ЖУРНАЛЪ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ПЯТЫЙ.

ІЮЛЬ—АВГУСТЪ 1891, №№ 7—8.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XII.

ГНИЛОСТНЫЙ РАСПАДЪ ПОДСЛИЗИСТАГО ФИБРОИДА, КАКЪ ПОКАЗАНІЕ КЪ ПОЛНОМУ УДАЛЕНІЮ МАТКИ.

Проф. Дм. Оттъ.

(Доложено 28 марта въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества, въ С.-Петербургѣ).

Мм. Гг. Изъ вопросовъ, занимающихъ современныхъ гинекологовъ, на первомъ мѣстѣ несомнѣнно слѣдуетъ отмѣтить вопросъ о лѣченіи фиброзныхъ опухолей матки. Методъ лѣченія фибромiомъ путемъ гальваническаго тока съ легкой руки французскаго врача *Apostoli*, много сдѣлавшаго въ этой области, былъ встрѣченъ гинекологическимъ міромъ съ особымъ энтузіазмомъ, и, какъ водится при появленіи всякаго новаго и особенно дѣльнаго метода, сразу пріобрѣлъ множество приверженцевъ. Впрочемъ, какъ и всегда, въ подобныхъ случаяхъ, дѣло не обошлось безъ крайностей, и нѣкоторые даже выдающіеся гинекологи открыто признавали за способомъ *Apostoli* универсальное значеніе при лѣченіи фибромiомъ матки.

Въ настоящее время, послѣ того какъ методъ *Apostoli* былъ испытанъ въ различныхъ странахъ, и результаты его примѣненія

опредѣлились точнѣе, я полагаю, что не ошибусь, если скажу, что господствовавшее вначалѣ увлеченіе нѣсколько улеглось, и самый методъ, послѣ того какъ практикой выработались болѣе точныя показанія къ его примѣненію, особенно въ смыслѣ радикальнаго средства, получилъ должное ограниченіе. На послѣднемъ международномъ медицинскомъ съѣздѣ въ Берлинѣ, самъ *Apostoli*, характеризуя роль электричества, какъ агента въ лѣченіи фиброміомъ матки, заявилъ, что ошибочно было бы дѣлать изъ его метода панацею, ибо примѣненіе электричества есть главнымъ образомъ лѣченіе лишь симптоматическое, помогающее намъ, устраняя грозные симптомы, довести больныхъ до климактерическаго возраста, то есть до той поры, когда наступающее физіологическое увяданіе половой сферы ведетъ къ произвольному исцѣленію. Приведенное заявленіе *Apostoli*, свидѣтельствуя о той достойной уваженія объективности, съ которой онъ съумѣлъ оцѣнить современное положеніе вопроса, вмѣстѣ съ тѣмъ открываетъ широкое поприще къ изысканію болѣе удовлетворительнаго метода для достиженія радикальнаго излѣченія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ противопоказаны палліативныя мѣропріятія. Заслуга *Apostoli* тѣмъ и цѣнна, что онъ не только указалъ и разработалъ новый лѣчебный методъ, но далъ вмѣстѣ съ тѣмъ и новый толчокъ къ всесторонней разработкѣ радикальнаго лѣченія фибріомомъ.

За послѣднее время заграничная медицинская пресса изобилуетъ описаніями новыхъ оперативныхъ пріемовъ и способовъ при лѣченіи фиброзныхъ опухолей матки. Въ подтвержденіе сказаннаго укажу только на статьи новѣйшихъ авторовъ, какъ напр.: *Fritsch*'а, *Kocher*'а, *Martin*'а, *Chroback*'а, *Wolfler*'а, *Leopold*'а, *Hofmeier*'а, *Diwon Jones*'а, *Boldt*'а, *Fehling*'а, *A. Kelley*. Наша отечественная медицина въ настоящее время не меньше западныхъ сосѣдей интересуется вопросомъ о наилучшемъ способѣ радикальнаго лѣченія фибріомомъ матки, и тотъ оживленный обмѣнъ мыслей, который по тому же вопросу имѣлъ мѣсто въ нашемъ обществѣ, является лучшемъ подтвержденіемъ сказаннаго. Однимъ словомъ, несмотря на повсемѣстное распро-

страненіе примѣненія электротерапіи при фиброзныхъ опухоляхъ матки, оперативное лѣченіе не только не утратило значенія, но напротивъ усугубило интересъ къ себѣ, а мы—гинекологи, стали болѣе требовательны къ каждому, особенно новому способу: мы перестали вѣрить однимъ голымъ статистическимъ цифрамъ, часто основаннымъ на подборномъ матеріалѣ въ недостойной погонѣ за дутымъ процентомъ благопріятныхъ исходовъ, мы требуемъ, помимо цифръ, *полнаго* описанія отдѣльныхъ случаевъ, строгихъ показаній къ операціи, научной мотивировки выбора одного метода предпочтительно передъ другимъ. Постараюсь поэтому, въ сегодняшнемъ докладѣ представить Вамъ возможно подробное описаніе случая, который мнѣ пришлось недавно наблюдать и оперировать при особенно выдающихся показаніяхъ. Произведенная мною операція заключалась въ томъ, что у больной, имѣвшей въ полости матки большой фиброидъ, перешедшій въ гнилостный распадъ, мнѣ пришлось удалить не только самый фиброидъ, но и всю матку съ ея придатками. Я былъ вынужденъ прибѣгнуть къ такому героическому вмѣшательству, какъ къ послѣднему средству, чтобы спасти жизнь больной. Считаю этотъ случай достойнымъ вниманія потому, что въ доступной мнѣ литературѣ, какъ отечественной, такъ равно и иностранной, мнѣ не удалось найти указаній, гдѣ бы гнилостный распадъ подслизистаго фиброида послужилъ показаніемъ къ единовременному удаленію путемъ чревосѣченія всей матки.

Исторія моего случая слѣдующая: Около двухъ мѣсяцевъ тому назадъ во время пріема больныхъ въ Клиническомъ Институтѣ, ко мнѣ обратилась за совѣтомъ больная Марія Па—нъ, которая до этого обошла всѣ спеціальныя учрежденія Петербурга и была наконецъ направлена ко мнѣ для операціи однимъ изъ сочленовъ нашего общества. Изъ разспросовъ больной выяснилось слѣдующее: Больная П—нъ, 34 лѣтъ, финляндская уроженка, въ дѣтствѣ была всегда здорова. Мѣсячныя получила въ первый разъ на 16-мъ году: приходя въ правильные сроки (на 4-ю нед.) продолжались по 4—5 дней, были безболѣзненны и

обиліемъ не отличались. На 22-мъ году, то есть 12 лѣтъ тому назадъ, больная забеременѣла и благополучно родила въ срокъ живого ребенка, котораго грудью не кормила; хоть послѣ родовъ, по словамъ больной, она вполнѣ хорошо поправилась, но съ тѣхъ поръ оставалась безплодною. Не замѣчая никакихъ болѣзненныхъ явленій, она до настоящей болѣзни считала себя совершенно здоровой. Первые болѣзненные симптомы, по словамъ больной, появились лишь за три мѣсяца до поступленія въ Клиническій Институтъ, причемъ больная замѣтила внизу живота опухоль, причинявшую ей сильныя боли. За это время и приходившія мѣсячныя были очень обильны и затягивались на 10—14 дней, причемъ кровь отдѣлялась большими сгустками, а бывшія раньше боли усилились. По прекращеніи мѣсячныхъ кровопотерь больную безпокоили сильныя бѣли, отличавшіяся часто непріятнымъ запахомъ. По словамъ больной, кровопотери, боли и упорныя бѣли сильно истощили ее, что впрочемъ подтверждается и внѣшнимъ ея видомъ. Лицо ея морщинисто, кожа на всемъ тѣлѣ легко захватывается въ складки вслѣдствіи атрофіи подкожнаго жира; мускулатура дрябла. При наружномъ осмотрѣ исхудавшей больной, благодаря вялымъ брюшнымъ стѣнкамъ на глазъ опредѣляется въ нижней части живота новообразованіе, расположенное по срединной линіи, при чемъ верхній край этого новообразованія доходитъ до уровня пупка. Опухоль эта, имѣющая форму увеличеннаго тѣла матки, при ощупываніи оказывается плотной консистенціи и нѣсколько болѣзненной къ давленію. Къ низу, по направленію въ малый тазъ новообразованіе это съуживается, представляя всѣ особенности равномѣрно увеличенной матки; подвижность его представляется ограниченной. Внутреннее изслѣдованіе подтверждаетъ предположеніе о подслизистомъ фиброидѣ. Такъ какъ черезъ очень длинную, но пропускающую палецъ маточную шейку непосредственно кончикомъ пальца удается прощупать расположенный въ ея полости фиброидъ, то поставленный діагнозъ оказывается вполнѣ обезпеченнымъ. Величиною опухоль нѣсколько больше дѣтской головки.

При удаленіи пальца изъ маточной шейки, вслѣдъ за нимъ выносятся небольшіе обрывки дряблой и ослизлой ткани, свидѣтельствующія о регресивномъ метаморфозѣ опухоли.

Придатки не прощупываются ни при наружномъ, ни при комбинированномъ изслѣдованіи. Внутренніе органы грудной полости повидимому здоровы. Въ мочѣ слѣды бѣлка. Температура тѣла нѣсколько повышена; пульсъ около 90 ударовъ въ минуту.

Установивъ такимъ образомъ наличность опухоли съ подслизистымъ развитіемъ, занимавшую всю полость матки и не только причинявшую больной сильныя боли (схватки), но кромѣ того вызывавшую очень обильныя выдѣленія крови и бѣлей, ясно опредѣлилась и необходимость удаленія этой опухоли, такъ какъ помимо этого никакимъ другимъ лѣченіемъ не представлялось возможности освободить больную отъ быстро развившихся и угрожавшихъ ея жизни болѣзненныхъ припадковъ.

Имѣя такимъ образомъ абсолютное показаніе къ энергическому вмѣшательству, предстояло еще рѣшить, какъ обставить операцію, чтобы больная подвергалась наименьшему риску. Наиболѣе желательно было бы, конечно, освободить больную отъ новообразованія per vias naturales и попытаться вылущить опухоль, удаливъ ее цѣликомъ или по частямъ черезъ расширенный каналъ маточной шейки. Такой способъ, неоднократно примѣнявшійся мною съ успѣхомъ и раньше, въ настоящемъ случаѣ врядъ ли могъ быть примѣненъ по двумъ причинамъ: во-первыхъ маточная шейка и особенно надвлагалщная часть представлялись значительно удлиненными, такъ что можно было съ трудомъ и то лишь кончикомъ введеннаго указательнаго пальца достигнуть до нижняго сегмента помѣщавшейся въ маткѣ опухоли, вслѣдствіе чего всякая возможность успѣшнаго манипулированія въ маткѣ исключалась. Попытки расширить цервикальный каналъ разбухающими средствами или какими либо расширяющими инструментами въ нашемъ случаѣ тоже ни къ чему бы не повели, тѣмъ болѣе что, не смотря на предшествовавшія продолжительныя и энергичныя сокращенія матки, вла-

галищная часть ея не была изглажена, и весь каналъ шейки представлялъ тонкостѣнное и очень длинное образованіе. Эта его особенность дѣлала и разрѣзъ шейки, съ цѣлью создать себѣ доступъ къ опухоли, непригоднымъ для нашихъ цѣлей.

Вторая причина, исключавшая возможность удалить опухоль черезъ нормальные пути, заключалась въ ея объемѣ. Благодаря величинѣ опухоли вышележащія части ея представлялись совершенно недоступными для пальца, такъ что искусственное вылущеніе опухоли было не мыслимо; наконецъ, если бы даже и удалось устранить связь ея съ маткой и вылущить опухоль изъ ея ложа, то, благодаря размѣрамъ ея, все таки нельзя было бы вывести ее наружу. Искусственное уменьшеніе опухоли (morcellement), дѣлаемое рѣжущими инструментами безъ всякаго надежнаго контроля, помимо опасности отъ непосредственнаго раненія, одинаковымъ образомъ вполнѣ исключалось наличными топографическими особенностями случая. Такимъ образомъ, чтобы добраться до опухоли, приходилось искать другого пути, который позволилъ бы безпрепятственно удалить внутриматочное новообразованіе и устранить другія болѣзненно измѣненныя части, если таковыя будутъ обнаружены. Наиболѣе вѣрный путь къ достиженію этихъ цѣлей представляло несомнѣнно чревосѣченіе, на которомъ я пока и остановился. Планъ операціи состоялъ въ томъ, чтобы, по разрѣзѣ брюшной стѣнки и наложеніи резиноваго жгута, вскрыть полость матки, какъ это дѣлается при кесарскомъ сѣченіи, вылущить подслизистый фиброидъ и затѣмъ вновь соединить швами края вскрытой матки, чтобы, если окажется возможнымъ, сохранить такимъ образомъ больной плодовмѣстилище, а вмѣстѣ съ тѣмъ и дѣтородную способность на будущее время.

Хотя подобный способъ удаленія фиброзныхъ опухолей матки уже былъ неоднократно примѣняемъ (*A. Martin, Рейнъ* и др.), тѣмъ не менѣе пріемъ этотъ является еще на столько опаснымъ, что показуется лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, въ общемъ, менѣе опасное удаленіе опухолей черезъ родовой каналъ не представляется возможнымъ. Нашъ случай, хотя и несомнѣнно

относящійся къ этой категоріи, не позволялъ намъ однако рѣшиться на выполненіе намѣченнаго плана, не взвѣсивъ всѣхъ особенностей случая, такъ какъ картина несомнѣнно начавшагося разложенія (гангренесценціи) въ самой опухоли и возможность непосредственнаго занесенія въ брюшную полость продуктовъ разложенія опухоли при вскрытіи полости матки существенно ухудшала предсказаніе послѣ чревосѣченія.

Въ виду этого, разобравъ больную на одной изъ моихъ клиническихъ лекцій съ указаніемъ на приведенныя особенности случая, я помѣстилъ ее для наблюденія въ число стаціонарныхъ больныхъ клиническаго Института. Начиная однако уже со слѣдующаго дня, картина разложенія опухоли обнаружилась на столь рѣзко. что въ этомъ отношеніи не могло оставаться уже ни малѣйшаго сомнѣнія: выдѣленія получили рѣзкій гнилостный запахъ и изъ полости матки стали выдѣляться обрывки гангренесцированныхъ и крайне зловонныхъ тканей различной величины. Захватывая корнцангомъ обрывки, высѣвшіе въ цервикальномъ каналѣ, иногда удавалось удалить нѣсколько довольно объемистыхъ кусковъ разлагающагося фиброида. Послѣ этого полость матки промывалась сначала сулемой въ концентраціи 1:2000, а затѣмъ, чтобы сулема, оставшаяся въ маткѣ, не вызвала отравленія, непосредственно послѣ сулемы слѣдовало обильное орошеніе полости матки 4% растворомъ борной кислоты. Помимо промываній полости матки, нѣсколько разъ въ день производились еще влагалищныя сулемовыя спринцеванія. Не смотря на то, что въ теченіи ближайшихъ дней пребыванія больной въ клинич. Институтѣ запахъ и выдѣленіе омертвѣлой ткани изъ полости матки не прекращалось, температура однако не превышала субфебрильныхъ цифръ, а пульсъ представлялъ лишь незначительное учащеніе. Самочувствіе больной было сносно, если исключить сильныя схватывающія боли, на которыя очень жаловалась больная. Силы больной поддерживались назначеніемъ ей довольно большого количества крѣпкаго вина, питательной діэты и малыхъ дозъ хинина совмѣстно съ растворомъ соляной кислоты. Такъ какъ омертвѣ-

лый фиброидъ выдѣлялся довольно большими кусками, то оставалась надежда, что этимъ путемъ постепенно выдѣлится весь фиброидъ, и такимъ образомъ наступитъ самоисцѣленіе, если конечно до того не обнаружатся явленія общаго септическаго зараженія. По этому, въ виду плохого предсказанія отъ чревосѣченія, рѣшено было пока воздержаться отъ этой операціи, не измѣнять примѣнявшагося лѣченія и немедленно приступить къ лапаратоміи лишь въ томъ случаѣ, если обнаружатся общіе симптомы сепсиса отъ всасыванія продуктовъ разложенія. Опасеніе послѣдняго не замедлило впрочемъ вскорѣ оправдаться: начиная съ шестаго дня пребыванія больной въ клинич. Инст., стали обнаруживаться признаки общаго септическаго заболѣванія, которые выразились учащеніемъ пульса, повышеніемъ температуры (наканунѣ операціи t° 39,6), познабливаніемъ, потами, головною болью, — однимъ словомъ несомнѣнными симптомами общаго септическаго зараженія, требовавшаго для спасенія жизни больной немедленнаго и радикальнаго освобожденія ея отъ гнилостнаго очага.

Въ виду этого 12-го февраля 1891 г. приступлено въ производству чревосѣченія, какъ къ послѣднему средству спасенія больной отъ вѣрной гибели. Прежде чѣмъ перейти къ описанію операціи считаю необходимымъ однако еще добавить, что за послѣдніе два дня до операціи къ указаннымъ уже симптомамъ присоединилась еще крайняя чувствительность увеличенной матки при движеніяхъ ея и вообще къ давленію, особенно въ боковыхъ частяхъ ея. Было ясно, что мѣстный процессъ распространился и захватилъ связочный аппаратъ (peri—parametritis acuta), а, быть можетъ, и придатки. Рѣшившись на чревосѣченіе, нужно было имѣть въ виду и это возможное осложненіе, и, такъ какъ наша больная представляла показаніе для чревосѣченія изъ ряду выходящее, то надо было заранѣе обдумать и взвѣсить всѣ возможныя случайности и намѣтить образъ дѣйствій при выполненіи отдѣльныхъ фазъ операціи: нашей цѣлью теперь представлялось не столько удаленіе имѣвшагося фиброида, какъ такового, сколько возможно наиболѣе радикальное освобожденіе

организма отъ заражающаго его кровь гнилостнаго начала. Къ достиженію именно этой задачи и должны по этому были быть направлены всѣ наши дѣйствія. Въ виду раньше констатированнаго распространенія процесса per continuitatem не только на паренхиму матки, но и на серозный ея покровъ, мнѣ казалось болѣе цѣлесообразною и коренною мѣрой—удаленіе не только омертвѣлаго фиброида, но и всей матки, въ которой онъ былъ заключенъ. Такой образъ дѣйствія представлялъ больше шансовъ заразъ удалить всѣ гнилостно зараженныя ткани, съ одной стороны; съ другой же, вырѣзывая всю матку, я избѣгалъ необходимости вскрывать ея полость, а слѣдовательно и возможности непосредственнаго зараженія брюшной полости во время самой операціи. Надвлагалищная ампутація съ послѣдовательнымъ внѣбрюшнымъ укрѣпленіемъ ножки, по выше изложеннымъ мотивамъ, должна была считаться менѣе пригодной въ данномъ случаѣ, чѣмъ намѣченный нами образъ дѣйствій: при производствѣ надвлагалищной ампутаціи, мы бы неизбѣжно были вынуждены не только вскрыть полость матки, но и оставить шейку, пораженную острымъ септическимъ эндометритомъ, что ухудшало прогнозъ.

Первоначально намѣченный планъ, истекавшій изъ желанія поступить по возможности консервативно и сохранить матку, очевидно падалъ самъ собой, такъ какъ онъ былъ проэктированъ въ расчетѣ, что измѣненія опухоли не имѣли еще септическаго характера. Если бы даже намъ удалось уберечь брюшную полость отъ загрязненія во время вылущиванія фиброида изъ вскрытой матки, то и тогда всетаки, вслѣдствіи невозможности полнаго и вполнѣ надежнаго обеззараживанія полости оставленной матки, шансы на выздоровленіи были бы хуже, чѣмъ при удаленіи всего органа, такъ какъ послѣдній способъ давалъ бы еще и наилучшій оттокъ патологическимъ продуктомъ, буде таковые обнаружатся въ брюшной полости.

Рѣшившись на подобный образъ дѣйствій, чрезвычайно важно было основательно закрыть просвѣтъ маточной шейки, чтобы навѣрняка устранить возможность загрязненія раны во время

операціи. Съ этою цѣлью 12 февр. въ день операціи, однимъ изъ моихъ ассистентовъ было приступлено еще разъ къ возможно полной и тщательной дезинфекціи полости матки: Съ этою цѣлью, какъ дѣлалось и раньше, корнцангомъ удалены очень большіе обрывки омертвѣлой ткани, издававшей страшное зловоніе, а затѣмъ полость матки промыта подъ значительнымъ давленіемъ растворомъ сулемы 1:2000 и послѣдовательно 5% карболовой кислоты. Избытокъ дезинфицирующей жидкокости, задержанный въ маткѣ, удалялся полосами іодоформированной марли, которыя вводились въ полость матки до тѣхъ поръ, пока полосы выходили почти сухими. Вслѣдъ за этимъ полость матки окончательно затампонирована свѣжими полосами марли, предназначенной для всасыванія и задержки гнилостныхъ продуктовъ полости матки. Затѣмъ, съ тою же цѣлью, наружный зѣвъ зашитъ довольно густо наложенными швами. Когда такимъ образомъ полость матки съ содержащимися въ ней гнилостными массами была вполнѣ изолирована, вторично произведена тщательная дезинфекція рукава, наружныхъ половыхъ органовъ и бедеръ. Приступая вслѣдъ за этимъ къ удаленію всей матки, мнѣ казалось наиболѣе цѣлесообразнымъ употребить сочетанный способъ: начать вырѣзываніе матки со стороны рукава и этимъ путемъ отдѣлить ее отъ смежныхъ органовъ, на сколько это окажется возможнымъ, а затѣмъ вскрыть брюшную полость и окончить операцію съ этой стороны. Въ виду этого я началъ съ круговаго разрѣза около влагалищной части и приступилъ къ отдѣленію сводовъ, какъ это мною практикуется при влагалищномъ вырѣзываніи всей матки.[1]) Отдѣливъ пузырь отъ маточной шейки, на сколько это представлялось возможнымъ, а также и задній сводъ, не вскрывая брюшины, я обкололъ крѣпкими лигатурами нижній отдѣлъ широкихъ связокъ съ правой и лѣвой стороны, насколько позволяла почти не смѣщавшаяся

[1]) См. Журн. Ак. и Женск. болѣзней № 12. 1887 г. а также Annales de gynekologie et d'Obstetrique за 1889 г.

внизъ матка. При перерѣзкѣ соотвѣтственнаго участка клѣтчатки съ лѣвой стороны, получилось довольно сильное артеріальное кровотеченіе изъ перерѣзанной вѣтви arteriae uterinae. Такъ какъ произвести обкалываніе въ глубинѣ влагалища и при почти не смѣщавшейся книзу маткѣ было невозможно, то кровоточащее мѣсто захвачено щипцами *Richelot,* въ расчетѣ обколоть кровоточащій сосудъ послѣдовательно состороны брюшной полости. Такъ какъ шейка теперь сильнѣе вдавалась въ рукавъ вслѣдствіе отдѣленія сводовъ, а изъ зѣва, не смотря на закрывавшіе его швы, просачивалась влага изъ полости матки, то, во избѣжаніе этого осложненія, на шейку en masse наложена толстая лигатура, которая, сильно сдавивъ влагалищную часть, окончательно закрыла просвѣтъ цервикальнаго канала. По окончаніи этого момента операціи, влагалище затампонировано полосами іодоформенной марли. Такая тампонація не только останавливала паренхиматозное кровотеченіе изъ мѣста отдѣленія сводовъ, но, кромѣ того, выполняя эти мѣста, существенно облегчала технику окончательнаго вскрытія сводовъ со стороны брюшной полости, устраняя необходимость, чтобы ассистентъ вводилъ со стороны влагалища свой палецъ въ сводъ (*Martin*), или употребленіе съ этой цѣлью особыхъ инструментовъ (*Chroback*). Плотно вложенный тампонъ очень хорошо прощупывается со стороны Дугласова пространства и позволяетъ смѣло вести разрѣзъ въ этомъ направленіи. Тампонація передняго свода, въ свою очередь, облегчаетъ отдѣленіе пузыря. По окончаніи тампонаціи, больная помѣщена на косую плоскость съ сильно приподнятымъ тазомъ (положеніе *Trendellenburg*'а) и, послѣ обычной дезинфекціи брюшныхъ покрововъ, приступлено къ вскрытію брюшной полости по бѣлой линіи. Представившаяся намъ вслѣдъ за этимъ картина была крайне характерна, и въ общемъ, подтвердила предположенное до операціи измѣненіе частей: увеличенная до указанныхъ выше размѣровъ матка была покрыта гиперемированною брюшиной. На передней поверхности матки ясно выступали утолщенныя круглыя связки; задняя поверхность матки была соединена съ окружающими органами цѣлой

массой очень рыхлыхъ сращеній, напоминающихъ паутину и отдѣлявшихся безъ малѣйшаго насилія; сращенія эти разспространялись не только на заднюю поверхность матки, но переходили и на придатки. Кромѣ указаннаго, при осмотрѣ вскрытой брюшной полости ощущался сильный гнилостный запахъ, подобный тому, какой издавали выходившіе до операціи изъ полости матки обрывки омертвѣлаго фиброида. При ближайшемъ осмотрѣ не трудно было доискаться источника упомянутаго зловонія. Правая фаллопіева труба представлялась растянутой до толщины нѣсколько большей, чѣмъ большой палецъ, и, благодаря имѣвшимся склейкамъ, представляла массу съ малое куриное яйцо, тѣсно сращенную съ сильно увеличеннымъ и воспаленнымъ яичникомъ. Цвѣтъ всего конгломерата былъ грязно фіолетовый и обусловливался просвѣчиваніемъ ихорознаго содержимаго яйцевода, которое, вѣроятно, подъ вліяніемъ отдѣленія сращеній, получило доступъ наружу. Приподнявъ немедленно, но осторожно, правую трубу вмѣстѣ съ яичникомъ, я наложилъ лигатуры на сѣмянные сосуды, а равно и на маточный конецъ трубы и lig. ovaricum proprium, и правые придатки отрѣзалъ, чтобы избѣгнуть при дальнѣйшихъ манипуляціяхъ изліянія содержимаго трубы. Лѣвые придатки представляли такую же картину, какъ и правые, и тоже удалены по наложеніи лигатуръ.

Въ то время какъ лѣвый яичникъ былъ поднятъ кверху, оказалось, что въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ прилегалъ къ брюшинѣ, уже образовался воспалительный выпотъ брюшины, который частью охватывалъ обращенную къ нему поверхность яичника. Приподнять яичникъ удалось однако очень легко, такъ какъ сращеній въ этомъ мѣстѣ почти еще не имѣлось, хотя набухшая брюшина и представляла отпечатокъ въ видѣ овальной ямки отъ прилегавшаго яичника. Отдѣливъ съ двухъ сторонъ придатки, приступлено къ отдѣленію отъ матки пузыря. Такъ какъ верхняя граница его прикрѣпленія была ясно выражена, то, проводя черезъ брюшину разрѣзъ параллельно верхнему краю пузыря, легко удалось проникнуть въ рыхлую клѣтчатку

и, придерживаясь тѣла матки, безъ всякаго труда пальцемъ отслоить пузырь и проложить сообщеніе до лежащаго спереди отъ маточной шейки тампона. Перевязавъ остатокъ правой широкой связки, а также и крестцово-маточную связку, и перерѣзавъ ихъ прикрѣпленіе къ маткѣ, руководствуясь вложеннымъ въ задній сводъ тампономъ, безъ труда удалось вскрыть Дугласово пространство. Остававшаяся связь матки съ лѣвой стороны легко устранена перевязкой и послѣдовательной перерѣзкой лѣвыхъ связокъ, послѣ чего отдѣленная со всѣхъ сторонъ матка цѣликомъ удалена изъ организма больной.

Перерѣзанныя части послѣдовательнаго обкалыванія не потребовали, такъ какъ кровотеченія по удаленіи матки нигдѣ не наблюдалось. Лежавшая въ рукавѣ іодоформенная марли замѣнена свѣжей, которая введена во влагалище со стороны брюшной полости. Введеніе марли во влагалище затрудненія непредставило, такъ какъ влагалище сообщалось съ брюшиной широкимъ отверстіемъ, черезъ которое одинъ изъ ассистентовъ свободно захватилъ марлевую полосу введеннымъ въ влагалище корнцангомъ. Для того, чтобы предотвратить непосредственное прикосновеніе кишечныхъ петель къ влагалищному тампону, я счелъ цѣлесообразнымъ, не затрудняя тѣмъ оттока выдѣленіямъ раны, наложить на среднюю часть имѣвшагося сообщенія между брюшной полостью и влагалищемъ два шелковыхъ шва, соединяющихъ заднюю стѣнку пузыря съ отдѣленнымъ отъ матки заднимъ сводомъ влагалища.

Сдѣлавъ туалетъ брюшины и посыпавъ небольшимъ количествомъ іодоформа полость малаго таза, приступлено къ зашиванію брюшной стѣнки, и по наложеніи повязки больная перенесена въ согрѣтую постель, гдѣ она скоро пришла въ себя.

При осмотрѣ вырѣзанной матки, вскрытой по передней ея стѣнкѣ, оказалось, что полость ея, выполненная отчасти іодоформенной марли, содержала кромѣ того еще довольно объемистый остатокъ разлагавшагося фиброида величиною нѣсколько меньше кулака, по виду представлявшійся такимъ же, какъ и раньше выдѣлявшіяся его части. Стѣнки матки значительно

утолщены, и въ толщѣ ихъ въ области праваго рога расположенъ другой фиброидъ съ небольшой грецкій орѣхъ.

Слизистая оболочка представляетъ картину гангренознаго эндометрита, переходящаго и на растянутыя фаллопіевы трубы. Оба яичника увеличены до размѣровъ небольшой сливы, представляютъ явленія остраго септическаго оофорита и содержатъ по нѣсколько кистовидныхъ полостей съ мутнымъ гноеподобнымъ содержимымъ. Удаленная часть широкихъ связокъ отечна.

Послѣоперацiонное теченіе за первые три дня представлялось вполнѣ благопріятнымъ: быстро оправившись отъ наркоза, больная почти не жаловалась на тошноту и, вообще, самочувствіе ея было вполнѣ удовлетворительное. Температура понизилась до нормы; пульсъ же представлялъ менѣе рѣзкое измѣненіе и былъ довольно слабый. Съ третьяго же дня послѣ операціи температура опять стала повышаться, пульсъ участился до 110—120 ударовъ въ минуту, больная нѣсколько разъ непроизвольно выдѣляла мочу и жаловалась на познабливаніе. По удаленіи изъ влагалища тампоновъ изъ лѣвой части раны выдѣлилось довольно большое количество зловонной ихорозной жидкости и около чайной ложки такого же гноя. Хоть больной ежедневно тщательно промывали влагалище, раскрывая его зеркаломъ *Симса*, при чемъ изъ раны выходили омертвѣлыя части тканей и наложенные швы, и кромѣ того 4—5 разъ въ сутки дѣлались влагалищныя спринцованія изъ 4% борной кислоты, температура всетаки не падала и около 6 дней держалась между 38,5 и 39,5° ц. при пульсѣ въ 120—130 ударовъ. Съ десятаго дня t° стала замѣтно падать и вскорѣ достигла нормальныхъ величинъ; разрѣзъ брюшной стѣнки частью заживалъ путемъ грануляцій; рана во влагалищѣ замѣтно очистилась, и больная съ этого времени стала быстро поправляться, чему содѣйствовало усиленное питаніе больной, которому благопріятствовало то обстоятельство, что въ теченіе всего послѣоперацiоннаго періода больная пользовалась отличнымъ аппетитомъ и переносила большія количества вина: бывали дни, когда больная выпивала по цѣлой бутылкѣ портвейна, не чув-

ствуя при этомъ ни малѣйшаго опьяненія. На 22-й день больная встала съ постели, а спустя еще 10 дней совершенно поправилась и была въ состояніи оставить Клиническій Институтъ.

Случай, только что мною изложенный и разобранный, даетъ мнѣ поводъ остановиться на нѣкоторыхъ его выдающихся особенностяхъ, а съ тѣмъ вмѣстѣ и высказать нѣкоторыя соображенія, вытекающія изъ только что представленныхъ клиническихъ данныхъ. Во всякомъ лѣченіи, и особенно при оперативномъ вмѣшательствѣ всегда составляется двоякая оцѣнка случая: во 1-хъ—дооперацiонная, съ помощью которой устанавливается планъ нашихъ дѣйствій, и во 2-хъ—послѣоперацiонная оцѣнка, то есть критическая провѣрка правильности того, что уже произведено. Въ болѣзненныхъ формахъ, часто встрѣчаемыхъ и хорошо изученныхъ, обыкновенно всѣ случайности и особенности уже заранѣе предусмотрѣны, и только въ рѣдкихъ случаяхъ получаются такія непредвидѣнныя комбинаціи и измѣненія, которыя могутъ заставить отклониться отъ выработанныхъ и установленныхъ практикой мѣропріятій. Нашъ случай конечно не можетъ быть отнесенъ къ подобной категоріи и заслуживаетъ того, чтобы предварительно сдѣланная ему оцѣнка была провѣрена послѣдующимъ теченіемъ. Въ общемъ, долженъ заявить, какъ это видно и изъ исторіи болѣзни, что важность вытекавшихъ изъ поставленнаго еще до чревосѣченія діагноза мѣропріятій не только подтвердилась, но нашла еще больше основанія въ томъ, что обнаружилось при вскрытіи брюшины и при дальнѣйшемъ теченіи случая. Оказалось, что приведенный нами въ исполненіе оперативный пріемъ былъ *единственно* показаннымъ, чтобы спасти жизнь больной. Еслибы мы промедлили съ операціей еще хотя бы даже нѣсколько дней, больная почти навѣрное пала бы жертвой остраго септическаго перитонита (перфоративнаго), обусловленнаго тяжелыми измѣненіями фаллопіевыхъ трубъ и гнилостнымъ содержимымъ ихъ. Одно лишь чревосѣченіе позволило намъ окончательно убѣдиться въ глубокихъ болѣзненныхъ и опасныхъ для жизни измѣненіяхъ придатковъ, требовавшихъ немедлен-

наго ихъ удаленія. Даже сравнительно легкое удаленіе гангренознаго фиброида черезъ родовые пути (какъ это мнѣ пришлось наблюдать въ другомъ случаѣ, бывшемъ въ нашемъ пользованіи за самое послѣднее время) не могло бы избавить больную отъ вѣрной гибели.

Не смотря на многосторонній интересъ описаннаго случая и на ту логическую послѣдовательность, которая связываетъ отдѣльные фазы лѣчебныхъ мѣропріятій, было бы однако преждевременно, на основаніи лишь одного случая, вдаваться въ обобщенія, а потому въ заключеніе я позволю себѣ подчеркнуть лишь заслуживающее особеннаго вниманія въ чисто практическомъ отношеніи:

во 1-хъ, что слѣдуетъ расширить показаніе для «полнаго» удаленія фиброматозной матки для случаевъ подобныхъ нашему;

во 2-хъ, слѣдуетъ отмѣтить, что въ такихъ случаяхъ полное удаленіе матки несомнѣнно представляется наиболѣе надежнымъ средствомъ къ устраненію заразнаго начала.

О свободномъ оттокѣ выдѣленій чрезъ образовавшееся сообщеніе брюшной полости съ влагалищемъ въ случаяхъ, гдѣ уже подозрѣвается пораженіе брюшины, слѣдуетъ особенно заботиться; поэтому въ будущемъ я считаю цѣлесообразнымъ совершенно отказаться отъ зашиванія отверстія, образуемаго отдѣленіемъ матки отъ сводовъ и остальныхъ окружающихъ ее частей.

И въ 3-хъ, что при гангренесценціи фиброида въ полости матки необходимо выяснить, въ какомъ состояніи находятся придатки, дабы, въ случаѣ пораженія и этихъ послѣднихъ, принять соотвѣтствующія мѣры.

XIII.

МЕДИЦИНСКІЙ ОТЧЕТЪ С.-ПЕТЕРБУРГСКАГО РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНАГО ЗАВЕДЕНІЯ ЗА 1890 ГОДЪ.

I. Часть педагогическая.

Преподаваніе производилось по прежней системѣ и прежнимъ руководствамъ, именно: въ Повивальномъ институтѣ: Учебникъ акушерства для повивальныхъ бабокъ д-ра Биддера и Полное руководство къ изученію повивальнаго искусства д-ра Добрынина, а въ Школѣ сельскихъ повивальныхъ бабокъ: Учебникъ родовспомогательнаго искусства для сельскихъ повивальныхъ бабокъ А. Жижиленко.—Преподавателями состояли: въ Повивальномъ институтѣ: профессоръ д-ръ Биддеръ, доцентъ д-ръ Черневскій и ординаторъ д-ръ Штоль; въ Школѣ для сельскихъ повивальныхъ бабокъ: ординаторъ И. Ф. Смоленскій и учительница чтенія и письма г-жа Грибанова. Кромѣ того, при каждомъ преподавателѣ, для повторенія уроковъ съ учащимися и руководства ихъ въ практическихъ занятіяхъ, состояло по одному репетитору изъ врачей заведенія, а именно: при профессорѣ Биддерѣ—д-ръ Даниловичъ, при доцентѣ Черневскомъ—д-ръ Поршняковъ, при д-рѣ Штолѣ—д-ръ Чагинъ.

Способъ преподаванія—демонстративный, практическій, съ примѣненіемъ взаимнаго обученія. — Всѣ учащіяся, во время

пребыванія въ заведеніи, занимались уходомъ за беременными, роженицами, родильницами и новорожденными, при чемъ каждая изъ нихъ въ теченіе курса приняла не менѣе 22 младенцевъ. Кромѣ того, учащіяся по группамъ посѣщали амбулаторію для упражненія въ изслѣдованіи, гинекологическое отдѣленіе для ухода за больными, преимущественно оперативными и оспенное отдѣленіе С.-Петербургскаго Воспитательнаго Дома.

ВѢДОМОСТЬ ОБЪ УЧАЩИХСЯ.	Состояло къ 1-му января 1890 г.	Въ теченіе 1890 г. поступило.	Выбыло по окончаніи курса.	Выбыло, не окончивъ курса.	Состоитъ къ 1-му января 1891 г.
Пансіонерокъ . . . . . } Повивальнаго	40	30	22	6	42
Вольнослушательницъ . } института.	201	118	82	32	205
Ученицъ Школы сельскихъ повивальныхъ бабокъ	41	48	41	3	45

Выпускные публичные экзамены были произведены по предварительномъ испытаніи директоромъ и его помощникомъ, пансіонеркамъ и вольнослушательницамъ 23-го мая, а ученицамъ Школы сельскихъ бабокъ 24-го февраля и 28-го августа 1890 г., при чемъ удостоены наградъ:

а) въ Повивальномъ институтѣ:

1) Акушерскій наборъ для бабокъ. . 4
2) Книги 13
3) Похвальные листы 6
4) Серебряные часы 2

б) въ Школѣ сельскихъ повивальныхъ бабокъ:

1) Акушерскій наборъ для бабокъ. . 3
2) Книги 7
3) Похвальные листы 14
4) Серебряные часы 2

ВѢДОМОСТЬ О ВЫБЫВШИХЪ.	Пансіонерокъ.	Вольнослушательницъ.	Ученицъ школы сельскихъ бабокъ.
По причинѣ невзноса платы	—	3	—
По домашнимъ обстоятельствамъ	—	24	—
По болѣзни и неспособности къ занятіямъ	1	—	3
Переведено въ число пансіонерокъ	—	4	—
» въ число вольнослушательницъ . . .	5	—	—
Уволено за непосѣщеніе лекцій	—	1	—
ИТОГО	6	32	3
		41	

II. Часть медицинская.

A. Родильное отдѣленіе.

Въ теченіе 1890 г. было принято въ заведеніе всего 4,100, изъ нихъ беременныхъ 110, роженицъ 3,990. Выписалось до родовъ беременными 17; осталось въ заведеніи къ 1-му января 1891 г. беременными 6; разрѣшилось въ заведеніи 4,077; изъ разрѣшившихся выписалось 3,978; переведено въ больницы 6; умерло 23 и осталось въ заведеніи къ 1-му января 1891 г.—70.

Сравнительная вѣдомость послѣднихъ 6 лѣтъ.

ГОДА.	Прибыло беременными и роженицами.	Выписались беременными	Умерло беременными.	Состояло беременныхъ къ 1-му января,	Разрѣшилось.	Выписалось.	Переведено въ больницу.	Умерло.	Состоитъ родильницъ къ 1-му января.	ИТОГО.
1885	3740	9	—	10	3721	3605	9	34	73	3721
1886	4050	4	—	6	4020	3921	9	20	70	4020
1887	3920	10	2	—	3908	3819	5	16	68	3908
1888	3965	19	—	7	3939	3850	5	20	64	3939
1889	4000	18	1	1	3980	3877	12	23	68	3980
1890	4100	17	—	6	4077	3978	6	23	70	4077

Временами въ этомъ году, какъ и въ прежніе годы, по неимѣнію свободныхъ мѣстъ, приходилось отказывать въ пріемѣ ищущимъ въ заведеніи пріюта для родоразрѣшенія, а иногда и совсѣмъ закрывать заведеніе отъ 6 до 12 часовъ.

	Январь.	Февраль.	Мартъ	Апрѣль.	Май.	Іюнь.	Іюль.	Августъ.	Сентябрь.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	ИТОГО.
Число лицъ, получившихъ отказъ въ пріемѣ . .	73	74	72	93	92	106	123	113	66	104	98	90	1104
Число дней закрытія Заведенія	22	23	25	25	28	26	29	24	21	28	27	20	298

Число являвшихся и недопущенныхъ въ заведеніе въ эти дни неизвѣстно.

Если сравнить число отказовъ и число дней закрытія заведенія за нѣсколько послѣднихъ лѣтъ, то оказывается слѣдующее:

Г О Д Ы.	Число принятыхъ въ Заведеніе.	Число отказовъ.	Итого искавшихъ убѣжища въ Заведеніи.	Число дней закрытія Заведенія.
1881	3120	1187	4307	7
1882	3322	1252	4574	23
1883	3466	1715	5181	43
1884	3650	1902	5552	36
1885	3740	1836	5576	50
1886	4030	1429	5459	122
1887	3930	1266	5186	210
1888	3968	1021	4986	249
1889	4000	1027	5027	262
1890	4100	1104	5204	298

Вышеозначенныя цифры указываютъ, что потребность въ пріемѣ для родоразрѣшенія ежегодно возрастаетъ и Родовспомогательное заведеніе, не смотря на всѣ принятыя мѣры, о которыхъ заявлялось въ прежнихъ отчетахъ, не можетъ удовлетворить этой потребности. При этомъ оказывается, что съ каждымъ годомъ число замужнихъ женщинъ увеличивается.

ГОДЫ.	Число замужнихъ.	%	Число незамужнихъ.	%
1883	1113	34,3	2243	65,6
1884	1245	34,5	2357	65,4
1885	1373	37,0	2335	62,9
1886	1584	38,9	2435	61,0
1887	1488	38,7	2396	61,3
1888	1593	40,4	2316	58,7
1889	1671	41,9	2274	57,1
1890	1793	44,1	2251	55,2

Примѣчаніе. Число секретныхъ исключено.

Принимая во вниманіе основное положеніе Заведенія, которое устроено собственно для незаконныхъ рожденій и, стало быть, по существу преслѣдуетъ цѣль нравственную—искорененіе дѣтоубійства и сокрытіе позора, въ него должны поступать исключительно незамужнія женщины, между тѣмъ оказывается, что въ заведеніе поступаетъ съ каждымъ годомъ болѣе замужнихъ, стѣсняющихъ такимъ образомъ все болѣе и болѣе поступленіе для незамужнихъ. Поэтому, въ виду сохраненія первоначальной цѣли заведенія, начальствомъ заведенія было проектировано измѣнить правила и условія пріема въ Заведеніе, ограничивъ доступъ въ него замужнимъ посредствомъ взиманія съ нихъ хотя небольшой, но обязательной платы.

Проектъ такого измѣненія правилъ пріема представленъ господину исполняющему обязанность главноуправляющаго Собственною Его Императорскаго Величества Канцеляріею 28-го октября 1889 г., № 2989 и по докладу Его Императорскому Величеству получилъ Высочайшее одобреніе.

ВРЕМЕННЫЯ ПРАВИЛА

объ устройствѣ отдѣленія съ уменьшенною платою для законнорождающихъ женщинъ при С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи, и о порядкѣ пріема роженицъ.

§ 1. Въ составѣ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія учреждается особое платное отдѣленіе для пріема законнорождающихъ женщинъ. Подъ это отдѣленіе отводится 8 па-

латъ, изъ нихъ въ 4-хъ палатахъ по одной кровати, въ 2-хъ по двѣ и въ 2-хъ по четыре кровати, а всего 16 кроватей.

§ 2. Отъ каждой роженицы, тотчасъ по поступленіи ея въ Заведеніе, и не далѣе утра слѣдующаго дня, требуется предъявленіе вида на жительство, а отъ поступающихъ въ платное отдѣленіе законнорождающихъ, сверхъ того, плата за содержаніе въ теченіе послѣродоваго срока.

§ 3. Размѣръ означенной платы слѣдующій: въ отдѣльной палатѣ 15 р., а въ общихъ 6 р. за все время пребыванія въ Заведеніи, которое допускается, однако, не долѣе какъ въ теченіе 9-ти дней.

Примѣчаніе. Въ случаѣ заболѣванія родильницъ заразною формою болѣзни, онѣ переводятся въ общій лазаретъ. Если замужняя беременная женщина, желающая поступить въ это отдѣленіе, заблагоразсудитъ гарантировать для себя мѣсто, т. е. быть принятою безъ риска отказа, то таковая вноситъ предварительно плату 15 р. и получаетъ билетъ на помѣщеніе въ палатѣ.

§ 4. Роженицы платнаго отдѣленія разрѣшаются въ общей родильнѣ; занимающимъ же отдѣльную комнату дозволяется разрѣшаться въ этой же комнатѣ.

§ 5. Ближайшее завѣдываніе платнымъ отдѣленіемъ для законнорождающихъ поручается двумъ ординаторамъ, по вольному найму, съ содержаніемъ по 600 р. въ годъ каждому, и двумъ повивальнымъ бабкамъ, также по найму, съ содержаніемъ по 300 р. каждой.

Санитарное состояніе Заведенія въ этомъ году было такъ же удовлетворительно, какъ и въ прошломъ, благодаря строгому соблюденію правилъ изолированія и антисептики, которыя остались въ томъ же видѣ, какъ и прежде. — Способъ ухода оставался въ томъ же видѣ, какъ онъ былъ описанъ въ прежнихъ отчетахъ.

Среднее число дней пребыванія въ Заведеніи здоровыхъ родильницъ составляло 5,6 сутокъ.

Слѣдующая вѣдомость показываетъ дѣятельность Заведенія въ теченіе 1890 г. и ея результаты:

	Январь.	Февраль.	Мартъ.	Апрѣль.	Май.	Іюнь.	Іюль.	Августъ.	Сентябрь	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	ИТОГО	
Разрѣшилось всего	361	314	368	356	352	273	300	312	355	366	360	360	4077	
I родящихъ	95	99	103	84	100	84	86	91	114	95	98	106	1155	
II—IV родящихъ	199	155	196	187	182	133	164	167	185	212	195	193	2168	4077
V—IX родящихъ	57	56	63	72	63	53	44	48	49	53	60	56	674	
X и болѣе родящихъ	10	4	6	13	7	3	6	6	7	6	7	5	80	
Законныхъ	174	141	150	163	140	122	133	130	141	163	176	160	1793	
Незаконныхъ	187	173	217	191	209	148	165	180	204	200	179	198	2251	4077
Секретныхъ *)		- -	1	2	3	3	2	2	10	3	5	2	33	
Двойнями I родящихъ	1	1	—	2	2	1	2	—	1	1	1	—	12	74
» многородящихъ	6	7	5	4	4	2	3	10	7	3	4	7	62	1:55
Тройнями	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	
Мальчиковъ	194	148	187	182	196	149	158	145	181	201	188	175	2104	
Дѣвочекъ	169	172	180	170	153	123	145	170	175	166	169	188	1980	4153
Полъ неопредѣленъ	5	2	6	10	9	4	4	7	7	3	8	4	69	
Мацерированныхъ	7	8	2	3	2	2	2	10	1	6	4	4	51	
Умершихъ въ родахъ	9	7	2	7	11	8	12	8	8	15	9	9	105	224
Асфиктическихъ, неоживленныхъ	2	2	1	—	1	—	1	1	—	2	—	—	10	5,5%
Умершихъ вскорѣ послѣ родовъ	4	5	6	5	4	3	5	4	5	7	5	5	58	
Преждевременно-родившихъ I родящихъ	4	9	3	2	2	6	6	6	6	7	6	6	63	193
» многородящихъ	12	11	12	12	11	7	4	13	12	14	12	10	130	1:21,1
Мальчиковъ	9	12	8	10	5	5	7	9	8	10	9	10	102	205
Дѣвочекъ	9	9	8	5	8	8	4	12	12	10	12	6	103	
На X мѣсяцѣ	5	8	4	4	5	4	4	3	6	7	6	3	59	
» IX мѣсяцѣ	4	6	6	8	3	6	5	10	6	9	7	9	79	193
» VIII мѣсяцѣ	7	6	5	2	5	3	1	6	6	5	5	4	55	

*) Такъ называемыхъ секретныхъ, т. е. находящихся въ секретномъ платномъ отдѣленіи, было 52, но только 33 изъ нихъ пожелали остаться дѣйствительно секретными.

