъ 38,3%. На послѣднемъ международномъ конгрессѣ въ Берлинѣ (1890 г.) проф. *Schauta* заявилъ, что на 65 полныхъ влагалищныхъ вырѣзываній матки онъ получилъ смертность равную 7,6%. Если же считать отсутствіе рецидива въ продолженіи 2-хъ лѣтъ, то процентъ полныхъ излѣченій у *Schauta* будетъ 47,5. Такой же сравнительно небольшой процентъ смертности отъ экстирпаціи мы имѣемъ у проф. *Лебедева* (8,2%), у *Leopolda* (7,1%), у *Staude* (4,5%), у проф. *Отта* изъ 30 случаевъ 0% (всѣ по 1888 годъ, за исключеніемъ проф. *Отта*, у котораго по настоящее время). Интересно, что съ каждымъ годомъ процентъ смертности все болѣе и болѣе уменьшается отъ этой операціи. *Brunner* высчитываетъ за 1879 г. процентъ смертности 50%, за 1880 г. 41%, за 1881 г.—29% и т. д. Такимъ образомъ, благодаря хорошо выработанной оперативной техники при влагалищной экстирпаціи матки и введенію строгой антисептической обстановки эта операція начинаетъ давать все лучшіе и лучшіе результаты и позволяетъ смотрѣть на нее далеко не такъ пессимистически, какъ смотрѣли на нее раньше.

Какъ на примѣръ такихъ пессимистическихъ взглядовъ можно указать на мнѣнія *Malgaign'a* въ 60-хъ годахъ и *Горвица* у насъ въ семидесятыхъ. Первый говоритъ: „большая часть женщинъ, которыя подвергались этой операціи, погибали въ концѣ нѣсколькихъ часовъ, или нѣсколькихъ дней; самыя счастливыя не переживали больше одного года... Нужны были совершенно исключительныя обстоятельства, чтобы побудить благоразумнаго хирурга совершать эту операцію“. (*Manuel de médecine opératoire*). *Горвицъ* же выражается такъ: „вопросъ на счетъ экстирпаціи

всей матки при карциномѣ ея всецѣло принадлежитъ ужь исторіи и объ немъ можно толковать лишь какъ о давно минувшемъ гинекологическомъ курьезѣ...”

Такова судьба исторіи медицины, что факты и явленія, забыты вчера, возрождаются въ новой формѣ сегодня подъ вліяніемъ прогрессивнаго научнаго движенія.

Въ самомъ дѣлѣ, со времени *Sauter'a* и много позднѣе *Freund'a*, трудами *Czerny*, *Billroth'a*, *Schröder'a*, *Martin'a*, *Fritsch'a*, *Ohlshausen'a*, *Leopold'a* и друг. техника этой сравнительно трудной операціи доведена до значительнаго совершенства, позволяющаго смотрѣть такимъ образомъ въ наше антисептическое время на влагалищную экстирпацію матки, какъ на желаемый и прямо необходимый въ извѣстныхъ случаяхъ оперативный пріемъ. Говоря про извѣстные случаи, мы разумѣемъ подъ этимъ именемъ такіе, въ которыхъ не занята околوماتочная клѣтчатка вмѣстѣ съ лимфатическими железами тазовой полости, на сколько, конечно, это доступно опредѣленію при помощи наружно-внутренняго изслѣдованія, независимо въ свою очередь отъ того, будетъ ли это ракъ влагалищной части, шейки, или тѣла. Въ послѣднемъ отношеніи мы болѣе всего склоняемся къ мнѣнію *Martin'a*, который совѣтуетъ въ первыхъ начальныхъ стадіяхъ всѣхъ карциноматозныхъ формъ шейки, при обсужденіи метода лѣченія, тотчасъ же привлечь въ кругъ соображеній также возможность радикальнаго лѣченія, и въ случаяхъ, гдѣ существованіе карциномы несомнѣнно установлено путемъ микроскопическаго изслѣдованія, немедленно приступать къ экстирпаціи всей матки.

Такъ какъ у всякаго почти оператора влагалищное вырѣзываніе матки представляетъ нѣкоторыя особенности, да и самые случаи носятъ всегда извѣстный индивидуальный характеръ, то на этомъ основаніи мы и рѣшили представить три случая рака шейки матки изъ гинекологической клиники Варшавскаго университета.

1) Больная Ф. З., крестьянка, 33 лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 1 сентября 1887 года. Замужемъ 18 лѣтъ. Беременна 7-й разъ. Ростъ 152 ст.; тѣлосложеніе и питаніе слабое. Первые крови на 15 году. Типъ кровей—4 дня—3 нед. Послѣ выхода замужъ характеръ кровей тотъ-же (безболѣзненные). Послѣдняя менструація 5 мѣсяцевъ тому назадъ, продолжалась 5 дней съ болями передъ ея наступленіемъ. Изъ шести предшествовавшихъ беременностей пять кончились срочными ро-

дами, а 6-я беремен. выкидышемъ на 6-мъ мѣсяцѣ. Последніе роды 3 года 8 мѣсяцевъ тому назадъ. Теченіе родовъ и выкидышей безъ осложненийъ. Продолжительность настоящей беременности—5 мѣс. Больная 10 недѣль тому назадъ сдвинула съ мѣста возъ, почувствовала тотчасъ боль внизу живота и спусти недѣлю изъ полового канала появились капли крови, которыя постепенно увеличивались. Жалобы больной въ настоящее время на кровотеченія, постепенно усиливающіяся (промежутки меньше и количество больше). По временамъ бываютъ рѣжущія боли внизу живота, шумъ въ ушахъ и *головокруженіе*. По прекращеніи кровотеченія обыкновенно появлялись розоватыя бѣли. Отправленіе желудка и кишокъ, а также и мочевого пузыря правильныя.

Размѣры таза *сг. сг.* 25¹/₂ ст.; *sp. sp.* 22¹/₂; *Conjug. extr.*—19 ст. Наружные половые органы не представляютъ ничего особеннаго кромѣ нѣкоторой дряблости большихъ губъ. На промежности разрывъ отъ прежнихъ родовъ.

Влагалище расширено и удлинено, слизистая оболочка его рыхла. Влагалищная часть матки утолщена вслѣдствіе увеличенія задней губы ея, занятой раковой опухолью, величиной въ малый апельсинъ. Опухоль бугриста, шероховата, кровоточитъ при изслѣдованіи, каналъ шейки укороченъ, пропускаетъ 2 пальца.

Пузырь есть. Предлежитъ головка плода. Высота дна матки надъ симфиз. 17 ст.; ширина у дна 16 ст.

Остальные органы таза и брюшной полости не представляютъ ничего особеннаго.

Т° 40. Puls. 112. Resp. 28. 2 сентября въ 6 часовъ вечеромъ начались сильныя родовыя боли. Въ 8 часовъ 5 мин. того же числа пузырь вытянулся изъ *rima pudendi*, а за слѣдующей схваткой въ колбовидно выпяченный пузырь выскользнулъ и плодъ, за нимъ уже полились наружу воды черезъ вверху образовавшійся разрывъ.

Плацента была приращена, поэтому пришлось ее отсепаровать и удалить. Матка промыта растворомъ сулемы 1 на 3000 и послѣ *Sol. acidi carbolici* 2°/о. Опухоль задней губы обмыта тѣмъ же растворомъ и посыпана *iodoformomъ*.

3 сентября въ 7 час. утра т° 37,8. Puls. 80. R. 24. Вечеромъ т° 38,5°. Puls. 82. 4 сентября. Вечеромъ высшая т° 39,5°. 5 сент. Лихорадочное состояніе продолжается, не доходя до 39°. 6 сент. вечерняя т° 37,9, утромъ и въ полдень нормальная. Въ слѣдующіе дни, за исключеніемъ 6 и 9-го (т° 38,2°—38°), т° нормальныя.

Каждый день влагалище промывалось sol. acidī carbolici 2% и давался внутрь secal. cogn. (9 дней). 15 сентября больная переведена въ отдѣленіе женскихъ болѣзней той-же клиники. 27 сент. у больной произведена ампутація задней губы. 3 октября удалены швы. Новообразование съ задней губы идетъ въ каналъ шейки матки и переходитъ отчасти на переднюю стѣнку его и поднимается кверху за внутренній зѣвъ. Послѣ этой операціи больная не лихорадила, жаловалась только на боли внизу живота. 9 октября у больной произведена extirpatio uteri totalis per vaginam. Матка низведена мюсеевскими щипцами, вскрытъ задній сводъ и наложены на него лигатуры. Затѣмъ по 3 лигатуры на каждый боковой (по *Martin'у*) обрѣзаны боковые; вскрытъ передній, отсепарованъ мочевой пузырь отъ матки и наложены швы, соединяющіе брюшину передняго углубленія съ внутреннимъ покровомъ передней стѣнки рукава. Послѣ этого накладывались лигатуры на широкія связки, и матка постепенно освобождалась безъ опрокидыванія впередъ или назадъ. Туалетъ раны. На края раны наложено еще нѣсколько поверхностныхъ швовъ и культи широкихъ связокъ вшиты въ рану съ боковъ. Влагалище выполнено іодоформной марлей, прокипяченной 1 на 4000 двуіодистой ртути. На сводахъ девять швовъ, на широкихъ связкахъ двадцать. То во весь день нормальная. Вечеромъ больная жалуется на частый позывъ къ мочеиспусканію. Мочевой пузырь промытъ solut. acidī borici 2%. Цѣлый день съ промежутками лежитъ ледъ на животѣ. 10 октября. Мочеиспусканіе нормально. Вечерняя t° 38,2°. Puls. 80. 11 октября. Утромъ и въ полдень t° нормальная, вечеромъ 38,1°. Puls. 84. 13 октября вечерняя t° 38,1°. Puls. 96. Въ остальные дни t° нормальна. 12 октября въ первый разъ смѣнена повязка. 18 октября. При перевязкѣ утромъ отвалилась одна лигатура со свода. 24 октября. Удалены три лигатуры со свода и 11 съ широкихъ связокъ. 30-го октября. Отошло самопроизвольно 7 лигатуръ. 4-го ноября. Удалены остальные швы. 28 октября больная выписалась изъ клиники въ слѣдующемъ состояніи: T° 37,3°. Puls. 56 Общее состояніе вполне удовлетворительное. Влагалище 6 ст. длиною, суживающееся кверху; съ правой стороны на мѣстѣ швовъ прощупывается валикообразное утолщеніе. Въ самомъ сводѣ чувствуется твердоватость на мѣстѣ разрѣза, немного чувствительная при давленіи. При двойномъ изслѣдованіи она не прощупывается. Моча выдѣляется правильно. Иногда существуютъ покалывающія боли въ заднепроходномъ отверстіи.

Черезъ 2 мѣсяца явился возвратъ и большая погибла чрезвычайно скоро въ больницѣ Млад. Иисуса.

2) Больная М. З. жена чиновника, 41 года отъ роду, поступила въ клинику 13 сентябрю 1888 г. Типъ кровей 6 дней—4 нед. Число беременностей—5, окончившихся срочными родами. Послѣдніе роды 3 года тому назадъ. Чувствуетъ себя больной 3 мѣсяца. Жалобы ея на частыя кровотеченія, водянистыя бѣли, боль въ крестцѣ и въ правой паховой области, переходящей въ правое бедро, особенно при ходьбѣ. Отправленія мочевого пузыря правильныя.

Stat.praes. Больная умѣренного тѣлосложенія. Размѣры таза *sp. sp.* 25. *Cr. cr.* 27. *Conjug. extern.* 18³/₄ ст. Наружныя половыя части развиты правильно. На промежности старый разрывъ, не полный, 2-й степени. Влагалище укорочено и дрябло, почти безъ складокъ. Объемъ матки значительно увеличенъ. Положеніе *retropositio fixata*. Подвижность сохранена справа на лѣво. Ограничена спереди назадъ. Консистенція плотная. Голѣзненности нѣтъ. *Portio vaginalis uteri* занята новообразованіемъ: раковая опухоль захватываетъ переднюю губу, распространяясь въ меньшей степени на заднюю. Каналь шейки является какъ бы вывернутымъ, съ потерей эпителиальнаго покрова; обнаженіе это распространяется также и на ближайшую периферію опухоли въ видѣ поверхностной язвы. Наружное отверстіе матки расположено эксцентрически влѣво и пропускаетъ конецъ пальца. Яичники неизмѣнены. Своды не заняты; правый нѣсколько чувствителенъ. Остальные органы таза и брюшной полости ничего особеннаго не представляютъ. Послѣ соотвѣтственной подготовки больной 17 сентября въ 10¹/₂ часовъ утра была произведена операція удаленія матки черезъ влагалище. Матка низведена. Вскрытъ задній сводъ, остановлено кровотеченіе. Лигатура на боковые своды. Отдѣленіе боковыхъ сводовъ.

Вскрытіе передняго свода сопровождалось значительными техническими трудностями, такъ какъ смѣщаемость матки была ограничена и вслѣдствіе довольно значительнаго объема органа пришлось отдѣлять мочевой пузырь отъ матки на большомъ протяженіи. Брюшина передняго углубленія была захвачена въ складку въ пэановскій пинцетъ и разрѣзана ножницами. Наложеніе лигатуръ на широкія связки; связано было съ большими затрудненіями, вслѣдствіе ограниченной смѣщаемости матки книзу; сперва обрѣзана была лѣвая широкая связка, при чемъ яичникъ съ этой стороны остался въ полости таза. Освобожденная та-

кимъ образомъ матка отъ своихъ прикрѣпленій съ одной стороны была уже на половину извлечена изъ влагалища; дѣлѣннѣйшему же ея извлеченію препятствовало сращеніе задней поверхности тѣла ея на границѣ съ шейкою при помощи довольно толстаго тяжа, находящагося въ связи съ крестцомъ. Тяжъ этотъ былъ перерѣзанъ подъ лигатурой у самой матки. Послѣ того уже наложены были лигатуры на правую широкую связку, причемъ удалена и часть яичника, попавшаго подъ разрѣзъ въ виду очень близкаго положенія его къ тѣлу матки. Кровотечение изъ культи широкихъ связокъ было остановлено обколомъ. Культи широкихъ связокъ вшиты въ рану сбоковъ. Влагалище затампонировано марлей, прокипяченною въ сулемѣ. При изслѣдованіи матки оказалось, что новообразованіе кверху поднималось за внутренній зѣвъ.

Въ первыя сутки послѣ операціи больная жаловалась на боли въ крестцѣ и нижней части живота. Была нѣсколько разъ рвота. Т° нормальна. На другой день утрENN. то 37°. Вечерняя 37,9. Puls. 96. На 3-й день удаленъ тампонъ, смоченный кровянистою жидкостью. УтрENNя т° нормальна, вечерняя 38,2°. Puls. 88. На 4-й день выдѣленія изъ влагалища кровянистыя, темныя, въ небольшомъ количествѣ, безъ запаха. Высшая т° 38,4. Puls. 92. Съ 10-го дня т° нормальна. На 14 день удалено 7 швовъ. На 15-й отошло 5 лигатуръ самопроизвольно со связокъ. Осталось еще 16 лигатуръ. На 17-й день отошли 2 лигатуры. Болей нѣтъ. На 29-й день снято нѣсколько лигатуръ; остались слѣва 3 лигатуры, сидящія довольно туго; при потягиваніи онѣ не подаются. На 35-й день послѣ операціи больная выписывается съ оставшимися лигатурами. Рубецъ плотный, безболѣзненный. Вагинальная культи не смѣщается. Болей нѣтъ ни въ области крестца, ни въ прямой кишкѣ.

Оставшіяся лигатуры удалены *черезъ 2 года*, при чемъ возврата не было и самочувствіе больной было отличное.

3) Больная А. В., вдова (7 лѣтъ), по занятію классная дама, 36 лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 28 марта 1891 г. съ жалобами на общую слабость, боли по временамъ въ правомъ боку и въ крестцѣ и на неправильныя мѣсячныя. Беременна была 6 разъ (5 срочн. родовъ и 1 выкидышъ на 2-мъ мѣсяцѣ). Послѣдніе роды 7^{1/2} лѣтъ тому назадъ. Чувствуетъ себя больной только 3 мѣсяца. Неправильность въ мѣсячныхъ началась съ декабря 1890 года: въ половинѣ декабря были срочныя крови, 4 января опять появились крови и продолжали идти 3 недѣли. Въ февралѣ

равно какъ и въ мартѣ, крови нормальны. Status praes. Больная тѣлосложенія и питанія хорошаго, роста средняго. Размѣры таза: sp. sp, 27. cr. cr. 28,5. Conjugata externa 20. Наружные половые органы развиты правильно. Разрывъ промежности неполный, II-й степ., переходящій вправо отъ carinae posterioris. Влагалище гладкое, безъ слѣдовъ какихъ либо утолщеній и узловъ. Длина передней стѣнки влагалища 7 ст., задней 9 ст.

Объемъ матки увеличенъ. Матка въ положеніи retroflexio, съ трудомъ выводится вслѣдствіе повышенной чувствительности ея. Подвижность сохранена. Консистенція плотная. Orificium extern. неправильной формы. Portio vaginalis утолщена. Передняя губа ея тонка, задняя же занята опухолью, выходящею изъ цервикальнаго канала въ видѣ грибовидной шляпки, дольчататаго строенія сантиметра 4 въ діаметрѣ. Какъ далеко въ цервикальномъ каналѣ окончаніе ея—опредѣлить невозможно. Яичники не увеличены. Околоматочная кѣлѣчатка съ той и другой стороны совершенно свободна и въ ней узловъ какихъ либо не прощупывается. Въ виду наличности такихъ данныхъ рѣшено приступить къ влагалищной экстирпаціи матки. Больная 6 дней соответственнымъ образомъ подготовлялась къ операціи. Операція произведена 8-го апрѣля въ 10^{1/2} часовъ утра. Предварительно былъ вырѣзанъ изъ опухоли треугольной формы кусокъ и края образованной раны закрыты нѣсколькими толстыми лигатурами. Кровотеченіе остановилось вполнѣ. Матка была опущена за лигатуры и сильно отклонена въ сторону, такъ что задній сводъ обнажился вполнѣ. Сводъ вскрытъ полулуннымъ разрѣзомъ, края брюшины и слизистой оболочки влагалища были пришиты другъ къ другу. Послѣ наложенія лигатуръ на боковые своды и перерѣзки послѣднихъ матка отклонена была книзу и сдѣланъ полулунный же разрѣзъ въ переднемъ сводѣ около самой стѣнки мочевого пузыря. Мочевой пузырь осторожно отдѣленъ отъ передней поверхности матки, къ которой онъ прикрѣплялся на разстояніи 4 сантиметровъ. Затѣмъ брюшина передняго углубленія вскрыта и края ея вмѣстѣ со слизистой оболочкой влагалища сшиты. Отклонивши послѣ этого матку вправо, 4-мя лигатурами при помощи иглы *Deschamp's* была захвачена широкая лѣвая связка постепенно, пока не дошли до лѣвой трубы. Перевязавши послѣднюю, ее перерѣзали и во избѣжаніе кровотеченія боковая культи была притянута и вшита въ уголъ влагалищной раны. Тогда матка лѣвымъ угломъ опустилась и послѣ перерѣзки правой широкой связки и трубы подъ лигатурами выпала наружу.

Послѣ осмотра незначительное кровотеченіе въ верхнемъ углу раны остановлено нѣсколькими лигатурами. Культя правой широкой связки также шита въ уголь раны и послѣ этого все влагалище выполнено кусками іодоформной марли. Въ концѣ операціи у больной пульсъ сдѣлался малымъ, черезъ полчаса онъ еще болѣе ухудшился: 72 удара въ мин. *parvus et mollis*. Замѣчалась легкая синюха губъ и пониженіе кожной t° . Отрыжка. Впрыснуть 1 шприцъ эфира. Вино съ водой и глотаніе кусочковъ льда. Ледъ на животъ. Въ 8 часовъ вечера тошнота и рвота. Больная жалуется на тяжесть въ головѣ и общую слабость. Пульсъ 90 ударовъ въ минуту, болѣе полный и твердый. T° нормальна. На другой день какъ общее состояніе, такъ и дѣятельность сердца удовлетворительны. Боли внизу живота меньше, хотя все еще жалуется на нихъ. На 3-й день t° 37,9°. Puls. 88. Resp. 24. На 4-й день t° 36,9. Puls. 64. Resp. 24. Боли изрѣдка внизу живота.

8-го апрѣля. Вечерн. t° 38,4. Puls. 80. 9-го апрѣля. Вечерн. t° 37,9. Puls. 90. 14-го апрѣля. Удалено 7 швовъ. 25-го апрѣля. Всѣ швы, за исключеніемъ двухъ, удалены со сводовъ. 4-го мая удалено со связокъ 8 швовъ. 11-го мая. Больная выписалась изъ клиники съ 3 оставшимися лигатурами, которыя удалены 23-го мая того же года. По полученнымъ свѣдѣніямъ больная эта въ настоящее время совершенно здорова. Извлеченная матка оказалась *in toto* увеличенной, при чемъ вся задняя губа была занята раковымъ новообразованіемъ, инфильтратъ котораго поднимался немного выше внутренняго зѣва.

Изъ описанныхъ случаевъ видно, что проф. *Ястребовъ* производитъ удаленіе матки черезъ влагалище, не слѣдуя какому нибудь одному способу, а начинаетъ операцію по способу *Martin'a* и затѣмъ удаляетъ органъ, постепенно высвобождая его безъ перепрокидыванія въ отверстіе передняго или задняго свода. Обстановка операціи въ смыслѣ асептики такая же, какая принята въ клиникѣ для чревосѣченій.

VII.

*Изъ гинекологическаго отдѣленія проф. Д. О. Отта въ
клиническомъ институтѣ В. К. Елены Павловны.*

КЪ ПАТОЛОГІИ ВЛАГАЛИЩНЫХЪ КИСТЪ.

Женщины—врача К. П. Улезко-Строгоновой.

Еще не такъ давно кисты влагалища считались рѣдкой патологической находкой въ гинекологіи. Такъ напр., проф. *Горвица* въ своемъ руководствѣ за 78 г. говоритъ, что онѣ встрѣчаются крайне рѣдко, а д-ръ *Чудовскій*, описывая случай влагалищной кисты изъ клиники *Горвица* („Мед. Вѣстн.“ 78 г.), находитъ всего три подобныхъ случая въ русской литературѣ (*Горвица*, *Ястребова* и *Тарновскаго*). Съ тѣхъ поръ она мало обогатилась сообщеніями по этому вопросу, если судить по тѣмъ медицинскимъ источникамъ, которые были просмотрѣны мною: „Врачъ“, „Медицинское обозрѣніе“ и „Русская Медицина“ за все время ихъ существованія. Къ тому же случаи, описанные русскими авторами, или вовсе не были изслѣдованы въ гистологическомъ отношеніи, или, если послѣднее и сдѣлано, то объясненіе представленныхъ микроскопическихъ картинъ не всегда кажется основательнымъ и соотвѣтствующимъ выводамъ. А между тѣмъ гистологическое строеніе составляетъ главный критерій для объясненія этиологіи этого новообразованія, которая до сихъ поръ еще не представляется вполне установленной, можетъ быть, именно благодаря недостаточности микроскопическихъ описаній.