	Январь.
Ранневременные роды на VII мѣсяцѣ	4
» » » VI »	—
» » » V »	2
I родящихъ	2
Многородящихъ	4
Мальчиковъ	2
Дѣвочекъ	5
Полъ неопредѣленъ	—
Выкидышей у I родящихъ	2
» у многородящихъ	3
Родильницъ здоровыхъ	296
Лихорадившихъ безъ мѣстныхъ явленій	30
Легко заболѣвшихъ послѣродовыми септическими болѣзнями	26
Тяжело заболѣвшихъ послѣродовыми септическими болѣзнями	4
Умерло отъ послѣродовыхъ септическихъ болѣзней	—
Заболѣло послѣродовыми не септическими болѣзнями	—
Умерло отъ нихъ	—
Родильницъ заболѣвшихъ общими болѣзнями	5
Умерло отъ нихъ	1
Общая смертность	1

Февраль.	Мартъ.	Апрѣль.	Май.	Іюнь.	Іюль.	Августъ.	Сентябрь.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	ИТОГО.	
2	2	3	2	—	3	2	6	3	1	3	31	56
—	2	3	—	—	—	—	—	1	1	4	11	
—	2	1	1	1	—	2	2	—	1	2	14	1:72
—	2	2	—	—	1	—	4	—	—	3	14	
2	4	5	3	1	2	4	4	4	3	6	42	56
1	—	1	1	—	2	3	4	2	2	2	20	
2	6	5	1	1	2	3	4	2	1	7	39	63
—	—	1	2	—	—	—	—	—	1	—	4	
—	1	1	—	1	—	—	3	1	2	1	12	57
2	3	7	6	4	2	6	4	3	2	3	45	1:71
251	297	298	298	233	263	270	301	321	311	296	3435	—84.2%
31	37	28	33	20	16	19	24	21	30	31	320	— 7,8%
17	25	21	14	16	12	18	19	14	8	20	210	— 5,1%
9	3	4	4	2	6	—	4	3	4	6	49	— 1,2%
3	—	1	1	1	3	—	1	1	—	2	13	—0,03%
2	4	2	—	2	2	4	2	1	4	3	26	—0,06%
—	—	—	—	—	1	—	—	1	2	—	4	—0,09%
4	2	3	3	—	1	1	5	6	3	4	37	—0,09%
—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	1	6	— 0,1%
3	1	1	2	1	5	—	2	2	2	3	23	—0,05%

Сравнительно съ прежними годами получается слѣдующій результатъ:

	1885	1886	1887	1888	1889	1890
Общій процентъ смертности . .	0,90	0,49	0,40	0,50	0,57	0,56
Процентъ смертности отъ послѣродов. инфекціон. болѣзней . .	0,80	0,19	0,18	0,35	0,22	0,31

Вѣдомость о родахъ, сопровождавшихся осложненіями.

	Январь.	Февраль.	Мартъ.	Апрѣль.	Май.	Іюнь.	Іюль.	Августъ.	Сентябрь.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	ИТОГО.
Выпаденіе пуповины .	1	2	1	2	1	1	—	1	—	—	—	4	13
Выпаденіе ручки . .	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	3
Выпаденіе ножки . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Кровотеч. во время род.	3	3	1	5	2	1	2	2	1	2	2	1	25
» на V срокѣ .	3	3	7	6	6	3	2	9	4	2	3	3	51
» послѣ родовъ	2	1	—	—	1	—	—	—	1	—	1	1	7
Предлежан. дѣтск. мѣста	3	—	1	5	2	1	1	1	—	1	2	—	17—1:239
Спазматическія боли .	1	2	—	1	—	2	1	1	3	2	—	2	15
Эклампсія	4	4	4	1	5	—	7	6	3	1	4	5	44—1:92
Узкій тазъ	4	7	2	1	7	8	6	5	7	7	8	10	72—1,76%
Задержан. части оболоч.	1	7	2	—	1	1	3	1	2	1	—	2	21
Разрывъ матки . . .	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	4
Разрывъ промежности .	21	32	29	20	18	17	20	32	26	21	25	23	284
Итого . .	43	63	47	41	43	35	43	58	47	38	46	53	557

Вѣдомость объ операціяхъ, произведенныхъ въ родахъ.

	Январь.	Февраль.	Мартъ.	Апрѣль.	Май.	Іюнь.	Іюль.	Августъ.	Сентябрь.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	ИТОГО.
Эпизіотомія	—	—	1	—	—	—	—	—	1	2	1	1	6
Разрывъ пузыря . .	6	15	5	11	14	5	12	13	4	14	15	7	121
Кровавое расширеніе маточнаго зѣва . .	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	2
Вправленіе выпавшей ручки	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Вправленіе выпавшей пуповины	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Поворотъ на ножку .	7	1	3	6	3	6	7	2	—	5	7	5	52—1:72
Выжиманіе плода по Кристелеру . . .	—	2	1	—	1	—	1	2	4	1	—	—	12

	Январь.	Февраль.	Мартъ.	Апрѣль.	Май.	Іюнь.	Іюль.	Августъ.	Сентябрь.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	ИТОГО.
Поворотъ на головку внутр. пріем. . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		1
Поворотъ на головку наружн. пріем.	—	—	—	—	—	1	—	—	—	-	—	—	1
Щипцы	7	7	12	9	16	10	10	13	12	14	9	14	133—1:30
Извлеченіе за ножки полное	4	6	1	4	1	4	2	2	1	4	2	3	34—1 крюч.
Извлеченіе верхней части туловища . .	5	11	5	4	6	2	6	6	5	4	3	5	62
Ручное отдѣл. и извл. дѣтскаго мѣста . .	4	2	4	2	4	5	2	4	2	3	3	4	39—1:104
Прободеніе головки и краніоклязія . . .	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	—	1	16
Прободеніе послѣдующей головки . . .	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	3
Декапитація	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Искусственные преждевременные роды . .	—	2	—	—	2	3	—	1	—	—	2	1	11
Сшиваніе промежности.	21	31	28	20	18	31	20	32	24	21	25	23	280
Итого . .	56	79	61	57	67	56	65	77	55	70	67	66	776

Вѣдомость о вліяніи нормальныхъ, патологическихъ и оперативныхъ родовъ на заболѣваніе и смертность.

	Осталось здоровыми.	Лихорадившихъ.	Легко заболѣвшихъ.	Тяжело заболѣвшихъ.	ИТОГО.	Умерло.	
						Отъ послѣродов. болѣзней.	Отъ случайныхъ болѣзней.
Роды нормальные .	2809	265	144	11	3229	1	3
» патологическіе.	380	50	52	7	489	—	1
» оперативные .	246	32	50	31	359	12	6
Итого . .	3435	347	246	49	4077	13	10

Сравнивая эти цифры съ такими же предшествующихъ лѣтъ, оказывается слѣдующее:

		Осталось здоровыми.	Легко заболѣло.	Тяжело заболѣло.	Умерло.	ИТОГО.	% смертности.
1885	Роды нормальные.	2268	407	25	14	2714	0,3
1886		2574	457	15	8	3046	0,1
1887		2448	683	21	6	3152	0,1
1888		2554	556	18	6	3128	0,1
1889		2728	368	16	7	3112	0,1
1890		2809	265	144	11	3229	0,09
1885	Роды патологическіе.	175	57	6	0	236	0
1886		154	65	3	2	222	0,04
1887		122	52	5	3	179	0,07
1888		137	62	2	1	201	0,04
1889		94	26	4	3	124	0,07
1890		380	50	52	7	489	0,02
1885	Роды оперативные.	508	221	23	19	771	0,5
1886		509	213	30	10	752	0,2
1887		345	207	25	9	577	0,2
1888		394	182	34	13	610	0,3
1889		516	196	32	13	744	0,3
1890		246	32	50	31	359	0,4

При вычисленіи процентовъ принята общая смертность; если же принять смертность исключительно отъ послѣродовыхъ септическихъ болѣзней, то она при оперативныхъ родахъ была въ 1887 г.—0,1%, въ 1888 г.—0,2%, въ 1889 г.—0,07% и въ 1890 г.—0,2%.

Вѣдомость о положеніяхъ младенцевъ при родахъ.

	I затылочное.	II затылочное.	III затылочное.	IV затылочное.	Неопредѣленное черепное.	Лицевое и лобное.	I ягодичное.	II ягодичное.	Неопредѣленное ягодичное.	I ножное.	II ножное.	Неопредѣленное ножное.	Косое и поперечное.	Неопредѣленное.	ИТОГО.
Январь	232	104	—	—	—	—	4	1	—	3	2	1	10	11	368
Февраль	184	104	1	—	—	1	8	13	1	4	3	—	—	3	322
Мартъ	238	99	1	1	—	4	4	5	—	3	4	—	3	11	373
Апрѣль	225	97	1	—	1	4	5	5	—	4	3	2	2	13	362
Май	216	109	—	—	1	4	6	3	1	3	2	—	2	11	358
Іюнь	156	89	1	—	—	3	5	4	—	1	—	1	5	11	276
Іюль	177	89	—	—	—	5	7	2	—	2	2	1	5	17	307
Августъ	168	110	1	—	2	4	6	4	—	2	3	2	2	18	322
Сентябрь	227	101	—	—	1	2	6	4	1	4	2	—	—	15	363
Октябрь	237	103	—	1	2	2	3	1	1	3	3	—	2	12	370
Ноябрь	226	101	1	—	—	2	5	5	—	3	1	—	4	17	365
Декабрь	215	111	1	1	1	3	7	10	—	3	2	—	1	12	367
ИТОГО	2501	1217	7	3	8	34	66	57	4	35	27	7	36	151	3153

3718 10 127 69

Затыл. 3728 8 196

Черепныхъ 3736 34

Головныхъ 3770 196

Продольныхъ 3966 36

Опредѣленныхъ 4002 151

4153

I затылочное; II затылочное = 2,0 : 1.

Всѣхъ черепныхъ положеній 3736; къ общ. числу опред. полож. = 93%.

Всѣхъ лицевыхъ и лобныхъ положеній 34; къ общ. числу опред. полож. = 1 : 118.

Всѣхъ положеній тазовымъ концомъ 196; къ общ. числу опред. полож. = 1 : 20.

Всѣхъ поперечныхъ и косыхъ положеній 36; къ общ. числу опред. полож. = 1 : 111.

Всѣхъ неопредѣленныхъ положеній 151; къ общ. числу опред. полож. = 1 : 26.

Вѣдомость о болѣзняхъ беременныхъ и роженицъ.

№№	БОЛѢЗНИ БЕРЕМЕННЫХЪ ОБЩІЯ.	Прибыло беременныхъ и роженицъ	Послѣ родовъ.		
			Выписалось	Переведено въ больниц.	Умерло.
1	Angina faucium follicularis	2	2	—	—
2	Diphteritis faucium	1	—	—	1
3	Gastroenteritis	5	5	—	—
4	Bronchitis	8	8	—	—
5	Pneumonia cruposa	1	—	—	1
6	Pneumonia chronica	5	5	—	—
7	Phtysis pulmonum	1	—	—	1
8	Pleuritis exudativa	1	—	1	—
9	Vitium cordis	1	—	—	1
10	Parotitis suppurativa	1	1	—	—
11	Rheumatismus articularis acutus . . .	1	1	—	—
12	Tumor albus genu	1	1	—	—
13	Hysteriasis	1	1	—	—
14	Syphilis	3	3	—	—
	Итого	32	27	1	4

№№	БОЛѢЗНИ РОДИЛЬНИЦЪ ОБЩІЯ.	Заболѣло во время беремен.	Заболѣло послѣ родовъ.	Выписалось	Переведено въ больницу.	Умерло.
1	Angina faucium follicularis .	2	—	2	—	—
2	Diphteritis faucium et pulmonum	1	—	—	—	1
3	Gastroenteritis	5	—	5	—	—
4	Bronchitis	8	—	8	—	—
5	Pneumonia cruposa (eclampsia)	1	—	—	—	1
6	Pneumonia chronica	5	—	5	—	—
7	Phtysis pulmonum	1	—	—	—	1

№№	БОЛѢЗНИ РОДИЛЬНИЦЪ ОБЩІЯ.	Заболѣло во время беремен.	Заболѣло послѣ родовъ.	Выпи-салось	Переведено въ больницу.	Умерло.
8	Pleuro-pneumonia	1	—	—	1	—
9	Vitium cordis, pneumonia cruposa	1	—	—	—	1
10	Parotitis suppurativa . . .	1	—	1	—	—
11	Typhus abdominalis	—	1	—	1	—
12	Erysipelas facici, pneumonia cruposa, Eclampsia . . .	—	1	—	1	—
13	Nephritis parenchimatosa (sine eclampsia)	—	1	1	—	—
14	Rheumatismus articularis acutus	1	—	1	—	—
15	Periphlebitis cruris	—	1	—	—	1
16	Tumor albus genu	1	—	1	—	—
17	Hysteriasis	1	—	1	—	—
18	Apoplexia cerebris (mors statim post partum)	—	1	—	—	1
19	Syphilis	3	—	3	—	—
	Итого	32	5	28	3	6
		37			37	

Кромѣ того поступило съ хроническими болѣзнями половыхъ органовъ, безъ осложненій какими либо заболѣваніями послѣ родовъ 10, именно: stenosis vaginae et colli uteri 1, hypertrophia colli uteri 1, cancer colli uteri 2, myoma uteri 3, kystoma uteri 1, mastitis 2.

№№	БОЛѢЗНИ ПОСЛѢРОДОВЫЯ СЕПТИЧЕСКІЯ.	Заболѣло.	Выписалось.	Переведено въ больницу.	Умерло.
1	Kolpitis	30	30	—	—
2	Kolpitis endometritis	8	8	—	—
3	Kolpitis, endometritis parametritis .	1	1	—	—
4	Kolpitis, eclampsia sub partu . . .	1	1	—	—
5	Kolpitis diphteritica, endometritis, mesometritis, peritonitis, eclampsia .	1	—	—	1
6	Kolpitis diphteritica, endometritis, peritonitis	1	—	—	1
7	Kolpitis diphteritica, mastitis . . .	1	—	1	—
8	Lochiometra	14	14	—	—
9	Endometritis levior	109	109	—	—
10	Endometritis gravior	51	51	—	—
11	Endometritis, parametritis	19	19	—	—
12	Endometritis, parametritis, peritonitis.	8	4	—	—
13	Endometritis, parametritis, pyaemia .	1	1	—	—

№№	БОЛѢЗНИ ПОСЛѢРОДОВЫЯ СЕПТИЧЕСКІЯ.	Заболѣло.	Выписалось.	Переведено въ больницу.	Умерло.
14	Endometritis in partu, parametritis, septico-pyaemia	1	—	—	1
15	Endometritis, mesometritis, peritonitis, pyaemia	1	—	—	1
16	Endometritis, eclampsia sub partu .	2	2	—	—
17	Endometritis, peritonitis, eclampsia post partu	1	—	—	1
18	Endometritis, erysipelas facici . . .	1	1	—	—
19	Endometritis placentaris	4	4	—	—
20	Endometritis placentaris, metrophlebitis, phlegmasia alba, pyaemia . .	1	—	—	1
21	Septicaemia acuta	1	—	—	1
22	Ruptura uteri, peritonitis	2	—	—	2
	Итого	259	245	1	13

№№	БОЛѢЗНИ ПОСЛѢРОДОВЫЯ НЕ СЕПТИЧЕСКІЯ.	Заболѣло.	Выписалось.	Переведено въ больницу.	Умерло.
1	Eclampsia, nephritis parenchimatosa .	20	16	—	4
2	Eclampsia, mania puerperalis . . .	1	—	1	—
3	Eclampsia, pneumonia cruposa, erysipelas	1	—	1	—
4	Mastitis	4	3	1	—
	Итого	26	19	3	4

Вѣдомость объ умершихъ въ Родовспомогательномъ Заведеніи.

№№	Роды, оперативное пособіе, прижизненная діагностика болѣзни.	Посмертная діагностика.
3	Род. 1-го янв. 1890 г. 43 г. 14 разъ. Роды норм. Умерла 10-го января.	Periphlebitis varicis cruris, phlebitis, septico-pyaemia.
357	Род. 31-янв. 40 л. 10 разъ. Поперечное положеніе. Поворотъ на ножку. Умерла 11-го февр.	Endometritis placentaris, parametritis, pyaemia.
552	Род. 18-го февр. 31 г. 3-й разъ. Ruptura uteri до поступленія въ Заведеніе. Щипцы. Умерла 22-го февр.	Ruptura uteri completa, peritonitis.

№№	Роды, оперативное пособіе, прижизненная діагностика болѣзни.	Посмертная діагностика.
658	Род.27-гофевр.19 л. 1 разъ.Узкій тазъ. Щипцы. Умерла 1 марта.	Septicaemia.
920	Род. 26-го марта. 27 л. 3-й разъ. Роды норм. Умерла31-го марта.	Phtysis pulmonalis.
1112	Род. 6-го марта. 29 л. 1-й разъ. Узкій тазъ. Щипцы. Умерла 30-го марта.	Endometritis dissecans, mesometritis, peritonitis, pyaemia.
1523	Род. 10-го мая. 20 л. 1-й разъ. Роды норм. Angina dyphteritica въ родахъ. Умерла 27-го мая.	Dyphteritis faucium et pulmonum.
1546	Род. 12-го мая. 22 л. 1-й разъ. Eclampsia въ родахъ. Щипцы. Умерла 22-го мая.	Endometritis, mesometritis, peritonitis, nephritis parenchimatosa.
1934	Род. 19-го іюня. 20 л. 2-й разъ. Узкій тазъ. Perforatio et cranioclasia. Умерла 29-го іюня.	Endometritis, parametritis, peritonitis, metrolymphangoitis.
2029	Род. 30-го іюня. 22 л. 2-й разъ. Eclampsia въ родахъ. Щипцы. Умерла 29-го іюля.	Endometritis, parametritis, peritonitis, nephritis parenchimatosa.
2040	Род. 1-го іюля. 25 л. 1-й разъ. Eclampsia въ родахъ. Щипцы. Умерла 3-го іюля.	Nephritis parenchimatosa.
2041	Род. 1-го іюля. 22 г. 1-й разъ. Eclampsia въ родахъ. Perforatio et cranioclasia.Умерла 10-го іюля.	Endometritis, peritonitis, nephritis parenchimatosa.
2217	Род. 19-го іюля. 39 л. 11-й разъ. Поворотъ на ножку при поперечномъ положеніи. Ruptura uteri. Умерла 28-го іюля.	Ruptura uteri completa, peritonitis.
2309	Род. 30-го іюля. 20 л. 1-й разъ. Eclampsia въ родахъ. Щипцы. Умерла 30-го іюля, тотчасъ послѣ родовъ.	Apoplexia cerebri.
2558	Род. 23-го авг. 28 л. 1-й разъ. Роды норм. Oedema. Умерла 7-го сент.	Insuffic.valvulaebicuspidalis,pneumonia cruposa, oedema pulmonum.
2936	Род. 24-го сент. 30 л. 3-й разъ. Роды норм. Умерла 29-го сент.	Endometritis, parametritis, peritonitis septica.
3189	Род. 15-го окт. 28 л. 4-й разъ. Поворотъ на ножку при поперечномъ положеніи. Endometritis in partu. Умерла 28-го октября.	Endometritis, septico-pyaemia.

№№	Роды, оперативное пособіе, прижизненная діагностика болѣзни.	Посмертная діагностика.
3263	Род. 21-го окт. 23 г. 2-й разъ. Eclampsia въ родахъ. Щипцы. Умерла 23-го окт.	Nephritis parenchimatosa, o edema pulmonum; pneumonia cruposa.
3597	Род. 19-го ноября. 32 л. 1-й разъ. Роды произвольн. Eclampsia. Умерла 20-го ноября.	Nephritis parenchimatosa, oedema pulmonum.
3685	Род. 26-го ноября. 18 л. 1-й разъ. Eclampsia, oedema pulmonum въ родахъ. Щипцы. Умерла черезъ 11 ч. послѣ родовъ.	Nephritis parenchimatosa, oedema pulmonum.
3722	Род. 29-го ноября. 28 л. 6-й разъ. Поворотъ на ножку и извлеченіе. Умерла 19-го дек.	Endometritis, peritonitis.
3770	Род. 4-го дек. 28 л. 1-й разъ. Kyphosis. Узкій тазъ. Щипцы. Умерла 11-го дек.	Endometritis, parametritis, peritonitis.
3980	Род. 21-го дек. 21 г. 2-й разъ. Роды произвольные. Hydrops anasarca. Eclampsia. Умерла черезъ 4 ч. послѣ родовъ.	Hydrops anasarca, oedema pulmonum, nephritis parenchimatosa-peritonitis chronica.

Вѣдомость о родильницахъ, переведенныхъ въ больницы.

№№	Когда переведены.	Болѣзнь.	Куда переведены.	Исходъ болѣзни въ больницахъ.
37	31 января.	Mania.	Больн. св. Николая.	Наход. въ больн.
175	1 февраля.	Erysipelas facici pneu. crup.	Маріинск. больн.	Умерла 22 апр.
2796	10 декабря.	Mastitis.	Маріинск. больн.	Выпис. 15 февр.
3624	30 ноября.	Pneumonia.	Маріинск. больн.	Умерла 2 дек.
3632	10 декабря.	Mastitis.	Маріинск. больн.	Вып. 4 янв. 1891
3781	11 декабря.	Typhus abdominalis.	Маріинск. больн.	Выпис. 14 дек.
3918	15 янв. 1891 г.	Pneum. cruposa, Erysipelas.	Маріинск. больн.	Наход. въ больн.

Такимъ образомъ здоровыми послѣ родовъ осталось 3,435, т. е. 84,2%, лихорадило безъ мѣстныхъ явленій (повышеніе не болѣе 24 ч.) 320, т. е. 7,8%; заболѣло послѣродовыми септическими болѣзнями всего 259, т. е. 6,3%; заболѣло послѣ-

родовыми не септическими болѣзнями 26, т. е. 0,6%, больныхъ общими болѣзнями 37, т. е. 0,9. Умерло отъ болѣзней послѣродовыхъ септическихъ 13, т. е. 0,3%, отъ болѣзней послѣродовыхъ не септическихъ 4, т. е. 0,09% и отъ общихъ болѣзней 6, т. е. 0,1%, причисляя сюда 2, умершихъ въ больницахъ, будетъ 0,19%.

Сравнивая эти результаты съ такими же послѣднихъ прошлыхъ лѣтъ, оказывается слѣдующее:

ГОДЫ.	Число родовъ.	% заболѣванія послѣродовыми болѣзнями.	% смертности отъ послѣродовыхъ болѣзней.	% патологическихъ и оперативн. родовъ.	% смертности отъ патологическ. и оперативныхъ родовъ.
1885	3721	20,5	0,51	18,3	0,5
1886	4020	19,2	0,19	16,4	0,6
1887	3928	18,2	0,18	19,2	0,3
1888	3939	18,2	0,35	20,5	0,3
1889	3980	12,4	0,22	21,8	0,1
1890	4077	14,2	9,31	20,7	0,2

Б. Маріинское Гинекологическое отдѣленіе.

Всѣхъ больныхъ, пользовавшихся въ Маріинскомъ Гинекологическомъ отдѣленіи въ 1890 г., было 46.

Изъ нихъ оставшихся съ 1889 г.	6
» » поступившихъ въ 1890 г. . . .	40
Итого . . .	46
Изъ 46 больныхъ выздоровѣло	22
Выписалось въ улучшенномъ состояніи . .	17
Умерло	3
Осталось на 1891 г.	4
Итого . . .	46

Болѣзни, съ которыми больныя поступили были слѣдующія:

№№	НАЗВАНІЕ БОЛѢЗНЕЙ.	Поступило.	Выздоровѣло.	Выписалось въ улучшен. состояніи.	Умерло.	Осталось на 1891 г.
1	Дисменоррея	1	—	1	—	—
2	Гистерія	1	—	1	—	—
3	Фиброма лѣвой паховой складки . .	1	1	—	—	—
4	Киста Бартолиновой железы . . .	1	1	—	—	—
5	Врожденная гипертрофія малыхъ губъ	1	1	—	—	—
6	Разрывъ промежности	1	1	—	—	—
7	Выпаденіе влагалища	1	1	—	—	—
8	Фибромюма передней губы матки .	1	1	—	—	—
9	Пріобрѣтенное заращеніе влагалища.	1	—	—	—	1
10	Хроническое воспаленіе влагалища .	1	1	—	—	—
11	Одностороннее скопленіе гноя во влагалищѣ при двойномъ рукавѣ и двойной маткѣ	1	1	—	—	—
12	Удлиненіе шейки	1	1	—	—	—
13	Хроническое воспаленіе шейки . .	3	2	1	—	—
14	Ракъ шейки матки	1	1	—	—	—
15	Полипъ канала маточной шейки . .	1	1	—	—	—
16	Перепончатая дисменоррея . . .	1	1	—	—	—
17	Хроническое воспаленіе матки . .	6	3	3	—	—
18	Хроническое воспаленіе брюшины матки	7	—	5	1	1
19	Заматочная кровяная опухоль . .	1	—	—	—	1
20	Фибромюма матки	6	3	3	—	—
21	Киста яичника	2	1	—	1	—
22	Внѣматочная беременность . . .	4	—	2	1	1
23	Опухоль брюшной полости	2	1	—	—	1
	Итого . : . . .	46	22	16	3	5

18 больныхъ пользовалось терапевтическими средствами‘ изъ нихъ выздоровѣла одна, остальныя выписались въ болѣе или менѣе улучшенномъ состояніи. 24-мъ больнымъ произведены были операціи; изъ нихъ выздоровѣли 21 и 3 умерли, одна отъ воспаленія брюшины, по причинѣ обострившагося гнойнаго воспаленія трубъ, послѣ выскабливанія матки; другая отъ перфоративнаго воспаленія брюшины, послѣ овариотоміи; третья отъ воспаленія брюшины и остраго малокровія, послѣ удаленія чревосѣченіемъ лопнувшей трубной беременности. Четверо остались на 1891 годъ.

Названіе произведенныхъ операцій:

1) Удаленіе фибромы лѣвой паховой складки .	1
2) Вылущеніе Бартолиновыхъ железъ	1
3) Удаленіе вросшаго во влагалищѣ кольца . .	1
4) Сшиваніе промежности	1
5) Переднее сшиваніе влагалища	1
6) Изсѣченіе перегородки влагалища при двойномъ рукавѣ	1
7) Выскабливаніе рака шейки матки	1
8) Удаленіе полиповъ шейки матки	2
9) Ампутацій шейки матки	3
10) Выскабливаніе полости матки	5
11) Гистеро-міомотомій	2
12) Оваріотомій	2
13) Кастрацій	1
14) Эксплоративная лапаротомія	1
15) Чревосѣченіе при внѣматочной беременности.	1
Итого . . .	24

В. Отдѣленіе приходящихъ больныхъ.

Всѣхъ приходящихъ больныхъ было 7,487.

	Гинекологическихъ.	Общими болѣзнями.	Беременныхъ.	ВСЕГО.
Январь	385	228	188	801
Февраль	309	206	123	638
Мартъ	218	243	107	568
Апрѣль	262	265	156	683
Май	255	209	196	660
Іюнь	80	65	41	186
Іюль	174	195	114	483
Августъ	265	187	185	637
Сентябрь	350	201	169	720
Октябрь	331	224	164	719
Ноябрь	345	267	154	766
Декабрь	263	204	159	626
Итого . .	3237	2494	1756	7487

III. Часть административная и хозяйственная.

1. а) Продолженъ срокъ сверхштатнымъ врачамъ на одинъ годъ: гг. Даниловичу и Поршнякову.

б) Уволены отъ службы при Заведеніи: сверхштатный врачъ фонъ-Рентельнъ — по истеченіи срока, на который былъ опредѣленъ; надзирательница родильнаго госпиталя Марія Петровна Нарановичъ — по прошенію; надзирательница за воспитанницами Повивальнаго Института Наталія Васильевна Іостъ — по прошенію, за выслугою лѣтъ.

в) Опредѣлены на службу при Заведеніи надзирательницами — при родильномъ отдѣленіи Екатерина Ивановна Стрѣтенская; за воспитанницами Повивальнаго Института Варвара Львовна Пржибышевская.

г) На мѣсто выбывающихъ по очереди врачей-экстерновъ: гг. Мазуркевича, Воробьева, Нейштубе, Мерша, Францена, Гарина, Земацкаго, Бритнева, опредѣлены экстернами-врачами: гг. Бутчикъ, Нѣмченковъ, Алалыкинъ, Лимановъ, Рымша, Ахшарумовъ и Жураковскій.

д) Зачислены врачами-аспирантами: гг. Юркевичъ, Логиновъ, Войно-Оранскій, Майдель, Хмара-Барщевскій, Буяльскій, Розенблюмъ и Киселевъ.

е) На мѣсто выбывшихъ женщинъ-врачей г-жъ Филимоновой и Познанской, опредѣлены въ качествѣ сверхштатныхъ женщинъ-врачей г-жи Каменская и Иванова.

ж) Опредѣлены въ качествѣ экстернъ: г-жи Сукова и Маноцкова.

з) Зачислены въ качествѣ аспирантокъ: г-жи Клушина и Житкова.

2. Помѣщеніе Заведенія остается въ прежнемъ видѣ.

3. Лѣтомъ былъ произведенъ обычный ремонтъ зданія и мебели· ходатайство Заведенія объ устройствѣ новыхъ мозаичныхъ или цементныхъ половъ во всѣхъ корридорахъ, а равно и въ родильныхъ комнатахъ, не разрѣшено.

4. Вентиляція и водоснабженіе вполнѣ удовлетворительны, а потому остаются безъ измѣненій.

5. Соблюденіе чистоты, удаленіе нечистотъ остается въ прежнемъ видѣ. На основаніи разрѣшенія приступлено къ устройству дезинфекціонной камеры и втораго запаснаго парового котла; постройка эта начата и имѣетъ быть окончена въ 1891 г. Изъ ассигнованной на этотъ предметъ суммы, 20,262 р., удержано Вѣдомствомъ 623 р. 6 к., составляющія остатокъ отъ договорной платы съ механикомъ Вельбергомъ.

6. Помѣщеніе домашней аптечки и способъ снабженія лекарствами и перевязочными средствами остается прежній.

7. Взамѣнъ исключеннаго имущества вновь пріобрѣтено:

	Повивальн. институтъ.		Школа сельскихъ бабокъ.		Родильное отдѣленіе.		Маріинское Гинекологическое отдѣленіе.		ИТОГО.	
	Р.	К.	Р.	К.	Р.	К.	Р.	К.	Р.	К.
Одежда, бѣлье носильное и постельное	537	93	319		2656	18	97	3	3610	14
Обувь	231	—	261	—	225	—	—	—	717	—
Посуда и разныя вещи .	—	40	20	10	278	88	6	41	305	79
Медицинскія инструменты, аптечная посуда и принадлежности	—	—	—	—	259	35	180	51	439	86
Итого	769	33	600	10	3419	41	283	95	5072	79

Кромѣ того для всего Заведенія куплено разной мебели, кухонной посуды и прочихъ вещей всего на сумму 702 р. 65 к.

8. Пріобрѣтено: взамѣнъ пришедшихъ въ негодность каучуковыхъ пузырей, термометровъ, кранovъ, пульверизаторовъ, катетеровъ и т. п.

Для Гинекологическаго отдѣленія . . 55 р. 30 к.
» Родильнаго отдѣленія . . . . 112 » 35 »
Клеенки для Родильнаго Госпиталя:
» гуттаперчевой . . . . . 122 » 40 »
» двухсторонней . . . . . 75 » 60 »

Починка инструментовъ и прочихъ мелочныхъ предметовъ по статьѣ медицинскія пособія:

Для Родильнаго отдѣленія . .	107 р.	60 к.
» Гинеколог. отдѣленія . . .	202 »	40 »

Учебныя пособія пріобрѣтены:

Учебныя медицинскія книги . . .	157 »	87 »
Духовныя сочиненія для учащихся .	25 »	— »
Оспопрививательныхъ ланцетовъ . .	31 »	— »
Печатные списки учащихся . . .	75 »	— »
Фантомы, куклы и др. инструменты .	7 »	95 »
Бумага, перья и др. мелочные предметы.	21 »	83 »

Содержаніе Заведенія въ 1890 г.

1) Личнаго состава служащихъ по врачебной и административной части	18,263 р.	02 к.
2) Личнаго состава по учебной части	4,044 »	— »
3) Канцелярскіе расходы и наемъ писарей	826 »	30 »
4) Содержаніе прислуги . . .	16,594 »	70 »
5) Пища	15,540 »	42 »
6) Одежда	5,776 »	17 »
7) Медикаменты и медицинскія пособія	4,872 »	— »
8) Мытье бѣлья	654 »	05 »
9) Учебныя пособія.	318 »	65 »
10) Покупка и ремонтъ мебели .	1,615 »	30 »
11) Устройство дезинфекц. камеры	12,000 »	— »
12) Ремонтъ зданій, мостовой и сточныхъ трубъ	5,843 »	— »
13) Отопленіе	10,123 »	80 »
14) Освѣщеніе	2,556 »	88 »

15) Водоснабженіе	1,314 р.	— к.
16) Содержаніе чистоты . . .	2,476 »	71 »
17) Содержаніе лошадей и экипаж.	656 »	26 »
18) Оцѣночный сборъ	227 »	36 »
19) Мелочные расходы	651 »	82 »
20) Награжденіе воспитывающихся при выпускѣ	304 »	— »
21) Награжденіе служащихъ .	1,423 »	— »
22) 5% налогъ по купонамъ отъ % бумагъ капиталовъ Заведенія	18 »	39 »
Итого	106,099 р.	83 к.

Кромѣ того:

23) На награжденіе служащихъ при пожалованіи имъ Маріинскихъ знаковъ отличія	747 р.	— к.
24) Постепенныя къ жалованью прибавки	170 »	12 »
Всего въ расходѣ	107,016 р.	95 к.

Средствъ Заведенія въ 1890 году было:

1) % съ неприкосновен. капитала	16,392 р.	64 к.
2) % съ запаснаго капитала . .	80 »	— »
3) % съ пожертвов. капиталовъ .	150 »	— »
4) Платы за содержаніе и обученіе пансіонерокъ и учащихся . .	17,126 »	97 »
5) За леченіе больныхъ платящихъ и секретныхъ родильницъ . .	4,303 »	60 »
6) Отъ продажи негоднаго имущ.	342 »	70 »
Итого	38,395 р.	91 к.

7) Отпущено изъ средствъ вѣдомства учрежденій Императрицы Маріи:	
а) Назначенные по смѣтѣ 1890 г.	64,260 р. 98 к.
б) Дополнительн. кредитемъ.	604 » — »
в) Сверхсмѣтн. кредитомъ .	961 » 72 »
г) Позаимствовано заимообразно изъ смѣтныхъ средствъ Заведенія на 1891 г., на покрытіе передержекъ въ расходахъ	433 » 28 »
Итого	66,259 р. 98 к.
8) Сверхъ сего остаточныхъ отъ 1889 г. на устройство дезинфекціонной камеры	2,361 » 06 »
Всего въ доходѣ	107,016 р. 95 к.

Директоръ **А. Крассовскій.**

XIV.

Изъ Акушерско-Гинекологической клиники профессора Н. Ф. Толочинова въ Харьковѣ.

О ТАМПОНАДѢ МАТКИ ПРИ ПОСЛѢРОДОВЫХЪ КРОВОТЕЧЕНІЯХЪ.

Ординатора

Гр. Поюровскаго.

Опасность послѣродовыхъ кровотеченій, въ большинствѣ случаевъ зависящихъ отъ атоніи матки, и крайняя иногда трудность остановки этихъ кровотеченій обращала вниманіе врачей уже съ давнихъ временъ; съ давнихъ же временъ предлагались и продолжаютъ предлагаться и въ настоящее время различные способы остановки этихъ кровотеченій.

Богатая литература, существующая по этому вопросу, и разнообразіе предлагаемыхъ различными авторами способовъ остановки послѣродовыхъ кровотеченій указываютъ, съ одной стороны, на важность даннаго вопроса, а съ другой, на то, что всѣ предложенныя до послѣднихъ лѣтъ (1887 г.) мѣры не всегда оказывались дѣйствительными и родильницы погибали отъ кровотеченія, не смотря на всѣ предпринимаемыя врачемъ мѣры.

Къ счастью, такія трудно остановимыя кровотеченія, не поддающіяся обычнымъ, общепринятымъ въ акушерской практикѣ кровоостанавливающимъ мѣрамъ, встрѣчаются довольно рѣдко, не болѣе 2—3% [1]).

Но не смотря на то, что далеко не всякое кровотеченіе оказывалось неудержимымъ, тѣмъ не менѣе, въ общемъ, значи-

[1]) Изъ 776 родовъ, бывшихъ въ нашей клиникѣ за періодъ времени съ 1-го января 1886 г. по 1-е мая 1891 г., былъ 21 случай такихъ послѣродовыхъ кровотеченій.

тельное число рожениць погибало отъ него единственно только изъ-за того, что всѣ прежніе методы остановки кровотеченій, которыми владѣли врачи, оказывались не всегда дѣйствительными. Такъ, по статистикѣ *Hegar*'а, приводимой *Dührssen*'омъ въ его докладѣ на третьемъ съѣздѣ общества нѣмецкихъ гинекологовъ въ Фрейбургѣ 1889 года, оказывается, что въ одной только Пруссіи умираетъ ежедневно по меньшей мѣрѣ одна женщина отъ послѣродоваго кровотеченія [1]). Просматривая отчеты различныхъ Родовспомогательныхъ заведеній за прошлые года, мы въ очень многихъ изъ нихъ находимъ отмѣтки о смерти отъ неудержимаго послѣродоваго кровотеченія.

Такое печальное положеніе врача-акушера въ борьбѣ съ угрожающимъ послѣродовымъ кровотеченіемъ заставляетъ съ тѣмъ большею радостью встрѣтить, повидимому, вполнѣ вѣрно дѣйствующій методъ остановки кровотеченія, впервые обнародованный *Dürhssen*'омъ въ 1887 году [2]). Я говорю впервые обнародованный, но не скажу, чтобы этотъ методъ впервые имъ употреблялся.

Въ Харьковской Акушерско-Гинекологической клиникѣ директоромъ ея, профессоромъ *Н. Ф. Толочиновымъ*, производится тампонада полости матки съ 1886 года, причемъ съ февраля 1887 года, т. е. за полгода до появленія первой статьи *Dürhssen*'а въ Centr. f. Gynäkologie и за три мѣсяца до перваго его случая остановки послѣродоваго кровотеченія при помощи тампонады полости матки—тампонада полости начала производиться полосами 10% іодоформной марли, до тѣхъ же поръ она производилась въ нашей клиникѣ тампонами изъ 4% салициловой ваты, обернутыми 10% іодоформной марлей. Способъ производства тампонады полости матки при послѣродовыхъ кровотеченіяхъ, въ общемъ, былъ вполнѣ сходенъ съ впослѣдствіи обнародованнымъ методомъ *Dürhssen*'а.

На сколько животрепещущъ вопросъ, затронутый *Dürhs-*

[1]) Dührssen. Über die Behandlung der Blutungen post partum. C. f. G. 1889 г. № 32.

[2]) Centralblat für Gynäcologie 1887 г. № 35.

sen'омъ, доказываетъ уже то обстоятельство, что вслѣдъ за его сообщеніемъ начали появляться, съ слѣдующаго же года, сообщенія различныхъ врачей какъ въ русской, такъ и въ иностранной медицинской литературѣ [1]). Изъ этихъ сообщеній мы видимъ, что всѣ наблюдатели, кто только ни примѣнялъ тампонаду полости матки, приходятъ къ одному и тому же заключенію, а именно, что въ тампонадѣ полости матки по методу *Dürhssen*'а мы имѣемъ могучее средство противъ послѣродовыхъ кровотеченій. Даже и тѣ врачи, которые имѣли несчастье потерять своихъ родильницъ (*П. Э. Кистеръ, Max. Cortüm*), вынесли такое убѣжденіе, что причиной смерти была не тампонада, а слишкомъ позднее примѣненіе ея.

Тѣмъ страннѣе кажется намъ то обстоятельство, что такіе авторитеты, какъ *Ferdinand Adolf Kehrer, Fritsch, Olshausen* и друг., основываясь, повидимому, на чисто теоретическихъ соображеніяхъ, высказываются противъ тампонады полости матки по *Dührssen*'у. Такъ, *Kehrer* и *Fritsch* сомнѣваются въ возможности остановить послѣродовое кровотеченіе посредствомъ тампонады полости матки марлей на томъ основаніи, что по нитямъ марли, какъ по ряду дренажныхъ трубокъ, легко можетъ просачиваться кровь [2]). *Olshausen*, возражая *Dührssen*'у по поводу его доклада на третьемъ съѣздѣ нѣмецкихъ гинекологовъ въ Фрейбургѣ [3]), высказывается между прочимъ, что онъ считаетъ ошибкой тампонировать матку при послѣродовыхъ кровотеченіяхъ; если тампонада полости и вызываетъ сокращеніе атонической матки, то это, по его мнѣнію, весьма скоро проходящій эффектъ, и матка быстро вновь разслабляется. Припоминая одинъ случай послѣродоваго кровотеченія изъ своей Берлинской поликлинической практики, *Olshausen*, скло-

---

[1]) Литература о тампонадѣ матки за послѣдніе годы приводится мною въ концѣ статьи.

[2]) Handbuch der Geburtshülfe, herausgegeben von D-r P. Müller. Stutgart. 1889 г. III Band. Seite 438.

[3]) Aus den Verhandlungen des dritten Kongresses in Freiburg. 1889 г. Dührssen. Über die Behandlung der Blutungen post partum (Реф. C. f. G. 1889 г. № 32).

ненъ приписать это маточное кровотеченіе исключительно тампонадѣ полости матки. Противъ тампонады высказались на томъ же Фрейбургскомъ съѣздѣ *Veit,* по мнѣнію котораго «нельзя совѣтовать средства, которое не всякій врачъ можетъ употреблять», а также и *Fehling,* по мнѣнію котораго тампонадой нарушается нормальное положеніе стѣнокъ матки по отношенію ихъ другъ къ другу.

Я не стану возражать на всѣ вышеприведенныя мнѣнія названныхъ гинекологовъ какъ потому, что это не входитъ въ задачу моей настоящей работы, такъ и потому, что на всѣ вышеизложенныя мнѣнія сдѣланы были въ свое время, по моему крайнему разумѣнію, достаточно вѣсскія возраженія со стороны самого *Dührssen*'а. Всѣ вышеизложенныя мнѣнія были мною приведены лишь съ тою единственною цѣлью, чтобы показать, что вопросъ о тампонадѣ полости матки іодоформенной марлей при послѣродовыхъ кровотеченіяхъ еще далеко не исчерпанъ, польза *Dührssen*'овскаго метода далеко не всѣми еще признается, и слѣдовательно, приводимыя мною ниже краткія исторіи случаевъ послѣродовыхъ кровотеченій, имѣвшихъ мѣсто въ клиникѣ многоуважаемаго учителя моего, профессора *Н. Ф. Толочинова,* не лишены интереса и могутъ послужить еще однимъ лишнимъ доказательствомъ, говорящимъ въ пользу благотворнаго дѣйствія *Dührssen*'овскаго метода при трудно остановимыхъ послѣродовыхъ кровотеченіяхъ и начавшимъ примѣняться профессоромъ *Н. Ф. Толочиновымъ* значительно раньше самого *Dührssen*'а, что ясно видно изъ приводимыхъ мною въ хронологическомъ порядкѣ краткихъ исторій родовъ.

Приступая къ краткому изложенію исторій имѣвшихся у насъ случаевъ, считаю нужнымъ оговориться, что тамъ, гдѣ внутренніе брюшные и грудные органы нормальны, о нихъ въ приводимыхъ мною исторіяхъ ничего не говорится. Кромѣ того, рядомъ съ номерами, обозначающими порядокъ случаевъ тампонады матки и отмѣченными римскими цифрами, будетъ въ скобкахъ, арабскими цифрами, обозначенъ также и номеръ клинической исторіи; годъ же и мѣсяцъ, въ которомъ происхо-

дили роды, въ каждомъ данномъ случаѣ видѣнъ изъ самой исторіи.

Случаи эти слѣдующіе:

I. (41). *О. М.* I-рага, 26 лѣтъ, поступила въ клинику 2 апрѣля 1886 года. Происходитъ отъ здоровыхъ родителей. Въ дѣтствѣ перенесла корь и скарлатину; кромѣ того, страдала по временамъ лихорадкой и головными болями; никогда не отличалась особымъ здоровьемъ и легко подвергалась простудѣ. Менструируетъ съ 16-го года, всегда правильно черезъ 4 недѣль, по 6—7 дней, съ незначительными схваткообразными болями. Замужъ вышла 25-ти лѣтъ. Послѣдняя менструація въ началѣ іюля 1885 года. Первая половина беременности осложнялась незначительными тошнотами, рвотами и разстройствомъ желудка, вторая—безъ осложненій.

О. М. ростомъ 148 сантиметровъ, вѣсомъ 130 фунтовъ, слабаго тѣлосложенія, анемична; костная система развита правильно, мускулатура и подкожный жирный слой развиты слабо. Тазъ нормальный. Срочные роды. Плодъ живъ. 1-я теменная позиція 1-й видъ. Роды длились 15 часовъ и закончены наложеніемъ щипцовъ, показаніемъ къ которымъ была слабость потугъ и замедленіе сердебіенія плода во второмъ періодѣ родовъ. По выходѣ послѣда сильное кровотеченіе. Тампонада полости матки и рукава тампонами изъ 4% салициловой ваты, обернутыми въ 10% іодоформенную марлю. Черезъ сутки тампоны удалены. Кровотеченіе больше не повторялось. Послѣродовой періодъ вполнѣ нормальный. Матка прекрасно сократилась. Родильница выписалась на 9-й день вполнѣ здоровой.

II. (49). *Н. Ж.* I-рага, 18 лѣтъ, поступила 10 февраля 1887 года. Родителей не помнитъ. Менструируетъ съ 14 лѣтъ, всегда правильно черезъ 3 недѣли на 4-ю, по 6—7 дней, крови всегда обильны и безъ болей. Послѣдняя менструація въ двадцатыхъ числахъ мая 1886 года. Беременность протекла безъ всякихъ осложненій.

Н. Ж. ростомъ 160 сант., вѣсомъ 170 фунт., крѣпкаго тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой развиты

хорошо; тазъ нормальный. Срочные роды. Плодъ живъ. 1-я теменная позиція, 1-й видъ. Роды начались 9 февраля въ 6 часовъ вечера и окончены 10 февраля въ 11 час. 55 мин. утра (продолж. 17 ч. 55 м.) наложеніемъ щипцовъ, вслѣдствіе долгаго стоянія головки въ выходѣ таза, образованія большого отека головки и начавшагося замедленія сердцебіенія плода. По удаленіи послѣда сильное атоническое кровотеченіе. Тампонада полости матки полосами 5% салициловой марли, напудренной іодоформомъ, и рукава 4% салициловыми ватными тампонами. Черезъ 10 часовъ марля и тампоны удалены. Кровотеченія больше не было. Послѣродовой періодъ протекъ вполнѣ нормально. Инволюція матки шла прекрасно. Родильница выписалась на 9-й день совершенно здоровой.

III [1]). (55). *А. Д.* V-para, 29 лѣтъ, поступила въ клинику въ родахъ 22 февраля 1887 года черезъ 3 часа послѣ отхожденія водъ и 33 часа послѣ начала ихъ. Менструируетъ съ 15 лѣтъ, всегда правильно черезъ 3 недѣли на 4-ю, по 4—5 дней, безъ болей; крови отдѣлялось всегда умѣренное количество. Послѣдняя менструація между 5—15 мая 1886 года. Послѣдняя беременность, какъ и всѣ предшествовавшія, протекала вполнѣ нормально.

А. Д. ниже средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, малокровна; мускулатура и подкожный жирный слой слабо развиты. Размѣры таза нормальны. Роды наступили въ срокъ. Плодъ живъ, во второй теменной позиціи. Головка плода не можетъ вступить въ полость таза вслѣдствіе огромнаго межуточнаго фиброида (съ голову взрослаго человѣка), исходящаго изъ задне-лѣвой части шейки и нижняго сегмента матки. Роды окончены черезъ 6 ч. 20 м. по поступленіи роженицы въ клинику вправленіемъ опухоли, поворотомъ и извлеченіемъ за

---

[1]) Д-ръ *П. Чунихинъ* описалъ этотъ случай подробно въ «Журн. Акуш. и Жен. бол.», № 6-й, 1888 года. Къ сожалѣнію, онъ забылъ упомянуть о вторичной тампонадѣ марлей, такъ какъ для него былъ важенъ, главнымъ образомъ, фиброидъ матки. Въ студенческой исторіи родовъ о вторичной тампонадѣ однако упоминается.

ножку живого плода. По выходѣ послѣда значительное кровотеченіе. Сильно выраженныя явленія острой анеміи. Тампонада полости матки и рукава тампонами изъ 4% салициловой ваты, обернутыми 10% іодоформенной марлей. Черезъ ½ часа тампоны промокли и произведена вторичная тампонада полости матки полосами 10% іодоформенной марли. Черезъ сутки марля удалена. Кровотеченія больше не было. Теченіе послѣродоваго періода безлихорадочное. Родильница выписалась на 10-й день вполнѣ здоровой.

IV. (62). *Е. С.* V-рага, 25 лѣтъ, поступила въ клинику 5 марта 1887 года. Происходитъ отъ здоровыхъ родителей. Менструируетъ съ 16 лѣтъ, правильно, черезъ 4 недѣли по 3—4 дня, безъ болей. Замужъ вышла 17-ти лѣтъ. Предшествовавшіе беременности и роды протекали правильно. Послѣдняя менструація въ началѣ іюня 1886 г. Все время беременности страдала незначительными рвотами.