Поэтому я считаю не безынтереснымъ сообщить многоуважаемому Обществу 3 случая влагалищныхъ кистъ, которыя мнѣ пришлось видѣть въ Клиническомъ Институтѣ Вел. Кн. Елены Павловны въ отдѣленіи проф. *Отта*. Двѣ изъ нихъ были діагностированы при поступленіи больныхъ въ Клиническій

Институтъ, гдѣ и были наблюдаемы клинически, а 3-я была найдена случайно, благодаря своей крайне небольшой величинѣ во время пластической операціи *colporrhaphia*. Всѣ три случая были изслѣдованы мною довольно тщательно въ гистологическомъ отношеніи. Демонстрируя микроскопическія картины данныхъ кистъ, я попытаюсь установить этиологію каждого случая, основываясь главнымъ образомъ на его тончайшемъ строеніи.

Случай 1-й. Больная С., какъ видно изъ клиническаго листа, 52-хъ лѣтъ, рожавшая одинъ разъ на 22 году. Послѣ родовъ болѣла, поднимъ тяжелую кадку. 40 лѣтъ страдала болями въ животѣ и кровянистыми бѣлками. Лѣтъ 7 тому назадъ изъ половой щели стало выходить какое-то тѣло и ей сдѣлана была операція (*colporrhaphia anterior*) въ одномъ изъ здѣшнихъ специальныхъ учрежденій. Но пластическая операція не устранила этого выпячиванія, которое стало беспокоить ее, особенно послѣдніе 6 мѣсяцевъ.

При осмотрѣ влагалища на передней стѣнкѣ, его приблизительно въ разстояніи 2-хъ сант. отъ *orificium urethrae*, видна опухоль, выдающаяся изъ половой щели особенно при натуживаніи больной, и которая на 1-й взглядъ симулировала выпячиваніе передней стѣнки влагалища, осложненное *cystocele*. При болѣе тщательномъ изслѣдованіи опредѣляется новообразование овальной формы, съ рѣзко очерченными границами, величиною съ голубиное яйцо, длиннымъ діаметромъ лежащее вдоль влагалища; это новообразование на ощупь эластическое, съ ясною флюктуаціей. Диагностирована киста передней стѣнки влагалища. Остальныя части полового аппарата нормальны. Послѣ продольнаго послойнаго разрѣза слизистой оболочки обнажилась стѣнка кисты, которую можно было отдѣлить тупымъ способомъ на большей части ея поверхности. Такимъ образомъ киста была экстирпирована цѣликомъ. При вскрытіи стѣнка кисты оказалась толщиною мѣстами въ 1 mm., мѣстами въ 2 mm. Внутренняя поверхность стѣнки кисты вся усыяна мелкими складками (морщиниста). Содержимое представляетъ эмульсивную жидкость, микроскопическое изслѣдованіе которой показало, что она состоитъ главнымъ образомъ изъ крупныхъ въ различной степени измѣненныхъ клѣтокъ плоскаго эпителія и кристалловъ холестерина. Стѣнка кисты уплотнялась въ спирту; разрѣзы окрашивались частью пикро-, частью литіо-карминомъ. Гистоло-

гическое строение стѣнки оказалось вполне аналогичнымъ стѣнкѣ влагалища. Начиная съ периферіи различается мышечный слой, представляющій продольно и поперечно перерѣзанные пучки, далѣе слой соединительной ткани, весьма богатой упругими волокнами и кровеносными сосудами. Соединительная ткань образуетъ сосочки, покрытые прекрасно выраженнымъ плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ. Особенно широкъ самый поверхностный слой повидимому отживающихъ эпителиальныхъ клѣтокъ. Просмотрѣвъ рядъ препаратовъ, можно отчетливо видѣть, какъ эти клѣтки постепенно измѣняются, сморщиваются и слущиваются, образуя ту эмульсивную жидкость, которая составляетъ содержимое кисты.

Случай 2-й. Больная П., 23-хъ лѣтъ, рожавшая два раза. Вторые роды были очень быстры. Какъ видно изъ анамнеза, со времени послѣднихъ родовъ, больная замѣтила опухоль, выходящую изъ половой щели; при кашлѣ и натуживаніи опухоль увеличивается. При изслѣдованіи на передней стѣнкѣ влагалища опредѣляется кистовидная опухоль величиною съ куриное яйцо, расположенная по длиннику влагалища. Остальныя части полового аппарата представляются нормальными. По разсѣченіи слизистой оболочки влагалища киста была отдѣлена тупымъ способомъ на нѣкоторомъ пространствѣ; затѣмъ капсула ея лопнула. Вылившееся при этомъ содержимое представляло серозную жидкость, заключавшую подъ микроскопомъ значительное количество безцвѣтныхъ шариковъ. Внутренняя стѣнка кисты на большей части своего протяженія представляетъ совершенно гладкую поверхность, которая въ 2—3 мѣстахъ на небольшомъ пространствѣ дѣлается мелко-складчатой, какъ бы сморщенной. Толщина стѣнки 1—2 мм. Капсула уплотнялась въ спирту. Подъ микроскопомъ наружная периферія (капсулы) ея состоитъ изъ мышечныхъ слоевъ, расположенныхъ продольно и поперечно; затѣмъ слѣдуетъ слой соединительной ткани, богатой упругими волокнами и сосудами, хотя послѣднихъ меньше, чѣмъ въ 1-мъ случаѣ. Соединительная ткань образуетъ ясно выраженные сосочки, но сосочки совершенно обнаженные, безъ какого либо эпителиальнаго покрова. Желая убѣдиться въ томъ, дѣйствительно ли здѣсь не было эпителія, или онъ былъ, но исчезъ случайно, не попадая въ срѣзы или отдѣляясь отъ сосочковъ при неоднократномъ перенесеніи срѣзовъ изъ одной жидкости въ другую, я вырѣзывала кусочки въ различныхъ

мѣстахъ капсулы и заключала ихъ въ целлюлоидинъ, съ цѣлью по возможности сохранить элементы покрова, если таковой былъ. На разрѣзахъ послѣ такой обработки, какъ это видно на представленныхъ препаратахъ, оказался покровъ изъ цилиндрическаго эпителія, который впрочемъ изрѣдка только сохранился на поверхностяхъ сосочковъ; большею же частью онъ хорошо выступаетъ въ бухтообразныхъ углубленіяхъ между сосочками. Эти бухтообразныя углубленія даютъ мѣстами отъ одного до 2-хъ и болѣе мѣшеччатыхъ впячиваній, также высланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ, напоминая собою картину трубчатыхъ железъ. Такая картина получалась въ сморщенныхъ частяхъ капсулы; чѣмъ дальше отъ нихъ взята стѣнка кисты, тѣмъ менѣе глубоки вышеупомянутыя бухты, тѣмъ менѣе сохраненъ эпителий, тѣмъ шире поверхности сосочковъ; мѣстами углубленія, отдѣляющія одинъ сосочекъ отъ другого вовсе пропадаютъ и тогда соединительно-тканный слой представляется ровнымъ безъ образованія сосочковъ. Эпителий, который встрѣчался на стѣнкѣ описываемой кисты, не вездѣ одинаковъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ онъ выше, въ другихъ ниже — напоминаетъ кубовидный; мѣстами въ немъ сохранились довольно ясныя намеки на рѣснички. Такимъ образомъ можно принять, что первоначальный покровъ рассматриваемой кисты — однослойный цилиндрическій эпителий, который во многихъ мѣстахъ стѣнки отслоился, вѣроятно, вслѣдствіе неизбежныхъ манипуляцій при обработкѣ препаратовъ.

Случай 3-й. Больная Р., 45 лѣтъ, рожавшая 10 разъ. Поступила въ Гинекологическое Отдѣленіе съ *prolapsus vaginae*. Сдѣланы были *colporrhaphia anterior* и *colpoperineorrhaphia*. При отсепаровываніи задней стѣнки влагалища подъ слизистымъ слоемъ между *vagina* и *rectum* оказалась небольшая киста, величиною съ кедровый орѣхъ, которая тутъ же была экстирпирована цѣликомъ. Уплотнялась въ спирту. Разрѣзы дѣлались черезъ всю кисту съ ея содержимымъ, благодаря ея небольшому размѣру. Микроскопически содержимое представляется плотной стекловидной массой, легко рѣзавшейся бритвой и сильно разбухавшей въ водѣ. Въ этой гомогенной массѣ подъ микроскопомъ замѣтна легкая зернистость, значительное количество безцвѣтныхъ шариковъ и цѣлыя пласты, по видимому, отслоившагося эпителія, покрывающаго стѣнку кисты. Разрѣзы окрашивались литіокарминомъ. Периферія

капсулы мѣстами состоитъ изъ продольно и поперечно-перерѣзанныхъ мышечныхъ пучковъ. Затѣмъ слѣдуетъ слой соединительной ткани, богатой упругими волокнами и идущей въ стѣнкѣ кисты циркулярно, безъ образованія сосочковъ. На такой соединительно-тканной основѣ находится покровъ изъ однослойнаго кубовиднаго эпителія. На этомъ оканчиваю описаніе своихъ случаевъ и перехожу къ оцѣнкѣ ихъ.

Прежде чѣмъ опредѣлить этиологию каждаго изъ описанныхъ нами случаевъ влагалищныхъ кистъ, припомнимъ существующія въ иностранной литературѣ (представляющей значительный и интересный матеріалъ по этому вопросу) гипотезы относительно ихъ происхожденія.

1) Кисты, имѣющія на своей внутренней поверхности эндотелиальную обкладку, рассматриваются, какъ расширенныя лимфатическія пространства или расширенныя лимфатическіе сосуды (*Klebs*). Другіе авторы, какъ напр. *Eustasche*, отрицающій присутствіе железы во влагалищѣ, рассматриваетъ всѣ влагалищныя кисты, какъ гигромы аномальныхъ сумокъ. Но мнѣніе это, справедливое для одной категоріи кистъ, выставленныхъ эндотелиемъ, не выдерживаетъ критики по отношенію другихъ влагалищныхъ кистъ съ покровомъ изъ истиннаго эпителія.

Второе предположеніе, что источникомъ для развитія кистъ могутъ служить железы, изрѣдка встрѣчаемыя въ слонстой оболочкѣ влагалища. Разнорѣчіе относительно существованія послѣднихъ обуславливается очевидно рѣдкостью ихъ нахожденія. *Preuschen*'у (*Virchow's Archiv Bd. 70*) удалось доказать ихъ присутствіе; онъ описываетъ ихъ, какъ трубчатые образованія, выставленныя на внутренней поверхности цилиндрическимъ эпителиемъ, который въ протокахъ этихъ железъ переходитъ въ плоскій. Въ глубинѣ железъ эпителий цилиндрический мерцательный. Признавая существованіе железъ въ слизистой оболочкѣ влагалища за установленный фактъ, можно рассматривать нѣкоторыя влагалищныя кисты, какъ ретенціонныя образованія, происшедшія изъ железъ черезъ закупорку ихъ выводного протока.

3) Для кистъ, стѣнка которыхъ представляетъ болѣе сложное строеніе, чѣмъ простыя влагалищныя железы, существуетъ весьма интересная гипотеза о происхожденіи ихъ изъ остатковъ *Wolf*'ова и *Müller*'овыхъ каналовъ. Мысль *Virchow*'а о происхожденіи такихъ кистъ изъ остатковъ *Wolf*'ова тѣла,

впервые подробнѣе развита *Veit*омъ (*Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynäcologie* Bd. VIII). Новѣйшія наблюденія показали, что остатки *Wolf*овыхъ каналовъ, называемыхъ у взрослыхъ *Gärtner*овыми, могутъ повидимому сохраняться и у женщинъ. У зародышей женскаго пола *Wolf*овы каналы лежатъ въ широкихъ маточныхъ связкахъ и на боковыхъ поверхностяхъ матки (*Перемежко*). ¹⁾ Впослѣдствіе они исчезаютъ, а у взрослыхъ остается только нижняя часть ихъ въ видѣ очень тонкихъ каналцевъ, лежащихъ въ существѣ маточной шейки. *Veit* объясняетъ происхожденіе нѣкоторыхъ кистъ растяженіемъ такихъ каналовъ. Но такой источникъ происхожденія принимается лишь для немногихъ кистъ, именно для тѣхъ, которыя соотвѣтствуютъ по своему положенію (направленію) ходу *Gärtner*овыхъ каналовъ. Большая же часть глубокихъ влагалищныхъ кистъ развиваются повидимому изъ остатковъ *Müller*овыхъ каналовъ, изъ которыхъ образуются матка и влагалище. Какъ извѣстно — это парныя образованія, которыя, сливаясь въ своихъ верхнихъ отдѣлахъ, даютъ матку; нижніе же отрѣзки ихъ, сливаясь образуютъ влагалище. При развитіи послѣдняго одинъ изъ *Müller*овыхъ каналовъ или часть его можетъ остаться въ рудиментарномъ состояніи и дать поводъ къ образованію кистъ; въ такомъ случаѣ эпителиальный покровъ, находимый на стѣнкѣ кисты, можетъ представлять всѣ переходныя стадіи отъ простого цилиндрическаго къ плоскому многослойному, смотря по тому, на какой стадіи остановилось развитіе *Müller*ова канала.

4) Наконецъ, существуетъ еще одно предположеніе, что кисты могутъ происходить черезъ простыя впячиванія слизистой оболочки влагалища. Наиболѣе благоприятныя условія для развитія такихъ кистъ находятся въ области болѣе глубокихъ складокъ слизистой оболочки влагалища, по сторонамъ *columnae rugarum posterioris*.

Попытаемся теперь опредѣлить происхожденіе каждой изъ описанныхъ нами кистъ. Припомнимъ, что стѣнка 1-й кисты по своему строенію вполне аналогична стѣнкѣ влагалища. Такая киста можетъ развиваться только изъ *Müller*ова канала или изъ простого впячиванія слизистой оболочки влагалища. О железахъ, какъ источникѣ происхожденія данной кисты,

¹⁾ Основанія къ изученію микроскоп. анатоміи человѣка и животнаго. *Лавдовскаго и Овсянникова*.

не можетъ быть и рѣчи, ибо если выводные протоки ихъ и выстланы плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ (*Preuschen*), зато вполне развитые сосочки и мышечный слой, слѣдующій за сосочками, исключаютъ возможность такого происхожденія; притомъ же, трудно вообще допустить двухстороннюю закупорку выводнаго протока, такъ какъ только при этомъ условіи могла бы получиться киста изъ железы съ однимъ плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ. Впячиваніе также едва ли можетъ имѣть здѣсь мѣсто, ибо кисты, развивающіяся черезъ впячиваніе слизистой оболочки влагалища, встрѣчаются большею частью въ области *columnae rugarum posterioris*, гдѣ имѣются физиологически болѣе глубокія складки слизистой оболочки. Кромѣ того, трудно предположить, чтобы произошло такое глубокое и совершенное обособленіе при простомъ впячиваніи. Такимъ образомъ наиболѣе вѣроятный источникъ происхожденія данной кисты долженъ быть одинъ изъ *Müller'*овыхъ каналовъ или часть его; такая киста можетъ быть разсматриваема, какъ рудиментъ влагалища.

Вторая киста, судя по ея гистологическому строенію, могла произойти или изъ железы черезъ закупорку выводнаго протока послѣдней, или какъ порокъ развитія изъ остатковъ *Müller'*ова канала. За *Müller'*овъ каналъ имѣется цилиндрическій эпителий и сосочковой слой. Но здѣсь больше данныхъ въ пользу происхожденія кисты изъ железы. Цилиндрическій эпителий, покрывающій стѣнку кисты, мѣстами кажется мерцательнымъ, какъ и въ железахъ (*Preuschen*) Бухтообразныя углубленія, дающія иногда 2 и болѣе мѣшечтатыхъ впячиваній въ видѣ отростковъ, чрезвычайно говорятъ въ пользу происхожденія нашей кисты изъ железы: эти (втягиванія) углубленія можно разсматривать, какъ сохранившіяся части настоящей железы, еще не подвергшіяся измѣненіямъ подъ вліяніемъ общаго внутриполостнаго давленія. Принимая во вниманіе такія впячиванія, не трудно понять и объяснить присутствіе сосочковаго слоя въ стѣнкѣ, не свойственнаго железамъ и на 1-й взглядъ противорѣчащаго нашему предположенію о развитіи этой кисты изъ желѣзы. По мѣрѣ увеличенія давленія внутри железы подъ вліяніемъ накапливающаго секрета при закупоркѣ ея, должно произойти выравниваніе существующихъ въ желѣзѣ побочныхъ выпячиваній. При этомъ надо признать, что стѣнка кисты растягивается неравномѣрно подъ имѣющимся въ ней давленіемъ, въ зависимости, вѣроятно, отъ различной резистентности окружающихъ ее тканей. Гдѣ

сопротивленія меньше, тамъ стѣнка больше растягивается вслѣдствіе чего боковыя впячиванія железы становятся менѣ глубокими и границы между ними превращаются въ болѣе или менѣ высокіе сосочки, что зависитъ отъ глубины остающихся между ними впячиваній. Мѣстами вліяніе давленія такъ значительно, что ведетъ къ полному сглаживанію стѣнки и исчезновенію сосочковъ. Такое объясненіе макро и микроскопическихъ картинъ кажется наиболѣе вѣроятнымъ. Отсутствіе выводного протока еще не исключаетъ железы, ибо помимо того, что онъ могъ не попасть въ срѣзы,—онъ можетъ также совершенно облитерироваться и исчезнуть безслѣдно. Такимъ образомъ мы имѣемъ больше данныхъ въ пользу происхожденія этой кисты изъ железы, чѣмъ изъ Müller'ова канала.

Послѣдняя киста по своему положенію соотвѣтствуетъ гигромѣ, которая описывается нѣкоторыми авторами (*Breisky*) въ клѣтчаткѣ между *vagina* и *rectum*. Но покровъ ея изъ однослойнаго короткоцилиндрическаго эпителія говоритъ противъ подобнаго предположенія. По своему гистологическому строенію она вполне аналогична железнѣ и съ большей вѣроятностью представляетъ собою ретенціонное образованіе, происшедшее благодаря закупоркѣ выводнаго протока железы, хотя въ нижней $\frac{1}{3}$ влагалища железы встрѣчались еще рѣже, чѣмъ въ верхнихъ $\frac{2}{3}$.

Въ заключеніе не могу не выразить желаніе, чтобы послѣдующія сообщенія о влагалищныхъ кистахъ не ограничивались бы только діагнозомъ и клиническимъ теченіемъ ихъ, но сопровождались бы по возможности и объективнымъ описаніемъ ихъ тончайшаго строенія. Только на основаніи такихъ данныхъ возможно рѣшить вопросъ о происхожденіи ихъ изъ того или другого источника, что, какъ я уже упоминала выше, до сихъ поръ еще является не достаточно установленнымъ. При этомъ желательно было бы также по возможности и описаніе методовъ приготовления микроскопическихъ препаратовъ, ибо, какъ видно изъ описаній 2-го случая кисты—только повторные и видоизмѣняемые способы обработки препаратовъ даютъ возможность уяснить истинное строеніе образованія.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИ- НЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ СЕДЬМОЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 2.

Засѣданіе 13-го февраля 1892 г.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 42 члена: Андреевъ Н. Ю., Бацевичъ, Бидеръ, Воробъ-евъ, Гермоніусъ, Горайскій, Даниловичъ, Добрадинъ, Добровольскій, Драп-цынъ, Добровольскій В. Н., Замшинъ, Зачекъ, Лаппинъ, Краснополскій, Лич-кусъ, Масловскій В. Ф., Массенъ, Мазуркевичъ, Нейштубе, Оттъ, Поповъ, Пор-шняковъ, Радецкій Р. К., Родзевичъ, Рачинскій, Савченко, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Тарновскій, Урвичъ, Фишеръ А. Р., Цѣхановецкій, Цырскій, Швердловъ, Шмидтъ, Штоль, Штольцъ, Шуттенбахъ, Эbermanъ, Янпольскій и 17 гостей.

1) Читаны и утверждены протоколы №№ 17-й и 1-й.

2) *Предсѣдатель* произнесъ рѣчь о «*laparotomia conserva-
tiva*». Исходя изъ того соображенія, что конечною за-
дачею нашего лѣченія должно быть стремленіе не только
избавить больную тѣмъ или инымъ путемъ отъ заболѣ-
ванія, но и возстановить въ возможно полной мѣрѣ отпра-
вленіе заболѣвшаго органа, *Славянскій* остановился на

увлеченіи кастраціей и сальпингоэктоміей, далеко не пропешемъ еще, къ сожалѣнію, и въ настоящее время. Онъ привелъ цѣлый рядъ и литературныхъ и своихъ собственныхъ наблюденій, изъ которыхъ явствуетъ, что во многихъ случаяхъ, въ которыхъ и въ настоящее время прибѣгаютъ еще къ удаленію придатковъ матки, можно съ успѣхомъ ограничиться консервативными приѣмами. Указавши въ заключеніе и на неблагоприятные исходы, въ смыслѣ полного выздоровленія, въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ данные приѣмы были примѣнены и объяснивши причину этихъ неблагоприятныхъ исходовъ, предсѣдатель въ концѣ концовъ оговариваетъ, что онъ далекъ отъ мысли высказываться вообще противъ кастрацій и сальпингоэктоміи, но что онъ требуетъ для этихъ операций точныхъ и строгихъ показаній; съ другой же стороны желательно расширить область примѣненія и разработать техническіе приѣмы сохраняющаго чревосѣченія. — Рѣчь эта полностью напечатана въ «Журналѣ Акушерства и женскихъ болѣзней» (№ 3-й, стр. 189).

3) *Д. О. Оттг* показалъ два препарата: 1) трубно-пароваріальную кисту и 2) суправагинально срѣзанную матку съ кистовидно-перерожденною фиброміомою. Больная раньше безуспѣшно лѣчилась гальванизаціей.

4) *Г. Х. Ауэ* сообщилъ случай *herniae ovaricae inguinalis congenitae bilateralis*. Въ Клиническій Институтъ Великой Кн. Елены Павловны обратилась 19 лѣтняя, никогда не менструировавшая дѣвушка, съ жалобами на боль и опухоли въ паховыхъ областяхъ. Изслѣдованіе показало невправимую обоюдостороннюю врожденную грыжу яичниковъ, вслѣдствіе чего проф. *Тиллингъ* и произвелъ большой грыжесѣченіе. Оказавшіеся въ паховыхъ каналахъ роговарія удалены, а яичники съ *ligamentis ovarii propriis* вправлены. Больная поправилась. Докладъ этотъ полностью напечатанъ въ «Журналѣ Акушерства и женскихъ болѣзней» № 3, стр. 257).

Д. О. Оттг замѣтилъ, что въ данномъ случаѣ поступлено сообразно съ тѣми воззрѣніями, которыя только что приводилъ *К. Ф. Славянский*, яичники сохранены, а не вырѣзаны, что, разумѣется, можетъ вызвать только полное сочувствіе.

5) *К. П. Улезко-Строгонова* прочла докладъ: «Къ патологій влагалищныхъ кистъ». (См. тр. 385).

Разобравъ всѣ теоріи, предложенныя для объясненія кистъ влагалища и подробно описавъ строеніе 3-хъ подобныхъ опухолей, удаленныхъ *Д. О. Оттомъ*, докладчица пришла къ заключенію, что въ 1-мъ случаѣ киста развилась изъ *Müller*'овскаго канала или части его, во 2-мъ же и 3-мъ изъ влагалищныхъ железъ. Микроскопическіе препараты предъявлены Обществу.

В. И. Штольцъ замѣтилъ, что докладчица, говоря о русской литературѣ упустила изъ виду работу *А. И. Лебедева*.

Д. О. Оттъ сказалъ: Считаю необходимымъ сдѣлать литературную поправку къ выслушанному докладу. Не всѣ гипотезы о происхожденіи влагалищныхъ кистъ принадлежать иностраннымъ авторамъ; между русскими авторами проф. *Н. В. Ястребовъ*, хотя, правда основывался только на одномъ случаѣ, считаетъ возможнымъ происхожденіе кистъ изъ мочеточниковъ при хорошемъ развитіи ихъ у зародыша. Кромѣ этой замѣтки я считаю необходимымъ отмѣтить достойную подражанія особенность доклада, которая заключается въ томъ, что докладчикъ, представивъ крайне подробно разработанный матерьялъ по всѣмъ правиламъ современной микроскопической техники, тѣмъ не менѣе воздерживается напр. во 2-мъ и 3-мъ случаѣ отъ окончательныхъ выводовъ, представляя по этому поводу лишь соображенія, основанныя исключительно на фактическихъ данныхъ. Произвольные выводы, которыми отличаются нѣкоторыя работы по разбираемому вопросу только затемняютъ дѣло. Изъ русской литературы указанная *И. В. Штольцемъ* работа проф. *А. И. Лебедева* не можетъ считаться составляющей въ этомъ отношеніи исключенія. Въ такихъ тѣмныхъ и мало еще разработанныхъ вопросахъ, какъ вопросъ о способѣ происхожденія влагалищныхъ кистъ прежде всего требуются точныя наблюденія и научно обработанный матерьялъ. Стремленія во что бы то ни стало свой случай подогнать подъ одну изъ категорій безъ строго-объективной оцѣнки наличныхъ данныхъ только вредятъ развитію вопроса.

Второй доложенный случай краснорѣчиво доказываетъ, какое важное значеніе имѣетъ также самый способъ обработки препаратовъ. Пришлось сдѣлать совершенно иную оцѣнку препарату, по примѣненіи цѣлесообразной модификаціи въ способѣ приготовленія препарата.

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

ПРОТОКОЛЬ № II.

Административное засѣданіе 13-го февраля 1892 г.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 24 члена.

1) Читаны и утверждены протоколы №№ XX и I.

2) Постановлено выразить признательность Общества выбывшимъ предсѣдателю и секретарю; первому черезъ депутацію, въ которую избраны *К. Ф. Славянскій, А. Л. Эберманъ* и *В. И. Штольцъ*, а 2-му—письменно.

3) Читанъ «Циркуляръ Министерства Внутреннихъ Дѣлъ по Медицинскому Департаменту отъ 8 Ноября 1891 года № 7493 Врачебнымъ Управленіямъ», экземпляры коего присланы на имя предсѣдателя общества при отношеніи отъ С.Петербургскаго столичнаго врачебнаго управленія за № 16. Оттиски «циркуляра» розданы присутствовавшимъ членамъ Общества.

4) Доведено до свѣдѣнія Общества, что Главное Управленіе по дѣламъ печати, въ отношеніи за № 917, увѣдомляетъ Правленіе объ утвержденіи *Личкуса* редакторомъ «Журнала Акушерства и женскихъ болѣзней».

За недостаточнымъ числомъ членовъ, докладъ ревизионной коммисіи, докладъ и утвержденіе сметы на 1892 г. и баллотировка въ члены отложены до слѣдующаго засѣданія.

Предсѣдатель К. Славянскій.

Секретарь Л. Личкусъ.

АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ КИЕВѢ.

(Сообщ. И. А. Воффъ).

Засѣданіе 28 февраля 1892 года.

Проф. В. Е. Черновъ прочелъ и роздалъ присутствующимъ печатные экземпляры «доклада комиссіи, избранной Акушерско-Гинекологическимъ Обществомъ въ Кіевѣ для разработки вопроса о мѣрахъ призрѣнія безпріютныхъ дѣтей и подкидышей въ Юго-Западномъ краѣ». Вопросъ этотъ переданъ на обсужденіе общества начальникомъ края графомъ А. П. Игнатъевымъ. Разсмотрѣвши всесторонне этотъ вопросъ, комиссія высказалась за необходимость учрежденія «пріютовъ для грудныхъ дѣтей» по крайней мѣрѣ въ губернскихъ городахъ, а по мѣрѣ надобности и въ болѣе населенныхъ мѣстностяхъ края, и выработала правила для этихъ пріютовъ, при составленіи которыхъ руководствовалась нынѣ дѣйствующими правилами приѣма дѣтей въ Императорскіе Воспитательные дома и возврата изъ нихъ. Средства на содержаніе пріютовъ даютъ города, земства и частная благотворительность; на этотъ-же предметъ поступаетъ часть денегъ, получаемыхъ отъ продажи картъ, сборъ съ общественныхъ увеселительныхъ зрѣлищъ, сборъ при посредствѣ церковныхъ кружечъ. Комиссія полагаетъ раздѣлить деревни, занимающіяся питомническимъ промысломъ, на участки и подчинить ихъ надзору фельдшерницъ, высшій-же надзоръ возложить на врача-директора соответствующаго Воспитательнаго дома.

Нѣкоторые параграфы правилъ, выработанныхъ комиссіей, вызвали оживленные пренія, въ которыхъ приняли участіе почетный членъ общества гр. С. С. Игнатъева, проф. Черновъ и Рейнз, д-ра Боряковский, Гуринъ, Сахновскій, Красковский. По предложенію проф. Рейна общество рѣшило въ виду важности вопроса отложить пренія до будущаго засѣданія, чтобъ дать возможность желающимъ болѣе детально ознакомиться съ печатнымъ докладомъ комиссіи.

Н. К. Ващенко продемонстрировалъ препараты и фотографическіе снимки случая «Elephantiasis praeputii et labiarum parvae et magnae». Больная 19 лѣтъ, puella intacta; 6 лѣтъ т. н. замѣтила появленіе небольшой опухоли въ верхнемъ углу половой щели; раньше всегда была здорова, указаній на сифилисъ нѣтъ. Въ настоящее время опухоль достигла величины головки годовалаго ребенка и 14 ноября благополучно удалена оперативнымъ путемъ.

Проф. Г. Е. Рейнз показалъ больную, демонстрированную въ прошломъ засѣданіи общества; въ настоящее время выворотъ матки, существовавший впродолженіи 10 мѣсяцевъ, уже излѣченъ при посредствѣ кольпейринтера. Подробнѣе объ этомъ случаѣ будетъ еще сообщено.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ БЕРЛИНѢ.

(Перев. В. Н. Массенъ).

Засѣданіе 27-го ноября 1891 г.¹⁾

(Предѣдатель *Gusserow*, секретарь *A. Martin*).

I. Демонстрація.

А) *Winter* демонстрировалъ послѣродовую матку съ полнымъ разрывомъ въ нижнемъ ея сегментѣ. Разрывъ прошелъ очень косо черезъ переднюю стѣнку матки и простирался отъ кольца сокращенія почти до наружнаго маточнаго зѣва. Брюшина была отдѣлена выше разрыва до линіи тѣснаго прикрѣпленія такимъ образомъ, что образовалось сообщеніе съ брюшной полостью длиною въ 10 сант. При вскрытіи: матка оказалась лежащей въ сильномъ изгибѣ впередъ; петли кишекъ и передняя брюшная стѣнка ограничивали сообщеніе мѣста разрыва отъ полости живота; всѣ кишки были очень красны и покрыты легкимъ налетомъ; въ полости живота находилось около одного—полтора литра и жидкой и свернувшейся крови.

Большая З., 29 л. III пара; одинъ разъ родила нормально и одинъ разъ при помощи щипцовъ. Третьи роды наступили въ срокъ и начались въ полдень 31-го октября; въ 10 ч. веч. вскрылся пузырь и вскорѣ послѣ этого появилось такое усиленіе болей, что акушерка изъ боязни разрыва матки послала за врачомъ. Этотъ же послѣдній обратился за помощью въ гинекологическую клинику. Но въ половинѣ шестого утра, прежде чѣмъ явилась оттуда помощь, произошелъ разрывъ; головка медленно отошла назадъ; изъ наружныхъ половыхъ частей показалось незначительное кровотеченіе. Причиной разрыва матки былъ плоскій тазъ при діагональной конъюгатѣ $9\frac{1}{2}$ — $9\frac{3}{4}$. Роженица была перевезена въ клинику, и здѣсь докладчикъ нашелъ, что младенецъ совершенно выпалъ въ брюшную полость и находится въ 1-мъ черепномъ положеніи непосредственно подъ брюшными покровами. Роженица была умѣренно анемична, пульсъ 124, температура нормальна; нѣсколько часовъ уже существуютъ явленія перитонита. Крови больше не показывалось и такъ какъ анемія въ послѣднее время болѣе не увеличивалась, то докладчикъ допустилъ, что внутреннее кровотеченіе остановилось, или по крайней мѣрѣ очень незначительно. Поэтому онъ думалъ, что слѣдовало воздержаться отъ всякихъ приемовъ, которые могли бы быть предприняты для остановки кровотеченія, и рѣшилъ окончить роды. Извлеченіе плода черезъ разрывъ казалось ему

¹⁾ Centralblatt f. Gynäk. 1892. № 1.

очень труднымъ, такъ какъ плодъ находился въ брюшной полости далеко отъ матки. Въѣстъ съ тѣмъ пріемъ этотъ могъ бы вновь возбудить кровотеченіе. Такъ какъ головка прощупывалась непосредственно подъ брюшными покровами, то докладчикъ счелъ за самое простѣйшее, разсѣчь маленькимъ разрѣзомъ покровы, и извлечь черезъ отверстіе плодъ и дѣтское мѣсто. Пріемъ дѣйствительно оказался чрезвычайно простымъ, и операція окончена черезъ 10 минутъ. Больная послѣ операціи не обнаруживала никакихъ признаковъ коллапса; перитонитическія явленія пошли было назадъ, но вскорѣ возобновились, и больная умерла черезъ 28 часовъ.

Не смотря на то, что этотъ случай кончился смертельно, *W.* предпочитаетъ этотъ простѣйшій способъ родоразрѣшенія извлеченію черезъ разрывъ. Наложеніе шва матки при помощи чревостѣченія (по крайней мѣрѣ когда не существуетъ сильнаго кровотеченія) даетъ весьма дурное предсказаніе для исхода этой тяжелой операціи.

Сколько извѣстно изъ литературы, собранной по этому вопросу д-ромъ *Knoblauch* омъ, наблюденія авторовъ подтверждаютъ высказанное.

Изъ 37 случаевъ разрыва матки съ полнымъ выпаденіемъ плода въ брюшную полость умерло до разрѣшенія	5 чел.
Плодъ извлеченъ черезъ разрывъ въ 8 случ. изъ нихъ умерло	5 »
Произведено чревостѣченіе послѣ извлеченія черезъ разрывъ	1 > > > > 1 »
Безъ шва матки	12 > > > > 4 »
Со швомъ матки	7 > > > > 5 »
По Porro	4 > > > > 4 »

Итого 37 разрывовъ съ 24 смертными случаями.

Разрѣшеніе посредствомъ маленькаго разрѣза брюшныхъ стѣнокъ при исключеніи всякаго другаго лѣченія даетъ весьма неожиданно хорошій прогнозъ этой операціи, такъ при этомъ получается 60% выздоровленія.

В) *Schäffer* показалъ міому матки, которая въ тотъ день утромъ была оперирована *Veit* омъ посредствомъ влагалищнаго вылушенія. Больная въ теченіи трехъ мѣсяцевъ была электризована (анодомъ) докладчикомъ въ общей сложности 28 разъ. Сильное кровотеченіе рѣзко ухудшилось благодаря этому лѣченію. Единственно на основаніи одного этого симптома, подобно съ тѣми взглядами, которые докладчикъ развилъ въ послѣднемъ засѣданіи Общества, было поставлено распознаваніе подслизистой міомы и предпринято влагалищное вылушеніе. Послѣ расширенія маточнаго зѣва ламинарією опредѣлили внутриматочную опухоль величиною съ кулакъ взрослого человѣка, сидящую на широкомъ основаніи. Вылушеніе этой опухоли изъ своей капсулы не представило трудности. Напротивъ того, проведеніе опухоли черезъ каналъ шейки оказалось весьма затруднительнымъ и удалось лишь тогда, когда шейка была широко разсѣчена на обѣ стороны. Случай этотъ оказывается интереснымъ во многихъ отношеніяхъ. Докладчикъ въ послѣднемъ засѣданіи сообщилъ о пяти случаяхъ подслизистой міомы, при которыхъ кровотеченіе благодаря примѣненію постоянного тока

значительно увеличилось. Такимъ образомъ данный случай представляется уже шестымъ. Во вторыхъ, все это доказываетъ, что если благодаря примѣненію положительнаго полюса получается усиленіе кровотока, то обстоятельство это является вѣрнымъ признакомъ присутствія подслизистой міомы матки. Вмѣстѣ съ тѣмъ является показаніе замѣнить электричество влагаличнымъ вылученіемъ. Въ третьихъ, изъ этого случая проистекаетъ то, на что докладчикъ указывалъ уже ранѣе, а именно, что мнѣніе *La Torre'a* ошибочно: по мнѣнію *La Torre'a*, благодаря постоянному току, подслизистыя міомы становятся болѣе стебельчатыми (полипозными), отъ чего и вылученіе ихъ облегчается. Въ данномъ случаѣ, несмотря на примѣненіе 28 сеансовъ электричества, опухоль была плоска. Самое же главное затрудненіе при операціи заключается въ томъ, чтобы большую міому провести черезъ относительно узкій маточный звѣзъ. Эта трудность нисколько не уменьшилась бы и въ томъ случаѣ, еслибы даже опухоль обособилась на ножкѣ.

С) *A. Martin* сообщилъ объ одномъ случаѣ яичниковой беременности, осложненной карциномой шейки матки.

У 53-лѣтней больной 19 л. тому назадъ было поставлено распознаваніе вѣматочной беременности. Благодаря сильнымъ болямъ и обильному отдѣленію гноя черезъ промежность больная сдѣлалась сильно истощенной. Пять лѣтъ тому назадъ болѣзненные явленія прекратились, но затѣмъ появились неправильныя кровотеченія. Въ началѣ 1891 г. были замѣчены на шейкѣ матки разраженія карциноматознаго характера. Благодаря присутствію опухоли операція была отложена. *A. Martin* 30-го іюля сдѣлалъ чревостѣченіе, удаливъ мацерированный плодъ вмѣстѣ съ его вмѣстилищемъ и вырѣзалъ матку вмѣстѣ съ правымъ яичникомъ. Больная выздоровѣла. Препараты съ необычайной отчетливостью передаетъ картину типической яичниковой беременности въ лѣвомъ яичникѣ.

2) *Онъ-же* демонстрировалъ подслизистую, сидѣвшую на ножкѣ, міому величиною съ кокосовый орѣхъ, которую онъ удалилъ у 50-ти лѣтней женщины одновременно съ 2-мя другими обызвествленными міомами величиною съ небольшое яблоко; эти послѣднія сидѣли большею частью въ стѣнкѣ матки. Больная въ теченіи четырехъ лѣтъ лѣчилась безъ всякаго результата индифферентными гинекологическими средствами и уже совершенно истощенная явилась къ *Martin'u*.

При чревостѣченіи оказалось обширное сращеніе опухоли съ кишкой (брыжейкой). Два куска стѣнки опухоли величиною съ ладонь пришлось оставить на этомъ мѣстѣ сращенія. Въ виду того, что куски эти сильно кровоточили, то на нихъ былъ наложенъ непрерывный катгутовый этажный шовъ. Тоже самое было сдѣлано на мѣстѣ обширнаго сращенія съ брюшною стѣнкой. Обызвествленные міомы были вылучены послѣ разрѣза покрывающей ихъ брюшины и тонкаго мускульнаго слоя. Больная выздоровѣла. Большая міома оказалась саркоматозно-перерожденной.

Ближайшія детали относительно вѣматочной беременности будутъ сообщены *Lehtman'омъ*.

II. W. Nagel сообщил: «Объ электрическомъ леченіи женскихъ болѣзней, особенно міомъ». Основываясь на своихъ наблюденіяхъ, сдѣланныхъ въ университетской поликлиникѣ проф. Gusserow'a, N. подтверждаетъ свое прежнее мнѣніе о томъ, что электрическое леченіе представляется симптоматической терапіей. Такъ какъ электротерапія при большихъ міомахъ не давала ему удовлетворительнаго результата и потому именно, что при неправильной полости матки невозможно было прижечь слизистую оболочку на всемъ ея протяженіи, то N. въ теченіи послѣдующаго года подвергалъ леченію электричествомъ только маленькія опухоли. 24 подобныхъ случая N. пользовалъ внутриматочно, примѣняя тотъ или другой полюсъ согласно съ тѣми припадками, ради которыхъ было начато леченіе.

Постоянный токъ находитъ кромѣ того свое примѣненіе при всѣхъ заболѣваніяхъ матки, которыя вызываютъ тѣ же симптомы какъ и міомы (кровотеченія, боли, обильная секретія слизистой оболочки матки) и такія именно симптомы, которые не могутъ быть поставлены въ связь съ новообразованіемъ или остатками плоднаго яйца. Въ такого рода шести случаяхъ хроническаго метрита и эндометрита N. и примѣнилъ постоянный токъ.

Подобно своимъ прежнимъ наблюденіямъ, N. не видѣлъ ни исчезновенія опухоли, ни рѣзкаго ея уменьшенія, хотя пользовался онъ и положительной и отрицательной внутриматочной гальванокаустикой. За исключеніемъ трехъ случаевъ съ сильнымъ кровотеченіемъ, во всѣхъ прочихъ случаяхъ, гдѣ кровотеченія, хотя и въ незначительной степени, существовали до леченія, электричество всегда устраняло кровопотери, иногда уже послѣ нѣсколькихъ сеансовъ. Рѣзкое улучшеніе въ смыслѣ уменьшенія болей и болевыхъ ощущеній равнымъ образомъ было достигнуто въ большинствѣ случаевъ. Если боли представляютъ собою единственный симптомъ, независимый при томъ отъ страданія эндометрія, то можно съ успѣхомъ довольствоваться наружнымъ примѣненіемъ обоихъ электродовъ или внутривлагалищнымъ помѣщеніемъ одного изъ нихъ.

Согласно съ возрѣніемъ N. электрическое леченіе находитъ себѣ оправданіе въ качествѣ симптоматической терапіи, главнымъ образомъ маленькихъ міомъ (и хроническаго метрита). Какъ симптоматическое леченіе по преимуществу, электричество можетъ имѣть свое примѣненіе главнымъ образомъ у обезпеченныхъ больныхъ. Молодыя женщины, а также и тѣ, которыя должны поддерживать свое существованіе тяжелымъ трудомъ, должны рѣшиться на міомотомію.

Электрическое леченіе хроническаго тазоваго перитонита N. не употребляетъ съ тѣхъ поръ какъ онъ испыталъ массажъ по Thure-Brandty'u, дающій въ этихъ заболѣваніяхъ лучшіе результаты. Въ одномъ случаѣ N. внутрибрюшинный эксудатъ величиною съ головку ребенка уменьшился послѣ однократнаго примѣненія фарадическаго тока до величины апельсина. Подобныя же наблюденія почти внезапнаго исчезновенія большихъ эксудатовъ послѣ примѣненія электричества сообщались и другими авторами. N., однако, думаетъ, что слѣдуетъ быть осторожнымъ при оцѣнкѣ

такого рода блестящихъ результатовъ. Можетъ быть, все дѣло заключается во вскрытіи эксудата въ кишки или, если онъ состоитъ изъ невинной серозной жидкости, въ брюшную полость безъ того, чтобы больная подверглась опасности. По мнѣнію *N.* и въ его случаѣ было вскрытіе эксудата, хотя никакихъ признаковъ этого ему примѣтить не удалось.

Относительно благодарное поле для электрическаго лѣченія, именно для внутриматочнаго примѣненія фарадическаго тока, представляетъ собою аменорея. *N.* лѣчилъ фарадическимъ токомъ 28 случаевъ аменореи у молодыхъ особъ; у 15-ти изъ нихъ возобновились типичныя менструальныя кровотеченія; у 5-ти изъ этихъ послѣднихъ успѣшныхъ случаевъ отсутствіе регулъ явилось послѣдствіемъ предпринятаго ранѣе выскабливанія слизистой оболочки полости матки и продолжалось въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. У одной больной, которая передъ этимъ родила, наступила беременность до возобновленія регулъ; у двухъ лѣчение осталось совершенно безрезультатнымъ; у девяти-же лѣчение не было еще на столько продолжительнымъ, чтобы можно было ждать вліянія его на менструацію. Въ качествѣ неблагопріятныхъ явленій при примѣненіи фарадическаго тока *N.* два раза наблюдалъ переходящее припуханіе и чувствительность яичника, въ одномъ случаѣ появилось ухудшеніе существовавшаго задняго периметрита; наконецъ, у четвертой больной появились сильныя боли внизу живота, причину которыхъ констатировать не удалось.

Zusammenfassung 11. Dec. 1891 g. ¹⁾.

Предсѣдатель *Gusserow*, секретарь *A. Martin*.

I Демонстрація препаратовъ.