Е. С. средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, подкожный жирный слой слабо развитъ, мускулатура хорошо. Тазъ нормальный. Срочные роды. Плодъ живъ. 2-я теменная позиція 1-й видъ. Роды начались 4 марта въ 2 ч. пополудни и окончились силами природы въ 3 часа 10 мин. утра 5 марта (продолж. 13 ч. 10 м.). По окончаніи родовъ сильное атоническое кровотеченіе. Тампонада полости матки 10% іодоформенной марлей и рукава ватными тампонами. Черезъ сутки тампоны удалены. Кровотеченіе не повторялось. Матка сократилась хорошо. Послѣродовой періодъ нормальный. Родильница выписалась на 9-й день здоровой.

V. (80). *В. Е.* I-рага, 21 года, поступила въ клинику 21 апрѣля 1887 г. Происходитъ отъ здоровыхъ родителей. Менструируетъ съ 14 года, всегда правильно, черезъ 3 недѣли на 4-ю по 4—5 дней, безъ болей. Замужъ вышла на 19-мъ году. Послѣдняя менструація 8 іюня 1886 г. Беременность протекала безъ осложненій. 18 апрѣля въ 8 ч. вечера, послѣ значительной прогулки, начали понемногу отходить воды, сопровождаясь незначительными потугами. Съ теченіемъ времени

потуги значительно усилились и сдѣлались очень болѣзненными, а между тѣмъ роды не подвигались впередъ, почему роженица и поступила въ клинику.

Е. В. выше средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, мускулатура и подкожный жирный слой хорошо развиты, тазъ правильный. Срочные роды. Плодъ живъ. 2-я теменная позиція 2-й видъ. Нижній сегментъ матки сильно растянутъ (сократительное кольцо *Bandl*'я на 2 поперечн. пальца ниже пупка); судорожное сокращеніе зѣва; спазматическія потуги. Роды закончены—послѣ предварительной попытки извлечь младенца щипцами—перфораціей головки и краніоклязіей 22 апрѣля въ 4 часа 35 мин. по полудни (продолж. 92 ч. 35 м. считая съ времени отхожденія водъ). Послѣдъ удаленъ по *Crede*. Сильное атоническое кровотеченіе. Тампонада полости матки тампонами изъ 4% салициловой ваты, обернутыми 10% іодоформенной марлей. Черезъ сутки тампоны удалены. Кровотеченія больше не было. Послѣродовой періодъ осложнился пуэрперальнымъ пери-параметритомъ; t° держалась между 38,5° и 40° съ 24 апрѣля по 5 мая, а затѣмъ постепенно упала до нормы и 14 мая 1887 года *В. Е.* выписалась почти вполнѣ оправившись отъ послѣродоваго заболѣванія.

VI. (97). *М. М.* I-рага, 25 лѣтъ, поступила въ клинику 17 сентября 1887 года. Менструируетъ съ 14-го года. Менструаціи сопровождались болями, были обильны, длились по 2 недѣли и болѣе, при чемъ менструальные промежутки иногда совсѣмъ исчезали. Вообще, съ дѣтства всегда отличалась кровоточивостью, и малѣйшій порѣзъ давалъ всегда сильное, трудно остановимое кровотеченіе. Послѣдняя менструація 8 декабря 1886 года. Беременность протекала безъ осложненій. *М. М.* ростомъ 151 с., вѣсомъ 130 фунт., слабаго тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой развиты слабо; тазъ общемалый. Срочные роды. Плодъ живъ. 1-я теменная позиція 1-й видъ. Роды начались 16 сентября въ 6 час. вечера и окончены наложеніемъ щипцовъ (узкій тазъ и слабость потугъ) 18 сентября въ 1 ч. дня (продолж. родовъ 42 ч.). По окончаніи родовъ

сильное атоническое кровотеченіе. Тампонада полости матки и рукава такъ же, какъ и въ случаѣ V-мъ. Черезъ сутки тампоны удалены. Кровотеченія больше не было. Послѣродовой періодъ осложнился послѣродовымъ заболѣваніемъ (Colpitis et endometritis septica). Выписалась по настоянію родныхъ на 41-й день послѣ родовъ, въ плохомъ еще состояніи.

VII. (106). *Е. Т.* XII-para, 41 года, поступила въ клинику 28 сентября 1887 года. Менструируетъ съ 16-го года, всегда правильно, черезъ 4 недѣли по 3—4 дня, безъ болей. 17-ти лѣтъ вышла замужъ. Послѣдняя беременность, какъ и всѣ предшествовавшія, протекала безъ всякихъ осложненій. Роды, за исключеніемъ 11-хъ (поворотъ на ножку и извлеченіе), были также нормальны. Послѣдняя менструація 31 декабря 1886 г. Въ анамнезѣ мужа-сифилисъ. *Т. Е.* ростомъ 152 с., вѣсомъ 186 ф., крѣпкаго тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой развиты прекрасно. На задней поверхности лобковой кости прощупывается довольно значительный экзостозъ. Роды наступили 16 октября въ 6 ч. утра и окончены, послѣ неудавшагося наложенія щипцовъ и попытокъ къ повороту на ножку, перфораціей головки плода и краніоклазіей 17-го въ 1 ч. 50 м. дня (продолж. родовъ 31 ч. 50 м.). Ручное удаленіе послѣда. Сильное кровотеченіе вслѣдствіе атоніи матки. Тампонада полости матки 10% іодоформенной марлей и рукава салициловыми тампонами. Черезъ 20 часовъ матка растампонирована. Кровотеченія больше не было. Инволюція матки и весь послѣродовой періодъ протекали вполнѣ правильно. *Е. Т.* выписалась на 11-й день послѣ родовъ совершенно здоровой.

VIII. (31). Ю. Л. VII-para, 33 лѣтъ, поступила въ клинику 29 января 1888 года. Менструируетъ съ 15-го года, всегда правильно, черезъ 3 недѣли на 4-ю по 6—7 дней, безъ болей. Вышла замужъ 17-ти лѣтъ. Всѣ предшествовавшія беременности, а также роды протекали вполнѣ правильно. Послѣдніе 2 года гастрическія и нервныя разстройства, а также разстройства со стороны мочеполовой сферы (частое, болѣзненное и затрудненное мочеиспусканіе, боли въ области крестца, тяжесть

внизу живота et cet). Послѣдняя менструація 12 августа 1887 г. Вечеромъ 31 декабря 1887 г. у *Ю. Л.* появилось сильное кровотеченіе изъ половыхъ органовъ и послѣ этого, не смотря ни на какія мѣры, существовало, то усиливаясь, то ослабѣвая, весь январь мѣсяцъ.

Ю. Л. средняго роста, слабаго тѣлосложенія, анемична; подкожный жирный слой и мускулатура слабо развиты, костная система отступленій отъ нормы не представляетъ. Беременность 5-ти мѣсяцевъ. Плодъ живъ. Истощеніе беременной и продолжительное, часто повторяющееся кровотеченіе послужило показаніемъ къ возбужденію несвоевременныхъ родовъ. Предлежаніе дѣтскаго мѣста. Роды закончены поворотомъ и извлеченіемъ плода за ножку 1 февраля въ 7 час. 25 мин. вечера (продолж. родовъ 58 ч. 25 м.). По окончаніи родовъ прополаскиваніе полости матки дезинфицирующимъ растворомъ и презервативная тампонада 10% іодоформенной марлей. На другой день тампоны удалены. Послѣродовой періодъ протекъ безъ всякихъ осложненій.

IX. (54). *А. М.* IX-para, 37 лѣтъ, поступила 29 февраля 1888 г. Менструируетъ съ 16-го года, всегда правильно черезъ 3 недѣли на 4-ю по 7 дней, безъ болей. Вышла замужъ 19 лѣтъ. Предшествовавшіе беременности и роды протекали вполнѣ нормально. Послѣдняя менструація въ 20-хъ числахъ іюля 1887 года. Первое плододвиженіе почувствовала около $2^1/_2$ мѣсяцевъ назадъ, но вскорѣ перестала ихъ ощущать. Въ послѣднее время чувствуетъ сильную общую слабость (двигается съ большимъ трудомъ), боли въ поясницѣ, внизу живота и въ ногахъ; кромѣ того, появились: сердцебіеніе, сильная одышка, отекъ ногъ и брюшныхъ покрововъ. Животъ сильно и быстро увеличивается.

А. М. средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, анемична; мускулатура и подкожный жирный слой развиты слабо, костная система развита правильно. Конецъ восьмого мѣсяца беременности. Въ виду опаснаго положенія беременной, которой грозило удушеніе вслѣдствіе сильно и быстро развивающагося

гидрамніона, приступлено къ вызыванію преждевременныхъ родовъ посредствомъ прокола плодныхъ оболочекъ. Выпущено постепенно 6½ литровъ околоплодныхъ водъ, послѣ чего можно было выслушивать сердцебіеніе плода, находящагося въ 1-мъ видѣ 1-й теменной позиціи. Матка, въ началѣ было сократившаяся, вскорѣ вновь разслабла. Сильное внутреннее, а потомъ и наружное, кровотеченіе. Accouchement forcé: комбинированный поворотъ на ножку (зѣвъ пропускалъ 2 пальца) и медленное извлеченіе плода при совмѣстномъ примѣненіи метода *Kristeller*'а, перфорація послѣдующей, охваченной зѣвомъ головки умершаго уже плода. Роды длились, считая съ момента прокола оболочекъ, 4½ часа. По окончаніи родовъ громадное атоническое кровотеченіе. Сильно выраженныя явленія острой анеміи. Тампонада полости матки 10% іодоформенной и 5% салициловой марлей. На другой день матка растампонирована. Кровотеченія больше не было. Въ послѣродовомъ періодѣ—септицемія. Родильница выписана по настоянію мужа на 22-й день послѣ родовъ.

X. (119). *А. К.* II-para, 27 лѣтъ, поступила въ клинику 13-го октября 1888 года. Менструируетъ съ 15-ти лѣтъ, всегда правильно, черезъ 3 недѣли на 4-ю по 3 дня. Полтора года тому назадъ, вслѣдствіе паденія, несвоевременные роды (6 мѣсяцевъ). Послѣдняя менструація въ началѣ февраля 87 года. Беременность протекала правильно. *А. К.* ростомъ 158 сант., вѣсомъ 175 фунт., крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Констатирована беременность въ началѣ 10-го луннаго мѣсяца. Плодъ живъ. 1-я теменная позиція 1-й видъ. Ту же позицію и видъ сохранилъ плодъ и во время родовъ, наступившихъ 5-го ноября въ 1 ч. дня (раннее отхожденіе водъ, спазматическое сокращеніе зѣва) и окончившихся силами природы въ 4 часа 40 м. пополудни 6-го ноября (продолж. 27 ч. 40 м.). По окончаніи родовъ сильное кровотеченіе, вскорѣ остановившееся подъ вліяніемъ горячаго душа. Черезъ 1½ часа кровотеченіе повторилось. Тампонада полости матки и рукава 5% салициловой марлей и стерилизированными ватными тампонами. Коллапсъ

(t° 40°), маніакальное состояніе и смерть въ 10 час. вечера 6 ноября. Вскрытіемъ обнаружены: сильная анемія мозга, анемія всѣхъ внутреннихъ органовъ и глубокіе надрывы шейки въ области внутренняго зѣва, съ правой и лѣвой стороны, длиною въ 2 поперечныхъ пальца, а шириной въ одинъ. Глубина разрывовъ доходитъ до средне-мышечнаго слоя стѣнки матки.

XI. (14). *А. Т.* I-рага, 23 лѣтъ, поступила въ клинику 7-го февраля 1889 года. Регулы появились на 20-мъ году и потомъ потворялись черезъ каждыя $1^1/_2$—2 мѣсяца, по 3 дня, безъ болей. Послѣдняя менструація 5-го мая 88 года. Беременность протекала безъ осложненій.

А. Т. 160 с. ростомъ, 170 ф. вѣсомъ, слегка анемична; мускулатура и подкожный жирный слой умѣренно развиты, скелетъ правильный. Роды начались 7-го февраля въ 8 часовъ вечера (1-я теменная позиція 1-й видъ, плодъ живъ) и окончились силами природы въ 12 ч. 15 м. дня 8-го февраля (продолж. 16 ч. 15 м.). По окончаніи родовъ сильное атоническое кровотеченіе, остановившееся послѣ горячаго душа, но возобновившееся опять черезъ 10 минутъ. Тампонада полости матки и рукава 10% іодоформенной марлей. Марля удалена черезъ 20 часовъ. Кровотеченія больше не было. Послѣродовой періодъ осложнился заболѣваніемъ (ruetia). Родильница выписалась черезъ 40 дней послѣ родовъ, совершенно оправившись.

XII. (41). *Е. Г.* IX-рага, 45 лѣтъ, поступила въ клинику 12-го марта 1889 года. Менструируетъ съ 15 лѣтъ, всегда правильно черезъ 3 недѣли на 4-ю по 3 дня (послѣ замужества по 7 дней), безъ болей. 22-хъ лѣтъ вышла замужъ. 7 разъ рожала въ срокъ и одинъ разъ абортировала на третьемъ мѣсяцѣ. Роды всегда были правильны. Послѣдняя менструація въ половинѣ августа 1888 года. Въ теченіе послѣднихъ 5 мѣсяцевъ постоянно выдѣляются изъ половыхъ органовъ кровянистыя отдѣленія, а по временамъ бываютъ и настоящія кровотеченія. Движеній плода не ощущала.

Е. Г. небольшого роста, слабаго тѣлосложенія, анемична, мускулатура слабо развита, подкожный жирный слой атрофи-

рованъ. Ясно выраженная картина Phtysis pulmonum. Матка увеличена соотвѣтственно 7-ми мѣсяцамъ беременности. Діагностицирова Mola Hydatitosa (отхожденіе отдѣльныхъ пузырей при внутреннемъ изслѣдованіи). Въ 10 ч. вечера 12-го марта выдѣлился пузырный заносъ (вѣсъ его 1700 grm.). Кровотеченіе. Тампонада полости матки и рукава 10% іодоформенной марлей. 13-го марта утромъ матка растампонирована, удалены остатки перерожденныхъ оболочекъ ложкой *Sims*'а и полость матки вновь затампонирована. 14-го марта марля удалена и полость матки промыта растворами сулемы (1:6000) и карболовой кислоты (1:100). Кровотеченія больше не было. Въ послѣродовомъ періодѣ субфебрильная температура въ зависимости отъ легочнаго процесса. На 14-й день *Е. Г.* выписалась вполнѣ здоровая относительно половой сферы.

XIII. (48.) *М. С.* II-para, 35 лѣтъ, поступила 21-го марта 1889 года. Въ дѣтствѣ очень часто болѣла и вообще не пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Ходить начала поздно и зубы также поздно начали прорѣзываться. Менструируетъ всегда правильно (съ какого года начала менструировать, не помнитъ) черезъ 3 недѣли на 4-ю по 4 дня, безъ болей. Замужъ вышла 32-хъ лѣтъ. Первая беременность протекла правильно; роды однако закончены были щипцами. Послѣдняя менструація въ концѣ іюня 1888 года. Беременность протекала безъ осложненій.

М. С. 142 сант. ростомъ, 140 ф. вѣсомъ, средняго тѣлосложенія, слегка анемична; мускулатура и подкожный жирный слой умѣренно развиты. Значительно выраженный рахитъ. Тазъ обще-малый. Плодъ мертвъ. 1-я теменная позиція 1-й видъ. Роды начались (прошли воды) 19-го въ 8 ч. вечера и закончены 22-го марта въ 12 час. ночи (продолж. 76 часовъ) перфораціей головки и краніоклазіей. Ручное отдѣленіе послѣда (приращеніе). Сильное кровотеченіе вслѣдствіе атоніи матки. Явленія острой анеміи. Тампонада полости матки 10% іодоформенной марлей. Матка растампонирована черезъ 20 часовъ. Кровотеченія больше не было. Легкое послѣродовое заболѣваніе. Родильница выписалась на 16-й день вполнѣ здоровой.

XIV. (59). *И. М.* I-para, 18 лѣтъ, поступила 3-го апрѣля 1889 года. Менструируетъ съ 15 лѣтъ, черезъ 4 недѣли на 5-ю по 3—4 дня, безъ болей. Времени послѣдней менструаціи не помнитъ. Беременность во второй половинѣ сопровождалась тошнотами и рвотами по утрамъ.

И. М. ростомъ 152 с., вѣсомъ 170 ф., средняго тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой умѣренно развиты. Послѣдніе дни беременности. Плодъ живъ, 1-я теменная позиція 1-й видъ. Роды начались въ 7 часовъ вечера 5-го апрѣля и окончились въ 4 ч. 45 м. пополудни 6-го апрѣля (продолж. 21 ч. 45 м.). Былъ примѣненъ способъ выжиманія плода по *Kristeller*'у, вслѣдствіе вторичной слабости потугъ въ концѣ 2-го періода родовъ. Сильное атоническое кровотеченіе по окончаніи родовъ. Тампонада полости и рукава 5% салициловой марлей. Марля удалена черезъ 16 часовъ. Кровотеченія больше не было. Послѣродовой періодъ нормаленъ. Родильница выписалась на 9-й день вполнѣ здоровой.

XV. (60). *Е. Т.* I-para, 19 лѣтъ, поступила 26-го сентября 1889 года. Пользовалась всегда хорошимъ здоровьемъ. Менструируетъ съ 14 лѣтъ, всегда правильно, черезъ 3 недѣли на 4-ю по 5 дней, безъ болей. Послѣдняя менструація 7-го января 1889 г. Беременность протекала безъ осложненій.

Е. Т. ростомъ 144 сант., вѣсомъ 143 фунта, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія. Беременность 9-ти мѣсяцевъ. Плодъ живъ. 1-я теменная позиція, 1-й видъ. Роды начались 19-го октября въ 8 ч. вечера и окончились силами природы 20-го октября въ 7 ч. 25 м. утра (продолженіе родовъ 11 ч. 25 м.). Ручное удаленіе задержавшагося послѣда. По окончаніи родовъ сильное атоническое кровотеченіе. Тампонада полости матки. Матка растампонирована черезъ 24 часа. Кровотеченія больше не было. Послѣродовой періодъ нормаленъ.

XVI (65) *Н. Г.* I-para, 18 лѣтъ, поступила 3-го октября 1889 года. Менструируетъ съ 13 лѣтъ, всегда правильно, черезъ 3 недѣли на 4-ю по 3—7 дней, безъ болей. Пользовалась всегда сравнительно порядочнымъ здоровьемъ. Послѣдняя мен-

струація въ началѣ января 1889 года. Беременность протекала безъ осложненій.

Н. Г. ростомъ 160 сант., вѣсомъ 170 фунт., умѣреннаго тѣлосложенія, анемична; мускулатура и подкожный жирный слой развиты удовлетворительно; костная система правильна. Тазъ нормальный. Опредѣлены срочные роды двойнями. Оба плода живы (одинъ въ 1-мъ видѣ 1-й теменной, второй во 2-мъ видѣ 2-й теменной позиціи). Роды начались въ 6 ч. вечера 3-го октября и окончились силами природы въ 6 ч. 40 м. утра 5-го октября (продолженіе родовъ 36 ч. 40 м.; промежутокъ между рожденіемъ 1-го и 2-го плода 2 ч. 37 м.). По окончаніи родовъ сильное атоническое кровотеченіе. Тампонада матки 5% салициловой марлей. Матка растампонирована черезъ 24 часа. Кровотеченія больше не было. Послѣродовой періодъ нормаленъ. *Н. Г.* выписалась на 9-й день совершенно здоровой.

XVII. (98) *Д. Б.* IV-para 28 лѣтъ поступила 12 ноября 1889 года. Пользовалась всегда хорошимъ здоровьемъ. Менструируетъ съ 13 лѣтъ, всегда правильно, черезъ 4 недѣли на 5-ю по 7 дней, безъ болей. 18 лѣтъ вышла замужъ. Предшествовавшія беременности и роды нормальны. Послѣдняя менструація 20 февраля 1889 года. Беременность протекала безъ осложненій.

Д. Б. ростомъ 161 с., вѣсомъ 195 ф., крѣпкаго тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой хорошо развиты. Беременность въ концѣ. Плодъ живъ 1-я теменная позиція 1-й видъ. Placenta praevia marginalis. Роды начались въ 8 ч. вечера 14-го ноября и окончились силами природы въ 10 ч. 8 м. утра 15 ноября (продолж. 14 ч. 8 м.). Сильное кровотеченіе въ 3-мъ періодѣ родовъ (послѣдъ удаленъ по *Crede*), продолжавшееся и по окончаніи родовъ. Тампонада 10% іодоформенной марлей. На другой день марля удалена. Кровотеченія больше не было. Послѣродовой періодъ нормаленъ. Родильница здорова, выписалась на 9-й день.

XVIII. (23) *Г. К.* IX-para, 33 лѣтъ, поступила 27 января 1890 года. Кромѣ гельминтіаза въ дѣтствѣ и остраго сочленов-

наго ревматизма въ 20 лѣтъ никогда ничѣмъ не страдала. Менструируетъ съ 17 лѣтъ всегда правильно, черезъ 3 недѣли на 4-ю по 3—4 дня, безъ болей. Замужемъ была дважды и вотъ уже 5 лѣтъ вдовствуетъ. За время своего замужества имѣла 8 нормальныхъ родовъ. Послѣдняя менструація 10-го сентября 1889 года. Двѣ недѣли тому назадъ упала, сильно ушиблась и съ тѣхъ поръ чувствуетъ сильныя боли въ поясницѣ и внизу живота.

Г. К. 161 сант. ростомъ, 145 фунт. вѣсомъ, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія. Беременность въ концѣ 5-го мѣсяца и начавшаяся несвоевременная родовая дѣятельность, которую пріостановить не удалось. 30-го января въ 5 ч. 20 м. по полудни отошли воды. Въ 11 ч. вечера того же числа кровотеченіе, вслѣдствіе чего роды окончены искусственно въ 11 ч. 35 м. вечера. По окончаніи родовъ прополаскиваніе полости матки и презервативная тампонада ея 10% іодоформенной марлей, въ виду сильнаго малокровія родильницы. Черезъ 12 часовъ марля удалена. Кровотеченія не было. Послѣродовой періодъ нормаленъ; выписалась совершенно здоровой на 8-й день.

XIX (80) *Ю. Б.* VI-рага, 25 лѣтъ, поступила 13-го сентября 1890 года. Происходитъ изъ чахоточной семьи. Менструируетъ съ 14 лѣтъ, правильно, безъ болей, по 3—4 дня, черезъ 3 недѣли на 4-ю. Замужъ вышла 19 лѣтъ. Три раза рожала нормально и въ срокъ и 2 раза абортировала (аборты были 3-хъ и 2-хъ мѣсяцевъ). Лѣтъ 6 назадъ перенесла брюшной тифъ, а пять лѣтъ назадъ—плевритъ и воспаленіе мозговыхъ оболочекъ. Послѣдніе 2 — 3 года страдаетъ легочнымъ процессомъ, почему, ex consilio, и направлена пользовавшими ее врачами въ клинику для вызыванія преждевременныхъ родовъ. Послѣдняя менструація была 4-го мая 1890 года.

Ю. Б. ростомъ 147 сант., вѣсомъ 122 фунта, слабаго тѣлосложенія, анемична; мускулатура и подкожный слой атрофированы. Констатирована Pneumonia interstitialis chronica и graviditas на пятомъ мѣсяцѣ. 15-го сентября приступлено къ вызыванію преждевременныхъ родовъ. 19-го утромъ прошли

воды, а 20-го въ 2 ч. дня роды окончены искусственно (плодъ извлеченъ по частямъ). По окончаніи родовъ, бывшее до того значительное кровотеченіе остановилось; но, во избѣжаніе повторенія его, произведена презервативная тампонада матки и рукава 10% іодоформенной марлей. Матка растампонирована черезъ 20 часовъ. Послѣродовой періодъ протекъ вполнѣ нормально.

XX. (108). *О. П.* IV-para, 30 лѣтъ, поступила 4 ноября 1890 года. Менструируетъ съ 15 лѣтъ, всегда правильно, черезъ 4 недѣли по 3—4 дня, безъ болей. Имѣла трое своевременныхъ нормальныхъ родовъ. Послѣдняя менструація 15 февраля 1880 года. Настоящая беременность протекала безъ осложненій.

О. П. ростомъ 156 с., вѣсомъ 150 ф., слабаго тѣлосложенія, анемична. Срочные роды. Плодъ живъ. 2-я позиція 2-й видъ. Краевое предлежаніе послѣда. Роды начались 2 ноября въ 8 ч. вечера и окончились силами природы 4 ноября въ 10 ч. 3 мин. веч. (продолж. 50 ч. 3 м.). Первичная слабость потугъ. Въ первомъ періодѣ родовъ кровотеченіе, прекратившееся послѣ искусственнаго разрыва плодныхъ оболочекъ. По окончаніи родовъ сильное кровотеченіе. Тампонада матки 5% салициловой марлей. Матка растампонирована черезъ 14 часовъ. Кровотеченія больше не было. Послѣродовой періодъ протекалъ безъ осложненій.

XXI. (128). *Θ. Н.* IV-para, 28 лѣтъ. Менструируетъ съ 14 лѣтъ, всегда правильно, черезъ 4 недѣли по 4—5 дней, безъ болей. Имѣла двое нормальныхъ, своевременныхъ родовъ и одни преждевременные на 7-мъ мѣсяцѣ (въ послѣднемъ случаѣ плодъ былъ мацерированъ). Настоящая беременность осложнилась кровотеченіемъ на 2-мъ и 7-мъ мѣсяцахъ. Поступила въ клинику 9 декабря 1890 г. вслѣдствіе кровотеченія, которое было ей остановлено, а за тѣмъ, выписавшись по собственному желанію, явилась вновь (черезъ недѣлю послѣ выписки) 20 декабря вслѣдствіе возобновившагося кровотеченія и начавшейся родовой дѣятельности. Въ первое прибытіе ея плодъ живъ, во второе-же мертвъ.

Θ. Н. 155 с. ростомъ 184 ф. вѣсомъ, крѣпкаго тѣлосложенія, анемична. Беременность 7 мѣсяцевъ. Центральное предлежаніе послѣда. Форсированные роды, оконченные комбинированнымъ поворотомъ и осторожнымъ извлеченіемъ плода за ножку. По окончаніи родовъ сильное кровотеченіе. Тампонада полости матки и рукава 5% салициловой марлей. Матка растампонирована черезъ 12 часовъ. Кровотеченія больше не было. Послѣродовой періодъ нормаленъ.

XXII. (4). *Т. Б.* I-рага, 19 лѣтъ, поступила 1 января 1891 г. Въ дѣтствѣ страдала младенческимъ; въ одинъ изъ припадковъ своей болѣзни, будучи 4-хъ лѣтняго возраста, упала и ушибла спину; съ тѣхъ поръ у нея началъ расти горбъ. Общее состояніе здоровья было всегда удовлетворительно. Менструировать начала на 13-мъ году, всегда правильно черезъ 4 недѣли по 3 дня, безъ болей. Послѣдняя менструація 1 апрѣля 1890 г. Беременность протекала безъ осложненій.

Т. Б. ростомъ 147 с., вѣсомъ 170 ф., умѣреннаго тѣлосложенія и питанія. Правосторонній кифо-сколіозъ въ грудной части позвоночника (отъ 4-го до 12 груднаго позвонка). Тазъ слегка воронкообразно съуженный. Поступила въ родахъ. Плодъ живъ. 2-я теменная позиція 2-й видъ. Роды начались 1 января въ 4 ч. по полудни и окончились силами природы 3 января въ 10 ч. 1 м. утра (продолж. 42 ч. 5 м.). По окончаніи родовъ сильное атоническое кровотеченіе. Тампонада полости матки по рукѣ 5% салициловой марлей и давящая повязка. Черезъ 3 ч., вслѣдствіе самовольнаго ослабленія родильницей давящей повязки, вторичное кровотеченіе (явленія сильной острой анеміи) и вновь тампонада при помощи зеркала Симса. Родильница скоро оправилась отъ вторичной потери крови, которая больше не повторялась. Послѣродовой періодъ безъ осложненіи.

XXIII (28) *Я. Ф.* II-рага, 26 лѣтъ, поступила 19-го января 1891 года. Наслѣдственная hystero-epilepsia (мать ея тоже страдаетъ эпилепсіей). Менструировала, съ 14 лѣтъ, всегда правильно, черезъ 4 недѣли по 3 дня, безъ болей. Замужъ вышла 20 лѣтъ. Предшествовавшая беременность осложнилась

hydramnion'омъ; роды были правильные. 1-й ребенокъ умеръ отъ младенческаго. Во время послѣдней беременности, также осложнившейся hydramnion'омъ, эпилептическіе припадки сдѣлались чаще и интензивнѣй.

Я. Ф. средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія. Поступила во 2-мъ періодѣ родовъ. Плодъ живъ. 1-й видъ 1-й теменной позиціи. Роды начались 19-го января въ 5 ч. вечера и окончились силами природы въ 9 ч. 15 м. вечера 19-го же. По окончаніи родовъ сильное атоническое кровотеченіе. Тампонада полости матки по рукѣ. Черезъ часъ марля промокла и родильница перетампонирована при помощи зеркала Симса. Матка растампонирована черезъ 13 часовъ. Кровотеченія больше не повторялось. Послѣродовой періодъ безлихорадоченъ.

XXIV (44) *Н. Ю.* I-рага, 33 лѣтъ, поступила 4-го февраля 1891 года. До выхода замужъ пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Менструировала съ 14 лѣтъ, всегда правильно, черезъ 3 недѣли по 4 дня, безъ болей. Послѣ выхода замужъ (22-хъ лѣтъ) все время страдала дисменореей, кровотеченіями, по временамъ, изъ половыхъ органовъ и гнойными зеленоватыми бѣлями. Послѣдняя менструація 7-го апрѣля 1890 года. Беременность осложнилась за двѣ недѣли до родовъ желтухой. Имѣются указанія на сифилисъ.

Н. Ю., ростомъ 163 сант., вѣсомъ 170 ф., крѣпкаго тѣлосложенія; желтушная окраска склеры, кожи лица и всего тѣла. Явилась въ родахъ. Плодъ живъ. 2-й видъ 2-й теменной позиціи. Роды начались 3-го февраля въ 8 ч. вечера и окончены наложеніемъ щипцовъ, вслѣдствіе слабости потугъ, въ 12 ч. 30 м. дня 5-го февраля. По извлеченіи младенца кровотеченіе. Удаленіе послѣда по *Crede*. Тампонада полости атонической, продолжающей кровоточить матки 5% салициловой марлей. Затампонированная матка сильно и болѣзненно сокращалась. Черезъ 22 часа марля удалена. Кровотеченія больше не было. Послѣродовой періодъ нормаленъ.

XXV (46) *В. М.*, 31 года, поступила 9-го февраля 1891 года. Менструируетъ съ 16 лѣтъ, всегда правильно, черезъ 4 недѣли

по 3 дня, безъ болей. Имѣла преждевременные роды на 7-мъ мѣсяцѣ и абортъ 3-хъ мѣсяцевъ. Послѣдняя менструація въ началѣ апрѣля 1890 года. Настоящая беременность ничѣмъ не осложнялась.

В. М. ростомъ 177 сант., вѣсомъ 207 фунт., крѣпкаго тѣлосложенія, слегка анемична; общее состояніе здоровья удовлетворительное. Плодъ живъ, во 2-мъ видѣ 2-й теменной позиціи. Роды начались въ 9 ч. утра 8-го февраля и окончились силами природы въ 9 ч. 15 м. утра 9-го февраля (продолжались 24 ч. 15 м.). Потужная дѣятельность все время чрезвычайно вялая. По окончаніи родовъ сильное атоническое кровотеченіе. Тампонада 5% салициловой марлей. Матка растампонирована черезъ 24 часа. Послѣродовой періодъ нормаленъ.

XXVI (53) *М. М.* II-para, 26 лѣтъ, поступила 18-го февраля 1891 года. Всегда пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Менструируетъ съ 15 лѣтъ, всегда правильно, по 3—4 дня, черезъ 3 недѣли, безъ болей. Первая беременность и роды были нормальны. Послѣдняя менструація въ первыхъ числахъ іюля 1890 года. Настоящая беременность осложнилась кровотеченіемъ на 4-мъ мѣсяцѣ, длившимся 2 недѣли.

М. М. ростомъ 150 сант., вѣсомъ 150 фунт., умѣреннаго тѣлосложенія, малокровна. При изслѣдованіи оказалось: преждевременные роды (на 8-мъ мѣсяцѣ) во второмъ періодѣ ихъ; краевое предлежаніе плаценты; выпаденіе пуповины и лѣвой ручки; плодъ мертвъ, во 2-мъ видѣ 1-й поперечной позиціи. Неудавшаяся попытка сдѣлать поворотъ на ножку. Декапитація и извлеченіе туловища за выпавшую ручку, съ послѣдующимъ извлеченіемъ отдѣленной головки щипцами. По окончаніи родовъ произведена тампонада матки въ видахъ предохраненія отъ могущаго наступить кровотеченія. Матка растампонирована черезъ 12 часовъ. Въ послѣродовомъ періодѣ однодневное повышеніе температуры на 2-е сутки до 38,5°. Родильница выписалась на 9-й день вполнѣ здоровой.

Въ приведенныхъ мною выше случаяхъ послѣродовыхъ кровотеченій я упоминалъ только объ интересующемъ насъ методѣ

Dührssen'а и совершенно умалчивалъ о другихъ способахъ остановки послѣродовыхъ кровотеченій, которые каждый разъ примѣнялись, прежде чѣмъ приступать къ тампонадѣ полости матки и рукава. Упомянуть о нихъ я считаю тѣмъ болѣе необходимымъ, что этимъ восполнится тотъ пробѣлъ въ приводимыхъ мною исторіяхъ, который, краткости ради, я вынужденъ былъ допустить.

Тотчасъ по выходѣ послѣда, каждой изъ родильницъ давалось по 0,16—0,48 grm. Extr. secal. cornut. aquos [1]), при чемъ, одновременно съ этимъ, производилось энергичное сжатіе матки захватившей ее черезъ брюшные покровы рукой и растираніе дна ея. Если этимъ не удавалось вызвать достаточно хорошаго и продолжительнаго сокращенія матки, то тогда производилось, при помощи ирригатора и катетера *Fritsch–Bozemann* а большого калибра, прополаскиваніе полости матки горячимъ (38°—40° Р.) растворомъ карболки (1 : 100), съ послѣдующимъ прополаскиваніемъ 2% растворомъ борной кислоты той-же температуры, съ цѣлью удалить карболку изъ полости матки и тѣмъ избѣгнуть возможности отравленія карболовой кислотой. Точно такой же концентраціи растворы употребляются и при примѣненіи вмѣсто горячей—ледяной воды. Только послѣ этихъ, предварительно испробованныхъ, средствъ остановки кровотеченія приступали къ тампонадѣ полости матки и рукава. Во многихъ случаяхъ, до тампонады, примѣнялось би-мануальное прижатіе матки, а въ случаѣ, приводимомъ мною въ исторіи IV-й, было кромѣ того примѣнено введеніе руки въ полость матки и прижатіе стѣнокъ ея, особенно плацентарнаго мѣста, къ сжатой въ кулакъ рукѣ, какъ это совѣтуетъ *Spiegelberg* [2]), и только послѣ неуспѣшности этихъ пріемовъ, была примѣнена тампонада.

---

[1]) Въ клиникѣ практикуется слѣдующая микстура, дававшаяся часто и во 2-мъ періодѣ родовъ, при слабости потугъ, предъ наложеніемъ щипцовъ: Rp. Extr. secal. cornut. aquos. 4,0, T-rae Cinnamomi, Aq. Cinnamomi ana 45,0 MDS. По чайной ложкѣ на пріемъ 1—3 раза.

[2]) Шпигельбергъ. Учебникъ Акушерства. 2-е (русское) изданіе 1885 г. стр. 641.

Показаніемъ къ тампонадѣ во всѣхъ приводимыхъ мною случаяхъ служила болѣе или менѣе ясно выраженная картина наступающей острой анеміи (ослабленіе пульса, поблѣдненіе покрововъ et cet.), гдѣ, слѣдовательно, медлить съ остановкой уже нельзя было или, какъ въ случаяхъ съ презервативной тампонадой, если имѣлось дѣло съ родильницей, анемичной еще и до родовъ, для которой и сравнительно ничтожная потеря крови могла бы оказаться гибельной.

Такъ какъ тампонада производилась тотчасъ послѣ родовъ, въ теченіе которыхъ всегда обращалось вниманіе на то, чтобы мочевой пузырь былъ пустъ, то въ выведеніи мочи катетеромъ передъ тампонадой, какъ это совѣтуетъ *Dührssen*, не было никакой надобности.

Въ началѣ своей работы я упомянулъ уже о сходствѣ нашего способа производства тампонады съ методомъ *Dührssen*'а, теперь же я позволю себѣ, въ краткомъ описаніи, показать, на сколько способъ тампонады *Dührssen*'а тождественъ съ тампонадой, производимой профессоромъ *Н. Ф. Толочиновымъ* уже съ 1886 г.

Въ клиникѣ глубокоуважаемаго моего учителя тампонада полости матки производится слѣдующимъ образомъ:

Положивъ родильницу на поперечную кровать въ Симсовскомъ положеніи наспинѣ, съ пригнутыми къ животу бедрами, и открывъ зеркалами Симса влагалищную часть матки, кугельцангомъ захватывается передняя губа, матка низводится возможно ближе ко входу въ рукавъ и такимъ образомъ фиксируется. Затѣмъ, корнцангомъ берется за конецъ полоса 10% іодоформенной или 5% салициловой марли и постепенно проводится въ полость матки до тѣхъ поръ, пока вся матка и цервикальный каналъ не будутъ плотно выполнены. Полосы іодоформенной, а въ послѣднее время преимущественно салициловой марли, шириною въ ладонь и длиною въ 1—1½ аршина, имѣются всегда въ запасѣ и сохраняются въ стеклянной банкѣ съ пришлифованной пробкой, связанными другъ съ другомъ, такъ что получается одна длинная, съ небольшими узлами, по-

лоса въ 10—12 аршинъ. Рукавъ выполняется, въ большинствѣ случаевъ, продолженіемъ той же полосы марли, или же тампонами изъ 4% салициловой ваты. Точно такимъ же образомъ производилась тампонада и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матеріаломъ для нея служили тампоны изъ 4% салициловой ваты, обернутые іодоформенной марлей. Нити, идущія отъ тампоновъ, коротко обрѣзываются у наружныхъ половыхъ частей.

По окончаніи тампонады полости матки и рукава, для большаго предохраненія отъ наступленія новаго разслабленія атонической матки и, слѣдовательно, могущаго наступить внутренняго кровотеченія, родильницѣ накладывается еще Те-образная давящая повязка и кладется пузырь со льдомъ на животъ.

Те-образная повязка въ этихъ случаяхъ должна производить на матку дѣйствіе аналогичное, по моему мнѣнію, съ дѣйствіемъ би-мануальнаго способа прижатія матки, рекомендованнаго сначала французскими и англійскими акушерами (*Hamilton.* Edinb. Med. Journ. 1861 г.), а впослѣдствіи *Fasbender*'омъ и *Awater*'омъ (Berl. Beitr. z. Geb. I. 1872, стр. 46. II. 1873, стр. 40). Повязка, надавливая, съ одной стороны, на промежность и туго наполненный тампонами рукавъ, а съ другой стороны на дно матки, тѣмъ самымъ не позволяетъ ей разслабѣвать и побуждаетъ ее къ болѣе сильной и постоянной ретракціи.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сильнаго кровотеченія, требовавшихъ безотлагательной помощи, тампонація была производима по рукѣ, которая вводилась во влагалище и нижнюю часть матки, при чемъ ладонная поверхность была обращена кпереди, и по ней корнцангомъ постепенно проводилась въ матку марля или тампоны изъ салициловой ваты. Такимъ способомъ, однако, не всегда удается вполнѣ хорошо выполнить матку.

Вышеприведенные 26 случаевъ тампонады матки мы можемъ раздѣлить, положивъ въ основаніе причины, обусловившія послѣродовое кровотеченіе, на слѣдующія группы:

а) Тампонада матки при атоническомъ послѣродовомъ кровотеченіи (I, II, IV, V, VII, IX, XI, XIII, XIV, XV, XVI, XXII, XXIII, XXIV, XXVI).

b) Тампонада матки при кровотеченіи отъ фиброида (III).

c) Тампонада матки при кровотеченіи въ зависимости отъ гемофиліи (VI).

d) Тампонада матки при кровотеченіи въ зависимости отъ разрыва шейки матки (X).

e) Тампонада матки при кровотеченіяхъ въ зависимости отъ краеваго, неполнаго и полнаго предлежанія плаценты (XVII, XX, XXI).

f) Такъ называемая предохранительная тампонада — Tamponatio praeservativa (VIII, XII, XVIII, XIX, XXVI).

Такимъ образомъ мы видимъ, что значительное большинство (71,4%) нашихъ случаевъ послѣродовыхъ кровотеченій зависитъ исключительно отъ атоніи матки; если же къ группѣ A присоединить группы B и E, которые, строго говоря, также можно причислить къ случаямъ съ атоническимъ характеромъ кровотеченія, то этотъ процентъ станетъ значительно больше. Что касается группы F, т. е. случаевъ, гдѣ тампонада была примѣнена съ цѣлью предохранить родильницу отъ могущаго наступить въ первые часы послѣ родовъ кровотеченія, хотя въ моментъ тампонаціи оно и было незначительно, то они, само собою разумѣется, при вычисленіи % атоническихъ кровотеченій были исключены изъ общаго числа 26 случаевъ тампонадъ. Вопросъ о дозволительности подобнаго рода тампонадъ я разрѣшаю въ положительномъ смыслѣ, въ виду сравнительной безвредности тампонаціи матки и той опасности, а въ болѣе благопріятныхъ случаяхъ—тяжести послѣдствій для организма, съ которой сопряжены большія потери крови вообще, не говоря уже о большомъ предрасположеніи анемичныхъ родильницъ къ послѣродовымъ заболѣваніямъ.

Переходя къ вопросу о вѣрности кровоостанавливающаго дѣйствія тампонады полости матки, мы должны сказать, что на основаніи приводимыхъ нами данныхъ, а также и данныхъ, имѣющихся въ литературѣ за послѣдніе 4 года [1]), мы вполнѣ

[1]) *Dührssen* собралъ уже 79 случаевъ тампонады матки при послѣро-

присоединяемся къ мнѣнію *Dührssen*'а и полагаемъ, что тампонада матки іодоформенной и салициловой марлей представляетъ собою наиболѣе вѣрное кровоостанавливающее средство и должна быть поставлена во главѣ всѣхъ прочихъ, до сихъ поръ предлагавшихся методовъ остановки послѣродовыхъ кровотеченій какъ по вѣрности и быстротѣ своего дѣйствія, такъ и по легкости своего выполненія.

При какой бы обстановкѣ ни приходилось врачу примѣнять тампонаду полости матки, онъ всегда найдетъ лицо, которое въ состояніи будетъ подержать ему Симсовское зеркало, пока врачъ низведетъ кугельцангомъ матку и затампонируетъ ее [1]), и сильно ошибаются тѣ, которые считаютъ методъ *Duhrssen*'а невыполнимымъ въ частной практикѣ и думаютъ, что при этомъ необходимо имѣть нѣсколькихъ и при томъ уже пріученныхъ помощниковъ. Любая акушерка или женщина, присутствующая при родахъ, можетъ быть въ случаѣ надобности этимъ помощникомъ; были бы только у врача подъ руками необходимые инструменты и хорошо продезинфецированный матеріалъ; послѣдній же всякій врачъ всегда можетъ и долженъ имѣть у себя въ запасѣ.

Что касается опасностя внесенія микроорганизмовъ въ полость матки при тампонадѣ ея марлей, а слѣдовательно и возможности полученія послѣродоваго заболѣванія, то при строгомъ соблюденіи асептическихъ и антисептическихъ правилъ опасность эта, по моему мнѣнію, минимальна и во всякомъ случаѣ менѣе опасна, чѣмъ любая изъ акушерскихъ операцій.

Быть можетъ нѣкоторые изъ моихъ товарищей найдутъ слишкомъ смѣлымъ высказанное только что мнѣніе, послѣ того какъ увидятъ, что въ четырехъ случаяхъ тампонады (V, VI, IX, X), изъ приводимыхъ мною 26-ти, получились тяжелыя послѣродовыя заболѣванія, но дѣло въ томъ, что заболѣванія

довыхъ кровотеченіяхъ, произведенныхъ частью имъ самимъ, частью другими врачами.

[1]) Въ крайности можно временно затампонировать по рукѣ, какъ это описано выше.

эти я склоненъ отнести—да это будетъ и справедливѣе—на долю тѣхъ оперативныхъ пособій, которыя оказывались этимъ родильницамъ, а главнымъ образомъ—на долю того усерднаго изслѣдованія, которому, благодаря клиническому уставу, преслѣдующему чисто учебныя цѣли, должна подвергаться всякая роженица, поступившая въ клинику. Возможность инфецированія роженицы учащимися тѣмъ болѣе вѣроятна, что студентамъ, одновременно съ Акушерской клиникой, нерѣдко приходится посѣщать судебно-медицинскія и паталого-анатомическія вскрытія; уследить за такими учащимися, не успѣвшими вполнѣ усвоить и уяснить себѣ тотъ вредъ, который они могутъ причинить роженицѣ, изслѣдуя ее въ то время, когда быть можетъ за нѣсколько только часовъ передъ этимъ возились съ трупомъ—положительно невозможно. Кромѣ того, 1887 годъ и первая половина 1888 г. были особенно богаты послѣродовыми заболѣваніями даже и такихъ родильницъ, которымъ никакой тампонады не производилось.

Соглашаясь съ выводами, сдѣланными уже значительно раньше меня д-ромъ *A. Duhrssen*'омъ по поводу тампонады матки марлей, я считаю возможнымъ, вмѣстѣ съ нимъ, выразить надежду, что съ болѣе обширнымъ, своевременнымъ и правильнымъ примѣненіемъ этого метода врачами-акушерами, количество родильницъ, погибающихъ отъ атоническаго послѣродоваго кровотеченія, сведется до минимума, если не до нуля.

Случай съ послѣродовымъ кровотеченіемъ, вслѣдствіе разрыва шейки матки, окончившійся смертью несомнѣнно отъ острой анеміи, не только не противорѣчитъ высказанному сейчасъ мнѣнію, но, наоборотъ, подтверждаетъ его. Если бы тампонада, въ виду нѣкоторыхъ обстоятельствъ, не была отложена при первоначальномъ кровотеченіи, то я увѣренъ, что кровотеченіе не повторилось бы и родильница осталась бы жива. Во всякомъ случаѣ, даже и тутъ тампонада сдѣлала свое дѣло: кровотеченіе было остановлено, а что она была примѣнена поздно,—въ этомъ, само собою разумѣется, тампонада ничуть не повинна.

ЛИТЕРАТУРА ПО ВОПРОСУ О ТАМПОНАДѢ МАТКИ.

1. *A. Dührssen.* Die Uterustamponade mit Jodoformgaze bei Atonie des Uterus nach normaler Geburt. Centralbl. f. Gynäk. 1887 г. № 35.

2. *Auvard.* Tamponement intra-uterin. Journ. de Medec. de Paris. Vol. XIII. № 24.

3. *П. Э. Кистеръ.* Случай смертельнаго атоническаго послѣродоваго кровотеченія. «Медицинское Обозрѣніе», т. XXIX, 1888 г. № 1.

4. *Max. Cortüm.* Die Creolintamponade bei Atonie des Uterus post partum. Centralbl. f. Gynäk. 1888 г. № 6.

5. *С. Ю. Хазанъ.* О тампонированіи послѣродовой матки при атоническихъ кровотеченіяхъ. «Журн. Акуш. и Женск. болѣзней». 1888 г., стр. 672, и Centralbl. f. Gynäk. 1888 г. № 36.

6. *Fraipont.* Jodoformgazetamponade des Uterus zur Blutstielung. (Annal. de la soc. med.-chir. de Siége. 1887 г. реф. Centr. f. Gynäk. 1888 г. № 35.

7. *A. Dührssen.* Die Anwendung der Jodoformgaze in der Geburtshilfe. Berlin. Fischer's med. Buchhandlung, 1888 г.

8. *A. Dührssen.* Über einen Fall von. spontaner perforirender Scheidenruptur mit partiellen Austrit des Kindes in die Bauchhöhle. Genesung. Berliner klin. Wochenschrift. 1888 г. № 1.

9. *Born.* Sechs Fälle von erfolgreiche Tamponade des puerperalen Uterus bei atonischen Blutungen. Cent. f. Gynäk. 1889 г. № 25.

10. *Eckerlein.* Vier Fälle von erfolgreicher Uterustamponade bei Atonie. Centr. f. Gynäk. 1889 г. № 26.

11. *Becker.* Über den Werth der Dührssen'schen Tamponade des puerperalen Uterus. Berliner klin. Wochenschrift. 1889 № 7.

12. *A. Dührssen.* Über die behandlung der Blutungen post partum (Aus den Verhandlungen des dritten Kongresses der deutschen Geselschaft für Gynäkologie in Freiburg. 1889 г.) реф. Centr. f. Gynäk. 1889 г. № 32.

13. *Graefe.* Zur Uterustamponade mit Jodoformgaze bei atonischen Post-partum Blutungen. Berliner klin. Wochenschrift. 1889 г. № 41.

14. *A. Dührssen.* Über die Uterustamponade bei atonischen Post-partum. Blutungen. Berliner klin. Wochenschrift. 1889 г. № 44.

15. *A. Dührssen.* Über die Behandlung der Blutungen post-partum. Sammlung klin. Vortäge № 347. Реф. C. f. G. 1890 г. № 10.

16. *Tuttle.* Centr. f. Gyn. 1890 г. № 14.

17. *O. Küstner.* Die Behandlung der post-partum. Blutungen. Deutsche Medic. Wochenschrift, 1890 г. № 1.

18. *Oscar Piering.* Über die Tamponade des puerperalen Uterus nach Dührssen. Allgemeine Wiener med. Zeitung 1889 г. № 41.

19. *Ch. Audry* (Lyon) Über intra-uterine Tamponade nach Placenta praevia. Реф. Centralbl. f. Gynäk. 1890 г. № 45.

XV.

MOLA VESICULOSA.

(Читано въ засѣданіи Казанскаго Общества Врачей 19-го февраля 1891 года).

Частнаго преподавателя

И. М. Львова.

(съ демонстраціей препаратовъ).

Милостивые Государи! Позвольте мнѣ занять на нѣкоторое время Ваше вниманіе разборомъ одной патологической формы, развивающейся при беременности и носящей названіе «Mola vesiculosa» s. myxoma chorii multiplex» . Рѣшился я выступить предъ Обществомъ съ демонстраціей препаратовъ molae vesiculosae и краткимъ сообщеніемъ объ этой патологической формѣ на слѣдующихъ основаніяхъ: а) эта форма болѣзни ворсистой оболочки встрѣчается сравнительно рѣдко,—я наблюдалъ ее всего четыре раза въ продолженіе 11-ти-лѣтней практики и приблизительно на 6000 родовъ, прошедшихъ за это время чрезъ мои руки; б) теченіе беременности при ней сильно нарушается, сопровождаясь нерѣдко особенными явленіями; в) клиническая картина этой болѣзни тоже не вполнѣ опредѣленно изучена и г) наконецъ терапія этой формы болѣзни также не можетъ считаться вполнѣ законченной.

Впервые о пузырчатомъ заносѣ упоминается въ 1565 году *Schenk*'омъ *von Grafenberg*'омъ; но сущность этой болѣзни начала выясняться лишь въ послѣднее время благодаря геніальному *Virchow*'у, который доказалъ, что mola vesiculosa есть ничто иное, какъ гиперплазія соединительной ткани-основы ворсинокъ. До этого-же времени, съ конца прошлаго столѣтія, взглядъ на эту болѣзнь былъ крайне различенъ: одни говорили, что это есть настоящая пузырчатая глиста; другіе, во главѣ съ *Ruysch*'емъ, считали ее продуктомъ беременности, и обра-

зованіе пузырей ставили въ зависимость отъ измѣненія кровеносныхъ сосудовъ, и третьи говорили, что это есть настоящія кисты. Не меньше разногласій было и по вопросу, откуда развивается mola vesiculosa: *Sierse* и *Meckel* видѣли въ немъ гипертрофію ворсинокъ съ отекомъ, *H. Müller* считалъ, что они возникаютъ изъ exochorion'a, а *Mitteiheimer*—изъ соединительной ткани.

Въ настоящее время сущность этой болѣзни видится въ пролиферацiонномъ перерожденіи ворсинокъ chorion'a, при чемъ выростаютъ или настоящіе гидатидные пузыри, или же кистовидныя образованія, согласно изслѣдованіямъ *Cruvelhier*. Процессъ начинается съ того, что ворсинки chorion'a, вслѣдствіе увеличенія въ нихъ слизистой ткани, начинаютъ разбухать, дѣлаются больше и длиннѣе, образуя на концахъ своихъ утолщенія—вздутія. При этомъ на поверхности ворсинокъ, согласно изслѣдованіямъ *Virchow*'a, происходитъ усиленная пролиферація эпителія. Если процессъ развитія идетъ дальше, то количество слизистаго вещества въ ворсинкахъ все болѣе и болѣе увеличивается и вмѣстѣ съ тѣмъ не только расширяются куполообразныя вздутія на концахъ ворсинокъ, принимая видъ настоящихъ пузырьковъ, но и по протяженію ворсинки, въ силу дѣленія соединительной ткани—основы ворсинокъ—образуются еще новыя самостоятельныя вздутія, превращающіяся впослѣдствіи въ пузырьки. При этомъ самый процессъ идетъ не только на счетъ увеличенія слизистой ткани, но тутъ имѣетъ мѣсто и распадъ слизистыхъ клѣтокъ, который, примѣшиваясь къ прежнему чисто слизистому содержимому ворсинки, разжижаетъ его и увеличиваетъ вмѣстѣ съ тѣмъ его общую массу. Въ начальныхъ формахъ картина представится, въ силу только что описанныхъ измѣненій, очень красивою,—chorion будетъ казаться намъ въ видѣ тонкой оболочки, унизанной зернами жемчуга, такого рода препаратъ описанъ *Williams*'омъ въ 1875 году; съ увеличеніемъ пузырьковъ мы получимъ уже картину, напоминающую кисть мелкой виноградной лозы, при чемъ пузырьки будутъ имѣть различную величину и каждый

изъ нихъ висѣть на тонкомъ и довольно длинномъ стеблѣ—ножкѣ. При этомъ въ большинствѣ случаевъ пузыри не сидятъ всѣ на одномъ стеблѣ, какъ виноградъ на своей лозѣ, а стебель пузырька даетъ отростки—отпрыски, на которыхъ сидятъ такіе же пузырьки, какъ и первоначальный. Химическій составъ жидкости, наполняющей пузыри, по изслѣдованіямъ *Heller*'а и *Scheidlen*'а, имѣетъ большое сходство съ амніотической жидкостью: она состоитъ изъ воды, муцина, небольшихъ количествъ альбумина и слѣдовъ лейцина и тирозина; съ дальнѣйшимъ же развитіемъ болѣзни это содержимое разжижается и подходитъ по своему составу къ обыкновеннымъ серознымъ транссудатамъ (уменьшеніе муцина и увеличеніе бѣлка).

Что касается вопроса, когда начинается развитіе этого перерожденія ворсинокъ, то взгляды авторовъ еще не вполнѣ отождествились; тогда какъ одни говорятъ—а ихъ значительное число—что болѣзнь можетъ начаться только въ первые три мѣсяца беременности, другіе же допускаютъ возможность развитія molae vesiculosae и уже послѣ развитія плаценты, слѣдовательно позднѣе 3-хъ мѣсяцевъ беременности. *Thomas* и другіе, придерживающіеся перваго взгляда, говорятъ, что эта болѣзнь можетъ развиться только тогда, когда ворсинки chorion'а еще не пронизались кровеносными сосудами, и когда питаніе плоднаго яйца происходитъ еще путемъ осмоза; значитъ, когда развился послѣдъ такое перерожденіе его невозможно; а между тѣмъ наблюденія указываютъ, что нерѣдко mola vesiculosa развивается уже послѣ запустѣнія ворсинокъ chorion'а изъ ворсинокъ послѣда и исключительно ими ограничиваясь; понятно, что въ этомъ послѣднемъ случаѣ перерожденіе никогда не будетъ достигать такихъ большихъ величинъ, какъ это бываетъ при развитіи molae изъ всего chorion'а. Точно установлено только, что послѣ атрофіи chorion'а изъ него не можетъ развиться mola vesiculosa, а развиваясь изъ ворсинокъ послѣда, онъ ведетъ къ полному запустѣванію кровеносныхъ сосудовъ съ тѣми или иными послѣдствіями для жизни плода, смотря по распространенію перерожденія.

Если перерожденіе ворсинокъ началось въ раннюю пору беременности и имѣетъ общій характеръ, то жизнь зародыша быстро угаснетъ отъ недостатка питанія; послѣ своей смерти онъ разсасывается и вполнѣ уничтожается. Продолжающій развиваться перерожденный chorion входитъ въ тѣсное соотношеніе съ membrana decidua reflexa, а затѣмъ и vera, проникаетъ въ первую изъ нихъ, какъ корни дерева въ землю, но затѣмъ въ силу быстраго прогрессивнаго роста decidua reflexa, сдавленная со всѣхъ сторонъ разростающимися пузырями, атрофируется: пузыри chorion'а прямо проникаютъ membrana decidua vera и нерѣдко съ ней поступаютъ такъ же, какъ и съ reflexa, вслѣдствіе чего въ концѣ концовъ пузыри перерожденнаго chorion'а достигаютъ непосредственно стѣнки матки. Если не наступитъ перерыва беременности и изгнанія этого перерожденнаго плоднаго яйца—заноса, процессъ разростанія пузырей будетъ все идти впередъ, при чемъ пузыри войдутъ уже въ тѣсное соотношеніе со стѣнкой матки—они проникнутъ и въ нее, какъ пальцы руки въ надѣваемую на нихъ перчатку. Такое тѣсное соприкосновеніе зависитъ отъ того, что матка не успѣваетъ развиваться такъ быстро, какъ требуетъ того ростъ перерожденнаго плоднаго яйца; въ силу этого же обстоятельства стѣнки матки не только приходятъ въ тѣсное соприкосновеніе съ пузырями chorion'а, но они постепенно пронизываются ими, сдавливаются, растягиваются и отъ всего этого мышечные элементы ихъ атрофируются иногда до полнаго исчезновенія мышечной ткани, а пузыри chorion'а, освободившись при этомъ отъ тяготы, висѣвшей надъ ними, могутъ проникать даже и чрезъ перитональный покровъ въ полость живота. Такъ, въ случаѣ *Volkmann*'а, перерожденныя ворсинки внѣдрились въ гипертрофированную стѣнку матки и, продолжая разростаться въ синузныхъ материнскихъ сосудахъ, вызвали своимъ давленіемъ полное исчезновеніе ея ткани, проникая въ днѣ матки до брюшины. Такое же явленіе наблюдалось и въ случаѣ *Jarotzk*'аго и *Waldeyer*'а при раннемъ развитіи molae vesiculosae и съ атрофіею всего тѣла матки; а въ случаяхъ

Krieger'а, какъ послѣдствіе атрофіи матки, развилось смертельное воспаленіе брюшины; а у *Wilton*'а наступило смертельное кровотеченіе въ полость живота, вслѣдствіе разрыва матки, конечно, атрофированной. У меня тоже въ первомъ случаѣ стѣнки матки были вполнѣ атрофированы, оставаясь послѣ удаленія molae толщиною въ днѣ не болѣе листа писчей бумаги, а въ четвертомъ случаѣ стѣнки матки настолько были пронизаны пузырями, тѣсно вросшими, что я, изъ опасенія разрыва матки, не удалилъ ихъ всею массою, а предоставилъ дѣло окончанія ихъ измѣненія силамъ самой матки.

Если везикулезное перерожденіе ворсинокъ начинается тогда, когда уже послѣдъ развитъ, тогда вліяніе этого перерожденія на плодъ и стѣнки матки всецѣло зависитъ отъ величины процесса перерожденія ворсинокъ. Если перерожденіе ворсинокъ занимаетъ только часть послѣда, плодъ можетъ остаться въ живыхъ и беременность дойти до конца, какъ то засвидѣтельствовано случаями *Hunter*'а, *Krieger*'а, *Virchow*'а, *Martin*'а, *Couche-Fontan*'а и др. Если же перерожденію подверглась большая часть послѣда, то въ силу запустѣнія здѣсь кровеносныхъ сосудовъ, развивается внутри-утробное голоданіе плода и его смерть, съ послѣдующей мацераціей до превращенія въ foetus paryraceus, смотря по сроку беременности. Наблюдались даже случаи, гдѣ одновременно съ перерожденнымъ яйцомъ развивалось въ маткѣ другое, совершенно здоровое, плодное яйцо, при чемъ беременность могла доходить до конца и оканчиваться рожденіемъ живого плода. Сюда относятся случаи *Davis*'а и *Hildebrandt*'а, *Лазаревича*, *L. Hewitt*'а, *Pepper*'а, *R. Schtroëter*'а и др.

Обращаясь къ вопросу о причинахъ развитія перерожденія ворсинокъ, я долженъ сказать, что это одинъ изъ самыхъ невыясненныхъ отдѣловъ въ ученіи о mola vesiculosa. Требуетъ рѣшенія вопросъ—есть-ли таковое перерожденіе ворсинокъ первичное явленіе, или же оно есть результатъ тѣхъ или иныхъ болѣзненныхъ измѣненій въ отпадающей оболочкѣ матки, или, наконецъ, оно есть результатъ тѣхъ или иныхъ болѣзней ма-

тери?—Что перерожденіе ворсинокъ можетъ быть первичнымъ явленіемъ—это несомнѣнно и доказывается лучше всего тѣми случаями, когда рядомъ съ перерожденнымъ яйцомъ развивается другое, совершенно нормальное и здоровое. Далѣе, это же самое подтверждается, косвеннымъ образомъ, и тѣмъ, что, какъ вполнѣ установлено, зародышевыя оболочки, оставаясь послѣ смерти плода, происшедшей отъ какихъ-либо постороннихъ причинъ, въ тѣсной связи съ маткой и питаясь путемъ осмоза, нерѣдко претерпѣваютъ слизистое перерожденіе, вполнѣ подобное настоящему развитію molae vesiculosae. Съ другой стороны, въ виду частаго совпаденія пузырнаго занѳса съ заболѣваніемъ матки и главнымъ образомъ ея слизистой оболочки можно допустить и возможность вторичнаго развитія перерожденія ворсинокъ, вызваннаго тѣми измѣненіями въ кровообращеніи отпадающей оболочки матки, которыя происходятъ въ силу основнаго страданія слизистой оболочки матки. На этотъ фактъ указываетъ и то, что mola vesiculosa встрѣчается по преимуществу у женщинъ многородящихъ, нерѣдко пожилыхъ, или предъ тѣмъ страдавшихъ тѣми или иными женскими болѣзнями, или ослабленныхъ какими-либо общими болѣзнями, въ родѣ сифилиса. При этомъ я въ особенности обращаю вниманіе на воспалительные процессы слизистой полости матки, въ видѣ-ли простаго Endometrit'a или Endometritis hyperplastica. При этихъ заболѣваніяхъ, буде наступаетъ беременность, плодное яйцо съ самаго начала ставится въ ненормальныя условія своего питанія и соединенія съ отпадающими оболочками; въ силу постоянно существующаго прилива крови къ воспаленной ткани и въ силу происходящихъ въ ней различнаго рода процессовъ—чисто гипертрофическихъ или соединенныхъ съ геморрагіями, и нерѣдко подъ вліяніемъ сифилиса матери, плодъ рано прекращаетъ свое развитіе и умираетъ, а оболочки будутъ усиленно развиваться и легко, подъ вліяніемъ все же неизвѣстныхъ факторовъ, могутъ дать развитіе molae vesiculosae, какъ они при этомъ легко даютъ различнаго рода molam carnosam. Въ моихъ нижеописанныхъ четырехъ случаяхъ molae vesicu-

losae во всѣхъ имѣлся болѣзненный процессъ слизистой оболочки матки: въ первомъ случаѣ беременность наступила еще въ то время, когда сильно выраженный геморрагическій-гиперпластическій endometritis далеко еще не уступилъ лѣченію; во второмъ случаѣ endometritis тоже былъ мною констатированъ до беременности; въ третьемъ случаѣ существовалъ сильный anteflexio uteri congenita, сопровождавшійся сильными дисменоройными болями cum menstrua profusa,—что указываетъ во всякомъ случаѣ на ненормальное состояніе mucosae uteri. Въ виду своихъ личныхъ наблюденій и принимая во вниманіе ранѣе сказанное, я главное значеніе въ происхожденіи molae vesiculosae придаю страданію слизистой оболочки матки, и въ ней вижу главный предрасполагающій моментъ для развитія molae vesiculosae; вызывающая же причина такого перерожденія ворсинокъ, при настоящихъ нашихъ свѣдѣніяхъ, указана быть не можетъ. Такому признанію преимущественнаго значенія болѣзни mucosae uteri нисколько не противорѣчатъ случаи одновременнаго существованія нормальнаго и перерожденнаго яйца, ибо самый этотъ фактъ говоритъ за то, что оба яйца находились въ разныхъ условіяхъ питанія и своего развитія, и нѣтъ ничего невѣроятнаго въ томъ, что перерожденное яйцо было въ самое первое время своего развитія поставлено въ неблагопріятныя условія питанія со стороны той части mucosae uteri, гдѣ оно присосалось. Не противорѣчатъ также и случаи очень ранняго, какъ бы первичнаго перерожденія ворсинокъ, ибо въ сообщеніяхъ этихъ случаевъ не указывается подробно о томъ—здорова ли была матка предъ беременностью, и очень возможно, что присутствіе ясно выраженнаго endometrit'а могло въ самомъ началѣ дать толчокъ къ неправильному развитію chorion'а съ послѣдующимъ миксоматознымъ перерожденіемъ. Что касается значенія сифилиса матери для происхожденія разбираемаго нами перерожденія chorion'а, то хотя и доказано, что онъ своимъ присутствіемъ даетъ толчокъ для успленнаго роста соединительной ткани въ зародышѣ и плодномъ яйцѣ съ возможностью послѣдовательнаго слизистаго перерожденія его, тѣмъ

не менѣе отсутствіе клиническихъ данныхъ, указывающихъ на эту болѣзнь, какъ причину развитія molae vesiculosae (у меня во всѣхъ четырехъ случаяхъ сифилисъ безусловно исключается), заставляло не признавать за нимъ этіологическаго момента для развитія molae vesiculosae.

Какой величины можетъ достигнуть пузырчатый заносъ, это можно видѣть изъ случая д-ра *Кемарскаго,* гдѣ матка достигла величины равной 8-ми мѣсяцевъ беременности, при чемъ удалено пузырей не менѣе, какъ фунтовъ 6 вѣсомъ.

Что касается до теченія беременности, то, при рано развившемся общемъ перерожденіи ворсинокъ, беременность прерывается не позднѣе 6-ти мѣсяцевъ, обыкновенно же на 4—5-мъ мѣсяцѣ. Въ случаѣ д-ра *Кемарскаго* не указано, къ сожалѣнію, сколько времени протекала беременность.

Переходя къ вопросу о распознаваніи этой болѣзни, я долженъ сказать, что въ началѣ эта болѣзнь не сопровождается особыми явленіями, которыя бы давали намъ твердыя точки опоры,—мы тутъ имѣемъ развѣ только усиленіе нѣкоторыхъ субъективныхъ явленій, свойственныхъ нормальной беременности: напр. тошнота, рвота, боли внизу живота и пр. Въ дальнѣйшемъ-же выступаютъ на видъ два признака: кровотеченіе и ускоренный, не соотвѣтствующій сроку беременности, ростъ матки,—но и эти признаки, вмѣстѣ съ увеличенною эластичностью матки, не имѣютъ патогномоничности, ибо присущи и другимъ болѣзненнымъ явленіямъ во время беременности: начинающійся абортъ, беременность двойнями, Hydramnion и пр. Только ощупываніе пузырей при начавшемся уже родовомъ процессѣ даетъ вѣрный признакъ данной болѣзни, хотя и при этомъ возможны ошибки; такъ д-ръ *Кемарскій* въ своемъ случаѣ діагносцировалъ въ началѣ родовъ placenta praevia, а д-ръ *Marsch*—внѣматочную беременность.

Тѣмъ не менѣе при извѣстныхъ условіяхъ можно навѣрное поставить діагнозъ molae vesiculosae еще задолго до начала изгнанія плоднаго яйца изъ матки и непосредственнаго ощупыванія пузырей перерожденнаго chorion'a. Такъ въ слѣдую-

щемъ случаѣ мнѣ удалось съ положительностью поставить такой діагнозъ, подтвердившійся вскорѣ. Случай этотъ слѣдующій:

28 февраля настоящаго года обратилась въ мою амбулаторію при Земской больницѣ крестьянка С. 30 лѣтъ, съ жалобами на кровотеченіе, начавшееся съ января сего года. Изъ анамнеза узнано, что С. по занятіямъ кухарка, родила уже 9 разъ и всякій разъ правильно; послѣ родовъ не хворала, послѣдніе роды были около 3-хъ лѣтъ назадъ; регулы послѣ послѣднихъ родовъ были правильны, но сильны; передъ и послѣ нихъ были довольно сильныя слизистыя бѣли. Послѣдніе правильные регулы были въ концѣ ноября 1890 года,—а въ декабрѣ ихъ совсѣмъ не было. До кровотеченія чувствовала себя удовлетворительно и не предполагала даже о беременности. Съ появленія кровотеченія не разъ обращалась за совѣтомъ къ акушеркамъ, но отъ нихъ ни разу не слыхала о беременности, а за послѣднее время было опредѣлено новообразованіе—киста яичника, и больная была прислана ко мнѣ для оперативнаго лѣченія.

Осмотромъ констатировано слѣдующее: Внизу живота имѣется круглая, мягко-эластическая, не болѣзненная, очень подвижная опухоль, дно которой стоитъ на уровнѣ пупка; величиной, формой и консистенціей опухоль очень напоминаетъ кисту яичника. При внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи найдено: Portio vaginalis uteri толста и по сравненіи съ тѣломъ и дномъ матки плотна; зѣвъ нормаленъ; въ области внутренняго зѣва шейка настолько сильно размягчена, что тѣло матки, на первый взглядъ, кажется какъ бы особой опухолью, не стоящей въ связи съ шейкой матки. Вышеописанная опухоль въ животѣ есть ничто иное, какъ тѣло матки, стоящее къ шейкѣ въ нормальной anteversio-flexio. Болѣзненности нигдѣ въ половой сферѣ нѣтъ.

Принимая во вниманіе результаты изслѣдованія, приводя ихъ въ связь съ анамнезомъ, нельзя было не предположить, что въ данномъ случаѣ беременность; но на основаніи того, что a) матка не соотвѣтствуетъ по своей величинѣ предполагаемому сроку беременности,—b) она очень мягка и эластична и c) присутствія въ продолженіе 2-хъ мѣсяцевъ постояннаго маточнаго кровотеченія, не сопровождающагося никакими болевыми ощущеніями и не поведшаго къ оплотнѣнію стѣнокъ матки, какъ то обыкновенно бываетъ при обычномъ готовящемся выкидышѣ, я поставилъ діагнозъ molae vesiculosae.

Больная затѣмъ была помѣщена мною въ Лихачевское родильное отдѣленіе, гдѣ 3-го марта и абортировала дѣйствительно molam vesiculosam. Самое теченіе аборта было правильное, кровотеченія обильнаго не было; все измѣненное плодное яйцо вышло само собою, равно и послѣ аборта теченіе послѣродоваго періода было совершенно правильное.

Изгнанное плодное яйцо состояло все сплошь изъ различной величины пузырей, напоминающихъ кисти зрѣлаго хорошаго крупнаго винограда; общій вѣсъ плоднаго яйца равнялся 1000 граммъ. Отыскать гдѣ либо слѣдовъ отпадающихъ оболочекъ совершенно не удалось; но amnion былъ совершенно

цѣлъ, полость его была по величинѣ равна куриному яйцу и содержала въ себѣ прозрачную жидкость,—слѣдовъ зародыша совершенно нѣтъ. Вмѣстѣ съ плоднымъ яйцомъ изгнано было и нѣсколько старыхъ измѣненныхъ кровяныхъ сгустковъ.

Считая съ конца ноября мѣсяца, когда больная наша имѣла послѣднія регулы, нужно предполагать, что беременность продолжалась всего 3 мѣсяца и въ эти 3 мѣсяца матка доросла до величины какъ почти въ 6 мѣсяцевъ беременности—значитъ увеличилась вдвое больше, чѣмъ ей слѣдовало увеличиться при нормальной беременности; при этомъ въ продолженіе 2-хъ послѣднихъ мѣсяцевъ было постоянное кровотеченіе, не сопровождавшееся никакими измѣненіями въ стѣнкахъ матки. Вотъ это-то продолжительное маточное кровотеченіе, не сопровождающееся уплотненіемъ стѣнокъ матки, при одновременномъ избыточномъ ростѣ матки и ея мягкости, дало мнѣ возможность заранѣе діагносцировать molam vesiculosam.

Въ виду того, что при этой болѣзни происходитъ усиленное растяженіе полости матки, а слѣдовательно и усиленное раздраженіе нервовъ матки, и принимая во вниманіе, что mucosa uteri въ большинствѣ случаевъ еще до беременности больна, возможно возникновеніе при этой болѣзни, путемъ рефлекса, отраженныхъ болѣзненныхъ явленій, дѣлающихъ беременность патологическою. Такъ я укажу, что мнѣ пришлось въ одномъ случаѣ наблюдать развитіе въ сильной степени hyperemesis'a, остановившагося только при наступленіи аборта. Такое осложненіе есть пока единственное въ литературѣ вопроса mola vesiculosa и hyperemesis gravidarum. Случай этотъ слѣдующій:

Г-жа К., 30 лѣтъ, замужняя. Менструируетъ съ 15 лѣтъ въ правильные трехнедѣльные сроки, съ продолжительностью регулъ по 5 дней,—количество кровопотерь было не велико. На 20-мъ году вышла замужъ. До замужества и послѣ особенными болѣзнями не хворала. Въ продолженіе 10 лѣтъ замужества родила 6 разъ, всегда въ срокъ,—беременность, роды и послѣродовой періодъ протекали вполнѣ нормально, дѣтей кормила грудью сама. Послѣдніе роды были $1^1/_2$ года назадъ, правильны, но послѣ нихъ потеряла довольно много крови и въ силу слабости скоро перестала кормить грудью. Первые регулы, пришедшіе чрезъ 6 мѣсяцевъ послѣ родовъ, были очень сильны, съ кусками крови и продолжались больше недѣли; послѣ нихъ появились густыя слизистыя бѣли. Далѣе, регулы стали приходить, хотя и въ срокъ чрезъ три недѣли, но дѣлались всѣ сильнѣе и продолжительнѣе; равнымъ образомъ и бѣли. Чрезъ годъ послѣ этихъ родовъ (въ январѣ 1884 года) больная обратилась за совѣтомъ ко мнѣ, при чемъ я констатировалъ: наклоненіе назадъ увеличенной, мягкой и немного болѣзненной матки: зѣвъ широкій, раскрытый, полость матки расширена; слизистая—шейки матки раз-

рыхлена и легко кровоточитъ; сильное общее малокровіе въ связи съ нейрастеніей. Назначенное лѣченіе улучшило общее состояніе больной и мѣстныя болѣзненныя явленія; бѣли уменьшились, menorrhagiae—также. На такой-то почвѣ послѣдніе предъ беременностью регулы были въ концѣ апрѣля мѣсяца. Въ концѣ мая, въ срокъ регулъ, появилась тошнота, постепенно перешедшая во рвоту, и въ половинѣ іюня можно было констатировать беременность; какихъ-либо неправильностей въ половой сферѣ не было найдено. Къ концу іюня тошнота и рвота усилились на столько, что никакая пища и питье не удерживались въ желудкѣ, развился типическій hyperemesis, и больная начала быстро слабѣть. При осмотрѣ половой сферы можно было констатировать матку увеличенную, какъ въ три мѣсяца беременности, круглую, мягкую, эластическую, какъ бы тонкостѣнную, немного болѣзненную. Прижиганіе шейки матки argento nitrico, сдѣланное для устраненія hyperemesis'a, дѣйствительно облегчило нѣсколько тошноту и рвоту, но за то вызвало довольно сильное маточное кровотеченіе, вслѣдствіе чего повтореніе этого способа лѣченія hyperemisis'a сдѣлалось невозможнымъ; а между тѣмъ припадки тошноты и рвоты чрезъ недѣлю снова усилились и начали угрожать здоровью и жизни больной. Примѣненное во 2-й разъ смазываніе шейки матки argento nitrico, съ предупрежденіемъ больной о возможности выкидыша, снова повело къ сильному кровотеченію, которое, начавшись съ прижиганія, не остановилось, а съ небольшими промежутками и остановками продолжалось далѣе все время. При этомъ нельзя было не обратить вниманія на чрезвычайно быстрый ростъ матки,—въ продолженіе іюля мѣсяца (3-й мѣсяцъ беременности) дно ея стало на уровень съ пупкомъ,—матка была очень эластична, напоминая собою кистовидное образованіе. 28 іюля сдѣлалось, послѣ ѣзды, сразу сильное кровотеченіе съ болями внизу живота, доведшее больную до обмороковъ. Осмотръ показалъ, что начался абортъ, при чемъ было констатировано воочію пузырчатое перерожденіе плоднаго яйца. Въ виду громадной потери крови мною приступлено было къ удаленію сейчасъ-же перерожденнаго плоднаго яйца изъ матки. Удалено было болѣе трехъ пригоршней пузырей, при чемъ остатковъ плода и другихъ оболочекъ констатировать было нельзя,—ихъ совсѣмъ не было. При удаленіи пузырей можно было осязать ихъ непосредственное углубленіе—вростаніе въ стѣнки матки, а у дна матки я долженъ былъ хозяйничать въ маткѣ крайне осторожно, ибо оказалось, что стѣнки матки были чрезвычайно тонки,—матка представляла собою какъ бы капсулу тонкой кисты, а пальцы руки, находящейся въ маткѣ, отдѣлялись отъ руки, положенной снаружи на дно матки какъ бы только одними брюшными покровами. Тѣмъ не менѣе почти вся масса пузырей была удалена, матка хорошо сократилась, хотя и осталась очень мягкою; кровотеченіе пріостановилось. Въ послѣдующемъ поправленіе здоровья шло совершенно правильно. Въ настоящее время эта г-жа К. совершенно здорова и послѣ того успѣла уже родить вполнѣ благополучно.

При болѣе подробномъ обслѣдованіи удаленныхъ пузырей оказалось, что они имѣютъ различную величину, начиная отъ горошины и до грецкаго орѣха;

больше всего ихъ величиною съ лѣсной орѣхъ; стѣнки ихъ тонки, содержимое—слизистое, совершенно прозрачное и при кипяченіи свертывалось.

Изъ другихъ явленій при этой болѣзни обращаетъ на себя вниманіе только кровотеченіе, дѣлающееся чрезвычайно сильнымъ и съ трудомъ останавливаемымъ при процессѣ изгнанія плоднаго яйца. Это-то сильное кровотеченіе, въ связи съ проростаніемъ ворсинокъ чрезъ толщу матки, дѣлаетъ предсказаніе при этой болѣзни всегда очень серіознымъ, хотя, при правильной помощи, смертельный исходъ можетъ наступить лишь въ рѣдкихъ исключительныхъ случаяхъ. Такого рода сильное кровотеченіе, начавшееся еще на 2-мъ мѣсяцѣ беременности и бывшее до конца аборта, было и въ обоихъ нижеописанныхъ моихъ случаяхъ; кровотеченіе при этомъ не сопровождалось болями въ маткѣ и иногда усиливалось по ночамъ, при спокойномъ положеніи больныхъ, а при движеніи какъ бы уменьшалось. Случаи эти слѣдующіе:

а) 32-хъ лѣтъ, замужняя крестьянка. Менструируетъ съ 16 лѣтъ правильно чрезъ 4 недѣли по 4 дня, но сильно, замужемъ съ 21 года. Дѣтей было 5; родила въ срокъ, послѣ родовъ не болѣла. Послѣдніе роды 3 года назадъ. Со времени послѣднихъ родовъ страдаетъ бѣлями и усиленными кровопотерями во время регулъ. Въ августѣ 1887 года обращалась ко мнѣ за совѣтомъ по поводу бѣлей, при чемъ было найдено: Portio vaginalis uteri и вся uterus увеличена, плотна, болѣзненна при давленіи, сине-фіолетоваго цвѣта; зѣвъ шероховатый, широкій, пропускаетъ конецъ пальца; края зѣва эрозированы и легко кровоточатъ при дотрогиваніи; сильныя слизисто-гноевидныя бѣли. Послѣдніе регулы были въ концѣ сентября мѣсяца. Беременность въ началѣ протекала вполнѣ правильно; но съ половины ноября мѣсяца, послѣ паденія, появилось небольшое кровотеченіе, которое безъ особыхъ перерывовъ продолжалось около 2-хъ мѣсяцевъ; кровотеченіе было не сильнымъ и не особенно безпокоило ее. Впрочемъ, въ началѣ декабря, чрезъ 2 мѣсяца отъ начала беременности, обращалась ко мнѣ за разъясненіемъ причины кровотеченія, при чемъ осмотромъ было констатировано увеличеніе матки соотвѣтственно сроку беременности, болѣзненность и незначительное оплотненіе стѣнокъ матки и только. 8-го января, послѣ паденія, появилось очень сильное кровотеченіе, сильно истощившее больную и заставившее ее искать медицинской помощи. Я нашелъ уже плодное яйцо выдѣлившемся изъ матки и лежащемъ въ рукавѣ, матка была сокращена хорошо; дно ея стоитъ пальца на два выше лоннаго соединенія; кровотеченіе незначительное. Удаленный изъ рукава кусокъ—плодное яйцо, которое Вы изволите видѣть, представляетъ собою плотный кусокъ кроваво-краснаго цвѣта, величиною въ два

кулака, неправильной формы; наружная поверхность его шероховата и въ толстомъ мѣстѣ—соотвѣтственно дну матки—ткань оболочки вся состоитъ изъ стараго экстравазата, пронизаннаго волокнами соединительной ткани. На противоположномъ концѣ представляется разорваннымъ, и изъ-подъ наружной оболочки его торчатъ, въ видѣ гроздей мелкаго винограда, пузыри перерожденнаго chorion'а, величиною не болѣе лѣснаго орѣха, большею же частью съ горошину.—Если мы въ этомъ мѣстѣ пойдемъ внутрь куска, то найдемъ тамъ полость небольшую, содержащую со столовую ложку прозрачной амніотической жидкости, окруженной правильно развитой амніальной оболочкой, въ свою очередь тѣсно прилегающей къ перерожденному chorion'у. Если мы, постепенно отдѣляя или разрѣзая кусокъ снаружи, пойдемъ по всѣмъ его поверхностямъ, то увидимъ, что вслѣдъ за наружной оболочкой (decidua vera), пронизанной кровяной организовавшейся массой съ примѣсью соединительной ткани, идетъ chorion, который всюду представляетъ въ разныхъ стадіяхъ развитія пузырчатое перерожденіе. Есть-ли decidua reflexa—доказать трудно. При микроскопическомъ изслѣдованіи срѣзовъ, мы находимъ ткань deciduae, пропитанную кровяными экстравазатами, окруженными и пронизанными цугами соединительной ткани; въ тѣхъ же мѣстахъ, гдѣ кровяной массы нѣтъ, тамъ встрѣчаемъ характерныя децидуальныя клѣтки въ періодѣ жироваго перерожденія, съ большимъ количествомъ соединительно-тканнаго межуточнаго вещества; по мѣстамъ встрѣчаются въ ткани deciduae полости—кистовидныя образованія—стѣнки которыхъ состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани.

Разсматривая этотъ случай съ этіологической стороны относительно развитія molae vesiculosae, я прихожу къ тому заключенію, что въ данномъ случаѣ везикулезное перерожденіе chorion'а есть явленіе послѣдовательное, развившееся на почвѣ хроническаго endometrita; этотъ хроническій endometritis повелъ сначала къ измѣненію отпадающихъ оболочекъ, вызвалъ въ нихъ извѣстныя измѣненія, нарушившія питаніе плода и поведшія къ его смерти и послѣдовательному полному разсасыванію; затѣмъ въ силу крѣпкой связи плоднаго яйца съ маткой и при существованіи воспалительныхъ явленій въ послѣдней,—отпадающія оболочки продолжали усиленно разростаться. Разростаясь сами, они повели къ успленному росту и chorion'а. Но въ виду того, что роль chorion'а со смертью плода была окончена, онъ самъ началъ въ своей ткани гиперплазироваться и гипертрофироваться, конечнымъ результатомъ чего явилось образованіе molae vesiculosae. Доказательствомъ сказаннаго можетъ служить и то, что при долгомъ продолженіи беремен-

ности, пузыри перерожденнаго chorion'a представлялись еще очень молодыми, мелкими, а микроскопическое изслѣдованіе оболочки мелкихъ пузырей показало ясное размноженіе эпителія ея: эпителіальныя клѣтки распредѣлялись не равномѣрно, а представляли въ нѣкоторыхъ мѣстахъ наслоенія въ нѣсколько рядовъ, при чемъ нѣкоторыя клѣтки ясно содержали два ядра. Что касается до содержимаго этихъ мелкихъ пузырьковъ, то оно состояло изъ густой слизистой массы, непосредственно связанной съ основной соединительной тканью бывшей хоріальной ворсинки. Словомъ, на этомъ препаратѣ можно было видѣть образованіе пузырьковъ, отъ ихъ первоначальнаго развитія, въ видѣ куполообразнаго расширенія верхушки, до вполнѣ зрѣлаго пузыря, сидящаго на очень тонкой соединительнотканной ножкѣ.

b) Г-жа Т., замужняя, 20 лѣтъ. Менструируетъ съ 15 лѣтъ въ правильные 3-хъ недѣльные сроки съ продолжительностью регулъ 4—5 дней; регулы сопровождаются всегда сильными дисменнорейными болями; регулы обильны; въ промежуткахъ между регулами были слизистыя, не обильныя, бѣли. Замужемъ съ іюня мѣсяца прошлаго года; по замужествѣ дисменнорейныя боли и регулы усилились. Послѣднія регулы 4 октября 1890 года. Съ ноября начала чувствовать тошноту и по утрамъ рвоту,—появилось не сильное кровотеченіе, безъ болей внизу живота. При осмотрѣ мною найдено: Portio vaginalis uteri удлинена, плотна, зѣвъ очень маленькій, матка искривлена впередъ подъ острымъ угломъ, кругла, плотна, болѣзненна при давленіи, увеличена до средняго апельсина. Діагнозъ беременности былъ несомнѣненъ, но причиной кровотеченія сочтено было сильное искривленіе матки впередъ съ предшествовавшимъ беременности endometrit'омъ, на что указывали анамнестическія данныя. Не смотря на покой и другія мѣры, кровотеченіе совсѣмъ не пріостанавливалось, при чемъ замѣчено было, что когда кровотеченіе уменьшалось или пріостанавливалось, тогда тошнота—рвота усиливались; чѣмъ крови шло болѣе, тѣмъ тошноты и рвоты было менѣе. Всякое волненіе, въ особенности coitus, сейчасъ-же вызывали усиленіе кровеотдѣленія,—но болей совершенно не было. Такъ дѣло шло до февраля мѣсяца. Единственно, на что больная обратила вниманіе за это время,—это быстрый ростъ матки,—уже она сама не могла не замѣтить, что къ февралю мѣсяцу матка поднялась до пупка, и животъ имѣлъ величину, какъ въ 6 мѣсяцевъ беременности. Съ февраля мѣсяца кровотеченіе начало значительно увеличиваться, при чемъ нерѣдко сопровождалось выдѣленіемъ кровяныхъ сгустковъ, съ этого же времени начали появляться и схваткообразныя боли внизу живота. 8-го февраля кровотеченіе сдѣлалось очень сильнымъ и начало сопрово-

ждаться сильными схваткообразными болями внизу живота. При осмотрѣ въ это время мною было найдено: дно матки на уровнѣ съ пупкомъ; матка кругла, очень эластична, стѣнки ея сильно напряжены; сильное кровотеченіе, шейка матки еще не укорочена, зѣвъ не раскрытъ. Въ виду очень сильнаго кровотеченія сдѣлана была тампонація рукава карболизованной ватою и внутрь данъ Ergotin. Не смотря на очень плотную тампонацію, усилившую вскорѣ схваткообразныя боли въ маткѣ, кровотеченіе не останавливалось, и не болѣе, какъ чрезъ $^1/_2$ часа пробило себѣ дорогу наружу и при легкой натугѣ изгнало всѣ тампоны съ массой на нихъ кровяныхъ сверткoвъ. Такъ какъ при осмотрѣ въ это время найдено лишь укороченіе шейки, но открытія зѣва не было, то послѣ горячаго рукавнаго спринцеванія сдѣлана новая тампонація еще болѣе плотная, чѣмъ первая, а внутрь дано, кромѣ Ergotin'a вино и valeriana для поддержанія падающихъ силъ. Но и на этотъ разъ тампонація продержалась только 40 минутъ и затѣмъ была вытолкнута при потужной схваткѣ. При осмотрѣ въ это время найденъ былъ зѣвъ раскрытымъ на ширину пальца при еще не изглаженной шейкѣ,—изъ зѣва торчали пузыри, нѣсколько штукъ коихъ и были при этомъ отдѣлены. Только въ это время могъ быть установленъ навѣрное діагнозъ molae vesiculosae, изъ ранѣе же бывшихъ на лицо признаковъ чрезмѣрнаго роста матки и постояннаго продолжительнаго кровотеченіи можно было лишь съ вѣроятностью предполагать molam vesiculosam, тѣмъ болѣе, что матка была сильно напряжена, какъ бы плотна, что идетъ въ разрѣзъ съ признаками, наблюдаемыми обыкновенно при mola vesiculosa. — Кровотеченіе къ этому времени значительно уменьшилось,—что дало возможность нѣсколько пообождать съ выдѣленіемъ плоднаго яйца.

Прождавъ еще около часу времени, приступлено было къ выдѣленію плоднаго яйца, при открытіи матки около 2-хъ пальцевъ. Отдѣленіе и выведеніе изъ матки пузырей не представляло затрудненій,—они легко выползали при легкомъ даже надавливаніи на дно и тѣло матки, и вся операція была бы очень легка и скоро выполнена, если-бы не одно обстоятельство, заставившее быть какъ можно болѣе осторожнымъ съ выдѣленіемъ перерожденнаго плоднаго яйца; а именно оказалось, что пузыри какъ бы врастаютъ повсюду въ стѣнки матки, истончая ихъ въ значительной степени, и чѣмъ ближе къ дну матки, тѣмъ истонченіе все больше и больше, и дно матки казалось толщиною не болѣе толщины листа писчей бумаги,—очень вѣроятно, что въ днѣ матки мышцы были почти вполнѣ атрофированы. Въ силу сказаннаго я удалилъ только то, что не входило въ тѣсное соприкосновеніе со стѣнками матки и оставилъ въ стѣнкахъ матки значительное число пузырей molae. Не смотря на это получилось хорошее уменьшеніе матки въ объемѣ (дно ея послѣ выдѣленія пузырей стояло на половинѣ разстоянія между пупкомъ и лобкомъ) и прекращеніе кровотеченія, чему способствовало горячее внутри-маточное спринцованіе и внутреннее употребленіе Ergotin'a. Въ дальнѣйшемъ,—теченіе послѣ-абортивнаго періода было вполнѣ правильно; въ первые 5 дней были довольно частыя схватки въ маткѣ, послѣ которыхъ выходило вмѣстѣ

съ жидкой кровью нѣсколько пузырей molae; инволюція матки шла медленно, хотя и правильно, и только къ 12 дню послѣ аборта матка спряталась за лобокъ; кровянистыя выдѣленія продолжались около 10 дней. Больная встала съ постели на 10-й день.

При разсмотрѣніи выдѣленнаго перерожденнаго плоднаго яйца, которое почти во всей своей цѣлости предлагается при семъ Вашему вниманію, оказалось, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ полное перерожденіе плоднаго яйца: мы имѣемъ только одни пузыри величиною отъ лѣснаго до грецкаго орѣха, наполненныя прозрачной, тягучей жидкостью; пузыри эти сидятъ на тонкой ножкѣ, не отходящей отъ одного ствола—стебля, переходящей на другомъ концѣ тоже въ такой же пузырекъ; кромѣ того отъ ножки этой въ различныхъ направленіяхъ отходятъ тоненькія стебельки, на которыхъ также сидятъ пузыри перерожденнаго chorion'a. Слѣдовъ зародыша, амніальной оболочки, decidua reflexae никакихъ совершенно нѣтъ, а отъ decidua vera имѣется небольшая пленка—длиною до 6 снтм., шириною до 3 снтм. и толщиною въ 0,3 снтм.; пленка эта имѣетъ сѣровато-красноватый цвѣтъ,—наружная, маточная, ея поверхность слегка шероховата, а внутренняя имѣетъ углубленія—ямки, гдѣ лежали, а отчасти и теперь помѣщаются, пузыри chorion'a. Пленка эта мною была удалена изъ матки рукою,—она лежала слѣва вблизи дна матки и находилась въ довольно тѣсномъ соединеніи со стѣнками послѣдней. При микроскопическомъ изслѣдованіи она состоитъ изъ децидуальныхъ клѣтокъ жирно-перерожденныхъ, раздѣленныхъ другъ отъ друга большимъ количествомъ волокнистой соединительной ткани, пронизанной во многихъ мѣстахъ довольно обильно бѣлыми кровяными шариками, находящимися въ стадіи зернистаго перерожденія. При обслѣдованіи оболочки пузырей, она оказалась состоящей изъ эпителіальной ткани, при чемъ на многихъ пузыряхъ можно было убѣдиться, что эпителіальныя клѣтки находятся въ стадіи своего прогрессивнаго роста,—онѣ расположены нѣсколькими рядами и нѣкоторыя клѣтки имѣютъ по 2 ядра. Къ внутренней поверхности непосредственно прилегаетъ слабо волокнистая соединительная ткань съ заложенными въ ней слизистыми шарами.

Резюмируя этотъ случай, я прихожу къ тому заключенію, что а) везикулезное перерожденіе chorion'a появилось въ раннемъ стадіѣ беременности, доказательствомъ чему служитъ, между прочимъ, полное отсутствіе амніальной оболочки и что подтверждается анамнестическими данными—раннимъ появленіемъ маточнаго кровотеченія; b) Таковое перерожденіе развилось на почвѣ предварительнаго заболѣванія mucosae uteri (доказательство — слѣды воспалительныхъ продуктовъ въ остаткѣ децидуальной оболочки), при чемъ очень рано повело къ смерти зародыша.

Лѣченіе должно быть направлено на пріостановку кровотеченія прежде всего, а, по открытіи матки, на возможно скорое, но вмѣстѣ съ тѣмъ осторожное удаленіе всего перерожденнаго яйца; первое достигается тщательной тампонаціей рукава, а второе должно производиться непремѣнно рукой, а не абразіонной ложкою, коей можно легко стѣнку матки прорвать и вызвать печальный исходъ.—Буде, если пузыри крѣпко вросли въ стѣнку матки, то ихъ нужно оставить,—они сами въ первые дни послѣродоваго періода легко и безъ всякихъ вредныхъ послѣдствій для матери выйдутъ. Такъ поступилъ я въ двухъ случаяхъ, и въ обоихъ случаяхъ выздоровленіе наступило безъ осложненій. Сокращающія матку вещества въ послѣродовомъ періодѣ, какъ Ergotin, Secale cornutum, Hydrastis — необходимы.—Что касается до внутриматочныхъ горячихъ промываній, то они должны производиться крайне осторожно, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда стѣнки матки сильно истончены, но безусловнаго противопоказанія къ нимъ (*Рейнъ*. Протоколы Засѣданій Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ, годъ 4-й, 1891 г.; протоколъ № 33) я не вижу.

XVI.

Изъ Клиники Акушерства и Женскихъ болѣзней профессора К. Ф. Славянскаго.

ЛОСКУТНЫЙ МЕТОДЪ ПРИ ОПЕРАЦІИ ATRESIAE ANI VESTIBULARIS.

Ординатора клиники

П. Т. Садовскаго.

Какъ извѣстно [1]), аномаліи развитія заднепроходнаго отверстія раздѣляются: на полную атрезію — когда его совершенно не имѣется, и на неполную, когда отверстіе ani, помѣщаясь на нормальномъ мѣстѣ, слишкомъ узко, чтобы пропускать фекаль-

[1]) *Гильдебрандтъ*. Болѣзни наружн. женск. полов. орг. (Руководство *Билльрота* и *Люкке*). Спб. 1881.

ныя массы (stenosis), или же кишка открывается на какомъ нибудь другомъ мѣстѣ, либо въ задней стѣнкѣ влагалища на ея протяженіи за hymen'омъ (abouchement retro-hymenal), либо передъ нимъ; напр. въ fossa navicularis (abouch. ante-hymenal) [1]). Въ эмбріональной жизни [2]) прямая кишка и мочеполовыя части открываются въ мочеполовой пазухѣ или клоакѣ, образующейся отъ соединенія постепенно углубляющейся половой борозды съ allantois'омъ, отверстіемъ Мюллерова канала и прямой кишки, причемъ кишка отдѣляется отъ Мюллерова канала пластинкой, которая при дальнѣйшемъ развитіи плода превращается въ ткань промежности. Иногда эта пластинка быстро разрастается и совершенно закрываетъ отверстіе прямой кишки, тогда получается полная атрезія заднепроходнаго отверстія, при существованіи нормальныхъ половыхъ частей; иногда же она отстаетъ въ развитіи, и тогда кишка открывается во влагалищѣ на протяженіи его выше hymen'а—atresia ani vaginalis, или же въ vestibulum, т. е. получается atresia ani vestibularis. Въ случаяхъ, гдѣ половая борозда недостаточно углубилась, получится, понятно, atresia ani et vulvae completa и на мѣстѣ наружныхъ половыхъ частей будетъ плотная кожа, покрывающая пузырь, влагалище и прямую кишку; но подобнаго рода аномаліи сопровождаются обыкновенно другими аномаліями и принадлежатъ плодамъ, неспособнымъ къ жизни.

Atresia ani vaginalis есть порокъ развитія, собственно довольно рѣдко встрѣчающійся. Въ первый разъ эта аномалія описана была въ 1719 году *Jussien*'омъ [3]), послѣ него цѣлый рядъ авторовъ наблюдалъ подобные же случаи. *Winckel,* въ своемъ руководствѣ по гинекологіи, приводитъ небольшую статистику: самъ онъ на 12,000 дѣтей не видѣлъ ни одного раза. *Collins* на 16,654—только одинъ разъ, *Bednar* на 7,154 дѣ-

[1]) *Paul Puech.* Des abouchements congénitaux du rectum a la vulve et au vagin. Paris, 1890; стр. 13—15.

[2]) *О. Гертвигъ.* Учебникъ эмбріологіи. Вып. II. Перев. *Шульгина.* Одесса, 1889; стр. 300—305.

[3]) *F. Winckel.* Lehrbuch der Frauenkrankh. Leipzig, 1886; стр. 126.