Bröse демонстрировалъ новый влагалищный электродъ, который онъ сдѣлалъ для такихъ случаевъ примѣненія электричества, гдѣ желаютъ воспользоваться междуполоснымъ вліяніемъ тока. Электродъ состоитъ изъ глинянаго цилиндра, окружностью въ 9 сант., который вводятъ во влагалище совершенно также, какъ трубчатое зеркало. Въ этомъ глиняномъ цилиндрѣ помѣщается металлическій цилиндръ, снабженный многочисленными дырочками, имѣющій на своемъ наружномъ концѣ винтъ для укрѣпленія проводника. Послѣ введенія глинянаго цилиндра во влагалище вводится металлическій цилиндръ, а глиняная трубка наполняется теплой водой. Намоченный глиняный цилиндръ представляетъ собой отличный проводникъ тока и замѣняетъ кожный электродъ, сдѣланный изъ губки. Если этотъ цилиндръ вводятъ въ вагину на длину 8—10 сант., то при окружности равной 9 сант., онъ будетъ соотвѣтствовать плоскому электроду въ 72—90 квадр. сант. Этотъ электродъ назначенъ для употребленія тамъ, гдѣ желаютъ сконцентрировать густоту тока не на одномъ

¹⁾ Centralblatt. f. Gynäkol. 1892. № 4.

мѣстѣ влагалища, но равномерно распредѣлить токъ по органамъ малаго таза. Онъ употребляется болѣе тамъ, гдѣ при употребленіи сильныхъ гальваническихъ токовъ желаютъ избѣжать прижигающаго дѣйствія на слизистую оболочку влагалища, что легко происходитъ при употребленіи шаровидныхъ электродовъ, не смотря на обертываніе ихъ ватой. Наконецъ, употребляется тамъ, гдѣ желаютъ получить интерполярный (такъ назыв. каталитическій) эффектъ. Больная при употребленіи этого электрода переноситъ совершенно хорошо токи въ 80—100 МА, при чемъ не получается прижиганія слизистой оболочки влагалища.

П. А. Mackenrodt сдѣлалъ сообщеніе «Къ электротерапии міомъ». Онъ сообщилъ данныя, которыя онъ получилъ при электризаціи міомъ въ клиникѣ А. Martin'a и которыя находятся въ противорѣчіи съ благопріятными сообщеніями, опубликованными ранѣе Schäffer'омъ, Bröse и Nagel'емъ относительно примѣненія электричества при міомахъ. Онъ высказался въ томъ смыслѣ, что электричество представляется не болѣе какъ палліативнымъ средствомъ, которое оказывается дѣйствительнымъ главнымъ образомъ лишь противъ одного симптома—кровотеченій и то лишь въ такомъ процентѣ случаевъ, въ которыхъ могло-бы быть достигнуто улучшеніе и при помощи другихъ палліативныхъ средствъ. Этому точно констатированному успѣху М. противопоставляетъ серьезныя опасности, которыя наступаютъ послѣ электрическаго лѣченія и которыя въ процентномъ отношеніи мало отличаются отъ опасностей радикальной операціи. Для доказательства сказаннаго М. приводитъ слѣдующія цифровыя данныя.

Самолічно М. пользовалъ 36 случаевъ, изъ которыхъ въ 21 получилось симптоматическое улучшеніе. Девять изъ этихъ послѣднихъ вступили въ климактерій и были окончательно вылѣчены отъ своихъ кровотеченій. Двѣнадцать остальныхъ получили временное улучшеніе и почти всѣ имѣли рецидивы.

Одна больная прекратила лѣченіе послѣ нѣсколькихъ сеансовъ, такъ какъ боли и кровотеченіе увеличились. Въ одномъ случаѣ получился индифферентный результатъ.

Въ 10 случаяхъ наступило ухудшеніе симптомовъ, особенно кровотеченія, въ такой мѣрѣ, что пришлось прибѣгнуть къ радикальной операціи, которая въ 8 случаяхъ была произведена въ клиникѣ и въ двухъ другими врачами. Изъ 8 оперированныхъ въ клиникѣ, двѣ страдали подсерозной міомой, остальные междуутробной.

Въ трехъ случаяхъ произошелъ летальный исходъ, изъ нихъ въ одномъ отъ эмболии. Кровотеченіе во время сеанса имѣло столь угрожающій характеръ, что не оставалось времени для радикальной операціи, было произведено выскабливаніе и тампонада. Сначала хорошее самочувствіе, но потомъ смертельный исходъ отъ эмболии легочной артеріи ¹⁾. При вскрытіи. оказалось, что имѣлась сосудистая міома съ многочисленными тромбами.

¹⁾ Съ большой вѣроятностью надо предположить, что летальный исходъ даннаго случая былъ слѣдствіемъ выскабливанія.

Второй случай смерти произошел отъ гнилостнаго зараженія. Міома нагноилась, больная впаде въ коллапсъ и не была спасена радикальной операціей.

Третій смертельный случай произошел равнымъ образомъ отъ сепсиса вслѣдствіе нагноенія міомы ¹⁾.

Примѣненіе электричества производилось строго по *Apostoli*.

Кромѣ того въ клиникѣ наблюдалось 16 случаевъ міомы матки, которые частью въ Берлинѣ, частью же внѣ его были лѣчены электричествомъ и присланы *A. Martin*у для операціи вслѣдствіе серьезнаго ухудшенія симптомовъ. Въ пяти изъ этихъ случаевъ имѣлась нагноившаяся міома, а одна больная оказалась септической; изъ этого числа трое больныхъ умерли отъ остраго сепсиса.

Къ упомянутому числу больныхъ причисляется еще 14 случаевъ, которые равнымъ образомъ были пользованы электричествомъ и симптоматически вылѣчены, но получали рецидивы и опять возвратились къ своимъ врачамъ.

Такимъ образомъ въ качествѣ матеріала для сужденія о вліяніи электричества на міому у *M.* имѣется 66 наблюдений. Если же къ этому числу присоединить 40 случаевъ *Schäffer*'а и 106 случаевъ *Keith*'а то получится 212 случаевъ, которые можно расположить въ слѣдующей таблицѣ:

своихъ 36, чужихъ 30.	<i>Mackenrodt</i> 66.	<i>Schäffer</i> 40.	<i>Keith</i> 106.	Всего 212.	%
Симптоматическое улучшение . .	21	21	28	70	33,0%
Безъ измѣненія	1	9	32	42	19,8%
Безразличный результатъ, resp.					
рецидивъ	15	5	17	37	17,4%
Ухудшеніе, resp. нагноеніе . .	23	4	24	51	24,0%
Летальный исходъ	3	1	5	9	4,2%

(собств. 6).

Эти цифры говорятъ о печальныхъ результатахъ и о большой опасности электрическаго способа. При значительной частотѣ тяжелыхъ осложнений, неподдающихся палліативнымъ средствамъ, трудно въ большинствѣ случаевъ бываетъ сказать, міома ли сама по себѣ или эти complicacіи служатъ причиной данныхъ страданій. Отсюда труденъ вопросъ о томъ, приобѣгнуть-ли или нѣтъ къ палліативному лѣченію *дифферентными* средствами. На 356 случаевъ міомы, которые были оперированы главнымъ образомъ въ лѣчебницѣ *A. Martin*'а, оказалось:

¹⁾ Нельзя не удивляться такому по истинѣ громадному % смертности. По послѣдней статистикѣ *Apostoli* (Rev. obst. et. gynéc. 1891 Мартъ—Іюнь) на 912 больныхъ (изъ которыхъ 531 страдали міомой было) матки всего 3 смертныхъ исхода; изъ нихъ два при страданіи придатковъ. Все эти случаи въ началѣ практики способа и отчасти зависѣли отъ неточной диагностики. *Пер.*

Нагноеніє міомы	20 разъ
Кистовидное, гесп. сосудистое перерожденіе . . .	24 »
Саркоматозное перерожденіе	9 »
Карцинома, міома, беременность	1 »
Беременность и міома (угрожавшія жизни) . . .	9 »
Карцинома и міома	13 »
Pyo-alpinx (3 раза лѣчены электричествомъ) . .	10 »
Hydrosalpinx	1 »
Tumor tubo-ovarialis	4 »
Карцинома яичника	2 »
Нарывъ яичника	1 »
Двухстороннія опухоли яичниковъ	13 »
Дермоидъ	3 »
Haematom. ov. magn	3 »
119 разъ	

Въ 33%о всѣхъ этихъ случаевъ было показаніе для чревостѣпенія, исключительно благодаря complicacіямъ; въ большинствѣ изъ нихъ до операціи не было сдѣлано точнаго діагноза.

Рядомъ съ палліативнымъ лѣченіемъ міомъ посредствомъ электричества сопоставляются результаты радикальной операціи съ примѣненіемъ нашего новаго метода.

1) *Exstirpatio uteri myomatosi per laparotom.* (новый способъ): *A. Martin* 14 случаевъ (одинъ смертный случай отъ гипостатической пневмоніи) *Mackenrodt* 6 ¹⁾ случаевъ (1 смерт. отъ ущемленія большого камня желчнаго пузыря, холемія); всего на 20 случаевъ 2 смертныхъ (ни одного отъ сепсиса).

2) *Exstirp. ut. myom. per. vagin.* съ примѣненіемъ плотнаго за-крытія Дугласа послѣ операціи: 14 случаевъ (ни одной смерти).

3) *Enucleatio per laparotomiam:*

3 случая (ни одной смерти)

4) *Enucleatio myom. per vagin.*

2 случая (ни одной смерти).

Итого: 1) 20 случ. съ двумя смертями

2) 14 » безъ смертн. исх.

3) 3 » » » »

4) 2 » » » »

39 случаевъ съ 2-мя смертями = 5,1%о смертности, противъ 4,2%о смертности послѣ примѣненія электричества.

Пренія: Moritz Meyer (гость). Не въ качествѣ гинеколога, а какъ электротерапевтъ, присутствую я по любезному приглашенію *Martin'a* на засѣданіи, гдѣ обсуждается вопросъ о способѣ *Apostoli*. Не имѣя никакого личнаго опыта для сужденія о терапевтической важности его при лѣченіи

1) Сюда слѣдуетъ присоединить еще одинъ счастливо протекшій случай.

міомъ матки, я хотѣлъ бы только ограничиться нѣсколькими *теоретическими замѣчаніями*. Что касается *кровоостанавливающаго дѣйствія* способа *Apostoli*, то приложеніе къ слизистой оболочки полости матки (которая представляет собою источникъ кровотока) металлическаго зонда, соединеннаго съ анодомъ баттарей и помѣщеніе на животѣ большой большой пластинки катода, — совершенно соотвѣтствуетъ научнымъ требованіямъ и оправдывается согласными между собою сообщеніями товарищей-докладчиковъ. Наступающее при электризаціи *уменьшеніе* опухоли можетъ, какъ кажется, имѣть мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ отдѣленіе струпа, произведеннаго анодомъ, влечетъ за собою обильное нагноеніе. Теперь спрашивается, нельзя ли это *уменьшеніе* опухоли вызвать *прямо* путемъ измѣненнаго приложенія тока. Это можно было бы достигнуть въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда пользуются не полярнымъ дѣйствіемъ тока ради остановки кровотока, а *междуполуснымъ, каталитическимъ* свойствомъ гальваническаго тока. Это достижимо при условіи, если въ матку до дна вводятъ возможно большой катодъ и производить имъ надавливаніе на то мѣсто матки, гдѣ сидитъ опухоль. При этомъ необходимо помѣщать на животѣ большой большой анодъ и пользоваться при этомъ такой силой тока, которая хоть и могла бы причинить боль и раздраженіе кожи пациентки, но которая представляется несравненно меньшею чѣмъ сила тока, обыкновенно примѣняемая при способѣ *Apostoli*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ было бы цѣлесообразно положить на поясничную область большой анодъ, а самую опухоль помѣстить между *двумя равно большими катодами* (при чемъ одинъ изъ катодовъ вводится въ матку, а другой находится на животѣ больной), соединенными виллообразно расщепленнымъ проводникомъ и такимъ образомъ предоставить дѣйствію катода большую площадь соприкосновенія. Изъ всего этого простирается то, что при помощи каталитическаго дѣйствія, соотвѣтствующая часть тѣла по самому кратчайшему пути подвергается дѣйствію возможно большаго числа сильныхъ струй тока (*Stromesschleifen*).

Schäffer: Находясь подъ свѣжимъ впечатлѣніемъ только что выслушаннаго доклада, я хотѣлъ бы тотчасъ на него возразить. Слова *Mackenrodt* а меня прямо таки перепугали. По его мнѣнію, электролизъ міомъ такое не дѣйствительное, излишнее и опасное лѣчебное средство. Но взгляните на статистику, на которой *Mackenrodt* строилъ свои выводы. Она представляется — я не хочу сказать тенденціозной, — но прямо идущей въ разрѣзъ со всѣми законами правильной статистики. *Mackenrodt* самъ лѣчилъ 36 случаевъ, изъ которыхъ въ 21 случаѣ онъ наблюдалъ очевидное улучшеніе или исправленіе симптомовъ. Кромѣ того онъ сообщаетъ о 30 другихъ случаяхъ, въ которыхъ *A. Martin* оперировалъ *потому, что они были разными врачами безуспѣшно пользованы электричествомъ*. Какой же счетъ ведетъ *Mackenrodt*? Онъ говоритъ: въ общей сложности получается $36 + 30 = 66$ случаевъ съ 21 случаевъ выздоровленія, то есть менѣе чѣмъ 30%. Подобный счетъ даетъ совершенно фальшивую картину. Тридцать больныхъ, безрезультатно лѣченыхъ въ разныхъ мѣстахъ электричествомъ, благодаря неуспѣшности этого лѣченія, обратились къ *Martin*у; всѣ же

многочисленные больные с успехом пользовавшиеся электричеством не обратились къ *Martin*'у.

Если бы случайно мы имѣли еще сотню другихъ больныхъ, которые гдѣ нибудь въ мірѣ безуспѣшно лѣчились электричествомъ, а вслѣдъ за тѣмъ обратились бы въ клинику *Martin*'а, то съ большимъ удобствомъ можно было бы процентъ выздоравливанія спустить и до 10. Единственно пригодное число въ статистикѣ *Mackenrodt*'а есть 36 его собственныхъ случаевъ, такъ какъ касательно 30-ти больныхъ другихъ врачей у *Mackenrodt*'а не существуетъ никакой гарантіи ни относительно послѣдовательности, ни пониманія дѣла этими врачами. Среди своихъ 36 случаевъ самъ *Mackenrodt* наблюдаетъ 21 случай выздоровленія, т. е. около 60%. Это ужъ совсѣмъ пріятный результатъ.

2) Также энергично считаю я долгомъ высказаться по поводу 6 случаевъ смерти. Если я вѣрно понялъ, всѣ они, за исключеніемъ одного, произошли послѣ производствъ лапароміотоміи. *Mackenrodt* говоритъ такъ: «Такъ какъ электричество оказалось безрезультатнымъ, и отчасти даже ухудшило болѣзнь, должны мы были прибѣгнуть къ операціи; отсюда и смертельные исходы операціи должны быть отнесены на счетъ электричества». Этотъ выводъ представляется болѣе чѣмъ рискованнымъ и ужъ конечно онъ никого убѣдить не можетъ. Всякій скорѣе сдѣлаетъ выводъ въ томъ смыслѣ, что смертный исходъ не воспослѣдовалъ бы, если бы не была предпринята операція. Такимъ образомъ отвѣтственной за исходъ является операція, а не лѣчение до нея примѣнявшееся. Вѣдь въ такомъ способѣ *M.* дѣлать заключенія можно было бы идти и дальше. Съ одинаковымъ правомъ можно строить невѣроятныя цифры смертности при употребленіи и *sesale*, и эрготина, и холодныхъ обертываній, если при каждомъ летальномъ исходѣ будемъ взваливать всю отвѣтственность на примѣнявшуюся до операціи терапію.

3) Кромѣ собственныхъ цифръ и моихъ данныхъ, *Mackenrodt* приводитъ таблицу *Stuart*'а *Nairne*'а. Это самая неблагоприятная статистика, какая только существуетъ. Она, какъ это видно по топу *Nairne*'овской работы, имѣетъ чисто оппозиціонную точку отсчета. Но и эта таблица не представляется достаточно неблагоприятной для *Mackenrodt*'а. При помощи своего способа счисленія дѣлаетъ онъ ее еще худшей. По даннымъ *Mackenrodt*'а, 32 случая изъ 106 принадлежащихъ *Nairne*'у не подвергались достаточной продолжительной электризаціи и такимъ образомъ не представляются доказательными для оцѣнки результата (впрочемъ, по собственнымъ даннымъ *Nairne*'а въ качествѣ недоказанныхъ приходится исключить 44 случая). Такимъ образомъ 28 случаевъ выздоровленія, о которыхъ сообщаетъ *Nairne* должны быть сопоставлены не съ 106, но съ 106—32 (или 44), т. е. съ общимъ количествомъ 74 (или 62) случаевъ. Тоже самое и относительно моихъ 40 случаевъ, среди которыхъ десять (9, гдѣ я электризовалъ менѣе 10-ти разъ и 1 ради неправильнаго распознаванія) я не долженъ ставить въ счетъ. Чей же счетъ представляется болѣе произвольнымъ: мой или *Mackenrodt*'а? Намъ извѣстно, что согласно

сь *Apostoli* для полученія излѣченія при помощи постоянного тока требуется многократное примѣненіе и что безрезультатность первыхъ сеансовъ ровно ничего не доказываетъ. Случаи, въ которыхъ лѣченіе прерывается рано, никогда не должны употребляться для искусственнаго ухудшенія статистическихъ данныхъ. Если операторъ на 100 чревосѣченій получаетъ 80 случаевъ излѣченія, то слѣдуетъ ему говорить о 80%, не смотря на то, что онъ предлагалъ операцію и 100 другимъ больнымъ, но не имѣлъ успѣха въ своемъ предложеніи. Или быть можетъ *Mackenrodt* думаетъ, что вслѣдствіе послѣдняго обстоятельства 80% оператора должны пасть до 40%?

4) Число ухудшеній въ случаяхъ *Mackenrodt*'а (23), хотя они большей частью составлены изъ больныхъ, подвергавшихся электризации «въ другихъ мѣстахъ»,—я считаю необходимымъ уменьшить. Послѣ того какъ и въ своемъ докладѣ, и въ демонстраціи на послѣднемъ засѣданіи я совершенно опредѣленно высказался въ томъ смыслѣ, что «увеличеніе кровотока представляется вѣрнымъ признакомъ предшествовавшей подслизистой міомы и что наличность такой опухоли прямо противупоказываетъ электричество», *Mackenrodt*у слѣдовало бы обратить вниманіе на это положеніе. Онъ могъ бы и возражать на него, но высказаться все таки слѣдовало бы. А то мы не знаемъ, какъ часто среди этихъ 23 случаевъ имѣли дѣло съ внутриматочной міомой. Отсюда и тѣ возраженія, которыя на основаніи полученнаго ухудшенія *Mackenrodt* дѣлаетъ методу *Apostoli*, становятся совершенно слабыми. Я лично наблюдалъ ухудшенія *исключительно* при подслизистыхъ міомахъ.

Довольно о статистикѣ. *Mackenrodt* говоритъ: при болѣе легкихъ случаяхъ электричество дѣлаетъ то же, что и другія средства, при трудныхъ оно не дѣйствуетъ. Онъ представляетъ себѣ дѣло такимъ образомъ, что какъ будто маленькія міомы оказываются легкими случаями, а большія тяжелыми. Вовсе нѣтъ. Я выдѣлилъ (конечно, симптоматически) электричествомъ большую міому, далеко переходящую за пунокъ, и въ то же время маленькія очень часто оказывались упорными. Далѣе *Mackenrodt* высказывается противъ того, чтобы каждая міома была пригодна для лѣченія по *Apostoli*. Этого никто и не утверждалъ. Міомы, сильно разросшіяся (mit ausgedehnten Verwachsungen) или осложненныя заболѣваніями придатковъ, представляютъ для электричества разумѣется неблагоприятное поле дѣйствія. Но эти немногочисленные случаи и для операціи даютъ совсѣмъ неблагоприятные шансы.

Mackenrodt считаетъ выскабливаніе за превосходное кровоостанавливающее средство при міомахъ. Я сомнѣваюсь, чтобы онъ имѣлъ много поклонниковъ такого взгляда. Мнѣ лично приходилось много разъ видѣть очень тяжелыя послѣдствія выскабливанія, не смотря на то, что оно производилось опытной рукой. *Mackenrodt* приводитъ наконецъ статистику міомотомій *A. Martin*'а въ доказательство ничтожнаго % смертности при этой операціи. Такой способъ аргументаціи я не могу не признать непартійнымъ. Изъ 350 міомотомій, о которыхъ говорится въ отчетѣ, можно считать лишь

съ 30, такъ какъ только эти произведены по новому улучшенному способу *A. Martin'a*. Путемъ неправильнаго оборота выводить онъ общій процентъ смертности. *Martin* и до своего улучшеннаго метода считался за одного изъ крупныхъ современныхъ операторовъ. Необходимо было бы представить статистику и прежнихъ его операций. Кромѣ того на 19 лапароміотомій мы все еще имѣемъ два случая смерти, т. е. 10⁰/. Такимъ образомъ этотъ оперативный способъ никоимъ образомъ не можетъ считаться безопаснымъ.

РЕФЕРАТЫ.

69. Hughes. Extra-uterine pregnancy. (Journ. of the Amer. Medic. Assoc. June 27, 1891). **Внѣматочная беременность.**

Внѣматочная беременность по мѣсту развитія плода дѣлится на: трубную, яичниковую и брюшную. Эти три главных вида имѣютъ подраздѣленія: трубно-яичниковая беременность, трубно-брюшная, трубно-маточная или интестинальная. Брюшная беременность подраздѣляется на первичную и вторичную.

Наиболее встрѣчается трубная беременность и главными причинами ея бываютъ: воспаленіе слизистой оболочки трубъ съ разрушеніемъ мерцательнаго эпителия ея и перегибы трубъ.

Если оплодотворенное яйцо помѣщается на свободномъ концѣ трубы, разрывъ почти всегда происходитъ до 13-й недѣли съ выходомъ плода въ брюшную полость или между листковъ широкой связки. Въ первомъ случаѣ смерть матери почти неизбежна, если она не будетъ спасена своевременною лапаротоміею. Во второмъ случаѣ прогнозъ не такъ неблагоприятенъ и судьба плода различна: онъ можетъ продолжать развиваться до срока и быть извлеченъ живымъ, или, если онъ умираетъ, онъ можетъ всосаться, перейти въ нагноеніе и выйти чрезъ влагалище, прямую кишку, мочевой пузырь или чрезъ стѣнки живота, или наконецъ плодъ можетъ превратиться въ lithoraeon и оставаться въ организмѣ матери.

Graviditas tubo-uterina есть явленіе рѣдкое, при которомъ обыкновенно до 5-го мѣсяца происходитъ разрывъ въ брюшную полость. Яичниковая беременность хотя и чрезвычайно рѣдка, но несомнѣнные случаи ея описаны въ литературѣ.

Возможность первичной абдоминальной беременности авторъ отрицаетъ совершенно, признавая всѣ случаи такой беременности за вторичные, происшедшіе отъ трубной беременности вслѣдствіе разрыва плоднаго мѣшка съ выходомъ плода въ брюшную полость.

Измѣненія, происходящія въ женскихъ органахъ при внѣматочной беременности, очень схожи съ таковыми же измѣненіями при нормальной беременности.

Самый плодъ тоже ни въ чемъ не отступаетъ отъ нормы; только развѣ положеніе его можетъ быть неправильнымъ: часть плода въ маткѣ, другая часть въ брюшной полости (въ случаѣ *Mondat'a* головка помѣщалась въ маткѣ, а туловище въ трубѣ) и т. п.

Тоже относительно плаценты: плодъ въ маткѣ, а часть плаценты въ трубѣ, или какъ въ случаяхъ *Hey*, *Putna* и *Hofmeister'a*, гдѣ плацента была прикрѣплена нормально въ маткѣ, а плодъ лежалъ въ брюшной полости, причѣмъ соединявшая ихъ пуповина тянулась чрезъ трубу. Описано нѣсколько случаевъ (*Gouley*, *Geuth*, *Muller*) нахожденія плода въ грыжевыхъ мѣшкахъ, чаще въ паховыхъ грыжахъ.

При вѣматочной беременности двойнями одинъ изъ плодовъ обыкновенно находится въ маткѣ.

Признавая чрезвычайную трудность распознаванія начальныхъ періодовъ вѣматочной беременности, авторъ считаетъ возможнымъ поставить діагнозъ ея при наличности слѣдующихъ симптомовъ:

1. Предшествовавшее продолжительное безплодіе или долгій промежутокъ, протекшій послѣ послѣднихъ родовъ.
2. Аменорея съ неправильными кровотечениями въ продолженіи 6—7 недѣль.
3. Опухоль въ одной изъ Фаллопиевыхъ трубъ.
4. Увеличеніе матки съ разрыхленіемъ ткани шейки.
5. Присутствіе *deciduae*—есть самый важный признакъ.

Осторожное добываніе кусочка слизистой матки для подтвержденія діагноза авторъ допускаетъ.

6. Если къ этому присоединить утреннія тошноты и свойственныя беременнымъ измѣненія въ грудяхъ, то осторожное введеніе въ полость матки зонда, чтобы убѣдиться въ присутствіи или въ отсутствіи плода, вполне оправдано.

Наконецъ, что касается лѣченія вѣматочной беременности, авторъ признаетъ только лапаротомію.

Вырыскиванія ядовитыхъ веществъ въ плодный мѣшокъ, сифилизацію матери, проколъ мѣшка съ высасываніемъ *liquoris amnii*, электрическій токъ и т. п. всѣ эти способы авторъ считаетъ опасными для матери и не достигающими цѣли, т. е. умерщвленія плода.

Чревостѣченіе съ извлеченіемъ плода должно быть произведено возможно ранѣе, какъ только поставленъ діагнозъ. Авторъ идетъ далѣе и рекомендуетъ, какъ только найдена опухоль трубы, эксплораторную лапаротомію, которая во всякомъ случаѣ можетъ пригодиться для удаленія этой опухоли.

Авторъ не находитъ словъ, чтобы достаточно сильно напирать на необходимость этой ранней операціи, могущей спасти мать, которой грозитъ разрывъ мѣшка и смерть.

Только при *graviditas intraligamentosa* операція можетъ быть отложена до того срока, когда младенецъ приобретаетъ способность жить и въ матки.

Ф. Кюнъ.

70. Clarke. A certain class of obstetric cases in which the use of forceps is imperatively demanded. (Journ. of the Amer. Med. Assc. July 4, 1891). Известный разряд акушерских случаевъ, въ которыхъ обязательно наложеніе щипцовъ.

У акушеровъ все болѣе и болѣе устанавливается убѣжденіе, основанное на опытѣ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ представляется выборъ между щипцами и поворотомъ, предпочтеніе должно быть отдано наложенію щипцовъ, какъ средству менѣе опасному для матери и для плода, даже въ случаяхъ существованія уродства или узкости таза. Вообще же, благодаря успѣхамъ инструментальной техники и возрастающей опытности акушеровъ, мы можемъ теперь накладывать щипцы во многихъ такихъ случаяхъ, въ которыхъ прежде на это не отваживались.

Главными показаніями къ наложенію щипцовъ служатъ: значительное сопротивленіе мягкихъ частей, истощеніе родильницы и появленіе конвульсій. Далѣе при затынувшихся родахъ, когда головка фиксирована во входѣ въ тазъ, щипцы должны быть предпочтены предъ всякимъ инымъ способомъ. Конечно, въ этомъ послѣднемъ случаѣ, необходимымъ условіемъ для наложенія щипцовъ являются нормальные или близкіе къ нормѣ размеры таза.

Словомъ, 24-хъ лѣтняя практика убѣдила автора въ томъ, что при затынувшихся родахъ, когда головка стоитъ у входа въ тазъ или надъ нимъ, наложеніе щипцовъ всегда ведетъ къ желаемому быстрому окончанію родовъ безъ вреда для матери или плода. Конечно, щипцы должны имѣть надлежащую длину и кривизну. Что касается неподатливости мягкихъ частей, то известно, что она не всегда можетъ быть устранена щипцами, особливо если эта неподатливость зависитъ отъ влагалища. Примѣненіе въ такихъ случаяхъ большаго насилія можетъ повести къ разрывамъ влагалища, нижняго сегмента матки, ткани сосудовъ пузыря, промежности и т. п. Поэтому въ такихъ случаяхъ авторъ рекомендуетъ испробовать анестетическія или наркотическія средства: эфиръ, хлороформъ, хлоралъ, опій или морфій подкожно, которыя неоднократно оказывали ему хорошія услуги.

Ф. Кюнъ.

71. Nash. Case of «spontaneous evolution». (Austral. Med. Gaz. June 15, 1891). Случай самопроизвольнаго изворота («evolutio spontanea»).

Авторъ былъ приглашенъ къ родильницѣ, родовая дѣятельность которой началась за 3 часа до его прихода. Изслѣдованіе, во время котораго произошелъ разрывъ оболочекъ, показало поперечное положеніе плода съ головкою вправо, съ выпавшею правою ручкою; правое плечо вколочено въ тазъ. Попытки автора произвести продольное положеніе потерпѣли неудачу вслѣдствіе сильно вколоченнаго въ тазъ плеча. Тогда авторъ попытался произвести поворотъ при помощи введенной въ матку руки. Но сильная схватка матки какъ тисками сжала руку, которую авторъ извлекъ, боясь разрыва матки. Между тѣмъ схватки все продолжались съ возрастающею силою и туловище съ пле-

чомъ стало постепенно подвигаться по родовому каналу, такъ что авторъ, готовый было уже прибѣгнуть къ хлороформированью, сталь надѣяться на окончаніе процесса силами природы, т. е. самоизворотомъ. И дѣйствительно, чрезъ 10 минутъ родился мертвый младенецъ.

Такой исходъ родовъ въ данномъ случаѣ произошелъ, по мнѣнію автора, только благодаря необыкновенной ширинѣ таза матери и малымъ размѣрамъ младенца. Двое предшествовавшихъ родовъ прошли нормально.

Ф. Кюнь.

72. J. Rosenthal. Ciecie Cesarskie metoda Saenger'a. (Gazeta Lekarska, 1891. № 44). Кесарское сѣченіе по Sanger'y.

Первородящая 28 лѣтъ, срочные роды продолжаютъ двое сутокъ. Въ дѣтствѣ рахитъ. Ребенокъ живъ; зѣвъ раскрытъ на величину серебрянаго рубля; пузырь цѣлъ, напряженъ, предлежитъ головка, вколочена во входъ; поперечный размѣръ головки совпадаетъ съ поперечнымъ размѣромъ входа въ тазъ. Размѣры таза: *Dist Spin*=24 *ctm.*; *Dist. Crist.*=22¹/₂; *Dist. trochanterica*=23, *conjugata externa*=15¹/₂ *ctm.* *conj.*; *diagonalis*=7¹/₂—8 *ctm.*; *vera*=5¹/₂—6 *ctm.* Т° 38,8°; Р.=88. Когда пузырь разорвался, наложены щипцы *Breus*'а; послѣ трехъ тщетныхъ тракцій щипцы сняты и приступлено къ консервативному кесарскому сѣченію. Послѣ вскрытія брюшной полости матка выведена наружу, подведенъ эластическій жгутъ и матка вскрыта; послѣ извлеченія ребенка за ягодицы, жгутъ затянутъ и кровотеченіе прекратилось.—Послѣдъ прикрѣплялся къ задней стѣнкѣ матки; удалена вся *decidua* и полость матки промыта растворомъ сулемы 1:3,000. Рана матки зашита слѣд. образомъ: 8 шелковыхъ швовъ, на разстояніи 1—1¹/₂ *ctm.* одинъ отъ другаго, не захватывающихъ ни слизистой полости матки, ни брюшины; эти швы пока не завязаны; далѣе непрерывный, двухъэтажный катгутовый шовъ, тоже не захватывающій ни брюшины, ни слизистой оболочки матки; теперь связаны шелковые швы; наконецъ серо-серозный шовъ по *Lambert*'у. Жгутъ снятъ, полость матки промыта сулемой со стороны влагалища и брюшная рана зашита.

Ребенокъ извлеченъ живымъ, женскаго пола, вѣсъ 3780 *grm.*; длина 51 *ctm.*

На 4-й день послѣ операціи, при явленіяхъ септического перитонита,—смерть.

Вскрытіе показало: брюшная рана склеена на всемъ протяженіи, кишки вздуты, изъ брюшной полости выдѣлилась грязная жидкость; матка величиною съ головку 8-мѣсячнаго плода; на передней ея стѣнкѣ грязно—зеленоватый налетъ; серозный шовъ въ средней части разошелся; катгутовый шовъ цѣлъ и рана матки склеена; въ полости матки кровяной сгустокъ въ состояніи разложенія. *Endometritis et Peritonitis Septica.*

Ф. Краснопольскій.

73. Б. Котелянский. Объ асептикѣ въ родильномъ и послѣродовомъ періодѣ. (Медицинское обозрѣніе № 19, томъ XXXVI, 1891 г.).

Авторъ приводитъ результаты, полученные при асептическомъ веденіи родовъ въ Екатеринбургскомъ Родильномъ домѣ. Примѣненіе асептики начато съ послѣродового періода. Въмѣсто употребляемой раньше для обмыванія половыхъ частей сулемы, стали брать кипяченую и чрезъ вату фильтрованную воду. Убѣдившись, что теченіе послѣродового періода при этомъ не ухудшается, асептика стала примѣняться и во время родовъ. Затѣмъ спринцеваніе влагалища послѣ изслѣдованія было совершенно оставлено, причемъ число изслѣдованій доведено до minimum'a. Оно производилось въ началѣ родовъ, затѣмъ послѣ излитія водъ и третью для опредѣленія момента полного открытія. Чтобы не быть голословнымъ, авторъ приводитъ слѣдующія таблицы:

1. Асептика послѣ родовъ—426 случаевъ. изъ нихъ:

Гладкихъ теченій t^0 не выше $37,5^0$	322	или	75,59%
Повышеніе t^0 до 38^0	73	»	17,13 »
» » » $38,5^0$	14	»	3,27 »
» » » 39^0	8	»	1,88 »
» » » 40^0	9	»	2,11 »
	426		100%

Въ 13 случаяхъ, т. е. 3,05% всего числа роженницъ, повышеніе t^0 было вызвано легкими пuerперальными заболѣваніями, какъ то трещины сосковъ, нагрубаніе грудей и нагноеніе швовъ. Случаевъ протекавшихъ безъ пuerперальныхъ заболѣваній 96,95%. Изъ этого числа роженницъ 98 (23,24%) оперированы, причемъ 16 разъ наблюдалось повышеніе t^0 .

2. Асептика во время родовъ—118 случаевъ.

Гладкихъ теченій	98	или	83,05%
Повышеніе t^0 до 38^0	10	»	8,48 »
» » » $38,5^0$	2	»	1,69 »
» » » 39^0	6	»	5,08 »
» » » 40^0	2	»	1,69 »

Въ этомъ числѣ лихорадящихъ заболѣваніе грудей встрѣтилось 2 раза. Заболѣваній со стороны малого таза не было ни разу.

Д. Рузи.

74. Д. И. Никольскій. Поздняя послѣродовая эклампсія (Русская медицина, № 48, 1891 г.).

Въ виду рѣдкости позднихъ послѣродовыхъ эклампсій, авторъ считаетъ не безынтереснымъ сообщить случай, гдѣ ему пришлось наблюдать припадки эклампсій на восьмой день послѣ родовъ. Въ ночь на 26 іюня прошлаго года авторъ былъ приглашенъ къ больной, которую засталъ въ полномъ сопорозномъ состояніи, лицо было блѣдно, у рта пѣна, глаза закатывались вверхъ, руки и ноги согнуты. Дыханіе 34 въ минуту, пульсъ 100, t^0 $38,4^0$. По словамъ акушерки, не задолго передъ тѣмъ было три припадка

эклампсін, которая повторилась и при авторѣ, во время его изслѣдованія. Приступъ продолжался $1\frac{1}{4}$ минуты. Подъ вліяніемъ хлороформированія послѣдующіе припадки были слабѣе и рѣже. Послѣдній повторился въ 6 часовъ утра. Затѣмъ больная уснула и проснулась только 5 часовъ спустя, жалующаяся на общую слабость и разбитость. Больная 21 года, среднего роста, правильнаго тѣлосложенія. Раньше ничѣмъ не хворала. Регулы появились на 14 году и были постоянно правильны. Замужъ вышла на 16 году. Родила 4 раза. Роды совершенно нормальные, продолжались 16 часовъ, послѣ родовъ небольшое кровотеченіе. Послѣродовой періодъ протекалъ безъ всякихъ осложнений, на 5 день больная встала съ постели и принялась за обычныя занятія. При объективномъ изслѣдованіи найдено слѣдующее: животъ вздутъ, тимпаниченъ, селезенка увеличена, мочевоу пузырь наполненъ мочей, мѣтка прощупывается надъ лоннымъ соединеніемъ, хорошо сокращена, наружный зѣвъ легко пропускаетъ палецъ, своды свободны. Что касается причины эклампсін въ данномъ случаѣ, то авторъ сводитъ ее на анемію мозга. Какъ на благопріятствующіе моменты развитію послѣдней онъ указываетъ на общее малокровіе до родовъ, небольшое послѣродовое кровотеченіе, раннее вставаніе съ постели и сильное переутомленіе въ день припадка. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ авторъ совѣтуетъ прибѣгать къ хлороформу, какъ наилучшему средству; тамъ же, гдѣ во время эклампсін замѣчается гиперемія, по его мнѣнію, выгодно производить кровопусканіе или поставить пиявки.

Д. Рузи.

75. Bradshaw. A case in obstetrics, followed for months by a daily discharge of over two quarts of a watery fluid through the cervical canal. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 11, 1891).

Пациентка 34 года. 9 дек. 1890 г. седьмые роды. По выходѣ плаценты чрезвычайно обильное кровотеченіе, доведшее родильницу почти до коллапса. Полость матки промыта горячимъ растворомъ сулемы 1 : 3000; наконечникъ шприца по рукѣ введенъ до самаго дна матки, причемъ никакихъ разрывовъ въ ней не замѣчено. Вскорѣ пациентка поправилась. Но черезъ три недѣли послѣ родовъ она вновь явилась къ автору съ жалобой на обильное водянистое выдѣленіе изъ половыхъ путей. Изслѣдованіе относительно пузырно-влагалищнаго свища дало отрицательный результатъ; стѣнки влагалища цѣлы, зондъ проникаетъ въ матку, но не далѣе; истеченіе выходитъ чрезъ каналъ шейки, на которой имѣется разрывъ. Введенный для провѣрки въ мочевоу пузырь окрашенный растворъ вышелъ чрезъ нѣкоторое время *per urethram* въ томъ же количествѣ. Приспособленный къ влагалищу моче-приемникъ въ 24 ч. собралъ 80 унцъ свѣтлой безъ цвѣта и запаха жидкости уд. в. 1001, щелочной реакціи. Подъ микроскопомъ въ ней найдены гнойные шарики, зернистый распадъ, нѣсколько широкихъ эпителиальныхъ клѣтокъ и фибринъ. Моча нормальна.

Такое истеченіе болѣе двухъ квартъ жидкости ежедневно продолжалось три мѣсяца при отличномъ общемъ состояніи пациентки.

При новомъ изслѣдованіи въ присутствіи 5 врачей зондъ чрезъ дно матки проникъ въ брюшную полость по самую рукоятку и головка его прощупывалась чрезъ брюшные покровы около пупка.

Рѣшено было давать больной чрезъ 3 часа по $1\frac{1}{2}$ грана кодеина въ надеждѣ, что онъ можетъ (? *Реф.*) остановить истеченіе, что вскорѣ и случилось. Больная могла отказаться уже отъ мочепріемника, потому что жидкость выдѣлялась лишь по каплямъ. Когда же пришлось отказаться отъ кодеина, который производилъ наклонность ко сну и запоры, то истеченіе возобновилось въ количествѣ 4—16 унцъ ежедневно. Теперь, т. е. 6 мѣсяцевъ спустя послѣ родовъ, больная при спокойномъ положеніи выдѣляетъ очень мало жидкости или даже ничего; при ходьбѣ же отъ 2 унцъ до пинты (пинта = $1\frac{1}{2}$ кварта = 12 унцамъ).

Очевидно, говоритъ авторъ, здѣсь существовало въ днѣ матки открытое отверстіе (вслѣдствіе неосторожнаго зондирования? (*Реф.*)), сообщавшееся съ брюшною полостью и пропускавшее черезъ себя отдѣленіе брюшины.

Можетъ ли, спрашиваетъ авторъ, операція или какой другой способъ исцѣлить такую больную, которая несмотря на хорошее общее здоровье, продолжаетъ оставаться инвалидомъ.

Ф. Кюнъ.

76. Humiston. On the uses of cocaine in gynecological surgery. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 11, 1891). Употребленіе кокаина въ гинекологической хирургіи.

Авторъ горячо хвалитъ мѣстную анестезію кокаиномъ при нѣкоторыхъ гинекологическихъ операціяхъ. Онъ испыталъ его въ слѣдующихъ случаяхъ:

1) При расширеніи шейки и выскабливаніи полости матки. Сначала авторъ впрыскиваетъ въ заднюю губу шейки матки $1\frac{1}{2}$ шприца Праваца съ 4% растворомъ кокаина; затѣмъ по мѣрѣ расширенія канала еще два шприца того же раствора въ различныя части шейки. Когда матка пропускаетъ внутриматочный шприцъ, онъ вырываетъ въ полость ея полный шприцъ Праваца съ 10% растворомъ кокаина и затѣмъ производитъ выскабливаніе, которое при такихъ условіяхъ совершенно не болѣзненно или очень мало болѣзненно.

2) Trachelorrhaphia при примѣненіи полудрахмы 5% раствора кокаина дѣлается совершенно безболѣзненною операціею.

3) При восстановленіи промежности по лоскутному способу достаточно 13—14 дѣлений 4% раствора кокаина для анестезіи всего операціоннаго поля.

4) Дважды авторъ расширялъ уретру при fissura urethrae, при чемъ кокаинъ дѣлалъ операцію весьма мало болѣзненною.

5) Однажды авторъ участвовалъ при операціи *Alexander'a*, гдѣ было съ успѣхомъ примѣнено два грана кокаина, вырванутаго по одному грану въ каждую сторону.

Во всѣхъ случаяхъ преимущество кокаина предъ другими анестезирующими средствами заключается въ простотѣ примѣненія, быстротѣ и равномерности дѣйствія его (на нервныхъ и возбужденныхъ особъ онъ дѣйствуетъ одинаково, какъ и на спокойныхъ пациентокъ). Наконецъ, что очень важно,

кокаи́нъ даетъ возможность избѣгать слѣдующей послѣ хлороформа или эфира рвоты, которая сама уже способна уничтожить плоды операціи, напр. послѣ зашиванія промежности.

Ф. Кюнь.

77. Sellmann. The use of vaginal tampons. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 11, 1891). Употребленіе влагалищныхъ тампоновъ.

Цѣль этой статьи—обратить вниманіе гинекологовъ на опасности, сопряженныя съ употребленіемъ влагалищныхъ тампоновъ,—опасности, которыхъ гинекологи въ своемъ увлеченіи по сейчасъ не замѣчаютъ.

Для гѣмостатической цѣли рѣдко есть необходимость въ тампонахъ, которые въ этихъ случаяхъ могутъ принести больнымъ болѣе вреда, чѣмъ пользы. Авторъ оправдываетъ примѣненіе ихъ съ цѣлью вызвать сокращеніи матки или разрыхленіе шейки при производствѣ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, напримѣръ при *placenta praevia*. Иногда тампоны оправдываются и при кровотеченияхъ, зависящихъ отъ фиброидовъ матки.

Безразборчивое употребленіе тампоновъ нерѣдко ведетъ ко вреду пациен-токъ. А между тѣмъ онъ не разъ вкладывался при кровотеченияхъ, зависящихъ отъ оставшихся въ маткѣ частей послѣда или отъ имѣющихся фунгозныхъ разраженій. Отыщите, говоритъ авторъ, причину кровотеченій, удалите ее, и кровотеченіе остановится. Придерживаясь этого правила, можно, подобно автору, въ теченіе 20 лѣтней практики ни разу не встрѣтить абсолютной необходимости въ тампонахъ ради кровотеченій.

Такой тампонъ, лежащій предъ самымъ *os cervicis*, конечно, задержать въ маткѣ не только кровь, но и всякое другое отдѣленіе. Скопленіе задержанныхъ жидкостей можетъ достигнуть такой степени, что, растянувъ матку *ad maximum*, онъ черезъ трубы проложатъ себя путь въ брюшную полость, гдѣ могутъ повести къ самымъ серьезнымъ заболѣваніямъ воспалительнаго характера. Кромѣ того тампонъ препятствуетъ нормальнымъ отпавленіямъ пузыри и прямой кишки. Даже при ракѣ шейки примѣненіе кровоостанавливающаго средства *in loco* лучше тампона.