вочки также одинъ разъ, а *Moreau,* за 40 лѣтъ практики въ Maternité, встрѣтилъ 4 случая. Этіологія этого явленія недостаточно ясна, но авторами упоминаются: наслѣдственность, частая беременность, браки между близкими родственниками; вообще, причина всякой другой аномаліи развитія можетъ быть отнесена къ образованію и ani vestibularis; не остается безъ вліянія и психическое впечатлѣніе во время беременности. Въ прошломъ 1890 году вышла работа д-ра *P. Puech*'а [1]), гдѣ авторъ обстоятельно разбираетъ эту аномалію со всѣхъ точекъ зрѣнія. По его вычисленіямъ, 1 случай приходится среднимъ числомъ на 80,000 взрослыхъ больныхъ и дѣтей и эта цифра выведена имъ изъ массы наблюденій лично его и его отца, и другихъ авторовъ; кромѣ подробнаго описанія случаевъ, помѣщенныхъ въ текстѣ, въ концѣ книги приводится цѣлый рядъ наблюденій по этому вопросу.

При вопросѣ о терапіи подобныхъ аномалій можетъ быть рѣчь, конечно, только объ оперативной помощи. Практикующіеся при этомъ способы могутъ быть раздѣлены на двѣ группы: 1) пріемы, имѣющіе цѣлью создать искусственный anus и заживить существующее анормальное заднепроходное отверстіе по общимъ правиламъ лѣченія кишечно-влагалищныхъ свищей; 2) методы, стремящіеся отдѣлить кишку отъ влагалища и перенести существующее заднепроходное отверстіе на его нормальное мѣсто на промежности. Къ числу первыхъ способовъ относятся проколъ троакаромъ со стороны промежности, простой разрѣзъ, проктопластика по способу *Amussat* и методы *Martin*'а и *Rhea-Barton*'а, имѣющіе ту общую черту, что при нихъ послойно разрѣзается промежность до кишки, послѣдняя вскрывается и полученное отверстіе вшивается въ рану промежности, существующее же отверстіе ani, открывающееся въ vestibulum vaginae, закрывается, какъ всякая другая fistula recto vaginalis (прижиганія arg. nitrico или каленымъ желѣзомъ, оживленіе его краевъ съ наложеніемъ швовъ и т. д.). Ко вто-

[1]) l. c.

рой группѣ относятся способы *Diffenbach*'а, *Nélaton*'а и *Rizzoli*, заключающіеся въ общихъ чертахъ въ томъ, что производится той или иной формы разрѣзъ кожи промежности, открывающій путь къ прямой кишкѣ, которая затѣмъ ножомъ или тупыми инструментами на извѣстномъ протяженіи отсепаровывается отъ окружающихъ частей (влагалища), а заднепроходное отверстіе перемѣщается и вшивается въ рану промежности; оставшійся во входѣ влагалища дефектъ ткани, соотвѣтствующій бывшему отверстію кишки, закрывается по общимъ правиламъ [1]).

Въ виду сравнительной рѣдкости разбираемыхъ пороковъ развитія промежности, влекущихъ за собой анормальное мѣсторасположеніе заднепроходнаго отверстія, мы считаемъ не лишнимъ сообщить подобнаго рода случай, наблюдавшійся въ клиникѣ *К. Ф. Славянскаго* и представляющій, помимо своего казуистическаго значенія, еще интересъ, по тому методу оперативнаго лѣченія, который былъ въ данномъ случаѣ примѣненъ.

9-го сентября 1890 года въ клинику проф. *К. Ф. Славянскаго* поступила больная крестьянка Д. П., дѣвица, уроженка Олонецкой губерніи, 26 лѣтъ отъ роду, съ жалобами на чувство напиранія на низъ, особенно послѣ хожденія и работы. Изъ разспроса выяснилось, что больная, по словамъ родственниковъ, родилась совершенно безъ заднепроходнаго отверстія: «калъ и моча выходили изъ одного и того же мѣста». Когда ей былъ мѣсяцъ отъ роду, ей была сдѣлана какая-то операція, послѣ чего калъ сталъ выходить изъ отдѣльнаго отверстія. Первыя крови пришли на 15-мъ году и съ самаго начала ихъ появленія были крайне болѣзненны; по выраженію больной «въ животѣ какъ горитъ». Менструальная кровь выдѣлялась кусками. Больная, живя въ деревнѣ, занималась тяжелыми хозяйственными работами, и лѣтъ 7 тому назадъ

[1]) *Puech.*, l. c., стр. 91—100.

Hegar u. Kaltenbach. Operative Gynäkologie. Dritte Auflage. Stuttgart, 1886; стр. 645—647.

стала чувствовать, что у нея что-то напираетъ на низъ; съ теченіемъ времени это чувство напиранія постепенно увеличивалось и, наконецъ, изъ половой щели стало показываться какое-то тѣло; при этомъ актъ дефекаціи сталъ крайне затруднительнымъ въ обыкновенномъ положеніи и теперь уже года три какъ больная принимаетъ для этого крайне своеобразное положеніе: она испражнялась на колѣняхъ, широко разставивъ ноги и спрятавъ предварительно во влагалище рукой выпадающее тѣло. Испражняется она по собственной волѣ, но рѣдко, и страдаетъ запорами по 5—6 дней; газы задерживаетъ свободно. Со стороны желудка имѣются жалобы на диспепсію и плохой аппетитъ. Мочеиспусканіе безболѣзненно, но также немного затруднено, особенно же послѣ долгихъ запоровъ. Половыхъ сношеній не имѣла. Больная представляетъ худощавую блондинку, со скудно развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ; conjunctivae и слизистая губъ блѣдны; нервная система раздражена—часто плачетъ и жалуется на свое отчаянное положеніе. Костная и мышечная системы правильны; грудныя железы крайне малы; кожа вездѣ чистая. Волоса на лобкѣ и губахъ — въ ничтожномъ количествѣ. Большія срамныя губы развиты слабо; задняя спайка совершенно отсутствуетъ; малыя губы значительной величины, рѣзко выдаются изъ-за большихъ губъ, правая губа нѣсколько больше лѣвой—пигментирована. При раскрытіи губъ половая щель зіяетъ и въ задней части vestibuli vaginae обнаруживается немного продолговатое заднепроходное отверстіе, окруженное небольшими звѣздчатыми складками, отдѣляющееся отъ vagin'ы складкой слизистой оболочки. Дѣвственная плева полулунной формы цѣла, причемъ ея широкая часть расположена по передней стѣнкѣ и, спускаясь по обѣимъ сторонамъ входа въ рукавъ, она постепенно съужается и къ задней стѣнкѣ сходитъ совершенно на нѣтъ. При натуживаніи начинаетъ выпадать сначала передняя стѣнка, затѣмъ задняя и наконецъ влагалищная часть матки конической формы, совершенно гладкая; orificium externum въ видѣ небольшого круглаго отверстія. При бимануальномъ изслѣдованіи влага-

лище оказывается крайне короткимъ, columna rugarum развиты правильно, но стѣнки довольно дряблы. Матка по формѣ приближается къ типу дѣтской матки (uterus infantilis): у нея рѣзко удлиненная шейка цилиндрической формы, на которой сидитъ въ видѣ булавовиднаго расширенія, небольшое тѣло, загнутое назадъ, съ трудомъ прощупывающееся черезъ задній сводъ. Въ боковыхъ сводахъ прощупываются оба яичника, нормальной величины. Внутреннее изслѣдованіе было крайне затруднительно вслѣдствіе мелкости сводовъ и неподатливости брюшныхъ стѣнокъ.

Данныя анамнеза и объективнаго изслѣдованія не оставляли сомнѣнія относительно сущности наблюдаемой аномаліи: очевидно, мы имѣли передъ собой такъ называемый anus vestibularis, осложненный выпаденіемъ матки.

10-го октября прозведена операція. Наканунѣ больная была обычно приготовлена, т. е. ей дано было слабительное и сдѣлана ванна, а въ день самой операціи утромъ поставленъ клистиръ. Больная положена на операціонный столъ въ спиноягодичномъ положеніи. Наружныя половыя части и влагалище тщательно обмыты карболовымъ мыломъ, послѣ чего ложкообразными зеркалами раскрыто влагалище и пулевыми щипцами захвачена portio vaginalis. Когда матка была низведена, нижнее зеркало *Sims*'а замѣнено зеркаломъ *Fritsch*'а малаго калибра и, подъ постояннымъ орошеніемъ 2% раствора карболовой кислоты, сдѣлана операція: amputatio port vaginalis (kegelmantelförmige Excision); рана зашита кэтгутовыми швами. По окончаніи этой операціи во влагалище былъ введенъ сулемованный ватный тампонъ съ іодоформомъ, и приступлено къ пластической операціи, имѣвшей цѣлью создать промежность. Въ нижнія части большихъ срамныхъ губъ впрыснуто было подъ кожу по полъ Правацевскаго шприца 6% раствора Cocaini muriat. Скалпелемъ проведенъ поперечный разрѣзъ какъ разъ по складкѣ слизистой оболочки, отдѣляющей отверстіе ani отъ начала рукава, и затѣмъ на обоихъ концахъ перваго разрѣза прибавлено по два дополнительныхъ разрѣза: одинъ вверхъ, а дру-

гой внизъ, длиною приблизительно по одному сантиметру, такъ что весь разрѣзъ получилъ форму буквы **H** подобно тому, какъ это дѣлается при лоскутной перинеорафіи *Lawson–Tait*'а при полныхъ разрывахъ промежности[7]). Затѣмъ остроконечными ножницами начато отдѣленіе задней стѣнки рукава отъ передней стѣнки кишки, т. е. расщепленіе septi recto vaginalis. Когда былъ образованъ верхній лоскутъ, онъ былъ захваченъ пулевыми щипцами и оттянутъ кверху, и отсепаровываніе ножницами продолжалось далѣе. Когда rectum было достаточно отдѣлено отъ влагалища, на протяженіи, приблизительно, 3-хъ сантиметровъ вглубь, рана была растянута крючкомъ и пулевыми щипцами въ вертикальномъ направленіи, и справа налѣво проведены глубокіе кэтгутовые швы, захватывающіе дно раны на всемъ протяженіи; по наложеніи всѣхъ швовъ, они были завязаны, начиная съ нижняго, а затѣмъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ наложено еще нѣсколько поверхностныхъ швовъ. По окончаніи операціи зашитая рана осушена ватными шариками, густо присыпана іодоформомъ и прикрыта сулемованнымъ ватнымъ компрессомъ; ноги больной связаны полотенцемъ, и она перенесена въ палату.

Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ малѣйшаго повышенія температуры. Во избѣжаніе запоровъ и испражненій твердыми каловыми массами, больной время отъ времени ставились небольшіе клистиры и давалось внутрь слабительное. Послѣ трехнедѣльнаго неподвижнаго лежанія на спинѣ, больной было позволено ложиться на бокъ, а еще черезъ недѣлю позволено встать. При изслѣдованіи 31-го октября найдено: рана зажила вся per primam. Заднепроходное отверстіе отстоитъ отъ новообразованной задней спайки на 2 сантиметра; отъ раны остался молодой рубецъ. При натуживаніи стѣнки влагалища болѣе не выпадаютъ и, хотя матка опускается, но не показывается изъ наружной щели, упираясь въ толстую новообразо-

[7]) *К. Ф. Славянскій.* Частн. патол. и терапія женск. болѣзней. Томъ I. Спб., 1889 г.; стр. 179.

ванную промежность. Больная испражняется въ сидячемъ положеніи, не чувствуя никакого затрудненія и въ то же время свободно задерживаетъ газы испражненія. Такимъ образомъ мы видимъ, что операціей вполнѣ достигнутъ желанный результатъ.

Примѣняя въ данномъ случаѣ лоскутный способъ, мой многоуважаемый учитель *К. Ф. Славянскій* исходилъ изъ слѣдующихъ соображеній. Онъ разсматривалъ данный порокъ развитія, съ клинической стороны, какъ полный разрывъ промежности. Дѣйствительно, если разобрать анатомическое расположеніе частей, то мы увидимъ, что главной опоры для органовъ малаго таза и стѣнокъ влагалища, т. е. промежности здѣсь не имѣется. Стѣнка влагалища почти непосредственно переходитъ въ наружные покровы, а имѣющаяся на лицо небольшая складочка, отдѣляющая отверстіе ani, конечно, не могла замѣнить роль промежности и задней спайки, особенно при такихъ неблагопріятныхъ жизненныхъ условіяхъ, какъ крестьянская жизнь съ тяжелыми полевыми работами. Какъ извѣстно, всякое сильное мышечное напряженіе, необходимо сопровождается значительнымъ повышеніемъ внутрибрюшного давленія, которое, распредѣляясь на брюшныя стѣнки, давитъ и на тазовое дно, а такъ какъ у нашей больной, при отсутствіи промежности, оно представляетъ locus minoris resistentiae, то оно не могло долго выдерживать подобнаго напряженія и стало подаваться; вслѣдствіе этого появился сначала prolapsus задней стѣнки, а per continuitatem и descensus uteri до выпаденія ея. Опустившись внизъ матка, сдавливала нижній отрѣзокъ recti и такимъ образомъ получилось механическое затрудненіе для выхода каловыхъ массъ; лишь только больная уничтожала это сдавленіе, приподнимая пальцемъ матку, какъ дефекація становилась свободной. Такимъ образомъ для уничтоженія тяжелыхъ припадковъ больной, необходимо было дать точку опоры для влагалища и отодвинуть anus; это, конечно, можно было сдѣлать только путемъ perineoplasticae. Какъ было сказано, анатомическое расположеніе частей было совершенно такое же какъ при полномъ разрывѣ промежности, поэтому и въ данномъ случаѣ

надо было ожидать успѣха отъ метода, примѣняемаго при полныхъ разрывахъ. Такъ какъ лоскутный способъ *Lawson–Tait*'а прочно возстановляетъ промежность, какъ это доказано клинически, то и въ данномъ случаѣ былъ примѣненъ тотъ-же принципъ и, какъ показалъ результатъ, съ полнымъ успѣхомъ.

На сколько намъ извѣстно, подобный оперативный пріемъ раньше никѣмъ не былъ примѣняемъ для лѣченія разбираемаго вида пороковъ развитія.

КАЗУИСТИКА.

VI.

Изъ клиники профессора Н. Ф. Толочинова, въ Харьковѣ.

Случай хилозной кисты брыжейки (chylocystis myxomatosa mesenterii).

Ординатора клиники

И. Гуревича.

Литература. Chyloangioma cavernosum *Weichselbaum* Virch. Arch. 64 p. 145, 1875 г. Essai sur le cystes du mesentere: *Collet.* These de Paris 1884. *Bramann* (Ueber chylocystea des Mesenteriums. Langenbeck's Arch. Bd. 35). *Killian* (Eine grosse retroperitoneale cyste mit chylus-artigem Inhalt. Berl. Klin. Wochenschr. 1886 г. № 25). *Eizmann* (Beiträge zur patalog. Anatomie des ductus thoracicus. Inaug.—Dissert. Basel, Реф. у Killian'a).

Küster (Einchirurgisches Tricanium. Berlin, 1882 г. Рефер. у *Hahn,* Ueber Mesenterialcysten Berlin Klin. Wochenschrift 1887 г. № 23). Hahn въ своей работѣ о мезентеріальныхъ кистахъ упоминаетъ случай *Milliard*'а—*Tillaux* кисты брыжейки.

Случай *Werth*'а (Arch. f. Gynäkologie Bd. 19, 1882), гдѣ при лапаратоміи была удалена киста брыжейки тощей кишки.

Случай хилозной кисты изъ Акушерско-гинекологической клиники Казанскаго университета Д-ра *И. В. Унженина* и приватъ-доцента *Н. В. Петрова*: «Къ вопросу о хилозныхъ ки-

стахъ» (Дневникъ Казанскаго общества врачей при Императорскомъ университетѣ № 7—8, 1888 г.).

H. Löhlein. Operation einer Mesenterialcyste..... (Berlin. Klin. Wochenschr. 1889 № 25). *Rubeska.* Случай успѣшнаго удаленія брыжеечной кисты (Centralbl. für Gynäkol. 1889 г. № 49).

Mesenterialcyste (Centralbl. für Günekol. 1890 г. № 14. Стр. 244).

Мною были пересмотрѣны всѣ исторіи болѣзней нашей клиники съ 1862 года по 1890, но не только млечной кисты, но нѣтъ ни одного случая, вообще, опухоли брыжейки.

Въ прошломъ семестрѣ въ Акушерско-Гинекологической Клиникѣ Императорскаго Харьковскаго Университета былъ случай хилозной кисты брыжейки съ послѣдующимъ миксоматознымъ перерожденіемъ стѣнки. Такъ какъ подобнаго рода кисты принадлежатъ къ рѣдкимъ патологическимъ образованіямъ, развивающимся въ брыжейкѣ, то я полагаю, что подробное описаніе случая представитъ интересъ.

Больная М. И., крестьянка Харьковской губерніи, швея по профессіи. Поступила въ Акушерско-гинекологическую клинику Императорскаго Харьковскаго университета 22-го сентября 1890 года.

Изъ анамнеза выяснилось, что въ періодъ перваго дѣтства она была здоровымъ ребенкомъ. Съ трехъ лѣтъ она была взята теткой на воспитаніе, гдѣ съ ней обращались очень дурно. Пятилѣтнимъ ребенкомъ по неосторожности получила сильные ожоги, слѣды которыхъ видны въ настоящее время. Стала вообще слабымъ и нервнымъ ребенкомъ, имѣла частыя головокруженія, страдала также золотухой. На восьмомъ году перенесла корь, десяти лѣтъ имѣла въ продолженіе семи мѣсяцевъ перемежающуюся лихорадку. Боли внизу живота у нашей больной начались съ двѣнадцати лѣтъ послѣ дефлораціи. На 15-мъ году появились первыя мѣсячныя, которыя длились недѣлю и сопровождались болью внизу живота. Черезъ 10 дней крови вновь повторились съ сильными болями, что продолжалось недѣлю; больная слегла въ постель и пролежала три съ половиною мѣсяца. Лѣчилась у бабокъ, которыя правили ей животъ и производили надъ больной всевозможныя манипуляціи въ продолженіе двухъ мѣсяцевъ, пока наконецъ была позвана акушерка, признавшая у нея воспаленіе обоихъ яичниковъ (?). Потомъ мѣсячныя проходили неправильно и

съ болью. На 16-мъ году больная впервые замѣтила у себя подъ ложечкой опухоль, болѣзненную при надавливаніи, постепенно увеличивавшуюся и начавшую ее безпокоить; временами боли настолько обострялись, что больная вынуждена была оставаться въ постели по нѣсколько дней; при раздраженіи, волненіи и поднятіи тяжести появлялись сильныя боли. которыя больная характеризуетъ такъ: «будто что схватитъ руками и сожметъ». Лѣтомъ 1888 года больная поступила въ Городскую Александровскую больницу, гдѣ у нея нашли острый метритъ и периметритъ. Вышла изъ больницы черезъ пять мѣсяцевъ, чувствуя себя слабою, съ болями внизу живота. Въ первыхъ числахъ января 1890 года И. лѣчилась у знахаря. Въ первыхъ числахъ февраля больная сильно ушиблась при паденіи на мостовой и безъ чувствъ была привезена домой. Она чувствовала сильную боль въ поясницѣ, цѣлую недѣлю вынуждена была пролежать въ постели. Мочеотдѣленіе задержалось на сутки. Съ этого времени больная замѣтила, что животъ сталъ значительно увеличиваться, особенно въ послѣднее время.

Отецъ И. умеръ 60-ти лѣтъ, страдалъ ломотой въ костяхъ и какой-то сыпью и язвами на рукахъ и ногахъ. Мать жива, страдаетъ глухотой и паховой грыжей. Старшій братъ и сестра больны той же болѣзней, что и отецъ. Младшій братъ, 12-ти-лѣтній мальчикъ, страдаетъ головнымм болями, глухотой и истеченіемъ гноя изъ ушей.

Объективное изслѣдованіе, произведенное при поступленіи больной въ клинику, показало, что ростъ ея средній (134 сант.), вѣситъ 150 ф., habitus gracilis, цвѣтъ кожи блѣдножелтый. In regione axillari dextra, — mesogastro dextro et in regione femorali dextra находятся тонкіе трабекулярные рубцы — слѣды бывшихъ ожоговъ. Подкожная жирная клѣтчатка и мышечный слой слабо развиты. Скелетъ правильно сформированъ, только тазъ общесъуженный; Dist. sp. 23 снтм. Dist. Crist. 25 снтм. Dist. troch. 27 снтм. Conjug. externa 17 снтм. Животъ значительно увеличенъ: окружность его на уровнѣ proc. ensiformis 86 снтм., на уровнѣ пупка 87 снтм., на три поперечныхъ пальца ниже пупка 85 снтм. Разстояніе отъ proces. ensiformis до лобка 34 снтм., а отъ proc. ensiform. до пупка 17 снтм. и столько же отъ пупка до лобка. Пупокъ сглаженъ. При перкусіи обнаружилось, что почти по всей по-

верхности живота получается равномѣрно тупой тонъ. Тимпаническій тонъ оказался только на мѣстѣ желудка оттѣсненнаго кверху, и на мѣстахъ colonis ascendentis и col. descendentis, оттѣсненныхъ кзади. При поворачиваніи больной влѣво исчезалъ тимпаническій звукъ col. descendentis, а при поворачиваніи больной направо исчезалъ такой же тонъ col. ascendentis. При аускультаціи живота не слышно было ни сердцебіенія, ни маточнаго шума. При ощупываніи живота оказалась сильная болѣзненность въ правой сторонѣ, при чемъ брюшныя стѣнки были настолько напряжены, что черезъ нихъ нельзя было прощупать ни объема, ни контуровъ опухоли, ни связи ея съ другими органами, вслѣдствіе чего больная была предварительно захлороформирована, тогда возможно было прощупать округленную опухоль съ гладкой поверхностью, эластической консистенціи, величиною болѣе головы взрослаго человѣка. Опухоль лежитъ больше вправо, занимаетъ брюшную полость и опускается въ большой тазъ. Ни съ печенью, ни съ селезенкой она связи не имѣетъ. Исключить же связь опухоли съ маткой и яичниками не удалось. Температура 38,2, пульсъ 66, дыханіе 24. Тоны сердца чисты. При осмотрѣ наружныхъ половыхъ органовъ найдено, что большія губы нормально развиты, а малыя слегка выдаются изъ-за большихъ. Клиторъ правильно развитъ. Наружное отверстіе мочевого канала нѣсколько смѣщено кзади. Остатки hymen'a хорошо сохранились. При внутреннемъ изслѣдованіи оказалось, что влагалищная часть матки укорочена, матка въ состояніи anteflexio et retropositio. Своды не податливы и болѣзнены. Матка неподвижна. Яичники не прощупываются. Моча слабокислой реакціи уд. вѣс. 1017. Содержитъ много уратовъ; бѣлка и сахара нѣтъ. Значительное увеличеніе живота могло зависѣть: отъ беременности, асцита или отъ какой-либо опухоли въ брюшной полости. Что касается беременности, то не только нормальной, но и внѣматочной признать нельзя было по отсутствію данныхъ, характеризующихъ подобное состояніе. Нельзя было также признать въ данномъ случаѣ увеличенія живота вслѣдствіе водянки, ибо тогда увеличеніе имѣло бы другую форму, флюктуація при такомъ асцитѣ была бы ясно выражена. Тимпаническій тонъ кишекъ перемѣщался бы при перемѣнѣ положенія больной, вслѣдствіе всплыванія наверхъ раздутыхъ газами кишекъ. Исключивъ асцитъ, остается признать у нашей больной присутствіе какой-то опухоли, лежащей въ брюшной

полости и спускающейся въ тазъ,—опухоли округленной формы, съ гладкой поверхностью, эластической консистенціи, величиною болѣе головы взрослаго человѣка, не имѣющей связи ни съ печенью, ни съ селезенкой, связи же опухоли съ яичниками исключить не удалось, вслѣдствіе чего и было высказано предположеніе о существованіи кисты яичника. Такъ какъ притупленный тонъ на животѣ переходилъ замѣтно границы опухоли и при изслѣдованіи черезъ влагалище былъ констатированъ perimetritis chronica, то было сдѣлано предположеніе, что въ полости живота кромѣ опухоли находится нѣкоторое количество свободной жидкости, какъ продуктъ хроническаго воспаленія брюшины. Вообще, на основаніи данныхъ, полученныхъ при изслѣдованіи больной, не былъ точно опредѣленъ ни характеръ новообразованія, ни мѣсто его происхожденія, а былъ поставленъ клинической діагнозъ: Tumor abdominis; perimitritis et peritonitis chronica. Нѣтъ сомнѣнія, что распознаваніе опухолей брюшной полости представляетъ одну изъ наиболѣе трудныхъ задачъ хирургической діагностики. Не смотря на успѣхи современной хирургіи наши свѣдѣнія о патологіи брюшной области еще настолько шатки, что возможны ошибки при дифференціальномъ распознаваніи различныхъ новообразованій.

Если принять во вниманіе исходные пункты, могущіе быть для кистовидныхъ образованій въ одной надчревной области—поджелудочная железа, брюшная аорта, жировая ткань сальника, забрюшинныя и брыжеечныя лимфатическія железы, печень и наконецъ водяночное скопленіе въ полости bursae omentalis, то станетъ понятнымъ вся трудность дифференціальнаго діагноза; если мы прибавимъ, что вслѣдствіе хроническаго перитонита и периметрита нельзя было ни точно прощупать органовъ, расположенныхъ въ тазу, ни исключить связи опухоли съ яичниками и вдобавокъ большую рѣдкость занимающаго насъ новообразованія, то станетъ яснымъ, почему не былъ установленъ точный діагнозъ. Выбрать же все существенное, могущее служить для распознаванія хилозныхъ кистъ, и начертить на основаніи нашего случая картину болѣзни, которая характеризовала бы подобнаго рода кисты, невозможно. Изъ вышеприведенныхъ литературныхъ данныхъ видно, что точный діагнозъ млечныхъ кистъ былъ установленъ или послѣ операціи, или на секціонномъ столѣ. При чемъ кисты эти встрѣчаются какъ у мужчинъ, такъ и у жен-

щинъ, одинаково рѣдко. Что касается возраста, то онѣ были наблюдаемы какъ у молодыхъ, такъ и у старыхъ женщинъ.

Въ работѣ *Ю. Трейберга* (Къ діагностикѣ и терапіи кистъ поджелудочной железы) высказано, что для отличія млечной кисты отъ панкреатической слѣдуетъ предварительно сдѣлать пробный проколъ троакаромъ и изслѣдовать подъ микроскопомъ содержимое кисты. Но примѣненіе пробной пункціи чрезъ стѣнки живота съ діагностической цѣлью мы не считаемъ безопаснымъ, и въ нашей клиникѣ съ цѣлью распознаванія она рѣдко употребляется.

Полученное чрезъ проколъ содержимое кисты поджелудочной железы обыкновенно щелочной или нейтральной реакціи, богато бѣлкомъ. Отъ прибавленія уксусной кислоты наблюдается шипѣніе съ развитіемъ пузырьковъ газа. Въ большинствѣ случаевъ это содержимое представляетъ нѣкоторыя изъ свойствъ панкреатическаго сока, чаще всего способность переваривать крахмалъ въ сахаръ и эмульсировать жиры.

При микроскопическомъ изслѣдованіи были находимы эпителіальные элементы въ видѣ цилиндрическаго эпителія въ разныхъ стадіяхъ регрессивнаго метаморфоза и форменные элементы крови.

Въ млечныхъ кистахъ отсутствуютъ эпителіальные элементы въ содержимомъ, такъ какъ внутренность мѣшка не выстлана эпителіемъ и, развиваясь въ такомъ подвижномъ органѣ, какъ брыжейка, они сами характеризуются сравнительно большей подвижностью какъ сверху внизъ, такъ и особенно справа налѣво и обратно.

Кисты, развивающіяся въ большомъ сальникѣ, отличаются своей множественностью, поэтому опухоль при ощупываніи представляется неровной, хотя далеко не всегда, такъ что одиночныя сальниковыя кисты составляютъ рѣдкое исключеніе. Содержимое такихъ кистъ отличается отсутствіемъ эпителія. Что касается дифференцированія хилозной кисты отъ наблюдавшейся въ высшей степени рѣдко водянки Bursae omentalis при закрытіи Foraminis Vinslowii, то здѣсь пригодны одни только результаты изслѣдованія содержимаго послѣ пробнаго прокола. Млечную кисту смѣшивали съ эхинококкомъ печени, хотя для распознаванія послѣдняго существуетъ много признаковъ. Эхинококкъ печени ростетъ медленно и безъ особеннаго обремененія для больнаго: находясь въ непосредственной связи съ печенью, онъ даетъ при перкусіи тупой звукъ, не-

посредственно переходящій въ тупость печени. Кромѣ зыбленія опухоли иногда замѣчается особенное дрожаніе, извѣстное подъ именемъ Fremissement hydatique. Дальнѣйшимъ отличіемъ можетъ служить химическое и микроскопическое изслѣдованіе жидкости полученной пробнымъ проколомъ. Если жидкость свѣтла, не содержитъ бѣлковъ и богата поваренной солью, если въ ней находятъ янтарную кислоту, то діагнозъ эхинококка несомнѣненъ, хотя бы подъ микроскопомъ нельзя было найти характернаго вида крючковъ. Когда опухоль выполняетъ почти всю брюшную полость, достигая, съ одной стороны, надчревья, а съ другой, полости большого таза, то является возможность принимать ее за кисту, исходящую изъ женской половой сферы, чаще кисту яичника. Особенно это легко возможно тогда, когда существуетъ периметритъ, не дающій возможности прощупать яичниковъ, а слѣдовательно и исключить связь ихъ съ опухолью, что имѣло мѣсто въ нашемъ случаѣ. При такихъ условіяхъ важно опредѣлить направленіе роста кисты: овариальныя кисты ростутъ снизу вверхъ и, подымаясь выше, онѣ оттѣсняютъ желудокъ и col. transversum кзади. При овариальныхъ кистахъ мы часто находимъ измѣненіе мѣсячныхъ по типу, качеству и количеству и уклоненіе отъ нормальнаго положенія и подвижности матки, что было и у нашей больной, хотя это зависѣло отъ другихъ причинъ, именно отъ хроническаго воспаленія въ полости таза.

Объектомъ для дифференціальнаго діагноза могутъ быть кистовидныя опухоли почекъ, преимущественно гидронефрозъ и эхинококкъ. Для опухолей почки характерно отношеніе ихъ къ толстымъ кишкамъ, которыя смѣщаются къ средней линіи, при чемъ восходящая ободочная кишка помѣщается у периферіи опухоли, а нисходящая обыкновенно перекрещивается съ передней поверхностью лѣвой почки. Подспорьемъ для распознаванія можетъ служить тщательное изслѣдованіе мочи, которое въ такихъ случаяхъ содержитъ бѣлокъ, гной, кровь и эпителій, а *рѣшающее значеніе* опять таки имѣетъ пробный проколъ троакаромъ.

Во время пребыванія больной въ клиникѣ до операціи въ продолженіе 19 дней, температура по вечерамъ рѣдко 37,4, а большей частью выше 38, а по утрамъ ниже 37. Пульсъ 70 — 80 ударовъ въ мин. утромъ и 78 — 96 вечеромъ. Дыханіе 16—20 въ мин. Боли въ животѣ держались все время. Самочувствіе больной удовлетворительное. Къ операціи больную

подготовляли два дня, кишечникъ былъ освобожденъ отъ содержимаго и назначенъ былъ опій въ порошкахъ съ висмутомъ.

Съ согласія больной, 12-го октября ей была произведена laparotomia съ цѣлью удалить опухоль. Къ операціи было приступлено съ строгимъ соблюденіемъ всѣхъ асептическихъ и антисептическихъ предосторожностей.

Когда больная была захлороформирована, проф. *Н. Ф. Толочиновымъ* былъ произведенъ разрѣзъ черезъ брюшные покровы по linea alba на протяженіи десяти снтм., разрѣзъ прошелъ черезъ кожу, подкожную клѣтчатку, фасціи и субперитонеальную клѣтчатку до брюшины, складка которой была захвачена двумя зубчатыми пинцетами и надрѣзана скальпелемъ, потомъ разрѣзъ продолжили ножницами. При разрѣзѣ брюшины вылилось небольшое количество свѣтло-желтой жидкости, что и подтвердило заранѣе констатированное присутствіе свободнаго экссудата въ брюшной полости. Глазамъ представилась цѣлая сѣть сращеній интенсивно краснаго цвѣта, шедшихъ отъ пристѣночной брюшины къ опухоли. Отдѣливъ эти сращенія отъ подлежащей опухоли, въ послѣднюю проникли троакаромъ, черезъ который содержимое кисты было выпущено въ заранѣе приготовленный сосудъ.

Послѣ этого приступлено было къ удаленію самой опухоли, которая оказалась сращенной съ сальникомъ, петлями кишекъ и тазовой брюшиною, а ножка толщиною въ большой палецъ шла къ брыжейкѣ тощей кишки. Связи опухоли съ яичниками, маткой и фаллопіевыми трубами не было. Сращенія были перерѣзаны послѣ предварительнаго наложенія лигатуръ. На выше упомянутую ножку опухоли наложены были двѣ отдѣльныя лигатуры и одна общая, послѣ чего опухоль была отрѣзана отъ ножки, изъ разрѣза послѣдней отдѣлялась молочнаго цвѣта жидкость, которая при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась состоящей изъ большаго количества жировыхъ капелекъ, лимфоидныхъ клѣтокъ и кое-гдѣ въ полѣ микроскопа видны были красные кровяные шарики. Ножку прижгли пакеленомъ. Рана была осушена губками и зашита, сначала—брюшина шелкомъ, послѣ брюшныя стѣнки металлическими швами. Наложена была антисептическая повязка.

Вечеромъ въ день операціи темпер. нормальная. Пульсъ 102. Отъ сильной боли въ животѣ, на которую больная жаловалась, ей былъ впрыснутъ подъ кожу морфій. Ночь больная провела

безъ сна. Къ утру боли ослабѣли, самочувствіе улучшилось. Мочеотдѣленіе нормальное, темпер. утромъ 37,7, вечеромъ 37,8. Пульсъ 78—96. Кашель съ небольшимъ отдѣленіемъ зеленовато-гнойнаго секрета, изслѣдованіе на коховскія бациллы дало отрицательный результатъ. Больной назначенъ былъ pulv. expectorans. Первые семь дней послѣ операціи самочувствіе больной улучшалось со дня на день. Боли мало-по-малу утихли, сталъ появляться аппетитъ, все время температура держалась 37—37,8. Пульсъ слабый 96, 100—120 въ минуту.

На восьмой день послѣ операціи больная почувствовала себя хуже: появилась сильная боль въ животѣ, кашель усилился. Температура 36,8 утромъ и 37,8 вечеромъ. Пульсъ 94—86. Дыханіе 20. На 9 й день больной стало еще хуже. Животъ вздулся. Языкъ сухой. Сильная жажда. Боли въ животѣ усилились. Пульсъ слабый замедленный. Температура 38,2 утромъ и 38,6 вечеромъ.

Утромъ 21-го октября на 10-й день post laparatomiam неожиданно наступилъ колляпсъ, выразившійся появленіемъ холоднаго пота, нитевиднаго едва сосчитывавшагося пульса. Больная умерла при полномъ сознаніи въ четыре часа дня.

Патолого-анатомическое изслѣдованіе опухоли сдѣлано какъ мною, такъ и въ кабинетѣ патологической анатоміи профессора *В. П. Крылова*, студентомъ *Ермаковымъ*, работа котораго будетъ напечатана въ «Школьной Хроникѣ» проф. *В. П. Крылова*, 1891 года.

Удаленное новообразованіе оказывается кистовидною опухолью величиною болѣе головы взрослаго человѣка. Стѣнки толщиною отъ $^1/_4$ до 3 снтм., въ высшей степени рыхлыя и отъ незначительнаго напряженія разрываются. Наружная поверхность кисты представляется бугристой съ утолщеніями стѣнки въ видѣ плоскихъ узловъ величиною въ голубиное яйцо, желтаго и темнокраснаго цвѣта, что по всей вѣроятности обусловливается различнымъ содержаніемъ сосудовъ въ узлахъ. На наружной поверхности опухоли видны также остатки разрѣзанныхъ и разорванныхъ сращеній, посредствомъ которыхъ она была соединена съ окружающими частями.

Внутренняя поверхность кисты гладкая на подобіе серозной оболочки, соотвѣтственно узламъ въ стѣнкѣ то янтарно-желтая, то вишнево-красная, то ржаво-бурая. Красные и желтые узлы вмѣстѣ съ геморрагическими гнѣздами представляютъ одно и то же образованіе, только въ различныхъ періодахъ развитія.

Содержимое кисты жидкое, цвѣтомъ похожее на гной къ которому прибавлено немного крови; количество содержимаго 4,500 куб. сант.; подъ микроскопомъ присутствія гноя не обнаружено, а все поле зрѣнія было усѣяно красными кровяными шариками различной формы, взвѣшенными въ серозной жидкости съ мелкими клочковатыми и сѣтчатыми фибринозными свертками. Эпителіальныхъ клѣтокъ обнаружено не было. Изслѣдованіе жидкости на микроорганизмы съ соблюденіемъ надлежащихъ предосторожностей дало отрицательный результатъ.

На свѣже приготовленныхъ препаратахъ изъ стѣнки опухоли видны были соединительно-тканные элементы на различныхъ стадіяхъ дифференцированія: круглые, вытянутые, веретенообразные и звѣздчатые. Какъ въ красныхъ узлахъ, такъ и, вообще, въ стѣнкахъ опухоли, находится громадное количество новообразованныхъ сосудовъ, стѣнки которыхъ претерпѣли гіалиновое перерожденіе.

На уплотненныхъ препаратахъ изъ краснаго узла, окрашенныхъ пикрокарминомъ и метиленовой синькой, или эозиномъ или гематоксилиномъ, видны расширенные сосуды, имѣющіе только эндотеліальный слой, мышечныхъ образованій нѣтъ, а наружный слой переходитъ безъ рѣзкой границы въ окружающую ткань, состоящую изъ звѣздчатыхъ клѣточныхъ элементовъ, расположенныхъ на значительномъ разстояніи другъ отъ друга и анастомозирующихъ между собой своими отростками.

Въ другихъ частяхъ препараты встрѣчаются мѣстами съ большимъ количествомъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, которые почти всюду неравномѣрно инфильтрируютъ ткань, состоящую преимущественно изъ капилляровъ, мѣстами проходимыхъ для крови, мѣстами же представляющихся въ видѣ ангіопластическихъ отростковъ не канализированныхъ. Кромѣ этихъ капилляровъ, ткань состоитъ изъ круглыхъ слегка вытянутыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ. Рядомъ съ круглыми клѣтками находятся очень маленькія клѣтки, интенсивно окрашивающіяся въ синій цвѣтъ, которыя повидимому представляютъ собой лимфоидные элементы.

Въ препаратахъ изъ желтыхъ узловъ слизистая ткань состоитъ изъ звѣздчатыхъ клѣтокъ съ склерозированными отростками. Мѣстами находится много красныхъ кровяныхъ шариковъ, инфильтрирующихъ самую ткань, то равномѣрно, то представляя кровоизліяніе въ различныхъ стадіяхъ обратнаго развитія.

Въ нѣкоторыхъ препаратахъ видна широкопетлистая ткань

изъ короткихъ веретенообразныхъ клѣточныхъ элементовъ темно-желтаго цвѣта съ плохоокрашивающимися ядрами; эта ткань инфильтрирована мелкими круглыми лимфоидными клѣтками, хорошо воспринимающими ядерную окраску.

Такимъ образомъ по характеру элементовъ, входящихъ въ составъ этого новообразованія, по ихъ распредѣленію, по формѣ и строенію мы имѣемъ соединительно-тканное кистовидное новообразованіе, стѣнки котораго подверглись слизистому и гіалиновому перерожденію съ послѣдующимъ размягченіемъ. Этому метаморфозу предшествуетъ воспаленіе, расширеніе сосудовъ и сопутствуетъ геморрагія. Судя по мѣсту происхожденія ножки кисты, по жидкости молочнаго цвѣта, выдѣлившейся изъ мѣста разрѣза ножки и оказавшейся при изслѣдованіи подъ микроскопомъ хилусомъ; по присутствію лимфоидныхъ клѣтокъ въ препаратахъ изъ самой стѣнки опухоли, можно сказать, что передъ нами chylo-cystis myxomatosa mesenterii. Разбираясь въ вышеупомянутыхъ литературныхъ данныхъ, мы приходимъ къ заключенію, что хилозныя кисты могутъ происходить какъ отъ кистовиднаго растяженія ducti thoracici (*Killian, Eizmenn*) или—cysternae chyli (*Bramann*), такъ и отъ растяженія и расширенія лимфатическихъ брыжеечныхъ железъ вслѣдствіе застоя лимфы (*Millard-Tilleaux, Werth, Rokitanski*). Въ нашемъ случаѣ развитіе кисты вѣроятнѣе всего произошло отъ послѣдней причины.

При аутопсіи, произведенной профессоромъ *В. П. Крыловымъ* 22-го ноября 1891 года, оказалось слѣдующее: мягкая мозговая оболочка отечна и венозно-гиперемирована. Правый желудочекъ сердца незначительно расширенъ. Аорта при корнѣ расширена, далѣе узка и тонкостѣнна. Селезенка длиною въ 20 снтм., шириною болѣе 10 снтм., въ разрѣзѣ мягкой консистенціи темно-краснаго цвѣта съ многочисленными сѣрыми узелками величиною до просянаго зерна.

Печень увеличена въ объемѣ, плотно-зерниста, зеленовато-коричневаго цвѣта. Въ полости peritoneum преимущественно въ чресленныхъ впадинахъ находится большое количество жидкаго грязновато-сѣраго гноевиднаго эксудата.

Петли кишекъ мѣстами склеены съ сальникомъ, нижній край котораго частью въ видѣ перемычекъ, частью въ видѣ сплошныхъ листковъ сращенъ съ передней брюшной стѣнкой въ окружности раны и тазовыми внутренностями. Брыжеечныя железы увеличены въ объемѣ, мозговидной консистенціи, тем-

но-краснаго цвѣта. Отъ восходящей части толстой кишки къ корню брыжейки тянется мясистая перемычка, аспидно-пигментирована, подъ которую подходятъ нижнія петли подвздошной кишки, располагаются впереди и вправо отъ этой перемычки и умѣренно вздуты газами. Среднія петли подвздошной кишки сокращены, сжаты и покрыты петлями тощей кишки, между которыми на кишечномъ краѣ брыжейки находятся частью рыхлые, похожіе на кровяные свертки, частью черновато-краснаго цвѣта узлы, плотно приросшіе къ брыжейкѣ, въ центрѣ обезцвѣченные и превращенные въ желтовато-грязную легко разрывающуюся массу. Узлы эти мѣстами представляютъ лигатуры, рыхлы и издаютъ особый гангренозный запахъ. Слизистая оболочка подвздошной кишки по всему протяженію усѣяна увеличенными солитарными железами въ видѣ плотныхъ сѣрыхъ узелковъ до просянаго зерна величиною.

Слизистая оболочка ободочной кишки отъ начала ascendens до rectum на всемъ протяженіи бородавчата, съ неправильными складками, плотно приращена къ подлежащимъ слоямъ и почти неподвижна надъ ними. Въ верхнемъ концѣ rectum слизистая оболочка имѣетъ рубцы аспиднаго цвѣта величиною до вишневой косточки и два свищевыхъ хода толщиною въ куриное перо каждый. Тазовыя внутренности всѣ между собой сращены до уровня послѣдняго поясничнаго позвонка. По отдѣленіи ихъ ножемъ отъ тазовыхъ костей замѣчается надъ маткой узловатая опухоль, лѣвая половина которой имѣетъ величину куринаго яйца пепельнаго цвѣта, покрыта брюшиною; правая половина имѣетъ форму плоскаго сильно пигментированнаго узла, на наружно-задней поверхности котораго находится чернопигментированный свищевой ходъ, идущій въ полость между маткой и верхней частью rectum. Полость эта неправильной формы, окружена плотной рубцевой тканью. Содержитъ густой тягучій зеленоватый гной. Въ эту полость открываются: два выше упомянутыхъ свищевыхъ хода изъ rectum, кистовидно-расширенная правая фаллопіева труба, зараженная въ маточномъ концѣ, и многокамерная киста, находящаяся на мѣстѣ лѣвой фаллопіевой трубы, представляющая лѣвую половину упомянутой опухоли.

Матка заращена въ плотной рубцовой ткани, низдавлена и перегнута кпереди, полость ея слегка расширена. Слизистая оболочка матки нормальна. Почки нормальны, пузырь расширенъ и плотно приращенъ къ маткѣ.

Пользуясь данными аутопсіи можно предположить, что развитію кисты брыжейки благопріятствовали: застойная и увеличенная селезенка, цирротически увеличенная печень, гипертрофія всѣхъ лимфатическихъ железъ и относительная узость аорты въ томъ отношеніи, что всѣ эти условія препятствовали правильному кровообращенію.

Вскрытіе выяснило, что перитонитъ, который развился незадолго передъ смертью зависѣлъ отъ ущемленія петли подвздошной кишки. Не смотря на то, что во время операціи были перерѣзаны всѣ перемычки, которыя шли отъ опухоли къ окружающимъ частямъ, однако при вскрытіи оказалось, что отъ восходящей части толстой кишки къ корню брыжейки шла мясистая перемычка, аспидно пигментированная, которая не попадалась на глаза во время операціи. Эта перемычка во время существованія опухоли, вѣроятно, такъ была натянута, что не причиняла никакихъ разстройствъ, когда же опухоль была удалена перемычка сдѣлалась болѣе свободной, подъ нее попали петли подвздошной кишки и явилось ущемленіе кишечника съ послѣдующимъ перитонитомъ.

VI.

Случай врожденнаго уродства плода.

И. М. Львова.

Частнаго преподавателя акушерства и женскихъ болѣзней при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

(Сообщено въ Засѣданіи Общества Врачей въ Казани 19-го февраля 1891 года. Съ демонстраціей урода).

М. г.! Въ 1888 году, демонстрируя въ здѣшнемъ Обществѣ Врачей случай anecephaliae [1]), я высказалъ положеніе, что всѣ случаи врожденныхъ уродствъ, въ особенности, измѣняющихъ наружный видъ рожденнаго плода, должны опубликовываться, въ силу, главнымъ образомъ, ихъ общественнаго значенія. Я тогда же указалъ на то явленіе, что рожденіе уродовъ женщиной, живущей гдѣ-либо въ глуши, въ деревнѣ,

[1]) Дневникъ Казанскаго Общества Врачей, 1888 г., № 15—18.

нерѣдко вызываетъ въ малообразованномъ населеніи толки о томъ, что родился не человѣкъ, а какой-то звѣрь или исчадіе діавола, и что такіе уроды не могутъ родиться отъ мужа-человѣка. Вслѣдствіе сказаннаго несчастныхъ женщинъ, родившихъ урода, могутъ обвинять въ колдовствѣ, знахарствѣ, или приписывать имъ сношеніе съ чертями,—всѣмъ этимъ неумышленно населеніе можетъ вполнѣ испортить жизнь такой женщины. Да не только въ глуши, но даже и въ большихъ городахъ, въ центрѣ просвѣщенія такіе поклепы могутъ случиться и могутъ принести много вреда. Подтвержденіемъ этого можетъ служить недавній случай рожденія урода здѣсь, въ Казани, и сравнительно въ интеллигентной средѣ, вызвавшее среди родныхъ различныя предположенія о причинѣ рожденія такого урода. Рожденный уродъ дѣйствительно былъ интересенъ и заслуживаетъ описанія.

6-го февраля сего года, я былъ приглашенъ для акушерской помощи при родахъ г-жи Х. Г-жа Х. родила въ 9-й разъ; роды были ранѣе правильны. Настоящая беременность протекала правильно, только животъ былъ очень большой. Роды срочные, медленно протекали вслѣдствіе очень большого количества околоплодныхъ водъ, сильно растянувшихъ матку, и затѣмъ слабости родовой дѣятельности. Для окончанія родовъ пришлось прибѣгнуть къ помощи акушерскихъ щипцовъ, которые и были наложены мною на высоко—во входѣ—стоящую головку. По извлеченіи младенца, быстро бросился въ глаза фактъ уродства лица ребенка и затѣмъ ненормальный крикъ его, скорѣе похожій на хрюканье свиньи, чѣмъ на крикъ новорожденнаго младенца. По отдѣленіи младенца отъ матери, я взялъ его для подробнаго разсмотрѣнія въ отдѣльную комнату, при чемъ констатировано было слѣдующее:

Младенецъ мальчикъ, вполнѣ доношенный и хорошо упитанный, имѣлъ около 4,000 граммъ вѣсу при ростѣ 51 ctm. Черепъ правильно сформированъ; кости его крѣпки, швы узки. Окружность головки = 35 ctm. Прямой размѣръ 11,5; большой косой 13,5; малый косой 10,0; большой поперечный (между темянными буграми) 10,5. Лицо младенца представляетъ большія неправильности; лобъ и глаза вполнѣ нормальны. Носъ представляется нормальной длины, но очень широкимъ; съ двухъ сторонъ его имѣются по правильной ноздрѣ и съ нормальной ширины отверстіемъ; въ срединѣ же имѣется большая щель, длиною до 2 ctr.; щель эта ведетъ въ носовую полость, отдѣ-

лена хрящевой перегородкой отъ боковыхъ ноздрей и съ полостію рта сообщенія не имѣетъ. Конецъ носа представляется какъ бы удвоеннымъ, при чемъ это удвоеніе произошло такимъ путемъ, что двѣ среднія ноздри соединились въ одну.—Подъ каждой правильной ноздрей имѣется по ротовому отверстію, имѣющему нѣсколько треугольную форму, съ правильно развитыми губами; ротовыя отверстія малы; при крикѣ измѣняютъ оба ротовыя отверстія свою форму и одинаковымъ образомъ. Если дать соску ребенку, вложить въ одинъ изъ ртовъ, то сосаніе получается только тогда, когда соска много вложена въ ротъ; при небольшомъ же введеніи соски, хотя актъ сосанія и бываетъ, но молоко не высасывается въ силу слабаго захвата соски. При сосаніи въ обоихъ ртахъ происходятъ одновременно сосательныя движенія. Въ силу того, что для правильнаго сосанія нужно далеко вводить въ ротъ соску, сосаніе изъ груди дѣлалось невозможнымъ; я перепробовалъ позднѣе много грудей у женщинъ въ Лихачевскомъ родильномъ домѣ, давая ихъ двуротому ребенку, но ни одна грудь, ни одинъ сосокъ, какъ бы онъ великъ ни былъ, не были годны для сосанія этому ребенку.—Борода представлялась очень толстой и большой, верхній край прямо переходилъ въ нижнюю поверхность большой срединной двойной ноздри. При ощупываніи опредѣляется, что борода состоитъ изъ двухъ продолговатыхъ плоскихъ костей, сходящихся вверху и соединяющихся здѣсь какъ бы въ одну кость; мѣсто соединенія какъ разъ подъ срединной двойной ноздрей. Схожденіемъ костей бороды вверху образуется въ срединѣ и внизу треугольное пространство, выполненное мягкими частями.