Напротивъ, при кровотеченияхъ изъ стѣнокъ влагалища тампонъ уместенъ, потому что давленіемъ своимъ на кровоточащіе сосуды онъ вполне достигаетъ своего назначенія.

Нерѣдко влагалищный тампонъ употребляется съ цѣлью предохранить наружные половые органы отъ вѣдкаго дѣйствія патологическаго секрета или нами же примѣненнаго лѣкарственнаго средства. И въ этихъ случаяхъ въ маткѣ можетъ произойти громадное скопленіе выдѣленій со всѣми вышеуказанными грустными послѣдствіями. Вѣроятно, не разъ уже такимъ способомъ мы сами заставляли гоноррею распространиться съ нижнихъ отрѣзковъ половыхъ путей вверхъ по половому каналу.

Польза тампоновъ при ракѣ шейки, повторяю, очень сомнительна.

Болѣе смысла имѣетъ такой тампонъ при воспаленіяхъ придатковъ. Тутъ онъ, поддерживая и какъ бы фиксируя матку, предохраняетъ воспаленные органы отъ смѣщеній и влеченій ихъ маткою.

Лѣченіе тампонами воспаленій шейки и тѣла матки не оправдало тѣхъ

надеждъ, которыя возлагалъ на него *Engelmann*, предложившій этотъ способъ.

Въ заключеніе авторъ даетъ слѣдующія правила для употребленія тампоновъ:

1. На амбулаторномъ приемѣ, послѣ примѣненія какого-нибудь ѣдкаго средства, которое, вытекая, можетъ раздражать и разъѣдать наружные органы, я прикладываю къ шейкѣ матки тонкую полоску гигроскопической ваты, достаточную, чтобы только впитать въ себя истекающую жидкость, и приказываю пациенткѣ, тотчасъ по возвращеніи домой удалить тампонъ.

2. Въ случаяхъ выпаденія матки или стѣнокъ влагалища я пользуюсь тампономъ, какъ пессаріемъ, при условіи, что нѣтъ катарра матки.

3. При пластическихъ операціяхъ во влагалищѣ, когда нѣтъ опасенія кровотеченій изъ мѣсты, лежащихъ выше тампона.

4. Въ случаяхъ гиперплазіи со скуднымъ отдѣлимымъ эндометрія я часто кладу къ шейкѣ матки узкій тампонъ, смоченный въ глицеринѣ, іодоглицеринѣ и т. п.

5. Способность тампоновъ исправлять смѣщенія матки очень сомнительна и наложеніе его съ этою цѣлью очень трудно. Между тѣмъ онъ можетъ препятствовать правильному кровообращенію въ тазу, и пациентки мои неоднократно жаловались на боли въ бедрахъ или внизу голени тотчасъ по вложеніи такого тампона.

Ф. Кюнь.

78. L. Baumel. L'aménorrhée et la metrorrhagie chez la jeune fille (*Gazette hebdomadaire des sciences medicales de Montpellier*, 1891, № 42)

Аменоррея и метроррагія у молодой дѣвушки.

Авторъ даетъ два интересныхъ наблюденія надъ установкой менструацій у молодыхъ дѣвушекъ.

1) Одна изъ нихъ 14 лѣтъ, въ дѣтствѣ всегда здоровая, только въ прошломъ году перенесшая инфлуэнцу, имѣла первыя менструаціи 9 ноября 1890 г. безъ всякихъ болей и недомоганія, продолжавшіяся 5 дней. Затѣмъ не менструировала 2 мѣсяца; вскорѣ же послѣ вторыхъ регулъ, онѣ появились у ней снова, на этотъ разъ въ формѣ кровотеченія, продолжавшагося 10 дней. Полный покой и ferr. sesquichlor. внутрь (10 кап. p. die) вполне остановили кровотеченіе въ два дня. Тогда ferr. sesquichlor. замѣнено посредствомъ ferr. hydrogen. reduct., какъ tonicum (0,5 p. dos. 2 раза въ день передъ ѣдой).

2) Вторая больная 16^{1/2} л., перенесла оспу, тифъ и страдала лихорадкой, имѣла первыя менструаціи, продолжавшіяся 3 дня, 12 марта 1890 г. Затѣмъ втеченіи полгода ни регулъ, ни періодическихъ болей не было. Въ сентябрѣ того же года открылись вторыя регулы, сопровождаемыя разстройствомъ нервной системы (подозрѣваніе окружающихъ въ дурныхъ отзѣвахъ, галлюцинаціи слуха, ажитація, отказъ отъ пищи). Такое состояніе продолжалось 3 мѣс. до поступленія въ клинику (дек. 1890); регулъ за это время не было. Больная слабого тѣлосложенія, анемична; жалуется на головныя боли, слабость ногъ и боли въ бедрахъ; анурія и констипація.

Назначено: decoct. chinae (2 раза въ день по 20,0), ferr. hydrogen. reduct. и Natr brom. (1,0 p. die). Въ виду констипаціи желѣзо замѣнено пилюлями Bland и pulv. rhei. Подъ вліяніемъ лѣченія общее состояніе больной улучшилось и черезъ 2 недѣли открылись регулы, на этотъ разъ обильныя, продолжавшіяся 8 дней; нервозность исчезла. Дальнѣйшія регулы появлялись въ срокъ.

По мнѣнію автора, менструаціи почти всегда устанавливаются съ трудомъ, въ смыслѣ неправильности ихъ; возрастъ появленія ихъ различенъ. Установка ихъ въ однихъ случаяхъ сопровождается *аме́норре́ей*, въ другихъ—*геморрагі́ей* (причемъ послѣднюю авторъ подраздѣляетъ на меноррагію — въ періодѣ менструальномъ и метроррагію — въ интервалѣ между 2-мя менструаціями). Иногда рѣзко выраженные мозговые явленія (ипохондрія, ослабленіе умственныхъ способностей) сопровождаютъ періодъ установки менструацій. Меноррагія можетъ также происходить при нѣкоторыхъ общихъ заболѣваніяхъ (тифѣ, сыпныхъ лихорадкахъ, особенно оспѣ); чаще всего она встрѣчается при анеміи и хлорозѣ; аменоррея же при послѣднемъ.

Существованіе маточной геморрагіи не обязываетъ непременно предполагать мѣстный патологическій процессъ, а можетъ быть объяснено особеннымъ напряженіемъ аппарата кровообращенія при лихорадочномъ состояніи; при анеміи и хлорозѣ, напротивъ, дряблостью сосудовъ. На основаніи послѣдняго авторъ согласенъ съ *Trousseau*, что желѣзо *уничтожаетъ, уменьшаетъ и вызываетъ* менструальную геморрагію, дѣлая кровь болѣе пластической въ первыхъ двухъ случаяхъ и произвоя *poliména* въ третьемъ.

Не отрицая пользы внутренняго изслѣдованія (пальцемъ или посредствомъ *speculum virginis*), авторъ совѣтуетъ примѣнять его только въ крайней необходимости.

Главными *причинами нарушенія правильности менструацій* служатъ; по наблюденію автора, *анемія и хлорозъ*. Хлоротичныя и анемичныя дѣвушки, у которыхъ метроррагія преобладаетъ, страдаютъ обыкновенно лейкорреей и катарромъ матки. Шейка матки, вслѣдствіе мацерацин, благодаря продолжительному истеченію, воспаляется и изъязвляется. Подчасъ цѣлыя мясистыя разращенія появляются на шейкѣ матки и кровоточатъ во время или внѣ регулъ. Но не вслѣдствіе большихъ потерь крови дѣвушки становятся анемичны: обыкновенно онѣ таковы уже до появленія регулъ.

Причинами анеміи у молодой дѣвушки служатъ прежде всего ростъ организма и нераціональный образъ питанія (пряности, соленыя и кислыя пищев. вещ.); стягиваніе корсета также не безъ вліянія въ этомъ смыслѣ.

При метроррагіи, въ случаѣ интенсивной лейкорреи, авторъ допускаетъ гинекологическое изслѣдованіе и мѣстное лѣченіе (прижиг. шейки матки *arg. nitric.*, инъекціи *acid. boric.*, іодоформные тампоны).

Въ *лѣченіи* аменорреи вслѣдствіе анеміи прежде всего слѣдуетъ за питаніемъ, затѣмъ препараты желѣза и фосфорно-кислой извести. Послѣ 2-хъ 3-хъ мѣсяц. такого лѣченія наступаютъ правильныя менструаціи. По мнѣ-

нію *Trousseau* вначалѣ лѣченія лучше усваиваются нерастворимые препараты желѣза, позднѣе можно употреблять растворимые. При назначеніи желѣза нужно имѣть въвиду быстрое привыканіе къ нему организма или чрезмѣрное отягченіе имъ послѣдняго, почему временно (дней на 8) приостановить его употребленіе. Для возбужденія аппетита и укрѣпленія силъ препараты хины.

Словомъ: *хорошее питаніе, желѣзо и хина при анэміи, сопровождаемой неправильностями менструацій*, суть основы лѣченія.

С. Маркова.

79. Forbes. Case of acquired atresia hymenalis. (Austral. Med. Gaz. June 15, 1891). Случай приобрѣтенной непроходимости дѣвственной плевы.

30-ти лѣтняя служанка Е. G. обратилась къ автору 2 января 1891 г. Пользовалась вообще хорошимъ здоровьемъ; менструировать начала съ 20 лѣтъ, но регулы появлялись всегда неправильно, съ перерывами иногда въ нѣсколько мѣсяцевъ, были скудны, продолжались одинъ день и сопровождались болью. Въ юнѣ 1890 г. лѣчилась отъ специфической (? *реф.*) горловой болѣзни и отъ папулезной сыпи. Незадолго до этого послѣ coitus'a имѣла какое то выдѣленіе изъ влагалища и явилась опухоль въ паху. Теперь жалуется на расстройство мочеиспусканія и увеличеніе живота.

Исслѣдованіе показало: обширная опухоль живота, подымающаяся нѣсколько выше пупка. Уретра и мочевой пузырь, исслѣдованные катетромъ, нормальны; черезъ прямую кишку прощупывается напряженная круглая опухоль, наполняющая тазъ и придавливающая прямую кишку къ крестцу; въ наружныхъ половыхъ органахъ палецъ натывается на эластическую опухоль, выпячивающуюся между большихъ губъ, уступчивую при давленіи. Пальпация обнаруживаетъ большую опухоль живота, не доходящую нѣсколько до пупка и находящуюся въ связи съ другою меньшею и болѣе твердую опухолью, которая заходитъ за пупокъ и должна быть принята за матку. Отъ верхнихъ угловъ этой второй опухоли отходятъ къ fossae iliacae съ каждой стороны по шнуровидному тѣлу, кончающемуся яичевиднымъ расширеніемъ. При перкуссіи надъ пупкомъ получается флюктуація въ напряженной дѣвственной плевѣ, въ верхней части которой имѣется нѣсколько рѣшетовидныхъ значковъ (cribriform markings), но видимаго рубца нѣтъ. Диагнозъ: atresia hymenalis съ задержкою регулъ.

Тонкій троакаръ воткнутъ нѣсколько выше центра плевы и извлечена характерная для задержанныхъ регулъ жидкость. Въ плевѣ посредствомъ бистури сдѣлано отверстіе, въ которое введенъ наконечникъ ирригатора, и громадно расширенное влагалище проспрыгнуто растворомъ борной кислоты до тѣхъ поръ, пока жидкость стала возвращаться свѣтлою. Повязка съ салициловою ватою. Въ теченіи 10 слѣдующихъ дней ежедневныя орошенія влагалища, выдѣленія изъ котораго прекратились на 5-ый день. Больную держали въ постели 3 недѣли; къ концу этого періода явились нормальныя безъ болей регулы; опухоль живота исчезла.

При исслѣдованіи 4-го апрѣля: сдѣланное въ плевѣ отверстіе открыто,

матка приняла почти нормальную форму и консистенцію, но шейка матки еще увеличена и дрябла, os uteri пропускает кончик мизинца. Регулы правильны.

Авторъ полагаетъ, что въ этомъ случаѣ atresia hymenalis произошла или вслѣдствіе зарубцеванія сифилитической язвы (хотя рубца не видно) или вслѣдствіе воспаленія, вызваннаго попытками къ совокупленію при толстой неподатливой плевѣ, имѣвшей, быть можетъ, очень маленькое отверстіе.

Случай этотъ принадлежитъ къ чрезвычайно рѣдкимъ, упоминаемымъ *M. Duncan* въ его «Clinical Lectures». Ф. Кюнь.

80. Ross. The surgical treatment of imperforate hymen (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 4. 1891). Хирургическое лѣчение непроходимой дѣвственной плены.

Авторъ обогащаетъ собранные имъ въ литературѣ 34 случая хирургическаго лѣченія atresiae hymenalis двумя новыми: однимъ изъ своей практики и однимъ (неопубликованнымъ) случаемъ изъ практики товарища. Способъ оперированія автора будетъ ясенъ по тѣмъ совѣтамъ, которые онъ даетъ въ концѣ своей статьи.

Изъ этихъ 36 случаевъ 3 окончились летально: два отъ послѣдующаго перитонита и одинъ отъ септицеміи, слѣдовательно смертность равна 8%. Вообще же осложненіе послѣоперационнаго періода перитонитомъ отмѣчено въ 4 случаяхъ, а септицеміею въ 2 случаяхъ.

Авторъ различаетъ два способа лѣченія: 1) ранній разрѣзъ плены съ быстрымъ опорожненіемъ влагалища и влагалищными душами и 2) постепенное опорожненіе влагалища съ послѣдующимъ уже (позднимъ) разрѣзомъ плены и безъ влагалищныхъ орошеній. Предпочтеніе авторъ отдаетъ первому способу. Но операцію эту онъ вовсе не считаетъ столь безопасною и невинною, какъ многими принято думать. Главными роковымъ осложненіями являются воспаленіе брюшины или септическое зараженіе вслѣдствіе выхода въ брюшную полость заразныхъ началъ черезъ трубы, вслѣдствіе разрывовъ сращеній или вообще какихъ-либо (some) внутреннихъ разрывовъ. — Въ производствѣ же этихъ роковыхъ осложненій большую роль авторъ приписываетъ давленію брюшного пресса при слишкомъ раннемъ вставаніи съ постели, при какихъ-либо чрезмѣрныхъ физическихъ напряженіяхъ пациентокъ и т. п. Напримѣръ летальный исходъ отъ перитонита на 8-ой день послѣ операціи въ случаѣ, сообщенномъ ему товарищемъ, онъ приписываетъ именно неосторожности больной, которой слишкомъ рано было позволено вставать. Основываясь на своемъ случаѣ и на изученіи литературы даннаго вопроса, авторъ при хирургическомъ лѣченіи atresiae hymenalis по первому изъ вышеупомянутыхъ способовъ рекомендуетъ слѣдующія мѣропріятія:

1. Предупредить мужа или родственниковъ объ опасности предстоящей операціи.

2. Анестезировать больную, чтобы ослабить дѣйствіе брюшнаго пресса. Это рекомендуется и въ интересахъ больной и въ интересахъ оператора, которому расслабленіе брюшныхъ мышцъ облегчаетъ дальнѣйшія манипуляціи.

3. Проколъ и разрѣзъ плены.

4. Обильныя орошенія влагалища до тѣхъ поръ, пока все содержимое влагалища будетъ удалено и вливаемая жидкость будетъ возвращаться свѣтлою и чистою.

5. Тампонированіе іодоформною марлею безъ примѣненія давящей повязки на животъ.

6. Шовъ, соединяющій внутреннюю и наружную поверхности слизистой оболочки плевры.

7. Антисептическую повязку на наружные половые органы.

8. Перебѣна тампона и новое орошеніе влагалища по прошествіи 48 часовъ.

9. Въ горизонтальномъ положеніи держать пациентку двѣ недѣли, и вообще въ постели или на диванѣ держать ее еще 7—10 днями дольше.

10. При появленіи симптомовъ внутренняго разрыва или выхода черезъ трубу въ брюшную полость заразныхъ веществъ, немедленное чревосѣченіе, удаленіе, если можно, причинъ перитонита, туалеть брюшины и дренажъ.

Ф. Кюнъ.

81. Bardenheuer. Verschluss grosser Vesicovaginalfisteln durch transplantation der Blasenwand (Deutsch medic. Wochens. № 50, 1891).

Закрытіе большихъ пузырно-влагалищныхъ фистулъ при помощи трансплантациі стѣнки мочевого пузыря.

При большихъ дефектахъ въ днѣ мочевого пузыря, обширныхъ сращеніяхъ краевъ фистулъ непосредственно съ костяными стѣнками малаго таза или же при фиксациі матки къзади, resp. въ стороны, а также при отсутствіи передней губы влагалищной части или же нижняго отдѣла матки при существующей маточно-пузырной фистулѣ, можно примѣнить для закрытія дефектовъ или методъ *Trendelenburg's*а пересадку лоскута изъ противоположной фистулы стѣнки влагалища или же освободить мочевой пузырь на большомъ протяженіи изъ окружающихъ частей и примѣнить для трансплантациі самую стѣнку мочевого пузыря. Для послѣдняго способа нужно обнажить пузырь при помощи разрѣза брюшныхъ стѣнокъ надъ лоннымъ сочлененіемъ и соответственно положенію фистулы освободить пузырь отъ сосѣднихъ частей. Сдѣлавшіеся такимъ образомъ подвижными края фистулы освѣжаются на сколько возможно косвенно (конически) и спиваются. Подобнымъ образомъ авторъ оперировалъ 2 раза.

Эти случаи вкратцѣ слѣдующіе:

Г-жа Г. оперирована 24 октября 1886 г., а 31 декабря выписана вполне здоровою. Здѣсь имѣлся дефектъ большей части дна мочевого пузыря, нижней части задней стѣнки пузыря а также нижняго отдѣла матки до внутренняго зѣва. Такимъ образомъ весь цервикальный каналъ и часть полости матки сообщались съ пузыремъ. Авторъ обнажилъ пузырь при помощи разрѣза надъ лоннымъ сочлененіемъ и отсекаровалъ брюшину отъ задней стѣнки мочевого пузыря, пока не дошелъ до передней губы влагалищной части, гдѣ и отдѣлил задній край влагалищно-пузырной фистулы. Тоже самое было продѣлано и съ боковыми стѣнками пузыря; авторъ отдѣлил сращенія боковыхъ

краевъ фистулы съ стѣнками таза настолькоъ, что онъ могъ свободно приблизить задній край фистулы къ переднему. Освѣживъ затѣмъ края фистулы, онъ соединилъ ихъ серебряными швами со стороны *introitus vaginae*. Спустя два мѣсяца больная выписалась съ полнымъ держаніемъ мочи.

Во второмъ случаѣ у больной А. Л., принятой 23 марта 1891 г. можно было изъ влагалища свободно ввести два пальца въ мочевой пузырь. Фистула располагалась съ правой стороны возлѣ праваго края губъ *port. vag.*, причемъ съ правой стороны половина губъ отсутствовала. Отъ верхушки фистулы, расположенной приблизительно на высотѣ внутренняго зѣва края фистулы расходились въ видѣ треугольника съ широкимъ основаніемъ кнаружи, кверху и кзади къ стѣнкамъ таза, къ которымъ и были плотно приросши. Разрѣвъ брюшныхъ стѣнокъ надъ лоннымъ сочлененіемъ, обнаженіе пузыря и освобожденіе правой стѣнки его отъ костей таза. Края фистулы освѣжены косвенно и соединены 30 швами проникающими черезъ мускулатуру до слизистой оболочки. Надъ этимъ первымъ слоемъ швовъ былъ наложенъ еще второй. Со стороны влагалища швы не были наложены, фистула закрылась сама. Спустя четыре недѣли получилось излѣченіе.

Авторъ полагаетъ, что въ будущемъ при большихъ пузырно-влагалищныхъ фистулахъ, сшиваніе которыхъ со стороны влагалища невозможно, вышеописанный способъ можетъ оказаться вполне пригоднымъ.

А. Брандтъ.

82. Wertheim. Reinzüchtung des Gonococcus Neisser mittels des Plattenverfahrens (Deutsche medicin. Wochenschrift № 50.1891) О полученіи чистой разводки гонококковъ Neisser'a при помощи пластиннаго метода.

Захваченныя нѣсколько разъ на платиновой иглѣ частицы триппернаго гноя изъ уретры или изъ содержимаго трубъ при восходящей гонорее основательно разбалтываются въ жидкой человѣческой кровяной сывороткѣ и тогда приготавлиются изъ послѣдней два разжиженія по извѣстному способу. Пробирки съ послѣдними частицами ставятся въ водяную баню при 40° С., и содержимое ихъ смѣшивается приблизительно съ равнымъ объемомъ разжиженнаго агара (20% агара, 1% пептона, 0,5% NaCl) и разливается на пластину. Пластины помѣщаются въ влажную камеру и ставятся въ термостатъ при 36—37° С.

На пластинѣ II уже спустя 24 часа вырастаютъ колоніи вполне годныя для перевивки. Мазки, приготовленные изъ этихъ колоній показываютъ, что эти колоніи состоятъ какъ по формѣ, такъ и по отношенію къ окраскѣ изъ типичныхъ гонококковъ. Но самымъ вѣрнымъ доказательствомъ, что колоніи на пластинкахъ представляютъ дѣйствительно гонококковъ служитъ то обстоятельство, что при перевивкѣ этихъ колоній на свернутую кровяную сыворотку спустя 48 часовъ развивается чистая культура гонококковъ, которые будучи привиты на слизистую оболочку уретры паралитиковъ пять разъ вызвали характерный трипперъ, въ отдѣляемомъ котораго опять таки констатировалось присутствіе характерныхъ гонококковъ.

Такимъ образомъ человѣческая кровяная сыворотка (изъ плаценты) подъ вліяніемъ прибавленія мясопептоннаго агара (1 ч. сыворотки на 2—3 ч. МПА) представляется наиболѣе выгоднымъ субстратомъ для роста гонококковъ.

А. Брандтъ.

83. **Coe. Adenoma uteri** (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 4, 1891). **Аденома матки.**

Прежде чѣмъ говорить вообще объ аденомѣ матки, авторъ пытается внести нѣкоторую ясность въ запутанную номенклатуру болѣзней эндометрія. Слизистые полипы, *endometritis fungosa*, истинная аденома, аденоматозный полипъ, доброкачественная аденома и адено-карцинома, все это описывается различными авторами, какъ варіаціи истинной аденомы.

Авторъ предлагаетъ называть истинной злокачественною аденомою только такое новообразование, гдѣ новообразованная аденоматозная ткань не ограничивается одною слизистою оболочкою матки, но захватываетъ и подслизистый и мышечный слои.

Этимъ въ тоже время сказано все и объ анатоміи этихъ опухолей.