При осмотрѣ полостей рта помощію рефлектора нетрудно убѣдиться, что къ каждому ротовому отверстію идетъ особый языкъ, правильно развитый; а при ощупываніи помощію пальца легко видно, что у корня языки оба соединяются въ одинъ, правильно развитый. Когда палецъ лежитъ во рту, происходятъ сосательныя движенія, при чемъ дѣйствуютъ одновременно оба языка.

Твердое небо, насколько то видно, при помощи рефлектора правильно развито и совершенно разобщено отъ носовой полости. При осмотрѣ рефлекторомъ носовой полости замѣчается ея правильное развитіе въ наружномъ отдѣлѣ. Другихъ какихъ либо аномалій на тѣлѣ плода не найдено.

Въ виду найденныхъ аномалій въ лицѣ плода, сильно уро-

дующихъ его, онъ не былъ показанъ матери; а на основаніи того, что сосательныя движенія онъ дѣлаетъ плохо, при чемъ какъ бы и захлебывается, предположено было, что этотъ младенецъ скоро умретъ, вслѣдствіе чего я взялъ его къ себѣ въ родильный домъ, гдѣ онъ у меня и находился до смерти.

Ребенокъ этотъ прожилъ 11 дней, постепенно все падая въ вѣсѣ отъ невозможности питанія; ко дню смерти вѣсъ его упалъ до 2,400 граммъ. Живымъ онъ мною былъ демонстри-

рованъ въ Обществѣ Врачей Казанской губернской земской больницы и многимъ врачамъ, приходившимъ посмотрѣть его въ родильномъ домѣ.

По смерти ребенка я произвелъ тщательное анатомическое изслѣдованіе полостей рта, носа и дыхательныхъ путей. При этой аутопсіи выяснилось слѣдующее: у этого уродца существуетъ двѣ нижнихъ челюсти; одна половина каждой изъ нихъ (въ данномъ случаѣ наружная) развита правильнымъ

образомъ до средины, другая же половина развита неправильно,—а именно, начинаясь отъ своего нормальнаго мѣста, соотвѣтствующаго и въ данномъ случаѣ бородѣ, она подъ очень острымъ угломъ направляется прямо вверхъ, къ носовой полости и лишь немного отклоняясь внутрь, къ срединной линіи лица; эта половина нижней челюсти съ той и другой стороны имѣетъ одинаковую длину; поверхности ихъ нѣсколько повернуты вокругъ своей оси, вслѣдствіе чего къ срединѣ они соприкасаются между собою ребрами; длина ихъ около 5 ctm.,— они-то и образуютъ собою бороду. Въ верхнемъ концѣ своемъ они нѣсколько расширяются, а на внутренней сторонѣ имѣютъ суставную овальной формы поверхность, въ коей обѣ нижнія челюсти и соединяются другъ съ другомъ, имѣя правильную суставную капсулу; соединеніе это очень мало подвижно. Наружный и вмѣстѣ съ тѣмъ верхній край этого состава плоскій и нѣсколько откинутъ впередъ, почему подъ носомъ и не получается заостренія костныхъ краевъ. Промежутокъ между этими половинами нижнихъ челюстей заполненъ мышечною тканью, при чемъ во внутреннемъ слоѣ есть мышцы, и другія отъ одной нижней челюсти къ другой въ поперечномъ положеніи. Зубные отростки нижней и верхней челюстей развиты хорошо, но, конечно, форма ихъ неправильна соотвѣтственно ротовымъ отверстіямъ.

Изслѣдуя далѣе полость рта, опредѣляется, что твердое нёбо правильно развито въ переднемъ своемъ отдѣлѣ и имѣетъ обычную raphe, но, подвигаясь дальше кзади, встрѣчаемся съ тою особенностію, что мягкаго нёба совсѣмъ нѣтъ, а твердое, идя дальше, оканчивается куполообразно, непосредственно соединяясь со 2-мъ шейнымъ позвонкомъ, въ который твердое нёбо какъ бы и переходитъ. Въ силу этого получается та аномалія, что носоглоточнаго пространства совсѣмъ нѣтъ, полость рта совершенно отдѣлена отъ полости носа, наружныхъ отверстій Евстахіевыхъ трубъ тоже найти было нельзя. Вся область зѣва кажется уменьшенной.

Языкъ въ своей верхушкѣ представляется раздѣленнымъ подъ острымъ угломъ на два правильно развитыхъ, длиною до 3 ctm. каждый, языка, идущихъ къ своему ротовому отверстію; корень же языка одинъ; длина языка отъ мѣста соединенія языковъ до корня около 4 ctm., мѣсто прикрѣпленія языка совершенно правильно. Такъ какъ отсутствуетъ мягкое нёбо и его дужки, то нѣтъ и миндалевидныхъ желѣзъ. Epiglottis пра-

вильно развитъ, а равно и входъ въ гортань и пищеводъ. Словомъ далѣе полости рта аномаліи въ строеніи не идутъ.

Изслѣдуя подробно носовую полость, мы убѣждаемся, что наружныя хоаны (у наружныхъ правильныхъ ноздрей) правильно развиты; средняя же ноздря очень широка и хоаны ея не рѣзко очерчены. Отступя ctm. на 4 отъ наружнаго края носовыя перегородки исчезаютъ и остается одна общая носовая полость, оканчивающаяся слѣпо на основаніи черепа. Болѣе точныхъ изслѣдованій этой области я не произвелъ потому, чтобы не испортить общаго вида урода. Другихъ уклоненій и неправильностей мною нигдѣ не найдено.

Разсматривая данный случай уродства, я не могу его подвести ни подъ одну категорію уродствъ, указаннымъ *Foerster*'омъ, поэтому дать такому уродству точное названіе очень затруднительно. Что же касается до причины развитія такого уродства, то, принимая во вниманіе удвоеніе нижнихъ челюстей, носа и рта, я склоненъ думать, что въ данномъ случаѣ имѣлся какъ бы двойной зародышъ, развившійся по всей вѣроятности при условіи существованія удвоеній въ macula s. vesiculo germinativa. А допуская таковое толкованіе, я отнесу настоящій случай уродства къ случаямъ foetus in foetu.

РЕФЕРАТЫ.

117. **Д. П. Никольскій. О размѣрахъ женскаго башкирскаго таза.** (Извѣстія Общ. Любителей Естествознанія при Московскомъ университетѣ. Дневникъ Антропологическаго Отдѣла. Вып. первый. 1891 г.).

Антропологическія измѣренія женскаго таза очень рѣдки и касаются немногихъ тазовъ и притомъ не живыхъ, а умершихъ женщинъ. Размѣры тазовъ различныхъ расъ отличаются другъ отъ друга. Особенно мало данныхъ имѣется о размѣрахъ женскаго таза у нашихъ инородцевъ. Такъ, извѣстно только измѣренія таза киргизокъ, произведенныя д-ромъ *Колбасенкомъ*. (Проток. Акуш.-гинекол. Общ. въ Кіевѣ. 1890 г. сентябрь).

Авторъ описываетъ размѣры одного женскаго башкирскаго таза, находящагося въ Екатеринбургскомъ Общ. Любителей естествознанія. Размѣры его слѣдующіе: Sp. superior—20,1 ц., Sp. inferior—16,1 ц., Sp. posterior—6,5; Sp. ischiadica—8,6; tuber ischiadic.—9,7; поперечный размѣръ входа 9,5; прямой размѣръ входа 8,8; conjugata 10,3; diameter transversus—10,4; diameter obliquus—11; cristailei—24,5. Сравнивая эти размѣры съ размѣрами, данными *Schröder*'омъ для кавказской расы, авторъ находитъ тазъ башкирокъ общесъуженнымъ и, на основаніи своей практики земскаго врача, утверждаетъ, что такіе тазы дѣйствительно встрѣчаются у башкирокъ.

Н. Какушкинъ.

118. **F. Ahlfeld. Hyperemesis gravidarum, Psyalismus. Hysterie** (Centralb. f. Gynäkol. № 17. 1891). **Рвота беременныхъ, слюнотеченіе, истерія.**

Авторъ, соглашаясь отчасти съ воззрѣніемъ *Kaltenbach*'а, по которому рвота беременныхъ часто является послѣдствіемъ истеріи, приводитъ однако такіе случаи, гдѣ этой связи, повидимому, не существуетъ. Такъ изъ 5-ти наблюдавшихся имъ случаевъ тяжелыхъ заболѣваній беременныхъ, въ двухъ рвота и слюнотеченіе были осложненіемъ мѣстныхъ заболѣваній частью желудка, частью брюшины, два случая относились къ истерическимъ особамъ и, наконецъ, одинъ случай нельзя причислить ни къ той, ни къ другой

категоріи. По мнѣнію автора, рвота и слюнотеченіе есть ничто иное, какъ повышенный рефлекторный неврозъ, вызываемый самой беременностью, при чемъ у женщинъ болѣе или менѣе чувствительныхъ и раздражительныхъ это бываетъ выражено гораздо рѣзче. Чаще всего рвота появляется рефлекторно вслѣдствіе раздраженія чувствующихъ нервовъ. Извѣстны случаи, гдѣ у совершенно здоровыхъ женщинъ, не подверженныхъ никакимъ истерическимъ припадкамъ, раздражительность чувствующихъ нервовъ достигаетъ крайнихъ предѣловъ. Беременная въ такихъ случаяхъ начинаетъ страдать и напоминаетъ картину истеріи. Что касается терапіи, то авторъ въ данномъ случаѣ поступаетъ такъ, какъ еслибы онъ имѣлъ дѣло съ истеричной больной. Такая беременная помѣщается въ больницу, гдѣ строго регулируется образъ ея жизни и стараются по возможности устранять какія бы ни было душевныя волненія.

Д. Рузи.

119. **Познанская. Случай неукротимой рвоты внѣ беременности.** (Медицина, № 18, 1891 г.).

Г-жа М. начала менструировать на 13 году, регулы неправильны,—черезъ $1^1/_2$—2 недѣли по 7 дней, обильныя, сгустками, съ сильными болями въ нижней части живота въ теченіе 1-го дня. Замужъ вышла на 21 году: регулы явились черезъ 28 дней, длились только по 4—5 дней, но попрежнему обильны и сопровождались такими же сильными болями. Черезъ 3 мѣсяца послѣ замужества бѣли, а вскорѣ боли въ лѣвомъ паху, распространяющіяся на лѣвое бедро. Беременна за 5 лѣтъ замужества не была. Четыре мѣсяца тому назадъ появилась тошнота, а потомъ и рвота, являвшаяся сначала послѣ ѣды, а потомъ и независимо отъ нея. Примѣняемыя симптоматическія средства (кокаинъ и пр.) безъ прочнаго успѣха. Истощенный субъектъ. Языкъ обложенъ. Рвотой извергается желтоватая, слизистая жидкость, безъ особеннаго запаха. Животъ умѣренно вздутъ, чувствителенъ ниже пупка и inregione hypogastrica, преимущественно слѣва. Маленькая матка in anteflexione retroposita, фиксирована слѣва и съ трудомъ отводится отъ крестца; изъ шейки матки выдѣляется мутноватая жидкость. Рядомъ съ маткой никакой опухоли нѣтъ. Лѣвый сводъ напряженъ, болѣзненъ. Діагнозъ: *anteflexio uteri congenita, endometritis et salpingo-oophoritis chronica sinistra et dysmenorrhoea.* Рвота прекратилась черезъ 4 дня послѣ произведенной discisio cervicis съ предварительнымъ расширеніемъ канала шейки расширителями *Hegar*'а до № 8,5 и, по свѣдѣніямъ, полученнымъ черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи, болѣе не повторялась.

А. Рутковскій.

120. **A. Holowko. Eine seltene Todesursache bei einer kreissenden Verblutung aus gerissenen peritonitischen Adhaesionen** (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXI, H. 2, 1891). **Рѣдкая причина смерти роженицы (истеченіе кровью изъ разорванныхъ перитонитическихъ сращеній).**

29-го іюня 1890 г. *Н.* былъ призванъ къ беременной 36-ти лѣтней сидѣлкѣ, рожавшей 2 раза: 7 лѣтъ тому назадъ незрѣлый мертвый плодъ и $1^1/_2$ года такъ называемаго недоношеннаго ребенка. Послѣднія крови были

въ ноябрѣ 1889 г. Беременность протекала нормально, но 28-го іюня она почувствовала послѣ прыжка сильное колотье въ правомъ боку и вслѣдъ за тѣмъ наступленіе необыкновенно болѣзненныхъ потугъ. Stat. praes. t° 38. Дно матки стоитъ на 15 ctm. выше пупка, консистенція ея крайне плотна, дѣтскія части не прощупываются, сердцебіенія плода выслушать не удается. Влагалищная часть рыхла, длина ея 2 ctm., наружный зѣвъ и каналъ шейки проходимы для пальца. Тетаническое сокращеніе матки уменьшилось послѣ впрыскиванія морфія (0,015) и теплой ванны; но признаковъ жизни плода не обнаруживается. Въ теченіи двухъ дней эти явленія оставались безъ измѣненій при постоянно повышенной температурѣ и рѣзко учащенномъ пульсѣ. 1-го іюля утромъ зѣвъ сглаженъ, разрывается пузырь и въ 11 часовъ рождается свѣже мацерированный плодъ, соотвѣтствующій приблизительно 8-му мѣсяцу беременности. Послѣ родовъ состояніе матери быстро ухудшается. Пульсъ нитевиденъ, но животъ вздутъ. Послѣдъ удаленъ черезъ $^1/_2$ часа по способу *Crede*, причемъ, какъ и раньше, почти вовсе не наблюдается истеченія крови изъ половыхъ частей. При быстро возрастающемъ упадкѣ силъ въ $^1/_2$ 1-го наступаетъ смерть. При вскрытіи въ брюшной полости найдено большое количество (3—4 l.) жидкой крови и многочисленные кровяные сгустки между петлями кишекъ. Серозный покровъ матки гладокъ, признаковъ поврежденія на немъ не замѣтно. Между восходящею и поперечною частями толстыхъ кишекъ существуетъ много старыхъ сращеній, легко рвущихся подъ рукою. Все это мѣсто пронизано кровоизліяніями и покрыто обильными сгустками крови. При давленіи на сращенія изъ нихъ выдавливается еще жидкая кровь. Въ виду отсутствія какихъ бы то ни было явленій со стороны прочихъ органовъ брюшной полости, данныя вскрытія приводятъ къ заключенію объ имѣвшемся кровотеченіи изъ разорванныхъ перитонитическихъ сращеній между указанными отдѣлами кишекъ, хотя и не удалось найти съ точностью самые поврежденные сосуды. Что касается прижизненнаго опредѣленія внутрибрюшнаго кровоизліянія въ данномъ случаѣ, то авторъ подчеркиваетъ отсутствіе явленій сильной анэміи (единственнаго признака, считаемаго *I. Veit*'омъ существеннымъ въ подобныхъ случаяхъ); не было ни рвоты, ни головокруженія и замѣтнаго помраченія сознанія, ни судорогъ и, наконецъ, не замѣчалось того безпокойства, которое обычно наблюдается передъ смертью отъ внутреннихъ кровотеченій. Съ другой стороны нахожденіе на вскрытіи многочисленныхъ свертковъ крови разной давности среди разорванныхъ сращеній, по мнѣнію *H.*, указываетъ на постепенность излитія крови въ брюшную полость, давшаго сначала инкапсулированную haematocele, которая затѣмъ уже прорвалась, благодаря быстрому измѣненію давленія въ брюшной полости по изгнаніи плода (рѣзкій упадокъ общаго состоянія непосредственно послѣ родовъ). Тетанусъ матки и вмѣстѣ съ нимъ смерть плода, авторъ объясняетъ анэміею, которой вполнѣ соотвѣтствовалъ и характеръ пульса. Анэміею же кишечной мускулатуры былъ обусловленъ и парезъ ея съ послѣдовательнымъ развитіемъ метеоризма. Совпаденіе внутрибрюшнаго кровотеченія съ беременностью представляетъ большія затрудненія для ранняго распознаванія, главнымъ

образомъ, въ силу того, что сама увеличенная матка препятствуетъ быстрому истеченію крови и вмѣстѣ съ тѣмъ развитію полной картины болѣзни. Быть можетъ сама беременность, обусловливая рядъ явленій застоя и переполненія сосудовъ брюшной полости, служитъ моментомъ, предрасполагающимъ къ разрыву послѣднихъ въ перитонитическихъ сращеніяхъ, въ виду чего *H.* съ положительностью высказывается противъ искусственнаго вызыванія сращеній, вообще, у женщинъ, могущихъ забеременить впослѣдствіи, и противъ вентрофиксаціи при тѣхъ же условіяхъ, въ частности При ранней постановкѣ діагноза въ описанномъ случаѣ единственнымъ средствомъ могло бы быть только чревосѣченіе съ остановкою кровотеченія путемъ либо прямой перевязки кровоточащихъ сосудовъ, либо въ крайнемъ случаѣ, томпонады брюшной полости іодоформенной марлей.

К. Вальтеръ.

121. **H. Fritsch. Ueber Auskratzung des Uterus bei Puerperalfieber.** (Deutsche Medicinische Wochenschrift, № 16, 1891 г.). **Выскабливаніе матки при родильной горячкѣ.**

Бактеріологическій взглядъ на этіологію послѣродовыхъ лихорадокъ приводитъ къ двумъ средствамъ бороться съ ними: во-первыхъ недопускать микроорганизмы въ родовые пути—профилактика и 2) уничтожать попавшихъ уже—антисептика. Если бы можно было точно знать моментъ ихъ внѣдренія въ организмъ, то послѣродовыя заболѣванія излѣчивались бы простымъ промываніемъ. Но на практикѣ это невозможно и достаточно нѣсколькихъ часовъ, чтобы болѣзнь приняла угрожающій характеръ. Въ подобныхъ случаяхъ простое промываніе уже не можетъ помочь, и необходимо примѣнить болѣе дѣйствительное средство, а именно, по аналогіи съ хирургіей вообще—выскабливаніе. По *E. von Braun*'у послѣродовыя лихорадки раздѣляются на піэмическія, септическія и сапрофическія. Въ послѣднихъ, гдѣ причиной лихорадки являются сапрофиты и образованные ими птомаины—удаленіе ихъ должно принести пользу. Французскіе авторы смотрятъ на выскабливаніе, какъ на болѣе радикальное очищеніе, чѣмъ промываніе. Авторъ производилъ выскабливаніе послѣродовыхъ матокъ уже въ теченіе 20 лѣтъ. Самая операція выскабливанія совершенно безопасна, а возможность перфорировать матку, вслѣдствіе ея дряблости зависитъ только отъ чисто индивидуальныхъ, случайныхъ причинъ. Несмотря на безопасность и легкость выполненія операціи, авторъ не совѣтуетъ ея примѣнять, исходя изъ слѣдующихъ положеній. По начальной картинѣ эндометрита, невозможно сказать, съ какой инфекціей приходится имѣть дѣло: съ сапрофитами или стрептококками, и только дальнѣйшее теченіе даетъ точный отвѣтъ. Исходной точкой инфекціи, авторъ считаетъ шейку, наиболѣе подвергающуюся пораненіямъ и растяженію, и микрококки, попавшіе въ нее, при ея послѣдующемъ сокращеніи, механически попадаютъ въ глубокія слои ткани и отсюда распространяются въ параметрій и въ полости шейки, какъ можно видѣть въ протоколахъ вскрытій. Посредствомъ выскабливанія не удаляется очагъ заразы, лежащій въ

глубинѣ тканей, а только уничтожаетъ инкапсулированіе стрептококковъ и ухудшаетъ дѣло, такъ какъ лишаетъ органъ покоя—лучшаго противувоспалительнаго средства. 100 случаевъ *Braun*'а, гдѣ послѣ выскабливанія лихорадка прекращалась, *Fritsch* объясняетъ тѣмъ, что здѣсь были легкіе случаи, которые выздоровѣли бы и безъ выскабливанія, и главную роль приписываетъ прижиганію іодной настойкой, результатомъ чего было сильная инволюція матки. Въ одномъ случаѣ было бы раціонально выскабливаніе, когда послѣ промыванія, температура падаетъ и потомъ снова повышается, объясняя это повышеніе новымъ возрожденіемъ микрококковъ и образованіемъ птомаиновъ, но изъ опыта авторъ убѣдился, что и въ подобныхъ случаяхъ выскабливаніе не помогаетъ, временное пониженіе температуры объясняется дѣйствіемъ антисептическаго вещества и удаленіемъ накопившихся отдѣленій; а слѣдующее повышеніе продолжающимся процессомъ въ глубинѣ тканей. Относительно остатковъ дѣтскаго мѣста, авторъ совѣтуетъ ихъ удалять, но не изъ боязни эндометрита или сапреміи, а вслѣдствіе кровотеченій и непріятныхъ послѣдствій задержанной инволюціи матки. **П. Садовскій.**

122. **K. Olshausen. Beitrag zu puerperalen Psychosen, speciell den nach Eclampsie auftretenden.** (Zeitschr. f. Geb. u.Gyn., Bd. XXI, H. 2, 1891). **Къ вопросу о послѣродовыхъ психозахъ и въ частности о психозахъ послѣ эклампсіи.**

Нельзя отрицать, что ослабляющіе организмъ моменты во время какъ самаго акта родовъ, такъ и послѣродового періода, могутъ, въ связи съ чисто психическими условіями, тѣмъ болѣе при существованіи наслѣдственнаго предрасположенія, повлечь за собою душевное заболѣваніе въ послѣродовомъ періодѣ. Но рядомъ съ подобными случаями несомнѣнно существуютъ и другіе, указывающіе на самую тѣсную связь психоза съ тяжелымъ инфекціоннымъ заболѣваніемъ родильницъ, связь, мало еще выясненную какъ съ клинической, такъ и съ анатомической точекъ зрѣнія. По наблюденіямъ *О.* острые психозы наичаще являются спутниками послѣродовой піэміи и язвеннаго эндокардита, рѣже съ ними приходится имѣть дѣло при септицеміи. Піэмія при этомъ можетъ протекать скрытно и не быть опредѣлена при жизни родильницы, выражаясь острымъ пораженіемъ мозговыхъ оболочекъ и вещества мозга, въ особенности въ видѣ капиллярныхъ эмболій, легко проскальзывающихъ незамѣченными и на анатомическомъ столѣ. Пораженія брюшины, суставовъ и прочихъ органовъ можетъ при этомъ и не наблюдаться. Самъ *О.* имѣлъ слѣдующій случай: 19-ти лѣтняя I рага родила легко и нормально кромѣ незначительнаго разрыва промежности. Къ вечеру второго дня t° 38,1° при отсутствіи какихъ-бы то ни было мѣстныхъ явленій. На 3-й день сильная головная боль t° 39,1° На четвертый t° 38° у.—39,8° в. при тѣхъ же явленіяхъ и рѣзкомъ психическомъ возбужденіи. На 5-й день галлюцинаціи слуха и наконецъ на 12-й день послѣ родовъ при постоянно продолжающейся съ небольшими ремиссіями лихорадкѣ и при полномъ отсутствіи болей въ животѣ послѣдовала смерть. На вскрытіи найденъ свѣжій геморрагическій пахименин-

гитъ, значительный отекъ мозга и мягкой оболочки. Въ лѣвомъ легкомъ эмболическое, отчасти гнойно-распадающееся гнѣздо. Лѣвый яичникъ пронизанъ многочисленными мелкими гнойничками, у лѣваго края матки небольшой параметрическій очагъ, такіе-же очаги, только въ бо́льшемъ количествѣ, находятся и справа. На серозныхъ оболочкахъ плевры и брюшины начальные признаки воспаленія.—Тѣмъ неменѣе клинически этотъ случай представлялъ картину не піэміи, а остраго психоза.

Но кромѣ подобныхъ безспорно весьма важныхъ и нерѣдкихъ «инфекціонныхъ» психозовъ и пуерперальныхъ заболѣваній на чисто психической почвѣ, *О.* отличаетъ еще одну этіологически и клинически обособленную, пока еще мало изученную группу «психозовъ послѣ эклампсіи». Насколько они, между тѣмъ, заслуживаютъ вниманія, видно изъ слѣдующихъ краткихъ цифровыхъ данныхъ: за $5^1/_4$ лѣтъ въ Берлинской Университетской женской клиникѣ на 200 случаевъ эклампсіи приходится 11 случаевъ съ послѣдовательнымъ развитіемъ психозовъ. Если къ этимъ числамъ присоединить сообщенныя другими авторами цифры *(Braun, Wieger, Seegen),* то въ общемъ получается слѣдующее отношеніе: на 515 сл. эклампсіи 31 случай послѣродового психоза (6%). По наблюденіямъ *О.* исходъ въ психозъ встрѣчается далеко не въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ эклампсіи. 7 случаевъ изъ 11 относятся къ перво—4 случая къ многородящимъ. Въ 7 случаяхъ замѣчалось очень значительное содержаніе бѣлка въ мочѣ, въ 2-хъ могли быть открыты только слѣды бѣлка, обстоятельство, которому авторъ приписываетъ извѣстное значеніе въ виду того, что связь между душевными заболѣваніями, съ одной, и пораженіемъ почекъ, съ другой стороны, не можетъ уже въ настоящее время подлежать сомнѣнію. Въ нѣкоторыхъ изъ случаевъ *О.* проявленію душевнаго разстройства предшествовала необыкновенно продолжительная эклампти́ческая спячка. Обнаруженіе психоза совпадаетъ почти всегда съ самыми первыми днями послѣродового періода, всего чаще оно наступаетъ на 3-й, рѣже на 2 или 4-й день. Въ большинствѣ случаевъ по прекращеніи эклампти́ческой спячки сознаніе возвращалось на день, послѣ чего уже наступали признаки психическаго разстройства, чаще въ видѣ обмановъ слуха, иногда, впрочемъ, и зрѣнія; нерѣдко наблюдались идеи преслѣдованія, доходившія въ одномъ случаѣ до покушенія на самоубійство. Въ большинствѣ случаевъ заболѣваніе носило характеръ галлюцинаторнаго помѣшательства *(Fürstner),* но съ необыкновенно быстрымъ теченіемъ и чаще всего скоро наступавшимъ исходомъ въ выздоровленіе. Слѣдуетъ еще отмѣтить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ температура и пульсъ достигали sub partu безъ достаточныхъ мѣстныхъ причинъ необыкновенной высоты (до 39—39,4°) и частоты (160). Наилучшіе терапевтическіе результаты давалъ хлоралъ въ дозѣ отъ 2,0—4,0 pro die въ клизмѣ, онъ успокоивалъ больныхъ значительно скорѣе чѣмъ морфій и опій. Нѣсколько случаевъ кончились быстрымъ выздоровленіемъ и безъ всякаго лѣченія. Только въ двухъ случаяхъ душевное разстройство не прошло черезъ нѣсколько дней. Необъяснимымъ, но достойнымъ упоминанія является то обстоятельство, что изъ всѣхъ наблюдавшихся за $5^1/_4$ лѣтъ пси-

хозовъ послѣ эклампсіи, какъ на это указывалось и раньше, относительно эклампсіи, 6 случаевъ слѣдовали одинъ за другимъ въ теченіе короткаго срока съ октября 1888 г. до января 1889 г. Далѣе *О.* приводитъ перечень извѣстныхъ въ литературѣ случаевъ развитія психозовъ послѣ эклампсіи и предлагаетъ наконецъ на основаніи вышесказаннаго слѣдующую классификацію послѣродовыхъ психозовъ вообще:

1) Инфекціонные психозы, прямо зависящіе отъ лихорадочнаго послѣродового заболѣванія. 2) Идіотическіе психозы (безъ лихорадочнаго заболѣванія) на почвѣ общаго истощенія. Сюда *О.* относитъ психозы беременности и лактаціоннаго періода и послѣродовые психозы въ тѣсномъ смыслѣ (eigentliche Wochenbettpsychosen), въ основѣ которыхъ лежатъ особенные истощающіе организмъ моменты, какъ напримѣръ, кровотеченія и пр. 3) Интоксикаціонные психозы послѣ эклампсіи или, въ исключительныхъ случаяхъ, при уреміи безъ эклампсіи. **К. Вальтеръ.**

123. **И. М. Львовъ. Случай Graviditatis tubo-uterinae съ благопріятнымъ исходомъ родовъ per vias naturales** (Медицинское Обозрѣніе 1891 г. № 9).

Авторъ описываетъ очень интересный случай трубно-маточной беременности, окончившійся родоразрѣшеніемъ per vias naturales. Исторія его такова. Больная 27 лѣтъ. Регулы появились на 16 году. Первая беременность 10 лѣтъ тому назадъ окончилась выкидышемъ на 4 мѣсяцѣ. Срочныхъ родовъ 4. Послѣ послѣднихъ срочныхъ родовъ страдала цервикальнымъ эндометритомъ. Отъ послѣдней беременности разрѣшилась 24-го іюля 1890 г. на 7-мъ мѣсяцѣ мертвымъ ребенкомъ, послѣ чего долго хворала. Послѣдніе регулы были 11 октября 1890 г. Въ концѣ ноября тѣло матки представлялось увеличеннымъ, тѣстоватой консистенціи, правая фаллопіева труба у маточнаго конца значительно расширена и болѣзненна. Констатирована беременность.

18 января 1891 года безъ всякихъ видимыхъ причинъ появилось кровотеченіе и схваткообразныя боли внизу живота, которыя, то ослабѣвая, то усиливаясь, продолжались до 3 февраля, когда больную привезли въ Лихачевское родильное отдѣленіе. Здѣсь было найдено слѣдующее. Больная довольно анемична, истощена. Нижняя часть живота неравномѣрно увеличена, съ правой стороны больше чѣмъ съ лѣвой. Правая нижняя половина живота вплоть до пупка занята напряженной, эластической, продолговатой опухолью, болѣзненной при давленіи. Portio vaginalis увеличена, рыхла; наружный зѣвъ пропускаетъ палецъ. Тѣло матки, величиной съ гусиное яйцо, передней своей поверхностью обращено влѣво. Опухоль отходитъ непосредственно отъ праваго угла матки, развитаго несравненно больше лѣваго. Lig. rotundum dextr. легко прощупывается. На основаніи вышеизложеннаго, авторъ поставилъ діагнозъ Graviditatis tubo-uterinae dextrae. Такъ какъ, несмотря на давно существующія схваткообразныя боли, беременность продолжала идти впередъ, то авторъ не считалъ нужнымъ торопиться съ лапаротоміей, а предпочелъ выжидать разрѣшенія pervias naturales.

7 февраля кровотеченіе усилось и появились кровяные сгустки. Для остановки кровотеченія влагалище было затампонировано. 13 февраля вечеромъ усилилось снова, почему понадобилась вторичная тампонація рукава. Въ 12 часовъ ночи того же числа появившимися сильными потугообразными болями изъ влагалища были вытолкнуты тампоны, вслѣдъ за которыми родился 4-хъ мѣсячный плодъ съ его послѣдомъ. Оболочки послѣдняго правильно развиты. На chorion мѣстами попадались остатки deciduae въ видѣ пленокъ. Въ кровяныхъ сгусткахъ, вышедшихъ до изгнанія плода, были найдены кусочки слизистой оболочки, которые по своему виду напоминали decidua menstrualis, а при микроскопическомъ изслѣдованіи представляли рѣзко очерченныя децидуальныя клѣтки. Послѣродовой періодъ прошелъ довольно удовлетворительно. На 27 день больная выписалась совершенно здоровой. **Д. Рузи.**

124. **М. А. Панфиловичъ. Случай страданія влагалища микотическаго свойства.** (Проток. засѣд. Общ. Калужскихъ врачей за 1890 г. Калуга. 1891 г. с. 33).

Микозъ слизистой оболочки влагалища—очень рѣдкое страданіе. Авторъ за 10 лѣтъ видѣлъ 3 такихъ случая: 1. Беременная во 2-й половинѣ, съ зудомъ наружныхъ половыхъ органовъ. Входъ и начало влагалища покрыты то сплошь, то бляшками толстымъ, трудно отдѣляемымъ бѣлымъ налетомъ, похожимъ на комочки творогу. 2. Замужняя, не беременная женщина. Входъ во влагалище усѣянъ бляшками бѣлаго цвѣта. 3. Беременная на 8 мѣсяцѣ; сильный, не дающій спать, зудъ половыхъ органовъ. Изслѣдованіе пальцемъ и введеніе зеркала болѣзненны, отчего не опредѣлены размѣры налета, покрывавшаго толстымъ слоемъ входъ и начало влагалища. Первые два случая окончились выздоровленіемъ послѣ примѣненія сулемы въ спринцеваніяхъ и примочкахъ. Послѣдній скоро далъ возвратъ. Въ микроскопическихъ препаратахъ изъ налета въ этомъ случаѣ были найдены нити oidii albicantis. Налетъ этотъ исчезъ послѣ примѣненія Zincisulfocarbolici. **Н. Какушкинъ.**

125. **Глязштейнъ. Случай первичной сифилитической язвы влагалища.** (Медицина 1891 г. № 15).

Какъ ни странно, но сифилитическій шанкръ крайне рѣдко встрѣчается во влагалищѣ, такъ рѣдко, что нѣкоторые авторы называютъ его исключительной находкой. Въ приводимомъ случаѣ имѣлись слѣдующія явленія: на наружной поверхности большихъ губъ,—нѣсколько папулъ небольшихъ размѣровъ въ начальномъ періодѣ развитія. На остальныхъ частяхъ genitalium ext. никакого слѣда первичнаго припадка. Половыя железы рѣзко увеличены. Шейныя, локтевыя и аксиллярныя не прощупываются. На передней и боковыхъ частяхъ груди, на спинѣ, на нижнихъ конечностяхъ, преимущественно на переднихъ поверхностяхъ—разбросанный макуло папузезный сифилидъ. Въ глоткѣ рѣзко ограниченная angina erythematosa. При изслѣдованіи зеркаломъ, portio vaginalis оказалось здоровою, но на задней стѣнкѣ

передней трети влагалища, на разстояніи почти 5 стм. отъ входа, находится язва, обладающая характерными свойствами сифилитическаго шанкра.

А. Рутковскій.

126. **И. И. Толпыго. Случай первичнаго рака влагалища.** (Отчетъ Калужской губ. земской больницы за 1890 г. Калуга 1891 г. стр. 84).

Мѣщанка 47 л., замужняя, рожавшая, правильно менструировавшая (4 года не носитъ кровей), полгода больна бѣлями и кровотеченіями. На задней стѣнкѣ влагалища (на 4 снтм. отъ входа) грибовидный наростъ съ грецкій орѣхъ, въ видѣ цвѣтной капусты. Ниже подъ слизистой ограниченное съ лѣсной орѣхъ затвердѣніе. Прочіе органы нормальны. Полулунными разрѣзами удалена опухоль и затвердѣніе. Рана зашита 12 шелковыми швами. Prima intentio (швы сняты на 10 день). Опухоль подъ микроскопомъ оказалась мозговикомъ (carcinoma medullare). **Н. Какушкинъ.**

127. **И. И. Толпыго. Случай гипертрофіи передней губы матки.** (Отчетъ Калужской губ. земской больницы за 1890 г. Калуга. 1891 г. стр. 84).

Крестьянка 25 л., правильно менструирующая, 3 года назадъ замѣтила у себя опухоль, которая представила нѣкоторое препятствіе во время родоваго акта. Изъ половой щели на уровнѣ съ большими губами выстоитъ опухоль, упругая, съ неровной поверхностью, представляющая непосредственное продолженіе передней губы шейки. Длина ея 10 снтм., конецъ немного расширенъ. Опухоль изсѣчена въ видѣ клина. Рана зашита 12 узловатыми швами, которые сняты на 8 день. Prima intentio. При микроскопическомъ изслѣдованіи, оказалось, что удаленная часть губы состояла изъ равномѣрно увеличенныхъ и утолщенныхъ мышечныхъ и соединительныхъ элементовъ маточной ткани. Небольшое разростаніе сосудовъ также замѣчено. Кромѣ того, въ опухоли замѣчено большое разростаніе мѣшечковъ слизистой оболочки, почему описанную гипертрофію авторъ называетъ фолликулярною по *Virchow*'у.

Н. Какушкинъ.

128. **Kleinwächter. Zur Ventrofixation als Mittel zur Hebung des Prolapsus uteri.** (Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XXI. H. 2. 1891). **Къ вопросу о брюшномъ прикрѣпленіи матки при лѣченіи ея выпаденій.**

Влагалищно-промежностныя операціи при выпаденіяхъ матки и влагалища хотя и даютъ въ большинствѣ случаевъ хорошій успѣхъ непосредственно послѣ производства ихъ, но чтобы сдѣлать послѣдній стойкимъ, необходимо со стороны больныхъ въ теченіе долгаго времени соблюденіе цѣлаго ряда предосторожностей. Между тѣмъ, наибольшее число пролапсовъ встрѣчается среди женщинъ, принадлежащихъ къ недостаточному, тяжело работающему классу, лишенныхъ, слѣдовательно, возможности беречь себя въ достаточной мѣрѣ. Въ виду этого *К.* считаетъ вполнѣ основательными поиски за болѣе радикальною оперативною помощью, примѣромъ которыхъ является между прочими и вентрофиксація матки, произведенная при пролапсѣ вper-

вые *Olshausen*'омъ (1886) и затѣмъ неоднократно и рядомъ другихъ авторовъ съ, по меньшей мѣрѣ, сомнительнымъ, въ общемъ, успѣхомъ. Самъ авторъ дѣлалъ вентрофиксацію при пролапсѣ одинъ разъ (1889) и получилъ относительно благопріятный и, повидимому, не только скоропроходящій результатъ. Матка была пришита къ брюшной стѣнкѣ при помощи трехъ швовъ, двухъ боковыхъ ниже мѣста отхожденія трубъ и третьяго, фиксирующаго матку въ сильной антеверсіи, черезъ заднюю поверхность дна, послѣ того какъ серозная оболочка на послѣднемъ была предварительно соскоблена. При послѣднемъ изслѣдованіи (черезъ 13 мѣс. p. oper.) матка оказалась фиксированною въ антеверсіи, влагалищная часть сдвинута впередъ и кажется какъ будто немного опущенною противъ перваго изслѣдованія послѣ операціи. Половая щель зіяетъ и обѣ стѣнки влагалища оказываются немного выпавшими. Тѣмъ не менѣе сама больная считаетъ себя прочно излѣченною и не соглашается на предложенную ей дополнительную перинеопластику. Сомнѣваясь однако въ стойкости успѣха въ своемъ случаѣ, *К.* признаетъ вентрофиксацію при пролапсѣ за далеко не идеальную операцію и придаетъ гораздо большее значеніе тѣмъ оперативнымъ методамъ, при которыхъ, насколько возможно, достигается возстановленіе нормальныхъ отношеній матки и влагалища къ окружающимъ частямъ (при вентрофиксаціи-же происходитъ лишь замѣна одного патологическаго положенія другимъ таковымъ-же) путемъ, главнымъ образомъ, фиксаціи влагалища въ его нормальной анатомической связи съ сосѣдними органами. Сюда авторъ относитъ способы *Byford*'а (пришиваніе боковыхъ сводовъ къ fascia sacralis или боковыхъ частей передней стѣнки влагалища къ задней стѣнкѣ пахового канала *Pean*'а (рубцовое уменьшеніе боковыхъ сводовъ съ послѣдовательною кольпоперинеорафіею), *Freund*'а (широкое вскрытіе Дугласоваго пространства, пришиваніе надвлагалищной части къ брюшинѣ ниже мыса, укороченіе крестцовоматочныхъ связокъ и зарощеніе cavi Douglasii), *Byrne*'а (прижиганіе верхняго отдѣла влагалища съ образованіемъ кругового, неподатливаго и стягивающаго рубца, удерживающаго влагалище и дающаго одновременно точку опоры для матки). Равно и операція *Frommel*'я (обкладываніе крестцовоматочныхъ связокъ и пришиваніе ихъ къ брюшинѣ боковой стѣнки таза), произведенная имъ при retroflexio uteri fixati, могла-бы, по мнѣнію *К.*, съ нѣкоторыми модификаціями, легко быть примѣнена и при пролапсѣ. Perineorrhaphia и kolpoperineorrhaphia., по автору, являются хотя и хорошими, но отнюдь не радикальными средствами; kolporrhaphia anterior, напротивъ, при опущеніи влагалища, осложненномъ cystocele, есть не болѣе, какъ палліативъ. Что же касается предложенія *Asch*'а экстирпировать при неизлѣчимомъ выпаденіи матки, то оно должно въ настоящее время считаться, по меньшей мѣрѣ, преждевременнымъ, ибо мы не имѣемъ еще права отказаться отъ возможности найти тѣ или другіе способы стойкой фиксаціи матки и влагалища безъ подобнаго искалѣчиванія больныхъ женщинъ.

К. Вальтеръ.

129. **Ю. Ю. Трейбергъ. Случай надвлагалищной ампутаціи матки. Внутрибрюшинный способъ. Выздоровленіе** (Медицинскія прибавленія, къ Морскому Сборнику. Май 1891 г.).

19 февраля 1890 г. въ госпиталь поступила больная Е. И., 50 лѣтъ отъ роду, крайне истощенная; подкожный жирный слой мало развитъ, видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Регулы появились на 15 году, первые роды на 21 году. Дисменорройныя явленія, появившіяся 10 лѣтъ тому назадъ, съ лѣта прошлаго года значительно усилились. Боли локализируются, главнымъ образомъ, въ лѣвой паховой области. Кровотеченія стали болѣе обильными, показываясь за послѣднее время почти ежедневно. При объективномъ изслѣдованіи внизу живота найдена опухоль, совершенно гладкая, равномѣрно-плотной консистенціи, величиной съ дѣтскую голову. Тѣло матки связано съ ней непосредственно. Наружное отверстіе portionis vaginalis пропускаетъ кончикъ пальца. Своды свободны.

Діагнозъ: Fibromyoma uteri interstitiale.

Послѣ безуспѣшно примѣненнаго симптоматическаго лѣченія, была произведена hysteromyomectomia. При вскрытіи брюшной полости показалась увеличенная матка, покрытая спереди сальникомъ. Сращеній нигдѣ не было. Перевязавъ предварительно широкія связки и перерѣзавъ ихъ между двумя лигатурами, авторъ на нижнюю часть опухоли наложилъ эластическій жгутъ. На 3 поперечныхъ пальца выше предполагаемой плоскости сѣченія брюшина была отсепарована въ видѣ манжетки, матка удалена, а изъ оставшейся культи въ фронтальной плоскости вырѣзанъ клинъ, послѣ чего вскрылась полость цервикальнаго канала. Промывъ послѣднюю сулемой и присыпавъ іодоформомъ, авторъ наложилъ на культю трехъэтажный шовъ. Съ цѣлью скорѣйшаго окончанія операціи жгутъ былъ оставленъ въ брюшной полости (à demeure). Рана зашита и наложена іодоформированная повязка.

По окончаніи операціи влагалище промыто растворомъ сулемы и затампонировано. Верхняя часть раны зажила первымъ натяженіемъ, внизу же надъ самымъ симфизомъ было небольшое нагноеніе, повлекшее за собой въ теченіе двухъ дней повышеніе вечерней t° до 38,5°. На 17-й день больная встала съ постели. На 23-й день изъ маточнаго зѣва появилось небольшое выдѣленіе гноя, а дней 6 спустя во влагалище выдѣлилась ампутаціонная культя матки вмѣстѣ съ наложенными на нее швами. На вторые сутки наружный зѣвъ матки сократился, представляя незначительное отверстіе. Больная выписалась вполнѣ здоровой. Оставленный въ брюшной полости эластическій жгутъ въ іюнѣ мѣсяцѣ выдѣлился черезъ влагалище.

Подобное оставленіе жгута, по мнѣнію автора, крайне рисковано, такъ какъ съ величиной инороднаго тѣла ростетъ и трудность его стерилизаціи.

Д. Рузи.

130. **K. Lennander. Till den operativa behandlingen af uterusmyomer.** (Upsala Iäkareförenings förhandlingar, Bd. XXVI, № 4), **Къ оперативному лѣченію міомъ матки.**

Въ зависимости отъ мѣста и способа развитія міомъ находится и самая операція. Міомы на длинной ножкѣ, интерстиціальныя міомы, могущія быть вылущены безъ вскрытія полости матки,—даютъ хорошій прогнозъ. *Albert* оперируетъ при этомъ внѣбрюшинно. Болѣе трудны для операціи интралигаментарно развивающіяся міомы, достигающія громадной величины и содержащія нерѣдко полости. Авторъ оперировалъ два такихъ случая: въ одномъ опухоль вѣсила 17,8 кило, въ другомъ—3,5; веденіе ножки внѣбрюшинное; обѣ больныя выздоровѣли. Другія интерстиціальныя міомы приходится удалять либо путемъ надвлагалищной ампутаціи, либо полною экстирпаціей матки. Въ своихъ трехъ случаяхъ первой изъ этихъ операцій авторъ также держался внѣбрюшиннаго способа, вшивъ ножку одинъ разъ по *Hegar*'у, и два раза примѣнивъ способъ *Fritsch*'а (отдѣленіе ножки сагиттальнымъ разрѣзомъ). Результатами доволенъ. Однако, въ послѣднемъ случаѣ значительная часть ножки подверглась некрозу, зависѣвшему, по словамъ автора, или отъ слишкпмъ тугого затягиванія швовъ или отъ обилія обколотыхъ мѣстъ. Это обстоятельство даетъ ему поводъ энергически возставать противъ внутрибрюшиннаго метода *Schröder*'а, который, напримѣръ, при наличности упомянутыхъ условій (тугое затягиваніе etc.), даетъ куда-худшее предсказаніе, независимо даже отъ опасности кровотеченія (слабое затягиваніе лигатуръ). Въ виду этого авторъ и при полномъ удаленіи матки горячо рекомендуетъ внѣбрюшинное веденіе культи, какъ это ему пришлось сдѣлать въ одномъ случаѣ. Онъ оперировалъ въ *Trendelenburg*'овскомъ положеніи, которое уже $1^1/_2$ года примѣняется хирургической клиникой въ Упсалѣ. Случай касается 44-хъ-лѣтней женщины, замѣтившей мѣсяцевъ 8 тому назадъ опухоль, величиной съ дѣтскую головку, съ правой стороны живота. Въ послѣднее время она какъ-то перемѣстилась влѣво, появились боли въ лѣвой ногѣ и затрудненіе дыханія. При изслѣдованіи, опухоль переходитъ на 4 пальца за пупокъ, въ правой верхней ея части замѣчается зыбленіе, спереди ясно контурируется мягковатое круглое тѣло, съ которымъ опухоль какъ бы сливается; подвижность ея сохранена. Влагалищная часть, отклоненная вправо, лежитъ очень высоко; малый тазъ выполненъ опухолью. Во влагалищѣ зыбленіе не отражается. Чревосѣченіе. По перевязкѣ широкихъ связокъ и разрѣзѣ брюшины, вся опухоль вылущена изъ малаго таза и держится лишь на шейкѣ матки, какъ на ножкѣ. Въ виду неясности положенія пузыря, наложенъ жгутъ, сверхъ котораго матка и отрѣзана. Пузырь выяснился, каналъ шейки прижженъ термокаутеромъ и вся шейка удалена круговымъ разрѣзомъ сводовъ влагалища. Два тампона и двѣ дренажныя трубки вложены чрезъ влагалище и брюшина зашита въ поперечномъ направленіи частью непрерывнымъ, частью узловатыми швами, такъ что вся культя и всѣ швы лежатъ внѣбрюшинно (одинъ шовъ—шелковый, остальные—стерилизированный кэтгутъ). Брюшная рана зашита silkwormgut'омъ. Вся операція длилась 2 часа.

Вѣсъ опухоли 2300 grm; длина полости 17 см. Развитіе—изъ задней лѣвой стѣнки тѣла матки въ области внутренняго зѣва. Послѣоперацiонное теченіе гладкое. **А. Гермоніусъ.**

131. **O. Engstrom. Till behandlingen af pyosalpinx.** (Finska läkaresällskapets handlingar, 1890, № 12). **Къ лѣченію pyosalpinx'а.**

Не вполнѣ довольный прежними и существующими способами лѣченія гнойныхъ скопленій въ трубахъ (*Frankenhäuser*'а, *Doleris, Simpson*'а), авторъ въ представившемся ему случаѣ прибѣгнулъ къ болѣе, по его мнѣнію, цѣлесообразной мѣрѣ,—и съ успѣхомъ. Случай этотъ касался 23-хъ-лѣтней женщины съ діагнозомъ эндометрита и правосторонняго pyosalpinx'а, поступившей подъ его наблюденіе въ мартѣ 1889 года. Первая менструацiя была въ 17 лѣтъ, нѣсколько позже выхода замужъ; беременностей не было. Два года страдаетъ болями внизу живота и нѣсколько мѣсяцевъ бѣлями. Регулы всегда правильны, за исключеніемъ послѣднихъ, пришедшихъ хотя и во время, но продолжавшихся, вмѣсто обычныхъ 3-хъ дней, около двухъ недѣль. При изслѣдованіи, слизистая оболочка влагалища и влагалищной части сильно гиперемирована; матка въ нормальной антефлексіи, не велика, отодвинута нѣсколько влѣво, неподвижна. Въ правомъ сводѣ замѣчается въ тѣсномъ соприкосновеніи съ маткой уплотненіе, величиной съ большое куриное яйцо. Отдѣленіе изъ матки значительное, слизисто-гнойнаго характера. Лѣченіе—покой, согрѣвающіе компрессы, горячіе души съ Aq. pyrolignos, а позже Ac. plumbi, соблюденіе правильнаго стула—не повело къ уменьшенію опухоли. Въ теченіе цѣлаго года она прибѣгала то къ ваннамъ, то ко льду и опію; производилось выскабливаніе слизистой оболочки полости матки съ послѣдовательнымъ впрыскиваніемъ іодной настойки: вслѣдъ за временными облегченіями боли возобновлялись, опухоль даже увеличивалась, являлись обостренія съ температурой до 39°. Въ февралѣ 1890 года сводъ проколотъ тонкимъ троакаромъ: вышла небольшая часть желто-зеленаго гноя, съ запахомъ; отверстіе быстро закрылось, и опухоль скоро вновь достигла величины гусинаго яйца, а постоянныя боли даже усилились. Тогда приступлено къ операціи. Послѣ тщательной дезинфекціи операціоннаго поля и нахожденія въ сводѣ ближайшей къ гнойному скопищу точки, стѣнка свода прожжена Пакелэномъ на разстояніи 2-хъ см. отъ влагалищной части вправо и кзади. Затѣмъ подъ руководствомъ снаружи лежащей руки, со дна прижженой раны, проведенъ черезъ сводъ полый зондъ, и проткнута утолщенная стѣнка трубы. По истеченіи нѣкотораго количества гноя, Пакелэномъ, дѣйствующимъ по направленію зонда, сдѣлано отверстіе, проходимое для пальца, длиною въ $3^1/_2$—4 см. Когда весь гной вытекъ, произведено выполаскиваніе полости $1^1/_2$% растворомъ карболовой кислоты. Кровотеченіе изъ одного изъ сосудовъ клѣтчатки остановлено обкалываніемъ. Въ спавшійся мѣшокъ впрыснута іодная настойка и вставленъ толстый дренажъ. Влагалище затампонировано іодоформной марлей. Ледъ на животъ и неподвижное положеніе на спинѣ. На 5-й день t° поднялась до 38°; оказалось, что дренажъ

выскользнулъ, и мѣшокъ нѣсколько наполнился; при помощи маточнаго зонда, дренажъ водворенъ на прежнее мѣсто, вышло много зловоннаго гноя; прополаскиваніе $2^1/_2{}^0/_0$ карболовымъ растворомъ. Отдѣленіе уменьшается; на 10-й день удаленъ дренажъ, на 14-й больная выписалась; на 33-й—встала окончательно съ постели. Чрезъ свищевой ходъ отдѣляется немного гноя; назначены влагалищныя спринцеванія въ 45° С. Спустя три мѣсяца снова впрыснута черезъ свищевой ходъ іодная настойка. Боли прекратились, и больная могла приступить къ работѣ. Въ сентябрѣ, при изслѣдованіи, найдено, что матка подвижна, отдѣленіе изъ нея нормально. Вправо и кзади отъ влагалищной части въ сводѣ прощупывается твердый длинноватый рубецъ, въ 1 см. толщиной. Отъ праваго угла матки кнаружи и внизъ тянется шнуръ, толщиной въ мизинецъ; онъ фиксированъ въ заднемъ сводѣ и находится въ связи съ упомянутымъ рубцомъ. Больная все лѣто не оставляла своихъ занятій; регулы были правильны и безболѣзненны. Общее состояніе хорошо. Въ заключеніе авторъ говоритъ, что не хотѣлъ прибѣгнуть къ чревосѣченію вслѣдствіе фиксаціи опухоли къ тазовому дну, и прибавляетъ, что болѣе частое впрыскиваніе іодной настойки, весьма вѣроятно, ускорило бы обновленіе и заживленіе слизистой оболочки пораженной трубы и, слѣдовательно, самое выздоровленіе. Прижиганіе термокаутеромъ должно было предохранить отъ первичнаго зараженія при выходѣ гноя. Авторъ приводитъ позднѣйшія сообщенія французскихъ хирурговъ объ успѣшности этого метода.

А. Гермоніусъ.

132. **G. Heinricius. Den gynäkologiska klinikens i Helsingfors verksamhet 1890.** (Finska läkaresällskapets handlingar, 1891, № 2). **Дѣятельность гинекологической клиники въ Гельсингфорсѣ за 1890 годъ.**

Названная клиника обладаетъ всего 20 кроватями, которыхъ, конечно, весьма недостаточно; больнымъ приходится отказывать въ пріемѣ или лѣчить ихъ, если то возможно, поликлинически; кромѣ того, авторъ находилъ себя вынужденнымъ выписывать многихъ до полнаго выздоровленія. Въ 1890 году принято—одинъ разъ 162 больныя, по два раза—17 и 3 раза—1; оставалось отъ предшествующаго года—13; не выписаны къ 1891 году—14.

Циститы (6 случ.) лѣчились успѣшно впрыскиваніями борной кислоты въ $4^0/_0$ растворѣ. Изъ 13 случаевъ различныхъ фистулъ и дефектовъ въ пузырно-влагалищной стѣнкѣ и уретрѣ, лѣченныхъ оперативно, только въ одномъ успѣхъ не полный, вслѣдствіе непремѣннаго желанія больной выписаться до заживленія узкаго свищевого хода. 4 случая разрыва промежности зашиты по *Lawson-Tait*'у. Въ 1 случаѣ встрѣтился дифтеритическій вагинитъ и въ 2 ракъ влагалища и входа. Изъ воспалительныхъ процессовъ въ маткѣ эндометритъ наблюдался 41 разъ; въ 22 случаяхъ произведено выскабливаніе (по 2 раза у трехъ и 3 раза у одной больной) съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ сулемой, хлористымъ цинкомъ, іодомъ и проч.; 3 раза встрѣтился метритъ шейки, изъ нихъ въ 2—сдѣлана экцизія, а одинъ лѣченъ іодомъ и ихтіоломъ.

Изъ 11 случаевъ задняго смѣщенія и перегиба матки ни одинъ не далъ показаній къ оперативному вмѣшательству. 6 случаевъ опущенія и выпаденія влагалища и матки были оперированы комбинаціей способовъ *Hegar*'а и *Lawson-Tait*'а съ ампутаціей шейки и массажемъ; швы шелковые и кэтгутовые; всѣ больныя поправились. Изъ опухолей матки—фиброиды 21 разъ; изъ нихъ въ 3 случаяхъ полипы, которые и удалены. Въ 1 случаѣ эрготинъ вызвалъ рожденіе фиброида чрезъ наружный зѣвъ и отпаденіе его. Въ одномъ послѣдовала смерть отъ гнилостнаго распаденія фиброида до оперативнаго вмѣшательства. Лѣченіе электричествомъ по *Apostoli* не примѣнялось за отсутствіемъ аппаратовъ. Ракъ матки наблюдался 15 разъ; у большинства примѣнялось выскабливаніе и прижиганіе; 3 раза матка удалена чрезъ влагалище, причемъ авторъ, примѣняя *Richelot*'овскіе пинцеты, находитъ ихъ чрезвычайно удобными и оставляетъ на двое сутокъ. Двѣ больныя умерли: одна черезъ $^1/_2$ года послѣ неудавшейся попытки удалить приращенную матку; другая—послѣ выскабливанія и прижиганія при явленіяхъ септицеміи; инфарктъ въ правой почкѣ, лѣвосторонній гидронефрозъ, отекъ мозга.

11 случаевъ ovariosalpingitis лѣчились, большею частью, горячими душами и ихтіоломъ; послѣдній не оставилъ въ авторѣ впечатлѣнія средства «изъ ряда вонъ выходящаго». Такъ же проведены и 22 случая para-perimetrit'а и oophorit'а. Въ одномъ случаѣ заматочной кровяной опухоли горячіе влагалищные души повлекли за собой полное ея разсасываніе. Изъ другихъ формъ интереснымъ представляется случай брюшной беременности, гдѣ движенія плода прекратились за 12 недѣль до предположеннаго срока родовъ, что сопровождалось порядочнымъ кровотеченіемъ и выдѣленіемъ кусковъ «мяса» изъ матки; спустя три мѣсяца изъ прямой кишки стали выходить какія-то косточки (іюль 1889 г.). Въ маѣ 1890 года больная принята въ клинику, гдѣ констатирована твердая опухоль въ заднемъ сводѣ; свищевого хода въ прямой кишкѣ найти не удалось, хотя потомъ и вышли еще части бедренной и лобной костей. Больная выздоровѣла. При чревосѣченіяхъ (29 случаевъ) авторъ соблюдаетъ обычныя антисептическія предосторожности; губки и сулемованную марлю держитъ въ нормальномъ соляномъ растворѣ. Матеріалъ для швовъ—шелкъ и кэтгутъ (при вылущеніяхъ міомъ); глубокіе швы на брюшной стѣнкѣ—металлическіе. Изъ 9 міомотомій четыре надвлагалищныя по *Schröder*'у и четыре энуклеаціи. Два случая кончились смертью при явленіяхъ септическаго перитонита. Изъ 3 кастрацій въ одной смертельный исходъ на 11-й день (циститъ и начинающійся перитонитъ). Оваріотомій сдѣлано 13; изъ нихъ 10 прошли безъ осложненій, въ 2 послѣдовала смерть кахектически-ослабленныхъ больныхъ. Въ одномъ изъ случаевъ пробнаго чревосѣченія найденъ туберкулозъ брюшины (больная вскорѣ умерла); въ другомъ оказался ракъ брыжжейки и кишекъ.

А. Гермоніусъ.

133. **O. Engstrom. Laparotomier utförda år 1890 för affectioner hos uterus och dessadnexer.** (Finska läkaresällskapets handlingar, 1891, № 5). **Чревосѣченія, произведенныя въ 1890 году по поводу заболѣваній матки и ея придатковъ.**

Авторъ произвелъ въ своей лѣчебницѣ за отчетный годъ 22 чревосѣченія, соблюдая при нихъ строгую антисептику. Держась относительно показаній взгляда *Schröder*'а о необходимости немедленнаго удаленія пораженнаго новообразованіемъ яичника, авторъ произвелъ 10 овaріотомій, всѣ съ исходомъ въ выздоровленіе. Въ двухъ случаяхъ было перекручиваніе ножки (одинъ сопровождался перитонитомъ); въ одномъ овaріотомія сдѣлана на 5-мъ мѣсяцѣ беременности (8-й случай въ практикѣ автора). Четыре раза произведена ovario-salpingotomia; одна изъ нихъ съ міотоміей. Оперированныя выздоровѣли. Кромѣ упомянутой сдѣлано еще 5 міотомій. Такое, сравнительно, малое число операцій на 60 наблюдавшихся имъ случаевъ міомъ, авторъ объясняетъ тѣми прекрасными результатами отъ примѣненія постояннаго тока по *Apostoli*, которые онъ получилъ за отчетный періодъ и которые такимъ образомъ сократили необходимость кроваваго вмѣшательства. Въ двухъ случаяхъ послѣдовала смерть: въ первомъ, при необычайномъ малокровіи еще до операціи, полное отсутствіе гнилостнаго зараженія; во второмъ, осложненномъ также 5-мѣсячною беременностью, вскрытія не было, хотя изъ клиническаго теченія сепсисъ также не явствуетъ. Брюшное прикрѣпленіе матки сдѣлано одинъ разъ по поводу выпаденія ея и влагалища (дополнительныя операціи colporrhaphia ant. и perineorrhaphia по *Lawson-Tait*'у) и одинъ разъ изъ-за перегиба матки назадъ. Наконецъ, въ одномъ случаѣ чревосѣченіе произведено при бугорчатомъ перитонитѣ; выпущено около 6 бутылокъ жидкости и въ полость брюшины всыпано 2 чайныя ложки іодоформа.

А. Гермоніусъ.

134. **A. Törngren. En serie af femtio buksnittsoperationer.** (Finska läkaresällskapets handlingar, 1891, № 6). **Пятьдесятъ чревосѣченій.**

Съ іюля 1888 по апрѣль 1891 года авторъ произвелъ 50 чревосѣченій, главнымъ образомъ, по поводу заболѣваній женскаго полового аппарата. Изъ нихъ 29 сдѣланы вслѣдствіе опухолей яичниковъ и матки, 13—изъ-за воспалительныхъ измѣненій яичниковъ и трубъ, 2 — при внѣматочной беременности, 1—при абдоминальной кистѣ (безъ связи съ половыми органами), 1—при саркомѣ почки, 1—при саркомѣ тонкой кишки и 3—при новообразованіяхъ брюшины. Изъ всѣхъ операцій—6 остались пробными разрѣзами, въ 3-хъ новообразованія или болѣзненно-измѣненные органы были удалены частью, а въ остальныхъ 41—вполнѣ. Смерть, какъ прямое слѣдствіе операціи, наступила 5 разъ. Смертность въ отдѣльныхъ группахъ выразилась такимъ образомъ, на 20 овaріотомій (изъ нихъ 7 двухсторонніхъ) 1 случай смерти = 5%; при 9 міотоміяхъ 2 случая смерти = 22%; на 13 ovariosalpingitom'ій — 2 смерти = 15%; остальныя операціи смертныхъ случаевъ не дали. Въ одномъ случаѣ забрюшинной кистомы яичника чревосѣченіе произ-

ведено 2 раза, и хотя во второй разъ удалось вырѣзать все новообразованіе, больная на слѣдующій послѣ операціи день умерла. Въ одномъ случаѣ внутрибрюшиннаго вылущенія міомы больная умерла на 4-й день post operationem; вскрытіе показало лишь значительныя измѣненія въ сердцѣ. Изъ 4 гистерэктомій 1 кончилась летально, вѣроятно, отъ инфекціи (безъ вскрытія). Въ 1 случаѣ ovariosalpingit'a—воспалительныя измѣненія распространялись по всей брюшинѣ, множество сращеній очень затрудняли операцію и повели къ кровотеченію, ослабившему и безъ того слабую больную, которая на другой день и умерла. Такая же слабость была, вѣроятно, причиною смерти и другой больной, съ абсцессомъ яичника. **А. Гермоніусъ.**

135. **Mendes de Leon. Beckenhochlagerung bei Totalextirpation der Gebärmutter** (Centralb. f. Gynäkol. 1891. № 17). **Высокое положеніе таза при полномъ удаленіи матки.**

Приводя случай полной надвлагалищной экстирпаціи матки съ примѣненіемъ высокаго *Trendelenburg*'скаго положенія, авторъ указываетъ на преимущества названнаго способа оперированія. Случай этотъ слѣдующій: Дѣвица В., 55 лѣтъ отъ роду, давно страдаетъ бѣлями. Въ теченіе менопаузы, наступившей около двухъ лѣтъ назадъ, появляются неправильныя кровотеченія. Объективно найдено: hymen цѣль, влагалище съужено на столько, что палецъ съ трудомъ достигаетъ port. vaginalis, наружное отверстіе котораго представляется въ видѣ небольшаго углубленія. Введеніе зонда невозможно. Кровотеченіе съ 7-го мая появляется почти ежедневно. 24-го мая послѣ изслѣдованія больной подъ наркозомъ поставленъ діагнозъ — ракъ тѣла матки. Матка представляется вялой, увеличенной до кулака взрослаго человѣка. Выдѣленія зловонны. За послѣднее время больная худѣетъ, температура повышена. Въ виду постепенно ухудшавшагося общаго состоянія, 14-го октября была произведена laparotomia съ послѣдующей экстирпаціей матки. Придавъ больной высокое *Trendelenburg*'ское положеніе и затампонировавъ влагалище іодоформированной марлей, послѣ предварительнаго промыванія ея 5% карболовомъ растворомъ, авторъ провелъ брюшной разрѣзъ, начиная отъ симфиза, вверхъ на 8 сант. По вскрытіи брюшной полости, обѣ широкія связки были перевязаны, и ампутаціонная культя (матки) отдѣлена спереди отъ мочеваго пузыря, а сзади отъ брюшины. Послѣ этого открылось дно Дугласова пространства, при чемъ какъ передній и задній, такъ и боковыя своды влагалища оказались лежащими на іодоформированномъ тампонѣ. Наложивъ на нихъ соотвѣтственные швы и перемѣнивъ во влагалищѣ іодоформированный тампонъ, авторъ зашилъ брюшную рану.

Послѣопераціонный періодъ протекъ вполнѣ удовлетворительно. Бывшее небольшое повышеніе температуры (38,8°) зависѣло, по всей вѣроятности, отъ незначительнаго нагноенія на мѣстѣ брюшнаго укола. 15-го ноября больная выписана совершенно здоровой. Слизистая оболочка удаленной матки представлялась значительно утолщенной, давая мѣстами трещины, доходящія до мышечнаго слоя. Микроскопическое изслѣдованіе показало ясную кар-

тину карциномы. Экстирпація пораженой матки per laparotomiam, по мнѣнію автора, даетъ то преимущество предъ влагалищнымъ способомъ, что при первомъ случаѣ представляется полная возможность къ удаленію окружающихъ пораженныхъ тканей, тогда какъ при второмъ удаляется только одна матка. Примѣняемое одновременно высокое положеніе таза даетъ при этомъ вполнѣ точную и ясную топографію органовъ малаго таза. **Д. Рузи.**

136. **C. Gebhard. Ueber Sublimatintoxication.** (Zeitschr. f. Geb. и Gyn., Bd. XXI, H 2, 1891). **Отравленіе сулемою.**

Господствовавшее лѣтъ 10 тому назадъ среди акушеровъ и гинекологовъ увлеченіе сулемою потерпѣло значительное охлажденіе послѣ несчастныхъ случаевъ, опубликованныхъ *Lomer*'омъ, *Stadtfeld*'омъ, *Nötz*'емъ, *Winter*'омъ, *Patridge*. Экспериментальныя же изслѣдованія *Mikulicz*'а вызвали сомнѣнія въ могучести ея антисептическаго дѣйствія, разъ она приходитъ въ соприкосновеніе съ бѣлокъ содержащими жидкостями. Новѣйшія работы по данному вопросу *Kaufmann*'а, *Neuberger*'а и *Klemperer*'а имѣютъ предметомъ главнымъ образомъ клиническую симптоматологію и патологическую анатомію отравленія сулемою. При употребленіи сулемы со стороны женскихъ половыхъ органовъ симптомы отравленія по времени своего появленія группируются слѣдующимъ образомъ: 1) Поносъ въ началѣ нѣсколько слизистыми, позднѣе кровянистыми крайне зловонными и содержащими клочья слизистой оболочки испражненіями, сопровождающійся сильными болями въ животѣ и тенезмами,—т. е., въ общемъ, рядъ явленій соотвѣтствующихъ картинѣ тяжелой гангренозной дизентеріи; 2) Уменьшеніе количества выдѣляемой мочи до полной ануріи, съ содержаніемъ въ ней бѣлка и форменныхъ элементовъ. Только на третьемъ мѣстѣ слѣдуетъ 3) стоматитъ, могущій и въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ протекать безъ слюнотеченія. Самочувствіе измѣнено самымъ различнымъ образомъ. Больныя жалуются на головную боль, головокруженіе, чувство страха и т. п. Температура субнормальна, пульсъ ускоренъ, сдавливается легко, иногда неправиленъ. Эритемы наблюдаются рѣдко. При патологическомъ изслѣдованіи обращаютъ на себя вниманіе измѣненія главнымъ образомъ въ двухъ органахъ: въ кишечникѣ и въ почкахъ. Въ нижнихъ отдѣлахъ кишекъ чѣмъ ниже, тѣмъ раньше развивается рядъ дифтеритическихъ измѣненій, отекъ складокъ слизистой оболочки и подслизистой, кровоизліянія въ ткань ея и глубокія гангренозныя изъязвленія. Эти измѣненія происходятъ, какъ доказано экспериментально *Grawitz*'емъ, не благодаря мѣстному дѣйствію сулемы, а аналогично геморрагическимъ эрозіямъ слизистой оболочки желудка, вслѣдствіе сокращенія мышечнаго слоя отъ раздраженія измѣненною въ своемъ составѣ кровью; по *Kaufmann*'у же, вслѣдствіе капиллярнаго тромбоза съ послѣдовательнымъ омертвѣніемъ обезкровленныхъ участковъ. Въ почкахъ всегда были находимы измѣненія большею частью въ видѣ известковыхъ отложеній въ корковомъ слоѣ, при чемъ вопросъ о томъ, суть-ли это отложенія въ тѣсномъ смыслѣ растворенной въ крови извести или продукты мѣстнаго перерожденія въ почечномъ эпителіи,

до сихъ поръ еще не нашелъ себѣ единогласнаго рѣшенія. *G.* наблюдалъ въ клиникѣ *Olshausen*'а слѣдующій случай отравленія сулемою. Больной въ виду гонорройнаго эндометрита было уже сдѣлано безнаказанно два промыванія полости матки растворомъ сулемы (1:5000). Только при третьемъ промываніи больная сразу почувствовала сильную боль въ животѣ, къ которой вскорѣ присоединилось голокруженіе, рвота и обморокъ. Къ вечеру пульсъ—140, крайне малаго наполненія, на второй день сильный кровавый поносъ и анурія, на третій ясно обнаружились характерныя явленія стоматита при незначительномъ, однако, слюнотеченіи. При такой общей картинѣ на 8-й день послѣдовала смерть. По вскрытіи на днѣ матки найдены были два перфораціонныхъ отверстія въ брюшной полости, признаки свѣжаго фибрознаго перитонита. Въ S-romanum прободающая язва. Весь кишечникъ начиная отъ anus до 10 ctm. выше valv. Bauhini представляетъ одну общую язвенную поверхность. Въ нижнихъ доляхъ легкихъ бронхо-пневмоническія гнѣзда. Въ корковомъ слоѣ почекъ упомянутыя отложенія извести, которыя авторъ на основаніи микроскопическаго изслѣдованія считаетъ происшедшими путемъ объизвествленія самихъ эпителіальныхъ клѣтокъ канальцевъ, а не выдѣленія известковыхъ солей въ ихъ просвѣтъ. Такимъ образомъ *G.* присоединяется къ мнѣнію *Kaufmann*'а, полагающаго, что продукты расщепленія бѣлковъ въ клѣткахъ эпителія (образующіяся вслѣдствіе анэміи почечной паренхимы), обладаютъ химическимъ сродствомъ къ извести и притягиваютъ ее изъ окружающихъ частей. **К. Вальтеръ.**

ПОПРАВКА.

Въ рефератѣ моемъ (см. «Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней», № 3, 1891) о докладѣ д-ра *Замшина* на IV съѣздѣ врачей въ Москвѣ, отчасти благодаря спѣшности работы, а отчасти и по другимъ независящимъ отъ референта обстоятельствамъ, вкрались, къ сожалѣнію, нѣкоторыя неточности и неясности, могущія подать поводъ къ недоразумѣніямъ. Такъ, вмѣсто словъ «подъ глазъ (въ вену)» надо читать «въ глазъ, въ вену. Далѣе, каучуковые шары, посредствомъ которыхъ д-ръ *Замшинъ* впрыскивалъ свои культуры, употреблялись только при инъекціяхъ въ полость плевры и брюшины. Затѣмъ, въ фразѣ «однако, параллельные опыты показали и пр.» слово «однако» лишнее. Летальныхъ случаевъ, при которыхъ при изслѣдованіи крови и гнойниковъ былъ найденъ оранжевый гроздекоккъ, былъ не одинъ, какъ сказано въ рефератѣ, а нѣсколько.

Результаты работы дали докладчику возможность признавать самозараженіе въ томъ смыслѣ этого слова, въ какомъ онъ высказывался раньше на страницахъ «Врача» (№ 20, 1890). **Василій Массенъ.**

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

КЪ ВОПРОСАМЪ СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГІИ.

(Путевыя и личныя наблюденія)

Д-ра медицины В. Купидонова (Казань).

Парижъ. Въ Парижѣ я посѣщалъ клиники хирурговъ: *Pozzi, Terrillon*'а, *Lucas-Championier*'а, *Péan*'а, *Segond*'а, акушерскую клинику *Pinard*'а, клиники электротерапевтовъ *Apostoli, Baraduc*'а, *Brivois, Wigouroux,* клинику нервныхъ болѣзней проф. *Charcot;* послѣднюю, впрочемъ, очень короткое время.

Въ клиникѣ *Pozzi*, въ гинекологическомъ отдѣленіи госпиталя *L'Ourcine,* двѣ оперативныя комнаты, одна спеціально для лапаротомій, другая для прочихъ операцій. Въ послѣдней комнатѣ устроенъ для зрителей или слушателей небольшой амфитеатръ.

Оперативныя комнаты освѣщаются съ двухъ противоположныхъ сторонъ и съ потолка. На стѣнѣ, ближайшей къ оперативному столу, на особыхъ подставкахъ находятся большія стеклянныя банки (литровъ въ 10 каждая), заткнутыя сверху пробкой, съ проведенной черезъ нея стеклянной трубкой для воздуха, а внизу каждой банки идетъ эластическая трубка для стока воды, которая собирается въ особомъ металлическомъ цилиндрѣ и въ немъ, посредствомъ газовыхъ рожковъ, нагрѣвается до точки кипѣнія и затѣмъ употребляется для различныхъ антисептическихъ растворовъ.

Въ упомянутыхъ стеклянныхъ банкахъ находятся растворы сулемы (1 : 1000 и 1 : 5000), растворы карболовой кислоты (25 : 1000), растворъ поваренной соли (6 : 1000).

Въ комнатѣ же, назначенной для лапаротомій значительно меньшей по величинѣ, помѣщается цилиндръ для кипяченія воды и большой шкафъ съ полками для стерилизаціи инструментовъ, компрессовъ и простыхъ полоте-

нецъ. Устроенъ онъ подобно *Koch*'овскому шкафу для стерилизаціи въ бактеріологическихъ лабораторіяхъ. Наружныя стѣнки этого шкафа обложены изразцами. Кромѣ оперативнаго металлическаго стола *Martin*'а и такой же табуретки для оператора, находится еще столъ для инструментовъ, лигатуръ и марли. Губки никогда не употребляются, потому-что онѣ много дороже и трудно дезинфецируются. Инструменты послѣ стерилизаціи кладутся въ ванночку съ растворомъ карболовой кислоты. Для малыхъ операцій инструменты не стерилизуются, а только дезинфицируются. Передъ вложеніемъ ихъ въ растворъ Ac. carbolici они обтираются ваткой, намоченной въ хлороформѣ съ цѣлью удалить съ нихъ жирныя частицы, которыя могутъ препятствовать вліянію *карболовой кислоты* на поверхность металла, а слѣдовательно и на микроорганизмы, на немъ находящіеся.

Все зданіе гинекологической клиники выстроено по барачной системѣ. Благодаря тому, что я посѣщалъ нѣсколько хирургическихъ клиникъ, въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ я почти ежедневно присутствовалъ на какой-либо большой гинекологической операціи и могъ познакомиться съ нѣкоторыми особенностями, присущими каждому хирургу.

Такъ какъ я началъ описаніе съ клиники проф. *Pozzi*, то и постараюсь сообщить все то, что я видѣлъ особеннаго при производствѣ операцій этимъ профессоромъ.

Первая операція, видѣнная мною, была *nephrectomia dextra*. Надъ crista ossis ilei dextra, по линіи, проведенной сверху внизъ отъ конца 12-го ребра, на самой серединѣ ея находилось фистулезное отверстіе, черезъ которое выдѣлялась моча. Фистула образовалась послѣ laparocystotomi'и.

Передъ операціей ноги больной, начиная съ пальцевъ, были забинтованы марлевымъ бинтомъ со слоемъ ваты до верхней трети бедра. Это сдѣлано съ цѣлью уничтоженія охлажденія конечностей. Поясничная область, въ мѣстѣ нахожденія фистулы, сперва обмыта растворомъ карболовой кислоты съ мыломъ, затѣмъ эфиромъ, послѣ того растворомъ сулемы (1 : 1000). Въ этомъ же растворѣ сулемы смочены и выжаты марлевыя компрессы.

Интересно, между прочимъ, замѣтить, что въ Германіи во всѣхъ клиникахъ принято окрашивать сулему въ красный цвѣтъ, а растворъ *карболовой кислоты* въ синій, а во Франціи сулема въ синій, а *карболовая кислота* въ красный. Это дѣлается, съ цѣлью отличить сразу одинъ растворъ отъ другаго.

Передъ разрѣзомъ кожи, фистула прозондирована эластическимъ бужемъ, и послѣдній оставленъ въ фистулезномъ ходѣ. Руководствуясь имъ, сдѣланъ разрѣзъ отъ нижней границы подребернаго края по направленію ossis ilei, нѣсколько кзади отъ фистульнаго отверстія. Перерѣзанные кожные сосуды захвачены Пеановскими пинцетами. Края раны удерживались подъемниками. Дойдя до почки сзади, произведена ея отсепаровка рукой.

Затѣмъ загнутымъ тупымъ крючкомъ введена черезъ рану, справа налѣво, сзади вверхъ, двойная лигатура на сосуды, идущіе въ chylus. Лигатура сначала затянута спереди почки, а потомъ концы лигатуры проведены за почку и затянуты еще сзади ея. Почка, захваченная Мюзеевкими щипцами, была

только надрѣзана ножницами надъ лигатурой, ближе къ почечной поверхности, а дальнѣйшее отнятіе почки произведено Пакеленовскимъ каутеромъ.

Тотчасъ же по удаленіи почки, показалось обильное венозное кровотеченіе. Вся полость раны быстро была выполнена тампонами изъ сулемованныхъ компрессовъ, но кровотеченіе не прекращалось. Тогда, по удаленіи компрессовъ, были захвачены en masse жомомъ-пинцетомъ кровоточащіе сосуды и въ глубину раны, посредствомъ корнцанга, введена средняя часть іодоформеннаго компресса; края его были расправлены, и полость образовавшагося мѣшка туго выполнена маленькими комочками іодоформенной марли. Это сдѣлано съ цѣлью произвести сильное давленіе на венозные сосуды и тѣмъ остановить послѣдующее кровотеченіе. Наконецъ надъ раной положенъ большой слой ваты и фланелевый бинтъ. Операція продолжалась 25 минутъ.

Черезъ день, 31 января (12 февраля), *Pozzi* сдѣлалъ двѣ laparotom'іи. Одна операція oophorectomia duplex или castratio per laparotomiam, вслѣдствіе dysmenorhoea, заставлявшей больную очень страдать и не уступавшей долговременному лѣченію.

До операціи покровы-живота обмыты мыльной водой и потомъ растворомъ сулемы (1 : 1000). Затѣмъ на животъ по обыкновенію положены три марлевые компресса, намоченные и выжатые въ горячемъ растворѣ карболовой кислоты ($2^1/_2$%). Между компрессами оставлено открытое поле для операціи, въ видѣ трехугольника.

Въ нижнемъ отдѣлѣ живота сдѣланъ небольшой разрѣзъ, способный пропустить только четыре пальца руки. Разрѣзъ сначала до брюшины, затѣмъ края кожной и мышечной раны расширены подъемниками и брюшина вскрыта. На кишки, для удержанія ихъ, положенъ марлевый компрессъ. Сначала вынутъ былъ въ рану одинъ яичникъ и у основанія перевязанъ лигатурой въ видѣ петли. *Pozzi* дѣлаетъ это такъ: тупой иглой проводитъ подъ основаніе или черезъ ножку яичника двойную лигатуру и, захватывая петлю пинцетомъ, иглу выводитъ обратно. Затѣмъ петлю перекидываетъ сзади на передъ, сверхъ яичника, и одинъ изъ концовъ двойной лигатуры вводитъ въ петлю, а другой, слѣдовательно, остается подъ петлей.

Стянувши и завязавъ концы лигатуръ, ножка яичника оказывается перевязанною на двѣ части. Такое наложеніе рекомендовано *Lawson Tait*'омъ и, дѣйствительно, очень удобно по быстротѣ, и перевязка отлично держится на культѣ. Концы лигатуръ отрѣзаны коротко. Надъ лигатурой сдѣланъ надрѣзъ ножницами, а затѣмъ дальнѣйшее отдѣленіе яичника продолжено ножевиднымъ термокаутеромъ Пакелена. То же самое продѣлано и съ другимъ яичникомъ.

Во время операціи *Pozzi* очень заботится, чтобы кишки не подвергались вліянію воздуха и наружной температуры, а потому слѣдитъ тщательно, чтобы онѣ были хорошо покрыты теплыми, выжатыми въ растворѣ сулемы, марлевыми компрессами. Съ этою же цѣлью дѣлается и небольшая брюшная рана.

Особенность производства этой операціи заключается еще въ послойномъ сшиваніи брюшной раны.

Сначала зашивается брюшинная рана снизу вверхъ однимъ непрерывнымъ швомъ, а затѣмъ продолженіемъ той же лигатуры (кетгутъ) сверху внизъ апоневрозъ и мускулатура заразъ; т. е. вколъ черезъ апоневрозъ и мускулатуру съ одной стороны раны и выколъ черезъ мускулатуру и апоневрозъ съ другой. Доведя швъ до нижняго угла раны, конецъ лигатуры связывается съ первымъ оставленнымъ концомъ той же лигатуры, которой начато было сшиваніе брюшины. Наконецъ накладываются два шва изъ шелка черезъ всю толщу кожи, вколъ и выколъ которыхъ отстоитъ на два поперечныхъ пальца отъ краевъ раны. Эти швы предназначены для сдерживанія кожи, чтобы не было напряженія въ зашитой кожной ранѣ. Послѣдняя же закрыта непрерывнымъ поверхностнымъ изъ кетгута швомъ. Лигатуры для сдерживающихъ швовъ затянуты послѣ всего. Далѣе кладется іодоформенная марля на сшитую поверхность и ватная повязка на весь животъ.

Вторая операція была *Laparosalpyngo-oophorectomia duplex cum uteropexia.*

Больная 25 лѣтъ, жалуется на постоянную боль внизу живота, особенно въ лѣвомъ паху. Передъ регулами, дня за два, боль бываетъ очень сильная. Регулы начались съ 16 лѣтъ. Замужемъ 3 года и съ самаго начала замужества страдаетъ бѣлями. Одинъ разъ родила благополучно.

По осмотру передъ операціей подъ хлороформомъ, матка ретровертирована; лѣвая труба и яичникъ опухшіе, послѣдній, кромѣ того неподвиженъ. Правый яичникъ запалъ въ Дугласово пространство и также увеличенъ нѣсколько въ объемѣ. Діагнозъ: perisalpingitis et oophoritis sinistra cum adhesionibus et oophoritis dextra.

Операція сдѣлана совершенно такъ же, какъ вышеописанная. Разрѣзъ покрововъ также небольшой, въ 4 поперечныхъ пальца длиной. По изслѣдованію черезъ рану, діагнозъ, поставленный заранѣе, подтвердился въ точности.

Разрушивъ пальцами незначительное сращеніе лѣваго яичника съ Дугласовымъ пространствомъ, органъ этотъ вмѣстѣ съ трубой былъ вытянутъ изъ полости живота наружу и сейчасъ же обложенъ въ глубинѣ марлевыми компрессами. Двойная лигатура проведена была черезъ широкую связку ближе къ маткѣ, т. е. подъ—ligamentum ovarii. Такъ какъ въ данномъ случаѣ ножка уже оказывается значительно шире, то петля лигатуры перерѣзана и затѣмъ полученными и перекрещенными между собою двумя лигатурами широкая связка была перевязана en masse на двѣ части, съ одной стороны—маточный конецъ трубы и ligamentum ovarii, съ другой, за фимбріальнымъ концомъ трубы—art. spermatica.

Съ правой стороны яичникъ оказался кистовидно перерожденнымъ, съ многими маленькими кистами.

Такъ какъ труба была совершенно здорова, то удалили только одинъ яичникъ. Перевязку ножки сдѣлали посредствомъ петли. Дальнѣйшее производство операціи такое же, какъ описано выше, только при сшиваніи брюшной раны въ швъ захвачена и передняя стѣнка тѣла матки.

Изъ другихъ большихъ операцій, видѣнныхъ мною въ теченіе почти 4 мѣсяцевъ, въ клиникѣ *Pozzi* были слѣдующія:

Кромѣ только что описанныхъ, еще три операціи laparosalpyngo-oophorectomiae, двѣ 8-го (20-го) февраля и одна 1-го (13-го) марта; затѣмъ двѣ операціи laparotomi'и—по случаю cystom'ы, carcinom'ы и salpingitis gonnorhoicae 20-го февраля (4-го марта); одна ovariotomia 22-го февраля (6-го марта); одна laparo-salpyngotomia 23-го февраля (7-го марта); одна laparosalpyngoophorectomia cum cystotomia 11-го (23-го) марта и hysteroctomia или extirpatio uteri per vaginam 6-го (18-го) февраля и 14-го (26-го) мая. Изъ послѣднихъ—одна по прежнему способу, съ перевязкою сосудовъ лигатурами, указанному уже мною при описаніи русскихъ и германскихъ клиникъ, а другая по новому способу *Pean*'а, съ наложеніемъ на сосуды пинцетовъ и оставленіемъ ихъ въ ранѣ.

Двѣ *laparo-salpingo-ophorectomiae*, 8-го (20-го) февраля, были произведены по слѣдующему случаю.

У одной больной, по изслѣдованію, величина матки была нормальна, но съ значительно уплотненными стѣнками. Слѣва отъ дна матки найдена бугроватая опухоль, переходящая далѣе влѣво и книзу къ Дугласову пространству въ еще болѣе бугристую сферическую опухоль, соотвѣтствующую измѣненному лѣвому яичнику. Эта опухоль была фиксирована неподвижно предполагаемыми сращеніями. Вся матка нѣсколько оттиснута влѣво. Опухоль въ лѣвой половинѣ таза при изслѣдованіи очень болѣзненна.

Съ правой стороны, за маткой, также прощупывается опухоль, которая прилегаетъ къ лѣвой опухоли, но имѣетъ отдѣльную конфигурацію. На основаніи этихъ признаковъ было предположено страданіе и праваго яичника.

Тщательное изслѣдованіе было сдѣлано за день до операціи, т. е. 6-го (18-го) февраля, и діагнозъ поставленъ: pyosalpyngitis sinistra et polycystitis duplex ovariorum cum adhesionibus.

По вскрытіи живота, діагнозъ вполнѣ оправдался. Въ правой сторонѣ, кромѣ кистознаго перерожденія яичника, найденъ еще старый salpyngitis. Стѣнки трубы были утолщены и фимбріальный конецъ облитерированъ. Въ лѣвой трубкѣ также облитерація маточнаго и фимбріальнаго конца. По разрѣзѣ трубы, изъ полости ея въ достаточномъ количествѣ вылилась гнойная жидкость; стѣнки трубы также утолщены и вся труба представлялась въ видѣ расширеннаго мѣшка. Лѣвый яичникъ увеличенъ въ объемѣ и въ 2-хъ мѣстахъ оказался разорваннымъ. Разрывъ произошелъ во время разрушенія сращеній и разрѣза, сдѣланнаго ближе къ опухоли, для отдѣленія отъ нея одной изъ петель тонкихъ кишекъ, которая была сращена съ яичникомъ. Киста послѣдняго оказалась многополостной.

Удаленіе трубъ и яичниковъ было произведено, послѣ наложенія двойныхъ лигатуръ черезъ ножку кисты и перевязокъ, съ одной стороны, arteriarum spermaticarum, а съ другой—маточныхъ концовъ трубъ.

Въ виду большихъ сращеній, по разрушеніикоторыхъ было порядочное количество крови, и по случаю изліянія содержимаго кистъ въ полость таза,

послѣдняя была тщательно выполоскана нормальнымъ солянымъ стерилизованнымъ растворомъ. Затѣмъ дренажирована іодоформеннымъ газомъ, какъ это предложено дѣлать въ подобныхъ случаяхъ пр. *Miculicz*'емъ.

У второй больной salpingo-ophorectomia произведена была по случаю гнойнаго сальпингита въ правой трубѣ. Гной самопроизвольно проложилъ себѣ дорогу черезъ брюшные покровы, вслѣдствіе чего въ кожѣ, пониже пупка, и въ другомъ мѣстѣ ближе къ правой Пупартовой связкѣ, образовались фистулезные ходы. Изъ этихъ фистулъ постоянно, въ теченіе двухъ лѣтъ, выдѣлялся гной, и больная вслѣдствіе этого очень ослаблена и анемична.

Операція: разрѣзъ живота сдѣланъ по бѣлой линіи, какъ обыкновенно, причемъ пришлось перерѣзать фистулезные верхніе ходы. Въ этомъ мѣстѣ ткани оказались очень утолщенными и изъязвленными, а подъ этимъ мѣстомъ было найдено приращеніе сальника, который, разумѣется и былъ отдѣленъ.

По удаленіи обоихъ яичниковъ съ трубами, изъязвленныя части были выскоблены; продырявленный кусокъ кожи около пупка вырѣзанъ, а внизу, около Пупартовой связки, фистулезный выходъ расширенъ ножемъ по желобоватому зонду. Въ довольно широкій фистулезный каналъ введенъ палецъ и по послѣднему сдѣланъ разрѣзъ кнаружи, у конца фистулезнаго канала.

Черезъ образовавшійся каналъ съ двумя отверстіями проведенъ дренажъ изъ іодоформнаго газа.

Въ виду утолщенія тканей покрововъ живота и бывшаго гнойнаго отдѣленія, брюшная рана закрыта была глубокими и поверхностными швами изъ серебряной проволоки. Въ полости таза въ нижнемъ углу и между выскобленными тканями въ верхнемъ углу брюшной раны оставлены фиксированными два іодоформенныхъ дренажа. Кромѣ того, передъ закрытіемъ брюшной раны, полость таза также промыта нормальнымъ солянымъ растворомъ.

Въ удаленныхъ частяхъ оказалось съ правой стороны pyosalpyngitis, стѣнки трубы утолщены, но полость не расширена и гною выжималось немного, потому что выдѣленію его былъ свободный стокъ черезъ фистулы. Фимбріальный конецъ трубы облитерированъ.

Въ лѣвой трубѣ найденъ атрофированный salpyngitis. Оба яичника склерозированы и съ большимъ количествомъ мелкихъ кистъ. Въ виду указанныхъ осложненій обѣ операціи продолжались около трехъ часовъ.

Передъ 3-й salpyngo-oophorectomi'ей, 1 (13) марта, по изслѣдованію, найдено было pyosalpingitis sinistra и salpingitis parenchimat. et oophoritis dextra. Гнойное воспаленіе лѣвой трубы предполагалось, главнымъ образомъ, на основаніи частаго лихорадочнаго состоянія больной и сосредоточенія постоянной боли въ лѣвомъ паху.

По вскрытіи живота, сальникъ оказался приращеннымъ къ опухоли въ лѣвомъ паху. Опухоль при изслѣдованіи разорвалась и изъ нея вышло значительное количество гноя. По быстромъ удаленіи послѣдняго изъ полости таза марлевыми компрессами, найдено, что гной вышелъ изъ гнойника, расположеннаго по периферіи лѣвой опухшей трубы, т. е., въ данномъ случаѣ, найденъ еще perisalpingitis purulenta. Опухоль, сосредоточенная въ трубѣ, была

пунктирована троакаромъ, и посредствомъ высасывающаго аппарата выкачена изъ нея гнойная жидкость.

При вытаскиваніи изъ полости живота этой опухоли, захваченной Пеановскими пинцетами, стѣнка ея разорвалась и въ полость таза попала часть гноя. Тогда гнойный мѣшокъ былъ широко разрѣзанъ и весь гной удаленъ. На разорванной части мѣшка наложены жомъ и пинцеты, полость таза тщательно промыта нормальнымъ растворомъ соли и очищена компрессами. Послѣ того мѣшокъ у основанія перевязанъ нѣсколькими лигатурами и удаленъ.

Съ правой стороны дѣйствительно оказался salpingitis parenchymatosa и кистозное перерожденіе праваго яичника съ кровяной апоплектической кистой. Вся труба и яичникъ по всей поверхности покрыты многочисленными сращеніями, которыя были разорваны руками.

По удаленіи правой трубы и яичника, полость таза еще разъ была промыта нормальнымъ солянымъ растворомъ и затѣмъ затампонирована іодоформенной марлей по *Miculicz*'у. Сдерживающіе швы на кожную рану, при возможности послѣдующаго нагноенія, наложены не шелкомъ, а серебряною проволокою. Послѣдній шовъ около дренажа въ нижнемъ углу раны наложенъ также изъ серебряной проволоки.

Laparotomia, 20 февраля (4 марта), была сдѣлана у больной, у которой въ животѣ ощущалась опухоль, окружающая всю матку, на ощупь эластичная. Верхняя граница ея доходитъ до пупка, въ которомъ усматривается фистулезный ходъ. Черезъ него отдѣляется гной. Самая опухоль, по предположенію, есть ничто иное, какъ дермоидная гнойная киста. Опухоль выступаетъ больше вправо и прощупывается спереди твердой, бугристой. Слѣва она очень болѣзненна. Нужно замѣтить, что больной уже 50 лѣтъ отъ роду. Опухоль неподвижна, справа упруга и нѣсколько флюктуируетъ. На основаніи этихъ данныхъ высказано также предположеніе за cysto-carcinom'у. Такъ какъ въ данномъ случаѣ существуетъ фистулезный ходъ въ покровахъ живота, то на этомъ основаніи обмываніе покрововъ живота произведено болѣе тщательно: такъ, послѣ обмыванія сулемованной водой (1:1000), былъ употребленъ эфиръ, самый же пупокъ обмытъ крѣпкимъ растворомъ сулемы 1:100. Послѣ этого, до начала операціи, животъ былъ покрытъ марлевыми компрессами, намоченными и выжатыми въ горячемъ растворѣ карболовой кислоты $2^1/_2\%$).

По вскрытіи живота, причемъ измѣненный пупокъ былъ вырѣзанъ окончательно, оказалось раковое кистовидное перерожденіе праваго яичника и правой трубы. У пупка опухоль была приращена къ передней брюшной стѣнкѣ и кромѣ того срощена съ одной изъ кишечныхъ петель.

По разрывѣ сращеній, стѣнка кишки, въ мѣстѣ отрыва, тщательно прижжена термокаутеромъ Пакелена. Послѣ того киста была проколота, брюшная рана расширена и вся раково-перерожденная часть выведена въ рану. Такъ какъ опухоль представляла плотно бугристую, довольно легко разрываемую массу, ножка которой была широка и плотна, поэтому на послѣднюю наложенъ en masse эластическій жгутъ. Сверхъ этого жгута опухоль проткнули

для фиксаціи сначала одной довольно толстой металлической иглой, а затѣмъ на-крестъ, нѣсколько повыше,—другой. Острые концы иголъ скусаны остро-зубцами.

Надъ этими иглами вся опухоль удалена и разрѣзанная поверхность культи тщательно прижжена термокаутеромъ Пакелена.

Обслѣдуя затѣмъ матку, въ ней найдено три различной величины субперитоніальные фиброида, которые были вылущены; ложе ихъ зашито этажнымъ непрерывнымъ швомъ (изъ кетгутта). Одинъ фиброидъ, наибольшій, сидѣлъ въ маткѣ, а два меньшихъ въ передней стѣнкѣ тѣла матки. Лѣвый яичникъ оказался нормальнымъ.

Брюшная рана закрыта по тому способу, который *Pozzi* постоянно примѣняетъ, т. е. сшиваніе въ 3 этажа съ сдерживающими глубокими швами. Ножка новообразованія фиксирована въ нижнемъ углу раны. Подъ нее (т. е. подъ ножку) кромѣ того подведенъ кругомъ для дренажированія іодоформный газъ. Подъ концы фиксирующихъ ножку иголъ подложены жгутики изъ іодоформнаго же газа, затѣмъ іодоформные компрессы на сшитую поверхность, на фиксированную въ ранѣ ножку и наконецъ ватная повязка снаружи.

Осмотръ удаленныхъ органовъ показалъ, что нѣкоторые бугры новообразованій, по разрѣзѣ, представляли кисты съ гнойнымъ содержимымъ, а другіе же, по макроскопическому виду, были раковые узлы съ мѣстами размягченія.

Наибольшій фиброидъ по разрѣзѣ оказался фиброостеомой.

Въ тотъ же день сдѣлана вторая *laparotomia* по случаю бленорройнаго воспаленія правой трубы. Собственно предполагалось сдѣлать laparo-salpingotomi'ю, но пришлось ограничиться однимъ вскрытіемъ брюшной полости.

Въ данномъ случаѣ существовало сращеніе сальника съ маткой и съ правой трубой. Разрывая пальцами сросшіяся части, *Pozzi* нашелъ, что гнойно-воспаленная труба и правый яичникъ вполнѣ отсепарованы или, лучше сказать, обкапсюлированы этими сращеніями.

Поэтому, несмотря на очень осторожное отдираніе сращеній, операторъ оторвалъ всю измѣненную трубу вмѣстѣ съ яичникомъ, не успѣвъ наложить лигатуры, какъ это обыкновенно дѣлается при salpingo-oophorectom'и.

Несмотря на это, кровотеченія не было. Боясь послѣдовательнаго кровотеченія, *Pozzi*, передъ закрытіемъ брюшной полости, затампонировалъ мѣсто дефекта іодоформнымъ газомъ и кромѣ того оставилъ еще въ нижнемъ углу раны тонкую дренажную трубку.

Лѣвая труба и яичникъ оказались атрофированными и сплошь затканы въ сращеніяхъ, почему и оставлены на мѣстѣ нетронутыми.