Такимъ образомъ «доброкачественная аденома» есть невѣрное и неудачное названіе одного изъ видоизмѣненій («variety») истинной аденомы, которое (видоизмѣненіе) въ сущности злокачественно и въ клиническомъ, и въ анатомическомъ смыслѣ. Аденома *uteri* не тождественна также съ аденокарциномою, но есть начальный и переходный стадій этой послѣдней.

Коснувшись вкратцѣ литературы маточныхъ аденомъ, авторъ переходитъ къ симптоматологіи, распознаванію, предсказанію и лѣченію этихъ опухолей.

Симптомы этого страданія, какъ объективные, такъ и субъективные, не даютъ никакой точки опоры для постановки точнаго діагноза. Боли и неправильныя кровотеченія встрѣчаются въ большемъ числѣ маточныхъ заболѣваній. Если ручнымъ изслѣдованіемъ и удастся констатировать существованіе опухоли, характеръ ея всетаки остается намъ неизвѣстнымъ. Мы можемъ только сказать, что при ракѣ боли сильнѣе, истеченія обильнѣе и зловоннѣе и кахексія наступаетъ скорѣе, чѣмъ при аденомѣ.

Отрицательный результатъ микроскопическаго изслѣдованія выскаблиннаго изъ матки не имѣетъ еще отрицательнаго значенія (при выраженномъ ракѣ матки такое изслѣдованіе весьма рѣдко даетъ отрицательный результатъ). Но эта трудность діагноза важна, по мнѣнію автора, болѣе въ научномъ, чѣмъ въ клиническомъ или хирургическомъ отношеніи. По крайней мѣрѣ онъ считаетъ себя въ правѣ вырѣзать всю матку тотчасъ, какъ только пальцемъ и выскабливаніемъ убѣдился въ существованіи разлитой сосочковой опухоли («diffuse papillary growth»), если даже микроскопъ не докажетъ съ положительностію ея злокачественнаго характера.

Итакъ теченіе аденомы длительное и «коварное» («insidious»), т. е. если она и наименѣе злокачественна изъ всѣхъ формъ злокачественныхъ опухолей, мы не должны создавать себѣ иллюзій при видѣ хорошаго общаго состоянія пациентокъ, отсутствіи обильныхъ кровотеченій и т. п. Предоставленная сама себѣ она рано или поздно ведетъ неизбѣжно къ смерти отъ истоще-

нія, съ переходомъ ли сначала въ адено-карциному или и безъ такого перехода.

Изъ всего этого уже само собою явствуется, что единственно рациональный способъ лѣченія есть полная экстирпация больной матки. Гальванокаустика не даетъ исцѣленія. Частыя же выскабливанія ускоряютъ только переходъ аденомы въ болѣе злокачественный типъ. Удаленіе же матки по поводу аденомы есть сравнительно легкая операція, дающая болѣе надежды на полное исцѣленіе, чѣмъ та же операція при ракѣ матки. Производить эту операцію должно возможно ранѣе, т. е. до перехода аденомы въ адено-карциному, ибо въ послѣднемъ случаѣ операція подаетъ уже менѣе надежды на полное исцѣленіе.

За послѣднее время автору пришлось убѣдиться въ своей практикѣ, что болѣзнь эта встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ онъ прежде предполагалъ.

Ф. Кюнъ.

84. **Reed. Non-surgical treatment of cancerous uteri.** (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 11, 1891). **Не хирургическое лѣченіе рака матки.**

Подъ не хирургическимъ способомъ лѣченія рака матки авторъ разумѣетъ выскабливаніе ложечкою съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ. Не отрицая иногда необходимости радикальной операціи, т. е. вырѣзыванія шейки или всей матки, авторъ полагаетъ, что во многихъ случаяхъ эту опасную, дающую значительный процентъ смертности операцію можно съ успѣхомъ замѣнить выскабливаніемъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда больная противится операціи, или эта послѣдняя опасна въ виду возраста и истощенія пациентки.

Въ подтвержденіе своего предложенія авторъ приводитъ исторію болѣзни одной пациентки, у которой ракъ шейки матки былъ пользованъ авторомъ съ большимъ успѣхомъ помощью выскабливанія.

Сказанная больная, 60 лѣтъ, многорозавшая, до 1889 г. пользовалась хорошимъ здоровьемъ. 4-го же февраля 1890 г. при первомъ изслѣдованіи авторъ убѣдился въ существованіи у нея рака шейки матки; пациентка была крайне истощена раковою кавексією. Она отказалась отъ радикальной операціи, которую и самъ авторъ считалъ опасною въ ея положеніи. Поэтому было примѣняемо въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ еженедѣльно одинъ разъ выскабливаніе пораженной части ложечкою съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ чистую хромовую кислоту (въ расширенный ложечкою цервикальный каналъ вводилась возможно широкая турунда изъ гигроскопической ваты, смоченной въ водѣ и окунутой въ сухую хромовую кислоту), послѣ чего въ цервикальный каналъ вводилась вата, пропитанная желѣзнымъ купоросомъ для остановки кровотеченій.

Подъ вліяніемъ такого лѣченія кровотеченія и другіе мѣстные симптомы болѣзни исчезли, общее состояніе значительно улучшилось; больная прибыла въ вѣсѣ, и въ ноябрѣ того же года авторъ при изслѣдованіи нашелъ только ничтожныя слѣды ея бывшей болѣзни.

По дальнѣйшимъ сообщеніямъ отъ нея она и по сейчасъ (болѣе года отъ начала лѣченія) чувствуетъ себя хорошо.

Авторъ сомнѣвается, однако, можетъ ли этотъ способъ лѣченія съ такимъ же успѣхомъ примѣняться до климактерическаго періода жизни.

Ф. Кюнъ.

85. Parkhurst. Electricity as a therapeutical agent in the treatment of dysmenorrhoea and pelvic inflammations. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1891, June 27). Электричество, какъ терапевтический агентъ при лѣченіи дисменореи и тазовыхъ воспаленій.

Если нѣкоторые гинекологи получали отрицательные результаты при лѣченіи электричествомъ женскихъ болѣзней, въ особенности дисменореи и воспалительныхъ экссудатовъ въ тазу, то это происходитъ въ большинствѣ случаевъ по ихъ собственной винѣ. Авторъ убѣдился въ этомъ личнымъ горькимъ опытомъ. Онъ сознается, что пока онъ «былъ небреженъ въ содержаніи своей электрической машины, не изучилъ тщательно этого предмета, былъ несвѣдущъ въ способахъ вліянія электричества на живыя ткани, въ выборѣ точекъ приложенія электродовъ и мало обращалъ вниманія на силу и продолжительность примѣняемаго тока», до тѣхъ поръ получалъ весьма жалкіе результаты отъ этого способа лѣченія, отъ котораго онъ даже было совсѣмъ отказался.

Съ тѣхъ же поръ, какъ онъ пополнилъ этотъ пробѣлъ въ своихъ знаніяхъ, результаты стали получаться совершенно иные, и авторъ сталъ горячимъ сторонникомъ лѣченія электричествомъ. Въ доказательство вышесказаннаго онъ приводитъ нѣз своей практики 4 случая, въ которыхъ электричество оказало большія услуги пациенткамъ.

Кромѣ мучительныхъ субъективныхъ симптомовъ дисменореи, объективно въ этихъ 4 случаяхъ имѣлось:

1. Увеличенная стенозированная шейка матки, прижатая къ пузырю; обильная лейкорея, retroversio фиксированной сращеніями матки. 4-хъ лѣтній безплодный бракъ.

• Диагнозъ: смѣщеніе матки съ воспаленіемъ, пластическій экссудатъ съ сращеніями.

2. Retroflexio uteri и гипертрофія и смѣщеніе яичниковъ вслѣдствіе повторныхъ гиперемій. Сильнѣйшая дисменорея.

3. Увеличенная вдвое противъ нормы матка; значительный разрывъ cervicis uteri; слизистая оболочка матки утолщена и блѣдна. Утолщеніе правой широкой связки и значительная чувствительность въ области праваго яичника.

4. Subinvolutio uteri; cystitis вслѣдствіе давленія на пузырь увеличенной матки, которая въ видѣ большой, мягкой и дряблой массы выполняла всю полость таза. Чрезвычайная чувствительность всей нижней части живота. Лѣченіе электричествомъ продолжалось во всѣхъ этихъ случаяхъ около 8 недѣль. Первые три недѣли сеансы производились черезъ день, въ остальные 5 недѣль по 3 раза въ недѣлю. Продолжительность каждого сеанса колебалась отъ 5—20 минутъ въ зависимости отъ силы тока. При этомъ авторъ убѣдился, что слабыми и продолжительными токами можно достичь столь же хорошихъ

результатовъ, какъ и сильными, но кратковременными, и что первые гораздо лучше переносятся больными и представляютъ меньше опасностей. Широкий брюшной электродъ соединялся съ положительнымъ полюсомъ, влагалищный— съ отрицательнымъ. Результатами лѣченія, какъ уже сказано, авторъ очень доволенъ.

Во всѣхъ случаяхъ быстро ослабѣвали и исчезали тягостные субъективные симптомы, регулы стали являться правильно и безъ болей; самочувствіе больныхъ улучшалось поразительно.

Въ 1-мъ случаѣ фиксированная in retroversione матка сдѣлалась настолько подвижною, что могла быть приведена почти въ нормальное положеніе. Вскорѣ послѣ лѣченія наступила первая беременность.

Во 2-мъ случаѣ смѣщенные яичники заняли опять нормальное положеніе; retroflexio uteri значительно исправилось. Пациентка чувствуетъ себя «возрожденной» (прошло 2 года послѣ лѣченія).

Въ 4-мъ случаѣ сильно увеличенная и дряблая матка получила, благодаря лѣченію, свою нормальную величину и консистенцію.

Ф. Кюнъ.

86. Wygodzki. Przyczynek do leczenia włókniaków i mięśniaków macicy metoda Apostoli'ego (Gazeta lekarska, 1891, № 46). Къ вопросу о лѣченіи фиброміомъ матки по способу Apostoli.

Авторъ приводитъ изъ собственнаго наблюденія 2 случая, гдѣ подъ вліяніемъ постоянного тока произошло рожденіе подслизистыхъ фиброміомъ, въ силу чего стало возможнымъ оперативное ихъ удаленіе.

Случай 1-й. Больная, 50 л., родила 7 разъ. Жалуется на кровотеченіе. Небольшое cystocele, зѣвъ пропускаетъ конецъ пальца; матка на 4-мъ мѣсяцѣ беременности, подвижна, безболѣзненна, нормальной консистенціи; зондъ входитъ на 12 cm.; причемъ въ полости матки опредѣляется опухоль. Распознаваніе: подслизистая фиброміома.

Электризація постояннымъ токомъ; катодъ на животъ (электродъ изъ пластической глины), анодъ въ полость матки (зондъ). Послѣ пяти сеансовъ зондъ замѣненъ угольнымъ электродомъ, а послѣ 7 сеансовъ опухоль родилась во влагалище; она была величиною съ утиное яйцо и сидѣла на ножкѣ толщиной въ мизинецъ; опухоль безъ труда удалена. Примѣнялся токъ отъ 50—220 milliamp.

Случай 2-й. *Multipara*, 42 лѣтъ; страдаетъ отъ кровотеченій. Въ верхней трети влагалища кольцообразное суженіе, пропускающее палецъ; матка какъ на 3-мъ мѣсяцѣ беременности, плотной консистенціи; зондъ на высотѣ 6 cm. встрѣчаетъ твердое тѣло, однако можетъ обойти препятствіе, войти на 12 cm. Распознаваніе: *Myoma uteri*.

Электризація какъ и въ первомъ случаѣ. Послѣ пяти сеансовъ изъ наружнаго зѣва, раскрытаго на 2 пальца, показалась небольшая часть новообразованія, заключеннаго въ капсулу, исходящаго изъ дна. Еще два сеанса; опухоль въ такомъ же положеніи. Тогда помощью экразера отщеплена нижняя часть опухоли, а остальное вылущено пальцемъ. Больная выздоровѣла.

Ф. Краснопольскій.

87. Massey. The electrical treatment of fibroid tumors (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 18, 1891). Лѣченіе фиброзныхъ опухолей электричествомъ.

Статья эта представляет отчетъ (въ видѣ таблицы) о 46 случаяхъ фибромъ матки, пользованныхъ авторомъ по способу *Apostoli*. Исключивъ изъ этого числа 2 случая полипозныхъ опухолей, гдѣ электричество было примѣнено только добавочно, и пять случаевъ, въ которыхъ электричество было примѣняемо слишкомъ короткое время, авторъ остальные 39 случаевъ по достигнутымъ результатамъ дѣлитъ на пять классовъ:

1) Пять случаевъ (12,8%) внутрисъночныхъ фибромъ съ полнымъ анатомическимъ и симптоматическимъ излѣченіемъ: опухоль исчезла, здоровье пациентки возстановилось.

2) Двадцать три случая съ значительнымъ уменьшеніемъ опухоли въ объемѣ и съ излѣченіемъ всѣхъ симптомовъ болѣзни. На эти 23 случая внутрисъночныхъ фибромъ было 15, подбрюшинныхъ 4, одна подслизистая и 3 внутрисъночныя и подбрюшинныя.

3) Восемь фибромъ не уменьшившихся въ объемѣ; но всѣ болѣзненные симптомы были ослаблены. Изъ этихъ 8 случаевъ въ 7 имѣлись внутрисъночныя опухоли и одна подслизистая.

Оба эти класса (2-й и 3-й) составляютъ 79,4% частичнаго излѣченія.

4) Въ 2 случаяхъ лѣченіе не дало никакихъ результатовъ (5,3%).

5) Въ одномъ случаѣ (2,5%) оно дало ухудшеніе и смерть отъ септицеміи, происшедшей при изверженіи опухоли.

На основаніи этой серіи случаевъ авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) Если возрастающая опытность въ гистерэктоміяхъ ради фибромъ и сдѣлаетъ операторовъ болѣе искусными въ этомъ дѣлѣ и понизитъ процентъ смертности отъ этой операціи, но пока намъ слишкомъ мало извѣстно дальнѣйшее состояніе здоровья пациентокъ, успѣшно оперированныхъ, какъ относительно ослабленія или усиленія симптомовъ, такъ и въ особенности относительно различныхъ послѣоперационныхъ осложнений и случайностей.

2) Консервативный способъ лѣченія, производящій регрессивныя измѣненія въ болѣзненномъ процессѣ, измѣненія, ведущія въ 12% всѣхъ случаевъ къ полному излѣченію и въ 74% къ частичному исцѣленію, такой способъ заслуживаетъ полнаго вниманія нашего: весьма немногія лѣчебныя средства или мѣропріятія въ аналогичныхъ болѣзняхъ могутъ хвалиться такимъ успѣхомъ.

3) Электричество, которое не только останавливаетъ ростъ опухоли, но и уменьшаетъ ее иногда до полнаго исчезновенія, имѣетъ кромѣ этого своего цѣлебнаго дѣйствія еще ту заслугу за собою, что оставляетъ нетронутыми всѣ сосѣдніе органы и ихъ функціи, напр. яичники etc. Электрическій токъ представляетъ общаго возбуждителя или «оживителя» («revivifier») для тканей и процессовъ высшаго порядка, въ то же время какъ онъ дѣйствуетъ разрушительно на ткани низшаго порядка и на новообразованія.

Ф. Кюнь.

88. **Asdale. Laparo-hysterorrhaphy as a means of cure of cases of extreme prolapse or retro-displacement of the uterus.** (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 11, 1891). Брюшное прикрѣпленіе матки, при крайнихъ степеняхъ ея выпаденій и смѣщеній кзади.

Механическій способъ лѣченія выпаденій и смѣщеній матки кзади въ большинствѣ случаевъ не даетъ полного исцѣленія.

Пессарій, который представляетъ только палліативное, но не лѣчебное средство, со временемъ можетъ самъ по себѣ породить осложненія и ухудшеніе. А тѣмъ болѣе въ крайнихъ степеняхъ выпаденій или смѣщеній съ ущемленіемъ матки ни пессарій, ни какой другой механическій способъ лѣченія не достигаетъ цѣли.

Для всѣхъ такихъ случаевъ неизбѣжно хирургическое лѣчение.

Оперативное сѣзженіе влагалища далеко не всегда даетъ стойкій успѣхъ. Отъ укороченія круглыхъ связокъ авторъ не видѣлъ въ своей практикѣ хорошихъ результатовъ.

При всѣхъ смѣщеніяхъ матки, фиксированной ложными перепонками, какое бы не предприняли лѣченіе, ему должно предшествовать уничтоженіе этихъ перепонокъ. А это послѣднее въ большинствѣ случаевъ требуетъ вскрытія брюшной полости, потому что никакой другой способъ не представляетъ достаточной гарантіи. А разъ уже вскрыта брюшная полость, то *ventrofixatio* смѣщенной или выпавшей матки дѣлается нравственною обязанностью, потому что операція эта, при соблюденіи всѣхъ правилъ предосторожности, не опаснѣе всякой другой операціи, применяемой для лѣченія этого страданія.

Вскрытіе брюшной полости имѣетъ еще то громадное преимущество, что даетъ оператору возможность глазомъ и пальцемъ изслѣдовать все содержимое этой полости. И какъ часто гинекологу, совершенно неожиданно для самого себя, приходится наталкиваться на заболѣвшіе, перерожденные или приращенные придатки, оставленіе которыхъ въ брюшной полости могло бы свести къ нулю пріобрѣтенные операціею результаты.

Положеніе свое авторъ подтверждаетъ четырьмя исторіями болѣзни изъ своей практики, по которымъ видно, что двѣ женщины, благодаря произведенной авторомъ *laparo-hysterorrhaphy*, получили полное и стойкое излѣченіе отъ полного выпаденія матки, а другія двѣ отъ сильныхъ степеней смѣщенія кзади фиксированной сращеніями матки.

Ф. Кюнъ.

89. **O. И. Піотровскій. Cystis intraligamentosa ovarii sinistri. Laparotomia** (Медицинское Обозрѣніе. Томъ XXXVI, № 19, 1891 г.).

Женщина, 47 лѣтъ отъ роду, средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, поступила въ больницу съ жалобой на боли въ крестцѣ, лѣвомъ бедрѣ и чувство усталости. Рожала одинъ разъ на 18 году. На 42 году прекратились регулы. Года два назадъ замѣтила въ животѣ опухоль. Животъ увеличенъ, покровы его гладки. При ощупываніи удается опредѣлить опухоль, состоящую изъ двухъ долей, правой, поднимающейся выше пупка пальца на 3 и лѣвой значительно выше. Опухоль довольно эластична, съ ясной флюктуаціей, безболѣзненна. Сращеній съ брюшнымъ покровомъ, повидимому, не существуетъ.

Передвиженія опухоли, производимыя снаружи, передаются маткѣ. Въ переднемъ и заднемъ сводахъ прощупывается флюктуирующая опухоль. Тѣло матки въ anteфlexio и lateropositio dextra. На основаніи вышеизложенныхъ данныхъ былъ поставленъ діагнозъ интралигаментарной кисты, что вполнѣ подтвердилось и при операціи, произведенной 17 мая. Вылущенная опухоль оказалась мультилокулярной, отчасти коллоидной, отчасти серозной кистой, заключенной въ широкіхъ связкахъ. Оставшаяся въ связкахъ, послѣ удаленія опухоли, полость была сшита. Послѣоперационное теченіе первыхъ трехъ сутокъ безлихорадочно. На 4 сутки вечеромъ t^0 поднялась до 38,3. Пульсъ 100 въ минуту. Въ послѣдующіе дни при повышенной t^0 появился кашель, головная боль, ломота въ конечностяхъ—больная перенесла инфлуэнцу. На 10 день t^0 пала до 37,5, пульсъ 86. На 11 день удалены швы — вездѣ prima intentio. 8 юня больная выписана вполнѣ здоровой. **Д. Рузи.**

90. Mc. Intyre. A report of ten selected cases of laparotomy, with remarks. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 4, 1891). Десять избранныхъ случаевъ лапаротомій.

Статья эта представляетъ весьма краткій отчетъ о 10 произведенныхъ авторомъ по различнымъ поводамъ лапаротоміяхъ:

1) 38-ми лѣтней женщиной, страдавшей быстрорастущею опухолью живота, сдѣлано чревосѣченіе, причемъ обнаружилось, что опухоль эта раковая. Она до того плотно была сращена съ mesenterium, кишками и нижнею долею печени, что удаленіе опухоли оказалось невозможнымъ. Брюшная рана была зашита, она зажила первымъ натяженіемъ. Отъ операціи пациентка оправилась, но чрезъ нѣкоторое время потомъ умерла.

2) У 32 лѣтней женщины были удалены одна труба (которая, изъ статьи не видно: «of one side». (Ресф.) и оба яичника, которые были не только увеличены и воспалены, но и содержали каждый болѣе одной столовой ложки гноя. Выздоровленіе.

3) У 29-ти лѣтней R. C., страдавшей съ 14-ти лѣтъ раздражительностью яичниковъ («ovarian irritation»), были съ успѣхомъ удалены яичники и трубы. Въ обоихъ этихъ случаяхъ регулы больше не являлись.

4) У 44 лѣтней S. R. чревосѣченіемъ была удалена огромная подбрюшная фиброма. При отдѣленіи пальцемъ обильныхъ сращеній была порвана на протяженіи $3\frac{1}{2}$ дюймовъ чрезвычайно дряблая ткань кишки, и фекальныя массы излились въ полость живота. Выздоровленіе.

5) По разрѣзѣ живота найдена большая нагноившаяся опухоль, исходящая изъ лѣваго яичника, порвавшаяся на всемъ своемъ протяженіи, и всюду въ брюшной полости гной.

На 5-й день смерть отъ истощенія и отъ септического зараженія, происшедшаго до операціи.

6) Е. Д. Н. 37 лѣтъ. Лапаротомією удалено 6—7 міоматозныхъ опухолей матки. Міомы, отчасти внутрисѣточные, отчасти подсерозныя, представлялись твердыми, узловатыми, величиною отъ миндалины до гусиного яйца. Яичники удалены. Выздоровленіе.

7) У 25-ти лѣтней К. О. удалена многополостная киста лѣваго яичника вѣсомъ въ 36 фунтовъ. Послѣоперационное теченіе осложнилось кратковременною желтухою вслѣдствіе сжатія ductus choledochus свѣжими сращеніями на мѣстѣ старыхъ разорванныхъ при лапаротоміи сращеній. Массажъ надъ этою областью въ 24 ч. устранилъ явленія желтухи. Выздоровленіе.

8) У 45 лѣтней Г. С. удалена многополостная киста вѣсомъ въ 30 фунтовъ. Выздоровленіе.

9) М. В. 38 лѣтъ. Послѣднія 5 лѣтъ страдаетъ сильною дисменорреею и и нестерпимыми болями въ области матки и яичниковъ. Лѣвые придатки удалены легко; большого труда стоило удаленіе правыхъ придатковъ, опустившихся глубоко въ Дугласово пространство; при этомъ оказалась haematoma праваго яичника величиною съ яйцо индѣйки. Полное выздоровленіе.

10) Удаленная у 38 лѣтней А. І. міома по величинѣ и вѣсу представляется, по словамъ автора, unicum въ литературѣ женскихъ болѣзней. Вѣсъ ея равнялся 93¹/₂ фунт. О величинѣ опухоли можно приблизительно судить по слѣдующимъ измѣреніямъ живота до операциі. Окружность живота тотчасъ подъ пупкомъ=50 дюймамъ; разстояніе отъ мечевиднаго отростка до лоннаго сращенія 32 дюйма. Кромѣ того отъ живота вдоль бедеръ почти до колѣнъ висѣлъ придатокъ («pendant appendum»), окружность котораго тотчасъ подъ симфизомъ=27 дюйм., а окружность его у основанія=30 дюймамъ. Поверхность, пересѣченная въ различныхъ направленіяхъ широкими извилистыми венами, представлялась ровною, напряженною и слегка эластичною. Пробные проколы троакаромъ не дали ничего кромѣ нѣсколькихъ капель крови. Значительное кровотеченіе изъ расширенныхъ кожныхъ венъ. Обильныя сращенія опухоли, въ особенности съ діафрагмою и съ печенью, значительно затруднили операцию. Широкія связки и трубы съ каждой стороны перевязаны; опухоль повернута, широкая ножка ея перевязана лигатурою и міома удалена.

На слѣдующій день, вслѣдствіе повышенія температуры (103,5), нѣкоторые брюшные швы сняты, полость живота промыта горячею водою, удалено нѣсколько кровяныхъ сгустковъ и значительное количество сыворотки, послѣ чего температура пала до 101°. Но по прошествіи новыхъ 48 час. появились признаки септицеміи и на 5-й день послѣ операциі послѣдовала смерть.

Ф. Кюнъ.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

ПО ПОВОДУ ЗАМѢЧАНІЙ, СДѢЛАННЫХЪ ПРОФ. ОТТОМЪ
НА СТАТЬЮ МОЮ „КЪ ВОПРОСУ О ПОКАЗАНІИ КЪ ЧА-
СТИЧНОЙ АМПУТАЦІИ ШЕЙКИ ПРИ РАКѢ ВЛАГАЛИЩНОЙ
ЧАСТИ МАТКИ“. ¹⁾

Д-ра М. Миронова.

Проф. *Отта*, разбирая причины, побудившія меня не принять въ расчетъ результатовъ, полученныхъ имъ при влагалищномъ вырѣзываніи матки, говоритъ (Журналъ Акуш. 1892 г. № 1-й, стр. 66-я), что, такъ какъ результаты эти идутъ совершенно въ разрѣзъ съ положеніемъ, которое я желаю защищать, то мнѣ слѣдовало бы особенно внимательно и тщательно разобратъ приводимые имъ случаи и дѣлаемые на основаніи ихъ выводы. Признавая за статьей проф. *Отта* несомнѣнные достоинства и считая ее цѣннымъ матеріаломъ, которымъ можно воспользоваться всякому, интересующемуся вопросомъ объ оперативномъ лѣченіи злокачественныхъ новообразованій матки, я, тѣмъ не менѣе, не воспользовался ею, такъ какъ имѣлъ въ виду разсмотрѣть *окончательные* результаты, получаемые при тотальной экстирпаціи матки и, слѣдовательно, могъ пользоваться только такой статистикой, которой результаты операции извѣстны, по крайней мѣрѣ, въ теченіе двухъ лѣтъ; между тѣмъ какъ въ статьѣ проф. *Отта* изъ всѣхъ 30-ти описанныхъ случаевъ только относительно 2-хъ больныхъ извѣстно, что онѣ

¹⁾ См. Журналъ Акуш. 1892 г. № 1.

не имѣли рецидива болѣе 2-хъ лѣтъ; относительно 7-ми сказано, что дальнѣйшая судьба ихъ осталась неизвѣстной и въ 12-ти случаяхъ еще не прошло больше одного года со времени операціи.

Вслѣдствіе подобныхъ же причинъ я не могъ воспользоваться сравнительно богатымъ матерьяломъ, собраннымъ въ работѣ д-ра *Заяицкаго*, въ которую вошли всѣ доступные ему случаи, описанные въ русской литературѣ.

Упоминаю же я о 0% смертности у проф. *Отта*, потому, что уже неразъ дѣлались на него ссылки различными авторами.

Я говорю, что не могу принять этой статистики въ расчетъ, потому что она является исключительной. И въ самомъ дѣлѣ; на основаніи того, что мнѣ пришлось наблюдать самому въ теченіи 7-ми лѣтъ въ Харьковской Акушерской клиникѣ, а затѣмъ въ клиникахъ *Olshausen'a*, *Gusserow'a*, *Martin'a*, *Winkel'a*, *Leopold'a*, *Pear'a*, *Pozzi* и др. я вынесъ убѣжденіе, что тотальная экстирпація матки сама по себѣ, помимо того, производится ли она по поводу рака матки или по поводу такихъ невинныхъ заболѣваній, какъ напримѣръ выпаденія матки, есть операція далеко не безопасная для жизни. Я самъ не разъ видѣлъ случаи смерти послѣ тотальной экстирпаціи, произведенной даже при выпаденіи матки. Какъ извѣстно, причиной смерти при этой операціи, главнымъ образомъ, является или инфекция (чаще всего сепсисъ), или несовершенство въ техникѣ операціи, какъ напримѣръ: перевязка мочеточниковъ, ущемленіе кишокъ и т. п. обстоятельства, встрѣчающіяся однако и у такихъ опытныхъ операторовъ, какъ напримѣръ проф. *Fritsch*. Спрашивается, можно ли быть увѣреннымъ во всякомъ данномъ случаѣ, что во время операціи не будетъ занесена инфекция, когда приходится оперировать при ракѣ? Наблюденія клиническія показываютъ, что до сихъ поръ во всѣхъ, даже лучшихъ и богато обставленныхъ клиникахъ, исключая клиники проф. *Отта*, при соблюденіи возможно строгой антисептики это не удавалось и черезъ извѣстные промежутки времени все таки встрѣчаются случаи инфекции. Что же долженъ думать операторъ, который не имѣетъ такой благопріятной обстановки и которому приходится оперировать въ больницѣ. Очевидно, онъ будетъ ближе къ истинѣ, если не приметъ въ расчетъ исключительной статистики проф. *Отта*, а будетъ сообразоваться съ данными, полученными другими, работающими при условіяхъ, болѣе приближающихся къ его собственнымъ. Другой важ-

ный моментъ, сказывающій огромное вліяніе на $^{\circ}/_{\circ}$ смертности, — это личная опытность оператора, которая, наприкладъ, у доктора *Заяицкаго* имѣла такое вліяніе, что на первыя 20 тотальныхъ экстирпацій онъ получилъ 35 $^{\circ}/_{\circ}$ смертности, на слѣдующія же 45 только 4,4 $^{\circ}/_{\circ}$; то же было и у другихъ операторовъ, хотя уже не въ такой рѣзкой формѣ; такъ наприкладъ: у *Leopold'a* на первые 43 случая 7 $^{\circ}/_{\circ}$, на слѣдующіе же 40 только 2 $^{1}/_{2}^{\circ}/_{\circ}$.

Не только вообще врачамъ, работающимъ внѣ большихъ городовъ, но даже клиницисту въ такомъ сравнительно крупномъ центрѣ, какъ Харьковъ, случаи рака матки, пригодные еще для тотальной экстирпаціи, встрѣчаются такъ рѣдко, что наприкладъ въ здѣшней Акушерской клиникѣ въ годъ приходится не болѣе двухъ-трехъ; при всемъ томъ, что проф. *Толочинновъ* оперируетъ всѣ случаи, гдѣ есть хоть какая-нибудь возможность экстирпировать матку. Спрашивается, сколько же лѣтъ нужно оперировать врачу въ больницѣ, не имѣющей такого богатаго матеріала, какъ клиники и больницы столицъ, для того чтобы достигнуть необходимаго совершенства въ техникѣ; хотя, какъ я уже указалъ выше, и большая опытность не всегда гарантируетъ отъ погрѣшностей. Въ виду такихъ то соображеній я и не могъ принять въ расчетъ статистики смертности проф. *Отта*; тѣмъ болѣе, что, какъ я говорю въ своей статьѣ, 0 $^{\circ}/_{\circ}$ смертности выведенъ не вполне правильно, въ виду того, что случай XVIII надо считать за піемію, развившуюся вслѣдствіе операции и приведшую больную къ смерти; такъ какъ если больная и была выписана изъ клиники, то можно думать, что она умерла вскорѣ послѣ выписки. Проф. *Отта* справедливо замѣчаетъ, что въ примѣчаніи 5-мъ указано на то, что больная эта дѣйствительно скоропостижно умерла, сидя въ вагонѣ. Но въ сущности положеніе вещей отъ этой поправки нисколько не измѣняется; оно не измѣнилось бы, если бы даже предположить съ проф. *Оттомъ*, что больная могла бы выздороветь, не предприми она не во время путешествія. Все таки этотъ случай указываетъ на то, что не смотря на прекрасную клиническую обстановку, не смотря на тщательную дезинфекцію и всѣ принятыя мѣры, все же возможны при тотальной экстирпаціи матки случаи тяжелой инфекции.

Далѣе проф. *Отта* почему то думаетъ, что я не внимательно разсмотрѣлъ случай 28-й, который я привожу, какъ при-

мѣръ того, что не всѣ его 30 случаевъ могутъ быть приняты за ракъ матки.

И на самомъ дѣлѣ относительно этого случая сказано: „изгибъ матки кзади, остатки периметрита, гиперпластическій эндометритъ (resp. злокачественная аденома). 30 мая 1887 года произведено выскабливаніе слизистой оболочки матки. Но такъ какъ по истеченіи 6-ти мѣсяцевъ кровотеченія возобновились и даже съ большею силой, то, съ согласія больной, 2 мая 1888 года ей и было произведено удаленіе всей матки, оказавшейся, какъ это было распознано и до операціи, спаянною ложными сращеніями съ окружающими ее органами. Послѣоперационное теченіе нормально“. Прочитавши эти строки, я понималъ ихъ такъ, что въ 1887 году по выскабленнымъ кусочкамъ былъ поставленъ діагнозъ гиперпластическаго эндометрита съ подозрѣніемъ на злокачественную аденому; затѣмъ, спустя годъ, на основаніи только клиническихъ признаковъ, сдѣлано распознаваніе злокачественной аденомы, которую уже предполагали годъ назадъ и поэтому удалена матка. Но что найдено потомъ, дѣйствительно ли на экстирпированной маткѣ убѣдились въ справедливости предполагаемаго діагноза, этого изъ приведенной исторіи не видно, почему, мнѣ кажется, я имѣлъ право считать этотъ случай не вполне яснымъ относительно діагноза, и если я говорю, что не могу отнести его къ категоріи раковъ, потому что не могу читать гиперпластическій эндометритъ за сарциномъ, то это не значитъ, что я утверждаю, будто бы проф. *Ottz* не разграничиваетъ злокачественной аденомы отъ железистаго рака.

Переходя теперь къ случаямъ 25, 26 и 29, которыя я отнесъ къ не вполне яснымъ, мы видимъ, что въ случаѣ 25-мъ діагнозъ железистаго рака былъ поставленъ на основаніи изслѣдованія выскабленныхъ частицъ слизистой оболочки, которыя показали „сильное утолщеніе слизистой оболочки съ значительнымъ разрастаніемъ железъ, причемъ нѣкоторыя изъ послѣднихъ были очень растянуты и сплошь выполнены эпителиальными клѣтками“.

По поводу этого и другихъ случаевъ я, вовсе не имѣя въ виду поучать кого бы то ни было микроскопической техникѣ, какъ это полагаетъ проф. *Ottz*, высказываю мое личное мнѣніе о томъ, что діагнозъ рака тѣла матки можно установить съ наибольшею ясностью по отношенію новообразованныхъ железъ къ muscularis, и поэтому, если бы діагнозы, поставленные на

основаніи изслѣдованія высокобленныхъ частицъ слизистой оболочки, были затѣмъ, послѣ экстирпаціи матки, подтверждены срѣзами, проведенными перпендикулярно къ свободной поверхности слизистой оболочки, и захватывающими muscularis, то они (діагнозы) стали бы несомнѣнными. Дѣлались ли подобные препараты, изъ приведенныхъ исторій не видно. А что не всегда бываетъ легко, а иногда даже и возможно, рѣшить съ положительностью, съ чѣмъ имѣется дѣло только по высокобленнымъ кусочкамъ, это знаетъ всякій, занимавшійся этимъ дѣломъ; я, по крайней мѣрѣ, убѣдился въ этомъ личнымъ наблюденіемъ на сравнительно большемъ матеріалѣ. Я имѣлъ возможность изслѣдовать болѣе 100 матокъ, экстирпированныхъ по поводу рака, развившагося въ различныхъ отдѣлахъ органа, изъ которыхъ около 20-ти приходится на долю различныхъ видовъ рака тѣла матки, при чемъ не разъ я имѣлъ случай производить изслѣдованіе и передъ операцией высокобленныхъ кусочковъ, и послѣ операціи изслѣдовать ту же матку на срѣзахъ, и на основаніи всего того, что я видѣлъ и было высказано вышеприведенное мнѣніе, которое, конечно, не претендуетъ нисколько на новизну, такъ какъ неоднократно высказывалось раньше; да и самъ проф. *Отт* въ своей статьѣ высказываетъ положеніе аналогичное съ моимъ. Такъ, напр., на стр. 1067 (Врачъ 1887 г. № 48) онъ говоритъ: „Топографическіе разрѣзы особенно необходимы для распознаванія злокачественной железистой опухоли, ибо только помощію ихъ можно составить себѣ представленіе объ инородномъ развитіи железистой ткани, составляющемъ одно изъ отличительныхъ свойствъ злокачественной аденомы“. И дальше: „Окраска срѣзовъ пикрокарминомъ, въ данномъ случаѣ, повидимому, наиболѣе цѣлесообразна, ибо позволяетъ удобнѣе различать мышцы отъ другихъ тканей; буде железистая ткань развивается инородно, при чемъ железы врастаютъ въ мышечный слой, то при только что указанной обработкѣ препаратовъ, разрушающее свойство аденомы (*adenoma destruens*) выступаетъ всего рѣзче“.

Спрашивается, часто ли мы можемъ на высокобленныхъ кусочкахъ слизистой оболочки матки получить и muscularis, чтобы судить объ отношеніи къ ней железъ. Конечно, нѣтъ. Поэтому то и было бы желательно, чтобы сдѣланные до операціи распознаванія были подтверждены впослѣдствіи на срѣзахъ и вотъ съ этой стороны упомянутые мною случаи: 25, 26, и 29 не вполне ясны; потому что діагнозъ иногда, какъ напиримѣръ

въ случаѣ 29-мъ, былъ колеблющимся, т. е. не вполне яснымъ даже для самого оператора. Въ этомъ случаѣ, напр., первое выскабливаніе показало гиперпластическій эндометритъ. «Несмотря на выскабливаніе кровотеченіе повторилось черезъ два мѣсяца». Произведено 2-е выскабливаніе. «Микроскопическое изслѣдованіе удаленной слизистой оболочки показало сильное разращеніе железъ, мѣстами какъ бы вдавшихся въ толщу маточной стѣнки въ ущербъ ея мышцамъ (злокачественная аденома). Такъ какъ полученные препараты были недостаточно убѣдительны для безспорнаго распознаванія злокачественнаго процесса, то полное вырѣзываніе матки отложено до новаго возврата процесса. Не прошло и 5-ти мѣсяцевъ, какъ больная обратилась снова съ прежними жалобами. Такъ какъ процессъ очевидно повторялся, то уже нельзя было сомнѣваться въ его злокачественности, поэтому 5 мая 1888 года и была произведена тотальная экстирпація». Слѣдовательно, и здѣсь діагнозъ передъ операціей былъ поставленъ клинической, и поэтому было бы желательно подтвержденіе его послѣ операціи анатомическими препаратами. Отнеся только что приведенные случаи къ не вполне яснымъ, я однако и не думалъ высказывать никакого предположенія о невѣрности діагнозовъ проф. *Отта* или сомнительной пригодности примѣнявшихся имъ методовъ изслѣдованія и положительно не понимаю, откуда могъ усмотрѣть это проф. *Оттъ* изъ моей статьи.

ИЗВѢЩЕНІЯ.

1.

ПЕРВЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКІЙ КОНГРЕСЪ.

Въ средѣ Бельгійскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества возникла мысль организовать международные сѣзды гинекологовъ, и первый такой конгрессъ имѣеть собраться въ Брюсселѣ со $2/14$ по $7/19$ сентября настоящаго года; послѣдующіе сѣзды предполагается созывать каждые четыре года по очередно въ Швейцаріи и Бельгіи.

Открытіе перваго конгресса состоится въ среду $2/14$ сентября въ 1 часть дня. Записываться въ члены конгресса можно теперь же, сообщая генеральному секретарю, д-ру *Jacobs* (12, Rue des Petits-Carmes, — Bruxelles) свое имя, фамилію и подробный адресъ, съ приложеніемъ членскаго взноса въ размѣрѣ 30 франковъ за участіе въ первомъ конгрессѣ (membre participant à la 1-re session), или 300 франковъ единовременно съ правомъ на званіе члена-учредителя (membre fondateur) и бесплатное участіе во всѣхъ послѣдующихъ сѣздахъ; или-же можно записываться лично передъ самымъ открытіемъ конгресса— $1/13$ сентября отъ 12 до 5 часовъ дня, $2/14$ сентября отъ 9 до 12 часовъ утра, а въ послѣдующіе дни отъ 8 до 9 час. утра.

Число записавшихся въ члены конгресса уже въ настоящее время превосходитъ 300 человѣкъ, что для спеціальнаго, не обще-медицинскаго сѣзда должно считаться большою цифрою, особенно если принять во вниманіе, что до конгресса остается еще болѣе пяти мѣсяцевъ. Списокъ членовъ содержитъ имена большинства выдающихся гинекологовъ всѣхъ странъ Европы и Америки.

Лица, предполагающія сдѣлать какой-либо докладъ на сѣздѣ, приглашаются заявить объ этомъ не позднѣе $\frac{3}{15}$ августа генеральному секретарю конгресса, сообщивъ ему краткое *resumé* доклада съ выводами. Сообщенія могутъ быть дѣлаемы на нѣмецкомъ, англійскомъ и французскомъ языкахъ; продолжительность каждаго доклада не должна превышать $\frac{1}{4}$ часа; участвующимъ въ преніяхъ дается по 5 минутъ.

До настоящаго времени научный матеріалъ конгресса состоитъ въ слѣдующемъ.

Организаціоннымъ комитетомъ конгресса поставлены на очередь вопросы:

1) *О тазовыхъ нагноеніяхъ*. — Докладчикъ: *P. Ségon*d (Парижъ).

2) *О внематочной беременности*. — Докладчикъ: *A. Martin* (Берлинъ).

2) *О предлежаніи дѣтскаго мѣста*. — Докладчикъ: *Berry Hart* (Эдинбургъ).

По первому изъ этихъ вопросовъ обѣщали также сдѣлать сообщенія *Durel*, *Delagenière*, *Gaillard* и *Roberts*, по второму — *Leopold*, *Picqué* и *Alban Doran*.

Кромѣ того предстоятъ пока слѣдующіе доклады:

а) *Bossi*: Экспериментальныя изслѣдованія относительно возстановленія слизистой оболочки матки.

б) Онъ-же: Искусственное возбужденіе родовъ.

в) *Tonay*: О міомахъ шейки.

г) *Auvard*: Лѣченіе геморроидальныхъ шишекъ.

д) *Desguin*: Чревосѣченіе при послѣродовомъ перитонитѣ.

е) *Carneron*: О кесарскомъ сѣченіи.

Затѣмъ обѣщали сдѣлать сообщенія на конгрессѣ *Lebec*, *Dolérès*, *Forissey* и весьма многіе другіе.

Его Величество, Король Бельгійцевъ, Леопольдъ II принялъ конгрессъ подъ свое покровительство, а равно ему обѣщано полное содѣйствіе бельгійскаго правительства. Президентомъ организаціоннаго комитета состоитъ проф. *Kufferath*, а генеральнымъ секретаремъ, какъ упомянуто выше, д-ръ *Jacobs*, къ которому и слѣдуетъ обращаться по всѣмъ дѣламъ конгресса. Различныя страны будутъ имѣть на конгрессѣ по нѣскольку своихъ представителей съ званіемъ почетныхъ президентовъ, избираемыхъ заблаговременно организаціоннымъ комитетомъ; изъ русскихъ гинекологовъ пока въ это званіе избранъ проф. *К. Ф. Славянский*. Я имѣю честь быть специальнымъ секретаремъ конгресса

для Россіи и, съ своей стороны, готовъ сообщать желающимъ всѣ имѣющіяся въ моемъ распоряженіи свѣдѣнія.

Въ числѣ празднествъ, имѣющихъ быть устроенными для членовъ конгресса, предположены: 1) раутъ, даваемый Бельгійскимъ Акушерско-Гинекологическимъ Обществомъ иностраннымъ участникамъ конгресса; 2) банкетъ устраиваемый тѣмъ-же Обществомъ для всѣхъ членовъ конгресса; 3) приѣмъ у короля; 4) приѣмы у министровъ; 5) парадный спектакль въ оперѣ.— Во время конгресса будетъ открыта международная выставка гинекологическихъ и акушерскихъ инструментовъ, въ которой примутъ участіе большинство лучшихъ фирмъ Европы. Заявленія объ участіи въ выставкѣ принимаются генеральнымъ секретаремъ до $\frac{3}{15}$ іюля.

Секретарь конгресса для Россіи
А. Фишеръ.

С.-Петербургъ, 20-го марта 1892 г.
Б. Сампсон. просп., 9.

ИЗВѢЩЕНІЯ.

II.

Казначей Комитета для сбора пожертвованій на сооруженіе памятника *Н. И. Пирогову*, д-ръ Е. Покровский проситъ насъ сообщить, что въ Комитетъ вновь поступило—3756 р. 14 к., а съ преждеполученными всѣхъ пожертвованій до сихъ поръ на сумму 7104 р. 26 к.

Редакторы: { **А. Крассовскій.**
Н. Славянскій.
Л. Личкусъ.