Ovariotomia duplex, 22 февраля (6 марта), была сдѣлана вслѣдствіе кисты яичника. Во время операціи найдены множественныя кисты въ обоихъ яичникахъ съ обильными папиллярными разращеніями, особенно по поверхности кистъ, и съ сращеніями съ Дугласовымъ пространствомъ. Кромѣ того въ полости живота—скопленіе водяночной жидкости. Киста, сосредоточен-

ная главнымъ образомъ въ правомъ яичникѣ, была свободна отъ сращеній съ сосѣдними органами, но имѣла довольно широкую ножку, которая поэтому была перевязана на 4 части. Наложеніе лигатуры на ножку было сдѣлано слѣдующимъ образомъ. Тупой иглой, ближе къ наружному краю ножки, была проведена двойная лигатура съ однимъ концомъ, болѣе короткимъ. Проведенная петля захвачена пинцетомъ, а игла по длинному концу выведена назадъ. На нѣкоторомъ разстояніи, по направленію къ внутреннему краю ножки, снова проведена черезъ послѣднюю. Захвативъ пинцетами вторую петлю, игла выведена назадъ по длинному же концу лигатуры и такимъ же путемъ проведена дальше кнутри и третья петля. Затѣмъ, перерѣзавъ петли, захваченныя пинцетами, и перекрестивъ между собою концы лигатуръ, ножку кисты перевязали такимъ образомъ на 4 части.

Въ лѣвомъ яичникѣ киста меньше въ объемѣ, но основаніе ея очень широко. Вся *ligamentum latum* составляла ея ножку и кромѣ того кистовой мѣшокъ былъ сращенъ съ дномъ матки, и послѣдняя какъ бы входила въ составъ ножки. Затѣмъ къ кистѣ лѣваго яичника былъ приращенъ сальникъ и одна кишечная петля. Эта киста главнымъ образомъ выпоняла Дугласово пространство и имѣла по нижней поверхности упомянутыя папиллярныя разращенія.

Для удаленія этой кисты, сначала было перевязано на три части прикрѣпленіе ея къ маткѣ, потомъ вся широкая связка захвачена двумя вогнутыми жомами-пинцетами со стороны матки и со стороны фимбріальнаго конца лѣвой трубы. По удаленіи кисты, рѣзанная поверхность ножки тщательно прижжена термокаутеромъ Пакелена. Попытка снять жомъ-пинцетъ съ того края, гдѣ должна быть arteria spermatica, сейчасъ же вызвала кровотеченіе, хотя и незначительное. По этому arteria была перевязана и вся раненая поверхность лѣвой широкой связки сшита непрерывнымъ швомъ.

Послѣ того полость тазовой брюшины промыта нормальнымъ солянымъ растворомъ, введенъ іодоформный тампонъ, конецъ котораго оставленъ въ нижнемъ углу брюшной раны. Сальникъ перевязанъ двойной лигатурой на двѣ части, разорванный его конецъ отрѣзанъ ниже лигатуры.

Брюшную рану *Pozzi* всегда сшиваетъ въ три этажа и, вслѣдствіе этого, получается довольно толстый, въ видѣ жгута, рубецъ, который отлично держитъ края брюшной раны и никогда впослѣдствіи не растягивается и тѣмъ самымъ предохраняетъ больную отъ образованія брюшной грыжи.

23-го февраля (7-го марта) была произведена *laparocysto-salpingotomia*. Во время операціи найдена была въ лѣвой широкой связкѣ, ниже яичника, множественная киста, величиною съ большой апельсинъ. Лѣвый яичникъ кистовидно перерожденъ, лѣвая трубка у фимбріальнаго конца облитерирована. Съ правой стороны яичникъ также кистовидно перерожденъ, но величина его почти нормальна. Правая труба расширена и наполнена, фимбріальный ея конецъ облитерированъ и имѣетъ нѣсколько маленькихъ кистъ.

Придатки съ обѣихъ сторонъ удалены, послѣ перевязки у маточнаго и за

фимбріальнымъ концомъ трубъ, а также нѣсколькими лигатурами у основанія широкихъ связокъ.

Подобную же операцію, а именно, *salpingo-oophorectomi'ю et cystotomi'ю* я видѣлъ еще 11-го (23-го) марта.

Передъ операціей былъ поставленъ слѣдующій діагнозъ: вѣроятно, haematocele retro-uterina, или же cysta ligamenti lati sinistri et policystitis ovarii dextri.

По вскрытіи живота, дѣйствительно, оказалась въ лѣвой широкой связкѣ серозная киста, которая, во время прокола троакаромъ, вся разорвалась. Затѣмъ найденъ haematosalpinx въ маточномъ концѣ лѣвой трубы и salpingitis parenchymatosa hypertrophica въ продолженіи той же трубы къ фимбріальному концу ея, атрезія этого конца и еще degeneratio cystosa ovarii sinisrti. Весь этотъ измѣненный маточный придатокъ крѣпко сращенъ съ тазовой полостью и отчасти съ кишечной петлей.

По уничтоженіи сращеній, измѣненныя части выведены изъ брюшной раны и подъ ними широкая связка перевязана одной лигатурой на три части такъ, какъ уже описано мною при ovariotomi'и, бывшей 22 февраля. Одною частью перерѣзанной лигатуры широкая связка была перевязана за фимбріальнымъ концомъ трубы или собственно за яичникомъ, такъ какъ фимбріальный конецъ былъ атрезированъ и приросъ къ яичнику; второю частью лигатуры затянута вся средина связки, и третьей лигатурой—внутренняя часть связки, ligamentum ovarii и маточный конецъ трубы.

Съ правой стороны яичникъ оказался, дѣйствительно, съ 3-мя небольшими кистами и также съ сращеніями съ Дугласовымъ пространствомъ. Труба утолщена. Широкая связка, какъ менѣе измѣненная, перевязана на двѣ части.

Дальнѣйшее производство операціи нисколько не отличалось отъ вышеописанныхъ.

Если во время операціи бываютъ разрывы обширныхъ сращеній или излія-нія содержимаго кистъ, особенно гнойныхъ скопищъ, то *Pozzi* всегда тщательно промываетъ полость брюшины упомянутымъ солянымъ растворомъ и оставляетъ дренажъ по *Miculicz*'у.

Въ случаяхъ нагноенія, сдерживающіе швы на кожу и швы на нижній уголъ раны около дренажа всегда накладываются серебряной проволокой.

Осмотръ удаленныхъ въ послѣднемъ случаѣ частей показалъ, что и въ правой трубѣ паренхиматозное воспаленіе и гипертрофія стѣнокъ.

Кисты яичника, разорвавшіяся во время отдиранія сроще-ній, представлялись въ видѣ мѣшечковъ, съ оставшимися на стѣнкахъ кровяными сгустками (cystae apoplecticae).

Мѣшокъ лѣвой трубы, по осмотру, также разорванъ во время разрушенія сращеній. Внутренняя поверхность мѣшка также покрыта кровяными сгустками и въ мѣстѣ сроще-нія усматривается гной. Такъ что, въ данномъ случаѣ, былъ, слѣдовательно, гнойный haematosolpyngitis.

Вскрытая ножемъ остальная часть трубъ показываетъ значительное утолщеніе стѣнокъ.

Изъ другихъ большихъ гинекологическихъ операцій *Extirpatio uteri per vaginam,* 6-го (18-го) февраля, была произведена по случаю epitheliom'ы шейки матки. *Pozzi* дѣлалъ ее по прежнему способу, который, впрочемъ, нѣсколько отличался отъ способа, описаннаго мною раньше.

Во первыхъ, *Pozzi* extirpati'ю или hysterectomie vaginale производитъ при положеніи оперируемой на лѣвомъ боку. Это положеніе, рекомендуемое проф. *Péan'омъ* при операціяхъ во влагалищѣ, какъ увидимъ ниже, вовсе не такъ удобно. Затѣмъ разница въ производствѣ операціи состоитъ еще въ томъ, что прежде чѣмъ сдѣлать круговой разрѣзъ на влагалищной части матки, *Pozzi* наложилъ сначала en masse лигатуры на transversal'ныя вѣтви arteriae uterinae, проходящія по своду влагалища. За лигатурами, ближе къ поверхности матки, сдѣланы ножницами небольшіе разрѣзы свода съ обѣихъ сторонъ. Черезъ разрѣзъ прощупано было пальцемъ біеніе стволовъ art. uteri и на нихъ также съ каждой стороны наложены en masse по лигатурѣ. Послѣ того уже круговой разрѣзъ на влагалищной части и отсепаровка обоихъ сводовъ до брюшины, разрѣзъ маточныхъ артерій, наложеніе лигатуръ на боковыя части широкихъ связокъ и затѣмъ разрѣзъ этихъ связокъ за лигатурой, ближе къ поверхности матки, вытягиваніе послѣдней книзу и наружу, наложеніе лигатуръ на трубы и наконецъ полное удаленіе матки. Сквозное отверстіе съужено было съ боковъ по примѣру *Martin'а*. Операція закончена іодоформеннымъ тампономъ, чего *Martin,* впрочемъ, не дѣлаетъ.

Операцію *Hysterectomiam per vaginam* по новому способу *Péan'a,* т. е. съ наложеніемъ пинцетовъ вмѣсто лигатуръ, *Pozzi* началъ дѣлать въ первый разъ только съ 14-го (26-го) мая настоящаго года. Какъ разъ на этой операціи мнѣ удалось присутствовать. Къ этому способу онъ подошелъ постепенно. Двѣ операціи незадолго передъ послѣдней, при фибромѣ и страданіи придатковъ матки, по словамъ *Pozzi*, были сдѣланы имъ по смѣшанному способу, а именно на arterias uterinas накладывались лигатуры, а далѣе въ глубину пинцеты-жомы.

Состояніе этихъ больныхъ, при обходѣ ихъ 14-го (26-го) мая, найдено очень хорошимъ.

Относительно hysterectomiae по способу *Pean'a*, *Pozzi* въ своей статьѣ «Le traitement des suppurations pelviennes et des lésions inflammatoires des annexes par l'hysterectomie vaginale», помѣщенной въ Gazette Hebdomadaire de Medécine et de Chirurgie, Avril 1891, высказывается за ограниченіе примѣненія этой операціи.

Не смотря на опубликованные *Pean'омъ* и горячимъ его послѣдователемъ *Segond'омъ* крайне благопріятные результаты этой операціи, *Pozzi* всетаки считаетъ ее ниже laparotom'іи, предпринимаемой по случаю страданія придатковъ. Посредствомъ laparotom'іи удаляются прямо и непосредственно больные придатки, между тѣмъ какъ при hysterectomie vaginale приходится удалять матку, часто совершенно нормальную. Кромѣ того, hysterectom'ію часто приходится, какъ увидимъ ниже, оставлять недоконченной, потому что діагнозъ оказывается невѣрнымъ. Вмѣсто предполагаемаго pyosalpyngit'а на-

ходятъ или haematosalpinx, или hydrosalpinx, или кисты широкихъ связокъ, или кистовидное перерожденіе яичниковъ и т. д. *Pozzi*, разсматривая главные аргументы за эту операцію, а именно: 1) отсутствіе рубца, 2) меньшую опасность и 3) полную дѣйствительность,— первый доводъ, какъ вопросъ косметическій, оставляетъ въ сторонѣ и принимаетъ во вниманіе только послѣдніе два довода. За дѣйствительность операціи говорятъ опубликованные удачные результаты, но *Pozzi* сомнѣвается, чтобы излѣченіе было лучше или на столько же хорошо, какъ это бываетъ послѣ прямаго (per laparotomiam) удаленія больныхъ частей. Уже обильныя сращенія, которыя трудно или совсѣмъ невозможно удалить во время hysterectom'іи, оставаясь въ полости живота, могутъ, по его мнѣнію, въ силу скрытаго микробизма подать поводъ къ новому заболѣванію, какъ это замѣчали, по истеченіи мѣсяцевъ и годовъ въ старыхъ обкапсулированныхъ секвестрахъ.

Хотя извѣстно нѣсколько случаевъ тазоваго абцесса, гдѣ удаленіе сращеній было невозможно и при laparotom'іи, но эти случаи исключительно рѣдки. *Pozzi* подобное затрудненіе въ теченіе двухъ лѣтъ встрѣтилъ всего три раза на 39 операцій и *Bouilly* три на 30. Несмотря на это, всѣ эти больныя излѣчились, потому что при laparotom'іи можно было тщательно очистить и обмыть тазовую полость и затѣмъ затампонировать ее іодоформнымъ газомъ по *Micuiicz*'у. Опасность hysterectom'іи заключается еще въ томъ, что она можетъ быть предпринята при страданіи придатковъ только съ одной стороны и навсегда лишить женщину способности къ дѣторожденію. Между тѣмъ, какъ при laparotom'іи, съ удаленіемъ страдающаго придатка, эта способность остается. Hystercctom'ія можетъ имѣть еще свой raison d'être при двухстороннемъ страданіи придатковъ, но кто же изъ хирурговъ, на сколько бы онъ ни былъ опытенъ, можетъ поручиться за безошибочность своего діагноза. Что касается упрека, направленнаго противъ laparotom'ій, относительно остающейся часто воспаленной матки съ leucorrhoea и haemorrhagia, можно отвѣтить, что эти случайности очень рѣдки и исчезаютъ быстро, вслѣдствіе наступающей атрофіи матки. И если страданіе было завѣдомо бленорройное, не слѣдуетъ только забывать сдѣлать предварительное выскабливаніе матки.

Pozzi напротивъ видѣлъ часто исчезновеніе очень сильной leucorrhoea, послѣ удаленія больныхъ придатковъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда leucorrhoea наступила вслѣдствіе рефлективнаго раздраженія.

Поражающій примѣръ подобнаго рода *Pozzi* видѣлъ вмѣстѣ съ проф. *Fournier* у одной больной. Гнойное истеченіе было настолько сильно, что нельзя было не предполагать гнойнаго salpingit'а, съ выдѣленіемъ содержимаго черезъ полость матки. Между тѣмъ, удаленные придатки, посредствомъ laparotom'іи, показали полное отсутствіе гноя, а былъ найденъ только конгломератъ фолликулярныхъ кистъ въ яичникѣ и паренхиматозный гипертрофическій сальпингитъ съ обильными сращеніями и съ облитераціей полости трубъ. Вечеромъ, въ день операціи, какъ это часто бываетъ въ подобныхъ случаяхъ, появилось легкое кровотеченіе, продолжавшееся 4 дня, затѣмъ

всякое истеченіе окончательно прекратилось. Большая легкость операціи per vaginam сравнительно съ удаленіемъ страдающихъ придатковъ per laparotomiam, по мнѣнію *Pozzi*, также можетъ быть оспариваема.

Наблюдая нерѣдко, съ какимъ затрудненіемъ производится операція hysterectomia въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ полость влагалища съужена, матка лежитъ высоко и не опускается вслѣдствіе сращеній, нельзя не отдать преимущества laparotom'іи. Статистика, по словамъ *Pozzi*, также говоритъ пока въ пользу laparotom'іи. Такъ, если сравнивать результаты, полученные *Bouilly* и *Segond*'омъ, находимъ, что первый на 33 laparotom'іи при pyosalpingiti'ахъ имѣлъ 4 случая смерти, а второй на 33 hysterectomi'іи vaginale при pyosalpingit'ахъ и другихъ страданіяхъ трубъ и яичниковъ имѣлъ также 4 смертныхъ случая. То есть, процентъ смертности получится у втораго еще большій, если оставить для сравненія число операцій при однихъ salpingit'ахъ и исключить страданія трубъ и яичниковъ. Результаты собственныхъ наблюденій *Pozzi* также болѣе въ пользу laparotom'іи. Такъ за два года, съ 1-го февраля 89 по 10 марта 91 было имъ сдѣлано 39 операцій laparotom'ій при pyosalpingit'ахъ и тазовыхъ абсцессахъ и получено 3 случая смерти, при чемъ 2 смертныхъ случая приходятся другъ за другомъ на 10 дней послѣ 1 марта.Такъ что, если бы статистику ограничить по 2-е марта, то всего полу чилоеь бы на 37 случаевъ только 1 смерть.

Всѣ излѣченія были полныя и, повидимому, окончательныя. Кромѣ того *Pozzi* еще потому отдаетъ предпочтеніе laparotom'іи передъ hysterectom'іей для удаленія больныхъ придатковъ, что при первой операціи легко поправить ошибки діагноза. Hysterectomia же позволительна только въ случаахъ несомнѣннаго діагноза. При laparotom'іи разрѣзъ можетъ служить, какъ пріемъ explorat'орный, при hystorectom'іи первый же разрѣзъ бистури можетъ сдѣлать женщину неспособной къ продолженію рода.

При такомъ взглядѣ на эту операцію, понятно, почему *Pozzi* долго не хотѣлъ примѣнять ее при страданіяхъ придатковъ.

И только, повидимому, подъ вліяніемъ подавляющаго числа наблюденій другихъ хирурговъ, которые въ послѣднее время получаютъ все болѣе и болѣе благопріятные результаты послѣ hysterectom'іи по способу *Péan*'а, *Pozzi* рѣшился наконецъ дѣлать ее при упомянутыхъ страданіяхъ.

Операція, бывшая 14-го (29-го) мая, сдѣлана по случаю metrit'а и salpingit'а cum adhesionibus. Сращенія, въ данномъ случаѣ, образовались послѣ бывшаго pelvioperitonit'а, и благодаря имъ матка установлена неподвижно. Неподвижность матки и высокое ея положеніе сдѣлали операцію очень затруднительною и тѣмъ самымъ подтвердили мнѣніе *Pozzi*, высказанное имъ въ своей брошюрѣ, относительно преимущества laparotom'іи въ подобныхъ случаяхъ. Пинцеты, фиксирующіе матку, нѣсколько разъ соскальзывали, раздирая ея ткань при сильномъ влеченіи. Кромѣ того во время операціи одинъ изъ пинцетовъ жомовъ, наложенный на маточные сосуды, соскочилъ и вслѣдствіе этого появилось сильное кровотеченіе, которое съ трудомъ

было остановлено при повторномъ наложеніи пинцетовъ на указанный сосудъ. Операція продолжалась почти два часа.

Такъ какъ операція была сдѣлана по способу *Péan*'а, то я здѣсь и не привожу подробное производство ея, а опишу послѣднюю, какъ я видѣлъ у самого автора.

Въ клиникѣ *Péan*'а я присутствовалъ при hysterectomie vaginale всего 4 раза. 3 раза операція была недокончена, потому что въ этихъ трехъ случаяхъ предварительно поставленный діагнозъ оказался ошибочнымъ.

Такъ 2-го (14-го) февраля настоящаго года профессоръ *Péan* предполагалъ сдѣлать *hysterectomie vaginale* ими *extirpationem uteri totalemper vaginam*, по случаю фиброзной опухоли на задней стѣнкѣ матки. При изслѣдованіи, полость матки удлинена до 10 сантиметровъ и на задней ея стѣнкѣ прощупывается плотная, нѣсколько эластическая и непосредственно прилегающая къ ней опухоль. Операція производилась при лѣвомъ боковомъ положеніи больной. Тазовая часть помѣщалась на краю стола, лѣвая нога тыла спущена внизъ, а правая притянута къ животу оперируемой и поддерживалась помощникомъ въ этомъ положеніи. Влагалище сначало было промыто растворомъ сулемы и затѣмъ раскрыто подъемниками; шейка матки захвачена мюзеевскими пинцетами и, насколько возможно, вытянута изъ половой щели. Послѣ того сдѣланъ круговой разрѣзъ на влагалищной части, и влагалищный сводъ отсепарованъ пальцами и съ помощью ножницъ спереди и сзади до брюшины, а съ боковъ до внѣдренія маточныхъ артерій. По вскрытіи Дуглясова пространства, вдругъ вышло большое количество черной крови съ плотными сгустками. Тогда разрѣзъ былъ нѣсколько расширенъ и пальцами выдавлены оставшіеся сгустки. Въ полость оказавшейся, вмѣсто фибромы, заматочной кровяной опухоли введенъ двойной эластическій дренажъ, который фиксированъ однимъ швомъ къ краямъ раны. На влагалищной части матки ножницами сдѣланы боковые разрѣзы до входа маточныхъ артерій и отрѣзаны лоскуты изъ передней и задней губы. Затѣмъ серебряной проволокой сшиты между собою сначала боковыя части влагалищной раны, а потомъ остатокъ передней губы соединенъ швами съ краемъ влагалищной раны въ переднемъ сводѣ. Въ заднемъ же сводѣ края стѣнокъ влагалищной и маточной раны остались не сшитыми такъ какъ между ними помѣщался дренажъ. По окончаніи операціи, влагалище затампонировано іодоформной марлей.

6-го апрѣля произошло почти то же самое. Въ этотъ день были назначены двѣ *hysterectom'ia vaginale*. У одной больной предполагалась фиброма матки, но такой величины, что операцію можно было произвести черезъ влагалище. У другой же діагностицирована была salpingitis soppurativa s. pyosalpinx особенно въ лѣвой трубѣ и, въ меньшей степени, въ правой.

Обѣ операціи были не окончены, потому что въ обоихъ случаяхъ діагнозъ не оправдался.

У первой больной, послѣ кругового разрѣза и отсепаровки влагалищнаго свода, еще до перевязки маточныхъ артерій, была сдѣлана попытка ввести

зондъ въ полость матки; но онъ вошелъ очень недалеко,—было какое-то препятствіе. Чтобы узнать причину этого препятствія, сдѣланы боковые разрѣзы влагалищной части и при этомъ вдругъ изъ полости матки вылилась темная, густая, съ рыхлыми темными сгустками, кровь. Оказалась haematometra. Входъ въ полость матки былъ расширенъ внутренними боковыми надрѣзами и введенъ палецъ.

Изслѣдованіе показало расширеніе полости тѣла матки и сильное разрыхленіе поверхности слизистой оболочки. Длина полости матки, измѣренная зондомъ, была около 10 сантиметровъ.

Выскобливъ матку большой ложечкой Симса, проф. *Péan* отрѣзалъ часть изъ передней и задней губы и затѣмъ остатки обѣихъ губъ соединилъ серебряными швами съ краями влагалищной раны сначала въ переднемъ и заднемъ сводѣ, а потомъ уже сшилъ остатки боковыхъ разрѣзовъ. Операція, какъ и въ первый разъ, сдѣлана безъ предварительной перевязки сосудовъ; кровотеченіе останавливалось только Пеановскими пинцетами.

Нужно сознаться, что при подобномъ производствѣ операцій крови вытекаетъ довольно много, и оператору приходится терять не мало времени на вытираніе крови губками, прежде чѣмъ будутъ захвачены всѣ кровоточивыя мѣста. Особенно въ этихъ двухъ случаяхъ, гдѣ большія маточныя артеріи оставались не тронутыми, замѣтна была значительная кровоточивость краевъ влагалищной раны.

Во время второй операціи, бывшей въ тотъ же день, послѣ отсепаровки влагалищнаго свода, лѣвая маточная артерія была захвачена жомомъ пинцетомъ *Pean*'а и потомъ перерѣзана ближе къ маточной ткани. Послѣ того Дугласово пространство было вскрыто ближе къ лѣвому своду. Изслѣдованіе пальцемъ черезъ это отверстіе показало, что въ данномъ случаѣ не страданіе трубъ, какъ предполагалось, а довольно большая киста въ лѣвой широкой связкѣ.

Кисту рѣшено удалить послѣ, посредствомъ laparotom'іи, а теперь въ разрѣзъ введенъ эластическій тонкій дренажъ и отсепарованное влагалище снова сшито кругомъ съ маткой. Операція закончена промываніемъ влагалища растворомъ сулемы и влаженіемъ въ него губки съ іодоформомъ. Жомъ пинцетъ, наложенный на лѣвую маточную артерію также оставленъ во влагалище.

На основаніи описанныхъ случаевъ нельзя не согласиться съ справедливостью мнѣнія проф. *Pozzi*, что hysterectomia должна быть примѣняема только въ случаяхъ несомнѣннаго діагноза. Но всетаки hysterectomia, по способу *Péan*'а, какъ оперативный методъ, по своей простотѣ и довольно благопріятнымъ результатамъ заслуживаетъ полнаго вниманія хирурговъ. *Сущность этой операціи состоитъ въ разъятіи по частямъ экстирпируемой матки и въ наложеніи на сосуды, вмѣсто лигатуръ, жомовъ-пинцетовъ.* Полную экстирпацію матки черезъ влагалище или *hysterectomie vaginale totale* мнѣ пришлось видѣть у *Péan*а уже 4-го іюня, по случаю epitheliom'ы colli uteri. Вотъ подробное описаніе этой операціи:

Влагалище прежде всего было обмыто растворомъ сулемы черезъ зеркало, затѣмъ катетеромъ опорожненъ мочевой пузырь. Положеніе оперируемой также боковое. Введенный подъемникъ во влагалище показалъ, что epitelioma сосредоточена на задней губѣ матки и частью въ заднемъ сводѣ. Захвативъ переднюю губу пинцетомъ, трехзубцемъ, *Péan* сдѣлалъ круговой разрѣзъ шейки длиннымъ бистури. Затѣмъ надрѣзалъ поглубже ножницами и отсепаровалъ влагалищный сводъ сначала пальцами, а потомъ далѣе вверхъ ножницами. Края влагалищной раны отведены помощниками кверху въ обѣ стороны, посредствомъ влагалищныхъ подъемниковъ. Отсепарованная влагалищная часть матки боковыми разрѣзами раздѣлена на два лоскута, которые и отрѣзаны. Захвативъ щипцами матку выше отрѣза и спустивъ ее ниже, *Péan* наложилъ пинцеты съ обѣихъ ея сторонъ на art. uterinam и боковую часть широкихъ связокъ и перерѣзалъ ихъ ближе къ маточной ткани. Дальше матка вырѣзана по частямъ до самаго дна, послѣднее ниспущено ближе ко входу во влагалище и верхушкой направлено впередъ.

Послѣ того сверху внизъ наложены жомы пинцеты на маточные концы трубъ, и дно матки окончательно удалено.

Операціонное поле было вытерто губками, боковые подъемники удалены и кровоточивыя мѣста въ глубинѣ на влагалищно-брюшинной ранѣ захвачены *Péan*'овскими пинцетами.

Во время операціи было довольно обильное кровотеченіе изъ краевъ раны и это зависѣло, повидимому, отъ того, что задній сводъ влагалища былъ отчасти пораженъ раковымъ новообразованіемъ. Эта часть удалена была ножницами. По случаю кровотеченія наложено значительное число пинцетовъ. Изъ боязни, чтобы придатки не послужили исходной точкой для рецидива раковаго новообразованія, они были вытянуты и за фимбріальный конецъ трубъ наложены вогнутые жомы пинцеты. Надъ ними придатки отрѣзаны ножницами и удалены вмѣстѣ съ бывшими на маточномъ концѣ трубъ жомами.

Влагалище съ цѣлымъ пучкомъ пинцетовъ, въ немъ находящихся, было промыто прямо изъ кувшина растворомъ сулемы и затѣмъ затампонировано въ промежуткахъ между пинцетами двумя губками съ іодоформомъ.

Въ мочевой пузырь для постояннаго стока мочи введенъ эластическій катетеръ. Операція продолжалась полчаса.

Ручки пинцетовъ, выступающихъ изъ половой щели, были нѣсколько приподняты и завернуты въ чистое полотенце, концы котораго, накрестъ сложенные, укрѣплены надъ лобкомъ полосками липкаго пластыря.

По словамъ профессора, пинцеты, особенно на большихъ сосудахъ, оставляются въ теченіе 36 до 48 часовъ, потомъ осторожно снимаются.

Тампоны удаляются черезъ 3 дня.

Послѣ этого каждые 3 часа дѣлаются осторожныя спринцеванія слабымъ растворомъ сулемы (1 : 3000 или 4000). При благопріятномъ послѣопераціонномъ теченіи спринцовать начинаютъ все рѣже и рѣже. Полное заживленіе наступаетъ черезъ 21 день или въ теченіе одного мѣсяца.

Частичную и полную hysterectomi'ю vaginale, по своему методу, *Pean* началъ примѣнять съ 1882 г. при различныхъ опухоляхъ матки.

Въ отчетѣ изъ хирургической клиники госпиталя St. Louis за 1886 г., съ 1 января по 31 декабря, находимъ, что *Péan* произвелъ *85 лапаротомій*, потерялъ *5* оперированныхъ.

Laparotomia была въ слѣдующихъ случаяхъ:

При кистахъ широк. связ.	59	1 случ. смерти.
» опухоляхъ яичниковъ	3	
» внѣматочн. беремен.	1	
» кистовид. опухол. матки	2	
» кисто-фибромахъ	2	
» фиброзныхъ опухоляхъ	13	1 » »
» злокачественныхъ опухоляхъ	5	3 » »

Hysterectom'ій per vaginam сдѣлано *въ 44 сл.*, изъ нихъ *hysterectom'ій totale въ 18 случаяхъ:*

При nevralg. utero-ovaric	2
» epitelioma uteri	16

hysterectom'ій partiale въ 26 случаяхъ:

При vices conformat	1
» metrit'ахъ	1
» hypertroph. partial	1
» кистахъ дна матки.	1
» fibrom'ахъ	21
» cancer.	1

Послѣ hysterectom'іи не было ни одного смертнаго случая.

Съ 1888 года *Péan* началъ уже примѣнять полную hysterectom'ію и при тазовыхъ гнойныхъ воспаленіяхъ и при страданіяхъ придатковъ матки. Въ этомъ году было до *75 большихъ гинекологическихъ операцій*, изъ которыхъ *13 hysterectom'ій при страданіяхъ яичниковъ и широкихъ связокъ:*

Cystoma	7	4 смертн. случ.
Sarcoma	4	
Flegmona.	1	
Gravid. extrauter.	1	

и 16 при страданіяхъ матки:

Epitelioma	5	2 случ. смерти.
Fibromioma	11	

Процентъ смертности отъ hysterectom'іи при страданіяхъ придатковъ былъ, слѣдовательно, 30%, при страданіяхъ матки—12,5%.

Въ настоящемъ же году, *съ 13 января по 4 іюня*, по сообщенію доктора *Schafier*'а, ассистента *Péan*'а, было *большихъ гинекологическихъ операцій 69*, изъ которыхъ $^1/_3$ приходится на *laparotom*'ію, давшую 3 случая смерти и $^2/_3$, т. е. *около 46 операцій*, на *hysterectom*'ію, которая въ боль-

шинствѣ случаевъ была примѣнена при страданіяхъ придатковъ матки. *Послѣ hysterectom'ій не было ни одного смертнаго случая.*

Примѣненіе *Pean*'омъ hysterectom'іи при страданіяхъ маточныхъ придатковъ нашло себѣ горячаго поклонника въ лицѣ проф. *Segond*'а. У него въ клиникѣ даже назначенъ спеціально для этой операціи одинъ день въ недѣлю.

Производство имъ этой операціи, по методу *Pean*'а, въ первый разъ я видѣлъ 10 (22) апрѣля, въ акушерской клиникѣ проф. *Pinard*'а.

По изслѣдованію, у больной предполагалась *salpingitis duplex.*

Самая операція была произведена слѣдующимъ образомъ: обмывъ влагалище $2^1/_2$% растворомъ карболовой кислоты и выпустивъ мочу катетеромъ, *Segond* захватилъ щипцами переднюю и заднюю губу матки, ввелъ зеркало Симона на заднюю стѣнку влагалища и, вытянувъ, насколько возможно, матку, снова обмылъ влагалищную часть растворомъ карболовой кислоты. Положеніе оперируемой было спинное.

Круговой разрѣзъ проведенъ до мускулатуры шейки матки и затѣмъ влагалищный сводъ отсепарованъ пальцами сначала спереди и сзади, а затѣмъ съ боковъ, до внѣдренія въ матку arteriae uterinae.

Наложивъ пинцеты на оба артеріальные ствола и перерѣзавъ ихъ ближе къ маточной ткани, *Segond* опять обмылъ отсепарованную поверхность упомянутымъ растворомъ карболовой кислоты. Послѣ того были введены влагалищные подъемники подъ верхній и нижній край влагалищной раны и операціонное поле очищено отъ крови губками.

На влагалищной части сдѣланы боковые разрѣзы до внутренняго устья и обѣ губы матки удалены ножницами.

Захвативъ матку снова Мюзеевскими щипцами и спустивъ ее, *Segond* наложилъ выше вверхъ длинные жомы пинцеты съ боковъ матки и за ними, ближе къ маточной поверхности, отрѣзалъ боковыя прикрѣпленія широкихъ связокъ.

Послѣ того снова сдѣланы боковые разрѣзы матки до верхней половины ея тѣла; и передняя и задняя стѣнки у конца боковыхъ разрѣзовъ поперекъ отрѣзаны ножницами и удалены.

Черезъ это частичное удаленіе стѣнокъ матки въ полости влагалища открывается широкое поле для дальнѣйшихъ оперативныхъ манипуляцій.

Послѣ отрѣза стѣнокъ тѣла матки маточное дно щипцами вытянуто ниже ко входу во влагалище и на маточные концы трубъ, а вмѣстѣ съ ними и на ligamenta ovariorum и ligamenta rotunda наложена еще пара пинцетовъ.

Послѣ отрѣза придатковъ отъ матки съ лѣвой ея стороны, дно матки было разрѣзано ножницами на двѣ половины и удалено по частямъ до пинцета, находящагося на маточномъ концѣ правой трубы.

Послѣ того лѣвый яичникъ и труба выведены пальцемъ во влагалище и подъ верхнимъ пинцетомъ, на основаніи лѣвой широкой связки и на arteriam spermaticam, наложенъ длинный вогнутый жомъ пинцетъ, верхній конецъ котораго выходитъ такимъ образомъ за фимбріальнымъ окончаніемъ лѣвой трубы. Яичникъ и труба, а вмѣстѣ съ нею и верхній пинцетъ были удалены

ножницами. Тотчасъ послѣ этого корнцангомъ введена губка въ Дугласово пространство.

То же самое продѣлано и съ правой стороны.

По удаленіи придатковъ, рана обслѣдована и кровоточащія мѣста захвачены кровоостанавливающими пинцетами.

Операція продолжалась 35 минутъ. Во все время операціи подъемники спереди и сзади остаются на мѣстѣ. Постоянное орошеніе не дѣлается. По очищеніи губками сквознаго отверстія, введенъ въ него тампонъ изъ іодоформной марли.

При изслѣдованіи катетеромъ мочевого пузыря, цвѣтъ мочи указалъ на отсутствіе поврежденія стѣнокъ. Катетеръ оставленъ a demeure.

Наружные концы цѣлаго пучка пинцетовъ, оставленныхъ во влагалищѣ, закутанъ кругомъ слоемъ ваты, которая прикрѣплена крестообразной повязкой къ поясу. Операція произведена очень чисто и почти безкровно.

Присматриваясь къ производству операціи *Segond*'омъ и *Péan*'омъ, ясно, что боковое положеніе больной у послѣдняго не мало затрудняетъ самое производство. Ужъ одно неблагопріятное условіе, что при боковомъ положеніи приходится вводить, minimum, 3 или даже 4 подъемника, а для этого требуется не менѣе 3 помощниковъ. Бо́льшее число влагалищныхъ подъемниковъ очень ограничиваетъ оперативное поле и уводятъ далеко внутрь самую матку. Вслѣдствіе этого послѣднюю приходится очень тянуть. Вытягиваніе же заставляетъ то и дѣло соскальзывать подъемники съ фиксируемыхъ краевъ влагалищной раны. Кромѣ того положеніе 3-го помощника, держащаго подъемникъ сверху, очень неудобно. Изъ-за выступающей впередъ правой ягодицы, онъ не въ состояніи смотрѣть внутрь влагалища, а вслѣдствіе этого и не можетъ правильно фиксировать и самый подъемникъ. При положеніи же оперируемой на спинѣ, можно свободно обойтись съ двумя помощниками, которые держатъ ноги и въ то же время два подъемника сверху и снизу и обоимъ видно операціонное поле. Несмотря на постепенное вытягиваніе матки, которая освобождается, по мѣрѣ разрѣза боковыхъ прикрѣпленій широкихъ связокъ, подъемники остаются на мѣстѣ и не только не мѣшаютъ, а напротивъ расширяютъ операціонное поле и въ то же время придавливаютъ передніе или верхніе и задніе или нижніе края влагалищной раны. Черезъ это задерживается краевое кровотеченіе до тѣхъ поръ, пока, по удаленіи матки и придатковъ и самыхъ подъемниковъ, не положатъ на упомянутые края кровоостанавливающіе пинцеты.

Меньшая кровоточивость при производствѣ hysterectom'іи проф. *Segond*'омъ, кажется, еще зависитъ и оттого, что онъ накладываетъ жомы-пинцеты постепенно снизу вверхъ, такъ сказать, шагъ за шагомъ. Проф. же *Péan*, какъ видно изъ описанія сдѣланной имъ операціи, сначала накладываетъ пинцеты съ боковъ матки снизу вверхъ, а потомъ сверху внизъ, вслѣдствіе чего нѣкоторыя arteriaľныя вѣточки не вполнѣ хорошо захватываются.

По словамъ *Segond*'а, *въ теченіе двухъ лѣтъ*, какъ онъ началъ дѣлать *hysterectom*'ію при *salpingit*'ахъ, послѣдняя операція по счету будетъ 38-я

и изъ этого числа, послѣ операціи, было *5 смертныхъ случаевъ*. *При кастраціи же per laparotomiam, въ 20 случаяхъ,* онъ *потерялъ двухъ оперированныхъ, т. е. смертность при laparotom'іи меньше.* Но всетаки онъ въ настоящее время предпочитаетъ дѣлать при salpingit'ахъ полную extirpat'ію матки per vaginam. Во-первыхъ, у больной нѣтъ такого страха передъ операціей, такъ какъ нѣтъ видимаго вскрытія брюшной полости; во-вторыхъ, по выздоровленіи, больная и мужъ ея будутъ воображать, что произведена операція вовсе не опасная и что всѣ органы цѣлы.

Второй доводъ за операцію — воображаемый — конечно, каждый согласится, нѣсколько страненъ; но я упоминаю о немъ, потому что онъ былъ высказанъ въ аудиторіи передъ многочисленными слушателями.

Оставлять матку, какъ это дѣлается во время удаленія придатковъ per laparotomiam, *Segond* не считаетъ нужнымъ, потому что этотъ органъ, одинъ, ни къ чему не служитъ. Напротивъ, матка можетъ даже подвергаться различнымъ заболѣваніямъ и давать поводъ къ новымъ страданіямъ.

Можетъ быть, *Segond* и правъ; но вопросъ еще окончательно не рѣшенъ, на сколько присутствіе матки безъ яичниковъ или полное ея отсутствіе имѣетъ значеніе для полового влеченія женщины. Между тѣмъ въ супружеской жизни это очень важно. Въ моей практикѣ было два случая, изъ нихъ одинъ описанъ мною въ 1882 году, почти полнаго природнаго отсутствія матки и яичниковъ, между тѣмъ наружныя половыя части были развиты нормально и влагалище представлялось въ видѣ слѣпаго мѣшка. Обѣ женщины были замужемъ и обѣ, я хорошо помню, жаловались на полное отсутствіе влеченія къ половой жизни, а вслѣдствіе этого на несчастную супружескую жизнь.

Черезъ три дня, послѣ описанной операціи, мнѣ удалось еще разъ присутствовать *при hysterectomie vaginale, по способу Péan'a,* у того же профессора *Segond'*а въ его клиническомъ отдѣленіи, которымъ онъ завѣдуетъ въ Maison municipale de la santé. Въ клиникѣ пр. *Pinard'*а *Segond* производилъ операцію въ аудиторіи, гдѣ производятся передъ слушателями и акушерскія, и другія генекологическія операціи. У *Segond'*а же въ клиникѣ для большихъ гинекологическихъ операцій существуетъ отдѣльная комната. Инструменты передъ операціей стерилизуются кипяченіемъ въ водѣ съ kali carbonicum въ теченіе $1^1/_2$ часовъ, затѣмъ переносятся непосредственно въ $2^0/_0$ растворъ карболовой кислоты. Губки приносятся готовыми и герметически закупоренными изъ аптеки. Шелкъ и кетгутъ кипятятся въ растворѣ сулемы (1 : 1000), crain de Florence дезинфицируется въ растворѣ сулемы или карболовой кислоты или въ насыщенномъ растворѣ naphtol'я, потомъ переносятся въ Alcohol.

Дренажи сохраняются въ $2^0/_0$ растворѣ карболовой кислоты.

У больной, которой предполагалось сдѣлать *hysterectom'*ію, по изслѣдованіи находили *salpingitis dextra et degeneratio cystosa ovarii sinistri.*

Передъ операціей *Segond* и его помощники обыкновенно моютъ руки водой съ мыломъ, а затѣмъ омываютъ въ растворѣ сулемы (1 : 2000).

Производство операціи со всѣми мельчайшими подробностями было то же

самое, какъ только что описано мною выше. Только операція продолжалась еще меньше, а именно, всего четверть часа. Положеніе оперируемой было тоже спинное.

По введеніи эластическаго катетера a demeure, по моему мнѣнію, было примѣнено очень удобное приспособленіе. Чтобы не класть резиновой пластины подъ конецъ катетера, какъ это дѣлается въ клиникѣ *Péan*'а, катетеръ повыше наружнаго отверстія просто зажимается пинцетомъ. Черезъ это дается возможность выпускать мочу по мѣрѣ надобности и, слѣдовательно, держать повязку постоянно чистой.

Въ этотъ день уже была 40-я операція, по способу *Péan*'а, при salpingit'ахъ.

При раковомъ страданіи матки *Second* въ 2 года сдѣлалъ *9 hysterectom*'ій. *Рецидивъ рака обыкновенно* замѣчается *черезъ 2—3 мѣсяца.* Изъ этихъ оперированныхъ въ живыхъ только одна. Теперь пошелъ 3-й годъ послѣ операціи. Остальныя *8* всѣ *умерли.*

1-го (13-го) мая еще разъ видѣлъ *hysterectom*'ію *vaginale*, опять произведенную въ акушерской клиникѣ *Pinard*'а проф. *Segond*'омъ. Операція сдѣлана по случаю pyosalpingitis съ лѣвой стороны, гдѣ замѣчается объемистая опухоль. Съ правой стороны, повидимому, также есть страданіе трубы, но объемъ ея много меньше, чѣмъ слѣва. Діагнозъ поставленъ *Pinard*'омъ: *pyosalpingitis duplex. Segond* тоже изслѣдовалъ больную подъ хлороформомъ и думаетъ, что въ данномъ случаѣ слѣдуетъ предполагать дермоидную кисту съ лѣвой стороны. Онъ всетаки рѣшается сдѣлать hysterectom'ію vaginale, по способу *Péan*'а. Въ случаѣ же, если окажется киста, тогда эту операцію, по его мнѣнію, можно обозначить еще ovariotomia per vaginam. Операція произведена такая же, какъ уже описана. Разница состояла только въ томъ, что спрынцованіе влагалища и споласкиваніе рукъ во время операціи производилось растворомъ двуіодистой ртути (1 : 4000). Затѣмъ удаленіе лѣвыхъ придатковъ было довольно затруднительно, потому что лѣвые придатки представляли объемистую опухоль. Во время влеченія она разорвалась и изъ нея выдѣлилось значительное количество доброкачественнаго гноя.

Послѣ этого отсепарованный пальцами гнойный мѣшокъ былъ выведенъ наружу. За внутренній конецъ этого мѣшка наложенъ вогнутый жомъ-пинцетъ и надъ нимъ отрѣзаны лѣвые придатки. И такъ діагнозъ, поставленный *Pinard*'омъ вполнѣ подтвердился.

При *hysterectom*'іи, какъ видно изъ описанія, *каждый разъ во влагалищѣ остается до 6-ти длинныхъ* жомовъ *пинцетовъ* и цѣлый пучекъ кровоостанавливающихъ пинцетовъ. Послѣдніе обыкновенно снимаются черезъ нѣсколько часовъ, самое позднее черезъ 18, а жомы пинцеты, зажимающіе большіе сосуды, оставляются на 48 часовъ.

Операція въ этотъ разъ, благодаря осложненію, продолжалась 40 минутъ.

Въ настоящемъ году нѣсколько операцій hysterectom'ій, по способу *Péan*'а, сдѣлалъ еще проф. *Terrillon*, но объ этомъ я скажу болѣе подробно при описаніе его клиники.

Изъ всего сказаннаго видно, что hysterectomie vaginale totale или extirpatio uteri totalis per vaginam, по способу *Pean*'а, во Франціи примѣняется, кромѣ раковаго пораженія матки, еще въ случаяхъ маточныхъ фибромъ и за послѣдніе два года, при упорныхъ маточно-яичниковыхъ невралгіяхъ и особенно при гнойныхъ salpingit'ахъ, при цистозныхъ перерожденіяхъ маточныхъ придатковъ.

Уклонившись въ сторону, по случаю описанія новаго оперативнаго ме-метода, я закончу о клиникѣ проф. *Pozzi* приведеніемъ нѣкоторыхъ статистическихъ данныхъ относительно большихъ гинекологическихъ операцій.

О малыхъ гинекологическихъ операціяхъ, видѣнныхъ мною въ этой клиникѣ, я распространяться не буду, потому что производство ихъ мало или ничѣмъ на отличается отъ методовъ, указанныхъ мною при описаніи русскихъ и германскихъ клиникъ.

Статистическія данныя мною взяты изъ Bulletins et mémoires de la societé de Chirurgie (декабрь 1890), гдѣ помѣщена статья проф. *Pozzi*, подъ заглавіемъ: Relevé statistique des opérations, а также изъ словесныхъ сообщеній самого *Pozzi* и его ассистентовъ, докторовъ *Bodron*'а и *Martin* а.

Въ теченіе пяти мѣсяцевъ, *съ 1-го іюня по 1-е ноября 1890, большихъ операцій въ госпиталѣ L'Ourcine* было сдѣлано *всего 38*.

Laparotom'іи.

Для удален. придатк.			по случаю маточныхъ фибромъ . .	3	
»	»	»	вслѣдствіе salpingitis parenchymat .	6	
»	»	»	по случаю peritonitis et salpingitis tuberc	1	
»	»	»	при hydrosalpingit	2	
»	»	»	» pyosalpinx	12	
»	»	»	» haematosalpinx	2	
»	»	»	» cystoscleros'ѣ ovar. cum dysmennorrh. (Battey)	3	
»	»	»	» epiploitis suppurat.	1	
»	»	»	» Splenectom.	1	1 сл. см.
»	»	»	» fibrom'ахъ uteri	5	1 сл. см.
»	»	»	» ovariotom'іи	2	

Изъ всего числа оперированныхъ 2 умерли. Слѣдовательно °/о *смертности*=5,3°/о.

Въ частной практикѣ пр. Pozzi, въ теченіе почти двухъ лѣтъ *съ 1-го февр. 1889 г. по 1-е ноября 90*, было сдѣлано имъ 30 *большихъ операцій*.

Ovariotom'іи	4	
Hystero-ovariot.	1	1 сл. см.

Laparotom'іи.

Для удален. придатк. при salping. parenchymat. et polycyst. ovar.	5	

»	»	»	»	cysto-scleros'ѣ ovar. cum dysmenorrh. (Battey) . . .	1	
»	»	»	»	fibrom'ахъ uteri	1	
»	»	»	»	pyosalping. et absc. pelv . . .	12	1 сл. см.
Hysterectom. abdomin. по случаю fibrom.					3	
Uteropexia					2	
Enterorrhaph. по случаю fist. stercor.					1	

Послѣ операцій умерло также 2, т. е. °/o смертности равенъ 6,6°/o.

Въ настоящемъ году по 7-е (19-е) іюня всего было *66* большихъ гинекологическихъ операцій. Изъ нихъ

Laparotom'ій по случаю страданія придатковъ	55	2 сл. см.
Hysterectom'ій abdomin.	5	1 сл. см.
Hysterectom'ій vag. s. extirpat. ut. total. (по прежнему способу съ ligat.) по случ. epitel. colli uteri и по случаю pyosalping.	2	
Hysterect. vagin. (по новому способу *Péan*'а съ пинц.) при pyosalping.	4	

Три смертныхъ случая послѣ 66-ти большихъ гинекологическихъ *операцій даетъ* °/o *смертности* пока еще незначительный *(4,6°/o)*, но настоящій процентъ можетъ быть полученъ, разумѣется, только въ концѣ года.

Въ заключеніе считаю пріятною обязанностью для себя выразить мою искреннюю благодарность глубокоуважаемымъ профессорамъ *Pozzi*, *Péan*'у и *Segond*'у за ихъ крайне любезное отношеніе ко мнѣ и предупредительность.

(Продолженіе слѣдуетъ).

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

До чтенія помѣщеннаго въ настоящей книжкѣ «Отчета С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія за 1890 годъ» необходимо исправить слѣдующія ошибки и неточности:

На стр. 556 въ послѣднемъ столбцѣ всѣ сотыя части % слѣдуетъ читать, какъ десятыя, т. е. вмѣсто 0,03; 0,06; 0,09, 0,05—0,3; 0,6; 0,9; 0,5.

На стр. 557 вмѣсто спазматическія боли—спазмотическія боли.

Тамъ-же, вмѣсто по Кристелеру—по Кристеллеру.

На стр. 558—сшиваніе промежности произведено въ іюнѣ не 31, а 17 разъ.

На стр. 560—въ итогѣ таблицы слѣдуетъ не 3153, а 4153.

На стр. 562—вмѣсто apoplexia cerebris надо читать apoplexia cerebri

На стр. 563, 564 и 565 въ заголовкахъ таблицы слова «прижизненная діагностика болѣзни» слѣдуетъ выкинуть.

На стр. 566 въ % смертн. отъ послѣрод. заболѣваній за 1890 г. вмѣсто 9,31 слѣдуетъ читать 0,31.

На стр. 572 поскѣ статьи 24-й) пропущено Итого . . . 917 р. 12 к.

На стр. 573 въ статьѣ б) вмѣсто кредитемъ, надо читать кредитомъ.